

TRAUMAN HOITO MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEHOITO-  
TYÖSSÄ

Kurttio Jere  
Turunen Markku

Opinnäytetyö

Hoitotyönkoulutus  
Sairaanhoitaja (AMK)

2023

Sairaanhoitajakoulutus  
Sairaanhoitaja (AMK)

---

<b>Tekijä</b>	Jere Kurttio Markku Turunen	<b>Vuosi</b>	2023
<b>Ohjaaja(t)</b>	Eija Kehus		
<b>Toimeksiantaja</b>	Lapin ammattikorkeakoulu		
<b>Työn nimi</b>	Trauman hoito mielenterveys- ja päihdehoitotyössä		
<b>Sivumäärä</b>	19 + 7		

---

Opinnäytetyön aiheena oli trauman hoito mielenterveys- ja päihdehoitotyössä. Tarkoituksena oli tehdä Powerpoint-esitys trauman hoidosta mielenterveys- sekä päihdehoitotyöhön suuntaaville sairaanhoitajaopiskelijoille, jotka voivat hyödyntää esitystä opiskeluissaan. Tarkoituksena on tuottaa tietoa opiskelijoille trauman etiologiasta, sekä erilaisista hoitomuodoista ja tehdä näistä opiskelumateriaali PowerPoint-esityksen muodossa. Opinnäytetyön tavoitteena on, että opiskelijat saisivat opiskelumateriaalia sekä uutta tietoa oman ammattimaisuuden kehittämiseksi.

Keskeisinä käsitteinä opinnäytetyössä ovat trauma, trauman hoito ja traumaperäinen stressihäiriö. Opinnäytetyön tuotoksen taustalla käytettiin tieteellisten lähteiden lisäksi luotettavien järjestöjen julkaisuja sekä tieteellisiä lähteitä ja Käypä hoito -suositusta.

Trauman hoitoon on Suomessa useita eri hoitomuotoja, joista yleisimmät ovat traumakeskeiset psykoterapiat. Lääkehoitoa voidaan käyttää esimerkiksi psykoterapian rinnalla erinäiseen masennus tai unioireisiin, mutta pääasiallinen hoito traumassa on aina psykoterapia. Vaikka trauman diagnosointi kuuluukin lääkärin toimenkuvaan, olisi esimerkiksi sairaanhoitajan hyvä tietää trauman etiologiasta ja sen tunnistamisesta. Varhain havaittu traumatapahtuma parantaa aina hoitoennustetta ja vähentää traumaperäisen stressihäiriön muodostumisen todennäköisyyttä.

Avainsanat trauma, trauman hoito, traumaperäinen stressihäiriö

Muita tietoja Työhön sisältyy Powerpoint-esitys.

Nursing Program  
Bachelor of Health Care

---

---

<b>Author</b>	Jere Kurttio	<b>Year</b>	2023
<b>Supervisor(s)</b>	Markku Turunen		
<b>Commissioned by</b>	Eija Kehus		
<b>Title</b>	Lapland University of Applied Sciences		
<b>Number of pages</b>	Trauma care in psychiatric nursing		
	19 + 7		

---

The subject for this thesis was trauma care in psychiatric nursing. PowerPoint presentation of the subject of the substance abuse and mental health nursing program was made in this thesis commissioned by the Lapland University of Applied Sciences. The purpose of this was to provide students with a concise learning material of trauma etiology and its different care methods. The aim of the thesis was to provide nursing students with material and new information to contribute to their professional knowledge.

Central concepts studied in this thesis were trauma, trauma care and post-traumatic stress disorder. Scientific databases and evidence-based articles from reliable organizations were used to collect theoretical data. Recommendations from the Finnish national current care guidelines (Käypä hoito) were cited in the section of post-traumatic stress disorder.

Based on the data collected, trauma care in Finland includes several different care methods, of which the most common ones would be trauma centered psychotherapies. Medical treatment can be used for example alongside of psychotherapy to treat symptoms of depression or insomnia, however, the primary care for trauma seems to always be psychotherapy. Even though the diagnosing of trauma is a doctors' responsibility, it can be said that it would be beneficial for the nurses to know the etiology of trauma and how to identify it as well. Trauma detected early on improves treatment prognosis and reduces the likelihood of post-traumatic stress disorder.

**Keywords** trauma, trauma care, post-traumatic stress disorder

**Special remarks** This thesis includes PowerPoint presentation about trauma and trauma care for the commissioner.

## SISÄLLYS

1 JOHDANTO .....	5
2 TARKOITUS JA TAVOITE .....	6
3 TRAUMAN MÄÄRITELMÄ.....	7
3.1 Trauman eri vaiheet.....	7
4 ERILAISET STRESSIHÄIRIÖT.....	9
4.1 Post-traumaattinen stressireaktio .....	9
4.2 Akuutti stressireaktio.....	10
4.3 Dissosiaatiohäiriö.....	11
5 TRAUMAN HOITOMUODOT .....	13
5.1 EMDR-hoito .....	13
5.2 MDMA -avusteinen psykoterapia .....	15
5.3 Traumakeskeinen psykoterapia .....	16
6 TRAUMAN LÄÄKKEELLINEN HOITO.....	18
7 SAIRAAHOITAJAN MERKITYS TRAUMAN HOIDOSSA .....	19
8 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	20
9 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS.....	22
10 POHDINTA .....	24
10.1 Opinnäytetyön merkitys hoitotyölle .....	24
10.2 Oman oppimisen pohdinta.....	25
10.3 Jatkokehittäminen ja tutkimushaasteet.....	25
LÄHTEET .....	26

## 1 JOHDANTO

Vuosittain Suomessa tapahtuu traumaperäisen stressihäiriön (Post-traumatic stress disorder) kriteeristön täyttäviä stressitilanteita ainakin 100 000 ihmiselle. Arvioitu on, että potentiaalisesti traumaattisen tapahtuman kokeneista noin 20 – 30% kehittyä traumaperäinen stressihäiriö. Arvioituna tältä pohjalta, PTSD:n ilmaantuvuus Suomessa yhden vuoden aikana olisi noin 0,5 %. (Käypä hoito -suositus, traumaperäinen stressihäiriö 2022.)

Kun henkilö joutuu kohtaamaan tapahtuman, johon liittyy esimerkiksi kuolema, vakava loukkaantuminen tai seksuaalista väkivaltaa, hänelle voi kehittyä traumaperäinen stressireaktio. Kehittyminen ei välttämättä edellytä sitä, että tapahtuma tapahtuisi itselleen, myös toiseen ihmiseen kohdistuvan traumaattisen tapahtuman näkeminen voi laittaa alulle traumaperäisen stressireaktion kehittymisen. Jos tällaiseen traumaattiseen kokemukseen liittyvät oireet kestävät alle kuukauden, voidaan puhua akuutista stressihäiriöistä. (Huttunen, 2018a.)

Trauman hoitoon on kehitetty hyvin monia erilaisia hoitomuotoja, joita aiomme myös opinnäytetyössä käsitellä. Kuitenkin keskeisimpänä hoitona toimii turvallinen ja rauhoittava keskustelutuki yhdistettynä siihen, että trauman kohdannutta autetaan arjessa. Tärkeää on myös seurata tilannetta. (Käypä hoito -suositus traumaperäinen stressihäiriö 2022.) Muita hoitomuotoja, joita opinnäytetyössä käsitellään ovat esimerkiksi psykoterapia, kognitiivinen käyttäytymisterapia sekä EMDR (Silmänliiketerapia, Eye Movement Desensitization and Reprocessing).

Opinnäytetyön tarkoituksena on antaa lisätietoja ja apuvälineitä trauman hoitoon ja sen tunnistamiseen. Opinnäytetyö on toteutettu PowerPoint-esityksenä Lapin ammattikorkeakoululle, jonka opettajat voivat hyödyntää työtä mielenterveys- ja päihdetyöhön suuntaavien sairaanhoitajien opetuksessa. Opinnäytetyön tavoitteena on, että opiskelijat saisivat opiskelumateriaalia sekä uutta tietoa oman ammattimaisuuden kehittämiseksi.

## 2 TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön aiheena oli trauman hoito mielenterveys- ja päihdehoitotyössä. Tarkoituksena oli tehdä Powerpoint-esitys trauman hoidosta mielenterveys- sekä päihdehoitotyöhön suuntaaville sairaanhoitajaopiskelijoille, joka antaa lisätietoja ja apuvälineitä trauman hoitoon ja sen tunnistamiseen. Opinnäytetyön tavoitteena on, että opiskelijat saisivat opiskelumateriaalia sekä uutta tietoa oman ammattimaisuuden kehittämiseksi.

Lapin ammattikorkeakoulu voi hyödyntää tuotosta parhaaksi näkemällään tavalla. Toimeksiantaja voi käyttää aineistoa opiskelumateriaalina tai poimia tuotoksesta eri aihealueita. Tuotos voi toimia myös opiskelijoiden itseopiskelumateriaalina.

### 3 TRAUMAN MÄÄRITELMÄ

Traumalle on olemassa useita eri tavalla kuvailtuja määritelmiä. EmdrEurope (2019) esimerkiksi kuvailee traumaa henkiseksi haavaksi, jonka aiheuttaa stressivaste traumaattisessa tilanteessa. EmdrEurope (2019) kuvaa, että tällaiseksi traumaattiseksi tapahtumaksi voidaan kutsua mitä tahansa tilannetta, jonka ihminen kokee uhkaavaksi ja joka aiheuttaa häiritseviä ja voimakkaita psyykkisiä tai fyysisiä oireita.

Tällaisia vakavia traumaattisia tapahtumia voivat olla esimerkiksi vakava auto-onnettomuus, panttivankeus, kidutus, seksuaalinen väkivalta, luonnonkatastrofi tai pahoinpitely. Traumaattisen kokemuksen tai tapahtuman ei tarvitse olla itselle tapahtunut, vaan myös toiseen ihmiseen kohdistuneen traumaattisen tapahtuman kokeminen tai näkeminen voi aiheuttaa tai altistaa traumaperäiselle stressireaktiolle. Myös tieto esimerkiksi läheisen tai tuttavan henkeä uhkaavasta äkillisestä onnettomuudesta voi tällaisen aiheuttaa (Huttunen 2018.) Ihminen kokee erilaisia tunteita äkillisessä kriisitilanteessa, ja tällaisia tunteita voivat olla esimerkiksi viha, avuttomuus, häpeä tai syyllisyys. Äkillinen kriisitilanne voi luoda ihmiselle turvattoman olon. Olo johtuu siitä, kun omia reaktioita ei voi hallita tai kun ympärillä olevia asioita ei voi hallita. (Mielenterveystalo 2022.)

#### 3.1 Trauman eri vaiheet

Tällaisen äkillisen traumatisoivan tapahtuman jälkeen on useita eri käsittelyvaiheita: 1. sokkivaihe, 2. reaktiovaihe, 3. käsittely- ja työstämisen vaihe ja 4. uudelleen suuntautumisen vaihe. Ensimmäisessä vaiheessa, eli shokkivaiheessa ihminen usein kieltää tapahtuneen. Hän voi esimerkiksi tuntea olonsa ulkopuoliseksi sekä epätodelliseksi ja hän myös sulkee pois kaikki tunnereaktiot. Näiden reaktioiden merkitys on kuitenkin suuri. Liian suurta järkytystä ei voi hahmottaa niin lyhyessä ajassa ja tämä shokkivaihe antaa aikaa sille, että ihminen pystyy tapahtumat kohtaamaan. Kun ihminen on shokkivaiheessa, tarvitsee hän yleensä turvaa sekä kokemuksen siitä, että ympärillä olevat ihmiset hallitsevat tilanteen. Keskustelun shokkivaihetta elävän kanssa pitäisi edetä rauhallisesti. Shokkivaihe kestää yleensä muutamia vuorokausia. (Mieli 2023.)

Seuraava vaihe on reaktiovaihe, johon siirrytään sokkivaiheen jälkeen. Reaktiovaihe kestää usein muutamasta päivästä aina muutamaan kuukauteen asti. Reaktiovaiheessa ihminen alkaa kohdata tämän traumaattisen tapahtuman. Traumaattinen tapahtuma voi myös toistua mielikuvana nukkuessa, sekä hereillä ollessa (Mieli, 2023). Tyypillisiä tunteita reaktiovaiheessa ovat ahdistus sekä syyllisyyden tunteet sekä esimerkiksi surun ja tyhjyyden tunne. Myös somaattiset oireet kuuluvat reaktiovaiheeseen. Somaattisia oireita voi olla sydämen tykytys, vapina tai väsymys. (Hämäläinen ym. 2017.)

Kolmas vaihe trauman käsittelyssä on käsittelyvaihe. Tämä vaihe kestää yleensä noin muutamista kuukausista aina muutamiin vuosiin. Tapahtunutta ei enää kielletä ja ihminen alkaa olemaan valmis kohtaamaan tapahtuman kaikki ulottuvuudet ja oman muuttuneen tilanteensa. Tyypillisiä oireita, jotka liittyvät käsittelyvaiheeseen ovat esimerkiksi muisti- ja keskittymisvaikeudet, ärtyneisyys sekä vetäytyminen sosiaalisista suhteista. Henkilö ei välttämättä vielä jaksa miettiä tulevaisuutta, mutta kykenee miettimään jo muitakin asioita, kuin pelkästään tapahtuneeseen liittyviä asioita. (Terveyskylä 2021.)

Neljäs vaihe on uudelleensuuntautumisen vaihe. Se seuraa reaktiovaihetta ja kestää noin 1 – 2 vuotta. Tässä uudelleensuuntautumisen vaiheessa tapahtunut alkaa muodostua osaksi elämää ja omaa persoonallisuutta. Tuska voi välillä nousta pintaan, mutta tapahtuneen kanssa voi elää. Tapahtunut ei hallitse tunnetta ja ajatusmaailmaa. Kuitenkin täytyy muistaa, että kriisin kulku ei ole suoraviivaista. Asiat, jotka voivat muistuttaa tapahtumasta, voivat tuottaa ahdistusta ja tuoda mieleen raskaita tunteita. (Mieli 2023.)

Lapsuudessa ja nuoruudessa psyykkisten traumojen tapahtumisen merkitys on suuri. On todettu, että toistuvilla ja varhain tapahtuvilla traumailla on vaikutusta aivojen ja persoonallisuuden kehitykselle ja myös useiden fyysisten sairauksien tai riskitekijöiden syntymiselle. Elämäntapahtumat, jotka ovat erittäin kuormittavia, voivat laukaista hyvin erilaisia mielenterveyden häiriöitä. (Henriksson, Hara-vuori & Lönnqvist 2021.)



## 4 ERILAISET STRESSIHÄIRIÖT

### 4.1 Post-traumaattinen stressireaktio

Kun puhutaan post-traumaattisesta stressireaktiosta eli PTSD:stä, on kyseessä diagnosoitu häiriö. Siinä henkilö on kokenut niin poikkeuksellisen uhkaavan tai katastrofaalisen tapahtuman, josta varmasti aiheutuisi erittäin voimakasta ahdistuneisuutta kenelle tahansa. Siihen liittyy seuraavanlaisia oireita: tapahtumasta tulee jatkuvia muistikuvia, hetkelliset voimakkaat takauumat tai painajaisunet ja ahdistuneisuus oloissa, jotka muistuttavat traumaattisesta tapahtumasta. Potilas myös pyrkii välttämään tilanteita tai ympäristöä, joka muistuttaisi tapahtuneesta. Potilaalla myös esiintyy vähintään yksi seuraavista: potilas ei muista joitain keskeisempiä asioita tapahtuneesta tai hänellä on jatkuvat psyykkisen herkistymisen ja ylivireyden oireet. Tällaiset oireet ilmaantuvat 6 kuukauden sisällä traumaattisesta tapahtumasta. (Käypä hoito -suositus, traumaperäinen stressihäiriö 2022.)

Psyykkisen trauman kuormittavuuteen ja vakavuuteen vaikuttavat useat eri tekijät. Siihen vaikuttaa stressitilanteen luonne, kuten esimerkiksi kuinka yllätyksellinen stressitapahtuma on tai suuronnettomuuden laajuus. Järkyttävyyden aste, johon sisältyy esimerkiksi lapsen väkivaltainen kuolema, suuri uhrien määrä onnettomuuden tai väkivallan seurauksena sekä lähiomaisen tai muun läheisen väkivaltainen kuolema. Kolmantena on stressitapahtuman tyyppi, eli onko kyseessä sitten sota tai henkilökohtaista koskemattomuutta ja ihmisarvoa loukkaava teko, kuten esimerkiksi raiskaus tai pahoinpitely. Neljäntenä tekijänä on yksilöön liittyvät aiemmat ominaisuudet. Tähän sisältyy henkilön oma tapahtunutta edeltävä terveys tai aiemmat traumaattiset kokemukset. Häiriölle on myös olemassa aiempia altistavia tekijöitä. PTSD:n syntyminen ei käytännössä edellytä mitään aiempaa alttiutta, mutta on voitu havaita, että esimerkiksi naissukupuoli, aiempi stressihäiriö, turvattomaan kiintymyssuhteeseen liittyvät tekijät tai sosiaalisen verkoston puutteellisuus altistavat PTSD:n syntymiselle. (Käypä hoito -suositus, traumaperäinen stressihäiriö 2022.)

On myös havaittu, että traumaperäisessä stressihäiriössä sydämen sykevaihteiluissa on poikkeavaa toimintaa sekä ihmisen sähköisissä hermovasteissa voi olla

poikkeavaa toimintaa aistiärsykkeille. Asianomaisella voi ilmetä myös muita erilaisia oireita. Mielentilat vaihtelevat, asianomainen voi kokea impulsiivisuutta ja välinpitämättömyyttä sekä itsetuhoisia ajatuksia. Joissakin tilanteissa voi ihmisellä esiintyä myös dissosiativisia oireita, esimerkiksi derealisaatio-oireita. (Juva ym. 2021 146 – 147.)

Derealisaatiolla tarkoitetaan tilaa, jossa ihmisen käsitys ympäristön ja oman itsensä olemassaolosta hämärtyy. Ihmisestä voi tuntua, että hänen vartalonsa muuttuu tai katoaa, tai se on epätodellinen. Ihminen kuitenkin tietää, että kokemus ei ole totta, vaan hänen todellisuudentajunsa pysyy hyvänä. Tällaisen tilan voi laukaista esimerkiksi henkisesti kuormittava tilanne, univaje, tai lääkkeet. Tärkeimpänä aiheuttajana on kuitenkin lapsuusiän toistuva trauma. Muutamien lähteiden mukaan emotionaalinen heitteillejättö ja kaltoinkohtelu ovat erityisen tärkeitä tekijöitä häiriön kehittymisessä. On myös tutkimuksia, joissa on todettu, että depersonalisaatiosta kärsivien henkilöiden sensorisen aivokuoren toiminnassa on häiriöitä. (Trauma ja dissosiaatio 2023.)

#### 4.2 Akuutti stressireaktio

Akuutissa stressireaktiossa oireet kestävät vähintään kaksi päivää ja korkeintaan neljä viikkoa. Tähän häiriöön liittyy myös traumaattinen tapahtuma, esimerkiksi kuolema tai loukkaantuminen. Tapahtuman jälkeen ihmisellä tulee erilaisia oireita, ja näiden oireiden päämääränä on välttää ahdistavien mielikuvien pääsy tietoisuuteen. Näitä oireita kutsutaan dissosiativisiksi oireiksi. Dissosiativisia oireita ovat irrallisuuden tunne sekä subjektiivinen turtumus, tunnereaktioiden puuttuminen sekä itsensä tai ympäristönsä vieraana kokeminen eli depersonalisaatio ja derealisaatio. Oirekuva akuutissa stressireaktiossa vaihtelee yksilöittäin. Traumaattinen tapahtuma koetaan uudelleen, mikä ilmenee esimerkiksi muisti- ja mielikuvina, palautumina sekä unina. Ihmisellä voi ilmetä myös vaikeuksia unettomuuden kanssa, keskittymiskyvyn huonontumisena sekä ahdistuneisuutta. Akuutin stressihäiriön kehittymiseen vaikuttaa se, kuinka järkyttävä tapahtuma on ollut. Erittäin järkyttävät ja vakavat tapahtumat aiheuttavat tällaisen reaktion

yleensä lähes kaikille. Jos kyseessä on tavallisempi onnettomuustilanne, tällainen oirekuva kehittyy eri tutkimusten mukaan 10 – 60 %:lle aikuisista. (Huttunen 2018a.)

Suuri osa näistä akuuteista stressihäiriöistä menee itsestään ohi. Tärkeintä akuutin stressihäiriön oireiden lieventämisessä on tilanteen rauhoittaminen ja turvallisuuden tunteen lisääminen. Itsehoitona näissä tapauksissa on lepo, konkreettinen apu sekä mahdollisten fyysisten vammojen hoito. Trauman herättämistä ahdistavista tunteita keskusteleminen on hyvä jättää myöhempään ajankohtaan, sillä joillakin ihmisillä heti tapahtuman yksityiskohtaisempi jälkipuinti saattaa jopa lisätä traumaperäisen stressihäiriön kehittymisen riskiä. (Huttunen 2018a.)

Tarkka syy sille, miksi suurin osa ihmisistä selviytyy traumaattisen tapahtuman jälkeen ja vain pienelle osalle kehittyy akuutti stressihäiriö, on vielä epäselvää. Erilaisia malleja on kehitetty tätä varten ja suurin osa niistä liittyy pelon ehdollistamiseen. Kun traumaattinen tapahtuma, kuten vaikka räjähdys tapahtuu yhdessä jonkun neutraalin ärsykkeen kanssa kuten haju, niin tulevaisuudessa tämä tietty haju laukaisee aivoissa tämän saman pelkoreaktion. Suurin osa terveistä ihmisistä sopeutuu pelkoehdollistamiseen sammuttamismetodin avulla. Sammuttaminen viittaa traumaattisen ärsykkeen asteittaiseen vähentämiseen. Jos tämä mekanismi epäonnistuu, potilas kokee alkuperäisen traumaattisen tapahtuman pelottavia oireita uudelleen. (Fanai & Khan 2023.)

#### 4.3 Dissosiaatiohäiriö

Dissosiaatiolla tarkoitetaan sitä, jossa yksilön muistot, tunteet, ajatukset sekä aistimukset eivät muodosta yhtenäistä ja merkityksellistä kokonaisuutta ihmisen mielessä. Tällaisen dissosiaation pohjalta syntyy somaattisia sekä psyykkisiä dissosiativisia oireita. Depersonalisaatio, eli itsensä tunteminen vieraaksi, derealisaatio, mikä tarkoittaa epätodellisuuden tunnetta sekä identiteetin jakautuminen ja kuulohallusinaatiot. Somaattisina oireina voi olla häiriöt motorisissa toiminnissa tai puheentuotannossa. Kun puhutaan dissosiaatiohäiriöstä, oireilu on tällöin spontaania ja hallitsematonta, sekä se toistuu siten, että se alentaa ihmisen toimintakykyä ja hyvinvointia. Dissosiaatiohäiriöitä ovat muun muassa pakkovael-

lus, dissosiativinen muistinmenetyks sekä sivupersoonahäiriö, jota kylläkin kutsutaan nykyisin uudempien tautiluokitusten mukaan dissosiativiseksi identiteettihäiriöksi. Näitä dissosiativisia oireita esiintyy muissakin mielenterveyden häiriöissä, kuten aiemmin mainitussa PTSD:ssä, epävakaassa persoonallisuushäiriössä sekä skitsofreniassa. Ihminen voi hakeutua hoitoon esimerkiksi masennusoireilun vuoksi, ja vasta hoitosuhteen jatkuessa voidaan todeta, että taustalla onkin dissosiativinen häiriötila. (Rytinki 2023.)

Dissosiaatiota voitaisiin kuvailla ihmisen mielen psykologisena suojareaktion ja sen tarkoitus on turvata ihmisen psyykkinen koherenssi ja toimintakyky jonkun uhkaavan psyykkisen trauman keskellä. On todettu, että psyykkinen traumatisoituminen on yhteydessä dissosiativiseen oireiluun ja varsinkin lapsuudessa tapahtunut pitkäkestoinen traumatisoituminen on yhteydessä vakaviin dissosiaatiohäiriöihin. On useita selitysmalleja traumaperäiselle mielen dissosiaatiolle, mutta yksi niistä on se, että tällaisen oireilun taustalla on traumatisoitumisesta johtuva mielen toimintojen integraation häiriö, jossa toinen persoona elää näiden traumaattisten muistojen kanssa ja toinen persoona pyrkii elämään tavallista arkipäiväistä elämää. Kuitenkin on tärkeää muistaa, että dissosiaatiota esiintyy muissakin tiloissa, joissa ei aina ole traumaa taustalla. On myös todettu, että varhaisessa elämässä tai lapsuudessa koetut traumat, ovat dissosiaation lisäksi yhteydessä esimerkiksi psykoosioireisiin sekä psykoosisairauksiin. (Rytinki 2023.)

Dissosiativinen identiteettihäiriö on yhteydessä traumaattisiin tapahtumiin sekä esimerkiksi lapsuudessa tapahtuneeseen väkivaltaan. Kyseiseen häiriöön on aiemmin viitattu termillä monipersoonallisuushäiriö. Oireita, jotka vaaditaan diagnoosin saamiseksi on kahden tai useamman identiteetin olemassaolo. Näillä persoonilla on eri muistoja sekä erilaista käyttäytymistä. Häiriössä esiintyy myös muistamattomuutta jokapäiväisissä tapahtumissa tai henkilökohtaisissa tiedoissa. Henkilön henkilökohtaiset mieltymykset voivat vaihdella yhtäkkiä, esimerkiksi henkilön mieltymys eri vaatteisiin tai ruokaan. Tällainen vaihtelu on ei-toivottua ja aiheuttaa tuskaa. Henkilöstä voi myös tuntua, että heistä on tullut heidän oman toimintansa tarkkailija tai että heidän kehonsa tuntuu erilaiselta, esimerkiksi eri sukupuolelta tai pieneltä lapselta. (Drescher 2022.)

## 5 TRAUMAN HOITOMUODOT

### 5.1 EMDR-hoito

Vuonna 1994 Suomessa käyttöön otettu Eye Movement Desensitization and Reprocessing eli lyhennettynä EMDR on lyhytkestoisen psykoterapiatekniikan muoto. Sitä voidaan soveltaa esimerkiksi PTSD:n hoitoon sekä ahdistuneisuusoireiluun, joissa traumaattisilla muistoilla on merkitys. Tämän tekniikan ajatuksena on, että traumaattisen muistojen käsittely nopeutuisi. EMDR-hoito koostuu kahdeksasta eri vaiheesta ja hoito tapahtuu erityisen protokollan mukaan. EMDR- menetelmän käyttäjä tulee olla siihen erikseen koulutettu ammattihenkilö, esimerkiksi psykiatrinen sairaanhoitaja. (Haravuori 2020.)

Ensimmäinen vaihe on asiakkaan elämänhistorian kartoitus sekä hoidon suunnittelu. Tässä ensimmäisessä vaiheessa on tärkeää arvioida eri turvallisuustekijät, koska tällaisen traumaattisen materiaalin uudelleen prosessointi mahdollisesta saa aikaan voimakkaita tunteita. Näihin eri turvallisuustekijöihin kuuluu sen arvioiminen, onko henkilö ulkoisesti ja sisäisesti riittävän turvassa. Terapeutti kerää kaiken sen informaation mikä tarvitaan hoitosuunnitelman tekemiseen, kunhan asiakas on EMDR- hoitoon ensin valittu. (EmdrEurope 2019.)

Toisena vaiheena on valmisteluvaihe, jossa asiakkaalle annetaan tietoa EMDR teoriasta sekä prosessista sekä luodaan terapeutin suhde. Tässä vaiheessa myös opetetaan asiakkaalle eri ns. kontrollitekniikoita, jotta hän pystyisi käsittelemään materiaalia, joka on mahdollisesti häiritsevää. Kolmas vaihe on traumaattisen tapahtuman subjektiivista arviointia. Tässä kohdassa ensin etsitään asiakkaan kanssa tietty kohde tai tapahtuma, jota hoidetaan. Traumaattisen tapahtuman vallinnan jälkeen, asiakas valitsee kielteisen uskomuksen itsestä eli ns. negatiivisen kognition. Tällaisia mahdollisia negatiivisia kognitioita ovat esimerkiksi ”olen avuton”. Tämän jälkeen valitaan positiivinen kognitio itsestä, joka on realistisempi ja rationaalisempi arvio itsestä. Tällaisia voi olla esimerkiksi ”olen arvokas” tai ”olen ihan kelvollinen ihminen”. (EmdrEurope 2019.)

Henkilö seuraavaksi arvioi tämän valitsemansa positiivisen kognition validiteetin eli uskottavuuden käyttämällä asteikkoa 1-7, jossa yksi tarkoittaa, että se ei ole

lainkaan totta ja seitsemän tarkoittaa täysin totta. Tähän alkuperäiseen tapahtumaan liittyvää negatiivista tunteen voimakkuutta mitataan asteikoilla 0-10 subjektiivisen häiriöyksikön skaalalla eli Subject Units of Disturbance Scale. Tässä asteikossa kymmenen tarkoittaa suurinta häiritsevyyttä, jota henkilö voi ajatella ja nolla tarkoittaa emotionaalisesti neutraalia oloa. Tämä mittaus on pohja muutoksen arvioimisella prosessin aikana. Tämän jälkeen henkilöä pyydetään paikantamaan fyysinen tuntemus kehossa, kun hän keskittyy tähän traumaattiseen tapahtumaan. Tällaisen prosessin aikana on hyvin tärkeää olla läsnä nykyhetkessä sekä traumatapahtumassa samanaikaisesti. Hän saa prosessin aikana vahvan yhteyden traumatapahtumaan, mutta on kuitenkin turvallisesti läsnä nykyhetkessä. Tässä tulee huomioida, että tämä kaksoistietoisuus on erittäin tärkeää, sillä jos hoitotilanteesta puuttuu kunnollinen ote nykyhetkeen, voi olla mahdollista, että asiakasta saattaa traumatisoitua uudelleen. (EmdrEurope 2019.)

Neljännettä vaihetta kutsutaan niin sanotusti poisherkestämiseksi ja siinä keskitytään henkilön negatiivisiin affekteihin ja näitä affekteja mitataan SUD-skaalalla. Kun henkilö ajattelee mielikuvaa traumaattisesta tapahtumasta, kehontuntemuksia ja tunteita sekä negatiivista kognitiota, terapeutti toistaa erilaisia silmäliikesarjoja, kunnes SUD on laskenut yhteen tai jopa nolnaan. Poisherkestämisvaiheessa voi tulla esiin hyvin voimakkaita abreaktioita tunteisiin liittyen, vaaditaan terapeutilta paljon kliinisiä taitoja, jotta hän pystyy käsittelemään esiin tulevaa materiaalia niin, että tämä negatiivinen materiaali ei jumiudu, vaan prosessoituu. (EmdrEurope 2019.)

Viidennessä vaiheessa huomion kohteeksi tulee aiemmin valittu positiivinen kognitio ja sen vahvistaminen negatiivisen kognition sijaan. Tätä positiivista kognitiota arvioidaan VOC-asteikolla yhdestä seitsemään. Tämä vaihe on ohitettu, kun VOC on kuusi tai seitsemän. Jotta positiivisen kognition juurruttaminen onnistuu, SUD:n on täytynyt laskea nolnaan tai yhteen. (EmdrEurope 2019.)

Kuudennessa vaiheessa henkilö pitää mielessään alkuperäistä tapahtumaa sekä positiivista kognitiota ja käy mielessään läpi kehonsa varmistaakseen, onko jossain kohtaa kehoa vielä jännitystä. Näitä mahdollisia jäljellä olevia tuntemuksia voidaan prosessoida uudelleen silmänliikkeiden avulla. Tämän jälkeen on vuorossa seisemäs vaihe, eli lopettaminen. Aina jokaisen istunnon päätteeksi henkilö

tulee saada emotionaalisesti tasapainoon, huolimatta siitä, onko prosessi ollut täydellinen vai ei. Tämän avuksi henkilölle opetetaan erilaisia itsehallintatekniikoita ja henkilö kehoitetaan myös tekemään esimerkiksi päiväkirjaa kokemuksistaan. (EmdrEurope 2019.)

Kahdeksas vaihe on uudelleenarviointi, jossa arvioidaan hoidon tulosta. Samalla arvioidaan myös tulevaisuuden hoitoa. Tässä kaikessa kokonaisuudessaan täytyy muistaa, että EMDR ohjeisto ei ole mikään pysyvä malli, vaan EMDR istunto on aina yksilöllinen vuorovaikutustapahtuma. (EmdrEurope 2019.)

## 5.2 MDMA -avusteinen psykoterapia

Ekstaasi, eli MDMA on serotonerginen psykedeeli, jonka on tutkimuksissa huomattu lisäävän hetkellisesti aivojen muovautumiskykyä ja luovan ns. ikkunan, jonka aikana henkilö voi työstää esimerkiksi traumaattisia muistoja näistä liikaa ahdistumatta. Sitä onkin tutkittu viime aikoina juuri traumaperäisen stressihäiriön eli PTSD:n hoidossa. (Taiminen 2021.)

MDMA-avusteista psykoterapiaa on tutkittu vuosina 2004 – 2017 useissa tutkimuksissa. Kliiniset tutkimukset ovatkin antaneet viitteitä siitä, että hoitoresistenssi PTSD voidaan mahdollisesti saattaa remissioon kahdella tai kolmella MDMA-avusteisella psykoterapialla. Lupaavien tulosten vuoksi esimerkiksi Yhdysvaltojen elintarvike- ja lääkevirasto on myöntänyt MDMA-avusteiselle psykoterapialle ns. breakthrough therapy- luokituksen. Tällaisia luokituksia voidaan antaa potentiaalisille hoitomuodoille markkinalupaam vaadittavan tutkimustyön ja lupakäsittelyn nopeuttamiseksi. Hoitomuoto ei toistaiseksi ole saatavilla Suomessa, vaikka laajempia tutkimuksia on tehty niin Yhdysvalloissa kuin Euroopassakin (Ventilä & Hupli 2021). Kyseinen hoitomuoto on itsessään kuitenkin niin kiinnostava ja mahdollisesti tulevaisuuden psykoterapian muoto, joten halusimme tuoda sen työsämme esille.

MDMA eli oikealta nimeltään 3,4-metyleenidioksimetamfetamiini on vuonna 1912 syntetisoitu fenetyyliamiini. MDMA sitoutuu keskushermostossa monoamiinien kuljettajaproteiineihin lisäten muun muassa serotoniin sekä dopamiinin määrää synapsiraossa. Vaikutus on vahvin serotonergisesti ja se perustuu takaisinoton

estoon hermoston välittäjäaineissa, välittäjäaineiden lisääntyneeseen vapautumiseen sekä vaikutusajan pidentymiseen. (Ventilä & Hupli 2021.)

Lumekontrolloidussa kansainvälisessä monikeskustutkimuksessa oli osallisena 90 traumaperäisestä stressihäiriöstä kärsivää keski-ikäistä potilasta, joista naisia oli 66 %. Tässä kokeessa lyhytpsykoterapia piti sisällään kolme 8 tunnin pituista kokeellista istuntoa aina kuukauden välein. Henkilöt saivat terapiajakson aikana joko ekstaasia tai lumetta, ja annosväli vaihteli 80 mg:sta aina 180 mg:aan asti. Istuntojen jälkeen oireiden voimakkuutta ja toimintakykyä seurattiin kaksi kuukautta viimeisen terapiaistunnon jälkeen. Tuloksena oli, että ekstaasiavusteinen terapia oli tehokkaampaa verrattuna lumeavusteisiin psykoterapiaan. Toimintakyky parani myös ekstaasiryhmässä. Tämän tutkimuksen perusteella ekstaasiavusteinen lyhytpsykoterapia olisi tavanomaista traumaperäisen stressihäiriön lääkehoitoa tehokkaampaa. Lumeryhmän potilailla 32 %:lla traumaperäisen stressihäiriön kriteerit eivät enää täyttyneet ja ekstaasiryhmän potilaista 67 %:lla. Kuitenkin tutkimukseen liittyi erilaisia heikkouksia. Ekstaasia saaneista 39 % oli käyttänyt sitä aiemminkin, ja he ovat voineet suhtautua siihen myönteisesti, jolloin positiiviset odotukset saattavat selittää huomattavan osan hoitovasteesta. Myös 90 % tutkittavista tiesi, saivatko he aktiivilääkettä vai lumetta. (Taiminen 2021.)

Tiivistettynä, MDMA voi mahdollisesti vaimentaa potilaan pelkoreaktioita, stimuloivan kognitiivisia toimintoja sekä tukevan sosiaalista kanssakäymistä traumaterapiassa. Toki terapiaan vaikuttavat myös potilaan omat odotukset sekä hoitoympäristö. MDMA-avusteinen psykoterapia pitää sisällään ensin kolme 90 minuutin tapaamista ennen ensimmäistä MDMA-istuntoa, tämän jälkeen kaksi tai kolme MDMA-avusteista terapiaistuntoa sekä kuusi tai yhdeksän hoitokokemusta integroivaa terapiatapaamista. (Ventilä & Hupli, 2021.)

### 5.3 Traumakeskeinen psykoterapia

TF-CBT eli traumafokusoitu kognitiivinen käyttäytymisterapia on kehitetty ensisijaisesti 3–7-vuotiaille lapsille ja myös heidän vanhemmilleen. Tätä mallia on käytetty menestyksellisesti esimerkiksi lapsille, jotka ovat joutuneet seksuaalisen hyväksikäytön, väkivallan tai toistuvien traumojen uhriksi. Tässä mallissa työskentely pitää usein sisällään noin 12–20 tapaamista, jotka kestävät 60–90 minuuttia.



Näiden ohella pidetään myös vanhempien kanssa istunnot. Hoito on hyvä aloittaa haastattelemalla asiakkaita, jotta saataisiin totuudenmukainen kuva lapsen elämäntapahtumista ja traumaperäisen stressihäiriön oireista. Tämän apuna voidaan käyttää erilaisia mittareita. Arvioinnissa otetaan huomioon somaattiset oireet, vaikeudet kognitiivisissa toiminnoissa, perhe-elämässä, tunne-elämässä sekä käyttäytymisessä. TF-CBT -hoitomallissa hoito perustuu altistukselle. Hoitossa henkilö pyritään saamaan lähestymään traumaa sekä siihen liittyviä muistuttajia ja muistikuvia. (Dellinger 2020.)

Ensisijainen hoito stressihäiriöissä on traumakeskeinen terapia ja traumaperäisiä stressihäiriötä voidaankin hoitaa useiden eri psykoterapiamuotojen avulla. On tutkittua tietoa, että traumakeskeiset psykoterapiat ovat tehokkaampia trauman hoidossa, kuin ei-traumakeskeiset. Pitkäkestoinen vaikuttavuus on myös yli 6 kuukauden seuranta-aikana havaittavissa, kun sitä muissa terapiamuodoissa ei ole. Kognitiivinen käyttäytymisterapia, eli KTT joka sisältää altistusosuuden kuten esimerkiksi pitkittyneen altistusterapian, on todettu vähentävän stressihäiriön oireita siinä määrin, että joillakin traumaperäisen stressihäiriön diagnoosi voi mahdollisesti poistua. Tällaista traumaterapiaa voidaan toteuttaa myös ryhmämuotoisena. (Käypä hoito -suositus, traumaperäinen stressihäiriö 2022.)

Vaiheittaisessa trauman oireiden hoitomallissa ensimmäisessä vaiheessa eli vakauttamisvaiheessa pyritään lisäämään taitoja, jotka edistäisivät toimintakykyä arjessa ja vasta tämän jälkeen siirryttäisiin traumamuistojen käsittelyyn. Ensimmäiseen vaiheeseen voisi esimerkiksi sisältyä turvallisen terapeutin suhteet luominen, erilaisten vakauttavien taitojen oppimisen sekä trauman käsittelyyn valmistautumisen. Käsittelyvaihe on toinen vaihe, jossa traumaattisia muistoja käsitellään hyödyntäen altistusta. Kolmantena vaiheena on integraatiovaihe, jossa pyritään vahvistamaan suhteet itseensä, läheisiin sekä ympäristöön. (Laukkala ym. 2022.)

## 6 TRAUMAN LÄÄKKEELLINEN HOITO

PTSD:n hoitoon suositellaan SSRI- sekä SNRI-lääkitystä. Näitä suositeltuja lääkkeitä ovat sertraliini, paroksetiini sekä venlafaxiini. On myös olemassa erilaisia masennuslääkkeitä, mutta nämä edellä mainitut ovat tehokkaimpia PTSD:n hoidossa. Post-traumaattinen stressihäiriö voi mahdollisesti olla yhteydessä siihen, kuinka aivomme pystyvät käsittelemään stressiä. Henkilöt, jotka kärsivät PTSD:stä, omaavat eri määrän välittäjäaineita aivoissa kuin ihmiset, joilla ei ole PTSD:tä. Näiden kolmen lääkkeen uskotaan hoitavan post-traumaattista stressihäiriötä siten, että se laittaa välittäjäaineet takaisin tasapainoon. Lääkkeiden vaikutus alkaa noin 4 – 6 viikossa ja lääkkeitä voi aiheutua haittavaikutuksia, kuten pahoinvointia, hikoilua sekä pääkipua. (Jeffreys 2017.)

Bentsodiatsepiineista ei ole havaittu olevan hyötyä traumaperäisen stressihäiriön hoidossa. Kuitenkin tietyissä tilanteissa niillä voidaan lyhytaikaisesti hoitaa ahdistuneisuutta sekä tuskaisuutta. Psykoosilääkkeillä on havaittu myös olevan hyviä vaikutuksia PTSD:n hoidossa. Risperidonin sekä ketiapiinin on havaittu lieventävän hoitoresistenssin PTSD:n oireita. Mielialaa tasaavista lääkkeitä ei juurikaan ole vielä tutkimusnäyttöä tai tutkimusnäyttö on ristiriitaista. Tällaisia mielialan tasaaja lääkkeitä ovat esimerkiksi topiramaatti sekä lamotrigiini. (Käypä hoito-suositus, traumaperäinen stressihäiriö 2022.)

## 7 SAIRAANHOITAJAN MERKITYS TRAUMAN HOIDOSSA

Yksi sairaanhoitajan tärkeimmistä tehtävistä on auttaa jokaista henkilöä, riippumatta henkilön iästä kaikissa elämäntilanteissa. Sairaanhoitajan tehtäviin kuuluu esimerkiksi väestön terveyden ylläpito sekä erilaisten sairauksien ehkäisy. Sairaanhoitajan toimenkuvaan kuuluvat myös hoitotyö, lääkehoito, hoitotyön suunnittelu sekä hoidon vaikuttavuuden seuranta. (Rautava-Nurmi H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2015.)

PTSD:n hoito voidaan pääasiassa hoitaa perusterveydenhuollossa. Jos oireilu ei ole vielä muuttunut vaikeaksi, voi muutama lyhyt sarjoittainen tapaaminen riittää hoitajan tai lääkärin vastaanotolla. Tässä tapauksessa ammattihenkilön toimenkuvaan kuuluu potilaan empaattinen kuuntelu. Mikäli potilaalla on esimerkiksi uni-häiriöitä tai masennusta, voidaan yhdessä miettiä keinoja unen laadun parantamiseen tai yhdessä lääkärin kanssa harkita masennuslääkitystä. (Larivaara 2009.)

Psykiatrisen hoitajan tehtävänä on toteuttaa hoitosuunnitelman mukaista hoitoa, niin osastohoidossa kuin polikliinisesti. Esimerkiksi yleissairaaloissa psykiatrisen hoitaja voi toteuttaa myös itsenäisesti osana yleissairaalapsykiatrisen yksikön työtä, hoitotyön konsultaatioita. Voidaan myös tukea vuorovaikutuksellisesti esimerkiksi sairastumiskriiseissä potilaita ja perheitä, kun toisen erikoisalan työntekijöiden tuki ei ole riittävää. Psykiatrisen hoitaja voi myös osallistua erilaisiin psykiatrisiin tutkimusprosesseihin arvioimalla potilaan tilaa sekä keräämällä tietoja. (Räsänen & Pesonen 2021.)

## 8 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Toiminnallisella opinnäytetyöllä on yleensä joku toimeksiantaja ja tälle toimeksiantajalle tehdään sovittu tuotos. Tässä tapauksessa tuotoksena on Powerpoint -esitys Lapin ammattikorkeakoulun päihde- ja mielenterveystyöhön suuntautuille sairaanhoitajaopiskelijoille. Toiminnallisessa opinnäytetyössä tutkimuskäytännöt eivät ole niin tiukkoja kuin tutkimuksellisessa opinnäytetyössä. Toiminnalliseen opinnäytetyöhön liittyy aina kaksi osaa, joista toinen on produktio ja toinen opinnäytetyön raportti. Toiminnallisen opinnäytetyön tulisi myös aina pohjautua ammattitietoteorialle. (Vilkkä & Airaksinen, 2003.)

Opinnäytetyömme keskittyy trauman etiologiaan ja trauman hoitomuotoihin. Opinnäytetyön tarkoitus on koota mielenterveys ja päihdehoitotyöhön suuntaaville opiskelijoille tiivis, mutta kattava PowerPoint-opetusmateriaali. Lapin Ammattikorkeakoulu ja sen opettajat saavat käyttää työtä haluamallaan tavalla. Toiminnallisen opinnäytetyön toteuttaminen oli meille mielekästä, mutta aikataulu työssäkäyvinä opiskelijoina oli tiukka. Aiheen valinta toi alkuun haasteita, mutta sen löydyttyä opinnäytetyö alkoi edetä. Suunnitteluvaihetta työstimme yhdessä ja opettajan tiiviissä ohjauksessa. Opinnäytetyön suunnitelman valmistumisen jälkeen teimme yhdessä työn jaon toteuttamisvaiheeseen, jossa toinen alkoi tekemään kirjallista tuotosta ja toinen produktiota. Tapasimme useaan otteeseen Microsoft Teamsin kautta puheluiden välityksellä ja ideoimme, sekä teimme yhdessä molempia tuotoksia. Lähetimme PowerPoint-esityksen välissä myös mielenterveys- ja päihdehoitotyön opettajalle kommentoitavaksi. Saimme häneltä myös kehitysehdotuksia, jotka lisäsimme produktioon. Toteutusvaiheen lopussa ohjaavat opettajat olivat aktiivisesti mukana ja palautimme työmme Wihin kautta esiarvioon. Saimme nopeasti kattavat kommentit molemmista töistämme ja pääsimme yhdessä korjaamaan työmme kommenttien mukaisesti. PowerPoint-esityksestä tuli kattava kooste trauman hoidosta ja sen etiologiasta. Palautamme valmiin työmme koulun ja opettajien käyttöön sähköisenä PowerPoint-esityksenä.

Idea tähän opinnäytetyöhön tuli pitkälti meidän omasta työtaustastamme. Olemme molemmat työskennelleet jo muutaman vuoden psykiatristen potilaiden

kanssa osasto- sekä avohoidossa. Yhteisenä huomiona on ollut, että hyvin monella potilaalla on nykyisen mielenterveydenongelman takana myös lapsuudessa tai aikuisiällä tapahtunut traumatapahtuma. Toinen asia, mikä johti tähän opinnäytetyöhön, oli se, että mielestämme koulussa ei perehdytty tarpeeksi trauman hoitoon ja siihen, mikä trauma on. Halusimme tehdä opiskelijoille opiskelumateriaalin, johon on koottu tiiviisti tärkeimmät asiat traumasta ja sen hoidosta.

Olemme olleet yhteydessä ohjaajaamme opinnäytetyön osalta ja saaneet hyviä ohjeita opinnäytetyön tekemiseen. Itse produktion osalta olemme olleet yhteydessä siitä vastaavaan opettajaan, joka on antanut oman mielipiteensä produktiosta eli Powerpointista. Näiden ehdotuksien myötä olemme tehneet muutoksia työhön.

Teoriatietoa työhön oli helppo löytää. Hyödynsimme työssä sekä suomalaisia että myös joitain kansainvälisiä lähteitä.

## 9 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Tutkimuksissa tulee noudattaa eettisiä periaatteita, joita esimerkiksi ovat kunnioitus tutkittavan ihmisarvoa, yksityisyyttä ja itsemääräämisoikeutta kohtaan. Tutkittaville ihmisille pitää myös välttää luomasta merkittäviä riskejä tai vahinkoja. Tutkija ei myöskään toiminnallaan saa haitata tieteen edistymistä. Esimerkkinä tutkimus, jossa tutkittavien oikeuksia loukataan tai tuloksia vääristellään, voi mahdollisesti haitata kauan tutkimusta saman kohderyhmän tai aiheen parissa. (Vuori 2023.)

Opinnäytetyössä on noudatettu eettisiä käytäntöjä. Olemme solmineet tarvittavat sopimukset, sekä olleet yhteydessä toimeksiantajaan sekä ohjaajaan. Olemme myös tietoisia siitä, että opinnäytetyö tarkistetaan plagiaatintunnistusjärjestelmässä. Lähteinä on käytetty yleisesti luotettavia lähteitä. Opinnäytetyö ei myöskään tarvitse tutkimuslupaa, sillä opinnäytetyö ei sisällä omatekoista tutkimusta. Olemme myös olleet toimeksiantajaan yhteydessä ja pyrkinyt muokkaamaan tuotosta hänen toivomallaan tavalla.

Opinnäytetyössä on noudatettu hyviä tieteellisiä käytäntöjä. Opinnäytetyössä on käytetty tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankintamenetelmiä. Lähteisiin on viitattu asianmukaisella tavalla ja opinnäytetyössä on noudatettu tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja eli rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä sekä tulosten tallentamisessa ja esittämisessä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2023.)

Laajasti haettu teorian tieto lisää opinnäytetyön luotettavuutta. Teoriatiedonkin täytyy kuitenkin olla tuoretta ja luotettavaa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2023). Tutkimuksen luotettavuutta täytyy arvioida tutkimusprosessin alusta aina loppuun asti. Tutkimuksen luotettavuutta voidaan kohottaa käyttämällä erilaisia teorioita, aineistotyyppisiä, näkökulmia ja analyysimenetelmiä. Tätä kutsutaan triangulaatioksi ja sillä voidaan pyrkiä näyttämään, että tutkimustulos ei ole sattumanvarainen ja samaan tulokseen voidaan päätyä erilaisilla lähestymistavoilla. Tutkimuksen luotettavuutta ja pätevyyttä voidaan määrällisissä tutkimuksissa arvioida reliabiliteetin ja validiteetin käsitteiden avulla. Validiteetilla tarkoitetaan sitä,

että ovatko tutkimuksen aineiston analyysimittarit päteviä. Reliabiliteetilla tarkoitetaan analyysin johdonmukaisuutta ja mittaustulosten toistettavuutta. (Koppa 2021.)

## 10 POHDINTA

### 10.1 Opinnäytetyön merkitys hoitotyölle

Trauman hoito ja esimerkiksi pitkäaikaisen stressireaktion kehittymisen ennaltaehkäisy on erittäin tärkeää psykiatrisen hoitotyön näkökulmasta. Lapsuudessa tai aikuisiällä tapahtuneet traumaattiset tapahtumat voivat aiheuttaa monenlaisia mielenterveyden ongelmia tulevaisuudessa, aina erilaisesta masennus- sekä ahdistusproblematiikasta psykoottiseen oireiluun. Olisikin tärkeää, että trauman hoitoon ja sen tunnistamiseen kiinnitettäisiin enemmän huomiota jo lapsuudesta lähtien. Muun muassa kouluissa terveydenhoitajalla voisi olla erilaisia traumaa kartoittavia oiremittareita sekä terveydenhuollon ammattilaisten koulutuksessa täytyisi olla enemmän materiaalia trauman vaikutuksista sekä hoidosta.

Trauma ei ole pelkästään yhden henkilön ongelma. Se vaikuttaa koko perheeseen. Kuten on kuvailtu, että traumoja siirretään sukupolvelta toiselle. Näin on puhuttu esimerkiksi sodissa olleista miehistä, joiden traumat näkyvät yhteiskunnassamme edelleen. Väkivaltainen isä kohtelee lastaan huonosti, joka näiden tapahtumien vuoksi ajautuu erilaisiin ongelmiin aikuisuudessa. Lapselle on kehittynyt kuitenkin päihdeongelma sekä masennusoireisto väkivaltaisen lapsuuden vuoksi. Henkilö siirtää tätä traumaa omalle lapselleen muun muassa turvattoman kiintymyssuhteen kautta.

Trauman hoitoon täytyy kiinnittää enemmän huomiota, sekä puuttua jo esimerkiksi kouluterveydenhuollossa lapsien erilaisiin ongelmiin. Joidenkin ongelmien taustalla voi olla traumaattisen tapahtuma tai kotona tapahtuvaa jatkuvaa altistusta traumalle.

Erilaisten yllättävien tilanteiden, kuten juurikin onnettomuuden tai raiskauksen jälkeen, avun tulisi olla nopeaa. Nykyään, mielenterveyspalvelut ovat kasvavan potilasmäärän vuoksi täynnä. Ongelmat kasaantuvat sekä jonot palveluiden piiriin kasvavat entisestään. Trauman aikainen tunnistaminen ja siihen puuttuminen helpottaisi tulevaisuuden mielenterveyspalveluiden taakkaa.



## 10.2 Oman oppimisen pohdinta

Opinnäytetyön teko oli valtava oppimiskokemus. Tulevaisuutta varten löytyi myös uusia sivustoja ja artikkeleita, joista löytyy tietoa oman ammatillisuuden kehittämiseksi. Itse traumasta ja sen hoitoon tuli myös uutta näkökulmaa. Löysimme useita uusia eri trauman hoitomuotoja, joista emme olleet aiemmin kuulleetkaan. Saimme opinnäytetyön teon aikana valtavasti työkaluja esimerkiksi siihen, kuinka omassa työssämme voimme auttaa traumatisoitunutta potilasta tai kuinka voimme tunnistaa traumatekijöitä potilaan lapsuudesta. Opinnäytetyöllä oli varmasti positiivinen vaikutus siihen, kuinka tulevaisuudessa määrittelimme ja kohtaamme traumatisoituneen potilaan.

## 10.3 Jatkokehittäminen ja tutkimushaasteet

Työmäärä opinnäytetyössä oli suuri. Eniten vaikeuksia tuotti loogisesti etenevän opinnäytetyön kirjoitus sekä se, että saimme Powerpoint-esitykseen kattavasti asiat mahdollisimman tiiviisti. Erilaisia hoitomuotoja on hyvin paljon liittyen trauman hoitoon ja opinnäytetyössä olisi voitu käsitellä vielä useita eri terapiamuotoja. Kuitenkin tietyistä terapioidista ei ollut saatavilla tarpeeksi tietoa, joten päätimme jättää ne mainitsematta. Yhteistyö opinnäytetyön teossa oli tehokasta tarkan roolijaon vuoksi. Löysimme opinnäytetyötä varten luotettavia lähteitä, joka osaltaan paransi omaa tiedonhakutaitoamme.

## LÄHTEET

- Dellinger, L. 2020. TF-CBT -mallin käyttö osana traumatisoituneen lapsen hoitoa sijaishuollossa. Kognitiivinen psykoterapia. Nro. 17, 1–47. Viitattu 20.10.2023 [https://kognitiivinenpsykoterapia.fi/wp-content/uploads/2022/11/kognitiivinen-psykoterapia-17-kokonaan\\_0.pdf](https://kognitiivinenpsykoterapia.fi/wp-content/uploads/2022/11/kognitiivinen-psykoterapia-17-kokonaan_0.pdf).
- Drescher, J. 2022. What are dissociative disorders? American psychiatric association. Viitattu 16.11.2023. <https://www.psychiatry.org/patients-families/dissociative-disorders/what-are-dissociative-disorders>.
- EmdrEurope 2019. EMDR-hoidon kahdeksan vaihdetta. Viitattu 23.10.2023 <https://emdr.fi/emdr-hoidon-kahdeksan-vaihdetta/>.
- Fanai, M. & Khan M. 2023. Acute Stress Disorder. National Library of Medicine. Viitattu 16.11.2023. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560815/>.
- Haravuori, H. 2020. Lyhytkestoisen psykoterapiatekniikan muoto Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Viitattu 21.10.2023 <https://www.kaypahoito.fi/nix01356>.
- Henriksson, M., Haravuori, H. & Lönnqvist, J. 2021. Stressi, traumat ja mielen-terveys. Duodecim Oppiportti. Viitattu 26.10.2023 <https://www.oppoportti.fi/op/pkr00152/do>.
- Hupli, A & Ventilä, O. 2021. MDMA-avusteinen psykoterapia hoitoresistenssin traumaperäisen stressihäiriön hoidossa. Lääkärilehti, 1-2/21, 41–47. Viitattu 20.10.2023 <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/katsausartikkeli/mdma-avustei-nen-psykoterapia-hoitoresistentin-traumaperaisen-stressihairion-hoidossa/?pub-lic=6e342d5545d7d41ff4c5d9dd16aa348c>.
- Huttunen, M. 2018a. Akuutti stressireaktio. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 20.10.2023 <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00191>.
- Huttunen, M. 2018b. Traumaperäinen stressihäiriö. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 20.10.2023 <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00526/traumaperainen-stressi-hairio>.
- Jeffreys, M. 2017 Clinicians Guide to Medications for PTSD. U.S Department Veterans Affairs. Viitattu 6.11.2023 [https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/txessentials/clinician\\_quide\\_meds.asp](https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/txessentials/clinician_quide_meds.asp).
- Juva, K., Hublin, C., Kalska, H., Korkeila, J., Sainio, M., Tani, P. & Vataja, R. 2021. Kliininen neuropsykiatria. 2. Painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Käypä hoito -suositus. Traumaperäinen stressihäiriö 2022. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriayhdistys ry:n ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2022. Viitattu 21.10.2023 <https://www.kaypahoito.fi/hoi50080#s18>.
- Larivaara, P. 2009. Traumaperäinen stressihäiriö. Viitattu 19.10.2023 <https://www.oppoportti.fi/op/ppp00154/do>.

Laukkala, T., Katinka, T., Ferdinand, G., Haravuori, H. & Jylhä, P. 2022. Monimuotoinen traumaperäinen stressihäiriö – muuttuvat käsitteet ja vaikutus hoitoon. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 138(10), 903 – 909. Viitattu 23.10.2023 <https://www.duodecimlehti.fi/duo16842>.

Mieli 2023. Shokista uuteen alkuun. Viitattu 20.10.2023 <https://mieli.fi/vaikeaelamantilanne/shokista-uuteen-alkuun/>.

Rautava-Nurmi H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2015. Hoitotyön taidot ja toiminnot. 5. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy. Viitattu 26.10.2023

Räsänen, S. & Pesonen, T. 2021. Moniammatillisuus. Duodecim Oppiportti. Viitattu 26.10.2023 [https://www.oppiportti.fi/op/pkr00359/do?p\\_haku=perusterveydenhuolto#q=perusterveydenhuolto](https://www.oppiportti.fi/op/pkr00359/do?p_haku=perusterveydenhuolto#q=perusterveydenhuolto).

Rytinki, T. 2023. Verbaaliset kuulohallusinaatiot: psykoosi vai dissosiaatio? Turun yliopisto. Viitattu 20.10.2023 [https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/174225/Rytinki\\_Tuomas\\_opinnayte.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/174225/Rytinki_Tuomas_opinnayte.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

Taiminen, T. 2021. Ekstaasiavusteinen psykoterapia saattaa tehotraumaperäiseen stressihäiriöön. Potilaan Lääkärilehti. 2021. Viitattu 20.10.2023 <https://www.potilaanlaakarilehti.fi/uutiset/ekstaasiavusteinen-psyko-terapia-saattaa-tehota-traumaperäiseen-stressi-hairioon/>.

Terveyskylä 2021. Vinkkejä kriisistä selviytymiseen. Viitattu 24.10.2023. <https://www.terveyskyla.fi/aivotalo/apua-krisiin/el%C3%A4m%C3%A4%C3%A4-kriisiss%C3%A4/vinkkej%C3%A4-kriisist%C3%A4-selviytymiseen>.

Trauma ja dissosiaatio. 2023. Depersonalisaatiohäiriö. Viitattu 31.10.2023 <https://traumajadissosiaatio.fi/depersonalisaatiohairio/>.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2023. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 26.10.2023 <https://tenk.fi/fi/ohjeet-ja-aineistot/HTK-ohje-2012#HTK>.

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.