



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
VASA YRKESHÖGSKOLA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Sirpa Laaksonen

LAPSENSA PERINATAALIAIKANA
MENETTÄNEIDEN ÄITIEN
KOKEMUKSIA HOITOHENKILÖKUN-
NALTA SAAMASTAAN HENKISESTÄ
TUESTA JA TUEN TARPEESTA

Sosiaali- ja terveysala
2013

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Sirpa Laaksonen
Opinnäytetyön nimi	Lapsensa perinataaliaikana menettäneiden äitien kokemuksia hoitohenkilökunnalta saamastaan henkisestä tuesta ja tuen tarpeesta
Vuosi	2013
Kieli	suomi
Sivumäärä	55 + 2 liitettä
Ohjaaja	Ritva Alaniemi

Hoitotyön yksi haastavimmista tilanteista on lapsensa menettäneen äidin tukeminen. Lapsen kuoleman kokeneet äidit ovat parhaita asiantuntijoita kertomaan hoitohenkilökunnalle, millaista tukea he tässä tilanteessa tarvitsevat. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata äitien kokemuksia saamastaan ja tarvitsemastaan tuesta, kun lapsi kuolee synnytyksen aikana tai pian sen jälkeen, sekä miten hoitohenkilökunnan suhtautuminen kuolemaan ja suruun oli äidille välittynyt. Tavoitteena oli hoitajien ammattitaidon vahvistaminen juuri lapsensa menettäneen äidin henkisenä tukijana.

Tutkimus pohjautui teorioihin normaalin ja komplisoituneen suruprosessin etenemisestä ja siihen vaikuttavista tekijöistä, joita ovat muun muassa oikeanlaisen henkisen tuen saaminen. Tutkimuksessa kuvattiin myös sitä, millaista on lapsen kuoleman aiheuttama suru sekä millaiset asiat voivat vaikuttaa hoitohenkilökunnan suhtautumiseen kuolemaan ja suruun ja miten tämä suhtautuminen saattaa edistää tai vaikeuttaa tuen antamista surevalle äidille. Tutkimusaineisto kerättiin sähköisellä kyselylomakkeella Käpy ry:n internetsivuilla ja suljetuissa Facebook-ryhmissä helmi-maaliskuun aikana 2013. Kyselyyn vastasi 45 äitiä. Aineiston analysointimenetelmänä käytettiin laadullista sisällönanalyysyä.

Tutkimustuloksissa tärkeimmiksi asioiksi äidin henkisessä tukemisessa nousivat hoitajan läsnäolo ja äidille tarjottu aika, keskustelumahdollisuudet, yksilöllisyys, yksityisyys ja rohkaisu kuolleen lapsen kohtaamiseen. Myös huolenpito, empatia ja hienotunteisuus mainittiin useissa vastauksissa. Muutamat äidit ottivat esiin myös hoidon jatkuvuuden ja vanhemmuuden tukemisen henkisen tuen muotona. Hoitohenkilökunnan suhtautuminen kuolemaan ja suruun oli välittynyt äidille hienotunteisuutena, empaattisuutena ja surun kunnioittamisena tai sen puutteena. Hoitajat olivat olleet joko vetäytyviä ja kommentoineet epäasiallisesti tai asiallisia, ammattimaisia ja luontevia. Hoitajan omien tunteiden näyttäminen koettiin positiivisena asiana.

Avainsanat perinataalikuolema, lapsen kuoleman aiheuttama suru ja suruprosessi, henkinen tuki, hoitohenkilökunnan suhtautuminen suruun ja kuolemaan

ABSTRACT

Author	Sirpa Laaksonen
Title	Experiences of Mothers Faced with Perinatal Death – Mental Support Received from the Nursing Staff and the Mothers' Need of Mental Support
Year	2013
Language	Finnish
Pages	55 + 2 Appendices
Name of Supervisor	Ritva Alaniemi

One of the most challenging situations in nursing is to support a mother whose child has died. Experts on the type of support the nursing staff should give in that kind of situation are the mothers who have experienced the loss of a child. The aim of this bachelor's thesis was to describe mothers' experiences on the type of support they had received and would have needed when their child died during the labour or shortly after that. In addition, this bachelor's thesis described how the nurses' attitudes towards death and grief had been experienced by the grieving mothers. The purpose was to improve the skills of the nursing staff as the supporters of a mother who has just lost her child.

This bachelor's thesis was based on theories of a normal and complicated grieving process and the factors that may influence them, for example the access to a right kind of mental support. This study also described the sorrow followed by the loss of a child and the factors that can affect the way nurses react towards death and grief and how this may promote or hinder the support given for the grieving mother. The data was collected using an electronic questionnaire advertised during February-March 2013 on the web pages and private Facebook groups of Käpy ry., which is a Finnish support organization for families who have experienced a death of a child. The questionnaire was answered by 45 mothers. The method of analysis used in this study was qualitative content analysis.

According to the results, the most important means of supporting a grieving mother is being available and giving enough time and possibilities for discussion. In addition, individuality, privacy and encouragement to confront the dead child were perceived as important. Looking after the mother's needs, showing empathy and being discreet were also mentioned. Some mothers also brought up the need for continuing care and support for parenthood as a type of mental support. The attitudes of the nursing staff towards death and grief had been conveyed to the mothers as the nurses' discreetness, empathy and respectfulness, or the lack thereof. The nurses had either withdrawn from the situation and given indiscreet remarks, or been matter-of-fact, professional and natural in their behavior. A nurse showing her own feelings was perceived as positive.

Keywords perinatal death, grief and the grieving process followed by the death of a child, mental support, the attitude of nursing staff towards grief and death

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	8
2	TUTKIMUKSEN KESKEISET KÄSITTEET	9
	2.1 Perinataalikuolema.....	9
	2.2 Henkinen tuki.....	10
	2.3 Hoitohenkilökunnan suhtautuminen kuolemaan ja suruun osana ammattitaitoa.....	12
3	SURUPROSESSI	15
	3.1 Normaali suruprosessi.....	16
	3.2 Komplisoitunut suruprosessi.....	18
	3.3 Lapsen kuoleman aiheuttama suru.....	19
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE.....	21
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	22
	5.1 Yhteistyötaho ja aineiston keruu.....	22
	5.2 Aineiston analysointi	23
6	TUTKIMUSTULOKSET.....	25
	6.1 Hoitohenkilökunnalta saatu henkinen tuki.....	26
	6.1.1 Läsnaoleva tukeminen.....	28
	6.1.2 Vanhemmuuden tukeminen	30
	6.1.3 Tilanteen huomioiminen hoitotyössä.....	32
	6.2 Äidin toivoma henkinen tuki	33
	6.2.1 Läsnaoleva tukeminen.....	35
	6.2.2 Vanhemmuuden tukeminen	37
	6.2.3 Tilanteen huomioiminen hoitotyössä.....	37
	6.3 Hoitohenkilökunnan suhtautuminen suruun ja kuolemaan äidin kokemana.....	38
	6.3.1 Tilanteen huomioiminen	39
	6.3.2 Hoitajan käytös.....	41
	6.3.3 Hoitajan ammatillisuus.....	43
7	POHDINTA.....	45

	5
7.1 Tutkimustulosten tarkastelua	45
7.2 Tutkimuseettiset kysymykset.....	49
7.3 Tutkimuksen luotettavuus.....	50
7.4 Johtopäätökset.....	51
7.5 Jatkotutkimusehdotukset.....	52
LÄHTEET.....	53
LIITTEET	

TAULUKKOLUETTELO

Taulukko 1. Hoitohenkilökunnalta saatu henkinen tuki	s.27
Taulukko 2. Äitien toivoma henkinen tuki	s.35
Taulukko 3. Äitien kokemus hoitohenkilökunnan suhtautumisesta suruun ja kuolemaan	s.39

LIITELUETTELO**LIITE 1.** Saatekirje**LIITE 2.** Kyselylomake

1 JOHDANTO

Tutkimusaiheen valintaan vaikutti Teresa Laine-Puhakaisen kirja ”Liian lyhyt elämä: kirja surusta ja hiljaisuudesta”. Kirjassa tekijä kuvaa oman lapsensa menetystä ja sitä, miten eri lailla yksittäiset hoitajat ja muu hoitohenkilökunta, kuten myös muu ympäröivä yhteiskunta, suhtautuivat perhettä kohdanneeseen suruun. (Laine-Puhakainen 2007.) Kirja inspiroi pohtimaan, millaista on lastaan surevan oikeanlainen henkinen tukeminen ja mikä mahtaa olla esteenä sille, että osa hoitohenkilökunnasta ei pystynyt antamaan tällaista tukea surevalle äidille. Aihe on tärkeä ja tutkimisen arvoinen, koska hoitohenkilökunnan antaman henkisen tuen laatu vaikuttaa voimakkaasti surevan äidin toipumisprosessiin ja surusta selviämiseen. On myös tärkeää antaa tietoa nykyisille ja tuleville hoitajille siitä, miten he voivat kehittää omaa ammattitaitoaan siten, että he pystyvät toimimaan surevan äidin tukijoina.

Tarkoituksena oli kerätä kokemuksia äideiltä, joiden lapsi oli syntynyt kuolleena, menehtynyt synnytyksen aikana tai pian sen jälkeen, eli ns. perinataaliaikana. Perinataaliaikaan lasketaan kuuluvaksi 22. raskausviikon ja ensimmäisen elinviikon välinen aika. Juuri raskaana ollut ja synnytyksen kokenut nainen on henkisesti hyvin herkkä. Hänen kokemansa kehollinen ja fyysinen yhteys vauvaan raskauden aikana määrittelee menetyksen laadun. Siksi oikeanlainen henkinen tuki tällaisen menetyksen jälkeen on erityisen tärkeää. (Armanto & Koistinen 2007, 342.)

2 TUTKIMUKSEN KESKEISET KÄSITTEET

Tutkimuksen keskeiset käsitteet ovat perinataalikuolema, lapsen kuoleman aiheuttama suru ja suruprosessi, henkinen tuki ja hoitohenkilökunnan suhtautuminen suruun ja kuolemaan.

2.1 Perinataalikuolema

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) mukaan vuonna 2010 Suomessa syntyi 61 371 lasta, joista 248 menehtyi perinataaliaikana eli syntyi kuolleena tai menehtyi ensimmäisen elinviikon aikana (THL 2011). Perinataalikuolleisuudella eli kohtukuolemilla tarkoitetaan kuolleena syntyneiden ja ensimmäisen elinviikon aikana kuolleiden määrää 1 000 syntynyttä kohti. Perinataaliaikaan ei lasketa mukaan 22. raskausviikkoa aikaisemmin keskenmenneitä raskauksia tai alle 500 g painavia sikiöitä. Suuri osa kohtukuolemista tapahtuu hyvin lähellä laskettua aikaa tai yliaikaisissa raskauksissa ja ne ovat yhtä yleisiä kaikissa Pohjoismaissa. (Tilastokeskus 2012; Kohtukuolema 2012.)

Lukua voidaan verrata esimerkiksi neonataaliaikana ja imeväisiässä kuolleisiin lapsiin: neonataaliaikana eli neljän ensimmäisen elinviikon (28 vuorokauden) aikana kuoli samana vuonna 91 lasta eli 2,4 promillea kaikista elävänä syntyneistä lapsista. Imeväisiässä eli alle vuoden ikäisenä menehtyi 138 lasta. Perinataaliaikana kuoli siis huomattavasti suurempi määrä. Merkittävin syy (31,1 %) kuolleena syntyneisiin ja imeväisajalla menehtyneisiin lapsiin olivat erilaiset epämuodostumat. Kätkytkuolemaan menehtyi 17 lasta. (THL 2011, Kohtukuolema 2012.)

Perinataalikuolleisuus on laskenut vähitellen: nykyään se on puolet siitä, mitä se oli 1980-luvun alussa. Vuonna 2000 kuoli 5,8 lasta tuhannesta syntyneestä lapsesta eli 5,8 promillea. Vuonna 2010 vastaava luku oli 4,0 promillea, mikä on matalin sitten vuoden 1987. Suomen lapsikuolleisuus ylipäätään on nykyään maailman pienimpiä. Vielä vuonna 1936 alle 1-vuotiaana kuolleista 40 prosenttia menehtyi syntymävammoihin, kehitysvirheisiin tai synnynnäiseen heikkouteen. Niin ikään keuhkokuumeeseen, tauteihin ja väkivaltaan kuoli paljon lapsia. Tartuntataudit ja

väkivalta ovat nykyään hyvin harvinaisia alle 1-vuotiaiden kuolemansyitä. (THL 2011; Kohtukuolema 2012.) Lapsen kuolema kohtaa kuitenkin edelleen liian monia vanhempia ja on aina henkilökohtainen tragedia sen kokeneille.

2.2 Henkinen tuki

Henkinen tuki on osa sosiaalista tukea. Cutrona (2000, 103) tiivistää sosiaalisen tuen käyttäytymismalleiksi, jotka auttavat kriisiä läpikäyvän ihmisen selviytymään stressaavista elämäntilanteista mahdollisimman tehokkaasti. Sosiaalinen tuki voi olla tiedollista tukea, esimerkiksi neuvoja tai käytännön apua jonkin ongelman ratkaisuksi, tai hoivaavaa tukea, kuten ymmärtävää kuuntelemista, rohkaisua ja huolen ilmaisemista.

Viljanmaa (2003, 26) kuvaa väitöskirjassaan sosiaalisen tuen määritelmää, joka perustuu Housen ja Thoitsin tutkimuksiin. Tässä määritelmässä sosiaalinen tuki koostuu seuraavista tekijöistä: tietotuki, käytännön apu, itsearvostus- ja itsearviointitieto sekä tunnetuki. Nämä tekijät jakavat sosiaalisen tuen seuraaviin luokkiin: tiedollinen tuki, käytännön apu, vertailutuki ja emotionaalinen tuki. Tiedollinen tuki tarkoittaa tietoa, neuvoja ja apua jonkin konkreettisen ongelman ratkaisemiseksi. Tiedollisen tuen antajana on hoitohenkilökunta erityisasemassa, kun selvitetään esimerkiksi lapsen kuolemaan johtaneita lääketieteellisiä syitä. Käytännön apu kuvaa kaikkia konkreettisia tukitoimia, joiden avulla joko lähipiiri tai yhteiskunta voi auttaa, esimerkiksi rahalliset avustukset, lastenhoitoapu, kaupassa käynti tai muu asioiden hoitaminen. Vertailutuki tarkoittaa sellaista tietoa, joka on tärkeää henkilön itsearvioinnille ja -arvostukselle ja jota voivat antaa esimerkiksi vertaistukiryhmät.

Viljanmaan käyttämään luokitteluun voidaan lisätä myös hengellinen tuki. Sand (2003, 158) määrittelee hengellisen tuen olevan ensisijaisesti tietoisuutta Jumalan antamasta turvasta ja hänen johdatukseensa luottamista, mutta myös kaikkea fyysistä, psyykkistä, sosiaalista ja hengellistä tukea, mitä sielunhoitaja voi surevalle antaa. Sielunhoitajalla Sand tarkoittaa lähinnä pappeja ja muita kirkon työntekijöitä, mutta hengellistä tukea voi antaa myös kristillisen vakaumuksen omaava hoitaja.

Emotionaalisesta tuesta käytetään tässä tutkimuksessa termiä henkinen tuki. Henkinen tuki ilmenee empatiana, välittämisenä ja huolenpitona. Se voidaan edelleen jakaa esimerkiksi puolisolta, perheeltä ja ystäväpiiriltä saatuun tukeen, laajemman sosiaalisen verkoston, esimerkiksi työyhteisön tai vertaistukiryhmien antamaan tukeen sekä ammatilliseen, esimerkiksi hoitohenkilökunnan antamaan tukeen. Nämä emotionaalisen tuen eri muodot ovat pakostakin luonteeltaan hiukan erilaisia johtuen suhteiden intimitteettieroista. (Viljanmaa 2003, 26.)

Henkinen tuki tarkoittaa pyrkimystä helpottaa autettavan henkistä kärsimystä siten, että autettavan olisi helpompi selviytyä suruprosessistaan ja löytää omat voimavaransa elämän jatkamiseen. Henkinen tuki kattaa siis kaikki ne auttamiskeinot, jotka edistävät sitä, että sureva pysyy toimintakykyisenä surun aiheuttamasta äärimmäisestä psyykkisestä stressistä huolimatta. Yksinkertaisimmillaan tämä tarkoittaa sitä, että auttava henkilö on henkisesti läsnä ja kuuntelee, miten järkyttävä tapahtuma on autettavaan vaikuttanut. (Red Cross 2007, 23.) Tapahtuneen vältteleminen saattaa vaikeuttaa surevan toipumisprosessia ja tapahtuneen hyväksymistä. Etenkin hoitohenkilökunnan tulisi rohkeasti ottaa tapahtunut puheeksi ja luoda tilanteesta sellainen, että sureva pystyy vapaasti ilmaisemaan tunteitaan ja esimerkiksi itkemään hoitohenkilökunnan läsnä ollessa. (Lim & Cheng 2011, 216.) Vasta tilanteen ja niiden tuomien tunteiden läpikäymisen jälkeen on voimaannuttamisen, vertaistukiryhmien ja tiedollisen auttamisen vuoro (Red Cross 2007, 23).

Cutrona (2000, 104-105) on myös tutkinut sosiaalisen tuen muotoja ja muodostanut muutamia periaatteita, joiden noudattaminen vahvistaa sosiaalisen tuen vaikutusta. Ensimmäinen periaate on se, että tuen antaja tulisi valita huolella. Kriisiytynyt ihminen ei päästä ketä tahansa lähelleen tukea antamaan. Hoitosuhteessa tämä saattaa olla haasteellista, sillä hoitohenkilökunta harvoin pystyy muodostamaan pitkäaikaista, luottavaista suhdetta esimerkiksi kuolleen lapsen vanhempiin. Toinen periaate on tuen muoto ja kolmas sen ajoitus. Erilaiset tapahtumat vaativat erilaista tukea. Ensimmäisinä päivinä tapahtuneen jälkeen annettava tuki on oleellisesti erilaista kuin myöhemmin, esimerkiksi puolen vuoden päästä annettava tuki. Tuen tulisi myös ilmetä aitona välittämisenä, eikä vaikuttaa siltä, että tukea

annetaan vain työnkuvaan kuuluvana asiana. Tämän välittäminen saattaa myös olla haasteellista hoitohenkilökunnalle, joka väistämättä on työroolissaan velvoitettu tuen antamiseen.

2.3 Hoitohenkilökunnan suhtautuminen kuolemaan ja suruun osana ammattitaitoa

Hoitajan velvoitteena on surevan potilaan henkinen tukeminen, mutta se, miten hoitaja kykenee tämän velvoitteen täyttämään, riippuu monesta tekijästä. Näitä ovat muun muassa ympäröivä kulttuuri, hoitajan työkokemus, koulutus, pelot ja elämäntilanne. Nämä tekijät yhdessä muodostavat hoitajan henkilökohtaisen käsityksen surusta ja kuolemasta ja sen, miten hoitaja suhtautuu kuolemaan ja surevaan ihmiseen.

Main (2002, 794-795) kuvaa, miten länsimaisessa kulttuurissa kuolema on tabu. Vaikka kuolema on universaali ilmiö, jonka kaikki joutuvat ennemmin tai myöhemmin kohtaamaan, se silti aiheuttaa useimmille epämukavan olon ja sitä halutaan vältellä. Hautamäki on tutkinut sitä miten auttajan, esimerkiksi hoitajan oma ahdistus lapsen kuolemasta ja pelko siitä, että ei osaa toimia ammatillisesti haastavassa tilanteessa, vähentää hänen kykyänsä auttaa ja tukea surevaa äitiä. Hoitaja voi itseään suojatakseen kehittää ympärilleen muurin, joka näkyy ulospäin välinpitämättömyytenä. (Erjanti & Paunonen-Ilmonen 2004, 145-148.)

Dunn, Otten ja Stephens (2005) ovat tutkineet hoitajan työkokemuksen, elämäkokemusten ja henkilökohtaisen kuolemaan suhtautumisen vaikutusta kuolevan potilaan hoitoon. Tutkimuksen tuloksia voitaneen tulkita koskevan myös surevan omaisen hoitotyötä. Työ- ja elämäkokemuksen ohella myös hoitajan työyksikkö, ikä ja uskonnollisuus vaikuttavat hänen suhtautumiseensa kuolemaan. Esimerkiksi onkologisella vuodeosastolla työskentelevä hoitaja kohtaa kuolemaa useammin kuin muut hoitajat keskimäärin. Ikä ja elämäkokemus vaikuttavat sikäli, että iäkäämpi ihminen on jo ehkä kokenut omien läheistensä kuolemaa, jolloin hän osaa samaistua surevaan omaiseen paremmin. Lapsikuoleman kyseen ollessa myös se, onko hoitajalla omia lapsia, varmasti vaikuttaa hoitajan suhtautumiseen ja kykyyn tukea surevaa äitiä.

Dunn ym. (2005) tekivät tutkimuksensa kahdesti. Aikaisempien tutkimusten mukaan ne hoitajat, jotka eivät olleet tottuneet kuolevien potilaiden hoitamiseen, jotka pelkäsivät kuolemaa ja halusivat vältellä kuoleman ajattelemista, suhtautuivat negatiivisemmin kuolevien potilaiden hoitamiseen. Työkokemuksella ja omalla suhtautumisella oli siis suora yhteys hoidon laatuun. Uudempien, vuoden 2005 tutkimuksen tuloksien mukaan hoitajat, jotka työssään kohtaavat paljon kuolevia omasivat positiivisemmän asenteen kuolemaan verrattuna sellaisiin hoitajiin, jotka kohtasivat kuoleman harvemmin. Iäkkäämmät hoitajat suhtautuivat kuolemaan positiivisemmin kuin nuoret. He näkivät kuoleman usein mahdollisuutena päästä kivuista ja tuskasta. Heillä oli vähemmän negatiivisia ajatuksia ja tunteita kuolemasta kuin niillä hoitajilla, jotka mieluummin välttelivät kuoleman ajattelua. Myös ne hoitajat, joiden elämäkatsomuksen mukaan kuolema on portti ikuisen elämään, suhtautuivat kuolemaan neutraalimmin kuin ne hoitajat, jotka eivät uskoneet kuolemanjälkeiseen elämään. Tutkimuksen lopputulos oli kuitenkin tällä kertaa aikaisempaan tutkimukseen verrattuna vastakkainen: hoitajan henkilökohtainen suhtautuminen kuolemaan ei vaikuttanut hoidon laatuun, vaan työ hoidettiin ammattitaitoisesti riippumatta omista tunteista ja ajatuksista. (Dunn ym. 2005, 98, 101-103.)

Chan, Chan ja Day (2003, 542) kuvaavat Hong Kongissa tehdyssä tutkimuksessaan sitä, miten hoitajien suhtautuminen äidin henkiseen tukemiseen lapsen kuoleman jälkeen on periaatteessa myönteinen, mutta tukemiseen tarvittavia erityistaitoja hoitajat eivät omasta mielestään hallinneet. Niinpä nämä taidot tulisikin tutkijoiden mielestä sisällyttää hoitajien perus-, erikoistumis- ja työpaikkakoulutukseen. Tällä hetkellä näin ei ole, vaan ainoastaan 25,5 % tämänkin tutkimuksen tutkittavista oli osallistunut surevan tukemiseen liittyviin kursseihin. Tekijät painottavat, että jos hoitajilla olisi paremmat tiedot ja taidot surevan tukemisessa ja ylipäätään tietoisuus asiaan liittyvistä erityistaidoista, tämä johtaisi siihen, että hoitajat osoittaisivat enemmän empatiaa, ymmärrystä ja myös käytännön apua surevia äitejä kohtaan. Tutkimus peräänkuuluttaa koulutusta myös holistisen hoidon toteuttamisen mahdollistajana.

Näkemyttä liian vähäisestä koulutuksesta tukee myös Main (2002, 795, 800), joka Iso-Britanniassa tehdyssä tutkimuksessaan kuolevien potilaiden omaisten tukemisesta toteaa, että hoitajille ei tarjota tarpeeksi opastusta sensitiiviseen surevan omaisen tukemiseen. Hänen mukaansa hoitajat tarvitsevat enemmän koulutusta kommunikaatiotaitojen harjoittelussa, hankalista tilanteista selviämisessä ja surevan ihmisen psykologisten tarpeiden tunnistamisessa. Myös suomalaiset tutkimukset ovat samassa linjassa: esimerkiksi Kaunonen (2000, 11) viittaa väitöskirjassaan Mölsän, Solantien, Leino-Kilpin ja Karttusen 90-luvulla tehtyihin tutkimuksiin, joissa hoitotyön opiskelijat kertoivat, että heidän saamansa koulutus ei millään tasolla valmistanut heitä kuoleman tai ihmissuhdeproblematiikan kohtaamiseen. Viisi vuotta työkokemusta omaavat hoitajat eivät kokeneet, että heillä olisi tarpeeksi teoreettista tietoa saattohoidosta, kuolevien potilaiden hoitamisesta tai heidän omaistensa tukemisesta. Toisaalta Armanto ja Koistinen (2007, 336) huomauttavat, että lapsensa menettäneen perheen kohtaamiseen eivät riitä pelkästään koulussa opitut vuorovaikutustaidot tai opetukset kriiseistä ja niiden kohtaamisesta, vaan hoitaja tarvitsee ennen kaikkea kokemusta ja tarpeeksi aikaa surevan perheen kohtaamiseen.

3 SURUPROSESSI

Utrechtin yliopiston psykologian osastolle tehdyn tutkimuksen mukaan vanhempien suruun ja surusta selviytymiseen vaikuttavat niin sanotut muuttuvat tekijät ja muuttumattomat tekijät. Muuttuvia tekijöitä ovat muun muassa mahdollisuus hyvästellä lapsi kuoleman hetkellä ja hautajaisjärjestelyt. Muuttumattomia tekijöitä ovat lapsen kuolemaan johtaneet olosuhteet: se, kuoliko lapsi onnettomuuden tai sairauden seurauksena, tai perinataalisesti. Tutkimustuloksien mukaan lapsensa onnettomuudessa menettäneet vanhemmat saivat korkeammat pisteet niin sanotulla suruasteikolla kuin perinataalikuoleman kohdanneet vanhemmat. Lapsensa sairauden kautta menettäneet vanhemmat sijoittuivat asteikon keskivaiheille. Edelleen vanhemmat, jotka olivat läsnä lapsen kuoleman hetkellä, kokivat tutkimuksen mukaan vähemmän surua kuin ne vanhemmat, jotka eivät pystyneet olemaan paikalla kuoleman hetkellä. Lapsi oli esimerkiksi kuollut tapaturmaisesti eivätkä vanhemmat näin pystyneet hyvästelemään lasta. Myös vanhempien kokema masennus oli sitä syvempää mitä vanhempi lapsi oli kuollessaan. (Wijngaards-De Meij ym. 2007.)

Toisaalta Arnoldin ja Buschman Gemman (2008, 659) tutkimus vanhempien suruprosessista kuvaa, että vanhempien surun määrään eivät vaikuta kuolleen lapsen ikä tai kuoleman syy. Suru todellisesta, vanhempien kanssa eläneestä lapsesta on toki erilaista kuin suru lapsesta, jonka ei ole nähnyt kehittyvän ja kasvavan, mutta suru saattaa olla jopa suurempi silloin, kun lapsi on elänyt vain mielikuvissa ja toiveissa ja syntyy kuolleena. (Paananen, Pietiläinen, Raussi-Lehto, Väyrynen ja Äimälä 2009, 457.) Genschin ja Midlandin mukaan koettu suru on suhteessa kiintymyssuhteen merkitykseen eikä sen keston (Conry & Prinsloo 2008, 16).

Vastasyntyneen tai kohtuun kuolleen lapsen kuoleman merkitys on ymmärretty vasta viime vuosikymmeninä. Siksi hoitokäytännötkin saattavat olla osin puutteellisia. Toisaalta nykyään ymmärretään paremmin raskaudenajan psykologiaa ja tiedostetaan se, että erityisesti vastasyntyneen tai kohtuun kuolleen lapsen kuoleman hoitamatta ja käsittelemättä jättäminen paitsi vaikeuttaa suruprosessin etenemistä myös hankaloittaa elämää laajemmin ja kauaskantoisemmin. Se saattaa vaikuttaa

esimerkiksi seuraavissa raskauksissa, vanhemmuuden kokemuksissa ja suhtautumisessa perheen mahdollisiin muihin lapsiin. (Armanto & Koistinen 2007, 340.) Myös pitkäaikaisten mielenterveyden ongelmien riski kasvaa (Conry & Prinsloo 2008, 22).

3.1 Normaali suruprosessi

Yllättävän surun läpikäymistä on perinteisesti kuvattu niin sanotun kriisiteorian kautta. Teorian vaiheet ovat:

1. Sokkivaihe, joka kestää muutaman päivän. Tällöin henkilö saattaa kieltää ja torjua tapahtuneen defenssimekanismien (esimerkiksi projektion) kautta.
2. Reaktiovaihe, joka kestää 4-6 viikkoa. Nyt tunteet tiedostetaan, lapsen kuolemasta tulee konkreettinen ja henkilön valtaa esimerkiksi suru, katkeruus ja syyllisyys. Hän saattaa joko vetäytyä itseensä tai taistella ympäristöään vastaan. Myös lasta hoitaneen henkilökunnan syyttely on tavallista.
3. Korjautumisvaihe/läpityöskentelyvaihe, joka kestää 0,5-1 vuotta. Tapahtuneeseen aletaan suhtautua realistisesti, lapsen kuolema hyväksytään ja siitä haetaan aktiivisesti tietoa, kielteiset tunteet sallitaan ja niistä keskustellaan. Normaali elämänrytmi palautuu.
4. Uudelleensuuntautumisvaihe, jolloin tulevaisuuden toivo palaa ja lapsen kuoleman aiheuttamasta kriisistä tulee osa elämää. Asenteet läheisiin ovat uudistuneet, henkilö on kasvanut ihmisenä ja hänen on helpompi selviytyä mahdollisista uusista kriiseistä. (Paananen ym 2009, 458-459; Koistinen, Ruuskanen ja Surakka 2004, 461; Armanto & Koistinen 2007, 337.)

Kun ihminen kohtaa yllättävän surun, hän saattaa toisaalta kokea sen hyvinkin yksilöllisellä tavalla, johon vaikuttavat esimerkiksi ihmisen persoonallisuus, voimavarat (sosiaaliset, taloudelliset ja kulttuuriset), henkilön omat arvot ja uskomukset (esimerkiksi hengellisyys) sekä yhteiskunnan tarjoamien tukimuotojen voimavarat ja rajoitukset (Paananen ym. 2009, 459). Kruegerin (2006, 163-167) näkemyksen mukaan suremisen prosessia ei voi yksinkertaistaa neliportaiseksi

jatkumoksi, jossa vaiheet toistuvat samanlaisina yksilöstä toiseen. Hän kuvaa muun muassa Neimeyerin ”suremisen teoriaa”, jonka mukaan surevan henkilön kulttuurinen ja henkinen tausta, kuten myös sukupuoli, vaikuttavat suruprosessin kulkuun. Tämän prosessin päämääränä on mielekkyyden löytäminen tapahtuneesta ja oman identiteetin uudelleenmuokkaus. Sureva vanhempi kirjoittaa elämäntarinansa uudelleen lapsen menetyksen jälkeen. Elämänarvot muuttuvat ja rakkaus kuolleeseen lapseen muuttuu muotoaan siitä, mitä se oli ollut lapsen eläessä. Krueger huomauttaa, että hoitohenkilöstön tulisi olla selvillä tästä teoriasta, jotta voisivat parhaiten auttaa surevia vanhempia yksilöllisesti.

Erityisesti kohtuun kuolleen lapsen tai vastasyntyneen menehtymisen jälkeen äiti saattaa kokea epätodellisuuden tuntemuksia, kun syntymän ilo muuttuukin kuoleman lopullisuudeksi. Usein hätätilanteissa kokemus voi olla hyvinkin traumaattinen. Äidillä voi esiintyä hyvin epärealistisia kuvitelmia siitä, että vauva olisikin vielä kohdussa. Hän saattaa miettiä outoja ajatuksia kuolleesta vauvastaan ja tosi ja epätosi sekoittuvat. Äiti voi kokea tyhjyyttä, alemmuuden ja häpeän tunteita tai syyllisyyttä tapahtuneesta. Syyllisyys voi ilmetä myös hoitohenkilökunnan syytellynä. Tunteet kuollutta vauvaa kohtaan voivat olla hyvin ristiriitaisia. Samoin äiti saattaa kokea ristiriitaisia tunteita toisia naisia kohtaan, joilla on elävä vauva. (Armanto & Koistinen 2007, 341-342.)

Taubman-Ben-Ari ja Katz-Ben-Ami (2007, 739) kuvaavat Bowlbyn tutkimuksia, joiden mukaan ahdistus on ensimmäinen oire silloin, kun äiti lapsen kuollessa ei pystykään toteuttamaan sisäistä tarvettaan suojella ja hoivata lastaan. Tämä ”maternal separation anxiety” eli äidin ahdistus jouduttuaan eroon lapsestaan ilmenee huolen, surun ja syyllisyyden tunteina. Ero lapsesta voi johtaa alentuneeseen itsetuntoon ja elämän tarkoituksen menettämiseen, koska vanhemmuuden tehtävä ei täyttynytkään. Äiti saattaa tuntea epäonnistuneensa elämänsä tärkeimmässä tehtävässä, erityisesti jos kyseessä on ensimmäinen lapsi. Äidit ovat kuvanneet tyhjyyden, arvottomuuden ja avuttomuuden tunteita sekä huolta omasta mielenterveydestään.

Myös Marja Kaunonen (2000) väitöskirjassaan on tutkinut läheisen ihmisen kuoleman jälkeistä suruprosessia. Hän käytti tutkimuksessaan Hoganin teorian mu-

kaisia surun ulottuvuuksia kuten epätoivoa, paniikkikäyttäytymistä, syytöstä ja vihaa, irrallisuutta, epäjärjestystä sekä persoonallista kasvua. Kaunonen tutki perheen surua perheenjäsenen kuoleman jälkeen käyttäen surureaktiota kuvaavia mittareita, joiden tuloksena epäjärjestys ja epätoivo nousivat vahvimiksi surun ulottuvuuksista. Myös persoonallisuuden kasvu oli nopeaa.

3.2 Komplisoitunut suruprosessi

Tutkimusten mukaan yllättävänkin kuoleman sattuessa suurin suru on yleensä lientynyt kahden vuoden sisällä tapahtuneesta. Jos suruprosessi ei suju normaalisti vaan komplisoituu, suruprosessi pitkittyy ja normaalin elämän jatkaminen hankaloituu. Syytä normaalin suruprosessin estymiseen ovat esimerkiksi se, että kuollut on lapsi, kuolema on odottamaton ja surija ei saa tarpeeksi sosiaalista tukea. (Conry & Prinsloo 2008, 16.)

On tutkittu, että 20-30 % perinataalikuoleman kohdanneista äideistä osoittivat oireita komplisoituneesta suruprosessista kuolemaa seuranneen ensimmäisen vuoden aikana. Riski suruprosessin komplisoitumiselle voidaan ennustaa seuraavista osatekijöistä: äidin kokemaa sosiaalinen tuki tai sen puute, äidin tyytyväisyys parisuhteeseensa ja äidin käyttämät selviytymiskeinot. (Conry & Prinsloo 2008, 16.)

Tutkimukset ovat osoittaneet, että jos henkilö elää parisuhteessa, jossa hän saa henkistä tukea ja huolenpitoa puolisoiltaan, hän on haastavien tilanteiden sattuessa paremmassa suojassa sekä fyysisesti että henkisesti verrattuna henkilöön, joka elää epätydyttävässä parisuhteessa tai ilman parisuhdetta. Esimerkiksi epäsuotuisasti päättyneen synnytyksen vaikutus äidin mielenterveyteen on yksinäisillä tai epätydyttävässä parisuhteessa olevilla äideillä voimakkaampi. Tällöin korostuu myös henkilökunnan antama tuki. Hoitajalta saatu oikeanlainen ja -aikainen tuki on vielä tärkeämpää sellaisille äideille, jotka eivät saa tukea omasta lähipiiristään. (Lemola, Stadlmayr & Grob 2007, 191-192.) Jos äiti kokee saavansa tukea sekä lähimmiltään että yhteiskunnan taholta, jos puolisoiden välinen suhde on vahva ja molemmat osapuolet ymmärtävät toisiaan ja jos äiti kykenee lisäksi käyttämään omaa sisäistä voimaansa surun käsittelyssä, on suruprosessin normaali eteneminen

todennäköisempää kuin niillä äideillä, jotka joutuvat pärjäämään yksin. (Conry & Prinsloo 2008, 16-17.)

Komplisoitunut suruprosessi voi pahimmillaan johtaa syvään masennukseen, ahdistuneisuushäiriöihin, posttraumaattisiin stressioireisiin, psyykkisiin sairauksiin ja ennenaikaiseen kuolemaan sairauksien tai itsemurhan kautta (Robinson & Marwit 2006, 677). Kyseessä on siis hyvin vakava tila, jolla voi olla tuhoiset seuraukset.

3.3 Lapsen kuoleman aiheuttama suru

Vanhempien surua lapsen kuoleman jälkeen on tutkittu ahkerasti, muun muassa Hilikka Laakso (2000) ja Anna-Liisa Aho (2010) ovat kirjoittaneet siitä väitöskirjansa. Aho on tutkinut lapsensa menettäneen isän surua ja Laakso alle 7-vuotiaiden lasten kuoleman aiheuttamaa surua äidille. Laakson tutkimus pohjautuu erilaisiin muuttujiin, kuten äidin ikään ja lasten määrään.

Lapsen kuolemaan ei kukaan vanhempi pysty valmistautumaan. Harhakuva siitä, että omalle kohdalle ei mitään näin kauheaa voisi tapahtua, on vanhempien ajatuksissa hyvin voimakas. Kun pahin mahdollinen sitten kuitenkin tapahtuu, ovat vanhempien voimavarat koetuksella. (Koistinen ym. 2004, 462.) Lapsen kuolema tuntuu epäluonnolliselta elämänkulun järjestykseltä ja on monelle vanhemmalle ensimmäinen kokemus kuolemasta ja sen aiheuttamasta surusta. Lapsen mukana kuolevat myös vanhempien mielessään hellimät toiveet ja unelmat. Lapsensa menettäneet vanhemmat ovat kuvanneet tunteneensa itsensä turraksi ja tyhjäksi ja kokeneensa pelkoa, epätoivoa, turhautumisen tunteita ja hämmennystä. (Conry & Prinsloo 2008, 14-16.)

Koska lapsen kuolema monesti tapahtuu sairaalaympäristössä, sen hoitohenkilökunta on avainasemassa kuoleman jälkeisinä ensimmäisinä hetkinä, jolloin vanhempien omat tukiverkot tai muut ammattiauttajat eivät välttämättä vielä ole tilanteessa läsnä. Hoitohenkilökunnalta saatu empatia ja hoiva ovat läsnä niissä muistoissa, joita vanhemmille lapsestaan jää (Conry & Prinsloo 2008, 14-16).

Lapsen kuoleman aiheuttama suru on hyvin henkilökohtainen ja jokainen vanhempi suree omalla tavallaan. Toisaalta lapsen kuolema yhdistää sen kokeneita vanhempia tavalla, jota asiaa kokemattomat eivät kykene ymmärtämään. (Arnold & Buschman Gemma 2008, 658-659.) Ymmärtämättömyyden takia ulkopuoliset saattavat hyvää tarkoittaessaan sanoa asioita, joita sureva vanhempi ei halua kuulla. Tämä voi johtaa vanhemmissa yksinäisyyden ja erillisyyden tunteisiin, surun tunteen tukahduttamiseen ja mielikuvaan siitä, että ulkopuolisilta ei saa tarvittavaa tukea. (Conry & Prinsloo 2008, 15.) Erityisesti kohtukuolemissa ja vastasyntyneen menehtyessä ulkopuolisten voi olla vaikea surra lasta, jota eivät ole koskaan tavanneet. Näin he eivät myöskään osaa antaa tarvittavaa tukea vanhemmille, jotka voivat jäädä surunsa kanssa yksin. (Armanto & Koistinen 2007, 338-340.)

Lapsen kuolemasta selviytyminen kestää vanhemman koko elämän ajan ja lapsi kulkee vanhempien ajatuksissa loppuun asti. Monet vanhemmat eivät koskaan täysin selviä lapsen kuolemasta. Toisaalta lapsen kuoleman hetkellä saatu oikeanlainen tuki saattaa vaikuttaa tämän surun laatuun ja näin edistää vanhemman kykyä käsitellä tapahtunutta ja oppia elämään sen kanssa. Erityisesti ensivaiheen tuki on tärkeää jatkoon kannalta, koska se saattaa määritellä hyvin pitkälle sen, miten vanhemmat pystyvät jatkossa surunsa kohtaamaan ja sitä työstämään. (Arnold & Buschman Gemma 2008, 658-659; Armanto & Koistinen 2007, 338-340.)

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata äitien kokemuksia hoitohenkilökunnalta saamastaan ja tarvitsemastaan henkisestä tuesta synnytyksessä tai pian synnytyksen jälkeen tapahtuneen lapsen kuoleman jälkeen. Tavoitteena oli tuottaa tietoa hoitohenkilökunnan antaman henkisen tuen, kuten läsnäolon, ajan antamisen, kuuntelemisen, empatian ja hienotunteisuuden merkityksestä äidille synnytyksen ja lapsen kuoleman jälkeisessä suruprosessissa. Tarkoituksena oli myös kuvata äidin kokemusta henkilökunnan suhtautumisesta häneen ja hänen suruunsa sekä millaisin konkreettisin asioin sairaalan henkilökunnan suhtautuminen kuolemaan ja suruun on välittynyt äidille.

Tämän opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

1. Millaista henkistä tukea sureva äiti on saanut hoitohenkilökunnalta suruunsa?
2. Millaista henkistä tukea äiti olisi toivonut hoitohenkilökunnalta suruunsa?
3. Millainen kokemus äidille on muodostunut hoitohenkilökunnalta saamastaan henkisestä tuesta ja tuen antajan suhtautumisesta kuolemaan ja suruun?

Tutkimuksen tuloksia voidaan käyttää ohjeistuksena hoitohenkilökunnalle esimerkiksi synnytys-, vierihoito- ja naistentautien osastoilla sekä niille opiskelijoille, jotka aikovat työskennellä synnyttävien ja synnyttäneiden naisten hoitotyössä. Konkreettisesti tämä aiotaan toteuttaa yhteistyössä Tampereen yliopistollisen sairaalan synnytysyksikön kanssa, jonka työntekijöille suunnatun ohjeistuksen päivityksessä käytetään hyväksi tämän tutkimuksen tuloksia.

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tutkimuksen kohteena olivat lapsensa perinataaliaikana menettäneet naiset, eli käytännössä kohtukuoleman kokeneet sekä ne äidit, joiden lapsi oli kuollut synnytyksessä tai korkeintaan viikon ikäisenä. Tutkimukseen osallistujia rajattiin kuitenkin siten, että lapsen kuolemasta oli kulunut enintään 7 vuotta. Syynä tähän rajaukseen on se, että muistot esimerkiksi 20 vuotta sitten tapahtuneesta menetyksestä saattavat olla jo ajan myötä värittyneet tai haalistuneet. Myös aikakausi on jo aivan toinen ja esimerkiksi hoitokulttuuri ja hoitajien saama koulutus ovat ajan kuluessa paljolti muuttuneet.

5.1 Yhteistyötaho ja aineiston keruu

Tutkimus tehtiin yhteistyössä Käpy ry:n kanssa, joka on tukijärjestö kaikille lapsensa menettäneille. Käpy on aatteellisesti sitoutumaton ja voittoa tavoittelematon yhdistys, jonka toiminta perustuu vertaistukeen. Yhdistyksen jäseniin kuuluu lapsen kuoleman kokeneita vanhempia, sisarusia, isovanhempia ja perheen ystäviä sekä työssään lapsikuolemia kohtaavia. (Käpy ry. 2013.)

Aineisto kerättiin kyselylomakkeen avulla, joka julkaistiin Käpy ry:n internet-sivuilla sekä perinataalikuoleman kohdanneiden Facebook-ryhmissä. Aineistoa kerättiin kahden kuukauden ajan helmi-maaliskuussa 2013.

Kyselylomakkeen soveltuvuus tiettyyn tutkimukseen riippuu sen tavoitteista ja strategiasta: millaista tietoa halutaan tuottaa ja miten se halutaan analysoida. Kyselylomakkeella voidaan kerätä tietoa esimerkiksi vastaajien ajatuksista ja tunteista. Tiedot voidaan kerätä yhtenäisesti, jolloin tutkimuksen kannalta epäoleellinen aineisto voidaan jättää analyysin ulkopuolelle. Kyselylomakkeella voidaan saavuttaa suurempi vastaajamäärä suhteellisen vähäisellä resursoinnilla, verrattuna esimerkiksi haastatteluun. Myös se, millaisia kysymyksiä lomakkeessa käytetään, vaikuttaa saadun aineiston luonteeseen. Jos lomakkeessa käytetään avoimia kysymyksiä, tuottaa se laadullista aineistoa. (Vanhala 2004, 1-2.)

Tässä tutkimuksessa kyselylomake valittiin sen takia, että haluttiin saavuttaa mahdollisimman laaja joukko potentiaalisia vastaajia. Aihealueen sensitiivisyy-

destä johtuen ei haluttu käyttää haastattelua, koska äideille haluttiin taata anonymiteetti ja vapaus valita itse tutkimukseen osallistumisesta. Kyselylomake sisälsi suljettuja kysymyksiä taustatiedoista mutta myös avoimia kysymyksiä äitien hoitohenkilökunnalta saamasta tuesta ja tuen tarpeesta synnytyksen ja lapsen kuoleman jälkeen sekä äitien kokemuksista hoitohenkilökunnan suhtautumisesta surevaan äitiin. Näin pyrittiin saamaan kattavaa, äitien tunteita ja kokemuksia kuvaavaa laadullista aineistoa, jota suljetut kysymykset esimerkiksi lapsiluvusta, kuoleman ajankohdasta ja puolison olemassaolosta tukivat. Tutkimukseen kuulumaton aineisto oli myös helppo rajata vastauksista pois.

5.2 Aineiston analysointi

Aineisto analysoitiin käyttäen laadullista sisällönanalyysiä. Tämä tarkoittaa sitä, että vastauksista puretaan pienempiä yksiköitä lausetasolla, jotka luokitellaan lauseiden sisällön ja merkityksen perusteella omiin luokkiinsa ja edelleen alaluokkiin. Tätä aineistoa tarkastellaan suhteessa tutkittavaan asiaan ja suhteessa toisiinsa. Tulokset raportoidaan kuvaamalla syntyneitä luokkia ja niiden merkitystä. (Janhonen & Nikkonen 2004, 23-24.) Laadullisella analyysillä pyritään tiivistämään laajasta aineistosta selkeä kokonaisuus ja tuottamaan tällä tavalla uutta tietoa. Analyysissä voidaan käyttää joko deduktiivista tai induktiivista käsittelytapaa. Deduktiivisessa käsittelyssä perustana on jokin teoria ja aineisto analysoidaan tämän teorian jo olemassa olevien luokkien mukaisesti. Induktiivisessa käsittelyssä taustalla ei ole yhtä teoriaa, vaan aineiston luokat muodostuvat vähitellen analyysin edetessä. Näitä luokkia ja niiden merkitystä pohdittaessa luodaan uutta tietoa ja mahdollisesti uutta teoriaa. (Taanila 2007, 1-4.) Tässä tutkimuksessa käytettiin induktiivista käsittelytapaa. Laadullinen analysointi ja induktiivinen käsittelytapa valittiin siksi, että haluttiin tuottaa uutta tietoa tutkimuksen aihealueesta. Tutkimus ei perustu yhteen teoriaan vaan useiden aikaisempien tutkimusten tuottamaan taustatietoon, jota vasten saatua aineistoa peilattiin.

Kysely perustui kolmeen tutkimuskysymykseen saadusta tuesta, tuen tarpeesta ja hoitohenkilökunnan suhtautumisesta surevaan äitiin. Vastaukset ryhmiteltiin ensin kolmeen ryhmään näiden kysymysten perusteella. Tästä aineistosta jaettiin lause- tai joissakin tapauksissa kappaletasolla sisältönsä puolesta samaan luokkaan kuu-

luvut vastaukset. Nämä luokat nimettiin yhteisen nimittäjän mukaan, esimerkiksi läsnäolo, aika, empatia tai välttelevyys. Osa vastauksista oli kuitenkin niin yleisellä tasolla, että niitä ei voinut luokitella tietyn otsikon alle vaan niitä käsiteltiin akselilla hyvä tuki – ei mitään tukea. Tämän jaottelun jälkeen syntyneitä luokkia tiivistettiin ja yhdisteltiin niin, että syntyi seuraavat ylätasoin luokat: saadusta tuesta ja tuen tarpeesta luokat läsnä oleva tukeminen, vanhemmuuden tukeminen ja tilanteen huomioiminen hoitotyössä. Hoitohenkilökunnan suhtautumisesta syntyivät luokat tilanteen huomioiminen, hoitajan käytös ja hoitajan ammatillisuus. Nämä luokat jakaantuivat vielä sisältönsä mukaisesti alaluokkiin, joita kuvataan kappalekohtaisilla taulukoilla.

6 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimuksen kyselyn tuloksena saatiin 45 vastausta. Näistä kaksi vastausta jouduttiin jättämään tutkimuksen ulkopuolelle, koska lapsi oli kuollut ennen 22. raskausviikkoa, eivätkä vastaukset siksi kuuluneet tutkimuksen kohderyhmään. Lapsen kuoleman ajankohta vastauksissa vaihteli 22. raskausviikolta kuuteen vuorokauteen. Lapsen kuolemasta kulunut aika vaihteli 1,5 viikosta seitsemään vuoteen, kuitenkin niin, että niitä vastaajia, joiden lapsi oli kuollut aivan hiljattain oli vain muutama. Suurimmalla osalla vastaajista lapsi oli menehtynyt noin vuosi aikaisemmin, lisäksi oli usea vastaaja, joiden lapsen kuolemasta oli kulunut 4-7 vuotta. Lähes kaikki vastaajista olivat lapsen kuollessa parisuhteessa lapsen biologisen isän kanssa. Ainoastaan yksi vastaaja ei ollut parisuhteessa. Useimmilla vastaajista oli kuolleen lapsen lisäksi yksi tai useampi muu lapsi. Vastaajista yksitoista oli menettänyt ainoan lapsensa, yksi äiti oli menettänyt kaksoset ja neljä äitiä oli kokenut lapsensa kuoleman useammin kuin kerran.

Lapsen kuolemaan johtaneet syyt olivat useimmiten kätkytkuolema (10), hoitovirhe (4) tai ei tiedossa oleva syy (4). Myös napanuoran, istukan tai kohdun toimintaan liittyviä ongelmia, rakennevikoja, vaikeita synnynnäisiä sairauksia, synnytyskomplikaatioita tai ennenaikaisuuteen liittyviä ongelmia, kuten aivoverenvuotoa esiintyi vastauksissa.

Vastauksien laajuus vaihteli paljon: osa äideistä laati vastauksensa erittäin tiiviisti vain muutamalla lauseella ja heillä oli selkeä näkemys saadusta tuesta ja tuen tarpeesta. Osa äideistä taas kuvasi tapahtumia hiukan laajemmin ja pohtivammalla otteella. Mahdollisesti vastausten suppeuteen oli myötävaikuttamassa kyselyn sähköinen muoto, mikä saattaa luoda vaikutelman siitä, että vastauksia on rajallinen. Lisäksi kysely tehtiin Facebookissa, mikä foorumina saattaa olla sellainen, jossa vastaajat ovat tottuneet vastaamaan lyhyesti ja ytimekkäästi.

Yleisesti ottaen äitien vastauksissa kuvastui merkittävästi kaksi eri ääripäätä: lapsen kuoleman jälkeen saatu henkinen tuki oli ollut joko erinomaista (29) tai hyvin vähäistä (12). Näiden ääripäiden keskelle sijoittuvia vastauksia ei juuri esiintynyt. Kahdessa vastauksessa äidillä ei juuri ollut muistikuvia sairaalassaoloajastaan,

koska äiti oli ollut vaikeassa shokkitilassa. Kaikissa muissa vastauksissa kuvastui kuitenkin, että tapahtumat olivat hyvässä muistissa vaikka lapsen kuolemasta saattoi olla jo jonkin verran aikaa. Äidit olivat selkeästi miettineet omia tuntemuksiaan ja useimmat osasivat sanoa, millaista tukea olisivat henkilökunnalta tarvinneet tässä tilanteessa. Vähemmän oli analysoitu henkilökunnan asennoitumista suruun ja kuolemaan ja siihen mahdollisesti vaikuttavia tekijöitä.

Monet äidit kertoivat myös tapahtumista jatkohoidon aikana ja tunteistaan ja tuen tarpeistaan tuona aikana. Monet äidit kokivat jääneensä heitteille sairaalasta lähdettyään ja olisivat toivoneet enemmän tukea ja asioiden järjestämistä heidän puolestaan. Koska jatkohoito ei kuitenkaan ollut kyselyn varsinaisena kohteena, on nuo vastaukset jätetty pois analyysistä. Samoin äidit mainitsivat useita tuen muotoja, joita ei tässä tutkimuksessa lasketa hoitohenkilökunnan antaman henkisen tuen piiriin. Näitä tuen muotoja ovat tiedollinen tuki, esimerkiksi faktatiedot lapsen menehtymiseen johtaneista tekijöistä, konkreettinen tuki, esimerkiksi hoitajien avustamana suoritettu konkreettisten muistojen ottaminen lapsesta jalanjälkien ja valokuvien muodossa, sekä muulta hoitavalta taholta saatu henkinen tuki, esimerkiksi sairaalapapin tai psykologin kanssa käydyt keskustelut. Mainittakoon kuitenkin, että muun hoitavan tahon tuki oli vastauksien perusteella hyvin yleistä ja erittäin kiiteltävää ja toivottua useimpien äitien vastauksissa. Lisäksi muutamat äidit ottivat vastauksissaan esiin isän tarpeet henkiseen tukeen ja olisivat toivoneet henkilökunnalta paremmin isää huomioivaa hoitoa esimerkiksi lapseen kohdistuneessa päätöksenteossa.

6.1 Hoitohenkilökunnalta saatu henkinen tuki

Äitien kokemukset saamastaan henkisestä tuesta vaihtelivat erinomaisesta tuesta hyvin vähäiseen tukeen. Vastauksia, joissa olisi ollut tasapuolisesti sekä negatiivista että positiivista palautetta tuli ainoastaan kaksi. Äidit olivat siis joko tyytyväisiä ja kiitollisia saamastaan tuesta tai katsoivat joutuneensa kaltoin kohdelluiksi. Ne äidit, jotka eivät olleet tyytyväisiä saamaansa hoitoon, yleensä kuitenkin mainitsivat yhden tapahtuman tai henkilön, joka oli tuonut hiukan lohtua tilanteeseen.

”Kaikkea mahdollista [tukea]. Hoitohenkilökunta huomioi tosi hyvin.”

”Koko henkilökunta oli aivan ihanaa.”

”Hoitohenkilökunnalta ei saatu tukea, eikä muutenkaan mitään apua sairaalalta. Oli tosi yksinäinen olo.”

”Ensimmäisellä kerralla koin olevani välttämätön paha, synnytyksen jälkeen hoitajilla ei ollut enää aikaa kuunnella eikä olla läsnä.”

Taulukossa 1 kuvataan hoitohenkilökunnalta saatua tukea tai sen puutetta luokittein:

Taulukko 1. Hoitohenkilökunnalta saatu henkinen tuki

Läsnäoleva tukeminen	<ul style="list-style-type: none"> • läsnäolo • ajan antaminen • huolenpito • keskustelu • empatia
Vanhemmuuden tukeminen	<ul style="list-style-type: none"> • äitiyden vahvistaminen • toivon ylläpitäminen • rohkaisu lapsen kohtaamiseen • ajan antaminen lapsen kanssa
Tilanteen huomioiminen hoitotyössä	<ul style="list-style-type: none"> • yksilöllisyys • yksityisyys • hoidon jatkuvuus

6.1.1 Läsnaoleva tukeminen

Läsnaolevalla tukemisella tarkoitetaan tässä analyysissä hoitajan läsnäoloa, ajan antamista, huolenpitoa, keskustelua ja empatian osoittamista.

Vastausten perusteella hoitajan läsnäoloa arvostettiin suuresti. Toisaalta arvostettiin myös sitä, että äiti oli saanut valita, haluaako hän olla yksin tai kumppaninsa kanssa vai haluaako hän hoitajan olevan läsnä. Hoitajan läsnäolo saattoi olla myös sanatonta:

”Kättilö istui kanssani kunnes mieheni pääsi paikalle. Omasta toiveesta minua ei jätetty yksin.”

”Hoitajat antoivat meidän valita että ovatko he paikalla vai poissa kun synnytystä odoteltiin.”

”Muutamaa yötä myöhemmin en ahdistukselta saanut nukuttua ja sain nukah-tamislääkkeen. Minua hoitanut kättilö jäi viereeni ja silitteli minut uneen, mistä jäi hyvä mieli.”

Hoitajan lisäksi suuri merkitys oli myös puolison läsnäololla ja monet äidit olivat kiitollisia siitä, että puoliso oli saanut jäädä yöksi osastolle äitiä tukemaan, joissakin tapauksissa jopa vastoin sääntöjä. Myös muun perheen, erityisesti perheen vanhempien lapsien tuki ja koko perheen yhdessäolo tällaisessa tilanteessa koettiin tärkeäksi:

”Eräs kättilö auttoi meidän perhettä laittamaan vauvaamme arkkuun ja olemalla muutenkin mukana vaikeassa tilanteessa, jossa muut lapsemme olivat myös läsnä.”

”Leikkauskin oli suunniteltu niin, että minun ei tarvinnut mennä yksin heräämööni vaan saimme olla koko perhe yhdessä niin kauan kuin halusimme, vielä useamman tunnin lapsen kuoleman jälkeenkin.”

Myös kokemuksia puutteellisesta läsnäolosta esiintyi vastauksissa. Äiti koki olonsa yksinäiseksi, etenkin jos lapsen isä ei ollut paikalla. Hoitajan läsnäoloa pitivät tärkeänä myös ne äidit, joilla oli puoliso tai muu läheinen surua jakamassa. Äidin kokemassa yksinäisyydessä saattoivat myös entisestään korostua avuttomuuden,

turhautumisen ja hämmennyksen tunteet, joita äidit usein kokevat lapsen kuoleman jälkeen:

”Jouduin odottamaan mieheni saapumista yksin, mikä oli kaikkein pahinta.”

”Kun mieheni lähti kotiin esikoisen kanssa, jäin yksin eikä yksikään hoitaja käynyt huoneessani koko iltana kysymässä vointiani.”

Toinen tärkeäksi koettu läsnäolevan tukemisen muoto oli ajan antaminen. Vaikka hoitajilla saattoi olla työtehtäviensä kanssa kiire, ei se useinkaan näkynyt äideille asti. Vain yhdessä vastauksessa moitittiin hoitajien kiirettä:

”Ei ollut kiireen tuntua.”

”Hoitajat viettivät paljon aikaa huoneessamme osastolle.”

”Kättilöillä vuodeosastolla olivat kiireisiä...”

Hoitajien erilaisin tavoin osoittama huolenpito surevasta äidistä tai sen puute esiintyi myös usein tärkeänä seikkana vastauksissa. Surevalla äidillä ei riitä voimavaroja itsestään huolehtimiseen, joten he tarvitsevat hoitajien apua ja huomautta myös arkisissa asioissa. Yhden äidin vastauksessa nostettiin esiin myös huolenpito kuolleesta lapsesta lohduttavana tekijänä:

”Mielestäni tilanteemme otettiin hienosti huomioon ja oloamme yritettiin helpottaa kaikin tavoin.”

”(...) ja tekevät pienestäkin jutusta ison, jotta voisivat poiketa huoneessa katsomassa miten voimme.”

”Kukaan ei käynyt kysymässä vointia edes synnytyksen jälkeen. Olisin kaivannut enemmän perus huolenpitoa ja apua esim vereen sotkeutuneuden lakanoista vaihdossa.”

”Kun jätimme kuolleen tyttäreemme sairaalaan, kättilö lupasi pitää hänestä hyvää huolta ja se lohdutti.”

Neljäntenä läsnäolevan tuen muotona mainittiin keskustelu, kuuntelu ja tapahtuneesta ääneen puhuminen. Useat äidit kokivat tärkeäksi, että hänen kanssaan juteltiin ja tapahtunut uskallettiin ottaa keskustelunaiheeksi. Tapahtuneen läpikäynti koettiin helpottavana asiana. Hoitajien tulisi osata luoda sellainen keskusteluyhteys, missä äiti uskaltaa kohdata tunteensa. Toisaalta tässäkin asiassa kiiteltiin sitä,

että äidin halukkuus keskusteluun otettiin huomioon eikä keskustelua pidetty väkisin yllä. Kaikki äidit eivät kuitenkaan olleet saaneet keskusteluapua, vaikka olisivat sitä kaivanneet:

”Hoitava henkilökunta kävi juttelemassa.”

”Sain keskusteluapua ja minusta tuntui, että minua kuunneltiin... Jos halusin puhua, kuuntelija löytyi aina, mutta mitään ei tupattu väkisin.”

”Meille tarjottiin kerran keskusteluapua. Kun emme sitä silloin ottaneet vastaan, ei uudestaan tarjottu.”

”(...) eivätkä juuri keskustelleet tai kertoneet asioista. Yksi yöhoitaja jutteli kanssani enemmän, mutta melko ala-arvoista oli hoito.”

Erityisesti empatia läsnäolevan tukemisen muotona jakautui vastauksissa ääripäihin: hoitajilla joko oli empatian kykyä ja taitoa näyttää se, tai sitten heidän käytöksensä koettiin kylmänä ja epäinhimillisenä. Hoitohenkilökunta on velvoitettu tuen antamiseen, mutta kaikissa tapauksissa tätä ei ollut ymmärretty ja äiti oli kokenut surua ja syyllisyyttä hoitajan reagoinnin vuoksi:

”Hoitajat olivat hyvin myötätuntoisia ja surussa osaa-ottavia.”

”Yökön toiminta oli parina yönä jopa epäasiallista, kun valitin kipuja, hän oli kovin näreissään kun ilmeisesti herätin hänet unilta. Itkin kovasti hänen reaktiotaan.”

6.1.2 Vanhemmuuden tukeminen

Muutamit äidit mainitsivat surutyötä helpottavana seikkana oman vanhemmuutensa tukemisen. Tämä oli erityisen tärkeää silloin, kun kuollut lapsi oli perheen ensimmäinen. Eräs äiti muisteli myös hyvällä sitä, että toivetta omasta lapsesta pidettiin yllä:

”Hoitajat kohtelivat meitä vanhempina ja meidän vanhemmuuden korostaminen oli erityisen tärkeää, kun kyseessä esikoisen menettäminen ja auttoi ymmärtämään, että olemme äiti ja isä.”

”Lähtiessäni synnytysosastolta, mieleeni jäi myös kättilön sanat siitä, kuinka toivottavasti tapaamme joskus vielä iloisemmissa merkeissä. Tämä oli myös

siinä tilanteessa, sellainen pieni valonpilkahdus, jota varmasti eniten tarvitsin.”

Useat äidit mainitsivat vastauksessaan, miten hoitajilta saatu rohkaisu ja tuki oli auttanut heitä kuolleen lapsensa kohtaamisessa. Äidin tunteet kuollutta vauvaa kohtaan saattoivat välittömästi tapahtuneen jälkeen olla hyvin ristiriitaiset. Äiti saattoi kokea jopa pelon tunteita. Kuoleman konkreettinen kohtaaminen on kuitenkin tärkeää suruprosessin normaalin etenemisen kannalta. Aluksi ajatus lapsen kohtaamisesta oli tuntunut monista äideistä liian vaikealta, mutta hoitajien kannustuksesta lopulta uskaltaneet nähdä lapsensa, ottaa tämän syyliin ja hoivata. Äidit olivat kokeneet tämän erittäin tärkeänä asiana suruprosessin käynnistymiselle.

”Kuollut lapsi pelotti, mutta kättilön sanat siitä miten meidän lapsi tulee olemaan meidän oma ja maailman kaunein jäivät mieleen. Hän oli oikeassa.”

”Synnytyksen jälkeen olin niin shokissa ja en ensin meinannut haluta nähdä edes vauvaa mutta kättilö kysyi vielä uudestaan mikä oli hyvä koska sen jälkeen olimme vauvan kanssa mieheni kanssa hetken.”

Äitien mielestä myös muiden perheenjäsenten, kuten perheen vanhempien lasten ja isovanhempien oli tärkeä nähdä kuollut lapsi ja hyvästellä tämä. Perheen jaettu surutyö edisti myös äidin toipumista. Tilanteen läpikäyminen läheisten kanssa on tässä vaiheessa surevalle äidille tärkeämpää kuin esimerkiksi vertaistuen antama henkinen tuki:

”Osastolla minua hoitaneen lääkärin mielestä isoveljelle (tuolloin 3v 4kk) olisi riittänyt, että olisi nähnyt siskonsa valokuvasta. Onneksi konkarikättilö kannusti meitä viemään isoveljen muiden lähisukulaisten kanssa katsomaan siskoa hiljaiseen huoneeseen. Surullisen tilanteen konkretisoiminen oli tärkeää.”

Äidit muistelivat hyvällä myös sitä, että heille annettiin tarpeeksi aikaa olla kuolleen lapsensa kanssa ja kerätä hänestä muistoja:

”Sain olla mieheni kanssa lapsemme kanssa kappelissa ja pitää häntä kapaloituna sylissämme.”

”Saimme kerätä rauhassa muistoja (pestä ja punnita lapsemme, pitää sylissä jne.).”

6.1.3 Tilanteen huomioiminen hoitotyössä

Kyselyn vastauksista hahmottui selkeästi se, miten tärkeää on ottaa huomioon vanhempien suru hoitotyössä. Rutiinien rikkominen ja pienissä asioissa joustaminen vanhempien toiveiden mukaan ja heidän tilanteensa helpottamiseksi koettiin tärkeänä tukimuotona ja otettiin kiitollisuudella vastaan. Myös kulttuurierot ja uskontoon liittyvät erityispiirteet ja niiden synnyttämät toiveet tulisi mahdollisuuksien mukaan ottaa huomioon:

”Meidän toiveita kuunneltiin.”

”He tukivat meidän omia selviytymismekanismejamme ja olivat kaikesta sanomastamme kanssamme samaa mieltä.”

”Ainut mieltäni pahoittava asia oli sairaalassa ollessani, kun eräs mieskättilö ei kunnioittanut isäntoivetta ja omaani kun pyysimme voimmeko saada naishoitajan laittamaan synnytystä käynnistävän lääkkeen kohdunkaulan suulle.. Hän ei edes mennyt kysymään olisiko toista hoitajaa ollut vapaana vaan halusi tehdä tämän itse, meitä loukkasi kun hän ei surustamme huolimatta kunnioittanut toivettamme ja uskontoamme.”

Myös henkilökunnan joskus pieninkin elein osoittama huomaavaisuus vanhempia kohtaan surullisessa tilanteessa koettiin myönteisenä asiana, jota muisteltiin vielä pitkään tapahtuneen jälkeen:

”Leikkauksesta tullessamme huoneeseemme oli viety pieni enkelipatsas ja ledkynttilä.”

Toinen tärkeä asia, joka tulisi hoitotyössä ottaa huomioon, on lapsen kuoleman kohdanneen vanhempien toive yksityisyydestä. Äiti tulisi mielellään sijoittaa osastohoidon aikana jonnekin muualle kuin synnyttäneiden osastolle, mutta jos tätä mahdollisuutta ei ole, tulisi ainakin varmistaa, että äiti ei joudu esimerkiksi ruokailun yhteydessä näkemään onnellisia äitejä elävien vauvojensa kanssa.

”Vauvan menetys otettiin huomioon, esim tuomalla ruoka huoneeseen, ettei tarvinnut nähdä raskaana olevia ja vasta-syntyneitä.”

”Ainut todella huono puoli oli kun synnytyksen jälkeen minut vietiin synnyttäneiden osastolle onnellisten äitien luo.”

Vastauksien perusteella vanhemmilla tulisi myös olla esimerkiksi perhehuone käytössään, jotta isäkin voisi yöpyä osastolla eikä sureva äiti jäisi yksin:

”Minä sain yksityishuoneen ja mieheni sai myös yöpyä sairaalassa, hänelle tuotiin oma sänky minun sänkyni viereen.”

”Saatiin olla synnytyksen jälkeen omassa huoneessa ja päästiin synnytyksen jälkeen samana iltana kotiin.”

Yhdessä vastauksessa otettiin kantaa myös hoidon jatkuvuuteen ja siihen, että tilanne rauhoitetaan ulkopuolisilta. Mahdollisuuksien mukaan tulisi surevalla äidillä olla esimerkiksi omahoitaja. Muutenkin suuri joukko vaihtuvia hoitajia surevan äidin ympärillä koettiin negatiiviseksi asiaksi:

”Sama hoitaja oli seuraavan päivän vuorossa ja arvostimme sitä, että uusia ihmisiä ei pyörinyt liikaa ympärillä.”

”... jotkut kävivät vilkaisemassa oven raossa, tuli tunne että kävivät katsomassa miltä näyttää tuo lapsensa menettänyt... Olo oli kuin friikkisirkuksessa.”

6.2 Äidin toivoma henkinen tuki

Monet äidit olivat niin tyytyväisiä hoitajilta saamaansa henkiseen tukeen, että eivät kokeneet, että olisivat tarvinneet minkäänlaista parannusta hoidon laatuun. Hoitajia kiiteltiin siitä, että he olivat tehneet raskaasta tilanteesta helpomman ja että heidän osoittamansa empatia oli osaltaan auttanut luomaan menetetyistä lapsesta kauniin muiston:

”Kaikkea mahdollista tukea on saatu ja tuesta ollaan kiitollisia.”

”Juuri sellaista, kun he antoivat meille. Olemme kiitollisia, siitä että tyttäremme synnytyksestä jäi kaunis muisto mieliimme ja se oli kokonaan henkilökunnan ansiota.”

Toiset äidit kuitenkin kokivat, että saatua tukea olisi voinut parantaakin. Hoitohenkilökunnan valmiuksia kriisinhoitotyöhön peräänkuulutettiin, samoin sen seikan tiedostamista, että tuen antaja ei voi olla kuka tahansa. Esimerkiksi lapsen kuoltua hoitovirheen takia tilanteessa mukana olleet eivät voi toimia äidin tukijana:

”Kun kyseessä oli hoitovirhe, apua olisi tarvittu henkilöiltä, jotka eivät ole virheeseen syyllistyneet mitenkään.”

Muutamassa vastauksessa otettiin kantaa siihen henkiseen tilaan, missä äiti lapsen kuoleman jälkeen on ja miten hoitohenkilökunnan tulisi ottaa tämä asia huomioon. Erityisesti shokkivaiheen aikana tulisi muistaa, että asioita olisi hyvä toistaa, koska shokkivaiheessa niiden sisäistäminen saattaa olla vaikeaa. Äiti saattaa olla myös hyvin avuttomassa tilassa ja tarvitsee konkreettista ohjausta ja tukea:

”Shokissa olevat vanhemmat tarvitsevat ohjausta kädestäpitäen ja heille on helppo myydä ajatus kuin ajatus ja siksi on tärkeää, että hoitohenkilökunta on osaavaa ja perehtynyt traumaattisen kriisin hoitoon: tarvitaan oikeita sanoja ja ohjeita oikealla hetkellä.”

Myös hoitajan persoonallisuus toimii osatekijänä annetun tuen laadussa. Jos hoitaja on arka ja epävarma, jää äiti usein neuvottomaksi. Rauhallinen, varma käytös tavoittaa shokkitilassa olevan äidin varmemmin:

”[Olisin tarvinnut] vahvempaa persoonaa neuvomaan. Shokki-tilassa ei itse kykene ajattelemaan joten minulle olisi pitänyt sanoa että tee tämä ja tämä ja tämä, ihan kädestä pitäen.”

Äitien toiveet ja ajatukset siitä, millaista tukea he olisivat lapsen menetyksen jälkeen tarvitsevat, olivat pitkälti samankaltaisia kuin se tuki, jota tukeen tyytyväiset äidit olivat hoitajilta saaneet. Eniten kaivattiin läsnäoloa, keskustelua ja tapahtuneen läpikäyntiä, sekä rohkaisua kuolleen lapsen kohtaamisessa. Taulukossa 2 kuvataan äitien toivomaa henkistä tukea luokittain:

Taulukko 2. Äidin toivoma henkinen tuki

Läsnäoleva tukeminen	<ul style="list-style-type: none"> • läsnäolo • ajan antaminen • avun tarjoaminen • keskustelu • tapahtuneen läpikäyminen • ihmisyyys • empatia • hienotunteisuus
Vanhemmuuden tukeminen	<ul style="list-style-type: none"> • rohkaisu lapsen kohtaamiseen • mahdollisuus lapsen hoitamiseen • ajan antaminen lapsen kanssa
Tilanteen huomioiminen hoitotyössä	<ul style="list-style-type: none"> • yksityisyys • yksilöllisyys • hoidon jatkuvuus

6.2.1 Läsnäoleva tukeminen

Kyselyyn vastanneiden äitien toiveet olivat hyvin yhteneväisiä siinä, että muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta hoitajan läsnäoloa pidettiin yhtenä tärkeimmistä henkisen tuen muodoista. Aina hoitajan ei edes olisi tarvinnut osata sanoa mitään, pelkkä lähellä olo olisi riittänyt. Läsnäolon lisäksi ja siihen tiiviisti liittyen äidit toivoivat hoitajalta aikaa ja kiireettömyyden tuntua sekä omaehtoista avun tarjoamista, niin että äidin ei tarvitse sitä erikseen pyytää

”Aikaa ja läsnäoloa enemmän.”

”[Olisin toivonut] Hiljaista läsnäoloa.”

”Lisäksi muu henkinen tuki olisi ollut tarpeen, vaikka ihan läsnäolo.”

”1.kerralla olisin halunnut että hoitajilla olisi aikaa, mutta aihe oli ilmeisesti niin arka että kukaan ei halunnut olla tekemisissä asian kanssa. Toisella kerralla asiat sujuivat jo hieman paremmin.”

”Olisin tarvinnut läsnäoloa, avun tarjoamista, kiireettömyyttä.”

Myös keskusteluapu henkisen tuen muotona mainittiin useissa vastauksissa ja erityisesti niin, että aloite keskusteluun tulisi hoitohenkilökunnalta. Asian puheeksi ottaminen vaatii hoitajalta rohkeutta mutta on tärkeää äidin suruprosessin kannalta:

”(...) mutta eivät antautuneet keskustelulle tai kuuntelulle. En tiedä, voi olla en hirveästi puhetta tuottanut, mutta ei minulta myöskään mitään kysely.”

” [olisin toivonut] Henkilökunnalta juttelu tukea ja asian läpikäymistä.”

Empatiaa ja ihmisyyttä peräänkuulutettiin joissakin vastauksissa, kuten myös ymmärrystä surevaa äitiä kohtaan. Hoitajan ammattirooli ei saisi peittää alleen sitä, että hoitotyössä ihminen kohtaa ihmisen niin surun kuin ilonkin hetkillä:

”[Olisin toivonut] Empatiaa, jota hieman sain sairaanhoitajalta.”

”Ymmärrystä sekä fyysisille ja henkisille kivuille.”

”Muutamia hyviä hetkiä mitkä jääneet mieleen, kun naurettiin. Ehkä sitä kaipaava eniten ihmistä, ei hoitajaa.”

Hienotunteisuutta oli jäänyt kaipaamaan muutama äiti. Hoitohenkilökunta saattoi vaikuttaa tyllyltä tai päinvastoin tilanteeseen nähden turhan aurinkoiselta. Äiti saattaa tällaisella hetkellä tukahduttaa omat tunteensa ja hänelle voi jäädä mielikuva, että hän ei saa hoitohenkilökunnalta lainkaan tukea:

”Kalvot puhkaissut lääkäri oli todella tylyn oloinen, hienotunteisuutta olisin kaivannut.”

”Ikävä muisto jäi hoitajasta, joka toivotti "aivan mahtavaa päivää", vaikka juuri kerroimme hänelle, että joudumme hyvästelemään lapsemme.”

6.2.2 Vanhemmuuden tukeminen

Kyselyyn vastanneista äideistä moni koki, että olisi tarvinnut hoitajilta enemmän tukea ja rohkaisua lapsen kohtaamiseen. Shokkitilassa äiti ei välttämättä ymmärrä, miten tärkeää on tunnesiteen muodostaminen ja muistojen luominen kuolleen lapsen kanssa suruprosessin jatkon kannalta. Hoitohenkilökunnan tulisi olla tästä tietoinen ja aktiivisesti kannustaa äitiä olemaan lapsen kanssa ja hoitamaan tätä, vaikka kuolleen lapsensa näkeminen voisikin tuntua äidistä pelottavalta tai ahdistavalta. Jos äiti ei saa mahdollisuutta olla lapsensa kanssa tässä vaiheessa, voi se muodostua surun ja katumuksen aiheeksi pitkäksi aikaa ja hankaloittaa normaalin suruprosessin kulkua.

”Olisin toivonut enemmän tukea ja kannustusta kuolleen lapsen kohtaamiseen. Alkushokissa halusin vain lapsesta pikaisesti ”eroon” mitä nyt kadun. Joka ikkinen päivä.”

”Jäin jälkikäteen suremaan sitä, ettei kätilö - vaikkakin oli koko ajan läsnä - puhunut meidän kanssa vauvan syyliin ottamisesta tai siitä, mitä tapahtuu kun vauva on synnyt. Näin vietimme kuolleen lapsemme kanssa vain vähän aikaa koska tuntui siltä, että tilanteesta halusi mahdollisimman nopeasti pois, se oli niin raskasta. Jälkikäteen tuntui, että olisimme kuitenkin halunneet viettää hänen kanssaan enemmän aikaa ja luulen, että kätilö olisi voinut auttaa meitä tässä puhumalla asiasta ennen syntymähetkeä. Siihen olisi ollut aikaa.”

”Hoitohenkilökunnalta toivoisi varmaa otetta ja ohjausta eteenkin vauvan synnyttyä kuolleen, esim rv30 olisi jo voinut kannustaa pitämään vauvaa iho ihoa vasten vauvan ollessa vielä lämmin, eikä lakanaan käärittynä. (...) Mielestäni tulisi toimia kuten elävän lapsen synnytyksessä, siltä osin kun tilanne vain sallii (...)”

”Olimme sopineet, että saamme pukea tytön itse, mutta tilanteessa olikin paikalla meille vieraat kätilöt, jotka onnistuivat pelottelemaan minut, joten lopulta osallistuin vain arkuun laittamiseen ja peittelemiseen. Jälkikäteen tämä on harmittanut. Pidin kuitenkin tyttömme sylissäkin, miksi se pukeminen olisi ollut yhtään sen kamalampaa.”

6.2.3 Tilanteen huomioiminen hoitotyössä

Jotkut äidit kokivat hoitajan jatkuvan läsnäolon sijaan tarvinneensa enemmänkin omaa rauhaa ja yksityisyyttä. Myös yksilöllisyys ja erilaisten tilanteiden huomi-

oonottaminen koettiin joissakin vastauksissa tärkeiksi henkisen tuen kannalta. Surrijan omat selviytymismekanismit tulisi siis myös ottaa huomioon.

”Olisin kaivannut omaa rauhaa enkä jatkuvaa kyselyä ja hössötystä.”

”Olisin kaivannut erityistukea siitä, kuinka hoitaa uutta elämää ja surra samunutta elämää yhtäaikaan.”

”Kun pyysin kuolleena syntyneen lapseni synnytyskertomusta itselleni, niin kättilö (taisi olla opiskelijaharjoittelija tai vastavalmistunut) oli hyvin epäuskoinen ja valitteli, että paperissa lukee kuolleena syntynyt ja, että teksti voisi olla rajua luettavaa. Kyse oli meidän elämästä, meidän arjesta ja meidän perheestä, meidän lapsesta. Koin tuollaisen kohtaamisen loukkaavaksi.”

”En halunnut tavata synnytykseen osallistuneita henkilöitä. Tapasin kuitenkin kotiutumiseni vuoksi lääkärin ja hänen kohtelunsa oli ala-arvoista ja loukkaavaa (...) Pyysimme erikseen ja vannotimme, että synnytyksestä ei puhuta vielä. [Lääkäri] yritti puhua traumaattisesta synnytyksestä heti, vaikka traumasta puhuminen ja sen kaivelu voi hidastaa paranemista.”

Joissakin tapauksissa äidit olisivat kaivanneet hoidon jatkuvuutta ja omahoitajaa. Hoitajien jatkuva vaihtuminen koettiin raskaaksi ja äidit olisivat toivoneet, että sama, jo tutuksi käynyt hoitaja olisi hoitanut heitä ainakin mahdollisimman usein, etenkin jos he olivat kokeneet hoitajan turvallisena ja lohduttavana:

”...ja omahoitaja systeemiä. Oli raskasta kun joka päivä oli uusi ihminen, olin kuitenkin sairaalassa 10 vrk. Ymmärrän, että sama ihminen ei ollut töissä kaikkia näitä 10 päivää, mutta muistan kun itkin, nähdessäni ihanan/mukavan hoitajan hoitavan potilaita toisessa päässä osastoa ja minulla taas uusi hoitaja.”

6.3 Hoitohenkilökunnan suhtautuminen suruun ja kuolemaan äidin kokemana

Äidit kuvasivat hyvin värikkäästi hoitajien suhtautumista heihin lapsen kuoltua, mutta eivät varsinaisesti pohtineet mahdollisia syitä sille kuin vain muutamassa vastauksessa. Monissa vastauksissa kiiteltiin hoitajien suhtautumista erittäin hyväksi ja juuri tilanteeseen sopivaksi, mutta paljon oli myös sellaisia vastauksia, joissa kokemus oli ollut täysin päinvastainen. Äitien kokemukset hoitajien suhtautumisesta on tässä analyysissä jaettu kolmeen pääluokkaan, jotka ovat tilanteen

huomioiminen, hoitajan käytös ja hoitajan ammatillisuus. Nämä luokat ja niiden alaluokat on kuvattu taulukossa 3:

Taulukko 3. Äitien kokemus hoitohenkilökunnan suhtautumisesta suruun ja kuolemaan

Tilanteen huomioiminen	<ul style="list-style-type: none"> • hienotunteisuus • kunnioitus • lapsesta puhuminen • yksilöllisyys
Hoitajan käytös	<ul style="list-style-type: none"> • empatian osoittaminen • empatian puute • tunteiden näyttäminen • vetäytyminen tai vältteleminen • tapahtuneen kieltäminen • epätarkoituksenmukainen kommentointi
Hoitajan ammatillisuus	<ul style="list-style-type: none"> • asiallisuus • ammattitaito • luonnollisuus

6.3.1 Tilanteen huomioiminen

Äitien kokemuksissa hoitajien suhtautumisesta surevaan äitiin hienotunteisuus tai vastaavasti sen puuttuminen esiintyivät runsaslukuisimpina. Hienotunteisuus näkyi ystävällisyytenä ja ymmärryksenä äidin vaikeaa tilannetta kohtaan. Hienotunteisuuden puuttuminen taas näkyi hoitajien kömpelöissä lohdutusyrityksissä, jotka

aiheuttivat äideissä enemmän mielipahaa kuin helpotusta, sekä tilanteeseen sopimattomana käytöksenä.

”(...) useimmat suhtautuivat ymmärtäväisesti ja hienotunteisesti.”

”(...) eräskin hoitaja vähätteli suruani koska poika oli kuollessa niin pieni. Itkin pitkään niitä käyntejä (...)”

”Synnytystä ennen sain peräruiskeen ja kyseinen kätilö tuntui vähän liian reippaalta ja iloisen oloiselta suhteessa omaan suruuni.”

”Kömpelösti ja aiheuttaen enemmän ahdistusta.”

Myös kunnioittava suhtautuminen sekä surevaan äitiin että menetettyyn lapseen mainittiin vastauksissa useasti. Äideille oli tärkeää, että kuolleesta lapsesta puhuttiin lapsena tai jopa hänen omalla nimellään, eikä esimerkiksi pelkkänä sikiönä.

”Etenkin konkarikätilöt olivat kunnioittavia ja puhuivat lapsestamme kauniisti.(...) Koimme, että olimme edelleen tärkeitä asiakkaita, vaikka lapsemme olikin kuollut.”

”Kunnioittavasti. Leikkauksen tehneen lääkärin näin kerran tapahtuneen jälkeen ja hänen käytöksensä oli ylimielinen.”

” (...) vain lääkäreiden kokoaikainen puhuminen ”sikiöstä” oli todella ärsyttävää. Eräs ei lopettanut sitä edes pyydettyä.”

”Suurin osa henkilökunnasta suhtautui todella hyvin ja ymmärsi, että meille oli tärkeää, että tyttärestämme puhuttiin nimellä eikä kuolleena sikiönä.”

Yksilöllinen suhtautuminen erilaisiin tilanteisiin ja vanhempien toiveisiin mainittiin myös muutamaan kertaan. Kun lapsi kuolee, voivat sureva äiti ja hänen perheensä olla hyvin erilaisissa tilanteissa riippuen siitä, oliko kuollut lapsi ensimmäinen vai onko kuollutta lasta suremassa mahdollisesti sisaruksia. Äiti saattaa olla tilanteessa ensimmäistä kertaa, mutta vastaajien joukossa oli myös niitä, jotka ovat menettäneet useamman kuin yhden lapsen. Kaksosia odottanut äiti saattaa olla myös siinä ristiriitaisessa tilanteessa, että hänen pitäisi pystyä suremaan kuollutta lasta mutta samanaikaisesti iloita eloon jääneestä. Hoitajilta tämä vaatii joustavuutta ja huomiointikykyä.

”[Kätilöt toimivat] ammattitaitoisesti, huomioiden, vanhempien toiveita kuunnelleen. Erittäin joustavasti ja ymmärtävästi.”

”Arvostaen sitä [surua], mutta myös toiveemme mukaan huomioiden ilon elävästä lapsesta.”

6.3.2 Hoitajan käytös

Hoitajan osoittama empatia tai vastaavasti sen puute kirvoittivat myös monia kommentteja. Empatiaa osakseen saaneet äidit muistelivat lämmöllä henkilökuntaa. Empatian puutteen äidit olivat kokeneet hoitohenkilökunnan kylmyytenä ja välinpitämättömyytenä. Osalle hoitohenkilökunnasta lapsen kuolema tuntui olevan vain osa hoitotyön rutiineja, mikä välittyi äidille hoitohenkilökunnan suhtautumisen kautta ja loukkasi surevaa äitiä, jolle lapsen menetys oli äärimmäisen ainutlaatuinen ja syvästi järkyttävä tapahtuma. Toisaalta hoitohenkilökunta saattoi peittää omaa epävarmuuttaan hoitotyössä ja/tai surun ja kuoleman kohtaamisessa kylmän käytöksen taakse.

”Koko hlökunta suhtautui hyvin ja empaattisesti asiaan.”

”Kaikki lääkärit ja kätilöt vaikuttivat olevan kovasti pahoillaan ja osa itsekin järkyttyneitä kukin persoonansa mukaan. Myötätuntoisesti (...).”

”Hänestä [lääkäristä] huokui välinpitämättömyys.”

”Jotkut hoitajat olivat päinvastoin ”kylmiä” ja sanoissaan ajattelemattomia (lähinnä nuoret hoitajat).”

Empatiakykyyn läheisesti liittyen äidit mainitsivat myös hoitohenkilökunnan tunteiden näyttämisen, mihin suhtauduttiin yksinomaan positiivisesti. Hoitajan kyyneleet eivät missään vastauksessa olleet vaikuttaneet negatiivisesti äidin kokemukseen hoitajan ammattitaidosta vaan äiti oli kokenut saaneensa henkistä tukea ja lohdutusta siitä, että hoitajat näyttivät avoimesti sen, että tilanne kosketti myös heitä.

”Lohdutti sekin, että kätilölläkin itkussa pitelemistä kun vauva syntyi.”

”Synnytyksen hoitanut kätilö oli aivan ihana; hän kertoi meille, että kyseessä oli hänen ensimmäinen kuolleen lapsen synnytys. Seuraavana päivänä hän tuli tapaamaan meitä ja pahoitteli, että hän oli itkenyt meidän nähden, mutta meistä se vain tuntui hyvältä kun huomasi, että hän oikeasti välitti.”

Hoitohenkilökunnan avoimuus tunteiden näyttämiseen saattaa edesauttaa sellaisen luottamuksellisen suhteen syntymistä, jossa äitikin kokee voivansa turvallisesti ja vapautuneesti näyttää surunsa:

”2. kerralla uskalsin jo itkeä hoitohenkilökunnan nähden.”

Vetäytyminen, välttelevä käytös ja jopa tapahtuneen kieltäminen esiintyivät myös runsaslukuisina äitien vastauksissa. Hoitaja saattoi pakoilla surevaa äitiä, välttää hänen potilashuoneessaan käyntiä tai viipyä siellä mahdollisimman vähän aikaa, samalla välttämällä tapahtuneen puheeksi ottamista. Tällaista suhtautumista olivat kokeneet erityisesti ne äidit, joiden lapsi oli menehtynyt hoitovirheen takia. Virhettä pyrittiin monissa tapauksissa salailemaan, sen puheeksi ottamista välteltiin ja tapahtunut saatettiin jopa kieltää. Äidit kokivat, että virheeseen syyllistynyttä lääkärinä tai muuta hoitohenkilökuntaa pyrittiin tällä tavalla suojelemaan vaikka virhe oli tapahtunut tosiasia, joka kuitenkin myöhemmin jouduttiin myöntämään. Äidin suruprosessille tämänkaltainen tilanne ei tuonut kovin lupaavaa alkua ja monet tunsivat pitkän aikaa jälkeenpäin tästä suurta katkeruutta.

”Henkilökunta synnytysosastolla ei tiennyt mitä heidän olisi pitänyt tehdä, joten kukin heistä toimi kai itselleen tyypillisellä tavalla - osa vetäytyi, osa yritti olla kuin mitään ei olisi tapahtunut.”

”Toisaalta koin että he ikäänkuin pelkäsivät meitä eivätkä halunneet viipyä pitkään sairaalahuoneessamme.”

”Vähättelevästi, pakoilevasti, kieltäen, suojellen virheen tehnyttä lääkärinä.”

Tilanteen huomioimiseen liittyy myös joidenkin äitien kokema epätarkoituksenmukainen kommentointi. Luultavasti tahattomasti lausutut, ontuvat lohdutusyrietykset aiheuttivat äideissä enemmän mielipahaa kuin lohtua. Lisäksi tilanne olisi pitänyt ottaa huomioon myös tiedonkulussa ja anamneesiin tutustumisessa, jotta tiedonkulun katkokset eivät olisi aiheuttaneet hoitajien möläytyksiä ja turhaa mielipahaa ja ahdistusta äidissä:

”Kommentit kuten teille osui lottopotti vähän niinkuin väärinpäin ei tuntunut mukavalta, vaikka sen tarkoitus oli varmaan lohduttaa.”

”Jouduin muutamaa kuukautta myöhemmin sairaalaan kaavintaan koska istukkaa oli jäänyt kohtuun (...) Jouduin sen päivän aikana kertomaan useammalle

*henkilökunnan jäsenelle joka tuli onnittelemaan uudesta tulokkaasta että tulo-
kas on kuollut. Jokaiselle joka huoneeseen tuli. Kahtena erillisenä päivänä.”*

6.3.3 Hoitajan ammatillisuus

Asiallisesti suruun ja kuolemaan suhtautuneet hoitajat saivat äideiltä kiitosta. He tuntuivat äideistä myös turvallisimmilta ja äidit pystyivät tukeutumaan heihin omassa surussaan paremmin kuin sellaisiin hoitajiin, jotka eivät asiallisuuteen kyenneet vaan liioittelivat antamaansa hoivaa, esimerkiksi kohtelemalla surevaa äitiä kuin pientä lasta tai surkuttelemalla hänen kohtaloaan:

”Ne, jotka kaikesta huolimatta olivat itse reippaan asiallisia tuntuivat turvallisimmilta, koska halusin itse tsempata synnytyksen ajan, etten romahda sairaalassa.”

”(...) asiallisesti. Yksi kättilöistä ärsytti, koska hän lässytti ja väänteli naamaansa ja puhui kuin lapselle, teki mieli komentaa häntä ryhdistäytymään.”

”(...) asiallinen kohtaaminen oli tärkeää. Samoin se, että tilannetta ei mitenkään hyssytelty tai liikaa surkuteltu.”

Toisaalta asiallisuus ei saisi mennä liiallisuuksiin niin, että se peittää alleen empaattisuuden ja inhimillisyyden:

”Kaikki suhtautuivat asiallisesti, ehkä joskus liiankin. (...) olisin kaivannut aikaa ja ”ihmistä ihmiselle” tilanteita enemmän.”

”Osa henkilökunnasta ei osannut suhtautua tilanteeseen lainkaan. He esim. yrittivät ylläpitää small talkia jutellen säästä.”

Muutammat äidit olivat kokeneet myös hoitajien ammattimaisuuden ja toiminnan varmuuden positiivisena tekijänä. Myös rehellisyys korostui näiden hoitajien toiminnassa. Toisaalta myöskään ammattimaisuus ei saisi sulkea pois inhimillistä käytöstä. Joskus henkilökunnan epäammattillisuus työssään johti siihen, että äiti joutuikin lohduttajan osaan. Surunsa keskelläkin äidit arvostivat sitä, että henkilökunta oli saanut koulutusta surevan äidin tukemiseen:

”Kaikki teho-osaston hoitajat suhtautuivat ammattimaisen inhimillisesti.”

”Henkilökunta varsinkin teho-osastolla oli selvästi erittäin hyvin koulutettu tällaisia tilanteita varten.”

”Kukaan ei sanonut minulle, että ”kaikki menee hyvin” toisen lapsen kanssa, vaan toteavat rehellisesti, että ”on todennäköistä, että hän on terve, mutta varmuutta tietenkään emme voi antaa”. Olen siitä kiitollinen, ja se auttoi pääsemään surutyön alkuun.”

Ammatillisuuteen liittyen myös hoitajien luonteva suhtautuminen suruun ja kuolemaan tuntui lohduttaneen äitejä. Rohkea ja pelkämätön käytös surevan äidin kohtaamisessa koettiin tärkeäksi. Jotkut äideistä arvelivat tämän johtuvan siitä, että nämä hoitajat olivat tottuneet kohtaamaan lapsikuolemia.

”Uskomattomia ihmisiä jotka osasivat puhua surevalle ja shokissa olevalle vanhemmalle pelkäämättä.”

”Lasten teho-osaston henkilökunta toimi luontevammin. Oletan että he ovat joutuneen niin usein aiemminkin kohtaamaan kuolevan lapsen vanhempia.”

Toisaalta joidenkin hoitajien ahdistunut tai varovainen lähestymistapa koettiin negatiiviseksi. Äidit jaksoivat kuitenkin menetyksestään huolimatta usein olla ymmärtäväisiä hoitajia kohtaan ja tiedostivat, että surevan äidin kohtaaminen ei välttämättä ole kovin helppoa:

”Oli myös heille vaikea paikka.”

”(...) eihän se varmastikkaan ole helppoa tavata vasta vauvansa menettänyttä äitiä.”

Tilanteen haasteellisuutta lisää se, että hoitajilla ei välttämättä ole omakohtaista kokemusta lapsen menettämisestä, mikä lienee edellytys sille, että pystyy täysin ymmärtämään lastaan surevan äidin tuskaa ja niitä tarpeita, mitä äidin surusta kumpuaa. Eräs vastaajista kiteytti tämän ongelman seuraavasti:

”Itselleni käänteen tekevää oli, kun tajusin, että itse tämä suru on surtava, ettei sitä kukaan voi puolestani tehdä. Eniten olen hyötynyt sellaisten yksittäisten henkilöiden kommenteista, joilla on sama kokemus. Koen, että olen empaattinen ihminen, mutta että ennen tätä kokemusta en olisi voinut osata asettua lapsensa menettäneen asemaan. Tämä asettaa haasteen myös hoitohenkilökunnalle.”

7 POHDINTA

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata äitien kokemuksia hoitohenkilökunnalta saamastaan ja tarvitsemastaan henkisestä tuesta synnytyksessä tai pian synnytyksen jälkeen tapahtuneen lapsen kuoleman jälkeen sekä siitä, miten hoitohenkilökunnan suhtautuminen suruun ja kuolemaan oli välittynyt äidille.

7.1 Tutkimustulosten tarkastelua

Kyselyn vastauksista kävi ilmi, että sekä saatu tuki tai sen puute että äidin toiveet ja tarpeet olivat hyvin samankaltaisia. Tärkeimpinä ja vastauksissa runsaslukuisimpina nousivat molemmissa tutkimuskysymyksissä esiin hoitajan läsnäolo ja äidille tarjoama aika, keskustelumahdollisuudet, yksilöllisyys, yksityisyys ja rohkeisuus kuolleen lapsen kohtaamiseen. Näitä tuloksia tukevat muun muassa Viljanmaan (2003, 26) käsitykset henkisen tuen ilmenemismuodoista, joita hänen mukaansa ovat empatia, huolenpito ja välittäminen, sekä Kruegerin (2006, 163-167) näkemys suremisen yksilöllisyydestä. Myös Armanto & Koistisen (2007, 341-342) näkemykset siitä, miten tärkeää on kohdata lapsen kuolema, jotta suruprosessi voisi käynnistyä, ovat linjassa näiden tutkimustulosten kanssa. He mainitsevat myös, että on otettava huomioon surevan äidin mahdolliset ristiriitaiset tuntemukset niitä naisia kohtaan, joilla on elävä vauva. Tässäkin tutkimuksessa nousi esiin surevan äidin tarve yksityisyyteen esimerkiksi oman huoneen muodossa.

Myös huolenpito, empatia ja hienotunteisuus mainittiin useissa vastauksissa. Kuten Conry & Prinslookin (2008, 14-15) ovat todenneet, huolenpito ja empatia ovat läsnä niissä muistoissa, joita äidille lapsestaan muodostuu ja siksi ne ovat tärkeä henkisen tuen osa-alue. Hienotunteisuuden puute ilmenee hoitohenkilökunnan asiaankuulumattomana tai huonosti valittuna kommentointina. Kömpelö kommentointi johtaa surevan äidin yksinäisyyden ja erillisyyden tunteisiin ja tukee mielikuvaa siitä, että tukea ei ole saatavilla. Tämä taas voi olla riskitekijänä suruprosessin komplisoitumiselle.

Suurin osa vastaajista oli lapsen kuoleman aikana parisuhteessa lapsen isän kanssa. Ainoastaan yksi äiti ei ollut ja hänelläkin oli sairaalassa ystävä tukenaan. Näin

ollen vastauksista ei käynyt ilmi, millaista tukea yksinodottava äiti tarvitsee lapsen kuoleman kohdatessaan ja onko hoitajan antaman tuen tarve yksinodottavilla äideillä suurempaa, kuten aikaisemmissa tutkimuksissa on käynyt ilmi. Toisaalta vastauksissa esiintyi mainintoja siitä, miten äiti koki olonsa yksinäiseksi ja turvatomaksi, jos lapsen isä joutui poistumaan esimerkiksi yöksi pois sairaalasta. Samanaikaisesti koettiin hoitajan kiireetön läsnäolo yhtenä tärkeimmistä henkisen tuen muodoista vaikka isä olisikin ollut paikalla. Tämä henkisen tuen muoto näyttäisi siis olevan tärkeää surevalle äidille siviilisäädystä riippumatta.

Muunkin perheen mukanaolon tärkeyttä ja heidän ja lapsen isän huomioimista painotettiin niin ikään joissakin vastauksissa. Voitaisiin siis olettaa, että äidille, joka on toimivassa parisuhteessa ja saa näin sekä kumppaniltaan, läheisiltään että hoitohenkilökunnalta henkistä tukea, on normaalin suruprosessin käynnistymiselle paremmat lähtökohdat kuin äidille, joka joutuu suremaan yksin. Tämä on linjassa Conry & Prinsloon (2008, 16-17) tutkimustulosten kanssa. Joissakin vastauksissa mainittiin kuitenkin myös, että hoitohenkilökunnan tulisi kuulostella pariskunnan omaa toivetta tässä asiassa. Heidän tulee saada valita, haluavatko he hoitajan läsnäoloa vai omaa rauhaa. Kuitenkaan heitäkään ei saisi jättää ilman huolenpitoa tai avun tarjoamista.

Hoitajan tulisi myös ottaa huomioon, että lapsensa menettänyt kaipaa surussaan asian läpikäyntiä ja keskusteluapua vaikka äiti ei olisikaan keskustelussa aloitteen tekijänä. Omaa rauhaa ja yksityisyyttä ei siis tulisi tässäkin kunnioittaa liikaa. Jos tapahtuneesta ei puhuta, saattaa se vaikeuttaa toipumisprosessia, kuten Lim & Cheng (2011, 216) ovat tutkimuksissaan todenneet. Asioista tulisi puhua mahdollisimman rehellisesti ja mielellään omahoitajan tai muun äidille jo tutuksi käyneen hoitajan toimesta. Hoitajan tulisi siis olla tässä asiassa aktiivinen. Lisäksi on tiedostettava, että hoitohenkilökunnan liiallinen vaihtuvuus ei ole omiaan luomaan sellaista luottamuksellista ilmapiiriä, jossa äiti uskaltaa avautua ja näyttää tunteensa lapsen kuoleman johdosta. Kuten Cutrona (2000, 104-105) on tutkimuksissaan todennut, henkisen tuen antaja ei voi olla kuka tahansa. Tulee esimerkiksi muistaa, että jos lapsi on menehtynyt hoitovirheen takia tai äidin ja hoitajan välillä ei

jostain muusta syystä ole toimivaa vuorovaikutussuhdetta, tulisi henkisen tuen antajan olla joku muu kuin esimerkiksi hoitovirhetilanteessa osallisena ollut.

Kuten Paananen ym. (2009, 459) ovat aikaisemmin todenneet, yksilölliset elämäntilanteet ja kulttuurierot ovat myös tärkeä huomioon otettava seikka henkisen tuen kannalta. Kulttuurieroissa saattaa tulla eteen esimerkiksi se seikka, että äiti ei uskonnollisista syistä voi olla miespuolisen kättilön tai lääkärin hoidettavana eikä heille näin ollen voi kehittyä sellaista luottamuksellista suhdetta, jota henkisen tuen antaminen vaatii. Myös perheen omien selviytymismekanismien tukeminen ja myötämielisyys vanhempien omille toiveille auttaa äitiä jaksamaan.

Muutammat äidit ottivat esiin myös vanhemmuuden tukemisen henkisen tuen muotona. Heidän mukaansa äidin suruprosessissa on tärkeää sen tosiasian tiedostaminen ja esiintuominen, että vaikka lapsi kuoli, on hän silti tämän lapsen äiti koko loppuelämänsä ajan. Tämä on erityisen tärkeää silloin, kun kyseessä on ensimmäinen lapsi. Kun lapsi kuolee, hänen mukanaan kuolevat vanhempien toiveet ja odotukset lapsiperhe-elämästä. Äiti voi kokea tyhjyyttä ja hämmennystä ja tarvitsee silloin vahvistusta raskausaikana muodostamalleen mielikuvalle itsestään äitinä. Tätä tutkimustulosta tukee Armanto & Koistisen (2007, 341-342) teoria niistä tuntemuksista, joita äiti saattaa lapsen yllättävän kuoleman jälkeen kokea. He mainitsevat muun muassa tyhjyyden, syyllisyyden ja alemmuuden tunteet sekä sen, että sureva äiti tarvitsee tukea vanhemmuuden kokemuksessa. Myös Taubman-Ben-Ari & Katz-Ben-Ami (2007, 739) toteavat tutkimuksessaan, että äidin ahdistus joutuessaan eroon lapsestaan voi johtaa alentuneeseen itsetuntoon ja epäonnistumisen tunteeseen. Siksi vanhemmuuden tukeminen on erityisen tärkeää kuolleen lapsen vanhemmille.

Äitiä tulisi rohkaista kohtaamaan kuollut lapsensa ja hoivaamaan häntä kaikessa rauhassa, vaikka äiti ensin olisikin tähän haluton ja pelkäisi lapsen näkemistä ja koskettamista. Tätä mieltä ovat myös Armanto & Koistinen (2007, 341-342). Heidän mukaansa kuolleen lapsen äiti saattaa kokea epätodellista tunnetta siitä, että vauva olisi vielä kohdussa. Tunteet vauvaa kohtaan voivat olla myös hyvin ristiriitaiset. Äidin ja lapsen yhdessä viettämä aika on joka tapauksessa tässä tilanteessa rajallinen, joten on ensisijaisen tärkeää, että hoitaja mahdollisimman pian

ottaa tässä aktiivisen roolin vielä shokkitilassa olevan äidin tukijana. Tämän tutkimuksen vastausten perusteella ne äidit, jotka eivät uskaltaneet kohdata kuollutta lastaan eikä heitä siihen hoitajien taholta rohkaistu, katuivat tätä ratkaisua vielä vuosienkin jälkeen.

Hoitohenkilökunnan suhtautuminen oli välittynyt äidille hienotunteisuutena, empaattisuutena ja surun kunnioittamisena tai sen puutteena. Hoitajat olivat olleet joko vetäytyviä ja kommentoineet epäasiallisesti tai sitten asiallisia, ammattimaisia ja luontevia. Vetäytyneisyys ja asiattomat kommentit saattavat johtua hoitajan epävarmuudesta ja pelosta kohdata sureva ihminen, kuten Main (2002, 794-795) ja Hautamäki ovat tutkimuksissaan päätelleet. Kuolema aiheuttaa monissa epämuokavuutta ja sitä halutaan vältellä. Hoitaja saattaa myös pelätä sitä, että ei osaa auttaa ja vetäytyy siksi kuoreensa. Äidissä tämä saattaa kuitenkin vahvistaa yksinäisyyden tunnetta ja johtaa yrityksiin tukahduttaa surun tunteet hoitajan läsnä ollessa, mikä voi haitata suruprosessin kulkua. (Erjanti & Paunonen-Ilmonen 2004, 145-148.)

Asiallisuus ja ammattimaisuus taas vahvistivat äidin luottamusta hoitajaa kohtaan ja edesauttoivat sitä, että äiti haki tukea hoitohenkilökunnasta. Tämän tutkimuksen vastauksista kävi ilmi, että asiallisia ja ammattimaisia olivat useammin olleet kokeneet hoitajat, jotka olivat usein kohdanneet työssään kuolemaa, esimerkiksi lasten teho-osastolla. Välttelevästi ja epäasiallisesti olivat joissakin vastauksissa käyttäytyneet nuoret hoitajat tai työharjoittelussa olevat opiskelijat, joilla ei välttämättä ollut vielä omakohtaista tai työn mukanaan tuomaa kokemusta kuolemasta. Samankaltaisia tuloksia iän ja työyksikön merkityksestä hoitajan kuolemankäsitykseen ja suhtautumiseen ovat tutkimuksissaan saaneet esimerkiksi Dunn ym. (2005, 101-103). Joissakin tilanteissa äidit olivat kokeneet myös lääkärin käytöksen kylmänä ja hoitajien taas empaattisena. Vastauksista ei kuitenkaan käynyt ilmi, oliko lääkäri nuori ja kokematon, mikä voisi osaltaan selittää hänen käytöstään.

Hoitajan omien tunteiden näyttäminen koettiin vastauksissa positiivisena asiana. Monet vastaajista kiittelivät hoitajien suhtautumista ja kokivat sillä olleen suurta vaikutusta äidin suruprosessiin ja kuolleesta lapsesta saatuihin kauniisiin muistoi-

hin. Tätä tukee Conry & Prinsloon (2008, 14-16) näkemys siitä, että lapsen kuoleman hetkellä saatu oikeanlainen tuki ja aito empatia vaikuttavat surun laatuun ja äidin kykyyn käsitellä asiaa sekä niihin muistoihin, mitä äidille lapsestaan jää. Myös Cutronan (2000, 104-105) ajatus siitä, että hoitajan antaman henkisen tuen tulee näkyä aitona välittämisenä eikä vain työrooliin kuuluvana asiana on linjassa tämän tutkimustuloksen kanssa.

Toisilla vastaajilla taas hoitajien huono suhtautuminen oli aiheuttanut katkeruutta, joka näkyi vielä vuosienkin päästä heidän vastauksissaan. Puutteellinen henkinen tuki on saattanut näillä vastaajilla johtaa suruprosessin komplisoitumiseen, jonka seurauksena suruprosessi on pitkittynyt ja lapseen liittyvät muistot aiheuttavat katkeruutta. Toisaalta monella huonoakin kohtelua saaneella äidillä riitti kokemuksistaan huolimatta ymmärrystä hoitajia kohtaan tässä vaikeassa tilanteessa, jossa suurinkaan empatiankyky tai rautainen ammattitaito ei välttämättä riittä äidin menetyksen suuruuden ymmärtämiseen. Kuten Arnold & Buschman Gemmankin (2008, 658-659) tutkimustuloksista käy ilmi, lapsen kuoleman aiheuttamaa surua ei voi täysin ymmärtää kuin sen itse kokenut.

7.2 Tutkimuseettiset kysymykset

Koska aihe on arkaluontoinen ja tutkimus suoritettiin kyselynä, on etiikka varsin tärkeässä asemassa. Tutkittavien reaktioihin näinkin tuskallisen ajanjakson mui- teluun ja siitä kertomiseen ei tässä tutkimuksessa pystytty vaikuttamaan eikä mahdollisista seurauksista huolehtimaan, koska tutkimus tehtiin sähköisesti kyselynä eikä esimerkiksi kasvokkain henkilökohtaisena haastatteluna. Voidaan kuitenkin olettaa, että vastaaja kykeni itse arvioimaan voimavarojensa asian suhteen ja ehkä koki jopa puhdistavana asiana, kun sai tilaisuuden kirjoittaa kipeistä asioista. Vastaamisella saattoi siis olla myös terapeuttinen vaikutus. Tätä ajatusta tukevat muun muassa Erjanti & Paunonen-Ilmonen (2004), joiden mukaan äidin henkisen paranemisen takia on tärkeää muistella yhä uudestaan lapsen kuolemaan liittyviä tapahtumia ja käydä näin uudestaan läpi kiintymystä lapseen. Lisäksi tutkittava sai mahdollisuuden vaikuttaa tulevan hoitohenkilökunnan ammattitaitoon ja surevien vanhempien tukemiseen tulevaisuudessa. Tutkittavien osallistuminen oli myös täysin vapaaehtoista, koska kohteena olevat naiset saivat vastata tai olla vastaa-

matta oman tietokoneensa kautta ilman esimerkiksi ympäristön paineita. Tutkittavien anonymiteetti säilyi myös hyvin, koska kysely tehtiin nimettömästi kyselylomakkeella ja vastaukset tuhottiin tutkimuksen valmistuttua. Joissakin vastauksissa oli mainittu nimeltä kuollut lapsi tai sairaala, jossa lapsen kuolema tapahtui. Nämä kohdat on vastaajan yksityisyyden suojaamiseksi poistettu.

7.3 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimukseen vastasi 45 lapsensa menettänyttä äitiä. Koska vastaajat olivat kaikki Käpy ry:n suljettujen keskusteluryhmien tai Käpy ry:n internetsivuilla vierailleita, eikä kyselyä mainostettu millään muulla foorumilla, voidaan olettaa, että tutkimukseen osallistujat täyttivät tutkimuksen osallistumiseen asetetut kriteerit, eli vastaajilla on omakohtainen kokemus lapsensa menettämisestä perinataalijalla. Tutkimuksen otos on kuitenkin suhteellisen pieni, joten tulokset eivät välttämättä ole laajasti yleistettävissä. Toisaalta vastausten samankaltaisuus antaa viitteitä siitä, että äitien kokemuksista ja toiveista voidaan vetää suuntaa-antavia johtopäätöksiä.

Useimmat osallistujat olivat vastanneet kaikkiin kolmeen kysymykseen; yksi vastaaja vastasi vain kahteen kysymykseen ja yksi vastaaja oli ymmärtänyt yhden kysymyksen väärin. Osa tutkimukseen osallistujista vastasi lyhyesti ja ytimekkäästi, osa kertoi tapahtuneesta hiukan laajemmin. Vastaajat kertoivat myös paljon tutkimuksen ulkopuolelle jäävistä asioista, kuten jatkohoidosta tai muista kuin henkisen tuen muodoista. Toisaalta rajanveto esimerkiksi henkisen ja konkreettisen tuen välillä voi olla häilyvää, koska myös konkreettisella tuella on äidille henkisen selviytymisen kannalta merkitystä. Monet vastaajat kommentoivat myös muun kuin varsinaisen hoitohenkilökunnan antamaa tukea. Kyselylomakkeessa olisi pitänyt tarkemmin määritellä, että tutkimus kohdistuu ainoastaan sairaanhoitajiin, kätilöihin ja mahdollisesti lähihoitajiin. Vastausten analyysiin otettiin kuitenkin mukaan myös ne muutamat kommentit, jotka koskivat lääkäreiden toimintaa, koska hoitajat usein työskentelevät lääkäreiden kanssa tiiviissä hoitoringissä eikä sen jäsenten erottelua nähty tässä tutkimuksessa tarpeelliseksi.

Koska kysely toteutettiin sähköisenä lomakkeena, ei vastauksiin voitu jälkikäteen vaikuttaa eikä esittää tarkentavia lisäkysymyksiä, kuten esimerkiksi haastattelussa olisi voinut tehdä. Toisaalta tutkimuksen anonymiteetti varmasti vaikutti vastausten aitouteen siten, että äidit uskalsivat kirjoittaa kipeistäkin kokemuksista ja tunteista mahdollisesti avoimemmin kuin kasvokkain tapahtuneella haastattelulla olisi ollut mahdollista. Lisäksi tutkimukseen osallistujien määrää pystyttiin kasvattamaan suuremmaksi kuin mitä haastattelumenetelmällä olisi pystytty resursoimaan. Lähestymistapa oli siis rajoituksistaan huolimatta tämän tutkimuksen tarkoitusta silmällä pitäen onnistunut valinta.

7.4 Johtopäätökset

Tutkimustuloksista päätellen hoitohenkilökunnalta saatu henkinen tuki on tärkeässä osassa siinä, miten äiti kokee selviytyneensä lapsen kuoleman aiheuttamasta ensijärkytyksestä ja siinä, millainen muisto hänelle tästä tapahtuneesta jää. Jos äiti on saanut mielestään hyvää tukea, henkilökunta on ollut myötäelävää ja surua kunnioittavaa ja edesauttanut äidin suruprosessin oikeanlaista alkuun saattamista esimerkiksi käymällä tapahtunutta läpi ja rohkaisemalla kuolleen lapsen kohtaamista ja hoivaamista, on äidille muodostunut tuskasta huolimatta kaunis muisto lapsesta ja hänen kuolemansa hetkistä. Jos taas henkinen tuki on ollut riittämätöntä ja äiti on kokenut yksinäisyyttä ja hylätyksi tulemisen tunnetta, värittää tämän ajanjakson muistoja katkeruus ja epä tietoisuus.

On mielenkiintoista pohtia, millä tavalla suruprosessin vaihe on mahdollisesti vaikuttanut äitien vastauksiin. Suhtautuvatko esimerkiksi ne äidit, joiden tilanne on suhteellisen tuore kriittisemmin hoitajien toimintaan kuin ne äidit, joiden lapsen kuolemasta on useampi vuosi? Tämän tutkimuksen vastaukset eivät anna viitteitä tällaiseen päätelmään. Negatiivista palautetta esimerkiksi hoitajan puutteellisesta empatiasta ja läsnäolosta sekä lapsen kohtaamisen ja hoivaamisen epämisestä esittivät äidit, joiden lapsen kuolemasta oli kulunut aikaa muutamasta kuukaudesta useaan vuoteen. Tietysti voidaan miettiä, onko äidin suruprosessin eteneminen puutteellisen tuen takia komplisoitunut niin, että suruprosessin normaali, vaiheittainen kulku on estynyt. Tämän tutkimuksen puitteissa asiaa ei kuitenkaan voi

vastaajilta suoraan kysyä, koska tutkimus suoritettiin kyselynä eikä esimerkiksi haastatteluna.

Jotta jo sairaalahoidon aikana voitaisiin tukea surevan äidin normaalin suruprosessin alkamista ja näin vähentää komplisoituneen suruprosessin riskiä, tulisi siis kiinnittää huomiota hoitohenkilökunnan koulutukseen kriisinhoidossa, surevan äidin tarpeiden tunnistamisessa ja kommunikaatioaidoissa. Työkokemuksen myötä karttavat tiedot ja taidot tuovat koulutuksen ohella lisää varmuutta hoitajan tapaan kohdata sureva ihminen. Tämä ei kuitenkaan yksin riitä, vaan jokaisen hoitajan tulisi pyrkiä kehittämään ammattitaitoaan itsetuntemuksen kautta miettimällä omaa suhtautumistaan kuolemaan ja suruun. Kuten tämän tutkimuksen vastauksista kävi ilmi, äidit eivät odota hoitajilta täydellistä suoritusta vaan ymmärtävät, että tilanne on haasteellinen myös heille. Lapsen kuoleman aiheuttaman tuskan ymmärtäminen ei ole mahdollista kuin sen kokeneille. Lisäksi jokainen kuolemantapaus ja sen kohdanneiden elämäntilanne on yksilöllinen, joten tärkeintä olisi pysyä avoimena äidin toiveille ja myötäelää tilanteessa ihmisenä pelkän ammattiroolin sijaan.

7.5 Jatkotutkimusehdotukset

Ottaen huomioon, miten runsaslukukuisina tämän tutkimuksen kyselyssä esiintyivät negatiiviset kommentit jatkohoidon järjestämiseen liittyvistä asioista, tulisi tästä aiheesta tehdä jatkossa oma tutkimuksensa. Toisaalta runsaasti positiivista palautetta saanut muun tahon, esimerkiksi sairaalapappien ja psykologien antama henkinen tuki lapsensa menettäneelle äidille ansaitsisi myös oman tutkimuksensa. Lisäksi olisi mielenkiintoista kohdistaa tämän tutkimuksen kolmas tutkimuskysymys hoitohenkilökunnan suhtautumisesta suruun ja kuolemaan hoitohenkilökunnalle itselleen, esimerkiksi synnytys-, vierihoito- tai naistentautien osastojen henkilökunnalle ja verrata siitä ja tästä tutkimuksesta saatuja tuloksia keskenään.

LÄHTEET

- Aho, A. 2010. Isän suru lapsen kuoleman jälkeen. Tuki-interventio ja sen arviointi. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Arnold, J. & Buschman Gemma, P. 2008. The continuing process of parental grief. *Death Studies*. 32, 7, 658-673.
- Armanto, A. & Koistinen, P. 2007. Neuvolatyön käsikirja. Helsinki: Kustannus-osakeyhtiö Tammi.
- Chan, M.F., Chan S.H. & Day, M.C. 2003. Nurses' attitudes towards perinatal bereavement support in Hong Kong: a pilot study. *Journal of Clinical Nursing*. 12, 4, 536-543.
- Red Cross 2007. Community-based psychological support. A training manual. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. Viitattu 28.1.2013. <http://mhpss.net/wp-content/uploads/group-documents/70/1332844267-CommunitybasedPSSTraining.pdf>
- Conry J. & Prinsloo, C. 2008. Mother's access to supportive hospital services after the loss of a baby through stillbirth or neonatal death. *Health SA Gesondheid*. 13, 2, 14-24.
- Cutrona, C. 2000. Social support principles for strengthening families. Teoksessa Canavan, J., Dolan, P. & Pinkerton, J. Family support – direction from diversity. London. Jessica Kingsley Publishers, 103-120.
- Dunn, K., Otten, C. & Stephens, E. 2005. Nursing experience and the care of dying patients. *Oncology Nursing Forum*. 32, 1, 97-104.
- Erjanti, H. & Paunonen-Ilmonen, M. 2004. Suru ja surevat. Surevien hoitotyön perusteet. Helsinki: WSOY.
- Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.
- Kaunonen, M. 2000. Support for a Family in Grief. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Kohtukuolema – kun vauvaonni muuttuu suruksi. 2012. Tukiryhmän verkkosivut. Viitattu 6.6.2012. http://www.kohtukuolema.fi/default/www/tietoa/tilastotietoa/termistoa_ja_yleisyyksia/
- Koistinen P., Ruuskanen S. & Surakka T. 2004. Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. Helsinki: Tammi.
- Krueger, G. 2005. Meaning-making in the aftermath of sudden infant death syndrome. *Nursing Inquiry*. 13,3, 163-171.

- Käpy ry. Yhdistyksen kotisivut. Viitattu 14.2.2013. <http://www.kapy.fi/>
- Laakso, H. 2000. Äidin suru alle seitsenvuotiaan lapsen kuoleman jälkeen. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Laine-Puhakainen, T. 2007. Liian lyhyt elämä: kirja surusta ja hiljaisuudesta. Ateena.
- Lemola, S., Stadlmayr W. & Grob A. 2007. Maternal adjustment five months after birth: the impact of the subjective experience of childbirth and emotional support from the partner. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 25, 3, 190-202.
- Lim, C. & Cheng N. 2011. Clinician's role of psychological support in helping parents and families with pregnancy loss. *Journal of the Australian Traditional-Medicine Society*. 17, 4, 215-217.
- Main, J. 2002. Management of relatives of patients who are dying. *Journal of Clinical Nursing*. 11, 6, 794-801.
- Paananen, Pietiläinen, Raussi-Lehto, Väyrynen & Äimälä (toim.) 2009. Kättilötyö. Helsinki: Edita Prima.
- Robinson, T. & Marwit S.J. 2006. An investigation of the relationship of personality, coping, and grief involvement among bereaved mothers. *Death Studies*. 30,7, 677-696.
- Sand, H. 2003. Sateenkaaren päästä löytyy kultaa. Tutkimus suomalaisesta saattohoidosta. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Taanila, A. 2007. Laadullisen aineiston analyysi. Kansantieteen ja yleislääketieteen laitos. Oulun yliopisto.
- Taubman Ben-Ari, O. & Katz-Ben-Ami, L. 2007. Death awareness, maternal separation anxiety, and attachment style among first-time mothers – a terror management perspective. *Death Studies*. 32, 8, 737-756.
- Tilastokeskus 2012. Perinataalikuolleisuus. Verkkosivut. Viitattu 6.6.2012. <http://www.stat.fi/meta/kas/perinataalikuol.html>
- THL. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2011. Perinataalitulasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2010. Viitattu 6.6.2012. http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2011/Tr27_11.pdf
- Vanhala, T. 2004. Kyselylomakkeet käytettävyytutkimuksessa. Aula, A., Majaranta, P. & Ovaska, S. (toim.). Käytettävyytutkimuksen menetelmät -seminaari, 1-21. Tietojenkäsittelytieteiden laitos. Tampereen yliopisto.

Viljanmaa, M-L. 2003. Neuvola tänään ja huomenna. Vanhemmuuden tukeminen, perhekeskeisyys ja vertaistuki. Akateeminen väitöskirja. Jyväskylän yliopisto. Kasvatustieteiden tiedekunta. Jyväskylä: Jyväskylä University Printing House.

Wijngaards-De Meij, L., Stroebe M., Stroebe W., Schut H., Van Den Bout J., Van Der Heijden P. & Dijkstra I. 2007. The impact of circumstances surrounding the death of a child on parent's grief. *Death Studies*. 32, 3, 237-252.

Saatekirje tutkittaville

Hyvä äiti,

olen Vaasan ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelman opiskelija eli tuleva sairaanhoitaja ja äiti itsekin. Teen opinnäytetyöni hoitohenkilökunnan antaman henkisen tuen, kuten läsnäolon, ajan antamisen, kuuntelemisen, empatian ja hienotunteisuuden merkityksestä äidille synnytyksen ja lapsen kuoleman jälkeisessä suruprosessissa. Tutkimuksen tarkoituksena on tuoda esiin äitien kokemukset ja toiveet siitä, miten henkilökunnan tulisi näin traagisessa tilanteessa toimia, jotta he osaisivat ottaa oikein huomioon juuri synnyttäneen surevan äidin tarpeet ja tukea hänen surutyötään parhaalla mahdollisella tavalla. Toivon, että voisitte jakaa kipeän kokemuksenne kanssani ja näin saada mahdollisuuden vaikuttaa hoitohenkilökunnan ammattitaitoon jatkossa.

Tutkimusaineisto kerätään kyselylomakkeella. Lomakkeessa voitte omin sanoin kertoa taustatietoja ja kuvata tapahtumien kulun sekä kokemuksianne hoitohenkilökunnan Teille antamasta henkisestä tuesta tai sen puutteesta. Kerrottehan myös, millaista tukea itse olisitte hoitohenkilökunnalta toivonut ja miten koitte hoitohenkilökunnan suhtautuvan Teihin ja suruunne.

Tutkimukseen osallistumisen kriteerinä on omakohtainen kokemus lapsenne kuolemasta perinataaliajalla, eli lapsi on joko syntynyt kuolleena, menehtynyt synnytyksessä tai kuollut alle viikon ikäisenä. Tapahtuneesta tulisi olla aikaa alle 7 vuotta. Tutkimukseen osallistuminen on täysin luottamuksellista. Kyselyyn vastataan anonyymisti. Vastaukset säilytetään vain tutkijan hallussa ja tuhotaan tutkimuksen valmistuttua. Henkilötiedot tai muut tunnistamista helpottavat tiedot eivät tule missään tutkimuksen vaiheessa ilmi.

Voitte osallistua tutkimukseen 31.3.2013 asti.

Vaivannäöstänne etukäteen kiittäen,

Sirpa Laaksonen

Vaasan ammattikorkeakoulu

Ohjaaja: Lehtori Ritva Alaniemi

Kyselylomake

Taustatiedot

1. Ikäni tällä hetkellä ____ Ikäni lapsen kuollessa ____
2. Peruskoulutus <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Ei ammatillista koulutusta<input type="radio"/> Koulutason tai toisen asteen ammatillinen tutkinto<input type="radio"/> Opistoasteen ammatillinen tutkinto<input type="radio"/> Ammattikorkeakoulututkinto<input type="radio"/> Akateeminen tutkinto<input type="radio"/> Muu, mikä?
3. Työssä käyminen ennen lapsen kuolemaa <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Työssä kodin ulkopuolella<input type="radio"/> Työtön tai lomautettu<input type="radio"/> Eläkkeellä<input type="radio"/> Sairaslomalla<input type="radio"/> Koti-äiti<input type="radio"/> Opiskelija<input type="radio"/> Muu, mikä?
4. Siviilisäätö lapsen kuollessa <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Avioliitto tai avoliitto<input type="radio"/> Naimaton<input type="radio"/> Seurustelusuhhteessa<input type="radio"/> Eronnut tai asumuserossa<input type="radio"/> Leski
5. Oliko mahdollinen puolisonne kuolleen lapsen biologinen vanhempi?

6. Kuinka kauan olitte olleet yhdessä puolisonne kanssa ennen lapsen kuolemaa?
7. Kuinka monta lasta Teiltä on kuollut?
8. Lastenne lukumäärä (kuollut lapsi/kuolleet lapset mukaan lukien)

Lapsen taustatiedot

1. Lapsenne kuolinikä (raskausviikot, tunti, vuorokausi tai kuukausi)
2. Lapsenne kuolemasta kulunut aika
3. Lapsenne kuolinsyy
4. Kuinka paljon aikaisemmin saitte tietää, että lapsenne saattaa kuolla?
5. Miten lapsenne kuolema tapahtui?

Saatu tuki ja tuen tarve

1. Millaista henkistä tukea, kuten läsnäoloa, ajan antamista, kuuntelemista, empatiaa tai hienotunteisuutta saitte hoitohenkilökunnalta synnytyksen ja lapsen kuoleman jälkeen ja miten sen koitte?
2. Millaista henkistä tukea olisitte toivonut saavanne hoitohenkilökunnalta synnytyksen ja lapsen kuoleman jälkeen?
3. Miten koitte hoitohenkilökunnan suhtautuvan Teihin ja suruunne tässä tilanteessa?