



Psykiatrian osastoilla työskentelevien hoitajien traumatietoisuus

Hanna Pätiälä

Jenni Ritola

OPINNÄYTETYÖ

Lokakuu 2021

Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Kliinisen asiantuntijan koulutus

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	TOIMINTAYMPÄRISTÖN KUVAUS	8
3	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	9
4	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	10
4.1	Psyykkinen trauma	10
4.2	Traumakokemusten ja psyykkisten oireiden yhteys	17
4.3	Traumatietoisuus potilaan kohtaamisessa	19
5	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	26
5.1	Laadullinen tutkimus	26
5.1.1	Ryhmähaastattelu	28
5.1.2	Teemahaastattelu	30
5.1.3	Sisällönanalyysi	31
6	TULOKSET	35
6.1	Potilaan traumataustan ilmeneminen sairaalahoidon aikana	35
6.1.1	Monimuotoiset oireet potilaan käyttäytymisessä	35
6.1.2	Kartoittamisella ilmi tuleva traumatausta	37
6.2	Hoitajien tiedot ja taidot traumoja kokeneen potilaan hoidossa	38
6.2.1	Hoitajien traumatietoisuuden vaihtelevuus	39
6.2.2	Hoitajien traumatietoisuuden vahvuudet	42
6.3	Potilaan traumataustan huomioiminen sairaalahoidon aikana	44
6.3.1	Hoitotyön keinot	44
6.3.2	Rajallinen traumojen käsittely	47
6.4	Kehittämisen- ja koulutusehdotukset	49
7	POHDINTA	51
7.1	Eettisyys	51
7.2	Luotettavuus	54
7.3	Tulosten tarkastelu	59
7.3.1	Potilaan traumataustan ilmeneminen sairaalahoidon aikana	59
7.3.2	Hoitajien tiedot ja taidot traumoja kokeneen potilaan hoidossa	60
7.3.3	Potilaan traumataustan huomioiminen sairaalahoidon aikana	62
7.4	Jatkotutkimusehdotukset	65
	LÄHTEET	66
	LIITTEET	71
	Liite 1. Teoreettisissa lähtökohdissa käytetyt tutkimukset	71

Liite 2. Ryhmähaastattelun teemat	74
Liite 3. Tiedote opinnäytetyöstä	75
Liite 4. Tietoon perustuva suostumus	78
Liite 5. Analyysitaulukko teema 1. Aikuispsykiatrian osastolla hoidossa olevan potilaan mahdollisen traumataustan ilmeneminen sairaalahoidon aikana	79
Liite 6. Analyysitaulukko teema 2. Hoitajien tiedot ja taidot traumoja kokeneen potilaan hoidossa.....	80
Liite 7. Analyysitaulukko teema 3. Potilaan mahdollisen traumataustan huomioiminen sairaalahoidon aikana	81

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Kliinisen asiantuntijan tutkinto

PÄTIÄLÄ HANNA & RITOLA JENNI
Psykiatrian osastoilla työskentelevien hoitajien traumatietoisuus

Opinnäytetyö 81 sivua, joista liitteitä 10 sivua
Lokakuu 2021

Traumatietoisuus on sensitiivistä pyrkimystä tunnistaa psyykkisiä traumoja, ymmärtää niiden vaikutus yksilöön, perheeseen ja yhteisöihin sekä vastata trauman aiheuttamaan hoidon tarpeeseen ammattitaitoisesti ja uudelleen traumatisoitumista ehkäisten. Kansainvälisesti puhutaan traumainformoidusta työstä. Psyykkisellä traumalla on selkeä yhteys erilaisiin kroonisiin sairauksiin ja kipuihin sekä mielenterveydellisiin ja sosiaalisiin ongelmiin. Traummat ovat kansanterveydellinen haaste, joka kaikkien hoitotyötä tekevien tulisi huomioida.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää psykiatrisella osastolla työskentelevien hoitajien kokemuksia heidän traumatietoisuudestaan ja sen vaikutuksesta traumataustaisen potilaan hoitotyöhön. Tutkimustehtävinä oli selvittää hoitajien kokemuksia potilaan mahdollisen traumataustan ilmenemisestä, hoitajien tiedoista ja taidoista traumoja kokeneen potilaan hoidossa sekä hoitajien kokemuksia potilaan traumataustan huomioimisesta sairaalahoidon aikana. Tavoitteena oli tuottaa kokemuksellista tietoa hoitajien traumatietoisuudesta ja sen vaikutuksesta hoitotyöhön. Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kanssa.

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena, jonka aineisto kerättiin ryhmähaastatteluin haastatteleamalla kymmentä hoitajaa neljältä eri aikuispsykiatrian osastolta. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Tulosten mukaan potilaan traumatausta tulee ilmi sairaalahoidon aikana monimuotoisina oireina potilaan käyttäytymisessä sekä kartoitettaessa potilaan traumataustaa. Hoitajien tiedoissa ja taidoissa hoitaa traumoja kokeneita potilaita koettiin olevan vaihtelevuutta, mutta myös paljon vahvuuksia. Potilaan traumatausta huomioidaan sairaalahoidon aikana erilaisin hoitotyön keinoin sekä traumojen käsittelyn rajaamisena. Tulevaisuudessa on tärkeää mahdollistaa hoitajille trauma-aiheisia, käytännönläheisiä koulutuksia. Osastoille tarvitaan traumapotilaan hoitomalli. Hoitosuunnitelmiin tulee kirjata traumapotilaan yksilöllisiä hoitokeinoja.

Asiasanat: psyykinen trauma, traumatietoisuus, psykoosi, psykiatrisen hoitotyö

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Master's Degree Programme in Clinical Expertise and Development
Master of Health Care

PÄTIÄLÄ HANNA & RITOLA JENNI:
Trauma-Awareness of Nurses Who Work in Psychiatric Wards

Master's thesis 81 pages, appendices 10 pages
October 2021

In nursing care, trauma-awareness consists of recognizing and understanding the signs and symptoms of psychological trauma in patients, and the effects of these traumatic experiences on their mental health. The concept of trauma-informed care is used internationally when trauma-awareness is in question. Several studies indicated that psychological trauma is associated with physical illnesses, mental problems, and disturbed behavior in adulthood.

The purpose of this thesis was to ascertain nurses' experiences considering of trauma-awareness. The aim was to increase experiential information about nurses' trauma-awareness and its effects on nursing. Based on the information, the development and education proposals were established.

The study was qualitative, and the data were collected through semi-structured group interviews. There were three interviews with three to four participants in each session. The data were analyzed by using inductive content analysis.

Traumatic background becomes apparent as diverse symptoms in a patient's behavior. There is variability in nurses' knowledge and skills with treating patients who have experienced psychological trauma. The patient's traumatic background is taken into account by various means of nursing interventions and by assessing the extent of processing trauma.

In the future it is important to provide trauma-related education and training for nurses. Psychiatric wards need a treatment model for the trauma patient. Individual means of nursing for the trauma patient should be included in the treatment plans.

Key words: psychological trauma, trauma-informed, psychosis, psychiatric nursing

1 JOHDANTO

Psyykkisellä traumalla on selkeä yhteys erilaisiin kroonisiin sairauksiin ja kipuihin sekä mielenterveydellisiin ja sosiaalisiin ongelmiin. Traumakokemukset tuottavat valtavan määrän inhimillistä kärsimystä mutta myös yhteiskunnallisia kustannuksia. Traumat ovat vuosituhannen alun suuri kansanterveydellinen haaste ja universaali ilmiö, joka kaikkien hoitotyötä tekevien tulisi huomioida. (Sarvela 2020, 16–17.)

Useiden kansainvälisten tutkimusten mukaan traumakokemuksilla ja psykoottisilla oireilla on merkittävä yhteys (Morrison, Frame & Larkin 2003; Read, van Os, Morrison & Ross 2005; Andrew, Harmaa & Snowden 2008). Salokankaan (2020) mukaan lapsuuden kaltoinkohtelu- ja traumakokemukset yhdistyvät mielenterveysongelmiin, kuten mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöihin, alkoholiongelmiin ja itsetuhoisuuteen. Schubert (2007) toteaa, että usein myös monilla maahanmuuttajilla on erilaisia traumaattisia kokemuksia menneisyydessään. Traumaattiset tilanteet, joita moni maahanmuuttaja on joutunut kokemaan, aiheuttavat jopa vuosia tapahtumien jälkeen psyykkisiä ja somaattisia oireita. Uuden psykoottisen jakson voi laukaista henkinen rasitus tai stressaavan tilanteen toistuminen. (Schubert 2007, 188.)

Rissanen (2007) mukaan psykiatriset laitoshoidot ovat vuosien mittaan lyhentyneet. Sairaalahoitajaksojen aikana keskitytään potilaan senhetkisiin oireisiin ja niiden hoitoon. (Rissanen 2007, 99.) Uotinen (2015) tuo esiin, että vakavasti traumatisoituneen potilaan vakauttava hoito psykiatrisessa sairaalassa vaatii työntekijältä tietoa, ymmärrystä ja aitoa kiinnostusta potilaan kokemasta todellisuudesta (Uotinen 2015, 138). Ogdenin, Mintonin ja Painin (2009) mukaan traumojen aiheuttamat dissosiaatio-oireet voivat lisääntyä, jos niitä käsitellään liian nopeassa tahdissa. Näin voi tapahtua erityisesti silloin, kun potilas ei ole vielä oppinut havainnoimaan ja ymmärtämään kokemuksiaan sekä säätelemään aistimuksiin liittyviä tunnetiloja. (Ogden ym. 2009, 166.)

Traumatietoisuudella eli kansainvälisesti ilmaistuna traumainformoidulla lähestymistavalla tarkoitetaan traumojen ja niiden yleisyyden tiedostamista, traumaoireiden tunnistamista potilaissa, henkilökunnassa, perheissä ja koko järjestelmässä,

systemissä toimimista yhdistäen traumatieto järjestelmään, organisaation toimintakulttuuriin ja käytäntöihin sekä uudelleen traumatisoitumisen torjumista käytettävissä olevin keinoin. (Sarvela 2020, 40–41; SAMHSA 2014.) Sarvelan (2020) mukaan traumainformoidulla työllä pyritään inhimillisten ja kustannustehokkaiden toimintatapojen ja -kulttuurien rakentamiseen. Kroonisten sairauksien, sosiaalisten ongelmien, oppimishäiriöiden ja addiktioiden taustalta löytyy usein lapsuuden kipeitä kokemuksia ja tyydyttymättömiä tarpeita. Traumasta paraneminen edellyttää sekä yksilötasolla tapahtuvaa toipumista, että julkisten palveluiden, politiikan ja järjestelmien muutoksia. Traumainformoidussa työssä on kysymys toipumista edistävän tunneilmaston luomisesta ja siinä korostuu turvallisuuden kokemus, ihmislähtöisyys, sosiaalinen tasa-arvo, sukupuoli- ja kulttuurisensitiivisyys sekä ammattilaisen oma itsetuntemus. (Sarvela 2020, 19–23.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää aikuispsykiatrian osastolla työskentelevien hoitajien kokemuksia heidän traumatietoisuudestaan ja sen vaikutuksista traumataustaisen potilaan hoitotyöhön. Tavoitteena oli tuottaa kokemuksellista tietoa hoitajien traumatietoisuudesta ja sen vaikutuksesta heidän tekemäänsä hoitotyöhön. Tiedon perusteella laadittiin kehittämis- ja koulutusehdotukset, joiden avulla edelleen kehitetään traumoja kokeneen potilaan hoidon laatua. Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kanssa.

Opinnäytetyön tekijöiden ammatillinen kiinnostus aiheeseen nousi käytännön psykiatrisesta hoitotyöstä, jossa he kohtaavat paljon erilaisista traumoista kärsiviä potilaita. Kumpikin opinnäytetyön tekijä on käynyt kriisi- ja traumatyön koulutuksen ja pohtinut, miten traumoja voidaan sairaalahoitajaksoilla hoitaa ja huomioida. Tekijöiden kiinnostus kohdistuu hoitajien traumatietoisuuteen ja siihen, miten tällä tutkimuksella voidaan vaikuttaa traumataustaisen potilaan hoidon kehittämiseen.

2 TOIMINTAYMPÄRISTÖN KUVAUS

Tämä opinnäytetyö toteutettiin Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä psykiatrian toimialueella. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän omistaa 23 eri jäsenkuntaa. Sairaanhoitopiiri tuottaa vaativan erikoissairaanhoidon ja kehitysvammahuollon palveluja ja sen toiminta perustuu eettisiin periaatteisiin, joita ovat hyvä hoito, ihmisen kunnioittaminen, osaamisen arvostaminen ja vastuullisuus. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella asuu yli puoli miljoonaa asukasta. Vuosittain koko sairaanhoitopiirissä hoidetaan noin 210 000 potilasta. (Tays 2020.)

Aineisto kerättiin neljän pääasiassa psykoosipotilaita hoitavan osaston hoitajia haastatteleamalla. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri on laatinut psykoosien hoitoon hoito-ohjelman, joka pohjautuu skitsofrenian, kaksisuuntaisen mielialahäiriön ja masennuksen Käypä hoito -suositukseen. Hoito-ohjelman tarkoituksena on luoda yhtenäinen käytäntö psykoosien hoitoon sairaanhoitopiirin alueella. Hoito-ohjelmassa on ohjeistus traumataustan huomioimisesta psykoosipotilaan hoidossa. Ohjeistuksen mukaan erilaisten traumaattisten kokemusten tunnistamiseksi tarvitaan tarkkaa potilaan elämäntarinaa tutustumista. Potilaan traumatausta on tärkeää selvittää sekä potilaan että hänen omaistensa kanssa ja hoitohenkilökunnalla on oltava riittävä valmius traumaperäisen oireilun tunnistamiseen hoidon alusta alkaen. Traumataustan selvittelyyn suositellaan käytettäväksi erilaisia traumamittareita, jotka antavat laadullista, ei niinkään pistemääriin nojaavaa tietoa potilaan traumakokemuksista. (Tays 2020.)

3 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää psykiatrisella osastolla työskentelevien hoitajien kokemuksia heidän traumatietoisuudestaan ja sen vaikutuksesta traumataustaisen potilaan hoitotyöhön.

Tutkimustehtävät:

1. Miten hoitajat kokevat, että osastolla hoidossa olevan potilaan mahdollinen traumatausta tulee ilmi sairaalahoidon aikana?
2. Millaisina hoitajat kokevat psykiatrian osastoilla työskentelevien hoitajien tiedot ja taidot traumoja kokeneen potilaan hoidossa?
3. Miten hoitajat kokevat, että potilaan mahdollinen traumatausta huomioidaan sairaalahoidon aikana?

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa kokemuksellista tietoa hoitajien traumatietoisuudesta ja sen vaikutuksesta heidän tekemäänsä hoitotyöhön. Tiedon perusteella laadittiin kehittämis- ja koulutusehdotukset, joiden avulla edelleen kehitetään traumoja kokeneen potilaan hoidon laatua.

4 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Psyykkisen trauman ja mielenterveysongelmien yhteydestä sekä traumatietoisuudesta haettiin aiempaa tutkittua tietoa (Liite 1). Asiasanoina hauissa olivat psyykinen trauma, psykoosi, skitsofrenia, resilienssi, traumatietoisuus, mielen-terveyshoitotyö, psychological trauma, psychosis, schizophrenia, resilience, trauma-informed ja mental health nursing. Käytettyjä tietokantoja olivat CINAHL, Medic, Medline, PubMed ja Google Scholar. Rajauksina hauissa käytettiin vuosia 2000–2020 ja kielinä englanti ja suomi. Kirjallisuuskatsaukseen otettiin mukaan kymmenen aiempaa tutkimusta, joista kuusi löydettiin tietokantahauilla. Aihetta koskevia tutkimuksia löydettiin myös haettujen artikkelien lähdeluetteloista. Teoreettisissa lähtökohdissa on käytetty lähteinä myös kirjoja ja verkkojulkaisuja.

4.1 Psyykinen trauma

Trauma on kreikan kielestä johdettu sana ja sillä tarkoitetaan ulkoisen tekijän vaikutuksesta johtuvaa psyykkistä tai fyysistä vammaa. Psykologiassa sillä tarkoitetaan voimakkaan kokemuksen tai elämyksen aiheuttamaa henkistä vauriota. Voidaan puhua traumatisoivasta kokemuksesta, mikäli sillä on psykopatologisia seurauksia. (Ellilä 2015, 99.)

Vuonna 1878 saksalainen neurologi Eulenberg esitteli ensimmäisenä psykologisen trauman käsitteen. Hän kuvasi sitä voimakkaiden emootioiden, kuten kauhun ja vihan yhdistymistä voimakkaisiin tapahtumiin ja ajatteli, että voimakkaat tunteet saattavat vaurioittaa aivoja samalla tavalla kuin isku päähän. Jean-Marien Charcot (1825–1893) tutki hysterian ja trauman välistä yhteyttä ja hysteeriset kohtaukset olivat hänen mukaansa seurausta aiemmista sietämättömistä kokemuksista ja luonteeltaan dissosiativisia. Yhtenä ensimmäisistä traumatutkijoista pidetään Charcot'n oppilasta Pierret Janet'ta (1859–1947), joka keräsi systemaattisesti tietoa traumaattisesta shokista, persoonallisuuden rakenteellisesta jakautumisesta ja dissosiativisuudesta ilmiönä. Charcot'n toisen oppilaan Sigmund Freud'n traumeorian mukaan trauma kuvataan väkivaltaisena ja rajattuna tapahtumana, joka rikkoo psyykeä suojaavan ärsykesuojan. Freudin mukaan tällainen trau-

maattinen kokemus nostattaa niin suuren määrän kiihtymystä, että sitä on mahdotonta työstää tai integroida muistityöskentelyllä. Freud toi esiin trauman toistamispakon, joka tarkoittaa sitä, että traumatisoitunut potilas elää yhä uudelleen traumatapahtumia esimerkiksi toistuvien painajaisten tai äkillisten mieleen tunkeutuvien takaumien (flash-back) muodossa. Freudin mukaan trauman uudelleen elämisen toisena vaihtoehtona yksilöllä on tapahtumien totaalinen poissulkeminen mielestä (dissosioiminen), joka näkyy muiden muassa erilaisina somaattisina oireina. (Ellilä 2015, 99–100.)

Jotkut tapahtumat traumatisoivat enemmän ja helpommin kuin toiset. Tapahtumat, jotka eivät ole hengenvaarallisia, mutta joissa tärkeä kiintymyssuhdekumppani hylkää, lisäävät traumatisoitumisen riskiä. Traumaa voi kuvata kauhun sisältämiksi elämäkokemuksiksi, joita yksilö itse ei pysty yhdistämään osaksi omaa sisäistä järjestelmäänsä ja jotka sen vuoksi rikkovat tämän järjestelmän. Kuitenkin tapahtuma, joka traumatisoi yhtä henkilöä, ei välttämättä traumatisoi toista. (Ahlström 2015, 185.)

Traumatisoivalla tapahtumalla tarkoitetaan mitä tahansa yksilön kokemaa uhkaavaa tilannetta, joka aiheuttaa voimakkaita, normaalia elämää haittaavia reaktioita. Yksittäisestä traumatisoivasta tapahtumasta puhutaan I-tyypin traumana, kun taas toistuvasta tai jatkuvasta traumatisoivasta tekijästä elämässä käytetään nimitystä II-tyypin trauma. (Traumaterapiakeskus, 2018). Yksittäisen traumaattisen tapahtuman jälkivaikutukset ihmisen kehossa ja mielessä voivat kestää muutamasta päivästä muutamaan viikkoon vähitellen lievittyen. On kuitenkin yksilöllistä, kuinka voimakkaasti reagointi kestää ja kuinka voimakasta se on. Toiset eivät välttämättä reagoi lainkaan ja toiset voimakkaasti ja pidempään. (Traumaterapiakeskus n.d.)

I-tyypin traumassa eli yksittäisessä traumaattisessa tilanteessa useimmat pysyvät rauhallisina ja järkytyksen tunteet tulevat vasta tilanteen ohituttua. Traumataapahtuman jälkeen olo voi tuntua epätodelliselta, unenomaiselta tai epäuskoiselta. Tyypillisiä kehollisia reaktiota ovat sydämen hakkaaminen, hikoilu, vapina ja pahoinvointi. Tavallista on, että traumaattinen tapahtuma palaa yksityiskohtaisesti mieleen ja voi olla vaikea saada otetta elämästä. Tapahtuman seurauksena uni

saattaa häiriintyä ja painajaiset ovat yleisiä. Toipuminen yksittäisestä traumaattisesta tapahtumasta vaatii energiaa ja siitä voi seurata voimakas väsymys ja suuri unen tarve. Traumatapahtuman seurauksena yleisiä tunteita ovat myös ärtyneisyys, viha, pettymys, keskittymisvaikeudet, eristäytymishalu sekä muistihäiriöt. (Traumaterapiakeskus n.d.)

II-tyyppin traumalla tarkoitetaan oireyhtymää, joka voi syntyä pitkään traumaattisissa olosuhteissa eläneille henkilöille. II-tyyppin traumasta käytetään myös nimitystä kompleksinen PTSD (complex post-traumatic stress disorder, C-PTSD). Kyseisessä häiriössä keskeistä on tunteiden ja impulssikontrollin säätelyn vaikeus, traumamuistojen aiheuttamat ongelmat sekä vuorovaikutusvaikeudet. Vaikeissa oireyhtymissä traumakokemukset ovat monimuotoisia, kuten esimerkiksi henkinen, fyysinen ja seksuaalinen hyväksikäyttö tai kaltoinkohtelu ja ne ovat usein alkaneet jo varhaisessa lapsuudessa. (Ahlström 2015, 186.)

Kompleksinen trauma kehittyy usein henkilöille, jotka ovat altistuneet jo lapsuudessa henkeä uhkaavalle väkivallalle, pahoinpitelylle tai laiminlyönnille ja sen oireisiin liittyy usein dissosiaatiota. Lapsen laiminlyönti on traumatisoimista, jossa tärkeät ihmiset eivät anna olennaista psyykkistä tai fyysistä hoivaa, rauhoita tai tarjoa vahvistavia kokemuksia. Nämä kokemukset ovat lapsen kehityksen ehto. Perheensisäinen traumatisoituminen on tuhoisaa kiintymyssuhteen kehittymiselle. Sen lisäksi, että traumasta seuraa psyykkisiä vaikutuksia, se vaikuttaa aivojen kehitykseen ja niiden neuroendokriiniseen toimintaan. Pitkään jatkunut traumatisoituminen on oleellinen tekijä rakenteellisen dissosiaation kompleksisten muotojen kehittymisessä. (Ahlström 2015, 185–186.)

Käsite psyykkisestä traumasta ja sen hoito tuli tunnetuksi Yhdysvalloissa 70-luvulla. Perheen sisäisiä traumaattisia kokemuksia ja esimerkiksi seksuaalisen hyväksikäytöstä syntyneitä traumoja hoidettiin samalla tavalla kuin sotatraumoja oli hoidettu. Hoitotavat perustuivat voimakkaisiin tunteenpurkauksiin, joihin saattoi liittyä raivokasta vihan purkamista ja traumamuistojen uudelleen elämistä. Vähitellen huomattiin, että perheen sisällä tapahtunut traumatisoituminen vaikuttaa myös ihmisen persoonallisuuden kehitykseen ja siksi hoidossa pitää ottaa huomioon koko kehityksen vaurio traumakokemuksen käsittelyn lisäksi. (Suokas-

Cunliffe 2003, 109.) Jos traumaattisia kokemuksia käsitellään liian nopeassa tahdissa, dissosiaatioreaktiot voivat jopa lisääntyä (Ogden, Minton & Pain, 2009, 166).

Traumaattiset kokemukset tallentuvat ihmisen muistiin toisin kuin arkipäivän tapahtumat. Hyvin voimakkaassa traumaattisessa tilanteessa ihmisen elimistössä erittyy endogeenisiä hormoneja, jotka vahvistavat tilanteen tallentumista muistiin. Traumaattiset muistot tallentuvat muistiin myös visuaalisesti, hajuina, tunteina, ääninä ja kinesteettisesti ilman semanttista rakennetta. Trauman toipumisvaiheeseen kuuluu kokemuksen toistuva mieleen tunkeutuminen, sen aktiivinen välttely sekä ylivireysoireet. (Traumaterapiakeskus, 2018).

Traumaattisilla kokemuksilla on syvälinen vaikutus myös yksilön kehoon ja hermojärjestelmään. Autonomisessa hermostossa on kaksi haaraa, sympaattinen ja parasympaattinen hermosto, joiden on tarkoitus toimia sopusoinnussa keskenään kehon tasapainotilan ylläpitämiseksi. Stressitilanteissa, joista traumaattinen stressi on ääriesimerkki, aktivoituu sympaattinen hermosto. Parasympaattinen hermosto on yleensä aktivoituneena rentoutumisen ja levon aikana, mutta se aktivoituu myös joidenkin ahdistavien tunteiden, kuten surun yhteydessä. Kummankin hermoston haaran voimakas aktivaatio vähentää kontaktia nykyhetkeen ja lisää trauman uudelleenelämistä. (Uotinen 2015, 136–138.)

Traumaattisten kokemusten seurauksena lapsen kehon stressitasot ovat jatkuvasti koholla, ja hän on jatkuvassa liiallisen valppauden tilassa. Valppaus on ihmiselle hyödyllinen vaaran hetkellä, kun täytyy tehdä nopea päätös paetako vai jähmettyä paikoilleen. Stressitilan jatkuessa pitkään keho ei palaudu normaaliin turvan tilaan, stressi muuttuu myrkylliseksi vaurioittaen lapsen kehittymässä olevaa stressinsäätelyjärjestelmää ja vaikeuttaen itsesäätelytaitojen kehittymistä ja oppimista. Lopulta aikuiseksi kasvanut lapsi kantaa kehossaan hermostollisia jälkiä haitallisista lapsuudenaikaisista kokemuksistaan. (Kuvajainen & Linner Matikka 2019).

Kun stressihormonijärjestelmä toimii ihanteellisesti, se reagoi vaaraan salamanopeasti ja palaa myös nopeasti tasapainotilaan. Traumaperäisestä stressihäiriöstä kärsivällä tasapaino ei löydy eikä kehon stressihormonien määrä palaudu

perustasolle sen jälkeen, kun uhka on poistunut. Stressihormonien jatkuva erittyminen näkyy paniikkina ja kiihtymyksenä ja pitkään jatkuessaan se vahingoittaa mielenterveyttä. (Van der Kolk 2017, 43.) Neurotieteen kehitys on osoittanut, että lapsuuden traumakokemukset ja niistä aiheutunut stressi muuttavat kehittyvien aivojen rakennetta ja toimintaa merkittävästi (Muskett 2013).

Stressin aiheuttamalta kivulta suojautuakseen ihminen tarvitsee hyvin voimakkaita keinoja. Kun psyykinen kipu on liian voimakas, normaalit suojautumiskeinot eivät lähde toimimaan, vaan tapahtuma tai jotkin sen osat lukkiutuvat mieleen ja kehoon. Kyse on traumatisoitumisen yhteydessä syntyneestä rakenteellisesta dissosiaatiosta, jossa ihmisen näennäisen normaali persoonan osa suoriutuu arkipäivään liittyvistä haasteista suhteellisen hyvin, mutta toinen, emotionaalinen persoonan osa kantaa traumaattista muistoa ja siihen liittyvää psyykkistä kipua ja pelkoa. Joskus mielen dissosioituminen voi olla niin voimakasta, että normaali persoonan osa unohtaa tapahtuman kokonaan. Lukitut traumamuistot kuitenkin kuluttavat ihmisen voimavaroja ja tämä normaali persoonan osa kapeutuu. (Palosaari 2008, 26–27.) Van der Kolk kuvaa dissosiaatiota siten, että yksilölle liian raskas kokemus hajoaa ja pirstaloituu, jolloin siihen liittyvät tunteet, äänet, ajatukset, mielikuvat ja ruumiilliset tuntemukset alkavat elää omaa elämäänsä. Nämä hajonneet pirstaleet tunkeutuvat trauman kokeneen nykyhetkeen, jossa hän elää ne sananmukaisesti uudelleen. (Van der Kolk 2017, 82.)

Rakenteellisen dissosiaation seurauksena kroonisesta lapsuuden traumasta kärsivällä minätietoisuuden puute saattaa olla niin laaja-alaista, että hän ei edes tunnista itseään peilistä. Aivokuvat paljastavat, ettei tämä johdu pelkästään tarkkaamattomuudesta, vaan ne aivojen rakenteet, joiden avulla ihminen tunnistaa itsensä ja itsensä kokemiseen liittyvät rakenteet, saattavat olla traumatisoitumisen seurauksena pois käytöstä. (Van der Kolk 2017, 117.) Uotisen (2015) mukaan vakavasti traumatisoituneella, dissosiaatiohäiriöstä kärsivällä potilaalla on kokemus siitä, ettei hän tiedä kuka tai minkälainen hän on. Potilas joutuu peittelemään identiteettikokemuksiinsa liittyviä oireitaan. Identiteetin suhteen epävarmuutta vahvistavat amnesiaoireet sekä kokemukset oman käyttäytymisen, ajattelun ja tunteiden nopeasta vaihtelusta, josta voi seurata hallinnan menettämisen kokemus. (Uotinen 2015, 125.)

Traumaattisen tilanteen jälkeen mieli täyttyy muistoista tunkeutuvista mielikuvista ja ajatuksista. Jos traumaattisen kokemuksen kykenee käsittelemään onnistuneesti, nämä mielikuvat prosessoituvat ja muuttuvat muistoiksi muiden joukossa. Stressaavassa tilanteessa tai jos tapahtumia ei ole päästy prosessoimaan, voivat traumatisoituneen henkilön mielikuvat alkaa elää omaa elämäänsä ja hän käyttää suuren osan voimavaroistaan selviytyäkseen pelottavien traumamuistojen ja mielikuvien kanssa. (Suokas-Cunliffe 2003, 107.) Van der Kolk (2017) toteaa, että trauman kokeminen on raskasta ja sietämätöntä ja suurin osa muun muassa raiskauksen uhreista tai pahoinpidellyistä lapsista pitää kokemusta niin järkyttävänä, että he yrittävät työntää sen pois mielestään ja jatkaa elämäänsä ikään kuin mitään ei olisi tapahtunut. Kokemus saattaa aktivoitua vielä pitkän aikaa traumatapahtuman jälkeen vähäisestäkin vaaran merkistä, käynnistää häiriintyneet hermoverkot ja aiheuttaa valtavat stressihormoniryöpyn. Seurauksena voi olla epämiellyttäviä tunteita, impulsiivista ja aggressiivista käyttäytymistä tai voimakkaita ruumiillisia tuntemuksia sekä kokemus hallinnan menettämisestä. (Van der Kolk 2017, 10.)

Psyykkisen trauman vaikutuksilta voi suojata ihmisen resilienssi. Se on yksilön psyykkinen ominaisuus, jota on toisilla enemmän kuin toisilla (MIELI Suomen mielenterveys ry). Käsitteen resilienssistä teki tunnetuksi ranskalainen psykiatri Boris Cyrulnik (2009), jonka mukaan resilienssi auttaa yksilöä selviytymään traumaattisista tapahtumista. Fysiikassa resilienssillä tarkoitettiin alun perin iskunkestävyyttä. Myöhemmin sosiaalitieteissä kyseisellä käsitteellä alettiin kuvata yksilön kykyä menestyä, elää ja kehittyä positiivisesti ja sosiaalisesti hyväksytyllä tavalla huolimatta stressistä tai vastoinkäymisistä, jotka normaalisti vaikuttavat negatiivisella tavalla. (Cyrulnik, 2009, 7.) Joutsenniemen ja Lipposen (2015) mukaan resilienssillä tarkoitetaan ilmiötä, joka on lähtöisin ihmisen luontaisesta sopeutumiskyvystä ja se näkyy pärjäämisinä vastoinkäymisistä huolimatta. Resilienssillä tarkoitetaan yksilön toimintaa, joka pitää yllä toimintakykyä silloinkin, kun kohdataan epävarmuutta ja vaikeuksia. Suomenkielisiä resilienssiä kuvaavia käsitteitä ovat psyykkinen sietokyky, toleranssi ja toipumiskyky. 1990-luvun alussa tehdyn resilienssitutkimuksen mukaan kuormittuneissa olosuhteissa kasvaneiden lasten ympäristöltä suojaavia tekijöitä olivat lapsen hyvä itsetunto, itsesäätelytaidot, lasta tukeva ympäristö kotona ja kodin ulkopuolella sekä motivaatio pärjätä omassa elinympäristössä. Lämmin ja vahva ihmissuhde ainakin

yhden aikuisen kanssa tukee parhaiten lapsen resilienssin kehittymistä. Kasvu-ympäristön ollessa turvallinen, pääsevät lapsen itsetunto ja sosiaaliset taidot vahvistumaan, kun taas haitallisessa ympäristössä ne voivat heikentyä. (Joutsenniemi & Lipponen 2015.)

Suomen mielenterveys ry:n mukaan osa selviää vaikeistakin vastoinkäymisistä, kun osalle pienetkin koettelemukset ovat liikaa. Resilienssiin vaikuttavat kasvatukselliset ja biologiset ominaisuudet ja sen määrä voi vaihdella elämäkokemusten myötä. (MIELI Suomen mielenterveys ry.) Joutsenniemen ja Lipposen (2015) mukaan tutkitusti resilienssiä heikentäviä tekijöitä ovat yksilön henkilökohtaiset taipumukset, kuormittavat ihmissuhteet ja haitallinen elinympäristö. Resilienssiä on näiden havaintojen perusteella kuvattu sopeutumisprosessina ja sopeutuvana toimintana. Resilienssi muuntuu koko ihmisen eliniän ajan ja prosessissa kehittyvät ominaisuuksia, jotka auttavat selviämään paremmin ja vähemmällä haitoilla usein toistuvista vastoinkäymisistä. Suojaavia tekijöitä, jotka auttavat ihmistä tekemään rakentavia valintoja ja siten vahvistavat resilienssiä, ovat sitkeys, myönteiset tunteet, itsekontrolli, luovuus, optimismi, kiitollisuus ja hengellisyys. (Joutsenniemi & Lipponen 2015.)

Resilienssi ei ole lapsuuden sisäsyntyinen, pysyvä ominaisuus, vaan sen saavuttaminen ja ylläpitäminen edellyttävät aikuiselta saatua tukea. Vaikeiden kriisien tai traumojen vaikutuksen voimakkuus riippuu yksilön resilienssin ja elämäntilanteen tasapainosta järkyttävän tapahtuman hetkellä. Yksilöstä sekä hänen lähipiiristään ja ympäristöstään nousevien suojaavien sekä haitallisten tekijöiden vuorovaikutus jatkuu koko elämän ajan, jolloin resilienssikin muuntuu kussakin elämäntilanteessa. Resilienssiprosessin ollessa tarpeeksi vahva, se suojaa yksilöä traumaattisen tapahtuman vaikutuksilta ja seuraukset jäävät vähäisiksi. Mikäli resilienssiprosessi ei riittävästi suojaa traumalta, on yksilöllä mahdollisuus posttraumaattiseen kasvuun. Posttraumaattisella kasvulla tarkoitetaan ilmiötä, jossa elämänkriisi tai trauma vaikuttaa yksilöön voimakkaasti mutta sitä kognitiivisesti ja psykologisesti käsiteltyään tapahtuu yksilössä myönteistä kasvua. Posttraumaattinen kasvu ei kuitenkaan sulje pois mahdollisia samanaikaisia trauman negatiivisia vaikutuksia. (Joutsenniemi ja Lipponen 2015.)

4.2 Traumakokemusten ja psyykkisten oireiden yhteys

Psyykkisten traumojen merkitys mielenterveyden häiriöiden kehittymiselle oivallettiin jo 1900-luvun alussa, mutta kului kuitenkin lähes sata vuotta ennen kuin psykologia kehittyi sille tasolle, että yhdeksi tavoitteeksi voitiin asettaa psyykkisten traumojen kehittymisen ehkäiseminen (Saari 2000, 9). Kansainvälisesti traumakokemusten ja psyykkisten oireiden välistä yhteyttä on tutkittu paljon (Morrison, Frame & Larkin 2003; Read, van Os, Morrison & Ross 2005; Andrew, Harnama & Snowden 2008).

Salokankaan (2020) mukaan lapsuuden emotionaalinen kaltoinkohtelu ja laiminlyönti sekä fyysinen kaltoinkohtelu yhdistyvät mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöihin. Voimakkaimmin aikuisiän psykiatriin häiriöihin yhdistyy fyysinen kaltoinkohtelu ja emotionaalinen laiminlyönti. Psykiatristen häiriöiden lisäksi lapsuuden traumakokemukset, varsinkin emotionaalinen kaltoinkohtelu yhdistyy itsemurhariskiin. Kaikki lapsuuden traumakokemukset yhdistyvät merkittävästi aikuisiän alkoholiongelmiin. (Salokangas 2020.)

Read ym. (2005) toteavat, että psykoosin ja skitsofrenian oireilla, erityisesti hallusinaatioilla ja äänien kuulemisella, on merkittävä yhteys lapsena tapahtuneen hyväksikäytön kanssa. Jopa kahdella kolmasosalla skitsofreniapotilaista on traumatausta. Lapsuuden seksuaalinen väkivaltakokemus aiheuttaa erityisesti käskiviä, kommentoivia ja moittivia ääniharhoja aikuisena. Psykiatrisessa hoidossa olisikin panostettava traumaperäisten oireiden selvittämiseen ja hoitohenkilökuntaa pitäisi kouluttaa kysymään potilailta mahdollisista traumaattisista kokemuksista ja hyväksikäytöstä. (Read ym. 2005.)

Shevlinin ym. (2008) tutkimuksessa osoitettiin, että kahden tai useamman traumatapahtuman kokeminen lisäsi huomattavasti riskiä sairastua aikuisena psykoosiin. Tulokset viittasivat siihen, että kolmen tai useamman traumaattisen tapahtuman kokeminen lisäsi merkittävästi jatkuvan masennuksen todennäköisyyttä verrattuna niihin ihmisiin, joilla ei ollut lainkaan traumataustaa. (Shevlin ym. 2008.)

Psykoottisessa ja traumaperäisessä dissosiativisessa oireilussa on paljon samankaltaisuuksia. Hoidon kannalta olisi tärkeää huomata ero näiden kahden häiriöryhmän välillä. Psykoottiset sairaudet, kuten skitsofrenia, muistuttavat etiologialtaan dissosiativisia, traumaattisia ja posttraumaattisia häiriöitä. Diagnostisesti näitä on vaikea erottaa toisistaan, sillä tutkimuksissa ei ole voitu osoittaa dissosiativisten ja psykoottisten kuulohallusinaatioiden eroa. (Schäfer, Ross & Read 2011, 137–144.) Hallusinaatiot voivat olla seurausta yksilön epäonnistuneesta yrityksestä integroida traumakokemukseen liittyviä käsityksiä ja tunnetiloja. Mitä enemmän traumakokemuksia on, sitä enemmän psyykkisesti sairastuneella tämä näkyy hajanaisuutena ja hallusinaatio-oireina. (Shevlin ym. 2008).

Yhdysvalloissa noin 20 vuotta sitten käynnistettiin Adverse Childhood Experiences -tutkimus (ACE), jolla tutkittiin lapsuudenaikaisten haitallisten kokemusten ja aikuisiän heikomman terveyden yhteyttä (Kuvajainen & Linner Matikka 2019). Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (2018) mukaan ACE-kokemukset jaetaan kolmeen eri luokkaan: lapseen kohdistuva väkivalta, laiminlyönti sekä perheen monimuotoiset ongelmat. Kuvajaisen ja Linner Matikan (2019) mukaan ACE-tutkimukset ovat osoittaneet, että nämä kokemukset ovat yhteydessä elinajan lyhenemiseen noin 20 vuodella, riskikäyttäytymiseen, tapaturmiin ja itsemurhiin sekä lisääntyneeseen riskiin sairastua erilaisiin sairauksiin kuten autoimmuunisairaudet, syövät, diabetes, masennus ja ahdistuneisuushäiriöt (Kuvajainen & Linner Matikka 2019).

Monissa maissa on käytössä ACE-seula, joka voi auttaa hoitajaa tunnistamaan asiakkaan tarpeet ja tarjoamaan oikeanlaista apua. Suomessa tällaista ACE-seulaa ei vielä ole käytössä. ACE-seulan avulla pystytään arvioimaan haitallisten lapsuskokemusten vaikutuksia ja pisteyttämään niitä. (Hurskainen 2019). ACE-kokemukset hankaloittavat monella tapaa itsesäätelyä ja elämänhallintaa. Hoitajien ACE-tietoisuutta tulisikin lisätä, jotta ymmärrys varhaisten kokemusten vaikutuksista mielenterveyteen lisääntyy. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2018.)

Suomessa traumakokemuksia voidaan tunnistaa ja kartoittaa erilaisilla itseilmoitettujen traumaoireiden esiintymiseen perustuvilla lyhyillä seulontamenetelmillä. Traumaperäisen stressihäiriön tunnistamiseksi on kehitetty useita itsearviointiin

perustuvia oirekartoituslomakkeita. Näiden lomakkeiden tulisi olla lyhyitä ja helposti pisteytettäviä, jotta niitä voisi käyttää myös perusterveydenhuollossa. Seulonta-ajankohta tulisi olla aikaisintaan noin kuukausi trauman jälkeen, koska liian aikainen seulonta antaa liikaa positiivisia tuloksia. Rutiininomainen traumaperäisten oireiden seulonta on suositeltavaa erityisesti poikkeuksellisen järkyttäviä tapahtumia kokeneilla. Seulonta tulisi toteuttaa erityisellä sensitiivisyydellä ja samalla tulisi antaa tietoa potilaalle sekä ohjata tarpeen mukaan hoitoon. Potilaan kulttuuritausta tulisi ottaa huomioon oireiden vakavuutta ja luonnetta arvioidessa. (Traumaperäinen stressihäiriö: Käypä hoito 2020; Mielenterveystalo.fi.)

Traumakokemuksia kartoittavia seulontamenetelmiä ovat muassa TSQ (The Trauma Screening Questionnaire), ITQ (International Trauma Questionnaire), PCL-5 (PTSD Checklist) ja IES-R (The Impact of Event Scale-Revised). TSQ-mittari sisältää kymmenen kysymystä, joilla kartoitetaan trauman uudelleenelämisen ja jännitystilan oireita edeltäneen kahden viikon ajalta. Seulontaan tulisi aina sisältyä myös lääkärin tekemä kliininen arviointi. ITQ on lyhyt, selkeäsanainen itsearviomittari, joka sisältää posttraumaattisen stressihäiriön eli PTSD:n ja monimuotoisen PTSD:n (complex post traumatic stress disorder, CPTSD) keskeiset piirteet. Myös kaksikymmentä kysymystä sisältävä PCL-5-mittari on kehitetty posttraumaattisen stressin seulontaan ja se vastaa sisällöltään DSM-5 tautiluokituksen PTSD:n kriteereitä. IES-R on tiettyyn traumaattiseksi koettuun tapahtumaan liittyvä oirekartoituslomake, jossa on huomioitu kolme traumaperäisen stressihäiriön kokonaisuutta. (Traumaperäinen stressihäiriö: Käypä hoito -suositus 2020; Mielenterveystalo.fi.)

4.3 TraumatiETOisuus potilaan kohtaamisessa

Hoitotyössä traumatiETOisuudella tarkoitetaan sitä, että sensitiivisesti tunnistetaan psyykkisiä traumoja, ymmärretään niiden vaikutus yksilöön, perheeseen ja yhteisöihin sekä vastataan traumojen aiheuttamaan hoidon tarpeeseen traumoihin liittyvällä ammattitaidolla potilaiden ja hoitohenkilökunnan uudelleen trauma-tisoitumista ehkäisten. (SAMHSA 2014.) Kansainvälisesti puhutaan traumainfor-moidusta työstä (Trauma-Informed Care, TIC), joka on Isobelin ja Edwardsin

(2016) mukaan näyttöön perustuva lähestymistapa ja sitä käytetään maailmanlaajuisesti hieman erilaisilla tavoilla. Hoitomallin käyttö ei rajoitu pelkästään traumpotilaisiin, vaan siitä on hyötyä myös henkilöille, joilla ei ole traumaattista taustaa. (Isobel & Edwards 2016.)

Traumainformoidun työn keinoin pyritään hoitamaan seksuaalisen, fyysisen tai emotionaalisen kaltoinkohtelun aiheuttamia oireita, mutta myös tarjoamaan palveluja, joissa hoitohenkilökunta on herkkä ja tietoinen huomioimaan sen, ettei aiheuta enempää kärsimystä potilaalle. Keskeistä traumainformoidussa työssä ovat asiakkaan arvostus, psykoedukaatio traumaan liittyvistä asioista ja se, että luodaan toivoa toipumisesta. Oleellista on myös, että koko hoitohenkilökunta tietää ja ymmärtää lapsuuden trauman ja aikuisuuden psykopatologian yhteyden ja tekee työtä asiakkaan ja hänen lähipiirinsä kanssa tämän terveyttä edistäen (Muskett 2013). Sarvelan (2020) mukaan henkilöstö, joka pystyy tunnistamaan traumoja kokeneen ihmisen ja mukauttamaan toimintansa sen mukaan, mahdollistaa traumatisoituneen toipumista kahdella tavalla; tarjoamalla turvallisia kokemuksia ihmissuhteista ja madaltamalla avun vastaanottamisen esteitä, joita traumatisoituneelle on voinut syntyä aiemmissa traumamuistoja mieleen nostamisissa kohtaamisissa (Sarvela 2020, 50–51).

Traumainformoidussa mielenterveystyössä kaikkien asiakasta hoitavien tahojen tulee ymmärtää trauman vaikutukset yksilön kykyyn selviytyä tällä hetkellä. Traumainformoidussa työssä tulee huomioida asiakkaan traumataustan aiheuttama mahdollinen vaikeus luottaa hoitavaan tahoon ja pyrkiä lisäämään hänen turvallisuuden tunnettaan ja välttämään uudelleen traumatisoimista. (Sweeney, Clement, Filson & Kennedy 2016; Butler, Critelli & Rinfrette 2011.) Traumainformoitua lähestymistapaa voidaan soveltaa psykiatrisissa sairaalayksiköissä ja toteutuksessa on erilaisia strategioita. Hoitajat voivat ottaa traumainformoidun työotteen käyttöön ohjaavana filosofiana, hoitomallina tai käytännön kehittämissuunnitelmana työssään. (Isobel & Edwards 2016.)

Australiassa on käytössä lasten ja perheiden hyvinvointiin suunnattu opas, jonka mukaan traumainformoiduksi organisaatioksi kasvaminen on pitkä nelivaiheinen prosessi ja joka voi kestää usein vuosia, jopa vuosikymmenen. Ensimmäisessä

traumatietoiseksi organisaatioksi kasvamisen vaiheessa avainhenkilöille hankitaan perustietoa traumaista. Samalla suunnitellaan organisaation kulkua kohti traumainformoitua järjestelmää ja asetetaan sille uusia tavoitteita päämäärän saavuttamiseksi. Toinen vaihe on traumasensitiivinen vaihe, jossa on jo tehty ympäristömuutoksia, kuten luotu turvallinen ilmapiiri. Traumasensitiivisessä yksikössä kiinnitetään huomiota tuettavien hyvinvointiin ja tarpeisiin ja koko henkilökunta on koulutettu. Henkilökunnalla on yhteinen visio ja he tarkastelevat palveluitaan kokonaisvaltaisesti keskittyen voimaannuttaviin näkökulmiin. Kolmannessa vaiheessa, eli traumoihin reagoivassa järjestelmässä osataan jo reagoida luontevasti trauman mukanaan tuomiin tilanteisiin esimerkiksi tukien yksilön ja perheen resilienssiä sekä muita vahvistavia tekijöitä. Tähän vaiheeseen kuuluu myös traumojen aktiivinen seulonta ja kartoittaminen. Viimeisessä eli neljännessä vaiheessa organisaatiokulttuurin tasona on yhteistoiminnallinen, turvallinen ja joustava traumainformoitu kokonaisjärjestelmä, jossa koko systeemi omaa traumatietoiset ja itseään aina uudestaan organisoivat käytännöt. Järjestelmä on resilientti sekä voimavaralähtöinen ja tuettavia osataan tukea itseohjautuvuuteen. (Sarvela 2020 26–28.)

Traumainformoidun työn kuusi pääperiaatetta ovat turvallisuus, luotettavuus ja avoimuus, vertaistuki, yhteistyö ja vastavuoroisuus, vaikutusmahdollisuudet sekä kulttuuriset, historialliset ja sukupuolikysymykset (SAMHSA 2014). Turvallisuuden tunteen edistäminen edellyttää hoitohenkilökunnalta tietoista pyrkimystä varmistaa, että kaikki, niin työntekijät kuin asiakkaatkin, olivatpa he lapsia tai aikuisia, ovat fyysisesti ja henkisesti turvassa. Turvallisuuden periaatteeseen kuuluu, että fyysinen ympäristö hoitotyössä pyritään pitämään turvallisena ja vuorovaikutustilanteissa tavoitellaan kaikin tavoin turvallisuuden kokemusta. Luotettavuuden ja avoimuuden periaatteella tarkoitetaan sitä, että organisaatiossa päätökset tehdään avoimesti henkilöstöön luottaen. Hoitotyössä puolestaan pyritään rakentamaan ja ylläpitämään luottamusta asiakkaiden ja heidän perheidensä kanssa henkilökunnan jäsenten luottaessa toisiinsa. Traumatietoisien hoidon mukaan traumasta selviytyneellä on aktiivinen rooli toipumisessaan ja mahdollisuus vertaistuen antamiseen toiselle trauman kokeneelle yksilölle. Vertaistuki auttaa traumasta selviytynyttä itseäänkin saamaan paremman käsityksen elämästään ja kokemastaan. Yhteistyön ja vastavuoroisuuden periaatteella tarkoitetaan tietynlaisia kumppanuutta ja valtaerojen tasaamista hoitohenkilöstön ja asiakkaiden

välillä sekä myöskin henkilöstön ja johdon välillä virka-asemasta riippumatta. Tämä periaate merkitsee myös sitä, että organisaatiossa tunnustetaan, että jokaisella työntekijällä on oma roolinsa traumatietoisessa lähestymistavassa. Traumainformoidun työn periaatteena on myös se, että asiakkaita tuetaan hoitoaan koskevassa päätöksenteossa ja korostetaan heidän vaikutusmahdollisuuttaan hoitoonsa. Asiakkaita tuetaan valinnoissaan ja kannustetaan asettamaan tavoitteita, jotka tähtäävät tervehtymiseen. Vaikutusmahdollisuuksien periaate kattaa myös henkilökunnan näkökulmasta sen, että koko organisaatiossa tunnustetaan yksikön vahvuudet, kokemukset ja kyky edistää traumaista toipumista. Kulttuurisilla, historiallisilla ja sukupuolikysymyksillä tarkoitetaan traumainformoidussa työssä sitä, että aktiivisesti pyritään eroon erilaisista stereotyyppioista ja ennakkoluuloista vastaten yksilöiden rodullisiin, etnisiin, kulttuurisiin ja sukupuolisuuteen liittyviin tarpeisiin. (Michelicova, Brown & Schuman 2017; SAMHSA 2014.)

Traumapsykoterapeuttisessa hoidossa käytetään kolmivaiheista mallia, joka alkaa vakauttamisesta ja oireiden lievittämisestä edeten trauman käsittelyvaiheeseen ja traumamuistojen hoitoon ja sitä kautta uudelleensuuntautumisvaiheeseen, jossa pyritään persoonallisuuden integrointiin. Tärkeää on ymmärtää, että hoito ei aina etene suoraviivaisesti vaiheesta toiseen, vaan usein käytännössä liikutaan tarpeen mukaan vaiheiden välillä. Usein esimerkiksi traumamuistojen käsittelystä ja hoidosta joudutaan palaamaan vakauttamiseen silloin, kun traumamuistot aktivoituvat enemmän, kuin potilaan on mahdollista niitä siinä hetkessä käsitellä ja integroida. (Punkanen 2015, 169; Suokas-Cunliffe 2015, 21.)

Ensimmäisessä eli vakauttamisvaiheessa traumatisoitunutta tuetaan havainnoimaan sisäistä ja ulkoista maailmaansa ja pysymään enemmän nykyhetkessä (Suokas-Cunliffe 2015, 21). Traumatisoituneilla potilailla on usein vain vähän psyykkistä ja fyysistä energiaa, jolloin hän ei suoriudu itsensä tai asioidensa hoitamisesta. Vakauttavassa psykiatrisessa hoidossa tulee pyrkiä arvioimaan jatkuvasti potilaan psyykkistä ja fyysistä kyvykkyyttä selviytyä arkisista haasteista. Traumaattisten kokemusten aktivoituminen aiheuttaa traumatisoituneen potilaan nykyhetkeen jatkuvaa epävakautta. Traumatisoituneen on tärkeää oppia erottamaan nykyhetken ja traumatapahtumaan liittyvät havainnot toisistaan. Vakauttavan hoidon vaiheessa potilasta autetaan ja opetetaan säätelemään autonomisen hermoston vireystilaa, joka lisää sekä mahdollistaa läsnäoloa nykyhetkessä.

Tämä tapahtuu esimerkiksi nykyhetken konkreettisella havainnoinnilla, joka antaa potilaalle mahdollisuuden suuntautua tutkimaan mielensisältöään sekä kehonsa reaktioita pelon sijaan. (Uotinen 2015, 128–129.)

Trauman toinen eli käsittelyvaihe toteutetaan traumapsykoterapiassa ja siinä autetaan traumatisoitunutta lisäämään vuorovaikutusta päivittäisessä arjessa toimivan, traumamuistoista erillään olevan näennäisen normaalin persoonan osan ja traumatapahtumaan kiinnittyneiden emotionaalisten persoonan osien välillä. Kun tämä sisäinen vuorovaikutus kasvaa, vähenee yksittäisten traumaan kiinnittyneiden persoonan osien esiin tunkeutuminen ja sen vaikutus traumatisoituneen käyttäytymiseen. Traumahoidon kolmas vaihe on monesti raskain, sillä siinä täytyy voittaa pelko normaalia elämää ja läheisyyttä kohtaan ja traumatisoitunut usein ymmärtää, mitä on traumatisoitumisen vuoksi menettänyt. Tervehtymisen myötä lisääntyvät mahdollisuudet normaaliin elämään ja myönteisiin ihmissuhdekokemuksiin ja tämä voi auttaa raskaan käsittelyvaiheen yli kohti uudelleen suuntautumsvaihetta. (Suokas-Cunliffe 2015, 21.)

Traumatisoituneen hoidossa psykoedukaatio toimii opetuksellisena hoitomenetelmänä, jossa potilaalle annetaan tietoa traumatisoitumisesta ja sen vaikutuksista (Uotinen 2015, 136). Psykoedukaatio ei ole pelkästään tiedon antamista, vaan siinä on olennaista myös vuorovaikutteisen yhteistyösuhteen luominen ja ymmärryksen löytäminen (Kiesäppä & Oksanen 2013; Kilku 2008). Vakavasti traumatisoituneiden potilaiden kohdalla psykoedukaatio lisää hoitomyönteisyyttä ja sitoutumista hoitoon, kumoaa vääriä uskomuksia, joita traumatisoituneet yleensä kantavat sekä vähentää oireiluun liittyvää häpeää. Traumatisoituneen potilaan hoidossa psykoedukaatiolla saadaan vähitellen helpotusta potilaan kokemiin yksilöllisiin oireisiin ja vaikeuksiin. Potilaan lisääntyvä ymmärrys omista mielekkäistä selviytymiskeinoistaan tuo helpotusta potilaan oloon. Työntekijällä tulee olla ymmärrystä ja tietoa traumatisoitumisen vaikutuksista, ilmenemismuodoista ja dissosiativisista oireista voidakseen kertoa niistä potilaalle uskottavalla tavalla. (Uotinen 2015, 136.)

Traumaperäisistä häiriöistä kärsivät ovat alttiita ylivoireys- tai alivoireystilalle. Ylivoireystilassa ihminen kokee tunteiden liian voimakasta aktivoitumista, kun taas ali-

vireystilassa aktivoituminen on riittämätöntä. Usein nämä tilat vaihtelevat ääripäästä toiseen. (Ogden ym. 2009, 27.) Vaikeasti traumatisoituneella potilaalla ei ole kykyä tunnistaa eikä säädellä vireystilaansa. Monenlaiset sisäiset ja ulkoiset ärsykkeet aktivoivat potilaan vireystasoa. Jatkuva vireystilojen vaihtelu vie potilaalta sekä fyysisiä että psyykkisiä voimavaroja ja ylläpitää hallitsemattomuuden ja turvattomuuden tunnetta. Tämä pitää potilasta kiinni menneisyydessä eli trauma-ajassa ja sen kautta vaikeuttaa läsnäoloa nykyhetkessä. (Uotinen 2015, 137.)

Traumakokemuksia tulee työstää sopivalla vireystilalla, jota kutsutaan termillä sietoikkuna. Kun traumoja työstetään sietoikkunan puitteissa, sekä ulkoisesta että sisäisestä ympäristöstä peräisin oleva tieto voidaan yhdistää. (Ogden ym. 2009, 27.) Trauman kokenutta hoitaessaan työntekijän tulee tuntea autonomisen hermoston toiminta sekä pitääkseen oman vireystilansa siedettävänä, että tunnistaakseen potilaan vireystilan vaihtelut kohtaamisen aikana. Kummankin sopiva vireystila mahdollistaa hoidossa optimaalisen työskentelyilmapiirin ja estää potilasta uudelleen traumatisoitumasta, jota vireystilojen liiallinen ja toistuva vaihtelevuus saattaa aiheuttaa. (Uotinen 2015, 137.)

Sietoikkunan ulkopuolelle joutuu, jos vireystila on liian matala tai liian korkea. Integroiva työskentely ei tällöin ole hoidossa mahdollista, koska siihen tarvittavat aivoalueet eivät ole aktivoituneina. Alivireystila aktivoi traumatisoituneessa potilaassa liikkumattomuutta sekä täydellistä alistumista, kun taas ylivireystilassa potilaassa aktivoituvat ”taistele ja pakene”-reaktiot. (Uotinen 2015, 138.)

Potilaan vakaus voi heikentyä entisestään, jos oireita yritetään hoitaa vain tutkimalla traumojen takana olevia muistoja. Hoidon ensimmäisessä, eli vakauttamisvaiheessa tulee käyttää väliintuloja, jotka säilyttävät sekä fyysisen että psyykkisen tasapainon ja painottuvat sellaisten itsesäätelytaitojen kehittämiseen, jotka pitävät potilaan vireyden sietoikkunan puitteissa. Ensimmäisen vaiheen väliintulot pyrkivät parantamaan potilaan tunteiden yhdistämiskykyä niin, että arkielämän toimintakyky paranee. (Ogden ym. 2009, 213.) Tärkeää on, että potilas oppii olemaan läsnä tässä hetkessä. Omalla läsnäolollaan, turvallisuudentunnetta luovalla vuorovaikutuksellaan ja kontaktillaan työntekijä auttaa potilasta tämän vireystilan säätelyssä. (Uotinen 2015, 137.)

Vakavasti traumatisoituneen potilaan vakauttava hoito psykiatrisessa sairaalahoidossa on mahdollista, mutta se vaatii työntekijältä tietoa, ymmärrystä ja aitoa kiinnostusta potilaan kokemasta todellisuudesta. Työntekijän tulisi pyrkiä menemään siihen todellisuuteen, jossa potilas on pitäen samalla itsensä vankasti läsnä nykyhetkessä. Hyvä lähtökohta on uteliaisuus ja kiinnostus potilaan kokemaan kohtaan sekä riittävä virittäytyminen yhteiseen tutkimiseen. Vakauttavan hoidon keskiössä on kehityksellisten vaurioiden korjaaminen, kuten säätelykeinojen oppiminen. Psykiatrisessa hoidossa itsessään on jo paljon vakauttavia elementtejä, kuten oireiden lievittäminen, psykoedukaatio, arjen toimintakyvyn tukeminen ja taitojen oppiminen. Traumatisoituneen potilaan toimintakyky saattaa vaihdella rajusti ja äkillisesti ja on tärkeää arvioida, mitkä ovat ensimmäiset psyykkistä tasapainoa ja toimintakykyä kohentavat hoidolliset ja vakauttavat askeleet. Traumatisoituneen potilaan hoidossa on olennaista keskittyä turvallisuuden tunteen ja turvallisten kokemusten rakentamiseen. (Uotinen 2015, 138.)

5 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena, jonka aineisto kerättiin puolistrukturoiduilla ryhmähaastatteluilla ja analysoitiin aineistolähtöistä sisällönanalyysiä käyttäen.

5.1 Laadullinen tutkimus

Kvalitatiivista eli laadullista tutkimusta on käytetty yhtä kauan kuin sosiaalitieteet ovat olleet olemassa aina 1800-luvun lopulta saakka ja hoitotieteessä 1980-luvulta alkaen. Kvalitatiivinen tutkimus kattaa monenlaisia erilaisia lähestymistapoja, jotka ovat monin tavoin myös päällekkäisiä. Kun kvalitatiiviset menetelmät yleistyivät 1980-luvulla, muodostuivat ne eräänlaiseksi vastakohtaksi yksinomaiselle kvantitatiivisten menetelmien käytölle. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 65.) Laadullisen tutkimushankkeen teoreettista viitekehystä ei ole ennalta määritetty, vaan se perustuu tulevaan tietoon. Tutkijoilla on jonkinlainen käsitys olemassa olevasta aiheesta koskevasta teoriasta ja tutkimusaineistosta nouseva sisältö voi joko vahvistaa tai muodostaa ristiriidan näiden oletusten kanssa. Tutkijat eivät perusta tietoa pelkästään olemassa olevaan teoriaan liittyviin oletuksiin vaan antavat selvityksen todellisuudesta, jonka tutkittavat näkevät. (Holloway & Galvin 2017, 4.)

Laadullisessa tutkimuksessa on tarkoitus tuottaa uutta tietoa tai teoriaa, joten laadullista tutkimusta käytetään yleensä silloin, kun tutkittavasta ilmiöstä on vain vähän, tai ei ollenkaan aikaisempaa tutkimustietoa tai kun halutaan jo tutkittuun ilmiöön uusi näkökulma (Kylmä & Juvakka 2007, 30). Aiempaa tutkittua tietoa traumatietoisuudesta hoitajien kokemuksellisesta näkökulmasta ei löytynyt eikä sitä ole tutkittu opinnäytetyön yhteistyöyksiköissä.

Kanasen (2017, 36) mukaan laadullinen tutkimus on kuvailevaa ja tutkija on kiinnostunut prosesseista, ilmiön ymmärtämisestä ja merkityksistä sanojen, tekstien ja kuvien avulla. Laine (2018) kuvaa laadullista tutkimusta prosessina, jossa aineistonkeruun väline on inhimillinen eli tutkija itse. Tällöin katsotaan aineistoon liittyvien näkökulmien ja tulkintojen kehittyvän tutkijan tietoisuudessa vähitellen,

kun tutkimusprosessi etenee. Voidaan ajatella tällaisen tutkimustoiminnan ymmärtämistä myös eräänlaisena oppimistapahtumana. Laadullinen lähestymistapa edellyttää tutkijalta oman tietoisuutensa kehittymistä tutkimuksen kuluessa ja sitä kautta myös valmiuksia tutkimuksellisiin uudelleenlinjauksiin. (Kiviniemi 2018, 73–74.) Hollowayn ja Galvinin (2017) mukaan laadullinen tutkimustapa on hyödyllinen, kun tutkitaan muutosta tai jonkinlaista ristiriitaista ilmiötä ja sen perusta on lähestymistavassa, joka tulkitsee ihmisten välistä sosiaalista todellisuutta. Laadullinen tutkimus on kontekstisidonnainen ja tutkijoiden tulee olla kontekstin suhteen sensitiivisiä sekä osoitettava syvällistä uppoutumista tutkimusasetelmaan ja -tilanteeseen. Kontekstisidonnaisuuteen sisältyy myös sen huomiointi, että aineiston laatuun vaikuttaa kaikki olosuhteet, joissa sitä kerätään sekä tutkittavien ja tutkijan oma elämänselitysmerkitysineen. (Holloway & Galvin 2017, 3–4.)

Lähtökohtana lähes kaikissa laadullisissa tutkimussuuntauksissa on ajatus merkityksistä. Ihmisten toimintaa pidetään näissä suuntauksissa merkitysvälitteisenä, kulttuurisesti ja sosiaalisesti mielekkäänä. Merkitysvälitteisyydellä tarkoitetaan todellisuuden kohtaamista merkityksellistävien käytäntöjen osana, ei niin, että se kohdattaisiin paljaaltaan. (Ronkainen, Pehkonen, Lindblom-Ylänne & Paavilainen 2014, 83.) Tutkittaessa kokemuksia, tutkitaan niiden merkityssisältöä ja rakennetta. Jokaisella ihmisellä on oma suhteensa erilaisiin asioihin elämässään ja ympäristössään: toisiin ihmisiin, sosiaalisiin tapahtumiin, luonnonilmiöihin tai esineisiin. Ihmisen perspektiivi, eli kehykset, joista hän kokee ja elää maailmaansa, on rakentunut hänen elämänselityksensä tuloksena. Tämä perspektiivi koostuu ihmisen aiemmista kokemuksista, arvoista, käsityksistä ja tuntemisen tavoista. Kokemukset rakentuvat merkityksistä ja maailma, jossa elämme, näyttäytyy meille merkityksinä. (Laine 2018, 30–31.)

Laadullisessa tutkimuksessa lähtökohtana on ihminen ja hänen elämänselityksensä siihen liittyvine merkityksineen (Kylmä & Juvakka 2007, 16). Vilkan (2015) mukaan laadullisella tutkimusmenetelmällä tehdyssä tutkimuksessa tarkastellaan merkitysten maailmaa, joka on ihmisten välinen ja sosiaalinen. Merkitykset ilmenevät suhteina ja niiden muodostamina merkityskokonaisuuksina. Nämä merkityskokonaisuudet taas ilmenevät ihmisestä lähtöisin olevana ja ihmiseen päätyvinä tapahtumina, kuten esimerkiksi toimintana ja ajatuksina. (Vilka 2015, 118.)

Hollowayn ja Galvinin (2017) mukaan tutkijat pyrkivät selvittämään ihmisten kokemuksia ja keräämään niistä mahdollisimman rikkaita ja syvällisiä kuvauksia, joista voi sitten syntyä pohja uudelle teorialle. Tutkijan ja tutkittavien välinen vuorovaikutus johtaa kokemuksen ymmärtämiseen ja käsitteiden luomiseen. Tutkimusaineisto mahdollistaa uusien teoreettisten ideoiden tuottamisen, auttaa muuttamaan jo olemassa olevia teorioita ja voi paljastaa ilmiöiden olemuksen. (Holloway & Galvin 2017, 4.)

Tässä opinnäytetyössä käytettiin laadullista tutkimusmetodia, koska haluttiin ymmärtää hoitajien kokemuksia ja ajatuksia omasta traumatietoisuudestaan ja tavoittaa heidän kuvauksensa siitä, millaisen merkityksen he ajatuksissaan ja toiminnassaan aiheelle antavat.

5.1.1 Ryhmähaastattelu

Opinnäytetyön aineisto kerättiin ryhmähaastatteluilla, joissa haastateltiin sairaanhoitajia ja mielenterveyshoitajia. Ryhmähaastattelulla tarkoitetaan haastattelua, jossa haastatellaan yhtä aikaa useita henkilöitä. Ryhmähaastattelun tavoitteena on saada aikaan keskustelu tutkijan haluamasta aiheesta tai teemoista. (Eskola & Suoranta 2005, 94.) Hyvärisen, Nikanderin ja Ruusuvuoren (2017) mukaan ryhmän moniäänisyyden vuoksi ryhmäkeskustelut sopivat etenkin tutkimukseen, jossa ollaan kiinnostuneita erilaisista tulkinnoista ja merkitysten vaihteluista. Ryhmähaastatteluun osallistuvat muodostavat yksilöllisistä käsityksistä ja kokemuksista yhteistä ymmärrystä. (Hyvärinen, Nikander & Ruusuvuori 2017, 113.) Eskolan ja Suorannan (2014) mukaan ryhmähaastattelu ei ole strukturoitu, vaan tavoitteena on suhteellisen vapaamuotoinen keskustelu. Tutkijan on huolehdittava, että keskustelu pysyy kuitenkin asiassa. (Eskola & Suoranta 2014, 97.)

Laadullisessa tutkimuksessa haastattelulla tavoitellaan monipuolisia ja värikkäitä kuvauksia ilmiöstä, jota tutkitaan. Laadullisessa tutkimuksessa tieto on sidoksissa tutkimusympäristöön, kulttuuriin ja yhteisöön, josta se on hankittu. Laadullisessa haastattelussa tutkittavien valinnassa ja valintakriteereinä korostuvat kokemukset tutkittavasta ilmiöstä ja halukkuus sekä kyky keskustella aiheesta tutkimushaastattelutilanteessa. (Kylmä & Juvakka 2007, 79–80.)

Aineistonkeruumenetelmänä ryhmähaastattelulla voi olla sekä kielteisiä että myönteisiä puolia. Ryhmästä voi olla apua, jos kyse on muistinvaraisista asioista. Ryhmä voi myös auttaa väärinymmärrysten korjaamisessa. Toisaalta ryhmä voi myös estää ryhmän kannalta kielteisten asioiden esiin tulon tai ryhmässä voi olla dominoivia henkilöitä, jotka pyrkivät määräämään keskustelun suunnan. Nämä asiat on tutkijan huomioitava haastattelua ohjatessa ja tuloksia tulkittaessa (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 211.) Vilkan (2015) mukaan ryhmähaastattelussa haastattelijan tärkeä tehtävä on tukea kaikkien haastateltavien osallisuutta ja sitä, ettei kukaan ryhmästä pääse antamaan keskustelulle vain yhtä ehdotonta suuntaa. Haastattelijan keskeinen tehtävä on myös tukea keskustelun aikaansaamisessa ja edistämisessä pikemminkin kuin että tehtävänä olisi pelkkä haastatteleminen. (Vilka 2015, 126.)

Ryhmähaastattelua on mielekästä käyttää esimerkiksi työelämän tutkimushankkeissa, joissa on tavoitteena yhteisen kielen, käsitteiden, toimintatapojen ja keskustelun luominen ja ymmärtäminen. Ryhmälle voidaan asettaa tavoite, esimerkiksi ideoiden kehittäminen, tarpeiden ja asenteiden paljastaminen tai toiminnan kehittäminen. Emansipatorisuuden näkökulma on myös tärkeä eli haastatteluun osallistujat eivät ole vain välineitä saada tietoa, vaan tutkimuksen tulisi myös lisätä tutkittavien ymmärrystä asiasta. Näin voidaan vaikuttaa myönteisesti tutkittavien tutkittavaa asiaa koskeviin ajattelu- ja toimintatapoihin myös tutkimustilanteen jälkeen. (Vilka 2015, 125.)

Haastatteluja oli kolme, joista yhdessä oli neljä ja kahdessa kolme haastateltavaa. Haastattelu-aika järjestettiin niin, että haastateltavat pääsivät osallistumaan haastatteluihin työajallaan. Kylmän ja Juvakan (2007) mukaan ryhmähaastatteluissa osallistujien ihanteellinen määrä on 3–12 henkeä aiheesta ja tilanteesta riippuen. Mitä suurempi ryhmä on, sitä vaativampaa ryhmätilanteen ohjaaminen ja saadun aineiston litterointi on. On hyvä harkita ryhmäkoko tarkasti tutkimusaiheen sensitiivisyyden mukaan. Pienemmissä ryhmissä on hyvä käsitellä erityisen vaativia ja arkoja aiheita ja tämä on otettava huomioon jo suunnitteluvaiheessa. Ryhmätilanteissa ovat aina mukana myös ryhmädynaamiset perusilmiöt, jotka voivat näkyä esimerkiksi ryhmähaastatteluun osallistuvien pyrkimyksenä noudattaa enemmistön mielipiteitä. Ryhmähaastattelun vahvuutena on kuitenkin

se, että osallistujien keskinäinen vuorovaikutus ja toinen toisensa ajatuksien kuuleminen ja haastaminen luovat uusia kerroksia merkityksiin mahdollistaen moniulotteisemman kuvan todellisuudesta ja tutkittavasta ilmiöstä. (Kylmä & Juvakka 2007, 84–85.)

5.1.2 Teemahaastattelu

Tässä opinnäytetyössä käytettiin aineistonkeruun menetelmänä puolistrukturoitua haastattelua, jota kutsutaan myös teemahaastatteluksi (Vilka 2015, 124). Puusan (2020) mukaan puolistrukturoidun haastattelun etuna on se, että haastateltavilta saadaan näkemykset tutkimuksen keskeisiin ja tutkijan etukäteen määrittelmiin aiheisiin kunkin haastateltavan itse sanoittamana. Puolistrukturoitu haastattelu on hieman vapaampi menetelmä, joka mahdollistaa sen, että voidaan saada esiin myös jotakin sellaista, mitä tutkija ei välttämättä olisi osannut ottaa huomioon laatiessaan valmiita vastausvaihtoehtoja (Puusa 2020, 111–112.)

Teemahaastattelussa tutkimuskysymyksiin poimitaan keskeiset aiheet, joita haastattelussa olisi tärkeä käsitellä. Haastattelun aikana aiheiden eli teemojen käsittelyjärjestyksellä ei ole merkitystä. Teemahaastattelussa tavoitteena on, että haastateltava voi antaa kaikista teemoista oman kuvauksensa ja haastatteluteemat käsitellään haastateltavan kannalta luontevassa järjestyksessä. (Vilka 2015, 124.) Kananen (2017) kuvailee teemahaastattelua siten, että siinä käydään haastattelijan ja tutkittavien välillä keskustelua aihe kerrallaan. Tutkija on miettinyt nämä aiheet eli teemat etukäteen ja niistä keskustellaan tutkittavien kanssa. Teemat nousevat tutkittavan ilmiön ennakkokäsityksestä. (Kananen 2017, 88.)

Teemahaastattelussa kysymys ja siihen saatu vastaus tuottavat pienen palan ymmärrystä, josta usein nousee uusia kysymyksiä. Teemahaastattelussa tutkijan pyrkimyksenä on ymmärtää ja saada käsitys tutkittavasta ilmiöstä, jonka avaamista tutkija tavoittelee teemojen avulla. (Kananen 2017, 90.) Opinnäytetyön haastatteluteemat muodostettiin tutkimustehtävien pohjalta. (Liite 2.)

Vilka (2015) kirjoittaa tutkittavien anonymiteetista ja korostaa, että tutkimuksen tekijän vastuulla on varmistaa, ettei tutkimusaineisto joudu väärin käsiin missään

vaiheessa tutkimusprosessia eikä sen jälkeen. Erityisen arkaluontoisia aineistoja ovat esimerkiksi alkuperäiset haastattelutallenteet, joista henkilö voidaan tunnistaa. (Vilka 2015, 48.) Opinnäytetyön haastattelut olivat kestoaltaan 42–62 minuuttia. Ne tallennettiin ja tallennettu aineisto säilytettiin niin, että siihen pääsy oli vain opinnäytetyön tekijöillä. Haastateltavista ei kerätty tausta- tai tunnistetietoja, jolloin yksittäinen vastaaja ei ole tunnistettavissa analyysissä tai valmiissa opinnäytetyössä.

Liitteessä kolme on tiedote opinnäytetyöstä ja liitteessä neljä on haastateltavien tietoon perustuva suostumus, jotka lähetettiin haastattelukutsujen liitteenä osastonhoitajien kautta haasteltaville. Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2013) kirjoittavat, että tutkimukseen osallistumisen tulee perustua tietoiseen suostumukseen, joka tarkoittaa, että tutkittavan on täysin tiedettävä, mikä on tutkimuksen luonne. Tutkittavan kuuluu tietää myös, että hänen on mahdollista kieltäytyä ja keskeyttää tutkimukseen osallistuminen missä tahansa vaiheessa prosessia. Tutkijan tulee kuvata tutkittavalle oma eettinen vastuunsa ja annettava rehellinen tieto tutkimukseen osallistumisen mahdollisista eduista ja haitoista. Tutkittavalle tulee antaa tieto aineiston säilyttämisestä ja tulosten julkistamisesta. Vasta saatuaan nämä tiedot, tutkittava voi allekirjoittaa suostumuslomakkeen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 219.)

5.1.3 Sisällönanalyysi

Opinnäytetyön tutkimusaineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Vilkan (2015) mukaan sisällönanalyysi on laadullisen tutkimusmenetelmän metodi, jossa on tarkoitus etsiä merkityssuhteita ja -kokonaisuuksia. Sisällönanalyysia voidaan käyttää joko aineistolähtöisesti tai teorialähtöisesti. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä tutkija tavoittelee jonkinlaisen toiminnan logiikan tai tutkimusaineiston ohjaamana tyypillisen kertomuksen löytymistä. (Vilka 2015, 163–164.) Tuomen ja Sarajärven (2018) mukaan sisällönanalyysi mahdollistaa dokumenttien analysoinnin systemaattisesti ja objektiivisesti. Menetelmällä pyritään siihen, että tutkittava ilmiö voidaan kuvata yleisessä ja tiivistetyssä muodossa. Sisällönanalyysillä kerätään aineisto ja järjestetään se johtopäätösten tekoa varten. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 117.)

Laadullisessa tutkimuksessa analyysivaihe on syklinen prosessi, jossa ei ole määrällisen tutkimuksen tapaan tiukkoja tulkintasääntöjä. Analyysivaihe ei myöskään ole laadullisen tutkimuksen viimeinen vaihe, vaan se ohjaa itsessään tutkimusprosessia ja tiedonkeruuta ja on koko tutkimusprosessin eri vaiheissa olevaa toimintaa. (Kananen 2017, 25.) Vilkan (2015) mukaan sisällönanalyysissa lähdetään liikkeelle siitä, että tutkija päättää, mitä aineistosta lähdetään etsimään. Tämän jälkeen alkuperäiset ilmaukset pelkistetään ja pelkistetyt ilmaukset ryhmitellään johdonmukaisiksi kokonaisuuksiksi, eli alaluokiksi. Tämän jälkeen jokainen ryhmä nimetään sisältöä paraiten kuvaavalla yläkäsitteellä, joista muodostetaan yläluokat. (Vilkka 2015, 163–164.)

Opinnäytetyön haastattelut litteroitiin mahdollisimman pian haastattelujen jälkeen. Kankkusen ja Vehviläinen-Julkusen (2013) mukaan yhden tunnin haastattelun purkaminen nauhalta vaatii noin kolmen tunnin työn. Suositeltavaa on kuunnella ja purkaa nauhoitteet mahdollisimman pian haastattelujen jälkeen, jotta pienetkin yksityiskohdat, kuten äänenpainot ja tauot sekä haastattelijan ja haastateltavien roolit tulevat esille. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 164.)

Litteroinnin jälkeen aineistosta poimittiin teemoittain alkuperäisilmaukset ja analyysi jatkui niiden pelkistämällä (taulukko 1). Tuomen ja Sarajärven (2018) mukaan aineistolähtöisessä sisällönanalyysissa tutkimusaineiston keräämisen jälkeen se pelkistetään eli karsitaan tutkimusongelman kannalta epäoleellinen tieto pois ilman, että kuitenkaan hävitetään tärkeää informaatiota. Pelkistäminen eli redusointi voidaan tehdä niin, että auki kirjoitetusta aineistosta etsitään tutkimustehtävää kuvaavia ilmaisuja. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122.) Opinnäytetyön aineistoa analysoitaessa löytyi teemaan yksi, eli potilaan traumataustan ilmeneminen sairaalahoidon aikana, 115 pelkistystä, joista muodostui yhdeksän alaluokkaa ja niistä kaksi yläluokkaa. Teemaan kaksi, eli hoitajien tiedot ja taidot trauma kokeneen potilaan hoidossa, löytyi 119 pelkistystä, joista muodostui kahdeksan yläluokkaa ja niistä kaksi yläluokkaa. Teemaan kolme, eli potilaan traumataustan huomioiminen sairaalahoidon aikana, löytyi 172 pelkistystä, joista muodostui 11 alaluokkaa ja niistä kaksi yläluokkaa. Alaluokat ja yläluokat ovat analyysitaulukoissa teemoittain (Liitteet 5–7.)

TAULUKKO 1. Esimerkki alkuperäisilmaisujen pelkistyksestä

Alkuperäisilmaisu	Pelkistetty ilmaisu
<i>Erottaa esimerkiksi psykoottisuutta ja dissosiaatioo mutta ohan niissä ny tietysti eroo mutta näin niinku semmosen ihmisen silmin, joka ei ehkä tiedä niistä asioista niin paljoo.</i>	Epävarmuus psykoottisuuden ja dissosiaation erottamisessa
<i>..siitä on vähän vaikeempi erottaa kyllä. Jos toinen on psykoottinen niin vaikee sitä on sanoa, että mikä se juuri sillä hetkellä on, kun oireet tulee.</i>	Psykoottisuutta on vaikea erottaa traumaoireilusta

Opinnäytetyön analyysi eteni klusterointi- eli ryhmittelyvaiheeseen, jossa alkuperäisilmauksista pelkistetyt ilmaukset ryhmiteltiin alaluokiksi (Taulukko 2). Tuomen ja Sarajärven (2018) mukaan redusoinnin jälkeen seuraa aineiston klusterointi eli ryhmittely. Tällöin aineistosta nousseet alkuperäisilmaukset käydään tarkasti läpi ja etsitään niistä samankaltaisuuksia ja/tai eroavaisuuksia. Alaluokat muodostuvat samaa ilmiötä kuvaavien ryhmittelyjen kautta ja ne nimetään luokan sisältöä kuvaavalla käsitteellä. (Tuomi & Sarajärvi, 2018.)

TAULUKKO 2. Esimerkki pelkistetyistä ilmaisuista muodostuneista alaluokista

Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka
vakauttamisesta puhutaan ja sitä toteutetaan konkreettisesti aika vähän	Hoitajien vaillinainen traumatietoisuus
vaikka herää epäily traumasta, ei tiedetä, miten oireiluun tulisi reagoida ja mitä tiedolla traumasta tekee	
pohditaan, onko oikea aika lähteä käsittelemään traumoja ja kerrotaan potilaalle, että niistä on hyvä puhua sitten kun vointi on tasisempi	Trauman käsittelyn ajankohdan arviointi
toppuutellaan, jos on vielä kovin psykoottinen ja haluaa puhua traumoista	

Luokittelua jatkettiin niin, että alaluokat yhdisteltiin yläluokiksi (Taulukko 3). Tuomen ja Sarajärven (2018) mukaan aineiston klusteroinnista seuraava vaihe on aineiston abstrahointi eli käsitteellistäminen ja siinä tutkija rakentaa kuvauksen tutkimuskohteesta muodostamiensa käsitteiden avulla. Tuloksen avulla yritetään ymmärtää tutkittavan kuvaamaa merkityskokonaisuutta. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122–127.)

TAULUKKO 3. Esimerkki alaluokista muodostetusta yläluokasta

Alaluokat	Yläluokka
Pelokkuus	Monimuotoiset oireet potilaan käyttäytymisessä
Dissosiativisuus	
Vahingollinen käyttäytyminen	
Keholliset reaktiot	
Traumataustan tiedostaminen	Hoitajien traumatietoisuuden vahvuudet
Koulutuksista sadut tiedot ja taidot	
Traumojen käsittelyn rajaaminen	

6 TULOKSET

6.1 Potilaan traumataustan ilmeneminen sairaalahoidon aikana

Traumatausta tulee ilmi sairaalahoidon aikana monimuotoisina oireina potilaan käyttäytymisessä ja kartoittaessa eri tavoin potilaan traumataustaa (Taulukko 4).

TAULUKKO 4. Potilaan traumataustan ilmeneminen sairaalahoidon aikana

Alaluokka	Yläluokka
Pelokkuus Dissosiativisuus Vahingollinen käyttäytyminen Psykoottisuus Keholliset reaktiot Traumataustan torjuminen Ahdistuneisuus pakkotoimia käytettäessä	Monimuotoiset oireet potilaan käyttäytymisessä
Taustatiedot Potilaan esiin tuoma traumatausta	Kartoittamisella ilmi tuleva traumatausta

6.1.1 Monimuotoiset oireet potilaan käyttäytymisessä

Potilaan traumatausta näkyy sairaalahoidossa potilaan **pelokkuutena** ja arkuutena. Hänen voi olla vaikea luottaa hoitajaan, jolloin hoitajan on vaikeaa luoda luottamuksellista hoitosuhdetta. Potilas voi olla sulkeutunut ja hänen käytöksessään ja olemuksessaan näkyy varovaisuutta. Potilas on usein ahdistunut riippumatta siitä, minkälainen trauma hänellä on. Aiempien kokemustensa takia potilas ei välttämättä uskalla nukkua potilashuoneessa.

Meillä on muutamia näitä ketkä on ollu takertuvia hoitajiin ja ne ei oo uskaltanu, vaikka nukkua omassa huoneessa et ne on jääny päiväsaliiin nukkumaan, et siinä on menny sitten pitempiä aikoja ennen ku ne on uskaltanut sitten omaan huoneeseen joittenkin pelkojen vuoksi.

Potilaan traumat näkyvät myös **dissosiativisuutena**. Potilas voi saada dissosiativisia poissaolokohtauksia, joiden syytä ei aina tiedetä. Kun potilas ei kykene käsittelemään traumaattisia muistojaan ja hänen sietokykynsä ylittyy, voi hän mennä sellaiseen psyykkiseen tilaan, jossa toimintakyky häviää ja tietoisuus heilahtelee.

..viime vuosina ehkä on alettu puhumaan entistä enemmän ainakin mun kokemuksen mukaan tämmösistä dissosiativisista kohtauksista, että mikä sen aiheuttaa, että onko siellä sit joku trauma taustalla.

Traumataustainen potilas käyttäytyy usein joko itseään tai muita **vahingoittaen**. Hän saattaa yrittää vahingoittaa itseään eri tavoin tai olla aggressiivinen muita kohtaan agitoituneesti ja kiihtyneesti käyttäytyen.

..nyt oli tää hyvin itsetuhonen, niin niin tota sielläkin on niitä raiskaus-traumoja ja tämmösiä traumojen taustalla.

Traumatausta voi näkyä potilaan **psykoottisuutena**. Potilas voi kuulla ääniä, jotka puhuvat hänestä pahaa tai käskevät tekemään itselleen jotakin vahingollista. Usein nämä mielletään psykoosioireiksi, mutta ei ajatella niiden voivan johtua myös potilaan traumaattisista kokemuksista. Usein sellaiset psykoosioireet, jotka eivät parane lääkehoidolla, voivat johtua potilaan kokemista traumoista.

Ja jotenkin näkee, että psykoosisairauskin lähtee just siitä et siellä on niin paljon niitä tapahtumia. Nähtäs että monet skitsofreenikotkin on useinkin aika traumatisoituneita.

Kokemusten mukaan **erilaiset keholliset reaktiot** voivat kertoa potilaan traumataustasta. Potilas voi tuntea selittämättömiä kipuja eri kehon osissa. Hän voi olla kehoonsa kätertyneenä, itkeä tai heijata itseään pystymättä sanoittamaan tunteitaan tai ajatuksiaan. Potilas ei osaa kertoa muuta kuin fyysisestä olostaan ja hän voi mennä täysin veltoksi ja tiedostamattomaksi.

..he usein kieltää täysin psykiatrisen ongelman olemassaolon vaan että heillä on vatsakipuja ja heil on pääkipuja ja erilaisia kehollisia kipuja et se niinku näkyy se trauma tai se joku oireilu sit siinä kehossa.

Kokemusten mukaan potilas ei välttämättä kestä traumaattisesta tapahtumasta puhumista ja hän voi **torjua** täysin kokemuksensa. Jos asiaa lähdetään käsittelemään liian syvällisesti, voi potilas mennä täysin lukkoon, eikä hän kykene käsittelemään traumaan liittyviä tunteitaan. Voi myös olla, että tiedetään potilaalla olevan traumatausta, mutta hän ei itse tiedosta sitä. Jos potilas voi hyvin, ei traumatausta välttämättä näy ja hän haluaa unohtaa sen.

Jotkut ei halua puhua menneisyydestä yhtään, mutta joistain taas sitten tulee välillä mieleen, että onko ne koskaan päässyt puhumaan.

Potilaan traumatausta voi tulla ilmi potilaan erilaisina reaktioina ja ahdistuneisuutena, jos hoidossa joudutaan **käyttämään pakkotoimia**, kuten eristämistä tai pakkolääkitsemistä. Varsinkin seksuaaliset traumat voivat tulla esille, jos potilasta joudutaan riisumaan esimerkiksi injektion antamista varten. Myös eristystilanteista voi potilaalle syntyä traumoja. Se miten ahdistavina erilaiset tilanteet koetaan, voi johtua potilaan aikaisemmista kokemuksista. Monet traumataustaiset potilaat kokevat eristämistilanteissa ahdistusta, jos tilanteessa toimivat hoitajat ovat eri sukupuolen edustajia. Tämä näkyy erityisesti ulkomaalaistaustaisten potilaiden kohdalla.

Monessa tilanteessa naispotilailla on ollu vaikeeta ja tilanne niinku lähtökohtasesti turvaton että 15 miestä ympärillä ja ruvetaan laittamaan väkisi injektioita.

6.1.2 Kartoittamisella ilmi tuleva traumatausta

Potilaan traumatausta tulee usein ilmi potilaan **taustatiedoista**. Joskus tieto traumasta on lähetteessä, mutta ei välttämättä aina. Vaikka itse lähetteessä ei ole traumataustaa mainittu, voi tieto siitä tulla muista taustatiedoista. Joskus potilaan

omaiset kertovat potilaan traumataustasta. Traumaattiset kokemukset voivat tulla esiin myös psykologin tutkimuksissa. Potilaalla voi olla taustalla useita hoitajaksoja ja mahdollinen traumatausta on jo hoitohenkilökunnan tiedossa hänen tullessaan hoitoon. Tiedetään myös, että traumakokemuksilla ja psykoosisairauksilla voi olla yhteys ja voidaan epäillä, että potilaalla on jokin trauma psykoosioireiden taustalla.

Niin kyllähän potilaista niinku akuuttipuolellakin usein taustatietoinakin on jo traumataustaa.

Psykologin tutkimukset on semmonen missä niinkun eniten pulpahtaa tietoon.

Traumatausta tulee usein ilmi myös **potilaan itse kertomana**. Hän voi puhua kokemuksistaan ilman minkäänlaista tunnereaktiota tai sitten tunnereaktio voi tulla vasta myöhemmin ja päivällä käyty omahoitajakeskustelu voi näkyä voimissa myöhemmin illalla. Potilaat tuovat esille omia traumakokemuksiaan myös osaston hoidollisissa ryhmissä. Jotkut potilaat kertovat traumaistaan hyvinkin vuolaasti ja jotkut pikkuhiljaa rivien välistä vihjaillen.

..niin sieltä sitten pikkuhiljaa saattaa ruveta tulemaan taustasta jotain semmosia vihjeitä niinku jollakin tavalla ehkä enemmänki aluksi rivien välistä.

6.2 Hoitajien tiedot ja taidot traumoja kokeneen potilaan hoidossa

Hoitajien tiedoissa ja taidoissa hoitaa traumoja kokeneita potilaita koettiin olevan vaihtelevuutta hoitajien välillä mutta myös paljon vahvuuksia. (Taulukko 5).

TAULUKKO 5. Hoitajien tiedot ja taidot traumaaja kokeneen potilaan hoidossa

Alaluokka	Yläluokka
Hoitajien vaillinainen traumatietoisuus Psykoosipotilaan traumataustan tunnistamisen vaikeus Traumatietoisuuden laajentamisen tarve Traumakoulutuksen puute ammatillisissa opinnoissa Traumatietoisuuden erot hoitajien välillä	Hoitajien traumatietoisuuden vaihtelevuus
Traumataustan tiedostaminen Koulutuksista saadut tiedot ja taidot Traumojen käsittelyn rajaaminen	Hoitajien traumatietoisuuden vahvuudet

6.2.1 Hoitajien traumatietoisuuden vaihtelevuus

Hoitajien vaillinainen traumatietoisuus nousee esiin epätietoisuutena, kuinka ja missä määrin lyhyen sairaalahoidon aikana trauma-asioiden käsittely onnistuu sekä siinä, riittääkö oma ammattitaito traumapotilaan auttamiseen tai onko kyseisen asian suhteen ammattitaitoa lainkaan. Puutteet traumatietoisuudessa näkyvät myös hoitajien vaillinaisuuden kokemuksina, kun ei osata auttaa tai siinä, että ei mielletä, että potilaalla voisi olla vakavia traumaaja taustalla. Lisäksi hoitajan omakohtaiset kokemukset tai elämäkokemuksen puute vaikeuttavat traumapotilaan kohtaamista. Traumapotilaiden hoidossa hoitajien tiedoissa ja taidoissa on paljon vaihtelevuutta. Kokemusten mukaan tarvitaan parempaa tietoa siitä, kuinka tulee reagoida, kun herää epäily traumasta tai potilas itse siitä kertoo. Tietoa kaivataan myös, miten traumaoireiluun kuuluu reagoida ja kuinka hoitaa tilanteet niin, ettei potilaan vointi entisestään pahennu. Epätietoisuus näkyy pohdintana, kannattaako dissosiativisiin kohtauksiin tarjota vai olla tarjoamatta lääkkeitä ja meneekö kohtaus nopeammin ohi, jos lääkettä annetaan. Hoitajilla koettiin olevan jyrkkiä kannanottoja ja vähättelyä traumapotilaan oireillessa. Asenteellisuus ja tiedon puutteet ovat esteenä traumataustan puheeksi otolle. Hoitajat toivoivat, ettei tarvitsisi kieltää potilasta puhumasta traumaaja ja säikähtää niin tapahtuessa. Esiin nousi myös pohdinta, pelätäänkö liikaa potilaan surua ja itkua, kun hän kertoo traumaattisista kokemuksistaan. Traumatietoisuuden vaihtelevuus korostui kokemuksissa, että hoitajilla ei ole varsinaista koulutusta trauma-

asioihin. Vakauttamisesta puhutaan, mutta varsinaisia vakauttavia interventioita käytetään konkreettisesti melko vähän. Traumaa kartoittavien mittareiden olemassaolosta ei tiedetä koko työryhmän tasolla ja jos niistä tiedetään, ne eivät ole juurikaan käytössä. EMDR- eli silmänliiketerapiakoulutus nostettiin esiin ja todettiin, että siitä ei olla mainoksia nähty vuosiin.

Kyllä mulla itellä on ainakin semmonen olo, että emmää oo millään lailla niinku pätevä missään trauman hoidossa.

No, mun kokemus on, että vakauttamisesta puhutaan aika vähän, tai jotkut hoitajat puhuu ehkä enemmän mutta aika vähän sitte yleensä että mitä se sitten ihan konkreettisesti jonkun kohalla niinku on.

Yhtenä traumatietoisuuden puutteen ilmenemismuotona koettiin olevan **psykoosipotilaan traumataustan tunnistamisen vaikeus**. Koetaan epävarmuutta psykoottisuuden ja dissosiativisuuden erottamisessa. Työryhmässä arvuutellaan ja epäillään, onko potilaalla traumataustaa varman tiedon puuttuessa. Pohditaan, ovatko kaikki skitsofreniaa sairastavat traumatisoituneita ja koetaan, että hoitajat näkevät vain psykoosin kykenemättä ajattelemaan potilaan traumataustaa. Psykoosia hoidetaan ensin ja mahdollisesti sitten mietitään, voisiko olla traumaattisia asioita taustalla. Psykoosi- ja traumapotilaan tunnistamisen vaikeuteen liittyy myös oireiden sekoittuminen epävakaaan persoonallisuushäiriön oireisiin ja niiden ilmenemiseen.

..viime vuosina ehkä on alettu puhumaan entistä enemmän ainakin mun kokemuksen mukaan tämmösistä dissosiativisista kohtauksista, että mikä sen aiheuttaa, että onko siellä sit joku trauma taustalla.

No aika helposti potilaasta sanotaan, että toi on ihan psykoottinen. No toki se on aika häilyvä ero. Erottaa esimerkiks psykoottisuutta ja dissosiaatioo mutta ohan niissä ny tietysti eroo mutta näin niinku semmosen ihmisen silmin joka ei ehkä tiedä niistä asioista niin paljon.

Traumatietoisuuden laajentamisen tarve koettiin tärkeäksi ja siinä nähtiin olevan erilaisia koulutustarpeita. Koettiin, että koulutuksilla voidaan parantaa traumatietoisuutta ja kehittää traumapotilaan huomioimista. Lähtökohtana pidettiin, että olisi hyvä kartoittaa, mitä hoitajat traumaista tietävät ja mille koulutuksille olisi tarvetta. Kaivattiin tietoa, mistä oikeanlaista traumakoulutusta voi löytää ja samalla ajateltiin, että oma aktiivisuus kouluttautumisessa on tärkeää. Koulutusta ja oppia tarvitaan siitä, miten kohdata ja tunnistaa traumatisoituneita potilaita, millaisia hoitokeinoja on mahdollista käyttää sekä mitä käytännössä voidaan tehdä traumapotilasta hoidettaessa. Toivottiin, että psyykkiset traumat olisivat useammin koulutusaiheena. Koettiin tarvittavan sekä lyhyempiä että pidempiä konkreettisia traumakoulutuksia, joissa käytäntö yhdistyy teoriaan. Kaivattiin sekä osaston sisäisiä että ulkopuolisia koulutuksia traumaosaamisen lisäämiseksi. Hoitajilla on jonkin verran tietoa ja kokemusta aiemmista trauma-aiheisista koulutuksista. Hoitajat toivoivat trauma-aiheisen ABC-koulutuksen jatkamista tulevaisuudessa. Koettiin, että kahden vuoden välein järjestettävää kriisi- ja traumakonferenssia mainostetaan huonosti henkilökunnalle ja suurin osa ei ollut kuullut siitä lainkaan. Toivottiin myös osastotunteja trauma-aiheesta sekä käytännönläheisiä hoitomalleja traumapotilaan hoidosta osastojen käyttöön.

Joku varmaan tämmönen ihan perustieto, ei mitään kauheen hienoo nippelitietoo. Mahdollisimman kansankielistä..käytännönläheistä koulutusta.

..paljon osastotunteja sillon mitä toi osaston psykologi veti ja sillon käytiin ihan teemoittain, että mitä tarkoittaa vaikka just dissosiaatio-oireet.

Traumakoulutuksen puute ammatillisissa opinnoissa nähtiin traumatietoisuutta heikentävänä tekijänä. Arveltiin, että trauma-asiat eivät välttämättä sisälly riittävästi opetussuunnitelmiin. Hoitajien näkemyksenä oli, että opinnoissa ei puhuttu traumaista ja valmistumisen jälkeen on tultu suoraan työelämään ilman valmiuksia traumojen hoitoon. Kosketusta trauma-asioihin on tullut vasta työssä akuuttipsykiatrian osastolla. Koettiin, että opinnoissa puhuttiin ennemminkin skitsofreniasta, kuin traumadiagnooseista.

No ei mulla ainakaan ole ollut perusopetuksessa traumoista, että mulla on ihan lähteny tästä debriefing ryhmästä tää kiinnostus aiheeseen ja itte oon sitä sitten opiskellu lisää, että kyllä se on ihan henkilökohtanen mielenkiinto, että en mä muista että olis juurikaan mitään jääny kouluajoilta mieleen ainakaan niitä keinoja että miten ihmistä voidaan auttaa näis asioissa.

Psykiatrisessa osastotyössä koettiin olevan **eroja traumatietoisuudessa hoitajien välillä**. Kaikilla ei ole tietoa ja taitoa hoitaa traumapotilasta ja ajateltiin, että eroja on paljonkin siinä, miten tuttu aihe hoitajalle on. Traumatietoisuuden eroja hoitajien välillä kuvattiin myös vaihtelevina tai jopa niin, että työryhmässä on huonot tiedot ja taidot. Koettiin, että vain muutamalla on tietoutta, taitoa ja ymmärrystä trauma-asioihin. Osastolla kaikki eivät tiedä, mikä on dissosiaatiohäiriö. Trauma-asioden kokeminen tärkeänä vaihtelee myös ja on hoitajasta kiinni, viekö hän tiedon traumasta eteenpäin muille. Muutamilla hoitajilla osastolla on erityistä taitoa ja aiempaa koulutusta traumoista ja traumapotilaita mahdollisuuden mukaan ohjataan heidän hoidettavakseen.

Vois kuvitella, että paljon eroja siinä, että mitenkä tuttuja nää keinot on ja just tää niinku yleinen ilmapiiri traumojen käsittelyyn ja niiden järkevyyteen, että tietoeroja ja näkemyseroja on paljonkin.

6.2.2 Hoitajien traumatietoisuuden vahvuudet

Potilaan **traumataustan tiedostamisen** koettiin lisäävän ymmärrystä potilaan oireista. Kun on tieto traumasta, koetaan helpompana suhteuttaa toimintaansa potilaan kanssa toimiessa. Nähtiin myös, että epävakaa persoonallisuushäiriöstä kärsivien potilaiden kohdalla se, että tiedetään traumasta, auttaa ymmärtämään potilaan käyttäytymistä. Persoonallisuushäiriöpotilaiden kohdalla tiedostetaan traumaattinen lapsuus ja tausta. Ulkomaalaisten ja pakolaispotilaiden tuoreempi traumatausta tiedostetaan niin ikään myös helpommin. Kokemusten mukaan kaikilla psykiatrisen osaston potilailla on jonkinlainen trauma taustalla tai hoitoon päädytään, koska on tapahtunut jokin tilanteen laukaissut traumaattinen asia.

Psykiatrisessa hoitotyössä traumojen tunnistamiseen ja potilaan tilanteeseen samaistumiseen vaikuttavat hoitajan henkilökohtaisen elämän kokemukset. Myös aikaisempi työkokemus traumahoidosta vaikuttaa siihen, mitä on aiheesta oppinut.

Mä aattelen semmonen selkee potilasryhmä, josta kaikki aika usein varsinkin, jos on vaikka turvapaikanhakija niin aattelee että tota siellä on joku trauma.

Kyllä mä ainakin aattelen meidän potilaat on varmaan kaikki jollain lailla traumatisoituneita.

Koulutuksista saadut tiedot ja taidot traumapotilaan hoidossa koettiin traumatietoisuuden vahvuuksina. Hoitajien käymiä koulutuksia olivat dialektinen käyttäytymisterapia- koulutus (DKT), EMDR-terapiakoulutus, työnantajan järjestämät traumoihin liittyvät koulutukset sekä kriisiterapiakoulutus. DKT-koulutus antoi hoitajille hyviä työvälineitä myös traumapotilaan hoitoon. Traumakoulutuksissa on saatu oppia jälkiä jättävistä kiintymyssuhdevaurioista sekä siitä, että trauma näkyy kehossa eikä sitä osata sanoittaa. Osastoilla psykologi sekä osastonhoitaja ovat pitäneet osastotunteja trauma-aiheesta ja niistä on saatu tietoa esimerkiksi dissosiaatiohäiriöstä. Korostui, että tarvitaan hoitajan omaa kiinnostusta lähteä kouluttautumaan trauman hoitoon. Kuvattiin, että henkilökohtainen mielenkiinto ja debriefing-työ on ohjannut opiskelemaan traumaista.

On, joo kyllä se on mulla ainakin lähteny ihan siitä, että mää oon halunnu siitä tietoo ja ollu kiinnostunu asiasta niin sitä myöten sitten kaikkiin mukaan vaan.

Kokemusten mukaan traumaosaaminen kuvautuu hoitajien työssä **traumojen käsittelyn rajaamisen** taitona. Ajateltiin, että ei tarvitse välttämättä traumaista erikseen kysyä mutta potilaan kertoessa voi niistä kysyä lisää. Koettiin, että potilaan kanssa keskusteltaessa syntyy mielikuva siitä, paljonko traumaista kannattaa puhua. Pidettiin tärkeänä, että traumapotilaalle tarjotaan rauhallista läsnäoloa ja rauhoittamista. Mikäli traumoja ei sairaalassa käsitellä syvemmin, on avohoitoa

suunniteltaessa tärkeää viedä sinne tietoa potilaan traumataustasta ja kysyä, voivatko he siellä jatkaa potilaan kanssa keskustelua aiheesta.

..mun elämässä on ollu tällaisia näin kauheita kokemuksia ja haluaa niistä kertoa ja eihän niitä tarvi alkaa penkomalla penkoon niin että pystyy vastaanottaan sitä, että sulla on oikeus olla surullinen ja itkee.

6.3 Potilaan traumataustan huomioiminen sairaalahoidon aikana

Kokemusten mukaan potilaan traumatausta huomioidaan sairaalahoidon aikana erilaisin hoitotyön keinoin sekä traumojen käsittelyn rajaamisena (Taulukko 6).

TAULUKKO 6. Potilaan traumataustan huomioiminen sairaalahoidon aikana

Alaluokka	Yläluokka
Hoitosuhdetyöskentely Hoidosta keskusteleminen työryhmässä Hoitosuunnitelman laatiminen Turvallisuuden tunteen luominen Traumamittarien käyttö Oireenmukainen hoito Traumaoireiden vakauttamiskeinot	Hoitotyön keinot
Trauman käsittelyn ajankohdan arviointi Traumojen käsittely sairaalahoidon aikana Traumahoitoon ohjaaminen Puutteet traumataustan huomioimisessa	Rajallinen traumojen käsittely

6.3.1 Hoitotyön keinot

Koettiin, että potilaan traumatausta huomioidaan **hoitosuhdetyöskentelyssä** omahoitajakeskusteluissa. Vaikka hoitajalla ei olisi mitään erityistä traumakoulutusta, voidaan potilaan kanssa keskustella traumakokemuksista ja annetaan potilaalle psykoedukaatiota. Potilaan kanssa keskustellaan siitä, mitä hänen elämässään on tapahtunut sairastumisvaiheessa ja voidaan tehdä lapsuudesta al-

kavaa elämänjanaa kokonaiskuvan saamiseksi. Tärkeänä pidettiin sitä, että hoitaja osoittaa, että on valmis kuuntelemaan potilasta ja ottamaan vastaan potilaan kertomat asiat.

Voi alkaa puhuun siitä, että kun sä oot sairastunu, että onko siinä hetkessä tapahtunu jotain tai mitä sulle on tapahtunu ennen sitä ja koska sä huomasit ensimmäisiä oireita.

..osottaa se, ettei niinku säikähdä sitä tai ensimmäisenä vaan tarjoa sitä lääkettä.

Potilaan traumatausta huomioidaan myös **keskustelemalla** potilaan kokemuk-
sista **työryhmässä**. Moniammatillisessa työryhmässä yhdessä keskustelemalla
ymmärrys potilaan voinnista lisääntyy. Osastokokouksissa mietitään yhdessä
traumapotilaan haastavia tilanteita ja mietitään niihin ratkaisuja. Potilastapauksia
pohtimalla parannetaan traumapotilaan hoitoa. Koettiin, että työryhmässä olisi
hyvä välillä pysähtyä miettimään potilaan toiminnan yhteyttä traumataustaan.
Joskus traumakoulututtanut hoitaja on puhunut työryhmälle traumojen hoidosta.

*Meillä alkaa nytten nää oliko ne nimellä osastokokoukset? Ni eks
siellä niinku tavallaan isossa ryhmässä voia miettiä ääneen niitä jo-
tain, jos on joku haastava tilanne tai potilas tai mikä nyt vaan osaston
sisällä niin koko porukalla. Jos se on toimiva niin se on aika hyväkin
keino.*

Kokemusten mukaan potilaan traumatausta otetaan huomioon, kun potilaalle
tehdään hoitosuunnitelmaa. Potilaan kanssa yhdessä voidaan tehdä kriisi-
suunnitelma, miten eri tilanteissa toimitaan. Myös potilaan hoitokertomukseen kir-
jataan, miten hankalissa tilanteissa toimitaan ja mikä ei pahenna potilaan vointia.
Voidaan miettiä konkreettisia hoitokeinoja ja varomerkkejä, joista tiedetään poti-
laan voinnin menevän huonompaan suuntaan. Kun potilas on hyvässä voinnissa,
mietitään yhdessä mikä voi laukaista traumaattiset muistot. On hyvä, jos poti-
laalta voidaan kysyä, miten hän haluaa tulla autetuksi.

Niin vähän niinku kriisisuunnitelma, että miten voiaan toimia sit niissä tilanteissa, jos tulee.

No meillä on nykyisin siinä, kun potilas tulee osastolle, niin siinähan on se kriisisuunnitelma ja potilaan hoitotahto.

Turvallisuuden tunteen luominen koettiin tärkeäksi traumataustaisen potilaan huomioimisessa. Hoitaja pyrkii olemaan läsnä ja luomaan turvallisen sekä luottamuksellisen hoitosuhteen potilaaseen. Potilaalle korostetaan salassapitovelvollisuutta, kuunnellaan ja tuetaan. Potilaan kohtaamisesta pyritään tekemään mahdollisimman turvallisen tuntuinen. Jos potilaan on helpompi puhua toiselle hoitajalle, voidaan tähänkin antaa mahdollisuus.

Ajan kanssa varmaan sillain kuulostellen..ja ymmärtää niin sitten myös ja tulee se luottamus potilaalle.

Potilaan mahdollinen traumatausta otetaan huomioon kartoittamalla sitä erilaisia **mittareita** apuna käyttäen. Koettiin, että mittareita ei kuitenkaan käytetä systemaattisesti. Osa hoitajista käyttää mittareita, kuten DES:iä ja TAQ:ta säännöllisesti, mutta osa ei ole kuullutkaan mittareista tai ei usko niiden hyödyllisyyteen. Mittareiden hyödynnettävyys koettiin vielä heikkona ja toivottaisiin myös lääkäreiden ottavan enemmän huomioon mittareiden käytön. Koettiin, että traumoja ei kartoiteta järjestelmällisesti, vaikka traumojen tunnistaminen auttaisi ymmärtämään potilasta paremmin.

Sitteku välillä ite innostuu näitä potilaan kanssa näitä mittareita ja kaavakkeita täyttämään niin sitte ne on siellä arkistossa pölytty.

Potilaan traumaattisia kokemuksia huomioidaan myös **oireenmukaisella hoidolla**. Potilasta hoidetaan silloin sen hetkisen tarpeen mukaan. Potilasta voidaan auttaa hyvään asentoon patjalle tai tarjota tarvittavaa lääkitystä. Ensimmäisenä ei puhuta lapsuuden traumoista vaan hoidetaan potilasta tilanteen mukaan.

Ja sit se on oireen mukainen hoito ja jos pystyy ennakoimaan, ottaan tarvittavaa lääkettä.

No kai se on semmosta oireen mukaista hoitoa.

Potilaan traumatausta otetaan huomioon ottamalla käyttöön ja mahdollistamalla potilaalle erilaisia **vakauttamiskeinoja**. Potilaan kanssa tehdään turvapaikkaharjoituksia ja tarjotaan ahdistuksenhallintakeinoja, kuten maadoittamista, piikkipallolla hierontaa tai värityskirjan värittämistä, joilla potilasta ohjataan siirtämään ajatukset muualle. Potilaan kanssa yhdessä mietitään mitä voi tehdä, kun tulee huono olo. Osa hoitajista on käyttänyt dialektisen käyttäytymisterapian (DKT) keinoja. Myös fysioakustista tuolia voidaan käyttää trauman hoidossa, jos potilaan on vaikea sanoittaa tunne-elämäänsä. Pyritään tarjoamaan enemmän itsehallintakeinoja, kuin varsinaisesti käsittelemään traumoja syvällisesti sairaalahoidon aikana.

Me voitais tarjota enemmän potilaille niitä itsehallintakeinoja, että jos ei nyt mitään traumaa aleta penkoon eikä käsitteleen niitä syitä niin jotain sellasta vakauttamista, että miten sitä pystyy ite vakauttaan sitä kun se huono olo tulee päälle.

6.3.2 Rajallinen traumojen käsittely

Kokemusten mukaan **traumojen käsittelyn ajankohtaa arvioidaan** tarkasti osastoilla varsinkin lyhyiden hoitajaksojen aikana. Pohditaan, onko oikea aika lähteä käsittelemään traumoja ja kerrotaan potilaalle, että niistä on hyvä puhua sitten, kun vointi on tasaisempi. Tiedetään, että avoimen psykoottisena ei ole oikea aika alkaa puhua traumoista ja osataan toppuutella, jos hetki ei ole sopiva. Traumoja ei oteta esille, jos on pelkona, että potilaan vointi romahtaa enemmän. Kun vointi on vakautunut, voidaan traumoista puhua. Mikäli koetaan, että ei ole oikea hetki puhua traumoista, potilasta valmistellaan siihen, että joskus myöhemmin on hyvä niistä puhua. Joskus potilas itse kokee, että ei pysty traumoista vielä puhumaan. Tällöin hoitaja voi suositella, että potilas tulevaisuudessa puhuisi niistä jollekin. Ajateltiin, että kaikkea traumaan liittyvää ei voida sairaalassa siinä hetkessä korjata, mutta voidaan antaa mahdollisuus aloittaa aiheesta. Traumaan

liittyvistä asioista puhutaan potilaan kanssa avoimesti ja kerrotaan potilaalle, että aiheesta puhutaan potilaan ehdoilla.

..vähän perustella, että ei välttämättä ihan tässä hetkessä puhuta varsinkin, jos se traumasta puhuminen aiheuttaa voimakasta tunne-reaktiota.

..kertoon potilaalle, että tällasta apua on saatavilla, että jos oot joskus kiinnostunu.

Kokemusten mukaan **traumojen käsittelystä sairaalahoidon aikana** korostuu näkemys aiemmin vallalla olleesta asenteesta, ettei traumoja saa lähteä käsittelemään syvällisesti sairaalahoidon aikana. Muistettiin kokeneempien hoitajien opettaneen, että asioita ei lähdetä kaivelemaan potilaan ollessa sairaalassa. On ajateltu, että traumahoito ei kuulu sairaalaan, vaan avohoidon vastuulle. Nykyään kuitenkin ajatellaan, että osastolla voidaan aloittaa traumojen työstäminen ja asioiden läpikäymisestä sairaalassa on hyötyä. Sairaala mielletään turvalliseksi paikaksi, mikäli potilaan vointi romahtaisi traumojen vuoksi. Lyhyilläkin hoidoilla voidaan aloittaa traumaista keskustelu, joka jatkuu seuraavassa hoitopaikassa.

*Mä muistan, kun joku joskus sano, että missäs ne pitäis sitten levah-
taa, jos ei sairaalassa, että toihan on ihan typerää, täällähän on tur-
vallista, parempi kun kotona hajoaisi.*

*Jotenkin ihan hullu ajatus ku teilläkin on pitkiä hoitajaksoja, vuosien
hoitajaksoja ni odotetaanko siinä, että potilas pääsee avohoitoon ja
siellä sitten kyllä aukastaan haavat.*

Koettiin tärkeäksi arvioida **potilaan traumahoitoon ohjaamisen** tarvetta hoitajaksoilla. Epikriisiin voidaan huomioida, että potilas voisi jatkossa hyötyä traumaterapiasta. Myös hoitotyön yhteenvetoihin laitetaan maininta avohoitoa varten traumataustasta. Hoidon jatkuvuus ja se, että tietoa sekä kokemuksia välitetään eteenpäin, koettiin tärkeäksi. Sairaalahoidossakin pyritään ohjaamaan traumapotilasta traumakoulutettujen työntekijöiden hoitoon. Käytännössä tämä tarkoittaa hoitoonohjausta Rajapintayksikön työntekijöille tai osaston psykologille. Koettiin,

että Rajapintayksikköä voitaisiin hyödyntää enemmän traumataustaisten potilaiden hoidossa.

..että on avattu niitä asioita ja suunniteltu mitä niille tehdään ja toivon mukaan pystytään sitten jo täällä alottamaan tietyn ihmisen kanssa, joka jatkaa avopuolella et ei tarvi aukoo niitä monelle ihmiselle uudestaan ja uudestaan et semmostakin suunnitelmaa..

Koettiin, että traumataustaa ei huomioida aina tarpeeksi ja siinä on myös **puutteita**. Kokemusten mukaan ei ajatella tarpeeksi, että ollaan tekemisissä erilaisten potilaiden ja heidän traumaattisten kokemustensa kanssa. Potilasta ei ajatella kokonaisvaltaisesti ja potilaan mahdollista traumataustaa ei oteta huomioon. Potilaan eristämistilanteita ei käydä systemaattisesti läpi, vaikka pitäisi. Fysioterapiaa ja kehollisia harjoitteita voitaisiin käyttää enemmän potilaan traumanhoidossa. Potilaan hoitosuunnitelmissa ei aina näy se, mistä keinoista kyseinen potilas hyötyisi.

Mun mielestä kokonaisvaltaisesti ajatellen niin kauheen huonosti niinku huomioidaan tätä traumapuolta.

Jokkuthan tulee vaan töihin niinku tekemään sitä tietynlaista mielisairaanhoitoo, et siinä ei niinku aatella et sä oot niinku aina erilaisten ihmisten kanssa ja kokemusten et se on kokonaisvaltasta.

6.4 Kehittämisen- ja koulutusehdotukset

Opinnäytetyön tulosten perusteella on tarpeen kehittää hoitajien traumatietoisuutta sekä lisätä koulutusta psykiatrian osastoilla toteutettavaan traumahoitoon ja potilaan traumataustan huomioimiseen. Tietoa ja taitoa potilaiden traumataustan huomioimisessa löytyi, mutta havaittiin myös paljon puutteita. Tietojen ja taitojen jakaminen kaikille hoitajille koettiin tärkeänä. Todettiin, että lähes kaikilla potilailla on jonkinlainen traumatausta, jonka vuoksi sen huomioiminen hoitotyössä on tärkeää. Tulosten pohjalta ehdotetaan, että hoitajille suunnitellaan ja tarjotaan monipuolisesti sekä lyhyitä että pidempiä trauma-aiheisia, erityisesti

käytännönläheisiä koulutuksia. Hoitajat tarvitsevat koulutusta trauman vakauttamismenetelmistä sekä dissosiaatiohäiriöstä. Tulosten mukaan on tarve jatkaa hyödyllisiksi koettuja koulutuksia, kuten kahden vuoden välein järjestettävä kriisi- ja traumakonferenssi, DKT- ja trauma-aiheinen ABC-koulutus sekä EMDR- eli silmänliiketerapiakoulutus. Tulosten mukaan traumakoulutuksista tarvitaan riittävän selkeästi tietoa, jotta muutkin kuin aiheesta enemmän kiinnostuneet hoitajat osaavat niihin hakeutua. Kokemusten mukaan traumamittareiden käyttö ei ole tällä hetkellä osastoilla systemaattista. Niiden käyttöön ja hyödynnettävyyteen tarvitaan lisäkoulutusta.

Tärkeänä kehittämistoimenpiteenä on luoda osastoille käyttöön selkeä traumapotilaan hoitomalli, joka olisi konkreettisenä apuna sekä vastavalmistuneille, että jo pidempään osastotyötä tehneille hoitajille. Hoitosuunnitelmiin tulisi konkreettisemmin kirjata traumapotilaan yksilöllisiä hoitokeinoja. Yhdessä traumataustaisen potilaan kanssa tulisi tehdä kriisisuunnitelma, johon kirjataan, miten potilas toivoo hankalissa tilanteissa toimittavan. Kriisisuunnitelmaan kirjattaisiin myös varomerkit, joista tiedetään potilaan voinnin huononevan. Eristystilanteet tulisi aina käydä potilaan kanssa jälkikäteen läpi uudelleen traumatisoitumisen riskin pienentämiseksi.

Tulosten mukaan traumataustan tiedostaminen lisää hoitajan ymmärrystä potilaan oireista ja traumasta johtuvasta käyttäytymisestä. Kaikkien haastateltavien kesken jaettu kokemus oli, että traumaista ei saisi kieltää puhumasta sairaalassa, vaikka tuleekin arvioida niistä keskustelemisen ajankohta ja mittakaava potilaan voinnin mukaan. Tulevaisuudessa onkin tärkeää, että pystytään luomaan osastoille traumatietoinen ilmapiiri, jossa hoitajan ei tarvitse varoa traumojen puheeksi ottoa peläten potilaan voinnin heikentyvän niin tehdessään. Kun uskalletaan puhua traumaista turvallisella tavalla potilaan ehdoilla ja osataan käyttää traumapotilaan vointia vakauttavia menetelmiä, voidaan parantaa traumaista kärsivän potilaan hoidon laatua merkittävästi.

7 POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää psykiatrisella osastolla työskentelevien hoitajien kokemuksia heidän traumatietoisuudestaan ja sen vaikutuksesta traumataustaisen potilaan hoitotyöhön. Aiempaa tutkimusta hoitajien kokemuksellisesta näkökulmasta aiheeseen ei juurikaan löytynyt muutamia opinnäytetöitä lukuun ottamatta. Hoitajien traumatietoisuuden lisäämisen tarvetta on tutkittu kansainvälisesti huomattavasti enemmän kuin Suomessa, mutta ei niinkään hoitajien kokemuksellisesta näkökulmasta. Esimerkiksi Muskettin (2013) ja Sweeneyn ym. (2016) mukaan traumatietoisuutta tulisi kuitenkin systemaattisesti lisätä, koska sen on todettu olevan tehokasta ja hyödyllistä sekä hoitohenkilöstölle että traumoja kokeneelle (Muskett 2013; Sweeney ym. 2016).

7.1 Eettisyys

Kaiken tieteellisen toiminnan ytimenä on tutkimuksen eettisyys. Tutkimusetiikkaa voidaan yleensä ajatella normatiivisena etiikkana, jossa pyritään vastaamaan kysymykseen oikeista säännöistä, joita tutkimuksessa on noudatettava. Tutkimusetiikkaan kuuluu älyllisen kiinnostuksen vaatimus, eli tutkijan tulee aidosti olla kiinnostunut uuden tiedon hankkimisesta. Lisäksi korostuu tunnollisuuden vaatimus, joka tarkoittaa, että tutkijan on paneuduttava optimaalisen luotettavuuden saavuttamiseksi tunnollisesti tutkimusaiheeseen ja -alaansa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211–212.) Kylmän ja Juvakan (2007) mukaan tutkimuksen eettisyyden pohdinta on ajankohtaista jo tutkimusaihetta valitessa. On tärkeää pohtia aiheen oikeutusta ja muistaa, että tutkimuksen on aina rakennettava tieteenalan tietoperustaa. Tutkijan uteliaisuus aihetta kohtaan ei riitä, vaan eettisen oikeutuksen pohdintaan kuuluu tutkimusongelmiin liittyvien arvojen käsittely yhteiskunnallisesti ja kyseisen tieteenalan kautta. (Kylmä & Juvakka 2007, 144.) Opinnäytetyön tekijöiden kiinnostus aiheeseen nousi käytännön psykiatrisesta hoitotyöstä. Haluttiin selvittää, mitä aiheesta jo tiedetään ja tuottaa uutta kokemuksellista tietoa hoitajien traumatietoisuudesta. Aiheen valikoitumisen jälkeen tehtiin perusteellinen tiedonhaku aiemmista aihetta koskevista tutkimuksista.

Rehellisyyden vaatimus velvoittaa tutkijan olemaan harjoittamatta vilppiä ja vahinkoa kohtuuttomasti tuottavasta tutkimuksesta tulee pidättäytyä. Tutkijan on kunnioitettava ihmisarvoa eikä tutkimuksen teko saa loukata kenenkään ihmisen tai ihmisryhmän arvoa. Sosiaalisen vastuun vaatimus tarkoittaa, että tutkija huolehtii tieteellisen tiedon käytöstä eettisten vaatimusten mukaisesti. Tutkijan vastuulla on myös, että hän toiminnallaan edistää tutkimuksen tekemisen mahdollisuuksia. Eettisesti oikein toimiminen edellyttää tutkijalta myös kollegiaalisuuden arvostusta, joka näkyy toisten tutkijoiden kunnioituksena. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211–212.) Koko opinnäytetyöprosessin ajan pyrittiin toimimaan eettisesti vastuullisesti ja vältettiin aiheuttamasta vahinkoa eri tahoille. Pyrittiin rehellisyyteen ja siihen, ettei tehdä virheellisiä tulkintoja aineistosta tai haastateltavien kertomuksista. Haastateltavia kunnioitettiin tärkeinä tiedonantajina. Teoreettisia lähtökohtia kirjoitettiin vääristelemättä lähteiden sisältöä.

Laadullisessa tutkimuksessa eettisyys koskee myös tutkimuksen laatua. Tutkijan on huolehdittava siitä, että tutkimussuunnitelma on laadukas, tutkimusasetelma on sopiva ja raportti on hyvin tehty. Hyvää tutkimusta ohjaa eettinen sitoutuneisuus. (Tuomi & Sarajärvi 2018.). Tässä opinnäytetyössä pyrittiin kautta linjan huomioimaan nämä eettiset periaatteet, jotta tutkimus olisi mahdollisimman laadukas. Kylmän ja Juvakan (2007) mukaan tutkimuksen tekijällä katsotaan olevan laaja-alainen vastuu tulosten mahdollisesti koskettaessa lukuisia ihmisiä ja vaikutusten ulottuessa hyvinkin kauas tulevaisuuteen (Kylmä & Juvakka 2007, 143). Opinnäytetyön tekijät esittävät kehittämis- ja koulutusehdotukset saatujen tulosten pohjalta ja niillä tavoitellaan vaikutusta traumataustaisen potilaan hoidon laadun kehittämiseen.

Tutkittavien suojaamiseksi tutkijan on selvitettävä tutkimukseen osallistujille tutkimuksen tavoitteet ja menetelmät. Tutkimukseen osallistuvalla on oikeus kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen, keskeyttää mukanaolonsa milloin tahansa, oikeus kieltää jälkikäteen käyttämästä itseään koskevaa aineistoa sekä oikeus tietää nämä oikeutensa. Tutkimustietojen on oltava luottamuksellisia, eikä tietoja saa luovuttaa ulkopuolisille. Osallistujien on jäätävä nimettömiksi, elleivät he ole antaneet lupaa identiteettinsä paljastamiseen. (Tuomi & Sarajärvi 2018.) Pirkanmaan sairaanhoitopiiri myönsi opinnäytetyölle tutkimusluvan. Haastateltavat allekirjoittivat ennen haastatteluja tietoon perustuvan suostumuksen (Liite 4) ja heitä

informoitiin, että haastattelun voi keskeyttää niin halutessaan milloin tahansa. Kerrottiin myös, että opinnäytetyön tekijöihin voi olla jälkikäteen yhteydessä, mikäli aiheesta nousisi kysyttävää.

Henkilötietoja sisältävän tutkimusaineiston käsittelyä ohjaavia keskeisiä periaatteita ovat suunnitelmallisuus, vastuullisuus ja lainmukaisuus. Vastuullisuus koskee koko tutkimusaineiston ja tutkimuksen elinkaarta. Tutkijan on noudatettava lainsäädännön lisäksi myös oman organisaationsa tutkimusta koskevaa tietosuojajohjetta. Tutkimussuunnitelmassa tulee käsitellä eettiset riskit ja suunnitellut toimintatavat haittojen ja vahinkojen välttämiseksi. Tutkija itse vastaa tutkimuksensa eettisistä ja moraalisisista ratkaisuista. (Tenk 2020.) Opinnäytetyön tekijät vastasivat tutkimusaineiston asianmukaisesta käsittelystä. Tutkimusaineisto tallennettiin kahdella nauhurilla, litteroitiin haastattelujen jälkeen ja säilytettiin sekä käsiteltiin siten, että ainoastaan opinnäytetyön tekijöillä oli pääsy siihen. Opinnäytetyön valmistuttua tallenteet ja litteroitu aineisto hävitettiin asianmukaisella tavalla.

Opinnäytetyön tutkimustulokset raportoitiin yleisellä tasolla huolehtien, että yksittäinen haastateltava ei ole tunnistettavissa esimerkiksi aineiston alkuperäisilmauksista. Joitakin alkuperäisilmauksia jouduttiin hieman muokkaamaan huolehtien kuitenkin, että niiden merkitys ei muutu. Kankkusen ja Vehviläinen-Julkusen (2013) mukaan alkuperäisilmaukset tulisi kuvata yleiskielelle muokattuina, jotta haastateltava ei ole tunnistettavissa esimerkiksi murteen perusteella (2013, 198).

Tutkimusetiikkaan kuuluvia periaatteita ovat haitan vähentäminen, ihmisoikeuksien kunnioittaminen, oikeudenmukaisuus sekä rehellisyys, luottamus ja kunnioitus. Nämä periaatteet linkittyvät tiiviisti tutkijan asemaan suhteessa tutkittaviin, tutkimuskysymysten muodostamiseen ja aineiston hankintaan. Haitan vähentämisellä tarkoitetaan laadullisessa tutkimuksessa esimerkiksi sitä, että vaikeita ja arkaluontoisia asioita käsitellään tutkittavaa traumatisoimatta. Laadullisessa tutkimuksessa tekijä tutkii inhimillistä, eri tavoin ilmenevää vuorovaikutusta. Tutkittavat ilmiöt kuuluvat tutkittavien sosiaaliseen merkitysmaailmaan ja siitä syystä eettiset kysymykset on otettava huomioon, kun kajotaan ihmisten henkilökohtai-

seen elämänpiiriin ja kokemuksiin. (Kylmä & Juvakka 2007, 147.) Tämän tutkimuksen haastatteluissa pyrittiin kunnioittamaan haastateltavia antaen osallistujien kertoa kustakin teemasta omalla tavallaan johdattelematta tai painostamatta.

Holloway ja Galvin (2017) tuovat esiin, että erityisesti tutkimushaastattelut voivat vaikuttaa syvästi haastateltaviin, jotka eivät pelkästään paljasta kokemuksiaan ja syviä ajatuksiaan tutkijalle, vaan saattavat myös saada tietoonsa omat piilotetut tunteensa ensimmäistä kertaa. Haastattelut saattavat herättää ahdistavia muistoja ja voimakkaita tunteita ja tutkijan tulisi tukea haastateltavaa työskentelemään näiden kanssa. (Holloway & Galvin 2017, 56.) Opinnäytetyön haastatteluissa pyrittiin luomaan rauhallinen ja luottamusta herättävä haastatteluympäristö tiedonantajien turvallisuuden kokemusta tavoitellen. Osoitettiin vuorovaikutuksellista kunnioitusta ja korostettiin tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuutta. Tuotiin esiin kiitollisuutta tiedonantajien aktiivisesta osallistumisesta aihetta koskevaan keskusteluun haastatteluissa.

7.2 Luotettavuus

Tutkimuksen, joka on tehty laadullisilla tutkimusmenetelmillä, voidaan todeta olevan luotettava, kun tutkimuksen kohde ja tulkittu materiaali ovat yhteensopivia eivätkä epäolennaiset tai satunnaiset tekijät ole vaikuttaneet teorianmuodostukseen. Laadullisessa tutkimuksessa tutkimuksen toteuttamista ja tutkimuksen luotettavuutta ei voida pitää toisistaan erillisinä tapahtumina. Luotettavuuden kriteeri on tutkija itse ja hänen rehellisyytensä, koska arvioinnin kohteena ovat tutkijan itsensä tekemät teot, valinnat ja ratkaisut. Tutkijan tuleekin itse arvioida tutkimuksensa luotettavuutta jokaisen tekemänsä valinnan kohdalla. Luotettavuutta arvioidaan koko ajan suhteessa teoriaan, analyysitapaan, tutkimusaineiston ryhmitelyyn, luokitteluun, tutkimiseen, tulkintaan, tuloksiin ja johtopäätöksiin. (Vilkkä 2015, 197.) Opinnäytetyön jokaisessa vaiheessa arvioitiin tutkimuksen luotettavuutta kaikkien tehtyjen valintojen ja päätösten kohdalla. Opinnäytetyöprosessissa tekijät harkitsivat tarkasti, mitkä osuudet kannattaa tehdä yhdessä tulosten luotettavuuden varmistamiseksi. Aineiston litterointia tehtiin erikseen mutta yhtei-

nen koodisto ja huolellisuus varmistaen. Sisällönanalyysiin varattiin runsaasti aikaa ja se tehtiin yhdessä vaihe vaiheelta keskustellen ja yhteinen ymmärrys varmistaen.

Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2013) nostavat laadullisen tutkimuksen luotettavuuteen liittyen esiin niin sanotun holistisen harhaluulon tai virhepäätelmän. Sillä tarkoitetaan sitä, että tutkija on prosessin edetessä yhä vakuuttuneempi johtopäätöstensä paikkansapitävyydestä, oikeellisuudesta ja totuudenmukaisuudesta, vaikka niin ei välttämättä olisikaan. Holistisen harhaluulon riski kasvaa, mikäli tutkija tekee työtä yksin ja ikään kuin sokaistuu oman tutkimuksensa suhteen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197.) Tämän opinnäytetyön luotettavuutta lisäsi kahden tutkijan kriittinen arviointi ja keskinäinen sekä tiivis vuorovaikutus koko tutkimusprosessin ajan.

Tarkasteltaessa laadullisen tutkimuksen luotettavuutta, on arvioitava myös tutkijan puolueettomuutta. On arvioitava, pyrkiikö tutkija ymmärtämään tiedonantajia itsenään vai suodattuuko kertomus tutkijan oman asemansa ja ajatustensa läpi. Laadullisessa tutkimuksessa myönnetään näin olevan ja siksi tutkijan puolueettomuutta on tutkimuksen luotettavuuspohdinnoissa huomioitava. (Tuomi & Sarajärvi 2018.) Opinnäytetyön tekijät työskentelevät haastateltavien kanssa samassa toimintaympäristössä. Tämä tiedostettiin ja pyrittiin ottamaan huomioon sekä haastatteluvaiheessa antamalla haastateltaville vapaus avoimesti keskustella teemoista ilman johdattelevia kysymyksiä. Haastatteluryhmät jaettiin niin, että yhdessä ryhmässä olisi hoitajia eri yksiköistä, jotta näkökulmia tulisi mahdollisimman laajasti. Arvioitiin, että tuttuudesta ei ollut haastattelutilanteissa haittaa tai tulosten kannalta merkitystä vaan pikemminkin se saattoi rikastuttaa aineistoa, koska haastattelutilanne oli tuttuuden vuoksi luontevampi.

Tutkimustulosten luotettavuutta tekijät arvioivat myös ryhmähaastattelujen onnistumisen osalta. Pohdittiin, saatiinko luotua riittävän turvallinen haastatteluympäristö avoimen tiedon jakamisen suhteen. Haastattelutilanteissa vaikutti siltä, että kaikki haastateltavat saivat tasaisesti puheenvuoroja ja mikäli joku ryhmäläisistä tuntui vetäytyvän, varmistettiin hänenkin näkemyksensä kulloisestakin teemasta. Hollowayn ja Galvinin (2017) mukaan suhde tutkijan ja tutkittavan välillä perustuu keskinäiseen luottamukseen ja voidakseen päästä sisään osallistujien todellisiin

ajatuksiin, tulee tutkijan omaksua tuomitsematon asenne kuulemiinsa sanoihin ja ajatuksiin. Tutkijasta eli kuuntelijasta tulee tutkimustilanteessa oppija, kun taas tiedonantaja on opettaja, jota kannustetaan jatkamaan tiedon avointa jakamista. (Holloway & Galvin 2017, 8.) Haastatteluissa annettiin tilaa myös hoitajien kertomuksille ja muistoille, jotka eivät suoraan vastanneet tutkimustehtäviin, koska haluttiin saada mahdollisimman laajaa näkökulmaa takertumatta liian tiukasti ennakoajatuksiin ja samalla luotiin mahdollisimman avoin ilmapiiri keskustelulle.

Haastatteluihin osallistuneet hoitajat kutsuttiin osastonhoitajille lähetetyn sähköpostikutsun kautta ja opinnäytetyön tekijöillä oli oletus, että haastateltaviksi valikoitui siten henkilöitä, joilla oli kiinnostusta aiheeseen ja kokemusperäistä kerrottavaa sekä sen myötä jonkinlainen motivaatio osallistua tutkimukseen. Opinnäytetyön tekijät pohtivat, olisiko tuloksiin vaikuttanut, jos haastateltavat olisi valikoitu satunnaisesti. On mahdollista, että tällöin aineisto olisi jäänyt joko suppeammaksi tai sisällöltään muutoin erilaiseksi. Kylmän ja Juvakan (2007) mukaan laadulliseen tutkimukseen osallistuvien henkilöiden valintakriteereissä korostuvat kokemukset tutkittavasta ilmiöstä sekä kyky ja halukkuus keskustella aiheesta haastattelutilanteessa. Koska päätös osallistumisesta on tehty jo aiemmin, ovat osallistujat usein halukkaita kertomaan kokemuksistaan haastattelutilanteessa. Tutkimuksen tekijän onnistuessa luomaan tarpeeksi luottamuksellisen ja turvallisen ilmapiirin, on teemahaastattelulla hyvät edellytykset onnistua. (Kylmä & Juvakka 2007, 80.)

Tieteellisessä tutkimuksessa pyritään tuottamaan mahdollisimman luotettavaa tietoa ilmiöstä, jota ollaan tutkimassa. Tutkimustoiminnan, tieteellisen tiedon ja sen hyödyntämisen kannalta on välttämätöntä arvioida tutkimuksen luotettavuutta. Laadullisen tutkimuksen arviointiin käytettyjä yleisiä luotettavuuskriteereitä ovat uskottavuus, vahvistettavuus ja refleksiivisyys. Nämä kriteerit muodostavat synteessin eri tutkijoiden näkemyksistä. (Kylmä & Juvakka 2007, 127.) Tässä opinnäytetyössä hoitajien henkilökohtaisista näkemyksistä ja kokemuksista kertyi rikas ja melko laaja aineisto. Opinnäytetyön tekijät pohtivat, että täysin toiset haastateltavat olisivat voineet tuoda vielä erilaisia näkökulmia aiheeseen. Aineistoa pidettiin kuitenkin luotettavana, koska kolmessa eri ryhmähaastattelussa toistuivat tietyt ilmiöt ja niiden yhtenäisiä mielipiteitä jakanut pohdinta. Kylmän ja Juvakan (2007) mukaan tutkimustulosten uskottavuutta (credibility) lisää se, että

tutkijat ovat riittävän pitkän aikaa tekemisissä tutkittavan ilmiön kanssa ja tutkimukseen osallistujien näkökulman ymmärtämiselle annetaan tarpeeksi aikaa. Pääpainona laadullisessa tutkimuksessa on kiinnostus tutkimukseen osallistujan näkökulmaan tutkittavasta aiheesta. (Kylmä & Juvakka 2007, 128.)

Opinnäytetyöprosessissa tekijät pitivät koko ajan tutkimuspäiväkirjaa laittaen ylös aiheen keskeisiä punaisia lankoja. Opinnäytetyön tekijät myös tapasivat säännöllisesti keskustellen keskenään tutkimuksen sisällöstä ja etenemisestä mahdollistaen näin kokonaisuuden hahmottamisen sekä perusteltujen valintojen tekemisen työn edetessä. Ohjausta hyödynnettiin prosessin eri vaiheissa tarpeen vaatiessa. Kylmän ja Juvakan (2007) mukaan laadullisessa terveystutkimuksessa tutkimuspäiväkirjan merkitys korostuu, sillä usein laadullista tutkimusta ohjaa avoin suunnitelma, jota tarkennetaan tutkimusprosessin aikana (Kylmä & Juvakka 2007, 129).

Laadullisessa tutkimuksessa vahvistettavuus on osittain ongelmallinen kriteeri. Aineisto voidaan tulkita eri tutkijoiden kesken eri tavoin, koska todellisuuksia on monia ja se on laadullisessa tutkimuksessa sallittua. Kyseessä ei silti ole luotettavuusongelma, koska erilaiset tulkinnat tutkittavasta aiheesta lisäävät ymmärrystä ilmiöstä. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Opinnäytetyössä tekijöiden henkilökohtaista ymmärrystä aiheesta ja aineistosta peilattiin säännöllisesti toisiinsa, jolloin näkökulma laajeni sekä virhetulkintojen tekemisen riski pieneni. Aineistoa luettiin ja pyrittiin sisäistämään usein ja huomattiin sen lisäävän tekijöiden yhteistä ymmärrystä tutkimuskohteesta. Raportointivaiheessa palattiin toistuvasti alkuperäiseen aineistoon tarkistaen, mitä haastateltavat kulloisestakin asiasta todella kertoivat. Alkuperäisilmauksia otettiin tarkasti harkiten mukaan tuloksiin tulkintavirheiden riskin pienentämiseksi.

Tutkimustulosten luotettavuus ja pätevyys vaihtelevat vaikka tutkimuksessa pyritään välttämään virheiden syntymistä. Tutkimuksen pätevyydellä (validius) tarkoitetaan tutkimusmenetelmän kykyä mitata täsmälleen sitä, mitä on tarkoituskin mitata. Pätevyys ymmärretään kuvauksen ja siihen liitettyjen selitysten ja tulkintojen yhteensopivuutena. (Hirsjärvi ym. 2009, 216–217.) Opinnäytetyöhön valittiin metodiksi laadullinen tutkimusmenetelmä sen joustavuuden vuoksi ja koska haluttiin tutkia nimenomaan haastateltavien kokemuksia. Analyysivaiheessa huomattiin

aineistosta nousevan alkuperäisiin tutkimuskysymyksiin nähden laajempaa, mutta tutkijoiden näkemyksen mukaan tärkeää tietoa tutkimustehtäviin vastaten. Tässä vaiheessa opinnäytetyön tutkimustehtäviä muokattiin niitä hieman laajentaen, pyrkien kuitenkin pitämään tutkittavat asiat ytimekkäinä ja selkeinä. Vilkan (2015) mukaan tutkimusta voidaan pitää pätevänä, kun teoreettiset ja operatiiviset määritelmät ovat yhteneväisiä (Vilka 2015, 194).

Kiinnostus hoitajien traumatietoisuudesta ja sen vaikutuksesta potilaiden hoitamiseen oli lähtökohtana opinnäytetyön tekemiseen. Ennakkokäsitys hoitajien traumatietoisuuden kehittämisen tarpeesta tiedostettiin ja pyrittiin välttämään sen vaikutusta tutkimuksen tekemiseen. Tässä apuna oli opinnäytetyön tekijöiden jatkuva keskinäinen vuoropuhelu sekä omien ennakkoluulojen kyseenalaistaminen. Kylmä & Juvakka (2007) kuvaavat tutkimuksen refleksiivisyyttä siten, että tutkijan tulee olla tietoinen omista lähtökohdistaan tehdessään tutkimusta. Hänen tulee arvioida oma vaikutuksensa aineistoon ja tutkimuksen tekoon. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Holloway & Galvin (2017) määrittelevät refleksiivisyyden niin, että se on kriittinen arvio siitä, mitä laadullisessa tutkimuksessa on ajateltu ja tehty (Holloway & Galvin 2017, 9).

Tutkijan on oltava vapaa ennakkoluuloistaan, vaikka hän ei voikaan välttyä tietynlaisilta aavistuksilta aineistosta löytyviä asioita kohtaan, varsinkin tuntiessaan myös teorian tuoman tiedon tutkimastaan aiheesta. Voidakseen tutkia paremmin osallistujien maailmaa, tutkijoiden ei pidä ottaa tätä maailmaa itsestäänselvytenä, vaan heidän tulee kyseenalaistaa omat oletuksensa ja toimia kuin tarkkailijoina tutkimusympäristössä tehden tutusta outoa. Laadullinen lähestymistapa edellyttää ”empaattista ymmärrystä”, toisin sanoen tutkijoiden on yritettävä tutkia tilanteita ja tapahtumia tutkittavien eli aiheen suhteen sosiaalisten toimijoiden näkökulmasta antamatta omansa vaikuttaa tulkintaan. (Holloway & Galvin 2017, 4–5.)

Tutkijan ollessa itse eräänlainen aineistonkeruun väline, tapahtuu tutkimusprosessin aikana luonnollista omien näkemysten ja tulkintojen kehittymistä. Aineistonkeruun osalta tätä vaihtelua ei voida pitää puutteena, vaan se on luontainen tutkimuksen kehitysprosessiin liittyvä elementti. (Kiviniemi 2011, 84.) Opinnäytetyössä kuvattiin tekijöiden henkilökohtainen ammatillinen kiinnostus aiheeseen ja

jo ideointivaiheessa otettiin huomioon riski, että aiheen ollessa tekijöille liian läheinen, voisi syntyä mahdollisia ennakkokäsityksiä, jotka vaikuttavat haitallisesti haastattelutilanteeseen, aineiston analyysiin sekä tulkintaan. Myös tekijöiden ennakoasenteet tutkittavan aiheen nykytilasta asettivat haasteen ajattelun avoimuudelle. Ennakoajatukset käsiteltiin keskustellen tarkasti ja pyrittiin saamaan tekijöiden mieli mahdollisimman avoimeksi ja uteliaaksi edellä mainittua riskiä pienentäen. Opinnäytetyön tekijät arvioivat, että tässä onnistuttiin hyvin eikä ennakkokäsitysten annettu vaikuttaa lopputulokseen. Opinnäytetyö koettiin tekijöiden ymmärrystä ja oppimista laajentavana prosessina ja tutkimusaineistosta nousevien omien tulkintojen kriittinen ja yhteinen arviointi ohjasi työn etenemistä luottavuutta lisäten.

7.3 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tuloksia tarkasteltiin suhteessa aiempaan tutkittuun tietoon. Kokemuksellista tietoa hoitajien traumatietoisuudesta on tutkittu vain vähän varsinkin Suomessa. Tuloksia tarkasteltiin tutkimustehtävittäin suhteessa aiempaan tutkittuun tietoon.

7.3.1 Potilaan traumataustan ilmeneminen sairaalahoidon aikana

Opinnäytetyön tulosten mukaan potilaan traumatausta tulee ilmi potilaan monimuotoisina oireina. Traumataustainen potilas voi olla pelokas ja käyttäytyä itsetuhoisesti tai dissosiativisesti ja hänen voi olla vaikea luottaa hoitajaan. Myös psykoottisuuden taustalta löytyy tulosten mukaan usein traumaattisia kokemuksia. Readin ym. (2005) mukaan psykoosioireilla, erityisesti äänien kuulemisella on merkittävä yhteys lapsuudessa koettujen traumaattisten kokemusten kanssa Read ym. 2005). Itsetuhoisuus voi olla traumatisoituneelle yritystä selvitä traumasta. Dissosiaatio on selviytymiskeino sietämättömässä tilanteessa, jossa ajatusten, tunteiden ja muistojen integraatio on häiriintynyt. (Suokas-Cunliffe 2003, 111–113.) Uotisen (2015) mukaan potilailla, jotka ovat vakavasti traumatisoituneita, esiintyy usein eriasteista itsetuhoista ja itseä vahingoittavaa käytöstä. Itse-

tuhoisen toiminnan taustalla on monesti liian raastavia ja intensiivisiä kokemuksia, kuten toivottomuutta ja avuttomuutta, paniikkia, sekä yksinäisyyden ja yhteydetttömyyden tunteita. Trauman kokenut voi itsetuhoisilla teoilla tavoitella tunteidensa säätelyä ja itsensä rauhoittamista. (Uotinen 2015, 127–128.)

Opinnäytetyön tulosten mukaan traumatisoituneet potilaat reagoivat usein myös kehollaan. Haastateltavat kertoivat, että joskus potilas voi olla kehoonsa käpertyneenä ja hän osaa kertoa vain fyysisistä oireistaan ja kivuistaan. Tämä voi Odgenin ym. (2009) mukaan johtua traumatisoituneen ylivireystilasta, jossa aistiko-kemusten emotionaaliset ja keholliset osatekijät ovat pirstaloituneet. Potilaat eivät useinkaan tunnista, että nämä keholliset reaktiot, kuten erilaiset kehoaistimukset, kuvat, hajuaistimukset, fyysinen kipu, kokoon vetäytyminen, turtuneisuuden tunne sekä kyvyttömyys säädellä omaa vireystilaansa, ovat koetun trauman jälkivaikutuksia. (Odgen ym. 2009, 3.) Van der Kolkin (2015) mukaan traumatisoituneilla lapsilla ja aikuisilla esiintyykin hyvin usein myös somaattisia oireita, kuten ruoansulatushäiriöitä, migreeniä tai kroonista väsymystä ilman, että näille oireille löytyy selvää fyysistä aiheuttajaa (Van der Kolk 2015, 123).

Potilaan taustatietojen sekä psykologin tutkimusten hyödyntäminen osoittautuivat opinnäytetyön tuloksissa tärkeäksi tekijäksi, kun potilaan mahdollista traumausta selvitetään. Hoitajat kokivat, että potilaat myös itse kertovat traumaattisista kokemuksistaan joko omahoitajakeskusteluissa tai hoidollisissa ryhmissä. Uotisen (2015) mukaan sairaalahoidossa potilasta voivat arvioida osaston kaikki työryhmän jäsenet. On tärkeää kiinnittää huomiota siihen, miten potilas asioistaan ja ongelmistaan kertoo. Hoitajan on olennaista saada tietoa potilaan elämänhistoriasta, kehitysvaiheista, tärkeistä elämäntapahtumista, menetyksistä, perheestä sekä sukupolvesta toiseen siirtyneistä traumakokemuksista. (Uotinen 2015, 121–122.)

7.3.2 Hoitajien tiedot ja taidot traumoja kokeneen potilaan hoidossa

Tulosten mukaan hoitajilla on monenlaisia puutteita traumatietoisuudessaan. Kuvattiin keinottomuutta tunnistaa ja hoitaa traumataustaista potilasta eikä tiedetä,

kuinka paljon traumapotilaalta kannattaa aiheesta kysyä, jotta tämän vointi ei sen vuoksi heikkene. Readin ym. (2005) tutkimuksen mukaan monet psykologiset ja biologiset mekanismit trauman seurauksena lisäävät psykoosiriskiä ja niihin tulisi kiinnittää psykiatrisessa hoitotyössä erityistä huomiota. Kliinisesti oleellista on hoitohenkilökunnan taito ja halu kysyä säännöllisesti lapsuuden traumasta yrittäessään ymmärtää ja auttaa psykoottisiksi tai skitsofreenisiksi diagnosoituja ihmisiä. (Read ym. 2005.) Traumaattisten asioiden puheeksi otto potilaan kanssa koetaan vaikeaksi. Kokemuksissa nousi esiin hoitajien ajoittaista asenteellisuutta, joka heikentää traumoja kokeneen potilaan hoidon laatua. Read ym. (2005) mukaan mielenterveyspalveluissa traumasta puhuminen potilaan kanssa on usein riittämätöntä tiedon puutteen tai hoitohenkilökunnan omien vahvojen etiologisten uskomusten vuoksi. Tämä trauman sivuuttaminen johtaa heikompään hoidon laatuun ja jatkuvuuteen. (Read ym. 2005.)

Opinnäytetyön tuloksista nousi esiin hoitajien epätietoisuus, kuinka voisi parhaiten auttaa trauman vuoksi oireilevaa potilasta. Esiin nostettiin kysymys, onko hyödyllistä antaa potilaalle lääkettä vai auttaisivatko muut keinot paremmin. Read ym. (2005) tuovat esiin tutkimustuloksiin perustuvan mahdollisuuden, että psykologiset lähestymistavat ovat tehokkaampia kuin lääkitys psykoottisille ihmisille, jotka kärsivät lapsuuden traumasta (Read ym. 2005).

Tulosten mukaan useimmilta hoitajilta puuttuu psyykkisen trauman hoitoon kuuluva koulutus. Nähdään moniulotteinen osaamisen laajentamisen tarve, johon kuuluvat koulutukset, osastotunnit ja osastoille ehdotettiin laadittavaksi traumapotilaan hoitomalli, jota voisi käytännön työssä hyödyntää. Koulutuksilta toivottiin käytännönläheisyyttä, konkreettisuutta ja niiden osalta kaivattiin sekä lyhyitä että pidempiä koulutuksia. Ei ollut johdonmukaisesti tietoa, mistä koulutuksia löytäisi ja oma aktiivisuus sekä kiinnostus traumoja kohtaan koettiin oleelliseksi tekijäksi kyseisiin koulutuksiin hakeutumisen suhteen. Korostettiin, että erityisesti dissosiaatiosta olisi hyvä saada enemmän perustietoa oman ja työryhmän ammattitaidon kehittymisen kannalta. Myös Readin ym. (2005) tutkimuksessa nostetaan esiin hoitohenkilöstön koulutuksen tarpeita, joilla parannetaan traumapotilaan hoitoa. Näitä ovat muun muassa osaamisen lisääminen hyväksikäytöstä kysymiseen, sopivien psykososiaalisten hoitojen arviointiin ja tarjoamiseen sekä trau-

matisoitumisen ennaltaehkäisyyn liittyviin seikkoihin. Potilaat eivät todennäköisesti itse tuo kaltoinkohtelukokemuksiaan, erityisesti hyväksikäyttöä esiin, siksi hoitavalla taholla on velvollisuus niistä kysyä. (Read ym. 2005.)

Uotinen (2015) kirjoittaa, että trauman ja traumatisoituneen potilaan tunnistaminen on haasteellista perusterveydenhuollossa, mutta myös erikoissairaanhoidossa. Haastetta lisää traumakokemusten naamioituminen monenlaisen psykisen ja fyysisen monikerroksisen oirehdinnan alle. (Uotinen 2015, 120.) Opin­näytetyön tulosten mukaan traumatietoisuudessa koettiin vahvuuksina hoitotilan­teet, joissa potilaan traumatausta tunnistettiin, tiedostettiin ja osattiin rajata ajan­kohdallisesti sekä sisällöllisesti potilaan kanssa traumojen käsittelyä. Hyödylli­siksi koettiin aiemmista koulutuksista mieleen jääneet auttamiskeinot, joita voitiin traumapotilaan hoidossa ottaa käyttöön. Koettiin, että osataan hyödyntää esimer­kiksi rauhallista läsnäoloa potilaan voinnin vakauttamiseksi. Butlerin ym. (2011) kuvauksen mukaan traumatietoisuudella tarkoitetaan ymmärrystä potilaiden trau­maattisia kokemuksia sekä niiden mielenterveydellisiä seurauksia kohtaan ja tämä hoitajien traumatietoisuus on tärkeää, jotta osataan hoitaa potilasta asian­mukaisesti ja estää potilaiden uudelleen traumatisoituminen. (Butler ym. 2011.) Traumatietoinen hoito on monipuolinen lähestymistapa siihen, kuinka traumat nähdään organisaatioissa ja miten ne otetaan hoidossa huomioon. Traumatietoi­nen järjestelmä ymmärtää trauman merkityksen ja sen erilaiset toipumispolut (Oral ym. 2016).

7.3.3 Potilaan traumataustan huomioiminen sairaalahoidon aikana

Opinnäytetyön tuloksissa korostui omahoitajatyöskentelyn tärkeys potilaan trau­mataustan huomioimisessa. Luottamuksellisen hoitosuhteen luominen sekä psy­koedukaatio koettiin tärkeänä. Myös Uotisen (2015) mukaan työntekijällä tulee olla ymmärrystä ja tietoa traumatisoitumisen vaikutuksista, ilmenemismuodoista ja dissosiativisista oireista voidakseen kertoa niistä potilaalle uskottavalla tavalla. (Uotinen 2015, 136.) Opin­näytetyön tulosten mukaan osastoilla käytetään trau­mataustaisen potilaan hoidossa erilaisia vakauttavia hoitokeinoja. Suokas-Cun­liffen (2003) mukaan on tärkeää että, kun hoitajalle arvioinnin jälkeen selviää, että

traumatisoitunut dissosioi voimakkaasti, tämä tieto jaetaan potilaan kanssa. Yksilön vakauttaminen nykyhetkeen ei tarkoita vielä dissosiaation käsittelyä, vaan pääpaino on siinä, että potilas oppii tulemaan takaisin nykyhetkeen ja ymmärtämään mitä itsessä tapahtuu niin, että hän vähitellen hallitsee omia efektejään ja traumatakautumiaan suuntautumalla tämän hetken todellisuuteen. (Suokas-Cunliffe 2003, 123.)

Tuloksista nousi esiin hoitajien kokemus, että traumatisoitunutta potilasta auttaa, kun hänen kanssaan tehdään hoitosuunnitelma, johon kirjataan konkreettisia keinoja tilanteisiin, joissa potilaan vointi trauman vuoksi huononee. Uotinen (2015) vahvistaa tätä ajatusta kirjoittamalla, että hoitosuunnitelman laatiminen yhdessä traumatisoituneen potilaan kanssa on välttämätöntä ja siihen tulee kirjata lähitulevaisuuden tavoitteet, mahdolliset rajoitukset, säännöt, yhteydenottomahdollisuudet sekä kriisisuunnitelma. Hoitosuunnitelmaa tehtäessä on tärkeää arvioida potilaalla käytössä olevat voimavarat ja pyrkiä vahvistamaan niitä hoidon aikana. (Uotinen 2015, 130.)

Posttraumaattista stressihäiriötä (PTSD) voidaan tunnistaa myös erilaisilla itseilmoitettujen traumaoireiden esiintymiseen perustuvilla lyhyillä seulontamenetelmillä (Mielenterveystalo.fi). Psykiatrian hoito-ohjelman (Tays 2016) mukaan selvittelyssä on suositeltavaa käyttää apuna erilaisia traumamittareita, kuten DES, SDQ-20, TAQ ja DDIS, jotka antavat laadullista, ei niinkään pistemääräistä tietoa. Kun traumataustaa epäillään, kannattaa kertyvien tietojen lisäksi kiinnittää huomiota psykoosioireiden luonteeseen ja sisältöön. Potilasta pitää osata kuunnella tarkkaan ja lukea rivien välistä. (Tays 2016.) Haravuoren ja Laukkalan (2020) mukaan itseilmoitettujen traumaoireiden esiintymiseen perustuvat seulontamenetelmät voivat olla hyödyllisiä traumojen tunnistamisessa. Tutkimusten mukaan seulontamenetelmien keskimääräinen diagnostinen tehokkuus on 86,5 %. Tämä vastaa diagnostisten haastattelumenetelmien tehokkuutta. (Haravuori & Laukkala 2020.) Kuitenkaan tutkittua tietoa traumamittareiden käytön yleisyydestä ei löydy. Opinnäytetyön tuloksista ilmeni, että trauman kartoituksessa käytetään jonkin verran erilaisia mittareita, mutta ei kovin systemaattisesti. Mittareiden käytämissä sekä niiden hyödynnettävyydessä oli vielä kehitettävää. Myös yleisesti potilaan traumataustan huomioimisessa nähtiin puutteita.

Tulosten mukaan sairaalahoidon aikana arvioidaan trauman käsittelyn oikea-aikaisuutta sekä sitä, kuinka syvällisesti niitä olisi tarpeellista käsitellä, mikäli niistä päästään puhumaan. Tunnistetaan, ettei ole hyödyllistä puhua traumaista, jos potilas on kovin psykoottinen tai muutoin voi psyykkisesti huonosti. Monelle hoitajalle oli varsinkin työuran alussa painotettu, että traumaista ei saa sairaalahoidossa puhua. Yhtenäinen kokemus kuitenkin oli, että niistä voi nykyään potilaan ehdoilla puhua ja sairaalaympäristö koettiin turvallisenä, vaikka potilaan vointi keskustelun myötä hetkellisesti huononisi. Ymmärrettiin traumapotilaan hoidon jatkuvuuden tärkeys ja pidettiin oleellisena, että traumahoitoa suunnitellaan sairaalahoitoa pidemmälle ja tietoa trauma-asioista viedään avohoitoon. Sweeney (2016) toteaa, että traumainformoidussa mielenterveystyössä ei kuulu pelätä traumasta kysymistä, mutta se tulee tehdä kunnioittavasti, välttäen potilaan uudelleentraumatisoimista ja potilaan ehdoilla kertoen etukäteen olevansa kysymässä asiasta ja että kysymyksiin voi halutessaan olla vastaamatta (Sweeney 2016). Uotisen (2015) mukaan hoidossa on tärkeää arvioida jatkuvasti, mistä potilas suoriutuu, mitä hän kykenee tekemään, mitkä tekijät vaativat häneltä liikaa ja mitkä kuluttavat tai lisäävät hänen voimavarojaan. Riippuen voinnista ja tilanteesta, potilaan psyykkisen ja fyysisen energia voi vaihdella suurestikin. (Uotinen 2015, 129.)

Opinnäytetyön tulosten mukaan hoitajat kokevat, että sairaalassa voidaan aloittaa traumaista keskustelu ja he voivat kannustaa potilasta puhumaan myöhemmin kokemuksistaan jollekin. Tässä traumahoidon ensimmäisessä, eli vakauttamisvaiheessa Suokas-Cunliffen (2015) mukaan autetaan potilasta pysymään enemmän nykyhetkessä erottamalla nykyhetkeen ja traumatapahtumaan liittyvät kokemukset toisistaan. (Suokas-Cunliffe 2015, 21). Read ym. (2005) tuo esiin, että kaikki eivät tarvitse tai halua psykoterapiaa. Joillekin pelkästään yhteyden luomisella elämänhistorian ja aiemmin ymmärtämättömien traumaoireiden välille voi olla merkittävä terapeutin vaikutus (Read ym. 2005).

7.4 Jatkotutkimusehdotukset

Hoitajien kokemuksellista tietoa traumatietoisuudesta on tutkittu varsinkin Suomessa vain vähän, vaikka useissa tutkimuksissa traumatietoisuus on todettu tärkeäksi ja hyödylliseksi psykiatrisessa hoitotyössä. Myös opinnäytetyön tulosten mukaan koettiin, että traumatietoisuutta pitäisi lisätä ja kehittää. Tämän opinnäytetyön koulutus- ja kehittämisehdotusten vaikuttavuutta tulisi tutkia myöhemmin tulevaisuudessa. Traumatietoisuutta olisi hyödyllistä tutkia myös psykiatrian eri toimintaympäristöissä.

Tulosten mukaan hoitajat kokevat hyödylliseksi selvittää minkälaista koulutusta hoitajat ovat traumatietoisuuteen saaneet ja minkälaiselle koulutukselle tulevaisuudessa olisi tarve. Jatkotutkimusehdotuksena on selvittää miten hoitajien traumatietoisuus ja heidän saamansa koulutukset vaikuttavat käytännössä traumataustaisen potilaan hoitoon eli käytetäänkö ja hyödynnetäänkö hoitajien saamaa koulutusta ja osaamista.

Opinnäytetyön tuloksissa tuli esiin traumamittareiden vähäinen käyttö. Hoitajien kokemusten mukaan mittareita ei käytetä systemaattisesti eikä niitä hyödynnetä riittävästi. Tulosten mukaan hoitajilla ei ole tarpeeksi tietoa traumojen eri seulontamenetelmistä. Eri seulontamenetelmien käyttöä ja niiden hyödynnettävyyttä ei ole juurikaan tutkittu ja sitä tulisikin jatkossa tutkia lisää.

Myös potilaiden näkökulmasta tutkittua tietoa traumatietoisesta hoidosta tarvitaan tulevaisuudessa lisää traumataustaisen potilaan hoidon laadun parantamiseksi. Hoitajien kokemusten mukaan traumataustaisilla potilailla on tarve puhua kokemuksistaan. Olisikin hyödyllistä jatkossa tutkia potilaiden näkemyksiä tarvitsemastaan avusta traumojen hoidossa.

LÄHTEET

Ahlström, N. 2015. Kiintymyssuhteen merkitys trauman siirtymisessä yli sukupolvien. Teoksessa Suokas-Cunliffe, A. (toim.) Häpeästä myötätuntoon. Näkökulmia vakavaan traumatisoitumiseen. Helsinki: Traumaterapiakeskus ry. 184–198.

Andrew, EM., Harmaa, NS. & Snowden, RJ. 2008. The relationship between trauma and beliefs about hearing voices: a study of psychiatric and non-psychiatric voice hearers. *Psychological Medicine* 38 (10), 1409–17.

Butler, LD., Critelli, FM., & Rinfrette, ES. 2011. Trauma-Informed Care and Mental Health. *Directions of Psychiatry*. 31, 197–210.

Cyrulnik, B. 2009. Resilience: How your inner strength can set you free from the past. Penguin UK.

Ellilä, A. 2015. Trauma, psykoosi ja dissosiaatio. Trauman, dissosiaation ja psykoosin käsitteiden historiasta ja nykyisyydestä. Teoksessa Suokas-Cunliffe, A. (toim.) Häpeästä myötätuntoon. Näkökulmia vakavaan traumatisoitumiseen. Helsinki: Traumaterapiakeskus ry. 99–117.

Eskola, J. & Suoranta, J. 2014. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 7. painos. Tampere: Kustannusosakeyhtiö Vastapaino.

Haravuori, H. & Laukkala, T. 2020. Seulonta PTSD:n tunnistamisessa. Käypä hoito. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 29.9.2021. <https://kaypa-hoito.fi/nak06909>

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Holloway, I. & Galvin, K. 2017. *Qualitative Research in Nursing and Healthcare*. 4. painos. Wiley-Blackwell. Luettu 23.7.2021. <https://ebookcentral.proquest.com/lib/tampere/reader.action?docID=4622920>

Hurskainen, J. 2019. Lastensuojelun keskusliitto. Lapsuudenaikaiset haitalliset kokemukset vaikuttavat terveyteen läpi elämän. Julkaistu 10.10.2019. Luettu 20.11.2020. <https://www.lskl.fi/verkkouutiset/lapsuudenaikaiset-haitalliset-kokemukset-vaikuttavat-terveyteen-lapi-elaman/>

Hyvärinen, M., Nikander, P. & Ruusuvoori, J. 2017. Tutkimushaastattelun käsikirja. 1. painos. Tampere: Kustannusosakeyhtiö Vastapaino.

Isobel, S. & Edwards, C. 2016. Using trauma informed care as a nursing model of care in an acute inpatient mental health unit: A practice development process. *International Journal of Mental Health Nursing*. 26, 88–94.

Joutsenniemi, K. & Lipponen, K. 2015. Resilienssi ja posttraumaattinen kasvu. *Suomen lääkirlehti*. 39, 2515–2519. Luettu 21.8.2021. https://www.lti.fi/wp-content/uploads/2016/04/Resilienssi_ja_posttraumaattinen_kasvu-2.pdf

- Kananen, J. 2017. Laadullinen tutkimus pro graduna ja opinnäytetyönä. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja-sarja.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kiesäppä, T. & Oksanen, J. 2013. Psykoedukaatio psykoosien hoidossa ja kuntoutuksessa. Duodecim 129, 2133–9.
- Kilkku, N. 2008. Potilasopetus ensipsykoosipotilaan hoidossa. Substantiivinen teoria luottamuksen uudelleen rakentumisesta. Tampereen yliopisto. Annales Universitatis Tamperensis. Väitöskirja.
- Kiviniemi, K. 2018. Laadullinen tutkimus prosessina. Teoksessa Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. 5. uud. painos. Jyväskylä: PS-kustannus. 93–112.
- Kuvajainen, M. & Linner Matikka, J. 2019. ACE-tutkimukset ja traumainformoitu työ. LAMK Pro. Luettu 20.11.2020. <http://www.lamkpub.fi/2019/11/05ace-tutkimukset-jatraumainformoitu-tyo/>
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Laine, T. 2008. Miten kokemusta voidaan tutkia? Fenomenologinen näkökulma. Teoksessa Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. 5. uud. painos. Jyväskylä: PS-kustannus. 33–61.
- Michelicova, M., Brown, M. & Schuman, V. 2017. Trauma-Informed Care for Individuals with Serious Mental Illness: An Avenue for Community Psychology's Involvement in Community Mental Health. American Journal of Community Psychology. 61, 141–152.
- Mielenterveystalo.fi. n.d. Mittarit. Luettu 18.12.2020. <http://www.ammattilaiset.mielenterveystalo.fi/tyokalut/mittaripankki/Sivut/etusivu.aspx>
- MIELI Suomen mielenterveys ry. n.d. Mitä on resilienssi? Luettu 15.12.2020. <https://mieli.fi/fi/mielenterveys/vaikeat-el%C3%A4m%C3%A4ntilanteet/sairastuminen-voi-olla-kriisi/mit%C3%A4-resilienssi>
- Morrison, AP., Frame, L. & Larkin, W. 2003. Relationships between trauma and psychosis: a review and integration. British Journal of Clinical Psychology 42 (4), 331–353.
- Muskett, C. 2013. Trauma-informed care in inpatient mental health settings: a review of the literature. International Journal of Mental Health Nursing 23, 51–59.
- Ogden, P., Minton, K. & Pain, C. Trauma ja keho. Sensomotorinen psykoterapia. 1. painos. Helsinki: Traumaterapiakeskus

Oral, R., Ramirez, M., Cooney, C., Nakada, S., Walz, A., Kuntz, A., Benoit, J. & Peek-Asa C. 2016. Adverse childhood experiences and trauma informed care: the future of health care. *Pediatric Research* 79, 227–233.

Palosaari, E. 2008. *Lupa särkyä*. 2. painos. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Punkanen, M. 2015. Kehomenetelmien käyttö traumahoidon vakauttamisvaiheessa. Teoksessa Suokas-Cunliffe, A. (toim.) *Häpeästä myötätuntoon. Näkökulmia vakavaan traumatisoitumiseen*. Helsinki: Traumaterapiakeskus ry. 163–183.

Puusa, A. 2020. Haastattelutyypit ja niiden metodiset ominaisuudet. Teoksessa Puusa, A. & Juuti, P. (toim.) *Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät*. Tallinna: Gaudeamus Oy. 103–117.

Read, J., Van os, J., Morrison AP. & Ross, CA. 2005. Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 112 (5), 330–350.

Rissanen, P. 2007. *Skitsofreniasta kuntoutuminen*. Mielenterveyden keskusliitto.

Ronkainen, S., Pehkonen, L., Lindblom-Ylänne, S. & Paavilainen, E. 2014. *Tutkimuksen voimasanat*. 1.–3. painos. Helsinki: Sanoma.

Saari, S. 2001. *Kuin salama kirkaalta taivaalta*. Keuruu: Otava.

Salokangas, R., Luutonen, S., von Reventlow H.G., Petterson, P., Huttunen, J., Nieminen, M., Laine, T. & Karlsson, H. 2006. Lapsuuden traumaattiset kokemukset ennakoivat aikuisiän vakavaa psyykkistä oireilua. *Suomen lääkirlehti* 17, 1835–1842.

Salokangas, R. 2020. Childhood adversities and mental ill health: Studies on associations between reported childhood adverse and trauma experiences and adult perceived attitudes of others, mental disorders and suicidality. Turun yliopisto. *Annales Universitatis Turkuensis*. Väitöskirja.

SAMHSA. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. 2014. SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach. Luettu 22.8.2021. https://ncsacw.samhsa.gov/userfiles/files/SAMHSA_Trauma.pdf

Sarvela K. 2020. Traumainformoidun hoivan taustaa. Teoksessa Sarvela, K. & Auvinen E. (toim.) *Yhteinen kieli. Traumatietoisuutta ihmisten kohtaamiseen*. Helsinki: Basam Books Oy. 13–31.

Sarvela K. 2020. Hyviä tapoja omaksumassa -malleja maailmalta. Teoksessa Sarvela, K. & Auvinen E. (toim.) *Yhteinen kieli. Traumatietoisuutta ihmisten kohtaamiseen*. Helsinki: Basam Books Oy. 32–63.

Schubert, C. 2007. *Monikulttuurisuus mielenterveystyössä*. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Schulman, G. 2006. Aiheutuvatko psykoosit sittenkin useammin lapsuuden traumoista kuin geneeistä? *Psykoterapia*. 25 (2), 83–97.

Schäfer, I., Ross, CA. & Read, J. 2011. Childhood trauma in psychotic and dissociative disorders. Teoksessa Moscowitz, A., Schäfer, I. & Dorahy, J. (toim.) *Psychosis, Trauma and Dissociation: Emerging Perspectives on Severe Psychopathology*. Wiley -Blackwell. 137–150.

Shevlin, M., Houston JE., Dorahy, MJ. & Adamson, G. 2008. Cumulative traumas and psychosis: An Analysis of the national comorbidity and the British psychiatric morbidity survey. *Schizophrenia bulletin* 34 (1), 193–199.

Suokas-Cunliffe, A. 2003. Lapsuuden kompleksisen trauman jäljet aikuisuudessa. Matkalla eheäksi ja eläväksi. Traumaterapiakeskuksen loppuraportti 1999–2002.

Suokas-Cunliffe, A. 2015. Vakava varhainen traumatisoituminen ja persoonallisuuden rakenteellinen dissosiaatio. Teoksessa Suokas-Cunliffe, A. (toim.) *Häpeästä myötätuntoon. Näkökulmia vakavaan traumatisoitumiseen*. Helsinki: Traumaterapiakeskus ry. 15–22.

Sweeney, A., Clement, S., Filson, B. & Kennedy A. 2016. Trauma-informed mental healthcare in the UK: what is it and how can we further its development? *Mental Health Review Journal* 21 (3), 174–192.

Tays. 2020. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Luettu 20.10.2020. https://www.tays.fi/Toimipaikat/Tays_Pitkaniemi

Tays. 2016. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Psykiatrian hoito-ohjelmat. Luettu 20.7. 2021. https://www.tays.fi/fi-FI/Ohjeet/Psykiatrian_hoitoohjelmat/Psykoosit

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2019. Ihmistieteiden eettisen ennakoarvioinnin ohje. Luettu 20.7. 2021. <http://www.ten.fi/fi/ohjeet-ja-aineistot/ihmistieteiden-ennakoarvioinnin-ohje>

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2018. Lapsuusajan haitallisista kokemuksista kohti toiveikasta tulevaisuutta. Luettu 25.11.2020. <https://www.blogi.thl.fi>

Traumaperäinen stressihäiriö. Käypä hoito -suositus. 2020. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 27.9.2021. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50080#s5>

Traumaterapiakeskus n.d. Itsehoito. Luettu 9.9.2021. https://traumaterapiakeskus.com/files/ttkeskus.palvelee.fi/tiedostot/suokascunliffe_2.pdf

Traumaterapiakeskus 2018. Psykkinen trauma. Luettu 15.12.2020. <https://www.traumaterapiakeskus.com/18>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.

Uotinen, M. 2015. Vakavasti traumatisoituneen potilaan vakauttavan psykiatrisen hoidon erityispiirteitä. Teoksessa Suokas-Cunliffe, A. (toim.) Häpeästä myötätuntoon. Näkökulmia vakavaan traumatisoitumiseen. Helsinki: Traumaterapiakeskus ry. 118–140.

Van der Kolk, B. 2017. Jäljet kehossa. Trauman parantaminen aivojen, mielen ja kehon avulla. Helsinki: Viisas elämä.

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. uud. painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

LIITTEET

Liite 1. Teoreettisissa lähtökohdissa käytetyt tutkimukset

Tutkimuksen tekijät, vuosi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusmenetelmät	Tutkimuksen keskeiset tulokset
Andrew ym. 2008. Iso-Britannia. The relationship between trauma and beliefs about hearing voices: a study of psychiatric and non-psychiatric voice hearers. Psychological medicine.	Tutkia tapaa, jolla traumaattiset elämäntapahtumat vaikuttavat äänien kuulemiseen ja siihen liittyvään ahdistukseen.	Tieteellinen artikkeli.	Traumaattiset elämäntapahtumat voivat ainakin osittain selittää äänien kuulemistä. Tämänhetkisten traumaoireiden havaittiin ennustavan äänien kuulemistä. Traumalla on myös merkittävä yhteys ahdistuksen ja masennuksen synnyssä.
Isobel & Edwards 2017. Australia. Using trauma informed care as a nursing model of care in an acute inpatient mental health unit: A practice development process. International Journal of Mental Health Nursing.	Kuvata traumainformoidun hoitomallin kehittämisen prosessia, toteutusta ja niiden vaikutuksia hoitotyöntekijöille psykiatrisen sairaalan akuuttiosastolla.	Tapaustutkimus Kvalitatiivinen tutkimus	Sairaanhoidajat kuvasivat hoitomallissa tapahtuvia muutoksia sekä hyviksi että huonoiksi. Muutos oli hidasta. Traumainformoidun hoitomallin periaatteita ja arvoja voidaan soveltaa kaikkiin yksiköihin trauman tai haitallisten elämäkokemusten laadusta riippumatta, ja ne tarjoavat teoreettisen viitekehyksen tukemaan muita nykyisiä hoitomenetelmiä.
Morrison ym. 2003. Iso-Britannia. Relationships between trauma and psychosis: a review and integration. The British Journal of Clinical psychology.	Tarkastella tutkimusta ja teoreettista kirjallisuutta trauman ja psykoosin mahdollisista yhteyksistä.	Kirjallisuuskatsaus.	Merkittävä osa psykoottisista häiriöistä on trauman seurausta.
Muskett 2013. Australia. Trauma-informed care in inpatient mental health settings: a review of the literature. International Journal of Mental Health Nursing.	Tarkoituksena löytää ja kriittisesti arvioida käytännön esimerkkejä sisältävää kirjallisuutta traumatiivisesta hoidosta mielenterveyspotilaan akuuttivaiheen sairaalahoitossa.	Kirjallisuuskatsaus.	Paljon löytyi kirjallisuutta ja tutkimusta lapsuuden traumojen vaikutuksista yksilön myöhempään elämään. Vähäisesti löytyi empiiristä tutkimusta traumainformoidusta työstä psykiatrisessa sairaalahoitossa. Potilaan kokemuksina nousi esiin tarve tulla ymmärretyksi, arvostetuksi, traumatisoitumisesta tietoiseksi ja

			toiveikkaaksi toipumisen suhteen. Hoitohenkilöstöltä toivottiin ymmärrystä lapsuuden trauman yhteydestä aikuisuuden psykopatologiaan sekä tietoista ja voimaannuttavaa työtappaa yksilön ja tämän perheen kanssa työskennellessään.
Read ym. 2005. Uusi-Seelanti. Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. Acta Psychiatrica Scandinavica.	Tarkastella tutkimuksia lapsuusiän trauman yhteydestä psykoosiin ja skitsofreniaan sekä tarkastella sen teoreettisia ja kliinisiä seurauksia.	Kirjallisuuskatsaus.	Useat erilaiset psykologiset ja biologiset mekanismit lapsuusiän traumasta lisäävät riskiä sairastua psykoosiin. Kirjallisuuskatsauksen tulosten mukaan on tarve kouluttaa henkilöstöä kysymään hyväksikäytöstä ja tarjoamaan sopivia psykososiaalisia hoitoa potilaille, joita on väärinkäytetty ja laiminlyöty lapsena.
Schulman 2006. Suomi. Aiheuttavatko psykoosit sittenkin useammin lapsuuden traumoista kuin geenistä? Psykoterapia.	Selvittää, aiheuttavatko traumat, erityisesti lapsuuden traumat psykooseja.	Tieteellinen artikkeli.	Traumatausta syytekijänä kahdella kolmasosalla skitsofreniaryhmän psykooseista. Lasten traumatisoitumisen ennaltaehkäisyyn ja välittömään hoitamiseen tulee panostaa jo neuvoloissa, lasten sairaanhoitoyksiköissä, psykiatrisissa yksiköissä, päiväkodeissa ja kouluissa.
Salokangas ym. 2006. Suomi. Lapsuuden traumaattiset kokemukset ennakoivat aikuisiän vakavaa psykologista oireilua. Suomen lääkärilehti.	Selvittää kuinka paljon depressiivisesti, maanisesti ja psykoottisesti oireilevilla potilailla on lapsuuden aikaisia traumaattisia kokemuksia	Kvantitatiivinen tutkimus.	Aineistosta 44,1 % koki laiminlyöntiä perheen taholta, 19,6 % seksuaalista hyväksikäyttöä ja 22,7 % fyysistä väkivaltaa. Depressiiviset, maaniset ja psykoottiset oireet korreloivat merkittävästi traumaattisten muistojen kanssa.
Salokangas 2020. Suomi. Childhood adversities and mental ill health: Studies on associations between reported childhood adverse and trauma experiences and adult perceived attitudes of others, mental disorders and suicidality. Väitöskirja. Turun yliopisto.	Tutkia Suomessa lapsuuden kaltoinkohtelun ja trauman yhteyksiä koettuun muiden taholta tulevaan asennoitumiseen sekä kaltoinkohtelun ja trauman yhteyksiä itsetuhoisuuteen ja psykiatrisiin häiriöihin.	Kvantitatiivinen tutkimus.	Lapsuuden kaltoinkohtelu, traumakokemukset (KT) ja emotionaalinen laiminlyönti yhdistyivät ikuisiässä koettuun toisten ihmisten negatiiviseen asenteeseen. Kaikki KT:n komponentit yhdistyivät alkoholiongelmiiin. Emotionaalinen kaltoinkohtelu ja laiminlyönti sekä fyysinen kaltoinkohtelu yhdistyivät vahvimmin mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöihin.

			Psykiatriset häiriöt ja lapsuuden KT:n komponentit yhdistyivät itsemurhariskiin. Psykoosiriskipotilailla kaikki KT:n komponentit paitsi fyysinen laiminlyönti ennustivat itsetuhoisia ajatuksia.
Shevlin ym. 2008. Iso-Britannia. Cumulative traumas and psychosis: An Analysis of the national comorbidity and the British psychiatric morbidity survey. Schizophrenia bulletin.	Selvittää, onko olemassa asteittainen tai annosvaste-suhde koettujen traumojen kumulatiivisen määrän ja psykoosidiagnoosin todennäköisyyden välillä.	Kansallinen komorbiditeettitutkimus	Tulokset osoittivat selvästi, että useat traumaattiset kokemukset liittyivät lisääntyneeseen psykoosin todennäköisyyteen. Vaikka yksi traumatyyppi ei lisännyt merkittävästi psykoosin todennäköisyyttä, kahden tai useamman tyyppisen trauman kokeminen lisäsi merkittävästi psykoosin todennäköisyyttä
Sweeney ym. 2016. Iso-Britannia. Trauma-informed mental healthcare in the UK: what is it and how can we further its development? Mental Health Review Journal.	Kuvata ja selittää traumainformoituja lähestymistapoja mielenterveys-työssä. Todistaa trauman ja mielenterveyden välinen yhteys, selittää traumainformoidun työn periaatteet ja soveltaminen mielenterveystyöhön sekä tutkia sen vaikutuksia Iso-Britanniassa.	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus.	Löytyi vahvaa ja kasvavaa näyttöä trauman ja mielenterveyden välisestä yhteydestä. Paljon todisteita löytyi myös traumainformoidun työn tehokkuudesta ja hyödyistä sekä hoitohenkilöstölle että traumoja kokeneelle. Huomattiin, että vaikka traumainformoidut lähestymistavat leviävät syntymaastaan USA:sta muihin maihin, niin Iso-Britanniassa niillä ei vielä ollut saavutettu suurtakaan vaikutusta ja syitä tähän parhaillaan tutkitaan.

Liite 2. Ryhmähaastattelun teemat

1. Aikuispsykiatrian osastolla hoidossa olevan potilaan mahdollisen traumataustan ilmeneminen sairaalahoidon aikana
2. Hoitajien tiedot ja taidot traumoja kokeneen potilaan hoidossa
3. Potilaan mahdollisen traumataustan huomioiminen sairaalahoidon aikana

Liite 3. Tiedote opinnäytetyöstä

TIEDOTE OPINNÄYTETYÖSTÄ

Opinnäytetyö –Psykiatrian osastoilla työskentelevien sairaan- ja mielenterveyshoitajien traumatietoisuus

Pyydämme Teitä osallistumaan opinnäytetyöhön, jossa tutkitaan psykiatrisilla osastoilla työskentelevien hoitajien traumatietoisuutta. Opinnäytetyön aineisto kerätään ryhmähaastattelulla, johon toivomme Teidän osallistuvan saadaksemme kokemuksellista tietoa hoitajien traumatietoisuudesta. Tämä tiedote kuvaa tutkimusta ja Teidän mahdollista osuuttanne siinä. Pehdyttyänne rauhassa tähän tiedotteeseen teille järjestetään mahdollisuus esittää kysymyksiä opinnäytetyöstä. Jos päätätte osallistua opinnäytetyöhön, Teiltä pyydetään suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta.

Opinnäytetyön tarkoitus

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää psykiatrisella osastolla työskentelevien hoitajien kokemuksia heidän omasta traumatietoisuudestaan ja sen vaikutuksesta traumataustaisen potilaan hoitotyöhön. Opinnäytetyön toteuttamiselle on Pirkanmaan sairaanhoitopiirin opetusylihoitajan lupa.

Opinnäytetyön kulku

Opinnäytetyössä aineisto kerätään ryhmähaastatteluilla kevään 2021 aikana ja opinnäytetyö on valmis lokakuussa 2021. Haastateltavilta ei kerätä tausta- tai tunnistetietoja, jolloin yksittäinen tutkittava ei ole tunnistettavissa analyysissa tai valmiissa opinnäytetyössä.

Opinnäytetyöhön liittyvät hyödyt sekä mahdolliset riskit ja haitat

On mahdollista, että tähän opinnäytetyöhön osallistumisesta ei ole teille hyötyä. Opinnäytetyön avulla pyritään kuitenkin selvittämään, miten traumataustaisen potilaan hoidon laatua voisi kehittää.

Henkilötietojen käsittely ja tietojen luottamuksellisuus

Opinnäytetyössä ei kerätä henkilötietojanne ja mahdolliset aineistossa esiintyvät ilmaisut, joista Teidät voisi tunnistaa anonymisoidaan. Teistä kerättyjä tietoja käsitellään luottamuksellisesti henkilötietojen käsittelyä koskevan lainsäädännön edellyttämällä tavalla. Tutkimukseen osallistuvat ovat ainoastaan tekijöiden tiedossa, eivätkä he luovuta näitä tietoja ulkopuolisille. Lopulliset tulokset raportoidaan siten, että yksittäisen tutkittavan tunnistaminen ei ole mahdollista tulosten julkaisuista tai selvityksistä.

Kaikki tietojanne käsittelevät tahot ja henkilöt ovat salassapitovelvollisia.

Henkilötietojenne säilytys: Ei-sähköisessä muodossa olevia henkilötietojanne sisältäviä aineistoja säilytetään lukituissa tiloissa, joihin on pääsy ainoastaan nimetyillä henkilöillä. Sähköisiä tutkimustietojanne säilytetään suojatussa pilvipalvelussa jonka käyttö edellyttää kaksivaiheista todennusta.

Teitä koskevien tietojen säilytyksestä vastaavat opinnäytetyön tekijät Hanna Pättälä ja Jenni Ritola.

Opinnäytetyön yhteydessä kerättyjä tietoja säilytetään suojatussa pilvipalvelussa joulukuuhun 2021 asti, jonka jälkeen ne hävitetään.

Vapaaehtoisuus

Opinnäytetyöhön osallistuminen on vapaaehtoista ja voitte keskeyttää osallistumisen koska tahansa syytä ilmoittamatta.

Voitte keskeyttää osallistumisen missä tahansa opinnäytetyönvaiheessa ennen sen päättymistä ilman, että siitä koituu sinulle mitään haittaa. Voitte myös peruuttaa tämän suostumuksen. Jos päätät peruuttaa suostumuksesi, tai osallistumisesi keskeytyy jostain muusta syystä, siihen mennessä kerättyjä tietoja käytetään osana aineistoa.

Henkilötietojen käsittelyyn liittyvät oikeudet

Teillä on oikeus saada informaatio teistä kerätyistä tiedoista, mihin niitä on käytetty, kenelle niitä on luovutettu ja mitä tarkoitusta varten ja pyytää tietojenne oikaisemista tai täydentämistä esimerkiksi, jos havaitsette niissä virheen tai ne ovat puutteellisia tai epätarkkoja. Teillä on myös oikeus pyytää tietojenne poistamista opinnäytetyöstä ("oikeus tulla unohdetuksi") tai niiden käytön rajoittamista ja vastustaa käsittelyä ilmoittamalla siitä tutkimushenkilökunnalle.

Teillä on oikeus ottaa yhteyttä tietosuojavastaavaan.

Teillä on oikeus tehdä valitus valvontaviranomaiselle, jos katsotte, että henkilötietojenne käsittelyssä rikotaan EU:n yleistä tietosuoja-asetusta (EU) 2016/679. Suomessa valvontaviranomainen on tietosuojavaltuutettu.

Tietosuojavaltuutetun toimisto

Ratapihantie 9, 6. krs, 00520 Helsinki, PL 800, 00521 Helsinki

Puhelinvaihe: 029 566 6700

Sähköposti: tietosuoja@om.fi

Opinnäytetyön kustannukset ja taloudelliset selvitykset

Opinnäytetyöhön osallistumisesta ei makseta palkkiota.

Opinnäytetyön tuloksista tiedottaminen

Opinnäytetyö esitetään yhteistyötaholle erikseen sovittuna ajankohtana syksyllä 2021.

Lisätiedot ja opinnäytetyön tekijöiden yhteystiedot

Mahdollisia kysymyksiä opinnäytetyöstämme pyydämme teitä esittämään sähköpostitse hanna.patiala@tuni.fi tai jenni.ritola@tuni.fi

Liite 4. Tietoon perustuva suostumus

**PSYKIATRIAN OSASTOILLA TYÖSKENTELEVIEN HOITAJIEN TRAUMATIE-
TOISUUS**

Minua on pyydetty osallistumaan yllä mainittuun Tampereen ammattikorkeakou-
lun opinnäytetyöhön ja olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa opinnäyte-
työstä ja mahdollisuuden esittää siitä opinnäytetyön tekijöille kysymyksiä.

Ymmärrän, että opinnäytetyöhön osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla
on oikeus kieltäytyä siitä sekä perua suostumukseni milloin tahansa syytä ilmoit-
tamatta. Voin keskeyttää osallistumiseni missä tahansa opinnäytetyön vaiheessa
ennen sen päättymistä ilman, että siitä koituu minulle mitään haittaa. Jos päätän
peruuttaa suostumukseni tai osallistumiseni opinnäytetyöhön keskeytyy jotain
muusta syystä, siihen mennessä kerättyjä tietoja käytetään osana opinnäytetyön
aineistoa. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Tampereella ____.____.2021

Tampereella ____.____.2021

Suostun osallistumaan opinnäytetyöhön:
taja:

Suostumuksen vastaanot-

osallistujan allekirjoitus
tus

opinnäytetyöntekijän allekirjoi-
tus

nimenselvennys

nimenselvennys

Liite 5. Analyysitaulukko teema 1. Aikuispsykiatrian osastolla hoidossa olevan potilaan mahdollisen traumataustan ilmeneminen sairaalahoidon aikana

Alaluokka	Yläluokka
Pelokkuus	Monimuotoiset oireet potilaan käyttäytymisessä
Dissosiativisuus	
Vahingollinen käyttäytyminen	
Psykoottisuus	
Keholliset reaktiot	
Traumataustan torjuminen	
Ahdistuneisuus pakkotoimia käytettäessä	
Taustatiedot	
Potilaan esiin tuoma traumatausta	

Liite 6. Analyysitaulukko teema 2. Hoitajien tiedot ja taidot traumoja kokeneen potilaan hoidossa

Alaluokka	Yläluokka
Hoitajien vaillinainen traumatietoisuus	Hoitajien traumatietoisuuden vaihtelevuus
Psykoosipotilaan traumataustan tunnistamisen vaikeus	
Traumatietoisuuden laajentamisen tarve	
Traumakoulutuksen puute ammatillisissa opinnoissa	
Traumatietoisuuden erot hoitajien välillä	
Traumataustan tiedostaminen	Hoitajien traumatietoisuuden vahvuudet
Koulutuksista saadut tiedot ja taidot	

Liite 7. Analyysitaulukko teema 3. Potilaan mahdollisen traumataustan huomioiminen sairaalahoidon aikana

Alaluokka	Yläluokka
Hoitosuhtedetyöskentely	Hoitotyön keinot
Hoidosta keskusteleminen työryhmässä	
Hoitosuunnitelman laatiminen	
Turvallisuuden tunteen luominen	
Traumamittarien käyttö	
Oireenmukainen hoito	
Traumaoireiden vakauttamiskeinot	
Trauman käsittelyn ajankohdan arviointi	
Traumojen käsittely sairaalahoidon aikana	
Traumahoitoon ohjaaminen	
Puutteet traumataustan huomioimisessa	

