

Opinnäytetyö (AMK)

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja (AMK)

2015

Johanna Rankio, Maarit Salmi, Marianne Summanen ja Iida Uotila

MITEN KOHDATA KESKENMENON SAANUT NAINEN?

– Opas sairaanhoitajalle



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma | Sairaanhoidaja

2015 | 51 + 5

Susanna Mört

Johanna Rankio, Maarit Salmi, Marianne Summanen ja Iida Uotila

MITEN KOHDATA KESKENMENON SAANUT NAINEN? – OPAS SAIRAANHOITAJALLE

Tapa, miten keskenmenon saaneen naisen kohtaa on tärkeää, sillä keskenmeno saattaa olla naiselle traumaattinen kriisi, ja jos hoito ei vastaa hänen tarpeitaan voivat seuraukset olla vakavia toipumisen kannalta. Sairaanhoidajan tulee tunnistaa keskenmenon saaneen naisen hoidossa ilmenevät ongelmat, jotta taataan laadukas hoito. Kohtaaminen on sairaanhoidajan ja keskenmenon saaneen naisen välistä vuorovaikutusta ja se sisältää sanallista sekä sanatonta viestintää, kuuntelua, läsnäoloa, kunnioittamista ja arvostusta.

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa opas sairaanhoidajalle, miten kohdata keskenmenon saanut nainen. Tavoitteena on lisätä sairaanhoidajan valmiuksia kohdata keskenmenon saanut nainen yksilöllisesti. Opinnäytetyö toteutettiin kirjallisuuskatsauksena, ja siinä käsitellään sairaanhoidajan kokemia haasteita kohtaamisessa, keskenmenon saaneen naisen tarpeita sekä miten lisätä sairaanhoidajan valmiuksia kohdata keskenmenon saanut nainen.

Sairaanhoidajat kokevat psyykkisen tuen antamisen ja omien tunteiden mukaan tuomisen hoitoon haastavaksi. Kirjallisuuden mukaan suurin osa naisista oli tyytymättömiä saamaansa hoitoon, ongelmaksi koettiin psyykkisen tuen riittämättömyys, tiedon ja empatian puute. Sairaanhoidaja voi kehittyä kohtaamisessa täydennyskoulutuksen ja työnohjauksen avulla, myös kokemus tuo varmuutta kohtaamiseen. Hänen tulee myös huolehtia omasta henkisestä hyvinvoinnistaan, jotta hän pystyy tarjoamaan asianmukaista hoitoa menetyksen kokeneelle. Yhteenvetona voidaan todeta, että sairaanhoidajalle olisi hyvä olla olemassa opas kohtaamisesta, sillä se on keskeinen asia keskenmenon saaneen naisen onnistuneessa hoidossa.

Mahdollisesti jatkossa voitaisiin tutkia oppaan toimivuutta käytännössä, millainen olisi keskenmenon saaneiden naisten yhtenäinen hoitopolku ja miten tukea muita perheenjäseniä keskenmenon tapahduttua.

ASIASANAT:

Keskenmeno, kohtaaminen, tuki, ammatillinen kasvu

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme of Nursing | Nursing

2015 | 51 + 5

Susanna Mört

Johanna Rankio, Maarit Salmi, Marianne Summanen ja Iida Uotila

HOW TO ENCOUNTER A WOMEN WHO HAS EXPERIENCED MISCARRIAGE? –GUIDE TO A NURSE

The way a nurse approaches a woman who has experienced a miscarriage is important. Miscarriage might be a traumatic crisis for a woman and unfitting treatment can have severe effects on her recovery. Nurses should be able to recognize problems within the care of miscarriage so that the quality of the care is assured. Encountering happens between a nurse and a woman who has experienced a miscarriage. It contains non-verbal and verbal interaction, listening, presence, respect and appreciation.

The purpose of this thesis is to produce a guide for nurses on how to encounter a woman who has experienced a miscarriage. The aim is to raise nurses' readiness in encountering women who have experienced a miscarriage. The thesis was carried out as a literature review. It seeks to answer a few study questions: what kind of challenges do nurses meet when providing care for women who have had a miscarriage, what do the women expect from their care and, how to prepare nurses for encountering a woman who has suffered a miscarriage.

The nurses felt it difficult to give psychological support and offer honest empathy during treatment. According to the literature, some of the women were unsatisfied with the care provided for them. Among the problems were inadequate psychological support, lack of information and empathy. Nurses can improve their way of encountering a patient by further training and clinical supervision. Experience may give nurses more confidence when encountering a patient. Nurses should take care of their psychological well-being to be able to provide appropriate care for bereaved women. In conclusion, it is important to have a guide for nurses about encountering, because it is relevant to the successful treatment of miscarriage.

Further studies could be made on how a guide would work in practice, what kind of common principles concerning miscarriage treatment could be made and how to support other family members after the miscarriage has occurred.

KEYWORDS:

Miscarriage, encountering, support, professional growth

SISÄLTÖ

SANASTO

1 JOHDANTO.....	7
2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE.....	9
3 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	11
4 KESKENMENO	13
4.1 Keskenmenon toteaminen.....	14
4.2 Keskenmenon hoito	15
5 KESKENMENON SAANEEN NAISEN KOHTAAMINEN.....	19
5.1 Asenteet keskenmenoa kohtaan.....	19
5.2 Viestinnän merkitys keskenmenon saaneen naisen kohtaamisessa	21
5.3 Keskenmeno traumaattisena kriisinä.....	23
5.4 Keskenmenon hoitoon vaikuttavat ympäristötekijät.....	27
5.5 Tiedon merkitys keskenmenon hoidossa.....	28
6 VALMIUKSIEN LISÄÄMINEN KEHITTÄMISEN JA KOULUTUKSEN AVULLA.....	29
6.1 Ammatillinen kasvu ja kollegiaalisuus.....	29
6.2 Työnohjaus ja työhyvinvointi.....	32
7 OPAS SAIRAAHOITAJALLE.....	36
8 YHTEENVETO.....	38
9 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS.....	40
10 POHDINTA.....	42

LÄHTEET

LIITTEET

Liite 1. Opas

Liite 2. Tiedonhakutaulukko

SANASTO

HCG	Human Chronionic Gonadotropin, istukan tuottama hormoni
Hegarín laajentimet	Kirurginen instrumentti, jota käytetään kohdunkaula laajentamiseen
Imu- ja silmukkakyretti	Kirurgiset instrumentit, joilla poistetaan raskausmateriaali kohdusta
Raskausmateriaali	Kohdun sisältöä, istukka, sikiökalvot ja sikiö

1 JOHDANTO

Tämän opinnäytetyön aiheena on keskenmenon saaneen naisen kohtaaminen sairaanhoitajan näkökulmasta katsottuna. Opinnäytetyön toimeksiantajana toimi Turun yliopistollisen keskussairaalan naistentautien osasto. Opinnäytetyössä käsitellään sairaanhoitajan kokemia haasteita kohtaamisessa, keskenmenon saaneen naisen tarpeita sekä sairaanhoitajan keinoja kehittyä ammatissaan. Kirjallisuuskatsauksen pohjalta tehtiin opas ”Kehittyminen taitavaksi kohtaajaksi”, minkä tavoitteena on ohjata sairaanhoitajaa kohtaamaan keskenmenon saanut nainen paremmin.

Keskenmeno tarkoittaa raskauden spontaania keskeytymistä ennen raskausviikon 22. täyttymistä tai sikiön painaessa alle 500 grammaa. Keskenmeno on raskausajan yleisin raskauskomplikaatio, ja noin joka viides todettu raskaus päättyy keskenmenoon. (Niininen & Heikinheimo 2011, 67.) Yleisesti keskenmenoon saatetaan suhtautua vähättelevästi, vaikka nainen saattaa kokea sen traumaattisena kriisinä (Evans 2012, 36). Naiset kokevat psyykkisen ja emotionaalisen tuen olevan riittämätöntä keskenmenon hoidossa (Tsartsara & Johnson 2002, 56; St. John & Cooke 2006, 9; Séjourné ym. 2009, 404; Murphy & Merrell 2009, 1584; Evans 2012, 36). Myös sairaanhoitajat kokevat psyykkisen ja emotionaalisen tuen antamisen haastavaksi (Séjourné ym. 2009, 404).

Kohtaaminen on tärkeä asia keskenmenon saaneen naisen hoidossa (Raatikainen 2015, 19). Se vaikuttaa joko positiivisesti tai negatiivisesti naisen kokemukseen hoidosta sekä psyykkiseen toipumiseen keskenmenon jälkeen (Evans 2012, 37). Kohtaamiseen ja sen onnistumiseen voivat vaikuttaa monet tekijät, kuten asenteet, ennakkoluulot, aikaisemmat kokemukset, ympäristöön liittyvät tekijät sekä sairaanhoitajan ajan ja tiedon puute. Vuorovaikutus on osa kohtaamista, ja siinä huomioidaan potilaan arvot, vakaumus ja tavat. Sairaanhoitajan ja potilaan välinen luottamus sekä avoin vuorovaikutus ovat edellytyksiä hyvälle hoitosuhteelle. (Sairaanhoitajan eettiset ohjeet 1996.)

Kouluttautumalla ja kehittämällä itseään on mahdollista tulla paremmaksi kohtajaksi. Nämä ovat sairaanhoitajan eettisiä velvollisuuksia, joista työntekijän sekä esimiehen tulee huolehtia. Varhainen ja jatkuva kouluttautuminen auttaa sairaanhoitajaa emotionaalisissa haasteissa, esimerkiksi menetyksen kokeneiden vanhempien kohtaamisessa. Se edistää myös laadukkaan hoidon tarjoamista. (Evans 2012, 37.) Ammatillinen kasvu on oman osaamisen ylläpitoa, kehittämistä ja uusien valmiuksien hankkimista muuttuviin ammattivaatimukseen, ja sitä tapahtuu jatkuvasti koko työuran ajan (Wallin 2012, 11). Työn ollessa henkisesti raskasta, sairaanhoitajan tulee huolehtia omasta hyvinvoinnistaan ja jaksamisestaan, jotta pystyy tarjoamaan parasta mahdollista hoitoa keskenmenon saaneelle naiselle (Huttunen ym. 2009, 25; Evans 2012, 38).

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa opas sairaanhoitajalle siitä, miten kohdata keskenmenon saanut nainen. Pyrkimyksenä on selvittää kirjallisuutta hyödyntäen, mitkä ovat nykyiset ongelmakohdat keskenmenon saaneen naisen kohtaamisessa ja millaista apua sairaanhoitajat kaipaisivat tähän liittyen. Tavoitteena on helpottaa ja lisätä sairaanhoitajan valmiuksia kohdata keskenmenon saanut potilas yksilöllisesti. Opinnäytetyössä pyritään vastaamaan seuraaviin kysymyksiin:

1. Mitä haasteita sairaanhoitaja kokee keskenmenon saaneen naisen kohtaamisessa?
2. Millaista apua keskenmenon saanut nainen toivoisi sairaanhoitajalta?
3. Miten lisätä sairaanhoitajan valmiuksia kohdata keskenmenon saanut nainen?
4. Millainen opas palvelee parhaiten sairaanhoitajaa keskenmenon saaneen naisen kohtaamisessa?

Keskenmenosta ja sen hoidosta, naisten kokemuksista ja heidän saamastaan kohtelusta liittyen keskenmenoon sekä lääkkeiden ja somaattisten sairauksien vaikutuksista keskenmenoon on tehty useita tutkimuksia viimeisen viiden vuoden aikana. Tutkittuja aiheita ovat olleet muun muassa mielenterveyden, suun terveyden, ylipainon, syömishäiriön, keliakian, sähkösilvähoidon ja munasarjojen ikääntymisen vaikutukset keskenmenoon. Opinnäytetöitä on tehty myös useampia liittyen naisten kokemuksiin ja tuen saamiseen keskenmenon hetkellä. Keskenmenon saaneen naisen kohtaamisesta ei ole juurikaan tehty tutkimuksia tai opinnäytetöitä, eikä sairaanhoitajille ole tiedettävästi tehty erityisesti heille suunnattua opasta kohtaamiseen. Muutamia keskenmenon saaneen naisen tukemiseen liittyviä opinnäytetöitä on kuitenkin julkaistu Theseus-tietokannassa.

Satakunnan ammattikorkeakoulussa on tehty vuonna 2013 opinnäytetyö ”Terveydenhoitaja keskenmenon kokeneen tukijana”. Miisa Santala on tutkinut opinnäytetyössään terveydenhoitajan roolia keskenmenon saaneen naisen tukijana äitiysneuvolassa. Santala päätyi tutkimuksessaan siihen tulokseen, että naiset kaipaavat enemmän tukea keskenmenon jälkeen. Keskenmenon kokeneet kaipaavat terveydenhoitajalta muun muassa keskusteluaikaa, emotionaalista ja tiedollista tukea. Mikkelin ammattikorkeakoulussa sen sijaan on tehty vuonna 2012 opinnäytetyö ” Kahdesta viivasta surun kyyneliin: Kuinka auttaa keskenmenon kokeneita terveydenhuollossa?”. Minna Ollikainen tutki opinnäytetyössään, kuinka suomalainen terveydenhuolto voi parhaiten auttaa keskenmenon kokeneita. Myös Ollikainen on päätenyt samoihin tuloksiin kuin Santala. Keskenmenon kokeneet naiset halusivat enemmän suullista tietoa ja ohjausta sekä kirjallista materiaalia tapahtuneesta. Ollikainen tuo myös ilmi hoidossa koettuja ongelmia, kuten psyykkisen tuen puute, kiire, kivun hoidon riittämättömyys, yksityisyyden puute, jälkitarkastuksen suppeus sekä lääkäreiden ja hoitajien epäasiallinen käytös.

3 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyö toteutettiin kirjallisuuskatsauksena. Kirjallisuuskatsauksella on monia tarkoituksia tutkimuksen suorittamisessa. Sen avulla voidaan tunnistaa tutkimusongelma, luoda tutkimuskysymykset ja hypoteesit, tunnistaa aiheeseen liittyvät käsitteet ja määritelmät sekä tuoda esiin aiempien tutkimusten ristiriitaisuuksia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 92.) Kirjallisuuskatsauksen tehtävänä on määritellä, mitä teoreettista ja tieteellistä tietoa tällä hetkellä on saatavissa tutkimusongelmasta ja millaista tietoa vielä tarvittaisiin (Burns & Grove 2011, 189). Kirjallisuuskatsausta tehdessä määritellään haluttu ajanjakso, jonka perusteella tutkimuksia valitaan. Jotta haku olisi laadukas, tulisi valittavien tutkimusten olla vähintään viimeisen viiden vuoden aikana julkaistuja. (Salanterä & Hupli 2003, 29.) Kirjallisuuskatsauksen pohjalta tehtiin opas sairaanhoitajalle keskenmenon saaneen naisen kohtaamisesta. Se kannustaa sairaanhoitajaa kehittymään paremmaksi kohtaajaksi. Oppaasta ja sen sisällöstä kerrotaan enemmän kappaleessa 7.

Opinnäytetyön aineisto on kerätty hoitotieteen eri tietokannoista - CINAHL, Google Scholar ja Medic - sekä kirjallisuutta hyödyntäen. Hakukielenä on käytetty suomea ja englantia. Löydetyt aineistot ovat mahdollisimman uutta tietoa spontaanisti tapahtuneesta keskenmenosta, ne perustuvat tutkittuun tietoon ja ovat sovellettavissa Suomen hoitokäytäntöön. Sairaanhoitajan ja potilaan kohtaaminen on rajattu sairaalassaoloaikaan. Puolisoiden ja muiden perheenjäsenien kohtaamista ei ole käsitelty tässä opinnäytetyössä. Löydetyt tutkimukset ovat kokotekstiversioina, jolloin aiheeseen on pystytty perehtymään kattavasti.

Aineiston jäsentämisen helpottamiseksi tuloksista on tehty tiedonhakutaulukko. Tiedonhakutaulukosta nähdään tiivistetysti käytetyt tutkimukset, mikä helpottaa myös aineiston analyysiä. Jos hakusanoja on useampia, on hyödynnetty Boolean operaattoreita AND, OR ja NOT (Elomaa & Mikkola 2010, 38). Asteriksia (*) on hyödynnetty ja sillä voidaan korvata sanan loppuosa. Hakuohjelma etsii silloin kaikki sanat, jotka ovat esimerkiksi nurs*-alkuisia kuten nurse, nursery ja nursing. (Salanterä & Hupli 2003, 29.)

Opinnäytetyössä on käytetty seuraavia hakusanoja: keskenmeno, potilas-hoitaja suhde, kohtaaminen, henkinen tuki, naisen tarpeet, tukeminen, surutyö, psyykinen tuki, naisen kokemus, työnohjaus, ammatillinen kasvu, kollegiaalisuus, lisäkoulutus, hyvinvointi, opas, sairaanhoitaja, hoitotyö, spontaani keskenmeno, miscarriage, patient-nurse relations, meet*, encounter, support, emotional care, grief, bereavement, women experience, clinical supervision, professional growth, resources, colleagues, education, training, well-being, guide*, nurs*, spontaneous abortion.

4 KESKENMENO

Keskenmenolla (abortus spontaneus) tarkoitetaan raskauden spontaania keskeytymistä ennen 22. raskausviikon täyttymistä tai sitä, että sikiö painaa alle 500 grammaa. Suurin osa keskenmenoista tapahtuu kuitenkin ennen 12. raskausviikkoa. Keskenmeno on yleisin raskauden aikana tapahtuva komplikaatio. Suomessa arvioidaan, että noin joka kymmenes todettu raskaus päättyy keskenmenoon. Kaikista raskauksista arvioidaan noin 40–50% päättyvän keskenmenoon. Usein varhain tapahtuneet keskenmenot jäävät kokonaan huomaamatta naisen ollessa tietämätön raskaudestaan. Tällöin vuoto sekoitetaan myöhästyneisiin kuukautisiin. (Niinimäki & Heikinheimo 2011, 67; Ihme & Rainto 2014, 141–142.)

Keskenmeno voidaan luokitella täydelliseksi tai epätäydelliseksi. Täydellisessä spontaanissa keskenmenossa (abortus completus) kohdun sisältö tyhjenee kohtuontelosta suurimmaksi osaksi vuodon mukana. Epätäydellisessä spontaanissa keskenmenossa (abortus incompletus) sen sijaan kohtuonteloon on jäänyt raskausmateriaalia. Keskeytyneessä keskenmenossa (missed abortion) kohdun tyhjeneminen ei ala ja sikiö jää kuolleena kohtuun. (Niinimäki & Heikinheimo 2011, 68; Eskola & Hytönen 2002, 180.)

Keskenmenon syy jää usein epäselväksi. Syitä keskenmenolle voivat olla rakennepoikkeavuudet kohdussa, kromosomipoikkeavuudet, infektiot, hormonaaliset syyt, odottavan naisen korkea ikä, keliakia, kilpirauhasen toimintahäiriö tai huonosti kontrollissa oleva diabetes. Keskenmenon syiksi voidaan epäsuorasti liittää myös tupakointi sekä alkoholin ja huumeiden käyttö. (Tiitinen 2014; Kochhar 2015.) Keskenmenoon ei ole yksittäistä ehkäisykeinoja. Terveelliset elämäntavat sekä ali- ja ylipainon välttäminen voivat kuitenkin edistää raskauden kulkua. (Tiitinen 2014.)

Varhaisessa vaiheessa tapahtuva keskenmeno oireilee samankaltaisesti kuin myöhässä olevat kuukautiset, verenvuoto saattaa olla vain hieman runsaampaa. Naisella saattaa esiintyä raskauden alkuvaiheessa niukkaa verenvuotoa, mikä ei kuitenkaan vielä tarkoita, että raskaus uhkaisi mennä kesken. Keskenmenolle

tyypillisiä oireita ovat runsas ja pitkään jatkuva verenvuoto, jossa saattaa esiintyä hyytymiä, ja kuukautiskipua muistuttavat kovat, krampppimaiset alavatsa- sekä selkävut. Tulehduksen merkkien, esimerkiksi kuumeen ja kovan kivun ilmeessä, tulisi aina hakeutua lääkäriin. On tärkeää poissulkea kohdunulkoisen raskauden mahdollisuus. (Tiitinen 2014; Kochhar 2015.)

Toistuvasta keskenmenosta (abortus habitualis) puhutaan, kun naisella on ollut kolme peräkkäistä keskenmenoa. Pariskunnat voivat halutessaan pyytää lisätutkimuksia toistuvan keskenmenon syyn selvittämiseksi, mutta usein aiheuttavaa tekijää ei löydetä. Mahdollisia lisätutkimuksia ovat kohdun rakenteen selvittely kaikututkimuksella, kilpirauhaskokeet ja hysteroskopia eli kohtuontelon tähystys, mikäli kaikututkimuksessa esiintyy epäily poikkeavuudesta. Hedelmällisessä iässä olevista naisista noin 0.4-1 %:lla esiintyy toistuvaa keskenmenoa. (Tiitinen 2014.)

Uhkaavassa keskenmenossa odottavalla äidillä on alkanut esiintyä keskenmenon kaltaisia oireita, kuten kipuja ja vuotoa. Raskaus saattaa kuitenkin jatkua normaalisti. (Väestöliitto 2014.) Tuulimunaraskaudessa (ovum abortivum) munasolu on hedelmöittynyt, mutta siinä on tapahtunut kehityshäiriö, jossa kohtuun kehittyvät istukka ja kalvot, mutta sikiö jää kehittymättä. Useimmiten tuulimunaraskaus keskeytyy itsestään 8.-10. raskausviikolla. Rypäleraskaus (mola hydatidosa) taas on alkuraskauden aikana esiintyvä häiriö. Alkion sijasta kohdussa kasvaa rakkulamassaa. Raskauksista noin 1/1000 on rypäleraskauksia. (Ihme & Rainto 2014, 145.)

4.1 Keskenmenon toteaminen

Keskenmenoa epäiltäessä lääkäri ja sairaanhoitaja selvittävät tarvittavat esitiedot naiselta. Lääkäri tekee gynekologisen perus- ja kaikututkimuksen, ja lisäksi virtsasta määritetään human Chorionic Gonadotropin (hCG) määrä, mikä on istukan tuottama hormoni raskauden aikana. (Niinimäki & Heikinheimo 2011, 67.) Naiselta kysyttäviä esitietoja ovat viimeisten kuukautisten alkamispäivä, arvioitu raskaudenkesto, mahdollisten aikaisempien kaikututkimuksien tulokset, kivut ja

niiden sijainti sekä kesto. Lisäksi tulee selvittää mahdolliset aikaisemmat raskaudet, keskenmenot ja abortit sekä yksityiskohtaisemmat tiedot mahdollisesta emätinverenvuodon määrästä, koostumuksesta ja kestosta. (Marquardt 2011, 31.)

Gynekologisella tutkimuksella saadaan selville kohdusta tuleva mahdollinen vuoto, onko kohdunkaula lyhentynyt tai avautunut sekä kohdun koko. On hyvin yleistä, että gynekologisen tutkimuksen aikana naisella esiintyy emätinverenvuotoa, kipua sekä aritusta vatsassa. Gynekologisessa kaikututkimuksessa lääkäri selvittää, onko raskaus kiinnittynyt oikeaan paikkaan, näkyykö sikiö ja kuuluuko sen syke. Luotettavan kaikututkimustuloksen saamiseksi tulisi raskauden olla kestänyt vähintään kuusi viikkoa. Mikäli ensimmäisessä tutkimuksessa ei saada varmaa diagnoosia, tulisi seurata veren istukkahormonin pitoisuutta ja sen muutoksia muutaman päivän välein ja uusaa kaikututkimus. (Tiitinen 2014.)

4.2 Keskenmenon hoito

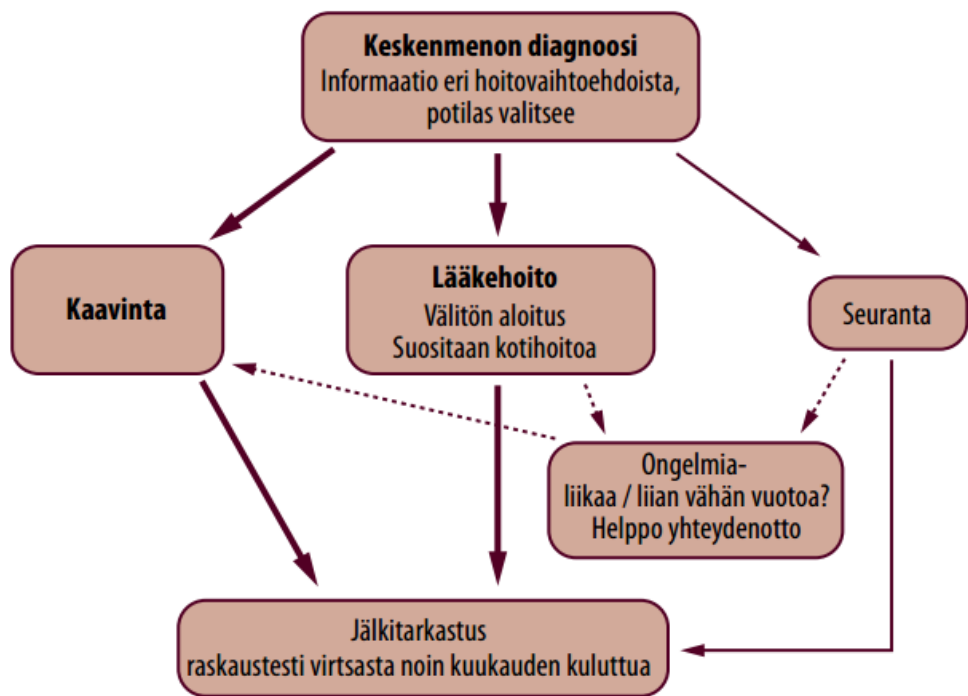
Täydellisessä spontaanissa keskenmenossa raskausmateriaali poistuu kohdusta usein itsestään vuodon aikana, jolloin hoidoksi riittää seuranta. Potilaalle on kerrottava mahdollisista haittavaikutuksista, kuten esimerkiksi pitkittyneestä verenvuodosta. On myös sovittava jälkitarkastusaika, jolloin tarkistetaan kohdun tyhjentyminen. (Niinimäki & Heikinheimo 2011, 69.) Verenvuodot saattavat olla niin voimakkaita, että ne voivat johtaa jopa sokkiin, jolloin on huolehdittava potilaan yleisilasta ja seurattava vitaalinelintoimintoja. Myös mahdolliset infektiot tulee hoitaa. (Eskola & Hytönen 1996, 166.) Mitä aikaisemmassa vaiheessa keskeytyminen tapahtuu, sitä useimmiten hoidoksi riittää pelkkä seuranta (Tiitinen 2014). On kuitenkin mahdollista, että kohtu tyhjenee vain osittain tai ei lainkaan. Tilanteesta ja kiireellisyydestä riippuen on valittava joko kirurginen tai lääkkeellinen hoito. Kaaviossa 1 Niinimäki ja Heikinheimo esittävät keskenmenon eri hoitovaihtoehdot. Epätäydellisessä keskenmenossa, nämä hoitomuodot ovat yhtä hyviä vaihtoehtoja. (Niinimäki & Heikinheimo 2011, 70–72.)

Keskenmenon lääkkeellisessä kohtuontelon tyhjennyksessä käytetään useimmiten prostaglandiinia. Vuotojen ollessa runsaat, lääke otetaan suun kautta tai kielen alle. Muissa tapauksissa se annetaan emättimeen. Kielen alla prostaglandiini imeytyy elimistöön nopeammin kuin emättimeen annettaessa. Kliinisesti kumpikin tapa on todettu yhtä tehokkaaksi (Käypähoito 2013, 8). Lääkehoito voidaan toteuttaa myös prostaglandiinin ja antiprogestiinin yhdistelmällä, jos raskaus on keskeytynyt myöhäisemmässä vaiheessa. Silloin antiprogestiini annetaan 1-3 vuorokautta ennen prostaglandiinia. (Niinimäki & Heikinheimo 2011, 68–69.) Antiprogestiinin tarkoitus on herkistää kohtulihasta supistuksille ja mahdollistaa kohdunkaulan pehmeneminen ja avautuminen. Prostaglandiini sen sijaan saa aikaan kohdun supistelua ja kohdunkaulan pehmenemistä, mikä aiheuttaa kohtuontelon tyhjenemisen. (Käypähoito 2013, 7.) Jos lääkkeellinen hoito ei onnistu täydellisesti, eli raskausmateriaali ei poistu kohdusta, pitää sen lisäksi tehdä myös kirurginen toimenpide eli kohtuontelon kaavinta (Niinimäki & Heikinheimo 2011, 70–71).

Kohtuontelon tyhjentäminen lääkkeellisesti on mahdollista tehdä kotioloissa. Esimerkiksi Helsingin yliopistollisen keskussairaalan naistentautien ja synnytysten klinikkaryhmässä lääkkeellistä kotihoitoa tarjotaan usein, jos keskenmeno on huomattu ennen kymmenennettä raskausviikkoa. Jos potilaalla on erityistä seurantaa vaativa sairaus, hoito tulisi kuitenkin suorittaa sairaalassa. Myös toisella raskauskolmanneksella huomattavat keskenmenot hoidetaan osastolla. Kotihoitoa suunniteltaessa on varmistettava, että potilas tiedostaa mahdollisten vuotojen ja kipujen esiintymisen. Hoito-ohjeiden ja kipulääkityksen tulee olla riittävän hyvät, jotta hoito onnistuu mahdollisimman hyvin ja potilas kokee olonsa turvalliseksi. Hänelle on ohjeistettava myös yhteydenotto gynekologiseen päivystykseen, jos esiintyy erittäin kovaa kipua tai vuodon niukkuutta tai runsautta. Jos kohdun tyhjentäminen ei onnistu kotioloissa, suoritetaan se sairaalassa. (Niinimäki & Heikinheimo 2011, 71.) Naisille, joilla on Rh-negatiivinen veriryhmä ja joiden raskaus on keskeytynyt kahdeksannen raskausviikon jälkeen, annetaan anti-D-immunoglobuliinia. Sen tarkoituksena on ehkäistä veren vasta-aineiden kehittyminen. (Tiitinen 2014.)

Suomessa keskenmenon kirurginen hoito eli kaavinta tehdään päiväkirurgisena toimenpiteenä yleensä nukutuksessa (Rautio 2013). Kohdunsuun ollessa kovin tiukka, sen pehmentämiseen käytetään prostaglandiinia, mikä saattaa helpottaa kohdunsuun laajentamista. (Niinimäki & Heikinheimo 2011, 68.) Lääke myös pienentää kohdunsuun repeämisen, kohdun seinämän puhkeamisen ja verenhukan riskejä. Lääke voidaan antaa emättimeen tai kielen alle 3-4 tuntia ennen toimenpidettä. Toisena vaihtoehtona potilas voi itse asettaa tabletit emättimeen toimenpidepäivän aamuna tai ottaa suun kautta otettavat tabletit edellisenä iltana. Kohdunkaulan laajentamiseen käytetään Hegarin laajentimia, minkä jälkeen kohtuontelo voidaan tyhjentää. Kohdun tyhjennys tapahtuu imu- tai silmukkakyrettiä käyttämällä. (Käypähoito 2013, 10.)

Potilaalle tulee varata jälkitarkastusaika 2-6 viikon kuluttua kohdun tyhjenemisestä. Tarkoituksena on varmistaa raskauden täydellinen keskeytyminen, normaali toipuminen sekä keskustella potilaan kanssa keskenmenon syistä. (Väestöliitto 2014.) Raskauden keskeytymisen voi varmistaa lääkärintutkimuksella, kaikututkimuksella tai virtsasta otetulla raskaustestillä (Tiitinen 2014). Yleisemmin käytetään raskaustestiä, koska kohdun koko gynekologisessa tutkimuksessa ei aina varmista kohdun tyhjentymistä. Myös kaikututkimuksessa väärä tulkinta on mahdollinen, mikä saattaa johtaa kohtuontelon turhaan kaavintaan. Potilaan hyvä fyysinen kunto, vuodon loppuminen ja negatiivinen tulos raskaustestistä, varmistavat kohdun täydellisen tyhjentymisen. (Niinimäki & Heikinheimo 2011, 72.) Tärkeää on myös keskustella naisen kanssa keskenmenon herättämistä tunteista sekä antaa tietoa mahdollisesta uudesta raskaudesta. Yleensä mahdollisuudet ovat hyvät, ja uutta raskautta voi yrittää jo ensimmäisten kuukautisten jälkeen keskenmenosta. (Tiitinen 2014.)



Kaavio 1. Keskenmenopotilaan eri hoitomahdollisuudet ja –polku (Niinimäki & Heikinheimo 2011, 71).

5 KESKENMENON SAANEEN NAISEN KOHTAAMINEN

Kohtaamisella ei ole yleistä määritelmää, mutta sen voidaan ajatella olevan kahden ihmisen välistä vuorovaikutusta, läsnäoloa, kuuntelemista, jakamista, ymmärtämistä ja välittämistä (Mattila 2007, 12–13). Kohtaaminen on keskeinen asia hoidossa, sillä onnistuessaan se antaa hyvät edellytykset luottamukselliselle hoitosuhteelle (Raatikainen 2015, 19, 52). Sairaanhoitajalla ja keskenmenon saaneella naisella on omat kokemuksensa kohtaamisesta, siihen vaikuttavat osapuolten menneisyys ja odotukset. Sairaanhoitajalle kohtaaminen saattaa olla vain osa työsuoritusta, kun taas keskenmenon saaneille naisille kohtaaminen on ainutlaatuinen tilanne, jossa hän jakaa oman tarinansa. (Lipponen ym. 2006, 24–25.)

Kohtaaminen perustuu molemminpuoliseen arvostukseen, sillä rakentava vuorovaikutus on mahdollista vain arvostavassa ja kunnioittavassa ilmapiirissä. Sairaanhoitajan tulee kunnioittaa keskenmenon saaneen naisen elämäntarinaa, eikä hänen pidä vähätellä, unohtaa, kaventaa tai leimata naisen kokemuksia. (Mattila 2007, 16.) Hänen tulee kuunnella potilasta ja kyetä eläytymään tämän tilanteeseen. Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) säädetään, että potilasta tulee kohdella niin, ettei hänen ihmisarvoaan loukata, sekä hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan. Toisen ihmisen kunnioittaminen ja tasavertaisuuden periaatteet korostuvat kohtaamisessa, eikä siihen saa vaikuttaa sukupuoli, kansalaisuus, kieli, vakaumukset eikä elämänkatsomus (Haho 2014). Sairaanhoitajan vastuulla on luoda hoitokulttuuri, jossa huomioidaan potilaan arvot, vakaumus ja tavat (Sairaanhoitajan eettiset ohjeet 1996).

5.1 Asenteet keskenmenoaa kohtaan

Yhteiskunta saattaa vähätellä keskenmenoaa, koska sitä pidetään yleisenä ja suhteellisen pienenä raskausajan komplikaationa (St John & Cooke 2005, 10; Evans 2012, 36). Tuleva äiti sen sijaan ajattelee sikiötä jo ihmisenä, minkä vuoksi kokee keskenmenon erityisen raskaasti (Evans 2012, 36). Kaikki naiset ovat ainutlaatuisia, siksi he kokevat keskenmenon omalla tavallaan (Séjourné ym. 2009, 409).

Sairaanhoitaja on tärkeää ymmärtää keskenmenon merkitys naiselle ja osata tunnistaa keskenmenon saaneiden naisten yksilölliset tarpeet ja toiveet (Murphy & Merrell 2009, 1584).

Keskenmenon saaneiden naisten parissa työskentelevät sairaanhoitajat kohtaavat keskenmenoä päivittäin, minkä vuoksi he saattavat pitää keskenmenoä yleisenä ilmiönä. Sairaanhoitajien keskuudessa on erimielisyyksiä keskenmenon merkityksestä, koska kaikki sairaanhoitajat eivät pidä sitä menetyksenä. (Murphy & Merrell 2009, 1587.) Joillekin sairaanhoitajille keskenmeno on kuitenkin raskas asia, koska heidän tarvitsee käsitellä myös omia tunteitaan hoitaessaan keskenmenon saaneita naisia. On mahdollista, että sairaanhoitajat kokevat jokaisen keskenmenon menetyksenä, tämä saattaa johtaa jopa henkiseen uupumukseen (Evans 2012, 38). Sairaanhoitaja toimii auttajan ja kuuntelijan roolissa, mikä voi olla raskasta ja haastavaa, jos hän uppoaa liiaksi keskenmenon saaneen naisen murheisiin (Väisänen ym. 2009, 95).

Sairaanhoitajan omat asenteet ja henkilökohtainen suhtautuminen keskenmenoon vaikuttavat sairaanhoitajan antaman hoidon laatuun. Hoidon laatu vaikuttaa merkittävästi keskenmenon saaneen naisen psyykkiseen toipumiseen. Keskenmenon saaneet naiset muistavat kauan epämieluisat kokemukset saamastaan hoidosta. Sairaanhoitajien epäasialliset ja kylmät kommentit, kuten ”aina voi yrittää uutta raskautta” ja ”raskauden keskeytyminen oli luonnon tahto”, syventävät keskenmenon saaneiden naisten menetyksen sekä surun tunnetta. (Evans 2012, 38; Rowlands & Lee 2010, 281.) Ei ole olemassa tiettyjä sanoja, joita keskenmenon saaneelle naiselle voi sanoa olon helpottamiseksi (Mattila 2007, 12). Sairaanhoitaja voi kuitenkin ottaa osaa suruun yksinkertaisilla lauseilla, kuten ”En tiedä mitä sanoisin...”, ”Sanat eivät riitä kuvaamaan...” tai kysymällä mitä nainen haluaisi (Raatikainen 2015, 111–112). Keskenmenon saaneet naiset ovat sitä mieltä, että sairaanhoitajan tulisi näyttää enemmän tunteita potilaan hoidossa. He tuntevat olonsa välitetyksi ja heidän kokemansa suru saattaa helpottua, jos sairaanhoitaja on läsnä tunteita osoittamalla, esimerkiksi itkemällä potilaan kanssa. (Morrissey 2007, 1420.) Sairaanhoitajat haluaisivat olla mahdollisimman helposti lähestyttäviä sekä pystyä vastaamaan kysymyksiin avoimesti ja rehellisesti. He

kuitenkin pelkäävät sanovansa tai tekevänsä jotakin väärää hoitaessaan keskenmenon saanutta naista. (Evans 2012, 37.)

Sairaanhoitajat käyttävät työssään usein opittua eli ammatillista empatiaa (Evans 2012, 39). Tämä tarkoittaa sairaanhoitajan piiloutumista ammatillisen identiteetin taakse (Mattila 2007, 12). Se näkyy työssä sairaanhoitajan neutraalina suhtautumisena ja kaavamaisena hoitamisena, minkä takia yksilöllinen hoito jää puutteelliseksi. Haasteena sairaanhoitajalla saattaa olla aito kohtaaminen näyttelemisen sijaan. Kanssakäyminen on näyttelemistä silloin, kun se koostuu opetelluista tavoista kohdata potilas. Sanottuja vuorosanoja tai tekoja ei sen enempää pohdita vaan ne tehdään, koska sen on sanottu olevan oikein. Olisi tärkeää, että suorittamisen tilalle sairaanhoitaja opettelisi läsnäoloa, neuvomisen tilalle jakamista ja ymmärtämisen tilalle välittämistä. (Mattila 2007, 11–12.)

5.2 Viestinnän merkitys keskenmenon saaneen naisen kohtaamisessa

Sairaanhoitaja tarvitsee hyvää kommunikointikykyä ja toimivaa vuorovaikutussuhdetta antaessaan emotionaalista tukea keskenmenon saaneelle naiselle (Raatikainen 2015, 51). Keskenmenon saaneen naisen hoitajakso sairaalassa on usein lyhyt, vain muutamia päiviä, tämän takia hoidossa keskitytään pääasiassa fyysisiin tarpeisiin, jolloin psyykkisten tarpeiden huomioiminen saatetaan sivuuttaa. (St John & Cooke 2006, 9; Murphy & Merrell 2009, 1586; Evans 2012, 36.) Suomessa keskenmenon saanut nainen kotiutetaan toimenpidepäivänä. Jos tilanne vaatii, voi nainen jäädä sairaalaan yön yli. (Rautio 2013.) Naiset kokevat tyytymättömyyttä saamaansa henkiseen tukeen ja hoitoon (Tsartsara & Johnson 2002, 56; St John & Cooke 2006, 9; Séjourné ym. 2009, 404; Murphy & Merrell 2009, 1584; Evans 2012, 36). Yhtenä syynä tähän voidaan pitää hoitajien kyvyttömyyttä tunnistaa naisen psyykkisiä ja emotionaalisia tarpeita (Rowlands & Lee 2010, 282).

Vuorovaikutustaidot ovat onnistuneen yhteistyön perusta (Raatikainen 2015, 51.) Jokainen ihminen on jatkuvassa vuorovaikutuksessa oman historiansa, ympäristön ja itsensä kanssa. Vuorovaikutuksessa on aina mukana sekä sairaanhoitajan

että potilaan asenteet, persoonallisuus ja inhimillinen ihmisyyt. Hyvän vuorovaikutuksen edellytyksenä on toimiva viestintä. Toimivassa viestinnässä sairaanhoitaja ja potilas ymmärtävät keskustelua samalla tavalla ja ovat yhteisymmärryksessä myös tunteiden tasolla. Molempien osapuolten tunteet, odotukset, käsitykset, mielikuvat ja kokemukset vaikuttavat viestintään: ne saattavat muun muassa vääristää viestin sisältöä jo ennen viestintätilannetta. (Lipponen ym. 2006, 24–25.) Hyvä vuorovaikutus on mahdollista vain arvostavassa ja kunnioittavassa ympäristössä (Mattila 2007, 15). Hyvään vuorovaikutukseen kuuluu aitous, kunnioitus ja empatia. Aitous tarkoittaa tässä kykyä olla luonteva, rehellinen sekä kommunikointia persoonallisesti ja luontevasti. (Lipponen ym. 2006, 50.) Kunnioituksella tarkoitetaan toisen ihmisen ja hänen mielipiteidensä arvostamista. Keskustelussa kaikki osapuolet ovat tasavertaisia ja yhtä arvokkaita. (Väisänen ym. 2009, 15.) Empatiolla taas tarkoitetaan kykyä asettua toisen asemaan ja ymmärtää toisen ihmisen tilanne (Lipponen ym. 2006, 50).

Suurin osa viestinnästä on sanatonta viestintää (Lipponen ym. 2006, 24–25). Ihminen tulkitsee jatkuvasti toisten ihmisten eleitä ja liikkeitä. Sanatonta viestintää ovat muun muassa keskusteluetäisyys, koskettaminen, katsekontakti, kehon liikkeet, eleet ja pukeutuminen. Sanaton vuorovaikutus alkaa jo ensikohtaamisessa, ennen keskustelua. Sanattomassa viestinnässä heijastuu toisen ihmisen persoonana ja mielentila. Kuunteleminen on usein potilaalle tärkeämpää kuin puhuminen. Keskenmenon saaneelle naiselle sairaanhoitajan läsnäolo sekä ajan ja tilan antaminen voivat olla sanallista vuorovaikutusta tärkeämmässä asemassa. (Tsartsara & Johnsson 2002, 59; Séjourné ym. 2009, 406; Raatikainen 2015, 51, 107, 111.)

Sanallinen viestintä on pienempi osa viestintää. Siinä tulee huomioida viestinnän selkeys ja yksiselitteisyys. Tulee myös muistaa, että sanojen merkitykset voivat vaihdella jopa saman kielen sisällä ja kulttuurin mukaan. (Lipponen ym. 2006, 25.) Monikulttuurisuus tuo haasteita vuorovaikutussuhteeseen. (Väisänen ym. 2009, 29.) Niitä voivat olla muun muassa eri kulttuurista johtuvat tavat ja asenteet

sekä kieli. Keskenmenon saaneen naisen hoito tulisi olla yhtä laadukasta riippumatta hänen kotimaastaan, kielestään tai kulttuuristaan. (Schott & Henley 2007, 196; Evans 2012, 37.)

Hyvä vuorovaikutus edellyttää myös luottamuksellista hoitosuhdetta, jota sairaanhoitajan rehellisyys ja ammatillisuus tukee (Lipponen ym. 2006, 28). Luotettavan hoitosuhteen luomisessa potilaan asemaan asettuminen ja potilaan ymmärtäminen ovat keskeisiä tekijöitä (Raatikainen 2015, 119). Potilas tarvitsee kuuntelevan, kunnioittavan ja ystävällisen sairaanhoitajan, joka antaa toivoa tulevasta, potilaan kohdatessa haasteita omassa elämässään (Raatikainen 2015, 19). Keskenmeno saattaa aiheuttaa monenlaisia tunnereaktioita naisessa, useimmiten tuskaa, surua ja syyllisyyttä (Evans 2012, 35.) Myös häpeän tunne on yleistä, sillä nainen kokee olevansa erilainen kuin muut naiset sekä epäonnistuneensa lapsen saamisessa (Murphy & Merrell 2009, 1587; Séjourné ym. 2010, 403). Osa keskenmenon saaneista naisista kokee, että sairaanhoitajat kohtelevat heitä objekteina, mikä saa heidät tuntemaan olonsa heikommaksi ja sulkeutuneemmaksi (Evans 2012, 37).

Sairaanhoitajien vaihtuvuus sekä kiire vaikeuttavat hyvän hoitosuhteen luomista, koska nainen joutuu käsittelemään jo kertaalleen läpikäytyt asiat uudelleen tuntemattoman sairaanhoitajan kanssa. Kiireestä huolimatta sairaanhoitajan tulisi kyetä luomaan luottamus. Joskus tähän saattaa riittää vain myötätuntoa osoittavat eleet ja ilmeet sekä läsnäolo. Potilaan on tärkeää kokea, että hänet hyväksytään omana itsenään, häntä kuunnellaan ja hän tulee nähdyksi. Sairaanhoitajan tulisi osata tarjota potilaalle apua ilman, että potilas joutuu itse sitä vaatimaan. (Raatikainen 2015, 71, 119, 141.)

5.3 Keskenmeno traumaattisena kriisinä

Keskenmeno voidaan pitää traumaattisena elämäntapahtumana ja tästä syystä sitä voidaankin kuvailla yhtenä kivuliaimpana menetyksen muotona, sen tapahtuessa usein odottamattomasti ja ilman syytä (Evans 2012, 36). Se voi olla shokki, eikä menetystä tai mahdollisia oireita heti ymmärretä. (Maker & Ogden 2002, 408). Kriisitilanteella on tietyntylaisia ominaispiirteitä, kuten epävarmuuden

tunne tulevaisuudesta, sen tapahtumista ja miten kaikesta tullaan selviämään (Henriksson & Lönnqvist 2014). Traumaattinen kokemus muokkaa ihmisen persoonaa ja osittain myös elämää (Saari ym. 2009, 48). Traumaattisen kriisin kulku on usein kaikilla samansuuntainen, ja se voidaan jakaa neljään eri vaiheeseen, joita ovat shokki-, reaktio-, käsittely- ja uudelleensuuntautumisvaihe. Kriisin kulku on kuitenkin jokaiselle yksilöllistä, eikä se välttämättä aina sisällä kaikkia neljää vaihetta. Traumaattisen kriisin voimakkuus ja käsittelyajat ovat myös yksilöllisiä: jotkut voivat selvitä päivillä, kun toisilla asian käsittelyyn voi kulua vuosia. (Saari ym. 2009, 20; Meriläinen 2012, 36.)

Yleensä jokainen traumaattisen kriisin kokenut pyrkii luomaan omat toimintamallit ja suojautumiskeinot, joilla hän pyrkii lieventämään ja hallitsemaan ahdistusta (Meriläinen 2012, 36; Henriksson & Lönnqvist 2014). Epäonnistunut traumaattisen kriisin käsittely voi johtaa vakavampiin seurauksiin, kuten traumaperäiseen stressi- ja mielenterveyshäiriöihin. Trauman käsittelyn onnistuessa mielenterveys sekä psyykinen kestävyys voivat mahdollisesti vahvistua. (Meriläinen 2012, 36.) Keskenmenon saaneet naiset eivät välttämättä raskaan menetyksen vuoksi jaksa hakea itse apua psyykkisiin vaivoihin (Tsartsara & Johnsson 2002, 61), minkä takia sairaanhoitajan tulee osata tarvittaessa tarjota keskenmenon saaneelle naiselle jatkohoitomahdollisuuksia, kuten psykiatrin tai psykologin vastaanottokäyn- tejä (Séjourné ym. 2010, 409). Lisäksi keskenmenon saaneet naiset kokevat ver- taistuen arvokkaaksi selviytymistä edistäväksi tekijäksi (St John & Cooke 2005, 11).

Shokkivaihe on ensimmäinen traumaattisen kriisin käsittelyvaiheista. Se alkaa yleensä heti laukaisevan tilanteen, eli keskenmenon, tapahduttua ja voi kestää muutamasta tunnista muutamaan vuorokauteen. Shokkivaiheessa keskenmenon saaneen naisen reagointikyky voi vaihdella normaalilta vaikuttavan käytöksen ja motorisen levottomuuden sekä kiihtymyksen välillä. Tässä vaiheessa on tärkeää tukea naisen turvallisuuden tunnetta ja pyrkiä tuomaan esille, että sairaanhoitajat ovat lähellä ja aina saavutettavissa. (Meriläinen 2012, 37.) Shokkivaiheessa ih- minen ei pysty käsittelemään tilannetta ja voi jopa kieltää tapahtuneen. Tiedon

vastaanottaminen on heikkoa, eikä potilas useinkaan muista tapahtumia tai annettuja ohjeita. Tämän vuoksi suulliset tai kirjalliset ohjeet tulisikin kerrata myöhemmin uudelleen. (Henriksson & Lönnqvist 2014.) Keskenmenosta, sen syistä ja eri hoitovaihtoehdoista tulisi kuitenkin antaa tietoa jo tässä vaiheessa, sillä se vähentää naisten itsesyyttelyä ja ahdistuneisuutta. On myös tärkeää painottaa, ettei keskenmeno ole naisen syy. (Murphy & Merrell 2009, 1587; Evans 2012, 37.)

Shokkivaiheessa oireet ilmenevät emotionaalisesti, kognitiivisesti ja fyysisesti. Emotionaalisia oireita voivat olla muun muassa järkytys, hämmennys, pelko, epävarmuus ja ahdistus. Kognitiiviset oireet ilmenevät taas tapahtuneen hahmottamisen sekä nykyhetkeen orientoitumisen vaikeutena. Fyysisesti shokkivaihe näkyy vireystilan muutosten vaihteluna, unen häiriöinä ja stressioireina. (Pesonen 2011, 1831.) Tässä traumaattisen kriisin vaiheessa tuki on enemmänkin kuunteleminen ja läsnäoloa. Sairaanhoidajan tulisi luoda ymmärtäväinen ja turvallinen ilmapiiri, jossa asiaa voi käsitellä avoimesti. Tällaisen ilmapiirin saamiseksi, sairaanhoidajan tulisi osata eläytyä potilaan kokemukseen, tilanteeseen ja tunteisiin, kuitenkin omaa levollisuuttaan järkyttämättä. Koskettaminen on yksi keino luoda turvallisuuden tunnetta ja ilmentää läsnäoloa. (Saari ym. 2009, 28–29.)

Reaktiovaihetta pidetään kriisiprosessin vaikeimpana vaiheena. Reaktiovaiheessa tavoitteena on tulla tietoiseksi siitä, mitä on tapahtunut sekä, mikä on tapahtuneen merkitys itselle. Shokkivaihe ja reaktiovaihe koetaan osittain päällekkäin, sillä tyypillisesti siirtyminen shokkivaiheesta reaktiovaiheeseen tapahtuu vähitellen. Vähitellen tiedoiset vaiheet kestävät pidempään, ja ajan kuluessa tietoisuus tapahtuneesta jää pysyväksi olotilaksi. Voimakkaat ajatukset ja tunteet ovat tyypillisiä piirteitä reaktiovaiheelle. Keskenmenon saaneen naisen ymmärtäessä tapahtunutta, hän alkaa kamppailla tietoisuutta sekä tapahtunutta vastaan. (Saari ym. 2009, 31, 39.)

Syyllisten etsiminen, muihin kohdistuva aggressio ja viha suojaavat naista muilta tunteilta, ja siksi keskenmenon saanut nainen haluaa saada jonkun vastuuseen tapahtuneesta. Kun järkyttävään tapahtumaan löydetään syy ulkopuolelta, it-

sesyytökset vähenevät. Syyllisyyden tunteet ovat melko yleisiä ja usein ajatellaan, että olisiko toisin toimimalla pystytty välttämään keskenmeno. Päästäkseen näistä tunteista ja ajatuksista yli, tulee ne käsitellä. Lisäksi tavanomaisia tunteita reaktiovaiheessa ovat suru, kateus, tyhjyys, epätoivo, pelko, kaipaus ja häpeä. Häpeän tunteminen liittyy usein äkillisiin ja järkyttäviin tapahtumiin. Häpeä voi olla luonteeltaan sosiaalista, jolloin ihminen pohtii mitä muut ihmiset hänestä ja tapahtuneesta ajattelevat. (Saari ym. 2009, 31–32.) Epäonnistumisen tunne liitetään häpeän tunteeseen. Keskenmenon saanut nainen kokee, ettei ole kyllin hyvä roolissa, joka hänellä on ollut (Murphy & Merrell 2009, 1587; Séjourné ym. 2010, 403). Keskenmenon saanut nainen saattaa tuntea kateutta muita äitejä kohtaan.

Käsittelyvaiheessa on mahdollista, että keskenmenon saanut nainen ei halua enää keskustella tapahtuneesta vaan kriisin käsittely tapahtuu ihmisen mielessä, joko tietoisesti tai tiedostamatta. Käsittelyvaihe saattaa kestää kuukausista jopa vuoteen eikä kriisin käsittelyn edistymistä välttämättä huomaa niin helpolla. On tyypillistä, että nainen haluaa olla yksin. (Jokinen 2004, 6-7.) Toisaalta on myös mahdollista, että käsittelyvaiheessa keskenmenon saanut nainen nimenomaan puheen avulla löytää keinon kriisin käsittelemiseen, tällöin tapahtumasta puhutaan ja keskustellaan jatkuvasti. (Kiiltomäki, Muma 2007, 18.) Tässä vaiheessa kriisiä keskenmeno aletaan ymmärtämään ja käsitetään, että se on muutoksineen ja menetyksineen totta. Nainen ei enää kiellä tapahtunutta, vaan vähitellen naisen ajatukset alkavat liikkua muissakin asioissa kuin keskenmenossa. (Suomen Mielenterveysseura). Erityisen tärkeää kuitenkin on, että läheiset jaksavat olla kriisin kokeneen käytettävissä ja kuunnella häntä. Hän saattaa tarvita apua myös esimerkiksi käytännön asioissa, vaikka avun vastaanottaminen saattaakin olla hankalaa. (Saari ym. 2009, 46.)

Kriisin uudelleensuuntautumisvaihe tapahtuu noin 1-2 vuoden aikana traumaattisesta tapahtumasta. Tällöin keskenmenon saanut nainen alkaa suunnittelemaan tulevaisuutta ja kokee tulevaisuuden mielekkääksi (Saari ym. 2009, 48). Kriisi on tässä vaiheessa hyväksytty osaksi elämää, ja nainen on löytänyt keinot selviytyä keskenmenosta (Kiiltomäki & Muma 2007, 20). Tässä vaiheessa kriisi ei enää

kuluta henkilön voimavaroja, vaan saattaa jopa lisätä niitä. (Saari ym. 2009, 48–49). On kuitenkin mahdollista, että uudet traumaattiset kokemukset tai vanhaa traumaattista kokemusta muistuttavat tilanteet, esimerkiksi uusi raskaus, voivat aktivoida uudestaan kriisin aikaisempia reaktiovaiheita (Henriksson & Lönnqvist, 2014).

Sairaanhoitajana tulee olla varovainen keskusteltaessa kriisissä olevan henkilön kanssa uudelleensuuntautumisvaiheesta, sillä kriisissä olevan tulevaisuuden näkymät ovat hävinneet. Uudelleensuuntautumisvaiheesta puhuminen saattaa parantamisen sijaan masentaa kriisissä olevaa henkilöä. (Saari ym. 2009, 49.) Uudelleensuuntautumisvaiheessa auttaminen on mielikuvien luomista tulevaisuudesta, toiveiden ylläpitämistä, rohkaisemista, selviytymisen tukemista, hyvien ratkaisujen löytämistä ongelmiin, mahdollisesti menneeseen palaamista ja muistelemista. Uudelleensuuntautumisvaiheessa henkilöä on hyvä rohkaista hakemaan tukea vertaisryhmistä. (Kiiltomäki & Muma 2007, 21.)

5.4 Keskenmenon hoitoon vaikuttavat ympäristötekijät

Fyysinen ympäristö vaikuttaa merkittävästi vuorovaikutussuhteeseen joko tukien tai heikentäen sitä. Rauhallinen ja kiireetön ympäristö ovat edellytyksiä onnistuneelle vuorovaikutukselle ja laadukkaalle hoidolle. Tärkeää olisi yksityisyyden huomioiminen, sillä keskenmeno on kokemuksena arkaluontoinen. (Lipponen ym. 2006, 26.) Keskenmenon saaneen naisen sijoittamisesta yhdenhengen huoneeseen on kuitenkin ristiriitaisia kokemuksia sairaanhoitajien ja naisten keskuudessa. Sairaanhoitajat perustelevat valintaa naisen yksityisyyden ja oman tilan säilyttämällä, mutta osa keskenmenon saaneista naisista kokevat jäävänsä yksin yhdenhengen huoneessa. (Murphy & Merrell 2009, 1586–1587.) Syynä naisten yksinjäämisen tunteeseen on sairaanhoitajien riittämätön läsnäolo. Sairaanhoitajien työnkuvaan kuuluu potilastyön ohella myös kirjaamista, kollegoiden auttamista sekä erilaisia tapaamisia ja kokouksia, minkä vuoksi varsinaiseen potilastyöhön jää vähemmän aikaa. (Warmelink ym. 2014, 484.)

Hoitoympäristön tulisi olla viihtyisä, virkistävä, siisti ja esteettisesti miellyttävä (Lipponen ym. 2006, 26). Keskenmenon saaneita naisia hoidetaan usein myös

päivystysosastoilla, joissa hoidetaan myös muita kiireellistä hoitoa vaativia potilaita. Tämän seurauksena naiset kokevat jäävänsä yksin, myös sairaanhoitajien mielestä keskenmenon saaneita naisia ei kohdella asianmukaisella tavalla. (Murphy & Merrell 2009, 1586.) Keskenmenon saaneita naisia, joita hoidetaan samalla osastolla raskaana olevien ja synnyttäneiden naisten kanssa, kokevat näiden potilaiden kohtaamisen ahdistavaksi. (Tsartsara & Johnson 2002, 58.)

5.5 Tiedon merkitys keskenmenon hoidossa

Sairaanhoitajien jatkuva kehittäminen ja kouluttaminen ovat edellytyksiä laadukkaan hoidon takaamiseksi. Sairaanhoitajat kokevat, ettei heillä ole riittäviä ammatillisia valmiuksia tarjota psyykkistä hoitoa keskenmenon saaneelle naiselle (Séjourné ym. 2009, 404). Sairaanhoitajat, jotka olivat saaneet täydennyskoulutusta, kokevat pystyvänsä tarjoamaan parempaa hoitoa ja olivat itsevarmempia (Evans 2012, 37).

Keskenmenon saaneet naiset eivät saa tarpeeksi tietoa, muun muassa keskenmenon syistä, siitä toipumisesta, heille tehdyistä toimenpiteistä tai yleisesti sikiön kehitymisestä kohdussa. (Tsartsara & Johnson 2002, 61; Séjourné ym. 2009, 407; Murphy & Merrell 2009, 1584; Rowlands & Lee 2010, 281.) Keskenmenon saaneet naiset kokevat enemmän itsesyttöksiä, silloin kun he eivät saa riittävästi tietoa keskenmenon syistä (Tsartsara & Johnson 2002, 60; Evans 2012, 37). Naiset toivovat eniten tietoa keskenmenon psyykkisistä vaikutuksista. He, jotka olivat saaneet useampia keskenmenoja, ovat enemmän huolissaan keskenmenon vaikutuksista tuleviin raskauksiin. (Séjourné ym. 2009, 407.) Sairaanhoitajan tulee antaa tietoa rehellisesti ja avoimesti, vaikka kyseessä onkin arka asia. Tietoa tulee olla tarjolla myös kirjallisesti, sillä kriisissä oleva nainen ei kykene vastaanottamaan kaikkea suullisesti annettua tietoa. (Evans 2012, 37.) Sairaanhoitajien lääketieteellisten termien ja ammattikielen käyttäminen lisää keskenmenon saaneiden naisten surua sekä ahdistusta (Tsartsara & Johnson 2002, 56; Robinson 2014, 176).

6 VALMIUKSIEN LISÄÄMINEN KEHITYKSEN JA KOULUTUKSEN AVULLA

Keskenmenon saaminen on kokemuksena raskas potilaalle ja häntä hoitavalle sairaanhoitajalle. Suomessa 92,5 % sairaanhoitajista on naisia (Ailasmaa 2014, 2), ja heillä saattaa olla omia kokemuksia naiseudesta ja äitiydestä, mikä tuo omat haasteensa tunteiden käsittelemiseen keskenmenon saaneen naisen kohtaamisessa (Halper 2011, 392). Sairaanhoitaja saattaa kohdata myös tilanteita, joissa hän haluaisi ajatella, asennoitua tai toimia toisin, kuin mihin tunteidensa takia kykenee (Mattila 2007, 16). Halperin (2011) tutkimuksessa tutkittiin kätilöitä, jotka kokivat stressaavia sekä ahdistavia tilanteita avustaessaan synnytyksissä. Heidän keinojaan lievittää näitä tunteita olivat muun muassa kollegoiden tuki, työnohjaus sekä oma perhe ja ystävät. Nämä keinot toimivat todennäköisesti myös sairaanhoitajilla, jotka kokevat haasteita keskenmenon saaneen naisen kohtaamisessa.

6.1 Ammatillinen kasvu ja kollegiaalisuus

Ammatillisen kasvun katsotaan vaikuttavan työssä sitoutumiseen ja tätä kautta myös työssä jaksamiseen ja itsensä jatkuvaan kehittämiseen. Yksi tärkeä tekijä on varhainen ja jatkuva kouluttautuminen, mikä tukee sairaanhoitajaa emotionaalisten haasteiden, kuten menetyksen kokeneiden vanhempien kohtaamisessa ja korkeatasoisen hoidon tarjoamisessa (Evans 2012, 37). Ammatillista kasvua tapahtuu jatkuvasti, ja se voidaan määritellä oman osaamisen ylläpidoksi, kehittämiseksi ja uusien valmiuksien hankkimiseksi jatkuvasti muuttuviin ammattitaitovaatimuksiin (Wallin 2012, 11).

Ammatillisen kasvun ja oppimisen tulisi olla sairaanhoitajasta itsestä lähtöisin olevaa halua kehittää omaa ammatti-identiteettiä, mutta se voi olla myös lähtöisin työpaikasta. Tämä identiteetti rakentuu kokemusten, tilanteiden ja erilaisten ih-

missuhteiden kautta sekä siitä, että sairaanhoitaja kokee olevansa osa työyhteisöä. Työuran alussa sairaanhoitaja voi kokea olevansa aloittelija ja tuntea epävarmuutta työtavoistaan. Hänen tietonsa keskenmenosta ja hyvästä kohtaamisesta perustuvat oppikirjoista opittuihin asioihin, eikä kokemusta ole juurikaan ehtinyt karttua. (Wallin 2012, 12, 14–15.) Aloitteleville ja nuorille työntekijöille voitaisiin antaa kokeneempi kollega ”mentoriksi”, jonka tehtävänä olisi opettaa ja ohjata, miten kohdata keskenmenon saanut nainen. Tällä tavalla voitaisiin mahdollisesti kehittää emotionaalista hoitoa keskenmenon kohdanneilla. (Evans 2012, 38.) Vähitellen kokemusten kautta tietotaito lisääntyy ja tiedon soveltamisen lisäksi opitaan myös vuorovaikutustaitoja ja vastuun ottamista. Monesti työhön liittyvät arvot ja eettisyys ohjaavat sairaanhoitajan ammatillista kasvua, halua kehittää ja kehittyä. (Wallin 2012, 18.)

Terveysalalla työskenteleviltä henkilöiltä vaaditaan usein pitkäkestoista itsensä kehittämistä ja persoonallista kasvua. Uuden oppiminen ja itsensä kehittäminen eivät lopu, vaikka kokemusta olisi useampiakin vuosia. Ammatillisen kasvun on myös katsottu vaikuttavan työpaikkaan sitoutumiseen, mikä taas lisää työntekijöiden työmotivaatiota ja työssäjaksamista. Tämän myötä se vaikuttaa tarjotun hoidon laatuun ja työn tavoitteiden onnistumiseen keskenmenon saaneen naisen hoidossa. (Wallin 2012, 14–15, 17.) Työntekijän kannalta olisi tärkeää, että esimies järjestäisi kehityskeskusteluita työntekijöiden kanssa. Sen tarkoituksena on käydä läpi yhdessä sairaanhoitajan mahdolliset kehitystarpeet. (Salminen & Miettinen 2011, 9-10.)

Täydenniskoulutuksesta on säädetty Sosiaali- ja terveysministeriön laatimassa asetuksessa (1194/2003), jossa todetaan, että täydenniskoulutusta tulee tarjota terveydenhuollon ammattihenkilöille ja muille terveydenhuollon toimintaan osallistuville terveydenhuollon toimintayksikön työntekijöille. Sen tarkoituksena on parantaa toiminnan ja palvelujen tuloksellisuutta sekä lisätä potilastyytyväisyyttä että -turvallisuutta. Iäkkäämmän väestön lisääntyessä, on erityisesti otettava huomioon työntekijöiden täydenniskoulutus. Kokeneiden sairaanhoitajien jäädessä eläkkeelle, nuorempien sairaanhoitajien täydenniskoulutuksen tarve kasvaa. (Aarnio 2005, 13.) Nopea teknologian sekä hoitotapojen kehittyminen sen sijaan

lisäävät iäkkäämpien sairaanhoitajien tuntemuksia siitä, että he tarvitsisivat nuoria enemmän koulutusta (Salminen & Miettinen 2011, 9). Täydennyskoulutuksen määrä riippuu työntekijän peruskoulutuksen pituudesta, työn vaativuudesta sekä toimenkuvasta. Sen järjestämistä saattaa kuitenkin hankaloittaa koulutus- ja sijaismäärärahojen puute sekä sijaistyövoiman saamisen vaikeudet. (Aarnio 2005, 16, 23.)

Kollegiaalisuudella tarkoitetaan yhteisöä, jolla on yhteinen tavoite. Ryhmän tavoitteellista toimintaa ohjaavat muun muassa sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö sekä ammattieettisiin ohjeisiin perustuvat oikeudet ja tavoitteet. (Aalto ym. 2015, 44.) On tutkittu, että hyvät suhteet kollegoihin lisäävät muun muassa työmotivaatiota (Huttunen ym. 2009, 24) sekä työtyytyväisyyttä (Utriainen 2009, 71; Utriainen ym. 2010, 31; Warmelink ym. 2014, 484). Nämä asiat myös parantavat hoidon laatua (Huttunen ym. 2009, 21; Warmelink ym. 2014, 484; Mäntynen ym. 2015, 20). On siis tärkeää, että sairaanhoitajat tukeutuvat kollegoihinsa hankalissa tilanteissa, kuten keskenmenon saaneen potilaan kohtaamisessa. Kollegoiden tehtävänä on tukea toisiaan potilaan hoitoa koskevassa päätöksenteossa, ammatillisessa kehitymisessä sekä työssä jaksamisessa. Kollegan tehtäviin kuuluu toisten kunnioittaminen ja arvostaminen, yhteistyöhalu sekä niin sanottu valvominen, että potilasturvallisuus säilyy ja hoito on eettisesti sopivaa. Peruspiirteitä hyvälle kollegasuhteelle ovat oikeudenmukainen kohtelu, luottamus, rehellisyys, kohtelias ja arvostava puhetyyli, palautteen antaminen ja vastaanottaminen, tukeminen ja puolustaminen hankalassa tilanteessa, ristiriitojen käsittely sekä työtehtävien jakaminen tasapuolisesti. (Arala ym. 2015, 19–20.) Kollegiaalisessa työyhteisössä on myös tavallista keskustella siitä, miksi toinen toimii juuri tietyllä tavalla. Tämäntyyppinen keskustelu liittyy hoitajan ammatilliseen kehittämiseen, mikä jatkuu koko työuran. (Aalto ym. 2015, 46.)

Lainsäädäntö ja ammattietiikka edellyttävät, että yhteisen tavoitteen saavuttamiseksi tehdään yhteistyötä. Se ei kuitenkaan aina toteudu, jolloin asia voidaan ratkaista esimerkiksi työpsykologin tai työnohjauksen avulla. Työpaikan ongelmat tulee ratkaista, sillä hyvä työilmapiiri, toimiva yhteistyö, antaminen ja saaminen ovat edellytyksiä työhyvinvoinnille. Kun tiimityö on sujuvaa, päästään parempiin

hoitotuloksiin. (Kangasniemi 2015, 39–40.) Jos työtovereiden kesken syntyy riskiä, pyritään se selvittämään osapuolten kanssa, mikä estää huhujen ja väärän tiedon leviämisen (Aalto ym. 2015, 44).

Hyvät ja tukea antavat suhteet kollegoiden välillä parantavat työntekijöiden tyytyväisyyttä ja helpottavat työntekoa (Warmelink 2014, 484). Huonot suhteet sen sijaan aiheuttavat henkilökunnan vaihtuvuutta sekä lisäävät sairauspoissaoloja, minkä takia esimiehillä on suuri vastuu huomioida työntekijöiden välisiä suhteita. Hänen tulisi kuunnella sairaanhoitajien omia näkemyksiä ongelmakohdista ja sen mukaan yrittää parantaa kollegiaalisuutta. (Arala ym. 2015, 21–22.) Johtamistyyli vaikuttaa myös sairaanhoitajien työmotivaatioon. Esimiehen ollessa inhimillinen, kuunteleva ja tarvittaessa tukea antava työmotivaatio ja yhteenkuuluvuus sairaanhoitajien välillä kasvavat. Myös palautteen antaminen, toiveiden kuuntelu, haasteiden asettaminen sekä luottamuksen osoittaminen ovat todettu motivaatiota lisääviksi ominaisuuksiksi. Tasa-arvoisuutta sen sijaan lisää, kun esimies on oikeudenmukainen sairaanhoitajia kohtaan. (Huttunen ym. 2009, 24.) Hyvin johdetun työn sekä vahvan kollegiaalisuuden on todettu parantavan keskenmenon saaneen naisen hoidon laatua (Kangasniemi ym. 2015, 40).

6.2 Työnohjaus ja työhyvinvointi

Työnohjauksen tarjoaminen mielenterveysalalla työskenteleville on määritelty mielenterveyslaissa, mutta sen suosio ja käyttö on kasvussa myös muilla hoitotyön osa-alueilla (Koivu ym. 2010, 70). Työnohjaus on oman työn tutkimista, sen kehittämistä ja arviointia (Koivu ym. 2012, 2568; Suomen työnohjaajat ry.). Työntekijän kanssa käydään läpi hänen omaa käsitystään sairaanhoitajana olemisesta tunteiden, kokemusten ja mieltä askarruttavien kysymysten avulla (Walker 2009, 12; Koivu ym. 2010, 70). Työnohjaustilanteessa pohditaan yhdessä, miten sairaanhoitaja voisi kehittyä ammatissaan, hänen omista vastuualueista työhönsä sekä stressin vaikutuksesta työhön (Walker 2009, 13). Se ei kuitenkaan ole henkilökohtaista neuvontaa, mentorointia eikä terapiaa, vaikka työnohjaajat usein

ovatkin käyneet terapiakoulutuksen (Walker 2009, 12; Hankonen 2012). Työnohjaus perustuu luottamukseen eikä työnantajalle tarvitse kertoa työnohjauksessa käytyjä asioita ellei toisin sovita. Työnohjaajalla on täysi vaitiolovelvollisuus eikä ohjauksessa käydyt asiat saa vaikuttaa työsuhteeseen. (Hankonen 2012, Suomen työnohjaajat ry.)

Työnohjaaja kannattaa valita oman työpaikan ulkopuolelta, jotta mahdollistetaan onnistunut vuorovaikutussuhde sairaanhoitajan ja työnohjaajan välillä (Hankonen 2012). Toimiva työnohjaus saattaa vaatia useita kertoja ennen kuin tuloksiin päästään. Hyvässä työnohjauksessa palautteen antaminen on molemminpuolista, mikä takaa sen hyödyllisyyden työntekijälle. (Walker 2009, 13, Suomen työnohjaajat ry.). Se on mahdollista järjestää joko yksilö- tai ryhmäohjauksena. Ryhmäohjauksessa jäsenet saattavat tulla eri työpaikoista, jolloin heitä yhdistää sama toimiala. (Suomen työnohjaajat ry.). Ryhmässä työskennellessä on mahdollista kuulla muiden kokemuksia ja tunteita esimerkiksi keskenmenon saaneen naisen kohtaamisesta, joista voi mahdollisesti saada neuvoja omaan työskentelyyn (Walker 2009, 13). Roolileikkien ja tilanneharjoitusten avulla voidaan käydä läpi hankaliksi koettuja tilanteita potilastyössä. Riippuen sairaanhoitajasta yksilöohjaus saattaa kuitenkin olla helpompi omien tunteiden ja kehittämiskohteiden läpikäymisessä. (Hankonen 2012.)

Työnohjaus edistää työpaikan yhteisöllisyyttä, parantaa ilmapiiriä, edistää työsääjaksamista ja työhön sitoutumista sekä vähentää uupumista ja työperäistä stressiä (Walker 2009, 13; Koivu ym. 2012, 2569, 2575; Työterveyslaitos, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos). Myös kommunikointi voi parantua sekä työnkuvat työttöimissä selkiintyä. Työnohjauksessa sairaanhoitajat voivat aktiivisesti osallistua hoidon laadun parantamiseen (Koivu ym. 2010, 70), mikä yhdessä edellä mainittujen asioiden kanssa edistää potilasturvallisuutta ja hoidon laatua. Osa sairaanhoitajista saattaa ajatella pärjäävänsä ilman työnohjausta, sillä he kokevat asioiden läpikäymisen kollegoiden kanssa riittäväksi. (Hankonen 2012.) Usein juuri he, jotka kieltävät työnohjauksen merkityksen, tarvitsisivat sitä eniten (Koivu ym. 2010, 77). He olettavat työnohjauksen oleva tarkoitettu vain kokemattomille sairaanhoitajille, eivätkä he ymmärrä työnohjauksen tarkoitusta (Koivu ym. 2010,

70). Ennen työnohjauksen kehittymistä oppiminen ja kehittyminen tapahtuivat työntekijöiden tekemien virheiden kautta, mikä on saattanut jättää negatiivisen käsityksen työnohjauksesta iäkkäimmille hoitajille (Walker 2009, 14).

Työnohjauksen tarjoamiseen saattavat vaikuttaa organisaatiosta tai henkilökohtaisista syistä johtuvat tekijät. Poliittiset ja ammatilliset ristiriidat, ymmärryksen puute, sairaanhoitajien käytettävissä oleva aika ja työresurssit ovat organisaatiosta johtuvia syitä. (Koivu ym. 2010, 70–71, Walker 2009, 13). Monesti sairaanhoitajat eivät halua priorisoida työnohjausta potilastyön kustannuksella. Myös osastohoitajan suhtautumisella on suuri rooli työnohjausten toteuttamisessa. (Koivu ym. 2010, 71, 77.) Tarvittavien tilojen sekä ajan puute saattavat olla myös rajoittavia tekijöitä, joita ei kuitenkaan saisi käyttää tekosyinä ohjauksen lykkäämiselle (Koivu ym. 2010, 71). Jos työnohjausta ei tarjota työpaikalla, voi sairaanhoitaja ottaa asiasta selvää esimerkiksi Suomen Työnohjaajat ry, Terveiden ja Hyvinvoinnin Laitoksen sekä ammattijärjestöjen internet-sivuilta ja keskustella asiasta esimiehen kanssa.

Työhyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä ovat yksittäinen työntekijä ja työyhteisö. Siihen vaikuttavat myös työn mielekkyys, oma terveys, turvallisuus ja oma henkinen hyvinvointi. Työssä jaksaminen, työn tuottavuus ja työhön sitoutuminen kasvaa sekä sairauspoissaolojen määrä vähenevät työhyvinvoinnin ollessa kunnossa. (Sosiaali- ja terveysministeriö.) Työhyvinvoinnin edistäminen on sekä työntekijän että -antajan vastuulla (Työterveyslaitos 2015) Työ saattaa olla psyykkisesti raskasta sairaanhoitajille, jotka työskentelevät päivittäin keskenmenon saaneiden naisten parissa. Sairaanhoitajat saattavat kokea uupumusta, mikä taas vaikuttaa asianmukaisen hoidon antamiseen. (Evans 2012, 38.)

Hyvä työmotivaatio vaikuttaa työhyvinvointiin. Se, että työntekijä saa itse osallistua päätösten tekemiseen, esimerkiksi omien työvuorojen ja lomien suunnitteluun, lisää työmotivaatiota. Myös työn vaativuus, monipuolisuus, yhteenkuuluvuuden tunne sekä palautteen saaminen lisäävät työmotivaatiota. Esimies voi vaikuttaa työntekijöidensä motivaatioon mahdollistamalla hyvät työtilat ja -välineet sekä olemalla kannustava ja arvostava. Myös haasteita ja vastuuta antamalla esimies voi edistää työntekijöiden työmotivaatiota ja työssä kehittymistä.

(Huttunen ym. 2009, 24.) Työtyytyväisyydellä on huomattu olevan positiivisia vaikutuksia liittyen työperäiseen stressiin, itsetuntoon, motivaatioon sekä ammatilliseen kasvuun (Warmelink 2015, 483).

Työtyytyväisyys on tärkeässä roolissa työhyvinvoinnista puhuttaessa, sillä se voi olla ratkaiseva tekijä työpaikassa pysymiseen (Warmelink ym.2015, 483). Työntekijöiden suuri vaihtuvuus voi johtaa kokeneen henkilökunnan puutteeseen ja siten vaikuttaa keskenmenon saaneen naisen kohtaamiseen ja hoidon laatuun (Schott & Henley 2007, 198). Työtyytyväisyyttä lisäävät työn luonteen vaihtelevuus ja sen tarjoamat mahdollisuudet kehittyä, hyvät suhteet kollegoihin ja asiakkaiden kohtaaminen. Työtyytyväisyyttä taas laskevat huono palkkaus, ylityöt, turhat kokoukset, ajanpuute sekä työtehtävät, jotka eivät suoranaisesti liittyneet potilashoittoon. (Warmelink 2015, 483.) Omaa hyvinvointiaan ja työssäjaksamista sairaanhoitaja voi lisätä pitämällä huolta omasta fyysisestä ja psyykkisestä kunnostaan. Työpaikan murheet tulisi pystyä jättämään työpaikalle ja vapaa-aikana keskittyä esimerkiksi mieluisiin harrastuksiin, perheen kanssa olemiseen ja ystävien tapaamiseen. Nämä voivat auttaa sairaanhoitajaa jaksamaan vaativassa työpaikassa paremmin.

7 OPAS SAIRAANHOITAJALLE

Opas tehtiin pohjautuen kirjallisuuskatsaukseen. Oppaan kirjoitustyyli valittiin sen lukijoiden mukaan. Tekstin ymmärrettävyyteen ja helppolukuisuuteen vaikuttaa siinä käytetty kieli, muotoilu sekä ulkoasu. Tehdyssä oppaassa huomioitiin lukijaystävällisyys ja esteettisyys. Myös tärkeiksi koetut asiat korostettiin esimerkiksi tummentamalla sanoja. Erilaisilla kuvilla ja taulukoilla pyrittiin havainnollistamaan tekstissä käytyjä pääasioita. Oppaasta tehtiin tiivis kokonaisuus, jotta se olisi lukijaystävällisempi ja sisältäisi vain olennaisimmat asiat keskenmenon saaneen naisen kohtaamisesta.

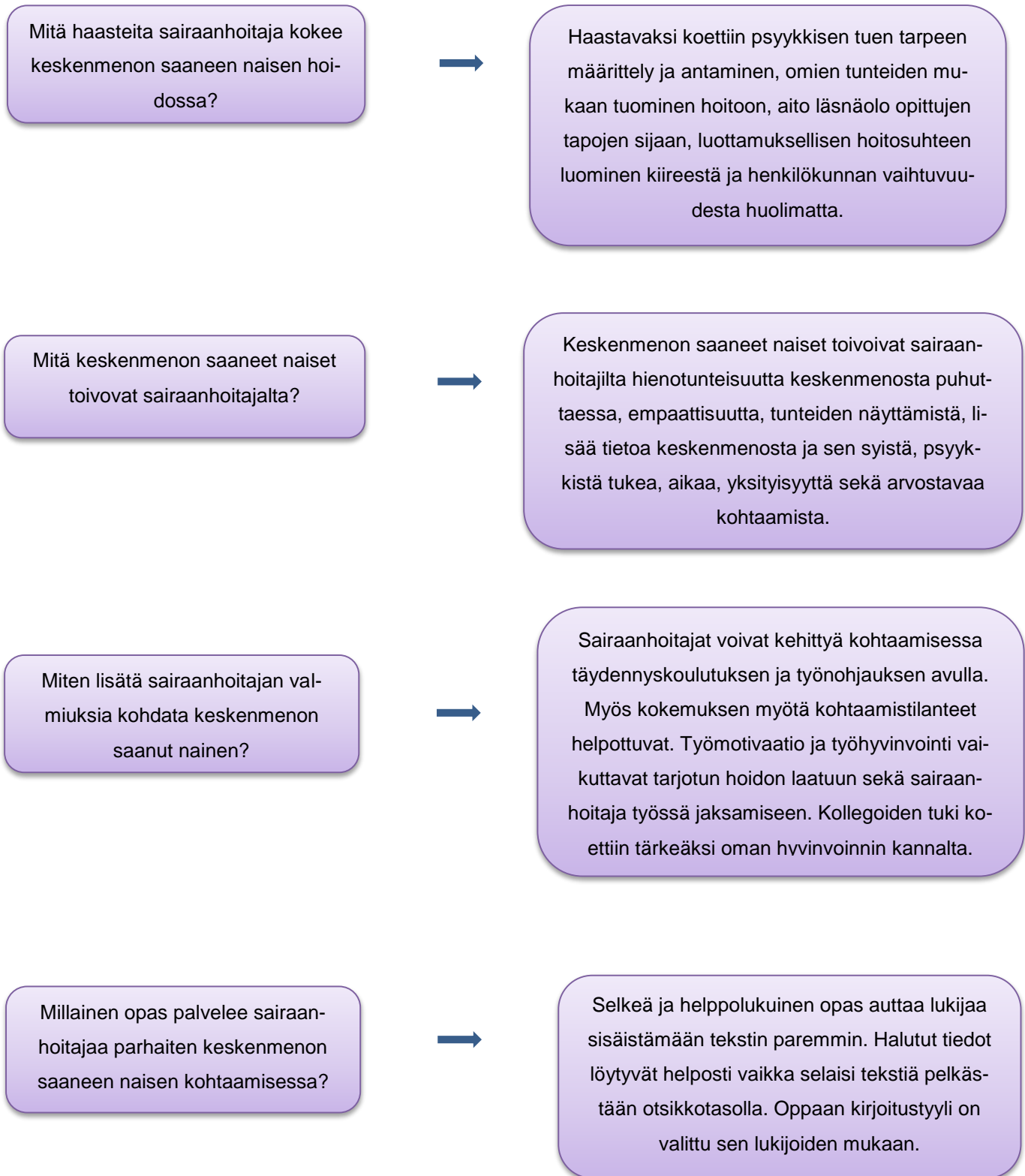
Opas kannustaa sairaanhoitajaa kehittymään paremmaksi kohtaajaksi, pyrkii herättämään kohtaamiseen liittyviä ajatuksia ja ottamaan huomioon naisen tarpeet yksilöllisesti. Siinä käsitellään hyvän kohtaamisen tunnusmerkkejä, keskenmenon aiheuttamaa traumaattista kriisiä, naisten esittämiä toiveita liittyen kohtaamiseen sekä sairaanhoitajan keinoja kehittyä taitavammaksi kohtaajaksi. Oppaassa ei anneta valmiita toimintamalleja, miten kohdata keskenmenon saanut nainen, sillä ei ole yhtä oikeaa tapaa tehdä asioita ja jokainen kohtaaminen on ainutlaatuinen.

Oppaassa olevan tekstin kulussa voidaan käyttää erilaisia kerrontatapoja, joko tärkeysjärjestyksen tai erilaisten teemojen mukaan etenevää (Hyvärinen, R. 2005, 1769–1770). Tekstin tulee olla tarpeeksi väljää ja jaoteltua, jotta se on helppolukuista. Helppolukuisuuteen voi vaikuttaa monta asiaa, esimerkiksi fontin koko, merkkiväli, sanaväli, rivin pituus, riviväli, tekstin asettelu ja palstan väli. (Pesonen 2007, 31). Otsikoiden tulee olla sisältöä kuvaavia, koska usein lukija haluaa löytää etsimänsä tiedon nopeasti ja selaa tekstiä vain otsikkotasolla (Luukkonen 2004, 125–126). Tekstin ymmärrettävyyteen vaikuttaa käytetty kieli. Ammattisanaston käyttö ei kuitenkaan tässä tapauksessa haittaa, koska opas on tehty sairaanhoitajia varten. Vaikeimmat termit on kuitenkin pyritty kirjoittamaan yleiskielellä, jotta voidaan taata tekstin lukijaystävällisyys. Julkaisumuoto tulee huomioida, koska se vaikuttaa oppaan luettavuuteen. Tietokoneelta luettuna tekstiä on hankalampi hahmottaa kuin paperisesta versiosta. (Hyvärinen 2005,

1772.) Opas on tarkoitettu tulostettavaksi kaksipuolisena ja taitettavaksi pienemmän kokoon, joten muotoilu on tehty sen ehdoilla. Opasta ei painateta opinnäytetyön tekijöiden toimesta, joten siitä tehtiin ytimekäs yhdelle paperille tulostettava. Tämä saattaa myös edistää oppaan käyttöönottoa, koska sen tulostamisesta ei aiheudu käyttäjälle kovin suuria kustannuksia.

Kuvilla voi olla monta tehtävää. Ne voivat tuoda uutta tai täydentävää tietoa sekä kertoa jonkin asian sanoja paremmin. Kuvilla saattaa olla myös pelkästään esteettinen tarkoitus, jolloin ne tuovat julkaisuun monipuolisuutta ja jäsentelevät tekstin ulkoasua. Ne voivat olla valokuvia tai piirroksia, riippuen julkaisun tyylistä. Myös värien valinta ja kontrastit vaikuttavat tekstin luettavuuteen ja sillä voidaan korostaa tärkeiksi koettuja kohtia. (Pesonen 2007, 48, 54, 56.)

8 YHTEENVETO



Kuvio 1. Keskeisimmät tulokset liittyen tutkimuskysymyksiin.

Kohtaaminen koostuu sairaanhoitajan ja keskenmenon saaneen naisen kahdenkeskeisestä vuorovaikutussuhteesta. Se sisältää sanallista sekä sanatonta viestintää, kuuntelua, psyykkistä tukemista, läsnäoloa, molemmin puolista kunnioittamista ja arvostusta. Kohtaamiseen voivat vaikuttaa myös kummankin osapuolen mahdolliset ennakkoluulot ja asenteet, omat kokemukset, hoitoympäristö, tilat, kiire, henkilökunnan puute sekä muut varsinaiseen potilastyöhön liittyvät työtävät. Keskenmenon saaneet naiset kokevat psyykkisen ja emotionaalisen tuen riittämättömäksi.

Naiset toivovat sairaanhoitajilta empaattista ja hienotunteista lähestymistapaa hoidossa. Sairaanhoitajilta toivottiin myös enemmän tiedollista tukea keskenmenosta ja sen syistä. Keskenmeno voi olla traumaattinen kriisi sen kokeneelle ja sairaanhoitajan tulee osata auttaa naista kriisin eri vaiheiden läpikäymisessä. Sairaanhoitajat ovat kokeneet psyykkisen ja emotionaalisen tuen antamisen haasteelliseksi.

Sairaanhoitajan ammatillista kasvua tapahtuu kuitenkin jatkuvasti eikä työssä kehittyminen lopu koskaan. On tärkeää kehittää itseään, etsiä omia vahvuuksia ja tapoja selviytyä itselleen vaikeaksi koetuista tilanteista. Keinoja itsensä kehittämiseen ovat työnohjaus, täydennyskoulutus ja kehityskeskustelut. Kollegat sen sijaan ovat merkittävässä roolissa työssäjaksamisen kannalta ja sairaanhoitaja voi tukeutua kollegoihin haastavissa tilanteissa. Sairaanhoitajan työ on henkisesti raskasta, ja siksi työhyvinvointi on tärkeä osa hänen jaksamisen kannalta. Tarjoamalla työnohjausta ja täydennyskoulutusta esimies voi edistää työntekijöiden työhyvinvointia.

9 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Eettisyys on kaiken tieteellisen toiminnan ydin (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211). Tutkimuksen johdonmukaisuus ja eettinen sitoutuminen sekä kestävyys toimivat hyvän tutkimuksen kriteereinä. Tutkimuksessa eettinen pohtiminen alkaa jo aihetta valittaessa ja tutkimuskysymyksiä muodostaessa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 127, 129.) Aihetta valittaessa ymmärrettiin keskenmenon arkaluontoisuus tutkittavana ilmiönä. Työ toteutettiin kuitenkin kirjallisuuskatsauksena eikä tutkittavia henkilöitä ollut, joten eettiset ongelmat liittyivät lähinnä vain opinnäytetyön aineiston keräämiseen ja tekstin tuottamiseen.

Tutkimuksen eettisyyden ja uskottavuuden edellytyksenä pidetään hyvän tieteellisen käytännön ("good scientific practise") perusteita, jotka ohjasivat myös tätä opinnäytetyötä (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012). Tutkimuksessa noudatettiin tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja eli rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta. Tutkimuksessa käytettiin muiden tutkijoiden tekemiä töitä asianmukaisella tavalla, ja niiden alkuperä merkittiin selvästi näkyviin. Opinnäytetyössä käytettiin luotettavia tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä sekä noudatettiin avoimuutta tutkimuksen tuloksia analysoitaessa. Jokaisen tekijän mielipidettä kunnioitettiin ja työt jaettiin tasaisesti tekijöiden kesken koko opinnäytetyöprosessin ajan.

Kirjallisuuskatsausta tehdessä lähdekriittisyys on tärkeää. Opinnäytetyötä varten tietoa haettiin luotettavista alan tietokannoista ja lähteinä pyrittiin käyttämään mahdollisimman uutta tietoa. Tutkimustietoa keskenmenon saaneen naisen kohtaamisesta löytyi yllättävän vähän ja tämän takia käytettiin myös hieman vanhempia tutkimuksia, mitkä ovat kuitenkin sovellettavissa nykypäivään. Aineistoja etsittäessä kiinnitettiin huomiota aineistojen kirjoittajiin sekä julkaisupaikkaan. Aineistoja haettiin sekä suomen että englannin kielillä. Englanninkielisissä aineistoissa apuna käytettiin luotettavia sanakirjoja ja teksti käännettiin asiatarvasti. Myös kulttuuriset erot ulkomaalaisissa aineistoissa pyrittiin ottamaan huomioon. Muiden maiden hoitokäytännöt eivät kuitenkaan ole suoraan verrattavissa Suomen hoitokäytäntöön. Esimerkiksi keskenmenon

saaneen naisen hoitajakson pituus vaihtelee maittain, jopa Suomen ja Ruotsin hoitokäytännöt eroavat toisistaan. Jokainen opinnäytetyöntekijä luki ja arvioi valitut aineistot, mikä lisäsi kriittisyyttä aineistoja valittaessa. Valituista tutkimuksista tehtiin tiedonhakutaulukko, johon on esitetty käytetyt tietokannat, hakusanat, rajaukset ja tulosten määrä. Tällöin lukijan on helpompi palata lähteiden alkuperäisiin julkaisupaikkoihin.

Opinnäytetyön tekijöiden kokemattomuus keskenmenosta ja keskenmenon saaneen naisen hoidosta toi haasteita opinnäytetyön tekemiseen, sillä tarkka käsitys keskenmenon saaneen naisen hoitopolusta puuttui. Hoidon kulusta ei myöskään löytynyt yhtenäistä tietoa, mikä olisi helpottanut kokonaiskuvan hahmottamista. Myös kokemattomuus kirjallisuuskatsauksen tekemisestä toi vaikeuksia opinnäytetyön kirjoittamisprosessin aikana, esimerkiksi tieteellisen tekstin tuottaminen aiheutti aluksi hankaluuksia, mutta työn edetessä kehitystä tapahtui. Oppaan luotettavuutta sen sijaan heikentää se, ettei sen toimivuutta voida arvioida, sillä opasta ei päästä testaamaan käytännössä rajatun ajan vuoksi. Se on kuitenkin koottu kirjallisuuskatsauksen pohjalta, joten oppaan tiedot perustuvat tutkittuun tietoon.

10 POHDINTA

Keskenmeno on yleisin raskausajan komplikaatio, ja joka viidennes todetuista raskauksista päättyy keskenmenoon (Niinimäki & Heikinheimo 2011, 67). Yleinen oletamus on, ettei yhteiskunta suhtaudu keskenmenoon menetyksenä vaan vähättelee ja pitää sitä pienenä sekä yleisenä raskausajan komplikaationa (St. John & Cooke 2005, 10; Evans 2012, 36). Myös sairaanhoitajien mielipiteet ovat ristiriitaisia keskenmenon merkityksestä (Murphy & Merrell 2009, 1587). Tuleva äiti sen sijaan pitää sikiötä jo omana lapsenaan ja siksi kokee keskenmenon raskaasti (Evans 2012, 36). Kohtaamisella on merkittävä rooli naisen toipumisen kannalta. Kohtaamisesta ei ole tehty suomenkielistä tarkkaa määritelmää, minkä vuoksi aluksi oli vaikeuksia hahmottaa mitä kaikkea kohtaaminen pitää sisällään. Koska kohtaamisesta ei ole olemassa suomeksi määritelmää, voitaisiin siitä tehdä käsiteanalyysi. Kohtaaminen voidaan kuitenkin käsittää kahden ihmisen välisenä vuorovaikutuksena, läsnäolona, kuuntelemisena, jakamisena, ymmärtämisenä ja välittämisenä (Mattila 2007, 12–13).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa opas sairaanhoitajalle siitä, miten kohdata keskenmenon saanut nainen. Pyrkimyksenä oli selvittää kirjallisuutta hyödyntäen, mitkä ovat nykyiset ongelmakohdat keskenmenon saaneen naisen kohtaamisessa ja millaista apua sairaanhoitajat kaipaisivat tähän liittyen. Tavoitteena oli helpottaa ja lisätä sairaanhoitajan valmiuksia kohdata keskenmenon saanut potilas yksilöllisesti. Opinnäytetyön tekoa ohjasivat seuraavat kysymykset: mitä haasteita sairaanhoitaja kokee keskenmenon saaneen naisen kohtaamisessa, millaista apua keskenmenon saanut nainen toivoisi sairaanhoitajalta, miten lisätä sairaanhoitajan valmiuksia kohdata keskenmenon saanut nainen, ja millainen opas palvelee parhaiten sairaanhoitajaa keskenmenon saaneen naisen kohtaamisessa.

Opinnäytetyössä käsiteltiin sairaanhoitajan kokemia haasteita keskenmenon saaneen naisen kohtaamisessa sekä naisten toiveita hoidosta. Haastavaksi koetut asiat hoidossa liittyivät psyykkisen ja emotionaalisen tuen tarjoamiseen, tiedon puutteeseen ja tiedon antamiseen sekä ympäristötekijöihin (Tsartsara & Johnson 2002, 61; Séjourne ym. 2009, 404, 407; Murphy & Merrell 2009, 1584;

Rowlands & Lee 2010, 281). Haastavaa oli myös tunnistaa keskenmenon saaneiden naisten tarpeita, kuten tilan antamista, kuuntelua ja läsnäoloa. Keskenmenon saaneet naiset kaipasivat sairaanhoitajilta yksilöllistä kohtelua, empaattisuutta sekä hienotunteisuutta (Murphy & Merrell 2009, 1584). Vaikka sairaanhoitajalla olisikin kiire, tulisi hänen kyetä olemaan aidosti läsnä ja osoittaa kiinnostusta naista kohtaan. Välinpitämättömyyden aistii helposti eleistä sekä ilmeistä, minkä takia tulisi kiinnittää huomiota sanattomaan viestintään. Sairaanhoitajan tulisi uskaltaa ottaa puheeksi kipeät asiat, vaikka se voi tuntua vaikealta, myös naiset toivoivat suorapuheisuutta sairaanhoitajilta. Aina ei tarvitse pukea tunteitaan sanoiksi, esimerkiksi pelkkä kosketus saattaa riittää välittämisen osoittamiseksi. On kuitenkin otettava huomioon jokaisen henkilökohtainen tila. (Tsartsara & Johnsson 2002, 59; Séjourné ym. 2009, 406; Raatikainen 2015, 51, 107, 111.)

Naiset kaipasivat enemmän tietoa keskenmenosta ja sen syistä, saadessaan riittävästi tietoa itsesyytökset keskenmenosta vähenivät (Evans 2012, 37; Tsartsara & Johnson 2002, 60). Naisten toipumiseen vaikuttivat myös sairaanhoitajista riippumattomat tekijät, kuten hoitohenkilökunnan vajeisuus ja suuri vaihtuvuus sekä ajan puute. Murphyn ja Merrellin (2009) tutkimuksessa nousi esille, että keskenmenon saaneen naisen hoitopaikka saattoi vaikuttaa annettuun hoitoon, jolloin psyykkisen puolen hoitamiseen ei jäänyt riittävästi aikaa. Vaikka resurssit ovat nykyään rajoitetut, tulisi keskenmenon saaneen naisen hoidossa kiinnittää huomiota potilassijoitteluun. Olisi tärkeää, että keskenmenon kokeneiden tuntemaa ahdistusta ei lisättäisi sijoittamalla heitä esimerkiksi synnytysvuodeosastolle. Naisten tulisi saada yhtä laadukasta hoitoa osastosta riippumatta.

Usein yleinen käsitys on, ettei hoidossa saisi näyttää liikaa omia tunteita tai solmia liian läheisiä potilas-hoitajasuhteita. Siksi sairaanhoitajat peittelivät omia tunteitaan keskenmenon saanutta naista hoitaessaan, mutta joillekin se on myös tapa suojautua keskenmenon aiheuttaneilta tunnereaktioilta. (Mattila 2007, 11-12.) Naiset toivoivat, että sairaanhoitajat toisivat enemmän omia tunteitaan esille hoidossa (Morrissey 2007, 1420). Sairaanhoitajille voi olla kuitenkin vaikeaa

tuoda omia tunteita esille, määritellä rajat sille, miten paljon tunteita sopii näyttää ja tunnistaa keskenmenon saaneen naisen tuen tarve. Voi olla myös vaikeaa eläytyä tuntemattoman potilaan menetykseen, sillä keskenmenon saaneen naisen hoitosuhde on usein lyhyt. On yleistä, ettei suomalaisessa kulttuurissa näytetä tunteita vieraille ihmisille ja sen vuoksi toisten tunteisiin eläytyminen voidaan kokea vaikeaksi. Jokaisen henkilökohtaiset asenteet ja kokemukset vaikuttavat myös kykyyn asettua toisen ihmisen asemaan. Kohtaamiseen ei voi antaa erityisiä ohjeita, mutta jokainen voi itse kehittyä kohtaamisessa tiedostaessaan omat kehitystarpeensa.

Lisäksi opinnäytetyössä käsiteltiin sairaanhoitajan työssä kehittymistä ja ammatillista kasvua sekä työmotivaation ja -hyvinvoinnin vaikutusta laadukkaaseen hoitoon. Ammatillista kasvua tapahtuu koko työuran ajan, ja kehittyminen sekä näyttöön perustuvan tiedon hankkiminen ovat sairaanhoitajan omalla vastuulla (Wallin 2012, 11). Sairaanhoitajien eettisissä ohjeissa on määritelty täydenniskoulutuksen olevan yksi eettisistä velvollisuuksista, myös Sosiaali- ja terveysministeriö on määrännyt tästä asetuksella. Kollegat muodostivat työyhteisön, ja yhteisölle on ominaista yhteiseen tavoitteeseen pyrkiminen (Aalto ym. 2015, 44). Hyvät suhteet kollegoihin edistivät työhyvinvointia ja -motivaatiota, mitkä vaikuttivat osaltaan laadukkaaseen hoidon tarjoamiseen (Huttunen ym. 2009, 24). On tärkeää, että kollegoita kunnioitetaan ja arvostetaan toisen tekemää työtä. Työyhteisössä vallitseva työilmapiiri vaikutti työhyvinvointiin, mikä on suuri voimavara työpaikalla, kun taas huono ilmapiiri lisäsi työntekijöiden vaihtuvuutta sekä sairauspoissaoloja (Arala ym. 2015, 21–22). Työn ollessa henkisesti uuvuttavaa, tulisi rohkeasti pyytää tukea ja neuvoja kollegoilta haastavaksi koettujen tilanteiden käsittelemiseen. Kenenkään ei tulisi jäädä yksin vaikeiden asioiden kanssa.

Walker (2009) ja Koivu ym. (2010) tutkivat tarkemmin työnohjauksen merkitystä sairaanhoitajan ammatilliseen kasvuun. Työnohjauksella oli merkittävä rooli sairaanhoitajan ammatillisessa kehittämisessä, mutta vaikka työnohjaus oli koettu hyväksi menetelmäksi, ei siihen haluttu käyttää resursseja eikä ottaa aikaa pois potilastyöstä. Suhtautuminen työnohjaukseen oli ristiriitaista, eikä sen

hyötyä aina ymmärretty (Hankonen 2012), minkä takia työntekijöitä saattoi olla vaikea motivoida osallistumaan työnohjaukseen. Kirjallisuuden pohjalta voidaan myös todeta, että työnohjauksella on myös positiivinen vaikutus työpaikan yhteisöllisyyden ja työssä jaksamisen edistämisessä, ilmapiirin parantamisessa, työhön sitoutumisessa sekä työuupumuksen ja stressin vähentämisessä. Työnohjauksesta ja sen merkityksestä voitaisiin kertoa enemmän jo opiskeluvaiheessa, jolloin siitä tulisi luonnollinen jatkumo työelämään.

Opas ”Kehittyminen taitavaksi kohtaajaksi” toteutettiin opinnäytetyön pohjalta ja siihen valittiin keskeisimmiksi koetut asiat keskenmenon saaneen naisen kohtaamisen ja sairaanhoitajan kehittymisen kannalta. Koska aiheeseen oli perehdytty kattavasti ennen oppaan tekoa, oli sen tekeminen sujuvaa. Oppaasta pyrittiin luomaan selkeä ja tiivis kokonaisuus, jotta se olisi helppolukuinen. Se on tarkoitettu tulostettavaksi yhdelle paperille, jolloin oppaan käyttöönotto olisi mahdollisimman yksinkertaista. Oppaan lisäksi olisi voitu tehdä opetusmateriaali koulun käyttöön että sairaanhoitajaopiskelijat ymmärtäisivät kohtaamisen merkityksen annetun hoidon kannalta sekä sen vaikutuksen naisen toipumiseen keskenmenosta. Myös perehdytysmateriaali harjoitteluun meneville opiskelijoille tai uusille työntekijöille olisi hyödyllistä. Työelämässä oleville sairaanhoitajille voitaisiin pitää aiheesta osastotunti. Kehittyminen taitavaksi kohtaajaksi- opas tarjoaa avaimet hyvään kohtaamiseen etenkin kokemattomille sairaanhoitajille. Opasta voitaisiin tarjota esimerkiksi niiden osastojen käyttöön, jossa keskenmenon saaneita naisia hoidetaan. Opas saattaa herättää ajatuksia omasta potilaskohtaamisesta ja miten siinä voisi kehittyä.

Mahdollisia jatkotutkimusaiheita voisivat olla oppaan toimivuuden ja käyttökelpoisuuden tutkiminen ja sen edelleen kehittäminen, millainen olisi keskenmenon saaneiden naisten yhtenäinen hoitopolku ja miten tukea muita perheenjäseniä keskenmenon tapahduttua.

Keskenmenon hoidosta on esitetty runsaasti kritiikkiä myös mediassa. Kritiikki kohdistui hoitohenkilökunnan asenteisiin, toimintatapoihin ja hoidon laatuun. Huonolla kohtaamisella voi olla kauaskantoisia seurauksia keskenmenon kokeneiden naisten psyykkiseen toipumiseen. Aiheesta on aiemmin tehty

tutkimuksia liittyen naisten kokemaan menetykseen, mutta sairaanhoitajalle suunnattua opasta ei ole tehty. Myös Terveyden ja hyvinvoinnin laitos haluaisi, että sairaanhoitopiirit laatisivat alueelliset hoitopolut keskenmenon hoitoon. Suosituksissa tulisi painottaa henkistä tukea ja ajan antamista surutyölle. (Hahto 2015, 10.)

Keskenmenosta ja sen hoitoon liittyvistä ongelmista löytyi myös paljon kirjoituksia keskustelufoorumeilla. Naiset kuvasivat keskenmenon elämänsä kamalimmaksi kokemukseksi, sekä miettivät onko heillä oikeus surra tapahtunutta menetystä. Keskenmenon saaneet naiset pelkäsivät uuden raskauden aikana keskenmenon tapahtuvan uudelleen, eivätkä pystyneet iloitsemaan raskaudestaan. Yhtenä suurimpana ongelmana naiset kokivat tiedon puutteen. He kysyivät toisilta keskenmenon kokeneilta sellaisia kysymyksiä, joista terveydenhuollon ammattilaisen olisi pitänyt kertoa naisen sairaalassaoloaikana, esimerkiksi miten keskenmeno vaikuttaa tuleviin raskauksiin. Keskustelupalstoilla oli myös paljon puhetta, mitkä ovat keskenmenon oireita ja milloin hakeutua hoitoon. Pitäisikö keskenmenosta, oireista ja sen syistä keskustella enemmän jo neuvolassa raskaana olevan naisen kanssa, jotta hän tiedostaisi keskenmenon riskin. Tällä tavoin nainen osaisi hakeutua hoitoon heti keskenmenon oireiden ilmettyä.

LÄHTEET

- Aalto, P.; Koskimaa, T.; Kurtti, J. & Sillanpää, K. 2015. Kollegiaalisuuden vahvistaminen hoitotyössä. Hoitotyön vuosikirja 2015 – Kollegiaalisuus hoitotyössä. Sairaanhoidajaliitto. Helsinki. Fioca Oy.
- Aarnio, A. 2005. Täydennyskoulutus terveydenhuollossa ”Sairaalamme on hyvin koulutusmyönteinen, kunhan siihen ei mene rahaa eikä aikaa.” Tehyn julkaisusarja B: Selvityksiä 1/2005.
- Ailasmaa, R. Kuntien terveys- ja sosiaalipalvelujen henkilöstö 2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014. www.thl.fi julkaisut> julkaisuarkisto julkari> haku: kuntien terveys- ja sosiaalipalvelujen henkilöstö 2014. Viitattu 4.11.2015 https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126388/Tr16_15_kokonaisraportti.pdf?sequence=4
- Arala, K.; Kangasniemi, M.; Suutarla, A.; Haapa, T. & Tilander, E. 2015. Kollegiaalisuuden vahvistaminen hoitotyössä. Hoitotyön vuosikirja 2015 – Kollegiaalisuus hoitotyössä. Sairaanhoidajaliitto. Helsinki. Fioca Oy.
- Burns, N. & Grove, S. K. Understanding Nursing Research –building an evidence-based practice. Yhdysvallat: Elsevier saunders
- Elomaa, L. & Mikkola, H. Näytön jäljillä – Tiedonhaku näyttöön perustuvassa hoitotyössä. Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja, 12
- Eskola, K. & Hytönen, E. 2002. Nainen hoitotyön asiakkaana. Helsinki: WSOY.
- Evans, R. 2012. Emotional care for women who experience miscarriage. Art & Science. Vol 26, No. 42, 6/2010, 35-41
- Haho, A. 2014. Asiakkaan ja potilaan kohtaaminen. Viitattu 20.10.2015 <https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/asiakkaan-ja-potilaan-kohtaaminen/>
- Hahto, K. 2015. Virpin perheellä on kahdeksan enkeliä. Turun Sanomat, 18.11.2015, 9-10
- Halperin, O.; Goldblatt, H.; Noble, A.; Raz, I.; Zvulunoy, I. & Liebergall Wischnitzer, M. 2011. Stressful Childbirth Situations: A Qualitative Study of Midwives. Journal of Midwifery & Women's Health 2011 Vol. 7, 56(4): 388-394.
- Hankonen, R. 2012. Tukea työhön. Tehy. www.tehy.fi > tehy-lehti> 2012> 16/2012. Viitattu 24.10.2015 <http://www.tehy.fi/tehy-lehti/2012/16-2012/tukea-tyohon/>
- Henriksson, M. & Lönnqvist, J. 2014. Psykkiset kriisit. Psykiatria, Duodecim oppiportti. Psykiatria>mielenterveyden häiriöt>psykkiset kriisit, sopeutumishäiriöt ja stressireaktiot
- Huttunen, A.; Kvist, T. & Partanen, P. 2009. Sairaanhoidajien työmotivaatio ja siihen yhteydessä olevat tekijät. Tutkiva Hoitotyö. Vol. 7 (2), 2009, 21-27.
- Hyvärinen, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perille menon. Duodecim, 121, 2005, 1769-1773
- Ihme, A. & Rainto, S. 2014. Naisen terveys Seksuaali- ja lisääntymisterveyttä edistävä hoitotyö. Helsinki: Edita.

- Jokinen, J. 2004. KRIISITYÖN KEHITTÄMINEN HUOSTAANOTOSSA, kartoitusta ja kehittämistarpeita. Sosiaali- ja terveysministeriö, sosiaalialan kehittämishanke, lastensuojelun kehittämishjelma. Viitattu 4.11.2015 <https://www.thl.fi/documents/10542/473715/Kriisity%C3%B6%20huostaanotossa.pdf>
- Kangasniemi, M.; Haapa, T.; Tilander, E.; Arala, K. & Suutarla, A. 2015. Kollegiaalisuuden vahvistaminen hoitotyössä. Hoitotyön vuosikirja 2015 – Kollegiaalisuus hoitotyössä. Sairaanhoidajaliitto. Helsinki. Fioca Oy.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: SanomaPro
- Kiiltomäki, A. & Muma, P. 2007. Tässä ja nyt. Sairaanhoidaja tekee kriisityötä. Helsinki: Gummerus
- Kochhar, Suneeta. 2015. Caring for a patient who has experienced early pregnancy loss. Independent Nurse. Viitattu 5.10.2015 <http://www.independentnurse.co.uk/clinical-article/caring-for-a-patient-who-has-experienced-early-pregnancy-loss/83601/>
- Koivu, A.; Saarinen, P. & Hyrkäs, K. 2012. Who benefits from clinical supervision and how? The association between clinical supervision and the work-related well-being of female hospital nurses. Journal of Clinical Nursing, Vol. 21, 2012, 2567-2578.
- Koivu, A.; Hyrkäs, K. & Saarinen, P. 2011. Who attends clinical supervision? The uptake of clinical supervision by hospital nurses. Journal of Nursing Management. Vol. 19, 2011, 69–79.
- Käypä Hoito- suositukset. 2013. Raskauden keskeytys. www.kaypahoito.fi/etusivu/suositukses/raskauden-keskeytys. Viitattu 14.10.2015 <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukses/suositus?id=hoi27050>
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785
- Lipponen, K.; Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja. 4/2006.
- Luukkonen M. 2004. Tekstiä tekemään! Kirjoittajan opas. Helsinki: WSOY.
- Maker, C. & Ogden, J. 2003. The miscarriage experience: more than just a trigger to psychological morbidity? Psychology and Health, Vol. 18, No. 3, 403-415.
- Marquardt, U. 2011. Management of miscarriage and ectopic pregnancy. Viitattu 13.09.2015 <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=b7ec5f86-094a-48fc-8c27-14383c52f244%40sessionmgr198&vid=5&hid=128>
- Mattila, K-P. 2007. Arvostava kohtaaminen arjessa, auttamistyössä ja työyhteisössä. Jyväskylä: PS-kustannus
- Meriläinen, M. 2012. Tehohoitopotilaan hoitoympäristö – Psykkinen elämänlaatu ja toipuminen. Väitöskirja. Universitatis Ouluensis. Viitattu 24.10.2015 <http://herkules oulu.fi/isbn9789514298004/isbn9789514298004.pdf>
- Morrissey, MV. 2007. Our first child was incompatible with life: understanding miscarriage as a lived experience. International Journal of Psychiatric Nursing Research. 2007, 12(2), 1415-28
- Murphy, F. & Merrell, J. 2009. Negotiating the transition: caring for women through the experience of early miscarriage. Journal of Clinical Nursing. Vol. 18, 2009, 1583-1591.

Mäntynen, R.; Vehviläinen-Julkunen, K.; Miettinen, M. & Kvist, T. 2015. *Hoitotiede* 2015, 27 (1), 18-30.

Niinimäki, M. & Heikinheimo O. 2011. Alkuraskauden keskenmenon hoito. Viitattu 13.10.2014 <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo99261.pdf>

Ollikainen, M. 2012. Kahdesta viivasta surun kyyneliin: Kuinka auttaa keskenmenon kokeneita terveydenhuollossa. *Opinnäytetyö*. Mikkeli: Mikkelin ammattikorkeakoulu.

Pesonen, E. 2007. *Julkaisijan käsikirja*. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Pesonen, T. 2011. Kriisihoidot somaattisen sairauden yhteydessä. *Suomen lääkärilehti* vsk 66, s. 1831.

Raatikainen, E. 2015. *Lujita luottamusta asiakassuhteen rakentaminen sosiaali- ja terveysalalla* Jyväskylä: PS-kustannus

Rautio, J. 2013. Keskenmenon hoito kaavinnalla. *Potilasohje/i/Gynekologia/VSSHP*. Viitattu 30.11.2015 <http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/2788/54505/>

Robinson, J. 2014. Provision of information and support to women who have suffered an early miscarriage. *British Journal of Midwifery*, Vol. 22, No. 3, 3/2014, 175-180

Rowlands, I. & Lee, C. 2010. The silence was deafening: social and health service support after miscarriage. *Journal of reproductive and Infant Psychology*. Vol. 28, No. 3, 8/2010, 274-286

Saari, S.; Kantanen, I.; Kämäräinen, L.; Parviainen, K. & Valoaho, S. 2009. *Hädän hetkellä – psyykkisen ensiavun opas*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim ja Suomen Punainen Risti.

Sairaanhoitajaliitto. 1996. *Sairaanhoitajien eettiset ohjeet*. [www.sairaanhoitajat.fi> jäsenpalvelut> ammattitaidon kehittäminen> sairaanhoitajien eettiset ohjeet](http://www.sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattitaidon_kehittaminen/sairaanhoitajien_eettiset_ohjeet). Viitattu 28.10.2015 <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/amatillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>

Salanterä, S. & Hupli, M. 2003. *Näyttöön perustuva hoitotyö*. Helsinki: WSOY

Salminen, H. & Miettinen, M. 2011. Ammatillisen osaamisen kehittäminen – Ikääntyvien ja nuorien hoitajien näkökulma. *Tutkiva Hoitotyö*. Vol. 10 (1), 2012, 4-11.

Santala, M. 2013. *Terveydenhoitaja keskenmenon kokeneen tukijana*. *Opinnäytetyö*. Hoitotyön koulutusohjelma. Satakunnan ammattikorkeakoulu.

Schott, J. & Henley, A. 2007. Pregnancy loss and death of a baby: the new Sands Guidelines 2007. *British Journal of Midwifery*. Vol. 15, No. 4, 4/2007, 195-198

Séjourné, N.; Callahan, S. & Chabrol, H. 2010. Support following miscarriage: what women want. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. Vol. 28, No. 4, 11/2010, 403-411

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus terveydenhuollon henkilöstön täydenniskoulutuksesta 1194/200

Sosiaali- ja terveysministeriö. *Työhyvinvointi*. [www.stm.fi> vastualueet> työelämä> työhyvinvointi](http://www.stm.fi/vastualueet/tyoelama/tyohyvinvointi). Viitattu 4.11.2015 <http://stm.fi/tyohyvinvointi>

St. John, A. & Cooke, M. 2006. Shrouds of silence: Three women's stories of prenatal loss. Australian Journal of Advanced Nursing. Vol. 23, No. 3, 2006, 8-12

Suomen Mielenterveysseura. Shokista uuteen alkuun. www.mielenterveysseura.fi > etusivu > mielenterveys > vaikeat elämäntilanteet > kriisit > traumaattisen kriisin vaiheet. Viitattu 14.10.2015 <http://www.mielenterveysseura.fi/fi/mielenterveys/vaikeat-el%C3%A4m%C3%A4ntilanteet/kriisit/shokista-uuteen-alkuun>

Suomen Työnohjaajat ry. Mitä työnohjaus on. www.suomentyonohjaajat.fi > etusivu > työnohjaus > mitä työn ohjaus on. Viitattu 4.11.2015 <http://www.suomentyonohjaajat.fi/tyonohjaus/>

Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Työnohjaus. www.thl.fi > lastensuojelun käsikirja > toimijat, työntuki & hallinto > työn tuki > työnohjaus. Viitattu 4.11.2015 <https://www.thl.fi/fi/web/lastensuojelun-kasikirja/toimijat-tyon-tuki-hallinto/tyon-tuki/tyonohjaus>

Tiitinen, A. 2014. Keskenmeno. www.terveyskirjasto.fi > hae terveyskirjastosta: keskenmeno. Viitattu 13.09.2015 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00138

Tiitinen, A. 2014. Toistuva keskenmeno. www.terveyskirjasto.fi > hae terveyskirjastosta: toistuva keskenmeno. Viitattu 13.09.2015 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00176

Tsartsara, E. & Johnson, M. 2002. Women's experience of care at a specialised miscarriage unit: an interpretative phenomenological study. Clinical Effectiveness in Nursing. Vol. 6, 2002, 55-65

Työterveyslaitos. Työhyvinvointi. 2015. www.ttl.fi > työhyvinvointi. Viitattu 4.11.2015 <http://www.ttl.fi/fi/tyohyvinvointi/Sivut/default.aspx>

Työterveyslaitos. Työnohjaus. 2014. www.ttl.fi > työyhteisö ja esimiestyö > johtaminen > työnohjaus. Viitattu 4.11.2015 http://www.ttl.fi/fi/tyoyhteiso_ja_esimiestyo/johtaminen_ja_esimiestyo/tyonohjaus/sivut/default.aspx

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

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. www.tenk.fi > ohjeet ja julkaisut > Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeita 2012. Viitattu 27.9.2015 <http://www.tenk.fi/fi/ohjeet-ja-julkaisut>

Utriainen, K. 2009. Arvostava vastavuoroisuus ikääntyvien sairaanhoitajien työhyvinvoinnin ytimenä hoitotyössä. Oulun yliopisto.

Utriainen, K.; Ala-Mursula, L. & Virokannas, H. 2010. Näkökulmia sairaanhoitajien työhyvinvointiin. Tutkiva Hoitotyö 2011. Vol 9(1), 29-35.

Väestöliitto. 2014. Väestöliiton etusivu > Seksuaalisuus > Tietoa seksuaalisuudesta > Aikuiset > Seksuaalisuus elämäkulussa > Raskaus > Keskenmeno. Viitattu 13.10.2015 <http://www.vaestoliitto.fi/seksuaalisuus/tietoa-seksuaalisuudesta/aikuiset/seksuaalisuus-elamankulussa/raskaus/keskenmeno/>

Väisänen, L.; Niemelä, M. & Suua, P. 2009. Sanat työssä vuorovaikutus ammattitaitona. Helsinki: Kirjapaja

Walker, J. 2009. Examining the benefits of professional clinical supervision. Kai tiaki nursing New Zealand. Vol 15, No. 5, 6/2009, 12-14

Wallin, O. 2012. Ammatillinen kasvu ja työhön sitoutuminen sosiaali- ja terveydenhuoltoalan työssä. Ammattikasvatuksen aikakauskirja Vol. 14, No.1, 2012, 10-21

Warmelink, C.; Hoijtink, K.; Noppers, M.; Wieggers, T.; de Cock, P.; Klomp, T. & Hutton, E. 2015. An explorative study of factors contributing to the job satisfaction of primary care midwives. Midwifery 31 (2015), 482-488.

KEHITTYMINEN

TAITAVAKSI

KOHTAAJAKSI



©Kathy Lamm

Keskenmenon saaneen naisen kohtaaminen on haastavaa, ja on luonnollista, että se koetaan vaikeana. Haasteita kohtaamiseen voivat tuoda muun muassa omien tunteiden mukaan tuominen hoitoon, psyykkisen tuen tarjoaminen ja sen tarpeen arviointi, resurssipula, kiire, tiedon puute ja omat aiemmat kokemukset.

MILLAISTA ON HYVÄ KOHTAAMINEN?

Kohtaaminen on yksi keskeisimmäksi koettu asia keskenmenon saaneen naisen hoidossa. Avoin vuorovaikutus sekä potilaan ja sairaanhoitajan välinen luottamus ovat kohtaamisen perusta, tällöin nainen pystyy avautumaan kokemuksestaan ja käsittelemään keskenmenon aiheuttamia tunnereaktioita turvallisessa ympäristössä. Luottamusta potilaan ja sairaanhoitajan välillä lisäävät positiivinen asenne, hyvät kuuntelutaidot, empaattisuus, välittäminen sekä aito läsnäolo. Sairaanhoitaja tarvitsee hyvää kommunikointikykyä ja toimivaa vuorovaikutussuhdetta antaessaan psyykkistä ja emotionaalista tukea keskenmenon saaneelle naiselle.

Keskenmeno voi olla sen kokeneelle naiselle traumaattinen kriisi ja siksi sairaanhoitajan tulee tietää traumaattisen kriisin vaiheet ja niiden pääpiirteitä, jotta pystyy antamaan keskenmenon saaneelle naiselle oikeanlaista apua oikeaan aikaan. Tässä käsitellään vain shokki- ja reaktiovaihe, sillä muut traumaattisen kriisin vaiheista tulevat mahdollisesti vasta naisen kotiuduttua.

Shokkivaihe alkaa heti kriisin laukaisevan tekijän, eli keskenmenon, tapahduttua. Reagoititapa saattaa vaihdella normaalista käytöksestä kiihtymykseen. Tässä vaiheessa nainen ei pysty käsittelemään tilannetta ja tiedon vastaanottaminen saattaa olla heikkoa. Keskenmenosta ja sen syistä kannattaa silti jo keskustella tässä vaiheessa ja kerrata suulliset sekä kirjalliset ohjeet lisäksi myöhemmin. On huomattu, että tiedon saaminen sekä keskenmenon syiden selvittäminen, painottaen ettei syy ole naisessa, vähentävät keskenmenon kokeneiden itesyytöksiä tapahuneesta. Shokkivaiheessa tärkeintä on tukea keskenmenon kokeneen naisen turvallisuuden tunnetta, kuuntelemalla sekä olemalla aidosti läsnä. Aina ei tarvita sanoja, vaan joskus pelkkä kosketuskin saattaa riittää empatian osoittamiseksi.

-Opas sairaanhoitajalle keskenmenon saaneen naisen kohtaamiseen-

Reaktiovaiheeseen siirrytään vähitellen ja alussa shokki- sekä reaktiovaiheet voivat vielä sekoittua keskenään. Reaktiovaiheessa keskenmenon saanut nainen pyrkii hahmottamaan tapahtunutta mielessään vähän kerrallaan. Keskenmenon käsittely on aluillaan ja nainen saattaa vielä kamppailla kokemukselta suojautumisen ja sen käsittelyn aloittamisen välillä. Reaktiovaiheeseen saattaa liittyä monenlaisia tuntemuksia, voidaan tuntea esimerkiksi vielä lapsen vatsassa olo. Nainen saattaa kokea myös pelkoa, ahdistusta, itsesyytelyä, kipua ja pahoinvointia sekä muita fyysisiä oireita. Tässä vaiheessa keskenmenon saanut kaipaa kuuntelijaa sillä hän haluaa usein puhua tapahtuneesta enemmän. Puhuminen auttaa asian käsittelyssä, aiheen tarkastelussa eri näkökulmista sekä sen merkityksen tiedostamisessa.

MITÄ NAISET TOIVOVAT SAIRAANHOITAJALTA?

- ♥ Läsnäoloa
- ♥ Empatiaa
- ♥ Omien tunteiden näyttämistä
- ♥ Hienotunteisuutta
- ♥ Kosketusta
- ♥ Kuuntelemista
- ♥ Toivon antamista
- ♥ Omaa tilaa ja aikaa
- ♥ Yksilöllisyyttä
- ♥ Tietoa keskenmenosta
- ♥ Tietoa mahdollisesta jatkohoidosta

KEHITTYMINEN SAIRAANHOITAJANA

Kouluttautuminen on sairaanhoitajan eettinen velvollisuus. Se lisää valmiuksia kohdata keskenmenon saanut nainen onnistuneesti ja sen myötä parantaa hoidon laatua sekä potilasturvallisuutta. **Ammatillista kasvua** tapahtuu jatkuvasti ja **täydennyskoulutus** sekä **kokemus** tuovat itsevarmuutta potilaan kohtaamiseen. **Työnohjauksessa** sen sijaan voidaan käydä läpi potilastyössä syntyneitä hankalia tilanteita. Työ on henkisesti raskasta, joten on tärkeää pitää huolta omasta **hyvinvoinnista** sekä tukeutua **kollegoihin** ja auttaa myös heitä vastavuoroisesti. Esimerkiksi työpaikan virkistysillat ja yhdessäolo parantavat yhteisöllisyyttä.

Kollegiaalisuus

Oppiminen

Hyvinvointi

Työnohjaus

Ammatillinen kasvu

Asiantuntijuus

Uuden oppiminen ja itsensä kehittäminen ei loppu, vaikka kokemusta olisikin useampia vuosia!

LOPPUSANAT

Keskenmenon kokeminen sekä potilaan kohtaaminen ovat aina yksilöllisiä tapahtumia, eikä niihin voida antaa valmiita ohjeita. Jokaisen tulee itse oppia omat toimintatavat keskenmenon saaneen naisen kohtaamiseen. Jokainen sairaanhoitaja voi omalla toiminnallaan parantaa tarjotun hoidon laatua sekä auttaa naista selviytymään rankoistakin kokemuksista omaa hyvinvointiaan unohtamatta.

*”Yksinään ihminen on heikko olento
mutta siteet toisiin tekevät hänestä vahvan.
Mutta vain yksi ystävän vilkaisu sydämeen,
yksi lohdun sana ystävältä ja matala taivas kohoaa
korkeaksi
ja alakuloisuuden hetki on poissa.”*

– tekijä tuntematon

Tämä opas on tehty opinnäytetyön ”Miten kohdata keskenmenon saanut nainen – Opas Sairaanhoitajalle” pohjalta.

Turun ammattikorkeakoulu | Hoitotyön ko.
Johanna Rankio
Maarit Salmi
Marianne Summanen
Iida Uotila

TIETOKANTA	HAKUSANA	RAJAUKSET	TULOSTEN MÄÄRÄ	VALITTU TUTKIMUS
CINAHL	Miscarriage and Support	Fulltext, 2010-2015	36	Robinson, J. 2014. Provision of information and support to women who have suffered an early miscarriage
	Miscarriage and Support	Fulltext, 2010-2015	36	Séjourné ym. 2010. Support following miscarriage: what women want
	Miscarriage and Grief	Fulltext, 2010-2015	9	Rowlands, I. & Lee, C. 2010. The silence was deafening: social and health service support
	Miscarriage and Bereavement	Fulltext, 2005-2015	7	Evans, R. 2012. Emotional care for women who experience miscarriage
	Miscarriage and Bereavement	Fulltext, 2005-2015	7	Murphy, F. & Merrell, J. 2009. Negotiating the transition: caring for women through the experience of early miscarriage
	Miscarriage and Experience	Fulltext, 2000-2015	52	Maker, C. & Ogden, J. The miscarriage experience: more than just a trigger to psychological morbidity?
	Prenatal loss	Fulltext, 2005-2015	2	St. John, A. & Cooke, M. 2006. Shrouds of silence: three women's stories of prenatal loss
	Abortion, Spontaneous and Bereavement	Fulltext, 2005-2015	15	Schott, J. & Henley, A. 2007. Pregnancy loss and death of a baby: the new Sands Guidelines 2007

TIETOKANTA	HAKUSANA	RAJAUKSET	TULOSTEN MÄÄRÄ	VALITTU TUTKIMUS
CINAHL	Clinical supervision and hospital nurses	Fulltext, 2010-2015	17	Koivu, A. ym. 2010. Who attends clinical supervision? The uptake of clinical supervision by hospital nurses
	Clinical supervision and hospital nurses	Fulltext, 2010-2015	17	Koivu, A. ym. 2012. Who benefits from clinical supervision and how? The association between clinical supervision and the work-related well-being of female hospital nurses.
	Benefits of clinical supervision	Fulltext, 2005-2015	24	Walker, J. 2009. Examining the benefits of professional clinical supervision.
	Job satisfaction and midwives	Fulltext, 2010-2015	61	Warmelink, C. ym. 2015. An explorative study of factors contributing to the job satisfaction of primary care midwives.
	Miscarriage and management	Fulltext, 2010-2015	27	Marquardt, U. 2011. Management of miscarriage and ectopic pregnancy.
	Miscarriage and personal loss	Fulltext, 2005-2015	4	Morrissey, MV. 2007. Our first child was incompatible with life: understanding miscarriage as a lived experience.
	Clinical supervision and midwives	Fulltext, 2010-2015	52	Halperin, O. ym. 2011. Stressful Childbirth Situations: A Qualitative Study of Midwives

TIETOKANTA	HAKUSANA	RAJAUKSET	TULOSTEN MÄÄRÄ	VALITTU TUTKIMUS
MEDIC	Keskenmeno and Hoito	Fulltext, 2010-2015	2	Niinimäki, M. & Heikinheimo, O. 2011. Alkuraskauden keskenmenon hoito.
	Potilas and Haastee*	Fulltext, 2005-2015	8	Lipponen, K. 2006. Potilasohjauksen haasteet – nyt ja tulevaisuudessa.
Google Scholar	Ammatillinen kasvu ja työhön sitoutuminen	Fulltext, 2010- 2015		Wallin, O. 2012. Ammatillinen kasvu ja työhön sitoutuminen Sosiaali- ja terveydenhuoltoalan työssä.