



Raskaudenkeskeytspotilaan psyykkisen hyvinvoinnin tukeminen

Koulutus Ruoholahden naistentautien poliklinikan hoitohenkilökunnalle

Anna Sadeharju
Irmeli Tuomi
Mari Vainionpää

2021 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

Raskaudenkeskeytspotilaan psyykkisen hyvinvoinnin tukeminen

Koulutus Ruoholahden naistentautien poliklinikan hoitohenkilökunnalle

Anna Sadeharju, Irmeli Tuomi, Mari
Vainionpää
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Helmikuu, 2021

Anna Sadeharju, Irmeli Tuomi, Mari Vainionpää

Raskaudenkeskeytyspotilaan psyykkisen hyvinvoinnin tukeminen

Vuosi 2021 Sivumäärä 72

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Ruoholahden naistentautien poliklinikalle koulutustuote raskaudenkeskeytykseen tulevan naisen psyykkisen hyvinvoinnin tukemiseksi. Opinnäytetyön teoreettisessa viitekehyksessä käsiteltiin raskaudenkeskeytyksen vaikutuksia naisen psyykkiseen hyvinvointiin sekä hoitotyön tarjoamaa tiedollista, emotionaalista ja konkreettista tukea.

Koulutustuote kehitettiin palvelumuotoilun avulla. Asiakasymmärrystä hankittiin kuuden kätilön teemahaastattelun avulla. Teemahaastattelulla hankittu aineisto analysoitiin teorialähtöisellä eli deduktiivisella sisällönanalyysillä. Sen tuloksia hyödynnettiin koulutustuotteen rakentamisessa. Koulutustuotetta konseptoitettiin ideoimalla työelämän kanssa sen sisältöä ja muotoa sekä tekemällä narratiivinen kirjallisuuskatsaus. Kirjallisuuskatsaus koostui tarkoituksen määrittämisestä, kirjallisuushausta ja aineiston valinnasta, tutkimusten arvioinnista, aineiston analyysistä ja synteesisistä sekä tulosten raportoinnista. Kirjallisuuskatsaukseen valikoitui kuusitoista tutkimusta, joiden tulokset analysoitiin deduktiivista sisällönanalyysiä apuna käyttäen. Konseptoinnin jälkeen koulutustuotetta kehitettiin esittämällä se Ruoholahden naistentautien poliklinikan hoitohenkilökunnalle Power Point-esityksenä Teams -yhteydellä. Suullinen ja kirjallinen palaute saatiin koulutuksen jälkeen poliklinikan osastonhoitajalta.

Teemahaastattelujen ja kirjallisuuskatsauksen mukaan raskaudenkeskeytykseen liittyviä psyykkisiä kokemuksia ovat helpotus ja kokemus oikeasta päätöksestä, mutta raskauden keskeytykseen liittyy myös pahan olon tunteita kuten surua ja syyllisyyttä. Kirjallisuuskatsauksen tulosten mukaan yksittäinen raskauden keskeytys ei sinällään aiheuta psykiatrista sairastavuutta. Emotionaalisen tuen tarve vaihtelee potilailla merkittävästi. Empaattisuus ja kunnioittava suhtautuminen potilaaseen lisäsivät tyytyväisyyttä hoitoon. Koulutuksesta saatu palaute oli positiivista ja asiasisältö vastasi tilaajan odotuksia.

Raskaudenkeskeytyspotilaan psyykinen hyvinvointi -koulutustuote sisälsi koulutustuotteen kehittämisprosessin, sen tulosten kuvauksen sekä psyykkisen hyvinvoinnin tukemiseen kuuluvat emotionaalisen tuen tarpeen tunnistamisen ja emotionaalisen tukemisen menetelmät.

Jatkossa tutkimusta tarvittaisiin siitä, miten naistentautien poliklinikalle tulevat raskaudenkeskeytystä suunnittelevat potilaat kokevat hoitajien antaman emotionaalisen tuen ohjaustapaamisissa.

Asiasanat: Raskaudenkeskeytys, psyykinen hyvinvointi, tiedollinen tuki, emotionaalinen tuki, kirjallisuuskatsaus

Anna Sadeharju, Irmeli Tuomi, Mari Vainionpää

Supporting the mental well-being of a patient seeking to terminate a pregnancy

Year	2021	Pages	72
------	------	-------	----

This bachelor's thesis was carried out in Laurea University of Applied Sciences and at the Women's Hospital Gynecological Outpatient Clinic (WHGOC) as an education project about how to support the mental well-being of a patient seeking to terminate their pregnancy. The theoretical part of the thesis studied the methods of nursing which provides concrete emotional and informational support for patients seeking to terminate their pregnancy.

The educational project was formed based on service design principles and patient insight was acquired by interviewing six midwives and nursing professionals working at the WHGOC. The theme interview of the nurses was analyzed using theory based deductive analysis. The educational product was a concept which was initiated by brainstorming with the professionals of the clinic and by conducting a literature review. The literature review consisted of ; determination of purpose, research of existing studies and selection of the research material, evaluation and analysis of studies, synthesis of the studies and results reporting. Sixteen studies were selected as the basis of the literature review. After the conceptualization of the educational product, a PowerPoint-slideshow was presented to the WHGOC via "Teams" platform. The feedback of the educational product was collected by the head nurse of the WHGOC and it was then implemented by giving a PowerPoint-presentation to the clinic.

According to the interviews and literature review, emotional experiences due to terminating a pregnancy can be relief and the experience that termination was the right decision, but feelings of distress, (such as sadness and guilt) were also common. According to the literature review, the majority of women who have had a single abortion do not experience mental health problems. The women's need for emotional support in relation to abortion varies. The feedback received from the head nurse for the educational product was positive and the content met expectations.

The educational product about supporting the mental well-being of a patient terminating a pregnancy contains; the development process of the educational product, overview of the results, identifying the need for emotional support and the methods of emotional support. Possible topics for further research emerged during the thesis process. These included further studies on finding out how patients seeking to terminate their unwanted pregnancy experience the nursing care they receive and particularly the emotional support provided by the nurses.

Keywords: Pregnancy termination, mental well-being, informational support, emotional support, literature review

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Raskaudenkeskeytyksen vaikutukset naisen psyykkiseen hyvinvointiin	7
2.1	Raskaudenkeskeytys	7
2.2	Psyykinen hyvinvointi ja raskauden keskeytys	9
3	Raskaudenkeskeytyspotilaan tukeminen ja ohjaaminen	11
3.1	Ohjaaminen	11
3.2	Emotionaalinen tuki	13
4	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	15
5	Palvelumuotoilu	16
5.1	Palvelumuotoiluprosessi.....	16
5.2	Teemahaastattelu asiakasymmärryksen hankkimisen välineenä	17
5.3	Kirjallisuuskatsaus koulutustuotteen konseptoinnin välineenä	21
5.4	Pilotoitokoulutus koulutustuotteen kehittämisen menetelmänä	30
5.5	Jalkauttaminen	31
6	Opinnäytetyön tulokset.....	32
6.1	Teemahaastattelun tulokset.....	32
6.2	Kirjallisuuskatsauksen tulokset.....	34
6.2.1	Raskaudenkeskeytyksen vaikutukset psyykkiseen hyvinvointiin	34
6.2.2	Tiedollinen ja emotionaalinen tuki	38
6.2.3	Yhteenveto kirjallisuuskatsauksen tuloksista.....	44
6.3	Koulutusmateriaali	46
7	Pohdinta	52
7.1	Tulosten tarkastelu	52
7.2	Eettisyys ja luotettavuus	54
7.3	Kehittämissuhteet	56
7.4	Omat oppimiskokemukset.....	57
	Lähteet.....	58
	Liitteet	66

1 Johdanto

Tämän opinnäytetyön tilaajana oli Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Ruoholahden naistentautien poliklinikka. Ruoholahden naistentautien poliklinikka on Suomen suurin naistentautien poliklinikka, mihin on keskitetty kaikki pääkaupunkiseudun raskaudenkeskeytykset. Naistentautien poliklinikalla tutkitaan ja hoidetaan myös erilaisia gynekologisia ongelmia kuten vuotohäiriöitä, alavatsakipuja ja kohdunkaulan solumuutoksia. Poliklinikka toimii ajanvarauspoliklinikkana, jonne potilaat tarvitsevat lääkärin lähetteen. (HUS 2021.) Naistentautien poliklinikoilla hoidetaan varhaisvaiheen eli ennen 12. raskausviikkoa tapahtuvat raskaudenkeskeytykset (Ihme & Rainto 2015, 147).

THL:n seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma Edistä, ehkäise ja vaikuta- 2014-2020 (Klementti & Raussi-Lehto 2013) määrittelee, miten ”ammattihenkilön oikeanlaisella tuella voidaan vaikuttaa raskaudenkeskeytykseen päätyvän naisen psyykkiseen hyvinvointiin.” Koettu hoitotyö on siis oleellinen osa raskaudenkeskeytyspotilaan raskaudenkeskeytyskoke- musta, mihin kuuluu hoitotyön lisäksi naisen sosiaalinen ympäristö, raskaudenkeskeytyksestä päättäminen ja fysiologiset oireet (Ihme & Rainto 2015, 149). Opinnäytetyön tutkimuskysymykset käsittelevät raskaudenkeskeytyksen vaikutusta psyykkiseen hyvinvointiin ja miten hoitohenkilökunta voi tukea naistentautien poliklinikalle hoitoon tulevaa raskaudenkeskeytyspotilasta. Tässä opinnäytetyössä kehitettiin koulutus naistentautien poliklinikan hoitajille eli sairaanhoitajille ja kättilöille raskaudenkeskeytyspotilaan psyykkiseen tukemiseen. Painopiste on erityisesti osittaisen kotikeskeytyksen lääkkeillä tekevän raskaudenkeskeytyspotilaan hoidossa. Lääkkeellisen raskaudenkeskeytyksen voi toteuttaa myös osittain kotona, kun raskaus on kestänyt alle 9 viikkoa (Ihme & Rainto 2015, 147).

Lääkkeellinen raskaudenkeskeytysmenetelmä on yleistynyt Suomessa vuosi vuodelta. Vuonna 2019 97,7 prosenttia raskaudenkeskeytyksistä tehtiin lääkkeillä. (THL 2020a.) Kirurgiseen raskaudenkeskeytykseen verrattuna lääkkeellisen raskaudenkeskeytyksen, erityisesti osittaisen kotikeskeytyksen lääkkeellisesti tekevän potilaan kohtaamisessa, ohjauksessa ja hoidossa painopiste on enemmän psyykkisen tuen antamisessa potilaalle. Tämä voi olla hoitajalle eri tavoin haastavaa työtä kuin esimerkiksi päiväkirurgisen raskaudenkeskeytyspotilaan hoitotyö. Hoitajia kuormittaa tasapainoilu sen välillä, etteivät he millään tavoin vaikuta raskaudenkeskeytyspäätökseen, mutta kuitenkin tarjoavat tarvittavan emotionaalisen tuen ja ohjauksen. (Lipp & Fothergill 2009; Kjelsvik ym. 2018.) Tarvetta opinnäytetyölle on lääkkeellisen raskaudenkeskeytysmenetelmän ja ohjauspainotteisen raskaudenkeskeytysten hoitotyön yleistyessä yhä enemmän.

2 Raskaudenkeskeytyksen vaikutukset naisen psyykkiseen hyvinvointiin

2.1 Raskaudenkeskeytys

Raskaudenkeskeytys eli abortti tarkoittaa raskauden päättämistä keinotekoisesti. Se toteutetaan ennen 20. raskausviikkoa kirurgisesti kaavinnalla tai lääkkeellisesti. (Tiitinen, 2020.)

Laillinen raskaudenkeskeytys on naisten terveydenhuollon kannalta oleellista. Vuosittain noin 50 miljoonaa naista ympäri maailman päätyy raskaudenkeskeytykseen. Noin puolet näistä ovat laittomia raskaudenkeskeytyksiä. Vuosittain 67 000 naista kuolee ja 5 miljoonaa naista tarvitsee sairaalahoitoa vaarallisten, eli ilman terveydenhuoltoa suoritettujen raskaudenkeskeytyksien takia. Komplikaatioita ovat esimerkiksi vakava verenvuoto, sepsis, myrkytys ja hedelmättömyys. Maailman terveysjärjestö WHO on arvioinut, että noin 13 % äitiyskuolemista johtuu raskaudenkeskeytyksistä mitkä on tehty ilman turvallista terveydenhuoltoa. Joka kahdeksas minuutti nainen kuolee laittoman raskaudenkeskeytyksen aiheuttamiin komplikaatioihin, jättäen 220 000 lasta vuosittain äidittömäksi. (Haddad, 2009.)

Suomen nykyinen raskaudenkeskeytyslaki on vuodelta 1970 (Ihme & Rainto 2015, 146). Laissa raskauden keskeytyksestä (24.3.1970/239) on määritelty, että raskaus voidaan keskeyttää naisen pyynnöstä hakemuksella, kun tietyt edellytykset täyttyvät. Ainoastaan yhden lääkärin eli suorittajalääkärin lupapäätös tarvitaan, jos raskaus on kestänyt alle 12 viikkoa ja nainen on alle 17-vuotias tai on täyttänyt 40 vuotta, tai jos hän on synnyttänyt neljä lasta. Kahden lääkärin lupapäätös raskauden keskeytykselle tarvitaan, kun raskaudenkeskeytys tehdään ennen 12. raskausviikon täyttymistä ja nainen hakee keskeytystä sosiaalisin tai lääketieteellisin perustein, jos vanhemman sairaus tai jokin muu syy rajoittaa heidän kykyään hoitaa lasta tai jos raskauden alkuun liittyy rikos. Sosiaalisilla perusteilla tarkoitetaan tilannetta, missä lapsen synnyttäminen ja hoito olisivat huomattava rasitus naiselle tai hänen perheelleen elinoloihin ja muut olosuhteet huomioon ottaen. Näitä syitä voivat olla esimerkiksi perhesuhteisiin, taloudelliseen tilanteeseen, työtilanteeseen tai tulevaisuudensuunnitelmiin liittyvät tekijät. (Laki raskauden keskeyttämisestä; Tapanainen, Heikinheimo, Mäkikallio 2019, 137.)

Yli 12. raskausviikon jälkeen on raskaus mahdollista keskeyttää vain sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston eli Valviran antamalla luvalla. Raskauden voi keskeyttää yli 12. raskausviikon jälkeen raskauden aina 20. raskausviikolle saakka, jos raskauden keskeytykselle on jokin erityinen syy. Jos luotettavalla tutkimuksella, kuten lapsivesi- ja ultraäänitutkimuksella tai serologisilla tutkimuksilla selviää sikiöllä olevan vaikea sairaus tai ruumiinvika, raskauden voi keskeyttää 24. raskausviikkoon saakka. (Ihme & Rainto 2015, 146-147.)

Ikäryhmittäin eniten raskaudenkeskeytyksiä tekevät 20-24-vuotiaat. Alle 20-vuotiaiden raskaudenkeskeytykset ovat sen sijaan vähentyneet merkittävästi. 30-40-vuotiaiden raskaudenkeskeytyksluvut eivät ole vähentyneet vuodesta 1980. Suomessa suurin osa raskaudenkeskeytyksistä tehdään sosiaalisin perustein. Raskaudenkeskeytyksistä 92,6 % tehtiin vuonna 2019 sosiaalisin perustein. Vuonna 2019 useampi kuin joka kolmas (37 %) raskaudenkeskeytyksistä tehtiin naisille, joille oli tehty keskeytys jo aiemmin. Eniten raskaudenkeskeytyksiä, 77,9% kaikista raskaudenkeskeytyksistä, tehtiin ennen 9. raskausviikkoa. (THL 2020a.) Suomessa raskaudenkeskeytyksiä tehdään eurooppalaisittain ja Pohjoismaalaisittain verrattain vähän. Raskaudenkeskeytyksiä tehtiin 7,6 keskeytystä 1 000:ta hedelmällisessä iässä olevaa naista kohti vuonna 2018. Tämä oli kaikkien aikojen alhaisin keskeytysmäärä sitten vuoden 1970 raskaudenkeskeytyslain voimaan astumisen jälkeen. (Tiitinen, 2020.) Raskaudenkeskeytys tapahtuu joko kirurgisesti tai lääkkeellisesti. Ylivoimainen enemmistö raskaudenkeskeytyksistä, 97,7 %, toteutuu lääkkeillä (THL 2020a.) Raskaudenkeskeytyksen menetelmä määräytyy raskausviikkojen ja potilaan tilanteen mukaan. Potilaan kanssa on tärkeää keskustella hänen yksilöllisistä toiveistaan ja tarpeistaan. (Tiitinen, 2020.)

Suomessa alettiin käyttää Mifepristonin ja Misopristolin yhdistelmää vuonna 2000 ensimmäisen kolmanneksen eli raskausviikkoon 12. asti ja toisen kolmanneksen, eli raskausviikot 12-24, aikaisiin lääkkeellisiin raskaudenkeskeytyksiin. Tämän jälkeen lääkkeellisen raskaudenkeskeytyksen suosio on yleistynyt vuosi vuodelta. Menetelmän yleistyminen liittyy sen tehokkuuteen, yksityisyyteen ja turvallisuuteen. Lääkkeellinen raskaudenkeskeytys voi tapahtua osittain kotona, sairaalan poliklinikalla tai sairaalassa. Lääkkeellisen keskeytyksen osittain kotona voi tehdä, jos raskausviikkoja on alle 9. Osittain kotona keskeytetyssä raskaudessa Mifepristonin annetaan poliklinikalla ja prostaglandiinivaihe toteutetaan naisen ollessa kotona. Jos raskausviikkoja on yli 9-12, täytyy lääkkeellinen raskaudenkeskeytys tehdä sairaalaseurannassa tai poliklinikalla. Jos raskausviikkoja on yli 12, täytyy keskeytys tehdä aina osastoseurannassa lääkkeellisesti. (Ihme & Rainto 2015, 147-148; Tapanainen ym. 2019, 138-139.)

Lääkkeellinen keskeytys tehdään kahdella lääkeaineella, antiprogestiini Mifepristonin ja prostaglandiinin Misoprostolin yhteisvaikutuksella. Mifepristonin on antiprogestiini, joka vaikuttaa estämällä raskauden jatkumiselle välttämättömän progesteronin sitoutumisen reseptoriinsa. Lääkkeellinen raskaudenkeskeytys alkaa naistentautien poliklinikalla annettavalla kerta-annoksena otettavalla yhdellä mifepristonitabletilla, mikä lisää kohdun supistusherkyttä ja pehmittää kohdunkaulaa. Misoprostoni eli prostaglandiini, käynnistää kohdun supistelun ja kohdun tyhjenemisen. Misoprostoni otetaan 1-3 vuorokautta Mifepristonitabletin jälkeen. Neljä tablettia misoprostonia annostellaan kerralla emättimeen tai laitetaan kaksi tablettia kielen alle 20 minuutin välein. Lääkkeellisen raskaudenkeskeytyksen etuja on sen luon-

nollisuus, alhaisempi infektioriski, mahdollisuus keskeyttää kotona eli yksityisyys ja invasiivisen toimenpiteen puuttuminen. Vasta-aiheita lääkkeelliselle keskeytykselle on sepelvaltimotauti, vaikea astma, yliherkkyys käytetyille lääkkeille, poikkeava verenvuototaipumus tai anti-koagulanttihoito sekä epäily kohdunulkoisesta raskaudesta. Haittapuolia lääkkeellisessä raskaudenkeskeytyksessä voi olla menetelmän kivuliaaksi kokeminen, hitaampi prosessi ja pidempi jälkivuoto. (Ihme & Rainto 2015, 148; Tapanainen ym. 2019, 139; Raskaudenkeskeytykset: Käypä hoito-suositus 2013.)

Kirurgisessa raskaudenkeskeytyksessä raskauskudos poistetaan kirurgisesti potilaan ollessa yleisanestesiassa. Kirurginen raskaudenkeskeytys voidaan tehdä vain naisille, joilla raskausviikkoja on alle 12. Kohdunkaula laajennetaan Hegarin laajentimilla, minkä jälkeen kohtuontelo tyhjenetään, raskausmateriaali poistetaan imukyretillä ja lopuksi kohdun tyhjeneminen tarkastetaan kyretillä. (Raskaudenkeskeytykset: Käypä hoito-suositus 2013.) Ennen toimenpidettä potilaalle annetaan Misoprostolia mikä pehmentää kohdunkaulaa. Kohdunsuun pehmeneminen ehkäisee komplikaatioita, kuten kohdunsuun repeämistä ja verenvuotoa. Lääkkeelliseen raskaudenkeskeytykseen verrattuna kirurgisissa keskeytyksissä esiintyy enemmän tulehduksia ja sen mahdollisena komplikaationa on kohtuvaurio eli kohdun perforaatio. (Raskaudenkeskeytykset: Käypä hoito-suositus 2013; Tiitinen, 2020.)

Vuonna 2019 suurin osa, 60,5%, raskautensa keskeyttäneistä naisista ilmoitti käyttäneensä jotain ehkäisymenetelmää raskauden alkaessa. Kondomi oli yleisin ehkäisymenetelmä raskautensa keskeyttäneillä, sitä ilmoitti käyttäneensä 46,6% naisista. (THL 2020a.) Vuonna 2011 mitään ehkäisyä ei ollut käytössä 35 %:lla raskaudenkeskeytystä hakeneella, kondomia oli käyttänyt 47 %, ehkäisytabletteja tai -kapselia oli käyttänyt 12 % ja kohdunsisäistä ehkäisymenetelmää 1 % (Raskaudenkeskeytykset: Käypä Hoito-suositus, 2013).

2.2 Psyykinen hyvinvointi ja raskauden keskeytys

Tässä opinnäytetyössä psyykinen hyvinvointi tarkoittaa samaa kuin mielenterveys. Kansainvälinen maailman terveysjärjestö WHO määrittelee terveyden täydelliseksi fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilaksi, joka ei määriy ainoastaan vammojen tai sairauksien puuttumisella (WHO 1948). Terveyden- ja hyvinvointilaitoksen mukaan hyvinvointi on kolmiosainen kokonaisuus, joka sisältää terveyden, materiaalsen hyvinvoinnin sekä elämänlaadun kokemuksen (THL 2020b.) Mielenterveyden tarkka määrittäminen on haasteellista, mutta esimerkiksi Terveyden- ja hyvinvointilaitoksen (2019) mukaan hyvän mielenterveyden tukipilarit ovat muun muassa sosiaalisten suhteiden tyydyttävävyys, kyky sietää epäonnistumisia ja selviytyä niistä, sekä terve itsetunto. WHO:n (2013) mukaan mielenterveys on ihmisen kyky

käsittää ja tiedostaa oma kyvykkyytensä, sekä sopeutua stressiin ja arjen haasteisiin. Mielen-terveydeltään vakaa ihminen on myös kyvykäs työskentelemään ja toimimaan osana yhteis-kuntaa. (WHO 2013.)

Hyvän mielenterveyden ylläpitäminen ja edistäminen vaativat monista eri alueista huolehti-mista. Mahdollisimman hyvä tasapaino psyykkisen, fyysisen, sosiaalisen sekä emotionaalisen hyvinvoinnin välillä on suuri tekijä ihmisen kokonaisvaltaisessa hyvinvoinnissa. (THL 2019.) Psyykkisen hyvinvoinnin uhkatekijöitä ovat muun muassa muutokset elämäntilanteessa tai ih-missuhteissa, henkilön itsensä, tai hänen läheisensä sairastuminen, sekä erilaiset menetykset. Kun elämässä tapahtuvat muutokset ovat liian suuria käsiteltäviksi, muuttuu ihmisen psyykki-nen tila. Tällöin hoitaja voi auttaa potilasta erilaisten tunteiden käsittelyssä. (Hämäläinen, Kanerva, Kuhanen, Schubert, Sauri 2017)

Syitä raskauden keskeyttämiseen on monia. Raskaudenkeskeytykseen päätyvän naisen raskaus voi olla alkanut suunnitellusti tai yllättäen. Raskaudenkeskeytykseen päätyminen voi olla seu-rausta epätoivotusta raskaudesta tai olla alun perin suunniteltu raskaus. Raskaudenkeskey-tystä hakeva potilas voi olla hyvin stressaantunut suunnittelemattomasta, odottamattomasta tilanteestaan. (Ihme & Rainto 2015, 151; Kauranen 2011, 17.)

Raskaudenkeskeytyksen aiheuttamissa vaikutuksissa on eroteltava asiaan liittyvät oireet ja tunteet varsinaisesta psykiatrisesta sairastavuudesta (Tapanainen ym. 2019, 141.). Kuten mo-niin muihinkin suuriin elämänpäätöksiin, myös raskaudenkeskeytykseen liittyy monenlaisia ja mahdollisesti voimakkaitakin tunteita. Päätöksen lopullisuus voi aiheuttaa naisessa monenlai-sia tunteita, minkä takia naisen olisikin hyvä pystyä perustelemaan se itselleen niin hyvin ja järkevästi kun mahdollista. (Kauranen 2019). Tunteet voivat olla hyvinkin voimakkaita sekä keskenään ristiriitaisia (Kauranen 2011, 97.) Tunteita voivat olla esimerkiksi stressi, menetyk-sen, häpeän ja surun tunne. Suomessa tehdyn laajan rekisteritutkimuksen mukaan stressin, menetyksen ja surun tunteita esiintyy huomattavasti enemmän ennen keskeytystä kuin sen jälkeen. (Mentula ym. 2011; Tapanainen ym. 2019, 141; Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2011) Kaurasen (2011, 97) mukaan kaikki tunteet ovat sallittuja, eikä voimak-kaatkaan tunteet ole huolestuttava merkki. Raskaana olevilla naisilla myös voimakas hormo-nimyllerrys vaikuttaa tilanteeseen (Goss 2020.) Naisten kokemukset vaihtelevat suuresti, ja päätöksestä keskeyttää raskaus saa olla myös iloinen ja helpottunut. (Kauranen 2019) Tun-teet voivat olla myös keskenään hyvin ristiriitaisia. Raskaudenkeskeytystä voi surra, vaikka siitä on helpottunut ja tietää päätöksen olevan oikea. Yhteiskunnallisessa keskustelussa tuo-daan usein korostetusti enemmän negatiivisia tunteita, kuten häpeää ja surua raskaudenkes-keeytykseen liittyen. Raskautensa keskeyttävä, joka ei vastaavaa tunne, saattaa olla hämmen-tynyt kokemuksestaan. Raskauden keskeytys voi olla myös voimaannuttava kokemus, missä potilas kokee voimaantumista tehdessään omaa elämäänsä koskevia päätöksiä ja päättää mikä on parasta hänelle itselleen. (Kauranen 2011, 31-35.)

Useimmat raskaudenkeskeytyksen läpikäyneet naiset selviytyvät prosessista hyvin eikä raskauden keskeytys aiheuta pitkäaikaisvaikeuksia kuten mielenterveysongelmia. Raskaudenkeskeytys ei sinällään lisää psykiatrista sairastavuutta, vaikka jotkin riskitekijät kuten edeltävät mielenterveysongelmat voivat lisätä riskiä heikompaan selviytymiseen raskaudenkeskeytyksen jälkeen. (Tapanainen ym. 2019, 141; Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2011.)

Raskaudenkeskeytyksen tulee aina olla naisen omasta tahdosta tehtävä toimenpide. Potilaan lähipiirillä, kuten vanhemmilla, ystävillä tai terveydenhuollon ammattilaisilla voi olla näkemysensä siitä, mitä raskauden suhteen pitäisi tehdä. Asia ei kuitenkaan ole kenenkään muun kuin naisen oma päätös. Kukin raskaana oleva nainen tietää itse parhaiten oman elämäntilanteensa ja voimavaransa ja on siten paras ja ainoa henkilö tekemään päätöksen. (Kauranen, 2011, 17) Muiden painostus tai mielipiteet eivät saisi olla päätöksen syynä, mutta vaihtoehtojen läpi käyminen etukäteen voi olla hyödyksi päätöksenteossa. Kun päätös raskaudenkeskeytyksestä on tehty, ja toimenpide tapahtuu, on naisen tärkeää saada tukea ja ohjausta. (Kauranen 2019)

Kauranen (2011, 99) on esittänyt, että ei-toivottu raskaus on aina kriisi, koska se on odottamatonta ja stressaavaa sekä vaikuttaa koko elämään. Kriisiksi kutsutaan tapahtumaa, jossa aiemmat kokemukset eivät ole riittäviä tapahtuneen käsittelemiseen ilman merkittävää kärsimystä. Kriisi aiheuttaa ihmiselle reaktioita, jotka vaikuttavat ihmiseen kokonaisvaltaisesti. Tavallisia reaktioita ovat esimerkiksi kaipaus, epätoivo ja voimakas väsymys. Trauman puolestaan synnyttää tapahtuma tai elämäntilanne, joka on kontrolloimaton ja, joka saa aikaan äärettömän suuren psyykkisen rasituksen. Traumaan liittyy muun muassa avuttomuuden, kauhun, pelon tai vihan tunteita. Tapahtuma koetaan yleensä oman elämän eheyttä rikkovaksi ja se saa tapahtuman kokijan kyseenalaistamaan inhimilliset arvonsa ja ihmissuhteensa. (Hedrenius & Johansson 2016, 27.) Opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksessa tarkastellaan raskaudenkeskeytyksen vaikutuksia mielenterveyteen.

3 Raskaudenkeskeytyspotilaan tukeminen ja ohjaaminen

3.1 Ohjaaminen

Ohjaus tarkoittaa opetusta, informaatiota tai neuvontaa. Potilasohjauksella tarkoitetaan tapahtumaa, missä pyritään lisäämään potilaan tietoa, ymmärrystä ja itsenäistä, tietoon perustuvaa päätöksen tekoa sekä edistämään kykyä ja aloitteellisuutta sekä parantaa elämäänsä haluamallaan tavalla. Hoitotyö perustuu hoitajan ja potilaan väliseen jatkuvaan vuorovaikutukseen. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen. 2006, 27-28).

Potilasohjauksen tavoite on useimmiten ylläpitää potilaan itsenäisyyttä ja elämänlaatua, huolimatta potilaan terveyteen liittyvistä rajoitteista. Hoitajan on tärkeää osata ymmärtää potilaiden omia käyttäytymis- ja käsittelytapoja, ollakseen kykeneväinen opastamaan ja tukemaan potilasta potilaalle luonnollisella tavalla. Myös jokaisen potilaan ominainen tapa oppia asioita tulee ottaa huomioon, koska sillä on valtava merkitys toimivan ohjaustavan löytämisessä. (Holmia ym. 2006, 28-30.) Potilasohjauksen tarkoitus on pyrkiä osallistamaan potilasta ja saada sitoutumaan hoitoon. (Holmia ym. 2006.) Useimmiten potilasohjaus tapahtuu kahden kesken potilaan kanssa, mutta ympäristö voi vaihdella. Kahdenkeskeiseen ohjaustilanteeseen voidaan ottaa mukaan myös potilaan läheinen, tai hoitava lääkäri. Ryhmäohjauksen avulla potilas saa vertaistukea samankaltaisessa tilanteessa olevilta, sekä vastaanottaa ohjausta ja neuvontaa. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2017, 34-36.)

Raskaudenkeskeytystä hakeva potilas saapuu naistentautien poliklinikalle lähetteellä. Läheteen voi saada esimerkiksi terveyskeskuslääkäriltä tai yksityislääkäriltä. Poliklinikalla valitaan raskaudenkeskeytysmenetelmä ja suunnitellaan potilaan hoito. Hoitotyön lähtökohtina ovat naisen tilanteen ymmärtäminen ja hoidon toteutusta ohjaavat hoitotyön periaatteet. (Ihme & Rainto 2015, 146-149.)

Raskaudenkeskeytyspotilaan kohtaavalle on tärkeää varata aikaa päätöksenteolle ja mahdolliselle keskustelulle. Naisen yksilölliset toiveet on hyvä huomioida myös keskeytystapaa valitessa. (Tapanainen ym. 2019, 138) Keskustellessa mahdollisesta raskaudenkeskeytysmenetelmästä on menetelmän oltava potilaalle sopiva. Potilaan tehdessä lääketieteellisen kotikeskeytyksen pitää mahdollisten vasta-aiheiden lisäksi huomioida se, että tiettyjen ehtojen täyttyvä. Potilaalla on oltava tukihenkilö kotona, hänellä on oltava kohtuullinen välimatka sairaalaan sekä hänen on ymmärrettävä ohjeet selkeästi. Potilas ei myöskään saa tarvita erityistarkkailua. (Botha & Ryttyläinen-Korvanen, 2016, 71)

Raskautensa keskeyttävä potilas tarvitsee ensisijaisesti tietoa. Hoitajalle työssä korostuu läsnäolo, potilaan tukeminen ja ohjaaminen. (Ihme & Rainto 2015, 151) Ohjaamiseen on panostettava. (Botha & Ryttyläinen-Korvanen 2016, 72) Raskaudenkeskeytyspotilasta ohjattaessa huomiota on kiinnitettävä erityisesti asialliseen kohtaamiseen, hienotuntoisuuteen ja luottamuksellisen hoitosuhteen rakentamiseen. Raskaudenkeskeytyspotilasta ohjattaessa on huomioitava, miten monelle kyseessä on vaiettu ja hyvin henkilökohtainen asia. (Ihme & Rainto 2015, 151) Ohjaaminen on tiedollisen tuen antamista. Mattilan (2011) mukaan tiedollisen tukemisen menetelmiä voivat olla muun muassa keskusteluyhteyden avaaminen ja ylläpitäminen sekä tiedon antaminen. Tukimenetelmiin voi kuulua myös opetusta, neuvontaa ja koulutusta. Tiedollisen tuen muodostumiseen liittyy henkilön yksilölliseen tilanteeseen sopivat tiedot ja neuvot. Tiedollista tukea ei kuitenkaan ole se, että annetaan vain pelkkää informaatiota, vaan

annettavan tiedon on liityttävä tukea tarvitsevan yksilölliseen tilanteeseen. Tiedollisen tuen lisäksi potilas voi saada instrumentaalista tukea, jota sanotaan myös konkreettiseksi tueksi. Siihen kuuluu erilaisten palveluiden, apujen ja resurssien tarjoamista potilaalle. (Mattila 2011, 4-5, 17-19.) Raskaudenkeskeytystä ohjaavan hoitajan on annettava potilaalle sekä kirjalliset että suulliset ohjeet raskaudenkeskeytyksen suhteen. (Ihme & Rainto 2015, 151) Naisen on saatava myös ehkäisyneuvontaa. (Ihme & Rainto 2015, 151)

3.2 Emotionaalinen tuki

Suomen sanakirja (2020) määrittelee sanan ”emotionaalinen” tarkoittavan tunneperäistä, tunnepitoista, tunteenomaista ja tunnetta. Tuki puolestaan tarkoittaa jotakin, joka antaa turvaa, pitää yllä, edistää, auttaa ja kannustaa jotakin tai jotakuta. Lehdon (2015) mukaan emotionaalinen tuki on hoitavaa huolenpitoa, jota hoitaja antaa potilaalle. Se ilmenee perheenjäsenen ja hoitajan välillä vuorovaikutussuhteessa. Emotionaalinen tukeminen kuuluu hoitotyön menetelmiin ja sen tarkoituksena on vastata perheenjäsenten tuen tarpeeseen. Emotionaalinen tukeminen on osa hoitajan kliinisen osaamisen taitoja ja laadukasta hoitotyötä. Se vähentää ihmisten hädän ja järkytyksen tunteita. Emotionaalinen tuki voi olla muun muassa lohduttamista, välittämistä, kuuntelemista, molemminpuolisen luottamuksen aikaansaamista, läheisyyden tuntemista, myötäelämistä, hyväksyntää ja toivon antamista. Emotionaaliseen tukeen kuuluu yksilöllisyyden huomioiminen ja kunnioitus. (Lehto 2015.)

Elorannan & Virkin (2011, 58) mukaan emotionaalinen tuki välittää potilaalle tunteen, että hänet hyväksytään sellaisena kuin hän on. Potilas tuntee myös arvostusta ja tunnetta, että hänestä välitetään. Tällainen ilmapiiri rohkaisee ja kannustaa potilasta kohtaamaan muuttuneen tilanteen ja tunteet, koska se tekee mahdolliseksi tunteiden ilmaisun ja ongelmien käsittelyn.

Hoitajan antama emotionaalinen tuki säätelee sitä, minkälaiseksi hoitosuhde muodostuu ja miten se koetaan. Hoitajan ystävällisyys, huomiointi, empatian osoitus, toivon ylläpitäminen, rohkaisu ja kannustaminen vaikuttavat merkittävästi siihen, minkälainen hoitosuhde muodostuu. Tuki vaikuttaa myös tulevaisuuden kohtaamiseen sekä terveyden ja hyvän olon kokemuksiin. Emotionaalisen tuen vaikutuksiin liittyy myös negatiivisia tuntemuksia. Ne johtuvat osaltaan puutteellisesta tuesta, joka voi aiheuttaa potilaalle hoidon ulkopuolelle jäämisen tunteita sekä turhautumisen ja hämmennyksen kokemuksiä. (Mattila 2011, 107-108.)

Sairaanhoitajien antamia tuen muotoja on erilaisia ja niitä voidaan määritellä sisällöllisten funktioiden pohjalta. Tuki muodostuu sisällöltään tuen antajan ja tuen saajan välillä vuorovaikutuksessa, jossa tuki välittyy. Tuen muotoja ovat emotionaalinen, tiedollinen ja instrumentaalinen tuki. Joidenkin tutkimusten mukaan potilaat ovat kertoneet, että emotionaalinen tuki on koettu tärkeimmäksi tuen muodoksi. Emotionaaliseen tukeen liittyy kunnioitus,

huolenpito, rohkaisu ja myötätunto. Emotionaalisen tuen menetelmiä voivat olla tunteissa mukana eläminen, turvana oleminen, henkisen tilanteen käsitteleminen, läheisyyteen rohkaiseminen, molemminpuolisen luottamuksen synnyttäminen ja välittäminen. (Mattila 2011, 17-19.)

Emotionaalisen tuen tarpeen tunnistamiseen liittyy potilaan yksilöllisen elämäntilanteen selvittäminen keskustelun, kysymysten ja potilaskertomuksen tietojen pohjalta. Hoitajat voivat myös keskustella potilaan jaksamisesta, tunteista ja arvioida heidän mielialaansa sekä uupumuksen ja ahdistuksen ilmenemistä. Oleellista on tuen tarpeiden tunnistamisen kanalta myös hiljaisuuden ja sanojen taakse näkeminen. Se tarkoittaa potilaan tunnustelua, tarkkailua sekä sanallisten ja sanattomien viestien huomiointia. Tuen tarpeen tunnistamisen menetelmänä voi käyttää omaan intuitioon luottamista ja olemalla herkkä potilaan viesteille sekä tarpeille. Vastavuoroinen hoitosuhde muodostuu läsnäololla, kuuntelemisella, toiveiden huomioimisella sekä avoimen ja luottamuksellisen ilmapiirin luomisella. (Mattila 2011, 64-65.)

Raskaudenkeskeytyspotilasta voi tukea erilaisilla menetelmillä vastaanotolla. Katz (2019) esitteli artikkelissaan erilaisia menetelmiä, joilla pystyy tukemaan raskaudenkeskeytyspotilasta emotionaalisesti. Kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan luottavat ammattihenkilöt auttavat potilaita siten, että he tulevat paremmin tietoisiksi ajatuksistaan. Ajatukset ja tosiasiat ovat hyvä erottaa toisistaan. Potilaat keskustelevat ammattihenkilön kanssa ja he arvioivat yhdessä ajatuksia. Muutoksen tekemistä tulee näin ollen herkemmin harkittua. Kun potilaat pohjivat syitä käyttäytymiselleen tai ongelmalliselle tilanteelleen, he saattavat herkemmin muuttaa käyttäytymistään ja ajatusmallejaan. Katz (2019) suosittelee myös, että ammattihenkilöt käyttäisivät potilaan kanssa keskustellessa samoja termejä kuin potilas käyttää puhuessaan kokemuksistaan ja tilanteestaan. Käytännössä tämä tarkoittaa, että ammattihenkilön tulee kuunnella potilasta tarkkaan. On suositeltavaa käyttää avoimia kysymyksiä.

Terveystuon ammattilaiselle raskaudenkeskeytyspotilaan hoitaminen, ohjaaminen ja auttaminen vaativat erityistä herkkyyttä ja taitoa. Hoitajalle työssä korostuu läsnäolo, potilaan tukeminen ja ohjaaminen. (Ihme & Rainto, 151) Raskaudenkeskeytyspotilasta ohjatessa huomiota on kiinnitettävä erityisesti asialliseen kohtamiseen, hienotuntoisuuteen ja luottamuksellisen hoitosuhteen rakentamiseen. Potilas saattaa olla tekemästä päätöstä yksin, mitä saattaa vaikeuttaa esimerkiksi ristiriitaiset tunteet ja lyhyeltä tuntuva aika päätösaika. Raskaudenkeskeytyspäättös voi olla hyvin henkilökohtainen ja vaiettu asia, ja nainen voi kokea olevansa ei-toivotun raskauden suhteen odottamattomassa tilanteessa. Siksi hoitotyön lähtökohtana pitää olla psyykkisen tuen tarjoaminen asiakaslähtöisesti, ymmärtäen naisen tilannetta. (Ihme & Rainto 2015, 148-151) Hoitamisen tärkeintä antia on oikean ja asianmukaisen tiedon antaminen eri vaihtoehdoista. Tärkeää on luoda kiireettömyyden ja tuomitsematon il-

mapiiri, missä hoitaja huomioi ja validoi raskaudenkeskeytystä käyvän naisen moninaiset tunteet. Parhaimmillaan potilasta voidaan rohkaista pohtimaan asiaa rauhassa eri näkökulmista ja auttaa naista löytämään itselleen paras ratkaisu. (Kauranen 2011, 130)

Terveystieteiden ammattilainen on parhaassa tapauksessa turvallinen, potilaalle ulkopuolinen henkilö. Työntekijän oleellisin osuus on pystyä tukemaan potilasta välittämättä siitä, jos hänen omat tunteensa, näkemyksensä ja arvonsa poikkeaisivat suuresti potilaan näkemyksistä. Työntekijän on osattava jättää omat arvonsa pois hoitotilanteesta, vaikka yhteiskunnan sosiaaliset normit väistämättä vaikuttavat myös jossain määrin hoitohenkilökunnan asenteisiin ja suhtautumisessa raskaudenkeskeytykseen. (Kauranen 2011, 34, 130) Omia arvoja ja asenteita on hyvä tarkastella jo etukäteen, tiedostaen miten hoitajan asenne heijastuu potilaalle. (Ihme & Rainto, 151)

Keskustelu-ympäristön ja ilmapiirin on oltava kiireettömiä. Potilaan pitää voida tuntea, että häntä hoitavalla terveydenhuollon ammattilaisella on vilpittömän halu auttaa ja että hänen tunteisiinsa suhtaudutaan kunnioittavasti. Työntekijä voi valmistautua hoitotilanteeseen virittämällä etukäteen myötätuntoiseen mielialaan. Työntekijän pitää kiinnittää huomiota keskustelun lisäksi myös sanattomaan viestintäänsä. Non-verbaalinen kommunikointi on yhtä tärkeää kuin sanallinen viestintä. (Kauranen 2011, 131)

Raskaudenkeskeytystä ohjaavana hoitajan ja lääkärin tarkoitus ei ole päättää tai vaikuttaa potilaan puolesta. Potilasta ja hänen asiantuntijuuttaan asiassa pitää kunnioittaa. Sairaanhoidaja ei voi yrittää ohjata tai kääntää potilaan päätä siihen ratkaisuun, jonka henkilökohtaisesti terveydenhuollon ammattilaisena kokisi parhaaksi. (Kauranen 2011, 126).

4 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää Ruoholahden naistentautien poliklinikan hoitajille koulutustuote aiheesta ”Raskaudenkeskeytystä suunnittelevan potilaan psyykkisen hyvinvoinnin tukeminen.” Opinnäytetyön tavoitteena oli kuvata raskauden keskeytystä suunnittelevan potilaan psyykkisen hyvinvoinnin tukemista seuraavien tutkimustehtävien avulla.

Tutkimustehtävät ovat

1. Minkälaisia vaikutuksia raskauden keskeytyksellä on naisen psyykkiseen hyvinvointiin?
2. Minkälaista tiedollista ja emotionaalista tukea hoitotyöntekijä voi antaa raskaudenkeskeytystä suunnittelevalle naiselle poliklinikalla ohjauksikäynnillä?

3. Minkälainen koulutustuotteen tulisi olla?

Koulutustuotteen sisältö rakennetaan palvelumuotoilun avulla. Sen työvälineinä käytetään teemahaastattelua ja kirjallisuuskatsausta.

5 Palvelumuotoilu

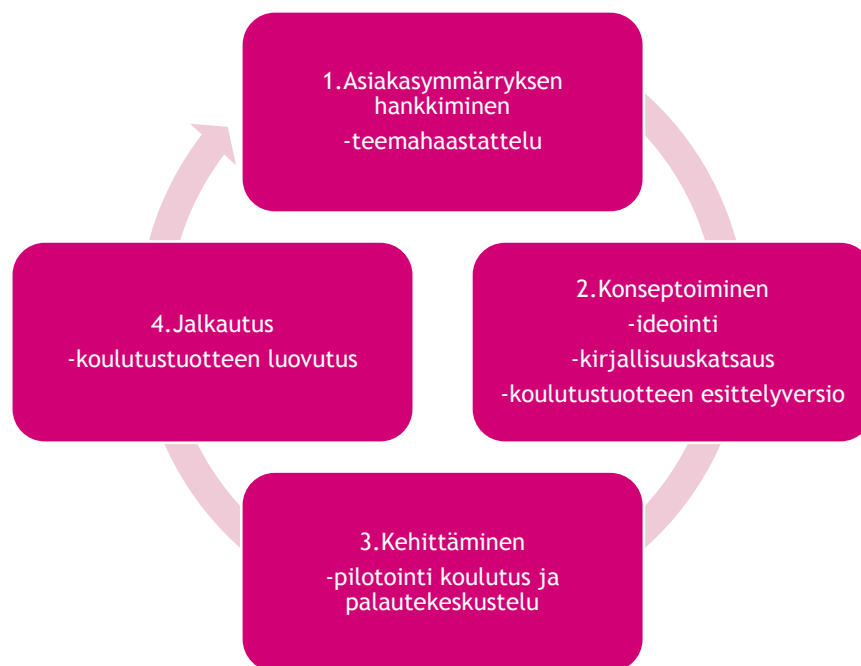
5.1 Palvelumuotoiluprosessi

Palvelumuotoilu tarkoittaa työmenetelmää, jonka tarkoituksena on suunnitella sekä toteuttaa palveluja yhteiskehittämisen keinoilla. Se on kokonaisvaltainen ja inhimillinen kehittämisen menetelmä, jossa tavoite on keskittyä tavoitteiden, tarpeiden, motiivien, halujen ja kokemusten ymmärtämiseen ja palveluiden yhteiskehittämiseen. Asiakasymmärryksen avulla kehitetyt palvelut vastaavat asiakkaiden todellisiin tarpeisiin. Palveluista luodaan toimivia, laadukkaita ja kestäviä palvelumuotoilun avulla. Keskiössä on asiakasymmärrys ja asiakkaan kokemukset palvelusta. (Ahonen 2017, 34-38.)

Palvelumuotoiluprosessi on toisiinsa liittyvien tapahtumien muodostama kokonaisuus. Se alkaa asiakkaan tarpeesta ja loppuu, kun asiakkaan tarve on täytetty. Palvelumuotoilun tilaajana on yleensä palvelun tuottaja. Palvelumuotoilijan tehtävä on toteuttaa palvelumuotoiluprosessi yhdessä tehdyn suunnitelman mukaan. Prosessissa ovat usein mukana jokainen, jota palvelu koskee eli palvelun tuottaja, tarjoaja, asiakkaat ja sidosryhmät. (Ahonen 2017, 38-39.)

Palvelumuotoilun lähtökohtana on muotoilla tai luoda palveluita, joiden avulla pystytään vastaamaan asiakkaan tarpeisiin ymmärtämällä heidän tavoitteitaan ja toiveitaan. Palvelumuotoilun ominaispiirteitä ovat esimerkiksi asiakasymmärrys, yhteiskehittäminen, iteratiivisuus ja visuaalisuus. Asiakasymmärrys on ydin, jossa asiakkaan toiveet, unelmat ja tarpeet täytyy ymmärtää ennen kuin pystyy luomaan asiakkaalle palveluita. Yhteiskehittäminen tarkoittaa kaikkien osapuolten ottamista mukaan kehittämiseen, joka on avointa ja tasavertaista, jossa jokainen saa tuoda ajatuksiaan esille. Iteratiivisuus mahdollistaa työn hyvän laadun. Kehittäminen ei tapahdu suoraviivaisesti vaan se tarvitsee toistoja. Sovittujen aikarajojen ja budjettien sisällä voi toteuttaa uudelleen kehittämistä, jos tuloksiin ei olla oltu tyytyväisiä. Osion kehittämistä toistetaan, kunnes tulos on kelvollinen. Nähtävien eli visuaalisten työmenetelmien avulla kehittäminen on hallitumpaa, helpompaa ja näin ollen tuloksellisempaa. Konkreettiset materiaalit ovat apuna ja helpottavat työn sekä toiminnan suunnittelua. Ajatuksia ja ideoita voidaan näyttää kuvilla, videoilla ja kaavioilla. (Ahonen 2017, 36-37.)

Palvelumuotoilun eri vaiheet ovat asiakasymmärryksen hankkiminen, konseptointi, kehittäminen ja jalkauttaminen. (Ahonen 2017, 73.) Tässä opinnäytetyössä asiakasymmärryksen hankkimisen keskeisinä työmenetelminä ovat kirjallisuuskatsaus ja teemahaastattelu. Konseptointi -vaiheessa käytetään ideointia ja kirjallisuuskatsauksen tuloksia. Kehittämisvaiheessa pidetään koulutus, jonka palautteen pohjalta koulutustuotetta korjataan ja sen jälkeen koulutustuote saadaan valmiiksi. Jalkauttamisvaiheessa koulutustuote luovutetaan Ruoholahden naistentautien poliklinikalle.



Kuvio 1: Palvelumuotoiluprosessi

5.2 Teemahaastattelu asiakasymmärryksen hankkimisen välineenä

Asiakasymmärryksen tarkoituksena on luoda kokonaiskatsaus kaikkien osallisten tarpeisiin, toiveisiin, visioon ja tavoitteisiin. Osallisina ovat asiakas eli kohderyhmä, palvelun tarjoaja ja palvelun tuottaja. Asiakasymmärrys -vaihe jakautuu määrittelyyn, tutkimiseen ja ymmärryksen muodostumiseen. Tavoitteina on luoda määrittelyn ja tutkimisen avulla ymmärrys muun muassa palvelun tuottajan ja palvelun tarjoajan tarpeisiin, tavoitteisiin, rajoitteisiin ja visioon kehittämisprojektille ottaen huomioon asiakkaan tarpeet, toiveet, tavoitteet ja unelmat. Ymmärrys luo työlle pohjan. (Ahonen 2017, 78.)

Asiakasymmärrys -vaiheessa määrittely tarkoittaa sitä, kun palvelun tarjoajan/ organisaation projektille asettama visio sekä tarkoitus, tavoitteet ja rajoitukset määritellään. Siinä on tärkeää päättää projektin perusasioista, kuten visiosta, päätavoitteesta ja tarkoituksesta, projektin hyödystä eli ongelman ratkaisusta, arvolupauksesta, budjetista, aikataulusta, henkilöstöstä ja onnistumisen kriteereistä sekä mittareista. Asiakasymmärryksen syntymisessä tutkiminen tarkoittaa kohderyhmän eli asiakkaan ja palvelun tarjoajan/ organisaation unelmien, toiveiden, motiivien, tarpeiden ja tavoitteiden kartoittamista. Keskiössä ovat kohderyhmä eli asiakas, palvelun tarjoajan/ organisaation nykytila ja toimintaympäristö, työn sujuminen, palveluympäristö sekä kohderyhmän asettamat tavoitteet ja toiveet palvelulle. Määrittely ja tutkiminen muodostavat asiakasymmärryksen, joka on palvelumuotoilun ydin. (Ahonen 2017, 80-84.)

Opinnäytetyössä käytämme asiakasymmärryksen hankkimisen työmenetelmänä teemahaastattelua. Haastattelussa kysytään avoimia kysymyksiä Ruoholahden naistentautien poliklinikan hoitajilta. Hirsjärven ym. (2013) mukaan tutkimushaastattelut voidaan jakaa kolmeen ryhmään: strukturoidut haastattelut eli lomakehaastattelut, teemahaastattelut ja avoimet haastattelut. Tyypillistä teemahaastattelulle on, että haastattelun aihepiirit ovat tiedossa. Aihepiirejä kutsutaan teema-alueiksi. Kuitenkin kysymysten tarkka muoto ja järjestys puuttuvat. Avoin haastattelu muistuttaa kaikista haastattelun muodoista eniten keskustelua ja lomakehaastattelussa kysymykset ja esittämisjärjestys on täysin ennalta määrätty. (Hirsjärvi ym. 2013, 208-209.)

Haastattelussa ollaan suorassa kielellisessä vuorovaikutuksessa tutkittavien kanssa. Haastattelun suurin etu on joustavuus aineistoa kerätessä. Haastatteluaiheet voidaan järjestää joustavasti ja niitä on mahdollista säädellä. Vastausten tulkinnassa on myös enemmän mahdollisuuksia kuin esimerkiksi postikyselyssä. Lisäkysymyksiä voidaan tarvittaessa esittää tarpeen mukaan ja mielipiteille voidaan pyytää perusteluja. Haastattelun luotettavuutta voi heikentää se, että haastattelun aikana voi haastateltavalla olla taipumus antaa sosiaalisesti suotavia vastauksia. Ratkaisevaa on, miten haastattelija osaa tulkita vastauksia. (Hirsjärvi ym. 2013, 204-208.)

Asiakasymmärryksen hankkimisvaiheessa haastateltiin Ruoholahden naistentautien poliklinikalla kuutta hoitajaa paikan päällä poliklinikalla. Haastateltavat ovat kaikki kättilötyön ammattilaisia, jotka suorittavat raskaudenkeskeytyksiä Naistentautien poliklinikalla. Haastattelut kestivät noin 30 minuuttia-tunti per haastateltava. Haastattelut nauhoitettiin ääninauhurilla ja haastattelija teki samaan aikaan muistiinpanoja yksittäisistä avainsanoista, mitkä tulivat haastatteluissa esille. Haastatteluissa kunnioitettiin haastateltavien anonymiteettiä ja luottamuksellisuutta, eli haastattelut tehtiin nimettöminä.

Teemahaastattelu koostui kolmesta pääteemasta, joita olivat raskaudenkeskeytykseen tulevan potilaan psyykinen hyvinvointi, potilaan psyykkisen hyvinvoinnin tukeminen ja koulutus-tuotteen muodon ja asiasisällön ideointi (Liite 1). Ensimmäisen teeman tarkoituksena oli selvittää, minkälaisia vaikutuksia raskaudenkeskeytyksellä on potilaan psyykkiseen hyvinvointiin. Teemassa keskusteltiin myös siitä, minkälaisiin potilaan psyykkisiin kokemuksiin tulisi kiinnittää huomioita. Toinen teema oli potilaan psyykkisen hyvinvoinnin tukeminen raskaudenkeskeytystilanteessa. Tarkoituksena oli selvittää, millä tavoin Ruoholahden naistentautien poliklinikan kätilöt kokevat raskaudenkeskeytyksen ohjaustilanteen ja minkälaista emotionaalista sekä tiedollista tukea kätilöt antavat potilaille raskaudenkeskeytystilanteessa. Kolmas ja viimeinen pääkysymys liittyi koulutuksen ideointiin eli hoitajilta kysyttiin minkälainen koulutus-tuotteen pitäisi olla. Teemahaastattelussa käytettiin apuna nauhoitusta. Hirsjärven & Hurmeen (2015) mukaan se mahdollistaa mahdollisimman nopean ja luontevan haastattelujen tallentamisen ilman keskeytyksiä. (Hirsjärvi & Hurme 2015.)

Teemahaastattelulla hankittu aineisto analysoitiin deduktiivisella eli teorialähtöisellä sisällön analyysillä. Saaranen-Kauppinen & Puusniekan (2006) mukaan sisällönanalyysi tarkoittaa aineiston tarkastelua eritellen ja tiivistäen sekä yhtäläisyyksiä ja eroja etsien. Siinä tarkastellaan aineistoja, jotka ovat jo valmiiksi tekstimuotoisia tai sellaiseksi muutettuja. Tekstit voivat olla esimerkiksi kirjoja, päiväkirjoja, haastatteluita, puheita ja keskusteluita. Sisällönanalyysia käytetään apuna, jotta tutkittavasta ilmiöstä saadaan muodostettua tiivistetty kuvaus. Tarkoitus on kytkeä tulokset tutkittavan ilmiön laajempaan kontekstiin ja aiheen muihin tutkimustuloksiin. Sisällönanalyysissa tutkimusaineisto pirstotaan ensin pieniin osiin, käsitteellistetään ja lopuksi järjestetään uudelleen. Sisällönanalyysia voidaan tehdä aineistolähtöisesti, teorialähtöisesti tai teoriaohjaavasti. Näissä erona on analyysin ja luokittelun perustuminen joko aineistoon tai teoreettiseen viitekehukseen. Se, minkä menetelmän valitsee, on riippuvainen tutkimuksen tarkoituksesta. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006; Kyngäs, Elo, Pölkki, Kääriäinen & Kanste 2011, 138-148.)

Induktiivisessa eli aineistolähtöisessä analyysissa eteneminen tapahtuu aineiston ehdoilla. Aineisto on ohjaamassa analyysin tekoa. Aineistomateriaalista nostetaan esiin sen keskeisimmät kohdat riippumatta siitä, mitä ne ovat tai, miten ne liittyvät aiempiin tutkimuksiin. Haasteena saattaa olla avoimena pysyminen aineistolle ja analysoiminen ilman, että teorialähtöisyys vaikuttaa esiin nouseviin asioihin. Deduktiivisessa eli teorialähtöisessä analyysissa tulos perustuu tiettyyn malliin tai teoriaan, joka on kuvailtu tutkimuksessa. Aikaisempi tieto ohjaa aineiston analyysia alusta saakka. Tarkoitus on etsiä aineistosta teorian perusteella tiettyjä asioita. Merkityksiä ja käsitteitä, joita aineistosta on noussut esiin, voidaan myös verrata jo olemassa olevaan tietoon tai teoreettiseen malliin. On yleistä, että teorialähtöistä analyysitapaa käytetään silloin, kun teorian paikkansapitävyyttä halutaan testata uuden asian kohdalla. Abduktiivisessa eli teoriaohjaavassa sisällönanalyysissa tutkijan ajattelua ohjaavat vuorotellen

teoria ja aineisto. Yleensä analyysiyksiköt nousevat aineistosta, mutta teoria ohjaa tulkintaa tai ryhmittelyä. Teoriaohjaava analyysi voi myös toteutua niin, että analyysiä tehdään aineistolähtöisesti, mutta lopuksi aineistosta tehdyt havainnot sidotaan teoriaan. (Leinonen 2018.)

Sisällönanalyysiprosessi sisältää aineiston redusoinnin eli pelkistämisen, aineiston klusteroinnin eli ryhmittelyn ja abstrahoinnin eli yleiskäsitteiden muodostamisen. Analyysissä eteneminen muodostuu jonkin verran eri tavoin riippuen siitä, onko kyseessä aineistolähtöinen, teorialähtöinen vai teoriaohjaava lähestymismuoto. Kaikki muodot noudattavat kuitenkin samoja vaiheita. Aineiston reduointi tarkoittaa sitä, että aineistosta etsitään tutkimukselle oleellimmat kohdat ja ne voidaan esimerkiksi merkitä alleviivauksilla. Merkityt kohdat pelkistetään siten, että ne kirjoitetaan uudelleen tiivistettyyn muotoon. Ryhmittely eli klusterointi tarkoittaa pelkistettyjen ilmauksien ryhmittelyä siten, että samaa asiaa tarkoittavat ilmaukset muodostavat alaluokan. Sen jälkeen alaluokat nimetään sisältöä kuvaavalla otsikolla. Yleiskäsitteiden muodostamista eli abstrahointia tehdään viimeiseksi. Siinä luokittelua jatketaan ryhmittelyvaiheessa luotujen alaluokkien yhdistämisellä yläluokiksi. Yläluokista muodostetaan pääluokkia, jonka jälkeen pääluokista muodostuu yksi yhdistävä luokka. Kaikki muodostuneet luokat nimetään sisältöä kuvaavalla otsikolla. Teorialähtöisessä sisällönanalyysissä yleiskäsitteet tulevat teoriasta valmiiksi annettuina. (Leinonen 2018.)

Opinnäytetyössä käytettiin deduktiivista sisällönanalyysia. Analysointia ohjasi analyysirunko (Liite 2), joka laadittiin (aikaisempaan) opinnäytetyön teoreettiseen tietoon pohjautuen ja tutkimustehtävät huomioiden. Analyysirungon pääteemat tehtiin yhteneviksi teemahaastattelun pääteemojen kanssa. Sitten litteroitiin haastattelut. Tampereen yliopiston (2020) mukaan litteroinnilla tarkoitetaan nauhoitetun äänitallenteen muuttamista tekstiksi. Tarkoituksena on tiivistää puhuttu siten, että kaikki oleellinen tulee tekstistä esille, mukaan lukien haastateltavan mahdollinen epäröinti, sekä jonkin tietyn asian erityinen painottaminen. Litteroinnissa käytettiin peruslitterointia. Siinä litteroija kirjaa haastattelun sanatarkasti siten, kuin se on alun perin nauhoitettu, lukuun ottamatta puhujan mahdollisesti käyttämiä täytesanoja, toistoja, tai selkeästi aiheesta poikkeavia puheita. (Tampereen Yliopisto 2020).

Analyysia jatkettiin litteroinnin jälkeen rakentamalla taulukot pääteemoittain avuksi. Liitteessä 3 on yksi taulukko havainnollistamassa analyysin tekemistä. Ensimmäiseen sarakkeeseen kirjattiin alkuperäiset ilmaukset eli sanatarkasti ne asiat, mitä hoitajat olivat vastanneet haastattelussa. Toiseen sarakkeeseen tuli pelkistetyt ilmaukset eli asiat kirjoitettiin tiivistettyyn muotoon. Sitten analyysi jatkui luokittelulla, jossa aineistoa eli pelkistettyjä ilmauksia ryhmiteltiin. Pelkistetyistä ilmauksista muodostettiin alaluokat, jotka tulivat kolmanteen sarakkeeseen. Viimeinen sarake oli varattu yläluokille eli alaluokista oli tarkoitus muodostaa vielä yleiskäsitteet, mutta useassa kohdassa alaluokasta ei enää saanut muodostettua yläluokkaa.

5.3 Kirjallisuuskatsaus koulutustuotteen konseptoinnin välineenä

Palvelumuotoilun konseptointi vaihe sisältää ideoiden kehittelyn ja palvelutuotteen konkretisoimisen kehiteltävään muotoon. (Moriz 2005.) Konseptointi tarkoittaa sitä, että puretaan asiakasymmärrysvaiheessa syntyneet tiedot ja näkemykset konseptiksi eli toimintamalliksi. Idea jalostetaan toteuttamiskelpoiseksi malliksi tai luonnokseksi ja se sisältää palvelun tärkeimmät ominaisuudet. Konseptoinnin hyötyjä ovat paremman asiakaskokemuksen luominen, olemassa olevan palvelun parantaminen ja uusien palvelujen sekä innovaatioiden toteuttaminen. (Ahonen 2017, 92.)

Ideointi tarkoittaa tiedon ja luovien työmenetelmien hallintaa ja yhdistämistä. Ideoinnin tavoite on ideoida, kun projektilla on määritelty visio, tarkoitus, tavoitteet ja strategia. Tarkoitus on valita luovat ja innovatiiviset työmenetelmät, joiden avulla päästään tavoitteisiin ja projektin tarpeeseen keksitään ratkaisut. Menetelmiä ideointiin on paljon. Palvelumuotoilun työmenetelmänä ideoinnille asetetaan selkeä tavoite ja toiminnalle tarkoitus sekä rajoitukset. Käytännössä ideointi -vaiheessa on kolme erilaista osaa: Ideointi, arviointi ja karsinta. Ideointi -osiossa ideointi voi olla lennokasta, rajatonta, positiivista ja innokasta toimintaa, jossa arvostelu on kiellettyä. Arviointi -osiossa arvioidaan ideoita yhdessä huomioiden projektin tavoitteet. Karsinta -osiossa valitaan parhaimmat ideat jatkokehittämiseksi. Ideoinnin menetelmiä voivat olla esimerkiksi unelmointi, brainstorming, mind map, six hats, kalanruoto-kaavio ja aivoriihi. (Ahonen 2017, 86, 90-91.) Opinnäytetyössä ideointiin koulutustuotetta työn tekijöiden kesken ehdottamalla ideoita toisilleen ja hahmottelemalla alustavaa sisältöä koulutukseen (Liite 3). Ideointi otettiin myös yhdeksi tutkimustehtäväksi, jossa osallistettiin teema-haastatteluun osallistuvia hoitajia koulutustuotteen ideointiin mukaan.

Konkretisoinnissa eli kokeilussa ideat muutettiin koulutustuotteeksi. Ahosen (2017) mukaan kokeilu -vaihe tarkoittaa kehitteillä olevan ensimmäisen version luomista ja palvelun testaamista sekä kokeilua oikeassa ympäristössä oikeille asiakkaille ennen kuin palvelu kehitetään lopulliseen muotoonsa. Tarkoitus on luoda toimiva versio palvelusta ja testata sitä asiakkaiden parissa. Tarkoitus on myös kehittää palvelua edelleen saatujen kokemusten ja palautteiden perusteella. Tavoitteena on luoda ns. prototyyppi, joka tarkoittaa ensimmäistä, toimivaa versiota palvelusta. Sen jälkeen on pilotointi eli saadaan tietoa palvelun toiminnasta ja asiakkaiden kokemuksista palvelussa. Tavoite on myös saada tietoa organisaatiolle kehittämisen jatkamisesta eli arvioidaan muun muassa lisätarpeita, mahdollisuuksia ja kannattavuutta. (Ahonen 2017, 96.) Opinnäytetyön koulutustuote rakennettiin PowerPoint -alustalle, jonka sisältöön valittiin teema-haastattelun ja kirjallisuuskatsauksen tuloksia ottaen huomioon opinnäytetyön tutkimustehtävät.

Kirjallisuuskatsauksen tutkimusten tuloksia sisällytettiin koulutustuotteeseen. Tutkimuksia valittiin kirjallisuuskatsaukseen mukaan sekä tutkimustehtävien että teemahaastattelujen tulosten pohjalta. Stoltin, Axelinin ja Suhosen (2016) mukaan kirjallisuuskatsaus on tieteellinen tutkimusmenetelmä, jossa tunnistetaan ja kerätään jo olemassa olevaa tietoa sekä arvioidaan tiedon laatua. Kirjallisuuskatsauksessa on tarkoitus yhdistää tuloksia tavoitteiden mukaan ja riittävän kattavasti. Se on luotettavimpia tapoja yhdistää aikaisempaa tietoa ja siinä voidaan hahmottaa aiheeseen liittyvää tutkimustarvetta. Tarpeettomia tutkimuksia voidaan myös esittää. Kirjallisuuskatsauksia on olemassa useita eri tyyppisiä, mutta riippumatta tyypistä kaikki kirjallisuuskatsaukset sisältävät tietynlaiset vaiheet, jotka muodostavat aikaisempaan kirjallisuuteen perehtymisestä katsauksen. Perimmäinen tarkoitus on muodostaa kokonaiskuva aikaisemmasta tutkimuksesta. Kirjallisuuskatsaus on tutkimus tutkimuksista. (Stolt, Axelin & Suhonen 2016)

Kirjallisuuskatsauksen tyyppisiä voidaan luokitella niissä käytettyjen menetelmien, tutkimusotteiden, lähestymistavan tai prosessien mukaan. Katsauksien tyyppisiä ovat muun muassa kuvaileva eli narratiivinen kirjallisuuskatsaus, systemaattinen kirjallisuuskatsaus sekä määrällinen ja laadullinen meta-analyysi. Narratiivinen on hyvin väljästi tehty ja tulokset ovat kertovassa muodossa. Systemaattisessa katsauksessa tieto kerätään ja analysoidaan erittäin tarkasti ja järjestelmällisesti. Meta-analyysi kirjallisuuskatsauksena voi olla laadullinen tai määrällinen, jossa yhdistetään erilaisten tutkimuksien tuloksia. Kirjallisuuskatsauksen välttämättömät viisi eri vaihetta ovat katsauksen tarkoituksen ja tutkimusongelman/tutkimuskysymyksen määrittäminen, kirjallisuushaku ja aineiston valinta, tutkimusten arviointi, aineiston analyysi ja synteesi sekä tulosten raportointi. On tärkeää määrittää, mikä tarkoitus katsauksella on ja avata käsitteet, kohdejoukko, interventio ja terveysongelma. Tarkoitus on löytää kaikki tutkimuskysymykseen vastaava materiaali. Alkuperäistutkimuksia haettaessa haku tehdään sekä sähköisesti että manuaalisesti ja tiedonhaun on oltava systemaattista ja kattavaa. Tutkimuskysymykset ohjaavat valintaa. (Stolt ym. 2016, 23.)

Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksen määrittäminen on prosessin ensimmäinen vaihe ja se antaa suunnan koko prosessille. Aihetta valitessa on tärkeää, että katsauksen tekijöillä on aito kiinnostus siihen, koska se vahvistaa motivaatiota tehdä prosessi loppuun saakka. Valittuun aiheeseen kohdistuvat mahdolliset ennako-oletukset ovat tärkeä tunnistaa, koska tutkijan on pystyttävä tuottamaan katsaukseen tietoa objektiivisesti. Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksesta on hyvä tehdä esimerkiksi erilaisia miellekarttoja katsauksen tekijöiden kanssa, sillä nämä voivat auttaa hahmottamaan eri näkökulmia. Tässä vaiheessa myös pohditaan, mikä tutkimusongelmaksi/tutkimuskysymykseksi muodostuu. Hyvä tutkimusongelma tai -kysymys on relevantti ja riittävän fokuoitunut katsauksen aiheeseen nähden, mutta se ei saa olla liian suppea ja siihen täytyy olla mahdollista vastata kirjallisuuden perusteella. Jos kysymys on

liian laaja, ongelmia tulee liiallisen aineiston takia. Liian suppeaan kysymykseen ei välttämättä löydy aineistoa ollenkaan. Olisi hyvä tehdä alustavia kirjallisuushakuja silloin, kun ollaan muodostamassa tutkimuskysymystä, jotta katsauksen tekijät saavat käsityksen olemassa olevan kirjallisuuden saatavuudesta. (Stolt ym. 2016, 24-25.)

Kirjallisuushaku ja aineiston valinta ovat toinen vaihe, joka sisältää varsinaiset haut ja olennaisen kirjallisuuden valintaprosessin. Tarkoitus on tehdä aikaisemman kirjallisuuden systemaattista hakua, johon tarvitaan strategia, koska kirjallisuushaku on katsauksen luotettavuuden kantilta keskeisin vaihe. Jos hakuprosessissa tekee virheitä, johtaa se vääristyneisiin jehotopäätöksiin. Tutkimuksia valitessa on otettava huomioon tutkimusten asetelmat ja, että miten ne vastaavat omiin tutkimuskysymyksiin. Systemaattisen kirjallisuushaun tarkoitus on löytää ja tunnistaa kaikki tutkimuskysymyksiin vastaava materiaali. Ensisijaisesti aineistona ovat yleensä alkuperäistutkimukset. Haut, joita tehdään sähköisissä tietokannoissa ovat kustannustehokkaita, mutta eivät aina tavoita kaikkia katsaukseen soveltuvia tutkimuksia. Hakuja varten tarvitaan soveltuvia hakusanoja ja niistä muodostettuja hakulausekkeita. Tutkija määrittää keskeiset käsitteet katsauksen aiheen kannalta, joita voidaan sitten käyttää hakusanoina. Keskeistä hakustrategiassa on myös mukaanotto- ja poissulkukriteerien muodostaminen. Julkaisuvuotta rajaamalla ja tietyllä kielellä kirjoitetut tutkimukset mukaan ottamalla voidaan hallita aineiston kokoa. Julkaistujen tutkimusten mukaanottoa kannatetaan, koska ne ovat läpikäyneet vertaisarviointiprosessin, joka lisää niiden ja sitä kautta katsauksen luotettavuutta. Hakuprosessi on kuvattava kirjallisuuskatsauksessa niin tarkkaan, että lukijalla on mahdollisuus se halutessaan toistaa. (Stolt ym. 2016, 25-27.)

Hakuprosessin perusteella valittujen tutkimusten arviointi on kirjallisuuskatsauksen kolmas vaihe. Tarkoitus on tarkastella tutkimuksista saadun tiedon ja tulosten kattavuutta sekä edustavuutta. Tärkeää on myös havainnoida, miten olennaista alkuperäisten tutkimusten tieto on omien tutkimuskysymysten kannalta. Arviointia voidaan tehdä monella eri tavalla, koska yhtä ohjetta siihen ei ole. Arviointi aloitetaan perehtymällä valittuihin tutkimuksiin. Tutkimusten arviointi on systemaattinen prosessi ja aluksi voidaan lähteä liikkeelle esimerkiksi jaotteleamalla tutkimuksia tutkimusasetelmien perusteella. Esimerkiksi siten, ovatko ne laadullisia, määrällisiä vai molempia. Yleisimpien kriteerien mukaan arvio tutkimuksista perustuu alkuperäistutkimusten vahvuuksien ja heikkouksien arvioimiseen. (Stolt ym. 2016, 28-29.)

Kirjallisuuskatsauksen neljäs vaihe eli aineiston analyysi ja synteesi järjestää, sekä tekee yhteenvetoa valittujen tutkimusten tuloksista. Analyysimenetelmä riippuu valitusta katsausmenetelmästä. Aineiston analyysivaiheessa katsauksen tekijä järjestää ja luokittelee aineistoa sekä samalla etsii aineistosta yhtäläisyyksiä ja eroja. Lopuksi kirjoitetaan ja tulkitaan tuloksia niin, että niistä muodostuu ymmärrettävä kokonaisuus eli synteesi. Käytännössä analyysi ja synteesi tapahtuvat yhtä aikaa. Analyysissä on aluksi tarkoitus kuvata tutkimusten tärkeä si-

sältö eli kirjoittajat, julkaisuvuosi ja -maa, tutkimuksen tarkoitus, aineistonkeruumenetelmät, tutkimuksen kohdejoukko, otos, päätulokset, vahvuudet ja heikkoudet. Arviointi ja analyysivaihe ovat kiinteästi yhteydessä toisiinsa. Jos tulokset ovat ristiriitaisia keskenään, osoittaa se hyvin jatkotutkimuksen tarpeellisuuden. On suositeltavaa, että tutkimusten yhteenveto tehdään taulukkomuotoon, jonka tarkoituksena on luoda kokonaiskuva aineistosta. Analyysiin kuuluu myös aineiston lukeminen, merkintöjen tekeminen eli aineiston koodaaminen, jonka avulla muodostetaan luokkia, kategorioita tai teemoja. Tarkoitus on etsiä tutkimuksista yhtäläisyyksiä ja eroja sekä ryhmitellä ja vertailla niitä. Alkuperäistutkimuksista luetaan tarkasti tulokset -osio ja johtopäätökset. Synteesi eli looginen kokonaisuus muodostetaan vertailun kautta löytyneistä eroavaisuuksista ja yhtäläisyyksistä. Taulukoita ja kuvioita voidaan käyttää synteesin havainnollistamiseksi. (Stolt ym. 2016, 30-31.)

Viides ja viimeinen vaihe kirjallisuuskatsauksessa on tulosten raportointi, joka tarkoittaa katsauksen kirjoittamista lopulliseen muotoonsa. Eli kaikki edellä mainitut kirjallisuuskatsauksen vaiheet raportoidaan mahdollisimman tarkasti. Tärkeää on riittävä tarkkuus, kun raportoidaan tuloksia, jotta tutkimus olisi toistettavissa myös jonkun muun tekemänä. Raportoinnin tulisi sisältää tiivistelmän, taustat, tutkimuskysymykset, katsauksen menetelmät, hakuprosessin, mukaan otetut ja poissuljetut tutkimukset, tutkimuksen laadun arvioinnin, katsauksen tulokset, pohdintaa mahdollisista heikkouksista, johtopäätökset, tulosten sovellettavuuden arviointia, jatkotutkimusehdotuksia ja lähdeluettelon. Katsaukseen liitetään kuvaileva taulukko tutkimuksista, jotka ovat valittu havainnollistamaan katsauksen tulosten ja alkuperäistutkimusten tulosten yhteyttä. Taulukkoa voidaan tiivistää tutkimusten laadun arvioinnin tai analyysin ja synteesin yhteydessä muodostetusta taulukosta. (Stolt ym. 2016, 32-33.)

Parhaiten opinnäytetyötämme kuvaa narratiivinen eli kuvaileva kirjallisuuskatsaus, jossa olemme keränneet näyttöön perustuvaa tutkittua tietoa eri kirjallisuuslähteistä ja tutkimuksista. Stoltin ym. (2016) mukaan narratiivisten kirjallisuuskatsausten tehtävänä on kertoa tai kuvata aiheeseen liittyvää aiempaa tutkimusta, sen laajuutta, syvyyttä sekä määrää. Narratiivinen katsaus voi kohdistua tutkimusaiheen alueelta tehtyihin eri tutkimusasetelmia sisältäviin tutkimuksiin, tutkimusprosessien ja menettelytapojen kuvaamiseen tai jonkin tutkimusaiheen menetelmällisiin muotoihin. Tyypillistä on, että katsaus tarkastelee julkaistuja tieteellisiä ja vertaisarvioinnin läpikäyneitä tutkimuksia. (Stolt ym. 2016, 9.)

Tiedonhakuprosessissa tiedonhakuja tehtiin Laurea -ammattikorkeakoulun käytössä olevista suomalaisista ja ulkomaalaisista tietokannoista. Aineistoa etsittiin suomalaisilla ja englanninkielisillä termeillä suomalaisista tietokannoista Medic ja Julkari. Tietokannoista Pubmed ja Scholar haettiin myös englanninkielistä aineistoa. Osasta aineistoista hyödynnettiin lähdekirjallisuutta. Tiedonhaussa käytettiin hakusanoja, jotka valittiin vastaamaan tutkimustehtävien sisältöä. Aineiston hakua rajattiin ja tarkennettiin kokonaan saatavilla olevaan ja ilmaiseen aineistoon sekä kliinisiin tutkimuksiin, meta-analyyseihin, väitöskirjoihin ja pro gradu -

aineistoihin. Vuosirajaksi laitettiin kaikkiin tietokantojen hakuihin 2008-2020. Poissulkukriteerinä tiedonhaussa olivat alaikäisten kokemukset. Opinnäytetyössä lähteenä ei käytetä opinnäytetöitä tai ennen vuotta 2008 julkaistuja teoksia. Taulukkoon 1 on kuvattu tiedonhaun tuloksia hakusanoittain ja tietokannoittain.

	Medic	Julkari	Pubmed	Scholar
Raskaudenkeskeytys / Pregnancy termination	65	40	193	248
Tuen tarve raskaudenkeskeytyksessä / Pregnancy termination support	94	2	109	47
Abortti / Abortion	77	37	549	491
Kokemuksia raskaudenkeskeytyksistä / Pregnancy termination experiences	25	8	13	75
Abortti kokemus / Abortion experiences	224	8	27	362
Ohjaaminen hoitotyössä / Counseling nursing	73	31	638	1840
Tiedollinen tuki / Intellectual support	498	44	423	270
Abortti emotionaalinen tuki / Abortion emotional support	5	2	9	58

Taulukko 1: Tiedonhaun tulokset tietokannoittain ja hakusanoittain

Kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusten (n= 16) laatua on arvioitu Joanna Briggs institutin julkaisemien (2017) ja Hoitotyön tutkimussäätiön (2018) suomentamien laadunarviointikriteerien perusteella (Liite 5). Taulukossa (Liite 5) on vasemmalla kvalitatiivisen aineiston ja oikealla kvantitatiivisen aineiston analyysikriteerit, asteikolla: Kyllä (K), Ei (E), Epäselvä (?), Ei sovellettavissa (n/a). (Hoitotyön tutkimussäätiö 2018.)

Jokaisen tutkimuksen laatua pyrittiin arvioimaan mahdollisimman tarkasti ja kunkin tutkimusasetelma huomioon ottaen. Jokainen kirjallisuuskatsauksen tutkimuksista käytiin läpi arviointikriteereiden perusteella. Tämän perusteella kirjallisuuskatsaukseen valikoitui 16 tutkimusta. Kohorttitutkimuksissa kriteerejä olivat tutkittavien oleminen samasta kohderyhmästä. Tuloksia mitattiin luotettavasti ja tutkimusmittarit olivat luotettavia. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2018).

Valitut 16 tutkimusartikkeliä liittyivät emotionaaliseen tukeen, potilaiden raskaudenkeskeytyskokemuksiin ja raskaudenkeskeytyksen psyykkisen hyvinvoinnin vaikutuksiin. Kirjallisuuskatsaukseen valituista tutkimusaineistoista kaksi olivat suomalaisia tutkimuksia, kolme ruotsalaista tutkimusta, seitsemän yhdysvaltalaisista tutkimusta, yksi uusi -seelantilainen tutkimus, yksi tanskalainen tutkimus, yksi hollantilainen ja yksi brasilialainen tutkimus. Taulukossa 3 on esitelty kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset.

Tutkimuksen nimi	Tutkimuksen tekijät, tutkimuspaikka ja -vuosi	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto ja aineiston keruutapa
Reactions to abortion and subsequent mental health	Fergusson, D. Boden, J. Horwood, J. Uusi-Seelanti, 2009	Raskaudenkeskeytyksen vaikutus naisen psyykkiseen hyvinvointiin.	500 uusiseelantilaisen naisen syntymäkohorttiryhmä. Haastattelu.
Induced first-trimester abortion and the risk of mental health disorder	Munk-Olsen, Munk Laursen, Pedersen, Lidegaard, Mortensen. Tanska. 2011.	Ensimmäisen kolmanneksen raskaudenkeskeytyksen ja synnytyksen vaikutus psykiatristen sairauksien ilmentymiseen	954 702 tanskalaisen naisen syntymäkohorttiryhmä. Hakeutumista psykiatrisen hoidon piiriin seurattiin.
Long-term incidence and recurrence of common mental disorders after abortion. A Dutch prospective cohort study.	Van Ditzhuijzen, J. De Graaf, R. ten Have, M. van Nijnatten, C. Vollebergh. Hollanti.	Raskaudenkeskeytyksen aiheuttamat pitkäaikaiset vaikutukset mielenterveyteen.	Kohorttitutkimuksena 325 hollantilaisen naisen kokemuksia raskaudenkeskeytyksestä haastatteleamalla heitä 20 tai 40 päivää raskaudenkeskeytyksen jälkeen. Naisista 264 seurattiin 2,7 vuotta.
Emotions and decision rightness over five years following	Foster, D. Gould, H. Kimport, K. Rocca, C. & Samari, G.	Kokivatko naiset abortin olleen oikea ratkaisu	Puhelinhaastattelut, joihin osallistui 30 eri yhdysvaltalaisista

an abortion: An examination of decision difficulty and abortion stigma.	Yhdysvallat. 2019.	heille sekä, min-kälaisia negatiivisia (katumusta, vihaa, surua) ja positiivisia tunteita (helpotusta, onnellisuutta) aborttiin liittyi.	klinikkaa vuonna 2008-2010. Haastattelut pidettiin puolen vuoden välein. Haastatteluun osallistui 956 raskauden keskeytyksen tehnyttä naista. Tutkimuksessa käytettiin tilastollista monimuuttuja-analyysia.
Women's Mental Health and Well-being 5 Years After Receiving or Being Denied an Abortion A Prospective, Longitudinal Cohort Study	Biggs, A. Foster, D. McCulloch, C. Upadhyay, U. Yhdysvallat 2020.	Tutkimus käsiteli naisten mielenterveyttä ja hyvinvointia viisi vuotta joko raskaudenkeskeytyksen tai evätyn abortin jälkeen.	Tutkimus haastatteli 956 Yhdysvaltalaisista yli 15-vuotiaista naista, jotka olivat tehneet raskaudenkeskeytyksen vuosina 2008-2010. Heitä seurattiin vuodesta 2010 vuoteen 2016 ja haastateltiin kokonaisuudessaan 11 kertaa. Dataa verrattiin Turnaway nimiseen pitkäaikaisutkimukseen, missä yhdysvaltalaisilta naisilta oli evätty abortti viikkorajan mentyä umpeen.
Abortion and mental health: Evaluating the evidence	Major, B. Appelbaum, M. Beckman, L. Dutton, M-A. Russo, N. West, C. Yhdysvallat. 2009.	Tutkimus käsiteli raskaudenkeskeytyksen ja mielenterveyden välistä yhteyttä. Tutkimuksessa käsitellään raskaudenkeskeytyksen poliittista asemaa Yhdysvalloissa ja, miten tutkimukset aiheesta ovat poliittisesti värittäneitä.	Useita tutkimuksia Suomesta, Norjasta, Uudesta Seelannista ja Australiasta. Empiiriset aineistot.
Nursing perceptions about	da Silva Santiago Strefling, Wilson Danilo Lunardi	Tutkimus naisten kokemuksia	Tutkijat haastattelivat 19

abortion management and care: a qualitative study	Filho, Nalú Pereira da Costa Kerber, Marilu Correa Soares, Juliane Portella Ribeiro. Brasilia. 2015.	raskaudenkeskeytyksestä ja heidän saamaansaan hoidosta keskeyttäessään raskautensa.	hoitotyön ammattilaista, joista yksi oli mies. Haastateltavien ikä vaihteli 24 ja 65 välillä. Työkemusta heillä oli kuuden kuukauden ja 40 vuoden välillä. Menetelmänä oli puolistrukturoitu haastattelu.
When post-abortion emotions need unpacking	Bray, B. Yhdysvallat. 2018.	Naisten mielen-terveysongelmat raskaudenkeskeytyksen jälkeen ja keskeytyksen aikana annettava tuki.	Useita eri tutkimuksia
Supporting women coping with emotional distress after abortion	J. Katz. Yhdysvallat. 2019.	Ohjeita ammatillisille tuen antamiseen ja toipumisen edistämiseen potilaille, jotka kärsivät henkisesti raskaudenkeskeytyksestä	Kirjallisuuskatsaus.
Naisten kokemukset kriittisenä tietona abortista	S. Tuomaala. Suomi. 2008.	Kokemuksia raskaudenkeskeytyksestä ja lääkäreiden kohtaamisesta raskaudenkeskeytyksen aikana.	40 naisen raskaudenkeskeytykokemuksia Suomessa. Aineistot kerättiin haastattelulla, kirjoituskutsuilla ja lumipallomenetelmällä. Haastatellut naiset olivat eri ikäisiä, eri puolilta Suomea ja tehneet raskaudenkeskeytyksen eri elämäntilanteissa. Naisten kokemukset sijoittuivat 1950-luvulle laittomista aborteista 2000-luvulla lääkkeillä tehtyyn keskeytykseen. Aineisto

			painottui kohtaamisiin lääkäreiden kanssa, kokemuksia kohtaamisista hoitajien kanssa ei kuvattu.
Patient education and emotional support practices in abortion care facilities in the United States	Barar, R. Foster Greene, D. Gould, H. Perrucci, A. Sinkford, D. Yhdysvallat. 2018.	Miten emotionaalisen tuen antaminen ja potilaiden tukeminen toteutuu käytännössä 27 yhdysvaltalaisella abortteja suorittavilla klinikoilla.	Haastateltiin puhelimitse 27 yhdysvaltalaisen klinikan hoitohenkilökuntaa yhdeksällä avoimella kysymyksellä.
Toteutuuko Käypä hoito -suositus varhaisissa raskaudenkeskeytyksissä	Trujillo, L., Heikinheimo, O., Tuomi, S. & Hurskainen, R. Suomi. 2012.	Miten raskaudenkeskeytyspotilaita hoitava henkilökunta ohjeistetaan ja, kuinka hyvin Käypä hoito -suositus toteutuu Suomen raskaudenkeskeytyksiä tekevissä terveydenhuollon yksiköissä.	Tiedot saatiin Terveiden ja hyvinvoinnin laitokselta. Tutkimukseen ei valittu yksityisiä lääkärikeskuksia eikä niitä yksikköjä, joissa tehtiin alle kymmenen keskeytystä vuodessa. Tutkimukseen valikoitui 47 yksikköä, joista 44 sairaalaa ja kolme terveyskeskusta.
Women's existential experiences within Swedish abortion care	Ekstrand, M. Stålhandske, M. Tydén, T. Ruotsi. 2010.	Selvittää ruotsalaisten naisten kokemuksia raskaudenkeskeytyksestä sekä tarvetta eksistentiaaliselle tuelle (emotionaaliselle tuelle).	Tutkimusta varten haastateltiin 24 ruotsalaista naista, jotka olivat tehneet raskaudenkeskeytyksen Ruotsissa vuosina 2009-2010.

How women perceive abortion care: A study focusing on healthy women and those with mental and post-traumatic stress	Lundell, I. Ohman, Sundstrom Poromaa, I. Skoog Svanberg, A. Hogberg, U. Sydsjö, G. Ruotsi. 2011.	Selvittää ruotsalaisten naisten kokemuksia saamastaan hoidosta raskaudenkeskeytyspotilaana sekä vertailla terveiden ja mielenterveysongelmista kärsivien naisten kokemuksia.	Tutkimukseen osallistui kuusi gynekologista poliklinikkaa Ruotsissa ja yhteensä 1514 naista haastateltiin. Haastattelussa raskaudenkeskeytyksen tehneitä naisten ahdistusta, masennusta ja PTSD selvitettiin kyselylomakkeiden avulla. Naisten kipua raskaudenkeskeytyksen aikana mitattiin kipumittarilla.
Women and men's satisfaction with care related to induced abortion	Makenzius, M. Tydén, T. Elisabeth Darj, E. Larsson, M. Ruotsi. 2012.	Selvittää ruotsalaisten naisten tyytyväisyyttä saamaansa hoitoon raskaudenkeskeytysten suhteen.	Kyselytutkimus vuonna 2009 798 ruotsalaiselle aborttia hakevalle naiselle ja heidän 590 kumppanilleen.
Experiences of abortion: A narrative review of qualitative studies	Lie, M. May, R. Robson, S. Yhdysvallat. 2008.	Selvittää naisten kokemuksia raskaudenkeskeytysten hoidosta.	Analysoitiin 18 kvalitatiivista tutkimusta lääkkeellisistä ja kirurgisista raskaudenkeskeytyskokemuksista.

Taulukko 2: Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset

5.4 Pilotoitinkoulutus koulutustuotteen kehittämisen menetelmänä

Pilotointi on palveluiden testaamista asiakkaiden parissa. Palvelu on tällöin vielä keskeneräinen, mutta sen testaamisella saadaan tärkeitä tuloksia ja havaintoja jatkokehittämisen kannalta. Pilotoinnin jälkeen virheet on helppo korjata ja palveluun on helppo lisätä eri osia asiakkaiden toiveiden ja tarpeiden mukaan tarvittaessa. (Ahonen 2017, 98.) Pilotoitinkoulutus esitettiin Power Point -esityksenä Teams -yhteydellä Ruoholahden naistentautien poliklinikan

hoitohenkilökunnalle. Siitä saadun palautteen pohjalta pohdimme koulutusmateriaalin kehittämistä. Palaute saatiin poliklinikan osastonhoitajalta ja osalta hoitajista, jotka osallistuivat koulutukseen.

Koulutus esitettiin keskiviikkona 10.2.2021 Teams -yhteyden avulla. Kaikki opinnäytetyön tekijät osallistuivat koulutuksen pitämiseen. Kaikilla opinnäytetyön tiimin jäsenillä oli oma puheenvuoro. Palautetta kerättiin Teams-koulutuksen jälkeen suullisesti, Teams-kommenttikenttään kirjallisesti sekä palautekeskusteluna osastonhoitajan kanssa.

Palautekeskustelu osastonhoitajan eli opinnäytetyön tilaajan kanssa käytiin 12.2. puhelimitse. Palautekeskustelussa käytiin läpi koulutuksen sisältöä, opinnäytetyön prosessia sekä yhteistyötä opinnäytetyön kehittämisen aikana. Koulutuksen sisällöstä saatu palaute oli yksinomaan kiitettävää. Koulutuksen lopullisen asiasisällön koettiin olevan laadukasta, johdonmukaisesti ja selkeästi etenevää ja sisällöltään poliklinikan tarpeita vastaavaa. Yhteyshenkilö nosti esiin sen, miten koulutuksen työelämäyhteistyön prosessin sisällyttäminen koulutukseen oli positiivinen ja koulutuksen luonnetta hyvin avaava tekijä. Palvelumuotoilun prosessin ja idean avaaminen oli mielenkiintoinen ja koulutuksen ymmärrettävyyttä palveleva tekijä. Yksittäiset konkreettiset vinkit hoitotilanteeseen, kuten etukäteen valmistautuminen ennen vastaanottoa, saivat myös kiitosta. Opinnäytetyön tilaaja oli tyytyväinen sisältöön, missä tuloksien tarkastelussa tuotiin esiin hoitajien teemahaastattelun ja kirjallisuuskatsauksen tulosten yhtenevääisyyttä.

Opinnäytetyön alussa käydyt keskustelut yhteistyökumppanin kanssa muodostivat kehyksen, suunnan ja muodon opinnäytetyölle. Kiitosta yhteistyöstä opinnäytetyön suhteen opinnäytetyön tekijät saivat siitä, että opinnäytetyötä oli uskallettu kehittää itsenäisesti, pyrkien opiskelijoiden omaan aktiivisuuteen ja luovuuteen kuormittamatta liikaa yhteistyökumppania. Keskustelussa käsiteltiin myös sitä, miten opinnäytetyön tekoon meni pitkä aika ja viivästymiseen liittyneitä tekijöitä. Tilaja ei kokenut tämän heikentäneen opinnäytetyötä prosessina.

Opinnäytetyön tilaaja oli kokonaisuutena erittäin tyytyväinen opinnäytetyöhön. Koulutuksen PowerPointia aletaan käyttämään myös uusien opiskelijoiden ja työntekijöiden perehdytyksessä.

5.5 Jalkauttaminen

Jalkauttamisessa eli toteutus -vaiheessa on tavoitteena tarkentaa konseptia ja lanseerata palvelu asiakkaille. Lanseeraaminen tarkoittaa, että palvelu on organisaation suorittamien testien ja arviointien perusteella markkinakelpoinen. Toteutus -vaiheessa organisaatio tarkistaa

vielä kerran luodun konseptin ja vertaa sitä alussa luotuun visioon ja tavoitteisiin. (Ahonen 2017, 102-103.) Opinnäytetyössä jalkauttaminen tapahtui koulutustuotteen luovutuksella Ruoholahden naistentautien poliklinikan käyttöön. Valmis PowerPoint-koulutus lähetettiin Ruoholahden naistentautien poliklinikalle viikolla 10. Myös opinnäytetyön raportti luovutettiin poliklinikan osastonhoitajalle. Palautekeskustelun jälkeen ei ollut enää tarvetta tarkentaa tai muuttaa konseptia eli koulutustuotetta.

6 Opinnäytetyön tulokset

6.1 Teemahaastattelun tulokset

Teemahaastattelun ensimmäinen teema käsitteli sitä, miten raskaudenkeskeytys vaikuttaa naisen psyykkiseen hyvinvointiin. Ensimmäinen kysymys käsitteli hoitajien käsityksiä siitä, miten raskaudenkeskeytys vaikuttaa naisen psyykkiseen hyvinvointiin. Hoitajien mukaan potilaiden kokemukset raskaudenkeskeytyksestä vaihtelevat suuresti. Hoitajat toivat esille sitä, miten ei ole olemassa standardia, miten naiset reagoivat, vaan tunneskaala vaihtelee suuresti. Osa naisista kokee raskauden keskeytyksen helpottavana tai melko neutraalina kokemuksena, osa raskaana kokemuksena ja osa kriisinä. Monille naisille on helpotus saada raskaudenkeskeytys hoidettua ja asia päätökseen. Jotkut naiset ovat hyvin asiallisen, rauhallisen ja neutraalin oloisia ja toivovat kliiniseen hoitoon keskittyvää keskustelua. Toisille päätös on vaikea ja raskas. Vastaaviin kokemuksiin voi liittyä voimakkaita pahan olon tunteita mitä naiset ilmaisevat poliklinikkakäynnillä. Näitä tunteita voivat olla esimerkiksi suru, pelko, häpeä, itsesyytely sekä syyllisyyden tunteet. Joskus raskauden keskeyttäminen voi olla naiselle kriisi, missä päätöksen tekemiseen raskaudenkeskeytyksen suhteen liittyy vaikeutta ja ahdistusta.

Kysymyksen alateemana hoitajilta kysyttiin, minkälaisiin potilaisiin hoitajat kiinnittävät erityistä huomiota. Vastauksissa nousi esiin esimerkiksi päihderiippuvaiset potilaat sekä muut potilaat, joilla saattaa olla elämänhallinnan ongelmia. Myös potilaat, joilla on vaikeuksia tehdä päätöstä ja epävarmuutta raskaudenkeskeytyspäätöksen suhteen, potilaat, joilla on raskaudenkeskeytystä edeltäviä mielenterveysongelmia sekä alaikäiset potilaat nousivat esille. Eri kulttuurien käsitykset raskaudenkeskeytyksestä ja kielimuuri saattoivat vaatia enemmän aikaa hoitajalta. Tulkkipotilaiden kanssa hoitajilla oli huolta siitä, siirtyykö annettu tieto ja ohjaus varmasti selkeästi potilaalle.

Toinen pääteema käsitteli hoitajan antamaa psyykkistä tukea raskaudenkeskeytyspotilaalle. Hoitajat toivat esille sen, miten keskusteluapu ja mahdollisesti tarvittava psykiatrinen hoitokontakti määritellään ensisijaisesti perusterveydenhuollossa. Hoitajat ilmaisivat vastauksissaan selkeästi oman työnkuvansa rajoitteet psyykkisen tuen antamisen suhteen ja tiedostivat selkeästi oman ammattitaitonsa rajat. Haastateltavat toivat esille sen, ettei resursseja tai

mahdollisuuksia terapeutisiin keskusteluihin tai psykiatriseen hoitoon naistentautien poliklinikalla ole. Varsinaista terapeutista keskusteluapua ei siis naistentautien erikoissairaanhoidossa hoitajien osalta tarjota vaan poliklinikalla keskitytään kliniseen hoitoon ja hoitotyön toteuttamiseen. Tarvittaessa hoitajat ohjaavat keskusteluapua kaipaavia potilaita eteenpäin Naistenklinikan sairaalapastorille.

Hoitajien tarjoama psyykinen tuki keskittyy emotionaaliseen tukeen, potilaan tukena olemiseen ja potilaan ohjaamiseen eli tiedolliseen tukeen. Alakysymyksessä käsiteltiin minkälaista emotionaalista tukea hoitajat antavat raskautensa keskeyttävälle potilaalle poliklinikkakäynnillä. Hoitajien vastauksissa tulivat esille potilaan yksilöllisyyden huomioiminen, potilaslähtöisyys, kunnioittava asenne, läsnäolo, toivon luominen sekä tiedollinen tuki. Hoitajat kertoivat usein kartoittavansa potilaan kokonaisvointia. Tähän sisältyi esimerkiksi potilaan tukiverkoston riittävyyden selvittäminen esimerkiksi kysymällä, ovatko he päässeet keskustelemaan asiasta. Hoitajat huolehtivat myös potilaiden perustarpeista esimerkiksi kysymällä sitä, miten potilaat nukkuvat, syövät ja ulkoilevat.

Yksi emotionaalisen tuen menetelmä oli tiedollisen tuen antaminen. Hoitajat kertoivat antavansa potilaille kirjalliset ohjeet suullisten ohjeiden lisäksi raskaudenkeskeytystä ohjattaessaan. Hoitajat toivat esille sitä, miten tiedollinen tuki korostuu poliklinikkakäynneillä ja heille oli tärkeää antaa parasta mahdollista ohjausta. Erikoissairaanhoidossa raskaudenkeskeytyksessä painottuu tiedollinen tuki ja hoitajien tarjoamat tarkat ohjeet, miten raskaudenkeskeytys tehdään. Hoitajat antavat selkeää ja ymmärrettävää tietoa raskaudenkeskeytysmahdollisuuksista sekä keskustelevat mm. jatkoehkäisystä.

Potilaiden yksilöllisyyden huomioiminen näkyi hoitajien vastauksissa siten, että hoitajat kertoivat tuen tarpeen olevan hyvin vaihtelevaa. Jotkut potilaat tarvitsevat huomattavasti enemmän emotionaalista tukea kuin toiset. Hoitajat antoivat potilaiden itse määritellä sen, mitä potilas haluaa jakaa ja miten potilas haluaa määritellä kohtaamisen. Hoitajat kertoivat potilaslähtöisyyden toteutumisen olevan heidän tärkein tavoitteensa potilaiden kohtaamisessa. Tavoitteena on luoda mahdollisimman hyvä, turvallinen ja kunnioittava hoitotilanne potilasta varten. Kunnioittava ja empaattinen asenne korostui erityisesti hoitajien haastatteluissa. Läsnäolo emotionaalisen tuen muotona tuli esiin esimerkiksi aktiivisena kuuntelemisena, keskittymisenä potilaan sanomaan ja tilanteeseen sekä potilaan eleiden ja olemuksen peilaamisena. Läsnäololla hoitajat viestittivät potilaille, että potilaiden tilanne on heille tärkeä asia.

Toivon luominen tuli esiin hoitajien haastatteluissa yhtenä emotionaalisen tuen menetelmänä. Raskautensa keskeyttävillä potilailla on usein huolta esimerkiksi tulevaisuuden hedelmällisyydestä ja raskaudenkeskeytyksen vaikutuksista lapsettomuuteen. Hoitajat saattoivat

tuoda esille myös sen, miten hormonien tasaantuessa ja fyysisten raskausoireiden helpottuessa potilaan sekä fyysinen että psyykinen olo voi tasaantua.

Tietoisuus oman asiallisuuden ja neutraaliuden tärkeydestä korostui vastauksissa. Hoitajan tarkoitus ei ole millään tavoin vaikuttaa potilaan päätökseen raskaudenkeskeytyksestä, vaan olla tukena ja ohjaavana toimijana. Hoitajat kertoivat, etteivät he voi antaa potilaan ymmärtää mikä hoitajan itsensä mielestä voisi mahdollisesti olla oikea päätös.

Teemahaastattelun viimeinen osio käsitteli koulutustuotteen ideointia. Teemahaastatteluun osallistuneet hoitajat otettiin mukaan koulutustuotteen muodon ja asiasisällön ideointiin. Hoitajat toivoivat erityisesti potilasnäkökulman esilletuomista. Toiveena oli, että koulutuksessa olisi tutkittua tietoa potilaiden toiveista ja kokemuksista terveydenhuollossa eli siitä, minkälaista emotionaalista tukea potilaat haluaisivat tullessaan raskaudenkeskeytykseen. Osa hoitajista toivoi konkreettisia ohjeita emotionaaliseen tukemiseen esimerkiksi, jos potilas on joutunut seksuaalirikoksen uhriksi. Ohjeiden olisi hyvä olla käytännölliset, jotka on helppo liittää muiden ohjeiden oheen. Hoitajat tarvitsisivat myös tietoa, konkreettisia tuen muotoja ja neuvoja psyykkisen hyvinvoinnin tukemiseen.

6.2 Kirjallisuuskatsauksen tulokset

6.2.1 Raskaudenkeskeytyksen vaikutukset psyykkiseen hyvinvointiin

Tutkimus	Keskeiset tulokset
Fergusson, D. Boden, J. Horwood, J. Uusi-Seelanti, 2009	90 % naisista koki raskaudenkeskeytyksen olleen oikea valinta. Tutkimus arvioi, että ei-toivotun raskauden keskeyttäminen oli syypäänä alle 5 % mielenterveysongelmiin tutkitun kohortin naisilla. Tunteiden ristiriitaisuus on yleistä, sekä negatiivisia että positiivisia tunteita esiintyi.
Munk-Olsen, Munk Laursen, Pedersen, Lidegaard, Mortensen. Tanska. 2011.	Raskaudenkeskeytys ei nostanut riskiä mielenterveysongelmiin naisilla, joilla ei esiintynyt aiempia mielenterveysongelmia

Van Ditzhuijzen, J. De Graaf, R. ten Have, M. van Nijnatten, C. Vollebergh. Hollanti. 2016.	Raskaudenkeskeytys ei lisännyt psykiatrista sairastavuutta. Stressaava elämäntilanne, huono parisuhde ja muut sosiaaliset tekijät saattoivat nostaa riskiä abortin aiheuttamaan ahdistukseen.
Foster, D. Gould, H. Kimport, K. Rocca, C. & Samari, G. Yhdysvallat. 2019.	Sekä kolme vuotta raskaudenkeskeytyksestä että heti raskaudenkeskeytyksen jälkeen ylivoimainen enemmistö, 99 % tutkimukseen osallistuneilla naisista, koki raskaudenkeskeytyksen olleen heille oikea valinta. Kolmen vuoden aikana raskaudenkeskeytykseen liittyneiden tunteiden intensiivisyys heikkeni.
Biggs, A. Foster, D. McCulloch, C. Upadhyay, U. Yhdysvallat 2020.	Verrattuna raskaudenkeskeytyksen tehneiden viiter ryhmään, naiset, jotka eivät saaneet hakemaansa raskaudenkeskeytystä voivat huonommin kuin abortin tehneet. Heillä esiintyi mm. enemmän ahdistusta ja masennusta ja he kärsivät huonommasta itsetunnosta. Ajan myötä erot tasoittuivat.
Major, B. Appelbaum, M. Beckman, L. Dutton, M-A. Russo, N. West, C. Yhdysvallat. 2009.	Aikuisilla naisilla, jotka keskeyttävät ei-toivotun raskautensa ensimmäisellä kolmanneksella, ei ollut suurempi riski mielenterveysongelmiin kuin naisilla, jotka päätyivät synnyttämään ei-toivotun raskautensa. Suurimmalla osalla naisista, jotka keskeyttivät ei-toivotun raskautensa ei ilmennyt mielenterveysongelmia.
da Silva Santiago Strefling, Correa Soares-, Danilo Luardi Filho Portella Ribeiro, Pereira da Costa Kerber . Brasilia. 2015.	Hoitajien ennakkokäsitykset ja asenteet raskaudenkeskeytyksen suhteen vaikuttivat heidän antamaansa hoitoon. Hoitajan tarjoama kunnioittava, inhimillinen kohtelu oli potilaiden hoitokokemuksen kannalta tärkeää. Myös yhteiskunnan stigma vaikuttaa negatiivisesti raskaudenkeskeytyspotilaiden henkiseen jaksamiseen.

Taulukko 3: Alkuperäistutkimusten keskeiset tulokset

Fergusson, Horwood ja Boden (2009) analysoivat 500 uusiseelantilaisen naisen syntymäkohorttiryhmää siihen asti, että naiset täyttivät 30 vuotta. Kohorttitutkimukseen oli valikoitunut 1265 uudenseelantilaisen lapsen joukosta ne, joiden raskaus- ja mielenterveystietoja pystyttiin tutkimaan. Tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella, miten raskaudenkeskeytys vaikut-

taa naisen psyykkiseen hyvinvointiin. Tutkimuksessa mitattiin haastattelemalla naisten tunteita, negatiivisia ja positiivisia, aborttiin liittyen sekä varmuutta päätöksen oikeudesta. 90 % naisista koki raskaudenkeskeytyksen olleen oikea valinta. Tutkimuksessa selvisi, että ei-toivotun raskauden keskeyttämisellä oli maltillisesti kohonnut mielenterveysongelmien riski naisilla, jotka raportoivat voimakasta henkistä ahdistusta aborttiin liittyen. Naisilla, jotka eivät raportoineet voimakkaita negatiivisia tunteita aborttiin liittyen, raskaudenkeskeytys ei nostanut riskiä mielenterveysongelmiin. Myöskään naisilla, jotka päätyivät synnyttämään ei-toivotun raskauden, ei ollut kohonnut riski mielenterveysongelmiin. Tutkimus arvioi, että ei-toivotun raskauden keskeyttäminen oli syyppänä alle 5 % mielenterveysongelmiin tutkitun kohortin naisilla.

Munk-Olsen, Munk Laursen, Pedersen, Lidegaard, Mortensen (2011) toteuttivat pitkittäistutkimuksen populaation kohdistuvan kohorttitutkimuksena missä seurattiin vuosien 1962-1993 välillä Tanskassa syntyneitä 954,702 naista ja tyttöä. Tutkimuksessa kohorttia seurattiin vuosina 1995-2007. Tarkoituksena oli tutkia, lisäkö ensimmäisen kolmanneksen raskaudenkeskeytys tai synnytys psykiatristen sairauksien ilmentyvyyttä seuraamalla psykiatriseen hoitokontaktiin hakeutumista. Naisia seurattiin 12 kuukautta raskaudenkeskeytyksen tai synnytyksen jälkeen ja verrattiin tilannetta 9 kuukautta tapahtumaa edeltävään ajanjaksoon. Ensimmäiseen psykiatriseen kontaktiin hakeutuvien naisten ja tyttöjen esiintyvyys per 1000- persoonavuotta, jotka olivat tehneet ensimmäisen aborttinsa, oli 14.6 %, ja ennen aborttia 15.2 %. Vastaava luku synnyttäneillä naisilla oli 3.9 % ennen synnytystä ja 6.3 % synnytyksen jälkeen. Raskaudenkeskeytys ei siis nostanut mainittavasti psykiatristen sairauksien ilmentyvyyttä naisilla, joilla ei ennen raskaudenkeskeytystä ollut esiintynyt mielenterveysongelmia.

Van Ditzhuijzen, ten Have, de Graaf, van Nijnatten ja Vollebergh (2016) tutkivat kohorttitutkimuksena 325 hollantilaisen naisen kokemuksia raskaudenkeskeytyksestä haastattelemalla heitä 20 tai 40 päivää raskaudenkeskeytyksen jälkeen. Naisista 264 seurattiin 2,7 vuotta. Haastattelut tapahtuivat naisten kotona ja kestivät keskimäärin 2,5 tuntia. Tutkimuksessa selvisi, ettei raskaudenkeskeytys itsessään lisää mielenterveysongelmien riskiä tulevaisuudessa. Sen sijaan sosiaaliset tekijät, kuten huono parisuhde, aiemmat mielenterveysongelmat ja muut raskaudenkeskeytystä edeltäneet stressaavat ja vaikeat elämäntapahtumat lisäsivät riskiä raskaudenkeskeytyksen jälkeisiin psykiatrisiin ongelmiin.

Foster, Gould, Neuhaus, Kimport, Rocca ja Roberts (2019) haastattelivat 30 eri Yhdysvaltalaisella klinikalla vuonna 2008-2010 raskaudenkeskeytyksen tehnyttä 956 naista. Raskaudenkeskeytykset olivat tehty ensimmäisellä kolmanneksella. Tutkimukseen osallistuneet naiset osallistuivat puhelinhaastatteluihin, jotka pidettiin puolen vuoden välein. Puhelinhaastatteluissa käsiteltiin sitä, kokivatko naiset abortin olleen oikea ratkaisu heille sekä negatiivisia (katu-

musta, vihaa, surua) ja positiivisia tunteita (helpotusta, onnellisuutta) aborttiin liittyen. Tutkimuksessa käytettiin tilastollista monimuuttuja-analyysia kahden ryhmän vertailussa ja tutkimukseen liittyvien tekijöiden vertailuissa. Tutkimuksessa selvisi, että sekä kolme vuotta raskaudenkeskeytyksestä että heti raskaudenkeskeytyksen jälkeen ylivoimainen enemmistö, 99 % tutkimukseen osallistuneilla naisista, koki raskaudenkeskeytyksen olleen heille oikea valinta. Ylipäätänsä naiset voivat henkisesti hyvin. Kolmen vuoden aikana raskaudenkeskeytykseen liittyneiden tunteiden intensiivisyys heikkeni sekä, se miten usein naiset ajattelivat tekevänsä raskaudenkeskeytystä, vähenivät. Tutkimuksessa selvisi myös naisten elinympäristön yhteisöissä vallitsevan stigman raskaudenkeskeytystä kohtaan sekä saadun sosiaalisen tuen vaikuttaneen naisen tunteisiin raskaudenkeskeytystään kohtaan. Voimakkaampi stigma assosioi negatiivisten tunteiden kanssa.

Biggs, Foster, McCulloch, Upadhyay (2020) analysoivat tutkimuksessaan ” Women’s Mental Health and Well-being 5 Years After Receiving or Being Denied an Abortion A Prospective, Longitudinal Cohort Study” yhdysvaltalaisia naisia raskaudenkeskeytyksen tekemisen jälkeen sekä verraten kohderyhmää ”Turnaway Study” (2008) -tutkimukseen. Kyseisessä pitkittäistutkimuksessa analysoitiin Kalifornialaisten naisten hyvinvointia ja mielenterveyttä sen jälkeen, kun he eivät olleet saaneet hakemaansa raskaudenkeskeytystä. Naisilta oli evätty abortti, koska heidän raskautensa oli edennyt yli sallitun keskeyttämiskiikkorajan. Tutkimuksen lopputulemana oli, että aborttioikeuksien kieltäminen naisilta vahingoittaa heidän mielenterveytensä, raskaudenkeskeytyksen tehneet naiset pärjäsivät paremmin psykologisesti.

Major, Appelbaum, Beckman, Dutton, Russo, West (2009) tutkivat empiiristä aineistoa mikä käsitteli raskaudenkeskeytyksen ja mielenterveyden välistä yhteyttä. Tutkimuksessa käsiteltiin raskaudenkeskeytyksen poliittista asemaa Yhdysvalloissa, ja miten tutkimukset aiheesta ovat poliittisesti värittyneitä. Mielenterveydellä tarkoitettiin tutkimuksessa psykiatrisia diagnooseja. Aineistoon oli valikoitunut useita tutkimuksia Suomesta, Norjasta, Uudesta Seelannista ja Australiasta. Analysoinnin lopputulemana oli, että aikuisilla naisilla, jotka keskeyttivät ei-toivotun raskautensa ensimmäisellä kolmanneksella, ei ollut suurempi riski mielenterveysongelmiin kuin naisilla, jotka päätyivät synnyttämään ei-toivotun raskautensa. Suurimmalla osalla naisista, jotka keskeyttivät ei-toivotun raskautensa ei ilmennyt mielenterveysongelmia. Nuorilla naisilla Uudessa Seelannissa, Australiassa ja Norjassa näyttää esiintyvän enemmän mielenterveysongelmia kuin jos he eivät ole tehneet raskaudenkeskeytystä, synnyttäneet tai ole olleet raskaana.

da Silva Santiago Strefling, Correa Soares-, Danilo Lunardi Filho Portella Ribeiro, Pereira da Costa Kerber (2015) tutkivat Nursing perceptions about abortion management and care: a qualitative study” tutkimuksessaan brasilialaisten naisten kokemuksia raskaudenkeskeytyksestä ja heidän saamastaan hoidosta keskeyttäessään raskautensa. Tutkijat haastattelivat 19

hoitotyön ammattilaista, joista yksi oli mies, haastateltavien ikä vaihteli 24 ja 65 välillä. Työkokemusta heillä oli kuuden kuukauden ja 40 vuoden välillä. Brasiliassa raskaudenkeskeytys on laitton, mikä aiheuttaa hoitajille eettistä ja moraalista problematiikkaa hoidossa. Tutkimuksessa selvisi, että hoitajien ennakkokäsitykset ja asenteet vaikuttivat heidän antamansa hoitoon. Hoitajan tarjoama kunnioittava, humaani kohtelu oli potilaiden hoitokokemuksen kannalta tärkeää. Myös yhteiskunnan stigma vaikuttaa negatiivisesti raskaudenkeskeytyspotilaiden henkiseen jaksamiseen.

6.2.2 Tiedollinen ja emotionaalinen tuki

Tutkimus	Keskeiset tulokset
Katz, J. 2019.	Soveltamalla kognitiivisen käyttäytymisterapian käsitteitä ja menetelmiä, ammattihenkilöt voivat keskustella rakentavasti potilaiden kanssa. Tämä voi edistää sopeutumista ja toipumista. Ammattihenkilöt voivat esimerkiksi tehdä yhteistyötä potilaiden kanssa auttaakseen heitä tulemaan tietoisemmiksi omista ajatuksistaan sekä auttaa heitä tiedostamaan, miten ajatukset liittyvät tunteisiin ja käyttäytymiseen
Bray, B. 2018.	Jotkut pitävät sitä vain osana elämäänsä ilman negatiivisia assosiaatioita, kun taas toiset kokevat sen hyvinkin haasteellisena tapahtumana.
Tuomaala, S. 2008.	Kokemukset lääkärin kanssa vaihtelivat. Esiin tuli, miten erityisesti vanhempien naisten kokemuksissa lääkärin moralisoiva asenne aiheutti ahdistusta ja lisäsi syyllisyyttä. Uudemmat kokemukset taas toivat esiin liukuhihnaisuutta ja kokemusta, ettei aikaa keskustelulle ja kohtaamiselle ole.
Trujillo, L., Heikinheimo, O., Tuomi, S. & Hurskainen, R. 2012.	Tutkimuksesta muun muassa kävi ilmi, että henkilökunnan ohjeiden tasossa oli huomattavaa vaihtelua. Tutkijat toteavat, että raskaudenkeskeytys ei ole suunniteltu tilanne ja se on usein osa ongelmallista elämäntilannetta.
Barar, R. Foster Greene, D. Gould, H. Perrucci, A. Sinkford, D. 2018.	100 % vastaajista koki, että positiivinen viestintä raskaudenkeskeytyksestä voi vähentää aborttiin liittyvää stigmaa. Samoin 100 % vastaajista koki, että klinikan hoitohenkilökunnalle on tärkeää tukea raskautensa keskeyttävää potilasta emotionaalisesti.

Lundell, I. Ohman, . Sundstrom Poromaa, I. Skoog Svanberg, A. Hogberg, U. Sydsjö, G. 2011.	16 % tutkimukseen osallistuneista naisista arvioi raskaudenkeskeytyksen hoidon olleen puutteellista. Naisilla, joilla oli post-traumaattista stressihäiriötä, esiintyi tyytymättömyyttä hoitoon muita useammin. 22 % arvioi kivun raskaudenkeskeytyksen aikana olleen hyvin kova.
Ekstrand, M. Stålhandske, M. Tydén, T. 2010.	Naisten tarve henkiselle tuelle raskaudenkeskeytyksen suhteen vaihtelee suuresti. Jotkut naiset valitsevat pidättäytyä kaikesta psyykkisestä tuesta, toiset taas ilmaisevat selkeästi tarpeensa henkiselle tuelle ja kokevat tarvetta analysoida omaa tilannettaan hoitohenkilökunnan kanssa. Ruotsalainen raskaudenkeskeytysten hoitoa kuvaillaan naisten taholta rationaalisena ja neutraalina, missä fyysiset tekijät dominoivat hoitoa, ja emotionaaliset ja eksistentiaaliset tekijät jäävät taka-alalle.
Makenzius, M. Tydén, T. Elisabeth Darj, E. Larsson, M. 2012.	Suurin osa ruotsalaisista naisista, jotka keskeyttivät raskautensa, olivat tyytyväisiä saamaansa hoitoon. Neljäsosa naisista koki, että parannettavaa hoidossa on, erityisesti kumppanin huomioimisessa. Sekä miehille että naisille humaani ja huomaavainen kohtelu oli tärkein tekijä heidän arvioidessaan tyytyväisyyttään saamaansa hoitoon.
Lie, M. May, R. Robson, S. 2008.	Tutkimuksessa nousi esiin neljä lopputulosta. Näiden mukaan naisten päätökseen miten ja missä raskaudenkeskeytys tapahtuu ovat pääosin luonteeltaan pragmaattisia, jotka ovat sidoksissa mm. naisen psykososiaalisiin resursseihin. Nopea pääsy osaavaan, ei-tuomitsevaan hoitoon missä potilas osallistutetaan omaan hoitoonsa lisäsi positiivista selviytymistä lääkkeellisen raskaudenkeskeytyksen jälkeen. Osittain kotona tehty raskaudenkeskeytys oli hyvä valinta erityisesti naisille, joilla esiintyi huolta hoitohenkilökunnan negatiivisesta asenteesta ja yksityisyyden puutteesta, mutta se lisäsi huolta turvallisuudesta ja selviytymisestä raskaudenkeskeytyksen suhteen. Viimeisen johtopäätöksen mukaan naiset, jotka olivat hyvin tuettuja ja hyvin informoituja kokevat positiivisia psykososiaalisia seurauksia raskaudenkeskeytyksen jälkeen.

Taulukko 4: Alkuperäistutkimusten keskeiset tulokset

Barar, Foster Greene, Gould, Perrucci ja Sinkford tutkivat ”Patient education and emotional support practices in abortion care facilities in the United States” miten emotionaalisen tuen antaminen ja potilaiden tukeminen toteutuu käytännössä 27 yhdysvaltalaisella abortteja suorittavilla klinikoilla. He haastattelivat puhelimitse klinikoiden hoitohenkilökuntaa. He esittivät 9 avointa raskaudenkeskeytyksen hoitoon liittyvä kysymystä, mitkä käsittelivät esimerkiksi kuinka tärkeänä hoitajat pitivät sosiaalista tukea potilaalle. 100 % vastaajista koki, että positiivinen viestintä raskaudenkeskeytyksestä voi vähentää aborttiin liittyvää stigmaa. Samoin 100 % vastaajista koki, että klinikan hoitohenkilökunnalle on tärkeää tukea raskautensa keskeyttävää potilasta emotionaalisesti. Esitetystä yhdeksästä kysymyksestä vähiten vastaajat olivat sitä mieltä, että heidän osansa on tarjota emotionaalista tukea raskaudenkeskeytyksen suhteen sekä tarjota hengellistä tukea uskonnollisten näkemysten perusteella, jos niitä esiintyi raskaudenkeskeytyksen suhteen.

Bethany Bray julkaisi vuonna 2018 artikkelin, jossa käsiteltiin useita eri tutkimuksia liittyen naisten kokemiin mielenterveysongelmiin raskaudenkeskeytyksen jälkeen, sekä keskeytyksen aikana annettavaa tukea. Bray tuo artikkelissaan esille muun muassa vuonna 2017 JAMA Psychiatryn julkaiseman tutkimuksen Women’s mental health and well-being 5 years after receiving or being denied an abortion, jossa tutkittiin naisten mielenterveyttä viisi vuotta raskaudenkeskeytyksen, tai sen kieltämisen jälkeen. Tutkimukseen osallistui 956 naista, joista 231 oli käännytetty raskaudenkeskeytysklinikalta pois.

Tutkimuksen tulosten mukaan raskaudenkeskeytyksen epääminen potilaalta saattoi olla suurempi riskitekijä mielenterveysongelmien kehittymiselle, kuin keskeytetty raskaus. Kuitenkin mielenterveyden todettiin paranevan ajan kanssa siten, että sekä raskaudenkeskeytyksen läpikäyneet, sekä ne, joilta se oli evätty, olivat samalla tasolla.

Bray kirjoittaa artikkelissaan siitä, että asiakkaiden kertoessa raskaudenkeskeytyksestään, jotkut pitävät sitä vain osana elämäänsä ilman negatiivisia assosiaatioita, kun taas toiset kokevat sen hyvinkin haasteellisena tapahtumana. Se voi herättää monenlaisia tunteita, menetyksen tunteista hengellisiin vaikeuksiin. Brayn mukaan ammattilaisen tulee olla tilanteessa puolueeton, ja kyetä asettamaan omat henkilökohtaiset näkemyksensä syrjään.

Artikkelissa tuodaan esille ammattilaisen reagointi, kun asiakas tuo aiemman raskaudenkeskeytyksen esille kyselylomakkeessa. Asiaan ei tulisi kiinnittää sillä hetkellä suurta huomiota, sillä tarkoitus ei ole tuoda jo läpi käytyä traumaa uudelleen pintaan. Toiset taas eivät mainitse keskeytystä lomakkeessa, sillä eivät koe sitä varsinaisesti traumana tai menetyksenä. Ammattilaisen kielenkäyttö on tärkeää. Kysyminen mahdollisesta keskeytyksestä voi potilaalle olla lupa puhua siitä. Myös oikean sanan valinta on avain asemassa. Jotkut asiakkaat saattavat kavahtaa sanaa abortti, jolloin voidaan puhua esimerkiksi raskaudenkeskeytyksestä.

Psykologian professori Jennifer Katz teki kirjallisuuskatsauksen ”Supporting women coping with emotional distress after abortion”, joka on julkaistu Yhdysvalloissa The Professional Counselor -lehdessä vuonna 2019. Artikkelissa Katz tarjoaa ohjeita ammattilaisille, jotka haluavat antaa tuomitsematonta tukea henkistä kärsimystä kokeville aborttipotilaille edistääkseen heidän toipumistaan. Katzin (2019) mukaan abortti on yleistä, mutta silti leimattua. Joissakin tapauksissa aborttipotilaat saattavat kokea surua, syyllisyyttä, suuttumusta ja muita emotionaalisen ahdistuneisuuden merkkejä raskaudenkeskeytyksen jälkeen. Katz esittelee artikkelissaan yleisen kognitiivisen käyttäytymiskehityksen ja tutkii yleisiä ajatus- ja käyttäytymismalleja, jotka voivat vaikuttaa aborttipotilaan ratkaisemattomaan ahdinkoon. Katz antaa artikkelissaan yleisiä suosituksia edistääkseen potilaan ja ammattihenkilön yhteistyötä. Suositukset pohjautuvat kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmiin ja tieteellisiin tutkimuksiin.

Katzin (2019) artikkeli on keskittynyt tapoihin ymmärtää aborttiin liittyvää ahdistusta ja ajatuksia. Aborttipotilaat, jotka voivat henkisesti huonosti, voivat selviytyä leimautumisesta sekä erilaisista stressitekijöistä ja huolenaiheista. Aborttipotilailla saattaa olla ajatusmalleja tai välttävää käyttäytymistä, jotka vaikuttavat voimakkaaseen tai pitkittyneeseen henkiseen kärsimykseen. Soveltamalla kognitiivisen käyttäytymisterapian käsitteitä ja menetelmiä, ammattihenkilöt voivat keskustella rakentavasti potilaiden kanssa. Tämä voi edistää sopeutumista ja toipumista. Ammattihenkilöt voivat esimerkiksi tehdä yhteistyötä potilaiden kanssa auttaakseen heitä tulemaan tietoisemmiksi omista ajatuksistaan sekä auttaa heitä tiedostamaan, miten ajatukset liittyvät tunteisiin ja käyttäytymiseen. Tällaiset pohdinnat voivat lisätä myötätuntoa ja auttaa potilaita muuttamaan ahdistuksen hyväksynnän ja rauhan tunteeksi.

Trujillo, Heikinheimo, Tuomi ja Hurskainen (2012) selvittivät alkuperäistutkimuksessaan, miten raskaudenkeskeytyspotilaita hoitava henkilökunta ohjeistetaan ja, kuinka hyvin Käypä hoito -suositus toteutuu Suomen raskaudenkeskeytyksiä tekevissä terveydenhuollon yksiköissä. Suomalaisessa Lääkärilehdessä vuonna 2012 julkaistu alkuperäistutkimus on nimellä ”Toteutuuko Käypä hoito -suositus varhaisissa raskaudenkeskeytyksissä?”

Tutkimuksen pohjalla oli selvitys Suomen terveydenhuollon yksiköistä, joissa raskaudenkeskeytyksiä tehtiin. Tiedot saatiin Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitokselta. Tutkimukseen ei valittu yksityisiä lääkärikeskuksia eikä niitä yksikköjä, joissa tehtiin alle kymmenen keskeytystä vuodessa. Tutkimukseen valikoitui 47 yksikköä, joista 44 sairaalaa ja kolme terveyskeskusta. Tutkijat pyysivät kyseisten yksiköiden ylilääkäreiltä keväällä 2008 alle 12. raskausviikon lääkkeellisiä ja kirurgisia raskaudenkeskeytyksiä koskevat potilasohjeet sekä henkilökunnan ohjeet. Havaittiin, että viidessä sairaalassa ja yhdessä terveyskeskuksessa ei ollut ollenkaan henkilökunnan ohjeita (13 %), joten analyysissä otettiin sitten huomioon 41 keskeytyksiä tekevän yksikön ohjeet. Kahdessa yksikössä (5 %) ei ollut lääkkeellisen raskaudenkeskeytyksen

henkilökunnan ohjetta. Kirurgisen raskaudenkeskeytyksen henkilökunnan ohje puuttui 22 sairaalasta (54 %). Tutkijat laativat Käypä hoito -suosituksen pohjalta tiedonkeräyslomakkeen, johon kerättiin tiedot jokaisen yksikön henkilökunnan ohjeista. Hoidon toteutumista tarkasteltiin tekemällä vertailua lomakkeen tulosten ja Käypä hoito -suositusten välillä. Tulosten analysoinnissa käytettiin apuna Excel -ohjelmaa.

Tutkimuksesta muun muassa kävi ilmi, että henkilökunnan ohjeiden tasossa oli huomattavaa vaihtelua. Alle puolet (46 %) ohjeista oli päivitetty viimeisimmän Käypä hoito -suosituksen julkaisemisen jälkeen. Noin kolmasosassa (29 %) ohjeissa päivityksestä ei ollut merkintää. Potilaan psyykkiseen ja sosiaaliseen tuen tarpeeseen raskaudenkeskeytyksen yhteydessä oli kiinnitetty huomiota 34 %:ssa ohjeista. Tutkijat toteavat, että raskaudenkeskeytys ei ole suunniteltu tilanne ja se on usein osa ongelmallista elämäntilannetta. Käypä hoito -suosituksen (2013) mukaan raskaudenkeskeytys voi lisätä psyykkisiä ongelmia. Psykiatrisen kontaktin mahdollisuus tulisi tarjota kaikille sitä haluaville. Erityisesti psyykkisen tuen tarve voi olla tarpeen tapauksissa, joissa naisella on aiemmin ollut mielialuongelmia muun muassa masennusta tai, jos keskeytysajankohta on myöhäinen. Myös, jos naisella on taloudellisia ja sosiaalisia ongelmia tai, jos keskeytys tehdään naisen tai odotettavan lapsen isän terveydentilan vuoksi. Psyykkistä tukea saattaa herkemmin tarvita myös nainen, joka on aiemmin ollut hoidossa hoidelmättömyyden vuoksi tai, jos keskeytykseen liittyy painostusta.

Salome Tuomaala (2008) julkaisi tutkimustuloksensa 40 naisen raskaudenkeskeytyskokemuksia Suomessa sosiaalilääketieteen artikkelissa ”Naisten kokemukset kriittisenä tietona abortista” 40 naisen raskaudenkeskeytyskokemuksia Suomessa. Aineistot kerättiin haastattelulla, kirjoituskutsuilla ja lumipallomenetelmällä. Haastatellut naiset olivat eri ikäisiä, eri puolilta Suomea ja tehneet raskaudenkeskeytyksen eri elämäntilanteissa. Naisten kokemukset sijoittuivat 1950-luvulle laittomista aborteista 2000-luvulla lääkkeillä tehtyyn keskeytykseen. Noin puolilla naisista, kahdellakymmenellä neljästäkymmenestä, oli ollut hankaluuksia kohtaamisessa lääkärin kanssa. Aineisto painottui kohtaamisiin lääkäreiden kanssa, kokemuksia kohtaamisista hoitajien kanssa ei kuvattu. Naisten kokemukset tarvitusta tuen tarpeesta lääkäriltä vaihtelivat suuresti. Jotkut toivoivat, että lääkäri olisi kysellyt enemmän ja toiset toivoivat vähempää kommunikaatiota. Kokemukset lääkärin kanssa vaihtelivat, ja esiin tuli miten erityisesti vanhempien naisten kokemuksissa lääkärin moralisoiva asenne aiheutti ahdistusta ja lisäsi syyllisyyttä. Uudemmat kokemukset taas toivat esiin liukuhinnamaisuutta ja kokemusta, ettei aikaa keskustelulle ja kohtaamiselle ole. Jokainen haastateltava ilmaisi tarvetta tulla kuulluksi ja lääkärin suhtautuvan heihin siten, miten he itse ilmaisivat ja määrittelivät tilanteensa. Empatia ja naisen oikeus määrittellä itsenäisesti tilanteensa on erityisen tärkeää raskaudenkeskeytystilanteessa. Tuomaala tuo esiin miten haastattelemansa nuoret, hyvin koulutetut naiset politisoivat omaa raskaudenkeskeytyskokemustaan enemmän.

Ekstrand, Stålhandske, Tydén (2010) selvittivät tutkimuksessaan ”Women's existential experiences within Swedish abortion care” naisten kokemuksia raskaudenkeskeytyksestä Ruotsissa. Naisten tarve henkiselle tuelle raskaudenkeskeytyksen suhteen vaihtelee suuresti. Jotkut naiset valitsevat pidättäytyä kaikesta psyykkisestä tuesta, toiset taas ilmaisevat selkeästi tarpeensa henkiselle tuelle ja kokevat tarvetta analysoida omaa tilannettaan hoitohenkilökunnan kanssa. Ruotsalainen raskaudenkeskeytysten hoitoa kuvaillaan naisten taholta rationaalisena ja neutraalina, missä fyysiset tekijät dominoivat hoitoa, ja emotionaaliset ja eksistentiaaliset tekijät jäävät taka-alalle.

Makenzius, Darj, Tydén, Larsson, 2012 selvittivät tutkimuksessaan ” Women and men's satisfaction with care related to induced abortion” ruotsalaisnaisten kokemuksia raskaudenkeskeytysten hoidosta. Suurin osa ruotsalaisista naisista, jotka keskeyttivät raskautensa, olivat tyytyväisiä saamaansa hoitoon. Neljäsosa naisista koki, että parannettavaa hoidossa on, erityisesti kumppanin huomioimisessa. Sekä miehille että naisille humaani ja huomaavainen kohdeltu oli tärkein tekijä heidän arvioidessaan tyytyväisyyttään saamaansa hoitoon. Muita tärkeitä tekijöitä kokemukselle hyvästä hoidosta oli mahdollisuus saada hoitohenkilökunta helposti puhelimitse kiinni, selkeä ja laadukas ohjeistus informaatio esimerkiksi gynekologisesta tutkimuksesta, sopiva ehkäisyneuvonta sekä riittävä kivunlievitys.

Lie, May, Robson (2008) käsittelivät tutkimuksessaan ”Experiences of abortion: A narrative review of qualitative studies” 18 kvalitatiivista tutkimusta raskaudenkeskeytyskokemuksista. Analyysissa tutkimukset olivat jaettu kolmeen osaan, mitkä käsittelivät tekijöitä raskaudenkeskeytyksen päätökseen liittyen, kokemuksia lääkkeellisestä ja kirurgisesta raskaudenkeskeytyksestä sekä empiirisiä kokemuksia ympäristöistä missä raskaudenkeskeytyksiä tehtiin. Tutkimuksessa nousi esiin neljä lopputulosta. Näiden mukaan naisten päätökseen miten ja missä raskaudenkeskeytys tapahtuu ovat pääosin luonteeltaan pragmaattisia, jotka ovat sidoksissa mm. naisen psykososiaalisiin resursseihin. Nopea pääsy osaavaan, ei-tuomitsevaan hoitoon missä potilas osallistutetaan omaan hoitoonsa lisäsi positiivista selviytymistä lääkkeellisen raskaudenkeskeytyksen jälkeen. Osittain kotona tehty raskaudenkeskeytys oli hyvä valinta erityisesti naisille, joilla esiintyi huolta hoitohenkilökunnan negatiivisesta asenteesta ja yksityisyyden puutteesta, mutta se lisäsi huolta turvallisuudesta ja selviytymisestä raskaudenkeskeytyksen suhteen. Viimeisen johtopäätöksen mukaan naiset, jotka olivat hyvin tuettuja ja hyvin informoituja kokevat positiivisia psykososiaalisia seurauksia raskaudenkeskeytyksen jälkeen.

6.2.3 Yhteenveto kirjallisuuskatsauksen tuloksista

Yksittäinen raskaudenkeskeytys ei itsenäisenä tekijänä lisää riskiä mielenterveysongelmiin (Fergusson 2009; Major ym. 2009; Munk-Olsen 2011; Van Ditzhuijzen 2016; Biggs 2017). Suurin osa raskautensa keskeyttävistä naisista ei kärsi pitkäaikaisseurauksista kuten mielenterveysongelmista. Sen sijaan riski on olemassa, jos naisella on taustalla raskaudenkeskeytystä edeltäviä mielenterveysongelmia. (Major ym. 2009; Munk-Olsen 2011; Van Ditzhuijzen 2016.) Erot psyykkisessä hyvinvoinnissa naisiin, jotka päätyivät synnyttämään raskaudenkeskeytyksen sijaan, olivat melko pieniä (Major ym. 2009; Fergusson 2009; Foster 2019).

Yhteiskunnalliset asenteet ja raskaudenkeskeytystä hakevan naisen sosiaalisen yhteisön näkemykset raskaudenkeskeytyksestä vaikuttavat naisten kokemukseen raskauden keskeyttämisestä ja hyvinvointiin sen jälkeen. Tutkimuksissa nousi esiin raskaudenkeskeytyksen yhteiskunnallisen stigman vaikutus suhtautumisessa raskaudenkeskeytykseen. (Major ym. 2009; da Silva Santiago Strefling 2015; Foster 2018.) Tuomitseva sosiaalinen yhteisö aiheuttaa naisille häpeää ja tarvetta salailta raskaudenkeskeytyspäätöstä. Sosiaalisen tuen puute saattaa heikentää selviytymistä raskaudenkeskeytyksen jälkeen. (Major ym. 2009; Katz 2009; Foster 2019.) Jos raskaudenkeskeytykseen liittyy voimakasta henkistä ahdistusta ja vaikeita kokemuksia, kuten vaikeutta tehdä päätöstä tai voimakasta sosiaalista stigmaa, voi raskautensa keskeyttämillä olla hieman kohonnut riski mielenterveysongelmiin (Major ym. 2009; Fergusson 2009, Foster 2019.)

Käsitellessä raskaudenkeskeytyksen jälkeistä psyykkistä hyvinvointia, on tärkeää erotella kliininen psykiatrinen sairastavuus kuten masennus ja ahdistuneisuushäiriö, sekä erilaiset normaaliin skaalaan kuuluvat, raskauden keskeytykseen usein liittyvät tunteet (Major ym. 2009.) Tunteet raskaudenkeskeytykseen liittyen, ennen raskaudenkeskeytystä ja sen jälkeen voivat olla hyvinkin ristiriitaisia ja vaihdella suuresti (Major ym. 2009; Fergusson 2009; Foster 2019). Vastaava ambivalenssi eli ristiriita on raskaudenkeskeytyspotilaalle tyypillinen kokemus (Major ym. 2008.) Yleisimpiä negatiivisia tunteita ovat häpeä, suru, viha ja kokemus menetyksestä. Näitä tunteita kokevat suurin osa potilaista. (Fergusson 2009). Käsitetykset missä raskauden keskeytys on aina traumaattinen, vaikea ja stressaava kokemus perustuvat osaltaan puutteellisiin ja vanhoihin tutkimuksiin, sekä yksilön sosiaalisen ryhmän käsityksiin raskauden keskeytyksestä. (Major ym. 2009). Positiiviset tunteet raskauden keskeyttämiseen liittyen, ennen toimenpidettä ja sen jälkeen ovat myös hyvin yleisiä. Positiivisia tunteita raskaudenkeskeytykseen liittyen olivat esimerkiksi ilo ja helpotus. (Major ym. 2009; Fergusson 2009; Foster

2019;). Pitkäaikaisseurannassa eli vuosia raskauden keskeytyksen jälkeen tunteiden intensiivisyys raskautensa keskeyttäneillä laimeni, ja yleisin tunne vuosia raskauden keskeytyksen jälkeen oli helpotus (Biggs 2017; Foster 2019).

Hyvin harva katuu päätöstään keskeyttää raskaus. Kokemus päätöksen oikeudesta on yleinen raskauden keskeytykseen päätyvillä naisilla. (Major ym. 2009; Fergusson 2009; Foster 2019.) Ylivoimainen osuus naisista kokee myös vuosia raskaudenkeskeytyksen jälkeen päätökseen olleen heille oikea (Major ym. 2009; Fergusson 2009; Foster 2019).

Naisten kokemuksilla terveydenhuollosta raskaudenkeskeytyksen aikana on merkitystä raskaudenkeskeytyspotilaan kokemukseen. Naisten tarve emotionaaliselle tuelle raskaudenkeskeytyksen aikana vaihtelee suuresti. Jotkut potilaat kaipaavat tarvetta keskustella tilanteestaan ja saada paljon tukea hoitajalta, toiset haluavat keskittyä kliinisen puoleen. (Tuomaala 2008; Ekstrand 2010; Lundell 2011). Raskaudenkeskeytysten hoito on monitahoinen asia, missä hoitoon vaikuttavat esimerkiksi hoitajan persoonalliset piirteet ja maan sosiaaliset ja kulttuuriset normit. Kirjallisuuskatsauksen tutkimuksissa ruotsalaisen raskaudenkeskeytyshoidon kuvailtiin olevan hyvin neutraalia, pragmaattista ja potilaan fyysisen puolen hoitamiseen keskittyvää. Tämä fysiologiseen puoleen keskittyvä hoitomalli oli joillekin potilaille toivottu suhtautumistapa, sillä se antaa tunteen missä potilasta ei tuomita eikä hänen toimintaansa kyseenalaisteta. Toisaalta vastaavan suhtautumisen voi kokea myös liukuhihnaimaisena ja personaattona. Jotkut naiset olisivat kaivanneet raskaudenkeskeytyksiä tekevältä henkilökunnalta enemmän mahdollisuuksia keskustella eksistentiaalisista asioista, kuten raskaudenkeskeytyspäätökseen liittyvästä moraalista. (Tuomaala 2008; Ekstrand 2011.)

Potilaille tärkeitä tekijöitä tyytyväisyydessä saamaansa hoitoon oli erityisesti terveydenhuollon ammattilaisen antama adekvaatti eli riittävä, selkeä ja konkreettinen ohjeistus. Naiset ja heidän kumppaninsa kaipasivat tietoa toimenpiteestä mutta myös raskaudenkeskeytyksen hoidon vaiheista, kuten gynekologisesta tutkimuksesta. (Lie 2008; Ekstrand 2010; Lundell 2011; Makenzius 2012). Naiset, jotka olivat saaneet selkeän ohjeistuksen ja kokivat tullessa tueksi päätöksensä osalta, pärjäsivät psykososiaalisesti paremmin raskaudenkeskeytyksen jälkeen (Lie 2008.) Muita tärkeitä tekijöitä tyytyväisyydessä hoitoon oli erityisesti hoitohenkilökunnan empaattisuus ja kunnioittava suhtautuminen potilaan tilanteeseen (Ekstrand 2010; Lundell 2011; Makenzius 2012).

Emotionaalista tukea tarvitsevat erityisesti potilaat, joilla on edellytyksiä selviytyä raskaudenkeskeytyksestä heikommin. Näitä ovat esimerkiksi potilaat, joilla on raskaudenkeskeytystä edeltäviä mielenterveysongelmia, tiettyjä sosiaalisia ongelmia kuten raskaudenkeskeytykseen painostamista, vaikeuksia tehdä päätöstä sekä naiset joilla on jo ennestään lapsia. (Trujillo 2012; Foster 2019). Kirjallisuuskatsaukseen valikoiduissa tutkimuksissa naisten kokemukset saamastaan hoidosta terveydenhuollossa Suomessa, Ruotsissa ja Yhdysvalloissa vaihtelivat,

vaikka suurin osa oli tyytyväisiä saamaansa hoitoon. (Tuomaala 2008; Lie 2008; Ekstrand 2010; Makenzius 2012). Jotkut kokivat hoidon riittämättömänä. Erityisesti pitkät odotusajat hoitoon pääsystä, hoitohenkilökunnan tuomitseva asenne sekä potilaan raskaudenkeskeytystä edeltävät mielenterveysongelmat ja PTSD-oireilu raskaudenkeskeytyksen jälkeen näyttivät lisäävän tyytymättömyyttä hoitoon (Lundell 2010; Makenzius 2012).

6.3 Koulutusmateriaali

Opinnäytetyössä kehitettiin koulutustuote nimeltään Raskaudenkeskeytyspotilaan psyykkisen hyvinvoinnin tukeminen. Koulutus oli suunnattu Ruoholahden naistentautien poliklinikan hoitohenkilökunnalle. Koulutustuote tehtiin PowerPoint -esityksenä. Koulutustuotteen tavoitteena oli antaa työkaluja potilaiden psyykkisen hyvinvoinnin tukemisessa silloin, kun potilas tulee raskaudenkeskeytystä edeltävälle ohjauksikäynnille. Koulutuksen toisena tavoitteena oli, että hoitajat saavat valmiuksia kohdata ja antaa tukea raskaudenkeskeytykseen valmistautuvalle potilaalle. Raskaudenkeskeytyspotilaan psyykkisen hyvinvoinnin tukeminen -koulutustuote koostui kahdesta osasta: koulutustuotteen kehittämisprosessi ja raskaudenkeskeytykseen tulevan naisen psyykkisen hyvinvoinnin tukeminen.



Rakenne ja sisältö

- **Koulutustuotteen kehittämisprosessi**
 - Opinnäytetyön tarkoitus
 - Opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat
 - Palvelumuotoilu koulutustuotteen kehittämisen menetelmänä
- **Koulutustuote: Raskaudenkeskeytyspotilaan psyykkisen hyvinvoinnin tukeminen**
 - Emotionaalisen tuen luonne
 - Emotionaalisen tuen tarpeen tunnistaminen
 - Emotionaalisen tuen menetelmät
- **Kirjallisuus**

Raskaudenkeskeytyspotilaan psyykkisen hyvinvoinnin tukeminen -koulutustuote sisälsi koulutustuotteen kehittämisprosessin ja sen tulosten kuvauksen, johon kuuluivat opinnäytetyön tarkoitus, opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat ja palvelumuotoilu koulutustuotteen kehittämisen menetelmänä.



Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimustehtävät

- Tarkoituksena kehittää koulutustuote HUS:in Ruoholahden naistentautien poliklinikan hoitajille raskaudenkeskeytykseen tulevan naisen psyykkisen hyvinvoinnin tukemiseksi
- Tutkimuskysymykset:
 1. Minkälaisia vaikutuksia raskauden keskeytyksellä on naisen psyykkiseen hyvinvointiin?
 2. Minkälaista tiedollista ja emotionaalista tukea hoitotyöntekijä voi antaa raskaudenkeskeytystä suunnittelevalle naiselle poliklinikkakäynnillä?
 3. Minkälainen koulutustuotteen tulisi olla?



Opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat

- Raskaudenkeskeytys
- Raskauden keskeytyksen vaikutukset naisen psyykkiseen hyvinvointiin
- Naisen emotionaalinen tukeminen ja ohjaaminen



Palvelumuotoilu koulustuotteen kehittämisen menetelmänä



Kirjallisuuskatsauksen toteutus

- Aiempia tutkimuksia haettiin suomalaisista ja ulkomaalaisista tietokannoista (Medic, Julkari, Pubmed ja Scholar).
- Aineiston hakua rajattiin ja tarkennettiin
- Sisääntokriteereinä olivat alkuperäisteokset, Pro gradu -tutkielmat, väitöskirjat, meta-analyysit ja tieteelliset tutkimusartikkelit, aineiston julkaisuvedet 2008-2020.
- Poissulkukriteerinä tiedonhaussa olivat sikiöperusteiset raskaudenkeskeytykset.
- Kirjallisuuskatsaukseen valittiin 16 tutkimusta
- Tutkimusten luotettavuuden arvioinnissa käytettiin Hoitotieteen Tutkimussäätiön luotettavuuskriteereitä.

Koulutuksen toinen osa sisälsi psyykkisen hyvinvoinnin tukemiseen kuuluvat emotionaalisen tuen luonteen, emotionaalisen tuen tunnistamisen ja emotionaalisen tuen menetelmät. Diat ja niiden pääsisältö ovat kuvattu taulukossa 5.

Pääasiasisällöt	Diat ja niiden pääsisältö
Emotionaalisen tuen luonne	<p>Dia 1: Emotionaalinen tuki välittää potilaalle tunteen, että hänet hyväksytään sellaisena kuin hän on.</p> <p>Tarkoitus rohkaista ja kannustaa potilasta kohtaamaan muuttunut tilanne ja tunteet, koska se tekee mahdolliseksi tunteiden ilmaisun ja ongelmien käsittelyn.</p>
Emotionaalisen tuen tarpeen tunnistaminen	Dia 1: Potilaat, joita huomioida erityisesti
	Dia 2: Hoitajien teemahaastattelu, hoitajilla selkeä käsitys emotionaalisen tuen tarpeen yksilöllisyydestä
	Dia 3: Teemahaastattelun tuloksia raskaudenkeskeytyksen vaikutuksista psyykkiseen hyvinvointiin
	Dia 4: Raskaudenkeskeytyspotilaan tunteita
	Dia 5: Kirjallisuuskatsauksen tuloksia raskaudenkeskeytyksen vaikutuksista naisen psyykkiseen hyvinvointiin
	Dia 6: Taulukko teemahaastattelun ja kirjallisuuskatsauksen tuloksista liittyen raskaudenkeskeytyksen vaikutuksista psyykkiseen hyvinvointiin
	Dia 7: Taulukko, jossa avattu, missä tilanteissa raskaudenkeskeytys ei nosta riskiä mielenterveysongelmiin ja tilanteissa, joissa se nostaa riskiä
Emotionaalisen tuen menetelmät	Dia 1: Emotionaalisen tuen menetelmiä pohjautuen kirjallisuuteen
	<p>Dia 2: Ennen vastaanotto -valmistautuminen.</p> <p>Hoitajan hyvä virittäytyä myötätuntoiseen mielialaan jo etukäteen.</p> <p>Omien asenteiden ja tunteiden käsittely raskaudenkeskeytyksen suhteen.</p>

	Turvallinen, hyväksyvä ja kiireetön ilmapiiri.
	<p>Dia 3: Emotionaalisen tuen menetelmiä pohjautuen kirjallisuuteen.</p> <p>Tunteissa mukana eläminen, turvana oleminen, henkisen tilanteen käsitteleminen, läheisyyteen rohkaiseminen, molemminpuolisen luottamuksen synnyttäminen ja välittäminen.</p>
	<p>Dia 4: Raskaudenkeskeytyspotilaan hoitamisen lähtökohdat.</p> <p>Läsnäolo, potilaan tukeminen, ohjauksen painottuminen, asiallisuus, hienotunteisuus ja luottamuksellisuus.</p>
	<p>Dia 5: Kirjallisuuskatsauksen tuloksia -tyytyväisyyttä hoitoon lisääviä tekijöitä.</p> <p>Kuulluksi tuleminen, henkilökunnan empaattinen ja kunnioittava asenne (emotionaalinen tuki), riittävä tiedollinen tuki, riittävä kivunhoito ja potilaan kumppanin huomiointi.</p>
	Dia 6: Emotionaalisen tuen kirjallisuuskatsauksen yhteenvetoa.
	<p>Dia 7: Teemahaastattelun tuloksia emotionaalisen tuen menetelmistä.</p> <p>Potilaslähtöisyys (kunnioittava ja yksilöllinen kohtaaminen), aito läsnäolo (kuunteleminen, kiinnostus potilaan tilanteesta), potilaiden jaksamisesta huolehtiminen (tukiverkostot) ja tiedollinen tuki (selkeät ohjeet ja soittomahdollisuus).</p>
	<p>Dia 8: Teemahaastattelun tuloksia emotionaalisen tuen menetelmistä.</p> <p>Toivon luominen ja potilaan sanomaan keskittyminen (hiljaisuudelle tilan antaminen).</p>

	<p>Dia 9: Naisen emotionaalinen ja tiedollinen tukeminen pohjautuen Katzin tutkimukseen. Emotionaalisen tuen menetelmiä.</p> <p>Potilaita voi auttaa tiedostamaan, miten ajatukset liittyvät tunteisiin ja käyttäytymiseen. On suositeltavaa käyttää avoimia kysymyksiä. Ajatukset ja tosiasiat ovat hyvä erottaa toisistaan.</p>
	<p>Dia 10: Konkreettisia asioita, mitä voi sanoa potilaalle pohjautuen Viveka Kaurasen (2011) teokseen.</p> <p>Miksi tunnet noin?</p> <p>En osaa vastata tuohon.</p> <p>On ymmärrettävää, että tämä herättää ristiriitaisia tunteita ja ajatuksia.</p> <p>Mitä läheisesi ajattelevat tilanteestasi? Miten heidän ajatuksensa vaikuttavat sinuun?</p> <p>Kaikki tunteet sallittuja.</p> <p>Minkälaisia neuvoja antaisit ystävälle, joka on samankaltaisessa tilanteessa?</p> <p>Tuo on kysymys, jota monet pohtivat mutta, johon kenelläkään ei ole oikeaa vastausta.</p>

Taulukko 5: Raskaudenkeskeytyspotilaan psyykkisen hyvinvoinnin tukeminen -koulutuksen sisältö

Koulutuksen viimeisissä dioissa esitimme kehittämissuhteita ja kirjallisuutta koulutuksen aiheesta.



Kehittämisehdotukset

- Tiedon välitys terveyskeskuksen, osaston, päivystyksen välillä- mitä kaikkialla tapahtuu?
- Tutkimusta siitä, miten raskaudenkeskeytyspotilaat kokevat hoidossa psyykkisen hyvinvoinnin tukemisen. Mitä voisi tehdä paremmin? Suomessa tutkittu hyvin vähän.
- Opinnäytetyön/tutkimusten aiheita:

Koulutus hoitajille miten tukea seksuaalista väkivaltaa kohdannut raskaudenkeskeyttäjä

Miten tukea raskautensa keskeyttävää fyysisen väkivallan uhria

Miten kohdata eri kulttuureista tulevat potilaat – raskaudenkeskeytyksen sosiokulttuuriset tekijät

Jatkoehkäisyn käyttöön motivointi?



7 Pohdinta

7.1 Tulosten tarkastelu

Tässä opinnäytetyössä tuotettiin koulutustuote naistentautien poliklinikan hoitajille raskaudenkeskeytyspotilaan psyykkisen hyvinvoinnin tukemiseen. Koulutuksen luomisessa käytettiin palvelumuotoilua. Koulutuksen asiasisältö luotiin teoreettisen viitekehysten, sairaanhoitajien ja kättilöiden teemahaastattelujen sekä kirjallisuuskatsauksen tulosten avulla.

Hoitajien teemahaastattelusta ja kirjallisuuskatsauksesta nousi esiin hyvin samansuuntaisia tuloksia. Teemahaastattelujen ja kirjallisuuskatsauksen mukaan raskaudenkeskeytyksen vaikutus naisen psyykkiseen hyvinvointiin on yksilöllistä ja vaihtelevaa. Raskaudenkeskeytykseen liittyviä yleisiä psyykkisiä kokemuksia ovat helpotuksen tunne ja kokemus oikeasta päätöksestä, mutta raskaudenkeskeytykseen liittyy myös vaikeita pahan olon tunteita kuten surua, häpeää ja syyllisyyttä. Kirjallisuuskatsauksen tulosten mukaan yksittäinen raskaudenkeskeytys ei sinällään aiheuta psykiatrista sairastavuutta. Mahdollista riskiä mielenterveysongelmiin ja heikompaan selviytymiseen raskaudenkeskeytyksen jälkeen nostavat erityisesti raskaudenkeskeytystä edeltävät mielenterveysongelmat. Muita tekijöitä jotka mahdollisesti voivat heikentää selviytymistä ja hyvinvointia raskaudenkeskeytyksen jälkeen ovat sosiaalisen tuen puute, mikä voi ilmetä esimerkiksi tuomitsevana yhteisönä tai huonona parisuhteena, jos raskaudenkeskeytykseen liittyy hyvin voimakasta ahdistusta tai muita vastaavia negatiivisia tunnereaktioita sekä vaikeus tehdä päätöstä raskaudenkeskeytyksen suhteen.

Teemahaastattelun ja kirjallisuuskatsauksen tulokset emotionaalisen tuen tarpeen tunnistamisesta olivat yhteneväisiä. Kirjallisuuskatsauksessa nousi esiin potilaat, joilla on aiempia mielenterveysongelmia sekä vaikeuksia tehdä päätöstä. Samat havainnot nousivat esiin hoitajien teemahaastattelussa. Hoitajien teemahaastattelussa mainittiin myös mm. päihdeongelmaiset potilaat, alaikäiset potilaat sekä tulkkipotilaat.

Raskaudenkeskeytyspotilaalle tärkeää on erityisesti tiedon saaminen (Ihme & Rainto 2015, 151). Teemahaastattelussa tuli esille, miten hoitajien ensisijainen emotionaalisen tuen menetelmä oli tiedollinen tuki ja potilaan empaattinen kohtaaminen. Emotionaalinen tuki keskittyy hoitajien taholta potilaan hyväksyvään, kunnioittavaan ja empaattiseen kohteluun, tiedollisen tuen antamiseen ja potilaan ohjaamiseen. Hoitajien teemahaastattelussa tuli esille hoitajien tarve kohdata potilas empaattisesti ja hänen yksilölliset tarpeensa huomioiden, mutta asiallisesti ja neutraalisti. Hoitajat korostivat, miten heidän tehtävänsä ei ole ohjata tai vaikuttaa potilaan päätökseen raskaudenkeskeytyksen suhteen sekä miten he eivät koskaan anna raskauden keskeyttävää lääkettä, ellei potilas ole päätöksestään varma. Miettimisaikaa missä potilaalle annetaan mahdollisuus käsitellä asiaa ja palata myöhemmin hakemaan raskaudenkeskeytyslääke tarjottiin tarvittaessa.

Raskaudenkeskeytyspotilaiden kokemukset saamastaan hoidosta vaihtelivat. Kirjallisuuskatsauksen tutkimuksissa, mitkä käsitelivät naisten kokemuksia, suurin osa naisista oli tyytyväisiä saamaansa hoitoon. Potilaiden tyytyväisyyttä hoitoon sekä parempaa selviytymistä raskaudenkeskeytyksen jälkeen nosti erityisesti selkeä ohjeistus eli laadukas tiedollinen tuki, potilaan empaattinen ja kunnioittava kohtaaminen hoitohenkilökunnan osalta sekä kumppanin huomioinen raskaudenkeskeytyksen hoidossa.

Kolmas tutkimuskysymys käsitteli koulutuksen sisältöä ja koulutuksen ideointia yhdessä työelämän kanssa. Hoitajien teemahaastattelussa nousi esille hoitajien mielenkiinto erityisesti koulutukseen, missä potilaslähtöistä näkökulmaa tuotaisiin esiin. Hoitajilla oli toiveena kuulla raskaudenkeskeytyspotilaiden kokemuksista ja siitä, minkälaista psyykkistä tukea raskaudenkeskeytyspotilaat toivoisivat saavansa hoitajilta. Hoitajilla oli toiveena myös konkreettisten emotionaalisen tuen menetelmien esilletuominen koulutuksessa.

7.2 Eettisyys ja luotettavuus

Eettisesti hyvä tutkimus edellyttää tutkimuksenteossa hyvän tieteellisen käytännön noudattamista. Opinnäytetyö voi olla eettisesti hyväksyttävä ja luotettava, sekä sen tulokset uskottavia vain, jos tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Hyvän tieteellisen käytännön kriteereihin kuuluu rehellisyys sekä yleisen huolellisuuden ja tarkkuuden noudattaminen tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa. Jokaisen tutkijan tulee arvioida omaa tutkimustaan ja tutkimusprosessiaan myös eettisten vaatimusten näkökulmasta. (Hirsjärvi ym. 2013, 23-25.)

Tutkimustyön lähtökohtana tulee pitää ihmisarvon kunnioittamista ja huomioimalla tutkittavien itsemääräämisoikeus (Hirsjärvi ym. 2013, 23-25.) Tämä vaatimus korostuu erityisesti terveydenhoidon ja hoitotyön tutkimuksessa, jonka käsittelemät asiat ovat hyvin henkilökohtaisia ja usein arkaluonteisia. (Hirsjärvi ym. 2013, 23-25) Ihmisiin kohdistuvissa tutkimuksissa kuten haastatteluissa tärkeimpänä eettisinä periaatteina pidetään yleensä informointiin perustuvaa suostumusta, luottamuksellisuutta, seurauksia ja yksityisyyttä. Informointiin perustuvalla suostumuksella tarkoitetaan sitä, että haastateltava on antanut suostumuksensa haastatteluun paikkansapitävän informaation pohjalta. Haastattelijan on päätettävä, miten paljon haastateltavalle pitää antaa yksityiskohtaista tietoa menettelytavoista ja tutkimuksen tavoitteista ilman, että se vaikuttaa johdattelevasti haastateltavaan. Yleispätevää ohjetta asiaan ei ole. Kuitenkin haastateltavalla on oltava oikeus kieltäytyä tai antaa suostumus haastatteluun siten, että tutkimuksen luonne ja tarkoitus ovat selkeitä hänelle. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 20-25).

Haastattelujen raportoinnissa on otettava huomioon luottamuksellisuus jokaisessa vaiheessa, eli haastattelussa, haastattelun tallentamisessa sekä haastattelusta raportoidessa. Luottamuksellisuuden ja anonymiteetin tarjoamisella pyritään välttämään ne seuraukset, joita julkaisulla raportilla on niin haastateltaville kuin myös heitä koskeville ryhmille tai instituutioille. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 21).

Haastatteluun osallistumiseen edellytettiin asiaan perehdytettyä suostumusta, eli jokaisella haastatteluun osallistuneella hoitajalla on oikea ja totuudenmukainen käsitys mitä haastattelussa tapahtuu. Ennen haastattelua käytiin läpi haastatteluun perustuvan tutkimustyön lähtökohdat, jotta tutkimuseettiset näkökulmat tulevat huomioiduksi asianmukaisella tavalla. On varmistettu, ettei tutkimustyön dokumentaatioissa, tuloksissa tai koulutuksessa tuoda esiin haastateltavien työntekijöiden itsemääräämisoikeutta tai yksityisyyttä loukkaavaa informaatiota. Haastateltaville kerrottiin myös, miten haastattelumateriaalia käsitellään yksityisyyttä kunnioittaen ja miten haastattelutulokset hävitetään aineiston käsittelyn jälkeen. Hoitajilta

pyydettiin suullinen suostumus haastatteluun. Teemahaastattelussa huomioitiin mahdollinen harmi, minkä tutkimuksemme voisi aiheuttaa sekä HUS:in organisaatiolle, että haastatelluille hoitajille. Haastattelujen purkamisessa eli litteroinnissa noudatettiin tarkasti hoitajien sanaa.

Tässä opinnäytetyössä koulutustuotteen kehittämisprosessin ja tuotoksen laadun varmistamisessa käytettiin kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuskriteereitä. Laadullisen tutkimusprosessin luotettavuudella tarkoitetaan tutkimuksen luotettavuuden arviointia tarkastelemalla tutkimuksen validiteettia ja reliabiliteettia (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 189). Validiteetilla tarkoitetaan pätevyyttä eli tutkimusmenetelmien kykyä mitata sitä, mitä on tarkoitus mitata. Reliabiliteetti tarkoittaa mittauksen toistettavuutta. Esimerkiksi jos tutkimuksessa saadaan samansuuntaisia tuloksia, vahvistuu tutkimuksen reliabiliteetti (Heinonen 2020). Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kriteereitä ovat uskottavuus, siirrettävyys, varmuus ja vahvistuvuus. Uskottavuudella tarkoitetaan sitä, että tutkijan on tarkistettava, onko hänen käsitteellistyksensä ja tulkintansa tutkittavien käsitysten mukainen. Tutkimustulosten siirrettävyydellä tarkoitetaan mahdollisuutta siirtää tuloksia muihin tilanteisiin. Tutkimuksessa tulee esittää tarvittava määrä informaatiota siihen osallistujista, jotta mahdollisuutta tulosten siirrettävyydestä voidaan arvioida. (Green ja Britten 1998; Malterud 2001). Varmuus on sitä, että tutkimuksessa otetaan mahdollisuuksien mukaan huomioon tutkimukseen vaikuttavat ennakkoehdot, joita yleensä ei pysty kuitenkaan ennustamaan etukäteen. Vahvistuvuus tarkoittaa tehtyjen tulkintojen tuen saamista toisista vastaavaa ilmiötä tarkastelleista tutkimuksista (Eskola & Suoranta 1998). Tässä kirjallisuuskatsauksessa pohdittiin paljon katsaukseen valittujen tutkimusten tulosten validiteettia. Pohdittiin, että vastaako tulokset sitä, mitä on tarkoituskin. Tutkimustuloksia löytyi paljon liittyen potilaiden kokemukseen raskaudenkeskeytyksestä ja sen vaikutuksesta psyykkiseen hyvinvointiin. Raskaudenkeskeytyspotilaan psyykkisen hyvinvoinnin tukemisen menetelmistä olevia tutkimuksia löytyi vähemmän, mutta tutkimuksen luotettavuutta ja kattavuutta lisäävät aineistojen kansainvälisyys sekä myös tutkimusten samansuuntaiset tulokset.

Koulutustuotteen kehittäminen aloitettiin hankkimalla asiakasymmärrystä Ruoholahden nais-
tentautien poliklinikan hoitohenkilöstöltä. Sen tutkimusmenetelminä käytettiin teemahaastattelua ja hankitun aineiston teorialähtöistä eli deduktiivista sisällönanalyysiä. Virtasen (2015) mukaan laadullisen tutkimuksen luotettavuutta lisää siinä käytettävien menetelmien laadukkuus. Hirsjärven ym. (2013, 231-232) mukaan haastattelussa huomioidaan, että kaikki ihmisistä ja kulttuuria koskevat kuvaukset ovat ainutlaatuisia, eli toisin sanoen, jokainen haastateltava tulkitsee kysymykset oman pohjansa mukaisesti. Siten perinteiset luotettavuuden ja pätevyyden arvioinnit eivät tule kysymykseen. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta kohentaa haas-

tateltaville annettava tarkka selostus haastattelun toteuttamisesta. Tämä tarkkuus koskee tämän opinnäytetyön jokaista vaihetta. Kerromme olosuhteet selvästi ja totuudenmukaisesti, eli huomioimme olosuhteet ja paikat. Kerromme myös haastatteluihin käytettävän ajan, mahdolliset häiriötekijät, virhetulkinnat haastatteluissa ja myös haastattelijan itsearvioinnin tilanteesta. Hirsjärven ym. (2013, 206) mukaan opinnäytetyön luotettavuuden arvioimiseksi opinnäytetyön menetelmistä on kirjoitettava selkeästi ja läpinäkyvästi. Tutkimusvälineistö tulee raportoida, kuten keruumenetelmät, muuttujat ja mittavälineet (Hirsjärvi ym. 2013, 206). Opinnäytetyössä välitetään tieto siitä, mitä opinnäytetyössä tehtiin sekä miten opinnäytetyö kirjaimellisesti suoritettiin. Opinnäytetyön luotettavuuteen liittyy olennaisesti se, että käytämme opinnäytetyössämme ainoastaan tieteellisesti tutkittua materiaalia. Olemme valinneet aineistoksi ainoastaan suomen- ja englanninkielistä kirjallisuuslähteitä, jotka perustuvat empiirisiin alan tutkimuksiin.

Koulutuksesta saadun palautteen luotettavuutta parantaa se, että palaute saatiin melkein heti koulutuksen jälkeen osastonhoitajalta, joka osallistui kuuntelemaan esitystä. Palautekeskustelu käytiin myös puhelimitse, ja puhelinkeskustelusta tehdyt kirjalliset muistiinpanot tarkistettiin osastonhoitajalla. Luotettavuutta olisi voinut parantaa se, jos palautetta olisi antanut useampi koulutukseen osallistunut. Muutama osallistuja antoi heti koulutuksessa palautetta viestikenttään. Palaute oli positiivista.

7.3 Kehittämisehdotukset

Tutkimuksia siitä miten raskaudenkeskeytyspotilaiden emotionaalinen tukeminen toteutuu Suomessa on tehty vähän. Potilaiden tarvetta terapialle raskaudenkeskeytyksen jälkeen ei ole tutkittu Suomessa lainkaan (Klemetti & Raussi-Lehto 2013.) Potilaiden kokemuksia saamastaan raskaudenkeskeytyksen hoidosta Suomessa on tutkittu melko vähän, joten selkeää käsitystä miten potilaat kokevat saamansa emotionaalisen tuen ja sen laadun hoitotyössä ei ole. Vastaavat tutkimukset naisten kokemuksista olisivat tärkeä kehittämiskohde, jotta emotionaalisen tuen tarvetta ja sen menetelmiä voitaisiin kehittää. Tutkimuksia, jotka painottuisivat erityisesti hoitajien, kuten kätilöiden tai sairaanhoitajien, tekemään hoitotyöhön raskaudenkeskeytysten parissa Suomessa ei ole paljoa. Raskaudenkeskeytyksissä lääkkeellinen keskeytystapa yleistyy jatkuvasti, mikä on kasvattanut hoitajien roolia raskaudenkeskeytyspotilaan hoidossa verrattuna kirurgiseen hoitotapaan. Hoitajan työnkuvaan kuuluu enemmän myös ohjausta esimerkiksi ohjattaessa lääkkeillä osittain kotona raskautensa keskeyttävää potilasta.

Hoitajat toivat haastatteluissa esiin erityistä huomiota tarvitsevia potilaita. Näitä olivat esimerkiksi päihderiippuvaiset potilaat, päätöksistään epävarmat potilaat, alaikäiset potilaat

sekä tulkkipotilaiden ja erilaisista sosiokulttuurisista lähtökohdista tulevien potilaiden ohjaaminen. Tulevaisuudessa olisi hyvä tutkia edellä mainittujen ihmisryhmien erityistä, yksilöllistä tuen tarvetta, keinoja sen antamiseen sekä nykyisen hoidon toteutumista. Esimerkiksi oppaat ja kirjalliset ohjeet raskaudenkeskeytyksestä voisi olla hyvä kääntää useille eri kielille, sekä potilaan päihteidenkäytön vaikutusta päätöksentekoon ja hoitoon sitoutumiseen tutkia.

Tulevissa tutkimuksissa ja opinnäytetöissä voisi tarttua esimerkiksi aiheen laajempaan tutkimiseen naisten henkilökohtaisten kokemusten pohjalta, tai tehdä konkreettisen oppaan keinoista tukea potilasta. Tutkimusehdotus tulevia tutkimuksia varten voisi olla myös suomalaisen potilaiden kokemus hoitajilta saadusta tuesta ja hoidosta raskaudenkeskeytyspoliklinikalla.

7.4 Omat oppimiskokemukset

Kirjallisuuskatsauksen koostaminen osoittautui haastavaksi mutta antoisaksi menetelmäksi kerätä tietoa. Ongelmia tutkimusten löytämisessä aiheutti aiheen tarkka rajaus, sillä raskaudenkeskeytyspotilaiden hoito naistentautien poliklinikalla eroaa esimerkiksi sairaalan vuodeosaston hoidosta. Vähäinen tutkimustieto hoitajien tekemästä työstä, erityisesti lääkkeellisen kotiraskaudenkeskeytyksen hoitotyön suhteen vaikeutti kirjallisuuskatsauksen koostamista. Hoitajien teemahaastattelu olikin erinomainen lisä ja tuki koulutukseen kirjallisuuskatsauksen lisäksi. Hoitajien teemahaastattelussa esille tulleita emotionaalisen tuen menetelmiä hyödynnettiin koulutuksen sisällössä. Yhdistelemällä kirjallisuuskatsauksen ja hoitajien teemahaastattelun tuloksia oli mahdollista koostaa asiasisällöltään laadukas koulutus.

Koimme opinnäytetyön aiheen mielenkiintoiseksi, sillä se yhdisteli mielenkiinnonaiheitamme naistentaudeista sekä mielenterveyshoitotyöstä. Aihe oli mielestämme tärkeä ja tarpeellinen. Opinnäytetyön lopullisiksi muotoutuneet tiedonkeruumenetelmät, eli kirjallisuuskatsaus ja teemahaastattelu osoittautuivat työläiksi ja aikaa vaativiksi, mutta aihealueen vuoksi myös mielekkäiksi. Kirjallisuuskatsaus yhdistettynä teemahaastatteluun antoi runsaasti tietoa aiheesta, joiden tuloksia yhdistelimme valmiiseen koulutustuotteeseen. Kokonaisuutena opinnäytetyö oli hyvin laaja ja vaati paljon työtä.

Maaailmanlaajuinen koronaviruspandemia Covid-19 vaikeutti työtämme ja sen toteutusta. Koulutuksen alkuperäistä muotoa jouduttiin muuttamaan tilaajan kanssa suunnitellusta, paikan päällä pidettävästä koulutuksesta Teams-yhteydellä järjestettävään koulutukseen. Myös opinnäytetyön ohjaustapaamiset jouduttiin järjestämään videoyhteyden välityksellä.

Lähteet

Painetut

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V & Uski-Tallqvist, T. 2017. Kliininen hoitotyö. 6.-7. painos. Helsinki: SanomaPro Oy.

Ahonen, T. 2017. Palvelumuotoilu sotessa. 2. painos. Nummela: Painokiila Oy.

Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Tammi.

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

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2013. Tutki ja kirjoita. 18. painos. Porvoo: Bookwell Oy.

Hirsjärvi, S. Hurme, H. 2011. Tutkimushaastattelu- teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.

Hedrenius, S. & Johansson, S. 2016. Kriisituki. Tallinna: Printon.

Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H & Valtonen K. 2006. Sisätautien-, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. 4.-5., uudistettu painos. Porvoo: Bookwell Oy.

Hämäläinen, K. Kanerva, A. Kuhanen, C. Schubert, C & Seuri, T. 2017. Mielenterveyshoitotyö. 5.-6. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Ihme, A. Rainto, S. 2015. Naisen terveys. 2., uudistettu painos. Helsinki: Edita.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kauranen, V. 2011. Abortti ja siitä selviytyminen. 1. painos. Helsinki: Art House Oy.

Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 2. painos. Turku: Juvenes Print.

Tapanainen, J., Heikinheimo, O., Mäkikallio, K., Aaltonen, R. 2019. Naistentaudit ja synnytykset. 6., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

Sähköiset

Barar, R. Foster Greene, D. Gould, H. Perrucci, A. Sinkford, D. 2018. Patient education and emotional support practices in the United States. Viitattu 26.12.2020

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22609254/>

Biggs, A. Upadhyay, U. McCulloch, C. Foster, D. 2017. Women's Mental Health and Well-being 5 Years After Receiving or Being Denied an Abortion: A Prospective, Longitudinal Cohort Study. Viitattu 10.12.2020

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27973641/>

Bray, B. 2018. When post-abortion emotions need unpacking. Viitattu 15.12.2020

<https://ct.counseling.org/2018/04/when-post-abortion-emotions-need-unpacking/>

da Silva Santiago Strefling, I. Correa, S.- Filho Portella Ribeiro, D. da Costa Kerber, P. .2015. Nursing perceptions about abortion management and care: a qualitative study. Viitattu 20.11.2020

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000300784

Finlex. 2019. Laki raskauden keskeyttämisestä. Viitattu 17.11.2019.

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1970/19700239>

Fergusson, D. Boden, J. Horwood, J. 2009. Reactions to abortion and subsequent mental health. Viitattu 10.11.2020

<https://pdfs.semanticscholar.org/adc9/e424fec1376fcdd486abb7b3286578e4809e.pdf>

Foster, D. Gould, H. Kimport, K. Rocca, C. & Samari, G. 2019. Emotions and decision rightness over five years following an abortion: An examination of decision difficulty and abortion stigma. Viitattu 20.2.2020

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953619306999>

Goss, G. Pregnancy termination: Understanding and Supporting Women Who Undergo Medical Abortion. Viitattu 23.8.2020

[https://nwhjournal.org/article/S1091-5923\(15\)30536-7/fulltext#secst0025](https://nwhjournal.org/article/S1091-5923(15)30536-7/fulltext#secst0025)

Haddad, L. 2009. Unsafe Abortion: Unnecessary Maternal Mortality. Viitattu 19.2.2020

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2709326/>

Heinonen, J. 2020. Tutkimussuunnitelma. Luotettavuus. Viitattu 23.1.2021. <https://kyyt.fi/view/artefact.php?artefact=304009&view=72174>

Hoitotyön tutkimussäätiö. 2018. Tutkimusten arviointikriteeristöt (JBI). Viitattu 5.1.2021.

<https://www.hotus.fi/tutkimustiedon-laadun-arvioiminen/>

HUS. 2021. Naistentautien poliklinikka Ruoholahti. Viitattu 10.10.2021

<https://www.hus.fi/potilaalle/sairaalat-ja-toimipisteet/naistentautien-poliklinikka-ruoholahti>

Katz, J. 2019. The Professional Counselor. Supporting women coping with emotional distress after abortion. Viitattu 9.1.2021.

<https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1221518.pdf>

Kauranen, V. 2019. Abortti ja psyykinen hyvinvointi. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 20.9.2020

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01050

Kjelsvik, M. Aasen, E. Gjengedal, E. Moi, A. Sekse, R. 2018. Walking on a tightrope—Caring for ambivalent women considering abortions in the first trimester. Viitattu 10.12.2020

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jocn.14612>

Kyngäs, H., Elo, S., Pölkki, T., Kääriäinen, M. & Kanste, O. 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 23(2), 138-148. Viitattu 27.11.2020.

https://www.researchgate.net/publication/261723764_Sisallönanalyysi_suomalaisessa_hoitotieteellisessä_tutkimuksessa

Lie, M. May, C. Robson, S. 2008. Experiences of abortion: A narrative review of qualitative studies. Viitattu 15.1.2020

<https://link.springer.com/article/10.1186/1472-6963-8-150>

Lipp, A. Fothergill, A. 2009. Nurses in abortion care: identifying and managing stress. Viitattu 20.9.2020

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19379113/>

Lehto, B. 2015. Huolehtiva kanssakäyminen. Väitöskirja. Terveystieteiden yksikkö. Tampereen yliopisto. Viitattu 13.12.2020.

<https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/98153/978-951-44-9952-4.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Leinonen, R. 2018. Spoken. Sisällönanalyysi. Viitattu 2.1.2021.

<https://spoken.fi/sisallönanalyysi/>

Lundell, I. Ohman, Sundstrom Poromaa, I. Skoog Svanberg, A. Hogberg, U. Sydsjö, G. 2011. How women perceive abortion care: A study focusing on healthy women and those with mental and posttraumatic stress. Viitattu 20.12.2020

<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/13625187.2014.1002032?journalCode=iejc20>

Major, B. Appelbaum, M. Beckman, L. Dutton, M. Russo, N. West, C. 2009. Abortion and mental health: Evaluating the evidence. Viitattu 11.10.2020

<https://labs.psych.ucsb.edu/major/brenda/docs/Major,%20Appelbaum,%20Beckman,%20Dutton,%20Russo,%20&%20West%202009.pdf>

Makenzius, M. Tydén, T. Elisabeth Darj, E. Larsson, M. 2012. Women and men's satisfaction with care related to induced abortion. Viitattu 10.1.2020

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/13625187.2012.688149>

Mattila, E. 2011. Aikuispotilaan ja perheenjäsenen emotionaalinen ja tiedollinen tuki sairaalahoidon aikana. Väitöskirja. Terveystieteiden yksikkö. Tampereen yliopisto. Viitattu 9.11.2020.

<https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/66790/978-951-44-8541-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Moritz, S. 2005. Service design. Practical access to an evolving field. Viitattu 25.11.2020.

https://issuu.com/st_moritz/docs/pa2servicedesign/15

Munk-Olsen, T., Munk Laursen, T., Pedersen, C., Lidegaard, O. & Mortensen, P. 2011. The New England Journal Of Medicine. Induced First-Trimester Abortion and Risk of Mental Disorder. Viitattu 20.4.2020.

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa0905882>

Raskaudenkeskeytys. Käypä hoito -suositus. Kirsi Tarnanen, Oskari Heikinheimo ja Käypä hoito -työryhmä Raskaudenkeskeytys. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020. (Viitattu 18.1.2020)

<https://www.kaypahoito.fi/khp00025>

RASKAUDENKESKEYTYS VAATII HENKISTÄ TUKEA: KÄYPÄ HOITO -SUOSITUS 2013. Sirpa Rekonen. Lääkäriseura Duodecim.

<http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix01921>

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. 2011. The Care of Women Requesting Induced Abortion. Viitattu 20.9.2020

https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/abortion-guideline_web_1.pdf

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkojulkaisu]. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto [ylläpitäjä ja tuottaja]. Viitattu 2.1.2021.

<https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/>

Stålhandske, M. Ekstrand, M. Tydén, T. 2010. Women's existential experiences within Swedish abortion care. Viitattu 20.12.2020

<https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:378585/FULLTEXT02>

Tampereen yliopisto. 2020. Tietoarkisto. Kvalitatiivisen datan käsittely. Viitattu 25.11.2020.
<https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/aineistohallinta/kvalitatiivisen-datan-kasittely/>

THL. Edistä, ehkäise, vaikuta - Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014-2020. Viitattu. 20.10.2020

<https://www.julkari.fi/handle/10024/116162>

THL. 2020b. Hyvinvointi. Viitattu 11.11.2020.

<https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/hyvinvointi>

THL. 2019. Mielen terveyden edistäminen. Viitattu 26.10.2020.

<https://thl.fi/fi/web/mielen-terveys/mielen-terveyden-edistaminen>

THL. 2020a. Raskauden keskeytykset 2019. Viitattu 20.10.2020

https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/140202/Raskaudenkeskeytykset_2019.pdf?sequence=5&isAllowed=y

Tiitinen, A. 2020. Raskauden keskeytys. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 10.9.2020

https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00166

Trujillo, L., Heikinheimo, O., Tuomi, S. & Hurskainen, R. 2012. Lääkärilehti 5/2012. Toteutuuko Käypä hoito -suositus varhaisissa raskaudenkeskeytyksissä? Viitattu 4.11.2020.

<https://www-laakarilehti-fi.nelli.laurea.fi/tieteessa/alkuperaistutkimukset/toteutuukokaypa-hoito-suositus-varhaisissa-rask>

Tuomaala, S. 2008. Naisten kokemukset kriittisenä tietona abortista. Sosiaalilääketieteen aikakauslehti.

<https://journal.fi/sla/article/view/590>

Van Ditzhuijzen, J. de Graaf, R. ten Have, M. van Nijnatten, C. Vollebergh . Long-term incidence and recurrence of common mental disorders after abortion. A Dutch prospective cohort study. Viitattu 3.12.2020

https://www.researchgate.net/publication/324255682_Long-term_incidence_and_recurrence_of_common_mental_disorders_after_abortion_A_Dutch_prospective_cohort_study

World Health Organisation. (1948). Constitution of the World Health Organization.

Julkaisemattomat

Kuviot

Kuvio 1: Palvelumuotoiluprosessi.....	17
---------------------------------------	----

Taulukot

Taulukko 1: Tiedonhaun tulokset tietokannoittain ja hakusanoittain.....	25
---	----

Taulukko 2: Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset	30
---	----

Taulukko 3: Alkuperäistutkimusten keskeiset tulokset.....	35
---	----

Taulukko 4: Alkuperäistutkimusten keskeiset tulokset.....	39
---	----

Taulukko 5: Raskaudenkeskeytyspotilaan psyykkisen hyvinvoinnin tukeminen -koulutuksen sisältö	51
---	----

Liitteet	
Liite 1: Teemahaastattelurunko	67
Liite 2: Aineiston analyysirunko	68
Liite 3: Sisällönanalyysin työskentelytaulukko	69
Liite 4: Koulutuksen sisällön hahmottelua	70
Liite 5: Arviointikriteerit laadulliselle ja määrälliselle tutkimukselle	71

Liite 1: Teemahaastattelurunko

Pääteema: RASKAUDEN KESKEYTYKSEEN TULEVAN POTILAAN PSYYKKISEN HYVINVOINTI

Pääkysymys: Minkälaisia vaikutuksia raskaudenkeskeytyksellä on naisen psyykkiseen hyvinvointiin?

Alakysymykset:

1. Miten raskauden keskeytykseen tuleva potilas kokee raskauden keskeytyksen?
2. Minkälaisiin kokemuksiin tulisi kiinnittää erityistä huomiota?

Pääteema: RASKAUDEN KESKEYTYKSEEN TULEVAN POTILAAN PSYYKKISEN HYVINVOINNIN TUKEMINEN

Pääkysymys: Millä tavalla tuet raskauden keskeytykseen tulevan naisen psyykkistä hyvinvointia?

Alakysymykset:

3. Minkälaista emotionaalista tukea annat potilaalle ohjaustilanteessa?
4. Minkälaista tiedollista tukea annat potilaalle ohjaustilanteessa?
5. Minkälaisia haasteita potilaan ohjaustilanteissa on esiintynyt?

Pääteema: KOULUTUSTUOTTEEN MUODON JA ASIASISÄLLÖN IDEOINTI

Pääkysymys: Minkälainen koulutustuotteen tulisi olla?

Alakysymykset:

6. Minkälainen koulutustuotteen pitäisi olla? Kerro vähintään kolme asiaa.
7. Minkälaista asiasisältöä koulutustuotteessa tulisi olla? Kerro vähintään kolme asiaa.

Liite 2: Aineiston analyysirunko

Psyykinen hyvinvointi

- Raskauden keskeytyksen vaikutukset naisen psyykkiseen hyvinvointiin.
- Huolta aiheuttavat naisen psyykkiset kokemukset

Raskauden keskeytykseen tulevan naisen psyykkisen hyvinvoinnin tukeminen

- Tiedollinen tuki
- Emotionaalinen tuki
- Ohjaustilanteiden haasteet

Koulutustuotteen muodon ja sisällön ideat

- Koulutustuotteen muoto
- Koulutustuotteen sisältö

Liite 3: Sisällönanalyysin työskentelytaulukko

Raskaudenkeskeytykseen tulevan naisen psyykkisen hyvinvoinnin tukeminen
Ohjaustilanteiden haasteet (Minkälaisia haasteita ohjaustilanteissa esiintyy?)

Alkuperäiset ilmaukset	Pelkistetyt ilmaukset	alaluokat	yläluokka
Ne ovat aika haastavia missä on jotain kieliproblematiikkaa, eli aina ne asiat ei tuu niin selväksi, vaikka käytettäisiinkin tulkkia, niin välttämättä kaikissa niissä kielissä ei oo niitä termejä mitä me täällä käytetään. Toiset ovat ehkä sitte semmoset hiljaiset potilaat, jotka vaan nyökkäilevät ja ei oikeestaan kysy mitään, niin siinäkin aina tulee semmoinen et ymmärsikö hän nyt sitten kaiken.	Kieliproblematiikka Hiljaiset potilaat, jotka vaan nyökkäilevät ja eivät oikeestaan kysy mitään Ymmärsikö hän nyt sitten kaiken	Kielimuuri Hiljaisuuden taakse näkeminen Epäselvyys	
Joskus ihmisillä on kiire lähteä täältä, että ei oo ehkä ajateltu et voi mennä niin kauan. Niin sekin on ollu välillä haaste saada se ymmärrys, että hei me ollaan täällä häntä varten ja jos hänellä on jotain niin hän voi kertoa sen.	Kiire lähteä Potilaan vaikea ymmärtää, että ollaan täällä häntä varten	Kiire Ymmärryksen puute	
Ehkä tällaiset joiden kanssa on kysymys et kuinka hyvin menee se ohjaus perille.	Kuinka hyvin ohjaus menee perille	Ohjauksen ymmärtäminen	
Ehkä haastavimpia ovat tosi epävarmat (potilaat).	Päätöksestä epävarmat potilaat	Epävarmuus	
Joillakin on semmoisia virheellisiä oletuksia siitä, että miten ne asiat oikein menee ja etenee.	Virheellisiä oletuksia asioiden kulusta	Oletukset	

Liite 4: Koulutuksen sisällön hahmottelua

Koulutuksen sisällön hahmottelua:

1. Esittely, taustaa poliklinikan hoitajista (eivät ole psykiatriaan suuntautuneita), potilaiden taustaa (käyvät terveysasemalla ennen ohjaustapaamista, jossa tehdään psyykkisten voimavarojen arviointia)
2. Opinnäytetyön aihe ja tarkoitus (tutkimustehtävä)
3. Haastattelutulosten läpikäynti
4. Teoriapohja lyhyesti eli mitä teoriaa olemme avanneet
5. Tulokset valituista tutkimuksista eli kirjallisuuskatsaus
6. Kehittämisideat jatkoon
7. Kysymyksiä?

Liite 5: Arviointikriteerit laadulliselle ja määrälliselle tutkimukselle

Arviointikriteeri K, E, ?, n/a	Arviointikriteeri K, E, ?, n/a
1. Onko kuvattu filosofinen näkökulma ja tutkimusmetodologia yhtenevät? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1. Oliko osallistujien ryhmiin jakaminen todella satunnaistettu? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Onko tutkimusmetodologia ja tutkimuskysymys tai tavoitteet yhtenevät? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2. Oliko osallistujat sokkoutettu ryhmiin jätettäessä? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. Onko tutkimusmetodologia ja aineiston keruumenetelmät yhtenevät? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3. Oliko tutkimusryhmiin jakautuminen sallattu jaosta vastaavalta? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. Onko tutkimusmetodologia ja aineiston esittäminen ja analyysi yhtenevät? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	4. Olivatko tutkimuksen keskeyttäneiden tulokset kuvattu ja sisällytetty analyysiin? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. Onko tutkimusmetodologia ja tulosten tulkinta yhtenevät? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5. Oliko tutkittavien ryhmiin jako salattu tuloksia arvioivalta? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. Onko tutkijan kulttuurinen tai teoreettinen asemointi ilmaistu? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	6. Olivatko koe- ja kontrolliryhmät samankaltaisia tutkimuksen alussa? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. Onko tutkijan vaikutus tutkimukseen ja päinvastoin kuvattu? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	7. Hoidettiin ryhmiä yhdenmukaisesti lukuun ottamatta tutkimuksen kohteena olevaa menetelmää? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8. Ovatko osallistajat ja heidän äänensä asiaankuuluvasti kuvattu? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	8. Mitattiinko tulokset samalla tavalla kaikissa ryhmissä? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9. Onko tutkimus toteutettu noudattaen nykyisiä eettisiä periaatteita ja onko tarvittava eettisen toimikunnan hyväksyntä hankittu? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	9. Oliko tulokset mitattu luotettavasti? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10. Perustuvatko tutkimuksen johtopäätökset analyysiin ja tulosten tulkintaan? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	10. Käytettiinkö soveltuvia tilastollisia menetelmiä? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kokonaisarviointi: Hyväksy <input type="checkbox"/> Hylkää <input type="checkbox"/> Lisätietoja tarvitaan <input type="checkbox"/> Kommentteja (mukaan lukien syy hylkäykseen):

Kokonaisarviointi: Hyväksy <input type="checkbox"/> Hylkää <input type="checkbox"/> Lisätietoja tarvitaan <input type="checkbox"/> Kommentteja (mukaan lukien syy hylkäykseen):	
---	--