

Äitien kokemuksia raskausajasta kohtukuoleman jälkeen

Adolfsson Marie
Koivisto Susanna
Särkinen Emilia

Opinnäytetyö
Huhtikuu 2019
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Kättilön (AMK) tutkinto-ohjelma

Tekijä(t) Adolfsson, Marie Koivisto, Susanna Särkinen, Emilia	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK	Päivämäärä Huhtikuu 2019
	Sivumäärä 101	Julkaisun kieli Suomi
		Verkkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi Äitien kokemuksia raskausajasta kohtukuoleman jälkeen		
Tutkinto-ohjelma Kätilö (AMK) tutkinto-ohjelma		
Työn ohjaaja(t) Elina Tiainen, Christina Mantsinen		
Toimeksiantaja(t) KÄPY-Lapsikuolemaperheet ry		
Tiivistelmä <p>Kohtukuolema on raskas kokemus, joka aiheuttaa pelkoa ja ahdistusta myös seuraavaan raskausaikaan. Äidit tarvitsevat kohtukuoleman jälkeisen raskauden aikana entistä enemmän tukea ja kaipaavat toistuvasti varmistusta vauvan hyvinvoinnista.</p> <p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, kuinka äidit kokivat kohtukuolemaa seuraavan raskauden, minkälaista tukea he tuona aikana saivat, sekä minkälaista tukea he jäivät kaipaamaan. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, joka auttaa terveydenhuollon ammattilaisia ymmärtämään kohtukuolemaa seuraavan raskauden erityispiirteitä, äitien kokemuksia ja toiveita tuesta. Myös kohtukuoleman kokeneet vanhemmat saavat vertaistuellista tietoa siitä, kuinka muut äidit ovat kohtukuolemaa seuraavan raskausajan kokeneet.</p> <p>Tutkimus toteutettiin laadullisena ja aineisto kerättiin kyselylomakkeella. Tutkimusaineisto koostui 36:n kohtukuoleman kokeneen ja uudelleen raskautuneen äidin kokemuksista uuden raskauden ajalta.</p> <p>Tutkimustulosten mukaan kohtukuolemaa seuraava raskausaika oli vaikea ja sisälsi pelkoa sekä ristiriitaisia tunteita. Äidit saivat tukea erityisesti neuvolasta, vertaistuen piiristä sekä läheisiltä. Äidit kokivat puutteita niin terveydenhuollon ammattilaisten kuin läheistenkin kyvyssä kohdata heidät empaattisesti ja ottaa heidän pelkojaan tosissaan. Tutkimuksessa kävi ilmi, että erityisesti lääkäreiden kohtaamiseen oltiin tyytymättömiä.</p>		
Avainsanat (<u>asiasanat</u>) Kohtukuolema, seuraava raskaus, raskausaika, kokemus, tuki, kvalitatiivinen tutkimus		
Muut tiedot (<u>salassa pidettävät liitteet</u>)		

Author(s) Adolfsson, Marie Koivisto, Susanna Särkinen, Emilia	Type of publication Bachelor's thesis Number of pages 101	Date April 2019 Language of publication: Finnish Permission for web publication: granted x
Title of publication Mothers' experiences of pregnancy post stillbirth		
Degree programme Degree programme in midwifery		
Supervisor(s) Tiainen Elina, Mantsinen Christina		
Assigned by KÄPY-Lapsikuolemaperheet ry		
Abstract <p>Having a stillbirth is a difficult experience for the mother. It often leads to fear and anxiety also in the subsequent pregnancy. Mothers require more emotional support and seek frequent assurances of the well-being of their baby.</p> <p>The purpose of the study was to investigate how mothers experienced the subsequent pregnancy after stillbirth, what kind of support they received and what kind of support they wanted. The objective of the study was to produce information that would help healthcare professionals to understand the special characteristics of subsequent pregnancies after stillbirth as well as the mothers' related experiences and what kind of support they wanted. The study also offers informational peer support to parents by revealing how others have experienced the subsequent pregnancy after stillbirth.</p> <p>The study design was qualitative, and the data was collected with a questionnaire. The data consisted of 36 mothers' experiences related to a subsequent pregnancy after experiencing stillbirth in their previous pregnancy.</p> <p>According to the results, the subsequent pregnancy was seen as a difficult time from the mothers' perspective, and it included fear and ambivalent feelings. The mothers felt that they received the greatest support from parental clinics, from peer support as well as family and friends. On the other hand, they felt that the healthcare professionals as well as family and friends often lacked the ability of showing them proper empathy and of taking the mothers' fears seriously. The findings also suggested that the mothers felt especially disappointed with encounters with their doctors.</p>		
Keywords/tags Stillbirth, Subsequent pregnancy, Gestation, Pregnancy, Experience, Support, Qualitative research		
Miscellaneous (Confidential information)		

Sisältö

1	Johdanto	4
2	Kohtukuolema ja sitä seuraava raskaus	5
2.1	Kohtukuolema	5
2.2	Kokemus raskaudesta	11
2.3	Kohtukuolemaa seuraava raskaus	13
3	Tuki kohtukuolemaa seuraavassa raskaudessa	17
3.1	Terveydenhuollon tarjoama tuki	17
3.2	Perheen ja läheisten antama tuki	19
3.3	Vertaistuki	20
4	Tarkoitus ja tavoitteet	21
5	Tutkimuksen toteuttaminen	21
5.1	Laadullinen menetelmä.....	22
5.2	Kohderyhmä	23
5.3	Verkkokysely.....	23
5.4	Aineiston analyysi	26
6	Tutkimustulokset	29
6.1	Miten äidit kokivat kohtukuoleman jälkeisen raskauden	29
6.2	Minkälaista tukea äidit saivat kohtukuoleman jälkeisen raskauden aikana? 39	
6.3	Minkälaista tukea äidit olisivat kaivanneet kohtukuoleman jälkeisen raskauden aikana?.....	48
7	Pohdinta	60
7.1	Tulosten tarkastelu	60
7.1.1	Kokemukset kohtukuolemaa seuraavasta raskausajasta	61

7.1.2	Saatu tuki kohtukuolemaa seuraavan raskauden aikana.....	65
7.1.3	Tuki, jota äidit jäivät kaipaamaan	67
7.2	Eettisyys.....	70
7.3	Luotettavuus.....	73
7.4	Johtopäätökset	76
7.5	Jatkotutkimusehdotukset.....	77
Lähteet		78
Liitteet		91
Liite 1.	Esimerkkitaulukko alaluokkien luokittelusta yläluokiksi	91
Liite 2.	Yläluokkien luokittelu pääluokiksi	92
Liite 3.	Saatekirje	97
Liite 4.	Kyselylomake.....	98

Taulukot

Taulukko 1. Esimerkki alkuperäisilmaisujen pelkistämisestä.....	28
---	----

1 Johdanto

”Uudesta raskaudesta tuli pakkomielle ja odotusajasta painajainen. Kuolemanpelko oli läsnä kaiken aikaa. Annu suunnitteli, kuinka seuraavat hautajaiset järjestettäisiin. Kauhu hellitti vasta vauvan synnyttyä”. (Jouppi 2015.)

Parhaimmillaan odotusaika sekä lapsen saaminen on naiselle hänen elämänsä onnellisinta aikaa (Väisänen 2001, 10). Valitettavasti kaikki raskaudet eivät kuitenkaan pääty elävänä syntyneeseen vauvaan (Jauniaux & Simpson 2012, 592). Vuonna 2017 Suomessa syntyi 144 kuollutta lasta (Perinataalitalasto 2017, 2018).

Raskauden keskeytyminen on perheelle raskas tapahtuma, joka voi aiheuttaa ahdistusta myös seuraavaan raskausaikaan (Bhattacharya ym. 2010). Monet vanhemmat haluavat yrittää perheenisäystä pian uudelleen kohtukuoleman jälkeen (Meaney ym. 2016, 558). Vanhempien suru ja tuen tarve eivät kuitenkaan pääty uuden raskauden alkaessa heidän samalla käydessään läpi edellistä raskautta ja siihen liittyviä tunteita (Lapsensa menettäneen perheen tukeminen neuvolassa 2016).

WHO:n maailmanlaajuisessa strategiassa mainitaan tavoitteeksi lisätä tietoisuutta kohtukuolemista (Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents Health 2016-2030, 2015). Terveysten- ja hyvinvoinnin laitoksen seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelmassa on myös mainittu kohtukuolemat osa-alueena, jota tulisi tutkia enemmän (Edistä, ehkäise, vaikuta 2016).

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa äitien kokemuksia kohtukuolemaa seuraavalta raskausajalta, sekä minkälaista tukea äidit kyseisenä aikana saivat ja minkälaista tukea äidit olisivat kaivanneet.

Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä ymmärrystä siitä, miten äidit kokevat kohtukuoleman jälkeisen raskausajan, sekä lisätä yleistä keskustelua aiheesta. Tavoitteena oli koota äitien kokemuksia, joita voidaan hyödyntää työskennellessä kohtukuoleman kokeneiden äitien kanssa mm. sosiaali- ja terveysalan toimipaikoissa. Tekijöiden tavoitteena oli myös aiheeseen perehtymällä kasvattaa omaa ammattitaitoaan tulevana kättilönä.

2 Kohtukuolema ja sitä seuraava raskaus

Kohtukuolemaa voidaan tarkastella mm. sen yleisyyden, syiden ja riskitekijöiden näkökulmasta. Olennaista on myös kohtukuoleman ennaltaehkäisy sekä kohtukuoleman kokemuksen ja sen vaikutusten ymmärtäminen. Raskauskokemus on aina yksilöllinen ja kohtukuolemaa seuraavassa raskausajassa on omat erityispiirteensä. Kohtukuolema voi vaikuttaa vielä raskauden jälkeenkin äidin suhteeseen elävänä syntyneeseen vauvaan.

2.1 Kohtukuolema

Yleisyys ja riskitekijät

Suomessa kohtukuolemaksi (Fetus Mortus) määritellään vähintään 22-viikoisen tai vähintään 500g painavan sikiön kuolema kohtuun (Raussi-Lehto 2015, 395; Pohjoismaiset perinataalitulostat 2014, 2016). Edellä olevaa määritelmää käytetään myös tässä työssä. Kansainvälisten tutkimusten mukaan määritelmä vaihtelee maasta riippuen välillä 20-28 viikkoa (Meaney ym. 2016; Norris, Manktelow, Smith & Draper 2017).

Suomessa 2000-luvulla kohtukuolemien määrä on ollut tasaisessa laskussa (Perinataalitulasto 2017, 2018) ja on tällä hetkellä maailman pienimpiä (Lehtonen, Tikkanen & Laine 2017). Vuonna 2000 Suomessa syntyi kuolleena 230 lasta, kun vuonna 2017 kuolleena syntyi 144 lasta (Perinataalitulasto 2017, 2018). Perinataalikuolleisuus, johon sisältyy kohtukuolemien lisäksi kaikki alle seitsemän vuorokauden ikäisenä kuolleet (Raussi-Lehto 2015, 395), on vähentynyt kaikkialla pohjoismaissa (Pohjoismaiset perinataalitulostat 2014, 2016). Maailmanlaajuinen vertailu on kuitenkin vaikeaa kohtukuoleman määritelmän vaihdellessa maittain. Tämän lisäksi kirjaaminen on puutteellista osassa maista (Norris ym. 2017), mikä vaikeuttaa vertailua entisestään.

Perimmäisen syyn löytäminen kohtukuolemalle on vaikeaa, koska se on usein monen eri tekijän lopputulos (Smith 2016; Wojcieszek, Shepherd & Middleton ym. 2016a) Kohtukuolemalle altistavia tekijöitä ja siihen johtaneita syitä voidaan jaotella monin eri tavoin. Eri tutkijat tekevätkin toisistaan poikkeavia jaotteluja ja nostavat eri riski-

tekijöitä esiin. Täysin tyhjentävä syiden sekä altistavien tekijöiden lista olisikin pitkä ja tässä mainitaan vain useimmin tieteellisissä julkaisuissa esiin nostetut.

Useammassa tutkimuksessa todetaan, että kohtukuolemalle altistavien tekijöiden ja siihen johtavien syiden jaottelu on ongelmallista mm. siksi, että monet eri tilat voidaan nähdä sekä varsinaisena syynä kohtukuolemaan, että siihen vaikuttavana tekijänä. Esimerkkinä tästä on korkea verenpaine. (Vergani, Cozzolino, Pozzi ym. 2008; Lamont, Scott, Jones & Bhattacharya 2015.)

Esimerkiksi Lawn, Blencowe, Wiaswa ja muut (2016) jaottelevat altistavat tekijät väestötieteellisiin tekijöihin (esim. äidin ikä), ravitsemukseen sekä elämäntyyliin liittyviin tekijöihin, äidin infektoihin (malaria, HIV, kuppa), ei-tarttuviin tauteihin (lihavuus, diabetes, korkea verenpaine, pre-eklampsia, tupakointi) sekä sikiöön liittyviin tekijöihin (yliaikaisuus, reesus-tauti). Tampereen yliopistollisessa sairaalassa vuosina 2001-2011 tapahtuneiden kohtukuolemien syyt jaoteltiin kahdeksaan luokkaan: Sikiöstä (synnynnäiset rakennepoikkeavuudet), napanuorasta, istukasta, lapsivedestä, kohdusta (rakennepoikkeavuus), vammasta tai äidin sairauksista johtuviin tai epäselviin tapauksiin (Lehtonen, Tikkanen & Laine 2017.) Tiitinen (2016a) sen sijaan listaa altistaviksi tekijöiksi aiemmat kohtukuolemat, diabeteksen, äidin iäkkyden, ylipainon sekä afroamerikkalaisuuden ja mainitsee syiden voivan löytyä myös mm. napanuoran solmusta, infektoista, kromosomipoikkeavuuksista tai istukan toimintahäiriöistä. Edellisten lisäksi syitä voidaan hakea yhteiskunnallisestakin näkökulmasta, kuten köyhyydestä ja terveydenhuollon saatavuudesta ja laadusta (Flenady, Middleton, Smith ym. 2011b.) Smith & Fretts (2007) menevät jopa niin pitkälle, että väittävät suurimman riskitekijän olevan syntyminen kehitysmaahan. Toisaalta väite kuvastaa hyvin sitä, kuinka monitahoiset ja kauaskantoiset kohtukuoleman syyt voivat olla.

Warland, Mitchell ja O'Brien (2017) kertovat, että uusimmat tutkimukset kartoittavat myös äidin raskaudenaikaisen ruokavalion ja nukkumisasennon mahdollista vaikutusta kohtukuolemaan.

Hyvällä kuolinsyöntutkimuksella kohtukuolemaan johtaneet syyt tai siihen myötävaikuttaneet tekijät saadaan selvitettyä yli 90 prosentissa tapauksista (Tiitinen 2016a; Lehtonen, Tikkanen & Laine 2017). Smith (2016) kuitenkin huomauttaa, että harvoissa tapauksissa pystytään toteamaan aukoton syy sikiön menehtymiselle kohtuun.

Lisäksi riskitekijöitä esiintyy monilla naisilla, joiden raskaus ei päädy kohtukuolemaan. Äidillä todettua riskitekijää ei siis voida automaattisesti pitää syynä kohtukuolemalle. (Flenady, Wojcieszek, Ellwood ym. 2017.) Eri lähteitä vertailemalla näyttää siltä, että maailmanlaajuisesti selvittämättömien kohtukuolemien määrä on tilastollisesti suurempi kuin Suomessa (Smith & Fretts 2007; Tiitinen 2016a; Lehtonen ym. 2017) Tämä tosin saattaa johtua pitkälti puutteellisesta luokittelusta ja tilastoinnista osissa maista, mihin Smith & Fretts (2007) viittaavat, ja jonka tärkeydestä mm. Flenady ym. (2017) puhuvat.

Kohtukuoleman ennaltaehkäisy

Kohtukuolemat ja niiden ennaltaehkäisy on maailmanlaajuisesti vielä nykyäänkin vähällä huomiolla ja rahoituksella (Lawn ym. 2016, 587; Frøen, Cacciatore, McClure, Kuti, Jokhio, Islam & Shiffman 2011). Vuosien saatossa onkin osoittautunut hankalaksi saada terveydenhuollon päättäjien huomio kiinnitettyä kohtukuolemien ennaltaehkäisyyn. Esimerkiksi Lancet-lehden artikkelisarja kohtukuolemista on kuitenkin onnistunut vetämään lisää huomiota aiheeseen. (Norris ym. 2017, 127.) Artikkelisarjassa on käsitelty mm. kohtukuolemien ennaltaehkäisyä, niiden esiintyvyyttä sekä kohtukuoleman kokonaisvaltaista vaikutusta perheisiin (Storey, Flenady, Leisher, Siassakos & Hezell 2016).

Tutkijat näyttävät olevan erimielisiä siitä, kuinka tehokkaasti kohtukuolemaa voidaan ennaltaehkäistä. Osa tutkijoista onkin sitä mieltä, että kohtukuoleman kokonaisriskiin ei ole helppo itse vaikuttaa siitäkään huolimatta, että osa altistavista tekijöistä on ehkäistävissä. (Tiitinen 2016a; Lee 2012; Smith 2016; Association Between Stillbirth and Risk Factors Known at Pregnancy Confirmation 2011.) Flenadyn ym (2017) mukaan kohtukuoleman ennaltaehkäisyssä avainasemassa on yksityiskohtainen ja johdonmukainen syiden sekä altistavien tekijöiden luokittelu, jotta niitä voidaan seuloa ja ehkäistä. Smith (2016) kuitenkin huomauttaa, että kohtukuoleman osin tuntemattoman etiologian vuoksi yhtä mittaria kohtukuoleman riskille tuskin saadaan kehitettyä. Nykyään naisilta kartoitetaan raskausaikana riskitekijöitä ja kohtukuolemaan viittaavia merkkejä. Näitä ovat mm. sikiön vähentyneet liikkeet ja raskaudenaikainen verenvuoto. (Smith 2016.)

Homer (2016,516) taas painottaa kättilöiden roolia kohtukuolemien ehkäisyssä. Sikiön henkeä uhkaavat komplikaatiot voivat ilmetä yllättäen ja ne vaativat nopeaa ja ammattitaitoista reagointia (Serour, Cabral & Lynch 2011, 1471). Kättilöiden ja muiden raskaana olevia naisia hoitavien ammattilaisten tuleekin olla hyvin koulutettuja sekä perehdytettyjä. Näin pystytään toteamaan kohtukuolemaa ennakoivat merkit sekä riskitekijät, puuttumaan niihin ajoissa ja ohjaamaan potilaat tarvittaessa erikoissairaanhoidon. (Homer, Malata & Hooper-Bender 2016, 516.)

Smithin (2016) mukaan tällä hetkellä ainoa tehokas keino kohtukuoleman ennaltaehkäisyyn on synnytys. Synnytys voidaan käynnistää turvallisesti raskausviikolta 39 alkaen, vaikka kohtukuoleman riski olisi suhteellisen pieni. Kruit, Nuutila & Rahkonen (2016) kuitenkin muistututtavat, että synnytyksen käynnistykseen liittyy aina suurentunut keisarinleikkauksen riski. Flenady, Koopmans, Middleton ja muut (2011a) taas korostavat niiden kohtukuolemalle altistavien tekijöiden huomioimista, joihin voidaan vaikuttaa. Etenkin korkean tulotason maissa on havaittavissa kolme tekijää, joihin selvästi voidaan vaikuttaa: ylipaino, tupakointi, sekä äidin ikä. Flenady ja muut (2011b) peräänkuuluttavat lisätutkimusten tarvetta painonhallintaan raskauden aikana sekä ennen- että jälkeen raskausajan. Tupakointi tulisi lopettaa jo ennen raskaaksi tulemistä ja naisten tietoisuutta iän vaikutuksesta raskauden riskitekijänä lisätä. (Flenady ym. 2011a.) Myös Smith (2016) tunnustaa näiden tekijöiden tärkeyden, lisäten listaan diabeteksen ja kohonneen verenpaineen hyvän hoidon. Muitakin keinoja kohtukuoleman ennaltaehkäisyyn tutkitaan, kuten geeniterapiaa ja lisähappea, mutta nämä tuskin tulevat rutiininomaiseen kliiniseen käyttöön lähitulevaisuudessa. (Smith 2016.)

On kiinnostavaa huomata, että kun useammassa kansainvälisessä tutkimuksessa on painotettu mahdollisuutta vaikuttaa kohtukuoleman riskiin, suomalaisissa artikkeleissa painottuu näkökulma, ettei siihen ole helppoa vaikuttaa. Tämä voi johtua esimerkiksi siitä, että Suomessa terveydenhuolto on maailmanlaajuisestikin vertailtuna laadukasta ja kaikille saatavilla (Barber, R. Fullman, N., Sorensen, R. ym. 2017). Monissa asioissa on Suomessa menty parempaan suuntaan viimeisten vuosikymmenten aikana. Esimerkiksi viimeisimmän Finriski- tutkimuksen mukaan suomalaisten fertiiliikäisten naisten tupakointi on vähentynyt vuoden 2007-2012 välillä huomattavasti (Suomalaisten tupakointi vähenee 2012). Positiivista on myös se, että raskauden ai-

kana tupakoivien naisten määrä oli vuonna 2017 pienin (12,5%) sitten 1980-luvun lopun. Kun raskauden alkuvaiheessa tupakoinnin lopettaneita oli vuonna 1995 vain 9,3%, vuonna 2017 määrä oli jo huomattavat 49,7%. (Perinataalitalasto 2017, 2018). Ylipaino ja synnyttävien naisten ikä kohtukuolemaan vaikuttavina tekijöinä vaatisivat tarkempaa huomiota suomalaisten naisten hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä. Aikaisemmin mainitusta Finriski-tutkimuksesta käy nimittäin ilmi, että vähintään puolet suomalaisista naisista on ylipainoisia, eikä lihavuuden esiintyvyydessä ole tapahtunut huomattavia muutoksia tutkimusta edeltävän 10 vuoden aikana (Suomalaisten lihavuus ennen ja nyt, 2012). THL:n tilastoraportista myös selviää, että viimeisen kymmenen vuoden aikana ylipainoisten (BMI $25 \geq$) synnyttäjien osuus on kasvanut yli neljä prosenttiyksikköä ja lihaviin (BMI $30 \geq$) lähes kolme prosenttiyksikköä. Sama trendi on nähtävissä naisilla koko väestön tasolla. Myös ensisynnyttäjien keski-ikä on Suomessa noussut 90-luvulta lähtien, ollen vuonna 2017 jo 29,2 vuotta. Vuoden 2016 kaikkien synnyttäjien keski-ikä (30,9 vuotta) oli korkeampi kuin koskaan aiemmin. (Perinataalitalasto 2017, 2018).

Kohtukuolema menetyksenä

Vauvan menettäminen on kokemuksena äärimmäisen ahdistava. Tähän kokemukseen vaikuttaa se psykologinen miljö, jossa äidit saavat ensitiedon vauvan kuolemasta. Mikäli lääkärit ja hoitohenkilökunta itse pitävät tapahtunutta hyvin ahdistavana ja raskaana, voi heidän toimintansa näyttäytyä äideille kiirehtivältä ja välttelevältä pahentaen edelleen vanhempien tuskaa. (Nordlund, Börjesson & Cacciatore ym. 2012.) Vaikka hoitohenkilökunta voi myös suhtautua kohtukuolemaan lähinnä terveydellisenä ongelmana, joka hoidetaan sairaalassa, äidit kokevat sen vauvansa syntymänä ja kuolemana, sekä henkilökohtaisena että koko perheen tragediana, jonka tapahtumaympäristönä sairaala on vain hetken aikaa (Lee 2012).

Kohtukuolemaa alettiin pitää todellisenä menetyksenä perheelle 1970-luvulla. Perheet ovat vasta viime vuosikymmeninä alkaneet saada jonkinlaista hoitoa kohtukuoleman kokemisen jälkeen. Useimmissa synnytyssairaaloissa on olemassa erityisiä hoitokäytäntöjä perheille, jotka ovat kohdanneet vauvan kuoleman. Käytänteet voivat kuitenkin olla epäselviä ja osin juurtumattomia. Perheen kohtaaminen yksilölli-

sesti on vaativa tehtävä, ja hoidon kokonaisuus jääkin usein puutteelliseksi. (Savonlahti & Juutilainen 2007, 340.)

Nordlundin ja muiden (2012) mukaan äidit pitävät tärkeänä ammattilaisten kykyä kohdata äidit empaattisesti ja olla läsnä. Jotkut kohtukuoleman kokeneet äidit kokevat tärkeänä myös sen, että heidän äitiytensä tunnustetaan ja tunnustetaan. (Mt.) Lee (2012) kertoo, että äidit kuvaavat henkilökuntaa yleensä positiivisesti, joskin sairaaloiden käytänteet ja menetelmät koetaan ahdistusta lisäävinä.

Kohtukuoleman jälkeen äidit voivat kokea epäuskoa, shokin, ahdinkoa, vihaa, syyllisyyttä sekä jopa traumaattista surua. Äidit ovat myös kuvanneet epäonnistumisen tunnetta. He eivät pelkäästään sure kuollutta vauvaansa, vaan huolehtivat myös mahdollisista tulevista raskauksista ja kohtukuoleman vaikutuksista niihin. (Meaney ym. 2016; Nordlund ym. 2012; Hogue, Parker, Willinger ym. 2015.) Äidit voivat kokea myös suurta hämmennystä vauvan menetyksen jälkeen; ikään kuin syntymä ja kuolema olisivat sekoittuneet keskenään. Tunteet menetettyä vauvaa kohtaan voivat olla hyvinkin ristiriitaisia ja vaihdella voimakkaista rakkauden tunteista jopa vihaan. Äideillä voi olla myös ristiriitaisia tunteita toisia naisia, toisten naisten vauvoja ja synnyttämistä kohtaan. (Savonlahti 2007, 341.)

Äitien voi olla vaikea käsitellä kohtukuoleman jälkeistä surua ja tuskaa. Tähän vaikuttaa mm. se kulttuurillinen ja sosiaalinen konteksti, jossa äiti elää. (St John, Cooke & Goopy 2006.) Läheisen, kuten syntymättömän lapsen, menettäminen onkin ajallinen ja paikallinen kulttuurin ja yhteiskunnan ympäröimä ilmiö (Pulkkinen 2016, 113). St John, Cooke & Goopy (2006) toteavatkin, että etenkin kulttuureissa, joissa kohtukuolemaa ei tunnusteta lapsen menettämiseksi, tuki loppuu raskauden päättyessä, kun äidit eivät enää kuulu äitiysneuvolan piiriin eivätkä ilman (elävänä syntynyttä) vauvaa lastenneuvolankaan piiriin. (Mt.)

Perheellä ja muilla läheisillä on suuri vaikutus siihen, voiko äiti näyttää suruaan vai jääkö hän tuskansa kanssa yksin (Mt). Pulkkinen (2016) mukaan Suomalaisessa kulttuurissa sanallinen kommunikointi sisältää vaikeuksia, josta johtuen surevan kohtaaminen voi näyttäytyä hyvin haastavana. Läheisensä menettäneet ovat kuvanneet ihmisten ottaneen heihin etäisyyttä, ikään kuin kyvyttöminä tai haluttomina eläytyä

surevan kokemusmaailmaan. (Pulkkinen 2016, 237-238). Kyse voi olla myös ulkopuolisten vaikeudesta tavoittaa, mitä surraan, kun vauvaa ei enää ole eivätkä he ole vauvaa koskaan edes nähneet (Savonlahti ym. 2007, 341). Lisäksi suru on Suomessa edelleen tabu. Suru tunnekokemuksena ilmenee ulospäin usein kyyneleinä, mutta ne säästetään tiettyyn aikaan ja paikkaan, mieluiten yksityiseen. Tämä voi johtua pärjäämisen kulttuurista, jossa halutaan näyttää vahvoilta tai pelätään tunteiden hallinnan menettämistä. (Pulkkinen 2016, 283-285.) Surun käsittelyyn ja tuen piiriin Suomessa äitiä ohjaa esimerkiksi neuvolatoiminta (Rantanen n.d.).

Useissa tutkimuksissa on todettu, että äitien suru kohtukuoleman jälkeen on pitkäaikaisista ja he ovat suurentuneessa riskissä sairastua masennukseen (Meaney ym. 2016; Nordlund ym. 2012; Hogue, Parker, Willinger ym. 2015), vaikkakin Turtonin, Evansin ja Hughesin (2009) mukaan äitien psykologinen hyvinvointi yleensä palautui ennalleen ajan kuluessa. Kohtukuoleman kokeneet äidit ovat alttiimpia myös muulle psykologiselle sairastavuudelle niin seuraavan raskauden aikana, kuin lapsivuodeaikanaakin. Tämän lisäksi pariskunnat, jotka ovat kokeneet kohtukuoleman, päätyvät todennäköisemmin eroon kuin muut. (Turton ym. 2009.)

2.2 Kokemus raskaudesta

Kokemus on käsitteenä moniselitteinen ja vaikea määritellä, koska sen luonne on hyvin henkilökohtainen ja monimuotoinen. Kokemusta määriteltäessä on otettava huomioon ihminen psyko-fyysis-sosiaalisena kokonaisuutena. (Kokemus ja käsitys n.d.) Kokemukset syntyvät vuorovaikutuksessa todellisuuden kanssa. (Aaltola & Valli 2007, 29.)

Kokemus muodostuu ihmisen senhetkisestä elämyksellisestä tilasta, jonka taustalla on elämäntilanne ja vuorovaikutus, jonka hän sisäisesti kokee merkityksellisenä. Käsite kokemus kuvaa ihmisen oppimisen, kasvamisen ja kulttuuriin sosiaalistumisen prosesseja (Kokemus ja käsitys n.d.).

Perttulan (2005, 115-143) mukaan kokemusten tutkimisen tieteellisyys perustuu tutkijan taitoihin, ja haluan toteuttaa tutkimus johdonmukaisesti ajattelemisensa kanssa. Tärkeää kokemusten tutkimisessa on se, että tutkija ymmärtää tutkimuksen kohderyhmän jäsenten olevan samanlainen kokeva olento kuin hän itse. Perttula (2005, 149) toteaa kokemuksen olevan tajunnallinen tapa antaa todellisuudelle merkityksiä, eli ihmisen elämäntilanteelle merkityksiä. Se, mitä elämäntilanne ihmiselle tarkoittaa voidaan myös kutsua kokemukseksi. (Mts. 149.)

Raskaus alkaa munasolun hedelmöitymisestä (Härkönen & Väänänen 2011) ja kestää normaalisti 40 viikkoa eli 280 vuorokautta (Lindqvist & Immonen 2006). Raskaudet, joissa raskauteen liittyy tavanomaista suurempi riski, vaihtelevat suuresti keskenään ja näin ollen myös raskauden hoito ja ennuste vaihtelevat (Uotila 2015, 352).

Lundgren ja Wahlbergin mukaan (1999) raskauskokemusta voidaan parhaiten kuvata ”matkalla tuntemattomaan.” Raskauden alussa kokemukseen vaikuttavat eniten raskauden tuomat muutokset naisen elämäntilanteeseen ja ihmissuhteisiin. (Lundgren & Wahlberg 1999.) Modhin, Lundgrenin ja Bergbomin (2011) mukaan äidit kuvaavatkin alkuraskauden olevan ristiriitaista aikaa, jolloin tulevasta lapsesta halutaan toisaalta iloita julkisesti ja toisaalta pitää tieto salassa. Alkuraskauden aika on myös epävarmuuden aikaa; jotkut pelkäävät, että raskaus menee kesken ja toiset huolehtivat tulevan perheenisäyksen vaikutuksesta työpaikkaan. Jopa läheisten reaktiot aiheuttavat huolta. Usein raskaudesta iloitaan, mutta osa naisista huomaa hämmästykseseen onnen tunteen puuttuvan. (Modh ym. 2011.)

Raskaus myös vaikuttaa naisen elimistöön monin eri tavoin (Litmanen 2015, 101). Alkuraskauden pahoinvointi ja heikotus voivat heikentää kokemusta onnellisesta ajasta (Modh ym. 2011). Myös Tiitinen (2016b) toteaa normaaliin raskauteen kuuluvan fyysisten oireiden lisäksi monenlaisia ristiriitaisiakin tunteita, kuten pelkoa, jännitystä ja mielialan laskua. Kaikki raskauteen liittyvät tuntemukset ja oireet eivät siis ole miellyttäviä (Tiitinen 2016b).

Raskauden edetessä pidemmälle, etenkin kun äiti alkaa tuntea vauvan liikkeitä, muodostuu hänelle mielikuvia vauvasta ja äidin mielikuva itsestään voi myös muuttua. Nämä tuntemukset mahdollistavat tunteiden kehittymisen vauvaa kohtaan ja kiinty-

misen häneen. (Äitiysneuvolaopas 2013.) Kennel, Slyter & Klaus (1970) totesivat jo 1970-luvulla, että äidin ja vauvan välillä syntyy vahva tunneside jo ennen lapsen syntymää. Brodénin (2008, 43) mukaan tämä prenataalinen kiinnittyminen tapahtuu äidin mielessä – hänen ajatuksissaan, tunteissaan ja mielikuvituksessaan. Näiden kuvitelmien avulla äiti valmistautuu selviämään erilaisista tilanteista lapsen kanssa. Ne eivät ole vain irrallisia päiväunelmia vaan vanhemmuuden henkistä harjoittelua. Vähitellen näiden kuvitelmien tuloksena kehittyy suhde lapseen. Mielikuvat vauvasta herättävät äideissä tunteita ja kehittävät herkkyyttä, joka vaikuttaa kiinnittymiseen ja lapseen kiintymiseen sekä raskauden aikana, että syntymän jälkeen. (Brodén 2008, 77.)

Myöhemmässä vaiheessa raskautta äidin kokemuksia saattaa hallita tunne siitä, että hän on kokemassa asioita, jotka ovat hänen hallintansa ulkopuolella. Raskauskokemukset vaihtelevatkin suuresti. Osa äideistä saattaa olla raskausaikana onnellisempia kuin koskaan, ja osan koko raskauskokemusta voivat hallita epämiellyttävät tuntemukset. (Lundgren & Wahlberg 1999.)

Modhin ym. (2011) mukaan jotkut naiset pyrkivät vahvistamaan omaa kokemustaan raskaana olemisesta esimerkiksi silittelemällä vatsaansa ja unelmoimalla tulevaisuudesta vauvan kanssa. Nämä erilaiset tuntemukset ja kokemukset raskausajasta voivat olla hyvin yksilöllisiä ja valmistavat äitiä vanhemmuuteen. (Tiitinen 2016b). Toisaalta, jotkut naiset pidättäytyvät näistä ajatuksista sekä tuntemasta iloa vauvasta etukäteen siltä varalta, jos jotain meneekin pieleen. (Modh ym. 2011.)

2.3 Kohtukuolemaa seuraava raskaus

Aiemmin koettu kohtukuolema muuttaa raskauskokemuksen luonnetta perustavanlaatuisesti. Uudessa raskaudessa mukana voi olla ristiriitaisia tunteita, äärimmäistä ahdistusta, eristäytymistä ja uskon puutetta hyvään lopputulemaan. (Mills ym. 2014). Campbell-Jacksonin, Bezanzen & Horschin (2014) mukaan kohtukuoleman jälkeisen raskauden aikana äidit voivat kokea vaikeaksi luoda suhdetta syntymättömään vauvaan. Pelko tulevasta ja mahdollisesta uudesta menetyksestä voikin estää äitejä kiintymästä vauvaan. Tämä voi ilmetä esimerkiksi niin, että äidit eivät uskalla antaa lap-

selleen nimeä raskauden aikana tai valmistella kotiaan uutta lasta varten. (Campbell-Jackson, Bezanze & Horsch 2014.)

Äitien on helpompi käsitellä suruaan, mikäli he ovat saaneet tietää syyn vauvansa kuolemalle (Flenady ym. 2017). Jos äidin on ollut mahdollista surra riittävästi, uusi raskaus voi tuoda lohdutuksen ja täyttymyksen (Savonlahti ym. 2007, 340). Brodén (2008, 149) kuitenkin huomauttaa, että mikäli äiti ei ole käsitellyt edellistä menetystään, on hän vaikean tehtävän edessä uudessa raskaudessa, kun olisi surtava edellistä lasta ja samaan aikaan tehtävä tilaa uudelle. Vauvan kuolemalla voi hoitamattomana ja kohtaamattomana olla voimakkaita ja yllättävän kielteisiä seurauksia uusiin raskauksiin. Uuden raskauden aikana on erityisen vaikeaa käydä läpi ristiriitaisia tunteita kuollutta vauvaa kohtaan, mikäli vauva on vielä surematta äidin mielessä. (Savonlahti ym. 2007, 340).

Uuden raskauden alkaessa äitien suhdetta ja kiintymystä menetettyyn vauvaan ei O'Learyn (2003, 15) mukaan useinkaan tunnusteta, joka voi osaltaan vaikeuttaa kiintymyssuhteen luomista uuteen syntymättömään lapseen. Tämä taas voi johtaa niin kutsuttuun ratkaisemattomaan suruun. O'Leary (2003) muistuttaa, että on kuitenkin oltava varovainen määritellesä surua ratkaisemattomaksi. Suru on yksilöllinen kokemus ja se tulisi nähdä jokaisen vanhemman persoonallisuuden kontekstissa. Tämän takia onkin vaikea sanoa, milloin suru on sairaalloista. Lapsensa aikaisemmin menettäneet äidit käyvät raskausaikana matkan kuolleen lapsen vanhemmasta myös elävän lapsen vanhemmaksi. Tätä matkaa ja sen aikana herääviä tunteita tulee kunniottaa. (O'Leary 2003, 15).

Kohtukuoleman kokeneiden äitien uuden raskauden kokemusta ei voida suoraan verrata ensi kertaa raskaana olevien kokemuksiin. Tämän trauman kokeneet äidit eivät koskaan enää tule olemaan ensimmäistä kertaa raskaana tai synnyttämään esikoistaan. Ympärillä olevat ihmiset, kuten läheiset ja terveydenhuollon ammattilaiset haluaisivat ehkä vanhempien ”olevan taas normaaleja”, uuden raskauden myötä traumasta parantuneita, mutta näin ei voi koskaan täysin olla. (O'Leary & Thorwick 2008, 311). Äidit haluavatkin, että myös toiset ihmiset tunnustavat menetetyn lapsen

olemassaolon ja kohtelevat menetettyä sekä elävänä syntynyttä lasta erillisinä yksilöinä (Üstündağ – Budak, Larkin, Harris & Blissett 2015).

Äidit voivat toisaalta myös sekoittaa menetetyn ja uuden lapsen identiteetit keskenään (Hezell, Siassakos, Blencowe ym. 2016, 606; Brodén 2008, 266). Jotkut äidit saattavat jopa toivoa menetetyn lapsen sielun syntyvän uudelleen uuden lapsen myötä. Tällöin vaarana on, että syntynyttä lasta ei nähdä omana itsenään, vaan häneen liitetään menetetyn lapsen tausta ja persoonallisuus. Jos äiti kykenee näkemään uuden raskauden ja lapsen erillisenä edelliseen, ja hän kykenee luomaan suhteen syntymättömään lapseen, voidaan saavuttaa vastapaino menettämisen pelolle. Esimerkiksi tulossa olevan lapsen nimeäminen ja liikkeiden ja temperamentin eroavaisuuksien löytäminen menetettyyn lapseen nähden voi auttaa tässä prosessissa. (Brodén 2008, 266.)

Kohtukuoleman riskin tiedetään olevan suurentunut, jopa viisinkertainen, kohtukuolemaa seuraavassa raskaudessa. Riittävän tutkimustiedon puuttuessa on kuitenkin yhä epäselvää, onko riski kuitenkin suurentunut niissä tapauksissa, joissa kohtukuolemalle ei löytynyt syytä. (Lamont ym. 2015; Bhattacharya ym. 2010; Black, Shetty & Bhattacharya 2007). Juuri näissä epäselvissä tapauksissa äitien pelot ovat voimakkaimpia heidän pelätessään, että sama toistuu täysin yllättäen ja ilman selitystä (Lee 2012). Tästä huolimatta ennuste seuraavassa raskaudessa on yleensä aina hyvä (Heinonen & Kirkinen 2000, 33; Tiitinen 2016a).

Viimeistään jälkitarkastuksessa tulisi lääkärin keskustella vanhempien kanssa seuraavan raskauden ajankohdasta. Tilastollisesti vuoden tauko on hyödyllinen, mutta voi loukata vanhempien autonomiaa, ellei se tunnu heistä itsestään oikealle. (Väisänen 2000.) Taukoa perustellaan sillä, että suruprosessi vie yleensä 6-12 kuukautta. Erityisen huono aika tulla uudelleen raskaaksi on 3kk menetyksen jälkeen, koska tällöin vauvojen syntymät saattavat osua samaan ajankohtaan. (Savonlahti ym. 323.) Uusi raskaus pian edellisen jälkeen ja erityisesti samat odotuksen vuodenaajat voivat olla hyvin rankkoja. Uusi raskaus ei poista surua, muttei myöskään pitkitä sitä. (Väisänen 2000). Yli puolet naisista tulevat raskaaksi vuoden sisällä kohtukuolemasta (Wojcieszek, Boyle & Belizán 2016b).

Kohtukuoleman jälkeistä seuraavaa raskausaikaa seurataan tiiviimmin sikiön hyvinvoinnin varmistamiseksi (Mills, Ricklesford, Cooke, Heazell, Whitworth & Lavender 2014). Useissa tutkimuksissa (Wojcieszek ym. 2016b Leen ym. 2013; Campbell-Jackson ym. 2014; Meauney ym. 2016; Mills ym. 2016) onkin havaittu, että äidit toivovat kohtukuolemaa seuraavassa raskaudessa jatkuvaa varmistusta ja vakuuttelua sikiön hyvinvoinnista. Toisaalta, Wojcieszekin ja muiden (2016b) mukaan tämä ylimääräisten tutkimusten antama helpotus on usein lyhytaikaista. Lisääntyneet toimenpiteet ja testit voivat myös pahentaa raskaudenaikaista stressiä muistuttamalla edellisestä menetyksestä (Fockler, Ladhani, Watson & Barrett 2017, 188; Mills ym. 2014). Campbell-Jackson ja muut (2014) kertovatkin, että monet äidit kokevat eläneen jatkuvassa epävarmuudessa vauvansa hyvinvoinnista kohtukuolemaa seuraavassa raskaudessa. Epävarmuus jatkui lapsen syntymän jälkeen, mutta väheni pikkuhiljaa lapsen kasvaessa. (Mt.)

Äidin suhde elävänä syntyneeseen vauvaan

Kohtukuoleman kokeminen näyttää vaikuttavan äidin suhteeseen elävänä syntyneeseen vauvaan, sekä vanhemmuuteen (Üstündağ – Budak ym. 2015). Edellisen lapsen menetys ja siihen liittyvä suru ovat yhä läsnä seuraavan lapsen syntymän jälkeenkin, mikä voi tuoda haastetta uuden lapsen vanhemmuuteen. Samanaikainen ilo uuden lapsen syntymästä sekä suru edellisen menetyksestä saattavat aiheuttaa äideille hämmennyksen tunteita (Campbell-Jackson ym. 2014; Üstündağ – Budak ym. 2015.)

Elävänä syntyneen vauvan jälkeen äidit saattavatkin olla täysin odottamattomassa tilanteessa heidän varauduttuaan pahimpaan. Voi olla, että äidit tarvitsevat aikaa sopeutuakseen uuteen vanhemmuuteensa ja elävän vauvan syntymään. Kohtukuoleman kokeneille äideille tulisikin tarjota yksilöllistä tukea seuraavassa raskaudessa kiintymyssuhteen luomisen edistämiseksi. (Campbell-Jackson, Bezanze & Horsch 2014.)

Kohtukuoleman kokeminen saattaa kuitenkin saada äidin arvostamaan seuraavan lapsen kanssa koettua aikaa enemmän. Esimerkiksi vauvan hoidon tuomat haasteet, kuten yöunien menettäminen, eivät välttämättä tunnu äidistä yhtä kuormittavalta. Monet äidit saattavat myös kokea epäonnistuneensa vanhempina kohtukuoleman

takia, ja pyrkivät kompensoimaan tätä tunnetta seuraavan lapsen kanssa. (Campbell-Jackson ym. 2014.)

3 Tuki kohtukuolemaa seuraavassa raskaudessa

Tuen eri muotoja voidaan jaotella monin tavoin. Tukea voidaan käsitellä esimerkiksi tuen tarjoajien näkökulmista, kuten tässä työssä: terveydenhuollon tarjoama tuki, läheisten ja perheen antama tuki sekä vertaistuki.

Kohtukuolemaa seuraavassa raskaudessa vanhemmat usein kokevat jännitteitä ihmissuhteissaan. Ympärillä olevat ihmiset eivät välttämättä ymmärrä äidin kokemia ristiriitaisia tunteita; edellisestä menetyksestä johtuva suru kulkee uuden raskauden tuoman ilon rinnalla. Näin ollen äidit voivat kokea jäävänsä normaalien tukiverkkojensa ulkopuolelle ja tukeutuvat enemmän ammatilliseen, kuten terveydenhuollon tarjoamaan apuun. (Mills ym. 2014; Mills ym. 2016.) Toimiva sosiaalinen verkosto on tärkeä suojaava tekijä vaikeina aikoina (Brodén 2008), niinpä sen puuttuessa muun tuen tarve nousee entistä tärkeämmäksi. Vertaistuki voi osaltaan helpottaa vanhempien sosiaalisen eristyneisyyden tunnetta (Fockler ym. 2017).

Tuen muodoista emotionaalinen ja psyykinen tuki voidaan nähdä osittain päällekkäisinä. Tässä työssä emotionaalisella tuella tarkoitetaan ammattilaisten tarjoamaa psyykkistä tukea, vertaisten antamaa henkistä tukea sekä vakaumukseen liittyvää hengellistäkin tukea. Nämä tuen muodot voivat esiintyä kaikissa kolmessa kontekstissa, joita tässä luvussa käsitellään.

3.1 Terveydenhuollon tarjoama tuki

Kaikille lapsen kuoleman kokeneille äideille tulee tarjota uuden raskauden aikana moniammatillista tukea (Kunnari & Aho 2018). Tukea äidin menetykseen tarjoavat mm. neuvolan terveydenhoitaja, omalääkäri, työterveyslääkäri, psykologi, perhe- ja paripsykoterapiapalvelut, perheasiainneuvottelukeskus, psykiatrian poliklinikka ja seurakunta (Siernaaja 2017). Terveydenhuollon tarjoamiin tukimuotoihin kohtu-

kuolemaa seuraavan raskauden aikana kuuluvat mm. raskaudenseuranta neuvolassa, psykologin ja psykiatrin palvelut, sekä teologi- ja sosiaalipalvelut. (Pouta, Hakulinen-Viitanen & Klemetti 2013). Äitiysneuvolaoppaassa (2013, 166) suositellaan, että mikäli sikiö on edellisessä raskaudessa kuollut epäselvästä syystä, tulee raskaana oleva lähettää äitiyspoliklinikalle jo raskauden ensimmäisellä kolmanneksella. Tukipalvelut määräytyvät yksilöllisesti äidin tarpeen mukaan; usein lisäkäynnit sekä terveydenhoitajan/kätilön että lääkärin vastaanotolla ovat aiheellisia. Mikäli kohtukuoleman syy saadaan jäljitettyä esimerkiksi johonkin äidin sairauteen, määräytyy seuranta ja tuki sen pohjalta. (Pouta ym. 2013.) Naiset toivovatkin usein ylimääräisiä tarkastuskäyntejä, joilla voidaan varmistaa sikiön hyvinvointi (Mills ym. 2016,7). Tämä lohtu voi kuitenkin olla lyhytaikaista. Tästä syystä terveydenhuollossa ei tulisi liikaa luottaa teknologian tuomaan tukeen, vaan muistaa myös säännölliset kontaktit hoitohenkilökuntaan. (Mills ym. 2014, 947-949.)

Kohtukuoleman jälkeisen raskauden hyvä hoito on tärkeää (Savonlahti ym. 2007, 343). Erityisesti emotionaalisella ja psyykkisellä tuella voidaan helpottaa äidin kohtukuolemaa seuraavan raskauden kokemusta (Wojcieszek ym. 2016b; Mills ym. 2014). Emotionaalisen tuen tulisikin olla oleellinen osa hoitoa kohtukuolemaa seuraavassa raskaudessa (Mills, Ricklesford, Heazell, Cooke & Lavender 2016). Emotionaaliseen tukeen liittyy mm. kuunteleminen, kunnioitus, hyväksynnän osoittaminen ja huolenpito (Mattila 2011, 53). Äitien empaattinen kohtaaminen vähentää heidän psyykkistä kuormaansa niin lyhyellä kuin pitkälläkin aikavälillä (Heazell ym. 2016, 604). Äitien ahdistusta ei tule silotella, vaan heidän tulisi saada ilmaista ahdistustaan sekä raskauden etenemisestä että vauvan voinnista. On erittäin tärkeää, että äideillä on yhteys raskautta hoitaviin tahoihin ja että heitä hoitaa mahdollisuuksien mukaan samat työntekijät. (Savonlahti ym. 2007, 343.) Riittävän emotionaalisen ja psyykkisen tuen tarjoamiseksi hoitohenkilökunnan on myös ymmärrettävä kohtukuoleman vaikutus sitä seuraavaan raskauteen (Mills ym. 2014). Ideaalitulanteessa vanhemmille syntyy tunne huolehtivista lääkäreistä ja hoitajista niin, että he samalla säilyttävät tunteen aikuisuudesta ja kyvykkyydestä. Vanhemmilla tulisi olla kokemus, että terveydenhuollon ammattilaiset ovat valmiita jakamaan heidän tuskansa, ahdistuksensa ja toi-

vonsa. (Savonlahti ym. 2007.) Wojcieszek ja muut (2016b) kuitenkin kertovat emotionaalisen tuen tarjoamisessa olevan eniten parannettavaa.

Terveystuella tarjottu tuki sekä kunnioittava kohtuoleman kokeneiden äitien kohtaaminen on merkittävä tekijä siinä, kuinka äidit toipuvat kokemastaan menetyksestä. (Homer ym. 2016, 516-517.) Hoitohenkilökunnan on tärkeää tunnustaa kuolleen sikiön olemassaolon merkitys, sekä huomioida äidin samanaikaiset ristiriitaiset tunteet uudessa raskaudessa. Tämän lisäksi keskeistä on tunnustaa äitien tarve säilyttää tunteiden kuolleeseen vauvaan uuden raskauden aikana (Üstündağ – Budak ym. 2015.) Hoidossa onkin tarpeen luoda tilaa mahdollisuudelle muistella samanaikaisesti edellistä raskautta ja kuollutta vauvaa sen lisäksi, että luodaan mielikuvia, tunteita ja yhteyttä uuteen, kohdussa kasvavaan vauvaan (Savonlahti ym. 2007).

Potilaan tarpeista riippuen, hengellinenkin tuki voi olla tärkeä osa hoitoa. Hengellinen tuki voi olla läsnäoloa, kuuntelua ja vastavuoroista keskustelua. (Tanyi, McKenzie & Chapek 2008, 694.) Terveystuella potilaalla on oikeus hengelliseen tukeen. Vastuu potilaan vakaumuksen kunnioittamisesta ja henkisestä tuesta on lääkäreillä ja muulla hoitohenkilökunnalla, ja toivoessaan potilaalla on mahdollisuus myös tavata sairaalahoidon aikana sielunhoitajaa, joka voi olla esimerkiksi kirkon työntekijä, pappi tai lehtori. (Louheranta, Lähteenpää & Kangasniemi 2016, 235-237; Sairaalsielunhoidon periaatteet 2011.) Kirkko tarjoaa lapsensa menettäneille perheille käytännön apua sekä apua surun kanssa elämiseen ja siitä selviämiseen (Lapsen kuoleman surussa ei tarvitse selvitä yksin n.d.). Seurakunnan työntekijät voivat auttaa kuuntelemalla, keskustelemalla ja yhdessä rukoilemalla. Kirkon diakoniatyöntekijät ovat sosiaali- ja terveystuella ammattilaisia (Ihminen on kokonaisuus n.d).

3.2 Perheen ja läheisten antama tuki

Perheen luoma tukiverkko ylläpitää ja edistää yksilön terveyttä. Tukea antava verkosto auttaa yksilöä myös välttämään kuormittavia tekijöitä sekä selviytymään niistä. (Häggman-Laitila & Pietilä 2007, 48.) Heazellin ja muiden (2016, 606) mukaan vanhemmat mainitsivat perheen antaman tuen kaikkein useimmiten, kun heiltä kysyttiin

tuen lähteistä. Lisäksi, kun on arvioitu vanhempien selviytymistä vauvan kuolemasta kahden vuoden jälkeen, parhaiten selviytymistä ennustavat vanhempien menetystä edeltänyt psyykkinen terveys sekä perheeltä saatu tuki (Savonlahti ym. 2007, 342).

Ruishalme ja Saaristo (2007) toteavat myös, että merkityksellisin tuki kriiseissä on perheen ja ystävien tarjoama sosiaalinen tuki. Heidän tarjoamansa tuki voi olla myös materiaalista. Ruishalmeen ja Saariston (2007, 102-103) mukaan useissa selvityksissä läheisten tuki on ollut keskeistä käytännön järjestelyiden toteuttamisessa. Lisäksi läheisten antaman tuen yksi tärkeimmistä asioista on, että surija saa kertoa kokemuksistaan yhä uudestaan ja uudestaan. Läheiset voivat myös surijaa helpommin huomata merkkejä selviytymisestä ja eteenpäin menemisestä ja näin tukea häntä. (Ruishalme & Saaristo 2007, 102-103)

3.3 Vertaistuki

Vertaistuella tarkoitetaan vapaaehtoista osallistumista toimintaan, jossa samankaltaisia kokemuksia läpikäyneet ihmiset ovat tukena toisilleen. Yleinen vertaistuen muoto on vertaistukiryhmät. Samankaltaiset kokemukset yhdistävät ihmisiä, ja kokemusten jakaminen vertaisten kanssa voi lieventää tunteita häpeästä ja ahdistuksesta. Vertaistukisuhteessa ihminen voi toimia samanaikaisesti sekä tuen antajan, että saajan roolissa. (Laimio & Karnell 2010.)

Ammattiapu ja vertaistuki eivät kilpaile keskenään, vaan vertaistuki on koettu hyvänä tukena mahdollisen ammattiavun ja läheisten tuen ohessa. Vertaistuen kautta äidit voivat saada emotionaalista tukea, joka vertaisen taholta on hoivaa, rohkaisua, kuuntelua ja vakuuttelua. Vertaistuki voi olla myös tiedon antamista. Tietoa voidaan jakaa tukimateriaaleista, ammattiavusta ja läheisten tukeen liittyvistä asioista. (Vertaistuen merkitys lapsen kuoleman jälkeen 2017.) Samassa tilanteessa olevien kohtaaminen auttaa ymmärtämään, ettei ole kokemustensa kanssa yksin. Vertaistukiryhmien tunnetusta hyödyistä huolimatta niitä ei ole juurikaan tutkittu lapsensa perinataalikaudella menettäneiden äitien näkökulmasta. Erilaisia tukiryhmiä toimii niin internetissä kuin kasvotustenkin. (Gold, Normandin & Boggs 2016.)

Suomessa vertaistukea kohtukuoleman kokeneille tarjoaa KÄPY ry. Verkossa toimivia vertaistukiryhmiä ovat mm. Pähkinä-ryhmä sekä Tuntematon enkeli-ryhmä. Myös seurakunnat tarjoavat vertaistukiryhmiä. (Vertaistuesta, n.d.; Suljettuja ryhmiä Facebookissa, n.d.; Vertaistuen tarjoaminen perheille 2017.)

4 Tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytteen tarkoituksena oli kartoittaa äitien kokemuksia kohtukuolemaa seuraavalta raskausajalta, sekä minkälaista tukea äidit kyseisenä aikana saivat ja minkälaista tukea äidit olisivat kaivanneet.

Opinnäytteen tavoitteena oli lisätä ymmärrystä siitä, miten äidit kokevat kohtukuoleman jälkeisen raskausajan, sekä lisätä yleistä keskustelua aiheesta. Tavoitteena oli koota äitien kokemuksia, joita voidaan hyödyntää työskennellessä kohtukuoleman kokeneiden äitien kanssa mm. sosiaali- ja terveysalan toimipaikoissa. Opinnäytteen tekijöiden tavoitteena oli myös aiheeseen perehtymällä kasvattaa omaa ammattitaitoaan tulevana kättilöinä.

Tutkimuskysymykset:

1. Miten äidit kokivat kohtukuoleman jälkeisen raskauden?
2. Minkälaista tukea äidit saivat kohtukuoleman jälkeisen raskauden aikana?
3. Minkälaista tukea äidit olisivat kaivanneet kohtukuoleman jälkeisen raskauden aikana?

5 Tutkimuksen toteuttaminen

Tutkimuksen toteuttaminen vaatii hyvää suunnitelmaa. Siihen kuuluu menetelmän valitseminen sekä kohderyhmän ja valitun aineistonkeruumuodon päättäminen. Täs-

sä tutkimuksessa aineiston keruuseen käytettiin verkkokyselyä ja kerätty aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä luokittelulla.

5.1 Laadullinen menetelmä

Tässä opinnäytteessä käytettiin kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää.

Laadullisessa tutkimusmenetelmässä ollaan kiinnostuneita siitä, miten ihmiset kokevat reaali maailman. Sen tarkoituksena on ilmiön kuvaaminen, sen syvälinen ymmärtäminen, sekä sille mielekkään tulkinnan antaminen. (Kananen. 2008, 24-25.) Laadulliselle tutkimukselle on siis ominaista intensiivinen perehtyminen tutkimuskenttään (Kiviniemi 2007, 76.) Laadullisen menetelmän käyttö on tässä opinnäytteessä perusteltua, sillä keskipisteenä ovat äitien kokemukset sekä niiden syvälinen ymmärrys.

Laadullinen tutkimus on joustavaa ja siinä voidaan toimia ja edetä tilanteen mukaan (Kananen 2015, 71). Laadullisessa tutkimuksessa suositaan sellaisia metodeja aineiston hankinnassa, joissa tutkittavien näkökulmat pääsevät esille. Näitä ovat mm. haastattelut, kysely ja havainnointi. (Tuomi & Sarajärvi 2012, 71.) Tässä tutkimuksessa käytettiin kyselyä, jonka avointen kysymysten kautta tutkittavien omat näkemykset pääsivät esiin. Laadullisessa tutkimuksessa on myös tärkeää valita oikein kohdehenkilöt. Kohdehenkilöiksi valitaan ne, jotka parhaiten tuntevat tutkittavan ilmiön. (Kananen 2014a, 97.)

Laadullista tutkimusprosessia voidaan kuvata myös tutkijan oppimisprosessina, jonka aikana tutkija pyrkii kasvattamaan tietoisuuttaan tutkittavana olevasta ilmiöstä (Aaltola & Valli 2007, 76). Opinnäytteen alussa tekijät perehtyivät kattavasti aihealueen olemassa olevaan teoriaan sekä tehtyihin tutkimuksiin, joiden pohjalta tietoisuus tutkittavasta ilmiöstä kasvoi. Työn edetessä tämä tieto jäsentyi ja syventyi entisestään. Esimerkiksi opinnäytteen tutkimuksen tulosten vertailu jo hankittuun teoriapohjaan sekä uuteen saatuun tietoon syvensi tekijöiden ymmärrystä ilmiöstä.

5.2 Kohderyhmä

Laadullisessa tutkimuksessa tiedon keruun instrumenttina suositaan ihmistä ja kohderyhmä valitaan tarkoituksenmukaisesti. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara. 2010, 157,160.) Tämän tutkimuksen kohderyhmänä olivat kohtukuoleman kokeneet äidit, jotka ovat tulleet raskaaksi uudelleen, ja joiden kohtukuolemaa seuraavasta raskaudesta on kulunut enintään 5 vuotta. Rajaus viiteen vuoteen oli perusteltua, jotta kokemukset olivat äitien tuoreessa muistissa.

Kohderyhmä tavoitettiin KÄPY ry:n sekä Pähkinä-ryhmän kautta. KÄPY-Lapsikuolema perheet ry on vertaistukiyhdistys ja sen tarkoitus on tukea lapsikuoleman kokeneita perheitä kuolleen lapsen iästä tai kuolinsyystä riippumatta. Yhdistys jakaa tietoa lapsikuolemaperheiden tukemisesta ammattilaisille ja kaikille, joita lapsen kuolema jollain tavalla koskettaa. (Tietoa KÄPY ry:stä n.d.) Pähkinä-ryhmä taas on Facebook:n perustettu suljettu ryhmä odottaville äideille, jotka ovat aikaisemmin menettäneet lapsensa. Ryhmään pääsyn edellytyksenä on, että menetys on tapahtunut raskausviikolla 18 tai sen jälkeen tai syntymän jälkeen minkä ikäisenä tahansa. (Kuvaus n.d.)

Laadullisessa tutkimuksessa aineiston määrää ei voida laskea etukäteen, sillä se ratkeaa vasta tutkimusprosessin kuluessa. Aineiston paljouskysymys liittyy laadullisessa tutkimuksessa tutkimusyksiköiden valintaan, niiden määrään, sekä siihen, paljonko ja millaista tietoa valituilta kohderyhmäläisiltä saadaan. Aineiston laatu on määrää tärkeämpää. (Kananen 2017, 125-126.)

5.3 Verkkokysely

Tässä tutkimuksessa aineisto kerättiin verkkokyselynä. Kyselylomake on yksi perinteisimmistä tavoista kerätä tutkimusaineistoa. (Kananen 2014b, 50.)

Verkkokyselyn etuna on sen nopeus sekä kyselyä toimitettaessa, että palauttamisessa. Verkossa toimitettu kysely on taloudellinen ja aineisto on valmiiksi sähköisessä muodossa, jolloin sitä ei tarvitse enää litteroida. (Valli & Perkkilä 2015, 109-110.)

Haasteina verkkokyselyssä on vastaajien tavoittaminen, epätieto osallistumisaktiivisuudesta sekä vastaajien rehellisyys (Miettinen & Vehkalahti 2013, 90). Opinnäytteen

kysely julkaistiin nimenomaan foorumeilla, joihin hakeutuvat kohderyhmään kuuluvat henkilöt. Kyselyn analysointivaiheessa ei myöskään vastausten joukosta noussut esiin mitään epärehellisyyteen viittaavaa.

Verkkokyselyn toteuttamisessa on otettava huomioon mm. vastaajan aika, halu ja kyky vastata kyselyyn. Verkkokyselylomake on pidettävä selkeänä ja lyhyenä, jotta vastaajalta ei menisi lomakkeen täyttämiseen enempää kuin 15-20 minuuttia. Lomakkeen selkeys ja pituus vaikuttavat myös suoraan vastaushalukkuuteen. Koska lomake täytetään verkossa, on myös otettava huomioon, että kohderyhmäläisillä on pääsy ja kyky käyttää verkkoa. (Kyselylomakkeen laatiminen 2010.) Tutkimuksen kysymykset laadittiin harkitusti mahdollisimman selkeiksi. Koska kohderyhmämme jäsenet käyttivät internetin vertaistukiryhmiä, voitiin olettaa, että kaikilla oli sekä pääsy verkkoon, että kyky käyttää sitä.

Kyselyitä tehdessä käytetään etukäteen laadittua lomaketta, jonka kysymykset esitetään kaikille vastaajille samassa muodossa. Kyselylomakkeen kysymykset voivat olla strukturoituja sisältäen valmiit vastausvaihtoehdot, tai avoimia, jolloin niihin vastataan omin sanoin. (Valli 2015, 106.)

Lomakkeen huolellinen laatiminen vaatii tekijältään perehtyneisyyttä tutkittavaan ilmiöön (Ronkainen, Pehkonen, Lindblom-Yläne & Paavilainen 2013). Kysymysten muotoiluun kannattaa kiinnittää huomioita, sillä tutkimukseen tulee helposti virheitä, jos vastaaja ei ajattele samalla tavalla kuin tutkija on kysymyksen tarkoittanut. Kysymysten tuleekin olla yksiselitteisiä, eivätkä ne saa olla johdattelevia. (Valli 2015, 85.) Tässä opinnäytteessä lomakkeen kysymykset laadittiin näiden periaatteiden mukaisesti.

Laadullisissa tutkimuksissa käytetään etupäässä avoimia kysymyksiä. Ne ovat tarkoituksenmukaisia silloin, kun vastausvaihtoehtoja ei tarkkaan tunneta etukäteen. (Heikkilä 2014, 47.) Avointen kysymysten käytön etuna on niiden antama mahdollisuus saada vastaajien mielipiteet selville perusteellisesti. Tutkijalla on myös monta eri vaihtoehtoa luokitella avointen kysymysten tuottamaa aineistoa. Avointen kysymysten huonoja puolia ovat, että kysymyksiin saatetaan jättää vastaamatta, vastaukset voivat olla ylimalkaisia tai kysymyksiin ei vastata suoraan vaan niiden vierestä. (Valli 2015, 106.)

Lomakkeen kysymyksiä muokatessa niistä pyrittiin tekemään mahdollisimman selkeitä ja johdattelevat sanat poistettiin. Ainoastaan ensimmäiseen avoimeen kysymykseen jätettiin lyhyt selitys, sillä kysymyksen aihealue oli laaja. Kyselylomake sisälsi yhden suljetun kysymyksen ja neljä avointa kysymystä (Liite 3).

Lomakkeen testaaminen

Tutkimuksen kyselylomakkeen testaamiseen tarvitaan vain muutama henkilö, sillä jo muutaman testaajan avulla saadaan pahimmat ongelmat korjattua ennen varsinaista tiedonkeruuta. Testaamisessa halutaan tietää, ymmärretäänkö kysymykset halutulla tavalla, onko lomakkeessa turhia kysymyksiä, ovatko sanavalinnat yksiselitteisiä, eteneekö lomake loogisesti, onko lomakkeen pituus sopiva, sekä onko jotain olennaista kenties jäänyt kysymättä. Testaamisella saadaan myös arvioitua vastaamiseen kuluva aika. (Ronkainen ym. 2008, 39; Vehkalahti 2008, 48; Heikkilä 2014, 58.) Testaamisen jälkeen tulee tehdä tarpeelliset muutokset lomakkeen rakenteeseen, kysymysten järjestykseen, muotoiluun ja vastausvaihtoehtoihin (Heikkilä 2014, 58).

Opinnäytteen kyselyn lopullinen ulkoasu ja muoto muokkautuivat näin testaamisen ja arvioinnin kautta. Kyselystä laadittiin ensimmäinen versio, jota testattiin kahdella tutkimuksen ulkopuolisella henkilöllä. Lisäksi kyselylomakkeen sekä saatekirjeen luki läpi ja hyväksyi Pähkinä-Facebookryhmän ylläpitäjä. Saadun palautteen perusteella kyselyä muokattiin, jonka jälkeen se annettiin vielä tutkimuksen ulkopuolisille luettavaksi. Tämän jälkeen kyselyyn ei enää tehty muutoksia.

Saatekirje

Tutkimuslomakkeeseen sisältyy kaksi osaa: saatekirje ja varsinainen lomake. Saatteen tehtävänä on motivoida vastaajaa täyttämään lomake ja selvittää vastaajalle tutkimuksen taustaa. Saatekirje saattaa suuresti vaikuttaa siihen, ryhtyykö vastaaja täyttämään lomaketta vai ei. Kieliasun tulee olla kohtelias, ja suositeltava pituus on korkeintaan yksi sivu. (Heikkilä 2014, 59.)

Saatekirje lähetetään tutkimuksen kohderyhmälle kyselylomakkeen yhteydessä. Sen tehtävänä on kyselyyn vastaamisen motivoinnin lisäksi täyttää tutkijan lailliset vel-

voitteet, selittää kyselyyn vastaajille syy tietojen keräämiseen ja mihin lomakkeella kerättyjä tietoja käytetään. (Postikyselyaineiston kokoaminen 2011.) Saatekirjeessä kerrotaan kuinka kyselyyn vastaajat ovat valittu (Heikkilä 2014, 59). Verkkokyselyn saatteen tulee sisältää lisäksi varmistus vastaajan anonymiteetin säilymisestä, lomakkeen vastausaika sekä tekijöiden nimet. Myös etukäteiskiitokset vastauksista kuuluvat saatekirjeeseen. (Postikyselyaineiston kokoaminen 2011.) Tämän opinnäytetyön kyselylomakkeen saatekirjeessä noudatettiin näitä käytänteitä (Liite 2).

Verkkokyselyn julkaisu

Verkkokyselyt voidaan julkaista esimerkiksi sosiaalisen median alustoilla ja foorumeilla tai lähettää kohderyhmälle sähköpostitse. (Kananen 2014b, 50; Kyselylomakkeen laatiminen 2010.)

Tämän opinnäytteen kyselylomakkeen nettilinkki julkaistiin KÄPY ry:n ylläpitämässä suljetussa Facebook-ryhmässä sekä julkisessa tiedotusryhmässä. Kyselylomakkeen nettilinkki julkaistiin myös kahdella Pähkinä-ryhmän suljetulla keskustelufoorumilla. Verkkokysely avattiin 24.10.2017 ja se oli auki kaksi viikkoa. Tämän aikana vastauksia saatiin 37, joista yksi oli täydennysvastaus. Kaikki 37 vastausta otettiin mukaan tutkimuksen analyysiin. Vastauspituudet vaihtelivatkin suuresti. Kyselyn vastaajilta saadun palautteen mukaan kysely oli sopivan lyhyt.

5.4 Aineiston analyysi

Analyysi on syklinen prosessi, joka elää koko tutkimusprosessin ajan (Kananen 2015, 160-163). Erään määritelmän mukaan analyysi merkitsee aineiston lajittelua tai muuta tiedon muokkausta. Näiden tarkoituksena on järjestää tietoa uudelleen niin, että tietomassasta voidaan nähdä sen takana oleva ilmiö ja rakenne tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. (Kananen 2008, 88; Kyngäs & Vanhanen 1999). Toisin sanoen, aineisto puretaan ensin osiin, sisällöllisesti samankaltaiset osiot yhdistetään ja tämän jälkeen aineisto tiivistetään kokonaisuudeksi, joka vastaa tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimuskysymyksiin (Kylmä & Juvakka 2007, 113). Tieteessä ja tutkimuksessa

ideana onkin jäsentää jo olemassa olevaa todellisuutta muotoon, jota on helpompi ymmärtää (Leino-Kilpi 1997).

Laadullisen aineiston käsittely on siis keskeisiltä osiltaan sekä analyysia että synteesiä (Hirsjärvi & Hurme 2008, 143). Pääperiaate on, että valitaan sellainen analyysitapa, joka tuo parhaiten vastauksen tutkimusongelmaan. Laadullisten aineistojen analyysimenetelmiä ovat mm. teemoittelu, tyypittely, luokittelu, sisällönerittely, diskurssi-analyysi ja keskusteluanalyysi (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 221-224; Tuomi & Sarajärvi 2012, 93). Sisällön analyysi voidaan kohdistaa joko ilmisisältöihin tai piilosisältöihin. Ilmisisältö, eli se mitä tekstissä sanotaan, esitetään yleensä luokkina, kun taas piilosisältö esitetään teemoina, jotka kertovat, mistä tekstissä puhutaan. (Graneheim & Lundman 2004.)

Tässä työssä käytettiin aineistolähtöistä eli induktiivista luokittelua. Tuomen ja Sarajärven (2012, 93) mukaan luokittelua pidetään yksinkertaisimpana muotona aineiston järjestämiseen. Lisäksi Graneheim ja Lundman (2004) suosittelevat hoitotyön opiskelijoiden käyttävän ilmisisällön analysointia ja luokittelua ennen lisääntyntä kokemusta analysointiprosessista. Näin ollen luokittelun käyttö analyysimenetelmänä oli tässä opinnäytteessä perusteltua.

Tässä työssä analyysi pohjautuu aineistolähtöiseen päättelyyn, jota tutkimuskysymykset ohjaavat. Koko aineistoa ei siis ole tarpeen analysoida, vaan sieltä valitaan tutkimuksen tarkoituksen kannalta oleellinen sisältö. Aineistolähtöisen analyysin periaate on se, että aineiston annetaan kertoa oma tarinansa tutkittavasta ilmiöstä. (Kylmä & Juvakka 2007, 113.) Tässä työssä aineisto luettiin useaan kertaan aktiivisesti läpi luoden pohjaa analyysille. Tämän jälkeen valittiin analyysiyksiköt. Analyysiyksiköt valitaan tutkimuksen tarkoituksen mukaan (Tuomi & Sarajärvi 2012, 95-110). Niitä voivat olla yksi sana, sanayhdistelmä, lause tai vaikka ajatuskokonaisuus (Kyngäs & Vanhanen 1999). Tässä työssä analyysiyksikköinä käytettiin ajatuskokonaisuuksia.

Seuraavassa vaiheessa aineisto tulee koodata. Koodaus on tekniikka, jolla aineisto tiivistetään ymmärrettävään muotoon. Koodaamista voidaan toteuttaa merkkien, sanojen tai värien avulla. Esimerkiksi värejä voidaan käyttää tekstikokonaisuuksien erottelemiseen muista. (Kananen 2008, 88-90.) Tässä työssä aineisto koodattiin esit-

tämällä sille tutkimusongelman mukaisia kysymyksiä. Näin luotiin ymmärrystä siitä, mitä aineisto kertoo tutkittavasta ilmiöstä.

Aineistosta nostettuja merkityksellisiä ilmaisuja kutsutaan alkuperäisilmaisuiksi (Kylmä ym. 2007, 117). Alkuperäisilmaisut kirjoitettiin listoiksi pelkistämistä varten. Pelkistämisessä on tärkeä huolehtia, että olennainen sisältö pysyy samana. Alkuperäisilmaisujen pelkistäminen tehtiin tiivistämällä alkuperäisilmaisujen ydinsisältö niin, että tietoa ei menetetty. (Taulukko 1).

Taulukko 1. Esimerkki alkuperäisilmaisujen pelkistämisestä

ALKUPERÄISILMAISU	PELKISTETTY MUOTO
Onnellisuus ja pelko kulkivat kuitenkin vahvasti käsi kädessä	Samanaikaiset onnellisuuden ja pelon tunteet
Parasta tukea oli Facebookin Pähkinäryhmästä saamani vertaistuki	Pähkinä-keskusteluryhmän tuki koettiin parhaaksi
Hän myös otti aikaa ja keskusteli kanssani kiireettömästi	Kiireetön kohtaaminen ja keskustelu

Seuraava vaihe analyysissä on luokittelu. Aineistosta yhdistellään pelkistettyjä ilmaisuja, jotka näyttävät kuuluvan yhteen. (Kyngäs & Vanhanen 1999). Luokittelussa samaa tarkoittavat ilmaisut siis yhdistettiin samaan luokkaan ja nämä muodostuneet alaluokat nimettiin sisältöä kuvaavasti. Alaluokille muodostettiin vielä yläluokkia yhdistämällä samansisältöisiä alaluokkia toisiinsa. Kun aineistoa luokitellaan, se tiivistyy, koska yksittäiset tekijät sisällytetään yleisempiin käsitteisiin. (Kyngäs & Vanhanen 1999; Tuomi & Sarajärvi 2012, 101.) Yläluokkien muodostamisen jälkeen oli nähtävissä, että yläluokat muodostavat selviä ryhmiä, joista näin ollen muodostettiin vielä pääluokkia.

6 Tutkimustulokset

Tutkimustulokset koostuivat kolmen tutkimuskysymyksen alle muodostuneista pääluokista, yläluokista sekä alaluokista. Tutkimuskysymykset olivat: miten äidit kokivat kohtukuoleman jälkeisen raskauden, minkälaista tukea äidit saivat kohtukuoleman jälkeisen raskauden aikana sekä minkälaista tukea äidit olisivat kaivanneet kohtukuoleman jälkeisen raskauden aikana.

Kyselylomakkeen avoimiin kysymyksiin oltiin vastattu eripituisin vastauksin. Pisimmät vastaukset olivat jopa yli neljäkymmenen rivin pituisia, kun lyhimät taas muutamia sanoja. Suurin osa vastauksista oli kuitenkin kahden ja kymmenen rivin välillä.

6.1 Miten äidit kokivat kohtukuoleman jälkeisen raskauden

Tutkimuskysymyksen *miten äidit kokivat kohtukuoleman jälkeisen raskauden* alle muodostui neljä pääluokkaa: raskausaika koettiin vaikeana, uusi raskaus toi iloa ja toivoa, raskausaika sisälsi vaihtelevia tunteita ja kokemuksia, sekä tarve seurata vauvan liikkeitä.

6.1.1 Raskausaika koettiin vaikeana

Pääluokka *raskausaika koettiin vaikeana sisälsi* kuusi yläluokkaa: raskausaika oli kokemuksena vaikea, raskausaika sisälsi pelkoa, vaikeus iloita uudesta raskaudesta ja uskoa tai luottaa vauvan selviytymiseen, vaikeus luoda kiintymyssuhdetta vauvaan ja valmistautua vauvan tuloon, kanssakäymiseen ja vuorovaikutukseen liittyvät vaikeudet sekä raskauden aiheuttama huoli ja stressi läheisissä.

Raskaus oli kokemuksena vaikea

Yläluokka *raskaus oli kokemuksena vaikea* sisälsi viisi alaluokkaa: raskausaika kokemuksena raskas, raskausaika kokemuksena sumuinen ja kului hitaasti, raskausaika

kokemuksena vaikea ja erilainen, raskausaika oli stressaavaa ja ahdistavaa ja itkuherkkä ja negatiivinen olo.

Suurin osa vastaajista kertoi, että *raskausaika oli kokemuksena raskas*. Vastauksista kävi ilmi, että vaikka uudesta raskaudesta oltiin kiitollisia, niin raskausaika koettiin silti raskaana ja vaikeana. Eräs vastaaja kuvaili *raskausajan olleen kokemuksena surmuinen*, kun taas toinen kertoi *raskausajan kuluneen hitaasti*. Vastauksista kävi myös ilmi, että *raskausaika koettiin vaikeana ja erilaisena*. Eräessä vastauksessa äiti kuvaili suurimmaksi osaksi vihanneensa raskaana oloa, koska häntä ei ymmärretty eikä hän pystynyt nauttimaan raskaudesta ollenkaan.

Seuraava raskaus oli henkisesti todella rankka alusta loppuun asti.

On todella raskasta pelätä lähes 9kk ja olla 110% varma, että jokin menee pieleen kuitenkin.

Usea äiti kertoikin *raskausajan olleen stressaavaa* ja muutama koki sen *ahdistavaksi*. Eräs vastaajista kertoi *olleensa raskausaikana itkuherkkä ja kokeneensa olonsa negatiiviseksi*.

Todella pelottavaa ja stressaavaa aikaa.

Raskausaika sisälsi pelkoa

Yläluokka raskausaika sisälsi pelkoa muodostui kolmesta alaluokasta: raskausaika sisälsi pelkoa, pelko lapsen menetyksestä uudelleen sekä pelko suurimmillaan kun raskaus samassa vaiheessa missä kohtukuolema tapahtui.

Lähes jokainen vastaaja kertoi kokeneensa *pelon tunteita raskauden aikana*. Pelkoa kuvailtiin mm. jatkuvana ja järkyttävänä. Eräs äiti kertoi raskausajan sisältäneen uusia pelkoja.

Vastaajat kertoivat *pelänneensä lapsen menettämistä uudelleen*. Vastauksista kävi ilmi, että edellisen raskauden päättyminen kohtukuolemaan sai äidit tietoiseksi siitä, että mitä vain voi tapahtua. Tämä aiheutti pelkoa ja sen, että vauvan selviämiseen ja raskauden onnistumiseen oli lähes mahdotonta luottaa. Useat vastaajat kertoivatkin olleensa varmoja, että myös uusi raskaus päättyy vauvan kuolemaan. Usealla vastaajalla pelko lapsen menetyksestä oli läsnä koko raskausajan.

Pelot ovat suuret ja samalla epäusko ettei tätäkään lasta saa kotiin ilma arkua.

Muutamissa vastauksissa kerrottiin *pelon ja ahdistuksen kasvaneen suurimmilleen niillä raskausviikoilla, joilla edellinen raskaus oli päättynyt kohtukuolemaan*. Eräs äiti kertoi menettäneensä jopa yönensä.

Pelko ja jännitys oli ahdistavaa, ja mitä lähemmäs kohtukuolema viikkoja lähes-tyi, sitä enemmän pelotti. Raskaus oli yhtä stressaamista.

Vaikeus iloita uudesta raskaudesta ja uskoa tai luottaa vauvan selviytymiseen

Yläluokka *vaikeus iloita uudesta raskaudesta ja uskoa tai luottaa vauvan selviytymiseen* sisälsi kaksi alaluokkaa: vaikeus luottaa vauvan selviytymiseen sekä vaikeus iloita uudesta raskaudesta.

Moni vastaajista kertoi *vaikeudestaan iloita uudesta raskaudestaan*. Vastaajat kertoivat joko tunteneensa iloa hyvin harvoin, tai sitten ei ollenkaan.

Oli todella vaikea iloita missään vaiheessa raskaudesta koska pelkäsin ettemme saisi pitää tätäkään lasta.

Hyvin useat vastaajat kertoivat *vaikeudestaan luottaa vauvansa selviytymiseen*. Eräs vastaaja kertoi olleensa jatkuvasti tietoinen siitä, että tämäkin raskaus voi päättyä huonosti.

Se oli jatkuvaa pelkoa kuoleeko vauva vai ei.

Vaikeus luoda kiintymyssuhdetta vauvaan ja valmistautua uuden vauvan tuloon

Yläluokka *vaikeus luoda kiintymyssuhdetta vauvaan ja valmistautua vauvan tuloon* muodostui kahdesta alaluokasta: vaikeus luoda kiintymyssuhdetta vauvaan sekä vaikeus valmistautua uuden vauvan tuloon.

Muutama vastaaja kertoi *vaikeudesta luoda kiintymyssuhdetta uuteen vauvaan*. Vastausten mukaan äidit eivät uskaltaneet kiintyä vauvaan, koska he pelkäsivät tämän kuolevan. Eräs vastaaja kertoi, ettei uskaltanut puhua vauvalle tai ajatella häntä.

Ei uskalla kiintyä lapseen kohdussa kun pelkää menettävänsä hänetkin.

Ei halunnut/pystynyt miettiä millaista vauvan kanssa olisi koska loppuun asti oli voimakas pelko että vauva kuolee.

Eräs vastaaja kertoi *vaikeudestaan valmistautua uuden vauvan tuloon* samalla tavalla kuin edellisessä raskaudessaan; esimerkiksi tavaroiden hankkiminen ja huoneen valmistaminen vauvalle oli vaikeaa.

Erittäin kuvaavaa on se, että raskauden loppuvaiheessa teimme makuuhuoneisiin remonttia, mutta tapetti on valittu ns. työhuoneeseen sopivaksi, ei lastenhuoneeseen sopivaksi. Enkä edes tajunnut tätä itseasiassa kuin vasta vuosi vauvan syntymän jälkeen--.

Kanssakäymiseen ja vuorovaikutukseen liittyvät vaikeudet

Yläluokka *kanssakäymiseen ja vuorovaikutukseen liittyvät vaikeudet* sisälsi viisi alaluokkaa: vaikeus käsitellä onnitteluja uudesta raskaudesta, vaikeus kohdata muita ihmisiä, kokemus ihmisten kyvyttömyydestä ymmärtää ja suhtautua pelkoihin ja tuntemuksiin, synnytysvalmennukset koettiin turhauttavana ulkopuolisuuden tunteen vuoksi sekä koettu yksinäisyys ja itseensä kääpertyminen raskausaikana.

Muutama vastaaja kirjoitti *vaikeudestaan käsitellä onnitteluja uudesta raskaudestaan*. Pari vastaajista kertoi, että onnittelet raskaudesta inhottivat ja niitä ei voinut sietää. Onnittelet uudesta raskaudesta koettiin myös ristiriitaisena käsitellä.

Onnittelet en sietänyt laisinkaan.

Muutama myös kertoi *vaikeudestaan kohdata muita ihmisiä*. Kohtaaminen koettiin ahdistavana ja raskaudesta ei haluttu puhua muiden kanssa. Eräs vastaaja kertoi, että oli vaikeaa kohdata toisia raskaana olevia naisia, koska omaa raskautta ei koettu onnellisena. Eräs vastaaja kertoi vaikeudesta olla ihmisryhmissä, koska pelkäsi että alkaisi itkemään ja toinen puolestaan kertoi kohtaamisien olevan vaikeita, koska mietti mitä muuta ajattelevat.

Jotkut vastaajista kertoivat *kokemuksistaan ihmisten kyvyttömyydestä ymmärtää ja suhtautua pelkoihin ja tuntemuksiin*. Vastaajat kokivat, että ihmiset eivät ymmärtäneet heidän tuntemuksiaan, kuten pelkoa ja huolta. Eräs vastaaja koki uuvuttavana toisten käsityksen, että uusi vauva korvaisi menetetyn vauvan.

Tuntui, että oli vähän ihmisiä, jotka olisivat ymmärtäneet tuntemuksiani.

Parissa vastauksessa *synnytysvalmennukset koettiin turhauttavana ulkopuolisuuden tunteen vuoksi*. Vastaajat kokivat, että valmennus oli kohdennettu ensisynnyttäjille, ja valmennukset myös toivat mieleen surullisia muistoja.

Niissä (synnytysvalmennuksissa) tuntui ahdistavalta, kun joka välissä paikalla ollutta ryhmää puhuteltiin ensisynnyttäjinä ja ensimmäistä lastaan odottavina.

Muutama vastauksista käsitteli koettua yksinäisyyttä ja itseensä käpertymistä raskausaikana.

Raskausaikana huomasin käpertyväni aika paljon itseeni.

Läheiset eivät ymmärtäneet tuntemuksiani ja koin olevani raskauden aikana todella yksin.

Raskauden aiheuttama huoli ja stressi läheisissä

Yläluokka *raskauden aiheuttama huoli ja stressi läheisissä* muodostui kahdesta alaluokasta: lapset kärsivät aikuisten stressistä sekä äidin pahaa oloa lisäksi läheisten huoli uuden raskauden alkaessa.

Eräs vastaaja kertoi kokeneensa *lastensa kärsineen aikuisten stressistä*.

Sillä selkeästi lapset kärsivät siitä kun vanhemmat ovat niin stressaantuneita raskauden takia.

Isommat lapset kysyivät välillä, että kuoleeko tämäkin vauva, vai saammeko vauvan kotiin.

Toinen vastaaja kertoi *omaa pahaa oloa lisänneen sen, että uusi raskaus herätti läheisessä pelkoja vauvan ja äidin kuolemasta*.

6.1.2 Uusi raskaus toi iloa ja toivoa

Pääluokka *uusi raskaus toi iloa ja toivoa* muodostui yhdestä samannimisestä yläluokasta.

Uusi raskaus toi iloa ja toivoa

Yläluokka *uusi raskaus toi iloa ja toivoa* koostui kahdesta alaluokasta: uusi raskaus toi iloa ja uusi raskaus toi toivoa.

Osa vastaajista kertoi *uuden raskauden tuoneen iloa*. Vastaajista moni kertoi tunteensa iloa tai onnellisuutta uudesta raskaudesta. Vastaajista pari kertoi *uuden raskauden tuoneen toivoa* surun keskelle. Eräs vastaaja kertoi uuden raskauden olleen tärkeä toivon kipinä surun keskellä ja toinen kertoi sen tuoneen toivoa ja vieneen elämää eteenpäin.

Päällimmäiset tunteet ovat olleet mieletön onnellisuus, toivo, iloa uudesta raskaudesta, epävarmuus, epäusko että meneekö kaikki varmasti hyvin, epätietoisuus miten raskaus menee, mitä jos tässäkin käy huonosti, mutta päällimmäisenä tavoitteena on ollut että luo uskoa tulevaisuuteen ja siihen että kaikki menee hyvin.

Uusi raskaus on toivoa antava ja elämää eteenpäin vievä asia.

6.1.3 Raskausaika sisälsi vaihtelevia tunteita ja kokemuksia

Pääluokka *raskausaika sisälsi vaihtelevia tunteita ja kokemuksia* sisälsi kolme yläluokkaa: ristiriitaiset ja syyllisyyden tunteet, kokemuksia kuulluksi tulemisesta sekä kokemuksia lääkäreistä ja hoitohenkilökunnasta.

Ristiriitaiset ja syyllisyyden tunteet

Yläluokka *ristiriitaiset ja syyllisyyden tunteet* muodostui kahdesta alaluokasta: ristiriitaiset tunteet ja syyllisyyden tunne.

Uusi raskaus toi mukanaan *ristiriitaisia tunteita*. Muutama vastaaja kertoi tämän joh-
tuvan siitä, että samaan aikaan piti valmistautua sekä vauvan selviämiseen että kuo-
lemiseen.

Tunteet olivat raskaat ja ristiriitaiset

*Odotusaika oli todella ristiriitaista. Toisaalta iloitsin uudesta raskaudesta, toi-
saalta jouduin joka ikinen päivä ja hetki pitämään mielessäni, että lapsi voi
kuolla. Jouduin siis valmistautumaan samaan aikaan sekä mahdolliseen elä-
mään että kuolemaan.*

Pari vastausta käsitteli *syllisyyden tunnetta*. Syllisyyden tunnetta loi mm. äidin vai-
keus iloita uudesta raskaudesta. Syllisyyttä toivat myös hetkelliset ilon tunteet.

*Heti, kun olin onnellinen tunsin syllisyyttä ja aloin pelkäämään, että jotain pa-
haa tapahtuu tällekin lapselle.*

Kokemuksia kuulluksi tulemisesta

Yläluokka *kokemuksia kuulluksi tulemisesta* muodostui kolmesta alaluokasta: koke-
mus kuulluksi tulemisesta, kokemus ettei tullut kuulluksi sekä toivetta synnytyksen
käynnistämisestä ei kuunneltu.

Vastaajilla oli kokemuksia sekä *kuulluksi tulemisesta* että siitä *etteivät kokeneet tul-
leensa kuulluksi*. Vastaajista yksi koki tulleen kuulluksi. Muutama vastaaja kertoi
kokeneensa vähättelevää asennetta odottajan pelkoja ja huolia kohtaan, ja tämä sai
aikaan tunteen, ettei tullut kuulluksi. Eräs vastaaja myös koki, ettei ammattilaisilla
ole tarpeeksi taitoja kohdata kohtukuoleman kokenutta äitiä.

*Vähättelevä asenne vie sitä vähäistäkin luottamusta raskauden sujumisen suh-
teen ja siihen, että saa hyvää ja asiantuntevaa hoitoa.*

Välistä tuntui etteivät kaikki lääkärit ottaneet omia huolia ja pelkoja tosissaan, jäi olo ettei tullut kunnolla kuulluksi.

Pari vastaajaa kertoi kokeneensa raskaana sen, että heidän *toiveitaan liittyen synnytyksen käynnistämiseen ei kuunneltu* tai jo sovitusta ajoista ei pidetty kiinni.

He (lääkärit) olisivat antaneet vaan raskauden jatkua ja jatkua viikolle 40 ja siitä ylikin ellen olisi puinut nyrkkiä pöytään ja vaatimalla vaatinut toisin.

Kokemuksia lääkäreistä ja hoitohenkilökunnasta

Yläluokka *kokemuksia lääkäreistä ja hoitohenkilökunnasta* sisälsi neljä alaluokkaa: kokemukset hoitohenkilökunnasta huonoja, kokemukset lääkäreistä huonoja, kokemukset hoitohenkilökunnasta hyviä sekä kokemukset lääkäreistä hyviä.

Muutama vastaus käsitteli *huonoja kokemuksia hoitohenkilökunnasta*. Eräs vastaaja koki henkilökunnan asenteen vähättelevänä ja toinen koki, etteivät ammattilaiset tiedä tarpeeksi kohtukuolemista tai osaa olla tarpeeksi sensitiivisiä.

Kävin myös mielenterveystoimistossa juttelemassa. Ensimmäinen hoitaja oli todella tahditon, eikä hän ymmärtänyt pelkoani ollenkaan, joten en suostunut enää menemään hänen vastaanotolleen.

Usea vastaus käsitteli *huonoja kokemuksia lääkäreistä*. Pari vastaajaa koki, että lääkärit eivät ymmärtäneet tai ottaneet tosissaan äidin pelkoa ja huolta. Osa vastaajista oli kokenut lääkäreiden kommentit ja kohtelun asiattomina ja ajattelemattomina. Lääkärikäynneistä kerrottiin myös jääneen ahdistava olo; eräs äiti kertoi joutuneensa varaamaan ylimääräisiä lääkäriaikoja yksityiseltä sektorilta epävarman olon vuoksi, joka synnytysairaalan lääkärikäynnin jälkeen jäi. Toinen äiti kertoi joutuneensa joka lääkärikäynnillä elämään kauhunhetket tapahtuneesta uudelleen, koska lääkärit eivät olleet juurikaan lukeneet aikaisempia hoitotietoja.

Jotkin lääkäreiden kommentit asiattomia/ajattelemattomia.

Minusta oli käsittämätöntä, miten jotkut synnytyssairaalan lääkärit olivat niin välinpitämättömiä pelkojani, stressiäni ja huoltani kohtaan.

Muutammat vastaukset käsittelivät *hyviä kokemuksia hoitohenkilökunnasta*. Vastauksista kävi ilmi, että kätilöiden suhtautuminen oli ollut pääsääntöisesti ymmärtäväistä ja neuvolassa sekä kätilöopistolla oli suhtauduttu lämpimästi ja ymmärtäväisesti.

Muutama vastaaja kertoi *kokemuksensa lääkäreistä olleen hyviä*. Pari vastaajaa kertoi lääkärin pysyneen lupauksissaan, esimerkiksi varhaisultran järjestämisessä. Lääkärit kysyivät äidin jaksamisesta ja selittivät asiat perin pohjin.

Kätilöt suhtautuivat pääsääntöisesti ymmärtävästi minua kohtaan mutta oli myös niitä jotka eivät selkeästi ymmärtäneet kuinka kova paikka on menettää lapsi vaikka viikkoja olikin vähän.

Lääkärit ultrasivat tarkasti joka kerta kaiken mahdollisen, samalla selostaen havainnoisstaan. Ja aina kysyivät, että kuinka olen jaksanut henkisesti

6.1.4 Tarve seurata vauvan liikkeitä

Pääluokka *Tarve seurata vauvan liikkeitä* muodostui yhdestä samannimisestä yläluokasta.

Tarve seurata vauvan liikkeitä

Yläluokka *tarve seurata vauvan liikkeitä* muodostui yhdestä samannimisestä alaluokasta.

Monissa vastauksissa mainittiin äidin *tarve seurata jatkuvasti sikiön liikkeitä*. Eräs vastaaja kuvasi tarkkailua pakonomaiseksi, toinen taas kertoi fanaattisen liikkeiden seuraamisen vaikuttavan jo jaksamiseen itsessään. Joissakin vastauksissa mainittiin huolen ja pelon herääminen heti, jos vauvan liikkeitä ei tuntunut. Tällöin äidit kertoivat mieleen heti nousseen ajatuksen lapsen menettämisestä.

Liikkeiden kyttäämistä ja panikointia siitä jos vauva ei liikukaan. Yöt kaikista pahimpia pelon kannalta. Aamulla hirveä huoli vauvasta jos ei heti herättyä liikkunut.

Liikkeitä on tullut seurattua öitä myöden fanaattisesti ja se taas on vaikuttanut jaksamiseen itsessään.

Loppuraskaudesta menetyksen pelko oli suuri ja liikkeitä tarkkaili yötä päivää. Doppleria käytin jonkin verran, mutta senkin käyttö alkoi pelottaa jos ei liikkeitä hetkeen tuntunut. Pelotti, että jos ei sykettä löydykään.

6.2 Minkälaista tukea äidit saivat kohtukuoleman jälkeisen raskauden aikana?

Tutkimuskysymyksen *minkälaista tukea äidit saivat kohtukuoleman jälkeisen raskauden aikana* alle muodostui yhteensä kuusi pääluokkaa, joista neljä ensimmäistä kertoo saadun tuen laadusta: raskauden suunnittelua ja seurantaa, kokemusten ja tunteiden läpikäyntiä, kotiapua sekä tietoa. Kaksi viimeistä pääluokkaa kuvaavat saadun tuen tahoja: läheisiltä ja vertaisilta sekä terveydenhuollon ammattilaisilta.

6.2.1 Raskauden suunnittelua ja seurantaa

Pääluokka *raskauden suunnittelua ja seurantaa* sisälsi kaksi yläluokkaa: tihennettyä raskauden seurantaa ja sovittu synnytyksen käynnistys.

Tihennettyä raskauden seuranta

Yläluokka *tihennettyä raskauden seuranta* koostui kuudesta alaluokasta: säännöllinen seuranta, sydänäänten kuuntelu, istukan toiminnan seuraaminen, ultraäänitutkimukset, osastohoito sekä lupa käydä tarkistuksessa tarpeen tullen.

Säännöllinen seuranta koettiin tärkeäksi vauvan voinnin tarkastamisen vuoksi. Eräs äiti kertoi, että sai rakenneultran jälkeen käydä äitiyspoliklinikalla säännöllisesti loppuraskauden ajan.

Vastausten mukaan *sydänäänien kuuntelu* rauhoitti äitejä ainakin hetkellisesti. Muutama äiti kertoi saaneensa käydä neuvolassa kuunteluttamassa sydänääniä jopa niin usein kuin he halusivat. Eräs äiti kertoi hankkineensa kotidopplerin, joka helpotti pelkoa jonkun verran.

Eräs vastaaja kertoi käyneensä pelkopoliklinikalla, jossa *istukan toimintaa seurattiin* tarkasti.

Useissa vastauksissa kerrottiin, kuinka *ylimääräisiä ultraäänitutkimuksia* pidettiin tärkeinä. Ultraäänitutkimuksia tehtiin loppuraskaudesta tihennetysti aikaisemman kohtukuoleman vuoksi ja osa äideistä kävi myös alkuraskaudessa ylimääräisissä ultrauksissa yksityisellä lääkäriellä. Ultraamisella saatu varmistus vauvan hyvinvoinnista helpotti pelkoja mutta usein vain hetkellisesti.

Käyrillä kävin usein että ajatukset pysyivät kasassa ja joka kerta myös ultrattiin.

Muutama äiti kertoi saaneensa sairaalassa *osastohoitoa* raskausaikana. Osastohoito mahdollisti syntymättömän lapsen jatkuvan tarkkailun ja helpotti pelkoja.

Vastauksista kävi ilmi, että *lupa käydä tarkistuksessa tarpeen tullen* huojensi äitien mieltä silloinkin, kun tarvetta käynteihin ei tullut. Muutamissa vastauksissa kerrottiin, että neuvolasta oli annettu lupa olla yhteydessä tai käydä kuunteluttamassa sydänääniä aina kun siltä tuntui. Eräälle vastaajalle tuttu synnytyslääkäri oli luvannut, että vapaa-ajallakin saa ottaa yhteyttä.

Sovittu synnytyksen käynnistys

Yläluokka *sovittu synnytyksen käynnistys* koostui yhdestä samannimisestä alaluokasta.

Synnytyksen käynnistämispäätös aiemmin kuin normaalisti oli monelle äidille tärkeä tuki. Osa kertoi, että päätös synnytyksen käynnistyksestä tehtiin jo raskauden alkuvaiheessa. Eräs äiti kertoi saaneensa käynnistysajan omasta pyynnöstään ja ilman taistelua.

Käynnistyspäätös hieman aiemmin kuin normaalisti oli tosi tärkeä.

6.2.2 Kokemusten ja tunteiden läpikäyntiä

Yläluokka *kokemusten ja tunteiden läpikäyntiä* sisälsi alaluokat keskustelutukea, aiemman kohtukuoleman huomiointia, asioiden puheeksi ottamista, hyväksyntää ja ymmärrystä sekä vertaistukea.

Keskustelutukea

Yläluokka *keskustelutukea* sisälsi neljä alaluokkaa: tunnetilojen purkamisen mahdollisuus, keskustelutukea, keskustelut tutun ammattilaisen kanssa sekä viikoittaisia kotikäyntejä sekä puhelinsoittoja pikkulapsipsykiatrialta.

Muutama äiti kertoi saaneensa *purkaa tunteitaan ja pelkotilojaan* esimerkiksi neuvolassa ja he kokivat tämän hyödylliseksi. *Keskustelutuki* koettiin ylipäättään hyvin tärkeänä. Yli puolet äideistä mainitsi keskustelun läheisten tai terveydenhuollon ammattilaisten kanssa olleen suuri tuki. Eryteisesti keskustelut *tutun ammattilaisen kanssa* koettiin hyödyllisiksi jo aikaisemmin syntyneen luottamussuhteen ja äidin aikaisempien kokemusten tuntemisen vuoksi.

Synnytyssairaalassa kävin pelkopoliklinikalla, jota piti sama ihana kätilö, joka auttoi maailmaan myös kuolleen lapsemme. Hänen kanssaan käydyistä keskusteluista oli todella apua.

Yksi äiti kertoi myös saaneensa *pikkulapsipsykiatrialta keskustelutukea viikottaisilla kotikäynneillä sekä puhelinsoittojen muodossa.*

Aiemman kohtukuoleman huomioimista

Yläluokka *aiemman kohtukuoleman huomiointi* koostui yhdestä samannimisestä alaluokasta.

Pari vastaajaa kertoi kokemuksistaan, joissa *edellinen raskaus ja kohtukuolema otettiin huomioon*. Yksi vastaajista koki, että neuvolakäynneillä edellinen raskaus huomioitiin hyvin ja toinen oli tyytyväinen lääkäreiden toimintaan.

-- kaikki lääkärit ottivat todella hyvin huomioon, että aiempi raskaus oli päättynyt kohtukuolemaan ja tulin kuulluksi.

Asioiden puheeksiottaminen

Yläluokka *asioiden puheeksiottaminen* sisälsi kolme alaluokkaa: jaksamisen kysymistä, tapahtuneesta kysymistä sekä tarjottua tukea.

Pari vastaajaa kertoi, että heiltä *kysyttiin heidän jaksamistaan*, mikä koettiin tärkeäksi.

Koin tärkeäksi, että minua kuunneltiin mm. neuvolassa ja kysyttiin henkistä jaksamista.

Yhdessä vastauksessa tuli ilmi, että äidiltä *oltiin kysytty tapahtuneesta*, viitaten aikaisempaan kohtukuolemaan. Tämä koettiin hyvin huomaavaisena.

Parissa vastauksessa käsiteltiin äidille *tarjottua tukea*. Äideille oli tarjottu mm. keskusteluapua ja pelkopolin sekä synnytysvalmennuksen tarvetta.

Omassa neuvolassa kysyttiin aika ajoin haluaisinko mennä oman terveyskeskuksen psyk. Sair. Hoitajalle juttelemaan asioista.

Hyväksyntää ja ymmärrystä

Yläluokka *hyväksyntää ja ymmärrystä* muodostui neljästä alaluokasta: empatiaa, vaikeiden tunteiden normalisointia, pelkojen ja huolien ymmärtämistä ja kuulluksi tulemistä.

Parissa vastauksessa kerrottiin *empatian* ja myötätunnon osoituksen olleen äidille tärkeää.

Eräs vastaaja kertoi kättilöiden jaksaneen kuunnella häntä ja kertoneen, että *pelkojen ja ahdistuksen tunteminen on ymmärrettävää ja normaalia*.

Osa vastaajista kertoikin *pelkojensa ja huoliensa tulleen ymmärretyksi* ja hyväksytyksi.

Muutama vastaajaa kertoi *tulleensa kuulluksi*. Vastaajat kertoivat, että kuulluksi tuleminen oli heille tärkeää.

Vertaistukea

Yläluokka vertaistukea koostui kolmesta eri alaluokasta: vertaistuki, vertaistukihenkilön tuki ja vertaistukiryhmien tuki.

Vertaistuen koettiin olevan korvaamaton tuki.

Parhaimman tuen koen saavani puolisoiltani sekä vertaisiltani äideiltä jotka ovat kokeneet saman.

Eräs äiti kertoi, että saman kokeneiden äitien tuki oli parasta saatua tukea. *Vertaistukihenkilön* lisäksi äidit kertoivat saaneensa tukea *vertaistukiryhmistä*. Vertaistuen tahosta riippumatta kokemusten ja ajatusten vaihto toisten saman kokeneiden kanssa koettiin tärkeäksi.

FB:ssä oleva vertaistukiryhmä mielenterveyden pelastus.

6.2.3 Kotiapua

Pääluokka *kotiapua* sisälsi yhden samannimisen yläluokan.

Kotiapua

Yläluokka *kotiapua* sisälsi yhden samannimisen alaluokan.

Eräs äiti kertoi saaneensa neuvolan perhetyöntekijän kautta tukea *kotiavun* muodossa. Tämä koettiin tärkeänä omien voimavarojen vähyiden sekä puolison kuormittamisen vuoksi.

6.2.4 Tietoa

Pääluokka *tietoa* sisälsi yhden samannimisen yläluokan.

Tietoa

Yläluokka *tietoa* muodostui yhdestä samannimisestä alaluokasta.

Parissa vastauksessa käsiteltiin *tiedon* saannin tärkeyttä. Vastaajat pääsivät usein kysymään lääkäriltä heitä askarruttavia asioita. Asiat selitettiin ymmärrettävästi ja perin pohjin.

Koin tärkeimmäksi tueksi puhumisen, sekä sen että sain tietoa tässä uudessa raskaudessa ilmenneistä ongelmista. Koin että tieto toi turvaa ja pystyi olemaan luottavaisemmin mielin. Myös se että tiesi suurinpiirtein miten seurannat olisivat jatkossa.

6.2.5 Läheisiltä ja vertaisilta

Pääluokka *läheisiltä ja vertaisilta* sisälsi kaksi yläluokkaa: läheisiltä ja vertaisilta.

Läheisiltä

Yläluokka *läheisiltä* koostui viidestä eri alaluokasta: oman puolison tuki, ystävien tuki, perheen tuki, sukulaisten tuki, sekä läheisten tuki.

Oman puolison tuki koettiin tärkeänä, joissakin vastauksissa jopa parhaana. Myös *ystävien* kerrottiin olleen suurena tukena. *Perhe* oli monelle tukena ja parissa vastauksessa *oma äiti* mainittiin erikseen. Eräs vastaaja kertoi saaneensa tukea *sukulaisiltaan*. Vastauksissa korostui *läheisten* kanssa käydyt keskustelut, mutta myös toiminnallisempia tuen muotoja tuli esiin. Eräs vastaaja kertoi miehensä lähteneen häntä aina viemään toiseen kaupunkiin synnytyssairaalaan sydänpöydälle, kun hänestä siltä tuntui. Suurimmassa osassa vastauksia ei kuitenkaan eritelty tarkkaan, minkälaista tukea läheisiltä saatiin, vaan esimerkiksi viitattiin vain "ystävien tukeen".

Tukea sain lähinnä omalta perheeltä, suurin henkinen apu oli äitini, jota ilman en olisi edes selvinnyt.

Vertaisilta

Yläluokka *vertaisilta* muodostui neljästä alaluokasta: vertaistukihenkilöltä, vertaistukiryhmistä, Pähkinä-tukiryhmästä ja Käpy-tukiryhmästä.

Vertaistukea saatiin yksittäisiltä *vertaistukihenkilöiltä* sekä *vertaistukiryhmistä*, joista nimeltä mainittiin *Pähkinä-tukiryhmä* sekä *Käpy-tukiryhmä*. Monessa vastauksessa mainittiin tukiryhmien toimivan Facebookissa tai muualla internetissä, mutta myös ainakin Käpy-tukiryhmällä oli tapaamisia internet-pohjaisen toiminnan lisäksi.

6.2.6 Terveystuon ammattilaisilta

Pääluokka terveystuon ammattilaisilta sisälsi kolme yläluokkaa: mielenterveyden ammattilaisilta, äitiyshuolloilta ja sairaalasta.

Mielenterveyden ammattilaisilta

Yläluokka *mielenterveyden ammattilaisilta* muodostui yhdeksästä alaluokasta: psykiatriselta sairaanhoitajalta, perheterapeutilta, pikkulapsipsykiatralta, psykiatrisen poliklinikalta, psykologilta, vauvaperhepsykologilta, aikuisten vastaanotolta, sairaalan kriisipsykologilta sekä mielenterveystoimistosta.

Muutamassa vastauksessa tuotiin esiin saatu tuki *psykiatriselta sairaanhoitajalta*.

Yksi vastaajista kertoi saaneensa tukea säännöllisesti ja loppuraskaudesta lähes viikoittain. Erään äidin luona kävi myös mielenterveyskuntoutukseen erikoistunut sairaanhoitaja, kun hän ei itse enää voinut tilansa takia lähteä vastaanotolle.

Yksi äideistä kertoi käyneensä kerran juttelemassa *perheterapeutin* kanssa, kun taas yksi vastaajista kertoi saaneensa tukea viikoittain *pikkulapsipsykiatralta*.

Pari vastausta käsitteli saatua tukea *psykiatrisen poliklinikalta*. Yksi näistä vastaajista kertoi käyneensä puhumassa polilla säännöllisin väliajoin.

Muutama vastaaja kertoi saaneensa *tukea psykologilta* erittelemättä tahoja tarkemmin. Psykologilta saatiin mm. keskusteluapua, säännöllistä tukea ja mukana elämistä.

Eräs äideistä taas kertoi saaneensa viikoittaista keskusteluapua *vauvaperhepsykologilta*.

Yksittäisesti vastaajat kertoivat saaneensa tukea *aikuisten vastaanotolta, kriisipsykologilta* sekä *mielenterveystoimistosta*.

Äitiyshuolloilta

Yläluokka *äitiyshuolloilta* sisälsi seitsemän alaluokkaa: neuvolasta/terveydenhoitajalta, äitiyspoliklinikalta, kättilöiltä, naistenklinikalta, kättilöopistolta, pelkopoliklinikalta ja lääkäreiltä.

Tuen lähteistä useimmiten mainittiin *neuvola tai terveydenhoitaja*. Neuvolassa äidit kokivat saaneensa keskustelutukea, ymmärrystä ja empatiaa. Tämän lisäksi siellä seurattiin vauvan sydänääniä ja tehtiin ultrauksia. Neuvolalääkäri tarkisti myös vauvan voinnin joskus ja vastauksista kävi ilmi, että neuvolan tuki kaikkienensa oli äideille erittäin tärkeää. Terveystenhoitajan kerrottiin ottaneen aikaa ja kuunnelleen ja muutama äiti kertoi, että terveydenhoitaja oli tehnyt neuvolan kautta lähetteen tutkimuksiin, mihin äiti ei muutoin olisi päässyt.

Meillä oli aivan ihana ja sydämellinen 'neuvolan täti'. Iso kiitos hänelle, kun jaksoi kuunnella ja ymmärtää.

Parasta tukea sain neuvolasta. Meillä oli aivan ihana terveydenhoitaja, joka kuunteli hyvin herkällä korvalla minua ja meitä. --- hän myös teki minusta lähetteen synnytysairaalaan ultraan, kun meitä ei otettu sisään huoleni ollessa suuri.

Useat äidit kertoivat saaneensa tukea *äitiyspoliklinikalta*. Vastausten mukaan seuranta äitiyspoliklinikalla alkoi rakenneultran jälkeen ja oli tiiviimpää raskauden loppupuolella.

Muutammat äidit kertoivat saaneensa tukea kättilöiltä. Vastauksissa kerrottiin, että kättilöt jaksoivat kuunnella ja kertoa, että ajatukset, ahdistukset ja pelot ovat ymmärrettäviä ja normaaleja.

Eräs äiti kertoi *naistenklinikan* ottaneen hänet raskauden puolivälin jälkeen vastaan aina kun huoletti. Myös *kättilöopisto* mainittiin pariin otteeseen.

Muutama äiti myös kertoi käyneensä *pelkopoliklinikalla* keskustelemassa tai seurannassa.

Useissa vastauksissa mainittiin *lääkäreiltä* saatu tuki. Lääkärit toimivat eri terveydenhuollon toimipisteissä, yksityisellä sekä julkisella sektorilla, mutta lääkärin antama tuki ja tiedot koettiin vastausten perusteella helpottavaksi toimipaikasta riippumatta. Muutamalla vastaajalla oli tuttu lääkäri, joka oli antanut luvan olla yhteydessä tarvittaessa. Tämä koettiin mieltä huojentavana.

Sairaalasta

Yläluokka *sairaalasta* sisälsi kaksi alaluokkaa: sairaalasta sekä sairaalapastorilta.

Muutama äiti kertoi saaneensa tukea ja hoitoa *sairaalassa*. Pari kertoi olleena osastohoidossa ja eräs äiti kertoi sairaalan henkilökunnan olleen tukena, vaikkakin henkilökunnan välillä koettiin olevan eroja.

Eräälle perheelle *sairaalapastori* oli tullut tutuksi aikaisemman kohtukuoleman aikaan ja hän oli tukena myös uudessa raskaudessa.

6.3 Minkälaista tukea äidit olisivat kaivanneet kohtukuoleman jälkeisen raskauden aikana?

Tutkimuskysymyksen *minkälaista tukea äidit olisivat kaivanneet kohtukuoleman jälkeisen raskauden aikana* alle muodostui yhteensä kymmenen pääluokkaa. Pääluokista ensimmäiset kuusi käsittelevät, minkälaista tukea äidit jäivät kaipaamaan: äidin osallistamista ja parempaa kohtaamista, tiedollista ja raskauden seurantaan liittyvää tukea, tukea suhteen luomisessa uuteen vauvaan, vertaistukea, tukea koko perheen

jaksamiseen ja kaivattua tukea ei osattu määritellä tai jäätty kaipaamaan. Pääluokista loput neljä käsittelevät tuen tahoja, joilta äidit jäivät tukea kaipaamaan: läheisiltä ja vertaisilta, esimieheltä, terveydenhuollon ammattilaisilta ja tukea taholta, jota ei osattu määritellä tai tukea ei jäätty kaipaamaan.

6.3.1 Äidin osallistamista ja parempaa kohtaamista

Pääluokka *äidin osallistamista ja parempaa kohtaamista* muodostui neljästä yläluokasta: hoitohenkilökunnan parempaa osaamista äidin kohtaamiseen, äidin kuuntelu ja päätöksentekoon mukaan ottaminen, äidin tunteiden kohtaamista ja tukea niiden käsittelyyn sekä keskusteluapua.

Hoitohenkilökunnan parempaa osaamista äidin kohtaamiseen

Yläluokka *hoitohenkilökunnan parempaa osaamista äidin kohtaamiseen* koostui viidestä alaluokasta: hoitohenkilökunnan parempaa osaamista äidin kohtaamiseen, parempaa kohtukuoleman puheeksi ottamisen osaamista, lääkäreiden parempaa perehtymistä hoitohistoriaan, yksilöllisyyden huomioonottamista sekä ammattilaisten parempaa tietämystä kohtukuolemista.

Usea vastaaja koki, että *hoitohenkilökunnan osaamisessa kohdata äiti* oli parantamisen varaa. Eräs vastaaja toivoi, että henkilökunta saisi lisää koulutusta kohtaamiseen. Muutama toivoi hoitohenkilökunnalta taitoa kohdata äiti kokonaisvaltaisesti ja olla tarpeeksi sensitiivisiä.

Eräs äiti jäi kaipaamaan *parempaa kohtukuoleman puheeksi ottamisen osaamista*.

Toinen vastaaja jäi myös kaipaamaan *lääkäreiden parempaa perehtymistä hoitohistoriaan*. Vastaaja koki, että hänen piti aina uudestaan kertoa hoitohistoriansa, ja varmistaa lääkäreiltä, oliko kaikki hänen hoidossaan muistettu huomioida.

Pari vastaajaa jäi kaipaamaan *parempaa yksilöllisyyden huomioonottamista* hoidossaan. He eivät pitäneet siitä, että edellisiä synnytyksiä ja raskauksia verrattiin keske-

nään. Henkilökunnan väheksyntä äidin tunteita kohtaan ja kohtukuoleman vertaaminen elävän lapsen menettämiseen aiheutti myös mielipahaa.

Muutama vastaaja jäi kaipaamaan *ammattilaisilta parempaa tietämystä kohtukuolemista*. Erään vastaajan mukaan ammattilaiset eivät aina osanneet erottaa kohtukuolemaa keskenmenosta. Toisen vastaajan mukaan ammattilaisilla ei ollut riittävästi tietoa kohtukuolemista ja pähkinäraskauksista.

Olisi tieto ja taito kohdata kohtukuolema/erottaa keskenmenosta ja tietotaito kohdata myös synnytyksessä kokonaisvaltaisesti mutta yksilöllisesti kohtukuoleman kohdannut synnyttäjä.

Äidin kuuntelua ja päätöksentekoon mukaan ottamista

Yläluokka *äidin kuuntelua ja päätöksentekoon mukaan ottamista* muodostui kolmesta alaluokasta: kuulluksi tulemista, äidin mukaan ottamista päätöksentekoon sekä äidin tosissaan ottamista.

Jotkut vastaajista jäivät kaipaamaan *äidin kuuntelua*. Muutama vastaaja koki, ettei tullut kuulluksi. Eräs vastaaja olisi toivonut äidinvaiston kuuntelua ja toinen toivoi mahdollisuutta tulla kuulluksi.

Osa vastaajista toivoi äidin *päätöksentekoon mukaanottamista*. Äidin toiveiden kysymistä jäätiin myös kaipaamaan.

Se että haluisi että jos äiti toivoo käynnistystä ei pidennetä sitä vaan sovitaan yhteisesti--.

Muutamassa vastauksessa jäätiin kaipaamaan *äidin tosissaan ottamista*. Vastaajat kokivat, että heidän huoliinsa ei suhtauduttu asiallisesti, ja eräs vastaaja jäi toivomaan, että hänet olisi otettu vakavissaan alusta asti.

Toivon että meitä kuultaisiin ja kysyttäisiin toiveita etenkin synnytyssairaalassa.

Äidin tunteiden kohtaamista ja tukea niiden käsittelyyn

Yläluokka *äidin tunteiden kohtaamista ja tukea niiden käsittelyyn* koostui kahdeksasta alaluokasta: hyväksyntää, ymmärrystä, empatiaa, lupa surra menetystä, jaksamisen kyselyä, tukea raskaudenaikaisten tunteiden läpikäyntiin, läheisten ymmärrystä pelkoihin sekä ystävien läsnäoloa ja ymmärrystä.

Parissa vastauksessa jäätiin kaipaamaan äidin erilaisten tunteiden *hyväksyntää*.

Usea vastaaja jäi kaipaamaan *ymmärrystä*. Ymmärrystä kaivattiin tunteisiin, erityisesti pelkoihin, sekä kokemuksiin. Eräs vastaaja toivoi, että ymmärrettäisiin, että vaikka uusi raskaus voi tuoda onnea, se ei vie pois surua edellisestä raskaudesta.

Empatiaa jäi kaipaamaan muutama vastaaja. Myötäelämistä kaivattiin enemmän.

Eräs vastaaja sai empatiaa sanallisella tasolla, mutta ei kokenut saaneensa sitä käytännön tasolla.

Sanallisella tasolla empatiaa ja ymmärrystä oli kyllä, mutta käytäntö ei vastannut puheita.

Eräs vastaaja jäi kaipaamaan aikaa ja *lupaa surra* menetystään.

Pari vastaajaa jäi kaipaamaan *jaksamisen kyselyä*. Eräästä vastaajasta tuntui kummalliselta, että esimies ei kysellyt jaksamista, ja toinen toivoi, että joku olisi kysynyt miltä tuntuu.

Pari vastaajaa jäi kaipaamaan *tukea raskaudenaikaisten tunteiden läpikäyntiin*. Tukea kaivattiin menetyksen käsittelyyn, ja että olisi päässyt puhumaan omista tunteistaan.

Eräs vastaaja jäi kaipaamaan läheisiltä ymmärrystä pelkoihinsa.

Muutama vastaajaa kertoi kaivanneensa *läsnäoloa ja ymmärrystä ystäviltaan* vaikeanakin aikana.

Keskusteluapua

Yläluokka keskusteluapua muodostui kahdesta alaluokasta: keskusteluapua psykologilta sekä keskusteluapua psykiatriselta sairaanhoitajalta.

Pari vastaajaa jäi kaipaamaan *keskusteluapua psykologilta*. Yksi vastaaja olisi toivonut päässeensä keskustelemaan psykologille yhdessä miehensä kanssa.

Eräs vastaaja jäi kaipaamaan keskusteluapua *psykiatriselta sairaanhoitajalta*.

6.3.2 Tiedollista ja raskauden seurantaan liittyvää tukea

Pääluokka *tiedollista ja raskauden seurantaan liittyvää tukea* muodostui kolmesta yläluokasta: hoidon pysyvyyttä ja jatkuvuutta, tiheämpää raskauden aikaista seurantaakin sekä tiedollista tukea.

Hoidon pysyvyyttä ja jatkuvuutta

Yläluokka *hoidon pysyvyyttä ja jatkuvuutta* muodostui kolmesta alaluokasta: pitkiä ja pysyviä hoitosuhteita, aikatauluissa pysymistä sekä lupauksissa pysymistä.

Pari vastaajaa jäi kaipaamaan *pitkiä ja pysyviä hoitosuhteita*. Eräs vastaaja toivoi pitkää hoitosuhdetta yhteen ammattilaiseen ja toinen toivoi yleisesti pysyvyyttä hoitohenkilökuntaan.

Aikatauluissa pysymistä jäi kaipaamaan pari vastaajaa. Eräs vastaaja kertoi kaivaneensa raskauden seurannan sovituissa aikatauluissa pysymistä.

Pari vastaajaa jäi myös kaipaamaan *lupauksissa pysymistä*. Luvatut tarkemmat sikiön seurannat eivät joko toteutuneet, tai toteutuivat vasta äidin itse niitä vaatiessa.

Synnytysairaalan toimintaa pidin kummana, koska aiemmin sanottiin että jos raskaudun, raskauden seuranta on tiheämpää ja erittäin tarkkaan seurantaan pääsen. Mutta näin ei kuitenkaan käynyt. Pidennettiin nykyisen "suosituksenkin" aikoja, aina jollain syyllä, millo oli kesälomat ja millo henkilökunnan vaje jne.

Koin, että meille luvatut ylimääräiset ultrat ja tuki ei toteutunut ollenkaan niin, kuin meille oli kerrottu esikoisemme obduktiotulosten läpikäyntitilanteessa.”

Tiheämpää raskauden aikaista seurantaa

Yläluokka *tiheämpää raskauden aikaista seurantaa* muodostui yhdestä samannimisestä alaluokasta.

Useat vastaajat jäivät kaipaamaan *tiheämpää raskauden aikaista seurantaa*. Vastaajat toivoivat ylimääräisiä käyntejä ja eräs vastaaja kaipasi ennen raskausviikkoa 23 tapahtuvaa lisäseurantaa. Eräs vastaaja kertoi, ettei häntä otettu sisään kahteen eri sairaalaan tarkistamaan sikiön sydänääniä.

Jouduin inttämään itselleni käyriä ja ultria, jotta pääsin tarkastamaan lapseni hyvinvointia.

Tiedollista tukea

Yläluokka *tiedollista tukea* muodostui yhdestä samannimisestä alaluokasta.

Muutama vastaaja jäi kaipaamaan *tiedollista tukea*. Tietoa kaivattiin etukäteen siitä, että kaikki ei aina mene raskaudessa hyvin. Eräs äiti olisi kaivannut tarkempaa tietoa veriryhmäimmunisaatiosta ja muutamat äidit asioiden läpikäymistä lääkärin kanssa.

Ihan neuvolarutiineihin ja jaettavaan tietoon/materiaaliin pitäisi ottaa mukaan vaihtoehto B: kun kaikki ei mene hyvin.

Sekä kun yritin kysellä asiasta neuvolasta niin minulle kerrottiin hyvin ympäri pyöreästi asiasta, kun taas olisin iste kaivannut tarkkoja tietoja ja tarkkaa selvitystä asiasta.

6.3.3 Tukea suhteen luomisessa uuteen vauvaan

Pääluokka *tukea suhteen luomisessa uuteen vauvaan* muodostui yhdestä samannimisestä yläluokasta.

Tukea suhteen luomisessa uuteen vauvaan

Yläluokka *tukea suhteen luomiseen uuteen vauvaan* muodostui yhdestä samannimisestä alaluokasta.

Eräs vastaaja jäi kaipaamaan *tukea suhteen luomisessa uuteen vauvaansa*.

Olisin tarvinnut apua menetyksen käsittelyyn ja suhteen luomiseen uuteen vauvaan ja apua toivon löytämiseen.

6.3.4 Vertaistukea

Pääluokka *vertaistukea* muodostui yhdestä samannimisestä yläluokasta.

Vertaistukea

Yläluokka *vertaistukea* sisälsi yhden samannimisen alaluokan.

Parissa vastauksessa jäätiin kaipaamaan *vertaistukea*. Yhdessä vastauksessa kerrottiin, että se oli tuki, jota jäätiin kaipaamaan ehkä kaikkein eniten, ja toisessa vastauksessa jäätiin kaipaamaan vertaistukea henkilöltä, joka olisi kokenut samasta syystä johtuneen kohtukuoleman.

6.3.5 Tukea koko perheen jaksamiseen

Pääluokka *tukea koko perheen jaksamiseen* muodostui kolmesta yläluokasta: tukea perheen lapsille, tukea toivon löytämiseen ja eteenpäin jaksamiseen sekä kotiapua.

Tukea perheen lapsille

Yläluokka *tukea perheen lapsille* muodostui kolmesta alaluokasta: psyykkistä tukea perheen lapsille, lastensuojelusta sekä tukea avohuollosta lasten sijoittamiseen.

Eräs vastaaja jäi kaipaamaan *psyykkistä tukea perheen lapsille*.

Yhdessä vastauksessa kerrottiin, että perhe koki jäävänsä *lastensuojelun* taholta yksin ja olisi kaivannut sieltä enemmän tukea.

Eräs vastaaja toivoi, että olisi saanut tukea *avohuollosta lasten sijoittamiseen* väliaikaisesti toiseen perheeseen.

Tukea toivon löytämiseen ja eteenpäin jaksamiseen

Yläluokka *tukea toivon löytämiseen ja eteenpäin jaksamiseen* muodostui yhdestä samannimisestä alaluokasta.

Kaksi vastaajaa jäi kaipaamaan *tukea toivon löytämiseen ja eteenpäin jaksamiseen*.

Eräs vastaaja olisi toivonut positiivisia sanoja ja tsemppausta lääkäreiltä.

Sitä että joku sanoisi että kaikki tehdään että vauva pysyy hengissä.

En tiedä millaista, ehkä joskus vaikka jotain vain positiivista sanottavaa lääkäreiltä tai ihan tsemppausta että kyllä sinä tästä selviät.

Kotiapua

Yläluokka *kotiapua* sisälsi yhden samannimisen alaluokan.

Eräs vastaaja jäi kaipaamaan *kotiapua*.

- emmekä saaneet myöskään kotiapua, vaikka olin koko raskausajan sairaalalla sekä fyysisistä että psyykkisistä syistä.

6.3.6 Kaivattua tukea ei osattu määritellä tai jääty kaipaamaan

Pääluokka *kaivattua tukea ei osattu määritellä tai jääty kaipaamaan* muodostui yhdestä samannimisestä yläluokasta.

Kaivattua tukea ei osattu määritellä tai jääty kaipaamaan

Yläluokka *kaivattua tukea ei osattu määritellä tai jääty kaipaamaan* sisälsi alaluokat: tukea ei jääty kaipaamaan, toimivaa tukea sekä aktiivisempaa tukea.

Moni vastaaja kertoi, että ei osannut sanoa jäikö kaipaamaan tukea, tai *ei jäänyt kaipaamaan tukea*.

Pari vastausta kuvasi lyhyesti, että jäätiin kaipaamaan *toimivampaa tukea* ja *aktiivisempaa tukea*, mutta tuen muotoa tai tahoja ei määritelty.

Koin saavani kaiken mahdollisen tuen.

6.3.7 Läheisiltä ja vertaisilta

Pääluokka *läheisiltä ja vertaisilta* muodostui kahdesta yläluokasta: tukea läheisiltä sekä vertaistukea.

Tukea läheisiltä

Yläluokka *tukea läheisiltä* sisälsi kolme alaluokkaa: tukea ystäviltä, tukea vanhemmilta sekä tukea läheisiltä.

Muutama vastaaja jäi kaipaamaan tukea *ystävien, vanhempien, sekä läheistensä* taholta.

-Ystäviltä ja läheisiltä ymmärrystä pelkoihin.

Eniten satutti oma äiti kun ei uskaltanut kohdata asiaa ja hidasti toipumistani sanomalla tunteideni olevan väärää.

Vertaistukea

Yläluokka *vertaistukea* sisälsi yhden samannimisen alaluokan.

Pari vastaajaa jäi kaipaamaan *tukea vertaistuen taholta*.

Yritin itse etsiä vertaistukea facebookin eriryhmistä, mutta en löytänyt mitään ryhmää saati sitten ihmistä joka olisi kokenut saman.

6.3.8 Esimieheltä

Pääluokka *esimieheltä* muodostui yhdestä samannimisestä yläluokasta.

Tukea esimieheltä

Yläluokka *tukea esimieheltä* muodostui yhdestä samannimisestä alaluokasta.

Eräs vastaaja kertoi, ettei hänen esimiehensä ottanut kertaakaan puheeksi hänen jaksamistaan, ja tämä tuntui kummalliselta.

6.3.9 Terveystuollon ammattilaisilta

Pääluokka *terveydenhuollon ammattilaisilta* muodostui neljästä yläluokasta: tukea sosiaalihuollosta ja avohuollon sosiaalityöstä, tukea äitiyshuollon piiristä sekä tukea mielenterveyden ammattilaisilta.

Tukea sosiaalihuollosta ja avohuollon sosiaalityöstä

Yläluokka *tukea sosiaalihuollosta ja avohuollon sosiaalityöstä* muodostui kolmesta alaluokasta: kotiapua, tukea lastensuojelulta sekä tukea avohuollosta.

Yksittäiset vastaajat jäivät kaipaamaan *kotiapua* ja tukea *lastensuojelulta* sekä *avohuollon* taholta.

Tukea äitiyshuollon piiristä

Yläluokka *tukea äitiyshuollon piiristä* sisälsi viisi alaluokkaa: tukea sairaalalta, tukea neuvolalta, tukea äitipoliklinikalta, tukea hoitohenkilökunnalta sekä tukea lääkäreiltä.

Monet vastaajat jäivät kaipaamaan tukea *sairaalan, neuvolan, äitiyspoliklinikan, hoitohenkilökunnan* sekä *lääkärien* taholta.

Sairaalasta kaivattiin enimmäkseen parempaa kohtaamista. Eräs äiti kertoi, ettei kahdesta eri sairaalasta kummassakaan otettu sisään sikiön sydänääniä tarkistamaan, vaikka äiti oli tätä toivonut. Toinen koki, että sairaalan henkilökunta tarvitsisi enemmän koulutusta kohtukuoleman puheeksiottoon ja muutama äiti toivoi kuulluksi tulemistä sekä toiveiden kysymistä.

Olisin kaivannut enemmän tukea sairaalan puolelta raskauteen.

Myös neuvolasta jäätiin kaipaamaan uskallusta puhua kohtukuolemasta ja toivottiin, että siellä tiedettäisiin asiasta enemmän. Myös empatiaa ja parempaa suhtautumista äiteihin jäätiin kaipaamaan. Lisäksi kaivattiin tietoa siitä, mistä saa apua kun kaikki ei menekään hyvin.

Osa äideistä koki, ettei heitä ymmärretty tai otettu tosissaan äitiyspoliklinikalla. Tukea kaivattiin enemmän, kuin pelkkien ultraamisten muodossa.

Tuntui että he eivät edes yrittäneet ajatella sitä mielenmaailmaa, missä tällaista raskautta läpikäyvä äiti on.

Osassa vastauksista puhuttiin hoitohenkilökunnasta ilman tarkempaa määrittelyä. Näissä vastauksissa äidit jäivät kaipaamaan ymmärrystä ja empatiaa käytännön tasolla. Äidit myös kokivat hoitohenkilökunnan asenteen vähättelevänä, mikä vähensi luottamusta hoidon laatuun.

Hyvin useat vastaukset käsittelivät kohtaamista lääkärin kanssa. Lääkäreiltä jäätettiin kaipaamaan mm. enemmän ymmärrystä, positiivisia sanoja, empatiaa ja tukea. Osa äideistä koki että lääkäreiden päätökset jatkohoidosta vaihtelivat ja asioita ei käyty perusteellisesti läpi. Muutama äiti koki, etteivät lääkärit olleet tutustuneet heidän hoitohistoriaansa.

Lääkärit ja neuvola olisi ehkä voineet olla hieman tunteellisempia seuraavassa raskaudessa koska olin niin pelokas

Joiltakin lääkäreiltä olisi toivonut enemmän ymmärrystä omiin pelkoihin ja huoliin.

Tukea mielenterveyden ammattilaisilta

Yläluokka *tukea mielenterveyden ammattilaisilta* sisälsi kolme alaluokkaa: tukea psykologilta, tukea vauvaperhepsykologilta sekä tukea psykiatriselta sairaanhoitajalta.

Jotkut vastaajat jäivät kaipaamaan keskusteluapua psykologilta tai psykiatriselta sairaanhoitajalta. Muutama äiti toivoi keskusteluapua neuvolan vauvaperhepsykologilta raskaudenaikaisten tunteiden läpikäyntiin.

6.3.10 Tukea taholta jota ei osattu määritellä tai tukea ei jääty kaipaamaan

Pääluokka *tukea taholta jota ei osattu määritellä tai tukea ei jääty kaipaamaan* muodostui kahdesta yläluokasta: tukea nimeämättömältä taholta sekä tukea ei jääty kaipaamaan.

Tukea nimeämättömältä taholta

Yläluokka *tukea nimeämättömältä taholta* muodostui kahdesta alaluokasta: tukea nimeämättömältä taholta sekä tukea muilta ihmisiltä.

Muutama vastaaja jäi kaipaamaan *tukea nimeämättömältä taholta* sekä *muiden ihmisten* taholta. Kyseistä tukea ei määritelty tarkemmin.

Toimivaa tukea.

Tukea ei jääty kaipaamaan

Yläluokka *tukea ei jääty kaipaamaan* muodostui yhdestä samannimisestä alaluokasta.

Useat vastaajat eivät jääneet kaipaamaan tukea miltään taholta. Monet vastasivat saaneensa tarvitsemansa tuen.

En oikeastaan jäänyt kaipaamaan mitään, mutta koin tärkeäksi, että minua kuunneltiin mm. neuvolassa ja kysyttiin henkistä jaksamista.

7 Pohdinta

7.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytteen tavoitteena oli lisätä ymmärrystä siitä, miten äidit kokevat kohtukuoleman jälkeisen raskausajan, sekä lisätä yleistä keskustelua aiheesta. Tavoitteena oli myös koota äitien kokemuksia, joita voidaan hyödyntää työskennellessä kohtukuoleman kokeneiden äitien kanssa mm. sosiaali- ja terveysalan toimipaikoissa.

Tutkimustulokset olivat suurilta osin yhteneväisiä teoriapohjassa esiin tulleiden asioiden kanssa, joskin joitain erojakin löytyi.

7.1.1 Kokemukset kohtukuolemaa seuraavasta raskausajasta

Kansainvälisissä tutkimuksissa korostui äitien kohtukuolemaa seuraavan raskauden aikana kokema ahdistus (Mills ym. 2014, Fockler ym. 2017). Tässä tutkimuksessa vain muutamat äidit kuvasivat olleensa ahdistuneita, kun taas kaikki kyselyyn vastanneet äidit kertoivat raskausajan olleen vaikea ja pelontäyteinen, vaikka aika kohtukuoleman ja uuden raskauden välillä vaihtelivat. Vaikka sana ahdistus ei tämän tutkimuksen vastauksissa juurikaan käytetty, se ei tarkoita, etteivätkö äidit olisi olleet ahdistuneita. Eroa kansainvälisten tutkimusten tuloksiin voitaneen selittää kielellisillä ja kulttuurillisilla tekijöillä. Tässä tutkimuksessa äidit kuvasivat kuitenkin kokeneensa tunteita, jotka ovat omiaan aiheuttamaan ahdistusta – ehkä siis ahdistusta vain kuvattiin tässä tutkimuksessa eri sanoin.

Äidit pelkäsivät lapsen menettämistä uudelleen ja pelko oli monella läsnä koko raskauden ajan. Saman totesivat Mills ja kumppanit (2014) tutkimuksessaan. Muutamisissa vastauksissa kävi ilmi, että pelko vaikeutti äitien kiintymistä syntymättömään lapseen, joka on myös yhteneväinen aikaisempien tutkimustulosten kanssa. (Campbell-Jackson, Bezanze & Horsch 2014; Siassakos, Fox, Draycott & Winter 2010, 25). Edellisen lapsen menetyksen sureminen ja iloitseminen uudesta lapsesta aiheuttivat usealle äidille myös ristiriitaisia tunteita, jopa syyllisyyttä. Samansuuntaisia tuloksia on saatu myös aiemmissa tutkimuksissa (Brodén 2008, Modh, Lundgren & Bergbom 2011, Tiitinen 2016b, Mills ym. 2014).

Fockler ym. (2017) totesivat tutkimuksessaan äitien pettyneen lääkäreiden vähättelevään kohteluun sekä turhautuneen ammattilaisten taustatietoihin perehtymättömyyteen, asiattomiin kommentteihin ja välinpitämättömyyteen. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists julkaisussa ohjeistetaan, että kohtukuolema tulisi merkitä tarkasti äidin tietoihin ja kaikkien tulisi huolellisesti tutustua hoitotietoihin ennen äidin tapaamista (Siassakos ym. 2010, 24). Pettymys lääkäreiden ja hoi-

tohenkilökunnan vähättelevään kohteluun ilmeni myös tässä tutkimuksessa ja on yhteneväinen aikaisempien tutkimusten tulosten kanssa. Tässä tutkimuksessa kuitenkin korostui äitien kokemus siitä, että erityisesti lääkärit vähättelivät heidän pelkojaan ja tunteitaan, sekä kohtelivat äitejä paikoin jopa välinpitämättömästi. Eräs äiti kertoi joutuneensa elämään kauhunhetket aina uudelleen selittäessään tapahtunutta, koska vaihtuvat lääkärit eivät olleet tutustuneet hänen taustatietoihinsa ennen tapaamista. Tässä tutkimuksessa esiin nousi myös terveydenhuollon henkilökunnan vaikeus kohdata äidit ja ottaa aikaisempi kohtukuolema puheeksi.

Naiset usein toivovat ylimääräisiä seurantakäyntejä, joilla sikiön hyvinvointi voidaan varmistaa (Mills ym. 2016, 7) ja kohtukuoleman jälkeistä seuraavaa raskausaikaa seurataankin tiiviimmin (Mills, Ricklesford, Cooke, Heazell, Whitworth & Lavender 2014). Tämän tutkimuksen kyselyyn vastanneet äidit kertoivat myös kaivanneensa normaalia tiiviimpää seurantaa kohtukuolemaa seuraavan raskauden aikana. Ylimääräisiä seurantakäyntejä myös saatiin, mutta useissa vastauksissa nousi esiin ristiriita luvattujen ja toteutuneiden seurantojen välillä. Vastausten perusteella vaikuttaa siltä, että lisäseurantoja luvataan äideille sairaalassaoloaikana kohtukuoleman yhteydessä. Äidit olivat käsittäneet, että heidän koko seuraavaa raskausaikaansa seurattaisiin tiiviimmin, kuin normaaliin neuvolaseurantaan kuuluu. Todellisuudessa he saivat lisäseurantoja joko raskauden puolenvälin jälkeen, tai kertoivat saaneensa ylimääräisiä seurantakäyntejä vain itse niitä vaatimalla. Vastaajat kokivat, että sovituista seurannoista ei pidetty kiinni tai että heidän toiveitaan ei kysytty tai huomioitu lainkaan. Joidenkin vastausten mukaan koettu luvatuista seurannoista poikkeaminen vähensi heidän luottamustaan saamaansa hoitoon sekä hoitohenkilökuntaan. Näissä tilanteissa olisikin syytä kiinnittää huomiota siihen, mitä äideille luvataan sekä siihen, että nämä lupaukset myös toteutuvat. Mielenkiintoista oli, että muutamassa vastauksessa äidit kertoivat saaneensa paljon tukea sekä seurantoja aina halutessaan samalta lääkäriltä, joka oli hoitanut heitä kohtukuoleman aikana. Näyttäisi siis siltä, että lääkärisuhde voi vaikuttaa seurantoihin; jos perheelle ja lääkärille on kohtukuoleman aikaan muodostunut läheinen vuorovaikutussuhde, on lääkäri voinut luvata seuraavaan raskausaikaan tarkempaa seurantaa ohi normaalien väylien. Tämä asettaa perheet ja äidit eriarvoiseen asemaan.

Tutkimusten mukaan äidit usein toivovat synnytyksen käynnistämistä ennen lasketua aikaa (Mills ym. 2014, Fockler ym. 2017). Suositusten mukaan (Siassakos ym. 2010, 25) äidin toivoessa synnytyksen käynnistystä tulisi ottaa huomioon edellisen kuolleen lapsen gestaatioikä, äidin synnytyshistoria sekä synnytyksen käynnistämisen turvallisuus. Synnytyksen ajankohta ja synnytystapa tulisi päättää yhteisymmärryksessä vanhempien kanssa, kriittisesti punniten varhaisen synnytyksen etuja ja haittoja. (Fockler ym. 2017). Useat tämän työn kyselyyn vastanneet äidit kertoivat toivoneensa aikaistettua käynnistystä, ja kokivat raskaana, jos joutuivat taistelemaan synnytyksen käynnistymisen puolesta. Äidit jäivätkin kaipaamaan mukaanottoa raskauden hoitoon liittyvään päätöksentekoon.

Wojcieszekin ja muiden (2016) mukaan tulisi kiinnittää huomiota erityisesti huomaavaiseen, empaattiseen ja yhteistyöhön perustuvaan hoitoon kohtukuoleman jälkeisissä raskauksissa. Heidän mukaansa parhaiten voitaisiin vaikuttaa siihen, että äideille annetaan aikaa ja heitä kuunnellaan, heille tarjotaan tietoa, heidän huolensa otetaan tosissaan ja heidät otetaan mukaan päätöksentekoon. (Wojcieszek ym. 2016). Hoitohenkilökunnalle onkin tärkeää kohdentaa koulutusta, jotta he voisivat paremmin kohdata menetyksen kokeneita äitejä (Wojcieszek ym. 2016, Nordlund ym. 2012, 783). Näiden sekä tämän työn tulosten perusteella voidaankin todeta, että terveydenhuollon henkilökunnan osaamista kohtukuoleman kokeneen äidin kohtaamiseen tulisi syventää. Kohtukuolemien määrän ollessa kuitenkin melko vähäinen Suomessa, ei voida edellyttää, että kaikilla terveydenhuollon ammattilaisilla olisi kokemusta ja osaamista näiden perheiden kohtaamiseen. Ratkaisu tähän sekä moneen muuhun tässä tutkimuksessa esiin nousseeseen ongelmaan voisi olla kohtukuolemaan erikoistuneet kättilöt. Esimerkiksi Englannissa, Milton Keynesin sairaalassa, työskentelee kohtukuolemiin erikoistunut kättilö, jonka työn pääpaino on vanhempien tukeminen kohtukuolemaa seuraavan raskauden aikana. Jokainen kohtukuoleman kokenut ja uudelleen raskaaksi tullut nainen ohjataan kyseisen kättilön (bereavement midwife) luo. Kättilön tehtävänä on tutustua yksityiskohtaisesti uudelleen raskautuneen äidin obstetriseen historiaan. Kättilö keskustelee äidin kanssa myös siitä, mitä raskausajan seurannoista on sovittu kohtukuoleman aikaan ja pitää huolen, että tämä seuranta toteutuu. Kättilö merkitsee äidin papereihin tiedon aikaisemmasta menetyksestä niin,

että jokainen hoitaja ja lääkäri on tietoinen hänen obstetrisesta taustastaan. Perheillä on mahdollisuus olla yhteydessä kättilöön milloin vain raskautensa aikana ja heidän raskauden seurantakäyntinsä ovat aina samalla kättilöllä. Tämä mahdollistaa luottamuksellisen ja jatkuvan potilassuhteen muodostumisen, jolloin kättilö parhaiten pystyy vastaamaan äitien ja perheiden tarpeisiin. (Power, Rea & Fenton 2017, 329.)

Focklerin ym. (2017) tutkimuksessa äidit kertoivat läheistensä vähätelleen heidän tuskaansa ja kommentoineen asiaa tunteettomasti. Tästä syystä monet äidit saattoivat eristäytyä normaaleista sosiaalisista tukiverkostoista. (Fockler ym. 2017.) Eristäytymiseen voi myös johtaa läheisten hyvää tarkoittavat kommentit äideille. Meaneyn ym. (2016) tutkimuksessa kävi ilmi, että läheiset saattoivat yrittää lohduttaa äitejä latteuksilla, kuten sanomalla, että he ovat niin nuoria, että ehtivät vielä saada lapsia myöhemmin. Nämä kommentit kuitenkin koettiin loukkaavina. (Meaney ym. 2016.) Sama nousi esiin myös tässä tutkimuksessa, jossa muutamat äidit kertoivat, kuinka tuntui, ettei oikein kukaan ymmärrä heidän kokemaansa. Vastauksista kävi ilmi, että äidit kokivat haasteita vuorovaikutuksessa muiden ihmisten kanssa. Toisaalta tätä selittivät äitien omat tunteet, mutta vahvasti nousi esiin myös muiden kyvyttömyys kohdata äitejä empaattisesti. Äidit kuvasivat tuntevansa itsensä ulkopuolisiksi esimerkiksi muiden raskaana olevien naisten seurassa ja pitivät heidän kohtaamistaan jopa vaikeana. Äidit myös kokivat, että oli hyvin vähän ihmisiä, jotka ymmärsivät heidän tunteitaan kohtukuolemaa seuraavan raskauden aikana.

Kohtukuolema vaikuttaa olevan Suomessa tabu (Kohtukuolema 2010). Savolaisen, Kaunosen & Ahon (2013) mukaan vanhemmille tulisi kertoa kohtukuoleman mahdollisuudesta, esimerkiksi neuvolassa, jotta siitä oltaisiin tietoisia. Myös tässä tutkimuksessa asia nousi esiin; eräs äiti olisi kaivannut mahdollisuutta valmistautua kohtukuolemaan tiedollisesti jo raskauden alussa.

Olisikin toivottavaa, että kohtukuolemasta, sen herättämistä tunteista ja seurauksista puhuttaisiin enemmän. Näin luotaisiin kulttuuri, jossa näistä asioista puhuminen on sallittua ja kohtukuoleman kokeneet äidit eivät kokisi olevansa asian kanssa niin yksin. Myös tietoisuus kohtukuoleman mahdollisuudesta voisi silloin olla olemassa jo

perhettä suunnittelevalla pariskunnalla. Asian puheeksiotto neuvolassa raskausaikana voisi toisaalta lietsoa turhaa pelkoa, mutta yhteiskunnallisen keskustelun kautta asia nousisi paremmin ihmisten tietoisuuteen. Tieto luo myös pohjaa ymmärrykselle ja empaattiselle kohtaamiselle, jota useat äidit jäivät vastausten mukaan kaipaamaan niin läheisiltään kuin terveydenhuollon ammattilaisiltakin.

7.1.2 Saatu tuki kohtukuolemaa seuraavan raskauden aikana

Läheisiltä saatu tuki koetaan usein hyvin tärkeänä tuen muotona ja sen koetaan autavan monella eri tasolla vastoinkäymisistä selviämisessä (Häggman-Laitila & Pietilä 2007, 48; Heazell ym. 2016, 606; Savonlahti ym. 2007, 342; Ruishalme & Saaristo 2007, 102-103). Tämän tutkimuksen vastauksissa useat äidit saivat tukea kohtukuolemaa seuraavan raskauden aikana monipuolisesti ja laajalta tukiverkostolta. Tukea saatiin lähipiiristä kuten puolisoilta, sukulaisilta ja ystäviltä.

Tämän lisäksi tukea saatiin vertaisilta sekä moniammatillisesti niin neuvolasta, sairaalasta kuin mielenterveyspalveluidenkin piiristä. Tämä ilmeni niin kansainvälisten tutkimusten tuloksista kuin tämänkin työn tuloksista. (Heazell ym. 2016, 606; Kunnari & Aho 2018, 13).

Kuten useissa kansainvälisissä tutkimuksissa (Fockler ym. 2017, Mills ym. 2014), myös tässä tutkimuksessa vertaistuen merkitys nousi kyselyn vastauksissa erittäin tärkeäksi ja sen mukanaan tuoma apu koettiin korvaamattomana. Äidit kokivat tärkeänä, että saivat jakaa ajatuksiaan ihmisten kanssa, jotka olivat kokeneet saman menetyksen. Fockler ym. (2017) huomauttavatkin että vertaistukea tulisi aktiivisesti tarjota perheille aina kun mahdollista. Vertaistuki vähentää vanhempien yksinäisyyden kokemusta, vaikka he kokisivat eristäytyneensä normaaleista tukiverkostoistaan. Muiden saman kokeneiden vanhempien kanssa keskustelu myös normalisoi vaikeitakin tunteita. (Fockler ym. 2017.) Tässä tutkimuksessa äidit kertoivat edellisen lisäksi saaneensa vertaisiltaan empatiaa, pelkojen ja huolien ymmärtämistä sekä tullessa kuulluksi. Mills ym. (2014) kertovat, että vertaistuki saattoi myös aiheuttaa vanhemmissa lisää ahdistusta heidän tullessaan entistä tietoisemmaksi kaikesta siitä, mitä voi tapahtua. Tämä ei kuitenkaan tullut kertaakaan esiin tässä tutkimuksessa.

Vastauksissa nousi vertaistukihenkilön avun lisäksi esiin erityisesti verkossa toimivat vertaistukiryhmät. Opinnäytteen kysely julkaistiin nimenomaan internetin tukiryhmissä, mikä voi vaikuttaa niiden korostuneisuuteen tuloksissa. Toisaalta palvelujen siirtyessä koko ajan enemmän verkkoon, on myös odotettavissa, että yhä useammat ihmiset hakevat apua ja palveluita internetin kautta. Goldin ym. (2016) tutkimuksen mukaan kasvotusten tapahtuvaa sekä internetissä tapahtuvaa vertaistukea pidettiin yhtä hyvinä. Osa naisista kuitenkin osallistui mieluummin kasvotusten kokoontuvaan tukiryhmään, mahdollisesti koska toisin kuin internet ryhmissä, niissä usein on mukana ammattilainen ryhmän vetäjänä. (Gold ym. 2016.) Suomessa Käpy ry on tunnetuin vertaistukifoorumi, joka järjestää myös tapaamisia. Tapaamiset ovat kerran kuukaudessa (Vertaistukiryhmät n.d.) ja tämä voi osaltaan selittää internetissä tapahtuvan vertaistuen suurta suosiota; se ei ole aikaan eikä paikkaan sidottu. Kunnarin ja Ahon tutkimuksen (2018) mukaan vanhemmat tulisi heti lapsen menettämisen jälkeen ohjata vertaistuen piiriin. Lisäksi he korostavat, että kaikille lapsen kuoleman kokeneille äideille tulee tarjota mahdollisuus moniammatilliseen tukeen (Kunnari & Aho 2018.)

Tämän tutkimuksen vastausten perusteella näyttää siltä, että Suomessa neuvolan rooli on hyvin suuri raskauden seurannassa, sekä äidin tukemisessa emotionaalisesti. Neuvola tai terveydenhoitaja mainittiin useimmiten tuen lähteenä, kun taas läheiset kolmanneksen harvemmin. Kunnarin (2017) mukaan äidit toivoivat terveydenhuollolta emotionaalista, toiminnallista, vuorovaikutuksellista ja tiedollista tukea. Lisäksi tuen toivottiin sisältävän keskusteluapua sekä kokonaisvaltaista, ymmärtävää ja kunnioittavaa suhtautumista niin perhettä kuin menetettyä lasta kohtaan. Heazellin ja muiden (2016, 606) mukaan vanhemmat mainitsivat perheen antaman tuen kaikkein useimmiten, kun heiltä kysyttiin tuen lähteistä. Eroa voitaneen selittää kulttuurisilla tekijöillä sekä terveydenhuollon tasolla. Heazellin ym. tutkimus kattoi 177 korkean tulotason maata sekä 26 matalan tulotason maata, kun taas tämän työn tuloksissa näkyy vain Suomessa asuvien äitien kokemukset. Toisaalta Fockler ym. (2017) sanovat, että perheet yleensä hakevat emotionaalista tukea terveydenhuollosta, joskin sen saatavuudessa on eri maiden välillä suuria vaihteluita. Suomalainen äitiyshuolto on kansainvälisesti vertailtuna erittäin onnistunutta (Tapper 2011, 2) ja terveyden-

huolto kaikille saatavilla (Barber, R. Fullman, N., Sorensen, R. ym. 2017). Tässä tutkimuksessa äidit kertoivat neuvolan avun olleen tihennettyä raskauden seurantaan, raskauden suunnittelua sekä kokemusten ja tunteiden läpikäyntiä.

Toisaalta, kohtukuoleman ollessa Suomessa vielä tabu (Kohtukuolema 2010), läheisten voi olla vaikea kohdata äidin tunteita ja he voivat kokea kyvyttömyyttä olla lohtuna. Myös Fockler ym. (2017) toteavat, että ymmärryksen puute kohtukuoleman vaikutuksesta seuraavaan raskausaikaan voi vähentää kykyä tarjota emotionaalista tukea äidille. Tällöin onkin luonnollista, että tukea haetaan enemmän terveydenhuollosta. Tämän tutkimuksen vastauksista kävi ilmi, että Suomessa on paljon emotionaalisen tuen tarjoajia. Esimerkiksi neuvolasta voi saada aikoja neuvolapsykologille. Monella vastanneella äidillä oli kontakti johonkin mielenterveyttä edistävään palveluntarjoajaan.

Kohtukuolemasta ei puhuta neuvolassa etukäteen, eivätkä äidit voi mitenkään olla valmistautuneita siihen. Tilanne on perheelle aina kriisi ja on erityisen tärkeää, että heidät osataan kohdata terveydenhuollossa. Vaarana on, että äitiysneuvolassa työskentelevällä terveydenhuollon ammattilaisella ei ole riittävää tietotaitoa, kokemusta tai ohjeistusta siihen, miten kohtukuoleman kokeneet äidit kohdataan, minkälaisia erityispiirteitä heidän seuraavassa raskausajassaan on, ja mitä tukea heille tulisi tarjota. Äitiysneuvolaoppaassa on vain lyhyelti ohjeistettu, kuinka kohtukuolemaa seuraavaa raskautta seurataan, eikä äidin kohtaamiseen perehdytä kuin kohtukuolemaa koskevalle ajalle. (Äitiysneuvolaopas 2013, 166 & 246). Äitiysneuvolaopasta tulisikin päivittää tältä osin kattamaan paremmin suositukset myös kohtukuolemaperheille.

7.1.3 Tuki, jota äidit jäivät kaipaamaan

Suomessa kohtukuoleman kokeneet äidit saavat seuraavan raskautensa aikana monipuolista tukea laaja-alaisesti (Kunnari & Aho 2018, 13). Tästä huolimatta tähän tutkimukseen vastanneet äidit kokivat jääneensä kaipaamaan mm. tiheämpää raskauden seurantaan, parempaa äitien kohtaamista, keskustelutukea sekä äitien parempaa

osallistamista ja tukea koko perheen jaksamiseen. Äitien kokemuksista onkin nähtävissä tarve kehittää palveluita sekä terveydenhuollon ammattilaisten ammattitaitoa.

Useat kansainväliset tutkimukset ovat osoittaneet, että äidit toivovat kohtukuolemaa seuraavassa raskaudessa jatkuvaa varmistusta ja vakuuttelua sikiön hyvinvoinnista (Wojcieszek ym. 2016b Leen ym. 2013; Campbell-Jackson ym. 2014; Meauney ym. 2016; Mills ym. 2016). Toisaalta, tämä lohtu voi olla lyhytaikaista (Wojcieszek 2016b & Mills ym. 2014, 947-949) eikä terveydenhuollossa tämän vuoksi tulisi liikaa luottaa teknologian tuomaan tukeen, vaan muistaa myös säännölliset kontaktit hoitohenkilökuntaan (Mills ym. 2014, 947-949). Wojcieszekin ja muiden (2016b) mukaan äideille tarjottiin harvemmin psykososiaalista tukea kuin ylimääräisiä ultraäänikäyntejä. Tässä tutkimuksessa äidit jäivät kaipaamaan ylimääräisiä käyntejä ja lisäseuranta etenkin raskauden ensimmäiselle puoliskolle. Tavallisesti ylimääräiset seurantakäynnit toteutuivat raskauden puolenvälin jälkeen, joka lisäsi alkuraskauden ahdistusta ja epävarmuutta.

Raskauden keskeytyminen on raskas tapahtuma koko perheelle (Bhattacharya ym. 2010) ja sillä voi olla kauaskantoisia psykologisia, sosiaalisia ja taloudellisia vaikutuksia (Storey, Flenady, Leisher, Siassakos & Heazell 2016). Tässä tutkimuksessa muutama äidit toivat esiin perheen kokonaisvaltaisen tuen tarpeen. Tukea kaivattiin perheen vanhempien lisäksi lapsille esimerkiksi lastensuojelusta ja avohuollosta. Eräs vastaaja jäi myös kaipaamaan konkreettista tukea kotiavun muodossa.

Kunnari & Aho (2018, 13) toteavat, että terveydenhuollon henkilökunnan tulisi aktiivisesti ottaa puheeksi äidin henkisen tuen tarve, sillä äitien henkisen jaksamisen vahvistamisessa mielenterveyden ammattilaisten tuki on erityisen tärkeää. Tähän tutkimukseen vastanneista äideistä suurimmalla osalla oli olemassa kontakti psykologiin tai muuhun mielenterveyden ammattilaiseen, mutta osa jäi kaipaamaan enemmän keskusteluapua ammattilaiselta sekä muutama vertaistukea. Kaikista vastaajista kuitenkin vain muutama toi vertaistuen tai keskusteluavun tarpeen esiin. Tästä voidaan päätellä, että Suomessa keskusteluapua on hyvin saatavilla ja äitejä ohjataan aktiivisesti sen piiriin. Tutkimuksen vastaajat tavoitettiin vertaistuelliselta keskuste-

lupalstalta, mikä voi vaikuttaa siihen, ettei moni vastaaja kokenut kaipaavansa vertaistukea. Voidaankin pohtia, olisivatko tulokset eronneet nykyisestä, mikäli tutkimukseen osallistuneet äidit olisi tavoitettu muualta kuin vertaistukiryhmän keskustelupalstalta.

Lääkäreiden, kätilöiden sekä muiden terveydenhuollon ammattilaisten tavalla kohdata vanhemmat, on suuri merkitys vanhempien kokemukseen. (Storey, Flenady, Leisher, Siassakos & Heazell 2016). Useimmissa synnytyssairaaloissa on olemassa erityisiä hoitokäytäntöjä perheille, jotka ovat kohdanneet vauvan kuoleman. Käytännöt voivat kuitenkin olla epäselviä ja osin juurtumattomia. Perheen kohtaaminen yksilöllisesti on vaativa tehtävä, ja hoidon kokonaisuus jääkin usein puutteelliseksi. (Savonlahti & Juutilainen 2007, 340.)

Tähän tutkimukseen osallistuneet äidit jäivät kaipaamaan sekä hoitohenkilökunnalta että läheisiltä enemmän ymmärrystä ja parempaa kohtaamista. Usea vastaaja koki myös, että hoitohenkilökunnan osaamisessa kohdata äidit on parantamisen varaa. Tämän lisäksi sensitiivisyyttä ja parempaa kohtukuoleman puheeksiottamisen osaamista jäätiin kaipaamaan.

Hoitotyön tutkimussäätiö (HOTUS) on julkaissut suosituksen surevien kohtaamisesta yllättävän kuoleman jälkeen. Aho (2018, 21) avaa suosituksen sisältöä artikkelissaan *Miten tuen kohtukuoleman kokeneita vanhempia?* Aho kertoo, että lähiverkostolta saadun tuen ja vertaistuen lisäksi vanhempien selviytymisen kannalta on tärkeää, että ammattihenkilöstö osaa tukea heitä ja kohdata heidät ammattitaitoisesti. Vanhemmat tulee kohdata yksilöllisesti, aidosti, myötätuntoisesti ja kunnioittavasti ottaen huomioon heidän tarpeensa sekä kulttuurinsa. (Aho 2018, 21). Vaikka Aho käsittelee artikkelissaan sitä, kuinka vanhemmat tulee kohdata kohtukuoleman aikaan, voitaneen näitä samoja periaatteita soveltaa myös kohtukuoleman jälkeisen raskauden aikaan.

7.2 Eettisyys

Pirttilän (2008, 65) mukaan etiikka koostuu periaatteista, ihanteista ja arvoista. Kuula (2011,21) taas kuvaa eettisen ajattelun olevan kykyä pohtia sekä omien että yhteisön arvojen kautta sitä, mikä jossakin tilanteessa on oikein tai väärin. Tutkimustyötä tehdessään tutkijat itse ovat viimekädessä vastuussa työtä koskevista eettisistä ratkaisuista. Tutkimusprosessissa etiikka onkin mukana aina aiheen valinnasta tutkimuksen tulosten vaikutuksiin saakka. (Kuula 2011, 26, 11.)

Suomessa on erillisiä julkisia elimiä, joiden tehtävänä on ohjata ja valvoa tutkimushankkeiden asianmukaisuutta ja eettisyyttä (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 23). Ammattikorkeakoulujen yleisesti käyttämät tieteellisen käytännön ohjeet ovat tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) hyväksymät. TENK:n tehtävänä on edistää tutkimusetiikkaa Suomessa, sekä käsitellä tutkimukseen liittyviä eettisiä kysymyksiä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013,216.)

Tutkimusetiikkaa Suomessa ylläpitävät myös lait ja asetukset. Näitä ovat mm. henkilötietolaki (523/1999) sekä laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (Kankkunen ym. 2009, 175.) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista toteutui tässä opinnäytteessä ihmisarvoa, itsemääräämisoikeutta ja tietojen salassapitoa kunnioittamalla.

Henkilötietolain asettamat säännökset otettiin huomioon tässä opinnäytteessä noudattamalla hyvää ja huolellista tietojenkäsittelytapaa. Tässä opinnäytteessä ei kerätty henkilötietoja. Verkkokyselystä tulostetut nimettömät vastaukset säilytettiin analysoinnin ajan suojattuna sekä hävitettiin asianmukaisesti niin, ettei aineisto voinut päätyä ulkopuolisten käsiin. Kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista, ja saatekirjeessä kerrottiin kaikki tärkeät tiedot, jonka jälkeen vastaajat itse päättivät osallistumisestaan kyselyyn.

Jotta tutkimus on eettisesti hyväksyttävä ja luotettava sekä tulokset uskottavia, täytyy se toteuttaa hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. (Hyvä tieteellinen käytäntö 2012). Opinnäyteprosessissa toimitettiin näiden TENK:n keskeisten lähtökohtien mukaan. Lähtökohtia hyvälle tieteelliselle käytännölle ovat huolellisuus, tarkkuus ja rehellisyys tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa, esittämisessä, sekä tutkimusten ja niistä saatujen tulosten kanssa. Näitä arvoja noudatettiin koko opinnäy-

teyön prosessin ajan. Muiden tutkijoiden töitä kunnioitettiin viittaamalla niihin asianmukaisesti sisältöä muuttamatta tai mitään oleellista poisjättämättä. (Hyvä tieteellinen käytäntö 2012.) Lähteet valittiin kriittisesti ja niihin viittaamisessa ja merkitsemisessä käytettiin JAMK:n raportointiohjeita (Liukko & Perttula 2017). Lähteiden mukaanottamisessa pyrittiin korostamaan laadukasta kansainvälistä tutkimustietoa. Aihepiiristä löytyikin runsaasti tutkimuksia, joihin perehdyttiin huolella ja mukaan pyrittiin ottamaan vain tutkimuksen kannalta oleellinen tieto.

Opinnäytteen toteutuksessa syntyneet aineistot tallennettiin asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla, kuten TENK (2012) ohjeistaa. Opinnäytteen osapuolia koskevat vastuut, velvollisuudet sekä aineiston käyttöoikeus sovittiin yhteistyösopimuksessa. (Hyvä tieteellinen käytäntö 2012.)

Opinnäytteen kirjoittajat perehtyivät tutkimusmenetelmiin ja pohtivat niiden valintaa useista eri näkökulmista. Kanasen (2008, 133) mukaan tutkimusaiheen valinnassa tulee kiinnittää huomiota tulosten hyödynnettävyyteen ja merkitykseen yhteiskunnan hyvinvoinnin ja kehittymisen kannalta. Opinnäytteen aiheeseen perehtyessä kävi ilmi, että vaikka kohtukuolemaa on tutkittu, on kohtukuolemaa seuraava raskausaika jäänyt vähälle huomiolle. Tämä vaikutti yhdessä tutkijoiden mielenkiinnon kanssa aiheen valintaan. Esimerkiksi Focklerin, Ladhanin, Watsonin ja Barrettin (2017) tutkimuksessa todetaan, että terveyden edistämiseksi terveydenhuollon tarjoajien on tärkeä ymmärtää kohtukuoleman mahdollisia vaikutuksia sitä seuraavaan raskausaikaan. Lisäksi he toteavat, että aiheesta tulisi tehdä lisää tutkimusta. (Fockler ym. 2017.)

Eettisyyden toteutumisen kannalta on tärkeää varmistaa, ettei tutkimus loukkaa tutkimuskohteena olevien naisten subjektiivista kokemusta aiheesta. Sensitiivisten aiheiden käsittely voi herättää tutkimukseen vastaajassa voimakkaita negatiivisia tunnereaktioita. Tutkijan onkin arvioitava mahdollisia haittoja jo tutkimussuunnitelmaa laatiessaan ja mikäli huomataan tutkimuksen aiheuttavan kohtuutonta vahinkoa, tulee tutkimuksen tekemisestä pidättäytyä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172, 177.) Tässä työssä pohdittiin aiheen arkuutta tarkkaan. Tutkimuksen tekijät tulivat kuitenkin siihen tulokseen, että työ edesauttaa kohtukuolemaan liittyvän tabun hälventämisessä. Tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuuden katsottiin myös turvaavan naisten loukkaamattomuuden tunnetta. Kyselyyn vastaajat kiittivät-

kin useammassa vastauksessa tekijöiden kiinnostusta aiheeseen. Vastauksista oli pääteltävissä, että aihe oli kaivattu ja äideillä on tarve saada kertoa oma tarinansa. Tutkittavia arvostava kohtelu ja heitä kunnioittava kirjoittamistapa kuuluvat henkisten haittojen välttämiseen tutkimusjulkaisuissa (Ettinen ennakoarviointi n.d.). Näämä, sekä yksityisyyteen liittyvät asiat, huomioitiin myös opinnäytteen verkkokyselyn saatekirjeessä ja itse kyselyssä.

Osallistuminen tutkimukseen tulee olla vapaaehtoista ja sen tulee perustua riittäviin tietoihin. Suostumus tutkimukseen osallistumiseen voidaan antaa suullisesti, kirjallisesti tai muutoin osoittaa se käyttäytymisellä, esimerkiksi suostumalla haastattelupyyntöön tai kyselyyn tai kirjoituspyyntöön vastaaminen. (Ettinen ennakoarviointi n.d.) Tämän tutkimuksen kohderyhmä on hakeutunut vapaaehtoisesti KÄPY ry:n sekä Facebookissa toimivan Pähkinä-ryhmän suljetuille forumeille keskustelemaan kokemuksistaan liittyen lapsen menetykseen. Tämän vuoksi voidaan odottaa, että vapaaehtoisesti täytettävän kyselylomakkeen julkaiseminen forumeilla ei aiheuttaisi merkittävää tunnehaittaa. Kyselyn saatekirjeessä kerrottiin kaikki tarvittavat tiedot, jotta kyselyyn mahdollisesti osallistuva saattoi päättää, haluaako osallistua tutkimukseen. Myös lisäkysymysten lähettäminen tutkimuksen tekijöille oli mahdollista.

Terkamo-Moisio (2017) on nostanut blogi-kirjoituksessaan esiin eettisiä näkökulmia liittyen sosiaalisen median käyttöön tutkimusalustana. Sen käytössä pohdittavaksi tulee tietoon perustuvan suostumuksen toteutumisen lisäksi yksityisyyden suoja ja sen suojeleminen. (Terkamo-Moisio 2017). Terkamo-Moisio (2017) huomauttaa, että sosiaalisen median käyttäjät ovat tänä päivänä tottuneet siihen, että heidän suostumustaan pyydetään erilaisten tietojen tallentamiseen ja hyödyntämiseen. Ongelmalinen tilanne voi olla esimerkiksi silloin, kun käytetään jo olemassa olevia materiaaleja tai tilanteissa, joissa on tuotettu materiaalia, joiden hyödyntämiseen suostumista sosiaalisen median käyttäjä ei välttämättä ole tiedostanut. Tärkeintä on tutkimuksesta aiheutuvan mahdollisen haitan minimointi, oli aineisto kerätty mistä tai miten hyvänsä. Terkamo-Moision mukaan tämä korostuu etenkin haavoittuvien ihmisryhmien sekä sensitiivisten tutkimusaineistojen kohdalla, sekä kerättäessä ainestoa esimerkik-

si suljetuista keskusteluryhmistä. (Mts.) Edellä mainitut seikat koskevat juuri tätä tutkimusta. Nämä seikat on kuitenkin otettu huomioon saatekirjeellä, josta selvästi käy ilmi, mitä varten vastauksia kerätään, vastausten huolellisella käytöllä ja hävittämisellä sekä tutkimustulosten yksityisyyden suojaa kunnioittavalla raportoinnilla. Lisäksi, tutkimusta ei ole toteutettu aiemmin kirjoitettujen materiaalien pohjalta, vaan kyselyyn vastaajat ovat tietoisesti tuottaneet vastauksensa juuri kyseistä kyselyä varten.

7.3 Luotettavuus

Tutkimuksen tulosten tulisi aina olla mahdollisimman luotettavia, ja jokainen tutkimus tuleekin arvioida käytetyn tutkimusmetodin kontekstissa (Graneheim & Lundman 2004). Tässä tutkimuksessa on käytetty laadullista menetelmää ja pyritty kuvaamaan kuinka kohtukuoleman kokeneet äidit kokevat seuraavan raskausaikansa. Tulokset on tiivistetty äitien omista kokemuksista ja vältetty tulkintaa johon tutkijoiden omat mielipiteet voisivat vaikuttaa. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen (2009) mukaan Cuba (1981) ja Lincoln (1985) jakavat laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kriteerit uskottavuuteen, siirrettävyyteen, riippuvuuteen ja vahvistettavuuteen. Niemisen (1998, 216) mukaan laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointi kohdistuu tutkimusaineiston keräämiseen, aineiston analysointiin, sekä tutkimuksen raportointiin. Tässä työssä arvioimme tutkimuksen uskottavuutta, siirrettävyyttä, riippuvuutta, reflektiivisyyttä ja vahvistettavuutta soveltaen tutkimusaineiston keräämisen, analysoinnin ja raportoinnin näkökulmia.

Uskottavuus

Uskottavuus edellyttää sitä, että tulokset on kuvattu niin selkeästi, että lukija ymmärtää, miten analyysi on tehty ja mitkä ovat tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset. Uskottavuus kuvaa myös sitä, miten hyvin tutkijan muodostamat luokitukset tai kategoriat kattavat aineiston. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160.) On siis oltava tarkkana, ettei epähuomiossa jätetä olennaista tietoa luokkien ulkopuolelle tai sisällytetä epäolennaista tietoa mukaan (Graneheim & Lundman 2004). Tässä tutkimuk-

nessä tulokset on pyritty kuvaamaan mahdollisimman selkeästi ja aineisto luokiteltu tarkasti kaikki olennainen mukaanottaen. Analyysin tarkka kuvaus on tärkeä osa luotettavuutta ja sitä on hyvä kuvata taulukointeina sekä liitteinä, joissa analyysin etenemistä kuvataan alkuperäistekstistä lähtien. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160.) Kun dokumentointi on selkeää ja riittävää, on lukijan mahdollista arvioida luokittelun onnistuneisuutta (Nieminen 1998, 219). Tässä työssä luokittelua on havainnollistettu analyysitalukossa (Liite 1), jonka perusteella lukija voi arvioida analyysin luotettavuutta.

Uskottavuuteen liittyy myös tutkimukseen osallistujien valinta sekä tutkimusaineiston keruumenetelmät. Tässä työssä tutkimuksen kohderyhmä tavoitettiin kahdelta eri foorumilta, jonka toivottiin rikastavan tutkimusaineistoa. Mitä enemmän tutkimuksessa on mukana äitejä eri taustatekijöineen, sitä laajempi kuva tutkitusta ilmiöstä saadaan erilaisten tulkintojen kautta. (Graneheim & Lundman 2004.) Tämän tutkimuksen kohderyhmä tavoitettiin verkon suljetuista vertaistukiryhmistä. Voidaankin perustellusti pohtia, olisiko vertaistuen merkityksellisyys ollut niin korostunut tutkimuksen vastauksissa, mikäli osa vastaajista olisi tavoitettu vertaistuen ulkopuolelta. Tämän vuoksi tutkimuksen tuloksia täältä osin ei voida täysin yleistää. On kuitenkin hyvä muistaa, ettei laadullisessa tutkimuksessa pyritä yleistettävyyteen, kuten määrällisessä (Nieminen 1998, 216).

Tutkimuksessa saaduista vastauksista on mahdollista nostaa suoria lainauksia tukemaan vastauksista tehtyjä tulkintoja. Tämä lisää prosessin läpinäkyvyyttä ja osaltaan myös luotettavuutta. (Graneheim & Lundman 2004.) Tutkijan on varmistettava, että tutkimukseen osallistuja ei ole tunnistettavissa lainatusta tekstistä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160.) Tässä työssä on käytetty suoria lainauksia ja pidetty huoli siitä, etteivät ne paljasta vastaajan henkilöllisyyttä tai siihen viittaavia tietoja.

Siirrettävyys

Siirrettävyyden varmistamiseksi edellytetään aina huolellista tutkimuskontekstin kuvausta, osallistujien valinnan ja taustojen selvittämistä, sekä aineistojen keruun ja analyysin seikkaperäistä kuvausta. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään ymmärtämään ilmiötä, ei luomaan yleistyksiä. Kananen (2015, 353) huomauttaakin, että laa-

dullisessa tutkimuksessa siirrettävyys on aina siirtäjän vastuulla. Denzin (1994) on tullut samaan tulokseen huomauttaessaan, että laadullisessa tutkimuksessa tuotettu tulkinta on aina tutkijan subjektiivinen näkemys, jossa on mukana tutkijan tunteet ja intuitio. (Nieminen 1998, 215.) Tutkijan tarkka kuvaus ilmiön lähtökohtatilanteesta ja oletuksista antaa siirtäjälle tarpeelliset tiedot, jotta hän voi päätellä, onko kyseinen tutkimustulos siirrettävissä hänen olettamaansa tilanteeseen. (Kananen 2015, 353.) Tässä tutkimuksessa kyselyyn vastanneet olivat 22-44 -vuotiaita naisia. Koska kysely tehtiin suomen kielellä ja kohderyhmää etsittiin suomenkielisistä keskusteluryhmistä, voitaneen olettaa vastaajien olleen suomalaisia tai ainakin Suomessa pitkään asuneita. Näin ollen vastaukset ovat suomalaista kulttuuria edustavilta 22-44 vuotiailta naisilta, jotka asuvat hyvinvointivaltiossa. Näiden taustatietojen valossa lukija voi arvioida tutkimustulosten siirrettävyyttä valitsemaansa kontekstiin.

Riippuvuus

Kanasen (2015) mukaan riippuvuudella tarkoitetaan luotettavuuden tarkastelussa sitä, kuinka toistettava tulkinta on. Tulkintaa voidaan pitää oikeana, mikäli aineiston lukeneet ulkopuoliset päätyvät samaan tulkintaan ja tulokseen kuin tutkija. Menetelmänä tässä voidaan käyttää esimerkiksi vertaisarviointia. (Kananen 2015, 352-353.) Mäkelän (1990) mukaan toistettavuus taas on sitä, että raportti on kirjoitettu niin, että lukija saadaan vakuuttuneeksi tehtyjen ratkaisujen oikeutuksesta, muodostettujen luokkien perusteluista ja tutkimuksen kulun luotettavuudesta. Täysin samaan tulkintaan päätyminen on kuitenkin jokaisen subjektiivisten tulkintojen pohjalta mahdoton vaatimus. (Nieminen 1998, 220.) Myös Kananen (2015, 353) toteaa, että laadullisessa tutkimuksessa tulkinnan takana ei ole vain yhtä ja oikeaa vastausta. Tämän opinnäytetyön riippuvuutta lisää se, että tekijöitä on kolme, joista jokainen on muodostanut näkemyksensä vastauksista ja niiden tulkinnoista ja näiden pohjalta on yhdessä työstetty materiaalia. Opinnäytetyöprosessin aikana tekijät pitivät päiväkirjaa työn vaiheista, etenemisestä sekä prosessin aikana nousseista ajatuksista. Näihin ajatuksiin palattiin toistuvasti ja tekijöiden keskinäisen dialogin myötä niitä pohdittiin perusteellisesti. Tämän lisäksi kaikki tutkimuksen vaiheet on raportoitu mahdollisimman tarkasti ja ratkaisut perusteltu.

Vahvistettavuus

Vahvistettavuudella voidaan myös mitata tutkimuksen luotettavuutta. Graneheimin & Lundmanin (2004) mukaan tästä on kuitenkin olemassa eriäviä mielipiteitä. Heidän mukaansa Sandelowski (1993, 1998) kyseenalaistaa vahvistettavuuden, koska todellisuus on aina subjektiivinen kokemus, jota kukin tulkitsee tavallaan. Graneheim & Lundman (2004) kuitenkin muistuttavat, että vaikka todellisuus ja sen tulkinnat eroavatkin subjektiivisena kokemuksena, dialogia tutkijoiden välillä arvostetaan. Lisäksi pyrkimyksenä on täysin samojen tulosten sijaan saada hyväksyntä toteutetulle analyysille ja sen tuloksille. (Graneheim & Lundman 2004.) Aineisto ja sen tulkinta voidaan luettaa myös heillä, joita se koskee. Kanasen (2015, 354) mukaan tämä on yksinkertaisin tapa varmistaa tulosten luotettavuus. Myös eri lähteistä kerättävällä todistusaineistolla voidaan saada vahvistusta tutkijan esittämälle tulkinnalle. Tulkinta on sitä pitävämpi, mitä enemmän sen taakse saadaan todisteita tai todistajia. Tätä triangulaatioksi kutsuttua menetelmää on kuitenkin kritisoitu siitä, että aineistojen valinta on tutkijan päätettävissä. (Kananen 2015, 353-354.)

7.4 Johtopäätökset

1 Kohtukuolemaa seuraava raskausaika koetaan vaikeana ja se sisältää ristiriitaisia tunteita. Raskausaikana mukana kulkee pelko, mutta myös ilo ja toivo voivat olla samanaikaisesti läsnä. Kätilön tuleekin osata kohdata sekä osoittaa hyväksyntä äidin kaikille tunteille.

2 Kohtukuolemaa seuraavan raskausajan kokemuksiin vaikuttaa suuresti muiden ihmisten kyky ja halu kohdata äidit ja perhe. Keskustelu, kuunteleminen, ymmärrys ja hyväksyntä edesauttavat äitien omien tunteiden käsittelyä ja hyväksyntää. Nämä tekijät ovat tärkeitä sekä terveydenhuollon ammattilaisten, että läheisten kohtaamisissa.

3 Neuvolalla on Suomessa suuri rooli äitien ja perheiden tukemisessa kohtukuolemaa seuraavan raskauden aikana. Kätilöiden, terveydenhoitajien sekä muun terveyden-

huollon henkilökunnan osaamista äitien ja perheiden kohtaamiseen ja tukemiseen kohtukuolemaa seuraavan raskauden aikana tulee tukea ja vahvistaa.

4 Suomessa voisi olla tarvetta yhteneväiselle toimintamallille, joka ottaisi nykyistä paremmin huomioon kohtukuoleman kokeneen perheen uuden raskauden aikaiset yksilölliset tarpeet. Esimerkiksi Englannissa kehitettyä (bereavement midwife) mallia voitaisiin soveltaa Suomen palvelujen kehittämisessä.

5 Tuloksissa kävi ilmi, että äidit kokivat puutteita henkilökunnan kyvyssä ottaa puheeksi ja keskustella kohtukuolemasta. Kohtukuolema vaikuttaa olevan Suomessa tabu, jonka purkamiseen tarvitaan yhteiskunnallista keskustelua. Jokainen terveydenhuollon ammattilainen voi omalla panoksellaan edesauttaa julkista keskustelua ja aiheen esille tuomista. Omalta osaltaan tätä voidaan edesauttaa tekemällä aiheesta kotimaista tutkimusta.

7.5 Jatkotutkimusehdotukset

Jatkossa olisi tarpeen tutkia sitä, millä tavalla terveydenhuollossa, esimerkiksi neuvolassa, tuetaan kohtukuoleman kokeneita äitejä kiintymyssuhteen luomiseen ja kuinka tätä voitaisiin parantaa.

Tutkimuksen tuloksissa tuli ilmi, että useat vastaajat jäivät kaipaamaan kohtukuoleman puheeksiottoa ja sensitiivistä kohtaamista. Jatkossa voisikin tutkia hoitohenkilökunnan kokemuksia omasta osaamisestaan kohtukuoleman kohtaamisessa.

Tutkimuskirjallisuudessa kuten myös opinnäytteen tuloksissa tuli ilmi, että lapsen kuoleman syyn selviäminen saattoi auttaa vanhempia selviytymisessä lapsensa kuolemasta. Jatkossa voisi tutkia, mikä yhteys on äidin kokemuksella kohtukuolemaa seuraavasta raskausajasta, ja sillä, mikä kohtukuoleman syy oli, tai löydettiinkö sille syytä ollenkaan.

Lähteet

Aho, A. L. 2018. Miten tuen kohtukuoleman kokeneita vanhempia? *Kättilölehti*, 123, 5, 21-23.

Aho, A. L. & Terkamo-Moisio, A. 2018. Äkillisesti kuolleen henkilön läheisten tukeminen. *Hoitotyön suositus*. Viitattu 30.1.2019.
http://www.hotus.fi/system/files/A%CC%88killinen_kuolema_Hoitosuositus_NETTI.pdf.

Association Between Stillbirth and Risk Factors Known at Pregnancy Confirmation. 2011. SCRN (Stillbirth Collaborative Research Network) Writing Group. *JAMA*, 306, 22, 2469-2479. Viitattu 17.10.2017.
<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/1104721>.

Barber, R., Fullman, N. Sorensen, R. & GBD 2015 Healthcare Access and Quality Collaborators. 2017. Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990-2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*, 390, 10091, 231-266. Viitattu 11.11.2017.
[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)30818-8/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)30818-8/fulltext) , Elsevier.

Bhattacharya S., Prescott G.J., Black M. & Shetty A. 2010. Recurrence risk of stillbirth in a second pregnancy. *BJOG: An international Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 117, 10, 1243-1247. Viitattu 5.9.2017 <https://www.janet.finna.fi>, PubMed.

Black, M, Shetty A. & Bhattacharya S. 2007. Obstetric outcomes subsequent to intrauterine death in the first pregnancy. *BJOG*, 115, 2, 269–274. Viitattu 19.08.2018.
<https://www.janet.finna.fi>, PubMed.

Brodén, M. 2008. *Raskausajan mahdollisuudet*. 3.p. Helsinki: Gummerus.

Campbell-Jackson, L., Bezance, J. & Horsch, A. 2014. “A renewed sense of purpose”: Mothers’ and fathers’ experience of having a child following a recent stillbirth. *BMC Pregnancy and Childbirth*. Viitattu 11.09.2017.
<https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-014-0423-x>.

Edistä, ehkäise, vaikuta – Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014-2020. 2016. Terveystieteiden tutkimuskeskus. 3. uud.p. Viitattu 18.09.2017. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-174-7>.

Eettinen ennakoarviointi. N.d. Viitattu 16.10.2017. <http://www.tenk.fi/fi/eettinen-ennakoarviointi-ihmistieteissa#1>.

Flenady, V., Koopmans, L., Middleton, P., Frøen, J., Smith, G., Gibbons, K., Coory, M. & Gordon, A. 2011a. Major risk factors for stillbirths in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*, 377, 9774, 1331-1340. Viitattu 24.10.2017. [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)62233-7/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)62233-7/fulltext).

Flenady, V., Middleton, P., Smith, G., Duke, W., Erwich J., Khong, T., Neilson, J., Ezzati, M., Koopmans, L., Ellwood, D., Fretts, R. & Frøen, F. 2011b. Stillbirths: the way forward in high-income countries. Viitattu 23.10.2017. <https://jyu.finna.fi/>, JYKDOK.

Flenady, V., Wojcieszeki A., Ellwood D., Hopkins Leisher S., Erwich J., Draper E, McClure E., Reinebrant H., Oats J., McCowan L., Kent A., Gardener G., Gordon A., Tudehope D., Siassakos D., Storey C., Zuccollo J., Dahlstrom J., Gold K., Gordjin S., Pettersson K., Masson V., Pattinson R., Gardosi J., Khong Y., Frøen F. & Silver, R. 2017. Classification of causes and associated conditions for stillbirths and neonatal deaths. Viitattu 03.10.2017. <https://jyu.finna.fi/>, Elsevier.

Fockler, M., Ladhani, N., Watson, J. & Barrett, J. 2017. Pregnancy subsequent to stillbirth: Medical and psychosocial aspects of care. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine* 22. Viitattu 24.10.2017. <https://jyu.finna.fi/>, JYKDOK.

Frøen, F., Cacciatore, J., McClure, E.M., Kuti, O., Jokhio, A. H., Islam, M. & Shiffman, J. 2011. Stillbirths: why they matter. *The Lancet*. Viitattu 29.8.2017. [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)62232-5/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)62232-5/fulltext).

Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents Health 2016-2030. 2015. WHO. Viitattu 29.8.2017. <http://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/ewec-globalstrategyreport-200915.pdf?ua=1>.

Gold, K., Normandin, M. & Boggs M. 2016. Are participants in face-to-face and internet support groups the same? Comparison of demographics and depression

levels among women bereaved by stillbirth? Arch Womens Health, 19, 1073-1078. Viitattu 16.10.2017. <https://jyu.finna.fi/>, JYKDOK.

Graneheim, U.H. & Lundman, B. 2004. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Education Today, 24, 105-112. Viitattu 16.10.2017. <https://jyu.finna.fi/>, JYKDOK.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. 15.–16. p. Helsinki: Tammi.

Heazell, A., Siassakos, D., Blencowe, H., Burden, C., Bhutta, Z., Cacciatore, J., Dang, N., Das, J., Flenady, V., Gold, K., Mensah, O., Millum, J., Nuzum, D., O'Donoghue, K., Redshaw, M., Rizvi, A., Roberts, T., Saraki, H., Storey, C., Wojcieszek, A. & Downe, S. 2016. Stillbirths: economic and psychosocial consequences. Lancet 387, 604-16. Viitattu 24.10.2017. <https://jyu.finna.fi/>, JYKDOK.

Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. 9. uud. p. Porvoo: Edita

Heinonen, S. & Kirkinen, P. 2000. Pregnancy outcome after previous stillbirth resulting from causes other than maternal conditions and fetal abnormalities. Birth 27, 1, 33. Viitattu 24.10.2017. <https://jyu.finna.fi/>, JYKDOK.

Hogue, C., Parker, C., Willinger, M., Temple, J., Bann, C., Silver, R., Dudley, D., Moore, J., Coustan, D., Stoll, B., Reddy, U., Varner, M. & Saade, G. 2015. The Association of Stillbirth with Depressive Symptoms 6–36 Months Post-Delivery. Paediatric and Perinatal Epidemiology, 2015, 29, 131–143. Viitattu 25.10.2017. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4371866/>.

Homer, C., Malata, A. & Hoop-Bender, P. 2016. Supporting women, families, and care providers after stillbirths. Lancet 2011 stillbirth Series 387. Viitattu 24.10.2017. <https://jyu.finna.fi/>, JYKDOK.

Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. 2012. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje. Viitattu 12.10.2017. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf.

Häggman-Laitila, A. & Pietilä, A. 2007. Lapsiperheiden terveyttä edistävä tuki ja sen lähtökohdat: Katsaus kehittämiskohteisiin ja jatkotutkimusaiheisiin. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 44. Viitattu 24.10.2017. <https://jyu.finna.fi/>, JYKDOK.

Härkönen, P. & Väänänen, K. 2011. Johdanto. Teoksessa Naistentaudit ja synnytykset. Duodecim. <http://janet.finna.fi>, Oppiportti. Viitattu 26.09.2017 <http://www.oppiportti.fi/op/njs00100/do>.

Ihminen on kokonaisuus. N.d. Sivustolla Suomen evankelisluterilainen kirkko. Viitattu 24.10.2017. <https://evl.fi/apua-ja-tukea/henkinen-hyvinvointi>

Jauniaux E. & Simpson J. 2012. Pregnancy Loss. In publication: Obstetrics Normal and Problem Pregnancies. 592, 6. Philadelphia: Elsevier Inc.

Jouppi, K. 2015. Tyhjä syli. Porvoo: Bookwell.

Kananen, J. 2008. Kvali. Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylä: Suomen Yliopistopaino. – Juvenes Print.

Kananen, J. 2014a. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. –Miten kirjoitan kvalitatiivisen opinnäytetyön vaihe vaiheelta. Jyväskylä: Suomen Yliopistopaino. – Juvenes Print.

Kananen, J. 2014b. Verkkotutkimus opinnäytetyönä. –laadullisen ja määrällisen verkkotutkimuksen opas. Jyväskylä: Suomen Yliopistopaino – Juvenes Print.

Kananen, J. 2015. Opinnäytetyön kirjoittajan opas. Jyväskylä: Suomen Yliopistopaino. – Juvenes Print.

Kananen, J. 2017. Laadullinen tutkimus pro graduna ja opinnäytetyönä. Jyväskylä: Suomen Yliopistopaino – Juvenes Print.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Uud.p. 3. Helsinki: WSOY.

Kennel, J., Slyter, H. & Klaus, M. 1970. The mourning response of parents to the death of a newborn infant. Abstract. NEJM cases of primary care. Viitattu 09.10.2017. <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM197008132830706>.

Kiviniemi, K. & Laine, T. 2007. Miten kokemusta voidaan tutkia? Fenomenologinen näkökulma. Teoksessa: Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysi menetelmiin. Uud.p. Jyväskylä: PS-kustannus.

Kohtukuolema. Nd. Terveyskylä. Viitattu 9.8.2018. <https://www.terveyskyla.fi/naistalo/raskaus-ja-synnytys/raskausajan-ongelmat/kohtukuolema>

Kokemus ja käsitys. N.d. Kajaanin Ammattikorkeakoulun verkkosivut. Viitattu 5.9.2017. <https://www.kamk.fi/opari/Opinnaytetyopakki/Teoreettinen-materiaali/Tukimateriaali/Kokemus-ja-kasitys>.

Kruit, H., Nuutila, M. & Rahkonen, L. 2016. Synnytyksen käynnistäminen, kun raskaus on täysiaikainen. Lääkärilehti, 71, 25-32. Viitattu 21.04.2018. https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/230048/SLL252016_1845.pdf?sequence=1.

Kunnari, L. & Aho, A. L. 2018. Äitien saama tuki lapsen kuoleman jälkeisessä raskaudessa ja elämässä uuden lapsen kanssa. Tutkiva hoitotyö 16 (1), 12-19. Sairaanhoidajaliiton digilehti. Viitattu 20.08.2018. <http://shlehti.sairanhoidajat.fi/digilehti/th-1-2018-2/12-78>

Kunnari, L. 2017. Äitien toivoma ja saama tuki lapsen kuoleman jälkeisessä raskaudessa ja elämässä uuden lapsen kanssa. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Viitattu 8.2.2019. <http://tampub.uta.fi/handle/10024/101070>.

Kuvaus. N.d. Pähkinä-ryhmän Facebook-sivut. Viitattu 25.10.2017. <https://www.facebook.com/groups/158867984148189/>.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede Vol 11 no 01/-99.

Kyselylomakkeen laatiminen. 2010. KvantiMOTV-verkkosivut. Viitattu 11.9.2017.
<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kyselylomake/laatiminen.html>.

Laimio, A. & Karnell, S. 2010. Vertaistoiminta kannattaa. Asumispalvelusäätiö ASPA. Viitattu 5.9.2017.
https://www.thl.fi/documents/470564/817072/Oheismateriaali_Vertaistoiminta+kaannattaa+koulutusaineisto.pdf/3e98c7df-0282-4271-b45f-55eeca580f4e.

Lamont, K., Scott, N., Jones, G. & Bhattacharya S. 2015. Risk of recurrent stillbirth: systematic review and meta-analysis. BMJ. Viitattu 18.9.2017.
<http://www.bmj.com/content/bmj/350/bmj.h3080.full.pdf>.

Lapsen kuoleman surussa ei tarvitse selvitä yksin. N.d. Sivustolla Suomen evankelisluterilainen kirkko. Viitattu 24.10.2017.

<https://evl.fi/apua-ja-tukea/suru-kriisi/lapsen-kuoleman-surussa-ei-tarvitse-selvitayksin>

Lapsensa menettäneen perheen tukeminen neuvolassa. 2016. Materiaaleja ammattilaisille. Käpy Ry:n verkkosivut. Viitattu 7.9.2017.
<http://kapy.fi/materiaalipankki/neuvolat/>.

Lawn, J., Blencowe, H., Waiswa, P., Amazou, A., Mathers, C., Hogan, D., Flenady, V., Roen, J., Qureshi, Z., Calderwood, C., Shiekh, S., Jassir, F., You, D., McClure, E., Mathai, M. & Cousens, S. 2016. Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. Viitattu 24.10.2017. <https://jyu.finna.fi/>, JYKDOK.

Lee, C. 2012. `She was a person, she was here`: The experience of late pregnancy loss in Australia. Journal of Reproductive and Infant Psychology, 30, 1, 62-67. Viitattu 24.10.2017. <https://jyu.finna.fi/>, JYKDOK.

Lehtonen, T., Tikkanen, M. & Laine, J. 2017. Tupakointi raskauden aikana voi johtaa sikiökuolemaan ja istukan ennenaikaiseen irtoamiseen. Duodecim, 133, 524,526. viitattu 19.10.2017 <http://www.duodecimlehti.fi/duo13622>.

Leino-Kilpi, H. 1997 Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen tutkimus – yhdessä vai erikseen? Teoksessa Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva:WSOY.

Litmanen, K. 2015. Riskiraskauden ennakointi ja seuranta. Teoksessa Kätilötyö. Helsinki: Edita.

Liukko, S. & Perttula, S. 2017. Opinnäytetyön raportointi. Viitattu 13.10.2017. <https://oppimateriaalit.jamk.fi/raportointiohje/>.

Louheranta, O., Lähteenvuo, M. & Kangasniemi, M. 2016. Henkinen ja hengellinen tuki terveydenhuollossa – kenen vastuulla? Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 53. Viitattu 24.10.2017. <https://jyu.finna.fi/>, JYKDOK.

Lundgren, I. & Wahlberg, V. 1999. The Experience of Pregnancy: A Hermeneutical/Phenomenological Study. *The Journal of Perinatal Education* 8, 3, 12-20. Viitattu 28.9.2017. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3431786/>.

Mattila, E. 2011. Aikuispotilaan ja perheenjäsenen emotionaalinen ja tiedollinen tuki sairaalahoidon aikana. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto. Viitattu 28.9.2017. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66790/978-951-44-8541-1.pdf?sequence>.

Meaney, S., Everard, C., Gallagher, S. & O'Donoghue, K. 2016. Parents' concerns about future pregnancy after stillbirth: a qualitative study. Viitattu 2.9.2017. <https://janet.finna.fi/>, PubMed.

Miettinen, J. & Vehkalahti, K. 2013. Verkkokyselytutkimuksen otosten valinta. Teoksessa Otteita verkosta –verkon ja sosiaalisen median tutkimusmenetelmät. Jyväskylä: Bookwell.

Mills, T., Ricklesford, C., Cooke, A., Heazell, A., Whitworth, M. & Lavender, T. 2014. Parents' experiences and expectations of care in pregnancy after stillbirth or neonatal death: a metasynthesis. *BJOG*, 121, 8. Viitattu 10.10.2017. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.12656/full>.

Mills, T., Ricklesford, C., Heazell, A., Cooke, A. & Lavender, T. 2016. Marvellous to mediocre: findings of national survey of UK practice and provision of care in pregnancies after stillbirth or neonatal death. *BMC Pregnancy and Childbirth* 16, 101. Viitattu 24.10.2017. <https://jyu.finna.fi/>, JYKDOK.

Modh, C., Lundgren, I. & Bergbom, I. 2011. First time pregnant women's experiences in early pregnancy. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* 6, 2. Viitattu 28.9.2017.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3077216/>.

Nieminen, H. 1998. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. Juva: WSOY.

Nordlund, E., Börjesson, A., Cacciatore, J., Pappas, C., Randers, I. & Rådestad, I. 2012. When a baby dies: Motherhood, psychosocial care and negative affect. *British Journal of Midwifery*, 20, 11, 780-784. Viitattu 22.05.2018. <https://janet.finna.fi>, EBSCO.

Norris, T., Manktelow, B., Smith, L. & Draper, E. 2017. Causes and temporal changes in nationally collected stillbirth audit data in high-resource settings. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*, 22, 118-128. Viitattu 24.10.2017. <https://jyu.finna.fi/>, JYKDOK.

O'Leary, J. 2003. Grief and its impact on prenatal attachment in the subsequent pregnancy. *Archives of Womens Mental Health*, 7, 7-18. Viitattu 17.11.2017. <http://jyu.finna.fi/>, JYKDOK.

O'Leary, J. & Thorwick, C. 2008. Attachment to the unborn child and parental mental representations of pregnancy following perinatal loss. *ResearchGate*. Viitattu 17.11.2017.

<https://www.researchgate.net/publication/292231642> Attachment to the unborn child and parental mental representations of pregnancy following perinatal loss.

Perinataalitalasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2017. 2018. Tilastoraportti. Viitattu 21.11.2018. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2018103146930>.

Perttula, J. 2005. *Tieteenteoria*. Julkaisussa *Kokemuksen tutkimus: merkitys, tulkinta, ymmärtäminen*. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus, 116-149.

Pohjoismaiset perinataalitalastot 2016. 2018. Tilastoraportti. *Terveiden ja hyvinvoinnin laitos*. Viitattu 09.08.2018.

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130261/Tr04_16.pdf?sequence=1.

Pirttilä, T. 2008. Tutkimuseettiset toimikunnat – toimintaa ohjaavat normit ja tutkimuseettinen pohdinta. Teoksessa Etiikkaa monitieteisesti - pohdintaa ja kysymyksiä. Kuopio: Kuopion yliopisto. Viitattu 04.10.2017.
http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-0130-8/urn_isbn_978-951-27-0130-8.pdf.

Postikyselyaineiston kokoaminen. 2011. KvantiMOTV-verkkosivut. Viitattu 27.9.2017.
<http://www.fsd.uta.fi/metelmaopetus/postikysely/postikysely.html>.

Pulkkinen, M. 2016. Salattu, suoritettu ja sanaton suru. Väitöskirja. Helsinki: Unigrafia.

Pouta, A., Hakulinen-Viitanen, T., Klemetti, R., Pelkonen, M., Vallimies-Patomäki, M., Ellilä M., Häkkinen H., Jouhki M-R., Kampman-Nikulainen, T., Keravuo, R., Lang, L., Lehtomäki, L., Liira H., Paahtama, S., Rahkonen, E., Raudaskoski, T., Raussi-Lehto, E., Rätty, H., Uotila, J., Virtanen, T. & Ylä-Soininmäki, T. 2013. Äitiysneuvolaopas-suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. Tampere: Juvenes Print-Suomen Yliopistopaino Oy. Viitattu 24.10.2017.
https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110521/THL_OPA2013_029_verkko.pdf

Power, A., Rea, T. & Fenton, S. 2017. Life after death: the bereavement midwife's role in later pregnancies. British Journal of Midwifery, 25, 5, 329-331. Viitattu 20.04.2018.
<https://janet.finna.fi>, EBSCO.

Rantanen, S. N.d. Lapsen kuoleman kokenut perhe. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen verkkosivut. Viitattu. 21.11.2018.
<https://thl.fi/fi/web/lastenneuvolakasikirja/tietopaketti/monimuotoiset-perheet/lapsen-kuoleman-kokenut-perhe>.

Raussi-Lehto, E. 2015. Vammaisen tai kuolleen lapsen syntymä. Teoksessa Kätilötyö, raskaus synnytys ja lapsivuodeaika. 395. 6. uud. p. Keuruu: Otava.

Ronkainen, S., Mertala, S. & Karjalainen, A. 2008. Graafisen kyselylomakkeen suunnittelu. Teoksessa Sähköä kyselyyn! –Web-kysely tutkimuksessa ja tiedonkeruussa. Rovaniemi: Lapin yliopistopaino.

Ronkainen, S., Pehkonen, L., Lindblom-Yläne, S. & Paavilainen, E, P. 2013. Tutkimuksen voimasanat. 1.-2. p. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Sairaalasielunhoidon periaatteet. 2011. Viitattu 30.11.2017.
[http://sakasti.evl.fi/sakasti.nsf/0/605D62C01FD05DC225792500387F4B/\\$FILE/Periaatteet%20sivuttain.pdf](http://sakasti.evl.fi/sakasti.nsf/0/605D62C01FD05DC225792500387F4B/$FILE/Periaatteet%20sivuttain.pdf).

Savolainen, S., Kaunonen, M. & Aho, A. 2013. Vanhempien selviytymisessä auttavat tekijät lapsen kuoleman jälkeen. *Hoitotiede* 25 (3), 222-235. Viitattu 21.2.2018.
<http://elektra.helsinki.fi/se/h/0786-5686/25/3/vanhsavo.pdf>.

Savonlahti, E. & Juutilainen, K. 2007. Kohtuvauvan tai vastasyntyneen vauvan kuoleman aiheuttama menetys perheessä. Teoksessa *Neuvolatyön käsikirja*. Hämeenlinna: Tammi.

Serour, G., Cabral, S. & Lynch, B. 2011. Stillbirths: the professional organisations' perspective. 2011. *Lancet*, 377, 1471-1472. Viitattu 20.10.2017. <https://jyu.finna.fi/JYKDOK>.

Siassakos, D., Fox, R., Draycott & Winter, C. 2010. Late Intrauterine Fetal Death and Stillbirth. Green-top Guideline No. 55. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Viitattu 29.4.2018.
https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg_55.pdf.

Siernaaja, M. 2017. Psykoterapia surevan tukemisessa. Dokumentti Käpy Ry:n nettisivuilta. Viitattu 29.4.2018. <http://kapy.fi/wp-content/uploads/2017/02/Psykoterapia-surevan-tukemisessa.pdf>.

Smith, G. 2016. Screening and prevention of stillbirth. *Best practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 38, 71-82. Viitattu 03.10.2017.
<https://jyu.finna.fi/>, Elsevier.

St John, A., Cooke, M. & Goopy, S. 2006. Shrouds of silence : three women's stories of prenatal loss. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 23, 3, 8-12. Viitattu 01.10.2017. <http://www.ajan.com.au/Vol23/Vol23.3-1.pdf>.

Storey, C., Flenady, V., Leisher, S., Siassakos, D. & Heazell, A. 2016. Ending Preventable Stillbirths Series - A Summary for the Lancet's EPS Series. International Stillbirth Alliance. Viitattu 15.11.2017.
http://www.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet/stories/series/stillbirths2016/ISALay_Summary_EPS_English_final.pdf.

Suomalaisten lihavuus ennen ja nyt. 2012. THL. Finriski-tutkimuksen julkaisuluettelo. Viitattu 11.11.2017. <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/vaestotutkimukset/finriski-tutkimus/finriski-tutkimuksen-julkaisuluettelo>.

Suomalaisten tupakointi vähenee. 2012. THL. Finriski-tutkimuksen julkaisuluettelo. Viitattu 11.11.2017. <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/vaestotutkimukset/finriski-tutkimus/finriski-tutkimuksen-julkaisuluettelo>.

Smith, G. & Fretts, R. 2007. Stillbirth. Lancet, 370, 1715-1725. Viitattu 20.10.2017. <https://jyu.finna.fi/>, JYKDOK.

Suljettuja ryhmiä Facebookissa. N.d. Käpy Ry verkkosivut. Viitattu 11.9.2017. <http://kapy.fi/surevalle/linkkeja/>.

Tanyi, R., McKenzie, M. & Chapek, C. 2008. How family practice physicians, nurse practitioners, and physician assistants incorporate spiritual care in practice. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners 21, 690–697. Viitattu 16.10.2017. http://www.academia.edu/25786351/How_family_practice_physicians_nurse_practitioners_and_physician_assistants_incorporate_spiritual_care_in_practice.

Tapper, A. 2011. Synnytyspalveluiden valtakunnallinen toteuttaminen. STM. Viitattu 23.2.2018. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72809/URN%3ANBN%3Afi-fe201504224547.pdf?sequence=1>.

Terkamo-Moisio A. 2017. Mitä somesta on lupa poimia? Viitattu 20.02.2018. <https://etiikka.fi/mita-somesta-on-lupa-poimia/>.

Tietoa KÄPY ry:stä. N.d. Viitattu 25.10.2017. <http://kapy.fi/kapy-ry/>.

Tiitinen, A. 2016a. Tietoa potilaalle: Kohtukuolema (sikiökuolema). Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 29.08.2017. <http://www.janet.finna.fi>.

Tiitinen, A. 2016b. Raskaus. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 5.9.2017. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00159.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2012. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Vantaa: Tammi.

Turton, P., Evans, C. & Hughes, P. 2009. Long-term psychosocial sequelae of stillbirth: phase II of a nested case-control cohort study. Viitattu 20.10.2017. <https://jyu.finna.fi/>, JYKDOK.

Uotila, J. 2015. Riskiraskauden ennakointi ja seuranta. Teoksessa Kätilötyö. Helsinki: Edita.

Valli, R. 2015. Paperinen kyselylomake. Teoksessa Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. - Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. 4. p. Jyväskylä: PS-kustannus.

Valli, R. & Perkkilä, P. 2015. Nettikyselyt ja sosiaalinen media aineistonkeruussa. Teoksessa Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. -Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. 4. p. Jyväskylä: PS-kustannus.

Vehkalahti, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Vammala: Vammalan kirjapaino.

Vergani, P., Cozzolino, S., Pozzi, E., Cuttin, M., Greco, M., Ornaghi, S. & Lucchini, V. 2008. Identifying the causes of stillbirth: a comparison of four classification systems. American Journal of Obstetrics & Gynecology. Viitattu 24.10.2017. <https://jyu.finna.fi/>, JYKDOK.

Vertaistuesta. N.d. Käpy Ry verkkosivut. Viitattu 11.9.2017. <http://kapy.fi/surevalle/kapy-ryn-vertaistuki/>.

Vertaistuen tarjoaminen perheille. 2017. Dokumentti Käpy Ry:n verkkosivuilta. Viitattu 17.9.2017. <http://kapy.fi/wp-content/uploads/2017/05/Vertaistuen-tarjoaminen-perheille-1.pdf>.

Vertaistuen merkitys lapsen kuoleman jälkeen. 2017. Dokumentti Käpy Ry:n verkkosivuilta. Viitattu 18.9.2017. <http://kapy.fi/wp-content/uploads/2017/05/Vertaistuen-merkitys-perheille-2.pdf>.

Vertaistukiryhmät. N.d. KÄPY ry verkkosivut. Viitattu 22.04.2018.
<https://kapy.fi/surevalle/kapy-ryn-vertaistuki/vertaistukiryhmat/>.

Väisänen, L. 2000. Kuolleena syntynyt lapsi. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim, 116, 14, 1507-1512. Viitattu 18.09.2017.
<http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2000/14/duo91652>.

Väisänen, L. 2001. Raskaus muuttaa naisen mieltä ja maailmaa. Helsinki: Kirjapaja.

Warland, J., Mitchell E. & O'Brien L. 2017. Novel strategies to prevent stillbirth. Viitattu 03.10.2017. <https://jyu.finna.fi/>, Elsevier.

Wojcieszek, A., Shepherd, E., Middleton, P., Lassi, Z., Wilson, T., Heazell, A., Ellwood, D. & Flenady, V. 2016a. Care prior to and during subsequent pregnancies following stillbirth for improving outcomes (Protocol). Viitattu 15.09.2017.
<https://janet.finna.fi>, Cochrane Library.

Wojcieszek, A., Boyle, F., Belizan, J., Cassidy, J., Cassidy, P., Erwich, J., Farrales, L., Gross, M., Heazell, A., Leisher, S., Mills, T., Murphy, M., Pettersson, K., Ravaldi, C., Ruidiaz, J., Siassakos, D., Silver, R., Storey, C., Vannacci, A., Middleton, P., Ellwood, D. & Flenady, V. 2016b. Care in subsequent pregnancies following stillbirth: an international survey of parents. BJOG. An international Journal of Obstetrics and Gynaecology. Viitattu 24.10.2017. <https://jyu.finna.fi/>, JYKDOK.

Äitiysneuvolaopas. 2013. Tampere: Suomen yliopistopaino. Viitattu 23.02.2018.
https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110521/THL_OPA2013_029_verkko.pdf?sequence=3.

Üstündağ – Budak, A., Larkin, M., Harris, G. & Blissett, J. 2015. Mothers' accounts of their stillbirth experiences and of their subsequent relationships with their living infant: an interpretative phenomenological analysis. BMC Pregnancy Childbirth 15, 263. Viitattu 10.10. 2017.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4604712/>.

Liitteet

Liite 1. Esimerkkitaulukko alaluokkien luokittelusta yläluokiksi

Miltä eri tahoilta äidit saivat tukea kohtukuoleman jälkeisenä raskausaikana?

Alaluokka	Yläluokka
Ystäviltä	1 Läheisiltä
Läheisiltä	
Omalta puolisolta	
Sukulaisilta	
Perheeltä	
Vertaistukihenkilöltä	5 Vertaisilta
Vertaistukiryhmältä	
Käpy-vertaistukiryhmältä	
Pähkinä-vertaistukiryhmältä	
Psykiatriselta sairaanhoitajalta	2 Mielenterveyden ammattilaisilta
Perheterapeutilta	
Pikkulapsipsykiatrialta	
Psykiatrian poliklinikalta	
Psykologilta	
Vauvaperhepsykologilta	
Aikuisten vastaanotolta	
Sairaalan kriisipsykologilta	
Mielenterveystoimistosta	
Neuvolasta/Terv.hoitajalta	4 Äitiyshuolloilta
Äitiyspoliklinikalta	
Kätilöiltä	
Naistenklinikalta	
Kätilöopistolta	
Pelkopoliklinikalta	
Lääkäreiltä	

Liite 2. Yläluokkien luokittelu pääluokiksi

Miten äidit kokivat kohtukuoleman jälkeisen raskauden?

Yläluokat	Pääluokat
1 Raskausaika oli kokemuksena vaikea	Raskausaika koettiin vaikeana
2 Raskausaika sisälsi pelkoa	
5 Vaikeus iloita uudesta raskaudesta ja uskoa tai luottaa vauvan selviytymiseen	
Vaikeus luoda kiintymyssuhdetta vauvaan ja valmistautua vauvan tuloon	
Kanssakäymiseen ja vuorovaikutukseen liittyvät vaikeudet	
Raskauden aiheuttama huoli ja stressi läheisissä	
3 Uusi raskaus toi iloa ja toivoa	Uusi raskaus toi iloa ja toivoa
4 Ristiriitaiset ja syyllisyyden tunteet	Raskausaika sisälsi vaihtelevia tunteita ja kokemuksia
11 Kokemuksia kuulluksi tulemisesta	
12 Kokemuksia lääkäreistä ja hoitohenkilökunnasta	
7 Tarve seurata vauvan liikkeitä	Tarve seurata vauvan liikkeitä

Minkälaista tukea äidit saivat kohtukuolemaa seuraavana raskausaikana?

Yläluokat	Pääluokat
5 Tihennettyä raskauden seuranta	Raskauden suunnittelua ja seuranta
6 Sovittu synnytyksen käynnistys	
7 Keskustelutukea	Kokemusten ja tunteiden läpikäyntiä
9 Aiemman kohtukuoleman huomiointia	
10 Asioiden puheeksi ottamista	
8 Hyväksyntää ja ymmärrystä	
1 Vertaistukea	
4 Kotiapua	Kotiapua
11 Tietoa	Tietoa

Miltä tahoilta äidit saivat tukea kohtukuoleman jälkeisenä raskausaikana?

Yläluokat	Pääluokat
1 Läheisiltä	Läheisiltä ja vertaisilta
5 Vertaisilta	
2 Mielenterveyden ammattilaisilta	Terveystieteiden ammattilaisilta
4 Äitiyshuollolta	
3 Sairaalaista	

Mitä tukea äidit jäivät kaipaamaan kohtukuoleman jälkeisen raskauden aikana?

Yläluokat	Pääluokat
1 Hoitohenkilökunnan parempaa osaamista äidin kohtaamiseen	Äidin osallistamista ja parempaa kohtaamista
2 Äidin kuuntelu ja päätöksentekoon mukaan ottaminen	
3 Äidin tunteiden kohtaamista ja tukea niiden käsittelyyn	
10 Keskusteluapua	
4 Hoidon pysyvyyttä ja jatkuvuutta	Tiedollista ja raskauden seurantaan liittyvää tukea
5 Tiheämpää raskauden aikaista seuranta	
14 Tiedollista tukea	
12 Tukea suhteen luomisessa uuteen vauvaan	Tukea suhteen luomisessa uuteen vauvaan
7 Vertaistukea	Vertaistukea
9 Tukea perheen lapsille	Tukea koko perheen jaksamiseen
13 Tukea toivon löytämiseen ja eteenpäin jaksamiseen	
8 Kotiapua	
11 Kaivattua tukea ei osattu määritellä tai jäätty kaipaamaan	Kaivattua tukea ei osattu määritellä tai jäätty kaipaamaan

Miltä tahoilta äidit jäivät kaipaamaan tukea kohtukuoleman jälkeisen raskauden aikana?

Yläluokat	Päälukat
1 Tukea läheisiltä	Läheisiltä ja vertaisilta
2 Vertaistukea	
6 Tukea esimieheltä	Esimieheltä
3 Tukea sosiaalihuollosta ja avohuollon sosiaalityöstä	Terveystieteiden ammattilaisilta
4 Tukea äitiyshuollon piiristä	
5 Tukea mielenterveyden ammattilaisilta	
8 Tukea nimeämättömältä taholta	Tukea taholta jota ei osattu määritellä tai tukea ei jääty kaipaamaan
7 Tukea ei jääty kaipaamaan	

Liite 3. Saatekirje

JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU

SAATEKIRJE

Arvoisa vastaaja

Olemme kolme kättilötyön opiskelijaa Jyväskylän ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä aiheesta: Äitien kokemuksia raskausajasta kohtukuoleman jälkeen. Vastaamalla kyselyyn annatte arvokasta tietoa vaietusta aiheesta.

Tarkoituksena tutkimuksessa on kartoittaa äitien kokemuksia kohtukuolemaa seuraavalta raskausajalta, sekä minkälaista tukea äidit kyseisenä aikana saivat ja minkälaista tukea äidit olisivat kaivanneet. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää työskennellessä mm. sosiaali- ja terveysalan toimipaikoissa. Muut kohtukuoleman kokeneet äidit saavat tutkimuksesta vertaistuellista tietoa.

Kuulutte tutkimuksen kohderyhmään, mikäli olette olleet uudelleen raskaana kohtukuoleman kokemisen jälkeen ja tämän uuden raskauden päättymisestä on kulunut enintään 5 vuotta. Tutkimuksen kohteena on ensimmäinen raskausaika kohtukuoleman jälkeen.

Vastaukset annetaan nimettöminä ja käsitellään luottamuksellisina. Tutkimuksen tuloksista ei käy ilmi yksittäisen vastaajan henkilöllisyys.

Kysymyksiä on lomakkeessa neljä ja vastaaminen vie noin 30 minuuttia. Kysely on avoinna sivustolla kahden viikon ajan: 24.10-7.11.2017

Opinnäytetyö valmistuu alkuvuonna 2018 ja on sen jälkeen luettavissa Jyväskylän ammattikorkeakoulun opinnäytetyöportaalissa sekä ammattikorkeakoulujen verkkokirjasto Theseuksessa.

Mikäli haluatte saada lisätietoja opinnäytteestä, olkaa rohkeasti yhteydessä meihin.

Kiitos etukäteen kyselyyn vastaamisesta!

Opinnäytteen tekijät:

Adolfsson Marie
Koivisto Susanna
Särkinen Emilia

Opinnäytteen ohjaajat:

Tiainen Elina
Mantsinen Christina

Liite 4. Kyselylomake

1. Ikä:
2. Miten kuvailisit kokemuksiasi kohtukuolemaa seuraavasta raskausajasta?
(Tunteet, ajatukset, reaktiot, kohtaamiset yms.)
3. Minkälaista ja miltä eri tahoilta sait tukea kohtukuolemaa seuraavan raskauden aikana?
4. Mitä tukea jäit kaipaamaan kohtukuolemaa seuraavana raskausaikana?
5. Mitä muuta haluaisit kertoa?