

Johanna Kauppinen & Teresa Palojärvi

TYHJÄ SYLI

**Keskenmenon kokeneiden naisten tuntemuksia ja kokemuksia
hoitohenkilökunnan antamasta tuesta ja ymmärryksestä
keskenmenon jälkeen**

Opinnäytetyö

KESKI-POHJANMAAN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma

Marraskuu 2010

Yksikkö Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulu	Aika Syyskuu 2010	Tekijä/tekijät Johanna Kauppinen Teresa Palojärvi
Koulutusohjelma Hoitotyö, sairaanhoitaja		
Työn nimi TYHJÄ SYLI, keskenmenon saaneiden naisten kokemuksia hoitohenkilökunnan antamasta tuesta ja ymmärryksestä keskenmenon jälkeen		
Työn ohjaaja Marja Ranta-Ylitalo	Sivumäärä 40 + 1	
Työelämäohjaaja		
TIIVISTELMÄ Keskenmeno on yllättävä ja odottamaton tilanne, joka voi olla toisille traumaattinen kriisi. Opinnäytetyössämme haimme vastauksia seuraaviin tutkimustehtäviin; Minkälaista tukea keskenmenon kokenut nainen sai hoitohenkilökunnalta keskenmenon jälkeen? Minkälaista tukea keskenmenon kokenut nainen olisi halunnut tai tarvinnut hoitohenkilökunnalta keskenmenon jälkeen? Tutkimusaineisto kerättiin Kaksplus –lehden internetissä olevalta keskenmeno keskustelupalstalta kyselynä Maaliskuussa 2010. Kysymykset olivat avoimia kysymyksiä. Saimme vastaukset yhteensä kahdeksalta keskenmenon kokeneelta naiselta. Vastauksista ilmeni että hoitohenkilökunta antoi pääasillisesti tarvittavaa tukea ja ymmärrystä, tosin poikkeuksiakin löytyi. Terveysalalla keskenmenot hoidetaan usein rutiinin omaisesti, ja helposti unohtuu että keskenmeno voi olla naiselle traumatisoiva tapahtuma, siksi keskenmenopotilasta hoidettaessa tulisikin ottaa huomioon psyykkisen tuen tarve. Vastauksista ilmeni selkeästi tiedon ja asioiden läpikäymisen tarve. Lisäksi vastauksista ilmeni juttelun, kuuntelun ja empaattisen tuen tarve. Hoitajilta odotettiin asiantuntemusta ja ammattitaitoa kohdata keskenmenon saanut potilas. Tutkimuksen tavoitteena on keskenmeno potilaan kohtaamisen kehittäminen hoitotyössä sekä trauma- ja surutyön kehittäminen. Tutkimuksen tuloksia voidaan käyttää keskenmeno potilaan tarpeiden tyydyttämisen kehittämiseen. Tavoitteenamme on kehittyä ammatillisesti kohtaamaan potilaita, jotka ovat kriisitilanteessa ja tukemaan näitä potilaita selviytymään.		

Asiasanat

Keskenmeno, Kriisityö, Sairaanhoidajan ammatillisuus, Suru, Trauma

CENTRAL OSTROBOTHNIA UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES	Date September 2010	Author Johanna Kauppinen Teresa Palojärvi
Degree programme Registered nurse		
Name of thesis EMPTY LAP - Miscarriage Women's Feelings and Experiences from Health Personnel's Support and Understanding after Miscarriage		
Instructor Marja Ranta-Ylitalo	Pages 40 + 1	
Supervisor		
<p>Miscarriage is an unexpected and sudden situation, which can be a traumatic crisis. In this thesis we tried to find answers to following research tasks; What kind of support did a woman, who had experienced a miscarriage, receive from health personnel after the miscarriage? What kind of support did a woman, who had experienced a miscarriage would have wanted or needed from health personnel after the miscarriage? The research material were collected from Kaks plus –magazines internet discussion forum during March 2010. The questions were open-ended questions. We received responses from eight women. Responses indicated that the health personnel gave mainly the necessary support and understanding, although there were exceptions. In the health care miscarriages are often treated with routine, and is easily forgotten that a miscarriage can be a traumatizing event to a woman and that is why, psychological support should be taken into consideration when treating miscarriage patients. Responses suggested that clear information and discussion was needed. In addition, responses showed that talking, listening and empathetic support is needed. Women who had experienced a miscarriage expected expertise and professionalism from health personnel. The objective of the study is, the development of nursing when treating women, who have experienced a miscarriage and trauma and also grief work development. The results can be used for development to satisfy the needs of women, who have experienced a miscarriage. Our goal is to develop professionally to meet the patients in crisis situations and to assist these patients to survive.</p>		

Key words

Miscarriage, Crisis work, Nurse Professionalism, Grief, Trauma

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 KESKENMENO	4
2.1 Kohtuun kuolleen sikiön synnyttäminen	5
2.2 Synnytyksen jälkeen	6
2.3 Keskenmeno on todellinen menetys	7
3 TRAUMA JA KRIISI	9
3.1 Shokkivaihe ja reaktiovaihe	10
3.2 Työstämismvaihe ja uudelleen orientoitumisenvaihe	11
3.3 Traumasta selviytyminen	12
4 SURU	14
5 SAIRAANHOITAJAN AMMATILLISUUS	16
6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	18
7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	20
8 TUTKIMUKSEN TULOKSET	22
8.1 Tuki, jollaista keskenmenon saanut nainen sai hoitohenkilökunnalta keskenmenon jälkeen	25
8.2 Tuki, jollaista keskenmenon saanut nainen olisi halunnut hoitohenkilökunnalta keskenmenon jälkeen	29
9 TULOSTEN TARKASTELU	32
10 POHDINTA	34
LÄHTEET	38
LIITE	41

1 JOHDANTO

Naiselle on annettu ainutlaatuinen kyky synnyttää lapsia. Naisella on luontainen hoivaamisvietti, joka kehittyy jo lapsuusiässä. Jo sikiövauva herättää äidissä äitiyden tunteita. Äitiys on aistimuksellinen tila. Yhteiskunta luo paineita naiselle lapsen saantiin tiettyyn ikään mennessä. Kuitenkin jopa useampi kuin joka kymmenes raskaus päättyy keskenmenoon (Tiitinen 2009).

Suomessa hoidetaan noin 17 000 keskenmenoa joka vuosi. Keskenmenolla tarkoitetaan raskauden keskeytymistä ennen 22. raskausviikon loppua tai kun syntyvä sikiö on alle 500 grammaa painava. Keskenmenoista suurin osa tapahtuu ennen kahdettatoista raskausviikkoa. Yksittäisten keskenmenojen syitä ei tiedetä. Se kuitenkin tiedetään, että yli puolet keskenmenoista johtuu sikiön kromosomipoikkeavuuksista. (Eskola & Hytönen 2008, 180; Lehtinen 2009; Paananen, Pietiläinen, Raussi-Lehto, Väyrynen & Äimälä 2006.)

Opinnäytetyömme käsittelee keskenmenon saaneiden naisten kokemuksia ja tuntemuksia hoitohenkilökunnalta saamastaan tuesta tai tuen puutteesta. Keskenmenoja usein vähätellään ja jopa rinnastetaan aborttiin kirjallisuudessa, vaikka menetys on lastaan odottaville vanhemmille suuri. Surutyön teolle tulee antaa aikaa ja tilaa. Keskenmenon saaneilla äideillä on usein runsaasti somaattisia tuntemuksia, kipuja ja vaivoja. Tavallisin kipu käsivarsissa ja hartioissa on ”tyhjän sylin” konkreettinen kipu. Tästä tuleekin opinnäytetyömme nimi Tyhjä syli.

Traumaattinen kriisi on äkillinen psyykkisesti traumatisoiva tapahtuma. Traumaattinen kriisi tulee aina yllättäen, eikä siihen voi mitenkään varautua ennalta. Traumaattinen kriisi jaetaan neljään vaiheeseen, joita ovat shokkivaihe, reaktiovaihe, työstämism vaihe ja uudelleenorientoitumisvaihe eli suuntautumism vaihe. (Saari 2007; Suomen Mielenterveysseura 2007.)

Käsitlemme opinnäytetyössämme traumaattista kriisityötä, suruprosessia ja sairaanhoitajan ammatillisuutta kohdata näitä potilaita, koska toinen meistä suuntautuu psykiatriseen hoitotyöhön ja toinen aikuisen hoitotyöhön, joissa

molemmissa näistä opeista on hyötyä. Tulemme kohtaamaan tulevassa työssämme näitä potilaita.

Opinnäytetyömme on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Laadullinen tutkimus kuvaa todellista elämää, ja tutkimuksemme välittääkin todellisia tunteita (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2005.) Aineisto on kerätty Kaksplus-lehden Internetissä olevalta keskustelupalstalta. Päädyimme aineiston keruussa Internetin keskustelupalstalle, koska kyselyyn vastaaminen sairaalassa tai poliklinikan odotushuoneessa ei ehkä ole juuri keskenmenon kokeneen naisen mielessä, toisin kuin kotona rauhassa ehkä jo vähän toipuneena vastaaminen. Kysely oli Kaksplussan keskustelupalstalla maaliskuussa 2010.

Opinnäytetyötämme voi käyttää keskenmenopotilaiden kohtaamisen kehittämiseen osastoilla sekä kriisityön ja surutyön kehittämiseen keskenmenopotilaiden kanssa työskentelyssä. Työtämme voi käyttää myös kriisissä olevien potilaiden hoidon kehittämiseen. Työn tulokset esitämme Pietarsaaren sosiaali- ja terveystieteiden äitiys- ja gynekologiselle poliklinikalle ja synnytys- ja naistentautien osastolle.

”Rakas Taivaan Isä,

miksi äiti itkee? Miksi isällä on niin raskaat askeleet?

Minäkö heille olen surua tuottanut, kun vaan katselen täältä kaukaa?

Voitko Taivaan Isä äitiä lohduttaa, pyyhkiä hiljaa kyyneleet pois?

Voitko isän olkaa taputtaa ettei niin kumarassa hän ois?

*Kerro heille Taivaan Isä, että hyvä minun täällä olla on. Kerro että jotkut lapset
enkeleiksi luotu on.*

*Huomaisipa äiti, kun hänen luokseen lennän perhosena ikkunaan. Tietäisipä
isä, miten tuulen mukana hänen poskea silittää saan.” (Vastaaaja 2)*

2 KESKENMENO

Keskenmenoksi (abortus spontaneus) kutsutaan raskautta, joka on päättynyt ennen kuin sikiö on elinkykyinen eli ennen kahdenkymmenen kahden (22) raskausviikon loppua tai kun sikiö painaa keskenmenon hetkellä alle viisisataa grammaa. Keskenmenojen tarkkaa lukumäärää on vaikea sanoa, koska hyvin usein raskaus päättyy keskenmenoon, ennen kuin nainen edes tietää olevansa raskaana. Keskenmenoista valtaosa tapahtuu ennen kahdettatoista raskausviikkoa. (Paananen ym. 2006, 385; Eskola & Hytönen 2008, 180.)

Yksittäisten keskenmenojen syitä ei yleensä tiedetä. Kuitenkin tiedetään, että jopa kuusikymmentä seitsemänkymmentä (60 - 70) prosenttia keskenmenoista johtuu sikiön kromosomipoikkeamasta, jonka riski kasvaa naisen iän myötä. Muita syitä keskenmenoon voivat olla muun muassa kohdun rakennepoikkeavuudet, hormonaaliset syyt tai joskus tulehdukset. Keskenmenoriskiä lisää myös ylipaino. Ulkoisia syitä voivat olla esimerkiksi alkoholi tai huumeaineet. Toisen kolmanneksen aikana tapahtuvat keskenmenot johtuvat usein sikiön kehityshäiriöistä, synnytyselinten rakenteellisista poikkeavuuksista, kohdun infektiosta tai lapsiveden ennenaikaisesta menosta. (Lehtinen 2009; Eskola, Hytönen & Komulainen 1990, 226; Tiitinen 2009; Halmesmäki 2009; Paananen ym. 2006, 358.)

Keskenmeno alkaa verenvuodolla, joka on aluksi vähäistä. Lisäksi keskenmenoon kuuluvat jaksottaiset alavatsakivut, jotka muistuttavat kuukautiskipuja. Keskenmenon edistyessä verenvuoto lisääntyy ja kivut kasvavat. Tällöin kohdunkaulan kanava aukeaa. Ultraäänitutkimuksella voidaan nopeasti todeta keskenmenon vaihe. Keskenmenon tapahtuessa alkuraskaudesta tyhjennetään kohtu tarvittaessa lääkityksen avulla tai imulla ja tarvittaessa kaavitaan kohtu yleisanestesiassa. Myöhäisvaiheen keskenmenossa kohtu tyhjennetään ja kaavitaan sitten, kun äiti on synnyttänyt sekä sikiön ja istukan. (Eskola & Hytönen 2008, 182, 183; Paananen ym. 2006, 386.)

Keskenmenon jälkeen raskausoireet katoavat useimmiten viikon aikana. Jälkitarkastuksessa tarkistetaan, ettei kohtuun ole jäänyt mitään, että verenvuoto on loppunut ja ettei naisella ole infektiota. Potilaalle annetaan tietoa keskenmenon syystä, jos se tiedetään, sekä keskustellaan keskenmenoon liittyvistä tunteista. Uutta raskautta voi yrittää heti ensimmäisten kuukautisten jälkeen. (Paananen ym. 2006, 386; Tiitinen 2009.)

2.1 Kohtuun kuolleen sikiön synnyttäminen

Sikiön kuoleman epäily saattaa tulla esiin jo äitiysneuvolassa, mutta tilanne varmistuu vasta ultraäänitutkimuksella sairaalassa. Tilanne on ahdistava niin äidille kuin isällekin ennen kuin asiaan saadaan varmuus. Ennen sikiön kuolemaa liikkeet vähenevät ja loppuvat kokonaan. Siksi onkin tärkeää, että raskaana olevaa naista kuunnellaan ja tehdään tutkimuksia. Ultraäänellä todetaan sikiön sydämen toimimattomuus, liikkeiden puuttuminen ja joskus sikiön rakenteen muuttuminen. Hoitavan lääkärin tehtävänä onkin kertoa raskaana olevalle naiselle sikiön kuolemasta. Samalla käydään keskustelu synnytyksen hoidosta, mikä tarkoittaa keskustelua synnytyksen käynnistämisestä, kivunlievityksestä ja jälkihoidosta. Keskustelussa lääkäri myös kertoo, miksi äiti joutuu synnyttämään kuolleen sikiön alateitse, ja tämä auttaa äitiä ymmärtämään, miksi näin toimitaan. Joskus vanhemmat syyttävät lääkäriä tapahtuneesta, koska he kokevat, että lääkäri on kaikkivoipainen. Synnytyksen voi joskus käynnistää vasta seuraavana päivänä, jolloin potilas voi mennä yöksi kotiin ja tulla aamulla takaisin synnytykseen. (Paananen ym. 2006, 462, 463; Väisänen 2000.)

Kun raskaana oleva nainen ja tuleva isä saavat tiedon sikiön kuolemasta, aktivoi se akuutin psyykkisen reaktion, johon on annettava ensiapuna henkistä suojaa ja turvaa, rauhallisia ja lohduttavia ihmisiä, jotka ohjaavat eteenpäin. Heitä ei tule jättää yksin tiedon saatuaan, jos he eivät itse sitä toivo. Sairaalateologin tapaamismahdollisuutta tulee tarjota saman tien. (Paananen ym. 2006, 463.)

Yleisimpiä sikiökuoleman syitä ovat napanuorakomplikaatiot, istukan toiminnan häiriöt, verenvuoto istukan tai napanuoran suonista, sikiön sairaudet ja epämuodostumat, infektiot ja tuntemattomat syyt. Kun sikiö on todettu kuolleeksi, synnytyksen käynnistyksen ajankohta sovitaan vanhempien toiveiden mukaisesti, jos mahdollista. Kuollut sikiö synnytetään normaalisti alakautta infektioriskin lisäksi myös siksi, että se auttaa naista mahdollisesti toipumaan menetyksestään paremmin, auttaa työstämään menetystä ja tekee siitä konkreettisen. Usein kuolleen sikiön synnyttämistä pidetään kohtuuttomana vaatimuksena. Kuitenkin usein vanhemmat kuvaavat synnytystä surutyön eteenpäin viemisellä, se jollain lailla helpottaa ja käynnistää surutyön kunnolla sekä tekee siitä konkreettisen. Synnytys tapahtuu saman kaavan mukaan kuin elävän lapsen synnytyskin. (Paananen ym. 2006, 463, 464; Käpy ry.)

2.2 Synnytyksen jälkeen

Kohtuun kuolleen sikiön synnytyksen jälkeen on mahdollista saada pidellä sikiötä sylissä, kylvettää ja pukea hänet. Tämä konkretisoi menetystä ja surua ja auttaa mahdollisesti toipumaan paremmin menetyksestä. Kuvan ottaminen sikiöstä tai vaikka hiuskiekuran talteen ottaminen tukevat surutyötä. (Paananen ym. 2006, 465).

Synnytyksen jälkeen äiti sijoitetaan osastolle, useimmiten gynekologiselle puolelle. On kohteliasta, että jokainen, joka huoneessa käy, esittävät äidille surunvalittelut. Myös isälle tulisi tarjota mahdollisuutta yöpyä huoneessa äidin kanssa. Vanhempia ei saa unohtaa huoneeseen kokonaan kahden. Tuen antaminen koostuu pienistä asioista, kuten läsnäolosta, kosketuksesta, juttelusta tai vaikka paketillisesta nenäliinoja. Vanhemmille annetaan mahdollisuus keskustella synnytyslääkärin, lastenlääkärin, kättilöiden, hoitajien, sairaalateologin ja sosiaalihoitajan kanssa. Synnytystä hoitanut kättilö käy synnytyksen läpi äidin kanssa. Vanhemmat usein kysyvät samoja kysymyksiä uudelleen ja uudelleen, se kuuluu asiaan ja auttaa vanhempia hyväksymään tapahtuneen. Synnyttäneillä äideillä on usein somaattisia kipuja, ”tyhjän sylin” konkreettinen kipu on tavallisin. Se tuntuu selässä ja hartioissa. Lapsi on vielä psykologisesti läsnä, vaikka onkin fyysisesti poissa. Näitä tuntemuksia

kutsutaan fantomituntemuksiksi ja lasta fantomilapseksi. Kuollutta lasta kutsutaan myös enkelilapseksi. Nimitys syntyy perheen hengellisistä arvoista. Ajatus enkelilapsesta lohduttaa. Maidon erityksen estämiseksi annetaan bromokriptiinilääkettä, mikä lisää menetyksen kurjuutta. (Paananen ym. 2006, 465, 466; Eskola & Hytönen 2008, 184; Väisänen 2000.)

2.3 Keskenmeno on todellinen menetys

Keskenmeno useimmiten aiheuttaa surua lasta odottavalle perheelle. Lasta on odotettu ja tulevaisuudesta haaveiltu ja tehty suunnitelmia uuden elämän alkamiseksi. Keskenmeno on todellinen menetys äidille ja myös isälle, tapahtui se alkuraskaudesta tai myöhemmin. Vanhemmat ovat jo kerinneet luoda mielikuvan lapsestaan, tehneet suunnitelmia ja ehkä jopa hankkineet vauvalle joitain tarvikkeita. Keskenmenon aiheuttamalle surulle tulee antaa tilaa. Suru on aitoa. Keskenmenon saanutta perhettä tulee tukea. Pidemmälle ehtineen raskauden keskeytyminen näkyy myös ympäristölle; yhtäkkiä vauvamaha onkin poissa. Usein keskenmenon saanutta lohdutetaan fraaseilla, kuten esimerkiksi ”näin on ehkä parempi” tai ”uutta yritystä vain heti perään”, mutta kuitenkin ne eivät tuo lohtua menetyksen kokeneille vanhemmille. Jokainen kokee menetyksen omalla tavallaan ja tarvitsee oman aikansa menetyksestä toipumiseen, ja perheelle tuleekin antaa tämä aika. Keskenmenon kokenut voi myös syyttää itseään keskenmenosta, ja siksi naiselle tuleekin antaa oikeanlaista tietoa keskenmenon syistä. (Eskola & Hytönen 2008, 184, 185; Paananen ym. 2006, 386.)

Hoitohenkilökunnan ymmärtämys, empaattisuus sekä ammattimaisuus korostuvatkin keskenmenon saaneen perheen hoidossa. Ne auttavat perhettä menetyksen keskellä. Keskenmenon kokeneille vanhemmille tuleekin antaa tietoa myös tulevista mahdollisista raskauksista; yksi keskenmeno ei lisää uuden keskenmenon riskiä. Useamman keskenmenon saaneella on isompi riski saada uusia keskenmenoja. Hoitohenkilökunnan lisäksi perhe voi saada apua myös sairaalateologilta ja sosiaalihoitajalta. Myös Käpy-yhdistykseltä voi saada tukea kriisissä. Käpy-yhdistys on kätkytkuolemalla lapsensa menettäneiden vanhempien perustama yhdistys. Se tarjoaa vertaistukea ja auttaa kaikkia

kuolemalle lapsensa menettäneitä perheitä, läheisiä sekä myös työssään lapsikuolleisuutta kohtaavia. (Eskola & Hytönen 2008, 184, 185; Paananen ym. 2006, 386; Käpy ry.)

Pienikin sikiö voidaan haudata. Keskiraskauden keskenmeno 12. – 21. viikoilla voi osalle vanhemmista tuntua samalta kuin raskaudessa pidemmälle edenneen lapsen menetys. Varsinkin koska sikiö on ulkonäöltään kuin pieni ihminen, on koko perhe kokenut hautaamisen tärkeäksi. Sikiön ruumiin kohtalon tietäminen on äidille tärkeää kriisin alkuvaiheessa. Siksi tuhkatun sikiön tuhkan sirotteleminen esimerkiksi hautausmaan lehtoon tuo lohtua äidille ja muulle perheelle (Väisänen 2000).

3 TRAUMA JA KRIISI

Ihmisen elämään kuuluu erilaisia kriisejä. Näitä ovat muun muassa kehityskriisit, elämäkriisit ja traumaattiset kriisit. Elämänkulun normaalit siirtymävaiheet ovat kehityskriisejä, ja näitä ovat esimerkiksi murrosikä, itsenäistymisen vaihe, ammatinvalinta, ensimmäisen lapsen saanti ja eläköityminen. Näihin kriiseihin ihminen voi varautua ennalta, ja muutos ei siis ole yhtäkkinen. Kehityskriisit muovaavat ihmistä omanlaisekseen. Elämäkriisit ovat isoja muutoksia elämässä, ja nämä liittyvät usein ihmissuhteisiin, työhön ja asuinpaikkaan. Näihinkin muutoksiin voi valmistautua yleensä ennalta koska ne tapahtuvat yleensä vähitellen. Traumaattinen kriisi on äkillinen psyykkisesti traumatisoiva tapahtuma. Tällaisia ovat muun muassa äkillinen kuolema, liikenneonnettomuus ja niin edelleen. Nämä tapahtumat tulevat täysin yllättäen, eikä niihin voi varautua ennalta. Keskenmeno on useimmiten traumaattinen kriisi. Useimmat kriisin kokeneet ihmiset mieltävät elämänsä aikaan ennen ja jälkeen traumaattisen kokemuksen. (Suomen mielenterveysseura 2007; SPR 2010.)

Trauma on käsite psykologiassa. Trauma- sanaa on käytetty ennen vain lääketieteessä ja kirurgiassa, ja sillä on tarkoitettu ulkoisella väkivallalla aiheutettua vammaa. Sigmund Freud laajensi tätä ilmiötä fyysisestä vammasta mielen ilmiöihin eli psyykkisiin vammoihin. Traumassa ihminen kokee jonkin voimakkaan tapahtuman tai uhkaavan tilanteen, ja tällä on kauaskantoiset vaikutukset ihmiseen kokonaisuutena. Traumaattinen kriisi aiheuttaa ihmisen elämässä suuria muutoksia. Sopeutuminen kriisin aiheuttaneeseen traumaan alkaa heti. Sopeutumisprosessi voi jatkua pitkäänkin. Traumaattisen kriisin aiheuttamaan elämänmuutokseen sopeutuminen on hyvin vaativaa. Kaikki ihmisen käytössä olevat voimavarat tarvitaan tähän tehtävään, mutta joskus voimavarat eivät sopeutumiseen riitä. (Saari 2003, 15, 16, 27; SPR 2010.)

Saaren mukaan traumaattisen kriisin kokeneiden ihmisten elämänarvot muuttuvat yleensä kolmella eri tavalla: ihminen ymmärtää oman haavoittuvaisuutensa, hänen maailmankuvansa ja elämäkatsomuksensa muuttuu sekä elämänarvot muuttuvat. Oman haavoittuvaisuutensa ihminen

ymmärtää vasta sitten, kun itselle tai läheiselle sattuu jotain. Vaikka uutisissa puhutaan onnettomuuksista ja luonnonkatastrofeista, ne ovat kaukana jossain eivätkä kosketa omaa arkea. Mutta kun läheiselle tai itselle sattuu jotain, ihminen tulee tietoiseksi omasta haavoittuvuudestaan. Keskenmeno ja lapsen kuolema muuttavat ihmisen elämäkuvaa ja elämäkatsomusta. Esimerkiksi hengellinen ihminen voi kokonaan hylätä hengellisyytensä. Elämänarvojen muuttuminen näkyy siten, että työ, ura, ammatti, raha ja omaisuus muuttuvat merkityksettömiksi ja ihmissuhteiden arvo lisääntyy. Traumaattisen kriisin kohdannut pohtii elämän oikeudenmukaisuutta ja omaa turvattomuuttaan. Traumaattisella kriisillä on laajat seuraukset, koska ne koskettavat myös lähipiiriä eivätkä vain yhtä ihmistä (Saari 2003, 25, 26, 27).

Akuutilla kriisityöllä pyritään ennaltaehkäisemään sekä torjumaan ja lievittämään traumaattisen tapahtuman aiheuttamaa psyykkistä stressiä sekä ehkäisemään psyykkisen trauman kehittyminen (Kiiltomäki & Muma 2007, 7).

Traumaattinen kriisi jaetaan neljään vaiheeseen, joita ovat shokkivaihe, reaktiovaihe, työstämisvaihe ja uudelleenorientoitumisenvaihe (Kiiltomäki & Muma 2007, 15 - 20).

3.1 Shokkivaihe ja reaktiovaihe

Ihmiset kokevat kriisin kulun kukin eri lailla. Kriisissä vaiheet voivat kulkea päällekkäin tai vaikka lomittain ihmisen mukaan. Kun ihminen saa tietää jostain järkyttävästä asiasta tai kun hänelle tapahtuu jotain järkyttävää, on ensimmäinen reaktio psyykinen sokki. Kun kriisissä on meneillään shokkivaihe, on ihmisellä silloin hyvin monesti tunne, että asia on epätodellinen tai että hän katselee tapahtumaa sivullisen osassa ja kuvittelee olevansa täysin ulkopuolinen tapahtumassa. Shokkivaiheessa on myös hyvin yleistä, että ihminen ei pysty vielä näkemään omaa tuskaansa ja tunteet ovat vielä ihmisen sisällä piilossa. Psyykinen shokki tarkoittaa siis sitä, että mieli suojaa ihmistä sellaiselta tiedolta tai kokemukselta, mitä se ei pysty ottamaan vastaan tai mitä se ei kestä. Mieli siis ottaa aikalisän. Hyvin useasti tästä vaiheesta ihmisen muistiin jää tapahtumasta vahvoja tunto-, näkö-, ääni-, ja hajuaistimuksia.

Alkuvaiheessa kriisiä on tärkeää luoda kriisin kokeneelle ihmiselle mahdollisimman turvallinen tunne siitä, että hänestä välitetään ja huolehditaan aidosti. Hyvin tärkeää ihmiselle on myös, että häntä kuunnellaan ja hänen kanssaan ollaan läsnä sekä suhtaudutaan rauhallisesti. Sokissa oleva ihminen kokee hyvin voimakkaasti kohtaamiensa ihmisten sanomiset ja tekemiset. Sairaanhoidajan on hyvä antaa kriisin kokeneelle ohjeet selvästi ja rauhallisella äänenpainolla, koska tämä luo turvallisuuden tunnetta kriisin kokeneelle. Suullisesti annetut ohjeet ja neuvot saattavat kumminkin unohtua joten ne on syytä antaa myös kirjallisena, jotta ihminen joka kriisin on kokenut voi tutustua niihin uudelleen myöhemmin. (Kiiltomäki & Muma, 2007, 15, 16, 18; Saari 2003, 42.)

Reaktiovaiheeseen siirtyminen edellyttää sitä, että vaara ja uhkatilanne ovat ohi. Ihmisen täytyy reaktiovaiheessa tuntea olevansa turvassa. Usein tämä tapahtuu kotona, koska koti usein on ihmiselle se turvallisin paikka maan päällä. Psykkinen shokki suojaa mieltä tiedolta, jota se ei kestä, ja reaktiovaiheessa tapahtuma tulee kunnolla tietoisuuteen. Kriisin edetessä reaktiovaiheeseen on tyypillistä se, että pelko, suru, syyllisyys, viha sekä erilaiset muut tunteet alkavat ilmaantua pintaan ja voivat ilmetä hyvinkin voimakkaina. Tässä kriisin vaiheessa ihminen kohtaa todellisuuden ja huomaa menetyksen, joka voi olla hyvinkin tuskallista. Ihmiselle tulee tässä vaiheessa antaa mahdollisuus puhua, kertoa ja käydä läpi kriisiin liittyviä kokemuksia sekä näyttää tunteensa. Psykkistä tukea tulee aina olla saatavilla, koska mielialan vaihtelut ovat suuria traumaattista tapahtumaa seuraavina ensimmäisinä päivinä. Kriisin kokeneelle tulee suoda mahdollisuus lepoon sekä toimintaan ja rentoutumiseen, jotta hän kykenisi unohtamaan edes hetkellisesti tapahtuneen. (Kiiltomäki & Muma 2007, 18; Saari 2003, 52, 53, 102.)

3.2 Työstämisvaihe ja uudelleenorientoitumisvaihe

Työstämisvaiheessa kriisin kokeneella ihmisellä tulee monesti tarve puhua sekä toistaa tapahtunutta asiaa. Tässä vaiheessa ihminen on edennyt kriisinsä työstämisessä jo pidemmälle ja jotkut ihmiset käsittelevät kriisiä vain mielessään. Ihmistä tulisi tukea käymään läpi tapahtunutta, jos hän kokee

olevansa tähän valmis. Hänelle täytyisi antaa tilaa omien tunteidensa ilmaisulle, ja tunteiden erilaiset muodot tulisi myös akseptoida. Joillekin yllä mainitut asiat eivät ole sopivia keinoja, vaan he tarvitsevat omanlaisiaan tapoja käsitellä kriisiään. Näitä tapoja voivat olla esimerkiksi maalaaminen, kirjoittaminen sekä musiikki tai mikä tahansa asia, joka tuntuu tärkeältä. Sairaanhoidajalla tulee olla auttamisvaiheessa rohkeutta kohdata kipua ja tuskaa, joita ihminen tuntee. Hänen tulee myös olla tyyni ja tilanteessa paikalla oleva. Auttamisvaiheen ilmapiirin luomista turvalliseksi ei voida väheksyä, jotta voidaan luoda vapauttava olotila kriisin kokeneelle ihmiselle. Jos ihminen kokee syyllisyyttä tapahtuneesta, voidaan tätä tunnetta lievittää vaikka keskustelun avulla. Jokainen ihminen käyttää kuitenkin voimavaroinaan itselleen tyypillisiä asioita selviytyäkseen kriisistä. Sairaanhoidajan on myös hyvä tuoda esille uusia selviytymistapoja ja miettiä näitä yhdessä ihmisen kanssa, koska menetyksen hyväksyminen voi kestää kuukausia. (Kiiltomäki & Muma 2007, 18, 19.)

Uudelleenorientoitumisen vaiheessa ihminen on luonut emotionaalista etäisyyttä kokemaansa kriisiin ja hän rupeaa sopeutumaan kriisin tuomiin muutoksiin elämässään. Ihminen alkaa myös ajatella ja suunnitella tulevaisuuttaan. Vaikka kriisi olisikin tuonut pysyviä rajoituksia ihmisen elämään, on hän tässä vaiheessa tavoittanut keinot selviytyä näiden asioiden kanssa. Ihmisen arvomaailma muuttuu hyvin monesti kriisin kokemisen myötä. Sairaanhoidaja luo tässä vaiheessa ihmisen kanssa ajatuksia tulevaisuudesta. Hän auttaa ihmistä ylläpitämään toivoa tulevaisuudesta sekä antaa mahdollisuuden palata muistelemaan kriisin tapahtumia ja rohkaisee tarvittaessa ihmistä vertaisryhmien pariin. Vertaisryhmissä toivoa luovat nimenomaan muut saman kokeneet ihmiset, jotka ovat selvinneet kriisistä ja elämä on heidän kohdallaan kumminkin jatkunut. Ihminen tuntee myös olevansa normaali, kun on olemassa muitakin saman asian kokeneita, eikä hän ole kokemansa asian kanssa yksin. Vertaistukiryhmissä on mahdollisuus surra silloinkin, kun sosiaalinen verkosto on uupunut. (Kiiltomäki & Muma 2007, 20, 21, 33, 50; Väisänen 2000.)

3.3 Traumasta selviytyminen

Sairaanhoitajan on hyvä tiedostaa myös oma osaamisensa ja kykynsä ihmisen auttamisessa. Koska sairaanhoitaja arvioi ihmisen selviytymiskykyä kriisistä, on osattava ohjata ihmisiä ja heidän lähiverkostoaan oikean hoidon ja avun piiriin ja tarvittaessa konsultoida esimerkiksi psykiatrian poliklinikkaa, sosiaalityöntekijää tai vaikka pappia. (Kiiltomäki & Muma 2007, 23, 29.)

Sosiaalisella verkostolla on suuri merkitys turvallisuuden ja hyväksytyksi tulemisen tunteen antajana. Monesti onkin niin, että kun ihminen kokee kriisin, haluaa hän ottaa nopeasti yhteyttä omiin omaisiin tai läheisiin. Lähiverkoston muodostama tuki onkin hyvin monesti se tärkein tuki ihmisen kokeman kriisin jälkeen. Onkin tärkeää, että traumaattisen kriisin jälkeen sosiaalinen verkosto aktivoituu. Tulee kuitenkin muistaa, että myös muut perheenjäsenet ja lähimmäiset voivat väsyä itsekkin tukemaan kriisin kokenutta ja tarvitsevat myös lepoa ja etäisyyttä asiaan. Tällöin tukea tulee myös muistaa tarjota näille lähimmäisille. Sosiaalisen verkoston olisikin hyvä olla niin iso, että kuormitus olisi tasaista. (Kiiltomäki & Muma 2007, 32, 33; Saari 2003, 70, 71.)

Tavoitteena on, että traumaattisesta kokemuksesta tulee ihmiselle levollinen ja tietoinen osa omaa itseään, sekä se, että traumaattinen asia on työstetty kokonaisuudessaan, jotta asia ei olisi torjuttu tai kielletty ihmisen mielessä. Traumaattisen tapahtuman voi pitää ajatuksissaan tai sitä voi myös olla miettimättä, mutta prosessin lopussa on toivottavaa toipumisen kannalta, että traumaattinen tapahtuma ei kuitenkaan ole jatkuvasti mielessä, kuten prosessin alussa, jolloin ei kykene tekemään muuta kuin ajattelemaan tapahtunutta asiaa. (Saari 2003, 68.)

4 SURU

Suru on hyvin luonnollinen asia ja kuuluu jokaisen elämään jossain vaiheessa. Jokainen ihminen myös kokee surun omalla tavallaan, yksilöllisesti. Suru tuo pintaan monenlaisia tuntemuksia ja ajatuksia. Ihmiset tuntevat itsesääliä, syyllisyyttä, vihaa, raivoa, kaipausta sekä muun muassa tuskaa kokemastaan menetyksestä. Surutyön onnistumiseksi on hyvin tärkeää, että ihmisen kokema traumaattinen asia on käsitelty, jotta suremiselle löytyy ihmisen mielessä tilaa. Joskus käy niin, että ihminen kieltää tapahtuneen menetyksen, jolloin surutyö ei pääse etenemään. Tällainen totuuden kieltämisen vaihe saattaa kestää viikoista kuukausiin. Eteenpäin pääseminen surussa edellyttää kuitenkin, että ihminen hyväksyy menetyksen jossain vaiheessa. Suruprosessi vaatii ihmiseltä paljon aikaa ja voimaa. Tähän kuluvaan aikaa ei voi etukäteen tietää, sillä jokaisella ihmisellä suru kulkee omalla tavallaan ja ottaa oman aikansa. Ihminen tarvitsee myös välillä tukijaa ja auttajaa itselleen surun keskellä. (Kiiltomäki & Muma 2007, 81, 84; Saari 2003, 84, 85; Suomen Mielenterveysseura 2004, 9.)

Surun prosessin keskellä olevalle ystävien ja omaisten tuki on tärkeää ja sen merkitys on suuri. Usein kuitenkin käy niin, että tukijoita riittää surun alkuvaiheessa, mutta hyvin äkkiä odotetaan surijalta, että hän pääsee omaan elämänsä kiinni. Surijalle ei kuitenkaan pitäisi asettaa vaatimuksia toipumisesta ja piristymisestä. Tuskan ja ahdistuksen yllättäessä surija tarvitsee tukijoita, joille soittaa vaikka keskellä yötä. Ulkopuolinen voi luulla suruprosessin olevan lyhyempi kuin mitä se todellisuudessa on. (Saari 2003, 86.)

Luopuminen on vaikeaa. Monesti surija jää kiinni suruun, eikä tulevaisuus kiinnosta. Luopuminen tapahtuu useasti tekojen kautta, vähitellen luovutaan kuolleen tavaroista ja elävien tavarat valtaavat kuolleen tavaroiden paikat. (Saari 2003, 67.)

Suruprosessin etenemistä voi mitata kahdella eri mittarilla. Toinen mittari kuvaa tulevaisuuden hahmottamiskykyä. Aluksi surija ei pysty ajattelemaan huomista, saattikka seuraavaa viikkoakaan, jonka hahmottaminen onnistuu vasta parin kuukauden päästä. Toipuminen on jo aika pitkällä, kun surija pystyy

suunnittelemaan tulevaisuuttaan kuukausia eteenpäin. Toinen mittari kuvaa sitä, kuinka usein suru tai menetys täyttää mielen. Suruprosessin edetessä surun aiheuttamat mielikuvat vähenevät. (Saari 2007, 61, 87.)

Sairaanhoitajan tulisi kohdata sureva ymmärtämällä tämän surua. Hänen tulisi olla lähellä surijaa ja jakaa surun kokemus, olla kiinnostunut kuuntelemaan ihmisten muistoja sekä lohduttamaan. Hänen tulisi olla valmis myös luomaan toivoa surijaan. Sairaanhoitajan ei tarvitse analysoida surua liian ammattimaisesti, koska vaarana on tällöin aidon kohtaamisen estyminen. Surijalle riittää hyvin usein se, että hänen lähellään ollaan ilman sen kummempia teoriointeja tai diagnosoiteja surun vaiheista. Surijaa olisi hyvä muistuttaa myös huolehtimaan omasta kehostaan surun keskellä, koska keho voi reagoida kipuna ja jännityksenä unohtuneen kehosta huolehtimisen. Hyviä keinoja peitota surun luomia henkisiä ja fyysisiä kaipuita ovat liikunta, hieronta ja vaikka fysioterapia. (Kiiltomäki & Muma 2007, 81, 82, 85.)

5 SAIRAANHOITAJAN AMMATILLISUUS

Sairaanhoitajan työtä ohjaavat ihmisoikeudet, sosiaali- ja terveysalan lainsäädäntö sekä hoitotyön eettiset ohjeet. Sairaanhoitajan työkuvana on ihmisen kokonaisvaltainen hoito ja huolenpito. Sairaanhoitajan työnkuvaan kuuluu ihmisten auttaminen ja tukeminen sekä potilaan psyykkisten voimavarojen tukeminen, terveyttä edistävän toiminnan ohjaaminen ja potilaan tarpeiden huomiointi. (Opetusministeriö 2006; Pelttari 1997, 56; Saastamoinen 2007.) Sairaanhoitajan työ vaatii tekijältään useita erilaisia taitoja ja valmiuksia. Sairaanhoitajan pitää tuntea itsensä, olla palveluhenkinen ja ystävällinen. Sairaanhoitajalla pitää olla hoitamisen taitoa. Sairaanhoitajan työ ei ole vain opittujen teoreettisten tietojen hallintaa vaan myös asenteiden ja arvojen sisäistämistä sairaanhoidossa. (Thompson, Melia & Boyd 2000, 28, 29.)

Hildenin (1999) tutkimuksen mukaan työyhteisöt odottavat sairaanhoitajalta hyvin laaja-alaista ja kaiken kattavaa ammatillista pätevyyttä. Sairaanhoitajalla pitää olla vankka tietopohja sekä yleisesti että oman erikoisalan osalta. Sairaanhoitajan kykyä itsenäiseen työskentelyyn sekä päätöksentekoon pidetään itsestään selvyytenä. Sairaanhoitajan pitää olla myös muuntautumiskykyinen sekä halukas kouluttautumaan. (Hilden 1999, 97.)

Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen koostuu useasta eri osa-alueesta. Näitä ovat eettinen toiminta, terveyden edistäminen, hoitotyön päätöksenteko, ohjaus ja opetus, yhteistyö, tutkimus- ja kehittämistyö, johtaminen, monikulttuurinen hoitotyö, yhteiskunnallinen toiminta, kliininen hoitotyö ja lääkehoito. (Opetusministeriö 2006.)

Heikkisen ja Laineen (1997) mukaan kohtaamisen perusta on toisen ihmisen toiseuden tunnustaminen ja arvostaminen. Kohtaantumisen taitoja hoitaja tarvitsee päivittäin ollessaan vuorovaikutuksessa potilaan ja hänen omaistensa kanssa. Kohtaantumisen valmiuksiin kuuluu ihmissuhdetaidot, kuten vuorovaikutustaidot, empaattisuus ja herkkyys tilanteelle. (Heikkinen & Laine 1997, 10.)

Vuorovaikutus eli keskustelu, lohduttaminen ja tukeminen, potilaiden sekä heidän läheistensä kanssa ovat suuri ja tärkeä osa sairaanhoitajan työnkuvaa. Vuorovaikutuksessa hoitajan tulee ymmärtää potilaan sairauden kokemusta sekä potilaan tilanteen hallintakykyä voidakseen auttaa potilasta selviämään muutoksista. Hyvän vuorovaikutuksen avulla saadaan potilaan tilasta tietoja sekä voidaan keskustella potilaan tilanteesta, tilasta, hoidosta sekä muista hänen elämäänsä liittyvistä asioista. Hoitajan vuorovaikutus on tavoitteellista, kun taas potilaan vuorovaikutusta ohjaavat hänen tunteensa ja elämän tilanteensa. Hoitajan vuorovaikutustaitoihin vaikuttavat hänen oman persoonansa lisäksi hänen omat asenteensa. Jos asenne on välinpitämätön, potilas aistii sen eikä vuorovaikutus ole potilaan kannalta hyvää ja luottamusta herättävää. (Heikkinen & Laine 1997, 10; Pelttari 1997, 57; Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006; Mattila 2001.)

Tilanneherkkyys tarkoittaa, että sairaanhoitaja osaa olla läsnä hetkessä, havainnoida intuitiivisesti, arvioida ja tehdä päätöksiä potilaan tilanteesta. Omien kokemustensa pohjalta sairaanhoitaja ymmärtää potilasta paremmin ja näin sairaanhoitaja ja potilas pääsevät syvällisempään vuorovaikutussuhteeseen. Sairaanhoitajan ammattitaitoon kuuluu vahvasti myös kuuntelemisen taito sekä taito ja halu olla läsnä potilasta varten juuri silloin, kun potilas niin haluaa. (Pelttari 1997, 187, 188; Hildén 2002, 60.)

Läsnäololla tarkoitetaan yhteyden olemassaoloa, kohtaamista, jossa kumpikin osapuoli on vahvasti läsnä. Vuorovaikutuksen yksi muoto on läsnäolo, mutta vuorovaikutus ei kuitenkaan automaattisesti tarkoita läsnäoloa. Sairaanhoitaja voi työvuoronsa aikana olla tekemisissä monien ihmisten kanssa kuitenkin kohtaamatta ketään. Mikä tarkoittaa sitä, että läsnäoleminen taito puuttuu. Sulkeutuneisuus, kohtaamisen ja yhteyden torjuminen eivät kuulu inhimillisen hoitotyön piirteisiin. Läsnäolon taidon omaava sairaanhoitaja osaa pysähtyä, kuunnella sekä keskustella. Nämä kolme ovat eettisen hoitamisen keskeisiä taitoja. (Haho 2009.)

6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimme opinnäytetyössämme keskenmenon kokeneiden naisten tuntemuksia ja kokemuksia hoitohenkilökunnan antamasta tuesta ja ymmärryksestä keskenmenon jälkeen. Opinnäytetyömme pyrkii löytämään vastauksen seuraaviin tutkimustehtäviin:

1. Minkälaista tukea keskenmenon kokenut nainen sai hoitohenkilökunnalta keskenmenon jälkeen?
2. Minkälaista tukea keskenmenon kokenut nainen olisi halunnut tai tarvinnut hoitohenkilökunnalta keskenmenon jälkeen?

Opinnäytetyötämme voi käyttää keskenmenopotilaiden hoidon kehittämiseen synnytys- ja naistentautien osastoilla sekä gynekologisilla poliklinikoilla. Opinnäytetyömme tulokset esittelemme Pietarsaaren sosiaali- ja terveystieteiden osaston äitiys- ja gynekologisen poliklinikalle sekä synnytys- ja naistentautien osastolle.

Aikaisempia tutkimuksia aiheeseen liittyen on tehty muutamia. Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulussa on tehty yksi opinnäytetyö keskenmenon kohdanneiden potilaiden tuntemuksista henkisen tuen saamisesta osaston henkilökunnalta vuonna 2000. Tekijöinä oli Haapala, Korhonen ja Manninen. Opinnäytetyön tuloksista ilmeni, että naiset odottavat enemmän keskusteluapua menetyksestä, luopumisesta ja surutyön eri vaiheista. Tutkimuksen mukaan naiset toivoivat myös enemmän tietoa jatkohoidosta ja sosiaalisen verkoston tuesta.

Tampereen yliopistollisen sairaalan synnytys- ja naistentautien klinikalla on tehty tutkimus: keskenmenopotilaan hoitoprosessin parantaminen. Tutkimuksen tarkoituksena on ollut kartoittaa naisten tunteita, selviytymiskeinoja, hoitotoiveita osastohoidon aikana sekä millaista on hyvä laatu keskenmeno potilaan hoidossa. Tekijöinä oli Flinkkilä, Hakama ja Surakka (1998).

Tutkimuksemme tuotti samansuuntaisia tuloksia kuin aiemmat tutkimukset. Keskusteluapu nousi monen vastaajan kohdalla esille.

Koska lapsen menetys on traumaattinen kokemus, halusimme myös paneutua psyykkisen puolen tutkimuksiin, joita nämä seuraavat tutkimukset edustavat.

Tampereen yliopistolle on tehty pro gradu -tutkielma Uusi raskaus keskenmeno jälkeen? Toiveiden, pelkojen ja epäuskon projekti. Tekijänä oli Aunio-Ahmavuo J.(2008). Tulosten mukaan aiemmin koettu keskenmeno vaikuttaa seuraavan raskauden suunnitteluun, yrittämiseen sekä raskausaikaan. Vaikutusten voimakkuus on hyvin yksilöllistä. Toisille keskenmeno voi olla niin suuri trauma, että sen vuoksi päätetään tarkoituksella pysyä lapsettomana, toiset ovat valmiita aloittamaan uuden raskauden yrittämisen heti, kun ovat toipuneet fyysisesti edellisestä keskenmenosta. Alkoi uusi raskaus kuinka pian tahansa, se koetaan jollakin tavalla pelottavana ja ahdistavana. Eniten pelätään keskenmenon toistumista seuraavassakin raskaudessa. Keskenmenon jälkeen usko seuraavan raskauden onnistumiseen saattaa heikentyä ja pelko sekä epäusko helpottavat lopullisesti vasta, kun synnytys on onnellisesti ohi.

Koskela (2007) on tehnyt pro gradu –tutkielman, aiheesta lapsen menetys ja vanhemman spiritualiteetti. Moni tutkimukseen osallistunut vanhempi oli menettänyt lapsensa keskenmenolla. Koskelan tutkimuksen mukaan lapsen menetyksellä on pitkäkestoisia ja monenlaisia vaikutuksia vanhempien elämään. Tutkimuksen mukaan yleisimpiä tunnereaktioita ovat suru, viha, tuska, kaipaus, ikävä, suuttumus, syyllisyys ja itsesyytökset.

7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tutkimus on laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus. Kvalitatiivinen tutkimus kuvaa todellista elämää. Halusimme välittää valmiiseen työhön näiden naisten kokemuksia ja tuntemuksia suorina lainauksina. Laadullinen tutkimus siis vastaa kysymykseen, minkälainen jokin kokemus on. Tähän kysymykseen opinnäytetyömme etsii vastausta, joka koskee naisten kokemuksia keskenmenoista. Kvalitatiivinen tutkimus on kokonaisvaltaista tiedon keruuta, jota kerätään luonnollisista ja todellisista tilanteista. (Hirsjärvi ym. 2009, 155, 160, 161; Morse & Field 2002, 13.)

Kohderyhmänä meillä oli keskenmenon ennen 22. raskausviikon päättymistä kokeneet naiset. Nämä naiset tavoitimme Kaksplus -lehden Internetkeskustelupalstalta. Valitsimme Internetkyselyn, ettei vastaajille eikä meille aiheutuisi kustannuksia postimerkeistä ja kirjekuorista. Ensiksi otimme yhteyttä Kaksplus- Internetpalstasta vastaavaan henkilöön ja pyysimme lupaa laittaa kysely palstalle. Luvan saatuaamme laitoimme palstalle kymmenen avointa kysymystä maaliskuussa 2010, ja kysymyksiin sai vastata omin sanoin ja niin pitkästi kuin halusi. Kysely oli palstalla koko maaliskuun ajan. Vastaukset lähetettiin tutkimusta varten avattuun sähköpostiosoitteeseen. Palstalle laitoimme saatekirjeen, jossa kerroimme, keitä olemme ja missä opiskelemme sekä miksi teemme kyselyä. Kyselylomake tulee laatia selkeäksi ja ymmärrettäväksi. Lomakkeen esitestauksella testataan kyselylomakkeen ymmärrettävyyttä ja luotettavuutta. Esitetasimme lomakkeen muutamilla luokkatovereilla.

Aineiston kerääminen. Aineisto on kerätty kyselynä, joka on survey-tutkimuksen keskeisin menetelmä. Survey tarkoittaa kyselyn, haastattelun ja havainnoinnin sellaisia muotoja, joissa aineisto on kerätty standardoidusti ja joissa kohdehenkilöiden perusjoukko muodostaa otoksen tai näytteen. Kyselymme koostui avoimista kysymyksistä. Päädyimme tähän, koska avoimet kysymykset antavat vastaajien vastata omin sanoin ja ne myös antavat vastaajien osoittaa itse, mikä on heidän mielestään olennaista ja tärkeää sekä

niistä käy ilmi vastaajien asiaan liittyvien tunteiden voimakkuus. (Hirsjärvi ym. 2005, 125, 182, 190.)

Kvalitatiivinen tutkimus siis kuvaa todellista elämää ja kokemuksia. Kuitenkin esimerkiksi tutkittaessa keskenmenoja erilaiset kokemukset ja tuntemukset muokkaavat toisiaan, ja näin voikin muodostua monenlaisia kuvauksia. Kvalitatiivinen tutkimus tutkiikin kohdetta kokonaisvaltaisesti. Kvalitatiivinen tutkimus ei olettamuksista huolimatta tarkoita sitä, että pitäisi olla läheisessä kontaktissa tutkittaviin. (Hirsjärvi ym. 2005, 152, 183.)

Aineiston analyysi. Kvalitatiivisen tutkimuksen aineistoja voi hankkia monella eri tavalla. Yleisimmin aineisto hankitaan haastatteluilla tai keskusteluilla, havainnoimalla tai tutkittavien kirjoittamia päiväkirjoja tai esseitä lukemalla. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 216.) Tämän tutkimuksen aineisto on hankittu kyselylomakkeilla, joissa oli kymmenen avointa kysymystä.

Aineisto analysoitiin sisällön analyysillä. Aineiston analyysi, tulkinta ja johtopäätösten teko on tutkimusta tehtäessä kaiken perustana. Aineistoa analysoidessa ensimmäiseksi tarkistetaan aineisto: onko kaikkiin kysymyksiin saatu kelvolliset vastaukset ja onko ylipäätään kaikkiin kysymyksiin vastattu ja ovatko vastaukset todenmukaisia eli onko vastauksiin vastannut todellinen henkilö, jolla on omia kokemuksia tutkittavasta asiasta? Tässä tutkimuksessa vastaukset tarkastettiin ja todettiin luotettaviksi ja uskottaviksi. Toiseksi aineisto järjestettiin siten, että vastaukset kerättiin kysymysten alle ja niistä tehtiin lyhyet selostukset sekä tutkijoiden omat johtopäätökset. Analysointia voidaan tehdä monella eri tapaa. Tämä opinnäytetyö pyrkii selittämään ja ymmärtämään keskenmenon saaneiden kohtelua. Selittämiseen pyrkivä tutkimus käyttää usein tilastollista analyysia sekä päätelmien tekoa. Ymmärtämiseen tähtäävässä tutkimuksessa käytetään usein kvalitatiivista analyysia sekä myös päätelmien tekoa. (Tuomi & Sarajärvi 2009; Hirsjärvi ym. 2005, 209 – 213; Metsämuuronen 2006, 121, 122.)

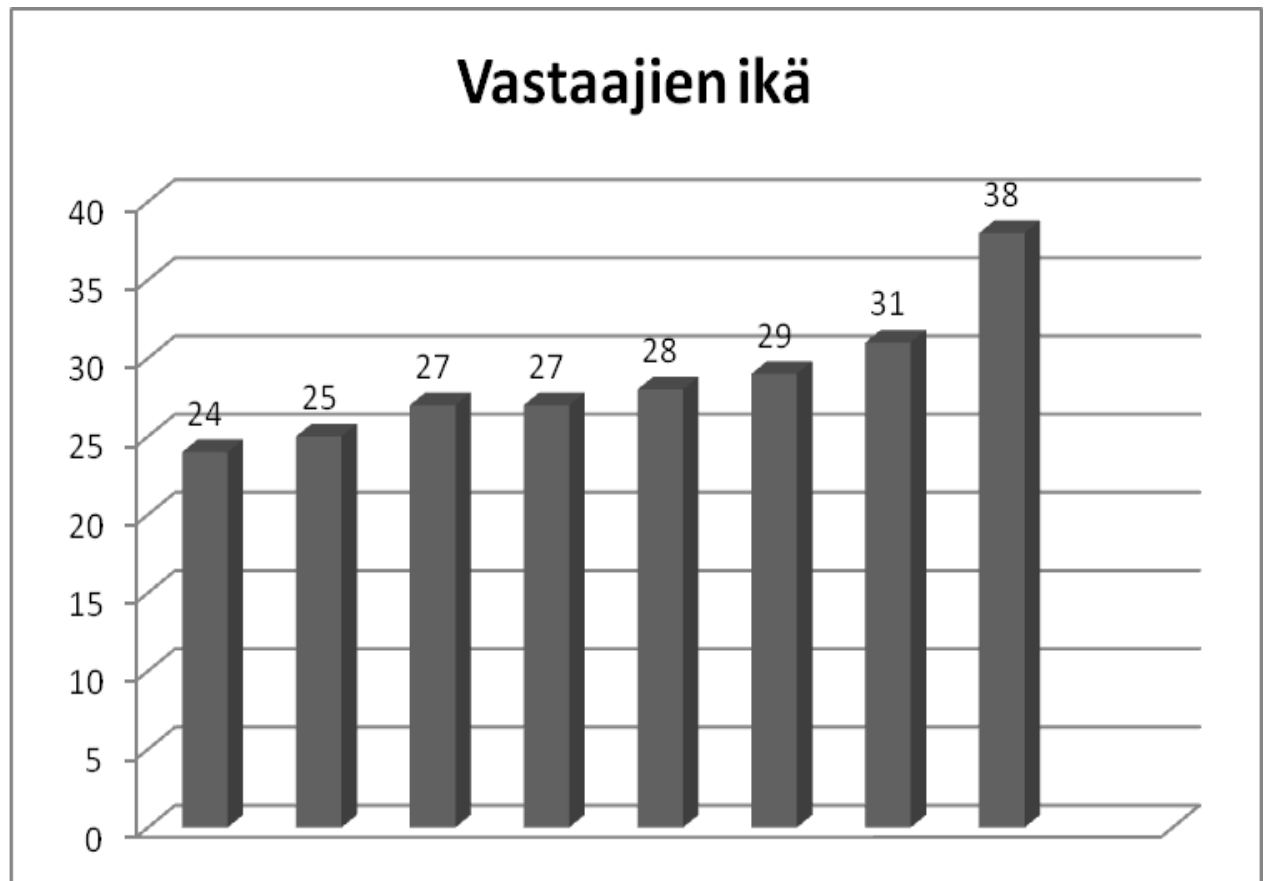
Tutkimuksen tuloksia tulee tutkijoiden myös tulkita ja selittää valmiissa työssään. Tulkinta tarkoittaa sitä, että tutkijat tekevät omaa analyysia ja omia johtopäätöksiä vastauksista. Laadullinen tutkimus ei pyrikään löytämään yhtä ainoaa totuutta vaan uusia näkökulmia asioihin. (Hirsjärvi ym. 2005, 213 - 214.)

8 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Saimme vastauksia yhteensä kahdeksan. Vastauksia tuli eri paikkakunnilta, joten tutkimuksemme kuvaa yleisesti keskenmenopotilaiden hoitoa. Vastausten määrä on riittävä, koska kvalitatiivisessa tutkimuksessa tärkeintä on, että kyselyyn vastanneet henkilöt tietävät tutkittavasta ilmiöstä paljon ja heillä on omakohtaista kokemusta tutkittavasta asiasta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85.)

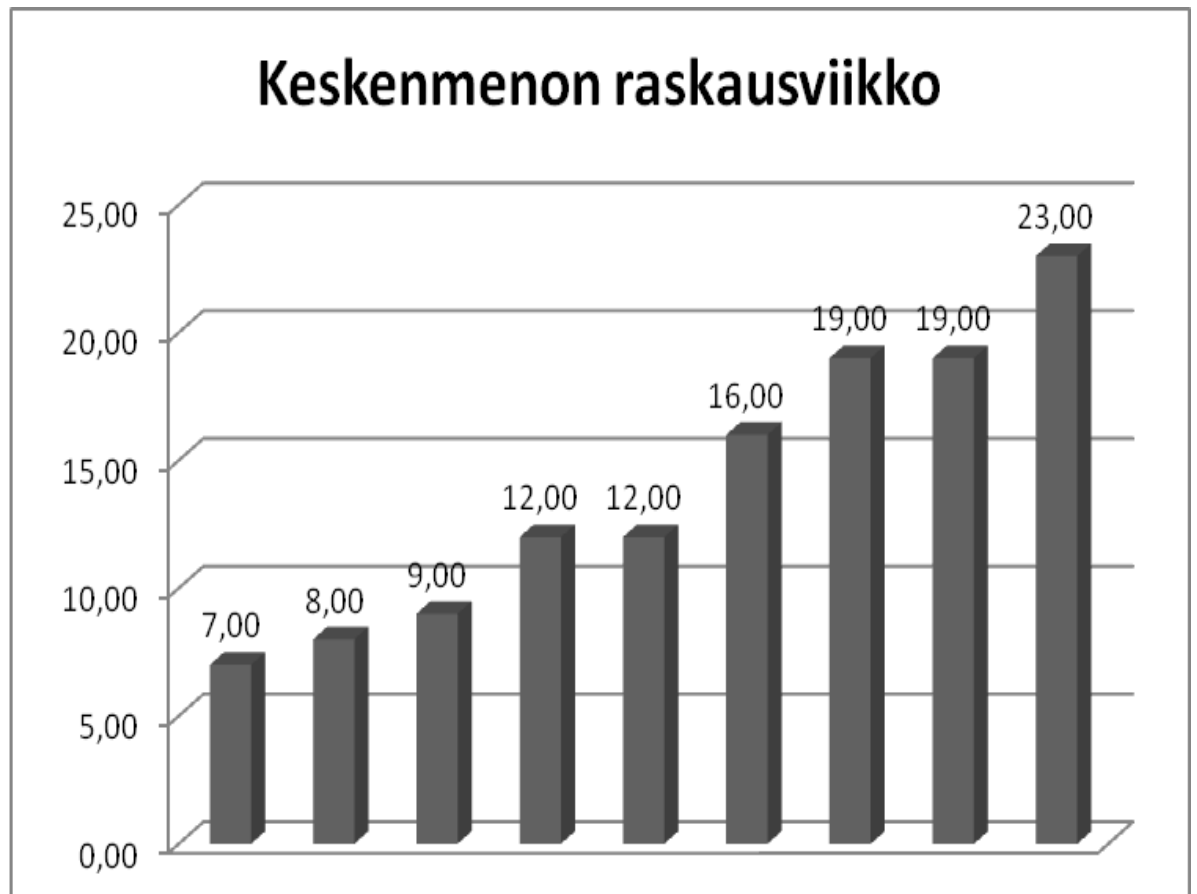
Vastaajien ikä oli 24 - 38 vuoden välillä (kuvio 1). Keskenmenot tapahtuivat vuosina 2008 - 2010. Keskenmenot tapahtuivat raskausviikoilla 7+5 – 23 viikkoa (kuvio 2), kolme keskenmenoa tapahtui ennen kymmenettä raskausviikkoa. Vastaajista kuudelle henkilölle (n = 6) keskenmeno oli ensimmäinen, yhdelle henkilölle (n = 1) toinen ja yhdelle henkilölle (n = 1) kolmas keskenmeno. Yksi vastaajista oli saanut kaksi keskenmenoa, jotka tässä tutkimuksessa lasketaan erillisiksi. Neljä vastaajista joutui synnyttämään kohtuun kuolleen sikiön, viidellä vastaajista keskenmeno tapahtui niin aikaisessa vaiheessa, että sikiö tuli itsestään ulos tai kohtu tyhjennettiin lääkkeillä.

Vastaukset olivat eripituisia, osa oli kirjoittanut useamman sivun ja osa vain lyhyillä lauseilla. Vastauksista näkyi selvästi omakohtainen kokemus ja tunne. Hyväksyimme kaikki vastaukset. Emme siis hylänneet yhtäkään, koska kaikki olivat vastanneet kaikkiin kysymyksiin ja asiallisesti.



KUVIO 1. Vastaajien ikä

Vastaajista nuorin oli 24 - vuotias ja vanhin 38 - vuotias.



KUVIO 2. Keskenmenon raskausviikko

Keskenmenot ajoittuivat raskausviikoille seitsemän (7) – kaksikymmentäkolme (23). Vaikka yksi keskenmenoista sattui raskausviikolla 23, ja yleisen määritelmän mukaan keskenmenon raja on 22 täyttä raskausviikkoa, oli sikiö ollut alle 500g, jolloin se lasketaan keskenmenoksi. Vastaajista neljä joutui synnyttämään kohtuun kuolleen sikiön.

8.1 Tuki, jollaista keskenmenon saanut nainen sai hoitohenkilökunnalta keskenmenon jälkeen

Vastaajien saama tuki käsittää tässä opinnäytetyössä psyykkistä tukea. Psyykkisellä tuella tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä henkistä tukea, tiedollista tukea ja emotionaalista tukea.

Vastaajien saama psyykinen tuki. Vastaajat kokivat saaneensa sairaanhoitajilta ja kätilöiltä keskusteluapua, ymmärrystä, lohdutusta, kannustusta, empatiaa ja kädestä pitämistä. Vastaajista vain yksi (n =1) oli saanut lääkäriltä lohdutusta ja ymmärrystä. Kohtuun kuolleen sikiön synnyttämisestä saatiin kiitosta ja kannustusta sekä riittävästi kipulääkettä ja tietoa tapahtumien kulusta. Henkilökunnan suhtautumista pidettiin pääasiassa upeana, turvallisena, empaattisena sekä asiallisena että ymmärtäväisenä. Henkilökunta hoiti keskenmenon saanutta siten, että jäi tunne siitä, että oltiin tärkeitä.

”Tapahtunutta hoitanut kätilö oli ihana. Kuunteli ja lohdutti. Istui vieressä, piti kädestä kiinni. Myös lääkäri oli ymmärtäväinen. Hän vielä soitti perään ja kyseli voinnista.”

”Mahtavaa huomata etten ollut heille vain työtehtävä ja potilas.... Tuntui turvalliselta, vaikkakin surulliselta”

Psyykkisellä tuella tarkoitetaan sitä, että potilasta autetaan ilmaisemaan ja käsittelemään omia tuntemuksiaan, ajatuksiaan ja kokemuksiaan. Sairaanhoitajan tehtävänä on lievittää potilaan mahdollisia pelkoja sekä ahdistusta kuuntelemalla potilasta. Kuitenkin potilaan kokemus sairaanhoitajan antamasta psyykkisestä tuesta on aina yksilöllinen, joten se, mikä sopii toiselle potilaalle, ei välttämättä tunnu hyvältä toisesta potilaasta. Sairaanhoitajalta vaaditaankin tilanneherkkyyttä, jotta hän voisi tunnistaa, minkälaista tukea potilas tarvitsee. (Heikkinen & Laine 1997, 64.) Reaktiovaiheessa tunteet

myllertävät, ihmiset itkevät paljon. Suru, epätoivo, tyhjyyden tunne, ahdistus, itsesyytökset ja syyllisyydentunnot ovat tyypillisiä. (Saari 2003, 53.)

"Itkin kuin vesiputous, lääkäri katsoi minua silmiin ja totesi, mikä tässä nyt on niin kauheaa.....?"

Psyykinen tuki kattaa myös tiedollisen tuen. Tiedollinen tuki tarkoittaa sairaanhoitajan kykyä antaa potilaalle yksilöllinen tieto siitä mitä hän milloinkin tarvitsee. Potilaan tarvitsema tai haluama tiedon määrä ja laatu selvitetään keskustelemalla potilaan kanssa. Potilaan ohjaaminen tiedon lähteille on myös tiedollisen tuen antamista. (Kiiltomäki & Muma 2007, 63.) Keskenmenon hoidosta tulee antaa todenmukaista ja asiallista tietoa potilaalle, sillä se auttaa ymmärtämään hoitoprosessia sekä selittää, miksi mitään tehdään.

"Kysyessäni, mitä minulle on tehty, vastattiin, että vain perusjuttuja. Ala on kuitenkin minulle vieras, enkä tiedä, mitä ne nimenomaiset perusjutut tarkoittavat"

"Sain kokonaisuudessaan koko ajan tietoa, mitä tapahtuu"

Joskus saattaa hoitajalla olla vaikeuksia tietää, mitä sanoa keskenmenon saaneelle potilaalle. Tällöin saattaa käydä niin että potilasta vältellään ja suoritetaan vain pakolliset hoitotoimenpiteet eikä kohdata potilasta aidosti. Tämä ilmeni myös tutkimuksessamme siten, että vastaajat kohtasivat myös vastuun pakoilua hoitohenkilökunnan osalta. Osa vastaajista koki, että henkinen puoli jäi kokonaan hoitamatta, tuntui kuin keskenmeno ja siitä seurannut kohdun tyhjennys olisi vain toimenpide. Usealla vastaajalla jäi kokonaan tapahtuman läpikäyminen väliin.

Nykyaikana kuntien taloustilanteen ollessa huono on henkilökuntaa aina vain vähemmän ja vähemmän, ja yhdellä hoitajalla voi olla montakin potilasta vastuullaan vuoron aikana. Tämä näkyy potilaille siten, että hoitajalla ei ole riittävästi aikaa potilaan henkisen puolen huomioimiseen. Vastauksista ilmenikin, että hoitohenkilökunnan kiire vaikutti myös osaltaan siten, että hoitajilla ei jäänyt aikaa keskusteluihin. Yksi keskenmenon saaneista olisi halunnut tavata lääkärin osastolla ollessaan, mutta lääkäri ei kuitenkaan pyynnöistä huolimatta käynyt tapaamassa potilasta. Myös tietämättömyyttä keskenmenosta kohdattiin soitettaessa puhelinneuvontaan. Välinpitämättömyyttä sekä kliseisiä tokaisuja, kuten että ”tätä sattuu” tai ”luonto hoitaa vialliset alkiot pois” kohdattiin. Ne koettiin suorastaan loukkaavina, kuin myös tokaisu, että keskenmenon aikana runsas vuoto on luonnollista, mikä sai keskenmenon saaneen vain miettimään, miten voi olla luonnollista menettää lapsensa.

” Mieslääkäri vain tuumasi, että luonto hoitaa vialliset elämänalut itsestään, eikä minun kannata alkaa miettiä, olenko tehnyt jotain väärin tai missä on vika. Että hyvällä onnella olen täällä muutaman kuukauden päästä uudelleen.”

Yhdelle vastaajista kohtuun kuolleen sikiön lääkkeellinen tyhjennys tehtiin siten, että lääkkeet otettiin kotona sekä vuoto tapahtui kotona, vaikka oli toivottu pääsyä sairaalaan osastolle. Myös sairauslomapäivien kirjoittamista vain vuotopäiville pidettiin kylmänä ja epäinhimillisenä.

Osa henkilökunnasta ei tiennyt, mitä sanoa menetyksen kokeneelle, kuin olisi vaikea löytää sanoja menetyksen keskellä, vaikea lohduttaa. Menetystä myös vähäteltiin, jopa niin, että omaa surua ja menetystä piti puolustella. Yhdelle vastaajista tuli sellainen tunne, että häntä hoidetaan kuin liukuhihnalla. Myös lääkärin välttelyä kohdattiin.

Hoitoa pidettiin hyvänä ja ymmärtäväisenä, vaikkakin pienet huolimattomat tokaisut, kuten tämä on aivan normaalia, sekä henkilökunnan unohtelut jäivät päällimmäisinä mieleen. Henkilökunta sai kiitosta tekemästään arvokkaasta

työstä. Myös täysin vieraan ihmisen reagointi keskenmenon saaneen järkytykseen ja tuskaan jäi mieleen, kuin myös kaikin puolin hyvä mieli ja se, ettei jäänyt minkäänlaista osastokammoa. Turvallisuuden tunne ja huolenpito henkilökunnan puolelta koettiin hyväksi.

”Kaunis muisto enkelivauvasta. Turvaa ja huolenpitoa pahimmalla hetkellä elämässä..”

Emotionaalinen tuki on potilaan kokemusten ja huolien jakamista. Potilaasta pidetään huolta ja hänen voimavarojaan vahvistetaan sekä toivoa ylläpidetään. Emotionaalista tukea on myös läsnäolo, koskettaminen, myötäeläminen, lohduttaminen ja potilaan toivomusten huomioon ottaminen. Vaikeistakin asioista keskustelu potilaan kanssa on hyvin tärkeää. Toivoa voi vahvistaa muistuttamalla potilasta siitä, ettei kaikkea ole menetetty. Tärkeintä toivon vahvistamisessa ovat sosiaaliset suhteet ja sairaanhoitajan auttava ja ymmärtävä suhtautuminen. (Kiiltomäki & Muma 2007, 63, 64.) Potilaan toivomuksia voidaan ottaa huomioon esimerkiksi siten, että näytetään kuollut sikiö äidille synnytyksen jälkeen äidin toivoessa.

”Näin, että tunteet olivat pinnassa ihan jokaisella”

”Hoitaja näytti vauvan minulle pyynnöstäni”

Lisäkoulutusta ja työhöjausta toivottiin henkilökunnalle, jotta henkilökunta osaisi paremmin kohdata, lohduttaa ja tukea keskenmenon saanutta naista. Koko hoitajaksoa pidettiin epämiellyttävänä ja negatiivisena niin, että päällimmäisenä jäi mieleen vain huono mieli ja tunne.

Tutkimuksemme tuloksista ilmenee selvästi tapahtuman ja sen hoitoprosessien läpikäymisen tarve. Tällaisen psyykkisen trauman kohdanneen potilaan on saatava tarvittaessa purkaa, puhua ja käydä läpi asiaa niin monta kertaa kuin

hän haluaa. Puolet vastaajista korostaakin, että olisi halunnut käydä tapahtumaa tarkasti läpi hoitajan tai lääkärin kanssa.

”Asian läpikäymistä uudelleen”

Luonnolliseen elämän kulkuun kuuluu se että, lapset hautaavat vanhempansa eikä vanhemmat lastaan. Siksi lapsen kuolema onkin todella traumaattinen tapahtuma, kuoli lapsi sitten kohtuun tai myöhemmin.

”En ollut osannut kuvitella miten kamala suru olisi. Vaikka olin vain 8:lla viikolla raskaana, koin menettäneeni lapseni”

Äkilliset kuolemat aiheuttavat suurta järkytystä läheisille ihmisille. Kuolleen iällä on paljonkin merkitystä sille, miten kuolema koetaan lähipiirissä, mitä nuorempi kuollut on, sitä järkyttävämpää, odottamattomampaa ja epäoikeudenmukaisempaa kuolema on. (Saari 2003, 30, 31.)

8.2 Tuki, jollaista keskenmenon saanut nainen olisi halunnut hoitohenkilökunnalta keskenmenon jälkeen

Psyykkisen tuen antaminen keskenmenon jälkeen on todella tärkeää, kuten olemme jo aiemmin todenneet. Kuitenkin tämän tuen saamisessa on selvästi puutteita tutkimuksemme mukaan. Psyykkistä tukea kaivattiin paljon lisää keskenmenon jälkeen.

Psyykkistä tukea, kuten läsnäoloa ja tukea sekä tulevista tapahtumista kertomista kaivattiin enemmän. Pieniä asioita, kuten juttelua, kuuntelua, myötätuntoa, tietoa keskenmenosta sekä sen mahdollisista syistä, kaivattiin myös enemmän. Usea vastaaja olisi halunnut perusteellisen asioiden läpikäymisen vielä osastolla ollessaan. Myös ennalta potilaan papereihin

tutustumista toivottiin, jottei tarvitsisi jokaiselle erikseen kerrata samoja asioita ja jotta hoito sujuisi paremmin. Lääkäriltä toivottiin enemmän empatiaa sekä kiireettömyyttä. Henkisen puolen tukeminen jäi vajavaiseksi, keskityttiin vain itse keskenmenon hoitamiseen toimenpiteenä.

”Jutteleminen, kuunteleminen ja perusteellinen asioiden läpikäyminen olisi ollut toiveenani”

Esiin nousi myös toive keskenmenon saaneelle annettavasta informaatiopakelistä, joka voisi sisältää tietoa keskenmenosta, siitä, kuinka kauan vuoto yleensä kestää, miten surua käsitellään, mistä saa apua surun käsittelyyn, mihin ottaa yhteyttä, jos on kysyttävää, sekä tietoa siitä, miten ihmiset yleensä kokevat keskenmenon fyysisesti ja henkisesti. Toiveissa olivat myös ennalta annettavat ohjeet, mitä tehdä, jos tulee keskenmeno. Ohjelappusen voisi antaa äitiysneuvolasta ensimmäisellä käyntikerralla.

Asiantuntemusta ja tietotaitoa toivottiin myös. Esimerkiksi soittaessa puhelinneuvontaan tulisi puhelimeen vastaavalla hoitajalla olla edes jonkinlaista tietoa keskenmenoista ja niiden hoidoista.

”Toivoisin että puhelimeen vastaavat sairaanhoitajat tietäisivät jotain keskenmenosta ja vähintään että olisi jonkinlaista myötätuntoa..”

Lääkäriltä kaivattiin kannustavampaa ja ymmärtäväisempää suhtautumista, asioiden tarkkaa läpikäymistä sekä lääkärin että hoitohenkilökunnan kanssa ja vielä enemmän asiantuntemusta keskenmenoista. Myös myötätuntoa, empaattisuutta ja inhimillisyyttä kaivattiin enemmän.

”Aikaa. Sitä että joku olisi hetkeksi vaikka istunut ja jäänyt juttelemaan.”

Hoitohenkilökunta saattaa joskus pitää tietämiään asioita itsestään selvyyksinä. Kaikki asiat eivät kuitenkaan ole potilaille itsestään selviä, ja siksi yksinkertaisetkin asiat olisi hyvä kertoa potilaalle. Yksi vastaajista toivoi jälkihoitokäyntiä muutaman viikon päähän. Siellä voisi käydä asiat vielä kerran läpi ja keskustella mieleen tulleista asioista keskenmenoon liittyen. Yksi vastaajista ei kaivannut mitään lisää hoitohenkilökunnalta.

”Olin odottanut jonkinlaista jälkikäyntiä, jossa asioita olisi vielä voinut pohtia, kysyä miksi jotkin asiat meni niin kuin meni ja että henkilökunta ei olisi pitänyt kaikkea niin itsestään selvyytenä.”

9 TULOSEN TARKASTELU

Vastauksista käy ilmi, että hoitajien tapa suhtautua keskenmenon saaneisiin potilaisiin on empaattisempi ja ymmärtäväisempi kuin lääkäreiltä saama tuki. Vastauksissa on huomattavissa myös eriävyyksiä ammattitaidossa hoitajien ja osastojen välillä kohdata keskenmenon saanut potilas. Keskenmenon yleisyyden vuoksi terveysalalla usein koetaan keskenmenot jokapäiväisinä tapahtumina, ja välillä unohdetaan, että tämä voi olla potilaalle hänen elämänsä suurin tragedia. Siksi keskenmenopotilasta hoidettaessa tulisikin ottaa huomioon potilaan psyykkisen tuen tarve eikä hoitaa asiaa pelkkänä hoitotoimenpiteenä.

Vastauksista ilmenee selvästi myös tiedon tarve ja asioiden läpikäymisen tarve. Keskenmenon hoitaminen on useimmiten rutiinityötä sairaalassa, ja siksi hyvin monesti jää henkilökunnalta kertomatta potilaalle eri hoitovaiheiden ja toimenpiteiden merkitys sekä keskenmenon mahdolliset syyt. Jälkitarkastuksessa haluttaisiin vielä käydä läpi keskenmenoon johtaneet syyt ja keskenmenon hoitamisen vaiheet ja eri toimenpiteet.

Osastoilla on useimmiten hoitajilla kova kiire ja monta potilasta hoidettavanaan, ja tämä kiire näkyy keskenmenon saaneelle potilaalle siten, ettei omahoitajalla ole tarpeeksi aikaa keskusteluihin. Juttelua ja kuuntelua ja vain läsnäoloa kaivattiin paljon enemmän, kuin myös empaattisuutta.

Sairaanhoitajilta odotettiin ammattitaitoa kohdata keskenmenopotilas sekä tietotaitoa asiasta. Erilaisia ohjelappusia toivottiin annettavaksi jo äitiysneuvolassa: mitä tehdä, jos tulee keskenmeno. Toivottiin myös ohjelappusta keskenmenon saannin jälkeen, jossa olisi tietoa keskenmenoista yleensä sekä niiden hoidoista ja toipumisajoista.

Validiteetti eli pätevyys ja reliabiliteetti eli luotettavuus ovat luotettavuuden kuvaajia. Reliaabelius tarkoittaa tutkimuksen mittaustulosten toistettavuutta. Se osoittaa siis menetelmän tarkkuuden suhteessa tietojen keruun pysyvyyteen ja toistettavuuteen. Validius tarkoittaa mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä tiettyä asiaa, mitä halutaankin mitata. Se siis kuvaa sitä, miten

hyvin sen avulla saadaan tietoa halutusta asiasta. (Hirsjärvi ym. 2005, 216, 217.) Vastauksien luotettavuuden arvioi tutkija. Vastauksien ollessa paperiversiona ei tutkija voi enää tarkentaa tutkittavilta vastauksia. (Paunonen & Vehviläinen - Julkunen 1997, 218.)

Vastauksien luotettavuutta arvioitaessa tulee huomioida myös se, milloin tutkittavalle on tapahtunut tutkittava tapahtuma. Tapahtuman ja tutkijalle tapahtumasta annettavan aineiston välillä on aina aikaviive. Aikaviiveen aikana tutkittava on keskustellut asiasta monen eri henkilön, kuten esimerkiksi omaisten, ystävien ja ehkä jopa ammattiauttajien kanssa. Siksi tutkittava saattaa muistella tapahtumaa aivan erilaisin mielipitein. Myös aikaviiveen aikana sattuneet asiat voivat värittää tapahtumasta kertovaa mielikuvaa. (Paunonen & Vehviläinen - Julkunen 1997, 217.) Tässä opinnäytetyössä tutkimusaineisto on korkeintaan kahden vuoden takaa.

Vastauksia tarkastellessamme totesimme kaikki vastaukset luotettaviksi. Vastauksista huokui kirjoittajien omat henkilökohtaiset kokemukset.

Tutkittavan aiheen ollessa näin henkilökohtainen ja vaikea tulee erityisesti eettisyys ottaa huomioon. Vastaajat palauttivat vastauksensa nimettöminä sähköpostiin. Vastaukset siirsimme omaan tiedostoon ja sähköpostit tuhosimme heti, jotta näkyvissä olevat sähköpostiosoitteet eivät jäisi näkyviin. Kyselyyn vastaaminen oli täysin vapaaehtoista, emmekä myöskään julkaisseet mitään sellaista tekstiä, minkä kirjoittanut oli kieltänyt. Tutkimukseen osallistujilla ei ollut minkäänlaista henkilökohtaista kontaktia tutkijoihin, eikä näin ollen siis syntynyt minkäänlaista osallistumisvelvollisuuden tunnetta.

10 POHDINTA

Tutkimustietoa keskenmenopotilaan kohtelusta oli yllättävän vaikea löytää, asiaa ei ilmeisesti ole paljonkaan tutkittu. Keskenmeno on traumaattinen kokemus suurimmalle osalle naisista. Traumaattiseen tapahtumaan ei ennalta voi valmistautua, minkä vuoksi keskenmenopotilaiden kanssa työskenteleviltä hoitajilta vaaditaankin tilanneherkkyyttä ja ammattitaitoa. Keskenmenopotilaita hoidettaessa tuleekin huomioida psyykkisen tuen tarve, jota tutkimuksemme mukaan naiset saivat osittain puutteellisesti. Asioiden perusteellista läpikäymistä ei voi liikaa korostaa keskenmenopotilaiden hoitotyössä. Keskenmenopotilaalle keskenmenon syistä tulisi antaa kaikki tieto, ettei potilaalle jää sellaista oloa tai tunnetta, että hän on tehnyt jotain väärin tai että hän on syypää keskenmenoon.

Jokaisen elämässä tapahtuu kehityskriisejä, joihin voi ennalta varautua. Traumaattiseen kriisiin ei voi ennalta varautua, siksi se voikin aiheuttaa shokkitilan ihmiselle. Keskenmeno on hyvin monesti keskenmenon saaneelle potilaalle kriisi. Kriisin eri vaiheet kokee jokainen potilas eri lailla ja omassa tahdissaan. Sairaanhoidajan tehtäviin kuuluukin potilaan tukeminen ja auttaminen kaikissa hoitotyön vaiheissa. Kriisityön perusteet kuuluvatkin sairaanhoidajan perusosaamiseen. Kriisitilanteessa ihminen unohtaa saamansa ohjeet ja neuvot, tämän vuoksi ohjeet tulisikin aina antaa myös kirjallisina, jotta ohjeisiin voi palata myöhemmin.

Kriisitilanteessa sosiaalinen verkosto on tärkeä. Siksi keskenmenopotilaan luoliisi hyvä sallia vierailut, jos hän itse sitä haluaa. Potilaalta voi myös kysyä, onko hänellä jotain läheisiä tai omaisia, kenet hän haluaisi paikalle tai johon haluaisi olla yhteydessä puhelimitse. On olemassa erilaisia vertaistukiryhmiä sekä Internetissä että useilla eri paikkakunnilla. Vertaistukiryhmistä voisi antaa tietoa potilaalle, jos niitä paikkakunnalla on. Myös Internetissä olevista vertaistukiryhmistä voisi potilaalle tiedottaa.

Surutyölle on annettava aikaa ja tilaa, koska jokainen suree omalla tavallaan eikä kenenkään surua pidä vähätellä. Kuitenkin jos surutyö pitkittyy kohtuuttomasti, on surijalle hankittava ammattiapua.

Tuen antaminen koostuu pienistäkin asioista, kuten kuuntelusta ja läsnäolosta. Kuluneiden fraasien, kuten ”näin on ehkä parempi” tai ”uutta yritystä vain heti perään”, käyttö on tutkimuksemme mukaan jopa loukkaavaa, koska menetettyä vauvaa ei haluta heti korvata uudella. Menetyksen vähättely on suorastaan törkeää.

Kohdun tyhjennyksen kotona tekeminen tuntuu kohtuuttomalta vaatimukselta mielestämme. Potilaalle tulisikin antaa mahdollisuus tehdä tyhjennystoimenpide sairaalassa.

Sairaanhoitajan on tunnistettava itsessään riittämättömyyden tunne, jos hän ei tunne kykenevänsä antamaan tarpeeksi tukea tai apua keskenmenon saaneelle potilaalle. Silloin voi pyytää potilaalle keskusteluapua muilta työtovereilta tai jopa muilta ammattikunnan edustajilta. Sairaanhoitajan tulisi kouluttaa itseään, jotta osaisi kohdata kriisissä olevia potilaita.

Moni kokee keskenmenon lapsen menetyksenä. Sikiön hautaaminen tai tuhkaaminen voisi auttaa surutyössä, ja silloin surijalla olisi jokin paikka, missä käydä muistelemassa kuollutta lastaan. Sikiön hautaus- tai tuhkausmahdollisuuksia pitäisikin tuoda enemmän esille. Kukaan vastaajista ei ainakaan tuonut esille, että olisi saanut haudata sikiön. Synnytys- ja naistentautien harjoittelujaksojemme aikana ei kumpikaan meistä kuullut tällaisista mahdollisuuksista. Kuinkahan yleistä tämä on?

Jälkitarkastuksen yhteydessä voisi lääkäri ja vaikka kättilökin tai sairaanhoitaja varata aikaa myös kunnolliselle keskustelulle. Keskustelussa käytäisiin läpi keskenmenon mahdolliset syyt, keskenmenon hoitovaiheet sekä keskusteltaisiin keskenmenopotilaan tuntemuksista ja annettaisiin hänelle tilaa ja aikaa kysellä ja puhua, mistä hän itse haluaa.

Vastauksista kävi ilmi, että tarvetta olisi keskenmenoinfopaketille. Se sisältäisi tietoa keskenmenoista, sen syistä ja keskenmenon kulusta sekä toipumisesta.

Siinä voisi olla jokin puhelinnumero mistä saisi keskusteluapua tai neuvoja. Pakettiin toivottiin myös tietoa tulevista raskauksista sekä keskenmenoriskeistä.

Myös jo ensimmäisellä äitiysneuvolakäynnillä annettavaa opaslehtistä toivottiin: lehtistä, jossa kerrotaan keskenmenosta, mitä tehdä, jos tulee keskenmeno, ja minne soittaa keskenmenon sattuessa.

Lisäksi voisi tutkia hoitohenkilökunnan kriisityön koulutustaustaa, jotta voitaisiin kartoittaa hoitajien osaaminen kriisityössä, koska tällä alueella näyttäisi tutkimuksemme mukaan olevan puutteita.

Opinnäytetyön tekeminen oli mielenkiintoista ja haastavaa. Kummallakaan ei ole omakohtaista kokemusta keskenmenoista, joten tutkimme ja otimme vastaan tietoa avoimin mielin. Haastavuutta lisäsi se, että asumme eri paikkakunnilla, ja yhteistä aikaa oli vaikea löytää tutkimuksen tekoon. Opinnäytetyömme on täydentänyt osaamistamme keskenmenopotilaan kohtaamisessa ja hoidossa sekä antanut tietoa kriisityöstä ja sen eri vaiheista. Työstä saimme valmiuksia kohdata kriisissä olevia potilaita tai kriisin kokeneita potilaita myös muilla osastoilla, kuin vain synnytysosastolla.

Olit luonamme hetken, ihan pienen vaan.

Et pitemmälle enää, jaksanutkaan.

Ei koskaan tavattu, tunnettiin vain,

liian pienen hetken sinut pitää sain.

Ei tullut äitiä, ei tullut isää,

vain itkua, kipua, surua lisää.

Pilven reunalla teitä jo liikaa on,

äidin ja isän kaipaus on loputon.

Ei muuta voi kuin rukoilla vaan

että seuraavan jo pitää saan.

LÄHTEET

Aunio-Ahmavuo, J. 2008. Uusi raskaus keskenmenon jälkeen? Toiveiden pelkojen ja epäuskon projekti. Pro gradu –tutkielma. Tampereen yliopisto.

Eskola, K. & Hytönen, E. 2008. Nainen hoitotyön asiakkaana. 1.- 3. painos. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Eskola, K. Hytönen, & E. Komulainen, S. 1990. Äitiyshuolto ja naistentautien sairaanhoito. 6.-painos. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Flinkkilä, S. Hakama, K. & Surakka, T. 1998. Keskenmenopotilaan hoitoprosessin parantaminen Tampereen yliopistollisen sairaalan naistenklinikassa. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisu 6/98

Haapala, S. Korhonen, L. & Manninen, A. 2000. Keskenmeno – elämäkokoinen menetys. Opinnäytetyö. Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulu

Haho, A. 2009. Asiakkaan ja potilaan kohtaaminen. Sairaanhoitajalehti. Www-dokumentti. Saatavissa

https://www.sairaanhoitajaliitto.fi/jasenetti/sairaanhoitajalehti/8_2009/etiikka/asiakkaan_ja_potilaan_kohtaamine/ Luettu 1.9.2010

Halmesmäki, E. 2009. Keskenmeno. Www-dokumentti. Saatavissa http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_teos=seh&p_artikkeli=seh00127 Luettu 20.7.2010

Heikkinen, R.-L. & Laine, T. 1997. Hoitava kohtaaminen. Tampere: Kirjayhtymä Oy.

Hildén, R. 2002. Ammatillinen osaaminen hoitotyössä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hildén, R. 1999. Sairaanhoitajan ammatillinen pätevyys ja ammatilliseen pätevyyteen vaikuttavat tekijät. Väitöskirja, Tampereen yliopisto.

Hirsjärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. 2005. Tutki ja kirjoita. 11. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hirsjärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Kiiltomäki, A. & Muma, P. 2007, Tässä ja nyt - sairaanhoitaja tekee kriisityötä. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Helsinki: Gummerus Kirjapaino Oy.

Koskela, H. 2007. Lapsen kuolema ja vanhemman spiritualiteetti. Pro gradu – tutkielma. Joensuun yliopisto, teologinen tiedekunta. Www-dokumentti. Saatavissa http://epublications.uef.fi/pub/URN_NBN_fi_joy-20090062/URN_NBN_fi_joy-20090062.pdf Luettu 1.9.2010

Käpy- lapsikuolemaperheet ry. Www-dokumentti. Saatavissa <http://www.kapy.fi/> Luettu 3.9.2010

Lehtinen, S. 2009. Keskenmenopotilaiden hoidon tulee olla laadukasta. Kätilölehti. 114.vuosi, 4/2009.

Lipponen, K. Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006. Www-dokumentti. Saatavissa http://www.ppsHP.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf Luettu 20.7.2010

Mattila, R.-L. 2001. Vahvistumista ja tunnekokemuksen jakamista. Potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta kuvaavan käsitejärjestelmän kehittäminen. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto.

Metsämuuronen, J. 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. 1. laitos. 1. painos. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Morse, J. M. Field, P. 2002. Nursing research. 2. painos. London: Nelson Thornes Ltd.

Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä. 2006;4. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon, koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopinnot. Www-dokumentti. Saatavissa <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf?lang=fi> Luettu 1.9.2010

Paananen, Pietiläinen, Raussi-Lehto, Väyrynen & Äimälä. 2006. Kätilötyö. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Peltari, P. 1997. Sairaanhoitajan työn nykyiset ja tulevaisuuden kvaifikaatiovaatimukset. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Saari, S. 2003. Kuin salama kirkkaalta taivaalta. Kriisit ja niistä selviytyminen. Kolmas uudistettu laitos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Otava.

Saastamoinen, T. 2007.. Ammatillisuus korostuu teho-osaston hoitotyössä. Sairaanhoitajalehti. Www-dokumentti. Saatavissa http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/jasenetti/sairaanhoitajalehti/9_2007/maat_artikkelit/amatillisuus_korostuu_teho-osas/ Luettu 1.9.2010

Suomen Punainen Risti. 2010. Elämän erilaiset kriisit. Psykkinen ensiapu. Terveyskirjasto, Duodecim. Www-dokumentti. Saatavissa http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=onn00125&p_teos=onn&p_selaus Luettu 3.9.2010

Suomen Mielenterveysseura. Tuettu suru - projekti. 2007. Yhdessä suru on helpompi kantaa. Opas lasten ja nuorten sururyhmien ohjaajalle. Helsinki: SMS-Tuotanto Oy.

Thompson, I. Melia, K. & Boyd, K. 2000. Nursing ethics. 4. painos. Churchill Livingstone.

Tiitinen, A. 2009. Keskenmeno. Lääkärikirja Duodecim. Www-dokumentti. Saatavissa

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00138 Luettu 20.7.2010

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

Väisänen, L. 2000. Kuolleena syntynyt lapsi. Aikakausikirja Duodecim. Www-dokumentti. Saatavissa

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti/tk.koti?p_teos=onn&p_artikkeli=onn00093#s2 Luettu 20.7.2010

Hei,

Olemme kaksi kolmannen vuoden sairaanhoitajaopiskelijaa Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulusta, hoitotyön koulutusohjelmasta, Kokkolasta. Teemme opinnäytetyötä keskenmenon kokeneiden naisten kokemuksista hoitohenkilökunnasta, siitä miten hoitohenkilökunta huomioi heidän keskenmenonsa ja tunteensa. Työn nimeksi tulee ”tyhjä syli”.

Pyydämmekin nyt sinulta, keskenmenon 2000 -luvulla kokeneelta naiselta, pientä hetkeä vastata meidän kyselyymme. Vastaukset ovat luottamuksellisia. Valmista opinnäytetyötämme voidaan käyttää hoitotyön kehittämiseen nimenomaan keskenmenon kokeneiden kohdalla.

Kysymykset;

1. Ikäsi
2. Minä vuonna keskenmeno tapahtui?
3. Monennellako raskausviikolla keskenmeno tapahtui?
4. Monesko keskenmeno oli?
5. Millaista tukea sait hoitohenkilökunnalta?
6. Kuvaile minkälaista tukea olisit toivonut hoitohenkilökunnalta?
7. Millaiseksi kuvailisit hoitohenkilökunnan suhtautumisen sinuun?
8. Kuvaile minkälainen tunne sinulle jäi hoitojaksosta kokonaisuutena?
9. Mitä jäit kaipaamaan hoitohenkilökunnalta?
10. Tämän haluan vielä sanoa....

Vastaukset pyydetään lähettämään juuri tätä tutkimusta varten luomaamme sähköpostiosoitteeseen; kauppinen.palojarvi@cou.fi. Sähköpostiosoite sulkeutuu 31.3.2010. Voit halutessasi laittaa mukaan esimerkiksi omia runojasi keskenmenosta.

Kiitos sinulle vastauksistasi ja hyvää kevään jatkoa!

Johanna Kauppinen ja Teresa Palojärvi

Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulu, Kokkola

