

Hanna Halkosaari

ÄITIYSHUOLTO GHANASSA

Syventävien opintojen kirjallinen työ

2015-2016

Hanna Halkosaari
ÄITIYSHUOLTO GHANASSA



Turun yliopisto

Lääketieteellinen tiedekunta

Kliininen laitos, Synnytys- ja naistentautioppi

Kevätlukukausi 2016

Vastuhenkilö: dosentti Päivi Polo

Opintopisteet: 20

Turun yliopiston laatujärjestelmän mukaisesti tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck – järjestelmällä.

TURUN YLIOPISTO
Lääketieteellinen tiedekunta

HALKOSAARI, HANNA: Äitiyshuolto Ghanassa

Syventävien opintojen kirjallinen työ, 34 s.
Synnytys- ja naistentautioppi
Toukokuu 2016

Lisääntymisterveys on merkittävä osa-alue sekä naisten ja lasten terveyden että koko yhteiskunnan kehityksen kannalta. Ghanassa on tehty työtä väestönkasvun hillitsemiseksi ja eliniänodotteen nostamiseksi jo vuodesta 1969. Äitiyskuolleisuus kattaa Ghanassa n. 12 % kaikista hedelmällisessä iässä olevien naisten kuolemantapauksista. Niinpä lisääntymisterveyden palveluiden, tiedonannon ja ammattilaisten avustamien synnytysten lisääminen ovat avainasemassa äitien ja vastasyntyneiden terveyden parantamisessa.

Ghana hyväksyi syyskuussa 2001 YK:n vuosittuhatavoitteet, joiden viides kohta koski odottavien äitien terveyden parantamista. Tavoitteena oli vähentää äitiyskuolleisuutta 75 % vuoden 1990 lukemista, sekä taata kaikille kattavat lisääntymisterveyden palvelut vuoteen 2015 mennessä. Monista toimenpiteistä ja kehityksen oikeasta suunnasta huolimatta äitiyskuolleisuus saatiin määrääjassa vähenemään vain puoleen, eli tavoitteeseen ei päästy. Perhesuunnittelu- ja äitiysneuvolatoimintaa on pyritty kehittämään ja henkilökuntaa on koulutettu aktiivisesti näihin tehtäviin. Vuoden 2014 tilastossa naimisissa olevista naisista 27 % käytti ehkäisyä, 97 % raskaana olevista naisista tapasi odotusaikanaan terveydenhuollon ammattilaisen ja 73 % synnytyksistä tapahtui terveydenhuollon toimitiloissa.

Tässä tutkielmassa selvitetään äitiyshuollon toteutumista ja haasteita Ghanassa sekä vertaillaan ghanalaista ja suomalaista äitiyshuoltoa. Tietoa on kerätty kirjallisuuden lisäksi Ghanan terveydenhuollon toimipisteisiin tehdyllä tutustumismatkalla kesä-heinäkuussa 2014.

Asiasanat: äitiysneuvola, raskaus, lisääntymisterveyspalvelut, Ghana

SISÄLLYS

1. JOHDANTO	
1.1 Äitiyshuolto maailmalla	1
1.2 Tutkielman tarkoitus ja toteutus	2
2. GHANA	
2.1 Yleistä	4
2.2 Äitiyskuolleisuus	4
2.3 Terveysvakuutus	5
3. EHKÄISYNEUVOLATOIMINTA	7
4. ÄITIYSNEUVOLA	
4.1 Äitiysneuvolan kattavuus ja sisältö	10
4.2 Teemaluennot	11
4.3 Henkilökohtaiset tapaamiset	16
4.4 Sikiön kaikukuvaukset	24
5. SYNNYTYYS	26
6. KOKOAVAA TARKASTELUA	30
LÄHTEET	34

1. JOHDANTO

1.1 Äitiyshuolto maailmalla

Lisääntymisterveys on merkittävä osa-alue sekä naisten ja lasten terveyden että koko yhteiskunnan kehityksen kannalta. Ihmisellä tulisi olla oikeus säädellä omaa lisääntymistään ja saada raskautta ja synnytystä edistäviä terveydenhuollon palveluja (1). Yhdistyneiden kansakuntien (YK) vuosille 2000-2015 asettamissa vuosituhattavoitteissa yksi kahdeksasta kohdasta oli äitien terveyden parantaminen. Tavoite sisälsi pyrkimykset äitiyskuolleisuuden vähentämiseen kolmeen neljäsosaan vuoden 1990 tasosta ja lisääntymisterveyden palvelujen ulottamiseen kaikkien saataville. Vuosituhattavoitteiden päätyttyä 2015 YK asetti uudet kestävä kehityksen tavoitteet, joihin sisältyy tavoite vähentää äitiyskuolleisuutta entisestään vuoteen 2030 mennessä.

Äitiyskuolleisuus on yksi äitiyshuollon laatua ja kehitystä kuvaava mittari. Sillä tarkoitetaan kuolemaa raskausaikana tai 42 päivän aikana lapsen syntymän jälkeen. Äitiyskuolleisuus ilmaistaan lukuina 100 000:ta elävänä syntyntä lasta kohden. YK:n vuosituhattavoitteiden loppuraportissa vuonna 2015 maailmanlaajuinen äitiyskuolleisuus oli 216/100 000. Äitiyskuolemista 99 % tapahtui kehitysmaissa. Taulukossa 1 on esitetty äitiyskuolleisuuden lukuja Ghanassa ja Suomessa vuosina 1990–2015. (2)

Taulukko 1: Ghanan ja Suomen äitiyskuolleisuusluvut vuosina 1990-2015 per 100 000 synnytystä. (2)

	1990	1995	2000	2005	2010	2015
Ghana	634	532	467	376	325	319
Suomi	6	5	5	4	3	3

Äitiyshuolto kattaa ehkäisyneuvolatoiminnan, raskaudenaikaisen äitiysneuvolatoiminnan sekä syntymänjälkeisen hoidon. Taulukossa 2 on esitetty WHO:n suositukset äitiysneuvolan sisällöstä.

Taulukko 2: Äitiysneuvolan sisältö WHO:n suositusten mukaan. (3)

Tarjottava kaikille	
<ul style="list-style-type: none">raskauden varmistus	<ul style="list-style-type: none">omaseurannan, ravitsemuksen, suojatun yhdynnän, perhesuunnittelun, terveellisten elämäntapojen ja imetyksen neuvominen
<ul style="list-style-type: none">äidin ja sikiön hyvinvoinnin seuranta	
<ul style="list-style-type: none">raskauskomplikaatioiden seulonta	
<ul style="list-style-type: none">muiden ongelmien huomioiminen	<ul style="list-style-type: none">seurannan kirjaaminen
<ul style="list-style-type: none">tetanusrokote, anemian esto ja hoito	<ul style="list-style-type: none">syfiliksen testaus

Suomi on neuvolatoiminnan edelläkävijämaa, jonne ensimmäiset neuvolat perustettiin 1920-luvulla (4). Vielä 1930-luvulla äitiyskuolleisuus oli Suomessa 400/100 000, mutta jo vuosituhattavoitteiden alkuvuonna 1990 äitiyskuolleisuus oli maailman pienimpiä (6/100 000) (5). Hyvät tulokset ovat paljolti tehokkaan neuvolatoiminnan ansiota. Äitiysneuvolan palvelut ovat jo vuosikymmeniä kattaneet koko maan ja ovat kaikille Suomessa asuville ilmaisia. Lisäksi Suomen sosiaaliturvan piirissä olevilla naisilla on oikeus äitiysavustukseen ja vanhempainpäivärahaan.

Suomessa terveet äidit hoidetaan neuvoloissa, ja tarvittaessa äiti lähetetään erikoissairaanhoidon äitiyspoliklinikalle. Neuvoloissa keskitytään odottavan äidin ja hänen perheensä ohjaamiseen sekä riskitekijöiden etsimiseen raskauden eri vaiheissa. Lisäksi huomioidaan perheen psykososiaalisia ja sosioekonomisia tekijöitä. Suomalaiset äitiyshuollon suositukset ja käytännöt päivitetään säännöllisesti tutkimustiedon uudistuessa. Suomessa on myös kaikkien saatavilla runsaasti kirjallista ja sähköistä materiaalia raskaudenaikaisiin terveystutkimuksiin liittyen.

1.2 Tutkielman tarkoitus ja toteutus

Tämä tutkielma on raportinomaisen kuvaus äitiyshuollon toteutumisesta ja haasteista Ghanassa. Erityisesti keskitytään kuvaamaan tavanomaisen äitiysneuvolaseurannan etenemistä komplisoitumattomassa raskaudessa, mutta myös ehkäisyneuvolatoimintaa, synnytystä ja välitöntä synnytyksenjälkeistä seurantaan kuvataan lyhyesti. Lisäksi vertaillaan ghanalaista järjestelmää suomalaisen äitiyshuoltoon. Tutkielma perustuu pääasiassa kattavaan 2014 GDHS -tutkimukseen (6), Ghanan terveysministeriön ja Ghana Health Servicen tuottamiin kansallisiin äitiysoppaisiin sekä omiin havaintoihini tutustumismatkalla Ghanaan kesä-heinäkuussa 2014.

Ghana Demographic and Health Survey (GDHS) on Ghana Statistical Servicen ja Ghana Health Servicen yhteistyössä teettämä laaja terveystutkimus, joka on tuotettu MEASURE DHS -ohjelman kautta. Yhdysvaltain kehitysyhteistyöviraston USAID:n rahoittama maailmanlaajuinen Demographic and Health Survey -ohjelma pyrkii auttamaan hedelmällisyyteen, perhesuunnitteluun sekä äiti- ja lapsiterveyteen liittyvän tiedon keräämistä kehitysmaissa. GDHS 2014 julkaistiin lokakuussa 2015, ja se on kuudes Ghanassa toteutettu DHS-tutkimus vuodesta 1988 alkaen. Tutkimus kattaa kaikki kymmenen Ghanan hallinnollista

aluetta, ja siihen on haastateltu 9396 15–49-vuotiasta naista sekä 4388 15–59-vuotiasta miestä.

(6)

Tutkielman aineistoa on kerätty myös seuraamalla äitiyshuollon toimintaa ja keskustelemalla paikallisen hoitohenkilökunnan kanssa Korle Bun yliopistollisen sairaalan ehkäisyneuvolassa ja äitiyspoliklinikalla Accrassa 9.6.2014, julkisen terveydenhuollon äitiysneuvolassa ja synnytysosastolla Teman poliklinikalla 11.–12. ja 18.6.2014, Narh Bitan yksityissairaalassa Temassa 16.–17. ja 19.6.2014, ehkäisy- ja lastenneuvolassa Denussa 3.7.2014 sekä HIV-poliklinikalla Kumasin yliopistollisessa sairaalassa 14.7.2014. Accra, Tema ja Kumasi ovat ghanalaisia suurkaupunkeja, Denu pienempi kylä Ghanan ja Togon rajalla. Lisäksi ajankohtaista keskustelua nuorten lisääntymisterveyden haasteista käytiin Ghanan kristillisen lääkäri- ja hammaslääkäriseuran vuosikonferenssissa Kasoassa 5.7.2014.

Tutkielmaan on liitetty eräänlaisina kinaloteksteinä kursivoituja ja kehystettyjä katkelmia, joiden tarkoitus on havainnollistaa aihepiireihin liittyviä ilmiöitä ja kulttuurisia eroja sekä tuoda esiin äitiyshuollon ongelmakohtia. Katkelmat perustuvat omiin päiväkirjamerkintöihini ja henkilökohtaisiin tiedonantoihin. Tutkielmassa on myös ottamiani kuvia, joissa yksittäin esiintyviltä henkilöiltä on kysytty lupa kuvien käyttöön.

2. GHANA

2.1 Yleistä

Ghana on vuonna 1957 itsenäistynyt valtio Guineanlahden rannikolla Länsi-Afrikassa. Maan pääkaupunki on Accra. Maantieteellisesti ja hallinnollisesti Ghana on jaettu kymmeneen alueeseen, joiden välillä on merkittäviä kulttuurisia ja sosioekonomisia eroja. Nämä näkyvät edelleen eroina terveyskäyttäytymisessä ja terveydentilassa. Äitiyshuollon palveluihin osallistuminen on yleisesti heikompaa maaseudulla, vähän koulutettujen sekä köyhimmän väestöosan keskuudessa. Käyttämässäni tilastoissa toisen asteen koulutuksen saaneita pidetään korkeasti

koulutettuina. Terveysvalistusta hidastaa esimerkiksi se, että lähes kolmasosa naisista ei osaa lukea. Ghanan virallinen kieli on englanti, mutta maan lukuisilla etnisillä ryhmillä on käytössä omat kielensä. Ghanassa suurin osa väestöstä on kristittyjä, ja uskonnolla on maassa näkyvä asema. (6)



Kuva 1: Ghanan hallinnolliset ja maantieteelliset alueet (6).

Ghanassa oli vuonna 2014 arviolta 27 miljoonaa asukasta, ja vuosittainen väkiluvun kasvu on noin 2,5 %. Maassa on tehty väestölaskentoja vuodesta 1960 alkaen, jolloin arvioitu väkiluku oli 6,7 miljoonaa. Väestöpolitiikkaan alettiin kiinnittää huomiota jo vuonna 1969, jolloin tehtiin ensimmäinen suunnitelma väestönkasvun hidastamiseksi ja elintason parantamiseksi. Viimeksi vuonna 1994 uudistetun väestöpoliittisen ohjelman tavoitteeksi asetettiin väestönkasvun hidastaminen mm. vähentämällä syntyvyyttä ja lisäämällä ehkäisymenetelmien kattavuutta. (6)

1.2 Äitiyskuolleisuus Ghanassa

Ghanassa raskauteen liittyvät kuolemat kattavat noin 12 % kaikista 15–49-vuotiaiden naisten kuolemista (7). Ghana hyväksyi syyskuussa 2001 YK:n vuosituhattavoitteet. Vuosituhattavoitteiden viides kohta koski odottavien äitien terveyden parantamista ja tavoitteena oli vähentää äitiyskuolleisuutta vuoteen 2015 mennessä kolme neljäsosaa vuoden

1990 lähtötasosta 634/100 000. WHO:n vuoden 2015 tilastossa äitiyskuolleisuus oli laskenut lukemaan 319/100 000 elävänä syntynyttä lasta; äitiyskuolleisuus väheni siis noin puolella, mutta asetettua tavoitetta ei saavutettu. (2)

Korle Bun yliopistollisessa sairaalassa Accrassa tehdyn selvityksen mukaan äitiyskuolleisuuden viisi tavallisinta syytä Ghanassa ovat verenvuoto, raskaudenkeskeytys, kohonneeseen verenpaineeseen liittyvät raskaushäiriöt, infektiot ja kohdunulkoiset raskaudet. Muita suoria obstetrisia äitiyskuolleisuuden syitä ovat kohdunrepeämä ja urogenitaalinen verenmyrkytys. Välillisiä syitä ovat anemia, sirppisolutauti, keuhkoveritulppa ja DIC-oireyhtymä. Tutkimuksen mukaan jopa 81 % naisista kuoli sairaalan ulkopuolella tai 24 tunnin kuluessa sairaalaan saapumisesta. Monet kuolemista olisivat ehkäistävissä lisäämällä raskaudenaikaista seurantaa, tiedonantoa, sairaudenhoitoa sekä ammattilaisavusteisia synnytyksiä. (7)

Äitiyshuoltoa koskevaan vuosituhattavoitteeseen kuului lisäksi taata kaikille kattavat lisääntymisterveyden palvelut vuoteen 2015 mennessä. Tavoitteen saavuttamiseksi Ghanassa lisättiin mm. ehkäisy-, äitiys- ja lastenneuvoloiden, synnytysyksiköiden ja koulutetun henkilökunnan määrää sekä perustettiin jokaiselle hallinnolliselle alueelle keskuskeskukset, joissa on valmiudet hätäsynnytyksiin ja vastasyntyneiden tehohoitoon. Vuoden 2014 tilastoissa terveydenhuollon ammattilainen oli mukana 74 %:ssa synnytyksistä, mutta määrässä oli huomattavaa alueellista vaihtelua. Pääkaupunkiseudulla synnytyksistä 92 % oli ammattilaisten avustamia, kun taas maaseutupaikoinen Pohjoisalueella vastaava luku oli 36 %. Tavoitteen toteutumista vaikeuttivat mm. ammattitaitoisen terveydenhuoltohenkilöstön ja välineistön riittämättömyys sekä infrastruktuurin ja logistiikan puutteet. Erityisesti synnyttävien naisten kuljetuksen järjestämisessä raportoitiin olevan puutteita. Äitiysneuvolassa vähintään neljä kertaa käyneistä naisista 81 % synnytti ammattilaisen avustamana. Käyntikertoja ollessa vähemmän (1–3) myös avustettujen synnytysten osuus laski 45 %:iin ja aina 18 %:iin niillä, jotka eivät osallistuneet äitiysneuvolaan lainkaan. (6, 8)

1.3 Terveysvakuutus

Ghanassa otettiin käyttöön kansallinen terveysvakuutusjärjestelmä (National Health Insurance Scheme, NHIS) vuonna 2005. Tavoitteena oli mahdollistaa erityisesti köyhän väestönosan pääsy perusterveydenhuollon piiriin. Rekisteröityessä maksetaan kertamaksu vakuutuskorttia

varten. Lisäksi varallisuudesta riippuen 7,2–48,0 Ghanan cedin (GHS, n. 1,8–12,0 €) suuruinen vakuutusmaksu suoritetaan vuosittain vakuutuksen aktivoimiseksi. Vakuutus on lain mukaan pakollinen kaikille, mutta v. 2009 vain 62 % kansalaisista oli rekisteröitynyt järjestelmään ja 48 % oli maksanut vuosimaksun. Vuosimaksut eivät koske tiettyjä erityisryhmiä, kuten raskaana olevia naisia, alle 18- ja yli 70-vuotiaita sekä erittäin köyhäksi määriteltyä väestöä. Aktivoidulla vakuutuksella kansalainen on oikeutettu tavallisten tautien hoitoon avo- ja erikoissairaanhoidossa sekä tiettyjen listattujen lääkkeiden saamiseen. Vakuutuksen piiriin kuuluvien sairauksien on arvioitu kattavan 95 % ghanalaisten kärsimistä sairauksista. (9)

Tapasin äidin, jonka kolmesta lapsesta vain nuorin on syntynyt sairaalassa. Kaksi vanhempaa lasta syntyivät kotona naapuruston naisten avustuksella. Kotona syntyneillä lapsilla ei ollut minkäänlaisia henkilöllisyyspapereita ennen kouluun menoa. Terveysvakuutusten hankkimista varten yritin selvittää, miten lapsille saataisiin viralliset syntymätodistukset. Paikallisessa terveyskeskuksessa neljäs haastatteleman viranomaisen osasi kertoa todistusten hinnat: alle yksivuotiailta GHS 5 (n. 1,25 €) ja sitä vanhemmilta GHS 60 (n. 15 €). Terveysvakuutuksia täältä ei kuitenkaan saisi, vaan niitä varten pitäisi matkustaa naapurikaupungin virastoon. Vakuutukset on hiljattain vaihdettu sähköisiksi, ja niiden toimitus on viivästynyt kaikkialla Ghanassa. Kaiken tämän selvittämiseen kului suomalaiselta paljon aikaa ja energiaa – köyhälle, kouluttamattomalle ghanalaiselle papereiden hankkiminen on siis lähes mahdotonta. Eikä tapaamani äiti ollut edes tiennyt ilmaisen terveydenhuollon mahdollisuudesta.

3. EHKÄISYNEUVOLATOIMINTA

Perhesuunnittelun kehittäminen on keskeinen kohde äitiysterveyden parantamiseksi niin Ghanan väestöpoliittisessa ohjelmassa kuin YK:n vuosituhatvuotitteissa. Ehkäisyvalistusta annetaan radion, television ja sanomalehtien välityksellä, ja yli 99 % 15 vuotta täyttäneistä ghanalaisista on tilastojen mukaan tietoisia vähintään yhdestä uudenaikaisesta ehkäisymenetelmästä. Äitiysneuvoloissa annetaan ohjeistusta raskauden jälkeisestä ehkäisystä, ja henkilökunnan koulutusta tähän on lisätty vuosituhatvuotitteen aikana. Ehkäisyn käyttö on yli kaksinkertaistunut vuodesta 1988, ja vuoden 2014 tilastossa ehkäisyä käytti n. 27 % naimisissa olevista ja 45 % naimattomista seksuaalisesti aktiivisista fertiili-ikäisistä naisista. Ehkäisyn koki kohdallaan puutteelliseksi 30 % naimisissa olevista naisista, joista 17 % olisi halunnut ajoittaa raskautensa toisin ja 13 % olisi halunnut estää raskaaksi tulemisensa. (6)

Ghanassa käytetympiä ehkäisymenetelmiä ovat injisoitavat hormonivalmisteet. Seuraavaksi käytetyimpiä ovat ehkäisytabletit ja jo lähes yhtä suosittu implantoitava ehkäisykapseli. Viime vuosina henkilökuntaa on koulutettu lisääntyvästi ehkäisykapselien asettamiseen ja poistoon. Muita uudenaikaisia menetelmiä ovat yleisyyden mukaan kondomi, naisen sterilisaatio ja kierukat. Lisäksi moni turvautuu perinteisiin menetelmiin, kuten kuukautisrytmien tarkkailuun. Erityisesti injisoitavia ja implantoitavia ehkäisymenetelmiä varten hakeudutaan julkisen terveydenhuollon klinikoihin ja ehkäisyneuvoloihin. Ehkäisytabletteja saa ilman reseptiä apteekkeista. (6)

Ehkäisyklinikoita on sairaaloiden ja terveysasemien yhteydessä sekä yksityisesti. Niissä tarjotaan ajankohtaista tietoa erilaisista ehkäisymenetelmistä, niiden käytöstä, eduista ja haitoista, minkä jälkeen asiakas tekee päätöksensä menetelmän valinnasta. Ehkäisyklinikat seuraavat myös asiakkaitaan mahdollisten sivuvaikutusten varalta. Tiedot kerätään asiakkaan omaan ehkäisyvihkoon (Family Planning Record Book). Julkiset klinikat keräävät myös säännöllistä tilastoa eri ehkäisymenetelmiä käyttävien asiakkaiden määrästä. Klinikoiden kautta saa myös apua sukupuolitautiasioissa.



Kuva 2: Julkinen ehkäisyneuvola Denun Finlandia-klinikan yhteydessä. Kuva Hanna Halkosaari.

Korle Bun yliopistosairaalan ehkäisyklinikan työntekijä ei usko tilastoihin, joiden mukaan tietoisuus ehkäisymenetelmistä olisi lähes sataprosenttinen. Omalla klinikallaan työntekijä näkee eniten koulutettuja naisia, jotka suosivat hormonaalisen ehkäisyn käyttöä. Paikalle tiensä löytävillä on jonkinlaiset perustiedot perhesuunnittelusta, eikä klinikan ulkopuolelle kohdistuvaa valistustyötä juuri tehdä. Vuonna 2014 Korle Bun yliopistosairaalan ehkäisyklinikassa vuoden yhdistelmäpillerit maksoivat GHS 4 (n. 1 €) ja hormonikierukka GHS 8,5 (n. 2,1 €). Suhteessa halvimmaksi tulee kymmenen vuotta kestävä kuparikierukka, joka maksaa GHS 10 (n. 2,5 €). Hinnat eivät ole ongelma, vaan enemmänkin uskomukset ja koulutuksen puute. Jotkut saattavat uskoa, että kerran ehkäisyä käytettyään lapsia ei enää voi saada. Miehet saattavat myös ajatella, että jos vaimo käyttää ehkäisypillereitä, tämä mahdollistaa olemisen myös muiden miesten kanssa.

Niin terveydenhuollon ammattilaisten kuin monen muun tapaamani ghanalaisen mielestä ehkäisy on tabu monissa kodeissa ja kirkoissa, eikä koulujen opetussuunnitelmaan kuulu varsinainen seksuaalivalistus. Ghanassa suurin osa väestöstä on kristittyjä, ja erityisesti kouluttamattoman väestön valistuksessa kirkoilla keskeinen asema. Kirkoilta peräänkuulutetaan vastuuta myös seksuaalivalistuksesta, ja harmitellaan, että joissain kirkoissa ilmapiiri on nimenomaan lisääntymiseen rohkaiseva.

Sukupuolikäyttäytymisen ongelmat ovat monien mielestä lisääntyneet Ghanassa. Erityisesti televisiosta näytettävät elokuvat ja yleistyvillä älypuhelimilla katseltava porno muokkaavat nuorten näkemystä seksuaalisuudesta. Ghanan kristillinen lääkäri- ja hammaslääkäriseura GCMDF valitsi vuosikonferenssinsa teemaksi nimenomaan nuorten seksuaaliterveyden huolestuttuaan nuorten liian varhaisesta altistumisesta seksuaaliselle viestinnälle. GCMDF on linjannut kannattavansa raamatullista seksuaalietiikkaa yksilölle ja yhteiskunnalle edullisimpana käyttäytymismallina. Seura haluaa muistuttaa Raamatun totuuksista ja herättää keskustelua oikeasta ja väärästä muuttuvista trendeistä huolimatta. Konferenssin puitteissa läheisen koulun oppilaille järjestettiin valistustilaisuus, jossa varoitettiin huolettomasta sukupuolielämästä. Painotus oli seksin säästämiseksi avioliittoon.

Haastatteleman yliopiston opettajan mukaan Ghanassa on suhteellisen yleistä, että nuorilla naisilla on useita vanhempia miesystäviä, jotka seksiä vastaan maksavat naisen elämisen ja koulutuksen. Tällaista käyttäytymistä ei pidetä varsinaisena prostituutiona. Varttuneet naiset osaavat vaatia enemmän maksua, ja siksi monet miehet hakevatkin seuraa nuorilta tytöiltä. Osalle nuorista seksin myyminen on ainut mahdollisuus koulumaksujen hoitamiseen ja opiskelujen jatkamiseen. Sukupuolisuhteet saattavat edistää myös mahdollisuuksia ja etenemistä työmarkkinoilla. Moni ghanalaistyttö haaveilee perheen perustamisesta, mutta toisinaan naimisiin pääsyyn on edellytyksenä riittävä koulutus. Toisaalta julkisesti liian aktiivinen seksuaalielämä saattaa estää hyvän avioliiton solmimisen, sillä monet avioliitot solmitaan yhä sukulaisten kautta, ja huonon maineen saanut nuori saattaa tulla hylätyksi naimakaupoilla.

4. ÄITIYSNEUVOLA

4.1 Äitiysneuvolan kattavuus ja sisältö

WHO:n suositusten mukaan odottaville äideille tulee järjestää raskausaikana vähintään neljä käyntiä terveydenhuollon ammattilaisella. Ensimmäisen käynnin tulisi tapahtua raskauden ensimmäisellä kolmanneksella. Ghanassa vuoden 2014 tilastojen mukaan 97 % odottavista äideistä kävi vähintään kertaalleen ammattilaisen tarkastuksessa. 87 % kävi neuvolassa vähintään suositellut neljä kertaa, ja 64 % naisista kävi neuvolassa ensimmäisen neljän raskauskuukauden aikana. Äitiysneuvolaan osallistuvien määrä on noussut hyvin vuodesta 1988, jolloin kattavuus oli 82 %, mutta alueellisia eroja esiintyy yhä niin äitiysneuvolan kattavuudessa kuin sisällössä. (6)

Neurolapalveluita antavia terveydenhuollon ammattilaisia ovat lääkärit, sairaanhoitajat, kätilöt sekä kyläyhteisöjen terveystyöntekijät (community health officers, CHO). Kätilöt ja sairaanhoitajat tekevät suurimman osan neuvolatyöstä (69%). Maaseudulla terveystyöntekijöiden saatavuuden lisäämiseksi on vuodesta 2005 lähtien koulutettu kyläyhteisöjen perinteisiä terveystyöntekijöitä (CHO) pitämään äitiysneuvoloita kylissä. Heillä on valmiudet hoitaa komplisoitumattomia raskauksia ja lähettää tarpeen tullen odottava nainen sairaalahoitoon. (6)

Raskaudenaikaisen neuvonnan tarkoitus on tunnistaa ja hoitaa raskauteen liittyviä ongelmia, kuten infektioita ja anemiaa, sekä antaa tuleville vanhemmille tutkimukseen perustuvaa tietoa raskaudesta ja uhkaavien komplikaatioiden merkeistä. Äitiysneuvolaan sisältyy WHO:n suositusten mukaista tiedonantoa raskauteen liittyvistä tärkeistä aiheista sekä yksityisiä tapaamisia terveydenhuollon ammattilaisen luona. Julkisten terveysasemien käytössä on Ghanan terveystyöntekijöiden laatima Maternal Health Record -vihkonen eli äitiyskortti, joka jaetaan jokaiselle äidille ensimmäisellä neuvolakäynnillä. Joillakin yksityisillä terveysasemilla on käytössä omat seurantavihkonsa. Vihkoa pidetään mukana kaikilla seurantakäynneillä, ja siihen kirjataan terveydentilaa koskevat esitiedot ja tutkimukset. Uusiin kortteihin mahtuu tiedot useammasta raskaudesta, jolloin tietoja voidaan verrata. Naisia kehoitetaan pitämään vihkoa aina mukana mahdollisen sairaalaan joutumisen varalta. Sähköistä potilastietojärjestelmää ei ole käytössä, mikä haastaa tiedon keruuta potilaan ja toisaalta tilastojen osalta. Sähköistä oheismateriaalia on niukasti, mutta terveystyöntekijät ovat tuottaneet ohjekirjasia jaettaviksi odottaville perheille. Myös terveydenhuollon henkilökunnan koulutusta on pyritty kehittämään ja yhdenmukaistamaan.

4.2 Teemaluennot

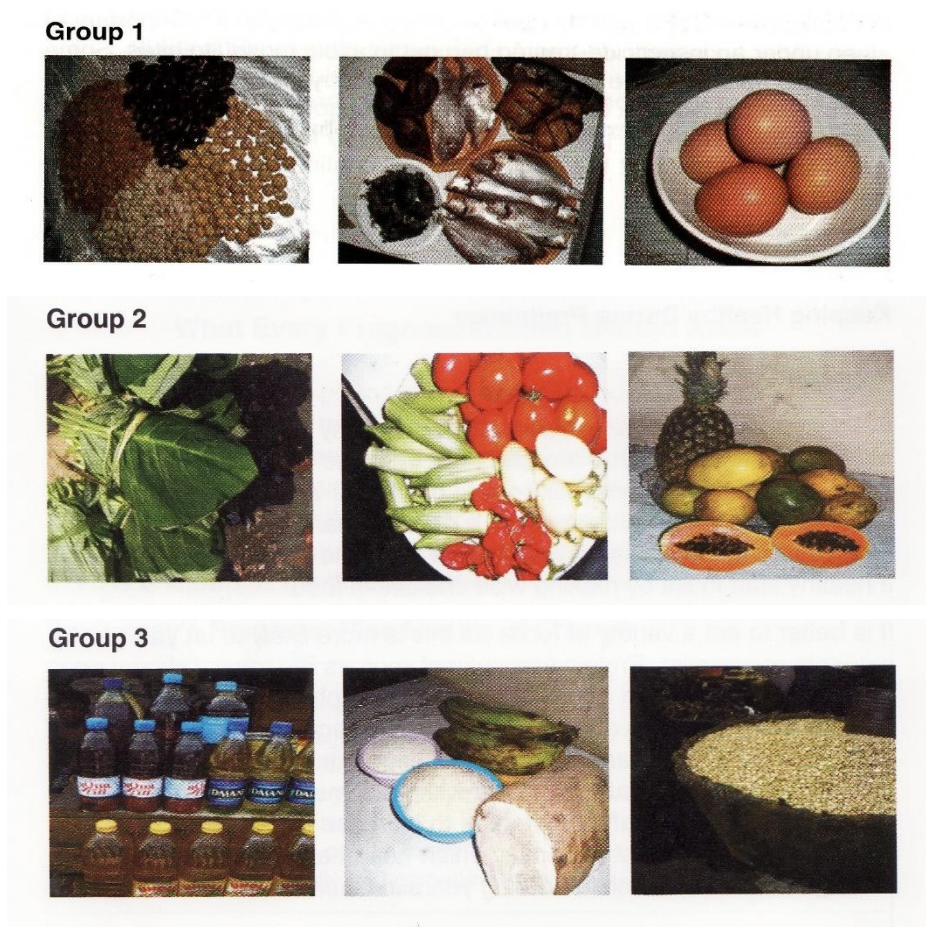
Kaikille raskaana oleville naisille pyritään antamaan perustiedot aiheista, jotka on lueteltu taulukossa 3. Vieraillemissani klinikoissa luentoja pidetään arki-aamuisin yhteisesti terveysasemalla neuvolakäyntiä odottaville naisille. Alueen enemmistön mukaan luentoja pidetään englanniksi tai paikallisilla kielillä. Luennoille osallistuminen merkitään äitiyskorttiin, jotta varmistetaan naisen saaneen kaikki tarvittava informaatio synnytykseen mennessä. Luentoteemoja voidaan lisäksi käsitellä yksityisesti vastaanotolla, mikäli tarvetta ilmenee.

Taulukko 3: Äitiysneuvolan teemaluentojen aiheet.	
Lähde: Ghana Health Service: Maternal Health Record.	
• Ruokavalio, ravinteet, anemia	• Haitallinen toiminta raskauden aikana
• Rauta-folaattilisän käytön ohjaus	• Vaaranmerkit raskaudessa
• Henkilökohtainen hygienia ja sanitaatio	• Aviomiehen / tukihenkilön osallistuminen
• Lepo ja liikunta	• Synnytys
• Lääkkeet ja rokotukset	• Synnytykseen valmistautuminen ja komplikaatioihin varautuminen
• Malarian esto	• Synnytysosastoon tutustuminen: osasto ja leikkaussali
• Hyttysmyrkyllä käsitellyn hyttysverkon käyttö ja merkitys	• Vauvanhoito
• HIV:n tarttuminen äidistä lapseen	• Imetys
• Sukupuolitautilien ehkäisy, kondomin käyttö, turvaseksi	• Motivointi perhesuunnitteluun

Ravintosuosituksissa kehoitetaan monipuoliseen ruokavalioon ja aterioiden kokoamiseen kolmesta eri ruokaryhmästä. Ensimmäinen ryhmä sisältää proteiineja elimistön rakennusaineiksi. Lihan, kalan ja kananmunien syöntiä suositellaan, jos potilaalla vain on siihen varaa. Tavallisempia proteiinin lähteitä ghanalaisessa ruokavaliossa ovat pähkinät, siemenet ja pavut. Toisessa ryhmässä on suojaravintoaineita sisältäviä vihanneksia ja hedelmiä. Erityisesti suositellaan tummanvihreiden vihannesten syömistä raudanpuuteanemian ehkäisemiseksi sekä tuoreiden hedelmien syömistä päivittäin. Kolmannessa ryhmässä on muita energian lähteitä, kuten kasviöljyt ja tärkkelyspitoiset ruuat. Näitä ovat mm. jamssi, kassava, keittobanaani, riisi ja maissi.

Erityisesti köyhän väestön ruokavalio on usein yksipuolista, ja energian, B12-vitamiinin, folaatin, raudan ja sinkin saanti jää usein alle suositusten (10). Eläinperäiset proteiinit ja tuoreet hedelmät ovat monelle liian kalliita päivittäin syötäviksi. Vehnää ja rasvaa sisältävät leivokset

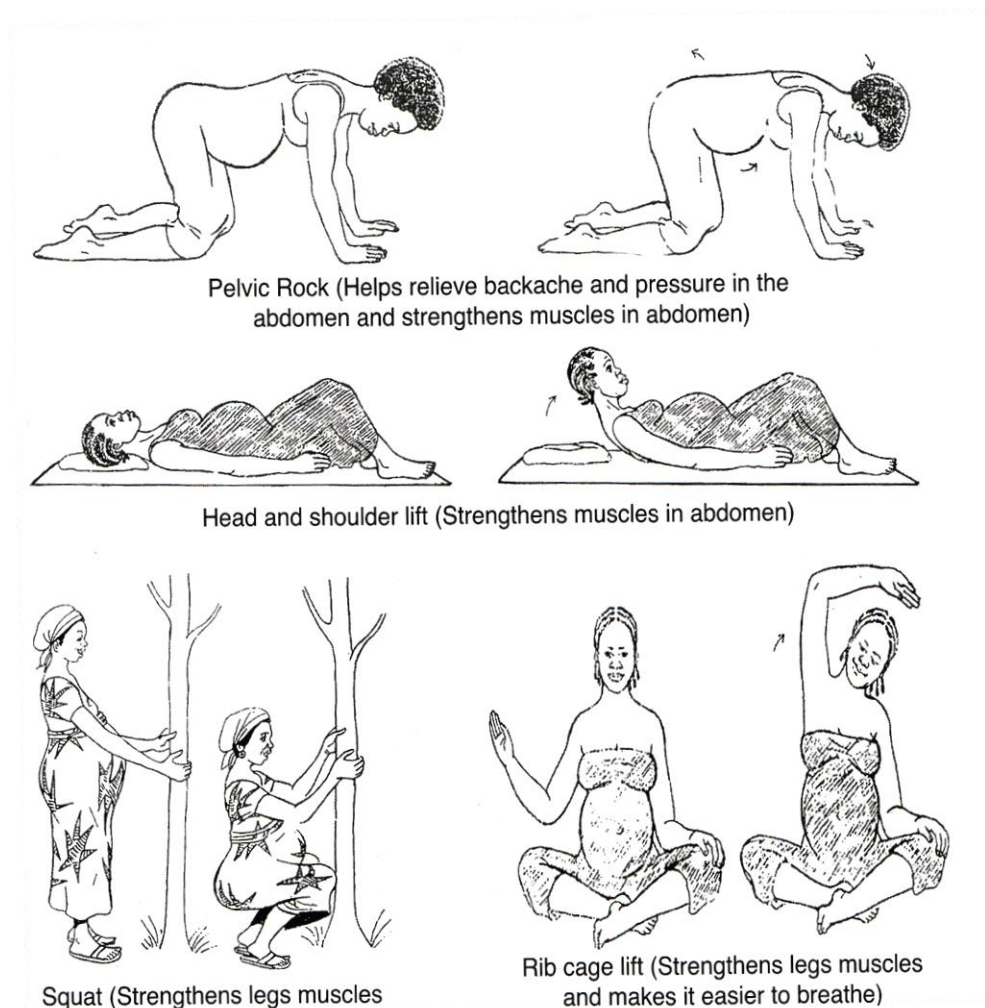
ovat erityisesti kaupungeissa helposti saatavilla olevaa halpaa ruokaa. Vuonna 2016 Accrassa tehdyssä tutkimuksessa 824 raskaana olevan naisen aineistossa 31 % naisista oli ylipainoisia (painoindeksi 25–30) ja 17 % lihavia (painoindeksi yli 30) (11).



Kuva 3: Terveysviranomaisten laatimassa ohjekirjasessa annetaan esimerkkejä monipuolisen ruokavalion koostamiseen. Lähde: Ghana Health Service: Pregnancy Information Booklet.

Luontaistuotteiden, alkoholin ja tupakan käyttöä suositellaan välttämään raskausaikana. Luontaistuotteiden käyttö on Ghanassa yleistä. Sekä kaupunki- että maaseutuväestössä Ashanti-alueella vuonna 2015 tehdyssä tutkimuksessa (12) 86 % tutkituista oli käyttänyt luontaistuotteita. Bosomtwen seudulla Ashanti-alueella tehdyn tutkimuksen (13) mukaan jopa 20 % raskaana olevista naisista joi runsaasti ja noin puolet ainakin kertaalleen alkoholia raskausaikanaan. Suurin alkoholia raskausaikanaan kuluttanut ryhmä oli 25–29-vuotiaat. Alkoholinkulutuksen syitä ajateltiin olevan esim. ympäröivän kulttuurin asettama paine osoittaa korkeaa elintaso, ja siihen liittyen pyrkimystä lisätä ruokahalua ja ruumiinpainoa. Tupakointi on ghanalaisten naisten keskuudessa vähäistä. Vuonna 2009 tehdyssä ghanalaistutkimuksessa (14) lähes 4000 naisen aineistossa vain 0,18 % naisista tupakoi.

Ghanassa arkiliikunnan määrä riippuu paljon asuinympäristöstä ja työnkuvasta. Raskauden aikana naisen kehoon ja hyvinvointiin kiinnitetään huomiota, ja äitiysneuvolassa ohjeistetaan oikeanlaiseen kuntoiluun lihasten voimistamiseksi.

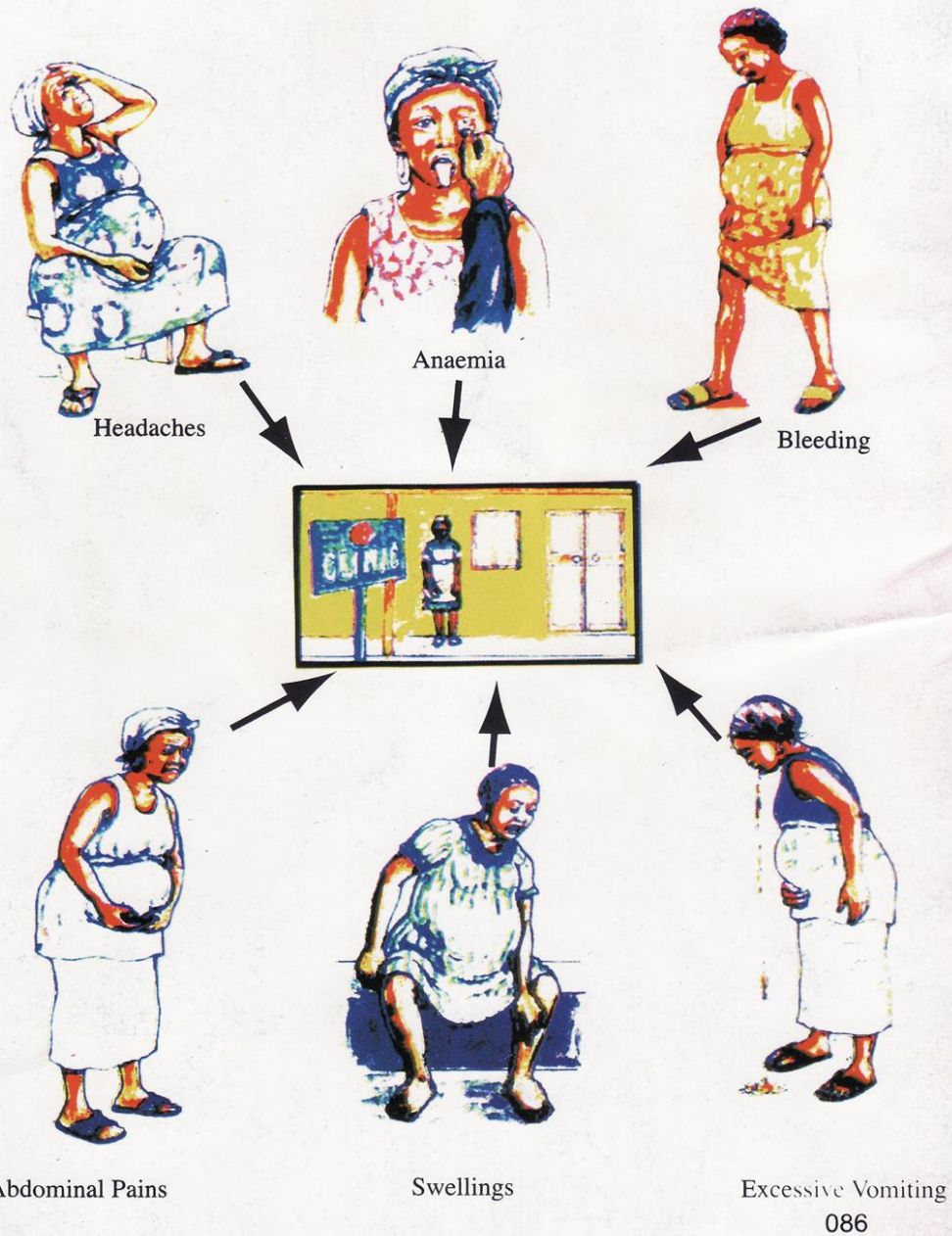


Kuva 4: Äitiysoppaassa on ohjeita lihaskuntoharjoitteluun. Lähde: Ghana Health Service: Pregnancy Information Booklet.

Malaria on Ghanassa yleinen infektio, joka voi johtaa äidin yleisvoimien heikkenemiseen, keskenmenoon, lapsen kuolleen syntymiseen tai pieneen syntymäpainoon. Äitiysneuvolassa ohjeistetaan suojautumaan malariahyttysiltä myrkytetyin hyttysverkoin ja peittäväällä vaateuksella. Lisäksi neuvolassa annetaan odottaville äideille kolme lääkeannosta malarianestolääkettä.

Neuvolassa opetetaan tunnistamaan tavallisimpien raskauskomplikaatioiden oireita. Naisia ohjeistetaan hakeutumaan terveydenhuoltoon välittömästi, mikäli he havaitsevat silmäluomien sisäpinnan kalpeutta, voimakasta päänsärkyä, oksentelua tai alavatsan kipua, verenvuotoa emättimestä tai käsien ja kasvojen turpoamista.

**If any of these signs develop, go immediately
to the Nearest Hospital or Clinic**



Kuva 5: Äitiyskortin takakannessa on esitetty syitä välittömään vastaanotolle hakeutumiseen myös kuvallisesti lukutaidottomia varten. Lähde: Ghana Health Service: Maternal Health Record.

18.6.2014 Teman poliklinikka

Aamu alkaa 7.00 hartaudella. Poliklinikan aulaan kertynyt raskaana olevien naisten joukko hiljenee kuuntelemaan Raamatun lukua ja rukoilemaan saarnaajan johdolla sekä laulaa yhteen ääneen virren ”Through me closer to Thee”. Saarnaaja puhuu vastavuoroisesta rakkaudesta Jumalan kanssa ja muistuttaa Jumalan antavan sikiölle kasvun. Saarnaaja kehottaa äitejä kiittämään Jumalaa, joka antoi sikiön äidin kohtuun, ja pitämään kasvavasta sikiöstään huolta.

Paikalle tulee aamun mittaan lisää väkeä. Hartauden vaihtuessa teemaluento on paikalla noin 40 naista. Aamun aiheena on verenuovutus ja taloudelliset asiat. Naisille kerrotaan paikallisesta käytännöstä: Teman poliklinikan äitiysneuvola tekee yhteistyötä kaupungin isomman sairaalan veripankin kanssa. Odottavia äitejä kehoitetaan pyytämään miestään, ystäviään tai sukulaisiaan luovuttamaan verta veripankkiin ennen synnytystä. Näin pankissa on riittävä määrä verta mahdollisten synnytyskomplikaatioiden varalle. Ajatellaan, että odottavan naisen ystäviä on helpompi motivoida verenuovutukseen kuin muuta väestöä. Ghanassa ei ole kansallista veripankkia, joten riittävä verivalmisteiden saatavuus on varmistettava paikallisesti.

Toinen aihe on raha-asioiden hoito. Naisia kehoitetaan säästämään ylimääräistä rahaa synnytykseen ainakin GHS 10 (n. 2,5 €) verran. Monet naisista ovat tottuneet elämään kädestä suuhun tai ovat muiden elatuksen varassa. Synnytyksen aikana tulee varmoja ja mahdollisesti yllättäviä menoeriä, joihin kehoitetaan valmistautumaan etukäteen. Rahaa menee niin synnytyssairaalaan kuin lähiviikkojen elämiseen, koska juuri synnyttänyt äiti ei voi heti palata töihin. Valtion työpaikoilla ja yrityksissä äidillä on lain mukaan oikeus kolmen kuukauden palkalliseen äitiyslomaan. Myös lyhennettyyn työaikaan ja lapsen imettämiseen keskellä päivää on oikeus. Monet naiset työskentelevät kuitenkin ilman varsinaisia työsopimuksia ja työehtoja, joten lapsivuodeajan talous on turvattava itse. Myös lähiomaisia kannattaa etukäteen varoittaa tulevasta rahallisen avun tarpeesta.

Suullinen tiedonvälitys on erityisen tärkeää yhteiskunnassa, jossa kaikki eivät ole koulutettuja tai edes lukutaitoisia. Ghanassa asuva suomalainen ystäväni kertoi naapuruston naisesta, joka raskausaikanaan joi huomattavan usein alkoholia. Ystäväni tämä häiritsti kovasti, mutta suomalaiselta luonteelta kesti kauan huomauttaa juomisesta. Lopulta ystäväni kertoi naiselle

alkoholin olevan sikiölle haitallista. Nainen katsoi ystävääni hämmentyneenä ja kiitti suuresti, että hänelle kerrottiin asiasta.



Kuva 6: Teman poliklinikan äitiysneuvolan odotusaula. Kuva Hanna Halkosaari.

4.3 Henkilökohtaiset tapaamiset

Ensimmäinen käynti

Raskautta epäillessään nainen hakeutuu itse alueensa äitiysneuvontaa tarjoavalle terveysasemalle. Henkilökohtaista ajanvarausta ei tarvita, vaan neuvolaan mennään jonottamaan aamulla ja ilmoittaudutaan vastaanotossa paikan päällä. Naiset odottavat vuoroaan luentoja kuunnellen yhteisessä odotustilassa, josta heidät kutsutaan yksitellen kättilön, sairaanhoitajan tai lääkärin vastaanotolle. Ensimmäisellä käynnillä aikaa kuluu perusteellisempaan haastatteluun ja tutkimukseen, jatkossa käynnit ovat noin 15 minuutin mittaisia.

Esitiedot

Ensimmäisellä käynnillä käydään läpi tarkasti odottavan äidin esitiedot. Äitiyskortin henkilötietoihin kirjataan naisen nimi, tyttönimi, syntymäaika ja rekisterinumero. Mikäli naisella ei ole virallisia henkilötietoja, hänet ohjataan kirjautumaan väestörekisteriin. Perustietoihin kirjataan myös naisen ikä, asuintiedot, koulutus, ammatti ja siviilisääty. Lisäksi kysytään kumppanin tai muun lähiomaisen henkilö-, asuin- ja koulutustiedot. Terveystieteiden yksikön sekä hoitavan ammattihenkilön tiedot sekä ensikäynnin ajankohta kirjataan.

Mahdolliset raskauden suhteen merkittävät riskitekijät kirjataan: suuri aiempien raskauksien lukumäärä (viisi tai enemmän), edeltävä keisarileikkaus (cesarean section, CS) tai synnytyksenjälkeinen verenvuoto (postpartum hemorrhage, PPH), myoomaleikkaus, sirppisolutauti ja tyyppitys sekä muut tiedossa olevat riskit. ABO-veriryhmä, rhesustekijä ja sirppisolustatus pyritään selvittämään, mikäli ne eivät ole ennestään tiedossa. Kuukautiskierron kesto ja vuotopäivät sekä viimeisen vuotojakson ajankohta kirjataan. Ensimmäisellä käynnillä arvioidaan laskettu aika ja raskauden kesto.

Synnytyshistoriaan merkitään raskauksien, synnytysten, keskenmenojen ja raskaudenkeskeytysten määrät. Aikaisempien synnytysten/keskeytysten hoitopaikat, päivämäärät, raskauskomplikaatiot ja tulokset kirjataan, samoin syntyneiden lasten sukupuolet, syntymäpainot, synnytys- ja synnytyksen jälkeiset komplikaatiot sekä lasten nykytila. Imetyshistoriasta kirjataan täysimetyksen kesto ja imetyksen kokonaiskesto viimeisimmän lapsen kohdalla.

Sairaushistoriaan kirjataan verenpainetauti, sydänsairaudet, sirppisoluanemia, sokeritauti, keltaisuus, keuhkotaudit (tuberkuloosi, krooninen yskä, astma), HIV-positiivisuus, epilepsia, psyykkiset sairaudet sekä aikaisemmat leikkaukset. Erikseen selvitetään mahdollisten sukupuolitautien oireita: jatkuva alavatsakipu, sukuelinten kutina, polttelu tai turvotus, epätavallinen gynekologinen vuoto, sukuelinten haavaumat, kyhmyt ja syyliät sekä virtsan kirvely. Sukuhistoriaan kirjataan verenpainetaudin, sokeritaudin, sydänsairauksien, sirppisolukantajuuden, monisikiöisten raskauksien, psyykkisten sairauksien sekä synnynnäisten sairauksien esiintyvyys suvussa. Lääkkeiden käyttö sekä ruoka- ja lääkeallergiat kirjataan, samoin edeltävä ehkäisy käyttö, menetelmä sekä ehkäisyn lopettamisen ajankohta.

Wo ho te sen? Miten voitte? Teman poliklinikan kätilö kyselee potilaalta twin kielellä, onko raskausaikana ollut mitään ongelmia. Tällä kertaa ystävällisellä kätilöllä on tavallista tiukempi äänensävy, sillä potilas on tullut ensimmäiselle vastaanottokäynnille vasta 36. raskausviikolla. Kouluttamaton nuori nainen on kotoisin Ghanan köyhemmästä pohjoisosasta, ja nyt Temassa sukulaisensa luona kyläillessään hän päätyi ensimmäistä kertaa neuvolaan. Kätilö viestittää puheellaan ja olemuksellaan harmistustaan siitä, ettei nainen ole käynyt neuvolassa aiemmin. Kätilö yrittää saada naisen vakuuttuneeksi neuvolan tärkeydestä, jotta tämä tulisi käynneille uudestaan aina synnytykseen asti. Hermostuneempi hän on silti systeemille, jossa on yhä mahdollista viedä raskaus loppuun kuulematta edes äitiysneuvolan mahdollisuudesta. Naiselle tehdään tavanomaiset mittaukset ja tutkimukset, hän saa yhden malariaestolääkeannoksen ja tavallista huomattavasti tuhdimman kerta-annoksen valistusta. Mukaansa hän saa myös kasan oppaita, joissa on kirjoitettuna neuvolassa raskauden mittaan annettu informaatio. Nainen on kuitenkin lukutaidoton, ja käynnin lopuksi kätilö painottaa tätä pyytämään ystäviään lukemaan hänelle tietoja ääneen. Viimeisenä moitteena kätilö huomauttaa tiukkujen farkkujen sopimattomuudesta loppuraskauden valtavan vatsan kanssa.

Kliininen tutkimus

Ensikäynnillä mitataan naisen paino, pituus, verenpaine, syke ja ruumiinlämpö ja arvioidaan yleistila. Inspektio- ja palpaatiolöydökset kirjataan kasvojen ja silmien, kaulan, rintojen, vatsan ja kohdun osalta. Pernan ja maksan mahdolliset löydökset sekä muiden massojen ja arpien ilmeneminen piirretään kaavakuvaan. Liikkumisen, keskushermoston, sydämen ja keuhkojen löydökset kirjataan, jaloista arvioidaan kipu ja turvotus sekä palpoidaan selkäranka. Lantion inspektiossa etsitään vulvasta infektion tai ympärileikkauksen merkkejä, kirjataan haavaumat, naarmut ja syylät sekä perineumin ulkonäkö. Sisätutkimus tehdään vain tarvittaessa lääkärin vastaanotolla. Silloin kirjataan vuoto, kohdun sijainti ja koko sekä kohdunkaulan ja kohdun sivuelinten löydökset. Ympärileikkausarvet voivat vaikeuttaa alatiesynnytystä. Naisten ympärileikkaus ei enää ole Ghanassa yleistä, mutta maan pohjoisosissa sitä tapahtuu yhä.



Kuva 7: Teman poliklinikan kättilön on tärkeää kertoa, miksi ”käsi sidotaan” vastaanotolla. Kuva Hanna Halkosaari.

Laboratoriomittaukset

Raskaus varmistetaan virtsan hCG-mittauksella. Hemoglobiini mitataan ensimmäisellä kerralla ja tutkimus toistetaan kahdesti raskauden aikana. Mahdollisuuksien mukaan tutkitaan naisen veriryhmä, rhesustekijä sekä hemoglobiinin elektroforeesi sirppisoluanemian ja talassemioiden varalta. Resursseista riippuen tutkitaan myös G6PD-puutos. Virtsaista selvitetään liuskakokein sokeri ja proteiini. Virtsaista voidaan tutkia myös punasolut, mikäli tarvetta ilmenee. Mahdollisuuksien mukaan tutkitaan syfilis (VDRL/RPR), B-hepatiitti (HBsAg) ja tarvittaessa ulosteen punasolut. Positiivisista kuppalöydöksistä pidetään erikseen kirjaa.

HIV-pikatesti tehdään vastaanotolla, jos aiempaa tutkimusta ei ole tehty tai vastausta ei ole saatavilla. Testausta ennen naisen kanssa keskustellaan testauksen syistä ja mahdollisista seurauksista. Positiiviset tulokset rekisteröidään erikseen ja naiset ohjataan jatkotutkimuksiin. Positiivinen testi uusitaan aina väärin tulosten poissulkemiseksi. HIV-diagnoosin varmistuessa hoito ja tiivis seuranta aloitetaan raskausaikana.

Nuori tyttö juttelee elämästään odottaessaan vuoroaan tutun HIV-lääkärin vastaanotolle Kumassissa. Hän on onnellinen, että pääsee jälleen seurantaan isoäidin kustantaessa käynnit. Alle 18-vuotiaille terveydenhuolto olisi kyllä ilmaista, mutta matkustamiseen ja byrokraatiaan uppoaa rahaa. Tyttö sai HIV:n jo syntyessään, molemmat vanhemmat ovat sittemmin kuolleet AIDS:iin. Varhaisen tunnistamisen ja hoidon ansiosta tytön tauti on pysynyt hallinnassa. Onneksi niin, vaikka lapsuuteen mahtui myös useamman vuoden jakso, jolloin tyttöä ei viety kontroleihin eikä lääkitty. Vastaanotolla lääkäri juttelee kuulumiset ja tutkii tytön. Laboratorioarvot ovat hyvät. Ennen lähtöä tyttö esittelee vielä mainosta luontaistuotteesta, jota on ruvennut jälleenmyymään ansaitakseen rahaa. Esitteessä kerrotaan kehoa puhdistavasta yrttivalmisteesta, joka lupaa avun vaivaan kuin vaivaan mielialasta sisätauteihin – ja HIV:iin.

GCMDF:n vuosikonferenssissa lääkäri kertoo toisenlaisen tarinan potilaastaan. Äiti toi 17-vuotiaan tytön erääseen seurakuntaan rukoiltavaksi, jotta demoni saataisiin ajettua ulos hänestä. Selvisi kuitenkin, että työllä oli ollut HIV ilmeisesti jo kahdeksan vuoden ajan.

HIV-kantajuudesta on vallalla paljon väärinkäsityksiä, ja tiedonpuute ja ympäristön asenteet estävät monia hakeutumasta tutkimuksiin ja hoitoon. Tiiviissä yhteisöissä moni haluaa mieluummin kuolla kokematta syrjintää kuin hoidattaa tautiaan maineen menettämisen pelossa. Taudin diagnosoimattomuus ja hoitamattomuus edistävät sen leviämistä edelleen. Oikean tiedon välitys on äärimmäisen tärkeää, ja siihen myös panostetaan. Jalkapallon maailmanmestaruuskisojen alla 2014 televisiossa pyöri mm. maajoukkue Black Starsin HIV-vastainen kampanja.

Jatkokäynnit

Käynnin päätteeksi neuvolassa annetaan seuraavan käynnin ajankohta. Tavallisessa raskaudessa seurantakäyntejä on kerran kuussa 28:nnele raskausviikolle asti, jonka jälkeen käyntejä on 2–4 viikon välein. 36:nnele raskausviikon jälkeen käyntejä on 1–2 viikon välein synnytykseen asti. Osassa toimipisteissä kaikki neuvolakäynnit pyritään järjestämään saman terveydenhuollon ammattilaisen vastaanotolle. Jos raskauteen liittyy riskitekijöitä tai raskauden aikana ilmaantuu sairauden merkkejä, nainen ohjataan äitiyspoliklinikan lääkäriin ja käyntejä voidaan tihentää. Naisille annetaan ohjeistus hälyttävistä oireista ja merkeistä, jolloin tulisi

hakeutua heti vastaanotolle.

Kaikilla käynneillä kysellään naisen vointia ja tarkemmin mahdollisia oireita. Ongelmat kirjataan äitiyskorttiin ja niihin reagoidaan tilanteen vaatimalla tavalla. Äitiyskortista seurataan raskauden etenemistä ja osallistumista teemaluennoille, ja keskustellaan aiheista lisää tarpeen mukaan. Rauta- ja folaattilisien käyttö kysytään ja kirjataan äitiyskorttiin.

Jatkokäynneillä nainen punnitaan, verenpaine mitataan ja tarkistetaan jalkojen mahdollinen turvotus. Raskausviikko merkitään korttiin ja sitä verrataan symfyysi-fundus-mittaan, joka mitataan ja kirjataan senttimetreinä. Ulkotutkimuksesta kirjataan sikiön tarjonta, sikiön sydänäänet sekä loppuraskaudessa sikiön laskeutuminen lantioon. Sikiön sydänäänet tutkitaan paikasta ja resursseista riippuen dopplerlaitteella tai fetoskoopilla. Odottavaa äitiä kehoitetaan seuraamaan sikiön liikkeitä päivittäin.

Narh Bitan yksityissairaalassa odottavia äitejä ottaa vastaan sekä lääkäri että sairaanhoitaja. Molemmat toimivat samassa vastaanottohuoneessa, jonka pöydän eri puolille mahtuu näppärästi kaksi odottavaa äitiä yhtä aikaa. Lääkäriin ja sairaanhoitajan suorittamat vastaanotot eivät eroa toisistaan, ellei äidillä ole erityisiä tarpeita esimerkiksi perussairautensa suhteen.

Kliinistä tutkimusta varten huoneen perällä on tutkimuspöytä ja suojaava verho. Tietosuojaa ei juuri ole, mutta siveellisyydestä huolehditaan mahdollisimman tarkoin. Sisätutkimuksia ei suoriteta, ellei siihen ole erityistä tarvetta. Esimerkiksi pienikokoisten naisten sisämitat voidaan tutkia keisarileikkauksen tarpeen arvioimiseksi. Ensikäynnin jälkeen jalkoja ei riisuteta, ellei nainen valita jotain oiretta. Silloinkin peitteeksi saa liinan.

Narh Bitassa on käytössä yksinkertainen dopplerlaite ja automaattinen verenpainemittari. Tema Polyclinin kätilöillä on käytössään manuaaliset verenpainemittarit, metalliset fetoskoopit sekä yksi dopplerlaite, jonka klinikan lääkäri on tuonut matkaltaan Euroopasta. Sitä saa käyttää kätilö, joka selkävaivojensa vuoksi ei pysty jatkuvasti kuuntelemaan sikiön sydänääniä perinteisellä fetoskoopilla.



Kuva 8: Teman poliklinikalla on käytössä yksi dopplerlaite. Kuva Hanna Halkosaari.



Kuva 9: Perinteinen fetoskooppi. Myös puisia ja muovisia löytyy. Kuva Hanna Halkosaari.

Ghanassa erilaiset infektiot ovat viiden tärkeimmän äitiyskuolleisuuden syyn joukossa, ja niiden esto on keskeistä ghanalaisessa äitiysneuvolassa. Malarian ehkäisyyn kiinnitetään erityistä huomiota, mutta lisäksi HIV, madot sekä muut tavalliset ja trooppiset infektiot pyritään huomaamaan ja hoitamaan. Erityisesti urogenitaaliset infektiot voivat synnytyksen yhteydessä aiheuttaa verenmyrkytyksen. 16. raskausviikosta eteenpäin kaikille odottaville naisille annetaan neuvolassa malarianestolääkkeeksi sulfadoksiini-pyrimetamiinia kuukauden välein yhteensä kolme annosta. Neuvoloissa voidaan myös tehdä pikatesti *Plasmodium falciparum* -malarian osalta. Jäykkäkouristusrokote annetaan kaikille raskaana oleville naisille, joilla aiemman rokotteen ei tiedetä olevan voimassa. Pistoksia annetaan kaksi, ellei aiemman rokotushistorian perusteella arvioida yhtä tehostusta riittäväksi. Neuvolasta saa hoitoa yksinkertaisiin infektioihin, mutta vakavat sairastumiset ohjataan lääkärille.

Teman poliklinikan kätilö pahoittelee laman heikentämää taloustilannetta. Kansallisen terveysvakuutusten tultua voimaan naisten osallistuminen äitiysneuvolaan on lisääntynyt, ja heikittäin se olikin ilmaista. Nykyään naisilta joudutaan perimään maksuja muiden muassa virtsaliuskoista ja malarialääkkeistä, sillä valtio ei enää pysty toimittamaan kaikkia lupaamiaan tarvikkeita. Esimerkiksi syfilistä ei toistaiseksi testata tässä klinikassa, vaikka osaamista löytyisi, sillä välineet ovat loppuneet. Onneksi osaamista löytyy myös klinisten merkkien tarkkailuun, ja tarvittaessa nainen lähetetään jatkotutkimuksiin lääkärille. Yhteensä äidiltä kuluu rahaa n. GHS 2,5 (n. 0,60 €) yhden neuvolakäynnin pakollisiin tutkimuksiin ja lisäksi hieman matkoihin.

Malarialääkkeitä sentään on saatavilla, ja ne otetaan valvotusti vastaanotolla. Jos naisella ei ole omaa juomavettä mukana, sellaisen saa kolikolla. Pitäessäni muistiinpanoja sylissäni annoin eräälle naiselle juomavesipussin huolimattomasti vasemmalla kädellä, vaikka tiesin, ettei sillä saa Ghanassa ojentaa mitään. Vastaanoton päätyttyä kätilö muistutti ystävällisen napakasti oikean käden käytöstä tässä kulttuurissa. Malariaverkkoja ei riitä kaikille naisille, mutta niiden käyttökään ei aina onnistu. Monen mielestä verkon alla on liian kuuma nukkua, eikä talossa ole välttämättä mitään, mihin verkon kiinnittäisi. Joskus verkot kiinnitetään oviin tai ikkunoihin. Malariahyttysset liikkuvat pimeällä, mutta varhain tulevan pimeän jälkeen istutaan usein vielä ulkona, joten pelkkä hyttysverkon alla nukkuminen ei yksistään suojaa pistoksilta.

4.4 Sikiön kaikukuvaus

Ultraäänitutkimus suositellaan tehtäväksi raskauden aikana, mutta osallistuminen on vapaaehtoista ja maksullista. Korkeamman vakuutusmaksun maksamalla terveysvakuutus kattaa myös raskaudenaikaisen kaikukuvauksen. Tutkimusmaksun suuruus vaihtelee yksiköittäin, esim. Narh Bitan sairaalassa kertamaksu oli v. 2014 GHS 35 (n. 8,75 €). Ultraäänilaitteita alkaa olla kattavasti julkisten sairaaloiden ja terveysasemien yhteydessä, ja suurissa kaupungeissa on myös yksityisiä ultraäänitutkimusten tarjoajia. Tutkimusten saatavuutta rajoittaa koulutettujen radiologien vähäinen määrä Ghanassa. Dopplervirtausmittauksia tehdään isoimmissa yksiköissä.

Ultraäänitutkimuksia tehdään 1–3 kertaa raskauden aikana, tavallisimmin toisen raskauskolmanneksen aikana, ja tarvittaessa tutkimuksia voidaan tehdä useamminkin. Ensimmäisellä raskauskolmanneksella ultraäänitutkimuksella arvioidaan raskauden kesto ja sikiöiden lukumäärä, istukan sijainti ja rakenne sekä mahdollinen kohdunulkoinen raskaus. Toisella raskauskolmanneksella on mahdollista todeta sikiön niskaturvotus, elinten epämuodostumat sekä arvioida lapsiveden määrä ja sikiön sukupuoli. Lisäksi arvioidaan sikiön kasvua ja liikkumista. Kolmannella raskauskolmanneksella voidaan tarkistaa sikiön tarjonta ja paino keisarileikkaustarpeen arvioimiseksi. Tarvittaessa ultraäänitutkimuksella voidaan tutkia esimerkiksi vaginaalisen vuodon syytä tai lapsen vointia. Vaginaalisia ultraääniä tehdään vain tarvittaessa.

Äitiyskorttiin kirjataan ultraäänitutkimuksessa arvioitu sikiön ikä, istukan sijainti, lapsiveden määrä, laskettu aika sekä mahdolliset muut merkittävät seikat. Ghanalaisten naisten ultraäänitutkimuksen kokemuksiä koskevan tutkimuksen (15) mukaan kolme tavallisinta syytä ultraäänitutkimukseen hakeutumiseen olivat halu tietää sikiön sukupuoli, tarkistaa sikiön tarjonta ja varmistaa sikiön hyvinvointi. Sikiön mahdollisista rakenteellisista poikkeavuuksista oli kiinnostuneita tai tietoisia vain 3 % tutkimukseen osallistuneista naisista.

Istukka- ja lapsivesinäytteitä on mahdollista ottaa isoimmissa sairaaloissa, kuten Korle Bun yliopistosairaalassa Accrassa. Seulontoja tehdään esimerkiksi sirppisoluanemiaa epäiltäessä. Ghanassa vuonna 1985 asetettu laki sallii raskaudenkeskeytyksen, jos lapsen odotetaan olevan vaikeasti vammautunut tai sairas, mutta niiden toteutuminen on suhteellisen vähäistä ja eettinen keskustelu aiheesta edelleen vilkasta.

Kyselin eri klinikoilla näkemyksiä valikoivan raskaudenkeskeytyksen laillisuudesta ja saatavuudesta. Yleinen kommentti oli, että ”sikiön ollessa vammautunut keskenmeno tulee yleensä itsestään – eikä raskauksia kuitenkaan keskeytetä, vaan äitiä valmistetaan tilanteeseen henkisesti”. Raskaudenkeskeytyksiä pidetään henkisesti raskaina, eikä siksi kovin suositeltavina.

Teman poliklinikan kättilöiden tiedon mukaan raskaudenkeskeytykset eivät olisi sallittuja lainkaan. Finlandia-klinikalla tiedettiin raskaudenkeskeytysten laillisuudesta, mutta todettiin sen riippuvan lääkäristä: jotkut lääkärit suorittavat raskaudenkeskeytyksiä, toiset eivät. Vanhempien valinnanvapaudesta näkemys oli, että jos vanhemmilla oli erimielisyyksiä asiasta, mies päättää. Imua pidettiin turvallisempana vaihtoehtona kuin lääkkeitä. Myös Narh Bitan sairaalassa tiedettiin joidenkin lääkäreiden suorittavan raskaudenkeskeytyksiä, mutta sitä pidettiin harvinaisena. Keskeytyksiin johtavaa sikiödiagnostiikan saatavuus arvioitiin vähäiseksi. Ghanan kristillisen lääkäriseuran vuosikonferenssissa yleisin arvio oli, ettei raskaudenkeskeytyksiä tehdä julkisella puolella. Pääkaupunki Accran yliopistollisen sairaalan perhesuunnitteluyksikössä raskaudenkeskeytyksiin on kuitenkin totuttu.

Laittomia, vaarallisia raskaudenkeskeytyksiä tiedettiin tapahtuvan edelleen erityisesti maaseudulla. Menetelmät ovat moninaiset, kuten yrttien ja lääkkeiden käyttö tai mekaaninen keskeytys esimerkiksi tikulla. Eräs lääkäristä muisti elävästi potilaan, jolta tikku oli vahingossa puhkaissut virtsarakon. Kyseinen potilas menehtyi sairaalassa vatsakalvontulehdukseen.

5. SYNNYTYS

Terveydenhuollon ammattilaisen avustaman synnyttämisen on todettu vähentävän niin äitiyskuin imeväiskuolleisuutta. Vuoden 2014 tilastoissa viimeisen viiden vuoden aikaisista synnytyksistä 74 % tapahtui ammattilaisten avustamana, mutta ero kaupunkien ja maaseutujen välillä oli merkittävä (90 % ja 60 %). Kouluttamattomista naisista jopa 48 % ja köyhimmästä väestöneljänneksestä 53 % synnytti ilman ammattilaisen apua. (6)

Taulukko 4: Synnytystä ennen selvitettäviä käytännön asioita.

Lähde: Ghana Health Service: My Birth Plan.

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• lähin synnytysyksikkö ja kuljetus sinne (jopa keskellä yötä) |
| <ul style="list-style-type: none">• kuka tulee synnyttäjän mukana sairaalaan tai klinikkaan |
| <ul style="list-style-type: none">• kuka huolehtii muista lapsista |
| <ul style="list-style-type: none">• kuka luovuttaa verta hätätilanteessa |
| <ul style="list-style-type: none">• mitä tarvikkeita synnytyssairaalaan pakataan mukaan |
| <ul style="list-style-type: none">• kuinka paljon rahaa on säästetty synnytystä ja lapsivuodeaikaa varten. |

Synnytyksen lähestyessä neuvolassa tehdään suunnitelma etukäteisvalmisteluista (taulukko 4). Ghanassa infrastruktuuri on paikoin puutteellista teiden kunnan ja julkisen liikenteen osalta. Ambulansseja on vain vähän ja lähinnä suurissa kaupungeissa, joissa liikennemuutokset hidastavat merkittävästi sekä ambulanssien että yksityisautojen liikkumista. Maaseudulla matka synnytysyksikköön voi kestää useita tunteja. Sairaaloissa ja klinikoissa ei ole ruokahuoltoa, joten mukaan tarvitaan ystävä tai sukulainen tuomaan ruokaa ja hoitamaan mahdollisia muita asioita. Läheisiä kannustetaan verenluovutukseen jo ennen synnytystä, mikäli lähettyvillä on toimiva veripankki. Avuksi tarvittaessa kutsuttavien henkilöiden yhteystiedot kirjataan synnytyssuunnitelmaan henkilökuntaa varten. Synnytyssairaalaan pakataan mukaan äitiyskortti, terveysturvakortti, vaatteita, vaippoja, vuodevaatteet ja peseytymisvälineet (mm. pyyhe, saippua, talkki) vauvalle sekä itselle yöpuku, terveysseiteitä, peseytymisvälineet, kumina alusta, vanhoja vaatteita sekä ruokaa. Odottaville äideille pyritään järjestämään neuvolasta käsin tutustumiskäynti synnytysosastolle ja leikkaussaliin.

Neuvolassa raskauden loppuvaiheen ulkotutkimuksissa varmistetaan sikiön tarjonta. Tarvittaessa perätilassa olevaa sikiötä yritetään kääntää, mikäli ultraäänilaitteen käyttö ja monitorointi ovat yksikössä mahdollisia. Lääkäristä riippuen perätilassa olevaa lasta voidaan yrittää synnyttää alateitse, mutta tavallisempaa on suunnitella sektio. Etukäteen kerrotaan myös tilanteista, joissa mahdollisesti joudutaan siirtymään hätäsektioon.

Odottaville äideille opetetaan synnytyksen käynnistymisen merkit, jolloin on syytä lähteä sairaalaan. Näitä ovat säännölliset ja tiheät supistukset, limainen vuoto emättimestä ja lapsiveden meno. Vihertävä tai rusehtava lapsivesi, verenvuoto ennen lapsen syntymää ja sekavuus tai tajuttomuus ovat vaaranmerkkejä, jolloin sairaalaan on hakeuduttava välittömästi. Samoin on toimittava, mikäli kotisyntytyksissä synnytys ei ala lapsiveden menon jälkeen, synnytys kestää yli 12–15 tuntia tai yli kahden tunnin ponnistuksista huolimatta synnytys ei näytä edistyvän.



Kuva 10: Teman poliklinikan synnytyssalista löytyvät pakkaukset niin raskausmyrkytyksen, synnytyksenjälkeisen verenvuodon kuin yleisen hätätilanteen varalta. Kuva Hanna Halkosaari.

Synnytyssairaalassa käydään läpi raskauden sujuminen ja keskustellaan, onko odotettavissa normaali synnytys. Synnytyksen käynnistyminen varmistetaan, ja keskustellaan kivunlievityksen vaihtoehtoista. Kivunlievityksen saatavuus vaihtelee yksiköittäin, mutta lääkkeellisiä vaihtoehtoja ovat esimerkiksi tramadoli- tai petidiinipistokset. Äidin paino, verenpaine ja syke mitataan, tutkitaan virtsan liuskakoe ja tehdään ulkotutkimus. Paperiseen partogrammiin kirjataan sikiön sydänäänet, supistukset ja kohdunsuun avautuminen. Tarvittaessa synnytys voidaan käynnistää oksitosiinilla. Synnytyssaliin on mahdollista ottaa mukaan tukihenkilö, jopa lapsen isä, mikäli salissa ei ole samaan aikaan muita synnyttäjiä.



Kuva 11: Synnytysalisängyn takana näkyy lämpökaappi ja -lamppu vastasyntyneille. Sairaalassa vesi lämmitetään vedenkeittimellä. Teman poliklinikka. Kuva Hanna Halkosaari.

Synnytyksen jälkeen äidin ja lapsen vointia seurataan. Äitiyskorttiin kirjataan synnytyksen aika ja paikka, tyyppi (spontaani, käynnistetty), kesto ja tapa (alatie, imukuppi vai keisarileikkaus), leikkausindikaatio, komplikaatiot sekä äidin ja lapsen eritteiden määrä. Lapsen syntymäpaino ja sukupuoli, Apgar-pisteet 1 ja 5 minuutin kohdilla sekä mahdolliset synnynnäiset poikkeavuudet kirjataan.

Synnytyssairaalasta riippuen osastolla ollaan esimerkiksi kahdeksan tuntia komplisoitumattoman synnytyksen jälkeen. Keisarileikkauksen jälkeen sairaalassa voi viipyä kolmesta viiteen päivää. Lapsen kasvua ja kuntoa seurataan, napanuoran tynkä tarkistetaan, lämpötila, paino, verenpaine ja syke mitataan. Äidin paino, verenpaine ja hemoglobiiniarvo

mitataan ja arvioidaan toipumista synnytyksestä, mielialaa ja jaksamista. Ensimmäisenä päivänä lapselle annetaan BCG- ja poliorokotteet sekä K-vitamiinipistos.

Sairaalassa syntyneet lapset rekisteröidään ja he saavat syntymätodistuksen. Ennen kotiutumista äitiä ohjeistetaan imetykseen ja saapumaan jälkitarkastuksiin 24–72 tunnin ja uudestaan noin viikon kuluttua synnytyksestä. Synnytyksen jälkeiset seurantakäynnit tapahtuvat lastenneuvolassa, jossa jatketaan imetysohjeistusta, äidin voinnin, jaksamisen ja mielialan seurantaa, lapsen kehityksen seurantaa sekä rokotusohjelmaa. Raskauden jälkeistä itkuisuutta tai masennusta ei pidetä kovin yleisenä, eikä siitä puhuta etukäteen, ellei tarvetta ilmene. Tarvittaessa äiti voidaan silloin ohjata sosiaalipuolelle.



Kuva 12: Punnitus lastenneuvolassa rokotusten annon yhteydessä Denussa.

Kuva Hanna Halkosaari.

Ghanalaisessa perinteessä lapset saavat nimen sen viikonpäivän mukaan, jona Jumala toi heidät maailmaan. Seurasin synnytysosaston toimintaa torstaina, ja sain kaimakseni Yaanimisen tytön. Yaw-nimisiä torstaipoikia syntyi vielä enemmän. Viikonpäivänimiä on paljon käytössä, mutta lisäksi useimmilla ghanalaisilla on myös toinen, isän antama nimi.

”Synnytyksen jälkeistä masennusta? Ei sellaista oikeastaan ilmene.” Kättilö ihmettelee kysymystäni. Ghanassa kulttuuriin ei kuulu itkeminen, täällä ollaan vahvoja ja keitetään paljon. ”Onko sinulla ruokaa? Oletko sairas? – Miksi sitten itket?” Ihmisiä on aina ympärillä auttamassa ja pitämässä arjessa kiinni.

6. KOKOAVAA TARKASTELUA

Ghanassa on vuosikymmenten ajan pyritty vaikuttamaan lisääntymisterveyteen sekä kansalaisten hyvinvoinnin että väestönkehityksen edistämiseksi. Erityisesti YK:n vuosituhattavoitteiden puitteissa saavutettu äitiyskuolleisuuden puolittuminen rohkaisee suuntaamaan voimavaroja äitiyshuollon kehittämiseen myös vuonna 2016 alkaneella kestävä kehityksen tavoitteiden jaksolla. Ilmaisten palveluiden tarjoaminen, lisähenkilökunnan kouluttaminen ja uusien toimipisteiden perustaminen ovat lisänneet äitiyshuollon palveluiden käyttöä. Ehkäisyn käyttö on Ghanassa edelleen vähäistä, mutta äitiysneuvolaan osallistuminen on lisääntynyt viime vuosina kattamaan lähes kaikki odottavat äidit. Ammattilaisten avustamalla synnytyksillä arvioidaan olevan suuri merkitys äitiyskuolemien vähentämiseen, mutta edelleen noin puolet maaseudun ja köyhimmän neljänneksen naisista synnyttää ilman ammattilaisen apua. Muita ehkäistävässä olevia äitiyskuolleisuuden syitä ovat mm. verenvuoto, kohonneeseen verenpaineeseen liittyvät raskaushäiriöt, verenmyrkytykset sekä vaaralliset abortit.

Ghanassa infrastruktuurin puutteet ja sosioekonominen tilanne voivat estää naisilta äitiyshuoltoon pääsyn. Terveyspalveluiden käyttöön vaikuttavat niiden saatavuus, kulkumahdollisuudet, naisen koulutustaso ja varallisuus sekä tietoisuus palveluiden olemassaolosta. Maaseudun asukkailla ja vähän koulutetuilla äitiyshuoltoon osallistuminen on vähäisempää kuin kaupungeissa asuvilla ja korkeammin koulutetuilla. Lisäksi alueellisia eroja on huomattavasti. Terveysvakuutuksen käyttöönotto on lisännyt palveluihin osallistumista, mutta vakuutuksen hankkimista vaikeuttavat köyhyys, tietämättömyys ja byrokraattiset tekijät, kuten henkilöpapereiden puute. Terveysvakuutuksesta huolimatta neuvolat joutuvat keräämään asiakkailta erilaisia maksuja.

Valtion rahallinen tuki neuvolatoiminnalle on vähentynyt maan vaikeassa taloustilanteessa, eikä esimerkiksi kaikkia näytteiden ottoon tarvittavia välineitä pystytä hankkimaan. Monet laitteet ovat suurtenkin kaupunkien toimipisteissä vaatimattomia ja vanhanaikaisia. Ultraäänitutkimusten lisääntyvää käyttöä rajoittaa osaavan henkilökunnan vähäisyys.

Ghanassa kristillinen arvomaailma ja kirkkojen vaikutus näkyvät terveydenhuollon arkipäivässä mm. hartauksina teemaluentojen yhteydessä ja kielteisenä suhtautumisena valikoiviin raskaudenkeskeytyksiin ja niihin johtavaan sikiödiagnostiikkaan. Kirkoilla on

merkittävä rooli tiedonvälityksessä ja arvomaailman muotoutumisessa. Seksuaalietiikassa kannustetaan pidättyväisyyteen ennen avioliittoa. Osa kirkoista kannustaa perheitä lasten hankkimiseen, minkä osa koulutetusta kansasta näkee ristiriitaisena väestönkasvua hillitsevien tavoitteiden kannalta. Siveellisyys näkyy esimerkiksi äitiysneuvolassa rutiininomaisten sisätutkimusten puuttumisena.

Köyhyys voi estää monipuolisen ravitsemuksen ja siten riittävän ravintoaineiden saannin. Raudanpuuteanemia on erittäin yleistä raskaana olevien naisten keskuudessa. Osa naisista ei saa ravinnosta riittävästi energiaa, mutta toisaalta ylipaino on lisääntyvä ongelma Ghanassa. Tupakointi on vähäistä, mutta jopa viidesosa naisista käyttää runsaasti alkoholia odotusaikanaan ainakin Ashanti-alueella.

Maiden moninaisista erilaisuuksista johtuen suomalaisessa ja ghanalaisessa äitiysneuvolatoiminnassa on paljon eroja. Suomessa neuvolatoiminta on vakiinnuttanut asemansa vuosikymmeniä sitten, eivätkä tiedotus tai palveluiden kattavuus rajoita äitiyshuollon palveluiden käyttöä. Suomessa lähes kaikki naiset osallistuvat äitiysneuvolaan ja raskausaikana käyntejä on keskimäärin 8–9. Nykyisessä suomalaisessa äitiysneuvolassa keskitytään pääasiassa hallitsemaan raskauden riskitekijöitä, kuten tupakointia, alkoholin käyttöä ja ylipainoa. Sitä kautta pyritään ehkäisemään komplikaatioita raskausaikana ja synnytyksessä. Sen sijaan Ghanassa pääpaino on edelleen äitiyskuolleisuuden vähentämisessä ja toiminnan pääkohtina sairauksien varhainen tunnistaminen, ”disease detection”, niiden ehkäisy ja hoito. Suomessa ovat harvinaisia Ghanan yleiset taudit, kuten malaria ja muut trooppiset infektiot, HIV, madot ja vakavat anemiat mm. aliravitsemuksesta, talassemioista ja sirppisoluanemiasta johtuen.

Suomessa resurssien puute ei heikennä äitiyshuollon laatua toisin kuin Ghanassa. Osaavaa henkilökuntaa on tarpeeksi ja kaikki odottavat äidit pääsevät lääkärin arvioon sekä halutessaan ultraäänitutkimukseen. Suomessa kaikki neivolakäynnit toteutetaan henkilökohtaisina tapaamisina yksityisyydensuojaa kunnioittaen. Suomessa äitiyshuoltoa helpottavat myös muuten toimiva terveydenhuoltojärjestelmä sähköisine potilastietojärjestelmineen ja veripalveluineen sekä toimivien laitteiden ja tehokkaiden lääketieteellisten hoitomuotojen saatavuus.

Tiedonanto on keskeisessä roolissa molempien maiden neuvonnassa, mutta Suomessa väestön koulutus ja terveystietoisuus sekä tiedon saatavuus ovat huomattavasti kattavampia kuin Ghanassa, eikä lukutaidottomuus ole ongelma. Suomessa on mahdollista rutiiniseurannan lisäksi kiinnittää huomiota perheiden psykososiaaliseen ja taloudelliseen tilanteeseen sekä

perhevalmennukseen. Suomessa isät ovat aktiivisemmin mukana äitiysneuvolassa ja synnytyksissä. Suomessa julkinen sosiaaliturva takaa kaikille välttämättömän toimeentulon ja tukee erityisesti lapsiperheitä äitiysavustuksella ja vanhempainrahalla. Ghanassa sosiaaliturvajärjestelmä on suppeampi, eikä perheiden voimavarojen arvioita tehdä yhtä järjestelmällisesti kuin Suomessa.

Sekä Suomessa että Ghanassa synnyttänyt suomalainen ystäväni kertoo kokemuksistaan näin:

Synnytin ensimmäisen lapseni Suomessa yliopistollisessa keskussairaalassa, ja toisen lapseni Ghanassa yksityisellä klinikalla. Eroja ilmeni esimerkiksi varustetasossa. Yliopistollisessa keskussairaalassa oli kaikki mahdolliset välineistöt myös mahdollisia komplikaatioita varten. Yksityisellä klinikalla Ghanassa oli kohtuullisen vaatimaton varustetaso. Tämä oli keskiluokkaisen väestön klinikka, ei kallein ja hienoin mahdollinen. Klinikka oli hyvin kodinomainen eikä juuri muistuttanut sairaalaa. Raskauden seuranta tapahtui myös samalla klinikalla. Käynnit tapahtuivat aina lääkärin vastaanotolla, ei sairaanhoitajan. Suomessa taas suurin osa neuvolakäynneistä toteutui sairaanhoitajan vastaanotolla. Ghanassa mieheni sukulaislääkäri kyseli minulta etukäteen, haluanko epiduraalipuudutuksen. Ilmoitin haluavani. Hän kertoi pyynnöstäni anestesia-lääkärille, joka työskenteli läheisessä kaupungin sairaalassa. Lääkäri kävikin minua katsomassa supistusten ollessa käynnissä. Hänellä oli kuitenkin kiire leikkaukseen, ja hän ilmoitti, että ei voi jäädä huolehtimaan epiduraalista eikä klinikan sairaanhoitajilla ollut ammattitaitoa sen antamiseen ja seurantaan. Minulle jäi elävästi mieleen lääkärin aurinkoinen hymy ja ylösnostetut peukut, joilla hän minua kannusti. Juuri ennen vauvan syntymää sain jonkin kipulääkkeen pistoksena olkavarteen. Mieleeni jäi myös se, että synnyttämään menoa ennen sain pitkän varustelistan tavaroista, jotka minun oli tuotava mukaan klinikalle: mm. pesuainetta lakanoiden pesua varten ja muovi, jota käytettiin synnytyssängyn päällä. Klinikalla ei myöskään ollut mahdollista ruokailla, vaan anoppini toi minulle korissa päivän ateriat aamulla ja iltapäivällä. Palvelu klinikalla oli ystävällistä. Asiaan kuului tippien anto sairaanhoitajille mieheni taholta.



Kuva 13: Ghanalaislapset tottuvat pian kulkemaan selässä. Kuva Hannele Raula.

LÄHTEET

1. World Health Organization (2015). *Sexual health, human rights and the law*. Geneva: World Health Organization.
2. Trends in maternal mortality: 1990 to 2015: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Geneva: World Health Organization; 2015.
3. World Health Organization (2010). *IMPAC Integrated Management of Pregnancy and Childbirth WHO Recommended Interventions for Improving Maternal and Newborn Health*. Geneva: World Health Organization.
4. Kouvalainen, K. Neuvolatoimintojen haasteet ja uhat. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 1995;111(1):32
5. Laes, E. Synnyttäjien terveyst. *Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Terveyskirjasto*, julkaistu verkossa 18.7.2005.
6. Ghana Statistical Service (GSS), Ghana Health Service (GHS), and ICF International. 2015. *Ghana Demographic and Health Survey 2014*. Rockville, Maryland, USA: GSS, GHS, and ICF International.
7. Der EM, Moyer C, Gyasi RK, ym. Pregnancy Related Causes of Deaths in Ghana: A 5-Year Retrospective Study. *Ghana Medical Journal*. 2013;47(4):158-163.
8. United Nations Development Programme Ghana and NDPC/GOG (2015) *Ghana Millennium Development Goals 2015 Report*. Accra: Republic of Ghana.
9. Blanchet, N. J., Fink, G., & Osei-Akoto, I. (2012). The Effect of Ghana's National Health Insurance Scheme on Health Care Utilisation. *Ghana Medical Journal*, 46(2), 76–84.
10. Koryo-Dabrah, A., Nti, C.A., Adanu, R. Dietary Practices and Nutrient Intakes of Pregnant Women in Accra, Ghana. *Current Research Journal Biological Sciences* 4(4): 358-365, 2012
11. Van Der Linden, E. L., Browne, J. L., Vissers ym. (2016), Maternal body mass index and adverse pregnancy outcomes: A Ghanaian cohort study. *Obesity*, 24: 215–222. doi: 10.1002/oby.21210
12. Gyasi, R. M. ym. Does spatial location matter? Traditional therapy utilisation among the general population in a Ghanaian rural and urban setting. *Complementary Therapies in Medicine*, Volume 23, Issue 3, 439 - 450
13. Adusi-Poku Y, Bonney AA, Antwi GD. Where, When and What Type of Alcohol Do Pregnant Women Drink? *Ghana Medical Journal*. 2013;47(1):35-39.
14. Owusu-Dabo, E ym. "Smoking Uptake and Prevalence in Ghana." *Tobacco Control* 18.5 (2009): 365–370. PMC. Web. 6 Apr. 2016.
15. Mensah YB, Nkyekyer K, Mensah K. The Ghanaian Woman's Experience and Perception of Ultrasound Use in Antenatal Care. *Ghana Medical Journal*. 2014;48(1):31-38.