



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

”Kun ei oo vaan sanoja...”

Sairaanhoitajien valmiudet perheiden surussa tukemisessa keskenmenon tai kohtukuoleman jälkeen

Saartoala, Enni
Saartoala, Jessica



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

”Kun ei oo vaan sanoja...”

Sairaanhoitajien valmiudet perheiden surussa tukemisessa keskenmenon tai kohtukuoleman jälkeen

Saartoala Enni ja
Saartoala Jessica
Terveystenhoitaja, AMK
Opinnäytetyö
Tammikuu, 2019

Saartoala Enni ja Saartoala Jessica

Sairaanhoitajien valmiudet perheiden surussa tukemisessa keskenmenon tai kohtukuoleman jälkeen

Vuosi 2019 Sivumäärä 59

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa sairaanhoitajien valmiuksia perheiden surussa tukemisessa keskenmenon tai kohtukuoleman jälkeen yksilöllisten teemahaastatteluiden ja kvalitatiivisen tutkielman avulla. Tavoitteena oli lisätä teoreettisen viitekehyksen sekä tutkimustulosten avulla hoitohenkilökunnan tietoutta perheiden surussa tukemisesta keskenmenon tai kohtukuoleman jälkeen. Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä naisten ja vastasyntyneiden erikoissairaanhoitoon keskittyneen yliopistollisen sairaalan kanssa.

Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisena tutkimuksena. Tutkimusmenetelmänä käytettiin yksilöllistä teemahaastattelua. Haastatteluihin osallistui viisi sairaanhoitajaa, joilla oli kokemusta keskenmenon tai kohtukuoleman hoidosta. Tutkielman tuloksista kävi ilmi, että haastatellut sairaanhoitajat kokivat omat valmiutensa perheiden surussa tukemisessa melko hyvänä. Tuloksissa korostui sairaanhoitajan oman persoonan sekä perheen yksilöllisten tarpeiden merkitys surussa tukemisessa. Läsnäolo, hiljaisuuden ja epätietoisuuden sietäminen sekä tunteiden tunnistaminen ja salliminen olivat tärkeitä ominaisuuksia sairaanhoitajan roolissa perheiden surussa tukemisessa. Sairaalan toimintamallissa ei ole juurikaan ohjeistusta perheiden surussa tukemiseen. Surussa tukemiseen toivottiin lisää kokemusperäistä sekä tutkittua tietoa ja koulutusta. Tutkielman tulokset osoittivat, että koulutuksesta ja kirjallisista ohjeista olisi hyötyä sairaanhoitajien valmiuksien lisäämiseen ja ylläpitämiseen perheiden surussa tukemisessa keskenmenon tai kohtukuoleman jälkeen.

Saartoala Enni and Saartoala Jessica

Nurses' abilities to support a family in grief after miscarriage or fetal death

Year	2019	Pages	59
------	------	-------	----

The purpose of the thesis was to map out nurses' abilities to support a family in grief after miscarriage or fetal death by individual theme interviews and qualitative research. The target was to increase the knowledge of the nursing staff about supporting families in grief after miscarriage or fetal death through the theoretical framework and research results. The thesis was carried out in co-operation with a university hospital focusing on special care for women and newborns.

The thesis was a qualitative research. The research method was an individual theme interview. Five nurses participated in the theme interview and they had experience of treating miscarriage or fetal death. The results of the thesis revealed that the interviewed nurses perceived their own abilities to support families as quite good. The results highlighted the importance of the nurse's own personality and the individual needs of the family in grief. The nurse's most important features in supporting the family in grief are presence, tolerance of silence and uncertainty and the recognition and permission of emotions. There was a lack of instructions for supporting the families sorrowing in the hospital's operations model. Nurses wished for more researched and empirical information as well as education in grieving to better support families. The results of the thesis indicated that education and written instructions would be useful to increase and maintain the competence of nurses to support families in grief after miscarriage or fetal death.

Keywords: fetal death, miscarriage, grief, family, support

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Teoreettinen viitekehys	7
2.1	Keskenmeno	7
2.2	Kohtukuolema	8
2.3	Äkillinen kriisi	9
2.3.1	Sokkivaihe	10
2.3.2	Reaktiovaihe	11
2.3.3	Työstämis- ja käsittely- sekä uudelleen suuntautumisen vaihe	12
2.4	Suru	12
2.4.1	Surutyö ja suruprosessi	13
2.4.2	Vanhempien suru vauvan kuoleman jälkeen	14
2.4.3	Surussa tukeminen	16
3	Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	17
4	Tutkimuksen toteutus	18
4.1	Kvalitatiivinen tutkimus	18
4.2	Tutkimuksen kohderyhmä	19
4.3	Aineistonkeruumenetelmä	20
4.4	Aineiston analysointi	22
5	Tutkielman tulokset	23
5.1	Suru keskenmenon tai kohtukuoleman jälkeen	23
5.2	Surussa tukeminen sairaalassa	25
5.3	Sairaalan toimintamalli	28
5.4	Sairaanhoitajien omat valmiudet ja koulutus	33
6	Pohdinta	36
6.1	Tulosten tarkastelu	37
6.2	Eettisyys	39
6.3	Luotettavuus	41
6.4	Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset	42
	Lähteet	44
	Liitteet	59

1 Johdanto

Surun kokeminen on aina yksilöllistä ja henkilökohtaista. Se voi ilmentyä eri tavoin ja muuttaa muotoaan suruprosessin edetessä (Erjanti & Paunonen-Ilmonen 2004, 9-10, 13, 26; Poijula 2005, 18-19; Rikander 2017, 39). Suomessa syntyy vuosittain 52 000-60 000 lasta. Todetuista yli 22. viikkoa kestäneistä raskauksista noin 170 päättyy vauvan kuolemaan. Kohtukuolemista suurin osa tapahtuu hyvin lähellä laskettua aikaa tai yliaikaisissa raskauksissa. (Tilastokeskus 2017.) Keskenmenoista suurin osa tapahtuu alkuvaiheessa, joten tarkkaa lukumäärää ei tiedetä (Paananen, Pietiläinen, Raussi-Lehto & Äimälä 2015, 452). Keskenmeno ja kohtukuolema koskettaa koko perhettä ja perheen lähipiiriä. Sairaanhoidajan valmiuksiin kuuluu keskeisesti taito huomioida jokaisen perheenjäsenen suru, tunnistaa niin isän kuin äidin jaksaminen sekä voimavarat. Sairaanhoidajan tehtävänä on myös osata tarjota erilaisia tukikeinoja ja vertais-tukiryhmiä. Isät jäävät helposti kohtukuolema- ja keskenmenotilanteissa sivullisiksi, joten hoitohenkilökunnan tulisi erityisesti kiinnittää huomiota isien surussa tukemiseen. (Paananen ym. 2015, 394-395; Itkonen 2018, 25-26; Aho 2010, 27-29.) Vanhempien lisäksi hoitajat ja lääkärit saattavat kuitenkin olla ainoita, jotka ovat nähneet lapsen ja tämän vuoksi hoitohenkilökunnan rooli on merkittävä myös kuolleen vauvan muistelemisessa sekä muistojen jakamisessa vanhempien kanssa (Aho 2010, 73).

Tässä opinnäytetyössä tutkitaan sairaanhoidajien valmiuksia perheiden surussa tukemisessa keskenmenon tai kohtukuoleman jälkeen yksilöllisten teemahaastatteluiden avulla. Opinnäytetyössä ei käsitellä raskaudenkeskeytyspotilaiden surussa tukemista. Aihe on työelämälähtöinen ja se toteutetaan yhteistyössä naisten ja vastasyntyneiden erikoissairaanhoidon keskittyneen sairaalan hoitohenkilökunnan kanssa. Haastatteluun osallistujilla tulee olla kokemusta keskenmenon, kohtukuoleman tai molempien hoitamisesta. Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa yksilöllisten teemahaastatteluiden ja laadullisen tutkielman avulla sairaanhoidajien valmiuksia perheiden surussa tukemisessa keskenmenon tai kohtukuoleman jälkeen. Tavoitteena on lisätä hoitohenkilökunnan tietoutta perheiden surussa tukemisessa teoreettisen viitekehyksen sekä tutkimustulosten avulla.

2 Teoreettinen viitekehys

2.1 Keskenmeno

Keskenmenolla tarkoitetaan raskautta, joka keskeytyy ennen 22. raskausviikon päättymistä ja sikiön paino on alle 500 grammaa. Tarkkaa lukumäärää keskenmenoista on vaikeaa tietää, koska suurin osa tapahtuu alkuvaiheessa, jolloin vuoto saatetaan tulkita myöhästyneiksi kuu-kautisiksi. Keskenmenoon johtavia syitä voi olla krooninen sairaus, infektiot tai hormonaaliset syyt, kuten keltarauhasen vajaatoiminta, piilevä kromosomipoikkeama, verisuonen tukostai-pumus eli trombofilia tai naisen korkea ikä. Tupakointi, runsas alkoholin käyttö tai ylipaino voivat lisätä keskenmenoriskiä. Keskenmenolle voi altistaa myös naisen synnytyskanavan ra-kenne, esimerkiksi kohdunkaulan heikkous tai kohdun poikkeavuus. Yksi keskenmeno ei vielä lisää riskiä uuteen keskenmenoon. Kahdenkin peräkkäisen keskenmenon jälkeen 80%:lla nai-sista seuraava raskaus on normaali. Jatkotutkimuksiin on aiheellista mennä kolmen peräkkäi-sen keskenmenon jälkeen. (Paananen ym. 2015, 452-453.)

Keskenmenon oireet riippuvat keskenmenon tyypistä. Tyypillisiä oireita ovat verenvuoto emättimestä, joka lisääntyy keskenmenon edetessä. Verenvuoto voi olla hyytelömäistä ja sen seassa voi olla raskauskudosta tai jopa sikiöpussi. Lisäksi oireena on aaltomainen ja voimistu-va kipu, joka kohdistuu usein alavatsaan ja ristiselkään. (Leminen 2015.) Keskenmenon eri tyyppisiä on useita. Näitä ovat uhkaava keskenmeno '*abortus imminens*', jossa kohdun koko on aikaa vastaava ja sikiö on elossa. Oireena on supisteleva kipu ja verenvuoto. Raskaus saat-taa jatkua normaalisti. Käynnissä olevassa keskenmenossa '*abortus incipiens*', joka on usein väistämätön, supistukset ja vuoto lisääntyvät sekä kohdunsuu avautuu. Keskenjääneessä kes-kenmenossa '*abortus inhibitus*', kuollut sikiö jää kohtuun eikä poistu spontaanisti. Epätäydell-isessä keskenmenossa '*abortus incompletus*', kohtu ei tyhjene täysin vaan sinne jää raskaus-materiaalia. Täydellisessä keskenmenossa '*abortus completus*', kohtu tyhjenee kokonaan ras-kausmateriaalista, tyypillisesti ennen kuudetta raskausviikkoa. Kuumeiseen keskenmenoon '*abortus febrilis*', liittyy kohdun tulehdus. Tuulimunalla '*ovum abortivum*', tarkoitetaan ti-lannetta, jossa raskauspussiin ei kehity alkiota. Kolmen tai useamman keskenmenon jälkeen on kyseessä toistuva keskenmeno '*abortus habitualis*'. (Paananen ym. 2015, 452.)

Keskenmeno on suuri menetys naiselle, joka on juuri alkanut odottamaan vauvaa. Jopa puo-lella naisista keskenmenoon liittyy psyykkistä oireilua kuten ahdistusta ja masennusta. Psyyyk-kinen oireilu saattaa kestää kuukausia keskenmenon jälkeen. Haastavin osa keskenmenopoti-laan hoidossa onkin surun ja pettymyksen kohtaaminen. Surulle on annettava tilaa ja aikaa. Keskenmenon kohdannut nainen tarvitsee tukea sekä oikeaa tietoa, vaikka ymmärtäisi, ettei sikiöllä ollut edellytyksiä kehittyä. Oikean tiedon antaminen keskenmenojen taustatekijöistä, esiintyvyydestä sekä tulevien raskauksien hyvästä ennusteesta vähentää naisen ahdistusta. Keskenmeno hoidetaan potilaan kliinisen kuvan ja keskenmenotyyppin mukaan. Joissakin tapa-

uksissa voidaan jäädä odottamaan kohdun spontaania tyhjenemistä tai kohtu tyhjennetään lääkkeellisesti, imulla, kaavinnalla tai pihdeillä. Myöhäisten keskenmenojen hoito muistuttaa synnytyksen kulkua. Rh-negatiivisille naisille annetaan keskenmenon jälkeen anti-D-immunoglobuliini immunisaation ehkäisemiseksi. Istukkahormonin (hCG) laskua seerumista seurataan siihen saakka, kunnes tulos on negatiivinen. Keskenmenon jälkeen on tärkeää ehkäistä infektioiden syntymistä seuraavien kuukautisten yli. Yhdyntää ei suositella ilman kondomia. Raskausoireet loppuvat noin viikon kuluessa. Naiselle varataan jälkitarkastusaika, jossa todetaan kohdun tyhjentyneen ja vuodon loppuneen. Lisäksi varmistetaan, ettei naisella ole infektiota. Jos keskenmenon syy tiedetään, asiasta informoidaan vanhemmille. (Leminen 2015; Paananen ym. 2015, 452; Niinimäki & Heikinheimo 2011.)

2.2 Kohtukuolema

Kohtukuolemalla, '*fetus mortus*', tarkoitetaan sikiön menehtymistä kohtuun 22. raskausviikon jälkeen tai kun sikiö on saavuttanut 500 gramman painon. Kohtukuolemasta voidaan käyttää myös nimityksiä sikiökuolema ja prenataalikuolema. Suomessa sikiökuolemia tapahtuu keskimäärin 170 vuodessa. Naiset toivoivat yleensä synnytyksen pikaista käynnistämistä ikävän uutisen kuultuaan. (Tiitinen 2017; Rikander 2017, 38.) Kohtukuolemaan johtavia syitä on useita. Syiden selvittämiseksi tehdään obduktio eli ruumiinavaus ja istukan tutkiminen. Joissakin tapauksissa sikiöstä ja synnyttäneestä otetaan infektio- sekä veren hyytymisjärjestelmän ja autoimmuunijärjestelmän tutkimuksia. Tarvittaessa sikiölle myös tehdään kromosomianalyysi. Kohtukuolema voi aiheutua istukan toiminnan häiriöistä, kuten irtautumisesta, kroonisen toiminnan vajauksesta primaarisena tai äidin sairauksiin liittyen (esimerkiksi hepatoosi, krooninen verenpainetauti, krooninen munuaistauti, toksemia tai diabetes). Muita kohtukuolemaan johtavia syitä voivat olla napanuorakomplikaatiot (kiertyminen, puristuminen, kiristyminen tai napanuoran esiin luiskahdus) tai verenvuoto istukan tai napanuoran suonista. Verenvuoto voi aiheutua istukan ennenaikaisesta irtautumisesta tai etisestä istukasta. Se voi johtua myös vasa previaasta eli ennen sikiön päätä näkyviin tulevista napasuonien haaroista, fetomaternaalisesta vuodosta eli sikiön verenvuodosta äitiin tai fetofetaalisesta vuodosta eli sikiöiden välisestä verenvuodosta. Kohtukuolemaan johtavia syitä voi olla lisäksi sikiön epämuodostumat ja sairaudet esimerkiksi rh-immunisaatio sekä infektiot esimerkiksi toksoplasmoosi, listerioosi, hiv, hepatiitit, influenssa, parvovirus ja tuberkuloosi. Syy jää tuntemattomaksi 10-20 prosentissa tapauksista. (Paananen ym. 2015, 395-396.)

Tyypillisimmät oireet, joiden perusteella odottava äiti ottaa yhteyttä lääkäriin ovat sikiön vähentyneet liikkeet tai liikkumattomuus. Muita oireita, joita voi esiintyä ovat esimerkiksi supistelu ja niukka verenvuoto. Hoitohenkilökunnan tulee suhtautua vakavasti näihin odottavan äidin oireisiin ja hänet tulee aina ohjata KTG-kuunteluun (kardiotokografia) tai ultraääni-tutkimukseen. Sairaalassa kohtukuolemadiagnoosi varmistuu, jos sikiön sydämen sykettä ei nähdä ultraäänitutkimuksella. Ultraäänitutkimuksessa todetaan sikiön sydämen toimimatto-

muus, sikiön liikkeiden puuttuminen ja mahdolliset sikiön rakenteen muutokset. Tutkimusten avulla selvitetään sikiön painoarvio ja se, näkyykö hydropsiaa (nestettä kudoksissa tai kehon onteloissa), anomaliaita (epämuodostumia), tai askitesta (nesteiden kertymistä vatsaonteloon). Lisäksi lapsiveden määrä huomioidaan ja istukasta tarkastetaan mahdolliset hematomat (verenpurkaukset). (Tiitinen 2017; Paananen ym. 2015, 394.)

Hoitava lääkäri antaa aina lopullisen tiedon sikiön kuolemasta. Asiasta tulee keskustella selkeästi ja totuudenmukaisesti. Samalla keskustellaan äidin kanssa synnytyksen käynnistyksestä, kivunlievityksestä ja jälkihoidosta. Mikäli synnytys ei ole käynnissä, lääkäri kertoo vanhemmille synnytyksen käynnistämisperiaatteet. Käynnistyksen ajankohta pyritään sopimaan vanhempien toiveiden mukaan. Kohtukuolematapauksissa synnytyksen käynnistämällä on harvoin kiire, joten vanhemmat voivat lähteä kotiin ja palata synnyttämään esimerkiksi seuraavana päivänä. Synnytystapana ensisijaisesti on alatiesynnytys. Keisarileikkaukseen päädytään vain, jos äidin terveys voi vaarantua esimerkiksi istukan irtautumisesta tai kohdunrepeämästä johtuen. Jos synnytys ei tapahdu 3-4 viikon sisällä sikiön kuolemasta, on olemassa lievä DIC:n riski. Se on monesta eri syystä aiheutuva tila, jossa fibrinogeeni ja muut hyytymistekijät kuluvat vähiin lukuisten suonensisäisten hyytymien takia ja naisella ilmenee verenvuotoja. Kohtukuolema on vanhemmille rankka ja pitkäaikainen kokemus. Tieto sikiön menehtymisestä aktivoi vanhemmilla akuutin psyykkisen reaktion. Tällöin vanhemmat tarvitsevat henkistä suojaa ja turvaa sekä rauhallisia ja turvallisia ihmisiä, jotka auttavat eteenpäin. Vanhemmat tarvitsevat tukea sekä sosiaaliselta tukiverkostolta että ammattilaisilta. Heille tarjotaan myös mahdollisuutta keskustella sairaalateologin kanssa. Vanhempia ei jätetä yksin, elleivät he itse sitä toivo. (Paananen ym. 2015, 394-396; Itkonen 2018, 25-26.)

2.3 Äkillinen kriisi

Äkillinen kriisi on psyykkisesti traumatisoiva tapahtuma, joka käynnistää psyykkisen sopeutumisprosessin. Äkillisestä kriisistä käytetään myös termiä traumaattinen kriisi. Psyykkinen sopeutumisprosessi alkaa välittömästi ja rajusti kriisin tapahtuessa, jolloin siitä aiheutuu niin merkittävää kärsimystä, etteivät aikaisemmat kokemukset riitä tapahtuneen käsittelyyn. Yleensä traumatisoivan tapahtuman käynnistämä sopeutumisprosessi etenee tiettyjen lainalaisuuksien mukaan. Yksilöllisiä eroja ilmenee reaktioiden voimakkuudessa sekä prosessin kestossa. Sopeutumisprosessin vaiheet ovat sokkivaihe, reaktiovaihe, työstämis- ja käsittelyvaihe sekä uudelleen suuntautumisen vaihe. (Saari, Kantanen, Kämäräinen, Parviainen, Valoaho & Yli-Pirilä 2009, 11, 20; Hedrenius & Johansson 2016, 27; Mustajoki, Alila, Matilainen, Pellikka & Rasimus 2013, 675.)

2.3.1 Sokkivaihe

Sokkireaktio on automaattinen reaktio, johon ihminen ei voi itse vaikuttaa. Sokin tyypillinen piirre on se, että kuultu tai koettu ei tunnu todelta. Sen tarkoituksena on suojata aluksi mieltä sellaiselta tiedolta, jota se ei vielä kestä ja lopulta kypsyttaa mieli vastaanottamaan järkyttävä tieto. Jos sokkireaktio ei toimi, kestämatön kokemus tai tieto tunkeutuu mieleen. Tämän seurauksena on mielen hajoaminen ja psykoottinen tila. Sokkivaihe kestää tyypillisesti muutamasta minuutista muutamaa päiviin. Esimerkiksi oman lapsen äkillinen kuolema voi aiheuttaa pitkäkestoisemman sokkireaktion, koska mieli tarvitsee enemmän aikaa asian käsittelemiseen. Sokkivaiheesta reaktiovaiheeseen siirtyminen edellyttää turvallisuuden kokemista. (Saari ym. 2009, 21, 24-26; Mustajoki ym. 2013, 675; Heikkinen-Peltonen, Innamaa & Virta 2014, 67-68.)

Sokkivaiheessa ihmisen keho reagoi kiihtymystilalla, johon liittyy hengitysrytmin tiheys, sydämen hakkaaminen sekä käsien tai koko ruumiin vapina. Sokkivaiheessa ihminen voi olla täysin tunteeton tai turtunut, mutta toisaalta saattaa kokea odottamattoman voimakkaita tunteita. Poikkeavat tunnereaktiot voivat aiheuttaa hämmennystä muilla ihmisillä, myös ammatillisilla. Sokkivaihetta kuvataan unenomaiseksi olotilaksi, jossa ympäristön tapahtumat tuntuvat etäisiltä ja äänet kuuluvat kaukaa. Myös ulkopuolisille ihmisille sokissa oleva näyttäytyy poissaolevana, joka ei vastaanota tai reagoi puheeseen. Kuitenkin sokissa olevalle sanat jäävät erityisen tarkasti mieleen äänensävyineen ja -painoineen. Sokissa olevan ihmisen mieli on kaaoksessa, vaikka hän ulospäin näyttäytyy rauhallisena ja toimintakykyisenä. Hänen oma olotilansa tuntuu kuitenkin pelottavalta eikä olotilan muutoksia pysty ennustamaan. Siksi sokissa olevan on vaikea olla yksin. Sokkivaiheessa ihmisen aikakäsitys saattaa muuttua ja pienikin odottaminen voi tuntua kohtuuttoman pitkältä ajalta. Sokissa olevan ihmisen sopeutumisprosessi ei etene tai käynnisty, jos tapahtuneesta ei ole riittävästi tietoa. Kaikki olemassa oleva tieto tulee kertoa mahdollisimman aikaisessa vaiheessa asianosaisille. Mikäli kriisin käsittelyn kannalta tärkeitä tietoja on jätetty kertomatta, voi tiedon saaminen myöhemmässä vaiheessa käynnistää koko tapahtuman käsittelyn uudelleen. Sokissa oleva ihminen rakentaa saamistaan tiedoista käsityksen tapahtumien kulusta. Jos tiedoissa on aukkoja, ihminen täyttää ne omalla mielikuvituksellaan. (Saari ym. 2009, 22-26, 28-29, 33-34; Hedrenius ym. 2016, 88; Mustajoki ym. 2013, 675; Heikkinen-Peltonen ym. 2014, 67-68.)

Sokkivaihe muuttaa ihmisen toimintakykyä. Tätä kuvataan taistele, pakene tai lamaannu - reaktioina. Jos sokissa olevan ihmisen täytyy taistella oman tai läheisensä henkiin jäämisen puolesta, hän pystyy toimimaan hyvinkin tarkoituksenmukaisella sekä järkevällä tavalla. Kun taistelemisen ei ole enää mahdollista, esimerkiksi mahdollinen kuolema on jo tapahtunut, ihminen saattaa lamaantua täysin. Tällöin päätöksenteko on muiden ihmisten varassa. Lapsensa menettäneillä vanhemmilla voi esiintyä lamaantumista, koska vanhemman ei enää tarvitse taistella lapsensa puolesta eikä tilannetta enää todellisuudessa pääse pakoon. Lamaan-

tuminen voi väistyä pikkuhiljaa. Trauman pitkittymiseen voi johtaa esimerkiksi vihan tunteiden tukahduttaminen. Myös syyllisyyden tunne voi pitkittää traumaa, jos sitä ei osata erottaa todellisesta syyllisyydestä. (Saari ym. 2009, 23-24; Heikkinen-Peltonen ym. 2014, 67-68; Mustajoki ym. 2013, 675; Itkonen 2018, 188, 239.)

Ammattilaisten tehtävänä on arvioida jatkuvasti sokissa olevan ihmisen toimintakykyä ja päätöksentekoa sekä auttaa tarvittaessa. Avuttomuuden tunnetta ei tule vahvistaa. Tehtäviin kuuluu myös antaa totuudenmukaista, tarkistettua ja virallista tietoa hienovaraisesti ja empaattisesti, vaikka sen antaminen tuntuisi ahdistavalta tai pelottavalta. Erityisesti tulee kiinnittää huomiota siihen, mitkä sanat sokissa olevalle ihmiselle osoitetaan ensimmäiseksi. Psykkisen ensiavun antaminen sokissa olevalle on vaativa tehtävä, koska hänen tuskansa on usein sietämätöntä. Ammatilaisen tulee sietää tämä tuska sekä luoda turvallinen ja ymmärtäväinen ilmapiiri tuskan käsittelyyn. Ammatilaisen on oltava itse levollinen, hallita omat tunteensa ja tarpeensa sekä välttää omien kokemusten ja mielipiteiden kertomista. Ammatilainen saa eläytyä sokissa olevan tilanteeseen, kokemuksiin ja tunteisiin. Läsnäolo ilman sanoja sekä koskettaminen ovat hyviä tapoja auttaa sokissa olevaa. Kosketuksella voidaan tuoda turvallisuuden tunnetta ja ilmaista myötätuntoa jopa paremmin kuin sanoilla. Kun sokissa olevan luota poistutaan, on tärkeä varmistaa, että hän ymmärtää mitä seuraavaksi tapahtuu ja mitä tulee tehdä. (Saari ym. 2009, 22-26, 28-29; Heikkinen-Peltonen ym. 2014, 67-68; Mustajoki ym. 2013, 675.)

2.3.2 Reaktiovaihe

Sokkivaiheesta reaktiovaiheeseen siirrytään vähitellen. Ihmisen tietoisuuteen alkaa hetkittäin tulla tietoa siitä, mitä on tapahtunut ja sen merkitys. Reaktiovaiheen tavoitteena on, että ihminen tulee tietoiseksi näistä asioista. Sokkivaihe ja reaktiovaihe kulkevat limittäin ja vaihtuvat ihmisen mielessä. Tarkoituksena on, että lopulta tietoisuus tapahtuneesta jää pysyväksi olotilaksi. Reaktiovaiheessa tyypillistä on voimakkaat ajatukset ja tunteet, joiden on tarkoituksena auttaa purkamaan omia kokemuksia. Ihminen alkaa taistella tietoisuutta ja tapahtunutta vastaan, kun tajuaa tapahtuneen. Hän alkaa etsiä ulkopuolista syyllistä tapahtuneelle, jolle voi kohdistaa oman aggression, syytökset sekä saada hänet vastuuseen tapahtuneesta. Tällä tavoin hän pyrkii suojaamaan itseään muilta tunteilta. Ihminen voi asettaa syylliseksi esimerkiksi vastuussa olevan viranomaisen kuten sairaanhoitohenkilökunnan. Tyypillisempää kuitenkin on syyllisyyden tunteet ja jossittelu. Sopeutumisprosessin jatkumiseksi ihmisen tulee päästä syyttämisvaiheen yli ja tavoittaa surun sekä menetyksen tunteet. Kaikki tunteet ja ajatukset tulee sallia ja puhua niistä. Ihminen voi kokea lohduttomuutta, avuttomuutta ja ahdistuneisuutta. Hän voi kokea myös surun, kaipauksen, epätoivon tai tyhjyyden tunteita. Lisäksi voi esiintyä voimakkaita pelkoja, joihin voivat vaikuttaa ylikuonnollisilta vaikuttavat ilmiöt, kuten kuolleen läheisen läsnäolon tunteminen tai kokemukset kuolleen näkemisestä. Äkillinen järkyttävä tapahtuma saattaa aiheuttaa voimakasta sosiaalista häpeää ja epäonnis-

tumisen tunnetta sekä kateutta siitä, että muut saavat jatkaa elämäänsä kuten ennenkin. Reaktiovaiheessa ihmisen keho reagoi painon tai puristuksen tunteena eri puolella kehoa, tyyppillisesti rinnan ympärillä, pään tai vatsan alueella. Muita fyysisiä tuntemuksia ovat painostava väsymys ja pohjaton uupumus, johon ei lepo auta. Ihmisellä voi esiintyä nielemisvaikeuksia, kuvotusta, ruokahaluttomuutta, vatsavaivoja, päänsärkyä tai huimausta. Univaikeudet ja unettomuus ovat yleisiä, koska ihmisen mieli ei pysty rauhoittamaan itseään ajatuksilta. Reaktiovaiheessa tulisi tarjota aktiivisesti ulkopuolista apua, koska ihminen ei välttämättä pysty sitä itse hakemaan tai tunnistamaan avuntarvettaan. Ihminen tarvitsee apua kokemuksen sekä sen herättämien ajatusten ja tunteiden aktiiviseen läpikäymiseen. (Heikkinen-Peltonen ym. 2014, 68-69; Mustajoki ym. 2013, 675; Marin 2017, 57-58, 84-85; Saari ym. 2009, 31-34, 36, 39.)

2.3.3 Työstämis- ja käsittely- sekä uudelleen suuntautumisen vaihe

Työstämis- ja käsittelyvaiheen tavoitteena on etäisyyden luominen tapahtuneeseen, jolloin myös suruprosessi etenee. Kriisiprosessi hidastuu jolloin vaikeasta tapahtumasta ylipääseminen voi tuntua mahdottomalta. Ihmisen mieli alkaa sulkeutua, tapahtuman käsittely kääntyy sisäänpäin ja ihminen alkaa kaivata yksinoloa. Puhuminen ei tunnu auttavan yhtä paljon kuin alussa. Järkyttävästä kokemuksesta selviytyäkseen ihmisen tulee kyetä hahmottamaan tulevaisuus. Tulevaisuuden on oltava sekä toiveikasta että ennustettavaa ja ihmisellä tulee olla siihen vaikutusmahdollisuuksia. Tyypillisesti työstämis- ja käsittelyvaiheessa ihmisellä voi olla vaikeitakin muisti- ja keskittymisvaikeuksia. Rajujen tunteiden kokeminen on yleistä ja niille tulisi antaa tilaa ja aikaa. Tunteet ovat kuitenkin helpommin hallittavissa kuin reaktiovaiheessa. Voimakkaat tunteenpurkautumiset ovat mahdollisia. Ärtynisyys muita ihmisiä kohtaan voi johtaa myös eristäytymiseen. Itkun hyväksyminen vapauttaa ja helpottaa oloa. Kriisin työstämis- ja käsittelyvaiheessa auttamiskeinoina parhaiten toimivat läheisten antama tuki kuuntelemalla, olemalla läsnä ja käytettävissä sekä apu käytännön asioissa. Lisäksi kriisi- ja traumaterapia voivat olla toimivia auttamiskeinoja, koska niissä käytetään aikaa kokemuksen tavoittamiseen. Tässä kriisin vaiheessa vertaistuen merkitystä ei voida väheksyä. Uudelleen suuntautumisen vaihe on viimeinen vaihe kriisiprosessissa. Tällöin katse kääntyy menneisyydestä tulevaan. Järkyttävä tapahtuma on muuttanut persoonaa ja tulevaisuuskin voi näyttäytyä erilaiselta kuin aikaisemmin. Uudelleen suuntautumisen vaihe voi tulla vasta vuosien päästä, sillä näkymä tulevaisuudesta häviää täydellisesti kriisin tapahduttua. (Saari ym. 2009, 41-49; Mustajoki ym. 2013, 676; Heikkinen-Peltonen ym. 2014, 70.)

2.4 Suru

Surulla tarkoitetaan jonkin menetyksen, muun ikävän tapahtuman tai epämieluisan olotilan aiheuttamaa pitkäkestoista ja voimakasta mielihahan tunnetta eli murhetta. Suru ei kuitenkaan ole sairaus, ja yleensä surevat eivät tarvitse surunsa käsittelemiseen psykologista inter-

ventiota. Suru on yksilöllinen ja muuttuva prosessi, jossa ilmenee sekä surevan että kuolleen ihmisen ainutlaatuisuus. Suru ilmenee erilaisina reaktioina, joita ovat muun muassa itku, avuttomuuden ja toivottomuuden kokeminen, itsetunnon heikkeneminen ja monenlaisten tunteiden herääminen. Näitä tunteita ovat epätoivon, yksinäisyyden, vihamielisyyden, syyllisyyden tai ahdistuksen tunteet. Suru voi myös ilmentyä erilaisina tuntemuksina kehossa ja jopa voimakkaana kipuna. Menetyksen kokeminen altistaa erilaisille mielenterveyden häiriöille, terveyden heikkenemiselle ja vähäisemmälle hyvinvoinnille. Äidit voivat kokea voimakkaita ja epätoivottujakin tunteita kuten mustasukkaisuutta, häpeää tai kateutta lapsen kuoleman jälkeen. (Erjanti & Paunonen-Ilmonen 2004, 9-10, 12-13, 26, 43; Poijula 2005, 18-19; Rikander 2017, 39.)

Surukäsitys on muuttunut aikojen saatossa. 1900-luvulla vallitsevan surukäsityksen mukaan ihminen on toipunut surusta vasta, kun on katkaissut kiintymyssuhteensa kuolleeseen. Tätä jatkuvaa kiintymyssuhdetta kutsuttiin ennen ratkaisemattomaksi suruksi. Nykykäsityksen mukaan kuolema ei merkitse sitä, että kahden ihmisen välinen kiintymyssuhde katkeaisi. Pitkäkestoista surua voidaan pitää ilmentymänä, joka on ajatonta, tervettä sitoutumista kuolleeseen. Tällöin normaalia suruaikaa ei ole ja keinon etsiminen surun lopettamiseksi häiritsee suremista. Surun kyneleet liitettiin vanhan surukäsityksen mukaan usein kyvyttömyyteen tai heikkouteen. Ihminen saattaa kieltää tai estää surevaa ilmaisemaan surua itkemällä, jos kyneleet herättävät avuttomuuden tunteita tai jos ihmisen on itse vaikea kestää itkuja. Kyneleiden tehtävä on kuitenkin vapauttaa ruumiin sisäistä jännitystä ja ilmaista lohdutuksen tarvetta. Kynelehtimiskyky auttaa ihmistä paranemaan ja kyneleiden tukahduttaminen sitä vastoin voi altistaa jopa stressisairauksille. Kyneleiden avulla ihminen kykenee ilmaisemaan suruaan, jos sitä ei kykene ilmaisemaan sanoin. Jo itkeminen itsessään helpottaa oloa ja itkun avulla voidaan ilmaista monia erilaisia tunteita kuten pelkoa, kaipausta, pahaa mieltä, murhetta ja surua. Tunteiden ilmaisemisen avulla ihminen pääsee myös luopumisprosessissa eteenpäin. (Erjanti ym. 2004, 23, 28-30; Poijula 2005, 11, 15, 21, 26, 31-33; Telenius 2010, 8.)

2.4.1 Surutyö ja suruprosessi

Surutyön käsitteellä tarkoitetaan surevan ihmisen vähittäistä mukautumista tapahtuneeseen vaikean menetyksen tai läheisen kuoleman jälkeen. Surutyön tehtävä on muuttaa kiintymyssuhteen muoto muistojen ja mielikuvien tasolla toimivaksi, eikä katkaista kahden ihmisen välistä kiintymyssuhdetta. Surutyön tarkoituksena on saada ihminen hyväksymään todellisuus sekä sopeutua ja mukautua tilanteeseen. Surutyön aikana ihminen kokee päivittäin kaaoksisuutta, rajujen tunteiden ja kuoleman kohtaamisen läpikäymistä sekä elimistön oireiden sopeutumista. Nämä surutyön vaiheet kulkevat päällekkäin ja liukuvasti eivätkä vaihdu järjestyksessä selkeinä vaiheina. Kokemukset kuolleesta läheisestä muotoutuvat surutyön edetessä osaksi jokapäiväistä elämää. Surutyön tavoitteena voidaan pitää suruprosessia. Suruprosessi

alkaa, kun ihminen kohtaa menetyksen. Suruprosessissa ihminen yrittää aktiivisesti tulla emotionaalisesti toimeen menetyksen kanssa ja sopeutua siihen. Tunteita yritetään pukea sanoiksi, mutta se voi olla hankalaa, sillä suru on muuttuvaa. Suruprosessin aikana surraan läheisen kuolemaa, mutta myös omaa elämää kohdannutta muutosta - omien suunnitelmien, toiveiden ja unelmien romahtamista. Suruprosessin tavoitteena voidaan pitää kykyä jatkaa jokapäiväistä elämää, johon kuuluu sekä iloa mutta myös toistuvaa suremista. Kuolleen lapsen unohtaminen ei ole suruprosessin tavoite vaan se, että suremisesta tulee osa elämää. (Poiijula 2005, 21, 41-43; Telenius 2010, 8-9.)

2.4.2 Vanhempien suru vauvan kuoleman jälkeen

Tässä tutkielmassa on käytetty kuolleesta sikiöstä rinnakkain käsitteitä ”vauva” ja ”lapsi”. Käsitteellä ”lapsi” voidaan tarkoittaa kahta asiaa; lapsen ikää syntymästä siihen saakka, kun hänestä tulee nuori tai suhdetta, jossa lapsi on aina vanhemmilleen lapsi iästä riippumatta. Tällöin ”lapsi” - sanan käyttöä voidaan käyttää monessa eri tilanteessa. Kohtukuoleman kokeneille vanhemmille sikiösanan käyttö voi kuulostaa heidän menetystään vähättelevänä. (Itkonen 2018, 14-15.)

Vanhemmuuden vaikein tehtävä ja kokemus on oman lapsen kuolema. Lapsen menetys vaikuttaa vanhempiin laaja-alaisesti. Se on yksi elämän emotionaalisesti ja elämänhistoriallisesti dramaattisimmista tapahtumista. Vanhemmat ovat kuvailleet lapsen menetystä elämänsä hirvittävimmäksi, raskaimmaksi tai kauheimmaksi kokemukseksi. Vauvan menettäminen on rankka ja poikkeuksellinen normaalin surun muoto. (Erjanti ym. 2004, 102; Koskela 2009, 140-141.) Vanhempien kokema suru lapsen kuoleman jälkeen on monitahoista ja jatkuvaa (Rikander 2017, 39). Surun kokeminen on yksilöllistä, eikä sitä tulisi arvottaa sen mukaan minkälainen menetys on ollut (Hiltunen-Ahonen 2012, 65). Suru on syvää riippumatta lapsen iästä tai menetyksestä kuluneesta ajasta (Telenius 2010, 5). Lapsen menettäminen vaikuttaa vanhempiin pitkän ajan: jopa 18 vuotta lapsen kuoleman jälkeen vanhemmilla on havaittu heikentyneitä terveyttä, vähäisempää hyvinvointia ja masennusoireita. Surun kokemiseen vaikuttavat olosuhteet kuoleman yhteydessä. Joissakin tapauksissa kuolema voi olla myös helpotus omaisille esimerkiksi, jos kuoleva on vakavasti sairas, jolloin suruprosessi on käynnistynyt sairauden aikana. (Rikander 2017, 39; Telenius 2010, 62; Itkonen 2018, 25.) Syntymättömänä kuollut lapsi on vanhemmilleen odotettu ja toivottu, joten vanhemmat toivovat samanlaista kunnioitettavaa kohtelua lastansa kohtaan kuin ketä tahansa menehtynyttä lasta kohtaan (Hiltunen-Ahonen 2012, 64-65.). Kohtuun kuolleen vauvan vanhempien kokemaa surua pidetään usein vähäisempänä kuin elävän lapsen vanhempien kokemaa surua, mutta suruprosessi ei ole vanhemmilla yhtään helpompi. (Itkonen 2018, 25; Koskela 2011, 313; Poiijula 2005, 167-168.)

”Ihmisyysden tunnustamiseen liittyy myös sen tunnustaminen, että kuolleena syntyneellä lapsella on isä” (Itkonen 2018, 159.)

Vanhemmat ovat kuvailleet useissa eri tutkimuksissa tunteitansa runsaasti ja yksityiskohtaisesti. Vanhemmat ovat kertoneet tuntevansa voimakasta surua vauvan kuolemasta. Tutkimusten mukaan vanhemmilla on myös paljon syyllisyyden, häpeän ja epätoivon tunteita siitä, etteivät voineet estää lapsen kuolemaa. Näiden tunteiden esiintyminen on lapsen kuoleman jälkeen luonnollista. Esimerkiksi syyllisyyden tunteella voi olla merkitystä sopeutumiseen, koska sen avulla voidaan saada hallinnan tunne tilanteesta. Tutkimuksissa äidit ovat myös maininneet kateutta, vihaa ja katkeruutta raskaana olevia naisia kohtaan. Äidit ovat myös kokeneet epätodellisuuden tunteita vauvansa kuoleman jälkeen ja olotilaa on kuvailtu muun muassa sanalla ”sumuisuus” ja sen on kuvattu vaikuttavan toimintakykyyn, erityisesti muistiin. Isillä vastaava epätodellisuuden tunne ei ole niin yleinen. (Koskela 2009, 221; Rikander 2017, 39; Itkonen 2018, 239.) Kuolleenä syntyneiden, synnytyksessä kuolleiden tai pian syntymänsä jälkeen kuolleiden lapsien vanhemmat voivat kokea vihaa lapsen kuoleman jälkeen niin jumalaa, hoitojärjestelmää kuin yhteiskuntaakin kohtaan. Vihan tunteen voi herättää myös pienten vauvojen näkeminen. (Itkonen 2018, 239.) Vanhempien sureminen saattaa olla erilaista. Isän surua lapsen kuoleman jälkeen on tutkittu melko vähän. Usein isä suree yksin sekä hiljaa ja purkaa surua toiminnallisuuteen, mikä voi olla äidistä vaikea ymmärtää. Toisaalta osa isistä suree myös avoimemmin ja he saattavat puhua äidinkin edestä. Äidin kokema menetys kohtu-kuoleman yhteydessä tunnustetaan yhteisössä, vaikkei sitä arvotetakaan lapsen menetykseksi. Isän tehtäväksi saatetaan usein ajatella äidin tukihenkilönä oleminen ilman, että isä itse koki surua. Isät kokevat kuitenkin samanlaista menetyksen tunnetta kuin äiditkin ja surun keskiössä pitäisi olla koko perhe. (Väisänen 2000; Itkonen 2018, 159.) Isän rooli surevassa perheessä on usein toimijan ja auttajan rooli. Kuolleen vauvan isäkin kokee surua, mutta se usein sivuutetaan tai jää vähemmälle huomiolle. Isän saama tuki ei ole aina itsestään selvää ja ympäröivä maailmaa olettaa, ettei heidän menetyksensä ole niin suuri kuin äidin ja etteivät he tarvitse tukea samalla tavoin kuin äiti. (McCreight 2004, 326.)

Vanhemmilla esiintyy erilaisia psyykkisiä ja hengellisiä prosesseja surusta selviytymiskeinoina. Näitä ovat miksi-kysymys, unet ja yliluonnolliset ilmiöt, tarkoituksen ja merkityksen etsiminen, hengelliset prosessit, sosiaalinen tuki, jumalaan turvautuminen, oikeudenkäynti jumalan kanssa ja uuden lapsen syntymä. Vanhemmat kysyvät lapsen kuoleman jälkeen usein ”miksi” kysymystä. Kysymys on suunnattu useimmiten menneisyyteen ja siihen mitä on tapahtunut. Kysymyksen sisältönä voi olla ihmettely siitä miksi lapsen menetys tapahtuu juuri minulle, meille tai meidän perheelle. Miksi-kysymys voi liittyä myös pohdintaan siitä, oliko kuolema jumalan asettama rangaistus. Kysymyksellä voidaan myös etsiä kuoleman tarkoitusta tai merkitystä. Kysymys esitetään, vaikka vanhemmat tiedostavat, ettei siihen voida saada tyydyttävää vastausta. Miksi-kysymyksen avulla voidaan kuitenkin ilmaista esimerkiksi hämmennyksen tunnetta, tuskanhuutoa tai protestoida. Kysymisen avulla usein saadaan avattua prosessi, jonka avulla päästään mitä varten-kysymykseen. Jos surevalta estetään esittämästä miksi-

kysymyksiä, voi koko suruprosessi estyä. Yliluonnolliset ilmiöt ja unet ovat toipumisprosessiin vaikuttavia elementtejä, joilla voi olla myönteisiä vaikutuksia toipumiseen ja apua tapahtuneen hyväksymiseen. Niiden avulla vanhempi voi saada tunteen, ettei tapahtunut ole vain täysin sattumanvaraista. (Koskela 2009, 160-166, 186-187; Telenius 2010, 10.)

2.4.3 Surussa tukeminen

Kuolema liitetään yhteiskunnassa vanhuuteen ja syntymättömän lapsen kuolema sotii luonnonlakeja vastaan, koska emme olekaan onnistuneet tekemään siitä ainoastaan vanhuuteen liittyvää asiaa. Kun kuolemaa joutuukin kohtaamaan, siihen ei osata suhtautua luontevasti. Nyky-yhteiskunnassa kuoleman kohtaamisesta halutaan pysyä mahdollisimman kaukana, koska pelätään ahdistuksen, surun tai kuoleman tarttumista eikä ahdistumiselle tai suremiselle ole aikaa. (Hiltunen-Ahonen 2012, 64.) Sairaanhoidajan valmiudet äkillisesti kuolleen potilaan omaisten kohtaamisessa koostuvat henkilökohtaisista sekä ammatillisista valmiuksista. Henkilökohtaisiin valmiuksiin sisältyy persoonallinen työote, läsnäolo henkisesti sekä fyysisesti, omien tunteiden tiedostaminen ja hallinta sekä varmuus työn toteuttamiseen. Ammatillisiin valmiuksiin kuuluvat ymmärrys omaisten reaktioista sekä sanattoman tuen antaminen ja lohduttaminen, kriisityön ja teoretiedon hallinta sekä ymmärrys elämän päättymisestä. (Saastamoinen 2012, 33-35, 39.)

Surun tyypillisimpiä piirteitä varsinkin sen alkuvaiheessa ovat halu ja kaipaus pitää kuolleen ruumista lähellään sekä etsimiskäyttäytyminen, jos ruumis on muualla. Apinaemo kuljettaa sylissänsä kuollutta poikastaan ensimmäiset vuorokaudet. Surevilta vanhemmilta tämänkaltaisen mahdollisuus on puuttunut. Surun alussa on tärkeää, että surevalla on lupa etsiä ja ilmaista kaipaustaan. (Poijula 2005, 20.) Ruumiinkatsominen on herättänyt kautta aikain ristiriitaisia tunteita. Osa ihmisistä välttelee ruumiin katsomista ja yrittävät tällä tavalla selviytyä kuolemasta, ilman sen konkreettiseksi tekemistä. Ruumiinkatsomisen merkitystä surevalle ei kuitenkaan ole riittävästi ymmärretty. Surun avaajana ja käynnistäjänä ruumiinkatsominen on ensisijainen tekijä. Tällä tavalla surevaa voi auttaa hyväksymään kuolema lopullisena. Ruumiinkatsomisella on myönteisiä vaikutuksia muun muassa emotionaaliseen kasvuun. Se voi myös vähentää sopeutumisoongelmia, ahdistuneisuutta, masentuneisuutta ja sopeutumisoongelmia. (Poijula 2005, 91.)

Terveystenhoitohenkilöstön rooli on merkittävä vanhempien auttamisessa vauvan kuoleman jälkeen. Vauvan kuolema on aina kontrolloimaton ja ennustamaton tapahtuma, johon vanhemmilla on vähän mahdollisuuksia vaikuttaa. Terveystenhoitohenkilöstön tulisi ymmärtää kuolleen lapsen merkitys vanhemmille. Kätilöt ovat keskeisessä osassa kuolleen vauvan kohtaamisessa, sillä vanhemmat kaipaavat tietoon perustuvaa ohjausta ja rohkaisua vauvan syytelyssä sekä muistojen ottamisessa. Hoitajat ja lääkärit saattavat olla vanhempien lisäksi ainoita, jotka ovat nähneet vauvan. Tämän vuoksi heidän roolinsa on merkittävä kuolleen vau-

van muistelemisessa sekä muistojen jakamisessa vanhempien kanssa. Muistojen ottaminen esimerkiksi valokuvaamalla lasta, ottamalla jalanjäljestä kipsijäljennöksen sekä hiustupsun talteen ovat vanhemmille tärkeitä. Suurin osa isistä kokee terveydenhuoltohenkilökunnan jakavan vähän tai ei ollenkaan muistoja lapsestaan. (Itkonen 2018, 26; Aho 2010, 27, 73; Rikander 2017, 55-56.)

Isät kokevat tärkeäksi tukiverkoston osaksi perheen, sukulaisten ja ystävien lisäksi terveydenhuoltohenkilöstön ja ammattiauttajat. Terveydenhuoltohenkilöstön antamassa emotionaalisessa tuessa isät kokevat tärkeäksi kuuntelemisen, keskustelemisen ja kysymyksiin vastaamisen sekä läsnäolon ja yhdessä suremisen. Terveydenhuoltohenkilöstöltä toivotaan myös rehellisyyttä, myötätuntoa, luottamuksellisuutta sekä koko perheen huomioimista, tukemista ja kunnioittamista. Isät toivovat myös koko perheen selviytymisen arvioimista, tukea parisuhteeseen ja omien tunteiden ilmaisemiseen. Tärkeänä tukena isät ovat pitäneet tiedon ja tuen saamista kuolleen lapsen kohtaamiseen ja hyvästelyyn sekä erilaisten muistojen keräämiseen lapsesta. Lapsen nimeäminen, kunnioittava hoitaminen, sairaalan hoitorutiinit ja mahdollisuus olla niissä mukana sekä sairaalan erilaiset muistorituaalit ovat olleet isille positiivisia kokemuksia. (Itkonen 2018, 142, 174-175; Aho 2010, 24, 49-51; Rikander 2017, 56.) Isät haluavat tietoa suullisesti ja kirjallisesti lapsen kuolemaan johtaneista syistä, surusta ja sen erilaisuudesta. Tietoa toivotaan myös vertaistuesta ja muista tukihenkilöistä sekä erilaisten käytännön asioiden järjestämisestä kuten lapsen rekisteröimisestä tai mahdollisista lapsen kuolemaan liittyvistä lakiasioista. Isät kaipaavat myös ohjausta suru- tai vertaistukiryhmiin, jossa voi tutustua ja jakaa kokemuksia saman kokeneiden vanhempien kanssa. Konkreettista apua hautausjärjestelyihin, kuolemaan liittyviin paperiasioihin, kotitöiden ja mahdollisten lasten hoitamiseen toivotaan. Isät ovat kritisoineet terveydenhuoltohenkilöstöltä saatua tukea etenkin sairaalasta lähdön jälkeen ja he toivovatkin heiltä emotionaalista, tiedollista ja konkreettista tukea koko perheelle kotiutumisen jälkeen. Erityisesti yllätyksellisen lapsen kuoleman jälkeen tuki on ollut puutteellista. Sairaalasta tulisi ottaa yhteyttä isiin, sillä he eivät itse kykene ottamaan yhteyttä, vaikka he kokisivat sen tarpeelliseksi. (Aho 2010, 27-29, 70, 77.)

3 Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Tämä opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisena tutkimuksena ja tarkoituksena oli kartoittaa sairaalan hoitohenkilökunnan valmiuksia perheiden surussa tukemisessa keskenmenon tai kohtukuoleman jälkeen. Tutkimuksessa kerättiin tietoa sairaanhoitajien valmiuksista surun kokeneiden perheiden tukemisessa, kokemukset sairaalan toimintamallin sujuvuudesta sekä mahdolliset kehittämissuositukset sairaalan toimintamallin muuttamiseen yksilöllisten teemahaastattelujen avulla. Tavoitteena oli lisätä hoitohenkilökunnan tietoutta perheiden surussa tukemisessa keskenmenon tai kohtukuoleman jälkeen teoreettisen viitekehyksen ja kvalitatiivisen tutkielman tulosten avulla. Kerättyjä kokemuksia ja kehittämissuosituksia voidaan hyö-

dyntää sairaalan toimintamallin kehittämiseen sekä päivittämiseen koskien perheiden surussa tukemista keskenmenon tai kohtukuoleman jälkeen.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaisena sairaanhoitajat kokevat omat valmiutensa perheiden surussa tukemisessa?
2. Millaisia kokemuksia sairaanhoitajilla on sairaalan toimintamallista?

4 Tutkimuksen toteutus

4.1 Kvalitatiivinen tutkimus

Kvalitatiivisen tutkimuksen lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen tutkimukseen valittujen henkilöiden näkökulmasta. Todellisuus on moninainen ja tutkimuksessa on otettava huomioon, että todellisuutta ei voi hajottaa mielivaltaisesti osiin. Kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen prosessi voidaan jakaa nelivaiheiseen tapahtumasarjaan, jonka vaiheet ovat kysyminen, todistaminen, tulkitseminen ja tietäminen. Kysymisessä valitaan tutkimuksen menetelmä ja tunnistetaan osallistujat. Todistamisella tarkoitetaan tutkimukseen osallistuvien ihmisten kuuntelemista ja kokemusten varmistamista. Keskeistä siinä on vastuullisuus ja kuulun hyväksyminen. Tulkitseminen avulla yhdistetään yksittäisten osallistujien tarinoista kokonaisuus eli tutkimuksen tarina. Tietämisellä viitataan tutkimustulosten raportointiin. Raportointi voidaan tehdä esimerkiksi opettamalla, kirjoittamalla ja puhumalla tutkimuksen tuloksista. Kvalitatiivisen tutkimuksen aineistoa on mahdollista kerätä useilla eri menetelmillä. Aineisto kerätään mahdollisimman avoimin menetelmin. Näitä menetelmiä ovat esimerkiksi videointi, haastattelu ja havainnointi. Aineistona voivat olla myös kirjalliset aineistot esimerkiksi valokuvat tai piirustukset. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa on mahdollista myös yhdistää erilaisia aineistonkeruumenetelmiä. Koska aineisto koostuu merkityksistä, tarinoista ja kertomuksista, tutkimuksen avulla ei ole mahdollista saada tilastollisesti yleistettävää tietoa määrällisen eli kvantitatiivisen tutkimuksen tapaan. (Kylmä & Juvakka 2007, 16, 22-23, 27, 29, 33.)

Tähän opinnäytetyöhön on valittu tutkimusmenetelmäksi kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimusmenetelmä. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyritään kokonaisvaltaiseen tiedonhankintaan. Sen tavoitteena on ymmärtää tutkimuksen kohteena olevia ilmiöitä tutkimuksen osallistujien subjektiivisesta näkökulmasta. Kvalitatiivinen tutkimus kohdentuukin ensisijaisesti tutkittavan ilmiön laatuun ei sen määrään. Tutkimuksessa etsitään vastauksia kysymyksiin mitä, miten ja miksi. Kvalitatiivisen tutkimuksen alussa tutkimustehtävät ovat yleensä laajoja, mutta usein tarkentuvat tutkimuksen edetessä. Uusien tutkimustehtävien syntyminen on mahdollista tutkimusprosessin aikana. Kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimusmenetelmä edellyttää riittä-

vän suurta ja edustavaa otosta. Aineistonkeruuna kvantitatiivisessa tutkimuksessa käytetään yleensä tutkimuslomakkeita, joissa on valmiit vastausvaihtoehdot. Kvalitatiivinen tutkimus on kvantitatiivista tutkimusta vapaamuotoisempaa ja tämän vuoksi se sopii tähän opinnäytetyöhön paremmin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 161; Kylmä ym. 2007, 26.) Opinnäytetyölle haettiin tutkimuslupaa (Liite 4) ja se myönnettiin helmikuussa 2018. Tutkimusluvassa haettiin lupaa yksilöhaastatteluihin viidelle sairaanhoitajalle. Tutkimuslupahakemuksen liitteenä toimitettiin opinnäytetyösuunnitelma, opinnäytetyön tutkimussuunnitelman tiivistelmä, saatekirje (Liite 1) sekä haastattelurunko (Liite 2).

4.2 Tutkimuksen kohderyhmä

Kvalitatiivisen tutkimuksen osallistujat valitaan sen mukaan, kenellä on runsaasti omakohtaista kokemusta, tietoa sekä kiinnostusta tutkittavasta ilmiöstä (Kylmä & Juvakka 2014, 58). Osallistujia on yleensä vähän, joissakin tutkimuksissa vain yksi ihminen. Kvalitatiivinen tutkimus kohdistuu ensisijaisesti tutkittavan ilmiön laatuun ja sen tarkoituksena on kerätä mahdollisimman rikas ja syvä aineisto, jolloin jo yhden ihmisen haastattelusta kertyy aineistoa runsaasti. Tämän vuoksi osallistuneiden määrää joudutaan yleensä rajaamaan. Jos osallistuneita on paljon ja aineisto on laaja, se voi vaikeuttaa oleellisen tiedon löytämistä aineiston analysoinnissa. Aineisto voi toisaalta olla riittämätön, jos osallistujia on liian vähän. Tutkimukseen osallistuvien määrää ei välttämättä voida päättää etukäteen, vaan se arvioidaan tapauskohtaisesti. Osallistujien valintaan vaikuttavat tutkimuksen laajuus, tutkittavan ilmiön luonne, aineiston laatu sekä tutkimuksen asetelma. (Kylmä ym. 2014, 26-27; Kylmä ym. 2007, 80.) Kvalitatiivisessa tutkimuksessa otos valitaan käyttämällä tarkoituksenmukaista otantaa, verkosto-otantaa (lumipallo-otos) tai teoreettista otantaa. Tarkoituksenmukaisessa otannassa tutkija valitsee tietoisesti tietyt osallistujat, tapahtumat tai osiot tutkimuksensa aineistoksi. Tutkimukseen osallistuneiden valinnat tulee perustella huolellisesti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 112.)

Tutkimuksen kohderyhmänä oli kahden sairaalan hoitohenkilökunta. Sairaalan kliininen opettaja välitti osastoille saatekirjeen (Liite 1.) tutkimukseen osallistumisesta ja halukkaat ilmoittautuivat sähköpostitse tutkijoille määräaikaan mennessä. Tutkijoiden tavoitteena oli saada viisi haastateltavaa usealta eri osastolta, jotta varmistettiin riittävä ja luotettava tutkimusmateriaali. Riittävällä tutkimusmateriaalilla tarkoitetaan tässä yhteydessä sitä, että tutkijoiden tavoitteena oli saada kokemuksia sekä keskenmenoa, että kohtukuolemaa hoitaneilta sairaanhoitajilta. Haastatteluun ilmoittautui neljä sairaanhoitajaa määräaikaan mennessä ja yksi määräajan jälkeen. Kaikki viisi sairaanhoitajaa otettiin mukaan tutkimukseen. Ilmoittautuneilla oli kokemusta keskenmenon-, kohtukuoleman- tai molempien hoidosta. Haastattelun ajankohdasta sovittiin sähköpostitse haastateltavien kanssa ja yhdellä käyntikerralla tehtiin yksi haastattelu. Kaikki haastattelut tehtiin yksilöhaastatteluna keväällä 2018.

4.3 Aineistonkeruumenetelmä

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa yksi yleisimmistä aineistonkeruumenetelmistä on haastattelu. Haastattelun avulla voidaan tutkia erilaisia ilmiöitä sekä etsiä vastauksia erilaisiin ongelmiin. Haastattelutyyppejä ovat strukturoitu eli lomakehaastattelu, puolistrukturoitu eli teemahaastattelu sekä strukturoimaton eli avoin haastattelu. Haastattelun tärkeimpänä etuna pidetään haastattelun joustavuutta, koska sen avulla on mahdollista kerätä aineistoa tilanteen edellyttämällä tavalla ja vastaajia myötäillen. Haastattelutilanteessa voidaan toistaa haastattelukysymys, selventää ja syventää saatavia tietoja, oikaista väärinkäsityksiä sekä muuttaa haastatteluaiheiden järjestystä. Haastattelun etuna voidaan pitää myös sitä, että tutkimukseen osallistujia on aktiivinen osapuoli tutkimuksen teossa. Etuihin voidaan lukea myös se, että haastateltava harvoin kieltäytyy haastattelusta tai haastattelumateriaalin käytöstä tutkimukseen, kun haastatteluluvasta on sovittu henkilökohtaisesti. Haastateltavat voidaan tarvittaessa tavoittaa myöhemminkin, mikäli on tarpeen täydentää aineistoa. Haastattelumenetelmää voidaan käyttää arkojen ja vaikeiden aiheiden tutkimiseen, vaikka sen sopivuudesta onkin ristiriitaisia mielipiteitä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73; Hirsjärvi & Hurme 2014, 34-35, 43-44; Hirsjärvi ym. 2010, 204-205.) Haastattelun haittoina on, että haastattelun teko vie aikaa ja vaatii huolellista suunnittelua etukäteen. Haastattelijan tulee kouluttautua rooliinsa ja tehtäviin, sillä haastattelijalta edellytetään kokemusta ja taitoa. Virhelähteet ovat mahdollisia ja ne voivat aiheutua haastattelijasta, haastateltavasta tai itse haastattelutilanteesta. Haastateltava voi kokea tilanteen pelottavaksi tai itseään uhkaavaksi. Haastattelun luotettavuus voi myös heikentyä, sillä haastattelutilanteessa haastateltavalla on taipumus antaa sosiaalisesti hyväksytyjä vastauksia. (Hirsjärvi ym. 2014, 34-35; Hirsjärvi ym. 2010, 206.)

Haastattelun onnistumiseksi haastattelijan tulee kiinnittää huomiota tilaan, jossa haastattelu tehdään, nauhoituslaitteen sijaintiin, mahdollisiin häiriöääniin ja muihin häiriötekijöihin sekä istumajärjestykseen haastattelun aikana. Haastattelun paikka määräytyy tutkittavan ilmiön, tutkimuksen ongelman, käytettävissä olevien resurssien tai haastatteluun osallistujien perusteella. Tila voi olla osallistujan koti, jokin julkinen tila tai laitos, työpaikka, koulu tai jokin vapaamuotoisempi paikka, mutta haastattelu tulee toteuttaa rauhallisessa ja haastatteluun osallistujalle turvallisessa tilassa. Haastattelijan tulee kiinnittää myös huomiota, että tilassa on riittävä valaistus, jotta molemmat osapuolet näkevät toistensa ilmeet ja eleet, optimaalinen lämpötila ja vähäiset häiriötekijät. Istumajärjestyksessä tulisi kiinnittää huomio siihen, ettei haastatteluun osallistuja istu liian kaukana haastattelijasta, jotta voidaan ylläpitää luotamuksellista ilmapiiriä haastattelun aikana (Hirsjärvi ym. 2014 73-74, 90-91; Kananen 2014; 72). Molempien tulisi istua riittävän lähellä nauhoituslaitetta, jotta voidaan varmistaa nauhoituksen hyvä laatu. Haastattelijan tulee varmistaa ennen haastattelua, että istumajärjestys on haastattelulle suotuista. Haastattelutilanteeseen on varattava aikaa riittävästi, jotta lopuksi jää aikaa myös vapaamuotoiselle keskustelulle. Koska haastattelu on yleensä henkilökohtai-

nen tilanne ja suuntautuu arkoihin aiheisiin, haastattelua ei ole soveliasta lopettaa äkinäisesti omien tavoitteiden täytyttyä (Hirsjärvi ym. 2014, 75, 91).

Teemahaastattelulla pyritään löytämään merkityksellisiä vastauksia tutkimuskysymyksiin, jotka pohjautuvat teoreettiseen viitekehykseen. Tutkija on päättänyt teemahaastattelun teema-alueet sekä niihin liittyvät tarkentavat kysymykset etukäteen, mutta kysymysten tarkkaa järjestystä ja muotoa ei ole. Teemahaastattelun piirteisiin kuuluu erityisesti se, että haastattelu tehdään kielellisessä vuorovaikutuksessa haastateltavan kanssa, haastattelun suuntautuen pääsääntöisesti menneeseen aikaan. Teemahaastattelun kulku etenee yksilöllisesti ja muuttuvat tekijät voidaan ottaa huomioon. Teemahaastattelutilanteessa kysymykset ovat kaikille haastateltaville samat, mutta haastattelun aikana tutkija ja haastateltava voivat keskustella teemojen sisällä aiheesta vapaamuotoisesti. Näin saadaan tutkittavien ääni kuuluviin ja heidän tulkinnat asioista nousevat keskeiseksi. (Hirsjärvi ym. 2014, 47-48; Hirsjärvi ym. 2010, 208; Kananen 2014, 70-71.)

Tähän opinnäytetyöhön aineistonkeruumenetelmäksi valikoitui teemahaastattelu, koska se sopii hyvin arkojen ja herkkien aiheiden tutkimiseen. Teemahaastattelun teemoiksi valikoituvat suru keskenmenon tai kohtukuoleman jälkeen, surussa tukeminen sairaalassa, sairaalan toimintamalli keskenmenon tai kohtukuoleman hoidossa sekä sairaanhoitajien omat valmiudet ja koulutus. Teemat sekä teemojen alla olevat kysymykset pohjautuivat teoreettiseen viitekehykseen. Sairaalan osastoille toimitettiin saatekirje (Liite 1), jossa pyydettiin halukkaita tutkimukseen osallistujia ilmoittautumaan sähköpostitse tutkijoille määräaikaan mennessä. Haastattelut suoritettiin haastateltavien työpisteillä ennakoon sovitussa tiloissa, jotta haastateltavan työaika kului mahdollisimman vähän haastattelun tekoon. Haastattelutilat olivat suljettuja ja rauhallisia tiloja, joilla varmistettiin haastateltavien anonymiteetti sekä minimoitiin mahdolliset häiriötekijät haastattelun aikana. Nauhoituslaitteet käynnistettiin heti, kun istumajärjestykset olivat suotuisat, eikä haastattelun osallistujien kanssa keskusteltu ennen nauhoituksen aloittamista. Tällä pyrittiin säilyttämään haastattelijan ja haastatteluun osallistujan roolit sekä välttämään haastattelijan vaikuttamismahdollisuudet haastatteluvas-
tauksiin. Ennen haastattelun alkua haastateltaville kerrottiin tutkielman tavoitteista, tarkoituksesta sekä yleisesti haastattelun rakenteesta. Kaikilla haastateltavilla oli oikeus kieltäytyä haastattelusta tai keskeyttää se missä tahansa vaiheessa. Ennen nauhoitusta pyydettiin suostumus (Liite 3) materiaalin käytöstä tutkimukseen. Teemahaastattelussa oli sovittu etukäteen teemat ja teemoihin sopivat kysymykset, joita käytettiin haastattelun apuna (Liite 2). Haastattelu eteni yksilöllisesti jokaisen haastateltavan kohdalla ja teeman sisällä asioista keskusteltiin vapaamuotoisesti. Haastattelut nauhoitettiin kahdella eri nauhoituslaitteella, jotta varmistettiin haastattelumateriaalin säilyvyys tutkimuskäyttöön.

4.4 Aineiston analysointi

Sisällönanalyysi on kvalitatiivisen tutkimuksen perusanalyysimenetelmä, jonka tavoitteena on tutkittavan ilmiön laaja, mutta tiivis kuvaaminen kadottamatta sen sisältämää informaatiota (Kankkunen ym. 2013, 165-166; Tuomi & Sarajärvi 2013, 108). Muita tekstianalyysimenetelmiä ovat muun muassa diskurssianalyysi sekä historiallinen analyysi (Tuomi ym. 2013, 104). Sisällönanalyysi on systemaattista, ja se voidaan jakaa deduktiiviseen eli teorialähtöiseen ja induktiiviseen eli aineistolähtöiseen analysointiin (Kankkunen ym. 2013, 167).

Aineiston analysointi aloitetaan kuuntelemalla nauhoitetut haastattelut mahdollisimman pian haastatteluiden jälkeen, jotta äänenpainot, tauot sekä haastateltavan ja haastattelijan roolit tulevat esille. Sen jälkeen litteroidaan eli puhtaaksi kirjoitetaan koko haastatteluaineisto yleensä sanasta sanaan. Litterointitarkkuus on päätettävä etukäteen. Litterointi voidaan tehdä myös valikoiden eli esimerkiksi vain teema-alueista tai vain haastateltavan puheesta. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissa sanoja luokitellaan niiden teoreettisten merkitysten perusteella, joka perustuu induktiiviseen päättelyyn. Päättelyä ohjaa tutkimuksen ongelma (Kankkunen ym. 2013, 163-164, 167; Hirsjärvi ym. 2014, 138, 140.) Aineistolähtöinen sisällönanalyysi on kolmivaiheinen prosessi joka alkaa aineiston pelkistämällä. Tämän jälkeen aineisto ryhmitellään ja lopuksi luodaan teoreettiset käsitteet. Aineiston pelkistämävaiheessa litteroitu haastatteluaineisto, dokumentti tai muu asiakirja pelkistetään niin, että tutkimukselle epäolennaiset asiat karsitaan aineistosta pois. Pelkistäminen voidaan tehdä joko niin, että teksti pilkotaan osiin tai tiivistetään. Litteroidusta aineistosta alleviivataan eri värisillä kynillä olennaiset ilmaukset tutkimuskysymyksiin. Alleviivatut ilmaukset voidaan siirtää alkuperäisestä aineistosta erilleen. (Tuomi ym. 2013, 108-110.) Aineiston ryhmittelyssä käydään läpi aineiston alkuperäiset ilmaukset etsien niistä samankaltaisuuksia tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Samaa asiaa tarkoittavat käsitteet ryhmitellään ja yhdistetään luokaksi, jonka jälkeen luokka nimetään sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Käsite voi olla tutkittavan ilmiön piirre, käsitys tai ominaisuus. Aineisto tiivistyy, sillä luokittelun avulla yksittäiset tekijät sisällytetään yleisempiin käsitteisiin. Ryhmittelyn avulla luodaan pohja tutkimuksen perusrakenteelle ja saadaan alustavia kuvauksia tutkittavista ilmiöistä. (Tuomi ym. 2013, 110.) Käsitteellistämässä aineistosta erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja niistä muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Käsitteellistämässä edetään alkuperäisistä kielellisistä ilmauksista teoreettisiin käsitteisiin sekä johtopäätöksiin, jota jatketaan niin kauan kuin aineiston sisällön näkökulmasta on mahdollista. Se on prosessi, jossa yleiskäsitteiden avulla muodostetaan kuvaus tutkimuskohteesta. Uutta teoriaa muodostettaessa verrataan teoriaa ja johtopäätöksiä alkuperäiseen aineistoon koko ajan. Luokittelujen pohjalta muodostetut kategoriat tai käsitteet sekä niiden sisällöt kuvataan tuloksissa, ja johtopäätösten tekemisessä tutkijan tulee ymmärtää, mitä asiat merkitsevät tutkittaville. (Tuomi ym. 2013, 112-113.)

Opinnäytetyön aineisto analysoitiin litteroidusta tekstistä sisällönanalyysin ja teemoittelun avulla. Tutkimukseen valikoitui neljä eri teemaa; suru keskenmenon tai kohtukuoleman jälkeen, surussa tukeminen sairaalassa, sairaalan toimintamalli sekä sairaanhoitajan omat valmiudet ja koulutus. Aineiston analysointi aloitettiin keväällä 2018. Nauhoitetut haastattelut kuunneltiin lähes heti haastattelun teon jälkeen. Kaikki haastattelut litteroitiin kahden viikon sisällä haastattelun nauhoituksesta. Litterointi tehtiin sanasta sanaan ja haastatteluun osallistuneiden henkilöllisyys salattiin litterointivaiheessa niin, ettei haastatteluun osallistuneita voi tunnistaa litterointimateriaalista. Molemmat opinnäytetyön tekijät osallistuivat jokaisen haastattelumateriaalin litteroimiseen. Näin varmistettiin se, että molemmat opinnäytetyön tekijät saivat kosketuspintaa materiaaleihin ja kaikki materiaali tuli litteroitua. Kun kaikki haastattelut oli litteroitu, aloitettiin aineiston pelkistäminen. Pelkistämävaiheessa jokaiselle teemalle valittiin oma väri ja kaikista litteroiduista haastatteluista maalattiin tietyllä värillä tiettyyn teemaan kuuluvat asiat. Ulkopuolelle jäi se materiaali, joka ei ole olennaista tässä opinnäytetyössä. Seuraavaksi aineisto ryhmiteltiin. Samalla värillä maalatut tekstit siirrettiin uusille tiedostoille teemojen mukaan. Tämän jälkeen tarkistettiin, että kaikki maalattu materiaali on otettu mukaan. Uudelle tiedostolle luotiin taulukko, jossa samaa asiaa tarkoittavat ilmaukset ryhmiteltiin. Ryhmittelyvaiheessa valittu materiaali käytiin läpi ja tarvittaessa siirrettiin toiseen teemaan. Tämän jälkeen tehtiin aineiston käsitteellistäminen, jossa aineistosta kootut ilmaukset luokiteltiin ylempien käsitteiden alle. Käsitteellistämävaiheessa pelkistetyistä ilmauksista luotiin alaluokat, yläluokat sekä pääluokat. Aineistoa kertyi runsaasti haastatteluista ja tämä vaikutti opinnäytetyön pituuteen.

5 Tutkielman tulokset

Tutkielman tuloksissa tarkastellaan teemahaastatteluista esiin nousseita vastauksia teema-kohtaisesti. Teemahaastattelussa oli neljä teemaa, joiden alla oli 2-6 kysymystä. Tarvittaessa esitettiin tarkentavia lisäkysymyksiä. Haastateltujen sairaanhoitajien antamista vastauksista on liitetty suoria siteerauksia haastattelutulosten yhteyteen. Kuitenkin on huolehdittu siitä, ettei vastaajia voi tunnistaa sitaattien perusteella.

5.1 Suru keskenmenon tai kohtukuoleman jälkeen

Ensimmäinen teema käsitteli surua keskenmenon tai kohtukuoleman jälkeen (Taulukko 1). Teeman alla oli kaksi kysymystä, joissa kysyttiin hoitajien kohtaamia suru- ja sokkivaiheen reaktioita vanhemmilla sairaalassa. Kysymykset yhdistettiin ennen ensimmäistä haastattelua, sillä ne linkittyvät vahvasti toisiinsa. Tässä opinnäytetyössä ei eritellä surureaktioita ja äkillisen kriisin reaktioita erikseen, koska reaktiot limittyvät vahvasti toisiinsa. Termillä surureaktio tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä sekä surureaktioita että äkillisen kriisin eri vaiheiden reaktioita.

Surureaktiot

Sairaanhoitajat kuvailivat vanhempien surureaktioita sairaalassa keskenmenon tai kohtukuoleman jälkeen laajasti. Vastauksista kävi ilmi, että vanhemmat reagoivat yksilöllisesti, sillä suru on henkilökohtaista. Surua voidaan verrata kipuun - vanhemmat ottavat sen vastaan fyysisesti ja psyykkisesti.

“..kukaan muu ei viime kädessä pääse käsiksi siihen mikä sen ihmisen tuntemus on..”

“..itse ajattelen niin, että surussa on hyvin paljon samaa kuin kivussa. Kipua pidetään hyvin subjektiivisena..”

Osan vanhemmista kuvailtiin lamaantuvan varsinkin ensitiedon saamisen jälkeen. Usein toinen vanhemmista ottaa tukihenkilön roolin, jos toinen romahtaa. Vanhemmilla esiintyi sairaanhoitajien mukaan epätodellisuuden, epätietoisuuden sekä hämmentyneisyyden tunteita. Varsinkin alkuvaiheessa reagoitiin voimakkaallakin itkulla.

“..kun se tieto tulee et vauva on kuollut ni eihän ne ota mitään enää vastaan sen jälkeen..”

“..He tukee puolisoa ja ottaa vastaan sen tiedon (isä)..”

“..epäuskoisuus että no eihän tällaista voi tapahtua ja eihän mulla ole ollut mitään oireita..”

“..joskus on myös ollut niin että se on isä joka makaa lattialla ja itkee..”

Jotkut vanhemmat voivat olla vähäsanaisia tai ihan hiljaa. Erityisesti keskenmenon kohdatessa miehet kuvailtiin hiljaisiksi ja sulkeutuneiksi. Yksi sairaanhoitajista kuvaili synnytyksen aikaisesta tunnelmaa suruvoittoiseksi.

“..sanat on hyvin vähäisiä synnytystilanteessa..”

“..Miehet on monesti hirveen sulkeutuneita..”

Osa vanhemmista saattaa kieltää koko tapahtuneen, monet etsivät syytä sekä syyllistä vauvan kuolemalle ja pohtivat miksi juuri meidän vauva menetettiin. On myös vanhempia, jotka ovat

paenneet tilannetta, joka on täysin sietämätön. Vanhemmat voivat reagoida sairaalassa monella eri tavoin. Reaktiot voivat olla epätodellista naurua, aggressiivisuutta, huutoa tai silmittöytä raivoa. Vanhemmilla voi esiintyä ylluonnollisia ilmiöitä, äiti saattaa vaistota vauvansa kuoleman jo ennen sen toteamista.

“..ja kysyvät miks näin ja miks mulle..”

“..kyllä minulle on suututtukin keskenmeno tilanteessa, että miten muka voit sanoa noin..”

“..Toiset reagoi vahvasti ja huutamalla, ihan raivona käyttäytyy siinä tilanteessa..”

Sairaanhoitajat kuvailivat, että raskausviikkojen määrä voi vaikuttaa menetyksen hyväksymiseen sekä surun voimakkuuteen, sillä pienemmällä raskausviikoilla tapahtunut menetys on helpompi hyväksyä, kun sikiöllä ei ole vielä elinkykyä kohdun ulkopuolella. Keskenmeno merkitsee ihmisille myös eri asioita; jollekin se voi olla helpotus, toinen taas kokee menettäneensä oman lapsen. Vauvan kuolema vaikuttaa kuitenkin vanhempien koko loppuelämään.

“..keskenmeno merkitsee eri ihmiselle aika erilaisia asioita. Jollekin se voi olla luonnollisempi asia. Toinen puhuu synnytyksestä. Ja kun ajattelee et menettää sikiön aika alkuvaiheessa raskautta..”

“..se mikä kantautuu sieltä ihan loppuelämän läpi, et siellä on se kuollut lapsi taustalla..”

5.2 Surussa tukeminen sairaalassa

Toinen teema käsitteli perheen surussa tukemista sairaalassa (Taulukko 2). Teeman alla oli viisi kysymystä, joilla selvitettiin vaikuttaako raskausviikkojen määrä annettuun tukeen, mitä kehitettävää on keskenmenon jälkeisen surun tukemisessa, onko eroja surussa tukemisessa keskenmenon ja kohtukuoleman välillä, minkälaista tukea on tarjolla isille ja miten perheiden jaksamista ja voimavaroja arvioidaan. Tulosten käsittelyvaiheessa kahdesta eri teemasta tulleet kehitysehdotukset yhdistettiin, jonka vuoksi tästä teemasta kehitysehdotukset on siirretty ”sairaalan toimintamalli” -teemaan. Tulosten käsittelyvaiheessa siirrettiin myös ”sairaalan toimintamalli”-teemasta vastaukset koskien isien surussa tukemista tähän teemaosioon. Kysymykset käsittelivät samaa aihetta, joten oli loogisempaa käsitellä tulokset saman teeman alla. Siirto ei vaikuta tutkimustuloksiin, mutta selkeyttää tulosten lukemista. Lisäksi kysymykset ”miten raskausviikkojen määrä vaikuttaa annettuun tukeen?” sekä ”minkälaisia eroja on

annetussa tuessa keskenmenon ja kohtukuoleman välillä?” yhdistettiin, koska kysymykset linkittyivät toisiinsa ja niistä saatiin samansuuntaisia vastauksia. Tässä teemassa pääluokkia muodostui viisi, joita ovat surussa tukeminen sairaalassa, raskausviikkojen määrän vaikutus perheiden surussa tukemiseen, isien surussa tukeminen sairaalassa, muutostarve surussa tukemiseen sekä perheen jaksaminen ja voimavarat.

Surussa tukeminen sairaalassa

Sairaanhoitajat kuvailivat haastatteluissa monipuolisesti perheiden surussa tukemista sairaalassa. Perheiden surussa tukemisessa on tärkeää, että sairaanhoitaja on läsnä perheelle ja kohtaa vanhemmat empaattisesti ja lempeästi. Tarvittaessa vanhemmille tarjotaan mahdollisuus käsitellä hetken aikaa tapahtunutta kahdestaan. Sairaanhoitajien toiminnalla ja sanoilla on vaikutus siihen, minkälainen muisto ja kokemus vanhemmille jää keskenmenon tai kohtukuoleman hoidosta sairaalassa. Kokemukset voivat vaikuttaa vanhempien suruprosessiin. Yksi sairaanhoitajista kuvaili, että ihmiset ovat vieraantuneet surevan kohtaamisesta.

”..uskalla olla läsnä..”

”.. Niin tärkeä ku ne näytteet on, mut monesti on semmonen olo että se äiti ja isä tarvis mun läsnäoloa. Niit ei voida sielä perheen kesken ottaa sitte niit näytteitä..”

”..pitää olla tuntoaistit tai tuntosarvet tallella et miten tän perheen kans toimitaan..”

Tunteiden sallimisella tarkoitetaan sitä, että hyväksytään kaikki tunteet ja niille annetaan tilaa. Itkun salliminen on myös tärkeää. Vanhempia saa koskettaa, kunhan säilyttää heidän reviirinsä. On myös paljon vanhempia, jotka kaipaavat hiljaisuutta. Fyysistä kipua pyritään poistamaan mahdollisimman paljon.

”..se on heidän reaktiota ja se pitää hyväksyä..” (huutaminen ja raivo)

”..Kosketat jos se tuntuu siltä et siihen pystyy ihmistä koskettaa..”

Sairaanhoitajan tulee kommunikoida selkeästi ja varmistaa, että perhe on ajan tasalla tilanteesta ja ymmärtää kaikki asiat. Sairaanhoitajien tehtävänä on tarjota kaikille läheisille mahdollisuus hyvästellä kuollut vauva ja rohkaista muistojen ottamiseen.

”..pitää ajan tasalla sitä perhettä, koska niillä on menny ihan hirveesti ohi, kun se tieto tulee et vauva on kuollu ni eihän ne ota mitään vastaan sen jälkeän...”

Sairaanhoitajan ei tarvitse osata vastata kaikkiin kysymyksiin, sillä syytä vauvan kuolemalle ei aina löydy. Miksi -kysymykseen ei välttämättä ole vastausta ja sairaanhoitajan tulee sietää epätietoisuutta. Sairaanhoitajan tehtäviin kuuluu myös toivon ylläpitäminen. Vanhemmille annetaan lupa puhumiseen ja heitä kuunnellaan.

“..se, että sen vaan tunnistaa ja tunnustaa nille vanhemmille (oman vajavaisuuden) niin siitä on heillekin hyötyä et he eivät koe et he on ainoat jotka ei ymmärrä vaan et muutkaan ei ymmärrä..”

”.. onko ehtinyt vielä käsittää millaisia ajatuksia, onko saanu nukuttua, onko vielä ehtinyt jutella keskenänne, oletteko ehtinyt kertoa vielä kenellekään..”

Raskausviikkojen määrän vaikutus perheiden surussa tukemiseen

Sairaanhoitajien mukaan hoitohenkilökunta ei saisi määritellä ihmisen menetyksen suuruutta missään tilanteessa. Osa sairaanhoitajista oli sitä mieltä, ettei raskausviikkojen määrä vaikuta sairaanhoitajien antamaan tukeen surussa. Osa taas oli sitä mieltä, että sairaanhoitajien antama tuki lisääntyy mitä pidemmällä raskaus oli. Vanhempien kokema menetys huomioidaan laaja-alaisesti ja yksilöllisten tarpeiden mukaan sekä henkistä jaksamista arvioidaan jokaisella käynnillä. Sairaanhoitajat kuvailivat pitkäviikkoisia keskenmeno- ja kohtukuolematilanteita pidemmiksi prosesseiksi, sillä niihin liittyy paljon käytännön järjestelyjä, lisätutkimuksia ja byrokratiaa. Sairaanhoitaja on kohtukuolemaperheiden kanssa niin pitkään kuin tarve vaatii. Erityisesti keskenmenopotilaiden kohdalla kiire ja hoitoajan rajallisuus rajoittaa surussa tukemista. Sairaanhoitajien mukaan harvoin on mahdollisuus saada kollega jatkamaan seuraavien potilaiden kanssa, jotta sairaanhoitaja voi jatkaa keskenmenon kohdanneen perheen kanssa.

”..se ei ole hoitohenkilökunnan tehtävä määrittää asiakkaan tai potilaan puolesta, mitä se keskenmeno sille merkitsee..”

”..Ei voi olla niin, että me ammattilaisina luodaan joku näkökulma millä tavalla vanhempien pitää surra...”

”..Mitä lähempänä ollaan sitä kahtakytkahtaviikkoa ja synnytystä, niin sitä tavallaan suurempi tuki hoitohenkilökunnan puolelta on..”

”..se mitä siinä pitäisi tehdä olisi se, että kellot seis. Kiire loppu..”

Isien tukeminen sairaalassa

Sairaanhoitajat huomioivat omalla persoonallaan isän surun kohtukuolema- ja keskenmenotilanteessa sekä osoittavat tukea molemmille vanhemmille. Isille on olemassa heille suunnattuja tukikeinoja jonkin verran, joita pyritään tarjoamaan kaikille halukkaille. Tukikeinojen tarjoamisessa on kuitenkin eroja osastojen sekä sairaanhoitajien välillä. Isien surussa tukemisesta ei ole erillisiä ohjeistuksia sairaalassa. Yksi sairaanhoitajista oli sitä mieltä, että keskenmenon kokeneille äideille kohdennetaan enemmän tukea kuin isille.

”..meillä on pari isäryhmää, johon me annetaan välillä yhteystietoja isille tai kysytään lähinnä, että haluaako ne niitä..”

Perheen jaksaminen ja voimavarat

Perheen tukiverkoston ja vertaistuen kartoittaminen on osa surussa tukemista. Hoitohenkilökunnan tehtävänä on tarjota mahdollisuudet tuen hakemiseen. Perheen voimavarojen kartoittamiseen ei ole mitään systemaattista arviointitapaa. Voimavaroja kartoitetaan keskustelemalla vanhempien kanssa sekä kysymällä suoraan tuen tarpeesta ja muodosta. Sairaanhoitajan pitää osata lukea perhettä ja aistia perheen tunnetila ja toimia sen mukaan. Vanhemmille tarjotaan ulkopuolista keskusteluapua, tietoa vertaistukiryhmistä sekä mahdollisuus ottaa jälkikäteen yhteyttä sairaalaan. Sairaanhoitajien mukaan vanhemmat käyttävät vähemmän tukikeinoja hyödykseen keskenmenotilanteissa kuin kohtukuolematilanteissa. Vanhempien suruprosessin etenemistä auttaa poistuminen kotoa sekä asioiden käsittely ammattilaisten kanssa.

”..vanhemmat huomattavasti vähemmän niitä välineitä haluaa käyttää keskenmenotilanteissa, kun sitten ihan kohtukuoleman kohdatessa..”

”..Usein kysyn, onko sulla ketään läheistä, joka ois kokenut tän saman, jonka kanssa vois jutella...”

5.3 Sairaalan toimintamalli

Kolmas teema käsitteli sairaalan toimintamallia (Taulukko 3). Teeman alla oli kuusi kysymystä, joista yksi kysymys koskien isien surussa tukemista siirrettiin tulosten käsittelyvaiheeseen toiseen teemaan. Kysymysten avulla selvitettiin miten sairaanhoitajat ovat hyödyntäneet sairaalan toimintamallia työssään, miten surussa tukeminen näkyy toimintamallissa ja millaisia

muutoksia sairaanhoitajat toivovat toimintamalliin koskien surussa tukemista. Lisäksi kysyttiin, miten moniammatillinen yhteistyö näkyy perheiden surussa tukemisessa ja millaista yhteistyötä on neuvolan kanssa koskien keskenmenoa tai kohtukuolemaa ja mitä kehitettävää siinä on. Pääluokkia muodostui tässä teemassa neljä ja ne ovat sairaalan toimintamalli, moniammatillinen yhteistyö, yhteistyö neuvolan kanssa ja kehitysehdotukset.

Sairaalan toimintamalli

Vanhemmat voivat lähteä kotiin tai jäädä sairaalaan, kun kohtukuolema on todettu. Kuolleetta vauvasta voidaan ottaa muistoksi valokuvia, käden- ja jalanjäljet sekä hiustupsu. Vanhemmat ovat kokeneet muistot tärkeiksi. Vanhemmat saavat olla vauvan kanssa niin kauan kuin haluavat ja hyvästelyyn voi tuoda halutessaan mukaan läheisiä. Äidistä ja kuolleesta vauvasta otetaan paljon näytteitä kohtukuoleman yhteydessä. Lisäksi vanhemmilta kysytään lupa ruumiinavauksen kuolinsyyn selvittämiseksi.

”..monesti perhe lähtee kotiin ja seuraavana päivänä ruetaan käynnistämään synnytystä..”

”..kohtukuoleman jälkeen vanhemmilta kysytään, että haluaako he jäädä sairaalaan heti ja he saa perhehuoneen siellä tai jonkun pienen komeron missä he voivat olla kahdestaan..”

Kohtukuoleman hoidossa on käytössä kahden käynnin taktiikka. Sairaanhoitajat kuvailivat kahden käynnin taktiikkaa niin, että vanhemmat saavat 2-3 viikon kuluttua käynnin, jossa karotetaan heidän jaksamista. Toinen käynti on kolmen kuukauden kuluttua, jossa käydään kohtukuolematilannetta kokonaisuudessaan uudelleen läpi. Sairaanhoitajat olivat saaneet kahden käynnin taktiikasta paljon positiivisia palautteita. Sairaanhoitajat toivoivat, että muutkin sairaalat ottaisivat kohtukuoleman hoidossa tämän kahden käynnin taktiikan käyttöönsä, sillä siitä on saatu hyviä tuloksia aikaan.

”..kolmen kuukauden jälkeinen käynti on tosi tärkeä myös, koska silloin siitä on jo aikaa, heil on ehtiny tulla paljon kysymyksiä, he ehtii myös käsittelemään niitä asioita ihan erilailla, niin silloin se tiedon vastaanottaminen on helpompaa..”

Keskenmeno hoidetaan aina yksilöllisesti, yli 12 viikkoiset keskenmenot hoidetaan osastolla. Keskenmenosta ei saa sanoa potilaalle ennen kuin tilanne on täysin varma. Keskenmenon hoitoon on olemassa hyvät lääketieteelliset ohjeet. Niissä sivutaan jonkin verran myös henkisen tuen antamista. Henkisen tuen antaminen on lähtöisin hoitajan persoonasta ja työskentelyta-

vasta. Keskenmenopotilaille soitetaan 2-5 päivän kuluessa ensitiedosta ja se on koettu toimivaksi. Sairaanhoitajat kertoivat, että perään soiton perusteella mietitään miten perhe pärjää kotona.

”..sanon, että nyt näyttää siltä, että ei vastaa viikkoja..”

”..varmistetaampa tilanne, koska joskus voi olla oikeesti tilanne, että se on tosi alkuraskaus ja jos mää oon sanonu että kuollu on ja sitte onki elossa. Nii jumlaa..”

”..meilläkin osastolla on hoito-ohjeet ja niissä lukee ranskalaisin viivoin hoitosuunnitelmassa huomioitavia asioita, on myös ohjauksesta ja henkisen tuen kartoittamisesta ja sen tarjoaisesta. Se miten se käytännössä toteutuu on mun näkökulmasta vielä liian paljon sen hoitajan omissa käsissä..”

”sen soiton perusteella sitten mietitään miten ne pärjäilee..”

”..yleensä asiakkaat on ihan tyytyväisiä siihen, että heille soitetaan..”

Sairaanhoitajat kuvailivat kollegoiden välistä yhteistyötä ja tukemista pääsääntöisesti toimivaksi. Osa sairaanhoitajaista koki, että he saavat herkästi toisilta apua ja pystyvät keskenään käymään asioita läpi sekä purkamaan ajatuksia ja tunteita. Osa sairaanhoitajista taas koki, että he eivät saa tarvittavaa apua ja tukea kollegoilta, vaikka sitä kaipaisivat.

”..ois organisoimista, että jos on semmonen kollega, joka näkee tilanteen ja pystyy tulee auttaa, mut ei aina oo. Tai että ei oo sellasta kolleegaa, joka hoksaa et hei sä tarviit varmaan apua tossa..”

”..siinä hetkessä ei ollu ketään..”

”..hyvin keskenämme kyllä pystytään suodattamaan ja ruotimaan sitä asiaa ja käymään sitä läpi ja pystyy tulee huoneest ulos ja itkee siel käytävä tai kollegalle purkaa..”

Toimintatavoissa on oleellista perhekeskeisyys ja yksilöllisyys. Sairaanhoitajien mukaan toimintamalli perustuu siihen, että vanhempia kohdellaan yksilöinä. Toimintamallissa painotetaan perhelähtöisyyttä ja vanhempien toiveita kunnioitetaan. Sairaanhoitajien mukaan vanhempien kokema menetys huomioidaan seuraavassa raskaudessa ja raskautta pyritään seuraamaan niin tiiviisti kuin perhe haluaa. Seuraavassa raskaudessa myös neuvola laittaa herkäs-

ti lähetteen sairaalalle. Sairaanhoitajat pitivät erittäin tärkeänä sitä, että ollaan läsnä myös seuraavassa raskaudessa, koska seuraava raskaus kuten koko loppu elämä on surun käsittelyä. Jos kohtukuolemalle on löytynyt syy, se voidaan huomioida seuraavassa raskaudessa.

”..perhekeskeisyys ja yksilöllisyys on mielestäni toimintamallissa se oleellinen hyvä juttu..”

*”..tarjotaan niitä mahdollisuuksia käsitellä, mutta se käsittely tapahtuu jos-
sain muualla..” (surun tukeminen toimintamallissa)*

”..ollaan läsnä myös siinä seuraavassa raskaudessa..”

Moniammatillinen yhteistyö

Vanhemmille tarjotaan tarvittaessa sosiaalityöntekijän, sairaalapastorin, perhe- ja pariterapeutin, seksuaaliterapeutin, psykiatrisen sairaanhoitajan, lastenlääkärin, patologin, gynekologin, psykiatrin ja psykologin apua. Perheille annetaan tarvittaessa myös kriisipäivystyksen puhelinnumero sekä ohjataan psykiatrisille poliklinikoille. Myös Kansaneläkelaitoksen eli Kelan kanssa tehdään yhteistyötä. Käpy ry:n tukimahdollisuuksia ja esitettä tarjotaan vaihtelevasti vanhemmille. Etri-toiminta on koettu hyväksi toimintatavaksi, mutta resurssija sen toimintaan sekä vertaisvanhempia kaivataan enemmän. Sairaanhoitajat kokevat moniammatillisen yhteistyön toimivaksi. Sairaanhoitajien mielestä tiedonkulku hoitohenkilökunnan välillä ja hoitokokonaisuus kohtukuolematilanteessa on erittäin tärkeää.

Yhteistyö neuvolan kanssa

Sairaalasta ollaan yhteydessä neuvolaan kohtukuolematilanteessa puhelimitse. Keskenmenon yhteydessä perhe on itse yhteydessä neuvolaan ja ilmoittaa tapahtuneesta. Yksilöllisten tekijöiden perusteella voidaan olla yhteydessä neuvolaan myös keskenmenon jälkeen. Tätä tapahtuu kuitenkin harvoin. Sairaanhoitajat toivovat tiiviimpää yhteistyötä neuvolan kanssa kohtukuolema- ja keskenmenotilanteissa. Esimerkiksi keskenmenopotilaiden psyykkistä jatkohoitoa olisi hyvä kehittää yhteistyössä neuvolan kanssa. Myös yhteiset koulutukset ja tiedon jakaminen olisivat tärkeää yhteistyötä neuvolan kanssa. Sairaanhoitajilla ei ole tietoa siitä, kuinka valmistautuneita terveydenhoitajat ovat esimerkiksi kohtukuolematilanteiden varalta. Seuraavassa raskaudessa menetys kuitenkin nousee pintaan ja surun käsittelemiseen tulisi olla keinoja sekä neuvolassa että sairaalassa.

”..me ei tiedetä miten neuvolan terveydenhoitajat on valmistautuneita siihen, heillä se hoito loppuu hyvin nopeesti siinä, mutta taas seuraavassa raskaudessa se nousee aina esille..”

”..Ois hyvä et kätilö ja se neuvolan terveydenhoitajat tekis yhteistyötä, koska se terveydenhoitajat jatkaa siitä sen perheen kanssa..”

”..Aina tarvitaan koulutusta ja keskenmenopotilaat tarvitsisivat ehdottomasti vaikka sit mielummin julkiseen neuvolaan jonkun terveydenhoitajan pitämää vastaanottoa tai et neuvolassa vaikka sit koulutetaan et saatais lisä koulutusta ja annettais sitä tilaa niiden asioiden käsittelemiseen. Et ihmiset jää aika yksin niiden kanssa..”

Kehitysehdotukset

Toimintamallin kehittämiseen surussa tukemisen osalta tarvitaan lisää tutkittua tietoa molempien vanhempien huomioimisesta ja tukemisesta. Kaikkien olisi hyvä tuntee toimintamallin hoidon laadun takaamiseksi. Vanhemmille suunnattuun keskusteluapuun tulisi saada lisää resursseja ja sitä tulisi kehittää. Sairaanhoitajat toivovat nimettyjä kokemusasiantuntijoita, joille vanhemmat voidaan ohjata. Sairaalassa on rajalliset resurssit ja ihmiset kaipaavat enemmän hoitoa, joten osa hakeutuu yksityisille lääkäriasemille.

”..että voi tarvittaessa saada apua siihen, että voit jatkaa työtä sen keskenmenon kokeneen potilaan kanssa ja pysähtyä siihen...”

”..jonkinlainen jälkikuuleminen tai mahdollisuus jonka saa halutessaan käyttää ois tarjolla...”

Keskenmenopotilaiden surussa tuen tarve on suurempi mitä sairaalassa voidaan tarjota. He eivät välttämättä osaa aina hakea tarvitsemaansa tukea. Sairaanhoitajat kokivat haasteellisena myös sen, miten saadaan kartoitettua perheen todelliset voimavarat. Hoitosuhteen jatkuvuus ja pitkät hoitosuhteet yhden perheen kanssa parantaisivat kokonaisvaltaista perheiden tukemista.

”..ne ihmiset kaipais taas hoitotyön näkökulmasta ehdottomasti enemmän hoitoa...” (keskenmeno, pienillä viikoilla)

”..semmonen hoitokokonaisuus mikä pitäis olla kaikkien hoidossa. Eli sulla olis se yks kätilö joka kulkee sun kanssa ihan sen koko raskauden ajan..”

Yksi sairaanhoitajista oli sitä mieltä, että kohtukuolematilanteessa tarvittaisiin joskus työpari, koska hän koki näyttöiden ottamiseen menevän ajan olevan pois perheeltä. Tällöin toinen sairaanhoitajista voisi olla perheen kanssa ja toinen ottaa näyttöet kuolleesta vauvasta ja hoi-
taa muut käytännön järjestelyt.

5.4 Sairaanhoitajien omat valmiudet ja koulutus

Neljäs teema käsitteli sairaanhoitajien omia valmiuksia ja heidän saamiaan koulutuksia (Taulukko 4). Teeman alla oli kuusi kysymystä. Hoitajilta kysyttiin, millaisia valmiuksia hänellä itsellään on äidin ja isän surussa tukemiseen, miten peruskoulutuksessa käsiteltiin surussa tukemista, minkälaista koulutusta on työpaikalla saatavana surussa tukemiseen ja koulutustoi-
veita. Viimeisenä kysyttiin, minkälaisia reaktioita sikiön kuolema sinussa on herättänyt van-
hempien läsnä ollessa sekä koetko oman roolisi merkitykselliseksi perheiden surussa tukemi-
sessa. Pääluokkia muodostui viisi ja ne ovat sairaanhoitajan valmiudet surussa tukemisessa, sairaanhoitajan omat tunnetilat, sairaanhoitajan saama koulutus, sairaanhoitajan toiveet lisä-
koulutuksista sekä sairaanhoitajan oman roolin merkityksellisyys.

Sairaanhoitajien valmiudet surussa tukemisessa

Sairaanhoitajat kokevat omat valmiutensa surussa tukemisessa melko hyvänä. Sairaanhoitajat kuvailivat työskentelevänsä surussa tukemisessa yksilöllisesti oman persoonan kautta, riippu-
matta siitä kuinka hyvän koulutuksen on saanut surussa tukemiseen. Sairaanhoitajien mielestä keskenmenon ja kohtukuoleman kohtaaminen on henkilökohtaisestikin rankka tilanne. Sai-
raanhoitaja oppii työssään kohtaamaan kuoleman ja hyväksymään elämän hallitsemattomuuden. Sairaanhoitajien työstä palautumiseen auttaa muun muassa oma perhe.

*“..tässä työssä ymmärtää sen, että kaikkeen ei pysty, kaikkeen ei voida vai-
kuttaa, vaikka me hyvin pitkälle voidaankin raskautta ja synnytystä suunnitel-
la, mutta koskaan me ei kaikkia saada hengissä syntymään..”*

Sairaanhoitajien mukaan perheiden surussa tukemisessa on tärkeää avoimuus, rauhallisuus, läsnäolo, toisen tunnetilan tunnistaminen ja myötäeläminen. Perheiden surussa tukemisen valmiuksia lisää oma eletty elämä ja aktiivisuus tiedon kartoittamiseen. Sairaanhoitajat kuvai-
livat, että valmiuksia työhön on saanut myös kollegoilta ja perehdytyksen myötä. Sairaanhoi-
tajien mukaan tietoa karttuu opiskelemalla itse vapaa-ajalla surussa tukemiseen liittyviä asi-
oita ja ihmisten kuuntelemisesta. Kätilön koulutus antaa itsessään vähän valmiuksia.

Sairaanhoitajan omat tunnetilat

Sairaanhoitajien mukaan heidän tulee hallita omat tunteensa ja säilyttää ammatillisuus perheen kanssa. Heidän mielestään tunteet saa kuitenkin myös näyttää ja itku on sallittua. Sairaanhoitajan tulee kestää ristiriitaisia tunteita, kun potilaiden tilanteet voivat vaihdella ilosta suruun. Kohtukuolematilanne on sairaanhoitajien mielestä havahduttava ja järkyttävä. Epätietoisuuden ja oman vajavaisuuden myöntäminen kuuluu sairaanhoitajan työhön.

“..et saa olla se hysteerisin osapuoli tiimissä..”

“..se, että sä meet ihan laidasta laitaa niis omissa tunteissa niin kyl se tekee tiukkaa siellä..”

“..sä olet mukana siinä mut ne tunteet ei sillä lailla pääse pintaan ja sit ku ne lähtee ovesta niin sit rauhotetaan vähän aikaa itteensä ja saattaa olla että vähän jopa joutuu itkemään siinä ja sit vaan otetaan se seuraava sisään..”

“..niin voi sanoa, että tiiätkö mulla ei oo sanoja..”

“..ei siihen koskaan tuu sitä rutiinia..”

Useampi sairaanhoitaja kertoi vanhempien kaipaavan niin ensitiedon hetkellä kuin synnytyksenkin aikana hiljaisuutta. Aina ei tarvitse sanoa mitään ja hiljaisuuden myötä pääsee katsomaan sitä miten potilaat reagoivat ja miten pariskunta yhdessä reagoi menetykseen. Sairaanhoitajan tulee kestää hiljaisuutta.

“..hiljaisuuden myötä sä pääset katsomaan miten ne ihmiset reagoi siihen. Miten se pariskunta yhdessä reagoi siihen..”

Sairaanhoitajan oman roolin merkityksellisyys

Sairaanhoitajat kokevat oman roolinsa merkitykselliseksi surun tukemisessa. Sairaanhoitajat haluavat olla tukihenkilöinä vanhemmille ja heidän käytettävissä. Heidän mielestä on tärkeää mikä olo vanhemmille jää hoidosta sairaalassa ja pitävät perheen antaman palautteen tärkeänä.

“..se on palkitsevaa kun joku valtavan menetyksen jälkeen sanoo tossa ovella et kiitos paljon..”

“..haluan olla se ihminen joihin he myös tukeutuu, jos heillä on kysyttävää, jos he ihan siis kaipaa mitä tahansa..”

Sairaanhoitajan saama koulutus

Peruskoulutuksessa surussa tukemista on käsitelty vaihtelevasti. Osa sairaanhoitajista eivät muistaneet onko siitä puhuttu peruskoulutuksessa. Yksi sairaanhoitaja kertoi, että surussa tukemista ja siitä puhumista jopa hieman välteltiin opiskeluaikana ja rankkoihin tilanteisiin ei tarvinnut mennä mukaan. Työpaikan tarjoamaa koulutusta surussa tukemiseen on tarjolla jonkin verran. Sairaanhoitajien pitää olla itse kiinnostuneita ja aktiivisia lisäkoulutusten hakemisessa. Yksi sairaanhoitajista kuvaili, että etri-koulutus sisältää koulutusta perheiden surussa tukemisesta lapsen kuoleman jälkeen, mutta siihen on haettava erikseen. Opiskelijat saavat tulla mukaan keskenmenon ja kohtukuoleman hoitoon, mikäli perheelle sopii. Yhden sairaanhoitajan mukaan opiskelijoita ei haluta yleensä synnytystilanteeseen, kun kyseessä on jo todettu kohtukuolema. Sairaanhoitajat toivovat, että opiskelijat pääsisivät tilanteeseen useammin mukaan.

”..jos siellä on trauma taustalla niin se että siellä voi olla yksikin lähenkilö siel huoneessa niin voi olla, että se asiakas menee aika lukkoon..”

”..se on opiskelijana hirveen tärkeitä olla mukana myös niissä negatiivisissa asioissa..”

Sairaanhoitajien toiveet lisäkoulutuksista

Sairaanhoitajat kaipaavat lisää koulutusta ulkopuolisilta toimijoilta surussa tukemiseen. He nostivat esille kokemusasiantuntijat, joilta voisi saada arvokasta tietoa minkälaista tuen tarvetta menetyksen kokeneilla ihmisillä voisi olla. Myös tutkittua tietoa surussa tukemisesta kaivattiin lisää. Psykoterapeuttien ja psykologien antamaa koulutusta ehdotettiin myös yhdeksi koulutusvaihtoehdoksi. Yksi sairaanhoitajista ehdotti jatkuvaa koulutusta, joka olisi kaikille mahdollinen. Tasalaatuisemman hoidon takaamiseksi ehdotettiin myös strukturoitua ohjauksrunkoa, jolloin hoito ei olisi riippuvaista sairaalasta tai hoitajasta. Kaikkien kouluttamisen mahdollisuutta pidettiin toisaalta epätodennäköisenä, koska se vaatisi paljon resursseja sekä rahaa.

”..haluaisin et se kouluttaja on joku joka tuntee aiheen, joku joka on sitä asiaa tutkinut tai hyvin pitkälle tehnyt surun kanssa töitä..”

Sairaanhoitajat toivovat enemmän kokemusten jakamista kollegoiden kanssa sekä koulutusta surussa tukemiseen. Useampi sairaanhoitaja ehdotti kollegoiden kanssa tietojen ja kokemusten jakamista esimerkiksi pienissä ryhmissä. He toivoivat, että voisivat kollegoiden kanssa jakaa tietoa siitä, miten kohdataan sureva ihminen, minkälaisia sanoja kannattaa valita ja

toisaalta mitkä ovat pahimpia virheitä mitä on tullut sanottua surevalle potilaalle. Osa sairaanhoitajista kertoi jakavansa jo nyt työssään tietoa, kokemuksia sekä käyvänsä läpi haasteellisia tilanteita kollegoiden kanssa. Osa sairaanhoitajista koki taas, että työn sisällöstä, sen tekemisestä tai kehittämisestä puhutaan vähän kollegoiden kesken.

”..välillä sitä puhutaan yllättävän vähän työpaikoilla siitä ite työn sisällöstä ja siitä miten sitä tehdään ja miten sitä vois kehittää..”

6 Pohdinta

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kerätä tietoa yksilöllisten teemahaastatteluiden avulla hoitohenkilökunnan valmiuksista keskenmenon tai kohtukuoleman kohdanneiden perheiden surussa tukemisessa, kokemukset sairaalan toimintamallin toimivuudesta sekä mahdolliset kehittämis ehdotukset. Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä hoitohenkilökunnan tietoutta perheiden surussa tukemiseen keskenmenon tai kohtukuoleman jälkeen teoreettisen viitekehyksen ja kvalitatiivisen tutkielman tulosten avulla.

Yhteistyö yhteistyökumppaneiden kanssa sujui ongelmitta. Opinnäytetyön suunnitelma- ja toteutusvaiheessa oltiin yhteydessä säännöllisesti sairaalan kliniseen opettajaan, jotta tutkimuksen työstäminen ja valmis tuotos olisi sairaalan ohjeistusten mukainen. Tutkimuslupaprosessi eteni sujuvasti ja tutkimuslupa (Liite 4) saatiin melko nopeasti. Yksilöhaastatteluiden toteuttaminen sujui hyvin. Haastatteluihin ilmoittautui riittävästi sairaanhoitajia määräaikaan mennessä ja haastattelut saatiin toteutettua tavoiteaikataulussa. Yksilöllisistä haastatteluista kertyi aineistoa kattavasti. Sairaanhoitajat kokivat omat valmiutensa perheiden surussa tukemisessa melko hyvänä. Tutkimustuloksista kävi ilmi, ettei sairaalan toimintamallissa surun tukemista ole avattu juurikaan. Sairaanhoitajat kaipaavat surussa tukemiseen yhteistä linjaa. Haastatteluista kertyi useita kehitysehdotuksia sairaanhoitajien valmiuksien lisäämiseksi. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää sairaalan toimintamallin sekä koulutusten kehittämiseen. Sairaanhoitajien valmiuksien kartoittaminen perheiden surussa tukemisessa teemahaastattelun avulla oli toimivaa. Sairaalan toimintamallin kehittämiseksi tarvittaisiin kuitenkin vielä tutkimusta potilaiden näkökulmasta sairaalasta saatavaan tukeen surussa. Opinnäytetyön teoreettisen viitekehyksen laatiminen oli ajoittain haasteellista, sillä suomenkielisiä tutkimuksia koskien joko kohtukuolemaa ja surua tai keskenmeno ja surua ei ollut juurikaan tarjolla. Keskenmeno sekä kohtukuolema ovat aiheena hyvin arkoja ja perheiden surussa tukemisen laajempi tutkiminen voi vaatia perheiden kokemusten tutkimista.

6.1 Tulosten tarkastelu

Ensimmäinen teema käsitteli perheiden surua keskenmenon tai kohtukuoleman jälkeen. Tutkielman tuloksista kävi ilmi, että haastatteluun osallistuneet sairaanhoitajat kuvasivat kattavasti keskenmenon ja kohtukuoleman jälkeistä perheiden surua osastolla. Tutkielman tuloksista voidaan päätellä, että sairaanhoitajat tunnistavat vanhempien suru- sekä äkillisen kriisin reaktioita kattavasti. Vanhempien surureaktioita osastolla ovat sairaanhoitajien mukaan vähäsanaisuus, hiljaisuus, sulkeutuneisuus, lamaantuminen, voimakas suru, itku, nauru, viha, pakeneminen, kieltäminen, epätodellisuus, syyttäminen ja ”miksi”-kysymyksen esittäminen. Useissa eri tutkimuksissa on kuvailtu samoja surureaktioita vanhemmilla (Erjanti ym. 2004, 9-10, 12-13, 26,43; Rikander 2017, 39; Poijula 2005, 18-19). Poikkeavat tunnereaktiot sekä ihmisen toimintakyvyn muuttuminen, kuten lamaantuminen tai pakeneminen ovat sokkivaiheessa tyypillisiä reaktioita (Saari ym. 2009, 23-24). Lapsensa menettäneillä vanhemmilla esiintyy tyypillisesti lamaantumista (Itkonen 2018, 188, 239). Vanhemmat esittävät usein myös ”miksi”-kysymystä, jonka avulla he pohtivat oliko vauvan kuolema jumalan asettama rangaistus tai etsivät kuoleman merkitystä tai tarkoitusta (Koskela 2009, 160-166, 186-187). Tähän tutkielmaan haastatellut sairaanhoitajat kuvailivat, että isät reagoivat olemalla hiljaa ja sulkeutuneita. Toinen vanhemmista, yleensä isä, ottaa heidän mukaan tukihenkilön roolin, jos toinen romahtaa. Isä ajatellaan usein äidin tukihenkilönä ilman, että hän itse surisi. Isät kokevat myös menetyksen tunnetta, mutta surevat yleensä yksin ja hiljaa. Surussa tukemisen keskiössä pitäisi olla koko perhe lapsen kuoleman jälkeen. (Itkonen 2018, 159; McCreight 2004, 326; Väisänen 2000.) Ammattilaisten tehtävänä on sallia kaikenlaiset tuntemukset ja reaktiot ja auttaa menetyksen kohdannutta pääsemään eteenpäin suruprosessissa ja menetyksen käsitelystä. Erityisesti isien surun ilmaisemiselle tulisi antaa tilaa ja isän rooliin tulisi kiinnittää huomiota, jotta isä ei olisi pelkkä tukihenkilö. Isille tulisi antaa mahdollisuus olla sureva, lapsensa menettänyt isä.

Toinen teema käsitteli surussa tukemista sairaalassa. Sairaanhoitajat kuvailivat monipuolisesti millä tavalla perhettä tuetaan surussa sairaalassa ollessa. Tutkielman tuloksista voidaan päätellä, että haastatteluun osallistuneilla sairaanhoitajilla on tietoa ja osaamista kohdata sureva perhe. Sairaanhoitajat myös tunnistavat oman toimintansa merkityksen perheiden surussa tukemiseen ja surusta selviämiseen. Tutkielman tulokset ovat yhteneväisiä teoreettisen viitekehyksen kanssa. Haastatellut sairaanhoitajat kuvailivat sairaanhoitajan toiminnassa keskeistä olevan läsnäolo sekä empaattinen ja lempeä kohtaaminen, selkeä kommunikointi ja tunteiden salliminen. Kosketuksen merkitystä ei tule väheksyä, mutta vanhempien reviiriä tulee samalla myös kunnioittaa. Sairaanhoitajan tulee sietää epätietoisuutta, koska kaikkiin kysymyksiin ei löydy vastausta. Surua on kuvailtu yksilöllisenä ja muuttuvana prosessina, johon vaikuttaa sekä surevan että kuolleen ihmisen ainutlaatuisuus (Erjanti ym. 2004, 9-10, 13-26; Poijula 2005, 18-19; Rikander 2017, 39). Sairaanhoitajat eivät saisi määrittää vanhempien menetyksen suuruutta, eikä raskausviikkojen määrä saisi vaikuttaa annettuun tukeen surussa. Kuiten-

kin tutkielman tuloksista kävi ilmi, että osa sairaanhoitajista koki perheiden saavan enemmän tukea, mitä pidemmällä raskausviikolla vauvan kuolema todettiin. Keskenmenon jälkeistä surussa tukemista rajoittaa hoitohenkilökunnan kiire sekä hoitoaikojen rajallisuus. Nyky-yhteiskunnassa kuolema liitetään vanhuuteen ja syntymättömän lapsen kuolema ei tuekaan tätä käsitystä. Kuoleman kohtaamisesta halutaan pysyä kaukana. (Hiltunen-Ahonen 2012, 64.)

Myös opinnäytetutkielman tuloksista käy ilmi, ettei ihmiset osaa kohdata surevaa ihmistä haastateltujen sairaanhoitajien mukaan. Sokkivaiheessa vanhemmat eivät välttämättä osaa toimia rationaalisesti, joten toimintakyvyn ja päätöksenteon jatkuva arviointi kuuluu sairaanhoitajien tehtäviin. Hoitohenkilökunnan ensimmäiset sanat jäävät vanhemmille tarkasti mieleen, joten ensitiedon antamiseen tulisi kiinnittää erityistä huomiota (Saari ym. 2009, 22). Sairaanhoitajat kuvasivat omassa toiminnassaan olevan tärkeää ajantasaisen tiedon antaminen ja selkeä kommunikointi vanhempien kanssa. Lisäksi heidän tulee varmistaa, että perhe ymmärtää tilanteensa ja heille annetut ohjeet. He myös olivat tietoisia oman toimintansa ja sanojensa vaikutuksesta vanhempien kokemuksiin ja muistoihin keskenmenon tai kohtukuoleman hoidosta. Isille on olemassa omia tukikeinoja ja ne ovat lähinnä yhteistietoja isien vertaistukiryhmiin ja keskusteluapuun. Näiden tukikeinojen tarjoamisessa on eroavaisuuksia eri osastojen ja sairaanhoitajien välillä. Yksi sairaanhoitajista oli sitä mieltä, että keskenmenon kokemusta äitiä tuetaan enemmän kuin isää. Isät ovat kokeneet terveydenhuoltohenkilöstön tärkeäksi tukiverkostoksi (Aho 2010, 49-51). Isät toivovat hoitohenkilökunnalta emotionaalista tukea, johon kuuluu yhdessä sureminen, kysymyksiin vastaaminen, kuunteleminen, keskusteleminen, läsnäolo ja koko perheen huomioiminen. Lisäksi isät toivovat perheen voimavarojen arviointia, sillä lapsen menettäminen vaikuttaa perheeseen pitkän aikaa (Aho 2010, 49-51, 70; Rikander 2017, 39). Isät eivät ole kokeneet saavansa riittävästi tukea sairaalasta lähdön jälkeen (Aho 2010, 49-51).

Kolmas teema käsitteli sairaalan toimintamallia. Tutkielman tuloksista tuli ilmi, ettei sairaalan toimintamalli ollut kaikkien haastateltujen sairaanhoitajien tiedossa. Sairaalan toimintamallissa ei ole yhteistä linjaa perheiden surussa tukemiselle. Toimintamallissa ei käsitellä surun tukemista, vaan siinä on sairaanhoitajalle kliiniset ohjeet, kuinka toimia keskenmeno- tai kohtukuolematilanteessa. Vanhemmat eivät välttämättä äkillisen kriisin kohdatessa tunnista omaa avuntarvettaan tai pysty sitä itse hakemaan ja siksi ulkopuolista apua tulisi tarjota aktiivisesti. (Saari ym. 2009, 36.) Hoitohenkilökunta kokee moniammatillisen yhteistyön toimivaksi ja surussa tukemisessa tehdään yhteistyötä monen eri tahon kanssa. Kuitenkin neuvolan kanssa tehtävän yhteistyön toivottaisiin olevan tiiviimpää. Hoitohenkilökunnan tulee kiinnittää huomiota siihen, että apua tarjotaan aktiivisesti ja useaan otteeseen perheille, jotta he saavat tarvitsemaansa tukea. Tiiviimmän yhteistyön mahdollisuutta neuvolan kanssa voisi selvittää. Vanhemmat kaipaavat hoitohenkilökunnalta tietoon perustuvaa ohjausta ja rohkaisua muistojen ottamiseen sekä vauvan syllyttelyyn. (Rikander 2017, 55-56.) Terveyden-

huoltohenkilöstön rooli on merkittävä kuolleen vauvan muistelemissa ja muistojen jakamisessa, sillä he saattavat olla vanhempien lisäksi ainoita henkilöitä, jotka ovat nähneet kuolleen vauvan (Aho 2010, 73). Sairaanhoitajat kuvasivat, että kohtukuoleman jälkeen kuolleesta vauvasta otetaan muistoksi hiustupsu, käden- ja jalanjäljet sekä valokuvia ja nämä muistot ovat tärkeitä perheille. Muistojen ottamista sairaalassa tulee pitää tärkeänä osana hoitoprosessia. Sairaaloissa tulee kiinnittää huomiota, että jokaiselle perheelle tarjotaan samanlaiset mahdollisuudet muistojen ottamiseen. Sosiaali- ja terveydenhuolto-organisaatioiden sekä eri sektoreiden välistä yhteistyötä tulisi lisätä perheiden surussa tukemisessa. Lisäksi perheiden surussa tukemista tulisi kehittää moniammatillisen tiimin avulla sairaalasta lähdön jälkeen (Aho 2010, 76). Tutkielman tuloksista tärkeimpiä kehitysehdotuksia olivat hoitosuhteen jatkuvuuden kehittäminen, resurssien lisääminen keskusteluapuun sekä erityisesti keskenmenopotilaiden surussa tukemiseen ja tutkitun tiedon lisääminen sairaanhoitajille surussa tukemisen tueksi. Lisäksi sairaanhoitajat kaipaavat lisää kokemusasiantuntijoita, joille he voisivat ohjata perheitä.

Neljäs teema käsitteli sairaanhoitajien omia valmiuksia ja koulutuksia perheiden surussa tukemisessa. Tutkielman tuloksista kävi ilmi, että haastatellut sairaanhoitajat kokivat omat valmiutensa melko hyvänä ja kokivat oman roolinsa merkitykselliseksi perheiden surussa tukemisessa. He toivoivat enemmän kokemusten ja tiedon jakamista kollegoiden kesken sekä lisäkoulutusta. Sairaanhoitajan valmiudet koostuvat henkilökohtaisista ja ammatillisista valmiuksista äkillisesti kuolleen omaisten tukemisessa. Näihin valmiuksiin sisältyy muun muassa omien tunteiden tiedostaminen ja hallinta, persoonallinen työote sekä ymmärrys omaisten reaktioista (Saastamoinen 2012, 33-35, 39). Tähän opinnäytetyöhön haastateltujen sairaanhoitajien mukaan heidän valmiutensa ovat kehittyneet työstä saatujen kokemusten, oman eletyn elämän ja aktiivisen tiedon kartoittamisen avulla. He kuvailivat, että työssä tulee siittää ristiriitaisia tunteita ja epä tietoisuutta. Sairaanhoitajien mukaan he voivat näyttää omat tunteensa, mutta niitä pitää osata hallita. Kaikki haastatellut sairaanhoitajat kokivat oman roolinsa merkitykselliseksi perheiden surussa tukemisessa. He kuitenkin kaipaavat lisää koulutusta ja tiedon jakamista kollegoiden kanssa. Tutkielman tuloksista voidaan päätellä, että sairaanhoitajien valmiuksia surussa tukemisessa lisää työstä saatu kokemus, ammattitaidon kehittäminen ja henkilökohtaisesta elämästä saadut kokemukset. Lisäksi sairaanhoitajan tulee tunnistaa omat luonteenpiirteensä, työskentelytapansa ja tarvittaessa kehittää niitä.

6.2 Eettisyys

Eettisyys on hyvän tieteellisen toiminnan ytimessä. Tutkimuksen teon eettisyyden kahdeksan vaatimusta ovat älyllisen kiinnostuksen, tunnollisuuden, rehellisyyden ja sosiaalisen vastuun vaatimukset sekä vaaran eliminoiminen, ihmisarvon kunnioittaminen, ammatin harjoituksen edistäminen ja kollegiaalinen arvostus. Toisen henkilön kirjoittaman tekstin suora lainaaminen ilman lähdeviitettä sekä omien tulosten toistaminen ovat plagiointia. Lähdeviite-

ja sitaattimerkinnät tulee merkitä asianmukaisesti. Tutkijalta vaaditaan rehellisyyttä, eikä vilpin harjoittaminen kuulu hyvään tieteelliseen käytäntöön. Mikäli tutkimuksen teosta aiheutuisi kohtuutonta vahinkoa esimerkiksi tutkimukseen osallistuville tai potilaille, sen teosta tulee pidättäytyä. (Kankkunen ym. 2013, 211-212, 224-225; Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 366-367.) Tutkimuksen aiheen valinnassa tulee huomioida tutkimusetiikan mukaisesti tarpeettomien haittojen ja epämukavuuksien minimointi. Hoitotieteelliseen tutkimukseen osallistujilla voi esiintyä voimakkaita negatiivisia tunnereaktioita, koska näissä tutkimuksissa ollaan yleensä kiinnostuneita hyvin sensitiivisistä aiheista. Henkilökohtaisten tai sensitiivisten tietojen kysymistä tulee arvioida tarkasti tutkimussuunnitelmaa laatiessa. (Kankkunen ym. 2013, 218.)

Itsemääräämisoikeus on tutkimuksen osallistumisen lähtökohta ja sillä tarkoitetaan mahdollisuutta kieltäytyä tutkimuksesta sekä osallistua vapaaehtoisesti tutkimuksen tekoon. Osallistujilla tulee olla mahdollisuus esittää kysymyksiä, keskeyttää tutkimus tai kieltäytyä antamasta tietojaan. Tutkimuksen saatekirje tulee olla asiallinen ja neutraali, koska tutkimukseen osallistumista ei saa palkita eikä toisaalta osallistumattomuus saa aiheuttaa uhkaa. Tutkimukseen osallistujalle tulee kuvata tutkijan eettinen vastuu ja mahdolliset tutkimuksen haitat ja edut. (Kankkunen ym. 2013, 218-219; Leino-Kilpi ym. 2014, 368.) Tutkittavien kulttuuristen uskomusten, tapojen ja elämäntavan kunnioittaminen kuuluu keskeisesti oikeudenmukaisuuteen tutkimustyössä. Tutkimustyössä on huomioitava osallistujien anonymiteetti. Tutkija ei saa luovuttaa tutkimustietoja kenellekään tutkimusprosessin ulkopuoliselle henkilölle. Aineisto tulee säilyttää lukitussa paikassa ja tietokoneessa salasanaalla suojattuna. Tutkittavien tunnistavuuden vuoksi aineistosta ei saa erottaa pieniä alaryhmiä, kuten miespuolisia hoitotyöntekijöitä. Ennen tutkimuksen tekoa haetaan tutkimuslupaa, jonka yhteydessä varmistetaan saako kohdeorganisaation nimi näkyä tutkimuksessa. (Kankkunen ym. 2013, 221-222.)

Opinnäytetyön teki kaksi terveydenhoitajaopiskelijaa ja työpanos jakautui tasapuolisesti. Tutkimuksen teoreettinen viitekehys rajattiin asiansanojen ympärille, joita ovat keskenmeno, kohokuolema, suru, perhe ja tukeminen. Opinnäytetyön aineisto, lähdeviittaukset sekä -luettelo laadittiin Laurea-ammattikorkeakoulun kirjallisten ohjeiden mukaisesti. Lähteinä käytettiin pääsääntöisesti alle kymmenen vuotta vanhoja lähteitä. Aineistossa käytettiin Pro Gradu -tutkielmia, väitöskirjoja, tieteellisiä artikkeleita ja muita tutkittuun tietoon pohjattuja lähteitä, kuten oppikirjoja. Opinnäytetyön aihe on mielenkiintoinen ja tärkeä osa tulevaa terveydenhoitajan työtä. Jo suunnitelmavaiheessa otettiin huomioon opinnäytetyön aiheen sensitiivisyys. Surun kokeminen on yksilöllistä, johon vaikuttaa yksilön omat kokemukset, eletty elämä sekä oma persoona. Toisen surussa tukemiseen linkittyy vahvasti myös omat kokemukset surusta (Rikander 2017, 39). Haastattelurunkoa laadittaessa kiinnitettiin huomiota siihen, että haastatteluteemat ja niihin liittyvät kysymykset eivät loukkaa tai aiheuta vahinkoa tut-

kimukseen osallistuville tai heidän potilailleen. Haastattelun aikana tutkimukseen osallistujilla voi esiintyä voimakkaita tunnereaktioita esimerkiksi itkua, sillä osallistujilla voi olla surullisia ja vaikeita henkilökohtaisia kokemuksia ja potilastapauksia (Kankkunen ym. 2013, 218). Haastatteluiden jälkeen varattiin aikaa mahdolliselle jälkikeskustelulle ilman nauhoituslaitetta, jolloin voitiin purkaa haastattelun aiheuttamia tuntemuksia ja reaktioita.

Tutkimusluvan saamisen jälkeen osastoille lähetettiin kirjallisten ohjeiden mukainen saatekirje. Opinnäytetyön haastatteluun osallistujat ilmoittautuivat vapaaehtoisesti haastatteluun ja he olivat halukkaita keskustelemaan perheiden surussa tukemisesta keskenmenon tai kohtu-kuoleman jälkeen. Haastateltavilla oli mahdollisuus kieltäytyä tai keskeyttää haastattelu missä tahansa tutkimusprosessin vaiheessa ja tästä kerrottiin heille säännöllisesti. Heillä oli myös mahdollisuus esittää kysymyksiä ennen haastattelua ja sen jälkeen. Haastattelumateriaalin käytöstä, säilyttämisestä ja hävittämisestä kerrottiin sekä saatekirjeessä että ennen haastattelun alkua. Haastattelumateriaalia kertyi runsaasti, jonka vuoksi opinnäytetyöstä tuli ohjeistuksia pidempi. Haastattelumateriaali oli vain opinnäytetyön tekijöiden tutkimuskäytössä, sitä säilytettiin salasanojen takana kahdessa eri tallennuslaitteessa ja haastattelumateriaali hävitettiin tutkimusprosessin loputtua. Tutkimusprosessin loputtua suostumuslomakkeet hävitettiin tietosuojaperiaatteiden mukaisesti. Osallistujien anonymiteetti suojattiin tutkimusprosessin ajan, niin ettei missään tutkimusprosessin vaiheessa osallistujien henkilöllisyys käynyt ilmi ulkopuolisille henkilöille. Haastatteluista otettuja suoria lainauksia on muutettu niin, ettei niistä käy ilmi haastatteluun osallistuneiden henkilöllisyyttä.

6.3 Luotettavuus

Luotettavuuden arviointi tutkimuksessa on välttämätöntä tutkimustoiminnan, tieteellisen tiedon ja sen hyödyntämisen kannalta. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa voidaan käyttää seuraavia kriteerejä: uskottavuus, refleksiivisyys sekä vahvistettavuus. Kriteerit ovat synteesi useiden eri tutkijoiden näkemyksistä. Uskottavuudella tarkoitetaan tulosten uskottavuutta ja niiden osoittamista tutkimuksessa selkeästi niin, että lukija ymmärtää tutkimusprosessin kulun sekä tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset (Kankkunen ym. 2013, 127, 198; Kylmä ym. 2014, 128.) Uskottavuutta vahvistetaan ottamalla tutkimukseen osallistuvat henkilöt mukaan tutkimustulosten arviointiprosessiin. Tutkijalla ja tutkimukseen osallistuvilla henkilöillä tulee olla sama käsitys tutkimuksen kulusta ja tutkimustuloksista. Tämä tarkoittaa sitä, että osallistujille lähetetään tutkimustulokset joiden avulla he voivat arvioida tulosten paikkansapitävyyttä. Uskottavuutta voidaan arvioida myös keskustelemalla tutkimusprosessista sekä tuloksista muiden samaa aihetta tutkivien ihmisten kanssa. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ollaan erityisesti kiinnostuneita tutkimukseen osallistujan näkökulmasta. Uskottavuutta lisääkin se, että tutkija on riittävän pitkän ajanjakson tekemisissä tutkittavan ilmiön kanssa, jolloin ymmärrys tutkimukseen osallistujan näkökulmasta kasvaa. Refleksiivisyydellä tarkoitetaan, että tutkijan tulee olla tietoinen omista lähtökohdistaan tutki-

muksentekijänä. Lisäksi tutkijan tulee arvioida miten hän vaikuttaa tutkimusprosessiinsa ja aineistoonsa. Tutkimusraportissa tulee näkyä tutkimuksen tekijän lähtökohdat. Vahvistettavuuden avulla tutkitaan tutkimuksen tuloksia. Vahvistettavuudella kuvastetaan tutkijan riippumattomuutta ja neutraalisuutta tutkittavasta henkilöstä. Lisäksi tarkoitetaan sitä, miten tulokset vastaavat ja ovat vertailtavissa todellisuuden kanssa. Siirrettävyydellä tarkoitetaan tutkimustulosten siirrettävyyttä muihin vastaaviin tilanteisiin. Lukijan tulee kyetä arvioimaan tulosten siirrettävyyttä, joten tutkijan on kuvattava kattavasti tutkimuksen osallistujat sekä ympäristö. (Kylmä ym. 2014, 128-129; Pihlainen 2000, 118.)

Tässä opinnäytetyössä uskottavuutta lisäsi se, että tutkittavan ilmiön kanssa oltiin tekemisissä yli vuoden ajan. Pitkä tutkimusprosessi laajensi näkemystä ja teoreettista tietoa aiheesta sekä auttoi ymmärtämään tutkimukseen osallistujien näkökulmaa paremmin. Opinnäytetyö linkittyi pienimuotoiseen projektiin, jossa samasta aiheesta tehtiin myös toinen opinnäytetyö kirjallisuuskatsauksen muodossa. Projektissa jaettiin tietoa ja kokemusta aiheesta ja tutkimuksen teosta sekä opponoitiin tutkimussuunnitelmavaiheessa toisten opinnäytetyösuunnitelma. Lisäksi molempien opinnäytetöiden tulokset esiteltiin yhteistyösairaalan järjestämässä tilaisuudessa, johon oli sairaalan henkilökunnalla vapaa pääsy. Henkilökunnalla oli mahdollisuus kommentoida ja esittää kysymyksiä tutkimuksen alustavista tuloksista tutkijoille. Refleksiivisyyttä vahvisti se, että opinnäytetyön tekijöitä oli kaksi ja omista lähtökohdista sekä haastavista tuntemuksista keskusteltiin säännöllisesti yhdessä. Toisella tutkijalla on omakohtaista kokemusta keskenmenosta ja tämä otettiin huomioon tutkimusprosessin alusta lähtien. Tutkimusprosessin kaksi tekijää mahdollisti sen, että tutkimusprosessissa oli kaksi erilaista näkökulmaa, jolloin omakohtaiset kokemukset eivät vaikuttaneet tutkimuksen tekoon eikä sen tuloksiin. Tutkijat keskustelivat säännöllisesti omista haastavista tuntemuksistaan aiheeseen liittyen sekä toistensa että ohjaavan opettajan kanssa. Vahvistettavuutta vahvisti se, että opinnäytetyön tekijät eivät tunteneet entuudestaan haastatteluun osallistujia ja kaikki haastateltavat kohdattiin tasavertaisesti.

6.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset olivat ”Millaisena sairaanhoitajat kokevat omat valmiutensa perheiden surussa tukemisessa?” ja ”Millaisia kokemuksia sairaanhoitajilla on sairaalan toimintamallista?”. Tutkimuskysymyksiin saatiin vastaukset aineiston analyysin pohjalta. Haastatteluun osallistuneet sairaanhoitajat kokivat omat valmiutensa melko hyvänä perheiden surussa tukemisessa. Tulokset osoittivat, että omiin valmiuksiin vaikuttavat oma persoona, omien työskentelytapojen tunnistaminen sekä kokemukset työstä ja henkilökohtaisesta elämästä. Tutkielman tuloksista tuli ilmi, että sairaalalla on kattava lääketieteelliseen tietoon perustuva toimintamalli keskenmenon ja kohtukuoleman hoitoon sairaanhoitajien työn tueksi, mutta siinä ei ole käsitelty perheiden surussa tukemista juuri lainkaan. Osalle sairaanhoitajista oli epäselvää, mitä toimintamallilla tarkoitetaan ja näissä tilanteissa keskustelimme ylei-

sesti sairaalan toimintatavoista keskenmenon ja kohtukuoleman hoidossa. Tämän tutkielman tulokset osoittivat, ettei sairaalassa ole hoitohenkilökunnalle suunnattua ohjeistusta, jossa keskitytään laajemmin surussa tukemiseen. Tutkielman tuloksista voidaan päätellä, että koulutuksesta ja kirjallisista ohjeista olisi hyötyä sairaanhoitajien valmiuksien lisäämiseen ja ylläpitämiseen perheiden surussa tukemisessa keskenmenon tai kohtukuoleman jälkeen.

Tutkielman tulosten pohjalta jatkotutkimusehdotuksia voisivat olla haastatteluista esiin nousseet kehityskohteet ja haasteet. Niitä voisi olla:

Kirjalliset ohjeet perheiden surussa tukemiseen keskenmenon tai kohtukuoleman kohdatessa

Miten keskenmenopotilaiden surussa tukemista voidaan kehittää?

Lähteet

Painetut

Erjanti, H. 1999. From emotional turmoil to tranquility: grief as a process of giving in. A study on spousal bereavement. Acta Universitatis Tamperensis 715. Vammala: Vammalan kirjapaino.

Erjanti, H. & Paunonen-Ilmonen M. 2004. Suru ja surevat - surevien hoitotyön perusteet. Vantaa: Dark Oy.

Hedrenius, S. & Johansson, S. 2016. Strellman, U kääntäjä. Kriisituki - ensiapua onnettomuuksien, katastrofien ja järkyttävien tapahtumien käsittelyyn. Tallinna: Tietosanoma.

Heikkinen-Peltonen R., Innamaa, M. & Virta, M. 2014. Mieli ja terveys. 4. uudistettu painos. Helsinki: Edita.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2014. Tutkimushaastattelu - teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Gaudeamus Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Kananen, J. 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Miten kirjoitan kvalitatiivisen opinnäytetyön vaihe vaiheelta. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja -sarja. Suomen yliopistopaino Oy - Juvenes Print.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Koskela, H. 2011. Lapseni elää aina sydämessäni. Lapsen menetyksen merkitys vanhemman spiritualiteetin muotoutumisessa. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto. Porvoo: Bookwell.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2014. Laadullinen terveystutkimus. 1.-3. painos. Porvoo: Edita Publishing Oy.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Edita Prima Oy.

Lincoln, Y.S. & Guba, E.G. 1985. Naturalistic inquiry. Newbury Park: Sage Publications. USA.

Mustajoki M., Alila, A., Matilainen, E., Pellikka, M. & Rasimus, M. toim. 2013 Sairaanhoidajan käsikirja. 8. uudistettu painos. Kustannus Oy Duodecim. Saarijärvi: Saarijärven Offset Oy.

Paananen, U.K., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Äimälä, A-M. (toim.). 2015. Kätilötyö. Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika. 5. uudistettu painos. Edita Publishing Oy.

Poijula, S. 2005. Surutyö. Helsinki: Kirjapaja Oy.

Rikander, S. 2017. Vanhempien kokemus vauvan kuolemasta. Psykologia 1/2017. 38-60.

Saari, S., Kantanen, I., Kämäräinen, L., Parviainen, K., Valoaho, S. & Yli-Pirilä P. toim. 2009. Hädän hetkellä - psyykkisen ensiavun opas. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 11., uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Sähköiset

- Aho, A. 2010. Isän suru lapsen kuoleman jälkeen. Tuki-interventio ja sen arviointi. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Viitattu 18.1.2018.
<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66656/978-951-44-8221-2.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Blood, C. & Cacciatore, J. 2014. Best practice in bereavement photography after perinatal death: qualitative analysis with 104 parents. Viitattu 3.12.2018.
<https://bmcpyschology.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/2050-7283-2-15>
- Downe, S., Schmidt, E., Kingdin, C. & Heazell, A. 2013. Bereaved parents' experience of still-birth in UK hospitals: a qualitative interview study. Viitattu 3.12.2018.
<https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/3/2/e002237.full.pdf>
- Hiltunen-Ahonen, T. 2012. Tavis ei tajua, elämää kohtukuoleman jälkeen. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 3.12.2018. <http://doczz.net/doc/7007148/tavis-ei-tajua-el%C3%A4m%C3%A4%C3%A4-kohtukuoleman-j%C3%A4lkeen>
- Itkonen J. 2017. Lapsen menettäminen ja suru. Duodecim-lehti 22/2017. Viitattu 19.1.2018.
<https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2017/22/duo14018>
- Itkonen, J. 2018. Kun vauvaonni vaihtuu kuoleman suruun. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. Viitattu 11.9.2018.
<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/241216/KUNVAUVA.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Koskela, H. 2009. Miksi ja mitä varten Jumala? Lapsen menetyksen merkitys vanhemman spiritualiteetille. Lisensiaattitutkimus. Joensuun yliopisto. Viitattu 19.1.2018.
http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20100005/urn_nbn_fi_uef-20100005.pdf
- Leminen, A. 2015. Keskenmeno. Duodecim Terveysportti. Akuuttihoito-opas. Viitattu 5.12.2017.
http://www.terveysportti.fi/dtk/aho/koti?p_artikkeli=aho01412&p_haku=keskenmeno
- Marin, K. 2017. Äkillisen kriisin kokeneen tukeminen läheisen kuollessa. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 21.12.2018. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20170393/urn_nbn_fi_uef-20170393.pdf
- McCreight, B.S. 2004. A grief ignored: narratives of pregnancy loss from a male perspective. *Sociology of Health & Illness*. Vol. 26, No. 3. pp. 326-350. Viitattu 3.12.2018.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1467-9566.2004.00393.x>
- Niinimäki, M. & Heikinheimo, O. 2011. Alkuraskauden keskenmenon hoito. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 1/2011. 67-73. Viitattu 5.12.2017. <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2011/1/duo99261>
- Saastamoinen, T. 2012. Sairaanhoidajien kuvauksia kuoleman kohtaamisesta tehohoitotyössä. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 21.12.2018.
<https://docplayer.fi/3343087-Sairaanhoidajien-kuvauksia-kuoleman-kohtaamisesta-tehohoitotyossa.html>
- Telenius, E. 2010. Äitien suru ja suruprosessin kehittyminen viisi vuotta lapsen kuoleman jälkeen. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Viitattu 18.1.2018.
<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/81535/gradu04263.pdf?sequence=1>
- Tiitinen, A. 2017. Tietoa potilaalle: Kohtukuolema (sikiökuolema). *Lääkärikirja Duodecim*. Viitattu 13.12.2017.
http://www.terveysportti.fi/nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti?p_haku=perinataalikuolema

Tilastokeskus 2017. Syntyneiden määrän väheneminen entistä jyrkempää. Viitattu 13.12.2017.
https://www.stat.fi/til/synt/2016/synt_2016_2017-04-11_tie_001_fi.html

Väisänen, L. 2000. Kuolleena syntynyt lapsi. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim. Viitattu 27.9.2018

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

Taulukot

Taulukko 1	Teema 1: Suru keskenmenon tai kohtukuoleman jälkeen	48
Taulukko 2	Teema 2: Surussa tukeminen käytännössä	50
Taulukko 3	Teema 3: Sairaalan toimintamalli	53
Taulukko 4	Teema 4: Omat valmiudet ja koulutus	57

Taulukko 1 Teema 1: Suru keskenmenon tai kohtukuoleman jälkeen

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
Vanhemmat ovat hiljaa ja vähäsanaisia.	Hiljaisuus ja vähäsanaisuus	SURUREAKTIO
Vanhemmat surevat voimakkaasti ja avoimesti.	Voimakas ja avoin suru	
Vanhemmat lamaantuvat eivätkä näe mitään.	Lamaantuminen	
Isät ovat hiljaa ja sulkeutuneita. Isät ovat yleensä sulkeutuneempia kuin äidit.	Hiljaisuus ja sulkeutuneisuus	
Vanhemmat ovat häkeltyneitä eivätkä ymmärrä mitä on tapahtunut.	Hämmentyneisyys	
Vanhemmat kokevat epätodellisuuden ja epäuskoisuuden tunteita sekä kieltävät tapahtuneen.	Kieltäminen, epätodellisuus ja epäuskoisuus	
Vanhemmat reagoivat voimakkaalla itkulla.	Voimakas itku	
Tunnelma synnytyksessä suruvoittoinen.	Suruvoittoinen tunnelma	
Vanhemmat kaipaavat syytä vauvan kuolemalle.	Syyn etsiminen	
Vanhemmat esittävät ”miksi?”- kysymystä.	Miksi-kysymyksen esittäminen	
Menetyksen hyväksymiseen ja surun voimakkuuteen vaikuttaa raskausviikkojen määrä.	Raskausviikkojen määrän vaikutus suruun	
Suru on yksilöllistä, johon vaikuttavat oma persoona, tausta ja tapa käsitellä surua. Vanhempien suruprosessi etenee yksilöllisesti, siihen vaikuttaa muun muassa onko ehtinyt keskustella asiasta muiden kanssa. Jokaisen suru on yksilöllistä ja sairaanhoitajan voi olla haasteellista päästä käsiksi vanhemman suruun. Suruun ja sen käsittelyyn vaikuttaa koettu elämä, kokemukset surusta ja kuo-	Surun henkilökohtaisuus ja yksilöllisyys	

<p>lemasta sekä niiden työstämisestä.</p> <p>Keskenmeno merkitsee ihmisille eri asoita; jollekin se voi olla helpotus, toinen kokee menettäneensä oman lapsen.</p> <p>Sairaanhoitajan tehtävä ei ole määritellä potilaiden surun voimakkuutta.</p> <p>Osa vanhemmista pystyy olemaan rationaalisia hoitoprosessin ajan ja romahtavat lopussa</p>		
<p>Vanhemmat kokevat vihaa, raivoa ja surua. He voivat reagoida myös suuttamalla sairaanhoitajalle tai huutamalla.</p>	<p>Raivo, suuttumus, huutaminen, suru, aggressiivisuus</p>	
<p>Surua voidaan verrata kipuun; vanhemmat ottavat sen vastaan fyysisesti ja psyykkisesti</p>	<p>Surun fyysisyys ja psyykkisyys</p>	
<p>Osa vanhemmista voi reagoida tilanteessa epäuskoisella naurulla</p>	<p>Nauru</p>	
<p>Osa vanhemmista haluaa paeta tilanetta.</p> <p>Osa vanhemmista ei halua nähdä vauvaa.</p> <p>Osa vanhemmista haluaa hoitaa asian nopeasti alta pois ja unohtaa.</p>	<p>Pakeneminen /Kieltäminen</p>	
<p>Vanhemmat usein syyttävä tapahtuneesta itseään, henkilökuntaa, Jumalaa tai puolisoa</p>	<p>Syyttäminen</p>	
<p>Toinen vanhemmista ottaa tukihenkilön roolin, jos toinen romahtaa.</p>	<p>Vanhempien roolien jakautuminen</p>	
<p>Äiti saattaa vaistota vauvansa kuoleman jo ennen sen toteamista.</p>	<p>Yliluonnolliset ilmiöt</p>	
<p>Vauvan kuolema vaikuttaa vanhempiin koko loppuelämän</p>	<p>Surun kesto</p>	

Taulukko 2 Teema 2: Surussa tukeminen käytännössä

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
Sairaanhoidaja on läsnä perheelle.	Läsnäolo	SURUSSA TUKEMINEN SAIRAALASSA
Tilan antaminen vanhemmille.	Tilan antaminen	
Fyysistä kipua poistetaan niin paljon kuin pystytään.	Kivun huomiointi	
Vanhempia saa koskettaa, kunhan säilyttää heidän reviirinsä.	Kosketus	
Annetaan vanhempien tunteille tilaa ja hyväksytään kaikki tunteet sekä annetaan lupa itkulle.	Tunteiden salliminen	
Annetaan vanhemmille lupa puhua ja kuunnellaan.	Kuuntelu ja lupa puhumiseen	
Vanhemmat kohdataan empaattisesti ja lempeästi.	Empaattisuus ja lempeys	
Sairaanhoidajan ei tarvitse osata vastata kaikkiin kysymyksiin, sillä syytä vauvan kuolemalle ei aina löydy.	Epätietoisuuden sietäminen	
Toivon ylläpitäminen on tärkeää.	Toivon ylläpitäminen	
Sairaanhoidajan tulee kommunikoida selkeästi ja varmistaa, että perhe on ajan tasalla tilanteesta ja ymmärtää kaikki asiat.		
Kannustetaan perhettä ottamaan muistoja vauvasta. Tarjotaan mahdollisuudet vauvan hyvästelemiseen kaikille läheisille.	Muistojen ottaminen ja hyvästeleminen	
Useat vanhemmat kaipaavat hiljaisuutta	Hiljaisuus	
Sairaanhoidajien toiminnalla ja sanoilla on vaikutus siihen minkälainen muisto ja kokemus vanhemmille jää keskenmenon tai kohtukuoleman hoidosta.		
Ihmiset eivät tiedä miten kohdata sureva ihminen.		
Raskausviikkojen määrä ei vaikuta sairaanhoidajien antamaan tukeen surussa.		RASKAUSVIIKKOJEN MÄÄRÄN VAIKUTUS
Pitkäviikkoiset keskenmenot ja kohtukuolematilanteet ovat pidempiä prosesseja. Ne		PERHEIDEN SURUSSA TUKEMISEEN

vaativat paljon käytännön järjestelyjä, lisätutkimuksia ja byrokratiaa.		
Hoitohenkilökunta ei saisi määritellä ihmisen menetyksen suuruutta missään tilanteessa.		
Surun tukeminen huomioidaan laaja-alaisesti.		
Kätilö on kohtukuolemaperheiden kanssa niin pitkään kuin tarve vaatii.		
Kiire ja hoitoajan rajallisuus rajoittaa surussa tukemista erityisesti keskenmenopotilaiden kohdalla.		
Sairaanhoitajat huomioivat omalla persoonallaan isän surun kohtukuolema- ja keskenmenotilanteessa ja osoittavat tukea molemmille vanhemmille.	Sairaanhoitajat tukevat molempia vanhempia surussa	ISIEN SURUSSA TUKEMINEN SAIRAALASSA
Isille on olemassa omia tukikeinoja, joita pyritään tarjoamaan halukkaille.		
Isien surun tukemisesta ei ole erillisiä ohjeituksia sairaalassa.		
Keskenmenon kokenutta äitiä tuetaan enemmän kuin isää.		
Keskenmenopotilaat käyttävät vähän tukikeinoja hyödykseen.		PERHEEN JAKSAMINEN JA VOIMAVARAT
Hoitohenkilökunnan tehtävänä on tarjota mahdollisuudet tuen hakemiseen		
Tarjotaan mahdollisuus ottaa jälkikäteen yhteyttä.		
Vertaistuen kartoittaminen on osa surussa tukemista.		
Perheen tukiverkoston kartoittaminen on osa surussa tukemista.		
Perheen voimavaroja kartoitetaan kysymällä suoraan tuen tarpeesta ja muodosta.		
Perheen voimavarojen kartoittamiseen ei ole mitään systemaattista arviointitapaa.		
Sairaanhoitajan pitää osata lukea perhettä ja aistia perheen tunnetila ja toimia sen mukaan.		
Tarjotaan vanhemmille ulkopuolista keskus-		

teluapua.		
Vanhempien suruprosessin etenemistä auttaa poistuminen kotoa sekä asioiden käsittely ammattilaisten kanssa.		

Taulukko 3 Teema 3: Sairaalan toimintamalli

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
Vanhemmille tarjotaan tarvittaessa sosiaalityöntekijän, sairaalapastorin, perhe- ja pariterapeutin, seksuaaliterapeutin, psykiatrisen sairaanhoitajan, lastenlääkärin, patologin, psykiatrin ja psykologin apua. Perheille annetaan tarvittaessa myös kriisipäivystyksen puhelinnumero ja ohjataan psykpoleille.	Sairaanhoitajat tekevät yhteistyötä monen eri ammattiryhmän kanssa	MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ
Moniammatillinen yhteistyö koetaan toimivaksi.		
Tiedonkulku hoitohenkilökunnan välillä ja hoitokokoonaisuus on kohtukuolematilanteessa tärkeää.	Tiedonkulku ja hoitokokoonaisuus	
Käpy ry:n tukimahdollisuuksia ja esitettä tarjotaan vaihtelevasti vanhemmille.	Käpy Ry	
Etri-ryhmä on koettu hyväksi toimintamalliksi. Resursseja sen toimintaan sekä vertaisvanhempia kaivataan enemmän.	Etri-ryhmä	
Huomioidaan seuraavassa raskaudessa vanhempien kokema menetys-		SAIRAALAN TOIMINTAMALLI
Vauvasta voidaan ottaa muistoksi valokuvia, käden- ja jalanjäljet sekä hiustupsu. Vanhemmat ovat kokeneet muistot tärkeiksi. Lisäksi vanhemmat saavat olla vauvan kanssa niin kauan kuin haluavat. Hyvästelyyn voi	Muistojen ottaminen	

tuoda mukaan läheisiä.		
Vauvasta ja vanhemmista otetaan paljon näytteitä kohtukuoleman yhteydessä. Vanhemmilta kysytään lupa myös ruumiinavaukseen kuoleman syyn selvittämiseksi.	Näytteiden ottaminen vauvasta ja vanhemmista	
Vanhemmat voivat lähteä kotiin tai jäädä sairaalaan, kun kohtukuolema on todettu.		
Keskenmeno hoidetaan aina yksilöllisesti. Yli 12 viikkoiset keskenmenot hoidetaan osastolla.		
Keskenmenosta ei saa sanoa potilaalle ennen kuin tilanne on täysin varma.		
Keskenmenopotilaille soiteetaan 2-5 päivän kuluessa, joka on koettu toimivaksi.	Peräänsoitto	
Kahden käynnin taktiikka kohtukuolematilanteessa on todettu toimivaksi. Vanhemmat pystyvät vastaanottamaan tietoa paremmin, kun aikaa on kulunut.	Kahden käynnin taktiikka	
Pääsääntöisesti kollegoiden välinen yhteistyö ja tukeminen toimivat hyvin.	Kollegiaalisuus	
Toimintatavoissa on oleellista perhekeskeisyys ja yksilöllisyys.		
Keskenmenon hoitoon on olemassa hyvät lääketieteelliset ohjeet. Niissä sivutaan jonkin verran myös henkistä tuen antamista. Henkisen tuen antaminen on lähtöisin	Henkisen tuen antamista keskenmenotilanteessa sivutaan ohjeissa jonkin verran, mutta pääosin se on lähtöistä sairaanhoitajan persoonasta ja työskentelytavasta.	

sairaanhoitajan persoonasta ja työskentelytavasta.		
Neuvolaan ollaan yhteydessä tarvittaessa, joko perhe itse tai sairaala.		YHTEISTYÖ NEUVOLAN KANSSA
Sairaanhoitajat toivovat tiiviimpää yhteistyötä neuvoloiden kanssa liittyen kohtu-kuoleman/keskenmenon hoitamiseen.	Yhteistyön kehittäminen tiiviimmäksi neuvolan kanssa	
Keskenmenopotilaiden psyykkisen tuen jatkohoitoa tulisi kehittää yhteistyössä neuvolan kanssa.		
Neuvolan kanssa toivotaan yhteisiä koulutuksia ja kouluttamista.	Yhteistyön kehittäminen tiiviimmäksi neuvolan kanssa	
Sairaalassa on rajalliset resurssit ja ihmiset kaipaavat enemmän hoitoa, joten osa hakeutuu yksityisille lääkäriasemille.		
Vanhemmille suunnattuun keskusteluapuun tulisi saada lisää resursseja ja sitä tulisi kehittää. Sairaanhoitajat haluaisivat nimettyjä kokemus-asiiantuntijoita, joille vanhempia voi ohjata.	Rajalliset resurssit	
Toimintamallin kehittämiseen tarvitaan lisää tutkittua tietoa erityisesti molempien vanhempien huomioimisesta.		
Keskenmenopotilaiden surun tuen tarve on suurempi mitä pystytään sairaalassa tarjoamaan.	Vajavainen tuen tarjoaminen keskenmenopotilaille	
Hoitosuhteen jatkuvuus parantaisi kokonaisvaltaista	Hoitosuhteen jatkuvuus	

perheiden tukemista.		
----------------------	--	--

Taulukko 4 Teema 4: Omat valmiudet ja koulutus

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
Sairaanhoitajat kokevat omat valmiutensa surussa tukemiseen melko hyvänä.		SAIRAANHOITAJIEN VALMIUDET SURUSSA TUKEMISESSA
Sairaanhoitajat työskentelevät surussa tukemisessa oman persoonansa kautta.	Yksilöllinen työskentelytapa	
Sairaanhoitaja oppii työssään kohtaamaan kuoleman ja hyväksymään elämän hallitsemattomuuden.		
Surussa tukemisessa on tärkeää avoimuus, toisen tunnetilan tunnistaminen ja myötäeläminen		
Surussa tukemisen valmiuksia lisää oma eletty elämä ja aktiivisuus tiedon kartoittamiseen.	Oma tausta ja kokemukset	
Työstä palautumiseen auttaa oma perhe.	Työstä palautuminen	
Epätietoisuuden ja oman vajavaisuuden myöntäminen kuuluu sairaanhoitajan työhön.		SAIRAANHOITAJAN OMAT TUNNETILAT
Sairaanhoitajan tulee hallita omat tunteensa ja säilyttää ammatillisuus perheen kanssa.		
Sairaanhoitajan tulee kestä ristiriitaisia tunteita, kun potilaiden tilanteet voivat vaihdella ilosta suruun.		
Kohtukuolematilanne on sairaanhoitajalle havahduttava ja järkyttävä.		

Sairaanhoidaja saa näyttää tunteensa ja itkeä.		
Sairaanhoidaja sietää hiljaisuutta.	Hiljaisuuden sietäminen	
Sairaanhoidajat kokevat perheen antaman palautteen tärkeänä.		SAIRAANHOITAJAN OMAN ROOLIN MERKITYKSELLISYYS
Sairaanhoidajat kokevat oman roolinsa merkitykselliseksi perheiden surussa tukemisessa.		
Sairaanhoidajat ovat vanhempien käytettävissä surussa tukemisessa.		
Peruskoulutuksessa on vaihtelevasti käsitelty surussa tukemista.	Peruskoulutus	SAIRAANHOITAJIEN SAAMA KOULUTUS
Työpaikan tarjoamaa koulutusta surussa tukemiseen on vaihtelevasti tarjolla.	Työpaikan koulutus	
Opiskelijat saavat tulla mukaan keskenmenon/kohtukuoleman hoitoon niin halutessaan.	Opiskelijoiden ottaminen mukaan hoitotilanteisiin	
Työpaikalla on tarjolla etri-koulutus, johon haetaan erikseen.	Etri-koulutus	
Sairaanhoidajat kaipaavat lisää koulutusta ulkopuolisilta toimijoilta surussa tukemiseen.		SAIRAANHOITAJIEN TOIVEET LISÄKOULUTUKSEEN
Sairaanhoidajat toivovat enemmän kokemusten jakamista kollegoiden kanssa sekä koulutusta surussa tukemiseen.		

Liitteet

Liite 1. Saatekirje	60
Liite 2. Haastattelurunko.....	61
Liite 3. Suostumuslomake	62
Liite 4. Tutkimuslupa	63

Liite 1. Saatekirje



Saatekirje 19.2.2018

60

Arvoisa hoitaja,

Olemme kaksi terveydenhoitajaopiskelijaa Laurea-ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä aiheesta "Hoitajien valmiudet keskenmenon tai kohtukuoleman kokeneiden perheiden surussa tukemisessa". Kyseinen aihe on saatu sairaalastanne. Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa hoitajien valmiuksia surun kokeneiden perheiden tukemisessa sekä kerätä hoitohenkilökunnan kokemuksia heille suunnatun toimintamallin sujuvuudesta. Kerättyjä tietoja voidaan hyödyntää sairaalanne toimintamallin kehittämiseen ja päivittämiseen.

Aineistonkeruumenetelmä tässä opinnäytetyössä on teemahaastattelu. Suoritamme yksilöhaastattelut viidelle hoitajalle keväällä 2018. Yhden haastattelun arvioitu kesto on noin 30 minuuttia. Haastattelut ovat vapaaehtoisia ja osallistuvilla on mahdollisuus kieltäytyä tai keskeyttää haastattelu, milloin tahansa. Haastattelut toteutetaan ja käsitellään luottamuksellisesti siten, että haastateltavien henkilöllisyys ei tule ilmi opinnäytetyössä eikä tuloksista voi päätellä vastaajaa. Haastattelut nauhoitetaan ja nauhat tuhoetaan asianmukaisesti opinnäytetyöprosessin päätyttyä.

Opinnäytetyö tullaan liittämään elektroniseen Theseus-tietokantaan. Voit ilmoittautua haastateltavaksi 15.3.2018 mennessä sähköpostilla jessica.saartoala@student.laurea.fi.
Kiitos osallistumisestasi etukäteen!

Ystävällisin terveisin

Enni Saartoala ja Jessica Saartoala
Terveystenhoitaja, AMK
Laurea-ammattikorkeakoulu, Tikkurila
Ratatie 22, Vantaa
jessica.saartoala@student.laurea.fi
04XXXXXXXX

Mahdollisia lisätietoja opinnäytetyöstä voit kysellä myös opinnäytetyön ohjaajalta Marja Tanskaselta (Hoitotyön lehtori, TtM).
marja.tanskanen@laurea.fi
04XXXXXXXX

Liite 2. Haastattelurunko

TEEMAT	KYSYMYKSET
SURU KESKENMENON TAI KOHTUKUOLEMAN JÄLKEEN	<ul style="list-style-type: none"> - Millaisia surureaktioita vanhemmilla ilmenee osastolla? - Millaisia sokkivaiheen reaktioita näkyy käytännössä?
SURUSSA TUKEMINEN KÄYTÄNNÖSSÄ	<ul style="list-style-type: none"> - Miten raskausviikkojen määrä vaikuttaa annettuun tukeen? - Minkälaisia eroja on annetussa tuessa keskenmenon ja kohtukuoleman välillä? - Mitä kehitettävää on keskenmenon jälkeisen surun tukemisessa? - Minkälaista tukea on tarjolla isille? - Miten perheiden jaksamista tai voimavaroja arvioidaan?
SAIRAALAN TOIMINTAMALLI KESKENMENON TAI KOHTUKUOLEMAN JÄLKEEN	<ul style="list-style-type: none"> - Miten olet hyödyntänyt toimintamallia käytännössä? - Miten surun tukeminen näkyy toimintamallissa? - Miten toimintamallissa huomioidaan isien tukeminen? - Minkälaista yhteistyötä on neuvolan kanssa koskien keskenmeno/kohtukuolemaa? Mitä kehitettävää yhteistyössä on? - Miten moniammatillinen yhteistyö näkyy perheiden surun tukemisessä? - Minkälaisia muutoksia haluat toimintamalliin koskien surun tukemista?
OMAT VALMIUDET JA KOULUTUS	<ul style="list-style-type: none"> - Millaisia valmiuksia sinulla on äidin ja isän surun tukemiseen? - Miten peruskoulutuksessa käsiteltiin surun tukemista? - Minkälaista koulutusta on työpaikalla saatavana surun tukemiseen? - Jos et ole saanut peruskoulutuksen aikana tai työpaikan kautta koulutusta surun tukemiseen, minkälaista koulutusta haluaisit? - Minkälaisia reaktioita sikiön kuolema sinussa on herättänyt vanhempien läsnä ollessa? - Koetko merkitykselliseksi oman roolisi perheiden surun tukemisessä?

Liite 3. Suostumuslomake



Suostumuslomake 27.3.2018

62

Suostumus haastatteluun osallistumisesta

Minulle on selvitetty opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimusmenetelmät. Tiedän, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista.

Olen tietoinen siitä, että tutkimukseen osallistuminen ei aiheuta minulle kustannuksia. Henkilöllisyyteni jää vain tutkijan tietoon ja minua koskeva aineisto hävitetään tutkimuksen valmistuttua.

Suostun haastatteluun ja haastatteluun antamia tietoja saa käyttää tutkimuksessa. Haastattelut käsitellään anonyymisti. Haastattelut nauhoitetaan ja nauhoitus hävitetään tulosten analysoinnin jälkeen.

Halutessani voin keskeyttää tutkimukseen osallistumisen, milloin tahansa, ilman perusteluja.

Päiväys

Tutkittavan allekirjoitus ja nimenselvennys

Liite 4. Tutkimuslupa

OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSLUPAHAKEMUS		Liite 1	
Opinnäytetyön tekijää koskevat tiedot	Suku- ja etunimet Saartoala Jessica ja Saartoala Enni		
	Virka/toimi tai oppiarvo/koulutustausta		
	_____ palveluksessa <input type="checkbox"/> Kyllä <input checked="" type="checkbox"/> Ei		
	Sähköpostiosoite/puh/gsm jessica.saartoala@student.laurea.fi / _____		
	Kotiosoite _____		
	Yliopisto ja laitos/ammattikorkeakoulu/oppilaitos, jossa opiskelee Laurea - ammattikorkeakoulu, Tikkurila ja Otaniemi		
Yliopiston laitoksen/ammattikorkeakoulun/oppilaitoksen osoite Ratatie 22 01300 Vantaa.			
Opinnäytetyön ohjaaja oppilaitoksessa	Opinnäytetyön ohjaaja(t), ohjaajien oppiarvot ja yhteystiedot (sähköposti/puhelin) Tanskanen Marja _____ <i>marja.tanskanen@laurea.fi</i>		
	Opinnäytetyön ohjaaja(t), ohjaajien ilmoitus siitä, onko opinnäytetyön tutkimussuunnitelma hyväksytty esitetyssä muodossa <i>Marja Tanskanen T+M esk tote.suunnitelma hyväksytty 21.1.2018/mt</i>		
Vastuuhenkilöä koskevat tiedot	Suku- ja etunimi/virka/toimi _____		
	Työpaikan osoite _____		
	Sähköpostiosoite/puh/gsm _____		
	_____ työala, tulosyksikkö tai liikelaitos, jossa vastuuhenkilö työskentelee _____		
Opinnäytetyötä koskevat tiedot	Opinnäytetyön nimi julkisessa muodossa _____ hoitajien valmiudet perheiden surun tukemisessa keskenmenon tai kohtukuoleman jälkeen		
	Asiasanat (max 5 kpl) kohtukuolema, keskenmeno, suru, perheiden tukeminen		
	Opinnäytetyön taso <input type="checkbox"/> Lisensiaattitutkinto <input type="checkbox"/> Maisteritutkinto <input type="checkbox"/> Ylempi AMK-tutkinto <input type="checkbox"/> Kandidaatti <input checked="" type="checkbox"/> AMK-tutkinto <input type="checkbox"/> Muu, mikä?	Opinnäytetyön tieteenala <input type="checkbox"/> Lääketiede <input type="checkbox"/> Hammaslääketiede <input checked="" type="checkbox"/> Hoitotiede <input type="checkbox"/> Terveystieteiden ala <input type="checkbox"/> Muu, mikä?	
	Opinnäytetyö on osa laajempaa _____ <input checked="" type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, mitä? <i>pieni projekti onT erikellään semio</i>	Arvioitu aloituspvm. _____	Arvioitu päättymispvm. _____
	Opinnäytetyön suorituspaika _____	_____	

Kohderyhmä <input type="checkbox"/> Potilaat <input type="checkbox"/> Omaiset <input checked="" type="checkbox"/> Henkilökunta <input type="checkbox"/> Asiakirjat <input type="checkbox"/> Muu, mikä?		Tutkittavien/havaintoyksikköjen määrä 5,5H toimenhaastattelu kannustin tutkimus
Aineiston keruumenetelmä <input type="checkbox"/> Kysely <input checked="" type="checkbox"/> Haastattelu <input type="checkbox"/> Havainnointi <input type="checkbox"/> Asiakirja-analyysi <input type="checkbox"/> Muu, mikä?		
[Redacted] ilkopuoliset yhteistyötahot		
Aiheuttaako opinnäyte kustannuksia [Redacted] <input type="checkbox"/> Kyllä (Kustannusarvio ja rahoitussuunnitelma erillisellä liitteellä) <input checked="" type="checkbox"/> Ei (Tutkimusluvan myöntäjä voi vaatia selvitystä tapauskohtaisesti)		Opinnäytetyön hyödyt/vaikutukset [Redacted] toimintaan <input type="checkbox"/> Välitön soveltuvuusarvo toimintaan, mihin <input type="checkbox"/> Ei välitöntä sovellettavuutta MT kehittä- minen
Opinnäytetyön tekijänä sitoudun noudattamaan sairaalan antamia ohjeita ja sääntöjä ja raportoimaan opinnäytetyöni tuloksista tutkimusluvan myöntäjälle.		
Päiväys 6.2.2018 Jonna Saartoala Emmi Saartoala Jessica Saartoala ENNI SAARTOALA		Päiväys 22.2.2018 [Redacted]
Opinnäytetyön tekijä/tekijät nimenselvitys		
Opinnäytetyön tutkimusluvan valmistelija [Redacted] Päiväys 22.2.18 [Redacted]		Opinnäytetyön tutkimusluvan puoltaja [Redacted] Päiväys Opinnäytetyön tutkimusluvan puoltaja nimenselvitys

Hakemukseen on liitettävänä [Redacted]

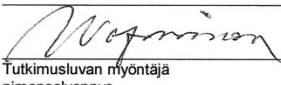
Tarvittavat liitteet

- Opinnäytetyön suunnitelma ja selostus opinnäytetyön suorittamisesta [Redacted]
- Tutkimussuunnitelman tiivistelmä
- Aineiston keruulomake *aineistonkeruulomake liitteinä*
- Kysely/haastattelulomakkeen saatekirje

Lisäksi tarvittaessa

- Opinnäytetyötä suorittava muu henkilöstö
- Kustannusarvio ja rahoitussuunnitelma
- Hakemus tietojen saamiseksi salassa pidettävistä asiakirjoista
- Vaitolositoumus/salassapito- ja käyttäjäsitoumus
- Tutkittavan tiedote ja suostumus
- Eettisen toimikunnan lausunto
- STM:n lupa
- Henkilökisteriseloste

Alla olevaa päätöskohtaa käytetään silloin, kun päätös voidaan antaa lomakepäätöksenä (kts. JYL 2/2015, kohta 4.3)

LOMAKE- PÄÄTÖS	Lomakepäätöksen numero <u>1/2018</u>
	<input type="checkbox"/> Myönnetään hakemuksen mukaisesti <input type="checkbox"/> Myönnetään edellyttäen, että <input type="checkbox"/> Hakemus hylätään seuraavin perusteluin *)
*) Oikaisuvaatimusohje liitteenä	
Tutkimusluvan alkamispäivä _____ Tutkimusluvan päättymispäivä _____	
Päiväys <u>23.2.2018</u>	
 Tutkimusluvan myöntäjä nimenselvennys	

Opinnäytetyön tekijä	Opinnäytetyöntekijä tai tekijät. Jos tekijöitä on useita, ensimmäiseksi merkityn henkilön osoite- ja yhteystiedot
Opinnäytetyön ohjaaja	Yliopiston tai oppilaitoksen ohjaaja(t) ja yhteystiedot
Vastuuhenkilö _____	Tutkimuksen vastuuhenkilön ohjauksessa opiskelija voi suorittaa opinnäytetyön lakien ja asetusten, viranomais määräysten ja _____ määräysten ja ohjeiden mukaisesti ja raportoida opinnäytetyöstä tutkimusluvan myöntäjälle. Vastuuhenkilö seuraa tutkimuksen kulkua ja huolehtii sen järjestämisestä koskevasta tiedottamisesta ja etsii opinnäytetyön tarvitsemat yhdyshenkilöt ao. tutkimusyksiköistä. Jos tutkimus kohdistuu sairaanhoitoalueen useaan tulosyksikköön, vastuuhenkilö voidaan nimetä sairaanhoitoalueelta. Jos tutkimus kohdistuu usealle sairaanhoitoalueelle tai koko _____ vastuuhenkilö voidaan nimetä yhtymähallinnosta.
Opinnäytetyötä koskevat tiedot	Koska nimi tulee julkiseen rekisteriin, opinnäytetyön nimeksi on syytä valita otsikko, joka kuvaa tehtävää työtä. Opinnäytetyön tyyppi luokitellaan esim. pro gradu, kliininen hoitotiede Opinnäytetyön suorituspaikat: merkitään kaikki, joista aineisto kerätään. Tutkittava(t) kohderyhmät ja havaintoyksiköt kuvataan esim. Potilaat N=10, Omaiset N=10, Asiakirjat N=10. Aineiston keruumenetelmät luokitellaan.
Asiasanat	Käytetään esim. YSA/FinMeSH tai hoitotyön asiasanastoa enintään 5 kpl
_____ ulkopuoliset yhteistyötahot	Kuvataan, mitkä muut laitokset ja yhteistyötahot ovat mukana esim. monikeskustutkimuksen osapuolet.
Aiheuttaako opinnäytetyö kustannuksia _____	Opinnäytetyö ei saa aiheuttaa tavanomaiseen toimintaan nähden ylimääräisiä kustannuksia tutkittavalle tai sairaalalle. Aloitustulua myöntäjä voi vaatia perustelut siitä, miksi kustannuksia ei aiheudu. _____:annalta merkittävistä kustannuksissa eritellään tarvittava henkilökunnan työpanos (haastatteluaika/hlö), monistus- ja materiaalikulut, asiakirjapainotuskulut yms. Ylimääräisistä kustannuksista laaditaan kustannusarvio ja rahoitussuunnitelma, jotka toimitetaan erillisenä liitteenä.
Opinnäytetyön hyödyt ja vaikutukset _____ toimintaan	Opinnäytetyön tekijän ja ohjaajan näkemys opinnäytetyön hyödyistä/vaikutuksista _____ toimintaan.
Eettinen arviointi	Luvan myöntäjä arvioi, tarvitaanko eettisen toimikunnan lausuntoa.
Allekirjoitukset	Opinnäytetyön tekijän, _____ vastuuhenkilön ja puoltajan (tapauskohtaisesti) sekä opinnäytetyön tutkimusluvan valmistelijan (tapauskohtaisesti) allekirjoitukset. Tapauskohtaisesti on harkittava puoltajan ja valmistelijan tarve. Lupa myönnetään ohjeen mukaan joko lomakepäätöksenä tai viranhaltijapäätöksenä.
Liitteet	Tutkimuslupahakemukseen liitetään opinnäytetyön suunnitelma (ml tarvittava selostus opinnäytetyön suorittamisesta _____ opinnäytetyön tutkimussuunnitelman tiivistelmä, aineistonkeruulomake ja kysely/haastattelulomakkeen saatekirje. Tutkimusluvan myöntäjä voi lisäksi tarvittaessa vaatia muuta liiteaineistoa.

Liite 3

HENKILÖN VAITIOLOSITOUS / SALASSAPITO- JA KÄYTTÄJÄSITOUS

Sitoudun

- antamaan henkilötietoni sairaalan henkilöstörekisteriin (päivittämään ne tietojen muuttuessa)¹
- noudattamaan kuntayhtymän, sairaalan, tulosyksikön johtajan, turvapäällikön, ylilääkärin, ylihoitajan ja taloudesta vastaavien viranomaisten antamia ohjeita ja sääntöjä (liitteenä allekirjoitettu tietoturvaohjeiden liite 15) ja sallin tietoliikenteeseen käytöstäni jäävien logitietojen lukemisen
- pidättäytymään ilmaisemasta luvatta muille tehtävän yhteydessä tietoon saamaani seikkaa, joka erikseen on määrätty tai säädetty salassa pidettäväksi tai joka tehtävään liittyvän toimintatavan mukaan tai asian laadun vuoksi muutoin on salassa pidettävä.
- En saa tehtävän aikana enkä myöskään tehtävän päättymisen jälkeen ilmaista tehtävän vuoksi tietoon saatuja terveydenhuollon toimintayksikköä tai sen asiakkaita, sopimusosapuolia tai muita yhteistyötahoja koskevia salassa pidettäviä tietoja. Potilaiden terveydentilätietojen lisäksi tällaisia ovat myös mm. liike- ja ammattisalaisuudet.
- Tehtävässä minulla on katselu- ja käyttöoikeus vain tietoihin, joita koskee tehtävään annettu viranomaislupa tai joista asianomaiset henkilöt ovat antaneet nimenomaisen säädetyn suostuksensa (vrt. tutkittavan tiedote ja suostumus).

Olen ymmärtänyt edellä mainitut määräykset ja sitoudun noudattamaan niitä.

6.2.2018 Jessica Saartoala / Enni Saartoala
Päiväys Henkilön allekirjoitus

Jessica Saartoala [redacted] / Enni Saartoala [redacted]
Nimenselvennys ja henkilötunnus

[redacted]

Osoite ja yhteystiedot (puhelinnumero ja sähköpostiosoite)

¹ Jos opinnäytetyötä luvalla ja tämän sopimuksen nojalla suorittavan henkilön tehtävä päättyy, [redacted] olevan vastuuhenkilön pitää ilmoittaa Tietun tallentajalle asiasta.