

Malinen Mira, Mäkelä Noora & Onkalo Johanna

”Naisen keho ja mieli eivät toivu hetkessä” -

KESKENMENOPOTILAAN PSYYKKISEN TUEN TARVE JA TUKEMINEN

Kirjallisuuskatsaus

”Naisen keho ja mieli eivät toivu hetkessä”

KESKENMENOPOTILAAN PSYYKKISEN TUEN TARVE JA TUKEMINEN

Kirjallisuuskatsaus

Malinen Mira, Mäkelä Noora, Onkalo
Johanna
Opinnäytetyö
Kevät 2016
Hoitotyön koulutusohjelma
Kätilötyön sekä hoitotyön suuntautu-
misvaihtoehto
Oulun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu

Hoitotyön tutkinto-ohjelma, kättilötyön suuntautumisvaihtoehto sekä hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

Tekijä(t): Malinen Mira, Mäkelä Noora, Onkalo Johanna

Opinnäytetyön nimi: ”Naisen keho ja mieli eivät toivu hetkessä – Keskenmenopotilaan psyykkisen tuen tarve ja tukeminen

Työn ohjaaja: Kinisjärvi Marja, Eveliina Korkiakangas

Työn valmistuslukuukausi ja -vuosi: Kevät 2016

Sivumäärä: sivut: 58

Keskenmeno voi olla hyvin musertava kokemus. Siihen liittyy monenlaisia tunteita oman kehon pettämisestä suruun menetetyistä lapsesta. Hoitohenkilökunnalta vaaditaan herkkyyttä ja empatiakykyä keskenmenon kokeneen perheen hoidossa. Perheelle tulee antaa aikaa ja tilaa surra menetystä sekä tarvittavaa tukea ja kannustusta. Hoitohenkilökunnan tulee ymmärtää, että keskenmeno voi olla hyvinkin traumaattinen kokemus, josta mieli ei toivu yhtä nopeasti kuin keho.

Opinnäytetyömme aihe tuli Helsingin Kättilöopiston naistentautien poliklinikalta. Työmme on systemaattinen kirjallisuuskatsaus keskenmenopotilaan henkisen tuen tarpeesta ja tukemisen muodoista. Opinnäytetyömme kokoaa yhteen tutkittua tietoa konkreettisista tuen muodoista, jota hoitohenkilökunta voi työssään hyödyntää.

Tietoperustassa käymme läpi keskenmenoa sekä sen syitä ja hoitoa. Käsittelemme myös kriisin, traumaattisen kriisireaktion eri vaiheet sekä kriisissä olevan ihmisen tuen muodot. Yleisellä tasolla käsittelemme Suomen terveydenhuollon palvelujärjestelmän sekä keskenmenon hoidon palvelujärjestelmän keskittyen Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin.

Olemme käyttäneet kirjallisuuskatsauksessamme alan kirjoja sekä ammattilehtiä sekä etsineet tiedonhakukoneita hyväksikäyttäen tutkimuksia ympäri maan sekä kansainvälisesti. Informaatikon opastuksella käytetyimmiksi tietokannoiksi muodostuivat Ebsco sekä Elsevier. Suomesta aiheeseen liittyviä tutkimuksia löytyy hyvin vähän ja tämä osaltaan vahvistaa työmme tarpeellisuutta.

Uskomme, että työmme on hyvin hyödynnettävissä naistentautien poliklinikalla sekä vuodeosastolla. Tutkimusten tulokset ovat hyvin konkreettisia ja jokaisen hoitajan on niitä mahdollista toteuttaa työssään keskenmenopotilaiden hoidossa. Kirjallisuuskatsauksemme pohjalta olisikin mahdollista alkaa luoda yleispätevää ohjeistusta keskenmenojen hoitoon ja seurantaan sekä luoda kyselely keskenmenopotilaille ja heidän puolisoilleen hoidon tarpeesta.

Asiasanat: keskenmeno, psyykkinen tuki, psyykkisen tuen muodot, päivystys, ensitieto

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care, Option of Midwifery and Option of Nursing

Author(s): Malinen Mira, Mäkelä Noora, Onkalo Johanna

Title of thesis: "Naisen keho ja mieli eivät toivu hetkessä – Keskenmenopotilaan psyykkisen tuen tarve ja tukeminen

Supervisor(s): Kinisjärvi Marja, Eveliina Korkiakangas

Term and year when the thesis was submitted: Spring 2016 Number of pages: 58

A miscarriage can be very devastating experience. It comes with mixed emotions, feelings of your body failing to fulfill its purpose, feelings of losing your child. Woman and his partner need support and help dealing with the loss. As a midwife, taking care of a woman going through a miscarriage you'll need to be very sensitive and show your empathy. Even though woman's body heals quickly A woman's mind might need a lot of time to heal.

The subject to our thesis came from the Kätilöopisto maternity hospital. The gynaecological polyclinic requested us to make a systematic review of the literature in which we round up facts of how one can support a woman who's going through a miscarriage. They requested concrete forms of support that one could use in his/hers job as a midwife.

We open up facts of miscarriage, how it's treated and what might be the reason behind it. We also explain what crises are, how one normally reacts to traumatic event and how is the one going through crises, supported. In general we go through finnish health care system and how miscarriage is treated at HUS hospitals.

We used some books and journals and also electronic databases to search for reports and other published materials from all over the world. We used the help of information specialist from our school from whom we also received guidance to information searching. We mainly used databases Ebsco and Elsewier.

We believe our work can be used in gynecological polyclinic and hospital wards. The results of our study are very concrete and every nurse has a possibility to use them when taking care of a patient going through a miscarriage. It's possible to start creating general guidance based on our study as well as create an enquiry to the patients and their partners about the treatment of miscarriage.

Keywords: miscarriage, psychic support, forms of the psychic support, emergency duty, first information

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	8
2	KESKENMENO	10
2.1	Syitä keskenmenolle	10
2.2	Keskenmenon oireet ja keskenmenotyytit	11
2.3	Keskenmenon diagnosointi ja hoito	12
2.3.1	Seuranta	13
2.3.2	Lääkkeellinen hoito	13
2.3.3	Kaavinta	13
2.3.4	Jälkihoito	14
2.4	Eettiset lähtökohdat	14
3	KRIISI.....	16
3.1	Traumaattisen kriisireaktion vaiheet	16
3.1.1	Sokkivaihe.....	17
3.1.2	Reaktiovaihe	17
3.1.3	Työskentelyvaihe ja uudelleen suuntautuminen.....	17
4	KESKENMENO TRAUMAATTISENA KRIISINÄ.....	19
4.1	Keskenmenosta aiheutuvan kriisin psyykinen tukeminen	19
4.1.1	Sokkivaiheen tuki	20
4.1.2	Reaktiovaiheen tuki.....	20
4.1.3	Työskentely- ja uudelleen suuntautumisvaiheen tuki	21
5	SUOMEN TERVEYDENHUOLTO PALVELUJÄRJESTELMÄ.....	22
5.1	Sairaanhoidopiirit ja niiden tehtävät.....	22
5.2	Luvat ja valvonta.....	23
5.3	Yksityinen sosiaali –ja terveystalvelujärjestelmä.....	23
6	KESKENMENON HOIDON PALVELUJÄRJESTELMÄ.....	25
6.1	Päivystys	25
6.2	Lääkkeellisen hoidon ohjelmointi	25
6.3	Kaavinnalla hoidettu keskeytynyt keskenmeno	26
6.4	Lääkkeellinen keskenmenon hoito II-trimesterin aikana	26
6.5	Seuranta	26
7	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	28

8	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	29
8.1	Opinnäytetyön prosessi.....	29
8.2	Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä.....	30
8.3	Tutkimuksen sisäänotto- ja poisjättökriteerit.....	30
8.4	Hakutermien valinta.....	31
8.5	Haun suorittaminen.....	32
8.5.1	Kotimaiset tietokannat.....	32
8.5.2	Kansainväliset tietokannat.....	32
8.6	Aineiston analyysi.....	33
9	TULOKSET.....	35
9.1	Psyykinen tuki.....	37
9.1.1	Hiljainen läsnäolo ja myötätunto.....	37
9.1.2	Psyykkisen tuen tarjoaminen hoitohenkilökunnan toimesta.....	39
9.2	Fyysinen tuki.....	40
9.3	Tiedonannon ajoittaminen.....	41
9.4	Tietoa ja ohjausta.....	42
9.5	Enemmän tietoa.....	43
9.6	Menetyksen tunnustaminen.....	44
9.7	Ohjeet myös kirjallisena.....	45
9.8	Käytännön asioiden järjestely.....	46
9.9	Paikka sairaalassa.....	46
9.10	Vertaistuen merkitys ja debriefing menetelmä.....	47
9.11	Jatkohoitosuunnitelma.....	48
9.12	Parannusehdotuksia.....	48
10	YHTEENVETO TULOKSISTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET.....	50
10.1	Yhteenveto.....	50
10.1.1	Psyykkisen tuen tarve.....	50
10.1.2	Psyykkisen tukemisen muodot.....	51
10.1.3	Vierellä oleminen ja kuuntelu.....	51
10.1.4	Poliklinikalla annettava tuki.....	51
10.1.5	Tiedottaminen.....	52
10.2	Johtopäätökset.....	53
11	POHDINTA.....	54
11.1	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus.....	54

11.2	Ammatillinen kasvumme.....	55
11.3	Jatkotutkimusaihe.....	56
LÄHTEET	57

1 JOHDANTO

Luonto on rakentanut mekanismin, jossa raskaana olevan naisen keho ja mieli viikko viikolta rakentavat sikiöön symbioottista suhdetta. Tämä mekanismi varmistaa vauvan parhaan mahdollisen hoidon ja turvaa keskeneräisenä syntyvän vauvan selviytymisen vauva-ajastaan omatoimiseksi ihmisolennoksi. Keskenmeno katkaisee tämän symbioosin kehittymisen hyvin väkivaltaisella tavalla. (Järvi 2007, 14.)

Keskenmeno on raskauskomplikaatioista yleisin. Joka kymmenes raskauksista päättyy keskenmenoon. Tämä menetys yllättää elämänsä hallintaan tottuneen ihmisen. Elimistö ei toimikaan toivotulla tavalla, jolloin toiveet ja oma tahto menettävän merkityksensä. Keskenmeno herättää voimakkaita ja ristiriitaisia tunteita sekä itsesyytöksiä. (Ulander & Tulppala 2011, viitattu 25.4.2016.)

Tässä kirjallisuuskatsauksena toteutetussa opinnäytetyössä tutkimme keskenmenopotilaan psyykkisen tuen tarvetta ja tukemista. Opinnäytetyömme tarkoitus on kerätä yhteen tutkittua tietoa keskenmenopotilaan psyykkisen tuen tarpeesta ja tukemisen keinoista erityisesti gynekologisen päivystyksen työympäristössä. Aiheemme on tilaustyö Helsingin Kätilöopistolta. Kätilöopisto on Suomen suurin synnytysairaala, mutta synnyttäjien lisäksi siellä hoidetaan muun muassa naistentautien potilaita. Kätilöopisto on osa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriä (HUS).

Kätilöopiston hoitohenkilökunta koki tarvitsevansa näyttöön perustuvia keinoja tukea keskenmenopotilasta sekä hänen puolisoaan keskenmenon toteutuksen jälkeen. Tehdessämme alustavia hakuja aiheesta, tieteellisiä tutkimustuloksia oli niukasti, mikä puolsi aiheen tutkimisen tarvetta.

Kestin ja Takalahden (2013) mukaan potilaat jäävät vaille psyykkistä tukea. Heidän tutkimuksesta käy ilmi, että naiset syyllistävät itseään ja pelkäävät etteivät voi enää raskautua. Heidän mukaansa olisikin tärkeä selvittää minkälaisia ajatuksia ja tunteita nainen käy läpi keskenmenon kohdatessaan, jotta hoitohenkilökunta kykenisi ymmärtämään keskenmenon kohdannutta paremmin ja näinollen paremmin vastaamaan hänen tarpeisiinsa. Lappalainen, Neuvonen ja Sola (2013) ehdottavat oman tutkimuksensa pohjalta useitakin jatkotutkimusaiheita. He kokivat että jatkotutkimuksia voisi tehdä sekä tiedollisesta, konkreettisesta että emotionaalisesta tuesta jota keskenmenopotilas tarvitsee.

Opinnäytetyömme on systemaattinen kirjallisuuskatsaus, jossa olemme koonneet yhteen aiempien tutkimusten tuloksia. Tutkimus on suunniteltu tarkasti ja haku on suoritettu ennalta laaditun tutkimussuunnitelman ja hakustrategioiden mukaan (Henner & Niemelä 2013, viitattu 25.4.2016). Tutkimuksemme kannalta keskeisiä käsitteitä ovat keskenmeno, psyykinen tuki, päivitys sekä ensitieto.

Opinnäytetyöstämme saatua tutkittua tietoa voivat hyödyntää toimeksiantajiemme lisäksi muut keskenmenopotilaiden parissa työskentelevät terveydenhoitoalan ammattilaiset. Työstä on hyötyä myös ammatilliselle kehitymisellemme.

2 KESKENMENO

Normaalisti raskaus kestää keskimäärin 40 viikkoa ja raskausaika jaetaan kolmeen raskauskolmannekseen. Alkuraskaudessa eli I trimesterin (raskausviikot 0-13) aikana sikiön elintärkeät elimet ja kudokset kehittyvät. Tällöin sikiö on erityisen altis ympäristön vaaratekijöille ja keskenmenoriski on suurin. Sikiön paino trimesterin lopussa on 45 g ja pituus noin 10 cm. Keskiraskaudessa eli II trimesterin (raskausviikot 13-28) aikana sikiön elinjärjestelmä kasvaa ja kypsyy. Hieman raskauden puolenvälin jälkeen eli viikoilla 21-24, sikiön paino on noin 500 g ja pituus noin 30 cm. Loppuraskaudessa eli viimeisellä trimesterillä (raskausviikot 29-40) sikiön pääasiallinen tehtävä on kasvaa ja kehittyä. Syntyessään täysiaikaisen sikiön paino on noin 3000-4000 g ja pituus 48-52 cm. (Ihme & Rainto 2014, 255-257.)

Suomessa keskenmenolla tarkoitetaan raskauden spontaania keskeytymistä ennen 22. raskausviikon päättymistä tai sikiön ollessa keskenmenohetkellä alle 500g painava ja kuollut. Keskenmenoon ennen 12. raskausviikon päättymistä päättyy 10-15% raskauksista. (Ulander & Tulppala 2011, viitattu 11.11.2015.) Osa raskauksista päättyy keskenmenoon jo aikaisemmassa vaiheessa, jolloin nainen ei vielä välttämättä tiedä olevansa raskaana. Hedelmöittynyt munasolu on kiinnittynyt kohdun seinämään ja muodostanut istukkasolukkoa, jolloin raskaustesti on positiivinen, mutta vuoto alkaa vain pari päivää myöhässä tavallista runsaampana. On arvioitu, että hedelmöityksistä noin 50 % päättyy tällaiseen keskenmenoon. (Tiitinen 2015, viitattu 4.11.2015.)

2.1 Syitä keskenmenolle

Keskenmenon aiheuttavia tekijöitä on monia ja usein näihin tekijöihin ei voida vaikuttaa. Syitä keskenmenolle aletaan tutkia yleensä vasta kolmannen peräkkäisen keskenmenon jälkeen. (Ulander & Tulppala 2011, viitattu 4.11.2015.) 50-75% keskenmenoista syytä ei saada selville. Useimmiten näissä tilanteissa syynä ovat ongelmat alkion kehityksessä ja istukan muodostumisessa sekä kiinnittymisessä. (Varila 2013, viitattu 11.11.2015.) Keskenmenoon johtaneet syyt voidaan jakaa geneettisiin syihin, anatomisiin poikkeavuuksiin, hormonaalisiin tekijöihin, hormonaalisten ja immunologisten tekijöiden yhteisvaikutuksiin, infektioihin, lisääntyneeseen tukostai-pumukseen ja ulkoisiin tekijöihin (Ulander & Tulppala 2011, viitattu 4.11.2015).

Keskenmenon geneettisistä syistä tunnetuin on sikiön kromosomipoikkeavuus. Yksittäisistä keskenmenoista 50–60% on kromosomipoikkeavuuden aiheuttamia, tavallisimpia näistä ovat trisomiat. Anatomisia poikkeavuuksia ovat kohdun rakenteelliset ja muut poikkeavuudet, kuten esimerkiksi kohdun myoomat ja kohtuontelon kiinnikkeet. (Ulander & Tulppala 2011, viitattu 9.11.2015.)

Hormonaalisista tekijöistä keskenmenon aiheuttajana kiistellään. Toistuvalla keskenmenolla ja hormonaalisilla tekijöillä on havaittu yhteys esimerkiksi keltarauhasen vajaatoiminnassa ja monirakkulaisessa munasarjaoireyhtymässä. Myös huonossa hoitotasapainossa olevat sairaudet, kuten diabetes ja hoitamaton kilpirauhasen vajaa- tai liikatoiminta voivat olla keskenmenon syynä. Hormonaaliset poikkeavuudet voivat kertoa muista häiriöistä ja immunologisten ja hormonaalisten tekijöiden yhteisvaikutusta pidetään merkittävänä. Kun normaalissa raskaudessa tapahtuu immuunivasteessa muutoksia, voi toistuvia keskenmenoja saaneella olla puutoksia tässä immuunivasteen muutoksessa. (Ulander & Tulppala 2011, viitattu 9.11.2015.)

Keskenmenolle altistavat myös infektiot, kuten influenssa, klamydia, listerioosi, parvovirukset, sikotauti, sytomegalia, toksoplasmoosi, ureaplasma ja vihurirokko. Fosfolipidi vasta-aineiden yhteys toistuviin keskenmenoihin on kiistaton. Fosfolipidi vasta-aineoireyhtymässä muuten terveellä naisella on toistuvia keskenmenoja ja verisuonitukoksia tai trombosytopeniaa. (Ulander & Tulppala 2011, viitattu 9.11.2015.)

Ulkoisia keskenmenoa aiheuttavia tekijöitä ovat tupakointi ja tupakansavulle altistuminen, runsas alkoholinkäyttö, huumeiden käyttö, ylipaino, naisen altistuminen solunsalpaajille tai orgaanisille liuottimille sekä kierukka kohtuontelossa raskauden alkaessa. (Ulander & Tulppala 2011, viitattu 9.11.2015.)

2.2 Keskenmenon oireet ja keskenmenotyypit

Keskenmenon tavallisimpia oireita ovat verenvuoto emättimestä, alavatsakivut, supistukset ja ristiselkäkipu. Niukka verenvuoto alkuraskaudessa voi olla merkki keskenmenon uhasta, mutta 25 % raskaana olevista esiintyy poisjääneiden kuukautisten ajankohtana niukkaa verenvuotoa. (Ulander & Tulppala 2011, viitattu 11.11.2015.)

Uhkaavassa keskenmenossa (abortus imminens) esiintyy niukkaa verenvuotoa, mutta kohdunsuu on kiinni. Uhkaavaan keskenmenoon liittyy keskenmenolle tyypillisiä alavatsakipuja, supistuksia ja ristiselkäkipuja. Käynnissä olevassa keskenmenossa (abortus incipiens) kohdunsuu on auki ja vuoto on runsasta. Täydellisessä keskenmenossa (abortus completus) kohdunsuu on auki ja raskausmateriaali on jo poistunut tai on poistumassa kohtuontelosta vuodon mukana. Kaikututkimuksessa kohtu on tyhjä ja seerumin hCG-pitoisuus laskee nopeasti. (Ulander & Tulppala 2011, viitattu 11.11.2015.)

Epätäydellisessä keskenmenossa (abortus incompletus) raskausmateriaalia on jäänyt kohtuonteloon, eikä kohtu ole tyhjentynyt kunnolla. Keskeytyneessä keskenmenossa (abortus inhibitus) sikiökaiku on todettavissa kaikututkimuksessa, mutta sydämen sykettä ei ole havaittavissa. Tavallisimmin keskeytynyt keskenmeno etenee kohti täydellistä keskenmenoa. Tuulimunaraskaudessa (ovum abortivum) sikiöpussissa nähdään ruskuaispussi ilman sikiökaikuja. Varsinaista sikiötä ei tällöin ole muodostunut. Tuulimunaraskaus etenee usein täydelliseen keskenmenoon. (Niinimäki & Heikinheimo 2011, viitattu 19.11.2015.)

2.3 Keskenmenon diagnosointi ja hoito

Keskenmenon diagnosoinnissa otetaan huomioon potilaan esitiedot, kliininen tutkimus ja kaiku kuvaus. Esitiedoista selvitetään vuodon laatu ja määrä sekä kipujen voimakkuus ja sijainti. Kliinissä tutkimuksessa saatu löydös suhteutetaan raskauden keston. (Niinimäki & Heikinheimo 2011, viitattu 11.11.2015.)

Keskenmenon hoitovaihtoehtoja ovat seuranta, lääkkeellinen hoito ja kohtuontelon tyhjentäminen raskausmateriaalista kirurgisesti kaavinnalla. Kaavinta on ollut vuosikymmenien ajan käytetyin keskenmenon hoitovaihtoehto, mutta 1900-luvulla tutkimukset nostivat seurannan ja lääkkeellisen hoidon vaihtoehdoksi kaavinnan rinnalle. (Niinimäki & Heikinheimo 2011, viitattu 20.11.2015.) Seurannalla, lääkkeellisellä hoidolla ja kaavinnalla keskenmenon hoitona ei ole vaikutusta naisen myöhempään hedelmällisyyteen. Raskauden päättyessä on huomioitava keskenmenopotilaan veriryhmä ja vasta-aineet verestä. Naisille, joilla veriryhmä on Rh-negatiivinen, tulee antaa anti-D-immunoglobuliinia vasta-ainetuotannon ehkäisemiseksi. (Ulander & Tulppala 2011, viitattu 2.2.2016.) Jos raskausviikkoja on raskauden keskeytyessä alle 8, ei näitä määriä kuitenkaan tarvita (HUS 2011, viitattu 15.12.2015).

2.3.1 Seuranta

Kohtu voi tyhjentyä raskausmateriaalista itsestään ja tällöin keskenmenon hoidoksi ei tarvita toimenpiteitä. Seuranta keskenmenon hoidoksi riittää sitä todennäköisemmin, mitä varhaisemmillä viikoilla keskenmeno tapahtuu. Seurannassa arvioidaan kohdun tyhjentymistä vaginaalisella kaitutkimuksella ja seerumin hCG-pitoisuuksien mittauksilla. (Ulander & Tulppala, viitattu 20.11.2015.)

2.3.2 Lääkkeellinen hoito

Lääkkeellisessä hoidossa naiselle annetaan kohdun supistelua lisäävää lääkettä, joka poistaa raskausmateriaalin vuodon mukana kohtuontelosta (Tiitinen 2015, viitattu 20.11.2015). Lääkehoitona käytetään emättimeen asetettavia tai suun kautta otettavia prostaglandiineja esimerkiksi misoprostolia tai prostaglandiinien ja antiprogestiinin yhdistelmää. Myöhäisempien viikkojen keskenmenossa, raskausviikoilla 12–22, annetaan 1-3- vuorokautta ennen prostaglandiinia antiprogestiinia, esimerkiksi mifepristonia. (Niinimäki & Heikinheimo 2011, viitattu 20.11.2015.) Kaavintaan päätyy kuitenkin kolmannes II trimesterin yhteydessä suoritettavista kohdun tyhjennyksistä (HUS 2011, viitattu 15.12.2015).

Potilaan ollessa allerginen misoprostolille tai kun potilaan kanssa on kommunikaatiovaikeuksia, lääkkeellinen hoito ei ole mahdollista. Muita vasta-aiheita lääkkeellisen hoidon toteutukselle ovat epäily kohdun ulkopuolisesta tai mola raskaudesta, hoidolle reagoimaton astma, koronaaritauti, antikoagulanttihoito tai verenvuototaipumus. (HUS 2011, viitattu 15.12.2015.)

Keskenmenon seurannassa ja lääkkeellisessä hoidossa potilaalle on tärkeää antaa sekä suullinen että kirjallinen tieto keskenmenon etenemisestä ja tietoa siitä, missä tilanteessa ja mihin hänen tulee ottaa yhteyttä mahdollisten ongelmien ilmaantuessa. Vuodot voivat olla hyvinkin runsaat raskausmateriaalin poistuessa ja voivat jatkua 2-4 viikkoa niukkoina. (Ulander & Tulppala 2011, viitattu 20.11.2015.)

2.3.3 Kaavinta

Kirurgista kaavinta toimenpidettä edeltävästi potilas saa misoprostolia emättimeen 2-3 tuntia ennen kaavintaa tai edeltävänä iltana otettavaksi suun kautta. Misoprostoli annetaan kaikille seu-

raaville potilasryhmille ennen kaavintaa: <18v, synnyttämättömille, jos raskausviikkoja on enemmän kuin 10 ja jos kohdunsuun laajentamisen arvellaan olevan haastavaa. (HUS 2011, viitattu 15.12.2015.) Antibioottiprofylaksia suositellaan käytettävän kirurgisen kaavinnan yhteydessä. Tällöin toimenpidepäivän aamuna potilaalle annetaan atsitromysiiniä 1g ja metronidatsolia 800mg suun kautta. Toimenpiteen yhteydessä potilaalle annetaan suonensisäisesti doksisykliiniä 200mg ja metronidatsolia 500mg. (Niinimäki 2012, viitattu 14.5.2016.)

Kohtuontelon kaavinta tehdään yleisanestesiassa. Kaavinnassa raskausmateriaali poistetaan mekaanisesti kohtuontelosta käyttäen imu- tai silmukkakyrettiä. Keskenmenon hoito kaavinnalla on turvallinen, nopea ja kerralla toteutettu toimenpide. Kirurgisen hoidon haittoiksi muodostuvat komplikaatiot kaavinnassa, joita ovat kohdunsuun repeämä, verenvuoto ja kohdun puhkeaminen. Myös anestesiaan liittyy riskinsä. (Niinimäki & Heikinheimo 2011, viitattu 20.11.2015.)

2.3.4 Jälkihoito

Keskenmeno jälkitarkastus voidaan tehdä potilaalle 3-6 viikon kuluttua keskenmenosta. Tällä tarkastuksella varmistetaan kohdun tyhjentyminen ja potilaan toipuminen. Jälkitarkastus on lääkärintutkimus, kaikututkimus tai virtsan raskaustesti. Useissa sairaaloissa potilas ohjataan varmistamaan hoidon onnistuminen kotona tehtävällä virtsan raskaustestillä. Hoidon onnistumisesta kertovat kuukauden kuluttua tehty negatiivinen raskaustesti ja potilaan hyvä vointi. Hoidon epäonnistumisesta puolestaan kertovat jo muutamien päivien aikana vaikeutuneet oireet (vuoto, infektio-oireet). Oireiden vaikeutuessa potilaan tulee ottaa yhteyttä hoitavaan yksikköön. Potilaan kanssa on tärkeä keskustella keskenmenon syistä ja keskenmenon aiheuttamista tunteista, lisäksi potilasta tiedotetaan seuraavan raskauden mahdollisuuksista ja ennusteesta. (Niinimäki & Heikinheimo 2011; Tiitinen 2013, viitattu 1.12.2015).

2.4 Eettiset lähtökohdat

Kaikkea potilaiden parissa tehtävää hoitotyötä ohjaavat eettiset periaatteet, joita ovat ihmisarvon kunnioittamisen periaate, hyvän tekemisen ja pahan välttämisen periaate, oikeudenmukaisuuden periaate ja perusteltavuuden periaate. Näistä periaatteista nousevat kättilötyön keskeiset eettiset periaatteet: itsemääräämisoikeus, tasa-arvo, yksilöllisyys, terveyskeskeisyys, vastuullisuus, turvallisuus, jatkuvuus, perhekeskeisyys ja omatoimisuus, jotka ohjaavat kättilöiden työtä. Kättilötyös-

sä hoitajan on huomioitava koko perhe ja perheen yksittäiset jäsenet. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 25, 173-174.)

Hoitotyön eettiset periaatteet korostuvat perheen kohdatessa keskenmenon aiheuttaman kriisin. Hoitohenkilökunnan tulisi ymmärtää perhe ajattelevina ja tuntevina yksilöinä. Jokaiselle keskenmeno ja sen jättämät jäljet ovat yksilölliset. Koska keskenmeno on henkilökohtainen ja arka asia perheelle, vaaditaan hoitohenkilökunnalta rohkeutta puuttua vaikeaan tilanteeseen ja käsitellä menetystä perheen kanssa.

3 KRIISI

Kriisi sana on lähtöisin kreikan kielestä. Se tarkoittaa käännekohtaa, äkillistä pysähtymistä. Ihminen ajautuu kriisiin joutuessaan sopeutumaan erilaisiin elämänvaikeuksiin, joilla voi olla vaikutusta ihmisen kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin. Kriisissä ihminen reagoi siihen, että hän on menettämässä jotain tärkeää tai kokee uhkaa jonkin itselleen tärkeän menettämistä kohtaan. Tapahtuma aiheuttaa ihmisen mielessä sopeutumisreaktion. Kriisissä henkilön aiemmat kokemukset ja keinot eivät riitä ongelman ratkaisuun. Ihmisen psyyke joutuu koville ja hän on omien voimavarojensa äärirajoilla. Yleensä ihmisen omat voimavarat riittävät kriiseistä selviytymiseen, mutta aina näin ei ole ja tällöin ihminen ahdistuu ja kokee epävarmuutta. (Palosaari, 2008, 22–23; Ruishalme ym. 2007, 26–27.)

Kriisit voidaan jakaa elämäkriiseihin, kehityskriiseihin ja traumaattisiin kriiseihin. Elämäkriiseillä tarkoitetaan muutostilanteita ihmissuhteissa, töissä tai asumisessa, esimerkiksi uuden suhteen alkamista tai muuttoa vieraalle paikkakunnalle. Kehityskriisit liittyvät ihmisen normaaliin kasvuun ja kypsymiseen ja sen aiheuttajana voi olla esimerkiksi lapsen syntymä tai muutto pois lapsuuden kodista. Kriisin aiheuttavat tapahtumat voivat siis olla myös positiivisia, mutta jollain tavalla ongelmallisia. Yhteistä näille kahdelle kriisityypille on se, että asiat joihin ihminen joutuu sopeutumaan, harvemmin tulevat täysin yllättäen. Äkilliset eli traumaattiset kriisit taas aiheutuvat yleensä yllättävistä ja rankoista tapahtumista, joihin ihminen ei ole voinut varautua tai vaikuttaa, esimerkiksi läheisen odottamattomasta kuolemasta tai onnettomuuksista. Tilanteen yllätyksellisyys ja voimakkaat tunteet laukaisevat ihmisen biologispohjaiset suojausjärjestelmät. (Suomen punainen risti 2015, viitattu 1.12.2015; Palosaari, 2008, 25.)

3.1 Traumaattisen kriisireaktion vaiheet

Kriisi on prosessi, joka aiheuttaa ihmisessä vaistomaisia mekanismeja. Näillä mekanismeilla ihminen pyrkii selviytymään tilanteesta ja suojaamaan itseään sietämättömän voimakkailta tunteilta. Kriisin eri vaiheet voidaan luokitella sokiksi, reaktiovaiheeksi sekä työskentely- ja käsittelyvaiheeksi. (Palosaari, 2008, 196.)

3.1.1 Sokkivaihe

Vaaran uhatessa niin sanotut korkeimmat aivotoimintamme eivät ole keskeisellä sijalla. Tärkeintä vaaratilanteissa on reagoida fyysisesti tapahtumiin, eli joko paeta, jähmettyä tai taistella. Kriisin alkuvaiheessa, sokissa, psyykkiset puolustusmekanismit aktivoituvat, ihmisen koko keho on keskittynyt toimimaan tarkoituksenmukaisesti. Sokki sulkee pois voimakkaat tunteet. Mieli torjuu tapahtuneen tunnetasolla, koska se ei kykene käsittelemään sitä juuri sillä hetkellä. Ihminen itse ei ymmärrä olevansa sokissa eikä hän tällöin tunne kipua. (Heikkinen-Peltonen ym. 2014, 67; Palosaari, 2008, 44.)

3.1.2 Reaktiovaihe

Kun vaaratilanne on ohi, keho antaa tilaa tunteille. Traumaattisen kriisin reaktiovaiheessa ihminen ymmärtää tapahtuneen ja voimakas tunnetason reagointi alkaa. Ihminen pyrkii työstämään tapahtunutta mielessään. Tunteita voi olla vaikea kontrolloida ja syyllistä tapahtuneeseen saatetaan etsiä muista ihmisistä. Arkipäiväisten rutiinien hoitaminen on reaktiovaiheessa vaikeaa tai jopa mahdotonta. Reaktiovaiheessa traumaan palataan yhä uudestaan. Tapahtumat voivat tunkeutua mieleen muistivälähdyksinä, yksittäisinä kuvina tapahtuneesta. Tässä vaiheessa tärkeintä olisi päästä eteenpäin asian käsittelyssä. Toisinaan ihminen saattaa jäädä jumiin vaikeisiin tunnetiloihin ja tällöin olisi tärkeää hakea ammatillista apua. (Heikkinen-Peltonen ym. 2014, 69; Palosaari, 2008, 65.)

Reaktiovaiheelle yleisiä ovat ns. tulevaisuuden menetyskokemukset. Ihminen kokee, ettei tulevaisuudella ole enää mitään annettavaa ja hän voi masentua ja olla peloissaan. Tunteet voivat liikkua laidasta laitaan ja ne voivat tuntua sietämättömiltä, mutta niillä on tärkeä merkitys tapahtuneen käsittelyssä. (Hammarlund 2004, 99.) Sokki ja reaktiovaihe muodostavat kriisin akuutin vaiheen. Akuutissa vaiheessa avunsaanti on ensisijaisen tärkeää. (Heikkinen-Peltonen ym. 2014, 69.)

3.1.3 Työskentelyvaihe ja uudelleen suuntautuminen

Työskentelyvaiheessa traumasta paraneminen voi alkaa. Tapahtunutta aletaan ymmärtää, eikä sitä yritetä enää kieltää. Tapahtumien ajattelu ei enää tuota jatkuvaa tuskaa, vaikkakin vaikeita

tunteita nousee edelleen aika ajoin pintaan. Työskentelyvaiheessa suurimmassa osassa on suru ja surutyö. Surussa ihminen sopeutuu, luopuu menetetyistä ja tekee samalla tilaa tulevalle. Tapahtunut tulee osaksi elämää ja sen kanssa pystyy elämään. (Heikkinen-Peltonen ym. 2014, 70.)

4 KESKENMENO TRAUMAATTISENA KRIISINÄ

Keskenmeno, perheen kokema menetys, yllättää ihmisen, joka on tottunut hallitsemaan elämänsä. Kun elimistö ei toimi toivotulla ja oletetulla tavalla, toiveet ja oma tahto menettävän merkityksensä. Keskenmeno herättää voimakkaita ja ristiriitaisia tunteita sekä itsesyytöksiä ja erilaisia selitysmalleja. (Ulander & Tulppala 2011, viitattu 2.12.2015.)

Raskauden alkaessa vanhemmille muodostuu mielikuvia syntymättömästä lapsesta (Raussi-Lehto 2015, 389). Keskenmenossa menetetään konkreettisesti lapsi, ja tämä voi vaikeuttaa surun läpikäymistä. Se, kuinka pitkällä raskaus keskenmenohetkellä oli, ei vaikuta surun voimakkuuteen. Aina keskenmenojen lukumäärällikään ei ole merkitystä. (Ulander & Tulppala 2011, viitattu 2.12.2015.)

Perheen aiemmat menetykset, persoonalliset piirteet ja ikä sekä elämänvaiheet vaikuttavat koettuun suruun. Suremisen aika tulee, kun ihminen on valmis kohtaamaan menetyksen ja luopumaan. Sureminen on usein raskas, jopa ylivoimaiselta tuntuva prosessi, jolla on kuitenkin tehtävänsä menetyksestä toipumisessa. Jos ihminen ei käy menetyksen tuomia tunteita läpi, suru pitkittyy ja syrjäin työnnetyt tunteet saattavat ryöpsähtää esiin varoittamatta eri tilanteissa. Menetyksen läpikäymiseen ja surutyöhön vaikuttavat ihmisen omat sisäiset voimavarat sekä ympäriltä saatu tuki ja surun jakaminen. (Raussi-Lehto 2015, 389.) Toipuminen vie jokaiselta oman aikansa ja jokaisen perheenjäsenen suru on erilaista. Elämä saattaa tuntua erilaiselta kriisin läpikäynnin jälkeen, eikä kenties aiemmin itsestään selvinä pitämiään asioita enää pidä itsestäänselvyytenä. Jos taas ihmisen elämä jää pyörimään menetyksen ympärille, on syytä hakea ammattiapua päästäkseen eteenpäin asioiden käsittelyssä. (Ulander & Tulppala 2011, viitattu 2.12.2015; Palosaari, 2008, 66; Ruishalme ym. 2007, 58.)

4.1 Keskenmenosta aiheutuvan kriisin psyykkinen tukeminen

Kriisi-interventiolla tarkoitetaan kriisissä olevan ihmisen tilanteeseen puuttumista ja tukemista sosiaali- ja terveysalan ammattihenkilöiden toimesta. Kriisi-intervention tavoitteena on ihmisen omien voimavarojen palauttaminen ja kriisistä toipumisessa alkuun auttaminen. (Palosaari, 2008, 89; Introspekt oy, viitattu 3.12.2015.)

Kun herää epäily keskenmenosta, naisella ja miehellä voi vielä lääkärin vastaanotolle saapuessa olla toiveita raskauden jatkumisesta ja suuria odotuksia käynnin suhteen. Vaikkei keskenmenon kohdannut perhe vastaanotolla puhuisikaan tunteistaan, ovat tunteet silti olemassa. Perheen luottamuksen syntymisen vuoksi on tärkeää, että keskenmenoon liittyvät tunteet voivat tulla kuuluiksi ja ymmärretyiksi. Puheeksi ottaminen ja tunteiden nimeäminen vähentävät ahdistusta ja itsesyytöksiä. (Ulander & Tulppala 2011, viitattu 2.12.2015.) Ahdistusta voidaan yleensä myös lieventää keskustelemalla keskenmenojen taustatekijöistä, esiintyvyydestä ja tulevien raskauksien ennusteesta. Myös keskenmenon hoitovaihtoehtoon vaikuttaminen lisää naisen ja miehen tyytyväisyyttä hoitoon. (Niinimäki & Heikinheimo 2011, viitattu 2.12.2015.)

4.1.1 Sokkivaiheen tuki

Sokkiin ei yritetä puuttua eikä sitä yritetä poistaa. Läsnäolo ja hiljainen tuki sekä turvallisen olon luominen sokissa olevalle ovat sokkivaiheen tärkeimpiä tukimuotoja. Sanottavan tulee olla selkeää ja kirjallisten oppaiden käyttö on suotavaa. Sokkivaiheessa ihminen tarvitsee tukea myös käytännön asioiden hoitamiseen, esimerkiksi lasten hoidon järjestämisessä tai tapahtuneen ilmoittamisessa työpaikalle. Jos raskaus on jo ehtinyt edetä pitkälle, tulee miettiä, haluavatko vanhemmat nähdä lapsen. Sokkivaiheessa ruumiin näkeminen auttaa konkretisoimaan tapahtuneen. Lisäksi se poistaa vanhemmilta kuvittelun taakan, joka lapsen näkemättä jättämistä saattaisi seurata. Mielikuvat jotka eivät perustu todellisuuteen voivat traumatisoida ja tällaisia traumoja on myöhemmin hyvin vaikea purkaa. (Palosaari, 2008, 92–96.)

4.1.2 Reaktiovaiheen tuki

Jälkipuinti, debriefing on ryhmämuotoinen psykologinen tapahtuma, johon kutsutaan kriisissä mukana olleet ihmiset. Ryhmien vetäjät ovat koulutettuja kriisityöntekijöitä. Jälkipuinti tulisi järjestää mahdollisimman pian tapahtuneen jälkeen, mutta kuitenkin niin, että sokkivaihe on jo ohitettu. (Heikkinen-Peltonen, 2014, 72.)

Ryhmissä käydään läpi tapahtumien kulku ja se miten jokainen tapahtumassa mukana ollut on asiat kokenut, millaisia tunnereaktioita tapahtunut on saanut aikaan ja millaisia oireita tapahtuma on aiheuttanut. Jälkipuinnin tarkoituksena on auttaa mukana olleita muodostamaan tapahtuneesta ehyt ja realistinen kokonaiskuva sekä edistää normaalin surutyön käynnistymistä. Jälkipuinti

voi auttaa ymmärtämään toisten reaktioita tapahtuneeseen ja lisäksi se mahdollistaa tapahtumassa mukana olleiden tuen toinen toisilleen. Ohjaajien tehtävänä on kertoa osallistujille reaktioiden ja kokemusten normaaliudesta sekä mahdollisista tulevista oireista sekä ohjeistaa mm. stressinhallinnassa. (Hammarlund, 2004, 115.)

4.1.3 Työskentely- ja uudelleen suuntautumisvaiheen tuki

Kun kriisin akuuteimmasta vaiheesta on selvitty, ihminen alkaa käsittelemään kriisiä enemmän itsensä sisällä. Myös tällöin voidaan käyttää apuna vertaistukea, esimerkiksi erilaisia ryhmiä ja ryhmätapaamisia. Tarkoitus on saada sosiaalista tukea ja saada lohtua toisten surun samankaltaisuudesta, päästä sellaisten ihmisten seuraan jotka ymmärtävät mitä kokee ja käy läpi. Onnistuneen vertaistuen ehtona katsotaan olevan ryhmien samankaltaisuus menetyksen luonteen, perheaseman ja iän osalta. (Palosaari, 2008, 108–109.)

5 SUOMEN TERVEYDENHUOLTO PALVELUJÄRJESTELMÄ

Valtion tuella toteutetaan sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän perustaa. Julkinen sektori sekä yksityiset yritykset tuottavat palveluita. Suomessa on toiminnassa myös sosiaali- ja terveysjärjestöjen kenttä ja se tuottaa sekä maksullisia että maksuttomia palveluja. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015, viitattu 18.11.2015.) SOSTE Suomen sosiaali- ja terveys ry. aloitti toimintansa 1.1.2012. SOSTE:n tarkoituksena on koota sosiaali- ja terveysalan asiantuntemusta ja vaikuttamistoimintaa yhteen. Se pystyy paremmin sekä laaja-alaisemmin toimimaan sosiaali- ja terveyspoliittisena asiantuntijana ja vaikuttajana. SOSTE pystyy tukemaan kansalaistoiminnan kehittymistä sekä järjestöjen ja muiden tahojen yhteistyötä, mutta myös vahvistamaan sosiaali- ja terveysjärjestöjen toimintaedellytyksiä. (SOSTE 2011, viitattu 18.11.2015.)

Sosiaali -ja terveydenhuollon järjestämisestä vastaavat kunnat. Kunnat voivat tuottaa yksin sosiaali -ja terveydenhuollon palvelut tai tehdä yhteistyötä muiden kuntien kanssa muodostaen kuntayhtymiä. Kunnilla on mahdollista ostaa sosiaali -ja terveyspalveluja muilta kunnilta, järjestöiltä tai yksityisiltä palveluntuottajilta. (Sosiaali -ja terveydenhuollon järjestelmä ja vastuut 2015, viitattu 15.12.2015.)

5.1 Sairaanhoidopiirit ja niiden tehtävät

Sairaanhoidopiirejä on Suomessa 12, Ahvenanmaa mukaan luettuna. Jokainen kunta kuuluu johonkin piiriin. Kunnat muodostavat sairaanhoidopiirit ja niiden tehtävänä on vastata erikoissairaanhoidon järjestämisestä alueellaan. Toimiva kokonaisuus muodostuu, kun sairaanhoidopiirin kuntayhtymät suunnittelevat sekä kehittävät erikoissairaanhoidon niin, että perus- ja erikoissairaanhoidon toimivat saumattomasti yhteen. (Sosiaali -ja terveysministeriö 2015, viitattu 12.12.2015.)

Erikoissairaanhoidolaissa säädetään sairaanhoidopiireistä sekä niiden tehtävistä. Perusterveydenhuollon ei ole tarkoituksenmukaista tuottaa kaikkia palveluja, joten sairaanhoidopiirin kuntayhtymä antaa erikoissairaanhoidon palvelut. Palvelut annetaan yhtenäisin lääketieteellisin ja hammaslääketieteellisin perustein. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015, viitattu 12.12.2015.)

Sairaanhoitopiirit vastaavat

- Kehittämis-, tutkimus –ja koulutustoiminnasta alueellaan
- Tietojärjestelmien yhteensovittamisesta kunnallisella terveydenhuollon alueella
- Lääkinnällisen kuntoutuksen, laboratorio –ja kuvantamispalvelujen ja muiden vastaavien erityispalvelujen kehittämisen laadun valvonnasta ja kehittämisestä kunnallisella terveydenhuollon puolella

(Sosiaali –ja terveysministeriö 2015, viitattu 12.12.2015.)

Kaikki sairaanhoitopiirit kuuluvat johonkin erityisvastuualueeseen (erva) ja valtioneuvoston asetuksella määräytyy mihin erityisvastuualueeseen kuuluu mikäkin sairaanhoitopiiri. Yliopistosairaaloiden erityisvastuualueiden pohjalta jotkut erikoissairaanhoidon palvelut järjestetään yli sairaanhoitopiiri rajojen. (Valtioneuvoston asetus erityistason sairaanhoidon erityisvastuualueista, 812/2012, 9:3. 1§.)

5.2 Luvat ja valvonta

Yhteistyössä kuntien kanssa aluehallintovirastot (AVI) edistävät sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittymistä valtakunnallisia tavoitteita mukaillen sekä ehkäisevän sosiaali- ja terveyspolitiikan toteutumista. Aluehallintovirastojen tehtävänä on valvoa ja ohjata kunnallista sekä yksityistä sosiaali- ja terveydenhuoltoa. Ne valvovat julkisten ja yksityisten palveluiden lainmukaisuutta sekä myöntävät yksityisten sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottajien luvat. Aluehallintovirastot toimivat yhteistyössä sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston Valviran kanssa. Valviran tehtävä on ohjata, valvoa ja hoitaa lupahallintoa sosiaali- ja terveydenhuollossa, ympäristöterveydenhuollossa ja alkoholi hallinnossa. (Sosiaali-ja terveysministeriö 2015, viitattu 18.11.2015.)

5.3 Yksityinen sosiaali –ja terveyspalvelujärjestelmä

Julkisia palveluja täydentävät yksityiset sosiaali –ja terveyspalvelut. Yritykset, säätiöt ja järjestöt voivat toimia yksityisinä palveluntuottajina. Ne voivat myydä palvelujaan kunnille, kuntayhtymille tai suoraan asiakkaille. 2000–luvun aikana yritykset ja järjestöt ovat tehneet jatkuvaa kasvua sosiaali –ja terveyspalvelujen tuottajana. Runsas neljännes sosiaali –ja terveyspalveluista tuotetaan yksityisesti. Yksityisen palvelutuotannon yleisestä ohjauksesta vastaaminen sekä palveluita koskevan lainsäädännön valmistelu kuuluvat sosiaali –ja terveysministeriön tehtäviin. (Sosiaali –ja terveysministeriö 2015, viitattu 12.12.2015.)

Sosiaali -ja terveystalitiikan hallitusohjelmassa ja strategiassa painotetaan, ett4 yksityisten sosiaali -ja terveyspalveluiden on t4ydennett4v4 kuntien tarjoamia palveluita sek4 tarjottava kunnille vaihtoehtoja. Strategian ja hallitusohjelman tavoitteena on my4s, ett4 yksityisten sosiaali -ja terveyspalveluiden lains4ad4nt44 yhdistett44 ja selkeytet44n. Yksityisen ja julkisen sektorin valvonnan yhdist4minen on my4s yhten4 hallitusohjelman painopisteen4. (Yksityiset sosiaali -ja terveyspalvelut 2015, viitattu 15.12.2015.)

6 KESKENMENON HOIDON PALVELUJÄRJESTELMÄ

Keskenmeno voi tapahtua jo hyvin varhaisilla viikoilla, jolloin nainen ei vielä edes tiedä olevansa raskaana. Kuukautiset voivat olla muutaman päivän myöhässä ja verenvuoto runsaampaa sekä kivuliaampaa, jolloin raskausmateriaali poistuu elimistöstä. Näissä tapauksissa hoitoa ei tarvita, eikä naisen tarvitse hakeutua palveluiden piiriin. (HUS 2015, viitattu 12.12.2015.)

Alkuraskauden keskenmenot pyritään hoitamaan virka-aikana poliklinikalla. Runsaasti vuotavien potilaiden tulee hakeutua päivystykseen kuitenkin myös muina aikoina. Toisinaan sikiö on ollut kuolleena jo viikkoja ja kohdun kasvun pysähtyminen antaa ilmi keskenmenon. Keskenmenopotilaita hoidetaan virka-aikana naistentautien päivystyksessä ja Hyks alueella (Helsinki, Vantaa, Espoo, Kauniainen, Kerava, Kirkkonummi) keskenmenopotilaiden hoito on keskitetty Kätilöopiston sairaalaan. (HUS 2015, viitattu 10.12.2015.)

6.1 Päivystys

Raskaana oleva tarvitsee sairaalapäivystykseen hakeutuakseen pääsääntöisesti lääkärin tai terveydenhoitajan lähetteen. HUS:n alueen sairaaloissa on melko yhteneväiset linjaukset siitä, kuinka hoito raskausviikkojen mukaan tapahtuu. Kätilöopiston Naistentautien poliklinikan päivystyksessä hoidetaan alkuraskaudet aina raskausviikolle 21+6 asti. 22+0-31+6 raskaana olevat hoidetaan Naistenklinikalla ja raskausviikon 32 jälkeen Kätilöopistolla, Naistenklinikalla tai Jorvissa, siellä missä synnytys on suunniteltu tapahtuvan. Alkuraskaudessa (rv 22 asti) nainen voi kuitenkin hakeutua naistentautien päivystykseen ilman lääkärin lähetettä jos hänellä ilmenee verenvuotoa emättimestä tai voimakasta alavatsakipua, johon särkylääkkeet eivät auta. (HUS 2015, viitattu 10.12.2015.)

6.2 Lääkkeellisen hoidon ohjelmointi

Potilas voi tehdä kohdun tyhjennyksen kotona yleensä aina raskausviikolle 12+0 asti jos hänellä on aikuista seuraa sekä hän niin itse tahtoo. 10-12 raskausviikoilla lääkäri ja potilas miettivät mikä on hyvä paikka residuan eli tässä tapauksessa raskausmateriaalin poistoon. Tyhjennykseen käytetään misoprostolia (Cytotec 0,2mg x 4tbl), jotka annetaan potilaalle päivystyksessä heti tai hän laittaa ne itse kotona emättimeen/kielen alle. Tarpeellisesta kipulääkityksestä on muistutettava

potilasta ja poliklinikalta he saavatkin mukaan Panacod 1tbl sekä Burana 600mg. Potilaan tai tilanteen niin vaatiessa hoito voidaan aloittaa myös osastolla, jolloin hän siirtyy naistentautien vuodeosastolle. Osastoseurannassa potilaan on mahdollista olla 3-4 tuntia, jonka jälkeen hän pääsee kotiin jos raskausviikkoja on <12. Potilasta neuvotaan olemaan yhteydessä kyseiseen hoitoyksikköön, mikäli vuoto ei ala 2-3 vuorokauden sisällä. Ellei vuoto ole alkanut varataan potilaalle aika kaavintaan tai misoprostoli hoito uusitaan. (HUS 2011, viitattu 15.12.2015.)

6.3 Kaavinnalla hoidettu keskeytynyt keskenmeno

Hyvin varhain keskeytyneissä raskauksissa toimenpiteet ovat yleensä tarpeettomia sikiöpussin ja istukan jo synnyttyä (Ylikorkala ym. 2011, 383). Päivystyksessä todettu keskenmeno ja kohtuun jäänyt residua voidaan poistaa kaavinnalla leikkaussalissa potilaan voinnin mukaan välittömästi tai yleensä suunnitellusti virka-aikaan noin viikon sisällä keskenmenon toteamisesta. Kaavinta tehdään päiväkirurgisena toimenpiteenä ja usein potilas pääsee samana päivänä kotiin. Toisinaan joudutaan jäämään osastolle seurantaan vuodon ollessa esimerkiksi hyvin runsasta. Uusinta kaavintaan päätyy 5% kirurgisesti hoidetuista keskenmenopotilaista. 20–30% lääkkeellisistä keskeytyksistä joutuu kaavintaan runsaan vuodon tai kohdun riittämättömän tyhjenemisen vuoksi. Sairauslomaa kirjoitetaan 1-3 vuorokautta. (HUS 2011, viitattu 15.12.2015; Väestöliitto 2014, viitattu 15.12.2015.)

6.4 Lääkkeellinen keskenmenon hoito II-trimesterin aikana

Keskenmenon sattuessa II -trimesterin aikaan 12+0-24+0 hoidetaan kohdun tyhjennys lääkkeellisesti naistentautien vuodeosastolla. Potilaalle kerrotaan päivän kulku ja ohjelmoidaan jälkitarkastusaika poliklinikalle 4-6vk kuluttua. Osastolla on tarkistettava, ettei lääkkeelliselle keskeytykselle ole vasta-aiheita. Jos taustalla on useampi sektio tulee lääkehoitoa harkita uudestaan ja mahdollinen lääkeannoksen pienentäminen tulee mietittäväksi. (HUS 2011, viitattu 15.12.2015.)

6.5 Seuranta

Keskenmeno voidaan hoitaa myös seurannalla, jolloin potilaalle ohjataan normaalin vuodon ja kivun seuranta sekä kivunhoito tavallisilla kipulääkkeillä. 50-60% kohtu tyhjenee ilman toimenpiteitä muutamassa viikossa. Kaiken mennessä hyvin potilaan ei tarvitse olla enää yhteydessä Kätilöopiston naistentautien poliklinikalle eikä sovittua kontrollikäyntiä tarvita. Tarvittaessa voi-

daan varata kontrolliaika naistentautien poliklinikalle 1-2 viikon päähän ja jos vuoto ei siihen mennessä ole alkanut neuvotaan potilasta saapumaan kontrolliin ravinnotta. Potilaan tulee olla yhteydessä naistentautien poliklinikan päivystykseen, mikäli alavatsakivut voimistuvat, vuoto pitkittyy (> 2vk), vuodosta tulee hyvin runsasta tai potilaalle tulee infektion oireina lämpöilyä tai haisevaa vuotoa. (HUS 2011, viitattu 15.12.2015.)

7 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksemme tarkoituksena on selvittää, millaisia keinoja hoitohenkilökunnalla on keskenmenopotilaan sekä hänen puolisonsa psyykkiseen tukemiseen päivystystilanteessa. Opinnäytetyömme tavoite on tutkitun tiedon avulla kehittää keskenmenopotilaan sekä hänen puolisonsa psyykkistä tukemista. Toivomme antavamme työllämme konkreettista apua sekä toimeksiantajallemme Kätilöopiston naistentautien poliklinikan hoitohenkilökunnalle että muille terveydenhoitoalan ammattilaisille.

Tutkimuskysymykset ovat:

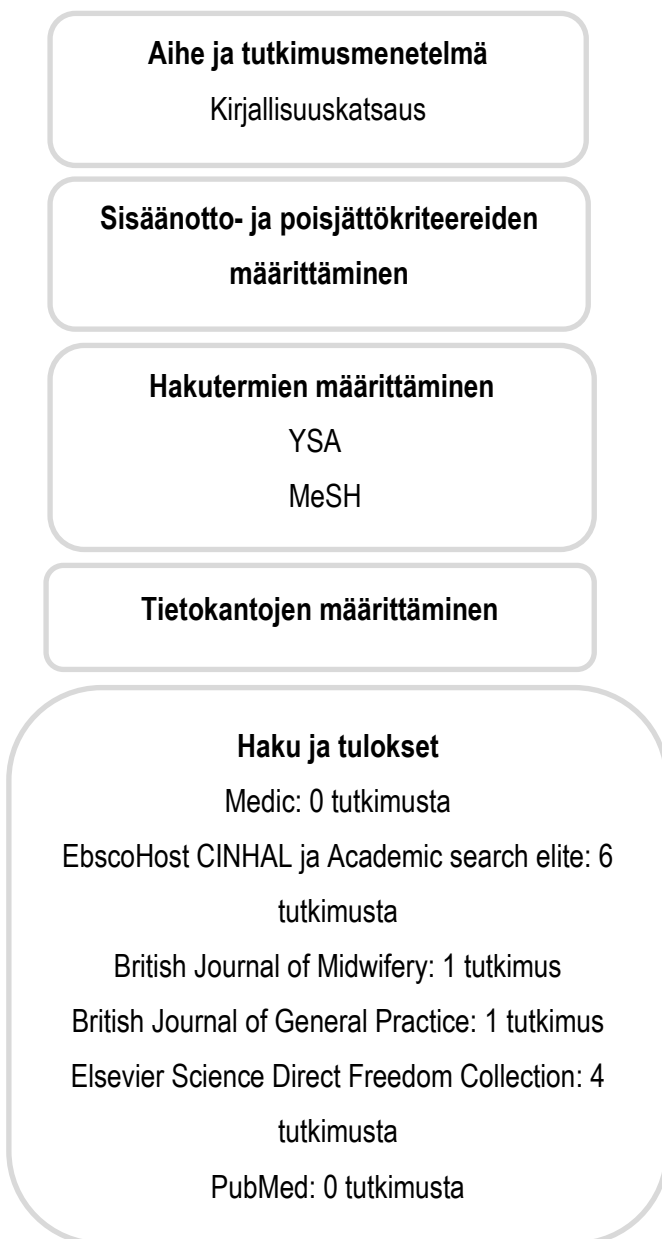
1. Millä tavalla hoitohenkilökunta voi psyykkisesti tukea keskenmenopotilasta ja hänen kumppaniaan?
2. Mitä tulee ottaa huomioon keskenmenopotilaan psyykkisessä tukemisessa päivystystilanteessa?

Näillä kysymyksillä pyrimme selvittämään, mitä ovat näyttöön perustuvat keinot keskenmenopotilaan tukemisessa sekä saamaan vastauksia siihen, millaisia erityisvaatimuksia tilanteen akuuttius mahdollisesti aiheuttaa.

8 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Lähdimme työstämään kirjallisuuskatsaustamme tarkasti suunnitellen seuraavien vaiheiden mukaisesti. Prosessi on havainnollistettu alla ja tämän jälkeen vaiheet on kuvattu yksitellen.

8.1 Opinnäytetyön prosessi



KUVIO 1. Opinnäytetyön prosessi

8.2 Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä

Toteutimme opinnäytetyömme systemaattisena kirjallisuuskatsauksena. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus kokoaa yhteen tehtyjä tutkimuksia ja näiden tutkimusten avulla on mahdollista saada kokonaisvaltainen kuva olemassa olevan tutkimustiedon määrästä. Opinnäytetyömme on kooste tutkimuksista, jotka rajasimme tietyjä kriteerejä käyttäen parhaiten vastaamaan tarpeeseemme ja asettamiimme tutkimuskysymyksiin. (Axelin ym. 2007, 3, 46.)

8.3 Tutkimuksen sisäänotto- ja poisjättökriteerit

Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa tutkimusten sisäänotto- ja ulosjättökriteerit tulee kuvata tarkasti ja niiden tulee olla tutkittavan aiheen kannalta tarkoituksenmukaisia. Jotta hakuprosessia voidaan pitää systemaattisen kirjallisuuskatsauksen prosessin mukaisena ja tieteellisesti pätevänä, tulee hakustrategiat dokumentoida huolellisesti. Tällöin myös jonkun toisen tutkijan on mahdollista toistaa kirjallisuuskatsaus. (Axelin ym. 2007, 50.)

Rajasimme kirjallisuuskatsaukseen valittuja tutkimuksia seuraavien sisäänottokriteerien avulla: tieteelliset tutkimukset, vuosiväli, maksullisuus, raskausviikkojen yhteneväisyys Suomen järjestelmän kanssa, tutkimus kokonaan saatavissa sekä tutkimusten kieli.

Työhömmme valitut alkuperäistutkimukset olivat tieteellisiä tutkimuksia eli Suomessa yliopistojen sekä valtion rahoittamien tutkimuslaitosten tekemiä. Halusimme kirjallisuuskatsaukseen mahdollisimman uutta tietoa, joten päätimme ennalta tutkimusten vuosiväliksi 2000-2016. Käyttämämme tutkimukset olivat myös maksuttomia ja vapaasti saatavissa. Tekemiemme alustavien hakujen perusteella Suomessa aiheesta oli hyvin niukasti tutkittua tietoa, joten päätimme laajentaa hakumme myös esimerkiksi muihin Euroopan maihin. Tällöin otimme huomioon keskenmenon määrittelyn. Määrittely poikkeaa useiden maiden välillä ja päätimmekin ottaa kirjallisuuskatsaukseen mukaan tutkimuksia, joissa keskenmenon määrittely on yhtenäinen Suomen lainsäädännön kanssa. Koska Suomessa aiheesta tehdyt tutkimukset olivat vähissä ja käytimme esimerkiksi Euroopassa tehtyjä tutkimuksia, oli kielenä tutkimuksissamme suomi, ruotsi tai englanti.

8.4 Hakutermien valinta

Työryhmämme ja ammattikorkeakoulumme kirjaston informaatikon avulla etsimme tutkimuskysymyksiimme parhaiten vastaavia hakutermejä. Tutkimuskysymyksemme ovat “Näyttöön perustuvia keinoja miten hoitaja voi psyykkisesti tukea keskenmenopotilasta ja hänen kumppaniaan?” sekä “Mitä tulee ottaa huomioon keskenmenopotilaan psyykkisessä tukemisessa päivystystilanteessa?”. Näistä kysymyksistä hakusanoiksi nousivat keskenmeno, psyykinen tuki, päivystys sekä ensitieto. Päivystyksellä tarkoitetaan yleisesti terveydenhuollon ympärivuorokautisia hoitopalveluita, mutta me tarkoitamme työssämme päivystyksellistä ja akuuttia tilannetta.

Haimme aluksi Fintosta, suomalaisesta asiasanasto- ja ontologiapalvelusta Yleisestä suomalaisesta asiasanasto YSA:sta suomalaisia hakusanoja. YSA ei ehdottanut keskenmenolle ja päivystykselle vastaavaa muuta suomalaista vaihtoehtoa, mutta psyykkiselle tuelle toinen mahdollinen hakutermin oli henkinen tuki. Tutkimme myös Medical Subject Headings eli MeSH:n (lääketieteellinen tesaurus eli jäsennelly asiasanasto) antamia termejä. Keskenmenolle MeSH antoi käsitteen itsestään tapahtuva keskenmeno, psyykkiselle tuelle tai henkiselle tuelle MeSH ei antanut käsitteitä. Keskenmenolle MeSH:n ehdottamat englanninkieliset termit olivat abortion, spontaneous (en), spontaneous abortion (en) sekä miscarriage (en) ja ruotsinkielinen missfall (sv). Henkiselle tuelle MeSH ehdotti englanninkielistä termiä mental support (en) ja ruotsinkieliselle psykiskt stöd (sv). Päivystyksen englanninkielinen termi oli after-hours care (en) ja ruotsinkielinen puolestaan vård efter mottagningstid (sv). Näillä MeSH tarkoitti kuitenkin terveydenhuollon ympärivuorokautisia hoitopalveluita ja me halusimme hakea päivystyksellistä eli akuuttia tilannetta. MeSH:n ehdotus oli tällöin akuuttihoitotyö ja tämän englanninkieliseksi termi emergency nursing (en) tai nursing, emergency (en). Ruotsinkielinen ehdotettu termi oli akutombvårdnad (sv).

Tiivistetysti YSA:n ja MeSH:n ehdottamia termejä, joilla lähdimme sopivia tutkimuksia hakemaan, olivat: keskenmeno, itsestään tapahtuva keskenmeno, psyykinen tuki, henkinen tuki, päivystys ja akuutti tilanne (akuuttihoitotyö). Käytimme näitä hakusanoja yhdistetysti. Käytimme myös vapaasanahakua.

8.5 Haun suorittaminen

Ennen varsinaisten tutkimusten etsimistä, aloitimme tekemällä alustavia hakuja etukäteen suunnittelemlamme sisäänottokriteereillä sekä hakusanoilla. Päädyimme käyttämään kirjallisuuskatsaukseemme sopivien tutkimusten etsimiseen kotimaisista tiedonlähteistä Medic-tietokantaa. Medic:ssä on viitteitä ja kokotekstejä suomalaisista hoitotieteellisistä artikkeleista, kirjoista, väitöskirjoista, opinnäytetöistä ja tutkimuslaitosten raporteista. Kansainvälisistä tiedonlähteistä vaikuttavimmaksi koimme EbscoHost CINAHL tietokannan. CINAHL tarjoaa julkaisuja hoitotyöstä alan ammattilaisille, tutkijoille ja opiskelijoille.

Laajensimme kirjallisuuskatsaukseen sopivia tutkimuksia hakiessamme suunnittelemlamme tietokannoista Medic ja EbscoHost CINAHL muihinkin tietokantoihin saadaksemme kattavasti tutkimuksia.

8.5.1 Kotimaiset tietokannat

Kotimaista Medic tietokantaa käyttäessämme laitoimme tutkimusten vuosiväliksi 2000-2016, haimme koko tekstejä ja kaikilla julkaisukielillä sekä kaikkia julkaisutyyppisiä. Emme kuitenkaan löytäneet Medicistä kirjallisuuskatsaukseemme sopivia tutkimuksia. Haimme hakusanalla Keskenmeno*, jolloin saimme tulokseksi 31 tutkimusta. Hakusanoilla Keskenmeno* AND Psyyk*, tulokseksi sai yhden tutkimusta. Lisätessä hakusanoihin Keskenmeno* AND Psyyk* Tuk*, tuloksia sai kaksi, niiden kuitenkin sopimatta työhömmä. Englannin kielisillä hakusanoilla "Abortion Spontaneus" AND "Mental health" haettaessa ja laitettaessa valikosta englanninkieliset asiasanat (MeSH), saimme tulokseksi yhden tutkimuksen, joka ei vastannut tutkimuksemme asettamiin kysymyksiin.

8.5.2 Kansainväliset tietokannat

Haimme kansainvälisillä tietokannoilla EbscoHost CINAHL sekä Academic search elite -hakukoneilla useilla erilaisilla hakusanoilla. Vuosilukurajoina käytimme vuosia 2000-2016. Rajasimme tekstin Full text.

Haimme hakusanoilla Miscarriage AND Support, jolloin hakutulos oli 235. Näistä valitsimme yhden tutkimuksen kirjallisuuskatsauksemme. Haimme myös Miscarriage AND Support termeillä laittamatta Full text toimintoa, jolloin saimme yhden sopivan tutkimuksen viitteen. Tämä tutkimus löytyi British Journal of Midwifery lehdestä. Haimme myös termeillä Miscarriage AND Anxiety or Depression, jolloin hakutulokseksi saimme 52 tutkimusta, näistä valikoitui työhömme kaksi tutkimusta. Hakusanoilla Miscarriage AND Anxiety or Depression AND Support termeillä hakiessa, saimme tulokseksi 13 tutkimusta, joista yksi valikoitui kirjallisuuskatsauksemme. Hakusanoilla Abortion Spontaneus AND Support hakiessa tulokseksi saatiin 185 tutkimusta, joista kaksi valittiin tutkimuksemme.

ScienceDirect on maailman johtava lähde tieteen, tekniikan ja lääketieteen tutkimuksiin. Haimme Elsevier Science Direct Freedom Collection hakukoneella vuosiväliltä 2006-2016 tutkimuksia hakutermeillä Miscarriage AND Support. Molempiin asetettiin niin, että hakusanan on ilmaannuttava johdannossa, otsikossa tai avainsanoissa. Hakutulokseksi tällä haulla saimme 182 tutkimusta, joista työhömme valikoitui 4 tutkimusta.

British Journal of General Practice on kansainvälinen aikakauslehti, joka julkaisee tutkimuksia, analyyskejä ja kliinisiä ohjeita terveydenhoitoalan ammattilaisille maailmanlaajuisesti. Haimme British Journal of General Practicen Internet sivuilta tutkimuksia hakutermillä Miscarriage ja saimme tulokseksi 215 tutkimusta. Hakuun emme laittaneet vuosiväliä lainkaan. Tuloksissa oli yksi erittäin kattava tutkimus vuodelta 2003, jonka sisältöä hyödynsimme työhömme.

Kansainvälinen tietokanta PubMed sisältää viitteitä useisiin lääketieteellisiin tutkimuksiin sekä hoitosuosituksiin. Haimme myös PubMed hakukoneella ennakkoon valitsemillamme hakusanoilla, mutta emme saaneet yhtään tutkimuskysymyksiimme vastaavaa tulosta.

8.6 Aineiston analyysi

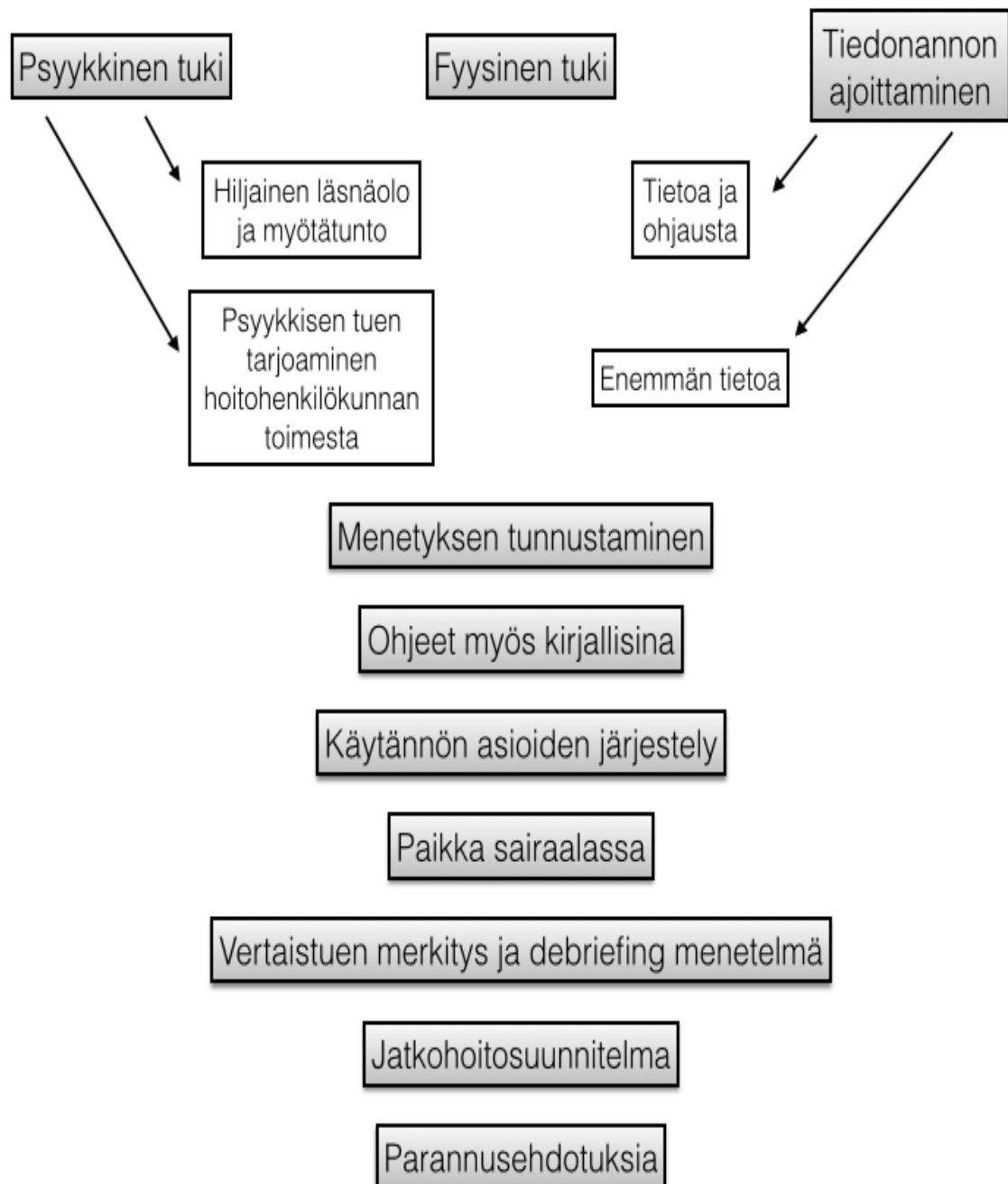
Lähdimme etsimään kirjallisuuskatsauksemme tutkimuksia hyödyntäen eri hakukoneita. Hakukoneet haimme koulun internet sivuilta ja käytimme ainoastaan ilmaisia hakukoneita. Tutkimuksia etsiessämme rajasimme hakua ensin otsikon, tiivistelmän, vuosiluvun ja ilmaisuuden perusteella. Tämän jälkeen teimme ryhmän kesken jakoa ja luimme itsenäisesti töitä ensin silmäillen läpi. Tutkimuksen vaikuttaessa hyvältä luimme koko työn läpi tehden samalla muistiinpanoja ja

näiden pohjalta saimme rungon aihealueillemme. Olimme hahmotelleet ennalta, että työssämme tulee näkyä psyykkiset tuen tarpeet sekä psyykkiset tukemisen muodot. Halusimme työhön myös fyysisiä keinoja emmekä poissulkeneet keinoja, joista voisi työssämme olla hyötyä vaikkemme olleet aihepiiriä tarkoin ennalta suunnitelleetkaan.

KvantiMOTV internet sivustolla *kyselyaineiston dokumentointi ja raportointi* kerrotaan kuinka aineiston valinta tulee perustella tutkimusongelmiin liittyvine rajauksineen. Meillä oli kaksi selkeää tutkimuskysymystä mihin halusimme vastaukset ja näiden perusteella lähdimme miettimään otsikointia ja aihealueita tutkimustuloksillemme. Tutkimuksen perustuessa jo olemassa olevaan aineistoon voi dokumentoinnin hoitaa muista lähteistä löytyvään informaatioon. Tuloksia auki kirjoittaessamme olemme aina uuden tutkimuksen alussa kertoneet lyhyesti missä tutkimus on tehty, kuka sen on tehnyt, minkälaiselle joukolle, tutkimuksen ajankohdan ja sen jälkeen vasta tuloksia. (KvantiMOTV, 2010, kyselyaineiston dokumentointi ja raportointi.)

9 TULOKSET

Olemme koonneet tutkimustulosten aihealueista kaavion (kuvio1), joka johdattelee lukijaa aiheeseen ja antaa suuntaviivat sille miten tuloksemme etenee.



KUVIO 1. Tutkimustulosten aihealueet

Luonto on rakentanut mekanismin, jossa raskaana olevan naisen keho ja mieli viikko viikolta rakentavat sikiöön symbioottista suhdetta. Tämä mekanismi varmistaa vauvan parhaan mahdollisen hoidon ja turvaa keskeneräisenä syntyvän vauvan selviytymisen vauva-ajastaan omatoimiseksi ihmisolennoksi. Keskenmeno katkaisee tämän symbioosin kehittymisen hyvin väkivaltaisella tavalla ja tästä johtuen naisen keho ja mieli eivät toivu hetkessä. Istukkahormonin tuotanto loppuu äkillisesti, raskausoireet loppuvat välittömästi ja mieli yrittää luoda kuvaa tapahtuneesta. Naisella voi olla tunne oman kehon pettämisestä. (Järvi 2007,14.)

Länsimaiselle naiselle oman kehon toimiminen toivomallaan tavalla on luonnollista. Kun kehomme pettää meidät, käännyimme lääkärin puoleen. Ongelmat raskaudessa ovatkin ns. kehon häiriö joihin lääketiedekään ei aina pysty suoria vastauksia antamaan. Tämä tulee monelle naiselle yllätyksenä. (Järvi 2007, 15.)

Christine Moulder on kirjoittanut kirjaansa ”Miscarriage - Women`s experiences and needs” (2001) kokonaan oman kappaleen hyvän hoidon suuntaviivoista keskenmenopotilaiden kohdalla. Kappale toimii hyvänä apuna hoitohenkilökunnalle, joka haluaa parantaa omaa ammattitaitoaan keskenmenopotilaiden kohdalla. Kirjaan on koottu yli 350 keskenmenon kokeneen naisen kokemuksia, joten aineisto on hyvin kattava. (Moulder 2001, 215.)

Moulderin kirjassa esiintyvät suuntaviivat pohjautuvat kahteen peruseriaatteeseen. Ensimmäinen on yksilöitä, joilla on erilaiset tarpeet ja tavat reagoida. Naisen tulee saada hyvää hoitoa ja hänelle tulee mahdollistaa hänen tunteidensa ja tarpeidensa näyttäminen. Toinen peruseriaate on ymmärrys siitä, että keskenmeno on jatkumoa naisen kokemusmaailmalle. Raskausviikot eivät vaikuta siihen, kuinka voimakkaasti nainen kokee menetyksensä. Moni nainen mieltää jo hyvin varhaisilla viikoilla sikiön omaksi vauvakseen ja keskenmenossa vauva, oma lapsi kuolee. Vaikkei raskausviikolla 10 tapahtuva keskenmeno olekaan verrattavissa raskausviikolla 22 tapahtuvaan keskenmenoon, tulisi hoitohenkilökunnan silti hoitaa millä tahansa viikolla keskeytynyttä raskautta merkittävänä tapahtumana. Jokaisen naisen tulisi saada soveliaista hoitoa siitä lähtökohdasta mitä keskenmeno hänelle itselleen merkitsee. (Moulder 2001, 215-216.)

9.1 Psyykkinen tuki

Keskenmenon kokeneet naiset tarvitsevat ympärilleen hyväksyvän ympäristön, missä he voivat paljastaa ja ilmaista tunteitaan. Ympäristön tulee olla myös sellainen, jossa naiset kokevat, että heistä huolehditaan. (Moulder 2001, 216.) Jokainen ihminen kokee keskenmenon eri tavalla. Toinen romahtaa täysin kun taas toinen ottaa asian hyvinkin rationaalisesti. Se kuinka koemme järkytyksen, riippuu henkilökohtaisesta persoonan rakenteestamme. Persoonamme taas muovautuu genetiikkamme ja ympäristömme yhteisvaikutuksesta. Järkytyksen kohtaaminen on myös kulttuurisidonnaista. Esimerkiksi suomalaisille ei ole tavanomaista näyttää tunteitaan ja julkiseen itkuun suhtaudutaan usein hyvin vaivautuneesti. Keskenmenon kokeneen perheen ei tarvitse peitellä itkuaan vaan ympäristön tulee oppia ottamaan suru vastaan. (Järvi 2007, 38-39.)

9.1.1 Hiljainen läsnäolo ja myötätunto

Hiljaisen läsnäolon katsotaan olevan haasteellisinta terveydenhuollon ammattilaisille. Turvallisuudentunteen useimmille potilaille riittäisi luomaan kun joku kertoisi osanottonsa tai edes hetkeksi pysähtyisi kuuntelemaan surun purkausta. Lääkärin tai hoitajan sanomana ”Sinä et voinut tätä aiheuttaa” koetaan luotettavampana kuin esimerkiksi ystävän sanomana. (Järvi 2007, 41-42.)

Ranskassa Toulousen yliopistossa tehdyssä tutkimuksessa ”Support following miscarriage - what women want” (2009) selvitetään keskenmenon kohdanneiden 18-43-vuotiaiden naisten ajatuksia tarvitsemastaan tuesta keskenmenon jälkeen, tuen sisällöstä sekä sopivasta ajankohdasta. Tutkimukseen on osallistunut 305 ranskalaista, belgialaista sekä pieni osa muita kansalaisuuksia. (Séjourné, Callahan & Chabrol 2009, viitattu 28.3.2016.) Tutkimuksen tuloksista selviää keskenmenon kokeneiden naisten korostavan henkisen tuen ja herkkyyden puutetta terveydenhuollon ammattilaisilta. Lisäksi suurin osa keskenmenon saaneista naisista koki, että psyykkiset vaikeudet liittyivät pelkoihin seuraavan raskauden onnistumisesta. (Séjourné ym. viitattu 28.3.2016.)

British Journal of General Practice on julkaissut englantilaisen Lancasterin yliopiston tutkimuksen ”A qualitative investigation into women's experiences after a miscarriage: implications for the primary healthcare team” (2003). Tämän laadullisen tutkimuksen tarkoituksena on tutkia naisten kokemuksia keskenmenon hoidosta ja sitä, kuinka perusterveydenhuollossa huomataan keskenmenosta aiheutuneet psyykkiset ongelmat keskenmenon kokeneilla naisilla. Tutkimukseen osal-

listuneet ovat sekä keskenmenon kokeneita naisia, jotka ovat olleet keskenmenon hoidossa naisten osastolla että hoitotyön ammattilaisia, kuten kätilöitä ja sairaanhoitajia. (Wong, Crawford, Gask & Grinyer 2003, viitattu 7.4.2016.)

Yksi Lancasterin yliopiston tutkimuksen teemoista on keskenmenon normalisoiminen hoitohenkilökunnan toimesta. Tutkimukseen osallistuneista naisista useat kokivat perusterveydenhuollon ammattilaisilta myötätunnon puutetta. Usein keskenmenot nähdään vain lääketieteellisinä ongelmina, mikä helposti vaikuttaa ammattilaisen ja potilaan väliseen kommunikointiin ja voi myös haitata hoitotyön ammattilaisen kykyä eläytyä potilaan tilanteeseen. (Wong ym. 2003, viitattu 7.4.2016). Myös sairaanhoitaja Joanne Robinsonin tekemässä systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa ”Provision of information and support to women who have suffered an early miscarriage”, joka on ilmestynyt British Journal of Midwifery lehdessä 2014, vahvistetaan terveydenhuollon ammattilaisten heikentynyttä kykyä huomioida yksilö. Terveystieteiden ammattilaiset näkevät keskenmenot vain osana jokapäiväistä työtään, eivätkä he osaa samaistua keskenmenon kokeneen naisen asemaan ja kokemusmaailmaan. Robinson puolsi tutkimuksessaan hoitotyöntekijän viestintätaitojen tärkeyttä, sillä hyvillä viestintätaidoilla hoitotyöntekijä pystyy tehokkaasti auttamaan ja ohjaamaan keskenmenon kokenutta naista. (Robinson 2014, viitattu 14.4.2016.)

Naisilla on tutkimuksen mukaan hyvin erilaisia kokemuksia saamastaan keskenmenon hoidosta, ohjauksesta ja tuesta. Hoitojen vaihtelevuuden lisäksi Lancasterin yliopistossa tehdyn tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunnalla ei ole riittäviä taitoja potilaiden hoitoon. (Wong ym. 2003, viitattu 7.4.2016.) Naisella on oikeus saada asiantuntevaa ja huolehtivaa hoitoa. Akuutissa tilanteessa harva pystyy ottamaan tietoa tai pitkiä selityksiä vastaan. Mieheen saattaa jäädä ainoastaan yksi katse, lause tai sana ja näiden ympärille rakentuu laajempi kokemus keskenmenosta. Tämän takia ei ole yhdentekevää kuinka terveydenhuollon henkilökunta naista kohtelee. Kohtelun ympärille nainen rakentaa luottamustaan terveydenhuollon ammattilaisia kohtaan ja sillä on vaikutusta mahdollisen seuraavan raskauden aikana. Naisen elimistö toipuu noin viikossa normaalista keskenmenosta, mutta henkiselle toipumiselle ei voi mittaakaan asettaa. Terveystieteiden henkilökunnan on hyvä pitää mielessä myös, ettei keskenmeno ole pelkästään naista koskettava menetys, vaan isä/puoliso menettää mahdollisuuden tulla vanhemmaksi (Järvi 2007, 44.)

9.1.2 Psyykkisen tuen tarjoaminen hoitohenkilökunnan toimesta

Tutkimuksen ”Conflicting perceptions between health care professionals and patients on the psychological morbidity following miscarriage” aiheena on havaita psyykkistä sairastuvuutta keskenmenojen yhteydessä verraten sitä syntymän jälkeiseen masennukseen. Tutkimuksessa tarkastellaan 3000 vastausta, joista 1519 on raskaana olevien naisten sekä heidän puolisoitensa ja 1269 vastausta on hoitohenkilökunnan. Suurin osa (61,6%) hoitohenkilökunnasta oli sitä mieltä, että keskenmenon, mutta myös synnytyksen jälkeen pitäisi tarjota rutiinista psyykkistä tukea. Vain pieni osa vastanneista hoitohenkilökunnasta ajatteli jo olemassa olevan huolenpidon olevan riittävää. (Kong G, Lok I, Lam P, Yip A and Chung T 2010, viitattu 31.3.2016.)

Keskenmeno vaikuttaa vakavasti naiseen ja siitä syystä olisi hyvä, jos henkisen tuen hoito saisi enemmän huomiota. Psyykkisen tuen tarjoamisen tulisi jakautua kaikkien naisen hoitoon osallistuvien terveysalan ammattilaisten kesken. Olisi myös tärkeää, että perusterveydenhuollosta pääsisi helposti erikoissairaanhoidon jos tarve niin vaatii. Kaikesta huolimatta potilaille on kerrottava, että psyykkistä tukea on saatavilla. (Kong G. ym. 2010, viitattu 31.3.2016.)

Terveydenhuollon ammattilaisten pitäisi kiinnittää enemmän huomiota psyykkiseen sairastavuuteen keskenmenon jälkeen ja tarjota tarkoituksenmukaista hoitoa sekä naiselle että hänen puolisolleen (Kong G. ym 2010, viitattu 31.3.2016.) Keskenmeno aiheuttaa esimerkiksi syyllisyydentunteita. Tällaisilla tunteilla on negatiivinen vaikutus keskenmenon kokeneen naisen henkiseen hyvinvointiin ja ne voivat muodostua jopa psykologiseksi esteeksi avun hakemiselle. (Wong ym. 2003, viitattu 7.4.2016.) Perusterveydenhuolto voi jakaa psyykkisen hoidon tarjoamisessa vastuuta erikoissairaanhoidon kanssa. Tärkeintä on, että apua on helposti saatavilla. Lisätutkimuksia tarvitaan, jotta voidaan osoittaa keskenmenon jälkeen tarjottavan psykologisen tuen vaikutukset (Kong G. ym. 2010, viitattu 31.3.2016.)

Keskenmeno voi olla pariskunnalle ensimmäinen suuri järkytys jonka he elämässään kohtaavat (Järvi 2007, 40-41.) Monet kokevat suurta epäuskoa ja ovat valmistautumattomia kohdatessaan raskaudessaan keskenmenon. Naiset, jotka kokevat keskenmenon ovat joko arvioinnissa ja/tai hoidossa sairaalassa. (Robinson 2014, viitattu 14.4.2016.) He odottavat terveydenhuollon ammattilaisten ymmärtävän surun suuruuden ja järkytyksen. Sairaalan kiireiden takia he kokevat kuitenkin usein jäävänsä yksin ja vaille tietoa siitä, mitä seuraavaksi tulee tapahtumaan. Hoitohenkilökunnalle rutiinitoimenpiteet ovat keskenmenon kohdanneelle loppuelämäksi mieleenpai-

nuva tapahtuma. Hyvät ja pahat sanat hoitajien ja lääkäreiden suusta muistetaan loppuelämän. (Järvi 2007, 40-41).

Keskenmenoon kuuluu sekä fyysisiä että psyykkisiä vaikutuksia ja nämä ovat yhteydessä toisiinsa. Siksi onkin tärkeää huomioida nämä molemmat keskenmenon kokenutta naista tukiessa. (Robinson 2014, viitattu 14.4.2016.)

9.2 Fyysinen tuki

Keskenmeno on fyysisesti epämiellyttävä, mullistava ja hämmentävä kokemus. Nainen on havoittunut, mahdollisesti kauhuissaan, hyvän fyysisen hoidon sekä pikaisen lääketieteellisen huomion ja suojan tarpeessa (Moulder 2001, 216). "Lasta odottaneiden vanhempien kokemuksia keskenmenosta ja saamastaan hoidosta keskenmenon yhteydessä sairaalassa" on Tampereen yliopistossa vuonna 2001 tehty hoitotieteellinen tutkimus joka keskittyy molempien vanhempien keskenmenokokemukseen. Tutkimukseen osallistui 28 haastateltavaa ja kysymykset olivat puoliavoimia. Hoitajan huolenpito ja tuki eivät ilmene niinkään sanallisesti, vaan muita kehon elementtejä hyväksi käyttäen. Huolenpidon ja tuen ilmenemismuotoja voivat olla esimerkiksi myötätunto, koskettaminen, ajan antaminen, voinnin huomioiminen sekä perustarpeista huolehtiminen. (Roto 2001, 72.)

Hoitohenkilökunnalla on keskeinen rooli siinä, kuinka nainen kokee keskenmenonsa. Hoitohenkilökunta antaa tietoa siitä, mitä tapahtui ja mitä tulee tapahtumaan, sekä tiedottaa tulevasta fyysisestä tapahtumasta. Naisia mietityttää usein toimenpiteen fyysinen puoli, mutta he ovat kykenevämpiä kysymään asiasta. Tarkat tiedot toimenpiteestä ja siitä milloin toimenpide tehdään kuten myös tarkka aikataulu voivat tehdä aiemmin tuntemattomasta naiselle hieman hallittavamman tapahtuman. Vaihtoehtoisista hoitovaihtoehdoista tulee keskustella ja kaikki mahdolliset vaihtoehdot tulee esitellä. Puoliso tai ystävä voi olla mukana koko tämän ajan jos nainen niin haluaa. Riittävästä kivunlievityksestä on huolehdittava ja kivunlievityksen vaihtoehdoista juteltava naisen kanssa. Fyysisistä tarpeista tulee huolehtia ja tarjota terveystietoja esimerkiksi ultraäänitutkimuksen jälkeen sekä kertoa missä asiakasvessa sijaitsee. Kielenkäytössä on myös oltava herkkätunteinen ja esimerkiksi sanat `abortti` ja sikiöstä puhuttaessa `palasia` eivät ole hyväksyttäviä. Nainen on tottunut sanoihin `vauva` ja `keskenmeno` ja he toivoisivat muidenkin käyttävän näitä sanoja. (Moulder 2001, 218-219.)

Akuutin surun hoitamiseen lääkkeet eivät ole paras hoitokeino. Keskenmenon kokeneen olisi hyvä hoitaa kehonsa hyvinvointia. Fyysinen hyvä olo auttaa henkisessä toipumisessa. Mieluinen harrastus auttaa rentouttamaan ja elvyttämään elimistöä. Toisen ihmisen kosketus voi auttaa kun tuntuu, että oma keho on mennyt rikki. Usein keskenmenoprosessiin kuuluu viha ja nainen voi säikähtää, kuinka voimakkaana viha hänessä tuntuu. Viha voi kohdistua sairaalan henkilökuntaa kohtaan ja viha voi purkautua jo keskenmenon hoidon aikana. Ammattihenkilökunnan on tiedettävä, että viha ja negatiiviset tunteet kuuluvat asiaan ja esimerkiksi riehuvaa naista ei saa tuomita. Kokematon, kiireinen tai rasittunut hoitaja voi vastata vihaan ärtymällä ja näissä tilanteissa olisi tärkeää, että asia käsiteltäisiin jälkikäteen rauhassa keskustellen. (Järvi 2007, 49-50.)

9.3 Tiedonannon ajoittaminen

Ajoitus on tärkeää keskenmenon hoidossa. Kun keskenmeno on diagnosoitu, naista ei tulisi kiirehtiä joko kaavintaan tai kotiin odottamaan luonnollista tyhjenemistä, jos nainen ei sitä itse halua. Toiset tarvitsevat enemmän aikaa tiedon sulatteluun ja haluavat keskustella eri vaihtoehtoista, kun taas toiset tahtovat kaavinnan siltä istumalta. Ihanteellisinta olisi, jos jokaisen naisen yksilölliset toiveet voitaisiin toteuttaa. (Moulder 2001, 218.) Ranskalaistutkimus osoittaa, että naiset kokevat saavansa tuesta eniten apua itselleen heti keskenmenon jälkeen tai parin päivän päästä keskenmenosta, mutta vähiten apua saadusta tiedosta ja tuesta on juuri ennen toimenpiteitä tai tutkimuksia. Tuki uuden raskauden alkaessa koetaan myös tärkeäksi. (Séjourmé ym. 2009, viitattu 28.3.2016.)

Lancasterin yliopiston tutkimuksestakin nousee esille se tosiasia, että naisten on vaikea sisäistää asioita sairaalassa. Useat tutkimukseen osallistuneet totesivat, että surun ja pettymyksen vuoksi sairaalasta halusi vain nopeasti kotiin, eivätkä kerrotut asiat jääneet tällöin mieleen. Sairaalasta kotiuduttua kysymyksiä olisi ollut. Tiedonannon ajoituksella ja erityisesti naisen ja lääkärin välisen viestinnän ajoituksella oli myös merkittävä vaikutus keskenmenon kohdanneen naisen käsitykseen omasta hoidostaan ja näin myös psyykkiseen hyvinvointiin. (Wong ym. 2003, viitattu 7.4.2016.)

Helinä Roton 2001 tutkimustuloksista käy ilmi, että keskenmeno tiedon saaminen oli suurimmalle osasta tutkittavista suuri järkytys ja vaikein hetki koko keskenmeno prosessissa. Tästä johtuen

tiedonantajan on toimittava asiallisesti ja pystyttävä välittämään myötätuntoa. Odottaminen ennen ultraäänitutkimukseen pääsyä oli tutkittavien mielestä raskasta, sillä he toivoivat raskauden jatkuvan ja pelkäsivät keskenmenon mahdollisuutta. Diagnoosin jälkeen lääkäriellä on oltava aikaa kertoa lääketieteellinen tieto keskenmenosta, jottei potilaalle tulisi tunnetta, ettei häntä huomioida. (Roto 2001, 61-62.)

9.4 Tietoa ja ohjausta

Tiedon ja ohjauksen tarve korostuu keskenmenoissa, sillä keskenmeno tulee vanhemmille yllätyksenä ja he ovat epätietoisia tulevasta. Turvallisuuden kokemukseen vaikuttaa se, miten vanhemmat kokevat saavansa tietoa ja ohjausta. Tiedoksi riittää hoidon etenemisen selvittäminen. Tutkittavat kokevat, että he haluaisivat saada enemmän lääketieteellistä tietoa itse hoitoprosessista. He kokevat toiminnan liian kiireisenä omien kysymysten esittämiselle. (Roto 2001, 67-70.)

Tutkittavat toivovat saavansa tietoa, ohjausta ja avunantoa kysymättä. He haluaisivat tietää keskenmenoon johtaneista syistä enemmän sekä sen vaikutuksesta seuraavaan raskauteen. Tutkittavat kokevat myös olevansa rutiinihoidon kohteena eikä hoitoympäristö tukenut yksilöllistä hoitoa. Perhe taustatekijänä tulisi huomioida hoidon aikana ja naiselta tulisi kysyä hänen perhetilanteestaan. Hoitotoiveina naisilla ovat ajananto, oma tila ja rauha, ohjaus ja avunanto sekä psyykinen huomiointi ja tukeminen. Lisäksi naiset kokevat tarpeellisiksi keskenmenon purkumahdollisuuden, perheen huomioimisen ja tietoa syistä, jotka johtivat keskenmenoon sekä niiden merkityksistä tulevaan raskauteen (Roto 2001, 86-87.)

Kaikki nämä yhdessä vaikuttavat siihen kuinka turvalliseksi nainen hoitonsa kokee. Turvallisuuden vaikuttavat myös naisten tieto hoitoon hakeutumisesta, heidän kokemuksensa hoidon jatkuvuuden tunteesta, hoitoon pääsyn odottamisesta, hoidon sujuvuuden tunteesta, ammattitaitoisen avun saamisesta, huolenpidon ja tuen saamisesta ja tiedon ja ohjauksen saamisesta. Hoitoympäristö ei tukenut yksilöllisyyden tukemista, vaan toimi yksilöllisen huomioimisen esteenä. Tutkittavat kertoivat, että yksityisyyden puute esti heitä suremasta keskenmenoista. Heillä ei ollut omaa rauhaa ja omat tunteet oli hillittävä. Osa tutkimuksessa olleista naisista kertoi, että psyykkistä puolta ei keskenmenon hoidossa huomioitu ollenkaan, heiltä ei kysytty ”mitä keskenmeno heille merkitsi”. (Roto 2001, 73-81.)

9.5 Enemmän tietoa

Suomalaiset tutkimukset osoittavat, että keskenmenopotilaat kokevat saaneensa hyvää lääketieteellistä hoitoa, mutta jääneensä yksin kiireisillä osastoilla ja poliklinikoilla. Potilaalle voi olla vaikeaa ymmärtää miksi hän ei pääse heti kaavinta toimenpiteeseen keskenmenon toteamisen jälkeen. Montaa keskenmenon kohdannutta auttaa tieto siitä, mitä tulee tapahtumaan, miksi hän joutuu odottamaan ja mitä toimenpiteen jälkeen tapahtuu. (Järvi 2007, 41-42.)

Lancasterin yliopiston laadullisesta tutkimuksesta nousee myös vahvasti yhtenä teemana esiin lisätietojen ja erityisten vastausten tarve. Naiset haluavat enemmän tietoa ja täsmällisiä vastauksia kysymyksiinsä. Vaikka kirjallista tietoa on saatavilla, naiset kaipaavat tietoa keskenmenosta ja sen vaikutuksista. Vastausten puutteen kuvataan olevan yksi syy ahdistukseen keskenmenon jälkeen. (Wong ym. 2003, viitattu 7.4.2016.)

Potilaan ahdistusta voi vähentää tieto keskenmenojen esiintyvyydestä, taustatekijöistä sekä tulevien raskauksien yleensä hyvästä ennusteesta. Keskenmenopotilaiden tyytyväisyyttä lisää mahdollisuus vaikuttaa hoitomuodon valintaan. Naiselle on annettava mahdollisuus esittää toiveensa ja hoitavan lääkärin tehtävä on kertoa ratkaisujen haitoista ja eduista. Viime kädessä hoitava lääkäri päättää hoitomuodon. (Niinimäki & Heikinheimo 2011, 70.)

Yhdistyneissä kansakunnissa on toteutettu naisten terveystutkimus, joka on kansainvälisesti edustava katsaus naisten lisääntymishistoriasta. ”Experience of miscarriage in the UK: Qualitative findings from the National Women's Health Study” -tutkimukseen analysoitiin 172 naisten tarkoin kuvaamaa kertomusta. Nämä kertomukset auttavat laadullisen tutkimuksen keinoin ymmärtämään hyvin yksityistä tapahtumaa, keskenmenoa. Osa vastaajista kertoo, miten hoitohenkilökunta yrittää normalisoida heidän kokemuksensa selittämällä kuinka se on ”luonnon tapa hoitaa” asia. Keskenmenoon selityksen saaneilla naisilla on paljon helpompi ymmärtää, ettei syy ollut heidän, sillä he pystyvät ulkoistamaan keskenmenoon johtaneen syyn. (Simmons R, Singh G, Maconochie N, Doyle P, Green J. 2006, viitattu 4.4.2016.)

Keskenmenon kohdanneelle potilaalle tulisikin tarjota asianmukaista tietoa keskenmenon aiheutajasta, jos sellainen tieto on olemassa, ja päätelmä keskenmenosta mahdollisia tulevia hedelmöityksiä ja onnistuneita synnytyksiä varten. Rauhoittelua tarvitaan myös. Naiselle on myös kerrottava mahdollisista fyysisistä oireista joita voi ilmaantua keskenmenon jälkeen. Psykkisistä

oireista on yhtä lailla mainittava. Näitä voivat olla mm. suru, masentuneisuus ja ahdistuneisuus (Lok 2007, viitattu 24.3.2016.) Ranskalaistutkimuksen mukaan naiset kaipaavat etenkin tietoa keskenmenon aiheuttamista psyykkisistä vaikutuksista (Séjourné ym. 2009, viitattu 28.3.2016).

9.6 Menetyksen tunnustaminen

Australialaistutkimuksessa ”The silence was deafening: social and health service support after miscarriage” 9 keskenmenon kokenutta naista kertoo, mikä auttoi heitä selviämään keskenmenosta ja millainen tuki heille oli merkityksellistä. Tutkimukseen osallistuneet naiset ovat kokeneet keskenmenon viimeisen kahden vuoden aikana. Osa naisista on kokenut useampia keskenmenoja, mutta valtaosalle keskenmeno oli ensimmäinen. Naiset ovat iältään 35-42 vuotiaita. Avioliitossa naisista ovat kaikki muut paitsi kaksi. Naisista kuusi on eurooppalaista syntyperää, yksi naisista on aasialainen ja loput kaksi australialaisia. (Rowlands, Lee 2010, viitattu 31.3.2016.)

Australiaistutkimuksen mukaan erittäin tärkeänä pidetään ystävilta, perheiltä ja ammattilaisilta saatua vahvistusta surulle, tunnustusta sille, että naiset todella ovat menettäneet jotain merkityksellistä, mitä oli sallittua surra. Osa tutkimukseen osallistuneista naisista kokivat myös saavansa apua jonkinlaisesta virallisesta tai epävirallisesta muistoseremoniasta. Seremoniastakin nainen kokee saavansa tunnustusta sille tosiasialle, että jotain konkreettista todella oli ja se menetettiin. Samalla menetys saa arvoisensa päätöksen ja naisten on helpompi siirtyä eteenpäin elämässään. Tällainen muistoseremonia saattoi olla tuhkaaminen tai epävirallisempi ja symbolisempi, kuten esimerkiksi hiekan sirottelu mereen menetetyn lapsen muistoksi. (Rowlands, Lee 2010, viitattu 31.3.2016.)

Suomen lainsäädäntö ei katso keskenmenneen sikiön olevan lapsi. Ainoastaan muutamassa sairaalassa Suomessa sikiö tuhkataan yksilöllisesti ja tuhkat haudataan muistolehtoon. Keskenmenoja on niin paljon, joten tässä on mahdollisesti yksi syy siihen miksi sikiöitä kohdellaan kuten mitä tahansa sairaalajätettä. (Järvi 2007, 18-19.)

Useimmiten naiset kokevat, että heidän kokemustaan keskenmenosta vähätellään. Asiat, jotka merkitsevät keskenmenon kohdanneelle ovat, että hoitaja tiedostaisi tapahtuman, ymmärtäisi mitä on tapahtunut ja ymmärtäisi sen vaikutuksen naiseen. Hoitajan tulee kertoa pahoittelunsa, puhua tapahtuneesta sekä kommunikoida keskenmenosta. On hyödyllistä jos naiselle tulee tun-

ne, että hänen kokemustaan sekä hänen että hänen puolisonsa tunteita kunnioitetaan. Keskenmeno tulee pitää arvokkaana soveliaalla tavalla ja se mitä on menetetty, vauva, sikiö, keskenmenotuotteita tai millä nimellä nainen haluaakaan keskenmeno kutsua, tulee käsitellä kunnioituksella. (Moulder 2001, 216.)

Useimmiten lääketiede pystyy antamaan naiselle vastauksen, miksi keskenmeno on tapahtunut. Poikkeavuus raskaudessa tai sikiössä on useimmiten syynä keskenmenolle. Nainen voi kokea keskenmenon henkilökohtaisena epäonnistumisena ja ”luonto hoitaa homman” –puheet tulee jättää keskenmenon kokeneen naisen kanssa keskustellessa pois. Nainen kokee, ettei kyennyt toteuttamaan luonnon hänelle määräämää tehtävää. Tällaiset puheet voivat satuttaa myös isää ja hän voi pohtia oliko hänen siittiöissään jotain vikaa. (Järvi 2007, 20-21.)

9.7 Ohjeet myös kirjallisena

Jokaiselle naiselle tulee antaa kirjalliset keskenmenon hoito-ohjeet. Näissä ohjeissa olisi hyvä olla perussyitä keskenmenoille, ohjeita minkälaisia jälkiseurauksia keskenmeno voi aiheuttaa niin fyysisesti elimistölle kuin psyykkiselle hyvinvoinnille. Lisäksi ohjeet puolison ja perheenjäsenten osallisuudesta, neuvoja milloin seksuaalisen kanssakäymisen voi aloittaa, ohjeet tamponin käytöstä sekä intiimihygieniasta huolehtimisesta koetaan myös tarpeellisiksi. Lähiseudun luotettavista tukiryhmistä tulisi kirjallisessa ohjeessa olla myöskin maininta. Ennen kotiutusta hoitavan sairaalan tulisi huolehtia raskauteen liittyvien tulevien ultraääni- tai lääkäriaikojen perumisesta. Naisista hoitanutta terveydenhoitajaa tulee informoida tilanteesta ja hoitajan tehtävä olisi myös varata jälkipuinti aika kätilölle tai lääkärille. Hoitajan ei tule kysyä tarvitseeko nainen ammattiapua vaan tätä palvelua tarjotaan suoraan. (Moulder 2001, 222.)

Suullinen ja kirjallinen ohjaus keskenmenon hoidosta on tärkeää ja osa tutkittavista kokee, että kirjalliset ohjeet eivät olleet tarpeeksi kattavia. He jäivät kaipaamaan yksityiskohtaisempia kotihoito-ohjeita. Vaikka keskenmenon hoito-ohjeet ovatkin samat kuin keskeytyksen hoidossa, niin tutkittavat kokivat hyvin loukkaavana sen, kun olivat saaneet samat ohjeet keskeyttäjiensä kanssa. Keskenmenossa on menetetty toivottu lapsi. (Roto 2001, 67-70.) Useimmat naiset eivät tiedä keskenmenoista mitään ennen kuin se sattuu omalle kohdalle. Naiselle on helpottavaa saada tietoa keskenmenosta, siitä mitä juuri on tapahtunut, mitä tulee tapahtumaan ja tulla valmistelluksi tulevaan. Naisen on mahdoton yrittää järkeistää tapahtumaa, ellei hän saa kattavaa selitystä sille

mitä hänelle ja hänen vauvalleen on tapahtunut. Naisen halutessa tätä tietoa, se tulisi antaa myös kirjallisena. Ellei vastauksiin voida vastata, on tärkeää myös kertoa se ja antaa tieto siitä, miksi selitystä ei ole tiedossa. Stressaantuneena on vaikea vastaanottaa tietoa, ja kaikki tämä tieto voidaan joutua kertaamaan. Hyvin tärkeää olisi antaa naiselle kaikki tieto myös kirjallisena. (Moulder 2001, 216-217.)

9.8 Käytännön asioiden järjestely

Asioiden käytännön järjestelyt eivät useinkaan keskenmenossa tule ensimmäisenä mieleen, mutta kun puhutaan myöhäisestä keskenmenosta, näitä asioita on mietittävä. Tärkeitä asioita joista hoitohenkilökunnan tulee jutella keskenmenon kohdanneen naisen kanssa ovat esimerkiksi keskenmenon hoidon vaihtoehdot ja niistä selittäminen. On myös tärkeää mainita aikatauluista ja siitä, missä ajassa päätöksiä on tehtävä. Kun keskenmennyt sikiö on jo kasvanut ja vanhemmat haluavat itse järjestää käytännön asiat kuntoon (hautaaminen), tulee henkilökunnan tiedottaa kuinka kauan sikiötä on mahdollista säilyttää sairaalan tiloissa. (Moulder 2001, 220-221.)

9.9 Paikka sairaalassa

Jokaisen sairaalan vastuulla on luoda keskenmenopotilaalle huolehtiva ympäristö. Naiset tuntevat olonsa hyvin hoidetuksi, kun he eivät joudu raskaana olevien naisten, raskaudenkeskeytyspotilaiden ja vastasyntyneiden kanssa läheiseen tekemiseen. (Moulder 2001, 219.)

Ruotsalaisessa tutkimuksessa ”A Swedish study of midwives’ and nurses’ experiences when women are diagnosed with a missed miscarriage during a routine ultrasound scan”, selvitetään kättilöiden ja hoitajien kokemuksia keskenmenon toteamisesta kesken rutiiniultraäänitutkimuksen. Ultraäänihoitajan tehtävänä on keskenmenon toteamisen jälkeen istua potilaan seurana ja antaa hänen vain itkeä. Tutkimuskohteeksi valikoituneessa rakennuksessa oli huone mihin potilaat saattoivat mennä ultraäänitutkimuksen jälkeen. Kättilöt ja lääkärit selittivät diagnoosin ja pareille annettiin suullista sekä kirjallista tietoa. Huone antoi naiselle mahdollisuuden käsitellä juuri saatua tietoa rauhassa puolisonsa tai perheensä kesken. Huoneessa perhe saattoi myös rauhassa miettiä hoitohenkilökunnalle esitettäviä kysymyksiä. Vasta kun keskenmenon kohdannut perhe oli valmis, he poistuivat sairaalasta mukanaan kättilön puhelinnumero, mikäli he kokisivat vielä tarvetta ottaa yhteyttä. (Jansson C. & Adolfsson A. 2010, viitattu 31.3.2016.)

Keskenmenon tapahtuessa poliklinikalla esimerkiksi ultraäänitutkimuksen yhteydessä, tulee naiselta kysyä haluaako hän nähdä, mitä he ovat menettäneet. Toiset naiset haluavat nähdä, toiset kuulla ja osa ei halua tietää yhtään mitään. Nainen ei juuri tiedon vastaanotettuaan ehkä halua tietää mitään keskenmenoon liittyen, ja siksi olisikin tärkeää kirjata tarkasti ylös keskenmenoon liittyvät asiat mahdollista myöhempää ajankohtaa varten. Näitä ovat esimerkiksi keskenmenoon johtaneet syyt sekä sikiön sukupuoli. (Moulder 2001, 220.)

9.10 Vertaistuen merkitys ja debriefing menetelmä

Voimakkaimmin tutkimuksessa nousee esiin toisilta keskenmenon kokeneilta naisilta saadun vertaistuen merkitys (Rowlands, Lee 2010, viitattu 31.3.2016). Hoitohenkilökunta kehotti naisia itkemään, puhumaan toisille ja kertomaan perheelle/ystävälle keskenmenosta ja ilosta joka muuttikin suruksi. Kätilöiden on oltava selvillä naisen tukiverkoista kotiooloissa. Jos hoitohenkilökunta huomasi siinä puutoksia, kätilö suositteli tukiverkostoja riittävän tuen takaamiseksi. On tärkeää ymmärtää, kuinka nainen ja hänen puolisonsa selviävät tilanteestaan ja käsittelevät asiat, sillä he tarvitsevat kokonaisvaltaista tukea ja seurantaa. Hoitohenkilökunta on keskeisessä roolissa lievittäessään keskenmenon kokemuksen tunnetta. Lääketieteellistä selitystä tapahtuneelle on tarjottava useaan otteeseen, sillä shokkivaiheessa tietoa ei epäilemättä sisäistetä. (Jansson C. ym. 2010, viitattu 31.3.2016.)

Ranskalaistutkimuksessa naiset ehdottavat keskenmenosta selviämisen tueksi ryhmäkeskustelua ja debriefingiä keskenmenon jälkeen. Tällöin nainen saa syyn käydä läpi vaikeimpia ajatuksia kokemastaan keskenmenosta, kuten psyykkisestä ahdistuksesta, peloista liittyen seuraavaan raskauteen, palaamisesta normaaliin elämään ja suhteista läheisiin. Myös perusteelliset keskustelut lääkärin kanssa ja mahdollisuus ottaa yhteyttä terveydenhuoltoon milloin tahansa nähdään helpottavan keskenmenosta selviytymistä. Tutkimuksesta nousevat esiin erityisenä ryhmänä he, joiden keskenmenon hoitona käytetään seurantaa. He kokevat enemmän kipuja, ahdistusta vuodoista ja pelkoja palata normaaliin elämään keskenmenon jälkeen. Toinen erityisryhmä ovat he, jotka ovat kokeneet useampia keskenmenoja. (Séjourné ym. 2009, viitattu 28.3.2016.)

Mies on voinut olla koko naisen raskauden ajan sivusta seuraaja mutta keskenmenon sattuessa myös hän on tapahtumien keskipisteenä. Miehen suru ilmenee hyvin fyysisenä tuntemuksena

esimerkiksi päänsärkynä ja hartioiden kiputiloina. Useimmiten miehet sanovat, että haluavat säästää puolisoaan, joten ulkopuoliselle olisi helpompaa puhua tapahtuneesta. Kuitenkin isät toteavat, etteivät ole kaivanneet kriisiapua tai muun psyykkisen ammattiavun tarvetta. Puhumaton suru voi kertyä miehen sisään ja kehittyä traumaperäiseksi stressihäiriöksi. (Järvi 2007, 64, 67-68.)

Ruotsalaisessa tutkimuksessa, jossa keskenmeno todettiin kesken ultraäänen, kätilöt ja hoitajat kokivat, että naisilla oli ennakkoaavistus, ettei kaikki ollut kunnossa heidän raskautensa. Naiset tarvitsivat vahvistuksen heidän ennakkoaavitukselleen, jotta diagnoosi varmistuisi mahdollisimman pian. Kätilöt antavat tukea ja osoittavat empatiaa heti kun diagnoosi selviää. Molemmat sekä keskenmenon kokenut nainen, että hänen puolisonsa tarvitsevat yksilöllistä pitkäkestoista tukea ja seurantaa kätilön toimesta. (Jansson C. ym. 2010, viitattu 31.3.2016.)

9.11 Jatkohoitosuunnitelma

Vuonna 2003 British Journal of General Practice julkaisemassa englantilaisen Lancasterin yliopiston tutkimuksesta nousee esille seitsemän teemaa, jotka sekä naisten että hoitotyöntekijöiden mielestä kaipaavat parannusta keskenmenopotilaan hoidossa ja psyykkisen hyvinvoinnin takamisessa. Ensimmäinen on tarve ja pyrkimys virallisiin jatkohoitosuunnitelmiin. Jos potilaalla sairaalassa ollessa ilmaantuu muitakin tarpeita keskenmenon hoidon lisäksi, näihin tarpeisiin vastattaisiin. Fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia tarpeita ei kartoitettu riittävästi. Lisäksi naiset pitävät sairaalasta kotiutuessa jatkohoitosuunnitelmia etusijalla. (Wong ym. viitattu 7.4.2016). Keskenmenon hoitamisessa potilas usein joutuu tekemisiin useamman hoito-organisaation kanssa. Paras tilanne olisi, jos heti keskenmenon todetessaan hoitaja voisi varata ajan mahdolliseen kaavintaan tai ohjelmoida lääkkeellisen hoidon. (Roto 2001, 63.)

9.12 Parannusehdotuksia

Seitsemäntenä teemana Lancasterin yliopiston tutkimuksessa esiteltiin parannusehdotuksia. Naiset kertovat parannusehdotuksia keskenmenon jälkeiseen avohoitoon. Heidän mielestään on tärkeää saada ja tuntea joku hoitotyöntekijä ikään kuin naisen omana hoitajana keskenmenon jälkeen. Tähän hoitajaan voi luoda luottamuksellisen ja vakiintuneen suhteen. Hänen kanssaan pystyy keskustelemaan ja häneltä saa tarvittaessa neuvoja. Tällöin jatkohoito on taattu ja naisen

terveydentilaa seurataan. Yhdessä ehdotusmallissa naisen terveydentila ja erityisesti psyykinen hyvinvointi tarkastetaan terveydenhoitajan toimesta 6-8 viikon kuluttua keskenmenosta. (Wong ym. 2003, viitattu 7.4.2016).

Gynekologisella poliklinikalla ja kahdella gynekologisella osastolla Wales:ssa (UK) tutkittiin johtamista sekä hoitoa naisen kohdattua keskenmeno sairaalassa. "Early miscarriage as 'matter out of place': "An ethnographic study of nursing practice in a hospital gynaecological unit" -tutkimus yksikön kulttuurista ja antropologia teorioiden käytöstä tarjoaa joitakin päätelmiä hoitotyöhön. Ensinnäkin hoitajien tulee jatkaa työtään ymmärtääkseen naisten käsitystä sikiöstä, joka saattaa aikaisissa keskenmenoissa olla hyvinkin epävarmaa ja epäselvää. Toiseksi hoitotyön kirjallisuuden painopisteenä on ollut naisen tunteista huolehtiminen keskenmenon jälkeen, jonka seurauksena fyysiseen kehoon painottavaa kirjallisuutta on laiminlyöty. Tästä johtuen sikiön poistaminen, kuukautiset ja saastainen olo ovat harvoin esillä kirjallisuudessa. Tutkimuksessa saattoi havaita, että se on hyvin tärkeä osa sekä potilaiden että hoitajien kokemuksia. Ei ole tavallista jutella varestä, hyytymistä ja sikiön osista. Tämän tuloksena tämä osa naisten kokemuksesta pysyy yksityisenä ja näinollen nainen jää asian kanssa hyvin yksin. Keskenmenojen hoitamisessa tulisi kiinnittää huomio myös fyysiseen kehoon eikä keskittyä ainoastaan psyykkisestä puolesta huolehtimiseen. (Murphy F. & Philpin S. 2009, viitattu 1.4.2016.)

10 YHTEENVETO TULOKSISTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

10.1 Yhteenveto

Olemme koonneet lopuksi yhteenvedon tutkimustemme tuloksista. Tässä yhteenvedossa emme tee enää viittauksia käyttämiimme tutkimuksiin, vaan käsittelemme aiheen yleisellä tasolla. Poimimme mielestämme tärkeimmät asiat loppuyhteenvedon muodossa. Tässä tulokset ovat tiivistettyssä ja helposti luettavassa muodossa.

10.1.1 Psyykkisen tuen tarve

Jokainen nainen on yksilö ja jokaisella naisella on oma tapansa reagoida elämässään tapahtuviin asioihin. Keskenmenon sattuessa naisen elämänpolulle, reagointi siihen on hyvin yksilöllistä. Tutkimustuloksistamme voi tehdä yleisen katsauksen ja todeta, että jokainen nainen tarvitsee jollakin tasolla tukea keskenmenon käsittelyyn. Ymmärrys siitä, että keskenmeno on tapahtuma, joka on jatkumoa naisen kokemusmaailmassa, on tärkeää. Emme voi sanoa kuinka keskenmenoon tulisi reagoida, vaan voimme tukea parhaan tietämyksemme ja ymmärryksemme mukaan. Keskenmenoa tulee hoitaa aina niin kuin se olisi merkittävä tapahtuma tämän tapahtuman kokijalle.

Useassa tutkimuksessamme käy ilmi, kuinka naiset kokevat olevansa ainoastaan hoitotoimenpiteiden, joka hoidetaan pois alta. Hoitohenkilökunnan koetaan olevan kykenemätön huomioimaan yksilölliset tarpeet ja kiire sanelee liikaa. Naiset kokevat olevansa hoitohenkilökunnalle vain osa heidän jokapäiväistä työtään. Tutkimuksista nousee esiin puutteita liian vähäisestä kartoituksesta naisen elämästä. Hoitajan tulisi kartoittaa psyykkisen puolen lisäksi naisen fyysinen ja sosiaalinen elämäntilanne. Kun naisella ilmaantuu muitakin tarpeita kuin keskenmenon hoito, tulisi näihin tarpeisiin vastata ja osata ohjata oikean avun piiriin. Jatkohoitosuunnitelman tulee olla selkeä ja tarpeeksi kattava. Naisen ei tulisi joutua toimimaan usean organisaation kanssa, vaan hoidon tulisi tapahtua tutuissa paikoissa. Hoitajan tehtävä on varata ajat keskenmenon hoidon toteutukselle.

10.1.2 Psyykkisen tukemisen muodot

Keskenmenon kohdannut nainen haluaisi, että terveydenhuollon ammattilaiset ymmärtäisivät heidän surunsa suuruuden ja järkytyksen. He muistavat tapahtuman loppuelämän. Tieto edes siitä, mitä seuraavaksi tulee tapahtumaan, olisi kullan arvoista tietoa. Terveydenhuollon ammattilaisille rutiinotoimenpide on loppuelämäksi mieleenpainuva tapahtuma naiselle ja mahdollisesti myös hänen puolisolleen. Naisen ei tarvitse peitellä itkuaan tai tunteitaan, vaan ympäristön on opeteltava ottamaan suru vastaan. Keskenmenon hoidossa olisi tärkeää, että psyykkinen hoito jakautuisi jokaisen terveydenhuollon ammattilaisen kesken. Jokaisella olisi velvollisuus tarjota apua ja tiedottaa tuen saamisesta. Perusterveydenhuollon tulisi tehdä yhteistyötä erikoissairaanhoidon kanssa, jotta hoito olisi saumatonta.

10.1.3 Vierellä oleminen ja kuuntelu

Hiljainen vierellä oleminen ja kuuntelu usein riittävät tuomaan turvallisuuden tunteen keskenmenon kohdanneelle naiselle. Hoitajat saavat näyttää tunteensa kunhan hoitaja – potilas –suhde säilyy ennallaan. On mahdollista, että naiselle ei jää poliklinikkakäynnistä mitään muuta mieleen kuin yhden hoitajan katse tai yksi sana. Tästä johtuen hienotunteisuus sekä tahdikkaus hoitotyössä ovat tärkeitä. Nainen rakentaa luottamuksen terveydenhuollon ammattilaisia kohtaan näistä pienistä eleistä ja saamastaan kohtelusta. Helinä Roton tutkimuksessa naiset toivovat yksityisyyttä ja kokevat, että hoitoympäristö ei tue yksilöllistä hoitoa. Hoitoympäristö estää heitä suremasta ja heidän on hillittävä tunteensa. Ruotsalaisessa tutkimuksessa, jossa tutkitaan keskenmenon huomaamista kesken ultraäänitutkimuksen, on naiselle ja hänen puolisolleen/perheelleen oma huone, johon he pystyvät heti diagnoosin jälkeen menemään. Tämä mahdollistaa naiselle rauhan miettiä kysymyksiä hoitohenkilökunnalle yhdessä puolisonsa tai tukihenkilön kanssa. Poistuesaan sairaalasta naisella on oltava yhteystiedot, johon hän voi tarvittaessa olla yhteydessä.

10.1.4 Poliklinikalla annettava tuki

Keskenmeno diagnoosin saadessaan naisten voi olla vaikea sisäistää asioita sairaalassa. Surun ja epäuskon tunteet ovat niin voimakkaat, että sairaalasta halutaan vain nopeasti kotiin. Sairaalaikäynnillä korostuu lääkärin ja potilaan välinen vuorovaikutus sekä ajoitus milloin ja mitä asioita kerrotaan. Paras tilanne olisi jos naisen toiveet voitaisiin toteuttaa niin pitkälle hänen toiveidensa

mukaan kuin mahdollista, tämän on tutkittu lisäävän naisten tyytyväisyyttä saamaansa hoitoa kohtaan. Heti tai pari päivää keskenmeno diagnoosin jälkeen naiset kokevat saavansa eniten irti saamastaan tuesta kun taas vastavuoroisesti vähiten juuri ennen toimenpiteitä tai tutkimuksia.

Hoitajan tulisi poliklinikalla selvittää naisen tukiverkostot. Ellei hoitaja koe naisella olevan riittävää tukea kotona, olisi tärkeää, että naiselle suositeltaisiin hyviä tukiverkostoja, joista he saisivat vertaistukea. Tutkimuksista selviää, että vertaistuen merkitys on suuri juurikin toisilta keskenmenon kokeneilta ihmisiltä. Ryhmäkeskustelun järjestämisen katsotaan olevan myös psyykkiselle hyvinvoinnille hyväksi ja naiset kokevat sen tärkeänä. Puolison ollessa mukana, tulee hänen ajatuksiinsa kysellä myös. Puhuminen asioista avoimesti on ensiarvoisen tärkeää.

10.1.5 Tiedottaminen

Raskaimmaksi koetaan tilanne jossa tieto keskenmenosta saadaan ja se kuinka tieto naiselle kerrotaan, on oleellista. Tiedonantajan on toimittava asiallisesti ja pystyttävä välittämään myötätuntoa. Tiedon tulee olla sekä kirjallista että suullista. Joissakin tutkimuksissa ilmeni, että naiset olisivat toivoneet täsmällisempää tietoa keskenmenosta, esiintyvyydestä, taustatekijöistä sekä tulevien raskauksien ennusteesta. Ellei naiselle ole mahdollista antaa selviä vastauksia, voi ahdistus entisestään kasvaa. On myös helpompi ymmärtää, ettei keskenmeno ollut heidän vikansa jos keskenmenolle on olemassa selkeä syy. Tämä tieto ei kuitenkaan ole läheskään aina saatavilla.

Turhaa odotuttamista ennen tutkimukseen pääsyä tulee välttää ja lääkäriillä tulee olla aikaa kertoa lääketieteellinen tieto keskenmenosta. Tutkimuksistamme käy ilmi, että naiset kokevat yksin jäämisen tunnetta poliklinikoilla. Tähän yksin jäämisen tunteeseen auttaa tieto siitä, mitä seuraavaksi tulee tapahtumaan, miksi hän joutuu odottamaan ja mitä toimenpiteen jälkeen tulee tapahtumaan. Naiselle rakentuu turvallisuudentunne useasta eri osa-alueesta hoidon myötä, esimerkiksi kuinka ammattitaitoista apua hän saa sekä informoidaanko häntä riittävästi. Keskenmenon hoidon kirjaaminen hyvin tarkasti on oleellista. Ellei nainen halua sokkivaiheessa tietää sikiöstä mitään tiedot on hyvä olla ylhäällä myöhäisempää tarkastelua varten.

Hoitajan tarjoaman tuen ei tulisi ilmetä niinkään verbaalisessa muodossa. Huolenpidon ja tuen muotoja ovat myötätunto, koskettaminen, ajan antaminen, voinnin huomioiminen ja perustarpeis-

ta huolehtiminen. Tarpeeksi kattava tiedon antaminen on oleellista ja naiselta kysyminen; miten hän toivoo asioiden nyt etenevän ja kuinka voimme häntä auttaa. Hoitohenkilökunnan on toimittava johdonmukaisesti ja ymmärrettävä naisen reaktiot. Kuten Ulla Järvi sanoo kirjassaan *Syntymättömät*, keskenmenon kokeneen perheen ei tarvitse peitellä itkuaan, vaan ympäristön tulee oppia ottamaan suru vastaan.

10.2 Johtopäätökset

Opinnäytetyömme tutkimustuloksista voidaan nähdä, että hoitohenkilökunnalla on useita psyykkisen tukemisen keinoja keskenmenopotilaan sekä hänen puolisonsa auttamiseksi silloin, kun nais-tautien poliklinikalla on todettu keskenmeno. Hoitajien tietoutta keskenmenopotilaan tarpeiden huomioimisesta ja konkreettisista auttamiskeinoista tulisi lisätä. Hoitajien tulisi ymmärtää keskenmenon olevan kokijalleen merkityksellinen tapahtuma. Tähän ymmärrystä voisi tuoda ajatus ikään kuin toisen asemaan asettumisesta. Tällä lisättäisiin empatiakykyä ja läsnäoloa. Tämä vaikuttaisi parantavasti myös naisten kokemukseen siitä, että he jäävät kiireisillä osastoilla yksin ja ovat vain osa hoitajien työtä.

Keskenmenopotilaan psyykkisen tukemisen taitoja voitaisiin opetella koulussa jo ammattiin opiskellessa. Koulussa tehtävillä harjoituksilla ja opintojenaikaisissa harjoitteluissa voitaisiin kiinnittää tähän huomiota. Jo työssä olevalle hoitohenkilökunnalle voitaisiin antaa lisätietoa järjestämällä lisäkoulutusta ja ohjata näin huomioimaan keskenmenopotilaan sekä hänen puolisonsa tarpeita.

11 POHDINTA

Opinnäytetyötä tehdessämme olemme oppineet muun muassa tutkimusten eettisestä tarkastelusta. Lisäksi olemme saaneet ammatillista osaamista niin potilaan psyykkisen tuen huomioimisesta ja tukemisesta, kuin useista muista ammattiin liittyvistä asioista, kuten esimerkiksi yhteistyötaidoista.

11.1 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa lukijan on luotettava kirjallisuuskatsauksen tekijöiden asiantuntijuuteen tutkimusten valinnoissa ja käsittelyssä (Johansson K. ym. 2007, viitattu 28.4.2016). Perehdyimmekin huolella aluksi systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen tutkimusmenetelmänä. Menetelmä oli meille ennestään tuntematon.

Teimme työmme systemaattisesti alkuun päätettyjä kriteereitä noudattaen eli etsimme työhömmme alkuun määrättyjen sisäänotto- ja poisjättökriteereiden mukaan sopiva tutkimuksia. Otimme kirjallisuuskatsaukseemme tutkimuksia, jotka vastasivat määrittelemiimme tutkimuskysymyksiin. Tulokset keräsimme näistä tutkimuksista tehden aluksi päärungon tuloksista, jonka jälkeen laitoimme tulokset otsikoitujen alakohtien alle. Kirjasimme tuloksemme huolellisesti, mutta mahdollisimman kattavasti. Huomioimme luotettavuuden ja eettisen työskentelyn sekä arvioimme omaa ja ryhmämme työskentelyä koko prosessin ajan. Lisäksi pyrimme kirjaamaan tulokset mahdollisimman huolellisesti.

Kirjallisuuskatsauksen luotettavuuteen liittyen toimimme koko ajan työtä tehdessämme tutkimuseettisten periaatteiden mukaan. Tutkimuseettinen neuvottelukunta kuvaa tutkimuseettikan tarkoitavan eettisesti vastuullisten ja oikeiden työskentelytapojen noudattamista ja niiden edistämistä. Lisäksi tieteeseen kohdistuvat epärehellisyydet ja loukkaukset tunnistetaan ja torjutaan kaikilla tieteenaloilla. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, viitattu 28.4.2016.) Tähän liittyen olimme erittäin tarkkoja sopivien tutkimusten valitsemisessa, tulosten arvioinnissa sekä niiden esittämisessä. Annoimme tutkimuksen tekijöille heille kuuluvan kunnian kirjaamalla tarkasti alkuperäisen tutkimuksen kirjoittajan opinnäytetyöhömmme. (Kuula 2011, 34.)

11.2 Ammatillinen kasvumme

Opinnäytetyön tekemisen tarkoitus on opiskelijoille alan ammattiopintoihin liittyvien käytännön asiantuntijatehtävien tietojen ja tehtävien kehittäminen ja osoittaminen (Koivunen 2016, viitattu 28.4.2016). Opinnäytetyön aluksi tämä tuntui epätodelliselta lauseelta. Mutta työn lähennellessä loppua, lauseen sanoma konkretisoitui meille.

Tietoperustaa työstäessämme opimme paljon teoretietoa ammattialaamme liittyen. Tietoperustassa käsitelimme psyykkistä tukea, joka on tämän päivän tärkeä ja yleinen aihe. Lisäksi otimme katsauksen keskenmenon palvelujärjestelmästä sekä siihen liittyen johdantona yleisestä palvelujärjestelmästä.

Suunnitelmassa saimme uutta osaamista tutkimuksen eri vaiheista ja kirjallisuuskatsauksesta menetelmänä. Opimme myös yleisesti eettisestä työskentelystä ja tutkimusten tarkastelusta. Eri-laisiin tietokantoihin tutustuessa ja niitä työssämme hyödyntäessä saimme valtavasti osaamista tutkitun, uusimman tiedon hausta. Jouduimme myös kääntämään useita tutkimuksia englannin kielestä suomeksi, mikä lisäsi ammattisanastoamme englanniksi.

Tulevaisuuden työelämään siirtymiseen liittyen tutkimuksia tarkastellessa ja keskenmenon kokeiden naisten ja heidän läheistensä ajatuksia lukiessa, opimme ymmärtämään enemmän. Läs-näololla, ymmärryksellä ja hetkeksi pysähtymisellä on suuri merkitys. Tätä voimme hyödyntää kaikessa kiireisessä työssämme tulevaisuudessa.

Terveystieteiden ja tulevaisuuden työelämässä yhteistyötaidot ovat tärkeitä. Olimme toisillemme ennestään tuntemattomia opiskelijoita ja silti saimme hyvällä yhteishengellä sovittua opinnäytetyöhömmä liittyvistä asioista. Olimme prosessin aikana jokainen eri puolilla Suomea harjoittelussa, mutta pystyimme jakamaan työnteon. Koemme tämän kasvattaneen ja vahvistaneen yhteistyötaitojamme. Työelämään liittyen annamme huolella tehdyllä opinnäytetyöllämme näyttöä mahdollisille tulevaisuuden työnantajille.

11.3 Jatkotutkimusaihe

Suomessa keskenmenopotilaan psyykkisen tuen tarpeesta sekä tukemisen keinoista oli hyvin vähän tutkittua tietoa. EbscoHost CINAHL:sta löysimme kansainvälisesti tehtyjä tutkimuksia ja niissä kuvattiin suurimmalta osin naisten kokemuksia saadustaan tuesta. Voisimmekin ehdottaa systemaattisen kirjallisuuskatsauksemme pohjalta jatkotutkimusaiheeksi tutkimusta, jossa keskenmenon kokeneilta naisilta sekä heidän puolisoiltaan kyseltäisiin kysymysten avulla konkreettisia keinoja tukemiseen.

LÄHTEET

Hammarlund, C-O. 2004. Kriisikeskustelu. Pieksämäki: Tietosanoma.

Heikkinen-Peltonen, R., Innamaa, M., Virta, M. 2014. Mieli ja terveys. Helsinki: Edita.

Henner & Niemelä. 2013. Kirjallisuuskatsaus (Opinnäytetyön suunnitelma). OAMK. Sosiaali- ja terveysalan yksikön ohjeet ja lomakkeet.

HUS. 2015. Keskenmenon hoito. Viitattu 12.12.2015.
<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/naistentaudit/keskenmeno/Sivut/default.aspx>.

HUS. 2011. Keskenmenon hoito-ohje. Viitattu 15.12.2015.

HYKS. 2011. Naistentautien hoito-ohjeet. Abortus spontaneous/inhibitus/ovum abortivum. Viitattu 12.15.2015.

Ihme A. & Rainto S. 2014. Naisen terveys. Helsinki: Edita.

Introspekt Oy. Kriisi-interventio. Viitattu 3.12.2015, , <http://www.introspekt.fi/psykoterapia/kriisi-interventio/>.

Jansson C. & Adolfsson A. 2010. A Swedish study of midwives' and nurses' experiences when women are diagnosed with a missed miscarriage during a routine ultrasound scan. Viitattu 31.3.2016.

Johansson K., Axelin A., Stolt M. & Ääri R-L. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. 2-6. Digipaino- Turun Yliopisto.

Järvi U. 2007. Kotimaa - yhtiöt Oy, kirjapaja. Syntymätön. Helsinki.

Kesti S., Takalahti L. 2013. Keskenmenon kokeneiden naisten kokemuksia keskenmenosta sekä keskenmenon hoidosta – Kirjallisuuskatsaus.

Koivunen K. 2016. Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluista 352/2003. Opinnäytetyön tekeminen alkaa? Opinnäytetyön tietoperusta: info. Oulun ammattikorkeakoulu.

Kong G, Lok I, Lam P, Yip A and Chung T 2010. Conflicting perceptions between health care professionals and patients on the psychological morbidity following miscarriage. Australian and New Zealand. 562-567. 50. Viitattu 31.3.2016

Kuula A. 2011. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.

KvantiMOTV, 2010. Kyselyaineiston dokumentointi ja raportointi. Viitattu 1.6.2016. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/raportointi/raportointi.html>

Lappalainen, L., Neuvonen N., Sola A. 2013. "SÄRKYNYT ONNI" Systemaattinen kirjallisuuskatsaus lapsensa menettäneiden vanhempien tuentarpeesta hoitohenkilökunnalta.

Leino-Kilpi H. & Välimäki M. 2003. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Lok I. H. 2007. Psychological morbidity following miscarriage. Viitattu 24.3.2016.

Moulder C. 2001. Miscarriage women`s experiences and needs. Viitattu 8.4.2016.

Murphy F. & Philpin S. 2009. Early miscarriage as 'matter out of place': An ethnographic study of nursing practice in a hospital gynaecological unit. Viitattu 1.4.2016.

Niinimäki M. 2012. Keskenmenon hoito. Oulun yliopistollinen sairaala. Viitattu 14.5.2016. <http://gks.fi/wp-content/uploads/2012/09/Keskenmenon-hoito.pdf>

Niinimäki M. & Heikinheimo O. 2011. Alkuraskauden keskenmenon hoito. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. 2011; 127(1): 67–73. Viitattu 11.11.2015. http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/haku;jsessionid=70C1ADA704C693613126D85EFD9A963B?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_lifecycle=0&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_hakusa-

na=tapausselostus&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_p_frompage=haku&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo99261.

Palosaari, E. 2008. Lupa särkyä, kriisistä elämään. Helsinki: Edita.

Raussi-Lehto & A-M. Äimälä (toim.). Kätilötyö. Helsinki: Edita.

Raussi-Lehto E. 2015. Vammaisen tai kuolleen lapsen syntymä. U. K. Paananen, S. Pietiläinen, E.

Robinson J. 2014. Provision of information and support to women who have suffered an early miscarriage. British Journal of Midwifery. Viitattu 14.4.2016.

Roto H. 2001. Lasta odottaneiden vanhempien kokemuksia keskenmenosta ja saamastaan hoidosta keskenmenon yhteydessä sairaalassa. Viitattu 7.4.2016.

Rowlands I. J. & Lee C. 2010. 'The silence was deafening': social and health service support after miscarriage. Viitattu 31.3.2016.

Ruishalme, O., Saaristo, L. 2007. Elämä satuttaa, kriisit ja niistä selviytyminen. Helsinki: Tammi.

Salminen A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Viitattu 14.12.2015. http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf.

Séjourné N., Callahan S. & Chabrol H. 2009. Support following miscarriage: what women want. Viitattu 28.3.2016.

Simmons R. K., Singh G., Maconochie N., Doyle P. & Green J. 2006. Experience of miscarriage in the UK: Qualitative findings from the National Women's Health Study. Viitattu 4.4.2016.

Sosiaali –ja terveys ry., 2011, vahva toimija kokoaa kentän: SOSTE suomen sosiaali ja terveys ry aloittaa 1.1.2012. Viitattu 18.11.2015 <http://www.soste.fi/ajankohtaista/vahva-toimija-kokoaa-kentan-soste-suomen-sosiaali-ja-terveys-ry-aloittaa-1.1.2012.html>

Sosiaali –ja terveysministeriö, sosiaali ja terveydenhuollon järjestelmä ja vastuut, viitattu 18.11.2015 ja 12.12.2015 <http://stm.fi/sotepalvelut/jarjestelma-vastuut>.

Tiitinen A. 2015. Keskenmeno. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 4.11.2015, http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00138.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsittelyminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Viitattu 28.4.2016.

Ulander V-M. & Tulppala M. 2011. Hoito. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 20.11.2015. http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=imm01301&p_haku=keskenmeno.

Ulander V-M. & Tulppala M. 2004. Keskenmeno. Teoksessa O. Ylikorkala & A. Kauppila (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Ulander V-M. & Tulppala M. 2011. Keskenmenopotilaan kohtaaminen. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 2.12.2015. http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/oppi/avaa?p_artikkeli=njs03408&p_haku=keskenmeno.

Ulander V-M. & Tulppala M. 2011. Keskenmenon syyt ja hoidon mahdollisuudet. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 4.11.2015. http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=imm01301&p_haku=keskenmeno.

Ulander V-M. & Tulppala M. 2011. Keskenmenon yleisyys. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 11.11.2015. http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=imm01301&p_haku=keskenmeno.

Ulander V-M. & Tulppala M. 2011. Oireet ja diagnostiikka. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 11.11.2015.

http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=imm01301&p_haku=keskenmeno.

Valtioneuvoston asetus erityistason sairaanhoidon erityisvastuualueista. 13.12.2012/812 . Viitattu 11.11.2015 <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2012/20120812>.

Varila E. 2013. Toistuva keskenmeno. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 11.11.2015. <http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/ltk/koti>.

Väestöliitto. 2014. Keskenmeno. Viitattu 15.12.2015. <http://www.vaestoliitto.fi/seksuaalisuus/tietoa-seksuaalisuudesta/aikuiset/seksuaalisuus-elamankulussa/raskaus/keskenmeno/>.

Wong M. K. Y., Crawford T. J., Gask L. & Grinyer A. 2003. A qualitative investigation into women's experiences after a miscarriage: implications for the primary healthcare team. British Journal of General Practice. Viitattu 8.4.2016.