

PIRKANMAAN
AMMATTIKORKEAKOULU

LAPSEN ÄKILLINEN KUOLEMA ENSIHOIDOSSA

Jarmo Ruotsalainen

Opinnäytetyö

Lokakuu 2007

Ensihoidon koulutusohjelma

Pirkanmaan ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Pirkanmaan ammattikorkeakoulu
Ensihoidon koulutusohjelma

RUOTSALAINEN, JARMO:
Lapsen äkillinen kuolema ensihoidossa.

Opinnäytetyö 58 s.
Lokakuu 2007

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata lapsensa äkillisesti menettäneen äidin kokemuksia ensihoitohenkilöstöltä saamastaan psyykkisestä ensiavusta. Opinnäytetyön tehtävinä oli selvittää, miten ensihoitohenkilöstö toimii äidin kokemana tilanteessa, millaista psyykkistä ensiapua äiti koki saaneensa ensihoitohenkilöstöltä ja millaista tukea äiti olisi ensihoitohenkilöstöltä toivonut. Tavoitteena työlle oli lisätä ensihoitajien valmiuksia kohdata äkillisesti lapsensa menettäneet vanhemmat.

Työn teoreettisessa osassa käsiteltiin lapsen äkillistä kuolemaa ja vanhempien huomiointia yleisellä tasolla. Lisäksi kuvattiin tilanteiden haastavuutta ensihoitajien kannalta. Traumaattista tapahtumaa käsiteltiin psykologian näkökulmasta tuoden esille sokin aiheuttamat reaktiot sekä psyykinen ensiapu ensihoitajan toteuttamana. Työn perustana oli yksilöllisyys. Työn menetelmiä olivat kvalitatiivinen tutkimus ja syvähaastattelu. Haastateltavana oli äiti, jonka lapsi oli kuollut kotona äkillisesti. Aineisto analysoitiin käyttäen narratiivista analyysiä. Narratiivisuus antoi mahdollisuuden kuvata tutkimuksen kohteena ollut tapahtuma kokonaisuudessaan osaksi tätä työtä. Näin myös lukija saa autenttisen ja tarkan kuvauksen tapahtuneesta oman pohdinnan pohjaksi.

Tutkimustehtävistä saatiin vastaukseksi, ettei ensihoitajien toiminta lapsensa menettäneen perheen kohdalla ole ollut täysin asianmukaista ja ammattitaitoista. Ensihoitajat olivat aloittaneet toivottoman elvytyksen ja jatkaneet sitä 15 minuuttia. Äiti, joka on sairaanhoitaja, piti elvytystä kokonaan turhana. Tilanteessa äiti valokuvasi elvytystä ja isä sai elvyttää ensihoitajien apuna. Perheen muut lapset olivat paikalla. Kun ensihoitajat lopettivat elvytyksen, perhe sai hoitaa vauvaa ja hyvästellä hänet rauhassa. Ensihoitajat poistuivat paikalta ilmoittamatta mitään. Äiti koki, etteivät ensihoitajat toteuttaneet tilanteessa psyykkistä ensiapua, mutta he kuitenkin olivat henkisesti läsnä, mikä näkyi heidän olemuksestaan. Äiti ajatteli, ettei ensihoitajilla ollut helppoa olla tilanteessa.

Johtopäätöksinä todettiin, että vaikka elvytykseen liittyy eettisesti kyseenalaisia seikkoja, oli elvytyksen aloittaminen tässä tapauksessa hyväksyttävää. Väärin saattoi olla toivottoman elvytyksen jatkaminen 15 minuuttia. Lisäksi paikalta poistuminen ilmoittamatta oli epäammattimaista. Psyykkistä ensiapua perheelle toi äidin oma aktiivisuus. Ensihoitajien tarkoituksena on kuitenkin ollut toimia hyvää tarkoittaen ja asianmukaisesti, mutta he eivät ole siihen jostain syystä kyenneet. Joko heidän koulutuksessaan on ollut puutteita, he ovat olleet kokemattomia työssään tai he ahdistuivat tilanteessa. On syytä pohtia paljonko terveydenhuollon koulutuksessa opetetaan psyykkistä ensiapua ja millä metodeilla. Psyykkisen ensiavun antamiseen pitäisi rohkaista nykyistä enemmän.

ABSTRACT

Pirkanmaa University of Applied Sciences
Degree Programme in Emergency Care

RUOTSALAINEN, JARMO:
Sudden Death of Child in Emergency Care

Bachelor's Thesis 58 p.
October 2007

Unforeseen death of a child is a traumatic event that can haunt parents for the rest of their lives. Through proper psychological first aid the initial stress caused by the sudden death can be relieved and the long-term recovery can be initiated. However, especially in cases involving small children, the paramedics are often the first to enter the scene. Thus, it is the actions of the paramedics that set the emotional tone for the recovery.

In this study, the death of an infant and the actions of the paramedics are examined in one particular case from the mother's point of view. The results suggest that the paramedics in this particular case acted unprofessionally and failed to provide psychological first aid. This implies that the paramedics were not adequately trained for psychological first aid, or had little or no experience in providing it.

Keywords: Sudden Death of Child, Emergency Care, Psychological First Aid, Narrative Analysis

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	5
2 LAPSEN ÄKILLINEN KUOLEMA	6
3 TRAUMAATTISEN KOKEMUKSEN KÄSITTELYPROSESSI	11
3.1 Traumaattinen kokemus	11
3.2 Traumaattisen kokemuksen vaiheet	13
3.2.1 Psykkinen sokki.....	13
3.2.2 Reaktiovaihe.....	14
3.2.3 Työstämis- ja käsittelyvaihe.....	15
3.2.4 Uudelleen orientoitumisen vaihe.....	15
4 ENSIHOITAJA PSYYKKISEN ENSIAVUN TOTEUTTAJANA	17
4.1 Ensihoito ja sen toimijat	17
4.2 Yksilöllisyys ensihoitajan työvälineenä	18
4.3 Psykkinen ensiapu	19
5 YHTEENVETO KÄSITTEELLISESTÄ VIITEKEHYKSESTÄ	23
6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE.....	24
7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	25
7.1 Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä	25
7.2 Aineiston hankinta	25
7.3 Narratiivinen analyysi	28
8 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	30
8.1 Lapsensa äkillisesti menettäneen äidin kertomus	30
8.2 Vastaukset tutkimustehtäviin.....	36
9 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA.....	39
9.1 Eettisyys ja luotettavuus	39
9.2 Tulosten pohdinta.....	40
9.3 Johtopäätökset.....	48
9.4 Jatkotutkimus- ja koulutusaiheita.....	49
LÄHTEET	51
LIITE.....	54

1 JOHDANTO

Lapsi kuolee äkillisesti kotona. Vanhemmat ovat sokissa. Kuolema on juuri todettu. Kuollut lapsi makaa lattialla elvytyksen jäljiltä. Paikalla on ambulanssi ja kaksi ensihoitajaa. Kuinka ensihoitajien tulisi toimia tässä tilanteessa? Miten he voisivat parhaiten auttaa vanhempia? Mitä vanhemmat odottavat? Onko sillä ylipäänsä väliä, miten ensihoitohenkilöstö toimii tällaisessa tilanteessa?

Järkyttävän tapahtuman kohdatessaan ihmiselle tulee psyykinen sokki. Se suojaa ihmistä sellaiselta, mitä mieli ei heti pysty käsittelemään. Sokissa lyhytkin ihmiskontakti voi jäädä pysyvästi mieleen ja ammattilaisen toiminta antaa yleensä sävyn koko tapahtumalle vuosiksi eteenpäin. Sokkireaktiot voivat ilmetä myös kiukkuna, syyllistämisenä ja itsesyytöksinä. (Eränen 1991, 80; Saari 2001, 42–43.) Ensihoitaja on haasteellisen tilanteen edessä kohdatessaan läheisensä juuri menettäneitä: miten kyetä irtaantumaan hetkeksi tehokkuuteen pyrkivästä ensihoitojärjestelmästä tukeakseen heitä korrektisti ja neutraalisti, mutta aidosti välittäen.

Ensihoidossa toimivat eivät myöskään ole aina saaneet koulutusta sokissa olevan kohtaamiseen, vaikka jokaisen ammattilaisen, joka työssään kohtaa traumaattisessa tapahtumassa olleita, tulisi osata psyykkisessä sokissa olevan auttamismenetelmät. (Cummins 1994, 70; Saari 2001, 146.)

Halusin tehdä tämän opinnäytetyön, jotta voisin osaltani lisätä ensihoidossa työskentelevien tietoa sokissa olevan auttamisesta. Olen myös itse ensihoidossa jo lyhyenkin aikaa työskennelleenä huomannut, miten haastavaa omaisten tukeminen äkillisissä kuolemantapauksissa voi joskus olla. Lapsen äkillisen kuoleman valitsin aiheekseni siksi, että kyseessä on yksi haastavimpia tilanteita niin omaisille kuin ensihoitajillekin.

Opinnäytetyössä tarkastellaan ensihoitajien toimintaa lapsensa äkillisesti menettäneen äidin näkökulmasta yhden tapausesimerkin kautta. Näin opinnäytetyössä on mahdollisuus syventyä äkilliseen kuolemantapaukseen eri näkökulmasta kuin ensihoitajana työskennellessä. Työ on suunnattu ensihoitajaopiskelijoille, sillä useinkaan valmistuvilla ensihoitajilla ei ole vielä kokemuksia äkillisistä kuolemantapauksista. Työ kuitenkin palvelee kaikkia psyykkisestä ensiavusta kiinnostuneita.

2 LAPSEN ÄKILLINEN KUOLEMA

Lapsi tarkoittaa ihmistä syntymästä murrosikään tai alle 18-vuotiasta. Lapsi on myös tytär tai poika suhteessa vanhempiinsa. (Suomen kielen perussanakirja 2 1995, 23–24.) Äkillinen-sana voidaan määritellä seuraavasti: ”äkkiä, yllättäen, odottamatta, nopeasti tapahtuva, pikainen, yhtäkkinen” (Suomen kielen perussanakirja 3 1995, 651–652). Kuolema käsitteenä määritellään seuraavasti: ”kuoleminen, kuolo, hengenlähtö, hengenmeno, surma, kuolemantapaus” (Suomen kielen perussanakirja 1 1995, 583). Äkillinen kuolema voidaan siis määritellä tilanteeksi, jossa tapahtuu odottamaton, nopeasti tapahtuva ja yhtäkkinen kuoleminen. Tässä opinnäytetyössä lapsella tarkoitetaan alle 18-vuotiasta. Lisäksi edellytetään, että kyseessä on lapsi–vanhempi-suhde. Kuolemaa tässä opinnäytetyössä käsitellään odottamattomana ja äkillisenä. Lisäksi edellytetään, että kuolema on todettu sairaalan ulkopuolella ensihoidon toimesta.

Suomessa oli vuoden 2006 lopussa 1 099 713 alle 18-vuotiasta henkilöä. Kuolemantapauksia Suomessa vuonna 2006 oli 48 065 kappaletta. Näistä alle 18-vuotiaiden kuolemia oli 344 kappaletta, joista alle yksivuotiaiden kuolemia oli 167 kappaletta. (Tilastokeskus 2007.) Äkillisiä kuolemia ei erikseen tilastoida, mutta kuolinsyistä voidaan päätellä äkillisiä kuolemia tapahtuvan. Koko lapsuusiän yleisin kuolinsyy ovat tapaturmat (Paavola 1992, 18). Imeväisikäisten kuolemista yleisin kuolinsyy on kätkykuolema (Jalkanen 2003, 436; Byard 2004, 6). Suomessa kätkykuolemia on vuosittain 30–40 tapaus (Jalkanen 2003, 436). Yli yksivuotiaiden lasten yleisimmät luonnolliset kuolinsyyt ovat pahalaatuiset kasvaimet ja synnynnäiset poikkeavuudet. Epäluonnollisista kuolinsyistä yleisimpiä ovat hukkumiset, liikenneonnettomuudet, palovammat, putoamiset, myrkytykset ja itsemurhat. Toisinaan äkillisen kuoleman syy voi etenkin lapsilla jäädä selvittämättömäksi vielä ruumiinavauksen jälkeenkin. (Byard 2004, 6.)

Lapsen äkillinen kuolema on vanhemmille traaginen ja käsittämätön tapahtuma. Tilanne on erilainen verrattuna siihen, kun lapsi kuolee pitkäaikaisen sairauden jälkeen. Lapsen kuollessa äkillisesti vanhemmat eivät ole yhtään voineet valmistaa itseään tilanteeseen, ja tapahtuma on vaikea käsittää ja hyväksyä. Lapsen menetys merkitsee vanhemmuuden loppua, kun toiveet, haaveet ja odotukset lapsen kasvamisesta ja omasta vanhemmuudesta jäävät mielikuvien varaan. Menetystä ei voi ymmärtää eikä mikään voi korvata

sitä. Mikään ei lohduta. Tieto siitä, että ”joskus” helpottaa, ei auta. (Paavola 1992, 19; Päiviö 1992, 21; Väisänen 1999, 11, 60; Reitala 2002, 182.)

Vielä muutama vuosikymmen sitten lapsensa menettäneitä vanhempia ei osattu auttaa tapahtuman käsittelyssä, vaan henkinen auttaminen perustui unohtamiseen ja peittelyyn. Synnytyksessä kuolleen lapsen vanhemmille ainoa apu saattoi olla muistutus siitä, että on syytä unohtaa tapahtunut, ja että vanhemmat ovat vielä nuoria ja voivat hankkia uuden lapsen. Kuollutta lasta ei annettu vanhempien syliin, koska ajateltiin sen jättävän traumoja. Puoli vuosisataa sitten äitejä saatettiin jopa nukuttaa lapsen kuoltua synnytyksessä vain siksi, että äiti unohtaisi tapahtuneen ja näin välttyisi tuskalta. Lapsen kuolema oli asia, josta ei saanut edes puhua. Vanhemmat eivät saaneet nähdä kuollutta lastaan eikä heille välttämättä edes kerrottu kuolleen lapsen sukupuolta tai hautapaikkaa. Nämä tukahdutetut surut saattavat näkyä nykyisin esimerkiksi vanhainkodissa, jossa dementoitunut vanhus voi ryhtyä muistelemaan vuosikymmeniä sitten kuollutta lastaan. Vanhuksen jo aikuiset lapset eivät välttämättä edes tiedä pienenä kuolleesta sisarusestaan. (Päiviö 1992, 20; Bendt 2000, 25–27.)

Lapsen kuolemaan liittyy vanhemmilla monenlaisia ajatuksia. Vanhempien voimakkaat syyllisyydentunteet ovat tyypillisiä erityisesti tapaturmaisissa kuolemissa. Etenkin isä voi lapsen kuollessa hävetä omaa avuttomuuttaan, koska ei ole pystynyt suojelemaan tarpeeksi hyvin omaa perhettään. Vanhemmat voivat henkensä uhallakin yrittää pelastaa lapsensa vaarasta. He voivat käydä lapsensa päälle makaamaan tai pitää lastaan itseään vasten tiukasti sylissä, vaikka lapsi olisi jo kuollut. Ensihoitajien tehtävä on kertoa kuolleen lapsen vanhemmille, että kaikki voitava on tehty eikä kukaan olisi pystynyt lasta pelastamaan. Ensihoitajan on pidettävä omat tunteensa kurissa, vaikka vanhempien käytös lapsen kuollessa voi joskus olla jopa syyttävää, aggressiivista tai epätoivoista. (Paavola 1992, 19; Päiviö 1992, 21; Dyregrov 1994, 22, 36; Väisänen 1999, 11, 60; Reitala 2002, 182.)

Myös ensihoitajalle tilanne on ahdistava. Lapsipotilas jo itsessään aiheuttaa hätäkeskusta myöten koko ensihoito-organisaatiossa vahvoja tunnelatauksia, jotka voivat vaikuttaa ensihoitajan kykyyn toimia ammattimaisesti ja rauhallisesti. Äkillinen kuolemantapaus lisää aina tilanteen ahdistavuutta. Ensihoitajalle tilanne onkin erityisen vaativa: elvyttäessään ensihoitaja on osa tehokkuuteen pyrkivää ensihoitojärjestelmää, jossa on toimitava ”ei-tilaa-tunteille”-periaatteen mukaisesti, mutta lääketieteellisen ongelman muut-

tuessa henkiseksi perhetraumaksi, ensihoitajan on kyettävä muuntautumaan myötäeläväksi auttajaksi laittaen syrjään omat voimakkaatkin tunnelatauksensa. Tilanteen ahdistavuus ei oikeuta ensihoitajaa kuitenkaan pakenemaan tilanteesta, vaan häneltä edellytetään ammattimaista käytöstä, johon kuuluvat tukeminen ja myötäeläminen. (Cummins 1994, 70; Reitala 2002, 181–182; Jalkanen 2003, 436–437.)

Empatiaa on vaikea opettaa, sillä kyky ja halu myötäelää riippuu paljon auttajan elämäkokemuksesta ja luonteesta, mutta vähintään ensihoitajan on kyettävä kunnioittavaan ja hienotunteiseen käytökseen. Jokainen ensihoidossa työskentelevä joutuu joskus kohtaamaan äkillisen kuolemantapauksen ja sen aiheuttamat sokkireaktiot omaisissa. Empaattisen käytöksen lisäksi on tärkeää, että perheen kriisituen jatko varmistetaan, sillä vanhemmat voivat helposti jäädä yksin surussaan, jos he eivät hae apua omatoimisesti. Lapsen kuollessa kotona vanhemmilla ei ole valmista yhteyttä sairaalaan. Tukea voi tällöin saada esimerkiksi terveyskeskuksesta, mielenterveystoimistosta, SPR:ltä tai seurakunnasta. On kuitenkin varmistettava, etteivät vanhemmat lähde liikkeelle omalla autollaan, sillä sokissa olevalla on vaikeuksia keskittyä ja havainnoida ympäristöään. (Paavola 1992, 19; Cummins 1994, 70; Reitala 2002, 182–183; Jalkanen 2003, 436–437; Kiiltomäki & Muma 2007, 88.)

Kuolemasta kertominen on ensihoitajan tehtävä. Ensihoitajan on pidettävä katsekontaktia kertoessaan kuolemasta ja ilmaistava myötätuntonsa. Kuulijan on myös annettava reagoida omalla tavallaan suruviestiin. Kuolemasta tulee kertoa vanhemmille aina selkeästi käyttäen kuollut-sanaa. Sopivia tapoja kertoa ovat esimerkiksi lauseet ”lapsenne on kuollut” tai ”kyseessä on kuolema”. Kiertoilmaisuja, kuten esimerkiksi ”hän lähti tuonpuoleiseen”, ”hän on poistunut keskuudestamme” tai ”hän nukkui pois” ei tule käyttää. Ammatillaisen sanalla on painava merkitys traumaattisissa tapahtumissa, joten asia tulee kertoa totuudenmukaisesti ja selkeästi. (Cummins 1994, 70; Kiira 2000; Saari 2001, 44.)

Kuolemasta kertominen tulee olla suoraa ja avointa myös lapsille. Kiertoilmausten tarkoitus on ikään kuin lieventää tilannetta, mutta etenkin lapsille ne aiheuttavat lähinnä vain pelkoja. On esimerkkejä, joissa lapsi on alkanut pelätä lentokonetta, koska on liittänyt sen ”taivaaseen nousemiseen”. Puhuttaessa sisaruksen poisnukkumisesta lapsi on alkanut pelätä jokailtaista nukkumaan menemistä. Lapsi voi myös pelätä, että Jumala kaappaa hänet maan päältä taivaaseen, koska kuolemaa on selitetty ”Jumala otti hänet

taivaaseen”-kiertoilmauksella. Lasten kysymyksiin sisarusten kuolemasta on vastattava rehellisesti, sillä kysymykset ovat osa lapsen suruprosessia. Sisarusten tiedontarve on huomioitava, ja heidät on otettava osalliseksi tapahtunutta ja rehellisesti kerrottava tapahtumista, jottei lapsen mielikuvitus ala värittää tapahtunutta. Vanhempia voi muistuttaa myös siitä, että heillä on lupa surra ja näyttää tunteensa, vaikka kuolleen lapsen sisaruksia olisi paikalla. Kaikki salaperäisyys vain hämmentää lapsen mieltä entisestään, ja lapsi myös huomaa teeskentelyn. (Dyregrov & Hordvik 1992, 47; Väisänen 1999, 14, 98, 112; Bendt 2000, 95; Kiiltomäki & Muma 2007, 87.)

On sallittava, että vanhemmat näkevät kuolleen lapsensa ja voivat rauhassa hyvästellä hänet. Ensihoitajien on kuitenkin huolehdittava, että hoitamisesta aiheutuneet roskat ja muut jäljet on ensin siivottu pois. Kuolleella lapsella mahdollisesti olevista intubaatioputkesta ja kanyylista tulee kertoa omaisille etukäteen. On myös hyvä kertoa, etteivät ensihoitajat saa niitä poistaa. Pienillä asioilla, kuten esimerkiksi tyynyn laittamisella lapsen pään alle ja peittelemisellä, voi olla paljon merkitystä siihen kuvaan, mikä lapsesta jää vanhempien mieleen. Tämä saattaa auttaa omaisten tunteiden käsittelyssä myöhemmin. Vanhempien tulisi saada nähdä lapsensa, vaikka lapsi olisi pahastikin loukkaantunut. On tapaus, jossa äiti syytti itseään kauan siitä, ettei ollut pitänyt kiinni tahdostaan nähdä kuollut lapsensa. Lapsi oli joutunut auton tönäisemäksi, ja kaikki sanoivat äidille, ettei hänen pitäisi nähdä lastaan. Tarkoitus oli hyvä, mutta äidin surutyötä suositus olla hyvästelemättä vain vaikeutti. (Rintahaka 1992, 24; Cummins 1994, 70; Kiira 2000; Poijula 2002, 92; Reitala 2002, 182–183.)

Hyvästelyn suuri merkitys osana suruprosessia onkin tajuttu vasta viimeisen 15 vuoden aikana. Ei ole ymmärretty, että kuolleen näkeminen auttaa hyväksymään kuoleman lopullisena, kun kuoleman kieltäminen vaikeutuu. Tästä syystä vanhempia tulee muistuttaa, että vauva on kuolleenakin perheenjäsen, ja lapsen hyvästelyyn tulee rohkaista, jos vanhemmat sitä pelkäävät. Ruumiinkatsominen on ensisijainen surun avaaja ja käynnistäjä. Vanhemmat voivat pitää lasta myös sylissä ja hoitaa lasta. Mitään kiirettä ei tilanteessa enää ole. Myös sisarusten tulee nähdä kuollut perheenjäsen. (Dyregrov & Hordvik 1992, 48; Väisänen 1999, 16; Bendt 2000, 52; Poijula 2002, 91–92; Lähteenoja & Laine 2004, 459.)

Vanhempien tapa kohdata lapsensa menetys on yksilöllinen eikä mitään keskivertomallia ole olemassa. Tärkeintä onkin toimia siten kuin vanhemmasta itsestään parhaalle

tuntuu. Ensihoitajan tulisi kuitenkin aina suositella lapsen hyvästelyä, jos omainen sitä nimenomaisesti kysyy. Tällöin omainen selkeästi haluaa nähdä kuolleen, mutta tarvitsee siihen ammattilaisen rohkaisua. Auttajan tehtävä on aina selvittää itselleen, miten juuri nämä vanhemmat haluavat tässä tilanteessa toimittavan. Vanhemmille tulee myös kertoa se, ettei itseään pidä syyllistää, jos ei pysty toimimaan niin kuin muut. Myös ammatillisista apua tarjottaessa on toimittava yksilöllisesti ja perheen omia toiveita kunnioittaen. (Paavola 1992, 19; Päiviö 1992, 21; Väisänen 1999, 16; Poijula 2002, 92–93; Lähteenoja & Laine 2004, 459.)

Ensihoitajan on tiedettävä myös käytännön asioista äkillisissä kuolemantapauksissa, sillä omaisten kysymyksiin tulee kyetä vastaamaan. Lakiin perustuvasta poliisin paikalle tulosta on hyvä kertoa etukäteen, jos se on mahdollista. On myös hyvä kertoa, että poliisilla on velvollisuus tutkia ympäristö, jossa äkillinen kuolema on tapahtunut. Poliisi voi myös valokuvata ja haastatella omaisia. Myös vainajan kotoa poisviemiseen liittyvistä seikoista ensihoitajan tulee tietää. Jos paikalla on paljon omaisia, on erityisesti huomioitava, että asiat kerrotaan lähimmälle omaiselle. Asioista kerrotaan rauhallisesti ja kysymyksiin vastataan asiallisesti katsekontakti säilyttäen. Tarvittaessa kysymyksiin on vastattava uudestaan sama asiallisuus säilyttäen. (Cummins 1994, 70; Kiira 2000; Reitala 2002, 182–183.)

Erityisesti kätkykuolematapauksissa tukea tarjoaa Kätkykuolemaperheiden yhdistys Käpy Ry. Yhdistys on julkaissut tukipaketin ”Lapsesi on kuollut” (liite 1) jaettavaksi kätkykuoleman kohdanneille perheille. Tukipaketissa on tietoa lapsen kuolemasta, surusta ja käytännön järjestelyistä kuolemantapauksessa. Käpy Ry pitää yllä myös auttavaa puhelinta lapsensa menettäneille, mistä myös löytyy tietoa tukipaketista. Tukipaketti sopii hyvin jaettavaksi jo ensihoitajien toimesta, ja sitä on jaossa ambulansseissa esimerkiksi Helsingissä. Nimestään huolimatta yhdistys tarjoaa apuaan kaikille lapsensa menettäneille vanhemmille. Ensihoitajat voivatkin muun kuin kätkykuoleman ollessa kyseessä, antaa Käpy ry:n yleisesitteen. Esitteitä ja tukipaketteja voi tilata ambulansseihin maksutta Käpy ry:ltä. (Jalkanen 2003, 436–437; Kivikko 2007.)

3 TRAUMAATTISEN KOKEMUKSEN KÄSITTELYPROSESSI

3.1 Traumaattinen kokemus

Traumaattinen kokemus on seurausta traumaattisesta tapahtumasta. Traumaattisen tapahtuman tunnusmerkkejä ovat tapahtuman tai tilanteen ennustamattomuus, sen kontrolloimattomuus ja se, että tapahtuman luonne pakottaa ihmisen vaativaan sopeutumistehtävään, kuten esimerkiksi omaisesta luopumiseen. Psykologisesti ajateltuna traumaattisen tapahtuman uhreja ovat kaikki traumaattisessa tapahtumassa mukana olleet. Heitä ovat läheisensä menettäneet, pelastushenkilöstöön kuuluvat, tapahtuman silminnäkiäjät ja sivulliset. (Saari 2001, 22–27, 35–36, 42, 49.) Tämä työ keskittyy vanhempiin ja heidän psyykkiseen ensiapuunsa traumaattisen tapahtuman uhreina.

Usein ajatellaan, että traumaattisia kokemuksia aiheuttavat tilanteet ovat harvinaisia ja vain harva joutuu niihin. Traumaattisena kokemuksena pidetään vain suuronnettomuuksia, ja ajatellaan, että psyykkistä tukea tarvitaan vain niissä tilanteissa. Kuitenkin niin sanottuja arkielämän traumaattisia tapahtumia on arvioitu tapahtuvan Suomessa vuosittain 30 000–40 000 kappaletta. Tällaisia ovat esimerkiksi äkilliset kuolemat, loukkaantumiset, raiskaukset ja pahoinpitelyt. Ihmisten reaktiot ja tuen tarve ovat samanlaatuisia niin arkielämän traumaattisissa tapahtumissa kuin suuronnettomuuksissakin. (Saari 2001, 28–32.)

Suomessa kriisityö on viime vuosina perustunut paljon vapaaehtoistyöhön eikä rahaa kriisiryhmien päivystyksiin ole ollut. Tämä on kertonut kriisityön arvostamisesta ja myös siitä, miten paljon sen hyötyyn on uskottu. Kuitenkin psykiatrisessa avo- ja sairaalahoidossa kolmasosa kärsii hoitamattomasta surusta. (Poijula 2004, 27–28.) Asiaan otettiin virallisesti kantaa Kaakkois-Aasian luonnonkatastrofin jälkeen, kun huomattiin että psyykkistä apua todella tarvitaan. Sosiaali- ja terveysministeriön (2006) asiantuntijatyöryhmän selvityksessä edellytetään, että kuntien on järjestettävä psyykkistä tukea niin suuronnettomuuksien kuin arkielämän järkyttävien tapahtumien varalle. Työryhmä edellyttää myös, että psyykinen ensiapu on aloitettava välittömästi traumaattisen tapahtuman jälkeen ja sen on oltava kattavaa. Edelleen mainitaan, että ensilinjan auttajien on kyettävä tunnistamaan psyykkistä ensiapua tarvitsevat. Lisäksi heidän kriisituen jat-

ko on turvattava. Tämä edellyttää jatkuvaa koulutusta ensilinjan auttajien ja kriisiryhmien osalta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 55–56.)

Jotta ensihoitaja voi ymmärtää omia ja muiden tunteita toimiessaan työntekijänä traumaattisessa tapahtumassa, on tärkeää tuntee traumaattisen kokemuksen käsittelyprosessi ja erityisesti psyykkinen sokki. Tietämällä traumaattisista tapahtumista ja niiden reaktioista, ensihoitaja voi etukäteen myös vahvistaa itseään niiden kohtaamiseen. Ensihoitaja näkee työssään säännöllisesti vaaroja ja onnettomuuksia ja tietää niiden mahdollisuuden myös omalla kohdallaan, mutta silti hänen on jaksettava tehdä työtään sekä uskallettava elää omaa elämäänsä. Ennakointi ei suojaa traumaattisilta tapahtumilta eikä niiden reaktioilta, mutta toimii tietona elämän jatkumisesta myös traumaattisen tapahtuman jälkeen. (Saari 2001, 47; Vilén, Leppämäki & Ekström 2002, 178.)

Traumaattisen kokemuksen reaktioissa on havaittavissa selkeitä yhtäläisyyksiä ihmisten kesken, ja siksi trauman käsittelyä kuvataan usein eri vaiheina. Psykiatrian professori ja psykoanalyttikko Johan Cullberg (1991, 141) on jakanut kriisiteoriassaan kriisin kulun neljään eri vaiheeseen. Psykologian dosentti Salli Saari (2001) on soveltanut kriisiteoriaa muun muassa ottamalla mukaan suomalaisia näkökantoja. Vaiheet Saaren (2001, 41) mukaan ovat: psyykkinen sokki, reaktiovaihe, työstämis- ja käsittelyvaihe sekä uudelleen orientoitumisen vaihe. Käytän tässä työssä näitä vaihenimityksiä, koska mielestäni ne kuvaavat parhaiten uhrin reaktioita kussakin vaiheessa. Psykologi Atle Dyregrov (1994, 18, 27) käsittelee traumaattisia tapahtumia kahden eri vaiheen mukaan, jotka ovat välittömät reaktiot ja jälkireaktiot.

Tässä työssä keskityn traumaattisen kokemuksen käsittelyprosessin ensimmäiseen vaiheeseen, psyykkiseen sokkiin, koska sillä hetkellä ensihoitajat traumaattisen tapahtuman uhrin kohtaavat. On kuitenkin tarpeen tietää myös muut vaiheet, jotta voi hahmottaa kokonaisuuden ihmisen traumaattisen kokemuksen käsittelystä, ja siksi olen myös ne läpikäynyt. Teorian aiheesta olen koonnut pääosin edellä mainittujen kolmen psykologin julkaisujen pohjalta, koska he ovat tunnettuja ja arvostettuja kriisipsykologeja.

3.2 Traumaattisen kokemuksen vaiheet

3.2.1 Psykkinen sokki

Kun ihminen kohtaa traumaattisen tapahtuman, ensimmäinen reaktio on psykkinen sokki. Se suojaa ihmistä sellaiselta, jota mieli ei pysty heti vastaanottamaan ja käsittelemään. Psykkinen sokki kestää lyhyestä hetkestä muutamiin vuorokausiin. (Cullberg 1991, 142; Dyregrov 1994, 18–19; Saari 2001, 22–27, 42, 49.)

Psykkinen sokki ihmisen tietoisuus muuttuu. Se tarkoittaa sitä, että ihminen käsittelee, käsittelee ja muistaa tietoa normaalista poikkeavalla tavalla. Muuttuneeseen tietoisuuden tilaan liittyvät unenomainen olo, epätodellisuuden tunne, epäusko, muuttunut aikakäsitys ja puutuminen. Tyypillistä on, että uhrille kehittyy niin sanottu ”supermuisti”, jossa eri aistien välittämä tieto käsitellään aivoissa poikkeuksellisen mieleenpainuvasti. Aistit avautuvat ottamaan tietoa normaalia herkemmin ja kaikki niiden tuottama informaatio ikään kuin ”porautuu” aivoihin ilman normaalia valikoitumista. Tästä johtuvat vielä vuosienkin jälkeen ilmaantuvat ”flashbackit” eli takautumat tapahtuneesta. (Cullberg 1991, 142–143; Dyregrov 1994, 18–20; Saari 2001, 42–43.)

Vaikka ihminen näyttäisikin olevan hyvin järjestynyt, ihmisen sisällä voi vallita täysi kaaos. Voimakkaasti normaalista poikkeava käytös on myös mahdollista, kuten esimerkiksi huutaminen, vaatteiden repiminen, saman lauseen toistaminen tai epäolennaisten asioiden puhuminen. Pelkästään aivot eivät toimi ylikapasiteetilla, vaan uhri voi löytää myös aikaisemmin tuntemattomia fyysisiäkin voimia. Ihmisen täydellinen lamaantuminenkin on sokissa mahdollista, joskin harvinaista. Tiedostamattomat taantumisreaktiot ovat kriisiin joutuneen tapa kerätä voimia myöhempiä vaiheita varten, jotta tilanteen läpikäyminen ja suunta kohti täydellistä toipumista onnistuisi. (Cullberg 1991, 142–143; Dyregrov 1994, 18–19; Saari 2001, 48.)

Reaktioiden voimakkuuteen vaikuttavat oleellisesti omaisen ja kuolleen välisen suhteen tärkeys ja läheisyys. Mitä suurempi merkitys kuolleella on ollut sokissa olevan elämässä, sitä mahdottomammalle voi elämän jatkuminen tuntua. Jos omainen uskoo, että kuolema olisi ollut estettävissä, koko suruaika voi pitkittyä. Lisäksi omainen voi kokea pitkään syyllisyydentunteita siitä, ettei kyennyt pelastamaan läheistään. Jälkiviisaus on osa

sokkia, ja siihen liittyvät ajatukset, ettei omainen olisi kuollut, jos olisi toimittu toisin. Yksi suojareaktio on kiukku, joka estää tuntemasta menetystä lopullisena. Kiukkuun voi myös liittyä syyllisten etsiminen, koska sureva kokee läheisen tulevan takaisin, jos syyllistä rangaistaan. (Cullberg 1991, 149–150; Eränen 1991, 80; Dyregrov 1994, 35; Saari 2001, 46–47.)

Sokissa kohdatut ihmiset, heidän suhtautumisensa uhriin ja heidän sanomisensa ovat merkittävässä asemassa uhrin kannalta. Hetkenkin kestänyt kontakti sokissa voi jäädä ihmisen muistiin loppuelämäksi. Erityisesti ammattiauttajien, kuten esimerkiksi terveydenhuoltohenkilöstön, sanat ovat merkityksellisiä ja painavia sanoja. Yleensä ne antavat sävyn koko tapahtumalle. (Saari 2001, 43–44; Reitala 2002, 182; Sillanpää 2003b, 12–13.)

Vaikka ihmisen aistit herkistyvät ja asiat jäävät mieleen normaalia herkemmin, sokissa ihminen ei kuitenkaan havaitse kaikkia tapahtumia ympärillään, vaan havaintokenttä ikään kuin muuttuu putkimaiseksi. Se, mihin havainnot kohdistuvat, havaitaan kuitenkin tarkasti, selkeästi ja yksityiskohtaisesti. Käsitys ajasta voi muuttua, ja siksi esimerkiksi ambulanssin tulo voi tuntua moninkertaisesti pidemmältä kuin todellisuudessa oli. (Cullberg 1991, 143; Dyregrov 1994, 20; Saari 2001, 44.)

Psyykinen sokki tähtää henkiinjäämiseen. Uhrilla voi siksi olla käytössään kaikki elämän aikana opittu ja koettu. Sokissa olevalta voi puuttua kivun tunne eikä sokissa olevalla ole välttämättä ollenkaan tunteita, jotta toimintakyky säilyisi. Mitä järkyttävämpi kokemus, sitä varmemmin tunteita ei ole, ja henkilö suhtautuu tilanteeseen rauhallisesti. Myöhemmin sokin helpottaessa traumaattisen tapahtuman uhrilla voi olla huono omatunto reaktioidensa laimeudesta, koska hän ajattelee, ettei välittänyt kuolleesta omaisestaan tarpeeksi. Auttajat saattavatkin ihmetellä sokissa olevan rauhallisuutta ja ajatella hänen olevan epätavallisen rauhallinen ihminen. (Dyregrov 1994, 19; Saari 2001, 46.)

3.2.2 Reaktiovaihe

Reaktiovaihe muodostaa yhdessä sokkivaiheen kanssa kriisin akuutin vaiheen, mikä kestää 4–6 viikkoa. Kun sokkivaiheessa ihminen sulkee silmänsä päästäkseen pakoon tapahtunutta, reaktiovaiheessa hänen on pakko avata silmänsä ja nähdä, mitä on tapah-

tunut. Reaktiovaiheessa ihminen alkaa ymmärtää, mitä todella on tapahtunut ja miten se muuttaa elämää. Ihminen yrittää myös löytää jotakin syytä ja merkitystä tapahtumalle. (Cullberg 1991, 143.)

Tässä vaiheessa puolustusmekanismit käynnistyvät, ja ne saattavat usein olla hyvinkin primitiivisiä. Jos kriisi on tullut läheisen kuoleman vuoksi, kriisin joutunut saattaa ajatella kuollutta niin paljon, että kokee harhoja kuolleesta. Tällöin kriisissä oleva yrittää psyykkisesti korjata tilannetta ja näin saada pysymään kuollut henkilö edelleen olemassa olevana. (Cullberg 1991, 143–144.)

Koska reaktiovaihe on aktiivista tapahtuman ja sen aiheuttamien tunteiden käsittelyä, myös tukemismenetelmät poikkeavat oleellisesti sokkivaiheesta. Nyt apu ei enää ole puhdasta tukea, vaan traumaattisen asian käsittelyprosessia vauhdittavaa ja suuntaavaa. (Saari 2001, 153.)

3.2.3 Työstämis- ja käsittelyvaihe

Kahdessa ensimmäisessä vaiheessa traumaattisen tapahtuman uhri on keskittynyt täysin kriisin aiheuttaneeseen tapahtumaan, mutta tässä vaiheessa ihminen pystyy vähitellen jo miettimään tulevaa. Uhri kokee, ettei enää jaksaa puhua tapahtumasta. Kokemuksen käsittely ei kuitenkaan lopu, vaan se jatkuu omassa mielessä. Käsittelyprosessi hidastuu kahteen ensimmäiseen vaiheeseen verrattuna. Vaiheen tarkoituksena on menetyksestä luopuminen ja suru. Jossain vaiheessa vaihetta tulee hetkiä, jolloin mielen täyttää jokin muu asia. Nämä hetket lisääntyvät ajan kuluessa. (Cullberg 1991, 152–153; Saari 2001, 60–61.)

3.2.4 Uudelleen orientoitumisen vaihe

Traumaattinen tapahtuma tuo usein mukanaan elämänmuutoksia, jotka edellyttävät uhrilta paljon sopeutumista. Sopeutuminen alkaa tapahtuman hyväksymisen kautta. Työstämis- ja käsittelyvaiheessa tulleet luopuminen ja suru avaavat tilaa uudelle elämänvaiheelle. Ihmiselle tulee uusia kiinnostuksen kohteita menetettyjen tilalle. Vaihe ei pääty koskaan, vaan ihminen jatkaa elämäänsä ikään kuin tuntien tapahtuman arpena, joka

tulee aina pysymään mukana. Traumaattinen tapahtuma voi aika ajoin tuntua äkillisinä ja tuskallisina muistoina. Jos ihminen on pystynyt selvittämään kriisin aikaansaamat tunteet, kykenee hän elämään jo normaalia elämää tässä vaiheessa. (Cullberg 1991, 153–154; Saari 2001, 67.)

4 ENSIHOITAJA PSYKKISEN ENSIAVUN TOTEUTTAJANA

4.1 Ensihoito ja sen toimijat

Asetus sairaankuljetuksesta (1994) määrittelee ensihoidon seuraavasti: ”Asetuksessa tarkoitetaan ensihoidolla asianmukaisen koulutuksen saaneen henkilön tekemää tilanteen arviointia ja välittömästi antamaa hoitoa, jolla sairastuneen tai vammautuneen potilaan elintoiminnot pyritään käynnistämään, ylläpitämään ja turvaamaan tai terveydentilaa pyritään parantamaan perusvälineillä, lääkkeillä taikka muilla hoitotoimenpiteillä.”

Ensihoito on yleensä potilaan oireen mukaista hoitoa eikä se pyri lopulliseen diagnoosiin. Ensihoitoa antavat myös hoitolaitokset, jos ne eivät pysty potilaan tilan edellyttämään lopulliseen hoitoon, kuten esimerkiksi tehohoitoon. Ensihoito lakkaa, kun potilaan hoitovastuu on luovutettu potilaan lopulliseen hoitoon pystyvän sairaalan päivystävällä lääkärille. (Kinnunen 2002, 8–9.)

Tämä opinnäytetyö keskittyy vain sairaalan ulkopuoliseen ensihoitoon. Ensihoitohenkilöstöstä puhuttaessa tarkoitetaan sairaalaan ulkopuolisessa ensihoidossa eli käytännössä ambulanssissa työskentelevää henkilöstöä.

Ensihoitotyössä toimii nykyisellään useita eri terveydenhuoltoalan ammattitutkinnon suorittaneita, kuten esimerkiksi lääkintävahtimestari-sairaankuljettajia, lähihoitajia ja sairaanhoitajia. Uusimpana ammattiryhmänä ensihoidossa toimivat ensihoitaja AMK -tutkinnon suorittaneet. Ensihoitaja ei ole ainakaan toistaiseksi laillistettu terveydenhuoltoalan ammattihenkilö eikä nimikettä ole suojattu. Siitä syystä ensihoitaja-teksti työntekijän rinnassa ei takaa, että henkilö olisi suorittanut ensihoitaja AMK -tutkinnon, vaan nimikettä käytetään ensihoitotyössä vaihtelevasti. Lisäksi ensihoidossa toimii myös henkilöitä, jotka eivät ole suorittaneet terveydenhuoltoalan tutkintoa, kuten esimerkiksi pelastaja ja palomies. (Kinnunen 2002, 12.)

Käytännön syistä tässä työssä käytetään kuitenkin ensihoitaja-nimitystä tarkoittamaan ambulanssissa työskentelevää henkilöä riippumatta henkilön koulutustaustasta.

4.2 Yksilöllisyys ensihoitajan työvälineenä

Yksilöllisyys on yksi hoitotyön periaatteista. Periaatteet ovat hoitotyössä yleisesti hyväksytyjä hoidon perusteita, joihin koko hoitaminen pohjaa. Periaatteet perustuvat hoitotyön arvoihin ja eettisiin säännöksiin, ja ne ohjaavat hoitajaa antamaan potilaalle tai asiakkaalle parhaan hoidon hoitotyötä ohjaavien lakien ja asetusten ohella. Muita periaatteita ovat esimerkiksi vastuullisuus, tasavertaisuus, ammatillisuus ja omatoimisuus. (Kääriäinen 1993, 91–92, 96, 99–100.)

Kun hoitaja on selkiyttänyt hoitotyön periaatteet, se johtaa kykyyn ja haluun toimia niiden mukaisesti. Niiden avulla hoitaja pystyy perustelemaan hoitopäätöksensä sekä myös määrittelemään itselleen, millaista hoitoa pitää arvokkaana. Korkeatasoisessa hoidossa ovat mukana kaikki periaatteet. (Kääriäinen 1993, 92, 101–102.)

Yksilöllisyyden periaate on johdettu hoitotyössä yleisesti hyväksytystä ihmiskäsityksestä, minkä mukaan ihminen on ainutkertainen, henkinen ja tajunnallinen yksilö, jolle vapaus ja yksilöllisyys ovat tärkeitä. Potilaan tai asiakkaan tarpeet ovat hoitotoiminnan lähtökohta. Yksilöllisyyteen kuuluu se, että hoitaja tiedostaa ihmisten välillä olevan eroavaisuuksia. Yksilöllisyys voidaan riistää potilaalta esineellistämällä hänet. Se voi näkyä esimerkiksi tapana puhua potilaasta tapauksena. (Kääriäinen 1993, 104–107.)

Ensihoito, kuten kaikki ammattimainen ihmisten auttaminen, on myös asiakaspalvelutyötä. Asiakaspalvelutyössä asiakas – ensihoidossa potilas – on aina keskeinen. Ensihoitajan on kunnioitettava jokaisen ihmisen yksilöllistä arvoa, jotta autettavan elämällä olisi siinä hetkessä merkitys ja sisältö. Ihmisarvo on ehdoton, jakamaton ja kaikille yhteinen, ja jokaisella on oikeus hyvään kohteluun ainutlaatuisuutensa ja arvonsa mukaisesti, sillä lähtökohtana ovat asiakkaan arvot ja näkemykset. Auttamistyössään ensihoitaja on yhtä aikaa yhteiskunnallista tehtävänsä suorittava työntekijä, mutta myös ihminen, joka jakaa autettaviensa kanssa ihmisenä olemista. (Ahonen 1994, 49–50, 52; Siljanpää 2003a, 16.)

Jokaisen ihmisen suru on ainutlaatuinen, ainutkertainen sekä omanlaisensa. Empatia on väline yksilöllisyyteen. Empatiassa auttaja asettuu autettavan asemaan ja katsoo maailmaa tämän näkökulmasta. Näin auttaja pystyy virittymään samaan tunnekokemukseen, joka autettavalla on. Empaattisuuden tunnusmerkkejä ovat ystävällinen käytös, lämpi-

myys, myötätunto, tuttuus, iloisuus sekä aito kiinnostus hoidettavaa kohtaan. Useimmat terveydenhuoltopalvelujen käyttäjät korostavat juuri empaattisuuden merkitystä hoitotyössä. (Ahonen 1994, 52–53; Sillanpää 2003b, 13; Kiiltomäki & Muma 2007, 81.)

Traumaattisen tapahtuman uhrin kohdatessaan ensihoitajan ja uhrin välille syntyy vuorovaikutussuhde, missä yksilöllisyys luo luottamusta turvallisuuden tunteen kokemisen kautta. Vuorovaikutussuhteen ollessa yksilökeskeinen auttaja on olemassa autettavaa varten. Toisin sanoen autettava asioineen on keskeinen ja auttaja on suhteessa ammatillinen, vastaanottava osapuoli, joka kuuntelee. Kun autettava kokee tulleen kuulluksi ja ymmärretyksi yksilöllisessä arvossaan ja hänet on otettu todesta tässä ja nyt, luottamus auttajaan kehittyy ja vahvistuu. Luottamuksellinen kontakti tulee pystyä luomaan lyhyessäkin ajassa. (Ahlfors, Saarikoski & Sova 1992, 54; Sillanpää 2003b, 14.)

4.3 Psykkinen ensiapu

Psykkinen ensiapu on nimitys psykososiaaliselle tukimuodolle, jota annetaan psykkinessä sokissa olevalle. Psykkinen ensiapu on perustaito, mikä jokaisen tulisi osata. Ainakin ammattilaisen, joka kohtaa työssään traumaattisen tapahtuman uhreja, tulee osata psykkinen ensiapu. Uhrien kertomuksista on voitu havaita, että ensilinjan auttajien, kuten esimerkiksi ensihoitajien, määrätietoinen ja osaava toiminta on heti rauhoittanut mieltä ja tehnyt olosta turvallisen. (Cummins 1994, 70; Saari 2001, 141, 143; Vilén ym. 2002, 175.)

Ensihoidossa toimivat eivät aina saa asianmukaista koulutusta siihen, miten kohdata läheisensä menettänyt omainen, vaikka tapahtumalla on merkittävä vaikutus myöhemmän surun käsittelyyn. Jos järkyttävät uutiset omaisen kuolemasta kerrotaan epäasiallisesti ja huolimattomasti ilman aitoa välittämistä, saattaa sillä olla pitkäkestoisia psykkinisiä vaikutuksia koko perheelle. Psykkinen ensiapu on vaativaa ja raskasta, ja siihen tarvitaan kouluttautumista. (Cummins 1994, 70; Saari 2001, 142.)

Psykkinen ensiavun perustan muodostavat tuki ja huolenpito. Tähän kuuluvat rauhoittaminen ja läsnäolo. Myös apu käytännön asioiden hoidossa, kuten esimerkiksi yhteisissä perheenjäseniin ja muihin läheisiin, kuuluu psykkineseen ensiapuun. Aktiivinen apu traumaattisen kokemuksen varsinaisessa käsittelyssä on aiheellista vasta prosessin myö-

hemmissä vaiheissa, koska sokissa ollessaan uhri ei ole vielä valmis vastaanottamaan mitään. (Cullberg 1991, 164–165; Saari 2001, 141; Vilén ym. 2002, 180; Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 60; Kiiltomäki & Muma 2007, 45.)

Traumaattisen tapahtuman uhria ei saa jättää yksin, sillä hän ei välttämättä pysty huolehtimaan itsestään. Empatia eli toisen tilaan asettuminen on olennainen osa sokissa olevan auttamista. Puhuminen ei ole etusijalla, vaan kuunteleminen. Tämä voi helpottaa auttajaa, sillä usein ajatellaan, ettei voi auttaa uhria, koska ei osaa sanoa mitään järkevää, helpottavaa tai lohduttavaa. (Cullberg 1991, 164; Saari 2001, 141; Vilén ym. 2002, 180; Kiiltomäki & Muma 2007, 18.)

Olennaista on olla levollisesti läsnä ja sokissa olevan käytettävissä. On tärkeää saada aikaan tunnelma, joka rauhoittaa ja luo turvallisuutta. Yksi tapa rauhoittaa tilanne on istua uhrin viereen. Tämä kertoo sokissa olevalle, että auttaja on nyt käytettävissä eikä hänellä ole kiire mihinkään. (Cullberg 1991, 164; Cummins 1994, 70; Saari 2001, 142; Vilén ym. 2002, 180–181; Kiiltomäki & Muma 2007, 18.)

Sokissa olevan reaktiot tulee hyväksyä sellaisenaan ja uhrin tulee saada tuoda tunteensa vapaasti esille. Uhreihin tulee suhtautua positiivisesti ja kärsivällisesti. Uhrin tulee saada kertoa tapahtumista, vaikka se tapahtuisi kerta toisensa jälkeen, sillä tapahtuneen läpikäyminen yhä uudelleen auttaa uhria tässä vaiheessa. Jos uhri kysyy tapahtuneesta jotakin, on oltava rehellinen, sillä hetkellisesti auttanut asioiden kaunistelu tuntuu myöhemmin vain entistä pahemmalta. Joskus harvoin uhri ei halua puhua. Häpeää aiheuttavat tapahtumat, kuten esimerkiksi raiskaukset ja pahoinpitelyt, voivat aiheuttaa puhumattomuutta. Tällöin tärkeintä on levollinen läsnäolo. (Cullberg 1991, 165; Cummins 1994, 70; Saari 2001, 142–143; Vilén ym. 2002, 180–181; Kiiltomäki & Muma 2007, 18.)

Kosketuksella on turvallisuutta antava merkitys, koska se kuvastaa huolenpitämistä ja aitoa välittämistä. Koskettamista tulee harkita kuitenkin aina yksilökohtaisesti. Auttajan liikuttuminen ei välttämättä ole huono asia, sillä se voi tuoda myötäelämisen tunteen vahvana tilanteeseen. Se ei kuitenkaan saa heikentää autettavan luottamusta auttajan kestokykyyn toimia kuuntelijana. (Cullberg 1991, 165; Cummins 1994, 70; Saari 2001, 142; Vilén ym. 2002, 180.)

Lohduttaminen ei ole psyykkistä ensiapua. Lohdutus perustuu tulevaisuuteen ja siihen, että ”aika parantaa haavat”. Traumaattisen tapahtuman uhrilta häviää aikaperspektiivi, ja siten tulevaisuutta on mahdotonta hahmottaa. Kun ei ole tulevaisuutta, ei ole lohtuaakaan. (Cullberg 1991, 171–172; Dyregrov 1994, 18–19; Saari 2001, 144–145.)

Lohduttaminen tulee auttajan omista tunteista. Auttaja kokee tilanteen herättämät omat voimakkaat avuttomuuden ja ahdistuksen tunteensa niin sietämättömiksi, että alkaa lohduttaa. Auttaja ajattelee virheellisesti, että se, mikä auttaa häntä itseään, auttaa myös sokissa olevaa. Auttajaa voi esimerkiksi helpottaa tieto, että muillekin on käynyt näin ja jotain vielä tätäkin pahempaa on maailmassa tapahtunut. Tämän kertoessaan autettava kokee auttajan kuitenkin vain vähättelevän. Myös autettavan ajatus siitä, ettei kukaan ymmärrä häntä, vahvistuu. (Cullberg 1991, 174–175; Saari 2001, 144.)

Auttaja voi myös virheellisesti yrittää saada uhrin huomion muualle, jotta uhri ikään kuin unohtaisi tapahtuneen. Tämäkin on auttajan tarve saada tilanteeseen helpotusta, ja saada muuta ajateltavaa, mutta uhria tämä ei helpota, vaan enneminkin se tuntuu naurettavalle ja teennäiselle. Pahinta on vakuuttelu uhrin tunteiden tietämisestä. Uhrilla on vahva tunne siitä, ettei kukaan ymmärrä häntä sillä hetkellä, ja jos tässä tilanteessa auttaja väittää tietävänsä uhrin tunteet, se loukkaa autettavaa. (Bendt 2000, 238–239; Saari 2001, 144.)

Yleensä lohduttamisesta seuraa, että autettava kokee auttajan olevan kestävä kuuntelemaan uhrin kertomuksia, koska hän haluaa tyyntä uhrin surureaktiot. Uhri kokee, että on pakko reipastua ja olla ilmaisematta, miltä oikeasti tuntuu, ettei tilannetta kestävä auttaja vain säikähtäisi ja lähtisi kokonaan pois. Lohduttaminen vie näin ollen tilaa todellisilta tunteilta, mitkä uhrin tulisi kuitenkin saada kertoa. Lohduttaminen on kuin kieltäisi uhrilta oikeuden suremiseen. Ennemminkin tulee vahvistaa surua antamalla menetyksen tuskan tulla juuri sellaisena kuin se tulee. (Bendt 2000, 239–240; Saari 2001, 145.)

Vaikka ihmisellä on käytössään paljon voimavaroja sokissa ja toiminta on tarkoituksenmukaista, kyky tehdä päätöksiä on puutteellinen. Ulkopuolisten on silloin tehtävä päätökset ja yleensä sokissa olevat myös tottelevat helposti. Kyse ei ole kuitenkaan uhrin lamaantumisesta, vaan valtaosa ihmisistä yleensä säilyttää toimintakykynsä. Sokissa

olleet ihmiset ovat usein olleet kiitollisia saamastaan avusta juuri päätöksentekotilanteissa. (Dyregrov 1994, 26; Saari 2001, 48.)

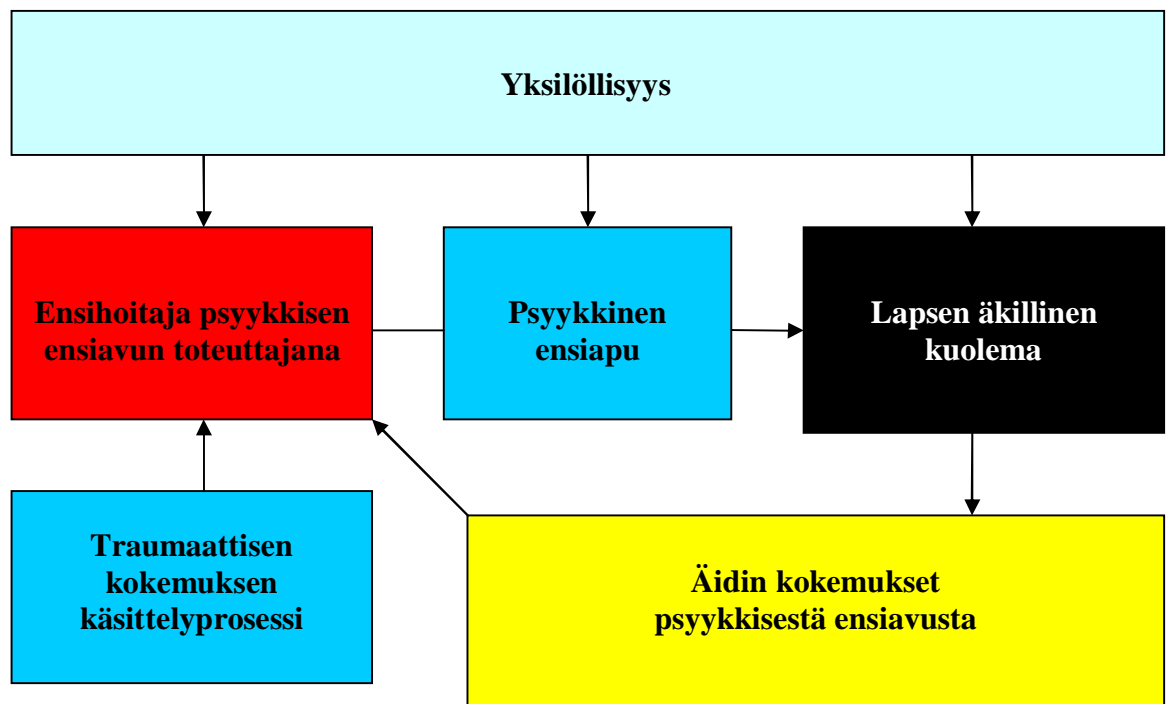
Sokki ja paniikki ovat eri käsitteitä, eikä niitä saa sekoittaa keskenään. Vain harva sokissa oleva joutuu paniikkiin, vaikka usein toisin luullaan. Onnettomuuspaikalla voi kymmenistä uhreista vain yhdellä olla paniikki, mutta voimakas käyttäytyminen jää helposti ihmisten muistiin, ja siksi paniikkia luullaan esiintyvän laajasti. Myös elokuvissa ja kertomakirjallisuudessa annetaan usein virheellinen kuva paniikin esiintymisestä. Olennaista paniikissa olevan auttamisessa on rauhoittava tasainen puhe, turvallinen fyysinen ote ja hänen siirtämisensä syrjään. Paniikkiin joutunut ei ymmärrä sanojen merkitystä eikä aina edes kuule puhetta. Vaikka paniikki on harvinaista, se kuitenkin tarttuu herkästi muihin ihmisiin, ja siksi paniikissa oleva on siirrettävä syrjään. Paniikki on egoistinen reaktio, joka saa ihmisen ajattelemaan ainoastaan omaa pelastumistaan. (Dyregrov 1994, 24–25; Saari 2001, 49.)

Lehto (1996) kuvaa henkisen ensiavun toimintaa osana hoitotyötä. Työssä kuvataan henkisen ensiavun toimintaa, sen ominaispiirteitä sekä sen asettamia edellytyksiä työntekijälle. Työ ei keskity ensihoidon antamaan psyykkiseen tukeen, vaan tukiaseman toimintaan. Työstä voidaan kuitenkin havaita, että tukiasemalla henkiseltä ensiavulta edellytetään läsnäoloa ja huolenpitoa, mitkä soveltuvat myös ensihoitajan käyttöön sokkivaiheessa. Työntekijälle edellytyksiä antaa henkistä ensiapua ovat avoimuus, eläytymiskykyisyys ja toimintakykyisyys erikoisissakin tilanteissa. Lisäksi mainitaan, että kykyyn antaa henkistä ensiapua liittyy työyhteisö ja sen ilmapiiri. (Lehto 1996, 59–62.)

Tutkimustietoa psyykkisestä ensiavusta osana ensihoitajien toimintaa ei spesifisti ole. Lapsensa menettämistä käsittelevät tutkimukset liittyvät lähinnä vanhempien suruun ja suruprosessiin kokonaisuutena eikä niinkään tilanteen kohtaamiseen ja auttamiseen akuutissa vaiheessa.

5 YHTEENVETO KÄSITTEELLISESTÄ VIIITEKEHYKSESTÄ

Tähän kappaleeseen olen muodostanut yhteenvedon työn teoreettisista lähtökohdista sekä kuvannut, miten työni tulokset (äidin kokemukset psyykkisestä ensiavusta) limityvät näihin (kuvio 1). Keskeisiä käsitteitä ovat yksilöllisyys, ensihoitaja psyykkisen ensiavun toteuttajana, psyykinen ensiapu, lapsen äkillinen kuolema sekä traumaattisen kokemuksen käsittelyprosessi.



KUVIO 1. Yhteenveto käsitteellisestä viitekehystä

Käsitteistä ”Ensihoitaja psyykkisen ensiavun toteuttajana” on viitekehysten lähtökohta. Ensihoitajilla on koulutuksesta saatu pohjatieto traumaattisen kokemuksen käsittelyprosessista, minkä avulla ensihoitaja toteuttaa työssään psyykkistä ensiapua vanhemmille lapsen kuollessa äkillisesti. Lapsen äkillisestä kuolemasta seuraavat kokemukset saadusta psyykkisestä ensiavusta, mitkä palautuvat tämän työn kautta osaksi ensihoitajien ammattitaitoa.

Opinnäytetyö käsittelee ensihoitajan toteuttamaa psyykkistä ensiapua yksilöllisyyden periaatteen mukaisesti. Vaikka traumaattisen tapahtuman kokemisessa onkin havaittavissa selkeitä yhtäläisyyksiä ihmisten kesken, jokainen ihminen on hoitotyössä kohdattava yksilönä (Saari 2001, 41; Sillanpää 2003a, 16).

6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata lapsensa äkillisesti menettäneen äidin kokemuksia ensihoitohenkilöstöltä saamastaan psyykkisestä ensiavusta.

Tämän opinnäytetyön tehtävinä on selvittää:

- Miten ensihoitohenkilöstö toimi äidin kokemana tilanteessa, jossa lapsi kuoli äkillisesti?
- Millaista psyykkistä ensiapua äiti koki saaneensa ensihoitohenkilöstöltä?
- Millaista tukea äiti olisi ensihoitohenkilöstöltä toivonut?

Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä ensihoitajien valmiuksia kohdata äkillisesti lapsensa menettäneet vanhemmat.

7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

7.1 Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä

Käytin opinnäytetyössäni kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää. Menetelmän tehtävinä on kuvata elämää sekä ymmärtää ja tulkita yksityiskohtaisesti ja monitahoisesti tapahtumien rakenteita. Lisäksi menetelmä pyrkii löytämään ja paljastamaan tosiasioita. Myös silloin, kun halutaan tietoa tapahtumissa mukana olleiden yksittäisten toimijoiden merkityksistä ja tapahtumien syy-seuraussuhteista, menetelmän käyttö on soveltuvaa. (Metsämuuronen 2006, 88; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 157, 160.) Näistä syistä se soveltui parhaiten tukemaan opinnäytetyöni tavoitteita.

Valitsin menetelmän myös siitä syystä, että Hirsjärven ym. (2007) mukaan kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkittavan ääni pääsee esille. Mitä lähemmäksi yksilöä ja vuorovaikutusta tullaan, sitä paremmin kvalitatiivinen menetelmä soveltuu käytettäväksi. Kvalitatiivinen tutkimus ei pyri yleistäviin tuloksiin eikä mittausvälineillä hankittuun tietoon, vaan menetelmässä tutkija luottaa omiin havaintoihinsa. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 27; Metsämuuronen 2006, 88; Hirsjärvi ym. 2007, 160.) Koska ensihoidon toteuttamaa psyykkistä ensiapua ei voida mitata eikä tutkia tieteellisen kokeen tai mittausvälineen avulla, oli kvalitatiivinen menetelmä soveltuvin opinnäytetyöhöni.

7.2 Aineiston hankinta

Kohdejoukko kvalitatiivisissa tutkimuksiin valitaan tarkoituksenmukaisesti tutkittavan ilmiön tai asian mukaan (Hirsjärvi ym. 2007, 160). Pyysin apua aineistonhankinnassa Kätkyt- ja lapsikuolemaperheiden yhdistys ry:ltä. Yhdistys on perustettu tukemaan lapsensa menettäneitä perheitä ja yhdistyksen jäsenistö koostuu pääosin lapsensa menettäneistä (Käpy ry 2007). Heidän kauttaan sain tiedon äidistä, jonka lapsi on äkillisesti kuollut.

Valitsin aineistonhankintamenetelmäksi haastattelun. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa se soveltuu käytettäväksi hyvin, koska haastattelun joustava luonne mahdollistaa tarkan ja kattavan aineiston. Sitä suositellaan käytettäväksi etenkin vähän kartoitettujen ja tutki-

muksellisesti tuntemattomien alueiden käsittelyssä. Suoran kielellisen vuorovaikutuksen ansiosta haastattelussa voidaan tehdä tarkentavia kysymyksiä ja jopa ohjata haastattelua tarvittaessa uuteen suuntaan toisin kuin kyselylomakkeessa. Haastattelu sopii käytettäväksi myös silloin, kun tutkittavana on arka tai vaikea aihe. (Hirsjärvi ym. 2007, 160, 200, 201.)

Yhteistyön tutkimukseen osallistuvan äidin kanssa aloitin soittamalla äidille. Esittelin lyhyesti opinnäytetyöni aiheen ja tarkoituksen. Lisäksi ehdotin esitapaamista, jossa voisin kertoa työstäni ennen varsinaista tutkimushaastattelua. Tehtävän tutkimuksen asiallinen esittely etukäteen edistää haastattelun päämääriä (Ruusu vuori & Tiittula 2005, 25).

Tapaamisessa pääsin lisäksi varmistamaan, että kyseisen äidin tapauskertomus todella soveltuu opinnäytetyöhöni. Esitapaamisella hain myös luottamusta haastattelutilanteeseen. Etenkin aiheen arkaluontoisuus vaati tätä. Informaation saannin edellytyksenä on, että haastattelijan ja haastateltavan välillä on luottamuksellinen suhde (Ruusu vuori & Tiittula 2005, 41).

Tutkimuksen luotettavuuden kannalta haastattelun tallentaminen on välttämätöntä (Hirsjärvi & Hurme 2001, 75). Tapaamisessa kysyin luvan tallentaa haastattelu sekä sanelukoneella että videokameralla. Halusin haastattelun myös videolle siksi, että voin tarvittaessa analysoida äidin vastauksia myös seuraamalla hänen reaktioitaan kuhunkin asiaan. Videonauha toimi myös varmuuskopiona sanelukoneen tallenteelle.

Esitapaamisessa kävimme lisäksi läpi haastatteluympäristön vaatimukset. Jotta haastattelulle on luotu hyvät onnistumisen edellytykset, kontakti haastateltavaan tulee olla hyvä varmistamalla haastattelupaikan rauhallisuus ja kiireetön ajankohta (Hirsjärvi & Hurme 2001, 74). Tilanteen rauhallisuuden ja kiireettömyyden varmistin sopimalla haastattelun haastateltavan vapaapäivälle. Haastateltavan äidin ehdotuksesta sovimme haastattelupaikaksi haastateltavan kodin. Haastateltava lupasi varmistaa, ettei paikalla ole tällöin muita perheenjäseniä.

Haastattelumuodoista valitsin syvähaastattelun, jotta pääsen mahdollisimman tarkasti syventymään tutkittavaan ilmiöön. Syvähaastattelu muistuttaa avointa keskustelua, ja siinä on etukäteen määritelty vain keskusteltava aihe eli tutkittava ilmiö. Tarkkaa kysy-

mysluettelo ei syvähaastattelussa ole, vaan haastattelua ohjaavat ennemminkin haastattelijan intuitio ja kokemusperäiset väliintulot. Tutkijan tehtävä on pitää haastattelu aiheessa, mutta antaa haastateltavan puhua vapaasti. (Tuomi & Sarajärvi 2003, 78.)

Pelkästään avoimet kysymykset eivät kuitenkaan vielä tee syvähaastattelua, vaan olennaista on tutkittavan ilmiön perusteellinen avaaminen. Syvähaastattelumenetelmän luonne mahdollistaa myös sen, että tutkittavia on vain pieni joukko tai vain yksi. (Tuomi & Sarajärvi 2003, 78.)

Haastattelun keskustelunaiheet laadin työni tavoitteita tukien (kuvio 2). Opinnäytetyöprosessin alussa olin määritellyt työtä ohjaavat käsitteet ja teorat. Näiden avulla hankin ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä ennen tutkimushaastattelua. Teoreettiset lähtökohdat olivat apunani myös tutkimustehtäviä laatiessani. Tutkimustehtävien laatimisessa pidin tärkeänä myös sitä, että pääsen tutkimaan juuri sitä hetkeä, jolloin ensihoitajat ja lapsensa äkillisesti menettäneet vanhemmat ovat vuorovaikutuksessa. Tutkimustehtävien pohjalta laadin avoimet kysymykset haastattelua varten. Lisäksi teoriapohjaa laatiessani tein säännöllisesti muistilistaa kysymyksistä, jotka teoriaan tutustuessani koin tärkeäksi.

Haastattelu täytyy aloittaa tietyin erityistoimin eikä siihen voi heti ryhtyä. Ensin on luotava yhteistä maaperää noudattamalla arkikeskustelun sääntöjä. (Ruusuvoori & Tiittula 2005, 24.) Vein tilannetta rauhallisesti eteenpäin kertomalla nauhoitustekniikasta ja siitä, että äiti voi puhua vapaasti omin sanoin. Kun haastattelun edellyttämä tunnelma oli luotu, aloitin haastattelun kysymyksellä: ”Voisitko kertoa sen aamun tapahtumista, kun teidän lapsi kuoli?”. Tarkensin asioita lisäkysymyksillä äidin kertomuksen aikana ja jälkeen. Teoriasta hankitun esiymmärryksen lisäksi apunani tarkentavia kysymyksiä tehdessäni minulla olivat omat kokemukseni läheisensä menettäneen kohtaamisesta ensihoidossa. Tarkensin kertomusta siten, että sain mahdollisimman tarkan kuvauksen tapahtumien kulusta, ja että ensihoidon toiminnan kannalta oleellisia asioita käsiteltiin monitahoisesti. Valmiita, isoja kysymyksiä etukäteen olivat lisäksi: ”Saitteko ensihoitajilta psyykkistä ensiapua?” ja ”Mitä on lapsen äkillinen kuolema?”. Haastattelu kesti kolme tuntia sisältäen pari lyhyttä taukoa.

7.3 Narratiivinen analyysi

Käytin opinnäytetyössäni narratiivista analyysia (Heikkinen 2002, 191–193), jolle on tyypillistä jonkin tietyn tapahtumakulun perinpohjainen selvittäminen (Toivonen 1999, 122). Narratiivinen analyysi tuki analyysimenetelmistä parhaiten työni tavoitteiden toteutumista. Kertomukset ovat lähestymistapa, joilla voidaan ymmärtää hyvin esimerkiksi terveydenhuollon asiakkaiden näkökulmia saatuun hoitoon (Vuokila-Oikkonen, Jänhonen & Nikkonen 2001, 81).

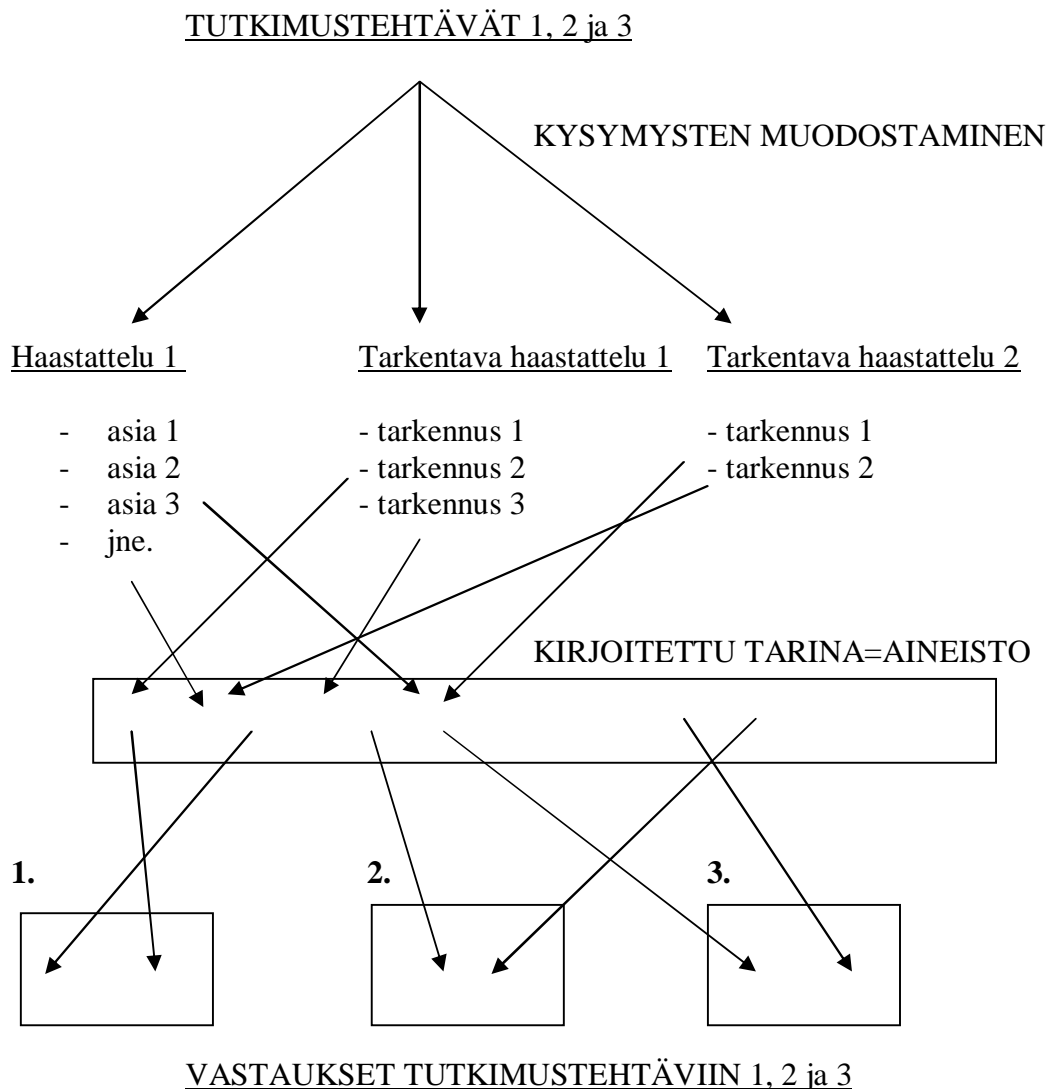
Keskeisimpiä lähtökohtia narratiivisuudessa on ajatus siitä, että syy-seuraussuhteet ovat aikakauteen, ajankohtaan ja paikkaan sidottuja (Toivonen 1999, 122). Tässä työssä asiaa on sovellettu esimerkiksi siten, että se, missä vaiheessa traumaattisen kokemuksen käsittelyprosessia äiti oli osallistuessaan tutkimukseen, on merkitsevää analyysin kannalta. Jos tutkimus olisi tehty viikko, kuukausi tai vuosi tapahtuneen jälkeen, olisi äidin kertomus ollut erilainen eri vaiheissa käsittelyprosessia. Nyt tapahtumasta oli neljä vuotta ja voitiin olettaa äidin elävän jo normaalia elämää, ja olemaan kykenevä tarkastelemaan tapahtunutta.

Narratiiviin, joka kuvaa tapahtumien olennaisen kulun, on sisällyttävä myös pätevä teoreettinen analyysi (Toivonen 1999, 122). Teoreettisen analyysin aloitin purkamalla haastattelun nauhalta kirjoitettuun muotoon. Tutustuin tehtyyn haastatteluun ja tapasin haastateltavan äidin toistamiseen, jolloin esitin vielä muutamia tarkentavia kysymyksiä. Myös toinen tapaamisemme nauhoitettiin, jonka taas purin kirjoitettuun muotoon. Lisäksi analyysin loppuvaiheessa esitin äidille vielä muutaman tarkentavan kysymyksen liittyen ensihoitajien toimintaan. Tällöin ei ollut nauhoitusta, vaan kirjoitin asiat muistiin, koska asiat olivat vain pieniä tarkennuksia.

Näiden kolmen aineistonhankintakerran saaliista muodostui opinnäytetyöni aineisto. Narratiivinen analyysi ei luokittele tapahtumia, vaan tuottaa niistä yhtenäisen tarinan (Heikkinen 2002, 191). Ensimmäiseksi kokosin aineistosta yhtenäisen tarinan, jossa tapahtumat etenevät loogisesti kronologista järjestystä noudattaen (kuvio 2). Tämä oli tarpeellista, jotta tarina olisi helposti ymmärrettävä. Jätin tarinasta pois haastattelijan kysymykset, jotta muodostuva tarina olisi yhtenäinen, ja äänessä olisi pelkästään äiti.

Kirjoitin tarinan kokonaisuudessaan minä-muotoon, jotta se olisi mahdollisimman henkilökohtainen kuvaus äidin kertomuksesta. Kirjoitustyyli tarinassa on puhekieltä mukailleva, jotta äidin tarina tuntuisi mahdollisimman realistiselta ja aidolta. Eettisistä syistä jätin tarinasta pois tunnistettavuuteen liittyviä seikkoja. Tarjoan tällä realistisella ja aidolla tarinalla lukijalle mahdollisuuden päästä kokemaan äidin tarina lähes siten, kuin hän sen minulle kertoi. Lukija voi eläytyä tarinaan ja ajatella tilanteen mielessään.

Tutkimustehtäviin vastaamisen aloitin teemoittelemalla aineistosta teoreettisesti relevantit asiat tutkimustehtävien mukaisesti (kuvio 2). Seuraavaksi kokosin asiat tutkimustehtävien alle ja muodostin asioista kokonaisuuden.



KUVIO 2. Opinnäytetyöni analyysin periaate

8 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

8.1 Lapsensa äkillisesti menettäneen äidin kertomus

Minun nimeni on Hanna. Meidän lapsi kuoli yllättäen kotona kuukauden ikäisenä. Minulla oli ollut ihan normaali raskaus ja lapsi oli todettu terveeksi. Mitään poikkeavaa ei ollut odotettavissa.

Muistan sen aamun tapahtumat todella hyvin. Se oli sunnuntaiamu. Heräsin ennen seitsemää siihen, kun mieheni seisoo sängyn vieressä. Se huutaa ja sillä on kuolleen näköinen vauva sylissään.

Aiemmin yöllä mieheni oli ottanut vauvan pinnasängystään meidän väliin, koska vauva oli ruvennut itkemään. Muistan imettäneeni vauvaa. Oli siihen sitten kaikki nukahdettu. Ensimmäinen ajatus vauvan nähdessäni minulla tietenkin oli, että olinko minä nukkunut vauvan päällä. Ei me mitään oltu kuultu. Ei itkua eikä mikään.

Seuraavaksi otin vauvan mieheni sylistä. Yritin vähän aikaa elvyttää vauvaa. Painelin ja puhalsin sitä. Mieheni soitti ambulanssin. Minun mielestäni se vauva oli kuitenkin sen näköinen, ettei siihen enää elämää saa. Sillä näytti olevan lautumiakin. Sairaanhoidajana kyllä tunnistan ne. Mieheni sanoi, että mikä siinä ambulanssin tulossa kestää. Itse olin melko rauhallinen. Jotenkin minä vain hyväksyin sen heti.

Sitten, kun ambulanssimiehet tulivat, ne olivat jotenkin pelästyneen näköisiä. Silmät suurina. Sanoin ensimmäisenä, ettei tässä voi enää mitään tehdä ja näytti siltä kuin niiden hartiat olisivat lysähtäneet kasaan. Mieheni nappasi vauvan sylistäni ja laittoi sen ambulanssimiesten eteen.

Ne aloittivat elvytyksen, mutta ei se mitään tehokasta elvytystä ollut, kun eivät ne tippaakaan sille laittaneet. Ehkä ne elvyttivät noin 15 minuuttia. Soittelivat ilmeisesti lääkärille siinä elvytyksen aikana. Mieheni sai olla elvytyksessä ensihoitajien apuna painelemassa. Mieheni näytti toiveikkaalle vielä elvytyksen aikanakin.

Minä ajattelin siinä elvytyksen aikana, että miten pienen näköinen se vauva on. Mietin sitäkin, että vaikka meillä on paikalla asiantuntijat ja ammattilaiset, kukaan ei pysty mitenkään auttamaan. Minua suretti hoitohenkilökunnankin puolesta, etteivät ne voi auttaa sitä vauvaa. Ajattelin, että lopettaisivat jo. Minun mielestäni se elvytys oli turhaa.

Meidän muut lapset olivat heränneet siihen meteliin ja tulivat paikalle. Ne eivät oikein ymmärtäneet, mitä tapahtuu. Silloin oli elvytys vielä käynnissä. Kaikki me aikuiset olimme varmaan niin huolestuneen näköisiäkin, että olivat ihmeissään.

Ei meitä ensihoitajien toimesta käsketty pois elvytystilanteessa. Eikä me sitten itsekään vanhempina haluttu hätistellä lapsia pois siitä. Se oli todella tärkeää, että saatiin olla kaikki siinä paikalla. Lapset olivat silloin vielä alle kouluikäisiä, mutta kyllä vanhimmat lapset varmaan ymmärsivät, mitä tapahtuu. He tulivat ihan lähelle, ja koskivatkin vauvaan elvytyksen aikana.

Ensihoitohenkilöstö ei oikeastaan missään vaiheessa sanonut, että meidän lapsi on kuollut. Ne vain lopettivat sen elvytyksen ja nyökkäsivät. Se oli semmoista elekieltä. En osaa sanoa, oliko se hyvä tapa, mutta olisi sen ehkä voinut ihan ääneenkin sanoa, että lapsi on nyt todellakin kuollut. Siis se on kuollut, ja mitään ei voida enää tehdä.

Mielestäni ensihoitohenkilöstö oli henkisesti läsnä kuitenkin koko ajan. Sen näki niitten eleistä ja ilmeistä. Ei se ollut pelkästään teknistä elvyttämistä vain koneilla, vaan kyllä he meidätkin huomioivat omalla tavallaan, mutta ehkä se omaisten huomiointi olisi voinut olla toisenlaista ja olisi voinut sanoa jotain. Siinä oli lapsiakin ympärillä. Ehkä niille olisi voinut jotain sanoa.

Ensihoitohenkilöstö ei myöskään missään vaiheessa ollut pahoillaan eivätkä he sanooneet "otan osaa". He tosiaan pelasivat enemmän eleillä. Olivat kyllä semmoisia pahoittelevan näköisiä. Minulle jäi semmoinen vaikutelma, ettei heillä ollut mitenkään helppoa olla siinä tilanteessa. Ja kenties heistä tuntui sille, etteivät tiedä, mitä sanoa. Ehkäpä se on sitten viisasta olla ihan hiljaa, jos ei tiedä, mitä puhua.

Minkäänlaista koskettamista en muista. Semmoinen, että olisi laitettu vaikka käsi olkapäälle, olisi voinut tuntua mukavallekin. Ei minusta koskettaminen ole sopimatonta.

Sillä eleellä näyttää, että on pahoillaan eikä voi tässä tilanteessa enää tehdä mitään muuta.

Ehkä se oli jonkinlaista tukea ensihoidon osalta, kun me kysyttiin, miksi vauvalta tulee verta nenästä, ja he sanoivat, että aivojen lakatessa toimimasta voi käydä näin.

Minähän sitten otin valokuvia siitä elvytyksestä. En minä sitä kuitenkaan pitänyt mitenkään erikoisena toimintana. Minun käytöksessäni oudointa oli ennemminkin se, että minä olin alusta alkaen niin rauhallinen. En oikeastaan edes itkenyt. En kirkunut enkä huutanut. Olin oudon rauhallinen.

Aika monet ovat myöhemmin ihmetelleet sitä valokuvaamistani. Siitähän se alun perin tuli, kun ensihoitajat kysyivät vauvan sosiaaliturvatunnusta ja lähdin sitä paperia kaapista hakemaan. Huomasin sitten samalla kaapissa kameran ja nappasin sen siitä käteeni. Kyllä ne ensihoitajat katselivat vähän erikoisesti kuvaamistani.

Jälkeenpäin ajateltuna kuvaaminen oli hyvä asia. Lapsetkin ovat saaneet kerrata kuvista tapahtumia. Voihan kuvaamiseen yksi syy olla se, että halusin jotain tehdä, ja kun en muuta voinut niin sitten kuvasin. Kädet vaan tarttuivat johonkin.

Ambulanssimiehet lähtivät siinä sitten jossain vaiheessa. Ne eivät oikeastaan edes sanoneet, että lähtivät. Jossain vaiheessa vain olivat hävinneet. Minua jäi vaivaamaan, kun olisin halunnut jotain kysyä tapahtumista. Jäi paljon kysymyksiä, että miksi jokin asia tehtiin näin ja näin. Mutta kyllähän heilläkin on muita tehtäviä. Ja toisaalta siinä kohtaa, kun elvytys loppui, en välttämättä olisi ollut kovin vastaanottavainen. Keskityin vain vauvaan.

En minä ambulanssihenkilökunnalta sellaista hoitoa saanut, että se olisi ollut kriisiavuksi luokiteltua tai siitä voisi käyttää nimitystä psyykinen ensiapu. Olivat he vissiin kuitenkin ottaneet yhteyttä jonnekin tukiryhmään, kun minulle sitten aamupäivän aikana soitti joku paikallisesta kriisiryhmästä. En minä osaa sanoa, olisiko heidän erilaisella tukemisellaan ollut merkitystä minun kriisin etenemiseen myöhemmissä vaiheissa.

Poliisitkin tulivat jossain vaiheessa elvytyksen aikana meille. Eihän se tietenkään kivalta tuntunut, että tulevat ja kuvaavat meidän asunnon, mutta kyllä minä tiesin poliisien

tulevan ja että se kuuluu siihen. Poliisit eivät edes esitelleet itseänsä eivätkä ne juuri mitään sanoneet. Oikeastaan ainoa asia, mitä muistan poliisin minulle sanoneen, oli käsky pistää vaatteet päälle. Mehän oltiin kaikki vielä yövaatteissa.

Me sitten saatiin viedä vauva terveyskeskukseen omalla autolla. Kaikkiaan minulle oli todella tärkeää, että sain hoitaa vauvaa loppuun asti eikä sitä viety minulta, vaikka se oli kuollut. Kotona ennen lähtöä terveyskeskukseen vaihdoin vielä kerran vaipan ja puin vauvan. Lapset, mies ja mummu pitelivät vielä vauvaa sylissä. Otettiin sitten myös valokuvia.

Ensimmäinen kerta, kun minut yritettiin erottaa vauvastani, oli terveyskeskuksessa lääkärin tullessa tekemään tutkimusta vauvalle, mutta en minä lähtenyt. Minun mielestäni tällaisissa tilanteissa vanhempia pitäisi enemmän rohkaista koskettamaan vauvaa ja ottamaan kuollut lapsi syliin. Ei vanhempien tule vierastaa omaa lastaan vain sen takia, että se on kuollut. Se tuntuu vieläkin mukavalle, ettei ensihoitajilla ollut mitään sitä vastaan, että saatiin olla koko ajan läsnä ja myös hoitaa vauvaa.

Tapahtumat etenivät siten, että terveyskeskuksesta vauva piti viedä keskussairaalan kylmiöön saman tien. Me lähdettiin ruumisauton mukaan. Siellä sairaalan ruumishuoneella me romahdettiin mieheni kanssa ihan täysin, kun me jouduttiin konkreettisesti luopumaan siitä vauvasta. Lyyhistyttiin ihan täysin. Oltiin ihan lohduttomia. Oli todella raskasta tulla kotiin ilman vauvaa. Soitin papille, että ristiäiset muuttuvat hautajaisiksi.

Menin seuraavana päivänä terveyskeskukseen, koska minulta tuli rinnoista maitoa, ja halusin semmoiset lääkkeet, että maidon tulo loppuu. Rupesin siinä vastaanottotiskillä ensimmäisenä itkemään, mutta jotenkin sain kuitenkin asiani sanottua. Tiskin takana ihminen sanoi, että hänkin on ensihoitaja ja on töissä ambulanssissa. Totesi vain, ettei onneksi ollut eilen työvuorossa niin ei tarvinnut meille tulla. Se oli semmoinen asia, mikä minua todella paljon loukkasi. Se hänen onnensa tuntui kovin pieneltä minun menetykseeni nähden.

Lääkäri kirjoitti, mitä tarvitsin ja lisäksi rauhoittavia lääkkeitä. Pahoitteli myös, ettei lääketiede voi enempää tehdä asiassa. En minä koskaan hakenut niitä rauhoittavia. Olin mielestäni ihan tarpeeksi rauhallinen muutenkin. Parin päivän päästä käytiin sitten koko perheen kanssa kriisiryhmässä.

*Se, etten saanut puhua ensihoitajien kanssa elvytyksen jälkeen jäi vaivaamaan. Niinpä otin myöhemmin yhteyttä heihin, ja pyysin heitä tulemaan meille keskustelemaan tapah-
tumasta. Niin he tulivat, ja se oli kyllä todella mukava juttu. Keskustelutilaisuus olisi
jäänyt kuitenkin pitämättä, jos en olisi osannut vaatia.*

*Silloin, kun jotain kamalaa tapahtuu, silloin, kun oma lapsi kuolee, aika pysähtyy. Se
tuntuu sille, että kaikki hidastuu. Se on ihan erilaista kuin tavallisessa elämässä, jolloin
asioita tapahtuu niin nopeasti. Kaikki jää mieleen. Se, mitä muut sanovat, kuinka ne
sanovat ja mitä ne sanovat. Ne porautuvat tuonne mieleen. Kaikki semmoiset epäonnis-
tuneet sanomiset ja lohdutusyritykset sekä epäkohteliaisuudet jäivät kaikumaan. Ihan
kaikki. Toki hyvätkin asiat jäivät mieleen. Jos joku vaikka sanoo niinkin pienen asian,
kuin että on pahoillaan tapahtuneen vuoksi, se tuntuu hyvälle.*

*Kukaan ei halua kuulla mitään syyttelyä tai painostusta silloin, kun jokin suuri suru
kohtaa. Eikä myöskään mitään yrityksiä lohdutuksesta, vaan ennemminkin reilua läsnä-
oloa, silmiin katsomista ja pahoillaan oloa. Ne ovat minun mielestäni semmoisia hyviä
asioita.*

*Ammatti-ihmisen sanomana ”minä ymmärrän sinua” tai ”minä tiedän, miltä sinusta
tuntuu” eivät pidä paikkaansa. Se ihminen, joka ei itse ole kokenut samaa, ei vain tiedä,
mistä puhuu. Sitä ahdinkoa ei voi kokea, kuin toinen lapsensa menettänyt. Se loukkaa,
jos kuvittelee tietävänsä toisen tunteet. Minusta ainakin tuntui, ettei kukaan ymmärrä.*

*Yleisesti ajateltuna lapsen menettäminen on minusta erittäin pelottava asia. Siitähän ei
yleensäkään paljoa puhuta. Kaikki ihmiset ensinnäkin pelkäävät lähestyä vanhempaa,
jolta on lapsi kuollut. Ne eivät tiedä, mitä ne sanoisivat. Ja niitä pelottaa se koko ajatus,
että vanhempi on tosi itkuinen. Niitä pelottaa se, että vanhempi puhuu semmoisia asioi-
ta, joita muut eivät halua kuulla.*

*Nyt joitakin vuosia myöhemmin meidän lapsilla ei varmaan ole paljon asiasta mielessä.
Kyllä ne joskus niitä valokuvia katselevat. En vuosienkaan jälkeen ole katunut sitä, että
lapset olivat katsomassa elvytystä. Meidän kuusivuotias kyllä näki painajaisia vauvan
kuolemasta joitakin kertoja, mutta eivät ne painajaiset siitä tulleet, että hän näki elvy-
tyksen, vaan siitä kuolemasta itsestään. Se oli lapsen tapa reagoida perheenjäsenen
menetykseen. Mehän sitten haluttiin muutenkin ottaa lapset huomioon koko surutyön*

ajan. Lapset saivat esimerkiksi nähdä arkun ja kuolleen vauvan siinä. Ne saivat koskea sitä ja tietysti olla hautajaisissa mukana.

Lapsen äkillistä kuolemaa voisi verrata syvään ja mustaan kuiluun. Pelottava paikka, jossa ei ole värejä. Sieltä ei pääse pitkään aikaan pois ja ajatukset kiertävät kehää.

Meillä oli lisänä vielä pelko siitä, että nukuttiinko me sen lapsen päällä. Ja sitä kesti siihen asti, kunnes uskalsin soittaa patologille ja kysyä. Saatiin sitten patologilta vastaus, ettei lapsi ollut tukehtunut. Se oli ollut kätkykuolema. Se oli helpotus tietää, ettei se ollut meidän syytä millään tavalla eikä kukaan olisi sitä voinut etukäteen estää tai auttaa.

Se vauvan elämä minulta on unohtunut. Ja se, millainen vauva oli. Mutta sen kuoleman minä kyllä muistan. Jostain syystä todella vaikeaa muistaa sitä vauvan elämää. Mutta minua on auttanut, että kaikki on jäänyt niin hyvin muistiin. Valokuvista olen myös katsonut, että tuon näköinen se vauva oli.

Myöhemmin minä tulin sitten raskaaksi ja saatiin kaksoset. Se, että meille syntyi vielä kaksoset, oli ihmeellinen asia. Minulle tuli syli täyteen vauvoja ja minä sain sydämeni kyllyydestä hoitaa pieniä vauvoja.

Vauvan kuolemasta tulee kuluneeksi parin viikon päästä neljä vuotta. Koskaan en unohda.

8.2 Vastaukset tutkimustehtäviin

1. Miten ensihoitohenkilöstö toimi äidin kokemana tilanteessa, jossa lapsi kuoli äkillisesti?

Ensihoito kutsuttiin paikalle soittamalla hätänumeroon, minkä teki perheen isä. Isän mielestä ambulanssin tulo kesti kauan. Ensihoitohenkilöstö saapui paikalle pelästyneen näköisenä. Äiti sanoi heille, ettei lapsen hyväksi voi enää mitään tehdä, ja ensihoitajat näyttivät pettyneiltä.

He aloittivat kuitenkin elvytyksen sen jälkeen, kun isä oli laittanut vauvan heidän eteensä lattialle. Elvytys ei äidin mukaan kuitenkaan ollut kovin tehokasta elvytystä. Ensihoitajat elvyttivät noin 15 minuuttia. Ensihoitajat sallivat omaisten olla elvytyksen aikana paikalla ja isä sai elvyttää painellen. Lapset tulivat paikalle elvytyksen aikana ja he saivat koskea vauvaan. Ensihoitohenkilöstö salli äidin ottaa valokuvia elvytyksestä, vaikkakin katselivat sitä hieman erikoisesti.

Ensihoitajat lopettivat elvytyksen saatuaan siihen luvan lääkäriltä. He ilmoittivat vanhemmille kuolemasta nyökkäämällä. He eivät missään vaiheessa ilmaisseet sanallisesti, että lapsi on kuollut, vaan he käyttivät elekieltä. Ensihoitohenkilöstö oli henkisesti läsnä, mikä näkyi heidän eleistä ja ilmeistä. Äiti koki, ettei ensihoidon toiminta ollut pelkkää teknistä elvyttämistä vain koneilla, vaan he huomioivat perheenkin omalla tavallaan.

Ensihoitohenkilöstö ei sanonut vanhemmille olevansa pahoillaan. He eivät muutenkaan paljon puhuneet vanhemmille eivätkä kuolleen lapsen sisaruksille ollenkaan. He kyllä olivat äidin mielestä pahoittelevan näköisiä. Äiti koki, ettei heillä ollut helppoa olla siinä tilanteessa. Ensihoitohenkilöstö vastasi vanhemmille, mistä johtuu, että kuolleen vauvan nenästä vuotaa verta, kun vanhemmat sitä kysyivät.

Ensihoitohenkilöstö lähti pois paikalta ”jossain vaiheessa”. He eivät ilmoittaneet lähdöstään vanhemmille. Pois lähdettyään he olivat ilmeisesti ilmoittaneet paikalliseen kriisiryhmään tapauksesta, sillä sieltä oli myöhemmin soitettu vanhemmille. Myöhem-

min äiti otti yhteyttä ensihoitajiin jälkikeskustelua ajatellen. Ensihoitajat suostuivat tähän ja tulivat perheen kotiin juttelemaan tapahtuneesta.

Seuraavana päivänä terveyskeskuksessa äiti kohtasi ambulanssissa työskentelevän ensihoitajan, joka ei kuitenkaan tapauksen aikaan ollut ollut työvuorossa. Ensihoitaja oli todennut sen olleen hyvä asia, ettei ollut töissä edellisenä päivänä ja hänen ei ollut tarvinnut tulla lapsen menettäneen perheen kotiin.

2. Millaista psyykkistä ensiapua äiti koki saaneensa ensihoitohenkilöstöltä?

Äiti koki, ettei sellaista tukea esiintynyt, josta voisi käyttää nimitystä psyykinen ensiapu.

Äiti kuitenkin mainitsi useaan kertaan, miten tärkeää se oli, että perhe sai olla läsnä elvytyksen ajan. Yhtä tärkeänä äiti piti myös sitä, että he saivat rauhassa hyvästellä vauvan. Äiti kokee nämä asiat mukaviksi ja tärkeiksi vielä vuosienkin jälkeen.

Jonkinlaisena tukemisena äiti piti sitä, että ensihoitajat vastasivat vanhempien kysymyksiin, miksi kuolleen vauvan nenästä tulee verta.

Äiti koki, että ensihoitajat olivat kuitenkin henkisesti läsnä tilanteessa ja he huomioivat perheen omalla tavallaan, vaikkei varsinaista psyykkistä ensiapua tilanteessa ollutkaan. Ensihoitajat osoittivat elein ja ilmein pahoittelunsa.

Äidin arvelujen mukaan ensihoitajat olivat ilmoittaneet tapauksesta paikalliseen kriisiryhmään, ja näin varmistaneet perheen kriisituen jatkon. Ilmoitus saatettiin tehdä myös terveyskeskuksesta.

3. Millaista tukea äiti olisi ensihoitohenkilöstöltä toivonut?

Vaikka äiti koki ensihoitajien olleen henkisesti läsnä tilanteessa, olisi äiti toivonut myös toisenlaista huomiointia. Äiti kiinnitti huomiota sanallisen viestinnän vähyyteen.

Äiti toivoi, että ensihoitajat olisivat kertoneet kuolemasta ja kuoleman toteamisesta sanoin eikä pelkästään eleillä. Äiti olisi myös halunnut kuulla sanallisesti, että mitään ei ole enää tehtävissä. Äiti toivoi, että lapset eli kuolleen vauvan sisarukset olisi huomioitu, ja heille olisi sanottu jotain. Äiti olisi mielellään kuullut sanalliset pahoittelut ensihoitajilta. Äiti ajatteli, että tällaiset pienet, mutta mukavat eleet, jäisivät hyvinä asioina mieleen.

Äiti olisi halunnut kysellä myös elvytystapahtumasta, mutta ensihoitajat poistuivat paikalta ilmoittamatta. Keskustelemattomuus jäi vaivaamaan äitiä niin paljon, että äiti järjesti oma-aloitteisesti keskustelutilaisuuden myöhemmin.

Yleisesti ajateltuna äiti kuitenkin toivoo, etteivät ensihoitajat ryhdy esittämään lohdutusyrityksiä. Lohduttaminen sanoilla ”minä ymmärrän sinua” tai ”minä tiedän, miltä sinusta tuntuu” eivät äidin mielestä voi auttajan kohdalla pitää paikkaansa, joten äiti kokisi kyseiset kommentit vain loukkaavina. Lohdutusyritysten sijaan äiti toivoo ensihoitajilta reilua läsnäoloa, silmiin katsomista ja pahoillaan oloa.

Äiti olisi pitänyt hyvänä asiana koskettamista. Jos olisi esimerkiksi laitettu käsi olkapäälle, se olisi voinut olla mukava tapa ilmaista pahoillaan oloa. Äidin mielestä koskettaminen olisi myös osaltaan kertonut vanhemmille viestiä, että kaikki voitava on tehty.

Tässä tapauksessa omaiset hyvästelivät kuolleen lapsen ja hoitivat häntä vielä kuoleman todettuakin. Äidin mielestä tulisi kuitenkin niissä tilanteissa, joissa vanhemmat arastelevat kuolleen lapsensa koskettamista, rohkaista vanhempia koskettamiseen ja lapsensa hyvästelemiseen.

Äiti toivoo nykyistä sallivampaa ilmapiiriä lapsen menettäneitä kohtaan. Äiti kokee, etteivät ihmiset kestä kuulla lapsen menettäneen vanhemman kertomuksia tapahtuneesta eivätkä halua olla tekemisissä itkuisen vanhemman kanssa. Äiti kokee lapsen menettämisen pelottavana asiana siksikin, ettei lapsen kuolemasta saisi puhua. Ihmiset lähinnä pelkäävät vanhempia, joilta on lapsi kuollut.

9 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

9.1 Eettisyys ja luotettavuus

Kerroin haastateltavalle äidille etukäteen, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja ettei häntä ja hänen perhettään voida tunnistaa opinnäytetyöstä. Äiti kuitenkin ilmoitti, ettei häntä haittaa, vaikka hänet tunnistettaisiinkin, mutta minun täytyi ottaa huomioon myös opinnäytetyössä esiintyvien ensihoitajien tuntemattomana säilyminen. Koska koko aineisto on mukana työssä tarinan muodossa, minun täytyi pohtia tunnistettavuusasiaa tarkoin. Jätin tarinasta pois haastattelussa esiin tulleet tunnistettavuusasiat, kuten esimerkiksi nimet ja asuinpaikkakunta, mutta myös joitakin muita seikkoja, joista tapahtuman voisi yksilöidä.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida uskottavuuden, vahvistuvuuden, analyysin kattavuuden sekä arvioitavuuden ja toistettavuuden mukaan (Eskola & Suoranta 2000, 211–215).

Uskottavuus laadullisessa tutkimuksessa on sitä, että tutkijan on tarkistettava, vastaavatko hänen käsitteellistyksensä ja tulkintansa ilmiöstä tutkittavien käsityksiä (Eskola & Suoranta 2000, 211). Tutustuin tutkittavaan ilmiöön etukäteen tehdessäni teoreettista viitekehystä. Lisäksi kävin keskustelemassa Kätkytkuolemaperheiden yhdistys Käpy Ry:ssä lapsen kuolemasta, tutustuin internetissä oleviin lapsensa menettämistä käsitteleviin sivuihin, katsoin elokuvan (Eläville ja kuolleille. 2005.) sekä luin kirjan (Karf, G. 2005. Kun elämä pysähtyi – Lapseni on poissa. Helsinki: Kirjapaja Oy.) lapsen äkillisestä kuolemasta sekä keskustelin asiasta ystäväni ja työni ohjaajan kanssa. Näillä kaikilla asian sisäistämiskeinoilla varmistin, että olen tutustunut ilmiöön eri näkökulmista ja keskustelen samasta asiasta äidin kanssa.

Vahvistuvuutta tutkimuksessa pohditaan siten, että saavatko tutkimuksessa tehdyt tulokset tukea muista vastaavaa ilmiötä tutkineista tutkimuksista (Eskola & Suoranta 2000, 212). Spesifisti vastaavaa tutkimusta ei löytynyt. Ensihoitajien toimintaa on Suomessa tutkittu melko vähän, koska ala on melko nuori.

Analyysin kattavuus tarkoittaa sitä, ettei tulkintoja perusteta satunnaisiin poimintoihin aineistosta (Eskola & Suoranta 2000, 215). Jo tutkimustehtävät laadittiin siten, että tutkittavaa ilmiötä käsitellään kattavasti. Lisäksi teoreettisen analyysin pätevyys voidaan tarkistaa narratiivin avulla. Pätevän teoreettisen analyysin perusteella voidaan rakentaa tosi narratiivi eli narratiivi, jossa teoreettisesti relevanteilla asioilla voidaan selittää tapahtumien kulkua, joten analyysi ja narratiivi toimivat toistensa testeinä (Toivonen 1999, 122–123). Tämä tarkoittaa sitä, että tutkimustehtävien vastauksista voi muodostaa tarinan, joka on aineistona käytetyn tarinan kaltainen. Vain elementit, joilla ei tutkimuksen kannalta ole merkitystä, saattavat vaihtua. Toisin sanoen, lukija saa samat vastaukset tutkimustehtäviin, lukeepa hän muodostetun tarinan tai vastaukset tutkimustehtäviin.

Arvioitavuus tarkoittaa, että lukija pysyy mukana tutkijan päättelyssä. Toistettavuus varmistetaan sillä, että analyysissä käytetyt luokittelu- ja tulkintasäännöt on esitetty mahdollisimman yksiselitteisesti. (Eskola & Suoranta 2000, 216.) Olen kuvannut käytetyt menetelmät ja säännöt niin analyysin kuin siihen vaikuttavien muidenkin seikkojen osalta tarkasti.

Luotettavuutta tässä työssä tulee pohtia myös siitä näkökulmasta, että tapahtumasta on kulunut neljä vuotta ja henkilö saattaa muistaa asioita väärin. Ihmiselle kehittyy kuitenkin usein ”supermuisti” sokkitilanteessa, jolloin ihmisen kaikki aistit tuovat tietoa laajasti ja aivot tallettavat sitä paremmin kuin normaalitilanteessa (Cullberg 1991, 142; Dyregrov 1994, 18; Saari 2001, 42). Voidaankin ajatella, että mukana ollut äiti muistaa tapahtumat juuri sokkireaktion vuoksi.

Eettisyyttä sekä luotettavuutta liittyen aineistonhankintaan ja sen analysointiin olen pohjinnut myös tämän työn kappaleessa ”Opinnäytetyön toteuttaminen”.

9.2 Tulosten pohdinta

Tässä kappaleessa pohdin työni tuloksia. Tuloksia pohditaan suhteessa teoriaan, koska aiempia vastaavia tutkimuksia ei ole. Ensimmäiseksi pohdin, tutkimustehtävien mukaisesti, ensihoidon toimintaa tilanteessa, minkä jälkeen etenen pohtimaan ensihoitajien toteuttamaa psyykkistä ensiapua ja äidin toiveita psyykkisestä tuesta. Jokaisen kappaleen loppuun olen tehnyt pohdinnan tuloksista lyhyen johtopäätöskappaleen.

Elvytyksen aloittaminen. Elvytystä ei tule aloittaa, jos elottomalla potilaalla on lautumia (Käypä hoito 2006). Ensihoitajat kuitenkin elvyttivät vauvaa, vaikka vauvalla oli lautumia. Äiti on koulutukseltaan sairaanhoitaja, joten häneen kykyensä tunnistaa lautuma voitaneen luottaa, vaikka hän sokissa olikin. Olihan äiti toimintakykyinen myös siten, että hän hetken elvytti vauvaa ennen ambulanssin tuloa. Ensihoitajan tulee kyetä myös vaikeisiin päätöksiin, kuten esimerkiksi elvytyksestä pidättäytymiseen tilanteen niin edellyttäessä. On eettisesti väärin elvyttää, jos ennustetta ei ole. Aloittaessaan elvytyksen he myös turhaan antoivat toivoa vauvan selviytymisestä. Äidin mukaan perheen isä oli ainakin toiveikas elvytyksen suhteen, joten he vahvistivat isän toiveita. Ensihoitajilla olisi ollut pätevä syy pidättäytyä elvytyksestä, ja he olisivat voineet vedota siihen. Elvyttäessään toivottoman ennusteen potilasta ensihoitajat ovat oleellisesti myös heikentäneet hälytysvalmiuttaan.

Ensihoitajilla saattoi kuitenkin olla hyvä tarkoitus, kun he aloittivat elvytyksen. Isä asetti vauvan ensihoitajien eteen elvytystä varten, vaikka äiti sanoi, ettei vauvalle voi enää mitään tehdä. Isä ihmetteli, missä ambulanssi viipyy ja oli muutenkin tilanteessa hätäisempi kuin äiti. Kenties ensihoitajat näkivät isän ahdingon ja aloittivat elvytyksen osoittaakseen, että he haluavat tehdä kaikkensa ja yrittää vielä. Äidin mielestä elvytys ei myöskään ollut tehokasta (kykyä arvioida elvytyksen tehokkuutta puolustaa äidin sairaanhoitajatausta). Eivät ensihoitajat olisi muuten elvyttäneet ”puoliteholla”, kuin hoi- taakseen perhettä psyykkisesti. Ensihoitajat saattoivat myös ajatella, että isä on sokissa ja ymmärtää sanallista viestiä huonosti. He halusivat elvyttämällä näyttää isälle, että kaikki mahdollinen lapsen pelastamiseksi on varmasti tehty eikä isälle jäänyt arvailuja. Etenkin isät voivat helposti kokea syyllisyydentunteita, jos eivät pysty auttamaan perhettään (Väisänen 1999, 60). Nyt, kun elvytys aloitettiin, isä sai auttaa elvytyksessä ja tehdä jotakin konkreettista auttaakseen lastaan.

Elvytyksen aloittaminen oli mahdollisesti tärkeää myös äidin takia, vaikka hän sitä mieltä olikin, ettei elvytystä tarvita. Jos ensihoitajat olisivat pidättäytyneet elvytyksestä äidin ajatuksen mukaisesti, olisi äiti saattanut kyseenalaistaa oman tulkintansa myöhemmin, vaikka sairaanhoitaja onkin. Äiti olisi voinut ajatella virheellisesti, että ensihoitajat kunnioittivat liikaa hänen ajatustaan pidättäytyä elvytyksestä eivätkä tehneet kokonaan omaa päätöstään tilanteessa. Sokkiin voi liittyä myös tunteettomuus, josta seuraa myöhemmin huono omatunto, koska uhri kokee, ettei surrut tarpeeksi kuollutta läheistään (Saari 2001, 46–47). Äiti olisi voinut myöhemmin katua arviotaan pitäen sitä

kylmänä ja tunteettomana tai jopa syyllistää itseään siitä, koska ei halunnut lastaan elvytettävän. Äiti olisi voinut myös arvella, ettei ollut sokissa kyvykäs tekemään arvioita, ja silti hänen ensin tekemä arvio johti elvytyksestä pidättäytymiseen. Olisihan äiti kuitenkin halunnut kuulla sanallisen varmistuksen ensihoitajilta, ettei mitään enää voida vauvan pelastamiseksi tehdä.

Eettisesti oli ehkä väärin aloittaa elvytys, mutta tässä tilanteessa elvytyksen aloittaminen oli hyväksyttävää, sillä ensihoitajat toimivat kuitenkin hyvää tarkoittaen huomioiden perheen tarpeet yksilöllisesti.

Elvytyksen lopettaminen. Ensihoitajat lopettivat elvytyksen saatuaan siihen luvan lääkäriltä. Äidin arvion mukaan elvytys kesti 15 minuuttia. On erikoista, että elvytys kesti niinkin kauan, vaikka elvytysohjeiden (Käypä hoito 2006) mukaan lautumia löydettyessä elvytystä ei tulisi edes aloittaa. Äiti ajatteli elvytyksen aikana, että ensihoitajien pitäisi jo lopettaa elvytys, ja että koko elvytys on turhaa.

Toki täytyy muistaa, että sokissa olevalta voi hävitä ajantaju (Cullberg 1991, 142; Dyregrov 1994, 18; Saari 2001, 42). Onko elvytys kestänyt todella 15 minuuttia vai tuntui-ko se vain äidistä sille, on asia johon tämän työn tiedoilla on mahdoton saada vastausta. Joka tapauksessa elvytys on jonkin aikaa kestänyt, sillä äiti on ehtinyt ottaa valokuvia, lapset ovat heränneet ja tulleet paikalle, ensihoitajat ovat soittelleet lääkärille ja poliisit ovat ennättäneet saapua paikalle.

Äiti kertoi, että isä oli toiveikas vielä elvytyksen kestäessä. Isä oli myös painelemassa ensihoitajien apuna. Todennäköistä on, että koko elvytys aloitettiin perheen, lähinnä isän, vuoksi. Muodollisen elvytystapahtuman olisi voinut toteuttaa jo viidenkin minuutin elvytyksellä. On väärin antaa omaiselle turhaa toivoa pitkittämällä elvytystä. Jos ensihoitajat jatkoivat elvytystä vain, jotta isä sai elvyttää, ja he eivät siksi hennoneet lopettaa elvytystä aiemmin, ensihoitajat eivät ole olleet varmoja toiminnastaan tilanteessa. Ammatillaisen tehtävä on olla oman tilanteensa asiantuntija. Tässä se olisi näkynyt ensihoitajien päätöksinä lopettaa toivoton elvytys muutaman minuutin jälkeen. Semminkin, kun äiti, joka myös oli hoitaja, ajatteli samoin ja ilmaisi sen ääneen jo ennen elvytyksen aloittamista.

Ensihoitajat eivät kertoneet kuolemasta sanallisesti, vaan he pelkästään nyökkäsivät vanhemmille lopettaessaan elvytyksen. Äiti olisi kuitenkin toivonut sanallista viestiä, vaikka hän kokikin ensihoidon olleen henkisesti läsnä. Äiti ajatteli, että sanallinen viesti olisi varmistanut, ettei mitään ole enää tehtävissä. Mahdollisesti se olisi ollut isänkin kannalta hyvä, koska hän oli tilanteessa toiveikas. Sokkiin voi liittyä myös epäusko (Dyregrov 1994, 18; Saari 2001, 42), joten ensihoitajan tehtävä on osaltaan poistaa tätä kertomalla tapahtunut ääneen. Äiti toivoi myös sisarusten kannalta sanallista viestiä. Tämä on mielestäni kuitenkin tilannekohtaista: voi olla parempi, että muille lapsille sisaruksen kuolemasta kertoo jompikumpi vanhemmista kuin ensihoitaja, jota lapset voivat pelätä ja arastella.

Sanallisen viestin puuttumista korvasi kuitenkin se, että perhe vietti aikaa kuolleen vauvan kanssa elvytyksen jälkeen. He hyvästelivät vauvan rauhassa ja hoitivat häntä vielä. Näin kuolema konkretisoitui perheelle ilman sanallista viestiä.

On eettisesti kyseenalaista, miksi ensihoitajat jatkoivat toivotonta elvytystä 15 minuuttia antaen samalla turhaa toivoa. Ensihoitajat eivät kyenneet kertomaan kuolemasta sanallisesti.

Ensihoitajien poistuminen. Tilanteen ahdistavuus ei oikeuta ensihoitajaa pakenemaan tilanteesta, vaan häneltä edellytetään ammattimaista käytöstä, johon kuuluvat vähintään hienotunteinen ja kunnioittava käyttäytyminen (Cummins 1994, 70; Reitala 2002, 181–182). Ensihoitajat kuitenkin lähtivät kohteesta pois mitään sanomatta toisin sanoen toimivat tilanteessa epäammattimaisesti, sillä hienotunteiseen ja kunnioittavaan käytökseen kuuluvat hyvät käytöstavat. Auttajan tulisi luoda rauhallinen tunnelma ja olla sokissa olevan käytettävissä (Cullberg 1991, 164; Cummins 1994, 70; Saari 2001, 142; Vilén ym. 2002, 180). Nyt äiti joutui ottamaan ensihoitajiin myöhemmin yhteyttä saadakseen keskustella tapahtumasta.

Kun lääketieteellinen ongelma muuttuu henkiseksi perhetraumaksi, ensihoitajan on kyettävä muuntautumaan roolissaan. Tilanne on ensihoitajalle vaativa, sillä hetkeä aiemmin ensihoitaja on ollut osa tehokkuuteen pyrkivää ensihoitojärjestelmää, ja yhtäkkiä ensihoitajan on omista tunnelatauksistaan välittämättä oltava myötäelävä auttaja (Cummins 1994, 70; Reitala 2002, 181–182).

Tilanteesta karkaamiseen on mahdollisesti syynä juuri sen ahdistavuus. Ensihoitajat ovat voineet kokea suurta ahdistavuutta katsoessaan perheen surua. Ensihoitajat ovat päästäneet omat tunteensa pintaan, ja paenneet tilanteesta. Ensihoitajilla on voinut olla itsellään lapsia, kenties samanikäisiä, ja he ovat alkaneet miettiä tilannetta omakohtaisena kokemuksena. Äiti havainnoi, ettei ensihoitajilla ollut helppoa olla tilanteessa. Äiti oli kiinnittänyt ensihoitajien tunnelatauksiin huomiota jo heidän tullessaan: ”He tulivat säikähtäneen näköisinä, silmät suurina, hartiat lysähtivät kasaan”. Elvytyksen aikana äiti mietti, miten voisi auttaa ensihoitajia ahdistuksessaan, kun he eivät voi tilanteelle mitään.

Myös se, etteivät ensihoitajat voineet tehdä mitään lapsen pelastamiseksi, on voinut ahdistaa ensihoitajia edelleen. Kenties he halusivat pysyä etäisinä, koska pelkäsivät vanhemmilta mahdollisesti tulevia tunneryöppyjä tai syyllistäviä kommentteja, jotka yhdessä epäonnistumisen tunteen kanssa olisivat ahdistaneet ensihoitajia lisää.

Ensihoitajilla on melko varmasti myös itsellään jonkinasteinen sokki- tai stressireaktio tilanteessa. Koska jälkiviisaus kuuluu sokkiin (Dyregrov 1994, 35), on se voinut vaivata ensihoitajiaakin. He ovat voineet kyseenalaistaa hoitopäätöksiään sekä miettiä hoitopäätöksiensä vaikutusta elvytyksen lopputulokseen. Jälkiviisaudesta voi myös helposti tulla itsesyytöksiä. Itsesyytökset ovat myös osa sokkireaktioita (Eränen 1991, 80; Saari 2001, 46–47). Tosin tässä tilanteessa ensihoitajien olisi kyllä pitänyt tietää, ettei jälkiviisaudelle ja itsesyytöksille ole aihetta, sillä lautumia löydettyä ei elotonta voida enää elvyttää eläväksi (Käypä hoito 2006). Ensihoitajien toiminnalla ei ole ollut mitään yhteyttä lapsen kuolemaan.

Tilanteesta poislähteminen saattoi johtua myös ensihoitajien kokemattomuudesta tai koulutuksen puutteesta. Ensihoitajat unohtivat omaiset tai eivät yksinkertaisesti tienneet, ettei ensihoitajien auttamistyö lopu elvytykseen, vaan läsnä on uusi joukko heidän apuaan tarvitsevia potilaita. Kun kuolemaa ei todeta sairaalassa, ensihoitajat ovat ainoat ammattilaiset tilanteessa. Toki paikalle voidaan kutsua muutakin apua tai perhe voidaan ohjata esimerkiksi terveyskeskukseen saamaan kriisiapua, mutta välittömästi elvytyksen lakattua paikalla ei välttämättä vielä muita ole.

Ensihoitajat ovat toki voineet poistua myös siitä syystä, että heille on tullut toinen, tätä kiireisempi tehtävä. Siinäkin tapauksessa ensihoitajien olisi pitänyt kuitenkin ilmoittaa

lähdestään. Ambulanssien toiminta-ajatus, syöksyä tehtävästä toiseen, on kieltämättä ongelma psyykkisen ensiavun toteuttamiselle jo ensihoitajien toimesta. Ensihoitojärjestelmässä ambulanssit ilmoittavat hätäkeskukselle olevansa käytettävissä uuteen tehtävään heti, kun kuljetusta ei tule. Hätäkeskus voi myös kysellä oma-aloitteisesti ambulanssia jo uudelle tehtävälle, kun se saa tiedon kohteessa olevasta vainajasta, vaikkei ambulanssi olisikaan vielä ilmoittautunut vapaaksi. Ambulanssia ei ole tehty kuolleitten auttamiseen, ja siitä näkökannasta katsoen hätäkeskuksella on perusteltu syy hälyttää ambulanssi heti muuhun tehtävään. Tulisi kuitenkin muistaa, ettei kohteessa olla enää vainajan, vaan omaisten vuoksi.

Tässä kohtaa onkin loppujen lopuksi kyse siitä, miten tärkeää perheen tukeminen on. Onko perusteltu syy pitää ambulanssia varattuna edes hetken, jotta ensihoitajat voisivat olla omaisten tukena, on asia, joka kaipaa keskustelua ensihoidossa toimivien kesken. Pienen paikkakunnan ainoalle sairaankuljetusyksikölle tilanne olisi ainakin hankala, sillä varattuna ollessaan tehtävät hoitaa naapurikunnan ambulanssi. Tällöin pitkä hoitoviive voi aiheuttaa lisää uhreja. Olisi hankalaa rauhoittua, istua potilaan viereen ja kuunnella keskittyneesti, jos joutuisi miettimään, että lähistöllä saattaa olla hätätilanne.

Mielestäni asia pitäisi toteuttaa siten, että ensihoitajat ilmoittaisivat hätäkeskukseen olevansa käytettävissä kiireisiin tehtäviin, mutta kiireettömiin tehtäviin voisi hälyttää toisen ambulanssin tai tehtävä olisi odotuksella. Jo kymmenen minuuttia omaisten tukena olisi ensihoitajilta paljon ja se voisi jättää omaisille paljon miellyttävämmän kuvan koko tapahtumasta kuin se, että ensihoitajat ryntäisivät pois heti elvytyksen päätyttyä. Suuressa kaupungissa ainakin, missä ambulansseja on useita, tätä tulisi toteuttaa.

Valitettavasti myös raha saattaa joskus sanella sääntöjä. Sairaankuljetuspalvelujen tuottajat saavat korvauksen Kelalta ajettujen tehtävien ja kilometrien mukaan, ja kuolemantapauspaikalta voidaan lähteä hyvinkin pian, jos toisaalla odottaa uusi tehtävä. Olipa tehtävä kiireinen tai ei, naapurikunnan palveluntuottajalle ei haluta antaa tehtävää. Vainajan luona olostaa ei saa samaa korvausta kuin uudesta tehtävästä.

Täytyisi muistaa, että tapahtuma on perheelle ainutkertainen tilanne ja ensihoitajien toiminta jättää sävyn koko tapahtumalle (Saari 2001, 44). Koulutus voisi osaltaan parantaa omaisten huomiointia. Hätäkeskusta myöten tulisi tietää, miten tärkeää on, että ensi-

hoitajat viettävät hetken omaisten luona. Myös ajatusta siitä, että kuoleman toteamisen jälkeen omaiset ovat ensihoitajien potilaita, pitäisi iskostaa koulutuksessa.

Nykyisin koko ensihoito myös rakentuu sen pohjalle, että hoito aloitetaan kohteessa ja tilanne pyritään stabiloimaan. Miksi henkisen puolen traumojen hoitoa ja stabilointia ei aloitettaisi jo kohteessa? On totta, että psyykkiseen ensiapuun on omat ammattihenkilönsä, mutta niin on anestesiaankin, ja silti ensihoitajat sitä tarvittaessa kentällä toteuttavat. En näe mitään syytä ohittaa hetken läsnäoloa omaisten tukena, jos kenenkään hengestä ei ole toisaalla kyse.

Ensihoitajat käyttäytyivät epäammattimaisesti, koska he pakenivat tilanteesta eivätkä olleet perheen käytettävissä. Tähän johti mahdollisesti ensihoitajien oma ahdistuminen tilanteessa, ensihoitajien kokemattomuus tukea omaisia elvytyksen jälkeen tai toinen ensihoitotehtävä.

Psyykkinen ensiapu. Psyykkistä ensiapua ei äidin mielestä tilanteessa ollut. Jonkinlaisesta tukemista äidin mielestä oli kuitenkin se, että ensihoitajat olivat vastanneet heidän kysymyksiinsä, miksi vauvan nenästä tulee verta. Tätä voisi pitää kuitenkin vain normaalina toimintana, jota ensihoitajat tekevät päivittäin ollessaan asiakaspalvelutyössä: asiakkaan tai potilaan kysymyksiin vastataan. Tarkasteltaessa äidin kertomusta teoriaan voidaan ensihoitajien toiminnassa havaita oleellisia puutteita psyykkisen ensiavun toteuttamisessa.

Vaikka yhtäältä puutteet psyykkisessä ensiavussa ovatkin havaittavissa, toisaalta voidaan todeta ensihoitajien toimineen tilanteessa sikäli oikein, etteivät he ole tuoneet omaa ahdistustaan esille sanallisesti. Äiti totesi tämän siten, että lienee parempi olla hiljaa, jos ei tiedä, mitä puhua. Kenties ensihoitajat olisivat halunneet jotain sanoa, mutta pelkäsivät ”väärää” sanoja. He tiesivät, että omat tunteet on selvitettävä tilanteen jälkeen eikä omaisten painolastia saa lisätä näyttämällä omaa ahdistustaan. Tapauksessa omia tuntejaan purki kuitenkin seuraavana päivänä terveyskeskuksella ollut ensihoitaja, joka iloitsi äidille vapaapäivästään tilanteen sattumisen aikaan. Kyseinen ensihoitaja on varmaankin miettinyt tilanteen kauheutta ja lohduttanut itseään, ettei onneksi ollut sitä näkemässä. Ensihoitaja luuli, että sama, mikä lohdutti häntä, lohduttaa äitiä.

Äiti kertoi, että ensihoitajat olivat kuitenkin henkisesti läsnä ja heidän ilmeistään pystyi päättämään heidän olevan pahoillaan, vaikka varsinainen psyykkinen ensiapu jäi pois. Hyvänä asiana voidaan pitää ensihoitajien osalta myös sitä, että he sallivat perheen olla läsnä tilanteessa. Tämä osaltaan pelasti varsinaisen psyykkisen ensiavun puutetta. Äiti piti arvokkaana vielä vuosienkin jälkeen, että ensihoitohenkilöstö salli vanhempien ja sisarusten olla läsnä elvytystilanteessa. Sisarukset saivat myös koskea elottomaan vauvaan ja isä elvyttää. Ensihoitajat sallivat myös äidin ottaa valokuvia elvytyksestä, vaikka sitä hieman erikoisesti katselivatkin. Elvytyksen jälkeen omaiset saivat viettää aikaa kuolleen vauvan kanssa, ja he saivat pitää vauvaa sylissä sekä rauhassa hyvästellä hänet.

Jokaisen ihmisen suru on ainutlaatuinen, ainutkertainen sekä omanlaisensa (Kiiltomäki & Muma 2007, 81), joten yksilöllisyys on ensihoitajalle välttämätöntä onnistuakseen psyykkisessä ensiavussa. Tilanteessa on monta yksilöllisyyden tasoa. Elvytetty ja kuollut vauva sekä muut perheenjäsenet on jokainen kohdattava yksilönä. Lisäksi koko tilanne on ainutlaatuinen perheen historiassa. Yksilöt ovat erilaisia sekä heidän reaktionsa lapsen äkilliseen kuolemaan. On vaikea sanoa, ajautuiko tilanne vain siihen, että omaiset saivat olla läsnä elvytyksen aikana, mutta joka tapauksessa se ainakin on ollut yksilöllistä huomiointia ensihoitajien osalta.

Yleisesti on vallalla ajatus, etteivät omaiset saisi olla läsnä elvytyksen aikana. Ikään kuin ensihoito omistaisi vainajan, vaikka hän on edelleen se sama perheenjäsen omaisilleen kuin ennen elvytystä tai kuolemaa. Ilmeisesti ajatellaan, että omaiselle jää traumojen, jos hän katsoo elvytystä. On totta, että elvytystoimet ovat rajuja esimerkiksi paineluelvytyksen osalta, mutta loppujen lopuksi ensihoitajilla ei ole oikeutta ajaa pois omaisia elvytyksestä, jos he eivät haittaa ensihoitajien työtä. Uskon myös, että jokainen ihminen tietää omat rajansa. Jos omainen uskoo kykenevänsä olemaan paikalla, ensihoitajien on siihen luotettava. Uusi elvytysohje ottaa asiaan kantaa varsin yksiselitteisesti: omaisten läsnäolo voidaan sallia elvytyksen aikana (Käypä hoito 2006).

Ilmeisesti ensihoitajien tarkoituksena on ollut toimia perhettä tukien, mutta heillä vain ei ole ollut oikeaoppisia keinoja näyttää sitä. Tästä voidaan päätellä ensihoitajien olleen kokemattomia tai muuten heidän koulutuksessaan on ollut puutteita psyykkisen ensiavun suhteen. He eivät vain tienneet, mitä tehdä. Yksi elvytyksen aloittamisen syykin voi olla se, etteivät ensihoitajat yksinkertaisesti keksineet tilanteessa mitään muuta, niin he aloittivat elvytyksen.

Koska ensihoitajat eivät tarjonneet elvytyksen jälkeen hoitoa, tilannetta vei eteenpäin äiti. Äiti oli aktiivinen ja avoin tilanteessa. Hän hoitoalan ihmisenä tiesi, miten toimia. Äidin toiminta pelasti tilannetta paljon koko perheen osalta. Äidin aktiivisuutta omassa surutyössään kuvastaa myös se, että hän järjesti myöhemmin myös keskustelutilaisuuden ensihoitajien kanssa.

Tilanteessa perhe toimi tiiviisti yhdessä ja he tukivat toinen toisiaan. On vaikea arvailla, millainen tilanne olisi ollut, jos äiti ei olisi osannut ryhtyä aktiivisesti viemään tilannetta eteenpäin. Vauvan hyvästelystä ei esimerkiksi olisi tullut yhtä kaunis hetki kuin äiti sen tässä tapauksessa kuvasi. Ei voida sanoa, olisivatko ensihoitajat siihen osanneet kannustaa, jos perhe olisi arastellut tilannetta toisessa huoneessa. Kuolleen näkeminen ja hyvästely ovat kuitenkin oleellisia asioita traumaattisen kokemuksen käsittelyprosessia ajatellen (Pojjula 2002, 91–92).

Puolustuksena ensihoitajilla voitaneen sanoa myös se, että toisaalta äidin ja perheen oma aktiivisuus saattoi tehdä ensihoitajille tilanteen entistä hankalammaksi ja he arastelivat olla esillä tilanteessa. Tosin äiti oli kuitenkin autettavan osassa ollessaan traumaattisen tapahtuman uhri ja hänellä olisi ollut oikeus saada psyykkistä ensiapua. Äiti saattoi odottaa ensihoitajien apua elvytyksen jälkeen, mutta sen jäädessä pois, äiti alkoi viedä tilannetta eteenpäin.

Ensihoitajat eivät toteuttaneet tilanteessa psyykkistä ensiapua. Ilman äidin omaa aktiivisuutta, avoimuutta ja sitä, että hän sattui olemaan sairaanhoitaja, perheen akuutin vaiheen kriisihoito olisi jäänyt olemattomaksi.

9.3 Johtopäätökset

Yhteenveto opinnäytetyöni johtopäätöksistä:

- Eettisesti oli ehkä väärin aloittaa elvytys, mutta tässä tilanteessa elvytyksen aloittaminen oli hyväksyttävää, sillä ensihoitajat toimivat kuitenkin hyvää tarkoittaen huomioiden perheen tarpeet yksilöllisesti.

- On eettisesti kyseenalaista, miksi ensihoitajat jatkoivat toivotonta elvytystä 15 minuuttia antaen samalla turhaa toivoa. Ensihoitajat eivät kyenneet kertomaan kuolemasta sanallisesti.
- Ensihoitajat käyttäytyivät epäammattimaisesti, koska he pakenivat tilanteesta eivätkä olleet perheen käytettävissä. Tähän johti mahdollisesti ensihoitajien oma ahdistuminen tilanteessa, ensihoitajien kokemattomuus tukea omaisia elvytyksen jälkeen tai toinen ensihoitotehtävä.
- Ensihoitajat eivät toteuttaneet tilanteessa psyykkistä ensiapua. Ilman äidin omaa aktiivisuutta, avoimuutta ja sitä, että hän sattui olemaan sairaanhoitaja, perheen akuutin vaiheen kriisihoito olisi jäänyt olemattomaksi.

Loppuyhteenvedona voidaan vielä todeta, että ensihoitajien tarkoituksena on ollut toimia hyvää tarkoittaen ja asianmukaisesti, mutta jostain syystä he eivät ole siihen kyenneet. Joko heidän koulutuksessaan on ollut puutteita, he ovat olleet kokemattomia työssään tai he ahdistuivat tilanteessa.

Johtopäätöksien yleistäminen ei ole mahdollista, sillä tutkimuksessa oli vain yksi tapaus. Lisäksi tapaus on pelkästään äidin näkökulmasta kerrottu. Kuitenkin voidaan ajatella, että kyseessä on esimerkki ainutkertaisesta ja todellisesta tapauksesta, minkä esille-tuonti jo sinällään on arvokasta. Lisäksi tulee muistaa, että äiti on oman kokemuksensa paras asiantuntija eikä yksittäisen ihmisen tunteita ja tunteita voi ulkopuolinen kyseenalaistaa.

Johtopäätöksiä voidaan hyödyntää ensihoitajien koulutuksessa esimerkiksi aiheina yhteiselle pohdinnalle ja keskusteluille. Johtopäätöksillä voidaan lisäksi osoittaa, ettei ammatillinen käyttäytyminen ole aina itsestäänselvyys.

9.4 Jatkotutkimus- ja koulutusaiheita

Toivon, että tämä opinnäytetyö herättäisi kiinnostusta tutkimaan ensihoidon toteuttamaa psyykkistä ensiapua myös tätä työtä laajemmassa mittakaavassa. Opinnäytetyössä on tietyt rajoituksensa työn laajuuden suhteen, mutta esimerkiksi yliopistotasoisena työhön voisi ottaa jo hyvinkin kattavan näkökulman. Myös ensihoitajien näkökulma vastaavissa tilanteissa sekä psyykkisen ensiavun varhaisen aloittamisen merkitys osana traumaatti-

sen kokemuksen käsittelyprosessia olisivat varmasti tutkimisen arvoisia kohteita. Selkeä tieteellinen näyttö esimerkiksi siitä, että mahdollisimman varhaisella psyykkisellä ensiavulla voidaan helpottaa koko käsittelyprosessin etenemistä, voisi kenties lisätä psyykkisen ensiavun painoarvoa ensihoitajien koulutuksessa.

Mielenkiintoinen tutkimisen kohde olisi myös omaisten läsnäolo elvytyksen aikana niin ensihoidon kuin omaistenkin näkökannalta katsoen. Tässä työssä asia tuli esiin, ja sitä käsiteltiin, mutta vain pintapuolisesti. Asiasta on virinnyt painokasta mielipiteiden vaihtoa opinnäytetyöprosessini aikana usean henkilön kanssa, joten koen sen mielenkiintoiseksi aiheeksi.

Lapsensa menettänyt äiti kertoi, kuinka lapsen kuolema on aihe, josta ei kulttuurissamme voida juuri puhua. Lapsensa menettäneitä vanhempia suorastaan pelätään, koska aiheesta ei haluta kuulla mitään. Huomasin sen itsekin tehdessäni tätä työtä: sain kauhistuneita ihmettelyjä jopa ensihoitoalalla olevilta siitä, miksi olen ottanut ”niin kauhean aiheen”. Prosessin edetessä ryhdyinkin sanomaan joillekuille vain tekeväni työtä ”äkillisistä kuolemista”. Toki asia on pysäyttävä, mutta eivät maailman kauheudet poistu vaikenemalla. Lasten äkillisiä kuolemia tapahtuu ja ensihoitajat joutuvat niitä tilanteita kohtaamaan. Pelot ja ennakkoluulot jonkin asian suhteen johtuvat usein siitä, että asiasta tiedetään vähän. Koulutuksen tuoma tieto on keino poistaa pelkoja.

Psyykkistä ensiapua voisi harjoitella käytännön harjoitusten kautta siinä missä potilaan tutkimista ja hoitamistakin. Opinnäytetyössä tuli ilmi, ettei ensihoitajilla ollut vaikeutta aloittaa elvytystä. Sen he osasivat, mutta eivät elvytyksen jälkeistä omaisten hoitoa. Toivon tämän työn herättävän pohdintaa, miten paljon missäkin koulutuksessa tällä hetkellä psyykkistä ensiapua koulutetaan ja paljonko sitä pitäisi kouluttaa. Tarpeen vaatien sen osuutta on koulutuksessa lisättävä, jotta jokaisella terveydenhuollon asiakkaalla olisi mahdollisuus saada psyykkistä ensiapua.

Mielestäni koulutuksissa pitäisi painottaa myös sitä, että vaikka psyykinen ensiapu on vaativaa ja raskasta, siinä ei kuitenkaan ole kyse mistään mahdottomasta, vaan loppujen lopuksi lähimmäisistä välittämisestä. Sitä me jokainen teemme päivittäin. Toivon tämän työn antavan lukijalleen mahdollisimman paljon uskoa ja luottamusta siihen, että jokainen voi antaa psyykkistä ensiapua ja jokaisesta on siihen. Mielestäni jokainen pystyy auttamaan jo sillä, että on ihminen toiselle.

LÄHTEET

- Ahlfors, L., Saarikoski, M & Sova, I. 1992. Psykiatrinen auttamistyö. 2. uudistettu painos. Helsinki: Weilin+Göös.
- Ahonen, H. 1994. Vuorovaikutus auttamisen välineenä. 1.–2. painos. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Asetus sairaankuljetuksesta 28.6.1994/565.
- Bendt, I. 2000. Kun pieni lapsi kuolee. Suom. Dalmo, T., alkuperäinen teos 1997. Helsinki: Lasten keskus.
- Byard, R. W. 2004. Sudden Death in Infancy, Childhood and Adolescence. 2. Edition. New York: Cambridge University Press.
- Cullberg, J. 1991. Tasapainon järkkyyssä – Psykoanalyttinen ja sosiaalipsykiatrinen tutkielma. 2. osittain uusittu laitos. Suom. Rutanen, M., alkuperäinen teos 1980. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Otava.
- Cummins, R. O. 1994. Death, grieving and families. Teoksessa Cummins, R. O. (toim.) Advanced Cardiac Life Support. Dallas: American Heart Association.
- Dyregrov, A. & Hordvik, E. 1992. Sisarusten surutyö. Teoksessa Manneri, T. (toim.) Vaitettu suru – Lapsen kuolema ja perheen tukeminen. Helsinki: Lastensuojelun keskusliitto.
- Dyregrov, A. 1994. Katastrofipsykologian perusteet. Suom. Teva, T. Tampere: Vastapaino.
- Eränen, L. 1991. Katastrofipsykologia. Helsinki: VAPK-Kustannus.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2000. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 4. painos. Tampere: Vastapaino.
- Heikkinen, H. L. T. 2002. Narratiivisuus – ei yksi vaan monta tarinaa. Teoksessa Heikkinen, H. L. T. & Syrjälä, L. (toim.) Minussa elää monta tarinaa – kirjoituksia opettajuudesta. Helsinki: Kansanvalistusseura.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu – Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
- Jalkanen, L. 2003. Lapsi ensihoidossa. Teoksessa Alaspää, A., Kuisma, M., Rekola, L. & Sillanpää, K. (toim.) Uusi ensihoidon käsikirja. Helsinki: Tammi.
- Kiiltomäki, A. & Muma, P. 2007. Tässä ja nyt – Sairaanhoidtaja tekee kriisityötä. Helsinki: Sairaanhoidtajaliitto.

Kinnunen, A. 2002. Kuljetuksesta hoitoon. Teoksessa Castrén, M., Kinnunen, A. (toim.), Paakkonen, H., Pousi, J., Seppälä, J. & Väisänen, O. Ensihoidon perusteet. Kuopio: Pelastusopisto.

Kiira, P. 2000. Suositus äkillisen kuoleman kertomisesta perheenjäsenille ja omaisille. Luettu 27.9.2007. <http://www.finems1.pp.fi/images/kuoleman.pdf>.

Kivikko, M. Kätkykuolemaperheiden yhdistys Käpy Ry:n toiminnanjohtaja. 2007. Haastattelu 2.10.2007. Haastattelija Ruotsalainen, J.

Käpy ry. 2007. Yhdistyksen internetsivut. Luettu 2.10.2007. <http://www.kapy.fi/>

Käypä hoito. 2006. Elvytys – Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Elvytysneuvoston, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Punaisen Ristin työryhmän ohje. Julkaistu 5.5.2006. Luettu 1.10.2007. <http://www.kaypahoito.fi/kh/kaypahoito?suositus=hoi17010>

Kääriäinen, S. 1993. Periaatteet hoitotyössä. Teoksessa Janhonen, S., Kuokkanen, R., Kääriäinen, S. & Matikka, S.–L. Kehittyvä hoitotyö. 2. painos. Helsinki: WSOY.

Lehto, U. 1996. Henkisen ensiavun toiminta kriisityöntekijöiden kuvaamana – Sopivasti toisin. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro Gradu.

Lähteenoja, K.-M. & Laine, V. 2004. Kuoleva lapsi ja lapsen saattohoito. Teoksessa Koistinen, P., Ruuskanen, S. & Surakka, T. Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. Helsinki: Tammi.

Metsämuuronen, J. 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Helsinki: International Methelp.

Paavola, A. 1992. Lasten tapaturmakuolemat. Teoksessa Manneri, T. (toim.) Vaiettu suru – Lapsen kuolema ja perheen tukeminen. Helsinki: Lastensuojelun keskusliitto.

Pojjula, S. 2002. Surutyö. Helsinki: Kirjapaja Oy.

Pojjula, S. 2004. Kriisityön ajantasaistaminen – Yksi debriefing ei riitä!. Sairaanhoidajalehti. 2 (12), 27–29.

Päiviö, R. 1992. Kun syntymä ja kuolema kohtaavat. Teoksessa Manneri, T. (toim.) Vaiettu suru – Lapsen kuolema ja perheen tukeminen. Helsinki: Lastensuojelun keskusliitto.

Reitala, J. 2002. Potilaan kohtaaminen ja tilan arviointi. Teoksessa Castrén, M., Kinnunen, A. (toim.), Paakkonen, H., Pousi, J., Seppälä, J. & Väisänen, O. Ensihoidon perusteet. Kuopio: Pelastusopisto.

Rintahaka, P. 1992. Selittämätön kätkykuolema. Teoksessa Manneri, T. (toim.) Vaiettu suru – Lapsen kuolema ja perheen tukeminen. Helsinki: Lastensuojelun keskusliitto.

Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. (toim.). 2005. Haastattelu – Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Tampere: Vastapaino.

- Saari, S. 2001. Kuin salama kirkkaalta taivaalta – Kriisit ja niistä selviytyminen. 2. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Otava.
- Sillanpää, K. 2003a. Ensihoidon arvomaailma. Teoksessa Alaspää, A., Kuisma, M., Rekola, L. & Sillanpää, K. (toim.) Uusi ensihoidon käsikirja. Helsinki: Tammi.
- Sillanpää, K. 2003b. Äkillinen sairastuminen. Teoksessa Alaspää, A., Kuisma, M., Rekola, L. & Sillanpää, K. (toim.) Uusi ensihoidon käsikirja. Helsinki: Tammi.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Psykososiaalinen tuki ja palvelut suuronnettomuudessa – Asiantuntijaryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:81.
- Suomen kielen perussanakirja 1. 1995. Helsinki: Painatuskeskus Oy.
- Suomen kielen perussanakirja 2. 1995. Helsinki: Painatuskeskus Oy.
- Suomen kielen perussanakirja 3. 1995. Helsinki: Painatuskeskus Oy.
- Tilastokeskus. 2007. Väestö. Luettu 24.9.2007. <http://www.stat.fi/til/vrm.html>.
- Toivonen, T. 1999. Empiirinen sosiaalitutkimus – Filosofia ja metodologia. 1. painos. Helsinki: WSOY.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2003. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 1.–2. painos. Helsinki: Tammi.
- Vilén, M., Leppämäki, P. & Ekström, L. 2002. Vuorovaikutuksellinen tukeminen sosiaali- ja terveysalalla. 1. painos. Helsinki: WSOY.
- Vuokila-Oikkonen, P., Janhonen S. & Nikkonen, M. 2001. Kertomukset hoitotieteellisen tiedon tuottamisessa: Narratiivinen lähestymistapa. Teoksessa Janhonen S. & Nikkonen, M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.
- Väisänen, L. 1999. Lapsen menetys. Helsinki: Kirjapaja Oy.

Käpy ry. 2007. Yhdistyksen internetsivut. Luettu 2.10.2007.
http://www.kapy.fi/tukipaketit/tuki_katkykuolema.html

KÄPY tukipaketti. Kätkytkuolema.

Lapsesi on kuollut.
Tiedät paremmin kuin kukaan,
miten köyhiä sanat nyt ovat.
Haluamme silti sanoa,
että olemme mukana surussasi
ja toivomme sinulle voimia.

Olemme koonneet tähän pienen tietopaketin. Se voi antaa joitakin vastauksia mielessäsi oleviin kysymyksiin.

Mikä kätkytkuolema on ?

Kun terveenä pidetty pikkuvauva kuolee äkkiä ja odottamatta, eikä kuolinsyytä löydetä perusteellisista lääketieteellisistä tutkimuksista huolimatta, kuolemaa sanotaan kätkytkuolemaksi.

Onko kätkytkuolema tavallinen ?

Vaikka kätkytkuolema on harvinainen, on se yleisin imeväisikäisten yksittäinen kuolinsyy, niitä tapahtuu Suomessa alle 20 vuodessa. Kätkytkuolema on erittäin harvinainen alle kuukauden ja yli vuoden ikäisillä, yleisin se on kahdesta neljään kuukauteen vanhoilla vauvoilla. Se kohtaa hiukan useammin poikia kuin tyttöjä ja se on hieman tavallisempi talvella kuin muina vuodenaikoina.

Miksi lapsi kuolee?

Kätkytkuoleman syytä ei ole löydetty. Kätkytkuolemaa ei siis voida ennakoida, ennustaa eikä selittää. Jokaiselle imeväisikäisenä sairaalan ulkopuolella äkillisesti kuolleelle lapselle tehdään oikeuslääketieteellinen ruumiinavaus, jossa selvitetään lapsen kuoleman syy. Jos syytä ei löydy, kuolinsyyksi merkitään kätkytkuolema. Se ei ole varsinaisesti yksittäinen syy tai tauti, vaan useiden, toistaiseksi tuntemattomien syiden summa, syndrooma.

Onko lapsi kärsinyt?

Kätkytkuolema tapahtuu useimmiten vauvan nukkuessa. Kuolinkamppailusta ei löydy jälkiä. Kuolema on äänetön ja mitä ilmeisimmin kivuton.

Onko lapsi tukehtunut?

Kätkytkuoleman syynä ei ole tukehtuminen, vaikka lapsen kasvot joskus löydettyäessä ovatkin vuodevaatteiden peitossa. Vauva ei ole myöskään tukehtunut ruokaan tai oksennukseen.

(jatkuu)

Aiheuttiko lapsen flunssa kätkytkuoleman?

Kätkytkuolemaan kuolleella vauvalla on usein ollut pientä nuhaa tai lievä hengitysteiden tulehdus. Se ei kuitenkaan ole kätkytkuoleman syy. Tyystin terve vauva ei menehdy nuhakuumeeseen. Hengitysteiden tulehdus on ehkä osa siinä tapahtumasarjassa, joka toistaiseksi tuntemattomalla tavalla johtaa lapsen kuolemaan.

Nukkuiko vauva väärässä asennossa?

Nukkuma-asennon ja kätkytkuoleman yhteyttä selvitetään. Nykyään myös Suomessa on yleistynyt suositus vauvojen nukkuttamisesta selkä-kylkiasennossa. Ei kuitenkaan ole mitään mahdollisuutta sanoa, että lapset, jotka ovat kuollessaan nukkuneet vatsallaan, olisivat nyt elossa, jos heitä olisi nukutettu selällään.

Tekivätkö vanhemmat jotain väärin?

On luonnollista kysyä itseltään, olisiko jonkin asian vauvan käytöksessä tai terveydentilassa pitänyt varoittaa uhkaavasta kätkytkuolemasta. Vanhemmilla ei kuitenkaan ole mitään syytä itsesyytöksiin, olivatpa he esimerkiksi nukkuttaneet vauvaa missä asennossa tahansa tai jättäneet tämän tavalliseen tapaan unilleen. Koska kätkytkuolemaa ei voida ennustaa, sitä ei voida myöskään estää.

Olisiko vauvan voinut ravistella henkiin?

Kätkytkuoleman ominaispiirteisiin kuuluu, että siitä elvyttäminen on tavallista vaikeampaa. Vauvan elvytysvaste on heikko. Vaikka vanhemmat olisivat olleet aivan vauvan vieressä, he eivät todennäköisesti olisi pystyneet estämään kuolemaa. Lapset, joiden tiedetään elpyneen esimerkiksi ravistelemalla (ns. ALTE-lapset), eivät nykyisen tutkimustiedon mukaan ole olleet kätkytkuoleman vaarassa.

Periytykö, tarttuuko tai toistuuko kätkytkuolema perheessä?

Kätkytkuolema ei ole periytyvä eikä tarttuva, eikä uhkaa perheen muita lapsia. Kakso- tai kolmosista kätkytkuolema sattuu useimmiten vain yhdelle. Kätkytkuoleman toistuminen seuraavien lasten kohdalla on erittäin harvinaista.

Mitä muuta kätkytkuolemasta tiedetään?

Mikään yksittäinen tutkimustulos tai tieto kätkytkuolemasta ei selitä sitä, mutta on useita havaintoja joiden perusteella voidaan arvella kätkytkuoleman riskin lisääntyvän. Lapsen pieni syntymäpaino tai keskisuus on niistä yksi, ja sillä puolestaan on yhteyttä äidin raskaudenaikaiseen tupakointiin. Tällä hetkellä keskeisiä tutkimussuuntia ovat lapsen hengityksen ja lämmön säätelyn kehittymättömyys sekä poikkeamat lapsen aineenvaihdunnassa ja aivotoiminnan vähäiset häiriöt. Mitkään näistä eivät ole helposti ennalta havaittavissa.

Miksi poliisi tutkii kätkytkuoleman?

Suomen lainsäädännön mukaan sairaalan ulkopuolella tapahtuvasta kuolemasta on suoritettava poliisitutkinta. Poliisin tapaaminen voi tuntua kohtuuttomalta. Se ei kuitenkaan merkitse sitä, että vanhempia tai hoitajia epäiltäisiin lapsen kuoleman edes tahattomiksi aiheuttajiksi. Poliisitutkinta auttaa oikeuslääkärää selvittämään lapsen kuolinsyyntä.

Minne kuollut vauva viedään?

Käytäntö vaihtelee paikkakunnittain. Suurissa kaupungeissa lapsi voidaan viedä heti oikeuslääketieteen laitokselle, toisaalla taas ruumis säilytetään esimerkiksi sairaalassa ruumiinavaukseen asti. Lapsi kuuluu kuitenkin vanhemmilleen edelleen ja siksi olisi hyvä jaksaa selvittää mihin kuollut vauva löytöpaikaltaan viedään. Vanhemmilla on oikeus pidellä ja helliä myös kuollutta lastaan kaikissa lapsen kuolemaa seuraavissakin vaiheissa. Kuolleen lapsen kohtaaminen voi osoittautua tärkeäksi kokemukseksi vanhempien selviytymisen kannalta.

Mihin oikeuslääkärää tarvitaan?

Oikeuslääketieteellinen ruumiinavaus suoritetaan kaikille sairaalan ulkopuolella imeväisikäisinä äkillisesti kuolleille lapsille. Pienen lapsen äkillinen kuolema on tutkinnallisesti vaikea ja vaatii laajoja tutkimuksia, joten lopullinen ruumiinavauslausunto saattaa viipyä useita kuukausia siitä huolimatta, että pienet lapset pyritään tutkimaan ensitilassa. Hautaus voidaan toimittaa hautausluvan perusteella.

Miten vauva haudataan?

Vaikka lapsi on elänyt vain lyhyen elämän, on se kuitenkin ollut hänen kokonainen ja arvokas elämänsä. Vaikka lapsen kuolema on järkytys, jonka haluaisi olevan mahdollisimman pian ohi, hautajaisten valmistelu kaikessa rauhassa on usein avuksi koko perheen surussa. Perhe voi tehdä paljon itse omilla ehdoillaan, itseään kuunnellen. Myös hautaustoimistot ovat valmiit kuuntelemaan vanhempien toivomuksia, jos nämä suinkin jaksavat ne ilmaista. Lapsen hautajaisissa on otettava huomioon myös sisarusten läsnäolo. Jos lapsia on valmisteltu tapahtumaan, hautajaisiin osallistuminen on usein vain eduksi.

Mitä sen jälkeen?

Kun surun pahin shokkivaihe ja hautajaiset monine valmisteluineen ovat ohi, sanovat monet vanhemmat surun tulevan elämään koko painollaan. Ympäristöllä saattaa olla tarve vakuuttaa, että pahin on ohi ja edellyttää paluuta normaaliin lapsen kuolemaa edeltäneeseen elämään. Tällöin on tärkeää, että vanhemmilla ja sisaruksilla on voimia jaksaa kokea asioita keskenään ja jakaa niitä myös muiden kanssa: sukulaisten, ystävien, neuvolan tai hoitavan lääkärin, kohtalotoverien. Jokainen on surussaan yksin, mutta eristäytyminen voi olla haitaksi. Vertaistukea voi hakea esim. sururyhmistä tai Käpy ry:n aluetapaamisista, joista saa tietoa auttavasta puhelimesta.

Miten lääkäri tai neuvola auttaa?

Kätkytkuolemasta saa ja pitääkin puhua kuoleman todenneen tai lasta hoitaneen lääkärin kanssa. Kaikki kysymykset ja epäilyt voidaan näin käydä läpi ja tarvittaessa tapaamisia kannattaa sopia useita. Koska kätkytkuolemaan kuollut lapsi on usein ollut rintamaidolla, lääkäri määrää maidonerityksen lopettavan lääkityksen. Samoin hänen kanssaan voivat sekä isä että äiti keskustella mahdollisesta sairasloman tarpeesta ja sen kestosta. Yhteyttä tuttuun äitiys- tai lastenneuvolaan ei myöskään kannata katkaista, vaikka vauvaa ei enää ole. Mahdollisuus asioiden pohdintaan ja tarvittavaan jatkohoitoon löytyy sieltäkin.

Mitä muuta on otettava huomioon?

Lapsen kuolemasta on syytä ilmoittaa erikseen Kansaneläkelaitoksen paikallistoimistolle. Äitiysraha maksetaan aina täysimääräisenä, mutta muiden sosiaalietuuksien maksatus loppuu varsin äkisti. Työnantajallekin pitäisi jaksaa ilmoittaa muuttuneesta tilanteesta mahdollisimman pian.

Mistä muualta löytyy tukea?

Jos suinkin jaksat hakeutua tuen piiriin, sitä on kyllä tarjolla. Kodin hoitaminen saattaa tuntua ylivoimaiselta. Pyydä käytännön apua esimerkiksi kunnan sosiaalitoimistosta tai Mannerheimin lastensuojeluliitosta. Terveyskeskusten kriisiryhmät, perheneuvolat ja seurakunnat sekä mielenterveystoimistot tarjoavat mahdollisuuksia mielettömän tilanteen edes jonkinlaiseen hahmottamiseen.

Voiko kukaan todella ymmärtää?

Suomessa kuolee vuosittain alle 20 lasta kätkytkuoleman. Kätkytkuoleman kokeneet vanhemmat perustivat syksyllä 1991 valtakunnallisen yhdistyksen, jonka toiminta on laajentunut koskemaan myös muulla tavoin lapsensa menettäneitä perheitä sekä muita, joita asia koskettaa. KÄPY Kätkyt- ja lapsikuolemaperheiden yhdistys ry on käytettävissäsi, jos sinusta tuntuu että haluat keskustella oman lapsesi kuolemasta tai surustasi. Saman kokeneen ihmisen vertaistuesta voi olla paljonkin apua. KÄPY on kouluttanut tukiperheitä ympäri maan. Heihin saa yhteyden yhdistyksen kautta.

Mitä KÄPY on?

KÄPY Kätkyt- ja lapsikuolemaperheiden yhdistys ry:n tavoitteena on lapsensa menettäneiden perheiden tukeminen. Toiminta on jaettu neljään lohkoon: tuki, tutkimus, tiedotus ja talous. Toimikunnat työskentelevät kiinteästi yhdessä ja niiden apuna on asiantuntijaneuvosto. Kaikki yhdistyksen toiminta on tavallaan tukitoimintaa. Tutkimusta seuraamalla ja siihen vaikuttamalla pyritään edesauttamaan syy-yhteyksien selviämistä ja löytämään parhaita keinoja perheiden auttamiseksi. Tiedotus, koulutus ja julkinen keskustelu ovat osa KÄPY ry:n toimintaa. Kaksi kertaa vuodessa ilmestyvä KÄPY-lehti on runsasisältöinen jäsenetu, joka julkaisee asiantuntija-artikkeleita ja perheiden kokemuksia. Yhdistys on SIDS Internationalin sekä Lastensuojelun Keskusliiton jäsen. Yhdistyksellä on palkattu toiminnanjohtaja, muuten työ perustuu vapaaehtoisuuteen.

Miten liittyä mukaan?

Yhdistyksen toiminta on Sinua varten. Jos haluat liittyä jäseneksi, ota yhteyttä. Voit myös liittyä Käpy-ystäväksi valitsemallasi tuki- tai ainaisjäsenmaksulla. Jäsenmaksu on 20 €perhejäsen ja 10 €yksittäinen jäsen. Ainaisjäsenmaksu 135 € KÄPY-ystävämaksu määräytyy KÄPY-ystävän harkinnan mukaan, ollen kuitenkin vähintään 9 € Käpy-lehden vuosikerran tilaushinta on 10 € Tilinumero: Sampo 800014-1021 101.

Näitä kysymyksiä pohdimme kohdatessamme itse lapsen kätkytkuoleman. Kysyimme myös paljon muuta, ja olemme valmiit etsimään kanssasi vastauksia.

Auttava puhelin

Ilmainen **auttava puhelin 0800-95959** päivystää kaksi kertaa viikossa, maanantaisin ja torstaisin klo 8.30 - 11.30 välisenä aikana.

Yhteystiedot:**Käpy ry**

Pyhäjärvenkatu 5 D

33200 TAMPERE

(Käyntiosoite Klingendahl D-rappu, 4. krs)

Puhelin: (03) 3451100

Sähköposti: toimisto@kapy.fi