

LAPSEN KUOLEMAN KOKENEEN VANHEMMAN SOSIAALINEN TUKIVERKOSTO JA TUKIVERKOSTOLTA SAATU TUKI

Tampereen yliopisto
Terveystieteiden yksikkö
Hoitotiede
Pro Gradu –tutkielma
TtM-opiskelija Kristiina Lahti
Kesäkuu 2014

TIIVISTELMÄ

TAMPEREEN YLIOPISTO

Terveystieteiden yksikkö

Hoitotiede

LAHTI KRISTIINA: Lapsen kuoleman kokeneen vanhemman sosiaalinen tukiverkosto ja tukiverkostolta saatu tuki

Pro Gradu –tutkielma, 56 sivua

Ohjaajat: TtT, dosentti Anna Liisa Aho; TtT, professori Marja Kaunonen

Kesäkuu 2014

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata lapsen kuoleman kokeneiden vanhempien sosiaalista tukiverkosta, verkostolta saatua tukea ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä. Lisäksi tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata sururyhmiin osallistumisen ja sosiaalisen tukiverkoston sekä tukiverkostolta saadun tuen määrän yhteyttä. Tavoitteena oli tuottaa tietoa lapsen kuoleman kokeneen vanhemman sosiaalisen tukiverkoston laajuudesta ja saadun tuen määrästä sekä tuen eroavuuksista hoitotyön edelleen kehittämiseksi sekä vanhempien tukemisen kehittämiseksi.

Tutkimukseen osallistui 82 isää ja 83 äitiä, jotka ovat kokeneet lapsen kuoleman. Aineisto kerättiin kyselylomakkeella, joka sisälsi isien ja äitien taustatietoja sekä sosiaalista tukiverkosta ja tukiverkostolta saadun tuen määrää kartoittavia kysymyksiä. Tutkimusaineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin SPSS for Windows 20.0 –tilasto-ohjelmalla. Tilastollisina testeinä käytettiin Khiin neliö –testiä, riippumattomien otosten T-testiä, yksisuuntaista varianssianalyysiä (ANOVA), sekä Spearmanin korrelaatiokerrointa.

Tutkimustulosten mukaan sekä isien että äitien sosiaaliseen tukiverkostoon kuuluu yleisemmin perheenjäsenet, puoliso ja isovanhemmat. Puolison vanhemmat kuuluvat isien tukiverkostoon useammin kuin äitien. Äitien tukiverkostoon kuuluivat saman kokeneet vanhemmat ja ystävät useammin kuin isien tukiverkostoon. Sen sijaan isien tukiverkostoon kuuluvat työtoverit useammin kuin äitien. Tukiverkoston jäseniltä saadun tuen määrä vaihteli. Eniten tukea isät saivat puolisoiltaan kun taas äidit saivat eniten tukea ystäviltään. Isien saaman tuen määrä puolison vanhemmilta oli suurempi kuin äitien saama. Äidit puolestaan saivat enemmän tukea sekä saman kokeneilta vanhemmilta ja ystäviltä kuin isät. Taustamuuttujista peruskoulutuksella, ammatillisella koulutuksella, siviilisäädillä, lapsen sukupuolella, vanhempien iällä, muiden lasten lukumäärällä, koetulla terveydentilalla, lapsen iällä kuolinhetkellä, raskausviikoilla ja kuluneella ajalla lapsen kuolemasta oli vaikutusta joko isän, äidin tai molempien saamaan tukeen joltakin tukiverkoston jäseneltä. Sururyhmiin osallistuneilla saman kokeneiden vanhempien ja ystävien osuus sosiaalisessa tukiverkostossa lisääntyi. Sururyhmiin osallistuneilla saadun tuen määrää lisääntyi saman kokeneilta vanhemmilta ja seurakunnan työntekijöiltä.

Isien ja äitien sosiaalinen tukiverkosto erosi toisistaan. Sekä isien että äitien saaman tuen määrä on osalta tukiverkostolta melko vähäistä. Tukiverkoston eri jäsenten antama tuen määrä erosi isien ja äitien kohdalla toisistaan. Taustamuuttujat vaikuttivat isien ja äitien saamaan tuen määrään yhdeltä tai useammalta tukiverkoston jäseneltä. Sururyhmiin osallistumisella oli yhteyttä vanhempien sosiaaliseen tukiverkostoon sekä tukiverkostolta saatuun tukeen. Sururyhmiin osallistuneiden isien ja äitien tukiverkosto sekä verkostolta saadun tuen määrä erosivat toisistaan.

Avainsanat: sosiaalinen tuki, sosiaalinen tukiverkosto, lapsen kuolema, sururyhmä

ABSTRACT

UNIVERSITY OF TAMPERE

School of Health Sciences

Nursing Science

LAHTI KRISTIINA: Social support network and support received from support network to a parent who has experienced the death of a child.

Master's thesis, 56 pages

Supervisors: Anna Liisa Aho PhD, Adjunct professor; Marja Kaunonen PhD, Professor

June 2014

The purpose of the study was to describe the social support network of the parents who have experienced their child's death, the support they received from the network and other factors connected with this. In addition, the purpose of the study was to describe the connection between participation in grief groups and the social support network and the amount of support received from the support network. The aim was to produce information about the width of the social support network of the parent who has experienced a child's death, about the amount of the received support and about the differences in support in order to further develop care work and to develop the support to the parents.

The Data consisted of 82 fathers and 83 mothers, who had experienced a death of a child. The data were collected with a questionnaire that included background information from fathers and mothers as well as information about social support network and amount of support received. The Data was analysed statistically using the SPSS for Windows 20.0 software. The statistical tests used were chi-square test, independent samples T-test, one-way analysis of variance (ANOVA) and Spearman's correlation coefficient.

According to the study results, both the fathers' and the mothers' social support network most generally includes the family members, the spouse and the grandparents. The spouse's parents are part of the fathers' support network more often than that of the mothers. The mothers' support network consisted of the parents with the same experience and of friends more often than that of the fathers. Instead, the fathers' support network includes colleagues more often than that of the mothers. The amount of the support received from the support network members varied. The fathers received most support from their spouses whereas the mothers received most support from their friends. The fathers received more support from the spouse's parents than the mothers did. Of the background variables, basic education, vocational education, civil state, the child's gender, the parents' age, the number of other children, the experienced health condition, the child's age at the time of the death, pregnancy weeks and time elapsed from the child's death had an influence on the received support from a support network member either to the father or the mother or to them both. The share of the parents with the same experience and the share of friends increased in the social support network for those who had participated in grief groups. Those who had participated in grief groups received more support from the parents with the same experience and from congregation employees.

The social support network of the fathers and of the mothers differed from each other. Both the fathers and the mothers received rather little support from some parts of the support network. Different members of the support network gave different amounts of support to the fathers and the mothers. Background variables influenced on the amount of support the fathers and the mothers

received from one or several support network members. Participation in grief groups had connection with the parents' social support network and with the support received from the support network. The support network and the amount of support received from the network differed from each other for the fathers and mothers who had participated in grief groups.

keywords: social support, social support network, child's death, grief group

SISÄLTÖ

1. TUTKIMUKSEN TAUSTA.....	5
2. TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	6
2.1. Lasten kuolleisuus	6
2.2. Vanhempien suru ja sen vaikutukset	7
2.3. Sosiaalisen tuen määrittelyä	8
2.4. Surevien vanhempien sosiaalinen tukiverkosto	9
2.5. Surevien vanhempien saama sosiaalinen tuki	10
2.6. Sururyhmä vertaistuen muotona.....	14
3. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	15
4. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	16
4.1. Kohderyhmä, aineiston hankinta ja tutkimuksessa käytetty mittari.....	16
4.2. Aineiston analyysi	17
5. TUTKIMUSTULOKSET	18
5.1. Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot.....	18
5.2. Isien ja äitien sosiaalinen tukiverkosto ja sen erot lapsen kuoleman jälkeen.....	20
5.3. Isien ja äitien sosiaaliselta tukiverkostoltaan saadun tuen määrä ja ero.....	21
5.4. Taustamuuttujien yhteys isien ja äitien sosiaaliselta tukiverkostoltaan saatuun tuen määrään	24
5.5. Sururyhmiin osallistumisen vaikutus vanhempien sosiaaliseen tukiverkostoon ja tukiverkostolta saatuun tukeen	34
6. POHDINTA	40
6.1. Tutkimuksen eettiset kysymykset	40
6.2. Tutkimuksen luotettavuuden tarkastelu.....	41
6.3. Tulosten tarkastelu	43
6.4. Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset	49
7. LÄHTEET	51

1. TUTKIMUKSEN TAUSTA

Kuolema on osa elämää. Kuitenkin tänä päivänä kuolema ja erityisesti lapsen kuolema on pelkoa ja ahdistusta herättävää. Lapsikuolleisuuden laskun myötä lapsen kuolemasta on tullut harvinaisempi ja käsittämättömämpi, johon ei osata suhtautua vaan jota pyritään välttelemään ja josta puhuminen koetaan vaikeana. (Pojjula 2002, Erjanti & Paunonen-Ilmonen 2004.) Lapsen kuolema vaikuttaa kuitenkin kokonaisvaltaisesti ja pitkäaikaisesti vanhempien elämään. Vaikutukset näkyvät yhtäaikaisesti sekä psyykkisen, sosiaalisen, fyysisen, taloudellisen että henkisen elämän alueilla. Lapsen kuoleman kokemuksella on voimakas merkitys vanhempien maailmankatsomukseen ja käsitykseen elämästä. Vanhemmat on pakotettu miettimään uudelleen käsityksensä omasta itsestään ja ympäröivästä maailmasta eivätkä aikaisemmat käsitykset, arvot tai merkitykset enää tunnu sopivilta. Lapsen kuolema vaikuttaa voimakkaasti myös vanhemmuuteen; jotain, mihin on valmistautunut pitkään, otetaan pois ennenaikaisesti. Lapsen kuolemaa pidetään luonnottomana ja väärään aikaan tapahtuvana, koska perusoletuksena vanhemmilla on, etteivät he hautaa omaa lastaan, vaan kuolevat itse aikaisemmin kuin oma lapsi kuolee. (Krueger 2006, Koskela 2009.)

Vanhempien surua lapsen kuoleman jälkeen on suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa tutkittu jonkin verran. 2000-luvulla Laakso (2002) on omassa väitöskirjassaan tutkinut lapsen kuolemaan liittyvää surua äitien näkökulmasta ja Aho (2011) puolestaan on tarkastellut omassa väitöskirjassaan isien surua lapsen kuoleman jälkeen. Kansainvälistä tutkimusta (mm.) lapsen kuoleman jälkeisestä vanhempien surusta on tutkittu perheiden, äitien, isien ja eri ammattihenkilöiden näkökulmista tarkasteltuna.

Tässä tutkimuksessa oli tarkoituksena kuvata lapsen kuoleman kokeneiden vanhempien sosiaalista tukiverkostoa, verkostolta saatua tukea ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä. Lisäksi tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata sururyhmiin osallistumisen ja sosiaalisen tukiverkoston sekä tukiverkostolta saadun tuen määrän yhteyttä. Tavoitteena oli tuottaa tietoa lapsen kuoleman kokeneen vanhemman sosiaalisen tukiverkoston laajuudesta ja saadun tuen määrästä sekä tuen eroavuuksista hoitotyön edelleen kehittämiseksi sekä vanhempien tukemisen kehittämiseksi.

Isien ja äitien saamaa tuen määrää on tutkittu vielä melko vähän ja selvitystä siitä, miten erilaiset taustavaikuttajat ovat yhteydessä isien ja äitien saamaan tukeen ei juurikaan löydy. Tietoa tarvitaan, jotta osataan tarkemmin kohdentaa tuki sitä vähiten saaville vanhemmille ja suunnata erilaisia tuki-interventioita niistä erityisesti hyötyville vähän tukea muuten saaville vanhemmille. Lisäksi saadun

tiedon avulla voidaan kehittää hoitotyön koulutusta, käytännön hoitotyötä eri yhteyksissä, joissa kohdataan lapsen kuoleman kokeneita perheitä sekä perhehoitotiedettä.

2. TUTKIMUKSEN TEORETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1. Lasten kuolleisuus

Lapsen kuolemaa tarkasteltaessa huomioidaan sekä elävänä syntyneiden lasten kuolemat että kohtukuolemat eli prenataalikuolemat. Prenataalikuolemiin kuuluvat yli 22 –raskausviikkoisten tai vähintään 500 grammaa painavien sikiöiden menehtymisen kohtuun raskauden tai synnytyksen aikana. (WHO 2010.)

Nykypäivänä suomen lapsikuolleisuus on maailman alhaisimpia. Suomessa syntyi vuonna 2011 yhteensä 59 961 lasta. Kohtukuolemia oli kyseisenä vuonna 161. Alle vuoden ikäisenä kuoli samana vuonna 142 lasta ja 1-4-vuotiaiden ikäryhmässä 39 lasta. (Tilastokeskus 2013.) Alle 1 –vuotiaiden yleisin kuolinsyy on synnynnäiset epämuodostumat ja lisäksi vanhemmilla lapsilla yleisempiä syitä ovat liikenneonnettomuudet, pahanlaatuiset kasvaimet ja hukkuminen. Yli 14-vuotiaiden yleisimpien kuolinsyiden joukkoon nousee myös itsemurhat. (Suomen virallinen tilasto, 2010.)

Remeksen tutkimuksen mukaan lapsuuden kuolleisuudella on yhteys sosioekonomisiin tekijöihin, Vähemmän koulutettujen ja vähemmän ansaitsevien vanhempien lapsilla oli korkeampi kuolleisuus yksivuotiailla ja sitä vanhemmilla lapsilla. Perherakenne kasvatti lasten kuolleisuusriskiä siten että yksinhuoltajaperheiden lapsien kuolleisuusriski oli korkeampi kuin avo- tai avoliittoperheiden yli yksivuotiaiden lasten riski. Kuolleisuusriski riippui myös lapsen sukupuolesta yksivuotiailla ja sitä vanhemmilla lapsilla. Kuolleisuus nuoruudessa oli korkeampaa niiden lasten, eritoten poikien, kohdalla, jotka olivat yksinhuoltajaperheistä tai joiden vanhemmat olivat avoliitossa. Nuorten kuolleisuutta lisäsi heidän oma matala koulutustaso, työttömyys ja aikainen kotoa poismuuttaminen. Sosiaalinen eriarvoisuus vaikutti eniten 1 – 4 -vuotiailla ja yli 14 -vuotiailla. Yhteys oli todettavissa pääasiassa ulkoisiin kuolinsyihin kuten tapaturmiin, mutta myös sairauksien aiheuttamissa kuolemiin. (Remes 2012.)

2.2. Vanhempien suru ja sen vaikutukset

Lapsen menetys on yksi ihmiselämän raskaimmista kokemuksista. Lapsen kuolema pysäyttää ja muuttaa vanhemman elämän erilaiseksi. (Koskela 2011.) Lapsen kuolema näyttäytyy eri näkökulmasta kuin aikuisen ihmisen kuolema. Voidaan ajatella että kun aikuinen kuolee, läheiset menettävät palan menneisyyttä, mutta kun lapsi kuolee, läheiset menettävät palan tulevaisuutta. Mikäli lapsi syntyy kuolleena, vanhemmilla ei ole ollut edes mahdollisuutta tutustua lapseen. (Vance ym. 1995.)

Vanhempien suru on ymmärrettävä elinikäisenä suruna. Surun kokemus yhdistää vanhemmat, jotka ovat kärsineet ja kestäneet lapsen menetyksen. Samanaikaisesti jokainen kokemus lapsen kuolemasta on yksilöllinen ja ainutlaatuinen. Vaikeatkin tunteet, kuten katumus, ikävä, syyllisyys, häpeä, murhe ja viha kuuluvat luontaisesti suruun. Lapsen kuolema on vertaansa vailla oleva menetys, joka johtaa elinikäiseen suruun. Suru ylläpitää yhteyttä menetettyyn lapseen. Suruprosessin aikana menetys käsitellään syvällisesti ja yhdistetään menetyksen kokemus osaksi omaa elämää. (Arnold & Gemma 2008.) Vanhemmat voivat jopa epäonnistua surun käsittelyssä (Stroebe & Schut 2001). Sosiaalinen tuki on merkittävässä osassa suruprosessia. Surusta selviytymisessä ja henkisen kasvun tukemisessa mahdollisuus avoimeen ja rehelliseen keskusteluun on merkittävä. (Hogan & Schmidt 2002, Cacciatore 2010.)

Oman lapsen kuoleman aiheuttama suru on paljon voimakkaampaa ja pitkäkestoisempaa kuin suru muiden läheisten kuolemasta. Ajan mittaan suru hellittää, vaikkakin kuoleman hetkellä ja kuoleman jälkeen lapsesta luopuminen tuntuu tuskalliselta. (Ylikarjula 2008.) Selvitäkseen lapsen kuolemasta vanhemmat tarvitsevat ja myös saavat sosiaalista tukea sekä läheisiltään että ammattihenkilöstöltä (Cacciatore 2009, Aho 2010). Tutkimukset ovat osoittaneet, että mikäli vanhemmat saavat riittävää ja tarkoituksenmukaista tukea lapsen kuoleman jälkeen, suruprosessin läpikäynti on helpompaa eikä vanhemmat koe niin paljoa komplisoituneen surun merkkejä. (Riley ym. 2007, Aho 2011). Meertin ym. (2012) tutkimustuloksien mukaan vanhemmilla, joilla oli vähemmän sosiaalista tukea, oli enemmän komplisoituneen surun ominaispiirteitä ja samanlaisiin tuloksiin oli myös Kreichbergs ym. (2007) päässyt havaitessaan että vanhemmat, joilla oli paljon sosiaalista tukea, olivat pystyneet paremmin käymään suruprosessin läpi.

Väisäsen (1996) mukaan lapsen kuoleman kokemiseen liittyviä surun tunteita voi verrata psyykkisen trauman aiheuttamaan stressiin. Tästä saattoi seurata, että surevat äidit kokivat epätodellisia kuvitelmia ja erilaisia somaattisia tuntemuksia. He olivat levottomia ja kokivat

tyhjiyden tunnetta. Isät kokivat myös surusta johtuvia fyysisiä oireita, mutta eivät tunnistaneet niitä surun oireiksi. (Väisänen 1996.) Lin (2003) ja Agerbon tutkimuksissa tuli esiin lapsensa kuoleman kokeneiden vanhempien normaaliväestöä suurempi kuolleisuus ja itsemurhariski. Samansuuntaisia tuloksia Laakso (2000) ja Aho (2006) ja Cacciatore (2010) ovat omista tutkimuksissaan havainneet. Erityisesti isät halusivat huolehtia puolisonsa jaksamisesta lapsen kuoleman jälkeen, vaikka kuoleman aiheuttama suru oli isällekin syvää ja aiheutti jopa mielenterveydellisiä ongelmia ja itsetuhon ajatuksia.

2.3. Sosiaalisen tuen määrittelyä

Sosiaalinen tuki on käsitteenä moniulotteinen. Eri määritelmien mukaisesti sosiaalinen tuki voidaan jakaa erilaisiin osa-alueisiin. Sosiaalinen tuki koostuu emotionaalisesta tuesta, joka näkyy toisen ihmisen rakastamisena, välittämisenä, kannustamisena, luottamuksena ja arvostamisena. Sosiaaliseen tukeen sisältyy myös konkreettinen tuki, joka tarkoittaa konkreettista auttamista, taloudellista tukea ja ajan antamista. Kolmantena osa-alueena tukeen kuuluu päätöksenteon tuki, joka tarkoittaa tiedon, palautteen ja neuvojen antamista ja ohjaamista. (House & Khan 1985.)

Vauxin (1988) teorian mukaan sosiaalinen tuki koostuu kolmesta päänrakenteesta, jotka ovat tukiverkosto, tukeva toiminta ja tuen arviointi. Tukiverkosto on henkilön sosiaalinen verkosto jonka puoleen hän voi kääntyä saadakseen apua elämän haasteiden käsittelyyn. Tukevan toiminnan Vaux jakaa viiteen eri osaan; emotionaaliseen toimintaan, neuvontaan ja ohjaukseen, käytännölliseen toimintaan, taloudelliseen tai materiaaliseen apuun sekä sosiaalistavaan toimintaan. Tuen arviointia on henkilön subjektiivinen käsitys saamastaan tuesta ja tukiverkostosta. (Vaux 1988.)

Sosiaalisella tuella on merkitys ihmisen terveyteen ja hyvinvointiin. Ihminen muodostaa käsityksen itsestään sosiaalisten suhteiden kautta. Sosiaalisella tuella on vaikutusta ihmisen selviytymiselle stressitilanteista. (Powers 1988.) Sosiaalisesta tuesta saa sellaista apua, joka auttaa selviytymään negatiivisista elämäntilanteista ja tapahtumista. Sosiaalisen tuen saannin seurauksena ihmiselle tulee tunne siitä, että hänestä pidetään huolta ja välitetään, kunnioitetaan ja arvostetaan yksilönä, tunne että kuuluu johonkin ja saa vastavuoroisuutta. (House & Khan 1985.) Yhtenä sosiaalisen tuen tekijänä on sen stressiä vähentävä vaikutus, joka johtaa myönteisiin vaikutuksiin yksilön sosiaalisessa, psyykkisessä ja fyysisessä hyvinvoinnissa (Cobb 1976). Sosiaalisen tuen saamiseen vaikuttavat yksilön oma halu ja valmius ottaa tukea vastaan samoin kuin tuen antajien mahdollisuus tarjota tukea. Sosiaalisen tukiverkoston muodostavat sekä formaaliset eli viralliset tahot, kuten

ammattihenkilöt, ja informaaliset tahot, kuten perheenjäsenet, muut arjen henkilöt ja vertaiset. (House 1981.)

Sosiaalisen tukiverkoston on raportoitu helpottavan vanhempien suruprosessia ja samanaikaisesti vähentävän eroahdistusta, masennusta ja hylkäämisen tunteita. Sosiaalinen tuki on havaittu ratkaisevimmaksi tekijäksi autettaessa jotakuta, joka on toipumassa kuoleman aiheuttamasta menetyksestä kuolinsyyistä riippumatta. (Reed 1998.) Myös Scheidt ym. (2012) olivat tutkimuksessaan havainneet sosiaalisen tuen vähentävän surua, levottomuutta, huolta, ahdistuksen ja masennuksen oireita sekä stressireaktioita.

2.4. Surevien vanhempien sosiaalinen tukiverkosto

Aikaisempien tutkimusten mukaan lapsen kuoleman kokeneen vanhemman sosiaaliseen tukiverkostoon kuuluvat oma perhe ja sukulaiset. Tukiverkosto koostuu puolisoista, perheen muista lapsista, omista vanhemmista, puolison vanhemmista, omista sisaruksista ja muista sukulaisista, kuten tädeistä. (DiMarco ym. 2001, Samuelsson ym. 2001, Laakso & Paunonen-Ilmonen 2002, Kavanaugh ym. 2004, Saflund ym. 2004, Hass & Walter 2006, Glaser ym. 2007, White ym. 2008, Aho ym. 2009, Aho ym. 2011, Cacciatore & Raffo 2011, Roose & Blanford 2011.)

Tutkimuksissa vanhempien sosiaaliseen tukiverkostoon lapsen kuoleman jälkeen on todettu kuuluvan myös ystävät ja tutut. Heitä olivat läheiset ystävät, ystävät, naapurit, työkaverit, työnantaja ja tutut opiskeluiden tai harrastuksien yhteydestä. (DiMarco ym. 2001, Samuelsson ym. 2001, Laakso & Paunonen-Ilmonen 2002, Murphy ym. 2002, Kavanaugh ym. 2004, Saflund ym. 2004, Dyregrov 2005, Hass & Walter 2006, Glaser ym. 2007, Aho ym. 2009, Aho ym. 2011.)

Vertaisryhmien jäsenet kuuluivat myös vanhemman sosiaaliseen tukiverkostoon. Vertaisryhmän voi muodostaa lapsen kuoleman kokeneet vanhemmat joko konkreettisesti tai internetin välityksellä. Vertaisryhmän voi muodostaa myös ne vanhemmat, joiden lapsi oli ollut hoidettavana osastolla samaan aikaan, vaikka heidän lapsi ei olisikaan kuollut. Vertaisryhmän saattaa muodostaa myös seksuaalisen suuntautumisen pohjalta koostuvat ryhmät eikä ryhmällä silloin yhdistävänä tekijänä ole lapsen kuoleman kokemus vaan seksuaaliseen vähemmistöön kuuluminen ja äitiys ylipäättään. (DiMarco ym. 2001, Samuelsson ym. 2001, Laakso & Paunonen-Ilmonen 2002, Murphy ym. 2002, Kavanaugh ym. 2004, Aho ym. 2009, Aho ym. 2011, Cacciatore & Raffo 2011, Umphrey & Cacciatore 2011.)

Sosiaaliseen tukiverkostoon sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisista kuuluvat eri tutkimusten mukaan lääkärit, sairaanhoitajat, perus- ja lähihoitajat, kättilöt, terveydenhoitajat, patologit, psykiatrit, psykologit, sosiaalityöntekijät, kriisityöntekijät sekä kotihoiton työntekijät (Laakso & Paunonen-Ilmonen 2002, Janzen ym. 2004, Saflund ym. 2004, Macdonald ym. 2005, Meert ym. 2007, Aho ym. 2009, Aho ym. 2011, Cacciatore & Raffo 2011).

Kirkollinen henkilöstö, jotka tukevat vanhempia lapsen kuoleman jälkeen ja kuuluvat vanhemman sosiaaliseen tukiverkostoon, koostuu papeista ja sairaalapastoreista, diakonissoista, seurakunnan työntekijöistä sekä henkilökohtaisista tai perheen esirukoilijoista (Laakso & Paunonen-Ilmonen 2002, Murphy ym. 2002, Janzen ym. 2004, Macdonald ym. 2005, Glaser ym. 2007, Aho ym. 2009, Aho ym. 2011).

Muut ammattihenkilöt, jotka voivat olla osana lapsen kuoleman kokeneen vanhemman sosiaalista tukiverkostoa, ovat poliisi, Kelan työntekijät, henkilökohtainen neuvonantaja, terapeutti, hautausoimiston henkilöstö, verovirkailijat sekä suruprosessin tutkija (Murphy ym. 2002, Aho ym. 2009, Cacciatore & Raffo 2011).

2.5. Surevien vanhempien saama sosiaalinen tuki

Perheeltä ja läheisiltä saatu tuki

Perheeltä ja tuttavilta saatu tuki oli aikaisempien tutkimusten mukaan monipuolista. Tiedon välittäminen oli selviytymiskeinojen jakamista vertaisryhmissä ja muiden varoittamista internetissä (Hastings ym. 2007, Aho ym. 2009). Päätöksenteossa tukeminen liittyi erilaisiin hautajaisjärjestelyihin liittyviin päätöksiin (White ym. 2008). Surusta selviytymiseen saatu tieto sisälsi ohjausta, ohjeita ja neuvoja omalta äidiltä, perheeltä ja ystäviltä (Laakso & Paunonen-Ilmonen 2002, Kavanaugh ym. 2004, Riley ym. 2007).

Surevien saama konkreettinen tuki perheeltä ja tuttavilta oli aikaisempien tutkimusten mukaan monipuolista. Konkreettista tukea oli puolisoiden yhteisten muistojen kerääminen valokuvien, muistoesineiden ja käsimuottien avulla. (Samuelsson ym. 2001, Meeert ym. 2009, Cacciatore & Raffo 2011.) Vanhemmille tukevaa on myös isovanhempien keräämät muistomerkit, enkelien keräily lapsen muistolle sekä erityiset joulukuusen koristeet ja muistoksi hankitut jalokivet sekä isovanhempien säilyttämät valokuvat ja valokuvakansion kokoaminen (White ym. 2008).

Vanhemmat ovat kokeneet positiivisena sosiaalisena tukena yhteydenpidon isovanhempien, perheen, ystävien ja saman kokeneiden kanssa lapsen kuoleman jälkeen (Kavanaugh ym. 2004, Hass & Walter 2006, Hastings ym. 2007, White ym. 2008).

Muiston kunnioittamista ovat saadut kortit, kukat, kirjat ja virtuaalikynttilöiden sytytykset nettiyhteisössä (Kavanaugh ym. 2004, Hass & Walter 2006, Hastings ym. 2007). Vanhemmat saavat apua lastenhoitoon isovanhemmilta, perheeltä ja ystäviltä, apua kotiaskareisiin sukulaisilta ja ystäviltä sekä apua ruokailuun (Kavanaugh ym. 2004, Dyregrov 2005, White ym. 2008, Aho ym. 2009, Meert ym. 2009, Roose & Blanford 2011). Äitien mielestä tukea saa, kun isä huolehti käytännön asioista (Samuelsson ym. 2001). Tukena koetaan myös ystävien lomasuunnitelmien muuttaminen, töistä vapaata ottaminen sekä työkavereiden yöksi tuleminen vain varmuuden vuoksi (Hass & Walter 2006). Tuen muotoja ovat myös isovanhempien apu hautajaisten suunnittelussa ja sukulaisilta, perheeltä ja ystäviltä saatu apu hautajaisjärjestelyihin (Laakso & Paunonen-Ilmonen 2002, Kavanaugh ym. 2004, Dyregrov 2005, Aho ym. 2009, Roose & Blanford 2011). Isovanhemmat auttavat myös lähettämällä sanomalehteen kuolinilmoituksen sekä varaamalla hautapaikan (White ym. 2008).

Taloudellista tukea vanhemmat saavat apuna hautajaiskukkien oston, arkun hankkimiseen ja hautajaiskulujen maksamiseen (Laakso & Paunonen-Ilmonen 2002, Kavanaugh ym. 2004, White ym. 2008). Vanhemmat saavat myös apua tavallisten laskujen makuun (Dyregrov 2005). Isovanhemmat ovat myös perustaneet stipendirahaston kuolleen lapsen muistolle (White ym. 2008).

Surevat saavat tukea myös yhdessä muistelemisesta positiivista jakamalla valokuvia, näyttämällä valokuvia lapsesta sukulaisille ja katselemalla valokuvia ja leikekirjoja (Kavanaugh ym. 2004, Glaser ym. 2007, Roose & Blanford 2011, Umphrey & Cacciatore 2011). Juhlapäivien muistelemine sekä syntymä- ja kuolinpäivien myöhäisempi muistelemine isovanhempien kanssa ovat merkittäviä vanhemmille (Dyregrov 2005, White ym. 2008).

Sosiaalinen kanssakäyminen koetaan positiivisena tukena silloin kun vanhempia haetaan mukaan erilaisiin tapahtumiin kodin ulkopuolelle, ystävät ja perhe käyvät vanhempien kanssa ulkona ja, kun ystävät ja perhe tarjoavat aterioita kodin ulkopuolella (Kavanaugh ym. 2004, Dyregrov 2005). Vanhempien ulos pääsemisen mahdollistaminen (Hass & Walter 2006, White ym. 2008) samoin kuin perheen kanssa yhdessä ajan viettäminen koetaan positiivisena. Puolisolleen oman ajan tarjoaminen on myös positiivista tukea. (Aho ym. 2009.)

Perheen ja läheisten läsnäolo on vanhempia tukevaa (DiMarco ym. 2001, Kavanaugh ym. 2004, Dyregrov 2005, White ym. 2008, Aho ym. 2009, Meert ym. 2009). Läsnäolo koetaan positiivisena silloin, kun puolisoilla on mahdollisuus osallistua synnytykseen ja kuolinhetkeen (Laakso & Paunonen-Ilmonen 2002, Glaser ym. 2007), perheellä, sukulaisilla ja ystävillä on mahdollisuus olla läsnä sairaalassa (Samuelsson ym. 2001) ja isovanhemmat vierailevat sairaalassa (Roose & Blanford 2011). Positiiviseksi läsnäoloksi koetaan myös perheen läsnäolo hautajaisissa (Kavanaugh ym. 2004), isovanhempien läsnäolo hautajaisissa sekä vanhempien omien sisarusten läsnäolo hautajaisissa (Hass & Walter 2006, Roose & Blanford 2011).

Myötätunnon osoittaminen näkyy välittämisenä, huolenpitona, lohdutuksena, piristämisenä, yhdessä suremisena ja hiljaisuutena (Laakso & Paunonen-Ilmonen 2002, Dyregrov 2005, Glaser ym. 2007, Riley ym. 2007, Aho ym. 2009). Tärkeää on läheisen kuunteleminen (DiMarco ym. 2001, Kavanaugh ym. 2004, Aho ym. 2009) sekä itkeminen puolison, perheen ja ystävien kanssa (DiMarco ym. 2001, Hass & Walter 2006, Aho ym. 2009). Kokemuksen läpikäymisen mahdollisuudessa positiiviseksi tueksi koetaan kokemuksesta keskustelu oman äidin, isovanhempien ja ystävien kanssa (Laakso & Paunonen-Ilmonen 2002, Dyregrov 2005, Hass & Walter 2006, Aho ym. 2009). Kokemuksen läpikäyminen vertaisten keskuudessa on myös tukevaa. Tukea saa oman tarinan kertomisen mahdollisuudesta (Umphrey & Cacciatore 2011), keskustelusta toisen lapsensa menettäneen kanssa sekä toisen surevan kanssa puhumisesta (Kavanaugh ym. 2004). Kokemuksen läpikäynnin tarve on lapsen kuoleman jälkeen suurempaa kuin myöhemmin. Positiivista tukea puoliso saavat toisiaan tukemalla. Positiivista on puolison tukeminen työssä, opiskelussa ja työhön paluussa. Tukevaa on myös hyvä suhde puolisoon. (Samuelsson ym. 2001, Dyregrov 2005, Aho ym. 2009.)

Surun tuntemusten arvostaminen näkyy ystävien hyväksyntänä (Aho ym. 2009), tunteiden hyväksyntänä (Kavanaugh ym. 2004), alakulon hyväksyntänä (Umphrey & Cacciatore 2011) ja yksilöllisten surun ilmaisujen kunnioittamisena (Dyregrov 2005). Positiivista tukea on, etteivät isovanhemmat tuomitse surun kokemusta (White ym. 2008). Positiivista on myös oman äidin tuki surun tuntemiseen, sisarelta saatava tuki surun tuntemiseen (Kavanaugh ym. 2004), ymmärtävä asenne työtovereilta sekä isän kohtaaminen samana henkilönä kuin ennen lapsen kuolemaa (Aho ym. 2009).

Vertaistuki

Positiivista yhteisöllisyyden kokemusta ovat muiden selviytymiskeinojen tiedostaminen, vertaistuen vastavuoroisuus, tukiryhmästä saatava kokemus siitä, ettei ole yksin, tukiryhmässä ymmärretyksi tuleminen, muiden selviytymisen näkeminen, toisen surevan helpottaminen, toisten kertomusten lukeminen, vaikeiden asioiden jakaminen tukiryhmässä, yhteisöllinen sureminen, tuki samaan seksuaaliryhmään kuuluvalta, verkkoyhteisössä kaipauksen ja muistojen jakamisen mahdollisuus sekä ymmärtävä verkkoyhteisö (Laakso & Paunonen-Ilmonen 2002, Hastings ym. 2007, Aho ym. 2009, Cacciatore & Raffo 2011, Umphrey & Cacciatore 2011).

Ammattilaisilta saatu tuki

Aikaisemmat tutkimukset osoittavat, että vanhemmat saavat hyvin monenlaista tukea sosiaaliseen tukiverkostoonsa kuuluvilta ammattilaisilta. Vanhempien saama tiedollinen tuki liittyy tietoon kuolinsyystä ja kuolemaan johtaneista vaiheista, lapsen sairaudesta informoimiseen ja geneettisistä riskeistä kertomiseen, tietoon hoitoon liittyvistä dokumenteista, tietoon hoitojen lopettamisesta, informaatioon kuolleen lapsen hoidosta sekä tietoon ruumiinavauksesta ja sen tuloksista (Meert ym. 2007, Lundqvist ym 2002, Aho 2009).

Päätöksentekoon osallistumisen tukeminen avulla vanhemmat otetaan mukaan hoitopäätöksiin, annetaan tukea päätösten tekoon, annetaan mahdollisuus vastausten saamiseen ja mahdollistetaan tapahtuneesta keskustelu sekä palautteen antaminen (Lundqvist ym. 2002, Meert ym. 2007, Aho ym. 2009). Vanhemmat saavat myös tietoa surusta selviytymisestä, jolloin heille annetaan tietoa puolisoiden erilaisista suremistavoista ja selviytymismenetelmistä sekä tietoa surusta ja suruprosessin tukemisesta, tietoa ammattiavun saamisesta, yhteydenotto-ohjeista, tukihenkilöistä ja vertaistoiminnasta. Vanhemmat saavat tietoa, miten kertoa muille perheenjäsenille, miten asioiden järjestelyt konkreettisesti tapahtuvat sekä miten itse voi auttaa muita samassa tilanteessa olevia. (Lundqvist ym. 2002, Meert ym. 2007, Aho ym. 2009.)

Vanhempien saama konkreettinen tuki ammattilaisilta on muistojen keräämisessä auttamista (Samuelsson ym. 2001), muiston kunnioittamista esimerkiksi postikortein tai kukin (Laakso & Paunonen-Ilmonen 2002, Lundqvist ym. 2002) tai muistohetki ja siihen liittyvät tapahtumat (Lundqvist ym. 2002, Macdonald ym. 2005). Henkilöstön yhteydenpito lapsen kuoleman jälkeen joko kotona tai sairaalassa koetaan tukevana (Samuelsson ym.2001, Laakso & Paunonen-Ilmonen 2002, Macdonald ym. 2005, Meert ym. 2007, Aho ym. 2009). Ammattilaisten tuki näkyy hyvästijätön mahdollisuudessa ja perheen huomioimisessa, jolloin isällä on mahdollisuus olla läsnä

lapsen kuollessa, järjestämällä rauhallinen ympäristö viime hetkien viettämiseen, lupana olla lapsen luona riittävän pitkään ja mahdollisuutena jättää hyvästit useamman kerran ja jos sisaruksetkin ovat tervetulleita sairaalaan. Ammattilaisten tuki näkyy myös nimen antamisen mahdollistamisessa, jolloin lapsen nimeä kysytään vanhemmilta ja vanhemmille tarjotaan mahdollisuutta hätäkasteeseen. (Lundqvist ym. 2002, Aho ym. 2009.)

Ammattilaiset tukevat arjessa jaksamista mahdollistamalla isälle sairasloman lapsen kuoleman jälkeen sekä tarvittavan lääkityksen saaminen (Aho ym. 2009). Henkilöstö saattaa suojella lehdistöltä ja muulta medialta (Janzen ym. 2004). Pappi ja diakonissa auttavat käytännön asioiden järjestelyissä (Samuelsson ym. 2001) ja hautaustoimistolta saadaan tukea hautajaisten järjestelyyn (Laakso & Paunonen-Ilmonen 2002).

Emotionaalista tukea ammattilaiset antavat olemalla läsnä: hoitajilla on aikaa äidille pyytämättä (Lundqvist ym. 2002) ja henkilöstö on saatavilla (Glaser ym. 2007, Aho ym. 2009). Myötätuntoa henkilöstö osoittaa olemalla luotettava, rehellinen, lohduttava ja lasta kunnioittava (Meert ym. 2009). Myötätuntoa henkilöstö osoittaa sympatialla äitiä kohtaan ja pitämällä kädestä kiinni (Lundqvist ym. 2002). Ammattilaisten kanssa käydään läpi kokemuksia (Lundqvist ym. 2002, Aho ym. 2009). Ammattilaiset rohkaisevat vanhempia kehumalla, kannustamalla ja rohkaisemalla ottamaan talteen erilaisia muistoja, rohkaisevat vauvan koskettamiseen ja syliin ottamiseen (Samuelsson ym. 2001, Lundqvist ym. 2002).

2.6. Sururyhmä vertaistuen muotona

Ihmisillä, joilla on jonkinlainen yhteinen kokemus, sairaus tai menetys, on mahdollista saada tukea toisilta saman kokeneilta ihmisiltä. Vastaavaa tukea eivät muut auttajatahot pysty antamaan. Vertaistoiminnassa osallistujat ovat tasa-arvoisia asiantuntijoita kokemuksensa pohjalta ja vertaisryhmässä syntyy osallistujien välille voimaa antava vuorovaikutus. (Laimio & Karnell 2010.) Vertaistuki on siis samanlaisissa elämäntilanteissa olevien ihmisten omien kokemuspohjaisten tietojen jakamista ja keskinäistä kunnioittavaa tukemista (Nylund 2005, Jantunen 2007). Lapsen kuoleman kokemiseen liittyvään vertaistukeen sisältyy yhdessä suremista ja yhdessäoloa sekä tunteiden ja menetyksen kokemusten jakamista (Aho 2010).

Aiempien tutkimusten mukaan lapsen kuoleman kokeneet vanhemmat hyötyivät ryhmävertaistuesta (mm. DiMarco 2001, Laakso & Paunonen-Ilmonen 2002, Aho 2011, Umphrey & Cacciatore 2011,

Nikkola ym. 2012). Erityisesti surevat saavat hyötyä ryhmävertaistuesta (Jyrkämä 2010). Sururyhmät ovat tilaisuuksia jakaa tarinoita, keskustella ja näyttää tunteensa avoimesti. Surevat kokevat hyvänä ympärillä olevat ihmiset, joilla on samanlainen surukokemus käsiteltävään (Roose & Blanford 2011).

Aikaisemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että vertaisten kanssa keskustelu oli helppoa ja merkityksellisempää kuin keskustelu muiden kanssa (Van 2012). Sekä äidit että isät ovat kokeneet tukiryhmiin osallistumisen positiivisena ja helpottavan merkittävästi sekä masennusta että stressireaktioita (Murphy ym. 2002). Sururyhmistä vanhemmat saivat apua juuri surusta selviytymiseen (DiMarco 2001, Laakso & Paunonen-Ilmonen 2002, Murphy ym. 2002, Arnold & Gemma 2008, Aho ym 2011, Nikkola ym. 2012). Ryhmäkokoonnot auttavat erityisesti vaikeina aikoina ja voimakkaan surun yli pääsemisessä (Reilly-Smorawski ym. 2002, Feigelman ym. 2008). Äidit ovat halukkaampia osallistumaan sururyhmiin kuin isät ja kokevatkin saavansa eniten apua toisilta saman kokeneilta vanhemmilta (Laakso & Paunonen-Ilmonen 2002, Cacciatore 2007). Vanhemmat kokevat sururyhmät eri tavalla, osa vanhemmista haluaa osallistua ryhmiin ja osa ei halua. Lapsen kuoleman läheisyys saattaa vaikuttaa vanhempiin siten, että he eivät koe olevansa valmiita keskustelemaan kokemuksestaan, mutta saattavat myöhemmin muuttaa mielensä ja tästä syystä sururyhmiä on aina hyvä tarjota vanhemmille. (Saflund ym. 2004.) Vanhemmat, jotka osallistuvat sururyhmiin, löytävät todennäköisemmin merkityksen menetykselleen kuin ne vanhemmat, jotka eivät sururyhmiin osallistu (Murphy ym. 2003).

3. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata lapsen kuoleman kokeneiden vanhempien sosiaalista tukiverkostoa, verkostolta saatua tukea ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä. Lisäksi tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata sururyhmiin osallistumisen ja sosiaalisen tukiverkoston sekä tukiverkostolta saadun tuen määrän yhteyttä.

Tutkimuskysymyksinä olivat:

1. Millainen lapsen kuoleman kokeneiden isien ja äitien sosiaalinen tukiverkosto on sekä miten isien ja äitien sosiaalinen tukiverkosto eroaa toisistaan?
2. Millainen isien ja äitien tukiverkostoltaan saadun tuen määrää lapsen kuoleman jälkeen on?

3. Mitkä taustamuuttajat ovat yhteydessä isien ja äitien sosiaaliselta tukiverkostoltaan saatuun tukeen?
4. Miten sururyhmiin osallistuminen vaikuttaa äitien ja isien sosiaaliseen tukiverkoston ja tukiverkostolta saatuun tukeen?

Tavoitteena oli tuottaa tietoa lapsen kuoleman kokeneen vanhemman sosiaalisen tukiverkoston laajuudesta ja saadun tuen määrästä sekä tuen eroavuuksista hoitotyön edelleen kehittämiseksi sekä vanhempien tukemisen kehittämiseksi.

4. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

4.1. Kohderyhmä, aineiston hankinta ja tutkimuksessa käytetty mittari

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat vanhemmat, joilla oli omakohtainen kokemus elävänä syntyneen lapsen kuolemasta tai yli 22 raskausviikkoisen ja yli 500 grammaa painavan sikiön kohtukuolemasta. Tutkimusaineisto koostuu kahdesta erillisestä kyselyaineistosta, jotka on kerätty kuolleiden lasten vanhemmilta Suomen yliopistosairaaloissa (n=3) ja neljään KÄPY – Lapsikuolemaperheet ry:n järjestämiin perheviikonloppuihin osallistuvilta vanhemmilta. Yliopistosairaaloissa vanhemmille lähetettiin kyselylomake postitse tutkimusyhteyshenkilön toimesta kuusi kuukautta lapsen kuoleman jälkeen. Kyselyyn vastasi 58 vanhempaa. Perheviikonloppuun tuleville vanhemmille kyselylomake postitettiin kaksi viikkoa ennen leirin alkamista ja tämän tutkimuksen aineisto koostuu 107 vanhemman vastauksista. Yhteensä tutkimusaineisto muodostui 165 vanhemman vastauksista, joista äitien osuus oli 83 ja isien osuus oli 82 vastausta.

Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeella joka sisälsi vastaajiin liittyviä taustatietoja; ikä, siviilisäätty, koulutus, työssäkäynti, perheen lasten lukumäärä, vanhemman terveydentila, kuolleen lapsen ikä ja sukupuoli, lapsen kuolintapa, kohtukuoleman raskausviikot, ennakoivan surun aika ja sururyhmiin osallistuminen sekä kysymyksiä vanhempien sosiaalisesta tukiverkostosta ja saadusta tuen määrästä. Saadun tuen määrää mitattiin viisiportaisella likert-asteikolla, jossa 1 = hyvin vähän tukea, 2 = vähän tukea, 3 = kohtalaisesti tukea, 4 = paljon tukea ja 5 = erittäin paljon tukea.

4.2. Aineiston analyysi

Tutkimusaineiston analysointi aloitettiin yhdistämällä eri aineistot yhdeksi aineistoksi ja varmistettiin, että aineistot vastasivat toisiaan. Tämä toteutettiin tarkastelemalla muuttujien minimi- ja maksimiarvoja. Tutkimusaineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin SPSS for Windows 20.0 tilasto-ohjelman avulla. Tilastollisen merkitsevyyden tasona pidettiin $\leq 0,05$, joka yleisesti katsotaan olevan riittävä merkitsevyytaso ihmistieteissä (Metsämuuronen 2000, Burns & Grove 2003, Kankkunen & Vehviläinen –Julkunen 2009).

Aineiston analysoinnin alussa tutkittiin muuttujien suoria jakaumia, jotta pystyttiin havaitsemaan mahdolliset tallennusvirheet. Muuttujia luokiteltiin uudelleen tilastollisten testien toteuttamisen mahdollistamiseksi. Koska tutkimuksessa tarkasteltiin erikseen isiä ja äitejä, oli luokkia tiivistettävä. Tällä pyrittiin saamaan havaintojen määrä kussakin luokassa riittävän suuriksi tilastollisia testejä varten. Luokkien tiivistämisellä varmistettiin myös, ettei yksittäinen osallistuja erotu tutkimusraportista. (Kuula 2006, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009.)

Kyselylomakkeen muuttujista peruskoulutusta koskeva muuttuja säilytettiin kolmeluokkaisena. Ammatillista koulutusta koskeva muuttuja luokiteltiin uudelleen neljään luokkaan: ei koulutusta, lukio tai ammattikoulu, opistotaso tai AMK ja akateeminen koulutus. Työtilannetta käsittelevä muuttuja luokiteltiin uudelleen kahteen luokkaan: työssä ja ei työssä. Myös siviilisääty luokiteltiin uudelleen kolmeen luokkaan: avio- tai avoliitossa ja ei parisuhdetta. Tämän hetkinen terveydentila luokiteltiin uudelleen kahteen luokkaan: hyvä ja tyydyttävä tai huono. Etukäteistieto lapsen kuolemasta luokiteltiin uudelleen kahteen luokkaan: ei ennakkotietoa ja ennakkotietoa oli. sosiaaliselta tukiverkostolta saadun tuen määrää ilmaisevat luokat yhdistettiin siten, että vähäistä tuen määrää ilmaisevat luokat (1= hyvin vähän tukea ja 2 = vähän tukea) muodostivat luokan 1 = vähän tukea, keskimäinen luokka (3 = kohtalaisesti tukea) säilytettiin omana luokkanaan 2 = kohtalaisesti tukea ja runsaan tuen määrää ilmaisevat luokat (4 = paljon tukea ja 5 = erittäin paljon tukea) muodostivat luokan 3 = paljon tukea.

Aineistoa kuvattaessa käytettiin keskiarvoja, keskihajontaa ja prosenttilukuja. Muuttujien normaalia jakautumista tarkasteltiin keskiarvon ja mediaanin arvoja vertaamalla sekä vinouslukuja ja jakaumien muotoa tarkastelemalla. Muuttujien vinous tarkasteltiin Bonferronin testillä mitattuna ja mikäli arvot olivat välillä -2 ja 2, voitiin katsoa arvojen jakautuneen normaalisti. (Heikkilä 2008.)

Isien ja äitien sosiaalista tukiverkostoa kuvattiin ristiintaulukoinnilla ja ryhmien välisen eroavuuden tilastollista merkittävyyttä tarkasteltiin khiin neliö –testillä. Kaksiluokkaisten taustamuuttujien ja

isien ja äitien saadun tuen määrän välistä yhteyttä tarkasteltiin parametrisellä riippumattomien otosten T-testillä silloin, kun taustamuuttuja oli normaalisti jakautunut (Heikkilä 2008). Kolme- tai neliluokkaisen taustamuuttujan sekä isien ja äitien saadun tuen määrän välistä yhteyttä tarkasteltiin yksisuuntaisella varianssianalyysillä (Heikkilä 2008, Polit & Beck 2010). Spearmanin järjestyskorrelaatiokertoimen avulla tarkasteltiin isien ja äitien saaman tuen määrän yhteyttä sellaisiin taustamuuttujiin, jotka olivat järjestysasteikon taseisia (Heikkilä 2008, 203). Tässä tutkimuksessa korrelaation arvon ollessa $< 0,3$ katsottiin arvon ilmentävän heikkoa korrelaatiota, arvojen $0,3 - 0,5$ ilmentävän kohtalaista korrelaatiota ja arvojen ollessa $> 0,5$ katsottiin ilmenevän voimakasta korrelaatiota (Burns & Grove 2003).

5. TUTKIMUSTULOKSET

5.1. Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot

Tutkimusaineisto koostui 83 äidin ja 82 isän vastauksista. Vanhempien ikä oli keskiarvoltaan 35 vuotta nuorimman vanhemman ollessa 22 -vuotias ja vanhimman vanhemman 58 -vuotias. Vanhempien koulutustaso jakautui melko tasaisesti eri koulutusasteiden välille lukuun ottamatta 7 prosenttia vanhempia, joilla ei ollut peruskoulun jälkeisiä opintoja. Vanhemmista 70% (n=116) oli työelämässä ja 30% (n=49) ei ollut työssä kyselyyn vastaamisen hetkellä. Vanhemmista 82% (n=136) eli avioliitossa ja 13% (n=22) avoliitossa. Vain 4% (n=7) vanhemmista oli joko eronneita tai leskiä. Suurimmalla osalla vanhemmista (83%, n=139) oli kuolleen lapsen lisäksi muita lapsia. Vanhempia, joiden kuollut lapsi oli perheen ainoa, oli aineistossa 17% (n=22). Muiden lasten lukumäärä perheissä vaihteli yhdestä lapsesta yhteentoista lapseen. Hieman yli puolet vastaajista (64%, n=105) koki terveydentilansa melko hyväksi ja 36 % piti terveydentilaansa kohtalaisena tai huonona. Kuolleiden lasten sukupuolena oli hieman useammin ollut poika (57%, n=94) kuin tyttö (43%, n=70). Hieman alle puolet lapsen menetyksistä oli ollut kohtukuolemia (47%, n=77) ja hieman yli puolet (53%, n=88) vanhemmista olivat menettäneet elossa olleen lapsensa. Kahdelle kolmasosalle vanhemmista (63%, n=103) lapsen kuolema tuli yllätyksenä. 21% oli aikaa sopeutua lapsen kuolemaan viikko tai vähemmän ja lopuilla 15 % oli aikaa sopeutua lapsen kuolemaan yli viikko. Lapsen keskimääräinen kuolinikä oli 30 viikkoa (n. 7 kk). Kuolinikä vaihteli vastasyntyneestä 4 vuoden ja 6 kuukauden ikään. Raskauden aikainen kohtukuolema tapahtui keskimäärin 33 raskausviikolla. Kohtukuolemien vaihteluväli oli 18 – 41 raskausviikkoa.

Tutkimukseen osallistuneilla vanhemmilla oman lapsen menetys oli tapahtunut keskimäärin 6,5 kuukautta ennen tutkimuslomakkeeseen vastaamista. Lyhyin aika lapsen kuolemasta oli 1 kuukausi pisimmän ajan ollessa 54 kuukautta (4vuotta ja 4 kuukautta). (Taulukko 1.)

TAULUKKO 1. Tutkimukseen osallistuneiden vanhempien (n=165) taustatiedot

Taustamuuttajat	n	%
Koulutus		
Peruskoulutus tai vähemmän	11	7
Lukio tai ammattitutkinto	50	30
AMK – tai opistotason tutkinto	53	32
Akateeminen tutkinto	49	30
Työtilanne		
Työssä	116	70
Ei työssä	49	30
Siviilisääty		
Avoliitto	136	82
Avoliitto	22	13
Muu	7	4
Lapsia perheessä		
Ei lapsia	26	17
Lapsia	139	83
Tämänhetkinen terveydentila		
Hyvä	105	64
Tyydyttävä tai huono	59	36
Kuolleen lapsen sukupuoli		
Poika	94	57
Tyttö	70	43
Kohtukuolema		
kyllä	77	47
Ei	88	53
Etukäteistieto lapsen kuolemasta		
Ei ennakkotietoa	103	63
Ennakkotieto oli	60	37
	ka	vaihteluväli
Ikä (vuosina)	35	22 - 58
Kuolleen lapsen ikä viikkoja	30	0 -240
Kohtukuoleman raskausviikot	33	18 - 41
Lapsen kuolemasta kulunut aika (kuukausia)	6,5	1 - 54

5.2. Isien ja äitien sosiaalinen tukiverkosto ja sen erot lapsen kuoleman jälkeen

Isien tukiverkostoon kuului puoliso lähes poikkeuksetta (99%, n=81). Lähes jokainen isä ilmoitti tukiverkostoon kuuluvan omat vanhemmat (95%, n=78) sekä puolison vanhemmat (91,5%, n=75). Useammalla kuin neljällä viidestä isästä sosiaaliseen tukiverkostoon kuuluivat terveydenhuollon henkilökunta (88%, n=72) ja työtoverit (87%, n=71). Saman kokeneet vanhemmat kuuluivat työtovereita hieman harvemmin (77%, n=63) isien sosiaaliseen tukiverkostoon ja naapurit työtovereita hieman harvemmin (71%, n=58). Noin kahdella kolmasosalla (69,5%, n=57) isillä tukiverkostoon kuuluivat seurakunnan työntekijät. Hieman alle kahdella kolmasosalla isistä (62%, n=51) oma lapsi tai lapset kuuluivat heidän sosiaaliseen tukiverkostoonsa. Joka kolmannen isän (33%, n=27) tukiverkostoon kuuluivat kotipalvelun henkilökunta. Harvimmin isien tukiverkostoon kuuluivat ystävät (30,5%, n=25) (Taulukko 2).

Äideistä 98 prosenttia (n=81) ilmoitti oman puolison kuuluvan sosiaaliseen tukiverkostoon. Toiseksi useammin äitien tukiverkostoon kuuluivat äidin omat vanhemmat (94%, n=78). Lähes yhtä usein äitien tukiverkostoon kuuluvat saman kokeneet vanhemmat (93%, n=77). Ammattilaisista äitien tukiverkostoon ovat useammin kuuluneet terveydenhuollon henkilökunta (87%, n=72). Neljä viidestä äidistä (80%, n=67) ilmoittaa puolison vanhempien kuuluvan omaan tukiverkostoonsa. Hieman yli kahdella kolmasosalla äideistä (73,5%, n=61) sosiaaliseen tukiverkostoon kuuluivat seurakunnan työntekijät. Yhtä useasti äitien tukiverkostoon kuuluivat omat lapset (70%, n=58) ja työtoverit (70%, n=58) ja lähes yhtä monella äidillä tukiverkostoon kuuluivat myös naapurit (69%, n=57). Kahdella kolmasosalla äideistä (64%, n=53) tukiverkostoon kuuluivat ystävät. Harvemmin äitien tukijana toimivat kotipalvelun henkilöstö (26,5%, n=22). (Taulukko 2.)

TAULUKKO 2. Isien ja äitien sosiaalinen tukiverkosto ja erot lapsen kuoleman jälkeen

Tuen antaja	isät		äidit		p-arvo
	n	%	n	%	
Puoliso	81	99	81	98	0,567
Oma lapsi tai lapset	51	62	58	70	0,297
Omat vanhemmat	78	95	78	94	0,746
Puolison vanhemmat	75	91,5	67	80	0,046
Naapurit	58	71	57	69	0,774
Työtoverit	71	87	58	70	0,009
Ystävät	25	30,5	53	64	<0,001
Saman kokenut vanhempi	63	77	77	93	0,004
Terveystieteiden henkilöstö	72	88	72	87	0,838
Kotipalvelun henkilöstö	27	33	22	26,5	0,367
Seurakunnan työntekijä	57	69,5	61	73,5	0,571
χ^2 -testi					

Vertailtaessa äitien ja isien tukiverkosta voidaan havaita tilastollisesti merkittävä ero vanhempien tukiverkossa puolison vanhempien, työtovereiden, saman kokeneiden vanhempien, ystävien sekä muiden tukijoiden kohdalla. Puolison vanhemmat kuuluvat useammin isien tukiverkoston kuin äitien (isät 92% vs. äidit 80%, $p=0,046$). Lisäksi työtoverit ovat useammin isien tukiverkossa kuin äitien tukiverkossa (isät 87% vs. äidit 70%, $p = 0,009$). Äitien tukiverkoston puolesta kuuluu saman kokenut vanhempi (äidit 93% vs isät 77%, $p = 0,004$) ja ystävät (äidit 64 % vs. isät 31%, $p= < 0,001$) useammin kuin isien tukiverkoston. (Taulukko 2).

5.3. Isien ja äitien sosiaaliselta tukiverkostoltaan saadun tuen määrä ja ero

Isistä, jotka saivat tukea puolisoiltaan, 86 % sai tukea paljon ja 12 % sai tukea kohtalaisesti. Puolisoiltaan saadun tuen määrän koki vähäisenä vain 1 % isistä. Isistä, jotka olivat saaneet tukea omilta lapsiltaan, 65 % sai tukea paljon, 20 % sai tukea kohtalaisesti ja 16 % sai tukea vähän. Omilta vanhemmiltaan saadun tuen määrä jakautui tasaisesti. Isistä, jotka olivat saaneet tukea omilta vanhemmiltaan, 40 % sai paljon tukea, 31 % sai kohtalaisesti tukea ja lähes yhtä moni eli 30 % sai vähän tukea. Puolison vanhemmilta isät saivat tukea lähes samalla tavalla, kuin omilta vanhemmiltaan. Isistä, jotka olivat saaneet tukea puolison vanhemmilta, 44 % sai paljon tukea, 35 % sai kohtalaisesti tukea ja 21 % sai vain vähän tukea. (Taulukko 3.)

Isistä, jotka olivat saaneet tukea naapureiltaan, 7 % sai tukea paljon, 35 % sai tukea kohtalaisesti ja 59 % sai vain vähän tukea. Suunnilleen samanlaisesti tukea isät saivat työtovereiltaan. Isistä, jotka olivat saaneet tukea työtovereiltaan, 16 % sai tukea paljon, 30 % sai tukea kohtalaisesti ja 55 % sai vain vähän tukea. Saadun tuen sekä saman kokeneilta vanhemmilta että ystäviltä isät kokivat melko runsaana. Isistä, jotka olivat saaneet tukea saman kokeneilta vanhemmilta, 48 % sai tukea paljon, 22 % sai tukea kohtalaisesti ja 30 % sai vain vähän tukea. Isistä, jotka olivat saaneet tukea ystäviltään, 64 % sai tukea paljon ja 20 % sai tukea kohtalaisesti ja 16 % sai vähän tukea. (Taulukko 3.)

Terveydenhuollon henkilöstöltä saadun tuen määrän isät kokivat melko vähäisenä. Isistä, jotka olivat saaneet tukea terveydenhuollon henkilökunnalta, 21 % sai paljon tukea, 32 % kohtalaisesti tukea ja 47 % sai vain vähän tukea. Kotipalvelun henkilöstöltä saadun tuen määrä oli isien mukaan vähäistä. Isistä, jotka olivat saaneet tukea kotipalvelun henkilöstöltä, 4 % sai tukea kohtalaisesti ja jopa 96 % sai tukea vähän. Ammattilaisten antamasta tuesta eniten tukea isille antoivat seurakunnan työntekijät. Isistä, jotka olivat saaneet tukea seurakunnan työntekijöiltä, 64 % sai paljon tukea, 20 % sai kohtalaisesti tukea ja 44 % sai vähän tukea.

Äideistä, jotka saivat tukea puolisoiltaan, 82 % sai tukea paljon ja 10 % sai tukea kohtalaisesti. Puolisoiltaan saadun tuen määrän koki vähäisenä 9 % äideistä. Äideistä, jotka olivat saaneet tukea omilta lapsiltaan, 78 % sai tukea paljon, 14 % sai tukea kohtalaisesti ja 9 % sai tukea vähän. Omilta vanhemmiltaan saadun tuen määrän lähes puolet äideistä piti runsaana. Äideistä, jotka olivat saaneet tukea omilta vanhemmiltaan, 45 % sai paljon tukea, 27 % sai kohtalaisesti tukea ja lähes yhtä moni eli 28 % sai vähän tukea. Puolison vanhemmilta äidit saivat vähemmän tukea, kuin omilta vanhemmiltaan. Äideistä, jotka olivat saaneet tukea puolison vanhemmilta, 19 % sai paljon tukea, 28 % sai kohtalaisesti tukea ja noin puolet äideistä eli 52 % sai vain vähän tukea. (Taulukko 3.)

Äideistä, jotka olivat saaneet tukea naapureiltaan, 18 % sai tukea paljon, 30 % sai tukea kohtalaisesti ja 53 % sai vain vähän tukea. Suunnilleen samanlaisesti tukea äidit saivat työtovereiltaan. Äideistä, jotka olivat saaneet tukea työtovereiltaan, 22 % sai tukea paljon, 29 % sai tukea kohtalaisesti ja 48 % sai vain vähän tukea. Saadun tuen sekä saman kokeneilta vanhemmilta että ystäviltä äidit kokivat runsaana. Äideistä, jotka olivat saaneet tukea saman kokeneilta vanhemmilta, 77 % sai tukea paljon, 9 % sai tukea kohtalaisesti ja 14 % sai vain vähän tukea. Äideistä, jotka olivat saaneet tukea ystäviltään, peräti 89 % sai tukea paljon ja 11 % sai tukea kohtalaisesti. Ystäviltä saadun tuen määrää eivät äidit pitäneet tämän tutkimuksen mukaan vähäisenä. (Taulukko 3.)

Terveydenhuoltohenkilöstöltä saadun tuen määrä jakautui melko tasaisesti. Äideistä, jotka olivat saaneet tukea terveydenhuoltohenkilöstöltä, 35 % sai tukea paljon, 36 % sai tukea kohtalaisesti ja 30 % sai tukea vain vähän. Kotipalvelun henkilöstöltä saatua tukea pidettiin pääosin vähäisenä. Äideistä, jotka olivat saaneet tukea kotipalvelun henkilöstöltä, 9 % sai tukea paljon, 9 % sai tukea kohtalaisesti ja 82 % sai tukea vain vähän. Seurakunnan työntekijöiltä saadun tuen määrä jakautui myös melko tasaisesti. Äideistä, jotka olivat saaneet tukea seurakunnan työntekijöiltä, 36 % sai tukea paljon, 23 % sai tukea kohtalaisesti ja 41 % sai tukea vähän. (Taulukko 3.)

Vertailtaessa isien ja äitien saaman tuen määrää, voidaan todeta, että tilastollisesti merkittäviä eroja esiintyy puolison vanhemmilta, saman kokeneilta vanhemmilta ja ystäviltä saadusta tuesta. Isien saaman tuen määrä vaimonsa vanhemmilta oli merkittävästi suurempaa kuin äitien saama tuki miehiensä vanhemmilta ($p < 0,001$). Äitien vanhemmat tukevat siis isiä enemmän kuin isien vanhemmat tukevat äitejä. Äitien saaman tuen määrä oli merkittävästi suurempaa sekä saman kokeneilta vanhemmilta ja ystäviltä kuin isien saama tuki. Saman kokeneiden vanhempien antama tuki oli runsaampaa äitien kuin isien mielestä ($p = 0,002$). Myös ystävien antaman tuen äidit kokivat paljon suurempana kuin isät ($p = 0,005$). (Taulukko 3.)

TAULUKKO 3. Isien ja äitien sosiaaliselta tukiverkostoltaan saaman tuen määrä ja eroavuudet

Tuen antaja	isät						äidit						p-arvo
	vähän		kohtalaisesti		paljon		vähän		kohtalaisesti		paljon		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Puoliso	1	1	10	12	70	86	7	9	8	10	66	82	0,089
Lapsi/lapset	8	16	10	20	33	65	5	9	8	14	45	78	0,313
Omat vanhemmat	23	30	24	31	31	40	22	28	21	27	35	45	0,793
Puolison vanhemmat	16	21	26	35	33	44	35	52	19	28	13	19	<0,001
Naapurit	34	59	20	35	4	7	30	53	17	30	10	18	0,217
Työtoverit	39	5	21	30	11	16	28	48	17	29	13	22	0,578
Ystävät	4	16	5	20	16	64	0	0	6	11	47	89	0,005
Saman kokenut vanhempi	19	30	14	22	30	48	11	14	7	9	59	77	0,002
Terveydenhuollon henkilöstö	34	47	23	32	15	21	21	30	26	36	25	35	0,056
Kotipalvelun henkilöstö	26	96	1	4	0	0	18	82	1	9	1	9	0,191
Seurakunnan työntekijä	28	44	18	20	11	64	25	41	14	23	22	36	0,122

χ^2 -testi

5.4. Taustamuuttujien yhteys isien ja äitien sosiaaliselta tukiverkostoltaan saatuun tuen määrään

Taustamuuttujien yhteys isien ja äitien läheisiltään saadun tuen määrään

Peruskoulutuksella oli tilastollisesti merkittävä yhteys isien saamaan tukeen puolisoiltaan ($p=0,039$). Kansa- tai kansalaiskoulun käyneet isät saivat puolisoiltaan eniten tukea ($ka=5,0$). Keski- tai peruskoulun käyneiden isien puolisoiltaan saama tuen määrä oli vähäisin ($ka = 4,5$, $kh = 0,9$) ja lukion käyneet isät saivat enemmän tukea ($ka = 4,7$, $kh = 0,7$) kuin keski- tai peruskoulun käyneet mutta kuitenkin vähemmän kuin kansa- tai kansalaiskoulun käyneet isät. Isän peruskoulutuksella ei ollut vaikutusta lapsilta saatuun tukeen ($p=0,584$), omilta vanhemmiltaan saatuun tukeen ($p=0,544$) eikä puolison vanhemmilta saatuun tukeen ($p=0,351$). (Taulukko 4).

Ammatillisella koulutuksella oli tilastollisesti merkittävä yhteys isien saamaan tukeen puolisoiltaan ($p=0,018$). Isät, joilla oli akateeminen koulutus, saivat eniten tukea puolisoiltaan ($ka= 4,8$, $kh = 0,6$). AMK tai opistotason koulutuksen omaavat isät saivat puolisoiltaan hieman vähemmän tukea ($ka = 4,5$, $kh = 1,0$). Lukion tai ammattikoulun käyneet isät saivat saman verran tukea puolisoiltaan ($ka = 4,5$, $kh = 0,7$) kuin AMK tai opistotason koulutuksen omaavat isät. Vähiten tukea puolisoiltaan saivat ne isät, joilla ei ollut ammatillista koulutusta ($ka = 4,2$, $kh = 1,0$). Isän ammatillisella koulutuksella ei ollut vaikutusta lapsilta saatuun tukeen ($p = 0,849$), omilta vanhemmiltaan saatuun tukeen ($p = 0,264$) eikä puolison vanhemmilta saatuun tukeen ($p = 0,058$). (Taulukko 4).

Siviilisäädyllä oli tilastollisesti merkittävä yhteys isien saamaan tukeen puolisoiltaan ($p < 0,001$). Avioliitossa olevat isät saivat puolisoiltaan eniten tukea ($ka = 4,9$, $kh = 0,4$). Avioliitossa olevat isät saivat kohtalaisesti tukea ($ka = 3,0$, $kh = 0,0$) ja vähiten tukea puolisoiltaan saivat isät, jotka eivät olleet parisuhteessa ($ka = 1,0$).

Isän iän ja omilta vanhemmilta saadun tuen välillä oli heikko negatiivinen korrelaatio ($r= -0,29$). Mitä vanhempi isä oli, sitä vähemmän tukea hän omilta vanhemmiltaan sai. Isän iällä ja puolison vanhemmilta saadun tuen välillä oli samoin heikko negatiivinen korrelaatio ($r= -0,28$). Perheen muiden lasten lukumäärällä, isän kokemalla terveydentilallaan, lapsen iällä kuolinhetkellä, raskausviikkojen määrällä, kuolemaan varautumisen ajalla tai lapsen kuolemasta kuluneella ajalla ei ollut yhteyttä isien saamaan tukeen puolisoiltaan, lapsiltaan, omilta vanhemmiltaan tai puolison vanhemmilta saatuun tukeen. (Taulukko 4)

TAULUKKO 4. Taustamuuttujien yhteys isien saamaan sosiaaliseen tukeen lähiomaisilta												
	tuki puolisolta			tuki lapsilta			tuki omilta vanhemmilta			tuki puolison vanhemmilta		
	ka	kh	p	ka	kh	p	ka	kh	p	ka	kh	p
Peruskoulutus												
kansa- tai kansalaiskoulu	5,0	-	0,039**	3,0	-	0,584**	-	-	0,544**	-	-	0,351**
keskikoulu tai peruskoulu	4,5	0,9		3,7	1,2		3,0	1,2		3,2	1,2	
lukio	4,7	0,7		3,8	1,4		3,0	1,4		3,4	1,0	
Ammatillinen koulutus												
ei koulutusta	4,2	10	0,018**	2,7	1,4	0,849**	3,0	0,7	0,264**	2,8	0,8	0,058**
lukio tai ammattikoulu	4,5	0,7		3,9	1,2		3,0	1,3		3,0	1,3	
AMK tai opistotaso	4,5	1		3,9	1,3		2,8	1,3		3,4	0,7	
akateeminen	4,8	0,6		4,0	1,2		3,3	1,4		3,5	1,0	
Työtilanne												
työssä	3,8	0,8	0,262*	3,8	1,3	0,862*	3,0	1,3	0,525*	3,3	1,0	0,179*
ei työssä	3,9	0,6		3,9	0,9		3,3	1,1		2,8	1,3	
Siviilisääty												
avioliitto	4,9	0,4	0,000**	3,9	1,3	0,123**	3,7	1,3	0,109**	3,3	1,0	0,097**
avoliitto	3,0	0,0		3,0	1,0		2,3	1,3		2,6	1,3	
ei parisuhdetta	1,0	-		-	-		4,0	-		4,0	-	
Lapsen sukupuoli												
poika	4,5	0,9	0,398*	3,7	1,3	0,579*	2,9	1,4	0,408*	3,3	1,1	0,329*
tyttö	4,7	0,7		4,0	1,2		3,2	1,2		3,1	1,0	
	r***		p	r***		p	r***		p	r***		p
Ikä	-0,04		0,723	-0,12		0,407	-0,29		0,010	-0,28		0,014
Muiden lasten lukumäärä	-0,05		0,684	-0,13		0,382	-0,05		0,650	-0,12		0,307
koettu terveydentila	0,11		0,092	0,12		0,411	-0,03		0,805	0,19		0,098
Lapsen ikä kuolinhetkellä	-0,15		0,313	-0,15		0,427	-0,29		0,056	-0,22		0,166
raskausviikot	0,12		0,477	0,22		0,335	0,12		0,502	0,17		0,303
Varautuminen kuolemaan	0,08		0,476	-0,10		0,507	0,10		0,400	0,11		0,371
Kulunut aika kuolemasta	0,02		0,856	0,19		0,180	-0,22		0,052	-0,13		0,274
* T-testi												
** ANOVA												
*** Spearmanin Korrelaatiokerroin												

Äitien peruskoulutuksella ei ollut merkitystä puolisolta saatuun tukeen ($p=0,770$), lapsilta saatuun tukeen ($p=0,534$, omilta vanhemmilta saatuun tukeen ($p=0,110$) eikä puolison vanhemmilta saatuun tukeen ($p=0,489$).

Ammatillisella koulutuksella oli tilastollisesti merkittävä yhteys ($p=0,024$) äitien saamaan tukeen lapsiltaan. AMK tai opistotason koulutuksen saaneet äidit saivat lapsiltaan eniten tukea ($ka=4,5$, $kh=0,6$). Lukion tai ammatillisen koulutuksen käyneet äidit saivat lapsiltaan hieman vähemmän tukea ($ka=4,3$, $kh=0,9$) ja akateemisesti koulutettujen äitien lapsiltaan saama tuki oli vielä hieman vähäisempää ($ka=3,8$, $kh=1,1$). Vähiten tukea lapsiltaan saivat ne äidit, joilla ei ollut koulutusta ($ka=3,3$, $kh=1,0$). Äidin ammatillisella koulutuksella ei ollut yhteyttä puolisolta saatuun tukeen

($p=0,300$), omilta vanhemmilta saatuun tukeen ($p=0,456$) eikä puolison vanhemmilta saatuun tukeen ($p=0,799$). (Taulukko 5).

Siviilisäädyllä oli tilastollisesti merkittävä yhteys ($p<0.001$) äitien saamaan tukeen puolisoiltaan. Avioliitossa olevat äidit saivat puolisoiltaan paljon tukea ($ka=4,7$, $kh=0,5$) ja avoliitossa olevat äidit saivat puolisoiltaan kohtalaisesti tukea ($ka=3,0$, $kh=0,0$). Vähien tukea puolisoiltaan saivat äidit, jotka eivät olleet parisuhteessa ($ka=1,7$, $kh=0,5$). Siviilisäädyllä oli tilastollisesti merkittävä yhteys ($p=0,017$) äitien saamaan tukeen myös omilta vanhemmiltaan. Avioliitossa olevat äidit saivat eniten tukea ($ka=3,5$, $kh=1,0$) omilta vanhemmiltaan. Äidit, jotka olivat avoliitossa, saivat omilta vanhemmiltaan vähemmän tukea ($ka=2,5$, $kh=1,0$). Äidit, jotka eivät olleet parisuhteessa saivat omilta vanhemmiltaan vähiten tukea ($ka=2,3$, $kh=1,2$). Siviilisäätö vaikutti äitien saamaan tukeen puolison vanhemmilta tilastollisesti merkittävästi ($p=0,022$). Avioliitossa olevat äidit saivat eniten tukea ($ka=2,7$, $kh=1,2$) puolison vanhemmilta. Saadun tuen määrä puolison vanhemmilta väheni ($ka=1,8$, $kh=0,8$), mikäli äiti oli avoliitossa. Vähäisintä tukea puolison vanhemmilta ($ka=1,5$, $kh=0,5$) saivat äidit, jotka eivät olleet parisuhteessa. Siviilisäätö ei vaikuttanut lapsilta saadun tuen määrään ($p=0,065$). (Taulukko 5).

Muiden lasten lukumäärällä ja äitien omilta vanhemmiltaan saadun tuen välillä oli heikko negatiivinen korrelaatio ($r=-0,26$). Mitä enemmän lapsia äidillä oli, sitä vähemmän tukea hän omilta vanhemmiltaan sai. Äitien omilta vanhemmiltaan saadun tuen ja äidin kokeman terveydentilan välillä oli heikko positiivinen korrelaatio ($r=0,23$). Mitä paremmaksi äiti oman terveydentilansa arvioi, sitä enemmän hän myös koki saavansa tukea omilta vanhemmiltaan. Raskausviikkojen määrä korreloi sekä äidin puolisoiltaan saadun tuen, omilta vanhemmiltaan saadun tuen että puolison vanhemmilta saadun tuen osalta. Puolisolta saadun tuen ja raskausviikkojen välillä oli kohtalainen positiivinen korrelaatio ($r=0,47$). Mitä enemmän äidillä oli raskausviikkoja, sitä enemmän hän tukea puolisoiltaan sai. Kohtalainen positiivinen korrelaatio ($r=0,45$) esiintyi myös äidin raskausviikkojen ja omilta vanhemmilta saadun tuen välillä. Mitä pidemmällä äidin raskaus oli, sitä enemmän tukea hän omilta vanhemmiltaan sai. Sama kohtalainen positiivinen korrelaatio ($r=0,36$) ilmeni myös äidin raskausviikkojen ja puolison vanhemmilta saadun tuen välillä. Lapsen kuolemasta kuluneen ajan ja äidin puolison vanhemmilta saadun tuen välillä oli kohtalainen negatiivinen korrelaatio ($r=-0,30$). Mitä pidempi aika lapsen kuolemasta oli kulunut, sitä vähemmän tukea äidit puolison vanhemmilta saivat. (Taulukko 5). Äidin iällä, lapsen iällä kuolinhetkellä tai kuolemaan varautumisen ajalla ei ollut yhteyttä äitien saamaan tukeen omalta puolisoiltaan, lapsiltaan, omilta vanhemmiltaan tai puolison vanhemmilta.

TAULUKKO 5. Taustamuuttujien yhteys äitien saamaan sosiaaliseen tukeen lähiomaisilta												
	tuki puolisoilta			tuki lapsilta			tuki omilta vanhemmilta			tuki puolison vanhemmilta		
	ka	kh	p	ka	kh	p	ka	kh	p	ka	kh	p
Peruskoulutus												
kansa- tai kansalaiskoulu	4,3	1,2	0,770**	4,7	0,6	0,534**	3,7	2,3	0,110**	3,5	2,1	0,489**
keskikoulu tai peruskoulu	4,1	1,1		4,1	0,9		3,3	1,2		2,9	1,2	
lukio	4,4	1,0		4,1	1,0		3,3	1,2		2,3	1,2	
Ammatillinen koulutus												
ei koulutusta	4,0	1,4	0,300**	3,3	1,0	0,024**	3,8	0,5	0,456**	2,0	1,0	0,799**
lukio tai ammattikoulu	4,3	1,0		4,3	0,9		3,0	1,4		2,6	0,9	
AMK tai opistotaso	4,0	1,2		4,5	0,6		3,2	1,3		2,6	1,5	
akateeminen	4,6	0,7		3,8	1,1		3,5	1,1		2,4	1,1	
Työtilanne												
työssä	4,2	1,0	0,247*	3,9	1,0	0,083*	3,1	1,2	0,258*	2,3	1,2	0,109*
ei työssä	4,3	1,1		4,4	0,9		3,4	1,3		2,8	1,2	
Siviilisääty												
avioliitto	4,7	0,5	0,000**	4,3	0,9	0,065**	3,5	1	0,017**	2,7	1,2	0,022**
avoliitto	3,0	0,0		3,6	1,2		2,5	1		1,8	0,8	
ei parisuhdetta	1,7	0,5		3,6	1,1		2,3	1,2		1,5	0,5	
Lapsen sukupuoli												
poika	4,3	1,0	0,883*	4,1	1,0	0,569*	3,4	1,2	0,220*	2,8	1,3	0,207*
tyttö	4,3	1,1		4,2	0,9		3,1	1,2		2,3	1,0	
	r***		p	r***		p	r***		p	r***		p
Ikä	-0,10		0,371	-0,19		0,151	-0,2		0,073	-0,13		0,307
Muiden lasten lukumäärä	-0,11		0,360	-0,19		0,161	-0,26		0,029	-0,04		0,794
koettu terveydentila	0,12		0,311	0,20		0,141	0,23		0,045	0,16		0,207
Lapsen ikä kuolinhetkellä	-0,03		0,856	-0,01		0,949	-0,25		0,103	-0,02		0,902
raskausviikot	0,47		0,003	0,30		0,164	0,45		0,005	0,36		0,034
Varautuminen kuolemaan	0,02		0,862	0,01		0,948	0,01		0,944	0,01		0,909
Kulunut aika kuolemasta	-0,10		0,408	0,01		0,955	-0,04		0,732	-0,3		0,029
* T-testi												
** ANOVA												
*** Spearmanin Korrelaatiokerroin												

Taustamuuttujien yhteys isien ja äitien tuttaviltaan saatuun tuen määrään

Siviilisäädyllä oli tilastollisesti merkittävä yhteys ($p=0,004$) isien saamaan tukeen ystäviltään. Avioliitossa olevat isät saivat selvästi enemmän tukea ($ka=4,0$, $kh=1,0$) kuin avoliitossa olevat isät ($ka=2,0$, $kh=1,0$). Mikään muu taustatekijä ei ollut yhteydessä ystäviltä saatuun tukeen. (taulukko 6.)

Lapsen kuolemasta kuluneen ajan ja isien saman kokeneilta vanhemmilta saaman tuen välillä oli kohtalainen positiivinen korrelaatio ($r=0,50$). Mitä pidempi aika lapsen kuolemasta oli kulunut, sitä enemmän tukea isät samoin kokeneilta vanhemmilta saivat. Mikään muu taustatekijä ei tässä tutkimuksessa ollut yhteydessä saman kokeneilta vanhemmilta saatuun tukeen. Mitkään tutkituista taustatekijöistä ei tässä tutkimuksessa ollut yhteydessä isien naapureilta tai työtovereiltaan saamaan tukeen. (Taulukko 6.)

TAULUKKO 6. Taustamuuttujien yhteys isien saamaan sosiaaliseen tukeen tuttavilta												
	tuki naapureilta			tuki työtovereilta			tuki saman kokeneilta vanhemmilta			tuki ystäviltä		
	ka	kh	p	ka	kh	p	ka	kh	p	ka	kh	p
Peruskoulutus												
kansa- tai kansalaiskoulu	1,0		0,536**	1,0		0,409**	3,0		0,917**			0,369**
keskikoulu tai peruskoulu	2,2	1,1		2,5	1,1		3,1	1,4		4,0	0,8	
lukio	2,1	1,0		2,4	1,1		3,3	1,2		3,6	1,4	
Ammatillinen koulutus												
ei koulutusta	2,2	0,8	0,886**	2,8	1,3	0,458**	3,0	1,4	0,633**			0,787**
lukio tai ammattikoulu	2,0	1,1		2,6	1,2		3,1	1,4		4,0	0,6	
AMK tai opistotaso	2,3	1,1		2,2	1,1		3,0	1,1		3,6	1,6	
akateeminen	2,1	0,9		2,3	0,9		3,5	1,3		3,6	1,1	
Työtilanne												
työssä	2,1	1,0	0,963*	2,4	1,1	0,745*	3,2	1,3	0,742*	3,7	1,2	0,446*
ei työssä	2,1	1,2		2,4	1,0		3,4	1,3		4,3	0,6	
Siviilisäätty												
avioliitto	2,1	1,0	0,872**	2,5	1,0	0,262**	3,3	1,3	0,088**	4,0	1,0	0,004**
avoliitto	2,2	1,2		1,9	1,3		2,6	1		2,0	1,0	
ei parisuhdetta	-	-		3,0	-		-	-		-	-	
Lapsen sukupuoli												
poika	2,1	1,0	0,751*	2,3	1,1	0,750*	3,3	1,3	0,527*	3,6	1,2	0,487*
tyttö	2,2	1,0		2,4	1,0		3,0	1,4		4,0	1,1	
	r***		p	r***		p	r***		p	r***		p
Ikä	0,06		0,637	0,10		0,417	0,16		0,226	-0,14		0,494
Muiden lasten lukumäärä	0,20		0,145	0,13		0,283	-0,04		0,764	-0,03		0,904
koettu terveydentila	-0,10		0,471	0,02		0,845	0,05		0,697	0,16		0,449
Lapsen ikä kuolinhetkellä	0,14		0,447	-0,15		0,366	0,10		0,577	0,01		0,997
raskausviikot	0,31		0,115	0,27		0,133	0,16		0,415	0,16		0,650
Varautuminen kuolemaan	-0,13		0,335	0,08		0,534	-0,25		0,053	0,22		0,295
Kulunut aika kuolemasta	0,06		0,642	-0,03		0,834	0,50		0,000	0,14		0,512
* T-testi												
** ANOVA												
*** Spearmanin Korrelaatiokerroin												

Lapsen sukupuolella oli tilastollisesti merkittävä yhteys ($p=0,003$) äitien naapureiltaan saamaan tukeen. Ne äidit, joiden kuollut lapsi oli ollut poika, saivat naapureiltaan enemmän tukea ($ka=2,9$, $kh=1,2$) kuin ne äidit, joiden kuollut lapsi oli ollut tyttö ($ka=1,9$, $kh=1,0$). Äidin raskausviikoilla ja

naapureilta saadun tuen välillä oli kohtalainen positiivinen korrelaatio ($r=0,40$). Mitä pidemmällä äidin raskaus oli, sitä enemmän tukea hän naapureiltaan sai. Mitkään muut taustatekijät eivät tässä tutkimuksessa olleet yhteydessä äidin naapureiltaan saamaan tukeen. (Taulukko 7.)

Ammatillisella koulutuksella oli tilastollisesti merkittävä yhteys ($p=0,036$) äitien työtovereiltaan saamaan tukeen. AMK tai opistotason koulutuksen omaavat äidit saivat työtovereiltaan eniten tukea ($ka=3,1$, $kh=1,2$). Lukion tai ammatillisen koulutuksen käyneet äidit saivat työtovereiltaan hieman vähemmän tukea ($ka=2,5$, $kh=1,0$). Lähes yhtä paljon tukea ($ka=2,2$, $kh=1,1$) työtovereiltaan saivat äidit, joilla oli akateeminen koulutus. Äidit, joilla ei ollut koulutusta, saivat vähiten tukea ($ka=1,5$, $kh=0,6$) työtovereiltaan. Muilla taustatekijöillä ei esiintynyt yhteyttä äitien työtovereiltaan saamaan tukeen. Mitkään tutkituista taustatekijöistä ei tässä tutkimuksessa ollut yhteydessä äitien saman kokoneilta vanhemmilta tai ystäviltä saamaan tukeen. (Taulukko 7.)

TAULUKKO 7. Taustamuuttujien yhteys äitien saamaan sosiaaliseen tukeen tuttavilta												
	tuki naapureilta			tuki työtovereilta			tuki saman kokeneilta vanhemmilta			tuki ystäviltä		
	ka	kh	p	ka	kh	p	ka	kh	p	ka	kh	p
Peruskoulutus												
kansa- tai kansalaiskoulu	2,7	2,1	0,776**	3,0	2,0	0,682**	3,3	2,1	0,560**	4,3	0,6	0,507**
keskikoulu tai peruskoulu	2,5	1,1		2,7	1,2		4,0	1,3		4,5	0,5	
lukio	2,3	1,2		2,5	1,1		4,1	1,1		4,3	0,7	
Ammatillinen koulutus												
ei koulutusta	2,0	1,4	0,750**	1,5	0,6	0,036**	3,6	1,7	0,745**	4,5	0,7	0,689**
lukio tai ammattikoulu	2,6	1,3		2,5	1,0		4,0	1,3		4,2	0,7	
AMK tai opistotaso	2,4	1,3		3,1	1,2		4,2	1,3		4,4	0,7	
akateeminen	2,2	0,9		2,2	1,1		4,0	1,1		4,2	0,7	
Työtilanne												
työssä	2,5	1,2	0,566*	2,7	1,3	0,161*	4,0	1,2	0,362*	4,3	0,6	0,944*
ei työssä	2,3	1,2		2,3	0,9		4,1	1,3		4,3	0,8	
Siviilisääty												
avioliitto	2,4	1,2	0,510**	2,6	1,2	0,220**	4,0	1,2	0,247**	4,4	0,7	0,459**
avoliitto	2,5	0,8		1,8	1,0		4,6	0,5		4,3	0,8	
ei parisuhdetta	1,0			3,0	1,3		3,6	1,6		4,0	0,6	
Lapsen sukupuoli												
poika	2,9	1,2	0,003*	2,7	1,3	0,681*	4,3	1,1	0,206*	4,2	0,7	0,173*
tyttö	1,9	1,0		2,5	1,1		3,9	1,3		4,4	0,6	
	r***		p	r***		p	r***		p	r***		p
Ikä	0,12		0,379	0,22		0,090	-0,13		0,251	-0,01		0,324
Muiden lasten lukumäärä	0,02		0,886	-0,03		0,823	0,07		0,571	0,23		0,136
koettu terveydentila	0,10		0,473	0,09		0,497	0,14		0,218	0,23		0,097
Lapsen ikä kuolinhetkellä	0,10		0,611	0,28		0,121	-0,23		0,137	-0,04		0,854
raskausviikot	0,40		0,035	0,26		0,188	0,30		0,079	0,32		0,107
Varautuminen kuolemaan	0,17		0,225	0,07		0,607	0,10		0,410	-0,15		0,228
Kulunut aika kuolemasta	-0,04		0,780	-0,08		0,615	0,10		0,460	-0,13		0,404
* T-testi												
** ANOVA												
*** Spearmanin Korrelaatiokerroin												

Taustamuuttujien yhteys isien ja äitien ammatilliselta saatuun tuen määrään

Muiden lasten lukumäärällä ja isien kotihoidon työntekijöiltä saadun tuen välillä oli kohtalainen positiivinen korrelaatio ($r=0,44$). Mitä enemmän lapsia isällä oli, sitä enemmän tukea hän oli kotihoidon työntekijöiltä saanut. Isien kokemalla terveydentilalla oli kohtalainen negatiivinen korrelaatio ($r= -0,42$) kotihoidon työntekijöiltä saatuun tukeen. Mitä paremmaksi isä terveytensä koki, sitä vähemmän tukea hän kotihoidon työntekijöiltä sai. Kuolleen lapsen iällä ja isien kotihoidon työntekijöiltä saadun tuen välillä oli kohtalainen positiivinen korrelaatio ($r=0,48$). Mitä vanhempi lapsi oli kuollessaan ollut, sitä enemmän tukea isä kotihoidon työntekijöiltä sai. Millään

muulla taustamuuttujalla ei ollut yhteyttä isien saamaan tuen määrään kotihoidon työntekijöiltä. (Taulukko 8.)

Siviilisäädyltä oli tilastollisesti merkittävä yhteys ($p=0,017$) isien saamaan tukeen seurakunnan työntekijöiltä. Avioliitossa olevat isät saivat enemmän tukea ($k_a=2,7$, $k_h=1,2$) kuin isät jotka olivat avoliitossa ($k_a=1,5$, $k_h=0,5$). Muut taustamuuttujat eivät vaikuttaneet seurakunnan työntekijöiltä saadun tuen määrään. Millään taustamuuttujalla ei myöskään ole yhteyttä isien terveydenhuollon henkilökunnalta saaman tuen määrään. (Taulukko 8.)

TAULUKKO 8. Taustamuuttujien yhteys isien saamaan sosiaaliseen tukeen ammattilaisilta									
	tuki terveydenhuollon henkilökunnalta			tuki kodinhoidon henkilöstöltä			tuki seurakunnan työntekijöiltä		
	ka	kh	p	ka	kh	p	ka	kh	p
	Peruskoulutus								
kansa- tai kansalaiskoulu	2,0		0,575**	2,0		0,237**	1,0		0,266**
keskikoulu tai peruskoulu	2,7	1,2		1,5	0,7		2,8	1,2	
lukio	2,4	1,1		1,2	0,4		2,5	1,1	
Ammatillinen koulutus									
ei koulutusta	2,0	0,9	0,496**	1,3	0,6	0,848**	2,3	1,9	0,487**
lukio tai ammattikoulu	2,8	1,2		1,3	0,5		2,4	1,0	
AMK tai opistotaso	2,5	1,1		1,6	0,9		2,9	1,2	
akateeminen	2,5	1,2		1,3	0,5		2,4	1,1	
Työtilanne									
työssä	2,5	1,1	0,429*	1,4	0,6	0,971*	2,5	1,1	0,359*
ei työssä	2,8	1,2		1,3	0,6		2,9	1,4	
Siviilisääty									
avioliitto	2,7	1,1	0,084**	1,3	0,5	0,534**	2,7	1,2	0,017**
avoliitto	2,0	1,1		1,5	0,6		1,5	0,5	
ei parisuhdetta									
Lapsen sukupuoli									
poika	2,5	1,0	0,702*	1,4	0,6	0,904*	2,5	1,2	0,564*
tyttö	2,6	1,3		1,4	0,5		2,7	1,2	
	r***		p	r***		p	r***		p
Ikä	-0,17		0,144	0,10		0,637	0,08		0,559
Muiden lasten lukumäärä	-0,05		0,668	0,44		0,025	-0,13		0,338
koettu terveydentila	-0,07		0,554	-0,42		0,031	0,08		0,561
Lapsen ikä kuolinhetkellä	-0,01		0,968	0,48		0,032	-0,02		0,914
raskausviikot	-0,10		0,569	-0,26		0,537	-0,32		0,107
Varautuminen kuolemaan	-0,09		0,448	-0,27		0,176	-0,24		0,070
Kulunut aika kuolemasta	-0,08		0,494	-0,17		0,400	0,21		0,115
* T-testi									
** ANOVA									
*** Spearmanin Korrelaatiokerroin									

Äidin raskausviikoilla ja terveydenhuollon henkilöstöltä saadun tuen välillä oli voimakas positiivinen korrelaatio ($r=0,55$). Mitä pidemmällä äidin raskaus oli, sitä enemmän tukea hän terveydenhuollon henkilöstöltä sai. Muut taustamuuttujat eivät vaikuttaneet äitien saaman tuen määrään terveydenhuollon henkilöstöltä. Mikään tutkituista taustamuuttujista ei myöskään ollut yhteydessä äitien kotihoidon tai seurakunnan työntekijöiltä saadun tuen määrään. (Taulukko 9.)

TAULUKKO 9. Taustamuuttujien yhteys äitien saamaan sosiaaliseen tukeen ammattilaisilta

	tuki terveydenhuollon henkilökunnalta			tuki kodinhoidon henkilöstöltä			tuki seurakunnan työntekijöiltä		
	ka	kh	p	ka	kh	p	ka	kh	p
	Peruskoulutus								
kansa- tai kansalaiskoulu	2,0	1,4	0,397**	1,0	-	0,372**	3,0	1,4	0,991**
keskikoulu tai peruskoulu	3,0	1,3		1,0	-		2,9	13,0	
lukio	3,1	1,2		1,7	1,2		2,9	1,3	
Ammatillinen koulutus									
ei koulutusta	3,0	1,2	0,366**	1,0	-	0,295**	3,2	1,3	0,400**
lukio tai ammattikoulu	2,7	1,3		1,0	-		2,6	1,2	
AMK tai opistotaso	3,2	1,3		1,8	1,2		3,3	1,3	
akateeminen	3,3	1,1		1,9	1,4		2,8	1,3	
Työtilanne									
työssä	3,0	1,2	0,414*	1,5	1,1	0,914*	3,1	1,4	0,209*
ei työssä	3,1	1,3		1,3	0,8		2,7	1,2	
Siviilisääty									
avioliitto	3,1	1,2	0,260**	1,6	1,1	0,534**	3,0	1,3	0,426**
avoliitto	3,4	1,4		1,0	0,0		2,3	1,3	
ei parisuhdetta	2,3	1,2		1,0			3,0	1,8	
Lapsen sukupuoli									
poika	3,2	1,1	0,232*	1,6	1,2	0,898*	2,8	1,1	0,506*
tyttö	2,9	1,3		1,4	0,8		3,0	1,5	
	r***		p	r***		p	r***		p
Ikä	-0,21		0,081	0,22		0,328	-0,07		0,577
Muiden lasten lukumäärä	-0,18		0,15	0,06		0,806	-0,16		0,260
koettu terveydentila	0,18		0,129	0,26		0,254	-0,06		0,642
Lapsen ikä kuolinhetkellä	-0,24		0,133	-0,10		0,742	-0,05		0,798
raskausviikot	0,55		0,001				0,10		0,610
Varautuminen kuolemaan	-0,12		0,312	0,12		0,611	-0,06		0,628
Kulunut aika kuolemasta	-0,18		0,171	-0,08		0,756	0,19		0,172
* T-testi									
** ANOVA									
*** Spearmanin Korrelaatiokerroin									

5.5. Sururyhmiin osallistumisen vaikutus vanhempien sosiaaliseen tukiverkoston ja tukiverkostolta saatuun tukeen

Sururyhmissä käyneistä vanhemmista 98 % ilmoitti oman puolison kuuluvan omaan sosiaaliseen tukiverkoston. Toiseksi useammin sosiaaliseen tukiverkoston kuuluivat sekä omat vanhemmat (95%) että saman kokeneet vanhemmat (95%). Yleisin ammattilainen, jolta sururyhmiin osallistuneet vanhemmat olivat saaneet tukea, oli terveydenhuollon henkilöstön edustaja. Terveydenhuollon henkilöstö kuului 88 %:lle vanhemmista heidän tukiverkostoonsa. 84 % vanhemmista ilmoitti puolison vanhempien kuuluvan sosiaaliseen tukiverkoston. Työtoverit olivat tukiverkostossa 78 %:lla vanhempia ja lähes yhtä usein (75%) tukiverkoston kuuluivat seurakunnan työntekijät. Naapureiden tukea sai 72 % vanhemmista ja omilta lapsiltaan tukea sai 66 % vanhemmista. Noin puolet vanhemmista (53%) saivat tukea ystäviltään. Noin yhdellä neljäsosalla (26%) sururyhmissä käyneiden vanhempien tukiverkoston kuuluivat kotipalvelun henkilöstö. (Taulukko 10).

Niillä vanhemmilla, jotka eivät olleet osallistuneet sururyhmiin, yleisemmät tukiverkoston jäsenet olivat oma puoliso (98%), omat vanhemmat (94%) ja puolison vanhemmat (90%). 87% vanhemmista ilmoitti terveydenhuollon henkilöstön kuuluvan sosiaaliseen tukiverkostoonsa. 79% vanhemmista sai tukea työtovereilta ja 65 % vanhemmista sai tukea naapureilta tai omilta lapsiltaan. Saman kokeneet vanhemmat kuuluivat vanhempien sosiaaliseen tukiverkoston noin kahdelle kolmesta (64%) ja yhtä usein tukiverkoston kuuluivat seurakunnan työntekijät (64%). Alle puolet vanhemmista (39%) saivat tukea kotipalvelun työntekijöiltä. Harvimmin sururyhmiin osallistumattomien vanhempien tukiverkoston kuuluivat ystävät (35%). (Taulukko 10).

Verrattaessa sururyhmiin osallistuneiden vanhempien ja sururyhmiin osallistumattomien vanhempien tukiverkoston, voidaan havaita tilastollisesti merkittävät erot ystävien ja saman kokeneiden vanhempien osalta. Sururyhmiin osallistuneiden vanhempien sosiaaliseen tukiverkoston kuuluivat saman kokeneet vanhemmat merkittävästi useammin kuin sururyhmiin osallistumattomien vanhempien tukiverkoston (sururyhmiin osallistuneet 95% vs. sururyhmiin osallistumattomat 64%, $p < 0,001$). Samoin ystävät kuuluivat selvästi useammin sururyhmiin osallistuneiden vanhempien tukiverkoston kuin sururyhmiin osallistumattomien vanhempien (sururyhmiin osallistuneet 53% vs. sururyhmiin osallistumattomat 35%, $p = 0,027$). (Taulukko 10).

TAULUKKO 10. Sururyhmiin osallistuneiden ja osallistumattomien vanhempien sosiaalinen tukiverkosto

Tuen antaja	Sururyhmässä olleet		ei osallistunut sururyhmiin		p-arvo
	n	%	n	%	
Puoliso	111	98	51	98	0,945
Oma lapsi tai lapset	75	66	34	65	0,901
Omat vanhemmat	107	95	49	94	0,904
Puolison vanhemmat	95	84	47	90	0,277
Naapurit	81	72	34	65	0,414
Työtoverit	88	78	41	79	0,889
Saman kokenut vanhempi	107	95	33	64	0,000
Ystävät	60	53	18	35	0,027
Terveydenhuollon henkilöstö	99	88	45	87	0,084
Kotipalvelun henkilöstö	29	26	20	39	0,095
Seurakunnan työntekijä	85	75	33	64	0,120

χ^2 -testi

Sururyhmissä olleista isistä kaikki (100%) ilmoittivat puolison kuuluvan omaan tukiverkostoon. Toiseksi ylisemmin sururyhmiin osallistuneiden isien sosiaaliseen tukiverkostoon kuuluivat saman kokeneet vanhemmat (98%). Useammalla kuin yhdeksällä kymmenestä sosiaaliseen tukiverkostoon kuuluivat myös omat vanhemmat (95%), työtoverit (93%) ja puolison vanhemmat (91%) sekä terveydenhuollon henkilökunta (91%). Neljä viidestä sururyhmiin osallistuneista isistä nimesi tukiverkostoonsa seurakunnan työntekijät (79%) ja lähes yhtä usein isien tukiverkostoon kuuluivat naapurit (74%). Noin kahdella kolmasosalla sururyhmiin osallistuneista isistä tukiverkostoon kuuluivat omat lapset (63%). Harvemmin sururyhmiin osallistuneiden isien tukiverkostoon kuuluivat ystävät (37 %) ja kotihoidon työntekijät (28%). (Taulukko 11.)

Sururyhmiin osallistuneilla äideillä sosiaaliseen tukiverkostoon kuuluivat isien tavoin yleisemmin puoliso (97%), omat vanhemmat (94%) ja saman kokeneet vanhemmat (93%). Kuten isillä, niin äideilläkin tukiverkostossa oli usein terveydenhuollon henkilökunta (86%). Neljä viidestä sururyhmään osallistuneesta äidistä nimesi puolison vanhemmat (80%) omaan tukiverkostoonsa. Seurakunnan työntekijä kuuluivat 73%:lle sururyhmiin osallistuneiden äitien tukiverkostoon ja naapurit (70%), omat lapset (69%) sekä työtoverit (68%) kuuluivat äitien tukiverkostoon lähes yhtä usein. Noin kahdelle kolmasosalle sururyhmiin osallistuneista äideistä ystävät (63%) kuuluivat sosiaaliseen tukiverkostoon. Harvimmin sururyhmiin osallistuneiden äitien tukiverkostoon kuuluivat kotihoidon työntekijät (24%). (Taulukko 11.)

Vertailtaessa sururyhmiin osallistuneiden isien ja äitien tukiverkostoa voidaan havaita tilastollisesti merkittävä ero vanhempien tukiverkostossa työtovereiden ja ystävien kohdalla. Työtoverit kuuluvat useammin sururyhmiin osallistuneiden isien tukiverkostoon kuin äitien (isät 93% vs. äidit 68%,

p=0,002). Äitien tukiverkoston puolesta kuuluu ystävät (äidit 63 % vs. isät 37%, p= 0,008) useammin kuin isien tukiverkoston. (Taulukko 11.)

TAULUKKO 11. Sururyhmiin osallistuneiden isien ja äitien sosiaalinen tukiverkosto

Tuen antaja	sururyhmässä olleet isät		sururyhmässä olleet äidit		p-arvo
	n	%	n	%	
Puoliso	43	100	68	97	0,263
Oma lapsi tai lapset	27	63	48	69	0,528
Omat vanhemmat	41	95	66	94	0,807
Puolison vanhemmat	39	91	56	80	0,131
Naapurit	32	74	49	70	0,613
Työtoverit	40	93	48	68	0,002
Saman kokenut vanhempi	42	98	65	93	0,265
Ystävät	16	37	44	63	0,008
Terveystuollon henkilöstö	39	91	60	86	0,435
Kotipalvelun henkilöstö	12	28	17	24	0,669
Seurakunnan työntekijä	34	79	51	73	0,958
χ^2-testi					

Sururyhmässä olleen vanhemman puolisoilta saama tuki oli runsasta. 85% puolisoilta tukea saaneista sai tukea paljon, 12 % sai tukea kohtalaisesti ja vain 4 % sai vähän tukea. Myös omilta lapsilta saadun tuen määrän vanhemmat kokivat runsaana. Lapsiltaan tukea saaneista vanhemmista 73 % sai paljon tukea, 17 % sai kohtalaisesti tukea ja 9% sai vähän tukea. Omilta vanhemmiltaan saamaa tukea vanhemmat pitivät runsaampana kuin puolison vanhemmilta saatua tukea. Vanhemmista, jotka saivat tukea omilta vanhemmiltaan, 42 % sai paljon tukea ja 25 % sai kohtalaisesti tukea, mutta joka kolmas vanhemmiltaan tukea saaneista koki tuen olevan vähäistä (33%). Vanhemmista, jotka saivat tukea puolison vanhemmilta, 28 % sai paljon tukea ja 35 % sai kohtalaisesti tukea ja 37 % tukea saaneista oli sitä mieltä että puolison vanhemmilta sai vain vähän tukea. Omilta vanhemmilta saadun tuen määrä koettiin siten suurempana kuin puolison vanhemmilta saadun tuen määrän. (taulukko 12).

Työtovereilta ja naapureilta saadun tuen määrän sururyhmässä olleet vanhemmat kokivat melko saman suuruisina. Vanhemmista, jotka olivat saaneet tukea naapureiltaan, 14 % sai paljon tukea, 31 % sai tukea kohtalaisesti ja hieman yli puolet eli 51 % sai vähän tukea. Vanhemmista, jotka olivat saaneet tukea työtovereiltaan, 13 % sai paljon tukea, 28 % sai kohtalaisesti tukea ja vähän yli puolet, eli 59 % sai vähän tukea. Sururyhmässä olleista vanhemmista 73 % saman kokeneilta vanhemmilta tukea saaneista vanhemmista sai tukea paljon ja 18 % sai tukea kohtalaisesti. Vain 9 % saman kokeneilta vanhemmilta tukea saaneista vanhemmista katsoi saamansa tuen määrän olleen vähäistä. Ystäviltään saadun tuen määrän sururyhmässä olleet vanhemmat näkivät runsaana.

Vanhemmista, jotka saivat tukea ystäviltään, 82 % kertoi saaneensa tukea paljon, 12 % sai tukea kohtalaisesti ja vain 7 % kertoi saaneensa vähän tukea ystäviltään. (Taulukko 12).

Sururyhmässä olleiden vanhempien kokemus terveydenhuollon henkilökunnalta saamastaan tuen määrästä jakautui melko tasaisesti. Terveydenhuollon henkilöstöltä saadusta tuesta kolmannes vanhemmista piti saadun tuen määrää runsaana (34%), kolmannes piti saamaansa tukea kohtalaisena (34 %) ja kolmannes piti saamaansa tuen määrää vähäisenä (31 %). Lähes samoin vanhemmat kokivat seurakunnan työntekijöiltä saamansa tuen määrän. Kolmannes vanhemmista piti saamansa tuen määrää runsaana (31 %), kolmannes koki saaneensa tukea kohtalaisesti (31 %) ja kolmannes koki saamansa tuen määrän olleen vähäistä (37 %). Kotipalvelun henkilökunnalta saadun tuen vanhemmat kokivat vähäisenä. Peräti 90 % niistä vanhemmista, jotka olivat saaneet tukea kotipalvelun henkilöstöltä, koki saamansa tuen olleen vähäistä, 7 % piti saamansa tuen määrää kohtalaisena ja 3 %:lle saadun tuen määrä oli ollut suuri. (Taulukko 12).

Sururyhmään osallistumattoman vanhemman puolisoltaan saama tuki oli runsasta. 82% puolisoltaan tukea saaneista sai tukea paljon, 10 % sai tukea kohtalaisesti ja vain 8 % sai vähän tukea. Myös omilta lapsilta saadun tuen määrän vanhemmat kokivat melko runsaana. Lapsiltaan tukea saaneista vanhemmista 68 % sai paljon tukea, 15 % sai kohtalaisesti tukea ja 18 % sai vähän tukea. Omilta vanhemmiltaan saamaa tukea vanhemmat pitivät runsaampana kuin puolison vanhemmilta saatua tukea. Vanhemmista, jotka saivat tukea omilta vanhemmiltaan, 43 % sai paljon tukea ja 37 % sai kohtalaisesti tukea ja joka viides vanhemmiltaan tukea saaneista koki tuen olleen vähäistä (20%). Vanhemmista, jotka saivat tukea puolison vanhemmilta, 40 % sai paljon tukea ja 26 % sai kohtalaisesti tukea ja 34 % tukea saaneista oli sitä mieltä että puolison vanhemmilta sai vain vähän tukea. Omilta vanhemmilta saadun tuen määrä koettiin siten suurempana kuin puolison vanhemmilta saadun tuen määrä. (Taulukko 12).

Sururyhmiin osallistumattomista vanhemmista, jotka olivat saaneet tukea naapureiltaan, 9 % sai paljon tukea, 33 % sai tukea kohtalaisesti ja hieman yli puolet eli 56 % sai vähän tukea. Vanhemmista, jotka olivat saaneet tukea työtovereiltaan, 32 % sai paljon tukea, 32 % sai kohtalaisesti tukea ja 37 % sai vähän tukea. Sururyhmiin osallistumattomista vanhemmista jotka olivat saaneet tukea saman kokeneilta vanhemmilta, 33 % sai tukea paljon ja 6 % sai tukea kohtalaisesti. Peräti 61 % saman kokeneilta vanhemmilta tukea saaneista vanhemmista katsoi saamansa tuen määrän olleen vähäistä. Ystäviltään saadun tuen määrän vanhemmat näkivät runsaana. Sururyhmiin osallistumattomista vanhemmista, jotka saivat tukea ystäviltään, 78 % kertoi

saaneensa tukea paljon, 22 % sai tukea kohtalaisesti ja kukaan vanhemmista ei saanut vain vähän tukea ystäviltään. (Taulukko 12).

Vertailtaessa sururyhmiin osallistuneiden ja osallistumattomien saaman tuen määrää, voidaan todeta, että tilastollisesti merkittäviä eroja esiintyy työtovereilta, saman kokeneilta vanhemmilta, terveydenhuollon henkilöstöltä ja seurakunnan työntekijöiltä saadusta tuesta. Sururyhmiin osallistumattomien vanhempien saaman tuen määrä työtovereilta oli merkittävästi suurempaa kuin sururyhmiin osallistuneiden vanhempien (p= 0,015). Sururyhmiin osallistuneiden vanhempien saama tuen määrä saman kokeneilta vanhemmilta oli merkittävästi suurempaa kuin sururyhmiin osallistumattomien vanhempien (p<0,001). Sururyhmässä olleet vanhemmat saivat merkittävästi enemmän tukea sekä terveydenhuollon henkilöstöltä (p=0,012) sekä seurakunnan työntekijöiltä (p=0,012) kuin ne vanhemmat, jotka eivät osallistuneet sururyhmiin.

Taulukko 12. Sururyhmiin osallistuneiden ja osallistumattomien vanhempien sosiaaliselta tukiverkostoltaan saadun tuen määrä

Tuen antaja	sururyhmässä olleet						ei sururyhmässä olleet						p-arvo	
	vähän kohtalaisesti			paljon			vähän kohtalaisesti			paljon				
	n	%		n	%		n	%		n	%			
Puoliso	4	4		13	12	94	85	4	8	5	10	42	82	0,494
Lapsi/lapset	7	9		13	17	55	73	6	18	5	15	23	68	0,458
Omat vanhemmat	35	33		27	25	45	42	10	20	18	37	21	43	0,191
Puolison vanhemmat	35	37		33	35	27	28	16	34	12	26	19	40	0,315
Naapurit	45	56		25	31	11	14	19	56	12	35	3	9	0,744
Työtoverit	52	59		25	28	11	13	15	37	13	32	13	32	0,015
Saman kokenut vanhempi	10	9		19	18	78	73	20	61	2	6	11	33	<0,001
Ystävät	4	7		7	12	49	82	0	0	4	22	14	78	0,314
Terveydenhuollon henkilöstö	31	31		34	34	34	34	24	53	15	33	6	13	0,012
Kotipalvelun henkilöstö	26	90		2	7	1	3	18	90	1	5	1	5	0,933
Seurakunnan työntekijä	31	37		26	31	28	31	22	67	6	18	5	15	0,012

χ^2 -testi

86 % puolisoltaan tukea saaneista sai tukea paljon ja loput 14 % sai tukea kohtalaisesti. Lapsiltaan tukea saaneista isistä 67 % sai paljon tukea, 22 % sai kohtalaisesti tukea ja 11% sai vähän tukea. Sururyhmissä olleista isistä, jotka saivat tukea omilta vanhemmiltaan, 34 % sai paljon tukea ja 24 % sai kohtalaisesti tukea ja 42% sai vähän tukea. Isistä, jotka saivat tukea puolison vanhemmilta, 39 % sai paljon tukea ja 24 % sai kohtalaisesti tukea ja 23 % tukea saaneista oli sitä mieltä että puolison vanhemmilta sai vain vähän tukea. Puolison vanhemmilta saadun tuen määrän sururyhmissä olleet isät kokivat suurempana kuin omilta vanhemmilta saadun tuen määrän.

Sururyhmissä olleista isistä, jotka olivat saaneet tukea naapureiltaan, 6 % sai paljon tukea, 31 % sai tukea kohtalaisesti ja 63 % sai vähän tukea. Isistä, jotka olivat saaneet tukea työtovereiltaan, 3 % sai

paljon tukea, 30 % sai kohtalaisesti tukea ja 68 % sai vähän tukea. Sururyhmässä olleista isistä 57 % saman kokeneilta vanhemmilta tukea saaneista vanhemmista sai tukea paljon ja 31 % sai tukea kohtalaisesti ja 12 % saman kokeneilta vanhemmilta tukea saaneista vanhemmista katsoi saamansa tuen määrän olleen vähäistä. Vanhemmista, jotka saivat tukea ystäviltään, 56 % kertoi saaneensa tukea paljon, 19 % sai tukea kohtalaisesti ja 25 % kertoi saaneensa vähän tukea ystäviltään.

Terveystuollon henkilöstöltä saadusta tuesta hieman vajaa kolmannes sururyhmissä olleista isistä piti saadun tuen määrää runsaana (28%), kolmannes piti saamaansa tukea kohtalaisena (31 %) ja vähän yli kolmannes piti saamaansa tuen määrää vähäisenä (41 %). Lähes samoin sururyhmiin osallistuneista isistä koki seurakunnan työntekijöiltä saamansa tuen määrän. Vajaa kolmannes isistä piti saamansa tuen määrää runsaana (27 %), kolmannes koki saaneensa tukea kohtalaisesti (35 %) ja hieman yli kolmannes koki saamansa tuen määrän olleen vähäistä (38 %). Kaikki isät, jotka olivat saaneet tukea kotipalvelun henkilöstöltä, pitivät saamaansa tukea vähäisenä (100%). (Taulukko 13).

85 % puolisoltaan tukea saaneista äideistä sai tukea paljon, 12 % sai tukea kohtalaisesti ja 4 % sai vähän tukea. Myös omilta lapsilta saadun tuen määrän äidit kokivat runsaana. Lapsiltaan tukea saaneista äideistä 77 % sai paljon tukea, 15 % sai kohtalaisesti tukea ja 8% sai vähän tukea. Sururyhmissä olleista äideistä, jotka saivat tukea omilta vanhemmiltaan, 47 % sai paljon tukea ja 26 % sai kohtalaisesti tukea ja 27% sai vähän tukea. Äideistä, jotka saivat tukea puolison vanhemmilta, 21 % sai paljon tukea ja 34 % sai kohtalaisesti tukea ja 46 % tukea saaneista oli sitä mieltä että puolison vanhemmilta sai vain vähän tukea. Omilta vanhemmilta saadun tuen määrän sururyhmissä olleet äidit kokivat suurempana kuin puolison vanhemmilta saadun tuen määrän. (Taulukko 13).

Sururyhmissä olleista äideistä, jotka olivat saaneet tukea naapureiltaan, 18 % sai paljon tukea, 31 % sai tukea kohtalaisesti ja 51 % sai vähän tukea. Äideistä, jotka olivat saaneet tukea työtovereiltaan, 21 % sai paljon tukea, 27 % sai kohtalaisesti tukea ja 52 % sai vähän tukea. Sururyhmässä olleista äideistä, jotka olivat saaneet tukea saman kokeneilta vanhemmilta, 83 % sai paljon tukea ja 9 % sai tukea kohtalaisesti ja 8 % katsoi saamansa tuen määrän olleen vähäistä. Sururyhmässä olleista äideistä, jotka saivat tukea ystäviltään, 91 % kertoi saaneensa tukea paljon ja loput 9 % sai tukea kohtalaisesti. (Taulukko 13).

Vertailtaessa sururyhmiin osallistuneiden isien ja äitien saaman tuen määrää, voidaan todeta, että tilastollisesti merkittäviä eroja esiintyy puolison vanhemmilta, työtovereilta, saman kokeneilta vanhemmilta ja ystäviltä saadusta tuesta. Sururyhmiin osallistuneiden isien saama tuen määrä puolison vanhemmilta oli merkittävästi suurempaa kuin sururyhmiin osallistuneiden äitien ($p=0,049$). Sururyhmiin osallistuneiden äitien saama tuen määrä työtovereilta oli puolestaan

merkittävästi suurempaa kuin isien työtovereiltaan saama tuen määrä ($p=0,033$) Samoin sururyhmiin osallistuneiden äitien saama tuen määrä saman kokeneilta vanhemmilta oli merkittävästi suurempaa kuin isien saama tuen määrä ($p=0,008$). Sururyhmiin osallistuneiden äitien ystäviltään saama tuen määrä oli suurempaa kuin isien ystäviltään saama tuen määrä ($p=0,001$). (Taulukko 13).

TAULUKKO 13. Sururyhmiin osallistuneiden isien ja äitien sosiaaliselta tukiverkostoltaan saadun tuen määrä

Tuen antaja	sururyhmässä olleet isät				sururyhmässä olleet äidit				p-arvo				
	vähän		kohtalaisesti		paljon		vähän			kohtalaisesti		paljon	
	n	%	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%
Puoliso	0	0	6	14	37	86	4	4	7	12	57	85	0,241
Lapsi/lapset	3	11	6	22	18	67	4	8	7	15	37	77	0,613
Omat vanhemmat	17	42	10	24	14	34	18	27	17	26	31	47	0,277
Puolison vanhemmat	9	23	15	39	15	39	26	46	18	32	12	21	0,049
Naapurit	20	63	10	31	2	6	25	51	15	31	9	18	0,279
Työtoverit	27	68	12	30	1	3	25	52	13	27	10	21	0,033
Saman kokenut vanhempi	5	12	13	31	24	57	5	8	6	9	54	83	0,008
Ystävät	4	25	3	19	9	56	0	0	4	9	40	91	0,001
Terveydenhuollon henkilöstö	16	41	12	31	11	28	15	25	22	37	23	38	0,236
Kotipalvelun henkilöstö	12	100	0	0	0	0	14	82	2	12	1	6	0,307
Seurakunnan työntekijä	13	38	12	35	9	27	18	35	14	28	19	37	0,555

χ^2 -testi

6. POHDINTA

6.1. Tutkimuksen eettiset kysymykset

Tarkasteltaessa hoitotieteellisen tutkimuksen eettisiä kysymyksiä, kiinnitetään huomiota ongelmanasetteluun, tutkijan ja tutkittavien sekä tutkimusorganisaation suhteeseen, aineiston keruuseen sekä tulosten julkaisemiseen (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997).

Tutkimuksen suunnitteluvaiheessa tulee valita sellainen tutkimusaihe ja tutkimusongelmat, joiden tutkiminen pystytään perustelemaan ja joiden tutkiminen on tarkoituksenmukaista (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009). Koska tämän tutkimuksen aihe on arkaluontoinen, päädyttiin käyttämään jo aikaisemmin kerättyä aineistoa ja yhdistämään samanlaisia aineistoja, jotta välttyttiin surevien vanhempien turhalta rasittamiselta. Koska tutkimuksessa käytettiin valmista aineistoa, oli alkuperäisen aineiston haltijalta saatu lupa aineiston käyttöön tässä tutkimuksessa. Tutkimusongelmat olivat sellaiset, että aikaisemmin kerätyn aineiston käyttäminen oli mahdollista

ja sen avulla saatiin vastaukset tähän tutkimukseen asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Tutkimuksen aihevalinta on perusteltu, sillä vanhempien saaman sosiaalisen tuen määrää on tutkittu verrattain vähän, aikaisemman tutkimuksen keskittyessä enemmän saadun tuen keinoihin. Myöskään isien ja äitien vertailua saadun tuen suhteen ei juurikaan ole löytynyt. Tutkimuksen arvioitiin tuottavan uutta tietoa, jota voidaan hyödyntää vanhempien tukemisessa.

Tutkijan tulee minimoida tutkimuksesta aiheutuvat mahdolliset haitat ja pyrkiä edistämään tutkittavien hyvää. Tutkittavien oikeudet ja heidän suojaamiseensa tulee tutkijan kiinnittää huomiota tutkimusprosessin kaikissa vaiheissa. (Kuula 2006, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009.) Kun tässä tutkimuksessa käytettyä aineistoa on kerätty, on tiedonantajia informoitu sekä suullisesti että kirjallisesti tutkimuksen tarkoituksesta ja tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta sekä mahdollisuudesta keskeyttää tutkimukseen osallistuminen kesken tutkimuksen, mikäli tutkittava itse haluaa. Tutkimukseen osallistujilla oli ollut mahdollisuus saada lisätietoa tutkimuksesta sekä tarvittaessa keskustella tutkimuksen aiheuttamista tuntemuksista. (Kuula 2006, Aho 2010.) Tämän tutkimuksen tulosten raportoinnissa on huomioitu, ettei yksittäisen vanhemman vastaukset ole tunnistettavissa tutkimusraportissa.

Tutkija pyrki toimimaan tutkimuksen kaikissa vaiheissa hyvän tieteellisen käytännön ja eettisten periaatteiden mukaisesti. Tutkijan saama tutkimusaineisto säilytettiin tutkijan hallussa koko tutkimuksen teon ajan. Tutkijalla ei ollut käytössä alkuperäisiä kyselylomakkeita, joten aineisto oli helposti suojattavissa olevana tiedostomuotona. Tallennetut aineistot tutkija säilyttää tutkimuseettisten ohjeiden mukaisesti niin, etteivät ulkopuoliset henkilöt pääse niihin käsiksi. Tutkija noudatti huolellisuutta aineiston käsittelyssä sekä analysoinnissa. Tutkimuksen tulokset raportoitiin avoimesti ja rehellisesti. Tulosten raportoinnissa huomioitiin, ettei yksittäinen tutkittava ole tunnistettavissa raportista. (Kuula 2006, ETENE 2009, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009.)

6.2. Tutkimuksen luotettavuuden tarkastelu

Luotettavuuden arviointia voidaan kvantitatiivisessa tutkimuksessa suorittaa tarkastelemalla tutkimuksen validiteettia ja reliabiliteettia. Validiteetti määrittää onko tutkimuksessa mitattu juuri niitä asioita, joita oli tarkoituskin mitata. Luotettavuuden tarkastelun yhteydessä arvioidaan mittaamisen ja aineistonkeruun luotettavuutta sekä tulosten luotettavuutta. Reliabiliteetti puolestaan

kuvastaa tulosten pysyvyyttä. (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, Vilka 2009.)

Mittarin sisältövaliditeetti on tutkimuksen luotettavuuden perusta. Mikäli mittari on valittu väärin, eikä sillä ole pystytty mittaamaan haluttua tutkimusilmiötä, ei luotettavia tutkimustuloksia saada, vaikka muut tutkimuksen luotettavuuden osa-alueet olisivatkin kunnossa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, Vilka 2009.) Tässä tutkimuksessa mittarina käytettiin Ahon (2010) väitöskirjaansa varten laatimaa kyselylomaketta. Mittarin avulla on kerätty tietoa aikaisempiin tutkimuksiin (mm. Aho 2010, Nikkola 2012). Mittarin avulla saatiin riittävä tieto vanhempien taustatiedoista sekä sosiaalisen tukiverkoston henkilöistä sekä heiltä saadusta tuesta. Mittarissa olisi voinut olla tarkemmin eroteltuna eri terveydenhuollon ammattihenkilöt ja heiltä saadun tuen määrä, jotta olisi tarkemmin voitu tutkia, onko eri ammattihenkilöiltä saadun tuen määrässä eroavuuksia vanhempien mukaan. Mittarissa oli mahdollisuus lisätä kysytyn tukiverkoston lisäksi muitakin tuen antajia. Näitä ei kuitenkaan tutkijan saamassa valmiissa sähköisessä aineistossa ollut eroteltu, joten ne jätettiin tutkimusaineiston ulkopuolelle. Tutkittavalla oli siis mahdollista lisätä henkilöitä, jotka kuuluivat heidän sosiaaliseen tukiverkostoonsa. Mittarin lopussa on Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen (2009) mukaan hyvä olla avoimia kysymyksiä.

Tutkimuksen ulkoiseen validiteettiin liittyy otoksen ja kadon tarkastelu. Tutkimukseen valittiin kolmessa yliopistosairaalassa vuosina 2006 - 2009 kuolleiden lasten tai kohtukuoleman kokeneet vanhemmat. Lisäksi tutkimukseen valittiin neljään eri perheleirille osallistuneet vanhemmat. Tutkimuksen otantaa voidaan siten pitää harkinnanvaraisena, mikä saattaa heikentää osaltaan tutkimustulosten luotettavuutta (Burns & Grove 2003, 247). Tutkimuksen otos oli tilastolliseksi tutkimukseksi hieman niukka (n=165), mutta molemmissa tutkittavissa ryhmissä oli hieman yli 80 vanhempaa (isät n = 82, äidit n=83). Otoksen tulisi olla vähintään 200 – 300, jos on tarkoitus vertailla perusjoukon välisiä ryhmiä ja jokaisessa ryhmässä tulisi olla vähintään 30 tilastoyksikköä (Heikkilä 2004). Ulkoisen validiteetin turvaamiseksi suositellaan myös katoanalyysin tekemistä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009). Tässä tutkimuksessa tutkijalla ei ollut mahdollista selvittää ketkä vanhemmista jättivät vastaamatta. Myöskään vastausprosenttia koko aineistosta ei tutkijalla ollut käytettävissään.

Reliabiliteetti merkitsee tulosten pysyvyyttä. Mittaamisen reliabiliteetti tarkoittaa käytetyn mittarin kykyä tuottaa tuloksia, jotka eivät perustu sattumanvaraisuuteen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 156.) Likert –asteikolla mitattiin sosiaaliselta tukiverkoston saadun tuen määrää. Mittari ei erikseen erotellut oliko vanhempien saama tuki positiivista vai negatiivista. Voidaan

pohtia, onko tutkittava mieltänyt saamansa tuen vain positiiviseksi tueksi, vai onko vastaaja ilmoittanut saamansa tuen yleensä yhdistäen sekä positiivisen että negatiivisen tuen. Mittarin reliabiliteettia voidaan parantaa ohjeistamalla mittarin käyttö selkeästi (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997, 210). Kyselylomakkeen yhteyteen oli kirjattu ohjeet lomakkeen täyttämistä. Tähän tutkimukseen tarvittava tutkimusaineisto saatiin melko lyhyellä kyselylomakkeella, joten voidaan olettaa että tutkittavat jaksoivat täyttää kyselylomakkeen eikä mittaamisen luotettavuus heikentynyt mittarin pituuden vuoksi.

Aineiston analyysin luotettavuutta tarkasteltaessa voidaan todeta, että tutkija oli selvillä tutkimusaineiston mitta-asteikoista sekä käytettävien tilastollisten testien edellytyksistä. Tilastolliset testit suoritettiin huolellisesti näiden tietojen pohjalta. Tutkimusaineiston pienuuden vuoksi analyyseissä käytettyjen testien valinta vaati tarkkaa harkintaa. Tutkimuskirjallisuudesta löytyy perusteluita epäparametristen testien käytölle pienien aineistojen kohdalla (Metsämuuronen 2004). Tutkija päätyi käyttämään parametrisia testejä silloin, kun edellytykset testien tekemiselle olivat olemassa. Tutkimustuloksia ja tilastoajoja tutkija kävi läpi tilastotieteilijän ohjauksessa, jolloin sai varmistuksen käytetyn testin soveltuvuudesta.

6.3. Tulosten tarkastelu

Isien ja äitien sosiaalinen tukiverkosto

Tässä tutkimuksessa yleisemmin isien ja äitien sosiaaliseen tukiverkostoon kuului puoliso. Useat tutkimukset ovat osoittaneet, että sekä isillä että äideillä useimmiten sosiaaliseen tukiverkostoon kuului oma puoliso, joka koetaan tärkeimmäksi arjen tueksi ja pääselviytymiskeinoksi (mm. Samuelsson 2001, Di Marco 2001, Laakso 2002, Abboud 2005, Greeff 2011, Thompson ym. 2011, Aho 2011, Van 2012). Hieman poikkeaviakin tutkimustuloksia on Erlandsson ym (2011) esittänyt omassa tutkimuksessaan, jonka mukaan isien tärkein tukija oli oma puoliso, mutta äitien tärkein tukija oli oma lapsi tai lapset. Tässä tutkimuksessa sekä isien että äitien sosiaaliseen tukiverkostoon kuuluivat omat vanhemmat, mutta puolison vanhemmat olivat useammin isien tukiverkostossa kuin äitien tukiverkostossa. Samansuuntaisia tutkimustuloksia ovat saaneet myös Abboud (2005) ja Van (2012), joiden mukaan äitien tukena toimi puolison lisäksi ensisijaisesti oma äiti. Whiten (2008) tutkimuksen mukaan isät keskustelivat sekä omien äitiensä että anoppiensa kanssa, mutta äidit keskustelivat omien äitiensä kanssa ja useammin tukea sai äidin vanhemmilta kuin isän vanhemmilta.

Tämän tutkimuksen mukaan saman kokeneet vanhemmat ja ystävät kuuluivat äitien sosiaaliseen tukiverkostoon useammin kuin isien. Vastaavaan tutkimustulokseen ovat tulleet myös Kavanaugh (2004), Cacciatore (2008) ja Van (2012). Äideillä on suurempi tarve puhua ja käydä läpi kokemuksia ja tunteita kuin isillä ja keskustelua pidetään yhtenä menetyksestä selviytymisen keinona (Laakso 2002, Van 2012). Äitien täytyy myös puhua kokemuksistaan kauemmin kuin isien (Lang 2011). Vertaisilta saatu tuki voi tapahtua myös internetin välityksellä. Tällaisissa internetin vertaisryhmissä on äitien mielestä helppo keskustella oman lapsen kuolemasta, koska kuuliija ymmärtää, mistä puhutaan. (Gold ym. 2012.)

Tässä tutkimuksessa ammattilaisista terveydenhuollon henkilöstö kuului yleisemmin sekä äitien että isien tukiverkostoon, kuin muut ammattilaiset. Toisenlaisiakin tutkimustuloksia on saatu sillä mm. Graeff ym (2011) on omassa tutkimuksessaan havainnut, että terveydenhuollon henkilöstöä useammin tukiverkostoon kuuluvat seurakunnan työntekijät. Myös Samuelsson (2001) ja Murphy (2002) ovat omissa tutkimuksissaan todenneet isien ja äitien tärkeimmän ammattiauttajan olevan sairaalapappi.

Puoliso ja isovanhemmat ovat merkittävässä osassa sekä isien ja äitien tukiverkostossa, mikä toisaalta on luontevaa, koska lapsen kuolema on koskettanut heitä jokaista. Omien lasten kuuluminen tukiverkostoon ei ole yhtä yleistä kuin muiden lähisukulaisten, mutta toisaalta vanhemmilla ei välttämättä ole muita lapsia, vaan menetetty lapsi oli perheen ensimmäinen lapsi. Äitien tukiverkostoon puolison vanhemmat kuuluvat harvemmin kuin isien. Äidit saattavat kokea syyllisyyttä ja epäonnistumista suvun jatkamisen osalta ja näin ollen eivät osaa kohdata ja vastaanottaa puolison vanhemmilta tukea tai puolison vanhemmat eivät pysty tästä syystä tukea antamaan. Isät ja äidit eivät aina nimeä ammattilaisia kuuluvaksi heidän tukiverkostoonsa. Tähän on syytä kiinnittää huomiota ja kehittää edelleen erilaisia keinoja, jotka lisäävät ammattilaisten osuutta tukiverkostossa entisestään. Isien tukiverkostoon kuuluu useammin työtoverit ja äitien tukiverkostoon saman kokeneet vanhemmat.

Isien ja äitien tukiverkostoltaan saaman tuen määrä

Tämän tutkimuksen mukaan isät saivat paljon tukea puolisoiltaan samoin kuin äitien puolisoiltaan saama tuki oli runsasta. Samanlaisia tuloksia on Erlandsson ym (2011) saanut omassa tutkimuksessaan, jossa isien saaman tuen keskiarvo oli 3,8 maksimiarvon ollessa 4. Samassa tutkimuksessa äidit olivat saaneet lähes yhtä paljon tukea puolisoiltaan. Äitien saaman tuen

keskiarvo oli 3,38. Tämä tutkimustulos ei kuitenkaan täysin tue aikaisempia tutkimustuloksia. Thompsonin ym. (2011) tutkimuksessa isät tukeutuivat puolisoiltaan saamaan tukeen äitejä useammin. Isien voi olla vaikeaa tukea puolisoaan, koska ovat itsekin kriisissä ja tästä syystä surevat äidit voivat kokea saavansa liian vähän tukea puolisoiltaan (Corbet-Owen 2003). Aikaisemmissa tutkimustuloksissa on käynyt myös ilmi, että toisaalta myös äidit ovat kokeneet, etteivät tue puolisoaan riittävästi (White ym. 2008).

Tutkimustulosten mukaan puolison tuen lisäksi isät saivat paljon tukea omilta lapsiltaan, seurakunnan työntekijöiltä ja ystäviltään. Vähän tukea isät saivat kotipalvelun työntekijöiltä, naapureilta, ja työtovereilta. Äidit puolestaan saivat puolison tuen lisäksi paljon tukea omilta lapsiltaan, saman kokeneilta vanhemmilta ja ystäviltä. Vähän tukea äidit saivat puolison vanhemmilta, naapureilta ja kotipalvelun henkilöstöltä. Aikaisemmissakin tutkimuksissa on havaittu että äideille läheiset ystävät tukevat enemmän kuin isillä ja näin ollen äitien saavan ystäviltään isää enemmän tukea (Abboud 2005, Erlandsson 2011, Van 2012). Thompsonin ym. (2011) tutkimuksen mukaan äidit jopa nostivat läheisiltä ystäviltään saadun tuen useimmin esiin kuin puolisoiltaan saadun tuen. Toisenlaisiakin tutkimustuloksia vertaisilta ja ystäviltä saadusta tuesta on esitetty. Erlandssonin ym (2011) tutkimuksen mukaan äitien saama tuki on runsainta omilta lapsilta ja puolisoilta. Puolison jälkeen eniten tukea äidit saavat läheisiltä ystäviltä mutta kättilöt, lääkärit, lähisukulaiset ja sairaalan muu henkilökunta antaa enemmän tukea kuin vertaistukiryhmät. Isien osalta samassa tutkimuksessa on eroavaisuutta tämän tutkimuksen tuloksiin ystäviltä saadun tuen määrässä. Saman tutkimuksen mukaan isien saaman tuen määrä ystäviltään on vähäisempää kuin heidän saamansa tuki sairaalan henkilökunnalta. (Erlandsson ym. 2011.)

Tässä tutkimuksessa isien saama tuen määrän seurakunnan työntekijöiltä oli runsaampaa kuin terveydenhuollon henkilöstöltä saadun tuen määrän. Äitien osalta seurakunnan työntekijöiltä saadun tuen määrä on suunnilleen samanlainen kuin terveydenhuollon henkilöstöltä saadun tuen määrä. Erlandssonin ym. (2011) tutkimustulokset ovat osittain samansuuntaisia tämän tutkimuksen kanssa. Heidän tutkimuksen mukaan sekä isien että äitien seurakunnan työntekijöiltä saama tuki oli korkeampaa kuin lääkäreiltä saatu tuki, mutta toisaalta kättilöiltä isät ja äidit olivat saaneet enemmän tukea.

Tässä tutkimuksessa isät saavat eniten tukea puolisoiltaan, mutta äidit puolestaan saavat hieman enemmän tukea ystäviltään kuin puolisoiltaan. Thompson ym. (2011) ovat saaneet samansuuntaisen tutkimustuloksen, jonka mukaan isät tukeutuivat useammin puolisoilta saamaan tukeen ja äidit nostivat esiin läheisiltä ystäviltä saamansa tuen useammin kuin puolisoilta saadun tuen. Myös

Erlandssonin ym. (2011) tulokset viittaavat samaan suuntaan havaitessaan, että isät saivat eniten tukea omalta puolisoiltaan, mutta äidit saivat eniten tukea omilta lapsiltaan. Samoin Abboud (2005) on todennut ystävien olevan erityisen tukevia äideille. Samuelsson ym. (2001) havaitsi omassa tutkimuksessaan että isät ajattelivat puolisoitten saavan enemmän tukea työtovereiltaan kuin he itse. Tämän tutkimuksen mukaan äitien saama tuki työtovereiltaan oli hieman suurempaa, mutta ero ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevä.

Sekä isien että äitien saama tuen määrä eri tukiverkoston jäseniltä vaihteli. Vaikka eri jäsenet kuuluivatkin vanhempien tukiverkostoon, ei heiltä saatu tuen määrä välttämättä ollut kovin suurta. Vanhemmat eivät välttämättä saa tarvitsemaansa tukea tukiverkostonsa jäseniltä ja näin kokevat saadun tuen vähäiseksi. Myöskään tukiverkostoon kuuluvat eivät ehkä osaa antaa sellaista tukea, jota isät ja äidit tarvitsisivat. Ammatillisilta saadun tuen määrä ei myöskään ole kovin runsasta. Ei ehkä tiedetä millaista tukea vanhemmat ammatillisilta kaipaisivat. Yhteistyö vanhempien tukemiseksi saattaa eri ammattilaisten välillä olla liian vähäistä ja tästä syystä saattaa jonkinlainen tuki jäädä antamatta.

Taustatekijöiden yhteys isien ja äitien saamaan tukeen

Taustamuuttujien yhteyttä vanhempien saamaan tukeen ei juurikaan ole aikaisemmin tutkittu. Tulosten mukaan isien peruskoulutus vaikutti heidän saamaansa tukeen puolisoiltaan. Kansa- tai kansalaiskoulun käyneet isät saivat puolisoiltaan eniten tukea. Peruskoulutuksella ei ollut vaikutusta isien muilta saatuun tukeen eikä peruskoulutus vaikuttanut äitien saamaan tukeen.

Ammatillinen koulutus vaikutti isien saamaan tukeen puolisoiltaan. Mitä korkeammin koulutettu isä oli, sen enemmän tukea hän puolisoiltaan sai. Ammatillinen koulutus vaikutti myös äitien saamaan tukeen työtovereiltaan. Opistoasteen tai Ammattikorkeakoulun käyneet äidit saivat eniten tukea työtovereiltaan. Tuen antamisessa ja erilaisiin tuki-interventioihin ohjaamisessa tulee kiinnittää enemmän huomiota vähemmän koulutettuihin vanhempiin. Matalampi koulutustausta saattaa vaikuttaa siten, että vanhemmat eivät itse löydä tarjolla olevia tukimuotoja ja tarvitsevat enemmän ohjausta ja kannustusta tuen piiriin.

Siviilisäätty vaikutti isien saamaan tukeen puolisoiltaan ja ystäviltaan. Avioliitossa olevat isät saivat puolisoiltaan ja ystäviltaan eniten tukea. Siviilisäädyllyä oli vaikutus myös isien saamaan tukeen seurakunnan työntekijöiltä ja tällöinkin eniten tukea saivat avioliitossa olevat isät. Äitien kohdalla siviilisäädyllyä oli vaikutusta heidän saamaansa tukeen puolisoiltaan, omilta vanhemmiltaan ja

puolison vanhemmilta. Avioliitossa olevat äidit saivat sekä puolisoiltaan että omilta ja puolison vanhemmilta eniten tukea. Enemmän huomiota tuleekin kiinnittää niihin vanhempiin, jotka eivät ole avioliitossa, jotta myös he saavat riittävästi tukea eri tukiverkoston jäseniltä. Huomionarvoista voisi olla myös se, että lapsen kuolema koettelee parisuhdetta ja mikäli vanhemmat eivät ole naimisissa, voi yhteiselo herkemmin ehkä päättyä ja siten vanhemmat jäävät vaille toisiltaan saamaa tukea sekä puolison suunnalta tulevaa tukiverkostoa.

Koettu terveydentila vaikutti isien saamaan tukeen kotipalvelun henkilöstöltä. Mitä huonommaksi isä terveydentilansa koki, sitä enemmän tukea hän kotipalvelun henkilöstöltä sai. Koetulla terveydentilalla oli vaikutus myös äitien saamaan tukeen omilta vanhemmiltaan. Mitä paremmaksi äidit terveydentilansa kokivat, sitä enemmän tukea he omilta vanhemmiltaan saivat. Vaikka tässä tutkimuksessa ei tullut esille, on Nikkola ym. (2013) omassa tutkimuksessaan havainnut äitien kokeman terveydentilan olevan yhteydessä terveydenhuollon henkilöstöltä saatuun tukeen siten, että terveydentilansa hyvänä kokevat äidit saivat enemmän tukea.

Raskausviikot vaikuttivat äitien saamaan tukeen omilta ja puolison vanhemmilta. Mitä enemmän raskausviikkoja äidillä oli ollut, eitä enemmän tukea hän sekä omilta että puolison vanhemmilta sai. Raskausviikkojen yhteys äitien osalta näkyi myös naapureilta saadussa tuessa. Mitä enemmän raskausviikkoja äidillä oli ollut, sitä enemmän tukea äidit naapureilta saivat. Lisäksi raskausviikoilla oli yhteys äitien saamaan tukeen terveydenhuollon henkilöstöltä ja tässäkin tapauksessa äidit saivat tukea sitä enemmän, mitä enemmän raskausviikkoja äideillä oli ollut. Lang ym. (2011) on omassa tutkimuksessaan havainnut, että mitä vähemmän raskausviikkoja äideillä on, sitä vähemmän tukea he terveydenhuollon henkilökunnalta saavat. Samassa tutkimuksessa todettiin myös isien saavan vähän tukea äidin varhaisilla raskausviikoilla, mutta tämän tutkimuksen tuloksilla ei saada vahvistusta tähän aikaisempaan tutkimustulokseen. Raskausaikana menetetyn lapsen isien ja äitien tukemiseen tulee kiinnittää enemmän huomiota erityisesti neuvolan ja sairaalahenkilöstön taholta. Saattaa olla, että kohtukuoleman kokeneita vanhempia tuetaan esimerkiksi neuvolan taholta enemmän vasta seuraavan raskauden yhteydessä eikä niinkään kohtukuoleman jälkeen, koska äitiysneuvolan palveluita ei sillä hetkellä enää tarvita.

Kulunut aika kuolemasta vaikutti isien saamaan tukeen saman kokeneilta vanhemmilta. Mitä enemmän aikaa lapsen kuolemasta oli kulunut, sitä enemmän tukea isät saman kokeneilta vanhemmilta saivat. Kulunut aika kuolemasta vaikutti myös äitien saamaan tukeen puolison vanhemmilta. Mitä pidempi aika lapsen kuolemasta oli kulunut, sitä vähemmän tukea äidit puolison vanhemmilta saivat.

Sururyhmiin osallistumisen vaikutus isien ja äitien tukiverkoston ja siltä saatuun tukeen

Sururyhmiin osallistuneilla vanhemmilla oli tukiverkostossaan saman kokeneita vanhempia selvästi enemmän kuin vanhemmilla, jotka eivät ole olleet sururyhmissä. Myös ystävät kuuluvat sururyhmiin osallistuneiden vanhempien sosiaaliseen tukiverkoston selvästi useammin kuin sururyhmiin osallistumattomilla vanhemmilla. Erityisesti sururyhmiin osallistuneilla äideillä ystävät olivat tukiverkostossa useammin kuin isillä, joilla puolestaan työtoverit olivat useammin sosiaalisessa tukiverkostossaan kuin äideillä.

Sururyhmissä olleet vanhemmat olivat saaneet enemmän tukea saman kokeneilta vanhemmilta kuin vanhemmat, jotka eivät olleet osallistuneet sururyhmiin. Sururyhmiin osallistumattomat vanhemmat puolestaan saivat enemmän tukea työtovereiltaan kuin sururyhmiin osallistuneet vanhemmat. Van (2012) on omassa tutkimuksessaan todennut, että vertaisten kanssa keskustelu on merkityksellisempää kuin keskustelu muiden kanssa. Toisaalta samassa tutkimuksessa on tullut esiin, että isät uppoutuvat mieluummin töihin tai urheiluun ystävien kanssa kun keskustelemaan kokemuksistaan. Seurakunnan työntekijöiltä saatu tuki oli suurempaa sururyhmiin osallistuneilla vanhemmilla.

Sururyhmään osallistuneilla isillä oli sosiaalisessa tukiverkostossaan saman kokeneita vanhempia useammin kuin isillä, jotka eivät olleet osallistuneet sururyhmiin. Samoin sururyhmiin osallistuneiden isien tukiverkoston kuului seurakunnan työntekijät useammin kuin sururyhmiin osallistumattomien isien. Äitien kohdalla sururyhmiin osallistuminen ei erityisesti muuttanut heidän sosiaalista tukiverkostaan. Thompsonin ym. (2011) tutkimustuloksissa on tullut ilmi, että erityisesti äidit suosittelivat saman kokeneilta vanhemmilta saatavaa tukea. Tutkimuksen mukaan myös harva vanhempi suosittelee hakemaan tukea ammattilaisilta.

Sururyhmiin osallistuneet isien saama tuki saman kokeneilta vanhemmilta lisääntyi. Myös seurakunnan työntekijöiltä saadun tuen määrä oli hieman suurempaa sururyhmissä olleilla isillä. Työtovereiltaan saadun tuen määrän sururyhmissä olleet isät kokivat vähäisemmäksi kuin isät yleensä. Sururyhmiin osallistuminen lisäsi äitien saamaa tukea saman kokeneilta vanhemmilta. Sururyhmiin osallistuminen lisäsi eroa äitien ja isien saamassa tuessa työtovereilta saadun tuen määrässä. Äidit, jotka olivat olleet sururyhmissä, saivat enemmän tukea työtovereiltaan, kuin sururyhmissä olleet isät. Koska sururyhmiin osallistuminen selvästi lisäsi sekä isien että äitien saamaa tukea saman kokeneilta vanhemmilta, on vanhempien ohjauksessa tärkeää painottaa

sururyhmään osallistumisen tärkeyttä ja merkitystä tuen saannin näkökulmasta. Tutkimustulos myös vahvistaa osaltaan sururyhmien tärkeyttä osana vanhempien suruprosessia ja kokemuksen käsittelyä.

Sururyhmiin osallistuminen lisää erityisesti saatua tukea saman kokeneilta vanhemmilta, terveydenhuollon henkilöstöltä sekä seurakunnan työntekijöiltä. Koska kokemuksen jakaminen samanlaisen kokemuksen läpikäyneiden ihmisten kanssa on yksi eniten tukea antavaa toimintaa, on hyödyllistä, että vanhempia ohjataan ja kannustetaan aktiivisesti osallistumaan erilaisiin sururyhmiin ja vertaisverkostoihin.

6.4. Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Tämän tutkimuksen tulokset osoittivat, että sekä isillä että äideillä sosiaaliseen tukiverkostoon kuului useita henkilöitä eri sidosryhmistä. Tulokset myös osoittivat, että isien ja äitien sosiaalinen tukiverkosto poikkeaa hieman toisistaan. Isien tukiverkoston pohjan luovat puoliso, lapset ja omat sekä puolison vanhemmat eli lähiperhe. Äideillä puolestaan lähimmäisten omaisten rinnalla on saman kokeneet vanhemmat ja he ovat tukiverkostossa jopa useammin kuin puolison vanhemmat. Äidit saattavat löytää vertaistuen helpommin kuin isät, joten isien kannustaminen ja rohkaisu vertaistuen piiriin on asia, johon hoitotyöntekijöiden kannattaisi kiinnittää huomioita, koska vertaistuki on kuitenkin osoittautunut hyväksi tuen muodoksi. Hoitohenkilöstö voisi myös rohkaista erityisesti isän vanhempia osallistumaan lapsen kuoleman kokeneen perheen ja erityisesti äidin rinnalla kulkijaksi.

Vaikka isillä ja äideillä onkin useita tukijoita verkostossaan, ei saadun tuen määrä kuitenkaan kaikkien tukea antavien osalta ole kovinkaan suurta. Sekä isistä että äideistä alle puolet saavat omilta ja puolison vanhemmilta paljon tukea. Toisaalta myös isovanhemmat kokevat surua menetetyistä lapsenlapsista, eivätkä ehkä pysty tukemaan vanhempia heidän toivomallaan tavalla. Jatkossa voisi tutkia miten vanhempien ja isovanhempien vuorovaikutus tukeminen lapsen kuoleman jälkeen ilmenee ja millaisilla keinoilla vanhempien ja isovanhempien yhteistä surua voisi käydä läpi ja lisätä molemminpuolista tukemista.

Erityisesti äitien ystäviltään ja saman kokeneilta vanhemmilta saama tuen määrä on tämän tutkimuksen mukaan runsasta. Hoitotyöntekijä voisi aktiivisesti ohjata erityisesti isiä vertaistuen piiriin. Toisaalta äitien ja isien tarve keskustella ja käydä läpi kokemuksia poikkeavat toisistaan.

Olisi hyvä selvittää saavatko isät ja äidit kuitenkin riittävästi tukea tai miltä taholta vanhemmat toivoisivat enemmän tukea kuin sitä saavat. Jatkossa voisi siis tutkia vanhempien saadun ja odotetun tai toivotun tuen yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia, jotta hoitotyön tekijät ja muut ammattilaiset osaisivat tukea isiä ja äitejä juuri sellaisen tuen piiriin josta he odottavat enemmän tukea kuin saavat.

Terveystieteiden työntekijöiden toiminnan kehittämisen näkökulmasta tarkasteltuna huomiota tulisi kiinnittää erityisesti kohtukuoleman kokeneiden tukemiseen, koska tämän tutkimuksen mukaan erityisesti äidit kokivat saaneensa sitä vähemmän tukea, mitä vähemmän raskausviikkoja heillä oli ollut. Erityisesti tähän tuen puutteeseen voisi kiinnittää huomiota koulutettaessa sairaanhoitajia ja kättilöitä kohtaamaan keskenmenopotilaita. Tutkimusta voisi suunnata myös varhaisen keskenmenon kokeneisiin vanhempiin ja miksei myös epäonnistuneisiin hedelmöityshoidoissa käyviin perheisiin ja heidän sosiaaliseen tukemiseensa ja tuen tarpeisiin.

Sururyhmiin osallistuminen lisäsi sekä isien että äitien saaman tuen määrää saman kokeneilta vanhemmilta ja seurakunnan työntekijöiltä. Toisaalta sururyhmiin osallistuminen vähensi isien saaman tuen määrää työtovereiltaan. Jatkossa voisi tarkastella, tarvitseeko sururyhmätoimintaa kehittää yhteistyössä hoitohenkilöstön kanssa ja selvittää millaista yhteistyötä seurakunnat ja sairaalat voisivat tehdä vanhempien tukemiseksi.

Ammattilaisten välistä yhteistyötä lapsen kuoleman kokeneiden vanhempien kohdalla tulee edelleen lisätä ja kehittää. Yhteistyössä tulee huomioida niin neuvolan kuin sairaalan ja seurakunnan osuus vanhempien tukemisessa. yhteiskoulutusta eri työntekijäryhmille voisi madaltaa yhteistyökynnystä ja tuoda eri ammattilaiset helpommin yhteen suunnittelemaan ja toteuttamaan erilaisia tuki-interventioita, joita lapsen kuoleman kokeneille vanhemmille suunnataan. Kunnissa voisi kehittää erilaisia vastuutoimijaryhmiä, jotka osaltaan vastaisivat hyvien toimintakäytäntöjen levittämisestä alueen eri ammattilaisille.

7. LÄHTEET

Abboud L & Liamputtong P. 2005. When pregnancy fails: coping, strategies, support networks and experiences with health care of ethnic women and their partners. *Journal of Reproductive and Infant psychology* 23, 3 – 18.

Agerbo E. 2005. Midlife suicide risk, partner's psychiatric illness, spouse and child bereavement by suicide or other modes of death: a gender specific study. *Journal of Epidemiology & Community Health* 59, 407-412.

Aho AL, Tarkka MT, Astedt-Kurki P & Kaunonen M. 2009. Fathers' experience of social support after the death of a child. *American Journal of Mens Health* 3, 93-103.

Aho AL, Tarkka M, AstedtKurki P & Kaunonen M. 2006. Fathers' grief after the death of a child. *Issues in Mental Health Nursing* 27, 647-663.

Aho AL 2010. Isän suru lapsen kuoleman jälkeen. Tuki-interventio ja sen arviointi. Tampereen yliopisto. Tampere.

Aho AL, Tarkka M, AstedtKurki P, Sorvari L & Kaunonen M. 2011. Evaluating a bereavement follow-up intervention for grieving fathers and their experiences of support after the death of a child--a pilot study. *Death Studies* 35, 879-904.

Arnold J & Gemma PB. 2008. The continuing process of parental grief. *Death Studies* 32, 658-673.

Burns N & Grove SK. 2003. *Understanding nursing research*. Third edition. Saunders, Philadelphia

Cacciatore J, DeFrain J, Jones K & Jones H. 2008. Stillbirth and the couple: a gender-based exploration. *Journal of Family Social Work* 11, 351-370.

Cacciatore J. 2007. Effects of support groups on post-traumatic stress responses in woman experiencing stillbirth. *Omega: Journal of Death & Dying* 55, 71 – 90.

Cacciatore J, Schnelby S & Froen J. 2009. The effects of social support on maternal anxiety and depression after stillbirth. *Social Care in the Community* 17, 167-176.

Cacciatore J. 2010. The unique experiences of women and their families after the death of a baby. *Social Work in Health Care* 49, 134-148.

Cacciatore J & Raffo Z. 2011. An exploration of lesbian maternal bereavement. *Social Work* 56, 169-177.

Cobb S. 1976. Presidential Address-1976. Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine* 38, 300-314.

Corbet-Owen C. 2003. Women's perceptions of partner support in the context of pregnancy loss(es). *South African journal of Psychology* 33, 19 – 24.

- DiMarco MA, Menke EM & McNamara T. 2001. Evaluating a support group for perinatal loss. *MCN: The American Journal of Maternal Child Nursing* 26, 135.
- Dyregrov K. 2005. Experiences of social networks supporting traumatically bereaved. *Omega: Journal of Death & Dying* 52, 339-358.
- Erlandsson K, Säflund K, Wredling R & Rådestad I. 2011. Support after stillbirth and its effect on parental grief over time. *Journal of Social Work in End-Of-Life & Palliative Care* 7, 139-152.
- Feigelman W, Gorman B, Beal K & Jordan J. 2008. Internet support groups for suicide survivors: A new model for gaining bereavement assistance. *Omega: Journal of Death & Dying* 57, 217-243.
- Glaser A, Bucher HU, Moergeli H, Fauchere JC & Buechi S. 2007. Loss of a preterm infant: psychological aspects in parents. *Swiss Medical Weekly* 137, 392-401.
- Gold K, Boggs M, Mugisha E & Palladino C. 2012. Internet message boards for pregnancy loss: who's on-line and why? *Womens Health Issues* 22, 67 – 72.
- Greeff A, Vansteenwegen A & Herbiest T. 2011. Indicators of family resilience after the death of a child. *Omega: journal of Death & Dying* 63, 343-358.
- Hass JK & Walter T. 2006. Parental grief in three societies: networks and religion as social supports in mourning. *Omega: Journal of Death & Dying* 54, 179-198.
- Hastings SO, Musambira GW & Hoover JD. 2007. Community as a key to healing after the death of a child. *Communication & Medicine* 4, 153-163.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. *Tutki ja kirjoita*. 13. Helsinki: Tammi.
- Heikkilä T. 2008. *Tilastollinen tutkimus*. Edita, Helsinki.
- Hogan N S & Schmidt L A. 2002. Testing the grief to personal growth model using structural equation modeling. *Death Studies* 26, 615 – 634.
- House JS. 1981. *Work stress and social support*. Addison-Wesley. Reading, Mass.
- House JS & KHAN RL. 1985. Measures and concepts of Social Support. In Cohen S & Syme SL. . *Social support and health*. Academic Press. Orlando, 83 - 108.
- Jantunen E. 2008. *Osalliseksi tuleminen – masentuneiden vertaistukea jäsentävä substantiivinen teoria*. Diakonia ammattikorkeakoulu. Tampere.
- Janzen L, Cadell S & Westhues A. 2004. From death notification through the funeral: Bereaved parents' experience and their advice to professionals. *Omega: Journal of Death and Dying* 48, 149-164.
- Jyrkämä O. 2010. *vertaistoiminta – kokemuksellista vuorovaikutusta*. Teoksessa: T. Laatikainen (toim). *Vertaistoiminta kannattaa*. Asumispalvelusäätiö ASPA. Solver Palvelut Oy. Helsinki.
- Kankkunen P & Vehviläinen-Julkunen K. 2009. *Tutkimus hoitotieteessä*. WSOYpro, Helsinki.

- Kavanaugh K, Trier D & Korzec M. 2004. Social support following perinatal loss. *Journal of Family Nursing* 10, 70-92.
- Koskela H. 2011. Lapseni elää aina sydämessäni : lapsen menetyksen merkitys vanhemman spiritualiteetin muotoutumisessa. *Kirkon tutkimuskeskus*. Tampere.
- Kreichbergs U, Lannen P, Onelov E & Wolfw J. 2007. Parental grief after losing a child to cancer: Impact of professional and social support on long-term outcomes. *Journal on Clinical Oncology* 25, 3307-3312.
- Krueger G. 2006. Meaning-making in the aftermath of sudden infant death syndrome. *Nursing Inquiry* 13, 163-171.
- Kumpusalo E. 1991. Sosiaalinen tuki, huolenpito ja terveys. *Sosiaali- ja terveyshallitus*. Helsinki.
- Kuula A. 2006. Tutkimusetiikka: aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. *Vastapaino*, Tampere.
- Laakso H & Paunonen-Ilmonen M. 2002. Mothers' experience of social support following the death of a child. *Journal of Clinical Nursing* 11, 176-185.
- Laakso H. 2000. Äidin suru alle seitsenvuotiaan lapsen kuoleman jälkeen. *Tampereen yliopisto*. Tampere.
- Laimio A & Karnell S. 2010. Vertaistoiminta – kokemuksellista vuorovaikutusta. Teoksessa: T. Laatikainen (toim). *Vertaistoiminta kannattaa*. Asumispalvelusäätiö ASPA. Solver Palvelut Oy. Helsinki.
- Lang A, Fleischer A, Duhamel F, Sword W, Gilbert K & Corsini-Munt S. 2011. Perinatal loss and parental grief: the challenge of ambiguity and disenfranchised grief. *Omega: Journal of Death & Dying* 63, 183-196.
- Lauri S. 2003. Näyttöön perustuva hoitotyö. *WSOY*. Helsinki.
- Li J, Precht DH, Mortensen PB & Olsen J. 2003. Mortality in parents after death of a child in Denmark: a nationwide follow-up study. *Lancet* 361, 363-367.
- Lundqvist A, Nilstun T & Dykes AK. 2002. Both empowered and powerless: mothers' experiences of professional care when their newborn dies. *Birth* 29, 192-199.
- Macdonald ME, Liben S, Carnevale FA, Rennick JE, Wolf SL, Meloche D, et al. 2005. Parental perspectives on hospital staff members' acts of kindness and commemoration after a child's death. *Pediatrics* 116, 884-890.
- Meert KL, Eggly S, Pollack M, Anand KJ, Zimmerman J, Carcillo J, et al. 2007. Parents' perspectives regarding a physician-parent conference after their child's death in the pediatric intensive care unit. *Journal of Pediatrics* 151, 50; 50-55.
- Meert KL, Briller SH, Schim SM, Thurston C & Kabel A. 2009. Examining the needs of bereaved parents in the pediatric intensive care unit: A qualitative study. *Death Studies* 33, 712-740.

- Meert KL, Donaldson A, Newth C, Harrison, R, & Berger J. 2010. Complicated grief and associated risk factors among parents following a child's death in the pediatric intensive care unit. *Arch Pediatric Adolescent Medicine* 164 (11); 1045 – 1051.
- Metsämuuronen J. 2000. Tilastollisen päättelyn perusteet. Metodologia-sarja 3. Methelp International Ky, Helsinki.
- Metsämuuronen J. 2004. Pienten aineistojen analyysi, parametrittömien menetelmien perusteet ihmistieteissä. Metodologia-sarja 9. International Methelp Ky, Helsinki.
- Murphy SA, Johnson LC, Lohan J & Tapper VJ. 2002. Bereaved parents' use of individual, family, and community resources 4 to 60 months after a child's violent death. *Family & Community Health* 25, 71-82.
- Nikkola I, Kaunonen M & Aho AL. 2013. Mother's experience of the support from bereavement follow-up intervention after the death of a child. *Journal of Clinical Nursing* 22, 1151-1162.
- Nylund M. 2005. Vertaisryhmät kokemuksen ja tiedon jäsentäjinä. Teoksessa: M. Nylund & A.B. Yeung (toim). *Vapaaehtoistoiminta: anti, arvot ja osallisuus*. Vastapaino. Tampere
- Parkes CM. 1998. Facing loss. *British Medical Journal* 316, 1521-1524.
- Polit DF & Beck CT. 2010. *Essentials of nursing research – Appraising Evidence for Nursing Practice*. Wolters Kluwer Health, LippincottWilliams & Wilkins, Philadelphia.
- Powers BA. 1988. Social networks, social support, and elderly institutionalized people. *Advances in Nursing Science* 10, 40-58.
- Pudas-Tähkä S-M & Axelin A. 2007. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen rajausta, hakutermit ja abstraktien arviointi. Teoksessa *Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen*. Johansson K, Axelin A, Stolt M & Ääri (toim.) Turun yliopisto. *Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkiuksia ja raportteja sarja A 51*. Turku. 46-57
- Reed MD. 1998. Predicting grief symptomatology among the suddenly bereaved. *Suicide & Life-Threatening Behavior* 28, 285-301.
- Reilly-Smorawski B, Armstrong A & Catlin E. 2002. Bereavement support for couples following death of a baby: program development and 14-year exit analysis. *Death Studies* 26, 21-37.
- Remes H. 2012. *Social determinants of mortality from childhood to early adulthood*. Helsingin yliopisto. Helsinki.
- Riley LP, LaMontagne LL, Hepworth JT & Murphy BA. 2007. Parental grief responses and personal growth following the death of a child. *Death Studies* 31, 277-299.
- Roose RE & Blanford CR. 2011. Perinatal grief and support spans the generations: Parents' and grandparents' evaluations of an intergenerational perinatal bereavement program. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing* 25, 77-85.

Saflund K, Sjogren B & Wredling R. 2004. The role of caregivers after a stillbirth: views and experiences of parents. *Birth* 31, 132-137.

Samuelsson M, Radestad I & Segesten K. 2001. A waste of life: fathers' experience of losing a child before birth. *Birth* 28, 124-130.

Scheidt CE, Hasenburg A, Kunze M, Waller E, Pfeifer R, Zimmermann P, Hartman A & Waller N. 2012. Are individuals different of attachment predicting bereavement outcome after perinatal loss? A prospective cohort study. *Journal of Psychosomatic Research* 73, 375-382.

Suomen virallinen tilasto (SVT). 2010. Kuolemansyyt. Lapsikuolleisuus 1936-2010. Helsinki: Tilastokeskus. Viitattu:22.3.2014. Saantitapa:http://www.stat.fi/til/ksyyt/2010/ksyyt_2010_2011-12-16_kat_007_fi.html

Stroebe M, Schut H & Stroebe W. 2007. Health outcomes of bereavement. *Lancet* 370, 1960-1973.

Thompson A, Miller K, Barrera M, Davies B, Foster T, Gilmer M, Hogan N, Vannatta K & Gerhardt C. 2011. A qualitative study of advice from bereaved parents and siblings. *Journal on Social Work in End-of-Life & Palliative Care* 7, 153 – 172.

Tilastokeskus. 2013 Lapsikuolleisuus 1936 - 2010. Viitattu 22.3.2014. Saantitapa: http://www.stat.fi/til/ksyyt/2010/ksyyt_2010_2011-12-16_kat_007_fi.html

Umphrey LR & Cacciatore J. 2011. Coping with the ultimate deprivation: Narrative themes in a parental bereavement support group. *Omega: Journal of Death and Dying* 63, 141-160.

Van P. 2012. Conversation, coping & connectedness: a qualitative study of women who have experienced involuntary pregnancy loss. *Omega: Journal of Death & Dying* 65, 71 – 85.

Vance JC, Boyle FM, Najman JM & Thearle MJ. 1995. Gender differences in parental psychological distress following perinatal death or sudden infant death syndrome. *British Journal of Psychiatry* 167, 806-811.

Vaux A. 1988. *Social support : theory, research, and intervention*. Praeger. New York.

Vehviläinen-Julkunen K. 1997. *Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka*. Teoksessa: Paunonen M & Vehviläinen-Julkunen K. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. WSOY, Helsinki.

Vehviläinen-Julkunen K & Paunonen M. 1997. *Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuus*. Teoksessa: Paunonen M & Vehviläinen-Julkunen K. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. WSOY, Helsinki.

Vilka H. 2009. *Tutki ja mittaa*. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.

Väisänen L. 1996. *Family grief and recovery process when a baby dies : a qualitative study of family grief and healing processes after fetal or baby loss*. Oulun yliopisto. Oulu.

White DL, Walker AJ & Richards LN. 2008. Intergenerational family support following infant death. *International Journal of Aging & Human Development* 67, 187-208.

WHO 2010. Viitattu 22.3.2014. Saantitapa: <http://who.int/en/>

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