

Terveyssoseaalityöntekijän roolit kohtukuolematilanteissa

Minka Leino-Holm
Tampereen yliopisto
Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö, Pori
Sosiaalityön pro gradu -tutkielma
Lokakuu 2017

Tampereen yliopisto, Porin yksikkö
Yhteiskuntatieteiden tiedekunta
Sosiaalityön tutkinto-ohjelma

LEINO-HOLM, MINKA: Terveysosiaalityöntekijän roolit kohtukuolematilanteissa
Pro gradu -tutkielma, 94 s., 3 liites.
Sosiaalityö
Ohjaajat: Riikka Korkiamäki / Kaisa Haapakoski / Lasse Rautniemi
Lokakuu 2017

Tutkielma käsittelee terveysosiaalityöntekijöiden kuvaamia rooleja kohtukuolematilanteissa. Terveysosiaalityötä kohtukuoleman viitekehyksessä on tutkittu Suomessa vähän, ja kansainvälisestikin aiheesta on tehty vain vähän tutkimusta. Tutkielmaa on taustoitettu syventymällä kohtukuolemaan traumaattisena tapahtumana, suomalaisen terveysosiaalityöhön kohtukuoleman viitekehyksessä, roolin käsitteeseen ja rooliteorioihin sekä sosiaalityöntekijöiden rooleista tehtyyn aiempaan tutkimukseen.

Tutkielmani tavoitteena on saada vastauksia siihen, millaisia rooleja terveysosiaalityöntekijät kuvaavat itsellään olevan kohtukuoleman parissa tehtävässä työssä. Aineisto on kerätty haastattelemalla seitsemää kohtukuoleman parissa työskentelevää tai työskennellyttä terveysosiaalityöntekijää. Aineisto on analysoitu teoriasidonnaisen sisällönanalyysin menetelmällä. Analyysin viitekehystenä on toiminut konstrukttiivinen tiedonkäsitys.

Tutkielman tulosten mukaan terveysosiaalityöntekijät kuvasivat tekevänsä työtä kohtukuoleman parissa kahdesta pääroolista: teknis-hallinnollisesta ja inhimillis-emansipatorisesta roolista. Molemmat pääroolit koostuvat useammasta tehtävästä, jotka taas rakentuvat käytännön toimista tai oman työtavan kuvauksista.

Teknis-hallinnollinen rooli koostuu kahdesta päätehtäväluokasta: terveysosiaalityön suorittaja ja kriisituen ammattilainen. Roolia kuvailtiin käytännön tekemisen, organisaation toimintatapojen ja ammattikunnalle asetettujen odotusten kautta. Inhimillis-emansipatorisesta roolista tehtävää työtä perusteltiin tunnesidonnaisilla tekijöillä. Roolin kuvauksia värittivät kuvailut omasta persoonasta, omista arvoista ja kokemuksista. Päärooli koostuu kolmesta päätehtäväluokasta: surun ymmärtäjä, asianajaja ja muutoksentehtäjä sekä inhimillinen minä.

Tutkielma tuottaa uutta tietoa kohtukuoleman parissa tehtävästä terveysosiaalityöstä. Terveysosiaalityön ollessa uudenlaisten haasteiden edessä sote-uudistuksen edessä on tärkeää saada tietoa sen sisällöstä. Tieto mahdollistaa työn kehittämisen ja sen merkityksen esille tuomisen. Kriiseissä, kohtukuolematilanteissa tehtävän työn kehittäminen on tärkeää moniammatillisessa ympäristössä tehtävälle haastavalle työlle, mutta erityisen merkittävää se on potilaiden ja perheiden näkökulmasta.

Avainsanat: Terveysosiaalityö, kohtukuolema, rooli

University of Tampere, Pori
Faculty of Social Sciences

LEINO-HOLM, MINKA: Social workers' roles in the event of a stillbirth
Master's Thesis, 94 pages, 3 appendix pages
Social Work
Supervisors: Riikka Korkiamäki / Kaisa Haapakoski / Lasse Rautniemi
October 2017

This study examines the experiences of healthcare social workers regarding their role in the event of a stillbirth. Healthcare social work has been researched to a very small extent in the context of stillbirth. The study explores the following topics: stillbirth as a traumatic event, Finnish healthcare social work in the context of stillbirth, the concept of role(s), role theories and previous research on the roles of healthcare social workers.

The aim of this study is to discover what type of roles healthcare social workers consider themselves to have when working with stillbirth. The material consists of interviews of seven healthcare social workers that work, or have worked, with stillbirth patients. The study is based on the constructivist theory, which provides the theoretical framework for the content analysis of the material.

According to the results, healthcare social workers consider themselves to have two main roles when working with stillbirth: a technical-administrative role and a humanist-emancipatory role. These two main roles consist of several positions, which in turn consist of tasks or participants' descriptions of their own way of working.

The technical-administrative role consists of two main positions; when working from the technical-administrative perspective, the worker acts as a healthcare social worker and a crisis aid specialist. The technical-administrative role consists of descriptions of practical tasks, organisational practices and expectations set by the profession. Working from a humanist-emancipatory perspective is explained with emotional factors. The humanist-emancipatory role consists of three main positions; when working from the humanist-emancipatory perspective, the worker acts as a sympathiser, a solicitor and an influencer as well as the human 'self'.

The thesis sheds new light on healthcare social work performed in the context of stillbirth. As healthcare social work is faced with new challenges with the progress of the social welfare and healthcare reform, it is important to learn more about what the work entails. Further research on healthcare social work, and thus acknowledging its significance, is crucial for the development of this challenging, multidisciplinary line of work, and being able to develop the work performed in crises situations is particularly important for patients and families.

Keywords: Healthcare social work, stillbirth, role

The social worker is privileged to share so much at a time of great vulnerability and in return has to give so much to form a bond that is essential for good social work. The art lies in remaining professional while being deeply touched.

- Stevenson & Unwin 1990, 37

Sisällysluettelo

Sisällysluettelo	5
1 Johdanto	7
2 Kohtukuoleman käsite ja aiempi tutkimus	10
2.1 Kohtukuolema traumaattisena tapahtumana ja sen aiheuttama suru	11
2.2 Suomalainen terveystieteellinen kohtukuoleman kontekstissa	20
3 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymys	26
4 Roolin käsite ja sosiaalityön rooli	27
4.1 Roolin käsite ja rooliteorioita	28
4.2 Sosiaalityöntekijöiden roolien aiempi tutkimus	32
5 Tutkimuksen toteuttaminen	38
5.1 Aineisto ja aineiston hankinta	39
5.2 Konstruktiivinen tiedonkäsitelmä ja kerronnallisuus	43
5.3 Teemahaastattelu aineistonkeruumenetelmänä	45
5.4 Sisällönanalyysi analyysimenetelmänä	47
5.5 Tutkimuseettiset kysymykset	51
6 Tulokset	54
6.1 Teknis-hallinnollinen rooli	55
6.1.1 Terveystieteellisen sosiaalityön suorittaja	56
6.1.2 Kriisituen ammattilainen	59
6.2 Inhimillis-emansipatorinen rooli	63
6.2.1 Surun ymmärtäjä	64
6.2.2 Asianajaja ja muutoksen tekijä	66
6.2.3 Inhimillinen minä	70
7 Yhteenveto ja pohdinta	75
LÄHDELUETTELO	85
Liite 1 Haastattelupyyntö	94
Liite 2 Teemahaastattelurunko	95
Liite 3 Suostumuslomake	96

LUETTELO KUVIOISTA

Kuvio 1	Tutkielman tulokset	55
---------	---------------------	----

LUETTELO TAULUKOISTA

Taulukko 1	Esimerkki analyysin ensimmäisestä ja toisesta vaiheista	49
Taulukko 2	Esimerkki analyysin kolmannesta vaiheesta	50
Taulukko 3	Esimerkki analyysin neljännestä vaiheesta	51

1 Johdanto

Tämän tutkielman tarkoituksena on saada tietoa siitä, millaisia rooleja terveyssoiaalityöntekijät kuvaavat heillä olevan työskennellessään kohtukuoleman kokeneiden parissa. Tutkielman aineisto koostuu seitsemästä teemahaastattelusta, joissa terveyssoiaalityöntekijät kuvaavat työtään kohtukuolematilanteissa sekä rooliaan kohtukuoleman kokeneen potilaan hoitoprosessissa.

Tutkielmani toisessa luvussa on ensin kuvattu kohtukuoleman kokemiseen ja sen aiheuttamaan suruun liittyviä aiempia tutkimuksia. Luvussa 2.1 on tarkasteltu surun ja traumaattisten tilanteiden kanssa työskentelemistä koskevia tutkimuksia. Luvussa 2.2 perehdyn suomalaiseen terveyssoiaalityöhön liittäen sen kohtukuoleman kontekstiin. Kohtukuolema on niin kutsuttu arkielämän traumaattinen tapahtuma (Saari 2003, 27). Kohtukuolemalla tarkoitetaan sikiön kuolemaa yli 22. raskausviikolla tai yli 500 grammaisena raskauden tai synnytyksen aikana (Väisänen 2000, 1507). Kohtukuolema koskettaa noin 150–200 perhettä vuosittain Suomessa (SVT 2014).

Kolmannessa luvussa esittelen tutkielman tarkoituksen sekä tutkimuskysymyksiä; Millaisia rooleja terveyssoiaalityöntekijät kuvaavat heillä olevan kohtukuoleman parissa tehtävässä työssä?

Roolin käsitettä avataan tutkielman neljännessä luvussa. Rooli muodostuu yksilön käyttäytymiseen kohdistuvista odotuksista. Roolin käsite jäsentää ja kuvaa sosiaalisia suhteita ja ihmisten välistä vuorovaikutusta. (Sulkunen 2003, 106-107.) Sosiaalityön ja -tehtävien rooli eri yhteyksissä herättää säännöllisesti keskustelua ja pohdintoja, ja aiheesta on olemassa useita tutkimuksia (esim. Kemppainen & Koskinen & Pohjola & Urponen 1998; Vaininen 2011; Asquith & Clarck & Waterhouse 2005). Terveyssoiaalityöntekijöiden rooleja on tarkasteltu niin Suomessa kuin kansainvälisesti (esim. Niemelä 1985; Craig & Muskat 2013). Käsittelen luvussa sekä roolin käsitettä ja rooliteorioita. Luvussa

4.2 on kuvailtu sosiaalityön rooleja koskevia tutkimuksia.

Viidennessä luvussa käsittelen tutkimuksen toteuttamista. Luvussa 5.1 käyn läpi aineistoon liittyviä asioita. Aineistoa on analysoitu sisällönanalyysiä hyödyntäen ja tuloksia on pohdittu suhteessa tutkimuksen teoreettiseen viitekehykseen. Luku 5.2 on varattu tutkielman viitekehyksenä toimivalle konstruktiiviselle tiedonkäsitykselle. Konstruktiivisen käsityksen mukaan ihminen rakentaa eli konstruoi tietonsa aiemman tietonsa ja kokemustensa päälle. Uuden tiedon, vuorovaikutuksen ja kokemusten myötä ihmisen näkemys asioista muovautuu ja muuttuu. (Heikkinen 2000, 50.) Luvussa 5.3 käsittelen teemahaastattelua aineistonkeruumenetelmänä, luvussa 5.4 taas sisällönanalyysiä analyysimenetelmänä. Tutkimuseettisiä kysymyksiä on pohdittu luvussa 5.5.

Tutkielman tulokset on esitelty kuudennessa luvussa, ja niistä tehdyt johtopäätökset sekä tuloksista ja jatkotutkimustarpeista tehtyä pohdintaa on avattu luvussa seitsemän.

Tutkielmani kautta on mahdollista saada tietoa traumaattisen tapahtuman kokeneiden kanssa tehtävästä terveysosiaalityöstä ja erityisesti terveysosiaalityöntekijän rooleista kohtukuolematilanteissa. Tutkielman yhteiskunnallisen merkityksen lisäksi se voi kiinnostaa ja palvella itse terveysosiaalityöntekijöitä sekä niitä organisaatioita, joissa kohtukuolemaa kohtaavia sosiaalityöntekijöitä työskentelee. Terveysosiaalityöllä tarkoitetaan terveydenhuollon organisaatiossa, kuten sairaalassa, tehtävää sosiaalityötä. (Esim. Linden 1999, 55). Kansainvälisesti terveydenhuollossa tehtävä sosiaalityö on yksi vanhimmista sosiaalityön muodoista (Kananoja 2016, 343). Terveysosiaalityöstä käytetään rinnalla saman sisältöisiä käsitteitä sairaalan sosiaalityö ja terveydenhuollon sosiaalityö. Terveysosiaalityötä kohtukuoleman parissa on tutkittu äärimmäisen vähän, näin ollen tutkielmani tulee tuottamaan uutta tietoa aiheesta.

Tulossa oleva sote- ja maakuntauudistus voi mahdollistaa terveysosiaalityölle uusia toimintakenttiä, mutta samalla olla haaste sosiaali- ja terveystieteen välissä tasapainoiluvalle sosiaalityölle. Tämän tutkielman tarkoituksena on tuottaa työntekijöiden kuvauksiin

perustuvaa tietoa ammatillisesta arjesta ja tätä kautta lisätä ymmärrystä sosiaalityöstä, ja erityisesti terveystieteistä. Tutkielma tuottaa tietoa myös sosiaalialan ammattilaisille. Muiden sosiaalityön ammattilaisten kertomuksissa esille tulevien tekijöiden ja oivallusten lukemisesta voi saada varmuutta ja rohkeutta, sekä uusia näkökulmia kohtaamiinsa tilanteisiin. (Mutka 1999, 182–183.)

Kohtukuolema on kokijalleen traumaattinen tilanne. Traumaattisen kokemuksen kohdanneista ihmisistä 30-40 % ei kykene käsittelemään tapahtunutta ilman ammatillista tukea. Asia koskettaa myös tilanteessa mukana olevia työntekijöitä. (Saari 2003, 92–94; 280.) Tutkimalla tällaisessa kriisitilanteessa tehtävää työtä on mahdollista saavuttaa hyödyllistä tietoa siitä, mitä tilanteissa tapahtuu ja sitä kautta käydä keskustelua työn sisällöistä, työtapoista ja perheiden kohtaamisesta. Keskustelu on portti kehittämiselle ja uuden tutkimiselle. Yksi sosiaalityön päämäärinä on hyvinvoinnin lisääminen (Sosnet 2014). Tutkimalla sosiaalityötä, keskustelemalla työstä sekä kehittämällä sosiaalityötä eteenpäin mahdollistetaan sosiaalityölle asetettujen päämäärien aiempaa parempi ja tehokkaampi saavuttaminen. Inhimillistä kärsimystä vähentävä sekä yksilön tai perheen näkökulmasta vaikuttava työ ovat sosiaalityössä arvoja, joihin tulisi pyrkiä. Tämä tutkielma edistää osaltaan tätä pyrkimystä.

Edellä olevan perusteella liitän tutkielmani keskusteluun ennaltaehkäisevän tuen merkityksestä yhteiskunnan varoja säästävinä ja inhimillistä kärsimystä vähentävinä työmuotoina. Terveystieteiden yksi tehtävä on psykososiaalisen tuen tarjoaminen (Korpela 2014, 127–128). Psykososiaalisen tuen tarjoaminen heti traumaattisen tilanteen alusta alkaen voidaan nähdä olevan ennaltaehkäisevää työtä. Vuonna 2015 voimaan tullut sosiaalihuoltolaki (2014/1301) korostaa ennaltaehkäisevien palveluiden ja varhaisen tuen saatavuutta, mikä osoittaa niiden laajaa merkityksen tunnustusta yhteiskunnassamme.

2 Kohtukuoleman käsite ja aiempi tutkimus

Kohtukuolemasta puhutaan silloin, kun sikiö kuolee yli 22. raskausviikolla tai yli 500-grammaisena raskauden tai synnytyksen aikana (Väisänen 2000, 1507). Lääketieteellisenä yläkäsitteenä kohtukuolemalle on perinataalikuolema, jolla tarkoitetaan vauvan kuolemista kohtuun raskauden loppuvaiheessa, synnytyksen yhteydessä tai vastasyntyneisyysaikana (kuuden vuorokauden kuluessa syntymästä). Kuolleena syntyneiden lasten määrä on ollut viimeisten 25 vuoden ajan Suomessa laskusuuntainen. Vuonna 2013 syntyi kuolleena 147 lasta. (SVT 2014.)

Lapsen kuoleminen kohtuun voi johtua esimerkiksi kehityshäiriöstä, epämuodostumasta, kromosomihäiriöstä tai istukan, kohdunsuun tai napanuoran ongelmista. Kuolema voi olla vanhemmilla tiedossa tai se saattaa tulla täytenä yllätyksenä. Omia haasteitaan liittyy lisäksi tilanteeseen, jossa kaksosista toinen kuolee ja toinen selviää elämään. (Väisänen 1999, 162–163.) Kohtukuolema on järkyttävä tapahtuma, joka kuitenkin eroaa eläneen lapsen kuolemasta (Neimeyer & Hogan 2007, 99). Erona eläneen lapsen kuolemiseen on esimerkiksi se, ettei suhteen muodostumiselle ole ollut samanlaisia mahdollisuuksia (Ylikarjula 2008, 29). Kohtukuoleman erityisyyden vuoksi tutkielmani on rajattu koskemaan vain sen kautta lapsensa menettäneiden perheiden kanssa tehtävää työtä.

Sen, traumatisoituuko ihminen yksittäisestä tapahtumasta, riippuu tapahtuman merkityksestä yksilölle. Tilanteiden tulkitseminen traumaattisiksi voidaan nähdä olevan äkkinäinen johtopäätös, ja puhuminen mahdollisesti traumaattisesta tapahtumasta voisikin olla soveltuvampaa. (Hedrenius & Johansson 2016, 26.) Kohtukuolema täyttää sekä kriisin että trauman synnyttävän kriisin eli traumaattisen kriisin tunnusmerkit. Kriisillä tarkoitetaan äkillistä tai hitaasti kehittyvää tapahtumaa tai muutosta yksilön tai ryhmän elämässä (Vilkko-Riihelä 2005, 737). Traumaattinen kriisitilanne syntyy, kun tapahtuu odottamaton, suurta surua ja yksilön elämänsä muutos aiheuttava menetys (Ruishalme & Saaristo 2007, 37-38).

Kohtukuolemaa ja lapsen kuolemaa on Suomessa tutkittu niin lapsensa menettäneen perheen näkökulmasta kuin ammattilaisten näkökulmasta. Esimerkiksi lääketieteen saralla Anna Liisa Aho (2010) on tutkinut isän surua lapsen kuoltua ja Tuija Männistö (2011) muun muassa kohtukuoleman ja kilpirauhasvasta-aineiden yhteyttä. Leena Väisäsen psykologian alan väitöskirja (1996) käsittelee perheen surua ja toipumisprosessia vauvan kuollessa. Terveys- ja sosiaalityöntekijän asiantuntijuudesta perinataalikuolematilanteissa on tehty hiljattain, osittain tämän tutkielman kanssa samanaikaisesti, toinen pro gradu -tutkielma (Pirinen 2016). Pääosin kohtukuolemaa käsittelevää pro gradu -tutkimusta on tehty hoitotieteissä (ks. esim. Savolainen 2012). Kansainvälisesti kohtukuolemaa käsitteleviä tutkimuksia on tehty laajasti (ks. Cacciatore 2010). Aihetta on kansainvälisesti tutkittu myös jonkun verran sosiaalityön näkökulmasta (ks. Mahan & Calica 2008; Lasker & Toedter 2001).

Kohtukuolemasta puhuttaessa ei voida sivuuttaa kuoleman ja surun käsitteitä. Kuoleman aiheuttamasta surusta, eli kuolemansurusta, on olemassa lukemattomia erilaisia käsityksiä ja määritelmiä. Pelkästään suomalaisen nykykulttuurin sisällä vallitsee toisistaan eroavia käsityksiä surusta ja kuolemasta. Suru voidaan nähdä työnä, normaalista poikkeavana tilana, vaiheistettuna prosessina, loppuelämän mittaisena siteenä tai selviytymistäisteluna. (Pulkinen 2016.) Surun lisäksi kuolemasta vallitsee erilaisia käsityksiä yhteiskunnassamme. Kuolema on moniulotteinen ilmiö, jota voi tarkastella sosiaalisesta, kulttuurisesta, fyysisestä tai filosofisesta näkökulmasta. Käsitykset surusta ja kuolemasta muuttuvat niiden ympärillä olevan yhteiskunnan muuttuessa. (Hakola, Kivistö & Mäkinen 2014, 9-22.)

2.1 Kohtukuolema traumaattisena tapahtumana ja sen aiheuttama suru

Kohtukuoleman aiheuttama suru on erityistä. Läheiset ja ympäröivä yhteisö suhtautuvat kohtukuoleman kautta menehtyneen lapsen menetykseen eri tavalla kuin eläneen lapsen kuolemaan, sillä heillä on vain rajallisesti muistoja ja vuorovaikutuskokemuksia lapsen

kanssa. Kohtukuolema täyttää tilanteena traumaattisen tapahtuman kriteerit. Saaren (2003, 22-27) mukaan niitä ovat tilanteen ennustamattomuus, mahdottomuus vaikuttaa tapahtumiin omalla toiminnalla, tapahtumien elämänarvoja koetteleva luonne, tilanne aiheuttaa ihmiselle erittäin vaativan sopeutumistehtävän ja tätä kautta tunteen kaiken muuttumisesta elämässä. Odottamattomuus erottaa traumaattisen kriisin muista kriiseistä, esimerkiksi elämänkulun kriiseistä (Cullberg 1991, 116). Kriisivaihteorian luonut Johan Cullberg (1993, 11) nimittää kuolemantapausta objektin menettämiseksi, joka on tyypillinen traumaattinen tilanne.

Surun käsite liittyy olennaisesti kuoleman ja traumaattisen kriisin käsitteisiin. Läheisen kuoleman jälkeinen suru on ihmisen elämään kokonaisvaltaisesti ja pysyvästi vaikuttavaa. Sureva ihminen kokee yksilöllisesti erilaisia sosiaalisia, kognitiivisia, emotionaalisia, fyysisiä sekä eksistentiaalisia tuntemuksia. (Neimeyer & Hogan 2007, 90; Dyregrov & Dyregrov 2008, 24-49.) Suru vaikuttaa lisäksi surevan identiteettiin sekä ympäröivien asioiden merkitysten uudelleen rakentumiseen (Stroebe & Schut 1999, 213). Kokonaisuudessaan surun, kuten kriisikin, voidaan nähdä olevan aaltoileva prosessi. Vaikka suru on muiden tunteiden ohella ihmiselämään kuuluva tunne, se voi olla kokijalleen traumaattista ja tuen tarvetta aiheuttavaa. (Aho & Kaunonen 2014.)

Jo vuonna 1966 Johan Cullbergin tekemässä tutkimuksessa todettiin, että kolmasosalla lapsensa synnytyksessä tai pian sen jälkeen menettäneistä naisista ilmeni lapsen kuoleman jälkeen tavallista voimakkaampia surureaktioita. Osa ei osoittanut minkäänlaista surua. Voimakkaasti reagoineilla äideillä esiintyi muun muassa ahdistuskohtauksia ja psyykoottista sekavuutta. Lapsensa menettäneet äidit kokivat erityisesti tyhjyydentunnetta, pettymystä, pelkoa, epäonnistumista sekä sekasortoa. Reaktiot olivat riippuvaisia sikiön kehitysvaiheesta. Cullberg nimittää synnytyksessä kuollutta lasta maksimaaliseksi koe-tukseksi, mikä kuvaa tilanteen luonnetta sen kokijalle. (Cullberg 1966 ref. Cullberg 1991, 118; Cullberg 1993, 12.)

Joanne Cacciatore (2010) on tutkinut kohtukuoleman kautta lapsensa menettäneiden äitien surua sekä heidän kokemuksiaan menetyksen jälkeen. Tutkimukseen osallistuneista äideistä suurin osa koki sosiaalisen tuen olleen paras apu surun keskellä. Äidit kokivat tarvetta sille, että heidän menetyksensä ja menehtyneen lapsensa identiteetti tunnustettaisiin. Sairaalan työntekijöiltä äidit toivoivat aikaa, uskallusta ja kykyä kohdata surevat vanhemmat sekä rohkeutta keskustella vanhempien kanssa heidän menehtyneestä lapsestaan.

Leena Väisänen (1999) on tutkinut perheen surua ja siitä toipumista vauvan tai sikiön menehdyttyä. Yllättävän surutapahtuman, kuten kohtukuoleman, traumaattiseen aspektiin ryhdyttiin kiinnittämään huomiota vasta 1990-luvulla. Tapahtuman aiheuttama trauma estää suruprosessin etenemisen, eivätkä akuuteissa traumaattisissa tilanteissa usein määrätyt rauhoittavat lääkkeet edesauta trauman käsittelemistä. Toisaalta vaikeassa kriisissä asianmukainen lääkehoito voi myös olla prosessia edistävää, kunhan lääkkeistä ei tule keinoa siirtää vaikeiden asioiden käsittelemistä tai torjua niitä (Ruishalme & Saaristo 2007, 65).

Sosiaalisen tuen ja vertaistuen merkityksiä suruprosessissa on tutkittu paljon. Linda Rileyn, Lynda LaMontagnen, Joseph Hepworthin ja Barbara Murphyn (2007, 277-299) tutkimuksen mukaan ne lapsensa menettäneet äidit, jotka havaitsivat ympärillään käytettävissä olevia sosiaalista tukea raportoivat vähemmän intensiivisiä sureareaktioita ja traumaattista surua. Rileyn ym. (2007, 291) tutkimuksen mukaan ihminen voi toipua surusta läheisverkostonsa tuen avulla. Joan Arnoldin ja Penelope Gemman (2008, 658-673) tutkimuksen tulokset olivat samansuuntaisia: Lapsensa menettäneet vanhemmat kertoivat saaneensa tukea perheeltä ja ystäviltä. Vertaistuen merkitystä suruprosessille ei myöskään voi vähätellä. Rileyn ym. (2007, 291) mukaan vertaistuella voi olla epäoikeudenmukaisuuden tunteita ja traumaattisen surun oireita lieventävä vaikutus. On kuitenkin myös huomioitava, että huonosti organisoidut ryhmät saattavat olla surijalle enemmän haitaksi kuin hyödyksi (Pesek 2002, 132).

Jo 1990-luvun alkupuolella Judith Laskerin ja Lori Toedterin (1994) totesivat tutkimuksessaan, että ne vanhemmat, jotka olivat vähiten tyytyväisiä sairaalassa saamaansa hoitoon, kokivat eniten surua. Pääasiassa tyytymättömyyttä aiheuttivat kokemus siitä, ettei henkilökunta huomionnut riittävästi vanhempia, ettei ongelmatilanteisiin reagoitu riittävän nopeasti ja käytäntö, jonka mukaisesti lapsensa menettäneet vanhemmat sijoitettiin samalle osastolle terveitä vauvoja saaneiden kanssa. Tutkimuksen tekijöiden mukaan kohtu-kuolematilanteiden varalle tulisi sairaaloissa olla selkeät toimintatavat. Väisänen (2000, 1511) toteaa samansuuntaisesti, että asianmukainen ammattiapu sokkivaiheessa riittää suurimmalle osalle surevista.

Surun vaikutukset, niiden mahdollisesti pitkäkin kesto sekä sukupuolten väliset erot lapsen kuoleman ja siitä seuraavan surun kokemisessa tulisi huomioida lapsensa menettäneiden perheiden kanssa työskennellessä (esim. Vance ym. 1995). Arnoldin ja Gemman (2008, 658-673) tekemän vanhempien surua käsittelevän tutkimuksen tulokset tukevat käsitystä lapsensa menettäneen vanhemman surusta moninaisena, läpitukevana ja elämänmittaisena prosessina. Lapsensa menettäneen vanhemman suru on tutkimuksen mukaan syvää riippumatta siitä, minkä ikäisenä tai missä olosuhteissa lapsi on menehtynyt. Lapsen kuoleman aiheuttama suru koostuu elämänmittaisista monitahoisista tunteista, jollaisena tätä surua tulisikin kohdata. Tutkimukseen osallistuneet vanhemmat kuvailivat surun olevan aina läsnä. Vanhemmat kokivat heillä olevan liian vähän mahdollisuuksia kertoa menetyksestään. Vanhemmat korostivat lisäksi, ettei vanhemmuus lopu lapsen kuolemaan, vaan jatkuu muistelun, välittämisen ja rakkauden tunteen muodoissa.

Psyykkisiä kriisejä voi tarkastella tapahtumana, tapahtuman psyykkisen merkityksen kautta, tapahtuman aiheuttamien reaktioiden näkökulmasta tai sen kautta, miten muut ihmiset vuorovaikuttavat kriisissä olevan kanssa. (Cullberg 193, 7.) Traumaattisella tapahtumalla on moninaisia vaikutuksia ihmiseen (Saari 2003, 35). Traumaattisen kriisin käsittelemisen voidaan nähdä tapahtuvan Johan Cullbergin (1991) kehittämän ja laajalti käytetyn mallin mukaisesti neljässä eri vaiheessa, jotka ovat sokkivaihe, reaktiovaihe, työstämis- tai käsittelyvaihe sekä uudelleen orientoitumisen vaihe. Kriisin vaiheteoria on

yksinkertaistettu kuvaus siitä, miten kriisi voi edetä. Kriisiin reagoimisen tulee kuitenkin aina muistaa olevan yksilöllistä ja jokaisella on yksilöllisiä keinoja edetä omassa kriisissä. (Hedrenius & Johansson 2016, 31.) Vaiheteoriaan suhtaudutaankin tästä syystä kriittisesti uuden surukäsityksen kannattajien keskuudessa (ks. esim. Pulkkinen 2017).

Cullbergin vaiheteorian mukaisessa sokkivaiheessa ihmisen mieli sulkee pois tietoa, jota se ei kykene vastaanottamaan tai käsittelemään (Cullberg 1991, 142). Valtaosa ihmisistä on sokkivaiheessa toimintakykyisiä, vaikka he eivät kykenisi tekemään päätöksiä (Saari 2003, 44–49). Reaktiovaiheessa ihminen alkaa tiedostaa tapahtuneen ja sen merkityksen. (Saari 2003 52; Cullberg 1991, 143.) Työstämis-, käsittely- tai läpityöskentelyvaiheessa kriisin kokenut suuntautuu vähitellen tulevaisuuteen ja ryhtyy hyväksymään tapahtunutta. Vaiheen tehtävänä on luoda todellisuuteen pohjautuvaa ymmärrystä kriisitapahtumaan johtaneista asioista ja tapahtumasta itsestään. (Cullberg 1991, 151-152; Saari 2003, 60-63; Ruishalme & Saaristo 2007, 70.) Uudelleen orientoitumisen tai uudelleen suuntautumisen vaiheessa tapahtuman aiheuttamiin muutoksiin aletaan sopeutua. Tämä vaihe ei koskaan pääty. (Cullberg 1991, 133-154; Saari 2003, 67-68.)

Traumaattisen kokemuksen kohdanneen ihmisen selviytymisen kannalta sosiaalisella tukiverkostolla ja saatavilla olevalla sosiaalisella tuella on suuri merkitys (Saari 2003, 70-71). Käsittelemättömät traumaattiset kokemukset lisäävät sairaslomia ja työkyvyttömyyttä, terveydenhuollon ja sosiaalipalveluiden käyttöä sekä lääkekustannuksia. Kriisitilanteessa annettu ammatillinen tuki voidaan siis nähdä kustannustehokkaana, ennaltaehkäisevänä työnä. (Saari 2003, 94–95.) Suomessa kohtukuoleman kokeneet voivat saada tukea myös kolmannelta sektorilta, esimerkiksi Lapsikuolemaperheet Käpy ry:n kautta. Lapsikuolemaperheet Käpy ry on yhdistys, joka kokoaa lapsikuolemaperheitä yhteen ja tarjoaa heille tukea esimerkiksi järjestämällä mahdollisuuksia vertaistukeen. (Käpy Lapsikuolemaperheet ry 2015, 1.)

Kohtukuolema on aiheuttamansa inhimillisen kärsimyksen lisäksi myös sosiaalisesti vai-

kea asia. Yhteiskunnassa, jossa lapsen saaminen on kehittyneiden hoitojen myötä mahdollista yhä useammalle ja jossa lapsi- ja kohtukuolleisuuden määrä ovat laskussa, kohtukuolema voi olla sekä kokijalleen että tätä ympäröiville ihmisille erityisen kipeä aihe. (Väisänen 1999, 27.) Kohtukuolema herättää haastavia pohdintoja siitä, milloin ihmiselämä alkaa. Syntymättömän lapsen lainsäädännöllinen asema ja tämän oikeudet eivät ole yksiselitteisiä (ks. Lääkäriliitto 2016). Suomen hyväksymä YK:n lapsen oikeuksien julistuksessa (1959) tuodaan esille lapsen oikeus hoitoon ja huolenpitoon ennen synnytystä. Jos asiaa tarkastelee Suomen aborttilainsäädännön kautta, sikiöllä voidaan nähdä olevan oikeus kasvuun ja kehittymiseen raskausviikoista 24 alkaen, kun abortin tekeminen ei ole enää laillisesti mahdollista (Laki raskauden keskeyttämisestä 1970/239). Kuitenkin Suomessa kuvaillaan olevan ”hiljaisuuden salaliitto” kuolleena syntyneiden lasten ympärillä, sillä heitä ei esimerkiksi merkitä väestötietojärjestelmään (ks. Itkonen 2016).

Cacciatore (2009) kuvailee kohtukuoleman ympärillä vallitsevan ”hiljaisuuden muuri”, joka ulottuu arkitoiminnan lisäksi poliittiseen toimintaan. Lainsäädännön ja käytäntöjen voidaan siis nähdä jättävän kuolleena syntyneet lapset yhteiskunnan ulkopuolelle, jolloin menetyksellä ei ole täydellistä sosiaalista oikeutusta (ks. Itkonen 2016). Eileen Pesek (2002, 131) kuvailee kohtukuolemaan liittyvän surun olevan usein äänioikeudetonta, tunnustamatonta ja vähäteltyä. Äänioikeudettoman surun (engl. disenfranchised grief) käsitteellä viitataan suruun, jolla ei ole sosiaalista oikeutusta. Surusta voi tulla äänioikeudetonta esimerkiksi silloin, kun kuolleen ja surevan suhde ei saa tunnustusta ympäröivässä yhteiskunnassa, menetyksen merkitystä ei tunnusteta tai surija suree ympäröivän yhteiskunnan totutuista tavoista poikkeavalla tavalla. (Doka 2002, 10-15.)

Lapsen tai sikiön kuolemaan suhtaudutaan eri tavoin eri kulttuureissa. Kulttuurillisilla tekijöillä on vaikutusta menetyksen kokeneiden suruun ja suremiseen. (Väisänen 1999, 27-28.) Kokonaisuudessaan kuoleman voidaan nähdä olevan siirtynyt pois ihmisten arjesta erilaisten ammattilaisten hallinnoimaksi elämän osa-alueeksi (ks. esim. Pajari 2014, 98-99). Tämä vaikuttaa väistämättä kuolemaan suhtautumiseen. Kun huomioidaan tutkimustulokset (ks. Esim. Cacciatore 2010; Riley ym. 2007), jotka kertovat arkisen sosiaalisen

tuen merkityksestä lapsensa tai muun läheisensä menettäneiden selviytymiselle, ja lisäksi tähän vallitseva surukäsitys, yhtälö on vaikea. Vallitsevalla surukäsityksellä viitataan tapaan ymmärtää suru prosessina, jolla on loppu ja jonka tavoitteena on katkaista kiintymyssuhde kuolleeseen läheiseen. Vallitseva surukäsitys on saanut haastajan uudenlaisista tavoista mieltää menetys ja suru (ks. esim. Pulkkinen, 2016; Koskela 2009, 55-56).

Pohjoismaista kuolemankulttuuria tutkinut Juha Pentikäinen (1990) tuo esille, että kuolleina syntyneisiin lapsiin on liittynyt erinäisiä huolen aiheita ja uskomuksia. Lähtökohtana on muinaisessa lapsivainajaperinteessä ollut uskomus, jonka mukaan jokaisella naisella on ennalta määrätty lapsiluku, minkä vuoksi keskenmenneet tai kuolleena syntyneet sikiöt nähtiin muistutuksena siitä, ettei kohtaloa voi muuttaa. Ennen nimenantoa kuolleiden lasten asema on ollut ongelmallinen, sillä heitä ei ole voitu liittää sosiaalisilla riiteillä yhteisöön. Luterilaisen uskon piirissä kastamattomina kuolleiden lasten kohtalosta on risti-riitaisia näkemyksiä. (Emt., 134; 136-139.)

Henkilö, joka on menetyksen tai surun kehyksessä tekemisissä sairaalan sosiaalityöntekijän kanssa, on usein kokenut tilanteen, jolla on ollut tai tulee olemaan syvä ja pitkäaikainen vaikutus hänen elämäänsä. Tämä korostaa sen merkitystä, että terveysosiaalityöntekijän tulee ymmärtää surun ja menetyksen merkityksiä ihmisen elämäkululle. (Allan 2005, 282.) Vaikka kaikilla lapsensa menettäneitä vanhempia hoitavan tiimin jäsenien on tuettava vanhempia, sosiaalityöntekijällä voi koulutuksensa ansiosta olla parhaat edellytykset olla perheen tukena traumaattisessa tilanteessa (Mahan & Calica 2008, 144-146). Maria Vainionpään (2015) sosiaalityötä kriisitilanteissa käsitelleeseen pro gradu -tutkielmaan osallistuneet sosiaalityöntekijät kuitenkin näkivät psyykkisen ensiavun antamisen kuuluvan joillekin muille tahoille kuin itselleen. Sosiaalityöntekijöiden kertomuksissa tuli esille puutteita terapeuttisissa taidoissa. Näistä asioista huolimatta sosiaalityöntekijät ryhtyivät toimimaan kriisitilanteissa ja hakivat muilta ammattilaisilta tukea tarvittaessa. Tutkielman kertomuksista ilmeni lisäksi sosiaalityön merkitys seuranta- ja varmistelutyössä. Sosiaalityöntekijät toivat myös esille työyhteisön ja muiden tahojen tuen merkitystä koko kriisityön prosessin ajan. (Vainionpää 2015, 66–72.)

Hoitavan tiimin ja terveyssozialityöntekijän yksi tärkeimmistä tehtävistä on saattaa vanhemmat terveen suruprosessin tielle tukemalla heitä prosessin alussa. Tämä vaatii vanhempien tunteiden sanottamista sekä tukemista tapahtuneen merkityksen ja siihen liittyvän tiedon sisäistämässä. Työntekijän ei tule sisällyttää tukemiseen ja ohjaukseen omia uskonnollisia tai aatteellisia näkemyksiään kuolemasta, vaan kunnioittaa surevan perheen tapaa nähdä asiat. Työntekijän tulee tiedostaa, etteivät kriisissä olevat vanhemmat kykene vastaanottamaan kaikkea annettua tietoa. Tämän vuoksi hoito-ohjeet ja tieto käytännön asioiden hoitamisesta, esimerkiksi hautaamisesta, tulisi mieluiten antaa tukihenkilön läsnä ollessa tai kirjallisesti. Vanhempien suruprosessia voi edistää kuolleen lapsen nimeäminen, vauvan näkeminen ja piteleminen, kuvien ottaminen tai muiden muistojen kerääminen. Surevien vanhempien on lisäksi tärkeää saada tietoa sellaisista suremiseen liittyvistä tuntemuksista, joita voi myöhemmin ilmaantua. (Mahan & Calica 2008, 144-146.)

Liian varhaisella kriisin hoitamisella on todettu olevan riskejä, jotka ammattilaisten tulisi tiedostaa. Perinteinen ajatus siitä, että kriisin kokenutta tulisi auttaa reagoimaan tapahtuneeseen ja hänen tulisi saada tuoreeltaan puhua tapahtuneesta, on kyseenalaistettu. Liian varhaisen kriisin hoitamisen riski on, että ihmisen oma luontainen toipuminen häiriintyy. Kaikki kriisin kohdanneet tarvitsevat akuuttivaiheessa tukea ja kunnioittavaa, herkkää kohtaamista. Kriisin näkemisestä sairautena, jota tulisi hoitaa, on kuitenkin akuuttivaiheessa pidättäytyttävä. (Hedrenius & Johansson 2016, 34; 37.) Mark Seeryn, Roxane Silverin, Alison Holmanin, Whitney Encen ja Thai Chunin (2008) tutkimuksen mukaan 11.9.2001 tapahtuneissa terrori-iskuissa osallisena olleet ihmiset, jotka eivät halunneet puhua järkyttävän tapahtuman herättämistä tunteista akuuttivaiheessa, olivat pitkällä aikavälillä henkisesti ja fyysisesti terveempiä kuin ne, jotka olivat valinneet puhumisen. Sara Hedrenius ja Sara Johansson (2016, 40-41) korostavat kriisitilanteissa erityisen haavoittuvien ryhmien tunnistamista sen sijaan, että kaikki kriisin kohdanneet nähtäisiin kriisi- ja traumatyötä tarvitsevina.

Kohtukuoleman kaltaisten traumaattisten tilanteiden parissa työskentelevän on huomiotava omat voimavaransa aivan erityisellä tarkkuudella (Pohjolan-Pirhonen 2007, 185). Kriisitilanteiden ja surun parissa toistuvasti työskentelevän tulisi käsitellä omia suruun ja menettämiseen liittyviä tuntemuksiaan, niiden merkitystä nykyhetkessä sekä niiden herättämiä muistoja. Tämä mahdollistaa ammattilaiselle näiden omien tuntemusten tietoisuuden hyödyntämisen surevaa perhettä tuettaessa. (Mahan & Calica 2008, 150.) Traumaattisen tapahtuman kokeneiden ihmisten kohtaaminen aiheuttaa työntekijälle stressiä ja traumaattisia kokemuksia (Saari 2003, 277). Traumatyö voi johtaa myötätuntopuutumukseen ja sijaistraumatisoitumisen kautta esimerkiksi väsymysoireiseen työpöuhumukseen, mikäli auttamistyöntekijä ei riittävästi tiedosta työnsä vaikutuksia omaan itseensä (Lindqvist 2012, 99). Erityisesti tämä koskettaa työntekijöitä, jotka ovat kokeneet merkittäviä menetyksiä omassa elämässään, äskettäistä surua tai jotka eivät ole kyenneet käsittelemään omia surun ja menetyksen kokemuksiaan (Mahan & Calica 2008, 150). Työstämättöminä vaikeat työtilanteet voivat vaikuttaa työntekijän mieleen ja ajatuksiin. Myötätuntopuutumisen pitkittymisen ja myötätuntopuutumisen riski on olemassa ihmisten kanssa tehtävässä työssä. (Pohjolan-Pirhonen 2007, 185–186.)

Myötätuntopuutamisella tarkoitetaan tunnetta tai käyttäytymistä, joka työntekijälle seuraa traumaattisen tapahtuman kokijan ollessa tuttu, esimerkiksi potilas tai asiakas, tai työntekijän kuulla järkyttävästä tapahtumasta. Myötätuntopuutamisella tarkoitetaan toisen kärsimyksen tiedostamista. Myötätuntopuutamisstressi on luonnollista, mutta mikäli stressi jatkuu pitkään eikä sitä onnistu helpottamaan, se voi kehittyä myötätuntopuutukseksi. Sijaistraumatisoitumisessa asiakkaan kokeman traumatisoitumisen oireet siirtyvät työntekijään eri tasoilla. (Lindqvist 2012, 99-100.) Myötätuntopuutumisen ja sijaistraumatisoitumisen riskiä voi hallita huolehtimalla omista rajoistaan, noudattamalla terveellisiä elämäntapoja sekä ylläpitämällä sosiaalisia suhteita. Myös kouluttautuminen, työnohjaus sekä traumatisoitumiseen ja traumoihin perehtyminen voivat olla avuksi. (Saari 2003, 280.) Työntekijän tulee tiedostaa keinot, joiden avulla hän kykenee irrottautumaan työstään (Lindqvist 2012, 102.)

Ahdistuksen ja pelon tunteminen raskaissa työtehtävissä ei ole vaarallista, kunhan tilanteet tulee asianmukaisesti käytyä läpi (Pohjolan-Pirhonen 2007, 187). Se, miten vaikeita kohtaamisia ja tilanteita saa purkaa työtovereiden kanssa tai työnohjauksen keinoin, vaikuttaa tunteiden käsittelemiseen ja työssä jaksamiseen. Vaikeistakin kohtaamisista voi saada tukea ammatilliseen kasvuun ja työhön, kunhan tilanteen pääsee käsittelemään asianmukaisesti. Kuoleman kanssa työskennellessään sosiaalityöntekijä joutuu kohtaamaan kuoleman herättämät tunteet itsessään ja käsittelemään omia käsityksiään kuolemasta. Kohtaamiset voidaan kokea antoisiksi, kun ihminen onnistutaan avoimesti kohtaamaan omana itsenään, ja syntyy tunne omasta riittävydestä työntekijänä. (Saranpää 2014, 61; 74–77.)

2.2 Suomalainen terveysosiaalityö kohtukuoleman kontekstissa

Terveysosiaalityöllä tarkoitetaan terveydenhuollon organisaatiossa toteutuvaa sosiaalityöntekijän työtä (esim. Linden 1999, 55). Terveysosiaalityön alku Suomessa ajoittuu 1920-luvulle, jolloin Helsingin Kirurgisen sairaalan ylihoitaja totesi tarpeen potilaiden elämäntilanteen laajemmalle arvioinnille ja pohtimiselle. (Sundman 2014, 7). Vuonna 1921 on ryhdytty nimittämään sairaanhoitajia ja terveyssisaria sosiaalihoitajiksi. Sosiaalihoitajia koulutettiin vuosina 1945–1975 Helsingin sairaanhoito-opistossa. Sairaalan sosiaalityön rooli ja merkitys alkoi tarkentua 1970-luvun alussa, kun Suomessa säädettiin erityispalvelulakeja (Korpela 2014, 121). Vuonna 1975 sosiaalityön opetusta ryhdyttiin antamaan yliopistossa ja alettiin puhua työntekijöistä sosiaalityöntekijä-nimikkeellä (Kananaja 2016, 343.) Terveysosiaalityöntekijän työtä määrittävät muun muassa sosiaalihuoltolaki (2014/1301), laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (2000/812), laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) terveydenhuoltolaki (2010/1326).

Terveysosiaalityön asema on kehittynyt hoivaan keskittyvästä avustavasta työstä kohti asiantuntijoiden tekemää, laaja-alaisesti yhteiskunnalliseen, tieteelliseen ja sosiaaliseen tietoon perustuvaa työtä (Korpela 2014, 121). Terveysosiaalityötä tehdään erilaisissa

toimipaikoissa: erikoissairaanhoidossa, kuntoutuslaitoksissa, perusterveydenhuollossa, psykiatrian alueella, yksityisissä hoitopaikoissa sekä järjestöissä (esim. Kananoja 2016, 344). Terveyssozialityöntekijänä toimivan tulee, kuten muissakin organisaatioissa sosiaalityöntekijänä toimivien, täyttää sosiaalihuollon ammattihenkilöitä koskevan lain (817/2015) vaatimukset.

Terveyssozialityö on sosiaalityötä ympäristössä, joka ei pääasiallisesti keskity ihmiselämän sosiaaliin ulottuvuuksiin, vaan terveyteen ja sairauteen. Sosiaalityöntekijä on usein työtiimissä ainoa alansa edustaja, ja sosiaalityöntekijän työnkuva poikkeaa muiden ammattiryhmien työnkuvasta. (Kananoja 2016, 350.) Terveyssozialityön pyrkimyksenä on vaikuttaa ihmisen ja perheiden elämäntilanteisiin, jotta heidän taloudellinen tilanteensa, sosiaalinen toimintakykynsä ja osallisuutensa ei kokisi kohtuuttomia kolauksia sairaudesta tai vammasta huolimatta (Linden 1999, 55). Sosiaalityö huomioi kokonaisvaltaisesti potilaan tilanteen ymmärtäen potilaan arkea ja yhteiskunnallista kehystä. Sairaanhoidon sosiaalityöntekijän asiakkaat ovat tyypillisesti kaikenikäisiä ja asiakaskunta on laaja; potilaan lisäksi sosiaalityöntekijä tapaa hänen läheisiään ja perhettään. (Pylväs 2003, 79-80.)

Terveyssozialityön asiantuntijuuden voidaan nähdä jakautuvan yleis-, ydin- ja erityisasiantuntijuuteen. Yleisasiantuntijuus sisältää vuorovaikutus- ja yhteistyötaitoja sekä asiakkaan kohtaamisen taidot. Ydinasantuntijuus koostuu muun muassa sairauksien sosiaalisen ulottuvuuksien ymmärtämisestä, sosiaaliturvaan liittyvästä osaamisesta sekä kyvystä avata potilaille ja muille ammattiryhmille erilaisia käsitteitä. Erityisasiantuntijuus rakentuu tehtävistä, jotka ovat ominaisia työympäristölle, jossa terveysterveystyöntekijä työskentelee. Yleisasiantuntijuus mahdollistaa ydin- ja erityisasiantuntijuuden. Tarkkoja rajoja asiantuntijuuden eri lajien välille ei ole mahdollista vetää. (Pylväs 2003, 81-82.)

Terveyssozialityön nimikkeistö (2007) määrittelee terveysterveystyöntekijän päätehtäväluokiksi sosiaalisen arvioinnin ja suunnittelun, sosiaalisen toimintakyvyn tukemisen, yh-

teistyön, koordinoinnin ja verkostotyön sekä sosiaalityön dokumentoinnin. Rauni Korpe-
lan (2014, 127–128) mukaan terveystieteiden viisi pääasiallista tehtäväkuva ovat:

- Sosiaalisen tilanteen kartoittaminen: Potilaan kokonaistilanteen selvittäminen ja arvioiminen, luottamuksellisen potilassuhteen rakentaminen.
- Ohjaus ja neuvonta: Potilaiden auttaminen, ohjaaminen ja neuvominen esimerkiksi etuusasioihin, yhteiskunnan palveluihin ja tukimuotoihin liittyen.
- Jatkohoidon selvittely: Potilaan jatkohoidon selvittäminen ja järjestäminen yhteis-
työssä hoitavan tiimin kanssa.
- Moniammatillinen verkostotyö: Hoitosuunnitelmiin, neuvotteluihin, kokouksiin, pa-
lavereihin osallistuminen, laaja yhteistyö potilaan verkoston kanssa.
- Psykososiaalinen tuki: Oma työalue tai muun työn rinnalla kulkeva orientaatio.

Yksi mahdollinen tapa hahmottaa terveystieteiden sisältöä on Aulikki Kananojan
(2016, 346) esittämä jaottelu. Hän on jakanut terveystieteiden tehtävät viiteen luok-
kaan; potilastyöhön, potilaan ja hänen perheensä kanssa tehtävään psykososiaaliseen
työhön, kriisityöhön, moniammatilliseen tiimityöhön sekä verkostotyöhön.

Terveystieteiden työ on omanlaistaan sosiaalityötä. Psykososiaalinen lähestymistapa asi-
akkaan tilanteeseen on terveystieteiden asiantuntijuudelle ominaista. Se, missä orga-
nisaatiossa tai yksikössä sosiaalityöntekijä työskentelee, vaikuttaa hänen toiveisiinsa
siitä, millaisia painopisteitä hänen tekemällään sosiaalityöllä tulisi olla. (Korpela 2014,
122; 126–127.) Työskentely-ympäristönä terveydenhuolto, erityisesti esimerkiksi sairaa-
laosastot luovat omia erityisiä haasteita sosiaalityön tekemiselle. Tapaamistilanteet
osasto-olosuhteissa lyhyiden hoitajaksojen aikana vaativat sosiaalityöntekijältä kykyä
luoda keskustelun mahdollistava ilmapiiri nopeasti siinä paikassa, jossa keskustelu on
potilaalle mahdollista. (Stevenson & Unwin 1990, 41.)

Terveystieteiden työntekijän on hankittava ja ylläpidettävää laaja-alaisesti tietoa yhteiskun-
nan eri sektoreiden asioista, hänen on pystyttävä tekemään työtään yhä lyhyenevien hoi-
toaikojen ja monimutkaistuvien elämäntilanteiden kehyksissä, hänen on osattava tuoda

oma osaamisensa vakuuttavasti esille muulle työyhteisölle ja hänen esimiehensä on usein toisen alan edustaja. (Kananoja 2016, 350.) Sosiaalityössä työntekijä voi kohdata ristiriitaisia odotuksia ja velvollisuuksia suhteessa asiakkaisiin, yhteiskuntaan, tiedeyhteisöön sekä ammattietiikkaansa (Rose 2003, 193-204). Terveystieteidenhuollossa sosiaalityöntekijän osallistuminen hoitoprosessiin tai se osaan voi olla kiinni esimerkiksi muiden alojen ammattilaisten kyvystä havainnoida sosiaalityön tarve potilaan tilanteessa tai siitä muistetaanko ja halutaanko sosiaalityöntekijälle ilmoittaa potilaasta. Asiakkailta ei välttämättä ole kykyä määrittellä, tarvitsevatko he tilanteessaan sosiaalityötä. (Esim. Korpela 2014, 129-130.)

Suoraan potilaisiin liittyvien tai potilaiden parissa tehtävän työn lisäksi sosiaalityöntekijällä voidaan nähdä olevan terveydenhuollossa vastuu pitää ”sosiaalisen” näkökulmaa ja kokonaisvaltaisen hoidon merkitystä esillä organisaatiossa. Terveys- ja sosiaalityöntekijä toimii usein työyksikössään alansa ainoana edustajana, mikä korostaa hänen erityistä vastuutaan tuoda omaa näkökulmaansa esille ja huolehtia sosiaalityön asiantuntemuksen hyödyntämisestä hoitoprosessien suunnittelutyössä. (Stevenson & Unwin 1990, 42; Kananoja 2016, 350.) Terveys- ja sosiaalityöntekijöillä kertyy työssään näkemystä siitä, miten poliittiset päätökset ja yhteiskunnalliset tapahtumat vaikuttavat niiden ihmisten elämässä, joilla on sairaus tai vamma (Metteri 2014, 299). Yhteiskunnallisen oikeudenmukaisuuden edistäminen, negatiivisen syrjinnän estäminen ja epäarvoja ylläpitävän politiikan ja käytäntöjen vastustaminen ovat osa sosiaalialan arvopohjaa ja näin ollen jokaisen sosiaalityöntekijän eettisiä velvollisuuksia (Talentia 2013, 9). Rakenteisiin vaikuttamaan pyrkivän sosiaalityön, eli esimerkiksi havaituista epäkohdista raportoimisen ja tätä kautta potilaiden edun ajamisen, voidaan siis katsoa kuuluvan terveys- ja sosiaalityöntekijän työtehtäviin. Päätävien henkilöiden lisäksi sosiaalityöntekijöiden tulisi osallistua esimerkiksi eri aloja edustavien uusien työntekijöiden kouluttamiseen ja perehdyttämiseen (ks. Mahan & Schreiner 1981).

Terveys- ja sosiaalityöntekijä hyödyntää jokapäiväisessä työssään tietoa sekä ymmärrystä siitä, miten ihminen toimii poikkeuksellisessa tilanteessa kuten sairastuessaan vakavasti

tai menettäessään läheisensä. Terveyssozialityöntekijällä tulisi olla myös tietämystä siitä, miten yhteiskuntamme suhtautuu sairauteen ja sairastamiseen sekä siitä, mitä yhteiskunta tarjoaa, kenelle ja millä ehdoilla. Myös omien työskentelytapojen ja otteiden tarkasteleminen on tarpeellista. (Ks. Linden 55–56.) Sosiaalityön teoreettisen pohjan tunteminen lienee edellytys kaiken tämän edellä mainitun käsittelemiselle ja ymmärtämiselle.

Terveyssozialityön roolia kohtukuolematilanteissa ei juurikaan ole Suomessa tutkittu. Kansainvälisesti aiheesta on jonkin verran kirjoitettu artikkeleita. Sosiaalityö on kansainvälisesti nähty kuuluvaksi äitiyshuoltoon jo 1970-1980-lukujen taitteessa. Tuohon aikaan Carol Mahan ja Richard Schreiner (1981) ovat käsitelleet kohtukuoleman hoitoprosessia huomioiden siinä sosiaalityön näkökulman. Mahan ja Schreiner tuovat artikkelissaan esille käytäntöjä, jotka koskevat kaikkia kohtukuolematilanteissa työskenteleviä ammattilaisia sekä erityisesti sosiaalityöntekijälle sopivia prosessin vaiheita. Vanhempien kunnioittava kohtaaminen, kuolleen lapsen identiteetin tunnustaminen, suruun kuuluvista reaktioista tiedottaminen ja vanhempien tukeminen tapahtuneesta kertomiseksi muille perheen lapsille kuuluvat joiltain osin kaikkien vanhempien kanssa työskentelevien ammattilaisten tehtäviin. Sosiaalityöntekijän tehtäviksi artikkelissa mainitaan vanhempien tukeminen esimerkiksi kuoleman jälkeisistä tutkimuksista tehtävissä päätöksissä ja vaihtoehdoista tiedottaminen, vanhempien edun ajaminen, perheen tukeminen suruprosessin eri vaiheissa sekä perheen selviytymisen seuraaminen heidän kotiuduttuaan. Seurantavaiheessa sosiaalityöntekijän suositellaan olevan yhteydessä perheeseen, kannustavan vanhempia keskinäiseen vuorovaikutukseen sekä ohjaavan vanhempia tarvittaessa vertaistuen piiriin. Mahan ja Schreiner näkevät sosiaalityöntekijällä olevan lisäksi merkittävä rooli uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden kouluttamisessa ja tukemisessa kohtukuoleman kohtaamiseen.

Mary Pauw (1991) on omaan työkokemukseensa pohjautuvassa artikkelissa kuvaillut sosiaalityöntekijän toimintaa kohtukuolematilanteissa 1990-luvun alussa kalifornialaisessa sairaalassa. Pauwin kuvailemat tehtävät ovat paljolti samoja kuin Mahan & Schreinerin (1981) artikkelissa. Lisäksi Pauwin mukaan sosiaalityöntekijän tehtäviin kuuluivat tuolloin

kuolleen lapsen vanhemmille mukaan annettavien muistojen kerääminen (syntymätodistus, valokuvat, infomateriaalit, ym.), kuolleen lapsen valmistelemine ruumishuoneella sekä lapsen esitleminen vanhemmille. Sairaalan sosiaalityöntekijän tehtäviin kuului myös huolehtiminen siitä, että kuollut lapsi tulee asianmukaisesti noudettua ruumishuoneelta. Monista käytännön työtehtävistä huolimatta artikkelissa todetaan sosiaalityöntekijän tärkeimmän tehtävän olevan surevien vanhempien tukeminen heidän kokemassaan traumaattisessa kriisitilanteessa.

Kohtukuoleman käsite, siihen ja suruun liittyvä aiempi tutkimus, sekä terveysosiaalityöhön liittyvä aiempi tutkimus muodostavat osittain tämän tutkielman teoreettisen viitekehysten. Tieto kohtukuoleman ja sen aiheuttaman surun vaikutuksista perheeseen, yhteisöön ja työntekijään, sekä tieto terveysosiaalityön historiasta, nykytilasta, tehtävistä ja toimintatavoista ovat välttämättömiä tämän tutkielman merkityksen ymmärtämiseksi, ai-neiston tulkitsemiseksi ja tulosten hahmottamiseksi.

3 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymys

Tutkielmallani tarkoituksena on saada käsitys siitä, missä rooleissa terveystieteiden tekijät kuvaavat tekevänsä työtä kohtukuolemaperheiden parissa. Haluan selvittää, millaista kohtukuolematilanteissa tehtävä sosiaalityö on lähestymällä sitä juuri tästä roolinäkökulmasta. Kuten aiemmassa luvussa olen todettu, terveystieteiden roolia kohtukuolematilanteissa ei juurikaan ole Suomessa tutkittu. Kansainvälisesti aiheesta on jonkin verran kirjoitettu artikkeleita (ks. esim. Pauw 1991; Mahan & Schreiner 1981).

Tutkielmani tutkimuskysymys on:

Millaisia rooleja terveystieteiden tekijät kuvaavat heillä olevan kohtukuoleman parissa tehtävässä työssä?

Kohtukuolemaa, terveystieteiden työtä sekä rooleja koskeva aiempi tutkimus rakentavat tutkielman teoreettisen viitekehyksen. Aineisto koostuu terveystieteiden tekijöiden teemahaastatteluilta, joita on analysoitu sisällönanalyysin menetelmää hyödyntäen. Teemahaastattelua aineistonkeruumenetelmänä ja sisällönanalyysiä analyysimenetelmänä on avattu luvussa viisi. Tutkielmaa ohjaa konstruktivinen tiedonkäsitys, jota on myös kuvailtu viidennessä luvussa, samoin kuin se, miten tutkimuseettiset näkökulmat on tutkielmassani huomioitu.

Toivon saavuttavani tutkielmalla uutta tietoa kohtukuolematilanteissa tehtävästä työstä, erityisesti sosiaalityöstä. Uusi tieto mahdollistaa toimintatapojen tarkastelemisen ja kehittämisen sekä koko ammattikunnan, organisaatioiden, että yksittäisen sosiaalityöntekijän toimesta.

4 Roolin käsite ja sosiaalityön rooli

Tutkielmani tarkoituksena on tarkastella terveystieteiden rooleja kohtukuolema-tilanteissa. ”Rooli on jossain asemassa olevan henkilön käyttäytymistä aseman mukaisesti. Rooliin kohdistetaan käyttäytymisodotuksia.” (Kalliopuska 2005, 173). Roolin käsite perustuu siis odotuksiin, jotka määrittelevät sen, mikä on kenellekin missäkin tilanteessa sopivaa käyttäytymistä (Sulkunen 2003, 106-107). Sosiaalisissa ryhmissä edellytetään, että yksilöillä on erilaisia rooleja. Ryhmissä tapahtuu erikoistumista sosiaalsiin rooleihin. Sosiaalisessa ryhmässä rooli on kuin sääntö, joka määrää, miten eri tehtäviin joutuneiden tulee käyttäytyä. (Allardt & Littunen 1972, 56; 24.)

Roolin käsite selittää hyväksytyä erilaisuutta yksilön ja yhteisön välisessä vuorovaikutuksessa. Yksilö ei voi päättää ja luoda itsenäisesti rooliaan, vaan rooli syntyy yksilön käyttäytymiseen kohdistetuista odotuksista. Rooli voi olla pienestä pitäen sisäistettävä, kuten sukupuolirooli, tai sen esittämisen myötä sisäistettävä, kuten ammattirooli. Roolin haltijalla voi olla omaan rooliinsa liittyviä odotuksia. Ihmisen käsitys omasta itsestä muodostuu hänen rooliensa perusteella. Rooli voi tunkeutua osaksi persoonaa niin, ettei sen esiintyminen enää liity niihin vuorovaikutustilanteisiin tai siihen fyysiseen ympäristöön, josta rooli on peräisin. Esimerkiksi ammattiroolista voi tulla tällainen rooli. (Sulkunen 2003, 106-108.) Yksilön toimiessa erilaisissa sosiaalisissa ryhmissä hänellä voi olla useita sosiaalisia rooleja (Allardt & Littunen 1972, 24).

Roolin käsitteeseen kytkeytyy monia muitakin käsitteitä, kuten roolikasauma ja roolitasapaino. Yksilön eri roolien luomaa kokonaisuutta, jonka puitteissa ihmisen persoonallisuuskin kehittyy, kutsutaan roolikasautumaksi. Roolikasautuman tekijöiden ollessa keskenään sopusoinnussa voidaan puhua roolitasapainosta. Tasapainon puutetta kuvataan rooliristiriidan käsitteellä. Ne, joiden odotusten mukaan ja joiden kanssa käydyssä vuorovaikutuksessa rooli rakentuu, muodostavat roolikasautuman viiteryhmän. (Sulkunen

2003, 112-114.) Tutkielmani tarkastellessa terveystieteiden rooleista olisikin oikeampaa sanoa tutkittavan terveystieteiden roolikasautumaa. Roolikasautuman ollessa kuitenkin roolin käsitettä vähemmän tunnettu ja käytetty termi, käytän tutkielmassani roolin pääkäsitettä.

Kysymys sosiaalityön ja sosiaalityöntekijän rooleista ei ole uusi. Aihe on herättänyt keskusteluja Suomessa jo 1950-luvulta lähtien. Esimerkiksi 1950- ja 1960-luvuilla epäselvyys sosiaalityön paikasta ja sosiaalityöntekijän roolista on aiheuttanut pohdintoja päivittäin A-klinikkasäätiössä. (Mäki 2006, 15-16.) Sosiaalityön roolia voi tarkastella monista eri näkökulmista. Sosiaalityön roolia voi esimerkiksi tutkia yhteiskunnallisella tasolla tai yksilötasolla tämän elämänkulussa. Käytän tutkielmassa sosiaalityön roolia ja sosiaalityöntekijöiden roolia rinnakkaisina käsitteinä, vaikkakin ne voidaan ymmärtää eri asioita tarkoittavina muissa yhteyksissä.

4.1 Roolin käsite ja rooliteorioita

Roolia voi tarkastella monista eri näkökulmista. Esimerkiksi antropologien keskuudessa roolit nähdään kulttuurin yksikköinä. Roolia voi myös lähestyä käyttäytymistä selittävänä tekijänä, siihen liittyvien odotusten kautta, minän kehittymisen välineenä tai oppimisen prosessina. (Esim. Biddle 1979, IX; Allardt & Littunen 1972, 24-25.) Roolin käsitteen käyttäminen tutkimuksessa myös viittaa tietynlaiseen tapaan tulkita tutkimansa alan ilmiöitä ja ihmisten välisten suhteiden rakentumista. Roolin käsitettä käyttäessään tutkijan tulisi tiedostaa sitoutuvansa siihen liittyvään teoreettiseen taustaan ja tapaan tarkastella maailmaa. Roolin käsite on yhteiskuntatieteellisessä tutkimuksessa paljon käytetty ja sille on rakentunut yleisesti hyväksytty määritelmä näissä piireissä. (Ks. Vaininen 2011, 43.) Roolin ollessa kuitenkin moniulotteinen käsite sitä voi tarkastella tieteenalan sisälläkin monista eri lähtökohdista ja näkökulmista, joita on esitelty alla.

Yksi tunnetuimmista rooleihin liittyvistä tutkimuksista lienee Philip Zimbardon johtama tutkimus, joka toi esille, kuinka helposti ihminen omaksuu tietyn roolin tilanteen sen salissa. Zimbardo palkkasi emotionaalisesti tasapainoisiksi todettuja nuoria esittämään vankeja ja vanginvartijoita tutkimusta varten rakennettuun vankilamaiseen ympäristöön. Tutkimus jouduttiin keskeyttämään viiden vuorokauden kuluttua vanginvartijoita esittävien nuorten sorruttua väärinkäytöksiin ja vankeja esittävien masennuttua ja saatua traumaattisia oireita. Zimbardon tutkimuksen valossa näyttää siltä, että tiedostamattomat tekijät vaikuttavat käyttäytymiseemme. (Burr 2004, 63-64; 66.)

Roolit näyttävät syntyvän yksilön eletyn elämän eri vaiheiden tuloksena. Esimerkiksi oman lapsen syntymä tekee ihmiselle mahdolliseksi vanhemman roolin. Ihmiselämässä tulee eteen lukemattomia tilanteita, jotka mahdollistavat uusien roolien saavuttamisen tai omaksumisen. Roolirepertuaarin kertyminen voidaan nähdä elämänmittaisena projektina. (Puroila 2002, 43-44.) Aina roolin saavuttaminen ei ole yksilön halusta tai toiminnasta kiinni. On myös tilanteita, joissa ylempi taho tai yhteiskunta säätelee, kenellä on oikeus johonkin rooliin. (Esim. Goffman 1974, 270-271.)

Roolin, minän ja persoonan käsitteet kytkeytyvät sosiologi Erwing Goffmanin tuotannossa yhteen. Goffman näkee roolien olevan minän toinen osa, "näyttämöminä". Lisäksi minuus koostuu persoonasta, eli subjektista, yksilöstä tai esittäjästä. (Puroila 2002, 42; Goffman 1974, 269.) Minän ja roolin erottaminen toisistaan estäisi meitä saamasta aitoa käsitystä itsestämme. (Burr 2004, 69-70.) Vuorovaikutustilanteessa läsnä on sekä ihmisen persoona että hänen esittämänsä rooli, eikä näitä voi koskaan täysin erottaa toisistaan. Minuus, eli persoonan ja roolin luoma kokonaisuus, vaikuttaa tilanteeseen ja toisin päin. (Goffman 1974, 269.) Minän erottaminen persoonaan ja rooliin voidaan nähdä olevan Goffmanin kannanotto sen puolesta, mikä arkiajattelulle on tuttua, että persoona on tavallaan roolin takana, ja se on todellisempi osa minuutta. Persoonan ja roolin kokonaisuutta, eli minää, Goffman kutsuu myös persoonalliseksi identiteetiksi. (Puroila 2002, 42–43.) Yksi tapa käsitellä rooleja on kyseenalaistaa se, onko sosiaalisessa elämässämme oikeastaan kyse muusta kuin roolien esittämisestä. Sosiologi Erving Goffman näki kaiken

sosiaalisen toimintamme roolien esittämisenä. (Allardt & Littunen 1972, 54; 21.)

Peter L. Bergerin ja Thomas Luckmanin (1966) esittävät näkemyksen, jonka mukaan rooli on vuorovaikutuksessa tapahtuvaa käsitteellistä tyypittelyä, joka irtaantuessaan käytännön toiminnasta vakiintuu, jolloin siihen alkaa liittyä vakiintuneita odotuksia. Tämän näkemyksen mukaan roolin vakiinnuttua se on siis olemassa jo ennen toimintaa, ja toimija vain astuu roolin sisään tietyissä tilanteissa. Ihmisellä on sosiaalisessa tiedossaan roolisuoritusten malleja rooleista, joita hän potentiaalisesti voisi esittää. Tieto näitä roolisuoritusten malleista on osa yhteistä tietovarantoa. (Emt., 86-88.) Yhteisen merkitysjärjestelmän ja yhteisen tietovarannon avulla ihmisellä on vuorovaikutukseen tarvittavaa tietoa siitä, mitä eri sanat ja teot merkitsevät muille sekä mahdollisuus ennustaa, millaisen reaktion saa toiminnallaan aikaan vastapuolella. Rooli jopa edellyttää, että siinä toimiva näkee itsensä ja toimintansa muiden silmin, sillä roolin suorittajan tulee tiedostaa häneen kohdistuvat odotukset sekä sen, miten oma rooli sovitetaan muiden tilanteissa olevien roolien kanssa yhteen. (Burr 2004, 75-76.)

Roolin voidaan siis nähdä olevan olemassa vuorovaikutustilanteen alkaessa, ja ainoastaan joko muokkautuvan sen mukaisesti tai syntyvän tilanteessa. Tilanteen vaikutuksista roolisuoritukseen vaikuttaisi kuitenkin olevan laaja yksimielisyys. Burr (2004, 76) näkee roolin käsitteen jopa kuvaavan sosiaalisia tilanteita suhteessa muihin ihmisiin. Roolin tilannesidonnaisuuteen sitoutuu myös Malcolm Payne (2001, 3). Yksilö yksin ei voi luoda roolia, vaan siihen vaaditaan muita ihmisiä, tilanne ja sosiaalinen järjestelmä, joka kontrolloi ja ohjaa, miten yksilön tulee roolissa toimia (emt, 3).

Rooleja voi jaotella monin eri tavoin. Yksi tapa on jakaa roolit tilannerooleihin, asemarooleihin ja statusrooleihin. Tilanneroolit ovat tilapäisiä ja liittyvät arkisiin tapahtumiin. Tilannerooleissa toimimme sen mukaan, miten haluamme määritellä itsemme ja kuinka toimomme muiden määrittelevän itsemme. Asemaroolit rakentuvat asemiin kohdistuvista odotuksista. Esimerkiksi ammattiroolit ovat asemarooleja. Statusroolit ovat pysyviä, eikä

niihin voi helposti vaikuttaa. Esimerkiksi sukupuoli ja ikäluokka ovat statusrooleja. Muutokset statusrooleissa vaativat yleensä syviä muutoksia yhteiskunnallisella tasolla. (Sulkunen 2003, 110-111.)

Toinen tapaa jakaa rooleja on puhua saaduista ja hankituista rooleista. Erottelutavan takana on sosiologi Ralph Linton. Esimerkiksi statusroolit ovat saatuja rooleja, kun taas asemarooleja voidaan pitää hankittuina rooleina. Saadun ja hankitun roolin käsitteet liittyvät sosiaalisen liikkuvuuden tutkimukseen. Yhteiskunnassa, jossa roolit ja yhteiskunnallisen asema periytyvät suvuittain ja liikkuminen sosiaalisesta asemasta ja roolista toiseen on lähes mahdotonta, on olematon liikkuvuus yhteiskunnan tasolla. Jos taas korkeat yhteiskunnalliset asemat perustuvat suorituksiin eli hankittuihin rooleihin, yhteiskunnan sosiaalista liikkuvuutta voidaan pitää hyvänä. (Sulkunen 2003, 111.) Linton on väittänyt, että yhteiskunnan nopeat muutokset murtavat aiemmilta sukupolvilta perityn roolijärjestelmän, mikä aiheuttaa epävarmuutta ja turhautumista vuorovaikutustilanteissa (Burr 2004, 68).

Yksi mahdollinen tapa jaotella rooleja on Bruce Biddlen (1979, 63-72) tapa. Biddle jakaa roolit ihmislajeihin liittyviin rooleihin (species-wide roles), henkilöön liittyviin rooleihin (person-associated roles), kontekstisidonnaisiin rooleihin (contextual roles) sekä toimintarooliin (functional roles). Lajiin liittyvät roolit ovat osa biologista perimäämme ja liittyvät perustarpeisiimme sekä fyysisiin ominaisuuksiimme. Henkilöön liittyvät roolit voivat olla makrotason, eli koko yhteisöön liittyviä, tai mikrotason, eli yksilöön liittyviä, rooleja. Makrotason roolit ovat kulttuurillisia tuotteita, mikrotason roolit taas voidaan nähdä yksilöllisenä vaihteluna yhteisöön kuuluvien yksilöiden toiminnassa. Kontekstisidonnaiset roolit liittyvät tiettyyn tilanteeseen; vuorokaudenaikaan, tapahtumaan, tilaan. Toimintaroolit kuvastavat muun muassa sitä, mihin toiminnalla pyritään.

Tieto aiemmasta rooleja käsittelevästä tutkimuksesta, ja rooleja koskevista teorioista luo pohjan tässä tutkielmassa käsitellylle kysymykselle sosiaalityöntekijöiden rooleista kotikuolematilanteissa. Aiempi tieto auttaa jäsentämään sitä, mitä roolin käsitteellä voidaan

tarkoittaa, ja millaisia merkityksiä rooleille voidaan antaa esimerkiksi tutkielmaa varten haastateltujen, tutkijan, tai tutkimuksen lukijan toimesta. Tässä tutkielmassa ei pyritä etsimään uutta rooliteoriaa tai ratkaisemaan sitä, mikä merkitys rooleilla sosiaalityön arjessa on, vaan luomaan käsitys sosiaalityöntekijöiden kuvailemista rooleista kohtukuolematilanteissa. Tutkimuskysymyksen luonteen vuoksi on erityisen tärkeää tuntea roolin käsitteeseen liittyvä aiempi tutkimus ja siihen kytkeytyvät käsitykset roolien merkityksestä ihmisten toiminnassa, sillä ne luovat pohjan sosiaalityöntekijöiden kuvausten sekä valmiiden tulosten tulkitsemiselle.

4.2 Sosiaalityöntekijöiden roolien aiempi tutkimus

Sosiaalityön osalta roolia voidaan tarkastella muun muassa institutionaalisen sosiaalityön kautta tai sosiaalityöntekijöiden tehtävien, toiminnan tai näkemysten kautta. Useissa tutkimuksissa (Ks. Mahan 1981; Davis & Milosevic & Baldry & Walsh 2005; Nehami & Hani & Yishay & Malka 2016) roolin käsite rinnastetaan työtehtävän käsitteeseen. Tässä tutkielmassa on tarkoitus tarkastella rooleja termin teoreettisessa merkityksessä.

Sosiaalityön pitkään menetelmällisiin tekijöihin keskittynyt keskustelu alkoi saada uusia näkökulmia Suomessa 1970-luvulla kansainvälisen keskustelun myötä. Sosiaalityöntekijän keskeisiksi rooleiksi nostettiin tuolloin välittäjän, tasapainottajan, yhteen sovittajan ja yhdistäjän roolit. Muutokseen ja kehittämiseen tähtäävä vaikuttamistoiminta alkoi tuolloin vakiintua yhdeksi sosiaalityöntekijöiden työmuodoksi asiakastyön rinnalle. Sosiaalityön rooli ja tehtävä selkiintyivät sosiaalihuoltolain uudistuttua 1980-luvulla, jolloin sosiaalityön tehtävä muotoiltiin lakiin. 1990-luvun alussa tehdyn kyselyn perusteella sosiaalityöntekijät kokivat ongelmien lievittäjän roolin keskeisimpänä sosiaalityöntekijän roolina. (Kemppainen & Koskinen & Pohjola & Urponen 1998, 71-74; 83.)

Malcolm Paynen (2001, 4) mukaan sosiaalityön roolia määriteltäessä sitä tulee tarkastella palvelujärjestelmän, professionaalisuuden, tiedon ja sosiaalisen toiminnan näkökulmista.

Sosiaalityön roolin määrittelemisen vaatii lisäksi kulttuurisen, historiallisen ja sosiaalisen ympäristön huomioimista ja ymmärtämistä, sillä sosiaalityön sisältö voi olla eri maissa hyvin erilaista. Sosiaalityön roolista keskusteleminen vaatii Paynen (2001, 3) mukaan sosiaalityön käytännön kuvailemista ja sen paikan määrittelemistä suhteessa muihin professioihin ja palveluihin. Sosiaalityön roolin määrittelemisen on haastavaa; toisaalta sen kontekstisidonnaisuus ja muuttuva luonne sekä ulkopuolisten tekijöiden vaikutus siihen tekevät siitä vaikea määriteltävän, ja näiden sivuuttaminen ei ole mahdollista. Kuitenkin sosiaalityön roolin ja paikan määrittelemisen on tärkeää, jotta sen merkitystä ja asemaa voidaan perustella ja puolustaa. (Emt., 5.) Juhila (2006, 12) huomauttaa sosiaalityön olevan yhteiskunnallinen instituutio, minkä vuoksi se ei voi yksin päättää rooleistaan ja tehtävistään. Sosiaalityön on toimittava ajassa, kontekstisidonnaisesti ja sille annettujen ohjeiden raameissa.

Sosiaalityön kentällä roolia voidaan myös tarkastella työntekijän näkökulmasta. 2000-luvun alkupuolella sosiaalityön tutkimuksessa kiinnitettiin uudestaan huomiota sosiaalityöntekijöiden rooleihin ja tehtäviin suhteessa muihin ammattikuntiin ja toimijoihin, mikä oli suosittua aiemmin 1960-luvulla (Vaininen 2011). Roolia ei kuitenkaan Satu Vainisen (2011) mukaan 2000-luvun tutkimuksissa enää mielletä voimakkaasti sosiologisiin rooliteorioihin liittyväksi, vaan se nähdään enemmän vuorovaikutuksellisen rakennelmana. Esimerkiksi Kirsi Juhila (2006, 11) kirjoittaa: ”Sosiaalityön sisältö määrittyy sen mukaan, miten nämä osapuolet (sosiaalityöntekijä ja asiakas) kohtaavat toisensa ja millaisiksi heidän roolinsa toisiinsa näissä kohtaamisissa muotoutuvat.” Lauseessa korostuvat kohtaamisen, tilannesidonnaisuuden ja vuorovaikutuksen merkitykset roolien rakentumisessa.

Sosiaalityöntekijöiden rooli on perinteisesti nähty voimakkaasti taloudelliseen avustamiseen ja lainsäädännön byrokratiaan liittyvänä työnä. Sosiaalityöntekijöiden rooli on moniammatillisissa konteksteissa nähty kapea-alaisesti ja epäselvänä. (Vaininen 2011, 11; 17.) Asquithin, Clarkin ja Waterhousen (2005) tekemän kirjallisuuskatsauksen mukaan 2000-luvulla sosiaalityöntekijöillä nähtiin olevan kuusi pääasiallista roolia, joilla on erilai-

sia merkityksiä eri tilanteissa ja uran eri vaiheissa, ja jotka saattavat olla keskenään ristiriitaisiakin. Nämä pääasialliset roolit olivat: Neuvonantaja (Counsellor), asianajaja (Advocate), rinnallakulkija (Partner), tarpeiden arvioija (Assessor of need), palveluiden koordinoija (Care manager) ja kontrollin toteuttaja (Agent of social control). Asquithin, Clarkin ja Waterhousen mukaan väestöpohjan muutoksien, köyhyyden ja osattomuuden lisääntymisen, monikulttuurisuuden kasvun ja teknologisten ratkaisujen lisääntymisen sosiaalialalla arvioitiin aiheuttavan eniten muutoksia sosiaalityöntekijöiden roolissa. Kokonaisuudessaan sosiaalityöntekijöiden roolien nähtiin selkiytyvän sitten, kun sosiaalityö kykenee vahvistamaan asemaansa professiona. (Asquith, Clark & Waterhouse 2005, 2; 18-19; 25-26; 39.)

Kirsi Juhila (2006) tarkastelee sosiaalityöntekijän rooleja työntekijän ja asiakkaan kohtaamisen sekä heidän välisen suhteen kautta. Juhila erottelee neljä suhdetyyppiä, joihin sisältyy tietyntilaisia sosiaalityön rooleja: Liittämisen- ja kontrollisuhteen, jossa sosiaalityöntekijän roolina on pyrkiä edistämään asiakkaan liittymistä valtakulttuuriin sekä kontrolloida niitä, joiden kohdalla liittäminen ei onnistu. Kumppanuussuhteessa sosiaalityöntekijän rooli on toimia asiakkaan kumppanina työskentelemällä yhdessä asiakkaan kanssa kohti yhdessä asetettuja tavoitteita. Huolenpitosuhteessa työntekijän rooli on toimia huolenpitäjänä auttamalla ja tukemalla huolenpitoa tarvitsevia asiakkaita. Lisäksi Juhila erottaa vuorovaikutuksessa rakentuvan suhteen, jossa sosiaalityöntekijän rooli vaihtelee voiden sisältää elementtejä kaikista edellä mainituista suhteista.

Satu Vaininen (2011) on tarkastellut sosiaalitoimen sosiaalityöntekijöiden toimintarooleja ammatti-identiteetin määrittäjinä. Vaininen (2011, 245-251) näkee sosiaalityöntekijän roolin näiden eri ympäristöissä ja tilanteissa eri tavalla painottuvien identiteettityyppien kokoelmana. Vaininen on jakanut sosiaalityöntekijän ammatti-identiteetin kuuteen alaidentiteetti-tiluokkaan, joissa erilaiset toimintaroolit ohjaavat työntekijää: Perhe- ja asiakasneuvojan identiteetti sisältää sosiaalisen vuorovaikutuksen mobilisoijan ja palvelujärjes-

telmän asiantuntijan toimintaroolit. Hyvinvoinnin katalysaattorin identiteettiin kuuluu kokonaisvaltaisen elämäntilanteen kartoittajan ja koordinaattorin toimintaroolit. Sosiaalisen resurssioijan identiteetti sisältää sosiaalisen näkökulman esille tuojan toimintaroolin. Eri-tyisasiantuntijan identiteettiin kuuluu palvelujärjestelmän asiantuntijan toimintarooli. Sosiaalisen kriisityön identiteetti on kontrolloijan ja asianajajan toimintaroleissa sekä tilanteen mukaan elämäntilanteen kartoittajan, palvelujärjestelmän asiantuntijan, tukijan ja motivoijan toimintaroleissa toimimista. Kehittäjän identiteettiin taas sisältyy palvelujärjestelmän asiantuntijan, asiakastyöntekijän, prosessien ohjaajan, työmenetelmien ankkuroijan, kouluttajan ja kartoittajan toimintaroolit.

Terveystieteiden sosiaalityön rooli herättää säännöllisesti keskustelua ja pohdintoja niin Suomessa kuin kansainvälisesti (Esim. Niemelä 1985; Korkealaakso 2006; Vaininen 2011; Craig & Muskat 2013). Jo 1980-luvulla on todettu sosiaalityön roolissa olevan kehitettävää. (Niemelä 1985, 153-155.) Rebecca Juddin ja Sherry Sheffieldin (2010) Yhdysvalloissa tekemän tutkimuksen mukaan terveystieteiden sosiaalityöntekijöiden keskeisin rooli liittyy potilaiden kotiutumisten suunnitteluun. Israelissa terveystieteiden sosiaalityöntekijöiden rooleja tutkineiden Nehamin, Hanin, Yishayn ja Malkan (2016) mukaan terveystieteiden sosiaalityöntekijät ovat tietoisia maan terveystietojärjestelmässä esiintyvistä eriarvoisuuksista ja kokevat tehtäväkseen tämän vähentämisen ja heikko-osaisten etujen ajamisen. Kaikki tutkimukseen osallistuneet 60 sosiaalityöntekijää kokivat eriarvoisuuden vähentämisen olevan merkittävä osa terveystieteiden sosiaalityöntekijän roolia.

Shelley Craig:n ja Barbara Muskat:n (2013, 10-13) kanadalaisia terveystieteiden sosiaalityöntekijöitä koskevan tutkimuksen mukaan sosiaalityöntekijät kuvasivat heillä olevan seitsemän pääasiallista roolia:

- Järjestyksenvalvoja (Bouncer): Sosiaalityöntekijät kokivat, että heitä käytettiin järjestyksenvalvojan tapaan vaikeiden päätösten kertomisessa tai käytösongelmaisten potilaiden kanssa asioidessa rauhoittamaan tilannetta.
- Talonmies (Janitor): Sosiaalityöntekijät raportoivat heiltä odotettavan sellaisten tehtävien hoitamista, jotka eivät varsinaisesti ole kenellekään nimettyjä.

- Yhdistäjä (Glue): Haastateltavat kuvailivat sosiaalityöntekijän olevan usein eri osapuolia, kuten potilasta, omaisia, hoitavaa tiimiä, muita palveluntarjoajia sekä hoitosuunnitelmaa yhdistävä henkilö. Sosiaalityön tehtäviin nähtiin muiden ammattilaisten tukeminen yhtäläillä kuin potilaiden tukeminen.
- Välittäjä (Broker): Sosiaalityöntekijät arvioivat heillä olevan tärkeä rooli tiedon ja toimien välittäjänä potilaiden ja läheisten sekä palvelujärjestelmän välillä.
- Palomies (Firefighter): Sosiaalityöntekijät kertoivat kohtaavansa työssään usein välittömiä toimia vaativia tilanteita sekä kriisitilanteita, jotka on priorisoitava muiden töiden edelle.
- Jonglööri (Juggler): Sosiaalityöntekijät kokivat työnsä vaativan eri rooleilla ”jonglaamista” hoidettavien tapausten ollessa usein moninaisia. Sosiaalityöntekijät kokivat, että sairaalaympäristö vaatii ja odottaa heiltä kykyä vaihtaa nopeasti ja saumattomasti roolista toiseen.
- Haastaja (Challenger): Sosiaalityöntekijät kertoivat päätyvänsä usein toimimaan potilaiden asianajajina heitä hoitavissa tiimeissä ja laajemmin heidän yhteisöissään. Sosiaalityöntekijät kokivat roolin itselleen tärkeäksi ja haastoivat sairaalaympäristölle ominaista sairauskeskeistä ajatustapaa, jotta potilaiden kokonaistilanne tulisi hoidon yhteydessä huomioitua.

Suomessa terveystieteiden sosiaalityöntekijöiden rooleja on tarkasteltu jonkin verran sosiaalityön pro gradu -tutkielmissa lähivuosina. Anne Saranpää (2014, 59-61) raportoi tutkielmassaan sosiaalityöntekijöiden havaitsemasta yhteiskunnallisesta muutoksesta, jonka seurauksena potilaiden sosiaaliset tukiverkostot ovat aiempaa harvempia ja terveystieteiden sosiaalityöntekijälle lankeaa yhä useammin tehtäviä, jotka ennen olivat lähiverkoston hoidettavina. Terveystieteiden sosiaalityöntekijöillä on yhä suurempi rooli asiakkaan sairastumisen prosessissa niin sosiaaliturvan asiantuntijana kuin sosiaalisen tuen tarjoajana. Rauni Korkealaakso (2006) taas tarkasteli lääkäreiden käsityksiä terveystieteiden sosiaalityöntekijöiden rooleista. Sosiaalityöntekijän roolin selvydestä oli tutkimukseen osallistuneilla erilaisia näkemyksiä. Toisaalta omaan erityisosaamiseen keskittymisen nähtiin selkiyttävän sosiaalityön roolia, osa kuitenkin koki sosiaalityöntekijän olevan ulkopuolinen muusta tiimistä, mikä

kavensi käsityksiä sosiaalityöntekijän rooleista.

Keskustelu terveysosiaalityön asemasta ja roolista niin terveydenhuollossa kuin laajemmin koko palvelujärjestelmässä on tutkielman tekohetkellä erityisen ajankohtaista, kun suunnitteilla on sote- ja maakuntauudistus ja käynnissä päivystysasetuksen päivittäminen. Terveysosiaalityöntekijät ry on nostanut Sosiaali- ja terveysministeriölle lähettämässä lausunnossa esiin terveysosiaalityön roolia osana kokonaisvaltaista terveydenhuoltoa ja hoitoa (Terveysosiaalityöntekijät ry 2016).

5 Tutkimuksen toteuttaminen

Tarkoitukseni on saada käsitys terveystieteiden rooleista heidän tehdessään työtä kohtukuoleman parissa. Aineisto koostuu terveystieteiden teema-haastatteluista. Aineistoon sisältyy seitsemän terveystieteilijän haastattelut. Käsitteellisen haastattelun yksilöllisinä kuvauksina haastateltavan omasta työstä eli asiantuntijakertomuksina kokemuksen kautta saavutetusta tiedosta. Viittaan kertomuksen käsitteellä näihin kuvauksiin.

Tutkimukselle sopivin menetelmä tulisi päättää tutkittavan ilmiön pohjalta. Valittu tutkimusmenetelmä voi olla laadullinen (kvalitatiivinen) tai määrällinen (kvantitatiivinen). (Eskola & Suoranta 2008, 13-14.) Suunnitelmana ollessa tutkia terveystieteiden kertomuksia rooleistaan kvalitatiivisen aineiston avulla laadullinen tutkimus tuntui parhaalta vaihtoehdolta. Laadullisen analyysin vaiheet voidaan jakaa Pertti Alasuutarin (2011, 38-44) mukaan havaintojen pelkistämisen ja arvoituksen ratkaisemisen vaiheisiin. Käytännössä nämä vaiheet kulkevat rinnakkain. Havaintojen pelkistäminen rakentuu mukaan aineiston tarkastelemisesta valitusta näkökulmasta sekä havaintojen yhdistämisestä havaintomäärän karsimiseksi. Arvoitusten ratkaisemisella tarkoitetaan tulosten tulkitsemista.

Tutkimussuunnitelmani on tarkentunut tutkimusprosessin edetessä, kuten laadulliselle tutkimukselle on ominaista ja jopa suositeltavaa (Esim. Eskola & Suoranta 2008, 15). Esimerkiksi alkuperäinen ajatus aineistolähtöisestä analyysistä ei tuntunut enää parhaalle mahdolliselle tavalle tutustuttuani aiheesta olemassa olevaan tutkimukseen. Rooleista on olemassa paljon tutkimusta, ja sosiaalityön roolejakin on tutkittu jonkin verran. Näiden teorioiden hyödyntäminen alkoi tuntumaan tutkielman kannalta hyvälle vaihtoehdolle työn edetessä. Laadullisen tutkimuksen tekeminen vaatii joustavuutta ja kykyä muovata prosessia eteen tulleiden seikkojen mukaisesti. (Hirsjärvi ym. 2009, 164.) Tutkiel-

massani tarkastelen aineistoa monitahoisesti teoreettisen viitekehyksen läpi uusien seikkojen toivossa. Aineiston tulee antaa kertoa siitä, mikä tutkimuksessa ilmiössä on tärkeää. Tarkoitukseni ei ole teorian koetteleminen, vaan sen hyödyntäminen aineiston tarkastelemisessa. (Ks. Hirsjärvi ym. 2009, 164.)

Tässä luvussa esittelen tarkemmin tutkielman aineiston ja aineistonhankintaprosessin sekä analyysimenetelmänä käyttämäni teoriaohjaavan sisällönanalyysin. Aineiston ollessa kerronallinen aineisto, ja tutkielman nojatessa konstruktiviseen tiedonkäsitykseen, nämä on esitelty tässä luvussa tarkemmin. Lopussa käsittelem kootusti tutkielmaani liittyviä tutkimuseettisiä kysymyksiä.

5.1 Aineisto ja aineiston hankinta

Tutkielman aineisto koostuu seitsemän terveyssozialityöntekijän haastatteluista koskien kohtukuoleman parissa tehtävää terveyssozialityötä. Laadullinen tutkimus suosii ihmistä tiedon tuottajana. (Esim. Hirsjärvi ym. 2009, 164.) Nauhoitettua aineistoa karttui kokonaisuudessaan noin 5 tuntia 45 minuuttia. Haastattelut kestivät 40 minuutista 1 tuntiin 15 minuuttiin. Litteroitua aineistoa kertyi yhteensä 73 sivua (A4). Haastateltavat työskentelevät tai ovat työskennelleet suomalaisissa sairaaloissa synnytysyksiköissä. Synnytysyksikössä tai sosiaalityöntekijänä työskentelemiselle ei asetettu vähimmäisvaatimuksia. Ainoa vaatimus oli, että synnytysyksikössä työskentelemisestä on haastatteluhetkellä kulu-
nut alle kolme vuotta.

Tutkielmassa aineisto on kerätty alansa ammattilaisilta eli terveyssozialityöntekijöiltä. Professionaalinen osaaminen on monisyisen, jaetun ja keskustellun prosessin tuote. Professionaalinen kehittyminen vaatii kokemusta ja tekemänsä tarkastelemista, analysoimista, reflektoimista ja käsittelemistä. Sosiaalityön tieto tulisikin nähdä prosessina, ei niinkään oppimisen lopputuloksena. (Jones & Joss 1995, 27.) Sosiaalityölle merkitykselliset

tiedon lajeiksi voidaan nähdä teoreettinen tieto, empiirinen tieto, menettelytapatieto, henkilökohtainen tieto ja käytännön viisaus (Drury-Hudson 1999, 149). Tutkielmassa tavoitellaan ammattilaisilla olevaa näiden tietolajien muodostamaa kokonaisuutta.

Oman työn sisällöistä kertominen voidaan nähdä oman työn refleктоimisena ja osallistumisena keskusteluun sosiaalityöstä. Reflektiolla tarkoitetaan oman toiminnan kriittistä tarkastelemista ja arvioimista. Sosiaalityön ammatillinen edistyminen vaatii työkäytäntöjen tietoista refleктоimista ja niistä saatujen kokemusten käsitteellistämistä. (Raunio 2009, 155.) Reflektiivisessä asiantuntijuudessa yhdistyvät teoretieto, käytännön toiminta sekä työn ja yhteiskunnallisten rakenteiden tiedostaminen (Payne 2005, 32–33). Terveyssozialityöntekijöillä on tutkittavasta aiheesta ainutlaatuista tietoa, jonka he ovat saavuttaneet tekemällä asiantuntijatyötä ilmiön parissa. Tämän vuoksi on perusteltua käyttää ammatillaisia tiedontuottajina tässä tutkielmassa.

Alkuperäinen suunnitelmani oli kerätä kirjoitelmapyyntöjen avulla terveyssozialityöntekijöiden kuvauksia omasta työstään. Tutkielman ohjaajan kanssa pidimme mahdollisena, ettei kirjoitelmia onnistuta kasaamaan riittävää määrää, minkä vuoksi kirjoitelmapyyntöön sisällytettiin kohta, jonka mukaan kirjoittaja sai ilmaista kiinnostuksena osallistua aihetta käsittelevään mahdolliseen lisähaastatteluun yhteystietonsa luovuttamalla. Nämä tiedot osoittautuvat pian tarpeellisiksi, kun kirjoitelmien määrä jäi huomattavasti odotettua pienemmäksi. Kirjoitelmapyyntöä levittäessäni kävikin ilmi, että ammattilaiset toivoivat enemmän mahdollisuutta kertoa työstään haastattelun kuin kirjoitelman kautta. Tiedontuottajat toivat tämän minulle selkeästi ilmi, minkä vuoksi tein päätöksen koota aineistoani kirjoitelmien sijaan haastattelujen avulla.

Aineisto on pääosin hankittu eri kanavien kautta sosiaalityöntekijöille lähetetyllä haastattelupyyntöllä (Liite 1). Kolme haastateltavaa tavoitin alkuperäisen, Terveyssozialityöntekijä ry:n hallinnoimalle Swhealth-sähköpostilistalle lähettämäni sekä Talentia-lehdessä julkaistun kirjoitelmapyyntöni kautta. Swhealth-listalle voivat liittyä kaikki terveyssozialityöstä kiinnostuneet henkilöt. Talentia-lehti on ammattijärjestö Talentia ry:n julkaisu, joka

lähetetään kaikille ammattijärjestön jäsenille postitse.

Haastattelupyynnöä levitin eteenpäin Terveyssoseaalityöntekijä ry:n hallinnoiman Swhealth-sähköpostilistan lisäksi sosiaalisessa mediassa soseaalityöntekijöitä tavoittavien kanavoiden kautta. Näitä kanavia olivat Soseaalityön uraverkosto –ryhmä Facebookissa, Soseaalityön uraverkosto –ryhmä Twitterissä sekä oma henkilökohtainen profiilini Twitterissä. Sosiaalisessa mediassa levittämäni pyyntö oli videoitu versio, jolla kerroin liitteenä olevassa pyynnössä olevat asiat videolla. Soseaalityön uraverkosto on ryhmä, jossa tarkoituksena on keskustella soseaalityön ajankohtaisista aiheista, ajaa soseaalityön ja soseaalityöntekijöiden etua sekä edistää soseaalityön julkisuuskuvaa. Facebookissa ryhmä tavoittaa yli 1700 soseaalityöntekijää tai soseaalityön maisterivaiheen opiskelijaa, Twitterissa levitetyn haastattelupyynnön tavoitettujen soseaalityöntekijöiden määrää on vaikea arvioida. Haastattelupyynnössä pyydettiin yhteydenottoja tutkijaan 31.12.2016 mennessä.

Haastattelupyynnön johdosta sain kymmenen yhteydenottoa, joista seitsemän johtivat toteutuneeseen haastatteluun. Haastattelut toteutettiin pääosin haastateltavien valitsemilla paikkakunnilla haastattelutilanteeseen sopivissa tiloissa, kuten kirjastojen tutkijahuoneissa tai haastateltavien omissa työhuoneissa. Haastateltaessa on merkityksellistä pohdita tarkoin sopivaa haastattelupaikkaa. Paikan tulee mahdollistaa häiriötön keskusteleminen. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 73-74.) Yksi haastattelu toteutui puhelimitse pitkän välimatkan ja haastateltavan elämäntilanteen vuoksi. Pyysin haastateltavilta kirjallisen luvan haastattelujen nauhoittamiseen ja toin heille esille heidän oikeutensa keskeyttää haastattelu missä tahansa vaiheessa tai kieltäytyä vastaamasta kysymykseen. Haastateltaville on kerrottu suullisesti ja kirjallisesti, miten nauhoitettua aineistoa käsitellään. (Esim. Oliver 2004, 45.)

Haastatteluihin osallistui terveystsoseaalityöntekijöitä Etelä-, Keski- ja Itä-Suomesta. Haastateltavien työpaikkaa, sukupuolta, virkaikää tai muita tunnistetietoja ei järjestelmällisesti haastattelussa käyty läpi tai kysytty. Anonymiteetin säilymiseksi on olennaista, ettei

haastateltavista tule ilmi tunnistetietoja, sillä kohderyhmään kuuluvia terveystieteiden tekijöitä on pääosin vain yksi sairaalaan tai sairaanhoitopiiriä kohden. Suurin osa haastatelluista oli haastatteluhetkellä työssä sairaalassa ja vastasi kohtukuolematilanteita hoitavan yksikön sosiaalityöstä. Kaksi haastateltavaa ei ollut haastatteluhetkellä terveystieteiden aalityössä.

Osa terveystieteiden tekijöistä osallistui haastatteluun työaikansa ulkopuolella ja osa esimiehensä luvalla työajallaan. Osallistuminen työtä koskevaan haastatteluun vapaaajalla osoittautui kysymykseksi, jota useampi haastateltava halusi pohtia rauhassa ja josta vaihdoin usean haastattelusta kiinnostuneen kanssa ajatuksia. Yksi vaihtoehto olisi ollut hakea tutkimuslupa yhdeltä tai muutamalta sairaanhoitopiiriltä, ja haastatella luvan turvin valittujen organisaatioiden tekijöitä. Tämä olisi kuitenkin sulkenut monia terveystieteiden tekijöitä pois tutkimuksen piiristä, eikä olisi palvellut tutkimuksen tarkoitusta, käsityksen saamista Suomessa tehtävästä terveystieteiden aalityöstä kohtukuolematilanteissa. Tutkimusluvan hakeminen kaikista Suomen sairaanhoitopiireistä ei olisi ollut mahdollista lupaprosessien ollessa aikaavieviä ja erilaisia eri organisaatioissa.

Sosiaalialalla on tyypillistä, että sitä, mitä ja miten kertoo työstään, pohditaan tarkkaan. Sosiaalityön sisältäessä paljon salassa pidettäviä asioita ja ollessa arkaluontoisten asioiden parissa toimimista, työstä puhumista tuleekin arvioida tarkasti (ks. Talentia 2013, 25-26). Haastatteluun osallistumisesta kiinnostuneiden parissa työstä kertominen vapaaajalla herätti näitä tuttuja pohdintoja siitä, onko tämä sallittua ilman työnantajan antamaa virallista lupaa. Toisaalta tutkimustoimintaan osallistuminen voidaan nähdä yhtenä rakenteellisen sosiaalityön muotona ja oman työn kehittämisen työkaluna, joita sosiaalityöntekijän tulisi voida tehdä työaikansa puitteissa.

Sosiaalityö on monisyistä, osittain vaikeasti selitettävissä olevaa työtä. Oman työn sanallistamisen vaatii keskittymistä, aikaa prosessoida ja ajatustyötä. Tämän vuoksi menin haastattelutilanteisiin aina kiireettömänä ja pyrin luomaan tilanteeseen kiireettömyyden ja luottamuksellisuuden ilmapiirin. Yksi vaihtoehto tutkielmani aiheen tutkimiseksi olisi ollut

tilanteiden seuraaminen sairaaloissa. Kohtukuolemaperheiden kohtaamisten ollessa oman kokemukseni perusteella arkoja tilanteita ja niiden vaatiessa aivan erityistä ilmapii-riä ja ammatillista sensitiivisyyttä, aineiston kerääminen kenttätutkimuksella ei kuitenkaan tuntunut mahdolliselle.

Haastatteluhetkellä (syksy 2016 - alkuvuosi 2017) Suomessa toimi 26 synnytyssairaalaa. Aineistoni koostuu seitsemästä haastattelusta. Haastattelujen sopivaa määrää on haastavaa määritellä, ja vaikea perustella (ks. Eskola 2007, 40-42). Haastattelujen koskiessa kuitenkin tarkasti rajattua työaluetta kertomukset alkavat nopeasti toistamaan itseään. Jokaisessa haastattelussa tuli esille jotain uutta, kuten haastateltavan omia ajatuksia ilmiöstä tai kertomuksia omasta ammatillisesta suuntautumisesta, mutta paljon niissä tuli esille myös jo aiemmissa haastatteluissa kerrottuja asioita. Arvioin, ettei yhden tai kahden lisähaastattelun tekeminen toisi tutkielman aiheeseen enää merkittävää lisätietoa. Pro gradu -tutkielman laajuus ja siihen käytettävissä olevat resurssit huomioiden arvioin seitsemän haastattelun olevan juuri sopiva määrä tälle tutkielmalle.

5.2 Konstruktiiivinen tiedonkäsitys ja kerronnallisuus

Konstruktivistinen tieteenfilosofia hahmottaa todellisuuden suhteellisena ja yksilöllisenä rakennelmana (Metsämuuronen 2009, 218). Tutkielmassani, sekä aiemmissa opinnoissani, olen sitoutunut tähän tieteenfilosofiseen näkemykseen todellisuudesta ja tiedosta. Konstruktivistinen näkemys edustaa tietoteoreettista relativismia. Relativistisen käsityksen mukaan tietäminen on kontekstisidonnaista ja suhteellista (Heikkinen 2015, 156). Konstruktiiivisen käsityksen mukaan ihminen rakentaa eli konstruoi tietonsa aiemman tietonsa ja kokemustensa päälle. Uuden tiedon, vuorovaikutuksen ja kokemusten myötä ihmisen näkemys asioista muovautuu ja muuttuu (Heikkinen 2000, 50.) Uuden tiedon merkitys ja omaksuminen määrittyy olemassa olevan tiedon kautta, sillä ihminen käyttää olemassa olevaa tietovarantoaan tulkitakseen uutta tietoa (Paavola 2007, 75). Tieto voidaan tästä näkökulmasta tarkasteltuna nähdä siis Heikkisen (2015, 157) sanoin kudelmanä.

Relativistisen näkemyksen mukaan tieto, kuten tieteellisen tutkimuksen raportti, on subjektin tulkinta, johon vaikuttaa hänen kokemusmaailmansa ja kehys, josta hän kulloinkin toimii (Heikkinen 2000, 158).

Kerronnallisuuden läheinen suhde konstruktiviseen tiedonkäsitykseen liittyy siihen, että konstruktivistisen näkemyksen mukaan kertomukset ovat väline, joilla ihmiset konstruivat tietoa ja identiteettiään. Aineistossani on kerronnallisia, eli narratiivisia elementtejä, vaikkei se edusta tyylipuhdasta narratiivista aineistoa. Suomen kielessä narratiivisuudelle vakiintunut synonyymi ja suomennos on kerronnallisuuden käsite. Kerronnallisen, eli narratiivisen, tutkimuksen mielenkiinnon kohteina ovat sekä kertomisen prosessit, että itse kertomusten sisällöt. (Heikkinen 2015, 50; 150–151.) Kertomus on muodollisen mallin eli kertomusskeeman mukaisesti jäsennetty kuvaus inhimillisestä tapahtumasta (Apo 1992, 62–63). Tässä tutkielmassa keskitytään siihen, mitä tietoa kertomukset, eli teemahaastattelut sisältävät. Kerronnallisuus on tilaa-antava viitekehys, jonka huomio kohdistuu kertomukseen todellisuuden tuottamisen ja välittämisen välineinä (Heikkinen 2000, 47). Kertomalla ihminen hahmottaa todellisuutta ja itseään sekä kokoaa ja muodostaa tietoa ympäröivästä todellisuudesta (Heikkinen 2015, 156).

Kertomuksiin tutustuessaan tutkija tekee tulkintoja. Tulkintaprosessi alkaa jo ensi kosketuksesta kertomukseen. Aivan alkuvaiheessa tutkija käyttää arkisen tiedonkäsittelyn strategioita käydessään kertomuksia läpi. Tutkimusaineiston analysoinnissa tutkija käyttää arkiymmärrystä syvällisempiä tiedonkäsittelytapoja. Kaksi eri tutkija saattavat tehdä samasta kertomuksesta toisistaan poikkeavia referointeja ja tulkintoja. Tutkijan tulisikin tiedostaa ja asianmukaisesti tehdä näkyviksi tavat, joilla hän tulkitsee kertomuksen rakenteita, ja sen eri ulottuvuuksia. (Apo 1992, 74.) Olen tässä raportissa pyrkinyt mahdollisimman läpinäkyvään analyysiin, jotta lukijalla olisi mahdollisuus seurata ajatus- ja tulkintaprosessejani työn läpi.

5.3 Teemahaastattelu aineistonkeruumenetelmänä

Tutkielmani aineisto on kerätty yksilöhaastatteluina teemahaastattelua hyödyntäen. Haastattelu sopii pääsääntöisesti hyvin kvalitatiivisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmäksi. Haastattelulla on monia etuja, kuten sen joustavuus aineistonkeruutilanteissa, tiedontuottajan aktiivisen ja merkityksiä luovan roolin korostuminen tai mahdollisuus saada lisäselvyyttä annettuihin vastauksiin. Toki haastattelemineen on myös resurssija vaativa aineistonkeruumenetelmä ja siihen sisältyy monia tekijöitä, jotka saattavat vaikuttaa tiedontuottajan vastauksiin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 204-206.)

Haastattelu aineistonkeruumenetelmänä ei kuitenkaan ole täysin ongelmaton. Haastattelun ollessa vuorovaikutustapahtuma, siinä syntyvä tieto on tilannesidonnaista. Tutkijan tulee jatkuvasti huomioida roolinsa haastattelussa ja siinä tuotetun tiedon tulkitsijana. (Honkatukia ym. 2003, 325.) Haastattelijana minun tuli tiedostaa omat kokemukseni ja ennakkotietoni sekä -oletukseni kohtukuoleman parissa tehtävästä terveystieteellisyydestä, ja kiinnittää aktiivista huomiota niiden vaikutuksiin haastattelutilanteessa käytävään keskusteluun ja myöhemmin tulosten tulkintaan. Tutkimushaastattelussa haastattelijalla on perinteisesti ei-tietäjän rooli, ja haastateltavalla oletettavasti tietoa tutkittavasta asiasta. Ei-tietäjän rooliin oli omasta työkokemuksesta ja ennakkotiedoista huolimatta helppo haastatteluissa asettua, sillä haastateltavien kertomukset heidän työstään eivät aina vastanneet omia kokemuksiani. Haastatteluun ryhdytään haastattelijan aloitteesta ja haastattelijalla on myös usein intressejä ohjata keskustelua tiettyihin teemoihin. (Ruusuvuori-Tiittula 2005, 22.)

Asiantuntijahaastatteluihin liittyy erityispiirteitä, jotka on hyvä niitä tehdessä tiedostaa. Asiantuntijahaastatteluun päädytään usein silloin, kun ollaan kiinnostuneita ilmiöstä tai prosessista, ei niinkään henkilöstä itsestä ja hänen kokemuksistaan. Haastateltavat valitaan tällöin heidän asemansa tai muun vastaavan seikan perusteella. Haastateltava on näin ollen tutkittavan ilmiön tai prosessin tuntija, ei sen kuka tahansa jäsen. (Alastalo &

Åkerman 2010, 372-374.) Asiantuntijahaastatteluihin liittyy Marja Alastolan ja Maria Åkermanin (2010, 374) mukaan väärin vastauksien mahdollisuus. Haastateltava voi muistaa asioita väärin, kaunistella niitä, vaieta valitsemistaan teemoista tai jopa valehdella tutkijalle. Alastolan ja Åkermanin näkemys asiantuntijahaastatteluista tuntuu osittain liioitellulta. Asiantuntija-asetaan huolimatta työntekijä on ihminen, joka kertoo haastattelijalle sen, mitä hän muistaa, miten hän tulkitsee tapahtumia ja mitä hän haluaa kertoa. Tiedon pimittämisen tai kaunistelemisen riski sisältyy kaikkeen haastattelututkimukseen, eikä se näin ollen ole pelkästään asiantuntijahaastatteluissa huomioon otettava seikka.

Haastattelu ei ole yksipuolinen prosessi, josta vain tutkija hyötyy. Haastateltavalle haastattelu tarjoaa mahdollisuuden saada äänensä kuuluville, mielipiteensä esille. Lisäksi haastattelu tarjoaa areenan omista kokemuksista kertomiselle. (Eskola & Vastamäki 2015, 28-29.) Kuten johdannossa totesin, tutkielmani tarkoitus on tuottaa työntekijöiden kuvauksiin perustuvaa tietoa ammatillisesta arjesta ja tätä kautta lisätä ymmärrystä sosiaalisuudesta. Tämä onnistuu tarjoamalla terveyssozialityön ammattilaisille mahdollisuuden kertoa näkemyksistään ja kokemuksistaan oman työnsä arjesta.

Teemahaastattelulla eli puolistrukturoidulla haastattelulla tarkoitetaan avointa, ennalta valittujen teemojen mukaisesti etenevää haastattelua. Teemahaastattelun vahvuutena voidaan pitää sitä, että se huomioi ihmisillä olevan asioista erilaisia tulkintoja ja annettuja merkityksiä. Teemahaastattelu ei ole strukturoimaton, kuten esimerkiksi syvähaastattelu. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 47-48.) Haastattelun tukena käytetään ennalta pohdittujen asioiden listaa, mutta ei valmiita kysymyksiä. Eri teemojen laajuus ja järjestys voi vaihdella haastateltavien mukaan. (Eskola & Vastamäki 2015, 29.) Teemahaastattelulla pyritään löytämään tutkimuskysymyksen kannalta merkittäviä vastauksia. Teemahaastattelun kautta on mahdollisuus päästä lähemmäs haastateltavien arkisia tuntemuksia kuin strukturoidulla kyselytutkimuksella. Teemahaastattelun aikana keskustelu voi erkaantua varsinaisesta haastattelun aiheesta, eikä tämä ole välttämättä huono asia. Teemahaastattelussa haastateltavan ja tutkijan vuorovaikutuksen merkitys korostuu, minkä takia haastattelun kulkua ei voi ennalta tietää tai päättää. (Niemi-Kaija 2014, 57.)

Teemahaastattelua tekevän ennalta valitsemat teemat tuovat esille sitä, mitä tutkittavasta ilmiöstä jo tiedetään. Toisaalta ennalta valitut teemat ja niiden yhteydessä käytettävät käsitteet voi nähdä myös tutkittavaa ilmiötä määrittelevinä, minkä vuoksi niihin on tässä tutkielmassa kiinnitetty erityistä huomiota (esim. Tuomi & Sarajärvi 2009, 75-77). Teemoja ei tule muodostaa pelkän intuition perusteella, jolloin tutkijan ennakkokäsitykset vaikuttavat voimakkaasti niiden valintaan. Teemoja voi toki ideoida vapaasti, mutta lisäksi niiden olisi hyvä perustua ilmiöön liittyvään aiempaan tutkimukseen ja tutkimuksen teoreettiseen viitekehykseen. (Eskola & Vastamäki 2015, 33.) Teemojen tulee olla riittävän väljiä, jotta tutkittavasta ilmiöstä saadaan haastattelussa kaikki olennainen irti ja sen moninainen luonne tulee ilmi (Hirsjärvi & Hurme 2008, 67). Valitsemani teemat muotoutuivat tutkimuskysymyksen, terveyssofiaalityöhön liittyvän aiemman tutkimuksen sekä rooleja ja erityisesti sosiaalityöntekijöiden rooleja koskevan aiemman teorian pohjalta.

5.4 Sisällönanalyysi analyysimenetelmänä

Aineiston ollessa kerättynä ja valmis analysoitavaksi tutkielmani avautui minulle täysin uudentlaisella tasolla, Ruusuvuoren, Nikanderin ja Hyvärisen (2011, 9-11) kuvailemalla tavalla. Ennen varsinaiseen analyysiin menemistä, aineistoon tulee tutustua, järjestellä ja luokitella. Nämä vaiheet ovat merkittäviä onnistuneen analyysin kannalta. Aineistonkeruuvaiheesta voi olla vaikeaa siirtyä analyysivaiheeseen. Aineistoon tutustuminen ja sen järjesteleminen sekä luokittelu tulisivat aloittaa varhain, jopa aineistonkeruun kanssa päällekkäin. (Emt, 10-11.) Omalla kohdallani tämä haaste konkretisoitui kuukausien taukona tutkielman etenemisessä.

Anneli Sarajärvi ja Jouni Tuomi (2009) näkevät kolme tapaa tehdä sisällönanalyysia: aineistolähtöinen, teorialähtöinen ja teoriaohjaava tapa. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä ennakkotiedoista ja –oletuksista pyritään pääsemään eroon ja abstrahointiin eli teo-

reettisten käsitteiden luomiseen pyritään aineistoa pelkistämällä ja ryhmittelemällä. Teorialähtöisessä eli -ohjaavassa sisällönanalyysissä taas aiempi tutkimus ja sen muodostama teoreettinen viitekehys määrää analyysirungon sisällön, johon aineistosta lähdetään poimimaan runkoon sopivia havaintoja. Teoriaohjaavassa sisällönanalyysissä nämä kaksi tekemisen tapaa yhdistyvät. Teoriaohjaavassa sisällönanalyysissä teoriolla on analyysia avustava tehtävä. Analyysiin lähdetään aineiston pohjalta, mutta aiemmalle tutkimukselle annetaan mahdollisuus ohjata tutkijan ajatteluprosessia aineiston lisäksi. Teoria voidaan esimerkiksi antaa määrittää analyysirungon yläluokat, mutta alaluokat muodostetaan aineiston perusteella. Tutkijan tulee siis kyetä yhdistelemään aineiston ja aiemman tutkimuksen esille nostamia asioita. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 99; 113-117.)

Tutkielmani teoriatausta rakentuu aiheeseen liittyvistä teorioista ja aiemmista tutkimustuloksista. Tähän tapaan sisältyy riski, että tausta on sekalainen kasa käsitteitä ja tutkimustuloksia, jotka jäävät lopulta aineistosta erillisiksi. Tutkielmassani teoriapohja toimii viitekehysenä, aineiston tulkintaa ohjaavana taustana. Tapani tehdä tätä tutkielmaa lienee johtanut tähän tapaan käyttää teoriaa. Tutkielman tekemisen prosessi on ollut pitkä, ja tutkielma on edennyt ajoittain vain lause kerrallaan. Tämä on osaltaan ollut hyvä asia, sillä tutkittava ilmiö ja tutkielman aihe ovat tulleet hyvin tutuiksi prosessin aikana, niihin on saanut poimittua monenlaisia näkökulmia matkan varrelta, ja teoriapohja on täydentynyt läpi koko tutkielmantekoprosessin. (Esim. Eskola 2015, 189-190.)

Aineisto ei itse nostanut itsestään teemoja lukiessani sitä läpi, vaan heti ensimmäisestä läpilukukerrasta, jopa jo haastattelutilanteessa, minulle heräsi aineistosta ajatuksia, jotka luovat pohjan tarkemmalle analyysille. Kuunneltuani haastattelunauhoja, litteroituani niitä sekä luettuani keräämäni aineiston läpi minulla oli jo selkeästi analyysia ohjaavia havaintoja ja ajatuksia. Valitsemani teoriaohjaavan sisällönanalyysin tekemistä tuki se, että tustuin aineistoon samanaikaisesti, kun täydensin teoriaosuutta. Tutkielmani on edennyt spiraalimaisena prosessina.

Luettuani aineiston läpi useita kertoja niin, lähdin tekemään systemaattisesti havaintoja

aineistosta. Poimin aineistosta ilmaisia, jotka arvioin tutkimuskysymysteni kannalta olennaisiksi. Toisessa vaiheessa pelkistin poimittujen lauseiden ja ilmaisujen sisällöt kuvauksiksi. Yhteensä näitä tämän vaiheen kuvauksia kertyi 118 kappaletta.

Vaihe I: Alkuperäinen ilmaisu	Vaihe II: Pelkistetty kuvaus
"Sitten toki siinä kartotin heiltä sen tilanteen, onko verkostoo [...]"	Sosiaalisen tilanteen kartoittaminen
"Yrittää [...] ottaa se viesti vastaan, että haluaako se, että minä oon tässä vai ei"	Ihmistuntija, perheen ehdoilla eteneminen, kuulosteleminen
"Ja tietenkin jotenkin pitää näiden asiakkaiden puolta, jotenkin se on niin tosi merkittävä rooli, mitä sosiaalityöllä on"	Puolen pitäminen, asiakkaiden edun ajaminen
"Niinku tiedolla ni menee ja rauhoittaa sitä tilannetta ja tuo sitä turvaa että kättilö ei oo siinä yksin [...] niitten asioitten kanssa"	Toisen ammattilaisen tukija, tiettyyn rooliin astuminen suhteessa muihin ammattilaisiin
"Mut kyl se nyt sitten aina kirjataan ja tilastoidaan tietysti"	Organisaation toimintatapojen noudattaminen, käytännön toimet
"On raskaana ja sit sitä vauvaa ei olekaan missään, se on varmaan aika sellanen iso psyykkinen kuorma"	Toisen asemaan asettuminen, surevan ymmärtäminen, tilanteen sanoittaminen tutkijalle
"Nää on aika rankkoja tilanteita, että ei tätä muuten niinko jaksaisi jos näitä joutuisi yksin hoitamaan"	Inhimillinen ihminen, tukea kaipaava, yhteistyöstä hyötyminen, omien tuntemusten tunnistaminen
"Mä olin mukana ehdottamassa tätä, juuri tätä että voitais vielä tavata sitä perhettä"	Uuden idean ehdottaminen, prosessin parantaminen
"Harvoin se suruprosessi on pariskunnilla käsi kädessä, vaan että se menee.. Eikä niinku sitä surekkaan samalla lailla"	Suruprosessin ymmärtäminen, yksilöiden huomioiminen, perhedynamiikan huomioiminen

Taulukko 1: Esimerkki analyysin ensimmäisestä vaiheesta

Kuvauksia taulukoimalla, läpikäymällä ja yhdistelemällä päädyin kuuteen suurempaan joukkoon eli kategoriaan. Kategoriat on kuvattu horisontaalisesti eli sillä ajatuksella, että kategoriat ovat keskenään samanarvoisia, pyrkimyksenä kuvata mahdollisimman laajasti tutkittavaa ilmiötä. Toimintamalli noudattelee esimerkiksi Satu Vainisen (2011) väitöskirjassaan hyödyntämää tapaa tehdä sisällönanalyysia. Yksi vaihtoehto olisi ollut vertikaalinen kategorisointi, jolloin esimerkiksi eri luokkien ilmenemistiheys olisi vaikuttanut siihen, miten merkittävänä kategoriaa pidetään (ks. Vaininen 2011, 97-98). Kaikkien kategorioiden luokkia kuitenkin tuli ilmi kaikissa haastatteluissa, jolloin ilmenemistiheyden laskeminen ei tuntunut tässä yhteydessä mielekkäälle.

Vaihe II: Pelkistetty kuvaus	Vaihe III: Kategoriat
Oman itsen asettaminen taustalle, työrooliin asettuminen, työroolin erillisyys	Koti- ja työminän erottaja
Ihmistuntija, perheen ehdoilla eteneminen	Ihmistuntija
Puolen pitäminen, asiakkaiden edun ajaminen	Edunvalvoja
Toisen ammattilaisen tukija, tiettyyn rooliin astuminen suhteessa muihin ammattilaisiin	Tiimipelaaja
Organisaation toimintatapojen noudattaminen, käytännön toimet	Organisaation toimintatapojen noudattaja
Inhimillinen ihminen, tukea kaipaava, omien tuntemusten tunnistaminen	Inhimillinen sosiaalityöntekijä
Uuden idean ehdottaminen, prosessin parantaminen	Muutoksen tekijä
Suruprosessin tunteminen ja ymmärtäminen, yksilöiden huomioiminen, tapahtuman vaikutusten huomioiminen	Surun asiantuntija
Muiden työn varmistaminen, potilaiden voinnin tarkistaminen, kokonaisuuden sujumisen varmistaminen	Varmistelijä, huolehtija

Taulukko 2: Esimerkki analyysin kolmannesta vaiheesta

Lopulta ryhmittelin nämä 20 kategoriaa pääluokkien alle. Pääluokkia rakentui tällä menetelmällä viisi.

Vaihe III: Kategoriat	Vaihe IV: Luokat
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sosiaalisen tilanteen kartoittaja ▪ Kokonaisuuden näkijä ▪ Organisaation toimintatapojen noudattaja ▪ Tiimipelaaja 	Terveyssozialityön suorittaja
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Koti- ja työminän erottaja ▪ Ihmistuntija ▪ Sosiaalityöntekijä inhimillisenä ihmisenä 	Inhimillinen minä
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tunteiden vastaanottaja ▪ Surevan ymmärtäjä ▪ Surevan tukija 	Surun ymmärtäjä
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Edunvalvoja ▪ Muutoksen tekijä ▪ Sanansaattaja ▪ Varmistaja ▪ Huolehtija 	Asianajaja ja muutoksen tekijä
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Surevan tukeminen ▪ Kärsimyksen helpottaminen ▪ Surun asiantuntija ▪ Surevan kohtaamisen ammattilainen ▪ Kriisien asiantuntija 	Kriisituen ammattilainen

Taulukko 3: Esimerkki analyysin neljännessä vaiheesta

5.5 Tutkimuseettiset kysymykset

Olen toteuttanut tutkielmani Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2012, 6) määrittelemän hyvän tieteellisten käytännön mukaisesti. Olen työni kaikissa vaiheissa sitoutunut noudattamaan rehellisyyttä ja huolellisuutta. Olen tiedostanut työtä tehdessäni tieteellisen tutkielman tekemisen avoimuus- ja vastuullisuusvaatimukset. Olen pyrkinyt käsittelemään työni lähteinä olevia teoksia ja niiden tekijöitä kunnioittavasti. Olemme käyneet työni ohjaajien sekä tukena olleen ryhmän kanssa avointa keskustelua työni etenemisestä ja toimintatavoistani.

Laadullista tutkimusta tehtäessä törmää usein kritiikkiin koskien sen subjektiivisuudesta

(Eskola & Suoranta 2008, 14). Objektiiivisuuden epäilemiselle on perusteensa, mutta tutkijan tulisi tästä huolimatta pyrkiä siihen myös laadullisessa tutkimuksessa. Objektiiivisuuden voidaan nähdä syntyvän siitä, että pyrkii tunnistamaan subjektiivisuutensa. Ajatus objektiiivisesta laadullisesta tutkimuksesta on ideaalinen, mutta tavoiteltava. (Emt. 2008, 17-18.) Pysin tutkimusprosessin aikana juurikin tunnistamaan subjektiivisuuteni ja sen vaikutukset eri vaiheissa. Tutkielmassani, kuten laadullisessa tutkimuksessa yleensäkin, ei ole mahdollista saavuttaa aukotonta kuvausta todellisuudesta. Tulokseni ovat kontekstisidonnaisia tulkintoja tutkittavan ilmiön luonteesta. (Ks. Hirsjärvi ym. 2009, 161.) Nämä ovat seikkoja, jotka sekä tutkijan että lukijan tulee pitää mielessä tutkimusta tehdessä tai siihen perehtyessä.

Kaikki haastatteluun osallistuneet ovat antaneet sekä suullisen että kirjallisen suostumuksensa tutkimukseen osallistumisestaan (liite 2). Haastateltaville on annettu asianmukaista tietoa tutkimuksesta, heille on kerrottu, etteivät heidän nimensä tai työpaikkansa tule raportista ilmi ja että haastattelu nauhoitetaan. Haastateltaville on kerrottu, että heillä on oikeus vetäytyä tutkimuksesta missä tahansa vaiheessa syytä ilmoittamatta.

Haastattelua käytettäessä tulee usein eteen kysymys siitä, mitä haastateltavalle tulee tutkimuksesta kertoa (ks. Hirsjärvi & Hurme 2008, 20). Pohdin haastattelupyyntöä ja –runkoa tehdessäni, kuinka paljon minun tulisi tuoda esille roolin käsitettä, ja ohjaako käsite haastateltavien kertomuksia tiettyyn suuntaan. Vaikka tarkastelin sosiaalityöntekijöiden rooleja, toiveeni oli saada mahdollisimman laajoja kertomuksia sosiaalityöntekijöiden työstä.

Tutkielmani tiedontuottajien ollessa synnytysyksiköissä työskentelevät terveysosiaalityöntekijät tulee huomioida, että tiedontuottajien joukko on Suomessa suhteellisen pieni ja vastaajat saattavat tuntea toisensa. Useissa sairaaloissa kohtukuoleman parissa työskentelee vain yksi sosiaalityöntekijä, minkä vuoksi tiedontuottajien tunnistettavuuteen tuli kiinnittää erityistä huomiota. Tästä seikasta johtuen en ole tutkielmassani eritellyt, mistä

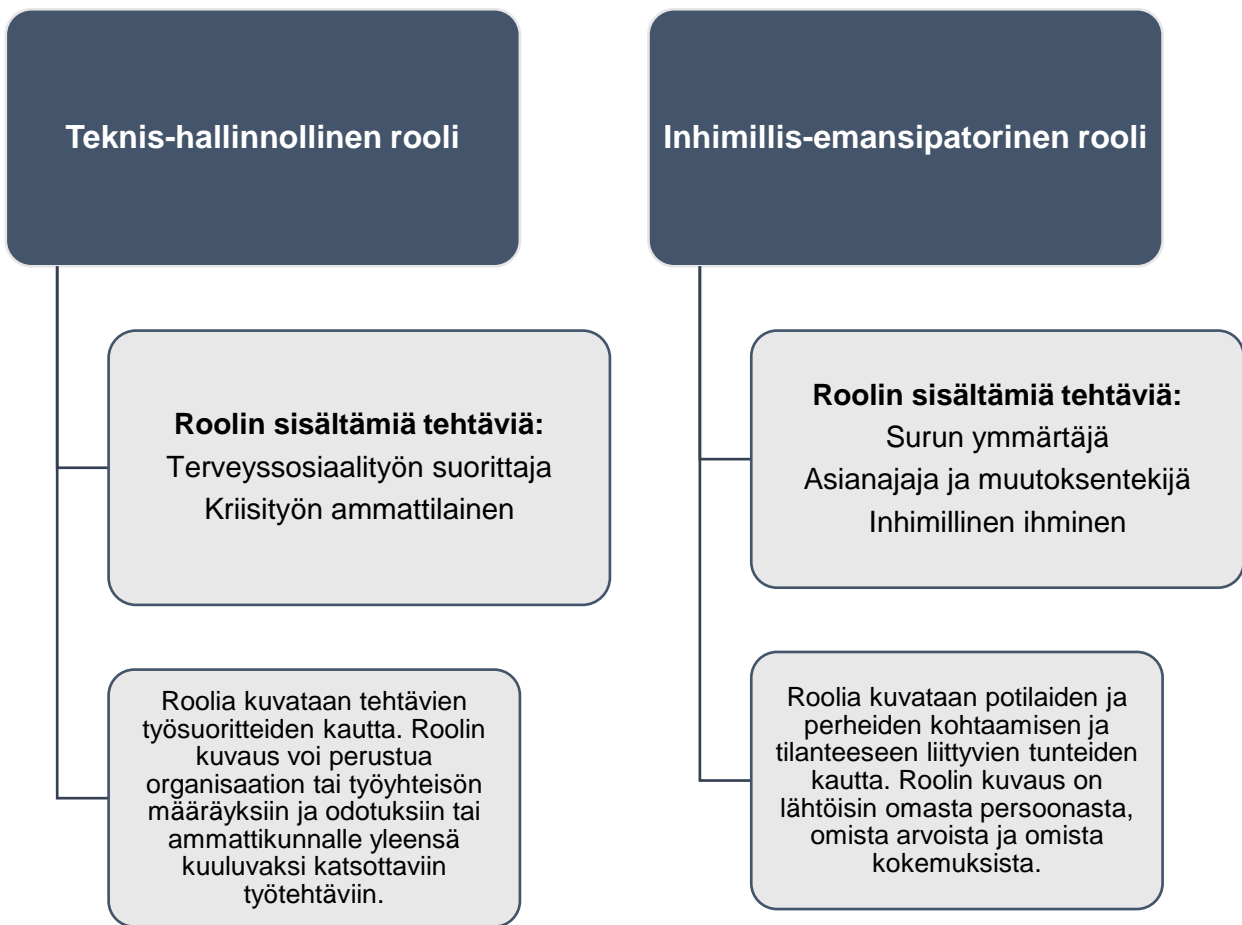
sairaaloista tiedontuottajat ovat. Se, että haastatellut työntekijät eivät ole tutkielmasta tunnistettavissa takaa myös sen, ettei heidän kertomuksiinsa liittyviä asiakkaita voida tunnistaa. Vaikka haastatteluissa keskityttiin työn kuvaamiseen yleensä, työntekijät saattoivat esimerkeissään kuvata asiakkaidensa tilanteita tai asiakastyössä tapahtuneita asioita. Yksittäiset asiakkaat eivät olleet tunnistettavissa näistä esimerkeistä. Haastattelut suoritettiin luottamuksellisesti ja aineisto hävitetään tietoturvallisesti tutkielman valmistuttua.

Tutkielman luotettavuutta arvioitaessa on huomioitava, ettei aihe ollut minulle alunperin täysin vieras. Tutkijan kuuluminen tutkimuksen kohteena olevaan ryhmään voi vaikeuttaa tutkimuksen tekemistä. Toisaalta se voi myös olla helpottava tekijä, sillä tutkijalla ja tutkittavilla on tällöin yhteinen käsitemaailma. (Vaininen 2011, 111.) Osa haastateltavista sai työkokemuksestani kohtukuolemien parissa tietoonsa. Havaitsin tiedon vaikuttavan haastateltavien kerrontatapaan niin, etteivät he, joilla oli tieto työkokemuksestani, kuvailleet työnsä sisältöä välttämättä yhtä tarkasti kuin he, joilla tätä tietoa ei ollut. Tulkitsen tämän havainnon niin, että tieto siitä, että haastateltava ja tutkija jakavan jonkinlaisen yhteisen ymmärryksen puheen kohteena olevasta työstä, vaikuttaa kerronnan sisältöön.

6 Tulokset

Tässä luvussa esittelen tutkielmani aineistoa analysoimalla saamiani tuloksia. Aineistostani nousi kaksi pääroolia, jotka muodostuvat viidestä kategoriasta eli tehtävästä. Tehtävät rakentuvat luokista, joiden alle aineistosta nousseet lauseet, ilmaisut ja pelkistetyt sisällöt voidaan yhdistellä.

Kohtukuolematilanteissa terveystyöntekijät kuvasivat heillä olevan kaksi pääasiallista roolia: teknis-hallinnollinen rooli ja inhimillis-emansipatorinen rooli. Nämä roolit sisältävät viisi pääasiallista tehtävää; terveystyöntekijän suorittajan, kriisityön ammattilaisen, surun ymmärtäjän, asianajajan ja muutoksentekijän sekä inhimillisen ihmisen tehtävät. Päärooleja erottaa se, mistä lähtökohdista terveystyöntekijät niitä haastatte- luissa kuvasivat. Teknis-hallinnollista roolia kuvataan työtehtävien ja suoritteiden kautta, ja sen kuvaus perustuu pitkälti esimerkiksi organisaation tai muun työyhteisön terveystyöntekijälle asettamiin odotuksiin. Kuvaus voi myös perustua sosiaalityöntekijän oletuksiin ja tulkintoihin siitä, mitä häneltä odotetaan organisaation, työyhteisön, potilaiden ja ammattikunnan tahoilta. Inhimillis-emansipatorisen roolin kuvauksien lähtökohdat taas ovat kohtaamisissa ja tunteissa, joita herää eri osapuolissa niiden aikana. Emansipaation asemaa roolissa on kuvattu luvussa 6.2. Roolin kuvauksiin sisällytetään kuvailuja omasta persoonasta, omista arvoista ja kokemuksista. (Ks. Kuvio 1.)



Kuvio 1

6.1 Teknis-hallinnollinen rooli

Teknis-hallinnollinen rooli vertautuu osaan Kirsi Juhilan (2006) tutkimuksessaan tarkastelemista asiakas-työntekijä -suhdetyypeistä. Liittämis- ja kontrollisuhde, jossa työntekijä pyrkii liittämään asiakasta valtakulttuuriin kontrolloiden niitä, joiden kohdalla liittäminen ei onnistu, voidaan nähdä teknis-hallinnollisessa roolissa toimivaa työntekijää ilmentävänä suhdetyyppinä. Teknis-hallinnollinen rooli voidaan nähdä koostuvan vakiintuneista tehtävistä, jolloin esittäjän tai toimijan on astuttava sen sisään ja suoritettava siihen liittyviä tehtäviä. Tämä tarkoittaa siis sitä, että roolisuorituksen malli on olemassa myös työntekijän vaihtuessa. (Ks. Berger & Luckman 1966, 86-88.)

6.1.1 Terveyssozialityön suorittaja

Koska terveystsosiaalityöllä on pitkät perinteet sairaalamaailmassa, ja koska se on osa kohtukuolematilanteiden prosessia suurimmassa osassa, ellei jopa kaikissa suomalaisissa synnytyssairaaloissa, terveystsosiaalityön ammattilaisen roolisuoritusta ohjaa kaikkien osapuolten tiedossa oleva malli. (Ks. Berger & Luckman 1966, 86-88.) Terveystsosiaalityö on Suomessa pitkälle mallinnettua. Sen sisällöstä on useita erilaisia, toisiaan muistuttavia kuvauksia, ja sen kirjaamista (ja tätä kautta myös sen sisältöä) ohjaa Terveystsosiaalityön nimikkeistö (2007), jota kaikkien terveystsosiaalityöntekijöiden tulisi Suomessa noudattaa. Lisäksi haastattelukysymyksiäni kannustivat haastateltavia kertomaan terveystsosiaalityöntekijän käytännön työstä, työtehtävistä sekä tarkkojakin kuvauksia esimerkiksi sosiaalityöntekijän ohjaamien etuuksien sisällöistä.

Yllä mainittujen seikkojen johdosta aineistosta nousi selkeästi esille se, että kohtukuoleman parissa työskentelevien terveystsosiaalityöntekijöiden yksi merkittävä tehtävä on toimia puhtaasti alansa suorittajina, erityisalansa edustajina ja tehdä se, mitä terveystsosiaalityöntekijän odotetaan, toivotaan ja uskotaan tekevän.

Aineistossa oli runsaasti selkeästi terveystsosiaalityön käytäntöön liittyviä ilmaisuja ja niiden muodostamia luokkia. Hyödynsin olemassa olevia luokittelua terveystsosiaalityöntekijä tehtäväkuvista: Rauni Korpelan (2014, 127-128), Terveystsosiaalityön nimikkeistön (2007) sekä Aulikki Kananojan (2016) tekemiä luokituksia. Niputin sosiaalisen tilanteen kartoittamiseen, tilanteen ja palvelutarpeiden arvioimiseen, palvelusuunnitteluun, ohjaamiseen ja neuvontaan, jatkohoidon selvittelymiseen ja järjestämiseen, moniammatilliseen verkostotyöhön, palveluiden koordinoimiseen, sekä dokumentoimiseen liittyvät ilmaisut ja kategoriat terveystsosiaalityön suorittaja -luokan alle.

Sosiaalisen tilanteen kartoittaminen tuli esille kaikissa haastatteluissa sosiaalityöntekijän yhtenä tehtävänä. Se, kuinka voimakkaasti tehtävä painottui ja mikä sen merkitys tai rooli

on tilanteessa, vaihteli haastateltavien välillä. Kaikkien haastateltujen kertomuksissa kar-
toituksella oli kuitenkin merkittävä tehtävä, sillä sen kautta saatiin tietoa esimerkiksi sure-
van potilaan tai perheen tarvitsemista palveluista, muun läheisverkoston tuen tarpeista ja
sen mahdollisuuksista olla lapsensa menettäneen tukena sekä hoidettavista käytännön
asioista.

Sosiaalityöntekijät kuvasivat itselleen tiedon välittämiseen liittyviä tehtäviä. He kertoivat
antavansa tietoa vanhempien lähtökohdista ja tarpeista riippuen. Suurin osa haastatel-
luista kertoi antavansa tietoa myös kirjallisesti sillä oletuksella, ettei sokissa oleva pysty
vastaanottamaan tietoa suullisesti (vrt. Mahan & Calica 2008, 144-146). Sosiaalityönte-
kijät toivat esille harkitsevansa tilannekohtaisesti, mitä tietoa ja kuinka paljon he vanhem-
pia tai perhettä tavatessaan antoivat, kuten erään haastateltavan kuvailusta ilmenee:

*”Vähän mä kerron sitten jos on sellanen hyvä tilanne... Sellanen tilanne, että
on tarpeellista kertoa vaikka niistä käytännön asioista, miten ne äitiyspäivä-
rahat menee, ja miten ne työstä poissaolot [...]” (H3)*

Kuten Asquithin, Clarkin ja Waterhousen (2005) luokittelustakin ilmenee, palveluiden
koordinoiminen on terveystieteissä merkittävä tehtävä. Terveystieteissä sosiaalityöntekijät
kuvasivat muun muassa olevansa perheiden asialla yhteydessä kuntien edustajiin, jär-
jestelevänsä perheille heidän tarvitsemiaan tukipalveluita sekä toimivansa perheen, hau-
taustoimiston ja patologian yksikön välisenä linkkinä. Eräs sosiaalityöntekijä kuvasikin
näkevänsä itsensä ”organisaattorina” eri osapuolten välillä:

*”No mä oon varmaan siinä vaiheessa enempi semmoinen organisaattori, just
näistä, otan yhteyttä ja sovin näitä asioita, että ehkä mä oon semmoinen or-
ganisaattori [...]” (H6)*

Terveystieteissä sosiaalityöntekijä ollessa sosiaalialan ammattilainen terveydenhuollon ympäris-
tössä on luonnollista, että monialainen yhteistyö nousi esille haastatteluissa. Yhteistyötä
kuvattiin tehtävän etupäässä sairaalapastorin, kättilöiden, lääkärin, henkisen ensiavun

työntekijöiden ja kriisityöntekijöiden kanssa. Lisäksi yhteistyötä kuvattiin tehtävän patologian yksiköiden henkilökunnan, aikuissosiaalityöntekijöiden, perhepalveluiden työntekijöiden, Kelan edustajien ja Käpy ry:n työntekijöiden kanssa. Terveysosiaalityöntekijät kertoivat saavansa moniammatillisesta yhteistyöstä välineitä moneen: perheen auttamiseen ja tukemiseen, tilanteiden läpikäymiseen sekä reflektoimiseen. Tämä ilmenee hyvin seuraavasta katkelmasta:

”Että ei tarvitse muistaa kaikkia, että ollaan niinku porukkana joka moniammatillisesta sen muistaa.. Ja sitten on reflektiotuki... Useimmiten se, että käydään läpi yhdessä sitä tilannetta että minkälainen tilanne perheellä on ja vähän käsitellään sitä, ja tehdään yhdessä päätöksiä että mitä heille tarjotaan [...]” (H5)

Muutama haastateltava kuvasi esimerkiksi eri uskontokuntiin kuuluvien kuoleman- ja hautausrituaalit sellaiseksi osa-alueeksi, josta he eivät tiedä riittävästi voidakseen neuvoa perhettä. Tällöin perhe kerrottiin esimerkiksi ohjatun keskustelemaan sairaalapastorin kanssa. Yksi sosiaalityöntekijä kuvaa juuri tällaista tilannetta:

” [...] teologi... Sairaateologi. Yhteistyötä heidän kanssa ja tärkeää sitten tietysti, jos kuuluu toiseen uskontokuntaan ja näitä, ni mä en niin hyvin osaa noita.” (H1)

Terveysosiaalityön suorittajan tehtäviin kuuluu kiinteästi myös dokumentointi, josta haastatteluissa kertyi kuvauksia. Terveysosiaalityöntekijät kertoivat dokumentoivansa kohtukuolemaperheiden tapaamisista olennaiset tiedot, joihin he pitivät muun muassa perustietoja perheen rakenteesta, elämäntilanteesta ja tarvittaessa mainintaa taloudellisesta tilanteesta. Lisäksi sosiaalityöntekijät kertoivat kirjaavansa perheelle annetun tiedon sisällön, minkä palveluiden piiriin perhettä on ohjattu ja mikä on perheen kanssa tehty jatkosuunnitelma. Osa mainitsi tekevänsä kirjauksen Terveysosiaalityön nimikkeistön (2007) koodistoa hyödyntäen ja sen avulla.

6.1.2 Kriisituen ammattilainen

Kriisituen ammattilainen -pääluokan rakensin oikeaoppisen kriisituen antamisen teorioihin liittyvistä kategorioista (Hobfoll ym. 2007, Cullberg 1991, Hedrenius & Johansson 2016). Johan Cullberg (1991, 157-158) on listannut kriisiterapian tavoitteita ja sisältöjä, joita myös hyödynsin analyysin tukena. Tähän pääluokkaan sisältyy useita kategorioita, kuten toivon rakentajan, perheen tukijan, todellisuuteen ohjaajan, tunteiden sallijan ja sanoittajan, kärsimyksen lievittäjän sekä perheen huomioijan kategoriat.

Kaikki haastateltavat kuvasivat haluaan tai pyrkimystään tukea surevia, kriisissä olevia vanhempia tai koko perhettä. Sosiaalityöntekijöiden kertomuksissa tuen kohteina ovat muun muassa äidit, isät, heidän vanhemmuutensa kokemus, kuolleen lapsen sisarukset, koko perhe ja perheen lähiverkosto. Yksi haastateltu kuvaili rauhallista olemustaan yhtenä surevien tukemisen keinona. Surevaa voi tukea myös läsnäolon keinoin sekä työntekijä olemuksellaan (Erjanti & Paunonen-Ilmanen 2004, 130). Läsnäolon, kuuntelemisen ja rauhallisen olemuksen merkitykset tulivat ilmi useissa kertomuksissa, kuten seuraavassa katkelmassa sosiaalityöntekijä kuvaa:

"[...] Oon todennu, ettei siinä osaa sanoa niin viisaita, että parempi on kuunnella ja tukea sitä kautta sitä perhettä. Ja ennen kaikkee olla läsnä, et se on minusta tärkeintä [...] Rauhoittaa sen tilanteen. On aidosti läsnä, että perhe kokee et he on tullu kohdatuks eikä vaan sellasta liukuhihnatyötä [...]" (H7)

Terveysosiaalityöntekijät kuvasivat puhetavalla ja sanavalinnoilla olevan merkitystä surevia perheitä kohdattaessa. Eräs sosiaalityöntekijä kertoi välttävänsä kiertoilmauksia kuolemasta puhuessaan: *"En missään nimessä niinku nukkunu pois tai näin tämmösiä kiertoilmauksia, vaan kuolemasta puhun kuolemana."* (H2).

Ammattilainen ei voi sanoillaan antaa menetettyä lasta takaisin, eikä sanoa mitään, mikä vähentäisi kuolemasta aiheutuvaa surua, kuten eräs haastateltava kuvaakin: *"Semmoses tilantees ei aina.. Ei oo niinku mitään, ei voi sanoa mitään, mikä korjais."* (H1)

Useampi sosiaalityöntekijä kuvasi luovansa tilaa vanhempien tunteidenilmaisulle ja heidän tunteidensa sanoittamiselle arkiselta vaikuttavalla tavalla, eli yksinkertaisesti kysymällä vanhempien jaksamisesta tai voinnista. Kriisissä olevaa asiakasta on hyödyllistä tukea ilmaisemaan tunteitaan (Cullberg 1991, 157). Eräs haastatelluista kuvaili kysymyksen voivan vaikuttaa tilanteeseen sopimattomalta, vaikkakin se toimiikin tilan luojana:

”Mä kysyn että, ehkä vähän semmosen hassunki kysymyksen kysyä, että miten sä jakselit, miten sä voit. Totta kai tietää, että onhan se äärimmäisen kurja ja traumaattinen tilanne, mut jotenki, et he saa sanottaa siinä niitä tunteitaan.” (H2)

Sosiaalityöntekijät kertoivat myös käyvänsä vanhempien kanssa läpi surun ja kriisin vaiheita. Valmistellessaan surevaa tuleviin kriisin vaiheisiin työntekijä auttaa surevaa asettamaan erilaiset tunteet ja reaktiot kokonaistilanteeseen, jolloin niistä tulee luonnollisempia ja vähemmän pelottavia. (Cullberg 1991, 167-168). Sosiaalityöntekijät kuvasivat vanhempien akuutissa kriisitilanteessa käyttämiä puolustuskeinoja sekä erilaisia tapoja surra. Yksi sosiaalityöntekijä kuvaili erilaisia tapoja surra kerratessaan vanhempien kanssa surusta käymäänsä keskusteluja: *”[...] toinen haluaa mennä puuta hakkaamaan ja toinen taas haluais puhua ja puhua.” (H1)*

Useampi sosiaalityöntekijä kertoi tekevänsä joitain käytännön asioita vanhempien puolesta helpottaakseen heidän tilannettaan. Puolesta kerrottiin esimerkiksi täytettävän Kelan lomakkeita tai otettavan yhteyttä hautaus toimistoon. Yksi haastateltava kuvasi pyrkivänsä ottamaan vanhemmilta yhden “huolen ja stressin” pois ilmoittamalla vauvan kuolemasta heidän puolestaan esimerkiksi Kelaan.

Kriisiterapialla voi olla asiakkaan kärsimystä lieventäviä vaikutuksia (Cullberg 1991, 158). Sosiaalityöntekijöiden haastatteluissa tuskan ja surun vastaanottaminen (“The containing function”) nimettiin keinoksi lieventää perheen kärsimystä. Haastateltu kuvaa juuri kärsimyksen lieventämisen käsitteellä pyrkimystään olla tilanteessa avuksi: *”Että enemmän*

jotenki ottaa niitä haltuun (kohtukuoleman sosiaalisia seurauksia) ja olla lieventämässä sitä jotenki sitä inhimillistä kärsimystä [...]” (H2)

Verkoston huomioiminen mainittiin kaikissa haastatteluissa. Seuraavissa katkelmissa sosiaalityöntekijät kuvailevat, millä tavoin he esimerkiksi huomioivat kuolleen vauvan sisarukset perheiden tapaamisissa:

”Ja kerroin että jos on sisaruksia, et sisarukset voi myös tulla hyvästelemään vauvan ja näin. [...] Jos on sisaruksia niin jonkun verran puhuu myös sisarusten surusta, että miten sisaruksia tukea tässä tilanteessa ja näitä.” (H2)

”Voi kertoa [...] mistä voi saada apua vaikka lapsille näissä asioissa, perheneuvola ja tarvittaessa lastensuojelu [...]” (H7)

Kriisituen ammattilaisenkin tehtävään, kuten yhdistäjän rooliin (ks. Craig & Muskat 2013), kuuluu potilaiden ja perheiden tukemisen lisäksi muiden ammattilaisten tukemista vaikeassa tilanteessa. Seuraava katkelmassa haastateltu kuvaa osuvasti sitä, kuinka sosiaalityöntekijä kutsutaan sitten, kun muiden ammattilaisten työkalut tilanteen hoitamiseksi loppuvat: *”[...] sosiaalityöntekijä on monesti se henkilö, joka kutsutaan paikalle, kun kukaan muu ei kestä tilannetta, niin sitten pyydetään sosiaalityöntekijä” (H6)*

Sosiaalityöntekijä perusteli tällä lauseella osittain sitä, miksi sosiaalityöntekijöitä tarvitaan kohtukuolematilanteissa sairaalassa. Haastattelun toisessa vaiheessa sama sosiaalityöntekijä kuvaili kokemustaan muun työyhteisön sosiaalityöntekijälle kohdistamien odotuksien haastavuudesta:

”Hoitajat ei keksi sanomista. Ja lääkärit on sanattomia. Ja sit tulee sosiaalityöntekijä. Ja sitten yritetään sanoo jotakin siihen tilanteeseen, et hankalapa se on, tosi hankala.” (H6)

Toisessa haastattelussa sosiaalityöntekijä kuvaili terveysosiaalityöntekijän usein tuntevan kohtukuolemaperheen hoitoprosessin paremmin kuin yksittäiset muut ammattilaiset,

jotka kohtaavat työvuorojensa aikana harvemmin kohtukuolematilanteita. Haastateltu kuvaili sosiaalityöntekijän voivan prosessin tuntemuksellaan rauhoittaa tilannetta ja tuoda turvaa muille ammattilaisille. Kuvaus on hyvä esimerkki siitä, kuinka terveystyöntekijä voi toimia työyhteisön yhdistäjänä vaikeissa, harvinaisemmissa potilastapauksissa. Craigin ja Muskatin (2013) mukaan hoitavan tiimin yhdistäminen ja yhdessä pitäminen on yksi sosiaalityöntekijöiden yhdistäjän rooliin kuuluva tehtävä.

Toisaalta on todettava, etteivät kaikki haastateltavat kokeneet työyhteisön kohdistavan heihin erityisiä kriisityön ammattilaisen, järjestyksenvalvojan tai yhdistäjän odotuksia. Yksi haastateltu otti suorasanaisesti kantaa siihen, ettei kokenut joutuvansa olemaan muille ammattilaisille tuki: *"[...] en kyllä kokenu semmosta ainakaan *paikkakunnalla*, et ois pitäny olla tuki heille."* (H7)

Osa haastatelluista terveystyöntekijöistä korosti kertomuksissaan muun henkilöstön vankkaa osaamista kohtukuolematilanteissa. Osaamisen lisäksi sosiaalityöntekijät nostivat esiin muiden ammattilaisten tavan kunnioittaa perhettä sekä koko hoitavan tiimin perehtyneisyyden kohtukuolematilanteisiin hyvinä asioina. Osa haastateltavista kuvaili olevansa yhtä tasavertaisessa asemassa ja suhteessa potilaaseen kuin esimerkiksi kätilöt ja lääkärit.

Psykososiaalisen tuen antaminen osana sosiaalityötä mainittiin kaikissa haastatteluissa. Psykkisen ensiavun antamisen tai perusteellisemmän keskustelutuen tarjoamisen taas kuvattiin osassa haastatteluista kuuluvan esimerkiksi psykiatrisen sairaanhoitajan tai sairaalan psykologin työalueeseen.

Terveystyöntekijät kertoivat näkevänsä sosiaalityöllä olevan merkittävä tehtävä traumaattisen kriisin kohdanneiden ihmisten ja perheiden työ- ja toimintakyvyn säilyttämisessä pidemmällä aikavälillä. Sosiaalityön laaja-alaisen tuen nähtiin tukevan kriisin kohdanneiden jatkamista työelämässä ja heidän arjenhallintakykyjään. Yksi haastateltu kertoi myös tarkastelevansa kriisin kohdanneen ihmisen menneen elämän tapahtumien

vaikutuksia siihen, millaista tukea hän tarvitsee, ja mitkä ovat hänen kykynsä selviytyä kriisistä.

6.2 Inhimillis-emansipatorinen rooli

Inhimillis-emansipatorinen rooli on toinen aineistostani noussut päärooli, jossa terveys-sosiaalityöntekijät kohtukuolematilanteissa toimivat. Rooli rakentuu surun ymmärtäjän, asianajajan ja muutoksentekijän sekä inhimillisen ihmisen tehtävistä.

Terveysosiaalityöntekijät kuvasivat roolia kertomalla kohtaamisista ja niissä heränneistä tunteista. Roolin kuvauksiin sisältyy kuvailuja omasta persoonasta, omista arvoista ja kokemuksista, minkä perusteella se on nimettykin.

Emansipaation käsite sopii hyvin sosiaalityön viitekehykseen. Emansipatorisella toiminnalla tähdätään eriarvoisuutta, alisteista asemaa tai muunlaista yhteisölle tai yksilölle haitallista rajoitetta luovien tai ylläpitävien rakenteiden ja toimintojen muuttamiseen (Thompson 2009, 76-77). Inhimillis-emansipatorisessa roolissa emansipaation kuvauksia ilmenee sekä suhteessa asiakkaisiin että omaan profession. Terveysosiaalityöntekijät kertoivat halustaan vaikuttaa kohtukuolemaperheiden asemaan, tukea perheitä jotta nämä voisivat jatkaa elämäänsä, ja pyrkimyksistään olla vaikuttamassa kohtukuolemaperheiden kohtaamaan ”hiljaisuuden muurin” murtamiseen. Samalla terveysosiaalityöntekijöiden kertomuksissa ilmeni moniammatillisen työympäristön vaikutukset sosiaalityön tekemiseen, pyrkimykset tuoda esille omasta ammatillisuudesta nousevia kehittämissuhteita, ja pohdintaa terveysosiaalityön näkymättömyydestä sairaalaympäristössä.

6.2.1 Surun ymmärtäjä

Surun ymmärtäjän tehtävä perustuu terveyssozialityöntekijällä surusta kokemuksen kautta kertyneeseen tietoon. Tehtävään sisältyy muun muassa osanottamista, tilanteen erityisyyden esille tuomista, surun ja surevien näkyvää kunnioittamista, asiakkaan tai perheen ehdoilla etenemistä, empatian osoittamista, kuolleen vauvan edunvalvontaa, todellisuuden rakentamista ja surevien kiinnittämistä siihen, surun sanoittamista, kärsimyksen lievittämistä, kuin myös perheen kannattelemista. Tehtävä voi sisältää lisäksi erilaisten etnisten tai tapakulttuurien yhteensovittamista, tunteiden ”sankona” toimimista, traumaattisen kriisin kokemuksen käsittelemistä ja käsitteellistämistä sekä luottamuksellisuuden rajojen asettamista.

Surun ymmärtämiseen näyttää haastattelujen perusteella liittyvän surevan kohtaaminen ja tämän kanssa vuorovaikuttaminen. Surevan ymmärtäminen sisältää tässä yhteydessä muun muassa sosiaalityöntekijöiden käsityksen siitä, miten surevan kanssa tulisi toimia. Surevan ymmärtämiseen kuvailtiin kuuluvan esimerkiksi osanottaminen, surevan intimitietin rajojen kunnioittaminen ja oman vuorovaikutuksen sovittaminen kriisissä olevalle sopivaksi. Surevan ymmärtäminen sisältää yhtäläillä työntekijän ymmärryksen ja kokemuksen surun yksilöllisyydestä, erilaisista surureaktioista sekä surun kulusta.

Surevan ymmärtämiseen liittyy olennaisesti myös empatian tuntemiseen liittyviä elementtejä. Haastatellut kuvasivat monin eri tavoin tätä surevan ymmärtämistä, kohtaamista sekä empatian osoittamista:

”Et niis tilanteis mä aina pyrin pitämään mielessä sen, että mun tehtävä on hyvin paljon myös kuunnella. Et jotenki ja antaa heille aikaa.” (H2)

”Tietysti se, että kyllä sitä tavallaan herkkänä saa olla, tavallaan herkin korvin niissä tilanteissa, että vähä niinku silkkihansikkainki käsitellä [...]” (H7)

”[...] voi syyllistyy siihen että menee toimittaan ja touhottaa jotain omaa asiaa, ja ei anna tilaa selle perheen surulle.” (H4)

Kohtukuolemaperheen kohtaaminen sokkivaiheessa ei ole helppo työtehtävä. Haastattemieni sosiaalityöntekijöiden kertomusten mukaan tilanne vaatii valmistautumista: esitietoihin tutustumista, esitteiden keräämistä tai kohtukuolemasta kertovien tekstien lukemista ja tapaamiselle sopivaan tunnelmaan asettumista. Myös tietoisien mielen rauhoittamisen kuvattiin olevan osa tapaamiseen valmistautumista ja tapaamiselle sopivaan tunnelmaan asettumista:

”Vaan aina pitää jotenkin pysähtyä. Pysähtyä hetkeksi miettimään että miten siihen tilanteeseen menee.” (H3)

Yksi haastateltavien kuvaama konkreettinen keino valmistautua tapaamiseen oli oman työn organisoimista niin, että tapaaminen on mahdollista hoitaa asianmukaisesti ja kiireettömästi. Usea haastateltu kertoi priorisoivansa kohtukuolematilanteet ensisijaisiksi työtehtäviksi, ja kiireellisinä päivinä varmistavansa, että toinen työntekijä pystyy olemaan perheen luona pidempään.

Rooliasetelma (autettava–auttaja) ei selitä kuin pienen osan siitä, mitä auttamistilanteissa vuorovaikutuksessa tapahtuu. Sosiaalityöntekijän tulee hallita monenlaisia vuorovaikutuksen tapoja, “tansseja ja tyylejä”, kuten Eero Suoninen (2000) niitä kuvaa, voidakseen menestyä vuorovaikutuksessa erilaisten asiakkaiden kanssa erilaisissa tilanteissa. Haastatteluista tuli ilmi, kuinka kohtukuolemaperheen kohdatessaan työntekijän on oltava erityisen herkillä sen suhteen, mikä vuorovaikutuksen tanssi tai tyyli resonoi perheen tilanteeseen milläkin hetkellä parhaiten, kuten yksi haastateltava hyvin kuvaakin:

”[...] siinä pitää olla niin herkillä siinä tilanteessa, kun siihen huoneeseen astuu. Ja kyl mä aattelen, et siinä se vuorovaikutus on aivan äärimmäisen olennaisessa asemassa. Et jotenkin miten sä sen perheen kohtaat ne molemmat vanhemmat yhdessä ja erikseen.” (H2)

Isien surun ymmärtäminen nousi useissa haastatteluissa esille. Kaikki haastateltavat

huomioivat kertomuksissaan myös vauvojen isät. Sosiaalityöntekijät tunnistivat kertomuksiensa mukaan tämän ilmiön, ja yksi terveystieteiden tutkija kuvailikin sitä haastattelussa: *”Mut et aina muistaa, että tää isänki rooli, ku se on edelleen joskus vielä tuntuu jäävän paitsioon vähän, että keskitytään enemmän siihen surevaan äitiin.”* (H2)

Surun ymmärtäjän tehtävään sisältyy tilanteen erityisyyden ymmärtämistä ja korostamista sekä erityisesti kohtukuolematilanteissa ajankohtaiseksi tulevien asioiden läpikäymistä surevien vanhempien kanssa. Kuolleen syntyneen lapsen kohtaaminen, vastasyntyneen lapsen hyvästeleminen tai kuolleen vauvan valmisteleminen hautaamista varten ovat puheenaiheita, jotka liittyvät erityisesti juuri näihin tilanteisiin. Yksi sosiaalityöntekijä kuvaa näiden keskustelujen merkitystä itselleen ja perheelle:

”Et mä koin sen tosi tärkeeksi, että siitä (vauvan hyvästelemisestä) puhuttiin etukäteen perheiden kanssa. [...] Et jotenki siihen täytyy valmistella ja se auttaa vanhempia siinä tilanteessa sitten, kun he tietää mitä tuleman pitää.” (H2)

Samassa yhteydessä sosiaalityöntekijä tulee kuvanneeksi tilanteen erityisyyden ja ainutlaatuisuuden korostamisen: *”Mut siinä syntymän jälkeen se on niin ainutkertainen tilanne [...]”* (H2)

6.2.2 Asianajaja ja muutoksen tekijä

Levittäessäni tietoa tutkielmani aiheesta sosiaalityöntekijöiden foorumeilla sain useita palautteita siitä, miten tärkeää sosiaalityön on tarttua kohtukuoleman teemaan edistääkseen kohtukuolemaperheiden ja kohtukuolemaan kuolleiden vauvojen asemaa yhteiskunnassamme. Osa haastatelluista kertoi varsinaisen nauhoitetun haastattelun ulkopuolella halunneensa osallistua nimenomaan edistääkseen kohtukuolemaa käsittelevää keskustelua ja tiedonsaantia. Kohtukuoleman teeman ympärillä kuvaillaan vallitsevan “hiljaisuuden salaliitto” tai “hiljaisuuden muuri”, joka ulottuu sekä kohtukuolemaperheiden arkeen, lainsäädäntöön, ammattiauttajien käytäntöihin ja poliittiseen toimintaan (Ks. Itkonen

2016; Cacciatore 2009). Haastateltavat jakoivat tämän käsityksen:

“Just tällöinen vaiettu asia, mikä on ollu vuosikymmenet. Että jotenkin sillä omalla työllä tehdä sitä näkyvämmäksi. Jotenkin tunnustaa nää kohtukuolleet vauvat ja heidän vanhemmat tässä yhteiskunnassa” (H2)

“No, onhan tää tabu, kun puhutaan kohtukuolemasta, niin ehkä pystyy avaamaan yhteiskunnalle enemmän, ettei se olis niin tabu yhteiskunnalle, että siitä uskaltais puhua.” (H7).

Kohtukuolemaan liittyvän surun nähdään olevan tunnustamatonta, äänioikeudetonta surua, jolla ei ole muuhun kuolemansuruun verrattavaa sosiaalista oikeutusta (Pesee 2002, 131). Aihetta pohtinut sosiaalityöntekijä kuvasi tekevänsä yhteiskunnallista muutostyötä kohtukuolemaperheiden aseman parantamiseksi muun muassa kirjaustensa kautta. Sosiaalityöntekijä näki tärkeäksi käyttää kuolleen vauvan vanhemmista nimityksiä “äiti” ja “isä” kirjatessaan tapaamista potilastietojärjestelmään:

“Ja sitten no mä koin kyllä tärkeeksi kirjottaa vanhemmista että äiti ja isä. Et kyllä mä välillä käytin sitä sanaa potilas ja potilaan puoliso, mut kyl mä ny ainakin kerran tai kaksi, et jotenki he on myös äiti ja isä. Mul on tällöinen kanta tähän. Se on sellasta muutostyötä, mitä meidän täytyy sosiaalityössä myös tehdä.” (H2)

Myös kuolleesta lapsesta kirjoittaminen tämän vanhempien valitsemalla nimellä tai lempinimellä oli haastateltavalle tapa edistää perheen asemaa yhteiskunnassa.

Kohtukuolemaperheiden surun yhteiskunnallisesti tunnustamattoman aseman lisäksi eräs haastateltu ilmaisi huolensa kohtukuolemaperheiden saaman hoidon ja tuen alueellinen tasavertaisuus. Sosiaalinen oikeudenmukaisuus ja resurssien tasapuolinen jakautuminen ovat tärkeitä sosiaalialan ammattieettisiä periaatteita, joita sosiaalialan ammattilaisen tulee työssään puolustaa (Talentia 2017, 20-22). Sosiaalityöntekijä toivoikin, että eri synnytyssairaaloitten toimintatapoja tarkasteltaisiin yhdessä alueellisen tasapuolisuuden näkökulmasta, jotta kaikilla kohtukuolemaperheillä olisi Suomessa yhtäläinen oikeus hyvään hoitoon ja riittävään tukeen.

Sosiaalityöntekijät esittivät haastatteluissa joitakin muutostoiveita ja parannusehdotuksia kohtukuoleman parissa tehtävään työhön ja heidän palveluihinsa. Yhdessä haastattelussa nousi esiin kokemusasiantuntijoiden hyödyntäminen kohtukuolemaperheiden tukemisessa. Yksi haastateltu arvioi kohtukuoleman parissa tehtävän sosiaalityön hyödyntämisessä olevan parantamisen varaa: *"[...] mitenkä sosiaalityötä voitais oikeesti hyödyntää näiden perheiden auttamisessa, niin niitä mahdollisuuksia ei oo ihan vielä täysin käyty läpi"* (H2)

Toinen haastateltu jakoi tämän näkemyksen arvioiden sosiaalityöntekijöillä olevan ammattikuntana tekemistä itsensä näkyväksi tuomisessa sairaaloiden työyhteisöissä, jotta heitä osattaisiin sairaalassa paremmin hyödyntää, ja potilaat saisivat kokonaisvaltaista palvelua:

"[...] ehkä se on sitä että sosiaalityöntekijöitten pitäis varmaan tuoda itteensä enempi tykö ja olla sillai näkyvämpiä ja vähän tuolla työyhteisöissä. [...] ehkä semmonen oman ammattiprofiilin nostaminen olis paikallaan." (H6)

Terveysosiaalityöntekijän työskennellessä ympäristössä, jossa usein kaikki muut työryhmän jäsenet edustavat muita ammatteja, oma osaaminen on kyettävä tuomaan esille (Kananoja 2016, 350.)

Useampi sosiaalityöntekijä kertoi käynnistäneensä itse, tai toisen tuntemansa sosiaalityöntekijän laittaneen liikkeelle synnytysyksikön toimintatapoja uudistaneen työn kohtukuolemaperheiden saaman hoidon ja tuen parantamiseksi. Esimerkiksi yksi sosiaalityöntekijä kertoi tekemästään konkreettisesta aloitteesta kohtukuolemaperheiden hoitoprosessin uudistamiseksi vastaamaan paremmin surututkimuksen kautta saatua tietoa. Myös Craigin ja Muskatin (2013) tutkimukseen osallistuneet terveystieteiden sosiaalityöntekijät kuvasivat haastaneensa sairaalaorganisaation toimintatapoja ajaakseen potilaidensa etua.

Osa sosiaalityöntekijöistä kuvasi huolehtivansa potilaiden oikeuksien toteutumisesta.

Haastatteluissa mainittiin potilaiden oikeus saada kokonaisvaltaista hoitoa sekä huolellinen kirjaaminen potilaan oikeuksien turvaamisen keinona. Yksi sosiaalityöntekijä kuvaava sairaalan sosiaalityötä potilaan oikeuksien toteutumisen näkökulmasta:

"[...] että tavallaan sairaalan sosiaalityöntekijä pitää omalta osaltaan huolen siitä että näissä prosesseissa kuten tässäki prosessissa on sosiaalityön sisältö käytettävissä [...] Potilaan oikeudet tulee näin täytetyiksi." (H5)

Sosiaalityön pääasiallinen tehtävä on lähtökohtaisesti yhteiskunnallinen. Sosiaalityön suurimpana tavoitteena on ihmisten hyvinvoinnin lisääminen. Tämän kivijalan päälle rakennetaan se, mitä sosiaalityö käytännössä on. (Ks. Kananoja 2016, 26-28.) Suurin osa haastatelluista kuvailivat haluaan tai pyrkimystään vaikuttaa tekemänsä työn, sanavalintojensa tai muun toimintansa kautta yhteiskuntaamme. Usea haastateltu toi esille toiveen kohtukuoleman tabu-luonteen murtumisesta:

"[...] ehkä sitä pystyy avaamaan yhteiskunnalle enemmän.. Että se ei ois niin tabu tää asia, että siitä uskaltais puhua." (H7)

"Jotenki et olla mukana vahvistamassa. Just tämmönen aika vaiettu asia [...] Et jotenki tunnustaa nää kohtukuolleet vauvat ja heidän vanhemmat täs yhteiskunnas." (H2)

Tässä muutostyötä tekevän sosiaalityöntekijän tehtävässä yhdistyy myös asianajajan tehtävä. Useampi sosiaalityöntekijä kuvasi haastattelussa osuvasti viestin tai tiedon välittämistä osana asianajotehtäväänsä:

"[...] varsinki jos tulis jotenki perheiltä jotain viestiä ni sitten.. Et jos ei nyt välttämättä heidän tilanteeseensa mutta sitten että vastasuudesta ei samankaltaista tai että pystyis.... En mä nyt vaan keksi mitä se olis." (H1)

"Ja sit mä sanon, jos vaikka perhe tosiaan toivoo, [...] ni mä välitin sen tiedon sitte." (H2)

Haastatellut sosiaalityöntekijät kuvasivat kertomuksissaan olevansa kohtukuolleen vau-

van, tämän vanhempien sekä tämän perheen asianajajia sekä arkityössään, että laajemmin esimerkiksi osallistuessaan kyseisiä perheitä koskevaan yhteiskunnalliseen keskusteluun. Yksi haastateltu avaakin kertomuksessaan tämän tekemäni havainnon sanoiksi:

”Mä aattelen että sosiaalityö vahvistaa erityisesti siis näiden vanhempien ääntä. Siis juuri tämän lapsen vanhempien [...] Ja sitten tän lapsenki, kuolleen lapsen sosiaaliseen roolin näkyväksi tekemistä.” (H2)

6.2.3 Inhimillinen minä

Roolin käsitteen ollessa monitulkintainen voidaan pohtia, onko inhimillisen minän luokka rooli, vai ilmentymä työntekijän minästä. Goffman (1956) kyseenalaistaisi sen, voiko työntekijä toimia asiakastilanteessa, tai ylipäätään missään tilanteessa, ilman roolia. Burr (2004, 70) taas näkee, ettei roolin ja minän erottaminen ole tarkoituksenmukaista. Itse tarkastelen inhimillisen minän luokkaa yhtenä inhimillis-emansipatorisen roolin ilmentymänä.

Suurin osa haastatelluista asetti itsensä inhimillisen minän ”tehtävään” kuvailemalla kohtukuolemaperheiden kohtaamisten raskautta tai vaikeutta. Osa näistä kuvauksista liittyi toki enemmän teknis-hallinnollisen roolin tehtäviin, kuten kertomus kohtukuolleen vauvan äidistä, jonka elämäntilanne oli hyvin epäselvä, ja jonka tavoittaminen hautausasioiden sopimiseksi oli haastavaa. Suurin osa raskauden tai vaikeuden kuvauksista liittyivät kuitenkin nimenomaan inhimillis-emansipatorisen roolin tehtäviin. Osa haastatelluista käyttikin juuri näitä edellä mainitsemiani käsitteitä kertomuksissaan:

”On ne tietysti aina itelleki tosi henkisesti raskaita työntekijän näkökulmasta mennä.” (H2)

”[...] kuuluu sarjaan niitä aiheita, että on tosi vaikea mennä välillä siihen tilanteeseen.” (H6)

Vaikka sosiaalityöntekijöiden kertomuksista tuli ilmi se, että kohtukuolema on aina myös

työntekijälle ja työyhteisölle koskettava ja vaativa tilanne, haastatellut kertoivat myös kohtukuolematilanteiden välillä olevan vaihtelua sen suhteen, kuinka paljon ja millä tavoin tapaus koskettaa työntekijää. Erityisen koskettaviksi mainittiin kertojan uran ensimmäinen kohtukuolematapaus, sellaiset kohtaamiset joiden aikana kuollut vauva on vanhempinsa sylissä ja yli 40-vuotiaiden, lapsettomien äitien kohtukuolematilanteet.

Useat sosiaalityöntekijät kertoivat käyvänsä kohtukuolematilanteita läpi perheen hoitoon osallistuneiden kanssa. Pääasiassa tällä tarkoitettiin kätilöitä tai sairaalapastoria, joskus myös lääkäriä. Eräs haastateltu kuvaili tämän hoitaneen tiimin kanssa käydyn purkukeskustelun suurta merkitystä itselleen:

”Et semmosta tiedonvaihtoo se on siinä (kansliassa) sitten. Ja muutenki se oli, ainaki itelle se on semmonen aikaa tärkeä juttu se, et jotenki ku ne on niin raskaita tilanteita, että ammatillisesti vielä siinä jotenkin aina piti vähän puhalttaa sitä. Et jotenki se niinku vähän saa sitä raskasta fiillistä itestään irtoomaan. [...] Et tosiaan sitä se kätilön kans keskustelu on.” (H2)

Suurin osa kertoi keskustelevänsä aina tai tarvittaessa tilanteista sairaalan muiden sosiaalityöntekijöiden kanssa. Lisäksi haastatteluissa mainittiin yksilötyönohjaus purkuväylänä. Osa kuvasi muiden sosiaalityöntekijöiden kanssa keskustelemisen olevan paras vaihtoehto senkin takia, että muun hoitotiimin kanssa keskustelut eivät aina ole asianmukaisia eivätkä tuota niistä haettavaa tukea. Toisaalta kerrottiin muun työyhteisön odottavan, että sosiaalityöntekijä ottaa moniammatillisissa keskustelutilanteissa tehtäväkseen purkukeskustelun johtamisen, jolloin hän ei itse voi täyspainoisesti osallistua purkuun. Potilaiden ja perheiden yksityisyydensuojasta korostettiin monessa haastattelussa pidettävän kiinni muiden sosiaalityöntekijöiden kanssa keskusteltaessa.

Osa haastatelluista kuvaili kaipaavansa systemaattisempaa läpikäyntiä, erityisesti silloin, jos tilanne on ollut tavallista kuormittavampi. Kokonaisuudessaan kuvauksista paistaa kokemus siitä, että tilanteiden purkaminen tavalla tai toisella on tärkeää, sillä kohtukuolematilanteet ovat koskettavia ja kuormittavia työtehtäviä.

Haastatellut työntekijät kertoivat näkemyksiään siitä, mikä heitä tukee kohtukuolemaperheiden kohtaamisissa, ja mikä saa heidät pysymään ammattimaisina vaikeiksi ja koskettaviksi kokemisissaan tilanteissa. Osalla haastatelluista oli taustalla toinen, hoitoalan tutkinto. Aiemman koulutuksen opeista ja työkokemuksesta arveltiin olevan apua kuoleman ja surevien ihmisten kohtaamisessa, vaikkakin kohtukuolematilanteiden kerrottiin olevan koskettavia työtehtäviä taustasta huolimatta. Eräs aiemmin hoitoalalla työskennellyt sosiaalityöntekijä kuvasi:

”Mä oon ollu sairaalatyössä käytännössä aina, niin mä oon nähnyt sitä kuolemaa [...] musta tuntuu, et siihen ei totu koskaan, ja vielä vähempi siihen jos se pieni vauva kuolee [...] en mä tiedä onko mulla joku ammattirooli sitte olemassa, et mä pystyn sillei rationaalisesti toimimaan jollain tavalla [...]” (H6)

Yhdeksi liialliselta emotionaaliselta kuormitukselta suojaavaksi tekijäksi ja työkaluja tuottavaksi asiaksi mainittiin useammassa haastattelussa pitkä työ- ja elämäkokemus:

”Nää on monelle hyvin vaikeita asioita nää kuoleman kohtaaminen ja hädässä olevan ihmisen kohtaaminen että se vaatii... Se vaatii sellasta pidempiaikaista kokemusta että pystyy tekemään sitä.” (H5)

”En mä tiiä osataanko sitä (kohdata kuolemaa). Se on varmaan niin, on työkokemuksesta ja omasta elämäkokemuksesta kiinni sitte.” (H6)

Lisäksi käytössä oli muun muassa ammatillinen etäännyttäminen, josta Charles R. Figley (2002, 1437- 1438) käyttää termiä ”disengagement”. Menetelmän tarkoituksena on etäännyttää itsensä asiakkaan tilanteesta niin, että oman elämän eläminen on mahdollista asiakkaan vakavasta kriisitilanteesta ja siihen liittyvistä tunteista huolimatta. Etäännyttäminen on Figleyn mukaan yksi omista voimavaroista huolehtimisen ilmentymä. Eräs haastateltu kuvaa tilanteesta etäännyttämistä kertoessaan siitä, miten koskettavissa tilanteissa kykenee työskentelemään: *”Tapaan ajatella että eihän se hirveetä meille oo, vaan sehän on se perhe ja ne.” (H1)*

Toisaalta emotionaalinen etäännyttäminen on joidenkin tutkimusten mukaan myötätunto- tai

työuupumuksen varhainen merkki (ks. esim. Sonnentag & Bayer, 2005; Maslach & Schaufeli, 1993). Etäännyttäminen on siis kaksiteräinen miekka; sopivissa annoksissa se voi olla hyvä tapa pitää omasta jaksamisesta huolta vaativissa asiakastilanteissa, mutta toisaalta se voi olla merkki omien voimavarojen uhanalaisuudesta.

Yhdeksi vaativassa työssä jaksamista tukevana asiana mainittiin itsetuntemus ja omien arvojen sekä uskomusten käsitteleminen. Eräs haastateltu kertoi oman kuolemankäsityksen prosessoimisen tärkeydestä:

”Jotenki ehkä erityisesti se kuolema, niin se kohdataan siellä sairaalassa. Niin mun mielestä se on tosi tärkeitä että työntekijä jotenki prosessoii se oman suhtautumisensa kuolemaan.” (H2)

Osa haastatelluista toi esille itse kokemansa tai lähipiiriin kuuluvan kokeman kohtukuolematilanteen. Nämä elämäkokemukset tuotiin haastattelussa esiin siinä vaiheessa, kun kuvailtiin sitä, millä eväillä kohtukuolematilanteissa on oppinut toimimaan. Osa haastatelluista toikin esille haasteena sen, ettei kohtukuoleman kokeneen perheen tilanteeseen voi samaistua, sillä itsellä ei ole vastaavanlaisesta tilanteesta kokemusta:

”[...] alkuunsa se tuntu, että no mitä mä osaan sanoo, ku en ollu tavallaan elämässäni kokenu mitään et ois nyt vaikka oma lapsi tai joku oma vanhempi kuollu, ni ihan semmosta surua [...]” (H7)

”Ei sitä... Niinku ellei ite oo... Enhän mä... Siis mä vaan tiedän että se on surullista... Tosi tosi surullista... Mutta eihän sitä kukaan muu kun jos on te kokenu ni voi tietää miltä se tuntuu.” (H1)

Lisäksi tukea ja välineitä kohtukuolematyöhön kerrottiin saadun täydennyskoulutukseen ja terveyssoviaalityöntekijöiden valtakunnallisiin kokoontumisiin osallistumisen kautta:

”Se on mun mielestä tosi hyvä että on terveyssoviaalityöntekijät järjestäytyny ja noi päivät (Terveyssoviaalityön päivät) mitä on joka toinen vuosi ni ne... Ne on voimauttavia.” (H1)

Kriisissä olevan ihmisen tai perheen, kuoleman tai surun kohtaamiseen liittyvästä täydennyskoulutuksesta oli kokemusta vain kahdella haastatellulla. Osa haastatelluista toi esiin myös näiden aiheiden puuttumisen sosiaalityöntekijöiden peruskoulutuksesta. Välineitä surun ja kuoleman kohtaamiseen kerrottiin saadun sivuaineiksi valituista oppiaineista, mutta ei sosiaalityön opinnoista. Täydennyskoulutuksella saatavia työkaluja kuitenkin toivottiin useassa haastattelussa.

Useampi haastateltu toi esille sen, että sosiaalityötä tehdään omalla persoonalla, jolloin tehty sosiaalityö muotoutuu tekijänsä näköiseksi. Maria Pylväs (2003, 65) kuvaa työntekijän persoonan käyttöä yleisiantuntijuuden muodoksi ja yhdeksi tärkeimmäksi ihmishuhtetyön välineeksi. Työntekijän persoonan kuvattiin haastatteluissa vaikuttavan mm. siihen, mitä asioita kohtukuolemaperheen tapaamisella käsitellään ja mitä sosiaalityöllä on annettavaa perheelle tai työyhteisölle:

"No varmaan tää miten tätä työtä tekee ja mitä antaa, ni aika paljon sillee sosiaalityöntekijänki persoonaan liittyvää [...]" (H4)

Kohtukuolematilanteiden vaativuudesta, koskettavuudesta ja vaikeudesta huolimatta suurin osa sosiaalityöntekijöistä kuvaili sitä, etteivät he pelkää kohdata kohtukuoleman kokeneita perheitä, tai etteivät tilanteet ahdistaa heitä:

"[...] eikä mua pelota mennä niihin tilanteisiin lainkaan [...]" (H6)

"Ei mua niinku se pelota tai sillälaila... Ahdistaa kohdata että..." (H1)

Kohtukuolematyön arvioitiin vaativan työntekijältä rohkeutta, mutta olevan kuitenkin kannattavaa ja joltain osin palkitsevaakin:

"Ja se vaatii rohkeutta, et jotenki lähtee siihen. Se on ihan tuntematon vesi sillon, ku mennään." (H2)

"Mutta että haasteellista työtä ja sillai jotenki palkitsevaaki kun huomaa sen että... Että ne perheet on jotenki... Tulevat autetuiksi [...]" (H5)

7 Yhteenveto ja pohdinta

Tutkielmani tavoitteena on hakea vastausta kysymykseen siitä, millaisia rooleja terveys-sosiaalityöntekijät kuvaavat itsellään olevan kohtukuoleman parissa tehtävässä työssä. Aineisto kerättiin teemahaastatteluilla, ja sitä analysoitiin teoriasidonnaisen sisällönanalyysin menetelmällä. Teoriaosuudessa käytiin läpi kohtukuolemaa traumaattisena tapahtumana, suomalaista terveysosiaalityötä kohtukuoleman viitekehyksessä, roolin käsitettä ja rooliteorioita sekä sosiaalityöntekijöiden rooleista tehtyä aiempaa tutkimusta. Tutkielma on tehty konstrukttiivisen tiedonkäsityksen valossa.

Tutkielmani tuloksena voidaan todeta, että terveysosiaalityöntekijät kuvasivat tekevänsä työtä kohtukuoleman parissa kahdesta pääroolista: teknis-hallinnollisesta ja inhimillis-emansipatorisesta roolista. Molemmat pääroolit koostuvat useammasta tehtävästä tai luokasta, jotka taas rakentuvat käytännön toimista tai oman työtavan kuvauksista.

Teknis-hallinnollinen päärooli koostuu tämän tutkielman aineistona toimivien kuvausten perusteella kahdesta tehtäväluokasta. Ne ovat terveysosiaalityön suorittaja ja kriisituen ammattilainen. Näitä tehtäväluokkia yhdistää se, että niiden tekemistä kuvattiin käytännönläheisesti tai jopa fyysisenä toimintana ja niitä perusteltiin joko organisaation tai ammattikunnan asettamien sääntöjen ja odotusten kautta, tai tutkimustiedon kautta. Teknis-hallinnollinen rooli ilmenee osassa Kirsi Juhilan (2006) tutkimuksessaan tarkastelemista asiakas-työntekijä -suhdetyypeistä. Liittämis- ja kontrollisuhde, jossa työntekijä pyrkii liittämään asiakasta valtakulttuuriin samalla kontrolloiden niitä, joiden kohdalla liittäminen ei onnistu, voidaan nähdä teknis-hallinnollisessa roolissa toimivaa työntekijää ilmentävänä suhdetyyppinä. Teknis-hallinnollinen rooli koostuu vakiintuneista tehtävistä, jolloin esittäjän tai toimijan on astuttava sen sisään ja suoritettava siihen liittyviä tehtäviä. Tämä tarkoittaa siis sitä, että roolisuorituksen malli on olemassa myös työntekijän vaihtuessa. (Ks. Berger & Luckman 1966, 86-88.)

Terveyssosiaalityön suorittajan tehtävissä haastatellut kuvasivat tekevänsä terveyssosiaalityöntekijälle ammattikunnan, edeltävän sosiaalityöntekijän, muiden ammattiryhmien tai esimiehen taholta heille osoitettuja tai heiltä odotettuja tehtäviä. Näihin lukeutuivat esimerkiksi kokonaistilanteen kartoittaminen, sosiaalipalveluihin ja -etuuksiin liittyvän tiedon antaminen tai dokumentointi. Terveyssosiaalityön suorittajan tehtäväluokka rakentui aiemmista tutkimuksista tuttujen terveyssosiaalityölle määriteltyjen tehtävien mukaisesti. On mahdollista, että nämä ammattikunnalle eri tutkimuksissa määritellyt tehtävät ohjasivat sekä sosiaalityöntekijöiden kerrontaa tämän tutkielman haastattelutilanteissa että omaa tulkintaani analyysivaiheessa.

Terveyssosiaalityön suorittajan kategoria sisältää elementtejä Asquithin, Clarkin ja Waterhousen (2005) tutkimuksessa esille nostetuista neuvonantajan, tarpeiden arvioijan sekä palveluiden koordinoijan rooleista. Yksi selitys sille, miksi Asquithin ym. tutkimuksessa esille nousseista kuudesta pääroolista kolme on edustettuna tämän tutkielman yhden roolin yhdessä tehtävässä on siinä, että Asquith ym. ovat tarkastelleet roolin käsitettä sosiaalityöntekijöiden toiminnasta käsin. Tässä tutkielmassa roolia on lähestytty työntekijöiden laajoista kuvauksista, jolloin työntekijät ovat voineet kertomuksissaan korostaa muitakin asioita kuin niitä, jotka käytännön toimintaa tarkasteltaessa veisivät eniten aikaa ja nousisivat tätä kautta merkittäviksi.

Terveyssosiaalityön suorittajan tehtävä sisältää samoja tunnusmerkkejä kuin Juhilan (2006) kuvailema vuorovaikutuksessa rakentuva suhde. Se koostuu liittämisen ja kontrollisuhteen, kumppanuussuhteen ja huolenpitosuhteen elementeistä. Eri suhteiden ilmeneminen rakentuu asiakaskohtaamisessa tilanteen mukaan. Joissakin tilanteissa terveyssosiaalityöntekijän tehtävänä voi olla pyrkiä ohjaamaan sokissa oleva perhe heidän tarvitsemiensa palveluiden piiriin ja jopa kontrollin keinoin huolehtia, että perheen tilanne ei kriisiydy vakavammin. Kohtukuoleman kokeneen perheen kuvattiin useassa haastattelussa olevan huolenpidon tarpeessa, eräs työntekijä kuvasikin koko sairaalan henkilökunnan tehtävänä olevan huolen pitäminen perheistä kokonaisvaltaisesti. Näissä kuvauk-

sisä tilaa saa huolenpitosuhde, jossa työntekijä huolehtii perheestä tarjoamalla tälle tukea ja apua (Juhila 2006).

Kriisituen ammattilaisen tehtävässä terveystieteiden työntekijät kertoivat antavansa kriisissä olevalle perheelle tämän tarvitsemaa tukea tutkimustiedon tunnistamalla tavoilla, kuten valmistelemalla vanhempia tuleviin tunnereaktioihin, tekemällä heidän puolestaan pakollisia käytännön asioita tai varmistamalla muun verkoston tuensaaminen vanhempien ohella. Osittain tehtävä on ristiriitainen, sillä aiemman tutkimuksen perusteella terveystieteiden työntekijät kokevat vaihtelevasti kriisitilanteen kuuluvan heidän työnkuvaansa (ks. Vainionpää 2015). Varmistajan ja vastuunkantajan tehtävät noudattelee pitkälti aiemmassa tutkimuksessa esille tullutta ”talonmiehen” tai ”tyhjiön täyttäjän” tehtävää (ks. Craig & Muskat 2013; Gehlert & Browne 2006) samalla ilmentäen Juhilan (2006) tutkimuksessa esille tullutta huolenpitosuhdetta.

Kriisituen ammattilaisena toimiessaan terveystieteiden työntekijät toimivat kuvaustensa perusteella kriisiterapiaa koskevan teorian pohjalta annettujen suositusten mukaisesti. Sosiaalityöntekijät esimerkiksi kuvasivat pyrkivänsä tukemaan perheitä olemuksensa kautta. Tilanteen rauhoittaminen on kriisissä olevan tukemisen merkittävä elementti (Hobfoll ym. 2007). Tunneilmaisuita kuvailtiin tuettavan kohtukuolemaperheitä tavattaessa. Tunteiden ilmaisemisen tukemisessa ja niiden sanoittamisessa pyrkimyksenä on tehdä niistä ymmärrettäviä; tässä tilanteessa saa tuntua tälle. (Cullberg 1991, 157.) Sosiaalityöntekijät myös osoittivat tunnistavansa vanhempien akuutissa kriisitilanteessa käyttämiä puolustuskeinoja sekä erilaisia tapoja surra kuvaamalla näitä.

Surevien vanhempien läheiset kerrottiin haastatteluissa huomioon otettavan. Traumaattisen kriisin kosketettua koko perhettä ja lähiyhteisöä, vanhemmille läheiset ihmiset tulisi huomioda ja voida ottaa mukaan kriisitilanteeseen (Cullberg 1991, 158). Sosiaalialan ammattilaisella on myös eettinen velvollisuus huomioda asiakkaansa koko läheisverkosto (Talentia 2017, 18). Craigin ja Muskatin (2013) rooliluokituksessa on mainittu yhdistäjän rooli, joka tulee tässä kriisitilanteen ammattilaisen tehtävässä esille juuri eri osapuolien yhteen

tuomisena ja tukemisena. Kaikki haastatellut sosiaalityöntekijät eivät kuvaustensa perusteella kuitenkaan nähneet psyykkisen ensiavun tai keskusteluavun antamista sosiaalityöntekijän tehtävänä. Saman havainnon on tehnyt Maria Vainionpää (2015) sosiaalityötä kriisitilanteissa käsitelleessä pro gradu -tutkielmassaan. Tutkimukseen osallistuneista sosiaalityöntekijöistä suurin osa näki psyykkisen ensiavun antamisen kuuluvan joillekin muille tahoille kuin itselleen. Terveysosiaalityöntekijän roolista akuutissa kriisitilanteessa oli erilaisia näkemyksiä haastateltavienkin kesken. Osa haastateltavista kuvasi toimivansa kohtukuolematilanteissa järjestyksenvalvojina (ks. Craig & Muskat 2013), eli lähetettyinä tilanteisiin, joihin muut ammattilaiset eivät kestä mennä.

Inhimillis-empansipatorisesta roolissa tehtävää työtä perusteltiin tunnesidonnaisilla teki-
jöillä. Roolin kuvauksien lähtökohtana olivat tunteet ja kohtaaminen. Roolin kuvauksia värittivät kuvailut omasta persoonasta, omista arvoista ja kokemuksista. Inhimillis-empansipatorisen roolin elementtejä oli myös hyvin löydettävissä aiemmasta tutkimuksesta ja teoriasta.

Surun ymmärtäjän tehtävää kuvailtiin kohtaamisissa heräävien tunteiden ja omien kokemusten kautta. Kuvailut kokemukset liittyivät omaan tai läheisen ihmisen suruun, tai toisaalta surevien parissa kertyneeseen työkokemukseen. Surun ymmärtäjän tehtävässä terveystosiaalityöntekijä toimii kumppanuus- tai huolenpitosuhteessa perheeseen (Ks. Juhila 2006). Huolenpitosuhde ilmenee kuvauksina siitä, kuinka perheen puolesta on tehty tarvittavia hakemuksia, mikäli perhe ei ole itse kyennyt. Terveystosiaalityöntekijät tuottivat kertomuksissaan selkeästi kuvauksia ymmärryksestään sokissa olevan ihmisen huolenpidon tarpeesta. Kumppanuussuhde ilmeni kertomuksissa kuvailuina siitä, kuinka sosiaalityöntekijä pyrki olemaan perheelle rinnalla kulkija.

Terveystosiaalityöntekijät kuvasivat ja nimesivätkin surevia vanhempia kohtaan tuntemaansa empatiaa. Empatia edellyttää kriisitilanteissa kykyä tunnistaa ja ymmärtää voimakkaita, kärsimystä aiheuttavia ja poikkeavia tunteita ja reaktioita. (Feigenberg 1977 ref. Cullberg 1991, 159-160). Empatian tunteminen ja se, että tilanne, tässä yhteydessä

kohtukuolema, koskettaa sosiaalityöntekijää, ei ole ammattimaisuuden puutetta. Sen voidaan jopa päinvastoin olla edellytys sille, että työntekijä voi tarjota aitoa läsnäoloa ja tukea surevalle perheelle. (Hedrenius & Johansson 2016, 276.)

Asianajajan ja muutoksentekijän tehtävässä on elementtejä vastuunkantajan tehtävästä. Tässä tehtävässä toimiessa kuvailtiin vastuuntuntoa ja vaikuttamisen halua, joka heräsi kohdattaessa kohtukuoleman kokeneita perheitä. Terveys- ja sosiaalityöntekijät kokivat huolta kohtukuolemaperheiden oikeuksista ja he olivatkin mukana erilaisessa kehittämistoiminnassa ajaakseen näiden perheiden asiaa. Asianajajina ja muutoksen tekijöinä terveys- ja sosiaalityöntekijät toimivat useissa muissakin tutkimuksissa esille tulleissa tehtävissä (Ks. Nehami & Han & Yishay & Malka 2016; Craig & Muskat 2013). Asquith, Clark ja Waterhouse (2005) arvioivat asianajajan roolin olevan yksi sosiaalityön päärooleista.

Osa asianajajan tehtävää oli toimia varmistajana. Varmistajan tehtävässä voidaan nähdä yhdistyvän Craigin ja Muskatin (2013) luokittelussa mainittujen talonmiehen ja välittäjän roolien elementtejä. Talonmiehen roolin (ks. Craig & Muskat 2013) tai tyhjiön täyttämisen tehtävän, kuten Sarah Gehlert ja Teri Browne (2006) tätä nimittävät, on tunnistettu liittyvän terveys- ja sosiaalityöhön sekä tutkimuksissa että käytännössä. Varmistajana toimiminen voidaan nähdä terveys- ja sosiaalityölle virallisesti kuulumattomana tehtävänä, jota sosiaalityöntekijät hoitavat, kun kerran kukaan muu ei sitä tee. Myös Vainionpään (2015) tuloksista ilmeni sosiaalityön merkitys seuranta- ja varmistelutyössä. Varmistajan ja vastuunkantajana toimiessaan terveys- ja sosiaalityöntekijä ilmentää Juhilan (2006) mukaisen suhdetyyppiluokittelun huolenpitosuhdetta. Huolenpitosuhteessa työntekijän tehtävä on Juhilan mukaan auttaa ja tukea huolenpitoa tarvitsevaa asiakasta. Sosiaalityöntekijät näkivät varmistelulla olevan merkitystä sen kannalta, miten hoitoprosessi sujuu potilaan ja perheen näkökulmasta.

Asianajajan ja muutoksentekijätehtävän suuri merkitys terveys- ja sosiaalityössä on noussut esille mm. Nehamin, Hanin, Yishayn ja Malkan (2016) Israelissa tekemässä tutkimuk-

sessä. Tehtävä sopii myös Craigin ja Muskatlin (2013) kuvaamaan välittäjän rooliin. Välittäjänä toimiessaan sosiaalityöntekijä välittää tietoa muun muassa potilaiden ja palvelujärjestelmän välillä. Sekä sosiaalialan ammattieettinen ohjeistus että Sosiaalihuoltolaki (2014/1301) velvoittavat sosiaalityöntekijät käyttämään heillä olevaa tietoa asiakkaidensa hyväksi kantamalla yhteisvastuuta asiakkaiden asemasta yhteiskunnassa sekä ajamalla eri asiakasryhmien etua.

Inhimillisen minän luokka oli siitä poikkeuksellinen, ettei sitä löytynyt sosiaalityön tehtäviä tai sosiaalityöntekijöiden rooleja käsittelevästä aiemmasta tutkimuksesta. Omassa aineistossani se kuitenkin nousi voimakkaasti esille. Luokan puuttuminen aiemmasta tutkimuksesta voi johtua esimerkiksi tutkimuskysymyksen asettelusta, käytetystä aineistonkeruumenetelmästä tai siitä, ettei minään liittyvää tietoa ole huomioitu rooleja tai tehtäviä käsittelevässä tutkimuksessa. Osa haastatelluista kuvasi enemmän omia tuntemuksiaan liittyen kohtukuolemaan, perheiden tapaamiseen, tai muihin tähän työhön liittyviin asioihin, toiset taas pysyivät kertomuksissaan pitkälti muissa kuin omilla tunteissaan.

Inhimillistä minäänsä kuvaillessaan sosiaalityöntekijät puhuivat paljon omasta jaksamisestaan. Traumaattisten kriisien parissa työskentelevillä on riski uupua. Kuormittavat työtilanteet tulisi voida käydä läpi pian tilanteen jälkeen, jotta tilanteeseen liittyvät asiat ja tunteet saadaan työstettyä eivätkä ne jää vaikuttamaan alitajuntaan. Työntekijällä tulisi olla omien henkilökohtaisten selviytymiskeinojen lisäksi ammatillista tukea saatavillaan. Vertaistuki on hyvä keino ylläpitää jaksamista kriisityössä. (Pohjolan-Pirhonen 2007, 185; 191.) Haastatteluissa tulikin esille monenlaisia tapoja ja foorumeita työtilanteiden työstämiselle. Osa koki purkamisen mahdollisuuksia olevan riittävästä, jotkut kokivat ne liian vähäisiksi. Kriisitilanteiden ja surun parissa toistuvasti työskentelevän tulisikin käsitellä omia surun ja menettämisen kokemuksiaan. Tämä mahdollistaa ammattilaiselle omien kokemusten tietoisesta hyödyntämisestä suurempaa perhettä tuettaessa. (Mahan & Calica 2008, 150). Kriisien parissa työskentelevältä vaaditaan vahvaa itsetuntemusta, jotta työntekijä voi aidosti tukea asiakastaan kuormittumatta itse liikaa (Feigenberg 1977 ref. Cull-

berg 1991, 160). Siitä, onko aitoa itsetuntemusta mahdollista saavuttaa, on erilaisia näkemyksiä (esim. Helkama ym. 2015, 168-169).

Myötätuntouupumisen ja sijaistraumatisoitumisen riskiä voi hallita huolehtimalla omista rajoistaan, noudattamalla terveellisiä elämäntapoja sekä ylläpitämällä sosiaalisia suhteita. Myös kouluttautuminen, työnohjaus sekä traumatisoitumiseen ja traumoihin perehtyminen voivat olla avuksi. (Saari 2003, 280.) Haastattelemistani terveystyöntekijöistä alle puolet mainitsi työnohjauksen. Vain kaksi haastateltua kertoi saaneensa täydennyskoulutusta kriisin tai kuoleman kohtaamiseen. Useampi toivoikin lisää mahdollisuuksia täydennyskoulutukseen. Työntekijän tulee tiedostaa keinot, joiden avulla hän kykenee irrottautumaan työstään (Lindqvist 2012, 102.)

Terveystyöntekijä voi aineistoni perusteella toimia teknis-hallinnollisessa ja inhimillis-emansipatorisessa roolissa osittain samanaikaisesti. Näiden kahden roolin yhdistyminen tuli esille terveystyöntekijöiden kuvailuissa erilaisten tiedon lajien sujuvana yhdistelemisenä. Teknis-hallinnollisessa roolissa käytettävää teoreettista ja empiiristä tietoa yhdisteltiin kertomuksissa inhimillis-emansipatorisessa roolissa käytettävän menettelytapatiedon, henkilökohtaisen tiedon sekä käytännön viisauden kanssa (ks. Drury-Hudson 1999, 149). Kertoessaan esimerkiksi kriisissä olevan kohtaamisen herättämistä tuntemuksista sosiaalityöntekijä saattoi samassa lauseessa viitata suru- ja kriisitutkimuksen perusteella annettuihin suosituksiin. Työkokemuksen kautta kehittyvän taidon voidaan nähdä rakentuvan teoreettisen, empiirisen ja menettelytapatietoperustan päälle, joten tietoperustan hankkiminen on välttämätön (Erjanti & Paunonen-Ilmanen 2004, 142). Näin korostuu erilaisten tiedon lajien yhdistelemisen merkitys sosiaalityössä.

Mielestäni merkittävä tekemäni havainto liittyy terveystyöntekijöiden tapaan käsitellä kohtukuolemaa, surua ja kriisiä. Haastatellut käsitelivät aiheita sekä teknis-hallinnollisesta roolista yksilön hoitoprosessin, yhteisön toiminnan ja yhteiskunnan näkökulmista että inhimillis-emansipatorisesta roolista yksilön ja tämän läheisten kokemusten ja

elämäkulun kautta. Terveyssozialityöntekijä ollessa Suomessa aina yliopistossa koulutettu, pääsääntöisesti yhteiskunta- tai valtiotieteilijä, hänellä on edellytykset asiakaidensa tilanteiden käsittämiseen laajemmassa yhteiskunnallisessa viitekehysessä. Toisaalta inhimillis-emansipatorisen roolin olemassaolo tuo tähän tarkasteluun inhimillisen näkökulman lapsen kuoleman aiheuttamiin tunteisiin.

Useat tutkielmaan osallistuneet ryhtyivät haastattelun edetessä refleктоimaan esimerkiksi omaa tapaansa tehdä kohtukuolematyötä tai organisaatiossa vallitsevaa toimintamallia. Reflektiivisessä asiantuntijuudessa yhdistyvät teoriatieto, käytännön toiminta sekä työn ja yhteiskunnallisten rakenteiden tiedostaminen (Payne 2005, 32–33). Haastattelussa sosiaalityöntekijät keskittyivät kapeaan ja spesifiin työalueeseen, jota ei välttämättä muuten työn arjessa pysähdy pohtimaan laaja-alaisesti. Haastattelutilanteissa erilaiset reflektiivisen asiantuntijuuden tietolajit yhdistyivät, mistä seurasi monen kohdalla reflektion tuloksen sanoittaminen haastattelijalle. Esimerkiksi eräs sosiaalityöntekijä ryhtyi haastattelun loppupuolella pohtimaan, kuinka hän voisi nykyistä tehokkaammin varmistaa perheen saaneen tarvitsemansa tuen kotiuduttuaan sairaalasta. Eräs toinen haastateltu pohti kriittisesti tekemänsä rakenteellisen sosiaalityön sisältöä ja määrää. Tietoinen refleктоiminen on edellytys sosiaalityön ja sosiaalityöntekijän ammatilliselle kehitymiselle (Raunio 2009, 155).

Moniammatillisessa ympäristössä tietoinen refleктоiminen voi olla myös avain jaettujen toimintatapojen ja organisaation sääntöjen muutokseen. Terveyssozialityöntekijöiden rooleja pro gradu -tutkielmassaan tarkastellut Kristiina Ahlgrén (2008) on havainnut terveyssozialityöntekijöillä olevan monenlaisia suhteita työskentelyorganisaatioonsa ja sen kehittämiseen. Dynaamista käsitystä edustavat terveyssozialityöntekijät kokevat olevansa integroitunut osa terveydenhuoltoa, ja ovat näin ollen valmiita haastamaan organisaatiota tarvittaviin muutoksiin. Toista ääripäätä edustavat niin kutsutut vaatimattomat sosiaalityöntekijät, joiden painopiste on hyvän potilastyön tekemisessä eikä niinkään organisaation kehittämisessä. Kuten edellisessä luvussa totesin, useampi sosiaalityönte-

kijä kertoi tehneensä itse, tai tuntemansa sosiaalityöntekijän tehneen aloitteen organisaa-
tion toimintatapojen uudistamiseksi sairaalassa.

Tutkielmani aiheen herätettyä sosiaalityöntekijöissä mielenkiintoa ja halua osallistua, us-
kon sen olleen oikea-aikainen ja tarpeellinen. Yhteiskunnallisen taloudellisen tilanteen
ollessa haastava ja terveydenhuollon ollessa loputtomien säästötoimenpiteiden kohteena
terveydenhuollon sosiaalityön merkitystä ja sen sisältöjä on ehdottoman tärkeää tuoda
entistä voimakkaammin esille. Terveys- ja sosiaalityöntekijöiden on nostettava aktiivisesti
esiin tietojaan, osaamistaan ja kokemuksiaan työnsä merkityksestä (esim. Laine 2014,
30). Jotta tämä onnistuisi, on tälle esiin nostamiselle tarjottava areenoja. Tämä tutkielma
on toiminut yhtenä terveys- ja sosiaalityötä näkyväksi tekemisen areenana annettuaan itse
työn tekijöille mahdollisuuden tuottaa tietoa tutkittavasta ilmiöstä.

Terveys- ja sosiaalityö tulee kohtaamaan uusia haasteita sote-uudistuksessa. Sen oltua hy-
vin ajankohtainen haastattelujen tekohetkellä se nousi myös terveys- ja sosiaalityöntekijöi-
den kertomuksissa esille. Terveys- ja sosiaalityön rakenteistumisesta sote-uudistuksen val-
mistelussa pro gradu -työnsä tehnyt Aino Kauppi (2017) toteaa uudistuksen olevan
terveys- ja sosiaalityölle sekä uhka että mahdollisuus. Hallituksen tuottamissa lausunnoissa
terveys- ja sosiaalityön rooli pääosin sivuutetaan, ja siinä nähdään lähinnä muita sosiaalipalve-
luita täydentävänä työnä. Kuitenkin Kauppi tuo esille, että toisaalta terveys- ja sosiaalityön
esille tuleminen näissä asiakirjoissa vahvistaa sen asemaa, ja sote-uudistuksen tavoit-
teissa on terveys- ja sosiaalityön tarvetta lisääviä ja sen roolia vahvistavia asioita, kuten pyr-
kimys vähentää päällekkäistä työtä sote-kentällä. (Kauppi 2017, 82-84.)

Tutkielmani oli katsaus terveys- ja sosiaalityöntekijöiden rooleihin kohtukuolematilanteissa.
Saadessani tietoa siitä, kuinka eri tavoin ja erilaisin hoitoprosessein kohtukuolemaper-
heitä Suomen sairaaloissa hoidetaan, pohdin, mikä olisi paras tai vaikuttavin tapa hoitaa
kohtukuolematilanteita. Sosiaali- ja terveyspalveluiden ollessa muutoksessa ja vaikutta-
vuuskeskustelun ollessa ajankohtaista olisikin mielenkiintoista ja tärkeää tarkastella sai-

raaloiden välisiä eroja eri hoitoprosesseissa, ja vertailla niiden vaikuttavuustuloksia. Eri-tyisesti terveyst sosiaalityön kehittämisen näkökulmasta olisi kiinnostavaa tutkia kohtukuoleman kokeneiden kokemuksia terveyst sosiaalityöstä. Tutkielmassa esille tulleiden havaintojen ja tulosten valossa suositellen kohtukuoleman parissa työskenteleviä terveyst sosiaalityöntekijöitä tai heidän esimiehiään kiinnittämään erityistä huomiota terveyst sosiaalityöntekijöiden mahdollisuuksiin purkaa asianmukaisesti kuormittavia työtilanteita, saada riittävää täydennyskoulutusta näiden tilanteiden kohtaamiseen. Tutkielmani tulokset osoittavat, ettei sosiaalityöntekijä ole kohtukuolemaperhettä kohdatessaan pelkäänsä työroolissa, vaan hän on tilanteessa myös inhimillisenä minänään, ja tarvitsee työkaluja, eväitä ja voimavaroja kestääkseen nämä vaativat tilanteet.

LÄHDELUETTELO

Aho, Anna-Liisa (2010) Isän suru lapsen kuoleman jälkeen. Tuki-interventio ja sen arviointi. Tampere: Tampereen yliopisto.

Aho, Anna-Liisa & Kaunonen, Marja (2014) Suru – selviytyminen ja surevien tukeminen. Thanatos vol. 3, Suomalaisen Kuolemantutkimuksen Seura Ry:n verkkojulkaisu 2/2014 <https://thanatos-journal.com/2014/12/01/thanatos-vol-3-22014-suru-selviytyminen-ja-surevien-tukeminen/> . Viitattu 25.10.2016.

Alastalo, Marja & Åkerman, Maria (2010) Asiantuntijahaastattelun analyysi: Faktojen jäljillä. Teoksessa Ruusuvoori, Johanna & Nikander, Pirjo & Hyvärinen, Matti (toim.) Haastattelun analyysi. Tampere: Vastapaino, 372-394.

Alasuutari, Pertti (2009) Laadullinen tutkimus 2.0. Tampere: Vastapaino.

Allan, June (2005) The Role of Meaning Construction in Living with Grief. Teoksessa Tuula Heinonen & Anna Metteri (toim.) Social Work in Health and Mental Health. Issues, Developments and Actions. Toronto: Canadian Scholars' Press, 282-299.

Allardt, Erik & Littunen, Yrjö (1972) Sosiologia. Helsinki: WSOY.

Apo, Satu (1992) Kertomusten sisällön analyysi. Teoksessa Klaus Mäkelä (toim.) Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Helsinki: Gaudeamus, 62-80.

Arnold, Joan & Gemma, Penelope Bushman (2008) The Continuing Process of Parental Grief. Death Studies 32(1), 658-673.

Asquith, Stewart & Clark, Chris & Waterhouse, Lorraine (2005) The Role of the Social Worker in the 21st Century – A Literature Review. The Scottish Executive. <http://www.gov.scot/resource/doc/47121/0020821.pdf> . Viitattu 3.11.2016.

Berger, Peter & Luckmann, Thomas (1966). Todellisuuden sosiaalinen rakentuminen. Tiedon sosiologinen tutkielma. Suom. Vesa Raiskila. Helsinki. Gaudeamus.

Biddle, Bruce (1979) Role Theory – Expectations, identities and behaviors. Lontoo: Academic Press.

Burr, Vivien (2004) Sosiaalipsykologisia ihmiskäsityksiä. Suom. Jyrki Vainonen. Tampere: Vastapaino.

Craig, Shelley & Muskat, Barbara (2013) Bouncers, Brokers, and Glue: The Self-described Roles of Social Workers in Urban Hospitals. *Health & Social Work* vol. 38(1), 7-16.

Cullberg, Johan (1966) Reaktionen inför perinatal barnadöd (II): Förhållandet patient – läkare. *Läkartidningen* 63, 4065–4068.

Cullberg, Johan (1991) Tasapainon järkkyessä – psykoanalyttinen ja sosiaalipsykiatrien tutkielma. Suom. Mirja Ruotanen. Helsinki: Otava.

Cullberg, Johan (1993) Psykkinen trauma. Kriisiteoriasta ja kriisipsykoterapiasta. Suom. Yrjö Nuorvala & Tarja Summa & Ingalill Österberg. A-klinikkasäätiön julkaisu n:o 5. Helsinki: A-klinikkasäätiö.

Davis, Cindy & Milosevic Biljana & Baldry, Eileen & Walsh, Anne (2005) Defining the role of the hospital social worker in Australia. *International Social Work* 47(3). Lontoo: Sade Publications, 346-358.

Doka, Kenneth (2002) Introduction. Teoksessa Kenneth Doka (toim.) *Disenfranchised Grief. New Directions, Challenges, and Strategies for Practice*. Illinois: Research Press, 5-22.

Erjanti, Helena & Paunonen-Ilmanen, Marita (2004) *Suru ja surevat. Surevien hoitotyön perusteet*. Helsinki: WSOY.

Eskola, Jari (2007) (Teema)haastattelututkimuksen toteuttamisesta. Teoksessa Viinamäki, Leena & Saari, Erkki (toim.) *Polkuja soveltavaan yhteiskuntatieteelliseen tutkimukseen*. Helsinki: Tammi, 32-47.

Eskola, Jari & Suoranta, Juha (2008) *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Tampere: Vastapaino.

Eskola, Jari (2015) Laadullisen tutkimuksen juhannustaiat. Laadullisen aineiston analyysi vaihe vaiheelta. Teoksessa Viinamäki, Leena & Saari, Erkki (toim.) *Polkuja soveltavaan yhteiskuntatieteelliseen tutkimukseen*. Helsinki: Tammi, 185-206.

Eskola, Jari & Vastamäki, Jaana (2015) Teemahaastattelu: opit ja opetukset. Teoksessa R. Valli & Aaltola, J. (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineistonkeruu: Virikkeitä aloittelevalle tutkijalle*. 4. uudistettu panos. Jyväskylä: PS-kustannus, 27–44.

Figley, Charles R. (2002) Compassion Fatigue: Psychotherapists' Chronic Lack of Self Care. *Psychotherapy in Practice*, Vol. 58(11), 1433–1441. <http://download.xuebalib.com/xuebalib.com.11294.pdf> Viitattu 21.8.2017.

Gehlert, Sarah & Browne, Teri (2011) Handbook of Health Social Work, 2nd Edition. New Jersey: John Wiley & Sons.

Goffman, Erving (1956) The Presentation of Self in Everyday Life. New York: Random House.

Hakola, Outi & Kivistö, Sari & Mäkinen, Virpi (2014) Kuoleman kulttuurit Suomessa. Helsinki: Gaudeamus.

Hani, Shalit & Yishay, Kum & Nehami, Baum & Malka, Tal (2016) Social workers' role in tempering inequality in healthcare in hospitals and clinics: a study in Israel. Health and Social Care in the Community vol. 24(5), 605-613.

Hedrenius, Sara & Johansson, Sara (2016) Kriisituki. Ensiapua onnettomuuksien, katastrofien ja järkyttävien tapahtumien käsittelyyn. Suom. Urpu Strellman. Helsinki: Tietosanomaa.

Helkama, Klaus & Myllyniemi, Rauni & Liebkind, Karmela & Ruusuvuori, Johanna & Lönnqvist, Jan-Erik & Hankonen, Nelli & Mähönen, Tuul Anna & Jasinskaja-Lahti, Inga & Lipponen, Jukka (2015) Johdatus sosiaalipsykologiaan. Helsinki: Edita.

Heikkinen, Hannu (2000) Tarinan mahti – Narratiivisuuden teemoja ja muunnelmia. Tiepolitiikka 2000(4), 47-58.

Heikkinen, Hannu (2015) Kerronnallinen tutkimus. Teoksessa Raine Valli & Juhani Aaltola (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2 – Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Jyväskylä: PS-Kustannus, 149–167.

Hirsjärvi, Sirkka & Hurme Helena (2008) Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.

Hirsjärvi, Sirkka & Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula (2009) Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Hobfoll, Stevan E. & Watson, Patricia & Bell, Carl C. & Bryant, Richard A. & Brymer, Melissa J. & Friedman, Matthew J. & Friedman, Merle & Gersons, Berthold P.R. & de Jong, Joop T.V.M. & Layne, Christopher M. & Maguen, Shira & Neria, Yuval & Norwood, Ann E. & Pynoos, Robert S. & Reissman, Dori & Ruzek, Josef I. & Shalev, Arie Y. & Solomon, Zahava & Steinberg, Alan M. & Ursano Robert J. (2007) Five Essential Elements of Immediate and Mid-Term Mass Trauma Intervention: Empirical Evidence. Psychiatry 70(4)/2007, 283-315.

Itkonen, Juha (2016) Kuolleena syntyneen lapsen vanhempia ympäröi usein ”hiljaisuuden salaliitto”, vaikka he tarvitsisivat tukea ja läsnäoloa. Pääkirjoitus, Vieraskynä. Helsingin Sanomat 13.8.2016. Viitattu 22.2.2016. <https://www.hs.fi/paakirjoitukset/art->

2000002915661.html

Jones, Sandra & Joss, Richard (1995) Models on Professionalism. Teoksessa Margaret Yelloly & Mary Henkel (toim.) Learning and Teaching in Social Work. Towards Reflective Practice. London & Bristol: Jessica Kingsley Publishers, 15-33.

Judd, Rebecca & Sheffield Sherry (2010) Hospital Social Work: Contemporary Roles and Professional Activities, Social Work in Health Care 49:9, 856-871.

Juhila, Kirsi (2006) Sosiaalityöntekijöinä ja asiakkaina. Sosiaalityön yhteiskunnalliset tehtävät ja paikat. Tampere: Vastapaino.

Kalliopuska, Mirja (2005) Psykologian sanasto. Helsinki: Otava.

Kananoja, Aulikki (2016) Sosiaalityö terveydenhuollossa. Teoksessa Aulikki Kananoja & Martti Lähteinen & Pirjo Marjamäki (toim.) Sosiaalityön käsikirja. Helsinki: Tietosanoma, 343-352.

Kauppi, Aino (2017) Terveys- ja sosiaalityön rakenteistuminen sote-uudistuksen valmistelussa. Tampereen yliopisto. Viitattu 29.9.2017. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:uta-201705311762>

Kempainen, Tarja & Koskinen, Simo & Pohjola, Anneli & Urponen, Kyösti (1998) Sosiaalityö epävarmuuden oloissa. Lapin yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja B. Tutkimusraportteja ja selvityksiä 28. Rovaniemi: Lapin yliopisto.

Korpela, Rauno (2014) Terveys- ja sosiaalityön asiantuntijuus ja kehittäminen. Teoksessa Anna Metteri & Heli Valokivi & Satu Ylinen (toim.) Terveys ja sosiaalityö. Jyväskylä: PS-kustannus, 118–141.

Koskela, Harri Arto Juhani (2009) MIKSI JA MITÄ VARTEN, JUMALA? Lapsen menetyksen merkitys vanhemman spiritualiteetille. Joensuun yliopisto. Viitattu 26.4.2017. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20100005/urn_nbn_fi_uef-20100005.pdf

Käpy Lapsikuolemaperheet ry (2015) Kokemuskouluttajien avulla tietoa ammattilaisille lapsikuolemaperheiden tukemisesta ja vertaistuen piiriin ohjaamisesta – Hankesuunnitelma 2015–2017.

Laine, Helinä (2014) Sosiaalityö terveydenhuollossa on positiiviseen häiriköintiin perustuvaa taiteilua. Teoksessa Anna Metteri & Heli Valokivi & Satu Ylinen (toim.) Terveys ja sosiaalityö. Jyväskylä: PS-kustannus, 26–31.

Linden, Mirja (1999) Terveystieteiden sosiaalityö moniammatillisessa toimintaympäristössä. Stakes raportteja 234. Helsinki: Stakes.

Lindqvist, Arja (2012) Sijaistraumatisoitumisen ehkäisystä pähkinänkuoressa. Teoksessa Arja Antervo & Petteri Mankila & Kaarina Hästbacka & Jarno Katajisto & Anne Suokas-Cunliffe & Paula Pettersson & Laila Piironen & Arja Lindqvist & Peter Wallin. Traumape-
räisen dissosiaatiohäiriön vakauttaminen Suomessa. Projektiraportti 2009-2012. Hel-
sinki: Traumaterapiakeskus, 99-104.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812.

Laki sosiaalihuollon ammattihenkilöistä 26.6.2015/817.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Mahan, Carol & Schreiner Richard (1981) Management of perinatal death: Role of the
Social Worker in the Newborn ICU. *Social Work in Health Care* 6:3, 69-76.

Mahan, Carol & Calica, Judith (1997) Perinatal Loss. Considerations in Social Work Prac-
tice. *Social Work in Health Care*, vol. 24, 141-152.

Maslach, Christina & Schaufeli, Wilmar B. (1993). Historical and conceptual development
of burnout. Teoksessa Wilmar B. Schaufeli, Christina Maslach, & Tadeusz Marek (toim.)
Professional burnout: Recent developments in theory and research. Washington DC:
Taylor & Francis, 1-16.

Metsämuuronen, Jari (2009) Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Helsinki:
International Methelp.

Metteri, Anna (2014) Terveyssoseaalityö, eriarvoistava sosiaalipolitiikka ja asiakkaiden
kohtuuttomat tilanteet. Teoksessa Anna Metteri & Heli Valokivi & Satu Ylinen (toim.) Ter-
veys ja sosiaalityö. Jyväskylä: PS-kustannus, 296-328.

Mutka, Ulla (1999) Sosiaalityön neljäs käänne. Asiantuntijuuden mahdollisuudet vahvan
hyvinvointivaltion jälkeen. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Mäki, Helmi (2006) Tutkimuksen tausta ja vaiheet. Teoksessa Mirja Satka (toim.) Hyvä
kysymys. Sosiaalityöntekijän asiakaskohtaisen työn sisältöä etsimässä 1960-luvulla. Jy-
väksylä: PS-Kustannus, 15-22.

Männistö, Tuija (2011) Maternal Thyroid Function During Pregnancy: Effects on preg-
nancy, peri- and neonatal outcome and on later maternal health. Oulu: Oulun yliopisto.

Neimeyer, Robert & Hogan, Nancy (2007) Quantitative or Qualitative? Measurement Is-
sues in the Study of Grief. Teoksessa Margaret Stroebe & Robert Hansson & Wolfgang
Stroebe & Henk Schut (toim.) Handbook of Bereavement Research. Consequences,
Coping, and Care. Washington DC: American Psychological Association, 89-118.

Niemelä, Pauli (1985) Sosiaalityön ammattikuva terveydenhuollossa. Sosiaalipoliittisen yhdistyksen tutkimuksia 44/1985. Helsinki: Sosiaalityöntekijäliitto.

Niemi-Kaija, Kristiina (2014) Kokemuksellisuus työelämässä organisaatioestetiikan viitekehyksessä. Työntekijöiden subjektiiviset konstruktiot tehokkuudesta. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Pajari, Ilona (2014) Kuolemanrituaalit Suomessa. Teoksessa: Hakola, Outi & Kivistö, Sari & Mäkinen, Virpi (2014) Kuoleman kulttuurit Suomessa. Helsinki: Gaudeamus, 87-106.

Pauw, Mary (1991) The Social Worker's Role with a Fetal Demise and Stillbirth. Health & Social Work vol. 16(4), 291-297.

Payne, Malcolm (2001). The Role of Social Work. Discussion Document on behalf of the British Association of Social workers. IFSW (Europe). <https://www.scribd.com/document/13917712/The-role-of-social-work> . Viitattu 8.11.2016.

Pentikäinen, Juha (1990) Suomalaisen lähtö. Kirjoituksia pohjoisesta kuolemankulttuurista. Helsinki: Suomalaisen kirjallisuuden seura.

Pesek, Eileen (2002) The Role of Support Groups on Disenfranchised Grief. Teoksessa Kenneth Doka (toim.) Disenfranchised Grief. New Directions, Challenges, and Strategies for Practice. Illinois: Research Press, 127-134.

Pirinen, Sanna (2016) ”Kyllä se sitä on, että sä oot ihmisenä ja asiantuntijana läsnä just siinä hetkessä” Terveydenhuollon sosiaalityöntekijä lapsensa perinataalivaiheessa menettänyttä perhettä tukemassa. Tampere: Tampereen yliopisto. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20170020/urn_nbn_fi_uef-20170020.pdf Viitattu 6.9.2017.

Pohjolan-Pirhonen, Carita (2007) Työntekijän ammatillisuus ja työssä jaksaminen. Teoksessa Carita Pohjolan-Pirhonen & Kirsti Poutiainen & Helena Samulin (toim.) Kriisityön käsikirja – Käytännön opastusta kriisin kohdatessa. Helsinki: Kirjapaja, 184–192.

Pulkkinen, Mari (2016) ”Salattu, suoritettu ja sanaton suru – Läheisen menettäminen kokonaisvaltaisena kokemuksena”. Helsinki: Helsingin yliopisto, Humanistinen tiedekunta.

Puroila, Anna-Maija (2002) Kohtaamisia päiväkotiarjessa – Kehysanalyttinen näkökulma varhaiskasvatustyyöhön. Oulu: Oulun yliopisto, Kasvatustieteiden tiedekunta.

Pylväs, Maria (2003) Sosiaalityön asiantuntijuus erikoissairaanhoidossa. Tapaustutkimus yliopistollisen sairaalan sosiaalityöstä. Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus. http://www.sosiaalikallega.fi/poske/julkaisut/julkaisusarja/Julkaisu_8.pdf . Viitattu 22.1.2016.

Riley, Linda P. & LaMontagne, Lynda L. & Hepworth, Joseph T. & Murphy, Barbara A. (2007) Parental grief responses and personal growth following the death of a child. *Death Studies* 31, 277–299.

Ruishalme, Outi & Saaristo, Liisa (2007) *Elämä satuttaa. Kriisit ja niistä selviytyminen*. Helsinki: Tammi.

Saari, Salli (2003) *Kuin salama kirkaalta taivaalta – Kriisit ja niistä selviytyminen*. Helsinki: Otava.

Sarajärvi, Anneli & Tuomi, Jouni (2009) *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Helsinki: Tammi.

Saranpää, Anne (2014) *Kuolevan kohtaaminen sosiaalityössä: Kokemuksia syöpäsairaiden kohtaamisesta ja sosiaalityön asiantuntijuudesta*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/43343/URN:NBN:fi:jyu-201405081646.pdf?sequence=1> . Viitattu 22.1.2016.

Savolainen, Sirkku (2012) *Vanhempien selviytymisessä auttavat ja selviytymistä vaikeuttavat tekijät lapsen kuoleman jälkeen*. Tampere: Tampereen yliopisto.

Seery, Mark & Silver, Roxane Cohen & Holman, Alison & Ence, Whitney & Chu, Thai (2008) Expressing thoughts and feelings following a collective trauma: Immediate responses to 9/11 predict negative outcomes in a national sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 76(4), Aug 2008, 657-667.

Sonnentag, Sabine & Bayer, Ute-Vera (2005). Switching off mentally: Predictors and consequences of psychological detachment from work during off-job time. *Journal of Occupational Health Psychology*, 10, 393-414. <https://pdfs.semanticscholar.org/6d7e/066e2560942e54b68126cde36981e0a4ec9b.pdf> Viitattu 21.8.2017.

Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301.

Sosnet (2014) *Sosiaalityön kansainvälisen määritelmän suomennos*. <http://www.sosnet.fi/Suomeksi/Koulutus/Peruskoulutus/Sosiaalityon-maarittely/Kv-maaritelma> . Viitattu 5.1.2016.

Stroebe, Margaret & Schut, Henk (1999) The Dual Process Model of Coping with Bereavement: Rationale and Description. *Death Studies* 23(3), 197-224.

Sulkunen, Pekka (2003) *Johdatus sosiologiaan - Käsitteitä ja näkökulmia*. Helsinki: WSOY.

Sundman, Eila (2014) *Esipuhe*. Teoksessa Anna Metteri & Heli Valokivi & Satu Ylinen

(toim.) Terveys ja sosiaalityö. Jyväskylä: PS-kustannus, 7-8.

Suoninen, Eero (2000) "Tanssilajit ja -tyylit" asiakkaan kohtaamisessa. Teoksessa: Jokinen, Arja & Suoninen, Eero (toim.) Auttamistyö keskusteluna. Tutkimuksia sosiaali- ja terapiatyön arjesta. Tampere: Vastapaino, 67-104.

SVT Suomen virallinen tilasto (2014) Kuolemansyyt. Verkkojulkaisu. Liitetaulukko 3: Kuolleisuus imeväis- ja perinataalikaudella 1987–2013. Helsinki: Tilastokeskus. http://www.stat.fi/til/ksyyt/2013/ksyyt_2013_2014-12-30_tau_005_fi.html . Viitattu 28.12.2015.

Talentia (2013) Arki, arvot, elämä, etiikka. Sosiaalialan ammattilaisen eettiset ohjeet. Helsinki: Sosiaalialan korkeakoulutettujen ammattijärjestö Talentia ry, Ammattieettinen lautakunta. http://www.talentia.fi/files/558/Etiikkaopas_2013_net.pdf . Viitattu 8.11.2016.

Terveystieteiden tutkimuskeskus 30.12.2010/1326.

Terveys- ja sosiaalityön nimikkeistö 2007. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Terveys- ja sosiaalityöntekijät ry (2016) Terveys- ja sosiaalityöntekijät ry:n lausunto koskien päivystyksen uudistamista. https://asiakas.kotisivukone.com/files/terveys- ja sosiaalityontekijat.autta.fi/VALMIS_Terveys- ja sosiaalityontekijat_ry_vastaus_paivystysuudistusta_koskevaan_lausuntopyyntoon.pdf . Viitattu 9.11.2016.

Thompson, Neil (2009) Understanding Social Work: Preparing for Practice. 3rd Edition. London: Palgrave MacMillan.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2012) Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 23.1.2016. URL: http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Vaininen, Satu (2011) Sosiaalityöntekijät sosiaalisen ammattilaisina. Sosiaalityöntekijöiden ja yhteistyökumppaneiden käsitykset sosiaalitoimiston sosiaalityöntekijöiden ammatillisesta toiminnasta 2000-luvun alussa. Tampere: Tampereen yliopisto. <http://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-8591-6> . Viitattu 4.11.2016.

Vainionpää, Maria (2015) "Kun muu työ keskeytyy" Sosiaalityön asiantuntijuus kriisitilanteiden tarinoissa. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/47575/URN%3aNBN%3afi%3ajyu-201511063602.pdf?sequence=1> . Viitattu 19.3.2016.

Vance, John & Boyle, Frances & Najman, Jakob & Thearle John (1995) Gender Differences in Parental Psychological Distress Following Perinatal Death or Sudden Infant Death Syndrome. British Journal of Psychiatry 167, 806–811.

Vilkko-Riihelä, Anneli (1999) Psyyke. Psykologian käsikirja. Helsinki: WSOY.

Väisänen, Leena (1999) Lapsen menetys. Perheen suru ja toipuminen. Helsinki: Kirjapaja.

Väisänen, Leena (2000) Kuolleena syntynyt lapsi. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 116(4), 1507–1512. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_teos=onn&p_artikkeli=onn00093 . Viitattu 4.1.2016.

YliKarjula, Simo (2008) Kuolema on. Helsinki: Kirjapaja.

Liite 1 Haastattelupyyntö

Hei arvoisa terveystieteiden tutkija!

Olen kiinnostunut haastattelemaan Sinua, kohtukuoleman kohdanneiden perheiden kanssa työskentelevä / työskennellyt terveystieteiden tutkija. Voit ilmoittaa halukkuutesi haastatteluun vaikka et juuri tällä hetkellä työskentelisi kohtukuolematilanteiden parissa, mutta olet tehnyt tätä työtä kuluneiden kolmen (3) vuoden sisällä. Minimityökokemuksen suhteen ei ole vaatimuksia. Olen myös kiinnostunut haastattelemaan Sinua, mikäli työskentelet kohtukuolemia hoitavassa yksikössä jossa sosiaalityöntekijä ei tapaa kohtukuoleman kokeneita perheitä.

Gradussani tutkin, millaisia rooleja kohtukuoleman kokeneiden perheiden kanssa tehtävään työhön sisältyy ja mistä rooleista sosiaalityöntekijät tätä työtä omien kuvauksiensa perusteella tekevät.

Tutkimusaiheeni on ajankohtainen, eikä sitä ole tähän mennessä vielä tutkittu. Olen kiinnostunut aiheesta oman työkokemukseni kautta. Tutkielmalla tuotetaan uudenlaista tietoa terveystieteiden ammattilaisesta arjesta ja tätä kautta lisätään ymmärrystä terveystieteiden työtä kohtaan. Tämä on erityisen tärkeää näinä aikoina, kun ala on sote-pyörityksen keskellä.

Käsittelen haastattelumateriaalia ehdottoman luottamuksellisesti. Kirjoittajien henkilöllisyys tai työpaikka eivät tule raportissa ilmi. Saatan käyttää raportissani lyhyitä tunnistamattomia sitaatteja.

Olethan minuun yhteydessä 31.12.2016 mennessä sähköpostitse osoitteeseen leino.minka.a@student.uta.fi niin sovitaan haastatteluajankohdasta. Matkustan luoksesi, mutta rahallista korvausta en valitettavasti voi haastattelusta tarjota.

Teen sosiaalityön pro gradu -tutkielmaa Tampereen yliopiston Porin yksikössä. Tutkielmani ohjaajana toimii yliopistonlehtori Lasse Rautniemi (lasse.rautniemi@uta.fi). Annan mielelläni lisätietoja tutkielmastani. Tutkielmani on tarkoitus valmistua vuoden 2017 loppuun mennessä, jolloin se on luettavissa osoitteessa <https://tampub.uta.fi>.

Olisin erittäin kiitollinen, jos kovasta työtahdistasta huolimatta ehtisit osallistua tutkimukseeni!

Ystävällisin terveisin, Minka Leino-Holm

Liite 2 Teemahaastattelurunko

Teema 1: Kerro työstäsi kohtukuoleman tapahtuessa.

Apukysymykset, esitetään vain ellei haastattelu etene tai haastateltava tarvitsee niitä:

Saatko tiedon kun tapahtuu kohtukuolema?

Mistä saat tiedon kohtukuolemasta?

Kuinka toimit saatuasi tiedon?

Tapaatko kohtukuoleman kokeneet vanhemmat?

Tapaatko muita kun vanhemmat?

Missä vaiheessa tapaavat vanhemmat / muut?

Mistä asioista keskustele tapaamisella / tapaamisilla?

Mitä asioita tapaamasi ihmiset ottavat puheeksi tapaamisella / tapaamisilla?

Mitä asioita itse otat puheeksi tapaamisella / tapaamisilla?

Millaisia sopimuksia tai suunnitelmia jatkotoimista teet tapaamiesi henkilöiden kanssa?

Oletko jälkeinpäin yhteydessä tapaamiisi henkilöihin? Miten, milloin, miksi?

Mitä kerrot tapaamisesta muille tilannetta hoitaville ammattilaisille?

Teetkö tilanteissa yhteistyötä muiden ammattilaisten kanssa? Kenen ja missä asioissa?

Mitä kirjaat tapaamisesta / tapaamisista?

Onko tapasi toimia / noudattamasi toimintamalli ollut aina tämä?

Jos ei; Millainen muutos on tapahtunut ja miksi?

Teema 2: **Mitä näet sosiaalityöllä olevan annettavaa kohtukuolematilanteissa?**

Apukysymykset, esitetään vain ellei haastattelu etene tai haastateltava tarvitsee niitä:

Mitä sosiaalityö voi antaa vanhemmille?

Muille tavattaville?

Muulle työyhteisölle?

Organisaatiolle?

Yhteiskunnallisesti?

Onko sosiaalityöllä sijaa näissä tilanteissa? Miksi?

Mikä on sosiaalityön rooli näissä tilanteissa?

Liite 3 Suostumuslomake

KIRJALLINEN SUOSTUMUS

”Terveyssoaalityöntekijöiden roolit kohtukuolematilanteissa” –PRO GRADU -TUTKIMUS

Suostun vapaaehtoisesti osallistumaan ”Terveyssoaalityöntekijöiden roolit kohtukuolematilanteissa” –pro gradu -tutkimuksen aineiston keruuvaiheen haastatteluun. Olen tietoinen tutkimuksen tarkoituksesta. Olen saanut sekä suullisesti että kirjallisesti tietoa tutkimuksen. Olen saanut mahdollisuuden esittää tutkimuksen tekijälle kysymyksiä.

Minulle on selvitetty tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus sekä mahdollisuus vetäytyä tutkimuksesta syytä ilmoittamatta. Jos vetäydyn tutkimuksesta, minua koskeva aineisto poistetaan tutkimusaineistosta.

Minulle on selvitetty, että tietoja käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti. Tiedän, ettei nimeni, asuinpaikkani tai työpaikkani tule ilmi tutkimusraportissa. Tiedän, että haastattelut nauhoitetaan ja tutkimusraportissa saattaa olla lainauksia omasta haastattelustani, mutta kuitenkin niin kirjoitettuna, että minua ei voida tunnistaa tekstistä.

Olen tietoinen mahdollisuudestani ottaa tarvittaessa myöhemminkin yhteyttä Minka Leino-Holmiin tutkimuksen tiimoilta ja olen saanut tarvittavat yhteystiedot häneltä.

Tätä suostumuslomaketta on tehty kaksi samankaltaista.

Paikka ja aika

Suostun osallistumaan tutkimukseen:

Suostumuksen vastaanottaja:

Haastateltavan allekirjoitus

Tutkijan allekirjoitus

Nimenselvennys

Nimenselvennys

Haastateltavan syntymäaika

Tutkijan puhelinnumero

Haastateltavan puhelinnumero