



**SAVONIA**

OPINNÄYTETYÖ - YLEMPI AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO  
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

# KIPEIMMÄN SURUN KÄÄN- TÖPUOLI

Voiko oman lapsen kuolemasta koskaan selvitä?

TEKIJÄ:

Hanna Kemppainen

|   |                            |
|---|----------------------------|
| Koulutusala<br>Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala  |                            |
| Tutkinto-ohjelma<br>Ensihoidon johtamisen tutkinto-ohjelma  |                            |
| Työn tekijä(t)<br>Hanna Kemppainen  |                            |
| Työn nimi<br>Kipeimmän surun käänttöpuoli- Voiko oman lapsen kuolemasta koskaan selvitä?  |                            |
| Päiväys<br>19.4.2021  | Sivumäärä/Liitteet<br>40/1 |
| Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t)<br>Savonia ammattikorkeakoulu   |                            |
| Tiivistelmä<br><p>Suomessa alle 18-vuotiaana kuolleiden määrä on puolittunut viimeisen 20 vuoden aikana ja nykyisin lapsikuolemat ovat hyvin harvinaisia maassamme. Siitä huolimatta vuonna 2016 kuoli 103 alle vuoden ikäistä lasta, mikä oli seitsemän lasta enemmän kuin edellisenä vuonna.</p> <p>Pelastustehtäviä työkseen tekevä ensihoito- ja pelastushenkilöstö altistuu työssään usein stressaaville sekä odottamattomille tilanteille. Työuransa aikana moni altistuu traumaattisille kokemuksille, joilla voi olla kauaskantoisia seurauksia. Joskus ensihoitaja joutuu kohtaamaan kuoleman hyvin henkilökohtaisesti, joskus jopa omaisena.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata yhden terveydenhuollon ammattilaisen, eli opinnäytetyön tekijän, kokemuksia oman lapsen menettämisestä ja siitä seuranneista selviytymisen vaiheista. Tavoitteena oli tuottaa podcast aiheesta ja sitä kautta lisätä tietoisuutta aiheesta sekä antaa työkaluja selviytymiseen kaikille lapsensa menettäneille vanhemmille.</p> <p>Opinnäytetyön menetelmänä käytin kuvailevaa tapaustutkimusta, sillä tutkimuksen kohteena oli yksi tapaus, josta haluttiin syvällinen ymmärrys. Opinnäytetyön tuloksena nauhoitin ja julkaisin 30 minuutin pituisen podcast-jakson, jossa kerroin kokemuksistani "minun tarinani"-muodossa. Podcast on kuunneltavissa: <a href="https://soundcloud.com/herrareippailija/minun-tarinani-voiko-oman-lapsen-kuolemasta-koskaan-selvita-ensihoitaja-hanna-kemppainen/s-Gzw1dXwm20A">https://soundcloud.com/herrareippailija/minun-tarinani-voiko-oman-lapsen-kuolemasta-koskaan-selvita-ensihoitaja-hanna-kemppainen/s-Gzw1dXwm20A</a></p> <p>Lisäksi työn teoriaosassa on otteita omista kokemuksistani päiväkirjanomaisessa muodossa.</p> <p>Opinnäytetyötä voidaan hyödyntää tulevaisuudessa käyttämällä sitä vertaistuen välineenä. Jatkokehitysideana nousi esille tarinan mahdollinen muuttaminen dokumentti- muotoon.</p> |                            |
| Avainsanat<br>suru, ensihoito, lapsen kuolema   |                            |

|   |           |                  |
|---|-----------|------------------|
| Field of Study<br>Social Services, Health and Sports  |           |                  |
| Degree Programme<br>Master's Degree Programme in Emergency Care Management  |           |                  |
| Author(s)<br>Hanna Kemppainen   |           |                  |
| Title of Thesis<br>The Reverse Side of the Greatest Grief- Can you ever survive from the loss of a child?   |           |                  |
| Date  | 19.4.2021 | Pages/Appendices |
|   |           | 40/1             |
| Client Organisation /Partners<br>Savonia University of Applied Sciences   |           |                  |
| Abstract  |           |                  |
| <p>In Finland the amount of deaths among children under the age of eighteen has halved during the last twenty years and today the death of a child is very rare in our country. Despite this fact there were 103 children who died under the age of one year in 2016 which was seven children more than last year.</p> <p>Firefighters and paramedics are exposed to stressful and unexpected situations in their work. During their career many of these workers expose themselves to traumatic incidents which can cause long-term consequences. Sometimes a paramedic is forced to encounter death very personally, sometimes even as a family member.</p> <p>The purpose of this thesis was to describe a health care professional's experiences about losing their own child and their journey towards recovery. The goal was to create a podcast under this subject and through this increase the awareness of the matter and perhaps even give tools for other parents who struggle with the same situation. You can listen the podcast: <a href="https://soundcloud.com/herrareippailija/minun-tarinani-voiko-oman-lapsen-kuolemasta-koskaan-selvita-ensihoitaja-hanna-kemppainen/s-Gzw1dXwm20A">https://soundcloud.com/herrareippailija/minun-tarinani-voiko-oman-lapsen-kuolemasta-koskaan-selvita-ensihoitaja-hanna-kemppainen/s-Gzw1dXwm20A</a></p> <p>The method used in this thesis was descriptive case study because there was only one incident which needed to be understood better. As an outcome of the thesis, a podcast was recorded and published where the author's true story was told. In addition to this, there are citations in the thesis of the author's own experiences in a diary like form.</p> <p>In the future this thesis can be used as a tool of peer support or the story can be modified into the form of a documentary.</p> |           |                  |
| Keywords<br>grief, emergency medical service, child's death   |           |                  |



## SISÄLTÖ

|       |   |    |
|-------|---|----|
| 1     | JOHDANTO .....  | 6  |
| 2     | LAPSEN KUOLEMA JA SEN VÄLITTÖMÄT VAIKUTUKSET .....  | 8  |
| 3     | KRIISI, TRAUMAATTINEN KOKEMUS JA SURU .....   | 10 |
| 3.1   | Vaiheet .....   | 11 |
| 3.2   | Suru ja siitä toipuminen.....   | 13 |
| 3.3   | Vanhempien suru.....  | 16 |
| 4     | AMMATTILAISEN KOHTAAMA TRAUMAATTINEN KOKEMUS JA SURU .....                                | 20 |
| 4.1   | Lapsen kuoleman vaikutukset terveydenhuollon ammattilaiseen ja omaisten kohtaaminen ..... | 20 |
| 4.2   | Selviytymismekanismit auttamistyössä .....  | 25 |
| 5     | OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE .....  | 31 |
| 6     | OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS .....  | 32 |
| 6.1   | Suunnittelu.....  | 32 |
| 6.1.1 | Tapaustutkimus menetelmänä .....  | 32 |
| 6.1.2 | Podcast-nauhoitus.....  | 33 |
| 6.2   | Toteutus .....  | 33 |
| 7     | POHDINTA.....   | 34 |
| 7.1   | Opinnäytetyön prosessin ja tuotoksen arviointi .....                                      | 34 |
| 7.2   | Eettisyys ja luotettavuus.....  | 34 |
| 7.3   | Ammatillinen kasvu .....  | 35 |
| 7.4   | Hyödynnettävyys ja kehitysideat .....   | 36 |
| 8     | LÄHTEET .....   | 37 |
|       | LIITE 1: käsikirjoitus .....  | 40 |

## 1 JOHDANTO

Suomessa alle 18-vuotiaana kuolleiden määrä on puolittunut viimeisen 20 vuoden aikana ja nykyisin lapsikuolemat ovatkin hyvin harvinaisia maassamme. (Lahti 2020, 77) Siitä huolimatta vuonna 2016 kuoli 103 alle vuoden ikäistä lasta, mikä oli seitsemän lasta enemmän kuin edellisellä vuonna. Yleisimmät alle yksivuotiaiden kuolemasyynä olivat perinataalisyyt ja synnynnäiset epämuodostumat. Tartuntataudit sekä tapaturmat ja väkivalta ovat harvinaisia kuolemansyitä alle yksivuotiailla. Vuonna 2016 syntyi kuolleena 159 lasta, mikä oli 13 lasta vähemmän kuin edellisellä vuonna. Ensimmäisen elinvuoden aikana kuolleista lapsista yli puolet menehtyi ensimmäisen elinviikon aikana eli neonataalikaudella. Neonataalikauden jälkeisen kuolleisuuden tärkeimmät syyt ovat synnynnäiset epämuodostumat ja kätkykuolemat. 1-14-vuotiaana kuolleiden lasten määrä on viimeisten parinkymmenen vuoden aikana puolittunut. Erityisesti kuolemaan johtaneita tapaturmia kuten esimerkiksi liikenneonnettomuuksia ja hukkumisia tapahtuu lapsille aiempaa vähemmän. (Tilastokeskus 2016)

Lapsen äkillinen kuolema on vanhemmille erityisen raskas kokemus. Odottamattomia kuolintapoja voivat olla lapsen menehtyminen tapaturmaisesti, henkirikoksen uhrina, itsemurhan takia tai odottamattomasti raskauden tai synnytyksen aikana. Tällöin vanhempien trauma tai traumatisoituminen voi liittyä itse kuolintavan traagisuuteen tai kuoleman ennakoimattomuuteen. Kun kuolema tulee äkillisesti, ei vanhemmilla ole mahdollisuutta jättää jäähyväisiä eikä millään muillakaan tavoin valmistautua lapsen kuoleman aiheuttamaan suruun. Näissä tilanteissa vanhempien järkytys on syvä, suru erittäin intensiivistä ja avuntarve usein pitkäkestoista. (Lahti 2020, 82-83)

Ensihoito- ja pelastushenkilöstö altistuu työssään usein stressaaville sekä odottamattomille tilanteille. Työ voi olla äärimmäisen vaativaa niin psyykkisesti kuin fyysisestikin. Työuransa aikana moni altistuu traumaattisille kokemuksille, joilla voi olla kauaskantoisia seurauksia. Joskus ensihoitaja joutuu kohtaamaan kuoleman hyvin henkilökohtaisesti, joskus jopa omaisena. Tilanteet voivat tulla yllättäen tai ne voivat olla ennakoitavissa. Oli tilanne mikä hyvänsä, on se ahdistava ja jopa pelottava.

Kuolema ja sen kohtaaminen voivat pelottaa. Aiheeseen voi liittyä moninaisia tunteita sekä usein jopa yllättäviäkin reaktioita. Omaisten hätä voi olla käsin kosketeltavissa, jolloin oikeiden sanojen löytäminen ei ole helppoa kellekään. Ensihoitajan odotetaan selviytyvän näistä kaikista tilanteista ammatillisen roolinsa ansiosta, oikeastaan ensihoitajan odotetaan selviytyvän ihan kaikesta, mitä hänen eteensä suodaan.

Kuoleman ja surun käsitys ilmiönä on ajan saatossa hitaasti muuttunut. Eliniän pidentyminen ja lääketieteen kehitys ovat siirtäneet kuoleman suurelta osin vanhuuteen, jolloin suurin osa ihmisistä kokee kuoleman luonnollisena osana ihmisen elinkaarta. Samaan aikaan se kuitenkin kasvattaa kuolun asian ymmärtämisessä, että elämä ja kuolema kulkevat käsi kädessä ja ovat väistämättömiä asioita elämässä. Tämän myötä työikäisten, nuorten sekä lasten kuolemat tuntuvat entistä dramaattisimmilta ja ne aiheuttavat tilastollisen poikkeaman leiman-siitä huolimatta, että ihmisiä menehtyy edelleen kaikenikäisinä ja mitä erilaisimmissa olosuhteissa. Nykyihmisen suhteen suruun on esitetty olevan etäisempi ja hankalampi. Tämän voisi tulkita siten, että kiellettyä ja vaiettua on kuoleman sijaan suru. (Pulkkinen 2017, 16-19)

Opinnäytetyöni aihe valikoitui omakohtaisten kokemuksieni myötä. Työskentelen ensihoitajana ja jouduin kohtaamaan oman lapseni äkillisen ja tapaturmaisen kuoleman reilu vuosi sitten. Prosessoidessani tapahtunutta ja siitä seuranneita tunteita, minussa heräsi halu tutkia aihetta tarkemmin. Olen pohtinut tapahtumien myötä paljon kuolemaa ja sen kohtaamista. Reaktioita, joita minussa heräsi, on vaikeaa kuvata. Ensihoitaja joutuu pahimmillaan tasapainottelemaan ammatillisen ja oman roolin välimaastossa eikä kuulu oikein kummallekaan puolelle. Näin kävi minulle. Työ ensihoitajana on varmasti antanut työkaluja käsitellä tapahtunutta, mutta myös samalla hidastanut prosessin käsittelyä. Prosessin aikana pohdin, miten voisin hyödyntää kokemustani ja auttaa muita vastaavaisissa tilanteissa olevia, jotta menetykseni olisi merkityksellinen.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata yhden terveydenhuollon ammattilaisen kokemuksia oman lapsen menettämisestä ja siitä seuranneista selviytymisen vaiheista. Tavoitteena on tuottaa podcast aiheesta ja sitä kautta lisätä tietoisuutta aiheesta sekä antaa työkaluja selviytymiseen kaikille lapsensa menettäneille vanhemmille. Työn teoriaosassa on otteita omista kokemuksistani.

## 2 LAPSEN KUOLEMA JA SEN VÄLITTÖMÄT VAIKUTUKSET

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa kuoleman toteamisesta (27/2004) määritellään ihminen kuolleeksi silloin, kun kaikki hänen aivotoimintansa ovat pysyvästi loppuneet (STM 2004). Henkilö on virallisesti kuollut, kun lääkäri on sen todennut (Castren, Helveranta, Kinnunen, Korte, Laurila, Paakkonen, Pousi ja Väisänen 2012, 398). Sydämen sykkimisen lakattua ihminen voidaan todeta kuolleeksi joillakin seuraavista perusteista: toissijaiset kuolemanmerkit ovat ilmaantuneet tai elimistö on silpoutunut tai murskaantunut elinkelvottomaksi tai hengitys ja verenkierto ovat pysähtyneet, eikä verenkierto hoitotoimenpiteistä huolimatta käynnisty taikka hoitotoimenpiteisiin ei ryhdytä, koska ihmisellä olevan sairauden perusteella tiedetään, että hoitotoimenpiteistä ei ole hyötyä tai koska elvytystä ei ole voitu aloittaa riittävän ajoissa hengityksen ja verenkierron käynnistämiseksi. Kuolema voidaan todeta myös sydämen vielä sykkiessä. Tällöin edellytyksenä kuoleman toteamiselle sydämen vielä sykkiessä on, että aivoperäiset vasteet puuttuvat ja hengityskeskuksen toiminta on loppunut ja että aivotointojen loppumisen syy tai patofysiologinen mekanismi on selvitetty. (STM 2004.)

Välittömästi lapsen kuoleman jälkeen vanhempi on usein shokissa. Menetys on niin suuri, että sitä on vaikea vastaanottaa. Epäusko tapahtuneesta on hyvin voimakasta ja vanhempi voi yrittää kieltää sen tukahduttamalla tunteensa. (KÄPY 2014, 9.) Läheiset eivät tavallisesti kuvaa kuoleman kokemusta sokki-termin avulla vaan kokemuksia kuvataan mahdottomiksi käsittää, jopa tilaksi, jossa järkytys muistuttaa transsia tai unta (Pulkkinen, 2017, 116). Ingela Bendt kuvaa lapsen kuolemaa oma-kohtaisesti teoksessaan, *Kun pieni lapsi kuolee seuraavasti: "Riippumatta siitä, miten meidän lapsemme kuoli- olipa diagnoosi tai tapahtumaketju mikä tahansa- meille kaikille on yhteistä järkytys, suru ja tuska. Meillä on yhtäläisiä tarpeita saada apua ja tukea, jotta löytäisimme tien surun läpi. Pitkän tien, jota ympäröivä maailma harvoin kunnolla käsittää."* (Lahti 2020, 81). Lapsen kuolema on akuutti kriisi, joka uhkaa koko perheen tasapainoa ja perheeseen saattaa muodostua eristäytymisen ilmapiiri. Perherakenne muuttuu ja kuolleen lapsen tilalle muodostuu tyhjä aukko. (KÄPY 2014, 12.) Lahti (2020,81) lisää myös, että lapsen kuolema muuttaa perheen dynamiikkaa ja perheenjäsenten vuorovaikutussuhteita. Sisarukset saattavat menettää ainoan sisaruksensa tai vanhemmat ainoan lapsensa. Pahimmillaan perhe-elämä voi muuttua ilottomaksi ja raskaaksi, kun kuolleen lapsen muisto varjostaa yhdessäoloa.

Vaikka lapsen kuolemaan voi kukaan tuskin koskaan täysin varautua tai valmistautua, ehtivät vanhemmat edes jollain tasolla ennalta käsitellä tunteitaan ja ajatuksiaan, jos lapsi on vakavasti sairas ja hänen kuolemansa on siten ennakoitavissa. Tämä mahdollistaa vanhemmille lapsen hyvästelemisen sekä läsnäolon hänen kuolemansa koittaessa. Lapsen sairastuessa vakavasti esimerkiksi syöpään, sairaus sekä siihen liittyvä suru ja huoli saattavat hallita perheen elämää hyvinkin pitkäkestoisesti ja näissä tilanteissa perheet tarvitsisivat usein runsaasti sekä läheisten että ammattilaisten tukea. (Lahti 2020, 84.) Oman lapsen kuolemaa on mahdotonta kokonaisvaltaisesti käsittää, vaikka vanhempi olisi tullut työnsä ja elämäkokemuksensa kautta kuoleman kanssa hyvinkin tutuksi. Iholle ja lähelle tullut on jotakin, jota ei voi käsittää järeimmänkään tietotaidon tai kokemuksen turvin. (Pulkkinen 2017, 117.)



*Epäusko ja ne miljoonat ajatukset, jotka pääni sisällä kävivät nanosekunnin aikana. Tässä minä mökin portailla katson laiturille, jossa mieheni nostaa kuin hidastetussa filmissä poikaamme elottomana vedestä. Kaiken tuon ikuisuudelta tuntuvan ajan aikana ehdin miettiä monenlaisia ajatuksia. Ehdin jopa käsittää, että aurinko paistaa ja ilma on kaunis, ne eivät sovi tuohon hetkeen. Tunnen kuinka sydän hakkaa ja kuuma aalto kulkee kehon läpi. Samanaikaisesti tämän kaiken kanssa lähden juoksemaan rantaan. Korvissani kuuluu mieheni käskevä huuto; "soita hätäkeskukseen ja tule elvyttämään!". Juoksun aikana tuntuu, että ranta ei lähene millään, vaikka tiedän, että en koskaan aiemmin ole juossut niin kovaa. Juoksen henkeni edestä. Vaikka kyseessä ei olekaan oma henkeni, on se henki omaani arvokkaampi. En tunne kipua enkä hätää, en tunne mitään. Niiden aika tulisi myöhemmin.*

### 3 KRIISI, TRAUMAATTINEN KOKEMUS JA SURU

Ihmisen elämään kuuluvat muutokset ja menetykset. Kriisi tarkoittaa niin vaikeaa elämäntilannetta, että ihminen ei tiedä, miten siitä selviäisi. Kriisin aiheuttaa tavallisesti jokin äkillinen ja yllättävä tapahtuma, johon ei ole voinut varautua. Kriisissä oleva ihminen saattaa olla hätäntynyt ja järkyttynyt. Kriisi käynnistää mielessä sopeutumistehtävän, josta suoriutuminen vaatii psyykkisten voimavarojen runsasta käyttöönottoa. (Välimäki 2017, 236.)

Kriisiteorioita on muokattu vuosien saatossa, mutta yksi tunnetuimmista lienee Gerard Caplanin (1964) kehittämä teoria kriisistä, joka jakautuu neljään eri vaiheeseen. Kriisin **ensimmäisessä** vaiheessa uhkaavan ongelman kohtaava ihminen reagoi psyykkisen jännityksen lisääntymiseen turvautumalla tavanomaiseen ongelmanratkaisuun, jotta hän voi selviytyä ongelmasta ja palauttaa emotionaalisen tasapainonsa. **Toisessa** vaiheessa jännitys lisääntyy, voi syntyä masennusta sekä voimattomuutta, mikäli tavanomaiset toimenpiteet eivät tehoa tai uhka on yhä olemassa. Tällöin ihminen voi toimia suunnittelemattomasti ja turvautua erilaisiin ratkaisuyrityksiin saadakseen vaikeudet hallintaansa. Kun ongelmanratkaisuyritykset toistuvasti epäonnistuvat, siirrytään kriisin **kolmanteen** vaiheeseen. Jännitys lisääntyy entisestään ja turvaututaan hätätoimenpiteisiin. Ihminen saattaa muokata ongelmaa niin, että se sopii hänen aikaisempiin kokemuksiinsa sopivammaksi. Tässä vaiheessa joitakin ongelman puolia saatetaan siirtää syrjään, koska ne tuntuvat mahdottomilta ratkaista tai niitä pidetään merkityksettöminä, toisaalta tässä vaiheessa on mahdollista ratkaista ongelma ja saavuttaa emotionaalinen tasapaino. Kriisin **neljänteen** vaihetta Caplan nimittää katkeamispisteeksi, joka voi pahimmillaan aiheuttaa voimakkaan psyykkisen häiriötilan. Tämä on seurausta tilanteesta, jossa ongelmaa ei kyetä ratkaisemaan. Caplanin mukaan kriisi suo tilaisuuden henkiseen kasvuun, vaikka vaarana on, että psyykinen haavoittuvuus lisääntyy. Yksilön tapa käsitellä kriisiä ratkaisee sen, paraneeko vai heikkeneekö hänen psyykinen terveytensä. (Hammarlund 2010, 149-150.) Pulkkinen on käsitellyt väitöskirjassaan (2016) eri vaiheteorioita ja nostaakin esille tärkeän huomion niiden synnystä. Monien vaiheisiin perustuvien teorioiden ytimessä ei alun perin ollut suruun vaan kuolevien potilaiden haastatteluihin perustuvat havainnot heidän omasta kriisistään ja sen vaiheista, mutta joista on myöhemmin löydetty samankaltaisuuksia läheisensä menettäneiden surutyöhön. (Pulkkinen 2016, 47.)

Trauma määritellään henkiseksi tai ruumiilliseksi vaurioksi tai haavaksi, jonka aiheuttaa traumatisoiva tapahtuma, mikä saa aikaan traumaattista stressiä. Traumatisoiva tapahtuma on mikä tahansa yksilön kokema uhkaava tilanne, joka aiheuttaa epätavallisen voimakkaita ja normaalia elämää häiritseviä reaktioita. Levine (2008) kuvaa traumaa fysiologisen mekanismina, jota hallitsevat aivojen sekä hermojärjestelmän luoma alkukantainen vaste ylitsepääsemättömään tilanteeseen eikä toiminto ole tahdonalaisesti hallittavissa. Traumatisoiva tapahtuma voi koskettaa yhtä henkilöä tai koko traumaattisen kokemuksen piiriin joutunutta perhettä, ryhmää tai yhteisöä. Yksittäinen traumatisoiva tapahtuma aiheuttaa I-tyyppin trauman ja toistuva traumatisoiva tekijä II-tyyppin trauman. (Traumaterapiakeskus 2018) Traumaattisen kokemuksen jälkeen ihmisten reaktioissa on havaittavissa selkeää lainomaisuutta, mikä tarkoittaa sitä, että useat ihmiset reagoivat tietyllä tavalla, joskin yksilöllisiä

erojakin löytyy. Ihmisiin on sisäänrakennettuna paljon tarkoituksenmukaisia reagointi- ja käsittelymalleja, jotka edesauttavat traagisesta kokemuksesta selviytymistä. Ne laukeavat automaattisesti ja myötävaikuttavat käsittelyprosessin etenemiseen ja lisäävät sen tehokkuutta. (Saari 2003, 41.)

Universaalin toipumismallin mukaan kaikki ne, jotka ovat altistuneet traumaattiselle tapahtumalle, reagoivat sille, mutta ajan kuluessa suurin osa altistuneista toipuu luonnollisesti. Ihmisten ohimeneviä reaktioita ei tule pitää patologisina reaktioina tai edes häiriön ensioireina. Levine (2008) kuvaakin traumaa vaivana eikä sairautena, josta yksilö ei voisi toipua.

Monet tarvitsevat tukea ja erilaisia resursseja helpottamaan normaaliin siirtymisessä, mutta he eivät silti ole diagnosoinnin tai psykiatrisen hoidon tarpeessa (Leppävuori 2009, 114). Erilaisten traumaattisten tapahtumien jälkivaikutuksia on tutkittu runsaasti, ja ne vaihtelevat traumaattisen tapahtuman luonteen, käytettyjen tutkimusmenetelmien ja seuranta-ajan suhteen (Saari 2003, 90). Yksilöiden väliset erot toipumisessa ovat suuria. Pieni osa traumaattisen tapahtuman kokeneista ilmoittaa toipuneensa ja palanneensa entiselleen jo viikon kuluttua tapahtuneesta, kun taas yli puolet voi puolentoista kuukauden kuluttua ja viidesosa vielä puolentoista vuodenkin kuluttua kokea, ettei ole palautunut entiselleen työ-, perhe-, ja vapaa-ajan elämässään. (Leppävuori 2009, 114.)

Mikäli traumaattisesta kokemuksesta on seurannut psyykkisen trauman kehittyminen, traumaattisen tapahtuman vaikutukset voivat tulla esille vasta vuosien kuluttua ja silloinkin tiedostamattomalla tasolla. Tutkimukset traumaperäisen stressihäiriön tapaisten psyykkisten ja somaattisten oireiden pitkäkestoiseen esiintymiseen osoittavat, että keskimääräisesti järkyttävän traumaattisen kokemuksen tavanomainen psyykinen käsittely saattaa kestää usein puoli vuotta ja mikäli tapahtumalla on olennaisia vaikutuksia ihmisen elämään (esim. pitkäkestoinen ja vaikea fyysinen toipumisprosessi), normaali toipuminen voi kestää vuosia. (Saari 2003, 90.) Chan (1997) mukaan on myös mahdollista, että voimakkaan trauman kokenut yksilö ei mahdollisesti koskaan toivu täysin ennalleen biologiselta kannalta katsottuna. Mikäli psyykinen vammautuminen tai traumatisoituminen tapahtuu, voi traumatisoitunut kärsiä traumaperäisestä stressioireyhtymästä, depressiosta, ahdistustiloista, pelkotiiloista, suorasta tai epäsuorasta itsetuhoisesta käyttäytymisestä, aggressiivisuudesta, alkoholin väärinkäytöstä tai reaktiivisista psykooseista. (Hammarlund 2004, 102.)

### 3.1 Vaiheet

**Sokki** tarkoittaa muuttunutta tietoisuudentilaa ja sen oireisiin kuuluu tunne, ettei tapahtunutta kyetä sisäistämään ja käsittelemään (Hammarlund 2010, 101). Käytännössä tämä näkyy siten, että kun saamme tietää jostain järkyttävästä asiasta tai jotain järkyttävää tapahtuu meille itsellemme, ensimmäinen reaktio on sokki, jolloin kuulemamme tai kokemamme ei tunnu todelliselta (Saari 2003, 42). Akuutissa sokissa yksilön henkiset voimavarat kääntyvät pois kosketuksesta tuskalliseen todellisuuteen (Uusitalo 2007, 71). Ihminen ei itse tiedosta olevansa sokkitilassa eikä hän voi siten valita omaa käytöstään. Sokissa tunteet lukkiutuvat tai vaimenevat hyvin voimakkaasti, ettemme joudu täysin kohtaamaan trauma sisältöä, merkitystä tai sen seurauksia. Akuutti sokkivaihe kestää muutamasta minuutista useaan vuorokauteen. (Hammarlund 2010, 100.) Psyykkisessä sokissa aivojen kapasiteetista on käytössä suurempi osa kuin normaalioloissa. Tämä aiheuttaa sen, että aistit

avautuvat vastaanottamaan vaikutteita ja ne tunkeutuvat suoraan aivoihin ilman tavanomaista valikoitumista ja muokkaantumista. Tämän vuoksi syntyvät aistivaikutelmat ja mielikuvat ovat erittäin voimakkaita, yksityiskohtaisia ja selkeitä. (Saari 2003, 42.)

**Dissosiaatio** on psyykkiseen sokkiin liittyvä psykologinen ilmiö, jossa minä siirretään oman itsen ulkopuolelle siten, että itselle tapahtuvaa voi ikään kuin tarkastella itsensä ulkopuolelta. Dissosiaatio on erittäin tyypillistä hyvin traumaattisissa tilanteissa, jotka jatkuvat ajallisesti pitkään. Dissosiaation tarkoituksena on suojella yksilön minää. (Saari 2003, 51.) Dissosiaatio voi heikentää traumaattisen kokemuksen käsittelyä, jolloin yksilö voi alkaa kärsimään erilaisista pelkotiloista, pakkotoiminnoista ja masennuksesta. Äärimmäisissä tapauksissa voi esiintyä psykoottisia käyttäytymismuotoja kuten vainoharhaisuutta, harhoja sekä päihteiden väärinkäyttöä. (Hammarlund 2004, 93.)

Sokkivaiheesta siirrytään **reaktiovaiheeseen** pikkuhiljaa ja siirtyminen reaktiovaiheeseen edellyttää, että vaara ja uhkatilanne ovat ohi eli ihmisen tulee kokea olevansa turvassa (Saari 2003, 52). Reaktiovaiheessa piilevät ja pidätetyt tunteet nousevat esiin, jolloin ihminen pääsee vähitellen yhteyteen tapahtuneen kanssa. Tämän myötä hänen on pakko alkaa etsiä järjestystä sekasortoiseen tilanteeseen. (Hammarlund 2004, 98.) Reaktiovaihe on usein tunteiden myllerrystä, jolloin ihmiset itkivät paljon, vaikka eivät välttämättä pysty sanomaan syytä itkulleen. Välillä voi kokea jopa helpotuksen tunteita, joskin suru, epätoivo, tyhjyyden tunne, ahdistus ja itsesyytökset ovat tyypillisempiä tunteita. (Saari 2003, 53.) Vaikka nämä tunnereaktiot ovat tässä vaiheessa usein vaikea kestää, on niiden merkitys erittäin tärkeää. Traumasta aiheutuva kärsimys ei ole merkityksetöntä, vaan sillä on tärkeä tehtävä tapahtuman aiheuttaman voimakkaan elämyksen käsittelyssä ja muokkaamisessa. Näiden tunnereaktioiden kautta tapahtuu oppimista ja eheytymistä. (Hammarlund 2003, 99.)

Kun reaktiovaihe on käyty läpi, trauman paraneminen voi alkaa (Hammarlund 2003, 99). Tässä vaiheessa traumaattisen kokemuksen käsittelyprosessi muuttaa muotoaan. Akuutissa sokki- ja reaktiovaiheessa ihmisillä on usein kova tarve puhua kokemuksestaan, mutta päästessään **työstämis- ja käsittelyvaiheeseen** puhumisen tarve vähenee. Monille tulee tunne, etteivät he enää jaksaa puhua. Tilanteessa on kysymys siitä, että ihmisen mieli alkaa sulkeutua kolmen ensimmäisen vuorokauden jälkeen traumaattisesta tapahtumasta. Kokemuksen käsittely ei lopu, vaan se kääntyy sisäänpäin ja jatkuu omassa mielessä. (Saari 2003, 60.)

Työstämisvaiheen aikana ihmisen mielessä tapahtuu korjaavaa, aktiivista tapahtumien käsittelyä ja mielen vallanneet trauma-ajatukset alkavat väistyä ja tilalle alkaa tulla suru (Hammarlund 2003, 99). Alussa menetys ja siihen liittyvät tapahtumat ovat koko ajan mielessä, mutta pikkuhiljaa mielen alkavat täyttää muut asiat ja vähitellen nuo hetket lisääntyvät, jolloin koettu menetys ei ole mielessä. Voimakkaat tunteet eivät kuitenkaan häviä työstämis- ja käsittelyvaiheessakaan. Mikä tahansa asia saattaa jälleen tuoda elävänä mieleen menetetyt läheisen ihmisen ja silloin voimakas kaipaus, ikävä ja suru taas purkautuvat. (Saari 2003, 61.)

Traumaattiset tapahtumat ovat yleensä sellaisia, että ne aiheuttavat elämään paljon muutoksia. Tapahtuneen hyväksymisen kautta alkaa sopeutuminen tapahtuman tuottamiin muutoksiin. Luopumisen ja surun kautta avautuu tilaa uudelle, alkaa **uudelleen suuntautumisen vaihe**. (Saari 2003,

67.) Tämän myötä kriisin aiheuttama tapahtuma ja sitä seuranneet kokemukset integroituvat eli liittyvät ihmisen kokonaisvaltaiseen elämänasenteeseen ja tunteisiin (Hammarlund 2004, 99- 100). Luopuminen on vaikeaa ja se tapahtuu usein konkreettisten tekojen kautta, vähitellen menetykseen liittyvät asiat siirretään syrjään. Menetys merkitsee tyhjyyttä, jolloin halutaan vaalia menetykseen liittyviä muistoja. (Saari 2003, 67.)

Hammarlund on kuvannut trauman ja reaktion välistä yhteyttä suppeassa hallinnan ja haavoittuvuuden mallissa, jossa toisella puolella ovat kuormittavat tekijät, jotka vahvistavat toisiaan ja toisella puolella ovat korvaavat ja helpottavat tekijät. Kaikki nämä yhdessä ratkaisevat sen, miten ihminen reagoi missäkin tilanteessa. Kuormittavalla puolella on stressin aiheuttaja, sen tyyppi ja kesto sekä aiemman käsittelemättömän stressin vaikutukset. Näihin liitetään myös yksilölliset tekijät, kuten lapsuus ja geeniperintö. Korjaavia tekijöitä ovat sosiaalinen tuki, harjoittelu ja kokemus sekä yksilölliset tekijät, kuten stressinsietokyky. (Hammarlund 2004, 100.) Toivottu lopputulos tälle kaikelle on, että traumaattisesta kokemuksesta tulee tietoinen ja levollinen osa omaa itseä. Tapahtumaa voi ajatella tai olla ajattelematta ja se on läpityöstetty. (Saari 2003, 68.) Tapahtuneeseen liittyvä tuska muuttuu muistoksi ja elämä voi alkaa uudelleen (Hammarlund 2004, 100).

Pulkkinen (2016) on tutkinut suomalaisten eri ikäisten ja eri tavalla läheistensä menettäneiden surua ja siitä selviytymistä ja tuo täysin uuden näkökulman surutyöhön ja toipumiseen. Tutkimuksessa haastetaan aiemmin universaaleiksi mielleytyt surusta toipumisen vaiheteoriat. Hän muistuttaa, että useimmat edelleen vahvasti vallitsevat eri vaiheisiin perustuvat teoriat ovat saaneet alkunsa täysin eri lähtökohdista kuin läheisensä kuolemalle menettäneiden surijoiden näkökulmasta. Esimerkiksi hän nostaa ehkä tunnetuimman ja vaikutusvaltaisimman surusta toipumisen teorian kehittäjän Sigmund Freudin tulkinnan surusta työnä. Freudin käsitys surutyöstä vaikuttaa edelleen vahvasti siihen, miten läntinen maailma surun tulkitsee ja miten suremme läheistemme kuolemaa. Freud esitteli termin surutyö tarkastellessaan surun ja masennuksen välistä eroa. Hän päätyi esittämään, että toisin kuin masennukseen, suruun ei näytä liittyvän huonoa itsetuntoa. Freud kuvasi surutyön prosessiksi, jonka tavoitteena oli irrottautua kuollutta läheistä kohtaan tunnetusta kiintymyksestä. Tämä edellytti surevan mielessä tapahtuvaa tuskallista ja vähitellen etenevää ja jopa ajoittain pakonomaista muistelua ja työtä, jonka avulla sureva yritti elvyttää läheisensä läsnäolon psyykessään. Surutyötä tekevä ikään kuin puntaroi kuolemaan katkenneen ihmissuhteen merkitystä ja pystyi surutyön myötä käsittelemään, mitä oli menettänyt. Lopulta muistojen vertaaminen todellisuuteen osoitti surevalle, että menetys oli todellinen, läheisen poissaolon tilalle tuli hänen kuvitteellinen olemassaolonsa. Suoriteuksi surutyö tulkittiin vasta, kun tunnesiteet oli lopullisesti katkaistu ja suhteesta vapautunut energia sijoitettiin uuteen kiintymyksen kohteeseen.

### 3.2 Suru ja siitä toipuminen

Psykologi Soili Poijula määrittelee surun menetyksen, ikävän tapahtuman tai epämieluisan olotilan aiheuttamaksi voimakkaaksi ja pitkäkestoiseksi mielihahan tunteeksi (Pojula 2005, 18). Wimpenny & Costello (2012) lisäävät vielä, että suru käsitteenä on vahvasti sidoksissa sosiaaliseen ja kulttuurilliseen käsitykseen kuolemasta.

Kathreen Shere kuvaa normaalin surun kypsymistä akuutista surusta integroituneeksi suruksi. Akuutti suru irrottaa surevan meneillään olevasta elämästä ja keskittää huomion kuolleeseen läheiseen. (Poijula 2019, 76.)

Sureminen on ulkoinen havaittava reaktio, joka voidaan ymmärtää sekä surevan että hänen ympäristönsä näkökulmasta (Hammarlund 2010, 39). Surun käsitteen nähdään muuttuneen siten, että vuosisatoja sitten suru miellettiin jopa kuolemaa aiheuttavaksi ilmiöksi, joka teki surijasta vähintäänkin hullun. Nykyisin suru ymmärretään monipuolisemmin käsitteeksi, johon liittyy moniulotteisia asioita, joiden perusteella surua ei voi yksiselitteisesti määritellä. (Pulkinen 2016, 50, 414-415; Winpenny & Costello 2012.) Suurin osa ihmisistä mieltää suremisen normaalina ja terveenä prosessina, joka voi vääristyä patologiseksi, mikäli siihen puututaan liikaa.

Suremisen tapa, sen voimakkuus ja siitä selviäminen ovat aina yksilöllisiä tapahtumia. Kaksi ihmistä ei koe surua koskaan täysin samalla tavalla ja selviytymisprosessi etenee jokaisella omaan tahtiin. (Poijula 2019, 76; Pulkinen 2016.) Normaalissa surutyössä surevan henkilön psykologinen puolustus, kuten torjunta ja regressio toimivat siten, että surua kyetään käsittelemään ja minään kohdistuvia välittömiä sisäisiä ja ulkoisia uhkia kyetään hallitsemaan (Hammarlund 2004, 37).

Surusta löytyy mainintoja jo Raamatusta, mutta nykyaikaisen psykologisen surututkimuksen voidaan katsoa alkaneen 1900-luvun taitteessa. Sigmund Freudia pidetään yleisesti psykologisen surututkimuksen isänä, mutta jo häntä ennen aiheesta kirjoitti englantilainen kirjailija ja lakimies Alexander Faulkner Shand vuonna 1914 ilmestyneessä teoksessaan *The Foundations of Character*. Teoksessa Shand jakoi surun neljään eri kategoriaan, joista ensimmäinen on aktiivinen ja aggressiivisesti ulkomaailmaan suuntautuva suru, toinen on masentunut ja passiivinen suru, kolmas on surun tukahduttaminen ja neljäs vimmaista ja hurjaa toimintaa sisältävä suru. Tämä kyseinen luokittelu ei ole kovinkaan kaukana monista nykypäivän surukäsityksistä. (Lahti 2020, 10-11.)

Suru on menetyskokemuksen luonnollinen seuraus ja vaikka siihen liittyy usein tiettyjä ilmiöitä ja ajanjaksoja, kuten alkuvaiheen sokki, ei ole olemassa mitään oikeaa tai optimaalista surun vaiheistusta, intensiteettiä tai kestoa. Siihen, miten surussa toimimme ja reagoimme, vaikuttavat paitsi persoonallisuuspiirteemme ja aiemmat elämäkokemuksemme myös se, millainen suhteemme vainajaan on ollut ja miten olemme hänet menettäneet. (Lahti 2020, 55-56.)

Nykytutkimusten käsitys on, että surusta ei tarvitse ”päästä yli” tietyn ”suruajan” kuluessa eikä surevan tarvitse erikseen ”työstää suruaan”, ”jatkaa elämässään eteenpäin” tai ”päästää irti” surustaan. Suruun voi pysähtyä niin pitkäksi tai lyhyeksi aikaa kuin tarvetta on. (Lahti 2020, 55.) Tälle käsitykselle tukea on antanut jo 2012 julkaistu teos (Winpenny & Costello 2012). Suurin osa surevista käyttää hyväkseen aiemmin omaksumiaan selviytymiskanavia, joiden valinta ei ole tietoista. Sureva käyttää yleensä apunaan sellaisia kanavia, jotka ovat osa hänen jokapäiväistä elämäntilanteensa ja arkea. (Uusitalo 2007, 167.) Puhumista on pidetty hyvänä keinona käsitellä ja työstää surua (Winpenny & Costello 2012, 7). Surutyöstä selviytyminen ja siihen liittyvät strategiat on esitetty useamman tutkijan toimesta. Ofra Ayalon (1995) on kehittänyt surutyöhön kokonaisvaltaisen selviytymismallin, jossa kuvataan kriisissä olevan ihmisen erilaisia selviytymiskanavia. Mallin mukaan työstäes-

sään suuria vastoinkäymisiä ihminen käyttää hyväkseen uskomuksiaan ja arvojaan, tunteitaan, sosiaalista vuorovaikutusta, mielikuvitustaan, älyllisyyttään sekä fyysisyyttään. Kukin edellä mainittu ulottuvuus kuvaa yhtä kanavaa, jonka kautta kriisissä oleva ihminen on vuorovaikutuksessa sekä oman sisäisen maailmansa että häntä ympäröivän ulkoisen maailman kanssa. (Uusitalo 2007, 167.)

”Suru sairastuttaa” on vanha sanonta, jossa on perää. Sureminen itsessään aiheuttaa akuutin fysiologisen stressireaktion, joka kuormittaa elintoimintojamme monin tavoin. Surussa sydämen lyöntitiheys ja iskutilavuus kasvavat ja aivojen hapen- ja energiansaanti lisääntyvät. (Lahti 2020, 141.)

Sigmund Freud (1940) kuvaili surun (normaali reaktio) ja surumielisyyden (sairaallinen reaktio) välistä eroa siten, että surussa ympäristö on muuttunut ikäväksi ja tyhjäksi, kun taas surumielisyydessä oma minuus on muuttunut tyhjäksi (Hammarlund 2004, 44). Pulkkinen (2016) kuvaa, että suru tuntuu kehossa kyyneleitä kokonaisvaltaisemmin monenlaisina oireina. Surevat kuvasivat tunteuksia kehon eri puolilla tuntuiksi kivuiksi sekä yleiseksi huonovointisuudeksi. Tutkittavat nostivat oireista esille mm. rinta-, niska-, hartia- ja selkäkipuja, huimausta, kehon uupumista ja väsymistä, hikoilua, palelua, hiustenlähtöä, iho-ongelmia, refluksivaivoja ja jopa halvausoireita. Lisäksi hengenahdistuksen, kuristuksen tunne ja palan tunne kurkussa sekä ongelmat verenpaineen kanssa olivat yleisiä oireita. Yleisimpinä oireina oli kuitenkin syömisen ja nukkumiseen liittyvät ongelmat. Pääsääntöisesti kehon tuntemukset miellettiin useimmiten negatiivisiksi muutoksiksi verrattuna surua edeltäneeseen aikaan- keho toimi huonommin kuin ennen menetystä.

*”Muistan nukahtaneeni helposti ja nukkuneeni hyvin sikeästi heti tapahtuneen jälkeen. Kaikki tuntui mustalta ja raskaalta. Seuraavana aamuna avatessani silmiä oli ensireaktion toive siitä, että kaikki tämä olisi ollut vain paha unta. Ymmärtäessäni, ettei näin ollut, tunsin sen saman voimattomuuden aallon kulkevan kehoni läpi uudelleen, mieli oli täysin tyhjä. En pystynyt syömään mitään moneen päivään ja juominenkin oksetti. Sängyn pohjalta ylös nouseminen oli tuskaa, enkä jaksanut kävellä muutaman päivän sängyssä makaamisen jälkeen kuin kaksikymmentä askelta talutettuna. Muistan, kuinka puolisoni raahasi minut väkisin ulkoilmaan ja kuinka aurinko poltti itkusta turvonneita silmiäni. En jaksanut tehdä muuta kuin istua, mikään ei tuntunut miltään. Tuntui siltä, että olin vain hengittävä ihmisen kuori, jonka sisällä ei ollut mitään. En olisi halunnut edes hengittää. Laihduin useita kiloja vähäisessä ajassa ja ruokahalun palaamisessa kesti useita viikkoja. Alkuun jouduin syömään pieniä annoksia, etten oksentaisi kaikkea pois ja ruokavalioni kutistui kapeaksi. Koin syyllisyyttä siitä, että miksi en kokenut unihäiriöitä vaan nukuin liiankin hyvin tilanteeseen nähden. Myöhemmin ymmärsin, että kehon eri toimintojen hiipuesssa jonkin oli ylläpidettävä vähäisiä voimia yllä. Uni kompensoi muiden osa-alueiden heikentymistä.”*

Traumaattisen kokemuksen käsittely on edellytyksenä surutyön onnistumiselle. Mikäli menetykseen liittyvät traumaattiset kokemukset jäävät käsittelemättä, ei surulle löydy tilaa. Olennaisinta surutyön etenemisen kannalta on, että menetyksen kokenut kohtaa todellisuuden. Usein läheisen ihmisen menetyksen yhteydessä halutaan kieltää todellisuus ja tapahtunut. Voidaan uskoa, että menetetty henkilö saapuu takaisin kotiin tai voimme kokea hänen läsnäolonsa lähellämme ja tämä häilyminen toisuuden ja toiveen välillä voi kestää viikkoja tai kuukausia. (Saari 2003, 84.)

Lindemann (1944) on kuvannut neljä sairaalloisen surureaktion muotoa, joista ensimmäinen muoto on torjuttu suru, tukahdutettu suru tai surun puute. Toinen muoto on muuntunut suru, mikä voi ilmetä voimakkaana vihana, katkeruutena tai syyllisyydentunteina. Kolmas muoto on pitkittynyt suru ja neljäs muoto koostuu eri surutyypeistä, esimerkiksi fyysisestä ja psyykkisestä sairaudesta, vuosipäiväilmiöstä ja tunteenpurkauksista. (Hammarlund 2004, 44- 45.)

### 3.3 Vanhempien suru

Lapsen kuollessa vanhempien elämä jakautuu aikaan ennen lapsen kuolemaa ja aikaan sen jälkeen. Tulevaisuudensuunnitelmat on rakennettava uudelleen, koska lapsen kuollessa monet toiveet ja odotukset kariutuvat. Lapsen kuolema on vastoin yleistä perusolettamusta ikääntymisestä johtuvasta kuolevaisuudesta ja lapsen kuolemasta johtuva suru on erityisesti vanhemmille hyvin kokonaisvaltaista, sillä kuolemasta huolimatta vanhemman rakkaus lasta kohtaan säilyy, kiintymyssuhde vain muuttaa muotoaan. (Lahti 2020, 77.)

Rubin & Malkinson (2001) tutkimuksen mukaan lapsen menetys on musertava kokemus, joka pahimmillaan katkaisee vanhempien elämän vuosiksi eteenpäin ja siitä aiheutuva suru on täysin poikkeava muista menetyksistä johtuvasta surusta. Erityisesti surun alkuvaiheessa vanhemmat kokevat elämänsä raskaaksi ja usein merkityksettömäksi. Koska vanhempien emotionaalinen side omaan lapseensa on hyvin vahva, aiheuttaa lapsen kuolema heille usein pitkäkestoista, jopa läpi elämän jatkuvaa surua, joka voi vielä vuosienkin päästä voimistua samalle tasolle kuin välittömästi lapsen kuoleman jälkeen. (Lahti 2020, 77.)

Vanhempien tunteet ja reaktiot ovat yksilöllisiä lapsen kuoleman jälkeen ja ne vaihtelevat laadultaan, määrältään ja kestoaltaan. Itkeminen on tyypillinen suruun liittyvä reaktio, mutta syvän järkytystilansa vuoksi vanhempi saattaa olla myös kyvytön itkemään tai osoittamaan tunteitaan muulla tavoin. Epäusko, hämmennys, kaipaus ja voimattomuus ovat varsin tavanomaisia tunteita. (Lahti 2020, 78.) Vanhempien ulospäin näkyviä reaktioita ei tulisi tulkita liikaa. Se, mikä saattaa näyttäytyä ulkopuolisille asian kieltämisenä, onkin todellisuudessa vanhempien keino selvittää ja ylläpitää toivoa. (Winpenny & Costello 2012.) Lapsensa menettäneet vanhemmat kokevat kuolleen lapsensa kehollisen poissaolon sellaiseksi, että sitä eivät aistitkaan tavoita, mikä avaa asian ymmärtämättömyyttä myös surevalle itselleen (Pulkkinen 2016, 230).

Lapsen menettäneiden vanhempien suruun liittyy usein hyvin voimakkaita syyllisyyden ja epäonnistumisen tunteita, vaikka mitään perusteita tällaisille tuntemuksille ei olisi. Vanhemmat voivat syyttää itseään siitä, että eivät kyenneet pelastamaan lastaan ja pohtia sitä, tehtiinkö lapsen eteen kaikki mahdollinen vai olisiko vielä jotain ollut tehtävissä. Myös katkeruus ja kateus nousevat epäoikeudenmukaisuuden tunteiden mukana. Vanhemmat saattavat miettiä, miksi toiset saavat pitää lapsensa ja toisten perheonnan katsominen tekee kipeää. Tämä voi johtaa jopa toisten lapsiperheiden kohtaamisen välttelyyn ja sosiaalisista suhteista eristäytymiseen. Tällä tavoin vanhempi voi yrittää suojella itseään kivulta. Eristäytymiseen saattaa johtaa myös se, että kanssaihmiset kokevat lapsensa menettäneiden vanhempien kohtaamisen hankalaksi tai kiusalliseksi. Monilla lapsensa menettäneillä vanhemmilla on kokemuksia siitä, että naapurit ja jopa läheiset ovat alkaneet vältellä heitä, koska



lapsensa menettäneen vanhemman kohtaaminen saattaa jännittää ja ahdistaa heitä. Monien pelkoti-  
lojen kokeminen on myös tyypillistä lapsen kuoleman jälkeen, mikä voi pahimmillaan johtaa esim.  
paniikkihäiriön puhkeamiseen. Toisaalta vanhempien suru ei välttämättä ilmene ainoastaan kieltei-  
sinä tunteina ja reaktioina, vaan suruun voi liittyä myös myönteisiä tuntemuksia, kuten helpotusta,  
iloa ja vapautta. Näitä tunteita vanhemmat kokevat erityisesti lapsen kipujen ja kärsimysten päättymisen  
vuoksia, mutta myös tilanteissa, joissa lapsi useiden itsemurhayritysten jälkeen kuolee tai ti-  
lanteissa, joissa päihteitä käyttävä ja koko perhettä terrorisoiva nuori lopulta kuolee yliannostuk-  
seen. Näihin tuntemuksiin liittyvän syyllisyyden vuoksi niistä ei kuitenkaan juuri puhuta muille. (Lahti  
2020, 78-79.)

Vanhemmat kuvaavat surua päättymättömäksi, mikä tarkoittaa sitä, että surun kestoa tai sen inten-  
siteettiä ei pysty kukaan ulkopuolelta määrittelemään eikä siihen kykene edes sureva itse. Onkin hel-  
pompia ”antautua” surulle ja hyväksyä se ikuisesti mukana kulkeväksi. Moni vanhempi on tämän oi-  
valluksen myötä kokenut helpotusta ja ymmärtänyt, että tapahtunut ja siitä seurannut suru ei voi  
koskaan tulla tiensä päähän eikä siitä voi eikä tarvitse päästä yli. (Pulkkinen 2016, 222.)

Lapsen kuoleman jälkeen vanhemmat surevat ja ilmaisevat suruaan omalla yksilöllisellä tavallaan ja  
tämän ymmärtäminen ja hyväksyminen on tärkeää, jotta ristiriidoilta vältyttäisiin (Lahti 2020, 79).  
Wijngaards-de Meij ym. (2008) tarkastelivat tutkimuksessaan vanhempien kokeman surun eroja.  
Tutkimuksen mukaan äiti ja isä kokivat ja käsittelivät surua eri tavoin. Tämä saattoi aiheuttaa per-  
heessä ristiriitoja, koska menetyksen kokeneet vanhemmat olivat molemmat menettäneet lapsensa,  
mutta eivät välttämättä kyenneet tarjoamaan toisilleen tukea. Lisäksi tutkimuksessa havaittiin, että  
vanhemman omaan selviytymisen yksilönä vaikutti merkittävästi puolison selviytyminen omassa su-  
russaan. Vanhempien suru voi ilmetä eri tavoin ja eri aikaan ja heillä voi olla erilaisia näkemyksiä  
siitä, milloin, missä ja miten on sopivaa surra. Toiselle voi olla tärkeää kertoa surustaan avoimesti  
kaikille, kun taas toinen kaipaasi surussaan enemmän yksityisyyttä, eikä välttämättä haluaisi avautua  
siitä muille (Lahti 2020, 79).

Tamres, Janicki ja Helgson (2002) selvittivät tutkimuksessaan sukupuolten välisiä eroja stressitilan-  
teista selviytymisessä, yhtenä indikaationa oli lapsen menetyks. Tulosten mukaan naisilla oli käytös-  
sään miehiä enemmän selviytymismenetelmiä. Erityisesti lapsen menettämisen yhteydessä naisten  
on havaittu kohtaavan kaikki menetyksestä johtuvat tunteet miehiä rohkeammin. Stroebe, Stroebe &  
Schut (2001) tekemän tutkimuksen tulokset olivat yhteneviä, miehet käyttivät enemmän vältteleviä  
selviytymismekanismeja vastaavassa tilanteessa. Pulkkinen väitöskirjan mukaan (2016) on tyypillistä,  
että miehet surevat tekemällä ja naiset puhumalla. Tämä väite on ristiriidassa tutkimustulosten  
kanssa, jotka esittävät, että esimerkiksi hautajaisjärjestelyiden ja myös muiden läheisen kuolemaa  
seuraavien käytännön toimien muodossa surua tarmokkaimmin suorittavat olivat juurikin naisia. Su-  
russa selviytymisen mekanismina erityisesti naiset kokivat tiedonjanoa harvinaisten ja poikkeukselli-  
siksi miellettyjen menetykskokemusten yhteydessä, mikä tarkoittaa tietokirjallisuuteen paneutumista  
juuri tällaisten menetyksien yhteydessä. Tiedonjano on voinut kohdistua sekä suruun ilmiönä että  
läheisen kuolemaan johtaneeseen syyhyn. (Pulkkinen 2016, 175, 192.)

Wijngaards-de Meij ym. (2008) tutkimuksessa mitattiin lapsensa menettäneiden vanhempien eroja surun käsittelyssä pitkällä aikavälillä. Ensimmäiset tulokset mitattiin kuuden kuukauden kuluttua menetyksestä, toiset tulokset 13 kuukauden kuluttua menetyksestä ja viimeiset tulokset arvioitiin 20 kuukauden kuluttua menetyksestä. Tutkimukseen osallistui yhteensä 463 hollantilaista pariskuntaa, jotka asuivat yhdessä, tutkimuksen ulkopuolelle rajattiin yksinhuoltajat sekä vanhemmat, jotka olivat itse jo isovanhempia. Lopullinen vastaajamäärä oli 219 (47%). Nuorin menetetty lapsi oli kuollut kohtuun ja vanhin kuollut lapsi oli 29- vuotias. Tulokset osoittivat selkeitä eroja isien ja äitien välillä. Tutkimuksessa tutkittiin vanhempien surua, masennusta sekä selviytymistä tapahtuneesta. Alkuvaiheessa surun lineaarinen käyrä oli erilainen. Miehillä surun määrä alkuvaiheessa oli naisia matalampi, mutta ajan saatossa molempien sukupuolten tilanne tasoittui. Masennuksen osalta tutkimukset osoittivat, että naisilla oli enemmän masentuneisuuteen liittyviä oireita alkuvaiheessa, mutta tässäkin tapauksessa erot tasoittuivat ajan saatossa ja oireet lievenivät molemmilla sukupuolilla. Nais-sukupuoli ja tilanteeseen sopeutuminen olivat suojaavia tekijöitä masennusta vastaan. Tutkimus osoitti, että lapsen äidin hyvä tilanteeseen sopeutuminen auttoi suojaamaan isiä masennukselta. Tutkimuksen kaikilla osa-alueilla nousi esiin, että isien osalta selviytymisessä merkittävässä roolissa oli äidin sopeutuminen tilanteeseen. Miesten sopeutumisprosessi oli sidoksissa heidän omaan selviytymismekanismiinsa sekä vahvasti puolison selviytymismekanismiin. Äidin hyvä selviytyminen tilanteesta suojeli isää jopa masennukselta.

Lapsen kuoleman aiheuttama suru koettelee vanhempien parisuhdetta monin tavoin, kuten muuttamalla heidän käyttäytymistään ja toimintatapojaan (Lahti 2020, 80). Kiintymyssuhdeteoria kehitettiin John Bowlbyn toimesta 1960- luvulla. Sen avulla on pystytty tutkimaan yksilöiden eroja ja reaktioita menetykseen. Lapsen kuolemassa erityispiirteitä voidaan tunnistaa ainakin kahdenlaisen kiintymyssuhteen menetys. Kiintymyssuhde vanhemman ja lapsen välillä särkyä ja sen lisäksi vanhempien keskinäinen suhde joutuu suuren paineen alle tai jopa katkeaa. Li, Precht, Mortensen & Olsen tutkivat vuonna 2003 aihetta ja tutkimusten mukaan lapsen kuolema aiheuttaa vanhemmille psykologisia sekä terveydellisiä seurauksia, jopa lisäten riskiä kuolleisuuteen.

Tyypillisiä vanhempien keskinäistä suhdetta kuormittavia muutoksia voivat olla seksuaalinen haluttomuus, joka usein seuraa surua sekä muutokset elämäntapomuksissa ja arvoissa. Pahimmillaan menetys voi horjuttaa vanhempien psyykkistä tasapainoa, lisäten heidän päihteiden käyttöön ja rikkoa heidän parisuhteensa esimerkiksi väkivaltaisuuksiin, suhteen laiminlyöntiä ja pettämistä aiheuttaen. Niissä suhteissa, joissa toisen surua ja sen erilaisuutta kunnioitetaan, ristiriitoja on vähemmän ja hankalistakin tunteista voidaan keskustella avoimesti. Toisinaan suru voi myös lähentää vanhempia. Vanhempien välinen tunneside voi vahvistua sekä heidän keskinäinen luottamuksensa ja arvostuksensa toista kohtaan lisääntyä. (Lahti 2020, 80-81.)

Vanhempien hyvinvointia ja jaksamista edesauttavat muun muassa myönteinen elämäntapomus ja vahva resilienssi eli psyykinen palautumiskyky. Mikäli perheessä on muita lapsia, saavat vanhemmat usein heistä voimaa jatkaa eteenpäin. Vaikka kukaan ei voi korvata menetettyä lasta, tuovat perheen muut lapset elämäniloa ja jatkuvuutta arkeen. Harrastukset, rutiinit ja surun ilmaiseminen esimerkiksi puhumalla, kirjoittamalla tai maalaamalla ovat monille vanhemmille tärkeitä ja eteenpäin auttavia voimavaroja. (Lahti 2020, 84-85.)

Suurin osa vanhemmista selviytyy lapsen kuolemasta hyvän tukiverkoston ja vertaistuen avulla (Lahti 2020, 85). KÄPY ry tarjoaa valtakunnallista vertaistukea lapsen kuoleman kokeneille perheille riippumatta menetetytyn lapsen iästä tai kuolintavasta. KÄPY ry järjestää vertaistukiryhmiä, vertaistukiviikonloppuja ja vertaistapaamisia ja tarvittaessa tukihenkilöitä. Kaikki vertaistukiryhmien ohjaajat ja tukihenkilöt ovat koulutettuja vapaaehtoisia, itsekin lapsensa menettäneitä vanhempia.

(www.kapy.fi) Pulkkisen (2016) mukaan monet surevista vanhemmista olivat kokeneet tulleeensa kohdelluiksi sairaina ja heitä välteltiin. Oli vaikeaa kohdata sureva vanhempi, koska mitkään keinot ottaa osaa eivät olleet riittäviä ja väärinkäsityksiä syntyi helposti. Surevat nostivatkin esille, että helpotusta toivat kohtaamiset, joissa mahdollisimman samankaltaisen menetyksen kokeneet henkilöt kohtasivat. Jokainen ymmärsi toistaan eivätkä toiselta osapuolelta saadut neuvot tuntuneet taakalta, vaan ne koettiin ennemmin voimavarana.

*”Hetimitä alussa se olin minä, joka otti selkeästi toimijan roolin. Purin vihaani ja suruani asioiden järjestykseen. Koin, että se oli ainoa asia, jonka voin enää lapselleni tehdä ja olin päättänyt tehdä sen niin hyvin, ettei asia tulisi koskaan kummittelemaan minulle myöhemmin. Muistan, kuinka olin päättänyt löytää siunaustilaisuuteen papin, joka oli aiemminkin siunannut lapsia. Tämä ei ollut helppo tehtävä. Lopulta tavoitin papin, joka työskenteli toisessa seurakunnassa, mutta joka ei ollut koskaan ennen siunannut lapsia, mutta halusi ottaa tehtävän vastaan. Muistan, kuinka menimme tapaamaan häntä, olin täynnä vihaa päättänyt haastaa hänen edustamansa kristinuskon ja siihen liittyvän kuolemankäsityksen viattomien ja ennenaikaisten kuolemien merkityksestä. Kuuluin itse kirkkoon, mutta en koskaan kokenut olevani uskonnollinen, uskoin johonkin, mutta en välttämättä kristinuskon ohjaamiin normeihin. Muistan, että kysyin häneltä: ”Miten tuo edustamasi kirja selittää tapahtuneen?” Hän katsoi minua ja sanoi: ”Voimme sulkea tämän kirjan ja laittaa sen kokonaan pois, sillä mikään, mikä tästä kirjasta löytyisi, ei selittäisi yhdenkään lapsen kuolemaa, yksikin lapsi on liikaa.” Nuo sanat toivat minulle välittömän helpotuksen ja tiesin, että hän oli oikea henkilö tehtävään. Hautajaispäivä oli musta. Muistan, kuinka kävelin hiekkatietä kappelille ja mietin sen 100 metrin matkan elämän epäoikeudenmukaisuutta, jota olin kokenut siinä vaiheessa jo viisi vuotta putkeen, olin menettänyt joka vuosi yhden läheiseni ja joka vuosi läheiseni siunattiin tässä samassa kappelissa. Se tuntui jopa surullisen hupaisalta, jos niin voi sanoa. Katsoin tuota pientä arkkua alttarilla ja en voinut millään ymmärtää, että siellä lepäsi pieni lapseni. Koko siunaustilaisuuden ajan pappi itki, puolisoni itki ja koko saattoväki itki. Minä en tuntenut muuta kuin tyhjää.”*

#### 4 AMMATTILAISEN KOHTAAMA TRAUMAATTINEN KOKEMUS JA SURU

Turvallisuuskriittisellä työllä tarkoitetaan kaikkia niitä tehtäviä, joissa ihmisen toimintakapasiteetti ja päätöksentekokyky joutuu ääriarajoille. Turvallisuuskriittistä työtä tekevät henkilöt on yleensä valittu erikoiskriteerein. Tämän myötä heidät pyritään esikarsimaan suuresta hakijajoukosta testattavaksi tulevaan koulutukseen. Poliisityön, pelastus- ja ensihoitotyön sekä sotilastyön lisäksi on lukuisia ammattiryhmiä, joissa päätöksentekokyky sekä ratkaisujen täsmällinen ja oikea-aikainen tekeminen on edellytys omalle henkiinjäämiselle ja toisen pelastamiselle. Valittaessa henkilöä edellä mainittuihin tehtäviin, tulisi arvioida hänen kykyään työskennellä psyykkisen paineen alaisena, yhteistyökykyä sekä sitkeyttä, mitä voidaan pitää turhautumisen siedon mittarina. (Nurmi 2006, 74- 75.)

Pelastushenkilöstön kokemukset onnettomuustilanteesta voivat olla ainakin yhtä voimakkaita kuin uhrien. Lähtötilanteessa ei välttämättä ole riittävästi tietoa tilanteesta ja tapahtumapaikalla odottavat aistivaikutelmat voivat olla hyvin voimakkaita. Auttajat voivat joutua kohtaamaan loukkaantuneita sekä kuolleita ja lisäksi he voivat itsekin altistua vaaralle. (Hammarlund 2004, 178.)

Wastell (2002) mukaan yleisen käsityksen mukaan auttajien pitää kyetä toimimaan pahimmissakin paikoissa ilman, että tapahtumat vaikuttavat heihin. Sitä pidetään ammattimaisena. Todellisuudessa kyky auttaa liittyy kiinteästi kykyyn olla herkkävaistoinen ja läsnä. Kun pyrkii tähän, tulee väistämättä myös haavoittuvaiseksi. Lisäksi tämä ajatusmalli ”kaikesta selviytymisestä” altistaa posttraumaattiselle stressille. Ammattimaisuudessa ei ole kyse siitä, etteivätkö tapahtumat saisi vaikuttaa auttajaan. Päinvastoin niiden on vaikutettava, jotta tukeva ja läsnä oleva rooli on mahdollista omak-sua. Ammattimaisuus näkyy erityisesti siinä, miten tuota vaikutusta käsitellään. Tieto siitä, mikä aiheuttaa lisää stressiä yksilölle ja organisaatiolle on tärkeää, jotta työpanos on paras mahdollinen. Michel (2010) mukaan raskaita ammattilaisten kohtaamia tilanteita ovat sellaiset, joissa on useita loukkaantuneita tai kuolleita henkilöitä, tilanteet, joissa on mukana kuolleita tai loukkaantuneita lapsia, tapahtumat, joissa uhrina on tuttu ihminen. Lisäksi raskaaksi tilanteen muodostaa puutteellinen johtajuus sekä tapahtumat, jotka ovat tiedotusvälineiden laajan huomion kohteina. Näiden edellä mainittujen tekijöiden lisäksi auttajien taakkaa voi lisätä omat, aiemmin tapahtuneet kokemukset, jotka voivat lisätä herkkyyttä tietyn tyyppisille tilanteille. (Hedrenius & Johansson 2016, 276-277.) Edellä mainittujen lisäksi Elder ym. (2019) nostivat esille, että ensilinjan auttajien kohtaama lapseen kohdistuva seksuaalinen väkivalta koettiin poikkeuksellisen raskaana.

##### 4.1 Lapsen kuoleman vaikutukset terveydenhuollon ammattilaiseen ja omaisten kohtaaminen

*” Sylissään se sitä pitää ja huutaa jumalaa. Hetki sitten tässä talossa seisahtuivat kellot ja sinun sanasi loppuivat jo eteisessä ”.* Näin kuvaa surun etulinjassa työskentelevä ensihoidon kenttäjohtaja Sampsa Suomi lapsen kuolemaa ammattilaisen näkökulmasta. (Lahti 2020, 198.)

Lapsen kuoleman vaikutuksista terveydenhuollon ammattilaisiin löytyy vain vähän tutkittua tietoa. Tiedetään, että se on suruista suurin lapsen vanhemmille, mutta sen vaikutusta auttajiin on tutkittu vain vähän. Se tiedetään, että jokaisella auttajalla on erilaiset lähtökohdat surevien kohtaamiseen ja

heidän tukemiseensa. Wimpenny & Costello (2012) kuvaavat yksiselitteisesti, että ammattilaiset kokevat tarvitsevansa enemmän koulutusta ja tukea kohdatessaan lapsen kuoleman. Plante ja Cyr (2011) tarttuivat tutkimuksessaan aiheeseen ja käsittelivät auttajien emotionaalisia reaktioita, selviytymismekanismeja sekä tarvetta lapsen kuoleman jälkeiselle tuelle. Tutkimukseen otettiin mukaan sairaanhoitajia, lastenlääkäreitä, lastenlääketieteeseen erikoistuvia lääkäreitä sekä hengitys- hoitajia. Kaikki ammattiryhmät kokivat syyllisyyttä, surua sekä voimakasta stressiä lapsipotilaan kuoleman myötä. Tutkimuksen mukaan lääkärit sekä hoitajat käsittelivät tapahtunutta eri tavoin. Hoitajat kokivat tapahtuneesta keskustelemisen kollegoiden kanssa hyödylliseksi, kun taas lääkärit hakivat henkistä tukea harvoin työtovereista. Tulosten mukaan hoitajilla oli matalin surun intensiteetti ja tähän vaikutti merkittävästi hoitajan ikä, mitä nuorempi hoitaja oli iältään, sitä suurempi oli alkuvaiheen surun määrä. Kaikki vastaajat kokivat kuolevasta lapsesta huolehtimisen luonnollisena asiana, mutta yli puolet vastaajista kokivat vaikeaksi tarjota tukea kuolevan lapsen vanhemmille.

Joka viides vastaajista koki/on kokenut, että odottamaton kuolema vaikutti suuresti siihen, kuinka tarkasti tapahtuma jäi auttajan mieleen. Tapahtuman intensiteetti vaikutti myös hoitajan ja potilaan hoitosuhteen pituus, mitä kauemmin hoitaja oli hoitanut kyseistä kuolevaa lasta, sitä syvemmin tapahtuma vaikutti häneen. Kuoleman vaikutusta auttajaan lisäsi myös se, mikäli kuolema tapahtui jonakin merkittävänä päivänä esimerkiksi jouluaattona tai päivänä, jolloin auttaja oli itse menettänyt jonkun läheisen ihmisen. Yli puolet vastaajista koki tarvitsevansa tauon työstään sekä moniammatillista jälkipuintia lapsen kuoleman jälkeen. (Plante & Cyr, 2011.)

Plante ja Cyr (2011) nostavat esille myös eri ammattiryhmissä näyttäytyvät erot asian käsittelyssä. Tutkimus osoitti, että eri ammattiryhmien välillä voitiin havaita merkittäviä eroja surun intensiteetissä sekä käsittelyssä. Tutkijat pohtivat, onko ammattiryhmien koulutuksessa esiintyvät erot syynä näihin tutkimustuloksiin. Auttajien selviytymismekanismit olivat tutkimuksen mukaan terveitä ja toimivista edistäviä. Tärkeimpänä selviytymismekanismina esille nousi työtovereilta, ystävilta sekä perheeltä saatu tuki. Osa koki saavansa tukea organisaatioltaan, mutta moni toivoi, että työnantaja tarjoaisi enemmän tukea sekä psykologista apua tällaisessa äärimmäisen stressaavassa tilanteessa.

Auttajan omien valmiuksien ja jaksamisen rajojen tunnistaminen on auttamistyössä ensiarvoisen tärkeää. Kriisituen antaminen järkyttävien tapahtumien jälkeen voi kehittää ammatillisesti, mutta samaan aikaan se voi olla fyysisesti ja psyykkisesti uuvuttavaa. Ammatilliseen herkkyyteen ja resilienssiin vaikuttaa se, kuinka stressaantuneita auttajat ovat jo valmiiksi silloin, kun järkyttävä tapahtuma sattuu. Usein puhutaan työelämän stressistä eikä siinä erotella stressiä, joka johtuu mahdollisesti traumaattisen tapahtuman kokemisesta. Vaikka tietoisuus työperäisestä stressistä ja stressiperäisestä sairastamisesta on laajaa, tietoa mahdollisesti traumaattisten tapahtumien vaikutuksesta ei välttämättä ole eikä ammattilaisten auttamiseen välttämättä ole rakennettu menettelytapoja. (Lahti 2020, 198-199.)

Yhdysvalloissa UCLA-Duke- yliopisto on kehittänyt Auttajien itsehoitokaavion, jota on alun perin käytetty apuna traumatisoituneiden lasten ja heidän perheidensä sekä auttajiensa tukena traumaattisen tapahtuman jälkeen. Kaavion mukaan eri osa-alueet on jaoteltu kolmeen eri osaan ja sitä voidaan soveltaa monipuolisesti niin auttajan kuin auttajan esimiehen näkökulmasta. Ensimmäisessä osassa nostetaan esille asioita, joita tulee miettiä ennen tuen antamista: Pohditaan, mihin ollaan valmiita

ryhtymään, punnitaan oma terveys, pohditaan näkökulmia, jotka liittyvät omiin omaisiin, pohditaan näkökulmia, jotka liittyvät tavalliseen työhön sekä suunnitellaan toimintaa ajatellen itseä, omaisia ja tavallista työtä. Toisessa osassa kaaviota keskitytään asioihin, joita tulee ottaa huomioon tuen antamisen aikana. Tiedostetaan tavalliset sekä äärimmäiset stressireaktiot, selvitetään organisaation tuki auttajille, muistetaan itsehoito. Kolmannessa osassa kaaviota käydään läpi asiat, joita tulee ottaa huomioon tuen antamisen jälkeen. Näitä ovat organisaation tarjoama tuki sekä itsehoito. (Hedrenius & Johansson 2016, 271-272.)

Lazarus ja Folkman (1984) kehittivät teorian **coping- mekanismeista**, jonka mukaan selviytymiskeinot voidaan määritellä jatkuvasti muuntuviksi tiedollisiksi (kognitiivisiksi) sekä toimintaan suuntautuviksi pyrkimyksiksi käsitellä yksilön voimavaroja kuluttavia tai yllättäviä ulkoisia sekä sisäisiä vaatimuksia. Käsittelyn avulla pyritään vähentämään, hallitsemaan ja sietämään näitä vaatimuksia. (Hammarlund 2010, 39- 40.) Elder ym. (2019) määrittivät selviytymisen yksilön kognitiivisena ja käytöksellisenä pyrkimyksenä selvitä ympäristön vaatimuksista ja prosessi on vaihteleva.

Pulkkinen (2016) esittää, että surevien kohtaamiset eri ammattilaisten kanssa saavat kiitosta, mutta usein myös kriittisiä tulkintoja. Sureva kokee ammattilaisen tehtäväksi avun tarjoamisen sen sijaan, että surevan odotetaan itse hakevan sitä. Tärkeänä koetaan, että ammattilainen osaa pitää sopivan etäisyyden surevaan, tilannetta kuvattiin seuraavanlaisesti; *" ammattilainen toimii kiirehtimättä ja pyrkimättä liian lähelle, mutta pysyy samaan aikaan saatavilla."* Näihin kohtaamisiin ei saisi ammattilaisen oma suhtautuminen esimerkiksi kuolinsyyhyyn vaikuttaa. Esille nousi myös tarve tulla kohdeluksi surevana omaisena huolimatta siitä, mitä ammattikuntaa sureva itse edusti.

Lasten kuoleman yhteydessä vanhemmille on tärkeää saada päättää mahdollisimman monista asioista liittyen lapsen kuolemaan, koska se antaa vanhemmille rauhaa ja vähentää syyllisyyden tunteita. Erityisesti äideille on merkittävää viettää lapsen kanssa aikaa kuoleman lähestyessä ja kuoleman hetkellä sekä viipyä kiirehtimättä myös jo kuolleen lapsen vierellä. Näiden seikkojen todettiin vaikuttavan toipumisprosessiin positiivisesti. (Wimpenny & Costello 2012, 142.) Suomessa on laadittu hoitosuositus äkillisesti kuolleen henkilön läheisten tukemiseen. Hoitosuositus on tarkoitettu valtakunnalliseksi ohjeistukseksi sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöstölle, erityisesti etulinjan työntekijöille eli ensihoito- ja pelastushenkilöstölle sekä poliiseille. Kyseisessä hoitosuosituksessa käsitellään eri ikäryhmissä tapahtuvaa äkillistä kuolemaa ja ohjeistus antaa työkaluja toimimiseen käytännön tasolla. Hoitosuosituksessa käsitellään eri osa-alueita; läheisten kohtaaminen, viestin vieminen äkillisestä kuolemasta ja siihen johtaneista syistä, lähitukiverkoston kartoittaminen ja läheisten kanssa yhteisen surun mahdollistaminen, vainajan hyvästeleminen, muistojen kerääminen ja vainajan muisteleminen, konkreettisen tuen tarjoaminen, hautajaisjärjestelyissä ohjaaminen, tiedon antaminen läheiselle, vertaistuen piiriin ohjaaminen, tuen jatkuvuudesta huolehtiminen ja jatkotuen piiriin ohjaaminen sekä perheenjäsenten suru- ja selviytymisprosessista ja sen seurauksista keskusteleminen. (Aho & Terkamo-Moisio, 2018).

Pulkkinen (2016) haastaa monet kaaviot, joita surututkimuksessa on aikojen saatossa käytetty, koska ne tarjoavat hyvin yksipuolisen ja kaavamaisen kuvan surusta ja siitä, kuinka kaikkien surevien oletetaan kokevan surussaan samat vaiheet loogisessa järjestyksessä. Tämä vie tilaa surevien omilta kokemuksilta ja pahimmillaan asettaa paineita suorittaa surua pois tietyllä tavalla ollakseen

normaalia. Tieteellisistä ajatusmalleista on kuitenkin apua silloin, kun ne toimivat surevan kokemusten kuvastajina sekä ymmärryksen ohjaajina. Niitä tarvitaan, sillä ne vaikuttavat sekä tavallisten ihmisten että surevia ammatikseen tukevien ja esimerkiksi median omaksumaan ja välittämään kuvaan surusta. Pulkkinen esittää väitöskirjassaan oman tulkintansa visuaalisena kaaviona, jota itse kutsuu *läheisen menettäminen kokonaisvaltaisena kokemuksena*-kaavioksi. Surukäsityksen ytimessä on ajatus siitä, että läheisen kuolema on ihmiselämässä elämäntapahtuman kaltainen, kokonaisvaltainen kokemus. Luonteeltaan menetykokemus on samanaikaisesti emotionaalinen- kognitiivinen, rituaalis-konatiivinen ja kielellis-käsitteellinen. Näistä ensimmäinen eli surun käsittämisen ulottuvuus tarkoittaa sitä, että suru saa ilmauksia tunteissa ja tajunnassa, niin mielen tunteina kuin kehon tuntemuksina. Toinen ulottuvuus eli surun käsitteleminen puolestaan viittaa tekoihin ja toimintaan eli siihen, että suruun liittyy monenlaista toimintaa rituaaleista byrokraattisiin velvollisuuksiin sekä arkiiseen tekemiseen. Kolmas ulottuvuus on surun käsitteellistäminen, mikä tarkoittaa sitä, että surussa on kyse myös menetykokemuksen sanoittamisesta ja sanallisten ilmausten taakse kätkeytyvistä merkityksistä eli ns. surun kieliopista. Kaikki nämä edellä mainitut eri ulottuvuudet eivät ole surevan elämässä toisistaan irrallisia asioita, vaan pikemminkin ne kulkevat limittäin surussa. Kuvion leikkua poikittain harmaa nauha, joka symboloi menetyksen kokevan yksilön ainutkertaista elämäntapahtumaa, jota vasten kokemusta on aina tarkasteltava. Tähän elämäntapahtuman harmaalle nauhalle ylhäältäpäin laskeutuva vaakasuuntainen aaltosulku kuvastaa sitä, että elämä eletään hetkinä ja hetkissä: myös jokainen menetyksensä sijoittuu kokijansa elämäntapahtuman tavoin tiettyssä hetkessä ja siinä vallitsevassa elämäntilanteessa. Tätä hetkeä symboloi aaltosulun kärki, joka osuu elämäntapahtuman nauhalle. Menetykokemus vaikuttaa surevan elämässä jo elettyyn, mutta myös tulevaan aikaan, tästä muistuttavat elämäntapahtuman nauhan päihin sijoittuvat nuolet. Läheisen menettämisen kokemusta ympäröi aina maailma, jossa menetyksensä koetaan. Kokemusta ympäröivä kehämäinen musta nauha kuvastaa sitä, että jokainen menetyksensä tapahtuu kulttuuris- yhteiskunnallisessa tapahtumapaikassa, yksittäisen surevan kokemukseen vaikuttaa ensisijaisesti yhteisössä vallitseva kuolemankulttuuri. Samalla tavoin yksittäisen surevan kokemus muokkaa ympäröivää kuoleman kulttuuria. (Pulkkinen 2016, 116-120.)

*”Kenties se hetki, jolloin ammatillisuus puski vanhemmuutemme läpi selkeimmin, tapahtui juuri tässä vaiheessa. Elvytyksen aikana emme elvyttäneet lastamme vanhempina vaan ensihoitajina. Aluksi kahdestaan, sen jälkeen ensivasteen kanssa, jota seurasi elvytyksen jatkaminen ensihoitoyksikön kanssa. Paikalla oli siis neljä ensihoitajaa ja ensivaste. Elvytys sujui niin hyvin, että muistan sen ikuisesti ja muistan myös miettineeni elvytyksen aikana, että en muista yhtään elvytystä, jossa kaikki asiat olisivat menneet niin sujuvasti kuin ne menivät. Uskon myös, että tämä näyttelee kallisarvoisinta roolia toipumisessamme. Se, että saimme elvyttää lastamme täysipainoisesti niin kauan, vahvisti meille tunnetta, että varmasti teimme kaiken, minkä pystyimme lapsemme selviämisen eteen eikä itse elvytystapahtumasta jäänyt yksikään asia hämärään peittoon. Muistan edelleen minkä verran adrenaliinia annettiin luuytimeen ja minkä kokoista larynx-tuubia käytettiin. Ne olivat minulle tärkeitä asioita ja auttoivat hahmottamaan tilanteen kokonaisuutta kaikessa raadollisuudessaan. Vasta lääkäriryksikön tullessa paikalle meitä pyydettiin kauniisti siirtymään tilanteesta pois. Tämä aiheutti ahdistusta. Ahdistus johtui siitä, että nyt oli pakko kohdata tilanne, ei ollut enää mitään konkreettista te-*

*kemistä. Lopputulos oli meille ammattilaisina tässä vaiheessa erittäin selvä, lapsemme ei tulisi selviytymään, aikaa oli kulunut jo liian kauan ja aloin pelätä mahdollista selviytymistä ja siitä seuraavia komplikaatioita. Tavallaan toivoin kaikki faktat huomioon ottaen, että lapseni ei selviäisi ja samaan aikaan pelkäsin, että hän selviäisi ja edessämme olisi toinen tuntematon, mahdollinen eläminen vaikeasti vammautunut lapsen kanssa. En osaa sanoa, oliko lopullinen päätös elvytyksen lopettamisesta tuloksettomana helpotus vai tuomio.”*

**Resilienssi**-tutkimus alkoi alun perin kehityspsykologisena tutkimuksena ja kohdistui aluksi pääosin yksilöiden resilienssiin (Poijula 2019, 17). Resilienssillä tarkoitetaan ihmisen sisäänrakennettua kykyä toipua ja oppia ajan myötä hallitsemaan traumaattista tapahtumaa seuraavia reaktioita. Tästä syystä puhutaan toipumisesta (recovery) ja resilienssistä eli psyykkisestä kestävydestä ja sitkeydestä (resilience). (Hedrenius & Johansson 2016, 155-157.) Poijula määrittelee resilienssin teoksessaan (2019) dynaamisen systeemin kyvyksi sopeutua onnistuneesti häiriöihin, jotka uhkaavat sen toimintaa, elinkykyisyyttä tai kehitystä. Tämä määritelmä sopii niin yksilöön, yhteisöön kuin talouteenkin. (Poijula 2019, 17.)

Lähes kaikilla on resilienssiä. Resilienssissä vaikuttavat geneettiset ominaisuudet ja se, kuinka syvästi tapahtumassa menettää kontrollin ja millaisten menetysten uhriksi siinä muutoin joutuu. Lisäksi on tärkeää huomioida, onko saatavilla sosiaalista tukea ja pääseekö tapahtuman kokenut jälleen yhteyteen perheenjäsentensä ja muiden hänelle tärkeiden ihmisten kanssa. Ihmisen resilienssi on monitahoinen asia ja sitä voi olla elämän eri alueilla. Esimerkiksi ongelmaperheessä kasvanut lapsi voi olla hyvä luomaan ystävyysuhteita, mutta ei pysty keskittymään ja menestyy sen vuoksi huonosti koulussa. Resilienssi voi myös vaihdella iän myötä. Yleensä traumaattisia kokemuksia on sitä vaikeampaa käsitellä, mitä nuorempi on. Tällöin iän tuoma kognitiivinen ja emotionaalinen kehitys lisää resilienssiä käsitellä asioita. (Hedrenius & Johansson 2016, 155-157.)

Nykytieto kriisireaktioista ja kriisituesta rakentuu neljän keskeisen lähestymistavan pohjalta. Toisen maailmansodan holokaustin jälkeen israelilainen lääketieteellisen sosiologian professori Aaron Antonovsky kiinnostui siitä, minkä vuoksi toiset paitsi selviytyivät joukkotuhosta, pystyivät myös myöhemmin elämään hyvää elämää. Holokaustin uhrien haastattelujen perusteella hän kehitti mallin, joka on hyvin käyttökelpoinen resilienssin mittaamiseen ja ymmärtämiseen. Antonovskyn mukaan avainasemassa on elämänhallinnan eli koherenssin tunne. Teorian mukaan mahdollisuudet hyvään elämään lisääntyvät ja luottamus omaan kykyyn luoda hyviä ihmissuhteita kasvaa, jos elämän kokee ymmärrettäväksi, hallittavaksi ja mielekkääksi. (Hedrenius & Johansson 2016, 157-158.)

Resilienssi- käsitteeseen voidaan yhdistää kolme periaatetta. Resilienssi on paljon muutakin, kun vain pelkkä toipuminen traumaattisesta kokemuksesta ja se on paljon yleisempää kuin aiemmin on ymmärretty. Näiden lisäksi resilienssiä voi kasvattaa harjoittelemalla. (Wimpenny & Costello 2012, 101-102.) Bonannon tutkimusten mukaan on havaittavissa ero niiden yksilöiden välillä, joilla on resilienssiä ja niiden, jotka toipuvat ajan myötä. Bonannon mukaan resilientillä yksilöllä on heti järkyttävän tapahtuman jälkeen kyky ylläpitää tasapainoa ja vakautta. Toinen yhdysvaltalainen kliinisen psykologian professori Stevan Hobfoll on esittänyt teorian siitä, mikä aiheuttaa psyykkistä stressiä. Teoriassa ei ole ensi sijassa resilienssistä, mutta se voi auttaa ymmärtämään, kuinka ihminen reagoi



stressaavassa tilanteessa. Mallin pohjalla on perusolettamus siitä, että tärkeimpiä päämääriä elämässä on rakentaa ja suojella arvokkaita voimavaroja ja nämä voimavarat ulottuvat kaikille elämän alueille, jotka ovat tärkeitä yksilön olemassaololle ja tulevaisuudelle. Aineelliset voimavarat, olosuhteet, henkilökohtaiset ominaisuudet sekä energia muodostavat. Yhden tai useamman voimavaran menettäminen aiheuttaa stressiä ja räsitystä. Yksi reitti toipumiseen on menetyksen korvaaminen. Teoriassa on nostettu esille myös, että yhden tai useamman voimavaran menettäminen johtaa usein toisiin menetyksiin. Esimerkiksi avioero merkitsee tärkeän ihmissuhteen menettämistä, mutta siitä voi seurata myös taloudellisia ongelmia. Taloudellisten ongelmien vuoksi henkilö voi joutua työskentelemään enemmän, mikä voi vuorostaan johtaa siihen, ettei ihmisellä ole aikaa tai jaksamista uusien ihmissuhteiden luomiseen. Neljäntenä teoriana pidetään trauman jälkeistä kasvua. Tähän teoriaan liitetään vahvasti ajatus siitä, että jotkut järkyttäviä tapahtumia kokeneet ihmiset eivät ainoastaan toivu vaan tuntevat itsensä jonkin ajan kuluttua psyykkisesti vahvemmiksi. Yhtenä kyseisen teorian uranuurtajana voidaan mainita ruotsalainen psykiatri John Cullberg. (Hedrenius & Johansson 2016, 158-163.)

Uusiseelantilainen tutkija Lucy Hone on tutkinut resilienssiä teoksessaan *Resilient Grieving* (2017), jonka pohjalta voidaan nostaa esille tiettyjä piirteitä, jotka ovat yhteneväisiä resilienteillä yksilöillä heidän kohdatessaan traagisen tapahtuman. Ensimmäisenä Hone nostaa esille seikan, jonka mukaan resilientit yksilöt ymmärtävät, että kärsimys on osa elämää ja kärsimys loppuu aikanaan. He eivät ajattele; ”Miksi minä?” vaan ennemminkin ”Miksi en juuri minä?”. Toisena tärkeänä asiana esille nousee resilienssien yksilöiden kyky suunnata voimavarat vain tärkeimpään ja asioihin, joihin he voivat itse vaikuttaa. Tähän liittyy psykologian termi *benefit-finding*, jolla tarkoitetaan tilannetta, jossa yksilö kykenee näkemään myös positiivisia näkökulmia kauheuden keskellä. Viimeisenä tärkeänä asiana Hone nostaa esille kysymyksen; ”Aiheuttaako tekemiseni minulle enemmän harmia kuin hyötyä?”. Tilanteissa, joissa yksilö toistaa jotakin tiettyä toimintamallia, olisi tärkeää pysähtyä ja pohtia, onko toiminnasta enemmän hyötyä kuin haittaa. Lopuksi Hone toteaa, että resilienssi ei ole asia, jota toisilla on ja toisilla ei ole vaan enemmänkin asia, jota pitää haluta käyttää ja kehittää.

#### 4.2 Selviytymismekanismit auttamistyössä

Palmer (1983) tutki millaisia selviytymismekanismeja ensihoitajat käyttivät kuoleman kohtaamisessa. Ensihoitajat kohtaavat kuolemaa ja kuolemista rutiininomaisesti työuransa aikana. Monesti kohdattu kuolema on kaikkea muuta kuin siisti tai steriili tapahtuma, jonka ensihoitaja kohtaa niin fyysisellä kuin henkiselä tasollakin. Tieteellisestä näkökulmasta katsottuna tutkimusten mukaan ensihoitajaa ohjaa kuusi selviytymismekanismia: ammatillinen turtuminen, huumori, vuoropuhelu, tieteellinen sirpaloituminen, työhön pakeneminen sekä asioiden rationalisointi.

Mildenhall (2012) tutki kirjallisuuskatsauksessaan ensihoitajien selviytymismekanismeja. Selvisi, että on vain vähän validia ja tutkittua tietoa näistä selviytymismekanismeista, mutta esille nousi seuraavia keinoja; välttely/tunteiden tukahduttaminen, ammatillinen reflektio, perheen tuki, vertaistuki kollegoilta, tuki esimieheltä, huumori, tarinankerronta sekä nautintoaineiden käyttö. Ensimmäisenä esille nousutunteiden tukahduttaminen oli yksi suosituimmista selviytymismekanismeista, vaikka se tutkimusten mukaan miellettiinkin epäterveelliseksi. Lisäksi sillä havaittiin suora suhde lisääntyneisiin sairaspöissaoloihin. Ammatillinen reflektio on hyödyllistä ja monet ensihoitajat käyttivätkin

sitä selviytymismekanismina pohtiessaan sitä, kuinka tehtävä hoidettiin ja olisiko jotain voinut tehdä toisin. Se lisäsi ammatillista kasvua. Monissa tutkimuksissa nousi esille, että perheen tarjoama tuki oli tärkeää ensihoitajalle ja se auttoi selviämään työstä johtuvasta stressistä. Toisaalta osa koki, että pitämällä työ ja perhe-elämä erillään, voitiin perhettä suojella stressiltä. Tämä perusteltiin sillä, että elämässä oli muutenkin paljon stressaavia osa-alueita mm. vuorotyöstä johtuva stressi sekä epä-säännöllinen työaika. Vertaistuki kollegoilta oli suosituin selviytymismekanismi. Erityisesti saman vuoron työkavereiden koettiin olevan merkittävässä roolissa stressaavista tilanteista selviytymisessä. Ensihoitajat kokivat esimieheltä sadun tuen puutteelliseksi. Syynä tähän oli erilaiset työajat, jotka hankaloittivat keskustelua kasvotusten. Tämän myötä vastaajat kokivat, että esimies jäi etäiseksi henkilöksi, joka herkästi vieraantuu alaisistaan. Mustan huumorin koettiin vähentävän stressiä ja samaan aikaan lisäten hallinnan tunnetta ja keinoja selviytyä. Huumorin on katsottu olevan ensihoitajalle keino etäännyttää stressaavasta tilanteesta. Ensihoitajat kokivat tärkeänä, että huumoria käytettiin vain silloin, kun ulkopuoliset eivät olleet kuuntelemassa. Ensihoitajat käyttivät tarinankerrontaa parantaakseen ryhmähenkeä, tiimityöskentelyä sekä saadakseen sosiaalista tukea. Tämänkin mekanismin todettiin auttavan ensihoitajaa etäännyttämään stressaavasta tilanteesta. Nautintoaineiden käytön katsottiin olevan riskialtista käyttäytymistä ja tutkimusten mukaan monet turvautuivat niihin selviytyäkseen työstä aiheutuvasta stressistä. Nautintoaineiden käyttö yhdistettiin tunteiden kieltämiseen ja toisaalta niitä käytettiin rentoutumiskeinona.

Elder ym. (2019) tutkivat ensiavussa työskentelevien auttajien ammatillista stressiä ja selviytymismekanismeja ja tutkimuksen mukaan tärkein stressistä selviytymismekanismi oli huumori. Lisäksi vastaajat kokivat tärkeänä lähestyä ongelmaa objektiivisesti ja nähdä sen kaikki puolet. Lisäksi ongelmasta pyrittiin saamaan lisää tietoa ja sillä tavoin hallita tilannetta. Auttajien sukupuolella ei näytännyt olevan merkitystä tutkimustuloksissa, joskin naisten todettiin syyttävän itseään useammin stressaavassa tilanteessa ja käsittelevän ongelmaa läheisten ja perheen kanssa useammin kuin miesvastaajat. Naisille oli myös vaikeampaa tarkastella tilannetta objektiivisesti.

Britton ja Moran (1994) tutkivat vapaaehtoisen pelastushenkilöstön reaktioita traumaattiseen tapahtumaan ja tutkimuksen mukaan pelastushenkilöstöllä ei ollut käytössään mitään erityisiä selviytymismekanismeja. Osallistujat kuvasivat pelastustyötä tavallisena työnä, joka jonkun on tehtävä. Tätä voitiin tulkita yksilön luomana ns. ammatillisena haarniskana. Tutkimuksesta voitiin kuitenkin tulkita, että työn mukanaan tuomilla traumaattisilla tapahtumilla oli yhteyttä mahdollisiin myöhempisiin stressireaktioihin.

Hammarlund (2004, 178-179) mukaan monet auttajat kertovat, että ainoa tapa suhtautua traumaattisiin työtehtäviin on yrittää etäännyttää tunteet eli asettua epätodelliseen olotilaan, jota voidaan kuvata dissosiaation myönteisenä soveltamisena. Lisäksi pelastushenkilöstö voi hallita sekä itse tilannetta, että mahdollisia jälkireaktioita erilaisin menetelmin, joita ovat henkinen valmistautuminen, reaktioiden tukahduttaminen, etäännyttäminen, altistumisen säätely, ajattelemista estävä toiminta, mielekkyyden määrittäminen suoritettavalla työllä, minää vahvistavat huomautukset sekä vertaistukitapaamiset ja stressin jälkipuinti ryhmässä.

**Debriefing** tarkoittaa jälkipuintia eli psykologista ensiavun keinoa. Debriefing on yksi monista intervention muodoista, joilla voidaan tukea järkyttävässä tapahtumassa mukana olleita sekä ammattilaisia. Kansainvälinen yhteisymmärrys jälkipuinnin eli debriefingin käytöstä järkyttävän tapahtuman akuuttivaiheessa on selvä. Viimeisimmän tutkimustiedon valossa jälkipuinti on todettu tehottomaksi ja sen on jopa havaittu lisäävän traumaperäisen stressihäiriön riskiä. Jos hyötyjä ei kyetä laajalla tutkimusjoukolla osoittamaan, ei ole eettistä eikä taloudellisesti mielekäästä käyttää voimavaroja tämänkaltaisiin interventioihin. Psykotraumatologisen tutkimuksen maailmanlaajuinen tutkimus- ja kehitysverkosto ([www.istss.org](http://www.istss.org)) on jopa varoittanut debriefingin käytöstä. Syyt ovat seuraavat: Yhden ainoan intervention esimerkiksi jälkipuinnin, käyttäminen lähtee oletuksesta, että kaikilla saman järkyttävän tapahtuman kokeneilla ihmisillä on samankaltaiset tarpeet ja samankaltaiset tavat käsitellä asiaa. Nykyään tiedetään, että näin ei ole. Toisena varoituksena hyvin eri tavoin tilanteeseen reagoivien ihmisten kokoaminen yhteen ryhmään voi johtaa siihen, että voimakkaista reaktioista kärsiville ihmisille tulee samaistumisen ja normaaliuden sijaan tunne, että he erottuvat muusta joukosta. Samalla he voivat myös kokea voimakasta räsitystä toisten kertomuksista. Kolmantena varoituksena nostetaan esille, että vaikka osanottajat eivät tuntisi halua puhua tapahtuneesta, ryhmäkeskustelumuodon vuoksi he saattavat kokea painetta tehdä niin. On myös todettu, että liian tunkeilevat interventiot voivat hidastaa luonnollista toipumista tapahtuneesta. Viimeisenä kehitysverkosto nostaa esille, että itsensä ilmaiseminen sanallisesti tai tunkeilevien kysymysten kohteeksi joutuminen silloin, kun ihminen on yhä biologisesti stressireaktion vallassa, voi vaikuttaa muistiin ja fyysiikkaan kielteisemmin kuin se, että tunteita ja ajatuksia ilmaisisi silloin, kun keho on rauhoittunut ja itse tahtoo puhua tapahtuneesta. (Hedrenius & Johansson 2016, 44-45.)

Sokkivaiheen ryhmämuotoinen menetelmä on psykologinen purkukokous eli **defusing** tai **CISD** (Critical Incident Stress Debriefing), jonka on kehittänyt amerikkalainen psykologi Jeffrey Mitchell 1980-luvun loppupuolella (Saari 2003, 149). Defusing-istunto on ajatusten ja tunteiden aktiivista ajattelua ja puhumista, jonka tavoitteena on oman mielen- ja elämänhallinnan tunteiden uudelleen kokeminen, informaation ja käytännön neuvojen jakaminen stressinhallintaan. Menetelmä aloitetaan ajatuksista ja kognitiivisista toiminnoista, joiden jälkeen selvitetään tunteet ja lopuksi palataan taas kognitiivisiin prosesseihin. Vetäjänä toimii terveydenhuollon ammattilainen. (Hammarlund 2004, 114.) Istunto on jaettu kolmeen vaiheeseen, joista ensimmäisessä käydään läpi säännöt ja miksi kokoontuminen on järjestetty. Kukin osallistuja puhuu vuorollaan tunteistaan, ajatuksistaan ja kokemuksistaan. Kaikkia kuunnellaan, ei kommentoida tai puhuta päälle. Toisessa vaiheessa käydään läpi tosiasioita eli mitä tapahtui sekä pyritään tunnistamaan omia tunteita ja kokemuksia. Kolmannessa vaiheessa arvioidaan mahdolliset seurannan ja jatkohoidon tarpeet. Tilaisuuden alussa korostetaan luottamuksellisuutta, tilaisuuden jälkeen muiden kertomia asioita ei tuoda julki. (Leppävuori 2009, 76.) CISD-menetelmä ei juuri poikkea Defusing-menetelmästä. Siinä vaiheet ovat jaettu seitsemään eri vaiheeseen. Ensimmäisessä eli johdantovaiheessa käydään samat asiat läpi kuin defusingin ensimmäisessä vaiheessa. Toinen vaihe on faktavaihe, jossa osallistujat kertovat lyhyesti nimensä ja ammattinsa ja kuvaavat tapahtunutta omasta näkökulmastaan. Kolmannessa vaiheessa eli ajatusvaiheessa osallistujat selvittävät, miten he ovat kokeneet tapahtumat kuvailemalla niitä koskevia ajatuksiaan. Neljäs vaihe on tunnevaihe, jossa osallistujat tuovat esille tunnekokemuksiaan. Viides vaihe on reaktio- ja oirevaihe, jossa selvitetään, millaisia stressin oireita tapahtuma on aiheuttanut

sekä ryhmälle että yksittäiselle henkilölle. Kuudentena vaiheena on opetus- eli normalisointivaihe, jossa toiminnan painopiste siirtyy osanottajista vetäjiin. Vetäjät tuovat esille osallistujien reaktioiden samankaltaisuudet ja yhdistävät ne muihin vastaaviin tilanteisiin. Vetäjät antavat myös ohjeita leppämisestä, liikunnasta ja siitä, miten perheen lapsille kerrotaan asiasta. Viimeisessä vaiheessa eli lopetusvaiheessa vetäjät tekevät kokouksesta yhteenvedon ja kartoittavat mahdollista lisätuen sekä seurantakeskustelun tarvetta. (Hammarlund 2004, 114- 116.)

**Työnohjaus** käsitteenä tarkoittaa ammatillisten ja persoonallisten valmiuksien lisäämistä reflektiivisen keskustelun avulla. Työnohjaus keskittyy työhön, työn ja työntekijän itsensä tutkiskeluun ja sen tavoitteena on työssä kehittyminen ja toiminnan laadun varmistaminen. (Punkanen 2009, 7.) Työnohjaus on alun perin syntynyt sosiaalityön, kirkon ja terapeuttisen hoitotyön puitteissa ja alun perin työnohjaus olikin kokeneemman työntekijän nuoremmalle kollegalleen antamaa opastusta ja koulutusta. Myöhemmin työnohjaus on kehittynyt pohdiskelevaksi ja suunnitelmalliseksi vuoropuheluksi. (Alhanen ym. 2011, 15-17.)

Työnohjaus perustuu aina työntekijän omaan tarpeeseen ja haluun saada työnohjausta ja työntekijällä tulee olla oikeus valita työnohjaajansa (Punkanen 2009, 7). Tutkimusten mukaan työnohjaus parantaa työn laatua sekä lisää ohjattavien työhyvinvointia (Alhanen ym. 2011, 16). Työnohjaus on pitkäkestoinen prosessi, jossa tapaamiset ovat toistuvia, säännöllisiä ja ennalta sovittuja: tapaamisia on tyypillisesti kerran kuukaudessa, tavallisimmillaan 1-3 vuoden ajan. Joskus työnohjaus voi olla konsultatiivista, jolloin prosessi voi olla hyvinkin lyhytkestoinen. (Punkanen 2009, 7.)

Työnohjaus on ohjaajan ja ohjattavan välisessä vuorovaikutuksessa tapahtuvaa työhön liittyvien kysymysten käsittelyä ja ongelmien ratkaisua. Tämä on monitasoinen tapahtuma ja sitä voidaan kuvailla vuorovaikutus-, oppimis- ja ongelmanratkaisuprosessiksi. (Punkanen 2009, 7.) Työnohjauksen sisältönä on ohjattavan oma arkityö kokonaisuudessaan. Työnohjaaja ei toimi ohjattavien työn sisältöjen asiantuntijana vaan heidän työssä- oppimisen ohjaajana. Tämä tarkoittaa sitä, että työnohjaaja ei paranna ohjattavan asiantuntijuutta tarjoamalla lisää tietoa vaan auttamalla ohjattavaa refleктоimaan omaa toimintaansa sekä sen edellytyksiä ja seurauksia. (Alhanen ym. 2011, 21.)

Työnohjausta voidaan toteuttaa monella eri tavalla. Työnohjaus voi olla joko suoraa tai välillistä eli epäsuoraa. Suora työnohjaus tapahtuu suoralla interventiolla kyseiseen tilanteeseen, jolloin ohjaaja näkee tilanteen aidosti, ei kenenkään toisen kokemana. Tämä vaatii aina etukäteissuunnittelua ja sopimuksia, ja tämän vuoksi suoraan työnohjaukseen kuuluvat sitä edeltävä suunnitteluvaihe, varsinaisen toimintavaihe ja aina tilanteen jälkeen reflektiivinen keskusteluvaihe. Epäsuora työnohjaus on tyypillisintä työnohjausta. Tällöin työnohjaus ei tapahdu todellisessa, autenttisessa tilanteessa, vaan on kulunut päiviä tai viikkoja siitä tilanteesta, josta ohjattava haluaa keskustella. Epäsuorassa työnohjauksessa asiat muuttavat muotoaan, sillä koskaan ei ole mahdollista palauttaa täsmällisesti mieleen sitä, mitä aikaisemmin on tapahtunut ja miltä silloin on tuntunut. Hyvänä keinona voidaan pitää sitä, että ohjattava kirjoittaa muistiin heti tilanteen jälkeen ne kokemukset ja tilanteet, joita hän haluaa myöhemmin reflektoida työnohjauksessa. (Punkanen 2009, 26-29.)

Työnohjauksen muotoja ovat yksilötyönohjaus, ryhmätyönohjaus sekä yhteistyönohjaus (Punkanen 2009, 26). Yksilötyönohjaus on työnohjauksen suosituin muoto. Sitä käyttävät eniten esimiesasemassa olevat sekä emotionaalisesti kuormittavan työn tekijät. Siitä saadaan tukea myös haastaviin ammatillisiin muutoksiin. Perusteltua on valita yksilötyönohjaus ohjauksen muodoksi silloin, kun ohjattavan työrooli tai asema organisaatiossa on sellainen, että vertaisia ei löydy. (Alhanen ym. 2011, 127.)

Yksilötyönohjauksessa on läsnä työnohjaaja ja yksi työntekijä, jolloin ollaan kahdenkeskisessä suhteessa, jossa ohjaaja on täysin ohjattavan käytössä. Koska riskinä yksilötyönohjauksessa on jäädä jonnaamaan asioissa paikoilleen, on tärkeää laatia etukäteen ohjauksen tavoitteet ja arviointi. Ohjaajan tulee olla myös kannustava, koska ohjattava ei voi saada palautetta keneltäkään muulta varsinaisessa ohjaustilanteessa. (Punkanen 2009, 28-29.) Yksilötyönohjausprosessin kuluessa työnohjaaja on hyvä käydä ohjattavan kanssa avointa vuoropuhelua heidän keskinäisestä suhteestaan ja siitä, palveleeko työnohjaus riittävän hyvin ohjattavan yksilöllisiä tarpeita ja miten se tukee hänen itsenäistä toimijuuttaan (Alhanen ym. 2011, 129). Ryhmätyönohjausta annetaan joko työryhmälle tai ryhmälle, joka koostuu useimmiten saman alan edustajista (Punkanen 2009, 30). Tulee huomioida, että ryhmätyönohjaustilanteeseen osallistuvat ohjattavat eivät ole arkityössään saman työyhteisön jäseniä. Työnohjaustilanteessa ei yritetä ohjata ryhmäläisiä työpaikan työyhteisönä vaan niissä keskitytään kunkin ohjattavan ammatilliseen kehitykseen ja samalla vertaisilta oppimiseen. (Alhanen ym. 2011, 155.) Ryhmäohjauksessa jokainen ryhmä käy läpi oman kehityskulkunsa, minkä seurauksena erilaiset ryhmädynaamiset ilmiöt voivat korostua. Ohjattavat joutuvat yksilöinä tilanteeseen, jossa he joutuvat ottamaan huomioon muiden joko kuvitellun tai todellisen reagoimis- ja suhtautumistavan ja peilaavat omia työkäytäntöjään ja ajatuksiaan sekä saavat tukea toisiltaan suunnittelmissaan ja tavoitteissaan. (Punkanen 2009, 30.) Ryhmätyönohjauksen kokoonpanoja voidaan muodostaa monilla eri tavoilla: ryhmän voi koota jokin tietty organisaatio, ryhmäläiset itse tai ohjaaja. Tärkeää on pohtia tarkasti seikkoja, jotka takaavat hyvän ryhmätyönohjauksen onnistumisen. Tästä syystä työnohjaaja olisi hyvä ottaa mukaan suunnitteluvaiheeseen jo ryhmän kokoamisvaiheessa. (Alhanen ym. 2011, 156.) Yhteistyönohjaus eroaa ryhmätyönohjauksesta siten, että kaikki ohjattavat ovat saman työyhteisön jäseniä (Punkanen 2009, 30).

Työnohjaus perustuu reflektiiviselle dialogille ja se tarvitsee aikaa ja tilaa (Punkanen 2009, 50). Työssä oppimista voi edistää ja kehittää omaa toimintaa **reflektoimalla**. Aito reflektio kiinnittyy ihmisen omakohtaiseen kokemukseen ja suuntautuu omien tekojen ja niiden seurausten käsittämiseen. Parhaimmillaan reflektiosta tulee kiinteä osa omaa toimintaa ja sen puitteissa tapahtuvaa oppimista. Sen tarkoitus on kehittää työssä oppimista mielekkääseen suuntaan ja laajentaa opitun siirtovaikutuksia. Reflektion avulla autetaan ohjattavaa jäsentämään kokemaansa, hahmottamaan oman toimintansa syy- seuraussuhteita ja käsitteellistämään ilmiöiden oleelliset piirteet. (Alhanen ym. 2011, 45-50.) Oppimisen kannalta reflektio on välttämätöntä. Ohjattavan on pystyttävä teorian ja käytännön ymmärtämiseen ja yhdistämiseen, jotta syvällistä oppimista voi tapahtua. Tätä kautta päästään haluttuun tavoitteeseen ja muutokseen toiminnassa. (Punkanen 2009, 52.)

*"Ammattilaisena tiesin, mitä minulle sokissa olevana omaisena piti tehdä. Silti kysyin lääkäriltä kaikki yksityiskohdat, jotta ne menisivät ymmärrykseeni. Hän selitti tarkasti mitä tulisi tapahtumaan. Puolisoni kantoi kuolleen lapsemme sisälle hyvästeltäväksi. Tilanne oli täysin vailla ymmärrystä. Mietin, että tuossa viereisellä sohvalla sokissa oleva tyttäreni suri menehtynyttä veljeään ja minä itse istuin lattialla pidellen kuolleen lapseni päätä käsissäni. En tiennyt missä minun olisi pitänyt olla, en voinut auttaa kumpaakaan heistä. Hiljaisuus tuntui kestävän ikuisuuden. Paikalle jääneen ensihoitoyksikön hoitajana toiminut ensihoitaja katsoi minua silmissään sama järkytys, sääli ja ymmärrys. Tiesin kysymättäkin, että hän oli itsekin äiti. Varmasti äiti eikä siinä hetkessä ensihoitaja. Hän todennäköisesti näki minussa sen pahimman painajaisensa. Rikoin hiljaisuuden sanomalla; "Meistä kukaan ei koskaan halua työssään tähän tilanteeseen ja silti me kaikki olemme yhdessä tässä tilanteessa." Lause kuulosti järjettömältä, mutta samaan aikaan niin järjelliseltä, ettei sitä olisi voinut sanoiksi muulla tavalla pukea. Pyysin paikalle akuuttia kriisiapua, jota kyseisellä paikkakunnalla ei ollut tarjota. Olin erittäin pettynyt, koska tiesin, että paikkakunnalla, jossa pysyvästi asuimme, olisi sitä saatu paikalle. Ymmärsin sillä hetkellä, kuinka eriarvoisessa asemassa me olemme tämänkin asian suhteen. Ai-noana vaihtoehtona olisi ollut hakeutua 20 km päähän hakemaan apua. En halunnut sitä. Pyysin lääkäriryksikön lääkäriltä Diapam-lääkitystä, jotta saisimme rauhoituttua ja nukuttua edes vähän, hän jätti kaikki kyseiset lääkkeet, joita hänellä oli mukanaan. Sovimme, että menisimme seuraavana päivänä saamaan kriisiapua, mikäli sitä ei saataisi paikan päälle meille järjestettyä. Olin vakuuttunut, että seuraavana päivänä se onnistuisi, olihan se kuitenkin arkipäivä. Paikalle tuli kuitenkin sosiaalityöntekijä. Hän oli nuori henkilö, joka ei kyennyt sanomaan mitään. Säälin häntä siinä tilanteessa, todennäköisesti hän ei ollut koskaan aiemmin joutunut vastaavanlaiseen tilanteeseen. Pyysin häntä lähtemään, koska koin, että hänen läsnäolonsa ei toisi mitään lisäarvoa. Seuraavana päivänä minulle soitettiin ja pyydettiin matkustamaan 20 km päähän vastaanotolle. Tuntui aivan älyttömältä edelleen ja aloin kokea vihan tunteita. Minun piti matkustaa siinä tilassa hakemaan apua. Mutta lopulta me nimme sovitusti paikan päälle. Tilanne paikan päällä oli aivan absurdi. Paikalla oli kaksi henkilöä, joista kummastakaan ei ollut apua. Apu, jota tarjottiin ei ollut oikein kohdennettua tai oikeanlaista. Lopulta puolen tunnin keskustelun päätteeksi pyysin lääkäriä paikalle. Lääkäri tuli päivystyksestä ja oli aivan yhtä sanaton, kun kaikki muut ammattilaiset sinä päivänä. Keskustelin tilanteesta ja jatkohoidosta. Hän määräsi pyydetessä pienen määrän rauhoittavaa lääkitystä muistuttaen, että ymmärsinhän, että lääkkeet eivät olleet tarkoitettu jatkuvaan käyttöön. Lopuksi hän purskahti itkuun ja poistui paikalta. Tilanne oli edelleen älytön."*

## 5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata yhden terveydenhuollon ammattilaisen kokemuksia oman lapsen menettämisestä ja siitä seuranneista selviytymisen vaiheista. Tavoitteena oli tuottaa podcast aiheesta ja sitä kautta lisätä tietoisuutta aiheesta sekä antaa työkaluja selviytymiseen kaikille lapsensa menettäneille vanhemmille. Näkökulma, jolla työtä lähestytään voi tuoda lohtua sureville vanhemmille; En edes ammattilaisena kyennyt pelastamaan lastani.

## 6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

### 6.1 Suunnittelu

Opinnäytetyö on tutkimuksellinen kehittämistyö, jossa käytin menetelmänä kuvailevaa tapaustutkimusta (Saarela-Kinnunen ja Eskola, 2015; Yin 2003.) ja tuotoksena oli podcast. Tapaustutkimuksesta eli case-tutkimuksesta ei ole yksiselitteistä määritelmää, sillä sitä voi tehdä monella tavalla ja se on käsitteenä monisyinen. Enemmänkin tapaustutkimusta voidaan pitää joustavana lähestymistapana ja näkökulmana todellisuuteen. Olennaisinta on, että käsiteltävä aineisto muodostaa tavalla tai toisella kokonaisuuden eli tapauksen. (Saarela-Kinnunen ja Eskola, 2015.)

Opinnäytetyöni teoriaosassa käsittelin lapsen kuolemaa traumaattisena kokemuksena ja siitä seuraavia vaiheita, joita lapsensa menettänyt vanhempi usein käy läpi. Aineiston keräsin kirjallisuuden ja tutkimusten pohjalta. Lisäksi käsittelin teoriaosassa pelastushenkilöstön kokemaa traumatisoitumista sekä selviytymiskeinoja.

Opinnäytetyön tuotokseksi suunnittelin podcastin nauhoittamisen ja julkaisemisen. Podcastilla tarkoitetaan äänitiedostoa, joka julkaistaan verkossa. Podcast-termi on sisällöllisesti häilyvä, sillä sen alle voidaan koota monenlaisia ja -tyylisiä internetissä kuunneltavia ja ladattavia ohjelmia. (Kalervo 2019, 5, 12.) Podcastin toteutusmenetelmäksi valitsin haastattelun sijaan monologi-tyyppisen lähestymistavan, jossa minä itse kerron oman tarinani etukäteen kirjoitettavan käsikirjoituksen pohjalta.

#### 6.1.1 Tapaustutkimus menetelmänä

Kanasen (2013) mukaan case- tutkimuksen kohteena on jokin tämänhetkinen ilmiö eikä sitä voida tehdä menneestä ilmiöstä, vaikka teoreettisessa viitekehyksessä käytetään aina tapahtuneita ilmiöitä ja niistä kirjoitettuja dokumentteja. Tutkimuksen kohteena on yksi tai useampi tapaus, josta halutaan syvälinen ymmärrys.

Case- tutkimukset voidaan jaotella eri tyypeihin. Yin on jaotellut (2003) tapaustutkimuksen eri tyypit seuraavanlaisesti: vanhin tapaustutkimuksen perusmuoto on kuvaileva eli deskriptiivinen tapaustutkimus ja sen avulla pyritään esittämään hyvä ja tiheä kuvaus ilmiöstä tai hyvä tarina. Selittävässä tapaustutkimuksessa mennään kuvailua pitemmälle eli pyritään myös selittämään, miksi tapaus on kuvattuna kaltainen tai miksi tapaus on kehittynyt tietyllä tavalla nykytilaansa. Uutta löytävässä eli eksploraatiivisessa tapaustutkimuksessa mennään vieläkin pitemmälle eli voidaan tuottaa teorioita tai hypoteeseja, joita pyritään testaamaan uusissa tapauksissa. (Kananen 2013, 55.)

Opinnäytetyöni on tyypiltään tapaustutkimuksen perusmuoto eli kuvaileva tapaustutkimus, jossa pyrin esittämään oman tarinani mahdollisimman autenttisenä ja yksityiskohtaisena. Tuotoksena olevan podcastin kuuntelija saa kuulla osan elämäntarinaani.

Case-tutkimus käynnistyy aiheen valinnalla, jonka jälkeen siirrytään tutkimusongelman määrittämisen vaiheeseen. Kyseisessä tutkimustyyppissä ongelmat ovat usein vaikeasti määriteltäviä, mistä syystä nimenomaan case-menetelmä on valittu strategiaksi. Ongelman määrittelyn jälkeen valitaan



tutkimuskohde eli tapaus tai tapaukset ja tiedonkeruumenetelmät. Opinnäytetyössä aiheen valinta perustui omakohtaiseen kokemukseen, jolloin varsinaista tiedonkeruuta ei tarvinnut, sillä opinnäytetyön aineisto muodostuu omasta kertomuksestani. Tämän jälkeen alkaa toteutusvaihe. Case-tutkimuksessa käytetään yleisesti monia tietolähteitä. (Kananen 2013, 59-60.)

### 6.1.2 Podcast-nauhoitus

Nelonen Media radioiden sisältöjohtaja Johannes Saukko on määritellyt podcastin tekemiselle seuraavanlaisia ohjeita; Ennen podcastin tekemisen aloittamista, tulisi pohtia näkökulmaa sekä kohderyhmää. Tässä vaiheessa on tärkeää rajata omaa aihettaan riittävästi, sillä podcastit eivät ole laajojen kohderyhmien yleisohjelmia, vaan pikemminkin ne kehittyvät pienempien, intohimoja herättävien aiheiden ympärille. Lähtökohtaisesti podcastin tekijän persoonalla on erittäin suuri merkitys podcastin onnistumiselle. Tekijän oma persoona kaikkine puolineen on välttämätöntä tuoda alastomana kuuntelijoiden saavutettavaksi. Kuuntelutilanne on intiimi ja kuuntelija eli ihminen kiinnittyy toiseen ihmiseen eli podcastin tekijä tarjoaa kuuntelijalle samaistumispintaa. Kuuntelija voi olla tekijän kanssa samaa mieltä tai eri mieltä. Autenttisen kuuntelukokemuksen ehtona on, että tekijä hyväksyy mahdolliset virheet, saattaa hakea sanoja tai koota ajatuksiaan ja jopa miettii hetken silloin tällöin. Tämän myötä tekijä on kuuntelijalle läsnä ja lopputulos on aito.

Itse podcastin nauhoituksessa on otettava huomioon tiettyjä asioita. Äänenlaadun tulisi olla hyvä, joten nauhoitukseen käytettävät laitteet tulisivat olla lähtökohtaisesti parempia kuin esimerkiksi matkapuhelimen mikrofoni. Saukko muistuttaa, että nykyään suurin osa podcasteista kuunnellaan kuulokkeilla, jolloin huono tai epätarkka äänenlaatu tekee kuuntelukokemuksesta epämiellyttävän. Podcastin kestosta ei ole olemassa yhtä oikeaa vastausta, mutta enimmäkseen podcastit ovat sisältömuodoltaan *long formia* eli pidempi kestoisia, sillä se mahdollistaa kuuntelijalle pidemmän kuuntelutilanteen ja keskittyminen aiheeseen on helpompaa. ([www.totalaudio.fi](http://www.totalaudio.fi))

Otin nämä suositukset huomioon oman podcastini suunnittelussa ja toteutuksessa. Näkökulmani oli alusta saakka selkeä, minä kertoisin tarinani omasta näkökulmastani ja kokemuksistani lapsensa menettäneenä vanhempana, unohtamatta kuitenkaan työrooliani, joka lopulta kuitenkin kulki mukani koko tapahtuneen ajan. Lisäksi koin, että tarinani tuli kertoa rehellisesti ja mitään kaunistelematta. Tämän lisäksi podcastin nauhoitustilanne oli intiimi, paikalla ei ollut minun lisäkseni kuin yksi henkilö.

### 6.2 Toteutus

Opinnäytetyöni tuotoksena oli podcast aiheesta. Podcastin suunnitteluvaiheessa toteutusmenetelmäksi valittiin haastattelun sijaan monologi- tyyppinen lähestymistapa, jossa minä itse kerron oman tarinani. Nauhoitusta varten olin kirjoittanut käsikirjoituksen, jonka luin nauhoituksen aikana. Podcast nauhoitettiin huhtikuussa 2021 Savonia ammattikorkeakoulun tiloissa. Tila valikoitui työn toteuttamispaikaksi mm. akustisista syistä. Nauhoitukseen käytettiin Zoom H6-nauhuria stereomikrofonilla.

## 7 POHDINTA

### 7.1 Opinnäytetyön prosessin ja tuotoksen arviointi

Arviointiprosessin elementtejä ovat suunnittelu ja sopimusten neuvottelu, kohteiden ja kriteerien määrittelyt, tiedon keruu, menetelmät ja käytännöt, johtopäätökset, raportointi sekä tiedon hyödyntäminen (Seppänen-Järvelä 2004, 28.) Omassa opinnäytetyössäni koin aluksi haasteita useissa vaiheissa. Jo pelkästään itse aiheen selkiytyminen ja riittävä rajaaminen oli vaikeaa ja tarvitsinkin siihen ohjaajieni apua. Aihe oli tavallaan olemassa, mutta se oli itsessään kovin laaja, jolloin lähestymistapa piti hioa runsaasti. Tämän jälkeen teoreettisen viitekehyksen sisältöä tuli pohtia. Aiheeseen liittyvää yleistä teoretietoa oli saatavilla, mutta spesifimpää ajantasaista tietoa ei niinkään. Yleisen tiedon osalta rajauksen tekeminen vaati myös ohjaajieni apua, sillä koin itse, että työssäni näkyvä psykologinen lähestymiskulma aiheeseen olisi tarjonnut enemmän kuin riittävästi tietoa. Monet työssäni esitetyt teoriat ovat iältään jo vanhoja, mutta uudempaa ja tutkittua tietoa eri teorioista oli rajatusti saatavilla.

Itse prosessin koin aika ajoittain haastavana, mutta ohjausta saatuani opinnäytetyön tekeminen tuntui jopa selkeältä ja ohjautui kuin itsestään oikeaan suuntaan. Itse tuotos ja sen tekeminen oli haastavaa. Podcastin käsikirjoituksen laatiminen oli henkisesti vaikeaa ja jouduinkin kirjoittamaan sitä pienissä osissa kerrallaan. Jännitin myös nauhoittamistilannetta jonkin verran etukäteen.

Päädyimme ohjaajieni kanssa opinnäytetyöni osalta ratkaisuun, jossa arviointia ulkopuolisilla henkilöillä tai ryhmillä ei tehty, sillä työ perustuu täysin omakohtaiseen kokemukseen, jonka arviointi on mahdotonta.

### 7.2 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK) on laatinut yhteistyössä suomalaisen tiedeyhteisön kanssa tutkimuseettisen ohjeen hyvästä tieteellisestä käytännöstä (HTK). HTK-ohjeen tavoitteena on edistää hyvää tieteellistä käytäntöä (responsible conduct of research) ja varmistaa samalla, että mahdolliset loukkausepäilyt voidaan käsitellä asiantuntevasti, oikeudenmukaisesti sekä mahdollisimman nopeasti. Hyvä tieteellinen käytäntö pitää sisällään seuraavia asioita; tutkimuksessa noudatetaan tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja ja tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa. Näiden lisäksi tutkimukseen sovelletaan tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Tuloksia julkaistaessa toteutetaan avoimuutta ja vastuullisuutta. On tärkeää myös kunnioittaa muiden tutkijoiden työtä sekä saavutuksia asianmukaisella tavalla mm. viittaamalla heidän julkaisuihinsa oikein. (TENK 2012.)

Tutkimus suunnitellaan ja toteutetaan ja siitä raportoidaan tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla. Tärkeää on huomioida, että tarvittavat tutkimusluvut on hankittu ja tietyillä aloilla vaadittava eettinen ennakoarviointi on tehty. Tutkimushankkeessa tai tutkimusryhmässä sovitaan ennen tutkimuksen aloittamista tai tutkijoiden rekrytointia kaikkien osapuolten oikeudet, tekijyyttä koskevat periaatteet, vastuut ja velvollisuudet sekä aineistojen säilyttämistä ja

käyttöoikeuksia koskevat kysymykset kaikkien osapuolten hyväksymällä tavalla. Mahdolliset rahoituslähteet ja tutkimuksen suorittamisen kannalta merkitykselliset muut sidonnaisuudet ilmoitetaan asianosaisille ja tutkimukseen osallistuville ja raportoidaan tutkimuksen tuloksia julkaistaessa. Tutkijoiden on pidättäydyttävä kaikista tieteeseen ja tutkimukseen liittyvistä arviointi- ja päätöksentekotilanteista, jos on syytä epäillä heidän olevan esteellisiä. Lopuksi vielä voidaan todeta, että tutkimusorganisaatioissa noudatetaan hyvää henkilöstö- ja taloushallintoa sekä otetaan huomioon tietosuojaa koskevat kysymykset. (TENK 2012.)

Opinnäytetyössäni käytetty menetelmä (tapaustutkimus) on yleisesti hyväksytty kehittämistyön menetelmäksi. Tiedonhankintamenetelmät ovat olleet tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia. Tiedonhankinnassa on kunnioitettu muiden tutkijoiden työtä ja heidän julkaisuihinsa on viitattu oikein kehittämistyössä. Tutkimus on raportoitu tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla ja työssä on otettu huomioon YAMK-työn vaatimat kriteerit. Opinnäytetyö on tarkastettu Turnitin- plagiointitunnistamisjärjestelmää käyttäen.

Riege (2003) on tutkinut tapaustutkimuksen validiteettia ja reabiliteettia. Tulosten mukaan metodin luotettavuutta on vaikeaa mitata, koska kirjallisuudesta ei löydy yhtään luotettavaa tapaa testata tapaustutkimuksessa käytettäviä työvälineitä. Hän nostaa esille, että tapaustutkimuksen taustalle kerättävän tiedon on oltava mahdollisimman korkealaatuista. Kehittämistyössäni olen pyrkinyt käyttämään mahdollisimman monipuolisesti lähteitä, vaikka mahdollisimman tuoreen tiedon saatavuus on ajoittain ollut haasteellista. Työssä on hyödynnetty myös kansainvälistä lähdemateriaalia.

### 7.3 Ammatillinen kasvu

Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyölle on laadittu tavoitteet. Työn on laaja, soveltava kehittämis- tai tutkimustehtävä, jossa opiskelija osoittaa kykynsä soveltaa tutkimustietoa, sekä tuottaa uusia ratkaisuja ja uudistaa työelämän käytäntöjä. On tärkeää, että opiskelija kykenee itsenäisesti tunnistamaan, arvioimaan ja ratkaisemaan työelämän kehittämishaasteita. Oman kehittämistyöni aihe valikoitui omakohtaisten kokemusten pohjalta. Aihe on sensitiivinen, harvinainen eikä sitä ole työssäni käytettävästä näkökulmasta aiemmin tutkittu. Koin itse aiheen olevan hyvin tärkeä useista näkökulmista katsottuna, mutta samalla hyvin haastava. Tämä näkyi heti alussa, jolloin aiheen tarkka rajaaminen vaati opinnäytetyöni ohjaajien apua. Ammatillisesta näkökulmasta eli ensihoitajan näkökulmasta olisi tärkeää lisätä tietoisuutta aiheesta alalle valmistuville opiskelijoille. Kehittämistyöni avulla he kykenevät hahmottamaan ensihoitajan työhön liittyviä harvinaisia sidonnaisuuksia, joita tuskin kukaan etukäteen mieltii tai joutuu pohtimaan.

Pohdin paljon opiskelujeni myötä mahdollista tulevaisuuden työnkuvaani eikä se ollut selkeä. Ensihoidon osaamiskenttä on vielä Suomessa jokseenkin nuori eikä kaikkia mahdollisia tulevaisuuden työtehtäviä ole vielä olemassakaan. En itse välttämättä koe olevani taipuvainen jo olemassa oleviin muotteihin ja niihin liittyviin työtehtäviin. Koen merkitykselliseksi sen, että voisin hyödyntää omia kokemuksiani ja niiden mukanaan tuomaa ammatillista ja henkilökohtaista kasvuani tulevaisuudessa. Opintojen sekä kehittämistyön prosessin myötä olen saanut laajempaa näkökulmaa moniin asioihin.

Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen osaamisen kuvaus pitää sisällään kolme eri teemaa; johtamisosaaminen, kehittämisosaaminen sekä asiantuntijuus. Johtamisosaamisen osalta sain

paljon uusia näkökulmia, koska opinnoissamme tämä aihe oli usein ja merkittävästi esillä. Ensihoidossa on vallalla vielä useassa työyhteisössä hyvinkin jäykkä johtamiskulttuuri, joka ei enää sellaiseen palvele nykypäivän ensihoidon toimintaa ja ensihoidon kentällä tapahtuvia muutoksia. Itse työskentelen juuri tällaisen jäykän johtamiskulttuurin alaisuudessa ja olen vuosien saatossa todistanut monta kertaa sen tehottomuutta. Koen toisaalta myös ahdistusta aiheesta, koska todellisuudessa johtamiskulttuurin pysyvä muutos vie vielä vuosia ja edellyttää tämänhetkisen henkilöstön eläköitymistä tai poistumista alalta. Koen ja toivon omaavani ensisijaisesti henkilöstöjohtamisen taitoja. Tästä syystä myös työhyvinvointi ja siihen liittyvät asiakokonaisuudet ovat minulle tärkeitä. Olen omien kokemusteni kautta saanut näkökulmaa työhyvinvointiin ja siinä ilmeneviin puutteisiin eri organisaatioissa. Koen, että monesti henkilöstön työssäjaksamiseen tai työhyvinvointiin liittyvät asiat ovat monelle hankalia käsitellä, osittain varmasti siksi, että niistä monet ovat abstrakteja asioita eikä niiden parantaminen tapahdu hetkessä vaan vaatii usein pitkäjänteisyyttä sekä työyhteisön molempin puolista vuorovaikutusta, niin esimies- kuin alaistaitojakin.

Kehittämisosaaminen ja siihen liittyvät asiat olen kokenut opintojen aikana hyödyllisiksi. Työskentelen yksikössä, joka tuottaa ns. moniammatillista palvelua ensihoidon ja pelastuksen osalta. Tämän myötä olen ollut vahvasti mukana yksikön toiminnan kehittämisessä. Kehitystyö on vienyt vuosia eikä se vielääkään ole valmis. Koen, että lähes kaikilla ensihoitajilla on hyvät ongelmanratkaisutaidot, koska työ itsessään vaatii usein nopeaa reagointia sekä päätöksentekokykyä. Haasteena tässä pikemminkin on avarakatseisuuden puuttuminen, koen, että työ itsessään ohjaa tarkastelemaan asioita liian suppeasti ja yksipuolisesti. Tämän myötä ei välttämättä osata hyödyntää monipuolisesti eri osaamista kehitystyössä.

#### 7.4 Hyödynnettävyys ja kehitysidea

Kehittämistyön tuotoksena syntynyt podcast voidaan käyttää opetusmateriaalina sekä sen avulla voidaan lisätä tietoisuutta aiheesta. Tuotos voi lohduttaa muita samassa tilanteessa olevia ja luoda vertaistukea heille.

Muutamia kehittämisideoita nousi prosessin aikana. Alun perin opinnäytetyöni tuotokseksi oli suunniteltu dokumentti. Aiheesta käytiin neuvotteluja, mutta lopulta päädyttiin podcastiin. Syynä tähän oli dokumenttitekijä Jouko Aaltosen pelko siitä, että tuotos dokumentin muodossa ei saavuttaisi niin monia kuulijoita/katselijoita kuin tuotos toisenlaisessa muodossa. Lisäksi päätökseen vaikutti myös ajankäytölliset haasteet. Aiheesta olisi mahdollista tulevaisuudessa luoda dokumentti. Podcastin lisäksi olisi mahdollista tehdä myös vodcast, jolloin äänitiedosto taltioitaisiin myös visuaaliseen muotoon esimerkiksi siten, että nauhoitustilanteessa yhdellä käsikirjoituksen lukemiskerralla minua kuvattaisiin.

## 8 LÄHTEET

- Aho, Anna Liisa & Terkamo-Moisio, Liisa 2018. Hotus-äkillisesti kuolleen henkilön läheisten tukeminen. Hoitosuositus. Helsinki: Fioca Oy.
- Aho, Anna Liisa, Kivikko, Maarit, Mesikämmen, Erja & Uittomäki, Susanna (toim) 2014. Lapsen kuolema. Tietoa ja tukea lapsen kuoleman kohdanneille. KÄPY RY. Jyväskylä: Kopijyvä Oy.
- Alanen, Pasi, Jormakka, Juha, Kosonen, Antti & Saikko, Simo 2016. Oireista työdiagnoosiin, Ensihoitopotilaan tutkiminen ja arviointi. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Alhanen, Kai, Kansanaho, Anne, Ahtiainen, Olli-Pekka, Kangas, Marko, Soini, Tiina & Soininen, Jarkko 2011. Työnohjauksen käsikirja. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.
- Castren, Maaret, Helveranta, Kai, Kinnunen, Ari, Korte, Henna, Laurila, Kimmo, Paakkonen, Heikki, Pousi, Jouni & Väisänen, Olli 2012. Ensihoidon perusteet. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.
- Elder, Elizabeth, Johnston, Amy N.B, Wallis, Marianne, Greenslade, Jaimi H. & Crilly, Julia 2019. Emergency clinician perceptions of occupational stressors and coping strategies: A multi-site study. *International Emergency Nursing* 45, 17-24
- Hammarlund, Cales-Otto 2004. Kriisikeskustelu. Helsinki: Tietosanoma Oy.
- Hammarlund, Claes-Otto 2010. Kriisikeskustelu. Kriisituki, jälkipuinti, stressin ja konfliktien käsittely. Helsinki: Tietosanoma Oy.
- Hedrenius, Sara & Johansson, Sara 2016. Kriisituki. Ensiapua onnettomuuksien, katastrofien ja järkyttävien tapahtumien käsittelyyn. Tallinna: Printon AS.
- Hone, Lucy 2017. Resilient grieving: Finding strenght and embracing life after a loss that changes everything. The Experiment LLC.
- Kalervo, Elsa 2019. PODpuhetta. Podcast-sarja podcasteista Suomen kuuntelukulttuureissa. Jyväskylän yliopisto, 5-12
- Kananen, Jorma 2013. Case-tutkimus opinnäytetyönä. Jyväskylän ammattikorkeakoulu: Suomen yliopistopaino Oy
- Kuisma, Markku, Holmström, Peter, Nurmi, Jouni, Porthan, Kari & Taskinen, Tuomas 2013. Ensihoito. Sanoma Pro Oy.
- KÄPY-lapsikuolemaperheet ry. <https://kapy.fi/surevalle/vertaistukiryhmat/>. Viitattu 8.4.2021
- Lahti, Tuuli 2020. Suru. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Leppävuori, Antero, Paimio, Sirpa, Avikainen, Tytti, Nordman, Tina, Puustinen, Kerttu & Riska, Mikael 2009. Suuronnettomuustilanteiden kriisityö. Helsinki: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Levine, Peter & Frederick, Anne 2008. Kun tiikeri herää. Trauma ja toipuminen. Helsinki: Traumaterapiakeskus.

- Li, Jiong, Precht, Dorthe Hansen, Mortensen, Preben Bo & Olsen, Jorn 2003. Mortality in parents after death of a child in Denmark: A nationwide follow-up study. *The Lancet* 1, 361, 363-367
- Mildenhall, Joanne 2012. Occupational stress, paramedic informal coping strategies: a review of the literature. *Journal of Paramedic Practice* 4 (6), 318-328
- Moran, Carmen & Britton Neil R. 1994. Emergency work experience and reactions to traumatic incidents. *Journal of traumatic stress* 7, 575-585
- Nurmi, Lasse. *Kriisi, pelko, pakokauhu* 2006. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Palmer, Eddie C. 1983. A note about paramedis' strategies for dealing death and dying. *Journal of occupational psychology* 56 (1), 83-86
- Plante, Jesica & Cyr, Claude 2011. Health care professionals' grief after the death of a child. *Pediatric Child Health* 16 (4), 213-216
- Pojjula, Soili 2005. *Surutyö*. 3 painos. Helsinki: Kirjapaja.
- Pojjula, Soili 2019. *Resilienssi*. Helsinki: Kirjapaja.
- Prosessiarviointi kehittämissuorituksissa: Opas käytäntöihin 2004. Seppänen-Järvelä Riitta. Stakes. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75862/Arviointiraportteja4\\_04.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75862/Arviointiraportteja4_04.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Viitattu 1.4.2021
- Pulkkinen, Mari 2016. *Salattu, suoritettu ja sanaton suru: Läheisen menettäminen kokonaisvaltaisena kokemuksena*. Helsingin yliopisto
- Pulkkinen, Mari 2017. *Surun sylissä. Suomalaisten kokemuksia menetyksestä*. Helsinki: Kustantamo S&S.
- Punkanen, Tiina 2009. *Työnohjaus muutoksen moottorina*. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.
- Riege, Andreas M. 2003. Validity and reliability tests in case study research: a literature review with "hands-on" applikaation for each research phase. *Qualitative Market Research* 6 (2), 75-86
- Rubin, Simon S. & Malkinson, Ruth 2001. Parental response to child loss across the life cycle: Clinical and research perspectives. In Stroebe, Margaret, Hansson, Robert O., Stroebe, Wolfgang & Schut, Henk, *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*. American Psychological Association, 219-240
- Saari, Salli 2003. *Kuin salama kirkkaalta taivaalta. Kriisit ja niistä selviytyminen*. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Saarela-Kinnunen, Maria & Eskola, Jari
2015. *Tapaus ja tutkimus= tapaustutkimus*. Teoksessa Valli, Raine & Aaltola, Juhani 2015. *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1- Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle*. Jyväskylä: PS-kustannus.

- Stroebe, Margaret, Schut, Henk & Stroebe, Wolfgang 2005. Attachment in coping with bereavement: A theoretical integration. *Review of General Psychology* 9, 48-66
- Suomen Mielenterveys ry- tietoa ja tukea elämän eri tilanteisiin. <https://mieli.fi/fi>. Viitattu 1.4.2021
- Tamres, Lisa K., Janicki, Denise & Helgeson, Vicki S. 2002. Sex differences in coping behavior: A meta-analytic review and an examination of relative coping. *Personality and Social Psychology Review* 6, 2-30
- Teinilä, Mari 2006. Lopun elämää. Itsemurhan tehneiden läheiset kertovat. Helsinki: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Tilastokeskus 2017. [https://www.stat.fi/til/ksyyt/2016/ksyyt\\_2016\\_2017-12-29\\_kat\\_007\\_fi.html](https://www.stat.fi/til/ksyyt/2016/ksyyt_2016_2017-12-29_kat_007_fi.html). Viitattu 1.4.2021
- Totalaudio. 10 ohjetta onnistuneen podcastin tekemiseen 2018. <https://www.totalaudio.fi/home/2018/8/9/10-ohjetta-onnistuneen-podcastin-tekemiseen>. Viitattu 1.4.2021
- Traumaterapiakeskus 2018. <https://www.traumaterapiakeskus.com/18>. Viitattu 1.4.2021
- Tulley, Christine 2011. IText reconfigured: The rise of the podcast. *Journal of Business and Technical Communication* 25 (3), 256-257
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta (Tenk) 2012. [https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf). Viitattu 1.4.2021
- Uusitalo, Tuula 2007. Yli mahdottoman. Itsemurha ja läheinen. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Välimäki, Elina 2017. Ei unohdu koskaan- henkirikoksen jäljet. Jyväskylä: PS-kustannus
- Wastell, Colin A. 2002. Exposure to trauma: The long- term effects of suppressing emotional reactions. *Journal of Nervous and Mental Disease* 190 (12), 45-839
- Wijngaards-de Meij Leoniek, Stroebe Margaret, Schut Henk, Stroebe Wolfgang, van den Bout Jan, van der Heijden Peter G.M., Dijkstra Iris 2008. Parents grieving the loss of their child: Interdependence in coping. *British Journal of Clinical Psychology* 47, 31-42
- Wimpenny, Peter & Costello, John 2012. Grief, loss and bereavement. Evidence and practice for health and social care practitioners. Great Britain: MPG Books Group.
- Ylikarjula, Simo 2008. Kuolema on. "Hän on lähellä matkansa päätä. Sinne ei enää yllä sana, ei katse. Yltääkö kosketus, äänikään? Hän ei vastaa enää, ei ilmaise syvintään. Eräästä itsemurhaviestistä". Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

## LIITE 1: käsikirjoitus

Nimeni on Hanna ja kuten meillä kaikilla, myös minulla on monta roolia. Olen ensihoitaja-Hanna, selviytyjä-Hanna, vahva-Hanna, surullinen-Hanna, sitkeä-Hanna ja paljon menetyksiä kokenut Hanna. Tärkein roolini on kuitenkin äiti-Hanna. Neljä vuotta sitten kohtasin elämässäni ajanjakson, joka taivutti minut polvilleen ja mullisti elämäni. Menetin veljeni, jonka myötä sain roolin, jossa näytelin veljensä menettänyttä Hannaa. Kaksi vuotta tämän jälkeen sain tahtomattani elämäni raskaimman roolin, joka tulisi määrittelemään minut loppuelämäni ajan, halusin sitä tai en. Se oli lapsensa menettänyt-Hanna. Tätä roolia esitän elämäni loppuun saakka. Kaikkien näiden roolien takaa haluan kertoa teille tarinani.

Ajattelin veljeni kuoleman jälkeen, että suurempaa surua ei voisi koskaan tulla enää elämään. Kuinka väärässä olinkaan silloin.

Keskiviikkona 19.6.2019 elämäni muuttui kuitenkin lopullisesti. Olimme matkalla mökille, jossa meillä oli tarkoitus viettää perheen kanssa aikaa ennen juhannusta. Viikonlopulle oli suunnitteilla suuret juhlat, johon olimme kutsuneet mieheni serkkuja. Lapset menisivät hoitoon. Pääsimme lähtemään kotoamme vasta alkuillasta, koska vanhin lapsemme oli leirillä, josta hänet piti ensin hakea mukaan. Nuorimmaisemme oli mennyt mökille jo edeltä käsin edellisenä päivänä ukkinsa kanssa. Saavuttuamme mökin pihaan ilma oli kaunis, aurinko paistoi ja oli lämmintä. Pieni poikamme juoksi innoissaan luokseni ja halusi halata välittömästi. Tervehdin häntä ja halusimme pitkään tai niin pitkään kuin pieni ihminen malttaa halata ennen kuin hänen piti ehtiä halaamaan isäänsä. Myös sisko sai oman halauksen.

Aloimme purkaa tavaroita autosta mökkiin sisälle, jolloin mieheni sanoi pojallemme, että odottaisi sen aikaa, että hän vaihtaisi vaatteet ja tulisi ulos. Itse jäin sisälle purkamaan tavaroita. Mielessäni ei käynyt epäilystäkään, etteikö jo niin useita kertoja ennenkin tapahtunut tuttu tilanne sujuisi kuin ennenkin. Ja olihan ulkona kuitenkin myös ukki. Hetken kuluttua hän tuli sisälle ja kysyi minulta, oliko poikani sisällä. Siinä hetkessä ymmärsin, että jokin oli hullusti. Lapsemme ei koskaan kuluneen viiden vuoden aikana mennyt rantaan ilman aikuista, koska niin oli hänelle opetettu. Ryntäsin mökin ulko-ovelle ja näin edessäni kauheimman näyn, jonka vanhempi voi koskaan nähdä. Mieheni nosti elotonta lastamme laiturille matalasta rantavedestä huutaen samalla soittamaan hätäkeskukseen ja tulemaan elvyttämään kanssaan.

Se hetki ei unohdu koskaan. Ylitsepääsemätön hätä valtasi koko vartaloni. Ampaisin täyteen juoksuun ja juoksin henkeni edestä. Tuo sata metriä ei koskaan aiemmin ollut tuntunut niin pitkältä matkalta. Matkan aikana mielessäni kävi miljoona ajatusta. Tunsin, kuinka hätä ja järki taistelivat pääni



sisällä raivoisasti. Hätä oli äiti ja järki oli ensihoitaja. Taistelu tuntui olevan tasaväkinen, liiankin tasaväkinen. Äiti sisälläni panikoi ja ensihoitaja pyrki tasapinottamaan tilannetta parhaansa mukaan. Päästessäni laiturille näin edessäni elottoman poikani vedestä märkänä. Olisin halunnut itkeä ja laamaan, mutta en onnistunut siinä millään. Minun kuuluisi toimia, tehdä jotain, en kyennyt oikein siihenkään. En osannut tehdä mitään, vaikka olin työssäni elvyttänyt lukuisia kertoja. Suustani ei tullut kuin yksi lause, jota hoin kerta toisensa jälkeen monotonisesti; "En selviä tästä ikinä."

Mieheni kehotti minua toimimaan, mutta en kyennyt tekemään mitään. Lopulta hän sanoi lyövänsä minua, ellen aloita elvytystä. Sillä hetkellä jotain tapahtui. Tuntui, että palaset loksahdivat paikoilleen ja ajatus alkoi luistaa. Toimin. Aloitin painelun ja mieheni hoiti puhaltamisen. Aika pysähtyi. Samaan aikaan lastemme ukki soitti hätäkeskukseen. Tilanne tuntui epärealistiselta. Tämä tapahtui, mutta ei minulle tai meille. Jatkoimme elvytystä, mutta jostain sisältäni kumpusi vahvana ymmärrys siitä, että en enää koskaan saisi nähdä eloa lapseni suurissa, ruskeissa silmissä. Silmät pysyivät voipunena, puoli avoimena ja liikkumattomina. Muistan katsoneeni elvytyksen aikana kauas vasemmalle horisonttiin ja miettineeni, kuinka sää olikaan niin kaunis, koska useasti se ei sitä ollut siellä. Sanoin miehelleni, että "eroan kirkosta", minun täytyi tehdä niin. En ole lainkaan uskonnollinen, mutta se tuntui silloin ainoalta oikealta ratkaisulta. Ajatus toimi kirikkaana.

Määrittelemättömältä tuntuneen ajan kuluttua paikalle saapui ensivaste, jolloin mieheni kantoi juoksemalla lapsemme mökin pihalle. Siinä samalla paikalla, jossa eloisia ja iloisia lapsia oli antanut meille halaukset vain puoli tuntia sitten, makasi nyt eloton lapsi, jota kaikin voimin, tiedoin ja taidoin yritimme elvyttää. Elvytys sujui hyvin ja olimme puolisoni kanssa siinä täysipainoisesti mukana. Tämän jälkeen paikalle saapui ensihoitoyksikkö, mies ja nainen. Muistan miettineeni sitä, kuinka suuri tuo mies oli kooltaan ja pystyisikö hän suhteuttamaan voimansa pienen pojan rintakehän paineluun ja olemaan murskaamatta sitä kokonaan. Taas yksi merkityksetön huoli.

Olimme edelleen täysillä mukana elvytyksessä ja muistan myös sen, kuinka erityisen hyvin kaikki sujui, ehdin pohtia tätäkin ja sanoin sen myös ääneen, etten muista näin hyvin edennyttä elvytystä, kaikki onnistui. Viimeisenä paikalle saapui lääkäriyksikkö. Tässä vaiheessa elottomuuden alusta oli kulunut aivan liian kauan. Tiesin sen, mutta pidin yllä pientä toivon kipinää. Lääkäri ehdotti hienovärisesti tässä vaiheessa, että me vanhemmat voisimme siirtyä tilanteesta pois. Toimimme ohjeitten mukaan. Tunsin taas tuon saman tunteen, jonka tunsin aiemmin veljeni itsemurhan aikana. Antauduin mielelläni toisten ohjattavaksi ja alistuin kohtalooni. Istuimme puolisoni kanssa pihalla olevassa grillikatoksessa seuranimme lääkäriyksikön ensihoitaja. Lääkäri ja ensihoitaja olivat tuttuja. Olimme olleet yhteisillä tehtävillä lukuisia kertoja, mutta silloin tilanne oli ollut toisenlainen, emme olleet omaisia vaan ensihoitajia.

Tilanteessa nousi päällimmäisenä usko ja luotto noiden ammattilaisten tekemisiin ja päätöksiin, tätäkään harvoin tulee mietittyä samalla tavalla tehtävillä, joissa ei itse joudu omaisen rooliin. Ymmärrys kasvaa merkittävästi sitä sanontaa kohtaan, että ”teimme kaiken mahdollisen tässä tilanteessa, mutta emme voineet pelastaa häntä”. Hetken kuluttua lääkäri tuli luoksemme. Näin tuloksen jo kaukaa, koska olinhan nähnyt sen jo aiemminkin lääkärin tullessa kertomaan ikäviä uutisia omaisille tehtävillä, joissa olin itse ensihoitajana. Askeleilla ei ollut kiire, koska ei enää ollut kiirettä. Lääkäri kertoi, että sydämeen saatiin toimintaa, mutta viiveet huomioon ottaen lopputulos ei vaikuttanut hyvältä. Tiesin tämänkin, koska olin elvytyksen aikana ehtinyt tarkistaa lapseni silmien pupillit, ne olivat symmetriset ja laajat, tämä ei ollut hyvä merkki.

Keskustelimme yhdessä ja sovimme, että mikäli sydämen toiminta lakkaa, elvytys lopetetaan tuloksettomana. Tämä oli ainoa oikea päätös. Tässä vaiheessa realismi iski tajuntaani. Mitä, jos sydän edelleen sykkisi ja lopputuloksena meillä olisikin aivokuollut lapsi, mikä oli todennäköinen lopputulos tässä tilanteessa. Tässä vaiheessa aloin siis aktiivisesti pelätä lapsen selviämistä. Mitä jos lapseni selviäisi sairaalaan saakka ja joutuisin hyvästelemään hänet siellä ja katsomaan ikään kuin uudelleen hänen kuolemansa? Näin ei kuitenkaan käynyt. Lapseni sydän pysähtyi odotetusti.

Puolisoni kantoi poikamme mökkiin sisälle, jossa saimme viettää hänen kanssaan aikaa ja hyvästellä hänet. Muistan jokaisen sekuntin siitä tilanteesta ikuisesti. Muistan, kuinka ensihoitajat eivät kyenneet pidättelemään itkuaan ja miksi olisi pitänyt kääntää. Siksi, koska meille ammattilaisille on opetettu, että meidän tulisi kyetä olemaan antamatta tunteille liikaa valtaa. Tunteita ja myötätuntoa saa näyttää, mutta ei liikaa. Tämä tilanne osoitti sen, kuinka me kaikki olemme vain ihmisiä. Lääkäri kävi sisällä ja poistui joka kerta ulos, kun tunteet meinasivat ottaa liikaa valtaa. Hän todennäköisesti ajatteli, että jonkun oli kyettävä olemaan mahdollisimman tyyni. Pitelin poikani päätä käsissäni ja sanoin katsoessani kaikkia ympärilläni olevia ihmisiä ”Meistä kukaan ei halua tällaiselle tehtävälle ja silti me kaikki olemme tällä samalla tehtävällä.” Tällä tarkoitin sitä, kuinka kukaan ensihoitaja ei varmasti halua joutua elvyttämään pientä lasta, mutta työn varjopuolena näyttäytyi juuri tällainen tehtävä.

Jonkin ajan kuluttua aloin herätä horroksestani ja kysyin, olisiko paikalle mahdollista saada kriisiapua. Ammattilaiset alkoivat selvittää asiaa. Jonkin ajan kuluttua selvisi, että kyseisellä paikkakunnalla kriisiapua ei ollut saatavilla samalla tavalla kuin omassa sairaanhoitopiirissämme. Tämänkin epäarvoisuuden saimme kokea tapahtuneen myötä. Vaihtoehtoina oli lähteä kyseisen paikkakunnan sairaalan päivystykseen. En kannattanut ajatusta vaan ehdotin, että lääkäri jättäisi meille lääkettä, jonka avulla saisimme nukuttua ja selviäisimme yön yli. Uskoin, että seuraavana päivänä kriisiryhmä voisi jalkautua tapahtumapaikalle.

Sen yön nukuimme kaikki, muistan nukkuneeni niin sikeästi, että kaikki oli mustaa. Keho ja mieli olivat puhki. Paikalle oli protokollan mukaan pyydetty myös sosiaalityöntekijä. Toimija oli nuori nainen,

joka ei varmasti koskaan ollut joutunut vastaavanlaiseen tilanteeseen. Hänellä ei ollut tarjota meille mitään. Tunsin ärtymystä enkä kokenut hänen paikalla oloaan tarpeelliseksi. Soitin seuraavana aamuna minulle annettuun numeroon. Sain kuulla, että resurssit eivät riittäneet kriisiryhmän jalkautumiseen. Meidän olisi matkustettava omin neuvoin reilun 20 kilometrin päähän saamaan kriisiapua. Olin tyrmistynyt, mutta suostuin. Paikalle päästyämme meitä oli vastassa kaksi henkilöä. En ollut varma heidän titteleistään. Toinen oli todennäköisesti psykiatrinen sairaanhoitaja, mutta toisen henkilön titteli jäi hämärän peittoon. Olimme paikalla 45 minuuttia, enkä kokenut keskustelusta olevan mitään hyötyä. Tähän vaikutti varmasti osittain ärtymykseni epäonnistunutta järjestelmää kohtaan. Pyysin paikalle lääkäriä, koska tarvitsimme lääkitystä mahdolliseen tulossa olevaan unettomuuteen. Sain kuulla, että heillä ei ollut omaa lääkäriä ja paikalle tulisi lääkäri päivystyksestä. Pitkälle tuntuneen odottelun jälkeen paikalle saapui nuori naislääkäri. Hän oli hyvin vähäsanainen. Selitin tilanteemme, jonka jälkeen hän katsoi asiakseen kertoa minulle, kuinka pyytämäni lääkkeet eivät olisi jatkuvaan käyttöön. Olin ällistynyt. Kuinka tuo ihminen koki asiakseen paasata minulle kyseisestä asiasta kyseisessä tilanteessa, olinhan omasta mielestäni täysin asiallisesti kertonut tapahtuneesta, eikä pyyntöni ollut perusteeton vaan huoli riittävästä unesta oli aito. Elimistö oli niin kuormittunut, että se tarvitsi lepoa tavalla tai toisella.

Lopulta lääkäri sanoi kirjoittavansa meille nukahtamislääkettä pienen määrän ja poistui paikalta pahoitellen ja pidätellen itkuaan. Ymmärsin, että tilanteeseen oli taas tahtomattaan joutunut henkilö, jolla ei ollut olemassa olevia resursseja kohdata näin kipeää asiaa. Pohdin tämän jälkeen paljon tätäkin asiaa. Kuinka itse voisin kohdata vastaavanlaisessa tilanteessa olevia omaisia, ja kuinka voisin omalla toiminnallani vaikuttaa tilanteesta jäävään muistoon. Kokemus oli siis herättävä monella tavalla. Tapahtunut osoitti myös sen, kuinka eriarvoisessa asemassa olemme omaisina. En voinut olla vertaamatta omalla alueella vallitsevaa järjestelmää ja sen toimivuutta tähän toimimattomaan järjestelmään. Entä mitä tapahtuu heille, jotka eivät kykene pitämään puoliaan tai ymmärrä oikeuksiaan? Järjestelmän kehittäminen ja yhtenäistäminen olisi paikallaan.

Tapahtuneen jälkeinen kotiinpaluu pelotti ja ahdisti. Kotona odottaisi kaikki poikani tavarat juuri siten, kun hän oli ne jättänyt. Saavuimme kotiin muutaman päivän päästä myöhään illalla. Oven avatessani mieleni valtasi helpotus. Tuntui, että poikani oli kotona, vaikka todellisuudessa hän makasi kylmässä arkussa odottaen tulevaa ruumiinavausta. Oli taas aika pysyä kiireisenä, sillä asian käsittelyyn ei ollut vielä voimia. Paikkakunta, jolla asumme on pieni ja yhteisö melko tiivis. Päiväkoti, jota lapsemme kävi, oli kylän ainoa ja lapsemme ainoa hoidettava, joka oli ollut vuorohoidossa. Tämän myötä useat päiväkodin hoitajat olivat lähentyneet poikamme kanssa. Koimme tärkeäksi ottaa yhteyttä heihin ja auttaa järjestämään paikalle kriisiapua. Tällä kertaa asia hoitui mutkattomammin. Olimme itsekkin paikalla istunnossa ja kerroimme tapahtuneesta. Uskoimme, että tämä helpotti meitä kaikkia.

Sairasloma jatkui kaiken kaikkiaan puolitoista kuukautta, jonka jälkeen koin itse tärkeäksi palata töihin. Tämä osittain siksi, että työnkuvani ei antanut mahdollisuutta asian kasvaa liian suureksi. Enhän voisi lamaantua vastaavanlaisella työtehtävällä toimiessani ensihoitajana. Työhön paluuta edeltävästi kävimme työyksikössämme puhumassa asiasta, jotta töihin paluumme ei olisi työkavereillemmekaan ahdistavaa. Tämä oli oikea päätös. Monet kertoivat, että olivat jännittäneet asiaa, lähinnä sitä mitä meille voisi sanoa. He kokivat, että etukäteen kohtaaminen oli hyvä asia. Minulle oli myös tärkeää, että työkaverini näkevät minut ja huomaavat minun olevan edelleen se sama Hanna, joka nauraa samoille jutuille. Todellisuudessa en tietenkään ollut enää se sama henkilö, jutut naurattivat minua normaalia vähemmän. Kaikki luonnistui kuitenkin hyvin ja kaikki jollain ihmeellisellä tavalla hyväksyivät hiljaa asioiden muuttuneen. Ajan saatossa tulimme kaikki huomaamaan, että aika korjaa aina kuitenkin jotain, joskaan ei täysin ehjäksi.

Mitä minulle tapahtui? Heti akuuttivaiheessa olin luonnollisesti henkisesti ja fyysisesti aivan poikki. Kuten jo aiemmin kerroin, nukuin poikani kuolemaa seuranneen yön erittäin sikeästi. Tällä sikeällä unella ei tietenkään ollut levon kannalta suurta merkitystä, uskon sen olleen aivojeni tapa sammuttaa valot, koska kovalevy kävi aivan liian kuumana. Seuraavien päivien aikana koin erittäin suurta pahoinvointia, niin fyysisesti kuin henkisesti. Pari päivää sängynpohjalla maanneena uskon käyneeni pohjalla, tai ainakin niin pohjalla, kuin olin koskaan aiemmin käynyt. Tuota alkuvuikkojen olotilaa en ole kokenut sen jälkeen eikä sitä ole ollut ikävä. Parin ensimmäisen päivän jälkeen en jaksanut nousta sängyn pohjalta, vaikka toinen lapsistani istui sängyllä vieressäni ojentaen minulle aina lisää paperia kyynelideni pyyhkimiseen ja lohduttaen minua. Onneksi meillä oli hyvät turvaverkot, jotka auttoivat meitä pysymään pinnalla. Lopulta mieheni kiskoi minut kirjaimellisesti sängystä ja raahasi ulkoilmaan. Seuraavaksi istuin pitkän tovin mökin portailla, sillä tuntui, etten jaksais kävellä askeltakaan. Jaksoin kävellä lopulta muutaman kymmenen metriä talutettuna. Sen myötä sydämeni hakkasi ja pahoinvointi yltyi. Keho oli viritettynä äärimmilleen.

Voimat alkoivat palautua, vaikka en sitä halunnut. Jälkikäteen mietin, kuinka vahva ihmisen eloonjäämisvietti voikaan olla, se ajaa kaiken muun ohi, vaikka sitä ei itse haluaisikaan. Vaikka kuinka haluaisit kuolla ja päästä kuolleen lapsesi luo, ei sitä vaihtoehtoa hevillä anneta. Myöhemmin asioiden kohtaaminen oli väistämätöntä. Aluksi tilanne kulki voimakkaasti filmin kaltaisena lähes joka hetki mielessäni, enkä voinut katsoa sitä muutamaa sekuntia pidempään. Laskin joskus, että kymmenen sekuntia kerrallaan oli sopiva määrä, sen jälkeen ajatus väkisin karkasi toisaalle. Myöhemmin ymmärsin tämän olevan aivojen suojamekanismi liian kuormittavassa tilanteessa. Kun elämää vavisuttaa liian suuri menetys, ei sitä voi käsitellä kuin muutaman hetken kerrallaan. Tämä vaihe jatkui kauan ja jossain vaiheessa pelkäsin, etten koskaan pääsisi siitä yli, ja että asia jäisi loppuelämäni ajaksi käsittelemättä. Kuten aiemmin sanoin, aika kuitenkin teki tehtävänsä ja hitaasti sain lisättyä tapahtuneen käsittelyä. Kävimme muutamia kertoja kriisi-istunnoissa, mutta hyvin nopeasti ymmärsimme, ettei tapahtunutta voinut käsitellä riittävän laajasti niin liian aikaisessa vaiheessa. Tämäkin päätös oli meille oikea. Päätimme jo heti alkuun, ettei tämä tapahtuma jäisi perheessämme käsitte-

lemättä. Sovimme, että asioista saa ja pitää keskustella avoimesti aina silloin, kun siltä tuntuu. Asiahan ei tietenkään ole näin yksinkertainen ja varmasti aika ajoittain emme puhuneet, vaikka mieli olisi tehnyt. Tämä luultavasti siksi, että hetkistä, jolloin asia ei ollut päällimmäisenä mielessä, halusi pitää kiinni, koska ne soivat hetkellistä lepoa siitä tuskasta, joka muuten oli koko ajan käsin kosketeltavan läsnä.

Olen kokenut tähän astisen matkani aikana monia eri tunteita. Alun järkytyksen jälkeen meni kauan, etten tuntenut yhtään mitään. Tuo vaihe kesti pelottavan kauan. Tuntui kuin kaikki tunteet olisivat olleet tylsytettyjä tai latistuneita. Ilon ja surun skaalat, joita aloin pikkuhiljaa ajan saatossa kokea, olivat selkeästi kaventuneet. Tunteiden ääripäät olivat kadonneet. Luulin kauan sen olevan lopullinen olotila. Tuntui myös, etten enää koskaan kykenisi rakastamaan mitään tai mikään asia ei enää koskaan toisi minulle aitoa iloa. Ehdin tämänkin lopullisuuden hyväksyä.

Muistan, että ensimmäinen tunne alun järkytyksen jälkeen oli selkeästi viha. Kaikki mahdolliset tunteet kasaantuivat vihan tunteen alle. Aloin pian kuoleman jälkeen hyvin aktiivisesti ja raivoisesti tehdä hautajaisjärjestelyjä. Minua ajoi voimakkaasti ajatus ns. viimeisistä palveluksista lapselleni. Näiden siivittämänä halusin onnistua täydellisesti. Kuten jo aiemmin mainitsi, en ole uskonnollinen, mutta vihani kohdistui jo alussa uskoa vastaan. Minulle tuli kova tarve erota kirkosta ja tuo sama tunne jatkui vielä siinäkin vaiheessa, kun aloin etsiä sopivaa pappia siunaamaan poikaani. Olin päättänyt onnistua siinäkin. Lopulta sain puhelimen päähän papin, jota en ollut aiemmin tavannut. Kysyin häneltä miltei heti, että oliko hän aiemmin siunannut pieniä lapsia. Sain tietää, ettei hän ollut, mutta vakuutti minulle, että siitä selvittäisiin. Olin hyökkäävä ja vannotin häntä, ettei tässä asiassa ollut epäonnistumisen mahdollisuutta. Tämä oli ainutkertainen tapahtuma elämässäni ja halusin saada siitä itselleni mahdollisimman hyvän muiston. Sovimme papin kanssa tapaavamme ja olin vihaa täynnä mennessäni tapaamiseen. Ensimmäiseksi nostin poikani kuvan pöydälle ja kerroin papille hänestä, oli tärkeää, että hänkin tiesi minkä näköisestä ja millaisesta pojasta puhuimme. Hän otti kuvan käteensä ja katsoi sitä sanomatta sanaakaan. Hän kuunteli ja minä puhuin suorastaan maanisesti tilanteesta. Lopulta pääsin loppuhuipennukseen, jota olin odottanut. Kysyin vihaisesti, että mitä kristinuskon suuri kirja pitää sisällään tähän aiheeseen liittyen ja millä tavalla se selittää lapsen kuoleman. Pyysin erityisesti etsimään kirjasta kohdan, joka käsittelee kyseistä asiaa. Taas aivan hiljaista. Pappi katsoi minua sulkien Raamatun ja laittaen sen kokonaan pois ja sanoi, että voimme laittaa tämän kirjan kokonaan pois, sillä sieltä ei tähän asiaan löytyisi yhtään mitään sanottavaa. Hän lisäsi, että yhdenkään lapsen kuolemalla ei ole mitään tarkoitusta, yhdenkin lapsen kuolema on liikaa. Tässä vaiheessa tuuletin sisäisesti. Olin tehnyt oikean valinnan papin suhteen. Suurin helpotus minulle tuli kuitenkin siitä, ettei hän alkanut tuputtaa minulle uskonasioita. Poistuin tilanteesta voitajana, ainakin omasta mielestäni.

Myöhemmin ajan saatossa ymmärsin, että kaikki tuo viha, jota tunsin, oli oikeasti käsittelemätöntä surua. Tämän sain huomata ensimmäisen vuoden aikana useasti. Kuten usea lapsensa menettänyt

kuvaa, oli elämä vuoristorataa tunteiden osalta. Opin itse, että huonot ajat tulevat sykleissä. Kolmea vähän helpompaa viikkoa seurasi aina huonompi aika, jolloin tuntui, että kaikki asiat olivat vain mustaa. Melko alussa koin syyllisyyttä, ettei elossa oleva lapseni suonut minulle lohdutusta. Olin kysynyt mieheltäni, että olisiko tilanteemme huonompi, mikäli olisimme menettäneet molemmat lapsemme. Hän vastasi, että tietenkin. Muistan tuolloin sanoneeni, ettei minua tuo toinen, elossa oleva lapsi lohduta. Myöhemmin tietenkin ymmärsin, ettei tuo ollut totta. Totta kai toinen lapseni toi minulle lohtua. Uskon tämän alun ajatuksen olleen surun ja sekavien ajatusten tuotetta. Toisaalta uskoin myös, että vaikka minulla olisi ollut sata lasta, olisi tuon yhden kuolema tuntunut silti aivan yhtä mursertavalta. Jälkeen päin ymmärsin, että äidin ja isän surussa on todellakin eroja monella tavalla, ei pelkästään tutkimuksissa esiin tulevien faktojen valossa. En muista, että olisimme kuitenkaan mieheni kanssa tuoneet surua ilmi toisistaan poikkeavilla tavoilla, mutta muistan sen, että surumme syklit eivät kulkeneet käsi kädessä samaa tahtia. Tämäkin oli varmasti luonnon keino hoitaa asiaa. Molemmat vanhemmat eivät voineet olla yhtä aikaa pohjalla, sillä jommankumman oli aina vuorolleen kannateltava toista ja perhettämme.

Selvisimme ensimmäisestä vuodesta. Kuoleman vuosipäivää vietimme tapahtumapaikalla, koimme molemmat sen helpottavaksi. Tavallaan olimme alusta asti lähteneet suoraan myrskyä päin eli tietoisesti ja aktiivisesti kohdanneet asiaa. Olimme päättäneet, että selviydymme, emmekä anna periksi. Tämä toimintamalli oli osoittautunut oikeaksi. Kaikki tunteet piti kohdata, joita eteen tuotiin. En tiedä oliko se oikein, mutta ainakin se tuntui oikealta. Ja se on yksi tärkein oppi, joka tästä menetyksestä on seurannut. Tulee toimia juuri siten kuin tuntuu oikealta, aivan sama mitä toiset ihmiset asiasta ajattelivat.

Ystävapiirimme on laaja, mutta läheisiä ihmisiä elämässämme on vähän. Muistan, kuinka surumme oli meille kaikille yhteinen, aika ajoittain tuntui siltä kuin hekin surisivat yhtä voimakkaasti kuin me. Näin varmasti olikin, mutta surun lähestymiskulma oli varmasti eri. Me surimme lastamme ja he surivat meidän kohtaamaa menetystä, jonka henkilöitymänä me näyttäydymme. Se varmasti herätti heidät ajattelemaan omaa elämäänsä, mitä jos tuo kuollut lapsi olisikin ollut heidän lapsensa. Me olimme kaikkien vanhempien elämän suurimman pelon henkilöitymä. Harva pääsee seuraamaan tätä läheltä, mutta ystävämme pääsivät. Heidän tukensa oli korvaamatonta ja on sitä vielä tänäkin päivänä ja jatkuu sellaisena niin kauan kuin me elämme.

Koin vahvasti, että menetys lähensi meitä kaikkia. Kuten monet kertovat, on lapsen kuolema monellakin tapaa vedenjakaja. Elämää aletaan määrittää eri tavalla, on aika ennen lapsen kuolemaa ja aika sen jälkeen. Minusta tuntui, ettei näillä kahdella elämällä ollut enää mitään tekemistä keskenään. Tavallaan kuolema määrittää ajanjaksoa, joka näyttäytyy huolettomana ja lapsen kuoleman jälkeen huoletonta elämää ei enää koskaan tule. Pahin on tapahtunut eikä enää koskaan mitään sen pahempaa voisi tulla eteen. Monesti myös vanhempien elämä ajautuu kriisiin, jota saattaa seurata ero. Meille ei onneksi käynyt niin, ainakaan vielä. Olimme hiljaisesti päättäneet selvittää tiiminä, tiiviinä

perheyksikkönä niin hyvin kuin se olisi tällaisessa tilanteessa mahdollista. Olin toki pohtinut mitä tapahtuisi, mikäli liittomme päättyisi eroon. Menetys, jonka jaoimme, oli meidän yhteinen. Voisiko kukaan toinen sitä koskaan ymmärtää tai hyväksyä? Syntyisikö uudessa suhteessa tilanne, jossa uusi kumppani vaatisi päästä surusta yli sen kestänyttä hänen mielestään liian kauan? Miten uudelle kumppanille voisi koskaan selittää sitä, miltä oman lapsen menettäminen tuntuu? Voisiko toinen ymmärtää, vaikka hänellä olisi taustallaan samankaltainen menetys? Olihan menettämämme lapsi meidän, suru oli itsekkäästi meidän, enkä tiedä haluaisinko edes koskaan yrittää jakaa sitä kenenkään toisen kanssa.

Millaista elämä on nyt? Hyvää, erilaista, mutta ei enää koskaan ehjää. Elämäämme tuli hartaasti toivottu valonpilkahdus helmikuussa 2021, kun perheemme täydentyi pienellä pojalla. Oli katkeransuloista huomata, kuinka tuo uusi perheenjäsenemme oli valmiiksi jo niin rakas meille kaikille, mutta ei kuitenkaan kaikessa suuruudessaan täyttänyt jo menetetyn lapsemme jättämää tyhjiötä. Olin sitä salaa toivonut ja samaan aikaan pelännyt. Unohtaisinko Ilmarin pienen veljen syntymän myötä? Koko raskausaika meni tasapainotellessa pelon kanssa. Pelkäsin jopa sitä, tulisiko tuleva lapsi näyttämään veljeltään ja sitä, että mitä jos tuleva lapsi ei näytäkään yhtään veljeltään. Kaikki nämä pelot osoittautuivat lopulta turhiksi. Vauva oli omannäköisensä, mutta omasi luonnollisestikin samoja piirteitä kuin veljensä.

Ymmärsin pian, että olimme edelleen perhe, joka oli menettänyt lapsen ja tuon lapsen jättämä tyhjiö oli edelleenkin aivan yhtä suuri ja musertava kuin aina ennenkin. Nyt ymmärsin kipeästi sen, jonka jokainen meistä lapsensa menettäneistä vanhemmista varmasti tulee ymmärtämään. Uusi lapsi perheessä ei voisi ikinä korvata millään tavalla menetettyä lasta, ei vaikka sitä salaa ja hiljaisesti mahdollisen häpeän siivittämänä kädet ristissä toivoisi ja pelkäisi. Perheemme rooli kuitenkin muuttui. Nyt meidän vastuullamme oli kertoa pienimmälle veljelle hänen isoveljestään, jota hän ei koskaan tulisi tapaamaan millään muulla tavoin kuin valokuvissa ja lukuisissa tarinoissa, joita pääsemme hänelle toivottavasti vuosien saatossa kertomaan. Menettämisen pelko tulee ikuisesti kulkemaan rinnalla ja olemaan läsnä. Välillä varmasti voimakkaampana ja välillä heikompana. Ainoa keino on hyväksyä se ja oppia elämään sen kanssa jonkinlaisessa tasapainossa.

Nyt kun palaan tuohon kohta kahden vuoden takaiseen hetkeen, jossa olin polvillani laiturilla elottoman lapseni edessä täysin vakuuttuneena siitä, etten koskaan voisi tästä enää selvitä, on minun kuitenkin todettava, että halusin tai en, selvisin. Mikään ei kuitenkaan ole enää koskaan ennallaan. Kuten eräs lapsensa menettänyt vanhempi on elämää kuvannut, päätän tarinani näihin samoihin sanoihin. Olemme yhdessä tässä suruveneessä, joka alkuun keikkuu hallitsemattomasti aallokossa eikä sen vakauttaminen millään onnistu. Ajan saatossa aallokko kuitenkin hieman tyyntyy ja vene keikkuu vähemmän. Täysin vakaata siitä ei koskaan tule, enkä tiedä olisiko se edes elämää, sillä elämään kuuluu myrskyä ja tyyntä, itkua ja naurua sekä iloa ja surua.

Tämä oli minun tarinani.