



RASKAUDENKESKEYTYS KUOPIOSSA
- hoitopolun kuvaaminen ja sen toimivuuden arvioiminen

Opinnäytetyö

Marjut Holopainen
Miska Reinikainen

Hoitotyön koulutusohjelma
Kättilötyön suuntautumisvaihtoehto

Hyväksytty ____ . ____ . ____ _____

SAVONIA- AMMATTIKORKEAKOULU

Terveysala, Kuopio

OPINNÄYTETYÖ

Tiivistelmä

Koulutusohjelma: Hoitotyön koulutusohjelma	
Suuntautumisvaihtoehto: Kätilötyön suuntautumisvaihtoehto	
Työn tekijä(t): Marjut Holopainen, Miska Reinikainen	
Työn nimi: Raskaudenkeskeytys Kuopiossa - hoitopolun kuvaaminen ja sen toimivuuden arvioiminen	
Päiväys: 23.11.2009	Sivumäärä / liitteet: 55 / 8
Ohjaajat: Yliopettaja Liisa Koskinen	
Työyksikkö / projekti: Kuopion yliopistollinen sairaala, naistentautien ja synnytystenlinikka; Kuopion sosiaali- ja terveyskeskus	
<p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata raskaudenkeskeytyspotilaan hoitopolku Kuopiossa ja arvioida sen toimivuutta raskaudenkeskeytyksen hoitoon osallistuvan henkilöstön näkökulmasta. Tavoitteena oli saada tietoa, jonka avulla ammatillista ohjausta ja tukea raskaudenkeskeytysprosessin eri vaiheissa voidaan kehittää.</p> <p>Valitsimme tutkimukseemme laadullisen lähestymistavan, koska halusimme saada kokemukseräistä tietoa raskaudenkeskeytysasiakkaan hoitopolusta. Aineisto koostuu neljästä yksilöhaastattelusta. Menetelmänä käytettiin teemahaastattelua. Haastattelimme hoitopolun eri vaiheissa mukana olevaa henkilöstöä, jotta saimme kokonaiskuvan raskaudenkeskeytysprosessin toimivuudesta. Tutkimuksen toteutuspaikkana oli Kuopion yliopistollinen sairaala ja Kuopion sosiaali- ja terveyskeskus, joissa raskaudenkeskeytysasiakkaita hoidetaan. Haastattelut toteutettiin elokuussa 2009. Analysoimme saadun aineiston sisällön analyysillä.</p> <p>Haastateltavat kokivat, että hoitopolku toimii rakenteellisesti hyvin: organisaatioiden välinen yhteistyö ja tiedonkulku toimivat eikä hoitoon pääsyssä ole ongelmia. Haastateltavien mielestä tuki ja ohjaus ovat keskeisiä tekijöitä raskaudenkeskeytysprosessin onnistumisessa. Keskeytykseen tulevan naisen ohjauksessa tulisi korostua kohtaaminen ja läsnäolo. Ohjauksen ja tuen laatu kuitenkin vaihtelevat hoitopolun eri vaiheissa ja ovat riippuvaisia ammattihenkilön persoonasta ja ohjaustaidoista. Työn kiireisyydestä johtuva ajanpuute ja hoidon rutiininomaisuus heikentävät ohjauksen laatua ja estävät yksilöllisen tuen antamisen. Osaston kiireisyyden ja lyhyiden vastaanottoaikojen vuoksi hoitajan ja keskeytystä läpikäyvän naisen keskustelulle jää usein liian vähän aikaa. Lähtöhaastattelu omalääkärin vastaanotolla ennen raskaudenkeskeytystä koettiin ajallisesti erityisen lyhyeksi tilanteeksi. Haastateltavat pitivät raskaudenkeskeytysprosessin ehkäisyneuvontaa osittain puutteellisenä. Päävastuu ehkäisyneuvonnasta on jäänyt naistentautien poliklinikalle. Tässä tilanteessa toistuvasti raskaudenkeskeytyksiin hakeutuvien ja vuoden sisällä synnyttäneiden naisten ehkäisyneuvonnan riittävyys askarrutti haastateltavia. Jälkitarkastusta pidettiin ehkäisyneuvonnan ja psyykkisen toipumisen kannalta ratkaisevan tärkeänä osana hoitopolkua. Haastateltavien mielestä se ei nykyisellään vastaa keskeytysasiakkaiden tarpeisiin.</p> <p>Johtopäätöksenä voidaan todeta, että raskaudenkeskeytyshoitopolun toimivuutta Kuopiossa voitaisiin kehittää monilta osin, vaikka hoitopolku rakenteellisesti toimiikin sujuvasti. Raskaudenkeskeytysasiakkaan lähtöhaastattelua ja jälkitarkastusta tulisi kehittää vastaamaan asiakkaan tarpeisiin. Asiakkaan henkistä tukea olisi tärkeä lisätä kiireestä huolimatta. Kouluttamalla hoitohenkilökuntaa asiakkaan yksilöllistä ohjausta voitaisiin parantaa. Myös raskaudenkeskeytysasiakkaan ehkäisyneuvontaa tulisi kehittää. Hoitohenkilökunnan tulisi huomioida asiakkaan ehkäisyneuvonnan tarve hoitopolun jokaisessa vaiheessa.</p>	
Avainsanat: (1-5) raskaudenkeskeytys, hoitopolku, ohjaus, tuki, ehkäisyneuvonta	
Julkinen <input checked="" type="checkbox"/>	Salainen <input type="checkbox"/>

SAVONIA UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Health Professions Kuopio

THESIS

Abstract

Degree Programme: Degree Programme of Nursing	
Option: Midwifery	
Authors: Marjut Holopainen and Miska Reinikainen	
Title of Thesis: Abortion in Kuopio – defining and evaluating the care pathway of women having abortion.	
Date: 23.11.2009	Pages / appendices: 55/ 8
Supervisor: Principal Lecturer Liisa Koskinen	
Contact persons: Kuopio University Hospital, Gynaecology and Obstetrics, Kuopio Social and Health Centre	
<p>The purpose of this thesis was to define the care pathway of women having abortion in Kuopio and assess its functionality from the perspective of healthcare staff involved. The aim was to obtain information to help developing professional guidance and support of women having abortion.</p> <p>We chose a qualitative approach in our research because we wanted to obtain experimental information about the care pathway of women having abortion. The data consists of four individual interviews. As a research method we used theme interview. To get the overview of functionality of the care pathway of women having abortion we interviewed staff members from different stages of the care pathway. The study was carried through in cooperation with Kuopio University Hospital (KUH) and Kuopio Social and Health Center where abortion clients are taken care of. The interviews were carried out in August 2009. The data was analyzed by using a qualitative content analysis method.</p> <p>Care pathway of women having abortion was considered to work structurally well. The interviewees felt that cooperation and communication between KUH and Kuopio Social and Health Center work well. Women considering abortion do not have problems in accessing to care. Support and guidance were considered to be the key factors for quality care of women having abortion. The quality of guidance and support vary in different stages of care pathway. They were seen to be dependent on the personality and professional skills of staff members. Lack of time and routine management in healthcare weaken the quality of guidance and prevent individual support. Because of the hurry in work and short consultation hours there is usually not enough time to have conversation. Especially the doctor's interview before the abortion was considered to be a very brief situation. The interviewees considered the contraceptive counselling to be deficient in abortion process. Main responsibility in contraceptive counseling is in gynaecological unit. In this situation interviewees were concerned about the sufficiency of contraceptive counseling for women repeatedly seeking abortion or women given birth within the year. Post-abortion checkup was considered to be critically important part of the care pathway concerning contraceptive counselling and psychological recovery. The interviewees thought that the post-abortion checkup does not meet the needs of women having abortion.</p> <p>As a conclusion it can be said the care pathway of women having abortion in Kuopio could be improved in many respects even though the care pathway structurally works well. Both the post-abortion checkup and the doctor's interview before the abortion in Social and Health Center should be developed to meet the needs of the women having abortion. Despite the hurry patients' emotional support should be enhanced. By educating the healthcare staff patient's individual guidance could be improved. The contraceptive counselling of women having abortion should be developed. The healthcare staff should take into account the patient's need for contraceptive counselling in every stage of the care pathway.</p>	
Keywords: (1-5) abortion, care pathway, guidance, support, contraceptive counselling	
Public <input checked="" type="checkbox"/>	Secure <input type="checkbox"/>

SISÄLTÖ

1 TUTKIMUKSEN TAUSTA	6
2 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE	8
3 RASKAUDENKESKEYTYS	8
3.1 Raskaudenkeskeytystä koskeva lainsäädäntö.....	8
3.2 Raskaudenkeskeytysmenetelmät	9
3.3 Raskaudenkeskeytysasiakas terveydenhuollossa	10
4 AMMATILLINEN TUKI JA OHJAUS RASKAUDENKESKEYTYSASIAKKAAN HOITOPOLUN ERI VAIHEISSA	12
4.1 Tuen merkitys raskaudenkeskeytysasiakkaalle	12
4.2 Ohjaus raskaudenkeskeytysprosessissa	14
4.3 Ehkäisyneuvonta raskaudenkeskeytyksen yhteydessä	15
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	17
5.1 Opinnäytetyön lähestymistapa	17
5.2 Haastateltavien valinta	17
5.3 Teemahaastattelujen toteutus	18
5.4 Aineiston analyysi	20
6 TUTKIMUSTULOKSET	22
6.1 Raskaudenkeskeytysasiakkaan hoitopolku Kuopiossa.....	22
6.1.1 Omalääkärin vastaanotolla	22
6.1.2 Naistentautien poliklinikalla	22
6.1.3 Naistentautien osastolla.....	24
6.1.4 Jälkitarkastuksessa	25
6.2 Raskaudenkeskeytysasiakkaan tuki ja ohjaus	26
6.3 Raskaudenkeskeytysasiakkaan ehkäisyneuvonta	27
6.4 Raskaudenkeskeytysasiakkaan palveluiden toteutuminen	28
7 POHDINTA	31
7.1 Tulosten pohdinta.....	31
7.2 Johtopäätökset	34
7.3 Tulosten luotettavuus ja eettisyys	35
7.4 Tutkimustulosten hyödyntäminen ja jatkotutkimusaiheet.....	38
7.5 Oma oppiminen ja ammatillinen kehitys	39
LÄHTEET	41

LIITTEET

Liite 1. Haastatteluteemat	48
Liite 2. Esimerkki tutkimuksemme aineiston analyysistä	49
Liite 3. Raskaudenkeskeytysasiakkaan hoitopolku Kuopiossa	50
Liite 4. Tutkimusluvut	52

1 TUTKIMUKSEN TAUSTA

Raskaudenkeskeytys eli indusoitu abortti tarkoittaa raskauden päättämistä keinotekoisesti ennen 20. raskausviikkoa tai sikiön vaikean poikkeavuuden vuoksi ennen 24. raskausviikkoa Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston eli Valviran luvalla. Raskaus voidaan keskeyttää joko kirurgisesti tai lääkkeellisesti. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Gynekologiyhdistyksen asettama työryhmä 2007; Valvira 2009a). Vuonna 2008 Suomessa tehtiin 10 423 raskaudenkeskeytystä. Tämä on 1,6 % vähemmän kuin vuonna 2007. Raskaudenkeskeytykset ovat vähentyneet tasaisesti viime vuosien aikana, mikä johtuu pääosin alle 20-vuotiaiden tekemien raskaudenkeskeytysten vähenemisestä. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2009.) Pohjois-Savon sairaanhoitopiirissä raskaudenkeskeytysluvut ovat viimeisen neljän vuoden aikana pysyneet kohtalaisen muuttumattomina. Vuonna 2005 tuhatta 15–49-vuotiasta naista kohden tehtiin 8,5 raskaudenkeskeytystä. Vuonna 2006 vastaava luku oli 8 ja 2007 8,3. Vuonna 2008 Pohjois-Savon sairaanhoitopiirissä raskaudenkeskeytyksiä tehtiin 7,9 tuhatta naista kohden. (Stakes 2006; Stakes 2007; Stakes 2008; Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2009.)

Suomessa raskaudenkeskeytyksen hoitopolku kulkee palvelusektoreiden yli ja kattaa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palveluja. Palvelurajojen ylittyessä ja hoidon vaatiessa moniammatillista otetta on hyvän hoidon takaaminen haasteellista. Porrastetun hoidon tavoitteena on laadukas hoitokokonaisuus, jossa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon voimavaroja hyödynnetään siten, että potilas hoidetaan näyttöön perustuvan lääketieteen menetelmin. (Nuutinen 2000, 1821.) Hoitosuosituksen tavoite on taata potilaalle lääketieteellisesti turvallinen, lainsäädäntöä noudattava ja yksilölliset tarpeet huomioon ottava raskaudenkeskeytys (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Gynekologiyhdistyksen asettama työryhmä 2007).

Nykypäivänä yhteiskunta asettaa kovia vaatimuksia naisihanteelle. Raskaus ei aina sovi työuran luomiseen, vakituinen kumppani voi puuttua tai naiset voivat kokea, että parisuhde ei tulisi kestäväksi lapsen syntymään. Yleisimpiä syitä raskaudenkeskeytykselle ovat nuoruus, opiskelujen keskeneräisyys, vakituisen parisuhteen puuttuminen ja epävarma taloudellinen tilanne. (Gissler & Eronen 2004, 180; Kosunen & Sihvo 1998,

49–63; Vuento 2000.) Näistä syistä haaveet äitiydestä saavat usein väistyä tulevaisuuteen. Päätös keskeytyksestä täytyy nykyään tehdä lyhyessä ajassa, ja yleensä aikaa ei ole tarpeeksi vastuulliseen päätökseen. Riittävän tuen ja ohjauksen merkitystä raskaudenkeskeytysasiakkaan hoitopolun eri vaiheissa ei voi kyllin korostaa. Päätös tehdä raskaudenkeskeytys on usein hyvin vaikea ja siihen vaikuttavat monet asiat. Ammattilaisen tarjoama tuki ja ohjaus voivat vaikuttaa merkittävästi siihen, kuinka nainen kokee tekemänsä päätöksen ja mitä mahdollisia vaikutuksia raskaudenkeskeytyksellä naiseen on. Hoitohenkilökunnan tulisi huomioida naisen yksilölliset tarpeet, kun arvioidaan raskaudenkeskeytysasiakkaan tuen ja ohjauksen tarvetta. Yksilöllisen ohjauksen ja tuen toteutumista vaikeuttavat hoitotyötä nykyään hallitseva kiire ja lyhentyneet hoitoajat. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Gynekologiyhdistyksen asettama työryhmä 2007; Vuento 2000.)

Ehkäisyneuvonnan aseman palvelujärjestelmässä koetaan hämärtyneen. Ehkäisyneuvontapalveluja järjestetään vaihtelevasti, eivätkä palvelut jakaudu tasavertaisesti. (Kosunen 2008, 431–433.) Puutteet ehkäisyneuvonnassa näkyvät raskaudenkeskeytystilastoissa. Vuonna 2008 10 % raskaudenkeskeytyksen tehneille naisille ei oltu keskeytyksen jälkeen suunniteltu mitään ehkäisyä tai suunnitellusta ehkäisystä ei ollut tietoa. Vuonna 2007 vastaava luku oli 9,1 %. Huolestuttavaa on myös, että noin joka kolmannella (35,2 %) keskeytyksen tehneistä naisista oli vähintään yksi aikaisempi keskeytys takanaan. Ehkäisyneuvonnan tarve korostuu myös juuri synnyttäneiden kohdalla. (Stakes 2007; Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2009.) Vuoden 2006 tilastojen mukaan 11,5 % raskaudenkeskeytyksen tehneistä naisista oli synnyttänyt samana tai edellisenä vuonna. Tämä osoittaa, että raskaudenkeskeytyspotilaan hoitopolussa on selkeästi parannettavaa ehkäisyneuvonnassa. Ehkäisyneuvonnan korostamisen lisäksi huomiota pitäisi kiinnittää nykyistä enemmän jälkitarkastusten vaihtelevien käytäntöjen yhtenäistämiseen. (Heikinheimo & Suhonen 2008; Stakes 2006; Virtanen 2007.) Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelmassa 2007–2011 painotetaan jälkitarkastuksen merkitystä. Toimintaohjelman tavoitteena on, että jälkitarkastus tehdään aina raskaudenkeskeytyksen jälkeen.

2 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata raskaudenkeskeytyspotilaan hoitopolku Kuopiossa ja arvioida sen toimivuutta raskaudenkeskeytyksen hoitoon osallistuvan henkilökunnan näkökulmasta. Tavoitteena on saada tietoa, jonka avulla ammatillista ohjausta ja tukea raskaudenkeskeytysprosessin eri vaiheissa voidaan kehittää. Meille tulevana kätilöinä aihe on hyvin merkityksellinen. Kohtaamme kätilöinä naisia eri elämäntilanteissa, jolloin yksilöllisen tuen ja ohjauksen tarve korostuu. Oma tavoitteenamme on löytää tutkimusprosessin myötä näkökulmia omaan tapaan ohjata ja tukea raskaudenkeskeytyksen hoitopolun eri vaiheissa olevia naisia.

3 RASKAUDENKESKEYTYS

3.1 Raskaudenkeskeytystä koskeva lainsäädäntö

Heinäkuun 1. päivä vuonna 1950 astui Suomessa voimaan ensimmäinen laki raskaudenkeskeytyksestä (Stakes 2005). Nykyinen laki on peräisin vuodelta 1970 ja se sallii raskaudenkeskeyttämisen naisen pyynnöstä sosiaalisin perustein, mikäli lapsen syntymä olisi naiselle huomattava rasitus ottaen huomioon perheen elämänotot ja muut olosuhteet (Laki raskaudenkeskeyttämisestä 239/1970). Vuonna 2008 Suomessa tehtiin 10 423 raskaudenkeskeytystä ja 91 % tuon vuoden raskaudenkeskeytyksistä oli tehty sosiaalisin perustein (Terveysten ja hyvinvoinnin laitos 2009).

Eettisistä syistä raskaudenkeskeytyksen saa, jos raskaus on saanut alkunsa raiskauksesta, alaikäiseen henkilöön kohdistuneesta haureudesta tai sukurutsan seurauksena. Ikään nojaten raskaudenkeskeytyksen saa nainen, joka on raskaaksi tullessaan alle 17-vuotias tai yli 40-vuotias. Yksi peruste keskeytykselle on synnytettyjen lasten määrä. Neljä lasta synnyttänyt nainen saa lain nojalla luvan raskaudenkeskeytykseen. (Laki raskaudenkeskeyttämisestä 239/1970.)

Jos jommankumman tai kummankin vanhemman sairaus, häiriintynyt sielun toiminta tai muu syy rajoittaa kykyä hoitaa lasta, voidaan raskaus naisen pyynnöstä keskeyttää. Lääketieteellisin perustein luvan raskaudenkeskeytykseen saa, mikäli raskaus tai synnytys vaarantaa naisen terveyden tai hengen. Tällä perusteella tehtiin 0,4 % vuoden 2008 raskaudenkeskeytyksistä. Raskaudenkeskeytyksen saa myös mahdollisen tai todetun sikiövaurion vuoksi eli jos on syytä otaksua, että lapsi olisi kehitysvammainen tai, että lapsella olisi tai lapselle kehittyisi vaikea sairaus tai ruumiinvika. Vuoden 2007 keskeytyksistä 2,9 % tehtiin mahdollisten tai jo todettujen sikiövaurioiden vuoksi. (Laki raskaudenkeskeyttämisestä 239/1970; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009.)

Raskaudenkeskeytykseen vaaditaan syistä ja raskausviikoista riippuen yhden tai kahden lääkärin lupa ja tietyissä tapauksissa lupaa anotaan Valviralta. Yhden lääkärin päätöksellä raskaudenkeskeytyksen saa, mikäli nainen on raskaaksi tullessaan alle 17-vuotias, yli 40-vuotias tai, jos hän on synnyttänyt jo neljä lasta. Muissa tapauksissa tarvitaan kahden lääkärin lupa. Tässäkin ehtona on se, että raskaus on kestänyt alle 12 raskausviikkoa. Valviralta haetaan lupaa raskaudenkeskeytykseen, kun raskaus on kestänyt yli 12 raskausviikkoa, mutta kuitenkin alle 20 raskausviikkoa tai, jos epäillään sikiöllä olevan vaikea sairaus tai vamma. Myös tilanteissa, joissa raskaus on kestänyt yli 20 raskausviikkoa, kuitenkin alle 24, ja, jos on luotettavasti pystytty todistamaan, että sikiöllä on jokin vakava sairaus tai vamma, voi nainen hakea lupaa Valviralta. (Laki raskaudenkeskeyttämisestä 239/1970; Stakes 2008; Valvira 2009b.)

3.2 Raskaudenkeskeytysmenetelmät

Lääkkeellisten keskeytysten määrä on noussut nopeasti viime vuosina. Vuonna 2000 kaikista keskeytyksistä ainoastaan 4 % tehtiin lääkkeellisesti, kun vastaavasti vuonna 2008 osuus oli jo 69,5 % keskeytyksistä. Kirurginen raskaudenkeskeytysmenetelmä oli yleisin menetelmä ennen lääkkeellisen keskeytyksen mahdollisuutta. Vuonna 2000 keskeytyksistä 84,4 % tehtiin kirurgisesti, mutta vuonna 2008 luku oli vain 20,8 %. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Gynekologiyhdistyksen asettama työryhmä 2007; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009.)

Raskaus voidaan keskeyttää joko kirurgisesti tai lääkkeellisesti, kun raskausviikkoja on alle 12. Menetelmänä kirurgisessa raskaudenkeskeytyksessä on kohdunkaulan laajennus ja imukaavinta. (Toivonen 2001, 166–167.) Imukaavinta tapahtuu nukutuksessa, jolloin raskausmateriaali eli sikiö, istukka ja sikiökalvot poistetaan kohdusta imukyretillä. Prostaglandiineja käytetään ennen toimenpidettä pehmentämään kohdunkaulaa, jolloin riskit kohdunsuun repeämiseen, kohdun seinämän puhkeamiseen tai verenhukkaan vähenevät. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Gynekologiyhdistyksen asettama työryhmä 2007.)

Lääkkeellinen raskaudenkeskeytys tehdään antiprogestiinin eli mifepristonin ja prostaglandiin eli misoprostolin yhdistelmällä, joka saa aikaan raskauden keskeytymisen. Mifepristoni pehmentää kohdunkaulaa ja estää keltarauhashormonin vaikutuksen kohdussa. Misoprostoli aiheuttaa kohdun supistelun ja käynnistää tyhjenemisen. (Heikinheimo 2001, 2542–2543; Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Gynekologiyhdistyksen asettama työryhmä 2007; Tiitinen 2008.) Raskaus on mahdollista keskeyttää myös 12 raskausviikon jälkeen. Toisen kolmanneksen keskeytykset eli jo pidemmälle edenneet raskaudet keskeytetään lääkkeellisesti. Lääkkeellinen keskeytyminen voi kestää muutamia päiviä. (Eskola & Hytönen 2002, 89–90; Hartikainen, Tuomivaara, Puistola & Lang 1995, 151.) Toisen kolmanneksen keskeytyksissä misoprostolin annosta joudutaan usein toistamaan, jolloin potilaita pidetään sairaalaseurannassa kunnes raskaus on keskeytynyt. Jos kohtuun jää sikiön abortoitumisen jälkeen vielä raskausmateriaalia tai vuoto on runsasta, joudutaan tekemään kaavinta. (Honkanen & von Hertzen 2000, 1279; Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Gynekologiyhdistyksen asettama työryhmä 2007; Tiitinen 2008.)

3.3 Raskaudenkeskeytysasiakas terveydenhuollossa

Suomessa julkinen terveydenhuolto käsittää perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon. Perusterveydenhuollon palveluja tarjotaan terveyskeskuksissa, työterveydenhuollossa ja yksityisillä lääkäriasemilla. Perusterveyshuolto on koko väestön saatavilla, ja se on koko maan terveysjärjestelmän perusta. Erikoissairaanhoido on porrastetun terveydenhuoltojärjestelmän toinen kerros, joka erikoislääkərijohtoisesti tutkii ja hoitaa sairauksia sekä vastaa ennaltaehkäisevästä hoitotyöstä ja kuntoutuksesta.

Erikoissairaanhoidon pääsy edellyttää lääkärin lähetteen. Potilaan siirtyessä erikoissairaanhoidon hoitovastuu lähteessä mainitusta sairaudesta tai ongelmasta siirtyy erikoissairaanhoidolle. Terveystieteiden toimivuuden kannalta perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyö on erityisen tärkeää. Tämän perustana on joustava yhteistyö ja hyvä tiedonkulku. (Mattila 2005; Teperi 2005.)

Hoitopoluksi nimitetään suunnitelmaa potilaan hoidosta. Se on alueellinen palvelukokonaisuus, sopimus siitä, miten asiakasta tietyssä tilanteessa hoidetaan ja tutkitaan terveydenhuollon eri tasoilla. (Nuutinen 2000, 1821–1828.) Hoitopolku rakentuu käypähoito-suosituksen mukaisesti. Hoitopolku määrittelee potilaan hoitoon osallistuvien hoitohenkilöiden tehtävät ja lähtökohtaisesti hoitotyö on moniammatillista. Hoitopolun tarkoituksena on turvata hoidon laatu ja saatavuus. Vakiintuessaan hoitopolku tukee terveydenhuollon hoitohenkilökunnan päätöksentekoa ja tehostaa viestintää eri osapuolten välillä. Hoitopolun toimiessa hyvin asiakkaiden luottamus hoitoon lisääntyy ja hoitohenkilökunta kokee hallitsevansa työnsä paremmin. (Ketola ym. 2006, 7-8.)

Raskaudenkeskeytysasiakkaan hoitopolku alkaa perusterveydenhuollosta, terveyskeskuksesta. Perusterveydenhuollossa selvitetään tarvittavat esitiedot, täytetään AB1-lomake ja keskustellaan vaihtoehdoista keskeytykselle ja jatkoehkäisystä. Käypä hoito -suosituksen mukaisesti perusterveydenhuollossa tehtäviä tutkimuksia ovat terveyden tilan arviointi, raskauden keston määrittely, klamydia-näyte, papakoe, perusverenkuva ja veriryhmä. Perusterveydenhuollosta asiakkaalle kirjoitetaan lähete erikoissairaanhoidon yksikköön naistentautien poliklinikalle. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Gynekologiyhdistyksen asettama työryhmä 2007; Tiitinen 2009.)

Sairaalassa raskaudenkeskeytysasiakkaalle tehdään gynekologinen tutkimus ja varmistetaan kohdunsisäinen raskaus ja raskaudenkesto ultraäänellä. Raskaudenkeskeytysmenetelmä määräytyy raskauden keston mukaan. Nainen ohjataan keskeytykseen naistentautien osastolle, jos raskausviikkoja on yli 9. Raskausviikkojen ollessa alle 9 raskaus voidaan keskeyttää lääkkeellisesti kotona. Poliklinikalla naisen kanssa keskustellaan vielä jälkitarkastuksesta ja jatkoehkäisystä. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Gynekologiyhdistyksen asettama työryhmä 2007.) Laki velvoittaa ehkäisyneuvonnan toteuttamisen raskaudenkeskeytyksen jälkeen.

Neuvonnan tarkoituksena on varmistaa, että naisella on luotettava ehkäisy tiedossa kotiin lähtiessä. (Eskola & Hytönen 2002, 92.)

Käypä hoito -suositus korostaa jälkitarkastuksen merkitystä. Jälkitarkastuksen yhteydessä tulee arvioida raskauden keskeytyminen, ehkäisyn aloitus sekä sosiaalisen ja psyykkisen tuen tarve. Jälkitarkastus tapahtuu terveyskeskuksessa, ja siitä huolehtii terveydenhoitaja. Jälkitarkastuksessa asiakkaan kliininen tutkiminen ei ole tarpeellista. Kohdun riittävä tyhjeneminen varmistetaan määrittämällä seerumin raskaushormoni eli hCG-pitoisuus. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Gynekologiyhdistyksen asettama työryhmä 2007.)

4 AMMATILLINEN TUKI JA OHJAUS

RASKAUDENKESKEYTYSASIAKKAAN HOITOPOLUN ERI VAIHEISSA

4.1 Tuen merkitys raskaudenkeskeytysasiakkaalle

Raskaudenkeskeytystä läpikäyvän naisen hoitokokemukseen vaikuttavat sosiaalinen ympäristö, päätös raskaudenkeskeytyksestä, fysiologiset oireet ja koettu hoitotyö. Naiset tulevat raskaudenkeskeytykseen erilaisista sosiaalisista elämäntilanteista. He saattavat kokea sosiaalisia paineita, ja heidän tuen tarpeensa on hyvin yksilöllistä. Raskaudenkeskeytyspäätös on vaikea. Päätöksen vaikeuteen vaikuttavat monet eri asiat, kuten eettiset ja moraaliset kysymykset, henkilökohtaiset voimavarat ja epävarmuus päätöksen oikeellisuudesta. Fysiologisina oireina nainen voi kokea kipua tai pahoinvointia raskaudenkeskeytyksen yhteydessä, mikä vaikuttaa hoitokokemukseen. Fysiologisiin oireisiin hoitohenkilökunnan on tärkeää kiinnittää huomiota. (Ihme & Rainto 2008, 185–187; Jones 1994, 90.)

Asiakaslähtöinen hoitotyö perustuu avoimeen kommunikaatioon ja luottamukseen. Kun kyse on näin tunneherkästä ja intiimistä asiasta, on tärkeä luoda turvallinen

hoitoympäristö. Raskaudenkeskeytykseen tuleva nainen saapuu vastaanotolle usein epävarmoin odotuksin ja herkkänä kritiikille. Hoitohenkilökunnan tulee kiinnittää erityistä huomiota vuorovaikutukseen. Vuorovaikutuksessa empatia, silmiin katsominen, koskettaminen, nimellä puhuttelu ja asiakkaan tilanteeseen pysähtyminen luovat turvallisuutta. (Breitbart 2000, 26–27; Poikajärvi 1998, 81–82.) Tuomaala (2008, 48–55) on tutkimuksessaan tarkastellut raskaudenkeskeytyksen tehneiden naisten kokemuksia. Tutkimuksessa naiset kertoivat kiinnittäneensä erityistä huomiota hoitohenkilökunnan ilmeisiin ja eleisiin. Asiallinen kohtaaminen, hienotunteisuus ja luottamus korostuvat hoitosuhteessa. On tärkeä huomioida asiakkaan tuntemukset kuten epäonnistuminen, häpeä ja pelko. Hoidon lähtökohtana onkin psyykkisen tuen antaminen ja naisen tilanteen ymmärtäminen. (Ihme & Rainto 2008, 185–187.)

Raskaudenkeskeytysprosessissa naisen ja joskus molempien puolisoitten henkisen ja sosiaalisen tuen merkitys on suuri. Raskaudenkeskeytykset tehdään nykyisin pääosin lääkkeellisesti poliklinikalla ja näin ollen myös hoitoajat ovat lyhentyneet, jolloin naisen psykososiaalisen tuen tarve korostuu. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007.) Tuen tarve on yksilöllistä (Bildjuschkin 2002, 145–147). Pesonen (2006, 158–159) painottaa artikkelissaan sosiaali- ja terveysalan auttamistyöstä teoksessa *Elämä koettelee, tuki kannattelee*, että jokainen ihminen kokee tuen ja auttamisen tarpeen yksilöllisesti. Auttamistilanteissa painottuvat toisen ihmisen läsnäolo, emotionaalinen kohtaaminen sekä ymmärtäminen. Ihminen voi kokea epätoivon tunnetta, syyllisyyttä ja häpeää tunnistaessaan tarvitsevänsä apua ja hankkiessaan sitä. Auttamisen ja tukemisen tulee tukea ihmisen omia voimavaroja ja mahdollisuuksia. Lähtökohtana ammatillisessa tukemisessa on ymmärtää muutoksen merkitys yksilölle ja koko perheelle. (Pesonen 2006, 158–159.)

Duodecimin artikkelissa, *Raskaudenkeskeytys vaatii henkistä tukea*, sivutaan erästä tanskalaista prospektiivista kyselytutkimusta, jossa oli mukana 354 naista. Heistä 30 prosenttia kertoi olleensa epävarma päätöksestään ja toivoneensa enemmän keskustelua ennen raskaudenkeskeytystä. (Duodecim työryhmä 2007.) Naisten tarve saada keskustella raskaudenkeskeytyksestä käy ilmi myös Kosusen ja Sihvon (1998, 55) tutkimuksesta. Neljännes tutkimukseen osallistuneista naisista olisi halunnut keskustella enemmän raskaudenkeskeytyksestä ennen keskeytystä ja kolmannes taas olisi halunnut keskustella enemmän keskeytyksen jälkeen. Eniten naiset olisivat toivoneet keskustelua

raskaudenkeskeytyksen henkisistä ja psyykkisistä vaikutuksista kuten surutyöstä, masennuksesta ja itsesyytöksistä. Raskaudenkeskeytyksen kokeneilla naisilla tulisi olla mahdollisuus keskustella esimerkiksi terveyskeskuspsykologin, psykiatrisen erikoissairaanhoidajan tai teologin kanssa, mikäli he kokevat sen tarpeellisenä. On tärkeää, että hoitava henkilökunta osaa arvioida naisen yksilöllisen tuen tarpeen ja näin kykenee tarjoamaan sitä heille. Alueellisten ja valtakunnallisten tuki- ja auttamispisteiden ja –verkostojen yhteystiedot olisi myös hyvä antaa raskaudenkeskeytyksen tehneelle, jotta naisella olisi mahdollisuus hakea tukea raskaudenkeskeytyksen jälkeen. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Gynekologiyhdistyksen asettama työryhmä 2007.)

4.2 Ohjaus raskaudenkeskeytysprosessissa

”Potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan.”

(Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785)

Hoitotyössä tapahtuvalla ohjaamisella tarkoitetaan henkilökohtaista ja ammatillista ohjausta. Ohjaus on vuorovaikutusprosessi, jonka avulla pyritään auttamaan asiakasta selviytymään itsenäisesti, löytämään oikeat ratkaisut sekä omat voimavarat ja vahvuudet. (Arvela 2004, 77; Laine, Ruishalme & Salervo 2009, 244). Terveystieteiden ammattilaisen tehtävänä on antaa asiantuntevaa ja neutraalia tietoa. On tärkeää ottaa asiakas mukaan hoidon suunnitteluun, jolloin asiakas tulee tietoisesti raskaudenkeskeytyksen eri hoitovaihtoehtoista ja saa asiallista tietoa päätöksenteon tueksi. Potilaan tulee tehdä päätös itsenäisesti ja hänellä tulisi olla kohtuullisesti aikaa harkita päätöstä. (Brandt & Apter 2002, 49; Ihme & Rainto 2008, 185–187; Kivelä 2008, 573.) Potilasohjaus vaikuttaa hoidon laatuun ja potilastyytyväisyyteen. Lyhentyneet hoitoajat tuovat haasteita ohjaukselle. Hyvä ohjaus edistää tutkitusti toipumista ja parantaa hoitoon sitoutumista. Kun potilasohjaus tapahtuu hyvässä vuorovaikutuksessa, epävarmuuden tunne, pelko ja ahdistus vähenevät. Asiakkaat omaksuvat ohjatut asiat kukin omassa tahdissaan ja näin ollen hoitajan tehtävä on varmistaa, että ohjattava on ymmärtänyt ohjauksen. Kirjalliset ohjeet täydentävät suullista ohjausta. (Marttila &

Piekkola 1996, 60; Ohtonen 2006.) Usein ohjaustilanteessa käydyt asiat unohtuvat ja asioita jää kysymättä. Rähjän ja Värtisen tutkimus (1999, 31) osoittaaakin asiakkaan kaipaavan kirjallista tietoa suullisen tiedottamisen ohella.

Nykänen (2002) Stakesille tekemässä tutkimuksessa *Potilaiden kokemuksia hoidosta naistentautien poliklinikalla* korostui riittävä tiedonsaanti yhtenä hyvän hoidon kriteerinä. Naiset kokivat oikea-aikaisen ja toimivan tiedonsaannin tärkeäksi. Oikea-aikainen tiedonsaanti todettiin kaikkein oleellisimmaksi osaksi hyvää potilasohjausta. Tutkimuksen mukaan asiakkaat halusivat tietoa hoidon joka vaiheessa. Vastaanottotilanteessa saatu tieto ja ohjaus auttoivat asiakkaita valmistautumaan toimenpiteeseen. Erityisen tärkeänä koettiin juuri ennen toimenpidettä saatu selvitys toimenpiteen eri vaiheista ja jälkihoidosta. Toimenpiteen aikana annettu tieto vähensi potilaiden toimenpiteiden aikana kokemaa jännitystä ja pelkoa sekä lisäsi merkittävästi potilaan turvallisuuden tunnetta. Osa tutkimukseen osallistuneista potilaista oli kokenut saaneensa liian vähän tietoa tai epäselvän vastauksen kysymyksiinsä. Se loi epätietoisuuden ja epävarmuuden tunnetta. Moni koki, ettei osannut ajallisesti lyhyessä vastaanottotilanteessa kysyä itseään askarruttavia kysymyksiä. Tiedonsaannin jatkuvuus toimenpiteen jälkeen antoi potilaille mahdollisuuden kysyä heille vielä epäselviksi jääneitä asioita ja samalla se lisäsi potilaiden luottamusta hoitavaan henkilökuntaan. Potilaat, joilla ei ollut mahdollisuutta keskustella toimenpiteen jälkeen lääkärin kanssa, olivat pettyneitä ja kokivat saaneensa puutteellisesti tietoa. Tutkimuksesta ilmeni, että monipuolinen tiedonsaantimenetelmien käyttö lisäsi myönteisiä kokemuksia. Potilaat kokivat tärkeäksi kirjallisen tiedonsaannin yhdessä suullisen ohjauksen kanssa. Myös kirjallisten ohjeiden läpikäyminen yhdessä hoitajan kanssa ja niiden havainnollistaminen kuvien tai piirrosten avulla koettiin hyödylliseksi. (Nykänen 2002, 23–32.)

4.3 Ehkäisyneuvonta raskaudenkeskeytyksen yhteydessä

Helposti tavoitettavat ehkäisypalvelut ja riittävä tieto ehkäisystä ovat ehkäisymenetelmien käytön keskeisiä edellytyksiä (Kosunen 2005, 2253–2254). Ehkäisyneuvonnan tavoitteena on auttaa perhesuunnittelussa, ehkäistä ei-toivottuja raskauksia, auttaa suojautumaan sukupuolitaudeilta ja ohjata naista löytämään yksilöllisesti sopiva ehkäisymenetelmä. Ehkäisyneuvonnan yhtenä haasteena on

ehkäisymotivaation herättäminen ja ylläpito. Ehkäisyn onnistuminen riippuu asiakkaan motivaatiosta, koska ehkäisyn toteutus on asiakkaan omalla vastuulla. Kätilön ammattitaidolla on suuri rooli siinä, miten asiakas kokee ehkäisyn ja sitoutuu sen käyttämiseen. (Hanhirova 2008; Lähteenmäki 2001, 149; Tikka 2008, 601–602.)

Raskaudenkeskeytyksen yhteydessä ehkäisystä tulisi keskustella ennen toimenpidettä ja varmistaa, että asiakkaalla on luotettava ehkäisy kotiutuessaan. Sekä kirurgisen että lääkkeellisen raskaudenkeskeytyksen yhteydessä asiakas voi aloittaa esimerkiksi ehkäisypillereiden tai –laastarin käytön jo toimenpidepäivänä. Kierukka voidaan asettaa jälkitarkastuksen yhteydessä tai ensimmäisten kuukautisten alkaessa. (Hanhirova 2008.) Viime vuosina noin kolmanneksella raskaudenkeskeytykseen tulleista naisista on ollut vähintään yksi keskeytys takanaan ja noin puolet keskeyttäneistä on synnyttänyt. He ovat siis jo aiemmin olleet terveydenhuollon palvelujärjestelmän piirissä. Tästä voisi olettaa, että he olisivat saaneet riittävästi ehkäisyneuvontaa estääkseen ei-toivotun raskauden alkamisen. Sosiaali- ja terveysministeriön Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelman 2007–2011 tavoitteena on taata jokaiselle yksilöllinen raskauden ehkäisymenetelmä ja vähentää toistuvia raskaudenkeskeytyksiä. Toimintaohjelma pyrkii tiettyjen toimenpiteiden avulla saavuttamaan nämä tavoitteet. Yksi toimenpiteistä on antaa raskaudenkeskeytyksen jälkeen ensimmäiset ehkäisvälineet maksutta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007.)

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

5.1 Opinnäytetyön lähestymistapa

Opinnäytetyömme on laadullinen tutkimus. Laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus pyrkii tutkimaan kohdettaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen. Aineisto pyritään kokoamaan luonnollisissa, todellisissa tilanteissa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara. 2007, 157–160, 176, 260–262; Kylmä & Juvakka 2007, 22–24.) Valitsimme laadullisen lähestymistavan, koska halusimme saada kokemusperäistä tietoa raskaudenkeskeytysasiakkaan hoitopolusta Kuopiossa. Halusimme analysoida hoitopolun toimivuutta hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Opinnäytetyömme tavoitteen kannalta laadullinen tutkimus oli paras tapa arvioida raskaudenkeskeytysasiakkaan hoitopolkua.

5.2 Haastateltavien valinta

Kohderyhmä valitaan laadullisessa tutkimuksessa tarkoituksenmukaisesti, ja tutkimussuunnitelman on tapana muokkautua tutkimuksen edetessä. Kohderyhmän valinnassa on tärkeää kiinnittää huomiota osallistujien kokemukseen ja motivoituneisuuteen. Laadullisessa tutkimuksessa aineiston suuruus voi vaihdella paljon. Aineistona voi olla esimerkiksi yksi yksilöhaastattelu tai useita ryhmähaastatteluja. (Hirsjärvi ym. 2007, 157–160, 176, 260–262; Kylmä & Juvakka 2007, 22–24.) Tämän tutkimuksen aineisto kerättiin haastattelemalla raskaudenkeskeytysprosessissa mukana olevaa henkilökuntaa. Aineistomme koostui neljästä yksilöhaastattelusta. Haastattelimme kättilöä KYS:n naistentautien osastolta ja naistentautien poliklinikalta sekä terveydenhoitajaa ja lääkäriä Kuopion sosiaali- ja terveystieteiden keskukselta. Tällä tavoin saimme kokonaiskuvan raskaudenkeskeytysprosessin eri vaiheista. Tutkimuksen toteutuspaikkoina olivat Kuopion yliopistollinen sairaala ja Kuopion sosiaali- ja terveystieteiden keskus, joissa raskaudenkeskeytyspotilaita hoidetaan. Haastattelut toteutettiin

elokuussa 2009. Haastateltavat henkilöt tutkimukseemme valitsivat KYS:ssa työyksiköiden osastonhoitajat ja terveyskeskuksessa opinnäytetyömme yhdyshenkilö.

5.3 Teemahaastattelujen toteutus

Laadullisissa tutkimuksissa tutkija luottaa omiin havaintoihinsa ja haastatteluihin tutkittaviensa kanssa. Aineiston keruuseen käytetään laadullisia metodeja kuten esimerkiksi teemahaastattelua, osallistuvaa havainnointia tai ryhmähaastattelua. Laadullisen tutkimuksen yhdeksi pääpiirteeksi mainitaan induktiivinen päättely eli tehdään havaintoja yksittäisestä tapahtumasta, joka sitten yhdistetään laajemmaksi kokonaisuudeksi. (Hirsjärvi ym. 2007, 157–160, 176, 260–262; Kylmä & Juvakka 2007, 22–24.)

Käytimme opinnäytetyössämme aineistonkeruun menetelmänä teemahaastattelua saadaksemme tietoa henkilökunnan kokemuksista jo olemassa olevan hoitopolun toimivuudesta. Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelumenetelmä, jossa aihepiirit eli teemat ovat tiedossa, mutta strukturoidulle haastattelulle luonteenomainen kysymysten tarkka muoto ja järjestys puuttuvat (Eskola & Vastamäki 2007, 34; Hirsjärvi & Hurme 1993, 35–36). Teemahaastatteluun etukäteen valitut teemat perustuvat tutkimuksen viitekehykseen eli tutkittavasta ilmiöstä jo tiedettyyn asiaan (Tuomi & Sarajärvi 2002, 77–78). Teemahaastattelua suunniteltaessa ei laadita yksityiskohtaista kysymysluetteloa vaan teema-aiheluettelo, joka toimii haastattelijan muistilistana. Haastateltavien määrä on teemahaastattelussa melko pieni. (Hirsjärvi & Hurme 1993, 35–36, 38, 41.) Haastattelijalla on mahdollisuus esittää teemoihin liittyviä tarkentavia kysymyksiä. Teemahaastattelussa korostetaan tutkittavien tulkintoja ja merkityksiä. Tutkimuksen haastattelujen yhdenmukaisuus vaihtelee tutkimuksesta toiseen. Teemahaastattelussa pyritään saamaan merkityksellisiä vastauksia tutkimuksen tarkoituksen mukaisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 77–78.)

Teemahaastattelun käyttö opinnäytetyössämme on perusteltua, koska halusimme aineistoksi monipuolista kokemustietoa ja samalla pystyimme opinnäytetyön tekijöinä vaikuttamaan haastattelujen aihepiireihin ja kulkuun. Toisaalta pyrimme antamaan haastateltaville myös mahdollisuuden kertoa vapaamuotoisesti kokemuksistaan.

Teemahaastattelussamme oli neljä teemaa. Teemamme (liite 1) olivat raskaudenkeskeytysasiakkaan hoitopolun toimivuus, yhteistyö perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä, ammattilaisena raskaudenkeskeytysprosessissa sekä henkilökunnan näkemys, kuinka nainen ja perhe kokevat raskaudenkeskeytysprosessin. Teemat muodostuivat tutkimuksista, jotka käsittelivät naisia hoitotyön asiakkaana ja naisten kokemuksia raskaudenkeskeytyksestä. Tutkimuksissa korostui erityisesti ohjauksen ja tuen merkitys. Lääkkeellisten keskeytysten yleistyessä on raskaudenkeskeytysasiakkaiden hoito muuttunut. Hoitoajat ovat lyhentyneet ja sen myötä ammatillisen tuen ja ohjauksen järjestäminen naisille on muuttunut aikaisempaa haastavammaksi. Ennaltaehkäisevä hoitotyö yhtenä tutkimuksemme teemana pohjautuu naisten ehkäisyneuvonnan tarpeeseen sekä synnytyksen että raskaudenkeskeytyksen jälkeen. Erityisesti huomioimme kiinnitti se, että lähes joka kymmenennelle vuonna 2008 raskaudenkeskeytyksen tehneelle naiselle ei ollut keskeytyksen jälkeen suunniteltu mitään ehkäisyä tai suunnitellusta ehkäisystä ei ollut tietoa ja joka kolmannella keskeytyksen tehneistä oli vähintään yksi keskeytys takanaan. Tilastoissa on nähtävissä myös, kuinka samana tai edellisvuonna synnyttäneiden naisten raskaudenkeskeytysluvut ovat korkeat. Vuoden 2006 tilastojen mukaan 11,5 % raskaudenkeskeytyksen tehneistä naisista oli synnyttänyt samana tai edellisenä vuonna. Yksi sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen toimintaohjelman 2007- 2011 tavoitteista onkin synnytyksen jälkeisen ensimmäisen vuoden aikana tehtyjen raskaudenkeskeytysten väheneminen. (Heikinheimo & Suhonen 2008; Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos 2009; Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Gynekologiyhdistyksen asettama työryhmä 2007.)

Haastattelujen toteutuspaikkana oli KYS, Savonia-ammattikorkeakoulu ja Kuopion sosiaali- ja terveyskeskus. Haastattelun toteutuspaikassa otimme huomioon haastateltavan toiveet. Haastattelupaikka sovittiin jokaisen haastateltavan kanssa yksilöllisesti. Haastattelujen alussa pyysimme haastateltavilta luvan nauhoittamiseen, ja kaikki haastattelut nauhoitettiin. Yhden haastattelun pituudeksi tuli noin 45 minuuttia. Haastattelut litteroitiin, jonka jälkeen nauhoitukset tuhottiin.

5.4 Aineiston analyysi

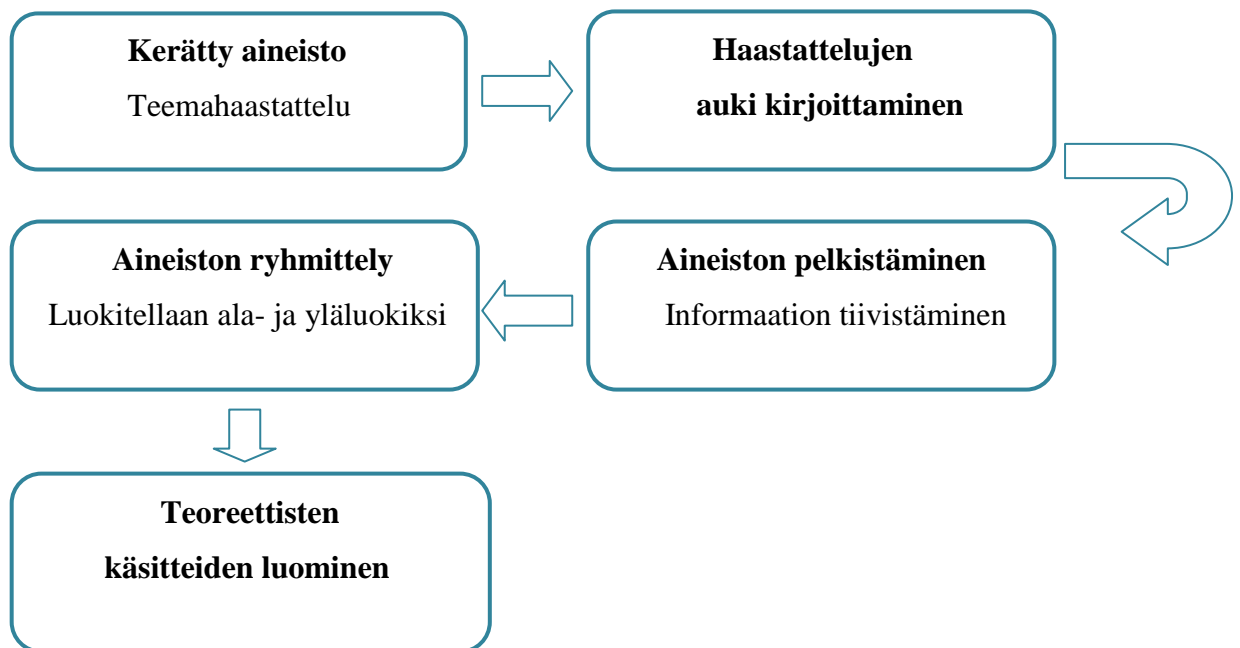
Kirjoittaminen on laadullisessa tutkimuksessa tärkein osa tutkimusprosessia. Laadullisessa tutkimuksessa kirjoittaminen painottuu aineiston analysoimiseen. (Hirsjärvi ym. 2007, 260.) Arvioimme raskaudenkeskeytyspotilaan hoitopolun toimivuutta ilman ennako-oletuksia kuten Eskola ja Suoranta (1998, 19) suosittelevat. Analysoimme teemahaastatteluilla saadun aineiston sisällön analyysillä. Sisällön analyysi tarkoittaa dokumenttien sanallista kuvaamista. Dokumentti voi olla esimerkiksi haastattelu, artikkeli tai keskustelu. Laadullisen aineiston sisällön analyysi on mahdollista tehdä aineistolähtöisesti, teorialähtöisesti tai teoriaohjaavasti. Teorialähtöisen aineiston analyysin taustalla on viitekehys eli teoria. Deduktiivista analyysia ohjaa aikaisempaan tietoon perustuva runko, malli tai tema. Tällaisen rungon sisälle on mahdollista muodostaa aineistolähtöisiä luokituksia. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 105, 110,116.) Käytimme tutkimuksessamme sekä teorialähtöistä eli deduktiivista että aineistolähtöistä eli induktiivista analyysia.

Tutkimuksessa aineisto kuvaa tutkittavaa ilmiötä. Sisällön analyysin tehtävä on luoda selkeä sanallinen kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. Analyysin tarkoitus on järjestää tutkittava aineisto tiiviiseen ja selkeään muotoon, jolloin hajanaisesta aineistosta saadaan yhtenäistä tietoa. Sisällön analyysi perustuu päättelyyn ja tulkintaan, jossa aineisto pilkotaan osiin, ryhmitellään ja kootaan uudestaan uudeksi kokonaisuudeksi. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3-12; Tuomi & Sarajärvi 2002, 105–117.)

Laadullinen sisällön analyysi voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen: aineiston pelkistämiseen, aineiston ryhmittelyyn ja aineiston teoreettisten käsitteiden luomiseen. Aineiston pelkistäminen tarkoittaa sitä, että aineistosta pelkistetään eli karsitaan tutkimukselle epäolennainen pois. Pelkistäminen voidaan ajatella olevan informaation tiivistämistä tai pilkkomista osiin. Aineiston pelkistämisen taustalla on tutkimustehtävä. Tutkimustehtävän mukaan aineistosta poimitaan olennaiset ilmaukset. Aineiston ryhmittelyssä aineiston pelkistetyt ilmaukset käsitellään tarkoin ja aineistosta etsitään samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia. Samanlaiset, samaa tarkoittavat käsitteet ryhmitellään ja yhdistetään omaksi luokakseen ja nimetään luokkaa kuvaavalla nimellä. Luokiteltaessa aineisto tiivistyy, kun yksittäiset käsitteet sisältyvät yleisempiin

käsitteisiin. Ryhmittelyssä syntyy alaluokkia ja yläluokkia. Aineiston pelkistämisen ja ryhmittelyn jälkeen aineistosta erotetaan tutkimukselle olennainen tieto, ja siten syntyy teoreettisia käsitteitä ja johtopäätöksiä. Teoreettisten käsitteiden luomisessa yhdistellään eri luokituksia. Käsitteitä yhdisteltäessä saadaan vastauksia tutkimustehtävään. Prosessin aikana tutkija muodostaa kuvauksia tutkimuskohteesta yleiskäsitteiden avulla. Tutkimuksessa saatu aineisto liitetään teoreettisiin käsitteisiin. Tuloksissa esitetään aineistoa kuvaavat teemat, luokitteluista syntyneet teemat sekä niiden sisällöt. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 93–117.)

Analysoimme saamamme aineiston kuvion 1 mukaisesti. Auki kirjoitetuista haastatteluista karsimme pois tutkimukselle epäolennaisen tiedon ja ryhmittelimme aineistoa teorialähtöisen teemarungon avulla. Teorialähtöisestä teemarungosta muodostui yläluokat (liite 2). Alaluokat muodostuivat aineistosta. Liitteessä 2 kuvataan tarkemmin tutkimuksemme aineiston pelkistäminen ja ryhmittely.



Kuvio 1. Laadullisen aineiston sisällön analyysi

6 TUTKIMUSTULOKSET

6.1 Raskaudenkeskeytysasiakkaan hoitopolku Kuopiossa

6.1.1 Omalääkärin vastaanotolla

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen toimintaohjelman 2007–2011 mukaan alueellinen hoitopolku kehitetään Käypä hoito -suositusten mukaan. Kuopiossa raskaudenkeskeytystä haluavan naisen hoitopolku (liite 3) alkaa terveydenhoitajan vastaanotolta tai suoraan oman vastuualuelääkärin vastaanotolta. Terveystenhoitajalta hänet ohjataan oman lääkärin vastaanotolle, jossa raskaus varmistetaan gynekologisella tutkimuksella, verikokeilla ja tarvittaessa ultraäänitutkimuksella. Vastaanotolla arvioidaan asiakkaan kokonaistilanne: gynekologinen tila ja yleisvointi. Hoitotyön ammattilaisen tehtävänä on kertoa käytännön asioista ja keskustella asiakkaan kanssa vaihtoehtoista ja tämän mieltä painavista asioista, kuten peloista ja toiveista. Keskustelun jälkeen lääkäri täyttää yhdessä asiakkaan kanssa AB1-lomakkeen eli raskaudenkeskeytyksen lupahakemuksen ja tekee lähetteen toimenpidettä varten. Asiakkaalle varataan aika naistentautien poliklinikalle heti lääkärin vastaanoton yhteydessä, jos raskaudenkeskeytyspäätös on selvä. Mikäli asiakas haluaa miettiä, voi hän varata ajan itse myöhemmin.

6.1.2 Naistentautien poliklinikalla

Naistentautien poliklinikalla asiakas menee lääkärin vastaanotolle (liite 3), jossa lääkäri haastattelee asiakasta ja keskusteleekin keskeytyspäätöksestä. Lääkäri tekee sekä gynekologisen että ultraäänitutkimuksen. Ultraäänitutkimuksen perusteella määritetään raskauden kesto, jonka mukaan raskaudenkeskeytystapa määräytyy.

Raskausviikkojen ollessa alle yhdeksän keskeytys on mahdollista tehdä lääkkeellisesti kotona, jolloin nainen saa naistentautien poliklinikalla lääkkeet keskeytystä varten. 9. raskausviikon jälkeinen lääkkeellinen raskaudenkeskeytys tehdään naistentautien vuodeosastolla. Raskaus on mahdollista keskeyttää myös 12. raskausviikon jälkeen, mutta siihen tarvitaan lupa Valviralta. Luvan saamiseksi lääkäri ja asiakas täyttävät AB1-lomakkeen lisäksi AB2-lomakkeen, jolla haetaan lupaa raskaudenkeskeytykseen huomattavan rasituksen perusteella. Nämä niin sanotut toisen kolmanneksen lääkkeelliset keskeytykset eli jo pidemmälle edenneet raskaudet keskeytetään naistentautien osastolla. Jos raskaudenkeskeytystä haetaan jollakin sikiöön liittyvällä perusteella, täytetään AB3-lomake.

Vastaanotolla lääkäri kertoo hoidon kulusta ja jälkitarkastuksesta. Lääkäri ja asiakas suunnittelevat yhdessä jatkoehkäisyn ja lääkäri kirjoittaa tarvittaessa reseptin. Lääkärin vastaanotolla kättilön rooli on hyvin pieni. Vastaanottotilanteen jälkeen asiakas siirtyy keskustelemaan kättilön kanssa kahden kesken. Yksi haastateltava kuvasi asiakkaan tuen ja ohjauksen toteutumista naistentautien poliklinikalla seuraavalla tavalla:

”...meillä on semmoinen kahenkeskeinen ohjaus ja haastattelutilanne siinä ja siinä on meillä niin kun aika tarkat ohjeet, miten se lääkitys hoijetaan ja mitä kerrotaan näille asiakkaille ja sitten varmaan siinä aika paljon niin kun korostuu semmonen psyykkeen ja sosiaalisen tilanteen arvioiminen ja mieliala-asiat...”

Kättilö pyrkii arvioimaan asiakkaan psyykkisen ja sosiaalisen tilanteen. Asiakkaille tarjotaan mahdollisuutta keskustella sosiaalityöntekijän kanssa. Sosiaalityöntekijä pyydetään automaattisesti paikalle, jos raskaudenkeskeyttäjä on alaikäinen. Kättilö kertoo asiakkaan kanssa raskaudenkeskeytyksen kulun, keskeytyksessä käytettävät lääkkeet ja jälkitarkastuksen. Asiakasta ohjataan ottamaan yhteyttä perhesuunnitteluneuvolaan jälkitarkastusta varten. Jos raskausviikkoja on yli 9, asiakkaalle tehdään hoidonvaraus naistentautien osastolle. Sekä alle että yli 9. raskausviikolla olevat asiakkaat ottavat vastaanotolla aloitusannoksena mifepristonitabletin suun kautta hoitajan valvonnassa ja lähtevät kotiin. Mifepristoni pehmentää kohdunkaulaa ja herkistää kohtulihaksen supistuksille. Jos raskausviikkoja on yli 9, nainen saapuu naistentautien osastolle raskaudenkeskeytykseen kahden vuorokauden kuluttua. Kotona raskaudenkeskeytyksen tekevä nainen asettaa keskeytyslääkkeet emättimeen itse ja seuraa keskeytymistä.

6.1.3 Naistentautien osastolla

Asiakkaan saapuessa osastolle (liite 3) tehdään tulohaastattelu. Tulohaastattelussa kysytään aikaisemmat raskaudet ja raskaudenkeskeytykset, aikaisemmat toimenpiteet ja perussairaudet. Kätilö valmistelee asiakkaan lääkkeelliseen tyhjennykseen kertomalla hoidon kulusta ja lääkkeiden vaikutuksesta. Yksi haastateltava kuvasi asiakkaan valmistelua seuraavasti:

”...(kerron), mikä tarkoitus niillä tableteilla on, ja monet kysyinkin siinä vaiheessa sitten, kuinka pitkään siinä menee ja sitten se, että kun se kohtu tyhjenee...”

Keskeytys aloitetaan asettamalla misoprostolia tablettina emättimeen mahdollisimman lähellä kohdunsuuta. Samanaikaisesti voidaan ennaltaehkäisevästi antaa kipulääkettä, esimerkiksi parasetamolia. Jotta tabletit pysyvät paikoillaan emättimessä ja lääkeaine imeytyy, suositellaan tablettien laitton jälkeen tunnin vuodelepoa. Asiakkaalle viedään portatiivi, johon hän virtsaa. Tällä tavoin kätilö voi seurata verenvuotoa ja kohdun tyhjentymistä.

Misoprostolin vaikutuksesta kohtu supistelee, verenvuoto lisääntyy ja raskausmateriaali tulee ulos kohdusta yleensä noin 4–6 tunnin kuluttua. Tarvittaessa misoprostoliannos annetaan uudestaan 3–4 tunnin kuluttua. Kun kohtu on tyhjentynyt raskausmateriaalista ja kivut ovat loppuneet, potilas pääsee kotiin. Yleensä kohdun kunnollinen tyhjentymisen tarkistetaan vielä ultraäänellä. Hoitaja kertoi haastattelussa tuesta ja ohjauksesta raskaudenkeskeytyksen jälkeen seuraavasti:

”...siiten, kun kohtuontelo on tyhjentynyt, niin siinä vaiheessa ruvetaan niitä sen jälkeen tapahtuvia asioita käymään läpi... hygieniasiat ja sitten se jatkohoito sinne terveyskeskuksen puolelle ja sitä henkistä puolta...”

Asiakas saa kotiin mukaan vielä kirjallista tietoa toimenpiteestä, ohjeet jälkitarkastuksesta ja ehkäisystä. Rh-negatiivisille naisille annetaan anti-D-immonoglobuliinirokote.

Jos kohtu ei tyhjene lääkkeellisesti, tehdään kaavinta päiväkirurgisessa yksikössä tai leikkausyksikkö 4:ssä. Kaavinta tehdään kevyessä nukutuksessa, joka kestää noin 15 minuuttia. Asiakas viedään kaavinnan jälkeen heräämöhön, josta hän siirtyy osastolle. Kotiutuminen tapahtuu voinnin mukaan joko samana tai seuraavana päivänä.

6.1.4 Jälkitarkastuksessa

Kuopiossa raskaudenkeskeytysasiakkaan jälkitarkastus on pelkkä verikoe ja terveydenhoitajan puhelinsoitto. Asiakkaalle ei varata aikaa hoitajan tai lääkärin vastaanotolle. Raskaudenkeskeytyksen jälkeen asiakas soittaa perhesuunnitteluneuvolaan, jossa terveydenhoitaja tekee verikoepyynnöt asiakkaalle ja antaa soittoajan. Verikokeissa määritetään hCG:n eli raskaushormonin pitoisuus. Kolmen viikon kuluttua keskeytyksestä asiakas menee verikokeisiin oman alueensa terveyskeskukseen. Terveydenhoitaja soittaa asiakkaalle verikokeen vastaukset ja samalla hän kysyy asiakkaalta tämän vointia ja mielialaa. Puhelun yhteydessä terveydenhoitajan tehtävänä on varmistaa asiakkaan jatkoehkäisy. Jos verikokeiden hCG-arvo on yli 500 IU/l, voidaan olettaa, ettei raskaus ole täysin keskeytynyt. Tässä tapauksessa asiakas ottaa itse yhteyttä suoraan KYS:n naistentautien poliklinikkaan, missä jatkohoito tapahtuu. Jos hCG-arvo on alle 500 IU/l ja naisella samanaikaisesti esiintyy vuoto-ongelmia, varataan hänelle aika perhesuunnitteluneuvolan lääkärille. Yksi haastateltava kuvasi jälkitarkastusta seuraavasti:

”...kun olemme saaneet enemmän käytäntöä, että se (lääkkeellinen raskaudenkeskeytys) on lähtenyt toimimaan hyvin, ja ne suurin piirtein aina onnistuu, ei aina toki, niin ihan käypähoitosuosituksenkin mukaan ollaan päädytty, että vaan kolme viikkoa lääkkeellisestä raskaudenkeskeytyksestä on asiakkaalle hCG-kontrolli.”

Kuopiossa on lisäksi mahdollisuus keskustella terveydenhoitajan kanssa raskaudenkeskeytyksen herättämistä tunteista ja ajatuksista. Tällä hetkellä tällaista keskusteluapua tarjoaa yksi terveydenhoitaja. Terveydenhoitajaan voi ottaa yhteyttä riippumatta siitä, kuinka pitkä aika keskeytyksestä on kulunut. Tätä mahdollisuutta käyttävät hyvin harvat raskaudenkeskeytysasiakkaat.

6.2 Raskaudenkeskeytysasiakkaan tuki ja ohjaus

Ohjauksella ja tuella on suuri merkitys raskaudenkeskeytysprosessissa. Haastatteluissa terveydenhuollon ammattilaiset nostivat esille ohjauksen ja tuen merkityksen erityisesti raskaudenkeskeytysprosessin alussa. Ohjaustilanteissa vuorovaikutus nähtiin merkittäväksi tekijäksi. Haastateltavien arvioidessa tuen ja ohjauksen toteutumista esille nousi hoitajakohtaisuus. Sekä lääkäreiden että hoitajien koettiin ohjaavan ja tukevan omalla tavallaan huolimatta yleisistä ohjeista. Eräs haastateltava totesikin haastattelussa seuraavalla tavalla:

”...varmasti se vaihtelee aika paljon niin kun henkilöltään täällä meillä, vaikka on pidetty osastotuntia tästäkin aap-asiasta (raskaudenkeskeytys) ja herätelty keskustelua, että kaikille pitäisi antaa samanlaista ohjausta ja tukea...”

Raskaudenkeskeyttäjän tukeminen nähtiin erityisen tärkeäksi ja se pitäisi huomioida läpi koko raskaudenkeskeytysprosessin. Hoitopolun selkeät toimintalinjat nähtiin vahvuutena, mutta samalla niiden koettiin yhdessä ajanpuutteen kanssa tekevän hoidosta rutiininomaista. Asiakkaan yksilöllisen kohtaamisen tärkeyttä painotettiin. Eräs haastateltavistamme korosti asiakkaan kohtaamisen tärkeyttä seuraavasti:

”...pitäisi jaksaa säilyttää inhimillisyyttä ja ihmisyyttä, että ihminen ei kokis tulevansa halveksituks taikka, ettei tulla huomioituks tai kuulluks.”

Ennen toimenpidettä haastateltavat kertoivat käyvänsä läpi asiakkaan kanssa raskaudenkeskeytyslääkkeet, niiden vaikutuksen ja keskeytyksen kulun. Erityisesti keskeytyksen kulku haluttiin selvittää asiakkaalle. Haastateltavat kokivat ajan puutteen vaikeuttavan yksilöllisen tuen ja ohjauksen toteutumista. KYS:ssa naistentautien poliklinikalla yhtä asiakasta kohden varataan puoli tuntia aikaa. Naistentautien osastolla potilaiden suuri määrä määrittää keskeytysasiakkaan kohtaamisen kiireisen aikataulun.

Kaikki haastateltavat painottivat sosiaalisen tilanteen ja tuen kartoittamista. Asiakkaalta kysytään, onko hänellä perheessä tai lähipiirissä ihmistä, jonka kanssa hän voi keskustella

asiasta. Kotona keskeytyksen tekeviltä varmistetaan, että kotona on keskeytyspäivänä aikuinen ihminen, joka on apuna, mikäli keskeytyksen aikana ilmenee sairaalahoitoa vaativia oireita. Poliklinikka hyödyntää tarvittaessa sosiaalityöntekijän raskaudenkeskeytysasiakkaille tarjoamaa keskusteluapua. Sosiaalityöntekijä kutsutaan keskustelemaan kaikkien alaikäisten raskaudenkeskeytykseen tulevien kanssa. Haastatteluista välittyi huoli siitä, kuinka raskaudenkeskeytyksen tehneet naiset toipuvat psyykkisesti keskeytyksen jälkeen. Sekä naistentautien poliklinikalla että osastolla asiakkaalle haluttiin kotiutustilanteessa täsmentää, että he voivat aina soittaa, mikäli heille tulee kysyttävää tai ongelmia ilmenee. Naistentautien poliklinikalla on kehitetty hoitajapuhelinpalvelua, johon potilaat voivat soittaa. Haastattelussa ilmeni, etteivät keskeytysasiakkaat käytä tätä mahdollisuutta. Kolmannen sektorin tukipalveluita tai ohjaamista keskusteluapua antavan perusterveydenhuollon terveydenhoitajan vastaanotolle ei KYS:ssa tarjota. Jatkohoitoa ohjattaessa asiakasta neuvotaan ottamaan yhteyttä perhesuunnitteluneuvolaan, mistä he saavat lähetteet jälkitarkastusverikokeisiin. Jatkohoito samoin kuin tuen hakeminen jäävät potilaan omalle vastuulle. Eräs haastateltavista totesikin seuraavasti:

”...juuri jälkityöskentely jää suurimmalle osalle omaksi työksi ja murheeksi...”

6.3 Raskaudenkeskeytysasiakkaan ehkäisyneuvonta

Päävastuu raskaudenkeskeytysasiakkaiden ehkäisyneuvonnan toteutuksesta on haastattelujen perusteella naistentautien poliklinikalla. Siellä ehkäisyasia otetaan puheeksi jokaisen raskaudenkeskeytysasiakkaan kanssa. Yksi haastateltavamme totesikin:

”...ehkäisyasia...siihen kovasti tuetaan niin kun ja kannustetaan...etittäis jo tässä vaiheessa se hyvä ehkäisykeino...kirjoitetaan täällä jo pillerit taikka sitten annetaan näytepakkauksia mukaan...”

Poliklinikalla pyritään siis varmistamaan, että jokaisella on yksilöllisesti suunniteltu ehkäisy. Perusterveydenhuollossa lähtöhaastattelutilanteessa aikaa ehkäisyneuvontaan ei juurikaan ole. Naistentautien osastolla ehkäisyasiaa ei oteta kaikkien kohdalla puheeksi.

Luotetaan siihen, että ehkäisy on suunniteltu poliklinikalla. Jälkitarkastus puolestaan on terveydenhoitajan puhelinsoitto. Kuten haastateltavamme kertoikin:

”...terveydenhoitaja on isossa roolissa siinä haastattellessaan, onko ehkäisy hoidettu.”

Kaikkia haastateltavia huolestuttivat naiset, joilla oli raskaudenkeskeytystä tehdessään jo yksi tai useampi keskeytys takanaan. Toinen heitä huolestuttava ryhmä olivat naiset, jotka olivat synnyttäneet vuoden sisällä. Haastateltavia mietitytti, kuinka ehkäisyneuvontaa voisi kehittää, jotta tällaiselta vältyttäisiin. Vastuun ehkäisystä huolehtimisesta todettiin kuitenkin viime kädessä olevan naisella itsellään.

6.4 Raskaudenkeskeytysasiakkaan palveluiden toteutuminen

Raskaudenkeskeytysasiakkaan hoitopolun rakenteellinen toimivuus nähtiin haastatteluissa vahvuutena. Kahden organisaation välisenä yhteistyönä hoitopolun koettiin toimivan sujuvasti. Yksi haastateltava kuvasi hoitopolun toimivuutta seuraavasti:

”...kyllähän sitä on miettinyt ihan, kun tässä eri organisaatiosta toiseen tullaan, niin tapahtuuko tämä ihan mutkattomasti, mutta kyllä se ainakin minusta vaikuttaa, että ihan hyvää hoitoa saavat...”

Todettiin, että molemmilla organisaatiolla on selkeät kriteerit, joiden mukaan ne toimivat keskeytysprosessissa. Hoitoon pääseminen koettiin olevan asiakkaille helppoa. Raskaudenkeskeytysasiakkaan siirtymisessä ja tiedonkulussa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä ei koettu ongelmia. Erikoissairaanhoidossa yksiköiden työnjakoon toivottiin enemmän selkeyttä liittyen ennen raskaudenkeskeytystä otettaviin verikokeisiin ja näytteisiin.

Haastatteluissa raskaudenkeskeytysasiakkaan omalääkärillä käytävä lähtöhaastattelu sekä jälkitarkastus nousivat merkittävimmiksi kehityshaasteiksi hoitopolulla. Rakenteellisesti nämä hoitopolun vaiheet toimivat sujuvasti, mutta niiden ei koettu vastaavan asiakkaan tarpeisiin. Lähtöhaastattelu omalääkärin vastaanotolla mielletään tekemämme haastattelujen perusteella ajallisesti lyhyeksi ja rutiininomaiseksi tilanteeksi.

Raskaudenkeskeytystä hakeva nainen saapuu omalääkäriin vastaanotolle ja kuten eräs haastateltavistamme totesi:

”No raskaudenkeskeytys on kuitenkin niin, että siinä melkein aina on kiire, että on vaan suunnattava äkkiä asiakas lääkäriin vastaanotolle ja siitä sitten saatava paperit valmiiksi...”

Lähtöhaastattelussa ei ole riittävästi aikaa muodostaa kokonaiskuvaa asiakkaan tilanteesta ja käydä läpi vaihtoehtoja raskaudenkeskeytykselle. Naisen pitää tehdä päätös lyhyessä ajassa, eikä hänellä ole välttämättä riittävästi asianmukaista tietoa päätöksen taustalla.

Yksi haastateltava totesi lähtöhaastattelusta seuraavalla tavalla:

”...siinä on pieni pointti siinä alkujutussa, haastattelussa, että tavallaan sen koko tilanteen kartoittamiseen pitäisi olla enemmän aikaa.”

Jälkitarkastuksessa terveydenhoitajalla koettiin olevan merkittävä rooli. Hän ilmoittaa puhelimitse naiselle raskaushormonimäärityksen arvon kolmen viikon päästä keskeytyksestä ja samalla kartoittaa naisen psyykkisen voinnin ja lisäavun tarpeen. Jälkitarkastuksen ajateltiin olevan yksi ehkäisyn toteutumisen vaarakynnyksistä. Terveydenhoitajan vastuulle jää varmistaa puhelussaan raskaudenkeskeytyksen jälkeisen ehkäisyn onnistuminen. Yksi haastateltava kommentoi jälkitarkastusta seuraavasti:

”...jälkitarkastuskin on vaan se verikoe, että siinäkään hyö ei kohtaa kettään ihmistä, niin on se aika kylmää minusta.”

Kaikki raskaudenkeskeytysprosessin osapuolet eivät olleet tietoisia asiakkaan raskaudenkeskeytyksen jälkeisestä keskustelumahdollisuudesta, jota ammattihenkilö tarjoaa perusterveydenhuollossa. Yksi hoitopolun osa on epäselvä osalle hoitopolussa toimivista ammattilaisista.

Haastatteluissa nostettiin esille raskaudenkeskeytysasiakkaan hoitopolun kehitysidea. Tulevaisuudessa hoitopolun toimivuuden uskottiin paranevan, jos raskaudenkeskeytysasiakkaiden hoito keskitettäisiin ehkäisyneuvolan ja perhesuunnitteluneuvolan yhteyteen. Tällöin myös jatkohoidon ajateltiin paranevan, sillä

terveydenhoitaja voisi antaa tarvittaessa vastaanottoaikoja myös lääkärille. Eräs haastateltavistamme totesi seuraavasti:

”Tulevaisuuden suunnitelmahan on, että me keskitettäis kaikki raskaudenkeskeytysasiakkaat...ehkäisyneuvola/perhesuunnitteluneuvolan yhteyteen...ehkä paremmin saataisiin siinä asiakkaat kiinni ja miettimään jatkotilannetta ja jatkoehkäisyä eteenpäin...”

7 POHDINTA

7.1 Tulosten pohdinta

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata raskaudenkeskeytysasiakkaan hoitopolku Kuopiossa ja arvioida hoitopolun toimivuutta. Tavoitteenamme oli saada tietoa, jonka avulla ammatillista ohjausta ja tukea raskaudenkeskeytysprosessin eri vaiheissa voidaan kehittää. Haastattelimme neljää hoitotyön ammattilaista raskaudenkeskeytysasiakkaan hoitopolun eri vaiheista.

Hoitopolun nähdään parhaimmillaan tukevan yhteistyötä ja parantavan tiedonkulkua perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä (Vainikainen 2005, 2011). Sen tavoitteena on luoda laadukas hoidon kokonaisuus (Nuutinen 2000, 1821). Kuopiossa raskaudenkeskeytysasiakkaan hoitopolun koettiin toimivan rakenteellisesti hyvin. Asiakkaan hoitoon pääseminen on helppoa, ja yhteistyö kahden organisaation välillä toimii hyvin. Raskaudenkeskeytysasiakkaan siirtymisessä ja tiedonkulussa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä ei koettu ongelmia. Tutkimuksessamme työnjakoon erikoissairaanhoidon yksiköiden välille kaivattiin selkeyttä näytteiden ottamiseen ennen asiakkaan siirtymistä naistentautien osastolle. Selkeä työnjako lisäisi työn sujuvuutta.

Raskaudenkeskeytysasiakkaan hoitopolku Kuopiossa on rakenteellisesti selkeä kokonaisuus. Haastatteluissa siinä nähtiin kuitenkin olevan vaiheita, jotka eivät vastaa asiakkaan tarpeisiin. Merkittävimmit haasteiksi koettiin lähtöhaastattelutilanne omalääkärin vastaanotolla ennen raskaudenkeskeytystä sekä jälkitarkastus raskaudenkeskeytyksen jälkeen. Käyntiä omalääkärin vastaanotolla ennen raskaudenkeskeytystä kuvattiin ajallisesti lyhyeksi tilanteeksi. Vastaanotolla lääkäri määrittää raskaudenkeston, ottaa näytteet ja täyttää tarvittavat lomakkeet. Aikaa keskustelulle ja asianmukaiselle ohjaukselle jää hyvin vähän. Naisen pitää tehdä päätös raskaudenkeskeytyksestä lyhyessä ajassa, eikä hänellä ole välttämättä riittävästi asianmukaista tietoa päätöksen taustalla. Raskaudenkeskeytysasiakkaille tehtyjen

tutkimusten mukaan naiset toivoivat enemmän keskustelua ennen raskaudenkeskeytystä. Tutkimuksissa naiset olivat toivoneet keskustelua erityisesti raskaudenkeskeytyksen vaihtoehtoista ja perusteista. (Poikajärvi 1998, 38; Sihvo & Kosunen 1998, 59.) Kuopiossa raskaudenkeskeytysasiakkaiden jälkitarkastus on pelkkä verikoe ja terveydenhoitajan puhelinsoitto. Puhelinsoiton yhteydessä terveydenhoitaja arvioi naisen psyykkisen tuen tarpeen ja varmistaa ehkäisyn toteutumisen. Terveydenhoitajalla koettiin olevan iso vastuu arvioida puhelun perusteella asiakkaan lisävun tarve. Jälkitarkastuksen yhteydessä raskaudenkeskeytysasiakkaalla ei ole mahdollisuutta keskustella kasvotusten kokemuksistaan lääkärin tai hoitajan kanssa. Poikajärven tutkimuksessa (1998, 62) naiset olisivat halunneet puhua keskeytyskokemuksistaan jälkitarkastuksen yhteydessä. Mikäli jälkitarkastus tapahtuisi kasvotusten, voisi sen yhteydessä keskustella, kuinka raskaudenkeskeytys on sujunut, sekä arvioida paremmin tuen ja ehkäisyneuvonnan tarvetta (Hammarberg 2003, 43).

Tuki ja ohjaus nähtiin keskeisinä tekijöinä raskaudenkeskeytysprosessin onnistumiselle. Niihin tulisi kiinnittää enemmän huomiota raskaudenkeskeytysasiakkaan hoitopolun jokaisessa vaiheessa. Kuopiossa hoitohenkilökunnalla on yhtenevät toimintamallit, mutta ohjauksen ja tuen ajateltiin toteutuvan hoitajakohtaisesti. Jokainen hoitaja arvioi yksilöllisesti asiakkaan tuen ja ohjauksen tarpeen. Kohosen ym. (2004) mukaan empaattisuus on persoonallisuuteen liittyvä ominaisuus, joka ilmenee yksilöllisesti. Jokainen hoitaja työskentelee tietojensa, taitojensa sekä persoonallisuutensa mukaisesti (Kohonen, Mattila, Muli & Ojala 2004, 42–43). Haastateltavat korostivat vuorovaikutuksen merkitystä ohjaustilanteissa. Eräs haastateltavistamme kuvasi asiakkaan olevan hyvin herkkä raskaudenkeskeytysprosessin aikana. Asiakkaan koettiin vuorovaikutustilanteissa tulkitsevan henkilökunnan ilmeitä ja eleitä tehden niistä omia johtopäätöksiä. Haastateltavat pitivät asiakkaan kohtaamista ja läsnäoloa merkityksellisenä. Hoitohenkilökunnan inhimillinen ja hyväksyvä lähestymistapa nähtiin vahvistavan hoitosuhdetta. Breitbartin (2000, 26–27) mukaan empatia, silmiin katsominen ja koskettaminen ovat osa ihmisläheistä vuorovaikutusta. Raskaudenkeskeytysasiakkaille tehdyissä tutkimuksissa naiset toivoivat hoitohenkilökunnalta ystävällisempää ja inhimillisempää kohtelua. Tutkimuksissa naiset korostivat läsnäolon merkitystä. (Poikajärvi 1998, 81; Sihvon & Kosusen 1998, 57.)

Salinin (1995, 55) tekemässä tutkimuksessa 36 % raskaudenkeskeytyksen kokeneista naisista koki hoitonsa rutiininomaiseksi. Myös Sihvon ja Kosusen (1998) tutkimuksessa raskaudenkeskeytysasiakkaan hoitoa kuvattiin rutiininomaiseksi ja liukuhihnanaiseksi. Tutkimuksessa naiset halusivat painottaa, että raskaudenkeskeytys voi olla henkilökunnalle jokapäiväistä, mutta se ei ole sitä heille. (Sihvo & Kosunen 1998, 57.) Tutkimuksessamme raskaudenkeskeytysasiakkaan hoitopolun selkeät toimintalinjat koettiin vahvuutena. Samaan aikaan haastateltavat pohtivat, ovatko toimintalinjat jopa liian selkeät tehden raskaudenkeskeytysasiakkaan hoidosta rutiininomaista. Tarkat kriteerit yhdessä tiukan aikataulun kanssa ohjaavat asiakkaan hoidon toteutumista. Haastateltavat kokivat, ettei ohjaukselle ja tuelle ole riittävästi aikaa. Ajanpuutteen nähtiin heikentävän ohjauksen laatua ja estävän yksilöllisen tuen antamisen.

Raskaudenkeskeytysasiakkaan tuen tarve olisi tärkeä kartoittaa hoitopolun jokaisessa vaiheessa. Tutkimuksessamme raskaudenkeskeytysasiakkaan tuen kartoittaminen koettiin hyvin merkitykselliseksi. Haastateltavat näkivät hoitajan tehtäväksi varmistaa, että asiakkaalla on lähipiirissään henkilö, jonka kanssa hän voi keskustella raskaudenkeskeytyskokemuksestaan. Haastateltavien mielestä hoitohenkilökunnan tulee osata arvioida asiakkaan tuen tarve ja heidän tehtävänä on ohjata asiakas tuen piiriin. Sosiaalityöntekijän tarjoamaa keskusteluapua käytetään sekä naistentautien poliklinikalla että osastolla. Asiakasta muistutetaan kotiutumisvaiheessa, että hän voi soittaa tarvittaessa, mikäli jälkikäteen tulee kysyttävää. Tutkimuksestamme selviää, että kolmannen sektorin palveluja tai terveydenhoitajan keskusteluapua ei raskaudenkeskeytysasiakkaille tarjota. Raskaudenkeskeytysasiakkaille tehdyissä tutkimuksissa naiset toivoivat erityisten neuvontapalvelujen, kuten psykologin tai sosiaalityöntekijän, sijaan keskustelua hoitoprosessissa mukana olevan hoitohenkilökunnan kanssa. He kokivat neuvontapalvelut vieraksi. Tutkimuksissa nähtiin hoitohenkilökunnan tehtäväksi kuitenkin huolehtia siitä, että jokaisella asiakkaalla on mahdollisuus keskusteluun asiantuntijan kanssa. (Koivunen, Koskiniemi, Lyytinen & Räsänen 2005, 31; Poikajärvi 1998, 74; Sihvo & Kosunen 1998, 61.) Raskaudenkeskeytysasiakkaalle tulisi raskaudenkeskeytyksen käypä hoito-suosituksen (2007) mukaan antaa tuki- ja auttamispisteiden yhteystiedot viimeistään sairaalasta kotiutumisvaiheessa.

Kuopiossa raskaudenkeskeytysasiakkaan ehkäisyneuvonnan toteutuksen ajateltiin olevan osittain puutteellista. Päävastuu ehkäisyneuvonnasta on naistentautien poliklinikalla. Muissa hoitopolun vaiheissa ehkäisy ei jokaisen asiakkaan kohdalla tule huomioiduksi. Samalla tavalla kuin muuhunkin ohjaukseen, myös ehkäisyneuvonnan toteutukseen vaikuttavat ajanpuute ja hoitajakohtaiset ohjaustaidot. Toistuvasti raskaudenkeskeytyksiin hakeutuvien naisten ehkäisyneuvonta askarrutti tutkimukseemme osallistuneita. Toinen tällainen ryhmä oli vuoden sisällä synnyttäneet naiset. Näiden ryhmien ehkäisyneuvontaan tulisi Kuopiossa erityisesti puuttua. Tuloksista ilmeni, että hoitaja antaa asiakkaalle tietoa ehkäisystä, mutta vastuu ehkäisyn onnistumisesta koettiin olevan asiakkaalla itsellään. Raskaudenkeskeytys käypä hoito – suosituksen (2007) mukaan ehkäisy olisi hyvä aloittaa heti raskaudenkeskeytyksen jälkeen. Sihvon ja Kosusen (1998, 55) tutkimuksessa raskaudenkeskeytyksen tehneet naiset olisivat kaivanneet enemmän keskustelua ehkäisystä keskeytysprosessin aikana.

7.2 Johtopäätökset

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että raskaudenkeskeytysasiakkaan hoitopolkua Kuopiossa voitaisiin kehittää monilta osin, vaikka hoitopolku rakenteellisesti toimiikin sujuvasti.

- Raskaudenkeskeytysasiakkaan hoitopolku on rakenteellisesti toimiva. Asiakkaan hoitoon pääsy koettiin helpoksi. Organisaatioiden välisen yhteistyön ja tiedonkulun ajateltiin toimivan hyvin. Erikoissairaanhoidon yksiköiden välille toivottiin selkeyttä näytteiden ottamisen työnjaossa. Naistentautien osaston ja poliklinikan olisi hyvä luoda yhdessä selkeämmät toimintaohjeet, jotka lisäisivät työn sujuvuutta.
- Omalääkärin vastaanotolla käytävää lähtöhaastattelua ennen raskaudenkeskeytystä tulisi kehittää. Vastaanottoaikojen tulisi olla pidempiä, jotta raskaudenkeskeytysasiakas saisi riittävästi tukea ja ohjausta. Huomiota tulisi erityisesti kiinnittää asiakkaan tarpeeseen keskustella ennen raskaudenkeskeytyspäätöstä.

- Jälkitarkastus ei nykyisellään vastaa asiakkaan tarpeisiin. Jos jälkitarkastus tapahtuisi kasvotusten, asiakkaan psyykkisen tuen ja ehkäisyneuvonnan tarvetta olisi helpompi arvioida. Myös jatkohoitoon ohjaaminen olisi helpompaa. Kasvotusten tapahtuva jälkitarkastus toisi raskaudenkeskeytysasiakkaalle mahdollisuuden keskustella ammattihenkilön kanssa.
- Henkisen tuen määrää olisi tärkeää lisätä. Kiireestä huolimatta raskaudenkeskeytysasiakkaan empaattiseen kohtaamiseen tulisi kiinnittää huomiota. Henkilökunnan olisi tärkeää järjestää aikaa keskustelulle asiakkaan kanssa. Mikäli aikaa ei järjesty, olisi erityisen tärkeää tarjota asiakkaalle ulkopuolisten neuvontapalvelujen keskusteluapua. Perusterveydenhuollon tarjoamaa terveydenhoitajan keskusteluapua tulisi hyödyntää enemmän. Myös kolmannen sektorin tuki- ja auttamispisteiden yhteystietoja olisi hyvä jakaa raskaudenkeskeytysasiakkaille.
- Raskaudenkeskeytysasiakkaan ohjauksen tulisi olla tasapuolista. Hoitohenkilökunnalle voisi järjestää koulutusta ohjauksesta. Tällä tavoin he voisivat kehittää ja ylläpitää ohjaustaitojaan. Henkilökunnan kouluttaminen parantaisi asiakkaan ohjauksen laatua.
- Raskaudenkeskeytysasiakkaan ehkäisyneuvonnassa on parannettavaa. Hoitohenkilökunnan tulisi huomioida asiakkaan ehkäisyneuvonnan tarve hoitopolun jokaisessa vaiheessa. Ehkäisyneuvonnan merkityksestä voisi keskustella esimerkiksi osastotunneilla tai yleisissä koulutuksissa. Kehittämällä ehkäisyneuvontaa voitaisiin vaikuttaa alentavasti toistuvasti raskaudenkeskeytyksiin hakeutuvien naisten lukumäärään.

7.3 Tulosten luotettavuus ja eettisyys

Kun arvioidaan tutkimuksen luotettavuutta, selvitetään, kuinka totuudenmukaista tietoa tutkimus on tuottanut. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella tutkimusprosessin eri vaiheiden kautta eli tutkimusprosessin lähtökohtien, tutkimuksen tarkoituksen ja tavoitteiden, tutkimusaineiston keräämisen, aineiston analyysin ja

tutkimuksen raportoinnin kautta. (Eskola & Suoranta 1998, 212–213; Kylmä & Juvakka 2007, 127–130.)

Aihe tutkimukseemme tuli Kuopion sosiaali- ja terveyskeskukselta. Tutkimuksemme aiheen valintaa tukee Sosiaali- ja terveysministeriön Seksuaali- ja lisääntymisterveydenedistämisen toimintaohjelma 2007–2010 ja tilastot, joita olemme käyttäneet perustellessamme aiheemme valintaa. Halusimme tutkimuksemme kautta saada kokemusperäistä tietoa henkilökunnan kokemuksista hoitopolun toimivuudesta Kuopiossa ja tämän vuoksi valitsimme tutkimukseemme laadullisen lähestymistavan. Raportissa olemme kuvanneet laadullisen tutkimuksen ja perustelleet teemahaastatteluiden valinnan aineistokeruumenetelmäksi.

Tutkimuksemme tarkoitus oli kuvata hoitopolku ja arvioida sen toimivuutta henkilökunnan näkökulmasta. Tarkoitus oli selkeä ja riittävän väljä, mikä mahdollisti tutkimuksen rajauksen teoriasta ja aineistosta nousseiden ajatusten perusteella. Tavoitteenamme oli saada tietoa, jonka avulla raskaudenkeskeytysasiakkaan tukea ja ohjausta voidaan kehittää. Tutkimuksemme edessä haastatteluteemat muodostuivat teoriasta. Niiden avulla aloimme arvioida hoitopolun toimivuutta. Haastatteluista saamastamme aineistosta nousi esille hoitopolun heikkouksia, joita parantamalla myös tuen ja ohjauksen laatu tulisi paranemaan.

Keräsimme aineiston teemahaastatteluin. Valitsemiemme teemojen perusteella rakensimme haastattelurungon, jonka pyrimme jättämään mahdollisimman avoimeksi, jotta haastateltavilla oli mahdollisuus tuoda esiin omat näkökulmansa ja emme johdattelisi heitä. Haastattelutilanteissa tuli ajoittain tarve tehdä jatkokysymyksiä. Jatkokysymyksien avulla pyrittiin saamaan lisätietoa ja tarkentamaan vastauksia. Osallistujien valintaan emme itse vaikuttaneet. Haastateltavien valinta jäi KYS:ssa yksiköiden osastonhoitajille ja Kuopion sosiaali- ja terveyskeskuksessa yhdyshenkilöllemme. Laadullisessa tutkimuksessa haastateltavien kokemukset tutkittavasta ilmiöstä sekä halukkuus ja kyky keskustella aiheesta haastattelutilanteessa korostuvat (Kylmä & Juvakka 2007, 80). Haastateltavien rekrytoinnin jääminen yhdyshenkilöillemme on voinut vaikuttaa tutkimuksemme luotettavuuteen alentavasti. Kaikilla haastattelemillamme henkilöillä oli kokemusta raskaudenkeskeytyksistä työssään, mutta kokeneisuus raskaudenkeskeytysasiakkaiden hoidosta vaihteli suuresti.

Valitsemalla haastateltavat itse olisimme kuitenkin voineet varmistaa haastateltavan kokemuksen aiheesta.

Aineiston analyysi menetelmäksi valitsimme laadullisen sisällön analyysin. Analyysin luotettavuutta lisätäksemme olemme käyttäneet tuloksissa suoria lainauksia haastatteluistamme. Lisäksi analysointivaiheessa kumpikin meistä kävi aineiston itsenäisesti läpi, jakoi aineiston yläluokkiin ja teki muistiinpanoja. Itsenäisen työskentelyn jälkeen perehdyimme aineistoon yhdessä keskustellen ja vertailimme tulkintojemme yhdenmukaisuutta. Aineistosta analysoimme vain sananmukaiset viestit emmekä piiloviestejä, sillä koimme, ettei meillä ollut riittävää tietoa ja taitoa sellaisten analysoimiseen. Lähdimme analysoimaan aineistoa teorialähtöisesti eli deduktiivisesti. Loimme tutkimusprosessin alussa teorialähtöisen teemarungon, jonka kautta analysoimme aineiston. Analyysiprosessissa teemarungon sisälle muodostui aineistolähtöisiä alaluokkia.

Raportin kirjoittamisen tavoitteena on vakuuttaa lukija tutkijan tekemistä ratkaisuksista, muodostettujen luokkien osuvuudesta ja tutkimuksen luotettavuudesta. Tutkimuksessa aineiston, tuloksien ja päätelmien tulee olla selkeässä suhteessa toisiinsa. Raportin tulee olla myös selkeästi luettavissa. (Kylmä & Juvakka 2007, 132–133.) Raportin selkeyttä ja luettavuutta lisätäksemme olemme työstäneet tekstiä pitkäkestoisesti. Uskomme, että raporttia voidaan hyödyntää sekä erikoissairaanhoidossa että perusterveydenhuollossa. Sen avulla voidaan kehittää hoitopolkua Kuopiossa, jotta raskaudenkeskeytysasiakkaan tukea ja ohjausta voitaisiin parantaa.

Vapaaehtoisuus, oikeudenmukaisuus, luottamuksellisuus ja anonymiteetin säilyminen ovat tärkeitä tutkimuksen eettisiä periaatteita. Vapaaehtoinen suostumus tutkimukseen edellyttää, että osallistuja on itse tehnyt päätöksensä osallistua tutkimukseen ilman pakkoa tai painostamista. Valinnanmahdollisuus perustuu riittävään tutkimusta koskevaan tietoon. Tutkimukseen osallistujille on annettava tarpeeksi tietoa tutkimuksesta ja varmistettava, että haastateltava ymmärtää tiedon sisällön. (Fry 1997, 185–186; Hirsjärvi ym. 2007, 25; Kylmä & Juvakka 2007, 150.) Tutkimuksessamme tutkimuseettisiä periaatteita noudatettiin niin, että tutkimukseen osallistuminen oli täysin luottamuksellista ja vapaaehtoista. Haastateltaville kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta, päämäärästä ja tulosten julkaisemisesta ennen haastatteluun suostumista. Kaikki

haastateltavat suostuivat tulemaan mukaan tutkimukseemme. Ennen haastattelun alkua haastateltaville kerrottiin haastateltavan oikeuksista, haastattelun kulusta ja haastattelun nauhoittamisesta. Haastateltaville kerrottiin haastateltavien roolit ja nauhoituksen tarkoitus.

Tutkimukseen osallistujan pitää voida luottaa siihen, että tutkimuksessa esiin tulleita tietoja käsitellään luottamuksellisesti ja tutkimukseen osallistuvan anonymiteetti säilyy. Eettisesti hyvässä tutkimuksessa on noudatettu eettisiä periaatteita. Jokaisen tutkijan omalla vastuulla on tuntee eettisyyden periaatteet ja niiden mukainen toiminta. (Hirsjärvi ym. 2007, 23.) Tutkimuksessamme haastattelut toteutettiin kunnioittavasti ja itsemääräämisoikeutta arvostaen. Tutkimuksen tuotoksia käsiteltiin luottamuksellisesti ja osallistujien henkilöllisyys ei paljastunut tutkimuksen missään vaiheessa. Tutkimuksen eettisiin kysymyksiin kuuluvat myös oikeaoppinen aineiston arkistointi ja säilytys (Hirsjärvi & Hurme 1993, 35–36, 38, 41). Haastatteluiden jälkeen kirjoitimme aineiston puhtaaksi, minkä jälkeen nauhoitukset tuhottiin. Litteroidut haastattelut ovat olleet vain tutkijoiden käytössä, joten tutkimuksen aineistoa ei ole käytetty väärin. Kirjallisen luvan tutkimuksellemme (liite 4) myönsivät KYS:n naistentautien ja synnytysklinikan ylihoitaja sekä Kuopion sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen terveyspalvelujen ylilääkäri.

7.4 Tutkimustulosten hyödyntäminen ja jatkotutkimusaiheet

Tutkimuksemme tulokset kuvaavat raskaudenkeskeytysasiakkaan hoitopolun tämänhetkistä toimivuutta Kuopiossa. Olemme tuoneet esille hoitohenkilökunnan kokemuksia palveluiden toteutumisesta, ehkäisyneuvonnasta sekä ohjauksesta ja tuesta. Tuloksia voidaan hyödyntää kuopiolaisen raskaudenkeskeytysasiakkaan hoitopolkua kehitettäessä. Uskomme, että löytämiemme hoitopolun heikkouksien ja vahvuuksien kautta erityisesti ohjauksen ja tuen laatua voidaan parantaa.

Tämän selvityksen tuloksia voisi myöhemmin tarkastella raskaudenkeskeytyksen tehneiden naisten näkökulmasta. Näin saataisiin kokonaisvaltainen näkemys hoitopolun toimivuudesta. Tutkittaessa näin arkaluontoista aihetta tulisi kiinnittää huomiota haastateltavien rekrytointiin. Tutkimusmenetelmän valinnalla on vaikutus osallistumishalukkuuteen. Menetelmän valintaa on siksi tärkeää harkita tarkoin.

Olisi kiinnostavaa tehdä tutkimusta raskaudenkeskeytysasiakkaista ehkäisyneuvonnan näkökulmasta. Olisi perusteltua tutkia ehkäisyneuvonnan toteutumista ennen raskaudenkeskeytystä ja sen jälkeen. Silloin saataisiin selville erityisesti synnytyksen ja raskaudenkeskeytyksen jälkeisen ehkäisyneuvonnan toteutumisen kompastuskivet.

7.5 Oma oppiminen ja ammatillinen kehitys

Opinnäytetyömme alkuperäinen aihe oli lähtöisin Kuopion sosiaali- ja terveyskeskuksesta. Aloimme työstää tutkimusta raskaudenkeskeytyksen kokeneiden naisten näkökulmasta. Todennäköisesti aiheen arkuudesta johtuen emme saaneet haastateltavia ja vaihdoimme tutkimuksemme näkökulmaa. Elokuussa 2009 haimme uuden tutkimusluvan KYS:sta ja Kuopion sosiaali- ja terveyskeskuksesta. Silloin muodostui lopullinen tutkimuksemme tarkoitus, joka on kuvata raskaudenkeskeytysasiakkaan hoitopolku Kuopiossa ja arvioida sen toimivuutta hoitohenkilökunnan näkökulmasta.

Opinnäytetyön tekeminen on ollut kokonaisuudessaan opettavainen ja haastava prosessi. Lähteiden hakemisen koimme haastavaksi. Viimeisimmät tutkimukset raskaudenkeskeytysprosessista Suomessa on tehty 1990-luvulla. Näissä tutkimuksissa raskaudenkeskeytysprosessia on tarkasteltu pääosin naisten näkökulmasta. Opimme käyttämään eri tiedonhakuprosesseja ja kiinnittämään huomiota lähteiden luotettavuuteen. Olemme tehneet opinnäytetyötä yhdessä kolmen eri organisaation kanssa, ja tämä on opettanut meille joustavuutta ja suunnitelmallisuutta. Lisäksi parityöskentely on kehittänyt yhteistyötaitojamme ja tuonut haasteita ajankäytön suunnitteluun. Koko prosessin ajan olemme joutuneet kriittisesti pohtimaan omaa osaamistamme ja näin olemme kehittyneet itsearvioinnissa.

Haastattelujen pitäminen oli meille molemmille uusi asia. Tutkimusprosessin aikana syvennyimme teemahaastatteluun ja haastattelun toteutukseen. Haastattelutilanteet olivat opettavaisia ja koimme onnistuneemme niissä. Haastattelujen kautta opimme suunnittelemaan ja toteuttamaan teemahaastattelun. Analysointivaihe osoittautui työlääksi. Hoitohenkilökunnan kokemusten pelkistäminen ja aineiston jäsentäminen oli

haastavaa. Tämä opetti meille taitoa löytää aineistosta olennainen tieto ja muodostaa siitä luotettavia johtopäätöksiä.

Opinnäytetyöprosessimme aikana tutkimuksen näkökulma on muuttunut ja olemme joutuneet hakemaan useaan kertaan tutkimuslupia. Pitkä tutkimusprosessi on opettanut meille pitkäjänteisyyttä ja määrätietoisuutta. Aikataulumme yhtenä haasteena ovat olleet opiskelijavaihdot ulkomailla sekä ohjatut harjoittelut eri paikkakunnilla. Tästä huolimatta kiinnostuksemme opinnäytetyön aiheeseen on säilynyt ja opinnäytetyön tarkoitus sekä tavoite ovat toteutuneet. Tutkimuksemme kautta saimme uusia näkökulmia omaan tapaamme ohjata ja tukea naista hoitotyön asiakkaana.

LÄHTEET

Arvela, O. 2004. Obeesin odottajan terveystäytyminen ja kokemuksia vastaanottotoiminnasta. Teoksessa M. Hupli (toim.) Potilasohjauksen ulottuvuudet. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. Sarja A45. Turun yliopisto, 74–87.

Bildjuschkin, K. 2002. Nuorten naisten ja tyttöjen abortit. *Kättilölehti* 107 (4), 144–147.

Brandt, P. & Apter, D. 2002. Raskauden keskeytyksestä. *Nuori lääkäri* 39 (6-7), 48–50.

Breitbart, V. 2000. Counseling for medical abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 183 (2), 26–33.

Duodecim työryhmä. 2007. Raskaudenkeskeytys vaatii henkistä tukea. *Duodecim. Verkkodokumentti.* Viitattu 10.9.2008.
http://www.kaypahoito.fi/kh/kh_julkaisu.NaytaArtikkeli?p_artikkeli=nak02612

Gissler, M. & Eronen, H. 2004. Raskaudenkeskeytykset hienoisessa laskussa. *Kättilölehti* 109 (5), 180–183.

Eskola, K. & Hytönen, E. 2002. *Nainen hoitotyön asiakkaana.* Helsinki: WSOY.

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen.* Tampere: Vastapaino.

Eskola, J. & Vastamäki, J. 2007. Teemahaastattelu: Opit ja opetukset. Teoksessa J. Aaltola & R. Valli (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineistokeruu: vinkkejä aloittelevalle tutkijalle.* Jyväskylä: PS-kustannus, 25–43.

Fry, S. T. 1997. *Etiikka hoitotyössä. Eettisen päätöksenteon opas.* Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Hammarberg, L. 2003. Lääkkeellisen raskaudenkeskeytyksen jälkitarkastus osana terveydenhoitajan työtä. *Terveydenhoitaja* 37 (9), 42–43.

Hanhirova, M. 2008. Ehkäisyneuvonta. Sairaanhoitajan käsikirja. Verkkodokumentti. Viitattu 23.10.2009. http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=ehkaisyneuvonta

Hartikainen, A-L., Tuomivaara, L., Puistola, U. & Lang, L. 1995. *Koko nainen. Raskaus, seksi, sairaudet.* Porvoo: WSOY.

Heikinheimo, O. 2001. Lääkkeellinen raskaudenkeskeytys- teoria ja käytäntö kohtaavat. *Suomen lääkirilehti* 56 (23), 2542–2543.

Hirsjärvi, S., & Hurme, H. 1993. *Teemahaastattelu.* Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi S., Remes P. & Sajavaara P. 2007. *Tutki ja kirjoita.* Helsinki: Tammi.

Heikinheimo, O. & Suhonen, S. 2008. Kun raskauden ehkäisy epäonnistuu. *Duodecim.* Verkkodokumentti. Viitattu 20.11.2008. <http://www.terveysportti.fi/terveysportti/dlehti2.tunnista?a=Y&t=H&fname=duo97056.htm#s5>.

Honkanen, H. & von Hertzen, H. 2000. Alkuraskauden lääkkeellinen keskeytys. *Lääkätieteellinen aikakauskirja Duodecim* 116 (12), 1277–1283.

Ihme, A. & Rainto, S. 2008. *Naisen terveys.* Helsinki: Edita.

Jones, S. 1994. *Ethics in midwifery.* London: Mosby.

Ketola, E., Mäntyranta, T., Mäkinen, R., Voipio-Pulkki, E-M., Kaila, M., Tulonen-Tapio, J., Nuutinen, M., Aalto, P., Kortekangas, P., Brander P., & Komulainen J. 2006. *Hoitosuosituksista hoitoketjuiksi. Opas hoitoketjujen laadintaan ja toimeenpanoon.* Helsinki: Suomalainen lääkärisseura Duodecim.

Kivelä, A. 2007. Gynekologiset sairaudet ja niiden lääketieteellinen hoito. Teoksessa Paananen, Pietiläinen, Raussi-Lehto, Väyrynen & Äimälä (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita, 568–586.

Koivunen, H., Koskiniemi, K., Lyytinen M. & Räsänen A. 2005. Sairaanhoidajan antama ohjaus lääkkeellisestä raskaudenkeskeytyksestä kysn naistentautien poliklinikalla-potilaiden kokemuksia. Savonia ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto. Terveysala, Kuopio. Opinnäytetyö.

Kohonen, A.-K., Mattila, K., Muli, E. & Ojala, M. 2004. Seksuaalisuuden kohtaaminen hoitotyössä. Hoitajan näkökulma. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Diakoninen sosiaali- ja terveys- ja kasvatustieteiden koulutusohjelma. Pori. Opinnäytetyö.

Kosunen, E. 2005. Opiskeluikäisten raskaudenkeskeytykset lisääntyvät. Pääkirjoitus. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 121 (21), 2253–2254.

Kosunen, E. 2008. Raskauden ehkäisystä seksuaaliterveyden edistämiseen. Aikakauskirja Duodecim 124 (4), 431–433.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 11 (1), 3-12.

Laine, A., Ruishalme, O. & Salervo, P. 2009. Opi ja ohjaa sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: WSOY.

Laki raskauden keskeyttämisestä 24.3.1970/239. Oikeusministeriön Finlex-tietopankki. Edita. Viitattu 3.8.2008. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1970/19700239>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Oikeusministeriön Finlex-tietopankki. Edita. Viitattu 15.10.2009. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Lähteenmäki, P. 2001. Raskauden ehkäisy ja sterilisaatio. Teoksessa O. Ylikorkala & A. Kauppila (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Duodecim, 149–162.

Marttila, M. & Piekkola, S. 1996. Kirjallinen materiaali potilasneuvonnan tukena. Teoksessa T. Munnukka & I. Kiikkala (toim.) Teoriaa käytännössä. Helsinki: Kirjayhtymä oy, 59–67.

Mattila, K. 2005. Perusterveydenhuolto. Suomalaisten terveys. Duodecim. Verkkodokumentti. Viitattu 14.10.2009. www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00052&p_haku=perusterveydenhuolto.

Nuutinen, M. 2000. Hoitoketju. Aikakauskirja Duodecim 116 (17), 1821–1828.

Nykänen, K. 2002. Potilaiden kokemuksia hoidosta naistentautien poliklinikalla. Helsinki: Stakes.

Ohtonen, H. 2006. Potilasohjaus – hoitotyön punainen lanka. Sairaanhoidajaliitto. Verkkodokumentti. Viitattu 15.10.2009. http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidajalehti/10_2006/paakirjoitus/potilasohjaus_hoitotyon_punainen/

Pesonen, A. 2006. Hyväksytyksi tulemisen kokemus sosiaali- ja terveysalan auttamistyössä. Teoksessa J. Helminen (toim.) Elämä koettelee, tuki kannattelee. Sosiaali- ja terveysalan työ monimuotoisessa perhesuhteissa. Jyväskylä: PS- kustannus, 155–167.

Poikajarvi, K. 1998. Raskaudenkeskeytysprosessi asiakkaiden arvioimana. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Terveystieteiden ja talouden laitos. Kuopion yliopisto. Lisensiaattityö.

Potilasohje lääkkeelliseen raskaudenkeskeytykseen 2008. Kuopion yliopistollinen sairaala. Naistentautien poliklinikka 3302. 17.4.2008.

Räihä, P. & Värtinen, H. 1999. Ohjaus varhaisraskauden keskenmenoasiakkaan hoitotyössä - naisten kokemuksia ohjauksesta sairaalahoidon aikana. Pohjois-Savon Ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysala, Kuopio. Opinnäytetyö.

Salin, S. 1995. Hoitajien ja raskaudenkeskeytyksen kokeneiden potilaiden aborttiasenteet ja niiden vaikutus kokemuksiin hoitotyön palvelun laadusta. Hoitotieteen laitos. Terveydenhuollon koulutusohjelma. Tampereen yliopisto. Pro gradu -tutkielma.

Sihvo, S. & Kosunen, E. 1998. Naisten kokemuksia raskaudenkeskeytyksistä. Teoksessa P. Koponen & S. Sihvonen (toim.) Perhesuunnittelusta lisääntymisterveyteen. Palvelujen käyttö ja kehittämistarpeet. Helsinki: Stakes, 49–63.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2007. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen Toimintaohjelma 2007–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:17. Helsinki.

Stakes. 2005. Raskaudenkeskeytykset ja steriloinnit vuonna 2004. Verkkodokumentti. Viitattu 6.10. 2008. <http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Lisaantyminen/raskaudenkeskeytykset.htm>.

Stakes. 2006. Raskaudenkeskeytyksen ja steriloinnit vuonna 2005. Verkkodokumentti. Viitattu 20.11.2008. http://www.stakes.fi/NR/rdonlyres/F3B4B225-5925-4CFA-B49C-12527EF9D142/0/Tt20_06.pdf.

Stakes. 2007. Raskaudenkeskeytykset ja steriloinnit vuonna 2006. Verkkodokumentti. Viitattu 20.11.2008. <http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2007/ennakkotilastot/steriloinnit2006ennakkoo.pdf>.

Stakes. 2008. Raskaudenkeskeytykset ja steriloinnit vuonna 2007. Verkkodokumentti. Viitattu 6.10.2008. <http://www.stakes.fi/FI/Tilastot/Aiheittain/Lisaantyminen/raskaudenkeskeytykset/index.htm>.

Suhonen, S. 2003. Milloin lääkkeellinen raskaudenkeskeytyks on vaihtoehto. Terveydenhoitaja 37 (9), 40–41.

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Gynekologiyhdistyksen asettama työryhmä. 2007. Käypä hoito. Raskaudenkeskeytys. Viitattu 1.12.2007. http://www.kaypahoito.fi/kh/kh_julkaisu.NaytaArtikkeli?p_artikkeli=hoi27050.

Teperi, J. 2005. Erikoissairaanhoito. Suomalaisten terveys. Duodecim. Verkkodokumentti. Viitattu 14.10.2009. www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto.tk.koti?p_artikkeli=suo00053&p_haku=erikoissairaanhoito.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2009. Raskaudenkeskeytykset ja steriloinnit 2008. Tilastoraportti. Viitattu 14.10.2009. Verkkodokumentti. http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2009/Tr15_09.pdf.

Tiitinen, A. 2009. Raskauden keskeytys. Lääkärikirja Duodecim. Verkkodokumentti. Viitattu 14.10.2009. www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dk00166&p_haku=raskaudenkeskeytys.

Tikka, M. 2007. Raskaudenehkäisy. Teoksessa Paananen, Pietiläinen, Raussi-Lehto, Väyrynen & Äimälä (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita, 600–612.

Toivonen, J. 2001. Raskaudenkeskeytys. Teoksessa O. Ylikorkala & A. Kauppila (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Duodecim, 164–168.

Tuomaala, S. 2008. Naisten kokemuskertomukset kriittisenä tietona abortista. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 45 (1), 48–58.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vainikainen, T. 2005. Hoitoketjut rakentuvat yhteistyöllä – ylläpito vaatii yhteishuoltajuutta. Aikakauskirja Duodecim 121 (18), 2010–2011.

Valvira. 2009a. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Lupa raskauden keskeyttämiseen. Verkkodokumentti. Viitattu 15.10.2009. http://www.valvira.fi/luvat/raskauden_keskeyttaminen/lupa_raskauden_keskeyttamiseen

Valvira. 2009b. Raskauden keskeyttäminen. Verkkodokumentti. Viitattu 2.11.2009. http://www.valvira.fi/luvat/raskauden_keskeyttaminen

Virtanen, T. 2007. Huolehditaan toisista ja itsestämme. Kätilölehti 5/2007. Verkkodokumentti. Viitattu 15.11.2008. <http://www.suomenkatiloliitto.fi/pjpalsta.html>.

Vuoto, A. 2000. Aborttipotilaan vierellä. Duodecim. Verkkodokumentti. Viitattu 13.10.2009. http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=raskaudenkeskeytys.

Liite 1. Haastatteluteemat

- Hoitohenkilökunnan kokemus raskaudenkeskeytyspotilaan hoitopolun toimivuudesta
 - hyvät/ toimivat asiat
 - huonot/ kehitettävät asiat

- Kuopion Sosiaali- ja terveystieteiden keskuksen sekä Kuopion yliopistollisen sairaalan välinen yhteistyö
 - tiedonkulun sujuvuus
 - työnjako perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä sekä hoitohenkilökunnan eri ammattiryhmien välillä
 - potilas- ja hoito-ohjeiden yhteneväisyys
 - tietojärjestelmien eriäväisyys
 - mitä toimivia/ kehitettäviä asioita

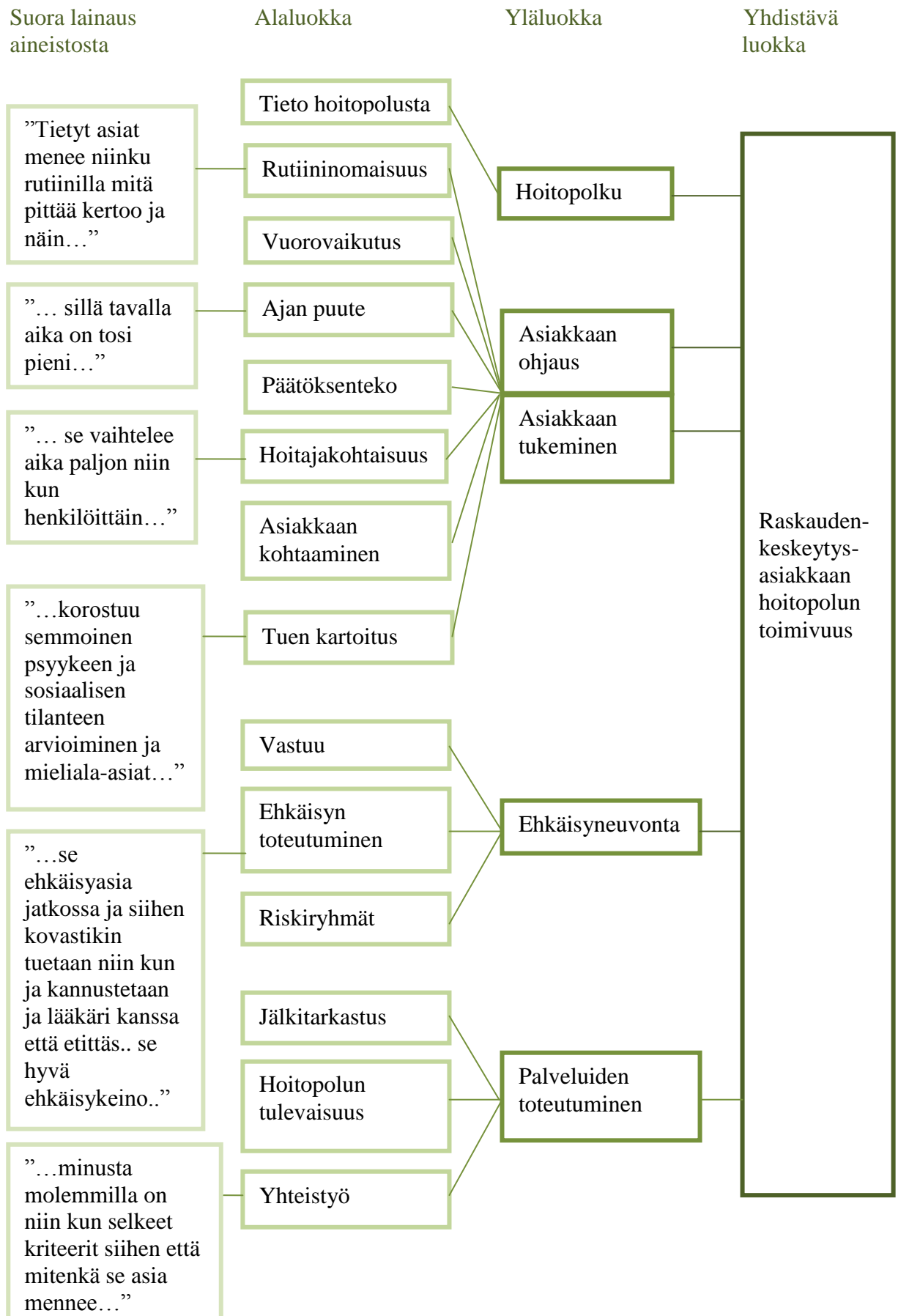
- Hoitohenkilökunnan näkemys, kuinka nainen ja perhe kokee raskaudenkeskeytysprosessin
 - toimivat/ ongelmalliset asiat

- Ammatillisena raskaudenkeskeytysprosessissa
 - naisen/perheen ohjaus ja tuki
 - ehkäisyneuvonta
 - mitä toimivia/ kehitettäviä asioita
 - miten pitäisi kehittää

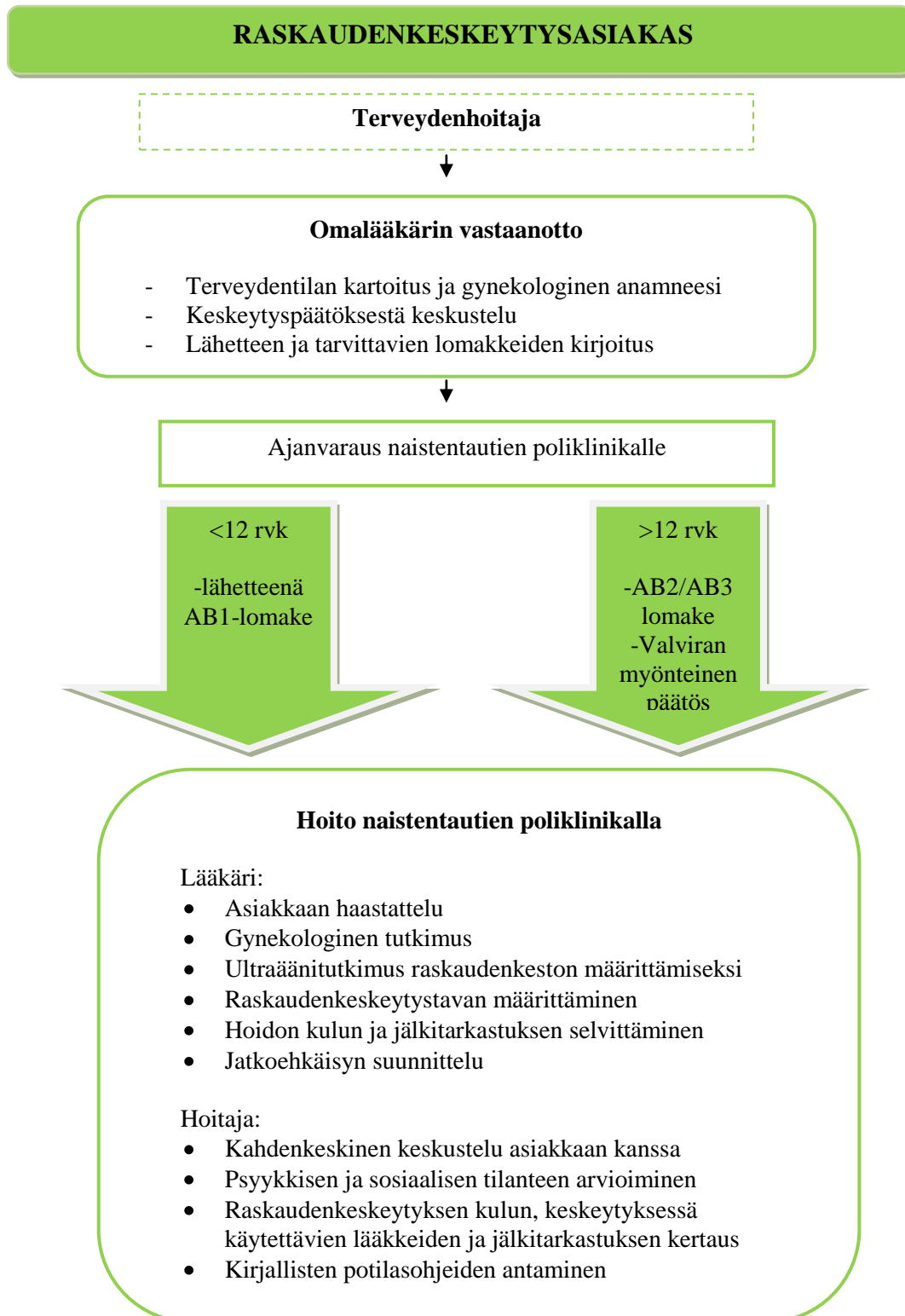
- Raskaudenkeskeytyspotilaan hoitopolun vahvuudet Kuopiossa

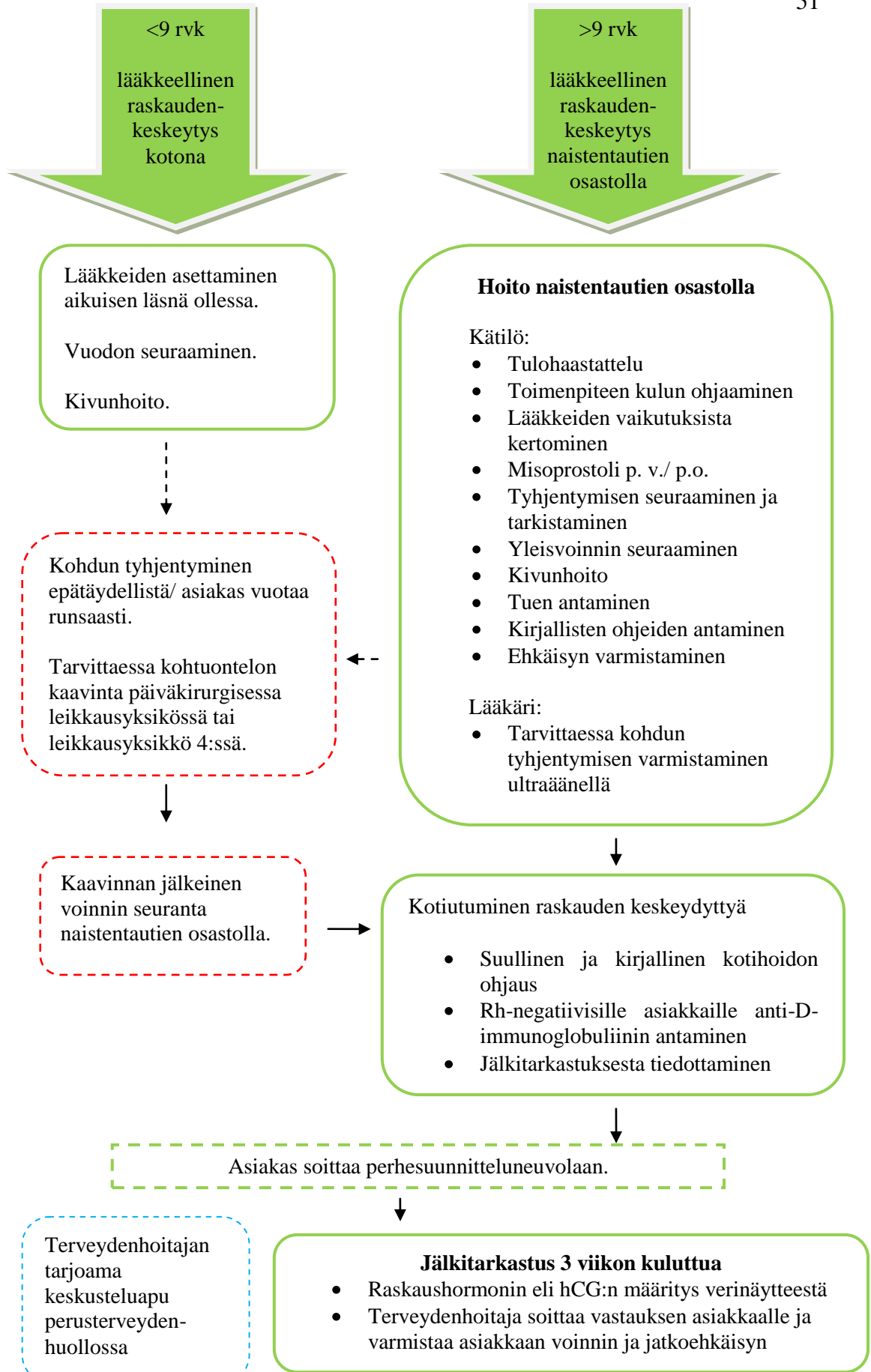
- Raskaudenkeskeytyspotilaan hoitopolun kompastuskivet Kuopiossa

Liite 2. Esimerkki tutkimuksemme aineiston analyysistä



Liite 3. Raskaudenkeskeytysasiakkaan hoitopolku Kuopiossa





Liite 4. Tutkimusluvut

KUOPION KAUPUNKI
Sosiaali- ja terveyskeskus

PÄÄTÖSPÖYTÄKIRJA

Sivu 1



Avohoidon johtaja

26.08.2009

12 §

4364 / 210 / 2009

Muut

**TUTKIMISLUPA / RASKAUDENKESKEYTYKS KUOPIOSSA - HOITOPOLUN
Kuvaaminen ja toimivuuden arviointi**

Savonia-ammattikorkeakoulun opiskelijat Marjut Holopainen ja Miska Reinikainen ovat anoneet lupaa tutkimukselle, jossa kuvataan raskaudenkeskeytyspotilaan hoitopolku Kuopiossa ja arvioidaan sen toimivuutta raskaudenkeskeytyksen hoitoon osallistuvan henkilökunnan näkökulmasta. Tutkimuksessa haastatellaan lääkäriä, joka raskaudenkeskeytyksen jälkeen ultraäänellä tarkistaa keskeytyksen onnistumisen. Lisäksi haastatellaan raskaudenkeskeytysprosessiin osallistuvaa terveydenhoitajaa.

Päätös

Myönnän luvan ym. tutkimukseen edellytyksellä, että saatuihin tietoihin nähden noudatetaan normaaleja salassapitosäännöksiä ja yksi kappale valmistuvaa tutkimusta luovutetaan Kuopion kaupungin sosiaali- ja terveyskeskuksen käyttöön korvauksetta.

Toimivallan peruste:

Sosiaali- ja terveyskeskuksen toimintasääntö § 6.

Terveyspalvelujen johtaja/ylilääkäri


Matti Pietikäinen

Tiedoksi

Marjut Holopainen, kättilöopiskelija, Savonia-amk
Liisa Koskinen, TtT, Savonia-amk
Kristiina Mäki, tulosityksikön päällikkö
Kaj Korhonen, apulaisyli-lääkäri
Pirjo Varjoranta, koulutus-päällikkö
Sosiaali- ja terveyslautakunta

Nähtävilläolo

Pöytäkirja on yleisesti nähtävänä ma 31.8.2009 sosiaali- ja terveyskeskuksessa, Terveyspalvelujen hallinto, Tulliportinkatu 17 B, 3. krs.

Hallintosihteeri


Pirjo Remes



Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri
KUOPION YLIOPISTOLLINEN SAIRAALA

HOITOTIETEEN JA MUIDEN TERVEYSTIETEIDEN
TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

Nro 8 / 20 09

Hakemuksen käsittely on kuvattu hallinnollisessa ohjeessa "Hoitotieteen ja muiden terveystieteiden tutkimuksen ohjeet Kuopion yliopistollisessa sairaalassa". Hakemukseen liitetään tutkimussuunnitelma aineiston keruulomakkeineen ja saatteineen, rahoitussuunnitelma.

HAKIJA

Vastuullinen tutkija

Marjut Holopainen

Nimi

Muut tutkijat

Miska Reinikainen

Minna Canthinkatu 27 B 16, 70110 Kuopio, 045-128 4606,
marjut.holopainen@student.savonia.fi

Osoite, puh, s-posti

Keskustie 2 as. 21, 51200 Kangasniemi, 044-0788762
miska.reinikainen@student.savonia.fi

Työ- tai opiskelupaikka

Savonia-ammattikorkeakoulu, Terveysala, Kuopio

Virka/toimi (ei koske opiskelijoita)

Opiskelupaikka

AMK mikä

Savonia

yliopisto mikä

muu mikä

Suoritettava tutkinto

Hoitotyön koulutusohjelma, kättilötyön suuntautumisvaihtoehto

TUTKIMUS

Tutkimuksen nimi

Raskauden keskeytys Kuopiossa- hoitopolun kuvaaminen ja toimivuuden arvioiminen

Tutkimuksen lyhyt kuvaus (mm. tutkimuksen tarkoitus, kohderyhmä ja tutkimusmenetelmät) sekä julkaisusuunnitelma (maksimissaan 300 sanaa)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata raskaudenkeskeytyspotilaan hoitopolku Kuopiossa ja arvioida sen toimivuutta raskaudenkeskeytyksen hoitoon osallistuvan henkilökunnan näkökulmasta. Tavoitteena on saada tietoa, jonka avulla ammatillista ohjausta ja tukea raskaudenkeskeytysprosessin eri vaiheissa voidaan kehittää. Tavoitteenamme on haastatella 4 ammattihenkilöä, jotka osallistuvat raskaudenkeskeytyspotilaan hoitoon: Kuopion yliopistollisessa sairaalassa kättilöä sekä naistentautien osastolta että naistentautien poliklinikalta. Lisäksi haastattelemme Kuopion sosiaali- ja terveystieteiden keskuksen kautta raskaudenkeskeytyspotilaan hoitoon osallistuvaa lääkärinä, joka ultraäänellä varmistaa keskeytyksen onnistumisen ja terveydenhoitajaa, joka keskustelee raskaudenkeskeytyksen päätyneiden naisten kanssa. Tällä tavoin pyrimme saamaan hoitopolusta mahdollisimman kattavan kokonaiskuvan. Hankimme haastateltavat KYS:n naistentautien poliklinikalta ja naistentautien osastolta meille osoitettavien yhdyshenkilöiden avulla. Haastattelut toteutetaan noin tunnin mittaisina teemahaastatteluinä elo- syyskuun 2009 aikana yhdessä haastateltavien kanssa sovituksessa paikassa (KYS:n tiloissa tai Savonia-ammattikorkeakoulun tiloissa). Tutkimus noudattaa tutkimuseettisiä periaatteita. Raportti tutkimuksesta toimitetaan hoitopolun keskeisille toimijoille sekä Kuopion Sosiaali- ja Terveystieteiden keskuksessa että KYS:ssä.

Tutkimus on

amk-tutkinto

ylempi amk-tutkinto

pro gradu

lisensiaattityö

väitöskirja

muu, mikä

Monikeskustutkimus

ei

kyllä

kansallinen

kansainvälinen

Tutkimuksen kokonaisaikataulu
elokuu 2008- joulukuu 2009

Aikataulu KYSissä
elokuu - lokakuu 2009

Kustannukset

Arvio KYSille koituvista kustannuksista

_____ €

Tarkempi kustannuserittely esitettävä erillisellä liitteellä.

Ei aiheuta kustannuksia KYSille

Tutkimuseettisen toimikunnan lausunto

annettu käsitellyssä ei ole haettu

Toimikunta _____ Lausunto nro _____ pvm _____

Johtajaylilääkärin lupa rekisteritutkimuksia varten pvm _____

annettu käsitellyssä ei ole haettu

STM:n lupa rekisteritutkimuksia varten pvm _____

annettu käsitellyssä ei ole haettu

Henkilöstöpäällikön lupa henkilökuntaa koskevia tutkimuksia varten pvm _____

annettu käsitellyssä ei ole haettu

Muu lupa (mikä) *sähköpostilla 24.8.2009* pvm _____

annettu käsitellyssä

Opinnäytetyön tuotoksen käyttöoikeus luovutetaan KYSille

kyllä ei

ALLEKIRJOITUS JA SITOUMUS

Allekirjoittaneet tutkijat sitoutuvat noudattamaan tulosyksikön esimiesten antamia ohjeita, sairaalan yleisiä sääntöjä sekä salassapito- ja vaitiolovelvollisuutta ja lähettämään tutkimusraportin yksikköön jossa tutkimus on tehty sekä luvan myöntäjälle.

19.8.2009

<i>Marjut Holopainen</i>	<i>Miska Reinikainen</i>
Tutkijan allekirjoitus	Tutkijan allekirjoitus
Marjut Holopainen	Miska Reinikainen
Nimen selvennys	Nimen selvennys
_____	_____
Tutkijan allekirjoitus	Tutkijan allekirjoitus
_____	_____
Nimen selvennys	Nimen selvennys

OPINNÄYTETYÖN OHJAAJAT

<i>Lisa Koskinen</i>	_____
Ohjaajan allekirjoitus	Ohjaajan allekirjoitus
Lisa Koskinen	_____
Nimen selvennys	Nimen selvennys
_____	_____
Osoite, puhelin, s-posti	Osoite, puhelin, s-posti
<i>SAVONIA-AMMATTIKORKEAKOULU</i>	
<i>PL 1024</i>	
<i>70111 KUOPIO 044-7856463 ; LISA.KOSKINEN@SAVONIA.FI</i>	


PUOLTO Potilastutkimuksissa puolto tarvitaan joko tulosyksikön ylilääkäriltä (yksi tulosyksikkö), tulosaluejohtajalta (useita tulosyksiköitä) tai johtajaylilääkäriltä (useita tulosalueita).

Puollan hakemusta

En puolla, perustelut _____

___/___ 20___

Allekirjoitus _____

Nimen selvitys, virka-asema	
PÄÄTÖS	
<input checked="" type="checkbox"/> Myönnän tutkimusluvan <input type="checkbox"/> Myönnän tutkimusluvan, mutta ennen tutkimuksen aloittamista tutkimukselle tulee hakea tutkimuseettisen toimikunnan lausunto / johtajaylilääkärin lupa rekisteritutkimuksia varten / STM:n lupa rekisteritutkimuksia varten / KYS:n henkilöstöpäällikön lupa henkilökuntaa koskevia tutkimuksia varten / muu lupa, mikä	
<input checked="" type="checkbox"/> Tulossyksikön /-alueen ylihoitajan / hallintoylihoitajan päätös nro _____ 24.8.2009	
 Allekirjoitus KIRSI LEIVONEN	
Nimen selvitys	
YHTEYSHENKILÖ KYSISSÄ (Tulosyksikön /-alueen ylihoitaja tai hallintoylihoitaja nimeää)	
Nimi	Työyksikkö
S-posti	Puhelin

LIITTEET

<input checked="" type="checkbox"/> Tutkimussuunnitelma	21	sivua
<input type="checkbox"/> Rahoitussuunnitelma	_____	sivua
<input type="checkbox"/> Muita liitteitä	_____	sivua