

Juvonen, Sari 0904988  
Kangas, Anna 0905014

Kuolleen lapsen ja vanhempien kohtaaminen kättilön  
työssä  
– kirjallisuuskatsaus



Tekijä(t) Otsikko	Juvonen Sari Kangas Anna Kuolleen lapsen ja vanhempien kohtaaminen kättilön työssä - kirjallisuuskatsaus
Sivumäärä Aika	35 sivua + 1 liite 24.6.2013
Tutkinto	Kättilö AMK
Koulutusohjelma	Hoitotyö
Suuntautumisvaihtoehto	Kättilötyö
Ohjaaja(t)	Lehtori, THM Raussi-Lehto, Eija
<p>Opinnäytetyön tavoitteena on auttaa kättilöitä kohtaamaan työssään lapsensa menettäneitä perheitä. Työ tehtiin Hyvinkään sairaalalle, ja se on osa laajempaa Hyvä syntymä – hanketta. Kirjallisuuskatsauksen lopulliseen versioon valittiin kahdeksan tutkimusta, joiden pohjalta vastattiin tutkimuskysymyksiin. Tutkimuksista tehtiin analyysitaulukot (ks. liitteet). Opinnäytetyössä selvitettiin millaisesta tuesta ja ensitiedosta vanhemmat kokevat hyötyvänsä eniten, silloin kun heidän lapsensa kuolee kohtuun, tai pian synnytyksen jälkeen. Tietoa etsittiin myös siitä, millaisia keinoja kättilöillä on jaksaa näissä tilanteissa.</p> <p>Vanhemmat kokevat hyötyvänsä eniten empaattisesta hoitajasta, joka on aidosti läsnä perheen kanssa. Ensitietotilanteessa kättilön ja vanhempien välillä tulee vallita avoin dialogi, jotta vanhempien on mahdollista käsitellä tietoa ja surua. On parempi kertoa olevansa epävarma, kuin olla hiljaa. Hoitajan läsnäolo on tärkeää, ja vanhempia ei tulisi jättää yksin diagnoosin kuultuaan, jolleivät he sitä itse toivo. Jos hoitajat kokevat hoitotyön ahdistavaksi, voivat he ottaa etäisyyttä vanhempiin. Etäisyydenotto ilmenee esimerkiksi vanhempien välttelyinä.</p> <p>Opinnäytetyö pyrkii auttamaan kättilöitä ymmärtämään vanhempia esittelemällä uutta tutkimusnäyttöä äitien kokemuksista. Ymmärtämällä millaisesta hoitotyöstä äidit hyötyvät parhaiten, kättilöt voivat motivoitua hoitamaan perheitä mahdollisimman voimaannuttavasti. Valmiita toimintatapoja ja työmenetelmiä löydettiin melko vähän.</p> <p>Tieto ja tuki antavat valmiuksia kohtaamaan ja hoitamaan surevaa perhettä. Kättilöitä motivoi työn palkitsevuus. Heidän on helpompi työskennellä tietäessään pyrkivänsä parhaaseen mahdolliseen hoitoon. Sairaalaorganisaatio voi vaikuttaa kättilöiden mahdollisuuteen saada tukea surevaa perhettä hoitaessaan sekä sen jälkeen. Tutkimusten mukaan kollegiaalista tukea tulisi hyödyntää ja jatkuvia koulutuksia surusta, kuolemasta ja palliatiivisesta hoidosta tulisi järjestää. Omien reaktioiden tunnistaminen ja hyväksyminen auttavat jaksamaan työssä.</p>	
Avainsanat	kohtukuolema, suru, äiti, vanhemmat, kättilö, työtap

Author(s) Title Number of Pages Date	Sari Juvonen Anna Kangas Support for healthcare professionals when facing a mourning family – literature review 35 pages + 1 appendices 24 June 2013
Degree	Bachelor of Health Care: Midwife
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Midwife
Instructor(s)	Eija Raussi-Lehto, Senior Lecturer, MSc (Health Care)
<p>The goal of the thesis is to help midwives encounter families that have lost their child. The thesis was carried out for the hospital of Hyvinkää, and it is part of Hyvä Syntymä -project. Eight studies were selected for the final version of the literature summary and the research questions were answered on the basis of the studies. Analysis tables were constructed of the studies (see attachments).</p> <p>The thesis examines what kind of support and the primary information the parents feel that they benefit the most, when their child dies in the womb or shortly after birth. Information was also sought on how the midwives cope with such a burdensome job. The parents feel that they benefit the most from an empathetic nurse that is truly present with the family. In the primary information situation there should be an open dialog between the midwife and the parent, in order for the parent to be able process the information and grief. It is better to let the parent know you are uncertain than to be quiet. The nurse's presence is crucial, and the parents should not be left alone with the diagnosis, unless they themselves wish to be left alone.</p> <p>The nurses might distance themselves from the parents, for example by avoiding parents, if providing the care is distressing to them. The aim of the thesis is to help midwives understand the parents by introducing new research evidence about the mothers' experiences. By understanding what kind of care the mothers benefit the most from, the midwives can motivate themselves to empower the families as much as possible. Only a few prefabricated procedures and work methods were found.</p> <p>The knowledge and support give the readiness to face and care for the mourning family. The gratification of the work motivates the midwives. It is easier for them to work knowing that they strive to provide the best care possible. The hospital organization can influence the midwives possibilities to get support whilst and after treating the mourning family. According to the studies collegial support should be utilized and continuous education on grief, death and palliative treatment should be organized.</p>	
Keywords	stillbirth, bereavement, parents, midwife, work method

## Sisälllys

1	JOHDANTO	1
2	TYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	2
2.1	Työn tavoite ja tutkimusmenetelmät	2
2.2	Tiedonhaku	3
2.2.1	Kirjallisuuskatsaus työmenetelmänä	5
3	TAUSTA	6
3.1	Kriisiteoria	6
3.2	Ensietieto	9
3.2.1	Ensietokokemuksen merkitys	9
3.2.2	Avoin dialogi	10
3.2.3	Aito läsnäolo	11
3.2.4	Vammaa koskeva tieto	13
3.3	Vanhempien tunteet diagnoosin jälkeen	14
3.4	Vanhempien yksin jättäminen	16
3.5	Synnytyksen käynnistäminen	16
3.6	Tuki synnytyksen jälkeen	17
4	VANHEMPIEN KOKEMUKSIA SAAMASTAAN HOIDOSTA JA TUESTA	17
4.1	Vanhempi-lapsi suhteen muodostuminen	17
4.2	Empaattinen hoito	19
4.3	Traumaattinen tapahtuma ja muistot	22
4.4	Tuen erilaiset muodot	23
4.5	Kaaoksen jäsenteleminen tiedon avulla	24
4.6	Vauvan kohtaaminen	25
4.7	Organisaatioon liittyvä tuki	26
5	KÄTILÖN TYÖTAVAT JA OMAT VOIMAVARAT	27
5.1	Hoidon vaikeudet ja surun todistaminen	29
5.2	Parasta mahdollista hoitoa	29
5.3	Organisaatio kätilön tukena	31

6	POHDINTA	32
6.1	Opinnäytetyön tulosten luotettavuus	35
7	LÄHTEET	36
	Liitteet	
	Liite 1.	

## 1 JOHDANTO

Opinnäytetyö kytkeytyy Metropolian alakohtaiseen Hyvä syntymä -hankkeeseen. Työn tarkoituksena on tarjota näyttöön perustuvaa tietoa tilanteista, joissa lapsi kuolee. Työ toteutetaan kirjallisuuskatsauksena Hyvinkään sairaalalle. Vuonna 2011 Suomessa syntyi kuolleen 152 (2,6/1000) lasta (THL 2012). Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on edistää näyttöön perustuvaa kättilötyötä, ja koota käytännön hoitotyön tekijöille viimeisin tutkimustieto vanhempien ja kuolleen lapsen kohtaamisen tukemisesta. Näyttöön perustuva kättilötyö edistää kättilötyön oppimista ja opetusta, sekä antaa perusteltua tietopohjaa koko kättilötyön alalle.

Vanhempien menettäessä lapsensa, he käyvät läpi vaikeita tunteita kuten kateutta, mustasukkaisuutta ja syyllisyyttä (Barr - Cacciatore 2007–2008). Vanhemmat kokevat olevansa sekasortoisessa tilassa ja kaipaavat ammattihenkilöiltä tukea jäsentämään sekasortoiset hetket, sekä rohkaisua kuolleen vauvansa kohtaamisessa ja hänestä eroamisesta. He tarvitsevat hoitajan tukea surussaan, ja toivovat terveydenhuollon ammattilaisten ymmärtävän heidän kohtaamansa surun olemusta ja luonnetta. Vanhemmat tarvitsevat hoitajaa, joka selittää miten kuolleen lapsen synnyttäminen tapahtuu, sekä auttaa jatkohoidon suunnittelussa. Vanhemmat hyötyvät, jos voivat työskennellä saman hoitajan kanssa pidempään. (Säflund ym. 2004).

Englannissa tehty kirjallisuuskatsaus esittää, että kättilöt kokevat menetyksen kohdanneen perheen hoitamisen raskaaksi. Kättilöt kokevat, että he saavat kollegiaalista tukea, mutta kaiken kaikkiaan työyhteisön tarjoama tuki on riittämätöntä. Tuen riittämättömyys näkyy kättilön tarpeena suojata omia tunteitaan, esimerkiksi ottamalla etäisyyttä perheestä, jota hän hoitaa. (Wallbank - Robertson 2008). Hyvän hoidon takaamiseksi, kättilöillä tulisi olla perustellut ohjeet siitä miten kuollut lapsi ja vanhemmat kohdataan. Kirjallisuuskatsauksen avulla kättilöt saavat tietoa, jonka pohjalta heidän on helpompi tehdä näyttöön perustuvaa hoitotyötä ja löytää perustelut niille toimintatavoille, joita he käyttävät hoitotyössään.

## 2 TYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

### 2.1 Työn tavoite ja tutkimusmenetelmät

Vuonna 2011 Suomessa syntyi elävänä 58 374 lasta ja kuolleena syntyi 152 (2,6/1000) lasta. Tuona vuonna 64 lasta kuoli alle seitsemän vuorokauden ikäisenä. (THL 2012.) Kuolleena syntyneiden määrä on laskenut sitten vuoden 1950, jolloin kuolleena syntyneitä oli 1849 (18,5/1000). Vielä vuonna 1970 kuolleena syntyneitä oli 8 lasta tuhatta synnytystä kohti, ja vuonna 1980 4,2 kuolleena syntyneitä tuhat synnytystä kohti. Tilastollisen kehityksen merkittävyyttä lisää se, että ennen vuotta 1987 kuolleena syntyneiksi tilastoitiin vain lapset, jotka syntyivät raskauden edettyä raskausviikolle 28. Vuonna 2010 käytössä oli puolestaan uudempi määritelmä, jonka mukaan kuolleena syntyväksi luetaan lapsi, joka syntyy raskausviikolla 22 tai sen jälkeen. (THL 2012.)

Kehittyvä lääketiede ja raskauden aikainen seuranta lienevät vaikuttaneen kuolleisuuden kehitykseen. Silti on todennäköistä, että Suomessa kättilö kohtaa työuransa aikana perheen, jonka lapsi on kuollut. Kuolleen vastasyntyneen ja vanhempien kohtaaminen on aina haastavaa ja raskasta kättilöille. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kerätä uusinta tutkimustietoa henkilöstölle vanhempien ja kuolleen vauvan kohtaamisen tukemisesta kirjallisuuden avulla. Kirjallisuuskatsauksen on tarkoitus auttaa kättilöitä kehittämään työtapojaan ja Hyvinkään sairaalan synnytysosastoa kehittämään hoitotyönmallia, jotka mahdollistaisivat voimaannuttavan hoitotyön toteuttamisen, unohtamatta kättilön jaksamista ja terveyttä. Opinnäytetyön tavoitteena on etsiä vastauksia seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Minkälaisia työmenetelmiä kättilöillä on heidän kohdatessaan lapsensa menettäneen ja surevan perheen?
2. Millaisesta hoidosta ja ensitiedosta menetyksen kokenut perhe kokee hyötyvänsä parhaiten?

Tässä kirjallisuuskatsauksessa tarkastellaan vanhempien tukemista silloin, kun sikiö kuolee kohtuun (fetus mortus) ja syntyy kuolleena tai kuolee synnytyksen yhteydessä tai pian sen jälkeen synnytyshuoneessa. Osa kirjallisuuskatsauksen valituista



tutkimuksista käsittelee lapsen kuolemaa viikon ikään asti, mutta voidaan olettaa, että tilanteissa on yhtenäisiä piirteitä. Opinnäytetyössä perheillä tarkoitetaan synnyttävää naista ja hänen kumppaniaan. Opinnäytetyössä käytetään käsitteitä sikiö, vastasyntynyt, fetus mortus, kuolleena syntynyt ja perinataalikuolleisuus.

Sikiö, eli *fetus*, on syntymätön yksilö, jonka useimmat elimet ovat jo muodostuneet. Alkiota kutsutaan sikiöksi, kun raskaus etenee 9. viikolle munasolun hedelmöityksestä katsoen. Vastasyntyneestä, *neonatus*, puhutaan silloin, kun syntymästä on kulunut alle 28 vuorokautta. (Terveysportti.)

Fetus Mortus, eli sikiökuolema, tarkoittaa sikiön kuolemaa kohdussa 22. raskausviikon jälkeen (Terveysportti). Kuolleena syntyneisiin luetaan sikiö tai vastasyntynyt, jolla syntyessään ei todeta elonmerkkejä, ja kun syntymäpaino on vähintään 500g tai kun raskaus on edennyt vähintään viikoille 22. Perinataalikuolleisuudella tarkoitetaan kuolleena syntyneiden, sekä ensimmäisen elinviikon aikana kuolleiden osuutta kaikista syntyneistä vastasyntyneistä. (Tilastokeskus 2010.) Kohtukuolemien syitä ovat pääasiallisesti ennenaikainen synnytys, sikiön verenvuoto, synnyttäiset epämuodostumat ja kromosomipoikkeavuudet. Kuitenkin suuri osa kohtukuolemien syistä jää määrittämättä. (Tilastokeskus 2010.) Kohtukuolemalle altistavia tekijöitä ovat raskaus diabetes, ylipaino, tupakointi, monisikiöraskaus sekä tummaihoisuus. Suuremmassa riskissä ovat myös ensisynnyttäjät sekä yksin asuvat. (Iams - Lynch 2011.) Stillbirth Collaborative Research Network (SCRN) on tutkinut, että ennenaikaisuus on kaksi kertaa yleisempää tummaihoisilla naisilla, kuin muihin etnisiin ryhmiin kuuluvilla. Yleinen syy sikiön menetykselle raskausviikoilla 20–24 ovat istukkaperäiset, sekä muut obstetriset syyt. Äidin korkea verenpaine on usein yhteydessä kohtukuolemiin raskausviikoilla 24–31. Raskauden viimeisillä viikoilla tapahtuvaan kuolemaan liittyvät usein napanuora-anomaliat. (Iams - Lynch 2011.)

Keskenmenoksi luetaan kaikki ennen raskausviikkoa 22 tapahtuvat raskauden keskeytykset. Kuolemansyytilastoissa ei tilastoida raskauden keskeytymisiä, eikä niihin paneuduta tässä opinnäytetyössä.

## 2.2 Tiedonhaku

Tutkimuskirjallisuutta etsittiin tietokannoista Cinahl, Cochrane, Eric, Medic, ja Pup Med. Tietoa haettiin asiasanoilla ja avoimella tekstihaulla (Cinahl smart text search). Hauissa käytettiin Mesh -termejä (PubMed, Medic). Tietoa haettiin muun muassa lapsensa menettäneiden vanhempien kokemuksista sairaalassa saamastaan tuesta sekä henkilökunnan kokemuksista kuolleen lapsen ja vanhempien kohtaamisesta ja tukemisesta.

Hakua rajattiin etsimällä tutkimuksia ja tutkimusartikkeleita, jotka on julkaistu aikavälillä 2000–2012. Tutkimukset rajattiin vain englannin ja suomen kielellä kirjoitettuihin tutkimuksiin.

Taulukko 1. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

<b>Sisäänottokriteerit</b>	<b>Poissulkukriteerit</b>
Vuosiväli 2000–2012	pieni otos
Kieli: suomi, englanti	epärelevanttius
Vain tutkimukset, tutkimusartikkelit ja kirjallisuuskatsaukset	

Hakuja tehtiin sekä englannin, että suomenkielisillä hakusanoilla. Suomenkielisiä hakusanoja olivat *Kuolleen lapsen synnytys*, *Vastasyntynyt*, *Lapsi*, *Kuollut*, *Kuolema*, *Kätilötyö*, *Suru*. Englanninkielisinä hakusanoina käytettiin *Infant*, *Newborn death*, *Social support*, *Perinatal death*, *Family + Psychology*, *Nurse-Patient Relations*, *Stillbirth*, *Infant death*, *Parents*, *Grief*, *Support psychosocial*, *Parenthood*, *Professional Patient Relation*, *Midwifery*. Hakusanoja yhdisteltiin erilaisiksi yhdistelmiksi, kuten "*Perinatal death AND Professional-Patient Relations OR Nurse-Patient Relations*", "*stillbirth AND social support AND parents*".

Cinahl tietokannassa käytettiin pääasiassa Cinahl Headings hakusanoja. Cinahlissa tietoa haettiin hakusanoilla *Perinatal death*, *Support psychosocial*, *Parenthood*, *Parents*, *Mothers*, *Fathers*, *Professional-patient relations*, *Nurse-patient relations*, *Midwifery*, *Midwives*, *Bereavement*, *Stress Occupational*, *Midwife attitudes*, *Nurse attitudes*. Hakusanoja yhdisteltiin mm. "*Midwifery AND Perinatal Death*", "*Bereavement AND Perinatal Death*", "*Bereavement AND Perinatal Death AND Midwifery OR Midwives*",

*"Bereavement AND Perinatal Death AND Parents OR Fathers OR Mothers", "Midwife Attitudes OR Nurse Attitudes AND Perinatal Death".*

Suomenkielisissä hauissa löytyi artikkeleita äidin ja isän surusta, mutta vanhempien kätilöiltä saamasta tuesta ei löytynyt lainkaan tutkimuksia tai tieteellisiä artikkeleita. Englanninkielisissä hauissa puolestaan löytyi tutkimustietoa vanhempien saamasta tuesta sekä vanhempien, että kätilön näkökulmasta. Otsikoiden perusteella valittiin 79 tutkimusta, joista abstraktien perusteella jatkoon valittiin 37 tutkimusta. Kokotekstejä luettaessa tutkimusten määrä karsiutui 16 kappaleeseen relevanttiuden ja laajuuden perusteella. Lopulliseen työhön valittiin mukaan 11 tutkimusta.

Valituista tutkimuksista kolme kappaletta vastaa ensimmäiseen tutkimuskysymykseen, eli siihen minkälaisia työmenetelmiä kätilöillä on heidän kohdatessaan lapsensa menettäneen ja surevan perheen. Näistä tutkimuksista yksi on haastattelututkimus, yksi on tehty kyselylomakkeella ja yhdessä on käytetty sekä haastattelu- että kyselylomaketta. Seitsemän tutkimusta vastaa toiseen tutkimuskysymykseen, eli siihen millaisesta hoidosta ja ensitiedosta menetyksen kokenut perhe kokee hyötyvänsä parhaiten. Näistä viisi on haastattelututkimuksia, yksi kyselylomaketutkimus ja yksi systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Yksi tutkimus vertaa vanhempien ja työntekijöiden kokemuksia ensitiedosta.

Taulukko 2. Määrällinen tieto osumista

Otsikoiden perusteella valitut	Abstraktien perusteella valitut	Tilatut kokotekstit	Opinnäytetyöhön hyväksytyt
29 + 50 = 79 kpl	37	16	11

### 2.2.1 Kirjallisuuskatsaus työmenetelmänä

Kirjallisuuskatsaus on tutkimusmenetelmä, jonka tarkoitus on koota yhteen tutkimustietoa joltakin rajatulta alueelta, yleensä vastauksena johonkin kysymykseen eli tutkimusongelmaan. Katsauksen avulla voidaan siirtää tärkeää tietoa esimerkiksi tutkijayhteisölle, käytännön hoitotyön tekijöille ja kouluttajille. Katsauksen avulla

voidaan hahmottaa jo olemassa olevan tutkimustiedon kokonaisuutta. (Johansson ym. 2007.)

Kirjallisuuskatsaus aloitetaan suunnitelman hahmottelemisella ja tutkimuskysymysten pohtimisella. Suunnitelmavaiheessa kerätään ja tarkastellaan aiempaa tutkimustietoa, määritellään katsauksen tarve sekä tehdään tutkimussuunnitelma. Suunnitelmassa käy ilmi selkeät tutkimuskysymykset, joita voi olla yhdestä kolmeen. Suunnitelmassa myös esitellään tutkimusmenetelmät sekä tutkimusten valintaa varten laaditut tarkat sisäänotto- ja poissulkukriteerit. (Johansson ym. 2007.)

Kirjallisuuskatsauksessa edetään tutkimussuunnitelman mukaisesti hankkimalla ja valitsemalla mukaan otettavat tutkimukset sekä analysoimalla ne. Kaikki vaiheet tulee kirjata tarkasti katsauksen onnistumisen ja relevanttiuden osoittamiseksi.

Tutkimusartikkeleista kerätty tieto jaettiin aihealueisiin ja alaotsikoihin. Näiden alaotsikoiden alla tuotiin yhteen eri tutkimusten näkökulmia, joita vertailtiin keskenään sekä tuotettiin omaa pohdintaa. Jokaisesta opinnäytetyöhön valitusta tutkimusartikkelista tehtiin aineistonanalyysitaulukko, johon kirjattiin tutkimuksen tekijät, vuosi, tutkimusmaa, tarkoitus, kohderyhmä, aineiston keruumenetelmät ja analysointi sekä päätulokset. Analyysitaulukot ovat opinnäytetyössä liitteenä.

### **3 TAUSTA**

#### **3.1 Kriisiteoria**

Lapsen kuolema on vanhemmille traumaattinen elämäntapahtuma, josta selviämiseksi heidän on taisteltava löytääkseen voimavaroja tasapainoisen elämän saavuttamiseksi. Kohdatessaan kriisin ihmisen käyttäytymistä ohjaa vaistonvarainen käyttäytymismalli, jonka avulla hän voi selvitä elämäntilanteesta, jossa tavanomaisesti käytössä olevat sopeutumiskeinot eivät enää ole riittävät. Traumaattisen kriisin käsittelyssä epäonnistuminen voi altistaa sekä akuuteille oireille, että pitkäkestoisille oireyhtymille, kuten traumaperäiselle stressihäiriölle. (Lönqvist 2005.) On todettu, että akuutissa surussa voi ilmetä samanlaisia päällekkäviä ajatuksia sekä välttelevää käytöstä, kuin esimerkiksi sotaan osallistuneilla tai pahoinpidellyillä (Gold 2007 sit. Jacobs 1999).

Kriisin onnistunut läpikäyminen korreloi toisaalta paremman sopeutumiskyvyn saavuttamiseen ja mielenterveyden vahvistumiseen. (Lönqvist 2005.) Ei tule myöskään unohtaa, että lapsensa menettäneen perheen elämäntilanne voi olla samaan aikaan muistakin syistä vaikea. Vastasyntyneen kuolema on vaikea ja kompleksi tilanne, ja sen tuoma epävarmuus ja stressi ovat raskaita vanhemmille (Lundqvist ym. 2009).

Traumaattisessa kriisitilanteessa kriisi etenee tiettyä luonnollista kulkua. Kriisi voidaan jakaa kriisivaiheisiin, joita katsotaan olevan neljä: Sokkivaihe, reaktiovaihe, käsittelyvaihe ja uudelleen suuntautumisen vaihe. Ne voidaan erottaa liukuvien rajoin toisistaan kun ihminen käy kriisiä läpi. (Lönqvist 2005.) Opinnäytetyön aiheen kannalta on oleellista, että kättilö tuntee kaikki kriisin vaiheet. Sairaalassaoloaikana vanhemmat voivat olla shokki- tai reaktiovaiheessa. Kättilön tulee ymmärtää mitä vanhemmat ovat käymässä läpi. Kriisiteorian kokonaisvaltainen tunteminen auttaa kättilöä myös ymmärtämään, miten shokkivaiheen tapahtumat voivat vaikuttaa myöhempisiin eheytyksen vaiheisiin. Vanhempien tapaaminen myöhemmin kriisin käsittelyvaiheen aikana auttaa vanhempia suruprosessissa.

Shokki- ja reaktiovaihe muodostavat kriisin varsinaisen akuutin vaiheen. Shokkivaihe alkaa heti traumaattisen elämäntapahtuman jälkeen ja se voi kestää hetkistä muutamiin vuorokausiin. Tässä vaiheessa ihminen kieltää tapahtuneen, eikä pysty käsittelemään sitä. Ihmisen sopeutumisen kannalta on tarpeellista, että traumaattiset tapahtumat aluksi torjutaan ja kielletään. Haitalliseksi tällainen torjuminen muuttuu, jos se kestää tarpeettoman kauan. Shokissa ihminen voi reagoida lamaantumalla, jolloin hänen näennäinen rauhallisuutensa ja tyyneytensä voi johtaa toimintakyvyn väärinarviointiin. Toinen samassa tilanteessa oleva henkilö voi puolestaan joutua lyhytaikaiseen, kaoottiseen kiihtymystilaan, joka voi ilmetä huutona, itkuna, raivona ja kontrolloimattomana motorisena levottomuutena. Levottomuuden ja apatian tunnetilat voivat myös vaihdella nopeasti keskenään. (Lönqvist 2005). Norjassa tehtyyn haastattelututkimukseen osallistuneet naiset olivat kokeneet ennakkoavistuksia, vaikeuksia selittää huoltaan, epätodellisuutta ja lamaantumista. Henkilökunnan kanssa käyty sanallinen kommunikaatio oli loppunut. He kuvailivat halunneensa heti eroon kuolleesta lapsestaan ja synnytyksen loputtua oli vain täysi hiljaisuus.

Haastattelututkimuksessa moni nainen koki, ettei heitä kunnioitettu ihmisenä, kun kohtukuolema oli todettu. (Lundqvist ym. 2009.)

Jälkikäteen ei usein ole mahdollista muistaa shokkivaiheen tapahtumia. Siksi esimerkiksi diagnoosit ja hoito-ohjeet tulisi kerrata myöhemmin uudelleen. Shokkivaiheessa tärkeintä on keskittyä turvaamaan potilaan konkreettinen turvallisuuden tunne. Hänelle annetaan suojaa, ja hänellä on kokemus siitä, että auttajat hallitsevat tilanteen. Esimerkiksi onnettomuustilanteessa oleellisinta on ensihoidon antaminen onnettomuudessa mukana olleelle. Hän hyötyy konkreettisesta avusta, esimerkiksi kun hänelle tarjotaan lämpöpeitto, ja hän tarvitsee selkeää tietoa siitä mitä nyt tapahtuu ja tulee tapahtumaan. Ammattilaisten asianmukainen toiminta on shokissa olevalle tärkeää, sillä se lisää turvallisuuden tunnetta. (Lönnqvist 2005.) Näitä samoja tarpeita on myös vanhemmalla, jonka lapsi on kuollut. Hoidon laadulla on suuri merkitys naisen pitkäaikaiselle terveydelle, kun lapsi on kuollut kohtuun. Trulsson ja Rådestad (2004) ehdottavat, että terveydenhuollon ammattilaisten olisi hyvä käyttää aika diagnoosin ja synnytyksen välillä valmistamalla äitiä synnytykseen ja tapaamaan rakkaan, mutta nyt hiljaisen vauvansa.

Reaktiovaiheessa ruvetaan käymään tapahtumia vähän kerrassaan läpi. Tämä vaihe kestää muutamasta viikosta muutamaan kuukauteen, ja sinä aikana on alttiutta muun muassa psyykkiselle regressiolle ja alkoholin käytölle. Reaktiovaiheessa auttaja kuuntelee aktiivisesti ja ymmärtää psyykkistä kipua. Tähän vaiheeseen kuuluvat tapahtuman toistumisilmiöt, kuten muistikuvat, unet ja keskustelut muiden kanssa. Ajan myötä ilmiöiden pelottavuus ja avuttomuussävytteisyys vähenevät. Täten myös autonomisen hermoston oireet hikoilu, sydämentykytys, vapina ja pyörrytys hellittävät. (Lönnqvist 2005.)

Kriisinkäsittelyssä saadaan sitä paremmat tulokset, mitä aikaisemmassa vaiheessa kriisin kokenut henkilö saa ruveta käymään läpi tapahtumia ja tuntemuksiaan. Kriisinvaiheista kolmas on käsittelyvaihe ja se kestää muutamista kuukaudesta noin vuoteen. Sitä voidaan kutsua myös varsinaiseksi surutyön vaiheeksi, jolloin ihminen alkaa käydä läpi tapahtunutta sekä tunne- että asiasisältöjen tasolla. Hän käy läpi myös omia tapahtuneeseen liittyviä syyllisyyden, omavastuun ja mahdollisen oikeutetun vihan tunteita. Ammattiauttajan näkökulmasta tässä vaiheessa oleva henkilö tarvitsee

kuulluksi tulemista, mutta hänen puheestaan voi huomata jo huomattavaa autonomian ja eteenpäin suuntautumisen asennetta. (Lönqvist 2005.)

Kriisistä toipuminen tapahtuu uudelleen suuntautumisen vaiheessa, joka kestää 1-2 vuotta. Kriisintapahtumat jäsentyvät osaksi elämää ja henkilön minuutta. Tässä vaiheessa kriisi on voinut tuoda lisää mielenterveyden voimavaroja, sen sijaan että kuluttaisi niitä. Uudet kriisit voivat kuitenkin aktivoida reaktiovaiheen ilmiöitä uudelleen. (Lönqvist 2005.)

## 3.2 Ensietieto

Ensietietoprosessi alkaa siitä hetkestä, kun vanhemmille välittyy ensimmäistä kertaa tieto lapsen mahdollisesta vammasta. Ensietiedolla tarkoitetaan työntekijän epäilyksen välittymistä ja kertomista vanhemmille. Vasta diagnoosivaiheessa vanhemmille voidaan tarjota varmaa tietoa. (Hänninen 2004.) Lapsen kuollessa kättilö on usein se henkilö, joka antaa perheelle ensietiedon, sillä hän on usein läsnä ja hänellä on jo perheeseen hoitosuhde. Hännisen väitöskirjassa on tutkittu ensietiedon välittymistä silloin, kun lapsella on jokin vamma. Ensietiedon onnistumisen voidaan kuitenkin nähdä olevan riippuvainen samoista tekijöistä sekä silloin jos lapsella on vamma, kuin silloin jos lapsi on kuollut tai kuolee pian.

Vanhemmat odottavat, että syntyvä lapsi on terve ja mahdollisuus sairaudesta tai lapsen kuolemasta torjutaan ajatuksista. Lapsen kuolema on usein ennakoimaton tapahtuma ja tulee yllätyksenä kaikille, myös työntekijöille. Työntekijät ovat avainasemassa siinä, millaiseksi vanhempien kokemus kohtaamisesta muodostuu. Vanhemmat muistavat lopun elämäänsä sen hetken, kun käy ilmi, ettei lapsella ole kaikki hyvin. (Hänninen 2004.)

### 3.2.1 Ensietietokokemuksen merkitys

Ensietietotilanteet ovat työntekijöille haastavia ja stressaavia. Kättilö on suuren haasteen edessä, sillä sen lisäksi mitä hän sanoo, tärkeää on myös se, miten hän sen sanoo. Ensietiedon kertojan asenne vaikuttaa siihen, millaiseksi kokemus perheelle muodostuu. Tilanteita ei ole kahta samanlaista, eikä vanhempien reaktioita voi ennakoida. On

tärkeää, että kättilö antaa tietoa lempeästi, vanhempia kunnioittaen. Työntekijät kokevat usein onnistuneensa ensitietotilanteissa, mutta vanhempien kokemus on toinen. (Hänninen 2004.)

Henkilökunnan mieleen nousseet epäilyt vaikuttavat heidän käytökseensä. Vanhemmat usein havaitsevat muutokset hoitajassa ja päättelevät tämän perusteella, että kaikki ei ole kunnossa. Hoitaja voi sanattomalla viestinnällään aiheuttaa vanhemmille epävarmuutta. Henkilökunta vaikenee tai keskustelee keskenään, mutta eivät ilmaise vanhemmille huolensa aihetta. Usein vanhempien ja työntekijöiden välinen verbaalinen kommunikointi loppuu ja vanhemmat jäävät herkästi tilanteen ulkopuolelle. Vanhemmille tulisi kertoa epävarmuudesta mahdollisimman pian epäilyn herättyä, jottei vanhemmille tulisi ulkopuolinen olo. (Trulsson - Rådelstad 2004.) Tunnelman muuttuminen jännittyneeksi huolestuttaa vanhempia, eivätkä he tiedä mihin heidän pitäisi varautua (Hänninen 2004).

Vaikeissa tilanteissa hoitajat reagoivat usein ottamalla etäisyyttä perheeseen. Näin he säästyvät huolenpidon aiheuttamalta stressiltä, mutta silloin potilaan todelliset tarpeet ja ongelmat voivat jäädä huomaamatta. Etäisyyttä voidaan ottaa muun muassa puhumalla neutraaleista aiheista, rauhoittelemalla ennenaikaisesti, muuttamalla puheenaihetta, siirtämällä vastuuta tai välttelemällä potilasta. (Hänninen 2004.) Näiden defenssien voidaan nähdä olevan kättilön keinoja suojella omia tunteitaan.

### 3.2.2 Avoin dialogi

Hänninen (2004) esittää perhelähtöisen ensitietomallin, jossa vanhempien ja hoitajan kohtaamista tarkastellaan kolmella tasolla: vuorovaikutusprosessin tasolla, tunteiden tasolla ja tiedon tasolla. Malli antaa vastauksia siihen, millainen perheiden ja työntekijöiden kohtaamisen tulisi olla, jotta kohtaamisesta muodostuisi onnistunut. Mikäli kaikki kohtaamisen tasot toteutuvat, vuorovaikutuksessa syntyy perheen tarpeita vastaava ensitieto, joka mahdollistaa sekä tiedon että surun käsittelemisen. (Hänninen 2004.)

Ensimmäisellä tasolla on vanhempien ja työntekijän vuorovaikutuksellinen kohtaaminen. Tällä tasolla kohtaavat vanhemmat, vammaisen lapsi sekä työntekijät.



Vuorovaikutuksellisella tasolla keskeistä on avoin dialogi. Avoin dialogi tarkoittaa, että hoitajat ja vanhemmat käyvät yhdessä tapahtunutta läpi. Hyvä dialogi kuvastaa hoitajan ja vanhempien välistä tasavertaisuutta. Yhdessä läpi käyminen ja jakaminen mahdollistavat, että sekä vanhemmat että työntekijät kuulluksi. Tarkoitus on, että molemmat ovat tyytyväisiä kohtaamiseen. Kohtaamisen tulee olla kokonaisvaltaista. Keskeistä on, ettei vanhempia jätetä yksin, ja että on riittävästi aikaa kysymyksille, tiedon antamiselle, tunteille sekä aidolle läsnäololle. (Hänninen 2004.)

Vuorovaikutusprosessi voi muodostua myös yksisuuntaisesta monologista tai hapuilevasta vuoropuhelusta. Tämä katsotaan epäonnistuneeksi ensitietotilanteeksi ja vuorovaikutusta ei pääse syntymään, tai se ei toimi. Yksisuuntaisessa monologissa vanhemmat eivät saa kosketusta työntekijään. Myös kiire voi vaikeuttaa vuorovaikutuksellisuutta. Jos työntekijällä ei ole aikaa olla läsnä ja kuunnella vanhempien tunteita tai kysymyksiä, ei ensitietokokemus voi olla hyvä. (Hänninen 2004.)

Hapuileva vuoropuhelu kuvaa tilannetta, kun ensitiedon antaminen on kokonaisvaltaisempaa ja onnistuneempaa kuin yksisuuntaisessa monologissa. Työntekijä ei kuitenkaan onnistu ensitiedon antajana täysin, sillä työntekijän empaattisuus ei tule tilanteessa esiin. Ilman empatiaa kohtaaminen ei ole kokonaisvaltaista. Asiatasolla vanhemmat tulevat kohdatuksi melko hyvin, mutta he kokevat ettei kertominen ole hoitajalle helppoa. (Hänninen 2004.)

### 3.2.3 Aito läsnäolo

Toisella tasolla, eli tunteiden tasolla, keskeistä on se, miten vanhemmat ja työntekijät kohtaavat lapsen. Tällä tasolla merkityksellistä on työntekijöiden aito läsnäolo. Aitous tarkoittaa, että työntekijät ovat tilanteessa kokonaisina, inhimillisinä ihmisinä. Tunteiden tasolla tilanteeseen vaikuttavat vanhempien suhtautuminen vammaan ja vanhemmuuteen, sekä työntekijöiden suhtautuminen vammaan ja omaan työhönsä. Kun tilanteessa vallitsee läsnäolo, vanhemmat saavat tukea hoitajilta ja tietoa tapahtumista. Läsnäolo mahdollistaa vanhempien ja hoitajan välisen keskustelun, joka puolestaan tukee vanhempien tiedollista ymmärrystä. (Hänninen 2004.)

Ensietotilanteessa lapsen vamma aiheuttaa suurta järkytystä vanhemmille. Työntekijä ei välttämättä tiedä mitä sanoa, tai miten lohduttaa vanhempia. Tärkeintä on pysyä vanhempien luona ja olla läsnä. Järkyttyneet vanhemmat eivät pysty vastaanottamaan tietoa ennen kun ovat saaneet purkaa tunteitaan, sillä shokin aiheuttamat tunteet hallitsevat vanhempien ajatuksia ennen kuin tilanne rauhoittuu. (Hänninen 2004.) Shokissa olevan turvallisuuden tunne tulee taata (Lönqvist 2005).

Hännisen (2004) mukaan kohtaamisen muotoja ovat ohittaminen, hetkellinen kohtaaminen ja läsnäolo. Ohittamisessa työntekijä toimii asiantuntijakeskeisesti ja hän pyrkii hoitamaan työnsä tehokkaasti ja sujuvasti. Työntekijä pitäytyy tiukasti kiinni ammattiroolissaan ja siirtää kertomisvastuun sille työntekijälle, jolle se virallisesti kuuluu. Ohittamisessa työntekijä ei ota vanhempien tunteita huomioon, eikä myöskään osoita omia tunteitaan. (Hänninen 2004.)

Ohitettu vanhempi ei saa vastauksia kysymyksiinsä. Vuorovaikutus on yksipuolista ja vanhemmat ohittavaa, jos työntekijä kertoo vain niistä asioista, jotka ovat hänen omasta mielestään tärkeimpiä. Vanhemmat voivat esittää kysymyksiä, mutta työntekijät eivät reagoi niihin. Tällöin työntekijä ei ota huomioon sitä, minkälaista tietoa vanhemmat itse kaipaisivat. Ohitetuiksi tulleet vanhemmat kokevat etteivät saa kontaktia henkilökuntaan, ja tuntevat olevansa näkymättömiä. (Hänninen 2004.)

Hetkellisessä kohtaamisessa vanhemmat saavat tietoa, mutta heidän tunteitaan ei huomioida. Hetkellisestä kohtaamisesta työntekijä työskentelee kyllä perhekeskeisesti ja tiedon välittäminen molemmille vanhemmille onnistuu melko hyvin, mutta vanhemmat eivät saa kaikkiin kysymyksiinsä vastausta. Hetkellinen kohtaaminen mahdollistaa, että vanhemmat ovat melko tyytyväisiä. Työntekijä saattaa itse kokea vaikeita tunteita, jotka estävät häntä lohduttamasta vanhempia. Hänninen ehdottaa, että työntekijän tulisi antaa aikaa vanhemmille. Alkujärkytyksen takia kysymykset eivät välttämättä tule vanhempien mieleen välittömästi. Jos työntekijällä ei ole riittävästi aikaa jäädä keskustelemaan, vanhemmat eivät pääse tuomaan ajatuksiaan esiin. (Hänninen 2004.)

Onnistuneessa kohtaamisessa työntekijä on aidosti läsnä. Aito läsnäolo vaatii työntekijältä rohkeutta antautua vuorovaikutukseen ja uskaltaa toimia uusissa

tilanteissa vanhempien tarpeet ensisijaisesti huomioiden. Aidon kohtaamisen tasolla työntekijä uskaltaa jäädä tilanteeseen, vaikka hän ei tietäisi mitä sanoa, ja vaikka hänestä tuntuisi, ettei hänellä ole riittävästi tietoa käytettävissä. Ensitetotilanteessa tärkein tekijä vanhempien näkökulmasta on empaattinen hoitaja, joka kykenee olemaan aidosti läsnä. On tärkeää, että lapsi huomioidaan kokonaisuutena, eikä pelkkänä vamma. (Hänninen 2004.) Kuolleen lapsen kohdalla voidaan ajatella, että hoitajat auttavat vanhemmat huomioimaan kuolleen vauvansa erityisenä yksilönä, eikä vain menehtyneenä ruumiina.

Kun läsnäoloon yhdistetään avoin dialogi, myös surun ja toivon käsittely on mahdollista. Ensitetotilanteessa oikeita sanoja ei ole olemassa, eikä sanoja aina tarvitakaan. Välittämistä voi viestittää katseen, kosketuksen ja aidon läsnäolon avulla. (Hänninen 2004.)

### 3.2.4 Vammaa koskeva tieto

Kolmannella tasolla on vamman kohtaaminen, eli vammaa koskeva tieto. Tiedon tulisi sisältää myös joitain positiivisia huomioita lapsesta. Hänninen (2004) jakaa tiedon epäilyvaiheeseen, epävarman tiedon vaiheeseen ja diagnoosivaiheeseen. Epäilyvaiheessa vanhemmat ja työntekijät aavistelevat jonkin olevan pielessä ja ehkä sanovat epäilyjään osittain ääneen. Epävarman tiedon välittäminen on työntekijälle haastavaa, sillä hän joutuu kertomaan epäilystä vanhemmille, jotka eivät välttämättä osaa odottaa tämän kaltaista tietoa. Tässä vaiheessa vanhempien tunteet nousevat vahvasti esiin. Epävarman tiedon vaiheessa saatetaan keskittyä lähinnä lapsen vammaan ja vikoihin, ja lapsi jää herkästi näiden ominaisuuksiensa varjoon. (Hänninen 2004.)

Epäilyvaiheessa vanhemmat eivät ole vielä varmoja siitä, mistä on kyse. Vanhemmat eivät saa vielä vastausta kysymyksiinsä, joita epäilyt ovat heissä herättäneet. Kun kätilö on epävarma tilanteesta, hän kutsuu lääkärin paikalle. Epävarmassa tilanteessa työntekijät eivät tiedä miten toimia, ja epävarmuus välittyy vanhemmille. Vanhempien kysymyksiin ei kuitenkaan osata vastata. Vaikenemisen sijaan kätilö voisi kertoa vanhemmille olevansa epävarma, mutta aikovansa ottaa asiasta selvää. (Hänninen 2004.)

Onnistuneessa ensitietotilanteessa työntekijällä ei tarvitse olla vastausta kaikkiin kysymyksiin. Hoitaja voi myös kertoa vanhemmille, ettei tiedä. Epävarman tiedon vaihe on merkittävin ja haastavin vaihe työntekijälle, sillä se on vaihe, jossa on suuri mahdollisuus onnistumiseen tai epäonnistumiseen. Onnistuneessa tilanteessa käytettävissä on riittävästi aikaa ja lapsesta tuodaan esiin myös positiivisia asioita. Joskus kiire tai työntekijän omat ahdistavat tunteet estävät vanhempien kuuntelemisen. Kun työntekijällä ei ole kiire ja hän uskaltaa jäädä tilanteeseen, aikaa on kysymyksille, keskustelulle ja tiedon merkityksen pohtimiselle. Diagnoosivaiheessa epätietoisuuden aiheuttamiin kysymyksiin saadaan vastauksia. Diagnoosin kertoo aina lääkäri. (Hänninen 2004)

### 3.3 Vanhempien tunteet diagnoosin jälkeen

Kun äiti kuulee lapsensa kuolleen kohtuun, voidaan sanoa, että hän on "ei-kenenkäänmaalla". Ilmaisulla kuvataan tilannetta, jossa mikään ei ole ennestään tuttua, ja jossa todellisuus ei vastaakaan ennako-odotuksia. (Malm ym. 2011.) Vanhemmat ovat voimakkaassa psykologisessa stressitilassa (Säflund ym. 2004), tunteiden pyörremyrskyssä (Lundqvist ym. 2002). Ruotsalaisessa haastattelututkimuksessa eräs äiti kuvaa lapsensa kuoleman jälkeen omien aivojen pysähtyvän (Lundqvist ym. 2002).

Malm ym. (2011) haastattelivat 21 äitiä heidän kokemuksistaan ja tuntemuksistaan siltä ajalta, kun he kuulivat diagnoosin, siihen asti, kun synnytys käynnistettiin. Tutkimuksessa saatiin viitteitä siitä, että vanhemmat kokevat olevansa eksyksissä diagnoosin kuultuaan. Jotkut vanhemmat kokivat, etteivät he tiedä mitä odottavat. Vanhemmat kokivat myös, etteivät tieneet kuinka kauan odottaminen tulee kestämään. (Malm ym. 2011.)

Vanhemmat saattavat aivan ensiksi luulla, että lapsi tulee synnyttää keisarinleikkauksella. He tarvitsevat tukea, sekä tietoa ja neuvoja alakautta tapahtuvasta synnytyksestä ja siihen liittyvistä käytännöistä. (Säflund ym. 2004.) Esimerkiksi vanhempia tulee valmistaa vauvan kohtaamisen kertomalla, miltä vauva todennäköisesti näyttää. Yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa eräs äiti toivoi, että hänelle

oltaisiin kerrottu ultraäänessä, että vauva tulee näyttämään ”oikealta vauvalta”. (Sachez 2002.)

Äidit voivat kokea itsensä vahvaksi esimerkiksi suuntaamalla katseensa tulevaisuuteen. Kommunikaatio kumppanin kanssa on myös tärkeää. Moni saa voimaa mahdollisuudesta saada uusi vauva, ja joillekin äideille ajatus tulee nopeasti kohtukuoleman jälkeen. (Malm ym. 2011.) Voimattomuuden tunnetta aiheuttaa ulkopuolisuuden tunne ja itsevarmuuden puute. Tiedon salaaminen vanhemmilta lisää heidän voimattomuuttaan. Valitettavasti joskus vanhemmat voivat kuulla heitä koskevia tietoja hoitajien keskustellessa keskenään. (Lundqvist ym. 2002.)

Joskus ammattilaiset voivat sanoillaan mitätöidä ja vähätellä äitien kokemuksia vauvansa kanssa. Ruotsalaistutkimuksessa, jossa haastateltiin äitejä, joiden vauva kuoli alle viikon ikäisenä, eräs äiti kertoo lääkärin mitätöineen häntä. Äiti oli kertonut monitorilukemien parantuneen aina, kun vauva oli ollut hänen sylissään. Tähän lääkäri oli vastannut, ettei vastasyntyneen vointi ollut riippuvainen äidin toiminnasta. (Lundqvist ym. 2002.)

Vanhempien vaikeat tunteet kuollutta lasta kohtaan voivat vaikuttaa vanhempi-lapsisiteen muodostumiseen. Vanhemman psyyke voi kriisiteoriaan pohjautuen torjua ajatuksen kuolleesta lapsesta ja vanhempi voi ajatella, että surutyö tulee olemaan helpompaa, jos minkäänlaista sidettä lapseen ei ole luotu. (Lundqvist ym. 2002 sit. Robinson ym. 1999.) Jotkut äidit kokevat kohdussa olevan lapsen itselleen oudoksi. He voivat kokea ahdistusta ja jopa vihaa tuota vauvaa kohtaan. Äiti voivat kokea kuolleen lapsen olevan hänelle aivan vieras, ”alien”. (Malm ym. 2011.) Tässä tilanteessa äidin psyyke työstää pettymystä, kun odotettu perheenjäsen ei eläkään. Kätilön tulee muistaa, että äidin kokemukset ja tunteet ovat oikeita ja todellisia. Hyväksymällä äidin vaikeatkin tunteet, kätilö voi auttaa myös äitiä hyväksymään ne.

Torjuminen voi näkyä myös tavaroista luopumisena. Äidit saattavat diagnoosin kuultuaan haluta päästä eroon kaikesta vauvalle tarkoitettusta tavarasta. Joitakin voi kuitenkin jälkikäteen harmittaa, etteivät he tajunneet voivansa esimerkiksi pukea hankkimiaan vaatteita lapselleen, vaikka tämä onkin hiljainen. (Malm ym. 2011)

### 3.4 Vanhempien yksin jättäminen

Tutkimukset esittävät, ettei vanhempia saisi jättää yksin diagnoosin kuulemisen jälkeen, jolleivät he itse pyydä yksityisyyttä. Vanhemmille tulisi antaa tietoa siitä, miten ja milloin tilanne etenee. Yksi tilannetta kuvaava piirre on, että yhtä lailla kuin vanhemmat odottavat tulevaa synnytystä, he odottavat tietoa tulevasta. (Malm ym. 2011.) Mikäli vanhemmat valitsevat lähtevänsä kotiin, tulee heidän kanssaan käydä läpi miten tullaan toimimaan heidän palatessaan synnyttämään (Säflund ym. 2004).

Vanhemmat kuvaavat tiedon odottamista yhdeksi kivuliaimmista asioista sairaalassa. Ultraäänitutkimuksen jälkeinen aika ennen kohtukuolema diagnoosia koetaan rankaksi, ja samoin aika ennen ruumiinavauksen tuloksia. (Sanchez 2002.)

### 3.5 Synnytyksen käynnistäminen

Ruotsalaisen tutkimuksen perusteella voidaan päätellä, että moni perhe haluaa mennä kotiin diagnoosin jälkeen, mutta se ei kuitenkaan automaattisesti ole parhain ratkaisu jokaiselle äidille. Noin 1000 äitiä tavoittaneessa nettikyselyssä 44% vastanneista oli käsketty odottamaan ennen kuin synnytys käynnistettäisiin. Näistä äideistä 12% koki, että he olisivat halunneet käynnistää synnytyksen heti, mutta joutuivat odottamaan vasten tahtoaan. 40% synnytystä ei voitu käynnistää käytännön syistä ja 16% halusi itse mennä kotiin. (Erlandsson ym. 2011.) Joistakin äideistä voi tuntua luonnottomalta lähteä kotiin kuollut vauva kohdussa. Suurin osa äideistä kokee hyväksi, että henkilökunta tekee suunnitelman tilanteessa etenemiseksi, sillä he kokevat olevansa kykenemättömiä tekemään itse päätöksiä ja näkemään niiden vaikutuksia. (Malm ym. 2011.) Diagnoosia kerrottaessa vanhemmat voivat aistia hoitohenkilökunnan asenteita sanattoman viestinnän kautta, ja kokea, että hoitohenkilökunnalla on negatiivisia tuntemuksia heitä kohtaan. (Säflund ym. 2004.) Tällöin vanhempien suhtautuminen kotiinlähtöön voi olla riippuvainen siitä, miten he kokevat lapsensa kuolemasta kerrottavan heille.

Tutkimukset esittävät, että synnytyksen käynnistämisen ajankohdasta tulisi keskustella vanhempien kanssa, ja päätös tehdä yhdessä heidän kanssaan. Jotkut äidit toivat esille halua päästä mahdollisimman nopeasti eteenpäin. Lapsen kuollessa kohtuun nopeasti

eteenpäin siirtyminen tarkoittaa nopeaa synnytyksen käynnistämistä, tai tiedon saamista tulevasta. Ruotsalaisessa tutkimuksessa osa äideistä ei olisi halunnut odottaa synnytyksen käynnistämistä. He kokivat, että heitä ei kuunneltu. (Malm ym. 2011.) Jos synnytyksen käynnistämistä odotetaan yli 24 tuntia diagnoosista, on äiti viisi kertaa suuremmassa riskissä saada ahdistuneisuus-oireita kolmen vuoden sisällä kuolleen lapsen synnyttämisestä (Rådestad ym. 1996).

### 3.6 Tuki synnytyksen jälkeen

Mahdollisuus tavata synnytyksessä mukana ollut lääkäri tai kätilö vielä jälkeensä vaikuttaa tukevan vanhempia suruprosessissa. Vanhemmat kokevat, että sairaalahenkilökunta voi auttaa esimerkiksi ymmärtämään suruprosessin luonnetta ja antamalla riittävästi sairauslomaa. (Säflund ym. 2004.) On esitetty, että sairaala olisi kolmanneksi tärkein tuenantaja vanhempien suruprosessissa. Tärkeimmiksi tukimuodoiksi koettaisiin vertaistukijoukot, sekä suremiseen liittyvät rituaalit. (Gold 2007 sit. Lukas 1998). Eräessä yhdysvaltalaisessa sairaalassa on tapana säilyttää ikuisesti lapsesta otettuja valokuvia. Sama sairaala lähettää vanhemmille 1-vuotispäivänä muistokortin. Vanhemmat kokevat, että sairaalan eleet tukevat heitä surutyössä. (Sanchez 2002.)

Seuraavan raskauden aikana äidit kokevat turvallisuutta, jos hoitohenkilökunta on tuttua edellisestä raskaudesta. Erityinen antenataalinen tuki seuraavassa raskaudessa koetaan hyvänä. Lapsen kuoleminen voi vaikuttaa vanhempien elämäntilanteeseen. Säflund ym. (2004) haastattelivat tutkimuksessaan vanhempia, jotka kertoivat olevansa nöyrempiä ja kunnioittavansa elämää enemmän kuin aikaisemmin. Vielä 4-6 vuoden jälkeen he kertovat ajattelevansa lastaan hyvin usein, jotkut päivittäin. (Säflund ym. 2004.)

## 4 VANHEMPIEN KOKEMUKSIA SAAMASTAAN HOIDOSTA JA TUESTA

### 4.1 Vanhempi-lapsi suhteen muodostuminen

Läheisen ihmisen kuolema aiheuttaa uuden elämäntilanteen, johon ihmisen tulee sopeutua. Tätä sopeutumista kutsutaan suruprosessiksi. Suruprosessin varsinainen surutyö tapahtuu pääasiassa kriisiteorian käsittelyvaiheessa (Lönqvist 2005). Se,

millaiset lähtökohdat ihmisellä on surutyöhön, riippuu paljon yksilön henkilökohtaisesta historiasta, sekä kriisin varhaisempien vaiheiden tapahtumista. Shokki- ja reaktiovaiheen tapahtumilla on siis suuri merkitys myöhemmälle surutyölle.

Vanhempien voi olla vaikea ymmärtää kohtukuolemaa. Tunneside lapseen on jo alkanut nivoutua raskausaikana, jolloin vanhemmat työstävät mielessään mielikuvavauvaa sekä niitä muutoksia, joita vastasyntyneen myötä elämään tulee. Lapsen kuollessa kohtuun, vanhemmilta viedään ennen kaikkea nämä mielikuvat. Vasta synnyttäessään kuolleen lapsensa vanhemmat voivat surra juuri tätä erityistä yksilöä, eivätkä ajatustensa tuottamaa mielikuva-vauvaa (Malm ym. 2011). Lapsen tapaaminen voi olla pelottavaa.

Voidakseen luoda yhteyden kuolleeseen lapseensa, vanhemmat tarvitsevat tukea ennen ja jälkeen synnytyksen, sekä sen aikana. Kiintyminen vauvaan mahdollistaa vanhemmuudentunteen syntymisen, ja vauvan kohtaaminen on tärkeä osa tätä kiintymistä. (Säflund ym. 2004.) Myöhemmän suruprosessin kannalta on merkityksellistä, että äiti löytää merkityksiä lapsensa kuolemasta (Lundqvist ym. 2002 sit. Moos – Schaefer 1984). Merkitysten löytäminen on helpompaa, jos äiti uskaltaa kohdata ja tutustua hiljaiseen vauvaansa.

Shokkitilassa olevan äidin tulee tuntea olonsa turvalliseksi, jotta tutustuminen lapseen on mahdollista. Tuntiessaan olonsa turvalliseksi vanhemmat voivat käydä läpi lapsen kuoleman (Lundqvist ym. 2002). Turvallisuudentunne luodaan empaattisilla teoilla (Lundqvist ym. 2002). Kun vanhemmat kokevat olevansa turvassa, he voivat kohdata tilanteen avoimesti. Kätilön rooli on tärkeä, ja hänen empaattinen toimintansa voi auttaa äitiä kokemaan voimaantumista näinkin vaikeassa tilanteessa.

Sairaala on yleensä äidille vieras paikka. Äidistä voi tuntua, että sairaala on ammattihenkilökunnan valtakuntaa, jossa hän on sivullisena osapuolena. Sivullisuus aiheuttaa turvattomuutta. Kun lapsi kuolee ensimmäisen elinviikkonsa aikana, vanhemmat voivat olla huolissaan siitä, huolehtivatko he hoitajien mielestä tarpeeksi vastasyntyneestään. (Lundqvist ym. 2002.) Voidaan ajatella, että kuolleen lapsen vanhemmilla on samanlaisia paineita kohdatessaan kuolleen lapsensa. Vanhemmat voivat pelätä, että kätilö ei hyväksy heidän tunteitaan tai toiveitaan.



## 4.2 Empaattinen hoito

Vanhemmat kokevat eheyttävimmäksi toiminnan, joka välittää heille hoitajan emotionaalista tukea (Gold 2007). Emotionaalinen tuki ja empatia ovat ymmärtämistä, sekä äidin tarpeiden ja toiveiden huomaamista. Empatia on voimaannuttavaa, ja se tukee äidin kokemusta lohdutuksesta. Hoitaja voi osoittaa empaattisuuttaan antamalla vanhemmille aikaa puhua, kuuntelemalla heitä ja olemalla aidosti läsnä. Hoitaja voi pitää kädestä kiinni, eikä hänen tarvitse usein sanoa mitään. (Lundqvist ym. 2002.) Usein vanhemmat muistavat jälkikäteen, jos hoitaja harjasi heidän hiuksensa, piti kädestä kiinni tai hoiti kuollutta vauvaa. Vanhemmat voivat muistaa myös tilanteeseen sopivan kevyen keskustelun hoitajan kanssa hyvänä asiana. (Sanchez 2002.) Myös Säflund ym. (2004) tuo ilmi, että läsnäolo ja kuunteleminen ovat äitiä hyödyttäviä tuen keinoja. Myös tunteille luvan antaminen on arvokasta. Empatia on mahdollista, kun hoitaja kohtaa perheen tapahtumahetkellä. Kokonaisvaltaisen hoidon ja empatian mahdollistamiseksi kätilön tulee huomioida myös äidin aikaisemmat kokemukset. (Lundqvist ym. 2002.)

Tuen voidaan nähdä olevan positiivista tai negatiivista. Tuki voidaan ryhmitellä vielä sen mukaan, liittyykö niihin empaattisuutta. Sanchez (2002) jaottelee tukimuodot empaattisesti positiiviseksi, positiiviseksi, negatiiviseksi sekä empaattisesti negatiiviseksi. Sanchez (2002) lukee empaattiseksi sellaisen toiminnan, jossa ilmenee tunteita. Tunteita ilmentävässä vuorovaikutuksessa voidaan esimerkiksi käyttää superlatiiveja, ja tunteet ilmenevät myös sanattoman viestinnän kautta. Tutkimuksessa esimerkiksi tilanne, jossa äidistä tuntui, että kuollut vauva etoo hoitajaa, luetaan negatiivisesti empaattiseksi tueksi. (Sanchez 2002). Vanhemmat voivat aistia hoitajien asenteita heidän sanattoman viestintänsä perusteella, ja negatiivisilla asenteilla voi olla vaikutusta vanhempien ja lapsen välisen suhteen muodostumiseen (Säflund ym. 2004). Voidaan esittää, että empatiaa sisältävä tuki on vaikuttavampaa, kuin sellainen tuki, johon ei liity tunteita.

Sekä äidin että lapsen fyysisiin tarpeisiin vastaaminen on tärkeää. (Gold 2007.) Jos vauva kuolee pian syntymän jälkeen, tarvitsevat vanhemmat käytännönneuvoja kuinka toimia, sekä herkkää kunnioitusta vauvan ja äidin hyvinvointia kohtaan. On tavoiteltavaa, että hoitaja on herkästi perillä äidin toiveista silloinkin, kun äiti ei ilmaise

toiveitaan. Hoitaja voi tunnistaa äidin toiveita ja tarpeita kuuntelemalla. Hoitajan aito läsnäolo onkin vanhempien kuuntelemista. Äiti hyötyy, kun hoitajan reagoi hämmennyksen ja epämukavuuden tunteisiin. (Lundqvist ym. 2002.) Herkkyys on tärkeää surevaa perhettä hoidettaessa (Säflund ym. 2004). Toiveiden aavistaminen vahvistaa hoitajan ja perheen yhteenkuuluvuudentunnetta. (Lundqvist ym. 2002.)

Vanhemmat kokevat merkitykselliseksi läheisydentunteen hoitajan kanssa. Läheisyys on voimaannuttavaa ja itseluottamusta vahvistavaa, ja siksi tavoiteltavaa surevaa perhettä hoidettaessa. Äidit kokevat läheisyyttä hoitajaan, kun heistä tuntuu, että hoitaja ymmärtää heitä. Myös hoitajan myötätuntoinen suhtautuminen lisää läheisydentunnetta. Ruotsalaisessa tutkimuksessa äidit puhuivat siitä, kuinka "hoitaja näki heidän silmillään". (Lundqvist ym. 2002.)

Äidit kokevat hyötyvänsä parhaiten tuesta, joka on hyväksyvää ja ymmärtäväistä. Äidit toivovat hoitajien ymmärtävän heidän kokemuksiaan, ja sitä mitä he ovat käymässä läpi. Äidit kokevat maailman aivan erityisellä tavalla silloin kun lapsi kuolee. Tässä uudessa tilanteessa lämmin ja inhimillinen kohtelu vahvistavat ymmärretyksi tulemisen kokemusta. (Lundqvist ym. 2002.) Sekä äidin, että kuolleen vauvan kunnioittava kohtelu on ensiarvoisen tärkeää (Gold 2007, Lundqvist ym. 2002).

Kun äitiä ymmärretään, tuetaan samalla hänen itsevarmuuttaan. Varmuus lisää vanhempien tunnetta siitä, että heillä on tärkeä rooli lapsensa hoidossa, ja että heillä on mahdollisuus vaikuttaa hoitoon. Kunnioittava kohtelu, sekä äidin ja hoitajan välinen solidaarisuus ovat arvokkaita asioita surevaa perhettä hoidettaessa. Äidin autonomian vahvistaminen on eettisesti tärkeää. (Lundqvist ym. 2002.) Äidin autonomia on mahdollista, kun hän kokee saavansa osallistua hoitoon. Yhteistyö ja vuorovaikutus mahdollistavat äidin autonomian vahvistumisen. Itsemääräämisoikeuden säilyminen voidaan nähdä hoitotyössä eettisesti tärkeänä. Itsemääräämisoikeutta tukee kun hoitopäätökset tehdään yhdessä perheen kanssa, ja perhe kokee oman roolinsa merkitykselliseksi päätöksiä tehtäessä. Jotta hoito olisi voimaannuttavaa ja eettisesti kestävä, hoitajan ja perheen tulisi tehdä yhteistyötä ja olla vuorovaikutuksessa keskenään, voimistaen perheen autonomian tunnetta.

Vanhemmat kokevat, että hoitaja pystyy vaikuttamaan vanhempien kokeman epätoivon määrään. Epävarmat ja tunnemyrskyssä olevat vanhemmat tarvitsevat neuvoja siitä, miten olisi parasta toimia juuri sillä hetkellä tai tulevaisuudessa. Joskus vanhemmat eivät tiedä kuinka toimia vauvansa kanssa. Epävarmojen vanhempien avustaminen ja tukeminen vahvistaa vanhempien sidettä vauvaan. (Säflund ym. 2004.) Toisaalta jos mahdollista, päätösten tulisi syntyä dialogissa hoitajan ja vanhemman välillä. Jos vanhemmasta tuntuu, ettei hänen päätöksiään kunnioiteta, tuntee hän selvää avuttomuutta. (Lundqvist ym. 2002.) Vastavuoroisessa hoitosuhteessa päätökset voidaan tehdä yhdessä, vaikka kättilö johtaisikin tilannetta.

Vastavuoroisuuden ja vuorovaikutuksen puute aiheuttavat epävarmuutta vanhemmissa. Hoitaja voi viestiä, ettei hänellä ole aikaa keskittyä perheen kokonaisvaltaiseen hoitamiseen esimerkiksi keskittymällä pelkästään tekniseen puuhasteluun. Vanhempien epävarmuus johtaa vetäytymiseen, jolloin vanhemmat eivät kerro ajatuksistaan ja tunteistaan hoitajalle. He jäävät helposti ulkopuolisiksi. Jälkikäteen vanhemmat voivat kertoa toivoneensa enemmän opastusta ja johdatusta. Jos osallistuminen hoitoon jätetään vanhempien oman aktiivisuuden varaan, he harvoin ottavat osaa hoitoon, vaikka itse asiassa haluaisivat. (Lundqvist ym. 2002.)

Rohkaistuksi tulemisen tunne tukee omanarvontuntoa. Rohkaisu on voimaannuttavaa. (Lundqvist ym. 2002.) Kättilöllä on mahdollisuus rohkaista vanhempia käymään läpi synnytys ja kuolema, sekä kohdata vauvansa. Sureville vanhemmille on eniten hyötyä, jos kättilö pystyy avoimesti keskustelemaan vaikeista asioista. Useille hoitajille kuolemasta puhuminen on vaikeaa, etenkin kun kyseessä on lapsen kuolema. (Gold 2007.)

Hoitajan läsnäolo on todella tärkeää. Jos hoitaja ei ole paikalla synnytyksen aikana, on se vanhemmille hyvin negatiivinen kokemus. (Sanchez 2002.) Paitsi fyysinen, myös henkinen läsnäolo on vanhemmille kallisarvoista. Läsnäolo voidaan nähdä itseisarvona, eikä pelkkänä välikappaleena toteutettaessa muita hoitotoimenpiteitä. Vanhempien käyttämiä positiivisia adjektiiveja hoitajista ovat muun muassa asiantunteva, lämmin, joustava, hellä, ymmärtäväinen, ystävällinen ja vakaa (Säflund ym. 2004, Sanchez 2002).

### 4.3 Traumaattinen tapahtuma ja muistot

Vanhemman työstäessä kriisiä, palaavat tapahtumat reaktiovaiheessa hänen mieleensä, esimerkiksi unina. Etenkin tapahtumahetkellä esiinnousseet voimakkaat tunteet, sekä niiden aiheuttajat, painuvat tarkasti mieleen. (Lönqvist 2005.) Myöhemmin käydessään traumaattista tapahtumaa läpi, äiti voi muistaa elävästi yksittäisiä tapahtumia sairaalassaoloajalta. Trauman muistot voivat aktivoitua uudelleen myöhemminkin uuden kriisin myötä, ja äiti voi toistaa mielessään uudestaan ja uudestaan hoitajan näennäisesti pieniä virheitä. Vaikka vanhempia haastatellaan kuukausia, jopa vuosia kuoleman jälkeen, vaikuttavat negatiiviset muistot huomattavan paljon mielikuviin, joita tuolta ajalta on. (Gold 2007.) Gold (2007) siteeraa kirjallisuuskatsauksessaan Jacobsia (1999), joka esittää, että akuutti suru voi aiheuttaa ihmiselle samanlaisia reaktioita, kuin henkeä uhkaavat traumat – kuten sodasta tai pahoinpitelystä aiheutuvat muistot ja todentuntuiset kuvitelmat.

Kohtukuoleman ja vastasyntyneen kuoleman voi nähdä traumaattisena tapahtumana, jolloin ajattelemattomat ja epäsensitiiviset kommentit tuona vanhemmuudentunteen heräämisen aikana voi olla suuria vaikutuksia. Hoitajan tunteettomuus voi aiheuttaa pitkäkestoisia ongelmia vanhempien suruprosessissa. Se voi altistaa vaikeille ja komplisoituneille surureaktioille. (Gold 2007.) Hoitajan väärä sanavalintakin voi olla traumaattinen äidille tai isälle.

Vanhempien näkökulmasta hoitoon vaikuttaa negatiivisesti jos henkilökunta ei ole tietoinen heidän kokemastaan menetyksestä. Negatiivisena koetaan, jos hoitohenkilökunta välttelee vanhempia, heiltä ei saa emotionaalista tukea tai kun he sanovat ajattelemattomia asioita. Vielä vuosienkin päästä vanhemmat voivat syyttää henkilökuntaa vauvansa kuolemasta. (Gold 2007.)

Ruotsissa tehty tutkimus osoittaa, että kyseisissä kohtukuolematapauksissa hoitajat onnistuivat yleensä vahvistamaan ja tukemaan vanhempien sidettä kuolleeseen vauvaansa (Säflund ym. 2004). Yhdysvalloissa tehdyn haastattelututkimuksen kahdestatoista haastateltavasta vanhemmasta yksitoista mainitsi sairaalassa saamansa tuen ilman johdattelevia kysymyksiä (Sanchez 2002). Yhdysvaltalainen kirjallisuuskatsaus osoittaa, että hoidonlaatu on vaihdellut yhdysvalloissa suuresti viimeisen 30 vuoden aikana (Gold 2007).

Lapsen näkeminen ja kerätyt muistot auttavat vanhempia ymmärtämään mitä on todella tapahtunut. Muistoja voivat olla esimerkiksi kuvat, syntymätodistus, hiustupsut ja kipsivedokset jalanjäljestä. (Säflund ym. 2004, Sanchez 2002.) Vanhemmat käyttävät usein sairaalasta saamiaan muistoja tehdäkseen muistokirjan lapselleen. Valokuvat koetaan tärkeänä, vaikka vanhemmat ottaisivat omiakin kuvia. Vanhemmilla voi olla yksilöllisiä toiveita valokuvien suhteen, ja heitä tulisi kuunnella. Joillekin esimerkiksi kokovartalokuvat vauvasta olivat tärkeämpiä kuin pelkät kasvokuvat. Sanchez (2002) toteaa tutkimuksessaan, että vanhemmat mainitsevat jälkikäteen usein hyötyneensä sairaalasta saamasta kirjallisesta materiaalista.

#### 4.4 Tuen erilaiset muodot

Gold (2007) jakaa vanhempien sairaalassaolokokemusta edistävät tekijät emotionaaliseen tukeen, fyysiseen tukeen ja ohjaamiseen sekä opettamiseen. Hoitohenkilökunta voi auttaa vanhempia surutyössä etenkin tukemalla ja lohduttamalla heitä sairaalassa, auttamalla heitä sanomaan hyvästi lapselleen sekä kertomalla normaalin suruprosessin etenemisestä. (Gold 2007.) Säflund ym. (2004) esittävät, että niin hoitajilta kuin maallikoiltakin saatu tuki on vanhemmille yhtä merkityksellistä.

Kirjallisuuskatsaukseen valituissa tutkimuksissa jaetaan vanhempien saama tuki erilaisiin teemoihin. Säflund ym. (2004) jakaa hoidon kuuteen teemaan; Tukeminen kaoottisessa tilanteessa, tukeminen vauvan kohtaamisessa ja siitä eroamisessa, tukeminen suremisessa, kohtukuoleman selittäminen, hoidon organisointi, surun luonteen ymmärtäminen. Sanchez (2002) jakaa sairaalassa annetun tuen seuraavanlaisiin teemoihin: tuen antamisen ajoittaminen, hoivaavat teot, ei-hoivaavat teot, hallinnollinen näkökulma, menetykseen valmistautuminen, kumppanin asema, muistelu sekä muu sairaalan tarjoama tuki.

Lundqvist erottelee tutkimuksessaan tekijöitä, jotka voimaannuttavat kuolevan vastasyntyneen vanhempia, sekä tekijöitä joilla on päinvastainen vaikutus. Voimaannuttavia tekijöitä ovat: läheisyyden tunne, rohkaisu ja empatia. Kuluttavia tekijöitä ovat: yhteyden puute, laiminlyönti ja etäisyys.

Yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa seitsemän äitiä yhdestätoista toivat ilmi negatiivisia kokemuksia siitä, ettei kumppania huomioitu ja otettu mukaan hoitoon. Kumppanin sivuuttaminen saattoi käydä monella tavalla: Hänelle ei kerrottu miten synnytys etenee tai häntä ei otettu mukaan pesemään vauvaa tai yhteiseen valokuvaan. (Sanchez 2002.) Hoitohenkilökunta voi myös tukea vanhempien parisuhdetta auttamalla heitä kuuntelemaan toisiaan. Myös sukulaisten, ystävien ja vauvan sisarusten ohjaaminen voimaannuttaa koko perhettä (Säflund ym. 2004.) Jos perhe haluaa viettää sairaalassa aikaa yhdessä, sen mahdollistaminen hyödyttäisi heitä.

Vanhemmat voivat haluta, että vauvan sisarukset tulevat sairaalaan katsomaan vauvaa. Vanhempien oma suru on kuitenkin niin kuluttavaa, että sisarusten kaitseminen voi tuntua heistä vaikealta. Ruotsalaisessa tutkimuksessa vanhemmat kokivat, että sisarusten sairaalassa olo sujui hyvin. He kertoivat haastattelututkimuksessa huomanneensa, että hoitajat kiinnittivät sisarusten huomiota muihin asioihin. (Lundqvist ym. 2002.) Vanhempien muistot kertovat koetun asian merkityksellisyydestä.

#### 4.5 Kaaoksen jäsenteleminen tiedon avulla

Kuoleman kohtaaminen on kaoottinen tilanne, jossa perhe tarvitsee tukea. Jäsennellyn tiedon antaminen tulevista tapahtumista ja surusta auttaa vanhempia käsittelemään tuota kaaosta (Säflund ym. 2004). Tiedon saaminen lisää vanhempien itsevarmuutta, ja osallisuutta hoitoon. Tiedon tulee olla objektiivista ja selkeää. (Lundqvist ym. 2002.) Vanhemmille on tärkeää, että he saavat rehellistä informaatiota lapsensa voinnista sekä kuoleman syystä. He toivovat tiedon saannin olevan jatkuvaa, ja että koko hoitotiimi osallistuu tiedon antamiseen. (Gold 2007.) Toisaalta, vaikka tiedon saaminen on vanhemmista tärkeää, voi saadun tiedon määrä ajoittain ylittää heidän käsittelykykynsä. Vanhemmat toivovat saavansa sulatella saamaansa tietoa ennen kuin heille kerrotaan lisää. (Säflund ym. 2004.) Tieto antaa valtaa, ja täten ammattilaisella on valtaa hoitotilanteessa vanhempiin nähden. Tiedon avulla asiakas voi itse tehdä itseään koskevia päätöksiä. Tasavertaisessa ja voimaannuttavassa hoitosuhteessa asiakkaalla on itsemääräämisoikeus.

Perhettä ohjattaessa ja tietoa annettaessa on tärkeää kiinnittää huomiota siihen, miten tietoa tarjotaan. Vanhemman kokemukseen vaikuttavat hoitajan herkkyys, tilannetaju ja sanavalinnat. (Säflund ym. 2004.) Säflundin ym. (2004) tutkimuksessa eräs äiti koki hoitajan tilannetajun huonoksi, kun tämä puhui lapsen hautajaisista jo ennen synnytystä. Äidit kokevat ohjaamisen voimaannuttavana tuntiessaan läheisyyttä hoitajaan, tuntevat olonsa rohkaistuksi, ja kokiessaan hoitajan kohtelevan heitä empaattisesti (Lundqvist ym. 2002).

Hoitajan tulee olla herkkä sanavalinnoissaan (Säflund ym. 2004). Hoitajan sanavalinnoilla voi olla suuri merkitys myöhemmälle suruprosessille. Äidit rakentavat tapahtumista oman henkilökohtaisen merkityksen, ja sen takia hoitajan sanoilla voi olla asiakkaalle suurempi merkitys kuin voisi kuvitellakaan (Lundqvist ym. 2002 sit. Moos – Schaefer 1984). Jotkut termit, jotka ovat sairaalassa yleisesti käytössä, voivat tuntua vanhemmista tahdittomilta. Sanchezin (2002) haastattelema äiti kertoi, että sana ”kylmähuone” oli tuntunut hänestä pahalta, ja hän muisti sen vielä vuosien jälkeenkin. Kätilön voi olla vaikea nähdä millaisilla sanoilla voi olla äiteihin negatiivisia vaikutuksia. Kätilö voi sanavalinnoissaankin pyrkiä siihen, että niiden pyrkimyksenä on rohkaista vanhempia empaattisella tavalla, niin että läheisydentunne hoitajaan säilyy.

Vanhemmat hyötyvät, kun heitä opetetaan normaalin suruprosessin vaiheista ja etenemisestä (Gold 2007). Surun erilaisista vaiheista, ja luonnollisesta suruprosessista kertominen, auttavat vanhempia ymmärtämään omaa käytöstään. Vastaavasti jos hoitohenkilökunta ei tarjoa tukeaan suruprosessissa, voivat perheet tuntea olonsa hylätyiksi. Vanhemmat kokevat äärimmäisen ajattelemattoman käytöksenä, jos hoitohenkilökunta ei huomioi surutyötä hoidossa. (Säflund ym. 2004).

#### 4.6 Vauvan kohtaaminen

Sairaana tai kuolleen vastasyntyneen piteleminen on vanhemmille tärkeää (Säflund ym. 2004, Sanchez 2002), mutta pelottavaa (Lundqvist 2002). Fyysinen kontakti muuttaa mielikuvavauvan oikeaksi ja konkreettiseksi. Tämä kontakti helpottaa lapsen suremisessa. Se, millaisena vauvan kanssa oleminen koetaan, ja millaisia muistoja kohtaamisesta vanhemmille jää, riippuu paljon hoitajan taidosta ohjata tilannetta. Kohtaamisessa on suuri merkitys sillä, mitä vanhemmat tekevät vauvansa kanssa, ja hoitajalla on suuri rooli yhdessäolon mahdollistajana. (Säflund ym. 2004.)

Riippumatta siitä kuinka kauan vanhemmat pitelevät kuollutta lasta sylissään, aika tuntuu heistä usein liian lyhyeltä. Jotkut vanhemmat voivat miettiä, kuinka kauan lapsen kanssa on hyväksyttävää viettää aikaa. Tämä epätietoisuus voi vaikuttaa yhdessä vietetyn ajan laadukkuuteen. Vanhempien kanssa tulee sopia yhdessä, miten kuolleen lapsen kanssa toimitaan. Vanhemmat voivat myös pelätä, että vauvan ruumis muuttuu heidän pidellessä tätä synnytyksen jälkeen. (Säflund ym. 2004.) Säflundin ym. (2004) tutkimuksessa haastateltu isä kertoo, että vaikka lapsen pukeminen tuntui vaikealta, oli se ollut jälkikäteen ajateltuna oikea ratkaisu.

Jos vastasyntyneen tiedetään kuolevan pian synnytyksen jälkeen, voivat vanhemmat pelätä lapsensa sylissä pitämistä. Tämä pelko estää heitä, vaikka he haluaisivat sisimmässään pidellä vauvaansa. Vanhempia voi auttaa, jos hoitaja auttaa heitä näkemään tilanteen lapsen näkökulmasta. Vuorovaikutuksellisessa hoitosuhteessa vanhemmat voivat kokea jopa suostuttelun ja ylipuhumisen hyvänä tukimuotona. Ruotsalainen tutkimus osoittaa, että jotkut vanhemmat eivät kuitenkaan halua pidellä vastasyntyntään sylissä saatuaan tietää tämän kuolevan. Heistä hoitajan suostuttelu voi tuntua loukkaavalta. (Lundqvist ym. 2002.)

#### 4.7 Organisaatioon liittyvä tuki

Kohtukuoleman syyn selvittäminen ja kertominen auttaa vanhempia käsittelemään tapahtunutta. Ei ole lainkaan epätyypillistä, että vanhemmat syyttävät tapahtuneesta itseään. Mikäli lapsen kuoleman syytä ei tutkita lääketieteellisesti, voi tällä olla negatiivinen vaikutus tuleviin raskauksiin. (Säflund ym. 2004.) Jos äidille on annettu liian vähän tietoa kuoleman lääketieteellisistä syistä ja vastasyntyneelle mahdollisesti annetusta hoidosta, on heillä myöhemmin vaikeuksia käsitellä suruaan. Äidit voivat toivoa, että joku olisi käynyt rauhassa heidän kanssaan lävitse kuolemaan liittyneet lääketieteelliset yksityiskohdat ja hoitokertomukset. (Lundqvist ym. 2002.) Syyn selvittäminen on tärkeää myös hoitavalle kättilölle (Säflund ym. 2004).

Sairaalaorganisaatio voi hoitojärjestelyillään helpottaa tai pahentaa vanhempien oloa. Organisaatio voi vaikuttaa osaston huonejärjestelyihin ja siihen miten tieto kuolemasta tavoittaa kaikki osaston työntekijät. Yhteisillä pelisäännöillä voitaisiin vähentää



vanhempien hämmennystä aiheuttavia ristiriitaisia neuvoja ja ohjeita. Organisaatioon liittyviä ongelmia on myös alimiehitys. Vanhemmat kokevat negatiivisena yksin jättämisen diagnoosin jälkeen, ja organisaatio voisi vaikuttaa tähänkin kohtaan. (Sanchez 2002.) Potilaille on raskasta kohdata henkilökuntaa, joka ei ole tietoinen heidän surustaan (Gold 2007). Sairaalan tarjoamat sairaalapastorin ja sosiaalityöntekijän palvelut koetaan positiivisina. Vertaistukiryhmistä kertominen on tärkeää. Yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa haastatelluille oli luvattu puhelinsoitto sairaalanpuolesta, joka koettiin positiivisena. Lupaus soitosta vaikutti kuitenkin negatiivisesti, kun soittoa ei kuulunutkaan. (Sanchez 2002.)

Henkilökunnalla voi olla yhteisesti sovittu keino, jonka avulla kaikki työntekijät ovat tietoisia perheen surusta. Näin voidaan välttyä vanhemmille aiheutuvalta mielipahalta. Monissa yksiköissä tapahtumista viestitään potilaan oveen tai huoneeseen laitettulla symbolilla, kuvalla tai värikoodilla. Näin tieto välittyy koko osaston henkilökunnalle, lääkäreistä laitoshuoltajiin. (Gold 2007.)

Tutkimuksen mukaan sairaalan tulisi tarjota kättilöille koulutusta ja hoitosuositukset lapsen kuolemasta. Vanhempien kannalta on hyödyllistä, jos hoitaja tekee tarvittaessa intervention, jotta vanhempien olisi helpompi käydä syntymä ja kuolema läpi. Tutkimus esittää, että sairaalalla tulee olla ohjeet, jotka ohjaavat hoitajia hoitamaan kuollutta lasta kunnioittavasti ja huomaavaisesti. Surevat vanhemmat eivät muista vuosia pelkästään pieniä hyvyyden tekoja, vaan myös varomattomia kommentteja, tekoja tai välttelyä. Vanhempien kulttuuri ja uskonto voivat vaikuttaa heidän kokemuksiinsa siitä, millainen hoito on sopivaa lapsen kuollessa. Koska surevan perheen hoitaminen on henkisesti ja emotionaalisesti rankkaa hoitajalle voi jatkuva koulutus surusta, kuolemasta ja palliatiivisesta hoidosta auttaa hoitotyössä. (Gold 2007.) Toisaalta Gold (2007) tuo esiin, että vaikka sairaalan hoitolinjaan voi kuulua useita erilaisia interventioita, harvojen hyötyä ja vaikutuksia on tieteellisesti tutkittu tai todistettu.

## **5 KÄTILÖN TYÖTAVAT JA OMAT VOIMAVARAT**

Kättilöt kokevat, että perheiden hoitaminen on kunniakas ja vastuullinen, mutta vaikea tehtävä. Samalla se nähdään mahdollisuutena oppia ja kasvaa ihmisenä. Vaikka

surevan perheen hoito on vaikeaa, on myös palkitsevaa auttaa perheitä selviytymään vastoinkäymisen läpi.

Kätilöt ovat kehittäneet omia keinojaan jaksakseen paremmin henkisesti haastavissa tilanteissa. Samalla kun kätilöt tarjoavat järkyttyneille vanhemmille tukea, heidän tulee selviytyä omien tunteidensa kanssa. Osa kätilöistä kokee, että he voivat surra ja itkeä perheen kanssa, mutta samalla säilyttää ammatillisuuden. Osa taas kokee, että omien tunteiden kontrolloiminen on hyvä keino jaksaa paremmin raskasta työtä. Keskittymällä tarjoamaan perheelle parasta mahdollista hoitoa, omat tunteet pysyvät taka-alalla. (Roehrs ym. 2008.)

Kätilöt käyvät lapsen kuolemaan ja surevan perheen hoitotyöhön liittyviä tapahtumia ja kokemuksia usein läpi toistensa kanssa ja kokevat sen olevan yksi tärkeimmistä keinoista jaksaa työssä paremmin. Kollegoilta saadun tuen lisäksi yhteinen aika oman perheen ja ystävien kanssa koetaan tärkeäksi. Myös uskonto, tai tauko täistä voivat auttaa jaksamaan. (Roehrs ym. 2008.)

Kätilöt syyttävät usein itseään tapahtuneesta ja pohtivat, olisivatko he voineet tehdä jotain toisin lapsen pelastamiseksi. Tieto siitä, ettei mitään ollut tehtävissä voi olla kätilölle helpotus ja se auttaa kätilöitä jaksamaan. (Modiba 2008.) Vaikka työ on henkisesti raskasta, työn palkitsevuus voi auttaa kätilöitä jaksamaan. Palkitsevana kätilöt pitävät muun muassa sitä, kun he onnistuvat luomaan surevalle perheelle positiivisia muistoja tilanteesta ja tekemällä traumaattisesta kokemuksesta vanhemmille hieman helpomman. Laadukkaan ja yksilöllisen hoidon onnistuminen koetaan palkitsevana. (Fenwick ym. 2007.)

Hoidon laatuun ja kätilön jaksamiseen vaikuttaa myös kätilön samanaikaiset muut työt. On haastavaa hoitaa samanaikaisesti toisessa huoneessa perhettä, johon on syntymässä terve lapsi ja toisessa perhettä, jonka lapsi on kuollut. Äärimmäisen ilon ja äärimmäisen surun todistaminen samanaikaisesti on kätilölle haastavaa ja rankkaa. Jos kätilö joutuu hoitamaan kahta perhettä samanaikaisesti, surevan perheen hoitaminen jää vähemmälle huomiolle, eikä perhe välttämättä saa kaikkea tarvitsemaansa hoitoa ja tukea. Sekä perheen että kätilön kannalta paras vaihtoehto on, että kätilö saa keskittyä vain surevan perheen hoitoon työvuoron aikana. (Roehrs ym. 2008.)

## 5.1 Hoidon vaikeudet ja surun todistaminen

Äärimmäisen surun ja menetyksen todistaminen sekä epävarmuus omasta osaamisesta voi olla epämiellyttävää ja stressaavaa. Moni kätilö kokee, ettei tiedä mitä sanoa ja miten toimia. Vanhemmat odottavat usein kätilöltä vastausta siihen, miksi heidän lapsensa on menehtynyt. Kätilö voi kokea olonsa avuttomaksi ja turhautuneeksi, jos hänellä ei ole tarjota perheelle vastausta tähän vaikeaan kysymykseen. Joskus kätilön on vaikea hyväksyä perheen menetys, jolloin surevan perheen hoito voi olla hämmentävää ja epämiellyttävää. (Roehrs ym. 2008.)

Hoidettuaan lapsensa menettänyttä perhettä kätilöt tarvitsevat tukea ja aikaa käsitellä tapahtunutta, sekä mahdollisuuden jakaa kokemuksiaan ja kerätä voimia. Kätilöt saavat tukea toisiltaan, ja jakavat kokemuksia keskenään. Vielä rankemmaksi tilanteen tekee kätilölle, jos hän joutuu samaan aikaan, tai välittömästi kuoleman jälkeen, hoitamaan terveen lapsen synnyttävää perhettä. (Jonas-Simpson ym. 2010.)

Jos kätilö kokee, ettei saa sairaalalta tai kollegoilta tukea surevan perheen hoitotyöhön, voivat he kokea hoitotyön epämiellyttävänä ja raskaana. Kätilöt kaipaavat tukea ja koulutusta, jotta heillä olisi valmiuksia kohdata ja hoitaa surevaa, lapsensa menettänyttä perhettä. (Fenwick ym. 2007.)

Tunteet nousevat usein esiin vasta työvuoron päätyttyä, jolloin tarvitaan aikaa palautumiseen. Surevan perheen hoidosta aiheutuvat tunteet eivät jää työpaikalle vuoron päättyessä, vaan tapahtunut on mielessä vielä työvuoron jälkeenkin. (Roehrs ym. 2008.)

## 5.2 Parasta mahdollista hoitoa

Tutkimuksissa haastatellut kätilöt kertoivat pyrkivänsä auttamaan perheitä ymmärtämään tapahtumien kulkua lapsen kuoltua ja tekemään äärimmäisen raskaasta kokemuksesta vanhemmille hieman helpomman. Kätilöt pyrkivät tarjoamaan surevalle perheelle turvallista hoitoa, joka vastaa perheiden yksilöllisiin tarpeisiin. Yksilöllisten tarpeiden huomioiminen on tärkeää, koska kahta samanlaista perhettä ei ole olemassa

ja jokaisella perheellä on oma tapansa surra, Perheiden tulisi antaa surra omalla tavallaan. (Fenwick ym. 2007.) Perheen tarpeista kättilö saa tietoa olemalla läsnä, tarkkailemalla, havainnoimalla, kuuntelemalla ja kysymällä (Hänninen 2004). Kättilön näkökulmasta hyvään hoitoon kuuluu perheen henkinen ja fyysinen tuki, myötätunto, hienotunteisuus, empaattisuus, yksilöllisten tarpeiden huomioiminen, tärkeiden muistojen luominen, joustavuus, kuunteleminen ja perheen kunnioittaminen. Avoimuus ja rehellisyys koetaan myös osaksi hyvää hoitoa. (Fenwick ym. 2007.)

Kättilö pystyy läsnäolollaan ja teoillaan vaikuttamaan siihen millainen kokemus vanhemmille tilanteesta muodostuu ja miten he sen muistavat tulevaisuudessa. Hyvän hoitosuhteen muodostaminen on tärkeä osa perheen onnistunutta hoitoa (Fenwick ym 2007, Jonas-Simpson ym. 2010, Hänninen 2004). Kättilöt kokevat onnistuvansa parhaiten hoidossa silloin, kun heillä on paljon aikaa luoda hyvä suhde vanhempien kanssa ja mahdollisuus hoidon jatkuvuuteen. (Fenwick ym. 2007.) Hoidon jatkuvuus mahdollistaa perheiden yksilöllisten tarpeiden huomioimisen ja kättilö pystyy paremmin kartoittamaan ja tarvittaessa järjestämään perheelle tarpeellisia palveluita. (Fenwick ym. 2007.)

Onnistuneen hoitotyön tuloksena kättilö pystyy luomaan hyvän yhteyden ja luottamuksellisen suhteen perheeseen, sekä vahvistamaan perheen ja kuolleen lapsen välistä yhteyttä (Jonas-Simpson ym. 2010). Kättilöt painottivat yksilöllisen hoidon, perheiden arvostamisen ja avoimen ja luottamuksellisen suhteen muodostamisen tärkeyttä. (Fenwick ym. 2007.)

Tutkimuksissa haastatellut kättilöt pyrkivät edistämään vanhempien ja lapsen välistä yhteyttä luomalla vanhemmille positiivisia muistoja lapsesta (Fenwick ym. 2007, Jonas-Simpson ym. 2010). Kättilöt voivat kokea positiivisten muistojen luomisen yhdeksi tärkeimmäksi ja palkitsevimmaksi osaksi hoitoa (Fenwick ym. 2007). Kannustamalla, tukemalla ja luomalla turvallisen olon vanhemmat saavat kallisarvoista aikaa lapsen kanssa. Vanhempia kannustetaan ottamaan lapsesta valokuvia ja käden ja jalanjälkiä, sekä kylvettämään ja pitelemään lasta. Lapsen nimeämistä voi myös ehdottaa, joillekin vanhemmille se voi olla tärkeää. (Fenwick ym. 2007.)

Konkreettiset muistot ovat vanhemmille tärkeitä. Jonas-Simpsonin ym. (2010) tekemässä tutkimuksessa eräs äiti halusi yhteiskuvan kolmosistaan, joista yksi oli menehtynyt ja kaksi jäänyt eloon. Tämän kaltaiset muistot voivat tuntua oudoilta muiden silmin, mutta perheille ne ovat merkittäviä ja tärkeitä. Kätilön tulee olla hyväksyvä äidin toiveita kohtaan, vaikka kokisi ne itse oudoiksi.

Kaikki vanhemmat eivät halua nähdä eikä pidellä lastaan, mutta he saattavat katua päätöstään ja menetettyä mahdollisuutta myöhemmin. Mikäli vanhemmat kieltäytyvät näkemästä lasta, kätilön olisi hyvä kannustaa vanhempia siihen vielä uudestaan jonkin ajan kuluttua ja kertoa lapsen pitelemisen ja näkemisen merkityksestä suruprosessin kannalta. Vanhempia ei tulisi kuitenkaan painostaa tähän ja heidän päätöstään tulisi kunnioittaa. Jos vanhemmat eivät halua rohkaisusta huolimatta nähdä lastaan, kätilö voi ottaa muistoja talteen sen varalta, että vanhemmat katuvat päätöstään myöhemmin. (Gold ym. 2007.)

Hoitaessaan surevaa perhettä, kätilöt usein miettivät miten vanhemmat tulevat pärjäämään jopa vuosien kuluttua. Kätilöt miettivät usein myös kuinka vaikeaa äitien on palata sairaalasta kotiin ilman lasta, ja yrittävät valmistella äitejä kotiinpaluun hetkeen ja tulevaisuuteen. Jonas-Simpsonin ym. (2010) haastattelu tutkimuksessa kätilöt valmensivat äitejä sairaalan jälkeiseen elämään selvittämällä perheen tukiverkostoa ja auttamalla äitejä jo kuvittelemaan millainen kokemus tulee olemaan. Kätilöt kertoivat valmistelewansa äitejä muiden ihmisten usein hölmöihin ja loukkaaviin kommentteihin. Kätilöt kertoivat äideille, että ihmiset eivät tienneet mitä sanoa, ja siksi saattoivat loukata tarkoittamattaan. Haastatellut kätilöt valmensivat äitejä myös siihen, että äitien huomio tulisi kiinnittymään raskaana oleviin naisiin enemmän kuin ennen. Kotiin paluu ja elämän jatkaminen on äideille ja perheille äärimmäisen rankkaa ja kätilöt haluavat jollain keinoin valmistella vanhempia tulevaan. (Jonas-Simpson ym. 2010.)

### 5.3 Organisaatio kätilön tukena

Sairaalassa tavoitteena on taata paras mahdollinen hoito potilaskeskeisen hoitotyön avulla. Kullekin äidille nimetään oma hoitaja, joka koordinoi hoitoa osastolla olon ajan. (Hänninen 2004.) Hoitavan kätilön valitseminen perheelle voi olla joskus haastavaa.

Osa kätilöistä kokee, että vapaaehtoisuus on paras tapa valita työvuorossa olevista kätilöistä se, joka hoitaa surevaa perhettä. Osa taas ajattelee, että se hoitaja jolla on varmuus surevan perheen hoitamiseen, on paras perheelle. Kokemuksen, varmuuden vapaaehtoisuuden sekä sen hetkisten voimavarojen koetaan vaikuttavan hoidon laatuun. Toisaalta kun kätilöt hoitavat vuorollaan surevia perheitä, jokaisella on mahdollisuus oppia ja saada varmuutta surevan perheen hoitotyöhön. Tällöin myös työn kuormittavuus jakautuu tasaisesti henkilökunnan kesken. Jos varmin ja kokenein kätilö on aina se, joka valitaan hoitamaan surevaa perhettä, loppuun palamisen mahdollisuus on merkittävä. Toisaalta epävarmaa hoitajaa ei tulisi pakottaa tähän tehtävään. (Roehrs ym. 2008.) Kätilöt kokevat, että ensimmäistä kertaa surevaa perhettä hoitaessaan heillä tulisi olla kokeneempi kollega tukena. Uusi työntekijä tulisi myös perehdyttää hyvin, ennen kun hän työssään kohtaa surevia perheitä, jotta kohtaaminen olisi mahdollisimman onnistunut (Hänninen 2004).

Kätilöt kaipaavat tukea ja koulutusta, jotta heillä olisi valmiuksia kohdata ja hoitaa surevaa, lapsensa menettänyttä perhettä. (Fenwick ym. 2007.) Lisää tietoa kaivataan muun muassa surusta ja menetyksestä, vuorovaikutuksesta perheen kanssa, omasta jaksamisesta, sekä kuolleen lapsen ja perheen hoitotyöhön liittyvästä paperityöstä. (Roehrs ym. 2008.) Koulutuksen ja kokemusten kautta kätilöt voivat oppia ymmärtämään paremmin millaista hoitoa surevan perhe tarvitsee, sekä kehittää omaa osaamistaan. Jonas-Simpsonin ym. (2010) tutkimuksessa haastatellut kätilöt ehdottivat, että menetyksen kokeneita perheitä hoitaville kätilöille perustettaisiin tukiryhmä.

## **6 POHDINTA**

Opinnäytetyö tarjoaa kuolleen lapsen ja vanhempien kohtaamiseen liittyvää tietoa tiiviissä paketissa ja sekä kätilöiden, että vanhempien näkökulmasta. Opinnäytetyössä käytetyt tutkimukset eivät kuitenkaan tarjoa sellaisia uusia menetelmiä, joita Suomen sairaaloissa ei vielä tunneta.

Kirjallisuuskatsauksen tuloksista ilmenee millaisia asioita vanhemmat muistavat saamastaan hoidosta. Muistoista paljastuu kuinka he kokivat saamansa hoidon, ja tätä kautta se, millaisella hoidolla on merkitystä vanhemmille. Näin tutkimuksiin haastateltujen äitien kokemuksista voidaan päätellä millaisella hoidolla on parhaat tulokset vanhempien toipumisen kannalta.

Opinnäytetyö pyrkii auttamaan kätilöitä työssään tarjoamalla uutta tutkimusnäyttöä äitien kokemuksista. Tunnistamalla tekijöitä, jotka vaikuttavat äidin kokemuksiin ensitiedosta lapsen kuoltua, kätilöt voivat motivoitua hoitamaan perheitä mahdollisimman voimaannuttavasti. Valmiita toimintatapoja ja työmenetelmiä löydettiin melko vähän. Opinnäytetyö pyrkii motivoimaan kätilöitä tekemään hyvää hoitotyötä auttamalla heitä ymmärtämään vanhempia. Ymmärtäminen lisää empatiaa ja mahdollistaa parhaan mahdollisen hoidon tavoittelun.

Kätilöt tarvitsevat aikaa ja tukea käsitelläkseen tapahtunutta, mahdollisuuden jakaa kokemuksiaan ja kerätä voimia. Työ tulisi järjestää niin, ettei saman kätilön tarvitse hoitaa samanaikaisesti tervettä ja kuollutta lasta synnyttäviä äitejä. Sairaalaympäristössä voi olla vaikeaa mahdollistaa kätilölle tarpeeksi aikaa palautua kuolleen lapsen syntymän jälkeen. Hoitoympäristöissä tulisi kuitenkin olla käytäntöjä jotka tarjoavat tukea kätilöille. Kollegiaalinen tuki koetaan hyväksi, ja sitä voitaisiin hyödyntää kätilöiden palautumisessa. Työnantaja voi tukea työntekijöitään tarjoamalla koulutuksia.

Osastolla voitaisiin järjestää tilaisuus, jossa tapahtunut ja siihen liittyneet tunteet puretaan auki. On hyödyllistä, että kätilö voi käydä tapahtumat läpi, ja kenties huomata ettei olisi voinut tehdä mitään toisin. Mallia voitaisiin ottaa lääkäreiden suosimista meetingeistä, joissa käydään vaikeita lääketieteellisiä tapauksia läpi. Hoitotyön tutkimusta tulee jatkaa ja lisätä. Sillä on merkitystä, että hoitotyössä pyritään parempiin tuloksiin. Meetingien avulla hoitotyön tutkimuksiin perustuvuutta voitaisiin tuoda näkyväksi.

Jatkuvalla koulutuksella tuetaan kätilöiden valmiuksia surevan perheen hoitoon ja kuolleen vauvan kohtaamiseen. Kätilöiden tulee tuntea suruprosessin luonnollinen kulku, ja tukea vanhempia ymmärtämään surua. Koulutuksella voidaan auttaa kätilöitä

ymmärtämään millainen vuorovaikutus auttaa surevaa perhettä. Kätilöiden on hyvä myös tunnistaa omassa käyttäytymisessään ilmeneviä defensessejä, ja tunnistaa milloin hoitotyö on liian rankkaa.

Kätilö voi kertoa jaksavansa hoitaa perhettä kontrolloimalla omia tunteita. Voiko hoitosuhde olla kuitenkaan avointa ja dialogista, jos kätilö ei ilmennä siinä omia tunteitaan? Kätilöillä tulee olla ymmärrystä siitä, ovatko omat toimintatavat vanhempien näkökulmasta edullisia. Kätilön näkökulmasta hyvään hoitoon kuuluu perheen henkinen ja fyysinen tuki, myötätunto, hienotunteisuus, empaattisuus, yksilöllisten tarpeiden huomioiminen, tärkeiden muistojen luominen, joustavuus, kuunteleminen ja perheen kunnioittaminen. (Fenwick ym. 2007.) Tällainen hyvä hoito kuluttaa helposti voimavaroja.

Vanhemmat kokevat hyötyvänsä eniten empaattisesta hoitajasta, joka on aidosti läsnä perheen kanssa. Henkisen tuen tarjoaminen on hyvin kuormittavaa ja raskasta. Jos hoitajat kokevat hoitotyön ahdistavaksi voivat he ottaa etäisyyttä vanhempiin. Eräässä tutkimuksessa haastateltu äiti kertoi hoitaja ”nähteen hänen silmillään” (Lundqvist ym. 2002). Ilmaisun perusteella voidaan ajatella, että joskus vanhemmat voivat kokea hoitajien astuvan heidän maailmaansa. Samasta näkökulmasta maailmaa katsominen, ja samojen mielipiteiden jakaminen ovat arkipäiväisiä läheisyydentunteen synnyttäjiä. Avoimuus ja jakaminen lisäävät läheisyyttä.

Vanhemmat hyötyvät, kun heille kerrotaan suruprosessin luonnollisesta kulusta, ja kun heitä tuetaan luomaan suhde kuolleeseen lapseensa. Olemalla aidosti läsnä kätilö havaitsee herkemmin vanhempien tarpeita. Aito läsnäolo mahdollistaa läheisyydentunteen ja kätilön kyvyn reagoida vanhempien ilmaisemattomiinkin toiveisiin. Vanhempien tunteiden ja suruprosessin ymmärtäminen motivoivat kätilöitä pyrkimään parhaaseen mahdolliseen hoitoon.

Ensietotilanteessa kätilön ja vanhempien välillä tulee vallita avoin dialogi, jotta vanhempien on mahdollista käsitellä tietoa ja surua. On parempi kertoa olevansa epävarma, kuin olla hiljaa. Hoitajan läsnäolo on tärkeää, ja vanhempia ei tulisi jättää yksin diagnoosin kuultuaan, jolleivät he sitä itse toivo. Työntekijät kokevat usein onnistuneensa ensietotilanteissa, mutta vanhempien kokemus on toinen. On



mielenkiintoista, että työntekijöiden ja äitien kokemukset ensitiedon välittymisestä voivat olla vastakkaiset. Hoitohenkilökunnalla voidaan nähdä olevan paljon opittavaa ensitiedon välittymisen vaikutuksista. Kuinka paljon hoitajat työssään olettavat potilaan kokevan tietyt rutiininomaiset hoitotoimet hyvänä, kyseenalaistamatta vanhoja käytäntöjä?

Millaista on eettisesti hyvä hoito? Mikä on hoitotyön tarkoitus? Mikä on terveydenhuollon tarkoitus? Millainen on annetun tiedon tai tiedon panttaamisen vaikutus? Jos terveydenhuollon tarkoituksena on välttää pahaa, ja tehdä hyvää, voiko sellaista hoitoa, jossa äiti kokee olevansa voimaton ja sivustakatsoja, kutsua hyväksi hoidoksi? Äidin voimattomuuden tunne on yhtäläillä eettinen sekä ammatillinen ongelma. (Lundqvist ym. 2002.) Sairaalassa saatu tuki koetaan arvokkaaksi. Suomessa ei ole valtakunnallisia ohjeita kuolleen perheen hoitamisesta, joten hoidonlaatu voi olla hyvin vaihtelevaa paitsi hoitajasta riippuen, myös alueellisesti.

## 6.1 Opinnäytetyön tulosten luotettavuus

Opinnäytetyöhön sisällytyissä tutkimuksissa oli paljon samoja tutkijoita. Tämä kaventaa opinnäytetyön tulosten luotettavuutta. Menetelmänä kirjallisuuskatsaus on hyvä kokoamaan tietoa yhteen laajasti ja monipuolisesti. Opinnäytetyössä kaksi tekijää tarkastivat toistensa tuotokset, mikä lisää luotettavuutta. Lopputulos on sovitettu yhteen yhteisvoimin. Lähes kaikki opinnäytetyössä käytetyt tutkimukset ovat englanninkielisiä. Tutkimusten tulosten kääntäminen suomeksi on saattanut vaikuttaa joihinkin tulkintoihin. Systemaattisesti tehdyssä kirjallisuuskatsauksessa tulosten luotettavuus tulisi paremmin perusteltua.

## 7 LÄHTEET

Barr - Cacciatore 2007-2008: Problematic emotions and maternal grief. *Omega: Journal of Death & Dying* 56 (4). 331-48.

Cacciatore - Rådestad - Frederik Frøen 2008: Effects of contact with stillborn babies on maternal anxiety and depression. *Birth: Issues in Perinatal Care (BIRTH)* 35 (4). 313-20.

Erlandsson – Lindgren – Malm - Davidsson-Bremborg – Rådestad 2011: Mothers experience of the time after the diagnosis of an intrauterine death until the induction of the delivery. A qualitative internet based study. *J Obstet Gynaecol* 37 (11). 1677-84.

Fenwick - Jennings – Downie – Butt - Okanaga 2007: Providing perinatal loss care: satisfying and dissatisfying aspects for midwives. *Women and Birth* (2007) 20. 153—160.

Gold 2007: Navigating care after a baby dies: a systematic review of parent experiences with health providers. *Journal of Perinatology* 27 (4). 230-237.

Gold – Dalton – Schwenk 2007: Hospital care for parents after perinatal death. *Obstetrics and gynecology* 109 (5). 1156-66.

Hänninen 2004: Kohtaamisen kokemuksia epävarmuuden näyttämöllä: Kokemuksellinen ensitieto vammaisen lapsen syntyessä. Väitöskirja. Stakes.

Iams – Lynch 2011: Stillbirth and Lessons for Pregnancy Care. *The journal of the American medical Association* 306 (22). 2506-2507.

Johansson - Axelin - Stolt - Ääri 2007: Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. *Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja*. Turun yliopisto.

Jonas-Simpson – McMahon – Watson – Andrews 2010: Nurses' experiences of caring for families whose babies were born still or died shortly after birth. *International Journal for Human Caring* 14 (4). 14-21.

Kuolleisuustilastot vuodesta 1950 lähtien. Synnytykset ja vastasyntyneet. Tilastot ja rekisterit. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti. <<http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Lisaantyminen/synnyttajat/index.htm>>. Luettu 15.2.2012.

Lundqvist - Nilstun - Dykes 2002: Both empowered and powerless: mothers' experiences of professional care when their newborn dies. *Birth: Issues in Perinatal Care (BIRTH)* 29 (3). 192-9.

Lönngqvist 2005: Traumaattisen psyykkisen kriisin kohtaaminen. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Verkkodokumentti. Päivitetty 4.1.2005.

- <[http://www.ktl.fi/portal/suomi/pressihuone/ajankohtaista/traumaattisen\\_psykkisen\\_kriisin\\_kohtaaminen](http://www.ktl.fi/portal/suomi/pressihuone/ajankohtaista/traumaattisen_psykkisen_kriisin_kohtaaminen)>. Luettu 14.2.2012.
- Malm – Erlandsson - Lindgren – Rådestad 2011: Waiting in no-man's-land – Mothers' experiences before the induction of labour after their baby has died in utero. *Sexual & Reproductive Healthcare* 2 (2). 51-55.
- Modiba 2008: Experiences and perceptions of midwives and doctors when caring for mothers with pregnancy loss in a gauteng hospital. *HEALTH SA GESONDHEID* 13 (4). 29-40.
- Roehrs – Masterson – Alles – Witt – Rutt. 2008: Caring for Families Coping With Perinatal Loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 37 (6). 631-639.
- Rådestad - Steineck - Nordin – Sjögren. 1996. Psychological complications after stillbirth-influence of memories and immediate management: population based study. *British Medical Journal* 15 (312). 1505–1508.
- Sanchez. 2001. Mothers' perceptions of benefits of perinatal loss support offered at a major university hospital. *The journal of perinatal education* 10 (2). 23-30.
- Suomen virallinen tilasto (SVT) 2010: Kuolleisuus imeväis- ja perinataalikaudella 1987-2010. Kuolemansyyt. Verkkodokumentti.  
<[http://www.stat.fi/til/ksyyt/2010/ksyyt\\_2010\\_2011-12-16\\_tau\\_005\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/ksyyt/2010/ksyyt_2010_2011-12-16_tau_005_fi.html)>. Luettu 13.2.2012.
- Säflund - Sjögren - Wredling 2004: The role of caregivers after a stillbirth: views and experiences of parents. *Birth: Issues in Perinatal Care (BIRTH)* 31 (2). 132-7.
- Terveysportti. Lääketieteen termit. Verkkodokumentti.  
<[http://www.terveysportti.fi.ezproxy.metropolia.fi/terveysportti/rex\\_terminologia.koti](http://www.terveysportti.fi.ezproxy.metropolia.fi/terveysportti/rex_terminologia.koti)>. Luettu 15.2.2012.
- Tilastokeskus. Laatuseloste, Kuolemansyyt 2010. Verkkodokumentti.  
<[http://www.stat.fi/til/ksyyt/2010/ksyyt\\_2010\\_2011-12-16\\_laa\\_001\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/ksyyt/2010/ksyyt_2010_2011-12-16_laa_001_fi.html)> Luettu 15.2.2012.
- THL – Terveyden ja Hyvinvoinnin Laitos. 2012. Suomen virallinen tilasto. Verkkodokumentti.  
<[http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/103082/Tr20\\_12.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/103082/Tr20_12.pdf?sequence=1)>. Luettu 12.2.2013.
- Trulsson - Rådestad 2004: The silent child -- mothers' experiences before, during, and after stillbirth. *Birth: Issues in Perinatal Care (BIRTH)* 31 (3). 189-95.
- Wallbank - Robertson 2008: Midwife and nurse responses to miscarriage, stillbirth and neonatal death: a critical review of qualitative research. *Evidence Based Midwifery (EVID BASED MIDWIFERY)* 6 (3). 100-6

Tekijä(t), vuosi, maa, jossa tutkimus tehty	Tarkoitus	Kohderyhmä (otos)	Aineiston keruu ja analyysi	Päätulokset	Huomattavaa
Fenwick - Jennings – Downie – Butt - Okanaga 2007, Australia	Tutkia kätilöiden kokemuksia ja asenteita äitien hoitoa kohtaan tilanteissa, jossa äiti on menettänyt lapsensa.	Tutkimukseen osallistui 83 australialaista kätilöä.	Aineistoa kerättiin sekä kvantitatiivisesti että kvalitatiivisesti kyselylomakkeella, jossa kätilöitä pyydettiin kuvailemaan heidän kokemuksiaan tilanteista, joissa he hoitavat lapsensa menettäneitä naista ja perheitä. Kyselyssä kätilöitä pyydettiin kuvailemaan, mikä perheiden hoidossa oli miellyttävää ja mikä epämiellyttävää.	Hoidon suhteen tyydyttävimmistä näkökulmista nousi esille neljä teemaa: `Connecting with families` -kätilöillä oli paljon aikaa luoda hyvä suhde perheen kanssa ja mahdollisuus hoidon jatkuvuudelle, "The `very best`: primary midwifery care" – kätilöt kokivat että he tarjosivat parasta mahdollista hoitoa perheille. Kätilöt olivat ymmärtäväisiä, joustavia ja vastasivat yksilöllisiin tarpeisiin, loivat tärkeitä muistoja ja kuuntelivat surevaa perhettä. "making a difference" – kätilöt kokivat että surusta huolimatta he auttoivat perheitä löytämään tilanteesta jotain positiivista. "supportive environment"-organisaation tarjoama tuki koettiin tärkeäksi. Vähiten tyydyttävistä näkökulmista nousi esille kaksi teemaa: "Personally challenging experiences" – kätilöt kokivat hoidon olevan henkisesti rankkaa, äidin tunteiden todistaminen ja omien tunteiden käsittely koetaan rankaksi. Osallistujista osa koki olonsa epävarmaksi, eivätkä he tienset miten toimia tai mitä sanoa	Hoidon jatkuvuuden koettiin olevan edellytys äidin ja kätilön hyvän suhteen muodostumisen kannalta. Osa kätilöistä koki olonsa varmaksi ja olivat tyytyväisiä tarjoamaansa hoitoon, mutta osa kätilöistä koki olonsa epävarmaksi, eivätkä löytäneet tilanteeseen sopivia sanoja. Tutkijat esittävät että kätilöiden tulisi saada säännöllisesti tukea ja koulutusta tilanteisiin, jossa he kohtaavat työssään lapsensa menettäneen surevan perheen ja kätilöillä tulisi olla mahdollisuus hoidon jatkuvuuteen.

				<p>tilanteessa. Kätilöitä turhautti myös se ettei heillä ollut tarjota vanhemmille vastausta siihen, miksi lapsi oli kuollut.</p> <p>"Being unsupported: contextual issues" –kun organisaatiolta eikä kolleegoilta saatu tukea, eikä hoidon jatkuvuus ollut mahdollista esim kiireen vuoksi.</p>	
--	--	--	--	--	--

Tekijä(t), vuosi, maa, jossa tutkimus tehty	Tarkoitus	Kohderyhmä (otos)	Aineiston keruu ja analyysi	Päätulokset	Huomattavaa
Joanne Cacciatore, Ingela Rådestad, J. Frederik Frøen. 2008	Tutkia kuolleen vastasyntyneen näkemisen ja pitelemisen yhteyttä äitien ahdistuneisuuteen ja masentuneisuuteen.	Tutkimukseen osallistui 2292 naista, jotka olivat synnyttäneet kuolleen lapsen. Naisista 286 oli uudelleen raskaana tutkimukseen osallistuessa. Osallistujista 72% oli Yhdysvalloista, 11% Iso-Britanniasta, 9% Australiasta ja 5% Kanadasta.	37 organisaatiota rekrytoi kuolleen lapsen synnyttäneitä naisia tutkimukseen. Naiset vastasivat internetin kautta kyselylomakkeeseen. Ahdistuneisuutta ja masentuneisuutta selvitettiin 25-osaisella HSCL (Hopkins Symptom Check List) kyselyllä. Aineisto analysoitiin SPSS-ohjelmalla.	Äideistä 95 % näki ja 90 % piteli kuollutta vastasyntynyttä lastaan, ja suurin osa äideistä arvosti näitä hetkiä lapsen kanssa. Äideillä, jotka näkivät ja pitelivät lastaan, todettiin vähemmän masentuneisuutta ja ahdistuneisuutta, kun äideillä jotka eivät nähneet tai pidelleet lastaan. Suurin osa äideistä, jotka eivät nähneet tai pidelleet lasta katuivat menetettyä mahdollisuutta. Uuden raskauden yhteydessä äidit, jotka olivat pidelleet ja nähneet kuolleen lapsensa olivat ahdistuneempia kuin äidit jotka eivät olleet nähneet kuollutta lastaan.	Kuolleen lapsen näkeminen ja piteleminen oli yhteydessä vähäisempään masentuneisuuteen ja ahdistuneisuuteen ja siihen tulisi kannustaa. Äidit, jotka pitelivät ja näkivät kuolleen lapsen, saattoivat kuitenkin olla ahdistuneempia uuden raskauden yhteydessä. Siitä huolimatta tutkijat kannustavat kuolleen lapsen näkemiseen ja pitelemiseen ja ehdottavat, että äitien tulisi saada ylimääräistä tukea uuden raskauden yhteydessä.



Tekijä(t), vuosi, maa, jossa tutkimus tehty	Tarkoitus	Kohderyhmä (otos)	Aineiston keruu ja analyysi	Päätulokset	Huomattavaa
Trulsson, and Rådestad. 2004, Norja.	Tarkoitus oli selvittää miksi synnytyksen käynnistämistä ei useimmilla naisilla tulisi viivyttaa yli 24 tuntia kohtukuolema diagnoosista sekä selvittää miten aika kohtukuoleman toteamisen ja synnytyksen käynnistämisen välillä tulisi käyttää.	12 norjalaista naista, jotka synnyttivät kuolleen lapsen kun raskausviikkoja oli yli 24.	Naisia haastateltiin heidän kokemuksistaan ennen ja jälkeen diagnoosin sekä synnytyksestä ja synnytyksen jälkeisestä ajasta. Haastattelut kestivät noin 90min ja tehtiin kun synnytyksestä oli kulunut 6-18kk. Haastattelut nauhoitettiin ja puhtaaksikirjoitettiin. Osallistujat saivat lukea puhtaaksikirjoituksen ja tehdä tarvittaessa selvennyksiä.	Aineiston analysoinnissa nousi esiin seitsemän teemaa: - <i>ennakkoavistus</i> –siitä että jotain on pielessä, ennen kuin ottivat yhteyttä sairaalaan - <i>vaikeus puhua huolestaan</i> – eivät haluneet että heitä pidetään hankalina tai turhaan huolehtivina ja epäroivät soittaa sairaalaan - <i>verbaalinen kommunikointi hoitajiin loppui</i> – henkilökunta lopetti puhumisen tutkimuksen yhteydessä, mutta eleistä äidit huomasivat että jotain oli pielessä. Henkilökunta keskusteli keskenään mutta eivät kertoneet vanhemmille mitä tapahtuu - <i>epätodellista ja lamaannuttavaa</i> – tunne heti diagnoosin jälkeen	Riski masennukseen oli suurempi niillä naisilla jotka synnyttivät kuolleen lapsen yli 24 tuntia diagnoosin jälkeen. Toisaalta jotkut naiset kokivat tarvitsevansa aikaa diagnoosin ja synnytyksen välillä, motivoitakseen itsensä alatiesynnytykseen, valmistautuakseen synnytykseen, antaakseen itselleen aikaa levätä fyysisesti ja psyykkisesti ennen synnytystä ja valmistautuakseen henkisesti kohtaamaan ja jättämään hyvästit kauan odotetulle lapselleen. Diagnoosin ja synnytyksen välisen ajan minimoimisen sijaan tulisi selvittää kuinka paljon aikaa kukin nainen tarvitsee käydäkseen läpi nämä



				<p>-kuolleesta lapsesta eroon pääseminen välittömästi – kuollut lapsi tuntui epämääräiseltä ja pelottavalta -synnytyksen läpikäyminen -täydellinen hiljaisuus – lapsen synnyttyä</p>	<p>neljä vaihetta.</p>
--	--	--	--	--	------------------------

Tekijä(t), vuosi, maa, jossa tutkimus tehty	Tarkoitus	Kohderyhmä (otos)	Aineiston keruu ja analyysi	Päätulokset	Huomattavaa
<i>Gold, Dalton and Schwenk 2007</i>	Selvittää vanhempien kokemuksia saamastaan sairaalahoidosta kun heillä oli todettu kohtokuolema.	Katsaukseen valittiin 60 tutkimusta, joissa oli 6200 potilaan kokemuksia saamastaan hoidosta.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, jossa oli mukana 1100 tutkimusta vuosilta 1966-2006, jotka käsittelivät sikiön kuolemaa toisen tai kolmannen trimesterin aikana tai vastasyntyneen kuolemaa ensimmäisen elinkuukauden aikana. Kirjallisuuskatsaukseen otettiin mukaan englanninkieliset tutkimukset, jotka koskivat USA:n sairaaloita.	<p>Katsauksessa nousi esiin viisi suositeltavaa hoitoa:</p> <p><i>1. valokuvien ja muistojen kerääminen kuolleesta vastasyntyneestä</i> – sairaalan rannekkeet, hiukset, jalan/kädenjäljet, valokuvat, lapsen vaatteet, syntymä-/kuolematodistukset ym. muistot auttoivat vanhempia tekemään menetyksestä ja kokemuksesta todellisemman.</p> <p><i>2. Vastasyntyneen näkeminen ja piteleminen</i> - vanhemmat kokivat pääosin lapsen näkemisen, pitelemisen ja muistojen keräämisen positiivisena kokemuksena, eivätkä katuneet päätöstään. Vanhemmat olisivat halunneet viettää jopa enemmän aikaa lapsen kanssa. Vanhemmat, jotka eivät halunneet nähdä lastaan, katuivat usein myöhemmin menetettyä mahdollisuutta.</p> <p><i>3. lapsen synnyttäminen</i> –</p>	Sairaaloiden, hoitajien ja lääkäreiden tulisi antaa vanhemmille enemmän valinnanvapautta synnytyksen ajoituksen ja paikan sekä synnytyksen jälkeisen hoidon suhteen. Vanhempia tulisi myös rohkaista pitelemään lastaan ja tarjota mahdollisuutta valokuviin ja muihin muistoihin. Jos vanhemmat kieltäytyvät lapsen näkemisestä ja muistoista, tulisi vanhempia rohkaista uudestaan myöhemmin ja kerätä mm. valokuvia talteen, jos vanhemmat myöhemmin katuvat päätöstään. Vanhempien kanssa tulisi keskustella hautajaisten

				<p>vanhemmilla oli eri mielipiteitä synnytyksen sopivasta ajoituksesta, kivunlievityksestä, paikasta ja jälkihoidosta, valinnan mahdollisuutta pidettiin erittäin tärkeänä</p> <p><i>4.ruumiinavaukset</i> – vanhemmat kokivat usein tulosten saamisen hankalaksi, jotkut vanhemmista eivät kuulleet tuloksia lainkaan</p> <p><i>5.mahdollisuus hautajaisiin tai muistotilaisuuteen</i> – valinnan mahdollisuus koettiin tärkeäksi</p>	<p>mahdollisuudesta. Ruumiinavauksen tulokset tulisi kertoa vanhemmille nopeasti.</p>
--	--	--	--	--	---

Tekijä(t), vuosi, maa, jossa tutkimus tehty	Tarkoitus	Kohderyhmä (otos)	Aineiston keruu ja analyysi	Päätulokset	Huomattavaa
Hänninen Katja 2004, Suomi	Selvittää vanhempien sekä työntekijöiden ensitietokokemuksia vammaisen lapsen syntyessä, jolloin diagnoosia ei vielä tiedetä.	16 perhettä, joiden lapsella todettiin heti syntymän jälkeen jokin vamma tai sairaus sekä 77 työntekijää, jotka hoitivat näitä lapsia ja perheitä.	Empiirinen tutkimusaineisto kerättiin eräässä eteläsuomalaisessa sairaalassa haastatteleamalla sekä vanhempia että sairaalan henkilökuntaa. Aineisto kerättiin vuosina 1994–1995. Haastatteluissa vanhempia pyydettiin kertomaan kokemuksistaan, jotka liittyivät lapsen vamman toteamiseen. Vanhempien haastatteluja käytettiin tietopohjana työntekijöitä haastateltaessa. Haastattelut analysoitiin kahdella tarinallisella tulkintametodilla: narratiivisella ja narratiivien analyysillä.	Työntekijät kokivat onnistuneensa ensitietotilanteissa, mutta vanhempien kokemus oli toinen. Työntekijän ammatillisuudella ja suhtautumisella lapsen vammaan on ratkaiseva merkitys siihen miten vanhemmat kokevat kohtaamisen. Kun työntekijät keskittyivät vain lapsen vammaan, vanhemmat kokivat, ettei kohtaamista tapahdu. Kun työntekijöiden huomion kohteena oli lapsi ja vamma oli vain yksi lapsen erityispiirre, kohtaaminen tapahtui molempien osapuolten mielestä. Suurimman haasteen eteen työntekijät joutuvat silloin kun vanhemmat eivät ole ottaneet huomioon sitä, että lapsi voi syntyä vammaisena. Tiedon lisäksi tarvitaan tukea. Onnistunut ensitietotilanne tukee vanhemmuutta ja voimaannuttaa vanhempia ja he ovat valmiimpia hyväksymään lapsensa sellaisena kun hän on.	Tulosten pohjalta hahmoteltiin perhelähtöinen ensitietomalli, jossa tarkastellaan kohtaamista ensitietotilanteissa kolmella tasolla. <i>Ensimmäisellä</i> tasolla on vanhempien, vauvan ja työntekijöiden vuorovaikutuksellinen kohtaaminen, jossa dialogi on keskeistä. <i>Toisella</i> tasolla ratkaisevaa on, miten vanhemmat ja työntekijät kohtaavat lapsen. <i>Kolmannella</i> tasolla on vamman kohtaaminen, eli vammaa koskeva tieto, jonka tulisi sisältää myös huomioita lapsen positiivisista piirteistä.

Tekijä(t), vuosi, maa, jossa tutkimus tehty	Tarkoitus	Kohderyhmä (otos)	Aineiston keruu ja analyysi	Päätulokset	Huomattavaa
M.-C. Malm, I. Rådestad, K. Erlandsson, H. Lindgren. 2011. Ruotsi.	Kartoittaa äitien tuntemuksia siltä ajalta, kun kohtukuolema on todettu, siitä hetkeen kun synnytys käynnistetään.	21 äitiä, joiden lapsi oli kuollut ennen synnytystä.	Kvalitatiivinen tutkimus. In-depth interviews. 21 äitiä jotka olivat saaneet kuulla lapsen kuolleen, ja jotka myöhemmin synnyttivät tämän, haastateltiin vuosina 2006-2007. Haastattelussa käytettiin avoimia kysymyksiä, esimerkiksi "Kerro mitä tapahtui diagnoosin ja synnytyksen käynnistämisen välillä?", "Miltä se sinusta tuntui?", "Voitko kuvailla miltä se tuntui?", "Mitä ajattelit silloin?". Haastattelut nauhoitettiin, ja kirjoitettiin kirjalliseksi. Haastatteluista koottiin induktiivisesti alakategorioita ja yläkategorioita. Haastattelut teki kättilö, jolla on itse monen vuoden kokemus synnytyksistä. Kaikki tutkijat ovat kokeneita kättilöitä. Tämä saattaa vaikuttaa tutkimuksen objektiivisuuteen.	Äitien voidaan sanoa joutuvan "ei kenenkään maalle". Tunne siitä, että odottaja laitetaan syrjään kaikesta normaalista ja tutusta, ja hän joutuu tunnistamattomaan tilaan. Neljä eri luokkaa: "odottaminen ilman mukana oloa", äidit kokivat että heidät jätettiin outoon tilaan ilman tietoa siitä, mitä on tuleva. "Käsittämättömän käsitteleminen", kuvaa tunnetta siitä, kuinka confusing on löytää itsensä pahimmasta mahdollisesta tilanteesta ja edelleen käydä synnytyskin läpi. "Rikkoutuneet odotukset", ei pelkästään vauvan menetys, vaan tulevan perhe-elämän menetys. "Halu kohdata elämä", halu mennä eteenpäin, ja kohdata todellisuus.	Diagnoosin jälkeen äidit odottavat tietämättä mitä, tai kuinka kauan. Tutkijat esittävät, ettei äitejä tulisi jättää diagnoosin jälkeen yksin, elleivät he pyydä yksityisyyttä. Tiedon antaminen siitä mitä seuraa, on tärkeää. Päätökset siitä, miten synnytyksen kanssa edetään, tulisi tehdä yhdessä vanhempien kanssa, eikä toimia sairaalan protokollien mukaan. Jotkin vanhemmat kokevat, että synnytyksen mahdollisimman nopea käynnistäminen on parempi vaihtoehto, kuin odottaminen.

Tekijä(t), vuosi, maa, jossa tutkimus tehty	Tarkoitus	Kohderyhmä (otos)	Aineiston keruu ja analyysi	Päätulokset	Huomattavaa
Sanchez, N.A., 2001, USA, California.	Selvittää yliopistollisessa sairaalassa annetun hoidon ja sairaalaprotokollan merkitystä suruprosessissa kun äiti kokee keskenmenon tai kohtukuoleman.	12 äitiä valittiin 37 äidistä, joiden kohtuun oli kuollut sikiö viikkojen 20 ja 40 välillä vuosina 1992-1995. Tutkimukseen haluttiin monipuolisesti erilaisia tapauksia. Äidit olivat iältään 30-44 vuotiaita. Tutkimukseen osallistujille lähetettiin kutsukirje.	Osanottajat haastateltiin heidän toivomassaan paikassa. Haastatteluissa käytettiin semistructured haastattelupohjaa. Kysymyksistä muotoutuu neljä yläotsikkoa: itsestä kumpuava toipuminen, sairaalassa saadun tuen muisteleminen, sairaalan tarjoaman tuen merkitys toipumisprosessissa, ja tuessa mahdollisesti olleita muotoja, jotka koettiin hyväksi. Nauhoitetut haastattelut analysoitiin kvalitatiivisesti. Haastattelupohjaa testattiin ensin muutamalla 37 äidin otokseen kuuluvalla äidillä. Haastatteluissa esiin tulleet kommentit sairaalan roolista suruprosessissa jaoteltiin empaattisesti positiiviseksi, positiiviseksi, negatiiviseksi tai empaattisesti negatiiviseksi. Empaattiseksi viestiksi tutkimuksessa luetaan tunteiden ilmeneminen, superlatiivien käyttö, kehon kieli tai äänialan muutokset. Positiivinen ja negatiivinen kokemus tulkitaan kokemukseksi, jossa ei ole	Tutkimuksen mukaan sairaalassa saatu hoito ja tuki vaikuttavat vanhempien suruprosessiin. 11/12 vastanneista mainitsi haastattelun aikana sairaalassa saamansa tuen ilman johdattelevia kysymyksiä. Positiivisena tekijänä mainitaan mm. hoidon oikea ajoittaminen. Osallistajat mainitsivat usein ajan, jonka olivat saaneet pitää vauvaa sylissään. Konkreettiset muistot vauvasta koettiin tärkeäksi. Yksittäisen hoitajan empaattisuus, psyykkinen tuki ja hoitavat toimet, esim. hiusten harjaaminen, koettiin positiivisena. Kuolleen vauvan kohtaamisessa tukeminen ja puolison huomioiminen ja mukaan ottaminen koettiin positiivisena. Vertaistukiryhmistä kertominen ja	Empaattinen, herkkä ja tukeva hoito koettiin voimaannuttavaksi. 7/12 vastanneista koki, ettei puolisoa informoitu ja otettu mukaan riittävästi.

			<p>empatiaan liittyviä muutoksia tai ominaisuuksia. Sairaalassa saatu tuki jaettiin teemoihin: Tuen antamisen ajoitus, hoiva, ei-hoivalliset toimet, hallinnolliset näkökulmat, menetykseen valmistautuminen, kumppanin asema, muistelu, muu sairaalan tarjoama tuki.</p>	<p>sairaalapastorin käytettävyys tukivat vanhempia positiivisesti. Negatiivisena koettiin jotkin hoitohenkilökunnan sanavalinnat, synnytyksestä myöhästyminen, huonejärjestelyt, tiedon epäyhtenäisyys ja puute, osaston alimiehitys ja tutkimushuoneeseen yksin jääminen. Haastatelluista 3/12 kertoi olevansa hyvin toipunut, 5/12 melko hyvin ja 4/12 sanoi, ettei tällaisesta koskaan toivu kokonaan. 1 haastateltu ei halunnut toipua ollenkaan, ettei unohtaisi lastaan.</p>	
--	--	--	---	--	--

Tekijä(t), vuosi, maa, jossa tutkimus tehty	Tarkoitus	Kohderyhmä (otos)	Aineiston keruu ja analyysi	Päätulokset	Huomattavaa
Jonas-Simpson – McMahon – Watson – Adrews. 2010. Kanada.	<p>Tutkimuskysymykset:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ymmärtää hoitotyön merkitys hoitajalle, kun hän hoitaa perhettä jonka lapsi syntyy kuolleena tai kuolee pian syntymän jälkeen.</li> <li>2. Ymmärtää käyttäytymistapoj a tällaisia perheitä hoidettaessa.</li> <li>3. Ymmärtää näiden hoitajien huolia ja toiveita surun kohdanneita perheitä hoitaessaan.</li> </ol>	<p>Tutkimukseen haastateltiin 10 hoitajaa, jotka osallistuivat vapaaehtoisesti ottamalla itse yhteyttä tutkijoihin. Tutkimuksessa käytettiin kasvokkain tapahtuvaa in-depth haastattelua, joka muodostui 11 kysymyksestä. Haastattelut kestivät 30-90min. Vastaaajien iät olivat 42-58 vuotta, ja heillä oli kokemusta alalta 13-24 vuotta. Otos oli homogeeninen, kaikkien hoitajien taustat olivat samankaltaiset ja kaikki olivat naisia.</p>	<p>Kvalitatiivinen haastattelututkimus. Haastatteluissa kysytyt kysymykset oli jaettu kolmeen luokkaan tutkimuskysymysten mukaan. Lisäksi kysyttiin RTS (Resolve Through Sharing) koulutukseen osallistumista, ja sen hyötyjä. Aineisto kerättiin ja se tuotettiin kirjalliseksi. Kaikki tutkimustiimin jäsenet kävivät materiaalin läpi itsenäisesti, ja teki pääluokka ehdotuksensa itse. Tiimi kokoontui sopimaan lopulliset pääluokat yhdessä. Nämä luokat varmistettiin kyselyyn osallistuneilta hoitajilta, joita kuunnellen tehtiin muutos yhden luokan nimessä. Tutkimuksen kävi läpi kvalitatiivisen tutkimuksen ja perinataalimenetyksen ekspertti. Tutkimuksessa tuloksia verrataan aikaisempiin aiheesta tehtyihin tutkimuksiin, sekä humanbecoming-teoriaan.</p>	<p>Aineistosta nousee neljä teemaa.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kunniakas tehtävä, täynnä vaikeutta ja vastuuta, sekä mahdollisuus oppia ja kasvaa.</li> <li>2. Oman tuen tarve, tarve ajalle reflektoida tapahtunutta, jakaa ja palauttaa omat voimansa.</li> <li>3. Yhteyden muodostaminen perheiden kanssa, vahvistaessa yhteyttä perheen ja heidän lastensa välillä, tuo turvaa käsittämättömään menetykseen.</li> <li>4. Sen kuvittelemisen, miten äidit elävät menetyksensä kanssa, samalla</li> </ol>	<p>Tutkimus vahvistaa aikaisempien tutkimusten tuloksia ja laajentaa niitä. Koulutuksen lisääminen helpottaisi hoitajia toimimaan tilanteessa. Hoitajilla oli tunne, että pitää olla tarkkana mitä sanoo, sillä perhe tulee muistamaan kaikki sanat ikuisesti. Hoitajat tarvitsevat tukea jaksakseen hoitaa menetyksen kokeneita perheitä. Työyhteisön tuen tärkeys korostuu tutkimuksessa. Hoitajalla on tarve tulla kuulluksi ja saada aikaa ja tilaa reflektoida kokemaansa. Työyhteisön tulisi tukea työntekijöitään jaksamaan.</p>



				kun valmentaa heitä tulevaan.	RTS Bereavement koulutuksen kokivat hyväksi ne, jotka olivat siinä käyneet, ja muut haastateltavat kertoivat haluavansa mennä koulutukseen.
--	--	--	--	-------------------------------	---

Tekijä(t), vuosi, maa, jossa tutkimus tehty	Tarkoitus	Kohderyhmä (otos)	Aineiston keruu ja analyysi	Päätulokset	Huomattavaa
Gold, KJ. 2007. USA.	Selvittää minkälaisia yhteneviä teemoja tutkimuksista löytyi vanhempien hyvänä ja huonona kokemista hoitotavoista/toimista.	61 sopivaa tutkimusta, joissa oli haastateltu yhteensä yli 600 vanhempaa. Näissä tutkimuksissa haastatellut perheet olivat menettäneet lapsensa 14. raskausviikolla, tai sen jälkeen, tai kuukauden sisällä synnytyksestä.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, jossa aineistona yli 1100 englanniksi kirjoitettua artikkelia vuosilta 1966-2006. Näistä tutkimuksista poimittiin tietoa, joka liittyy terveydenhuollon ammattilaisten antamaan hoitoon. Tutkijan apuna tiedonhaussa toimi kokenut lääketieteen kirjastonhoitaja. Lähdeaineistoa rajattiin niin, että valitut 60 tutkimusta täyttivät seuraavat kriteerit: tutkittu Yhdysvalloissa annettua hoitoa, kirjoitettu englanniksi, vähintään neljä osanottajaa, saatavilla koko tutkimus, sisältää suoraan vanhempien äänen (esim. haastattelu). Arviolta 90% tutkimuksiin osallistuneista oli äitejä, ja 10% isiä.	Hoitajien tuen todettiin yleisesti ottaen olevan emotionaalisesti vahvempaa kuin lääkäreiden. Vanhemmat arvostivat emotionaalista tukea, äidin ja vauvan huomioimista sekä surusta kertomista ("grief education"). Negatiivisena koettiin huono henkilökunnan välinen kommunikointi, niin ettei henkilökunta ole tiennyt vauvan kuolleen. Perheen vältteleminen kuoleman jälkeen sekä epäherkkyys sanavalinnoissa koettiin negatiivisena. Useat vanhemmat syyttävät sairaalan henkilökuntaa lapsensa kuolemasta, mutta syyttely vähenee mitä pidempi aika kuolemasta on. 18 tutkimuksessa todettiin, että vanhemmat kokivat positiivisena emotionaalisen tuen tarjoamisen; aikaa	Surevat vanhemmat kokevat monen toimintatavan olevan ajattelematonta ja epäherkkää. Lääkärit ja hoitajat voisivat hyötyä koulutuksesta surutyön tukemisessa. Hoitajan syyllisyydentunne ja ahdistus voivat vaikuttaa hoitoon. Hoitajien tulisi tuntea pystyvänsä puhumaan kuolemasta, sillä tätä kautta heillä on mahdollisuus auttaa vanhempia suruprosessissa. Lapsen kuoleman traumaattisen luonteen vuoksi hoitajien tulee olla hyvin herkkiä, esimerkiksi sanavalinnoissaan. Tutkimuksen soveltuvuutta suomalaisen hoitokulttuuriin tulee pohtia. Tutkimuksessa käsiteltiin paljon äitien kokemuksia lääkäreiltä ja hoitajilta saadun tuen eroissa.

				<p>jutella, olla vanhempien kanssa, lupa itkeä, käyttää tilanteeseen sopivasti huumoria. Hoitajien kyyneleet koettiin usein aitoina ja sopivana.</p> <p>10 tutkimusta toivat esiin positiivisia konkreettisia hoitotoimia; vierailuaikojen pidentäminen, muistokuvat yms., hiusten harjaaminen, kädestä pitäminen, vauvojen hellä hoitaminen...</p> <p>9 tutkimuksessa vanhemmat arvostivat tiedon saamista; suruprosessista kertomista, tietoa kuolemansyystä. Rehellisyys koettiin tärkeänä. Wing (2002) havaitsi yhteyden erilaisten tarjottavien tukemismuotojen määrän ja hoitoon tyytyväisyyden välillä.</p> <p>Analysoinnissa käytetty MOOSE –analysointi tekniikkaa ei voitu soveltaa kaikkiin tutkimuksiin, tutkimusten suuren vaihtelevuuden takia.</p>	
--	--	--	--	---	--

Tekijä(t), vuosi, maa, jossa tutkimus tehty	Tarkoitus	Kohderyhmä (otos)	Aineiston keruu ja analyysi	Päätulokset	Huomattavaa
Lundqvist – Nilstun – Dykes. 2002. Ruotsi.	Tutkia ja kuvailla äitien kokemuksia ja mielipiteitä neonataaliosastolla saamastaan hoidosta kohdatessaan tiedon lapsensa menettämisen riskistä, sekä lopulta menettäessään lapsensa.	16 äitiä, joiden lapsen kuolemasta oli haastatteluvaiheessa kulunut n.2 vuotta. Heidän lapsensa olivat kuollessaan alle 2 viikon ikäisiä. Kaikki tapaukset Etelä-Ruotsissa vuosina 1997-1998. Tässä tutkimuksessa ei haastateltu niitä, jotka olivat kokeneet keskenmenon tai kohtukuoleman. Yhteydenotot tehtiin the National Swedish Board of Health and Welfare:n ja ylilääkärien avustuksella.	Keskusteluhaastattelu. Haastattelut analysoitiin hermeneutic phenomenological metodilla. Haastattelu käytiin äidin toivomassa paikassa. Haastattelu kesti 60-90minuuttia, ja haastattelun aikaan lapsen kuolemasta oli kulunut 14-32 kuukautta.	Vallitsevin tunne lapsen kuoleman aikaan olivat voimallisuuden sekä voimattomuuden tunteet. Voimallisuudesta voitiin jakaa kolme teemaa: <ul style="list-style-type: none"> <li>- läheisyyden tunne, itseluottamuksen tukeminen</li> <li>- tuetuksi tulemisen tunne, omanarvontunnon tukeminen</li> <li>- empatian kokeminen, hyvinvoinnin tukeminen.</li> </ul> Voimattomuudentunne voitiin jakaa kolmeen teemaan: <ul style="list-style-type: none"> <li>- etäisyyden tunne, joka johti vahvuuteen tai sopeutumiseen ?</li> </ul> leading to strength or adjustment; <ul style="list-style-type: none"> <li>- Väkivallantunne, joka johti toivottomuuteen ja epätoivoon.</li> <li>- Ulkopuolisuuden tunne, joka johti turvattomuuteen ja lannistumiseen</li> </ul> Kaikilla äidit tunsivat itsensä sekä voimallisiksi, että voimattomiksi.	Voimaantumista koettiin, kun henkilökunta paitsi näki äidin yksilönä, myös "näki äidin silmin" ja "koki äidin tuntein". Voimattomuutta koettiin kohdattaessa vieraita tilanteita ja kun terveydenhoitoalan ammattilaisten ja äitien näkemykset eivät kohdanneet.

				<p>Voimaannuttavaa hoitoa saadessaan, he tunsivat saavansa hyvántahtoista hoitoa, ja että heidän yksilöllisiä toiveitansa kunnioitettiin. Voimattomuuden tunteita koettiin, kun muodollisesti pätevä hoito ei ollut humaania, ja äitejä ei kunnioitettu ihmisinä tai äiteinä.</p>	
--	--	--	--	---	--

Tekijä(t), vuosi, maa, jossa tutkimus tehty	Tarkoitus	Kohderyhmä (otos)	Aineiston keruu ja analyysi	Päätulokset	Huomattavaa
Säflund – Sjögren – Wredling. 2004. Ruotsi.	Selvittää hoitajan kliinistä roolia. Tutkimuksessa pyrittiin selvittämään hoitajien antamaan tukeen, sen perusteella miten vanhemmat olivat sen kokeneet. Tutkimus pohjautuu lähtöhypoteesille, että vanhemmat tarvitsevat tukea muodostaessaan suhdetta kuolleeseen vauvaansa. Suhteen muodostuminen voidaan nähdä edellytyksenä surutyön onnistumiselle. Hoitohenkilökunnan tulisi kamppailla, jotta tällainen suhde muodostuu.	Kaksiosaiseen haastatteluun osallistui yhteensä 31 kohtukuoleman kokenutta perhettä. <i>Heistä 18 synnytys oli ollut ensimmäinen.</i> Ensimmäiseen haastatteluun osallistui 24 pariskuntaa ja seitsemän äitiä. Toiseen haastatteluun osallistui 16 pariskuntaa sekä 10 äitiä. Kokonaisuudessaan tehtiin 57 haastattelua. Haastateltavat olivat iältään 22-42 vuotiaita, ja haastatteluita tehdessä kohtukuolemista oli kulunut 4-6 vuotta.	Aineisto analysoitiin kvalitatiivisesti. Tukholman alueen kahden ison sairaalan 48 pariskunnalle lähetettiin kirjeellä kutsu tutkimukseen. Kaksi päivää kutsukirjeen jälkeen vanhemmille soitettiin. Haastattelijoina toimivat neljä avustavaa psykologia osana heidän koulutustaan. Haastattelut tehtiin vanhempien kotona, lukuun ottamatta yhtä, joka tehtiin äidin työpaikalla kummankin vanhemman läsnä ollessa. Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin. Ensimmäinen haastattelu oli semi- strukturoitu ja kesti	Vanhempien näkökulmasta hoitajien käytös ja vastasyntyneen käsittely olivat tärkeitä. Tutkimus osoittaa, että valtaosassa haastateltavien tapauksissa hoitajat onnistuivat vahvistamaan ja tukemaan vanhempien sidettä kuolleeseen vauvaan. Tutkimus osoittaa myös, että hoitajien asenteet ja osoittamat tunteet vaikuttivat vanhempi-lapsi suhteen muodostumiseen. Vanhemmat kokivat tarvitsevansa tukea kaaoksessa sekä vaikeimmissa tilanteissa sen jälkeen, kun lapsen kuolema on selvinnyt. Tutkijat jakavat aineistosta ilmenneet tulokset kuuteen teemaan: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tukeminen kaoottisessa tilanteessa.</li> <li>2. Tukeminen vauvan kohtaamisessa ja siitä eroamisessa.</li> <li>3. Tukeminen suremisessa.</li> <li>4. Kohtukuoleman</li> </ol>	Tutkimuksen tekijät ehdottavat, että tutkimuksessa esiinnousseita kuutta teemaa hyödynnettäisiin käytännön hoitotyössä. <i>Tämä voisi helpottaa aktiivisten hoitolinjojen käytänteitä ja terveyttä edistävän neuvonnan antamista niille vanhemmille, jotka ovat kokeneet kohtukuoleman.</i> Vanhemmille annettu tuki saattoi olla herkkää tai tunteetonta. Hoitajat voivat tukea vanhempia ohjaamalla myös sukulaisia ja ystäviä, sekä vauvan sisaruskia. On tärkeää tukea vanhempia kohtaamaan kuollut vauvaansa, sekä eroamaan tästä. Lapsen kiintyminen on alkanut jo raskausaikana, ja tätä kiintymystä tulee tukea synnytyksen jälkeen. Seuraava vaihe, luopuminen, on tärkeä suruprosessin ja

			<p>noin 90minuuttia. Toisessa haastattelussa keskityttiin kysymyksiin, joihin ei ensimmäisessä haastattelussa ehditty paneutua. Ennen varsinaisia haastatteluita tehtiin pilotti haastattelut ja niitä valvoi yliopiston psykologian vastaava professori. Litteroidut haastattelut analysoitiin kvalitatiivisella sisällön analyysi menetelmällä. Päättökija vertasi analyysiaan lähtöhypoteesiin. <i>Coding procedure</i> tehtiin tietokoneella. Lopulta kolme tutkijaa kävivät itsenäisesti läpi aineistosta nousseet kategoriat ja kategorioita muutettiin kunnes yhteisymmärrys saavutettiin.</p>	<p>selittäminen.  5. Hoidon organisointi.  6. Surun luonteen ymmärtäminen.</p> <p>On sairaalan vastuulla mahdollistaa, että vanhemmat voivat tavata samat hoitajat uudestaan. Sairaalan vastuulla on myös tarjota ylimääräisiä ultraäänitutkimuksia, sekä seurantaa ilman tarpeetonta byrokratiaa seuraavan raskauden aikana.</p>	<p>vanhemmuudentunteen vaihe.</p>
--	--	--	---	---	-----------------------------------

Tekijä(t), vuosi, maa, jossa tutkimus tehty	Tarkoitus	Kohderyhmä (otos)	Aineiston keruu ja analyysi	Päätulokset	Huomattavaa
Roehrs – Masterson – Alles – Witt – Rutt. 2008. USA	Kuvailla hoitajien tarvitsemaa tukea heidän hoitaessaan perhettä, joka menettää lapsensa ennen syntymää (raskausviikon 20 jälkeen) tai alle 7vrk ikäisenä.	10 länsimaisessa synnytyssalissa toimivaa hoitajaa Yhdysvalloissa.	<p>Kvalitatiivinen descriptive tutkimus. Osanottajat vastasivat sähköiseen kyselyyn ja osallistuivat follow-up haastatteluihin. Tutkijat kertovat yltäneensä data saturation pisteeseen, jossa otoksesta ei noussut uusia tuloksia.</p> <p>Aineistonanalyysin avulla muodostettiin tutkimusaineistosta teemoja sekä (työskentelytapa-?) ehdotuksia surevan perheen hoitotyöhön. Tutkimukseen osallistuneet hoitajat kävivät tutkimuksen läpi ja vahvistivat olevansa yhtä mieltä tutkimustulosten kanssa.</p> <p>Tutkimuskysymykset. Hoitajia pyydettiin kuvailemaan kokemuksiaan surevan perheen hoitotyöstä. Mitkä asiat vaikuttivat heidän kykyynsä hoitaa perhettä hyvin? Mikä voisi auttaa vaikuttavan hoitotyön saavuttamisessa? Mikä voisi auttaa kestämään</p>	<p>Hoitajat tunsivat yleisesti ottaen työnsä vaivattomaksi, mutta menetyksen kohdanneen perheen hyvä hoito on vaikea taata. Hoitajan selviytymistapoja olivat perheen tarvitsemaan hoitoon keskittyminen, muille hoitajille puhuminen ja ajan viettäminen oman perheen kanssa. Hoitajat vuorottelevat surevien perheiden hoitoa, niin että hoitaja määrääytyy aina sen mukaan, kuka kykenee parhaiten juuri sinä päivänä hoitamaan menetyksen kokenutta perhettä. Tällaista perhettä hoitaessaan hoitajat toivovat, ettei heillä olisi muita synnyttäviä potilaita. Kliinisenasiantuntijuuden kehittyminen on tärkeää haavoittuvaisia vanhempia hoitaessa. Orientoivat kokemukset ja henkilöstön suullinen raportointi (debriefing) voisivat auttaa. Koulutusta tarvitaan suremiseen (grief training), kommunikaatio tekniikoista (communication techniques) ja ohjeita laajojen paperitöiden tekoon.</p>	<p>Hoitajien pohjakoulutusta ja jatkuvaa koulutusta surevan perheen hoitotyöstä tarvitaan. Tehokkaat strategiat voisivat tukea hoitotyössä jaksamista kun sairaanhoitaja kohtaa perheen jonka lapsi kuolee. Sairaanhoitajat tarvitsevat tukea henkisesti haastavassa työssä, jotta korkeatasoinen hoitotyö saavutettaisiin. Myös toimintamalli hoitajan voimien palautumiseksi voisi olla hyödyllinen.</p>



emotionaalisesti haastavassa hoitotilanteessa ennen, hoidon aikana, sekä jälkeen hoitotyön? Lisäksi kysyttiin, kuinka työntekijä tulisi määrää hoitamaan surevaa perhettä ja kuinka koulutusohjelmat edesauttavat tiedon lisääntymistä surevan perheen hoitotyössä. Tutkimuksen tekijät ovat itse olleet perinataali-hoitotyössä +30 vuotta. Tutkijoiden omat asenteet ja kokemukset selvitettiin haastatteluilla, ja ne otettiin huomioon tutkimusta tehdessä.

Tutkimuksen tilasi yliopistolta synnytysosaston osastonhoitaja, joka huomasi eroja hoitajien jaksamisessa ja tehokkuudessa. Hoidon epätasaisuus voi aiheuttaa vaihtelua perheiden saaman hoidon laadussa.