

”KYLLÄ SITÄ KAIKIN PUOLIN AIKA YKSIN JÄÄ”

Naisen tukeminen raskauden keskeytyessä

Anna-Mari Kanto
Ulla Kovanen
Susanna Liimatainen

Opinnäytetyö
Lokakuu 2010
Hoitotyön koulutusohjelma
Terveystieteiden suuntautumisvaihtoehto
Kätilötyön suuntautumisvaihtoehto
Tampereen ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Kätilötyön suuntautumisvaihtoehto
Terveystyön suuntautumisvaihtoehto

KANTO, ANNA-MARI, KOVANEN, ULLA & LIIMATAINEN, SUSANNA:
”Kyllä sitä kaikin puolin aika yksin jää”. Naisen tukeminen raskauden keskeytyessä.

Opinnäytetyö 73 s.
Lokakuu 2010

Terveystyöntekijät ja kätilöt kohtaavat työssään naisia, jotka ovat kokeneet keskenmenon tai sikiöperäisistä syistä tehdyn raskaudenkeskeytyksen. Tämä opinnäytetyö käsittelee raskaudenkeskeytymisen kokeneiden naisten tukemista kätilön ja terveystyöntekijän näkökulmasta. Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää naisen tukemisen toteutumista ja jatkuvuutta keskenmenon tai sikiöperäisistä syistä tehdyn raskaudenkeskeytyksen jälkeen. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata naisten kokemuksia saamastaan tuesta ja tuen tarpeesta. Tutkimuksessa selvitettiin, minkälaista tukea nainen oli saanut, ja minkälaista tukea hän olisi halunnut saada raskauden keskeytyessä.

Opinnäytetyön teoriaosa koottiin aiheeseen liittyvistä tutkimuksista, sekä kirjallisuudesta. Raskauden keskeytymisen kokeneiden naisten tavoittamiseksi avattiin Internetiin keskustelualustuksia. Alustukset avattiin keskustelualueille, joilla käsiteltiin raskauden keskeytymistä. Alustukset sisälsivät kaksi avointa kysymystä, joihin oli mahdollisuus vastata vapaamuotoisesti keskustelualueelle tai sähköpostiin. Tutkimukseen vastasi kolmekymmentäkolme raskauden keskeytymisen kokenutta naista. Tutkimusaineisto purettiin aineistolähtöistä analyysimenetelmää käyttäen. Tutkimusaineistoa kuvaamaan käytettiin suoria lainauksia naisten vastauksista.

Opinnäytetyön tutkimustuloksista ilmeni raskauden keskeytymisen kokeneiden naisten tukemisen olevan osittain puutteellista. Tutkimukseen osallistuneet naiset olisivat toivoneet saavansa automaattisesti keskusteluapua raskaudenkeskeytymisen jälkeen. Keskusteluapua saaneet naiset olivat kokeneet saamansa avun tarpeelliseksi. Raskauden keskeytyessä saatu informaatio oli usein vähäistä tai puutteellista. Naiset kokivat vähäisen informaation lisäävän pelkoa ja epätietoisuutta raskauden keskeytymisestä ja sen seurauksista. Tärkeänä pidettiin myös molempien vanhempien huomioimisesta menetyksen jälkeen. Erityisesti vastauksissa painotettiin empaattisen ja ammattitaitoisen kohtaamisen tärkeyttä kun asiakkaana on raskauden keskeytymisen kokenut nainen.

Jatkotutkimushaasteeksi opinnäytetyön kautta nousivat aborttiin päätyneen naisen tukeminen, raskauden keskeytymisen merkitys lapsen isälle ja parisuhteelle, kätilön ja terveystyöntekijän välisen yhteistyön kehittäminen keskenmenon tai keskeytyspotilaan hoidossa sekä koetun keskenmenon vaikutus tulevassa raskaudessa. Opinnäytetyön kehittämistehtävän tarkoituksena on lisätä hoitotyön opiskelijoiden keinoja kohdata raskauden keskeytymisen kokenut nainen.

Avainsanat: terveystyöntekijä, kätilö, tukeminen, keskenmeno, raskaudenkeskeytys, suru

ABSTRACT

Tampere University of Applied Sciences
School of Health Care
Degree Programme in Nursing and Health Care
The option of Midwifery
The option of Public Health Nursing

KANTO, ANNA-MARI, KOVANEN, ULLA & LIIMATAINEN, SUSANNA:
"You do feel left alone". Supporting a woman when a pregnancy ends in abortion.

Bachelor's thesis 73 pages
October 2010

In their profession, public health nurses and midwives meet women who have experienced miscarriage or abortion based on genetic reasons. The focus of this thesis is to study the support for these women from the nurses' point of view. The objective was to study the realization and continuity of support when a pregnancy has been terminated by an abortion. The purpose was to describe women's experiences and their need for a nurse's support in hospital or maternity clinic. This thesis reviews the kind of support the women received, and would have wanted to receive after the abortion of pregnancy.

The theory used in this thesis was derived from studies and literature on miscarriage and abortion based for genetic reasons. In order to collect material for the study, introductions for discussion were opened on the Internet forums focusing on pregnancy. Introductions included two opening questions. Women were requested to send informal answers to the forums or alternatively by e-mail. In total, thirty-three women who had experienced an abortion of pregnancy answered to the inquiry. The received study material was then analyzed using inductive research methods. Some direct quotations from the answers were used in the thesis to illustrate the material received.

The results of this thesis indicate that the women whose pregnancy had aborted did not receive sufficient support. The women would have wanted to have more help in terms of discussion and additional information. The women who were given a chance to discuss the matter found it beneficial. The lack of information caused fear and uncertainty towards future pregnancies and the possibility of a miscarriage. Women also thought that both parents should have been taken into better consideration after their loss. Empathic and professional nursing was felt particularly important when a woman has lost her unborn child.

Suggestions for future research include the support for woman after abortion and the means of improving the co-operation between midwives and public health nurses. It would also be interesting to research the effects of the abortion of pregnancy on the father, the parents' relationship and future pregnancies. The objective of the development project was to increase nursing student's resources and ability to encounter a woman who has lost her unborn child.

Key words: public health nurse, midwife, support, miscarriage, abortion, grief

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 TERVEYDENHOITAJAN JA KÄTILÖN TYÖNKUVA	7
2.1 Terveydenhoitajan työnkuva.....	7
2.2 Kätilön työnkuva.....	9
3 KESKENMENO	12
3.1 Keskenmenon eri muodot	12
3.2 Keskenmenon syyt	13
3.3 Keskenmenon hoito.....	15
4 SIKIÖVAURIOPERUSTEELLA TEHTY RASKAUDENKESKEYTYS	17
4.1 Laki raskauden keskeyttämisestä 24.3.1970/239.....	18
4.2 Sikiöseulonnat.....	19
4.3 Sikiöseulontojen eettiset ja sosiaaliset kysymykset	21
4.4 Raskaudenkeskeytyksen hoitosuositus.....	22
4.5 Raskaudenkeskeytyksen komplikaatiot	24
5 SURU	26
5.1 Surun vaiheet.....	26
5.2 Suruprosessi raskauden keskeytyessä	28
5.3 Äitiyden ja vanhemmuuden menettäminen.....	31
5.4 Surusta selviytyminen	32
6 NAISEN TUKEMINEN RASKAUDEN KESKEYTYESSÄ.....	34
6.1 Hoidon käytäntöjä raskauden keskeytyessä.....	35
6.2 Psykkinen tukeminen	37
6.3 Sosiaalinen tukeminen	39
6.4 Keskustelu tukemisen keinona.....	41
7 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TEHTÄVÄT	42
8 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	43
8.1 Tutkimusaineiston kerääminen	43
8.2 Tutkimusaineiston analyysi.....	44
9 TUTKIMUKSEN TULOKSET	46
9.1 Ensitieto raskauden keskeytymisestä	46
9.2 Kokemukset sairaalassa raskauden keskeytyessä	48
9.3 Kokemukset neuvolassa raskauden keskeytyessä.....	53
10 POHDINTA	57
10.1 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys.....	57
10.2 Tulosten tarkastelua	60
10.3 Jatkotutkimusideat	64
11 KEHITTÄMISTEHTÄVÄ	66
LÄHTEET	67
LIITTEET	71

1 JOHDANTO

Raskaus ei aina etene toivotulla tavalla, eikä raskauden lopputuloksena aina ole lapsen syntymä. Arviolta 40–50% kaikista raskauksista päättyy keskenmenoon (Ihme & Rainto 2008, 178). Keskenmenosta puhutaan tilanteessa, jossa raskaus keskeytyy ennen kuin sikiö on elinkykyinen, eli ennen raskausviikkoa 22 (Hartikainen, Tuomivaara, Puistola & Lang 1995, 139). Raskaus voidaan keskeyttää 24. raskausviikolle saakka sikiödiagnostisissa seulunnoissa ilmenneen sikiön kehityshäiriön vuoksi. Vuonna 2008 mahdollisen sikiövaurion perusteella tehtiin 77 raskaudenkeskeytystä, ja todetun sikiövaurion perusteella 217 raskaudenkeskeytystä. (Stakes 2008.)

Kätilö ja terveydenhoitaja kohtaavat työssään keskenmenon ja sikiöperäisistä syistä tehdyn raskaudenkeskeytyksen kokeneita naisia. Tästä johtuen heidän on työssään ymmärrettävä raskauden keskeytymisen merkitys naiselle. Hoitotyön ammattilaisella tulee olla keinoja kohdata kriisissä oleva nainen, sekä kyetä tukemaan hänen selviytymistään menetyksestä. Suruprosessin läpikäyminen on tärkeää, jotta aikaisempi menetys ei varjostaisi tulevia raskauksia, ja nainen pääsisi eteenpäin elämässään.

Raskauden kestosta huolimatta raskauden keskeytyminen on naiselle aina järkyttävä kokemus. Raskauden keskeytyminen katkaisee vanhemmuuteen kasvamisen rajulla tavalla (Järvi 2007, 37-38). Sen lisäksi että nainen menettää syntymättömän lapsensa, hän menettää myös raskauden aikana syntyneet haaveet ja toiveet tulevaisuudesta lapsen kanssa. Roton (2001) mukaan raskauden keskeytymisestä aiheutuva suruprosessi on verrattavissa lapsen kuolemasta aiheutuvaan suruun (Roto 2001, 10). Raskauden keskeytyessä sairaalahoitossa oleva nainen hoidetaan yleensä fyysisesti hyvin. Usein kuitenkin naisen henkinen hyvinvointi jää vaille huomiota. Naisen kotiutuessa sairaalasta hänelle ei automaattisesti tarjota keskusteluapua. Raskauden keskeytyessä hoitosuhde äitiysneuvolaan katkeaa, kun tarvetta raskauden seurantaan ei enää ole. Tällöin nainen jää usein yksin kriisin keskellä.

Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää naisen tukemisen toteutumista sekä hoitotyön jatkuvuutta keskenmenon tai sikiöperäisistä syistä tehdyn raskaudenkeskeytyksen jäl-

keen. Tukemisen toteutumista tarkastellaan hoidon akuuttivaiheessa sekä tapahtuneen jälkeen. Tarkastelun kohteena ovat raskauden keskeytymisen kokeneiden naisten hoitotyöhön osallistuvat sairaalat sekä avoterveydenhuollon neuvolat. Tarkoituksena opinnäytetyössä on kuvata naisten kokemuksia saamastaan tuesta ja tuen tarpeesta. Tutkimuksessa selvitetään tarjottiinko keskenmenon tai sikiöperäisistä syistä tehdyn raskaudenkeskeytyksen kokeneille naisille tukea hoitohenkilökunnan taholta tai ohjattiinko heitä muihin tukipalveluihin. Lisäksi selvitettiin kokivatko naiset saamansa tuen tarpeelliseksi ja riittäväksi.

Opinnäytetyössä keskitytään raskauden keskeytymisen kokeneen naisen hoitohenkilökunnalta saamaan tukeen, vaikka usein naisen tärkein tukihenkilö löytyykin naisen lähipiiristä. Opinnäytetyön ulkopuolelle on rajattu miehen kokema suru ja mahdollinen tuen tarve raskauden keskeytyessä. Opinnäytetyössä puhutaan rinnakkain keskenmenosta ja sikiöperäisistä syistä tehdystä raskaudenkeskeytyksestä raskauden keskeytymisenä. Opinnäytetyössä keskitytään raskauden keskeytymisiin, joissa lapsi olisi ollut toivottu. Huolimatta raskauden kestosta tekstissä käytetään sanaa lapsi, ei sikiö. Lapsen ollessa toivottu menetyksen jälkeinen suruprosessi voi olla samankaltainen huolimatta raskauden keskeytymisyydestä. Tässä työssä naisen saamaa hoitoa käsitellään kokonaisvaltaisesti, huomioiden hoitotyön fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen ulottuvuus. Työssä kuvataan naisen tukemista sekä kättilön että terveydenhoitajan näkökulmasta. Näiden ammattikuntien laajasta työnkuvasta johtuen työssä käytetään hoitavasta tahosta puhuttaessa yleisesti käsitettä hoitotyöntekijä.

Opinnäytetyön pohjalta tehtävä kehittämissuunnitelma on pyritty tekemään hoitotyön koulutusta palvelevaksi työvälineeksi raskauden keskeytymisen kokeneen naisen kohtaamisessa. Kehittämissuunnitelman tavoitteena on lisätä opiskelijoiden tietoisuutta käytettävissä olevista tukimuodoista ja kannustaa tulevia hoitotyön ammattilaisia asiakkaan hoitoon ohjaamisessa. Kehittämissuunnitelma tarjoaa konkreettisia keinoja kohdata keskenmenon tai sikiöperäisistä syistä tehdyn raskaudenkeskeytyksen kokenut nainen.

2 TERVEYDENHOITAJAN JA KÄTILÖN TYÖNKUVA

Kätilö ja terveydenhoitaja kohtaavat työssään raskaana olevia, synnyttäviä ja synnyttäneitä sekä raskauden keskeytymisen kokeneita naisia. Raskaana olevan naisen hoitotyössä kätilö ja terveydenhoitaja työskentelevät limittäin raskauden eri vaiheissa. Terveydenhoitaja osallistuu raskauden ja synnytyksen jälkeiseen seurantaan äitiysneuvolas-
sa. Kätilö kohtaa raskaana olevia naisia synnytyksissä ja raskauskomplikaatioiden hoidossa sairaalassa. Yhteistyössä kätilö ja terveydenhoitaja huolehtivat raskaana olevan naisen hyvinvoinnista raskauden alusta raskauden päättymiseen. Seuraavissa kappaleissa syvennyttään laajemmin kätilön ja terveydenhoitajan työnkuvaan.

2.1 Terveydenhoitajan työnkuva

Terveydenhoitaja toimii asiantuntijana terveydenhoitotyössä, terveyden edistämisessä sekä kansanterveystyössä ihmisen elämänsä eri vaiheissa. Terveydenhoitajan työn keskeisiä osa-alueita ovat väestön osallistaminen ja aktivoiminen oman terveytensä ylläpitämiseen ja sen edistämiseen, terveyden tasa-arvoisuuden lisääminen sekä yhteiskunnallisen eriarvoisuuden vähentäminen. Terveydenhoitaja huomioi työssään elinympäristöön ja elinolosuhteisiin liittyvät tekijät, sekä niiden vaikutukset ihmisten hyvinvointiin. Näkökulmaltaan terveydenhoitajan työ on sekä preventiivistä että promotiivista. Preventiivisellä tarkoitetaan terveydenhoitajan työssä sairauksien ja terveystieteiden ehkäisyä sekä niiden varhaista toteamista ja hoitamista, sekä osallistumista terveellisen ja turvallisen ympäristön suunnitteluun ja kehittämiseen. Promootio sen sijaan on terveyttä rakentavaa, terveydelle edellytyksiä luovaa sekä terveyttä tukevaa toimintaa. Terveydenhoitaja työskentelee yksilöiden, perheiden, yhteisöjen sekä väestön terveyttä edistäen ja ylläpitäen sekä sairauksia ehkäisten. Terveydenhoitajan asiakkaina on väestöä kaikista ikäryhmistä. Toiminnallaan terveydenhoitaja pyrkii vahvistamaan asiakkaiden voimavaroja ja elämästä selviytymistä sekä heidän kykyään itsehoitoon. Terveydenhoitaja voi toiminnallaan vaikuttaa yksilölliseen, yhteiskunnalliseen sekä yhteisölliseen hyvinvointiin. (Haarala, Honkanen, Mellin & Tervaskanto-Mäentausta 2008. 22–24.)

Terveydenhoitajan ammattiin kasvamisen edellytyksenä on oman ammattikuvansa ja persoonallisuutensa tunteminen sekä ammatillisuuden merkityksen ymmärtäminen. Ammatillisuudella tarkoitetaan tutkittuun tietoon perustuvaa ja eettisesti vastuullista toimintaa, korkeaa työmoraalia sekä ammatin rajojen tuntemista. Terveydenhoitajan työ vaatii oman osaamisen jatkuvaa kehittämistä väestön terveydentilan asettamien haasteiden pohjalta. Terveydenhoitajan asiantuntijana toimimisessa korostuu itsenäinen päätöksenteko, vastuullisuus sekä kriittinen ja reflektiivinen ajattelu. Toimintaa ohjaavat terveydenhoitajatyön arvot ja eettiset periaatteet sekä sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö. (Haarala ym. 2008, 23–24.)

Terveydenhoitajan työ edellyttää rohkeutta ja taitoa tarvittaessa puuttua asiakkaan elämään. Terveydenhoitajalta vaaditaan hyviä yhteistyö-, ihmissuhde ja vuorovaikutustaitoja. Terveydenhoitaja työskentelee sekä itsenäisesti että osana moniammatillista ja monialaista työryhmää. Työtä ohjaa yhteiskunnallinen tilanne sekä asiakkaiden erilaiset tarpeet. Terveydenhoitaja työskentelee ihmistä lähellä neuvoloissa avosairaanhoidossa, koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa, työterveyshuollossa, kotihoidossa, itsenäisinä yrittäjinä tai järjestö- ja projektityössä. Terveydenhoitajan keskeisiä työmenetelmiä ovat yksilö- ja ryhmänohjaus, vastaanotto toiminta, kotikäynnit, neuvonta, seulontatutkimukset ja terveystarkastukset. (Haarala ym. 2008, 24–26.) Terveydenhoitajan osaamisen keskeisiin alueisiin kuuluvat eettinen toiminta terveydenhoitotyössä, terveyden edistäminen ja kansanterveystyö, yhteiskunnallinen ja monikulttuurinen terveydenhoitotyö, tutkimus ja kehittämistyö, johtaminen terveydenhoitotyössä sekä terveydenhoito elämänkulun eri vaiheissa. Yksittäisen terveydenhoitajan osaamisalueiden haasteet muodostuvat sen mukaan minkälaisessa toimintaympäristössä ja työtehtävässä hän toimii. (Haarala ym. 2008, 35.) Taulukossa 1 on esitelty terveydenhoitajan osaamisalueet lasta odottavien perheiden terveydenhoitotyössä (Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006, 89).

TAULUKKO 1. Terveydenhoitajan osaamisalueet lasta odottavien perheiden terveydenhoitotyössä. (Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006, 89).

Terveydenhoitaja

- tuntee äitiyshuollon palvelujärjestelmän ja toimii yhteistyössä äitiyshuollon muiden asiantuntijoiden kanssa
- tukee kokonaisvaltaisesti lasta odottavan perheen hyvinvointia ja voimavaroja perheen yksilöllisessä elämäntilanteessa
- tukee isää ja äitiä vanhemmuuteen kasvussa ja parisuhteessa
- omaa valmiudet toteuttaa perhevalmennusta ja imetysohjausta
- hallitsee odottavan äidin ja sikiön terveyden seurannan ja siihen liittyvät seulontamenetelmät
- tunnistaa raskauteen ja synnytykseen liittyviä riskitekijöitä ja toimii niiden ehkäisemiseksi
- toimii erityistarkkailua ja erityistukea vaativien äitien ja perheiden tunnistamisessa, seurannassa, jatkohoitoon ohjauksessa ja hoidossa
- tuntee synnytyksen hoidon ja osaa toimia hätäsynnytystilanteessa
- hallitsee synnyttäneen äidin ja vastasyntyneen lapsen seurannan, ohjauksen ja hoidon sekä tarvittaessa jatkohoitoon ohjauksen
- ohjaa ja tukee asiakkaita seksuaaliterveyteen ja perhesuunnitteluun liittyvissä asioissa

2.2 Kätilön työnkuva

Kansainvälisesti hyväksytty Kansainvälisen kätilöliiton (ICM) kehittämä kätilötyön määritelmä luo pohjan suomalaisen kätilön ammatille, toiminnalle ja tehtäville. Määritelmän mukaan kätilö on henkilö joka on suorittanut kätilötyön opinnot hyväksytysti ja saavuttanut vaaditun pätevyyden voidakseen laillisesti harjoittaa kätilötyötä rekisteröitynä terveydenhuollon ammattilaisena. Kätilö on naisten kanssa yhteistyössä työskentelevä luotettava ja vastuullinen ammattilainen. Kätilö tukee, ohjaa ja hoitaa naisia raskauden, synnytyksen ja lapsivuodeajan aikana. Suomessa kätilöt vastaavat usein itsenäisesti normaalien synnytysten hoidosta ja hoitavat vastasyntyneitä sekä pieniä lapsia. Kätilön toteuttamaan hoitoon kuuluu määritelmän mukaan myös ennaltaehkäisevät toimenpiteet, äidin ja lapsen vointiin liittyvien komplikaatioiden ennakointi, tarvittavan lääketieteellisen avun hankkiminen sekä toiminta hätätilanteissa. Kätilön työnkuva sisältää terveysneuvonnan ja –kasvatuksen antamisen niin naisille kuin heidän perheilleenkin, yhteiskunnallista työtä unohtamatta. Terveysneuvonta ja –kasvatus sisältää

perhe- ja synnytysvalmennusta sekä vanhemmuuteen valmentautumista. Se voi sisältää myös seksuaali- ja lisääntymisterveyteen, perhesuunnitteluun tai lapsen hoitoon liittyvää neuvontaa. Kätilön on mahdollista työskennellä kodeissa, sairaalassa, neuvoloissa, terveyskeskuksissa tai muiden terveystalvelujen piirissä. Suomalainen kätilökoulutus perustuu sairaanhoitajakoulutukselle, joten Suomessa kätilöt hallitsevat myös hoitotyön eri osa-alueet. Toiminta-alueeltaan kätilötyö on Suomessa tavallista laajempi sisältäen seksuaaliterveyden asiantuntijuuden, eri-ikäisten naisten terveystarpeet sekä naistentautien hoitotyön. (Paananen ym. 2009, 25–26.)

Euroopan neuvoston kätilödirektiivi 80/155/ETY on myös määrittänyt kätilön tehtäviä. Kätilödirektiivin mukaan jäsenvaltioiden on huolehdittava siitä että kätilöt nimetään vastaamaan ja toteuttamaan tehtäviä jotka esitetään taulukossa 2. Sosiaali- ja terveysministeriö sekä Opetusministeriö ovat soveltaneet direktiivin määrittämiä tehtäviä soveltuvaksi suomalaiseen terveydenhuoltoon. Sosiaali- ja terveysministeriön sekä Opetusministeriön ohjeistuksen mukaan kätilö toimii naistentautien hoitotyön sekä seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen asiantuntijana, jonka tehtävänä on tukea ja auttaa naisia, perheitä ja yhteisöjä seksuaali- ja lisääntymisterveyden määrittelemisessä, saavuttamisessa ja parantamisessa. (Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:4.)

Kätilötyössä huomioidaan eri-ikäisten naisten ikäkausien mukaiset terveystarpeet sekä naisen elämä koko ulottuvuudessaan. Näiltä osin kätilötyö eroaa kaikista muista terveydenhuollon ammateista ja näiden asioiden hallitsemiseen pohjautuu kätilötyön vahvuus ja ammatillinen identiteetti. Kätilön työ vaatii itsenäistä päätöksentekoa, mutta myös tiivistä yhteistyötä muiden ammattiryhmien kanssa. Päämääränä kätilötyössä on eettinen toiminta sekä laadullisesti korkeatasoinen kätilötyö. Tämä edellyttää vahvaa osaamista, työtä ohjaavien arvojen ja eettisten periaatteiden noudattamista, sekä lainsäädännön mukaan toimimista. Kätilötyö on näyttöön perustuvaa hoitotyötä, mikä tarkoittaa työn perustuvan tutkittuun, teoreettiseen tietoon tai kokemukseen perustuvaan näyttöön. Kätilön työssä edellytetään jatkuvaa toiminnan perusteiden kriittistä arvioimista sekä oman osaamisensa kehittämistä. Kätilö tarvitsee työssään vahvan teoreettisen ja klinisen osaamisen lisäksi hyviä ohjaus- ja vuorovaikutustaitoja, sekä kykyä tukea ja vahvistaa naisten ja perheiden omia voimavaroja. (Paananen ym. 2009, 29–28.)

Kätilötyössä toteutuu sekä preventiivinen eli sairauksia ehkäisevä että promotiivinen eli terveyttä edistävä näkökulma. Kätilö osallistuu työssään eri-ikäisten ja eri elämäntilanteissa olevien naisten hoitoon, neuvontaan ja ohjaukseen. Toiminnallaan kätilöllä on mahdollisuus vaikuttaa niin naisen kuin perheidenkin yksilölliseen ja yhteisölliseen hyvinvointiin. (Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:4, 81.) Kätilötyön uudet osaamisvaatimukset korostavat vaihtoehtoisten synnytysten hoitoa, synnytysten kivunlievitystä, varhaisen vuorovaikutuksen tukemista, synnytyspelkojen ja masennuksen tunnistamista, naisen sosiaalista tukemista sekä naisen oikeuksia potilaana. Uusissa osaamisvaatimuksissa painotetaan myös seksuaaliterveyteen, parisuhteeseen ja perheen perustamiseen liittyviä kysymyksiä, sekä miesten huomioimista lisääntymisterveyteen liittyvissä palveluissa. (Paananen ym. 2009, 30.)

TAULUKKO 2. Kätilön tehtävät.

(Kätilön tehtävät. EU:n kätilödirektiivi. <http://www.suomenkatiloliitto.fi>; Paananen ym. 2009, 27.)

Kätilön tehtävät

- Toteuttaa perhesuunnitteluneuvontaa ja ohjausta.
- Todeta raskauksia ja tarkkailla normaaliraskauksien kulkua, sekä suorittaa tarpeellisia tutkimuksia normaaliraskauksien seurannassa.
- Määrätä tai ohjata tarpeellisiin tutkimuksiin raskausriskien mahdollisimman varhaiseksi toteamiseksi.
- Toteuttaa valmennusta vanhemmuuteen kasvamisesta sekä synnytysvalmennusta, sisältäen myös hygienia- ja ravitsemusohjauksen.
- Hoitaa ja avustaa äitiä synnytyksen aikana ja tarkkailla sikiön vointia käytettävissä olevin kliinisin ja teknisin menetelmin
- Hoitaa normaalit alatiesynnytykset, myös ne, joissa on tehtävä episiotomia ja hätätilanteissa hoitaa myös perätilasynnytykset
- Tunnistaa sellaiset epänormaaliudesta kertovat merkit, jotka edellyttävät siirtämistä lääkärin hoitoon. Avustaa lääkäriä tarpeen tullen, sekä toteuttaa tarpeelliset hätätoimenpiteet mikäli lääkäriä ei ole saatavilla. Hätätilanteessa irrottaa istukka käsin ja sen jälkeen suorittaa kohdun tutkiminen.
- Tutkia ja hoitaa vastasyntynyt lapsi, toteuttaa välittömät hoidon edellyttämät toimenpiteet ja tarvittaessa aloittaa vastasyntyneen elvytys välittömästi.
- Hoitaa ja tarkkailla äitiä lapsivuodeajan aikana ja tarvittaessa neuvoa häntä kaikissa lapsen hoitoon liittyvissä asioissa, mahdollistaen vastasyntyneelle mahdollisimman hyvät kehitysmahdollisuudet.
- Toteuttaa lääkärin määräämä hoito.
- Kaiken tarpeellisen tiedon kirjaaminen.
- Toimia seksuaali- ja lisääntymisterveyden sekä naistentautien hoitotyön asiantuntijana.
- Auttaa ja tukea naisia, perheitä ja yhteisöjä määrittelemään, saavuttamaan ja parantamaan seksuaali- ja lisääntymisterveyttään.

3 KESKENMENO

Keskenmeno on yleisin raskauskomplikaatio. Arviolta 40–50% kaikista raskauksista päättyy keskenmenoon. Noin 80 % keskenmenoista tapahtuu raskauden ensimmäisellä kolmanneksella ennen 13. raskausviikkoa (Ihme & Rainto 2008, 178). Keskenmenosta puhutaan tilanteessa, jossa raskaus keskeytyy ennen kuin sikiö on elinkykyinen. Elinkyvyyttömäksi sikiö luokitellaan jos raskaus keskeytyy ennen raskausviikkoa 22. tai jos sikiö painaa alle 500 grammaa. (Hartikainen ym. 1995, 139.) Mahdollisesta keskenmenosta viestiviä oireita ovat runsas verenvuoto sekä ristiselässä tai vatsanpohjassa tuntuva jaksottainen kuukautiskivun kaltainen supistelun aiheuttama kipu (Eskola & Hytönen 2005, 182–183).

3.1 Keskenmenon eri muodot

Kohdunulkoisella eli ektooppisella raskaudella (graviditas extrauterina) tarkoitetaan tilaa jossa raskausmuodostuma sijaitsee muualla kuin kohtuontelossa. 1-2 % kaikista raskauksista on ektooppisia raskauksia. Valtaosa (97–98%) kohdunulkoisista raskauksista sijaitsee munatorvessa. Joissakin tapauksissa munasolu voi kiinnittyä munasarjaan, vatsaonteloon tai kohdunkaulaan. (Ylikorkala & Kauppila 2008, 401.) Kohdunulkoiset raskaudet ovat lisääntyneet viime vuosikymmeninä. Syinä tähän ovat lisääntyneet gynekologiset tulehdukset, kierukan ja minipillereiden käyttö sekä kohdunulkoisten raskauksien diagnostiikan kehittyminen. (Eskola & Hytönen 2005, 185.)

Tuulimunaraskaudessa (ovum abortivum) alkioita ei kehity lainkaan. Kohtuun muodostuvat istukka ja kalvot, mutta sikiön kehitys on keskeytynyt munasolun hedelmöitymisestä huolimatta. (Ihme & Rainto 2008, 181.) Rypäleraskaus (mola hydatidosa) on häiriö, joka ilmenee alkuraskaudessa. Rypäleraskaudessa istukan nukkalisäkkeet eli villukset turpoavat muodostaen rakkuloita, joiden sisällä on kirkasta hyytelömäistä nestettä. Tavallisimmat syyt rypäleraskauteen ovat munan varhaiskuolema tai sen kehityshäiriöt. Länsimaissa rypäleraskauksia esiintyy noin yksi 2000 - 3000 raskautta kohti. (Eskola & Hytönen 2005, 187.)

3.2 Keskenmenon syyt

Keskenmenoille ei ole yhtä selittävää tekijää. Synä voivat olla niin naisesta, sikiöstä kuin muistakin ulkoisista syistä johtuvat tekijät (taulukko 3). Keskenmenojen aktiivinen ehkäisy pyritään välttämään, sillä usein keskenmenon syynä olevan tekijän, kuten esimerkiksi kehityshäiriön, ajatellaan olevan luonnon tapa karsia elinkyvyttömät yksilöt. (Paananen ym. 2007, 385.)

TAULUKKO 3. Keskenmenon mahdollisia syitä. (Eskola & Hytönen 2005, 181–182; Ylikorkala & Kauppila 2008, 393.)

Sikiöperäiset tekijät	Naisesta johtuvat tekijät
kromosomipoikkeavuus	infektiot
rakenteelliset epämuodostumat	synnytyselinten häiriöt ja epämuodostumat
napanuoran kehityshäiriöt	kohdun asentovirheet ja kasvaimet
istukan kehityshäiriöt	hormonaaliset häiriöt
kromosomien rakenteelliset poikkeavuudet	perussairaudet
	ulkoiset tekijät

Sikiöperäisistä keskenmenon syistä yleisin on sikiön kromosomipoikkeavuus. Noin 50–60% keskenmenoista johtuu sikiön kromosomipoikkeavuuksista, joista yleisimpiä ovat trisomiat (13-, 16-, 18- 21-, 22-). Turnerin oireyhtymä (45X) on yleisin kromosomivika. Se aiheuttaa 20–25 % kromosomivioista johtuvista keskenmenoista. Naisen ikä on selvästi verrannollinen kromosomipoikkeavuuksien esiintyvyyteen. Mitä iäkkäämpi nainen on, sen korkeampi riski sikiöllä on saada kromosomipoikkeavuus. Muita sikiöperäisiä keskenmenon syitä ovat sikiön rakenteelliset epämuodostumat sekä napanuoran tai istukan kehityshäiriöt. Sikiöperäisen keskenmenon voi joissakin tapauksissa aiheuttaa myös kromosomien rakenteellinen poikkeavuus. (Ylikorkala & Kauppila 2008, 393.)

Naisesta johtuvia keskenmenon syitä voivat olla erilaiset infektiot, naisen synnytyselinten häiriöt ja epämuodostumat, kohdun asentovirheet sekä kasvaimet, hormonaaliset häiriöt, naisen perussairaudet tai muut raskauteen vaikuttavat ulkoiset tekijät. (Eskola & Hytönen 2005, 181–182.) Kohdun rakenteelliset poikkeavuudet on liitetty kesken-

menoalttiuteen, enneaikaiseen synnytykseen sekä sikiön poikkeavaan tarjontaan loppuraskaudessa. Rakenteellisia poikkeavuuksia voivat olla kohdun osittainen tai täydellinen väliseinä sekä kohdun osittainen tai täydellinen kaksiosaisuus. Myös erilaiset kohdun myoomat, kohtuontelon kiinnikkeet, synnytyselinten epämuodostumat sekä kohdun asentovirheet voivat vaikeuttaa implantaatiota sekä raskauden jatkumista. Keskenmenon riski lisääntyy myös tilanteissa joissa raskaus alkaa kohtuontelossa olevasta kierukasta huolimatta. (Ylikorkala & Kauppila 2008, 177, 393–394.)

Syynä raskauden keskikolmanneksen keskenmenoon voi olla harvinainen kohdunkaulan heikkous. Tuolloin kohdunsuu avautuu ilman kivuttomia supistuksia. Vaikka hormonaaliset häiriöt ovat merkittävä lapsettomuuden syy, on niiden yhteys keskenmenoihin silti ristiriitainen. Näitä mahdollisesti keskenmenoja aiheuttavia hormonaalisia ja aineenvaihdunnallisia häiriöitä ovat esimerkiksi hoitamaton kilpirauhasen vaja- tai liikatoiminta, epätasapainoinen diabetes sekä harvinaisempana keltarauhasen vajaatoiminta. Myös muut krooniset sairaudet, kuten munuaistaudit ja verenpainetauti voivat olla syynä keskenmenoon. (Ylikorkala & Kauppila 2008, 177, 392–394.)

Raskauden alussa sairastettu bakteeri- tai virusinfektio voi vaikuttaa sikiön kehitykseen sekä keskenmenoriskin lisääntymiseen. Sikiön kehitystä vaarantavia tartuntatauteja ovat esimerkiksi influenssa, sikotauti, vihurirokko, klamydia, herpes, sytomegalia, parvovirus, listerioosi, ureaplasma sekä toksoplasmoosi. (Eskola & Hytönen 1997, 164; Ylikorkala & Kauppila 2007, 394.) Riskitekijänä keskenmenoon sekä enneaikaiseen synnytykseen on liitetty myös emättimen bakteeriflooran häiriö, eli bakteerivaginoosi. Tämä lisää keskenmenoriskiä kaksin- viisinkertaiseksi. Bakteerivaginoosi todetaan neljäsosalla naisista ennen raskautta ja 15 %:lla raskauden aikana. (Ylikorkala & Kauppila 2008, 394.)

Elämäntavoilla ja elinympäristöllä on yhteys naisen lapsettomuuteen sekä lisääntyneeseen keskenmenoriskiin. Runsas alkoholin, tupakan ja huumeiden käyttö sekä jatkuva altistuminen erilaisille säteilyille ja myrkyille, kuten solunsalpaajille ja orgaanisille liuottimille, ovat keskenmenoriskiä lisääviä ulkoisia tekijöitä. (Ylikorkala & Kauppila 2007, 394.) Raskautta vaarantavia tekijöitä voivat olla myös ulkoiset traumat sekä raskauden aikana tehtävät vatsaonteloon kohdistuvat leikkaukset. Myös psyykkisten järky-

tysten, kuten esimerkiksi voimakkaiden pelko- ja tuskatilojen, oletetaan aiheuttavan keskenmenoja. Täysin varmoja tieteellisiä todisteita tästä ei kuitenkaan ole. (Eskola & Hytönen 2005, 182.) Miehestä johtuvia keskenmenon syitä tunnetaan vielä vähän. Runsas alkoholin käyttö sekä lyijylle altistuminen vaikuttavat siittiöiden kehitykseen ja näin ollen lisäävät keskenmenoriskiä. (Ylikorkala & Kauppila 2008, 394.)

3.3 Keskenmenon hoito

Useita päiviä kestävä runsas verenvuoto ja alavatsakipu raskauden aikana ovat ensimmäinen merkki uhkaavasta keskenmenosta. Keskenmenoa ei voida välttää oireiden voimistuessa ja kohdunkaulan kanavan auetessa. (Eskola & Hytönen 2005, 182–183.) Tämä johtaa joko täydelliseen keskenmenoon, jolloin kaikki raskausmateriaali poistuu spontaanisti tai epätäydelliseen keskenmenoon, jolloin kohtuun jää raskauskudosta (Hartikainen ym. 1995, 142). Keskenmenoa epäiltäessä raskauden keskeytyminen voidaan todentaa gynekologisen perustutkimuksen sekä ultraäänitutkimuksen avulla (Ihme & Rainto 2008, 178–179). Laboratoriotutkimuksilla kartoitetaan potilaan yleistilaa sekä seurataan istukkahormoni hCG:n määrää (Eskola & Hytönen 2005, 182). Gynekologisella perustutkimuksella voidaan emättimessä nähdä kuukautisia runsaampaa verenvuotoa, sekä lyhentynyt ja avautunut kohdun kaulakanava. Mikäli sikiön sydänääniä ei kuulla, kohtu ei vastaa raskausviikkoja tai sikiötä ei havaita ultraäänitutkimuksessa, on kyse keskenmenosta. (Saarikoski 1992, 131.)

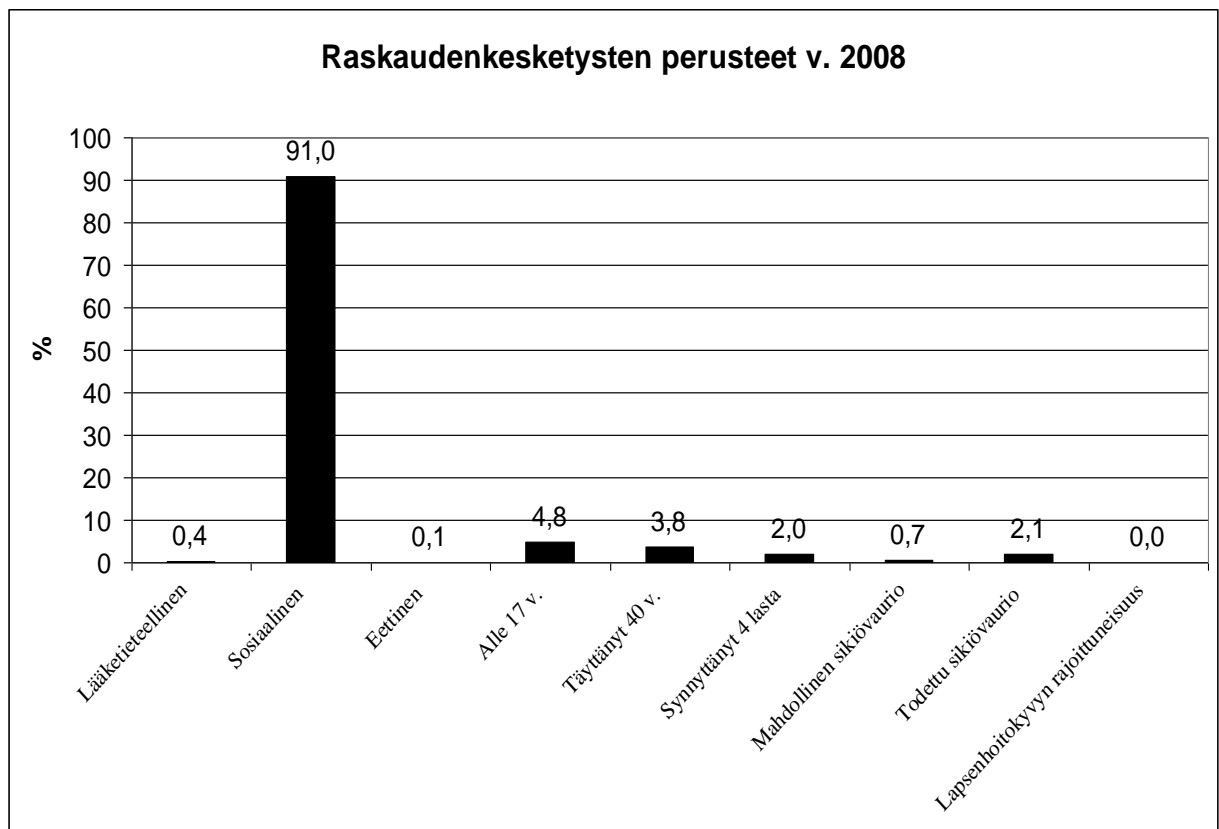
Keskenmeno voi hoitua itsestään. Tutkimusten mukaan 80 %:ssa käynnissä olevista keskenmenoista ei tarvita rutiininomaista kaavintaa, huolimatta kohdussa olevasta raskauskudoksesta. Keskenmenon seurantaan päädyttäessä tulee potilaalle antaa suullista sekä kirjallista ohjausta, sekä tietoa siitä, mihin ottaa yhteyttä ongelmatilanteessa. Seuranta toteutettaessa tulee olla mahdollisuus hCG-pitoisuuden seurantaan sekä vaginalliseen kaikututkimukseen. Kohtuontelon kirurginen tyhjennys on kuitenkin ensisijainen hoitovaihtoehto jos nainen ei ole motivoitunut keskenmenon seurantaan, vuoto on erittäin runsasta tai yhteys hoitopaikkaan on hankalasti järjestettävissä. (Ylikorkala 2008, 396–397.)

Kirurgisen kaavinnan vaihtoehtona on kohtuontelon tyhjennys lääkkeellisesti prostaglandiineilla tai antiprogestiinin ja prostaglandiinin yhdistelmällä. Keskenmenon yleisin komplikaatio on runsas verenvuoto ja siitä mahdollisesti seuraava anemia. Harvinaisempia komplikaatioita ovat septinen sokki ja kohdun kaavinnasta aiheutuvat kiinnikkeet. (Ylikorkala 2008, 396–397.)

Kaikille keskenmenopotilaille tulee suorittaa jälkitarkastus 2-4 viikon kuluttua keskenmenosta. Tarkastuksessa huomioidaan kohdun koko, vuodon määrä ja infektion mahdollisuus. Kaikututkimuksella tai raskaustestillä varmistetaan raskauden päättyminen. (Ylikorkala ym. 2008, 396.) Jälkitarkastuksessa tärkeintä on keskustella potilaan kanssa keskenmenon syistä sekä menetyksen herättämistä tunteista. Potilaan kanssa käydään läpi seuraavan raskauden mahdollisuus sekä ennuste. (Tiitinen 2010.)

4 SIKIÖVAURIOPERUSTEELLA TEHTY RASKAUDENKESKEYTYS

Raskaudenkeskeytyksellä tarkoitetaan lääketieteellisin menetelmin käynnistettyä raskauden päättymistä, joka ei täytä synnytyksen määritelmää. Sikiö ei tiedettävästi ole kuollut kohtuun ennen keskeyttämistoimenpidettä. Sikiöllä todetun vaikean poikkeavuuden vuoksi voidaan Suomessa raskaus keskeyttää Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston (Valvira) luvalla ennen 24. raskausviikon päättymistä (Valvira 2009) Vuonna 2008 raskaudenkeskeytyksiä tehtiin yhteensä 10 942, joista mahdollisen sikiövaurion perusteella 77 raskaudenkeskeytystä, ja todetun sikiövaurion perusteella 217 raskaudenkeskeytystä. Yleisin raskaudenkeskeytyksen peruste vuonna 2008 olivat sosiaaliset syyt. Taulukosta 4 nähdään raskaudenkeskeytysten prosentuaalinen jakautuminen vuonna 2008. (Stakes 2008.)



KUVIO 1. Raskaudenkeskeytysten perusteet vuonna 2008. (Stakes 2008. Suoritetut raskaudenkeskeytykset keskeytysperusteen mukaan.)

Vaikeita rakenteellisia epämuodostumia sekä kromosomipoikkeavuuksia voidaan seuloa ja diagnosoida raskauden ensimmäisen kolmanneksen aikana. Suurin osa synnynnäisistä poikkeavuuksista havaitaan vasta lapsen synnyttyä. Tavallisimpia vaikeita rakenteellisia epämuodostumia ja kromosomipoikkeavuuksia voidaan tunnistaa seulonnoilla. Sikiövaurioista johtuvia raskaudenkeskeytysperusteita ovat muun muassa keskushermoston epämuodostumat, munuaisten ja virtsateiden poikkeavuudet, vatsanpeitteiden sulkeutumishäiriöt, sydämen epämuodostumat, kromosomipoikkeavuudet sekä muut sikiön poikkeavuudet. (Autti-Rämö ym. 2006, 25-26.)

4.1 Laki raskauden keskeyttämisestä 24.3.1970/239

Suomessa raskauden keskeytykselle tulee olla laissa säädetyt perusteet. Seuraavassa käsitellään lakia niiltä osin mitä se säättää geneettisin perustein tehdyistä raskauden keskeytyksistä. Laissa raskauden keskeyttämisestä 24.3.1970/239 on 1 §:ssä määritelty perusteet raskauden keskeytyksille. 1 §:n 5 kohdan mukaan raskaus voidaan naisen pyynnöstä keskeyttää jos on syytä otaksua, että lapsi olisi vajaamielinen tai että lapsella olisi tai lapselle kehittyisi vaikea sairaus tai ruumiinvika. (Laki raskauden keskeyttämisestä 24.3.1970/239).

Geneettisin perustein tehtäville raskaudenkeskeytyksille on anottava lain 6 §:n 3 kohdan mukaan Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston lupa (Laki raskauden keskeyttämisestä 24.3.1970/239). Lupaa anotaan omakätisesti allekirjoitetulla hakemuksella, johon liitetään tarvittaessa perinnöllisyyslääketieteen erikoislääkärin lausunto lapsen todennäköisestä sairastumisesta (Asetus raskauden keskeyttämisestä 29.5.1970/359 3 § 1 kohta).

Lain 5 §:n mukaan raskaus tulee keskeyttää mahdollisimman pian. Raskaus tulee keskeyttää ennen raskausviikkoa kaksitoista, ellei syynä ole naisen sairaus tai ruumiinvika. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto voi myöntää 5a §:n mukaan luvan raskaudenkeskeytykselle raskausviikon kaksitoista jälkeenkin, jos lapsivesi- tai ultraääni-tutkimuksella, serologisella tutkimuksella tai muulla vastaavalla luotettavalla tutkimuksella on todettu vaikea sikiön sairaus tai ruumiinvika. Raskauden keskeytystä ei kuiten-

kaan voida tehdä kahdenkymmenenneljän raskausviikon jälkeen. (Laki raskauden keskeyttämisestä 24.3.1970/239.)

4.2 Sikiöseulonnat

Sikiödiagnostiikalla tarkoitetaan sikiön synnynäisten kehityshäiriöiden, kuten synnynäisten sairauksien, epämuodostumien ja kromosomivikojen varhaista toteamista, tutkimista ja mahdollista hoitoa. Sataa vastasyntyntä kohden merkittäviä epämuodostumia todetaan kahdella - kolmella sikiöllä. Lapsen elämänlaatua parantavaa hoitoa ei kaikkiin epämuodostumiin ole olemassa. Osa vaikeista epämuodostumista aiheuttaa aina vastasyntyneen lapsen kuoleman. (Paananen ym. 2006, 334.) Negatiivinen tutkimustulos ei aina takaa vauvan terveyttä. Myöskään kohonnutta sairauriskiä osoittava tutkimustulos ei välttämättä tarkoita lapsen olevan sairas tai vammaisen. (Armanto 2009, 47.)

WHO:lla on käytössään yleiset seulontaperiaatteet, joita ovat seulottavan taudin vaikeus ja yleisyys sekä mahdollisuudet sen hoitoon. Periaatteisiin kuuluvat lisäksi seulonnan tekniset edellytykset sekä palvelujärjestelmän mahdollisuudet asianmukaisten seulontojen ja neuvonnan järjestämiseen. WHO:n seulonnan periaatteet on kokonaisuudessaan esitelty taulukossa 5. (Stakes 1999. Oppaita 34, 41-42.)

TAULUKKO 4. Sikiöseulontojen yleiset periaatteet. (Stakes 1999. Oppaita 34, 42.)

Sikiöseulontojen yleiset periaatteet
Seulonta kohdistuu tärkeään kansanterveysongelmaan
Seulottavalla taudilla on piilevä esiaste tai oireeton vaihe
Kyllin luotettava ja eettisesti hyväksyttävä seulontatesti on olemassa
Havaittavan taudin esiasteelle tai oireettomalle vaiheelle on hyväksyttävä hoito
Positiivisen seulontatuloksen varmentamiseen ja varmennetun taudin hoitoon on voimavaroja
Seulontakustannukset ovat realistiset suhteessa muuhun terveydenhuoltoon
Seulonta on jatkuvaa

Sikiöseulontojen yleisiin periaatteisiin kuuluu kaikkien raskauksien hoito tasavertaisesti huolimatta siitä ovatko lapsen vanhemmat halukkaita osallistumaan seulontoihin. Terveystieteidenhuollossa ihmisiä kohdellaan tasapuolisesti riippumatta siitä, ovatko vanhemmat käytöksellään tai valinnoillaan edesauttaneet sikiön taudin syntyä. Sikiöseulontoihin osallistuminen on aina vapaaehtoista. (Autti-Rämö ym. 2005, 60, 63.) Ennen seulontaa ja tutkimusta tulee harkinta-ajan takaamiseksi vanhemmille antaa heidän tarpeidensa sekä omaksumiskykynsä mukaista tietoa. Tiedon ja tuen saaminen on varmistettava seulonnan joka vaiheessa. Psykososiaalinen tuki voi olla tarpeen niin raskautta jatkaville kuin raskauden keskeytykseen päätyville vanhemmille. (Stakes 1999, Oppaita 34, 52.)

Seulontatutkimusten saatavuudessa on kunnallisia eroja. Tutkimusten taso vaihtelee tutkijan kokeneisuuden ja käytettävissä olevien laitteiden mukaan. (Hartikainen ym. 1995, 131.) Seulontojen järjestämisessä tulisi kuitenkin pyrkiä koko maan kattaviin käytäntöihin eriarvoisuuden välttämiseksi. Seulontojen asianmukainen järjestäminen vaatii riittävät resurssit tiedotuksen, neuvonnan ja tuen mahdollistamiseksi. Hoitohenkilökunnan tulee olla tietoisia seulottavien tautien luonteesta, yleisyydestä, ennusteesta ja hoitomahdollisuuksista. (Stakes 1999, Oppaita 34, 52.)

Neuvolan ensikäynnillä tehdään läheteet sikiöseulontatutkimuksiin, jos vanhemmat niin haluavat. Sikiötutkimuksiin ohjattaessa vanhemmille kerrotaan tutkimusten sisällöistä, sekä tutkimuksen mahdollisista tuloksista. (Armanto 2009, 47.) Suullisen ohjauksen lisäksi vanhemmille tulee antaa kirjallista informaatiota, johon heillä on mahdollisuus perehtyä myöhemmin. Neuvoja ja tietoa sikiöseulonnoista vanhemmat saavat parhaiten neuvoloissa. (Autti-Rämö ym. 2005, 60.) Naiselle tarjotaan mahdollisuutta varhaiseen seerumiseulontatutkimukseen raskausviikoilla 9-12. Seerumiseulonnan avulla saadaan tietoa raskauteen liittyvästä valkuaisaineesta (PAPP-A) sekä raskaushormonin (hCG) määrästä. Trisomisissa raskauksissa hCG -pitoisuus on suuri ja PAPP-A -pitoisuus pieni johtuen sikiön ja istukan huonosta kehitymisestä. Ollakseen luotettava seerumiseula tulee ottaa juuri näillä raskausviikoilla, sillä ero 21-trisomiaraskauden ja normaaliraskauden välillä pienenee raskauden edetessä. (Paananen ym. 2006, 335.)

Vanhemmilla on mahdollisuus kahteen raskaudenaikaiseen ultraäänitutkimukseen raskausviikoilla 12–14 ja 18–20. Ensimmäisessä ultraäänitutkimuksessa selvitetään ras-

kauden kesto, sekä etsitään sikiön lisääntyntä niskaturvotusta. Lisääntynyt niskaturvotus voi viitata 21-trisomiaan, eli Downin syndroomaan tai muihin kehityshäiriöihin. Seulontatuloksen ollessa positiivinen, tarjotaan vanhemmille mahdollisuus istukka- tai lapsivesinäytteeseen sikiön kromosomien tutkimiseksi. (Armanto 2009, 48.) Neuvolasta varataan aika lähimpään jatkotutkimuspaikkaan, joka usein on keskus- tai yliopistosairaala. (Paananen ym. 2006, 335.) Keskiraskauden ultraäänitutkimuksessa seulotaan sikiön rakenteellisia poikkeavuuksia. (Armanto 2009, 48.)

4.3 Sikiöseulontojen eettiset ja sosiaaliset kysymykset

Sikiöseulontoihin ja sikiöperäisistä syistä tehtyihin raskaudenkeskeytyksiin liittyy useita eettisiä ongelmia, joita voidaan katsoa eri näkökulmista. Eettiseltä kannalta voidaan pohtia, kenen etua sikiöseulonnat ajaa; raskaana olevan naisen, tulevien vanhempien, sikiön, sairaiden ja vammaisten, vai yhteiskunnan. Ongelmallista on, kuka ja millä perusteella voi päättää, millaisella ihmisellä on oikeus syntyä. (Mälkiä 2008, 11.)

Sikiön oikeuksien näkökulmasta nousee kysymys oikeudesta elämään, ja siitä minkälainen elämä on elämisen arvoista. Äidin näkökulmasta naisen oikeuksiin kuuluu määräysvalta omasta ruumiistaan ja kantamastaan sikiöstä. Sikiöperäisistä syistä tehdyn raskaudenkeskeytyksen kohdalla ongelmaksi nousee, minkälaiset sikiöt voidaan abortoida ja minkälaiset saavat syntyä. (Mälkiä 2008, 11.) Rajanveto vaikean ja muun rakennepoikkeavuuden välillä on vaikea. Suomen lainsäädännössä ei ole määritelty mitkä poikkeavuudet katsotaan vaikeiksi. Ihmisten käsitykset poikkeavuudesta ja sen vaikeudesta ovat yksilöllisiä. (Autti-Rämö ym. 2005, 113.) Koska raskaana olevalla naisella on oikeus tehdä lopullinen päätös raskauden jatkamisesta, on mahdollisen tulevan isän päätösvalta tilanteessa suhteellisen pieni. Vammaisten tai perinnöllistä tautia sairastavien näkökulmasta asiaa voidaan tarkastella myös heidän ihmisoikeuksiensa kannalta. (Mälkiä 2008, 11.) Sikiöseulontoja voidaan pitää vammaisvastaisina, ja keskustelua herättääkin vammaisten oikeus syntyä vammastaan huolimatta (Autti-Rämö ym. 2005, 63).

Yhteiskunnan näkökulmasta sikiödiagnostiikan eettiseen pohdintaan vaikuttaa yksilövapaus, terveyspolitiikka, vammaispolitiikka sekä taloudelliset näkökulmat (Mälkiä

2008, 11). Seulontojen mahdollistajana terveydenhuolto tuo esille hyväksyvän kantansa raskaudenkeskeytykseen vaihtoehtona poikkeavan lapsen syntymälle. Puolueettomuuden varmistamiseksi tulee terveydenhuollon kuitenkin huolehtia niin taloudellisten kuin psykososiaalisten tukimuotojen järjestämisestä vammaisille, sekä vammaismyönteisen ilmapiirin luomisesta. Seulontojen myönteisiä yhteiskunnallisia vaikutuksia ovat lääketieteellisen tiedon lisääminen sekä tasa-arvoinen tiedonsaanti. Tasa-arvoisuutta lisää yhteiskunnan tarjoama mahdollisuus sikiöseulontoihin koulutus pohjasta tai varallisuudesta riippumatta. (Autti-Rämö ym. 2005, 63-64.)

4.4 Raskaudenkeskeytyksen hoitosuositus

Raskaudenkeskeytyksestä on annettu Käypä hoito-suositus, jonka tavoitteena on varmistaa raskaudenkeskeytyksen turvallisuus ja korkealaatuisuus. Käypä hoitosuosituksen mukaan raskaudenkeskeytys toteutetaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyönä. Hoitoketjussa tulee huomioida asiakkaan yksilöllinen neuvonnantarve kokonaisvaltaisesti. Tavoitteena on edistää raskaudenkeskeytyksen yhteydessä annettavaa ehkäisyneuvontaa, jolla tuetaan hyvää ja turvallista parisuhdetta. Käypä hoito-suositus pyrkii vähentämään raskaudenkeskeytysten määrää ja erityisesti ehkäisemään toistuvia raskaudenkeskeytyksiä. (Käypä hoito 2007.)

Raskaudenkeskeytykseen päätyminen on usein henkisesti raskas päätös naiselle. Osa keskeytyistä suunnittelevista naisista tarvitsee keskusteluapua ja aikaa päätöksen tekemiseksi. Erityisesti tuen tarpeessa voi olla nainen joka on alaikäinen, on aikaisemmin ollut masentunut tai hänellä on taloudellisista tai sosiaalisia ongelmia. Erityistä huomiota tulee kiinnittää asiakkaisiin joiden keskeytysajankohta on myöhäinen, keskeytys tehdään hakijan tai isän terveydentilan vuoksi, tai sikiövaurion perusteella. Psykkinen sairastuvuus keskeytyksen jälkeen on lisääntynyt ja naisten itsemurhariskin arvioidaan olevan jopa kolminkertainen keskeytyksen jälkeen. Naiset voivat hyötyä keskustelusta asiantuntijan kanssa. Raskauden keskeytyksen jälkeisestä psyykkistä toipumista edesauttaa mahdollisuus keskustella keskeytysaikeistaan jo ennen toimenpidettä. Keskustelun ohella kirjallisen tiedon antaminen on tärkeää. (Käypä hoito 2007.)

Raskausajan sikiödiagnostisiin seulontatutkimuksiin osallistuminen on vapaaehtoista. Ennen seulontatutkimuksiin osallistumista tulee kehityshäiriöistä ja niiden hoidosta antaa riittävästi tietoa tutkimuksiin osallistuville. Sikiöperäisistä syistä tehtävä raskaudenkeskeytys saa aikaan samanlaisen surureaktion kuin sikiön kohdunsisäinen kuolema. Naisen henkinen tukeminen on ensiarvoisen tärkeää. Hänelle tulee tarjota mahdollisuutta neuvontaan perinnöllisyyslääketieteen yksikössä kaikkien tutkimustulosten ollessa käytettävissä. (Käypä hoito 2007.)

Toimivan hoitoketjun toteutuminen edellyttää raskaudenkeskeytystä edeltävien tutkimusten alueellista järjestämistä niin, että välttyttäisiin viivytyksiltä ja päällekkäisiltä tutkimuksilta. On tärkeää alueellisesti sopia siitä, missä edeltävät tutkimukset toteutetaan. Perusterveydenhuollossa selvitetään asiakkaan esitiedot raskaudenkeskeytystä varten, lääkäri kertoo asiakkaalle raskaudenkeskeytyksen vaihtoehdoista, lausunnonantajalääkäri tekee lähetteen keskeytyssairaalaan, ja asiakkaan kanssa keskustellaan jatkoehkäisystä. Raskaudenkeskeytystä edeltävinä tutkimuksina tehdään yleinen terveydentilan arviointi, raskaudenkeston arviointi, klamydia-näyte, papa-koe, perusverenkuva sekä selvitetään veriryhmä ja veriryhmävasta-aineet. (Käypä hoito 2007.)

Sairaalassa tarkistetaan lähettävän lääkärin lausunto ja lausuntoa täydennetään tarvittaessa toisen lääkärin lausunnolla. Kohdunsisäinen raskaus ja raskauden kesto varmistetaan gynekologisella tutkimuksella ja kaikututkimuksella. Tutkimusten jälkeen keskeytysmenetelmästä päätetään yhdessä naisen kanssa ja tehdään tarvittavat lisätutkimukset. Jälkitarkastusajankohta sovitaan, ja varmistetaan vielä jatkoehkäisy. (Käypä hoito 2007.)

Raskaudenkeskeytys toteutetaan joko kirurgisella imukaavinnalla tai lääkkeellisesti. Kirurginen imukaavinta tehdään sairaalassa naisen ollessa nukutettuna. Ennen toimenpidettä kohdunsuuta pyritään pehmentämään lääkkeellisesti, jotta repeytymiltä välttyttäisiin. Lääkkeellisessä raskaudenkeskeytyksessä kohtu supistelee keskeytyslääkkeen vaikutuksesta ja sikiö abortoituu. Sikiön abortoitumisen jälkeen tarkistetaan istukan ja kalvojen täydellisyys. Jälkeisten ollessa epätäydelliset tulee kohdun tyhjentäminen varmistaa kaikukuvauksella ja mahdollisesti kaavinnalla. Lääkkeellisen keskeytyksen jälkeinen vuoto voi kestää 10–14 vuorokautta. (Käypä hoito 2007.)

Keskeytystapahtuman jälkeen naiselle annetaan sekä kirjalliset että suulliset ohjeet, joissa häntä kehoitetaan ottamaan yhteyttä keskeytyssairaalaan ongelmatilanteissa. Jos raskaudenkeskeytys on sujunut ilman komplikaatioita, voi kuukautisia odottaa alkavaksi 4-7 viikon kuluessa. Raskauden ehkäisyyn käyttö on suositeltavaa aloittaa heti raskaudenkeskeytyksen jälkeen. Yhdistelmä- ja progestiiniehkäisyvalmisteiden käytön voi aloittaa heti raskaudenkeskeytyksen jälkeen, ja kierukka voidaan asentaa ensimmäisten kuukautisten yhteydessä. (Käypä hoito 2007.)

Alkuraskaudessa tehdyn raskaudenkeskeytyksen jälkitarkastus pyritään tekemään ennen kuin keskeytetty raskaus olisi ollut 12. raskausviikolla. Toisen raskauskolmanneksen aikana tehdyn raskaudenkeskeytyksen jälkitarkastus tehdään 2-4- viikon kuluttua toimenpiteestä. Jälkitarkastuksessa varmistetaan raskauden keskeytyminen, ehkäisyyn aloittaminen, ja arvioidaan sosiaalisen ja psyykkisen tuen tarve. Jos keskeytystapahtuma on sujunut ongelmitta, voidaan jälkitarkastus toteuttaa avoterveydenhuollossa, ja sen voi suorittaa terveydenhoitaja. Keskenmenon jälkitarkastuksessa ei ole tarvetta rutiinimaiselle kliiniselle tutkimukselle. Sekä kirurgisen että toisen raskauskolmanneksen aikana tehdyn raskaudenkeskeytyksen onnistumisen varmistamiseksi voidaan käyttää seerumin hCG -pitoisuuden määrittystä. (Käypä hoito 2007.)

4.5 Raskaudenkeskeytyksen komplikaatiot

Lääkkeellisen keskeytyksen kokee kivuliaaksi yli 90 % naisista, joiden raskaus on kestänyt alle yhdeksän viikkoa. Näistä naisista yli puolet tarvitsee kipulääkityksen. Pahoinvointia esiintyy 15-35 %:lla ja ripulia 10-20 %:lla potilaista. Raskausviikoilla 9-12 tehdyissä raskaudenkeskeytyksissä näitä haittavaikutuksia on noin 50-98 %:lla. Lääkkeellisissä raskaudenkeskeytyksissä runsasta verenvuotoa esiintyy alle 1 %:lla, jolloin voidaan joutua turvautumaan verensiirtoon tai kaavintaan. Antibioottihoidon vaativia infektioita esiintyy 3-6 %:ssa lääkkeillä tehdyissä raskaudenkeskeytyksissä. Näihin raskaudenkeskeytyksiin voi liittyä kuolleisuutta. (Käypä hoito 2007.)

Kirurgisessa raskaudenkeskeytyksessä voi olla sekä välittömiä että myöhempiä komplikaatioita. Välittömistä komplikaatioista yleisin on runsas verenvuoto. Verensiirtoja tar-

vitaan kuitenkin vain alle 0,1%:ssa tapauksista. Välittömiä komplikaatioita ovat kohdun puhkeaminen tai kohdunkaulan vaurioituminen. Kaavinnan seurauksena kohdun limakalvo voi vaurioitua aiheuttaen kiinnikkeitä kohtuonteloon. (Ylikorkala ym. 2005, 397). Myöhemmin esiintyvä kirurgisen raskaudenkeskeytyksen komplikaatio voi olla kohdun epätäydellinen tyhjeneminen, jolloin raskausmateriaalia jää kohtuun, ja toimenpide joudutaan uusimaan. Uusintakaavinta tehdään 2-3 %:lle kirurgisissa raskaudenkeskeytyksissä olleista naisista. Kohdun infektoita ja antibioottihoitoa vaativia tulehdusepäilyjä esiintyy 4-9 %:ssa kirurgista raskaudenkeskeytyksistä. (Käypä hoito 2007.)

Joissakin tapauksissa raskaus jatkuu kirurgisesta tai lääkkeellisestä keskeytyksestä huolimatta. Tavallisimmat syyt raskauden jatkumiselle ovat alle 7 viikkoa kestänyt raskaus, kohtuontelon anomaliat ja toimenpiteen tekijän kokemattomuus. Raskaudenkeskeytyksen kokeneella naisella on riski sairastua myös psyykkisesti. Keskeytyksen kokeneilla naisilla depression esiintyvyyden arvioidaan olevan 13–41 %. Psykooseja ilmenee 0,3 tuhatta keskeytystä kohti. Kielteisiä psyykkisiä seuraamuksia esiintyy vähemmän, jos keskeytyspäättös on ollut selvä alusta alkaen. (Käypä hoito 2007.)

5 SURU

Surun määrittelemisen käsitteenä on ongelmallista käsitteen moninaisuudesta johtuen. Surulla on useita tunnusmerkkejä ja rinnakkaiskäsitteitä. Suruun läheisesti liittyviä termejä ovat menetys, epäonni ja onnettomuus, jotka aiheuttavat intensiivistä emotionaalista kärsimystä. (Erjanti & Paunonen-Ilmonen 2004, 9.) Suru koetaan usein hyvin yksityiseksi ja yksinäiseksi. Vain sureva ihminen voi täysin ymmärtää, mitä hän on menettänyt ja mitä menetys hänelle merkitsee. Onkin lähes mahdotonta kuvailla menetyksen aiheuttamia tunteita ja sen merkityksiä toisille. (Kohner 2001, 61.) Suru on menetystä koskevien tunteiden ja ajatusten kokonaisuus, jonka ihminen kokee sisällään (Erjanti & Paunonen-Ilmonen 2004, 9).

Suru ajatellaan usein kielteiseksi tunteeksi, mutta surussa on nähtävissä myös positiivisia piirteitä. Sanakirjoissa suru määritellään jonkin epämieluisan ja toivomusten vastaisen tapahtuman tai olotilan aiheuttamaksi syväksi ja kestäväksi mielihahan tunteeksi. Suru voi luoda mahdollisuuden kypsymiseen ja uusien ulottuvuuksien löytämiseen murroksen kautta, sisältäen rakkautta, helpottuneisuutta, nöyryyttä ja hyväksyntää. (Laakso 2000, 19.)

5.1 Surun vaiheet

Surun teorioita on esitetty 1940-luvulta lähtien. Akuutin surun ilmenemismuodot tunnisti ensimmäisenä Eduard Lindeman vuonna 1944. Akuutti suru muodostuu somaattisista ja psykologisista oireista, jotka sureva kokee välittömästi odottamattoman kuoleman jälkeen. Oireet voivat myös viivästyä tai jäädä kokonaan tulematta. Joskus oireet voivat olla liioiteltuja, tai saada häiriintyneitä muotoja. Lindeman määritteli viisi luonteenomaista piirrettä akuutille surulle; somaattinen stressi, viha, syyllisyys, ajatusten kohdistaminen vainajaan ja käyttäytymismallin muutokset. Lindemanin mukaan suruprosessin kestoon vaikuttaa se, kuinka sureva onnistuu surutyössään. (Laakso 2000, 22.)

Surun vaiheita kuvanneen Kübler-Rossin mukaan suruprosessissa on viisi vaihetta: kieltäminen, viha, kaupankäynti, masennus ja hyväksyminen. Hoitotyöntekijöiden tulee ymmärtää ja tuntea surun kehitysvaiheet, jotta he osaavat olla surevan henkilön tukena. (Laakso 2000, 22.) Surun ensimmäisessä vaiheessa äkillisen menetyksen jälkeen ihmisen luonnollinen puolustuskeino on kieltäminen. Ensimmäisenä reaktiona tulevat usein järkytys ja sokki. Kieltämällä tilanteen ihminen pyrkii pakenemaan todellisuutta kohdattaessaan yllättävän tai vaikean tapahtuman. Tämä auttaa surevaa, kun hän myöhemmin ottaa käyttöönsä muita puolustautumiskeinoja. Menetyksen kieltäminen voi ilmetä vähättelynä. Sureva voi hävittää kaikki kuolleeseen liittyvät tai hänestä muistuttavat asiat. (Laakso 2000, 22-23.)

Vihan, katkeruuden ja kateuden tunteet ovat normaaleja surun toisessa vaiheessa. Viha on usein hämmentävä tunne läheisen kuoleman jälkeen. Sen tunnistaminen on tärkeää, sillä sen tunnistamatta jättäminen saattaa vaikeuttaa surutyön etenemistä. Vihan kohteeksi joutuneella ei usein ole mitään tekemistä tapahtuneen kanssa. Vihan ohella sureva tuntee syyllisyyttä, ahdistusta ja pelkoa. Suru voi ilmentyä syyttelynä kohdistuen hoitohenkilökuntaan, perheenjäseniin, Jumalaan tai omaan itseen. Syyttely voi muodostua ongelmaksi, mikäli useampi kuin yksi perheenjäsen suree yhtäaikaaisesti. Tämä on yleisintä lapsen kuollessa, kun vanhemmat eivät osaa tukea toisiaan, vaan etsivät toisistaan syytä lapsen kuolemalle. (Laakso 2000, 23-24.)

Surun kolmatta vaihetta kuvaavat katkeruus ja konkurssi. Tälle vaiheelle on ominaista tyhjyyden tunne. Sureva kykenee ajoittain unohtamaan läheisensä, mutta elämä tuntuu yksitoikkoiselta. Suruprosessin neljättä vaihetta voidaan surevan ihmisen elämässä kuvailla sitoutumisen tunteella. Tässä vaiheessa surun suurin tuska on ohi, ja ihminen on valmis järjestämään elämänsä uudelleen. Viides vaihe suruprosessissa on vahvuuden ja itseluottamuksen vaihe, jonka aikana sureva samaistuu menetettyyn. (Laakso 2000, 24.)

Surun vaiheet eivät aina etene samalla tavalla. Kaikkia vaiheita ei välttämättä tule, ja vaiheiden kesto vaihtelee jokaisella yksilöllisesti. Surevalle henkilölle surun vaiheiden tunnistaminen voi luoda turvaa siitä, että surutyö tapahtuu prosessina, jonka päätyttyä ihminen aloittaa usein uuden elämän vahvempana ja kypsempänä. Hoitotieteen näkökulmasta surun eri vaiheiden ja niiden ilmenemisen tunnistaminen lisää hoitotyön kei-

noja surevan ihmisen tukemisessa ja auttamisessa, jolloin hoitohenkilökunnan on helppompaa ymmärtää surevan ihmisen reaktioita ja tunnetiloja. (Laakso 2000, 24-25.)

5.2 Suruprosessi raskauden keskeytyessä

Keskenmeno on aina kriisi naiselle ja perheelle. Keskenmenon kokenut käy läpi samoja suru- ja kriisireaktion vaiheita kuin jo syntyneen lapsensa menettänyt äiti. (Hartikainen ym. 1995, 143.) Raskauden keskeytyessä vanhempien reaktiot ovat yksilöllisiä, mutta niissä on myös paljon samankaltaisuuksia. Monien on vaikea uskoa tapahtuneen olevan totta. He saattavat itkeä, mutta eivät siltikään voi uskoa raskauden keskeytyneen. Jotkut voivat tuntea itsensä turraksi, kyvyttömiksi tuntemaan minkäänlaisia tunteita. Tämän kaltaisessa turtuneessa mielentilassa menetyksen kokeneet vanhemmat voivat huomata ajattelevansa tai tekevänsä asioita, jotka ovat täysin toisarvoisia tapahtuneeseen nähden. Ihmisen mieli ei useinkaan pysy mukana äkillisissä järkyttävissä tapahtumissa. Se suojelee itseään tiedolta, joka on liian raskas kantaa, ja aivan täysin päinvastainen suhteessa niihin odotuksiin, joita tulevaisuudesta lapsen kanssa oli rakennettu. (Kohner & Henley 2001, 20-22.)

Usein lapsen menettäneet vanhemmat kokevat erityisen hetken, jolloin lapsen menetyksestä tulee heille todellista. He ymmärtävät tapahtuneen ensimmäistä kertaa, ja myöntävät itselleen, ettei surua ja kipua voi enää paeta. Joidenkin kohdalla tapahtuneen ymmärtäminen vie aikaa. Raskauden keskeytyessä vanhemmille ei jää juuri mitään muistoa lapsesta, jolloin menetyksen ymmärtäminen on usein vaikeampaa. (Kohner 2001, 29.)

Raskauden keskeytyessä nainen suree menetettyä raskauttaan, sekä mahdollisuuttaan saada oma lapsi. Tunteet heilahtelevat syvästä surusta vihaan, ja ajatukset epäonnistumisesta nousevat pintaan. (Järvi 2007, 43-44.) Suru on vaikea hyväksyä, sillä sen mukana tulee tietoisuus siitä, ettei asian muuttamiseksi ole mitään tehtävissä. Mikään ei voi tuoda takaisin päättynyttä raskautta, ja lasta joka on kuollut. Nainen voi menettää luottamuksensa itseensä, koska ei ole pystynyt millään tavoin ehkäisemään tapahtunutta. (Kohner 2001, 29, 62.)

Elimistö toipuu normaalista keskenmenosta noin viikossa, mutta henkisen surutyön aikaa ei voi määritellä. Joskus ajatellaan raskauden keston tai suunnittelemattomuuden olevan yhteydessä naisen kokemaan suruun ja masennukseen. Näin ei kuitenkaan ole, sillä surun syvyyden on todettu olevan yhteydessä naisen kiintymykseen odottamaansa lasta kohtaan. (Järvi 2007, 43-44.) Surureaktio voi voimistua toistuvissa ja sikiöperäisistä syistä tehdyissä raskaudenkeskeytyksissä (Hartikainen ym. 1995, 143). Kiintymys ja hoivaamisen halu lasta kohtaan kehittyvät raskauden aikana. Syntymättömän lapsen ajatteleminen luo mielikuvaa tulevasta lapsesta, ja ajasta hänen kanssaan. Raskauden keskeytyessä lapsensa menettäneet menettävät myös mielikuvissaan jo olemassa olleen lapsen, sekä kaiken mitä se on heille merkinnyt. Se merkitsee äkillistä luopumista unelmista, toiveista ja suunnitelmista, jotka jo olivat ehtineet rakentua. Vanhemmat joutuvat luopumaan odotetusta onnesta. Ensimmäisen lapsensa menettäneet vanhemmat joutuvat myös luopumaan kehittymässä olevasta identiteetistään vanhempina ja perheenä. (Kohner 2001, 1-2, 61.)

Monet vanhemmat kuvailevat tunteneensa menetyksen jälkeen lohduttomuutta ja epätoivoa. He voivat tuntea itsensä eristetyiksi, rangaistuiksi ja hyvin yksinäisiksi. Kaipaus lasta kohtaan voi olla lähes sietämätöntä. Menetyksen lopullisuus on hyvin tuskallista ja raskasta. Monet vanhemmat ovat kokeneet pelkoa kuoleman ja omien voimakkaiden tunteidensa edessä. Pelkoa voi herättää maailman kohtaaminen menetyksen jälkeen. Vanhemmat voivat tuntea, ettei tulevaisuudella ole heille mitään annettavaa, ja että elämä on menettänyt merkityksensä. (Kohner 2001, 30, 62.)

Suru voi aiheuttaa myös fyysistä kipua. Keskenmenon jälkeen nainen voi kärsiä käsi-varsiensa, hartioiden sekä rintakehän kivuista. Puhutaan tyhjän sylin kivusta, jossa syntymätöntä lasta on mielikuvatasolla tuuditettu. Voimakas suru voi laukaista psykosomaattisia oireita, verenpaineen nousua, ruokahaluttomuutta, rytmihäiriöitä sekä väsymystä. Keskenmenon luoma pettymys voi kohdistua naisen omaa kehoa kohtaan, jolloin tapahtunut koettelee koko naisellisuuden perustaa. (Järvi 2007, 47-48.) Naiset kokevat, että heidän olisi pitänyt pystyä normaaliin, hyvin sujuneeseen raskauteen, sekä kyetä synnyttämään terve ja elinvoimainen lapsi, koska tuhannet muutkin naiset pystyvät (Kohner 2001, 32). Elimistön hormonitoiminta muuttuu, mikä vaikuttaa myös naisen seksuaalisuuteen. Seksihalujen menettäminen joksikin aikaa ei ole tavatonta. Nainen voi enem-

män tai vähemmän tietoisesti suojata itseään uudelta raskaudelta, ja siten myös uuden keskenmenon mahdollisuudelta. (Järvi 2007, 47-48.)

Menetyksen kokenut ihminen saattaa reagoida menetykseen ja suruun kohdistamalla vihan muita ihmisiä kohtaan. Monille vanhemmille keskenmenon jälkeinen vihan tunne tulee yllätyksenä. Vanhemmat voivat kauhukseen huomata vihaavansa lapsia, sekä odottavia äitejä, ja jopa ajoittain kuvittelevat itsensä vahingoittamassa heitä. (Järvi 2007, 49–50.) On normaalia että vanhemmat vertaavat itseään toisiin ja tuntevat kateutta niitä kohtaan, joilla on takanaan onnistunut raskaus ja synnytys. Kateuden tunnetta on kuitenkin vaikea myöntää, vaikkakin se on ymmärrettävää. Kateus voi myös eristää menetyksen kokeneita vanhempia perheellisistä ystävistään, sillä voi olla vaikeaa kohdata heitä raskauden keskeytymisen jälkeen. (Kohner 2001, 31, 64.)

Viha voi purkautua jo keskenmenon hoidon aikana tai jälkeenpäin kotona. Myös parisuhde voi kärsiä vihan tunteesta. Vaimo voi syyttää miestä keskenmenosta tai mies voi väittää vaimonsa aiheuttaneen keskenmenon. (Järvi 2007, 49–50.) Kun jotain kamaa tapahtuu, on luonnollista etsiä syyllistä tapahtuneeseen. Usein syytökset kohdistuvat juuri siihen ihmiseen, jota tarvitsemme ja rakastamme eniten. Jotkut syyttävät itseään lapsensa kuolemasta. He miettivät tekemiään asioita ja ajattelevat että toisin toimimalla tapahtunut olisi ollut mahdollista estää. Näin voi käydä varsinkin jos tapahtuneelle ei ole löydetty mitään lääketieteellistä syytä. Syyllisyyden tunne voi johtaa myös siihen, että menetyksen kokeneet vanhemmat voivat tuntea olevansa vastuussa myös surusta, jonka lapsen kuolema on aiheuttanut heidän läheisilleen. (Kohner 2001, 31, 64.)

Surun tuomaa turtumusta seuraa usein tarve selvittää keskenmenon syytä. Tapahtuneelle etsitään syytä niin ammattilaisilta kuin kirjallisuudestakin. Tiedonhaluun ja vertaistuen etsimiseen liittyvät halu puhua, kysellä ja pohtia tapahtunutta. Aihe on hyvin kipeä ja keskenmenon kokeneen naisen voi olla vaikea löytää keskustelukumppania. Kuuntelija on kuitenkin välttämätön, sillä keskenmenon kokeneen naisen tarve puhua on suuri. Kuuntelijan roolin saa yleensä puoliso. (Järvi 2007, 53-55.)

Keskenmenon tuoman surun voi myös torjua. Järkytykseen reagoiminen voi vaihdella täydellisestä romahduksesta rationaaliseen asenteeseen. Järkipäisesti ajatteleva nainen

ei välttämättä järkyty tai itke. Hän selittää keskenmenon luonnon tavaksi karsia elinkelvottomat alkiot ja raskaudet. Vaikka tapa surra on yksilöllinen, on surun väkisin torjuminen ihmiselle haitallista. Tukahdetut tunteet voivat nousta pintaan jossain muussa elämän kriisitilanteessa, jolloin seurauksena voi olla syvempi ja tuskallisempi suruprosessi. Tällöin vaara sairastua niin fyysisesti kuin psyykkisestikin lisääntyy. (Järvi 2007, 57–58.)

5.3 Äitiyden ja vanhemmuuden menettäminen

Raskaustiedon saadessaan nainen alkaa valmistautua tulevaan äitiyteen monin eri tavoin. Hän alkaa tarkkailla omia tekemisiään ja käyttäytymään niin, että tulevalla lapsella olisi mahdollisimman turvalliset lähtökohdat kohdussa kehittymiseen. Hän etsii tietoa raskauden kulusta ja kertoo raskaudesta lähimmäisilleen. Alkuraskauteen liittyvät oireet kuten väsymys ja pahoinvointi tekevät raskautta todelliseksi ja äiti alkaa totutella raskauteen. Raskausaikana sekä tuleva äiti että isä työstävät omia kehitystehtäviään vanhemmuuteen kasvamisessa sekä toimivan perheen muodostamisessa. Yksi vanhemmuuteen kasvamisen kehitystehtävä on luoda suhde tulevaan lapseen. Vanhemmat voivat luoda voimakkaan tunnesiteen lapseen jo raskauden alkuvaiheessa. Nykyteknologian mahdollistamana jo varhaisissa ultraäänissä pystytään näkemään lapsen sykkivä sydän, mikä konkretisoi vanhemmille mielikuvaa tulevasta lapsesta ja edesauttaa kiintymysprosessin alkamista. (Roto 2001, 8-10.)

Keskenmeno katkaisee lapsen alkaneen kiintymisprosessin rajulla tavalla. Naisen elimistön ja psyykeen on vaikea sopeutua yllättävään raskauden päättymiseen. Raskaana ollessaan nainen on valmistautunut mielellään ja kehollaan äidin ja vauvan symbioottisen suhteen muodostumiseen. Keskenmenossa koko raskauden energia, elinvoima ja herkkyys muuttuvat surun polttoaineeksi, tehden suruprosessista ja toipumisesta erityisen raskaan ja vaativan. (Järvi 2007, 37-38, 51.) Toivotun raskauden päättyessä keskenmenoon menetyksen kokemus voi olla niin suuri, että siihen liittyy kuolemaan verrattavissa oleva surutyö, joka vanhempien on käytävä läpi. Vanhempien on sopeuduttava siihen että odotettua lasta ei tulekaan. (Roto 2001, 10.)

Lapsensa menettänyt joutuu luopumaan myös äidiksi ja vanhemmaksi kasvamisen prosessista. Mielessä olleet haaveet ja käsitykset tulevasta lapsesta ja itsestään vanhempana jäävät täyttymättä. Mielikuvien tilalle saapuu tyhjiys, varsinkin jos yhdessä vietettyjä hetkiä lapsen kanssa ei ole ollenkaan tai niitä on hyvin vähän. On vaikeaa surra lasta jota ei oikeastaan vielä ollutkaan. (Stakes, Oppaita 34, 21.) Pelko lapsen menettämisestä uudelleen voi estää naista kiintymästä lapseen seuraavan raskauden aikana. Myös suhde jo olemassa oleviin lapsiin voi kärsiä, mikäli surutyö sivuutetaan. (Salzer 1994, 257.)

5.4 Surusta selviytyminen

Keskenmenon jälkeisestä surusta ei selviä yhdessä yössä. Nainen voi olla masentunut viikkoja tai jopa kuukausia. Surutyön etenemiseksi on tärkeä myöntää tapahtunut ja kohdata menetyksen tuomat voimakkaat tunteet. Surua ei voi sivuuttaa teeskentelemällä, ettei raskautta koskaan ollutkaan. (Salzer 1994, 262.) Aluksi sureminen tuntuu vain lisäävän menetyksestä syntynyttä tuskaa. Itselleen täytyy kuitenkin antaa lupa ajatella sekä muistella menetettyä vauvaa ja tapahtunutta. (Kohner 2001, 31.) Säntääminen kiireiseen arkeen tai työntäyteiseen elämään ei ole keino poistaa pahaa oloa, sillä elämä on muuttunut ja se on hyväksyttävä. Surun käsittelemättä jättäminen voi johtaa pitkittyneeseen suruprosessiin tai pahimmassa tapauksessa jopa masennukseen. (Kreula 2008, 34-35.)

Sureminen on tapa jolla ilmennämme kokemaamme menetystä. Ilmaisemalla näitä tunteita voimme ymmärtää niitä paremmin ja tulla sinuiksi niiden kanssa. Lopulta tuska pienenee. Omalla tavallaan ja omassa aikataulussaan vanhempien täytyy päästä kosketuksiin tunteidensa kanssa. Voidakseen surra he tarvitsevat jotakin mitä surra, kuten muistoja ja muistoesineitä. He tarvitsevat myös mahdollisuuden ja aikaa surra rauhassa. (Kohner 2001, 34.)

Surutyötä voi käydä läpi muistelemalla tapahtunutta, sekä puhumalla tai kirjoittamalla yksityiskohtaisesti raskausajan ja keskenmenon kokemuksista (Salzer 1994, 257). Raskaudenkeskeytyksissä lapsen näkeminen ja koskettaminen konkretisoi tapahtunutta. Hyvästeleminen sekä arkun tai uurnan näkeminen todentavat kuolemaa edistäen suru-

työtä. Tietynlaiset rituaalit, kuten hartaushetki, yhteissiunaus tai lapsen tuhkaaminen on monille tärkeä sekä tukea antava osa surutyötä. (Kreula 2008, 33.)

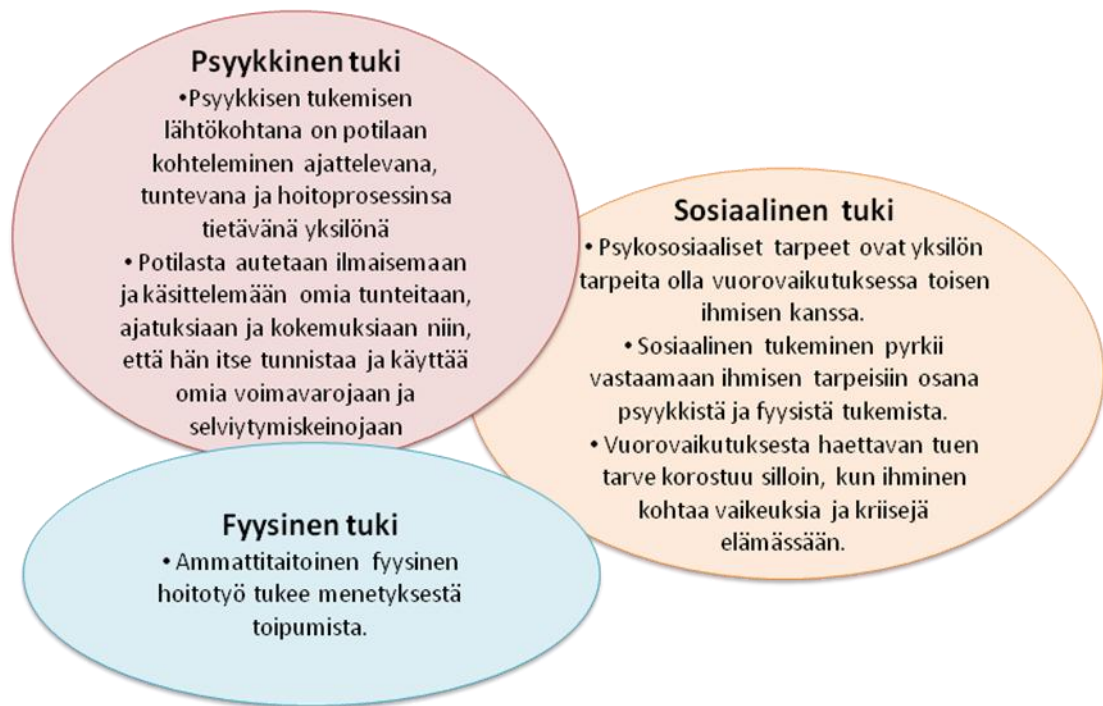
Puhuminen edistää suruprosessia. Kertoessaan tapahtumista nainen hoitaa itseään ja toipuminen edistyy. Nainen puhuu tunteistaan, samalla rakentaen tarinaa järkyttävästä tapahtumasarjasta. Kokemukset saavat sanallisen muodon, jolloin tapahtuman käsittely helpottuu. (Järvi 2007, 54-55.) Ongelmana kuitenkin on, ettei kaikilla ole lähellään ihmisiä joille puhua. Ystävät ja sukulaiset voivat ajatella olevansa enemmän haitaksi kuin hyödyksi, eivätkä näin ollen osaa tai uskalla kohdata lähimmäisensä surua. Joskus naisen on otettava ensimmäinen askel saadakseen tarvitsemaansa tukea. (Salzer 1994, 259-260). Puolison, ystävien sekä sukulaisten lisäksi keskusteluapua voi saada vertaistukiryhmistä, mielenterveysseuran kriisityöntekijältä, terveyskeskus- tai työterveyspsykologeilta, neuvoloista sekä seurakunnista (Järvi 2007, 54-55; Manner 1992, 21). Huolimatta puhumisen tärkeydestä on suruprosessissa myös puhumattomuus ja suruun vetäytyminen hyväksyttävä, sillä joskus menetys voi olla niin kipeä, että puhuminen jopa ystäville tai sukulaisille on vaikeaa (Järvi 2007, 54-55). Joillekin vanhemmille ystävien ja sukulaisten tapaaminen voi tuntua hankalalta ja etenkin myötäeläminen toisten onnessa heidän iloitessaan uuden lapsen syntymästä tai tulevasta perheenlisäyksestä on vaikeaa. Toiset taas toivovat ympärilleen paljon elämää ja ystäviä joiden kanssa jakaa suruaan. Menetyksen kohtaaminen on hyvin henkilökohtaista ja yksilöllistä. (Stakes, Oppaita 34, 21)

Vähitellen surutyön edetessä tuska laantuu (Salzer 1994, 262). Negatiiviset tunteet korvautuvat positiivisemmilla toivon tunteilla, jolloin nainen hyväksyy tilanteen ja itseluottamus palaa. (Järvi 2007, 38). Surun tunteet eivät kuitenkaan välttämättä häviä vuosien kuluessa, ne vain muuttavat muotoaan. Menetetyn vauvan muisto ei koskaan katoa, mutta ajan kuluessa siitä tulee helpommin siedettävä. (Kohner 2001, 34). Nainen huomaa itkevänsä vähemmän ja kyky nauttia elämästä lisääntyy. Vaikka toipuminen tapahtuneesta on jo hyvässä vaiheessa voi masennusta ja surua esiintyä pitkään. Keskenmenon tunteet voivat nousta pintaan, etenkin raskaudesta muistuttavissa tilanteissa, kuten kuukautisten alkaessa, keskenmenon vuosipäivänä ja lapsen arvioituna syntymäpäivänä. (Salzer 1994, 262.)

6 NAISEN TUKEMINEN RASKAUDEN KESKEYTYESSÄ

Jokaisen ihmisen ainutlaatuisuus luo haastetta hoitotyöhön. Keskenmenossa tai raskauden keskeytyksessä lapsensa menettäneiden naisten tukeminen vaatii henkilökunnalta erityistä ammattitaitoa. Hoitohenkilökunnan tulee ymmärtää menetyksen merkitys yksilön kohdalla ja heidän tulee osata varautua erilaisiin surureaktioihin (Hartikainen ym. 1995, 143). Ei ole olemassa yhtä valmista mallia siitä, miten henkilökunta parhaalla mahdollisella tavalla kohtaisi surevan naisen. Fyysisen hoitotyön lisäksi naisen huomiointi, sekä tuen tarjoaminen ovat osa hyvää hoitotyötä. Nainen ei koskaan unohda sellaista hoitotyöntekijää, joka on uskaltanut lähestyä häntä surun hetkellä. Hoitotyössä kohtaamisen tulisi olla asiallista, jottei osaamaton kohtaaminen lisää naisen taakkaa entisestään. (Bendt 2000, 190, 196-197, 208; Tulppala & Ylikorkala 1997.) Läsnaolo ja turvallisen hoitoilmapiirin luominen vähentää potilaan pelkoa ja ahdistusta. Keskenmenoa hoidettaessa hoitohenkilökunnan tuki ja ymmärrys naista kohtaan korostuvat. (Ihme & Rainto 2008, 179.)

Huonosti toteutunut hoitotyö voi lisätä vanhempien tuskaa ja tehdä suremisen entistä vaikeammaksi. Empaattinen hoito sairaalassa ei vie vanhempien surua pois, mutta hyvä hoitotyö voi tehdä suremisen helpommaksi. Surun keskellä onnistunut hoitotyö antaa voimaa, ja myöhemmin tapahtumia muistellessa vanhemmat voivat tuskallisten muistojen joukkoon liittää myös hyviä muistoja. (Kohner 2001, 35–37.) Raskauden keskeytyksessä naisen hoidossa tulisi huomioida fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tarpeet. Nämä yhdessä muodostavat kokonaisvaltaisen hoitotyön, jota kuvataan kuviossa 1.



KUVIO 2. Kokonaisvaltainen hoitotyö raskauden keskeytyessä.

6.1 Hoidon käytäntöjä raskauden keskeytyessä

Ensimmäinen tieto lapsen vammaisuudesta tai sairaudesta tulee usein esille raskauden aikana tehtävissä seulontatutkimuksissa. Raskauden aikana ilmenevä poikkeavuus voi olla vaikeammin käsiteltävissä, koska varmaa tietoa sairaudesta tai vammasta ei vielä ole. (Stakes 1999, Oppaita 34, 110.) Ensitieto keskenmenosta tai raskauden poikkeavuudesta tulisi antaa viivyttämättä rauhallisessa ympäristössä molempien vanhempien läsnä ollessa (Väisänen, Niemelä, Suua 2009, 89). Vanhemmille on annettava aikaa surra sekä selkiinnyttää tapahtunutta. Hoitohenkilökunnan tulee huomioida, että perhe on raskauden keskeytyessä menettänyt lapsensa riippumatta siitä, missä vaiheessa raskautta keskeytyminen on tapahtunut. Ensitietoa annettaessa hoitohenkilökunnan tulee olla valmis joustamaan aikataulustaan, jotta vanhempien tarpeet tulevat huomioiduksi. (Stakes 1999, Oppaita 34, 110–111.)

Keskenmenon tapahtuessa vanhemmille tulisi antaa mahdollisuus vaikuttaa synnytysjärjestelyihin, sekä esittää toiveita siitä, kuinka he toivoisivat synnytyksen edistyvän. Lapsen kuollessa kohtuun nainen toivoo usein keisarinleikkausta. Synnyttäminen luonnollisesti on tästä huolimatta suositeltavaa, jotta lapsi ja lapsen menettäminen konkretisoituvat. Tällöin vanhemmat pystyvät suremaan menetettyä lastaan. Kuolleen lapsen synnyttäminen voi ajatuksena olla julma, mutta surutyön kannalta sillä on tärkeä merkitys. Vanhempien mielipidettä tulisi kuulla sekä kipulääkityksen että synnytysasennon suhteen. (Kohner 2001, 43–45; Bendt 2000, 191-192.)

Etukäteen olisi hyvä keskustella, haluavatko vanhemmat lapsen syliinsä heti syntymän jälkeen, vai vasta myöhemmin. Vanhemmilta ei tulisi kysyä, haluavatko he pidellä lastaan sylissä. Kysymyksellä asian saa tuntumaan epäluonnolliselta ja epämieluisalta. Hoitaja voi sanoa kokemuksesta tietävänsä, että näin on hyvä tehdä. Se, että tuntee lapsensa painon sylissään, saa kehon muistamaan lapsen todella olleen olemassa. Jos vanhemmat eivät näe lastaan, he saattavat lähteä kotiin tuntien tilanteen epätodelliseksi, jolloin surutyö voi hankaloitua. On kuitenkin tärkeää, että vanhemmat saavat lähestyä lastaan omassa tahdissaan. Vanhemmille tulee antaa riittävästi aikaa olla lapsen lähellä sekä mahdollisuus päättää, kuinka kauan he pitävät lapsen luonaan. Myös epämuodostuneen lapsen näkeminen tulee tehdä mahdolliseksi, sillä mielikuva lapsen ulkomuodosta on usein vääristynyt. (Bendt 2000, 191–194, 208.) Vanhempien huomioinnin lisäksi huomaavaisuus syntynyttä lasta kohtaan on tärkeää. Vanhempien kanssa keskusteltaessa keskenmenosta tulisi puhua lapsesta, ei sikiökuolemasta tai abortista. Mikäli vanhemmat ovat nimenneet lapsen, häntä tulee puhutella omalla nimellään. (Kohner 2001, 40-41; Stakes 1999, Oppaita 34, 110-111.)

Hoitohenkilökunta voi auttaa perhettä käytännön asioissa, esimerkiksi ottamalla kuolleesta lapsesta valokuvia, tai käden- ja jalanjäljet muistoksi perheelle. Lapselta voi myös leikata muistoksi hiuskiehkuran. (Bendt 2000, 208.) Mikäli mahdollista perheelle järjestetään perhehuone, jossa puolisollakin on mahdollisuus yöpyä (Manner 1992, 20). Vanhempien kanssa tulisi keskustella myös muista lapsen syntymän jälkeisistä rituaaleista, kuten hautajaisista. Hoitohenkilökunnan on myös huomioitava kulttuuritaustan merkitys vanhempien surutyössä. Eri kulttuureissa ja uskontokunnissa suhtaudutaan keskenmenoon ja lapsen sairauteen eri tavoin, jolloin myös toimintatavat vaihtelevat suuresti. (Stakes 1999, oppaita 34, 112; Kohner 2001, 43–45.)

Keskenmenon kokeneen perheen hoitotyössä hoidon jatkuvuus on ensiarvoisen tärkeää. Hoitohenkilökunnan tulisi huolehtia, ettei perhe jää yksin. Viimeistään kotiinlähtövaiheessa tukea voisi järjestää esimerkiksi synnytyssairaalan, neuvolan tai psykologin yhteistyönä. Näin varmistetaan, etteivät vanhemmat kotiin tultuaan jää yksin surunsa kanssa. Raskauden keskeytymiseen ja sen hoitoon liittyvän asiantiedon lisäksi naista ja perhettä raskausaikana hoitanut neuvola tarvitsee sairaalasta tietoa siitä, minkälaisessa vaiheessa kotiutuvat vanhemmat ovat surutyössään. Sairaalan ja neuvolan tulisi myös sopia mahdollisten jälkiselvittelyjen ja jälkihoidon toteuttamisesta. Jälkitarkastus on mahdollista hoitaa omassa terveystieteiskeskuksessa, mutta raskauden keskeytymiseen liittyvien selvitysten valmistuttua tulisi hoitavan sairaalan järjestää keskustelu molempien vanhempien läsnä ollessa. (Stakes 1999, Oppaita 34, 110; Manner 1992, 21.) Asiantuntijan antama tieto keskenmenon syistä ja seuraavan raskauden onnistumismahdollisuuksista ovat tärkeitä surusta selviämisessä. Keskustelussa käydään läpi mahdolliseen seuraavaan raskauteen liittyviä asioita ja sen hoitomenetelmiä. Keskustelussa huomioidaan myös vanhempien mahdolliset pelot ja huolet uudesta raskaudesta. (Stakes 1999, oppaita 34, 110; Manner 1992, 21; Tulppala & Ylikorkala 1997.)

Usein lapsensa menettäneille vanhemmille jää tarkkoja muistikuvia sairaalan tapahtumista. Äänet tai hajut voivat vuosia myöhemminkin tuoda mieleen kokemukset, jotka liittyvät lapsen kuolemaan. Osa vanhemmista muistaa tarkalleen mitä sairaalassa tapahtui ja mitä heille sanottiin menetyksen hetkellä. Hoitohenkilökunnan käytös, niin positiivinen kuin negatiivinenkin, värittää vanhempien muistikuvia vielä vuosien päästä tapahtuneesta. (Kohner 2001, 35–37.)

6.2 Psyykinen tukeminen

Raskauden keskeytyessä naisen psyykinen hyvinvointi on koetuksella. Hoitohenkilökunnalla tulisi olla kyky tunnistaa ja arvioida potilaan psyykkisiä tarpeita, sekä rohkeutta tarttua myös vaikeisiin ja ahdistusta herättäviin tilanteisiin. Psyykkisen hyvinvoinnin tukeminen on sekä hyvinvoinnin edistämistä että potilaan auttamista silloin, kun psyykinen hyvinvointi on uhattuna. Psyykkisen tukemisen lähtökohtana on potilaan kohteleminen ajattelevana, tuntevana ja hoitoprosessinsa tietävänä yksilönä. Potilasta aute-

taan ilmaisemaan ja käsittelemään omia tunteitaan, ajatuksiaan ja kokemuksiaan niin, että hän itse tunnistaa ja käyttää omia voimavarojaan ja selviytymiskeinojaan. Hoitohenkilökunnan tehtävänä ei ole poistaa naisen pahaa oloa, vaan lievittää pelkoja ja ahdistusta toimimalla potilaan tunteiden vastaanottajana, kunnes hän itse kykenee hallitsemaan omat tunteensa. (Tähkiö 1996, 64–65.)

Vanhemman menettäessä lapsensa maailma pysähtyy ja täyttyy psyykkisestä ja fyysisestä tuskasta. Tällöin paras keino auttaa on vahvistaa surua, antaa tuskan ja surun vallita juuri sellaisena kuin vanhemmat sen tuntevat. Vanhemmille annetaan tilaa olla niin vihaisia ja surullisia kuin he ovat. Kaikki tunteet ovat sallittuja. Vanhempia kohdellaan kunnioittavasti ja arvokkaasti vastuullisina, aikuisina ihmisinä. Vanhempien kokemus ja heidän tunteensa tulee hyväksyä oikeutettuina. (Stakes 2000, 112.)

Kriisissä olevan ihmisen kohtaaminen vaatii rohkeutta. Menetyksen kokeneen naisen kohtaaminen lähtee siitä, että uskaltaa kohdata itsensä. Tietoisuus omista tunteistaan ja reaktioistaan on tärkeää, jotta voi kohdata toisen ihmisen surun keskellä. Hoitohenkilökunnan täytyy tunnistaa omat rajansa, jotta kykenee auttamaan toisia. (Bendt 2000, 205, 208.) Hoitohenkilökunnan tulee kannustaa vanhempia erilaisten tunteiden esiintuomisessa (Stakes 2000, 112). Vaikean asian ajattelu, tai siitä puhuminen herättävät vastahakoisuutta. Ihminen yrittää vältellä kriisissä juuri sitä, mitä pitäisi käsitellä. Menetyksen kokeneelle naiselle olennaisinta on että joku antaa aikaa ja on läsnä. (Hammarlund, 2004, 63, 66.) Aidosti osoitettu kiinnostus sekä rauhallinen ja jäsenneily käytös rauhoittavat naista. Yksinkertaisin keino osoittaa kunnioitusta ja välittämistä vanhempia kohtaan on sanoa: Olen pahoillani. Myötätunnon osoittamisella on vanhemmille suuri merkitys. (Kohner 2001, 40–41; Tähkiö 1995, 80–81.) Lapsensa menettäneelle vanhemmalle ei voi sanoa ymmärtävänsä, ellei itse ole menettänyt lastaan. Lapsen kuolemasta ei voi sanoa sillä olevan jokin tarkoitus. Sureva voi itse löytää kokemukselleen myöhemmin jonkin tarkoituksen, mutta tällöin asia lähtee hänestä itsestään. Surevalle ei tulisi sanoa surun kuuluvan elämään tai että kaikki kohtaavat vaikeuksia. Myöskään surevan nuoruuteen, tai siihen että hänellä on jo lapsia, ei tulisi vedota. Menettyä lasta ei voi korvata toisella, eikä surua voi väheksyä ikään vedoten. (Bendt 2000, 239–240.)

6.3 Sosiaalinen tukeminen

Psykososiaaliset tarpeet ovat yksilön tarpeita olla vuorovaikutuksessa toisen ihmisen kanssa. Vuorovaikutuksesta haettavan tuen tarve korostuu silloin, kun ihminen kohtaa vaikeuksia ja kriisejä elämässään. Ihminen osoittaa psykososiaalisia tarpeitaan tunteina, ajatuksina ja käyttäytymisenä. Yksilön tunteiden vähätteleminen, väärinymmärtäminen tai huomiotta jättäminen voivat estää terveyden ja hyvinvoinnin kehittymistä tai jopa heikentää niitä. Kriisissä ihmisen voimavarat hiipuvat, jolloin muilta saama tuen tarve korostuu. Sosiaalinen tukeminen pyrkii vastaamaan ihmisen tarpeisiin osana psyykkistä ja fyysistä tukemista. (Vilen, Leppämäki & Ekström 2002, 58.)

Vaikeuksia kohdatessaan ihmisen omat voimavarat vähenevät, jolloin myönteisten tunnetilojen ylläpitämiseksi ihminen tarvitsee lähelleen toista ihmistä. Joskus lyhytkin kohtaaminen voi olla merkittävä. Yksin jäädessään hauraasta ihmisestä tulee entistä hauraampi. Vaikeuksien keskellä ihminen tarvitsee kuuntelijan peilatakseen omia ajatuksiinsa ja tunteitaan. Keskustelun kautta romuttunut ihminen voi hahmottaa itseään monipuolisemmin, jolloin ihminen voi muokata uudenlaista selviävää kuvaa itsestään. Läheisyys ja kosketus antavat ihmiselle turvaa, sekä helpottavat fyysisen kivun lisäksi myös tunne-elämän kipua. (Vilen ym. 2002, 59-60.)

Ihmisten välillä tapahtuva ajatusten ja tunteiden kohtaaminen on tärkeää kaikissa elämänvaiheissa ja – tilanteissa. Ihmiselle on tärkeää kokea tulevansa ymmärretyksi ja saavansa tukea sitä tarvitessaan. Yhteys toiseen ihmiseen saattaa olla ainut lohduttava tekijä elämän vaikeassa tilanteessa. Kokemus siitä, että toinen ymmärtää voi parhaimmillaan parantaa ja lieventää niin psyykkisiä kuin fyysisiäkin kipuja. Ihminen tarvitsee myös turvaa. Toisen ihmisen osuus turvallisuuden ja luottamuksen tunteiden ylläpitäjänä korostuu etenkin silloin, kun ihminen joutuu kokemaan omien voimavarojensa heikkenemisen. Tunne siitä, että lähellä on ihmisiä johon luottaa, on erityisen merkittävä turvallisuuden tunnetta luova tekijä. Luottamuksen syntyminen ammatilliseen tukijaan vaatii molemminpuolista kunnioitusta. Raskauden keskeytymisen kokeneen naisen tulee luottaa hoitotyöntekijän ammatillisuuteen, luotettavuuteen sekä arvostelukykyyn. Naisen on tärkeä kokea, että hoitotyöntekijä kunnioittaa häntä huolimatta elämänsä vaike-

uttavasta asiasta. Hoitajan tuleekin osoittaa kunnioitusta hyväksyen naisen ongelmien, vaikkei hyväksyisikään hänen tekoaan. (Vilen ym. 2002, 62-64.)

Sosiaaliseen tukeen kuuluu puskurointi, jolla tarkoitetaan toisen ihmisen kannustamista. Tarve puskurin läsnäololle korostuu silloin, kun ihminen kokee tarvitsevänsä toisen ihmisen apua hoitaakseen oman asiansa. Puskurointi ei ole vallankäyttöä toiseen ihmiseen, vaan toisen ihmisen edustamista silloin, kun hän itse ei jaksaa hoitaa omia asioitaan. Esimerkiksi masentunut ihminen ei välttämättä jaksaa hakeutua hoitoon sitä tarvittaessa. Tällöin puskurin, eli kannustajan on tuettava masentunutta hoitoon hakeutumisessa. Ammatillisessa tilanteessa asiakkaan tilanteen kartoittamista ja tarpeellisen tuen etsimistä voidaan ajatella puskurointina. (Vilen ym. 2002, 65.)

Kun ihminen kohtaa vaikean elämäntilanteen, on hänen tärkeä kokea kuuluvansa johonkin ryhmään. Vertaisryhmästä saatu tuki on tärkeää elämän mielekkyyden ja ihmisen jaksamisen kannalta. Vertaistuki voi tarkoittaa esimerkiksi yksittäistä tapaamista saman kokeneiden ihmisten kanssa. Vertaisryhmässä ihminen tuntee kuuluvansa joukkoon, ja hän kokee, että häntä todella ymmärretään. (Vilen ym. 2002, 65.)

Vaikeassa elämäntilanteessa on tärkeää saada tietoa ongelmasta. Joskus ensimmäinen askel toipumiseen on ulkopuolisen asiantuntijan antama tieto kohdatun ongelman vaikutuksesta naisen elämään sekä toipumismahdollisuuksiin. Kun tunteille annetaan määritelmä, ne muuttuvat paremmin ymmärrettäviksi. Asiantuntijan epämääräiset vastaukset tilanteeseen liittyen eivät tue toipumista. Toisaalta liian nopeasti annettu informaatio voi ahdistaa naista entisestään. Jotta annettu tieto parhaiten tukisi toipumista, tulisi asiantuntijan arvioida naisen senhetkistä kykyä vastaanottaa ja käsitellä saatua tietoa. Tiedon lisäksi asiantuntija voi antaa uusia näkökulmia naisen elämäntilanteeseen liittyen. Positiiviset tunnetilat antavat tarvittavia voimavaroja vaikeuksien keskellä. Toisen ihmisen kannustus ja lohduttaminen ovat psyykkisesti väsyneelle ihmiselle merkittäviä tekijöitä toivon säilyttämiseen. Tällöin ihminen jaksaa uskoa muiden antamaan tukeen, omaan jaksamiseen ja parempaan tulevaisuuteen. (Vilen ym. 2002, 69,71.)

6.4 Keskustelu tukemisen keinona

Kriisissä olevalla naisella on aina oikeus päättää, tarvitseeko hän tukea. On tärkeää antaa hänen puhua, vasta kun hän itse kokee olevansa valmis. Tärkeintä on pysähtyä kuuntelemaan. Tukijan ei välttämättä tarvitse puhua lainkaan. Mikäli kokemuksesta puhuminen on naiselle vaikeaa, tukija voi kysymyksillään auttaa ilmaisemaan ajatuksia tapahtuneesta. Keskustelua voi ohjata tarkastelemalla tilannetta realistisesti. Kertomalla tapahtuneesta nainen kertoo tapahtunutta. Tukija korjaa mahdolliset väärinkäsitykset tai epärealistiset odotukset, mitä keskustelussa tulee ilmi. Keskustelussa on tärkeää olla rehellinen, mutta myötätuntoinen. (Hammarlund, 2004, 63, 73-74).

Hyvässä keskustelussa osapuolet ovat halukkaita ja valmiita kuuntelemaan, mitä sanottavaa toisella on. Avoin läsnäolo ja aito kiinnostus toisen mielipiteestä ovat tärkeä osa hyvää keskustelua. On tärkeää arvostaa toisen mielipidettä, vaikkei olisikaan asiasta samaa mieltä. Kuunteleminen edellyttää keskittymistä toisen puheeseen, jotta ymmärtäisimme mitä puhuja todella tarkoittaa. Keskittymistä voi häiritä omat ajatukset tai tarve puolustaa omia näkemyksiään. Toista kuunneltaessa on tärkeää olla avoimin mielin, ja antaa tilaa toisen ajatuksille. Hyvälle keskustelulle olennaista on asioiden pohtiminen yhdessä toista kuunnellen. Keskustelun avoimuuden ja yhteisyyden saavuttamiseksi on tärkeää, että keskustelijat kokevat toisensa tasa-arvoisiksi. Eriarvoisuutta keskustelijoiden välillä saattaa luoda esimerkiksi asiantuntemuksen, tietojen, kokemuksen, aktiivisuuden ja sosiaalisen arvoaseman suhteet. Tasavertaisen aseman saavuttamiseksi tulee keskustelussa pyrkiä keskusteltavan asian merkityksen yhteiseen jakamiseen ja reflektiivisyyteen. (Haarakangas 2008, 27-29.)

Hyvässä keskustelussa olennaista on molemminpuolinen ymmärrys puhuttavaan aiheeseen. Lääketieteessä ja hoitotyössä käytettävät termit saattavat aiheuttaa hämmennystä. Potilaan ja hoitajan välisessä keskustelussa tulisikin käyttää termejä, jotka ovat molemmille keskustelun osapuolille ymmärrettäviä. Keskustelun onnistumiseen vaikuttaa myös se, miten ymmärrämme eri sanoja. Hoitotyöntekijän tulee olla hyvin tarkka käyttämässään käsitteissä, esimerkiksi sana masennus saattaa olla potilaalle merkitykseltään erilainen kuin hoitajalle. Naiselta kannattaakin ennemmin tiedustella mielialaa kuin kysyä suoraan masennuksesta. (Haarakangas 2008, 33.)

7 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TEHTÄVÄT

Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää naisen tukemisen toteutumista ja jatkuvuutta hoitotyössä keskenmenon tai sikiöperäisistä syistä tehdyn raskaudenkeskeytyksen jälkeen. Tukemisen toteutumista tarkastellaan hoidon akuuttivaiheessa sekä raskaudenkeskeytymisen jälkeen. Tarkastelun kohteena ovat raskauden keskeytymisen hoitoon osallistuvat sairaalat sekä avoterveydenhuollon neuvolat.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata naisten kokemuksia saamastaan tuesta ja tuen tarpeesta. Tutkimuksessa selvitetään tarjottiinko keskenmenon tai sikiöperäisistä syistä tehdyn raskaudenkeskeytyksen kokeneille naisille tukea hoitohenkilökunnan taholta, sekä koettiin tuki tarpeelliseksi ja riittäväksi.

Opinnäytetyön tehtävät:

Minkälaista tukea keskenmenon tai sikiöperäisistä syistä tehdyn raskaudenkeskeytyksen kokenut nainen on saanut hoitohenkilökunnan taholta?

Minkälaista tukea keskenmenon tai sikiöperäisistä syistä tehdyn raskaudenkeskeytyksen kokenut nainen olisi toivonut saavansa?

8 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Opinnäytetyön tutkimuksella pyritään selvittämään, minkälaista tukea nainen on saanut raskauden keskeytyessä. Tutkimuksen keskittyessä kokemuksen selvittämiseen, päädyttiin työssä käyttämään laadullista eli kvalitatiivista tutkimusotetta. Laadullisen tutkimuksen tarkoituksena on todellisen elämän kuvaaminen mahdollisimman kokonaisvaltaisesti (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2005, 152). Kvalitatiivinen tutkimusote pyrkii tutkimaan luonnollisia tilanteita, joiden tutkiminen kokeenomaisesti ei olisi mahdollista, eikä kaikkia tilanteeseen vaikuttavia tekijöitä olisi mahdollista kontrolloida. Tutkimuksen avulla pyritään ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä, sekä sen syy-seuraussuhteita. Laadullisessa tutkimuksessa kohdehenkilöiden näkökulmille ja kokemuksille annetaan tilaa, sekä perehdytään ilmiöön liittyviin ajatuksiin ja tunteisiin. (Metsämuuronen 2006, 88.) Kvalitatiivinen tutkimuksen tavoitteena ei ole teorian tai hypoteesin testaaminen, vaan pyrkimys tarkastella tutkimusaineistoa yksityiskohtaisesti sekä monipuolisesti, paljastaen odottamattomia tuloksia (Hirsijärvi ym. 2008, 152).

8.1 Tutkimusaineiston kerääminen

Tutkimusaineiston keräämisen lähtökohtana oli tavoittaa raskauden keskeytymisen kokeneet naiset, joille lapsi olisi ollut toivottu. Asian arkaluontoisuudesta johtuen keinot tutkimuksen kohderyhmän tavoittamiseen olivat rajalliset. Internetissä on foorumeja, joissa naiset vaihtavat ajatuksiaan raskauden keskeytymiseen liittyvistä kokemuksista. Koska tutkimuksen aineistonkeruussa on tärkeää vastaajien kokemus tutkittavasta aiheesta, mahdollistivat kyseiset keskustelupalstat tutkimuksen kohderyhmään sopivien naisten tavoittamisen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85).

Keskustelufoorumeille avattiin aiheeseen liittyen keskustelun avaus (liite 1), käyttäen avointa kysymysten asettelua. Keskustelun avaus sisälsi kaksi aiheeseen johdattelevaa kysymystä. Avointa kysymysten asettelua käytettäessä vastaajille tarjotaan mahdollisuus kertoa vapaamuotoisesti ajatuksistaan ja kokemuksistaan, ohjaamatta vastaajaa

valmiiksi muotoiltuihin vastausvaihtoehtoihin. Vapaamuotoisten vastauksien avulla voidaan havaita vastaajien tunteiden voimakkuus aiheeseen, sekä vastaajia koskettavat keskeiset asiat. Myös vastaajien tietämys tutkittavaan asiaan voi olla helpommin tulkittavissa käytettäessä avointa kysymysten asettelua. (Hirsijärvi ym. 2008, 187, 190.) Avointa kysymysten asettelua käyttäen avatun keskustelun tarkoituksena oli herättää ajatuksia aiheesta, sekä kannustaa naisia kertomaan kokemuksiaan saamastaan tuesta raskauden keskeytyessä. Vastaaminen oli mahdollista joko keskustelupalstalle tai sähköpostitse keskustelunavauksessa ilmoitettuun sähköpostiosoitteeseen.

Keskustelufoorumeille ja sähköpostiin vastauksia tuli yhteensä 33. Sähköpostivastauksia oli 12 ja keskustelupalstavastauksia 21. Saadut vastaukset olivat pääsääntöisesti kertovia. Sähköpostivastauksissa vastaajat kertoivat kokemuksistaan yleensä laajemmin ja yksityiskohtaisemmin, kun taas keskustelufoorumien vastaukset olivat lyhyempiä ja aineistoltaan suppeampia. Vastaukset sisälsivät tutkimuksen kannalta tärkeää ja informatiivista tietoa.

8.2 Tutkimusaineiston analyysi

Tutkimusaineisto analysoitiin aineistolähtöistä analyysimenetelmää käyttäen. Aineistolähtöisessä analyysissä aikaisemmat havainnot, tiedot ja teoriat tutkittavasta asiasta eivät vaikuta analyysin toteutukseen tai lopputulokseen. Tutkimuksen analyysiosuudessa teorian tarkoituksena on ainoastaan ohjata analyysin toteutuksessa. (Tuomi 2009, 95.) Kun tutkimusaineisto oli kerätty, saadut vastaukset luettiin läpi useita kertoja. Koska aineistolähtöisessä analyysissä analyysiyksiköt eivät ole ennalta harkittuja, muotoutuivat ne vähitellen tutkimusaineistoon perehdyttäessä. Analyysiyksiköt muodostuvat aineistosta vastaten tutkimuksen tarkoitukseen sekä tehtävään. (Tuomi 2009, 95.)

Tutkimusaineiston vastukset jaoteltiin kolmeen eri osaan; ensitietoon raskauden keskeytymisestä tai poikkeavuudesta, naisten kokemuksiin saamastaan tuesta sairaalassa, sekä naisten kokemuksiin saamastaan tuesta neuvolassa. Vastauksista merkittiin jokaista osaa vastaavat kohdat, eli aineisto koodattiin. Koodauksen jälkeen jokaisesta raskauden keskeytymisen hoitovaiheen osiosta nostettiin esille naisten kertomia positiivisia ja negatiiv-

visia kokemuksia. Vastauksista nousi esiin myös hoitotyön kehittämisehdotuksia, joita käsitellään omassa kappaleessaan. Vastauksista nostettiin esiin naisten kokemuksia hoidon eri vaiheista ja toteutuksesta. Aineistoa havainnollistamaan käytettiin suoria lainauksia saaduista vastauksista. Pohdintaosiossa analyysin kautta saatuja tuloksia verrataan teoriaan, sekä aikaisempaan tutkimustietoon. Hoitotyön toteutumista pohditaan saadun tutkimusaineiston pohjalta ja vastataan opinnäytetyön tutkimustehtäviin.

9 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tutkimusaineistosta saadut tulokset on jaoteltu ensitietoon raskauden keskeytymisestä tai sikiöpoikkeavuudesta, sekä naisten kokemuksiin saamastaan tuesta sairaalassa ja neuvolassa. Raskauden keskeytymisen hoitoon osallistuva hoitotyöntekijä ei välttämättä ole aina ollut terveydenhoitaja tai kätilö. Naista hoitanut henkilö on voinut olla joku muu terveydenhuollon ammattilainen.

9.1 Ensitieto raskauden keskeytymisestä

Vastauksissaan tiedonantajat kertoivat kokemuksiaan tilanteista, joissa kuulivat ensikerän raskauden keskeytymisestä tai sikiöllä olevasta poikkeavuudesta. Tiedonantajilla oli sekä hyviä että huonoja kokemuksia. Osa kertoi saaneensa empaattista hoitoa ja asiallista tietoa tilanteesta, kun taas osa vastaajista koki tiedonantotavan loukkaavana.

Useiden vastanneiden raskauden keskeytyminen varmistui ultraäänitutkimuksessa. Jotkut vastanneista olivat jo oireiden perusteella osanneet aavistella, ettei raskaudessa ollut kaikki kunnossa. Toisille vastanneista raskauden keskeytyminen tuli täydellisenä yllätyksenä. Vastaajilla oli hyvin erilaisia kokemuksia hetkestä jolloin heidän raskautensa todettiin keskeytyneeksi. Osa vastaajista koki tiedonannon tapahtuneesta tulleen yllättäen. Jotkut kokivat jääneensä tilanteessa vaille asiallista informaatioita tapahtuneesta sekä jatkotoimenpiteistä. Joissakin tapauksissa vastanneet kertoivat että tapahtunutta ei millään tavalla pahoiteltu, eikä heidän vointiinsa tai jaksamiseensa kiinnitetty lainkaan huomiota.

”Lääkäri tokaisi ”Ei täällä mitään elävää ole. Otatko kaavinnan vai lääkkeet?”

”...Asiaa ei mitenkään pahoiteltu. En ollut ikinä kuullutkaan sellaisesta kuin kohdunulkoinen raskaus ja sitä ei minulle mitenkään seliteltykään, todettiin vain minulla olevan sellainen. Ainut mitä sanottiin oli se, että se voi viedä pahimmillaan hengen.”

”...Hän ei missään vaiheessa kysynyt miltä minusta tuntuu vaan jätti minut siihen käytävälle yksin istumaan.”

Osa tiedonantajista koki tulleen kohdelluksi asianmukaisesti ja empaattisesti hoitohenkilöstön taholta saadessaan kuulla raskauden keskeytyneen. Vaikka tieto onkin ollut järkyttävä, on usealle jäänyt mieleen hyvä kokemus hoitohenkilökunnan suhtautumisesta asiaan ja tunne siitä että heidän tunteensa on huomioitu tilanteessa. Osassa tapauksista koettiin myös informaation olleen asianmukaista ja riittävää.

”Kättilö pahoitteli ja kertoi kyseessä olevan keskenmenon, mutta pyysi paikalle vielä lääkärin. Mielestäni kättilö suhtautui järkytykseeni empaattisesti, eikä minulle jäänyt ollenkaan paha mieli henkilökunnan suhtautumisesta.”

Keskenmenon ensioireet huomataan usein kotona. Epäillessään keskenmenoa naiset olivat ottaneet yhteyttä joko neuvolaan, terveyskeskukseen tai äitiyspoliklinikalle riippuen ajankohdasta sekä paikkakuntakohtaisista ohjeista. Jotkut vastanneista kokivat soittaessaan jääneensä ilman tukea ja tarkempia ohjeita kuinka toimia tilanteessa. Eräät vastanneet kokivat, ettei heidän avuntarpeeseensa ja huoleensa ollut vastattu. Yksi vastanneista koki jääneensä vaille hoitoa koska ei ollut riittävän kivulias ja osa tiedonantajista oli joutunut liioittelemaan kipujaan päästäkseen hoitoon.

”Hetki kun tajusin keskenmenon alkaneen soitin sairaalaan mutta minua kehoitettiin pysymään kotona synnytysruuhkan takia. Yritin olla sinnikäs ja pärjäsin kotona panadolin avulla”

”Aamulla soitin äitipolille, kerroin tilanteen. Sieltä en saanut neuvoja, vain vastauksen että seuraavassa ultrassa selviää onko siellä mitään.”

Seulontatutkimuksissa selvinneet sikiön epämuodostumat tai muut terveydelliset riskitekijät asettavat tulevat vanhemmat vaikean päätöksen eteen. Heidän päätettävissään on joko jatkaa raskautta tai keskeyttää raskaus. Muutama kyselyymme vastanneista oli joutunut tämänkaltaisen päätöksen eteen ja kokenut jääneensä siinä tilanteessa vaille keskusteluapua ja -tukea päätöksen tekemiseen. Heitä oli kehoitettu ottamaan yhteyttä eri tahoihin avun saamiseksi, mutta he olisivat kokeneet tarpeelliseksi automaattisen keskusteluavun tarjoamisen heti tilanteen selvittyä.

”Itse olisin tarvinnut keskustelutukea harkinta-aikana. Sitä ei ollut missään saatavilla, minua kehoitettiin soittamaan sinne ja tänne ja tuonne. Apuja ei tullut. Olin niin rikki, etten voinut tehdä päätöstä keskeytyksestä, kun tuntui, että kukaan ei auta minua vaikeiden tunteiden kanssa, joita siihen liittyi.”

Sikiöperäisistä syistä tehdyn raskaudenkeskeytyksen jälkeen vastaaja kertoi saaneensa sairaalasta automaattisesti kotiin lähetteen psykologille. Hän koki keskustelun psykologin kanssa erittäin tarpeelliseksi.

”Erittäin hyvänä asiana pidin sitä että sairaalasta tuli väkisinkin kotiin lähete psykologille. Hänen kanssaan keskustelu auttoi vallan valtavasti surutyössä.”

9.2 Kokemukset sairaalassa raskauden keskeytyessä

Vastanneilla oli hyvin erilaisia kokemuksia sairaalahoidosta raskauden keskeytyessä. Positiivisena vastaajat kokivat hoitohenkilökunnan antaman ajan ja kiinnostuksen keskustella heidän kanssaan tapahtuneesta ja tulevista hoitotoimenpiteistä. Hyvänä asiana pidettiin myös sitä jos henkilökunnalla oli jo ennen hoitoon osallistumista ollut aikaa

tutustua asiakkaan esitietoihin ja aikaisempiin hoitotoimenpiteisiin. Empaattisen suhtautumisen, huolen osoittamisen ja avun tarjoamisen koettiin olevan asioita jotka helpottivat tapahtuneen läpikäymistä. Myös se että vastanneilla oli mahdollisuus tuoda esiin tapahtuneen herättämiä tunteita ja keskustella niistä hoitoon osallistuvan henkilökunnan kanssa herätti vastanneissa kiitosta. Asiallisen informaation saaminen ja mahdollisuus esittää lisäkysymyksiä hoitoon liittyen koettiin erittäin tärkeäksi tekijäksi hoidon onnistumisessa.

”Hoitaja kutsui minut keskustelemaan kaavinnasta toiseen huoneeseen ja hän ensimmäisen kerran kysyi, miten voin. Tämä hoitaja oli ihana. Hän käski surra asiaa ja ymmärsi mitä käymme läpi. Kysyi myös tarvitsemme-ko ammattiapua. En halunnut.”

”Hoitaja näytti minulle myös kansion, josta voisin lukea enemmän tietoa keskenmenosta. Keskustelimme tapahtuneesta ja hän kertoi minulle uudestaan toimenpiteestä ja jatkosta.”

”Yleisesti hoitohenkilökunnan suhtautumisesta jäi hyvin positiivinen kokemus. En missään vaiheessa kokenut olevani hylätty tai tiellä. Jokainen minua hoitanut henkilö oli hyvin varovainen ja selkeästi ”perehtynyt” tapaukseeni ennen tapaamista.”

Osalle vastanneista oli sairaalahoidosta jäänyt negatiivinen kuva, jos he olivat kokeneet jääneensä vaille tarvitsemaansa tukea tilanteessa. Joissakin tilanteissa tukea asian läpikäymiseen ei tarjottu lainkaan. Yhdessä tapauksessa sairaalapastorin tarjoama keskusteluapu koettiin ristiriitaiseksi omaa uskonnollista vakaumusta ajatellen. Osa vastanneista olisi kaivannut henkilökunnalta empaattisempaa työtettä ja keskittymistä myös henkilön puolen hoitamiseen fyysisen hoitotyön lisäksi. Yksi vastanneista koki jääneensä vaille riittävää tietoa mahdollisista terveysongelmista raskauden keskeytymisen jälkeen.

”En todellakaan saanut missään vaiheessa tukea, päinvastoin, tunsin että olin alinta kastia ja vaikka kukaan ei suoraan mitään sanonut, aistin paheksunnan. Kyseessä oli kromosomipoikkeavuuden vuoksi tehty myöhäinen keskeytys.”

”Myös hoitohenkilökunnalta olisin kaivannut empaattisempaa työtettä, nyt hoidettiin vain se fyysinen puoli, muttei sen enempää.”

Jotkut tiedonantajista kokivat tulleen kohdelluksi sairaalassa epäasiallisesti. Heidän hoidossaan ei ollut huomioitu riittävästi asian arkaluontoisuutta ja sen tuottamaa surua asianomaisille. Epäasiallisena käytöksenä koettiin varomattomat kommentit sekä hienotunteisuuden puuttuminen hoitotyössä.

”Hoitohenkilökunta pyysi sen jälkeen vielä käymään huoneessa, jossa lykättiin kipulääkkeitä kouraan ja naureskelivat verisille housuilleni (missä oli 3 tenaa, mutta vuoto oli niin suurta) että eiköhän sieltä kaikki ulos tulut joten ei huolta.”

Hoitaja oli sanonut ”Ehkä se seuraava lapsi sitten on toivottu.”

”Ja toiseksi he eivät tienneet montako tablettia oli tarkoitus antaa joten henkilökunta huusi toisille käytävillä (muiden potilaiden kuullen) että ”montako näitä abortti-tabletteja kuuluu ottaa”. Kyse ei ollut abortista!!”

Sairaalassa mahdollisuus yksityisyyteen sekä omaan rauhaan koettiin vastaajien mielestä puutteellisena. Raskauden keskeytyessä naiset joutuvat useissa paikoissa hoidettavaksi osastoille tai poliklinikoille joissa hoidetaan myös jo synnyttäneitä naisia. Tämänkaltaisten asiakkaiden kohtaaminen oman surun keskellä koettiin usein vaikeaksi. Henkisesti raskaaksi koettiin käytävälle sekä monipaikkaiseen potilashuoneeseen sijoittaminen. Useassa tapauksessa samassa potilashuoneessa saattoi olla niin keskenmeno- kuin aborttipotilaitakin, mikä koettiin hyvin ristiriitaisena. Myöskään tukihenkilön läsnäolo ei aina ollut mahdollinen sairaalan tilaresursseista johtuen.

”Siellä jouduin naistentautien polille muutaman muun naisen kanssa, jotka olivat abortoimassa omia vauvojaan. Tuokin oli mielestäni ikävää, sillä itse olisin antanut melkeen mitä vaan jos olisin saanut pitää omani.”

”...kohdunsuulle asetettavien tabujen vaikutusta joutui odottamaan käytävällä. Ei siis mahdollisuutta omaan rauhaan.”

”Kolmas kätilö otti minut toimistohuoneeseen papereiden täyttöö varten. Mukaansa nappasi vielä vastasyntyneen vauvan vauvalasta.”

Joissain tilanteissa vastaajat kokivat raskausmateriaalin käsittelyn loukkaavana.

”...alkio piti käydä pullauttamassa yleiseen vessaan ja huuhtoa pöntöstä alas.”

Henkilökunnan antama informaatio jäi useassa tapauksessa vain tietolehtisen varaan, ilman perusteellisempaa asioiden selittämistä tai keskustelua mieltä askarruttavista asioista. Joissain tapauksissa sairaalasta jaettavat tietolehtiset koettiin hyvin pinnallisiksi, eikä tietoa esimerkiksi tapahtuneesta, sen hoidosta, mahdollisista tukimuodoista tai palveluista ollut saatavilla. Sairaalasta jälkeinpäin lähetettävä lääketieteen termejä sisältävä epikriisi puolestaan lisäsi enemmänkin hämmennystä kuin tietoa tapahtuneesta.

”Ainoa mitä olisin kaivannut oli jotakin tietoa siitä mitä oli odotettavissa. Kotona istuminen ja kuolleen ”lapseni” ulostuloa odottaessa mietin mitä sieltä tulee, minkä näköistä, kuinka pitkän ajan kuluttua jne. Itse erehdyin sitten hakemaan lisätietoja netistä, mikä ei ollut järin terveellistä.”

Hämmennystä vastaajissa aiheutti sairasloman tarpeellisuuden väheksyntä raskauden keskeytyessä. Vastaajien mukaan sairaslomaa ei välttämättä tarjottu lainkaan tai pyydettyessä sen tarpeellisuutta epäröitiin. Useammassa tapauksessa sairaslomaa ei nähty tarpeellisena, mikäli naisen vointi oli fyysisesti hyvä. Henkistä jaksamista ei välttämättä huomioitu lainkaan.

”Kysyin hoitajalta s-lomasta. Hänen mielestä sitä ei tarvittu.”

”Lääkäri totesi sitten kohdun olevan tyhjä. Ja sitten totesi kaiken olevan OK, ja että ”sairaslomaahan ei sitten tarvita””

Jotkut vastaajista kokivat saaneensa erittäin asiallista hoitoa. Asiantunteva ja ammattitaitoinen tapa keskustella ja kohdata raskauden keskeytymisen kokenut nainen sai kiitosta. Arvoa annettiin rehelliselle, mutta sympaattiselle tavalle keskustella menetyksestä ja siihen liittyvistä tosiseikoista. Hoitohenkilökunnan pysähtyminen tilanteeseen sekä potilaan tunteiden ymmärtäminen koettiin tärkeäksi.

”Lääkäri itse ja hoitajansa olivat todella ihania, koin että minulla oli koko maailman aika keskustella ja sain olla ihan rauhassa oma sekava itseni.”

Noin kolmasosa vastanneista koki sairaalan hoitohenkilökunnan keskittyvän pääsääntöisesti potilaan fyysiseen hoitamiseen. Potilaan kanssa käyty keskustelu liittyi pääsääntöisesti hoidon ohjaamiseen, toteutukseen, jälkihoitoon sekä mahdolliseen lääkehoitoon, ei niinkään henkiseen tilanteeseen. Joissain tapauksissa itse raskauden keskeytymistä ei mainittu sanallakaan.

”Otin lääkkeit. juttelimme vain lääkkeistä, ei minun tai mieheni olosta ja siitä mitä on tapahtunut.”

”Mutta kukaan ei maininnut asiasta halaistua sanaa, ei mitään, olin naistenosastolla kuin yksi mistä tahansa vaivasta siellä oleva. Mitään ei puhuttu. Ehkä jotain olisin toivonut.”

Esille nousi myös vaikutelma hoitohenkilökunnan rutinoitumisesta työhönsä.

”Kaikesta jäi vaikutelma että hoitivat rutiinitoimenpidettä, joka kuitenkin minulle oli uusi ja järkyttävä kokemus. Jälkitarkastuksen lääkäri hoiti ok, kysyi miten olen toipunut fyysisesti ja henkisesti sekä kysyi myös sainko sairaalassa edes yhtään inhimillistä kohtelua.”

”Jotenkin tuntuu, että edelleen kuvitellaan keskenmenon olevan joku pikukujuttu, josta toivutaan henkisesti yhtä nopeasti kuin fyysisesti.”

9.3 Kokemukset neuvolassa raskauden keskeytyessä

Tiedonantajilla oli sekä hyviä että huonoja kokemuksia neuvolasta saamastaan tuesta raskauden keskeytyessä. Vastauksista nousi esiin naisten epätietoisuus neuvolan mahdollisuuksista tarjota tukea suruprosessissa. Tiedonantajat kokivat, etteivät olleet enää neuvolan asiakkaita keskenmenon jälkeen, sillä neuvolassa keskitytään raskauden hoitoon. Harva vastaajista oli osannut pyytää tarvitsemaansa keskusteluapua ja suurimmalle osalle sitä ei tarjottu. Moni olisi kuitenkin toivonut neuvolalta jonkinlaista tukea tapahtuneen jälkeen, osa koki pärjäävänsä ilman neuvolan apua. Jotkut kokivat jääneensä yksin tapahtuneen kanssa.

”Neuvolaan soitin peruakseni varatut käyntikerrat. Neuvolasta en keskenmenon osalta osaa sanoa miten olisin saanut tukea, neuvolahan keskittyy vain raskaana oleviin joten keskenmenopotilaat eivät käsitykseni mukaan kuulu heille. Sympaattisia ovat toki olleet puhelimesta ja toivottaneet tervetulleeksi kun olen uudestaan raskaana.”

Vastaajat ottivat keskenmenon jälkeen yhteyttä neuvolaan peruukseen seuraavan neuvola-ajan. Neuvolahenkilökunta oli suhtautunut empaattisesti, mutta konkreettista apua julkisesta terveydenhuollosta eivät kaikki vastaajat olleet saaneet.

”Soitin sen jälkeen neuvolaan ja peruin ajan. Missään vaiheessa en saanut mitään tukea julkisesta terveydenhuollosta, tosin en sitä kovasti edes vaatinut. En myöskään tiennyt, että apua olisi ollut saatavilla.”

”...kävin neuvolassa jälkitarkastuksessa, jossa sekä terveydenhoitaja että lääkäri olivat empaattisia, mutta eivät kertoneet mistään avusta. Olettivat, että selviydyn itse vauvani kuolemasta.”

Osa vastaajista koki, että apua olisi pitänyt itse osata vaatia. Vastaajien mielestä apua tulisi kuitenkin tarjota terveydenhuollon puolelta, sillä keskenmenon kokenut nainen voi olla sokissa tapahtuneesta, eikä osaa tai jaksaa itse pyytää tarvitsemaansa apua.

”Jos ei vaadi, niin kukaan ei kyllä tyrkytä apua [...] Neuvolan terveydenhoitaja ja lääkäri eivät sanallakaan maininneet psykologista tai muusta keskusteluavusta. Minua kehoitettiin ainoastaan vaan yrittämään uutta raskautta.”

Eräät vastaajat kokivat, että heidän tuli selviytyä läheistensä tuella. Yksin surunsa kanssa jäivät naiset, joiden sosiaalinen verkosto on pieni, eikä läheisten tukea ole saatavilla.

”Keskenmenon tapahduttua myötätuntoa löytyi hoitohenkilökunnalta ajallisten resurssien puitteissa, mutta kyllä siitä oli vaan itse läheisten tuella selviytyttävä.”

Osa tiedonantajista etsi tukea Internetin keskustelupalstoilta. Lisätietoa keskenmenosta etsittiin myös usein Internetistä. Ongelmaksi Internetissä nousevat epäasiallinen tieto ja vääränlaiset uskomukset. Raskauden keskeytymisen kokeneet naiset näkevät tärkeänä riittävän ja asiallisen informaation saamisen terveydenhuollon kautta, jolloin varmistettaisiin tiedon todenperäisyys.

”Myös netistä tuli etsittyä vertaistukea ja kaikkea mahdollista aiheesta.”

Keskenmenon jälkeen uudessa raskaudessa tunteet ja pelot nousevat usein pintaan. Tärkeänä koettiin, että äidin huoli kuullaan ja ymmärretään, jotta aikaisempi menetys ei varjostaisi uutta raskautta.

”Plussaa kuitenkin neuvolantädilleni joka oli hyvin ymmärtäväinen. Tulin uudelleen raskaaksi kolme kuukautta myöhemmin ja hän jaksoi jutella huolistani ja peloistani. Ja lupasi että saan käydä kuunteluttamassa sydänäännet milloin vaan jos alkaa kovasti huolettamaan.”

Yksi tiedonantaja oli päässyt neuvolaan keskustelemaan keskenmenon jälkeen tapahtuneen herättämistä tunteista. Vastaaja oli kokenut keskusteluavun tärkeäksi.

”...menin sitten mieheni pakottamana neuvolaan juttelemaan ja siellähän se pato sitten murtui. Ne ihmiset kuuntelivat ja olivat todella upeasti mukana. Sain lääkärille ajan torstaille ja siellä minun ei tarvinnut käydä koko historiaani läpi, vaan tälle lääkärille oli jo valmiiksi selitetty tilanne. Olin kiitollinen, koska asian puhuminen oli todella tuskallista.”

TAULUKKO 5. Opinnäytetyön tutkimustulosten yhteenveto

Negatiiviset kokemukset	Positiiviset kokemukset	Kehitysideat
<p>Vähäinen informaatio tilanteesta ja jatkohoidosta</p> <p>Keskitytään fyysiseen hoitotyöhön</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vältellään puhumista raskauden keskeytymisestä <p>Epäasiallinen kohtaaminen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Varomattomat kommentit - Hienotunteisuuden ja empatian puute - Henkilökunnan rutinoituminen työhön <p>Vähäiset resurssit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hoitajalla ei aikaa - Ei mahdollisuutta yksityisyyteen - Tilan puute - Ei mahdollisuutta tukijan läsnäoloon <p>Keskusteluavun</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vähäisyys - Uskonnollisuus <p>Avun tarpeeseen ja huoleen ei vastata</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tuen puute - Kokemus yksin jäämisestä <p>Raskausmateriaalin loukkaava käsittely</p> <p>Lääketieteellisten termien käyttö</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keskustelu - Epikriisi <p>Sairaslomaa ei tarjota</p> <p>Ei kerrota tukimahdollisuuksissa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Neuvola - Muut <p>Äitiysneuvolan asiakkuuden päättyminen raskauden keskeytymiseen</p>	<p>Asianmukainen ja riittävä informaatio</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suullinen - Kirjallinen - Osaston tietokansio <p>Hoito ja kohtaaminen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ammattitaitoista - Empaattista - Asiallista - Naisen tunteet huomioivaa <p>Hoitohenkilökunta</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antaa aikaa - Osoittaa kiinnostusta - Tutustunut taustoihin etukäteen <p>Keskustelu rehellistä, mutta hienovaraista</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mahdollisuus lisäkysymysten esittämiseen <p>Avun ja tuen tarjoaminen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Automaattinen lähete psykologille <p>Neuvola</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keskustelu raskauden keskeytymisen jälkeen - Aikaisemman raskauden keskeytymisen huomioiminen uudessa raskaudessa 	<p>Kriisissä olevaa naista ei jätetä yksin</p> <p>Tiedonanto keskenmenosta tai raskauden poikkeavuudesta annetaan sekä suullisesti että kirjallisesti</p> <p>Naisen yksityisyyden huomioiminen ja rauhallisen hoitoympäristön turvaaminen</p> <p>Sairasloman tarjoaminen automaattisesti</p> <p>Keskusteluavun järjestäminen sairaalassa ja neuvolassa</p> <p>Puolison huomioiminen raskauden keskeytyessä</p>

9.4 Kehitysehdotuksia

Raskauden keskeytymisen kokeneiden naisten kertomuksista nousi esille hoitotyöhön liittyviä kehittämistarpeita (taulukko 6). Vastaajat kokivat fyysisen hoitotyön usein onnistuneeksi. Parannettavaa koettiin olevan erityisesti asiakkaan kohtaamisessa, tiedon annossa, sekä psyykkisen tuen tarjoamisessa.

Vastaajien mielestä hoidon järjestämisessä tulisi huomioida potilaan yksityisyys sekä rauhallinen hoitoympäristö, jossa naisella on mahdollisuus yhdessä tukihenkilönsä kanssa käydä läpi tilanteeseen liittyviä tunteita. Hoidon järjestämisessä tulisi huomioida potilaan tunteet; raskauden keskeytyessä naisen voi olla vaikea kohdata omasta tahdostaan raskauden keskeytyksen halunnut huonetoveri.

Naiset toivoivat ensitiedon jälkeen asiallista ja ymmärrettävää informaatiota tilanteesta sekä jatkohoidosta. Tietoa tulisi antaa sekä suullisesti että kirjallisesti. Hoitohenkilökunnan tulisi huomioida, ettei sokissa oleva nainen välttämättä sisäistä kuulemaansa, joten tieto tulisi toistaa tarvittaessa uudelleen. Naiset toivoivat keskustelua tapahtuneesta välittömästi raskauden keskeytymisen jälkeen. Asiantuntijoiden tarjoamista tukimuodoista tulee kertoa naiselle. Informaatiolehtisen, yhteystietojen antamisen tai keskusteluavun järjestämisen tulisi tapahtua automaattisesti. Myös neuvolan antaman tuen mahdollisuus tulisi nostaa esille.

Naiset toivat esille sairausloman tarpeen väheksynnän. Työhön palaaminen heti raskauden keskeytymisen jälkeen koettiin vaikeaksi. Henkiseen toipumiseen on annettava aikaa, vaikka fyysisesti nainen olisikin työkykyinen. Sairausloman automaattinen tarjoaminen olisi toivottavaa.

Kehitettävänä asiana naiset toivat esille myös lapsen isän huomioimisen. Vastaajat kokivat miehen huomioimisen jäävän toisarvoiseksi, vaikka tapahtuma koskettaa molempia vanhempia. Miehen tukeminen raskauden keskeytyessä on tärkeää, sillä puoliso ei kriisin keskellä välttämättä kykene tukijan rooliin.

10 POHDINTA

Opinnäytetyön luotettavuutta arvioidaan tutkimuksen toteutuksen kautta. Luotettavuuteen vaikuttaa valittu tutkimusmetodi, aineistonkeruumenetelmä, käytettävissä oleva tutkimusaineisto sekä tutkimusaineiston analysointitapa. Tutkimustuloksia tarkastellaan analysoimalla teoretiedon toteutumista käytännössä saadun tutkimusaineiston pohjalta. Lisäksi pohditaan tutkimustuloksista esiin nousseita hoitotyön kehittämistarpeita, kun kättilön tai terveydenhoitajan asiakkaana on raskauden keskeytymisen kokenut nainen. Luvun lopussa esitetään tutkimuksen myötä heränneitä jatkotutkimusehdotuksia.

10.1 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Opinnäytetyössä on haluttu löytää vastauksia asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Työssä huomioidaan raskaudenkeskeytymisen merkitys vanhemmille sekä onnistuneen hoitotyön tärkeys menetyksestä toipumisessa. Opinnäytetyön tutkimusaineiston vastaajiksi valikoituivat todennäköisemmin naiset, joilla oli negatiivinen kokemus saamastaan hoidosta ja tarve kertoa kokemuksestaan. Suuressa osassa vastauksia nousi esiin negatiivisia kokemuksia raskauden keskeytymisen jälkeisestä tuesta. Tutkimustuloksia tarkasteltaessa huomioitavaa on, että raskauden keskeytyminen itsessään on ikävä ja ei-toivottu kokemus, joten hoito kokonaisuudessaan voi värittyä negatiivissävytteiseksi.

Tutkimusaineistoa saatiin kerättyä hyvin. Laadullisen tutkimuksen tarkoituksena ei ole saavuttaa tilastollisia yleistyksiä, jolloin saatujen vastausten määrä ei ole oleellinen. Laadullisessa tutkimuksessa oleellista on vastaajien tietämys tutkittavasta aiheesta. (Tuomi 2009, 85). Tutkimusta raskauden keskeytymisen jälkeisestä psyykkisestä tuesta on vaikea toteuttaa ilman kokemuksellista aineistoa. Mahdollisiksi ongelmiksi syvähaastattelun toteuttamisessa olisi noussut tutkimuksen resurssit sekä halukkaiden osallistujien tavoittaminen tämän luontoiseen tutkimukseen.

Saatu tutkimusaineisto vastasi asetettuihin tutkimusongelmiin hyvin. Vastauksia analysoitaessa havaittiin tutkimuskysymysten puutteet. Erilaisella kysymysten asettelulla vastaukset olisivat mahdollisesti olleet tarkemmin hoitotyötä kuvaavia. Kysymysten tarkempi rajaaminen olisi kuitenkin voinut yksipuolistaa saatua informaatiota. Tutkimusaiheen arkaluontoisuuden vuoksi keinot tutkimusaineiston keräämiseen olivat rajalliset. Internetin keskustelupalstat ovat lasta odottavien naisten keskuudessa suosittuja, joten kohderyhmän tavoittaminen tätä kautta nähtiin parhaaksi. Tutkimusalustuksen avaamisen jälkeen aineistoa kertyikin hyvin. Tutkimusaineiston keruumenetelmä antoi tiedonantajille mahdollisuuden vapaaehtoiseen vastaamiseen anonymisti ja heille sopivaan aikaan. Vastauksista oli huomattavissa tiedonantajien halu vastata alustukseen perusteellisesti.

Opinnäytetyön tutkimusaineiston käsittelyä ohjasi tutkittavien anonymiteetin suojaaminen yleisten eettisten periaatteiden mukaisesti. Tuomen (2009, 131.) mukaan ihmisiin kohdistuvan tutkimuksen eettisen perustan muodostavat ihmisoikeudet. Tutkimukseen osallistujille tulee selvittää tutkimuksen menetelmät, tavoitteet ja mahdolliset riskit. Tutkimukseen osallistujille korostetaan osallistumisen vapaaehtoisuutta, sekä oikeutta perua tutkimukseen osallistuminen koko tutkimuksen ajan. Osallistujilla on oikeus kieltää heitä koskevan tutkimusaineiston käyttö myös jälkikäteen. Tutkijan on varmistettava, että suostuessaan tutkimukseen osallistuja on tietoinen, mistä tutkimuksessa on kyse. Tutkimusta toteutettaessa oleellista on vastaajien oikeuksien ja hyvinvoinnin turvaaminen. Tutkimuksesta saatu tieto käsitellään luottamuksellisesti, eikä sitä luovuteta ulkopuolisille tai käytetä muuhun kuin tutkimustarkoitukseen. Vastaajien on jätävä tutkimuksessa nimettömiksi, ellei heiltä ole saatu erillistä lupaa identiteettinsä paljastamiseksi. Tämä turvataan järjestämällä tieto niin, että osallistujien anonymiteetti säilyy. Tärkeimpänä periaatteena on tutkijan vastuuntunto, jolloin tutkimukseen osallistujat voivat luottaa tutkijan kanssa tehtyihin sopimuksiin.

Keskustelupalstoilla vastaajat kertoivat kokemuksistaan anonymisti nimimerkkiä käyttäen. Sähköpostivastaukset saatiin, joko nimimerkillä tai vastaajan omalla nimellä. Vastaukset käsiteltiin luottamuksellisesti ja anonymisti, yleisiä eettisiä periaatteita noudattaen. Tutkimusaineistoa analysoitaessa lähtökohtana oli vastaajien anonymiteetti. Tästä syystä työssä ei käytetä vastaajaa kuvaavia nimimerkkejä, kerrota hoitavaa sairaalaa, tapahtumaan liittyvää paikkakuntaa tai muita anonymiteettiä heikentäviä asioita.

Aineistoa analysoitaessa saadut vastaukset luettiin useita kertoja. Saadun tutkimusaineiston pohjalta päädyttiin jakamaan vastaukset kolmeen erilliseen osioon; ensitietoon raskauden keskeytymisestä tai raskaudessa ilmenevästä ongelmasta, hoitotyöhön sairaalassa ja hoidon toteutumiseen neuvolassa. Jaottelun tarkoituksena on kuvata raskauden keskeytymisen hoidon eri vaiheita kätilötyön ja terveydenhoitotyön näkökulmista. Analyysin tukena käytettiin suoria lainauksia vastaajien kertomuksista, joiden avulla konkretisoidaan naisten kokemuksia hoitotyöstä. Suorien lainausten kautta on helpompi ymmärtää menetyksen jälkeisen psyykkisen tuen tärkeys osana laadukasta hoitotyötä.

Teoria-aineistoa keskenmenoista, raskauden keskeytyksistä ja sikiödiagnostiikasta on saatavilla runsaasti. Näitä teorian osa-alueita käsittelevä aineisto on ajantasaista, luotettavaa ja tieteellistä tietoa. Surun ja tuen teoriaosuuden lähdekirjallisuus pohjautui osittain kertovaan ja tosielämään perustuvaan kirjallisuuteen, joita ei sellaisenaan voi käyttää lähdeaineistona. Näiden kirjojen kautta on enemmänkin syvennytty opinnäytetyön aiheeseen. Syntyneen lapsen menettämisestä on saatavilla teoriatietoa melko paljon, mutta syntymättömän lapsen, sekä äitiyden ja vanhemmuuden menettämiseen liittyvää aineistoa löytyi niukemmin. Lähdeaineiston (Hartikainen ym. 1995) mukaan raskauden keskeytymisestä aiheutuva suru voi olla verrattavissa lapsen kuoleman jälkeiseen suruun, joten työssä on perustellusti käytetty myös lapsen kuolemaa käsittelevää teoria-aineistoa. Surun kokeminen on kuitenkin aina yksilöllistä, eikä siitä voi tehdä yleistäviä johtopäätöksiä. Menetykseen liittyvä teoria-aineisto koostuu useasta eri lähteestä, joista osassa aihetta käsitellään syvällisemmin, kun taas osassa vain sivutaan aihetta. Käytössä ollut aineisto palveli työtä hyvin, sillä se toi teoriaosuuteen syvällisempää, kokemuksellista näkökulmaa. Käsiteltäessä surua teoriaosuudessa käytettiin myös vanhempaa lähdekirjallisuutta, sillä kokemus surusta ei muutu ajan kuluessa, kokemus vaihtelee vain yksilötasolla.

Aiheeseen liittyviä tutkimuksia löytyi niin suomesta kuin ulkomailtakin. Suomessa tehdyissä tutkimuksissa (Laakso 2000) käsiteltiin pääsääntöisesti syntyneen lapsen kuoleman aiheuttamaa surua, raskauden keskeytymisen jälkeistä surua käsiteltiin vähemmän. Britanniassa tehdyssä tutkimuksessa (Kohner 2001) raskauden keskeytymisen kokeneiden naisten kokemukset saamastaan psyykkisestä tuesta osoittautuivat samankaltaisiksi tässä työssä tutkimusaineistona olleisiin kokemuksiin. Britanniassa tehdyn tutkimuksen tulos tukee näin opinnäytetyössä esiin tulleita tuloksia.

Opinnäytetyön teema on lähtöisin tekijöiden kiinnostuksesta aiheeseen. Työntekoa motivoi ennakko-oletus naisen saaman tuen puutteellisuudesta raskauden keskeytyessä. Tuomen (2009) mukaan tutkijan omat uskomukset vaikuttavat tutkimusongelman muotoiluun, ja näin ollen sen muotoilua ei voida pitää arvovapaana. Laadullisessa tutkimuksessa tutkijan oman maailmankatsomuksen vaikutus on väistämätön, sillä tutkija on tutkimusasetelman luoja ja tulkitsija. (Tuomi 2009, 67-68, 136.) Huolimatta opinnäytetyön lähtökohtaisesta ennakko-oletuksesta, työn edetessä tutkimuksessa haluttiin kuitenkin säilyttää objektiivinen näkökulma aiheeseen. Objektiivisuuden turvaamiseksi tutkimusaineisto analysoitiin suoria lainauksia käyttäen, tuoden esille niin negatiivisia kuin positiivisiakin kokemuksia naisten saamasta tuesta raskauden keskeytyessä.

10.2 Tulosten tarkastelua

Tutkimustuloksista nousi esiin niin hyviä kuin huonojakin kokemuksia raskauden keskeytymisen hoidosta. Tulosten tarkastelussa keskitytään naisen kokemukseen saamaan tuesta raskauden keskeytyessä. Tarkastelussa tuodaan esille positiivisia ja negatiivisia hoitokokemuksia. Tutkimustulosten kautta nostetaan esiin hoitotyön epäkohtia, joiden avulla voidaan nähdä hoitotyön kehittämistarpeita. Tavoitteena on antaa ehdotuksia asiakkaan tarpeisiin vastaavasta hoitokäytännöstä, jolloin hoito tukisi myös psyykkistä toipumista.

Tutkimusta aloitettaessa opinnäytetyön tekijöillä oli ennakko-oletus naisen saamasta tuesta raskauden keskeytyessä. Ennakko-oletuksena oli, että liian usein nainen jää vaille tarvitsemaansa tukea, kun raskauden keskeytyessä sairaalassa tai neuvolassa ei anneta informaatiota keskusteluavusta, tai kertoa erilaisista tukimahdollisuuksista. Oletus oli, että nainen jää usein yksin surunsa kanssa, kun raskaus on päättynyt keskenmenoon tai sikiöperäisistä syistä tehtyyn raskaudenkeskeytykseen. Tutkimuksen edetessä havaittiin tuen tarpeen olevan usein samankaltainen riippumatta raskaudenkeskeytymisen syystä. Tästä syystä työssä päädyttiin tarkastelemaan hoitoa kokonaisuudessaan, ensitiedon saamisesta keskeytymisen jälkeiseen jatkohoitoon sekä sairaalassa että neuvolassa. Hoitotyön onnistuminen kokonaisuudessaan vaikuttaa naisen selviytymiseen menetyksestä. Onnistunut hoitotyö koostuu fyysisen hoitotyön lisäksi muistakin tärkeistä hoidon osa-

alueista. Asiantunteva, empaattinen ja yksilöllinen kohtaaminen antaa naiselle turvaa vaikean tilanteen keskellä. Riittävä ja jatkuva informaatio lisää hallinnan tunnetta tilanteesta, sekä lievittää mahdollisia pelkoja ja epätietoisuutta hoitoon liittyen.

Toivotun raskauden päättyminen keskenmenoon tai sikiöperäisistä syistä tehtyyn raskaudenkeskeytykseen on perheelle usein suuri menetys täynnä surua, pettymystä ja epätoivoa. Kokemus menetyksestä on riippuvainen perheen elämäntilanteesta ja raskauden merkityksestä perheelle. Vaikka hoitohenkilökunnalle raskauden keskeytymisen hoitaminen on arkipäivää, on menetys kuitenkin perheelle aina kriisitilanne. Sairaala ympäristönä voi itsessään olla pelottava ja uusi. Raskauden päättyminen voi olla ensimmäinen kokemus surusta naiselle ja lasta odottavalle perheelle. Hoitohenkilökunnan tulisi kohdata nainen aina yksilöllisesti kunnioittaen hänen kokemaansa menetystä.

Tuloksia tarkastellessa havaittiin, että naisten kokemukset ensitiedosta raskauden keskeytyessä olivat hyvin erilaisia. Onnistuneessa ensitiedon annossa kiiteltiin hoitohenkilökuntaa asiantuntevasta ja empaattisesta tiedonannosta, kun raskaudessa havaittiin poikkeavuus. Tällöin sekä suullinen että kirjallinen informaatio oli koettu riittäväksi. Huonoksi koetussa ensitiedon annossa vastaajat kokivat jääneensä yksin saadessaan tiedon raskaudessa olevasta ongelmasta. Tällöin saatu informaatio tilanteesta tai jatko-toimenpiteistä on voinut olla puutteellista. Kiireetön ensitieto edesauttaa tiedon hyväksymistä ja ymmärtämistä, sekä lieventää tilanteeseen liittyvää epävarmuutta ja pelkoa (Stakes 1999, Oppaita 34, 110). Hoitohenkilökunnan kiireetön työskentely antaa naiselle kuvan hänen menetyksensä tärkeydestä ja siitä, että hänen tunteensa huomioidaan. Hoitohenkilökunnan panostaminen ensitiedon antoon voi helpottaa naisen suhtautumista raskaudenkeskeytymisen jatkohoitoon. Raskauden keskeytyessä ei useinkaan ole kysymys äidin henkeä uhkaavasta tilanteesta, jolloin hoitotyössä on mahdollista antaa aikaa myös naisen tukemiselle.

Tutkimusaineistossa naiset toivat esiin sairaalan hoitohenkilökunnan antaman ajan tärkeyden. Henkilökunnan kiinnostus keskusteluun sekä äidin esitietoihin tutustuminen etukäteen koettiin raskauden keskeytymisen läpikäymistä helpottavana. Tällöin nainen kokee tulleen kohdelluksi yksilönä, ei vain rutiininomaisena hoidon kohteena. Joissakin tapauksissa naisen hoidossa oli keskitytty vain fyysiseen hoitotyöhön, jolloin naisen

psykykinen jaksaminen on jätetty huomioimatta raskauden keskeytyessä. Hyvän hoitotyön tulisi koostua kokonaisvaltaisesta asiakkaan kohtaamisesta. Naisten mielestä mahdollisuus keskustella tunteistaan ja huolenaiheistaan hoitoon osallistuvan henkilökunnan kanssa koettiin tärkeäksi. Sairaalassa käyty keskustelu voi auttaa menetyksen hyväksymistä ja kokemuksesta toipumista. Raskauden keskeytyessä nainen on herkässä mielen-tilassa, jolloin asiattomat tai ajattelemattomat kommentit voivat jäädä potilaan mieleen hoitotyötä leimaavina ikävinä muistoina. Tästä johtuen potilaskohtaamisen tulisi tapahtua mahdollisimman hienotunteisesti huomioiden tapahtuneen arkaluontoisuuden.

Sairaalassa tapahtuneessa hoidossa negatiivisena koettiin psyykkisen tuen puutteellisuus, ajattelemattomat kommentit hoitohenkilökunnalta, yksityisyyden puute, sekä annetun informaation yksipuolisuus. Useasti informaatio oli pelkän tietolehtisen varassa. Vähäinen tietomäärä voi olla syynä tiedon etsimiseen tietolähteistä, jotka voivat sisältää epäluotettavaa informaatiota. Vaikeana pidettiin naisten joutumista hoidettavaksi osastoille, joilla asiakkaina oli myös raskaana olevia tai synnyttäneitä naisia. Potilassijoitteluun tulisi kiinnittää huomiota mahdollisuuksien ja resurssien mukaan, sillä jotkut naisista kokivat kohtuuttoman raskaana sijoittumisen samalle osastolle tai potilashuoneeseen synnyttäneiden ja omasta tahdostaan raskauden keskeyttäneiden kanssa.

Tutkimukseen vastanneet naiset kokivat sairaalahoidon jälkeisen sairausloman jääneen usein vaille huomiota. Raskauden keskeytyminen on aina menetys, jonka työstäminen vaatii aikaa. Vaikka nainen tapahtumahetkellä vaikuttaisi hyväkuntoiselta, voi hän vielä olla sokissa, ja tapahtuman todellisuus valjeta hänelle vasta myöhemmin. Kreulan (2008) mukaan surun käsittelemättä jättäminen voi johtaa pitkittyneeseen suruprosessiin tai pahimmassa tapauksessa jopa masennukseen. Tästä johtuen sairausloman tarjoamisen tulisi tapahtua automaattisesti. Vaikka asiakas ei kokisi tarvitsevansa sairauslomaa tapahtumahetkellä, sairausloman tarjoaminen antaa asiakkaalle luvan surra tapahtunutta, ja näin edesauttaa toipumista.

Sairaalan hoitohenkilökunta joutuu kohtaamaan raskauden keskeytymisen kohdanneita asiakkaita päivittäin, jolloin heillä on arvokasta tietoa ja kokemusta naisten hoidosta. Tämän kokemuksen tulisi näkyä myös naisen psyykkisessä hoidossa, sekä jatkohoitotarpeen arvioimisessa. Raskaudenkeskeytystä hoitaneen sairaalan ja raskautta hoitaneen

äitiysneuvolan välinen yhteistyö olisi tärkeää hoidon jatkuvuuden näkökulmasta. Sujuva yhteistyö ja tiedottaminen auttaisivat erityisesti niitä äitejä, jotka kokevat terveydenhuollon tuen tarpeelliseksi toipumisessaan. Suosituksen mukaan (Stakes 1999, oppaita 34, 110.) raskauden keskeytymiseen liittyvien selvitysten valmistuttua hoitavan sairaalan tulisi järjestää keskustelu, johon molemmat vanhemmat voivat osallistua. Tällöin sairaalan henkilökunta pystyisi ohjaamaan kriisissä olevia äitejä jatkohoitoon suunnitelmallisemmin, eivätkä äidit jäisi menetyksensä jälkeen yksin. Sairaalan tulisi sopia jälkihoidon toteuttamisesta yhdessä perhettä hoitaneen äitiysneuvolan kanssa (Stakes 1999, oppaita 34, 110). Sujuva yhteistyö hoitoyksiköiden välillä varmistaa hoidon jatkuvuuden, jolloin hoito on tavoitteellisempaa ja asiakaslähtoisempää.

Opinnäytetyön tutkimustulosten mukaan raskauden keskeytymisen kokeneet naiset ajattelevat usein, että he eivät enää kuulu äitiyshuollon palveluiden piiriin. Toipumisen kannalta äitiysneuvolassa alkaneen hoitosuhteen loppuun vieminen olisi kuitenkin tärkeää. Keskustelu äitiysneuvolassa raskauden keskeytymisen jälkeen olisi erään vastajan mukaan ikään kuin viimeistellyt kesken menneen raskauden. Äitiysneuvola olisi luonteva keskustelutuen tarjoaja, jossa naisella olisi mahdollisuus keskustella jo ennestään hänelle tutun neuvolan terveydenhoitajan kanssa. Tällä käynnillä voitaisiin keskustella asiakkaan mieltä askarruttavista asioista tapahtuneeseen tai mahdolliseen uuteen raskauteen liittyen. Neuvolan kautta kriisissä oleva nainen voitaisiin ohjata automaattisesti tarvitsemansa lisätuen piiriin. Nykytilanteessa naiset kokivat saavansa apua vain sitä itse vaatimalla.

Raskauden keskeytyessä asiakas ottaa yleensä yhteyttä neuvolaan peruakseen seuraavan äitiysneuvolakäyntinsä. Tällaisessa tilanteessa terveydenhoitaja voisi suositella keskustelukäyntiä jo varattuna olevalle ajalle. Jos nainen ei koe tarpeelliseksi keskusteluaikaa neuvolassa, tulisi terveydenhoitajan muistuttaa mahdollisuudesta keskusteluapuun myöhemmässäkin vaiheessa. Neuvolassa tapahtuvan keskustelun tulisi olla rutiininomainen käytäntö raskauden keskeytymisen jälkeen. Erityisesti neuvolan tulisi tavoittaa ne naiset, joiden lähellä ei ole laajaa sosiaalista tukiverkostoa. Läheisten ja neuvolan lisäksi keskusteluapua voi saada vertaistukiryhmistä, mielenterveysseuran kriisityöntekijältä, terveyskeskus- tai työterveyspsykologeilta, sekä seurakunnista (Järvi 2007, 54-55; Manner 1992, 21). Sikiöperäisistä syistä tehdyissä raskaudenkeskeytyksissä naiset olisivat toivoneet keskustelua sekä ennen että jälkeen raskaudenkeskeytyspäätöksen. Vasta-

uksissa arvostettiin kotiin automaattisesti tullutta lähetettä psykologille raskaudenkeskeytyksen jälkeen.

Kokonaisuudessaan tutkimustulokset osoittavat tarjotun tuen olevan osittain puutteellista. Myös aikaisemmissa tutkimuksissa (Flinkkilä ym. 1998; Roto 2001) on saatu samankaltaisia tutkimustuloksia. Paikkakuntien välillä tukimahdollisuuksissa sekä hoitokäytännöissä on eroja. Myös käytettävissä olevat resurssit vaihtelevat. Päällimmäisenä esiin nousivat asiakkaiden toiveet empaattisemmasta ja psyykkisen tuen huomioivasta hoitotyöstä. Yleisesti ottaen hoidon sujuvuudessa sekä informaation laadussa olisi kehitettävää. Hoitotyön koulutuksessa tulisi enemmän painottaa asiakaslähtöisen ja ammattitaitoisen kohtaamisen valmiuksia. Koulutuksen kautta terveydenhuollon opiskelijoiden tulisi saada konkreettisia keinoja asiakkaan tukemiseen. Hoitohenkilökunnan tietoisuutta tarjolla olevista tukimuodoista tulisi lisätä, jotta asiakas saisi tarvitsemaansa tukea eikä joutuisi sitä itse etsimään. Hoitohenkilökunnalta vaaditaan myös herkkyyttä tunnistaa ne vanhemmat, jotka tarvitsevat erityistä tukea selvitäkseen menetyksestä. Asiakkaan psyykkinen tukeminen kriisin akuuttivaiheessa voi jatkossa vähentää masentuneisuutta ja sairaslomien tarvetta. Yhteenvedo opinnäytetyön tutkimustuloksista on esitelty taulukossa 6.

10.3 Jatkotutkimusideat

Opinnäytetyö on rajattu käsittelemään vain naisten kokemuksia saamastaan tuesta raskauden keskeytyessä. Hoitotyön kehittämisen kannalta olisi mielenkiintoista ja hyödyllistä selvittää myös puolison kokemuksia raskauden keskeytyksestä ja sen vaikutuksista heidän elämäänsä ja parisuhteeseensa. Käytännön työssä tämänkaltainen tutkimus voisi olla apuna perhekeskeisempien tuki- ja hoitokäytänteiden kehittämisessä. Tutkimusta voisi tehdä myös toistuvien keskenmenojen vaikutuksesta naisen ja hänen perheensä elämään, sekä niiden vaikutuksesta kokemukseen uudesta raskaudesta. Toistuvat keskenmenot aiheuttavat naiselle ja hänen perheelleen usein jatkuvaa pelkoa ja huolta uusien raskauksien aikana. Näiden kokemusten tunteminen auttaa sopivien tukikeinojen löytämisessä naisen ja perheen tukemiseksi raskauden aikana.

Opinnäytetyössä kuvataan naisten kokemuksia raskauden spontaanista keskeytymisestä tai sikiöperäisistä syistä tehdyn raskaudenkeskeytyksen kautta. Opinnäytetyön ulkopuolelle on rajattu muista kuin sikiöperäisistä syistä tehdyn raskaudenkeskeytyksen kokeneet naiset. Heillekin raskaudenkeskeytykseen päätyminen on usein vaikea ja vaiettu ratkaisu, jolla on mahdollisesti merkitystä tulevien raskauksien aikana. Aikaisemman raskaudenkeskeytyksen vaikutus kokemukseen uudesta raskaudesta ja vanhemmuuteen kasvusta olisi mahdollinen jatkotutkimuksen aihe. Aihe on kuitenkin arkaluontoisuutensa vuoksi hankala toteuttaa.

Käytännön hoitotyön kehittämisen näkökulmasta voisi jatkotutkimushaasteena olla kätilön ja terveydenhoitajan välisen yhteistyön kehittäminen hoidon jatkuvuuden onnistumiseksi raskauden keskeytymisen kokeneen naisen hoitotyössä. Onnistuneella ja sujuvalla yhteistyöllä saavutetaan hyviä hoitotuloksia naisten hoitotyössä, sekä vältetään päällekkäistä työtä hoitoon osallistuvien tahojen välillä.

11 KEHITTÄMISTEHTÄVÄ

Opinnäytetyön pohjalta tehty kehittämistehtävä on pyritty tekemään hoitotyön koulutusta palvelevaksi työvälineeksi raskauden keskeytymisen kokeneen naisen hoitoon tulevaisuudessa osallistuville hoitotyöntekijöille. Kehittämistehtävän tavoitteena on kuvata terveysalan opiskelijoille raskauden keskeytymisen merkitystä naiselle, sekä lisätä opiskelijoiden keinoja kohdata raskauden keskeytymisen kokenut nainen. Kehittämistehtävä tuo opiskelijoiden tietoisuuteen käytettävissä olevia tukimuotoja ja kannustaa tulevia hoitotyön ammattilaisia raskauden keskeytymisen kokeneen naisen hoitoon ohjaamisessa.

Kehittämistehtävä on toteutettu PowerPoint – esityksenä. Kehittämistehtävää on mahdollista käyttää terveysalan oppimateriaalina naisen hoitotyöhön tai äitiyshuoltoon liitetyissä opinnoissa. Kehittämistehtävä on toteutettu opinnäytetyön pohjalta, mutta se on oma erillinen kokonaisuutensa. Kehittämistehtävä on rakennettu niin, että esitystä voi opetuksessa käyttää ilman opinnäytetyötä.

LÄHTEET

Anttila, K., Kaila-Mattila, T., Kan, S., Puska, E-L. & Vihunen, R. 2008. Hoitamalla hyvää oloa. 11.-13.painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

Armanto, A. & Koistinen, P. (toim.) 2009. Neuvolatyön käsikirja. 1.-3. painos. Helsinki: Tammi.

Asetus raskauden keskeyttämisestä 29.5.1970/359. <http://www.finlex.fi>

Autti-Rämö, I., Koskinen, H., Mäkelä, M., Ritvanen, A., Taipale, P. & Asiantuntijaryhmä. 2005. Raskauden ajan ultraäänitutkimukset ja seerumiseulonnat rakenne- ja kromosomipoikkeavuuksien tunnistamisessa. FinOHTAn raportti 27/2005. Helsinki: Stakes.

Becvar, D. 2001. In the Presence of Grief. Helping Family Members Resolve Death, Dying, and Bereavement Issues. New York: The Guilford Press.

Duodecim -seura 2007. Raskaudenkeskeytys. Käypä hoito. Luettu 19.10.2010
<http://www.kaypahoito.fi>

Erjanti, H. & Paunonen-Ilmonen, M. 2004. Suru ja surevat. Helsinki: WSOY.

Eskola, J. & Suoranta, J. 2000. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 4. painos. Jyväskylä: Gummerus.

Eskola, K. & Hytönen, E. 1997. Naisen elämä ja hoitotyö. Porvoo: WSOY.

Eskola, K. & Hytönen, E. 2005. Nainen hoitotyön asiakkaana. 2. painos. Helsinki: WSOY.

EU:n Kätilödirektiivi 80/155/EEC Artikla 4. <http://www.suomenkatiloliitto.fi>

Flick, U. 2006. An introduction to qualitative research. London: SAGE publications Ltd.

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

Haarakangas, K. 2008. Parantava puhe. Dialogisuus ihmissuhteissa, mielenterveystyössä ja psykiatrisessa hoidossa. Helsinki: Magentum Oy.

Haarala, P., Honkanen, H., Mellin, O-K. & Tervaskanto-Mäentausta, T. 2008. Terveydenhoitajan osaaminen. Helsinki: Edita Prima.

Hammarlund, C-O. 2004. Kriisikeskustelu. Kriisituki, jälkipuinti, stressin ja konfliktien käsittely. Helsinki: Tietosanoma Oy.

Hartikainen, A-L., Tuomivaara, L., Puistola, U. & Lang, L. 1995. Kokonainen. Porvoo: WSOY.

Ihme, A. & Rainto, S. 2008. Naisten terveys. Helsinki: Edita Prima.

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

Kaunonen, M. 2000. Support for a Family in Grief. Tampereen yliopisto. Lääketieteen laitos. Väitöskirja.

Kohner, N. & Henley, A. 2001. When a baby dies. The experience of late miscarriage, stillbirth and neonatal death. London: Routledge.

Kreula, R. 2008. Kuvittelenko, vai kuoliko jotain? Helsinki: Books On Demand.

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.

Kübler-Ross, E. & Kessler, D. 2006. Suru ja surutyö. Helsinki: Basam Books Oy.

Laakso, H. 2000. Äidin suru alle seitsenvuotiaan lapsen kuoleman jälkeen. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Laki raskauden keskeyttämisestä 24.3.1970/239. <http://www.finlex.fi>

Lähteenmäki, K. (koonnut) 2005. Keskenmeno, yli 40 tositarinaa. Loviisa: Tositarinat kustannus.

Manner, T. (toim.) 1992. Vaiettu suru. Lapsen kuolema ja perheen tukeminen. Lasten suojelun keskusliiton julkaisu 88. Helsinki: Lastensuojelun keskusliitto.

Mattila, K-P. 2007. Arvostava kohtaaminen. Arjessa, auttamistyössä ja työyhteisössä. Jyväskylä: PS-kustannus.

Metsämuuronen, J. (toim.) 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Helsinki: International methelp Ky.

Minkkinen, L., Ahlstedt, B., Eho, S., Leskelä, P., Martin, J., Moren, R. & Sirkiä, K. (työryhmä) 2005. Lapseni on kuollut – Jäi jälkeen kaipuu, jäi sanaton suru. Helsinki: Sylva Ry.

Mälkiä, T. 2008. Moraalia vai lääketiedettä. Kuinka sikiödiagnostiikasta ja selektiivisestä abortista puhutaan perinnöllisyysneuvonnassa. Tampereen yliopisto. Sosiologian ja sosiaalipsykologian laitos. Väitöskirja.

Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:4. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopintopisteet. Julkaistu 10.7.2006. Luettu 19.10.2010. <http://www.minedu.fi>

Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. 2007. Kätilötyö. Erityistarkkailua ja -hoitoa edellyttävä raskaus. Helsinki: Edita.

Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. 2007. Kätilötyö. Kätilön ammatillinen osaaminen. Helsinki: Edita.

Pojjula, S. 2005. Surutyö. 3.painos. Helsinki: Kirjapaja Oy.

Roto, H. 2001. Lasta odottaneiden vanhempien kokemuksia keskenmenosta ja saamaansa hoidosta keskenmenon yhteydessä sairaalassa. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.

Saari, S. 2003. Kuin salama kirkkaalta taivaalta. Kriisit ja niistä selviytyminen. 3. uudistettu painos. Keuruu: Otava.

Saarikoski, S. 1992. Naistentautien perustiedot. 5. painos. Tampere: Legekustannus Oy.

Saarikoski, S. 1994. Synnytysopin perustiedot. 2.painos. Tampere: Legekustannus Oy.

Salzer, L. 1994. Lapsettomuus kriisinä. Helsinki: Otava.

Santalahti, P. 1998. Prenatal Screening in Finland – Availability and Womens Decision-Making and Experiences. Research Report 1994. Helsinki: Stakes.

Suoritettut raskaudenkeskeytykset keskeytysperusteen mukaan. Stakes: tilastoja 2008. Luettu 19.10.2010. <http://www.stakes.fi>

Suua, P. & Tuomikoski, M. 1996. Hoitotyön auttamismenetelmät. Psykkisen hyvinvoinnin tukeminen. Porvoo: WSOY.

Tiitinen, A. 2010. Keskenmeno. Luettu 19.10.2010. <http://www.terveyskirjasto.fi>

Tulppala, M. & Ylikorkala, O. 1997. Miksi raskaus keskeytyy – ja joillakin naisilla jopa toistuvasti? Duodecim. Luettu 22.10.2010. <http://www.duodecimlehti.fi>

Tuomi, J. 2007. Tutki ja lue. 1.-2. Painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

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

Viisainen, K. (toim.) 1999. Seulontatutkimukset ja yhteistyö äitiyshuollossa. Oppaita 34. Helsinki: Stakes.

Vilen, M., Leppämäki, P. & Ekström, L. 2008. Vuorovaikutuksellinen tukeminen. 3.uudistettu painos. Helsinki: WSOY.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Tammi.

Väisänen, L. 1999. Lapsen menetys. Perheen suru ja toipuminen. Helsinki: Kirjapaja Oy.

Väisänen, L. 2001. Raskaus muuttaa naisen mieltä ja maailmaa. Helsinki: Kirjapaja Oy.

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

Ylikorkala, O. & Kauppila, A. (toim.) 2004. Naistentaudit ja synnytykset. 4. painos. Helsinki: Duodecim.

LIITTEET

LIITE 1

Tuki keskenmenon tai geneettisen keskeytyksen jälkeen

Olemme kaksi terveydenhoitajaopiskelijaa ja kättilöopiskelija Tampereen ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä keskenmenon ja geneettisen keskeytyksen jälkeisestä psyykkisestä tukemisesta. Opinnäytetyömme tavoitteena on selvittää mahdollisia epäkohtia psyykkisen tukemisen toteutumisessa ja jatkuvuudessa keskenmenon tai geneettisen keskeytyksen jälkeen. Tarkoituksena on kuvata naisten kokemuksia saamaan psyykkisestä tuesta ja tuen tarpeesta.

Minkälaista tukea sait keskenmenon tai geneettisen keskeytyksen jälkeen?

- Sairaalassa
- Neuvolassa

Minkälaista tukea olisit halunnut saada?

Kertomalla omakohtaisen kokemuksesi saamme arvokasta tietoa hoitotyön kehittämiseen. Kerro kokemuksestasi tai lähetä halutessasi sähköpostia osoitteeseen piramk@windowslive.com. Käsittelemme kaikki saamamme vastaukset luottamuksellisesti ja anonyymisti.

Opinnäytetyömme valmistuu syksyllä 2010 ja on sen jälkeen luettavissa Internetissä osoitteessa <https://publications.theseus.fi>. Tarkempia tietoja opinnäytetyötä koskien saa osoitteesta piramk@windowslive.com.

Ystävällisin terveisin opinnäytetyön tekijät