



LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU
Lahti University of Applied Sciences

”EI PÄIVÄÄ TIEDÄ, EI HETKEÄ
KUKAAN, MILLOIN ON MENTÄVÄ
ENKELIN MUKAAN”

Hoitotyöntekijöiden kokemuksia kuolevan vauvan hoitotyöstä ja
ammattillisesta surutyöstä

LAHDEN
AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysala
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Opinnäytetyö AMK
Syksy 2011
Milla Jokinen
Mari Unelius

Lahden ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma

JOKINEN, MILLA & UNELIUS, MARI: "Ei päivää tiedä, ei hetkeä kukaan, milloin on mentävä enkelin mukaan": Hoitotyöntekijöiden kokemuksia kuolevan vauvan hoitotyöstä ja ammatillisesta surutyöstä.

Hoitotyön suuntautumisvaihtoehdon opinnäytetyö, 60 sivua, 10 liitesivua

Syksy 2011

TIIVISTELMÄ

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata hoitotyöntekijöiden kokemuksia kuolevan vauvan hoitotyöstä. Lisäksi tarkoituksena on selvittää hoitotyöntekijöiden selviytymiskeinoja ammatillisessa surutyössä. Opinnäytetyön tavoitteena on, että opinnäytetyön tulosten pohjalta hoitotyöntekijät voivat kehittää toimintaansa työyhteisössä siten, että se edistää työssä jaksamista.

Tämä opinnäytetyö toteutettiin laadullisella tutkimusmenetelmällä. Aineistoa kerättiin kyselylomakkeella Päijät-Hämeen keskussairaalan vastasyntyneiden teho- ja tarkkailuosaston hoitotyöntekijöiltä. Vastauksia saatiin kaksitoista kappaletta. Vastaukset analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysimenetelmällä. Opinnäytetyö toteutettiin vuoden 2011 aikana.

Hoitotyöntekijät kokevat kuolevan vauvan ja tämän perheen hoitamisen tunteikkaaksi ja haastavaksi. Heidän mielestään on tärkeää auttaa perhettä kaikin mahdollisin keinoin. Kuolevan vauvan hoitamisessa keskeisintä on hyvän olon, perushoidon ja kivuttomuuden takaaminen. Perhettä pyritään tukemaan myötäelämällä vanhempien tilannetta ja tukemalla heitä siinä. Perheen tukeminen ja auttaminen ei pääty vauvan kuolemaan. Hoitotyöntekijät joutuvat myös itse työstämään suruprosessia kuolevan vauvan hoidossa. Lisäksi heidän täytyy hyväksyä vauvan kuolema omalla tavallaan. Työyhteisön tuki koetaan tärkeäksi kuolevan vauvan hoidon aikana. Hoitotyöntekijät kokevat saavansa apua tunteidensa ja ajatustensa käsittelyyn, esimerkiksi työnohjauksesta. Jokaisella hoitotyöntekijällä on omat keinonsa selviytyä ammatillisessa surutyössä.

Opinnäytetyön tulosten perusteella voidaan todeta, että työyhteisön hyvinvointiin tulee panostaa. Lisäksi kuolevan vauvan hoitotyöntekijää tulee tukea työyhteisössä. Osastolla tulisi myös mahdollistaa se, ettei kuolevan vauvan hoitotyöntekijällä ole muita vauvoja hoidettavanaan. Tällä tavalla pystyttäisiin mahdollistamaan vauvan yksilöllinen ja laadukas hoito.

Avainsanat: vauvan kuolema, perhekeskeinen hoitotyö, ammatillinen surutyö

Lahti University of Applied Sciences
Faculty of Social and Health Care

JOKINEN, MILLA & UNELIUS, MARI: "No one knows the day or the moment when you must leave with an angel (Finnish poem)": Nurses experiences of nursing a dying baby and professional grief work.

Bachelor's Thesis in Nursing, 60 pages, 10 appendices

Autumn 2011

ABSTRACT

The purpose of this thesis is to describe nurses' experiences about nursing a dying baby. In addition, the purpose is to found out nurses' coping strategies in professional grief work. The goal of this thesis is that, based on its results, nurses can develop their behavior in a way that enhances their coping with work.

This thesis is carried out using a qualitative research method. The material is collected with a questionnaire answered by the nurses of the Päijät-Häme central hospital infant intensive care and observation department. Twelve answers are received. Answers are analyzed with a material based content analyze method. This thesis is made in 2011.

Nurses experience that taking care of a dying baby and its family is emotional and challenging. They think that it is important to help the family by any means necessary. The most important things in nursing a dying baby are guaranteeing a good, painless condition and basic nursing. The family is supported by withstanding parents' situation and by supporting them in it. Supporting of the family doesn't end in baby's death. Nurses also have to experience and process the grief themselves when nursing a dying baby. In addition to that, they have to accept baby's death in their own way. Support of the working community is seen as very important when nursing a dying baby. Nurses experience that they receive help from clinical supervision to handle their feelings and thoughts. Each nurse has her own way of coping with the professional grief work.

Based on the results of this thesis can be said that the wellbeing of the working community should receive more attention and investment. In addition to that, the nurse of a dying baby should be supported in the working community. It should be made possible that a dying baby's nurse has no other babies to take care of, so that the best possible individual nursing is achieved.

Keywords: death of a baby, family focused nursing, professional grief work

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	VAUVAN KUOLEMA	2
2.1	Kuolevan vauvan hoitotyö	4
2.2	Vauvan kuoleman jälkeinen hoitotyö	7
3	PERHEKESKEINEN HOITOTYÖ	9
3.1	Hoitotyöntekijän keinot auttaa perhettä	10
3.2	Perheiden odotuksia ja kokemuksia hoitotyöstä	13
4	HOITOTYÖNTEKIJÄN AMMATILLINEN SURUTYÖ	14
4.1	Työnohjaus	16
4.2	Debriefing	19
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYKSET	20
6	TUTKIMUSMENETELMÄ, AINEISTON HANKINTA JA ANALYYSI	21
6.1	Laadullinen tutkimusmenetelmä	21
6.2	Tutkimusaineiston hankinta ja aineisto	21
6.3	Aineiston analyysi	24
7	TULOKSET	27
7.1	Kuolevan vauvan hoitotyö ammatillisena haasteena	27
7.2	Perhekeskeinen hoitotyö	30
7.3	Kuolevan vauvan hoitotyö	32
7.4	Ammatillinen surutyö	38
8	POHDINTA	42
8.1	Tulosten tarkastelu	42
8.2	Kehittämiskohteita	48
8.3	Eettisyys	49
8.4	Luotettavuus	50
8.5	Jatkotutkimusaiheet	53
	LÄHTEET	54
	LIITTEET	61

1 JOHDANTO

Vauvan vakava sairastuminen ja kuolema ovat järkyttäviä tilanteita sekä vauvan perheelle, että häntä hoitavalle henkilökunnalle. Kuolevan vauvan hoito on lapsen ja perheen kokonaisvaltaista hoitotyötä, jossa toiminta on hienotunteista ja perhetä tukevaa. Lisäksi kuolevan vauvan hoito on suurta ammattitaitoa vaativaa hoitotyötä. Kuolevaa vauvaa hoitaessaan hoitotyöntekijä joutuu työstämään omia, vauvan hoidosta ja kuolemasta aiheutuneita kysymyksiä ja tunteita. (Koski, Lagerstedt & Mäkelä 2004, 62.)

Opinnäytetyön aihevalintaan vaikutti tekijöiden oma kiinnostus lasten- ja nuorten hoitotyöhön. Tämän opinnäytetyön aihe on tärkeä, koska kuolevan vauvan ja hänen perheensä hoitaminen on hoitotyöntekijälle haastavaa ja vaikeaa. Tämän vuoksi tarvitaan tietoa hoitotyöntekijöiden kokemuksista kuolevan vauvan hoitotyöstä ja ammatillisesta surutyöstä. Tämä opinnäytetyö auttaa ymmärtämään kuolevan vauvan hoitotyön haasteita ja mahdollisuuksia sekä ammatillista surutyötä prosessina. Opinnäytetyö on työelämälähtöinen ja se toteutettiin yhteistyössä Päijät-Hämeen keskussairaalan lastenosasto 13:sta kanssa vuoden 2011 aikana.

Päijät-Hämeen keskussairaalan lastenosasto 13 on erikoistunut vastasyntyneiden tehohoitoon ja tarkkailuun. Osastolla hoidetaan ennenaikaisesti syntyneitä ja muita erikoishoitoa vaativia vastasyntyneitä sekä alle puolivuotiaita kirurgisia lapsia. Osaston hoitotyön periaatteita ovat yksilöllisyys, kokonaisvaltaisuus, perhekeskeisyys, turvallisuus, kasvun ja kehityksen tukeminen sekä hoidon jatkuvuuden turvaaminen. Osastolla toimintamallina on omahoitajajärjestelmä, jossa vauvalla on yhdestä kolmeen omahoitajaa. Omahoitaja suunnittelee vauvan hoidon ja hoitaa häntä ollessaan työvuorossa. (Vanhemmille, 2010.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata hoitotyöntekijöiden kokemuksia kuolevan vauvan hoitotyöstä. Lisäksi tarkoituksena on selvittää hoitotyöntekijöiden selviytymiskeinoja ammatillisessa surutyössä. Opinnäytetyön tavoitteena on, että opinnäytetyön tulosten pohjalta hoitotyöntekijät voivat kehittää toimintaansa työyhteisössä siten, että se edistää työssä jaksamista. Opinnäytetyössä käytetään laadullista tutkimusmenetelmää.

2 VAUVAN KUOLEMA

Suomessa kuolleisuusluvut ovat maailman alhaisimpia yhdessä Norjan, Ruotsin, Islannin ja Japanin kanssa. Vuonna 2009 syntyi Suomessa 60 794 lasta. Viime vuosina ennenaikaisina eli ennen 37. täyttä raskausviikkoa syntyneiden lasten osuus on laskenut hiukan. Vuonna 1999 ennenaikaisia lapsia oli 6,2 prosenttia, kun vastaava luku vuonna 2009 oli 5,7 prosenttia. Viime vuosina pienipainoisten vauvojen määrä on pysynyt vakaana. Vuonna 2009 pienipainoisia vauvoja oli 4,5 prosenttia kaikista syntyneistä lapsista. (Vuori & Gissler 2010b, 1, 4.)

Lasten kuolleisuustilasto voidaan luokitella kuolleena syntyneisiin, varhaisneonataali- ja myöhäisneonataalikuolleisuuteen, perinataalikuolleisuuteen ja imeväiskuolleisuuteen. Varhaisneonataalikuolleisuus tarkoittaa sitä, että vauva on kuollut ensimmäisen elinviikon aikana. Myöhäisneonataalikuolleisuus tarkoittaa puolestaan sitä, että vauva on kuollut 7-27 vuorokauden iässä. (Ivanoff, Risku, Kitinoja, Vuori & Palo 2006, 237.) Perinataalikuolleisuus tarkoittaa kuolleina syntyneiden ja ensimmäisen elinviikon aikana kuolleiden lasten määrää tuhatta syntynyttä lasta kohti (Vuori & Gissler 2010a, 4). Imeväiskuolleisuus saadaan, kun jaetaan alle vuoden ikäisinä kuolleiden lukumäärä samana tilastovuonna elävänä syntyneiden määrällä (Imeväiskuolleisuus 2011).

Yleisimpiä kuolinsyitä vauvoilla ovat syntymän ennenaikaisuus ja erilaiset rakenneviat. Kätkykuolema on yleisin kuolinsyy terveinä syntyneillä vauvoilla. (Erjanti & Paunonen-Ilmonen 2004, 101.) Tilastokeskuksen (2009) mukaan alle yksi vuotiaiden lasten yleisimmät kuolinsyyt vuonna 2009 olivat synnynnäiset epämuodostumat, eräät perinataalisen vaiheen tilat sekä epätäydellisesti määrittämättömät tilat. Muita kuolinsyitä olivat muut ulkoiset kuolinsyyt, umpieritys- ja aineenvaihduntasairaudet, verenkiertoelinten sairaudet ja muut kuoleman syyt. (Yleisimmät kuolemansyyt ikäryhmittäin (lkm) 2009.)

Lapsen keskosuuden astetta voidaan määrittellä raskauden keston tai syntymäpainon mukaan (Korhonen 2003, 25). Keskosena pidetään alle 2500 gramman painoisena tai sikiöiältään alle 37-viikkoisena syntynyttä lasta. Hyvin pienipainoisena keskosena pidetään lasta, joka on syntynyt alle 1500 grammaa painavana tai

ennen raskausviikkoa 32. Ennen raskausviikkoa 32 syntyy Suomessa vuosittain noin 500 lasta, joista noin 180:n syntymäpaino on alle 1000 grammaa. (Kaukola 2006.)

Vuonna 2008 keskusia syntyi kaikista syntyneistä lapsista noin neljä prosenttia. Vuosina 2007–2008 keskusia syntyi yhteensä 1075, ja heistä oli elossa vuoden iässä noin 87 prosenttia. (Vastasyntyneet 2008.) Yksisikiöisistä lapsista pienipainoisia oli noin kolme prosenttia, kaksosista noin 42 prosenttia ja kolmosista noin 98 prosenttia. Pieniä keskusia, joiden syntymäpaino oli 1500 grammaa tai raskauden kesto on alle 32 raskausviikkoa, syntyi 0,9 prosenttia kaikista vuonna 2008 syntyneistä lapsista. (Vuori & Gissler 2010a, 1.)

Kaikki ennen raskausviikkoa 34 syntyneet lapset tarvitsevat aluksi sairaalahoitoa. Ennen raskausviikkoa 30 syntyneet lapset tarvitsevat tehostettua hoitoa tai valvontaa hengitysvaikeuksien, verenkierronhäiriöiden ja ravitsemuksen takia. (Fellman & Järvenpää 2011.) Tehohoidon kehittyminen on parantanut keskosten ennustetta viimeisten kahden vuosikymmenen aikana. Nykyisin alle 1500 grammaa painavista lapsista jää eloon noin 85 prosenttia, ja syntymäpainoltaan alle 1000 grammaa painavista on 60 prosenttia elossa 40. raskausviikon ikäisenä. Vastasyntyneisyyskauden sairastavuus, kuolleisuus ja keskushermoston vaurioitumisen vaara ovat kuitenkin edelleen uhkana, mitä varhaisimmassa raskauden vaiheessa lapsi syntyy. (Kaukola 2006.) Keskosten sairastavuus ja erilaiset ennenaikaisuuteen liittyvät pitkäaikaissauraamukset ja niiden ennaltaehkäisy ja hoitaminen sekä kehityksen tukeminen asettavat vanhemmille tiedollisia ja taidollisia vaatimuksia. Keskosuudesta johtuvia pitkäaikaissauraamuksia voi esiintyä kaikilla vauvan kehityksen osa-alueilla, jotka vaikuttavat sekä keskosen että koko perheen elämään kokonaisvaltaisesti. (Korhonen 2003, 25–26.)

Tässä opinnäytetyössä vauvalla tarkoitetaan kaikkia alle puolivuotiaita lapsia, joita hoidetaan vastasyntyneiden tehohoito- ja tarkkailuosastolla. Vauvan kuoleamalla tässä opinnäytetyössä tarkoitetaan kaikkia niitä kuolemia, jotka tapahtuvat vastasyntyneiden tehohoito- ja tarkkailuosastolla. Vauvan kuolema voi tapahtua osastolla joko äkillisesti tai saattohoidossa.

2.1 Kuolevan vauvan hoitotyö

Kuolevan vauvan hoidossa hoitotyöntekijöiden on tärkeää tuntea keskeiset perusmenetelmät lastenhoitotyössä sekä ymmärtää hoitotieteen ja lähitieteiden teorit hoitotyön näkökulmasta. Hoitotyöntekijöiden on osattava lääketieteellisiä perusteita lastensairauksista ja niiden vaikutuksista lapseen sekä hänen perheeseensä. Tietoperustan pohjalta hoitotyöntekijät osaavat tehdä päätöksiä lapsen tilasta ja oireista sekä reagoida niihin. (Tuomi 2008, 66–67.)

Jos vastasyntyneellä on vaikeita kuolemaan johtavia epämuodostumia, on lapsi hyvä näyttää samanaikaisesti molemmille vanhemmille. Lisäksi vanhemmille tulee selvin sanoin kertoa, mistä epämuodostumassa on kysymys. Lisäksi heille kerrotaan, mitä jatkossa tulee tapahtumaan. Tällä tavoin vanhemmat pystyvät realisoimaan tilanteen, jotta heille ei synny pelottavia, vääristyneitä tai ahdistavia mielikuvia lapsestaan. Hoitotyöntekijän tehtävä onkin rohkaista vanhempia tutustumaan lapseensa ja koskettamaan sekä hoitamaan häntä tilanteen sallimissa puitteissa. Näin pystytään tukemaan vanhemmuutta, vaikka se jäisikin lyhyeksi. (Korpela 2002, 342.)

Pienen keskosen tai vakavasti sairaan vauvan syntymä tuo vanhemmat varsin valmistautumattomina keskelle teho-osaston vierasta, kiireistä ja pelottavaa maailmaa (Korpela 2002, 342). Kun lapsi joutuu sairaalahoitoon, vanhemmat joutuvat luovuttamaan osan lapsen hoitovastuusta hoitohenkilökunnalle (Sillanpää 2004, 119). Kuolevalle lapselle tulisi nimetä omahoitaja ja yksi tai kaksi lääkäriä, jotta hoito sujuisi mahdollisimman hyvin. Lisäksi hoitotiimiin kuuluu yleensä myös muita ammattiryhmien edustajia, kuten sairaalapappi, sosiaalityöntekijä ja psykologi. On tärkeää, että sisäinen tiedottaminen hoitotiimissä onnistuu, jotta vauvan yksilöllinen hoito toteutuu. Kaikkien on noudatettava sovittuja hoitolinjauksia, vaikka ne olisi vaikea hyväksyä. Omahoitaja on kokonaisvastuussa hoitotyöstä ja toimii muun muassa viestin välittäjänä lääkäreiden ja vanhempien välillä. Hoitotyöntekijät ja lääkärit kuuntelevat vanhempien toiveita ja pyrkivät toteuttamaan niitä mahdollisuuksien mukaan. (Varimo, Kaartinen, Leppänen, Warttinen & Määttä 2004, 148–151.)

Joskus vauvan kuolema voi tulla yllättäen kesken aktiivihoidon, esimerkiksi vaikeiden komplikaatioiden vuoksi (Lähteenoja & Laine 2004, 452). Joskus taas vauvan vakavan sairauden tai epäkypsyyden vuoksi vauvan kuolemaa osataan odottaa. Jos vauvaa ei pystytä parantamaan lääketieteellisin keinoin, siirrytään vauvan hoidossa terminaalivaiheeseen eli saattohoitovaiheeseen. (Korhonen 1996, 190.) Hoitava lääkäri päättää, milloin tehohoidosta luovutaan. Asiasta keskustellaan vanhempien kanssa. Tärkeää on, että koko hoitohenkilökunta on ymmärtänyt tilanteen ja on yksimielisesti tukemassa vanhempia. (Korpela 2002, 342.) Tällöin lapsen hoidossa ei enää pyritä parantamaan sairautta, vaan estämään lisäongelmien syntymiset. Saattohoidossa vauvan hoidon painopiste muuttuu lapsen hyvinolon ja kivuttomuuden lisäämiseen sekä perheen voimavaroja tukevaksi hoitotyöksi. (Korhonen 1996, 190.)

Kuolevan hoidossa keskeisinä tavoitteina ovat kivuttomuus, oireettomuus, ihmisarvon kunnioittaminen sekä läheisten tukeminen. Saattohoito on kuolevan hoitamista, vuorovaikutusta sekä läsnäoloa. Onnistuneena saattohoitoa voidaan pitää, kun vauvan ja hänen vanhempiensa sekä henkilökunnan yhteistyön avulla on pystytty luomaan toimiva ja vauvan yksilöllisyyden huomioon ottava kokonaisuus. (Kassara, Paloposki, Holmia, Murtonen, Lipponen, Ketola & Hietanen 2005, 363, 367.)

Lapsen olemuksesta ja pienistä viesteistä hoitotyöntekijän on yritettävä tulkita, onko vauvalla hyvä olla. Vauvaa hoidetaan parhaalla mahdollisella tavalla ja asiantuntemuksella. Mitä pienemmästä vauvasta on kyse, sitä enemmän hän tarvitsee unta. Lisäksi vauva yliaktivoituu herkästi, jos hoitotoimet ajoitetaan sopimattomasti. Hoitotoimet pyritäänkin tekemään aina samoihin aikoihin. Tehohoidossa vauvaa hoidetaan säästävasti ja rasittamatta, koska hän tarvitsee voimavaroja muuhun. Hoitojen aikana hoitotyöntekijät tarkkailevat vauvan rasittuneisuutta. (Muurinen & Surakka 2001, 27.)

Vauvan ravinnosta huolehditaan lapsen sietokyvyn mukaisesti. Tärkeää on huolehtia vauvan hengitysteiden auki pysymisestä ja hapentarpeesta. Lisähappea annetaan vauvan tarpeiden mukaan, sillä hapenpuute voi aiheuttaa vauvalle levottomuutta ja kipuja. (Korhonen 1996, 190.)

Koski ym. (2004, 90) kertovat lähes kaikkien saattohoidossa olevien lasten tarvitsevan kipulääkitystä. Saattohoidossa kipulääkityksen tulisi olla säännöllistä, koska jo ilmaantunut kipu on vaikeampi hoitaa, ja se vaatii suurempia lääkeannoksia. Yleensä lasten kivunhoito aloitetaan parasetamolilla, ibuprofeiinilla tai naprokseenilla. Jos nämä kipulääkkeet eivät enää auta, siirrytään kivunhoidossa voimakkaampiin morfiinijohdannaisiin kipulääkkeisiin. Tärkeintä kivunhoidossa on, että lapsi on mahdollisimman kivuton. Kuolevan lapsipotilaan kipulääkkeen arviointiin on syytä kiinnittää huomiota varsinkin silloin, kun lapsi ei itse pysty kommunikoimaan ja kertomaan kivusta.

Jos vauva tulee osastolle heti synnytyksen jälkeen, joutuu hän olemaan erossa äidistään. Silloin isän rooli vauvan hoidossa korostuu. (Nummi 2011, 14.) Osastolta varataan rauhallinen huone perheelle ja he saavat olla ympäri vuorokauden lapsensa luona (Varimo ym. 2004, 151). Jos vanhemmat eivät voi ottaa vauvaa syliin, voivat he, esimerkiksi pitää käsiään vauvan ympärillä käsikapalossa. Hoitotyöntekijä ottaa vauvasta vastuun siten, että vanhemmat voivat keskittyä nauttimaan perheen yhdessä olemisesta. Hoitotyöntekijän velvollisuus on seurata, esimerkiksi valvontalaitteita, jotta vanhempien huomio ei mene niiden tarkkailuun. Vanhemmille kerrotaan, että vauvaa on hyvä pitää lähellä, koskettaa ja kiintyä, jotta häntä voi myös surra. Teho-osastolla pyritään aina siihen, että vanhemmat ovat vauvan luona kuoleman hetkellä. (Nummi 2011, 14.)

Vanhemmuutta voidaan tukea rohkaisemalla vanhempia osallistumaan lapsen perushoitoon (Sillanpää 2004, 119). Vanhempia voidaan tukea antamalla heille vahvistusta ja ohjausta vauvan hoitamisessa sekä hoitotoimenpiteiden suorittamisessa. Hoitotyöntekijän tulee olla aito ja hyväksyä perhe vaikeassa tilanteessa. Hoitotyöntekijältä vaaditaan tilanteessa myötäelämistä, kuuntelutaitoa sekä uskallusta kysyä vanhempien tarpeista. Näillä asioilla viestitään hoitotyöntekijän käytettävänä olemisesta. (Koski ym. 2004, 82.)

Vauvan hyvän kuoleman oikeuksiin kuuluu, että hän saa olla rakastettu. Tämä sisältää kiinteästi vanhempien osallistumisen hoitoon. Jos vanhemmat eivät voi osallistua vauvan hoitoon, tulee hoitotyöntekijän täyttää heidän paikkansa niin,

ettei lapsen tarvitse kuolla yksin. Hoitoyksikön työnjaossa tulisi huomioida, että hoitotyöntekijällä on aikaa olla vauvan luona. (Korhonen 1996, 190.)

Vauvalle voidaan tehdä hätäkaste, jos hänen pelätään kuolevan, eikä pappia ole heti saatavissa kastetta toimittamaan. Hätäkasteen tehtävä on olla kriisitilanteessa tukea antava. Hätäkasteen suorittamisesta tulisi neuvotella vanhempien kanssa. Vauva kastetaan yleensä äidin uskontokuntaan, mutta vanhempien halutessa vauva voidaan kastaa myös isän edustamaan uskontokuntaan. Tällöin asiasta on kuitenkin tehtävä erillinen kirjallinen sopimus. Kasteen voi suorittaa kirkon jäsen. Mikäli on mahdollista, hätäkasteen suorituksessa olisi hyvä olla todistajia. Hätäkasteesta tulee ilmoittaa heti kirkkoherranvirastoon. Hätäkasteen suorittamista ei voi tehdä väärin. (Koski ym. 2004, 96, 98.)

2.2 Vauvan kuoleman jälkeinen hoitotyö

Vauvan kuolemasta ilmoittaa lääkäri (Keituri 2010, 586). Ensitiedon antajan rauhallisuus ja tapahtuneen toistaminen auttavat vanhempia ottamaan tietoa vastaan (Ivanoff ym. 2006, 242). Hoitotyöntekijän on hyvä olla tilanteessa läsnä, jotta hän kuulee, mitä vanhempien kanssa keskustellaan. Hänen tulee olla heidän kanssaan niin kauan kuin on tarpeellista. (Keituri 2010, 586–587.) Tärkeää on viestittää vanhemmille, että hoitotyöntekijä on heitä varten (Koski ym. 2004, 92).

Kuolleen vauvan hoitotyö jää pysyvästi vanhempien mieleen (Ivanoff ym. 2006, 242). Kun vanhemmat menevät jättämään jäähyväiset lapselleen, ympäristö tulee järjestää mahdollisimman rauhalliseksi ja tilanteeseen sopivaksi (Keituri 2010, 586). Vanhemmille tulee antaa mahdollisuus olla vauvan luona, jopa muutama tunti. Hoitotyöntekijä tulee olla vanhempien luona koko ajan, elleivät vanhemmat toisin pyydä. (Hiironen 2007, 526.)

Lapsivainajaa hoidetaan yhtä hyvin ja kauniisti kuin hän olisi elävä. Vauvasta käytetään hänen etunimeään, jolloin osoitetaan, että vauva on arvokas kuoltuaankin. (Hiironen 2007, 526.) Hoitotyöntekijän tulee rohkaista vanhempia katsomaan, koskettamaan ja pitelemään lastaan. He voivat halutessaan ottaa lapsesta kuvan tai

hiuskiehkuran muistoksi. (Keituri 2010, 586–587.) Lapsivainajan hoitamisessa hoitotyöntekijän tärkein tehtävä on tukea vanhempia. Lasta hoitaessaan vanhemmat tuntevat omin käsin lapsen elottomuuden ja se konkretisoi lapsen kuolemaa vanhemmille. (Ivanoff ym. 2006, 242.) Vauva voidaan pukea hänen omiin vaatteisiinsa, ja hänelle voidaan laulaa jokin tuttu laulu tai virsi. Lisäksi voidaan rukoilla vauvan puolesta, jos vanhemmat näin haluavat. (Koski ym. 2004, 93.) Arkussa lapsi voi levätä omalla tyynyllään ja oma peitto peitteenään. Lisäksi hänelle voidaan laittaa jokin lelu arkkuun mukaan. (Ivanoff ym. 2006, 242–243.)

Jos vastasyntynyt on kuollut kesken tehohoidon, tehdään hänelle yleensä ruumiinavaus. Tähän pyydetään vanhempien lupa. Ruumiinavaus kuuluu korkeatasoiseen hoitoon, eikä siihen liity mitään sen kummempaa mystiikkaa. Ruumiinavauksen tulosten varmistuttua tulee vanhemmille varata aika lääkärin luo, jossa vanhemmat kuulevat ruumiinavauksen tuloksen sekä voivat samalla keskustella asiasta. Selkeästi esitetty tieto auttaa vanhempia surutyössään ja vapauttaa heidät itsetsyytöksistä. (Korpela 2002, 342.)

Kuolevan vauvan hoito ei pääty vauvan kuolemaan, vaan perheen tukeminen jatkuu viikkoja, jopa kuukausia kuoleman jälkeen (Lähteenoja & Laine 2004, 455). Perheelle tulisi tarjota mahdollisuus tapaamiseen hoitavan lääkärin ja oman hoitajan kanssa välittömästi vauvan kuoleman jälkeen, jolloin vanhemmilla on mahdollisuus kysyä mieltä painavista, hoitoon liittyvistä asioista. Toinen tapaaminen lääkärin ja omahoitajan kanssa tulisi järjestää, kun lapsen kuolemasta on kulunut aikaa kolmesta neljään kuukautta. (Koski ym. 2004, 92.)

Vanhemmille tulee antaa ennen sairaalasta lähtöä yhteystiedot sairaalaan ja kriisipalveluun. Lisäksi annetaan yhteystiedot, josta vanhemmat voivat kysyä vauvan hautaamiseen liittyvistä asioista, kuten kuolintodistuksesta. Lisäksi vanhempien kanssa sovitaan mahdolliset jatkotapaamisajat. Vanhemmille on hyvä suositella sairaslomaa, jotta he voivat olla yhdessä ja tukea toisiaan surussa. (Hiironen 2007, 526.)

Hoitanut lääkäri tai hoitotyöntekijä ottaa vanhempiin yhteyttä muutaman päivän kuluttua, jolloin keskustellaan perheen sen hetkisestä tilanteesta. Lisäksi voidaan

keskustella lapsen kuolemaa edeltäneestä tilanteesta, mikä tukee vanhempien ja sisarusten surutyön etenemistä. Yhteydenoton yhteydessä vanhemmat saavat myös mahdollisuuden kysyä vauvan hoidosta ja heitä askarruttavista asioista. Usein vanhemmilla on lukuisia "jos" kysymyksiä, kuten "Olisiko lapsi selvinnyt jos..". Näihin kysymyksiin ei ole vastauksia, mutta niiden läpikäyminen oikaisee väärinkäsityksiä sekä helpottaa vanhempien syyllisyyden tunnetta. (Ivanoff ym. 2006, 242.)

Yhteydenpidolla hoitotyöntekijä pystyy myös arvioimaan vanhempien selviytymistä sekä tuen tarvetta. Avoin keskustelu ja rehellinen tieto lapsen kuoleman estämättömyydestä auttavat vanhempia selviytymään surutyössään. (Aho 2010.) Kaunonen (2000, 52) toteaa perheenjäsenien olleen tyytyväisiä siihen, että heihin on otettu yhteyttä lapsen kuoleman jälkeen. Monet kokevat sen mahdollisuutena keskustella kuolemasta, omasta menetyksestään ja surustaan. He kokevat saavansa emotionaalista tukea tai tiedollista sosiaalista tukea. Tämän vuoksi tukipuhelua on pidetty hyvänä tukimuotona. Hiironen (2007, 525) toteaa, että vanhempien halutessa voidaan sairaalassa järjestää jälkipuinti-tilaisuus. Muutaman päivän päästä vauvan kuolemasta voidaan tilannetta käsitellä psykiatrisen sairaanhoitajan tai psykiatrin johtamana (Toivikko 2007, 548).

3 PERHEKESKEINEN HOITOTYÖ

Suomessa tunnetuin perhemalli on lapseton aviopari. Toiseksi yleisin perhemalli on isä, äiti ja lapset. (1. Suomen yleisin perhetyyppi on lapseton aviopari 2009.) Perhettä voidaan lähestyä eri tavoin hoitotyössä. Vähimmäisvaatimuksena on, että perhettä pidetään taustatekijänä, jolloin tavoitteiden asettamisessa korostetaan sairautta ja sen oireita tai oireiden puuttumista. Perhe voi myös olla kokonaisuudessaan hoitotyön asiakkaana. Silloin lähdetään liikkeelle tavoitteista, joissa korostuu kokonaisvaltainen ihmis- ja terveystietoisuus. Perheen roolilla on suuri merkitys hoitotyön tavoitteisiin, menetelmiin ja arviointiin. On hoitotyöntekijästä kiinni, millaista tietoa hän perheestä kerää, millaisia auttamismenetelmiä käyttää, ja pohtiiko hän lapsen sairastumisen merkityksiä muuhun perheeseen. (Ivanoff ym. 2006, 10, 13–14.)

Tomlinsonin (2001); Friedmanin, Bowdenin ja Jonesin (2003); Bomarin (2004)a; Bomarin (2005); Harmon Hansonin (2005) mukaan perhekeskeisyys hoitotyössä tarkoittaa perheen huomioimista osana potilaan kokonaishoitoa. Sen tavoitteena on auttaa perhettä vahvistamaan voimavarojaan ja ennaltaehkäisemään sekä ratkaisemaan ongelmia. Hoitotyöntekijältä se edellyttää perheen tilanteen tuntemista, tietoa perheen kokemuksista ja odotuksista sairaalahoidosta sekä kykyä käyttää sellaisia keinoja, jotka ylläpitävät ja edistävät perheen terveyttä. (Hopia 2006, 21.) Perheen elämäntilanne, kulttuuritausta, tottumukset ja ympäristö otetaan hoidon suunnittelussa huomioon. Perhettä kuunnellaan ja arvostetaan heitä koskevissa päätöksenteoissa ja suunnitelmissa. (Lindholm 2004, 17.) Tässä opinnäytetyössä perhemallina on isä, äiti ja vauva. Perheeseen voi kuulua myös muita lapsia. Tässä opinnäytetyössä perhe on kokonaisuudessaan hoitotyön asiakas.

3.1 Hoitotyöntekijän keinot auttaa perhettä

Jotta hoitotyöntekijä voi hoitaa kuolevaa lasta ja tämän perhettä, vaatii se paneutumista lapsen ja perheen hoitoon. Lisäksi se vaatii tiedon etsimistä. Hoitotyöntekijän on selkiytettävä oma käsityksensä kuolemasta. Hänen on oltava myös tietoinen omista menetyksistään. (Koski ym. 2004, 76.) Hoitotyöntekijän tulee hallita omat tunteensa, mutta hänen ei tarvitse peittää omaa liikutustaan vaikeassa tilanteessa (Keituri 2010, 587). Hoitotyöntekijällä on oltava kiinnostusta erilaisia kuolemankäsitteitä kohtaan ja tutustuttava erilaisiin tapoihin, rituaaleihin ja kuoleman symboleihin. Hänen on oltava myös perillä eri kehitysvaiheissa olevien lasten kuolemankäsitteistä ja lapsen kuoleman merkityksestä vanhemmille ja sisaruksille. (Koski ym. 2004, 76.)

Lehto (2004, 57–58) toteaa onnistuneen ensikohtaamisen perheen ja hoitotyöntekijän välillä olevan vuorovaikutuksen kannalta merkityksellinen. Ensivaikutelma saadaan lyhyessä ajassa. Siihen vaikuttaa muun muassa se, miten tervetulleeksi perhe kokee itsensä tullessaan sairaalaan. Ympäristöllä ja ilmapiirillä on myös merkityksensä onnistuneeseen vuorovaikutussuhteeseen. Rauhallisuus ja asianmukaiset toimitilat luovat vuorovaikutusta edistävää turvallisuutta. Kiireettömän

ilmapiirin luominen on myös olennainen tekijä onnistuneen vuorovaikutuksen syntymisessä. Onnistunut vuorovaikutus hoitotyöntekijän ja perheen välillä vaikuttaa luottamuksen syntymiseen. Luottamus puolestaan on pohjana onnistuneelle hoitosuhteelle. Onnistuneessa hoitosuhteessa perhe ja hoitotyöntekijä jakavat tunteita, toimivat yhteistyössä, keskustelevat, kuuntelevat ja paneutuvat lapsen hoitoon.

Luottamuksen muodostaminen perheen ja hoitohenkilökunnan välille on lähtökohtana vuorovaikutukselle ja toiminnalle. Luottamus rakentuu perheen ja hoitotyöntekijän yhdessäolon kautta ja yhteistoiminnassa. Luottamus on kuulluksi tulemistä, välittämistä ja vastavuoroisuutta perheen ja hoitotyöntekijän välillä. Rehellisyys eli avoin viestiminen ja tiedon välittäminen vanhempien ja hoitotyöntekijän välillä on tärkeää. Tieto auttaa lapsen hyvässä hoidossa. Keskustelun vastavuoroisuus, vaikeistakin asioista puhuminen ja yhdessä tiedon etsiminen lisäävät yhteistyötä ja kumppanuutta hoitotyöntekijän ja perheen välillä. (Lehto 2004, 59–60.)

Lapsen sairastuessa hänestä tulee perheen keskipiste, jonka pohjalta tehdään hoitopäätökset ja toimitaan. Lisäksi sairastunut lapsi vaatii paljon huolenpitoa, hoivaa ja seuraa. Vanhemmat voivat kokea sen raskaaksi ja kuluttavaksi. (Hopia 2006, 62.) Hoitotyöntekijän tulee nähdä perhe kokonaisuutena, jonka on löydettävä oma keinonsa selviytyä kriisitilanteesta. Perheen toimintaan vaikuttavat sen sisäiset vuorovaikutustaidot ja perheenjäsenten henkinen ja fyysinen jaksaminen. Perhettä voidaan auttaa selvittämällä heidän voimavaransa ja tukemalla heitä. Hoitotyöntekijän on muistutettava vanhempia omasta jaksamisesta, parisuhteen sekä muiden lasten huomioimisesta. Vanhempia olisi hyvä tavata sekä yhdessä että erikseen, koska heillä voi olla erilainen tapa käsitellä lapsen sairastumiseen liittyviä asioita. (Sillanpää 2004, 119.)

Pelkosen (1994) mukaan perheen kanssa on löydettävä heidän vahvuutensa ja tukijärjestelmänsä sekä rohkaistava heitä käyttämään niitä. Voimavarojen löytäminen auttaa perhettä ja yksilöä kohottamaan itsetuntoa ja vahvistamaan elämänhallinnan ja itsemääräämisoikeuden tunnetta. Tämä lisää perheen hyvinvointia ja

terveyttä ylläpitävää sekä elämänlaatua parantavaa toimintaa. (Pelkonen & Hakulinen 2002, 206, 209.)

Kun lapsi joutuu sairaalahoitoon, on vanhemmilla lapsen menettämisen pelko suuri (Nummi 2011, 14). Silloin heidän kykynsä vastaanottaa tietoa voi olla huono. Hoitotyöntekijän onkin kerrattava vanhemmille lapsen hoitoon liittyviä asioita yhä uudelleen, jotta vanhemmat omaksuvat tiedon. (Sillanpää 2004, 119.) Vanhempien kysymyksiin hoitotyöntekijä voi vastata omien kykyjensä mukaan eikä kaikkea tarvitse tietää. Tärkeintä on, ettei hän pakene tilanteesta. Vanhemmat eivät odota hienoja lohdullisia sanoja, vaan aitoa, empaattista, läsnä olevaa hoitotyöntekijää. Hänen tulisi katsoa vanhempia silmiin, istua samalla korkeudella kuin vanhemmat, ja jaksaa kuunnella samoja asioita yhä uudelleen ja uudelleen. Vanhempien syyllisyyden tunnetta voidaan helpottaa kertomalla, etteivät he olisi voineet estää tapahtumaa. (Keituri 2010, 587.)

Sureva tarvitsee auttaja, joka hyväksyy hänet ja hänen tunteensa. Surevan käytöstä ei saa tuomita, koska jokainen suree omalla tavallaan. Surevan epätoivo tekee hänet haavoittuvaksi, ja siksi hän saattaa käyttäytyä täysin eri tavoin kuin normaalisti. (Erjanti & Paunonen-Ilmonen 2004, 147.) Vanhemmat voivat olla aggressiivisia, hiljaisia tai lamaantuneita. Itku, hiljaisuus, huutaminen ja raivoaminen kuuluvat surutyöhön ja ne tuovat menetyksen lähemmäksi tajuntaa. (Ivanoff ym. 2006, 241.) Surevaa voi auttaa ainoastaan, jos tukija on herkkä surevan tuskalle ja pystyy kunnioittamaan tämän ihmisarvoa (Erjanti & Paunonen-Ilmonen 2004, 147).

Vanhempia pyritään auttamaan, vauvan kuoleman jälkeen, ensimmäisten hetkien yli hoitotyön menetelmin. Keinoja tukea perhettä ovat läsnäolo, kosketus, kuuntelu ja tuskan jakaminen. (Ivanoff ym. 2006, 242.) Myös sanatonta surun jakamista pidetään yleensä tärkeänä lohduttamisessa. Joskus vanhemmat haluavat olla yksin, ja heille tuleekin antaa siihen mahdollisuus. (Erjanti & Paunonen-Ilmonen 2004, 142.)

Sisaruksille tulisi kertoa veljen tai siskon kuolemasta rehellisesti. Lapsi vaistoa kuitenkin tapahtuneen, ja ilman asianmukaista tietoa lapsi rakentaa mielikuvituk-

sensa avulla vääristyneen tarinan tapahtuneesta. (Sillanpää 2004, 120–121.) Muut lapset reagoivat sisaruksensa menehtymiseen. He ovat hämmentyneitä ja peloisiaan ja heidän tunteensa vaihtelevat vanhempien tunteiden mukaan. Muut sisarukset saattavat tuntea syyllisyyttä omasta terveydestään. Lapset ilmaisevat surua eri tavoin kuin aikuiset. Siksi voi ulospäin näyttää, etteivät sisarukset sure siskon tai veljen kuolemaa. (Koski ym. 2004, 92.)

3.2 Perheiden odotuksia ja kokemuksia hoitotyöstä

Hopia (2006, 65–66) kuvailee vanhempien kokevan usein olonsa avuttomiksi ja epävarmoiksi lapsen ollessa sairaalassa. Lisäksi vanhemmat kokevat, etteivät he tiedä, mitä sairaalassa voi, saa ja pitää tehdä. Vanhemmat odottavat, että hoitohenkilökunta aloittaisi oma-aloitteisesti keskustelun perheen kanssa ja arvioisi aktiivisesti perheen tilannetta. Perheet toivovat, että hoitotyöntekijät kävisivät heidän kanssaan neuvottelua rooleistaan lapsen hoidossa. Vanhemmat kokevat myös tärkeäksi kannustuksen ja rohkaisemisen. Lisäksi he toivovat hoitohenkilökunnalta tukea päätöksenteossa. Perheet kokevat, ettei heillä ole aina voimia huolehtia lapsen hyvinvoinnista. He toivovatkin hoitotyöntekijöiden tunnistavan perheen uupumuksen ja ottavan kokonaisvastuun lapsen hyvinvoinnista. Silloin vanhemmat saavat osallistua lapsen hoitoon, mutta päävastuu hoidosta on kuitenkin hoitotyöntekijällä.

Hoitotyöntekijöiden oletetaan tunnistavan myös perheen uupumus ja reagoivan siihen. Perheet haluavat hoitotyöntekijän rohkaisevan heitä tunteiden purkamiseen. He toivovat hoitotyöntekijän olevan läsnä ja esittävän heille kysymyksiä. Hoitotyöntekijän odotetaan olevan tietoinen perheen syyllisyyden tunteista ja välttävän sitä vahvistavaa toimintaa. Perheet kokevat tärkeäksi, että osastolla on ilmapiiri, joka sallii heidän erilaiset tunteensa. (Hopia 2006, 66.)

Laakso (2000, 95, 103) toteaa äitien odottavan sairaalan henkilökunnalta ajanmukaista tietoa lapsen sairaudesta, sen vakavuudesta, syistä, ennusteesta ja kuolemasta. Äidit kokevat tärkeäksi, että tietoa annetaan oikealla tavalla. He haluavat rehellistä, tarkkaa ja realistista tietoa henkilökunnalta. Äideillä ilmenee paljon

surun tuntemuksia ja kokemuksia, joihin hoitohenkilökunnalla ei ole valmiuksia tunnistaa tai vastata. Äitien tarpeita ei huomioida yksilöllisesti, vaan toiminta on kaavamaisista. Jotkut äidit kokevat saaneensa tietoa liian vähän tai tietoa annetaan tavalla, joka loukkaa heitä.

Thomasin (1995); Moriartyn, Carrollin ja Cotroneonin (1996) mukaan isien surua saattaa vaikeuttaa yhteiskunnan odotukset, jossa mies nähdään vahvana eikä tunteiden ilmaiseminen ole hyväksyttävää. Miehellä saatetaankin usein kysyä vaimon selviytymistä surussa, jolloin hän tuntee itsensä surussa ulkopuoliseksi. (Laakso 2000, 16.) Ahon, Åstedt-Kurjen, Tarkan ja Kaunosen (2009) mukaan isät kokevat lapsen kuoleman jälkeen hoitohenkilökunnalta saadun tuen tärkeäksi. Toisaalta isät kritisoivat, etteivät saa hoitohenkilökunnalta riittävää tiedollista, emotionaalista ja konkreettista tukea. Hoitotyössä tulisikin kehittää perhehoitotyötä ja tukemisen eri muotoja. Isät odottavat aktiivista ja systemaattista tukea sairaalasta lähdön jälkeen. He kokevat, ettei hoitokontaktia terveydenhuoltoon ole sairaalasta lähdetäessä tai se alkaa liian myöhään. (Aho, Åstedt-Kurki, Tarkka & Kaunonen 2010, 3.) Isien tukemiseen ei tarvitse kehittää uusia menetelmiä. Tärkeintä on, että hoitotyöntekijät ymmärtävät isän surua ja huomioivat myös hänet perhettä tukiesaan. Myös isille tulee antaa mahdollisuus ilmaista tunteensa, esimerkiksi tukiryhmissä. (Aho, Tarkka, Åstedt-Kurki & Kaunonen 2006, 661.)

4 HOITOTYÖNTEKIJÄN AMMATILLINEN SURUTYÖ

Sairastumiseen ja kuolemaan ei totu koskaan, vaikka tiedetään, että nykyiset tehokkaat hoidot eivät aina auta eivätkä kaikki parane. Tieto lähestyvistä kuolemasta koskettaa ja pysäyttää aina myös hoitohenkilökunnan. Vaikkakin osaston arki ja työ säilyy samanlaisena, voi kuoleman lähestymisen aistia osaston ilmapiiristä. (Lähteenoja & Laine 2004, 452.)

Lapsen kuolema jättää aina syvät jälkensä perheisiin ja läheisiin, mutta myös lasta hoitaneisiin hoitotyöntekijöihin. Sekä saattohoidossa olevien että äkillisesti kuolleiden lasten perheiden hoito on kokonaisvaltaista ja hienotunteisuutta vaativaa hoitotyötä. Hoitotyöntekijältä se vaatii tiedollisia ja taidollisia, mutta myös asen-

teellisiä valmiuksia. Kuolevan lapsen hoitaminen on hoitotyön alue, jossa korostuvat hoitotyöntekijän korkeatasoinen ammattitaito sekä inhimillinen kypsyyt. (Koski ym. 2004, 62.) Kuoleman olosuhteet, paikka ja aika, sairaus, lapsen ikä ja perheen elämäntilanne vaikuttavat siihen, mitä hoitotyöntekijältä odotetaan hoitotyössä (Ivanoff ym. 2006, 246).

Kuolevan potilaan hoitaminen on hoitotyöntekijöille vaikea ja ahdistava kokemus. Varsinkin ensimmäisen kuolevan potilaan hoitaminen koetaan erittäin ahdistavana, ja työtehtävää voi vaikeuttaa vähäinen elämän- ja työkokemus. Hoitotyöntekijöistä tuntuu, ettei heillä ole taitoa auttaa eivätkä he löydä lohduttavia sanoja. Työkokemuksen lisääntyessä he pystyvät paremmin huomioimaan omaiset ja huolehtimaan yhteisistä hetkistä kuoleman jälkeen. Surussa mukana eläminen ja vakavan sairauden kohtaaminen yhdessä lapsen ja tämän vanhempien kanssa on myös kokemuksena hoitotyöntekijälle vaikea ja ahdistava. Hoitotyöntekijät kokevat, etteivät he ole saaneet valmiuksia kuolevan potilaan kohtaamiseen koulutuksensa aikana, vaan he ovat oppineet sen elämällä tilanteet työssä yhä uudelleen ja uudelleen. (Nuikka 2002, 71–72.) Walshenin (1997); Mikkola-Salon, Arven, Lehtosen ja Routasalon (1998) mukaan hoitotyöntekijät kokevatkin tarvitsevansa enemmän koulutusta surevan ihmisen kohtaamiseen ja teoretietoa surusta (Kauonen 2000, 62).

Kohdatessaan vauvan kuoleman hoitotyöntekijä joutuu yhdistämään ihmisenä olemisen ja ammatillisuuden. Kuolevan vauvan hoitaminen herättää kysymyksiä omista arvoista, motiiveista sekä oman kuolemisen mahdollisuuksista. Varsinkin nuorella hoitotyöntekijällä voi olla pelkoja kuolemaa kohtaan. Lisäksi hänellä voi olla voimakkaita tunteita hoitaessaan kuolevaa vauvaa. Kun kokemusta karttuu, muuttuvat tunteet syvällisemmiksi, ajatuksia herättäviksi sekä kuoleman käsittämättömyyttä pohtivaksi suruksi. (Lähteenoja & Laine 2004, 463.)

Lapsen kuollessa hoitotyöntekijä joutuu itsekin kokemaan erilaisia tunteita myötäeläessään lapsen kuolemaa ja vanhempien hyvästelyä. Ammatillinen surutyö pitää sisällään samoja tunteita, joita omaisetkin kokevat läheistensä kuollessa. Hoitotyöntekijän ammatillista surutyötä hallitseva ja koossa pitävä tekijä on hänen syvälinen empatiakykynsä. (Koski ym. 2004, 62.) Vaikeat ja ahdistavat hoitoti-

lanteet toimivat myös oppimistilanteina. Hoitotilanteissa hoitotyöntekijät oppivat hoitamisen, elämisen ja lähellä olemisen taitoa sekä uskallusta olla oma itsensä. Lisäksi he saavat itselleen tietoisuutta siitä, että vaikeista ja ahdistavista tilanteista selviää. (Nuikka 2002, 76.)

Kuormittavana hoitotilanteena kuolevan potilaan hoitamisessa koetaan potilaasta tapahtuva luopumisen prosessi ja yhteistyön vaikeus omaisten ja vaativien potilaiden kanssa. Lisäksi kuormittavana koetaan omien tietojen riittämättömyys hoitotilanteessa ja todellisen hallinnan puutteellisuus. Kuolemaa, suruun ja kärsimykseen liittyvissä työtilanteissa hoitotyöntekijät kokevat riittämättömyyden ja syyllisyyden tunteita. Hoitotyöntekijöiden mieleen tulevat erilaiset kysymykset, kuten "Olisinko voinut tehdä jotain toisin?", "Mitä olisin vielä voinut tehdä?" ja "Miltä potilaasta tuntui?". (Nuikka 2002, 76, 102.) Hoitotyöntekijällä voi esiintyä myös helpotuksen tunteita vauvan kuoltua (Lähteenoja & Laine 2004, 463).

Kenenkään ei ole hyvä jäädä yksin pohtimaan vauvan kuolemaa, vaan kokemus kannattaa jakaa muiden hoitotyöntekijöiden kesken. Tällöin hoitotyöntekijä voi paremmin peilata omia kokemuksiaan ja näkemyksiään tapahtuneesta. Usein hoitohenkilökunnan kesken muistellaan niin menehtyneitä kuin selvinneitäkin lapsia. Muistot ovat osa hoitotyöntekijöiden surutyötä. (Lähteenoja & Laine 2004, 463.) Tässä opinnäytetyössä ammatillisella surutyöllä tarkoitetaan hoitotyöntekijän keinoja käsitellä kuolevan vauvan hoidosta aiheutuneita tunteita ja ajatuksia.

4.1 Työnohjaus

Työnohjaus tarkoittaa oman työn tutkimista, arviointia ja kehittämistä koulutetun työnohjaajan avulla. Ohjauksessa pohditaan työhön, työyhteisöön ja omaan työrooliin liittyviä kysymyksiä, kokemuksia ja tunteita. Niitä tulkitaan ja jäsennetään yhdessä työnohjaajan kanssa. Ohjattava voi pohtia suhdettaan työhönsä työnohjauksessa. Ohjaajan ja mahdollisten muiden osallistujien tehtävänä on auttaa ohjattavaa näkemään itsensä ja työnsä entistä paremmin. Työnohjaus tapahtuu vuorovaikutuksessa, jossa sekä ohjaaja että ohjattavat oppivat toisiltaan. Sen tarkoitus

on edistää työssä jaksamista ja terveenä pysymistä. Työnohjausta voidaan antaa yksilölle, ryhmälle tai koko työyhteisölle. (Mitä työnohjaus on 2011.)

Yhteisöllinen keskustelu vaatii onnistuakseen yhteisen rauhallisen hetken. Työntekijöillä on oltava aikaa pysähtyä kuuntelemaan toisiaan. Keskustelussa palataan arjen tapahtumiin, kerrotaan niiden herättämistä tunteista, jaetaan kokemuksia sekä valmistaudutaan uusiin tilanteisiin jaettujen kokemusten kautta. (Koski, Gotthoni & Hurskainen 2005.) Työnohjaus perustuu luottamukseen ja työnohjaaja sitoo vaitiolovelvollisuus. Työnohjaaja ei välitä keskustelussa ilmi tulleita asioita työnantajalle, elleivät ohjattavat sovi tietojen viemisestä eteenpäin. Jokaisen ohjaukseen osallistuvan itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan eikä ketään pakoteta keskustelemaan. (Mitä työnohjaus on 2011.)

Työnohjauksessa etsitään työntekijän ja työyhteisön voimavarat. Ratkaisuja pyritään etsimään tavoitteiden kautta eikä ongelmalähtöisesti tarkastellen. Tällöin hoitotyöntekijän käsitys itsestä ja omasta työstä muuttuu. Työnohjaus voi olla väliintulo koko työyhteisöön, jolloin työtä tarkastellaan uusista näkökulmista. Työnohjaus auttaa työntekijää jaksamaan työssään ja löytämään uusia vaihtoehtoja toteuttaa tehtävänsä. Työnohjaus ei ole nopea ratkaisu ahdistukseen ja epätoivoon. Sen tarkoituksena on auttaa ajattelemaan asioita ja antaa tilaa harkinnalle. (Koski ym. 2005.)

Kuolevan potilaan hoitaminen muistuttaa jatkuvasti myös oman elämän rajallisuudesta, haavoittuvuudesta ja omista traumaattisista kokemuksista. Niitä on myös mahdollista käsitellä ohjauksessa. (Siltala 2004, 304.) Palmu (2004, 189–191) toteaa, että hoitotyöntekijän on hyväksyttävä oma kuolemanpelkonsa, kuolevaisuutensa ja kuolema sekä siedettävä omia tunteitaan ja otettava vastuu niistä. Käytännössä se tarkoittaa, että hoitotyöntekijä käsittelee ahdistuksen, keskeneräisyyden ja luopumisen tunteita. Työnohjaus on keino hoitotyöntekijälle käsitellä kuormittavia tunteita. Ahdistus, syyllisyys, avuttomuus, vastenmielisyys ja kuolemanpelko muuttavat käsittelemättöminä hoitotyöntekijän asenteen kyyniseksi potilasta kohtaan. Hoitotyöntekijä pyrkii silloin ottamaan emotionaalista etäisyyttä potilaaseen ja hänen omaisiinsa suojellakseen omaa jaksamistaan.

Työnohjauksessa ei löydy valmiita vastauksia eikä johtopäätöksiä, vaan hoitotyöntekijän on sovellettava ohjauksessa löytyneitä näkemyksiä ja oivalluksia omalla persoonallisella tavallaan. Hoitotyöntekijän tulee kuitenkin noudattaa sovittuja linjauksia kuolevan potilaan hoidossa. (Siltala 2004, 303.) Parhaimmillaan työnohjaus auttaa hoitotyöntekijää käyttämään persoonallisuuttaan kuolevan hoidossa ja ymmärtämään itseään hoidollisessa vuorovaikutuksessa (Siltala 2008, 89–90). Hoitotyöntekijän tulee ymmärtää, että ammatillinen kasvu saa alkunsa osaltaan juuri ahdistuksesta ja kriiseistä sekä oman elämän tutkimisesta ja ymmärtämisestä (Siltala 2004, 303).

Kuolevan potilaan ja hänen omaistensa hoito saattaa osittain aiheuttaa työyhteisöön jännitteitä. Ilmapiiiri saattaa olla latautunut ja kuolevan hoidon perustehtävä voi hämärtyä. Kuolevaa potilasta hoidettaessa työnohjauksessa keskitytään tukemaan keskinäistä yhteistyötä ja yhteisten suuntaviivojen löytämistä kuolevan hoitoon. (Siltala 2008, 86, 88–89.) Nyky-yhteiskunnassa monilla ihmisillä on paha olla, ja se näyttäytyy sosiaali- ja terveystieteiden ammattilaisille, jolloin myös he väsyvät. Tällöin hoitotyöntekijät purkavat omaa pahaan oloaan kollegoihin ja potilaisiin. Tärkeää on, että hoitotyöntekijät pääsevät purkamaan pahaan oloaan, ja heidän on lupa näyttää tunteensa työnohjauksessa, jotta he jaksavat tehdä omaa työtään ammattitaitoisesti. (Turunen 2009, 37.)

Työnohjauksessa jaetut tunteet, ajatukset, oman toiminnan vertaaminen muiden toimintaan sekä etiikka ja moraalit ovat perustana hyvälle eläytymiselle ja kuoleman ymmärtämiselle. Vuorovaikutuksessa vahvistuu hoitotyöntekijän minuuden tunne. Hoitotyöntekijä kokee silloin pystyvänsä säätelämään ja arvostamaan itseään. Hän kokee myös jatkuvuuden, samaistumisen ja muuttumisen tunnetta. Eri minuuden ulottuvuudet ovat tärkeitä kuolevan potilaan hoidossa. Vertaamalla toimintaansa työnohjaajan ja työtovereiden näkemyksiin, hoitotyöntekijä voi pohdita edellytyksiään ja mahdollisuuksiaan. Lisäksi hän voi myös pohtia puutteitaan ja rajojaan kuolevan potilaan hoidossa. Työnohjauksessa etsitään ymmärrystä potilaan hätään, tuskaan, kauhuun, yksinäisyyteen, ahdinkoon ja hajoamisen pelkoon. (Siltala 2008, 86–87.)

4.2 Debriefing

Debriefing tarkoittaa psykologista jälkipuintia. Jälkipuinti tapahtuu ryhmäkeskusteluna, joka järjestetään jonkin järkyttävän tapahtuman jälkeen. Debriefingin tavoitteena on edistää normaalia toipumista tapahtuneesta. Lisäksi tavoitteena on lievittää mahdollisia posttraumaattisia oireita sekä mobilisoida ryhmätuki. Jälkipuintitilanteessa osanottajia autetaan kohtaamaan ja käsittelemään sellaisia asioita, ajatuksia ja tunteita, joita he eivät yksin uskalla tai pysty käsittelemään. (Hautaniemi & Järvenpää 2004, 15.)

Kun hoitotyöntekijä altistuu järkyttävälle tapahtumalle, voi seurauksena olla traumaattinen stressi. Silloin hoitotyöntekijän työkyky laskee ja persoonallisuus muuttuu osin. Hän voi olla ahdistunut, ärtyisä, surullinen tai masentunut. Akuutit kriisitilanteet vaativat nopeasti järjestettäviä jälkipuintitilaisuuksia. Silloin voidaan arvioida työkykyä tai työkyvyn tukemista. Työntekijä ja esimies voivat yhdessä työterveyshuollon kanssa tarvittaessa suunnitella ja toteuttaa työkykyarvion. (Muma 2007, 138–139.)

Debriefingin ei ole tarkoitus olla tekninen palautekeskustelu eikä kritiikkitilaisuus (Tapahtuman jälkipuinti eli debriefing 2011). Jälkipuinti tapahtuu aikaisintaan vuorokauden kuluttua järkyttävästä tapahtumasta, yleensä kolmen-viiden vuorokauden kuluessa. Se on tarkoitettu kaikille henkilöille, jotka ovat jollain tavoin olleet työnsä puolesta osallisena tapahtuneessa. (Hautaniemi & Järvenpää 2004, 15.) Asioiden käsittely edellyttää ryhmäläisiltä luottamusta ja ehdotonta vaitiolovelvollisuutta. Tilaisuudessa ei tehdä muistiinpanoja eikä puinnin tapahtumista raportoida ryhmän ulkopuolisille. Tärkeintä on kertoa omista elämyksistä ja kokemuksista, mutta kenenkään ei ole kuitenkaan pakko puhua jälkipuintitilaisuudessa. (Tapahtuman jälkipuinti eli debriefing 2011.)

Jälkipuintia ohjaa aina debriefing-koulutuksen saanut henkilö, jolla on apunaan yksi tai kaksi apuvetäjää. Jälkipuinti-tilaisuus on valmiiksi suunniteltu, strukturoitu keskustelu, jossa on viisi eri vaihetta. (Hautaniemi & Järvenpää 2004, 15.)

Aloitusvaiheessa jälkipuinnin johtaja käy läpi ryhmän kanssa keskustelun tavoitteet ja säännöt. Samalla hän painottaa luottamuksen merkitystä. Faktavaiheessa

jokainen kertoo oman näkemyksensä tapahtuneesta. Reaktiovaiheessa, johtajan johdolla, ryhmä pohtii tapauksesta nousseita tunteita, ajatuksia ja kokemuksia. (Hanna & Romana 2007, 41.) Normalisointivaiheessa keskustellaan, miltä tilanteen jälkeen tuntui (Tapahtuman jälkipuinti eli debriefing 2011). Lopetusvaiheessa sovitaan jatkotapaamiset niille henkilöille, jotka tarvitsevat lisätukea (Hanna & Romana 2007, 41). Neljän viikon kuluttua järjestetään uusi seurantaistunto ja vasta silloin on mahdollista diagnosoida posttraumaattinen stressihäiriö ja kartoittaa lisääpua tarvitsevat. (Hautaniemi & Järvenpää 2004, 15.) Tärkeä osa jälkipuintia on, että ohjaaja voi antaa henkilökohtaisia neuvoja ja suosituksia (Hanna & Romana 2007, 41).

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata hoitotyöntekijöiden kokemuksia kuolevan vauvan hoitotyöstä. Lisäksi tarkoituksena on selvittää hoitotyöntekijöiden selviytymiskeinoja ammatillisessa surutyössä. Opinnäytetyön tavoitteena on, että opinnäytetyön tulosten pohjalta hoitotyöntekijät voivat kehittää toimintaansa työyhteisössä siten, että se edistää työssä jaksamista. Tämän opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin vaikuttivat opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus. Lisäksi tutkimuskysymyksiin vaikutti teoreettinen viitekehys.

Opinnäytetyössä on kolme tutkimuskysymystä:

1. Miten hoitotyöntekijät kokevat kuolevan vauvan ja hänen perheensä hoitamisen?
2. Miten hoitotyöntekijät pystyvät auttamaan kuolevaa vauvaa ja hänen perhettään?
3. Millaisia keinoja hoitotyöntekijöillä on selvitä ammatillisessa surutyössä?

6 TUTKIMUSMENETELMÄ, AINEISTON HANKINTA JA ANALYYSI

Tässä opinnäytetyössä käytetään kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää, koska halutaan mahdollisimman laaja ja ainutlaatuinen aineisto. Teoreettinen viitekehys sekä tutkimuksen tarkoitus ja tavoite ohjaavat käyttämään laadullista tutkimusmenetelmää ja kyselylomaketta (Liite 3) aineiston hankinnassa. Aineiston keruu suoritetaan kyselylomakkeella. Tutkimusmenetelmän ja aineistonkeruumenetelmän valintaan vaikuttavat opinnäytetyön tekemiseen varattu opintopistemäärä ja toteutusaikataulu.

6.1 Laadullinen tutkimusmenetelmä

Laadullinen tutkimus on lähellä teoreettista työskentelyprosessia. Laadullisessa tutkimuksessa tutkimusaineisto on empiiristä aineistoa, joka on jossakin muussa kuin määrällisessä muodossa. Laadulliselle tutkimukselle on ominaista, että tutkijan laatima tutkimussuunnitelma mukautuu tutkimuksen edetessä, jolloin tutkimusprosessi on koko ajan joustava ja muuttuva. (Järvenpää & Kosonen 2003, 20.)

Laadullisessa tutkimuksessa pyritään kuvaamaan jotakin tapahtumaa, ymmärtämään jotakin tiettyä toimintaa tai antamaan teoreettisesti mielekäs tulkinta valitusta ilmiöstä, sen esiintymissyistä ja merkityksistä. Aineistoa käsitellään ainutlaatuisena, ja sitä tulkitaan vastausten mukaisesti eli siitä haetaan käsitteellistä ja teoreettista pitävyyttä. Näin ollen tarkoituksena ei ole tulosten yleistettävyys koko populaatioon. (Kananen 2008, 25.)

6.2 Tutkimusaineiston hankinta ja aineisto

Laadullisessa tutkimuksessa pyritään kohdetta tutkimaan kokonaisvaltaisesti luonnollisissa ja todellisissa tilanteissa. Osallistujat valitaan tarkoituksenmukaisesti ja harkinnanvaraisesti. Laadullisessa tutkimuksessa on tärkeää, että osallistujat, joilta tietoa kerätään, tietävät tutkittavasta ilmiöstä. Lisäksi heillä tulee olla kokemusta asiasta mahdollisimman paljon. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85.)

Opinnäytetyön toteutuksesta tehtiin sopimus yhteistyökumppanin, ammattikorkeakoulun ja opinnäytetyön tekijöiden kanssa. Tähän opinnäytetyöhön haettiin tutkimuslupa (Liite 1) Päijät-Hämeen keskussairaalan konservatiivisen tulosalueen ylihoitajalta. Tähän opinnäytetyöhön osallistujina olivat vastasyntyneiden tehohoito- ja tarkkailuosaston hoitotyöntekijät, koska haluttiin tietoa kuolevan vauvan hoitotyöstä. Tällä osastolla työskentelevät hoitotyöntekijät hoitavat ainoastaan alle puolivuotiaita lapsia. Opinnäytetyö toteutettiin vuoden 2011 aikana.

Vilka (2005, 152–154) toteaa, että saatekirjeen tehtävä on vakuuttaa osallistujat tutkimuksesta ja motivoida heidät osallistumaan tutkimukseen. Saatekirjeeseen ja siihen liittyvään kyselyyn vastaamiseen vaikuttavat saateen tai kyselyn visuaalinen ilme, saateen sisältö ja kyselylomakkeen laajuus ja kieli. Hyvässä saatekirjeessä kerrotaan tutkimuksen aihepiiri, tutkimuskysymykset, tutkimuksen tavoite ja valmistumisajankohta. Lisäksi siinä tulee ilmetä, mihin tarkoitukseen tutkimusta tehdään, ja ketkä ovat tutkimuksen osapuolet sekä tulosten käyttäjät. Lisäksi saatekirjeessä kerrotaan, mihin tutkimustuloksia käytetään. Lisäksi siinä pitää myös kertoa, miten kyselylomakkeet säilytetään ja hävitetään aineiston käsittelyn jälkeen. Hyvässä saatekirjeessä perustellaan vastaajan kyselyyn vastaamisen tärkeys. Siinä tulee olla kyselylomakkeen palautusohjeet. Lisäksi siinä kerrotaan tutkimuksesta vastaavien yhteystiedot. Saatekirjeen tulee vakuuttaa, että vastaajan henkilösuoja on turvattu.

Osastolle vietiin kaksi kappaletta saatekirjeitä (Liite 2), joissa kerrottiin opinnäytetyöstä, sen toteuttamisesta ja siihen osallistumisesta. Saatekirjeestä löytyi lisäksi opinnäytetyön tekijöiden ja ohjaajan yhteystiedot mahdollisia kysymyksiä varten. Toinen saatekirjeistä laitettiin hoitotyöntekijöiden kansliaan ja toinen osaston kahvihuoneeseen. Lisäksi osastolle vietiin kyselylomakkeet, kirjekuoria ja vastauslaatikko, jotka sijoitettiin kahvihuoneeseen.

Kvalitatiivisen tutkimuksen yleisimpiä aineistonkeruu menetelmiä ovat haastattelu, kysely ja havainnointi. Näitä menetelmiä voidaan käyttää tutkimuksessa vaihtoehtoisina, rinnakkain tai eri tavoin yhdisteltyinä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71.) Kysely tarkoittaa sähköisellä tai paperilomakkeella tehtävää tietojen hankintaa tutkimukseen osallistuvilta henkilöiltä. Lomakkeella on kysymyksiä, joihin vas-

taajien toivotaan vastaavan mahdollisimman tarkasti. Kysely voidaan suunnitella haastattelua tarkemmin. (Järvinen & Järvinen 2004, 147.) Kysely on vakioitu, jolloin kaikilta vastaajilta kysytään samat asiat, samassa järjestyksessä ja samalla tavalla (Vilka 2007, 28). Kysely sopii tutkimuksiin, joissa tiedusteltavia asioita on vähän, mutta vastaajia on suhteellisen paljon. Lomake voi sisältää valmiita vastausvaihtoehtoja tai avoimia kysymyksiä, joihin vastaaja voi vastata omin sanoin. Se voi myös sisältää molempia kysymysvaihtoehtoja. (Järvinen & Järvinen 2004, 147–148.)

Kyselylomake on aina testattava ennen sen varsinaista käyttöä. Testaajana voi toimia asiantuntija tai perusjoukkoon kuuluva tai vastaava henkilö. Kyselyn testaamisella selvitetään mittarin toimivuutta suhteessa tutkimusongelmaan. Testaamisella testataan mittarin vastausohjeiden selkeyttä ja toimivuutta, kysymysten täsmällisyyttä sekä selkeyttä ja yksiselitteisyyttä. Lisäksi selvitetään kysymysten kykyä mitata juuri sitä asiaa, mitä on tarkoitus mitata. Samalla saadaan tietoa lomakkeen pituudesta ja vastaamiseen käytetystä ajan kohtuullisuudesta. Kyselylomake testataan, ja testaamisen jälkeen esille tulleet virheet korjataan. Resursseista riippuen se testataan uudestaan ennen varsinaista aineiston keruuta. (Vilka 2007, 78–79.)

Ennen kyselylomakkeen varsinaista käyttöä se testattiin osaston yhdellä hoitotyöntekijällä, jolla oli viikko aikaa vastata kyselyyn. Hoitotyöntekijä antoi kyselylomakkeeseen korjausehdotuksia, jotka huomioitiin. Aluksi kysely oli tarkoitus toteuttaa sairaanhoitajilla, mutta kyselylomakkeen testaaja ehdotti lastenhoitajien mukaan ottamista kyselyyn, koska heillä on useiden vuosien työkokemus. Lastenhoitajat päätettiin ottaa mukaan vastaajajoukkoon, jotta aineistosta saataisiin mahdollisimman kattava ja monipuolinen. Testaajan ehdotuksen mukaisesti kyselylomakkeen riviväliä suurennettiin, jolloin siihen on helpompi kirjoittaa.

Tässä opinnäytetyössä aineistoa kerättiin puolistrukturoidulla kyselylomakkeella (Liite 3) hoitotyöntekijöiltä, jotka työskentelevät vastasyntyneiden tehohoito- ja tarkkailuosastolla. Kyselyyn toivottiin vastaavan vain ne hoitotyöntekijät, jotka ovat kohdanneet osastolla työssä ollessaan vauvan kuoleman. Kyselylomakkeen kysymykset muodostettiin siten, että niillä saatiin vastaukset opinnäytetyön tavoit-

teeseen ja tarkoitukseen. Tässä opinnäytetyössä kyselylomake sisälsi kaksi strukturoitua kysymystä ja kuusi avointa kysymystä. Strukturoiduilla kysymyksillä selvitettiin vastaajien ammattinimike ja työkokemus lastenosastolla. Avoimilla kysymyksillä haluttiin saada mahdollisimman kattava aineisto. Vastaajilla oli kaksi viikkoa aikaa vastata kyselyyn. Vastaajat laittoivat täytetyn kyselyn suljettavaan kirjekuoreen, joka palautettiin palautuslaatikkoon.

Laadullisessa tutkimuksessa tutkimukseen osallistuvien määrä on yleensä huomattavasti pienempi kuin määrällisessä tutkimuksessa. Laadullisessa tutkimuksessa jopa yksi vastaus voi antaa riittävän aineiston, koska tutkimuksessa ei tavoitella yleistämistä tai edustavuutta. (Tuomi 2007, 142.) Yksi tapa ratkaista aineiston riittävyys on saturaatio eli aineiston kylläntyminen. Aineistoa on riittävästi, kun uudet tapaukset eivät enää tuota tutkimuskysymyksen kannalta uutta tietoa. On todettu, että noin 15 vastausta riittää aineiston kylläntymiseen, mutta luku on kuitenkin suhteellinen. (Eskola & Suoranta 1998, 62–63.) Tässä opinnäytetyössä kysely tuotti kaksitoista vastausta. Aineisto koettiin riittäväksi, koska samoja asioita tuli useissa eri vastauksissa ilmi. Hoitotyöntekijät olivat vastanneet kyselyyn huolellisesti ja tarkasti. He olivat käyttäneet vastauksissa kokonaisia lauseita ja pohtineet asioita eri näkökulmista.

6.3 Aineiston analyysi

Tässä opinnäytetyössä aineiston analyysimenetelmänä käytetään sisällönanalyysiä. Sisällönanalyysi voidaan tehdä joko induktiivisesti eli aineistolähtöisesti tai deduktiivisesti eli teorialähtöisesti. Tässä opinnäytetyössä käytetään induktiivista analyysiprosessia, jossa saatu aineisto pelkistetään, ryhmitellään ja käsitteellistetään.

Ennen analyysiprosessin aloittamista on tärkeää määritellä analyysiyksikkö. Analyysiyksikön määrittelyyn vaikuttavat aineiston laatu ja tutkimuskysymykset. Analyysiyksikkö voi olla, esimerkiksi sana, lause tai ajatuksellinen kokonaisuus. Analyysiyksikön esiintyvyydellä voidaan vertailla tutkimukseen vastanneiden tekstejä. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 25–26.) Tässä opinnäytetyössä

analyysiyksikkönä käytetään ajatuksellista kokonaisuutta, koska sillä saadaan kattavampaa tietoa kuin yksittäisellä sanalla tai lauseella.

Vastausten pelkistämässä aineistosta karsitaan tutkimukselle epäolennaiset asiat pois. Vastaukset koodataan eli luokitellaan, jolloin aineistosta etsitään tutkimuskysymysten kannalta oleelliset asiat. Luokittelulla aineisto saadaan käsiteltävään muotoon. Tietoa yhdistellään ja samaa asiaa tarkoittavat asiat yhdistetään samalla koodilla. Sen jälkeen vastukset ryhmitellään ja koodatuista alkuperäisilmauksista etsitään samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia. Ilmaukset ryhmitellään alaluokiksi. Ryhmittelyn jälkeen aineisto käsitteellistetään, jossa erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto. Tiedon perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Käsitteitä yhdistellään ja näin saadaan vastaukset tutkimuskysymyksiin. (Kananen 2008, 89, 94.)

Tässä opinnäytetyössä aineistoon perehdyttiin tarkasti lukemalla se läpi useaan kertaan. Kun aineisto oli opinnäytetyön tekijöille tuttu, valittiin opinnäytetyön tarkoituksen ja tavoitteen pohjalta analyysiyksiköksi tiettyjä ajatuksellisia kokonaisuuksia, joita vastauksista lähdettiin etsimään. Ajatukselliset kokonaisuudet merkittiin vastauksiin erivärisillä tusseilla. Sen jälkeen ajatukselliset kokonaisuudet eli alkuperäisilmaukset siirrettiin tietokoneelle, jossa ne pelkistettiin. Pelkistetyistä ilmauksista etsittiin yhtäläisyyksiä ja ne ryhmiteltiin alakategorioiksi (Taulukko 1). Tämän jälkeen alakategorioista etsittiin yhtäläisyyksiä ja niistä muodostettiin yläkategoriat. Yhdistävät kategoriat muodostuivat, kun samankaltaiset yläkategoriat ryhmiteltiin omiin ryhmiinsä (Taulukko 2).

Taulukko 1. Esimerkki alkuperäisilmaukset, pelkistetyt ilmaukset ja alakategoriat

"KESKUSTELLA ASIASTA YLEISELLÄ TASOLLA MIEHEN KANSSA."	KESKUSTELLA MIEHEN KANSSA	KESKUSTELU LÄHEISTEN KANSSA
" MAHDOLLISUUS TYÖTERVEYSHUOLLON PSYK.HUOLLON PALVELUIHIN?"	TYÖTERVEYSHUOLLON MIELENTERVEYSPALVELUT TARVITTAESSA	KESKUSTELU AMMATTIAUTTAJIEN KANSSA
"PSYKOLOGIIN JA TYÖTERVEYSHUOLTOON ON LUPA OTTAA YHTEYTTÄ."	PSYKOLOGIIN JA TYÖTERVEYSHUOLTOON TARVITTAESSA YHTEYTTÄ	

Taulukko 2. Esimerkki alakategoriat, yläkategoriat ja yhdistävä kategoria

KESKUSTELU AMMATTIAUTTAJIEN KANSSA	KESKUSTELU VAUVAN KUOLEMASTA TYÖYHTEISÖN ULKOPUOLELLA	AMMATILLINEN SURUTYÖ
KESKUSTELU LÄHEISTEN KANSSA		
KUOLEMAN HYVÄKSYMINEN JÄRJELLÄ	VAUVAN KUOLEMAN HYVÄKSYMINEN	
KUOLEMAN HYVÄKSYMINEN LÄÄKETIETEELLISIN PERUSTEIN		
KOKEMUS		

7 TULOKSET

Vastauksia saatiin kaksitoista kappaletta. Vastaajista yhdeksän oli sairaanhoitajia ja kolme lastenhoitajia. Vastaajista yhdellä työkokemusta oli vastasyntyneiden tehohoito- ja tarkkailuosastolla alle viisi vuotta, muilla vastaajilla työkokemusta oli yli kymmenen vuotta. Tuloksena nousi esille neljä yhdistävää kategoriaa. Yhdistävät kategoriat ovat *kuolevan vauvan hoito ammatillisena haasteena*, *perhekeskeinen hoitotyö*, *kuolevan vauvan hoitotyö ja ammatillinen surutyö*. Yhdistävien kategorioiden kautta kuvataan hoitotyöntekijöiden kokemuksia kuolevan vauvan hoitotyöstä ja ammatillisesta surutyöstä.

7.1 Kuolevan vauvan hoitotyö ammatillisena haasteena

Yhdistävä kategoria *kuolevan vauvan hoitotyö ammatillisena haasteena* muodostui seuraavista yläkategorioista: *hoitotyö tunteita nostattavaa, tilanteen ajattelu itsensä kautta, ammatillinen haaste ja kuoleman hyväksyminen* (Taulukko 3).

Yläkategoria *hoitotyö tunteita nostattavaa* muodostui alakategorioista *tunteellisuus, riittämättömyyden tunne, hoitotyöntekijällä oikeus tunteisiin ja niiden näyttämiseen*. Hoitotyöntekijät kokivat, että perheen kohtalo ja tilanne oli tunteita nostattavaa eikä perhettä voinut tukea ja auttaa riittävästi. Vanhempien surun näkeminen toi myös hoitotyöntekijän tunteet esille. Vastausten mukaan hoitotyöntekijät kokivat surua, epäreiluutta ja riittämättömyyden tunnetta. Lisäksi he kuvailivat tilannetta raskaana ja kauheana. Hoitotyöntekijät kertoivat miksi-kysymysten nousevan usein pintaan. Tulosten mukaan kuolema koettiin liian suurena ja lopullisena asiana.

"Joskus vanhempien tuskaa katsoessa joutuu nielemään kyyneleitään ja itku on hyvin herkässä."

Hoitotyöntekijät kuvailivat kuolevan vauvan hoitotyön henkisesti rankaksi kokemukseksi, joka tuli käsitellä. He kokivat, että omien tunteiden pintaan tuleminen teki kuolevan vauvan hoitotyöstä haasteellista. Hoitotyöntekijöiden mukaan heillä

oli kuitenkin oikeus tunteisiin ja niiden näyttämiseen. Tulosten mukaan tunteita purettiin jälkikäteen, kun hoitotyöntekijä itse antoi siihen mahdollisuuden.

"Tunteet kuuluvat jokaiselle ja jokaisella on yksilöllinen tapa näyttää niitä tai olla näyttämättä."

Yläkategoria *tilanteen ajattelu itsensä kautta* muodostui alakategoriasta *itsensä asettaminen perheen tilanteeseen*. Hoitotyöntekijät kokivat myötätuntoa perhettä kohtaan ja miettivät, miten itse kestäisivät heidän tilanteessaan. He myös pohtivat omaa ja puolisonsa toimintaa ja reagointia samassa tilanteessa. Toisaalta vastauksista kävi ilmi, että jotkut hoitotyöntekijöistä yritti olla ajattelematta, miltä heistä tuntuisi samassa tilanteessa. Esille tuli, että oli tärkeää kohdata vauva ja perhe inhimillisesti. Vastauksissa kävi ilmi, että oli syytä ajatella, miten toivoisi itsensä, miehensä ja oman vauvansa kohdattavan.

"Silloin, kun on itsekkin äiti, helposti ajatukset karkaavat omaan tilanteeseen. Mitä, jos minä olisin tuossa asemassa, miten mieheni toimisi/reagoisi samassa tilanteessa."

Yläkategoria *ammattillinen haaste* muodostui alakategorioista *perheen hoitotyö haasteellista, ei ole valmiita toimintamalleja ja luottaminen ammattitaitoon ja toimintaan*. Kuolevan vauvan ja vanhempien hoitaminen oli hoitotyöntekijöistä vaativaa ja haasteellista. He kokivat epävarmuutta kohdatessaan vanhemmat, koska kuolevan vauvan hoitaminen oli harvinaista ja jännittävää. Hoitotyöntekijöistä oli tärkeää luoda luottamuksellinen suhde vanhempiin. Vastauksista kävi ilmi, että perheen tilanne oli aina yksilöllinen ja erilainen. Hoitotyöntekijöiden mukaan vauvan kuolema saattoi tulla joskus äkillisesti ja joskus vauva oli pidempään saattohoidossa. Kauemmin hoidossa olleen perheen hoitotyöntekijät kokivat lähemmäksi ja silloin he tunsivat perheen paremmin. Hoitotyöntekijöiden mukaan äkillisesti kuolleen vauvan perheen he saattoivat tavata vasta vauvan kuoleman hetkellä.

"Haastavana koen vanhempien kohtaamisen ja tukemisen."

Hoitotyöntekijöistä tukeminen oli haastavaa eikä sitä voi oppia kirjoista. Vastauksista kävi ilmi, että kuolevan vauvan hoitotyö oli ammatillinen haaste, jossa ei ollut yhtä oikeaa toimintamallia. Hoitotyöntekijät kokivat, että ammattitaito ja oma minuus olivat kovalla koetuksella. Kuolevan vauvan hoitotyö koettiin haasteena itselle, ja joskus hoitotyöntekijöiden oli vaikea puhua omista tunteista.

"Kuolevan vauvan hoito on haaste ammatillisesti ja haaste itselle."

Hoitotyöntekijät kokivat, että kuolevan vauvan hoitotyössä oli tärkeää luottaa omaan vaistoon ja tilannetajuun. Vastauksista kävi ilmi, että heidän piti tunnustella, mistä asioista voi ja pitää vanhempien kanssa keskustella. Ammattitaito ja hienotunteisuus koettiin tärkeiksi tilanteessa. Hoitotyöntekijät kokivat, että heidän tuli säilyttää tilannekontrolli ja hallittava omat tunteensa. Hoitotyön toteuttamisessa tärkeiksi he kokivat oman persoonan käytön, rauhallisuuden ja harkitsevuuden. Lisäksi hoitotyöntekijöistä oli tärkeää luottaa siihen, että he olivat riittäviä kohtaamaan kuoleva vauva ja hänen vanhempansa. Vastausten mukaan hoitotyöntekijät saivat itselle voimia jaksaa eteenpäin, kun vauvan hoidossa kaikki oli mennyt hyvin.

"Yleensä palkitseva kokemus, josta saa itselle voimia jaksaa eteenpäin kun kaikki on sujunut hyvin."

Yläkategoria *kuoleman hyväksyminen* muodostui alakategorioista *osa hoitotyötä, kokemus ja vauvan kuoleman hyväksyminen järjellä*. Hoitotyöntekijät kokivat, että kuolevan vauvan hoitotyö oli osa työtä. Vastauksissa tuli ilmi, että hoitotyöntekijän ei tule ottaa työstä liikaa taakkaa itselleen. Tulosten mukaan ammattitaito ja kokemus auttoivat jättämään työasiat työpaikalle. Iän ja kokemuksen koettiin auttavan tunteiden käsittelyssä. Tulosten mukaan vauvan kuolema hyväksyttiin, jos vauvalla ei ollut paranemismahdollisuuksia. Hoitotyöntekijät kokivat, että kuoleman ajattelu järjellä oli keino, jonka kautta he pystyivät toimimaan vaikeassa tilanteessa. Keskittymällä vauvan hoitoon hoitotyöntekijät kokivat selviytyvänsä parhaiten hoitotyöstä.

"Järkeä on otettava avuksi, että ei lamaannu ja että voi toimia."

7.2 Perhekeskeinen hoitotyö

Yhdistävä kategoria *perhekeskeinen hoitotyö* muodostui yläkategoriasta *perheen auttaminen ja yksilöllinen tukeminen* (Taulukko 3).

Yläkategoria *perheen auttaminen ja yksilöllinen tukeminen* muodostui alakategorioista *auttaminen kaikin mahdollisin keinoin, yksilöllinen hoitotyö ja perheen tukeminen tilanteessa*. Tulosten mukaan hoitotyöntekijät helpottivat vanhempien oloa tekemällä parhaansa ja olemalla avuksi sekä lapselle että perheelle. Kuolevan vauvan hoitotyö koettiin erityiseksi ja tärkeäksi tehtäväksi, joka oli palvelus vauvalle ja tämän perheelle. Vastauksista kävi ilmi, että perheen tunteiden vastaanottaminen ja vanhempien huomioiminen oli tärkeää. Lisäksi tärkeänä pidettiin vauvan saattamista yhdessä vanhempien kanssa tämän viimeiselle matkalle.

Hoitotyöntekijöiden mukaan kuolevan vauvan hoitaminen oli yksilöllistä, ja jokainen perhe oli erilainen. Myös jokainen hetki ja tilanne koettiin erilaisina. Hoitotyöntekijöiden mukaan toiset vanhemmat eivät pystyneet vastaanottamaan heiltä mitään, mutta toiset pystyivät. Vastausten perusteella perhettä hoitotyöntekijät pystyivät tukemaan sekä hoidon aikana että heti vauvan kuoleman jälkeen.

"Paljon riippuu perheestä, toiset eivät pysty vastaanottamaan mitään hoitajalta, toiset "imaisevat" melkein kokonaan."

Taulukko 3. Kuolevan vauvan hoitotyö ammatillisena haasteena ja perhekeskeinen hoitotyö

<p>TUNTEELLISUUS</p> <p>RIITTÄMÄTTÖMYYDEN TUNNE</p> <p>HOITOTYÖNTEKIJÄLLÄ OIKEUS TUNTEISIIN JA NIIDEN NÄYTTÄMISEEN</p> <p>ITSENSÄ ASETTAMINEN PERHEEN TILANTEESEEN</p>	<p>HOITOTYÖ TUNTEITA NOSTATTAVAA</p> <p>TILANTEEN AJATTELU ITSENSÄ KAUTTA</p>	<p>KUOLEVAN VAUVAN HOITOTYÖ AMMATILLISENA HAASTEENA</p>
<p>PERHEEN HOITOTYÖ HAASTEELLISTA</p> <p>EI OLE VALMIITA TOIMINTAMALLEJA</p> <p>LUOTTAMINEN AMMATTITAITOON JA TOIMINTAAN</p>	<p>AMMATILLINEN HAASTE</p>	
<p>KUULUU OSANA AMMATTIIN</p> <p>KOKEMUS</p> <p>VAUVAN KUOLEMAN HYVÄKSYMINEN JÄRJELLÄ</p>	<p>KUOLEMAN HYVÄKSYMINEN</p>	<p>PERHEKESKEINEN HOITOTYÖ</p>
<p>AUTTAMINEN KAIKIN MAHDOLLISIN KEINOIN</p> <p>YKSILÖLLINEN HOITOTYÖ</p> <p>PERHEEN TUKEMINEN TILANTEESSA</p>	<p>PERHEEN AUTTAMINEN JA YKSILÖLLINEN TUKEMINEN</p>	

7.3 Kuolevan vauvan hoitotyö

Yhdistävä kategoria *kuolevan vauvan hoitotyö* muodostui yläkategorioista *vanhempien toiveisiin ja tarpeisiin vastaaminen, ammattitaitoinen ja empaattinen hoitotyö, jatkohoidon järjestäminen, ajantasaisen tiedon antaminen ja vauvan ja perheen yksilöllinen hoito* (Taulukko 4).

Yläkategoria *vanhempien toiveisiin ja tarpeisiin vastaaminen* muodostui alakategorioista *vanhempien toiveiden huomioiminen ja toteuttaminen, vanhempien mukanaotto vauvan hoitoon, vanhempien levosta ja jaksamista huolehtiminen, hoitotyöntekijän läsnäolo ja vanhempien turvallisesta kotimatkasta huolehtiminen*. Hoitotyöntekijöiden mukaan vanhempien toiveet tuli huomioida ja toteuttaa mahdollisuuksien mukaan. Heidän mielestään vanhemmille tuli antaa mahdollisuus ilmaista tunteensa ja toiveensa hoitotyöntekijälle. Vastausten mukaan vanhempien toiveita tuli myös tiedustella heiltä, ja kunnioittaa perheen päätöksiä ja tapoja toimia. Tulosten mukaan edetään perheen ehdoilla ja aikataulujen mukaan. Lisäksi tuloksesta kävi ilmi, että hoitotyöntekijän oli tärkeä ikuistaa perheen yhteisiä hetkiä valokuvaamalla perhettä vanhempien toiveiden mukaisesti. Vastausten mukaan hoitotyöntekijän oli tärkeää ottaa vanhemmat mukaan vauvan hoitoon.

Tulosten mukaan vanhempien tarpeista tuli huolehtia, koska se auttoi vanhempia jaksamaan. Hoitotyöntekijöiden mukaan vanhempien perustarpeista, kuten syömisestä, juomisesta, wc-käynneistä, tauoista ja levosta tuli huolehtia. Vastausten mukaan vanhemmille tuli tuoda sänky tai tuoli, jotta he voisivat pitää vauvaa sylissä ja olla vauvan vierellä. Hoitotyöntekijät kuvailivat huolehtivansa ihan kaikesta. Vastausten mukaan hoitotyöntekijöiden kuului lisäksi huolehtia vanhempien turvallisen kotimatkan järjestämisestä vauvan kuoleman jälkeen.

"Huolenpitoa kaikesta mahdollisesta (ja mahdottomasta)."

Hoitotyöntekijät kokivat, että kuolevan vauvan hoitotyössä aito läsnäolo oli tärkeää. Esille tuli, että vanhempien toiveita hoitotyöntekijän paikalla olemisesta tuli kuunnella. Lisäksi vastausten mukaan hoitotyöntekijä oli vauvan luona, jos vanhemmat eivät päässeet paikalle. Tärkeäksi koettiin, että vanhemmat tiesivät aina,

missä hoitotyöntekijä oli, jotta he voisivat tarvittaessa pyytää häntä apuun. Vastauksen mukaan vanhemmille tuli antaa mahdollisuus kysellä, ihmetellä ja ilmaista tunteitaan. Hoitotyöntekijät toivat ilmi, että on tärkeää viestittää vanhemmille, että hoitotyöntekijä oli heitä varten myös vauvan kuoleman jälkeen.

"Olemalla läsnä, käytettävissä, huolehtimalla vanhempien tarpeista (syöminen, tauot, lepo, kuuntelu, läsnäolo vielä kuolinhetken jälkeen, turvallinen kotimatka)."

Yläkategoria *ammattitaitoinen ja empaattinen hoitotyö* muodostui alakategorioista *ammattitaitoinen työskentely, aito myötäeläminen, vanhempien kuunteleminen, vanhempien kanssa keskusteleminen ja vanhempien tukeminen*. Tulosten mukaan hoitotyöntekijöiden mielestä vanhempien kohtaamisessa tärkeää oli kunnioitus, luonnollisuus, ammattitaito ja ammatillisuus. Vastauksissa tuli ilmi, että kuolevan vauvan hoidossa oli luotava rauhallinen ja luottamuksellinen ilmapiiri. Hoitotyöntekijöiden mukaan he hyödynsivät tietoa ja kokemusta kuolevan vauvan hoidossa. Aineistossa tuli ilmi, että olemalla aito oma itsensä hoitotyöntekijä auttoi perhettä parhaiten. Heidän mielestään hoitotyöntekijän oli tärkeää myötäelää tilanteessa. Lisäksi vastauksissa hoitotyöntekijät toivat esille empaattisen työskentelytavan merkityksen. Tulosten mukaan hoitotyöntekijät pystyivät auttamaan kuolevan vauvan perhettä parhaiten kuuntelemalla, keskustelemalla ja tukemalla heitä. Hoitotyöntekijät toivat esille, että keskustelu tapahtui perheen ehdoilla. He kokivat pystyvänsä auttamaan perhettä olemalla heidän rinnallaan ja ottamalla vastaan perheen surua.

"Olemalla oma itseni, autan perhettä parhaiten."

"...vanhempien rinnalla olo (läsnäolo on se minkä hoitaja voi tehdä)."

Yläkategoria *jatkohoidon järjestäminen* muodostui alakategorioista *lääkärin ja hoitajan tapaaminen vauvan kuoleman jälkeen, jatkohoidon tarpeen arviointi ja järjestäminen ja keskusteluapu*. Hoitotyöntekijöiden mukaan vanhemmille tulisi järjestää keskusteluapua. Esille he toivat erityisesti pastorin ja psykiatrisen sairaanhoitajan kanssa keskustelemisen. Osa hoitotyöntekijöistä järjestäisi keskuste-

luapua aina ja osa vain tarvittaessa. Lisäksi vastausten mukaan myös muun avun järjestämisestä tulisi huolehtia, ja tarvittaessa vanhemmat ohjattaisiin muualle saamaan apua. Tuloksissa tuli ilmi, että vanhemmille voitaisiin kertoa vertaistuesta, ja tarvittaessa hoitotyöntekijä voisi heidän puolestaan ottaa yhteyttä vertaistukiryhmään, jos vanhemmat eivät itse siihen pysty. Vastausten mukaan hoitotyöntekijöiden kuuluisi huolehtia perheen jatkohoidosta, joka sisältää vanhempien pyytämisen osastolle keskustelemaan lääkärin ja hoitotyöntekijän kanssa vauvan kuoleman jälkeen. Hoitotyöntekijöiden mukaan jatkohoito toteutui vaihtelevasti. Lisäksi hoitotyöntekijät toivat ilmi, että heidän tulisi kertoa vanhemmille vauvan kuoleman jälkeisistä jatkoasioista.

”... tarjota keskusteluapua, kertoa KÄPY ry:stä, ottaa sinne perheen puolesta yhteyttä jos perhe ei itse jaksaa.”

Yläkategoria *ajantasaisen tiedon antaminen* muodostui alakategorioista *tiedon antaminen, käytännön asioissa neuvominen ja vanhempien saaman tiedon ymmärtämisen varmistaminen*. Vastausten mukaan vanhemmille kerrottiin asioista ja annettiin tarpeellista tietoa sekä varmistettiin, että he olivat ymmärtäneet saamansa tiedon. Tietoa hoitotyöntekijät kertoivat antavansa, esimerkiksi esitteiden avulla. Hoitotyöntekijöiden mukaan he neuvoivat ja ohjasivat vanhempia sopivassa tilanteessa. Tuloksissa tuli ilmi, että hoitotyöntekijät antoivat vanhemmille tietoa siitä, mitä vauvan kuoleman jälkeen tapahtuu. Lisäksi he saattoivat kertoa siitä, miten samassa tilanteessa olleet vanhemmat ovat saattaneet toimia. Hoitotyöntekijöiden mukaan vanhemmille järjestettiin aika keskustella vauvaa hoitavan lääkärin kanssa.

”Vanhempien kanssa voi ihan konkreettisesti käydä läpi mitä kuoleman jälkeen, antaa prosyyrit ja käydä ne läpi.”

Yläkategoria *vauvan ja perheen yksilöllinen hoito* muodostui alakategorioista *hyvä perushoito, kivun lievittäminen, persoonan esiin tuominen vanhemmille, hätäkaste, kiireettömyys, rauhallisen tilan järjestäminen, hyvästien jättämisen mahdollistaminen ja perheen yhdessä olon mahdollistaminen*. Vastauksissa hoitotyönteki-

jät toivat esille, että he pystyivät auttamaan kuolevaa vauvaa huolehtimalla vauvan perushoidosta, kuten hengityksessä avustamisesta ja ravitsemuksesta. Heidän mielestään tärkeää oli tärkeää olla vauvan lähellä ja tehdä vauvalle mahdollisimman hyvä olo. Tulosten mukaan kuolevan vauvan hoidossa tärkeintä oli kivun lievitys. Vastauksista tuli ilmi, että kuolevaa vauvaa hoidettiin hellästi ja parhaalla mahdollisella tavalla elinajasta riippumatta. Hoitotyöntekijöiden mukaan vauvaa puhuteltiin nimellä ja vauvalle juteltiin. Tulosten mukaan hoitotyöntekijät tulkit-sivat vauvaa ja toivat vauvan persoonan esille, jonka kautta he auttoivat vanhem-pia tuntemaan lapsensa. Hoitotyöntekijät toivat esille, että vanhempien toiveiden mukaan vauvalle voitiin suorittaa hätäkaste, ja tarvittaessa hoitotyöntekijä toteutti sen, jos pastoria ei saatu paikalle.

"Hoitaa sitä kuolevaa vauvaan niin hellästi kuin pystyy, oli elinkaari kaksi tuntia tai kuukauden, että perheelle jää hyvä mieli ja antaa heidän olla perheenä mahdollisimman paljon."

"Puhuttelet vauvaa nimellä; etsin vauvan pieniä tapoja esim. nutris-taa suuta..."

Hoitotyöntekijöiden mukaan hoitotyön jakoa tulisi tehdä niin, ettei kuolevan vauvan hoitajalla ole muita vauvoja hoidettavanaan. Lisäksi hoitotyöntekijät toivat esille, että omahoitajajärjestelmällä pystyttiin rauhassa keskittymään lapseen. Heidän mielestään hoitajan kiireettömyys, aika ja paneutuminen olivat tärkeitä asioita kuolevan vauvan hoidossa. Vastausten mukaan hoidossa oli edettävä tilan-ne kerrallaan.

"Kiireettömyys on myös tosi tärkeää, josta syystä kuolevan hoitajalle ei saisi jakaa muita vauvoja."

Vastauksissa tuli ilmi, että hoitotyöntekijän tulisi mahdollistaa perheen yhdessä-olo. Hoitotyöntekijöiden mukaan perheelle tulisi järjestää oma, rauhallinen tila, jolla mahdollistetaan vanhempien rajaton mahdollisuus olla vauvan luona ja ottaa vauva syliin. Lisäksi hoitotyöntekijät toivat esille, että omassa tilassa vanhemmat

pystyivät hyvästelemään vauvan rauhassa. Hoitotyöntekijät järjestivät myös ajan, jolloin vanhemmat saivat mennä katsomaan vauvaa kappeliin.

”Perheelle yritetään luoda rauhallinen tilanne ja paikka jossa perhe saa jättää hyvästejä.”

Taulukko 4. Kuolevan vauvan hoitotyö

<p>VANHEMPIEN TOIVEIDEN HUOMIOIMINEN JA TOTEUTTAMINEN</p> <p>VANHEMPIEN MUKAANOTTO VAUVAN HOITOON</p> <p>VANHEMPIEN LEVOSTA JA JAKSAMISESTA HUOLEHTIMINEN</p> <p>HOITOTYÖNTEKIJÄN LÄSNÄOLO</p> <p>VANHEMPIEN TURVALLISESTA KOTIMATKASTA HUOLEHTIMINEN</p>	<p>VANHEMPIEN TOIVEISIIN JA TARPEISIIN VASTAAMINEN</p>	<p>KUOLEVAN VAUVAN HOITOTYÖ</p>
<p>AMMATTITAITOINEN TYÖSKENTELY</p> <p>AITO MYÖTÄELÄMINEN</p> <p>VANHEMPIEN KUUNTELEMINEN</p> <p>VANHEMPIEN KANSSA KESKUSTELEMINEN</p> <p>VANHEMPIEN TUKEMINEN</p>	<p>AMMATTITAITOINEN JA EMPATTINEN HOITOTYÖ</p>	

<p>LÄÄKÄRIN JA HOITAJAN TAPAAMINEN VAUVAN KUOLEMAN JÄLKEEN</p> <p>JATKOHOIDON TARPEEN ARVIOINTI JA JÄRJESTÄMINEN</p> <p>KESKUSTELUAPU</p>	<p>JATKOHOIDON JÄRJESTÄMINEN</p>	
<p>TIEDON ANTAMINEN KÄYTÄNNÖN ASIOISSA NEUVOMINEN</p> <p>VANHEMPIEN SAAMAN TIEDON YMMÄRTÄMISEN VARMISTAMINEN</p>	<p>AJANTASAISEN TIEDON ANTAMINEN</p>	
<p>HYVÄ PERUSHOITO</p> <p>PERSOONAN ESIINTUOMINEN VANHEMILLE</p> <p>HÄTÄKASTE</p> <p>KIVUN LIEVITTÄMINEN</p> <p>KIIREETTÖMYYS</p> <p>RAUHALLISEN TILAN JÄRJESTÄMINEN</p> <p>HYVÄSTIEN JÄTTÄMISEN MAHDOLLISTAMINEN</p> <p>PERHEEN YHDESSÄ OOLON MAHDOLLISTAMINEN</p>	<p>VAUVAN JA PERHEEN YKSILÖLLINEN HOITO</p>	<p>KUOLEVAN VAUVAN HOITOTYÖ</p>

7.4 Ammatillinen surutyö

Yhdistävä kategoria *ammatillinen surutyö* muodostui yläkategorioista *keskustelu vauvan kuolemasta työyhteisössä, keskustelu vauvan kuolemasta työyhteisön ulkopuolella, vauvan kuoleman hyväksyminen, hoitotyöntekijän tukeminen kuolevan vauvan hoidossa ja hoitotyöntekijän henkilökohtaiset selviytymiskeinot* (Taulukko 5).

Yläkategoria *keskustelu vauvan kuolemasta työyhteisössä* muodostui alakategorioista *keskustelu kollegoiden kanssa, keskustelu työyhteisössä, keskustelu omahoitajien kesken, debriefing ja työnohjaus*. Ammatillisen surutyön selviytymiskeinoina hoitotyöntekijät pitivät keskustelua ja pohdintaa kollegoiden, työyhteisön ja omahoitajien kesken. Lisäksi hoitotyöntekijät pitivät tärkeänä kahvipöytäkeskusteluita haastavista hoitotilanteista ja vauvan kuoleman herättämistä tunteista, jotta ne eivät jää vaivaamaan. Hoitotyöntekijät pitivät tätä yhtenä keinona purkaa kuolevan vauvan hoitotyöstä aiheutuneita tunteitaan. Osa hoitotyöntekijöistä toi ilmi, että asiasta oli hyvä keskustella, mutta ei liikaa. Tulosten mukaan työyhteisössä järjestettiin osastotunteja, joissa pystyi purkamaan omia tunteitaan. Vastauksissa kävi ilmi, että hoitotyöntekijät kokivat työnohjauksen hyödylliseksi, ja sitä oli mahdollisuus saada aina tarvittaessa. Lisäksi debriefing-istunnot vauvan hoidossa mukana olleiden henkilöiden kesken koettiin tarpeellisiksi. Vastausten mukaan työnohjaus ja debriefing-tilanteissa hoitotyöntekijät olivat kokeneet toimineensa oikein vauvan hoidossa.

”Tunteita käsitellään hoidon aikana ja kuoleman jälkeen ”kahvipöytä” keskusteluissa, jotka on yleensä kaikkein parhaimpia tilaisuuksia purkaa tunteitaan.”

”Koen suurta riittämättömyyttä tilanteen aikana, mutta debriefing/työnohjaus tilanteessa koen toimineeni oikein.”

Yläkategoria *keskustelu vauvan kuolemasta työyhteisön ulkopuolella* muodostui alakategorioista *keskustelu ammattiauttajien kanssa, keskustelu läheisten kanssa ja keskustelu vauvan vanhempien kanssa*. Vastausten mukaan hoitotyöntekijöillä

oli mahdollisuus keskustella asioista lääkärin, psykologin, psykiatrisensairaanhoitajan tai sairaalapastorin kanssa. Apua hoitotyöntekijät kertoivat saavansa myös esimiehen ja työterveyshuollon kautta. Hoitotyöntekijät kokivat hyödyllisenä keskustella asiasta yleisellä tasolla myös puolison kanssa. Keskustella pitäisi hoitotyöntekijöiden mukaan mahdollisimman pian asian ollessa ajankohtainen. Vastauksissa esille tuotiin, että lähipiirissä tapahtuneesta lapsen kuolemasta keskustelu kuolevan vauvan vanhempien kanssa auttoi hoitotyössä. Hoitotyöntekijät pitivät tärkeänä myös vanhempien kanssa keskustelua vauvan kuoleman jälkeen, kun hoitotyön epävarmuus ja jännitys olivat poistuneet.

”Aika auttaa ja olen kokenut, että vanhempien tapaaminen myöhemmin on esiarvoisen tärkeää. Pääsee kertaamaan asioita ja jännitys ja epävarmuus ovat jääneet.”

Yläkategoria *vauvan kuoleman hyväksyminen* muodostui alakategorioista *kuoleman hyväksyminen järjellä, kuoleman hyväksyminen lääketieteellisin perustein, kuolemalle ei aina ole selitystä ja kokemus*. Hoitotyöntekijöiden mukaan vauvan kuolema oli helpompi hyväksyä järjellä kuin tunteella. Vastauksista kävi ilmi, että kuoleman hyväksyminen oli helpompaa, jos vauva oli vakavasti vammaisen tai hän ei kykenisi minkäänlaiseen henkiseen tai fyysiseen kehitykseen tai hän kokisi jatkuvaa kipua. Vastauksista kävi ilmi, että hoitotyöntekijöiden oli tärkeää saada itselle selvyys siitä, että vauvalla ei olisi ollut mahdollisuutta elää. Lisäksi heidän mukaansa oli tärkeää uskoa, että vauvan kuolemalla oli tarkoitus. Hoitotyöntekijöiden mielestä oli ymmärrettävä elämän ennalta arvaamattomuus ja elämän tarkoitus. Toisinaan hoitotyöntekijöiden mukaan tuli vain hyväksyä, ettei kuolemaa voinut selittää eikä siihen ollut ratkaisua. Hoitotyöntekijät kokivat, että vauvan kuoleman oli pystynyt hyväksymään lääketieteellisin perustein. Asiaa hoitotyöntekijät olivat käsitelleet muun muassa lääkärin kanssa sekä osastotunneilla. Lisäksi asian käsittelyä auttoivat hoitotyöntekijöiden mukaan tieto ja kokemus.

”Yritän järjellä ja lääkärin avulla saada itselleni selvyden, että vauvalla ei ollut mahdollisuutta selvitä täällä arkielämässä.”

Yläkategoria *hoitotyöntekijän tukeminen kuolevan vauvan hoitotyössä* muodostui alakategorioista *työyhteisön tuki ja hoitotyöntekijän työssä jaksaminen tukeminen*. Hoitotyöntekijät kokivat ammatillisessa surutyössä selviytymisessä työyhteisön tuen tärkeäksi, koska työyhteisössä apua ja tukea sai heti. Vastausten mukaan työyhteisö koettiin ymmärtävänä kuuntelijana, jolta sai myös neuvoja. Hoitotyöntekijät kokivat tulevansa kuulluksi myös esimiesten taholta. Tuloksissa tuli esille, että työnjaossa huomioitiin hoitotyöntekijän kuormittuneisuus, jotta hänen ei tarvinnut pelätä tunteiden nousemista liian pinnalle.

”Osastolla hoitaja ei ole yksin. Työtiimissä asiaa voidaan pohtia ja hoidoissa vuorotella.”

Yläkategoria *hoitotyöntekijän henkilökohtaiset selviytymiskeinot* muodostui alakategorioista *pohdinta, stressin hallintakeinot ja tunne-elämän kunnossapito*. Hoitotyöntekijöiden mukaan ei tarvitse aina keskustella kuolevan vauvan hoitotyöstä, vaan voi myös hiljentyä miettimään asioita itsekseen. Tulosten mukaan hoitotyöntekijöillä oli omia keinoja stressin ja tunteiden purkamiseen. Hoitotyöntekijät toivat esille liikunnan, luonnon ja rauhallisen musiikin kuuntelemisen stressin purkukeinoina. Hoitotyöntekijöiden mukaan tärkeää oli tunne-elämän kunnossa pitäminen, jotta raskaat asiat eivät jää käsittelemättä. Myös hyvä ammattitaito, itkeminen ja ajan kuluminen koettiin hyväksi keinoiksi stressin purkuun. Vastauksissa tuli esille, että kaikki eivät tarvitse erityistä apua tilanteessa.

”Minulla on omat keinoni purkaa stressiä ja työstä aiheutuvia tunteita. Fyysisen liikunnan avulla saan purettua itseäni.”

Taulukko 5. Ammatillinen surutyö

<p>KESKUSTELU KOLLEGOIDEN KANSSA</p> <p>KESKUSTELU TYÖYHTEISÖSSÄ</p> <p>KESKUSTELU OMAHOITAJIEN KESKEN</p> <p>DEBRIEFING</p> <p>TYÖNOHJAUS</p>	<p>KESKUSTELU VAUVAN KUOLEMASTA TYÖYHTEISÖSSÄ</p>	<p>AMMATILLINEN SURUTYÖ</p>
<p>KESKUSTELU AMMATTIAUTTAJIEN KANSSA</p> <p>KESKUSTELU LÄHEISTEN KANSSA</p> <p>KESKUSTELU VAUVAN VANHEMPIEN KANSSA</p>	<p>KESKUSTELU VAUVAN KUOLEMASTA TYÖYHTEISÖN ULKOPUOLELLA</p>	
<p>KUOLEMAN HYVÄKSYMINEN JÄRJELLÄ</p> <p>KUOLEMAN HYVÄKSYMINEN LÄÄKETIETEELLISIN PERUSTEIN</p> <p>KUOLEMALLE EI AINA OLE SELITYSTÄ</p> <p>KOKEMUS</p>	<p>VAUVAN KUOLEMAN HYVÄKSYMINEN</p>	
<p>TYÖYHTEISÖN TUKI</p> <p>HOITOTYÖNTEKIJÄN TYÖSSÄ JAKSAMISEN TUKEMINEN</p>	<p>HOITOTYÖNTEKIJÄN TUKEMINEN KUOLEVAN VAUVAN HOIDOSSA</p>	
<p>POHDINTA</p> <p>STRESSIN HALLINTAKEINOT</p> <p>TUNNE-ELÄMÄN KUNNOSSAPITO</p>	<p>HOITOTYÖNTEKIJÄN HENKILÖKOHTAISET SELVIITYMISKEINOT</p>	

8 POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata hoitotyöntekijöiden kokemuksia kuolevan vauvan hoitotyöstä. Lisäksi tarkoituksena on selvittää hoitotyöntekijöiden selviytymiskeinoja ammatillisessa surutyössä. Tässä opinnäytetyössä tavoitteena on, että opinnäytetyön tulosten pohjalta hoitotyöntekijät voivat kehittää toimintaansa työyhteisössä siten, että se edistää työssä jaksamista. Tämä opinnäytetyö auttaa ymmärtämään kuolevan vauvan hoitotyön haasteita ja mahdollisuuksia sekä ammatillista surutyötä prosessina. Tulosten kautta voidaan tarkastella hoitotyöntekijöiden näkemyksiä, kokemuksia ja tuntemuksia kuolevan vauvan hoitotyöstä ja ammatillisesta surutyöstä.

8.1 Tulosten tarkastelu

Kuolevan potilaan hoitaminen koetaan vaikeana ja ahdistavana kokemuksena. Hoitotyöntekijät kokevat, ettei heillä ole tarpeeksi keinoja auttaa, eivätkä he löydä lohduttavia sanoja kuolevan potilaan hoidossa. (Nuikka 2002, 71.) Myös tässä opinnäytetyössä kuolevan vauvan hoitotyö nähtiin sekä haasteena itselle että omalle ammattitaidolle. Koski ym. (2004, 62) toteavat ammatillisen surutyön sisältävän samoja tunteita, joita omaiset kokevat läheistensä kuollessa. Tulosten perusteella kuolevan vauvan hoitotyö koettiin hyvin tunteikkaaksi ja henkisesti raskaaksi. Hoitotyöntekijät kokivat riittämättömyyden tunnetta, surua ja epärealuutta. He kokivat myötätuntoa kuolevan vauvan perhettä kohtaan ja korostavat inhimillistä perheen kohtaamista. Keituri (2010, 587) tuo esille, että hoitotyöntekijän on hallittava omat tunteensa, mutta hänen ei tarvitse peittää niitä. Aineistossa hoitotyöntekijät korostivatkin, että heillä on oikeus tunteisiin ja niiden näyttämiseen, mutta he kokevat joskus puhumisen tunteistaan vaikeana.

Kuolevan vauvan hoitoa voidaan pitää onnistuneena, kun vanhempien ja hoitotyöntekijöiden yhteistyön avulla on pystytty luomaan vauvan yksilöllisyyden huomioonottava toimiva hoitotyön kokonaisuus. Vuorovaikutuksessa pyritään selvittämään vauvan ja hänen perheensä yksilöllisiä tarpeita. (Kassara ym. 2005, 367.) Myös tässä opinnäytetyössä kuolevan vauvan hoitotyötä kuvailtiin vaativana

ja haastavana, eikä siinä ole yhtä oikeaa toimintamallia. Perheen tilanne koettiin aina yksilölliseksi ja erilaiseksi. Keskeiseksi hoitotyöntekijät kokivat myös perheen auttamisen ja tukemisen yksilöllisesti.

Luottamus käsittää kuulluksi tulemisen, välittämisen ja vastavuoroisuuden hoitotyöntekijän ja perheen toiminnassa. Se saavutetaan yhdessäolon ja yhteistoiminnan kautta. Luottamusta voidaan perheen ja hoitotyöntekijän välisessä toiminnassa kuvailla rehellisyytenä viestimisessä ja vuorovaikutuksessa. Sen muodostuminen on erittäin oleellinen asia lapsen, vanhempien ja hoitotyöntekijän välisessä vuorovaikutuksessa. (Lehto 2004, 59, 61.) Myös tässä opinnäytetyössä hoitotyöntekijät kokivat luottamuksellisen suhteen luomisen vanhempiin tärkeäksi, mutta heidän tukemisen haastavaksi. Lehto (2004, 64) kertoo tukemisen sisältävän kokemuksen turvallisuudesta, kontaktin ottamisen vanhempiin sekä lohduttamisen ja koskettamisen. Tukeminen edistää turvallisuuden tunnetta perheen ja hoitotyöntekijän välisessä suhteessa. Aineistossa hoitotyöntekijät korostivatkin, ettei tukemista voi oppia kirjoista. Hoitotyöntekijät kokivat kuitenkin pystyvänsä tukemaan vanhempia kuolevan vauvan hoidossa. Lisäksi heidän mielestään hoitotyössä on luotettava omaan vaistoon ja tilannetajuun sekä siihen, että on riittävä kohtaamaan kuolevan vauvan ja tämän perheen.

Hoitotyöntekijällä tulee olla ulkoisten valmiuksien ja osaamisen lisäksi myös halua auttaa kuolevaa potilasta hoitotyön onnistumiseksi (Anttonen 2008, 50). Tulosten perusteella hoitotyö koettiin erityiseksi ja tärkeäksi tehtäväksi, jossa hoitotyöntekijät tekivät kaikkensa perheen hyväksi. Kuolevan vauvan hoito on aina kokonaisvaltaista, suurta ammattitaitoa ja hienotunteisuutta vaativaa hoitotyötä. Hoidossa korostuu hoitotyöntekijän hyvä ammattitaito ja inhimillinen kypsyys. (Koski ym. 2004, 62.) Myös tässä opinnäytetyössä tärkeiksi asioiksi koettiin kuolevan vauvan hoitotyössä ammattitaito, hienotunteisuus, oman persoonan käyttäminen, tilanteen hallinta, rauhallisuus ja harkitsevuus. Vaikka kuolevan vauvan hoitaminen on ahdistavaa ja vaikeaa, sisältyy siihen myös hoitotyön arvokkaimpia hetkiä sekä hoitotyöntekijän henkistä kasvamista (Ivanoff ym. 2006, 246). Myös tässä opinnäytetyössä hoitotyöntekijät kokivat työssään epävarmuutta, koska kuolevan vauvan hoitaminen on harvinaista ja jännittävää. Onnistuneesta vauvan hoidosta hoitotyöntekijät kertoivat saavansa voimia itselleen. Lehto (2004,

58) kuvailee, että keskittyminen hoitotyöhön tukee hoitosuhteen sisältöä ja toimintaa. Tässä opinnäytetyössä hoitotyöntekijät kokivatkin, että vauvan hoitoon keskittyminen oli hyvä keino selviytyä kuolevan vauvan hoitotyöstä.

Vanhemmilla tulisi olla oma tila ja paikka lapsen lähellä sairaalaosastolla (Lehto 2004, 74). Tulosten mukaan hoitotyöntekijät pitivätkin merkittävänä asiana perheen omaa rauhaa ja yhdessä olemisen mahdollistamista. Lehto (2004, 66) toteaa, että vanhemmille voidaan tuoda huoneeseen, esimerkiksi sänky lepoa varten ja antaa mahdollisuus ruokailuun. Tarpeista huolehtiminen edistää koko perheen turvallisuuden tunnetta ja tuovat kodinomaisuutta sairaalamaailman keskelle. Aineistossa hoitotyöntekijät toivatkin esille, että he kokivat tärkeäksi vanhempien toiveiden ja tarpeiden huomioimisen sekä niiden toteuttamisen. Hoitotyöntekijöiden mukaan vanhempien kyky vastaanottaa heiltä mitään vaihteli. Keituri (2010, 587) toteaaakin, että hoitotyöntekijän tulee antaa vanhemmille ajantasaista tietoa sitä mukaan, miten he pystyvät sitä vastaanottamaan. Hoitotyössä perheen kulttuurisia eroja, eri arvoja sekä uskomuksia tulee hoitotyöntekijän kunnioittaa. Lisäksi hoitotyöntekijän tulee kunnioittaa ja hyväksyä perheen omat selviytymiskeinot. (Sillanpää 2004, 119.) Aineiston mukaan hoitotyöntekijät kokivatkin tärkeänä kunnioittaa vanhempien päätöksiä.

Vanhemmat osallistuvat lapsensa hoitamiseen, jos lapsen vointi sen sallii. He voivat auttaa lapsen päivittäisistä toiminnoista, kuten pukeutumisessa. Tällä tavoin vanhemmat saavat kokemuksen siitä, että he ovat vanhempien roolissa ja lapsen hoidossa mukana siitä huolimatta, että he eivät tee joitakin toimintoja vauvan hoidossa. (Lehto 2004, 61–62.) Myös tässä opinnäytetyössä hoitotyöntekijät kokivat tärkeänä, että vanhemmat otettiin mukaan vauvan hoitoon ja vauva saatettiin yhdessä vanhempien kanssa tämän viimeiselle matkalle. Kuolevan vauvan oikeuksiin kuuluu olla rakastettu. Se sisältää vahvasti vanhempien osallistumisen vauvan hoitoon. Jos vanhemmat eivät kuitenkaan pysty osallistumaan lapsensa hoitoon, tulee hoitotyöntekijän täyttää vanhempien paikka. (Korhonen 1996, 190.) Aineistossa tuotiinkin esille, että hoitotyöntekijät olivat vauvan luona, jos vanhemmat eivät päässeet paikalle. Vauvalle voidaan vanhempien toiveiden mukaisesti suorittaa osastolla hätäkaste. (Koski ym. 2004, 96). Hoitotyöntekijät kertoivatkin järjestävänsä osastolla vauvan hätäkasteen vanhempien niin halutessa.

Vastasyntyneen oloa voidaan parhaiten helpottaa läheisyydellä ja hyvällä perushoidolla (Ivanoff ym. 2006, 239). Lapsen kipua voidaan arvioida käyttäytymismuutosten perusteella. Arviointia voidaan tehdä muun muassa lapsen itkuilmeestä, raajan poisvetämistä kipua tuottavasta kohteesta sekä lapsen jäykistymisestä. (Halimaa 2001, 55.) Myös tässä opinnäytetyössä hoitotyöntekijät kertoivat pystyvänsä auttamaan kuolevaa vauvaa huolehtimalla vauvan hyvästä olost, perushoidosta ja kivuttomuudesta. Hoitotyöntekijät kertoivat lisäksi hoitavansa kuolevaa vauvaa hyvin elinajasta riippumatta.

Hoitotyöntekijän tulisi rohkaista vanhempia tutustumaan lapseensa ja koskettamaan ja hoitamaan häntä lapsen voinnin mukaisesti. Vanhemmuutta tuetaan lapsen elinajasta riippumatta. Vanhemmille tulee antaa ajantasaista tietoa lapsen voinnista. (Korpela 2002, 342.) Tulosten perusteella hoitotyöntekijät auttoivatkin vanhempia tutustumaan lapseensa. Lisäksi vanhempien ohjaaminen ja ajantasaisen tiedon antaminen eri keinoin oli oleellinen osa hoitotyötä. Kerrotun asian ymmärrettävyys on viestinnän ja hyvän hoitosuhteen edellytys (Lehto 2004, 59). Tässä opinnäytetyössä hoitotyöntekijät kokivatkin tärkeäksi vanhemmille annetun tiedon ymmärtämisen varmistamisen.

Vanhemmat toivovat aitoa, läsnä olevaa, empaattista hoitotyöntekijää (Keituri 2010, 587). Keinoja tukea perhettä ovat läsnäolo, kosketus, kuuntelu sekä tuskan jakaminen (Ivanoff ym. 2006, 242). Hoitotyöntekijän näkökulmasta läsnäolo tarkoittaa keskittymistä perheen ja hoitotyöntekijän vuorovaikutukseen ja yhdessä toimimiseen. Läsnä olemiseen kuuluvat perheen ja hoitotyöntekijän välisessä suhteessa kokemusten jakaminen, yhdessä oleminen ja toisen huomioonottaminen. (Lehto 2004, 63–64.) Myös tässä opinnäytetyössä hoitotyöntekijät toivat esille, että aito läsnäolo, surun ja tunteiden vastaanottaminen ja myötäeläminen, empaattinen työskentelytapa, keskusteleminen, kuuntelu, tukeminen ja käytettävissä oleminen olivat niitä keinoja, joilla he pystyivät auttamaan vanhempia.

Saattohoitotilanteessa hoitotyöntekijän vastuu lisääntyy, ja vaikeutuu. Silloin hänen työpanostaan olisi hyvä vähentää muusta toiminnasta. (Sutinen 2004, 165.) Hoitotyöntekijä pystyy kuitenkin harvoin keskittymään ainoastaan kuolevan vauvan hoitamiseen, koska usein he vastaavat myös muiden potilaiden hoidosta osas-

tolla (Anttonen 2008, 55). Tässä opinnäytetyössä hoitotyöntekijät pitivät kuitenkin merkittävänä asiana, että kuolevan vauvan hoitotyöntekijälle ei jaettaisi muita vauvoja työvuoroon. Hoitotyöntekijöiden kertoivat, että työnjaossa huomioitiin kuolevan vauvan hoidon kuormittavuus. Silloin hoitotyöntekijät pystyivät paneutumaan vauvan hoitoon ilman kiirettä. Hoitotyöntekijä kunnioittaa lasta ja perhettä keskittymällä ja paneutumalla jokaiseen hoitotilanteeseen (Lehto 2004, 74). Hoitotyöntekijät kertoivatkin etenevänsä vauvan hoidossa tilanne kerrallaan.

Sillanpää (2004, 121) kertoo, että perhettä autetaan löytämään oma tukiverkostonsa, ja tarvittaessa autetaan ottamaan yhteyttä sairaalapappiin ja kriisiryhmään. Myös tässä opinnäytetyössä hoitotyöntekijät kokivat tärkeäksi keskusteluavun sekä tarvittaessa myös muun avun järjestämisen. Vanhempien turvallinen kotiin pääsy vauvan kuoleman jälkeen tulee varmistaa (Hiironen 2007, 526). Hoitotyöntekijät toivatkin aineistossa esille, että heidän kuuluu huolehtia vanhempien turvallisuudesta kotimatkasta vauvan kuoleman jälkeen. Muurinen ja Surakka (2001, 275) toteavat, että perheen hoitosuhdetta tulisi jatkaa myös lapsen kuoleman jälkeen niin, että perhe saa tarvitsemansa tuen. Lisäksi kuoleman jälkeen tulisi sopia yhteiset tapaamisajat. Aineiston perusteella hoitotyöntekijät pitivätkin merkittävänä asiana, että vanhemmat saivat myöhemmin keskustella vauvan kuolemasta, ja siihen liittyvistä asioista lääkärin ja hoitotyöntekijän kanssa.

Hyvä työyhteisö, jossa kannustetaan työntekijää ja jaetaan vastuuta, vaikuttaa positiivisesti työntekijän hyvinvointiin. Arvostus, onnistuminen, välittäminen, huolenpito, ilo ja huumori lisäävät työyhteisössä yhteisyyden ja myönteisyyden tunnetta. (Muma 2007, 140.) Myös tässä opinnäytetyössä hyvä työyhteisö koetaan tärkeäksi tueksi sekä avun ja neuvojen antajaksi kuolevan vauvan hoidossa. Lähteenoja ja Laine (2004, 463) toteavat, ettei kenenkään ei ole hyvä jäädä yksin miettimään vauvan kuolemaa, vaan kokemus kannattaa jakaa muiden hoitotyöntekijöiden kesken. Silloin hoitotyöntekijät voivat paremmin vertailla omia kokemuksiaan ja näkemyksiään toistensa kanssa. Hoitotyöntekijöiden mielestä tärkeää olikin keskustelun järjestäminen silloin, kun asia oli osastolla ajankohtainen.

Työnohjauksessa hoitotyöntekijä saa voimia pysähtyä, olla vapaasti havainnoiva, eläytyä ja kestää työn raskautta sekä ahdistusta. Lisäksi hän saa voimia olla aito

kuolevan potilaan hoitosuhteessa. Työnohjauksessa hoitotyöntekijällä on mahdollisuus keskustella esiin nousevista tunteista, ajatuksista, mielikuvista, kokemuksista ja muistoista. (Siltala 2008, 88–89.) Debriefing-tilaisuus voidaan järjestää jonkun järkyttävän tapahtuman jälkeen, kuten vauvan kuoleman jälkeen (Hautaniemi ja Järvenpää 2004, 15). Myös tässä opinnäytetyössä osastotuntien järjestäminen, työnohjaus ja debriefing koettiin hyvinä keinoina omien ajatusten ja tunteiden purkamiseen sekä keskusteluun vauvan kuolemasta.

Lastenosastolla työskentelevä hoitotyöntekijä joutuu ajoittain kohtaamaan lapsen kuoleman (Varimo ym. 2004, 146). Kuolevan potilaan hoitoa vaikeuttaa vähäinen elämän- ja työkokemus. Lisäksi hoidosta haasteellista tekee, ettei siihen ole saatu valmiuksia koulutuksen aikana, vaan hoitotyöntekijät ovat oppineet hoitoa työn kautta. (Nuikka 2002, 71–72.) Tiedon etsiminen lisää hoitotyöntekijän valmiuksia hoitaa kuolevaa lapsipotilasta (Koski ym. 2004, 76). Huhtinen (2008, 80) toteaa, että kuoleman ymmärtämistä monimuotoisena ilmiönä auttaa järkvy ja systemaattinen ajattelu. Tutkimusaineistossa kävikin ilmi, että hoitotyöntekijöiden mielestä ammatillisessa surutyössä auttoi vauvan kuoleman käsittely järjellä, tietoa ja kokemusta hyödyntäen. Toisaalta hoitotyöntekijöiden mielestä kuolema on joskus vain hyväksyttävä ilman selitystä. Lisäksi esille tuotiin, että kuolevan vauvan hoito koettiin osana työtä. Aineiston perusteella kokemus ja ikä helpottivat tunteiden käsittelyä.

Hoitotyöntekijän ammattitaitoon kuuluu omien voimavarojen löytäminen ja vahvistaminen, eheyden huomioiminen sekä stressinhallintakeinojen tiedostaminen. Hoitotyöntekijän on tärkeää kokea voimaantuvansa vapaa-ajalla, jolloin hän panostaa omaan aikaan ja perheeseen. Riittävä lepo, uni ja fyysinen tasapaino sekä sosiaalinen verkosto ovat tärkeitä tekijöitä voimaantumisessa. (Muma 2007, 137.) Tässä opinnäytetyössä hoitotyöntekijät toivatkin esille, että jokaisella on omat selviytymiskeinonsa ammatillisessa surutyössä. Lisäksi heidän mielestään on tärkeää huolehtia omasta henkisestä hyvinvoinnista.

8.2 Kehittämiskohteita

Opinnäytetyön tavoitteen pohjalta muodostettiin kolme kehittämiskohdetta. Näiden kehittämiskohteiden tavoitteena on edistää hoitotyöntekijöiden työssä jaksamista. Kehittämiskohteita voidaan toteuttaa tai soveltaa vastasyntyneiden tehohoit- ja tarkkailuosastolla jokapäiväisessä työssä. Kehittämiskohteita voidaan hyödyntää myös muilla lastenosastoilla.

Opinnäytetyön tulosten perusteella voidaan esittää kehittämiskohteena, että erityisesti kokematon hoitotyöntekijä tuetaan kuolevan vauvan hoidossa. Tukeminen on tärkeää, koska tuloksista kävi selvästi ilmi, että ikä ja kokemus auttavat kuolevan vauvan hoitotyössä. Kun kokematon hoitotyöntekijä hoitaa kuolevaa vauvaa, voisi hän aluksi työskennellä sellaisen hoitotyöntekijän työparina, joka on hoitanut kuolevia vauvoja aiemmin. Näin kokematon hoitotyöntekijä saa työparilta neuvoja, ohjausta, apua ja tukea kuolevan vauvan hoitoon, mikä auttaa työssä jaksamisessa.

Opinnäytetyön tuloksissa kävi ilmi, että osastolla tulisi mahdollistaa hoitotyöntekijän keskittyminen rauhassa kuolevan vauvan hoitoon. Toisena kehittämiskohteena voidaan esittää toimintamallia, jossa saattohoitotilanteessa mahdollistettaisiin, että kuolevan vauvan omahoitajalla ei ole muita vauvoja hoidettavanaan työvuorossa. Tarvittaessa osastolle palkattaisiin ylimääräinen työntekijä, jolloin kuolevan vauvan omahoitajat pystyisivät keskittymään vain hänen hoitamiseensa. Tämä toimintamalli edistää hoitotyöntekijöiden työssä jaksamista, koska hoitotyöntekijä saisi rauhassa keskittyä haasteelliseen hoitotyöhön. Työssä tulisi kuitenkin vuorotella omahoitajien kesken, jottei yksi hoitotyöntekijä kuormitu liikaa.

Kolmantena kehittämiskohteena voidaan esittää työajalla tapahtuvaa viriketoimintaa. Tulosten perusteella työyhteisön hyvinvointiin tulee panostaa, koska hyvinvoiva työyhteisö luo kannustavan työilmapiirin. Työntekijät voisivat itse päättää toiminnan sisällön resurssit huomioiden. Toimintaa voisi olla, esimerkiksi kerran kuukaudessa ja työntekijät vuorottelisivat osallistumisessa. Yhteistoiminta kehittää työyhteisön sisäistä vuorovaikutusta ja toimintaa, mikä edistää koko henkilöstön työhyvinvointia.

8.3 Eettisyys

Tutkimusta ohjaavat erilaiset lait, normit ja suositukset. Niiden tarkoituksena on turvata tutkittavien asema ja oikeudet. Lisäksi ne varmistavat, että tutkimus toteutuu hyvän tieteellisen käytännön mukaan. Tutkijalta edellytetään tutkimuksen tekoon liittyvää lain tuntemusta ja noudattamista. (Pirttilä 2008, 66.) Eettisten ohjeiden mukaisesti tutkijan on selvitettävä osallistujille tavoitteet, menetelmät ja mahdolliset riskit. Tutkimukseen osallistuminen tulee olla vapaaehtoista, jolloin tutkittavalla henkilöllä on oikeus kieltäytyä tutkimuksesta ja keskeyttää mukanaolo. Lisäksi hänellä on oikeus kieltää jälkikäteen itseään koskevan aineiston käyttö tutkimusaineistona. Tutkijan on oltava varma, että antaessaan suostumuksensa tutkittava tietää, missä tutkimuksessa on kyse. (Tuomi 2007, 145.)

Osastolle viedyissä saatekirjeissä kerrottiin hoitotyöntekijöille, miten vastaukset käsitellään. Saatekirjeessä kerrottiin, että vastaukset käsitellään luottamuksellisesti ja säilytetään asianmukaisesti. Lisäksi siinä kerrottiin, että vastaaminen on täysin vapaaehtoista. Saatekirjeestä kävi ilmi myös opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite.

Tutkittaville tulee taata mahdollisuus säilyä anonyymeina valmiissa tutkimuksessa. Anonymiteetti suojaa tutkittavien henkilöllisyyttä sekä esille tulleiden henkilöiden tai asioiden anonymiteettia. Henkilöllisyyden salaaminen voidaan toteuttaa eri keinoin. Tutkittaviin voidaan viitata numeroilla, kirjaimilla tai voidaan käyttää fiktiivisiä nimiä. Tutkijalla on velvollisuus tehdä kaikkensa, jotta tutkittavien anonymiteetti säilyy. (Mäkinen 2006, 114–115.) Tutkijan on turvattava tutkittavien oikeuden ja hyvinvointi sekä otettava huomioon mahdolliset ongelmat etukäteen (Tuomi 2007, 145).

Tässä opinnäytetyössä vastaajat pysyivät anonyymeina. Vastaajat eivät kirjoittaneet kyselylomakkeisiin nimiään eikä vastaajien ikää tai sukupuolta kysytty. Vastaajat olivat opinnäytetyön tekijöille vieraita henkilöitä, joten tekijät eivät voineet tunnistaa vastaajia käsialoista tai mielipiteistä. Vastaukset koodattiin numeroin.

Tutkijan on velvollisuus osoittaa vastuullisuutensa noudattaen lupaamiaan sopimuksia ja rehellisyyttä. Tutkijan tulee noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä. Mui-

den tutkijoiden osuuden vähättely julkaisussa ja puutteelliset viitemerkinnät aiempiin tutkimustuloksiin ovat huonoa tieteellistä käytäntöä. Lisäksi tutkimustulosten ja käytettyjen menetelmien huolimaton ja harhaanjohtava raportointi, tulosten puutteellinen kirjaaminen ja säilyttäminen sekä samojen tulosten julkaiseminen useita kertoja ovat epäeettistä toimintaa. Tieteellinen vilppi, joka tarkoittaa sepitettyjä tai vääristettyjä tai luvattomasti lainattujen havaintojen ja tulosten esittämistä omina tuloksina pidetään loukkauksena. (Tuomi 2007, 146.) Koko opinnäytetyön teon ajan noudatettiin yhteistyökumppanin kanssa tehtyjä sopimuksia. Vastaukset säilytettiin asianmukaisesti ja opinnäytetyön valmistuttua ne hävitettiin asiaankuuluvasti. Opinnäytetyön teossa noudatettiin asiallisuutta ja rehellisyyttä.

8.4 Luotettavuus

Luotettavuuden arviointia tulisi tehdä koko tutkimuksen ajan suhteessa teoriaan, analyysitapaan, tutkimusaineistoon, tutkimusaineisto ryhmittelyyn, luokitteluun, tutkimiseen, tulkintaan sekä johtopäätöksiin. Tutkimustekstiä tutkijan on pystyttävä kuvaamaan ja perustelemaan. Tutkijan tulee pohtia, mistä valintojen joukosta valinta tehdään. Lisäksi on pohdittava, miten lopullisiin ratkaisuihin on päädytty. Hänen on myös arvioitava ratkaisujensa tarkoituksenmukaisuutta tai toimivuutta tavoitteidensa kannalta. Toisen tutkijan pitäisi samoilla tulkintasäännöillä löytää muiden tulkintojensa ohella myös se tulos, jonka tutkimuksen tekijä on tutkimuksensa perusteella esittänyt. Jos samaan tulokseen ei päädytä, on syytä epäillä tutkijan tekemiä luokittelu- ja tulkintasääntöjä tai kykyä esittää tekemänsä tutkimuskäytännöt ymmärrettävästi. (Vilka 2005, 159–160.)

Reliabiliteetti tarkoittaa tutkimustulosten toistettavuutta. Validiteetti tarkoittaa sitä, että tutkimuksessa on tutkittu oikeaa asiaa. (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 133.) Validiteetti vastaa kysymykseen: "Onko tehty, mitä luvattiin?". Validiteetti on aina liitoksissa tutkimuksen teoriaan ja käsitteisiin. Esimerkkinä voidaan pohtia, miten onnistuneita kyselytutkimuksen kysymykset ovat olleet eli saadaanko niillä ratkaisu tutkimusongelmaan. Tosin laadullisen tutkimuksen piirissä validiteetin ja reliabiliteetin käyttöä on kritisoitu, koska ne vastaavat lähinnä määrällisen tutkimuksen tarpeita. (Tuomi 2007, 150.) Tähän opinnäytetyöhön muodostettujen tut-

kimuskysymysten kautta on saatu vastaukset opinnäytetyön tavoitteeseen ja tarkoitukseen.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnista ei ole olemassa yksiselitteisiä ohjeita, jolloin tutkimus arvioidaan kokonaisuutena. Silloin sen sisäinen johdonmukaisuus painottuu, eli tutkimuksen kohde ja tarkoitus, tutkijan omat sitoumukset tutkimuksessa, aineiston keruun, tutkimuksen tiedonantajan ja tutkijan välinen suhde sekä tutkimuksen kesto. Lisäksi aineiston analyysi sekä tutkimuksen luotettavuus ja raportointi pitää olla hyvin tehty. (Tuomi 2007, 150–152.)

Tämän opinnäytetyön luotettavuutta lisäsi aiheeseen liittyvään tietoon ja laadulliseen tutkimusmenetelmään perehtyminen huolellisesti. Keskeisten käsitteiden pohjalta tehtiin opinnäytetyöhön teoreettisen viitekehyksen aiherajaus. Teoreettisessa viitekehyksessä on käytetty erilaisia laadukkaita lähteitä. Lähteisiin suhtauduttiin kriittisesti ja valikoivasti, ja niiden luotettavuutta arvioitiin. Aiheeseen liittyviä aikaisempia tutkimuksia ei juuri ole. Vauvan kuolemaa käsittelevää tutkimusaineistoa löytyi vanhempien näkökulmasta kirjoitettuna, jota on myös tässä opinnäytetyössä hyödynnetty. Aiheesta on tehty opinnäytetöitä, mutta Lahden ammattikorkeakoulun opinnäytetyön ohjeiden mukaisesti niitä ei ole käytetty.

Tämän opinnäytetyön luotettavuutta lisäävät tutkimustehtävän ja -kysymysten selkeä muotoilu ja kohdejoukon huolellinen valinta. Lisäksi opinnäytetyön luotettavuutta tuo se, että kyselylomake on etukäteen testattu, aineiston analyysi on toteutettu johdonmukaisesti sekä koko tutkimusprosessi on kokonaisuudessaan huolellisesti suoritettu. Lisäksi opinnäytetyön luotettavuutta lisäävät tarkasti raportoidut opinnäytetyön eri vaiheet.

Kyselylomaketta arvioitaessa päädyttiin siihen, että kysymykset olisivat voineet olla täsmällisempiä. Lisäksi jotkut kysymykset olivat osittain päällekkäisiä. Strukturoiduilla kysymyksillä ei ollut merkitystä opinnäytetyön tavoitteen ja tarkoituksen kannalta, joten ne olisi voinut jättää kyselylomakkeesta kokonaan pois. Lisäksi niillä ei saatu vastauksia tutkimuskysymyksiin. Vastaajat olivat tuoneet samoja asioita esille eri kysymyksissä. Lisäksi he antoivat palautetta kyselylomakkeen

pituudesta ja päällekkäisistä kysymyksistä. Kuitenkin lomakkeen ulkonäkö oli siisti ja sillä saatiin haluttua tietoa.

Analysoitavaa aineistoa oli riittävästi analyysin luotettavuuden kannalta, koska aineistossa tuli esille samoja asioita useampaan eri otteeseen. Jos aineistoa olisi saatu vieläkin enemmän, olisivat tulokset kuitenkin voineet olla kattavampia. Opinnäytetyötä teki kaksi henkilöä, joten vastauksia analysoitiin eri näkökulmista. Vastauksia tarkasteltiin ja pohdittiin monipuolisesti. Kuitenkin opinnäytetyön tekijöiden kokemattomuus sisällönanalyysi prosessista saattoi heikentää tutkimustulosten luotettavuutta. Pelkistäminen, ryhmittely ja käsitteellistäminen tehtiin kahdesti, jotta tuloksista saataisiin mahdollisimman luotettavat. Jos prosessi olisi voitu toistaa vielä kolmannen kerran, olisivat kategoriat voineet olla vielä paremmin jäsenneiltyjä. Opinnäytetyöntekijöillä ei kuitenkaan ollut resursseja tähän.

Opinnäytetyön luotettavuutta saattoi heikentää, että tutkimuskysymystä kaksi jouduttiin muokkaamaan aineiston pohjalta. Aineistoon perehdyttäessä huomattiin, että se ei tuottanut vastausta alkuperäiseen tutkimuskysymykseen. Hoitotyöntekijät olivat tuoneet esille konkreettisia keinoja auttaa perhettä, joten kysymystä muokattiin sen mukaisesti.

Alkuperäinen: Miten sairaanhoitajat kokivat pystyvänsä tukemaan perhettä vauvan sairaalahoidon aikana ja vauvan kuoleman jälkeen?

Uusi: Miten hoitotyöntekijät pystyvät auttamaan kuolevaa vauvaa ja hänen perhettään?

Laadullisen tutkimuksen pohjana on tutkijan avoin subjektiviteetti. Tutkijan on myös myönnettävä, että on tutkimuksensa keskeinen tutkimusväline. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tärkein luottavuuden tekijä on tutkija itse, ja siitä syystä luotettavuuden arviointi koskee koko tutkimusprosessia. (Eskola ja Suoranta 1998, 211.) Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa tutkijan puolueettomuus. Tutkijan henkilökohtaiset tekijät, ajatukset ja oletukset voivat muun muassa vaikuttaa siihen, mitä hän kuulee ja havainnoi. Puolueeton tutkija pyrkii ymmärtämään ja kuulemaan tiedon antajaa itseään, eikä suodata tiedon antajan kertomusta oman kehänsä läpi. (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 135–136.)

Opinnäytetyön luotettavuutta saattoi heikentää tekijöiden kokemattomuus tutkimuksen teossa ja kiireellinen aikataulu. Lisäksi tuloksiin saattoi vaikuttaa tutkijoiden omat näkemykset aiheesta, koska sairaanhoidonopiskelijoina opinnäytetyöntekijöillä on tietoa ja odotuksia kuolevan vauvan hoitotyöstä. Nämä ovat saattaneet suunnata opinnäytetyöntekijöitä havainnoimaan oletettuja asioita.

8.5 Jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyön tulosten mukaan perheen jatkohoito toteutuu vaihtelevasti. Jatkotutkimusaiheena voisikin olla tutkimus siitä, miten perheen jatkohoidon toteutus vauvan kuoleman jälkeen käytännössä toteutuu. Opinnäytetyön tulosten perusteella hoitotyöntekijät kokevat työkokemuksella olevan merkitystä kuolevan potilaan hoidossa. Tämän perusteella voitaisiin tutkia työkokemuksen merkitystä kuolevan hoidossa tarkemmin. Lisäksi tarkempaa tietoa tarvittaisiin myös hoitotyöntekijöiden kokemuksista työnohjauksesta ja debriefingistä kuolevan potilaan hoidossa, koska niitä käytetään keinoina selviytyä ammatillisessa surutyössä.

LÄHTEET

- Aho, A. 2010. Kuolleen lapsen vanhemmat tarvitsevat moniammatillista tukea. Suomen sairaanhoitajaliitto ry [viitattu 18.4.2011]. Saatavissa: http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/viestinta/yhteiskunnallinen_vaikuttaminen/tiedotteet-lausunnot-ja-kannanot/tiedotteet-2011/tiedotteet-2010/?x22045706=24604425
- Aho, A-L., Åstedt-Kurki, P., Tarkka, M.-T. & Kaunonen, M. 2010. Development and implementation of a bereavement follow-up intervention for grieving fathers: an action research. *Journal of clinical nursing*, 1-11.
- Aho, A-L., Tarkka, M.-T., Åstedt-Kurki, P. & Kaunonen, M. 2006. Fathers' grief after the death of a child. *Issues in Mental Health Nursing*, 27, 647–663.
- Anttonen, M. 2008. Kuolevan potilaan hoitotyön johtaminen. Teoksessa Grönlund, E., Anttonen, M., Lehtomäki, S. & Agge, E. (toim.) 2008. *Sairaanhoitaja ja kuolevan hoito*. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 49–57.
- Erjanti, H. & Paunonen-Ilmonen, M. 2004. *Suru ja surevat: Surevien hoitotyön perusteet*. Helsinki: WSOY.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Tampere: Vastapaino.
- Fellman, V. & Järvenpää, A-L. 2011. Vastasyntynyt. Teoksessa Mäyränpää, M. (toim.) *Terapia Fennica*. Helsinki: Kandidaattikustannus Oy [viitattu 24.10.2011]. Saatavissa: http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Vastasyntynyt#Keskosen_m.C3.A4.C3.A4ritelm.C3.A4t
- Halimaa, S-L. 2001. *Hoidetaanko keskoslapsen kipua? Tutkimus hoitajien valmiuksista arvioida ja hoitaa keskoslapsen kipua*. Akateeminen väitöskirja. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Hanna, D. & Romana, M. 2007. Debriefing after a crisis. *Nursing Management*, 39–47 [viitattu 11.10.2011]. Saatavissa:

<http://www.nursingcenter.com/pdf.asp?AID=735650>

Hautaniemi, T. & Järvenpää, A. 2004. Henkinen ensiapu keskussairaalassa. Julkaisusarja B: raportti. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri [viitattu 11.10.2011].

Saatavissa: <http://www.epshp.fi/terveyskeskuksille/tiedostot/hearap03.pdf>

Hiironen, K. 2007. Lapsen kuolema. Teoksessa Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E. & Rasimus, M. (toim.) 2007. *Sairaanhoitajan käsikirja*. Helsinki: Duodecim, 525–526.

Hopia, H. 2006. Somaattisesti pitkäaikaissairaana lapsen perheen terveyden edistäminen: Toimintatutkimus lastenosastolla. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto [viitattu: 21.4.2011]. Saatavissa: <http://acta.uta.fi/pdf/951-44-6628-4.pdf>

Huhtinen, A. 2008. Elämä opettaa kuoleman kohtaamiseen, kuolema elämään. Teoksessa Grönlund, E., Anttonen, M., Lehtomäki, S. & Agge, E. (toim.) 2008. *Sairaanhoitaja ja kuolevan hoito*. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 73–84.

Hyppönen, T. & Suhonen, L. 2011. Laadullisen ja määrällisen tutkimuksen aineiston kerääminen ja käsittely. Luento Lahden ammattikorkeakoulussa 25.1.2011.

Imeväiskuolleisuus 2011. Tilastokeskus [viitattu 30.10.2011]. Saatavissa:

<http://www.stat.fi/meta/kas/imevaiskuol.html>

Ivanoff, P., Risku, A., Kitinoja, H., Vuori, A. & Palo, R. 2006. *Hoidatko minua? Lapsen, nuoren ja perheen hoitotyö*. 3. uudistettu painos. Helsinki: WSOY

Järvenpää, E. & Kosonen, K. 2003. *Johdatus tutkimusmenetelmiin ja tutkimuksen tekemiseen*. Muuttumaton lisäpainos. Helsinki: Helsinki University of Technology.

- Järvinen, P. & Järvinen, A. 2004. Tutkimustyön metodeista. Tampere: Opinpajan kirja.
- Kananen, J. 2008. Kvali: kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M-L. & Hietanen, H. 2005. Hoitotyön osaaminen. 1. painos. Helsinki: WSOY.
- Kaukola, T. 2006. Keskosuus. Päivitetty 2006. Vammaisten lasten ja nuorten tukisäätiö [viitattu 8.5.2011]. Saatavissa:
<http://www.vamlas.fi/kiikku/index2.php?sivu=364>
- Kaunonen, M. 2000. Support for a Family in Grief. Academic dissertation. Tampere: University of Tampere.
- Keituri, T. 2010. Lapsi päivystyspotilaana: Lapsen kuolema. Teoksessa Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E. Rasimus, M. (toim.) 2010. Sairaanhoidajan käsikirja 2010. 5. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 586–587.
- Koski, A., Gothoni, R. & Hurskainen P. 2005. Työnohjaus osana työyhteisön kehittämistä. Sairaanhoidaja-lehti 3/2005 [viitattu 29.9.2011]. Saatavissa:
https://www.sairaanhoidajaliitto.fi/amatilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidaja-lehti/3_2005/muut_artikkelit/tyonohjaus_osana_tyoyhteison_keh/
- Koski, A., Lagerstedt, T. & Mäkelä, S. 2004. Saattohoito. Etelä-pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Päivitetty 1/2009 [viitattu 17.4.2011]. Saatavissa:
<http://www.epshp.fi/terveyskeskuksille/ohjeet/saattohoito.pdf>
- Korhonen, A. 1996. Keskosien hoitotyö. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Korhonen, A. 2003. Vauvaperhetyö keskosien äitien tukena. Oulu: Oulun yliopisto [viitattu 9.5.2011]. Saatavissa:
<http://herkules oulu.fi/isbn9514271912/isbn9514271912.pdf>

Korpela, K. 2002. Kun lapsi kuolee. Teoksessa Huttunen, N-P. (toim.) 2002. Lasten ja nuorten sairaudet. Helsinki: WSOY, 341–346.

Laakso, H. 2000. Äidin suru alle seitsenvuotiaan lapsen kuoleman jälkeen. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY, 21–43.

Lehto, P. 2004. Jaettu mukanaolo. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto.

Lindholm, M. 2004. Lapsi, perhe ja yhteisö. Teoksessa Koistinen, P., Ruuskanen, S. & Surakka, T. (toim.) 2004. Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. Helsinki: Tammi, 14–29.

Lähteenoja, K-M. & Laine, V. 2004. Kuoleva lapsi ja lapsen saattohoito. Teoksessa Koistinen, P., Ruuskanen, S. & Surakka, T. (toim.) 2004. Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. Helsinki: Tammi, 452–464.

Mitä työnohjaus on. Suomen työnohjaajat ry [viitattu 18.10.2011]. Saatavissa: <http://www.suomentyonohjaajat.fi/tyonohjaus/>

Muma, P. 2007. Sairaanhoidajan jaksaminen. Teoksessa Kiiltomäki, A. & Muma, P. 2007. Tässä ja nyt: Sairaanhoidaja tekee kriisityötä. Helsinki: Suomen sairaanhoidajaliitto ry, 137–141.

Muurinen, E. & Surakka, T. 2001. Lasten ja nuorten hoitotyö. Helsinki: Tammi.

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Tammi.

- Nuikka, M-L. 2002. Sairaanhoidajien kuormittuminen hoitotilanteissa. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Nummi, V. 2011. Vauvan tulkkina. *Sairaanhoidaja-lehti* 3/2011, 12–17.
- Palmu, M. 2004. Koulutus ja työnohjaus saattohoitotyötä tekevien tukena: Saattohoidon koulutuksen erityispiirteitä. Teoksessa Heikkinen, H., Kannel, V. & Latvala, E. 2004. *Saattohoito*. 1. painos. Helsinki: WSOY, 170–198.
- Pelkonen, M. & Hakulinen, T. 2002. Voimavaroja vahvistava malli perhehoitotyöhön. *Hoitotiede* 5/2002, 202–212.
- Pirttilä, T. 2008. Tutkimuseettiset toimikunnat – toimintaa ohjaavat normit ja tutkimuseettinen pohdinta. Teoksessa Pietilä, A-M. & Länsimies-Antikainen, H. (toim.) 2008. *Etiikkaa monitieteisesti: Pohdintaa ja kysymyksiä*. Kuopio: Kuopion yliopisto, 65–89.
- Sillanpää, P. 2004. Perhekeskeisyys lasten tehohoidossa. *Tehohoito* 2/2004, 118–121.
- Siltala, P. 2004. Työnohjaus saattohoidossa. Teoksessa Vainio, A. & Hietanen, P. (toim.) 2004. 2. uudistettu painos. *Palliativinen hoito*. Helsinki: Duodecim, 302–309.
- Siltala, P. 2008. Työnohjaus kuoleman kohdatessa. Teoksessa Agge, E., Anttonen, M. S., Grönlund, E. & Lehtomäki, S. (toim.) 2008. *Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito*. Helsinki: Sairaanhoidajaliitto, 85–95.
- Sutinen, J. 2004. Kehitysvammaisen saattohoito palvelukeskuksessa. Teoksessa Heikkinen, H., Kannel, V. & Latvala, E. 2004. *Saattohoito: Haaste moniammatilliselle yhteistyölle*. 1. painos. WSOY: Helsinki, 161–168.
- Tapahtuman jälkipuinti eli debriefing 2011. Euroopan työterveys- ja työturvallisuusvirasto [viitattu: 11.10.2011]. Saatavissa:

http://osha.europa.eu/fop/finland/fi/good_practice/tyotapaturmien_torjunta/miten_toimia_tyotapaturman_jalkeen/debriefing/index_html

Toivikko, E. 2007. Jälkipuinti. Teoksessa Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E. & Rasimus, M. (toim.) 2007. Sairaanhoidajan käsikirja. Helsinki: Duodecim, 548–549.

Tuomi, J. 2007. Tutki ja lue: Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. Helsinki: Tammi.

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

Tuomi, S. 2008. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen lastenhoitotyössä. Akateeminen väitöskirja. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Turunen, V. 2009. Työnohjaus kasvun välineenä. *Tehy* 13/2009, 36–37.

Vanhemmille 2010. Lastentautien osasto 13. PHSOTEY. Opas-lehtinen.

Varimo, P., Kaartinen, R., Leppänen, K., Warttinen, A. & Määttä, H. 2004. Saattohoidon erityisryhmiä: Lapsen viimeinen matka. Teoksessa Heikkinen, H., Kannel, V. & Latvala, E. 2004. Saattohoito. 1. painos. Helsinki: WSOY, 146–168.

Vastasyntyneet 2008. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2006. Päivitetty 2010 [viitattu 13.4.2011]. Saatavissa:

<http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Lisaantyminen/vastasyntyneet.htm>

Vilkka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa: Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi.

Vuori, E. & Gissler, M. 2010a. Vastasyntyneet 2008. Tilastoraportti 6/2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos [viitattu 13.4.2011]. Saatavilla:
http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2010/Tr06_10.pdf

Vuori, E. & Gissler, M. 2010b. Synnytykset ja vastasyntyneet 2009. Tilastoraportti 26/2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos [viitattu 13.4.2011]. Saatavissa:
http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2010/Tr26_10.pdf

Yleisimmät kuolemansyyt ikäryhmittäin (lkm) 2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos [viitattu 15.4.2011]. Saatavissa: <http://pistetaturmille.thl.fi/thl-client/pdfs/7ad94aa6-cf60-4f13-a5ce-aed91a132c6b>

1. Suomen yleisin perhetyyppi on lapseton aviopari 2009. Tilastokeskus. Päivitetty 2010 [viitattu: 30.10.2011]. Saatavissa:
http://www.stat.fi/til/perh/2009/02/perh_2009_02_2010-11-30_kat_001_fi.html

LIITTEET

LIITE 1

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon
kuntayhtymä

LUPAHAKEMUS
AMK- ja toisen asteen
OPINNÄYTETYÖ tai KEHITTÄMISHANKE

Hakemus toimitetaan luvan myöntäjälle. Lupaa opinnäyte- ja tutkimustyöhön ei pääsääntöisesti myönnetä potilaisiin tai asiakkaisiin kohdistuvin tutkimuksiin eikä rekisteritutkimuksiin, jotka kohdistuvat PHSOTEY:n salassa pidettävien potilas / asiakasrekisteritietoihin. (Ks. ohjeet tutkimusluvan hakemiseksi, kohta 4).

Saapumispäivä
3.8.2011

PHSOTEY Dnro TUTKIMUS: 52/2011	PHSOTEY sisäisen laskutuksen SL-koodi: H030
-----------------------------------	--

Opiskelija/tutkija täyttää ja vastaa allekirjoitusten hankkimisesta

1 Toteutuspaikka: tulosryhmä ja tulosityksikkö

<input type="checkbox"/> Ensihoito ja päivystyskeskus	<input checked="" type="checkbox"/> Keskussairaala	<input type="checkbox"/> Kuntoutuskeskus
<input type="checkbox"/> Lääketieteellisten palvelujen keskus	<input type="checkbox"/> Peruspalvelukeskus	<input type="checkbox"/> Tukipalvelukeskus
<input type="checkbox"/> Yhtymähallinto	<input type="checkbox"/> Ympäristöterveyskeskus	

Tulosityksikkö: Konservatiivinen tulosityksikkö

2. Opinnäytetyön/kehittämishankkeen tiedot

Oppilaitos, koulutusohjelma ja suuntautumisvaihtoehto	
Lahten ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja amk	
Oppilaitoksen osoite ja muut yhteystiedot	
Hoitajankatu 3 15850 Lahti, Opinnäytetyöohjaaja Päivi Ivanoff-Lahtela p. [REDACTED]	
Opinnäytetyön/kehittämishankkeen nimi ja lyhytnimi	
Kuolevan vauvan hoitotyö Sairaanhoidajien kokemuksia kuolevan vauvan hoitotyöstä	
Hoitajien kokemuksia vauvan kuolemasta keskolassa	
Opinnäytetyön/kehittämishankkeen alkamispvm	Opinnäytetyön/kehittämishankkeen arvioitu päättämispvm
16.1.2011	12/2011
Opinnäytetyön luonne	<input type="checkbox"/> Kehittämishanke <input checked="" type="checkbox"/> Tutkimus
Opinnäytetyön/kehittämishankkeen tavoitteet ja lyhyt kuvaus toteutuksesta (esim. aineiston keruu, kohderyhmä)	
Opinnäytetyön tarkoitus on kuvata sairaanhoidajien kokemuksia kuolevan vauvan hoitotyöstä sekä omia selviytymiskeinoja ammatillisessa surutyössä. Tavoitteena on, että opinnäytetyön tulosten pohjalta osasto voi kehittää toimintaansa siten, että se edistää sairaanhoidajien työssä jaksamista.	
Opinnäytetyö on laadullinen ja aineistoa kerätään sairaanhoitajilta puolistrukturoidulla kyselylomakkeella.	

3. Hakija/hakijat

Luvanhakija/yhteyshenkilö:	Osoite:	Sähköposti:	Puhelin:
Milla Jokinen	[REDACTED]	milla.enqvist@pt.fi	[REDACTED]
Opinnäytetyön/kehittämishankkeen tekijöiden nimet:		Sähköposti:	Puhelin:
Marj Unelius	[REDACTED]	marj.unelius@pt.fi	[REDACTED]
Milla Jokinen	[REDACTED]	milla.enqvist@pt.fi	[REDACTED]

4. Opinnäytetyön/kehittämishankkeen kustannuksista vastaa

<input checked="" type="checkbox"/> opiskelija/tutkija	<input type="checkbox"/> joku muu, mikä:
<input type="checkbox"/> PHSOTEY:n tulosityksikkö, josta sovittu (pvm ja nimi):	

5. Opinnäytetyön raportointi

<input checked="" type="checkbox"/> Opinnäytetyö/raportti toimitetaan luvan myöntäjälle	<input type="checkbox"/> Raportti toimitetaan julkaisusarjan toimituskunnalle
<input type="checkbox"/> Opinnäytetyöstä/raportista pidetään osastokokous/koulutus	
<input type="checkbox"/> Jokin muu tapa, mikä	

Opinnäytetyön tekijällä on opinnäytetyöhönsä tekijänoikeus, mikäli toimeksiantosopimuksessa ei toisin sovi. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä saa opinnäytetyöhön käyttöoikeuden omassa toiminnassaan. Käyttöoikeudesta ei suoriteta palkkiota.

6. Allekirjoitukset

Oppilaitos	
Pvm ja ohjaajan allekirjoitus ja nimenselvitys <i>Päivi Vuori - Luoma 17.5.2011</i>	Puhelin/sähköposti [redacted]
Tutkimus	
Pvm ja ohjaajan allekirjoitus ja nimenselvitys <i>Päivi Vuori - Luoma 17.5.2011</i>	Puhelin/sähköposti <i>Päivi Vuori - Luoma @ tamk.fi</i>
Pvm ja osastonhoitajan/esimiehen allekirjoitus ja nimenselvitys	Puhelin/sähköposti
Pvm ja hakija allekirjoitus ja nimenselvitys <i>17.5.2011 Milla Järvinen Milla Järvinen Milla Järvinen Milla Järvinen Milla Järvinen</i>	

7. Luvan myöntäjän viranhaltijapäätös

<input checked="" type="checkbox"/> Myönnetty lupa opinnäytetyöhön/kehittämishankkeeseen hakemuksen mukaisesti	
<input type="checkbox"/> Lupa edellyttää eettisen toimikunnan käsittelyä	<input type="checkbox"/> Pyydetään tarkennusta/lisäselvityksiä
<input type="checkbox"/> Hakemus hylätty	
Perustelu/pyydettyt lisäselvitykset	
Aika ja palkka <i>Kokous 1.8.2011</i>	
Allekirjoitus ja nimenselvitys, arvo/tehtävänimike <i>Päivi Vuori - Luoma yllähoitaja</i>	
Tulosryhmä/Tulosalue/Yhteystiedot <i>Keskussairala / Kans. tulosalue yh [redacted]</i>	
8. Pyydetty lisäselvitykset toimitettu	
Aika ja palkka	
Allekirjoitus ja nimen selvitys, arvo/tehtävänimike	
Tulosryhmä/Tulosalue/Yhteystiedot	

9. Liitteet päivättyinä: Tutkimuslupahakemus rekisteröidään skannaamalla, päiväykset merkittävä liiteluetteloon

<input checked="" type="checkbox"/> Tutkimussuunnitelma tai hankesuunnitelma
<input checked="" type="checkbox"/> Opinnäyte toimeksiantosopimus
<input checked="" type="checkbox"/> Selvitys tutkimuksen kustannuksista ja rahoituksesta (tutkimussuunnitelmassa tai erillisellä liitteellä)
<input type="checkbox"/> Muut liitteet, mitkä:

Luvan myöntäjä toimittaa hakemuksen/päätöksen eettisen toimikunnan sihteerille.

Kopio myönnetystä luvasta lähetetään:

1) tutkimusluvan hakijalle 2) yksikön osastonhoitajalle/esimiehelle 3) rekrytointikoordinaattorille (HEN)

LIITE 2

SAATEKIRJE

18.8.2011

Hyvä hoitaja!

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Lahden ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä, jossa tarkoituksena on kuvata hoitajien kokemuksia kuolevan vauvan hoitotyöstä sekä omia selviytymiskeinoja ammatillisessa surutyössä. Tavoitteena on, että opinnäytetyön tulosten pohjalta osasto voi kehittää toimintaansa siten, että se edistää hoitajien työssä jaksamista. Opinnäytetyö toteutetaan vuoden 2011 aikana.

Pyydämme apuamme opinnäytetyön toteuttamisessa, koska kokemukseenne on ensiarvoisen tärkeää. Toteutamme osastollanne kyselyn, johon vastaaminen on täysin vapaaehtoista. Toivomme, että kyselyyn vastaavat ne hoitajat, jotka ovat hoitaneet kuolevaa vauvaa osastolla. Kyselylomakkeet käsitellään luottamuksellisesti ja siten, ettei osallistujien henkilöllisyys tule missään vaiheessa ilmi. Opinnäytetyön valmistuttua kaikkia materiaali hävitetään asianmukaisesti.

Vastausaikaa kyselyyn on kaksi viikkoa. Täytetty kyselylomake palautetaan suljetussa kirjekuoressa taukuhuoneessa olevaan palautuslaatikkoon.

Mikäli teillä on jotain kysyttävää opinnäytetyöhön liittyen, vastaamme mielellämme.

Lämmin kiitos yhteistyöstä!

Mari Unelius
puh. 040-1234567
mari.unelius@lpt.fi

Milla Jokinen
puh. 040-7654321
milla.enqvist@lpt.fi

Ohjaaja Päivi Ivanoff-Lahtela
puh. 044-01010101
paivi.ivanoff-lahtela@lamk.fi

LIITE 3

KYSELY VASTASYNTYNEIDEN TEHO- JA TARKKAILUOSASTOLLA
TYÖSKENTELEVILLE HOITAJILLE KUOLEVAN VAUVAN HOITOTYÖSTÄ

Rastita sopiva vaihtoehto

1. Ammattinimike

<input type="checkbox"/>	Sairaanhoitaja
<input type="checkbox"/>	Lastenhoitaja

2. Työkokemus lastenosastolla 13

<input type="checkbox"/>	alle 5 vuotta
<input type="checkbox"/>	5-10 vuotta
<input type="checkbox"/>	yli 10 vuotta

Ole hyvä ja vastaa seuraaviin kysymyksiin mahdollisimman tarkasti

3. Miten koet kuolevan vauvan hoitamisen? Mikä hoitotyössä on erityisen tärkeää?

LÄMMIN KIITOS VASTAUKSESTASI!

