

OPINNÄYTETYÖ

Maija-Leena Rahko

Heidi Uusitalo

Anu Vaarala 2012

**TERVEYDENHOITAJA SOSIAALISENA TU-
KIJANA KOHTUKUOLEMAN KOKENEELLE
VAUVAA ODOTTAVALLE ÄIDILLE**



Rovaniemen
ammattikorkeakoulu
University of Applied Sciences
LUC

HOITOTYÖN KOULUTUSOHJELMA
TERVEYDENHOITOTYÖ

ROVANIEMEN AMMATTIKORKEAKOULU

TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

**TERVEYDENHOITAJA SOSIAALISENA TUKIJANA
KOHTUKUOLEMAN KOKENEELLE VAUVAA ODOT-
TAVALLE ÄIDILLE**

Maija-Leena Rahko
Heidi Uusitalo
Anu Vaarala

2012

Toimeksiantaja Rovaniemen kaupunki

Ohjaajat Aila Niskala ja Raija Seppänen

Tekijä	Maija-Leena Rahko Heidi Uusitalo ja Anu Vaarala	Vuosi	2012
Toimeksiantaja Työn nimi	Rovaniemen kaupunki Terveydenhoitaja sosiaalisena tukijana kohtukuoleman kokeneelle vauvaa odottavalle äidille		
Sivu- ja liitemäärä	49 + 6		

Tutkimme opinnäytetyössämme kohtukuoleman kokeneen raskaana olevan äidin sosiaalista tukemista Rovaniemen äitiysneuvoloissa. Tutkimuksen tavoitteena oli kuvailla äitiysneuvolan terveydenhoitajan sosiaalista tukea kohtukuoleman kokeneelle raskaana olevalle äidille. Tutkimukselle asetettiin kaksi tutkimustehtävää, joiden avulla kuvattiin terveydenhoitajien sosiaalista tukea kohtukuoleman kokeneelle vauvaa odottavalle äidille sekä terveydenhoitajien kehitysehdotuksia tuen parantamiseksi.

Opinnäytetyömme on tutkimusotteeltaan laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus. Aineiston keruu toteutettiin kolmen Rovaniemen äitiysneuvolassa työskentelevän terveydenhoitajan teemahaastattelulla. Teemat syntyivät sosiaalisen tuen teoriasta Kahnia (1979), Housea (1981) ja Kumpusaloa (1991) mukailleen. Haastatteluista saatu aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä käyttäen sekä deduktiivista että induktiivista lähestymistapaa.

Tutkimuksen tulosten mukaan terveydenhoitajat tukevat kohtukuoleman kokenutta vauvaa odottavaa äitiä emotionaalisesti, konkreettisesti, tiedollisesti sekä päätöksentekoa vahvistaen. Tulokset osoittavat kuitenkin emotionaalisen tuen, kuten empatian, kunnioituksen ja kuuntelemisen, olevan merkittävin terveydenhoitajan keino tukea kohtukuoleman kokenutta raskaana olevaa äitiä. Opinnäytetyön tarkoituksena oli, että tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä kohtukuoleman kokeneen raskaana olevan äidin sosiaalista tukemista. Terveydenhoitajien mukaan kohtukuoleman kokeneen vauvaa odottavan äidin tukemisessa on kehitettävää etenkin ohjeistuksissa sekä koulutuksen saatavuudessa.

Authors	Maija-Leena Rahko Heidi Uusitalo Anu Vaarala	Year	2012
Commissioned by	City of Rovaniemi		
Subject of thesis	Public Health Nurse as A Social Supporter to An Expectant Mother Who Has Experienced Stillbirth		
Number of pages	49 + 6		

This thesis deals with social support offered by Rovaniemi maternity clinics for expectant mothers who have experienced a stillbirth. The aim of our research was to describe the maternity clinic's nurse's social support to these mothers. The thesis includes two research questions which were used to study the public health nurses' social support to an expectant mother who has experienced stillbirth and the development suggestions for better support.

Our thesis is qualitative. The research material was collected by theme interviews. The informants were three public health nurses who work in Rovaniemi maternity clinics. The themes paraphrased according to the social support theories of Kahn (1979), House (1981) and Kumpusalo (1991). The material from the interviews was analysed by content analysis using both the deductive and the inductive approach.

According to the results of the research public health nurses support expectant mothers emotionally, concretely, cognitively and in decision making. However, the results show that emotional support like empathy, respect and listening are the most significant ways to support an expectant mother who has experienced stillbirth. The goal of this thesis is that the results can be used to improve social support in situations where an expectant mother has experienced stillbirth. According to the public health nurses, when supporting an expectant mother who has experienced stillbirth, especially guidance and availability of relevant education needs to be increased.

Key words stillbirth, social support, expectant mother, public health nurse, maternity clinic

SISÄLTÖ

TAULUKKOLUETTELO	1
1 JOHDANTO.....	2
2 TYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	4
3 KOHTUKUOLEMAN KOKENEEN VAUVAA ODOTTAVAN ÄIDIN SOSIAALINEN TUKEMINEN ÄITIYSNEUVOLASSA	5
3.1 KOHTUKUOLEMAN KOKENUT ÄITI JA UUSI RASKAUS.....	5
3.1.1 <i>Kohtukuoleman toteaminen, syyt ja hoito</i>	<i>5</i>
3.1.2 <i>Kohtukuolemasta johdettu traumaattinen psyykinen kriisi</i>	<i>8</i>
3.1.3 <i>Raskaus kohtukuoleman jälkeen</i>	<i>12</i>
3.2 ÄITIYSNEUVOLAN TERVEYDENHOITAJA SOSIAALISENA TUKIJANA.....	14
3.2.1 <i>Äitiysneuvola</i>	<i>14</i>
3.2.2 <i>Sosiaalinen tuki ja terveys.....</i>	<i>17</i>
3.2.3 <i>Äitiysneuvolan terveydenhoitaja tukijana.....</i>	<i>19</i>
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	22
4.1 TUTKIMUSMENETELMÄ.....	22
4.2 AINEISTON KERUU JA TUTKIMUKSEEN OSALLISTUJAT.....	22
4.3 ANALYYSI.....	24
5 TUTKIMUKSEN TULOKSET	27
5.1 TERVEYDENHOITAJAN SOSIAALINEN TUKI KOHTUKUOLEMAN KOKENEELLE VAUVAA ODOTTAVALLE ÄIDILLE.....	27
5.1.1 <i>Emotionaalinen tuki</i>	<i>27</i>
5.1.2 <i>Konkreettinen apu</i>	<i>28</i>
5.1.3 <i>Tieto tuki</i>	<i>29</i>
5.1.4 <i>Päätöksenteon tuki.....</i>	<i>30</i>
5.1.5 <i>Yhteenveto</i>	<i>31</i>
5.2 TERVEYDENHOITAJIEN KEHITTÄMISEHDOTUKSIA KOHTUKUOLEMAN KOKENEEN VAUVAA ODOTTAVAN ÄIDIN TUKEMISEEN.....	32
5.2.1 <i>Kehittämisehdotukset</i>	<i>32</i>
5.2.2 <i>Yhteenveto</i>	<i>33</i>
6 POHDINTA	35
6.1 TUTKIMUSTULOSTEN POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	35
6.2 EETTISYYDEN JA LUOTETTAVUUDEN POHDINTA	39
6.3 OPINNÄYTETYÖPROSESSIN POHDINTA JA JATKOTUTKIMUSAIHEET	42
LÄHTEET	45
LIITTEET	49

TAULUKKOLUETTELO

TAULUKKO 1. SOSIAALISEN TUEN MUODOT KAHN (1979), HOUSEN (1981) JA KUMPUSALON (1991) MUKAAN	18
TAULUKKO 2. SOSIAALISEN TUEN MUODOT KAHN:IA (1979), HOUSEA (1981), KUMPUSALOA (1991) MUKAILLEN.....	19
TAULUKKO 3. TERVEYDENHOITAJAN KEINOT SOSIAALISESTI TUKEA KOHTUKUOLEMAN KOKENUTTA VAUVAA ODOTTAVAA ÄITIÄ	31
TAULUKKO 4. TERVEYDENHOITAJIEN KEHITTÄMISEHDOTUKSIA	34

1 JOHDANTO

Kaikentyyppiset menetykset ovat vaikeita mutta vauvan menettäminen kohtuun on murskaavaa (Cacciatore – Schnebly – Froen 2008, 168). WHO:n kansainvälisen määritelmän mukaan kohtukuolemalla tarkoitetaan kohtuun kuollutta vauvaa 22. raskausviikon jälkeen tai menehtyneen vauvan painon ollessa vähintään 500 grammaa. Määritelmälle on olemassa maakohtaisia eroja mutta Suomessa on käytössä tämä kansainvälinen standardi. (International Stillbirth Alliance 2012.)

WHO:n mukaan vuonna 2009 maailmalla todettiin yli 2,6 miljoonaa kohtukuolemaa. Suurin osa näistä tapahtuu kehitysmaissa. Suomessa ja Singaporessa on maailman alhaisimmat kohtukuolemalukemat. Vuonna 2010 Suomessa syntyi 61 191 vauvaa elävänä ja 180 vauvaa kuolleena. (WHO 2011; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011.)

Vasta 1970-luvulla kohtukuolemaa on alettu pitää todellisena vauvan kuolemana, jonka myötä perheen on sallittu vapaasti surra kuollutta vauvaansa (Kohtukuolema 2010; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011). Kuitenkin Väisäsen (1999) mukaan kohtukuoleman kokeneet vanhemmat ovat vielä tämänkin jälkeen joutuneet usein kohtaamaan merkitysristiriidan: vanhemmat ovat menettäneet rakkaan vauvansa, mutta auttajat saattavat mieltää kohtuun kuolleen vauvan vain sikiöksi.

Kohtukuoleman jälkeen seuraava raskaus on täynnä ristiriitaisia tunteita. On vaikeaa pitää toiveita yllä, kun suru ja kaipaus menehtyneestä vauvasta seuraavat mukana. (Bendt 1999, 128.) Vanhemmat joutuvat huomaamaan, että uusi raskaus on psyykkisesti vaikeaa (Väisänen 1996, 101). Näin ollen vanhemmille tulee tarjota ylimääräistä tukea ja huolenpitoa (Bendt 1999, 132). Uusi vauva ei korvaa menehtynyttä lasta; hänellä on aina oma erityinen paikka perheessä. Kuitenkin seuraavan lapsen syntymä on ihme, joka lievittää surua ja on merkki elämän jatkuvuudesta. (Bendt 1999, 127; Väisänen 1996, 104.)

Opinnäytetyömme toimeksiantaja on Rovaniemen kaupunki. Opinnäytetyösämme tutkimme terveydenhoitajan sosiaalista tukea kohtukuoleman kokeneelle vauvaa odottavalle äidille. Valitsimme tämän aiheen sen kiinnostavuus-

den ja ajankohtaisuuden vuoksi. Aihe on ollut viime vuosina esillä, vuonna 2010 perustettiin kohtukuolema -vertaistukisivusto ja Lapin keskussairaalas-
sa järjestettiin kohtukuolemaa käsitteleviä luentoja. Vuonna 2011 ilmestyi useita opinnäytetöitä liittyen kohtukuolemaan.

Opinnäytetyömme aiheen kannalta kohtukuolemasta löytyy suppeasti tutkimuksia. Suurin osa tutkimuksista keskittyy tukemiseen ja selviytymiseen heti kohtukuoleman jälkeen, kun taas kohtukuoleman kokeneen raskaana olevan äidin tukeminen on vähän kartoitettu alue. Halusimme syventyä aiheeseen tuoreesta näkökulmasta käsin.

Vaikka viimeaikoina kohtukuolemasta on alettu puhua enemmän, on se edelleen tabu (Kohtukuolema 2010). Koemme hyödylliseksi tulevana terveydenhoitajina tutkia tätä aihetta, jota muuten käsitellään terveydenhoitajan opinnoissa vain vähän. On tärkeää saada tietoa, kuinka voi tukea kohtuun menehtyneen vauvan perhettä, sillä mitä vähemmän terveydenhoitajalla on tietoa ja kokemusta lapsen kuolemasta ja sen kohtaamisesta, sen vaikeampaa perheen tukeminen on (Armanto – Koistinen 2007, 337). Opinnäytetyömme antaa meille varmuutta tulevana terveydenhoitajina kohdata kohtukuoleman kokenut äiti.

Opinnäytetyömme tavoitteena on kuvata äitiysneuvolan terveydenhoitajan sosiaalista tukea kohtukuoleman kokeneelle raskaana olevalle äidille Rovaniemen äitiysneuvolassa. Tarkoituksena on, että tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä kohtukuoleman kokeneen raskaana olevan äidin sosiaalista tukemista. Tutkimuksemme on laadullinen ja sen keskeiset käsitteet ovat kohtukuolema, raskaana oleva äiti, sosiaalinen tuki, terveydenhoitaja ja äitiysneuvola.

2 TYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tavoitteena on kuvailla äitiysneuvolan terveydenhoitajan sosiaalista tukea kohtukuoleman kokeneelle raskaana olevalle äidille Rovaniemellä.

Tarkoituksena on, että tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä kohtukuoleman kokeneen raskaana olevan äidin sosiaalista tukemista. Tutkimus antaa myös varmuutta meille tulevina terveydenhoitajina kohdata kohtukuoleman kokenut äiti.

Tutkimustehtävät:

1. Miten äitiysneuvolan terveydenhoitajat sosiaalisesti tukevat kohtukuoleman kokenutta raskaana olevaa äitiä?
2. Millaisia kehittämissuhteita äitiysneuvolan terveydenhoitajilla on kohtukuoleman kokeneen raskaana olevan äidin tukemiseen?

3 ÄITIYSNEUVOLAN TERVEYDENHOITAJA KOHTUKUOLEMAN KOKEENNEEN VAUVAA ODOTTAVAN ÄIDIN TUKIJANA

3.1 Kohtukuoleman kokenut äiti ja uusi raskaus

3.1.1 Kohtukuoleman toteaminen, syyt ja hoito

Foetus mortus eli kohtukuolema tarkoittaa kohtuun kuollutta vauvaa, jonka paino on vähintään 500 grammaa tai kun raskaus on kestänyt vähintään 22 viikkoa. Vuosittain yli 22-viikkoisista vauvoista noin puoli prosenttia kuolee kohtuun. Määritelmän käyttäminen on hankalaa tapauksissa, joissa vauva syntyy 22. raskausviikon jälkeen, mutta on ollut kuolleena kohdussa jo pitkempään ja painaa alle puoli kilo. (Kurki - Nuutila 1999, 1042; Paananen ym. 2006, 462; Väisänen 2000, 1057.)

Kohtukuolemaepäily lähtee usein liikkeelle vauvaa odottavan äidin havainnoista, mutta se saattaa herätä myös äitiysneuvolassa. Äidin huolet havainnoista tulee ottaa tosissaan; vauvan liikkeiden väheneminen tai loppuminen, äidillä esiintyvä vähäinen verenvuoto ja ennenaikaiset supistukset ovat merkkejä kohtukuolemasta. (Juutilainen 2010a; Kurki- Nuutila 1999, 1042; Paananen ym. 2006, 462.) Äitiysneuvolassa voidaan havaita vauvan sydänäänten kuulumattomuus ja sf-mitan (häpyliitos-kohdunpohjamitta) kasvun pysähtyminen, mikä saattaa tarkoittaa vauvan kasvun pysähtymistä tai lapsiveden määrän vähentymistä (Kurki - Nuutila 1999, 1042).

Kohtukuolemaa epäiltäessä äiti tulee ohjata äitiysneuvolasta välittömästi päivystyspotilaana kardiologian-kuunteluun synnytyssairaalaan, jossa diagnoosi varmistetaan. Tärkeää on, ettei äitiä jätetä missään vaiheessa yksin ja äidille tulee huolehtia mukaan joko puoliso, tukihenkilö tai joku muu läheinen henkilö. Äitiysneuvolasta laitetaan äidille saate mukaan ja ilmoitetaan synnytysvastaanotolle äidin tulosta. (Juutilainen 2010a; Kurki- Nuutila 1999, 1042; Paananen ym. 2006, 462.)

Vauvan menehtyminen kohtuun todetaan sikiöstetoskoopin, kaikukuvaus- eli ultraäänilaitteen ja kardiologian eli KTG-käyrän avulla. Sikiöstetoskoopin ja KTG:n avulla voidaan todeta vauvan sydänäänten kuulumattomuus. Ultraäänilaitteella voidaan nähdä vauvan sydämen toimimattomuus, liikkeiden puuttuminen ja mahdolliset rakenteelliset muutokset vauvassa. (Kurki - Nuuti-

la 1999, 1042; Paananen ym. 2006, 462–463.) Vauvaa tutkittaessa tarkemmin tehdään painoarvio sekä tarkistetaan epämuodostumien, hydropsian ja askiteksen esiintyminen. Näiden lisäksi katsotaan myös istukan mahdolliset verenpurkaumat ja lapsiveden määrä. (Paananen ym. 2006, 463.)

Lopullisen tiedon vauvan menehtymisestä vanhemmille antaa aina lääkäri (Paananen ym. 2006, 462). Kohtuvauvan kuoleman toteaminen vaatii hoitavalta lääkäriltä ammattitaitoa kohdata vanhemmat ja olla valmis ottamaan vastaan vanhempien ensireaktio, joka saattaa olla syyllistävä lääkäriä kohtaan (Kurki - Nuutila 1999, 1042; Väisänen 2000, 1508). Lääkärin tulee kertoa tieto vauvan menehtymisestä kohtuun vanhemmille rauhallisesti ja selkeästi sekä samalla varmistaa tilanteen ulkonainen rauhoittaminen. Lääkärin pitää myös käydä synnytyksen liittyvät asiat vanhempien kanssa läpi, kuten synnytyksen käynnistäminen, kivunlievitys ja jälkihoito. Tärkeää on kunnioittaa vanhempien toivomuksia synnytykseen liittyvissä asioissa. (Paananen ym. 2006, 462–463; Väisänen 2000, 1508.)

Kohtukuoleman toteamisen jälkeen suurin osa äideistä perheineen haluavat synnytyksen käynnistettävän mahdollisimman pian (Kurki - Nuutila 1999, 1042). Äiti voi halutessaan mennä kotiin odottamaan synnytyksen käynnistämistä, ellei synnytyksen käynnistämiseksi ole kiireellistä tarvetta. Synnytys pyritään hoitamaan alatiesynnytyksellä, koska sillä on myönteisiä vaikutuksia äidin fyysiselle ja psyykkiselle toipumiselle. (Juutilainen 2010a.) Alatiesynnytyksen puolesta puhuvat myös hyytymistekijöihin ja infektoriskiin liittyvät muutokset sekä sen merkitys menetyksen työstämisessä. Keisarileikkaus suoritetaan vain, jos tilanne vaarantaa äidin terveyden tai uhkaa hänen henkeään. (Kurki - Nuutila 1999, 1043; Paananen ym. 2006, 464.)

Ennen synnytystä vanhempien kanssa tulee käydä synnytys läpi vaihe vaiheelta, jotta he ymmärtävät, mitä tuleman pitää ja voivat näin esittää omia toivomuksiaan. Synnytyksen läpikäyminen ja jatkuva läsnäolo luovat vanhemmille turvallisuuden tunnetta. (Juutilainen 2010a.) Koko synnytyksen ajan on tärkeää tarjota vanhemmille riittävästi emotionaalista tukea ja olla fyysisesti läsnä (Paananen ym. 2006, 464). Kohtuun kuolleen vauvan synnyttäminen on fyysisesti järjestelmällisempää kuin elävän vauvan synnyttäminen, sillä synnytyksen aikana ei tarvitse tarkkailla vauvan vointia. Synnytys käyn-

nistetään joko lääkkeellisesti tai puhkaisemalla kalvot, riippuen kohdunsuun kypsyydestä. Äidin toiveet tulee huomioida suunniteltaessa kivunlievitystä, jonka pitää olla riittävän tehokasta. (Kurki - Nuutila 1999, 1043; Paananen ym. 2006, 464.)

Synnytyksen jälkeen on erittäin tärkeää rohkaista ja tukea vanhempia kohtaamaan menehtynyt vauva, sillä se auttaa vanhempia hyväksymään vauvan kuoleman. Synnytyksen jälkeen vanhemmille tulee antaa riittävästi aikaa olla kontaktissa vauvansa kanssa. Tämän jälkeen vauvalle tehdään tarvittavat kokeet ja tutkimukset sekä otetaan valokuvia vanhemmille. Mahdollisten kysymysten ja allekirjoituspyyntöjen ajankohtaa tulee siirtää myöhemmäksi. Tarvittavien kokeiden ja tutkimuksien jälkeen lapsi kapaloidaan ja annetaan takaisin vanhemmille niin pitkäksi aikaa kuin he sitä itse haluavat. Muistojen luominen, kuten valokuvat, hiuskiehkurat, jalan- ja kädenjäljet vauvasta sekä lapsen hoitaminen, on tärkeä osa surun konkretisoitumisen kannalta. (Paananen ym. 2006, 465.)

Synnytyksen jälkeen edetään äidin ja perheen toiveiden mukaisesti. Äiti sijoitetaan yleensä gynekologiselle osastolle ja vanhempien seurassa tulisi olla koko ajan henkilö tarjoamassa henkistä tukea. Vanhemmille järjestetään mahdollisuus puhua synnytyksessä mukana olleiden henkilöiden sekä tarvittaessa sairaalateologin ja sosiaalihoitajan kanssa. Synnytyksen jälkeen äideillä esiintyy usein somaattisia oireita: lapsi on yhä psyykkisesti läsnä, vaikka onkin fyysisesti poissa. Vanhemmille tulee antaa tietoa niin suullisesti kuin kirjallisestikin eri siunaus- ja hautausmahdollisuuksista. Vanhemmilta pyydetään lupa tehdä vauvalle ruumiinavaus ja kysytään lupa olla yhteydessä neuvolaan. (Paananen ym. 2006, 465–466.)

Kuolleen vauvan synnyttänyt äiti tarvitsee erityistä huolenpitoa ja psyykkistä tukea niin sairaalassa kuin kotiuduttuaankin. Ennen äidin kotiutumista kartoitetaan perheen avuntarve. Tämän perusteella tehdään suunnitelma lisätuelle ja riittäväälle psyykkiselle jatkohoidolle. Äitiysneuvolan terveydenhoitajan tulee tarjota aktiivisesti apua koko perheelle ja ehdottaa tarvittavia jatkotapaamisia tai puhelinyhteyksiä. Äidin jälkitarkastus tehdään yleensä parin kuukauden päästä. (Juutila 2010a; Paananen ym. 2006, 465–466.)

Nykyään valtaosa raskauksista on toivottuja ja vauvan menehdyttyä kohtuun perhettä kohtaa suunnaton suru ja kriisi, jota voi verrata lähimmäisen kuolemaan. Vauvan kuolemaan johtava syy on tärkeää selvittää, sillä se auttaa perhettä suruprosessin läpikäymisessä ja esille saattaa tulla löydöksiä, jotka ovat merkittäviä tulevien raskauksien kannalta. Vauvan kuolemaan johtavia syitä on useita ja kaikista tapauksista yli 90 % saadaan selvitettyä. (Kurki - Nuutila 1999, 1042; Paananen ym. 2006, 463.)

Kohtukuoleman syitä selvittäessä menehtyneelle vauvalle tehdään obduktio eli ruumiinavaus ja istukka tutkitaan. Tarvittaessa vauvalle tehdään kromosomianalyysi. Vauvalle sekä äidille tehdään veren hyytymisjärjestelmän ja autoimmuunijärjestelmän tutkimuksia sekä infektio tutkimuksia. Yleisimpiä kohtukuolemaan johtavia syitä ovat napanuorakomplikaatiot, istukan toiminnan häiriöt, verenvuoto istukan tai napanuoran suonista, sikiön sairaudet ja epämuodostumat, infektiot, muut syyt ja tuntemattomat syyt. (Paananen ym. 2006, 463.)

3.1.2 Kohtukuolemasta johtuva traumaattinen psyykinen kriisi

Traumaattinen psyykinen kriisi tarkoittaa äkillistä, erittäin voimakasta ja odottamatonta tapahtumaa. Traumaattisen psyykkisen kriisin voi laukaista kaikki epänormaali tilanteet, joissa on kyse elintärkeistä asioista, kuten esimerkiksi kohtukuolema tai muun läheisen kuolema, sairastuminen tai onnettomuus. Psyykinen trauma on elämää uhkaava tilanne, joka saattaa aiheuttaa kärsimystä horjuttaen koko elämän perustaa. Kriiseissä voidaan nähdä useita yhtäläisyyksiä, vaikka niiden synnyttäjät ja lähtötekijät ovat erilaiset. Traumaattisen kriisin uhriksi voi joutua kuka tahansa, milloin tahansa. Uhri saattaa olla esimerkiksi kohtukuoleman kokenut äiti ja perhe, lähiomainen tai jopa hoitohenkilökunta. Se, miten ihminen selviää trauman aiheuttamasta psyykkisestä kriisistä, on riippuvainen hänen käytössä olevistaan voimavaroista sekä hänen sen hetkisestä elämäntilanteesta. (Heikkinen-Peltonen - Innamaa - Virta 2009, 34; Heiskanen - Salonen - Sassi 2007, 39.)

Cullbergin (1991) mukaan psyykkisen kriisin ensimmäinen vaihe on sokkivaihe. Traumaattisen kriisin kohdannut henkilö ottaa käyttöön suojausmekanismien, jonka kautta hän ottaa aikalisän ja sopeutuu vähitellen muuttuneeseen tilanteeseen. Suojareaktion aikana mieli suojaa ihmistä traumalta ja

torjuu tapahtuneen. Sokissa oleva ihminen kokee tilanteen epätodelliseksi, vastaanotetun tiedon ja tunteiden ollessa ristiriidassa keskenään. (Heikkinen-Peltonen ym. 2009, 34–35.)

Vauvan kohtuun menettäneiden vanhempien voi olla vaikeaa ymmärtää tieto kohtukuolemasta tai pitää se mielessään. Tämä heijastaa sokkivaiheen rajoitunutta vastaanottokykyä. Tämän vuoksi vanhemmille tulisikin antaa aluksi lyhyesti ja vain vähän tietoa rauhallisessa ympäristössä. Asioihin saatetaan joutua palaamaan useita kertoja ja vanhemmat saattavat sokin vuoksi kysyä samoja kysymyksiä yhä uudelleen. (Juutilainen 2010a; Paananen ym. 2006, 466.)

Tyypillistä sokkivaiheelle on asian kieltäminen, tunteettomuus ja ruumiilliset reaktiot, kuten esimerkiksi vapina. Sokissa olevan ihmisen aistitottumukset voivat häiriintyä niin, että ne voivat olla joko suunnattoman herkät tai ne voivat olla puutteellisia. Ihmisen ollessa sokissa, hän havaitsee runsaasti erilaisia yksittäisiä asioita kriisitilanteesta, jotka tallentuvat voimakkaina muistikuvina mieleen. Supermuistista puhutaan silloin, kun tarkat muistikuvat tapahtumasta palaavat mieleen niin voimakkaina, että ihminen voi ikään kuin elää ne uudelleen. Normaalisti sokkivaihe kestää tunnista vuorokauteen. Joskus sokkivaihe saattaa mennä ohi huomaamatta, sillä se saattaa olla muutamassa sekunnissa ohi, tai sitten sitä ei tule ollenkaan. (Heikkinen-Peltonen ym. 2009, 35–36; Heiskanen ym. 2007, 38; Ekström - Leppämäki - Vilén - Söderström 2002, 223.)

Sokkivaiheessa olevaa ihmistä autettaessa tärkeintä on olla läsnä. Sokissa oleva ihminen ei välttämättä osaa itse huolehtia itsestään, joten perushoito ja huolenpito ovat tärkeitä. Rauhallinen ympäristö, kosketus ja lämpö luovat turvaa, kuten myös tutut rutiinit. Yleensä sokissa oleva ihminen puhuu runsaasti, joten auttajan tulee kuunnella keskeyttämättä. Ihmisestä riippuen reaktiot voivat olla erilaisia, joten reaktioiden purkautuessa auttajan tulee olla kärsivällinen ja rehellinen. (Ekström ym. 2002, 224–225.)

Sokkivaiheen vaihtuessa reaktiovaiheeseen, itse kriisitapahtuma ja sen vaara on ohi. Ihminen tiedostaa tapahtuneen ja tajuaa, että elämässä on tapahtunut muutoksia. Mielessä liikkuvat ajatukset sekä muistot nostavat tunteet pintaan ja tilanne voi vaikuttaa tunnekaaokselta. Kohtukuoleman jälkeen reaktiovai-

heessa vanhempien mielen täyttävät herkästi itsesyytökset, syyllisyyden tunteet sekä tarve etsiä syyllisiä. Syyllisyydentunteet voivat vaihtua syytelyksi terveydenhoitohenkilöstöä kohtaan. (Heikkinen-Peltonen ym. 2009, 36; Heiskanen ym. 2007, 38; Ekström ym. 2002, 225–226; Savonlahti – Juutilainen 2007, 341.)

Reaktiovaiheessa sekaisin olevat tunteet, kuten viha ja häpeä, yhdessä erilaisten reaktioiden kanssa aiheuttavat ihmiselle pelkoa hulluksi tulemisesta. Esille nousevia tunteita ja reaktioita ei voi ihminen itse kontrolloida. Reaktiovaihe kestää normaalisti muutamista päivistä viikkoihin. Ihmisen työstäessä menetystä, tunnepurkaukset ja reaktiot ovat normaaleja, vaikkakin reaktiovaiheesta olisi siirrytty jo seuraavaan vaiheeseen. (Heikkinen-Peltonen ym. 2009, 36–37; Heiskanen ym. 2007, 38; Ekström ym. 2002, 225–226.)

Sokki- ja reaktiovaihe muodostavat yhdessä kriisin akuutin vaiheen. Olen-naista selviytymisen kannalta on tarjota jatkuvaa apua kriisin akuutin vaiheen aikana, sillä useimmat eivät jaksavat ajatella avun hakemista tai edes tajua, että tarvitsevat apua. Vauvansa kohtuun menettäneet vanhemmat eivät usein jaksavat olla aktiivisia, eivätkä kykene pyytämään itselleen apua. (Heikkinen-Peltonen ym. 2009, 37; Juutilainen 2010a.) Pari päivää kriisitapahtuman jälkeen olisi hyvä käydä keskustelua tapahtuneesta, sillä se auttaa ymmärtämään totuuden ja sillä voi ehkäistä mahdollisia jälkiseurauksia. Kohtukuoleman kokeneille vanhemmille tulee tarjota mahdollisuus keskustella tapahtuneesta niin sairaalassa olon aikana kuin kotiutumisen jälkeenkin. (Heikkinen-Peltonen ym. 2009, 37; Ekström ym. 2002, 226; Paananen ym. 2006, 466.)

Siirryttäessä reaktiovaiheesta työstämisvaiheeseen alkaa kriisitapahtuman käsittely. Vähitellen tapahtuman käsittelyprosessi hiipuu ja tunnekaaoksen tilalle saapuu suru ja luopuminen. (Ekström ym. 2002, 228.) Jokaisella ihmisellä on erilaisia yksilöllisiä kokemuksia surusta. Surua aiheuttaa esimerkiksi läheisen kuolema. Suruprosessin läpikäyminen muistuttaa toistuvaa sillanylytystä, josta selvitäkseen ihmisen tulee kohdata surun aiheuttaja. (Heiskanen ym. 2007, 71–74.) Kohtukuoleman kokeneet vanhemmat käyvät läpi suruprosessin, johon kuuluu kieltäminen, viha, sovitus, masennus ja hyväksyminen. Muistojen luomisen tärkeys kohtuun menehtyneestä vauvasta korostuu

suruprosessissa, sillä sureminen on sitä vaikeampaa, mitä vähemmän konkreettisia muistoja on. (Savonlahti 2010.)

Voimien uudelleen löytyminen auttaa kriisistä toipuvaa tarttumaan normaaleihin arkiaskareisiin ja sitä kautta jälleen ottamaan kiinni elämästä. Arkea ja ihmissuhteita saattaa häiritä keskittymis- ja muistihäiriöt sekä ärtyvyys, joten kanssaihminen on tärkeää yrittää ymmärtää vaikean trauman kokenutta henkilöä. Kriisistä toipuvan ihmisen tulevaisuudesta puuttuu perspektiivi ja sen takia häntä tulee tukea kaikin mahdollisin tavoin. Muiden antama tuki antaa rohkeutta katsoa kohti tulevaisuutta. (Heikkinen-Peltonen ym. 2009, 38; Heiskanen ym. 2007, 38; Ekström ym. 2002, 228.)

Työstämisvaiheen lopussa ihmisellä tulisi olla jo hieman positiivisia ajatuksia tulevaisuuden suhteen, mutta toisinaan ihminen saattaa jumiutua paikalleen jonkin tietyn tunteen kanssa. Traumaattisessa tapahtumassa, jossa on menetetty läheinen, traumaperäiset stressioireet voivat estää tai häiritä surutyötä. Ihminen saattaa jumiutua esimerkiksi suruun niin, että tarvitsee ammattiauttajan apua. Ammattiauttajan tulee kartoittaa oireita aiheuttava tapahtuma, jotta ongelmaan päästään käsiksi ja hoito onnistuisi. (Ekström ym. 2002, 228–229; Kiiltomäki 2007, 81.) Vauvan menetyksestä selviytyminen edellyttää, että vanhemmat ovat saaneet riittävästi käydä läpi tapahtunutta. Heillä on ollut mahdollisuus tuntea monenlaisia tunteita ja käsitellä menetettyjä toiveita. Tämä prosessi auttaa asettamaan muistot menetetystä vauvasta uuteen näkökulmaan. (Savonlahti 2010.)

Uudelleen orientoitumisen vaiheessa, kriisi on jo koettu tapahtuma ja hyväksytty osaksi elämää. Koettu kriisi saattaa jättää ihmiseen pysyviä arpia, jotka muuttavat ihmistä. Vähitellen ihminen kuitenkin hyväksyy muutokset ja sopeutuu uuteen arkeen. Mielenkiinto omaa elämää kohti kasvaa ja ihminen voi alkaa ajattelemaan tulevaa. Uudelleen orientoitumisen vaiheessa, ihminen kykenee jo säätelemään muistojen mukana tuomia tunteita ja ahdistusta niin, ettei muistelua tarvitse väistellä. Kriisistä selvinnyt henkilö kasvaa ihmisenä ja hänen voimavaransa vahvistuvat. Yleensä myös ihmiselle itselle tärkeät arvot asettuvat uudenlaiseen tärkeysjärjestykseen. Hän suhtautuu positiivisesti tulevaisuuteen ja pystyy luottamaan siihen, että hän selviää kaikesta,

mitä vastaan tulee ja uskaltaa jälleen elää. (Heikkinen-Peltonen ym. 2009, 38; Heiskanen ym. 2007, 38; Ekström ym. 2002, 232.)

3.1.3 Raskaus kohtukuoleman jälkeen

Kohtukuolema on kriisi niin vanhemmille kuin koko perheelle, mutta siitä huolimatta elämä jatkuu. Perheen toipumiseen vaikuttaa menetystä edeltänyt psyykinen terveys ja läheisten tuki. Vanhempien tulee saada käsitellä riittävästi menetystään ennen toisen raskauden yrittämistä. Liian aikaisin raskaaksi tuleminen saattaa keskeyttää surutyön. (Juutilainen 2010b.)

Uuden raskauden ajankohdasta vanhemmat voivat keskustella lääkärin kanssa jälkitarkastuksen yhteydessä. Uutta raskautta suositellaan aikaisintaan puolen vuoden päähän menetyksestä. Toiset haluavat odottaa useamman vuoden ennen seuraavaa raskautta, toiset taas haluavat yrittää heti, kun se on mahdollista. Vanhemmille tulee antaa riittävästi tietoa ja tukea mahdollisen uuden raskauden ajankohdasta. Kuitenkin tulee muistaa, että vanhemmat itse päättävät lopullisen ajankohdan seuraavalle lapselleen. (Bendt 1999, 126; Juutilainen 2010b; Väisänen 2000, 1511.)

Uudelleen raskaaksi tulo menetyksen jälkeen saattaa äidistä tuntua ajoittain rankalta ja vaikealta, sillä menetys ja suru kulkevat vierekkäin uuden elämänalun kanssa. Lähipiiri voi nähdä kohtukuoleman jälkeisen raskauden merkkinä siitä, että vanhemmat ovat surunsa surreet. Uusi raskaus ei kuitenkaan vie pois surua, mutta voi keventää surun taakkaa. Äidin tunteet saattavat vaihtua nopeasti ilosta suruun ja vaihtelut voivat olla voimakkaita. Tämä vaikuttaa kohtuvauvaan tutustumiseen ja kiintymiseen. (Bendt 1999, 126–128; Juutilainen 2010b; Väisänen 1999, 150.)

Uuden raskauden aikana useat vanhemmat tarvitsevat ylimääräistä tukea ja huolenpitoa (Bendt 1999, 132). Uuden raskauden aikana tulee huolehtia riittävän hyvästä hoidosta. Tärkeää on työntekijöiden pysyvyys, mikä auttaa osaltaan kasvattamaan turvallisuuden ja luottamuksen tunnetta. Vanhempia tulee kannustaa kertomaan huolista, peloista sekä ahdistuksesta liittyen uuteen raskauteen ja kohdussa olevaan vauvaan. Näiden tunteiden määrä vaihtelee, mitä pidemmälle raskaus etenee. (Juutilainen 2010b.)

Kohtukuoleman jälkeen seuraavan raskauden alussa on syytä aloittaa vuorovaikutushoito. Keskeistä raskausajan vuorovaikutushoidossa on mielikuva-työskentely äidin ja vauvan kiintymyssuhteen mahdollistamiseksi. Vuorovaikutushoidossa rakennetaan äidin ja vauvan yhteistä tarinaa. Raskauden alussa tehdään suunnitelma vuorovaikutushoidosta aina synnytyksen jälkeiseen aikaan asti. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2008.)

Neuvolasta voidaan tarvittaessa varata ylimääräisiä aikoja sydänäänten kuunteluun tai ultraääneen, jos vanhemmat ovat huolissaan vauvan hyvinvoinnista. Kaikki vauvan hyvinvointiin liittyvät käynnit niin neuvolassa kuin äitiyspoliklinikalla ovat vanhemmille tunteita herättäviä tilanteita. Erityisesti äkilliset päivystyskäynnit, joissa tarkastetaan vauvan hyvinvointi, saattavat olla raskaita ja tunteita herättäviä. (Juutilainen 2010b.)

Sydänäänten kuuntelu on merkittävää raskauden alkuvaiheessa, sillä vauvan liikkeet eivät vielä tunnu ja vauvan hyvinvoinnista kertovat tällöin sydänäänet. Äidille ja isälle tulee luoda rauhallinen ja kiireetön ympäristö sydänäänten kuuntelua varten, koska tilanne on tunteikas. Raskauden edetessä pidemmälle sydänäänten kuuntelun lisäksi vauvan hyvinvoinnista kertovat sen liikkeet. Kotona, missä ei ole välttämättä muita apuvälineitä käytössä, äiti voi seurata vauvan hyvinvointia vauvan liikkeiden avulla. (Juutilainen 2010b.)

Sydänäänien kuuntelulla vanhemmat kuulevat vauvan sykkeen ja liikkeet kertovat vauvan elävyydestä, mutta ultraäänitutkimuksen avulla äiti ja isä voivat konkreettisesti nähdä vauvansa. Ultraäänitutkimuksen perusteella tehdyt havainnot pysyvät mielessä. Huolta ja ahdistusta vähentääkseen vanhemmat voivat muistella näitä ultrassa saatuja mielikuvia. Uuden vauvan näkeminen saattaa tuoda muistoja mieleen menetetyistä vauvasta, mutta samalla se helpottaa suhteen luomista uuteen vauvaan. (Juutilainen 2010b.)

Synnytystä suunniteltaessa vanhempien kanssa tehdään saatekirje sairaalaan, johon merkitään synnytykseen ja vauvaan liittyvät huolet, pelot ja toivomukset sekä jatkohoidosta tehty suunnitelma. Saatekirjettä kuljetetaan aina neivolakortin ja äidin papereiden mukana. Synnytyksen lähestyessä vanhemmat ovat hyvin herkkiä ja haavoittuvaisia. Vanhempia tulee tarvittaessa auttaa synnytykseen valmistautumisessa, jotta he voivat käsitellä synnytykseen ja vauvan näkemiseen liittyviä pelkoja. Joskus on tilanteita, jolloin äitiä

hoitava lääkäri ja lastenlääkäri tekevät yhdessä päätöksen synnytyksen aikaistamisesta. Tällaisissa tapauksissa synnytys pyritään käynnistämään ennen sitä raskauden ajankohtaa, milloin edellinen vauva menehtyi. (Bendt 1999, 133; Juutilainen 2010b.)

Vauvan synnyttyä vanhemmille tulee antaa rauha tutustua syntyneeseen pienokaiseen samalla tarjoten riittävästi apua ja tukea vauvan arkisia hoitoja koskevista asioista. Vanhemmat voivat tarvita apua ennen kaikkea vauvan syöttämisessä ja rauhoittamisessa. Tämän perushoidon yhteydessä vanhemmat jatkavat varhaisen vuorovaikutuksen luomista, mikä on alkanut jo raskauden aikana. (Juutilainen 2010b.)

Perhe voi suunnitella kotiin lähtöä, kun vanhemmilla on riittävän turvallinen olo. Ennen perheen kotiutumista arvioidaan ja suunnitellaan jatkohoidon tarpeellisuus yhteistyössä vanhempien ja tarvittaessa vauvatiimin kanssa. Kotiin tulee järjestää tarvittava hoito ja tuki. Kun synnytyksestä on kulunut muutama kuukausi, arvioidaan ja suunnitellaan hoidontarve toistamiseen. Hoitoon sisältyy kotikäyntejä ja tapaamisia oman terveydenhoitaja kanssa neuvolassa tai vauvatiimissä. (Juutilainen 2010b.)

3.2 Äitiysneuvolan terveydenhoitaja sosiaalisena tukijana

3.2.1 Äitiysneuvola

Suomalaista äitiyshuoltoa ohjaavat valtakunnalliset suositukset. Suunnan palveluiden määrälle ja laadulle antavat lait ja valtakunnalliset ohjeistukset. Kunnissa kuitenkin sovelletaan suosituksia eritavoin. Äitiyshuollon tason mittarina voidaan käyttää äitikuolleisuuden, perinataalikuolleisuuden sekä keskosten ja pienipainoisten määrää. Suomi kuuluu maailman kärkijoukkoon näiden mittareiden mukaan. Tärkeimpiä syitä tähän saavutukseen ovat terveydenhuollon korkea taso, vakiintuneet yhteiskuntaolot ja väestön tietoisuus. (Haarala ym. 2008, 280; Rutanen – Ylikorkala 1998; Ryttyläinen – Vehviläinen-Julkunen – Pietilä 2007, 22.)

Äitiyshuoltojärjestelmä toimii raskausajan, synnytyksen ja lapsivuodeajan seuraajana sekä vastaa erilaisiin tuen tarpeisiin. Tavoitteisiin kuuluu turvata raskauden normaali kulku, koko perheen hyvinvointi, terveen vauvan syntyminen ja vanhemmuuden vahvistuminen. Äitiysneuvola kuuluu suomalaiseen

äitiyshuoltojärjestelmään. Stakesin suositusten (1999) mukaan äitiysneuvolan pyrkimyksenä on häiriöiden ehkäisy ja aikainen toteaminen raskauden aikana sekä sujuva hoitoon ohjaus. (Lindholm 2007, 33.)

Äitiysneuvolan asiakkuus alkaa raskauden kestätyä 8-12 viikkoa ja loppuu jälkitarkastukseen. Äitiysneuvola käynnit ovat vapaaehtoisia, mutta niihin on liitetty äitiysavustukseen sekä äitiys-, isyys- ja vanhempainlomaan tarvittavat todistukset. Perhe voi halutessaan valita myös yksityissektorin tarjoaman palvelun, jolla korvataan neuvolakäynnit. Suurin osa (97–99%) raskaana olevista äideistä käyttävät äitiysneuvolapalveluita. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä on sopimus työnjaosta, joka takaa äitiyshuollon laadukkaan palvelun ja aukottoman hoitopolun. (Lindholm 2007, 33.)

Äitiysneuvolassa laaditaan lasta odottavan äidin ja perheen tarpeista lähtevä yksilöllinen hoitosuunnitelma. Terveystarkastaja ja lääkäri muodostavat äitiysneuvolan ydintyöparin. Äidin ja perheen hyvinvoinnista vastaa terveystarkastaja ja lääketieteellisenä asiantuntijana toimii lääkäri. Moniammatilliseen tiimiin äitiysneuvolassa kuuluvat myös tarvittaessa hammashuollon työntekijät, fysioterapeutit, psykologit, ravitsemusterapeutit, työterveyshuollon edustajat sekä sosiaalityöntekijät. (Lindholm 2007, 35.)

Työmuotoja äitiysneuvolassa ovat perhesuunnittelu; terveystarkastukset, johon liittyvät seulonnat; voimavaraistava ohjaus-, neuvonta- ja tukitoimet; toiminta ryhmämuodossa, kuten perhevalmennus; käynnit kotona; neuvonta puhelimitse ja internetin kautta nettineuvolassa sekä moniammatillisen verkostotyön koordinointi. Palveluiden kiinteä yhteys perheen sosiaaliseen verkostoon on yksi äitiysneuvolan eduista. Varsinais-Suomen lastensuojelukuntayhtymässä on kehitetty apuvälineeksi parisuhteen ja vanhemmuuden roolikartta kuvaamaan vanhemmuuteen ja parisuhteeseen kuuluvia asioita. (Lindholm 2007, 33; Ryttyläinen ym. 2007, 22.)

Raskauden ja lapsivuoteen aikana ensisynnyttäjälle suositellaan 13–17 ja uudelleen synnyttäjälle 9-13 neuvolakäyntiä sekä kaksi synnytyksen jälkeistä terveystarkastusta. Synnytyksen jälkeen pyrkimyksenä on käydä perheen luona kotikäynnillä. Sen aikana voidaan käsitellä äidin ja lapsen hyvinvoinnin lisäksi myös vauvan hoitoon, imetykseen, parisuhteeseen, jaksamiseen ja mielialoihin liittyviä asioita. (Lindholm 2007, 34–35.)

Äitiyshuollossa raskausajan seurantaan on omat selkeät tavoitteet ja kriteerit. Raskauden seurantakäyntien tavoitteena on seurata äidin, sikiön sekä koko perheen psyykkistä, fyysistä ja sosiaalista hyvinvointia ja antaa tarvittavaa tukea, ohjausta ja neuvontaa lasta odottavalle perheelle. (Lindholm 2007, 34; Haarala ym. 2008, 274.) Koko perheen terveyden edistämiseksi on olemassa esimerkiksi perheväkivallan, alkoholin käytön, synnytyspelon ja mielialan kyselyitä. Ne toteutetaan strukturoitujen kyselylomakkeiden avulla äitiysneuvolassa mieluiten jo asiakkuuden alkuvaiheilla, koska tavoitteena on varhainen puuttuminen mahdollisiin ongelmiin perheen ja lapsen hyvinvoinnin kannalta. (Lindholm 2007, 34.)

Suomessa sikiödiagnostiikka on kehittynyt suuresti viimeisten vuosikymmenien aikana. Tämä on osaltaan vaikuttanut huomattavasti perinataalikuolleisuuden vähenemiseen. Etenkin kaiku- eli ultraäänitutkimuksen kehittyminen on antanut mahdollisuuden saada tietoa sikiön tilasta jo varhaisessa vaiheessa. (Rutanen – Ylikorkala 1998.) Suurin osa äitiyshuoltoon kuuluvista seulonnoista tehdään äitiysneuvoloissa ja osa äitiyspoliklinikalla. Tutkimuksia, joita tehdään äidin terveydentilan toteamiseksi ja seuraamiseksi, ovat esimerkiksi veriteitse tarttuvien tautien testaus, veriryhmävasta-aineet, verenpaine, paino, virtsan albumiini ja sokeri. Tutkimuksia, joita tehdään sikiön kehityksen ja terveyden seuraamiseksi, ovat esimerkiksi sikiön liikkeiden seuranta, sikiön sydänäänten kuuntelu sekä ultraäänitutkimus raskauden keston, sikiön koon, istukan sijainnin, rakennepoikkeavuuksien ja kromosomivioista johtuvien muutosten toteamiseksi. (Lindholm 2007, 34; Haarala ym. 2008, 274.)

Raskauden ajan seurannassa äitiyspoliklinikoiden rooli on kasvanut äitiysneuvolaan nähden. Äitiyshuoltoa erikoissairaanhoidossa tarjotaan äitiyspoliklinikoilla, prenataaliosastoilla sekä synnytys- ja lapsivuodeosastoilla. Äitiyspoliklinikalla raskaana olevat käyvät keskimäärin kolme kertaa. Käynnit liittyvät raskaudenaikaisiin seulontatutkimuksiin ja raskauden poikkeavaan kulkuun. (Lindholm 2007, 34; Ryttyläinen ym. 2007, 22.)

Äidille tehdään vähintään neljä lääkärintarkastusta äitiysneuvola-asiakkuuden aikana. Niissä käydään läpi äidin jaksamista, mahdollisia synnytyspelkoja ja synnytyksen aikaisia kivunlievitysmenetelmiä. Alkuraskauden lääkärintarkas-

tukseen kuuluu gynekologinen tutkimus sekä keskustelu sikiöseulonnoista ja koko perheen hyvinvoinnista. Viimeinen lääkärintarkastus on jälkitarkastus noin kuusi viikkoa synnytyksen jälkeen. Sen tarkoituksena on selvittää äidin palautuminen synnytyksestä ja raskausajasta sekä keskustella perheen voinnista. Jälkitarkastuksessa tulee ohjata ja neuvoa riittävään lepoon, raskauden ehkäisyyn ja ravitsemukseen liittyvissä asioissa. (Lindholm 2007, 33–34.)

3.2.2 Sosiaalinen tuki ja terveys

Sosiaalisesta tuesta on useita teorioita ja se voidaan määrittää eri tavoin (Uutela 1998, 219). Sosiaalinen tuki (social support) on sosiaalisista suhteista saatavissa oleva voimavara (Vahtera - Uutela 1994). Tarkka (1996, 12) määrittää sosiaalisen tuen vuorovaikutukseksi, jossa ihmiset saavat ja antavat sosiaalisen tuen eri muotoja, kuten emotionaalista, tiedollista, aineellista ja päätöksenteon tukea. Sosiaalinen tuki on myös tietoa, joka saa ihmisen uskomaan, että hänestä välitetään ja häntä rakastetaan sekä arvostetaan (Vahtera 1993, 13).

Sosiaalinen tuki auttaa selviytymään negatiivisista elämäntapahtumista ja ristiriitatilanteista. Se voi olla suoraa ja persoonallista henkilöltä toiselle annettua tukea, kuten hoitoyhteisössä tai epäsuoraa, järjestelmän kautta annettua tukea. (Kumpusalo 1991, 13–14.) Sosiaalinen tuki kytkeytyy vuorovaikutussuhteen laatuun ja ilmenee eri tavoin autettavan ja auttajan suhteesta riippuen, esimerkiksi tuen muoto ja vaikutukset määräytyvät vuorovaikutussuhteen tyypin mukaan. Terveystoimittajan ja asiakkaan välillä on ammatillinen suhde, jolloin tukea lähestytään erityisesti tuen tarpeen ja tyytyväisyyden näkökulmasta. (Mikkola 2010, 61.)

Sosiaaliseen tukeen välittymiseen vaikuttavat auttajan ja autettavan persoonallisuuden piirteiden, sosiaalisen verkoston sekä tilanteen väliset suhteet (Vahtera - Uutela 1994). Lisäksi tuen välittyminen riippuu avun luonteesta, ajoituksesta ja määrästä. Erityisesti tuen oikeaan ajoitukseen on kiinnitettävä huomiota. Sitä tulee olla saatavilla silloin, kun apua tarvitsevan omat voimavarat ovat vähissä ja näin ollen tukea todella tarvitaan. Sosiaalisen tuen painopiste suuntautuu fyysisen, psyykkisen tai sosiaalisen selviytymisen tukemiseen, riippuen autettavan ongelman laadusta. (Kumpusalo 1991, 16–17.)

Sosiaalisella tuella on todettu olevan merkitystä ihmisen terveyteen (Vahtera - Uutela 1994). Sen terveyttä edistäviä vaikutuksia on tutkittu 1970-luvulta lähtien. Vuonna 1976 Cobb esitti sosiaalisen tuen olevan tärkeä puskuri trauman ja stressitekijöiden haittavaikutuksia vastaan. (Cacciatore ym. 2008, 168; Vahtera 1993, 13.) Sosiaalinen tuki voi lisätä henkilön hyvinvointia ja edistää mielenterveyttä (Uutela 1998, 208). Jo tunne siitä, että tukea ja apua on saatavilla, voi auttaa ongelmatilanteissa (Kumpusalo 1991, 17). Koettelevissa tilanteissa esiintyvän elimistön rasituksen eli stressin on katsottu vähenvän tai jopa poistuvan sosiaalisen tuen myötä (Uutela 1998, 208).

Esimerkkejä sosiaalisen tuen muotojen kategorioinnista ovat Kahn (1979), Housen (1981) ja Kumpusalon (1991) teoriat (taulukko 1). Kahn jakaa sosiaalisen tuen kolmeen kategoriaan: emotionaaliseen tukeen, päätöksenteon tukemiseen ja konkreettiseen apuun. House puolestaan määrittää sosiaalisen tuen vuorovaikutukseksi, joka voi olla henkistä tukea, arviointitukea, tietotukea tai apua. Kumpusalon mukaan sosiaalinen tuki voi olla aineellista, emotionaalista, henkistä, tiedollista tai toiminnallista. (Aho 2010, 24; Kumpusalo 1991, 14–15; Vahtera 1993, 21.)

Taulukko 1. Sosiaalisen tuen muodot Kahn (1979), Housen (1981) ja Kumpusalon (1991) mukaan.

	Kahn (1979)	House (1981)	Kumpusalo (1991)
Sosiaalisen tuen muodot			
Konkreettinen apu/ aineellinen tuki	Esineiden tai rahan ja ajan käyttäminen toisen hyväksi	Rahallinen avustaminen, omalla työllä auttaminen ja ympäristön olosuhteiden muuttaminen	Raha, tavara, apuvälineet ja lääkkeet
Emotionaalinen tuki	Pitäminen, ihailu, kunnioitus, rakkaus ja turvallisuuden tunteen huomioiminen	-	Empatia, rakkaus ja kannustus
Henkinen tuki	-	Arvostus, luottamus, välittäminen ja kuunteleminen	Aatteet, usko ja filosofia
Tietotuki/ tiedollinen tuki	-	Neuvot, ehdotukset, ohjeet ja tiedon antaminen	Neuvot, opastus, opetus ja harjoitukset
Päätöksenteon tukemisen/ arviointituki	Vahvistaminen, palautteen anto ja vaikuttaminen yksilön tapaan tehdä ratkaisuja	Vahvistus, palaute ja sosiaalinen tasavertaisuus	-
Toiminnallinen tuki	-	-	Palvelu, kuljetus ja kuntoutus

Opinnäytetyössämme käytämme omaa sosiaalisen tuen muotojen määrittelmää, jonka teimme Kahn (1979), Housen (1981) ja Kumpusalon (1991) teorioita mukaillen (taulukko 2). Jokaisessa edellä mainitussa teoriassa on joitakin opinnäytetyöhömmme sopivia muotoja, joista käytimme työmme kannalta olennaisimpia. Kahn (1979) sosiaalisen tuen muodoista puuttuu tietotuki. Housen (1981) teoriaan kaipasimme henkiseen tukeen enemmän emotionaalista puolta. Kumpusalo (1991) täydentää edellä mainittuja teoreetikkoja, mutta toiminnallinen tuki ei ollut olennainen työmme kannalta sekä päätöksenteon tuki puuttuu Kumpusalon teoriasta.

Taulukko 2. Sosiaalisen tuen muodot Kahnia (1979), Housea (1981), Kumpusaloa (1991) mukaillen.

Sosiaalisen tuen muodot	Sisältää
(Kahnia (1979), Housea (1981) ja Kumpusaloa (1991) mukaillen)	
Emotionaalinen/henkinen tuki	Empatia, kunnioitus, rakkaus, arvostus, luottamus, välittäminen, kuunteleminen, kannustus, turvallisuuden tunteen huomioiminen, usko ja aatteet
Konkreettinen apu	Raha, tavara, apuvälineet, lääkkeet, ajan käyttäminen toisen hyväksi, omalla työllä auttaminen ja ympäristön olosuhteiden muuttaminen
Tietotuki	Neuvot, ohjeet, opastus, ehdotukset, tiedon antaminen ja harjoitukset
Päätöksenteon tukeminen	Vahvistus, palaute ja sosiaalinen tasavertaisuus

3.2.3 Äitiysneuvolan terveydenhoitaja tukijana

Terveydenhoitaja toimii hoitotyön (erityisesti terveydenhoitajatyön), terveyden edistämisen ja kansanterveystyön asiantuntijana asiakkaan elämänsä eri vaiheissa. Terveydenhoitajan työssä korostuu vahva terveyden edistämisen näkökulma. Terveydenhoitajatyöllä tarkoitetaan laillistetun ammattihenkilön tekemää työtä, joka on terveyttä rakentavaa sekä terveyden edellytyksiä luovaa ja tukevaa toimintaa. Terveydenhoitotyö on puolestaan minkä tahansa ammattiryhmän tekemää terveydenhoitotyötä. (Haarala ym. 2008, 22; Terveydenhoitajaliitto 2011.)

Terveydenhoitajatyö perustuu voimassa olevaan sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöön sekä Suomen terveystieteisiin lainsäädäntöihin. Terveydenhoitajatyön lähtökohtana ovat tieteellinen tutkittu tieto sekä hoitotyön arvot ja eettiset periaatteet. (Terveydenhoitajaliitto 2011.) Näyttöön perustuvaan tietoon pohjautuvat ammatilliset osaamisvaatimukset eli kompetenssit, joita on viisi, ohjaavat terveydenhoitajaa työssään. Ammatillinen osaaminen muodostuu terveydenhoitajan tiedosta, taidosta, työelämävalmiuksista ja henkilökohtaisista valmiuksista. (Terveydenhoitajaliitto 2008.)

Ensimmäinen terveydenhoitajan kompetenssi on eettinen toiminta terveydenhoitotyössä. Terveydenhoitajan tulee toimia ammatin etiikan, arvojen ja keskeisten periaatteiden mukaisesti sekä omata valmiuden käsitellä eettisiä kysymyksiä. Eettisesti toimivan terveydenhoitajan on tunnettava terveydenhoitotyötä ohjaava lainsäädäntö ja edistettävä työssään terveyden tasaa. Toinen kompetenssi on terveyden edistäminen ja kansanterveystyö. Terveydenhoitajan tulee pohjata toimintansa terveyden edistämisen strategioihin ja sopimuksiin sekä soveltaa kulloinkin voimassa olevia terveystieteellisiä ohjelmia. Hän käyttää työssään yksilö-, perhe-, yhteisö ja väestölähtöisiä sekä kuntouttavia työmenetelmiä ja hallitsee tartuntatautien ehkäisyä, hoidon ja rokotustoiminnan. (Terveydenhoitajaliitto 2008.)

Kolmas terveydenhoitajan työtä ohjaava kompetenssi on terveydenhoitotyö yhteiskunnallisesti ja monikulttuurisesti. Terveydenhoitaja tiedostaa yhteiskunnassa tapahtuvia muutoksia ja niiden seurauksia sekä pyrkii vaikuttamaan niihin esimerkiksi tiedottamalla hyvinvointiin liittyvistä asioista päätöksentekijöille. Neljäs kompetenssi on tutkimus- ja kehittämistyö sekä johtaminen terveydenhoitotyössä. Terveydenhoitaja voi toimia erilaisissa projekteissa, joten hänen tulee hallita projekti-, tutkimus- ja kehittämistyön perusvalmiudet. Terveydenhoitajatyöhön kuuluu myös verkostoituminen ja toimiminen asiantuntijana moniammatillisissa työryhmissä. Viides kompetenssi on terveydenhoitotyö elämänkulun eri vaiheissa. Terveydenhoitaja toimii lasta odottavien perheiden terveydenhoitotyön asiantuntijana ja on mukana lasten, kouluikäisten, nuorten ja heidän perheidensä terveyden edistämässä. Terveydenhoito elämänkulun eri vaiheissa sisältää myös työikäisten ja ikääntyneiden sekä heidän perheidensä terveydenhoitotyön. (Terveydenhoitajaliitto 2008.)

Äitiysneuvolan terveydenhoitajan työssä keskeistä on perheen tukeminen, aktivoiminen ja perheen omien voimavarojen vahvistaminen, niin että he ylläpitävät ja edistävät omaa terveyttään (Haarala ym. 2008, 22–23). Äitiysneuvolassa terveydenhoitajalla on päävastuu äidin ja perheen terveydenhoidosta, sillä hän näkee perhettä toistuvasti (Lindholm 2007, 37). Terveydenhoitajan tulee pyrkiä tasa-arvon lisäämiseen ja eriarvoisuuden vähentämiseen. Terveydenhoitajan tulisi olla kriittinen ajattelija, itsenäinen päätöksentekijä ja vastuullinen työntekijä, lisäksi tarvitaan hyviä yhteistyö-, ihmissuhde- ja vuorovaikutustaitoja. (Haarala ym. 2008, 22; Terveydenhoitajaliitto 2011.)

Terveydenhoitajan sosiaalisella tuella, erityisesti henkisellä tuella, läsnäololla ja kiireettömyydellä, on suuri merkitys perheen tukemisessa raskauden aikana ja sen jälkeen (Ryttyläinen ym. 2007, 27). Terveydenhoitajan sosiaalinen tuki kehkeytyy vuorovaikutuksessa asiakkaan kanssa (Mikkola 2006, 61). Tukeminen on vuorovaikutusta, joka pyrkii asiakkaan ymmärtämiseen ja tukemiseen kuuntelun, kysymisen, selvittämisen, eleillä ja ilmeillä viestimisen, yhdessä toimimisen sekä tiedon jakamisen avulla. Tarkoituksena on auttaa asiakasta löytämään ja vahvistamaan omia voimavaroja. (Ekström ym. 2008, 11.) Asiakkaan tukemisessa ja ohjaamisessa keskeistä on asiakkaan yksilöllisyyden, itsemääräämisoikeuden ja yksityisyyden kunnioittaminen (Kääriäinen 2008, 10–11).

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

4.1 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyömme on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Kvalitatiivisen tutkimuksen lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen eli ihmisten kokemusten, tulkintojen, käsitysten tai motivaatioiden tutkiminen. Siinä pyritään tarkastelemaan kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti sekä löytämään ja paljastamaan tosiasioita. Tavoitteena on havaita tutkittavasta aineistosta toimintatapoja, samanlaisuuksia sekä eroavaisuuksia. (Hirsjärvi - Remes - Sajavaara 2009, 161; Kankkunen - Vehviläinen-Julkunen 2009, 49; Latvala - Vanhanen-Nuutinen 2003, 21.)

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineiston tapausmäärä on yleensä pienempi kuin kvantitatiivisessa tutkimuksessa, määrän sijasta keskitytään laatuun. Tavoitteena on tutkimuskohteen ymmärtäminen, jolloin keskiössä ovat kokemukset, tapahtumat ja yksittäiset tapaukset, ei niinkään tutkittavien yksilöiden lukumäärä. Aineisto voi siis olla yksi tapaus tai yhden henkilön haastattelu, kuin myös joukko yksilöhaastatteluja. (Hirsjärvi ym. 2009, 181; Kankkunen - Vehviläinen-Julkunen 2009, 84.)

4.2 Aineiston keruu ja tutkimukseen osallistujat

Tutkimusaineiston keräsimme haastatteleamalla kolmea Rovaniemen kaupungin äitiysneuvolassa työskentelevää terveydenhoitajaa. Opinnäytetyömme aiheesta löytyy vain vähän tietoa, ja haastattelu sopii aineistonkeruun menetelmäksi silloin, kun tutkimuksen aiheena on vähän kartoitettu tai tuntematon alue. Lisäksi haastattelu on aiheellista valita tiedonkeruun menetelmäksi, kun halutaan tutkia arkoja tai vaikeita aiheita. (Hirsjärvi ym. 2009, 205–206.) Haastattelu voi olla yksilö-, pari- tai ryhmähaastattelu (Kankkunen - Vehviläinen-Julkunen 2009, 95). Me toteutimme tiedonkeruun yksilöhaastatteluilla.

Haastattelulla on mahdollista saavuttaa syvällistä tietoa tiedonantajilta ja aineistonkeruuta voidaan säädellä joustavasti tilanteen edellyttämällä tavalla. Vastausaktiivisuus on yleensä suurempi haastattelussa kuin kyselytutkimuksessa ja haastattelulla saadaan usein edustava aineisto. (Hirsjärvi ym. 2009, 205; Kankkunen - Vehviläinen-Julkunen 2009, 98.) Haastatteluun liittyy kuitenkin erilaisia ongelmia, joihin tutkijan on hyvä varautua. Tutkijan tulee huo-

lellisesti perehtyä haastattelijan rooliin ja tehtäviin sekä varautua pitkään prosessiin, sillä haastattelun suunnittelu, valmistautuminen ja toteuttaminen vievät aikaa. Ongelmallista haastattelussa voi olla myös haastateltavien taipumus antaa sosiaalisesti hyväksytyjä vastauksia, mikä heikentää aineiston luotettavuutta. (Hirsjärvi ym. 2009, 206; Kankkunen - Vehviläinen-Julkunen 2009, 98–99.)

Ensimmäiseksi osallistujia valitessa tulee pohtia, miten suuri tiedonantajien määrä pitäisi olla, jotta aineisto olisi tieteellinen, laadukas, edustava ja yleistettävä. Toiseksi pitää päättää, etsitäänkö homogeenisyyttä vai heterogeenisyyttä eli hyvin samankaltaisia tiedonantajia vai erilaisia, joilla osalla on paljon kokemusta aiheesta ja osalla vain vähän tietoa. (Kankkunen - Vehviläinen-Julkunen 2009, 84.) Opinnäytetyössämme haastateltavat valittiin heterogeenisesti, sillä halusimme näkökulmia aiheeseen sekä niiltä, joilla on oma-kohtaisia kokemuksia kohtukuoleman kokeneista raskaana olevista äideistä että niiltä, joilla kokemusta ei ole. Haastattelemistamme terveydenhoitajista kahdella oli kokemusta kyseisestä aiheesta ja yhdellä kokemusta ei ollut, joten näin saimme kerättyä kattavammin kehitysehdotuksia.

Kvalitatiivisen tutkimuksen aineiston keruussa monet käyttävät ohjenuorana aineiston kylläisyyttä eli saturaatiota. Tällöin tutkija alkaa kerätä aineistoa päättämättä etukäteen, miten monta tapausta tutkitaan. Aineistoa kerätään, kunnes tutkimusongelman kannalta uutta tietoa ei enää saada tutkittavasta ilmiöstä. Saturaatio on tapahtunut, kun samat asiat alkavat toistumaan haastatteluissa. Tämä ajattelutapa on kuitenkin ongelmallinen siinä, että tutkijan taidoista riippuu, kuinka paljon hän löytää ja huomaa uusia näkökulmia. Lisäksi ei voida olla varmoja siitä, että kohde ei enää tuota lisää informaatiota. Se on kuitenkin keino jotenkin määrittää kerätyn aineiston määrää. (Hirsjärvi ym. 2009, 181–182; Kankkunen - Vehviläinen-Julkunen 2009, 84.) Opinnäytetyömme aineiston keruussa tarkoituksemme oli käyttää saturaatio ajattelutapaa. Saimme haastateltavaksi kolme terveydenhoitajaa, joten tutkittavien tapausten määrä oli ennalta päätetty. Tästä huolimatta aineistosta pystyi havaitsemaan saturaation eli samat asiat toistuivat haastatteluissa.

Haastattelutyypinä käytimme teemahaastattelua (Liite 4), joka on strukturoidun (kysymykset ja esittämisjärjestys ennalta määrätty) ja avoimen (vain

aihe valmiina) haastattelun välimuoto. Teemahaastattelussa on nimensä mukaisesti valmiit teemat mutta kysymysten muotoiluun ja järjestykseen voi tulla haastattelutilanteessa muutoksia. (Kankkunen - Vehviläinen-Julkunen 2009, 96–97.) Ennen varsinaisia haastatteluja teimme koehaastattelun, jossa testasimme haastatteluteemojen toimivuutta.

Toteutimme aineiston keruun huhtikuussa 2012. Haastattelut tehtiin rauhallisessa ympäristössä ja ne nauhoitettiin. Aluksi kerroimme tutkimuksemme aiheen ja toimme esille toimivamme hyvän tutkimuskäytännön mukaisesti. Kahdessa haastattelutilanteessa paikalla oli haastateltava, haastattelija sekä kaksi tarkkailijaa, kun taas yhdessä haastattelussa paikalla oli haastateltava, haastattelija ja yksi tarkkailija. Haastateltaville annettiin tukimateriaaliksi taulukko sosiaalisen tuen muodoista Kahn (1979), Housea (1981) ja Kumpusaloa (1991) mukailten (taulukko 2). Haastattelut litteroitiin eli kirjoitettiin puhtaaksi sana sanalta ja tätä aineistoa kertyi fontilla Arial 12 sekä rivivälillä 1,5 kirjoitettuna 16 liuskaa.

4.3 Analyysi

Haastatteluilla keräämämme aineiston analysoimme sisällönanalyysillä, jota käytetään kirjallisen ja suullisen kommunikaation analysoimiseen. Se mahdollistaa asioiden ja tapahtumien merkitysten, seurausten ja yhteyksien systemaattisen sekä objektiivisen tarkastelun. Sisällönanalyysi aloitetaan mahdollisimman pian aineiston keruun jälkeen. (Hirsjärvi ym. 2009, 223; Kyngäs – Vanhanen 1999, 4; Latvala - Vanhanen-Nuutinen 2003, 21.) Haastatteluiden litteroinnin jälkeen syvennyimme sisällönanalyysin periaatteisiin ja aloitimme nopeasti analysointiprosessin.

Sisällönanalyysi tiivistää aineistoa, jolloin tukittavaa ilmiötä voidaan kuvata lyhyesti ja yleistävästi sekä tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet tulee selkeinä esille. Menetelmä on muutakin kuin yksinkertaistettuja aineistojen kuvauksia, sillä tavoitetaan merkityksiä, seurauksia ja sisältöjä. Sisällönanalyysissä voidaan edetä aineistolähtöisesti eli induktiivisesti tai teorialähtöisesti eli deduktiivisesti. (Kankkunen - Vehviläinen-Julkunen 2009, 134; Latvala - Vanhanen-Nuutinen 2003, 23; Tuomi – Sarajärvi 2002 110.) Opinnäytetyömme tulosten analyysissä käytimme sekä induktiivista että deduktiivista lähestymistapaa.

Analysiprosessin ensimmäinen vaihe on analyysiyksikön määrittäminen, joka voi olla yksittäinen sana, sanayhdistelmä, lause, lausuma tai ajatuskonaisuus. (Kyngäs – Vanhanen 1999, 5.) Valitsimme opinnäytetyömme analyysiyksiköksi sanayhdistelmän. Seuraavaksi aineistoon tutustutaan perusteellisesti lukemalla se useita kertoja läpi luoden pohja analyysille (Kyngäs – Vanhanen 1999, 5). Tutustuimme aineistoon itsenäisesti lukemalla haastattelut useasti ajatuksen kanssa läpi. Jokainen alleviivasi omasta mielestään merkittävät asiat, jonka jälkeen vertasimme havaintojamme keskenään.

Yksinkertaisesti esitettynä induktiivisen sisällönanalyysin vaiheet ovat analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, redusointi, klusterointi ja abstrahointi (Kyngäs – Vanhanen 1999, 5-6). Opinnäytetyössämme käytimme induktiivista sisällönanalyysiä toisen tutkimustehtävän eli kehitysehdotusten osalta (Liite 6). Redusoinnissa eli aineiston pelkistämisessä aineistolta kysytään tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä ja tämän perusteella karsitaan tutkimukselle epäolennainen informaatio pois. Pelkistetyt ilmaisut eli aineiston vastaukset kirjataan mahdollisimman tarkkaan aineistosta nostetuilla ilmauksilla. (Kyngäs – Vanhanen 1999, 5; Latvala – Vanhanen-Nuutinen 2003, 26–28; Tuomi – Sarajärvi 2002, 111.)

Klusterointi eli ryhmittely on aineistolähtöisen sisällönanalyysin seuraava vaihe, jossa etsitään samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia pelkistetyistä ilmaisuista. Yhteensopivat ilmaisut yhdistetään samaan alakategoriaan ja annetaan kategorialle sen sisältöä kuvaava nimi. (Latvala – Vanhanen-Nuutinen 2003, 28; Tuomi – Sarajärvi 2002, 112.) Ryhmittelyssä jaoimme yhteensopivat ilmaisut yhteen ja nimesimme nämä sisällön perusteella kuudeksi eri alakategoriaksi.

Abstrahoinnissa eli käsitteellistämisessä yhdistetään alakategoriat yläkategorioiksi ja edelleen yhdistäviksi kategorioiksi. Kategorointi jatketaan niin pitkälle kuin se on mielekästä ja kategoriat nimetään jo aikaisemmin tutuilla käsitteillä. (Kyngäs – Vanhanen 1999, 6-7; Tuomi – Sarajärvi 2002, 114.) Analyysin viimeisessä vaiheessa eli käsitteellistämisessä yhdistimme alakategoriat kolmeksi yläkategoriaksi: ammatillisen osaamiseen ja sen ylläpitoon, työyhteisön tuen edistämiseen sekä ohjeistuksiin. Yhdistävä kategoria on terveydenhoitajien kehitysehdotukset sosiaaliseen tukeen.

Deduktiivisessa sisällönanalyysissä aineiston luokittelua ohjaa aikaisempi viitekehys, joka voi olla teoria tai käsitejärjestelmä. Teorialähtöisen analyysin ensimmäinen vaihe on analyysirungon muodostaminen aiemman tiedon pohjalta. Analyysirunko voi olla väljä, jolloin sen sisälle muodostetaan erilaisia kategorioita aineistosta noudattaen aineistolähtöisen sisällönanalyysin periaatteita. Analyysirungon ollessa strukturoitu, aineistosta kerätään vain analyysirunkoon sopivat asiat. Se, millaista analyysirunkoa käytetään, riippuu tutkimuksen tarkoituksesta ja aineiston keruussa käytetystä menetelmästä. (Kyngäs – Vanhanen 1999, 7-8; Tuomi – Sarajärvi 2002, 116.)

Opinnäytetyössämme käytimme deduktiivista sisällönanalyysiä ensimmäisen tutkimustehtävän osalta. Analysoimme terveydenhoitajien haastattelut Kahn (1979), Housen (1981) ja Kumpusalon (1991) sosiaalisen tuen määritelmiä mukaillen. Analyysirunko (Liite 5) muodostui näistä sosiaalisen tuen teorioista sisältäen emotionaalisen tuen, konkreettisen avun, tietotuen ja päätöksenteon tuen. Poimimme aineistosta analyysirunkoon sopivia pelkistettyjä ilmauksia, jotka jaoin yllämainittujen sosiaalisen tuen muotojen mukaisesti. Tämän jälkeen jatkoimme ilmaisujen jakamista pienempiin kategorioihin, jolloin emotionaalisen tuen alle tuli seitsemän kategoriaa, konkreettisen avun ja tietotuen alle tuli kolme kategoriaa sekä päätöksenteon tukemisen alle tuli kaksi kategoriaa.

Sisällönanalyysiä on kritisoitu yksinkertaiseksi menetelmäksi, joka ei johda tilastollisten analyysien mahdollisuuteen. Aineiston pelkistys niin, että se kuvaa mahdollisimman luotettavasti tutkittavaa ilmiötä, on haastavaa. Yhteys aineiston ja tulosten välillä tuleekin osoittaa luotettavasti. Raportin luotettavuutta lisää suorien lainauksien käyttö, jotka kertovat lukijalle alkuperäisaineistosta. Sisällönanalyysi ei etene suoraviivaisesti, ja tämä säännöttömyys ja joustavuus luovat haasteita, jotka laittavat tutkijan omat kyvyt tukijana koetukselle. (Kankkunen - Vehviläinen-Julkunen 2009, 135; Kyngäs – Vanhanen 1999, 10; Latvala - Vanhanen-Nuutinen 2003, 36.)

5 TUTKIMUKSEN TULOKSET

5.1 Terveydenhoitajan sosiaalinen tuki kohtukuoleman kokeneelle vauvaa odottavalle äidille

5.1.1 Emotionaalinen tuki

Haastatteluiden perusteella terveydenhoitajat kokivat emotionaalisen tuen olevan merkittävää kohtukuoleman kokeneelle raskaana olevalle äidille. Emotionaalinen tuki nousi tuloksista tärkeimmäksi sosiaalisen tuen muodoksi. Haastatteluista tuli ilmi useita erilaisia keinoja emotionaaliseen tukemiseen.

Terveydenhoitajien mukaan yksi keino emotionaaliseen tukemiseen on empatia. Haastatteluiden perusteella kyky eläytyä äidin tilanteeseen ja myötätuntoinen asennoituminen auttaa äidin tukemisessa. Vierellä kulkeminen koko raskauden ajan nousi esille haastatteluissa terveydenhoitajan perustehtävä. Terveydenhoitajat kokivat auttavansa äitiä parhaiten pelkkänä ihmisenä, ilman tietävän ja taitavan terveydenhoitajan roolia.

”Autan sitä ihmisenä tai mä ainakin oletan näin, että se miten minä käyttäydyn ja miten minä suhtaudun ja kuinka empaattinen, kuunteleva osaan olla; sillä on enemmän merkitystä, kuin sillä kuinka paljon mä tiedän ja taidan.”

Haastatteluissa korostui äidin mielipiteiden ja kokemusten kunnioittaminen olennaisena osana emotionaalista tukea. Terveydenhoitajien mielestä äidille tulee antaa aikaa ja tilaa ilmaista tarpeitaan sekä toiveitaan tulevien neuvolakäyntien osalta. Haastateltavien mukaan terveydenhoitajan täytyy kunnioittaa äidin puheenvuoroa menemättä omien asioiden kanssa asiakkaan asioiden päälle.

”Hänen [äidin] henkilökohtainen mielipide ja kokemus ja tämmöset, niin sitä pitää kunnioittaa ja sen tukeminen nimenomaan, että mitä hän kokee tärkeäksi ja haluaa - - ”

Turvallisuuden tunteen huomioiminen nousi terveydenhoitajien haastatteluissa esille osana emotionaalista tukea. Haastatteluissa ilmeni uuteen raskau-

teen liittyvien tunteiden ja pelkojen läpikäymisen luovan turvallisuuden tunnetta äidille. Terveystenhoitajat kokivat helposti tavoitettavana olemisen ehkäisevän äidin jäämistä yksin murheineen.

”Hänelle [äidille] tuli semmonen olo, ettei tarvi olla yksin ja mieltä ja murehtia - - ”

Kaikissa haastatteluissa kuunteleminen nousi esille merkittävänä emotionaalisen tuen keinona. Terveystenhoitajien mukaan äidille on annettava mahdollisuus puhua niin paljon kuin hän haluaa. Haastatteluissa terveystenhoitajat korostivat tapahtuneen puheeksi ottamista ja keskustelua äitiä kuunnellen, keskittyen äidille tärkeisiin asioihin. Haastateltavien mielestä kuuntelemisen ja keskustelun kautta terveystenhoitaja pyrkii auttamaan äitiä käsittelemään kohtukuolemaa surullisena osana elämää.

”Kuunteleminen - - äitillä olis mahdollisuus puhua - - sais kyllästy miseen asti siitä puhua - - ”

”Siitä [kohtukuolema] puhuttais, et se ei oo semmonen vaiettu asia, että sitä otettais puheeksi niinkö pitkin raskautta.”

Haastatteluissa terveystenhoitajat painottivat eri keinoja emotionaalisen tukeen. Yhdessä haastattelussa luottamuksellinen suhde osana emotionaalista tukea koettiin tärkeimmäksi. Haastateltavan mukaan luottamuksellinen suhde syntyy avoimen keskustelun avulla. Toisessa haastattelussa korostettiin puolestaan terveystenhoitajan henkistä tukea kohtukuoleman kokeneelle raskaana olevalle äidille.

”Ite niinko koen kaikista tärkeimmäksi, et se on semmonen luottamuksellinen suhe - - ”

”- - kyllä myös keskustelen tältä [uskon] kannalta asiasta tosiaan, jos hän [äiti] haluaa.”

5.1.2 Konkreettinen apu

Konkreettinen apu on toinen sosiaalisen tuen muoto, joka haastatteluissa tuli esille. Ajan käyttäminen toisen hyväksi nousi haastatteluissa merkittäväksi keinoksi tukea kohtukuoleman kokenutta raskaana olevaa äitiä. Haastattele-

mamme terveydenhoitajat pyrkivät olemaan helposti äitien tavoitettavissa ja tarvittaessa heillä on aikaa ylimääräisille käynneille neuvolassa äidin toiveiden mukaan. Haastatteluissa ilmeni myös ylimääräisen kotikäynnin mahdollisuus ennen synnytystä. Terveydenhoitajat pitivät raskaushetkeä, jolloin edellinen raskaus päättyi, erityistä tukea vaativana, ja silloin ylimääräiset käynnit neuvolassa sekä äitipoliklinikalla tukevat äitiä vaikean raskausvaiheen yli.

”Varsinkin sitten se raskaushetki, milloin edellinen raskaus oli päättynyt tähän kohtukuolemaan, niin se oli semmonen merkittävä, että silloin meillä oli tihennettyjä käyntejä.”

”Ei oo ollu niin pitkiä välttämättä ne käynnit sitten, mutta se tuki on ollut merkittävä hänelle.”

Haastatteluiden perusteella raskauden seurantalaitteet ovat nykyisin olennainen osa konkreettista apua äitien tukemisessa. Terveydenhoitajien mukaan sydänäänien kuuntelun, ultraäänitutkimusten ja sikiöseulontojen avulla äiti tietää vauvalla olevan kaikki hyvin, erityisesti ennen kuin äiti tuntee vauvan liikkeitä. Haastatteluissa kävi ilmi, että 1980–1990-lukujen taitteessa raskaudenajan seurantalaitteet eivät olleet yhtä kehittyneitä kuin nykypäivänä, joten terveydenhoitajalla ei ollut mahdollisuutta käyttää seurantalaitteita yhtä kattavasti.

”Ei paljon ollu mitään niinku ylimäärästä silloin [80–90 –luvulla], mutta voisin niinku kuvitella nyt tässä tilanteessa tänä päivänä kuinka kaiken maailman ultrat sun muut seurannat - - että kaikki mahollinen tehdään - - ”

5.1.3 Tietotuki

Haastatteluissa kävi ilmi tietotuen olevan kolmas sosiaalisen tuen muoto kohtukuoleman kokeneelle raskaana olevalle äidille. Terveydenhoitajat ilmaisivat tiedon antamisen olevan yksi keino tukea äitiä, mutta korostivat, ettei pelkällä tiedon määrällä ihmistä auteta. Haastatteluiden mukaan terveydenhoitajat toimivat oman osaamisen ja tiedon jakajina äidin tarpeiden ja toiveiden pohjalta. Kuitenkin tietotukea annetaan enemmän synnytysairaalassa kohtukuoleman jälkeen, joten terveydenhoitajat kokivat roolinsa tiedonantajana vähäiseksi.

”En minä usko, että mä sillä hirveellä tiedon määrällä ketään ihmistä niin kuin auta, että enemmän autan sitä ihmisenä.”

Terveystenhoitajien haastatteluiden perusteella tietotukeen kuuluu opastus. Haastateltavien mukaan kohtukuoleman kokenut raskaana oleva äiti voidaan opastaa vertaistuen piiriin. Käpy ry nousi esille ainoana tukea tarjoavana yhdistyksenä, jonka terveydenhoitajat osasivat nimetä. Lisäksi Internetissä olevat kohtukuolemaa käsittelevät sivustot ja keskustelupalstat ovat paikkoja, joihin tutustumista terveydenhoitajat kokivat voivansa ehdottaa äidille.

”Kerroin tästä Käpy ry:n toiminnasta, että sinne olisin hänet niinku ohjannut.”

Yhdessä haastattelussa terveydenhoitaja nosti esille harjoitukset tietotuen keinona. Terveydenhoitajan mukaan erilaisten mielikuvaharjoitusten avulla voidaan tukea äidin kiintymyssuhdetta kohtuvauvaan. Haastateltavan mielestä kohtukuoleman kokenutta raskaana olevaa äitiä on hyvä tukea luomaan mielikuvia vauvasta sekä tulevasta arjesta vauvan kanssa.

”Koettais tukea sitä äitiä sitte tekkeen mielikuvia siitä vauvasta ja miettiä sitä tulevaisuutta sen vauvan kanssa.”

5.1.4 Päätöksenteon tukeminen

Neljäs haastattelussa esiin tullut sosiaalisen tuen muoto kohtukuoleman kokeneelle raskaana olevalle äidille oli päätöksenteon tukeminen. Haastateltavien mukaan päätöksenteon tukemisessa olennaista on vahvistaa vanhempien päätöksiä ja antaa riittävästi tietoa päätöksentekoon. Haastateltavat korostivat, että vanhemmat itse tekevät päätökset muun muassa siitä, mihin tutkimuksiin he haluavat ja minkä päätöksen näiden tutkimustulosten perusteella tekevät. Terveydenhoitajien mukaan he puoltavat ja tukevat vanhempien tekemiä päätöksiä sekä auttavat niistä ylipääsemisessä.

”Ei me loppujen lopuks voida niinku päätöstä tehdä kenenkään puolesta - - minun pitäis sitä ihmistä niinku tukea siinä päätöksessä.”

Haastatteluiden mukaan päätöksenteon tukemisessa tulee muistaa sosiaalinen tasavertaisuus terveydenhoitajan ja asiakkaan välillä. Terveydenhoitajat pitivät tärkeänä äidin päätösten kunnioittamista omasta eettisestä näkemyksestään huolimatta. Haastatteluiden perusteella sosiaalista tasavertaisuutta on tukeminen niissäkin tilanteissa, kun äidin päätökset voivat olla haitallisia kohtuvauvalle.

”Ei voi lähteä tuomariksi ja sormella osoittajaksi.”

5.1.5 Yhteenveto

Tutkimuksen tulokset kertovat terveydenhoitajien tukevan kohtukuoleman kokenutta raskaana olevaa äitiä monin eri muodoin. Tulosten mukaan terveydenhoitajat tukevat kohtukuoleman kokenutta raskaana olevaa äitiä eniten emotionaalisesti. Taulukossa 3 kuvataan haastatteluissa esiin nousseet keinot kohtukuoleman kokeneen raskaana olevan äidin tukemiseen.

Taulukko 3. Terveydenhoitajan keinot sosiaalisesti tukea kohtukuoleman kokenutta vauvaa odottavaa äitiä.

Sosiaalinen tuki			
Emotionaalinen tuki ↓	Konkreettinen apu ↓	Tietotuki ↓	Päätöksenteon tuki ↓
Empatia Kunnioitus Turvallisuuden tunteen huomioiminen Kuunteleminen Puheeksi ottaminen Luottamus Usko	Ajan käyttäminen toisen hyväksi Seurantalaitteet Äitipoliklinikka	Tiedon antaminen Opastus Harjoitukset	Vahvistus Sosiaalinen tasavertaisuus

5.2 Terveydenhoitajien kehittämis ehdotuksia kohtukuoleman kokeneen vauvaa odottavan äidin tukemiseen

5.2.1 Kehittämis ehdotukset

Haastatteluissa terveydenhoitajat toivat esille kehittämis ehdotuksia kohtukuoleman kokeneen raskaana olevan äidin sosiaalisen tuen parantamiseen. Ehdotukset olivat jaettavissa induktiivisella sisällönanalyysillä kolmeen yläkategoriaan: ammatillisen osaamiseen ja sen ylläpitoon, työyhteisön tuen edistämiseen sekä ohjeistuksiin.

Ammatillisen osaamisen osalta haastatteluiden mukaan terveydenhoitaja opinnoissa kohtukuolemaa on käsitelty vain pintapuolisesti. He kertoivat, että koulussa on mainittu kohtukuolema, mutta ei ole käsitelty, miten tukea kohtukuoleman kokenutta äitiä ja perhettä. Haastateltavat toivat esille, että jo koulussa olisi hyvä käsitellä aihetta enemmän, erityisesti tukemisen kannalta.

”Jollakin kurssilla, jollakin dialla todennäköisesti vähän muutamalla sanalla vihjattiin aiheesta.”

Haastateltavien terveydenhoitajien tietämys kohtukuolemasta vaihteli suuresti. Tieto aiheesta koettiin tärkeänä ja helpottavana kohdatessa ensimmäistä kertaa kohtukuoleman kokenut äiti. Haastateltava, jolla oli kokemusta kohtukuoleman kokeneista äideistä, tiesi kattavasti kohtukuolemasta ja kohtukuoleman kokeneen äidin tukemisesta. Puolestaan haastateltava, jolla ei ollut kokemusta kohtukuoleman kokeneesta äidistä, koki tarvitsevansa lisää tietoa aiheesta. Terveydenhoitajat pitivät tärkeänä ammatillisen tietojen ja taitojen päivittämistä sekä korostivat, ettei tietoa ja taitoa ole koskaan tarpeeksi.

”Tuntuu, että on vähän niinko tyhjät taskut, et mitä [tukea] ossais antaa - - et mitä ossais antaa niinko semmosta faktatietoa ja tämmöstä.”

Ammatillisen osaamisen ja sen ylläpidon kehittämiseksi haastateltavat toivoivat koulutuksia kohtukuolemasta ja sen kokeneen perheen tukemisesta. Terveydenhoitajien mukaan koulutuksia kyseisestä aiheesta on ollut vähän ja niihin on päässyt yleensä vain vakituiset työntekijät. Kuitenkin haastatteluissa

tuli ilmi, että koulutuksien sisältöä on pyritty tuomaan kaikkien tietoisuuteen kokouksissa.

”No ei siitä mitään haittaa oo, että jotain koulutusta sais lisää - -”

Työyhteisön tuen edistämiseksi haastateltavat toivoivat lisää aikaa viikoittaisiin kokouksiin. Kokousten lyhyden vuoksi koulutuksien sisältöä ei välttämättä ole ehditty avata niissä. Kokoukset koettiin hyödyllisiksi, sillä niissä pystyy tuomaan esille mieltä painavat asiat ja saamaan niihin kollegiaalista tukea.

”Se ois hyvä, jos ne viikottaiset kokoukset olisi esimerkiksi pitempiä, että siellä ehtis ottaa jotaki tämmösiä tapauksia niin käsillemme.”

Kollegiaalinen tuki on haastatteluiden perusteella merkittävä työyhteisön tuen edistäjä. Terveystoimijat kokivat saavansa kollegiaalista tukea kohtukuoleman kokeneen raskaana olevan äidin tukemiseen keskustelemalla muiden terveydenhoitajien, esimiehen ja neuvolan lääkärin kanssa. Haastatteluiden mukaan kollegiaalista tukea saa hyvin työkavereilta, jos sitä itse hakee.

”No työkavereilta sitä saa onneksi hyvin, hyvin sitä tukea - - terveydenhoitajien kesken on semmonen hyvä henki, että voi mennä kyssyyn - -”

Viimeisenä kehitysehdotuksena haastatteluista esiin nousivat ohjeistukset kohtukuoleman kokeneen raskaana olevan äidin tukemisen apuna. Yksi haastateltavista tiesi työpaikalla olevan jonkinlaisena ohjeena Käpy ry:n tukipaketit. Haastateltavat kaipasivat selkeää ohjetta kohtukuoleman kokeneen raskaana olevan äidin tukemiseen. Erityisesti terveydenhoitajat kaipasivat tietoa siitä, kuinka vanhemmat itse haluaisivat heitä tuettavan.




”Vois olla hyvä semmonen, joku niinkö selkeä ohje - - että miten raskauden aikana vois tukea sitä äitiä - -”

5.2.2 Yhteenveto

Kaikissa haastatteluissa toistui samantyyppisiä kehitysehdotuksia kohtukuoleman kokeneen raskaana olevan äidin tukemiseen. Haastatteluiden pe-

rusteella eniten kehitystä kaivattiin ohjeistuksiin sekä ammatillisen osaamisen ylläpitoon koulutuksin. Taulukossa 4 kuvataan terveydenhoitajien esille tuomia kehittämisehdotuksia kohtukuoleman kokeneen vauvaa odottavan äidin tukemiseen.

Taulukko 4. Terveydenhoitajien kehittämisehdotuksia.

Kehittämisehdotukset		
 Ammatillinen osaaminen ja sen ylläpito	 Työyhteisön tuen edistäminen	 Ohjeistukset
Terveystenhoitajaopinnot Tietämys kohtukuolemasta Koulutukset	Kokoukset Kollegiaalinen tuki	Toimintamallit ja ohjeet

6 POHDINTA

6.1 Tutkimustulosten pohdinta ja johtopäätökset

Tutkimme opinnäytetyössämme Rovaniemen äitiysneuvolan terveydenhoitajien sosiaalista tukea kohtukuoleman kokeneelle vauvaa odottavalle äidille sekä terveydenhoitajien kehitysehdotuksia sosiaalisen tuen parantamiseksi. Käytimme sosiaalisen tuen teoriaa Kahn (1979), Housen (1981) ja Kumpusalon (1991) määritelmiä mukaillen. Näiden pohjalta jaoinme sosiaalisen tuen emotionaaliseen tukeen, konkreettiseen apuun, tietotukeen ja päätöksenteon tukemiseen. Opinnäytetyömme ensimmäisen tutkimustehtävän tuloksista nousi vahvasti esille emotionaalisen tuen olevan merkittävin terveydenhoitajien keino tukea kohtukuoleman kokenutta raskaana olevaa äitiä. Vastaavasti toisen tutkimustehtävän tuloksista ilmeni ohjeistuksen ja koulutuksen tarve kohtukuoleman kokeneen raskaana olevan äidin tukemiseen.

Cacciatore, Schnebly ja Froen (2008) ovat tutkineet sosiaalisen tuen vaikutuksia ahdistukseen ja masennukseen kohtukuoleman jälkeen. Heidän mukaansa sosiaalinen tuki, erityisesti läheisiltä saatava, vähentää ahdistusta ja masennusta. Lisäksi sosiaalinen tuki terveydenhoitohenkilöstöltä ja vertaistukiryhmiltä todetaan tärkeäksi. Kuitenkaan tutkimuksen mukaan pelkästään hoitohenkilöstön tuki ei ole riittävää vähentämään ahdistusta ja masennusta. Juutilaisen (2010a) mukaan myös seuraavassa raskaudessa voimakas huoli ja ahdistus ovat läsnä. Tutkimuksessamme tuli ilmi yhden haastattelun osalta, että terveydenhoitajan sosiaalinen tuki oli auttanut suuresti kohtukuoleman kokenutta äitiä seuraavan raskauden aikana. Tämän perusteella voimme yhtyä näkökulmaan, että terveydenhoitohenkilöstön sosiaalinen tuki on merkittävää kohtukuoleman kokeneelle äidille.

Rytyläinen, Vehviläinen-Julkunen ja Pietilä (2007, 25) ovat tutkimuksessaan kartoittaneet äitien toiveita äitiyshuollon kehittämisestä. Tutkimuksen mukaan äidit toivoivat terveydenhoitajalta enemmän tukea synnytyksen jälkeen ja rohkeutta käsitellä yllättäviä sekä poikkeavia asioita. Opinnäytetyömme tulosten mukaan terveydenhoitajat pitivät puheeksi ottamista äitiä kunnioittaen ja kuunnellen tärkeänä emotionaalisen tuen keinona. Kohtukuoleman kokeneen raskaana olevan äidin kohtaaminen vaatii rohkeutta ottaa puheeksi kipeä asia.

Ryttyläinen ym. (2007, 25) toteavat hoitavan henkilön pysyvyyden ja perheen yksilöllisen kohtaamisen olevan tärkeää. Juutilaisen (2010b) mukaan kohtukuoleman jälkeen seuraavassa raskaudessa tulee pyrkiä turvallisuuden, luottamuksen ja jatkuvuuden luomiseen hoitohenkilökunnan pysyvyyden avulla. Tutkimuksemme tuloksien perusteella terveydenhoitajat luovat emotionaaliseen tukeen kuuluvaa turvallisuuden tunnetta läpikäymällä uuteen raskauteen liittyviä pelkoja ja tunteita sekä olemalla helposti tavoitettavissa. Tulosten mukaan luottamusta puolestaan synnyttää avoin keskustelu äidin ja terveydenhoitajan välillä.

Ryttyläisen ym. (2007, 24) mukaan terveydenhoitajilta halutaan lisää aikaa keskusteluun, ohjaukseen ja kysymyksiin vastaamiseen. Tutkimuksessamme ilmeni, että terveydenhoitajat järjestävät konkreettisenä apuna ylimääräistä aikaa kohtukuoleman kokeneelle raskaana olevalle äidille ja pyrkivät olemaan helposti tavoitettavissa. Kuitenkin haasteita tähän tuo terveydenhoitajien laaja toimenkuva; tehtäväalueita yhdellä terveydenhoitajalla voi olla useita (Kuorilehto - Paasivaara 2008, 12). Terveydenhoitajien laajan toimenkuvan ja lisääntyneen työn vuoksi herääkin kysymys, kuinka hoitajan aika riittää järjestämään ylimääräistä aikaa mahdollisesti lyhyellä varoitusaikalla. Kokemuksiimme perustuen terveydenhoitajat ottavat äidin avuntarpeen vakavasti ja käyttävät tarvittaessa ruokatuntia tai taukoja esimerkiksi sydänäänten kuunteluun.

Robson, Leader, Dear ja Bennett (2009) ovat tutkimuksessaan kartoittaneet kohtukuoleman kokeneiden naisten toiveita seuraavaan raskauteen liittyen. He tekivät kyselytutkimuksen 105 kohtukuoleman kokeneelle naiselle. Tulosten mukaan 93 % naisista halusi ylimääräistä raskaudenajan tarkkailua, kuten sydänäänten kuuntelua ja ultraäänitutkimuksia. Vastajista 81 % halusi synnytyksen käynnistettävän ennen laskettua aikaa ja 26 % naisista halusi synnytyksen tapahtuvan sektiolla. Opinnäytetyömme mukaan terveydenhoitajat tarjoavat kohtukuoleman kokeneelle vauvaa odottavalle äidille ylimääräisiä tutkimuksia esimerkiksi sydänäänten kuuntelua. Lisäksi haastatteluissa tuli ilmi, että raskaushetkellä, jolloin edellinen raskaus päättyi kohtukuolemaan, tarkkaillaan erityisen tiheästi äidin ja vauvan vointia niin neuvolassa kuin äitipoliklinikalla. Näin ollen tutkimuksemme tulosten mukaan terveyden-

hoitajien konkreettinen apu vastaa Robson, Leader, Dear ja Bennett (2009) tutkimuksen tuloksiin äitien toiveista seuraavaan raskauteen.

Juutilaisen (2010b) luennossa kävi ilmi, että tutustuminen ja kiintyminen kohtuvauvaan edellisen menetyksen jälkeen on vaikeaa. Raskaudenaikainen vuorovaikutushoito on syytä aloittaa kohtukuoleman jälkeisen raskauden alussa. Sydänäänten kuuntelu ja ultraäänitutkimus aktivoivat mielikuvia vauvasta ja auttavat luomaan suhdetta kohtuvauvaan. Opinnäytetyömme tuloksien mukaan terveydenhoitajan tietotuen yhtenä keinona ovat harjoitukset, joiden avulla tuetaan äidin kiintymystä kohtuvauvaan. Näitä harjoituksia ovat mielikuvien luominen vauvasta ja tulevan vauva-arjen suunnittelu. Kuitenkaan haastatteluissa ei noussut esille raskaudenaikainen vuorovaikutushoito, joten mietimme, onko kyseinen menetelmä tunnettu ja käytössä Rovaniemen äitiysneuvolassa.

Kohtukuoleman kokenut sureva perhe hakeutuu usein muiden saman kokeneiden ihmisten luo (Väisänen 1999, 155). Tietotukeen kuuluvat opastus ja ehdotukset. Tutkimuksemme tulosten mukaan terveydenhoitajat opastavat kohtukuoleman kokenutta raskaana olevaa äitiä ja hänen perhettään vertaistuen piiriin. Kuitenkin terveydenhoitajien tieto vertaistuen saatavuudesta vaihteli. Mielestämme on tärkeää, että terveydenhoitajilla olisi tietoa eri vertaistukitahoista sekä yhteistyöverkostoista, sillä Väisäsen (1999, 155) mukaan vertaistuesta perheet saavat erityistä lohdutusta ja ymmärrystä.

Kohtukuoleman jälkeen seuraavaa raskautta suositellaan tutkimusten mukaan vasta 6-12 kuukauden kuluttua (Juutilainen 2010b). Hughes, Turton ja Evans (1999) ovat tutkineet kohtukuoleman kokeneiden äitien seuraavan raskauden alkamisajankohtaa ja kulkua. Heidän mukaan naiset, joiden seuraava raskaus on alkanut vuoden sisällä menetyksestä, kärsivät enemmän masennuksesta ja ahdistuksesta. Vuoden tauko seuraavaan raskauteen on tutkimusten mukaan hyväksi, mutta sen ehdottaminen voi loukata vanhempien itsemääräämisoikeutta, jos he tahtovat uuden raskauden alkavan aiemmin (Väisänen 2000). Vanhemmat päättävät uuden raskauden ajankohdasta saamansa tiedon ja tuen pohjalta (Juutilainen 2010b). Tutkimuksemme mukaan terveydenhoitajat toimivat päätöksenteon tukijoina vahvistamalla ja puoltamalla vanhempien päätöksiä. Tulokset yhtyvät Juutilaisen näkemyk-

seen; terveydenhoitajat antavat riittävästi tietoa, jonka perusteella vanhemmat itse tekevät päätökset.

Haasteita neuvoloiden kehittämiseksi tuovat nopeat muutokset perherakenteissa ja yhteiskunnassa. Muutokset edellyttävät terveydenhoitajalta tietojen ja taitojen jatkuvaa päivittämistä, jotta he voivat vastata työelämän tarpeisiin ja selviytyä tehtävistään. (Kuurilehto - Paasivaara 2008, 12; Terveydenhoitajaliitto 2008.) Terveydenhoitajien kehitysehdotuksista ilmeni lisäkoulutuksen sekä tiedon tarve kohtukuolemasta, jotta he pystyvät tarjoamaan ajantasaista tietoa ja tukea kohtukuoleman kokeneelle raskaana olevalle äidille. Haastatteluihin nousi vahvasti esille itsenäinen tiedonhaku; terveydenhoitajan vastuulla on päivittää ja ylläpitää omaa ammatillista osaamista. Mielestämme haasteita itsenäiselle tiedonhauulle luo runsas informaation määrä ja tähän liittyvä lähdekritiikki.

Perheet ovat nykyisin tietoisempia sekä valveutuneempia terveyteen liittyvistä asioista ja näin ollen vaativat laadukasta palvelua. Terveydenhoitajan toimenkuvan laajuuden sekä perheiden ja yhteiskunnan muutosten myötä vaaditaan terveydenhoitajilta paljon voimavaroja työssä jaksamiseen. Terveydenhoitajien voimavaroja vahvistavat työyhteisön tuki, koulutus, palaute sekä työn kehittäminen ja omasta hyvinvoinnista huolehtiminen. (Kuurilehto - Paasivaara 2008, 13-14; Terveydenhoitajaliitto 2008.) Tutkimustuloksistamme mukaan terveydenhoitajat kokivat työyhteisön tuen olevan merkittävä voimavara kohtukuoleman kokeneen raskaana olevan äidin tukemiseen. Haastatteluiden mukaan kollegiaalista tukea saa helposti ja terveydenhoitajien kesken on hyvä yhteishenki. Kuitenkin mieleemme nousi yksin työskentelevät terveydenhoitajat ja se, kuinka he saavat kollegiaalista tukea, jos toimipisteessä ei toimi muita terveydenhoitoalan ammattilaisia. Mielestämme kokoukset ja koulutukset ovat tärkeitä erityisesti yksin työskenteleville terveydenhoitajille, sillä niissä he voivat saada tukea työyhteisöltä.

Käpy ry:stä on saatavilla tukipaketit perinataalikuolemasta sekä uudesta raskaudesta lapsen menetyksen jälkeen. Tukipaketissa perinataalikuolemasta (2012a) käsitellään kattavasti kohtukuoleman toteamisen, synnytyksen sekä kotiutumiseen liittyviä asioita niin vanhempien kuin terveydenhoitohenkilöstön kannalta. Tukipaketti uuteen raskauteen (2012b) puolestaan keskittyy seuraavan raskauden suunnitteluun, kuten sopivaan ajankohtaan seuraavalle

raskaudelle ja siihen liittyvään päätöksentekoon. Haastatteluissa Käpy ry:n tukipaketit tulivat esille ainoina tällä hetkellä käytössä olevina ohjeistuksina. Näistä kuitenkin puuttuu näkökulma uuden raskauden aikaisesta tuesta. Opinnäytetyömme keskittyy nimenomaan raskaudenaikaiseen tukemiseen, mistä myös haastateltavat terveydenhoitajat kaipasivat ohjeistusta.

Saimme opinnäytetyössämme riittävän kattavat tulokset, jotka antavat vastaukset asettamiimme tutkimustehtäviin. Opinnäytetyömme on hyödyllinen apuväline terveydenhoitajille kohtukuoleman kokeneen raskaana olevan äidin kohtaamiseen. Työssämme on kokoavasti tietoa kohtukuolemasta, uudesta raskaudesta ja sosiaalisesta tuesta. Se antaa myös vinkkejä kohtukuoleman kokeneen vauvaa odottavan äidin tukemiseen. Lisäksi opinnäytetyötämme voidaan käyttää hyödyksi tehdessä tarkempaa ohjeistusta kohtukuoleman kokeneen raskaana olevan äidin tukemiseen.

6.2 Eettisyyden ja luotettavuuden pohdinta

Ensimmäinen eettinen ratkaisu tutkimusta tehdessä on aiheen valinta. Tutkijan on pohdittava, kenen ehdoilla tutkimusaihe valitaan ja miten se vaikuttaa tutkimukseen osallistuviin. Aiheen valintaan liittyy myös sen yhteiskunnallinen merkitys ja se, miksi tutkimukseen ryhdytään. Periaatteena tutkimuksen oikeutukseen pidetään sen hyödyllisyyttä. (Hirsjärvi ym. 2009, 24–25; Kankunen - Vehviläinen-Julkunen 2009, 176–177.)

Valitsimme opinnäytetyömme aiheeksi terveydenhoitajan sosiaalinen tuki kohtukuoleman kokeneelle vauvaa odottavalle äidille, sillä kohtukuolemaa käsitellään koulussa vain vähän ja halusimme syventää tietoamme aiheesta. Aloitimme opinnäytetyöprosessin syksyllä 2010, jolloin aihe oli erityisen ajankohtainen. Silloin perustettiin kohtukuolema.fi – vertaistukisivusto sekä Lapin keskussairaalassa järjestettiin luentoja kohtukuolemasta ja sen kokeneen perheen tukemisesta.

Etsiessämme tietoa kohtukuolemasta, huomasimme kohtukuolemasta ja siihen liittyvästä tuesta löytyvän jonkin verran tutkimuksia. Esimerkiksi vuonna 2011 on valmistunut useita opinnäytetöitä liittyen kohtukuolemaan. Näissä kuitenkin keskitytään tukeen heti kohtukuoleman jälkeen. Laakko ja Grek-Suihkonen (2011) ovat tuottaneet ohjeen kohtukuoleman kohdanneiden per-

heiden kohtaamiseen ja tukemiseen. Pullinen (2011) on opinnäytetyössään kerännyt tietoa terveydenhoitajan tuesta kohtukuoleman kohdanneelle perheelle ja järjestänyt osana työtään oppitunnin aiheesta terveydenhoitajaopiskelijoille. Tikkanen, Grönroos ja Kuva Chaurand (2011) ovat tutkineet äitien kokemuksia kuolleen lapsen synnyttämisestä. Tutkimuksia, joissa käsitellään kohtukuoleman kokeneen raskaana olevan äidin tukemista, ei juuri ole. Tämän vuoksi halusimme tutkia kyseistä aihetta ja mahdollisesti löytää uusia näkökulmia ja keinoja tukemiseen. Haastattelemamme terveydenhoitajien mielestä opinnäytetyömme aihe on kiinnostava ja hyödyllinen terveydenhoitajan työssä.

Tiedonhankinta tulee tutkimusetiikan mukaan toteuttaa ihmisarvoa kunnioittaen. Tutkittavia tulee suojella tarpeettomilta haitoilta ja epämukavuudelta. Lisäksi yksi lähtökohta on tutkimukseen osallistuvien itsemääräämisoikeus. Tutkittavilla täytyy olla mahdollisuus päättää osallistumisestaan eli sen tulee olla aidosti vapaaehtoista ja heille on annettava mahdollisuus esittää kysymyksiä, kieltäytyä antamasta tietoa ja keskeyttää tutkimus. (Hirsjärvi ym. 2009, 25; Kankkunen - Vehviläinen-Julkunen 2009, 177.)

Pohdimme opinnäytetyön ideavaiheessa, keräämmekö tiedon tutkimukseen terveydenhoitajilta vai kohtukuoleman kokeneilta raskaana olevilta äideiltä perheineen. Päätimme aiheen arkaluontoisuuden takia haastatella terveydenhoitajia. Koimme, että kohtukuoleman kokeneen äidin haastattelu voisi aiheuttaa tarpeetonta haittaa hänelle ja hänen perheelleen.

Toimeksiantajan edustaja varoitti, että haastateltavia voi olla vaikea saada aiheen haastavuudesta johtuen. Hänen mukaansa terveydenhoitajilla voi olla ristiriitaisia tunteita kohtukuoleman kokeneen äidin tukemisesta. Havaitsimme varoituksen olleen aiheellinen, sillä haastateltavia oli hankala löytää. Sovimme haastattelut terveydenhoitajien aikataulujen mukaan ja haastattelut toteutettiin heille sopivissa paikoissa. Tällä pyrimme suojaamaan haastateltavia tarpeettomilta haitoilta. Epämukavuutta pyrimme vähentämään rauhallisella haastatteluympäristöllä ja kerroimme haastateltaville mahdollisuudesta keskeyttää nauhoitus missä vaiheessa tahansa.

Tutkimuksen eettisyyttä on epärehellisyyden välttäminen kaikissa työn vaiheissa. Tutkija ei saa syyllistyä plagiointiin tai muun vilpin kuten tekaistujen

havaintojen esityksen harjoittamiseen. Lisäksi raportoinnin tulee olla huolellista ja selkeää, tuoden myös puutteet esille. (Hirsjärvi ym. 2009, 26.) Opinnäytetyössämme olemme pyrkineet huolellisesti perustamaan kaikki analyysin havainnot lähdeaineistoon. Liitteet 5 ja 6 kuvaavat analyysiprosessia, joista voi nähdä pelkistetyt ilmaukset. Nämä olemme tehneet tarkasti lähdeaineistoa mukaillen.

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus liittyy tutkijaan, aineiston laatuun, analyysiin ja tulosten esittämiseen. Laadullisen tutkimuksen tulee olla uskottava ja siirrettävä. (Kankkunen - Vehviläinen-Julkunen 2009, 160; Latvala - Vanhanen-Nuutinen 2003, 36.) Opinnäytetyöllämme on kolme tekijää, joka lisää luotettavuutta. Näkökulmamme asioihin on erilainen; yksi oivaltaa sellaista, mitä muut eivät ole huomanneet. Opinnäytetyömme luotettavuutta lisää myös selkeä yhteys aineiston ja tulosten välillä, joka on nähtävissä liitteissä 5 ja 6 sekä suorissa lainauksissa.

Uskottavuus pohjautuu hyvään tieteelliseen käytäntöön. Tämä tarkoittaa, että tutkija noudattaa tieteen toimintatapoja, on huolellinen ja tarkka niin tutkimusprosessissa kuin tulosten esittämisessä, arvostaa muiden tutkijoiden työtä, on rehellinen omien tulosten esittämisessä sekä kunnioittaa tieteen avoimuuden ja kontrolloitavuuden periaatteita. (Tuomi – Sarajärvi 2004, 129–130.) Uskottavuus syntyy, kun tulokset ovat kuvattu selkeästi sekä analyysi selostettu mahdollisimman tarkasti. Lukijan tulisi ymmärtää, miten analyysi on tehty ja mitkä ovat sen vahvuudet ja rajoitukset. Lisäksi tärkeää on, kuinka hyvin tutkijan muodostamat kategoriat ja luokitukset kattavat aineiston. (Kankkunen - Vehviläinen-Julkunen 2009, 160.)

Olemme käyttäneet sekä induktiivista että deduktiivista sisällönanalyysiä, joka loi haasteita analyysiprosessiin. Jouduimme useaan otteeseen tarkastamaan kyseisten menetelmien periaatteet, jotta ne eivät olisi sekoittuneet keskenään. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin kategoriointi oli vaikeaa, sillä nimeämiseen vaadittiin ennalta määrätty käsite. Opinnäytetyömme uskottavuuden heikoin kohta onkin kehitysehdotusten aineistolähtöinen analyysi.

Siirrettävyys edellyttää, että tutkimuskonteksti on kuvattu huolellisesti eli osallistujien valinta ja taustat on selitetty sekä aineiston keruu ja analyysi on seikkaperäisesti selostettu. Toisen tutkijan tulisi halutessaan kyetä seuraamaan

prosessia. Tutkimuksen tulokset eivät tulisi olla sattumanvaraiset. (Hirsjärvi ym. 2009, 231; Kankkunen - Vehviläinen-Julkunen 2009, 160.) Raportin olemme pyrkineet kirjoittamaan huolellisesti ja yksityiskohtaisesti, jotta siirrettävyys toteutuisi.

6.3 Opinnäytetyöprosessin pohdinta ja jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyöprosessimme kesti idean kehkeytymisestä valmiiseen työhön kaksi vuotta. Kun aloimme ideoida opinnäytetyötämme, tuleva koitos tuntui mahdottomalta tehtävältä. Prosessin edetessä pidemmälle epätoivo vaihtui ymmärrykseen. Pohtiessamme opinnäytetyöprosessia, tajusimme sen antaneen meille paljon eväitä terveydenhoitajan ammattiin. Tarkastelemme seuraavassa omaa ammatillista kasvua opinnäytetyöprosessin aikana terveydenhoitajan kompetensseihin peilaten.

Opinnäytetyöprosessin aikana kehityimme eettisessä toiminnassa. Huomasimme, kuinka paljon tutkimuksen tekeminen vaatii eettisten kysymysten pohdintaa. Kohdatessamme eettisiä ongelmia pyrimme ratkaisemaan ne terveydenhoitajatyön ja tutkimustyön periaatteita noudattaen. Pyrimme myös aina asettamaan itsemme toisen asemaan, esimerkiksi haastateltavan, ja pohtimaan, kuinka haluaisimme itseämme kohdeltavan. Eettinen näkökulma kulki mukana koko prosessin ajan ja tulevana terveydenhoitajina kunnioitamme tätä periaatetta myös työelämässä.

Opinnäytetyömme tekeminen on syventänyt tietämystämme terveydenhoitajan toiminnan lähtökohdista ja työmenetelmistä. Opinnäytetyöprosessin aikana olemme saaneet lisää tietoa äitiysneuvolatoimintaa ohjaavista valtakunnallisista suosituksista ja ohjeistuksista. Lisäksi olemme paneutuneet asiakaslähtöisiin työmenetelmiin, erityisesti terveydenhoitajan sosiaaliseen tukeen. Terveyden edistämisen työmenetelmänä esiin nousi myös asiakkaiden ohjaus vertaistuen piiriin, jonka myötä olemme ymmärtäneet paremmin erilaisten järjestöjen ja muiden yhteistyötahojen merkityksen. Uutena asiana törmäsimme vuorovaikutushoitoon, jota voimme hyödyntää tulevassa ammatissamme.

Yhteiskunnalliseen ja monikulttuuriseen terveydenhoitotyöhön kuuluu tiedottaa terveyteen sekä hyvinvointiin vaikuttavista asioista päätöksentekijöille

(Terveystieteiden tutkimuskeskus 2008). Opinnäytetyömme on antanut meille varmuutta esiintyjänä. Opinnäytetyöseminaareissa ja ryhmäohjaustilanteissa harjaannutaan kertomaan omasta työstä sekä vastaanottamaan ja antamaan rakentavaa palautetta. Olemme oppineet esittämään ja perustelemaan näkökannamme ajankohtaiseen sekä tutkittuun tietoon pohjaten.

Opinnäytetyöprosessin aikana olemme sisäistäneet tutkimustyön perusteet, erityisesti kvalitatiivisen tutkimuksen. Terveystietäjätöön kuuluu itsensä kehittäminen uuden tutkitun tiedon avulla sekä osallistuminen projektityöhön. Opinnäytetyön tekeminen antaa valmiuksia näihin molempiin tehtäviin. Kehityimme huimasti tiedon etsijöinä ja lähteiden kriittisinä tarkastelijoina. Ennen kaikkea opimme vihdoin etsimään ja käyttämään ulkomaalaisia lähteitä.

Olemme harjaantuneet tekemään yhteistyötä eri tahojen kanssa. Opinnäytetyöprosessiin kuuluu yhteistyö ohjaavien opettajien, luokan, opponoiden ja opponoiden sekä toimeksiantajan kanssa. Opinnäytetyössämme keräsimme aineiston haastattelulla, joten opimme paljon yhteistyöstä haastatteluiden sopimisen ja niiden toteutuksen kautta. Yhteistyö kaikkien osapuolten kanssa on sujunut mutkattomasti. Ainoa ongelma oli löytää ne terveydenhoitajat, jotka olivat halukkaita osallistumaan haastatteluun. Teimme opinnäytetyön kolmesta, joten eniten yhteistyöstä opimme toisiltamme. Hiouduimme prosessin aikana toimivaksi tiimiksi ja opimme kunnioittamaan toistemme näkemyksiä sekä tekemään kompromisseja yhdessä.

Opinnäytetyömme on syventänyt tietoa lasta odottavan perheen terveydenhoitotyöstä. Olemme keränneet runsaasti tutkittua tietoa kohtukuolemasta. Tämän keräämämme tiedon avulla osaamme nyt ottaa paremmin huomioon erityistä tarkkailua ja tukea vaativat raskaana olevat äidit sekä ymmärtämään heidän erityistarpeensa. Opinnäytetyömme on auttanut meitä ymmärtämään konkreettisesti, kuinka traumaattiset tapahtumat seuraavat mukana läpi elämän. Terveystietäjä toimii tukipilarina näinä vaikeina hetkinä. Opinnäytetyöprosessi on antanut meille valmiuksia tukea asiakasta vaikeiden elämäntilanteiden ja tapahtumien yli.

Opinnäytetyöprosessin aikana esiin nousi kolme jatkotutkimusaihetta. Terveystietäjät kaipaavat Käpy ry:n tukipakettien kaltaista ohjeistusta nimenomaan kohtukuoleman kokeneen raskaana olevan äidin tukemiseen. En-

simmäinen jatkotutkimusaihe on ohjeistuksen laatiminen terveydenhoitajien apuvälineeksi kohtukuoleman kokeneen raskaana olevan äidin tukemiseen. Ohjeistukseen toivottiin erityisesti vanhempien toiveita tuesta. Tästä muotoutui samalla toinen jatkotutkimusaihe: kohtukuoleman kokeneiden vanhempien kokemukset ja toiveet terveydenhoitajan tuesta uudessa raskaudessa. Terveydenhoitajan tulee omata valmiudet monikulttuuriseen terveydenhoitotyöhön (Terveydenhoitajaliitto 2008). Monikulttuurisuuden ollessa tämän päivän haaste terveydenhuollossa, mieleemme nousi ajatus siitä, miten kohtukuolema nähdään eri kulttuureissa. Viimeisenä jatkotutkimusaiheena onkin kohtukuolema eri kulttuureissa ja se, kuinka tämä tulisi huomioida terveydenhoitotyössä.

LÄHTEET

- Aho, A.L. 2010. Isän suru lapsen kuoleman jälkeen. Tuki-interventio ja sen arviointi. Väitöskirja. Tampereen yliopisto: Tampere.
- Bendt, I. 1999. Kun pieni lapsi kuolee (toim. E. Saarinen). LK-kirjat: Helsinki.
- Cassiatore, J. – Schnebly, S. – Froen, J.F. 2008. The effects of social support on maternal anxiety and depression after stillbirth. *Health and Social Care in the Community* 2009; 17(2), 167-176.
- Ekström, L. - Leppämäki, P. - Söderström, W. - Vilén, M. 2008. Vuorovaikutuksellinen tukeminen. 3. painos. WSOY: Helsinki.
- Haarala, P. – Honkanen, H. – Mellin, O-K. – Tervaskanto-Mäentausta, T. 2008. Terveystietäjän osaaminen. Edita Prima: Helsinki.
- Heikkinen-Peltonen, R. - Innamaa, M. - Virta, M. 2009. Mieli ja terveys. Edita: Helsinki.
- Heiskanen, T. - Salonen, K. - Sassi, P. 2007. Mielenterveyden ensiapukirja. 2. painos. SMS-Tuotanto Oy: Helsinki.
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2008. Sylkkyyn! –vauvapsykiatrista, hoidollista ja psykoterapeuttista vauvaperhetyötä mahdollistamassa. Osoitteessa <http://www.hus.fi> 3.2.2008.
- Hirsjärvi, S. - Remes, P. - Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. painos. Tammi: Helsinki.
- Hughes, P.M. – Turton, P. – Evans, C.D.H. 1999. Stillbirth as risk factor for depression and anxiety in the subsequent pregnancy: cohort study. *BMJ* 1999; 318(7200), 1721-1724.
- International Stillbirth Alliance 2012. Research. Know the facts. Osoitteessa <http://www.stillbirthalliance.org> 4.7.2012.
- Juutilainen, K. 2010a. Vanhempien ja perheen psyykinen tukeminen kohtuvauvan menetyksen yhteydessä. Luento Lapin keskussairaalas- sa Rovaniemellä 2.9.2010.
- Juutilainen, K. 2010b. Menetystä seuraava raskaus - Kokemuksia perheiden hoidosta. Luento Lapin keskussairaalas- sa Rovaniemellä 2.9.2010.
- Kankkunen, P. - Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. WSOY: Helsinki.
- Kiiltomäki, A. 2007. Surevan tukeminen. –Teoksessa Tässä ja nyt. Sairaanhoidtaja tekee kriisityötä (toim. A. Kiiltomäki ja P. Muma), 81–91. Sairaanhoidtajaliitto: Helsinki.
- Kohtukuolema –vertaistukisivusto 2011. Kohtukuolema. Osoitteessa <http://www.kohtukuolema.fi/default/www/etusivu/> 20.10.2011.

- Kurki, T. – Nuutila, M. 1999. Kuolleen sikiön synnyttäminen. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 1999 vol 115(9), 1042–1044.
- Kumpusalo, E. 1991. Sosiaalinen tuki, huolenpito ja terveys. Sosiaali- ja terveyshallituksen raportteja 8/1991. Valtion painatuskeskus: Helsinki.
- Kuorilehto, R – Paasivaara, L. 2008. Voimavarainen terveydenhoitaja lapsiperheiden tukena. Tutkiva hoitotyö 3/2008, 11–17.
- Kyngäs, H. – Vanhanen, L. 1999. Sisällönanalyysi. Hoitotiede 1/1999, 3-13.
- Käpy ry. 2012a. Tukipaketti perinataalikuolemasta. Osoitteessa <http://www.kapy.fi/index.php?page=tukipaketti-perinataalikuolemasta> 6.7.2012.
- Käpy ry. 2012b. Tukipaketti uuteen raskauteen. Osoitteessa <http://www.kapy.fi/index.php?page=tukipaketti-uuteen-raskauteen> 6.7.2012.
- Kääriäinen, M. 2008. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. Tutkiva hoitotyö 4/2008, 10–15.
- Laakko, J. – Grek-Suihkonen, M. 2011. Enkeliksi syntynyt: Ohje kohtukuoleman kohdanneiden perheiden kohtaamiseen ja tukemiseen. Opinnäytetyö. Mikkelin ammattikorkeakoulu. Osoitteessa <https://publications.theseus.fi/handle/10024/38496>.
- Latvala, E. - Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. - Teoksessa Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä (toim. S. Janhonen ja M. Nikkonen), 21-43. WSOY: Helsinki.
- Lindholm, M. 2007. Äitiysneuvola. Äitiysneuvolatyön järjestelmä. – Teoksessa Neuvolatyön käsikirja (toim. A. Armanto ja P. Koistinen), 33–38. Tammi: Helsinki.
- Mikkola, L. 2006. Tuen merkitykset potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksessa. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto: Jyväskylä.
- Paananen, U.K. – Pietiläinen, S. – Raussi-Lehto, E. – Väyrynen P.– Äimälä A.-M. (toim.) 2006. Kätilötyö. Edita: Helsinki.
- Pullinen, M. 2011. "Ei annettu elää pienen ihmisen, sydän pieni hiipunut on..." Terveystoimittaja kohtukuoleman kohdanneen perheen tukena. Opinnäytetyö. Saimaan ammattikorkeakoulu. Osoitteessa <http://publications.theseus.fi/handle/10024/34994>.
- Robson, S.J. – Leader, L.R. – Dear, K.B.G. – Bennett, M.J. 2009. Women's expectations of management in their next pregnancy after an unexplained stillbirth: An Internet-based empirical study. Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology 2009; 49, 642-646.

- Rutanen, E.-M. – Ylikorkala, O. 1998. Raskaus ja synnytys Suomessa – onko valtakunnassa kaikki hyvin? Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 1998 vol 114(21), 2209.
- Ryttyläinen, K. – Vehviläinen-Julkunen, K. – Pietilä, A.-M. 2007. Äitiyshuolto tulevaisuudessa – naisten näkemykset. Tutkiva hoitotyö 2/2007, 22–28.
- Savonlahti, E. 2010. Kohtuvauvan kuolema ja uusi raskaus menetyksen jälkeen. Luento Lapin keskussairaalassa Rovaniemellä 2.9.2010.
- Savonlahti, E. – Juutilainen, K. 2007. Erityistilanteet ja niissä tukeminen. Kohtuvauvan tai vastasyntyneen vauvan kuoleman aiheuttama menetys perheessä. – Teoksessa Neuvolatyön käsikirja (toim. A. Armanto ja P. Koistinen), 340–344. Tammi: Helsinki.
- Tarkka, M.-T. 1996. Äitiys ja sosiaalinen tuki. Ensisynnyttäjän selviytyminen äitiyden varhaisvaiheessa. Väitöskirja. Tampereen yliopisto: Tampere.
- Terveystieteiden tutkimuskeskus 2008. Terveystieteen ammattilaisen osaamisen tunnistaminen. Osoitteessa http://www.terveydenhoitajaliitto.fi/easydata/customers/sthl/files/liitteet/TH_am_os_tunnistami_6_10.pdf 3.10.2008.
- Terveystieteiden tutkimuskeskus 2011. Terveystieteen ammattilainen. Osoitteessa http://www.terveydenhoitajaliitto.fi/fi/sthl_ry/terveydenhoitaja 12.10.2011.
- Terveystieteiden tutkimuskeskus 2011. Tilastot ja rekisterit. Synnytykset ja vastasyntyneet. Kuolleisuustilastot vuodesta 1950 lähtien. Osoitteessa <http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/lisaantyminen/synnyttajat/index.htm> 12.10.2011
- Tikkanen, V. – Grönroos, J. – Kuva Chaurand, V. 2011. ”Yksi elämäni surullisimmista, mutta kauneimmista hetkistä” - Äitien kokemuksia kuolleen lapsen synnyttämisestä. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Osoitteessa <http://publications.theseus.fi/handle/10024/40364>.
- Tuomi, J. – Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi: Helsinki.
- Uutela, A. 1998. Sosiaalinen tuki ja terveys. – Teoksessa Sosiaalinen vuorovaikutus (toim. A.R. Lahikainen ja A.-M. Pirttilä-Backman), 208–221. Otava: Helsinki.
- Vahtera, J. 1993. Työn hallinta, sosiaalinen tuki ja terveys. Työ ja ihminen. Työympäristötutkimuksen aikakauskirja 1/93. Turun yliopisto: Turku.
- Vahtera, J. – Uutela, A. 1994. Sosiaaliset verkostot ja sosiaalinen tuki terveysresursseina. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 1994 vol 110(11), 1054.

- Väisänen, L. 1996. Family grief and recovery process when a baby dies. A qualitative study of family grief and healing processes after fetal or baby loss. Väitöskirja. Oulun yliopisto: Oulu.
- Väisänen, L. 1999. Lapsen menetys. Perheen suru ja toipuminen. Kirjapaja Oy: Helsinki.
- Väisänen, L. 2000. Kuolleena syntynyt lapsi. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2000 vol 116(14), 1507-1512.
- World Health Organization 2011. Sexual and reproductive health. Stillbirths. Osoitteessa <http://www.who.int> 14.4.2011.

LIITTEET

Toimeksiantosopimus	Liite 1
Tutkimuslupahakemus	Liite 2
Tutkimuslupa	Liite 3
Teemahaastattelurunko	Liite 4
Sosiaalisen tuen analysointiprosessi deduktiivisella sisällönanalyysillä	Liite 5
Kehitysehdotusten analysointiprosessi induktiivisella sisällönanalyysillä	Liite 6

TOIMEKSIANTOSOPIMUS

Toimeksi- antaja	Nimi (esim. yritys) <i>Rovaniemen kaupunki</i>	
	Yhteystiedot (yhteyshenkilö, puhelin, sähköposti) <i>Kaisa Kumpulainen 0400 694 772</i>	
Tekijä	Työn aihe <i>terveydenhoitajan antama tuki kotitukideman kokoneelle uudelleen raskaana olevalle äidille</i>	
	Nimi <i>Hidi Uusitalo, Anu Vaarala, Maija-Leena Rahto</i>	Opiskelijanumero <i>0800935, 0800920, 0800927</i>
		Postinumero <i>96300</i>
		Postitoimipaikka <i>Rovaniemi</i>
	Sähköpostiosoite <i>Maija-Leena.rahto@edu.ramk.fi</i>	
	Koulutusala ja -ohjelma <i>hoitotyö, terveydenhoitaja</i>	Ryhmätunnus <i>702#08</i>
Ohjaaja	Nimi <i>Aila Niskala</i>	Oppiarvo ja tehtävänimike
	Toimipaikka ja osoite <i>Ramk, Porokatu</i>	
	Puhelin	Sähköpostiosoite <i>aila.niskala@ramk.fi</i>
Toimeksiantosopimuksen ehdot		
Ohjaus	Ohjaava opettaja valvoo työtä ammattikorkeakoulun puolesta ja antaa työn edellyttämiä ohjeita ja neuvoja. Ammattikorkeakoulu ja opettaja eivät ole konsulttivastuussa työstä.	
Dokumen- tointi	Ammattikorkeakoulun opinnäytetyöraportit ovat julkisia. Työstä laaditaan ammattikorkeakoulun opinnäyteohjeen mukainen kirjallinen esitys, josta toimitetaan yksi kansitettu kappale ammattikorkeakoulun kirjastoon tai julkaistaan sähköisessä muodossa Theseus-verkkokirjastossa. Työ arkistoidaan oppilaitoksella sekä tulostettuna että sähköisessä muodossa.	
	Työ on vapaasti lainattavissa ammattikorkeakoulun kirjastossa.	<input type="checkbox"/>
Omistus- ja käyttö- oikeudet	Työn tulokset ja tekijänoikeudet ovat toimeksiantajan omaisuutta. Oppilaitoksella on oikeus hyödyntää työn tuloksia opetuksessa.	<input type="checkbox"/>
Lisäksi sovitaan		<input type="checkbox"/>
Salassapito	Ohjaavilla opettajilla ja opinnäytetyön tekijöillä on salassapitovelvollisuus työn aikana esille tulleisiin luottamuksellisiin asioihin. Toimeksiantajan tulee tarkistaa, että julkaistava opinnäytetyö ei sisällä salassa pidettävää aineistoa.	
	Tätä sopimusta on laadittu kolme (3) samansisältöistä kappaletta, yksi (1) kullekin sopimuksen osapuolelle. Sopimus perustuu ammattikorkeakoulun hyväksymään tutkimus-/työsuunnitelmaan ja se astuu voimaan allekirjoitushetkellä.	

	Palkka ja päivämäärä	Allekirjoitus
Toimeksiantaja	<i>Rovaniemi 6.4.11</i>	<i>Kaisa Kumpulainen</i>
Tekijä	<i>Rovaniemi 12.11.2011</i>	<i>Anu Vaarala, Hidi Uusitalo, Maija-Leena Rahto</i>
Ohjaaja	<i>Rovaniemi 11.11.2011</i>	<i>Aila Niskala</i>



TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

Toimeksiantaja	Nimi Rovaniemen KAUPUNKI	
	Yhteyshenkilö, puhelin ja sähköposti Kaisa Kilpeläinen 0400-694772	
Tekijä	Työn aihe Käytännön terveydenhoitaja kohtukuoleman kokeneen raskaana olevan äidin sosiaalisena tukijana	
	Nimi Anu Vaarala Maija-Leena Rahko	Opiskelijanumero 0800920 0800927
	Postinumero 96190 96300	Postitoimipaikka Rovaniemi
	Sähköpostiosoite anu.vaarala@edu.ramk.fi maija.leena.rahko@edu.ramk.fi	Ryhmätunnus 702T08
Tekijä	Koulutusala ja -ohjelma Hoitotyö, terveydenhoitaja	
Ohjaaja	Nimi Heidi Uusitalo	Opiskelijanumero 0800935
	Postinumero 96400	Postitoimipaikka Rovaniemi
	Sähköpostiosoite heidi.uusitalo@edu.ramk.fi	Opiskelijanumero ryhmätunnus 702T08
	Koulutusala ja -ohjelma Hoitotyö, terveydenhoitaja	Opinnoista ja tehtävännimike TAT, KT YLIOPIETTAJA
Päiväys ja allekirjoitukset	Nimi Raisa Seppänen	Opinnoista ja tehtävännimike TAT, KT YLIOPIETTAJA
	Toimipaikka ja osoite RAMK, TERVEYS-JALAKUNTA	Postiosoite POK. 35 96400 ROVANIEMI
	Puhelin 020 798 5648	Sähköpostiosoite raisa.seppanen@ramk.fi
Päiväys ja allekirjoitukset	Paikka ja päivämäärä	Allekirjoitus
Tekijä	Rovaniemi 11.12.2011	Anu Vaarala
Tekijä	Rovaniemi 11.12.2011	Heidi Uusitalo
Tutkimussuunnitelma hyväksytty	Rovaniemi 15.12.2011	Raisa Seppänen (nimenselvitys) yliopettaja

Liitteenä tutkimus-/ työsuunnitelma

Rovaniemen ammattikorkeakoulu
Jokiväylä 13, 96300 ROVANIEMI
puh.020 798 4000 (vaihte), faksi 020 798 5499

www.ramk.fi

 **Rovaniemi**
Terveyspalvelukeskus
Palvelupäällikkö
Miia Palo

Viranhaltijapäätös

27.1.2012/2 §

Dno KAUPKIRJ: 2916 /2011

Tutkimuslupa/Maija-Leena Rahko, Heidi Uusitalo ja Anu Vaarala

Asia Rovaniemen ammattikorkeakoulun terveydenhoitajaopiskelijat Maija-Leena Rahko, Heidi Uusitalo ja Anu Vaarala anovat tutkimuslupaa opinnäytetyölleen, jonka aiheena on äitiysneuvolan terveydenhoitaja kohtukuoleman kokeneen raskaana olevan äidin sosiaalisena tukijana.

Tutkimuksen tavoitteena on selvittää kokevatko terveydenhoitajat kohtukuoleman kokeneen äidin sosiaalisessa tukemisessa olevan kehitettävää. Tavoitteena on myös tuoda tietoa terveydenhoitajille ja terveydenhoitajaopiskelijoille kohtukuoleman kokeen raskaana olevan äidin tukemisesta.

Tutkimusaineisto kerätään Rovaniemen kaupungin äitiysneuvolassa työskentelevien terveydenhoitajien haastatteluilla.

Päätös Myönnetään tutkimusluvan Maija-Leena Rahkolle, Heidi Uusitalolle ja Anu Vaaralalle.

Tutkimuksessa on noudatettava henkilötietolain ja julkisuuslain säännöksiä.

Tutkimuksesta tulee toimittaa yksi kappale Rovaniemen kaupungin terveystalokeskuksen käyttöön ja se lähetetään osoitteeseen Rovaniemen kaupunki, Terveystalokeskus, PL 8216, 96101 Rovaniemi.

Allekirjoitus


Miia Palo
Palvelupäällikkö

Toimeenpano

Rahko Maija-Leena, Uusitalo Heidi, Vaarala Anu, Kukkola Lempi,
Laurila Tarja

Muutoksenhakuosoitus

Päätökseen tyytymätön voi tehdä kirjallisen oikaisuvaatimuksen. Oikaisuvaatimus on tehtävä 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista. Asianosaisen katsotaan saaneen päätöksensä tiedon, jollei muuta näytetä, seitsemän (7) päivän kuluessa kirjeen lähettämisestä. Kunnan jäsenen katsotaan saaneen tiedon päätöksestä, kun päätös on asetettu yleisesti nähtäväksi.

Valitusviranomainen

Rovaniemen kaupunki
Sosiaali- ja terveystalokeskusten johtokunta
Postiosoite: PL 8216, 96101 Rovaniemi
Käyntiosoite: Rovakatu 2

Teemahaastattelurunko

1. Esitiedot

- Kauan olet toiminut äitiys- ja lastenneuvolan terveydenhoitajana?
- Onko kokemuksia kohtukuoleman kokeneesta äidistä?
 - Onko asiakkaana ollut äiti, joka on meneillään olevan raskauden aikana menettänyt vauvan kohtuun?
 - Onko asiakkaana ollut raskaana olevaa äitiä, joka on kokenut kohtukuoleman?

2. Terveydenhoitaja sosiaalisena tukijana

- Miten olet sosiaalisesti tukenut/ miten voisit sosiaalisesti tukea kohtukuoleman kokenutta uudelleen raskaana olevaa äitiä?
- Lisäkysymykset sosiaalisen tuen muotojen pohjalta:
 - Millaista konkreettista apua olet antanut? (esim. lisätutkimukset, ylimääräisen ajan varaaminen käynnille)
 - Millaista emotionaalista tukea olet antanut? (esim. empatia, kuunteleminen)
 - Millaista tietotukea olet antanut? (esim. ohjeet, neuvot, opastus, tiedon antaminen)
 - Millaista päätöksenteon tukea olet antanut? (esim. vahvistaminen, palaute)

3. Kehitettävää

- Onko sinulla tarpeeksi tietoa ja taitoa kohtukuoleman kokeneen uudelleen raskaana olevan äidin tukemiseen?
 - Millaista tietoa ja taitoa tarvitsisit lisää?
- Onko työnantajalta tai työpaikalta saatavissa tietoa/toimintamalleja kyseiseen aiheeseen liittyen? Millaista?
- Miten saat tukea kohtukuoleman kokeneen uudelleen odottajan tukemiseen kollegoilta ja työnantajalta?
 - Millaista tukea kollegoilta ja työnantajalta kaipaisit?
- Miten omasta mielestäsi olet onnistunut tukemaan kohtukuoleman kokenutta uudelleen raskaana olevaa äitiä?
- Oletko saanut odottavalta perheeltä palautetta tuestasi? Millaista?

Liite 5

Sosiaalisen tuen analysointiprosessi deduktiivisella sisällönanalyysillä

Terveydenhoitajan emotionaalinen tuki kohtukuoleman kokeneelle raskaana olevalle äidille	
<ul style="list-style-type: none"> • Vierellä kulkeminen • Sympatia • Ihminen ihmiselle • Empaattisuus • Äidin tilanteen ymmärtäminen 	Empatia
<ul style="list-style-type: none"> • Äidin mielipiteen kunnioittaminen • Äidin kokemusten kunnioittaminen • Ajan ja tilan antaminen • Ei tuputeta omia mielipiteitä • Ei väheksytä äidin kokemuksia • Mitä äiti haluaa neuvolakäynneiltä ja millä konsteilla 	Kunnioitus
<ul style="list-style-type: none"> • Ollaan tavoitettavissa • Uuteen raskauteen liittyvien pelkojen läpikäyminen • Äiti ei ole yksin murheineen 	Turvallisuuden tunteen huomioiminen
<ul style="list-style-type: none"> • Kuunteleminen • Äidille mahdollisuus puhua kyllästymiseen asti • Uuden raskauden herättämät tunteet 	Kuunteleminen
<ul style="list-style-type: none"> • Keskustelu • Asian läpikäyminen • Otetaan puheeksi • Ei vaieta • Puhutaan äidille tärkeistä asioista • Pystyykö äiti keskustelemaan puolison kanssa • Auttaminen menneisyyden hyväksymiseen 	Puheeksi ottaminen
<ul style="list-style-type: none"> • Henkinen tuki • Haluttaessa uskon näkökulmasta keskustelu 	Usko
<ul style="list-style-type: none"> • Luottamuksellinen suhde • Avoin keskustelu 	Luottamus

Terveydenhoitajan konkreettinen apu kohtukuoleman kokeneelle raskaana olevalle äidille	
<ul style="list-style-type: none"> • Puhelimen tavoitettavissa • Aina aikaa ylimääräisille käynneille • Tihennetyt käynnit • Ylimääräiset käynnit raskaushetkellä, jolloin edellinen raskaus päättyi kohtukuolemaan • Ylimääräinen kotikäynti ennen synnytystä 	Ajan käyttäminen toisen hyväksi
<ul style="list-style-type: none"> • Sydänäänien kuuntelu • Ultrat ja muut seurannat • 80-90-luvulla ei ollut näin hyvin seurantalaitteita 	Seurantalaitteet
<ul style="list-style-type: none"> • Tihennetyt käynnit äitipoliklinikalla • Ylimääräiset käynnit äitipoliklinikalla 	Äitipoliklinikka

Terveydenhoitajan tietotuki kohtukuoleman kokeneelle raskaana olevalle äidille	
<ul style="list-style-type: none"> • Mielikuvien avulla tuetaan kiintymystä kohtuvauvaan • Tulevaisuuden suunnittelulla tuetaan kiintymystä kohtukuolemaan 	Harjoitukset
<ul style="list-style-type: none"> • Terveydenhoitaja ottanut selvää asioista, joita myöhemmin käsitelty äidin kanssa • Annetaan riittävästi tietoa päätöksen tekemiseen • Terveydenhoitajan osaamisen ja tietojen jakaminen • Pelkällä tiedon määrällä ei ihmistä auteta 	Tiedon antaminen
<ul style="list-style-type: none"> • Ohjaus Käpy ry:een • Tieto vertaistuesta esim. internet, nettikeskustelupalstat • 80–90-luvulla oli vain vähän verkostoja minne ohjata, verrattuna nykypäivään 	Opastus

Terveydenhoitajan päätöksenteon tuki kohtukuoleman kokeneelle raskaana olevalle äidille	
<ul style="list-style-type: none"> • Terveydenhoitajan omalla eettisellä kannalla ei merkitystä • Terveydenhoitaja ei ole tuomari tai sormelä osoittaja • Terveydenhoitajan tulee olla tukena, vaikka äidin teot olisivat vahingoksi kohtuvauvalle 	Sosiaalinen tasavertaisuus
<ul style="list-style-type: none"> • Puolletaan päätöksiä • Vanhemmat itse tekevät päätökset • Tuetaan päätöksessä ja siitä ylipääsemisessä • Terveydenhoitaja ei voi tehdä päätöstä kenenkään puolesta • Annetaan riittävästi tietoa päätöksentekoon • Tuetaan mihin tutkimuksiin hakeutuu • Tuetaan minkä päätöksen tutkimusten perusteella tekee 	Vahvistus

Liite 6

Kehitysehdotusten analysointiprosessi induktiivisella sisällönanalyysillä

Kehitettävää koulutuksessa ja ammatillisessa osaamisessa		
PELKISTETTY ILMAISU	ALAKATEGORIA	YLAKATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> • Koulussa puhuttiin vähän kohtukuolemasta, mutta ei käsitelty miten tukea kohtukuoleman kokenutta äitiä • Koulussa puhuttiin yleisesti kuolemasta • Koulussa hieman sivuttiin aihetta • Olisi hyvä käsitellä kohtukuolemaa enemmän jo koulussa 	Terveystenhoitaja opinnot	Koulutus ja ammatillinen osaaminen
<ul style="list-style-type: none"> • Koulutusta voisi olla lisää • Tarvis koulutusta ja tukea • Koulutukset yleensä vain vakituisille työntekijöille 	Koulutukset	
<ul style="list-style-type: none"> • Ei koskaan tarpeeksi tietoa ja taitoja • Tärkeää ja helpottavaa, kun on tietoa aiheesta • Ei tietoa aiheesta "tyhjät taskut" • Tarvis lisää faktatietoa 	Tietämys kohtukuolemasta	

Kehitettävää työyhteisön tuessa		
PELKISTETTY ILMAISU	ALAKATEGORIA	YLAKATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> • Keskustelu kollegoiden kanssa, ettei jää yksin miettimään asiaa • Muiden terveydenhoitajien kanssa keskustelu • Lääkärin kanssa keskustelu • Kollegiaalinen tuki tärkeää • Esimiehen tuki tärkeää • Kollegiaalista tukea sai, kun sitä itse haki • Työkaverilta saa hyvin tukea, voi mennä kysymään 	Kollegiaalinen tuki	Työyhteisön tuki
<ul style="list-style-type: none"> • Kokouksissa voi kysyä • Viikoittaiset kokoukset voisi olla pitempiä, jotta ehtisi ottaa vaikeita asioita esille ja saada niihin tukea 	Kokoukset	

Kehitettävää ohjeistuksissa		
PELKISTETTY ILMAISU	ALAKATEGORIA	YLAKATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> • Ei tietoa, onko työpaikalla saatavissa tietoa/toimintamalleja • Ainoa ohjeistus työpaikalla on Käpy ry:n ohjepaketti • Kaivataan selkeää ohjetta kohtukuoleman kokeneen raskaana olevan äidin tukemiseen • Kaivataan ohjetta kohtukuoleman kokeneen raskaana olevan äidin henkiseen tukemiseen • Kaivataan tietoa, kuinka vanhemmat itse haluaisivat heitä tuettavan 	Toimintamallit ja ohjeet	Ohjeistukset