

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU

Anna Uljas

KESKENMENON KOKENEIDEN  
NAISTEN SOSIAALISEN TUEN TARVE  
UUDEN RASKAUDEN AIKANA

Sosiaali- ja terveysala

2010

## VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma, terveydenhoitotyön suuntautumisvaihtoehto

**TIIVISTELMÄ**

Tekijä	Anna Uljas
Opinnäytetyön nimi	Keskenmenon kokeneiden naisten sosiaalisen tuen tarve uuden raskauden aikana
Vuosi	2010
Kieli	suomi
Sivumäärä	55 + 6 liitettä
Ohjaaja	Regina Nurmi

---

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla raskauden keskenmenon kokeneiden naisten kokemuksia keskenmenosta ja heidän odotuksiaan sosiaalisesta tuesta uuden raskauden aikana. Tutkimuksen avulla pyritään lisäämään hoitotyöntekijöiden valmiuksia kohdata keskenmenon kokenut nainen.

Tutkimus on laadullinen. Tutkimukseen haettiin osallistujat Internetin Enkelisivut- ja Perheklubi-keskustelupalstoille laitetun tutkimuspyynnön avulla. Keskenmenon kokeneita naisia pyydettiin kirjoittamaan nimettömänä vapaamuotoinen kertomus kokemuksistaan. Kirjoittamisen tueksi laadittiin instruktio, jossa tutkimukseen osallistujille esitettiin neljä tutkimusongelmien mukaista avointa kysymystä, joihin toivottiin saatavan vastauksia esseistä.

Tutkimusaineistoksi saatiin yhteensä 14 esseetä, joista analysoitavaksi valikoitui yhdeksän. Kerätty aineisto analysoitiin induktiivisen sisällönanalyysin avulla. Tutkimustulokset osoittivat edeltävän keskenmenon aiheuttavan uudessa raskaudessa usein kielteisiä tunteita, kuten pelkoa ja turvattomuuden tunnetta. Puolisoa ja muita läheisiä pidettiin uuden raskauden aikana ensisijaisina tukijoina, mutta myös hoitohenkilökunnan toivottiin tarjoavan varsinkin informatiivista tukea, kuten ohjausta ja neuvontaa.

---

Asiasanat	keskenmeno, raskaus, sosiaalinen tuki, terveydenhoitaja, äitiysneuvola
-----------	---

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU  
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Hoitotyön koulutusohjelma, terveydenhoitotyön suuntautumisvaihtoehto

## ABSTRACT

Author	Anna Uljas
Title	The Need of Social Support during a New Pregnancy among Women Who Have Gone through a Miscarriage
Year	2010
Language	Finnish
Pages	55 + 6 Appendices
Name of Supervisor	Regina Nurmi

---

The purpose of this bachelor's thesis was to describe women's experiences of miscarriage and their expectations of social support during a new pregnancy. The aim of this study is to improve and enhance the nursing staff's abilities to encounter a woman that has miscarried.

The study is qualitative. The participants were recruited with a research request placed in two Internet forums called Enkelisivut and Perheklubi. Women who have gone through a miscarriage were asked to write anonymously an informal essay on their experiences. The study participants were given four open-ended questions which they could use when writing their essays.

The material included 14 essays of which nine were selected for the analysis. The collected data were analyzed using the inductive content analysis method. The results show that a miscarriage earlier in life can induce negative emotions, such as fear and insecurity during the new pregnancy. The spouse and the other close relatives were considered to be the primary sources of support. However, there were also expectations towards the nursing staff. The public health nurses were expected to give especially informative support, such as guidance and counselling.

---

Keywords	Miscarriage, Pregnancy, Social Support, Public Health Nurse, Prenatal Clinic
----------	--

## SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ.....	2
ABSTRACT.....	3
1 JOHDANTO.....	6
2 KESKENMENON TARKASTELUA.....	8
2.1 Raskauden keskeytymisen luokittelua.....	8
2.2 Keskenmenon syyt.....	9
2.3 Keskenmenon vaikutuksia naisen elämässä.....	11
3 SOSIAALINEN TUKE.....	13
3.1 Sosiaalinen tuki käsitteenä.....	13
3.2 Sosiaalinen tukiverkosto.....	14
4 ÄITIYSNEUVOLAN TERVEYDENHOITAJA RASKAANA OLEVAN TUKIJANA.....	18
4.1 Äitiysneuvola.....	18
4.2 Äitiysneuvolan työmuodot.....	18
5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT.....	21
5.1 Tutkimuksen tarkoitus.....	21
5.2 Tutkimusongelmat.....	21
6 TUTKIMUKSEN SUORITTAMINEN.....	22
6.1 Tutkimusmenetelmä .....	22
6.2 Tiedonkeruumenetelmä ja kohderyhmä.....	22
6.3 Aineiston käsittely ja analysointi.....	25
7 TUTKIMUSTULOKSET.....	31
7.1 Keskenmenon kokeneiden naisten tunteet uuden raskauden aikana.....	31
7.2 Sosiaalisen tuen antajat.....	32
7.3 Keskenmenon kokeneiden naisten tuen tarve uuden raskauden aikana	34
7.4 Keskenmenon kokeneiden naisten tunteisiin suhtautuminen äitiysneuvolassa.....	36
7.5 Terveydenhoitajan rooli keskenmenon kokeneiden tukemisessa.....	37
8 JOHTOPÄÄTÖKSET.....	39

9 POHDINTA.....	41
9.1 Tutkimustulosten tarkastelua.....	41
9.2 Tutkimuksen luotettavuus.....	43
9.3 Tutkimuksen eettisyys.....	46
9.4 Jatkotutkimusaiheita.....	48
LÄHTEET.....	49
LIITTEET.....	55

## 1 JOHDANTO

Keskenmeno on yleisin raskauden ajan komplikaatioista. (Roto 2001, 7.) Alkuraskauden keskenmenot hoidetaan sairaalassa, mutta hoitoajat ovat yleensä lyhyitä ja tämän vuoksi varsinaista hoitosuhdettakaan ei ehdi muodostua. Keskenmenon jälkeen useat perheet kokevatkin jäävänsä yksin surunsa kanssa. (Järvi 2007.)

Roto (2001) toteaa tutkimuksessaan, että sosiaalisen tuen näkökulma keskenmenosta sopeutumiseen kaipaisi tarkempaa tutkimusta. Lääketieteellisissä ja hoitotieteellisissä tutkimuksissa keskenmenoa on tarkasteltu paljon, sen sijaan lasta odottaneiden vanhempien kokemuksia on tutkittu harvoin. Etenkin kotimaisia hoitotieteellisiä tutkimuksia keskenmenokokemuksesta ja sen jälkihoidosta on saatavilla niukasti.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla keskenmenon kokeneiden naisten kokemuksia ja heidän odotuksiaan sosiaalisesta tuesta uuden raskauden aikana. Tutkimuksen avulla haluttiin saada tietoa siitä, millaista sosiaalista tukea keskenmenon kokeneet naiset olivat saaneet uuden raskauden aikana. Lisäksi tutkittiin millaista tukea keskenmenon kokeneet naiset olisivat kaivanneet uuden raskauden aikana. Tutkimuksella haluttiin selvittää erityisesti terveydenhoitajan roolia keskenmenon kokeneen naisen tukijana uuden raskauden aikana.

Tutkimuksen teoriaosassa määritellään keskenmeno ja tuodaan esiin sen keskeisimpiä vaikutuksia naisen elämään. Sosiaalista tukea tarkastellaan tässä tutkimuksessa useiden eri tutkijoiden luomien teorioiden kautta. Housen (1981) sosiaalisen tuen määritelmä on kattavin ja sitä onkin käytetty apuna myös tämän tutkimuksen tutkimuskysymysten ja instruktioin laatimisessa. Tutkimusaineiston analysointivaiheessa hyödynnettiin Casselin (1976) luomaa mallia sosiaalisesta tukiverkostosta. Teoriaosuudessa tarkastellaan myös äitiysneuvolatoimintaa ja terveydenhoitajan työtä äitiysneuvolassa.

Perheiden tukemisen merkitys on painottunut viime vuosina yhä enemmän terveydenhoitajan työssä. Tutkimalla aihetta tästä näkökulmasta toivon pystyväni tukemaan paremmin keskenmenon kokeneita naisia ja heidän perheitään tulevaisuudessa hoitotyötä tehdessäni. Samalla uskon voivani välittää tärkeätä tietoa myös muille, jotka hoitavat raskaana olevia naisia.

## **2 KESKENMENON TARKASTELUA**

Keskenmenolla (abortus spontaneus) tarkoitetaan kohdun sisäisen raskauden päättymistä ennen kuin sikiö on elinkykyinen. Suomalaisen tautinimistön ja syntymärekisterin sekä kansainvälisen tautiluokituksen mukaan kyseessä on keskenmeno, kun raskaus päättyy ennen 22 täyttä raskausviikkoa tai kun kuollut sikiö painaa keskenmenohetkellä alle 500 grammaa. Suurin osa (noin 80 %) keskenmenoista tapahtuu alkuraskauden aikana eli ennen 12. raskausviikon päättymistä (Ulander & Tulppala 2004).

Keskenmenon yleisyyttä on vaikea määrittää tarkasti, sillä suurin osa keskenmenoista on niin varhaisia, että raskautta ei ole vielä edes havaittu. Itsestään alkaneiden keskenmenojen määräksi arvioidaan noin 30 % kaikista raskauksista. (Hartikainen, Tuomivaara, Puistola & Lang 1995, 139.) Raskauksista 10–15 % päättyy keskenmenoon kuukautisten oltua vähintään kaksi viikkoa myöhässä. Keskenmenot yleistyvät naisen iän myötä; keskenmenoriski 20–29-vuotiailla on 7,2–15 %, kun taas yli 40-vuotiaalla naisilla se on jo 21–46 %. (Ulander & Tulppala 2004, 392.)

### **2.1 Raskauden keskeytymisen luokittelua**

Uhkaavassa keskenmenossa (abortus imminens) istukka on osittain irronnut, mutta sikiökalvot ovat ehyet ja kohdunsuu on kiinni. Sikiö on elossa ja kohdun koko vastaa raskausviikkoja. On mahdollista, että raskaus jatkuu vielä normaalisti. Oireena on aluksi verinen, niukka vuoto, jota seuraa myöhemmin alavatsakivut, supistukset ja usein myös ristiselkäsärky. (Hartikainen ym. 1995, 140–141; Paananen, Pietiläinen, Raussi-Lehto, Väyrynen, Äimälä 2006, 386; Ulander & Tulppala 2004, 394–395.)

Jos verenvuoto muuttuu hyvin runsaaksi ja kohdunsuu on selvästi auki, puhutaan käynnissä olevasta keskenmenosta (abortus incipiens). Käynnissä olevaa keskenmenoa seuraa joko täydellinen keskenmeno (abortus completus) tai



epätäydellinen keskenmeno (abortus incompletus). Kaikututkimuksella pystytään varmistamaan, että kyse on täydellisestä keskenmenosta. Tällöin kaikki sikiö, sikiökalvot ja istukka ovat poistuneet kohdusta, eikä myöskään kohdun sivuelimissä näy poikkeavaa ja seerumin hCG- eli istukkahormonipitoisuus pienenee nopeasti. Jos keskeytyminen tapahtuu epätäydellisesti, kohtu ei tyhjene kokonaan ja siitä aiheutuu jatkuvaa veristä vuotoa. Keskenmeno voi olla myös keskeytynyt (abortus inhibitus, missed abortion). Tällöin sikiö on kuollut, mutta verinen vuoto on niukkaa tai loppuu kokonaan, kohdunsuu on kiinni ja keskenmenoa ei tapahdu. (Eskola & Hytönen 2002, 180–181; Hartikainen ym. 1995, 142; Ulander & Tulppala 2004, 395.)

Tuulimuna (ovum abortivum) aiheutuu sukusolujen yhtymisen alkuvaiheessa tapahtuneesta kehityshäiriöstä. Tuulimunassa ei kehity lainkaan sikiötä, ainoastaan istukka ja sikiökalvot. Jos naisella on ollut peräkkäin kolme tai useampia keskenmenoja, kyseessä on toistuva keskenmeno (abortus habitualis). (Eskola & Hytönen 2002, 180–181; Ulander & Tulppala 2004, 395, 397.)

## **2.2 Keskenmenon syyt**

Keskenmenon voivat aiheuttaa useat eri tekijät. Alkuraskauden keskenmenon syy jää kuitenkin epäselväksi lähes 50 %:ssa tapauksista. Keskenmenon aiheuttajaa aletaan yleensä selvittää vasta kolmen peräkkäisen keskenmenon jälkeen. (Eskola & Hytönen 2002, 181; Ulander & Tulppala 2004, 392–393.)

Yli 60 % keskenmenoista johtuu sikiöperäisistä syistä. Yleisin keskenmenon aiheuttaja on sikiön kromosomipoikkeavuus, jota esiintyy noin 50–60 %:ssa keskenmenoista. Naisen iän myötä sikiön kromosomipoikkeavuudet yleistyvät, sillä alle 35-vuotiaalla naisella riski on 35 %, kun taas yli 40-vuotiaalla se on jo 60 %. Myös ei-kromosomaaliset sikiön rakenteelliset epämuodostumat ja häiriöt napanuoran ja istukan kehittymisessä voivat aiheuttaa keskenmenon. (Eskola & Hytönen 2002, 181; )

Harvinaisempia keskenmenoalttiutta lisääviä tekijöitä ovat kohdun rakenteelliset poikkeavuudet, joita on noin 0,5–2 %:lla hedelmällisessä iässä olevilla naisilla. Kohtu voi olla esimerkiksi hypoplastinen eli vajaakehittynyt, jolloin kohtu ei kykene kasvamaan riittävästi vielä ensimmäisen raskauden aikana, ja raskaus keskeytyy sen vuoksi. Myös myoomat eli kohdun lihaskasvaimet ja kohtuontelossa olevat kiinnikkeet voivat häiritä alkion kiinnittymistä ja raskauden jatkumista varhaisvaiheessa. Kohdunkaulan heikkous puolestaan voi aiheuttaa raskauden keskikolmanneksessa kohdunsuun kivuttoman avautumisen ja sitä kautta keskenmenon. (Eskola & Hytönen 2002, 181; Ulander & Tulppala 2004, 393–394.)

Äidin sairastamat perussairaudet, kuten diabetes, verenpainetauti tai munuaissairaudet lisäävät keskenmenoriskiä. Vaikka odottavalla äidillä olisikin jokin perussairaus, tehostetun valvonnan ja hyvän hoidon avulla pystytään kuitenkin useimmiten turvaamaan raskauden normaali eteneminen. Hormonaaliset häiriöt aiheuttavat usein lapsettomuutta, mutta niiden osuudesta keskenmenoihin kiistellään edelleen. Kuitenkin arvellaan esimerkiksi keltarauhashormonin eli progesteronin niukan erityksen tai kilpirauhasen toimintahäiriöiden altistavan keskenmenoille. (Eskola & Hytönen 2002, 181–182; Ulander & Tulppala 2004, 393.)

Keskenmeno voi aiheutua myös ulkoisista tekijöistä. Monet varsinkin alkuraskauden aikana sairastetut virus- tai bakteeri-infektiot, kuten vihurirokko, toksoplasmoosi, listerioosi, sytomegalia, influenssa, parvorokko, klamydia, voivat johtaa raskauden keskenmenoon. Keskenmenoriskin on todettu olevan huomattavasti suurempi tupakan tai alkoholin suurkuluttajilla sekä huumeiden käyttäjillä. Keskenmenolle voivat altistaa myös riskitekijät työympäristössä, kuten säteily, solunsalpaajat tai orgaaniset liuottimet. Myös altistuminen esimerkiksi lyijylle, elohopealle, fosforille, arsenikille, rikkivedylle tai bentseenille voi johtaa keskenmenoon. (Eskola & Hytönen 2002, 182.)

Vaikka keskenmenon syy jää usein selvittämättä, moni nainen kokee, että syyn selvittäminen helpottaisi ja auttaisi viemään surutyötä eteenpäin. Keskenmenon kokeneelle on tärkeää kertoa, että nainen ei ole keskenmenoa itse suoranaisesti aiheuttanut (Järvi 2007, 88). Keskenmenoja ei voida ehkäistä, mutta sopivan määrän liikuntaa yhdistettynä terveelliseen ruokavalioon ja elämäntapoihin katsotaan olevan hyväksi myös raskautta suunnitteleville ja raskaana oleville. Tupakan ja muiden päihteiden käyttöä on syytä välttää, sillä sikiön kannalta turvallisen käytön rajaa ei tunneta tarkasti. Yhden keskenmenon jälkeen uusiutumisen todennäköisyys seuraavassa raskaudessa ei ole lainkaan suurentunut ja useimmiten seuraava raskaus etenee normaalisti loppuun saakka. Kahden keskenmenon jälkeen uusiutumisriski sen sijaan on kasvanut 17–35 %:iin ja kolmen keskenmenon jälkeen 25–49 %:iin. (Tiitinen 2008.)

### **2.3 Keskenmenon vaikutuksia naisen elämässä**

Keskenmenon jälkeen vanhempien on luovuttava odottamaansa lapsen liittämistään mielikuvista ja sopeuduttava vähitellen siihen, että lasta ei enää olekaan tulossa. Hutti (1992) on tutkinut keskenmenokokemukseen vaikuttavia tekijöitä. Tutkimustulokset osoittivat, että keskenmenon aiheuttama vaste yksilölle on riippuvainen siitä, mitä koetaan menetetyksi. Jotkut naisista pitävät keskenmenoa yhtenä luonnollisena elämään kuuluvana osana, eivätkä tunne voimakasta surua tapahtumasta. Kuitenkin noin 75 % naisista kokee keskenmenon myötä menettäneensä raskauden ja lapsen. Raskauden keskeytymistä voidaan siis pitää myös menetyksenä, johon liittyy kuolemaan verrattava surutyö. (Hutti 1992, 410–411; Roto 2001, 41–43.)

Keskenmenokokemuksen voimakkuuden kannalta ei ole merkitystä, kuinka pitkälle raskaus on edennyt keskenmenon tapahtuessa. Keskenmenon aiheuttaman surun voimakkuuteen vaikuttavat sen sijaan monet muut tekijät kuten ikä, sukupuoli, mielenterveyden tila, koulutus, sosiaalinen tuki, raskauden suunnitelmallisuus, raskauden kesto, aikaisemmat menetykset ja olemassa olevat lapset. Esimerkiksi aikaisemmin sairastetun masennuksen tai sosiaalisen tuen

puuttumisen on katsottu olevan pitkittynyttä surua laukaisevia tekijöitä. Tämän vuoksi on tärkeätä pyrkiä ymmärtämään, mitä keskenmeno merkitsee juuri kyseiselle naiselle ja hänen perheelleen. (Roto 2001, 15; Viisainen 1999, 109.)

Surun läpikäymistä saattaa vaikeuttaa se, ettei mitään konkreettista ole menetetty, etenkin ulkopuolisten silmissä. Tämän vuoksi kohtuun kuolleen vauvan suremisessa useat vanhemmat tuntevat jäävänsä yksin. Keskenmenon kokenut äiti saattaa tuntea pitkään keskenmenon jälkeen jopa fyysisiä oireita, kuten tyhjyyden tunnetta, kipuja ja sairastamista (Savonlahti & Juutilainen 2007, 340–342). Suru voi vaikuttaa surevan käyttäytymiseen monella tavalla. Sosiaalsiin surun reaktioihin kuuluu kiinnostuksen vähentyminen tai kokonaan puuttuminen arkipäivän toimintoja ja toisia ihmisiä kohtaan. Surevan käyttäytyminen saattaa olla myös levotonta, jopa yliaktiivista ja impulsiivista. Suru voi aiheuttaa myös voimakasta väsymystä, ruokahaluttomuutta, keskittymiskyvyn puutetta, univaikeuksia, päänsärkyä ja vatsavaivoja. (Pojula 2002, 45–46.)

Uutta raskautta ei suositella keskenmenon jälkeen kovin pian. Fyysinen palautuminen keskenmenosta on yleensä nopeaa ja uusi raskaus on usein mahdollinen heti yksien normaalien kuukautisten jälkeen. On kuitenkin vaikeata määritellä, milloin kukin perhe on valmis uuteen raskauteen, sillä surutyölle on annettava aikaa ja sen eteneminen on yksilöllistä. Liian nopeasti alkanut uusi raskaus saattaa keskeyttää suruprosessin ja altistaa myöhemmille psyykkisille häiriöille. Surun työstämättä jättäminen puolestaan voi vaikuttaa kielteisesti uusiin raskauksiin sekä perheen muihin lapsiin sekä jopa tulevien sukupolvien raskauksiin ja vanhemmuuteen. Menetyksen psyykkisen työstämisestä, tuesta ja tehostetusta seurannasta seuraavan raskauden aikana voi olla edullisia vaikutuksia uuden raskauden kannalta. (Savonlahti & Juutilainen 2007, 342; Ulander ym. 2002, 171.)

### 3 SOSIAALINEN TUKI

#### 3.1 Sosiaalinen tuki käsitteenä

Sana sosiaalinen tarkoittaa ”yhteisöllistä, yhteiskunnallista ja yhteiskunnassa heikossa asemassa olevien auttamiseen tähtäävää”. Tuki-sanaa kuvataan seuraavasti: ”jokin, joka antaa turvaa, pitää yllä, edistää, auttaa, kannustaa jotakin tai jotakuta”. Tuki voi olla laadultaan myös taloudellista tai aineellista. (Suomen kielen perussanakirja osa 3, 1994, 128, 324.)

Sosiaalista tukea käsittelevissä tutkimuksissa keskityttiin 1970-luvulla enimmäkseen perherakenteen, sosiaalisen integraation ja sosiaalisen vuorovaikutuksen aikaansaamiin terveysvaikutuksiin. Caplan (1974) julkaisi ajatuksensa muodollisesta tai virallisesta sosiaalisen tuen muodosta, jota hän itse kutsui nimellä 'social support system'. Tähän ”sosiaalisen tuen järjestelmään” kuuluvat ne henkilöt yksilön sosiaalisessa verkostossa, joilta yksilö voi saada sosiaalista ja instrumentaalista apua. Muodollista tai virallista sosiaalista tukea voivat antaa esimerkiksi viranomaiset ja ammattihenkilöt, kuten lääkärit, sosiaalityöntekijät, terveydenhoitajat ynnä muut (Peltonen 1994, 42).

Cobbin (1976) määritelmä sosiaalisen tuen sisällöstä jää melko suppeaksi, sillä hän katsoo sen olevan tunteisiin pohjautuvan informaation välittämistä, sosioemotionaalista tukea. Cobbin mukaan sosiaalinen tuki on sitä, että ihminen voi muilta saamiensa viestien perusteella tuntea olevansa arvostettu, tärkeä, rakastettu ja kokea, että hänestä pidetään huolta. Sosiaalisen tuen kautta ihmiselle viestittyy tunne kuulumisesta sosiaaliseen verkostoon, yhteisöön, jonka jäsenet kommunikoivat keskenään ja jossa jäseniä sitoo tietyt velvoitteet. (Peltonen 1994, 41; Cobb 1976.)

Housen (1981, 24–25) mukaan sosiaalinen tuki on ihmisten välistä vuorovaikutusta ja ihmissuhteiden hoitamista. Sosiaalinen tuki jaetaan neljään eri ilmenemismuotoon, jotka ovat: 1) emotionaalinen tuki, 2) informaatio, 3) instrumentaalinen apu ja 4) arvostus. Emotionaalinen tuki ilmenee muun muassa

empatiana, huolenpitona, hyväksytyksi tulemisena, kiintymyksenä, kuuntelemisena, luottamuksen osoittamisena ja rakkautena. Informatiivinen eli tiedollinen tuki on neuvontaa, ohjaamista, opettamista, tiedottamista ja suositusten antamista. Instrumentaalinen eli aineellinen tuki voi olla esimerkiksi ajan antamista, toisen puolesta tekemistä, aineellisen avun antamista ja auttamista (Peltonen 1994, 42).

Kane (1988) käsittää sosiaalisen tuen vuorovaikutussuhteena, jossa pyritään vastaamaan tunteeseen sekä antamaan neuvoja ja palautetta. Kanen mukaan emotionaaliseen tukeen sisältyvät rakkaus, huolenpito, lämpö ja sääli. (Kane 1988; Tarkka 1996, 12.)

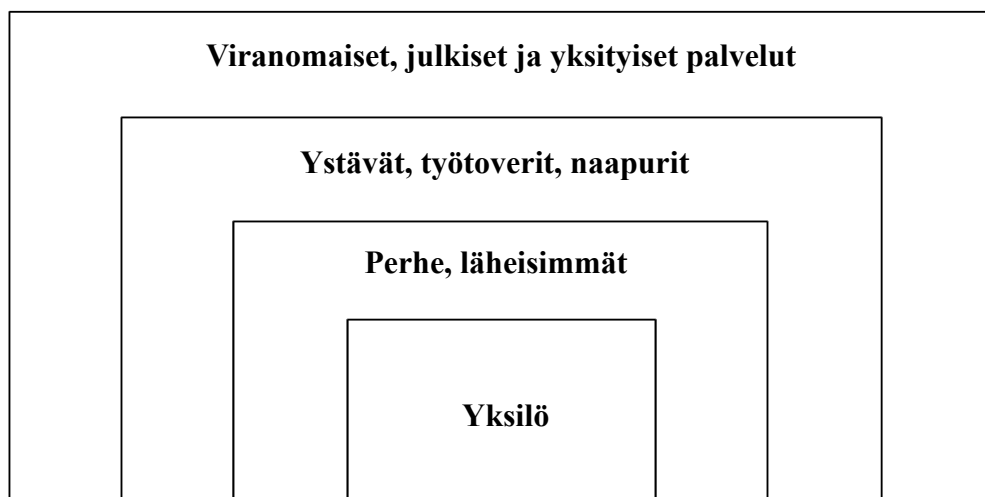
Kahnin (1979) määritelmä sosiaalisesta tuesta muistuttaa hyvin pitkälti etenkin Housen (1981) käsitystä. Kahnin näkemyksen mukaan sosiaalinen tuki on ihmisten välistä tarkoituksellista vuorovaikutusta, jossa on mukana ainakin yksi seuraavista elementeistä: emotionaalinen tuki (affect), yksilön päätöksenteon tukeminen (affirmation), konkreettinen apu (aid). (Tarkka 1996, 12.)

Tiivistettynä sosiaalinen tuki on ihmisten välistä vuorovaikutusta, jonka kautta annetaan ja saadaan aineellista, emotionaalista, henkistä, tiedollista ja toiminnallista tukea. Sosiaalisessa tuessa keskeisintä on tarkoituksellinen vuorovaikutus, joka vaikuttaa positiivisesti molempiin osapuoliin. (Kumpusalo 1991, 14; Tarkka 1996, 12–13.)

### **3.2 Sosiaalinen tukiverkosto**

Fehrin & Pehrlmanin (1985) mukaan sosiaalista tukea saadakseen ihmisen täytyy kuulua johonkin sosiaaliseen verkkoon, kuten perheeseen, ystäväpiiriin tai muuhun ryhmään (Viljamaa 2003, 24–25). Sosiaalisella tukiverkostolla on tärkeä tehtävä erilaisten tarpeiden tyydyttämisessä ja ongelmatilanteissa tukemisessa (Tarkka 1996, 13).

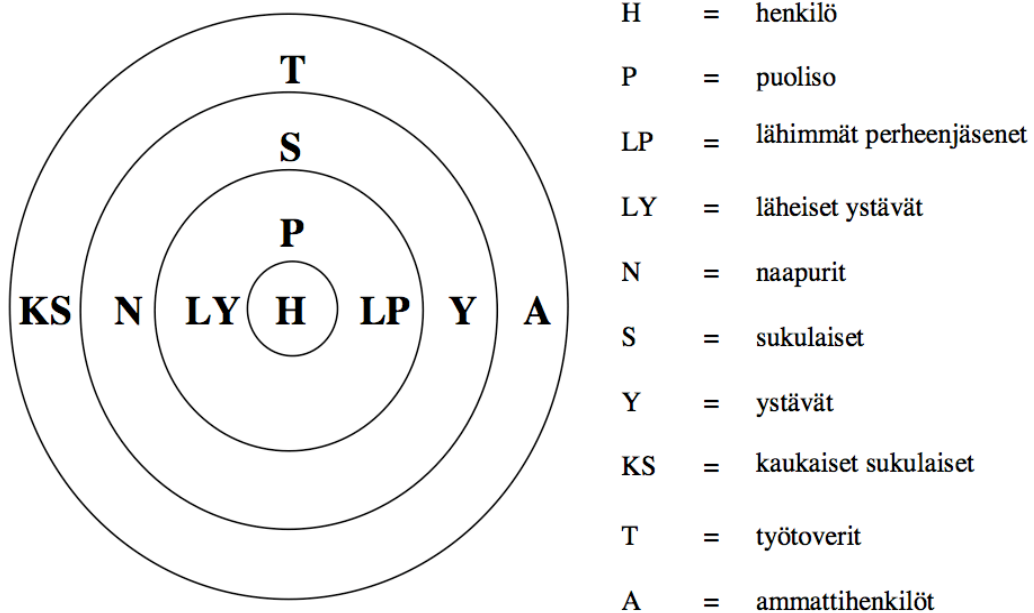
Cassel (1976) jaottelee sosiaalisen tuen antajat sosiaalisten suhteiden läheisyyden perusteella primaari-, sekundaari- ja tertiaaritasoon (Kuvio 1). Primaarisen tason tukirakenteeseen kuuluvat oma perhe ja muut läheisimmät ihmiset. Sekundaaritasolla ovat ystävät, sukulaiset, työtoverit ja naapurit. Tertiaaritasoon puolestaan kuuluvat tuttavat, viranomaiset sekä julkisten ja yksityisten palveluiden tuottajat. Casselin (1976) tutkimukset osoittivat erityisesti primaaritason tuen olevan ihmiselle tärkeää. (Kumpusalo 1991, 15–16; Peltonen 1994.) Toisaalta joissakin tilanteissa läheisyys voi vaikeuttaa hankalista asioista puhumista. Tällöin ulkopuolinen apu on tarpeen sosiaalisen tuen saamiseksi (Kane 1988, 24).



Kuvio 1. Sosiaalisen tuen tasot Casselin (1976) mukaan Peltosta (1994) mukaillen.

Sosiaalista tukea voi antaa sekä maallikko että ammatti-ihminen. Primaari- ja sekundaaritason tuki perustuu suurimmaksi osaksi maallikkoapuun. Tertiaaritasolla olevat sosiaalisen tuen antajilla on tavallisesti sosiaalialan, terveydenhuollon tai jokin muu erityiskoulutus. (Kumpusalo 1991, 16.)

Kahn & Antonucci (1980) kuvaavat sosiaalista verkostoa käsitteillä 'convoy' ja 'personal network'. Sosiaaliseen verkostoon kuuluvat henkilöt, jotka antavat tai saavat toisiltaan tukea. Tukiverkosto on yhteydessä rooleihin ja sitä kautta roolimutosten takia tukiverkostokin muuttuu elämän eri vaiheissa. Kahn & Antonucci jakavat sosiaalisen tuen antajat kolmeen osaan kuvatessaan tukiverkostoa (convoy) sisäkkäin olevien ympyröiden avulla (Kuvio 2). (Tarkka 1996, 13.)



Kuvio 2. Kahnin & Antonuccin (1980, 273) mallista mukailtu sosiaalinen verkosto Tarkkaa (1996) mukaillen.

Henkilö itse on ympyröiden keskustassa, jota ympyröi kolme eri kehää. Keskustaa lähinnä oleva ympyrä kuvaa läheisimpiä ja sosiaalisen tuen kannalta tärkeimpiä ihmisiä: puolisoa, perheenjäseniä ja lähimpiä ystäviä. Nämä ihmissuhteet ovat melko pysyviä roolimutoksista huolimatta ja päättyvät yleensä vain läheisen ihmisen kuollessa. Seuraavalla tasolla ovat ystävät, sukulaiset ja naapurit. Nämä suhteet voivat muuttua, koska yksilön roolit vaikuttavat niihin. Uloimman tason suhteet ovat kiinteässä yhteydessä henkilön rooleihin ja sen vuoksi suhteet



katkeavat helposti roolinmuutoksen yhteydessä. Tällaisia suhteita ovat esimerkiksi suhteet työtovereihin, kaukaisempiin sukulaisiin ja ammattihenkilöihin, kuten esimerkiksi terveydenhuoltohenkilöihin. Uloimman ja keskiympyrän väliset suhteet eroavat toisistaan siten, että yhteydet uloimmalla ympyrällä oleviin katkeavat esimerkiksi henkilön muuttaessa, mutta keskiympyrällä oleviin suhde on kiinteämpi ja säilyy muutosta huolimatta. (Keskisärkkä & Manninen 1995, 30; Tarkka 1996, 13–14.)

Malli sosiaalisesta tukiverkostosta on lähinnä suuntaa antava, sillä eri ihmisten tukiverkostoissa on yksilöllisiä eroja. Esimerkiksi puolisoa tai perhettä ei kaikilla ole, myös naapurussuhteiden laatu vaihtelee pitkälti eri asumismuotojen välillä sekä sen mukaan, asutaanko maaseudulla vai kaupungissa.

## **4 ÄITIYSNEUVOLAN TERVEYDENHOITAJA RASKAANA OLEVAN TUKIJANA**

### **4.1 Äitiysneuvola**

Äitiysneuvola on osa äitiyshuoltojärjestelmää Suomessa. Äitiysneuvolapalvelut ovat käyttäjilleen maksuttomia ja vapaaehtoisia, mutta äitiysavustuksen saaminen Kansaneläkelaitokselta edellyttää neuvolassa käyntiä ennen 16. raskausviikon loppumista. (Kokko & Lammi-Taskula 2006, 27, 90.) Äitiysneuvolan tarkoituksena on hoitaa ja tukea äitiä, lasta ja muuta perhettä raskauden, synnytyksen ja lapsivuodeajan aikana (Lindholm 2007, 33). Äitiysneuvolan keskeisin tehtävä on odottavan äidin ja syntyvän lapsen terveyden ylläpitäminen ja edistäminen. Muita tärkeitä tehtäviä on perheiden valmentaminen synnytykseen ja lapsen vastaanottamiseen sekä äidin ja isän vanhemmuuteen kasvun tukeminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005.) Raskauden ja synnytyksen onnistumiseen sekä vanhemmuuteen valmentautumiseen vaikuttavat monet sosiaaliset ja psykologiset tekijät. Äitiysneuvolassa onkin aina arvioitava perheen tuen ja ohjauksen tarvetta yhdessä lasta odottavan perheen kanssa, ei pelkästään terveydenhuollon ja lääketieteen näkökulmasta. (Armanto & Koistinen 2007, 33.)

### **4.2 Äitiysneuvolan työmuodot**

Äitiysneuvolatoiminta perustuu terveydenhoitajan tai kättilön sekä lääkärin pitämiin yksilövastaanottoihin, joihin sisältyy terveystarkastusten tekeminen, raskauteen liittyvät seulonnat sekä henkilökohtainen ohjaus ja neuvonta. Muita yleisimpiä äitiysneuvolan työmuotoja ovat kotikäynnit ja perhevalmennus sekä muut pienryhmät. (Koponen, Hakulinen & Pietilä 2002, 91.) Raskauden ja lapsivuoteen aikaisista neuvolan tarkastuskäyntien määrästä annetun suosituksen mukaan ensisynnyttäjille tulisi tarjota mahdollisuus vähintään 13–17 käyntiin ja uudelleensynnyttäjille 9–13 käyntiin (Stakes 1999, 15). Näiden seurantakäyntien avulla pyritään tarkkailemaan äidin, sikiön ja koko perheen fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia. Seurannan ja käynneillä tapahtuvan keskustelun avulla

terveydenhoitaja pyrkii muodostamaan käsityksensä siitä, kuinka paljon ja millaista tukea, ohjausta ja neuvontaa lasta odottava perhe tarvitsee. (Lindholm 2007, 34.)

Terveydenhoitajan ja kätilön merkityksestä tukijana raskauden aikana on vain vähän tietoa. Tarkan ja Paunosen (1996) tutkimuksesta ilmenee, että terveydenhuoltohenkilöstön osuus suomalaisten äitien tukiverkostossa oli vähäinen. Toisaalta Paavilaisen (2003) tutkimuksen mukaan äitiyshuollon seuranta toi kuitenkin odottaville äideille turvallisuudentunteen. Äitien pelkoja hälvensi muun muassa sydänäänten kuuleminen ja ultraäänikuvan näkeminen. (Paavilainen 2003, 85-87.) Savonlahden ja Juutilaisen (2007, 343) tutkimuksessa todetaan, että vanhempia tulisi auttaa ilmaisemaan ahdistustaan liittyen uuden raskauden etenemiseen ja järjestää tarvittaessa tiheämmin neuvola- ja äitiyspoliklinikka-kontrolleja.

Terveydenhoitajan työ perustuu paljolti vuorovaikutukseen asiakkaan kanssa. Luottamuksellisen ja avoimen yhteistyösuhteen muodostamiseksi terveydenhoitajalta vaaditaan haastattelu- ja keskustelutaitoja. Vehviläinen-Julkusen (1990) tutkimustulosten mukaan terveydenhoitajat käyttävät hoitotyönmenetelminä muun muassa kuuntelemista, neuvomista, tietojen jakamista, vahvistamista ja rohkaisua. Äitiysneuvolakin voi siis toimia tuen antajana, sillä sosiaalisen tuen muodot sisältyvät terveydenhoitajien käyttämiin työmenetelmiin. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2004, 95.)

Neuvolan terveydenhoitajan tulisi kiinnittää erityistä huomiota ja tarjota tukeaan, jos raskaana olevalla naisella on raskauden lisäksi meneillään muitakin suuria muutoksia tai muuten haastavia vaiheita elämässään. Erityistuen tarpeen voi aiheuttaa esimerkiksi sairaus, avioero, kuolema lähipiirissä ja niin edelleen. Tukea tarvitaan myös silloin kun raskaana olevan naisen oma sosiaalinen tukiverkosto on puutteellinen. Myös naisen aikaisemmat kokemukset, kuten raskautta edeltänyt hedelmättömyys, keskenmeno tai mielenterveydelliset ja sosiaaliset ongelmat,

saattavat lisätä erityistuen tarvetta raskauden aikana. (Etzell, Korpivaara, Lukkarinen, Nikula, Pekkarinen, Peni & Värmälä 1998.)

Psyykkisten ongelmien ehkäisemisessä äitiyshuollon rooli on suuri. Sosiaali- ja terveysministeriön vuosille 2007–2010 laatiman Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelman yhtenä tavoitteena on taata keskenmenopotilaille mahdollisuus saada psykososiaalista tukea keskenmenoa hoidettaessa sairaalassa ja tarvittaessa myös jälkeenpäin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007.)

## **5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT**

### **5.1 Tutkimuksen tarkoitus**

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla raskauden keskenmenon kokeneiden naisten kokemuksia ja heidän odotuksiaan sosiaalisesta tuesta uuden raskauden aikana. Tutkimuksen avulla pyritään lisäämään hoitotyöntekijöiden valmiuksia kohdata keskenmenon kokenut nainen. Tavoitteena on myös saada tietoa siitä, millä tavoin keskenmenon kokeneen naisen hoitotyötä voidaan kehittää etenkin äitiysneuvolassa.

### **5.2 Tutkimusongelmat**

1. Millaisia kokemuksia keskenmenon saaneilla naisilla on ollut uudessa raskaudessa?
2. Millaista tukea keskenmenon kokenut nainen oli saanut uuden raskauden aikana?
3. Millaista tukea keskenmenon kokenut nainen olisi toivonut saavansa uudessa raskaudessa?
4. Millaisena keskenmenon kokenut nainen pitää terveydenhoitajan roolia tukijana uuden raskauden aikana?

## **6 TUTKIMUKSEN SUORITTAMINEN**

### **6.1 Tutkimusmenetelmä**

Kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen ja tavoitteena tutkimuskohteen ymmärtäminen. Laadulliselle tutkimusmenetelmälle on ominaista tiedonhankinnan kokonaisvaltaisuus. Pyrkimyksenä on löytää kerätystä aineistosta yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia, joista muodostetaan käsitteitä. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa jokainen tapaus on kuitenkin ainutlaatuinen ja aineistoa tulkitaan sen mukaisesti, pyrkimättä yleistettävyyteen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 164; Janhonen & Nikkonen 2003, 15; Kylmä & Juvakka 2007, 31; Tuomi & Sarajärvi 2003, 87.)

Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä soveltuu käytettäväksi hyvin, kun aihepiiriä on tutkittu vähän tai tutkimuksen tavoitteena on kuvata ihmisten kokemuksia. (Field & Morse 1985, 23.) Tutkimusmenetelmäksi valittiin laadullinen lähestymistapa, koska tutkittavana ovat naisten henkilökohtaiset kokemukset keskenmenon jälkeisestä uudesta raskaudesta sekä tuen tarpeesta sen aikana, ja koska ihmisen tunteisiin perustuvia asioita on vaikea mitata numeraalisesti.

### **6.2 Tiedonkeruumenetelmä ja kohderyhmä**

Laadullisten tutkimusten tarkoituksena ei ole tilastollisten yleistysten tekeminen, vaan niissä pyritään jonkin ilmiön tai tapahtuman kuvaamiseen, tietyn toiminnan ymmärtämiseen tai mielekkään tulkinnan antamiseen jollekin ilmiölle. On tärkeätä, että henkilöt, joilta tietoa kerätään, tietävät tutkittavasta asiasta mahdollisimman paljon tai heillä on henkilökohtainen kokemus siitä. (Tuomi & Sarajärvi 2003, 87–88.) Laadullisessa tutkimuksessa tiedonkeruumenetelmänä voivat olla muun muassa haastattelu, kysely, havainnointi ja erilaisiin tutkittavien kirjallisesti tuottamiin esseisiin tai muihin kirjoituksiin perustuva tieto. (Eskola & Suoranta 2005, 15; Tuomi & Sarajärvi 2003, 73, 86; Åstedt-Kurki & Nieminen 1997, 156.)

Tutkimussuunnitelmaa laatiessani vahvistui ajatukseni siitä, että haluan toteuttaa aineistonkeruun Internetissä. Tutkimukseen osallistujia haettiin Internetin kautta sen vuoksi, että näin uskottiin saatavan kokoon riittävä määrä tutkimusaineistoa kohtuullisessa ajassa. Aineistonkeruu esimerkiksi äitiysneuvolan terveydenhoitajien välityksellä hylättiin siksi, että optimaalisia vastaajia epäiltiin löytyvän liian vähän. Vastaajien etsimisellä Internetistä haluttiin myös madaltaa “kynnystä” osallistua tutkimukseen täydellisen anonymiteetin myötä.

Tutkimusprosessin alkuvaiheessa etsittiin eri mahdollisuuksia tavoittaa Internetistä keskenmenon kokeneita naisia ja löytyi useita eri keskustelupalstoja, joilla käsiteltiin muun muassa juuri keskenmenoa. Eri keskustelupalstoilla olevien viestien laadullista sisältöä arvioitiin. Enkelisivut-nimisellä Internetsivustolla useimmat kirjoittajat olivat kirjoittaneet omista keskenmenokokemuksistaan pitkiä, kielellisesti laadukkaita kertomuksia. Koin, että heidän joukostaan voisin löytää vastaajia oman tutkimukseni aineistonkeruuta varten. Otin yhteyttä Enkelisivut-nimisen Internetsivuston perustajaan ja ylläpitäjään Sari Kumpumäkeen ja kysyin mahdollisuutta aineiston keräämiseen Enkelisivut-internetsivuston kautta. Vastaus oli myönteinen, joten Enkelisivujen ylläpitäjää pyydettiin lisäämään Internetsivustolleen tutkimuspyyntö, josta ilmeni tutkimukseni taustat ja tarkoitus sekä Internetosoite, josta tarkempi ohjeistus ja vastauslomake löytyivät.

Tämän tutkimuksen tiedonkeruumenetelmäksi valittiin esseet, koska se sopii parhaiten tutkimuksen tarkoitukseen. Käytettäessä yksityisiä dokumentteja tutkimusaineistona oletetaan kirjoittajan kykenevän kirjalliseen ilmaisuun ja olevan siinä jollain tapaa parhaimmillaan. (Tuomi & Sarajärvi 2003, 86.) Ajateltiin, että tutkimukseen osallistujat ovat tottuneita kirjalliseen ilmaisuun ja mahdollisesti myös halukkaita kertomaan omista kokemuksistaan, koska vierailevat Internetin keskenmenoa käsittelevillä keskustelupalstoilla.

Vastaajien tehtävänä oli kirjoittaa esseemuotoisesti omin sanoin kokemuksistaan. Alasuutarin (1999) mukaan esseemuotoisissa teksteissä kirjoittajat saavat kertoa

asioista omin sanoin joutumatta sitoutumaan tutkijan valitsemiin vastausvaihtoehtoihin. Näin tutkittaville annettiin vapaus vastata omasta näkökulmastaan persoonallisella tavalla ilman, että tutkija olisi vaikuttanut aineiston sisältöön. Esseen etuna on myös se, että vastaajilla oli aikaa miettiä asiaa ja mahdollisuus vastata silloin, kun itselle oli sopivinta. Esseen kirjoittamisen tueksi vastaajia varten laadittiin opinnäytetyön tavoitteiden ja tutkimustehtävien pohjalta instruktio (Liite 2). Ohjeistuksessa tutkimukseen osallistujille esitettiin neljä avointa kysymystä, joita heidän toivottiin käsittelevän kertomuksissaan. Hirsjärven ym. (2009) mukaan avoimet kysymykset antavat vastaajalle mahdollisuuden kertoa laajemmin ja tarkemmin ajatuksistaan. Avoimissa vastauksissa peilautuu sekä aiheen keskeisyys vastaajan ajattelussa että aiheen herättämät tunteet (Hirsjärvi ym. 2009, 201). Vastaajia ei haluttu kuitenkaan johdatella kysymyksillä liikaa, vaan ohjeistuksen tarkoituksena oli ainoastaan auttaa käsittelemään asioita, jotka ovat olennaisia juuri tämän tutkimuksen kannalta.

Tässä tutkimuksessa aineistonkeruuta varten luotiin oma, erillinen Internetsivu, jossa esiteltiin ensin tutkimuksen taustatietoja ja tarkoitusta. Kyseisellä Internetsivulla kuvattiin myös sosiaalisen tuen eri muotoja esimerkein. Tutkimukseen osallistujille annettiin myös mahdollisuus esittää tutkimusta koskevia lisäkysymyksiä ja lähettää palautetta Internetsivulla olevan vastauslomakkeella tai sähköpostitse. Vastaajia pyydettiin lähettämään kirjoittamansa essee nimettömänä vastauslomaketta käyttäen tai sähköpostin välityksellä anonymiteetin säilyttämiseksi.

Vastausaika oli melko pitkä, sillä aineiston keruu toteutettiin 25.6.2007–6.6.2008. Aluksi aineistoa kertyi hitaasti, ja siksi alkuperäisten suunnitelmien mukaista vastausaikaa jouduttiin pidentämään. Tutkimusaineistoa ei siltikään saatu kokoon riittävästi, niinpä sitä päätettiin yrittää hankkia lisäksi jonkin toisen keskustelupalstan kautta. Toiseksi aineistonkeruun hankintapaikaksi valikoitui Perheklubi-keskustelupalsta, johon on rekisteröitynyt 560 käyttäjää. Lisäksi keskustelupalstalla vierailee päivittäin suuri määrä rekisteröitymättömiä kävijöitä.



Perheklubi-keskustelupalsta koostuu erilaisista osioista, kuten lapsiin ja lasten terveyteen liittyvästä, kasvatustieteisiin keskittyvästä sekä yleisestä osiosta, jossa käsitellään muun muassa ihmissuhteisiin sekä terveyteen, liikuntaan ja ravintoon liittyviä asioita. Yhteydenoton jälkeen Perheklubi-internetsivuston ylläpitäjiltä saatiin lupa tutkimusaineiston keräämiseen keskustelupalstan kautta. Myös Perheklubi-sivustolle laitettiin tutkimuspyyntöni ja hyperlinkki, joka ohjasi tätä tutkimusta varten tehdyille Internetsivulle, jossa oli instruktio ja vastauslomake.

Tutkimuksen kohderyhmäksi valikoitui siis raskauden keskenmenon kokeneet naiset, jotka kävivät Enkelisivut- (<http://www.enkelisivut.net>) ja Perheklubi- (<http://www.perheklubi.net>) nimisillä Internetin keskustelupalstoilla. Tutkimusjoukon valitsemiselle ei asetettu kovin tarkkoja kriteerejä; sopivaksi katsottiin kaikki vastaajat, joilla oli omakohtainen kokemus keskenmenosta ja sen jälkeisestä raskaudesta tai parhaillaan meneillään olevasta raskaudesta. Keskenmenon ajateltiin olevan sellainen asia, joka ei koskaan unohdu. Sen tähden tutkimuksen ulkopuolelle ei haluttu jättää niitäkään, joilla keskenmenosta oli kulunut pidempikin aika.

Åstedt-Kurjen ja Niemisen (1997, 155) mukaan tutkimuksen kohderyhmän koko voi vaihdella tutkimuksen tarkoituksesta ja aineistonkeruutavasta riippuen muutamasta henkilöstä muutama kymmeneen vastaajiin. Tässä tutkimuksessa tietolähteiden määrästä ei asetettu tarkkaa tavoitetta. Aineiston keruu lopetettiin, kun niin sanottu saturaatio- eli kylläisyysaste saavutettiin. Kyse on saturaatiosta eli aineiston kylläntymisestä, kun samat asiat alkavat kertautua vastauksissa, eikä lisäaineistosta ilmene tutkimusongelman kannalta uutta tietoa. Aineiston koolla ei ole vaikutusta eikä merkitystä tutkimuksen onnistumiseen. (Eskola & Suoranta 2005, 61–62; Hirsjärvi ym. 2009, 182; Tuomi & Sarajärvi 2003, 89.)

### **6.3 Aineiston käsittely ja analysointi**

Tutkimusaineistoksi saatiin kaiken kaikkiaan 14 kertomusta. Internetin kautta tullut aineisto saapui vähitellen, niinpä siihen ehdittiin tutustua huolellisesti. Esseet luettiin läpi moneen kertaan ja niiden sisältöä ja vastaavuutta

tutkimuskysymyksiin arvioitiin. Erilaisten kirjoitusten kohdalla joudutaan usein suorittamaan valintaa ja karsimaan tutkimustehtävien kannalta epäolennaisia aineistoa pois (Kiviniemi 2001, 77–79; Nieminen 1997, 219). Vastauksista hylättiin kertomukset, joissa ei ollut käsitelty lainkaan tutkimuksen kannalta olennaisia kysymyksiä tai instruktio oli muulla tavoin ymmärretty väärin. Analysoitavan aineiston ulkopuolelle jäi viisi esseetä: vastaajista neljä käsitteli kertomuksessaan kokemaansa keskenmenoa ja keskenmenon yhteydessä saamaansa tukea ja hoitoa, keskenmenon jälkeisestä uudesta raskaudesta sen sijaan ei ollut mainintaa. Yhdessä vastauksessa puolestaan kyseltiin mahdollisuutta osallistua tutkimukseen. Analysoitavaksi aineistoksi valikoitui yhdeksän esseemuotoista kertomusta, joiden katsottiin olevan tutkimuksen kannalta hyödyllisiä ja vastaavan tutkimuskysymyksiin.

Kerätty aineisto analysoitiin sisällönanalyysin avulla, koska se on hyvä menetelmä varsinkin kokemuspohjaisen aineiston analysoimiseen. Laadullisessa aineiston analyysissä on tarkoituksena aineistoa selkeyttämällä tuoda uutta tietoa tutkittavasta asiasta (Eskola & Suoranta 2005, 137). Sisällönanalyysin avulla pyritään luomaan tiivis ja yleistävä kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. Sisällönanalyysi-menetelmällä pystytään analysoimaan dokumentteja, kuten esseitä, järjestelmällisesti ja objektiivisesti joko aineistolähtöisesti tai aikaisemmin luodusta käsitejärjestelmästä käsin. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 4–6; Latvala & Vanhanen-Nuutinen, 2003, 23–24.)

Sisältöä voidaan analysoida induktiivisesti eli aineistolähtöisesti tai deduktiivisesti eli jo olemassa olevasta teoriasta käsin (Vilkkä 2005, 140). Aineistolähtöisessä analyysissä tutkija tutustuu tarkasti aineistoonsa ja sen jälkeen tarkastelee esiin nousevia aiheita. Sisällönanalyysissä on olennaista, että saadusta aineistosta erotetaan samanlaisuudet ja erilaisuudet; aineistoa kuvaavien luokkien tulee olla yksiselitteisiä ja toisensa poissulkevia. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 23.) Tämän tutkimuksen aineisto on analysoitu induktiivista sisällönanalyysia käyttäen.

Aineistolähtöisen sisällönanalyysin ensimmäinen vaihe on aineiston pelkistäminen, joka tarkoittaa sitä, että aineistolle esitetään tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä. Pelkistämisen jälkeen ilmaisut jälleen ryhmitellään niiden yhtäläisyyksien ja erojen perusteella – tulkinnan käyttäminen on sallittua. Muodostetuille kategorioille annetaan sisältöä kuvaava nimi. Kolmannessa vaiheessa tutkimusaineisto abstrahoidaan eli yhdistetään samansisältöiset luokat ja muodostetaan niistä yläkategorioita. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3–5; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 25–29.) Oleellista on kuitenkin, että analyysiyksikkö määritellään ennen analyysiprosessin aloittamista. Mahdollisia analyysiyksikköjä ovat esimerkiksi yksi sana, sanayhdistelmä, lause, lausuma tai ajatuskokonaisuus. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 25.) Tässä tutkimuksessa analyysiyksiköksi valittiin ajatuskokonaisuus, joka oli yhden tai useamman lauseen muodostama kokonaisuus.

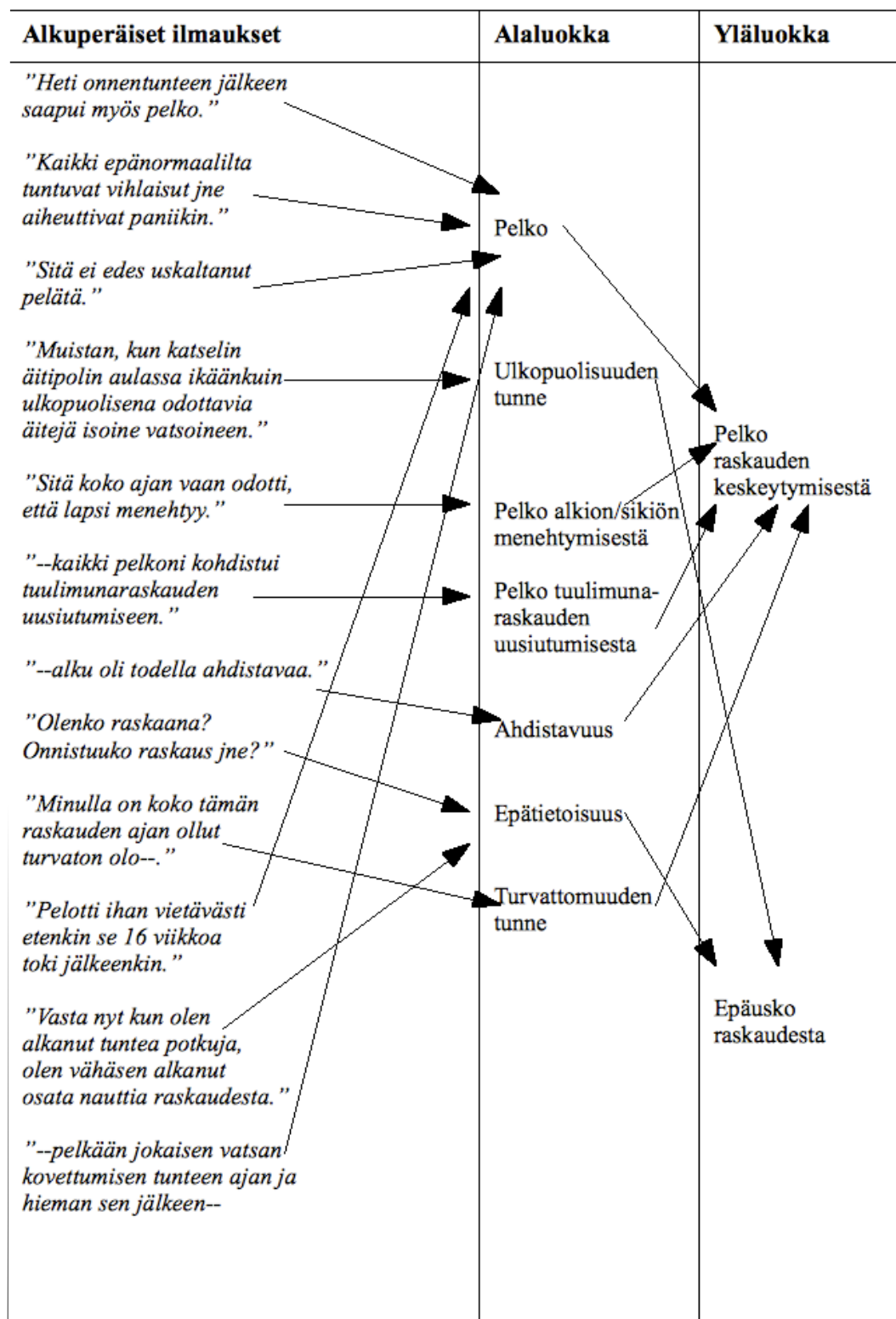
Tutkimusaineistoa ei tarvinnut erikseen puhtaaksikirjoittaa, koska se oli jo valmiiksi sähköisessä muodossa. Aineisto saatiin siirrettyä suoraan Microsoft Word -tekstinkäsittelyohjelmaan. Analysoitavaa aineistoa oli yhteensä kymmenen (10) A4-kokoista sivua Times New Roman -fontilla kirjoitettuna, fonttikoko 12, riviväli 1,5.

Jokaiselle tutkimusongelmalle määriteltiin oma värikoodinsa helpottamaan aineiston analysoimista. Värikoodien valinta tehtiin täysin sattumanvaraisesti, kuitenkin niin, että jokaista väriä käytettiin vain yhteen tutkimuskysymykseen vastaavan aineiston alleviivaamiseen. Ensimmäinen tutkimuskysymys vastauksineen koodattiin sinisellä värillä, toinen punaisella, kolmas keltaisella ja neljäs vihreällä.

Pelkistämisvaiheessa aineistosta ryhdyttiin etsimään yhteen tutkimuskysymykseen kerrallaan joko suoraan tai kielteisen ilmaisun kautta vastaavia ajatuskokonaisuuksia. Vastauksina esiin nousseet ajatuskokonaisuudet alleviivattiin tekstistä värikoodia vastaavalla omalla värillään. Sen jälkeen ne kirjoitettiin listaksi vastaajien alkuperäisiä ilmaisuja käyttämällä. Pelkistetyt ilmaukset

ryhmiteltiin niitä yhdistävien ja erottavien tekijöiden perusteella. Jokainen muodostunut kategoria nimettiin sisältöään kuvaavasti. Seuraavalla sivulla on esimerkkinä kuvio, jonka mukaisesti aineistoa on analysoitu. Lähtökohtana ovat tutkimukseen osallistujien kertomuksista poimitut alkuperäiset ilmaukset. Tutkimuksen loppuun on liitetty muut samalla periaatteella tehdyt analyysikaaviot.

Kuvio 3. Keskenmenon kokeneiden naisten ajatukset ja tunteet uuden raskauden aikana.



Kuviossa 3 keskenmenon kokeneiden naisten uuden raskauden aikaiset ajatukset ja tunteet jakautuvat kahteen yläluokkaan, jotka ovat ”Pelko raskauden keskeytymisestä” ja ”Epäusko raskaudesta”. ”Pelko raskauden keskeytymisestä” sisältää alaluokat ”Pelko”, ”Pelko alkion/sikiön menehtymisestä”, ”Pelko tuulimunaraskauden uusiutumisesta”, ”Ahdistavuus”, ”Epätietoisuus” ja ”Turvattomuuden tunne”. Toinen yläluokka, ”Epäusko raskaudesta”, muodostuu alaluokista ”Ulkopuolisuuden tunne” ja ”Epätietoisuus”.

## 7 TUTKIMUSTULOKSET

Tämän tutkimuksen tulokset on esitetty jaotteleamalla ne tutkimusongelmien mukaisesti. Tulosten esittämistä on selvennetty vastaajien kertomuksista poimittujen suorien lainauksien avulla. Suorat lainaukset on erotettu tekstistä kursivilla ja lainausmerkkien avulla. Lukemisen helpottamiseksi lainauksia lyhennettiin ja niistä poistettiin asiayhteyden kannalta epäoleellista tekstiä käyttämällä merkintätapaa – –.

Tutkimukseen osallistujista ei tyypitellä (luonnehdita) keskivertokirjoittajaa, sillä esseet paljastavat vain sen, mitä kirjoittajat haluavat kertoa, ja ainoastaan joissakin esseissä mainitaan kirjoittajan taustatiedot. Tässä tutkimuksessa ei oltu kiinnostuneita taustatekijöistä, vaan tutkittavien henkilökohtaisista kokemuksista. Tiedonkeruuta aloitettaessa tultiin siihen tulokseen, että vastaajien taustatiedot eivät ole tutkimustulosten kannalta merkittäviä, ja sen vuoksi vastaajia ei pyydettykään kertomaan yksityiskohtia itsestään.

### 7.1 Keskenmenon kokeneiden naisten tunteet uuden raskauden aikana

Tutkimukseen osallistuneiden mukaan vahvimpia tunteita olivat uuden raskauden aikana olleet epävarmuus, turvattomuus ja pelko, jotka tulivat useimmiten pian uuden raskauden havaitsemisesta koetun onnentunteen jälkeen.

*“Hetä onnentunteen jälkeen saapui myös pelko. Kaikki epänormaalilta tuntuvat vihlaisut jne aiheuttivat paniikin.”*

Kaikki keskenmenon kokeneet eivät osanneet tarkasti eritellä, mitä he olivat pelänneet uuden raskauden aikana; pelko koettiin epämääräisenä, epämiellyttävänä tunteena. Useimmat vastaajat kertoivat pelänneensä uuden raskauden aikana ikävien tapahtumien toistuvan; oli pelätty, että tälläkin kertaa raskaus keskeytyy tai mahdollinen aikaisempi tuulimunaraskaus uusiutuu.

*“Uuden raskauden edetessä en kuitenkaan pelännyt (keskenmenoa), vaan kaikki pelkoni kohdistuivat tuulimunaraskauden uusimiseen.”*

Pelko oli uuden raskauden aikana ilmennyt monin eri tavoin, mutta yhteistä kaikissa kertomuksissa oli uuden raskauden aikana koetun pelon kokonaisvaltaisuus; pelon kuvailtiin olleen muun muassa hallitsevaa ja ahdistavaa. Vastaajat kertoivat myös, että heillä oli ollut uuden raskauden alkuvaiheessa vaikeuksia luottaa raskauteen ja varsinkin sen onnistumiseen.

*“-- alku oli todella ahdistava. Olenko raskaana? Onnistuuko raskaus jne?”*

Muutamit vastaajat olivat kokeneet uuden raskauden aikana turvattomuutta ja pelänneet keskenmenon toistumista jatkuvasti. Enimmäkseen pelot olivat kuitenkin sijoittuneet alkuraskauteen ja helpottaneet ensimmäisen raskauskolmanneksen päätyttyä tai viimeistään äidin alettua tuntea sikiön liikkeitä säännöllisesti.

*“Minulla on koko tämän raskauden ajan ollut turvaton olo --.”*

*“Pelotti ihan vietävästi etenkin se 16 viikkoa toki jälkeinkin.”*

*“Vasta nyt kun olen alkanut tuntemaan potkuja, olen vähäsen alkanut osata nauttia raskaudesta.”*

## **7.2 Sosiaalisen tuen antajat**

Yleisimmin tärkeimpinä sosiaalisen tuen antajina uuden raskauden aikana olivat olleet keskenmenon kokeneen naisen puoliso ja muu perhe, jotka kuuluvat Casselin (1976) jaottelun mukaisesti primaarisen tason tukirakenteeseen.

*“Ainoa mainittava tuki tulee ihanalta poikaystävältäni, joka jaksaa olla positiivinen ja ajattelee, ettei nyt varmasti enää osu keskenmeno kohdalle.”*

*“Sosiaalista tukea olen saanut perheeltäni (= oma mies, äiti, veli ja veljen vaimo) sekä muutamalta hyvältä ystävältä.”*



*“Anopilta ja äidiltäni sain ns. välineellistä tukea ja se lämmitti mieltäni ja perheemme arvosti sitä kovasti.”*

Tukiverkostossa seuraavalla eli sekundaaritasolla olevien ystävien roolista tukijana uuden raskauden aikana vastaajat esittivät eriäviä näkemyksiä. Muutamat heistä kokivat, että hyvät ystävät olivat tukeneet kannustamisellaan ja empatiakyvyllään.

*“Ystävät ja perhe ovat osanneet suhtautua hyvällä tavalla uuteen raskauteen, kannustaen ja myötäeläen.”*

Kahden vastaajan kertomuksista ilmeni, että sellaisen henkilön kanssa, joka ei itse ole kokenut keskenmenoa, oli ollut vaikea keskustella keskenmenosta tai uuteen raskauteen liittyvistä tunteista. Vastaajat toivat esiin mielipiteensä siitä, että tällainen henkilö ei pysty aidosti ymmärtämään keskenmenon kokeneen naisen ajatuksia ja tunteita, joita uusi raskaus herättää.

*“– – kukaan läheiseni ei ollut kokenut keskenmenoja eikä näkemykseni mukaan pystynyt ymmärtämään, kuinka vaikeana raskauden alun koin.”*

*“– – oman äitini kanssa en ole näistä pystynyt juttelemaan sillä hänellä ei ole ollut keskenmenoa.”*

Ongelmallisena oli koettu myös se, että alkuraskauden aikana uudesta raskaudesta ei ollut vielä haluttu kertoa muille, ja sen vuoksi tukea ei ollut voitu ainakaan lähipiirin kuuluvilta saada.

Eräs keskenmenon kokenut nainen toi esiin muilta Internetin keskustelupalstalla kirjoittavilta saadun vertaistuen merkittävänä tukimuotona uuden raskauden aikana. Hän koki, että samoja tunteita läpikäyneiden kanssa oli ollut helppo vaihtaa ajatuksia.

*“Palstalla [Internetin keskustelupalstalla] oli useita keskenmenon kokeneita henkilöitä, jotka iloitsivat kanssani jokaisesta uudesta viikosta. – – oli helpotus “keskustella” peloista sähköisesti muiden samankokeneiden kanssa.”*

Esseissä käsiteltiin myös tertiaarisen tukiverkoston antamaa sosiaalista tukea. Useissa kertomuksissa oli mainintoja hoitohenkilökunnalta saadusta sosiaalisesta tuesta. Housen (1981) määrittelemistä sosiaalisen tuen ilmenemismuodoista hoitohenkilökunnalta oli saatu eniten emotionaalista tukea ja instrumentaalista apua. Useissa kertomuksissa ilmaistiin tyytyväisyyttä siihen, kun hoitohenkilökunta oli suhtautunut keskenmenon kokeneeseen naiseen empaattisesti ja kuunnellen.

*“Ensimmäisen keskenmenon jälkeisen raskauden aikana terveydenhoitaja oli erittäin sympaattinen ja mielestäni osasi valita sanansa todella hyvin.”*

*“Parhaalta sosiaaliselta tuelta tuntui se, että joku otti kädestä kiinni tai halasi. Sai itkeä, jos itketti.”*

Keskenmenon kokeneet naiset kertoivat instrumentaalista tukea annetun lisätutkimusten muodossa tai tarjoamalla ylimääräistä aikaa. Vastaajat kertoivat olleensa uuden raskauden aikana helpottuneita lisätutkimusten, kuten ultraäänitutkimuksen, tekemisestä.

*“Onnistuneessa raskaudessa minulla oli mahdollisuus käydä tutkimuksissa muita useammin; hän [ultraäänitutkimukset tehnyt lääkäri] sanoi, että voin koska tahansa soittaa hänelle, jos alkaa pelottamaan.”*

*“Pääsin terveydenhoitajan ansiosta jo viikolla 6 uä-tutkimukseen.”*

### **7.3 Keskenmenon kokeneiden naisten tuen tarve uuden raskauden aikana**

Keskenmenon kokeneiden naisten kesken tuen tarve uuden raskauden aikana oli vaihdellut, samoin tukimuotoja koskevat odotukset. Jotkut vastaajat eivät osanneet määritellä tarkemmin, millaista tukea olisivat kaivanneet uuden raskauden aikana.

Vahvimmin esseistä nousi esiin kuitenkin koettu psyykkisen tuen tarve uuden raskauden aikana. Keskenmenon kokeneet naiset kertoivat kaivanneensa kuuntelijaa.

*“En osaa sanoa, millaista sosiaalista tukea tarvitsisin uuden raskauden aikana. Kukaan ei varsinkaan varhaista keskenmenoa pysty estämään. Hyvä kuuntelija ja olkapää on varmasti tarpeen koko matkan ajan.”*

Osa vastaajista tosin oli jopa sitä mieltä, että minkäänlaisesta tuesta ei olisi ollut uuden raskauden aikana hyötyä, vaan epävarmuutta ja kaikenlaisia tunteita oli vain ollut opittava sietämään.

*“Sosiaalisesta tai minkään muunlaisestakaan tuesta ei ole ollut mitään hyötyä, ennen kuin kriittisimmät 12 rvkoa ovat olleet takanapäin.”*

Esseistä ilmeni, että keskenmenoa ja siihen liittyviä tunteita oli käsitelty neuvolassa uuden raskauden aikana vain vähän tai ei lainkaan. Keskenmenon kokeneet naiset kertoivat kaivanneensa, että asiasta olisi puhuttu terveydenhoitajan kanssa enemmän. Esseissä mainittiin, että muun muassa informatiivista tukea olisi toivottu saatavan enemmän uuden raskauden aikana.

*“Neuvolassa jonkin verran asiasta puhuttiin mutta ehkä aavistuksen enemmänkin olisi saanut puhua.”*

*“– olisin kaivannut jo siinä vaiheessa jotain faktaa.. ammattilaisen silmin.”*

Informaation jakamisen lisäksi terveydenhoitajan olisi haluttu antavan uuden raskauden aikana myös tietoa ja neuvoja siitä, mistä keskenmenon kokenut nainen olisi voinut itse hakea ja saada sosiaalista tukea.

*“– terveydenhoitajalta olisin kuitenkin kaivannut jonkin sanan aiheesta, vaikka edes linkin mistä netistä löytyy tukea ja tietoa, mielestäni se olisi ollut minimi.”*

Vastaajat kertoivat kaivanneensa mahdollisuutta ylimääräisiin neuvolakäynteihin etenkin alkuraskauden aikana. Kaikille vastaajille ei ollut keskenmenon jälkeen

edes tarjottu mahdollisuutta päästä neuvolaan keskustelemaan ammattilaisten kanssa keskenmenosta ja sen herättämistä tunteista.

*“Haluaisin esimerkiksi päästä aikaisemmin lääkäriin, tai juttelemaan terveydenhoitajan kanssa keskenmenosta ja sen jälkeisistä tunteista.”*

*“Olisin toivonut, että neuvola olisi suhtautunut asiaan toisin; olisin halunnut käydä edes kerran juttelemassa terveydenhoitajan kanssa.”*

Vastaajat olivat sitä mieltä, että uuden raskauden aikana neuvolassa oli suoritettu ainoastaan välttämättömiä seulontatutkimuksia; psyykkisen ja sosiaalisen puolen käsittelemisen kerrottiin jääneen vähemmälle. Kiireen ja resurssipulan koettiin häirinneen neuvolakäynneillä, eikä terveydenhoitajalla ollut ollut uuden raskauden aikana riittävästi aikaa kuunnella ja käydä läpi koettuun keskenmenoon liittyviä ajatuksia ja tunteita.

*“ – – olisin kaivannut jonkin laista vertaistukea tai jonkinlaista aikaa keskustella asioista neuvola käynnillä, mutta siellä tehdään vaan rutiini hommat ja se on siinä, neuvola tädillä ei ole aikaa kun seuraava potilas on jo tulossa.”*

#### **7.4 Keskenmenon kokeneiden naisten tunteisiin suhtautuminen äitiysneuvolassa**

Tutkimustuloksista nousi esiin tyytymättömyys neuvolan hoitohenkilökunnan käyttäytymiseen uuden raskauden aikana, osa vastaajista koki jopa tullessa loukatuksi. Vastaajat olivat olleet tyytymättömiä äitiysneuvolan henkilökunnan suhtautumiseen kertoessaan edeltävän keskenmenon herättämistä tunteista uuden raskauden aikana. Enimmäkseen keskenmenon kokeneet naiset kertoivat tunteneensa, että heidän pelkojaan oli vähätelty.

*“Neuvolassa vaan vähäteltiin pelkoani vaikka kerroin että pelkään että menee keskeen niin kuin viimeksikin.”*

*“Ainoa negatiivinen kokemukseni oli ensimmäinen käynti neuvolassa, jolloin itselleni jäi kuva, ettei terveydenhoitaja ottanut pelkojani tosissaan tai vähätteli niitä.”*

Muutamista kertomuksista kävi ilmi, että keskenmenon kokeneen pelot oli jätetty äitiysneuvolassa täysin käsittelemättä siitä huolimatta, että asiakas oli itse ottanut puheeksi tunteensa. Eräs vastaaja koki myös, että hänen oma ammatillinen taustansa oli saattanut vaikuttaa neuvolan terveydenhoitajan tapaan sivuuttaa asia kokonaan.

*“Neuvolassa asiaan ei ole edes paneuduttu, liekö syynä se, että olen itse terveydenhoitaja ja tehnyt pitkään äitiysneuvolatyötä.”*

*“– – mainitsin edellisen raskauden ongelmista ja sen tuomista peloista. Terveydenhoitaja ohitti kommenttini ja jatkoi kiireesti seuraavaan asiaan siirtyen.”*

### **7.5 Terveydenhoitajan rooli keskenmenon kokeneiden tukemisessa**

Keskenmenon kokeneet naiset korostivat kertomuksissaan terveydenhoitajan ammattitaidon ja kokemuksen tärkeyttä. Kokenut terveydenhoitaja voi auttaa ja tukea asettamalla kysymyksensä oikein. Vastaajat pitivät tärkeänä, että keskenmenon kokeneen pelot ja muut kielteiset tunteet havaittaisiin uuden raskauden aikana ajoissa, jolloin niihin olisi helpompi puuttua.

*“Terveydenhoitajan tulisi olla osaltaan tukemassa uudessa raskaudessa oman ammattitaitonsa ja kokemuksensa kautta.”*

*“Terveydenhoitajan ja kättilön rooli on uskomattoman suuri. Jollei tämä osaa kysyä oikeita kysymyksiä tai ymmärrä sanattomia viestejä, voi odottajan pelkotilat jäädä selvittämättä ja kasvaa vieläkin suuremmiksi.”*

Terveydenhoitajalta odotettiin ennen kaikkea informatiivista tukea.

*“Terveystenhoitajalle on tietysti hyvä soittaa, jos tulee kysyttävää, mutta en laske sitä tueksi.”*

*“Tiedon jakaminen on tärkeää.”*

Muutammat vastaajat eivät pitäneet kovinkaan merkittävänä terveydenhoitajan roolia tukijana uuden raskauden aikana. Perusteluina mainittiin muun muassa se, että terveydenhoitajan koettiin olleen etäinen, varsinkin ennen ensimmäistä neuvolakäyntiä, kun hoitosuhdetta ei ollut vielä muodostunut.

*“Alkuraskauden keskenmenot ovat niin yleisiä, että suurin osa odottajista joutuu pelkonsa käymään yksin läpi, sillä neuvolan th:sta ei ole mitään apua, kun ensimmäinen käyntikin on vasta sen verran myöhään. Ja harva viitsii soittaa ennestään tuntemattomalle th:lle vain kertoakseen, miten pelkää.”*

## 8 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimuksen mukaan uuden raskauden aikana vahvin ja hallitsevin tunne oli ollut pelko. Naiset olivat pelänneet uuden raskauden aikana keskenmenon uusiutumista, ja pelko puolestaan oli aiheuttanut turvattomuuden tunteen. Jotkut vastaajat kertoivat olleensa myös epäuskoisia uuden raskauden ja sen onnistumisen suhteen. Pelko oli ilmennyt uuden raskauden aikana monin eri tavoin, mutta yhteistä oli koetun pelon kokonaisvaltaisuus.

Keskenmenon kokeneet naiset olivat uuden raskauden aikana saaneet tukea jokaiselta sosiaalisen tuen eri tasolta. Kuitenkin primaaritasolla olevat, puoliso, perhe ja muut läheiset, olivat olleet merkittävimpiä tukijoita. Sekundaaritason tukijoiden rooli nähtiin ristiriitaisena; jotkut kertoivat saaneensa tukea ystäviltään ja sukulaisiltaan, toiset puolestaan olivat sitä mieltä, että tukijana ei voi toimia henkilö, jolla ei ole omakohtaista keskenmenokokemusta. Sen sijaan vertaistuki nähtiin tärkeänä tukimuotona, sillä samoja tunteita läpikäyneiden kanssa oli ollut luontevaa vaihtaa ajatuksia. Tukea oli saatu myös tertiäaritasoon kuuluvilta, kuten neuvolan terveydenhoitajalta ja lääkäriltä.

Sosiaalisen tuen muodoista emotionaalista ja instrumentaalista tukea oli saatu uuden raskauden aikana eniten. Emotionaalinen tuki oli ilmennyt lähinnä myötäelämisenä, mutta esseissä mainittiin myös kannustus, kuunteleminen, empatia ja fyysisen läheisyyden antaminen. Instrumentaalista tukea oli saatu lisätutkimusten ja ylimääräisen ajan antamisen muodossa.

Keskenmenon jälkeisessä uudessa raskaudessa osa naisista koki saaneensa emotionaalista tukea liian vähän. Neuvolan hoitohenkilökunnan käyttäytymiseen uuden raskauden aikana oltiin oltu tyytymättömiä. Useat vastaajista kokivat, että neuvolassa keskenmenon herättämiä tunteita oli käsitelty liian vähän tai ne oli sivuutettu jopa kokonaan ja pelkoja oli vähätelty. Tutkimustuloksissa korostui myös tiedollisen tuen tarve. Erityisesti vastaajat olivat odottaneet

terveydenhoitajalta uuden raskauden aikana informatiivista tukea, kuten ohjausta ja neuvontaa.

Keskenmenon kokeneet naiset pitivät sosiaalista tukea merkityksellisenä. Uuden raskauden aikana oli kaivattu inhimillistä rinnallakulkijaa, joka on läsnä sekä tarjoaa tukeaan ja kannustustaan.



## 9 POHDINTA

### 9.1 Tutkimustulosten tarkastelua

Keskenmenoon suhtautuminen on yksilöllistä. Useiden vastaajien kertomuksista kuitenkin ilmeni, että edeltänyt keskenmeno oli aiheuttanut uudessa raskaudessa pelkoa ja turvattomuuden tunnetta. Pelko oli ollut kokonaisvaltaista, ja uuden raskauden aikana tueksi oli kaivattu ennen kaikkea aidosti läsnä olevaa kuuntelijaa.

Saatuja tutkimustuloksia ei pystytty kovin laajasti vertaamaan aikaisempien tutkimusten tuloksiin, sillä tätä aihetta sivuavaa tutkimusta on vain niukasti saatavilla. Tässä tutkimuksessa on kuitenkin pyritty tuomaan esiin mahdollisimman monia aiheeseen liittyviä aikaisempia tutkimuksia ja tarkastelemaan niiden tuloksia rinnakkain tämän tutkimuksen tulosten kanssa.

Sosiaalisen verkoston olemassaolo ja laajuus tulisi kartoittaa neuvolassa tehokkaammin. Isän roolia äidin tukijana tulisi edelleen vahvistaa, sillä useiden tutkimusten (Keskisärkkä & Manninen 1995, Tarkka 1996, Viljamaa 2003) ja tämänkin tutkimuksen tulosten mukaan puolison koetaan olevan ensisijainen tukija vaikeissa tilanteissa.

Opinnäytetyön tuloksista nousi esille myös, että terveydenhoitajat tarvitsevat lisää valmiuksia keskenmenon vaikutusten tunnistamiseen ja sosiaalisen tuen tarpeen arviointiin uuden raskauden aikana. Viljamaan (2003) tutkimuksen mukaan äidit toivoivat saavansa neuvolasta eniten tietotukea, seuraavaksi eniten tunnetukea, käytännön apua ja vertaistukea. Tämän tutkimuksen tulokset olivat samansuuntaisia; terveydenhoitajien ja muun hoitohenkilökunnan tulisi osata antaa keskenmenon kokeneille etenkin tiedollista tukea, jota ei niinkään muilta tukijoilta voi saada. Terveydenhoitajilta vaaditaan myös rohkeutta ottaa puheeksi raskaana olevien kielteisetkin tunteet, jotka saattavat jäädä muuten huomioimatta.

Keskenmenon kokeneet jäivät kaipaamaan myös terveydenhoitajan aktiivisempaa ohjausta vertaistuen piiriin. Tutkija arvelee, että vertaistuen tarjoaminen tai yhteistyötahoista tiedottaminen on ollut vajavaista terveydenhoitajan tiedon puutteen vuoksi, mutta syynä saattaa olla myös vertaistukiryhmien riittämätön tiedonjakaminen. Tämän vuoksi terveydenhoitajat ja muu hoitohenkilökunta tarvitsevat konkreettista tietoa erilaisista yhteistyötahoista ja vertaisryhmistä, jotta pystyisivät ohjaamaan asiakkaansa oikean tuen pariin.

Ennaltaehkäisevällä työllä on tärkeä rooli myös erilaisten raskaudenaikaisten pelkojen tunnistamisessa. Terveydenhoitajat tekevät tärkeää työtä neuvoloissa raskaana olevien ja synnyttäneiden parissa. Opinnäytetyön tulosten perusteella terveydenhoitajan työ äitiysneuvolassa painottuu kuitenkin edelleen paljolti äidin ja sikiön fyysisten mittausten ja voinnin tarkkailemiseen. Terveydenhoitajien ammattitaitoa tulisi kehittää lisäkoulutautumisen avulla ja resursseja lisäämällä, jotta he osaisivat entistä paremmin huomioida raskaana olevien henkistä tilaa ja tarvittaessa puuttua siihen.

Keskenmenon kokeminen ja ympäristön suhtautuminen raskauden keskeytymiseen saattaa olla kulttuurisidonnaista, kuten lapsen kuolemaankin suhtautuminen (Roto 2001, 1, 19; Salmi 1993). Sen vuoksi on tärkeitä saada lisää juuri suomalaista hoitotieteellistä tutkimusta keskenmenon vaikutuksista naiseen ja perheeseen. Tutkimuksen antamaa tietoa voidaan hyödyntää käytännön hoitotyössä apuna. Hoitohenkilökunnan on hyvä tiedostaa, että keskenmenon jälkeen naisen avuntarve saattaa olla suuri, varsinkin silloin, jos läheisiltä ei ole saatavissa sosiaalista tukea. Keskenmenon vaikutusten tutkiminen ja tulosten julkisuus voi auttaa ympäristöä suhtautumaan paremmin keskenmenon kokeneeseen. Näin ollen tutkimuksen toivotaan lisäävän myös keskenmenon kokeneiden saaman sosiaalisen tuen määrää.

## 9.2 Tutkimuksen luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta pohdittaessa tarkastellaan tutkijan asemaa ja toimintaa, tutkimusaineiston laatua, aineiston analyysia ja saatuja tutkimustuloksia (Krause & Kiikkala 1997, 130–132). Essee- ja päiväkirja-aineistojen luotettavuuden arviointi perustuu tutkijan näkemykseen kootun tiedon luotettavuudesta (Nieminen 1997, 218–219). Tutkittavan aineiston määrä ja kattavuus vaikuttavat tutkimuksen luotettavuuteen. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineiston riittävydestä ei tosin ole yhtä tarkkoja ohjeita kuin kvantitatiivisessa tutkimuksessa. Aineistoa tulee kerätä riittävästi välttämättä kuitenkin keräämässä sitä liikaa, koska tällöin aineiston käsiteltävyys vaikeutuu (Mäkelä 1990, 52–53).

Idea Internetin keskustelupalstojen käyttämisestä tutkimusaineiston hankkimisessa oli hyvä. Tätä ratkaisua voidaan pitää onnistuneena siksi, että tutkijan ja tutkittavan välisessä henkilökohtaisessa kontaktissa ihmiset eivät välttämättä olisi uskaltaneet tuoda esiin kaikkein arkaluontoisimpia ja henkilökohtaisimpia asioitaan. Internetin käyttäminen välineenä aineistonkeruussa antoi tutkimukseen osallistuville myös mahdollisuuden pysyä anonyyminä. Vastaajia ei pyydetty kertomaan esitietoja eikä mitään yksityiskohtia, josta kirjoittajia olisi pystynyt tunnistamaan.

Tutkimuksen kohderyhmää ei valittu edeltä käsin, vaan kaikkien halukkaiden keskenmenon kokeneiden oli mahdollista osallistua. Tutkimusjoukon haluttiin kuitenkin olevan sellainen, että sen jäsenet kykenivät kertomaan kokemuksistaan sanallisessa muodossa avoimesti ja antamaan mahdollisimman ajankohtaista ja luotettavaa tietoa aiheesta. Tämän vuoksi osallistujia haettiin kahden Internetin keskusteluryhmän kautta, joiden kävijöiden oletettiin olevan tottuneita kirjalliseen ilmaisuun ja halukkaita kertomaan omista keskenmenoon liittyvistä kokemuksistaan. Käytäessä läpi tutkimusaineistoa havaittiin, että osalla vastaajista keskenmenosta ja sen jälkeisestä uudesta raskaudesta oli saattanut kulua vuosia tai jopa vuosikymmeniä. Keskenmenon ajateltiin kuitenkin olevan unohtumaton asia,

jonka vuoksi pois ei haluttu rajata sellaisiakaan vastaajia, joilla keskenmenosta oli kulunut pitkän aikaa. Saattaa silti olla, että ajan kuluminen vaikutti osaltaan tutkimustuloksiin ja tulokset olisivat voineet olla hieman erilaisia, mikäli kohderyhmä olisi rajattu tarkemmin, esimerkiksi juuri keskenmenosta kuluneen ajan perusteella.

Instruktion yhteyteen liitettiin Housen (1981) sosiaalisen tuen määritelmää mukaileva kuvaus sosiaalisen tuen sisällöstä, koska haluttiin varmistaa, että kaikki vastaajat ymmärtäisivät sosiaalinen tuki -käsitteen mahdollisimman yksiselitteisesti. Vaikka tutkimukseen osallistuvia ei vaadittu vastaamaan mihinkään tiettyihin kysymyksiin, suurin osa vastaajista oli käsitellyt kertomuksessaan tutkimuksen kannalta olennaisia asioita. Saadut kertomukset olivat melko pitkiä, sillä keskenmenon kokeneille annettiin mahdollisuus kirjoittaa kokemuksistaan vapaamuotoisesti. Tutkimuskysymysten tarkempi asettelu ja esilletuominen olisi saattanut helpottaa analysointia, koska vastaukset olisivat tällöin saattaneet olla tarkempia. Näin ollen analysointivaiheessa ei olisi kulunut aikaa ylimääräisen tiedon karsimiseen. Kaikesta huolimatta kertomuksista oli melko helppo poimia tutkimuskysymyksiin vastaava aineisto, jolloin opinnäytetyön luotettavuuden voidaan katsoa tältä osin säilyneen. Värimenetelmän käyttämisen voidaan katsoa edelleen parantaneen tutkimuksen luotettavuutta. Lukemalla aineisto useaan kertaan ja alleviivaamalla tutkimuskysymyksiin vastaavat ilmaisut värikoodien mukaisilla väreillä varmistettiin, että mitään tutkimuksen kannalta olennaista ei jää huomaamatta.

Tutkimuksen luotettavuuskysymykset liittyvät ensisijaisesti siihen vaiheeseen, jossa kerättyä empiiristä aineistoa muokataan ja saadaan tulkinta tutkittavasta asiasta (Pyörälä 1994, 7-8). Luotettavuuden arviointia helpottaa, että tutkimuksessa tuodaan selkeästi esille, miten tuloksiin on päädytty. Tutkijan on kerrottava mahdollisimman tarkasti, mitä aineistonkeruussa ja sen jälkeen on tapahtunut. (Eskola & Suoranta 2005, 213.) Tulosten luotettavuuden kannalta on tärkeää, että tutkija pystyy osoittamaan tulosten ja aineiston välisen yhteyden. (Hirsjärvi & Hurme 1995, 128; Krause & Kiikkala 1996, 130–131.)

Tämän tutkimuksen aineisto analysoitiin sisällönanalyysi-menetelmän avulla. Tutkimustuloksista pyrittiin saamaan aikaan mahdollisimman yksiselitteinen tulkinta. Analyysiprosesessin aikana kertomuksista poimittiin alkuperäisilmaisuja, jotka pelkistettiin ja ryhmiteltiin. Tutkimustulosten esittelemisen yhteyteen on sijoitettu alkuperäisilmaisuja tutkijan oman tulkinnan tueksi. Yleisenä ohjeena on, että tutkimustuloksista raportoidessa tulisi tutkijan omaa pohdintaa olla enemmän kuin suoria lainauksia (Eskola 2001, 154). Vastaajien kertomuksista poimittujen alkuperäisilmausten valinnassa yritettiin toimia niin, että tutkittavien kokemusten monipuolisuus välittyisi myös lukijalle. Toisaalta jouduttiin kuitenkin suorittamaan karsintaa, jotta suorien lainausten osuus tutkimustuloksissa ei olisi liian suuri.

Tutkimustulokset on tässä tutkimuksessa esitetty tutkimusongelmien mukaisessa järjestyksessä, koska sen koettiin selkiyttävän. Jossakin vaiheessa pohdittiin tutkimustulosten esittämistä jonkin sosiaalisen tuen jaottelun mukaan, mutta tämä koettiin uhkana tutkittavien omien ajatusten esiintuomiselle. Housen (1981) sosiaalisen tuen määritelmää käytettiin hyväksi kuitenkin yhteen tutkimuskysymykseen vastaavan aineiston esittämisessä. Tutkimustuloksia verrattiin Casselin (1976) malliin sosiaalisen tuen tasoista.

Tutkija osallistuu koko tutkimusprosessin ajan aineiston tuottamiseen, sillä tutkijan oma tapa ymmärtää tutkimaansa ilmiötä vaikuttaa koko tutkimusprosessin kulkuun. Tutkijan oma esiymmärrys tutkittavasta asiasta ohjaa analyysin tekoa, eikä tutkija pysty täysin sivuuttamaan omia aikaisempia kokemuksiaan. (Eskola & Suoranta 2005, 214; Varto 1992, 26; Åstedt-Kurki & Nieminen 1998, 152–153.) Kokemus saadusta tuesta on yksilöllinen, samoin tutkijan tulkinnat. Tämän tutkimuksen tuloksia ei voida suoraan yleistää kaikkiin keskenmenon kokeneisiin ja heidän perheisiinsä, mutta se on kuvaus heidän kokemuksistaan. Sen sijaan tämän tutkimuksen kautta on tarkoituksena antaa esimerkkejä siitä, millaisia kokemuksia keskenmenon kokeneilla on ollut uuteen raskauteen liittyen ja millaista sosiaalista tukea he olisivat kaivanneet uuden raskauden aikana. Näiden

tosielämästä koottujen esimerkkien toivotaan lisäävän terveydenhoitajien ja muun hoitohenkilökunnan ymmärrystä keskenmenon kokeneen hoitotyössä.

Jälkeenpäin voidaan pohtia käytetyn aineistonkeruumenetelmän sopivuutta juuri tähän tutkimukseen. Haastattelu tai jokin muu aineistonkeruumenetelmä olisi voinut antaa jopa toisenlaisia tutkimustuloksia. Tutkimuksen luotettavuutta heikentää epävarmuus siitä, olivatko vastaajat ymmärtäneet instruktioin oikein. Neljästä esseestä kävi ilmi, että vastaajat olivat ymmärtäneet tutkimuksen aiheen ohjeistuksineen toisin kuin oli tarkoitettu ja että he käsittelivät kertomuksessaan ainoastaan kokemaansa keskenmeno, eivätkä lainkaan sen jälkeistä uutta raskautta. Jos aineistonkeruu olisi toteutettu esimerkiksi tutkittavia haastatteleamalla, haastattelija olisi voinut varmistaa haastateltavien ymmärtävän tutkimuksen aiheen ja tutkimusongelmat tarkoittamallaan tavalla. Lisäksi tutkijan kokemattomuus instruktioin laadinnassa saattoi vaikuttaa siihen, että saadusta aineistosta tuli juuri tällainen. Esitestauksesta olisi saattanut olla hyötyä, jolloin instruktioita olisi tarvittaessa voitu muokata entistä enemmän tutkimuskysymyksiä vastaavammaksi. Voidaan myös pohtia, oliko ohjeistuksessa käytetyt käsitteet yksiselitteisesti ymmärrettävissä, vai olisiko niiden merkitystä pitänyt selventää vastaajille vieläkin perusteellisemmin.

### **9.3 Tutkimuksen eettisyys**

Jo tutkimuksen aloitusvaiheessa otetaan kantaa tutkimuksen eettiseen näkökantaan. Tutkimuskohdetta valittaessa on mietittävä, miksi tutkimusaihe valitaan ja miksi tutkimukseen ryhdytään. (Hirsjärvi ym. 2009, 24–25.) Tämän tutkimuksen aihe valittiin sen ajankohtaisuuden sekä tutkijan oman mielenkiinnon vuoksi. Koettiin myös, että aihetta tutkimalla saataisiin hyötyä käytännön hoitotyöhön, sillä keskenmenon kokeneen hoitotyöstä on vain vähän aikaisempia hoitotieteellisiä tutkimuksia.

Varsinkin arkoja aiheita tutkittaessa on kiinnitettävä huomiota siihen, että aineiston hankkiminen ei tuota tutkittaville kärsimystä (Pyörälä 1994; 11–12). Tutkimukseen osallistujille on myös tärkeää kertoa tutkimuksesta niin, että he ymmärtävät tutkimuksen tarkoituksen (Hirsjärvi ym. 2009, 25). Tutkimukseen osallistujat haettiin Internetin kahden keskusteluryhmän kautta. Uskottiin, että näihin keskusteluryhmiin osallistuvat henkilöt ovat valmiimpia kertomaan omista kokemuksistaan, etenkin kun tutkimukseen osallistuminen tapahtui sähköisesti. Vapaaehtoisen osallistumisen toivottiin lisäävän tutkimuksen eettisyyttä (Eskola & Suoranta 2005, 56).

Tulosten julkaisemisen yleisenä eettisenä periaatteena on, että tutkija raportoi tuloksistaan rehellisesti ja avoimesti. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkittavia on yleensä melko vähän, minkä vuoksi on kiinnitettävä erityistä huomiota siihen, ettei tutkittavia tunnisteta. (Vehviläinen-Julkunen 1998, 31.) Tässä tutkimuksessa tulokset pyrittiin esittämään avoimesti muistaen kuitenkin, että tutkittavat eivät saa olla tutkimusraportissa tunnistettavissa. Tutkittavia ei pyydetty osallistumaan omalla nimellään eikä kertomaan muita yksityiskohtaisia tietoja itsestään tai lähipiiristään. Tutkimuksessa ei myöskään mainita haastateltujen, heidän läheistensä, hoitohenkilökunnan tai paikkakuntien nimiä. Internetin avulla tapahtuvan aineistonkeruun ansiosta tutkittavat pystyivät osallistumaan tutkimukseen täysin anonymisti, sillä tutkijan ei tarvinnut olla heihin minkäänlaisessa kontaktissa. Sähköisen vastauslomakkeen yhteyteen liitettiin kuitenkin tutkijan yhteystiedot, jotta tutkittavilla oli mahdollisuus esittää kysymyksiä ja saada lisätietoa tutkimuksesta. Ainoastaan yksi vastaaja otti yhteyttä tutkijaan ja kysyi, oliko edelleen mahdollista osallistua tutkimukseen; kukaan ei sen sijaan esittänyt varsinaisia tutkimukseen liittyviä lisäkysymyksiä.

Tutkimusaineistoa analysoitaessa pyrittiin säilyttämään vastaajien “ääni” kuuluvissa, niin että heidän kertomaansa ei muutettu tai esitetty toisessa yhteydessä kuin vastaajat olivat tarkoittaneet. Pyrkimyksenä oli koko tutkimuksen ajan toimia eettisesti oikein.

#### **9.4 Jatkotutkimusaiheita**

Tutkimustulosten perusteella olisi tärkeää tutkia vielä tarkemmin, millaisia valmiuksia äitiysneuvolassa toimivilla terveydenhoitajilla on kohdata keskenmenon kokenut ja tarvittaessa tukea häntä uuden raskauden aikana. Kiinnostavaa olisi myös kartoittaa terveydenhoitajien näkemystä omista valmiuksistaan keskenmenon kokeneen tukemisessa.

Myös vertaistuen tarjoamia mahdollisuuksia olisi perusteltua tutkia. Olisi mielenkiintoista saada lisää tietoa siitä, millaisissa tilanteissa vertaistuki koetaan helpottavana ja kuinka merkittävänä tukijoina vertaisia pidetään.

Tutkimusta voisi jatkaa edelleen käsittelemään miehen näkökulmaa. Kaipaavatko miehet sosiaalista tukea uudessa raskaudessa, jos aiemmin on koettu keskenmeno? Millaista sosiaalista tukea miehet toivoisivat saavansa ja keneltä?



## LÄHTEET

Alasuutari, Pertti 1999. Laadullinen tutkimus. 3. uudistettu painos. Jyväskylä. Gummerus.

Cassel, John 1976. The Contribution of the Social Environment to Host Resistance. *American Journal of Epidemiology*. Vol. 104 (2), 107–123.

Cobb, Sidney 1976. Social Support as a Moderator of Life Stress. *Psychosomatic Medicine* Vol. 38, nro 5, 300–314. Saatavilla [www-muodossa: <URL:http://www.psychosomaticmedicine.org/cgi/reprint/38/5/300>](http://www.muodossa.org/cgi/reprint/38/5/300).

Eskola, Jari 2001. Laadullisen tutkimuksen juhannustaiat. Laadullisen aineiston analyysi vaihe vaiheelta. Teoksessa Aaltola, Juhani & Valli, Raine (toim.), *Ikkunoita tutkimusmetodeihin II*, 133–157. Jyväskylä. PS-kustannus.

Eskola, Jari & Suoranta, Juha 2005. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä. Gummerus.

Eskola, Kaarina & Hytönen, Eeva 2002. Nainen hoitotyön asiakkaana. Helsinki. WSOY.

Etzell, Sirpa, Korpivaara, Liisa, Lukkarinen Tuula, Nikula, Anne, Pekkarinen, Inkeri, Peni, Riitta & Värmälä, Hanna-Maija 1998. Perheen ja yhteisön terveyttä edistävä hoitotyö. Helsinki. Kirjayhtymä Oy.

Field, Peggy Anne & Morse, Janice M. 1985. Hoitotyön kvalitatiivinen tutkimus. Helsinki. Kirjayhtymä.

Hartikainen, Anna-Liisa, Tuomivaara, Leena, Puistola, Ulla & Lang, Leena 1995. *Koko nainen. Raskaus, seksi, sairaudet*. Porvoo. WSOY.

Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena 1995. *Teemahaastattelu*. Helsinki. Yliopistopaino.

Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2009. Tutki ja kirjoita. 15. p. Helsinki. Tammi.

House, James S. 1981. Work, Stress and Social Support. Massachusetts. Addison-Wesley Publishing Company, Reading.

Hutti, Marianne 1992. Parents' Perceptions of the Miscarriage Experience. Death studies. Vol 16 (5), 401–415.

Janhonen, Sirpa & Nikkonen, Merja 2003. Laadullinen tutkimusmetodologia hoitotieteellisen tiedon tuottamisessa. Teoksessa Janhonen, Sirpa & Nikkonen, Merja (toim.), Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä, 7–20. 2. p. Juva. WSOY.

Järvi, Ulla 2007. Syntymätön. Tietoa ja kokemuksia keskenmenosta. Helsinki. Kirjapaja.

Kaaja, Risto, Tulppala, Maija & Ulander, Veli-Matti 2002. Toistuva keskenmeno. Duodecim. Vol 118 (2), 165–171.

Kahn, Robert L. & Antonucci, Toni C. 1980. Convoys Over the Life Course: Attachment, Role and Social Support. Teoksessa Baltes, Paul B. & Brim, Orville G. Jr. (toim.), Life-span Development and Behaviour. 3 p. New York. Academic press.

Kane, Catherine F. 1988. Family Social Support: Toward a Conceptual Model. Advances in Nursing Science. Vol. 10 (2), 18–25.

Keskisärkkä, Pirkko & Manninen, Alpo 1995. Neuvolaan on mukava mennä. Vanhempien kokemuksia saamastaan sosiaalisesta tuesta ja lastenneuvola-palveluista neljässä pohjoiskarjalaisessa terveyskeskuksessa. Kuopion yliopisto. Terveystalouden ja -talouden laitos. Pro gradu -tutkielma.

Kiviniemi, K 2001. Laadullinen tutkimus prosessina. Teoksessa Aaltola, Juhani & Valli, Raine (toim.), Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2 – näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin, 68–84. Jyväskylä. PS-kustannus.

Kokko, Anna & Lammi-Taskula Johanna (toim.) 2006. Meille tulee vauva – Opas vauvan odotukseen ja hoitoon. Stakes. Helsinki.

Koponen, Päivikki, Hakulinen, Tuovi & Pietilä, Anna-Maija 2002. Asiakas ja terveystalvet. Teoksessa Pietilä, Anna-Maija, Hakulinen, Tuovi, Hirvonen, E, Koponen, Päivikki, Salminen, E-M & Sirola, K (toim.), Terveysten edistäminen – uudistuvat työmenetelmät, 78–123. Helsinki. WSOY.

Koponen, Päivikki & Luoto, Riitta (toim.) 2004. Lisääntymisterveys Suomessa. Terveyst 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B5/2004.

Krause, Kaisa & Kiikkala, Irma 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Helsinki. Kirjayhtymä Oy.

Kumpusalo, Esko 1991. Sosiaalinen tuki, huolenpito ja terveyst. Sosiaali- ja terveysthallitus. Raportteja 8. Helsinki. Valtion painatuskeskus.

Kylmä, Jari & Juvakka, Taru 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki. Edita.

Kyngäs, Helvi & Vanhanen, Liisa 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede Vol. 11 (1), 3–2.

Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Sosiaali- ja terveystministeriön oppaita 2004:14. Helsinki. Sosiaali- ja terveystministeriö.

Latvala, Eila & Vanhanen-Nuutinen, Liisa 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, Sirpa & Nikkonen, Merja (toim.), Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä, 21–43. Juva. WSOY.

Lindholm, Marja 2007. Äitiysneuvolan järjestelmä. Teoksessa Armanto, Annukka & Koistinen, Paula (toim.), Neuvolatyön käsikirja, 33–38. Helsinki. Tammi.

Mäkelä, Klaus 1990. Kvalitatiivisen analyysin arviointiperusteet. Teoksessa Mäkelä, Klaus (toim.), Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta, 42–61. Helsinki. Gaudeamus.

Nieminen, Heli 1997. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, Marita & Vehviläinen-Julkunen, Katri (toim.), Hoitotieteen tutkimusmetodiikka, 215–221. Juva. WSOY.

Paananen, Ulla Kristiina, Pietiläinen, Sirkka, Raussi-Lehto, Eija, Väyrynen, Pirjo & Äimälä, Anna-Mari (toim.) 2006. Kätilötyö. Tampere. Edita.

Paavilainen, Riitta 2003. Turvallisuutta ja varmuutta lapsen odotukseen. Äitien ja isien kokemuksia raskaudesta ja äitiyshuollosta. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Acta Universitatis Tamperensis 906. Tampere.

Peltonen, Raili 1994. Sosiaalinen tuki, elämänhallinta ja koettu terveys keski-ikäisillä naisilla. Sosiaalipoliittisen yhdistyksen tutkimuksia 54. Turku. Åbo Akademi.

Perhe-hanke. Perhepalvelujen kumppanuusohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 2005:4. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Pyörälä, Eeva 1994. Kvalitatiivisen terveystutkimuksen metodologisia perusteita. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 31 (1), 4–14.

Roto, Helinä 2001. Lasta odottaneiden vanhempien kokemuksia keskenmenosta ja saamastaan hoidosta keskenmenon yhteydessä sairaalassa. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Salmi, Toivo T. 1993. Lapsen kuolema. Suomen Lääkärilehti 9, 833–835.

Savonlahti, Elina & Juutilainen, Kirsi 2007. Teoksessa Armanto, Annukka & Koistinen, Paula (toim.), Neuvolatyön käsikirja, 340–344. Helsinki. Tammi.

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007–2011. Helsinki 2007. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja.

Suomen kielen perussanakirja osa 3, S-Ö. 1994. Helsinki. Painatuskeskus.

Suomen Punainen Risti 2010. Äkillisen kriisin vaiheet. Saatavilla [www-muodossa: <URL:http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=onn00128&p\\_teos=onn&p\\_selaus=10196>](http://www.muodossa: <URL:http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=onn00128&p_teos=onn&p_selaus=10196>).

Tarkka, Marja-Terttu 1996. Äitiys ja sosiaalinen tuki. Ensisynnyttäjän selviytyminen äitiyden varhaisvaiheessa. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Acta Universitatis Tamperensis ser A Vol. 518. Vammala. Vammalan Kirjapaino Oy.

Tarkka, Marja-Terttu & Paunonen, Marita 1996. Social Support and its Impact on Mothers' Experiences of Childbirth. *Journal of Advanced Nursing* 23(1), 70–75.

Tiitinen, Aila 2008. Toistuva keskenmeno. Lääkärikirja Duodecim.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2003. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Ulander, Veli-Matti, Kaaja, Risto & Tulppala, Maija 2002. Toistuva keskenmeno. Saatavilla [www-muodossa: <URL:http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo92733.pdf>](http://www.muodossa: <URL:http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo92733.pdf>).

Ulander, Veli-Matti & Tulppala, Maija 2004. Keskenmeno. Teoksessa Ylikorkala, Olavi & Kauppila, Antti (toim.), Naistentaudit ja synnytykset, 392–400. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Vehviläinen-Julkunen, Katri 1990. Nursing in Health Care: Maintaining Awareness of the Child's Development and Care. Kuopion yliopiston julkaisuja. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, Hoitotieteen ja terveydenhuollon hallinnon laitos. Alkuperäistutkimukset 3/1990. Kuopio.

Vehviläinen-Julkunen, Katri 1998. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa Paunonen, Marita & Vehviläinen-Julkunen, Katri (toim.), Hoitotieteen tutkimusmetodiikka, 26–34. Juva. WSOY.

Viisainen, Kirsi (toim.) 1999. Seulontatutkimukset ja yhteistyö äitiyshuollossa. Suositukset 1999. Oppaita 34. Helsinki. Stakes.

Viljamaa, Marja-Leena 2003. Neuvola tänään ja huomenna. Vanhemmuuden tukeminen, perhekeskeisyys ja vertaistuki. Jyväskylän yliopisto. Psykologian laitos. Väitöskirja.

Vilkka, Hanna 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Åstedt-Kurki, Päivi & Nieminen, Heli 1997. Fenomenologisen tutkimuksen peruskysymykset hoitotieteessä. Teoksessa Paunonen, Marita & Vehviläinen-Julkunen, Katri (toim.), Hoitotieteen tutkimusmetodiikka, 152–163. Juva. WSOY.

**LIITTEET**

Liite 1: Tutkimuspyyntö

Liite 2: Instruktio

Liite 3: Analyysikaavio 2: Sosiaalisen tuen antajat uuden raskauden aikana

Liite 4: Analyysikaavio 3: Keskenmenon kokeneiden naisten sosiaalisen tuen tarve uuden raskauden aikana

Liite 5: Analyysikaavio 4: Keskenmenon kokeneen tunteisiin suhtautuminen äitiysneuvolassa

Liite 6: Analyysikaavio 5: Terveystenhoitajan rooli keskenmenon kokeneen tukijana

Hei,

Olen terveydenhoitajaopiskelija Vaasan ammattikorkeakoulusta. Teen opinnäyte-työtä aiheesta ”**Keskenmenon kokeneiden naisten sosiaalisen tuen tarve uudessa raskaudessa**”. Työssäni tarkoitukseni on kuvailla keskenmenon kokeneiden naisten kokemuksia ja heidän käsityksiään sosiaalisesta tuesta ja sen tarpeellisuudesta uuden raskauden aikana. Uudella raskaudella tarkoitetaan tässä tapauksessa keskenmenon jälkeistä raskautta.

Aihetta on tutkittu aikaisemmin melko vähän ja omankin kokemukseni mukaan terveydenhuoltohenkilökunnan osaamisessa tällä osa-alueella voisi olla parantamisen varaa. Toivoisin, että tutkimukseni avulla voisin lisätä omaa tietämystäni tulevaa ammattiani varten ja jakaa tietoa myös muille näiden asioiden parissa työskenteleville.

Mikäli olet kokenut keskenmenon ja sen jälkeen uuden raskauden/olet tällä hetkellä raskaana, pyytäisin Sinua kertomaan kokemuksistasi nimettömän, vapaamuotoisen kertomuksen muodossa. Vastaukset käsitellään täysin luottamuksellisesti. Vastauslomake ja tarkempi ohjeistus asioihin, joita toivoisin kertomuksessa käsiteltävän, löytyy osoitteesta: <http://kysely.kepit.fi> Kiitos jo etukäteen!

Terveisin,

Anna Uljas

terveydenhoitajaopiskelija, Vaasan ammattikorkeakoulu  
anna.uljas@vaasalainen.com



Olen terveydenhoitajaopiskelija Vaasan ammattikorkeakoulusta. Teen opinnäyte-työtä aiheesta ”*Keskenmenon kokeneiden naisten sosiaalisen tuen tarve uudessa raskaudessa*”. Työssäni tarkoitukseni on kuvailla keskenmenon kokeneiden naisten kokemuksia ja heidän käsityksiään sosiaalisesta tuesta ja sen tarpeellisuudesta uuden raskauden aikana. Uudella raskaudella tarkoitetaan tässä tapauksessa keskenmenon jälkeistä raskautta.

Sosiaalinen tuki voidaan jakaa neljään osa-alueeseen: **1) emotionaalinen tuki** (sisältää empatian, huolenpidon, hoitamisen, rakkauden ja luottamuksen kokemukset) **2) arvostusta välittävä tuki** (kannustus, palautteen saanti ja arviointi) **3) informaationaalinen eli tiedollinen tuki** (neuvot, kehotukset, ohjeet) **4) välineellinen tuki** (materiaalinen apu, työpanos, rahan tai ajan antaminen jne.) Sosiaalista tukea voidaan saada esimerkiksi läheisiltä ja ystäviltä, julkisen sektorin tarjoamista palveluista (esim. terveyskeskukset ja neuvolat) sekä erilaisista järjestöistä ja yhdistyksistä.

Kerro kokemuksistasi nimettömän, vapaamuotoisen kertomuksen muodossa.

Kertomuksessa toivoisin käsiteltävän muun muassa seuraavia aiheita:

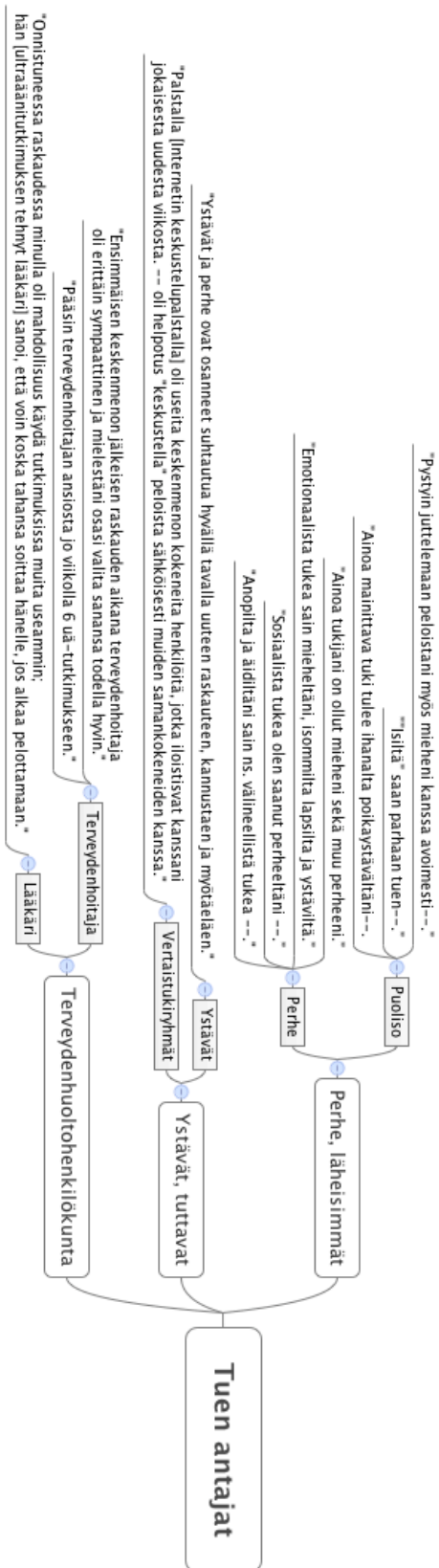
- Minkälaisia kokemuksia sinulla on saamastasi sosiaalisesta tuesta uuden raskauden aikana?
- Keneltä sait/olet saanut sosiaalista tukea? Millaista?
- Millaista sosiaalista tukea olisit toivonut saavasi uuden raskauden aikana? Keneltä?
- Millaisena koet terveydenhoitajan/kätilön roolin tukijana uuden raskauden aikana?

Kiitos arvokkaasta avustasi!

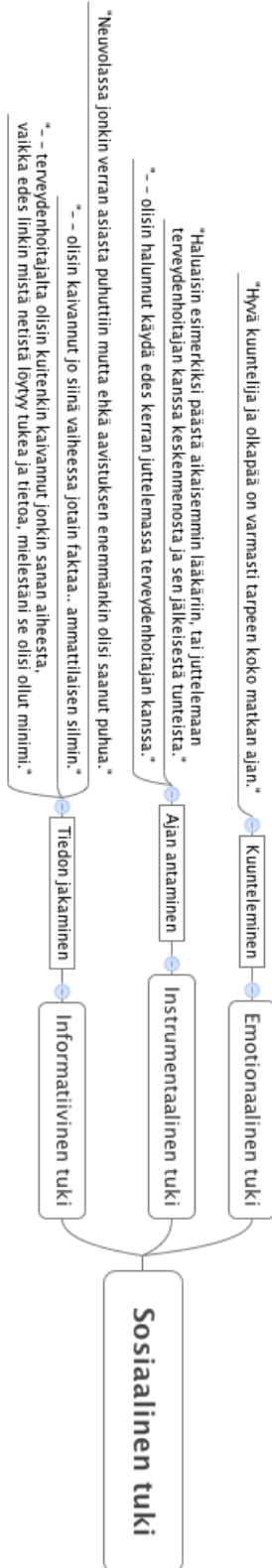
Anna Uljas  
terveydenhoitajaopiskelija, Vaasan ammattikorkeakoulu

Mikäli Sinulla on kysyttävää tai haluat antaa palautetta tähän tutkimukseen liittyen, voit lähettää sähköpostia osoitteeseen [anna.uljas@vaasalainen.com](mailto:anna.uljas@vaasalainen.com) tai tällä lomakkeella.

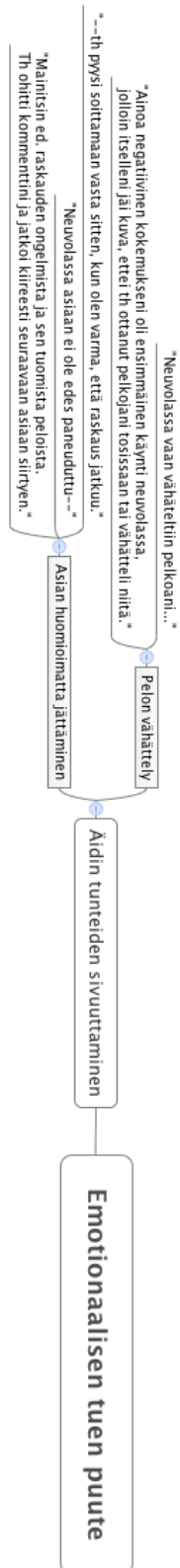
Analyysikaavio 2. Sosiaalisen tuen antajat uuden raskauden aikana.



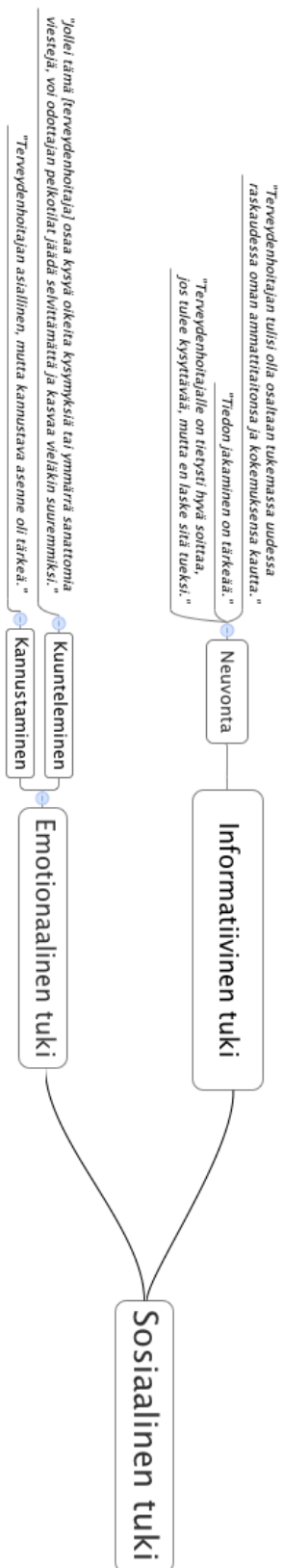
Analyysikaavio 3. Keskenmenon kokeneiden naisten sosiaalisen tuen tarve uuden raskauden aikana.



Analyyssikaavio 4. Keskenmenon kokeneen tunteisiin suhtautuminen äitiysneuvolassa.



Analyysikaavio 5. Terveystenhoitajan rooli keskenmenon kokeneen tukijana.



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU

Anna Uljas

KESKENMENON KOKENEIDEN  
NAISTEN SOSIAALISEN TUEN TARVE  
UUDEN RASKAUDEN AIKANA

Artikkeli

Sosiaali- ja terveystieteiden  
laitos

2010

## SISÄLLYS

JOHDANTO.....	2
TUTKIMUSTULOKSET.....	4
Keskenmenon jälkeen uusi raskaus pelottaa.....	4
Läheisten tuki on tärkeä.....	4
Terveystoimittajan odotetaan jakavan tietoa.....	5
POHDINTA.....	7
LÄHTEET.....	8

## JOHDANTO

Artikkeli perustuu Vaasan ammattikorkeakoulussa tehtyyn opinnäytetyöhön (Uljas 2010) ”Keskenmenon kokeneiden naisten sosiaalisen tuen tarve uuden raskauden aikana”. Sosiaalisella tuella tarkoitetaan tässä tutkimuksessa ihmisten välistä vuorovaikutusta, jonka kautta annetaan ja saadaan tukea. Sosiaalinen tuki voi olla muodoltaan aineellista, emotionaalista, henkistä, tiedollista tai toiminnallista. (Kumpusalo 1991, 14; Tarkka 1996, 12–13.)

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla raskauden keskenmenon kokeneiden naisten kokemuksia keskenmenosta ja heidän odotuksia keskenmenoon liittyvästä sosiaalisesta tuesta uuden raskauden aikana. Tutkimusta ei rajattu keskenmenon tyyppin mukaan, vaan kaikenlaiset spontaanit raskauden keskeytymiset otettiin huomioon. Tutkimusongelmia oli neljä: 1) Millaisia kokemuksia keskenmenon saaneilla naisilla on ollut uudessa raskaudessa? 2) Millaista tukea keskenmenon kokenut nainen oli saanut uuden raskauden aikana? 3) Millaista tukea keskenmenon kokenut nainen olisi toivonut saavansa uudessa raskaudessa? 4) Millaisena keskenmenon kokenut nainen pitää terveydenhoitajan roolia tukijana uuden raskauden aikana?

Tutkimuksen aineistonkeruu tapahtui Internetin Enkelisivut- ja Perheklubi-keskustelupalstojen kautta. Kohderyhmää ei rajattu tarkasti esimerkiksi keskenmenosta kuluneen ajan perusteella, vaan kaikkien halukkaiden keskenmenon ja sen jälkeisen uuden raskauden kokeneiden oli mahdollista osallistua tutkimukseen. Tutkittavia pyydettiin kirjoittamaan nimettömänä vapaamuotoinen kertomus kokemuksistaan. Aineistoksi saatiin yhteensä 14 esseetä, joista analysoitavaksi valikoitui yhdeksän. Saadusta aineistosta hylättiin kertomukset, joissa ei käsitelty lainkaan tutkimuksen kannalta olennaisia asioita. Tutkimusaineisto analysoitiin induktiivisen sisällönanalyysin avulla.



Tutkimuksessa tuli esille merkittäviä tuloksia, jotka olisi tärkeä saattaa kaikkien raskaana olevia hoitavien tietoon. Pohdin, kuinka voisin parhaiten viestittää tutkimukseni tuloksista tuleville kollegoilleni ja muille äitiyshuollossa työskenteleville. Artikkelin kirjoittaminen opinnäytetyöstäni tuntui parhaimmalta vaihtoehdolta. Sen vuoksi päädyin kirjoittamaan tutkimukseni keskeisiä tuloksia esittelevän artikkelin. Seuraavassa luvussa käsitellään tutkimukseni keskeisimpiä tuloksia.

## **TUTKIMUSTULOKSET**

### **Keskenmenon jälkeen uusi raskaus pelottaa**

Uuden raskauden aikana vahvimpia tunteita olivat olleet epävarmuus, turvattomuus ja pelko, jotka tulivat esille useimmiten pian uuden raskauden alussa koetun onnentunteen jälkeen. Pelko oli ilmennyt epämääräisenä, epämiellyttävänä tunteena, uudenkin raskauden oli pelätty keskeytyvän. Yhteistä kaikissa vastauksissa oli uuden raskauden aikana koetun pelon kokonaisvaltaisuus. Pelon kuvailtiin olleen muun muassa hallitsevaa ja ahdistavaa. Pelot olivat kuitenkin enimmäkseen ajoittuneet alkuraskauteen ja alkoivat helpottua ensimmäisen raskauskolmanneksen päätyttyä tai viimeistään äidin alettua tuntea sikiön liikkeitä säännöllisesti. Vain muutamat vastaajista kertoivat kokeneensa koko uuden raskauden ajan turvattomuutta ja pelänneensä keskenmenon toistuvan tai raskauden muulla tavoin epäonnistuvan.

### **Läheisten tuki on tärkeä**

Yleisimmin tärkeimpinä sosiaalisen tuen antajina uuden raskauden aikana olivat olleet keskenmenon kokeneen naisen puoliso ja muu perhe. Ystävien roolista tukijana tutkittavilla oli toisistaan eriäviä näkemyksiä. Muutamat vastaajat olivat saaneet ystäviltaan lähinnä emotionaalista tukea kannustamisen ja empatian muodossa. Toiset tutkittavista eivät kuitenkaan pitäneet ystäviään mahdollisina tukijoina, koska olivat kokeneet keskenmenosta ja sen herättämistä tunteista puhumisen vaikeana sellaisten henkilöiden kanssa, joilla ei ollut omakohtaista keskenmenokokemusta.

Alkuraskauden aikana uudesta raskaudesta ei useinkaan haluta kertoa muuta kuin kaikkein läheisimmille, ja se oli vaikeuttanut omalta osaltaan sosiaalisen tuen saamista ystävilta ja sukulaisilta. Sen sijaan vertaistuki nähtiin tärkeänä

tukimuotona, sillä samoja tunteita läpikäyneiden kanssa oli ollut luontevaa vaihtaa ajatuksia. Omista tunteista oli senkin vuoksi ollut helpompi kertoa Internetin keskustelupalstalaisille kuin ystäville, koska Internetissä sai pysyä anonyyminä ja säilyttää riittävän etäisyyden muihin keskustelijoihin. Hoitohenkilökunnalta saadusta sosiaalisesta tuesta oli monenlaisia kokemuksia. Useissa kertomuksissa mainittiin tyytyväisyyttä terveydenhoitajan tai lääkärin empaattisuuteen ja halukkuuteen kuunnella. Emotionaalisen tuen lisäksi hoitohenkilökunnalta oli saatu instrumentaalista tukea lisätutkimusten tai ylimääräisen ajan tarjoamisen muodossa.

### **Terveydenhoitajan odotetaan jakavan tietoa**

Keskenmenon kokeneiden naisten sosiaalisen tuen tarve uuden raskauden aikana oli vaihdellut, kuin myös tukimuotoja koskevat odotukset. Jotkut vastaajat olivat jopa sitä mieltä, että epävarmuutta ja muita kielteisiä tunteita oli vain ollut opittava sietämään, eikä minkäänlaisesta tuesta olisi ollut hyötyä uuden raskauden aikana. Useimmista esseistä nousi kuitenkin vahvana esiin emotionaalisen tuen tarve uuden raskauden aikana; rinnalle oli kaivattu aidosti läsnä olevaa kuuntelijaa.

Tutkimustuloksista nousi esiin tyytymättömyys neuvolan hoitohenkilökunnan käyttäytymiseen uuden raskauden aikana, osa vastaajista koki jopa tulleensa loukatuksi. Useat vastaajista olivat sitä mieltä, että edeltävän keskenmenon herättämistä tunteista neuvolassa kertoessaan heidän pelkojaan oli vähätelty tai kielteiset tunteet oli sivuutettu kokonaan, vaikka he olivat itse ottanut ne puheeksi. Äitiysneuvolan toiminta perustuu pitkälti seulontatutkimusten tekemiseen; psyykkisen ja sosiaalisen puolen käsittelemisen oli koettu jääneen vähemmälle. Kiire ja resurssipula olivat haitanneet neuvolakäynneillä. Useat vastaajista olivat sitä mieltä, että terveydenhoitajalla ei ollut ollut uuden raskauden aikana riittävästi aikaa kuunnella ja käydä läpi edeltävän keskenmenon herättämiä ajatuksia ja

tunteita. Varsinkin alkuraskauden aikana olisi kaivattu myös mahdollisuutta ylimääräisiin neuvolakäynteihin.

Tutkimustuloksissa korostui tiedollisen tuen tarve. Neuvolassa keskenmenoa ja siihen liittyviä tunteita oli käsitelty uuden raskauden aikana vain vähän tai ei lainkaan. Tutkimukseen osallistujat kertoivat kaivanneensa, että keskenmenon herättämiä tunteita olisi käsitelty enemmän terveydenhoitajan kanssa. Keskenmenon kokeneet naiset pitivät tärkeänä, että uutta raskautta edeltävän keskenmenon herättämät pelot ja muut kielteiset tunteet havaittaisiin ajoissa, jolloin niihin olisi helpompi puuttua. Terveydenhoitajien olisi uuden raskauden aikana toivottu antavan runsaammin varsinkin informatiivista tukea sekä tietoa vertaistukimuodoista.

## **POHDINTA**

Sosiaalisen verkoston olemassaoloa ja laajuutta tulisi kartoittaa neuvolassa tehokkaammin. Isän roolia äidin tukijana tulisi edelleen vahvistaa, sillä tämän ja useiden muidenkin tutkimusten (Keskisärkkä & Manninen 1995, Tarkka 1996, Viljamaa 2003) tulosten mukaan puolison koetaan olevan ensisijainen tukija.

Terveydenhoitajan työ äitiysneuvolassa painottuu edelleen paljolti äidin ja sikiön fyysisten mittausten ja voinnin tarkkailemiseen. Tutkittavien mukaan kiire ja resurssipula olivat häirinneet neuvolakäynneillä ja sen vuoksi henkisen puolen käsittelyn koettiin jääneen vähemmälle. Opinnäytetyön tuloksista nousi esille, että terveydenhoitajat tarvitsevat lisää valmiuksia keskenmenon vaikutusten tunnistamiseen ja sosiaalisen tuen tarpeen arviointiin uuden raskauden aikana. Terveydenhoitajilta vaaditaan myös rohkeutta ottaa puheeksi raskaana olevien kielteisetkin tunteet, jotka saattavat jäädä muuten huomioimatta. Terveydenhoitajien ja muun henkilökunnan tulisi osata antaa keskenmenon kokeneelle etenkin tiedollista tukea, jota ei niinkään muilta tukijoilta voi saada. Keskenmenon kokeneet naiset odottivat myös terveydenhoitajan aktiivisempaa tiedottamista vertaistukimuodoista. Jotta terveydenhoitajat ja muu hoitohenkilökunta osaavat jatkossa ohjata asiakkaitansa paremmin myös vertaistuen piiriin, he tarvitsevat konkreettista tietoa eri yhteistyökumppaneista ja heidän tarjoamistaan vertaistukimuodoista.

## LÄHTEET

Keskisärkkä, Pirkko & Manninen, Alpo 1995. Neuvolaan on mukava mennä. Vanhempien kokemuksia saamastaan sosiaalisesta tuesta ja lastenneuvola-palveluista neljässä pohjoiskarjalaisessa terveystieteiden keskuksessa. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden ja -talouden laitos. Pro gradu -tutkielma.

Kumpusalo, Esko 1991. Sosiaalinen tuki, huolenpito ja terveys. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimusraportteja 8. Helsinki. Valtion painatuskeskus.

Tarkka, Marja-Terttu 1996. Äitiys ja sosiaalinen tuki. Ensisynnyttäjän selviytyminen äitiyden varhaisvaiheessa. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Acta Universitatis Tamperensis ser A Vol. 518. Vammala. Vammalan Kirjapaino Oy.

Viljamaa, Marja-Leena 2003. Neuvola tänään ja huomenna. Vanhemmuuden tukeminen, perhekeskeisyys ja vertaistuki. Jyväskylän yliopisto. Psykologian laitos. Väitöskirja.