



SIIVET SELÄSSÄ

Surevan henkilön kohtaaminen ja
tukeminen myöhäisen kohtukuoleman ja
vastasyntyneen kuoleman jälkeen

Maiju Lähteenmäki

Riitta Mäki-Kokkila

Opinnäytetyö
Marraskuu 2013
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön ja kätilötyön
suuntautumisvaihtoehto

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön ja kätilötyön suuntautumisvaihtoehto

MAIJU LÄHTEENMÄKI & RIITTA MÄKI-KOKKILA:

Siivet selässä

Surevan henkilön kohtaaminen ja tukeminen myöhäisen kohtukuoleman ja vastasyntyneen kuoleman jälkeen

Opinnäytetyö 48 sivua, joista liitteitä 3 sivua
Marraskuu 2013

Lapsen menettäminen on yksi elämän raskaimmista kokemuksista, eikä henkilö joka sitä ei ole kokenut, pysty siihen täysin samaistumaan. Lapsensa menettäneen henkilön kohtaaminen ja tukeminen on erittäin haasteellista myös hoitohenkilökunnalle. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli perehtyä surevan henkilön kohtaamiseen kätilö- ja hoitotyössä sekä kuvata lapsensa menettäneiden henkilöiden kokemuksia siitä, millaista tukea he oman surunsa hetkellä saivat ja millaista tukea he olisivat kaivanneet. Tässä työssä sureva on rajattu henkilöön, joka on kokenut kohtukuoleman myöhäisillä raskausviikoilla tai menettänyt lapsen pian syntymän jälkeen. Opinnäytetyön tavoitteena oli saada tietoa siitä, miten niinkin haastavassa tilanteessa kuin surevan kohtaamisessa olisi hyvä toimia ja millaisia keinoja henkilön tukemiseen on tarjolla.

Opinnäytetyö perustuu teorial tietoon surusta ja suruprosessista sekä surevan henkilön kohtaamisesta ja tukemisesta. Teoriaosuudessa on käsitelty myös yleisimmin esiintyviä syitä kohtukuolemaan tai vastasyntyneen kuolemaan. Opinnäytetyön aineisto kerättiin avoimen haastattelun avulla. Haastattelimme kahta lapsensa menettänyttä äitiä ja yhtä lapsensa menettäneiden perheiden tukihenkilöä. Aineisto analysoitiin laadullisen sisällönanalyysin periaattein.

Tutkimustuloksissa tärkeimmiksi asioiksi surevan henkilön kohtaamisessa ja tukemisessa nousivat emotionaalisen ja konkreettisen tuen merkitykset. Siinä missä tärkeäksi koettiin sanallinen tuki, vielä tärkeämpänä seikkana nousi esiin sanattoman tuen merkitys. Hiljaisuus ja läsnäolo koettiin tärkeinä asioina ja niitä tukevana tekijänä kiireettömyyden tuntu. Sanallisen tuen ja tiedon rinnalla kaivataan kirjallista materiaalia ja tietoa tahoista, joihin ottaa yhteyttä. On tärkeää, että surevalla on tiedossa, mistä hän voi sairaalasta kotiutumisensa jälkeen lähteä hakemaan vertaistukea ja apua suruunsa.

.

Asiasanat: suru, vastasyntyneen kuolema, myöhäinen kohtukuolema, kohtaaminen, tukeminen

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Options of Nursing and Midwifery

MAIJU LÄHTEENMÄKI & RIITTA MÄKI-KOKKILA:

Wings on the back

Encountering and supporting a person after late-uterine death or death of a newborn child

Bachelor's thesis 48 pages, appendices 3 pages
November 2013

One of the toughest experiences in life is losing a child, and a person who has not experienced it cannot fully identify with the pain. Supporting and encountering a person who has lost a child is also very challenging for the medical staff. The purpose of this bachelor's thesis was to study encounters with grieving people in midwifery and nursing work and to describe the grieving people's experiences regarding the type of support they had received or would have hoped for in their time of grieving. In this thesis we have defined a grieving person as someone who has experienced late stillbirth or lost a child shortly after labour. Our aim was to gain knowledge about how to act in a challenging situation such as encountering a grieving person and to find out what kinds of methods are available for supporting a grieving person.

This bachelor's degree is based on theoretical findings on grief and the bereavement process and encountering and supporting a grieving person. The theoretical part also deals with the most common reasons for uterine death and neonatal death. The data for this thesis was collected through open interviews. We interviewed two mothers who had lost a child and one person who supports families who have lost a child. The data was analysed by qualitative content analysis.

The results highlighted the importance of emotional and practical support when encountering a grieving person. Whereas verbal support was felt as important, non-verbal support was considered even more important. The interviewed appreciated a non-verbal, caring approach in an un-hurried environment. In addition to verbal support and information, the interviewed also expressed a need for written information about neonatal death and about supportive networks and places to contact when in need of further support. It is important for the grieving person to know where he/she can find further help and peer support in their time of grieving.

Key words: grief, newborn's death, late-uterine death, encountering, support

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	7
3	SIKIÖN JA VASTASYNTYNEEN KUOLEMA.....	8
3.1	Perinataali- ja imeväiskuolleisuus tilastojen valossa	8
3.2	Kohtukuolema sekä yleisimmät sikiökuolemien syyt	9
3.2.1	Napanuorakomplikaatiot	9
3.2.2	Istukkaperäiset syyt	11
3.3	Kuolleen sikiön syntymän hoito	13
3.4	Neonataalikuolleisuus	15
3.4.1	Sikiön sairaudet	16
3.4.2	Infektiot sikiön tai vastasyntyneen kuolinsyynä	16
3.5	Kätkyt kuolema.....	18
4	SURU	20
4.1	Surun tutkiminen.....	20
4.2	Lapsen kuoleman aiheuttama suru.....	21
4.3	Suruprosessi	23
4.3.1	Kieltäminen	23
4.3.2	Viha	24
4.3.3	Kaupanteko	24
4.3.4	Masennus	24
4.3.5	Hyväksyminen	25
5	SUREVAN KOHTAAMINEN JA TUKEMINEN	26
5.1	Surevan kohtaaminen hoitotyössä	26
5.2	Surevan henkilön tukeminen hoitotyössä	27
5.3	Mistä hoitohenkilökunta voi ohjata perheitä hakemaan lisää apua suruunsa	28
6	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TEHTÄVÄT	29
7	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	30
7.1	Tutkimusaineiston kerääminen ja analysointi.....	30
7.2	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	32
8	TULOKSET	34
8.1	Emotionaalinen tuki	34
8.2	Konkreettinen tuki	35
8.3	Mitä hoitohenkilökunnalta olisi toivottu.....	37
9	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	39
9.1	Tutkimustulosten tarkastelua	39
9.2	Jatkotutkimusehdotukset.....	41
	LÄHTEET	42

LIITTEET	46
Liite 1. Kysymykset haastatteluun	46
Liite 2. Tietoinen suostumus	47

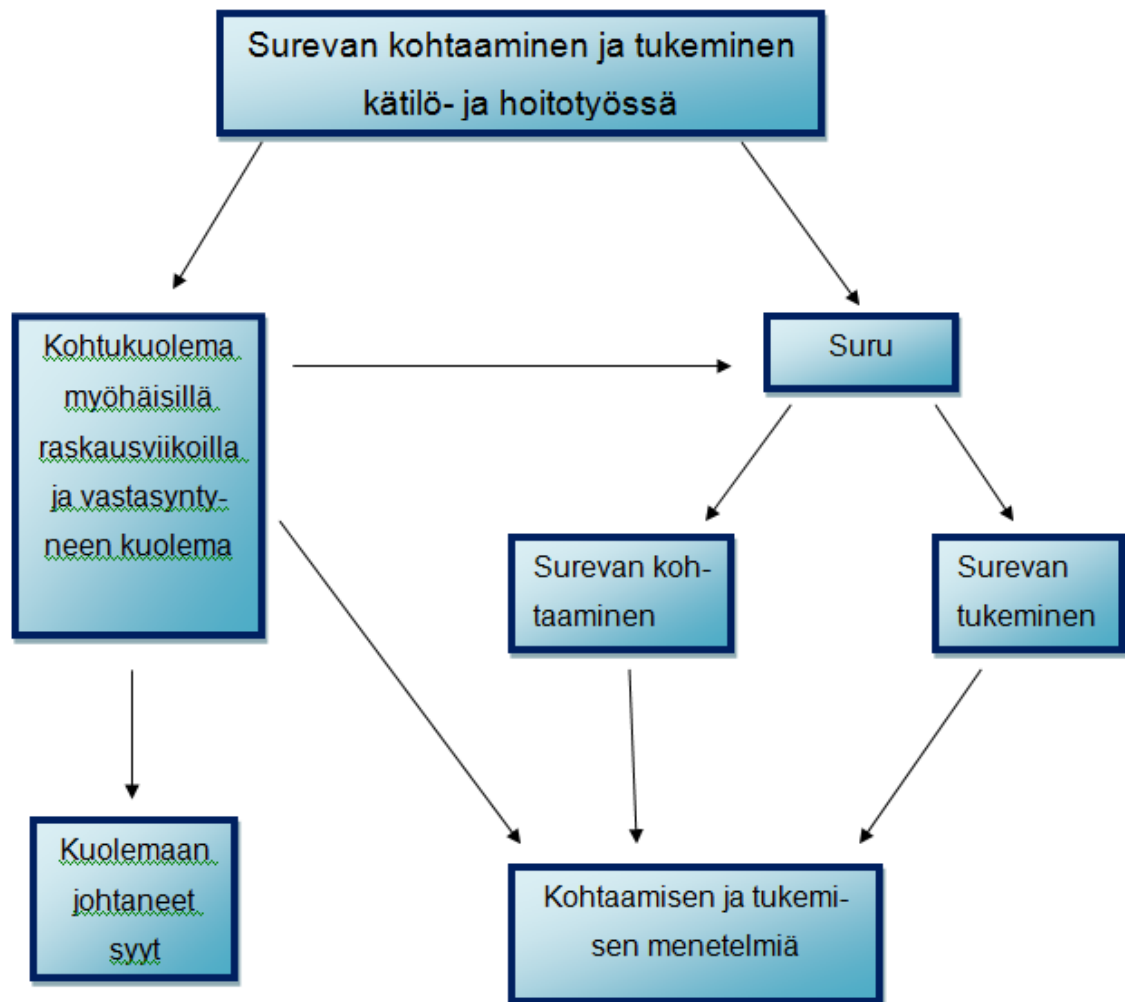
1 JOHDANTO

Suru lapsensa menettämisestä on tunne, jota kukaan ei ennalta osaa kuvitella eikä tunteeseen voi samaistua ilman omakohtaista kokemusta. Vanhemman suru lapsen menettämisestä kuvataan useissa lähteissä yhdeksi elämän raskaimmista kokemuksista. (Erjanti & Paunonen-Ilmonen 2004, 102.) Tässä työssä selvitetään, millaisia tunteita lapsensa menettäminen ihmisessä herättää ja miten näitä tunteita voi käsitellä ja tukea. Aiheemme rajataan imeväisikäisen ja sitä nuoremman lapsen kuolemaan, kuitenkin siten, että äidin raskaus on kestänyt vähintään 22 viikkoa ja sikiön paino on 500 g tai sitä enemmän. (Aho 2010, 12; Raussi-Lehto 2012b, 462; Saarikoski 2011, 401.) Imeväisikäinen rajataan työssä koskemaan alle puolivuotiaasta lasta, sillä työssä käsitellään myös kätkytkuolema, ja suurin osa kätkytkuolematapauksista tapahtuu ennen kuuden kuukauden ikää (Raussi-Lehto 2012b, 466). Vaikka imeväisikäisten lasten kuolemat eivät Suomessa ole niin yleisiä kuin monissa muissa maissa, voi niitä silti kohdata niin kättilö- kuin hoitotyössäkin. Tarkoituksena on kerätä ajantasaista tietoa aiheesta sekä kirjallisuuden että lapsensa menettäneiden henkilöiden kertomusten pohjalta. Erittäin tärkeäksi asiaksi koetaan tiedon saaminen juurikin lapsensa menettäneiltä henkilöiltä siitä, millaista tukea he oman surunsa hetkellä ovat kaivanneet ja millaista tukea saaneet.

Opinnäytetyössä perehdytään tarkemmin kohtukuolemaan myöhäisillä raskausviikoilla sekä vastasyntyneen kuolemaan ja sen aiheuttamaan suruun. Työssä käsitellään suru käsitteenä, suruprosessi sekä surevan henkilön kohtaaminen ja tukeminen. Useissa tutkimuksissa surua on käsitelty lähinnä äidin näkökulmasta, isien surun jäädessä vähemmälle huomiolle (Erjanti & Paunonen-Ilmonen 2004, 102). Tässä opinnäytetyössä ei kuitenkaan luokitella surijaa isäksi tai äidiksi vaan yleisesti surevaksi henkilöksi. Kohtukuolemaan ja vastasyntyneen kuolemaan johtaneista syistä tarkastellaan yleisimmin esiintyviä. Lisäksi käsitellään lyhyesti kohtuun kuolleen lapsen synnytys sekä sen herättämät tunteet.

2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Kuvan 2.1 avulla havainnollistamme opinnäytetyömme lähtökohtia ja niiden yhteyksiä toisiinsa. Opinnäytetyömme keskeisin käsite on surevan kohtaaminen ja tukeminen kätilö- ja hoitotyössä. Tähän liittyvät oleellisesti suru ja suruun johtava syy, joka tässä työssä on kohtukuolema myöhäisillä raskausviikoilla ja vastasyntyneen kuolema. Lapsen kuolemaan johtaneet syyt vaikuttavat osaltaan myös suruun ja sen käsittelyyn. Surevan kohtaaminen ja tukeminen ja siihen käytettävissä olevat menetelmät ovat myös opinnäytetyömme keskeisiä käsitteitä.



Kuva 2.1. Teoreettiset lähtökohdat

3 SIKIÖN JA VASTASYNTYNEEN KUOLEMA

Yhteiskuntamme mieltää kuoleman osaksi elämää, mutta toisaalta sen ajatellaan olevan läheisesti yhteydessä vanhuuteen, ei elämän alkuun tai lapsuuteen. Vastasyntyneen kuolema mielletään luonnottomaksi ja käsittämättömäksi asiaksi, joka on aivan väärin ja vastoin kaikkia sääntöjä. Usein lapsen kuollessa herää kysymys, miksi elämän piti päättyä, ennen kuin se oli kunnolla päässyt edes alkuun. Vastasyntyneen kuolema on vaikea asia kaikille osapuolille, niin lapsen vanhemmille ja perheelle kuin myös hoitohenkilökunnalle. Vanhempien suurimpiin pelkoihin lukeutuu oman lapsen menettäminen ja äidin surua lapsen kuoleman jälkeen onkin kuvattu kaikkein raskaimmaksi kokemukseksi elämässä. Lapsen kuollessa vanhemmat menettävät osan tulevaisuutta, lapseen asetetut toiveet ja unelmat romahtavat ja jäljelle jää tyhjä syli ja lohduttomalta tuntuva suru, jonka käsitteleminen on haastavaa ja vaatii erittäin paljon aikaa. (Ylikarjula 2008, 28–29.)

3.1 Perinataali- ja imeväiskuolleisuus tilastojen valossa

Viimeisen kymmenen vuoden aikana syntyneiden lasten määrä on kasvanut noin kahdeksalla prosentilla. Vuonna 2001 Suomessa syntyi 55 996 lasta, näistä kuolleina syntyneitä oli 211 lasta. Vuonna 2011 syntyi 60 258 lasta, joista 164 syntyi kuolleena. (Vuori & Gissler 2012, 1, 41.) Perinataalikuolleisuus on siis ollut laskussa viimeisen kymmenen vuoden aikana. Perinataalikuolleisuudessa kuolleiden lasten määrä ilmoitetaan tuhatta syntynyttä lasta kohti riippumatta siitä, onko lapsi syntynyt elävänä vai kuolleena. (Raussi-Lehto 2012, 462; Vuori & Gissler 2012, 7.) Vuonna 2001 perinataalikuolleisuus oli 5,5 promillea tuhatta syntynyttä lasta kohden, kun taas vuonna 2011 kuolleisuus oli vain 4,0 promillea tuhatta syntynyttä kohden (Vuori & Gissler 2012). Myös imeväiskuolleisuus on ollut laskussa. Vuonna 2001 imeväiskuolleisuus oli 171 lasta eli 3,1 promillea ja vuonna 2011 125 lasta eli 2,1 promillea. Perinataali- ja imeväiskuolleisuuden vähenemiseen Suomessa ovat vaikuttaneet suuresti kohentunut terveydentaso, kehittynyt lääketiede ja korkealaatuinen äitiyshuolto. (Kuronen-Ojala 2011, 9.)

3.2 Kohtukuolema sekä yleisimmät sikiökuolemien syyt

Kohtukuolemalla (fetus mortus, FM) tarkoitetaan sikiön kuolemista kohtuun raskauden tai synnytyksen aikana, kun raskaus on edennyt vähintään 22. raskausviikolle tai sikiön paino on vähintään 500 grammaa (Aho 2010, 12; Raussi-Lehto 2012b, 462; Saarikoski 2011, 401.) Perinataalikuolemasta puhutaan silloin, kun lapsi syntyy kuolleena ja äidin raskaus on kestänyt vähintään 22 viikkoa tai lapsi kuolee ensimmäisen elinviikon aikana. Kohtukuolemaa käytetään yleisesti synonyymina kuolleena syntyneelle (Kuronen-Ojala 2011, 9). Keskenmenosta puhutaan silloin kun raskaus on kestänyt alle 22 viikkoa ja sikiön paino on alle 500 grammaa (Raussi-Lehto 2012b, 462).

Sikiön kuolemaan johtaneet syyt pyritään aina selvittämään. Syiden selvittäminen on erittäin tärkeää vanhemmille surun käsittelyn kannalta, mutta selvittelyjen myötä saadaan myös tietoja, jotka saattavat olla hyvin merkityksellisiä uusia raskauksia ajatellen. Yleisimpiä sikiökuolemien syitä ovat erilaiset napanuorakomplikaatiot, istukan toiminnan häiriöt ja verenvuodot, jotka johtavat sikiön asfyksiaan eli hapenpuutteeseen ja sitä kautta kuolemaan. Muita kuolemansyitä ovat sikiön sairaudet, epämuodostumat ja erilaiset infektiot (Raussi-Lehto 2012b, 463; Rosenstein, Cheng, Snowden, Nicholson & Caughey 2012.)

3.2.1 Napanuorakomplikaatiot

Sikiön tai vastasyntyneen kuolemaan johtaneena syynä voivat olla erilaiset napanuorakomplikaatiot. Komplikaatioita voivat olla esimerkiksi napanuoran (funiculus umbilicalis) kiertyminen tai kiristyminen, napanuoran esiinluiskahdus tai solmu. Napanuora voi olla myös kalvokiinnitteinen. Napanuoran tilapäisestä tai jatkuvasta puristuksesta johtuvat sikiön hapenpuutostilat synnytyksen aikana ovat hyvin yleisiä. Napanuoran kiertyminen kaulan tai vartalon ympärille on tavallista, eikä yleensä aiheuta suuria ongelmia. Vaikea-asteiset kiertymät voivat kuitenkin olla kohtalokkaita sikiölle. (Litmanen 2012, 127–128.) Napanuoran keskimääräinen pituus on noin 50–55 cm ja paksuus 1–2 cm (Eskola & Hytönen 2008, 111; Litmanen 2012, 127).

Pitkä napanuora (yli 70 cm) altistaa kiertymille, puristustiloille ja solmuille. Lyhyt napanuora (alle 35 cm) puolestaan kiristyy usein synnytyksen aikana ja saattaa johtaa napanuoran katkeamiseen sekä istukan ennenaikaiseen irtoamiseen. (Napanuorakomplikaatiot, 2010.)

Napanuoran esiinluiskahduksella (prolapsus funiculi umbilicalis, napanuoraprolapsi) tarkoitetaan tilannetta, jossa napanuora tulee emättimen ulkopuolelle esiin joko lapsiveden mukana tai oltuaan jo tarjoutumassa. Napanuoran esiinluiskahdus tapahtuu yleensä kalvojen puhkaisun yhteydessä. Tilanne syntyy nopeasti ja useimmiten yllättäen. Napanuoran puristuminen kohdunsuun ja sikiön tarjoutuvan osan väliin aiheuttaa sikiölle nopeasti kehittyvän hapenpuutteen, joka pahimmassa tapauksessa saattaa johtaa sikiön kuolemaan. Napanuoran esiinluiskahduksen tapahduttua synnytyksen aikana, sikiöistä kuolee noin 10–20 prosenttia. (Äimälä 2012a, 480; Eskola & Hytönen 2008, 244–245.) Napanuoran esiinluiskahdukseen on todettu vaikuttavan erityisesti lapsiveden runsaus (polyhydramnion) sekä tilanne, jossa sikiön tarjoutuva osa ei ole asettunut täyttämään kohdun alasegmettiä eikä peitä täysin kohdunsuuta. Myös poikkeuksellisen pitkä napanuora, ahdas lantio tai istukan kiinnittyminen matalalle saattavat olla syinä esiinluiskahdukseen. (Uotila & Tuimala 2011, 463.)

Kalvokiinnitteisellä napanuoralla (insertio velamentosa) tarkoitetaan sitä, kun napanuora on kiinnittynyt istukan ulkopuolisiin kalvoihin. Napanuora on silloin erittäin altis repeytymiselle. Kalvokiinnitteisen napanuoran repeytymisen oireena on usein verenvuoto kalvojen puhkaisun tai lapsiveden menon yhteydessä. Veri on peräisin sikiöstä ja sikiö kärsii tuolloin hapenpuutteesta. Synnytys on tehtävä keisarileikkauksella, mikäli alatiesynnytys ei tapahdu välittömästi repeytymisen jälkeen. (Äimälä 2012b, 391.)

Vasa praevialla tarkoitetaan sitä, että sikiökalvoja pitkin kulkevat napaverisuonet sijaitsevat kohdun sisäsuun päällä. Napanuora voi kiinnittyä istukan reunaan sikiökalvoihin (insertio velamentosa) kohdun sisäsuun päällä tai istukan osien väliset sikiökalvojen verisuonet voivat ylittää kohdun sisäsuun. Vasa praevia on melko harvinainen, mutta siitä johtuva synnytyksen aikainen sikiökuolleisuus on suuri, sikiökalvojen repeytyttyä jopa 50–100 prosenttia. Vasa praevian riskitekijöitä ovat alkuraskauden verenvuoto, monisikiöraskaus, koeputkialkuinen raskaus sekä matalalle kiinnittynyt epäyhtenäinen istukka. (Terti & Palo 2002, 2123–2126.)

3.2.2 Istukkaperäiset syyt

Istukka (placenta) on sikiön kehityksen kannalta erittäin tärkeä elin. Istukan ja siihen yhteydessä olevan napanuoran kautta sikiö saa äidin verestä muun muassa tarvitsemansa hapen, ravinnon ja suojaavia vasta-aineita. (Litmanen 2012, 121; Eskola & Hytönen, 2008, 108–109.) Istukan toimintaan voi kuitenkin tulla häiriöitä, jotka saattavat johtaa sikiön kuolemaan. Istukkaperäisiä sikiökuolemien syitä ovat esimerkiksi istukan ennenaikainen irtoaminen, etinen istukka ja erilaiset verenvuodot. (Raussi-Lehto 2012b, 463.)

Istukan ennenaikaisella irtoamisella (ablatio placentae ante tempus) eli ablaatiolla tarkoitetaan kohdun runko-osaan kiinnittyneen istukan irtoamista raskausaikana tai synnytyksessä ennen sikiön syntymistä (Äimälä 2012b, 389). Istukan täydellinen irtoaminen on melko harvinaista, mutta noin 0,5–2 prosentilla raskauksista esiintyy osittaista irtoamista. Istukan irtoaminen on suurin aiheuttaja myös raskauden loppupuolen verenvuotoihin. Istukan irtoaminen johtuu istukan alaisen katokalvon (desidua) verisuonivauriosta. (Heinonen 2011, 436.) Verenvuoto ja hyytymät lisäävät istukan irtoamista desiduasta ja lisäävät vaurion laajuutta. Desiduan verisuonivaurioita esiintyy yleisimmin pre-eklampsian ja diabeteksen yhteydessä, mutta myös erilaiset vammat ja kohdun äkillinen tilavuuden pieneneminen voivat aiheuttaa istukan irtoamisen. Istukan ennenaikaiselle irtoamiselle riskitekijöinä ovat muun muassa myös tupakointi, aiempi ablaatio, etisistukka ja monisikiöinen raskaus. Vaikeassa istukan ennenaikaisessa irtoamisessa sikiö kärsii hapenpuutteesta ja lopulta menehtyy, ellei toimenpiteitä tehdä pikaisesti. (Heinonen 2011, 437–438; Äimälä 2012b, 389–390.)

Etisistukalla (placenta praevia) tarkoitetaan istukkaa, joka on kiinnittynyt kohdun alaosaan ja peittää osan sen sisäsuuta tai sen kokonaan. Etinen istukka voi olla reunaetinen (marginaalinen), osittainen (partiaalinen) tai täydellinen (totaalinen). Etisistukan tyypit kuvastavat sitä, miten paljon istukka peittää kohdun sisäsuuta. Tyyppi vaikuttaa suuresti synnytystapaan. Mikäli etisistukka on täydellinen tai osittainen niin, että istukka sijaitsee lähempänä kuin 2 cm päässä kohdun sisäsuusta ainoa mahdollinen synnytystapa on keisarileikkaus. Etinen istukka voi aiheuttaa massiivisia verenvuotoja ja olla hengenvaarallinen sekä äidille että lapselle. (Eskola & Hytönen 2008, 205; Heinonen 2011, 438; Äimälä 2012b, 388.)

Istukan vajaatoiminta on usein liitännäinen pre-eklampsiaan ja äidin vaskulaarisiin sairauksiin. Istukan vajaatoiminta voi myös esiintyä itsenäisenä ongelmana ilman äitiin liittyviä syitä. Vajaatoiminnalle suurena riskitekijänä on raskaudenaikainen tupakointi. Istukan vajaatoiminnan yleisimpänä seurauksena on sikiön vajaa hapettuminen, jonka seurauksena sikiö jää usein pienikokoiseksi. Istukan vajaatoiminta on myös riski ennenaikaiselle synnytykselle. Lapsiveden niukka määrä, sikiön napavaltimon korkea virtausvastus ja aivoverenkierron alentunut virtausvastus kompensoivat vähäistä hapettumista. (Raussi-Lehto 2012b, 463; Uotila 2012, 508.)

Fetomaternaalisella vuodolla tarkoitetaan verenvuotoa vauvasta äitiin istukan kautta. Vuoto voi tapahtua ennen synnytystä tai sen aikana, sen esiintyvyys on kuitenkin suurin raskauden viimeisellä kolmanneksella. Lievää fetomaternaalista vuotoa esiintyy lähes kaikissa raskauksissa ja ensisijaisena seurauksena siitä on sikiön anemia. (Fellman & Heikinheimo 2013, 153.) Vakavat ja massiiviset vuodot sikiöstä äitiin aiheuttavat kuitenkin lähes aina sikiön kuoleman (Fetomaternaalinen vuoto 2010). Fetomaternaalisen vuodon syynä voi olla esimerkiksi synnyttäjän trauma, istukkasyöpä sekä raskaudenaikaiset toimenpiteet kuten sikiön ulkokäännös ja kohdunsisäiset näytteenotot. (Tarvonen, Ulander, Süvari & Teramo 2011.)

Fetofetaalisella vuodolla (fetofetaalinen transfuusio-oireyhtymä, FFT) tarkoitetaan tilannetta, jossa kaksosen valtimoverenkierto on yhteydessä toisen kaksosen laskimoverenkiertoon. Tämä johtaa siihen, että toisen sikiön kasvu hidastuu ja toinen saa liikaa punasoluja (polysytemia) ja hänen kudoksiinsa kertyy runsaasti nestettä (hydropsia). Fetofetaalinen verenvuoto on mahdollinen homotsygoottisilla kaksosilla. Homotsygoottiset kaksoset ovat identtiset ja heillä on yhteinen istukka sekä yhteiset suonikalvot. Tällaisissa raskauksissa fetofetaalisen vuodon esiintyvyys on noin 5–35 %. (Fellman ym. 2013, 153.) Mikäli fetofetaalista transfuusio-oireyhtymää ei huomata ajoissa riski sikiöiden menettämiseen on erittäin suuri (n. 60–100 prosenttia). Hoitona oireyhtymään on käytetty toistuvaa lapsiveden poistoa luovuttajasikiön kalvopussista, mutta myös sikiöiden välisten verisuoniyhteyksien lasergoagulaatiota käytetään (Fetofetaalinen vuoto 2010; Karikoski 2011).

3.3 Kuolleen sikiön syntymän hoito

Kuolleen sikiön kantaminen on äidille henkisesti erittäin raskasta, mutta myös ajatus kuolleen lapsen synnyttämisestä saattaa tuntua aivan käsittämättömältä ja kipeältä asialta (Tukipaketti perinataalikuolemasta; Kelley & Trinidad 2012). Sikiön kuolema kohtuun voi aiheuttaa myös kolmen–neljän viikon kuluttua erilaisia muutoksia äidin veren hyytymistekijöihin ellei synnytys tapahdu ennen sitä. Äidille saattaa muodostua lievä DIC-oireyhtymä, jossa veren fibrinogeenit vähentyvät suonensisäisten hyytymien takia ja aiheuttavat näin ollen äidille verenvuotoja. Näiden syiden takia synnytyksen käynnistäminen pyritään toteuttamaan mahdollisimman pian. Useimmat äidit haluavat myös itse synnytyksen pikaista käynnistämistä suru-uutisen kuultuaan. (Raussi-Lehto 2012, 463.)

Kuolleen lapsen synnytys tapahtuu ensisijaisesti alateitse. Keisarileikkaukseen päädytään yleensä vain äidin indikaatioilla, joita voivat olla esimerkiksi istukan irtautuminen ja kohdunrepeämä tai muu äidin terveyttä tai henkeä uhkaava tila. Alatiesynnytyksellä on todettu olevan positiivisia vaikutuksia myöhempään selviytymiseen, surun käsittelyyn ja se auttaa myös menetyksen konkretisoimisessa. Matala infektioriski, hyytymistekijöihin vaikuttavat muutokset ja äidin nopeampi synnytyksestä palautuminen puhuvat myös alatiesynnytyksen puolesta. (Eskola & Hytönen 2008, 239; Raussi-Lehto 2012b, 464; Tiitinen 2012.)

Synnytyksen käynnistysmenetelmät ovat samanlaisia kuin elävän lapsen synnytyksessä. Lääkeannoksien määrää voidaan kuitenkin kuolleen sikiön kohdalla nostaa ja näin ollen nopeuttaa synnytystä. Ennen synnytyksen käynnistymistä äidin verestä ja kohdunsuulta otetaan näytteitä, joilla pyritään selvittämään sikiökuoleman mahdollista syytä ja synnyttäjän kliinistä tilaa. Kohdunsuun tilanteesta riippuen synnytys käynnistetään kalvojen puhkaisulla. Kohdunsuuta voidaan myös kypsyttää ja avata paikallisesti lääkehoidolla. (Raussi-Lehto 2012b, 464.)

Synnyttäjän toiveita kunnioittaen synnytyksen hoidossa pyritään käyttämään mahdollisimman tehokasta kivunlievitystä. Ponnistusvaiheen kätilötyössä synnyttäjän annetaan valita synnytysasento. Episiotomian eli välilihan leikkaamista pyritään välttämään. Sikiön hajoaminen eli maseroituminen alkaa noin 12–14 tunnin kuluttua

sikiön kuolemasta, joten tästä syystä on tärkeää auttaa sikiö ulos mahdollisimman varovaisesti.

Syntymän jälkeen napanuorasta ja istukasta otetaan tarvittavat näytteet, jotka lähetetään myöhemmin patologin tutkittavaksi lapsen mukana. Lapsi valokuvataan ja dokumentteihin liitetään yksi kuva, jossa näkyy selvästi mahdolliset epämuodostumat tai poikkeamat. Vanhemmille annetaan yksi kaunis kuva lapsesta, mikäli he haluavat. Myöhempää mielenmuutosta ajatellen potilasasiakirjoihin liitetään kuitenkin yksi kuva ja tästä tiedotetaan myös vanhemmille. Lapsi tarkastetaan syntymän jälkeen normaalisti, eli lapsesta otetaan pituus, paino sekä päänympärys. Kuolleen lapsen erottamista vanhemmista pyritään viivyttämään mahdollisimman pitkään. (Raussi-Lehto 2012b, 465.)

Synnytyksen aikaisessa kätilötyössä perusajatuksena on synnyttäjän tukeminen ja traumaattisen synnytyskokemuksen lievittäminen. Syntymän hoidossa korostuu myös tiedon ja emotionaalisen tuen antaminen. (Raussi-Lehto 2012b, 464.) Lapsen kuolema laukaisee perheelle akuutin kriisin, johon he tarvitsevat alusta lähtien paljon tukea ja inhimillistä huolenpitoa (Keituri & Laine 2012). Tieto lapsen kuolemasta on vanhemmille ja läheisille vaikea järkytys, johon mahdollisesti lähdetään etsimään syyllistä myös hoitohenkilökunnasta. Hoitohenkilökunnalta vaaditaan erityistä kärsivällisyyttä sekä tilanteen ja omien tunteiden hallintaa (Grek-Suihkonen & Laakko 2011, 14).

Keskustelu synnytyksen kulusta on ensiarvoisen tärkeää kuolleen sikiön syntymän hoidossa. Vanhempien rohkaisu lapsen katsomiseen ja koskettamiseen syntymän jälkeen on hyvä tehdä jo hieman etukäteen. Tämä auttaa vanhempia käsittelemään siihen mahdollisesti liittyviä pelkoja. Syntymän jälkeen kätilö näyttää vanhemmille esimerkkiä kuolleen lapsen kohtaamiseen. Kätilön positiiviset sanat ja myönteinen suhtautuminen lapseen auttavat vanhempia käsittelemään lapsensa kuolemaa ja suhtautumaan lapseen paremmin. Vanhemmille tulee antaa riittävästi aikaa olla kuolleen lapsensa kanssa ja heidän tulee saada käsitellä asiaa omaan tahtiinsa. Muistojen luomien on erittäin tärkeää vanhempien suruprosessin kannalta. Lapsen katsominen, sylissä pitäminen, mahdollisesti kylvettäminen ja pukeminen voivat auttaa vanhemmuuden konkretisoimisessa. Muistoksi lapsesta on myös hyvä ottaa valokuvan lisäksi

esimerkiksi hiuskiehkura, käden- tai jalanjälki. (Raussi-Lehto 2012b, 464–465; Grek-Suihkonen & Laakko 2011, 25; Kelley & Trinidad 2012.)

Sikiön tai vastasyntyneen kuolema on erittäin raskas asia myös hoitohenkilökunnalle. Kätilön omat tunteet saattavat nousta esille hyvin voimakkaasti. Kätilön omien tunteiden tiedostaminen ja ymmärtäminen on erittäin tärkeää, sillä tunteet vaikuttavat oleellisesti myös käyttäytymiseen. Tunteiden tiedostaminen auttaa kätilöä myös eläytymään vanhempien tilanteeseen ja heidän tukemiseensa. Yleisimmin kuvattuja kätilöiden tunteita kuolleen lapsen synnytyksessä ovat olleet avuttomuus, pelko ja ahdistuneisuus. Herättipä tilanne kätilössä minkälaisia tunteita tahansa, tärkeintä on kuitenkin se, että vanhempia ei jätetä tilanteeseen yksin. (Raussi-Lehto 2012b, 464–467.)

3.4 Neonataali kuolleisuus

Neonataali kuolemalla tarkoitetaan alle 28 vuorokauden iässä kuollutta vauvaa (Raussi-Lehto 2012b, 462). Tavallisimpia syitä, jotka johtavat vastasyntyneen kuolemaan ovat vastasyntyneen hengitysvaikeus oireyhtymä (RDS), erilaiset infektiot, mekoniumaspiraatio, epämuodostumat ja sydänvialt (Raussi-Lehto 2012b, 463).

Vastasyntyneen hengitysvaikeus oireyhtymässä (RDS-tauti) keuhkojen aktiivinen aine eli surfaktantti on vähäistä tai sen toiminta on häiriöitynyt. RDS-tautia esiintyy tavallisimmin ennenaikaisesti syntyneillä lapsilla ja on sitä yleisempää mitä aikaisemmin lapsi on syntynyt. Ennenaikaisen synnytyksen uhatessa äidille annetaan steroidihoito, jonka on katsottu vähentävän suuresti oireyhtymän esiintyvyyttä sekä parantavan pienen keskosen hoidon ennustetta. (Luukkainen 2011, 333.) RDS-tautia hoidetaan antamalla lapsen hengitysteihin eläinperäistä surfaktanttia ja avustamalla hengitystä ylipainehoidolla. RDS-taudin ennuste on parantunut huomattavasti kehittyneiden hoitojen myötä ja kuolleisuus tautiin on nykyisin alle 5% luokkaa. (Hallman M. 2012.)

Mekoniumaspiraatiolla tarkoitetaan tilannetta, jossa vihreää lapsivettä joutuu lapsen hengitysteihin. Vihreä lapsivesi kertoo siitä, että sikiö on ulostanut lapsenpihkaa eli mekoniumia lapsiveteen. Vihreä lapsivesi on usein merkki siitä, että sikiö on kärsinyt

kohdussa hapenpuutteesta. (Sariola & Tikkanen 2011, 321; Raussi-Lehto 2012a, 212.) Hengitysteihin joutuessaan tälläinen lapsivesi aiheuttaa tukoksia ilmasteissa ja tulehdusreaktion keuhkoissa (Luukkainen 2011, 333). Vihreä lapsivesi on melko yleistä ja mekoniumaspiraatiota tavataan noin 50 prosentilla synnytyksistä, joissa on esiintynyt vihreää lapsivettä. Kuitenkin vain alle 10 prosentille kehittyy hengitysvaikeuksia, jotka voivat myöhemmin aiheuttaa myös lapsen kuoleman. (Fellman & Luukkainen 2006, 79.)

3.4.1 Sikiön sairaudet

Sikiön tai vastasyntyneen kuolemaan voivat olla syynä myös erilaiset sairaudet ja epämuodostumat. Sikiön kasvuretardiolla (IUGR, intrauterine growth restriction) tarkoitetaan oireyhtymää, jossa vajaatoimintainen istukka johtaa sikiön elintoimintojen häiriintymiseen ja sikiön kasvun hidastumiseen. (Raussi-Lehto 2012, 463; Erkkola 2011, 450–451.) Pahimmassa tapauksessa kasvuretardoitunut sikiö voi altistua synnytyksen aikana akuuttiin hapenpuutteeseen, jolloin keskeiset elintoiminnot pettävät ja sikiö tai vastasyntynyt kuolee asfyksiaan. Muita sikiön tai vastasyntyneen henkeä uhkaavia sairauksia ovat esimerkiksi Potterin oireyhtymä, Meckelin oireyhtymä tai vaikeat kromosomipoikkeamat kuten 13-trisomia (Pataun-oireyhtymä) tai 18-trisomia (Edwardsin oireyhtymä). (Erkkola 2011, 452–454.)

3.4.2 Infektiot sikiön tai vastasyntyneen kuolinsyynä

Monet äidin raskausaikana sairastamat infektiot voivat tarttua myös sikiöön. Tartunta voi tapahtua istukan tai synnytyskanavan välityksellä suoraan sikiöön tai synnytyksen yhteydessä esimerkiksi kalvojen puhkeamisen aikana. (Ämmälä & Aitokallio-Tallberg 2011, 517.) Infektiot ovat kuitenkin harvoin varsinaisia sikiökuolemien aiheuttajia, mutta ne voivat aiheuttaa keskenmenoja, ennenaikaisen synnytyksen, epämuodostumia ja vastasyntyneen vaikeita sairauksia, joiden myötä lapsi saattaa menehtyä (Infektiot, Kohtukuolema 2010; Paavonen 2012, 392). Yleisimpiä tällaisia infektioita ovat korkea kuumeiset bakteeri-infektiot, listerioosi, parvorokko ja primaari toksoplasmoosi. Bakteeri-infektiot aiheuttavat sikiölle tulehduksen, joka voi johtaa sepsikseen, enkefaliittiin tai pneumoniaan ja sitä kautta kuolemaan. Bakteeri-infektioihin liittyvä

kohdun supistelu lisää osaltaan myös sikiökuoleman riskiä. (Ämmälä & Aitokallio-Tallberg 2011, 519.)

Listerioosi on *Listeria monocytogenes*-bakteerin aiheuttama tauti, joka aiheuttaa tavallisimmin lievän hengitystietulehduksen tai ripulin. Raskaana olevat ovat kuitenkin alttiimpia listerioosin vakavimmille muodoille kuten esimerkiksi kuumeiselle vatsaflunssalle ja aivokalvontulehdukselle. Sikiön saadessa infektio, seurauksena on useimmiten raskauden keskenmeno. *Listeria monocytogenes*-bakteeria esiintyy maaperässä, pintavesissä sekä kasveissa. Bakteeria voi joutua näin ollen myös elintarvikkeisiin. Etenkin pastöroimattomia maitotuotteita, tuorejuustoja, pateita ja kaalisalaahteja on hyvä välttää raskauden aikana listerioosivaaran vuoksi. (Lumio 2009a; Paavonen 2012, 398.)

Parvorokko on parvoviruksen aiheuttama rokkotauti, jonka oireisiin kuuluu voimakas poskien punoitus ja verkkomainen ihottuma. Parvorokko tarttuu helposti äidistä sikiöön, alkuraskaudessa se voi aiheuttaa keskenmenon. Jos äiti saa infektion raskausviikoilla 12–24, sikiölle voi aiheutua anemiaa ja sydänlihastulehdus, josta saattaa seurata kudosten turvotusta. Myöhemmin sairastettu parvorokko ei yleensä aiheuta merkittävää vaaraa sikiölle. (Jalanko 2012; Paavonen 2012, 394.)

Primaarin Toksoplasmoosin aiheuttaja on *Toxoplasma gondii*-niminen parasiitti, joka elää kissassa ja sen ulosteissa. Maaperään joutuneiden kissan eritteiden mukana parasiitit pääsevät myös ravintoon. Ihminen saa yleensä toksoplasmoosi tartunnan ensisijaisesti ravinnosta, kuten kasviksista, raa'asta lihasta ja hedelmistä. Tartunta on mahdollista saada myös suoraan kissan eritteistä. (Ämmälä & Aitokallio-Tallberg 2011, 536.) Primaari toksoplasmoosi on oireiltaan hyvin lievä ja muistuttaa hengitystieinfektiota. Primaari infektio voi siirtyä äidistä sikiöön veriteitse ja aiheuttaa näin ollen istukan ja sikiön infektion. Siirtymisen todennäköisyys on pieni, mutta vauriot sikiöön voivat olla vakavia. Toksoplasmoosi voi aiheuttaa keskenmenon, sikiökuoleman, synnynnäisen kehityshäiriön ja elinvaurioita. Infektio voi jatkua kroonisena syntymän jälkeen ja aiheuttaa myös myöhemmin lapsen vammautumista. (Lumio 2009b; Paavonen 2012, 397–398; Ämmälä & Aitokallio-Tallberg 2011, 536.)

3.5 Kätkytkuolema

Kätkytkuolemaksi määritellään jokaisen terveen alle yksivuotiaan lapsen äkillinen ja odottamaton kuolema, johon ei kuolinsyytutkimuksella saada selvyyttä. Kätkytkuoleman tutkimusvaatimukseen kuuluu täydellinen ruumiinavaus, kuolinpaikan tutkimus sekä esitietojen ja aikaisempien sairauksien kartoitus. Jos kuolinsyytutkimuksessa ei selviä lapsen kuoleman syytä, kuolinsyyksi merkitään kätkytkuolema. Kätkytkuolemat ovat harvinaisia ensimmäisen elinkuukauden aikana, niiden esiintyvyys on suurin 2–4 kuukauden iässä ja suurinosa kätkytkuolemista tapahtuu ensimmäisten kuuden elinkuukauden aikana. (Raussi-Lehto 2012b, 466; Rintahaka 2009.)

Kätkytkuoleman patofysiologinen syy on tuntematon, eikä sen tapahtumista voida ennustaa tai ennaltaehkäistä. Kuolema tapahtuu yleensä lapsen unen aikana ja on kivuton ja äänetön. Kätkytkuolema ei ole periytyvä tai tarttuva. (Raussi-Lehto 2012b, 466). Kätkytkuolemaan on katsottu kuitenkin olevan useita riskitekijöitä, tärkeimpänä näistä on ollut lasten nukutusasento. Lapsia suositellaan nykykäytännön mukaan nukuttamaan selällään kätkytkuoleman ehkäisemiseksi. Kun lapsi nukutetaan selälleen pää hieman sivulle käännettynä mahdollisesta pulauttelusta ei myöskään ole haittaa. Kyljellään nukuttamisessa piilee vaara siihen, että lapsi kääntyy unen aikana vatsalleen, jolloin tukehtumisen vaara on suurempi. (Kirjavainen 2003; Järvenpää A-L 2012, 283).

Kätkytkuoleman etiologiaan on katsottu myös vaikuttavan geneettiset tekijät, sikiökehityksen vaiheet sekä ympäristölliset tekijät. Näitä tekijöitä ovat muun muassa miessukupuoli, äidin korkea ikä, matala koulutustaso, yksinhuoltajuus, alhainen sosioekonomien asema, raskauden aikainen hypoksia sekä kaksosraskaus. Nämä tekijät saattavat vaikuttaa sikiön kehitykseen välillisesti ja näin ollen nostaa riskiä kätkytkuolemalle. (Lisonkova, Hutcheon & Joseph 2012). Muita kätkytkuoleman riskitekijöitä on tutkimusten mukaan lapsen pieni syntymäpaino tai keskosuus, joilla on puolestaan yhteys myös äidin raskaudenaikaiseen tupakointiin. Myös uniapnealla, vähäisellä unenaikaisella liikkumisella sekä pitkällä sydämen QT-ajalla on katsottu olevan yhteys kätkykuolemiin. (Kirjavainen 2003.)

Tutkimuksia kätkytkuolemilta suojaavista tekijöistä on myös tehty ja niissä on johdonmukaisesti noussut esille tutin säännöllinen käyttäminen. Tutin käyttäminen on

kuitenkin herättänyt ristiriitaisia mielipiteitä, sillä tutin katsotaan myös haittaavan imetyksen onnistumista ja lisäävän hampaiden purentavirheiden ja korvatulehdusten määrää. Tutkimusten mukaan tutin käytöllä ei kuitenkaan ole merkittävää yhteyttä näihin ongelmiin. (Kirjavainen 2003.)

4 SURU

Surun määrittely ja kuvaaminen on koettu hankalaksi sen moniulotteisuudesta johtuen. Jokaisen ihmisen suru ja tapa surra on yksilöllistä, eikä näin ollen kahta surevaa ihmistä voida vertailla. Suru on erilaisten tunteiden ja ajatusten virtaa. Kuitenkin on määritelty tiettyjä tuntemuksia, joita sureva ihminen saattaa suruprosessinsa aikana kokea. Surun tunne on sanoinkuvaamaton ja käsittämätön. Ihmisen täyttää tietynlainen tyhjyyden tunne. (Kübler-Ross & Kessler 2006, 46.) Surun tuomat tunteet ovat yksilöllisiä: voidaan tuntea epäuskoa ja ahdistusta siinä missä myös helpotuksen ja onnen tunteita (Aho 2010, 13). Mitä olisi voinut tehdä toisin tai jättää tekemättä? Olisinko voinut sanoa tai teoilla muuttaa jo tapahtunutta (Kübler-Ross & Kessler 2006, 55)? Menetyksen kieltäminen ja surua edeltävän tilanteen saavuttaminen kuvataan myös yhtenä surun sytyttämänä tunnetilana (Erjanti & Paunonen-Ilmonen 2004, 13). Vaikka normaali suru helpottaakin ajan myötä, on täysin normaalia, että erilaiset muistot ja muistoja herättävät asiat nostavat surun pintaan yhä uudelleen vuosien aikana (Aho 2010, 14).

4.1 Surun tutkiminen

Surua on tutkittu suhteellisen paljon, mutta sen tutkiminen on aikojen saatossa todettu erittäin haastavaksi projektiksi. Jokainen surija on yksilöllinen, joten tiettyä maneeria ei voida surulle määritellä. Surua edeltäneet menetykset ovat hyvin henkilökohtaisia, eikä niitä näin ollen voida keskenään verrata. (Kübler-Ross & Kessler 2006, 47.) Ainoastaan surun kokija itse voi määritellä suruaan tarkemmin ja käsitellä sen omalla tavallaan (Kübler-Ross & Kessler 2006, 48). Surun tutkimista vaikeuttavat myös surun moninaisuus sekä monet rinnakkaiskäsitteet ja tunnusmerkit joita surulla on huomattu olevan (Erjanti & Paunonen-Ilmonen 2004, 9).

Surun oireiston määrittämiseen on aiemmin käytetty psykoanalyttisia teorioita, mutta sittemmin on siirrytty yksilölliseen surun määrittämiseen (Erjanti & Paunonen-Ilmonen 2004, 13). Länsimaisessa kulttuurissa on pitkään mielletty suru ja surun käsittely aiheeksi, joka liittyy lähinnä terveydenhuollon laitoksiin. Lisäksi suru mielletään hiljaiseksi prosessiksi, josta ei niinkään puhuta yleisesti. Sittemmin surusta on tehty

yleisemmin keskusteltu asia ja se on tuotu pois suppeammista ympäristöistä. (Erjanti & Paunonen-Ilmonen 2004, 14.)

Surua tutkittaessa on huomattu, että surun määrällinen tutkimus ei anna sitä tietoa mitä surusta halutaan tutkia. Määrällisellä tiedolla ei saada tuotua esiin sitä surun yksilöllisyyttä ja erilaisuutta mitä tutkimuksissa haluttaisiin tuoda esille ja mikä olisi tutkimusten kannalta oleellista. Tutkimusten hyödyllisyyden kannalta tulisi ne suorittaa laadullisesti. Laadullisia tutkimuksia tulisi suorittaa haastattelujen ja kyselyjen perusteella siten, että saadaan tietoa yksilöllisestä surun kokemisesta ja suru prosessista sekä surun kokonaisvaltaisuudesta. Tämä on kuitenkin haasteellisempaa ja työläämpää kuin määrällinen tutkiminen. (Erjanti & Paunonen-Ilmonen 2004, 17.)

4.2 Lapsen kuoleman aiheuttama suru

Lapsensa menettäneiden perheiden surua on tutkittu suhteellisen vähän vuosien saatossa. Eritoten isien suru on jäänyt erittäin vähäiselle huomiolle. Isät kuitenkin surevat siinä missä äiditkin. (Erjanti & Paunonen-Ilmonen 2004, 102.) Niin kuin kaikessa surussa, myös vauvan menetyksestä johtuvassa surussa käsittelyprosessi alkaa välittömästi menetyksen jälkeen ja jatkuu eteenpäin määrittämättömän ajanjakson, joka on yksilöllinen (Erjanti & Paunonen-Ilmonen 2004, 103).

Isien suru vauvan kuoleman jälkeen saatetaan usein unohtaa. He surevat lapsen menetystä ja puolisonsa jaksamista. Kuitenkin äidit, myös isät miettivät sitä asiana, olisivatko he teoillaan voineet estää tapahtuneen. Isien surusta on eriyvänä seikkana tuotu esille, että isät saattavat helpommin peittää tunteensa tai aliarvioida oman surunsa verrattuna äitiin. (Aho 2010, 15–17.) Miehiensä suruissa on kuitenkin eroa. Yleisesti on ajateltu, että mies suree hiljaa verrattuna äitiin, mutta jotkut isät saattavat puhua ja käydä asioita läpi ääneen yhtä aktiivisesti, tai jopa aktiivisemmin, kuin äidit. (Väisänen 2000.)

Jokaisella on oma tapansa surra ja käsitellä surua. Jokainen ihminen suree oman surunsa, eikä sitä kukaan voi toisen puolesta tehdä. (Ahlstedt, Eho, Leskelä, Martin, Minkkinen & Sirkiä 2005, 33.) Kuten jo edellä on mainittu, jokaisen ihmisen suru on yksilöllinen ja surun käsittelyn keinot yksilöllisiä. Surua saatetaan käsitellä perheen

kesken keskustelulla, musiikin tai kirjallisuuden avulla. Tutkimusten mukaan miehet käyttävät surunsa käsittelyyn usein fyysisesti raskasta liikuntaa tai työntekoa. Joillekin myös uskonnosta saattaa olla suuri apu suruprosessin käsittelyssä tai vastaavasti syytökset saatetaan kohdistaa uskontoon ajatellen, mitä väärää on tehnyt, kun vauva on menehtynyt. (Ahlstedt ym. 2005, 33.)

Surun tunteiden kirjo on laaja. Tuntemukset ovat yksilöllisiä siinä missä surun käsittelykin. Surusta puhuminen on vielä tänäkin päivänä valitettavasti vaikea aihe. Suuri vaikutus tähän on se, että ihmisten suhtautuminen kuolemaan on pelokasta ja asiasta puhumista jopa vältellään. (Erjanti & Paunonen-Ilmonen 2004, 102.)

Surun ensimmäinen tuntemus on usein sokki. Ensimmäiset hetket suruviestin saamisen jälkeen saattavat jäädä hämärän peittoon ja surevalle voi syntyä jopa muistikatkoksia. Myös muita ruumiillisia oireita saattaa esiintyä. (Ahlstedt ym. 33.) Itsesyytökset ja viha ovat usein esiintyviä ensimmäisiä tuntemuksia (Erjanti & Paunonen-Ilmonen 2004, 102–103; Kersting 2012). Surevalle herää myös paljon kysymyksiä joihin on kenenkään vaikea lähteä vastaamaan sekä hän kertaa mielessään kauheimpia hetkiä tapahtuneeseen liittyen. Myös syytökset hoitavaa henkilökuntaa kohtaan ovat hyvin tavallisia. (Tukipaketti surusta.)

Pienen vauvan kuolema on aina erityistä surua aiheuttava tapahtuma. Vanhempien sokki ja suru on sanoinkuvaamaton. Elämä, tulevaisuus ja suunnitelmat tulevaisuutta ajatellen menevät äkillisesti aivan uusiksi. Oman vauvan kuolemaan ei voi valmistautua tarpeeksi. Syytökset itseä ja henkilökuntaa kohtaan ovat normaaleja. Äidit saattavat syyttää itseään siitä, etteivät huomanneet oman vauvansa hätää. Mietteet siitä, olisiko jotakin voinut olla tehtävissä, ovat täysin normaaleja. Aina ei kuitenkaan kaikesta huolimatta olisi voitu tehdä vauvan pelastamiseksi mitään. Jotkut hiipuvat hiljaa, mutta toiset yllättäen. Oli tapa kumpi tahansa, on suru yhtä suunnaton. (Tukipaketti perinataalikuolemasta.)

Huolimatta siitä, että vauva on kuollut jo varhain, mahdollisesti jo ennen synnytystä, on hänestä tullut jo osa perhettä. Vanhemmilla on oikeus lapsen kuolemasta huolimatta helliä lastaan, pukea tämä ja ottaa kuvia tulevaisuuden varalle. Välittömästi kuoleman jälkeen tällaiset asiat saattavat tuntua mitättömiltä, mutta tulevaisuudessa ne ovat arvokas muisto ja aarre. (Tukipaketti perinataalikuolemasta.)

Kätkytkuolema herättää erilaisia tunteita usein siitä syystä, että syytä kuolemalle ei löydetä. Tiedottomuus lisää surun tuntemusta ja tuskaa. Surun ohessa se herättää paljon kysymyksiä. ”Onko vauvani joutunut kärsimään?” lienee kaikkien lapsensa kätkytkuolemalle menettäneiden vanhempien sisällä heräävä kysymys. Oman toiminnan puntaroiminen nousee suureen rooliin. Syitä haetaan vauvan flunssaisuudesta tai nukkumisasennosta. Tutkimuksilla ei kuitenkaan ole saatu täyttä varmuutta siihen, mikä johtaa kätkytkuolemaan, joten syytökset omaa toimintaa kohtaan ovatkin turhia. (Tukipaketti kätkytkuolemasta.)

4.3 Suruprosessi

Suruprosessi alkaa vauvan kuolemasta ja jatkuu siitä eteenpäin, mahdollisesti läpi koko elämän. Suruprosessin aikana sureva käy läpi erilaiset tuntemukset ja surun vaiheet itsesyytöksistä, tuskasta ja ahdistuksesta aina kuoleman hyväksymiseen ja surun kanssa toimeen tulemiseen asti. Suruprosessin kulku on yksilöllinen ja henkilökohtainen siinä missä itse surukin. (Telenius 2010, 8–9.) Kübler-Ross ja Kessler (2006, 23–26) kuvaavat kirjassaan surun viittä vaihetta, jotka ovat; kieltäminen, viha, kaupanteko, masennus ja hyväksyminen.

4.3.1 Kieltäminen

Kieltämisellä ei tarkoiteta sitä, että asian todellisuus kiellettäisiin vaan asia koetaan epätodelliseksi, lähes unenomaiseksi ja kuolleen toivotaan palaavan takaisin aamun tullen. Kieltämisen vaiheessa ihminen tuntee itsensä lomaantuneeksi eikä tiedä miten ja miksi jatkaa elämässään eteenpäin. Kieltäminen kuitenkin auttaa surevaa pitämään puoliaan ja auttaa häntä selviämään eteenpäin surussa ja elämässä. Asian läpikäyminen omassa mielessään uudelleen ja uudelleen on normaalia ja auttaa jaksamaan eteenpäin. Ajan kanssa kuoleman peruuttamattomuus alkaa selkiytyä ja asian hyväksyminen alkaa edetä. (Kübler-Ross & Kessler 2006, 23–26.)

4.3.2 Viha

Toisena suruprosessin vaiheena on viha. Sureva voi olla vihainen siitä, että menetti jotain aivan liian aikaisin. Vihainen siitä, ettei itse huomannut edessä olevaa tilannetta tarpeeksi aikaisin. Vihainen siitä, ettei itse voinut asialle tehdä jotakin tai miettii sitä, olisiko kuitenkin voinut tehdä. Vihainen hoitohenkilökunnalle siitä, ettei lasta saatu pelastettua. Vihan tunteita saattaa herättää myös se, että kokee jääneensä yksin. Myös syyllisyyden tunteet luokitellaan vihan tunteiksi. Vaikka viha ja suuttumus mielletään usein negatiivisiksi asioiksi, ovat ne kuitenkin suruprosessin osana merkki siitä, että sureva edistyy prosessissaan. (Kübler-Ross & Kessler 2006, 26–32.)

4.3.3 Kaupanteko

Kolmantena suruprosessin vaiheena Kübler-Ross ja Kessler (2006, 33–36) kuvaavat kaupantekoa. Kaupanteolla tarkoitetaan sitä, että sureva yrittää erilaisin teoin ja ajatuksin ikään kuin saada läheisensä takaisin. Jos sureva olisikin tehnyt asioita toisin olisiko läheinen voinut elää. Sureva saattaa tehdä lupauksia asioista jos saa läheisensä takaisin. Myös ajatukset siitä, että olisi itse kuollut, ikään kuin toisen sijasta, kuuluvat kaupantekoon. Ajan myötä kaupanteon tyyli muuttuu ja aletaan tehdä kauppaa tulevaisuuden suhteen. Lapsensa menettäneelle äidille saattaa kaupanteon aiheena olla esimerkiksi tulevien lapsien terveys ja hyvinvointi.

4.3.4 Masennus

Neljäs vaihe suruprosessissa on masennus. Suruun liittyvästä masennuksesta puhuttaessa on tärkeä ymmärtää se, että kyseessä ei ole mielenterveyteen liittyvään masennukseen verrattavissa oleva tila. Suruprosessiin liitettävä masennus saattaa kuitenkin joissakin tilanteissa ajautua sairaudeksi luokiteltavaan masennukseen. Surun yhteydessä masennus on hetki, jossa ollaan syvimmissä tuntemuksissa joita suruprosessin aikana käsitellään. Masennusvaihe saattaa tuntua erittäin pitkältä ajalta. Arkipäiväiset asiat tuntuvat vaikeilta. Aamulla nouseminen saattaa olla ylivoimaista ja kaikki asiat elämässä tuntuvat merkityksettömiltä. Masennuksen voimakkuuden luo

ymmärrys siitä, ettei läheinen ihminen enää palaa takaisin kaikesta aiemmasta vihasta ja kaupanteosta huolimatta. (Kübler-Ross & Kessler 2006, 37–41.)

4.3.5 Hyväksyminen

Viimeinen vaihe suruprosessissa on hyväksyminen. Hyväksymisellä ei kuitenkaan tarkoiteta sitä, että ihminen olisi kunnossa, eikä surun tuntemuksia enää ole. Hyväksyminen ei myöskään tarkoita sitä, että menetetty olisi jollakin tavoin unohdettu. Sen sijaan läheisen menetys on hyväksytty pysyväksi tilanteeksi ja sen mukaan aloitetaan uuden elämäntilanteen rakentaminen. Itsensä sekä muiden syyttely vähenee ja lopulta häviää kokonaan. Kaikesta tilanteen hyväksymisestä huolimatta surevalla saattaa esiintyä syyllisyyden tunteita siitä, että on jatkanut elämäänsä. On kuitenkin ymmärrettävä se, ettei menetetty enää palaa ja elämä ilman häntä jatkuu. Hyväksymisestä huolimatta ei läheinen koskaan unohdu, eikä sen pelossa tule jäädä suruun roikkumaan. (Kübler-Ross & Kessler 2006, 41–45.)

5 SUREVAN KOHTAAMINEN JA TUKEMINEN

Surevan henkilön kohtaaminen on jokaiselle ihmiselle haastavaa. Hoitotyön ammattilainen, kätilö tai sairaanhoitaja, kohtaa työssään heitä vaihdellen. Jokainen kokee surun eri tavalla ja se vaikuttaa kykyyn kohdata sureva henkilö sekä tukemisen keinojen hallintaan. Tässä kappaleessa käsittelemme erinäisiä keinoja surevan kohtaamiseen ja tukemiseen kätilö- ja hoitotyössä.

5.1 Surevan kohtaaminen hoitotyössä

Surevan kohtaaminen hoitotyössä on haastava prosessi johon ei koskaan olla täysin valmistautuneita. Erityisen vaikeaa on lapsensa menettäneen henkilön kohtaaminen ja tukeminen sekä hänen surussaan myötäeläminen. Sanoja ei aina löydy eikä niitä aina myöskään tarvita. Jo läsnäololla voi olla surevan olotilaan suuri vaikutus.

Surevan henkilön kohtaamisessa on ensiarvoisen tärkeää antaa surevalle signaaleja sen suhteen, että häntä kuunnellaan ja tuetaan. Ollaan siis läsnä häntä varten. Surevan tulee olla tietoinen siitä, että hoitava henkilökunta on paikalla häntä varten ja valmis kuuntelemaan ja keskustelemaan hänen surustaan. (Erjanti & Paunonen-Ilmonen 2004, 133.) Suurena tekijänä surevan tukemisessa tulee huomioida, että sureva on tietoinen tapahtuman todellisuudesta ja tuetaan häntä käsittelemään asiaa hänen omat voimavaransa huomioon ottaen. Surevalle annetaan reaktiovaiheessa mahdollisuus kertoa, puhua ja käydä läpi tapahtunutta ja tunteitaan. (Kiiltomäki & Muma 2007, 18, 20.)

Surevalle annetaan tilaa surra ja tuntea. Tunnemyrsky sokkietkellä voi olla erittäin voimakas ja laajakirjoinen. Surevan surua ei tule missään vaiheessa vähätellä tai määritellä miten hänen tulisi surra. Surevan itsetuntoa ja itsensä hyväksymistä voidaan tukea osoittamalla, että surun läpikäymisessä kaikki tunteet ovat sallittuja ja normaaleja. Tunnemyrskyyn liittyvillä tunteilla on tarkoituksensa menetyksen kohtaamisessa, niiden avulla surua voi poistaa sisältään ja helpottaa näin ollen omaa oloaan. (Erjanti & Paunonen-Ilmonen 2004, 130.) Joskus pelkkä hoitohenkilöstön paikalla olo osoittaa surevalle henkilölle, että häntä tuetaan vaikeana hetkenä. Aina ei tarvita sanoja. Surevan henkilön tukemiseen tulee aina varata riittävästi aikaa ja tilanteen tulee olla

mahdollisimman kiireetön. (Erjanti & Paunonen-Ilmonen 2004, 133–134.) Myös surevan intymiteettisuojusta tulee huolehtia ja hänen yksityisyyttään vaalia. Ulkopuolisten henkilöiden päästämistä tilanteeseen tulee välttää. (Kiiltomäki & Muma 2007, 18.)

Hoitavan henkilöstön suru saa näkyä tiettyyn rajaan saakka. Tilanteen ei tule kääntyä missään tilanteessa ympäri siten, että surevasta tuleekin kuuntelija ja lohduttaja. (Erjanti & Paunonen-Ilmonen 2004, 133–134.) Hoitavan henkilöstön tulee muistaa, että ne asiat mitä surevalle henkilölle hänen suurimman sokkinsa hetkellä sanotaan, saattavat vaikuttaa hänen elämäänsä vielä hyvinkin pitkän ajan ja siksi sanat tulisi valita erityisen tarkasti. Ihmisen sokkitilasta johtuen tulee myös huomioida se millä äänenpainolla ja kuinka selkeästi asiat ilmaistaan. Selkeä, rauhoittava ja turvallisuutta viestittävä äänenpaino on omiaan sokkitilanteessa. (Kiiltomäki & Muma 2007, 16.)

Kohtaamisen hetkellä tulee hoitavan henkilökunnan suhtautuminen tilanteeseen olla aito, avoin ja kuunteleva. Surevan tulee tuntea, että hänen surustaan ja voinnistaan ollaan aidosti kiinnostuneita. Surevan tunnetilat tulee ottaa vakavissaan huomioon ja kuunnella hälyttäviä merkkejä. Surevan yksin jättämistä tulisi välttää, hänen tukiverkostostaan tulisi olla tietoinen ja heihin tukeutumista tulisi mahdollistaa ja edesauttaa. (Erjanti & Paunonen-Ilmonen 2004, 134.)

5.2 Surevan henkilön tukeminen hoitotyössä

Ihminen käyttää kommunikoidessaan verbaalista ja nonverbaalista viestintää. Samanlaisia yhteistyön keinoja käytetään myös kohdattaessa sureva henkilö. Erilaisin sanoin ja kuuntelemalla voidaan helpottaa toisen oloa, mutta joskus sanoja ei tarvita. Eleet, ilmeet ja liikkeet saattavat viestiä surevalle henkilölle paljon. Myös kosketus osana vuorovaikutusta on sallittua jos sureva henkilö ei sitä erikseen kiellä. Kevyt käden kosketus voi kertoa surevalle, että hänen tunteensa ja surunsa otetaan huomioon ja häntä halutaan tukea ja auttaa. (Kiviniemi, Läksy, Matinlauri, Nevalainen, Seppälä & Vuokila-Oikkonen 2007, 76–77.) Siinä missä hoitohenkilökunta antaa surevalle henkilölle nonverbaaleja viestejä, tulee myös surevan henkilön viestintää tulkita.

Suureen rooliin surevan henkilön tukemisessa nousevat kysymykset ja se miten ne esitetään. Hoitavan henkilöstön tulee osata esittää oleellisia ja selkeitä kysymyksiä joilla voidaan arvioida surevan henkilön tuen tarvetta ja sen laatua. Kysymykset kuten ”Miten voisin auttaa” tai ”Onko teillä joku, kenelle haluaisitte puhua” voivat olla merkittäviä ja niiden avulla saadaan selvyyttä tuen tarpeeseen sekä pystytään rakentamaan surevan tukiverkostoa. Konkreettisten asioiden, kuten nenäliinan tuomista ei tule lainkaan vähätellä tukemisprosessin aikana. Pienillä eleillä on suuri merkitys surevalle henkilölle.

Juuri suru-uutisen saaneen henkilön kanssa tulee luoda turvallinen hetki. Tila tai muu tarjolla oleva ympäristö pitää rauhoittaa vain ja ainoastaan surijaa, hänen tukiverkostoaan sekä häntä hoitavaa henkilöstöä varten. Surevalla tulee olla mahdollisuus istumiseen. Taustalla voi soida hiljainen ja rauhoittava musiikki. Jos menetetty lapsi on jo ollut konkreettinen osa perhettä, tulee surevalle tarjota mahdollisuus tutkailla esimerkiksi valokuvia kuolleesta lapsestaan. Vaikka surevan henkilön yksin jättämistä ei suositella, tulee hänelle kuitenkin antaa myös omaa tilaa surunsa hetkellä. (Erjanti & Paunonen-Ilmonen 2004, 133–136.)

5.3 Mistä hoitohenkilökunta voi ohjata perheitä hakemaan lisää apua suruunsa

Niin kättilön kuin sairaanhoitajankin tulee osata ohjata surevia perheitä eteenpäin sekä kertoa heille millaista apua ja tukea heille on tarjolla. Vaihtoehdot ovat paikkakuntakohtaisia. Esimerkkejä tukea tarjoavista tahoista ovat kuitenkin Mannerheimin lastensuojeluliitto, terveyskeskusten psykologit, erilaiset kriisiryhmät, seurakuntien sururyhmät sekä mielenterveystoimisto. (Tukipaketti surusta, 2013.)

6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TEHTÄVÄT

Opinnäytetyömme tarkoituksena on perehtyä surevan henkilön kohtaamiseen kättilö- ja hoitotyössä. Olemme opinnäytetyössämme rajanneet surevan henkilöön, joka on kokenut kohtukuoleman myöhäisillä raskausviikoilla tai menettänyt lapsen pian syntymän jälkeen. Lisäksi käsittelemme työssämme kätkytkuoleman. Tarkoituksenamme on perehtyä nimenomaan siihen, millaista kohtelua ja tukea sureva henkilö hoitohenkilökunnalta toivoo heti lapsensa kuoleman jälkeen.

Opinnäytetyömme tavoitteena on tuoda esille lapsensa menettäneiden kokemuksia saamastaan tuesta ja tuen tarpeesta. Pyrimme tätä kautta tarjoamaan käytännön tietoa alan opiskelijoille siitä, miten niinkin haastavassa tilanteessa, kuin surevan kohtaamisessa olisi hyvä toimia ja millaisia keinoja surevan henkilön tukemiseen on tarjolla.

Opinnäytetyön tehtävät:

Kuinka kohdata sureva kättilö- ja hoitotyössä?

Millaista tukea lapsensa menettäneet toivovat hoitohenkilökunnalta?

7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyö on toteutettu kvalitatiivisen tutkimuksen menetelmällä, sillä sen on koettu tarjoavan tietoa surusta ja sen tukemisesta realistisella tavalla. Avoimen haastattelun avulla sureva henkilö voi kertoa surustaan ja sen moniulotteisuudesta vapaammin kuin kyselyjen avulla ja se on koettu erityisen tärkeäksi jotta surun moninaisuus saadaan esille. Avoimen haastattelun avulla saadaan herkästi esille haastateltavien positiiviset ja negatiiviset kokemukset jotka molemmat osaltaan vaikuttavat tulosten eettiseen luotettavuuteen.

7.1 Tutkimusaineiston kerääminen ja analysointi

Opinnäytetyömme on toteutettu kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen periaattein. Surua on tutkittu pääasiallisesti määrällisen tutkimuksen keinoin, mutta sillä ei ole saatu selville niitä asioita, joita surusta halutaan tutkimusten avulla saada selville. Laadullisen tutkimuksen keinoin saadaan surusta laajempaa ja yksilöllisempää tietoa, sekä sen avulla saadaan tuotua esille surun moniulotteisuutta. (Erjanti & Paunonen-Ilmonen 2004, 17.)

Vilka (2005, 97) kuvailee kvalitatiivisen tutkimuksen merkitysten maailmaa tarkastelevaksi tutkimukseksi, jossa merkityskokonaisuudet ovat ihmisestä lähtöisin olevia ja ihmiseen päättyviä tapahtumia. Merkityskokonaisuuksien tavoitteena on ihmisen oma kuvaus kokemastaan todellisuudesta. Laadullisella tutkimusmenetelmällä voidaan siis tavoittaa ihmiselle merkityksellisiksi koettuja tapahtumaketjuja. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa korostuvat ihmisen omat kokemukset, tulkinnat, käsitykset ja motivaatio. Laadullisen tutkimuksen piirteisiin kuuluvat oleellisesti myös aineistolähtöinen analyysi ja tarkoituksenmukaiset tiedonantajat tai tiedonlähteet. (Tuomi 2008, 97.) Koska työmme käsittelee pääosaisesti ihmisten omakohtaisia kokemuksia lapsensa menettämisestä, on laadullinen tutkimus lähtökohdiltaan sopivin opinnäytetyöhömme.

Työmme lähtökohtana ovat haastattelut, jotka ovat laadullisen tutkimuksen yleisimpiä aineistonkeruumenetelmiä. Haastattelujen avulla pyrimme saamaan tarkoituksenmukaista tietoa siitä, millaista tukea sureva henkilö kaipaa

hoitohenkilökunnalta. Haastattelujen tueksi haemme teorial tietoa erilaisista kuolemaan johtaneista syistä sekä surusta ja suruprosessista. Haastattelun olemme valinneet työomme pääasialliseksi aineistokeruumenetelmäksi siitä syystä, että sen avulla saadaan ajankohtaista ja olennaista tietoa siitä, miten sureva henkilö haluaa tulla kohdelluksi ja millaista tukea hän haluaa hoitavalta henkilökunnalta surunsa hetkellä.

Avoimen haastattelun olemme valinneet aineistonkeruumenetelmäksi myös siitä syystä, että haastateltavalle on mahdollista selventää kysymyksiä haastattelun lomassa sekä hänen kanssaan voidaan toimia vuorovaikutuksessa haastattelun ajan. Lisäksi mahdollisia väärinkäsityksiä on helpompi korjata ja avoin haastattelu antaa haastateltavalle mahdollisuuden tuoda myös omat tunteensa esiin, joka on opinnäytetyömme kannalta erittäin tärkeää. Koemme myös, että avoin haastattelu antaa haastateltavalle mahdollisuudet käydä suruaan läpi laaja-alaisemmin kuin kyselylomakkeelle annettu haastattelu. Avoimessa haastattelussa myös haastattelijalla on mahdollisuus väliintulolle sekä tarkentaville kysymyksille tai vastaavasti mahdollisuus rajata haastattelua sen liukuessa ohi aiheesta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 72–74.)

Opinnäytetyön keskeinen aihe on erittäin arka ja siksi haastava. Haastateltavalle tulee luoda mahdollisimman turvallinen ja rauhallinen ympäristö, jossa hän voi kertoa kokemuksistaan mahdollisimman avoimesti. Jos tällaista tilannetta ei saada luotua, syntyy riski siitä, että haastattelulla ei saada selville niitä asioita joita sillä on lähdetty hakemaan.

Tutkimusaineiston keräsimme haastattelemalla kahta lapsensa menettänyttä äitiä sekä Käpy ry:n tukihenkilöä avoimen haastattelun menetelmällä. Opinnäytetyöhömmme osallistuneisiin henkilöihin saimme yhteyden Käpy ry:n kautta. Haastatteluissa käytimme apuna kahta apukysymystä (liite 1.), joihin haastateltavat saivat vapaasti vastata ja kertoa kokemuksistaan.

Haastattelut äänitettiin ja äänitykset purettiin sanasanalta kirjalliseen muotoon, jonka jälkeen haastattelut analysoitiin laadullisen sisällönanalyysin perusteiden. Sisällönanalyysi aloitettiin etsimällä kirjoitetusta sisällöstä asioita, jotka vastasivat opinnäytetyömme tehtäviin. Teksteistä alleviivattiin nämä ilmaisut. Kirjassa Tuomi & Sarajärvi (2013, 108–109) aineistolähtöisen sisällönanalyysin vaiheiksi kuvataan pelkistäminen,

ryhmittely, sekä uusien teoreettisten käsitteiden luominen. Alleviivatuista lauseista muodostettiin sisällönanalyysin teorian mukaisesti pelkistettyjä ilmauksia, jotka vastasivat alkuperäisen tekstin ilmaisuja ja sanomaa. Pelkistettyjä ilmauksia olivat esimerkiksi empatia, kiireettömyys, huolenpito, läsnäolo, tieto, ohjeet, väliinputoaminen, vähättely ja vauvan peseminen. Pelkistetyistä ilmauksista etsittiin yhdenmukaisia ja toisistaan poikkeavia ilmauksia. Näistä ilmauksista lähdettiin rakentamaan omia alaluokkia, jotka tämän jälkeen yhdistettiin omiksi yläluokikseen. Alaluokiksi muodostuivat muun muassa; tunteiden osoittaminen, muistojen luominen, tiedon antaminen ja asioiden järjestely. Alaluokkien yhdistämisestä muodostui opinnäytetyömme yläluokat; emotionaalinen tukeminen, konkreettinen tukeminen ja mitä jäi puuttumaan eli se mitä hoitohenkilökunnalta olisi vielä toivottu.

7.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Työn eettisyyttä tarkasteltaessa tulee huomioida oikeat tieteelliset toimintatavat, joita ovat Leino-Kilpi ja Välimäen (2003, 288) mukaan rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus. Työn tulosten julkaisussa tulee noudattaa avoimuutta ja tiedonhankinnan keinojen sekä tutkimus-, raportointi- ja arviointimenetelmien tulee olla tieteellisesti ja eettisesti kestäviä. Työssä tulee myös olla määriteltynä tutkijoiden vastuu, oikeudet sekä velvollisuudet.

Työn eettisyyden kannalta tulee huolehtia, että tutkimusmateriaalista ja sen säilyttämisestä on laadittu kaikkia osapuolia tyydyttävä kirjallinen sopimus (liite 2.) (Suomen akatemian tutkimuseettiset ohjeet 2003). Kaikilla osapuolilla on koko aineistonkeruun ajan mahdollisuus keskeyttää tutkimus, esittää siihen liittyviä kysymyksiä ja oikeus tulla kohdelluksi kunnioittaen. Lisäksi tutkittavalla on oikeus tietoihin koskien tutkimusta aineistonkeruun aikana sekä sen analysoinnin jälkeen. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 291.) Tutkittavalla tulee olla tiedossa kaikki häntä koskevat oikeudet heti yhteistyösuhteen alusta lähtien (Tuomi 2008, 45).

Tulosten luotettavuuden kannalta on tärkeää, että tarkastelussa ja analysoinnissa otetaan huomioon koko tutkimusaineisto. On siis otettava huomioon työssä esiintyneet positiiviset asiat siinä missä negatiivisetkin asiat, jotta tulosten tarkastelu ja niistä tehtävät johtopäätökset olisivat mahdollisimman luotettavia ja tarjoaisivat

mahdollisimman laajan ja kattavan kuvan tutkitusta aiheesta. Tuotoksemme eettisyyttä lisää myös lähdeainoiston moninaisuus. Lähteitä haetta on pyritty löymätäämn mahdollisimman monia erilaisia, mutta kuitenkin luotettavia lähteitä. Lähteiden ikä on pyritty rajaamaan kymmeneen vuoteen tai sitä uudempaan, jolloin tieto on mahdollisimman tuoretta ja ajantasaista.

Tulosten luotettavuutta heikentää haastateltavien vähäinen määrä sekä heidän kokemuksensa kokonaiskuvan positiivisuus. Tutkimustuloksissa ei siis tule esille erityisen negatiivisia kokemuksia, joita kuitenkin osalla lapsena menettäneistä henkilöistä on. Tutkimuksen luotettavuuden kannalta olisi hyvä saada mahdollisimman erilaisia kokemuksia mahdollisimman monesta lähteestä, jotta tulokset olisivat täysin luotettavia ja vertailukelpoisia. Työssä on kuitenkin näiden haastattelujen sekä teorian puitteissa pyritty tuomaan esille erinäisiä näkökulmia sekä kokemuksia, joilla voidaan todentaa surevan henkilön tuen saannin laatua.

8 TULOKSET

Haastattelujen pohjalta saadut tulokset olivat mielenkiintoisia ja pääasiassa hyvin positiivisia. Tuloksia tarkasteltaessa selkeiksi pääluokiksi nousivat emotionaalisen sekä konkreettisen tuen merkitys sekä se, mitä hoitajilta olisi vielä jääty kaipaamaan surun hetkellä ja pian sen jälkeen. Tuotiin esille, että surevat arvostavat paljon hoitajien empaattisuutta, sekä aitoutta. Suurena seikkana esille tuotiin myös kirjallisen ohjeistuksen merkitys.

8.1 Emotionaalinen tuki

Haastatteluissa korostui emotionaalisen tuen merkityksellisyys. Tärkeänä asiana pidettiin sitä, että hoitohenkilökunta osoitti läsnäolollaan ja pienien asioiden huomioimisella, sitä kuinka he välittävät ja miten lapsen menetys koskettaa myös heitä. Hoitajien herkistymistä tai sitä jos he itkivät tilanteessa, ei pidetty mitenkään pahana asiana. Hoitohenkilökunnalta toivotaankin inhimillistä asennetta ja sitä, että he voivat kohdata perheet omalla persoonallaan, ihminen ihmiselle. Aina ei tarvita sanoja, vaan myös hiljainen läsnäolo, kyky pysähtyä ja sanaton viestintä ovat tärkeitä havaittuja asioita, joita lapsensa menettäneet usein arvostavat. Hyvin tärkeänä asiana nousi myös se, että lapsensa menettäneitä perheitä ei painostettu mihinkään ja että perheet saivat olla rauhassa ja viettää aikaa kuolleen lapsensa kanssa. Yleisesti arvostettiin kiireettömyyden tunnetta.

Ihminen on ihminen toiselle

Lämmitti se, että hoitohenkilökuntaakin kosketti

Vaikka hän itse pahoitteli sitä että itkee, niin musta tuntu vaan siltä, että se ei ollu paha asia.

Haastattelujen sisällöissä nousi hyvin esille myös se, miten tärkeää perheille on muistojen luominen lapsesta ja kuinka hoitohenkilökunta antaa mahdollisuuksia siihen. Kuvien ottaminen kuolleesta lapsesta, mahdollisuus lapsen kylvettämiseen ja pukemiseen sekä jalan- ja kädenjälkien ottaminen ovat erittäin tärkeitä muistoja, joita

perheet eivät välttämättä juuri sillä hetkellä osaa ajatellakkaan tekevänsä. Suurimmaksi katumuksen aiheeksi ovat kuitenkin jääneet juuri nämä asiat, jos niitä ei siinä tilanteessa ole huomioitu. Tällaiset asiat eivät aina surun hetkellä tule sureville vanhemmille mieleen ja tällöin hoitohenkilökunnalta toivotaan rohkaisua näiden muistojen keräämiseen.

Mä sain kylvettää siis sen lapsen, vaikka se oli kuollu. Ja se tarjottiin niin itsestäänselvänä asiana, ettei se tuntunut mitenkään siltä että no en mä voi.

Otettiin huomioon semmosia asioita, mitä siinä tilanteessa ei tuu ajatelleeks, ei pysty.

8.2 Konkreettinen tuki

Emotionaalisen tuen lisäksi konkreettisen tuen tarjoaminen on noussut keskeiseksi seikaksi haastattelujen yhteydessä. Vaikka emotionaalisen tuen tarjoaminen lapsensa menettämisen hetkellä on tärkeää, on myös konkreettisen tuen tarjoaminen sen aikana ja jälkeen koettu tärkeäksi.

On tuotu esille, että tiedon ja tuen tarjoamisen tulee olla jämäkkää ja selkeää. Kaikki mahdollinen jatkossa tarvittava tietoa ja yhteystiedot tulee olla kirjattuna paperille, sillä surun hetkellä kerrotut asiat eivät jää muistiin ja niiden tarve nousee esille vasta myöhemmin, ehkä vasta kotiutumisen jälkeen. Asiat tulee siksi kertomisen lisäksi myös kirjata selkeästi ylös ja tarjota ne sureville. Sureville tulee tarjota suoria mahdollisia yhteydenottopaikkoja ja mahdollisuutta siihen, että häneen ollaan yhteydessä esimerkiksi Käpy ry:stä. Suru vie hetkeksi surevalta henkilöltä voimavarat olla itse yhteydessä tai etsiä mahdollisia yhteydenottomahdollisuuksia ja siksi niiden järjestäminen ennalta ja niiden tarjoaminen on ensiarvoisen tärkeää.

Se on tosi tärkeätä, että sinne Käpyyn ohjataan. Meille se on tosi tärkeä juttu, vertaistuki.

Perheet vaan toivoo sitä, että niillä olis tietoo siitä mistä he lähtee sitä tietoo hakemaan.

Myös hyvän tiedonkulun merkitystä korostettiin ja sen toimivuutta kiiteltiin. Pelko siitä, että tilanteestaan joutuu kertomaan yhä uudelleen ja uudelleen tuli esille useammankin kerran. Helpotuksen tunteita on kuitenkin herättänyt havainto siitä, että tieto kulkee hoitopaikasta toiseen, eikä asioista tarvitse kertoa ja selittää uudelleen. Tilanteesta kertominen on usein kova paikka surevalle ja siksi on koettu ensiarvoisen tärkeäksi, ettei asiaa tarvitse kertoa yhä uudelleen.

Konkreettisena perheen huomioimisena on tuotu esille myöskin tilojen ja tilanteiden järjestämisen merkitys. Perheelle, jossa on jo entuudestaan paljon lapsia, olisi hyvä järjestää perhehuone, jolloin tila hyvästellä kuollut lapsi on mahdollisimman rauhallinen. Esille tuodaan myös perustarpeista huolehtimisen merkitys, kuten ruoan ja juoman riittävydestä huolehtiminen ja yleisesti rauhallisen tilanteen luominen. Hyväksi on koettu, että sisarusten lisäksi myös muilla lähisukulaisilla, kuten isovanhemmilla, tädeillä ja sedillä olisi mahdollisuus hyvästellä kuollut lapsi.

Kuolleesta lapsesta vanhemmat toivovat käytettävän hänen nimeään ja toivotaan, että lasta kohdellaan todellisena perheenjäsenenä eikä vain kuolleen lapsena. Lapsi on osa perhettä ja sellaiseksi perhe hänet itse mieltää ja toivoo myöskin, että hoitohenkilökunta näin tekee. Lapsen mahdollisesta kuolemaa edeltävästä kivuttomuudesta vanhemmat toivovat pidettävän huolta.

Hirveen tärkeätä niille perheille on se, että sitä lasta kohdellaan kauniisti ja puhutellaan nimellä jos lapsella on nimi

Vuosien saatossa on havaittu, että hoitohenkilökunnan tieto ja osaaminen surevan kohtaamisen kannalta on lisääntynyt. Sureva henkilö osataan kohdata ”ihminen ihmiselle” tyyppisesti eikä hänen kohtaamistaan pelätä siinä määrin mitä aikaisemmin. Tiedon lisääntyminen edelleen on kuitenkin ensiarvoisen tärkeää.

8.3 Mitä hoitohenkilökunnalta olisi toivottu

Haastattelujen sisällöstä nousi esille joitakin asioita joita lapsensa menettäneet olisivat toivoneet, mutta eivät surunsa hetkellä ole osanneet tai tajunneet pyytää. Vaikka he kokevat saaneensa paljon, on kuitenkin jäänyt joitakin asioita puuttumaan ja he toivoisivat, että seuraavaksi mainittavat seikat otettaisiin huomioon kohdattaessa ja hoidettaessa lapsensa menettäneitä perheitä.

Esille tuotiin isän jääminen vaille huomiota. Usein menetys tilanteessa huomioi äitiä ja mahdollisesti perhettä kokonaisuutena, mutta isän huomioiminen ja hänen tuen tarve jää valitettavan usein huomiotta. Isät kaipaavat tukea siinä missä äiditkin ja suru on heille yhtä musertava. Isät kaipaisivat konkreettista tietoa tuen saannista sekä kannustusta sen hakemiseen. Hoitohenkilökunnalta toivotaan kykyä huomioda myös isä, tarjota hänelle henkilökohtaisesti tukea ja ohjata hänet tuen piiriin. Isän lisäksi toivottiin tukea myös sisaruksille. Joissakin tilanteissa sisarukset on otettu huomioon hyvin ja heidät on kohdattu osana perhettä, mutta joissakin tapauksissa ovat sisarukset jääneet vaille tukea surunsa kanssa. Myös sisarusten kohdalla toivotaan konkreettista avun piiriin ohjaamista ja esimerkiksi suoraan sovittavaa keskusteluaikaa esimerkiksi psykiatrisen sairaanhoitajan kanssa.

Miehet jää vähän sivuosaan ja ei sitä isää oteta niinku erikseen huomioon.

Esille tuotiin myös lastaan surevan henkilön kokemus siitä, että hän on yksin ja ainoana surunsa kanssa. Vaikka pienten lasten kuolemat ovat Suomessa tänä päivänä harvinaisia, eivät vanhemmat ole kuitenkaan surunsa kanssa yksin. Siksi heille tulee kertoa erilaisista mahdollisuuksista siitä, mistä tietoa ja tukea voidaan hakea. Käpy ry:n kautta on vanhemmilla mahdollista saada kaipaamaansa vertaistukea ja huomata, etteivät he ole yksin.

Huolenaiheeksi on myös noussut lapsensa menettäneiden vanhempien kokemus väliin putoamisesta. Et olekaan enää sairaalan potilas, mutta et enää myöskään neuvolan asiakas. Lapsensa menettäneet toivovat jotakin konkreettista vielä sairaalasta poistumisen jälkeen. He toivoisivat konkreettista kontaktia esimerkiksi neuvolaan tai, että heihin oltaisiin yhteydessä neuvolasta ja kyseltäisiin vointia. Pienten asioiden merkitys korostuu. Usein lapsensa menettäneet ovat menetyksensä jälkeen hyvin

väsyneitä eivätkä itse jaksa ottaa yhteyttä ja kysellä mistä apua saisivat, jolloin olisi hyvin tärkeää, että heihin otettaisiin kontaktia.

Esille tuotiin myös pelko surevan henkilön kohtaamisesta ja eräänlainen osaamattomuus tuen tarjoamiseen liittyen. Aina ei tuen tarjoaminen ole ollut asiallista ja vaihtoehtoina on tarjottu pärjäämistä tai ääripäänä suljettua osastoa. Sairasloman tarvetta ei kaikissa tapauksissa koeta olevan, vaan todetaan tylysti; Suru ei ole sairaus.

9 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Työn edetessä esille nousi sekä teorian, että haastattelujen yhteneväinen linja sekä surevien henkilöiden samankaltaiset toiveet liittyen tukemiseen ja kohtaamiseen. Tulosten pohjalta voidaan myös päätellä, että sureva henkilö ei kaipaakaan hoitohenkilökunnalta suuria sanoja tai tekoja, vaan läsnäoloa ja sanatonta tukea surunsa hetkellä. Seuraavassa kappaleessa tarkastelemme tutkimustuloksia ja niistä tehtäviä johtopäätöksiä

9.1 Tutkimustulosten tarkastelua

Haastatteluissa sekä teoriassa on tullut esille tiedon antamisen tärkeys. Kekustelu synnytyksen kulusta ensiarvoisen tärkeää, vanhemmille tulee antaa asianmukaista tietoa siitä, mitä tapahtuu, miksi ja millon. Vanhempien rohkaisu lapsen katsomiseen ja koskettamiseen lapsen syntymän jälkeen on hyvä tehdä jo hieman etukäteen, jotta vanhemmat pystyvät paremmin suhtautumaan tulevaan tilanteeseen. Haastatteluissa tuli hyvin myös ilmi se kuinka tärkeää ja merkityksellistä muistojen luominen on. Kirjallisuudessa on korostettu myös sitä, kuinka kättilön positiiviset sanat ja myönteinen suhtautuminen lapseen voivat auttaa vanhempia käsittelemään lapsensa kuolemaa. (Raussi-Lehto 2012b, 464–465; Grek-Suihkonen & Laakko 2011, 25.)

Ajan antaminen ja rauhallisen tilan luominen ovat myös nousseet erittäin tärkeiksi asioiksi, joihin hoitohenkilökunnan tulisi kiinnittää huomiota lapsensa menettäneiden perheiden kohtaamisessa. (Raussi-Lehto 2012b, 464–465; Grek-Suihkonen & Laakko 2011, 25.) Niin teorian, kuin haastattelujenkin kautta nousi esille myös kiireettömyyden merkitys kohdattaessa surevaa henkilöä. Erjanti & Paunonen-Ilmosen (2004, 133–134) mukaan on tärkeää luoda kiireettömyyden tuntu ja taata, että surevalle henkilölle on riittävästi aikaa. Haastatteluissa tuli esille myös se, että vaikka vanhemmat toivovat omaa aikaa ja rauhaa lapsensa kanssa, hoitohenkilökunnan tulisi kuitenkin huolehtia siitä, ettei perheille tulisi tunnetta siitä että he ovat tilanteessa aivan yksin. Pieniä eleitä ja voinnin kysymistä vähän väliä on pidetty hyvänä asiana. (Raussi-Lehto 2012b, 464–467.)

Teoriassa on kuvattu sitä, miten tärkeää hoitohenkilökunnan on tiedostaa ja ymmärtää omia tunteitaan. Yleisimmin kuvattuja hoitohenkilökunnan tunteita ovat olleet avuttomuus, pelko ja ahdistuneisuus. (Raussi-Lehto 2012b, 464–465; Grek-Suihkonen & Laakko 2011, 25.) Haastatteluissa nousi kuitenkin esille se, että vanhemmat toivovat hoitohenkilökunnalta inhimillistä kohtaamista, jossa myös heidän tunteensa saavat olla näkyvissä. Hoitajan itkemistä tai herkistymistä tilanteessa ei pidetty ollenkaan pahana asiana, vaan pikemminkin perheiden mielestä on hyväksyttävää, että myös henkilökunnasta voidaan havaita että perheen menetys koskettaa heitäkin. Tässä kuitenkin tulee huomioida myös tietyt rajat eikä hoitohenkilökunnan suru saa kasvaa liian suureksi, jolloin on riskinä, ettei sureva saa hoitohenkilökunnalta riittävästi tarvitsemaansa tukea (Erjanti & Paunonen-Ilmonen. 2004, 133–134). Haastatteluissa tuotiin myös esille sanattoman viestinnän merkitystä. Hoitajan läsnäololla, kiireettömyyden tunnolla sekä koetulla empatialla on haastateltavien mielestä hyvin suuri merkitys.

Kun sairaalasta kotiudutaan, tuen merkitys kasvaa entisestään sillä tilanne konkretisoituu uudella tavalla. Tällöin on ensiarvoisen tärkeää, että sureville on annettu jo sairaalassa tietoa siitä, mistä voi lähteä hakemaan apua suruunsa sekä vertaistukea jonka merkitys on koettu erityisen tärkeäksi. Tukea voidaan saada erilaisten kriisi- tai sururyhmien kautta tai esimerkiksi mielenterveystoimistosta. (Tukipaketti surusta, 2013) Haastatteluissa korostettiin erityisesti sitä, että kaikki ohjeistus ja yhteystiedot tulee antaa suullisen tiedon lisäksi myös kirjallisena.

Jo työtä aihetta valittaessa tiedettiin sen haasteellisuus ja työn edetessä tämä haasteellisuus konkretisoitui. Erityisesti haastattelujen toteuttaminen ja niiden analysoiminen oli tunteita ja ajatuksia herättävää. Koimme erittäin tärkeäksi päästä pureutumaan näinkin haastavaan aiheeseen ja sen pieniin vivahteisiin. Vaikka hoitohenkilökunnalle kuoleman kohtaaminen voi olla jopa arkipäivää, on silti vastasyntyneen kuolema aivan oma lukunsa ja sen herättämät ajatukset ja tunteet aivan omanlaisiaan.

Oman ammatillisen kehityksemme kannalta koimme tärkeäksi saada tietoa pienen lapsen kuoleman synnyttämästä surusta ja siihen liittyvän surun tukemisesta. Sitä tietoa saimmekin runsain mitoin ja pääsimme kuulemaan surevien henkilöiden toiveita siitä

miten he hoitohenkilökunnalta toivovat. Kuoleman kohtaamiseen ei totu, mutta surun hetkellä toimimiseen voidaan saada apuvälineitä sekä itseään voi aina kehittää.

9.2 Jatkotutkimusehdotukset

Kuolema on aiheena hyvin arka, mutta kuitenkin tärkeä asia hoitotyön kannalta. Lapsen menetys kulkee perheiden mukana läpi elämän ja siksi ehdotamme jatkotutkimusaiheeksi sitä, kuinka lapsen menetys vaikuttaa äidin tuleviin raskauksiin. Suru lapsen kuolemasta on vanhemmalle suuri taakka, mutta myös mahdollisesti suuri pelon aiheuttaja tulevaa ja erityisesti tulevia raskauksia ajatellen.

Toisena jatkotutkimusaiheena esitämme myöhemmin syntyneiden lasten surun tutkimista ja siihen liittyviä seikkoja. Tämä aihe on lähtöisin haastatteluissamme esiin tulleista huolista ja toiveista. Lisäksi ehdotamme kolmanneksi jatkotutkimusaiheeksi kohtukuolemaan päätyneen raskauden synnytyksen hoitoa kätilön näkökulmasta.

LÄHTEET

- Ahlstedt, B., Eho, S., Leskelä, P., Martin, J. Minkkinen, L. & Sirkiä, K. 2005. Lapseni on kuollut – jäi jälkeen kaipuu, jäi sanaton suru. Helsinki: Sylva Ry.
- Aho, A. 2010. Isän suru lapsen kuoleman jälkeen. Tuki-interventio ja sen arviointi. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Akateeminen väitöskirja.
- Erjanti, H. & Paunonen-Ilmonen, M. 2004. 1.painos. Suru ja surevat. Surevien hoitotyön perusteet. Vantaa: WSOY.
- Erkkola R. 2011. Sikiön kasvun hidastuminen. Teoksessa Ylikorkala, O. & Tapanainen, J. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. 5.uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.
- Eskola, K. & Hytönen, E. 2008. Nainen hoitotyön asiakkaana. 1.-3. painos. Helsinki: WSOY.
- Fellman, V. & Heikinheimo, M. 2013. Fetomaternaalin ja fetofetaalinen vuoto. Teoksessa Fellman ym. (toim.) Vastasyntyneiden tehohoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.
- Fetomaternaalin vuoto. 2010. Kohtukuolema; kun vauvaonni muuttuu suruksi. Luettu 3.12.2012.
http://www.fosterdod.fi/default/www/tietoa/yleisimpia_syita/verenvuoto_istukan_tai_napanuoran_suonista/fetomaternaalin_vuoto/
- Grek-Suihkonen, M. & Laakko, J. 2011. Enekeliksi syntynyt. Ohje kohtukuoleman kohdanneiden perheiden kohtaamiseen ja tukemiseen. Hoitotyön koulutusohjelma. Mikkelin Ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.
- Hallman, M. 2012. Keskosen hengitysvaikeudet –uudet haasteet. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 128 (24), 2529-36.
- Heinonen, S. 2011. Raskauden jälkipuoliskon verenvuodot. Teoksessa Ylikorkala, O. & Tapanainen, J. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. 5.uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.
- Infektiot. 2010. Kohtukuolema; kun vauvaonni muuttuu suruksi. Luettu 3.12.2012.
http://www.kohtukuolema.fi/default/www/tietoa/yleisimpia_syita/infektiot/
- Jalanko, H. 15.11.2012. Parvorokko. Lääkärikirja Duodecim. Luettu 3.12.2012.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00465
- Järvenpää, A-L. 2012. Vastasyntyneen hoito lapsivuodeosastolla. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita Prima.
- Karikoski, R. 2011. Istukan histopatologisen tutkimuksen merkitys. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 5/2011, 464-72.

Keituri, T. & Laine, R. 3.10.2012. Lapsen kuolema. Sairaanhoidajan käsikirja. Kustannus Oy Duodecim. Luettu 15.11.2012.
http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/shk/koti?p_haku=lapsen%20kuolema

Kelley, M. & Trinidad, S. 2012. Silent loss and the clinical encounter: Parents' and physicians' experiences of stillbirth—a qualitative analysis. BMC Pregnancy Childbirth. Luettu 17.11.2013.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov.elib.tamk.fi/pmc/articles/PMC3533522/>

Kersting, A. 2012. Complicated grief after perinatal loss. Dialogues Clin Neurosci 14(2): 187–194. Luettu 17.11.2013.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov.elib.tamk.fi/pmc/articles/PMC3384447/>

Kiiltomäki, A. & Muma, P. 2007. Tässä ja nyt: Sairaanhoidaja tekee kriisityötä. Sairaanhoidajaliitto. Jyväskylä: Gummerus.

Kiviniemi, L., Läksy, M-L., Matinlauri, T., Nevalainen, K., Seppälä, U-M. & Vuokila-Oikkonen, P. 2007. Minä mielenterveystyön tekijänä. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kirjavainen, T. 2003. Kätkeytkuoleman riskitekijät. Lääketieteellinen Aikakausikirja Duodecim 119 (7), 577-579.

Kuronen-Ojala, M. 2011. Revivalistiset ideat ja äidin toimijuuden mahdollisuudet pienen lapsen kuoleman kohtaamisessa sairaalainstituutiossa ja vertaistukiyhteisöissä. Jyväskylän yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos. Pro gradu –tutkielma.

Kübler-Ross, E. & Kessler, D. 2006. Suru ja surutyö. Helsinki: Bassam Books Oy.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2003. Etiikka hoitotyössä. 1.-2.painos.WSOY.

Lisonkova, S., Hutcheon, J. & Joseph, KS. 2012. Sudden infant death syndrome: a re-examination of temporal trends. BMC Pregnancy Childbirth. 12: 59. Luettu 15.11.2013
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov.elib.tamk.fi/pmc/articles/PMC3437219/>

Litmanen, K. 2012. Istukka, napanuora ja sikiökalvot. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita Prima.

Luukkainen, P. 2011. Vastasyntynyt. Teoksessa Ylikorkala, O. & Tapanainen, J. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. 5.uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Lumio, J. 2009a. Listerioosi. Lääkärikirja Duodecim. Luettu 4.12.2012.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00581

Lumio, J. 2009b. Toksoplasmoosi. Lääkärikirja Duodecim. Luettu 4.12.2012.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00619

Napanuorakomplikaatiot. 2010. Kohtukuolema; kun vauvaonni muuttuu suruksi. Luettu 4.12.2012.
http://www.kohtukuolema.fi/default/www/tietoa/yleisimpia_syita/napanuorakomplikaatiot/

Paavonen, J. 2012. Raskaudenaikaiset infektiot. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita Prima.

Raussi-Lehto, E. 2012a. Syntymän hoidon tarve. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita Prima.

Raussi-Lehto, E. 2012b. Vammaisen tai kuolleen lapsen syntymä. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita Prima.

Ridanpää, S. 2006. Kuolevan hoitotyötä koskevat kirjalliset ohjeet. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.

Rintahaka, P. 2013. Toiminta imeväisen äkkikuoleman yhteydessä. Lääkärin käsikirja. Päivitetty 10.09.2013. Luettu 05.12.2012.
<http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/ltk/koti>

Rosenstein, M., Cheng, Y., Snowden, J., Nicholson, M. & Caughey, A. 2012. Risk of Stillbirth and Infant Death Stratified by Gestational Age. *Obstet Gynecol. Author manuscript* 120 (1), 76–82. Luettu 12.11.2013.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov.elib.tamk.fi/pmc/articles/PMC3719843/>

Saarikoski, S. 2011. Synnytyksen käynnistyminen ja raskauden keston häiriöt. Teoksessa Ylikorkala, O. & Tapanainen, J. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. 5.uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Sariola, A. & Tikkanen, M. 2011. Normaali synnytys. Teoksessa Ylikorkala, O. & Tapanainen, J. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. 5.uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Stakes. 2002. Sosiaali- ja terveystilastot: Synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2001 – tiedonantajapalaute 15/2002.

Suomen Akatemian tutkimuseettiset ohjeet. 2003. Helsinki: Suomen Akatemia. Luettu 17.11.2013.
<http://www.aka.fi/Tiedostot/Tiedostot/Julkaisut/Suomen%20Akatemian%20eettiset%20ohjeet%202003.pdf>

Tarvonen, M., Ulander, V-M., Süvari, L. & Teramo, K. 2011. Vuoto sikiöstä äitiin - joskus lievänkin tapaturman vakava komplikaatio. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 127 (16), 1727-31.

Telenius, E. 2010. Äitien suru ja suruprosessin kehittyminen viisi vuotta lapsen kuoleman jälkeen. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Tertti, K. & Palo, P. 2002. Vasa praevia. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 118 (20), 2123-2126.

Tiitinen, A. 2012. Kohtukuolema (Sikiökuolema). Lääkärikirja Duodecim. Artikkelin tarkastettu 21.9.2012. Luettu 3.12.2012.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00876

Tukipaketti kätkytkuolemasta. KÄPY, Lapsikuolemaperheet ry. Luettu 15.11.2012.
<http://www.kapy.fi/index.php?page=tukipaketti-kaetkytkuolemasta>.

Tukipaketti perinataalikuolemasta. KÄPY, Lapsikuolemaperheet ry. Luettu 10.11.2012
<http://www.kapy.fi/index.php?page=tukipaketti-perinataalikuolemasta>.

Tukipaketti surusta. KÄPY, Lapsikuolemaperheet ry. Luettu 15.11.2012
<http://www.kapy.fi/index.php?page=tukipaketti-surusta>.

Tuomi, J. 2008. Tutki ja lue. 1.-2. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Uotila, J. & Tuimala, R. 2011. Synnytyshäiriöt. Teoksessa Ylikorkala, O. & Tapanainen, J. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. 5. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Uotila, J. 2012. Sikiön ahdinko synnytyksen aikana. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita Prima.

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

Vuori, E. & Gissler, M. 2012. Perinataalitalasto- synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2011. Tilastoraportti 20/2012. THL.

Väisänen, L. 2000. Kuolleen syntynyt lapsi. Duodecim 116/2000, 1507-1512.

Ylikarjula, S. 2008. Kuolema on. Helsinki: Kirjapaja.

Ylikorkala, O. & Tapanainen, J. 2011. Naistentaudit ja synnytykset. 5. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Äimälä, A-M. 2012a. Avautumisvaiheen häiriöt. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita Prima.

Äimälä, A-M. 2012b. Verenvuoto raskausaikana. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A-M. (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita Prima.

Ämmälä, P. & Aitokallio-Tallberg, A. 2011. Sikiöön siirtyvät infektiot. Teoksessa Ylikorkala, O. & Tapanainen, J. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. 5. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

LIITTEET

Liite 1. Kysymykset haastatteluun

Kysymykset lapsensa menettäneille äideille:

Millaista tukea ja kohtelua sait hoitohenkilökunnalta menetyksestä hetkellä ja sen jälkeen?

Millaista tukea ja kohtelua olisit toivonut hoitohenkilökunnalta?

Kysymykset tukihenkilölle:

Millaista tukea ja kohtelua lapsensa menettäneet ovat saaneet hoitohenkilökunnalta menetyksensä hetkellä ja sen jälkeen?

Millaista tukea ja kohtelua he olisivat toivoneet hoitohenkilökunnalta?

Liite 2. Tietoinen suostumus



Liite 1: 1 (2)

TIEDOITE

XX.XX.XXXX

Hyvä haastateltava!

Pyydän Teitä osallistumaan opinnäytetyöhömmme, jonka tarkoituksena on tutkia surevan henkilön tuen saantia ja siihen liittyviä toiveita.

Osallistumisenne tähän opinnäytetyöhön on täysin vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumasta tai keskeyttää osallistumisenne syytä ilmoittamatta milloin tahansa.

Opinnäytetyö toteutetaan haastattelemalla lapsensa menettäneitä henkilöitä sekä tukihenkilöä. Haastattelu toteutetaan kahden apukysymyksen avulla avoimena haastatteluja ja nauhoitetaan analysointia varten. Kaikki haastatteluun osallistuvat ovat yksityisiä henkilöitä sekä osallistuvat vapaaehtoisesti työhön. Haastattelu vie aikaa noin yhden tunnin.

Opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitetään asianmukaisesti. Aineisto on ainoastaan opinnäytetyön tekijöiden käytössä. Aineisto säilytetään salasanalla suojattuina tiedostoina, kirjallinen aineisto lukitussa tilassa.

Teiltä pyydetään kirjallinen suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta. Opinnäytetyön tulokset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä, opinnäytetyön raportista ei yksittäistä vastaajaa pysty tunnistamaan. Opinnäytetyöt ovat luettavissa elektronisessa Theseus - tietokannassa.

Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja opinnäytetyöstämme, vastaamme mielellämme.

Opinnäytetyön tekijät

Maiju Lähtenmäki

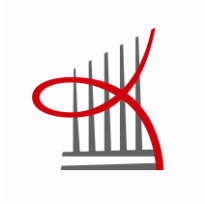
Sairaanhoitajaopiskelija (AMK)

Riitta Mäki-Kokkila

Kätilöopiskelija (AMK)

Tampereen ammattikorkeakoulu

Yhteystiedot: maiju.lahtenmaki@health.tamk.fi, riitta.maki-kokkila@health.tamk.fi



2 (2)

SUOSTUMUS**Surevan tukeminen ja kohtaaminen**

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa opinnäytetyöstä, jonka tarkoituksena on tutkia surevan henkilön tuen saantia ja siihen liittyviä toiveita, sekä mahdollisuuden esittää opinnäytetyöstä tekijälle kysymyksiä.

Ymmärrän, että osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Paikka ja aika

Suostun osallistumaan
opinnäytetyöhön:

Suostumuksen
vastaanottaja:

Haastateltavan allekirjoitus

Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus

Nimen selvennys

Nimen selvennys