

Eveliina Kiviaho & Teresa Leponiemi

JÄÄMMEKÖ IKUISESTI KAHDESTAAN?

Keskenmenon kokeneiden kokemuksia psykososiaalisesta tuesta

Opinnäytetyö

CENTRIA AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaalialan koulutusohjelma

Toukokuu 2014

TIIVISTELMÄ OPINNÄYTETYÖSTÄ

Yksikkö Kokkola-Pietarsaaren yksikkö	Aika Toukokuu 2014	Tekijä/tekijät Eveliina Kiviaho Teresa Leponiemi
Koulutusohjelma Sosiaalian koulutusohjelma		
Työn nimi Jäämmekö ikuisesti kahdestaan? Keskenmenon kokeneiden naisten kokemuksia psykososiaalisentuen tarpeesta.		
Työn ohjaaja Eila Passoja	Sivumäärä 44	
Työelämäohjaaja		
<p>Opinnäytetyössämme haimme vastauksia seuraaviin tutkimustehtäviin: Millaista tukea keskenmenon kokenut nainen sai hoitohenkilökunnalta tai muulta ammattilaiselta keskenmenon jälkeen? Millaista tukea keskenmenon kokenut nainen olisi halunnut tai tarvinnut hoitohenkilökunnalta tai muulta ammattilaiselta keskenmenon jälkeen? Millaisia tunteita keskenmeno herätti?</p> <p>Tutkimusaineisto kerättiin Kaksplus-lehden Internetissä olevalta keskenmeno keskustelupalstalta sekä Centria ammattikorkeakoulun Kokkola – Pietarsaaren yksikön Terveystien toimipisteen terveydenhoitajan tilassa pidetyillä kyselylomakkeilla. Tutkimusaineisto kerättiin puolistrukturoidulla kyselylomakkeella johon vastasi 6 keskenmenon kokenutta naista.</p> <p>Saamamme vastaukset antoivat viitteitä siitä, että keskenmenon kokeneet kokivat, että heille annettussa tuessa on puutteita ja kiireessä unohtuu, että keskenmeno voi olla naiselle traumatisoiva tapahtuma. Tämän vuoksi keskenmenon kokeneiden hoidossa tulisi ottaa huomioon psykososiaalisen tuen tarve kliinisten tutkimusten rinnalla ja siihen olisi kiinnitettävä enemmän huomiota keskenmenon kokeneita hoidettaessa. Vastauksista ilmeni myös tiedon ja asioiden läpikäymisen tarve keskenmenon tapahtuessa ja tärkeänä pidettiin myös sitä, että huomioitaisiin myös, että keskenmeno ei kosketa vain naista vaan se koskettaa myös puolisoa. Saatujen vastausten pohjalta voidaan kehittää keskenmenon kokeneiden hoitoa.</p>		

Asiasanat

Keskenmeno, Psykososiaalinen tuki, Kriisi, Suru

Tiivistelmä opinnäytetyöstä

Yksikkö Centria University of Applied Sciences	Aika May 2014	Tekijä/tekijät Eveliina Kiviaho Teresa Leponiemi
Koulutusohjelma Social Services, Bachelor of Social Services		
Työn nimi Is there going to be just you and me? Experienced a miscarriage thoughts on psychosocial support		
Työn ohjaaja Eila Passoja		Sivumäärä 44
Työelämäohjaaja		
<p>Miscarriage is a surprising and unexpected situation which, to some women, can be a traumatic crisis.</p> <p>In our thesis we looked for answers the following scientific questions; What kind of support did women who had a miscarriage get from nursing staff or other specialist after miscarriage? What kind of support would have they wanted? What kind of feelings did the miscarriage bring up in you?</p> <p>Research data was collected from Kaksplus-magazines website forum for the women who had miscarriage and also by a survey in November 2013 for students in Centria University of applied sciences Kokkola polytechnic who had experienced a miscarriage.</p> <p>The questions were open questions and we got answers from six women. The replies indicated that the women wanted more psychosocial support from the nursing staff. The answers also indicated that the women really needed to go through all the information and things related to miscarriage. There was also a need for talking, listening and empathy.</p> <p>Our goal was to improve the way nursing staff encounter women after miscarriage and also to improve dealing with the traumatic situation and grief.</p> <p>Our research results can be used to develop satisfying needs of patients experiencing miscarriage. Our goal is to evolve professionally in situations where we encounter people in crisis and to support them and help them to recover.</p>		

Asiasanat

miscarriage, psychosocial support, crisis, grief

TIIVISTELMÄ
ABSTRACT
SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 KESKENMENO	3
2.1 Kohtuun kuollut sikiö	4
2.2 Keskenmenon jälkeen	
3 TRAUMAATTINEN KRIISI	6
3.1 Kriisin vaiheet	7
3.2 Kriisi ja tunteet	8
4 PSYKOSOSIAALINEN TUKI	10
4.1 Psykososiaalinentuki ja palvelujärjestelmä	11
4.2 Eettisyys kriisityössä	12
5 KESKENMENO TRAUMAATTISENA KRIISINÄ	13
5.1 Keskenmenon tuomat tunteet ja surutyö	14
5.2 Keskenmenon kokeneen tukeminen	16
6 AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET	18
7 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TEHTÄVÄT	19
8 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	20
8.1 Kyselylomake tiedonhankinta välineenä	21
8.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys	23
8.3 Tutkimusmateriaalin analysointi	25
9 KYSELYN TULOKSET	26
10 JOHTOPÄÄTÖKSET	31
11 POHDINTA	34
LÄHTEET	39
LIITTEET	42

1 JOHDANTO

Keskenmeno on yksi yleisimmistä raskausajan komplikaatioista. Keskenmenoja tapahtuu Suomessa noin 17 000 vuosittain. Se merkitsee sitä, että edellä mainitun luvun verran on naisia, jotka kokevat lapsensa menetyksen, joka johtaa suruun ja kriisiin. Raskaus ja synnytys ovat naiselle normaaleja elämänkaareen kuuluvia tapahtumia ja jos naiselle tulee yksi tai useampi keskenmeno, niin sitä suurempi on pelko siitä, että kykeneekö koskaan tulemaan raskaaksi ja perustamaan perhettä. (Eskola & Hytönen 2008, 180.)

Opinnäytetyömme käsittelee keskenmenon saaneiden naisten kokemuksia siitä, kokevatko he saaneensa tarpeeksi psykososiaalista tukea hoitohenkilökunnalta tai muulta ammattilaiselta keskenmenon tapahtuessa. Käsittelemme työssämme keskenmenoa traumaattisena kriisinä, keskenmenon tuomia tunteita sekä psykososiaalisen tuen tarvetta.

Opinnäytetyömme lähtökohtana on opinnäytetyön tekijöiden henkilökohtainen kokemus sekä mielenkiinto aiheeseen. Keskenmenojen vuosittainen lukumäärä on suuri, joten aihe on aina ajankohtainen ja tärkeä. Yksi osa-alue sosiaalialan työkentillä on perhetyö. Perhetyössä kohdataan keskenmenon kokeneita äitejä ja perheitä, joten sosiaalialan ammattihenkilöstön on hyvä ymmärtää naisten tunteita ja ajatuksia siitä, millaista apua ja tukea he tarvitsevat suruprosessin aikana jatkaakseen elämää kriisistä huolimatta.

Opinnäytetyötämme voi hyödyntää keskenmenopotilaiden kohtaamisen kehittämiseen osastoilla sekä kriisityön ja surutyön kehittämiseen keskenmenopotilaiden kanssa työskennellessä.

Opinnäytetyömme tilaajana toimii Centria ammattikorkeakoulun Kokkola-Pietarsaaren yksikön sosiaali-alan tiimi. Kyselylomaketta laadittaessa olemme tehneet yhteistyötä Keski-Pohjanmaan keskussairaalan naistentautien poliklinikan kanssa.

2 KESKENMENO

Keskenmenolla (abortus spontaneus) tarkoitetaan, että raskaus päättyy ennen kuin sikiö on elinkykyinen. Keskenmeno on kyseessä sikiön syntyessä kuolleena ennen raskausviikkoa 22 tai painaessa keskenmenon hetkellä alle 500 grammaa. 75 prosenttia keskenmenoista tapahtuu yleensä ennen raskausviikon 12 loppua. Tämän vuoksi keskenmenojen tarkkaa lukumäärää on vaikea sanoa, koska usein raskaus päättyy keskenmenoon ennen kuin nainen edes tietää olevansa raskaana. (Eskola, Hytönen & Komulainen 1990, 200–226.)

Syitä yksittäisiin keskenmenoihin ei tunneta. Kuitenkin arvioidaan, että 60–70 prosenttia keskenmenoista johtuu sikiön kromosomipoikkeavuudesta. Naisen iän myötä riski saada keskenmeno johtuen kromosomipoikkeavuudesta kasvaa. Keskenmenoon johtavia muita syitä voivat olla muun muassa erilaiset tulehdukset, rakennepoikkeavuudet kohdussa, äidin reilu ylipaino tai hormonaaliset syyt. Keskenmenoon voi vaikuttaa myös ulkoiset tekijät, kuten alkoholin runsas päivittäinen käyttö tai huumausaineet. Syitä keskenmenoihin toisella kolmanneksella ovat: sikiön kehityshäiriö, synnytyselinten rakenteellinen poikkeavuus, kohdun infektiio ja lapsiveden ennenaikainen meno. Jos naisella on ollut kolme peräkkäistä keskenmenoa, puhutaan ns. toistuvasta keskenmenosta (abortus habitualis). Tällaisissa tilanteissa, pariskunnan halutessa, aloitetaan lisätutkimukset keskenmenojen syiden selvittämiseksi. (Tulppala & Korkiala 2007, 103–116; Eskola ym. 1990, 226.)

2.1 Kohtuun kuollut sikiö

Sikiön kohtukuolema (fetus mortus) on aina suuri tragedia vanhemmille. Sikiöistä kuolee noin puoli prosenttia kohtuun. Epäily kuolleesta sikiöstä voi tulla ilmi jo neuvolassa, mutta tilanteeseen saadaan täysi varmuus vasta sairaalassa. Ennen kuolemaa sikiön liikkeet vähenevät tai loppuvat, jonka vuoksi raskaana olevia tutkitaan säännöllisesti sairaalassa. Ultraäänitutkimuksella todetaan muun muassa sikiön liikkeiden puuttuminen, sydämen toimimattomuus ja sikiön rakenne muutokset. Raskaana olevalle naiselle sikiön kuolemasta kertoo hoitava lääkäri. Äidillä ja isällä on voinut olla jo aavistus siitä ettei kaikki ole hyvin, mutta tilanne muuttuu todeksi vasta silloin, kun se lausutaan ääneen. Lääkäri kertoo välittömästi synnytyksen käynnistämisestä, kivunlievityksestä ja jälkihoidosta. Kuollut sikiö synnytetään normaalisti alakautta infektioriskin lisäksi sekä siksi, että se auttaa työstämään menetystä ja tekee siitä konkreettisen vanhemmille. Kuolleen sikiön synnyttämistä pidetään usein kohtuuttomana vaatimuksena. Kuitenkin vanhemmat kuvaavat synnytystä surutyön eteenpäin viemisellä, joka käynnistää surutyön kunnolla ja tekee menetyksestä konkreettisen. (Paananen, Pietiläinen, Raussi-Lehto, Väyrynen & Äimälä 2006 10–40.)

2.2 Keskenmenon jälkeen

Kuollut sikiö on vanhemmille oma lapsi ja perheenjäsen, vaikka nämä eivät olisikaan ehtineet nähdä häntä koskaan elossa. Synnytyksen jälkeen vanhemmille annetaan mahdollisuus pidellä sikiötä sylissä, kylvettää ja pukea hänet. Vanhemmille annetaan myös lupa surra ja rakastaa. Usein jo synnytyksen yhteydessä lapsesta on otettu valokuva. Juuri siinä hetkessä valokuva voi tuntua vanhemmista turhalta, mutta jälkeinpäin se on osoittautunut rakkaaksi ja tärkeäksi välineeksi surutyössä. (Paananen ym. 2006.)

Synnytyksen jälkeen äiti sijoitetaan naistentautienosastolle. Jokainen, joka potilashuoneessa käy, esittää äidille ja isälle surunvälittelyt kuten kohteliaisiin tapoihin kuuluu. Osastolla myös isälle tulisi tarjota mahdollisuus yöpymiseen sekä muistaa myös hänen surunsa. Vanhempia ei kuitenkaan saa unohtaa täysin kahdestaan. Tuen antaminen molemmille osapuolille koostuu pienistä asioista, kuten läsnäolosta, kosketuksesta, juttelusta tai vaikka nenäliinan tarjoamisesta. Vanhemmille annetaan mahdollisuus keskustella eri alojen lääkäreiden, kätilön, hoitajien, sairaalateologin ja sosiaalihoitajan kanssa. Synnytystä hoitanut kätilö käy synnytyksen läpi yhdessä vanhempien kanssa. Vanhemmat kysyvät usein samoja kysymyksiä uudelleen ja uudelleen. Se kuuluu suruun ja auttaa vanhempia hyväksymään tapahtuneen. Äidille tulee usein tunne että hänen on päästävä nopeasti kotiin, mutta hänen on syytä puhua avoimesti tunteistaan ja ajatuksistaan hoitohenkilökunnalle, jotka auttavat kotiinpaluuseen tyhjin käsin. (Paananen ym. 2006.)

3 TRAUMAATTINEN KRIISI

Traumaattisille kriiseille on tunnusomaista, että ne ovat seurausta jostain äkillisestä ja odottamattomasta tapahtumasta. Tapahtuma aiheuttaa järkytyksen tunteen, joka ylittää yksilön voimavarat hetkellisesti. Yleensä kriisi -termiä käytetään vakavissa tapahtumissa, joiden seurauksena ihminen on tapahtuman jälkitilassa ja käy sitä toistuvasti läpi. (Palosaari 2007, 1-10.)

Traumaperäiselle kriisille on ominaista tietynlainen kriisin kulku ja siihen yhdistettävät oireet. Traumaperäiseen kriisiin sisältyy poikkeavan voimakas elämäntapahtuma, joka aiheuttaa mahdollisesti syvän stressireaktion. (Saari, Kantanen, Kämäräinen, Parviainen, Valoaho & Yli-Pirilä 2009, 11.)

Traumaattisesta kriisistä syntyvät reaktiot jaetaan eri vaiheisiin. Ne eivät kuitenkaan kulje järjestyksessä, vaan ne voivat esimerkiksi limittyä ja kulkea päällekkäin. Kriisin keston vaikuttavat useat asiat. Reaktion voimakkuus riippuu kriisin aiheuttaneen stressitekijän laadusta ja voimakkuudesta. Kriisireaktion keston vaikuttaa myös henkilön oma herkkyyys sekä aiemmin koetut traumat. Psykkistä reaktiota laimentaa henkilön koulutus, psyykkinen vahvuus sekä muut elämän aikana tapahtuneet kokemukset. (Hammarlund 2010, 96–97.)

3.1 Kriisin vaiheet

Kun elämä muuttuu äkillisesti, psyykinen sopeutuminen alkaa ja kaikki kriisin ilmiöt sekä sen vaiheet tulevat selkeästi esiin. Kriisin vaiheet ovat seuraavat: shokkivaihe, reaktiovaihe, työstämisvaihe sekä uudelleensuuntautumisvaihe. Psyykinen shokkireaktio laukeaa ihmisen kuullessa järkyttävän tiedon. Ominaista tuolle tilanteelle on, että asia tai uutinen ei tunnu todelta. Shokin tarkoitus on suojella ihmismieltä sellaisilta kokemuksilta, joita ihmisen mieli ei kestä. Jos shokkireaktio ei toimisi, siitä aiheutuisi psykoottinen tila ja mieli hajoaisi. Psyykinen shokki kestää yleensä muutamista minuuteista muutamaan päivään. (Saari, Kantanen, Kämäräinen, Parviainen, Valoaho & Yli-Pirilä 2009, 11–29.)

Kriisiprosessissa shokkia seuraa reaktiovaihe, jolloin kaikki tunteet tulevat esiin. Ihminen tulee sinuiksi tapahtuneen kanssa ja kokee yleensä tarvetta järjestää asiat mielessään tajutakseen mitä on tapahtunut. Vaiheena tämä ei ole helppo, sillä todellisuus on koko ajan selän takana muistuttamassa asiasta ja vaarana on, että ihminen keksii erilaisia pakokeinoja tilanteesta. Jos stressitilanne on ihmiselle hyvin vaikea, hän saattaa kokea erilaisia oireita väsymyksestä aggressiivisuuteen ja tuntee erilaisia psykosomaattisia oireita. (Hammarlund 2010, 102.)

Työstämisvaiheessa kriisi on laantunut ja toipuminen alkanut. Elämä ei vielä kukaan välttämättä kulje raiteillaan, mutta jatkuu kaikesta huolimatta. Työstämisvaihe on yleensä oman pään sisäistä työskentelyä, mutta siihen voi

saada tarvittaessa apua. (Palosaari 2007, 117–115.) Kriisin vaiheista viimeinen on uudelleensuuntautumisen vaihe. Kuten nimestä voi päätellä, vaiheelle tyypillistä on, että kriisin kokenut voi kääntää katseensa pois kaikesta menneestä kohti tulevaa. Huomioitavaa on, että järkyttävä kokemus on muokannut ihmisen persoonallisuutta ja tulevaisuuskin saattaa näyttää erilaiselta. (Saari ym. 2009.)

3.2 Kriisi ja tunteet

Jokainen traumaattinen tapahtuma laukaisee ihmisessä jonkinlaisen tunteita aiheuttavan reaktion. Reaktio voi olla näkyvä tai piilevä. Yleisempiä tunteita ovat syyllisyys, häpeä, ahdistus ja suru. Jos voimakkaita tunteita ei käsitellä niiden ollessa ajankohtaisia tai ne kielletään, ihmisen puolustusmenetelmät estävät reaktion. Käsittelemättömät asiat jäävät ihmisen sisälle aiheuttaen kuormitusta ja vaikeuksia käsitellä uusia kriisejä. Patoutuneet tunteet ihmisen sisällä aiheuttavat väsymystä, ärtymystä sekä fyysisiä oireita. Mikäli ihminen ei käsittele tunteitaan, saattaa hän turvautua apukeinoihin, joita ovat esimerkiksi lääkkeet, alkoholi sekä pahimmassa tapauksessa itsemurha. (Hammarlund 2010, 105–108.)

Kriisipsykologiassa puhutaan yleensä neljästä erilaisesta traumaattisesta kriisitilasta, jotka ihminen voi kokea elämässään. Näitä kriisitiloja ovat uhkakriisi, vastuukriisi, menetyskriisi ja loukkaus-kriisi. Stressi ja tunteet voivat näissä tiloissa ilmetä eri tavoin. Niitä voidaan kuvailla niin voimakkuuden kuin kestonkin perusteella. Stressitilat voivat ilmetä niin kognitiivisella, fyysisellä, emotionaalilla kuin käyttäytymisenkin tasolla. (Hammarlund 2004, 90–91.)

Kun ihmisen stressitekijänä on uhka, sen aiheuttama tunnereaktio on yleensä ahdistus. Ahdistus voi näkyä ihmisestä hyvin selvästi ulospäin, mutta se voi olla myös piilevää. Ahdistus saattaa näkyä ihmisessä jännittyneisyytenä tai vaikka energian lisääntymisenä. Kun menetys on ihmisen stressitekijä, tunteena on yleensä suru. Surua pyritään välttämään eri keinoin. Yleensä suru puretaan fyysiseen toimintaan tai etsitään syyllinen, johon viha ja suru voitaisiin kohdentaa. Traumatisoivaan tapahtumaan voi kuulua myös loukkaavaa käyttäytymistä, väkivaltaa tai avuttomuutta. Tuolloin puhutaan loukkaukriisistä. Loukkaukriisistä nouseva tunne on häpeä. Kun ihminen kokee epäonnistuneensa vastuunkantajana seurauksena on syyllisyys. Tällöin puhutaan vastuukriisistä. Vastuukriisissä ihminen kokee epäonnistuneensa, vaikka asiat eivät välttämättä ole niin. (Hammarlund 2004, 91–92.)

4 PSYKOSOSIAALINEN TUKI

Psykososiaalinen tuki on kokonaisuus, joka koostuu ihmisen psyykkisen, sosiaalisen ja hengellisen tuen palveluista. Psykososiaalisen tuen tavoite on ehkäistä ja lieventää traumaattisen tapahtuman psyykkisiä ja sosiaalisia seurauksia tai pitkittynyttä surua. Psykososiaalinen tuki perustuu ammattilaisen ja asiakkaan väliseen vuorovaikutukseen, joka rakentuu luottamuksesta ja avoimuudesta. Kriisiä voidaan käydä läpi myös eri ryhmissä, perheen sisällä tai vaikka sukulaisten tuella. (Saari ym. 2009, 45.) Kun luodaan avoin ja luottamuksellinen auttamissuhde, ihminen tuntee itsensä kuuluksi ja ymmärretyksi. Psykososiaalisen tuen perusta on huomioidaan ihmisen omat voimavarat sekä verkostot, jotta hän hallitsisi omaa elämäänsä ja arjessa jaksamista. Psykososiaalisen tuen järjestämiseen tarvitaan tapauskohtaisesti monenlaisia palveluita ja moniammatillista tiimityötä. Moniammatillinen tiimityö koostuu yleensä lääkäreistä, hoitajista, vertaistuesta ja sosiaalialan työntekijöistä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010.; Kettunen, Rähäri-Wiik, Vuori-Kemilä & Ihalainen 2002, 91–95.)

Psykososiaalisen tuen sisältö ja muoto ovat verrannollisia siitä, missä kriisin vaiheessa tuen tarvitsija on. Psyykkisen shokin aikana annettu tuki on erilaista kuin esimerkiksi reaktiovaiheen aikana. Psykososiaalisessa tuessa olennaista on, että hoitohenkilökunta pyrkii olemaan läsnä ja tuen tarvitsijan käytettävissä. Ammattilaisten tulisi luoda rauhoittava ilmapiiri kohdatessaan keskenmenon kokenut. Ammattilaisen on kyettävä hyväksymään kaikki reaktiot ja tunteet, jotka tulevat auttamistilanteessa esille. Kun ammattilainen käy keskenmenosta

aiheutuvaa kriisiä läpi, hänen on vastattava heränneisiin kysymyksiin sekä jaettava

tunteiden laajaa skaalaa. Kriisissä oleva huomaa, ettei hän ole ajatusten kanssa yksin. (Saari 2009,141.)

Psykososiaalisen tuen tarve lisääntyy erilaisissa menetyksissä. Psykososiaalisen tuen muodot voidaan jakaa seuraaviin kategorioihin: tunnetuki, vahvistava tuki, välinetuki, tietotuki ja toimiva yhteisö. Tunnetuki ilmenee ihmissuhteissa, missä toisesta kannetaan esimerkiksi huolta. Ihminen saa tunteen, että hänestä välitetään. Vahvistavan tuen muotoja ovat ihmisten arvostus ja kannustus. Tietotuki pitää sisällään ihmisen tiedostamisen tapahtuneesta, joka välittyy konkreettisella tiedolla. Toimiva yhteisö kuvastaa esimerkiksi ammattilaisten joukkoa, joilta hän voi saada tukea ja tietoa. (Salo & Tuunainen 1996, 231.)

4.1 Psykososiaalinen tuki ja palvelujärjestelmä

Psykososiaalisen tuen ja palveluiden järjestäminen on määrätty Suomen laissa. Kunnissa akuutista kriisituesta vastaa paikalliset terveyskeskukset ja niiden kriisiryhmät. Myös useimmissa keskussairaaloissa ja yliopistosairaaloissa on omat kriisiryhmät, mutta ne yleensä keskittyvät pelkästään omien potilaidensa ja heidän omaisten auttamiseen. (Saari ym. 2009, 45–50.)

Terveyskeskukset tarjoavat mielenterveystyötä, josta on mahdollista saada psykososiaalista tukea. Palvelut on tarkoitettu lievistä ja keskivaikeista mielenterveysongelmista kärsiville sekä elämäntilannekriisissä oleville. Mielenterveystyötä tekevät psykososiaaliseen tukeen koulutetut ammattilaiset. Tukea ja keskusteluapua voi mielenterveystoimistoista hakea kuka vain. (Kokkola 2013.)

Jokaisella, joka on kokenut äkillisen kriisin, on oltava mahdollisuus saada psykososiaalista tukea. Jos kriisin kokenut kieltäytyy avusta ja tuesta, hänellä on siihen oikeus. Mikäli asianomainen kieltäytyy hänelle tarjottavasta avusta ja tuesta, se ei saa koskaan olla esteenä, ettei hänelle kerrota, mistä on mahdollisuus saada apua elämäntilanteen muuttuessa. (Saari ym. 2009, 107–116.)

4.2 Eettisyys kriisityössä

Kriisityön yksi tärkeimmistä eettisistä kysymyksistä on palveluiden tarjoamisen periaate. Ihmisen vapaata tahtoa tulee kunnioittaa kriisitilanteessa. Näin ollen ihmiselle ei voida kun tarjota mahdollisuus psykososiaaliseen tukeen. Haasteena on arvioida hoidon ja tuen tarve, koska kriisitilanteessa ihmiset eivät kykene käsittelemään omaa tilaansa ja tiedon sisäistäminen on vaikeaa. Ammattilaisen tehtävänä on antaa psykososiaalista tukea autettavan ehdoilla. Tutkimuksissa on kuitenkin selvitetty, että kriisin kokeneet haluavat tukea. Heitä ei saa jättää yksin, mutta auttajien on kuitenkin mietittävä vapaaseen tahtoon perustuen miten auttaa ja milloin auttaa. (Palosaari 2007, 176–177.)

Auttajana voi olla kuka tahansa ja auttajan rooli voi tulla vastaan yllättäen. On normaalia epäillä omia kykyjään ja tuntea jonkin tasoista voimattomuutta sekä epävarmuutta. Auttaja miettii usein, mitä siinä tilanteessa pitäisi sanoa tai jättää sanomatta. Kriisiprosessin vaiheiden tiedostaminen auttaa kohtaamaan järkyttyneen ihmisen. Myös vuorovaikutus- ja ongelmaratkaisun taidot ovat hyväksi auttajalle kuten myös hyvä itseluottamus. (Saari ym. 2009, 107–108.)

5 KESKENMENO TRAUMAATTISENA KRIISINÄ

Lapsen menetys aiheuttaa voimakkaita tunteita perheelle ja saattaa tuntua epätodelliselta pitkään. Lapsen menetys on aina kriisi, jolloin koko perheen luonnollinen tasapaino järkkyy. Menetys tulee aina käsitellä ja surulle on annettava aikaa. Huomioitavaa on, että vaikka lapsi menehtyy ennen syntymäänsä, niin siitä on tullut yksi perheenjäsenen. (Käpy 2013.)

Kaikki perheenjäsenet surevat menetystä omalla tavallaan. Vanhempien tunnereaktioiden hyväksyminen sekä tilanteen rauhoittaminen perheen ympäriltä on erityisen tärkeää. Vanhempia ei saa jättää yksin, vaan he tarvitsevat lähelle lohduttajia ja kuuntelijoita. Vanhemmat saattavat vaikuttaa siltä, että heillä on menetyksestä aiheutuva tilanne hallinnassa. He ovat kuitenkin shokkivaiheen turruttamia. Shokkivaihe kestää yleensä muutamia päiviä, joiden aikana vanhemmat saattavat käyttäytyä epänormaalilla tavalla ja kieltää kaiken tapahtuneen. Shokkivaiheen jälkeen tulee reaktiovaihe, jossa vanhemmat alkavat hahmottamaan todellisuuden. Tämän jälkeen tulee läpityöskentelyvaihe, jossa vanhemmat alkavat hyväksyä lapsen menetyksen. Tällöin vanhempien elämänrytmi alkaa palautua, ja he alkavat orientoitua tulevaisuuteen positiivisesti. Läpityöskentelyvaihe kestää puolesta vuodesta vuoteen. Viimeisenä tulee uudelleensuuntautumisen vaihe, jolloin kriisi on osa elettyä elämää ja antaa valmiuksia käsitellä uusia kriisejä. (Armanto & Koistinen 2007, 337–400.)

Keskenmenon kokenut selviää kriisistä sitä varmemmin, mitä laajempi sosiaalinen verkosto hänellä on. Kriisissä ihminen tarvitsee selviytyäkseen

kuuntelijaa ja mitä useammin asian saa kertoa niin sitä parempi se on toipumisen kannalta. Joskus saattaa olla myös niin, että omat tunteet ja reaktiot pelottavat, joten on hyvä, jos ihmisellä on ympärillään muita, jotka antavat turvaa olemalla läsnä. (Palosaari 2007, 120–153; Saari ym. 2009, 50–53.)

5.1 Keskenmenon tuomat tunteet ja surutyö

Usein ensimmäinen keskenmeno tuntuu kipeimmältä, koska siihen ei ole osattu varautua. Surun voimakkuus ei ole riippuvainen siitä, kuinka mones raskausviikko oli menossa keskenmenon hetkellä. Menetyksen käsittely voi kuitenkin parhaimmassa tapauksessa auttaa ihmisen henkistä kasvua. Huonoimmassa tapauksessa elämä voi jäädä pyörimään menetyksen ympärille. Tällöin asiantuntija-avusta on yleensä hyötyä. Keskenmeno herättää voimakkaita ja ristiriitaisia tunteita niin naisessa kuin miehessä. Nainen yleensä syyttää itseään keskenmenosta ja yrittää etsiä syytä tapahtuneelle. (Tulppala & Ylikorkala 2007, 379; Blimamma 2013.)

Keskenmenon tuomat tunteet ovat yleensä ahdistuneisuus, pelko, viha, kipu syyllisyys, häpeä, suru ja masennus. Tulevasta lapsesta on ehditty iloita ja luoda mielikuvia sekä mahdollisesti vauvasta on kerrottu sukulaisille ja ystäville. Keskenmenon tuoma suru pitäisi hyväksyä, tapahtui keskenmeno missä vaiheessa raskautta tahansa. Surulle pitäisi antaa aikaa ja ymmärtää, että jokainen ihminen kokee keskenmenon aiheuttamat tunteet yksilöllisesti. Toiset eivät jää pitkäksi aikaa miettimään tapahtunutta, toiset taas saattavat miettiä sitä useita vuosia. Keskenmenon tapahtuessa ei ole mitään epänormaalia tapaa tai tunnetta käsitellä tapahtunutta, vaan koko tunteiden kirjo on sallittua ja

hyväksytyä. Menetys pitäisi aina elää ja kokea rauhassa. (Eskola ym. 2008, 184.; Varsinaissuomen sairaanhoitopiiri 2006.)

Äidillä on usein synnytyksen jälkeen somaattisia eli fyysisiä kipuja. Tavallisin on ”tyhjän sylin” konkreettinen kipu. Kipu tuntuu yleisemmin selässä tai hartioissa. Somaattiset kivut tulevat siitä, kun äiti kokee lapsen olevan vielä henkisesti läsnä, vaikka onkin fyysisesti poissa. Näitä tuntemuksia kutsutaan fantomituntemuksiksi ja fantomilapsiksi. Usein vanhempia lohduttaa ajatus omasta enkelilapsesta. ”Keskenmeno ei ole vain sitä, että elinkelvoton sikiö poistuu tai poistetaan kehosta. Vanhemmille se merkitsee lapsen menettämistä”, Professori Seppo Saarikoski totesi jo vuonna 1998. (Eskola & Hytönen 2008,184.)

Keskenmenon sattuessa mies menettää mahdollisuutensa tulla isäksi ja suru on pariskunnan yhteinen. Naisen ja miehen surutyö voi kuitenkin edetä eri tahtia, kun toisen jo päästyä yli tapahtuneesta ja surusta toinen vasta ryhtyy suremaan. Parisuhteelle keskenmeno on vakava kriisi. Parin keskinäinen suhde on merkitsevä keskenmenon kokemisessa ja siitä selviytymisessä. (Järvi 2007, 64.) Keskenmenon jälkeen nainen saattaa kokea jääneensä yksin surunsa kanssa (Hammarlund 2010.), kun taas mies tuntee olevansa kykenemätön lohduttamaan puolisoaan. Keskenmenon kokeneet pariskunnat saattavat päätyä eroon suruprosessin aikana, mutta suruprosessi voi myös vahvistaa parisuhdetta, mikäli lasta on toivottu kauan ja surutyö käydään yhdessä läpi alusta alkaen. (Järvi 2007, 64.)

5.2 Keskenmenon kokeneen tukeminen

Kaikki keskenmenon tuomat tunteet ovat sallittuja. Auttajan on oltava henkisesti tasapainossa, jotta hän pystyy vastaanottamaan erilaisia tunteenpurkauksia. Kriisiin joutunutta on autettava tarkastelemaan tunteitaan ja tapahtunutta kriittisesti sekä ohjattava hänet miettimään tapahtunutta oikeiden asioiden valossa. Kriisiin joutunutta autetaan hyväksymään tapahtunut ja rohkaistaan ilmaisemaan tunteitaan täysin avoimesti ja rohkeasti. Tärkeää on huomioida, että tunteita ei kommentoida, vaan tunteet kuuluvat ainoastaan kriisin kokijalle. (Hammarlund 2001,78.)

Keskenmenon kokeneen naisen fyysisen hoidon lisäksi myös henkinen hoitaminen ja psykososiaalinen tuki ovat merkittävässä asemassa. Arki sairaalassa on hektistä ja hoitohenkilökunta on kiireistä, joten empatian ja henkisen tuen antaminen saattaa olla vaikeaa. Kiireen keskellä keskenmenon kokenut pariskunta kokee usein jäävänsä yksin ja vaille selvää tietoa, mitä seuraavaksi tulee tapahtumaan. Keskenmeno on järkyttävä tapahtuma naiselle ja hänen puolisolleen, joten lääkärin tai hoitajan ei tulisi lisätä potilaan ahdistusta. Henkilökunnan rutiinitoimenpide jää usealla keskenmenon kokeneella mieleen loppuelämäksi. Myös hoitohenkilökunnan sanat, niin hyvät kuin pahat, muistetaan pitkään. Pienet empaattiset eleet osanoton ilmaus, nenäliinan antaminen, edes pieni hetki aikaa keskenmenon kokeneelle saattaa olla riittävä tuki sekä luoda turvallisuuden tunteen. (Järvi 2007, 40–43.)

Turvallisuuden kokeminen hoidon aikana mahdollistaa keskenmenon kokeneen sopeutumisen keskenmenoon. Myötätunnon ja ajan antaminen keskenmenon kokeneelle, on oleellista avun tarjoamisessa. Usein nainen kokee tyytymättömyyttä, mikäli hän kokee, ettei saa aikaa ja tukea tiedon saamisen yhteydessä. Kattavat kotihoito-ohjeet ovat osa tärkeää hoitoa ja potilaan

tukemista. Kotihoito-ohjeet tuovat keskenmenon kokeneelle turvallisuudentunteen hädän ja hämmennyksen hetkellä. (Järvi 2007,45-50.) Psyykkisen shokin aikana ihminen tarvitsee puhdasta tukea eikä varsinaista apua traumaattisen kokemuksen käsittelyssä. Keskustelu potilaan ehdoilla, oikean tiedon antaminen ja kysymyksiin vastaaminen ovat olennainen osa potilaan kohtaamista. Keskenmenon kokeneiden vanhempien tulisi saada tunne turvallisuudesta, luottamuksellisuudesta, läheisyydestä ja itsetunnon tukemisesta. (Saari 2003, 142.)

Potilaiden kanssa tehtävä psykososiaalinen työ on, ammatillista muutostyötä jonka tavoitteena on ihmisen voimaannuttaminen. Jotta muutoksia saadaan aikaan, niin ihmisen on koettava tunne, että hän itse voi vaikuttaa oman elämänsä kulkuun. Tässä prosessissa olennaista on asiakkaan oman motivaation löytyminen ja luottamuksellisen vuorovaikutussuhteen luominen. (Kaljonen 2008, 56.)

6 AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET

Aikaisempia tutkimuksia aiheestamme on tehty Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulussa hoitotyön koulutusohjelmassa. Kyseessä on opinnäytetyö, jonka ovat tehneet Kauppinen & Palojärvi vuonna 2010. Opinnäytetyön nimi on Tyhjä Syli- Keskenmenon kokeneiden naisten tuntemuksia ja kokemuksia hoitohenkilökunnan antamasta tuesta ja ymmärryksestä keskenmenon jälkeen. Opinnäytetyössä etsittiin vastauksia siihen, millaista tukea keskenmenon kokenut nainen sai hoitohenkilökunnalta keskenmenon jälkeen ja millaista tukea keskenmenon kokenut nainen olisi halunnut tai tarvinnut keskenmenon tapahtuessa. (Kauppinen & Palojärvi 2010.)

Opinnäytetyön tekijät kokivat, että tuloksia oli vaikea löytää keskenmenon kokeneen potilaan kohtelusta, koska aihetta on tutkittu vähän. Tulosten mukaan, kun keskenmenon kokenut kohdattiin, hoitajat olivat empaattisempia ja ymmärtäväisempiä kuin lääkärit. Vaihtelua opinnäytetyön mukaan oli myös hoitajien ammattitaidossa. Opinnäytetyöstä ilmeni, että keskenmenon kokeneilla kokonaisvaltaisen tiedon tarve oli suuri. Keskenmenon kokeneet kokivat hoitotyön olevan usein rutiininomaista, että asiakkaan kohtaaminen jää toiselle sijalle. Opinnäytetyön mukaan potilaat kokivat, jolloin heidän tarpeensa puhumiseen ja kuuntelemiseen unohdettiin osittain. Opinnäytetyön mukaan sosiaalinen verkosto on tärkeä kriisin hetkellä, joten on tärkeää tiedottaa keskenmenon kokeneelle vertaistuen mahdollisuudesta. Vertaistuen mahdollisuutta tulee korostaa, oli tuki sitten saatavilla Internetissä tai erilaisissa ryhmätapaamisissa eri paikkakunnilla. (Kauppinen & Palojärvi 2010.)

7 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TEHTÄVÄT

Kartoitimme opinnäytetyössämme keskenmenon kokeneiden naisten ajatuksia ja kokemuksia psykososiaalisesta tuesta hoitohenkilökunnalta keskenmenon tapahtuessa tai sen jälkeen. Opinnäytetyömme pyrkii löytämään vastauksia seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Millaista tukea keskenmenon kokeneet naiset saivat hoitohenkilökunnalta tai muulta ammattilaiselta?
2. Millaista tukea keskenmenon kokeneet naiset olisivat kaivanneet hoitohenkilökunnalta tai muulta ammattilaiselta?
3. Missä vaiheessa keskenmenon jälkeen, keskenmenon kokenut kaipasi eniten tukea?
4. Millainen ammattilaisen tuki olisi parasta keskenmenon jälkeen?

Opinnäytetyötämme voi käyttää keskenmenon kokeneiden hoidon kehittämiseen. Kyselyn tavoitteena oli hankkia tietoa siitä, millaista psykososiaalista tukea keskenmenon kokeneet toivovat hoitohenkilökunnalta.

8 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyön tutkimuksellisenä viitekehyksenä käytimme fenomenologista tutkimusotetta, joka sopii parhaiten sellaiseen tutkimukseen, jonka tarkoitus on kuvata ihmisen omia kokemuksia. Fenomenologisessa tutkimuksessa kyselyyn vastaajat valitaan sellaisesta joukosta joilla on henkilökohtaista kokemusta tutkittavasta aiheesta. Tutkimuksessa korostuvat myös luotettavuus ja eettisyys, koska kokemusta tutkittaessa aiheet saattavat olla arkaluontoisia. (Åsted-Kurki & Nieminen 2006, 150–156.)

Opinnäytetyömme on kvalitatiivinen eli laadullinen. Laadullisessa tutkimusmenetelmässä on merkityksellistä, että se kuvaa todellista elämää. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 155.) Kvalitatiiviselle tutkimukselle on tyypillistä, että tutkimus kuvaa ihmisen omia kokemuksia hänen henkilökohtaisesta todellisuudestaan ja näkökulmastaan. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa nousee esille ihmisten omat käsitykset, kokemukset, tunteet ja merkitykset sekä niiden väliset suhteet. (Vilka 2005, 97–98.)

Yksi tärkeimmistä elementeistä kvalitatiivisessa tutkimuksessa on induktiivisuus, joka tarkoittaa, että ensin tarkastellaan yksittäistapauksia, joista edetään yleisyyteen. Laadullisella tutkimuksella ei pyritä savuttamaan tilastollisia yleistyksiä, vaan pyritään kuvaamaan ilmiöitä, tapahtumia ja tiettyjä toimintatapoja, joita analysoidaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85.)

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkimusotos on yleensä pieni, ja otoksen määrään vaikuttavat tutkimusresurssit, kuten tutkimukseen käytetty aika ja raha joka on erityisesti huomioitava opinnäytetöitä tehdessä. Tutkimukseen osallistujilla tulisikin olla paljon tietoa ja omakohtaista kokemusta tutkittavasta aiheesta, jotta aineisto olisi kattava. Tämän vuoksi kvalitatiivista tutkimusta tehdessä on syytä harkita tarkasti, mistä ja mitä kautta aineistoa omaan tutkimukseen hankkii. Kohderyhmällä tulisi olisi tietoa ja kokemusta tarpeeksi käsiteltävästä aiheesta. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2010, 83; Tuomi & Sarajärvi 2009, 85–86.)

Työssämme kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä oli otollisin, koska halusimme kuvata ja selvittää naisten kokemuksia siitä, ovatko he saaneet tarpeeksi tukea keskenmenon tapahtuessa hoitohenkilökunnalta. Mielestämme ihmiset, joilla on omakohtaista kokemusta tutkittavasta aiheesta, ovat parhaita antamaan siitä tietoa ja ovat halukkaita jakamaan tietoaan vapaaehtoisesti muiden kanssa. Tämän, sekä aiheen arkaluontoisuuden vuoksi, päädyimme hankkimaan aineistoa Internet- keskustelupalstan välityksellä. Palsta oli kohdennettu juuri keskenmenon kokeneille naisille.

8.1 Kyselylomake tiedonhankintavälineenä

Tiedonhankinta opinnäytetyöhömmme tehtiin kyselylomakkeella (LIITE 1). Keskenmeno on yksityinen ja arkaluontoinen aihe, joten halusimme, että vastaajat saivat vastata siihen ilman rajoituksia ajan ja tilan suhteen. Käytimme opinnäytetyössämme puolistrukturoitua kyselylomaketta, jossa oli valintakysymyksiä ja avoimia kysymyksiä.

Päädyimme puolistrukturoituun kyselylomakkeeseen, sillä keskenmenossa teoria ja käytäntö ovat kaikilla keskenmenon saaneilla samankaltaiset, kun taas tunteet ja kokemukset ovat kuitenkin henkilökohtaiset. Avoimia kysymyksiä käytimme kohdissa, joissa halusimme antaa vastaajille mahdollisuuden vapaasti kertoa tunteistaan ja kokemuksistaan.

Kyselylomakkeen kysymykset laadittiin teoreettisen viitekehyksen pohjalta. Tutustuimme siis aiheitamme käsittelevään kirjallisuuteen ja loimme sen pohjalta kyselylomakkeemme. Kyselylomaketta laadittaessa pyrimme huomioimaan kysymysten selkeyden ja helpon vastattavuuden. Kyselylomakkeeseen liitimme saatekirjeen (Liite 2), jossa esittelimme tutkimuksen tarkoituksen ja tekijöiden nimet yhteystietoineen mahdollista yhteydenottoa varten. Kyselylomaketta laadittaessa teimme yhteistyötä Keski-Pohjanmaan keskussairaalan naistentautien poliklinikan kanssa.

Kyselylomakkeen kysymykset 1-4 antavat taustatietoa keskenmenon kokeneista. Kysymyksellä 5 kerättiin tietoa keskenmenon aiheuttamista tunteista. Kysymyksillä 6-10 kartoitimme, millaista tukea keskenmenon kokeneet naiset kaipasivat ja millaista tukea he kokivat saaneensa hoitohenkilökunnalta. Kysymyksellä 11 kartoitimme, miltä heistä tuntuu nyt, kun he ajattelevat kokemaansa ja viimeiseksi heille annettiin mahdollisuus kertoa ajatuksistaan vapaasti.

Kyselylomakkeet laitettiin Kaks - plus foorumille Internetiin sekä Centria ammattikorkeakoulun Kokkola – Pietarsaaren Terveystien toimipisteen

terveydenhoitajan vastaanottotilaan. Koska laitoimme kyselyn nettifoorumille, emme voi tarkasti määrittellä, kuinka monta kyselyä lähetimme, mutta vastauksia saimme yhteensä 6 kappaletta. Vastauksista viisi saimme nettifoorumin kautta ja yhden terveydenhoitajan vastaanottotilasta.

8.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Opinnäytetyötä tehdessä on tärkeää muistaa eettisyys, joka korostuu tällaisessa tutkimuksessa, jossa tarkastellaan vastaajan henkilökohtaisia kokemuksia ja tunteita. (Latvala & Vanhanen 2003.). Keskenmeno on hyvin henkilökohtainen kokemus, joka herättää myös monenlaisia tunteita. Tässä asiassa on muistettava hienotunteisuus ja eettisyys. Valitsimme aineiston hankintakanavaksi Internet-keskustelupalstan, koska halusimme tarjota vastaajille mahdollisuuden käsitellä omia ajatuksiaan ja tunteitaan kyselymme kautta omassa rauhassa.

Tutkimuksen eettisyyteen kuuluu tutkimuksen tekijöiden aito kiinnostus tutkimusta ja aihetta kohtaan. Tutkimuksen tekijöiden on oltava kiinnostuneita tuottamaan uutta tietoa, olemaan rehellisiä ja luotettavia sekä kunnioittavia ihmisarvoa kohtaan. Tutkimus ei myöskään saa aiheuttaa vahinkoa kenellekään. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2010, 172.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arvioimiseksi ei ole niin selkeitä kriteereitä kuin esimerkiksi kvantitatiivisessa tutkimuksessa. Vaikka laadullisessa tutkimuksessa ei selkeitä arviointikriteereitä ole, voidaan kuitenkin esittää joitain kriteereitä joiden avulla tutkimusta voi arvioida.

Arviointi koostuu tutkimusaineiston keräämisestä, aineiston analysoinnista ja raportoinnista. (Paunonen & Vehviläinen – Julkunen 1997, 215–218.)

Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuutta arvioitaessa tärkeitä kriteerejä ovat myös sisäinen ja ulkoinen validiteetti. Sisäinen validiteetti tarkoittaa kuinka luotettavaa tietoa tutkimuksella on saatu ja ulkoinen validiteetti sitä, että tutkimusotos vastaa sitä perusjoukkoa mitä sen on tarkoitus olla. Molemmat kriteerit ovat tärkeitä, koska silloin kokonaisluotettavuus on oikea. (Uusitalo 1991,86.)

Työssämme aineisto on kerätty Kaks-Plus- internet- foorumilta, joka on yksi sosiaalisen median kanavista josta haetaan tietoa keskenmenosta ja siihen liittyvistä asioista. Foorumi on myös paikka, missä keskenmenon kokeneet jakavat omia kokemuksiaan ja ajatuksiaan keskenmenoon liittyen. Olemme myös raportoineet tuloksista selkeästi ja jäsennellysti, mikä lisää työmme luotettavuutta.

Luvan kyselyn suorittamiseen anoimme koulumme sosiaalialan koulutusohjelman tiimiltä (LIITE 3). Kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista. Eettisyyttä ja luotettavuutta pyrittiin lisäämään myös avaamalla vastauksille erillinen sähköpostiosoite, joten kukaan ulkopuolinen ei päässyt lukemaan vastauksia. Halusimme tarjota vastaajille mahdollisuuden vastata kyselyymme anonymisti. Tämä oli mahdollista Internet-keskustelupalstan kautta ja kyselyyn tarkoitettun sähköpostin välityksellä. Pyrimme myös esittämään työssämme suorat lainaukset siten, että tutkimukseen osallistujien henkilöllisyys ei ole tunnistettavissa. Tunnistamattomuus on tärkeää, sillä

vastaukset sisältävät arkaluontoisia asioita. Vastaaminen kyselyymme oli vapaaehtoista.

8.3 Tutkimusaineiston analysointi

Fenomenologinen analyysimenetelmä on myös yksi aineiston analyysimenetelmä, joka pohjautuu tutkimuskohteesta saatujen kokemusten pohdintaan ja reflektointiin. Fenomenologisen analyysin lähtökohtana on tutkimuskohteen lähestyminen ilman ennakkokäsityksiä ja odotuksia. Analyysille on ominaista kaikkien tutkimusta häiritsevien tekijöiden, kuten omakohtaisten kokemusten ja tunteiden, eliminointi. Näin tutkittavaa aihetta voidaan käsitellä neutraalisti. Analyysi voi rakentua myös tutkijan omien ymmärrysprosessien tarkastelusta ja kokemuksista. (Koppa 2013.)

Teemoittelu on yksi laadullisen analyysin muodoista jota käytimme tutkimusaineistoa analysoidessa. Teemoittelulle on ominaista pyrkimys hahmottamaan tutkimusaineistosta keskeisiä teemoja. Teemoiksi valitaan yleensä sellaisia aiheita, jotka toistuvat aineistossa uudestaan ja uudestaan. (Koppa 2013.) Vaikka teemoittelulla haetaan toistuvia aiheita, sillä voidaan hakea aineistosta myös eroavia seikkoja. Yleensä teemoittelulla haetaan oleelliset, kyselyn tutkimusongelmiin liittyvät asiat. (Silius 2008.)

Laadullisessa tutkimuksessa huomioitavaa on vuorovaikutteisuus vastaajien ja tutkijoiden välillä. Tutkimuksessamme vastasimme jokaisen vastaajan viestiin henkilökohtaisesti, pahoittelimme tapahtunutta keskenmenoja ja kiitimme vastaajaa vastauksesta.

9 KYSELYN TULOKSET

Saimme vastauksia yhteensä kuusi kappaletta. Vastausten lukumäärä on niukka, mutta laadulliselle tutkimukselle ei ole tärkeintä vastausten lukumäärä vaan vastaajien tietämys aiheesta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85.) Tutkimustuloksia analysoidessamme käytimme teemoittelua, koska useasta vastauksesta nousi samaan teemaan viittaavia tunteita ja ajatuksia. Kysymyksissä 5, 11 ja 12 haimme vastauksia siihen, millaisia tunteita ja ajatuksia keskenmeno oli vastaajissa herättänyt. Kysymyksillä 6-10 haimme vastauksia siihen, millaista psykososiaalista tukea vastaajat saivat tai olisivat kaivanneet hoitohenkilökunnalta tai muulta ammattilaiselta. Kyselylomakkeessamme (kysymys 12) oli myös mahdollista kertoa avoimesti omista tunteistaan ja ajatuksistaan. Kysymyksessä 12 nousi samoihin teemoihin liittyviä tunteita sekä ajatuksia, joten analysoimme tutkimustulokset teemoittain.

Vastaajien taustatietoja

Vastaajien ikä oli alle kolmekymmentä (30) vuotta. Kaikki keskenmenot tapahtuivat ennen raskausviikkoa 12. Enemmistö vastaajista oli saanut useamman keskenmenon, sillä vain yhdellä vastaajista keskenmeno oli ensimmäinen. Keskenmenot olivat tapahtuneet keskimäärin vuoden sisällä kyselystä.

Keskenmenosta herääviä tunteita

Kaikki kyselyyn vastanneista olivat kokeneet surua ja hämmennystä heti keskenmenon jälkeen. Vastanneista osalla ilmeni myös pelkoa ja ahdistusta, koska he kokivat tiedon puutetta ja epäselvyyttä tulevasta. Osa vastaajista ei osannut kertoa omista tunteistaan.

Epätoivo, pelko, surin kaikkea mitä en saanutkaan kokea.

En osannut reagoida oikein mitenkään.

Naiset kokivat myös tyhjyyttä sekä itsensä vähättelyä vähäisen tuen ja empaattisuuden vuoksi. Vastauksista ilmeni myös vastaajien epävarmuus omiin tunteisiin, koska keskenmeno oli tapahtunut varhaisessa vaiheessa.

Nyt on niin tyhjä olo...

Ei saisi eikä pitäisi vähätellä toisen ihmisen surua, tunteet on aitoja ja sallittuja sellaisinaan kuin ne tulevat.

Ne on olleet surullisimpia asioita elämässämme, tuntuu pahalta

Ikäänkuin ei olisi oikeutta tuntea surua varhaisen km tai tuulimunan jälkeen... saatika silloin kun on ennestään lapsia.

Hoitohenkilökunnalta saatu tuki

Vastauksista nousi niin positiivisia kuin negatiivisia kokemuksia tuen saamisesta. Suurin osa vastaajista koki tuen saannin pintapuoliseksi. Positiivisena koettiin pienet empaattiset eleet hoitohenkilökunnalta sekä fyysinen läsnäolo, joka toi vastaajille tunteen sallia oma suru ja menetys.

Sairaanhoitajan empaattinen ele, antaa nenäliina hoitopöydälle jäi positiivisesti mieleen. Sen jälkeen tukea ei tarjottu.

Negatiivisena tuen saannissa koettiin hoitohenkilökunnan rutiininomainen asenne keskenmenoa kohtaan. Vastaajista osa oli saanut ainoaksi tueksi kirjallista tietoa, joka oli jäänyt niukaksi. Vastaajat olivat saaneet enemmän psyykkistä tukea sekä konkreettista tietoa keskenmenon kulusta internetin keskustelupalstoilta.

Tuesta ei voida kyllä puhua... sain km koskevan esitteen käteen ja moro.

jos ei olisi ystäviä joille puhua, olisin aivan yksin tunteitteni kanssa.

En juuri minkäänlaista, äitiyspolilla lyötiin vain lääkkeet käteen, ultrakuva kuolleesta alkioista ja pahoiteltiin.

Ne on olleet surullisimpia asioita elämässämme, tuntuu pahalta ettei hoitohenkilökunnalta löydy empatiaa surun kohdanneelle pariskunnalle

Vaikka km hoito onkin lääkäreille ja hoitajille arkipäiväinen asia niin se on suuri suru ja menetys pariskunnalle. Pitäisi pystyä edes näyttämään empatiaa kohdatessaan km kokeneet.

jouduin itse ottamaan asioista selvää netin kautta kun koin keskeytyneen keskenmenon.

Tuntuu, että netin keskustelupalstoilta sai enemmän tukea ja apua kuin oikeilta ihmisiltä.

Millaista tukea olisi kaivattu hoitohenkilökunnalta?

Vastauksista nousi esiin kaksi tuen muotoa, joita olisi kaivattu hoitohenkilökunnalta. Nämä tukimuodot ovat emotionaalinen ja tiedollinen tuki. Vastaajista kaikki olisivat toivoneet hoitohenkilökunnalta henkistä tukea ja empaattisia eleitä. Keskenmenon fyysisestä hoidosta kyselyyn vastanneet olisivat kaivanneet enemmän tiedollista tukea.

Olisin kaivannut tietoa siitä esim. mitä tarkoittaa keskeytynyt keskenmeno, mutta jouduin itse ottamaan asioista selvää netin kautta kun koin keskeytyneen keskenmenon.

Ikävää oli verenvuodon alkaessa kotona, soitella ympäri "kylää" ja yrittää selvittää mitä kautta pääsen ultraääni tutkimukseen, että onko taas keskenmeno vai miksi vuotaa..

Selitin asiani neljälle eri henkilölle ennenkuin sain tiedon minne mennä, ja sekin meni kuulemma vähän väärän kaavan mukaan...

Kyselyyn vastanneet naiset olisivat kaivanneet hoitohenkilökunnalta myös tietoa ja tukea omaan suremiseen. He olisivat kaivanneet myös rohkaisua sallia omat keskenmenon tuomat tunteensa.

Tuen saannin ajankohta

Vastaajat olisivat kaivanneet tukea heti keskenmenon sattuessa hoitohenkilökunnalta. Osa vastaajista koki tarvetta keskusteluun kun keskenmenosta oli kulunut aikaa. Tiedollista tukea ja aikaa kerrata tapahtunut keskenmenon kokenut olisi kaivannut heti kotiutuessa.

Parin päivän kuluttua keskenmenon toteamisesta pääsisi juttelemaan jonkun kanssa ja purkamaan tunteitansa.

Vastauksista nousi esille hyvin tärkeänä osana psykososiaalisen tuen tarjoaminen heti keskenmenon sattuessa. Kyselyyn vastanneet olisivat toivoneet hoitohenkilökunnalta varmistusta naisten pärjäämisestä sekä mahdollista keskusteluapua.

Tilanteen mukaan, voisi kysyä että haluaako km kokenut perhe keskusteluapua? Haluaako jälkitarkastuksen?

Pitäisi ainakin kysyä, että pärjääkö, tarvitseeko jonkun jolle jutella.

Kannustavat lauseet hoitohenkilökunnalta koettiin heti keskenmenon jälkeen hyvin loukkaavina. Osaa vastaajista oli kannustettu heti keskenmenon jälkeen uuteen raskauteen, mikä koettiin myös henkisesti loukkaavana.

Inhottavat ja loukkaavat lauseet olivat keskenmenon jälkeen: Kyllä se vielä tulee. Olet vielä niin nuori että kerkiät tehdä monta lasta. Keskenmeno on hyvin yleinen

Keneltä hoitohenkilökunnasta tai muulta ammattilaiselta tukea olisi kaivattu?

Vastanneista suurin osa kaipasi heti keskenmenon tapahtuessa tukea ja tietoa hoitavalta lääkäriltä ja sairaanhoitajalta. Henkistä tukea ja tietoa vähän ajan kuluttua keskenmenosta kaivattiin neuvolasta sekä sosiaalialan ammattilaiselta. Keskenmenon kokeneelle on tärkeää kokea turvallisuutta ja tiedostaa mihin voi ottaa yhteyttä tarvittaessa. Oli kyse sitten henkisestä tai fyysisestä hoitamisesta.

Kyselylomakkeessamme vastaajilla oli mahdollisuus kertoa vapaamuotoisesti omista kokemuksistaan keskenmenon sattuessa ja tuen saamisesta sen jälkeen. Vastaajat ilmaisivat myös puolison tunteet ja surun keskenmenon sattuessa. Vastauksista kävi ilmi, että miehetkin kaipasivat hoitohenkilökunnalta pieniä huomion osoituksia sekä tukea käydä suruprosessi yhdessä puolison kanssa läpi.

Hoitohenkilökunnalta ei löydy empatiaa surun kohdanneelle pariskunnalle ennen tietyn viikon jälkeen tapahtunutta km....

Mies kun ei sure samalla tavalla kuin minä, vaan hän hukuttaa surunsa kaikenlaiseen puuhasteluun ja menemisiin..

10 JOHTOPÄÄTÖKSET

Vastauksista kävi ilmi että keskeisimmät keskenmenon herättämät tunteet olivat suru ja hämmennys. Vastauksista kävi myös ilmi, että suurin osa koki ahdistusta ja pelkoa keskenmenon sattuessa. Samanlaisiin tunteisiin on viitattu myös Eskolan & Hytösen (2008) teoksessa. Vastaajat kokivat myös tyhjyyttä sekä itsensä vähättelyä, koska vastaajat kokivat jääneensä keskenmenon kanssa yksin. Hammarlund (2010) toteaa, ettei surun kokenutta saisi koskaan jättää yksin, vaan henkinen läsnäolo riittää tuomaan surun kokeneelle turvallisuuden tunteen.

Saamamme vastaukset antavat viitteitä siitä, että keskenmenon saaneet kokevat tarvitsevansa tukea ja tietoa asioiden läpikäymiseen. Vastauksista käy ilmi, kuinka tuen saaminen hoitohenkilökunnalta on jäänyt hyvin pintapuoliseksi. Keskenmenon saaneet kokivat hoitohenkilökunnan hoidon liittyen keskenmenoon hyvin rutiininomaiseksi, mikä koettiin negatiivisena. Järvi (2007) viittaa myös keskenmenon hoitamiseen sairaaloissa. Hoitaminen on usein hänen mukaansa rutiininomaista hoitohenkilökunnalle ja näin ollen potilaalle jää kertomatta eri hoitotoimenpiteiden merkitys ja niiden mahdolliset seuraukset.

Positiivisena tuen saamisessa vastaajat kokivat pienet empaattiset eleet hoitohenkilökunnalta hyvin tärkeiksi sekä mieleenpainuviksi. Kuten Norppa, ym. (2007, 165-166.) viittaavat hoitohenkilökunnan läsnäoloon sekä pieniin

empeattisiin eleisiin. Niillä tuodaan keskenmenon kokeneelle tunteet välittämisestä, sekä tunne, että keskenmenon saaneen suru on sallittua.

Negatiivisina asioina vastauksista nousi kokemukset hoitohenkilökunnan rohkaiseviksi tarkoitetuista lauseista tai sanoista.

Vastaajat olisivat kuitenkin kaivanneet hoitohenkilökunnalta enemmän emotionaalista sekä tiedollista tukea. Vastauksista nousi esiin myös jälkitarkastuksen tärkeys, koska viimeistään silloin vastaajat olisivat toivoneet tukea keskenmenon läpikäymiseen sekä tietoa tulevasta. Norppa, ym. (2007) toteavat myös, että kattavat kotihoito-ohjeet ovat osa tärkeää hoitoa ja potilaan tukemista.

Vastaajat kokivat, että tukea keskenmenon käsittelemiseen olisi pitänyt tarjota heti keskenmenon sattuessa. Tuolloin vastaajalla olisi ollut tiedossa miten hakea apua, mikäli tarve fyysiselle tai henkiselle avulle ilmenee. Suomen laissa on määrätty, että psykososiaalista tukea on tarjottava jokaiselle, mutta potilaan omaksi päätettäväksi jää haluaako hän ottaa palveluita vastaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013.)

Kyselyyn vastanneista suurin osa kaipasi välittömästi keskenmenon sattuessa hoitavalta lääkäriltä tai sairaanhoitajalta tukea ja tietoa tapahtuneesta. Osa vastaajista olisi toivonut saavansa keskusteluapua myöhemmin esimerkiksi neuvolasta tai sosiaalialan ammattilaiselta. Hammarlund (2010, 80–85.) toteaa, että jokainen kokee kriisin ja sen tuomat tunteet yksilöllisesti. Auttajan on otettava huomioon, ettei kriisiprosessissa oleva välttämättä ota tiedollista tukea vastaan, koska traumaattinen tapahtuma voi tuntua aluksi epätodelliselta.

Vastaajat tuovat kyselyssä myös puolisoiden surun ja keskenmenon tuomat tunteet esille. Vastauksista käy ilmi, että miehetkin olisivat kaivanneet tukea keskenmenon sattuessa hoitohenkilökunnalta. Miehet olisivat myös kaivanneet tietoa suruprosessista ja sen läpi käymisestä puolisoensa kanssa. Järvi (2007.) käy läpi pariskunnan suruprosessia ja sen tuomia haasteita. Koska puoliset kokevat surun eri tavalla ja käsittelevät sen eri aikaan, voi se olla haaste parisuhteelle tai toisaalta jopa vahvistaa sitä. Hän viittaa myös miesten esille tuomiin epätoivon sekä riittämättömyyden tunteisiin tukiessaan puolisoaan surun hetkellä.

12 POHDINTA

Valitsimme opinnäytetyömme aiheeksi keskenmenon kokeneiden naisten kokemuksia psykososiaalisen tuen tarpeesta. Aihe on hyvin henkilökohtainen, mutta jokapäiväinen. Nykyään ihminen kertoo avoimemmin tunteistaan sekä toivoo saavansa tietoa, tukea ja apua häntä koskevissa kriiseissä.

Opinnäytetyötä tehdessämme olemme perehtyneet keskenmeno, kriisiprosessia, tunteita ja psykososiaalista tukea käsittelevään kirjallisuuteen ja tutkimustuloksiin. Kirjallisuutta keskenmenosta kriisinä sekä tutkimustietoa keskenmenosta oli hyvin vähän, mutta opinnäytetyömme antoi kuitenkin meille hyvin paljon konkreettista tietoa siitä, mitä keskenmeno on kriisinä ja mitkä ovat sen tuomat tunteet.

Keskenmeno on traumaattinen kokemus, johon ei voi ennalta valmistautua. Keskenmenon kokeneita naisia hoidettaessa tulee huomioida psyykkisen tuen tarve, kohtaaminen ja vuorovaikutus. Opinnäytetyömme kautta tuli ilmi naisten odotukset ja kokemukset tuen saamisesta hoitohenkilökunnalta tai muulta ammattilaiselta. Kuitenkin melkein jokainen kyselyyn vastannut yllättyi tuen puutteesta, ja jopa fyysiseen hoitamiseen ei annettu niin paljon aikaa ja tietoa, kuin vastanneet naiset olisivat kaivanneet.

Keskenmenoon ja sen tuomiin tunteisiin tulee puuttua syvällisesti. Keskenmenon kokeneille naisille tulisi antaa aikaa suruun ja tunteiden käsittelyyn. Hoitohenkilökunnan tai muun ammattilaisen tulisi antaa

mahdollisimman laaja tieto kehon toipumisesta ja itse tapahtumasta. Perehdyttyämme kyselyn vastauksiin emme voineet välttyä ajatukselta, kuinka ihmisen tunteet ja psyykkinen hyvinvointi on unohdettu fyysisten tutkimusten ja hoitotoimenpiteiden rinnalla.

Suru on yksi yleisemmistä tunteista, mitä keskenmenon kokenut nainen kokee keskenmenon sattuessa. Psykososiaalisen tuen antaminen koostuu pienistä eleistä. Menetyksen vähättely ei ole suotavaa ja uuteen raskauteen kannustaminen surun aikana voi olla jopa loukkaavaa. Tutkimuksemme mukaan yleisemmät kannustuslauseet ” näin oli tarkoitus tapahtua” tai ”olet vielä niin nuori, heti uutta vain” koettiin hyvin loukkaavina, koska juuri menetettyä lasta ei haluttu heti unohtaa tai korvata millään. Yleensä keskenmeno koetaan lapsen menetyksenä, joten pidämme tärkeänä hyödyntää suruprosessin käynnistämiseksi eri työkaluja.

Sosiaali- ja terveysalan työn keskiössä on ihmistyön valmiudet, empaattisuus, vastuullisuus, vuorovaikutustaidot kaikissa kohtaamisissa sekä valmiudet kohdata jokainen ihminen kokonaisvaltaisesti. Lisäksi sosiaalialalla korostuu tukemisen ja voimavarojen yhteiskunnallinen luonne. Näiden asioiden pohjalta pidämme hyvin tärkeänä kriisiprosessin merkityksen ja sen vaiheiden ymmärtämisen ihmisiä autettaessa ja kohdattaessa. Ammattilaisen on tärkeä tietää sekä ymmärtää millaista apua tarvitaan tai kaivataan kriisin hetkellä. Tähän asiaan olemme saaneet kattavaa tietoa opinnäytetyömme kautta.

Käytimme aineistonhankinnassa kyselylomaketta, joka tuntui oikealta vaihtoehdolta aiheen arkaluontoisuuden vuoksi. Laadimme kyselylomakkeen

yhdessä Keski-Pohjanmaan keskussairaalan naistentautienpoliklinikan henkilökunnan kanssa. Pidimme tärkeänä, että kyselyyn vastanneet kokivat vastaamisen helpoksi, eikä vastaaminen veisi liikaa aikaa kyselyn laajuuden vuoksi. Näin ollen jouduimme supistamaan kysymykset lyhyiksi mutta kuitenkin tarpeeksi kattavaksi.

Eettisyys korostuu tällaisessa tutkimuksessa, jossa tarkastellaan vastaajan henkilökohtaisia kokemuksia ja tunteita. Päädyimme luotettavuuden ja eettisyyden vuoksi laittamaan kyselylomakkeet Kaksplus- keskustelufoorumille sekä Centria ammattikorkeakoulun Kokkola-Pietarsaaren yksikön Terveystien toimipisteenterveydenhoitajan vastaanottotilaan. Laadimme vastauksille myös oman sähköpostiosoitteen, johon kyselyyn vastanneet pystyivät lähettämään henkilökohtaiset vastauksensa.

Koimme yhdeksi haasteeksi opinnäytetyössämme tutkimustuloksien analysoinnin. Käytimme analysoinnissa fenomenologista tutkimusmenetelmää. Analysointi pohjautuu tutkimuskohteesta saatujen kokemusten pohdintaan ja reflektointiin. Pyrimme ymmärtämään vastaajien kokemukset perehtymällä huolellisesti aiheeseen. Fenomenologisen tutkimusmenetelmässä olennaista on se, että tutkija pyrkii eliminoimaan mahdolliset häiriötekijät esimerkiksi omakohtaiset kokemukset. Pyrimme tarkastelemaan tutkimustuloksia ilman ennakkokäsityksiä aiheesta.

Vastaukset antoivat viitteitä siitä, että kyselyyn vastanneet naiset ovat kokeneet keskenmenon viime aikoina. Se toi kyselyymme lisää luotettavuutta, koska keskenmenon tuomat kokemukset ja tunteet ovat ajankohtaisia. Vastauksista

nousi esiin myös naisten tarve saada tietoa mahdollisesta tuen saannista sekä selkeät kotihoito-ohjeet, jotka koettiin myös puutteelliseksi. Kyselymme kautta nousi myös puolisoitten tarve saada psykososiaalista tukea keskenmenon sattuessa. Tutkimustulokset ja teoria antoi meille selkeän kuvan psykososiaalisen tuen tärkeydestä. Jokaiselle tuen tarvitsijalle olisi tärkeää tarjota mahdollista apua ja tukea käsiteltäessä keskenmenon tuomat tunteet.

Jatkotutkimusaiheena olisi tärkeä tutkia, millaista psykososiaalista tukea myös keskenmenon kokeneiden puoliso tai muu lähiverkosto tarvitsevat. Lapsen menetys ei kosketa pelkästään äitiä vaan koko perhettä. Tulevaisuudessa olisi hyvä tutkia hoitohenkilökunnan kokemuksia keskenmenon kokeneiden tuen tarpeesta ja sen antamisesta. Opinnäytetyömme tilaajana toimii Centria ammattikorkeakoulun Kokkola-Pietarsaaren yksikön sosiaalialan tiimi. Opinnäytetyömme työn tilaaja voi hyödyntää opinnäytetyötämme tulevaisuudessa tulevien sosionomi opiskelijoiden kanssa. Esimerkiksi aiheena voisi olla myös projektiluontoinen opinnäytetyö, joka antaa konkreettista vertaistukea keskenmenon kokeneille naisille. Vertaistuki ryhmässä keskenmenon kokeneet saivat konkreettista tukea ja tietoa keskenmenon tuomista tunteista ja niiden käsittelemisestä.

Opinnäytetyömme tekeminen oli haasteellista ja kosketti meitä henkilökohtaisesti. Vastauksista nousevat asiat olivat tunteita herättäviä, mutta pyrimme suhtautumaan aiheeseen opinnäytetyön tekijöinä, emmekä sallineet omien kokemusten tai tunteiden vaikuttava prosessiimme. Saimme useita yhteydenottoja aineiston keräämisen jälkeen naisilta, jotka halusivat jakaa kokemuksensa meidän kanssamme. Tämä lämmitti sydäntämme, koska huomasimme aiheen tärkeyden ja naisten konkreettisen tuen tarpeen.

Prosessimme läpi vieminen ei ollut helppoa. Työelämän ja opiskelun yhdistäminen oli välillä haastavaa, joten yhteisen ajan löytäminen prosessin myötä oli välillä raskasta. Olemme mielestämme kehittyneet ammattilaisina tämän prosessin myötä ja saimme paljon tärkeää tietoa työskenneltäessä tulevana sosionomeina.

Haluamme kiittää kaikkia kyselyyn vastanneita, jotka halusivat jakaa omat henkilökohtaiset kokemukset ja tunteet meidän kanssamme. Lisäksi kiitämme Keski-Pohjanmaan keskussairaalan naistentautienpoliklinikkaa yhteistyöstä. Erityisesti haluamme kiittää puolisoitamme ja perheitämme tuesta sekä kannustuksesta. Teidän ansiostanne onnistuimme prosessin läpiviemisessä.

LÄHTEET

Armanto, A. & Koistinen, P. 2007. Neuvolatyön käsikirja. Helsinki: Sanoma Pro oy.

Blimamma 2007-2014. Missfall. Www-dokumentti. Saatavilla: <http://www.blimamma.se/missfall.html> Luettu: 19.1.2014

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

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

Hammarlund, C. 2010. Kriisikeskustelu - kriisituki, jälkipuinti, stressin ja konfliktien käsittely. Tietosanoma Oy: Helsinki

Herkman, J. Empiirisen tutkimuksen tutkimus- ja tiedonkeruumenetelmiä. WWW-dokumentti. Saatavilla: http://www.cs.utu.fi/kurssit/connet/kayttavyys/materiaali/herkman/usable/Herkman_teksti_tulostettava.htm. Luettu: 31.3.2014.

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

Jyväskylän yliopisto. 2013. Fenomenologinen tutkimus. Www-dokumentti. Saatavilla: <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/fenomenologinen-tutkimus> Luettu: 3.4.2014.

Järvi, U. 2007. Syntymätön. Tietoa ja kokemuksia keskenmenosta. Helsinki: Kirjapaja.

Jyväskylän yliopiston koppa. 2013. Aineistonanalyysi menetelmät. Www-dokumentti. Saatavilla: <https://koppa.jyu.fi/> Luettu: 1.4.2014.

Kaljonen, P. 2008. Rinnalla kulkien asiakkaan asialla: sosiaaliohjaus sosiaalitoimiston aikuistyössä. Teoksessa: L. Viinamäki. 2008. (toim.) 14 puheenvuoroa sosionomien (AMK) asemasta Suomen hyvinvointiasiantuntijajärjestelmässä. Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun julkaisuja sarja A: raportteja ja tutkimuksia 2/2008, 56.

Kankkunen, P. & Vehviläinen- Julkunen, K. 2010. Tutkimus hoitotieteessä. 1.-2. painos. Helsinki: WSOY.

Kettunen, R. Kähäri-Wiik, K. Vuori-Kemilä, A. & Ihalainen, J. 2002. Kuntoutumisen mahdollisuudet. Porvoo: WSOY.

Kokkolan kaupunki. 2013. Mielenterveystyö. Www-dokumentti. Saatavissa: https://www.kokkola.fi/terveys/mielenterveystyo/fi_FI/mielenterveystyo/ Luettu: 12.4.2014

Kylmä, J., Rissanen, M-L., Laukkanen, E., Nikkonen, M., Juvakka, T. & Isola, A. 2008. Aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä tietoa hoitotyön kehittämiseen. Esimerkkinä syöpää sairastavan nuoren vanhemman toivon vahvistaminen. Tutkiva hoitotyö.

Käpy. 2013. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.kapy.fi/> Luettu: 20.12.2013.

Latvala, Eila & Vanhanen- Nuutinen, Liisa 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa, Janhonen,S. & Nikkonen, M (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY

Mäkinen, P. Raatikainen, E., Rahikka, A. & Saarnio, T. 2009. Ammattina sosionomi. Helsinki: WSOY.

Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A. 2006. Kätilötyö. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Palosaari, E. 2007, Lupa särkyä – kriisistä elämään. Edita publishing oy: Helsinki

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: Wsoy.

Salo, O. & Tuunainen, K. 1996. Da capo – alusta uudelleen. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Saari, S., Kantanen, I., Kämäräinen, L., Parviainen, K., Valoaho, S & Yli-Pirilä. 2009. toim. Hädän hetkellä – psyykkisen ensiavun opas, punainen risti, Duodecim, Helsinki.

Sarajärvi, A. & Tuomi, J. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 6. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Silius, K. 2008. Teemoittelu ja tyypittely. Pdf-tiedosto. Saatavilla: matriisi.ee.tut.fi/hmopetus/.../Silius_teemoittelu-tyypittely_141108.pdf Luettu: 22.04.2010

Sosiaaliportti.2014. Sosionomin kompetenssit. Www-dokumentti. Saatavilla:
http://www.sosiaaliportti.fi/fiFI/sosiaalialanamkverkosto/sosiaaliala_ammattikokoulut/rkeakouluissa/sosionomi_amk_tutkinto/ects_kompetenssit/ Luettu: 11.3.2014.

Sosiaali – ja terveystieteiden ministeriö.2010. Traumaattisten tilanteiden psykososiaalinen tuki ja palvelut. Pdf-tiedosto-dokumentti. Saatavissa:
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-10736.pdf Luettu: 21.4.2014

Tilastokeskus.2013. Käsitteet ja määritelmät.Survey-tutkimus. Www-dokumentti. Saatavilla:
https://www.tilastokeskus.fi/meta/kas/survey_tutkimus.html. Luettu: 14.4.2014.

Tulppala M. & Ylikorkala O.2007. Miksi raskaus keskeytyy ja joillakin naisilla jopa toistuvasti? Helsinki: Duodecim

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

Uusitalo, H. 1991. Tiede,tutkimus ja tutkielma. Johdatus tutkielman maailmaan. Helsinki:Wsoy

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri.2006. Raskauden keskeytyminen. Www-dokumentti. Saatavilla: <http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/tulosta/2788/4839/> Luettu: 14.1.2014

Vilka, Hanna. 2005. Tutki ja Kehitä Helsinki: Tammi

Åstedt-Kurki, P. & Nieminen, H. 2006. Fenomenologisen tutkimuksen peruskysymykset hoitotieteessä.Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY.

*Centria ammattikorkeakoulu
Kokkola-Pietarsaaren yksikkö
Terveystien toimipiste
Kokkola*

ARVOISA VASTAANOTTAJA

Opiskelemme Centria ammattikorkeakoulussa Kokkola-Pietarsaaren yksikössä Kokkolassa. Valmistumme sosionomeiksi keväällä 2014. Teemme opinnäytetyönämme kartoitusta keskenmenon kokeneiden psykososiaalisen tuen tarpeesta. Omakohtaisen kokemuksen kautta koemme psykososiaalisen tuen tärkeäksi. Opinnäytetyön annamme Keski-Pohjanmaan keskussairaalan naistentautien poliklinikalle kehittämistyötä varten.

Kyselylomakkeen täyttämiseen menee aikaa muutama minuutti. Kyselylomakkeen voitte palauttaa sähköpostitse osoitteeseen: kysely.keskenmenosta@cou.fi

Toivomme, että vastaatte kyselyymme 3.1.2014 mennessä.

Etukäteen kiittäen!

Teresa Leponiemi & Eveliina Kiviaho

KYSELYLOMAKE

1. Ikäsi __alle 30v __30-35 __36-40 __40 tai yli

2. Millä raskausviikolla keskenmeno tapahtui? _____

3. Kuinka monta keskenmenoa olet kokenut? _____

4. Kuinka kauan viimeisestä keskenmenosta on?

__ alle 3kk

__ 3-6kk

__ 6-9kk

__ 9-12kk

__yli 1v kuinka kauan ____ v

5. Millaisia ajatuksia tai tunteita sinussa heräsi, kun sait keskenmenon?

6. Millaista tukea sait hoitohenkilökunnalta tai muulta ammattilaiselta?

7. Millaista tukea olisit kaivannut hoitohenkilökunnalta tai muulta ammattilaiselta?

8. Keneltä hoitohenkilökuntaan kuuluvalta olisit toivonut saavasi tukea keskenmenon jälkeen?

___ lääkäriltä

___ hoitajalta

___ sosiaali-alan ammattilaiselta

___ muu, kuka _____

9. Missä vaiheessa keskenmenon jälkeen kaipasit eniten tukea?

10. Miten ammattilaisen antama tuki olisi mielestäsi parasta järjestää keskenmenon kokeneille?

11. Miltä sinusta tuntuu nyt, kun ajattelet kokemaasi keskenmenoa?

12. Tämän haluaisin vielä sanoa.

KIITOS VASTAUKSESTASI!

