



Sairaanhoitajana kriisityössä - Opetusmateriaalia sairaanhoitajaopiskelijoille

Veera Innanen, Julia Paasonen

2024 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

**Sairaanhoitajana kriisityössä -
Opetusmateriaalia sairaanhoitajaopiskelijoille**

Veera Innanen, Julia Paasonen
Sairaanhoitaja
Opinnäytetyö
Maaliskuu, 2024

Veera Innanen, Julia Paasonen

Sairaanhoidajana kriisityössä - opetusmateriaalia sairaanhoidajaopiskelijoille

Vuosi

2024

Sivumäärä

62

Tämän toiminnallisen oppinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa opetusmateriaalia kriisihoitotyöstä sairaanhoidajaopiskelijoille mielenterveys- ja päihdehoitotyön perusopintojaksolle. Oppinnäytetyön tavoitteena oli, että sairaanhoidajaopiskelijat saavat tietoa akuutin kriisin ilmenemisestä ja niistä hoitotyön keinoista, joiden avulla voivat tukea kriisissä olevaa henkilöä. Oppinnäytetyön muoto oli kehittämistyö, sillä oppinnäytetyön myötä luotiin jotakin uutta, tässä tapauksessa uutta opetusmateriaalia sairaanhoidajaopiskelijoille.

Teoreettisessa viitekehyksessä käsitellään kriisejä sairaanhoidajan työstä käsin: miten tunnistaa akuutissa kriisissä oleva henkilö, ja mitkä ovat keskeiset auttamismenetelmät sairaanhoidajana. Nämä tutkimuskysymykset ohjasivat oppinnäytetyön tekoa. Oppinnäytetyön tiedonhaku suoritettiin kirjallisuuskatsauksen raameja käyttäen. Toimeksiantajana oppinnäytetyössä toimi Laurea-ammattikorkeakoulu.

Työn toiminnallisesta osuudesta syntyi Microsoft PowerPoint-esitys, joka sisältää teoretietoa psyykkisistä kriiseistä, kriisityöstä, auttamismenetelmistä ja auttajan jaksamiseen liittyvistä teemoista sekä kaksi opetusvideota. Tuotettu opetusmateriaali testattiin sairaanhoidajaopiskelijoilla helmikuussa 2024. Sairaanhoidajaopiskelijoilta pyydettiin palautetta tuotetusta opetusmateriaalista. Palautteiden perusteella opetusmateriaalista onnistuttiin luomaan kriisihoitotyön oppimista tukeva opetusmateriaalikonaisuus ja opetusmateriaali koettiin selkeäksi ja kattavaksi. Palautekyselyn kaikkien kohtien yhteenlaskettu keskiarvo oli 4,3.

Tutkimustietoa kriisihoitotyöstä sairaanhoidajan työn näkökulmasta löytyy niukasti. Tutkimuksille on tarvetta, jotta kriisityötä voidaan kehittää yksilöä ja työyhteisöä enemmän palveleksi. Jatkotutkimusaiheena voitaisiin tutkia, minkälaista tukea ja lisäkoulutusta sairaanhoidajat tarvitsevat toteuttaakseen kriisityötä laadukkaasti ja potilasturvallisesti.

Asiasanat: kriisityö, psyykkinen kriisi, opetusmateriaali

Veera Innanen, Julia Paasonen

As a nurse in crisis work - teaching material for nursing students

Year

2024

Pages

62

The purpose of this functional thesis was to produce teaching material on crisis care work for nursing students attending a basic study unit in mental health and substance abuse nursing. The objective of the thesis was to provide nursing students with information on about the occurrence of an acute crisis and the nursing methods that can be used to support a person in crisis. The form of the thesis was a development work because, with the thesis, something new was created, in this case, new teaching material for nursing students. In the theoretical reference framework, crises are discussed starting from the work of a nurse: how to identify a person in an acute crisis, and what are the key methods of helping as a nurse. These research questions guided the creation of the thesis. The data search for the thesis was carried out using the framework of the literature review. Laurea University of Applied Sciences was the client for the thesis.

The functional part of the work resulted in a Microsoft PowerPoint presentation containing theoretical information about psychological crises, crisis work, helping methods and themes related to the helper's ability to cope, as well as two educational videos. The produced teaching material was tested with nursing students in February 2024. The nursing students were asked for feedback on the produced teaching material. Based on the feedback, a set of teaching materials was successfully created to support learning of crisis care work. The combined average of all items in the feedback questionnaire was 4.3.

Research information on crisis care work from the perspective of a nurse's work is scarce. There is a need for research to ensure that crisis work can be developed to better serve the individual and the working community. A topic for further research could be to investigate what type of support and additional training nurses need to carry out crisis work with quality and patient safety.

Keywords: crisis work, psychological crisis, teaching material

Sisällys

1	Johdanto.....	7
2	Opetusmateriaalin laatiminen sairaanhoitajakoulutukseen	8
2.1	Laurea-ammattikorkeakoulun sairaanhoitajakoulutus	8
2.2	Kriisityö osana Laurea-ammattikorkeakoulun sairaanhoitajan opintoja.....	9
3	Opetusmateriaalin tuottaminen toiminnallisena opinnäytetyönä	9
3.1	Opetusmateriaalia ohjaava pedagogiikka.....	10
3.2	Opetusmateriaalin tiedonhaku	11
3.3	Tiedonhausta syntynyt teoriapohja opetusmateriaaliin	14
4	Psyykkiset kriisit.....	15
5	Luonnollinen sopeutumisprosessi	16
5.1	Shokkivaihe	16
5.2	Reaktiovaihe	18
5.3	Käsittelyvaihe.....	19
5.4	Uudelleen suuntautumisen vaihe	20
6	Resilienssi	21
7	Kun luonnollista sopeutumista ei tapahdukaan	22
7.1	Traumaperäinen stressihäiriö.....	23
7.2	Kompleksinen traumaperäinen stressihäiriö.....	24
7.3	Dissosiaatiohäiriöt.....	25
8	Traumainformoitu työote	26
9	Sairaanhoitajana kriisityössä	27
9.1	Kriisityön toteuttamisen erityispiirteitä	28
9.2	Hoitosuhdetyöskentely	29
10	Sairaanhoitajan auttamismenetelmät.....	30
10.1	Keholliset auttamismenetelmät kriisihoitotyössä	30
10.2	Unettomuuden hoito.....	31
10.3	Lääkehoito psyykkisessä kriisissä olevalle	32
11	Auttajan jaksaminen.....	32
11.1	Myötätuntoupumus	32
11.2	Myötätuntoupumisen oireita	33
11.3	Ennaltaehkäisy ja hoito	34
11.4	Sijaistraumatisoituminen.....	36
12	Työssä jaksamista tukevat menetelmät.....	37
12.1	Työnohjaus	37
12.2	Defusing	37
12.3	Debriefing	38

13	Kriisihoitotyön opetuskerta ja opetusmateriaalin testaus.....	38
13.1	Kriisityön teorian kertaus	39
13.2	Auttamismenetelmien läpikäynti	40
13.3	Opetusmateriaalin arviointi	41
14	Opinnäytetyön tulokset ja johtopäätökset	46
15	Pohdinta	47
15.1	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	47
15.2	Jatkotutkimusaiheet	48
	Lähteet.....	49
	Kuviot	54
	Taulukot	54
	Liitteet	55

1 Johdanto

Akuutit kriisit ja niiden hoito kuuluu yleissairaanhoidosta vastaavan sairaanhoitajan ammatilliseen vähimmäisosaamiseen. Sairaanhoitajalta odotetaan riittäviä psykiatrisen hoitotyön menetelmien ja hoitosuhdetyöskentelyn tietoja ja taitoja, sekä kykyä tukea akuutissa kriisissä olevaa henkilöä. (Eriksson, Korhonen, Merasto & Moisio 2015, 40.) Kriisihoitotyö on vaativaa työtä, joka vaatii sairaanhoitajalta riittävän teoretiedon tuntemista ja vuorovaikutuksellisten menetelmien hallitsemista.

Opinnäytetyön aihe syntyi lisäopetusmateriaalin tarpeesta ja opinnäytetyön tekijöiden omasta kiinnostuksesta psykiatrista hoitotyötä kohtaan. Opinnäytetyön toiminnallisesta osuudesta syntyneitä opetusmateriaalia voidaan hyödyntää Laurea-ammattikorkeakoulun mielenterveys- ja päihdehoitotyön perusopintojaksolla osana kriisihoitotyön opetusta. Työn tuloksista hyötyvät Laurean mielenterveys- ja päihdehoitotyön perusopintojakson lehtorit, jotka saavat lisää opetusmateriaalia käyttöönsä ja sairaanhoitajaopiskelijat, jotka opiskelevat opinnäytetyöstä syntyneitä sisältöjä. Lisäksi opinnäytetyön tekijöinä hyödyimme itse opinnäytetyöprosessin myötä syventyneestä teoriaosaamisesta kriisihoitotyöhön liittyen.

Vaikka mielenterveys- ja päihdehoitotyön perusopintojakson kriisihoitotyön tavoitteet ovat luonnollisessa sopeutumisprosessissa, opinnäytetyössä käsitellään myös pitkittyneitä oireita ja häiriöitä. Sairaanhoitajien on tärkeää tunnistaa raja akuutin kriisin ja traumatisoitumisen välillä tilanteessa, jolloin luonnollista sopeutumista ei tapahdukaan.

2 Opetusmateriaalin laatiminen sairaanhoitajakoulutukseen

Sairaanhoitajakoulutus on Euroopan Unionin ammattipätevyysdirektiivin säätelemää koulutusta. Ammattipätevyysdirektiivi on Suomessa täytäntöön pantu lailla ammattipätevyden tunnustamisesta. (Opetushallitus 2023.) Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivissä 2013/55/EU (2013) on mainittu, että sairaanhoitajakoulutuksessa on varmistuttava siitä, että ammattihenkilö on omaksunut tarvittavat tiedot ja taidot koulutuksensa aikana, ja kykenee soveltamaan ainakin tiettyjä pätevyksiä, jotta voi harjoittaa kyseiseen ammattiin liittyvää toimintaa.

Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry on antanut suosituksensa (2022) suomalaisille ammattikorkeakouluille yhteisistä kompetensseista. Suosituksen mukaan valmistuva AMK-opiskelija osaa toimia kyseisen ammattialan eettisten periaatteiden ja arvojen mukaisesti, sekä osaa huomioida yhdenvertaisuuden ja tasa-arvon periaatteet työskentelyssään. Eettiseen työskentelyyn kuuluu kyky vastata omasta toiminnastaan ja sen seurauksista, sekä reflektoida työskentelyään alansa ammattieettisten periaatteiden ja arvojen mukaisesti. Sairaanhoitajan ammatissa korostuu eettisten periaatteiden mukaan työskenteleminen, mikä edellyttää sairaanhoitajalta muun muassa terveydenhuoltoa ohjaavan ajankohtaisen lainsäädännön osaamista (Eriksson ym. 2015, 37).

2.1 Laurea-ammattikorkeakoulun sairaanhoitajakoulutus

Opinnäytetyön toimeksiantajana toimi Laurea-ammattikorkeakoulu. Laurea on Uudellamaalla toimiva ammattikorkeakoulu, jolla on kuusi kampusta. Kampukset sijaitsevat Hyvinkäällä, Lohjalla, Porvoossa, Vantaalla Tikkurilassa sekä Espoossa Otaniemessä ja Leppävaarassa. Vuonna 2023 Laureaan kuului 9900 opiskelijaa, 660 henkilökunnan jäsentä ja yli 34 700 alumnia. (Laurea 2023a.) Laurea-ammattikorkeakoulussa voi opiskella alemman sekä ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon englanniksi tai suomeksi. Opiskeltavia koulutusaloja ovat muun muassa liiketalous ja sairaanhoitajakoulutus. Laurea on Suomen suurin sairaanhoitajakoulutaja. (Laurea 2023b.)

Laureassa sairaanhoitajakoulutuksen voi suorittaa joko päivä- tai monimuoto-opiskeluna. Sairaanhoitajakoulutus sisältää pakolliset ydiosaamisen opinnot 180 opintopistettä ja täydentävän osaamisen opinnot 30 opintopistettä. Sairaanhoitajaopinnoista yli kolmasosa suoritetaan käytännön työharjoittelussa. Harjoittelujaksojen terveysalan toimintaympäristöt ovat EU-direktiivien määrittelemiä. Sairaanhoitajatutkinnon jälkeen omaa ammatillista osaamistaan voi kehittää Laureassa täydennyskoulutusten avulla tai suorittamalla ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon. (Laurea 2024c.)

2.2 Kriisityö osana Laurea-ammattikorkeakoulun sairaanhoitajan opintoja

Opinnäytetyön aihe, kriisihoitotyö, kuuluu Laurea-ammattikorkeakoulun sairaanhoitajatutkinnon opetussuunnitelman mukaisesti mielenterveys- ja päihdehoitotyön perusopintoihin. Opintojakso on laajuudeltaan kuusi opintopistettä. Sen toteutuksessa käytetään lähiopetusta, itsestä opiskelua sekä työpaja- ja simulaatiotyöskentelyä. Mielenterveys- ja päihdehoitotyön perusopintojakso on suunniteltu opetussuunnitelman mukaan toteutettavaksi opintojen kolmantena lukukautena.

Laurea-ammattikorkeakoulun sairaanhoitajakoulutuksen ydinosamisen moduulien tavoitteissa kuvataan pakolliset osaamisvaatimukset, joiden saavuttaminen on edellytys tutkinnon saamiseksi (Laurea 2023d, 6). Kriisihoitotyön tavoitteisiin kuuluu mielenterveys- ja päihdehoitotyön perusopintojaksolla kriisin tunnistaminen, sekä asianmukainen potilaan ja hänen läheisensä auttaminen kriisin käsittelyssä (Laurea 2023e). Kriisihoitotyön osaamista arvioidaan mielenterveys- ja päihdehoitotyön valtakunnallisessa YleSh-tietotestissä.

3 Opetusmateriaalin tuottaminen toiminnallisena opinnäytetyönä

Opinnäytetyön muodoksi valikoitui toiminnallinen opinnäytetyö. Toiminnallinen opinnäytetyö on yksi opinnäytetyötyyppi ammattikorkeakouluissa ja tutkimuksellisen kehittämisen tapa. Toiminnallisessa opinnäytetyössä kehittämisen tavoitteena on ammatillinen tuotos, joka palvelee toimintaympäristön arjen toimintoja tai kohderyhmää, kuten asiakkaita tai työntekijöitä. Toiminnallisessa opinnäytetyössä ammatillinen asiantuntijuus näytetään tutkimuksellisella ja kehittäväällä otteella tehdyllä tuotoksella ja raportilla. Raportin avulla kuvataan tuotokseen liittyviä valintoja ja ratkaisuja perustellusti. Tuotoksena voi syntyä esimerkiksi tapahutuma tai konkreettinen esine. (Kostamo, Airaksinen & Vilka 2022, 9.)

Kehittyäkseen asiantuntijaksi, toiminnallisen opinnäytetyön osalta ei riitä pelkästään kehittämistyö tuotoksena. Sen ohessa tekijä kirjoittaa itsensä akateemisen viestinnän keinoin asiantuntijaksi kuvaillessaan kehittämistyönään tekemäänsä tuotosta ja sen toteuttamisprosessia. Toiminnallisen opinnäytetyön raportin kirjoittamisen kautta tehdään oppimista näkyvämmäksi tutkivaa ja kehittäväää otetta soveltaen. Opinnäytetyötekstiä kirjoitetaan tutkivan tekemisen rinnalla vähitellen ja vaiheittain, ei vasta jälkikäteen. (Kostamo ym. 2022, 9.)

Toiminnallinen opinnäytetyö on luonteeltaan kehittämistyö, jonka alussa määritellään tavoitteet ja suunnitellaan toteutustavat sekä valitaan menetelmä, jonka kautta kehittämistyö toteutetaan. Lisäksi pohditaan keinoja, miten valmista tuotosta tai tuloksia arvioidaan, ja miten palautetta kerätään. Seuraavaksi valikoidaan tietoperustan lähteitä ja jäsenellään olennainen tieto tietoperustaa varten, eli keskeiset käsitteet ja aiempi tutkittu tieto, sekä asiantuntijaintieto. Kehittämistyötä tehdään työelämäkumppanin kanssa yhdessä tiettyyn tarpeeseen ja

ympäristöön, jossa kehittämistarpeesta on tehty havaintoja. (Kostamo ym. 2022, 12.) Tämän opinnäytetyön kehittämistyön kohteena oli Laurea-ammattikorkeakoulun mielenterveys- ja päihdehoitotyön perusopintojakson opetussisältöjen kehittäminen. Opinnäytetyön aloitusta koskevassa infossa kävi ilmi, että Laurea-ammattikorkeakoulun sairaanhoitajakoulutuksen mielenterveys- ja päihdehoitotyön perusopintojaksolle kaivataan lisäopetusmateriaalia. Kiinnostuimme ajatuksesta välittömästi. Hyvinkään kampuksen mielenterveys- ja päihdehoitotyön opintojakson lehtorit antoivat vapauden miettiä kiinnostavia aiheita, joita ehdottasimme heille. Kiinnostuksemme oli traumaissa ja niiden hoidossa, mutta perusopintojakson teorian painottuessa akuutteihin kriiseihin, aiheeksi tarkentui luonnollisen sopeutumisprosessin kriisihoitotyö. Kehittämistyön aluksi sovittiin opinnäytetyön aiheen rajaus ja tietoperusta, eli akuuttien kriisien ilmeneminen ja hoitotyön menetelmät sairaanhoitajana.

Työelämäkumppanin toiveena oli, että opetusmateriaali olisi vuorovaikutteisiin menetelmiin painottuvaa, jota lähdettiin toteuttamaan laatimalla käsikirjoitus (liite 1) videomateriaalia varten. Videomateriaalin tarkoituksena oli käydä vuorovaikutuksellinen kohtaaminen case-tyyppisesti läpi, jossa sairaanhoitaja kohtaa akuutissa kriisissä olevan potilaan. Case-työskentelyn kohteeksi valikoitui äkillisesti kuolleen henkilön läheisen tukeminen, josta löytyy myös Hoitotyön tutkimussäätiön tekemä hoitosuositus (Hotus 2018). Lopputuloksena tuotettiin case-video, jossa äkillisesti liikenneonnettomuudessa lapsensa menettänyt äiti hakeutuu sairaanhoitajan akuuttivastaanotolle heikentyneen vointinsa vuoksi.

Videomateriaalin rinnalle koottiin PowerPoint-esitys sen tueksi, että sairaanhoitajaopiskelijat saavat teoriatietoa keskeisimmistä asioista kriisihoitotyöhön liittyen. Toive kirjallisesta PowerPoint-esityksestä videomateriaalin tueksi tuli työn tilaajalta. Halusimme sisällyttää PowerPoint-esitykseen myös ohjausvideon kehollisesta auttamismenetelmästä, jotta vahvistaisimme työn toiminnallista osuutta. Opetusmateriaalin visuaalisesta ilmeestä haluttiin luoda rauhallinen kokonaisuus, joka maadoittaisi lukijan aiheeseen.

3.1 Opetusmateriaalia ohjaava pedagogiikka

Pedagogisen tutkimuksen pohjalta laadukkaan e-oppimateriaalin piirteisiin kuuluu se, että oppimateriaali aktivoi oppijan ajattelua, keskittyy opittavan ilmiön ydinasioihin ja tukee oppimisen taitojen kehittymistä. Toiminnallisesti hyvää e-oppimateriaalia on helppo käyttää teknisesti. Hyvä oppimateriaali tukee sisällöllisesti pedagogisia tavoitteita. (Ilomäki 2012, 10-11.)

Hyvään oppimistilanteeseen kuuluu tilaa omalle ajattelulle, toiminnalle ja yhteisölliselle tiedonrakentelulle. Hyvän oppimateriaalin avulla tuetaan tällaista aktiivisuutta, ja ohjataan sekä käyttämään, että työstämään tietoja eteenpäin. Tieto ei ole olemassa muuttumattomana tai varmana, vaan se on aina johonkin tarkoitukseen tuotettua ja aina joltain perustalta. Tiedon perustana on aina ihmisten välinen vuorovaikutus sekä kulttuurinen ja sosiaalinen tausta. Myös ihmisen aiempi tietämys ja osaaminen ovat tiedon perustana, eikä se

koskaan synny vain yhden ihmisen mielessä. Oppimateriaalin avulla voidaan tuoda tämän ymmärtämiseen tukea muun muassa ohjaamalla soveltamaan, hakemalla asioiden yhteyksiä, hakemalla lisätietoja, problematisoimaan, miettimään perusteluja asioille sekä näkemään asioiden keskeneräisyys. (Paavola, Ilomäki & Lakkala 2012, 47.)

Verkkomateriaalin kehittyneitä tietokäsityksiä voidaan lisätä tuomalla taustalla olevaa ajattelutapaa esiin. Tämä saavutetaan esimerkiksi sisällyttämällä viittauksia ja linkkejä muihin lähteisiin, joiden avulla lukija voi laajentaa ymmärrystään aihepiiristä. Kehittyneitä tietokäsityksiä voidaan lisätä myös tuomalla esiin aitoa ja autenttista tietoa, kuten liittämällä teoreettisen ja käsitteellisen tiedon yhteyteen arkisia esimerkkejä tiedon käytöstä. (Paavola ym. 2012, 47-50.) Tuotimme opetusta tukemaan case-videon lapsensa menettäneestä äidistä, jonka avulla pyrittiin tuomaan kriisihoitotyön teoriaa näkyvämmäksi konkreetian muodossa. Case-videon pohjalta sairaanhoitajaopiskelija pääsee kertaamaan luonnollisen sopeutumisprosessin eri vaiheita, kriisin aiheuttamia oireita, oireiden ilmenemistä, hoitotyön menetelmiä ja palvelujärjestelmää. Lisäksi opetusmateriaaliin sisällytettiin linkkejä muun muassa Käypä hoito -suositukseen, joiden tueksi laadittiin aiheeseen liittyviä tehtävänantoja.

Ajatteluprosessin kannalta tärkeitä ovat sellaiset ongelmat, joihin ei ole vain yhtä oikeaa vastausta, ja joihin vastaaminen ei onnistu suoralta kädeltä. Oppimateriaalin avulla voitaisiin kannustaa oppilaita pohtimaan, mitä avoimia kysymyksiä esitetty tieto ilmiöstä herättää. Lisäksi osana kehittyneen tietokäsityksen lisäämistä voidaan käyttää ”sama asia monella tavalla”-tekniikkaa, jossa sama asia osataan esittää monelta kannalta, liitettynä eri yhteyksiin, kuten tuomalla käytännön kokemuksia tukemaan asioiden käsitteellistä ymmärtämistä tai asioiden teoreettisella hahmottamisella voidaan tukea tiedon soveltamista tai havaintojen tekemistä. (Paavola ym. 2012, 47-50.)

PowerPoint-esityksessä käytettiin hyödyksi opiskelijan aktivoimista erilaisilla pohdintakysymyksillä. Esimerkiksi sairaanhoitajan jaksamisesta kertovassa osiossa sairaanhoitajaopiskelija pääsee pohtimaan oman kuormituksensa säätelyä ja keinoja, jotka tulee huomioida työskennellessä vaikeiden aiheiden parissa. Muutoinkin tekstissä oli käytetty tehosteena henkilökohtaisempaa puhuttelua, esimerkiksi niin, että miten lukija voi itse ehkäistä myötätuntoupuumuksen syntyä, sen sijaan, että hän lukisi pelkästään aiheeseen liittyvää teoriaa. Opetusmateriaalin kokoamisessa otettiin huomioon erilaiset preferenssit oppimistapojen suhteen, jonka vuoksi kirjallisen teorian rinnalle etsittiin myös linkkejä videomateriaaleihin.

3.2 Opetusmateriaalin tiedonhaku

Toiminnallisessa opinnäytetyössä käytetty tieto nojaa aina ammatilliseen teoreettiseen tietoon sekä ammattitermistön ja aihepiirien käsitteiden käyttöön. Käytetty tietoperusta taustoitaa ja paikantaa opinnäytetyön käsitteellisesti ammattialaan ja sen osa-alueisiin.

(Kostamo ym. 2022, 56.) Opinnäytetyössä käytetty tietoperusta pohjautuu saatavilla olevaan tieteelliseen tutkimustietoon.

Sisäänotto- ja poissulkukriteerien muodostaminen kuuluu keskeisesti hakustrategiaan, jotta katsaus pysyy suunnitellussa fokuksessa. Pätevät ja kattavat kriteerit helpottavat tunnistamaan relevanttia kirjallisuutta ja vähentävät mahdollisuutta virheelliseen tai puutteelliseen katsaukseen. Valitsemalla esimerkiksi vain tietyt julkaisuvuodet tai tietyllä kielellä tehdyt julkaisut, voidaan hallita aineiston kokoa. (Niela-Vilen & Hamari 2016, 26.)

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Julkaistu vuosien 2013-2023 aikana	Julkaistu ennen vuotta 2013
Kieli suomi tai englanti	Kieli muu kuin suomi tai englanti
Tutkimusartikkelit	Maksulliset aineistot
Väitöskirjat, liseniaattityöt, Pro gradut	Opinnäytetyöt AMK, YAMK
Käsittelee kriisityötä psykiatrisesta näkökulmasta	Ei käsittele kriisityötä psykiatrisesta näkökulmasta
Käsittelee kriisityötä sairaanhoitajan työn kannalta oleellisista asioista	Käsittelee kriisityötä muiden ammattikuntien kannalta
Käsittelee aikuisväestön kriisihoitotyötä	Käsittelee lasten ja nuorten kriisihoitotyötä

Taulukko 1: Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänotto- ja poissulkukriteerien määrittämisen jälkeen määrittelimme tiedonhaussa käytettävät tietokannat. Käytettäväksi tietokannoiksi valikoitui Laurean Finna -tiedonhakupalvelu, ProQuest, Medic ja Duodecimin Terveysportti. Käytettyjä hakusanoja olivat muun muassa ”äkillinen kriisi”, ”kriisityö”, ”psykkinen kriisi AND ensiapu”, ”psykkinen kriisi AND traumaattinen kriisi”, ”unihäiriöt AND kriisi” ja ”unettomuus”.

Opinnäytetyöhön valikoitui 3 tutkimusta. Tutkimuksista, jotka valikoituivat opinnäytetyöhön, laadittiin tutkijantaulukko (liite 2). Kotimaisilla tutkimusartikkeleilla oli suurempi painoarvo, koska artikkeleissa käsiteltiin kriisityötä nimenomaan kotimaan palveluiden ja hoitojärjestelmän kautta. Kriisityön toteutuksessa on vaihtelua eri maiden välillä hoitojärjestelmien, palvelupolkujen ja lainsäädännön osalta, joten on tärkeää, että sairaanhoitajaopiskelijat saavat asianmukaista tietoa juuri kotimaan hoitojärjestelmän kannalta.

Medic on vuonna 1978 perustettu kotimainen terveystieteellinen tietokanta, jota tuottaa Helsingin yliopiston kirjasto. Medic sisältää tietoa terveystieteellisistä julkaisuista. (Englund 2016.) Medicissä tiedonhakua rajattiin koskemaan vuosina 2013-2023 ilmestyneitä aineistoja. Hakusanalla ”kriisityö” Medicistä löytyi 12 hakutulosta, joista ei valikoitunut aineistoja tähän opinnäytetyöhön. Hakusana ”psykkinen ensiapu” tuotti 181 osumaa, joista ei valikoitunut aineistoja käyttöömmeh. Hakusanat ”traumainformoitu työote” ja ”sijaistraumatisoituminen” tuotti 0 osumaa. Hakusana ”psykososiaalinen tuki” tuotti 106 osumaa, joista ei valikoitunut yhtään aineistoa käyttöömmeh ”Unihäiriöt” hakusana tuotti 49 osumaa, joista yksi valikoitui opinnäytetyöhön. Katsausartikkeli käsitteli psykologisten hoitomuotojen tehoa unettomuuden hoidossa. Hakusana ”psykkinen kriisi” tuotti monta osumaa, 774 kappaletta, joista moni käsitteli mielenterveyteen liittyviä seikkoja, mutta eivät vastanneet tutkimuskysymyksiin. Moni artikkeli myös toistui luettelossa. 774:stä valikoitui kaksi katsausta opinnäytetyöhömmeh, joista toinen käsitteli monimuotoista traumaperäistä häiriötä ja toinen painajaisia psykkinenä ensioireena.

Laurean Finna -tiedonhakupalvelu, jonka avulla voidaan hakea niin sähköisiä kuin painettuja aineistoja, artikkeleita sekä kirjoja. Finnan avulla voidaan hakea aineistoja Laurean maksamista artikkelitietokannoista. Finna -tiedonhakupalvelua ylläpitää Kansalliskirjasto. Finnan kautta löydettyt aineistot olivat painettuja kirjoja. Esimerkiksi hakulauseke ”psykkinen kriisi AND ensiapu” tuotti kolme hakutulosta, joista valikoitui tiivistelmän perusteella pois kaksi ja jäljelle jäi Hädän hetkellä - psykkinen ensiavun opas -niminen kirja, jonka sisältöjä hyödynsimme useissa opinnäytetyön kirjallisen raportin osioissa. Hakulauseke ”psykkinen kriisi AND traumaattinen kriisi” tuotti kuusi hakutulosta, joista jäi tiivistelmän perusteella jäljelle Mieli ja terveys -kirja, jossa käsitellään muun muassa mielenterveyttä, kriisityön perusteita ja traumaperäisten stressihäiriöitä ja niiden hoitoa. Hakulauseke ”unihäiriöt AND kriisi” tuotti 11 hakutulosta, joista tiivistelmän perusteella jäi jäljelle Duodecimin kustantama Psykiatria -kirja. Psykiatria -kirjaa hyödynsimme etenkin lääketieteellisten diagnoosien sekä kriisityön teorian ja hoitokeinojen osalta.

Lisäksi tietoa haettiin Käypä hoito -suosituksista ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen materiaaleista. Ajantasainen lainsäädäntö tarkistettiin Finlex -palvelusta. Myös kolmannen sektorin palveluiden aineistoja hyödynnettiin, koska niillä on tärkeä merkitys Suomessa kriisihoitotyön kannalta, esimerkiksi vertaistukipalveluiden tuottajana. Painettua kirjallisuutta haettiin kaupungin- ja kampuskirjastoista.

Sisäänotto- ja poissulkukriteerien mukaisia aineistoja oli verrattain vähän, esimerkiksi ProQuest -tietokannasta ei löytynyt ainuttakaan kriteereitä täyttävää aineistoa. Koimmekin, että lisääaineistolle kriisihoitotyöstä on tarvetta. Huomasimme myös alan kirjallisuuteen perehtyesämmeh, että osa olemassa olevasta kirjallisuudesta kriisihoitotyöhön liittyen sisältää

vanhentunutta tietoa. Lisäksi uudessa ICD-11-tautiluokituksessa on tehty muutoksia diagnostiikkaan, mikä otettiin huomioon aineistoa kootessa.

3.3 Tiedonhausta syntynyt teoriapohja opetusmateriaaliin

Tiedonhaun pohjalta syntyi kaksi osiota PowerPoint-esitykseen. PowerPointin ensimmäinen osio käsittelee psyykkisten kriisien ja kriisihoitotyön teoriaa sairaanhoitajan työn kannalta. Osio haluttiin aloittaa aiheeseen ankkuroivalla videolla. Videossa Surevan kohtaaminen -hankkeen kokemusasiantuntija ja kriisikeskus Osviitan kriisityöntekijä keskustelevat läheisensä menettäneen auttamisesta heti kuolemantapauksen jälkeen. Video on tuotettu osana Surevan kohtaaminen- toimintaa, jonka tarkoituksena on tukea ammattilaista läheisensä menettäneen henkilön kohtaamisessa ja antaa läheisille tietoa tarjolla olevista tukimahdollisuuksista. (Surevan kohtaaminen 2024.)

PowerPoint-esitys jatkui kriisityötä ohjaavilla laeilla sekä Sosiaali- ja terveysministeriön (2009) laatimalla ”Traumaattisten tilanteiden psykososiaalinen tuki ja palvelut” -oppaalla, johon opiskelijaa suositeltiin perehtymään. Tämän jälkeen käsiteltiin psyykkisten kriisien teoriaa, minkälaisia psyykkisiä kriisejä on, ja mitkä ovat kriisityön yleisperiaatteita. Luonnollista sopeutumisprosessia käsiteltiin vaihe vaiheelta, ja jokaisessa kohdassa kerrottiin vaiheelle ominaisista piirteistä, jotka sairaanhoitajan tulisi ottaa huomioon kriisissä olevan kohtaamisessa.

Luonnollisen sopeutumisprosessin ja kriisin vaiheiden jälkeen siirryttiin siihen, mitä tapahtuu, jos luonnollista sopeutumista ei tapahdukaan. Tässä kohtaa opiskelija pääsee perehtymään traumaperäiseen stressihäiriöön, kompleksiseen traumaperäiseen stressihäiriöön ja dissosiativiseen häiriöön syventävien tehtävien kautta. Osiossa käytiin läpi myös traumainformoidun työotteen teoriaa, joka sisälsi erilaisia linkkejä aiheeseen liittyviin haastatteluihin ja artikkeleihin. Lopuksi käsiteltiin resilienssiä, jolla on merkittävä vaikutus psyykkiseen sopeutumiskykyyn ihmisen kohdatessa psyykkisen kriisin.

PowerPoint-esityksen toisen osion nimi on sairaanhoitajana kriisityössä. Tämän osion tarkoituksena on perehtyä kriisihoitotyön toteuttamiseen sairaanhoitajana. Osio alkaa hoitosuhdetyöskentelyyn liittyvillä pohdintakysymyksillä, jonka jälkeen siirrytään kriisihoitotyössä huomioitaviin erikoispiirteisiin hoitosuhdetyöskentelyn osalta. Hoitosuhdetyöskentely käsitellään ensimmäiseksi, koska sen merkitys korostuu mielenterveys- ja päihdehoitotyössä. Tämän jälkeen on koottu yhteenveto Hotuksen (2018) hoitosuosituksen äkillisesti kuolleen henkilön läheisen tukemisesta. Teorian kautta on tarkoitus ankkuroitua tuotettuun case-videoon. Case-videon jälkeen syvennytään sairaanhoitajan auttamismenetelmiin, kuten kehollisiin auttamismenetelmiin, vertaistuen hyödyntämiseen, unettomuuden hoitoon ja lääkehoitoon.

Sairaanhoitajaopiskelijoiden on hyvä tiedostaa jo opiskeluvaiheessa työn psyykkisen kuormittavuuden ulottuvuudet, ja miettiä keinoja, joilla huolehtia omasta hyvinvoinnistaan. Tämän vuoksi osiossa käsiteltiin vielä auttajan jaksamiseen liittyviä haasteita, kuten sijaistraumatisoitumista ja myötätuntouupumusta. Viimeisenä aiheena PowerPointissa oli työssä jaksamista tukevat menetelmät kuten työnohjaus, defusing ja debriefing. Seuraavissa luvuissa käsittelemme opetusmateriaaliin valittua teoriapohjaa tarkemmin.

4 Psyykkiset kriisit

Psyykkiset kriisit voidaan luokitella kolmeen eri kategoriaan, joita ovat kehityskriisit, elämänkriisit ja äkilliset kriisit (Saari ym. 2009, 9). Kriisin ei välttämättä tarvitse olla negatiivinen tapahtuma, vaan myös positiivinen tapahtuma voi aiheuttaa ihmisessä kriisin (Mielenterveysseurat 2023).

Kehityskriiseillä tarkoitetaan normaaliin elämään kuuluvia kasvuun ja ikääntymiseen liittyviä kriisejä. Kehityskriisit eivät synny täysin yllättäen, vaan kriisissä oleva henkilö on pystynyt niitä prosessoimaan mielessään jo etukäteen. (Saari ym. 2009, 9-10.) Kehityskriisin kohdatessa henkilön persoonallisuus kohtaa aina kasvun. Ongelmatilanteiden kohtaaminen tulevaisuudessa parantuu jokaisen kehityskriisin myötä. Kehityskriisi ei yleensä aiheuta haitallisia oireita kriisissä olevalle henkilölle. (Henriksson, Haravuori & Lönnqvist 2021, 421.)

Elämänkriisit eivät myöskään tule yleensä täysin yllättäen, vaan ihminen on niihin jo ennalta pystynyt valmistautumaan. Elämänkriiseille ominaista on, että henkilö joutuu yleensä tekemään suuria päätöksiä tulevaisuuteensa ja elämäänsä liittyen, jolla on kauaskantoisia seurauksia. (Saari ym. 2009, 10-11.)

Äkillinen kriisi, jota voidaan kutsua myös nimellä traumaattinen kriisi, tarkoittaa mieltä äkillisesti järkyttävää tapahtumaa. Kriisin syntyyyn vaikuttaa kuinka äkillinen ja järkyttävä tapahtuma on ollut. (Saari ym. 2009, 11.) Tärkein äkillisen kriisin syntyyyn vaikuttava tekijä on, että tilanne tulee täysin varoittamatta, eikä henkilö ole siihen mitenkään kyennyt ennalta varautumaan. Mitä kauemmin järkyttävään tilanteeseen ehtii etukäteen valmistautumaan, sitä paremmin sen pystyy mielessään etukäteen prosessoimaan. (Saari ym. 2009, 13-14.) Äkilliseksi kriisiksi voidaan luokitella monia erilaisia poikkeuksellisia tilanteita, kuten esimerkiksi suuronttomuudet, läheisen menehtyminen tai itsemurha, väkivallan kokeminen tai vakava sairastuminen (Saari ym. 2009, 11).

Henkilön kohdatessa järkyttävän tapahtuman, alkaa hän usein miettimään olisiko hän omalla toiminnallaan voinut jotenkin muuttaa tapahtuman lopputulosta. Yleensä tilanteet ovat kuitenkin täysin sattumanvaraisia, eikä niihin olisi kukaan pystynyt ennalta vaikuttamaan. (Saari ym. 2009, 15.)

Äkillisen kriisin kohdannut henkilö kokee monenlaisia muutoksia itsessään. Henkilön oman haavoittuvuuden merkitys korostuu hänen kohdatessaan äkillisen kriisin. Kun äkillinen tapahtuma tulee tarpeeksi lähelle akuutissa kriisissä olevaa henkilöä, muuttuu hänen oma haavoittumattomuuden tunteensa pysyvästi. Tällöin henkilö saattaa tuntea erilaista huolta omasta tulevaisuudestaan ja sen turvallisuudesta. Henkilö saattaa kriisin myötä kyseenalaistaa elämänsä katsomustaan, sekä kokea elämänarvojen muuttumista. Aiemmin merkitykselliset ja itselle ensisijaiset asiat eivät olekaan enää ensisijaisia, vaan kriisin myötä asioiden tärkeysjärjestys elämässä muuttuu. (Saari ym. 2009, 16-19.) Kriisissä oleva henkilö saattaa kokea myös menettäneensä elämänhallintansa kriisin kohdatessaan (Heikkinen-Peltonen, Innamaa & Virta 2019, 70).

Henriksson, Haravuori ja Lönnqvist kirjoittavat Psykiatria (2021, 419) kirjassa, että äkillisen kriisin kohdanneiden henkilöiden määrästä ei ole Suomessa tarkkaa tutkimustietoa. On kuitenkin arvioitu, että vuosittain ainakin 100 000 suomalaista ihmistä joutuu kohtamaan äkillisen psyykkisen kriisin. Päihteiden käyttö, vanhempien mielenterveys- ja päihdeongelmat, turvattomuus, sekä köyhyys kodissa ja asuinympäristössä lisäävät todennäköisyyttä äkillisen kriisin kohtaamiseen.

5 Luonnollinen sopeutumisprosessi

Jokaisella meistä on erilaiset valmiudet selvitä äkillisistä kriiseistä. Äkillisestä kriisistä toipumiseen vaikuttaa kriisin kohdanneen elämäntilanne, sekä aiemmat käsittelemättömät kriisit ja traumat. (Mielenterveystalo 2023a.)

Äkillisen kriisin prosessi, jota kutsutaan myös nimellä luonnollinen sopeutumisprosessi, sisältää neljä erilaista vaihetta. Jokaisella vaiheella on merkityksellinen rooli kriisistä selviytymisessä. Näitä vaihteita ovat; shokkivaihe, reaktiovaihe, käsittelyvaihe sekä uudelleensuuntautumisen vaihe. Jos psyykinen kriisi ei ole syntynyt täysin yllättäen, vaan sen syntyä on voitu ennakoida, voidaan tätä ennakoivaa vaihetta kutsua uhkavaiheeksi. (Henriksson ym. 2021, 421.) Eri vaiheissa sopeutumisprosessia on erilaiset hoitosuositukset, joten hoitohenkilökunnan tulisi osata tunnistaa missä vaiheessa sopeutumisprosessia kriisissä oleva henkilö on (Henriksson ym. 2021, 422-423).

5.1 Shokkivaihe

Shokkivaihe on sopeutumisprosessin ensimmäinen vaihe. Vaihe alkaa viimeistään välittömästi kriisin aiheuttaneen tilanteen jälkeen, ja sen kesto voi olla hyvinkin yksilöllistä. (Punainen risti 2023.) Shokkivaiheen kesto voi olla minuuteista päiviin, ja siihen vaikuttaa tilanteen järkyttävyys (Saari ym. 2009, 25; Henriksson ym. 2021, 422). Shokkivaihe on tila, jota ihminen ei pysty itse säätelemään, eikä hän pysty siihen tahdonvoimallaan vaikuttamaan. Vaiheen

tarkoitus on suojata kriisissä olevan henkilön mieltä asioilta, joita mieli ei pysty käsittelemään. (Saari ym. 2009, 21.)

On mahdollista, mutta hyvin harvinaista, että kriisissä olevalle henkilölle ei synnykään luonnolliseen sopeutumisprosessiin kuuluvaa shokkivaihetta. Tällöin henkilön mieleen tunkee väkisin ajatuksia ja kokemuksia kriisin aiheuttaneesta tilanteesta, koska shokkivaihe ei ole suojaamassa henkilön mieltä asioilta, joita hänen mielensä ei vielä pysty käsittelemään. Tällainen tilanne voi pahimmassa tapauksessa aiheuttaa henkilölle äkillisen psykoosiasteiseen tilan. Kyseinen tila on kuitenkin pääsääntöisesti ohimenevä tila, mutta psyykkistä ensiavun tarvetta arvioitaessa sekä antaessa huomioonotettava tila. (Saari ym. 2009, 21.)

Shokkivaihe saattaa näyttäytyä kriisissä olevilla henkilöillä hyvinkin yksilöllisesti, jonka vuoksi sitä voi olla hankala tunnistaa. Useasti shokkivaiheessa henkilö kieltää kriisin aiheuttaneen tapahtuman. Shokissa oleva henkilö saattaa kokea epäuskoa siitä, onko asia todella totta. Shokkivaihe saattaa ilmetä myös kaoottisena kiihtymystilana, jolloin shokissa oleva henkilö saattaa esimerkiksi huutaa, itkeä tai olla motorisesti levoton. Osa shokissa olevista henkilöistä saattaa antaa vaikutelman, että kaikki olisi hyvin, koska he toimivat lähes normaalisti. (Henriksson ym. 2021, 422.) Shokkivaihe aiheuttaa kriisissä olevalle henkilölle myös fyysisiä oireita, kuten esimerkiksi hengityksen tihtymistä, sykkeen kohoamista, tärinää tai vapinaa (Punainen risti 2023).

Shokissa olevan henkilön tunnereaktioissa voi ilmetä myös muutoksia, kuten itsesuojeluväistön heikkenemisessä. Henkilön päällimmäinen tavoitteensa on ainoastaan säilyä hengissä. (Saari ym. 2009, 23.) Hänen toimintakykynsä voi olla poikkeuksellisen hyvä tunteiden uupumisen takia, joka voi olla välttämätöntä tilanteesta pelastautumisen vuoksi. Tunteet normalisoituvat, kun shokissa oleva henkilö kokee olevansa turvassa. (Hedrenius & Johansson 2016, 232-233.)

Totaalinen lamaantuminen on myös mahdollista uhkaavassa tilanteessa (Mielenterveystalo 2023b). Lamaantumiseen vaikuttaa merkittävästi se, kuinka yllättävä tilanne on ollut, ja kuinka todennäköistä siitä on pelastautua. Jos tilanne on yllättävä, eikä henkilö ole ennättänyt yhtään sitä ennalta mielessään prosessoimaan, saattaa tapahtua lamaantuminen. Kyseisessä tilanteessa henkilön toimintakyky romahtaa totaalisesti. (Saari ym. 2009, 13-14, 24.)

Shokkivaiheessa oleva henkilö saattaa antaa itsestään poissaolevan vaikutelman, vaikka tilanne on täysin päinvastainen. Shokissa olevan henkilön aistit terävöityvät, ja yksityiskohdat tallentuvat hänen mieleensä poikkeuksellisella tavalla. (Saari ym. 2009, 22.) Shokissa oleva saattaa kokea voimakkaita vihan ja turhautuneisuuden tunteita tilanteesta, joita hän saattaa purkaa auttajaansa. Hän saattaa tuoda esille myös halua itsensä tai muiden satuttamisesta, joka vaatii välitöntä reaktiota hänen psyykkisen tilansa arvioimisesta. (Hedrenius ym. 2016, 196-197.)

Shokkivaiheessa olevan henkilön aivot eivät pysty muokkaamaan mieleen saapuvaa tietoa, jolloin erilaiset aistikokemukset tallentuvat aivoihin täysin käsittelemättöminä. Tämän seurauksena erilaiset aistikokemukset jättävät aivoihin tavallista muistijälkeä voimakkaamman jäljen. Näitä tavallista voimakkaampia muistijälkiä voidaan kutsua takautumiksi, koska ne toistavat itseään ihmisen mielessä uudelleen ja uudelleen. (Saari ym. 2009, 21.)

Sopeutumisprosessin alussa on tärkeää luoda shokissa olevalle henkilölle turvallinen olo ja ympäristö (Hedrenius ym. 2016, 197). Henkilön ollessa sopeutumisprosessin alkuvaiheessa, saattaa hänen päätöksenteko- ja toimintakykynsä olla heikentynyt, jolloin ensilinjan auttajien toiminnan merkitys korostuu (Saari ym. 2009, 23). Ensilinjan auttajien tehtäviin kuuluu tarjota kriisissä olevalle henkilölle mahdollisuutta päästä kriisiavun piiriin. Käytännössä tämä tapahtuu niin, että ensilinjan auttaja kysyy kriisissä olevalta henkilöltä lupaa välittää hänen yhteystietonsa kriisitukea antavalle sosiaali- ja kriisipäivystykselle. Tällöin kriisiapua antava sosiaali- ja kriisipäivystys voi olla suoraan yhteydessä kriisissä olevaan henkilöön. Kriisissä oleva saattaa sopeutumisprosessin alkuvaiheessa kieltäytyä tarjotusta kriisiavusta, jonka vuoksi hänelle on tärkeää kertoa, mistä voi hakea apua myöhemmin sitä halutessaan. Kriisissä olevan henkilön voi ohjata olemaan jälkikäteen yhteydessä oman sairaanhoitopiiriinsä tai oman kuntansa sosiaali- ja kriisipäivystykseen, josta hänen on mahdollista saada tukea ympäri vuorokauden. (Saari ym. 2009, 113-114; THL 2023.)

Shokkivaiheen ajan muistamattomuuden vuoksi mahdolliset ohjeistukset tulisi antaa selkeästi ja yksinkertaisesti, sekä kirjallisesti että suullisesti. Ohjeita tulisi toistaa riittävän monta kertaa. (Henriksson ym. 2021, 422.) Shokissa olevalle henkilölle tulee kertoa selvästi, miten hänen tilanteensa etenee, ja mistä hän saa jatkoapua tilanteeseensa (Hedrenius ym. 2016, 251-252). Kriisissä oleva henkilö tarvitsee myös sosiaalista verkostoa ja käytännön apua selviytyäkseen kriisistä. Shokissa olevan henkilön kanssa tulisi ottaa huomioon, että häntä ei tulisi jättää yksin, vaan hänellä tulisi olla sopeutumisprosessin alkuvaiheessa tukea jossain määrin koko ajan saatavilla. (Hakkarainen & Mäkelä 2023.)

5.2 Reaktiovaihe

Shokkivaihe muuttuu liukuvasti sopeutumisprosessin seuraavaan vaiheeseen, eli reaktiovaiheeseen. Reaktiovaiheeseen siirtyminen tapahtuu, kun henkilö ei koe enää välitöntä uhkaa. (Henriksson ym. 2021, 422.) Reaktiovaiheessa oleva henkilö alkaa tiedostamaan tapahtuneen, ja sen myötä muuttuneen todellisuuden (Heikkinen-Peltonen ym. 2019, 72). Reaktiovaihe on kestoltaan shokkivaihetta pidempi vaihe, se saattaa kestää muutamista viikoista muutamiin kuukausiin (Mielenterveystalo 2023c).

Reaktiovaiheessa oleva henkilö saattaa kokea hyvinkin erilaisia fyysisiä oireita (Mielenterveystalo 2023). Hän saattaa kokea esimerkiksi puristusta rinnan tai pään ympärillä, ahdistusta, unettomuutta, väsymystä tai ruokahaluttomuutta (Saari ym. 2009, 34). Kriisin kokeneen

henkilön tunnekokemukset ja ajatukset tapahtuneesta voimistuvat, ja tunteet saattavat olla hyvinkin vaikeasti hallittavissa olevia niiden voimakkuuden takia (Heikkinen-Peltonen ym. 2019, 72). Reaktiovaiheessa henkilö kokee helposti unettomuutta, koska hän pyrkii käyttämään kaiken mahdollisen aikansa vuorokaudessa tilanteen prosessoimiseen mielessään. Henkilö saattaa tuntea myös epäoikeudenmukaisuutta tilanteesta, jota hän ei ollut itse valinnut eikä toivonut (Saari ym. 2009, 31-34).

Reaktiovaiheessa oleva henkilö kokee monesti niin voimakasta epäoikeudenmukaisuutta, että hän koittaa etsiä tapahtuneelle muista ihmisistä syyllistä suojatakseen mieltään muilta voimakkailta tunteilta. Henkilön etsiessä syyllistä, saattaa hän kokea viranomaisen tai terveydenhuollon henkilökunnan olevan syyllinen tapahtuneeseen. Tämä vaatii hoitohenkilökunnalta ymmärrystä ja tietämystä reaktiovaiheeseen kuuluvista ominaispiirteistä. (Saari ym. 2009, 31-32.)

Reaktiovaiheeseen kuuluvat olennaisesti myös muut voimakkaat tunteet, kuten surun, ahdistuksen, pelon, epätoivon, kaipuun, avuttomuuden, lohduttomuuden ja menetyksen tunteet. Reaktiovaiheessa olevan henkilön ajatukset ja tunteet ovat täydellisessä kaaoksessa. (Saari ym. 2009, 31-33.) Myös masennuksen ja toivottomuuden tunteita voi esiintyä reaktiovaiheessa (Henriksson ym. 2021, 422). Reaktiovaiheessa oleva henkilö saattaa kokea myös erilaisia aistivääristymiä. Hän saattaa kokea esimerkiksi menehtyneen läheisen läsnäolon. Nämä aistivääristymät ovat kuitenkin ohimeneviä, joka tulee ottaa huomioon arvioidessa henkilön psykootiselta vaikuttavia puheita. (Henriksson ym. 2021, 422.)

Henkilön siirtyessä reaktiovaiheeseen korostuu kuuntelemisen merkitys. Henkilö kaipaa tapahtuneen uudelleenläpikäymistä ja ymmärretyksi tulemisen tunnetta (Henriksson ym. 2021, 423.) Reaktiovaiheeseen kuuluvat erilaiset keskustelut, joita voidaan toteuttaa joko ryhmässä tai yksilötapaamisena. Tapaamisen muoto riippuu siitä, onko tilanteessa ollut mukana muita henkilöitä, jotka kaipaavat myös keskusteluapua ja tilanteen uudelleen läpikäymistä. Ryhmässä tapahtuvan psykologisen läpikäynnin ohjaaminen on kriisihoitotyöhön erikoistuneen ammattilaisen tehtävä. Yksilökriisityötä toteuttavan henkilön tulee olla myös aiheeseen koulutautunut henkilö, mutta myös sairaanhoitajan osaamiseen kuuluu psyykkisen ensiavun antaminen. (Saari ym. 34-35; Laurea 2023d.)

5.3 Käsittelyvaihe

Reaktiovaiheen jälkeen seuraa käsittelyvaihe, joka tunnetaan myös nimellä surutyövaihe tai läpityöskentelyvaihe. Käsittelyvaihe on aiempia sopeutumisprosessin vaiheita huomattavasti pitkäkestoisempi, ja se saattaa kestää kuukausista vuoteen. (Henriksson ym. 2021, 423.) Aiemmissä vaiheissa sopeutumisprosessia henkilö on saattanut kokea päivittäin vointinsa

erilaiseksi. Käsittelyvaiheessa sopeutumisprosessi kuitenkin hidastuu, joka saattaa aiheuttaa huolta käsittelyvaiheessa olevan henkilön mielessä. Tästä syystä henkilö saattaa huolestua, ettei kriisistä toipuminen etene ollenkaan. (Saari ym. 2009, 43.) Käsittelyvaiheessa oleva henkilö käy läpi koko tapahtumaa. Hän prosessoi omia tunteitaan ja oppii hyväksymään uuden todellisuuden. Kriisin kohdanneen henkilön uusi kuva itsestä ja elämästä alkaa selkeytymään. (Henriksson ym. 2021, 423.)

Käsittelyvaiheessa oleva henkilö alkaa monesti eristäytymään muista ihmisistä prosessoidakseen tapahtunutta omassa mielessään. Tässä vaiheessa sopeutumisprosessia oleva henkilö ei enää kaipaa niin paljon muiden läsnäoloa ja kuuntelua kuin sopeutumisprosessin alkuvaiheissa. Hän alkaa vähitellen saamaan taas hallinnan tunnetta omaan mieleensä ja tunteisiinsa. Mieli alkaa täyttymään muistakin asioista ja ajatuksista kuin kriisiin liittyvistä. Erilaiset muisti- ja keskittymisvaikeudet ovat tässä vaiheessa myös hyvin tyypillisiä, joka saattaa näkyä esimerkiksi vaikeutena kirjan lukemisessa tai keskittymisenä työssä. Tämä luonnollisesti kuormittaa jo valmiiksi voimavarojensa rajoilla kamppailevan henkilön psyykkistä jaksamista, kun työ itsessään koetaan jaksamista kuormittavana tekijänä. Keskittymiskyky ja muistiongelmät kuitenkin palautuvat ajansaatossa. (Saari ym. 2009, 41-44.)

Käsittelyvaiheessa oleva henkilö saattaa kokea voimakkaita tunteenpurkauksia ja pienetkin asiat voivat saada käsittelyvaiheessa olevan henkilön ärsyyntymään. Kriisin kohdanneen tunteenpurkaukset saattavat olla tilanteeseen nähden hyvinkin ylimitoitettuja, joka vaatii henkilön läheisiltä ja auttajilta ymmärrystä ja kärsivällisyyttä. Käsittelyvaiheessa oleva henkilö alkaa näkemään tulevaisuuden, ja hän kykenee tekemään suunnitelmia tulevaisuuteen, mikä on keskeistä kriisistä selviytymisen kannalta. (Saari, ym. 2009, 43-45.)

Henkilö, joka on käsittelyvaiheessa sopeutumisprosessissa, tarvitsee edelleen keskusteluapua ja läheistensä tukea, vaikka avuntarve ei ole enää niin helposti havaittavissa kuin aiemmissa sopeutumisprosessin vaiheissa. Monesti tässä vaiheessa kriisistä toipumista mukaan tulevat erilaiset terapiat, kuten traumaterapia, jonka toteuttaa siihen koulutuksen saanut psykoterapeutti. Käsittelyvaiheessa olevalle henkilölle suositellaan myös erilaisia vertaistukiryhmiä, joista hänen on mahdollista saada tukea saman tilanteen kokeneilta henkilöiltä. (Saari ym. 2009, 45-48.)

5.4 Uudelleen suuntautumisen vaihe

Uudelleen suuntautumisen vaihe on alkaa noin 1-2 vuotta kriisin aiheuttaneen tapahtuneen jälkeen. Tässä vaiheessa oleva henkilö alkaa havaitsemaan, että koettu kriisi ei kuluta enää niin paljon hänen henkisiä voimavarojaan kuin aiemmin. (Henriksson ym. 2021, 423.)

Uudelleen suuntautumisen vaihe on sopeutumisprosessin viimeisin vaihe. Tässä sopeutumisprosessin vaiheessa kriisin kohdannut alkaa miettimään aktiivisesti tulevaisuuttaan. (Saari ym.

2009, 48-49.) Sopeutumisprosessin viimeisessä vaiheessa oleva henkilö alkaa vähitellen tuntemaan mielihyvän tunteita ja hänen energiatasonsa alkavat palautumaan. Myös hänen toimintakykynsä alkaa palautumaan aiemmalle tasolle. Traumaattinen tapahtuma on edelleen ajatuksissa ja osana uutta arkea, mutta ei niin mieltä hallitsevana kuin aikaisemmin. (Heikkinen-Peltonen ym. 2019, 74.)

Uudelleen suuntautumisen vaihe on kriisitukea antaessa tuotava esille harkintaa käyttäen. Jos sopeutumisprosessin alkuvaiheessa olevan henkilön kanssa aloittaa keskustelun uudelleen suuntautumisen vaiheesta, joka saattaa alkaa vuosien päästä, voi tämä aiheuttaa kriisin kokeemisessa ahdistusta. (Saari ym. 2009, 49.)

6 Resilienssi

Resilienssi on psyykkistä selviytymiskykyä ja joustavuutta, henkilön kykyä sopeutua tehokkaasti kohtaamaansa kielteiseen tapahtumaan. Resilienssiä kuvaa se, että siinä missä toinen selviää useista vaikeista vastoinkäymisistä, toiselle henkilölle pienikin koettelemus voi olla liian kaa. Resilienssi on olennainen osa mielenterveyttä ja kriisistä selviytymistä. Se syntyy vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa ja vaihtelee eri elämäntilanteissa. (Mieli ry 2022a.)

Resilienssiä tutkivat määrittelevät resilienssin eri tavoilla joko tietyiksi piirteiksi ja ominaisuuksiksi, mukautuvan temperamentin ilmentymäksi, lopputulokseksi tai prosessiksi. Resilienssi ei ole vain vastustuskykyisyyttä stressiä vastaan, vaan siinä on kysymys sellaisten tehokkaiden selviytymiskeinojen saatavilla olosta, jotka ovat kohdatun haasteen kanssa tasaväisiä. (Poiijula 2018, 17-19.)

Ihmisen elämään väistämättä kuuluu jonkinlaisia vastoinkäymisiä. Osassa vastoinkäymisiä kielteiset vaikutukset ovat peruuttamattomia, mutta useimpien tilanteiden kohdalla ihminen kestää vastoinkäymisen ja resilienssi tulee esille. Resilienttejä yksilöitä ja ryhmiä yhdistää päättäväisyys hallita omaa kohtaloaan myös sellaisten olosuhteiden vallitessa, joita ne eivät voi hallita. Resilienteille on ominaista kyky nähdä tai luoda merkitys kärsimykselle tai vastoinkäymiselle. Sen sijaan, että he ajattelisivat olevansa kauhean kohtalon uhreja, resilientit ryhmät ja yksilöt keksivät tapoja, joiden avulla he voivat nähdä epäonnensa ymmärrettävällä tavalla. Tämä taas suojelee heiltä siltä, ettei vaikeudet tunnu ylivoimaisilta. Resilienssiä omaava henkilö selviytyy paremmin verrattaessa toisiin saman vastoinkäymisen kokeneisiin ihmisiin. (Poiijula 2018, 17-19.)

Resilienssi kehittyy kohdatessa vastoinkäymisiä ja oppiessa niistä. Resilienssin paradoksilla tarkoitetaan, että vaikeimmat aikamme voivat saada aikaan parhaat puolemmme, kun uskalamme kohdata haasteet. Sen kehittymiseen liittyy usein voimakasta kärsimystä. Resilienssi ei

kuitenkaan ole ominaisuus, jota ihmisellä joko on tai ei ole. Resilienssi on ajattelua, toimintaa ja käyttäytymistä, joita kuka tahansa voi oppia ja kehittää. (Pojjula 2018, 21.)

Resilienssin käsitettä voidaan tarkastella toipumisen ja kestävyiden kautta. Toipuminen reaktion kuormittaviin tapahtumiin on kykyä palata joustavasti stressistä ja palautumista alkupe räiseen terveydentilaan, ennen kuormittavan tapahtuman kokemista. Kestävyydellä tarkoitetaan tämän jälkeistä toipumiskehityksen jatkumista, jopa toipumiseen liittyvää henkistä kasvua ja terveiden reaktioiden aiheuttamaa toiminnan parantumista. Mitä enemmän resilienssi on, sitä nopeammin ja paremmin hän saavuttaa tasapainon uudelleen niin fyysillisesti, psykologisesti, kuin sosiaalisissa suhteissaan stressaavien olosuhteiden jälkeen. (Pojjula 2018, 25-26.)

Resilienssiä kehittävät resilienssi-interventiot perustuvat eri psykoterapiaviitekehyksiin. Esimerkiksi kognitiivisen lähestymistavan mukaan stressiin liittyvä mielenterveyshäiriö on seuraamusta irrationaalisista ajatuksista ja kielteisistä uskomuksista. Stressi sinänsä ei johda stressireaktioihin ja -häiriöihin, vaan ihmisen antama arvio siitä. Kun muutetaan ajatusprosesseja, voidaan tuottaa stressiin sopeutumisessa auttavia reaktioita. Opettamalla ongelmanratkaisutaitoja ja haastamalla ihmisen kielteisiä ajatuksia, voidaan edistää resilienssin kognitiiviseen joustavuuteen ja aktiiviseen selviytymiseen liittyviä tekijöitä. (Pojjula 2018, 225-226.)

Hyväksymis- ja omistautumisterapiassa psyykinen häiriö nähdään psyykkisen joustamattomuuden seurauksena. Opettamalla mindfulnessin ja hyväksynnän taitoja, voidaan vahvistaa resilienssitekijöitä. Erityisesti tunteiden hyväksyminen stressaavien olosuhteiden vallitessa vahvistaa resilienssiä ja kehittää sopeutumista. Stressiin sopeutumiseen keskittyvässä ongelmanratkaisumallissa tehokkaan ongelmanratkaisun avulla voidaan lievittää stressin vaikutuksia lieventämällä kärsimystä, jotka aiheutuvat stressioireista. Ongelmanratkaisuun perustuvat resilienssi-interventiot kehittävät suunnitelmallisen ongelmanratkaisun taitoja ja myönteistä suhtautumista ongelmiin, ja voivat siten vahvistaa psyykkistä sopeutumista stressin kokemiseen. (Pojjula 2018, 225-226.)

7 Kun luonnollista sopeutumista ei tapahdukaan

Osa elämäntapahtumista järkyttää mielen tasapainoa niin, että äkillinen stressi muodostuu psyykkisesti traumatisoivaksi. Aiemman mielenterveyden tilan ollessa hyvä eikä altistavia tekijöitä vaikeammille häiriöille ole ollut, kriisiin liittyvät oireet ovat tyypillisesti sopeutumishäiriöitä tai vakavampia äkillisiä stressireaktioita. Eri ihmisten kyky kestää kuormitusta ja tapa oirehtia on hyvin erilainen. Monilla henkilöillä on merkityksellisen hyviä mielenterveyden voimavaroja vaikeiden elämäntilanteiden keskellä. (Henriksson ym. 2021, 420.)

Kuormituksen kestokyky on kuitenkin kaikilla rajallista ja kokonaisvaltaisesti elämän jatkuvuutta uhkaavat tilanteet voivat murtaa jokaisen henkilön psyykkisen tasapainon. (Henriksson ym. 2021, 420.) Kaikki eivät selviydy psyykkisestä kriisistä ilman pitkäaikaisia seuraamuksia. Kriisiprosessi kokee juuttumisen paikoilleen, eikä enää etene kohti luonnollista sopeutumista. Missä tahansa kriisin työstämisen vaiheessa voi tapahtua juuttumista. (Saari ym. 2009, 54.)

7.1 Traumaperäinen stressihäiriö

Traumaperäinen stressihäiriö on tavallisin ja tunnusomaisin psyykkistä traumaa seuraava oireyhtymä. Se kehittyy pitkittyneenä vasteena poikkeuksellisen tuhoisaan tai uhkaavaan tilanteeseen tai tapahtumaan, joka todennäköisesti aiheuttaisi voimakasta ahdistuneisuutta tai muuta psyykkistä kärsimystä melkein kenelle tahansa. Näitä järkyttäviä tapahtumia ei voi tarkasti rajata tai määritellä, koska on mahdotonta määritellä, minkälaiset tilanteet eri ajankohdina ja eri kulttuureissa kuuluvat ”normaalisti” odotettavissa olevan kokemuksiin. Järkytystilanteella voidaan tarkoittaa mitä tahansa tapahtumaa, johon liittyy vakava loukkaantuminen, kuolema tai niiden uhka. Myös läheltä piti -tilanteet voivat muodostua pitkäaikaisesti traumaattisiksi, eikä henkilön omaa fyysistä vahingoittumista siis välttämättä edellytetä. On mahdollista, että henkilö on ollut itse läsnä tilanteessa ja tapahtuman jälkeen täysin toimintakykyinen. (Henriksson ym. 2021, 436.)

Traumaperäisen stressihäiriön kulku ja ennuste ovat hyvin vaihtelevia. Häiriö voi joillakin olla hyväennusteinen, muutamia kuukausia kestävä tila, mutta joillakin se voi jatkua vuosikymmeniä kestäväenä, vaikeasti invalidisoivana oireyhtymänä. Pidempiaikaista oireyhtymää ennakoivat erityisesti akuutit voimakkaat dissosiatiiiviset oireet. Oireet selvästi lievittyvät itsestään ensimmäisten kolmen kuukauden aikana, ja häviävät lähes kokonaan 1-3 vuoden aikana noin puolella traumaperäisestä stressihäiriöstä kärsivillä henkilöllä. Häiriön kesto näyttäisi olevan selvästi lyhyempi hoitoa saaneilla, verrattuna ilman hoitoa jääneisiin henkilöihin. Huonoon ennusteeseen liittyvät samanaikaiset päihdeongelmat, voimakas välttämiskäyttäytymisoireilu sekä persoonallisuushäiriöt. (Henriksson ym. 2021, 440.)

Henkilö, joka kärsii pitkäaikaisesta tai vaikeasta traumaperäisestä stressihäiriöstä, tulisi ohjata psykiatriseen erikoissairaanhoidon. Lievät ja lyhytkestoiset, 1-2 kuukautta kestäneet oireyhtymät voidaan hoitaa perusterveydenhuollossa ja työterveydenhuollossa psykiatristen konsultaatioiden tuella. Lievien ja lyhytkestoisten oireyhtymien hoito voidaan toteuttaa myös mahdollisten fyysisten vammojen hoidosta ja kuntoutuksesta vastaavassa yksikössä, mikäli lääkäri ja työryhmä hankkivat lisäkoulutusta aiheeseen liittyen. Hoito on useimmiten avohoitona, ellei hyvin voimakas toimintakyvyn lasku tai monihäiriöisyys edellytä tutkimusta ja hoidon aloitusta sairaalassa. (Henriksson ym. 2021, 442.)

Huolellinen diagnostiikka ja asianmukainen fyysisten vammojen sekä sairauksien tutkiminen, ovat sinänsä traumaperäisen stressihäiriön hoitoa. On välttämätöntä, että traumaattiset

kokemukset käydään myötäelävästi ja kärsivällisesti läpi sekä häiriön tunnistamista, että hoidon aloitusta varten. Hoidossa noudatetaan tältä osin akuutin kriisihoidon periaatteita myös tilanteissa, joissa hoitoon tulo on viivästynyt ja traumaattisesta tapahtumasta on kulunut pitkämpi aika. Alkuselvittelyihin on varattava riittävästi aikaa, koska monet henkilöt pelkäävät, ettei hoitava taho ehdi tai pysty riittävästi kuuntelemaan hänen kokemuksistaan, joista oireilu on saanut alkunsa. (Henriksson ym. 2021, 442.)

Mahdollisten fyysisten vammojen huolellinen tutkiminen, hoitaminen ja kuntoutus, sekä asianmukaisen tiedon antaminen vammoihin liittyvistä löydöksistä, luo potilaalle turvallisuuden tunnetta, joka edistää toipumista. Tietyille potilasryhmille on kehitetty fysioterapeuttisia kuntoutusmuotoja, jotka ovat edesauttaneet myös psyykkistä toipumista. (Henriksson ym. 2021, 442.)

7.2 Kompleksinen traumaperäinen stressihäiriö

Vaikeiden traumaperäisten stressihäiriöiden kokeminen voi osalla ihmisistä muuttaa kokonaisvaltaisesti heidän persoonallisuuttaan. Kompleksinen traumaperäinen stressihäiriö, complex post-traumatic stress disorder eli CPTSD on ICD-11-tautiluokitusta kehittäessä muodostunut sisardiagnoosi traumaperäiselle stressihäiriölle. Tämä diagnoosi pohjautuu laajaan tutkimukseen. Sen diagnostiset kriteerit ovat traumaperäisen stressihäiriön kanssa monilta osin päällekkäiset, mutta CPTSD:hen liittyen trauma-alttiudet ovat tyypillisesti kroonisia, toistuvia tai poikkeuksellisen kauheita luonteeltaan. Myös pakeneminen tapahtumilta on vaikeaa tai mahdotonta. Tällaisia kokemuksia ovat esimerkiksi pitkäkestoinen perheväkivalta, kidutetuksi tuleminen tai lapsuuden aikainen toistuva seksuaalinen hyväksikäyttö. (Henriksson ym. 2021, 446.)

CPTSD voi puhjeta myös yksittäisen, erittäin vaikean traumaattisen tapahtuman jälkeen. Kompleksisen traumaperäisen stressihäiriön etiologia on monitekijäinen, eli traumatapahtumien lisäksi myös perimä ja muutkin ympäristöön liittyvät tekijät vaikuttavat häiriön kehittymiseen. (Henriksson ym. 2021, 446.)

Kompleksinen traumaperäinen stressihäiriö sisältää traumaperäisen stressihäiriön oirekriteerit, kuten kohonneen vireystilan ja traumaattisen tapahtuman psykologisen uudelleen toistumisen. Lisäksi oirekuvaan kuuluu ongelmia tunteiden säätelyssä, vaikeus pitää yllä pysyviä ihmissuhteita ja käsitys itsestä on jatkuvasti kielteinen. Tunteiden säätelyhäiriöön liittyy vaikeita ja jatkuvia tunteiden säätelyn vaikeuksia, kuten raivokohtauksia, joita henkilö ei voi kontrolloida. CPTSD:stä kärsivä henkilö kokee myös herkästi tulleeensa loukatuksi. Ihmissuhteiden häiriöihin liittyy jatkuvia vaikeuksia kokea läheisyyttä ja ylläpitää suhteita. Henkilö kokee itsensä erilliseksi tai etäiseksi muista ihmisistä. Negatiiviseen käsitykseen itsestä liittyy jatkuvaa kielteistä minäkäsitystä sekä laaja-alaisia ja syviä häpeän, epäonnistumisen ja

syllisyyden tuntemuksia traumaattiseen tapahtumaan tai tapahtumiin liittyen. (Henriksson ym. 2021, 446; Laukkala, Tuisku, Garoff, Haravuori & Jylhä 2022.)

Komorbiditeetti on tavanomaista kompleksisen traumaperäisen stressihäiriön yhteydessä, ja se tulee huomioida hoitoa suunniteltaessa. ICD-11-tautiluokituksen CPTSD-diagnoosi on niin tuore, ja toistaiseksi on vain vähän tutkimuksia, joissa tämän diagnoosin mukaista hoitoa olisi tutkittu. Huonompaan toipumiseen liittyy monimuotoinen oirekuva. Tällä hetkellä vallitsee oletus, että vaadittavat psykososiaaliset ja psykoterapeuttiset interventiot ovat pidempikestoisia riittävän hoitovasteen saavuttamiseksi, ja että monihäiriöisyyden huomioiminen voi tarkoittaa useita erityyppisiä hoitoja peräkkäin tai yhdistelmähoitoja. Ensimmäisten tutkimusten perusteella useita osia sisältävät hoidot ovat tehokkaampia niin traumaperäisen stressihäiriön oireisiin kuin itse organisoitumisen häiriöiden hoitoon näillä potilailla. On huomioitavaa, että hoitomuodot vaativat räätälöintiä erityisryhmien, kuten pakolaistaustaisten kohdalla. (Henriksson ym. 2021, 446-447.) Masennuslääkkeiden käyttöä kompleksisen traumaperäisen stressihäiriön hoidossa on tutkittu niukasti (Laukkala ym. 2022).

7.3 Dissosiaatiohäiriöt

Traumaattisten tilanteiden avuttomuuden ja turvattomuuden tunne ylittää ihmisen psyykkisen sietokyvyn. Tällöin ihmisen mieli alkaa puolustamaan itseään monin tavoin, joskus luomalla dissosiatiiivisen tilan. Lyhytkestoisena dissosiatiiivinen tila auttaa ihmisen psyykkistä selviytymistä, mutta pidempikestoisena se altistaa muulle psyykkiselle sairastamiselle ja sitoo henkisiä voimavaroja. Tavanomaisessa elämässä ihmisen muisti, ajattelu, toiminta, tunteet ja identiteetti ovat yhteydessä toisiinsa saumattomasti. Dissosiatiiivisissä oireissa tai häiriöissä näiden yhteys on katkennut tilapäisesti tai pitkäaikaisesti ja mielen rakenteiden välille on syntynyt haitallisia katkoksia. (Rovasalo 2021.)

Lievästä dissosiatiiivisesta oireesta yksi arkinen esimerkki on pitkään autolla ajaminen. Ihminen voi suoriutua liikenteessä moitteettomasti ja ajatella samalla aivan muita asioita. Tässä tapauksessa havainnointi, toiminta ja osa ajattelusta lohkoutuvat toisistaan erilleen. Päiväuniin vaipuminen, ääriponnistuksissa kehon kokeminen konemaisena, tai taide-elämykseen uppoutuminen ovat esimerkkejä tavallisista harmittomista dissosiatiiivisistä tilanteista. Lievät dissosiatiiiviset oireet ovat hyvin tavallisia. Dissosiatiiivisesta häiriöstä on kyse silloin, kun dissosiatiiiviset oireet säilyvät pitkään ja tuottavat kokijalleen haittaa. (Rovasalo 2021.)

Uudessa ICD-11-tautiluokituksessa dissosiaatiohäiriöiden luokituksiin on tehty muutoksia verrattuna edeltäjänsä, ICD-10-tautiluokitukseen. ICD-11-tautiluokituksessa dissosiaatiidiagnooseiksi tunnistetaan dissosiatiiivinen neurologisoireinen häiriö, dissosiatiiivinen muistinmenetyk, dissosiatiiivinen transsitila & riivattu transsitila, dissosiatiiivinen identiteettihäiriö, osittainen dissosiatiiivinen identiteettihäiriö, depersonalisaatiohäiriö, sekundaarinen dissosiatiiivinen

häiriö, muu määritetty dissosiaatiohäiriö, sekä tarkemmin määrittelemätön dissosiaatiohäiriö. (Lauerma 2021, 451-452.)

Dissosiaatiohäiriöiden hoidossa ensisijaista on asiallisen tiedon antaminen ja tukea antava psykoterapia. Psykoterapeuttisessa työskentelyssä hoito perustuu potilaan kykyyn oivaltaa oireiden syntyta ja merkitys, sekä käsitellä keskustelussa oireen laukaisevia tekijöitä. Dissosiativisten häiriöiden lääkehoidossa tulee ottaa huomioon muu psykiatrinen oheissairastavuus. (Lauerma 2021, 459.) Dissosiaatiohäiriöiden hoidon onnistuminen vaatii, ettei potilasta pakoteta ajattelemaan jotakin vastoin hänen omaa tahtoaan. Tästä syystä kemiallisten, muista muokkaavien aineiden käyttöön liittyy problematiikkaa. Psykykläkkeitä kannattaa käyttää ainoastaan, mikäli potilaalla on saman aikaan muita psykiatrisia häiriöitä, kuten masennusta. (Rovasalo 2021.)

8 Traumainformoitu työote

Traumainformoitu työote on tarkoitettu monialaiseksi lähestymistavaksi kaikkiin organisaatioihin ja yhteiskunnallisiin instituutioihin, kuten sote-yksiköihin ja kouluihin. Traumainformoidussa järjestelmässä ihminen kohdataan traumasensitiivisesti ja osataan ohjata tarvitsemansa moniammatillisen avun piiriin. Lisäksi järjestelmässä tapahtuvaa potilaiden ja henkilökunnan traumatisoitumista pyritään ennaltaehkäisemään ja välttämään, mikä saattaa johtua esimerkiksi sairausdiagnooseista ja pitkällisistä sairaalajaksoista. (Maanmieli & Sarvela 2022, 24.)

Traumainformoituja työotteita on kehitetty sitä mukaan, miten ymmärrys traumatisoitumisen yleisyydestä ja siitä aiheutuvien suurien yhteiskunnallisten kustannusten kasvusta on lisääntynyt. Perinteisessä mielenterveysajattelussa huomio on suuntautunut tyypillisesti yksilöihin ja heidän perimäänsä, neurofysiologiaansa sekä psykopatologiaansa. Tämä näkökulma on edelleen olemassa traumainformoidussa työotteessa, mutta muiden näkökulmien rinnalla. Traumainformoitu työote rakentuu kokonaisvaltaisille tavoille hahmottaa mielen hyvinvointia. Osallisuus, yhteisöllisyyden tärkeys, palveluiden käyttäjien voimaannuttaminen ja valtaannuttaminen ottamaan vastuuta omasta terveydestä ja mielen hyvinvoinnista, ovat työotteen näkökulmissa korostuneita. (Maanmieli & Sarvela 2022, 28.) Traumainformoidussa orientaatiossa tarkastellaan ihmistä kokonaisuutena ja huomioidaan ihmisen koko elämänhistoria. Kysymyksen ”mikä ongelma sinulla on?” sijaan kysytään, ”mitä sinulle on tapahtunut?”. (Linner 2020, 47.)

Traumainformoiduissa palveluissa hyödynnetään ihmislähtöisesti ja integratiivisesti erilaisista psykoterapeuttisista perinteistä nousevia teorioita, kokemusta ja tietoa, kuten luovuus- ja ilmaisuterapiaa sekä kehollisia menetelmiä. ACEN, eli lapsuuden haitallisten kokemusten

tutkimus, systeemiajattelu, kiintymyssuhdeteoria ja kehotietoisuuden vahvistaminen ovat myös keskeisiä teemoja koulutuksissa. (Maanmieli & Sarvela, 29.)

9 Sairaanhoidajana kriisityössä

Kriisityötä ja sen järjestämistä velvoittaa erilaiset lait, joista sairaanhoidajan on oltava tietoinen. Terveystieteiden laissa (1281/2022) 50 b §:ssä on määritelty, että kriisipäivystystä tulee toteuttaa osana terveydenhuoltoa. Terveystieteiden lain 50 a §:n kohdassa on määritelty, että terveydenhuollon tulee järjestää tarvittaessa kiireellistä psykososiaalista tukea yhdessä sosiaalipäivystyksen kanssa. Terveystieteiden ja sosiaalipäivystyksen yhteistyöstä psykososiaalisen tuen antamisessa kiireellisissä tilanteissa on säädetty myös Sosiaalihuoltolain (1301/2014) 29 a §:ssä. Sosiaalihuoltolaissa on määritelty, että kiireellisissä tilanteissa psykososiaalisen tuen ensivaiheen johtamisesta ja yhteen sovittamisesta vastaa sosiaalipäivystys.

Psykososiaalisen tuen palveluista ja ensihoitopalvelun järjestämisestä on määritelty myös Pelastuslain (379/2011) kohdassa 46 §. Pelastuslaissa on määritelty, että sosiaali- ja terveystieteiden viranomaiset ja hallinnonalan laitokset vastaavat määrätyn työnjaon mukaisesti onnettomuuden johdosta hätään joutuneiden huollosta ja majoituksesta, ensihoitopalvelun järjestämisestä sekä psykososiaalisen tuen palveluista.

Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut ohjeistuksen kunnille (2009) lakisäätöisen psykososiaalisen tuen palveluista. Ohjeistuksessa on tuotu esiin monipuolisesti äkillinen kriisi tapahtumana sekä siihen liittyvä psykososiaalinen tuki. Ohjeistuksessa on mainittu, että ensivaiheen auttajien tehtäviin kuuluu kysyä kriisin kohdanneelta lupa saada välittää hänen tietonsa psykososiaalisen tuentarpeen arviointia varten eteenpäin tukea tarjoavalle taholle. Jos kriisin kohdannut kieltäytyy tietojensa antamisesta psykososiaalista tukea tarjoavalle taholle, on hänelle kuitenkin tuotava esille, mistä hän voi myöhemmin hakea psykososiaalista tukea tarvittaessa. (STM 2009, 14.)

Jotta kriisissä oleva henkilö saisi tarvitsemaansa tukea, toimii terveydenhuolto ja sosiaalihuolto yhdessä kriisissä olevan henkilön tukemiseksi (STM 2009, 16-17). Sosiaalihuollon tehtäviin kuuluu tukea ja neuvoa kriisissä olevaa henkilöä käytännön asioissa, kuten esimerkiksi tilapäisen majoituksen järjestämisessä. Sosiaalihuollon tehtävistä on mainittu tarkemmin STM:n laatimassa ohjeistuksessa ”Sosiaalitoimen valmiussuunnitteluopas.” (STM 2008, 12.)

Sosiaali- ja terveysministeriön ohjeistuksessa on mainittu selvästi, minkälaista tukea kriisin kohdannut ihminen tarvitsee sopeutumisprosessin eri vaiheissa. Shokkivaiheen tuentarpeeksi on mainittu henkilön käytännön avun tarpeen arvio, kuuntelu ja neuvonta, sekä kriisissä olevalle tulevista sopeutumisprosessin vaiheista ja niiden ominaispiirteistä kertominen. Reaktiovaiheen tuentarpeeksi on mainittu toistuva ja aktiivinen kuuntelu. Myös reaktiovaiheessa on

muistettava tuoda esille, mistä kriisin kohdannut voi saada psykososiaalista tukea. Käsittelyvaiheen tueksi on mainittu erilaiset vertaistukiryhmät ja terapiat. Uudelleensuuntautumisvaiheessa tulisi tarjota kriisin kohdanneelle edelleen vertaistukea ja erilaisia kuntoutuskursseja. (STM 2009, 13-16.)

STM suosittaa ohjeistuksessaan, että ensivaiheen auttajat ovat yhteydessä tahoon, joka tuottaa kunnassa kriisiapua, joka sitten tekee psykososiaalisen tuen tarpeen arvion kriisin kohdanneelle. Ohjeistuksessa on painotettu, ettei tuenpiiriin hakeutumista tulisi jättää ainoastaan kriisin kohdanneen henkilön omalle vastuulle, koska hänen psyykkiset resurssinsa eivät välttämättä ole riittävät avun hakemiseen hädän hetkellä. (STM 2009, 22.)

9.1 Kriisityön toteuttamisen erityispiirteitä

Onnistuneen sopeutumisprosessin kulmakivi on riittävä tiedonsaanti tapahtuneesta. Ilman riittävää tietoa tapahtuneesta, sopeutumisprosessi ei mahdollisesti käynnisty ollenkaan. Vaikka tieto saattaisikin järkyttää shokissa olevaa, on riittävällä tiedonsaannilla merkittävä vaikutus sopeutumisprosessin käynnistymiseen ja kulkuun. Tieto on kuitenkin yritettävä tuoda esille mahdollisimman hienotunteisesti, mutta samalla rehellisesti. (Saari ym. 2009, 25-26.)

Shokkivaiheessa olevan ihmisen ensiavussa pelkkä hänen koskettamisensa esimerkiksi olkapäästä voi antaa hänelle kaivattua lohtua. Hoitajan on kuitenkin oltava hyvin tilanteen tasalla, ja huomioida koskettamisen välttäminen, jos henkilö on kokenut väkivaltaa. (Saari ym. 2009, 28-29.)

Kriisitukea antavan ammattilaisen toimenkuvaan kuuluu olla ymmärtäväinen ja empaattinen kriisissä olevaa henkilöä kohtaan (Saari ym. 2009, 26-28). Kriisissä oleva henkilö tarvitsee aktiivista kuuntelijaa lähelleen, joka osaa ottaa huomioon myös kulttuuriset erot ihmisten välillä (Hotus 2018, 5). Kriisissä olevalle henkilölle tulisi luoda turvallinen ympäristö, jossa hänellä on riittävästi tilaa tuoda omia ajatuksiaan ja tuntemuksiaan esille. Asiakkaalle tulee kertoa kriisin kulusta ja sille ominaisista vaiheista, sekä niihin liittyvistä ominaispiirteistä. Asiakkaan toipumisen kannalta riittävällä tiedonsaannilla tapahtuneesta, sekä psykoedukaation saamisella, on suuri vaikutus asiakkaan luonnollisen sopeutumisprosessin etenemiseen. (Saari ym. 2009, 26-28.)

Kriisissä olevaa kohdatessa ammattihenkilöllä tulisi olla riittävästi aikaa ja osaamista kriisissä olevan kohtaamiseen. Auttajan tulisi omalla olemuksellaan varmistaa, että autettava tuntee olevansa turvassa. Kriisissä olevalle on tarjolla monenlaisia tukipalveluja, joita hänelle on aktiivisesti tarjottava. (Hakkarainen & Mäkelä 2023.) Auttajan omien mielipiteiden ja kokemusten esille tuomista tulisi välttää kriisitukea annettaessa, jotta autettavalla olisi kaikki psyykinen tila käytettävissä itselleen kriisin keskellä (Saari ym. 2009, 28). Ihmisen ollessa kriisissä, tulisi auttajan välttää ammattikielen käyttöä, jotta potilas varmasti ymmärtää auttajan

puhetta. Kriisitukea antavan tulee muistaa myös toistaa sanomaansa riittävän monta kertaa. Auttajan tulee ymmärtää ja tiedostaa, että kriisissä olevan ihmisen tunnereaktiot voivat olla voimakkaita ja niissä on yksilöllisiä eroja, jotka auttajan tulee hyväksyä. (Hotus 2018, 5.)

9.2 Hoitosuhdetyöskentely

Hoitosuhteessa, etenkin mielenterveys- ja päihdepotilaiden kanssa, on tärkeää luoda luottamuksellinen suhde potilaaseen. Hoitaja voi vaikuttaa luottamuksellisen ja avoimen ilmapiirin luomiseen omalla toiminnallaan. Hoitajan tulee ymmärtää mitä eettisiä näkökulmia sekä ammatillisia velvoitteita hoitotyöhön kuuluu. Hänen tulee olla avoin ja rehellinen potilasta kohtaan, jotta luottamuksellisen hoitosuhteen luomisen edellytykset täyttyvät. Vaitiolovelvollisuuden noudattaminen tulee myös muistaa ollessa potilaan kanssa hoitosuhteessa. (Holmberg 2016, 92.)

Hyvään hoitosuhteeseen kuuluu hoitajan empaattinen olemus. Hoitajan tulee osoittaa aitoa kiinnostusta potilasta ja hänen asiaansa kohtaan. Hoitaja voi viestiä empaattisuuttaan erilaisin ilmein, äänensävyin sekä elein. Joskus pelkkä potilaan lähellä olo hiljaa, on se millä tavalla hoitaja osoittaa empaattisuuttaan. (Holmberg 2016, 93.) Hoitajan tulee antaa potilaalle vaikutelma, että hän on aidosti läsnä tilanteessa (Hotus 2018, 5).

Hoitajan tulee osata myös pitää tietynlainen etäisyys ja neutraalius potilaan kanssa hoitosuhteessa ollessaan. Tällä tarkoitetaan sitä, että hoitajan tulee hoitaa potilasta puolueettomasti sekä huomioiden ainoastaan potilaan edun. Ammattitaitoinen hoitaja ei anna hyvässä hoitosuhteessa omien viettien tai etujen vaikuttaa potilaan saamaan laadukkaaseen hoitoon. Hoitajan tulee tunnistaa rajat, kuinka lähelle potilasta voi esimerkiksi fyysisesti mennä, ilman että potilas kokee tilanteen vaivaannuttavaksi tai kiusalliseksi. Potilassuhde tulee myös muistaa pitää työpaikalla, eikä tavata potilasta vapaa-ajalla. Hoitajan tulee ottaa huomioon, että hoitosuhteessa hän on ammattilainen ja potilas asiakas, jota hoidetaan. (Holmberg 2016, 94-95.)

Myös rohkeus ja toivon antaminen kuuluvat hyvän hoitosuhteen elementteihin. Hoitajalla tulee olla rohkeutta tuoda vaikeitakin asioita esille, jotta potilaan hoito etenee. Holmberg (2016) kuvailee hyvin kirjassaan mielenterveys- ja päihdehoitotyöhön kuuluvan rohkeuden: ”rohkeus on vuorovaikutuksessa sekä hoitotyöntekijän että hoidettavan ajatusten ja tunnereaktioiden selvittämistä, kohtaamista, käsittelyä ja käsittelyn sulkemista.” (Holmberg 2016, 95-98.) Ammattitaitoinen hoitaja osaa olla potilaskohtamisissa myös oikealla tavalla nöyryä potilasta ja hänen asiaansa kohtaan. Nöyryydellä hoitaja osoittaa kunnioitusta potilasta sekä hänen asiaansa kohtaan ja antaa myös tilaa virheille ja erehdyksille. (Holmberg 2016, 98.)

10 Sairaanhoidajan auttamismenetelmät

Psyykkisen kriisin kohdanneen henkilön hoitotyössä tulee ottaa huomioon sosiaalisen tuen tarve. Sosiaalisen tuen tarve käsittää käytännön tuen lisäksi henkisen tuen, tarpeellisuuden ja luotettavuudentunteen vahvistamista, aineellisen tuen saamista, yhteenkuuluvuuden ja omanarvon tunteen vahvistamista sekä neuvojen saamisen. (Hedrenius ym. 2016, 235-243.)

Kriisissä oleva henkilö ei välttämättä itse osaa hakea sosiaalista tukea, johon hän tarvitsee ammattilaisen apua. Kriisissä olevalle tulee kertoa mitä sosiaalista tukea on tarjolla, kuten erilaisia vertaistukiryhmiä ja mistä hänen on mahdollista lähteä hakemaan sitä. (Hedrenius ym. 2016, 235-243.) Myös erilaisista kolmannen sektorin toimijoista, kuten esimerkiksi Suomen Mielenterveysseuran kriisipalveluista on mahdollista saada tukea kriisistä selviytymiseen. Tilanteen psykologisessa läpikäymisessä ihmisen on syytä kuitenkin kääntyä ammattilaisen puoleen. (Saari ym. 2009, 109-113.)

10.1 Keholliset auttamismenetelmät kriisihoitotyössä

Kun ihminen kohtaa kriisin, aiheutuu siitä hänelle useimmiten myös fyysisiä oireita. Ihminen voi kokea esimerkiksi pahoinvointia, huimausta ja puristavaa tunnetta rinnassa. Kriisissä olevaa ihmistä voi kannustaa tutustumaan verkossa oleviin erilaisiin kehollisiin harjoitteisiin, jotta hän voisi löytää itselleen ominaisimman keinon lievittämään kriisistä aiheutuvia tunteita. (Mielenterveystalo 2023c.) Erilaisia kehollisia menetelmiä on lukemattomia ja niitä on saatavilla esimerkiksi Mielenterveystalon verkkosivuilta (Mielenterveystalo 2023e).

Paljon käytetty menetelmä, esimerkiksi ahdistuksenhallinnassa, on erilaiset hengitysharjoitukset. Hengitysharjoitusten avulla henkilö voi rauhoittaa kehoaan ja mieltään. Pelkästään hengittämiseen keskittyminen saattaa helpottaa kriisissä olevan henkilön vointia. (Mielenterveystalo 2023f.) Toinen esimerkki on huulirakohengitys, jota voidaan käyttää ahdistuksenhallinnassa kriisin keskellä. Tässä ihminen hengittää rauhallisesti nenän kautta keuhkoihinsa ilmaa. Uloshengitys tapahtuu niin, että ihminen jättää huuliensa väliin pienen raon, jota kautta hän antaa kevyesti ilman virrata ulos kehosta. (Mielenterveystalo 2023b.)

Kriisissä oleva henkilö saattaa kokea apua myös erilaisista kylmäharjoitteista. Kylmä laskee ihmisen sydämen sykettä, mikä taas saa kehon rauhoittumaan. Kylmäharjoitteita on olemassa myös lukemattomia. Näitä on esimerkiksi kylmässä suihkussa käyminen tai jääpalojen pitäminen käsissä. (Mielenterveystalo 2023c.) Kriisissä olevalle henkilölle voi myös ehdottaa jännittä ja rentouta-menetelmää, jossa henkilö vuoron perään jännittää ja rentouttaa ylävartaloaan. Henkilön tulisi pitää jännitystilaa muutamia sekunteja, jonka aikana hänen tulisi myös pidättää hengitystään. Sitten tulisi vuorostaan laskea kaikki lihakset rennoiksi. (Mielenterveystalo 2023a.)

10.2 Unettomuuden hoito

Uneen liittyvät ongelmat luokitellaan ei- elimellisiin (mielenterveyteen ja käyttäytymiseen liittyviin) ja elimellisiin unihäiriöihin (hermostoon liittyviin). Kriisin aiheuttamat unihäiriöt luokitellaan pääsääntöisesti ei- elimellisiin unihäiriöihin. Uneen liittyvät häiriöt arvioidaan haastattelulla sekä psyykkisen voinnin arviolla. Myös somaattiset sairaudet ja niiden mahdollisuus tulee ottaa huomioon arviota tehdessä. (Partonen & Järnefelt 2021, 513-514.)

Henkilön kohdatessa kriisin, on hyvin tyypillistä, että henkilö kokee tuolloin tilapäistä unettomuutta. Koska kriisissä olevan henkilön mieli käy ylikierroksilla, on nukahtaminen hankalaa. Tämä tilapäinen unettomuus kestää enintään kuukauden, mutta saattaa loppua jo yhden tai kahden unettoman yön jälkeen. (Käypä hoito -suositus 2023.) Traumasta peräisin olevat painajaiset ovat normaali reaktio traumaattiseen kokemukseen, ja onkin yleistä, että trauman jälkeen nähdään tällaisia unia. Traumasta toipumisen edetessä suotuisasti, myös siihen liittyvät painajaiset vähenevät ja ajan kuluessa loppuvat itsestään. Jos traumaattinen tapahtuma kehittyy traumaperäiseksi stressihäiriöksi, painajaiset kroonistuvat ja niistä voi muodostua vuosia tai jopa vuosikymmeniä kestävä problematiikka, joka vaatii hoitoa. (Sandman 2019.)

Painajaisten liittyessä stressiin tai traumaperäisiin oireisiin, yleisen psyykkisen kuormituksen vähentyessä niiden määrä todennäköisesti vähenee. Kuitenkin painajaiset ja muut uniongelmat ylläpitävät psyykkistä kuormitusta ja vaikeuttavat näin stressistä palautumista. Tämän vuoksi voi olla hyödyllistä pyrkiä suoraan painajaisten vähentämiseen, erityisesti jos ne ovat luonteeltaan traumaperäisiä. Painajaisten hoidossa eniten näyttöä tehosta on saavuttanut mielikuvaharjoituksiin perustuva kognitiivinen psykoterapia. (Sandman 2019.)

Tilapäistä unettomuutta pyritään hoitamaan ensisijaisesti huolehtimalla hyvästä unihuollosta. Unihuollolla tarkoitetaan sopivaa huoneenlämpötilaa nukkumistilassa, terveellisiä elintapoja (monipuolinen ja terveellinen ravinto, riittävästi liikuntaa, alkoholin välttäminen, kofeiinin välttäminen etenkin illalla, nikotiiniuotteiden välttäminen), säännöllistä unirytmää sekä mieltä painavien asioiden läpikäyminen päivällä. Kriisissä olevan henkilön unettomuuden hoidossa on oleellista varmistaa myös, että hän saa riittävästi keskusteluapua, lohtua ja neuvontaa päiväsaikaan. Unettomuutta voidaan hoitaa myös pienellä ja lyhytkestoisella unilääkityksellä, joka kuitenkin tulisi kyseeseen vasta viimeisenä vaihtoehtona äkillisen unettomuuden hoidossa. (Käypä hoito -suositus 2023; Hedrenius ym. 2016, 260-261.)

Lisäkoulutuksen jälkeen perusterveydenhuollon hoitajat voivat antaa tuloksellista lääkkeitöntä hoitoa, joka pohjautuu kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan. Kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa yhdistetään psykoedukaatiota, kognitiivisia sekä mindfulness- ja rentoutumismenetelmiä, käyttäytymisterapiaa ja aiemmin mainittua unenhuoltoa. Tämä toteutuu hoitotutkimuksissa tyypillisesti 4-6 tapaamisen mittaisena yksilö- tai ryhmähoitona. (Järnefelt 2017.)

10.3 Lääkehoito psyykkisessä kriisissä olevalle

Kriisissä olevaa henkilöä pyritään hoitamaan ensisijaisesti lääkkeettömin keinoin. Joskus tilanne on kuitenkin niin vakava, että kriisissä olevan henkilön hyvinvoinnin kannalta lääkehoito on ainut keino, jolla voidaan helpottaa hänen vointiaan. Lääkityksenä voidaan käyttää pieniä annoksia unilääkettä lyhytaikaisessa käytössä. Myös tilapäinen masennuslääkitys on yksi käytettävissä oleva vaihtoehto. Lääkehoidon tulisi kuitenkin olla mahdollisimman lyhytaikaista, ja käytössä ainoastaan sen aikaa, että ihminen selviää kriisin akuutin vaiheen lävitse, maksimisaan kahden viikon ajan. (Käypä hoito -suositus 2020.)

Hoitotyön ammattilaisen on tärkeä erottaa traumaperäinen stressihäiriö luonnollisesta kriisin sopeutumisprosessista, koska traumaperäisen stressihäiriön hoidossa on taas tavallista ottaa lääkehoito toipumisen tueksi. Traumaperäisen stressihäiriön hoidossa on laajasti eri terapiaryhmiin kuuluvia lääkkeitä käytettävissä psykologisten interventtioiden tueksi, toisin kuin normaalissa kriisin sopeutumisprosessissa. (Käypä hoito- suositus 2022.)

11 Auttajan jaksaminen

On monenlaisia kuvitelmia siitä, mitä hyvän sairaanhoitajan on tehtävä ollakseen ammatillinen. Jotkin yksilöt voivat olla sitä mieltä, että auttajien täytyy kyetä toimimaan katastrofaalisissakin paikoissa niin, etteivät tapahtumat vaikuttaisivat heihin. Todellisuudessa kykyyn auttaa liittyy kiinteästi kyky olla läsnä ja herkkävaistoinen. Tähän pyrkiessä auttaja tulee haavoittuvaiseksi. Ammattimaisuudessa ei ole kysymys siitä, etteivätkö psyykkistä tasapainoa järkyttävät tapahtumat saisi vaikuttaa auttajaan. Niiden on päinvastoin vaikutettava, jotta on mahdollista omaksua läsnä oleva ja tukeva rooli. Ammattimaisuus ilmenee siinä, miten käsitellään tapahtumien vaikutusta. (Hedrenius ym. 2016, 276.)

Myötätunnon kokeminen kuuluu inhimilliseen kanssakäymiseen. Myötätunto on surua toisen henkilön puolesta ja myötätunto herättää toisessa halun toimia tavalla, joka lieventäisi tai poistaisi kokonaan toisen pahan olon aiheuttajan. Myötätunnon kokemisen keskiössä on kokemusten jakaminen, sillä jokaisella ihmisellä on tarve tulla nähdyksi ja kuulluksi. Työelämässä myötätuntoisuudella on myönteinen vaikutus. Lähtökohdiltaan se on hyvä asia, mutta työssä se voi kehittyä myös haitalliseksi. Jos todellisuuden jakamisesta ja vuorovaikutuksesta aiheutunutta stressiä ja painetta ei käsittele, seuraa uupuminen. (Nissinen 2012, 12.)

11.1 Myötätuntouupumus

Myötätuntouupuminen käsitteenä kuvaa työn henkistä uuvuttavuutta. Erityisen yleinen se on sellaisten ammattialojen keskuudessa, joissa todistetaan toistuvasti tragedioita. Ammateissa, joissa tragedioiden todistaminen ja niihin joutuneiden ihmisten auttaminen kuuluu

perustehtävään, on jatkuvaa vuorovaikutusta pahan olon kanssa. Älyllinen ja emotionaalinen suorituskyky voivat heiketä ja pessimismi sekä turhautuminen ottaa vallan, kun emotionaalisesti vahva työ kasaa mieleen paineita ja haastaa työntekijän mielen hallinnan päivittäin. (Nissinen 2012, 13.)

Myötätuntouupumiseksi kehkeytyvä stressi on etenevää ja vähitellen voimistuvaa, joka voimistuu usein huomaamatta. Myötätuntouupuminen liittyy työn emotionaalisiin haasteisiin, jotka koskettavat kaikkia työntekijöitä, riippumatta heidän luonteestaan, henkilöhistoriastaan tai ammatillisesta tietotaidosta. Väsymys, joka on normaalin työstressin aiheuttamaa, on tilannekohtaista ja helpottuu vapaapäivien tai loman ansiosta. Myötätuntouupuminen sen sijaan on tavanomaiseen loppuun palamiseen verrattuna kokonaisvaltaisempaa ja syvempää. (Nissinen 2012, 31-32.)

Sekä työntekijällä, että työyhteisöllä on luontainen tarve suojautua liiallista kuormittautumista vastaan. Kenenkään mieli ei voi välttyä suojautumistarpeelta psyykkisen vaativuuden kuuluessa työnkuvaan. Tämä johtaa vähitellen alitajuiseen ja tietoiseen ajattelun ja elämäntulkinnan muokkaamiseen, jotta pahan olemassaolon kestäisi ja työn tekemistä pystyisi jatkamaan ammatillisesti. Joskus työntekijän on väisteltävä inhimillisen elämän kipua, koska jos hän ottaisi kokemuksellisesti vastaan kaiken näkemänsä ja kuulemansa, hänen oma mielenterveytensä ei välttämättä kestäisi sitä. (Nissinen 2012, 13.) Sopivassa määrin suojautuminen on ammatillista ja tarpeellista työntekijän voimavarojen ylläpitämiseksi, mutta vaihtoehtoisesti suojaavat ajattelu- ja toimintatavat voivat kehittyä niin, että ajattelu muuttuu pessimistiseksi ja elämä ankeaksi (Nissinen 2012, 14).

11.2 Myötätuntouupumisen oireita

Myötätuntouupumuksen myötä mieli voi täytyä väkisin tunkeutuvista mielikuvista, jotka liittyvät autettavien traumaattisiin kokemuksiin. Ajatukset asiakkaista ja työstä valtaa ajatukset vapaa-ajallakin, ja työntekijälle voi syntyä joko epärealistinen käsitys omasta erityisosaamisesta ja asiantuntijuudesta, tai kokemus omasta ammatillisesta kyvyttömyydestä. Ihmis- ja maailmankuva voi värjäytyä pessimistiseksi, jota värittää uhrius ja pahuus. Työntekijä alkaa eristäytymään muista ihmisistä sekä työpaikalla että yksityiselämässä ja erilaiset itselääkintä keinot astuvat mahdollisesti kuvioihin, kuten alkoholin tai muiden päihteiden kulutus. Auttaja voi alkaa välttelemään autettavan traumaattisten kokemusten kuulemista tai näkemistä. Myös tiettyjen asiakkaiden kanssa työskenteleminen voi lisätä pelkoa. (Nissinen 2012, 32-33.)

Myötätuntouupumus voi synnyttää myös kehollisia ylivirittyneisyyden oireita, kuten lisääntyntä ahdistuneisuutta, impulsiivisuutta, reagoitiherkkyyttä, keskittymiskyvyttömyyttä, fyysisiä stressireaktioita unihäiriöistä lihasjäykkyyteen ja -kipuihin, sekä häiriöitä ruoansulatus- ja verenkiertosysteemeihin. Psyykkiset oireet alkavat ilmetä fyysisinä oireina, joiden syntyyn ei löydy elimellistä selitystä. (Nissinen 2012, 33.)

Aiemmin tärkeät ja turvaa tuottaneet arvot ja uskomukset murtuvat, auttaja kokee menettäneensä toivon ja tulevaisuutta on mahdotonta ajatella toiveikkaasti. Myötätuntuupunut auttaja voi kokea kyvyttömyyttä läheisyyden, avun ja hoivan vastaanottamiseen, ja hän voi olla kyvytön sietämään ja säätelemään omia tai toisten voimakkaita tunteita. Henkilökohtainen haavoittuvuuden tunne ja yleinen turvattomuuden tunne lisääntyvät. Myös irrationaaliset pelot voivat ottaa vallan. Työelämässä sekä työmoraali että työmotivaatio heikentyvät, negatiivisuus ja kyynisyys lisääntyvät, ja auttaja voi olla kyvytön tuntemaan empatiaa. Myötätuntuupuminen voi johtaa asiakkaiden huonoon kohteluun ja oman itsensä, sekä kollegoiden että esihenkilöiden arvostuksen puutteeseen. (Nissinen 2012, 34.)

11.3 Ennaltaehkäisy ja hoito

Uupumista aiheuttavia tekijöitä löytyy niin ympäristöstä, työyhteisöistä, auttamisyhteisöistä kuin yksilöistä itsestään. Vaatiikin monien näkökulmien yhdistämistä, jotta voidaan vaikuttaa uupumisprosessiin, koska ajattelu- ja asenneilmapiiri koostuvat lukuisista asioista. Myötätuntuupumista hoidetaan samoin menetelmin kuin työuupumistakin. Yhteisön kehittäminen, koulutus ja työnohjaus ovat tuttuja menetelmiä suomalaisessa työelämässä. Myötätuntuupumisen hallintaan kuuluvat myös levon ja toiminnan mielekäs vaihtelu, virkistystoiminta sekä se, että voidaan vaikuttaa työtehtävien määrään ja sisällölliseen kuormittamiseen. (Nissinen 2007, 185.)

Mikäli havaitaan riski myötätuntuupumisen kehittymiselle, tukitoimien osalta kiinnitetään huomiota erityisesti auttajan kokemuksellisuuteen ja uupumisen seurauksiin yksilö- ja yhteisötasolla. Koska auttaja tekee työtä persoonallaan, suunnataan tuen kysymys siihen, miten työ uuvuttaa häntä emotionaalisesti, ja mitä juuri hän tarvitsee tuekseen. Tutkimusnäkökulma laajenee myös järjestelmiä koskevaksi, koska yksilö on vuorovaikutuksessa ryhmän ja organisaation kanssa. Yhteisö ja yksilö ovat vastavuoroisessa vaikutuksessa toisiinsa, yhteisö vaikuttaa yksilön kokemuksiin joko tukemalla tai uuvuttamalla entisestään. (Nissinen 2007, 186.)

Myötätuntuupumisen ehkäisyyn vaikuttaa voimakkaasti asenteet. Jos myötätuntostressin riskeistä vaietaan tai sitä vähätellään, ettei se kuulu ammatillisuuteen, seuraukset ovat tuhoisia sekä yksilö että yhteisötasolla. Myönteinen asenne näitä kohtaan on tuloksellisen ennaltaehkäisyn ja hoidon edellytys. Yhteisön tulee aktiivisesti etsiä voimavaroja, joiden avulla emotionaalista uuvuttavuutta hallitaan. Riski myötätuntuupumiselle koskettaa kaikkia ammattiauttajia ja riskin tietoisuus pitäisi olla koko yhteisön tiedossa. Tukitoimien tulisi olla monipuolisesti näkyvillä toiminnan rakenteissa. Yhteisöt tarvitsevat pysyviä tukirakenteita, jotka antavat henkistä taustatukea työntekijöille sekä varmuuden siitä, että heidän työssään kohtaamat haasteet otetaan vakavasti. (Nissinen 2007, 186.)

Tiedostaminen, tunnistaminen, tasapaino ja yhteys muihin ihmisiin tulisi olla periaatteina auttajille tarkoitetun tuen suunnittelussa. Tiedostamisen kautta tarkastellaan työntekijän ja yhteisön tarpeita ja rajoja. Tämän avulla ymmärretään voimavaroja ja tunteita. Tasapainolla tarkoitetaan niin työn, vapaa-ajan toiminnan ja levon tasapainoista vuorottelua kuin myös sisäistä mielenrauhaa. Ammattiroolistaan huolimatta työntekijän täytyy toistuvasti muistuttaa itseään omista arvoistaan ja voimavaroistaan, sekä pitää kiinni henkilökohtaisista prioriteeteistaan. Tietoisuutta itsestään ja ympäristöstään tuetaan sisäisen tasapainon avulla. Se toimii vastavoimana kuormittaville tekijöille sekä lisää kokemusta työelämän haasteiden hallinnasta. (Nissinen 2007, 187-188.)

Ihmissuhteet toimivat tärkeänä tukena henkilölle, joka on riskialtis myötätuntouupumukselle. Siksi on tärkeää, että kiinnitetään huomiota eristäytymisen merkkeihin ja tuetaan työntekijän yhteyttä omaan itseensä, toisiin ihmisiin sekä itseä suurempaan elämää kannattelevaan voimaan. Työntekijän on kyettävä ankkuroimaan itsensä näihin yhteyksiin, kun auttamissuhteiden kautta elämän rankat puolet nousevat jatkuvasti esiin. Auttajan omassa elämässään yhteyksillä on sitäkin suurempi merkitys, koska autettavien kannattelevat suhteet ovat usein puutteellisia tai puuttuvat kokonaan. (Nissinen 2007, 187-188.)

Uupumista ennaltaehkäisevissä toiminnoissa kiinnitetään huomiota stressinhallintaan, ammatilliseen itsehoitoon, henkilökohtaiseen itsehoitoon sekä negatiivisten uskomusten, tarkoituksettomuuden ja epätoivon muuttamiseen. Myös toivon herättäminen uudelleen on keskeistä. Auttajan pitää selvittää itselleen, missä normaalin stressitilan ja uuvuttavan stressin raja kulkee. Hänen on tunnusteltava, miten voi itse säädellä stressiään. Lisäksi hänen pitää selvittää itselleen, miten hän itsestään huolehtii yksityiselämässään sekä mitä ammatillista tukea hän käyttää ja tarvitsee lisää. Koska käsitykset itsestä, ihmisestä ja elämästä vaikuttavat keskeisesti myötätuntouupumiseen, ovat ne keskeisiä kysymyksiä ennaltaehkäisyn ja hoidon osalta. (Nissinen 2007, 193.)

On hyvä, että auttaja tiedostaa ne ongelmalliset asetelmat ja tunnetilat, joihin hän jää kiinni emotionaalisesti, kun hän on vuorovaikutuksessa autettavien tai työyhteisön jäsenien kanssa. Sitä paremmin auttaja pystyy suojaamaan itseään, mitä paremmin hän on tietoinen omista haavoittumiselle herkistä alueistaan. Näin auttaja saa tietoa siitä, mihin hänen tulee kiinnittää huomiota omaa hyvinvointia hoitaessaan. (Nissinen 2007, 197.)

Toivottavaa olisi, että työnkuvien ja työpäivien rakenteiden suunnitteluun otettaisiin erilaisia näkökulmia. Esimerkiksi niin, että autettavien joukossa olisi muitakin kuin syvästi traumatisoituneita, autettavien ongelmat, ikä, sukupuoli ja perhesuhteet olisivat vaihtelevia, ja että ongelmat vaihtelisivat akuuttien ja pitkittyneiden ongelmien välillä. Asiakasmäärän tulisi olla tasapainossa, työpäivien tulisi sisältää vaihtelevasti kokouksia, asiakastöitä, työn tutkimista ja arviointia, taukoja, koulutuksia sekä työnohjausta. Tärkeää olisi kiinnittää huomiota myös

siihen, että jokaiseen työpäivään kuuluisi jotakin, joka auttaisi auttajaa palaamaan omaan itseensä fyysisesti ja psyykkisesti, kuten rentoutus, lounastauko, puhelu läheiselle, kävely ulkona tai venyttely. (Nissinen 2007, 230-231.)

11.4 Sijaistraumatisoituminen

Käsitettä sijaistraumatisoituminen käytetään kuvaamaan traumatisoituneiden kanssa työskentelevien työn haittavaikutuksia. Vaikka auttaja ei olisi itse ollut fyysisesti läsnä autettavan traumatilanteissa, voivat ne silti vaikuttaa auttajan hermostoon sijaiskokemuksena. (Rothschild & Rand 2023, 27–28.) Sijaistraumatisoitumisessa on kyse asiakkaan tai potilaan kokeaman trauman ja traumatisoitumisen ja siihen liittyvän oireiston siirtymisessä auttajaan tietoisella, tiedostamattomalla tai kehon tasolla, empaattisen yhteyden välityksellä. Nykytutkimuksen valossa empaattisen yhteyden muodostumisella on vahva somaattinen pohja. Empatiolla ei tarkoiteta vain auttajan yritystä ymmärtää asiakkaan kokemusta, tunteita ja ajatuksia, tai samaistumista hänen asemaansa. Kyseessä on monimutkainen, pitkälle integroitunut prosessi, jonka pohja on aivojen neurologiassa ja neurofysiologiassa. Mieli, aivot ja keho osallistuvat empaattiseen prosessiin, mikä tarkoittaa sitä, että auttajan ruumis ja hermoston toiminnat ovat mukana asiakkaan tilanteen ymmärtämisessä, auttamisessa ja empatiassa. (Lindqvist 2023.)

Auttajan kuunnellessa tai muulla tavoin todistaessa kertomuksia julmuudesta ja tuhosta, hän liittyy kertomuksen sisäiseen tunteiden- ja tiedonkäsittelysystemiinsä. Auttaja ajattelee, tekee tulkintoja ja tunnistaa tunteita. Kokemus ihmisistä itsestään ja elämästä muuttuu vähitellen traagisten tarinoiden horjuttaen arvossa pidettyjä uskomuksia ihmisestä ja elämästä. Auttamistyössä tätä muutosta ei voi välttää, ja sisäisen kokemusmaailman muutokset ovat inhimillistä seurausta siitä, kun joutuu kasvokkain autettavan kärsimyksen, pahan ja ihmisestä välittämisen kanssa. Se, mikä on tärkeintä, on auttajan kyky tunnistaa työssä syntyneitä reaktioita ja käsitellä niitä. Auttajassa syntyneitä reaktioita pidetään merkinä inhimillisestä kohtaamisesta. Torjuva asenne, joka kieltää raskaan asiakastyön vaikutukset itsessä ja työyhteisössä, voidaan kokea epäammattillisena. (Nissinen 2007, 140–141.)

Teoria sijaistraumatisoitumisesta perustuu kognitiivis-konstruktivistiseen minän kehitysteoriaan. Teoriassa perusajatuksena on ihmisen kokemisen tavan jatkuva kehittyminen ja muovautuminen uusien elämäkokemusten myötä. Teorialle keskeisiä ovat henkilön uskomukset omasta itsestä ja ihmisistä ylipäänsä, tilanteiden ja asioiden tulkinnat ja niihin liittyvät toimintatapojen muutokset, jotka tähtäävät sopeutumiseen. Ihminen on aina altis kokemusmaailmansa muutoksille vastoinkäymisiä kohdatessaan. Kun kohtaamme vaikeita asioita, syntyy tunteita, uusia ajatuksia ja toimintaa, jotka käynnistävät ja pitävät yllä kokemuksellista sekä ajatuksellista muutosta. Ihminen pyrkii aina sopeutumaan kohdatessaan tragedian, ja siihen sisäisen kokemusmaailman muutos- ja kehitysprosessi jatkuvasti tähtää. (Nissinen 2007, 141.)

12 Työssä jaksamista tukevat menetelmät

Kun työntekijä kokee olevansa oikeassa paikassa osaamisensa, vastuidensa ja taipumustensa suhteen, työhyvinvointi lisääntyy. Työhyvinvointia lisää myös se, kun työntekijä kokee saavansa oikeudenmukaista palkkaa, joka on suhteutettuna hankittuun koulutukseen, työn vaatimuksiin ja tuloksiin. Työn hallinnan kokemusta voidaan tukea suhteuttamalla työtehtävät vastaamaan ammatillista osaamista, kohtuullistamalla työmäärää sekä hankkimalla töiden tekemiseen asianmukaiset työvälineet. Työntekijöille mahdollistetut kokemukset oppia lisää ja kasvattaa omaa ammattitaitoaan lisää työn kiinnostavuutta sekä innostavuutta. (Mieli ry 2023b.)

Selkeä, oikeudenmukainen, arvostava johtaminen sekä oikea-aikainen ja avoin viestintä on työntekijän mielenterveyttä tukevaa. Työpaikan avoimuutta ja vuorovaikutusta voidaan edistää kuuntelemalla, osallistamalla, innostamalla sekä kannustamalla. (Mieli ry 2023b.) Työyhteisön yhteishenkeä sekä toimintaa palvelee sovitut ja määritellyt toimenkuvat sekä se, että jokaisella toimijalla on selkeä käsitys omasta roolistaan. Työn sujuvuutta ja työntekijöiden turvallisuuden tunnetta edistetään myös noudattamalla yhteisesti sovittuja pelisääntöjä. Perehdyttäessä uusia työntekijöitä työyksikköön, on tärkeää välittää heille sujuvaksi todettuja, työntekoa palvelevia arjen käytäntöjä. (Mieli ry 2023c.)

12.1 Työnohjaus

Työnohjaus on Terveydenhuoltolaissa 78 c § (1326/2010) ja Mielenterveysasetuksessa (1116/90, 4§:n 3 momentti) määritettyä toimintaa, joka kuuluu mielenterveyspalveluja tuottaville tahoille. Laki velvoittaa, että työnohjausta on järjestettävä henkilöstölle, joka työskentelee mielenterveys- ja päihdepotilaiden parissa. Työnohjauksen tavoitteena on tukea ja edistää mielenterveyspalveluja tuottavan henkilöstön jaksamista ja hyvinvointia sekä valmiuksia antaa mielenterveys- ja päihdepalveluja. (Räsänen & Pesonen 2021, 726-727; Terveydenhuoltolaki 1326/2010; Mielenterveysasetus 1247/1990.)

Työnohjauksen toteuttaa siihen koulutautunut asiantuntija. Työnohjauksen tavoitteena on tukea ja kannustaa mielenterveyspalveluita tuottavien henkilöiden työssäjaksamista ja omaa ammatillisuutta. Työnohjauksessa voidaan käsitellä ajankohtaisia aiheita, jotka työnohjaukseen osallistuva henkilö kokee vaikuttavan omaan työssä jaksamiseensa. Tarkoitus on miettiä erilaisia ratkaisuja tai kehittämismahdollisuuksia. (Räsänen ym. 2021, 727.)

12.2 Defusing

Defusingia eli purkukeskustelua käytetään ensi- ja alkuvaiheen auttajille. Defusing on tarkoitettu ammattilaisille, jotka ovat kohdanneet työssään henkisesti kuormittavan tilanteen. Purkukeskustelussa käsitellään auttajien omia tunteita ja prosessoidaan tapahtunutta yhdessä.

Tarkoituksena on lievittää henkisesti kuormittavan työtehtävän aiheuttamia psyykkisiä vaikutuksia. (Heikkinen-Peltonen ym. 2019, 77.)

Purkukeskustelu on tarkoitus pitää mahdollisimman pian henkisesti kuormittavan tilanteen jälkeen ennen työvuoron päättymistä. Keskustelu on kestoltaan pääosin alle tunnin mittainen. Keskustelussa mietitään yhdessä mikä tilanteessa onnistui hyvin ja miten voitaisiin jatkossa kehittää omaa toimintaa vastaavissa tilanteissa. Defusingissa tulee tuoda myös esille mistä auttaja voi tarvittaessa hakea myöhemmin apua tilanteen läpikäymiseen. (Henriksson ym. 2021, 427.) Defusing keskustelun tarkoituksena on saada henkisesti kuormittavassa tilanteessa olleiden auttajien työ- ja toimintakyky mahdollisimman pian takaisin normaalille tasolle (Suomen Sairaanhoidajat 2023).

12.3 Debriefing

Äkillisten kriisien hoitamiseksi on olemassa erilaisia ryhmämuotoisia interventioita, joista yksi eniten käytössä oleva on psykologinen jälkipuinti, eli debriefing. Jälkipuinnin tavoitteena on järjestää ammatillisesti ohjattu ja jäsentynyt tilaisuus, johon osallistuu useampi henkilö, joita järkyttävä tilanne on koskettanut. Debriefingiin osallistuvat henkilöt voivat tuoda tilaisuudessa esille omia tunteitaan ja kokemuksiaan. Jälkipuinnin tavoitteena on edistää normaalin surutyöprosessin käynnistymistä asianmukaisesti, vahvistaa ryhmän keskinäistä tukea sekä tukea omien ja toisten reaktioiden ymmärtämistä. (Henriksson ym. 2021, 425-426.)

Jälkipuintia ei ole tarkoitettu hoitamaan psyykkisiä häiriöitä, vaan käymään läpi tavanomaisia ja odotettavissa olevia akuutteja kokemuksia ja tunteita (Henriksson ym. 2021, 426). Jälkipuinnilla voidaan ehkäistä mahdollisia stressireaktioita sekä edistää henkilön työkyvyn mahdollisimman nopeaa palautumista. Jälkipuinnille paras toteutusajankohta olisi kahden vuorokauden kuluttua tapahtuneesta. (Suomen Sairaanhoidajat 2023.) Keskeistä jälkipuinnissa on, että se perustuu asianmukaiseen tiedon antamiseen ja henkilön omaan suostumukseen. Yksilöä ei saa missään olosuhteissa pakottaa jälkipuintiin, eikä sillä korvata muuta psykososiaalista tukea, mielenterveyspalveluja, aktiivista seuranta tai muita terveydenhuollon toimintoja. (Henriksson ym. 2021, 426.)

13 Kriisihoitotyön opetuskerta ja opetusmateriaalin testaus

Opinnäytetyön myötä tuotetun opetusmateriaalin toimivuutta päädyttiin testaamaan sairaanhoidajaopiskelijoilla, joilla alkoi mielenterveys- ja päihdehoitotyön perusopintojakso tammi-kuussa 2024. Kriisihoitotyön opetuskerta oli sovittu toteutettavaksi 20.2.2024 lähiopetuksen muodossa. Opetuskerrasta vastaavan lehtorin kanssa sovittiin, että opetusmateriaalin tekijöinä suunnittelisimme kriisihoitotyön opetuskerran kokonaisuudessaan.

Opetuskerrasta tehtiin kirjallinen suunnitelma aikatauluineen, joka käytiin läpi opetuskerrasta vastaavan lehtorin kanssa. Suunnitelmassa oli jaettu opetuskerralla käsiteltävät aiheet kriisihoitotyöstä vastaavan lehtorin ja opinnäytetyön tekijöiden kesken. Opetuskertaa edeltävästi lehtori oli jakanut sairaanhoitajaopiskelijoille ensimmäisen osion opetusmateriaalista, ja pyytänyt opiskelijoita tutustumaan sisältöön ennen opetuskertaa.

13.1 Kriisityön teorian kertaus

Opetuskerta alkoi uuden opetusmateriaalin tuottaneiden henkilöiden esittelyllä. Sairaanhoitajaopiskelijoille kerrottiin opinnäytetyön taustoista ja siitä, että opinnäytetyön tekijöinä osallistumme opetuskerralle. Opiskelijoita informoitiin myös kirjallisesta palautteen annosta opetuskerran päätteeksi. Alkusanojen jälkeen opetuskerta jatkui oppimiskahvila, eli Learning cafe -menetelmästä sovelletulla tavalla. Menetelmän tarkoitus on saada aikaan keskustelua tuomalla esiin omia näkemyksiä, sekä käydä keskustelua omista ja muiden osallistujien näkemyksistä. Tarkoituksena on yhteisen ymmärryksen löytäminen. (Innokylä 2024.)

Sovelletussa Learning cafe -menetelmässä opiskelijat pyydettiin jakautumaan neljään eri ryhmään luettelemalla vuorotellen järjestyksessä numero 1-4 välillä. Opiskelijat pyydettiin siirtymään omaa numeroaan vastaavaan pisteeseen. Jokaiseen neljään pisteeseen oli ennalta jaettu kirjallinen ohjeistus, tussi, sekä iso tyhjä valkoinen fläppitaulun paperi. Pisteessä yksi oli shokkivaihe, pisteessä kaksi reaktiovaihe, ja pisteessä kolme käsittelyvaihe. Pisteessä neljä oli kolme erillistä aihetta, jotka olivat uudelleen suuntautumisen vaihe, kriisihoitotyötä ohjaavat lait, kriisit, sekä psykososiaalinen tuki. Pisteiden 1-3 kirjallisissa ohjeissa oli neljä eri kohtaa, joissa kaikissa oli samat kysymykset liittyen luonnollisen sopeutumisprosessin ensimmäiseen kolmeen vaiheeseen (shokkivaihe, reaktiovaihe, käsittelyvaihe.) Ensimmäisen kohdan kysymys pisteissä 1-3 oli ”vaiheen alkamisaika, kesto ja tarkoitus”. Toisena kysyttiin ”vaiheen ilmeneminen, tunnistaminen ja ominaispiirteet”. Kolmantena kysymyksenä kysyttiin ”vaiheessa olevat psyykkiset ja fyysiset oireet”. Pisteiden 1-3 tehtävien viimeisenä kysymyksenä oli, kuinka kyseisessä kriisin vaiheessa olevaa henkilöä voidaan auttaa.

Pisteellä neljä ensimmäinen tehtävä oli kertoa omin sanoin sopeutumisprosessiin kuuluvan uudelleen suuntautumisen vaiheesta. Toinen tehtävä oli kertoa mitkä lait ohjaavat kriisihoitotyötä. Kolmantena pyydettiin kertomaan esimerkein erilaisista kriiseistä, joita ihminen voi kohdata. Neljännessä tehtävässä pyydettiin kertomaan mitä tarkoitetaan psykososiaalisella tuella kriisihoitotyössä. Opiskelijat siirtyivät järjestyksessä 8 minuutin jälkeen pisteeltä seuraavalle, jossa heidän tuli vastata ohjeistuksessa olevaan seuraavaan tehtävään. Opiskelijat kävivät ryhmissä keskustelua pisteellä olevasta kysymyksestä ja vastasivat sen jälkeen kirjallisesti fläppipaperiin.

Sairaanhoitajaopiskelijat kiersivät kaikki neljä pistettä, jonka jälkeen pisteiden tuotokset esiteltiin muille paikalla oleville opiskelijoille. Kukin opiskelijaryhmä esitteli sen pisteen

tuotoksen, jossa he olivat viimeisenä. Valkoinen fläppipaperi kiinnitettiin oppitunnin ajaksi näkyville seinälle (liite 3). Esittelyn jälkeen aiheesta käytiin yleistä keskustelua, johon osallistuivat opiskelijat, kurssista vastaava lehtori ja opinnäytetyön tekijät. Aiheesta saatiin paljon keskustelua aikaiseksi. Lopuksi lehtori käsitteli lyhyesti traumaperäisen stressihäiriön teoriaa.

13.2 Auttamismenetelmien läpikäynti

Opetuskerta jatkui opetusmateriaalin toisen osion sisällöillä, missä käsiteltiin kriisihoitotyötä sairaanhoitajan työstä käsin. Tämä osio lanseerattiin opetuskerralla, eli sairaanhoitajaopiskelijat näkivät osion ja sen sisällöt ensimmäistä kertaa. Ensimmäiseksi käsiteltiin hoitosuhdetyöskentelyä, ja sen merkitystä mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoidossa. Opiskelijoita aktivoitiin käymällä yhdessä läpi hoitosuhdetyöskentelyyn kuuluvia pohdintakysymyksiä.

Seuraavaksi vuorossa oli tuottamamme case-video. Ennen videon katsomista käytiin läpi opetusmateriaaliin koottu yhteenveto Hotuksen (2018) laatimasta hoitotyön suosituksesta äkillisesti kuolleen henkilön läheisen tukemisesta. Case-video oli valmistettu tukemaan opetusta ja sen kesto oli noin 15 minuuttia. Videossa lapsensa menettänyt äiti saapuu sairaanhoitajan akuuttivastaanotolle hakemaan apua heikentyneeseen vointiinsa lapsensa kuoleman myötä. Opiskelijoita valmisteltiin videon katsomiseen PowerPointin pohdintakysymyksillä, joita oli: ”Minkälaisia oireita potilas kuvaa?”, ”Tunnistatko, missä kriisin vaiheessa hän on?”, ”Olisitko itse toiminut tilanteessa toisin, millä tavalla?” ja ”Minkälaista tukea perhe voisi tarvita?”. Videon päätyttyä sairaanhoitajaopiskelijat kävivät pienissä ryhmissä keskustelua videosta ja siihen liittyvistä ennakkokysymyksistä. Jokainen ryhmä kertoi vuorollaan omista ajatuksistaan. Videosta käytiin oppimisen kannalta hyvää yhteistä keskustelua, jossa opiskelijat toivat avoimesti esille omia huomioitaan.

Case-videon jälkeen syvennyttiin sairaanhoitajan auttamismenetelmiin kriisihoitotyössä, joista ensimmäisenä käsiteltiin keholliset auttamismenetelmät. Ensin käsiteltiin aiheeseen liittyvää teoriaa läpi, jonka jälkeen katsottiin tuottamamme ohjausvideo, jossa sairaanhoitaja ohjaa potilaalle huulirako-hengitysharjoituksen. Videon jälkeen käytiin taas yhteistä keskustelua aiheesta. Kehollisista auttamismenetelmistä jatkettiin vertaistuen läpikäymiseen, ja kuinka sitä voi hyödyntää auttamismenetelmänä kriisihoitotyössä. Myös unettomuuden hoito ja lääkehoito käsiteltiin teoriamuodossa.

Opetuskerran viimeisenä isompana kokonaisuutena oli auttajan jaksaminen. Pääteemoina tässä osiossa käsiteltiin kriisityöhön liittyviä riskejä auttajan kannalta, kuten myötätuntouppumusta ja sijaistraumatisoitumista. Viimeisenä aiheena opetuskerralla käsiteltiin sairaanhoitajan työssä jaksamista tukevia menetelmiä kriisihoitotyötä antaessa, kuten defusingia, debriefingiä ja lakiin pohjautuvaa työnohjausta. Opetuskerran lopuksi varmistimme sairaanhoitajaopiskelijoilta, että oliko heillä vielä herännyt kysymyksiä tai keskusteltavaa opetuskerran aiheista. Lyhyen yhteenvedon jälkeen sairaanhoitajaopiskelijoille kerrottiin kirjallisesta

palautteenannosta koskien tuotettua opetusmateriaalia, jonka avulla opetusmateriaalia kehitettiin ja muokattiin saadun palautteen mukaan. Lopuksi kiitimme opiskelijoita opetuskerasta ja aktiivisesta osallistumisesta.

13.3 Opetusmateriaalin arviointi

Oman ammattiosaamisen kehittymisessä toiminnallisessa opinnäytetyössä tärkeää ovat toimekiantajan ja kohderyhmän antamat palautteet. Palautetta on tärkeää saada työn kehittämisen aikana prosessin eri vaiheissa, ja kehittämistyön päätyttyä. (Kostamo ym. 2022, 53.) Vastuulliseen aineiston kokoamiseen kuuluu huolehtiminen siitä, että kutsutut ymmärtävät, mihin heidän antamaa tietoansa tullaan käyttämään, miten aineisto anonymisoidaan, ja että ihmisiltä kerätään vain se tieto, mikä on kehittämisen kannalta välttämätöntä (Kostamo ym. 2022, 39.)

Opetuskerran lopuksi sairaanhoitajaopiskelijoille annettiin kyselylomake, jonka avulla pyrittiin selvittämään opetusmateriaalin onnistumista. Palaute kohdistui tuotettuun opetusmateriaaliin, eli PowerPoint-esitykseen sekä kohtaamisosaamiseen painottuvaan videoon sairaanhoitajan vastaanotolta. Sairaanhoitajaopiskelijoilta kysyttiin palautetta siitä, kokivatko he opetusmateriaalin helposti ymmärrettävänä, oliko opetusmateriaalia heidän mielestään riittävästi ja tukiko tuotettu opetusmateriaali heidän kriisihoitotyön oppimistaan. Lisäksi heiltä kysyttiin, että sisälsikö opetusmateriaali heille uutta tietoa. Videomateriaaliin liittyen sairaanhoitajaopiskelijoita pyydettiin arvioimaan, tukiko video heidän oppimistaan kohtaamisosaamisesta kriisihoitotyöhön liittyen. Lopuksi kysyttiin, että kokivatko he osaavansa soveltaa opetusmateriaalissa opetettuja asioita käytännössä.

Palautteen antaminen perustui opiskelijan vapaaehtoisuuteen, ja opetuskerralle osallistuminen ei velvoittanut antamaan palautetta opetusmateriaalista. Tämä kerrottiin myös opiskelijoille. Palautekyselyn antamisen lomassa opiskelijoita informoitiin myös siitä, että palautteita käsitellään anonymisti ja vastaamisen yhteydessä ei kerätty henkilötietoja, opiskelijatunnuksia tai muuta tunnistettavaa tietoa. Aineistonkeruun menetelmänä toimi likert-asteikollinen kyselylomake. Likert-asteikoissa 5 tarkoittaa ”täysin samaa mieltä”, 4 ”osittain samaa mieltä”, 3 ”ei eri eikä samaa mieltä”, 2 ”osittain eri mieltä” ja 1 ”täysin eri mieltä”. Arviointiasteikko oli avattu palautekyselyyn sanallisessa muodossa. Palautekysely sisälsi myös kohdan, johon opiskelija pystyi antamaan sanallisesti vapaamuotoista palautetta ja kehittämisehdotuksia opetusmateriaaliin liittyen. Palautekyselyä varten hankittiin tutkimuslupa Laurea-ammattikorkeakoulun tutkimuslupa-asioista vastaavalta henkilöltä tutkimuksen kohdistuessa Laurean sairaanhoitajaopiskelijoihin.

Opetuskerralle osallistui 21 sairaanhoitajaopiskelijaa ja palautetta opetusmateriaalista antoi 17 opiskelijaa. Yksi vastaajista oli jättänyt vastaamatta kohtaan ”opetusmateriaali tuki kriisihoitotyön osaamistani”. Vapaamuotoista palautetta antoi 12 opiskelijaa. Palaute oli

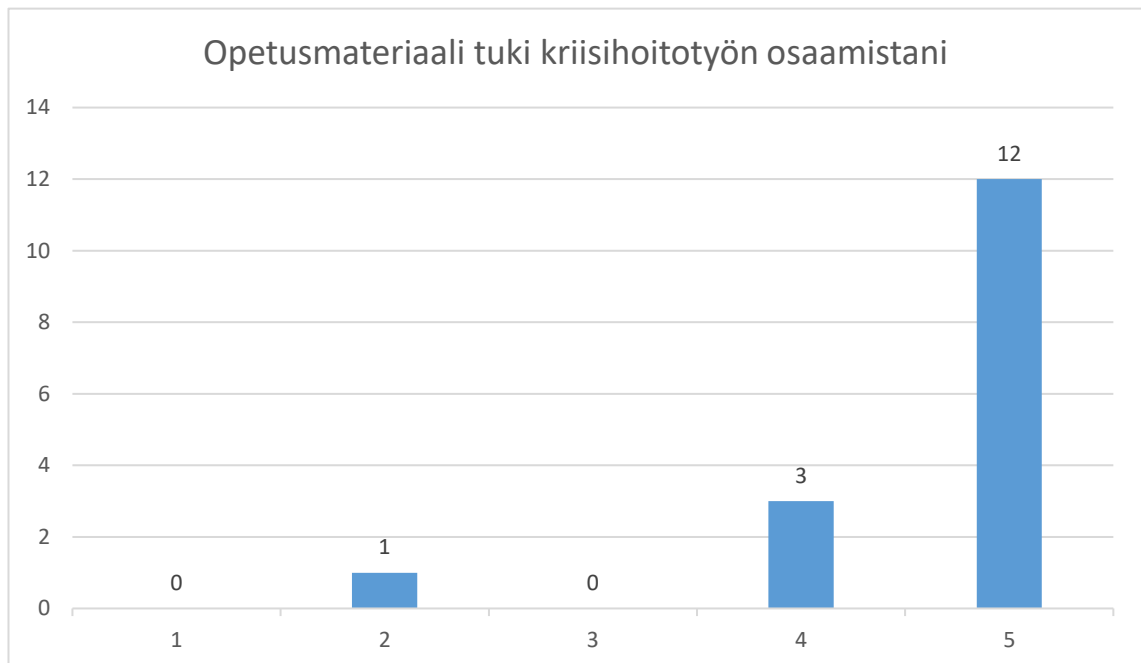
pääsääntöisesti positiivista ja kehittämisideat liittyivät PowerPointin dioiden väljentämiseen, ettei tekstiä olisi niin paljon per dia. Tämän palautteen pohjalta tehtiin vielä muutoksia PowerPoint-esitykseen ja väljennettiin muutamia osioita vielä helpommin luettavammaksi kokonaisuudeksi. Loput vapaamuotoiset palautteet koskivat itse opetuskertaa ja esiintymistämme, mutta nämä eivät palvelleet tavoitteitamme opetusmateriaalin kehittämisen suhteen, jonka vuoksi niitä ei otettu tarkempaan käsittelyyn tässä raportissa.

”Hyvä ja selkeä kokonaisuus.”

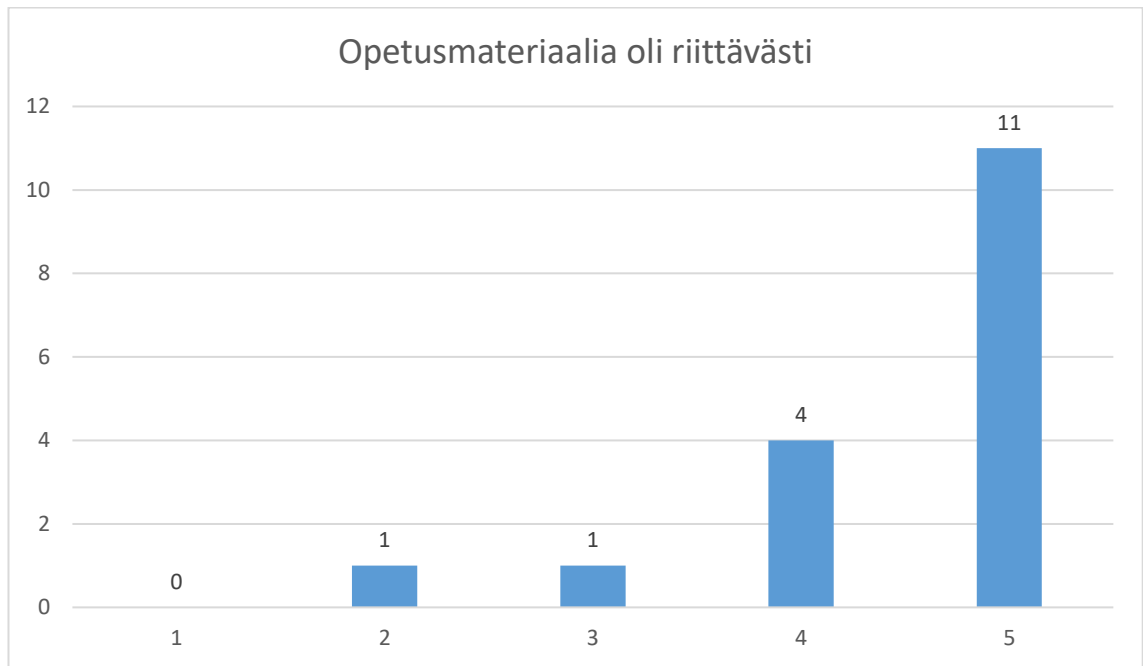
”Opetusmateriaali oli todella hyvä ja helppo ymmärtää. Toiminnallinen osuus oli kiva ja auttoi sisäistämään asioita. Oikein hyvä!!”

”Asiaa oli kattavasti. Diat melko täysiä, jos olisivat ”väljempinä”, olisi helpompimukavampi seurata. Video oli hyvä lisä ja tuki keskustelulle!”

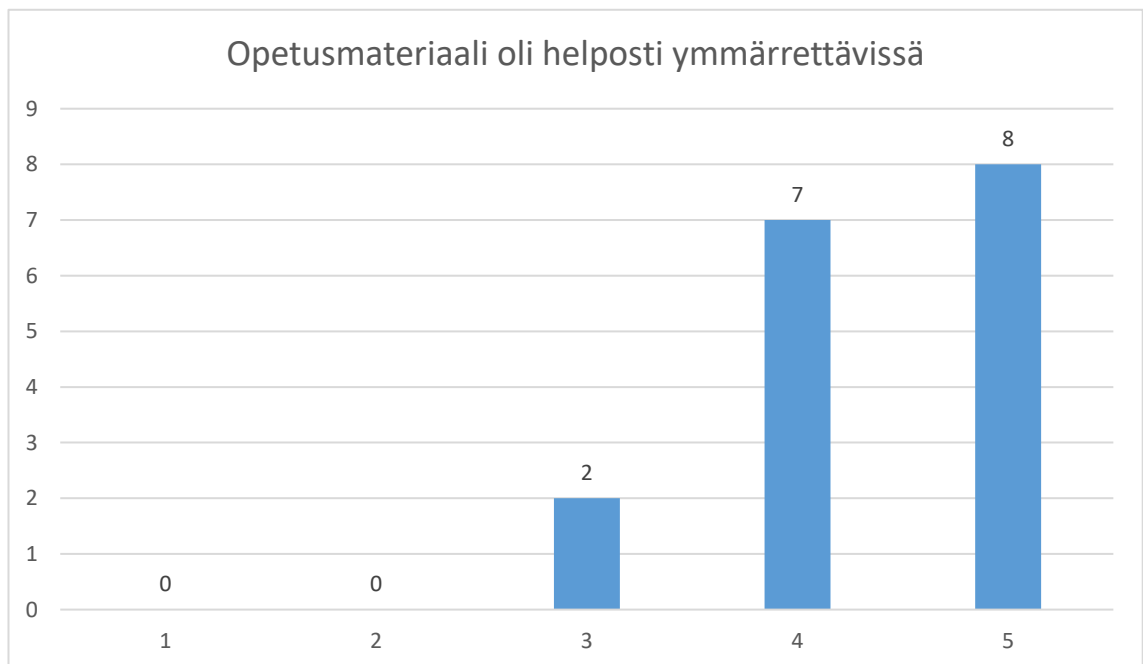
”Hyvä aihe ja puhuttava, esimerkit olivat hyviä ja tukivat opittavaa asiaa...”



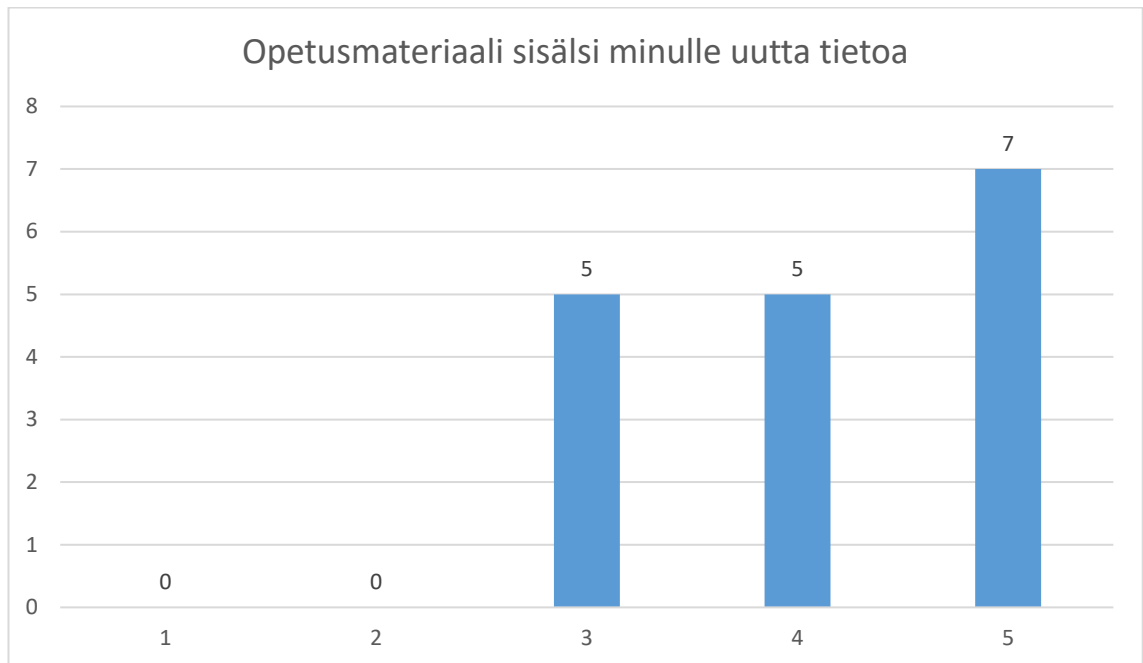
Kuva 1: Opetusmateriaali tuki kriisihoitotyön osaamistani



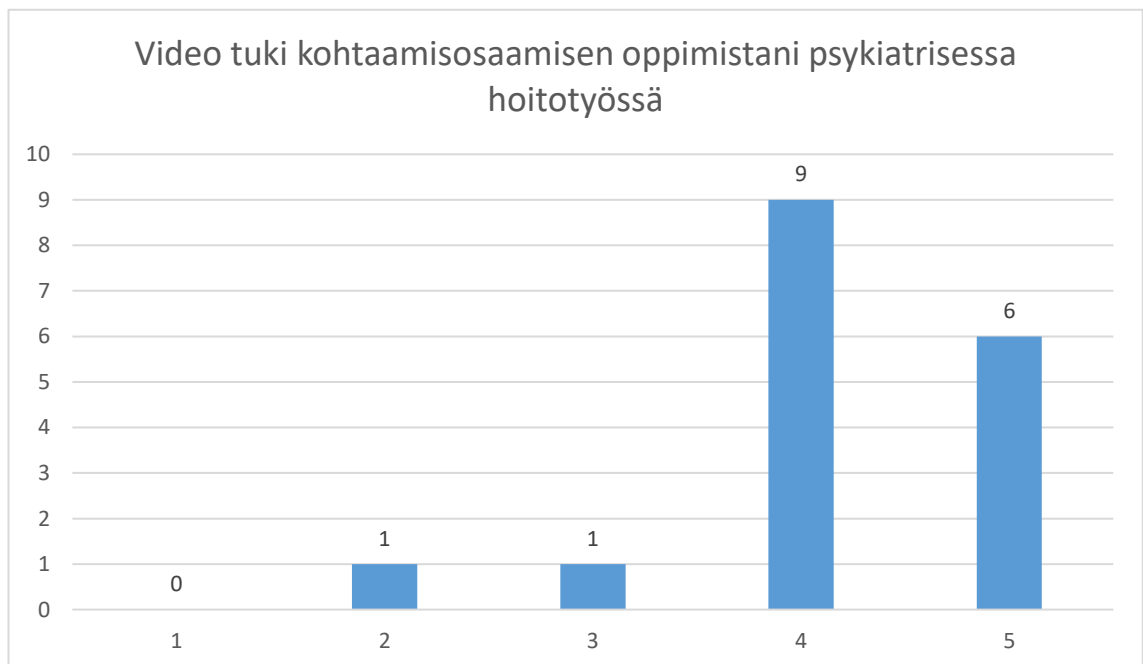
Kuva 2: Opetusmateriaalia oli riittävästi



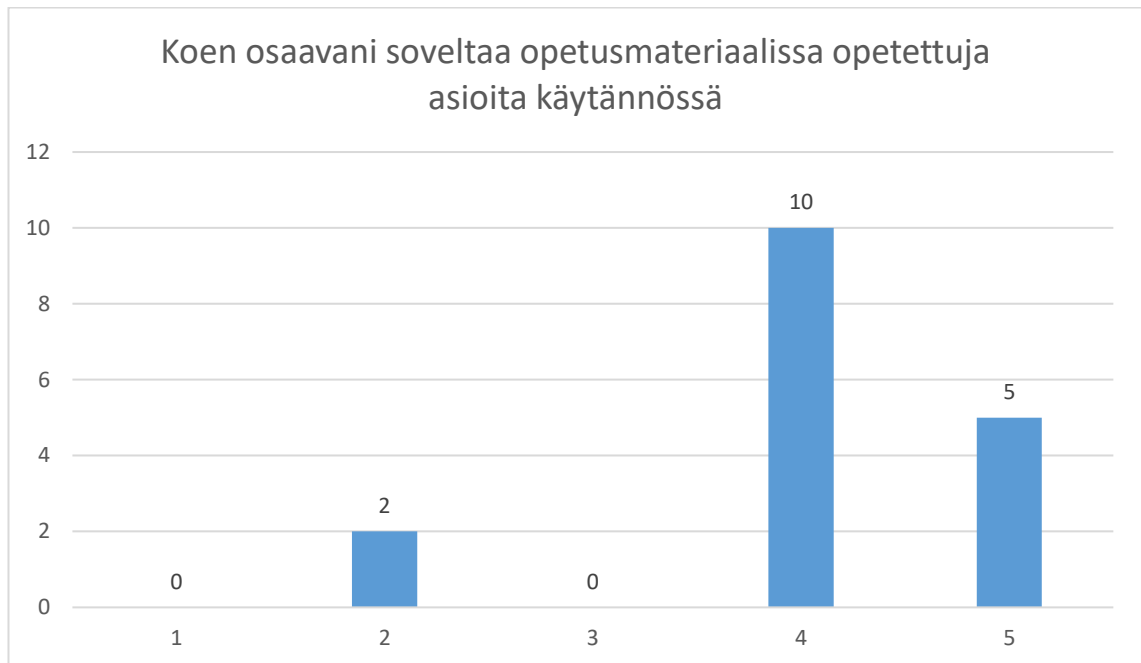
Kuva 3: Opetusmateriaali oli helposti ymmärrettävissä



Kuva 4: Opetusmateriaali sisälsi minulle uutta tietoa



Kuva 5: Video tuki kohtaamisosaamisen oppimistani psykiatrisessa hoitotyössä



Kuva 6: Koen osaavani soveltaa opetusmateriaalissa opetettuja asioita käytännössä

Väittämän ”opetusmateriaali tuki kriisihoitotyön osaamistani” vastauksien keskiarvoksi tuli 4,6. Seuraavassa kohdassa, jossa sairaanhoitajaopiskelijat arvioivat opetusmateriaalin riittävyyttä, vastauksien keskiarvo oli 4,5. Kolmannessa kohdassa opiskelijat arvioivat opetusmateriaalin helposti ymmärrettävyyttä ja saatujen vastauksien keskiarvo oli 4,4. Kohdan ”opetusmateriaali sisälsi minulle uutta tietoa” vastauksien keskiarvo oli 4,1. Seuraavassa kohdassa, jossa pyysimme sairaanhoitajaopiskelijoita arvioimaan, kuinka tuottamamme video tuki heidän kohtaamisosaamistaan psykiatrisessa hoitotyössä, saatujen vastauksien keskiarvo oli 4,2. Viimeisessä kohdassa pyysimme arvioimaan, kuinka sairaanhoitajaopiskelijat kokevat osaavansa soveltaa opetusmateriaalissa opetettuja asioita käytännössä ja saatujen vastauksien keskiarvo oli 4,1. Kun lasketaan yhteen kaikki kyselyssä olleet kohdat ja saadut vastaukset, kokonaiskeskiarvosana saaduilla palautteilla oli 4,3.

Opinnäytetyöprosessin ajan pidimme yhteyttä toimeksiantajaamme ja työn ohjaajaan sähköpostiviestein ja tapasimme videoyhteyksien välityksellä. Toimeksiantaja kertoi työn suunnitteluvaiheessa toiveitaan lopputuloksen suhteen ja välitimme väliversioita kommentoitavaksi. Saimme myös opinnäytetyön ohjaajalta opinnäytetyöprosessin ajan palautetta, jonka perusteella teimme tarvittavia muokkauksia. Osallistuimme myös opinnäytetyötä koskeviin tukipajoihin, kuten tiedonhaun ja kirjoittamisen pajoihin.

14 Opinnäytetyön tulokset ja johtopäätökset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa opetusmateriaalia kriisihoitotyöstä sairaanhoitajaopiskelijoille. Opinnäytetyön tavoitteena oli, että sairaanhoitajaopiskelijat saavat tietoa akuutin kriisin ilmenemisestä ja niistä hoitotyön keinoista, joiden avulla he voivat tukea kriisissä olevaa henkilöä. Kun tätä peilataan sairaanhoitajaopiskelijoilta saatuihin palautteisiin, jossa opetusmateriaali koettiin tukevan kriisihoitotyön oppimista keskiarvolla 4,6 ja opetusmateriaalin riittävyys sai keskiarvon 4,5, voidaan todeta onnistuneemme siinä, että saimme aikaan kriisihoitotyön oppimista tukevan opetusmateriaalin. Opetusmateriaali koettiin selkeäksi ja hyväksi kokonaisuudeksi. Palautteissa ei tullut ilmi teorian tietoon liittyviä puutoksia, tai että olisi kaivattu jostakin aiheesta lisää tietoa.

Työelämäkumppanilta saadun palautteen mukaan onnistuimme tuomaan opetusmateriaaliin aivan uusinta tietoa esimerkiksi traumainformoidusta työotteesta ja tulevasta diagnoosiluokituksen muutoksista. PowerPoint-esitys oli työn tilaajan mukaan uusinta tietoa sisältävää, monipuolisesti aihetta käsittelevä ja visuaalisesti miellyttävä. Tuottamamme video kriisin kohdanneesta potilaasta sairaanhoitajan akuuttivastaanotolla oli palautteen mukaan taidokas, laadukas ja todenmukainen. Työn tilaajan mukaan odottamatonta oli materiaalin monipuolisuus ja laajuus, ja työn tilaajan näkökulmasta oppimateriaalista saatiin ”enemmän kuin oli odotettua”.

Yhteistyön sujumista toimeksiantaja kuvasi erinomaiseksi ja tarkensi, että olimme yhteydessä työn eri vaiheissa ja otimme palautetta vastaan. Saamaamme palautteeseen olemme enemmän kuin tyytyväisiä ja olemme ilahuneita siitä, että lopputulos oli miellyttävä, ja että se palvelee työn tilaajan tarkoituksia.

Olemme tyytyväisiä tuotettuun opetusmateriaaliin ja sen sisältöjen monipuolisuuteen. Käsitelimme mielestämme kriisityötä sairaanhoitajan työn näkökulmasta monipuolisesti ottaen huomioon lääketieteellisen näkökulman, kriisien teorian tiedon, kotimaisen hoitojärjestelmän ja lainsäädännön. Auttamismenetelmissä käsiteltiin niin lääkkeettömät kuin lääkkeelliset hoitomenetelmät. Lisäksi sisällytimme opetusmateriaaliin vielä auttajan jaksamiseen liittyviä aspekteja ja työtä tukevia menetelmiä.

Lopputuloksena syntyi 50 sivuinen PowerPoint-esitys, joka sisälsi kaksi itse suunnittelemaamme ja toteuttamaamme videota teorian tiedon tukena. Opetusmateriaalin kokoamisen keskiössä oli koko prosessin ajan Laurea-ammattikorkeakoulun tavoitteet kriisihoitotyön osalta. Opetusmateriaali lähetettiin mielenterveys- ja päihdehoitotyön opintojaksosta vastaavalle lehtorille sovittuna päivänä ja pysyimme sovituissa aikatauluissa.

15 Pohdinta

Opinnäytetyöprosessi oli pitkäkestoinen ja monivaiheinen, sen alkaessa tammikuussa 2023 ja päättyen maaliskuuhun 2024. Opinnäytetyöprosessin yli vuoden mittainen kokonaiskesto opetti paljon pitkäjänteisyyden merkityksestä. Työn aktiivisen työstämisen pystyi aloittamaan vasta, kun oli perehtynyt huolellisesti aiheeseen, alan tutkimuksiin, aineistoihin sekä suunnitellut tietoperustan rungon. Suunnitelmallisuuden tärkeys korostui opetusmateriaalin tuottamisessa, jotta lopputuloksesta tulisi pedagogisesti laadukas ja sairaanhoitajaopiskelijoiden ammattitaitoa palveleva. Meillä ei ollut pedagogisia opintoja takana, joten varmistaaksemme pedagogisen laadukkuuden, perehdyimme aiheeseen liittyvään teoretietoon ja työstimme opetusmateriaalia tietoa hyödyntäen. Lopputulemana opinnäytetyöprosessi toi mukanaan paljon ammatillista kasvua ja hyödyllisten taitojen kehittymistä, kuten itseohjautuvuuden kasvua sekä parityöskentelytaitojen vahvistumista.

Opinnäytetyön tiedonhankinnassa käytettiin kirjallisuuskatsauksen aineistonhaun periaatteita. Tämä koitui yllättävän vaikeaksi, koska tutkimuskysymyksiä käsitteleviä tutkimusaineistoja ei juurikaan ollut. Opinnäytetyöhön valitut tutkimukset käsitelivät aihetta lääketieteellisestä näkökulmasta, mikä on sairaanhoitajan työn kannalta myös tärkeää tietoa, mutta aihetta ei ollut tutkittu nimenomaan sairaanhoitajan työstä käsin. Ilman painettua kirjallisuutta opinnäytetyön tietoperustan kasaaminen olisi ollut hyvin haastavaa. Haasteellisuutta lisäsi vielä se, että opinnäytetyö käsittelee kriisityötä kotimaisen hoitojärjestelmän kautta. Lainsäädäntö, hoitojärjestelmät, ensilinjan auttajien tehtävät ja psykiatrisen arvion kriteerit poikkeavat eri maiden välillä, mikä poissulki kansainvälisiä aineistoja pois.

Vaikka ICD-11-tautiluokituksen käyttöönottoa valmistellaan Suomessa vielä vuoteen 2026 saakka, on sen käyttöönotto alkanut vuodesta 2023. Ajankohtaisimman tiedonsaannin vuoksi tässä opinnäytetyössä huomioitiin uuden ICD-11-tautiluokituksen tuomat muutokset diagnostiikkaan ja hoitoon. Käytännön työelämässä siirtymävaihe tämän uuden luokituksen omaksumisen suhteen tulee viemään aikansa, mutta koimme tärkeäksi sen, että sairaanhoitajaopiskelijat saavat päivitettyä tietoa käyttöönsä ja ovat tietoisia tulevista muutoksista.

15.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöille on koottu omat eettiset ohjeistukset. Ammattikorkeakoulussa tehtävän opinnäytetyön tekijän tulee hallita tieteellisen käytännön vastuut, eettisen ennakoarvioinnin lähtökohdat, tarpeellisuuden, ennakoarvointimenettelyn ja hyvän tieteellisen käytännön opinnäytetyöprosessissaan. Toteuttaakseen hyvää tieteellistä käytäntöä opinnäytetyön tekijän tulee omata perustiedot tieteellisestä kirjoittamisesta ja viittauskäytännöistä. Plagiointi on tekijänoikeuslainnoilla kielletty ja sen ehkäisemiseksi ja tunnistamiseksi opinnäytetyöt tarkistetaan plagiointitunnistusjärjestelmässä ennen niiden hyväksymistä. (Arene ry 2020.)

Ennen opinnäytetyön aloittamista tehdään yhteistyösopimus opiskelijoiden, toimeksiantajan ja ammattikorkeakoulun välillä. Yhteistyösopimuksessa sovitaan keskeisistä pelisäännöistä, kuten vastuusta ja vastuunrajoituksista, tausta-aineistosta ja sen käyttöoikeuksista, sekä salassa pidettävistä ja muusta luottamuksellisesta aineistosta. Opinnäytetyöt ovat julkisia asiakirjoja ja ne julkaistaan kaikille avoimessa Theseus-julkaisuarkistossa. Opiskelijan vastuulla on huolehtia, että julkaistavaan ja arvioitavaan opinnäytetyöhön ei sisällytetä lain mukaan salassa pidettäviä tietoja, kuten yhteistyösopimuksessa määritettyjä liike- ja ammattisalaisuuksia. (Arene ry 2020.)

Tämän opinnäytetyön kohdalla yhteistyösopimus solmittiin toukokuussa 2023 työn tilaajan ja opinnäytetyön tekijöiden kesken. Sopimuksessa sovittiin työstä syntyvän aineiston käytöstä Laurea-ammattikorkeakoulussa mielenterveys- ja päihdehoitotyön perusopintojaksolla ja siitä, että aineistoa voidaan hyödyntää koko Laurean laajuisesti. Sopimuksessa tarkennettiin, että aineisto tulee käytettäväksi opintojakson lehtoreille eikä aineisto mene julkiseen jakoon. Yhteistyösopimuksessa oli määritelty myös salassapitovelvollisuudet ja osapuolten vastuut.

Opinnäytetyössä käytettyihin lähteisiin suhtauduttiin kriittisesti ja opinnäytetyössä on käytetty vain luotettavia lähteitä, joista löytyy ajantasaisinta tietoa. Lähteiden kriittinen tarkastelu on ollut erityisen tärkeää, koska oppimateriaali tulee käytettäväksi sairaanhoitajaopiskelijoilla, jotka hyödyntävät saamaansa tietoa tulevissa työharjoitteluissaan sekä mahdollisesti tulevaisuuden työelämässään. Työn faktaperäisyydestä huolehtiminen on ollut merkityksellisessä asemassa, koska opiskeltu tieto voi vaikuttaa potilaiden saamaan laadukkaaseen hoitoon. Opinnäytetyön luotettavuutta vahvistaa se, että kaikki opinnäytetyöhön lukeutuneet tutkimukset ovat tieteellisiä tutkimuksia lääketieteen tai terveysalan julkaisuista.

15.2 Jatkotutkimusaiheet

Kuten aiemmin mainitsimme, tutkimustietoa kriisihoitotyöstä sairaanhoitajan näkökulmasta löytyy niukasti. Koska kukaan meistä ei ole suojassa elämän haavoittuvaisuudelta ja potentiaalisilta kriiseiltä, on lisätutkimuksille paikkansa, jotta kriisityötä voidaan kehittää yksilöä ja työyhteisöä enemmän palvelevammaksi.

Ehdottaisimme täten, että jatkotutkimusaiheina voitaisiin tutkia minkälaista tukea ja lisäkoulutusta sairaanhoitajat tarvitsevat toteuttaakseen kriisityötä laadukkaasti ja potilasturvallisesti. Aihetta voitaisiin tutkia myös kriisityön palveluiden käyttäjän näkökulmasta käsin, onko kotimaassamme toteutettu kriisityö luonnollista sopeutumista tukevaa ja onko palveluiden saatavuudessa minkälaisia eroja eri maakuntien välillä.

Lähteet

- Arene ry. 2020. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Viitattu 18.12.2023. https://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTIKORKEAKOULUJEN%20OPINN%C3%84YTET%C3%96IDEN%20EETTISET%20SUOSITUKSET%202020.pdf?_t=1578480382
- Arene ry. 2022. Suositus ammattikorkeakoulujen yhteisistä kompetensseista ja niiden soveltamisesta. Viitattu 18.12.2023. https://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2022/Kompetenssit/Suositus%20ammattikorkeakoulujen%20yhteisiksi%20kompetensseiksi.pdf?_t=1642539572
- Englund, J. 2016. Tutustu Medic-viitetietokantaan - kotimaista sisältöä vuodesta 1978 tähän päivään. Helsingin yliopiston kirjastouutiset. Viitattu 2.2.2024. <https://blogs.helsinki.fi/libra-rynews/2016/10/18/tutustu-medic-viitetietokantaan-kotimaista-sisaltoa-vuodesta-1978-tahan-paivaan/>
- Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2013/55/EU. 2013. Viitattu 18.12.2023. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FI/TXT/PDF/?uri=CELEX:32013L0055>
- Eriksson, E., Korhonen, T., Merasto, M., Moisio, E. 2015. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen - Sairaanhoidajakoulutuksen tulevaisuus -hanke. Ammattikorkeakoulujen terveysalan verkosto ja Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Viitattu 18.12.2023. <https://www.epressi.com/media/userfiles/15014/1442254031/loppuraportti-sairaanhoidajan-ammattillinen-osaaminen.pdf>
- Hakkarainen P., Mäkelä A. 2023. Pahoinpitelyn uhrin kohtaaminen ja henkinen tuki. Viitattu 30.11.2023. Duodecim Terveysportti. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/ltk/article/ykt02060>
- Hedrenius, S., Johansson S. 2016. Kriisituki - Ensiapua onnettomuuksien, katastrofien ja järkyttävien tapahtumien käsittelyyn. Helsinki: Tietosanoma. 232-276.
- Heikkinen-Peltonen, R., Innamaa, M., Virta M. 2019. Mieli ja terveys. 6. painos. Keuruu: Edita Publishing. 70-77.
- Henriksson, M., Haravuori, H., Lönnqvist, J. 2021. Psykkiset kriisit, sopeutumishäiriöt ja stressireaktiot. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M., Partonen, T. (toim.) Psykiatria. 15. painos. Helsinki: Duodecim. 421-447.
- Holmberg, J. 2016. Hoitajana mielenterveys- ja päihdetyössä. Helsinki: Edita Publishing. 92-98.

- Hotus. 2018. Äkillisesti kuolleen henkilön läheisten tukeminen. Hoitotyön tutkimussäätiö. Viitattu 2.12.2023. <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/03/akillisestikuollut-hs.pdf>
- Ilomäki, L. 2012. E-oppimateriaalit oppimisen ja opettamisen tukena. Teoksessa Ilomäki, L. (toim.) Laatus e-oppimateriaaleihin: E-oppimateriaalit opetuksessa ja oppimisessa. Oppaat ja käsikirjat 2012:5. Opetushallitus. Viitattu 16.12.2023. https://www.oph.fi/sites/default/files/documents/144415_laatus_e-oppimateriaaleihin_2.pdf
- Innokylä. 2024. Learning cafe eli oppimiskahvila. Viitattu 26.2.2024. <https://innokyla.fi/fi/tyokalut/learning-cafe-eli-oppimiskahvila>
- Järnefelt, H. 2017. Psykologiset hoitomuodot tehoavat unettomuuteen. Lääkärilehti 12/2017 vsk 72. Viitattu 3.1.2024. <http://www.laakarilehti.fi.nelli.laurea.fi/tieteessa/katsausartikkeli/unipsykologiset-hoitomuodot-tehoavat-unettomuuteen/>
- Kostamo, P., Airaksinen, T., Vilkkä, H. 2022. Kirjoita itsesi asiantuntijaksi - Opas toiminnalliseen oppinäytetyöhön. E-kirja. Helsinki: Art House. 9-56.
- Käypä hoito. 2022. Traumaperäinen stressihäiriö. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Viitattu 11.2.2024. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50080>
- Käypä hoito. 2020. Tarnanen, K., Laukkala, T., Haravuori, H. Traumaperäiset stressireaktiot ja -häiriöt. Viitattu 1.12.2023. <https://www.kaypahoito.fi/khp00086>
- Käypä hoito. 2023. Unettomuus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Unitutkimusseura ry:n asettama työryhmä. Viitattu 2.12.2023. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50067>
- Laukkala, T., Tuisku, K., Garoff, F., Haravuori, H., Jylhä, P. 2022. Monimuotoinen traumaperäinen stressihäiriö - muuttuvat käsitteet ja vaikutus hoitoon. Viitattu 15.12.2023. <https://www-duodecimlehti-fi.nelli.laurea.fi/xmedia/duo/duo16842.pdf>
- Lauerma, H. 2021. Dissosiaatiohäiriöt. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M., Partonen, T. (toim.) Psykiatria. 15. painos. Helsinki: Duodecim. 451-459.
- Laurea 2023a. Tietoa meistä. Viitattu 11.12.2023. <https://www.laurea.fi/tietoa-meista/>
- Laurea. 2023b. Koulutus. Viitattu 28.12.2023. <https://www.laurea.fi/koulutus/>
- Laurea. 2024c. Sairaanhoidajakoulutus. Viitattu 25.1.2024. <https://www.laurea.fi/koulutus/sosiaali--ja-terveysala/sairaanhoidaja-amk/>

Laurea. 2023d. Tietoa koulutuksesta, tutkintorakenteesta ja osaamisen arvioinnista. 6. Viitattu 27.12.2023. <https://ops.laurea.fi/attachment/37666/25609>

Laurea. 2023e. Opinto-opas: Mielen terveys- ja päihdehoitotyö. Viitattu 11.12.2023. <https://ops.laurea.fi/212701/fi/68081/209697/2730/0/34850>

Lindqvist, A. 2023. Sijaistraumatisoitumisen ehkäisystä päihinänkuoressa. Traumaterapiakeskus. Viitattu 20.12.2023. <https://traumaterapiakeskus.com/wp-content/uploads/2021/04/Sijaistraumatisoitumisen-ehkaisyta-Arja-Lindqvist.pdf>

Linner, J. 2020. Rakenteet pahoinvoinnin tuottajina ja haastajina. Teoksessa Sarvela, K., Auvinen, E. (toim.) Yhteinen kieli - traumatietoisuutta ihmisten kohtaamiseen. Helsinki: Basam Books. 47.

Maanmieli, K., Sarvela, K. 2022. Yhteinen mieli - traumatietoutta mielen terveytyshöön. EU: Basam Books. 24-29.

Mielen terveysasetus 1247/1990. 2023. Viitattu 2.12.2023. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901247>

Mielen terveysseurat. 2023. Tietoa kriisistä. Viitattu 2.12.2023. <https://www.mielenterveysseurat.fi/yrittajankriisikeskus/tietoa-kriisista/>

Mielen terveystalo. 2023a. Mikä on traumaattinen kriisi? Viitattu 2.12.2023. <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/trauma-kriisi/mika-traumaattinen-kriisi>

Mielen terveystalo. 2023b. Miten keho reagoi kriisiin? Viitattu 2.12.2023. <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/trauma-kriisi/miten-keho-reagoi-kriisiin>

Mielen terveystalo. 2023c. Kriisin vaiheet ja kriisistä toipuminen. Viitattu 2.12.2023. <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/trauma-kriisi/kriisin-vaiheet-ja-kriisista-toipuminen>

Mielen terveystalo. 2023d. Omahoito-ohjelma: 1. Kriisitaidot. Viitattu 1.2.2023. <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/omahoito/viiltelyn-omahoito-ohjelma/1-kriisitaidot>

Mielen terveystalo. 2023e. Keholliset harjoitukset. Viitattu 1.12.2023. <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/omahoito/ahdistuksen-omahoito-ohjelma/keholliset-harjoitukset>

Mielen terveystalo. 2023f. Omahoito-ohjelma: 6. Hengitysharjoitukset. Viitattu 1.12.2023. <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/omahoito/nuorten-ahdistuksen-omahoito-ohjelma/6-hengitysharjoitukset>

Mieli ry. 2022a. Resilienssi auttaa selviytymään. Viitattu 2.1.2024. <https://mieli.fi/vahvista-mielen terveyttasi/mita-mielen terveys-on/resilienssi-auttaa-selviytymaan/>

Mieli ry. 2023b. Työelämän hyvinvointia rakennetaan joka päivä. Viitattu 2.3.2024. <https://mieli.fi/materiaalit-ja-koulutukset/tietoa-mielen terveyden-vahvistamisesta/tyoelamanmielen terveys/tyoelaman-hyvinvointia-rakennetaan-joka-paiva/>

Mieli ry. 2023c. Mielenterveyttä vahvistava työyhteisö. Viitattu 2.3.2024. <https://mieli.fi/materiaalit-ja-koulutukset/tietoa-mielenterveyden-vahvistamisesta/tyoelamanmielenterveys/mielenterveys-tyopaikalla/mielenterveytta-vahvistava-tyoyhteiso/>

Niela-Vilen, H., Hamari, L. 2016. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A., Suhonen, R. (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 2. korjattu painos. Turku: Juvenes Print. 26.

Nissinen, L. 2007. Auttamisen rajoilla - myötätuntouppumisen synty ja ehkäisy. 1.painos. Helsinki: Edita Publishing. 185-231.

Nissinen, L. 2012. Rajansa kaikella - miten estää myötätuntouppuminen? 1. painos. Helsinki: Edita Publishing. 32-34.

Opetushallitus. 2023. Ammattipätevyysdirektiivi ja ammattipätevyyslaki. Viitattu 18.12.2023. <https://www.oph.fi/fi/palvelut/ammattipatevyysdirektiivi-ja-ammattipatevyyslaki>

Paavola, S., Ilomäki, L., Lakkala, M. 2012. Tiedon esittäminen verkko-oppimateriaalissa. Teoksessa Ilomäki, L. (toim.) Laatu e-oppimateriaaleihin: E-oppimateriaalit opetuksessa ja oppimisessa. Oppaat ja käsikirjat 2012:5. Opetushallitus. Viitattu 16.12.2023. https://www.oph.fi/sites/default/files/documents/144415_laatu_e-oppimateriaaleihin_2.pdf

Partonen, T. & Järnefelt, H. 2021. Unen ja valvetilan häiriöt. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M., Partonen, T. (toim.) Psykiatria. 15. painos. Helsinki: Duodecim. 513-514.

Pelastuslaki 379/2011. Viitattu 25.1.2024. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2011/20110379#L6>

Pojjula, S. 2018. Resilienssi - muutosten kohtaamisen taito. 4. painos. Helsinki: Kirjapaja. 17-226.

Punainen risti. 2023. Tunnista kriisireaktiot. Viitattu 2.12.2023. <https://www.punainen-risti.fi/hae-apua-ja-tukea/henkinen-ensiapu/tunnista-kriisireaktiot/>

Rothschild, B., Rand, M.L. 2023. Apua auttajalle: myötätuntouppumuksen ja sijaistraumatisoitumisen psykofysiologia. 3. painos. Helsinki: Traumaterapiakeskus. 27-28.

Rovasalo, A. 2021. Dissosiaatiohäiriöt. Duodecim Terveyskirjasto. Viitattu 15.12.2023. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00360>

Räsänen S., Pesonen T. 2021. Konsultaatio- ja yhteistyöpsykiatria. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M., Partonen, T. (toim.) Psykiatria. 15. painos. Helsinki: Duodecim. 726-727.

Saari, S., Kantanen, I., Kämäräinen, L., Parviainen, K., Valoaho, S. & Yli-Pirilä, P. 2009. Hädän hetkellä: psyykkisen ensiavun opas. Suomen Punainen Risti. Helsinki: Duodecim. 9-114.

Sandman, N. 2019. Painajaiset - psyykkinen yleisoire. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim. Nro 21. Viitattu 7.12.2023. <https://www.duodecimlehti.fi/duo15213>

Sosiaalihuoltolaki 1301/2014. 2014. Viitattu 25.1.2024. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301#L3P29a>

Suomen Sairaanhoidajat. 2023. Psykososiaalisen jaksamisen tukeminen. Viitattu 2.12.2023. <https://sairaanhoidajat.fi/tyohyvinvointi/psykososiaalisen-jaksamisen-tukeminen/>

Surevan kohtaaminen. 2024. Kriisissä olevan auttaminen. Viitattu 28.2.2024. <https://www.surevankohtaaminen.fi/kriisiapu/>

STM. 2009. Traumaattisten tilanteiden psykososiaalinen tuki ja palvelut. Opas kunnille ja kuntayhtymille. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:16. Viitattu 2.12.2023. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72736/Julk200916.pdf?sequence=1>

Terveydenhuoltolaki 1326/2010. 2023. Viitattu 2.12.2023. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

THL. 2023. Palvelut kriisitilanteissa. Viitattu 2.12.2023. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyspalvelut/palvelut-kriisitilanteissa>

Kuviot

Kuva 1: Opetusmateriaali tuki kriisihoitotyön osaamistani	42
Kuva 2: Opetusmateriaalia oli riittävästi	43
Kuva 3: Opetusmateriaali oli helposti ymmärrettävissä	43
Kuva 4: Opetusmateriaali sisälsi minulle uutta tietoa	44
Kuva 5: Video tuki kohtaamisaamisen oppimistani psykiatrisessa hoitotyössä	44
Kuva 6: Koen osaavani soveltaa opetusmateriaalissa opetettuja asioita käytännössä	45

Taulukot

Taulukko 1: Sisäänotto- ja poissulkukriteerit	12
---	----

Liitteet

Liite 1: Käsikirjoitus case-videoon	56
Liite 2: Tutkijantaulukko	58
Liite 3: Learning cafen kertaus	60
Liite 4: Palautekysely kriisihoitotyön opetusmateriaalista	61

Liite 1: Käsikirjoitus case-videon

Potilas saapuu naapurinsa saattamana akuuttiin hoitajalle hoidon tarpeen arviointiin. Hoitaja ohjaa potilaan istumaan ja pyytää hänen henkilötietonsa. Varmistettuaan henkilötiedot hän kysyy, miksi potilas on saapunut vastaanotolle.

Potilas purskahtaa itkuun. Hän kertoo kokevansa ahdistusta ja painajaisunia. Potilas kertoo menettäneensä lapsensa äkillisesti kolarissa. Keskustelussa tulee esille, että potilas on sairaalassa lastaan hyvästellessä sanonut hoitajille shokissa, että pärjää kyllä eikä tarvitse kriisiapua. Kotiin saavuttua potilas on kuitenkin romahtanut ja ollut täysin toimintakyvytön. Potilas ei ole saanut ollenkaan nukuttua tilanteen jälkeen.

Hoitaja kuuntelee empaattisena potilaan kertomusta.

Hoitaja antaa potilaalle tilan kertomiseen, eikä tuo omia ajatuksiaan ja kokemuksiaan esille.

Hoitaja:

- Kerro osanottosi
- Kysy onko potilas ollut mihinkään yhteydessä tilanteestaan
- Selvitä potilaan tukiverkosto ja käytännön asioihin saatava apu
- Kerro potilaalle kriisin sopeutumisprosessista arkikielellä
- Kerro mitä on odotettavissa ja missä vaiheessa sopeutumisprosessia potilas on

Potilas kertoo, että hänen naapurinsa on nyt auttanut häntä normaaleissa arkiaskareissa, kuten ruoanlaitossa ja pyykin pesussa. Potilaan kertoman mukaan naapuri on sanonut olevansa tähän suostuvainen myös jatkossa, kunnes potilaan psyykinen vointi tasaantuu.

Keskustelussa tulee esille potilaan ahdistus ja uniongelmat tapahtuman jälkeen. Potilas kertoo, ettei ole juurikaan nukkunut tapahtuman jälkeen. Hän kertoo, että yrittäessä nukkua, ajatukset vain tunkeutuvat mieleen.

Hoitaja:

- Kysy millaisia itsehoitokeinoja potilas on kokeillut unettomuuden ja ahdistuksen hoidossa.
- Käy yhdessä potilaan kanssa läpi mitä erilaisia keinoja on ahdistuksen hallintaan ja unihäiriön helpottamiseen, ja kerro mistä näistä saa myös lisää tietoa.

Koska potilas ei ole saanut minkäänlaista kriisiapua, tarjoa hänelle kunnan sosiaali- ja kriisi-
päivystyksen palveluja. Sovi potilaan kanssa, että sinä välität hänen yhteystietonsa sosiaali- ja

kriisipäivystykseen, josta ollaan yhteydessä potilaaseen yleensä vuorokauden sisällä. Tulosta /kirjoita potilaalle erilaisia yhteystietoja, kuten vertaistukiryhmien tietoja, sekä yleisiä tietoja/nettisivuja akuutista kriisistä ja sen oireista, jne. Käy vielä läpi lopuksi potilaan kanssa suunnitelma ja varmista onko hänellä kysyttävää.

Liite 2: Tutkijantaulukko

Tutkimuksen nimi, tekijä ja vuosi	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite	Tutkimusmenetelmä	Keskeiset tulokset
Monimuotoinen traumaperäinen stressihäiriö - muuttuvat käsitteet ja vaikutus hoitoon. Tanja Laukka, Katinka Tuisku, Ferdinand Garoff, Henna Haravuori ja Pekka Jylhä, 2022.	Tarkastella ICD-11-tautiluokituksen tuomia muutoksia, kun traumaperäisen stressihäiriön lisäksi tautiluokituksessa kuvataan monimuotoinen traumaperäinen stressihäiriö. Lisäksi käydään läpi kompleksisen traumaperäisen stressihäiriön hoitoa.	Katsaus	Kompleksisen PTSD:n erotusdiagnostiikka on vaativampaa ja psyykkiset oireet monimuotoisempia. Hoidossa psykoterapeuttiset interventiot ovat ensisijaisia ja hoidossa on syytä kiinnittää huomiota unen tukemiseen. Masennuslääkkeiden tehosta on vain niukasti näyttöä.
Painajaiset - psyykinen yleisoire. Nils Sandman, 2019.	Tarkastella painajaisia psyykkisenä oireena ja hoitomuotojen tehokkuutta.	Katsaus	Jatkuvien painajaisien kokeminen liittyy usein unettomuuteen, yleiseen psyykkiseen kuormitukseen, masennukseen tai traumaperäiseen stressireaktioon. Painajaisien hoidossa eniten näyttöä tehosta on saavuttanut kognitiivinen psykoterapia, joka perustuu mielikuvaharjoitteluun.
Psykologiset hoitomuodot tehoavat	Tarkastella psykologisia hoitomuotoja	Katsausartikkeli	Psykologisten hoitomenetelmien käytön

unettomuuteen. Heli Järnefelt, 2017.	unettomuuden hoidossa ja niiden tehokkuutta.		tehokkuus on osoitettu useissa katsauksissa ja meta-analyyseissa. Yhden katsausartikkelin mukaan, joka käsittelee 48 unettomuuden hoitotutkimusta ja kaksi meta-analyysia, 70-80 % primaarisesta unettomuudesta kärsivistä potilaista hyötyy psykologisista hoitomenetelmistä.
--------------------------------------	--	--	--

Liite 3: Learning cafen kertaus

Ryhmä 1. Uudelleensuuntautumisen vaihe

- Kriisistä selviytymisen viimeinen vaihe
- Suuntautuminen tulevaisuuteen
- Kriisin hyväksyminen "osa elettyä elämää"
- "Uusi alkua"
- Kriisin syy ei aiheuta enää niin suuria tunnekuohuja

Lait: terveydenhuoltolaki

pelastuslaki

Sosiaalihuoltolaki

ERILaisia kriisejä

- psyykkiset kriisit → identiteettikriisi
- traumaattiset kriisit
- äkilliset kriisit
- elämän kriisit
 - eläkkeelle jääminen
 - avioliitto

Liite 4: Palautekysely kriisihoitotyön opetusmateriaalista

Arviointiasteikko

5 = Täysin samaa mieltä

4 = Osittain samaa mieltä

3 = Ei samaa eikä eri mieltä

2 = Osittain eri mieltä

1 = Täysin eri mieltä

Ympyröi mielestäsi sopivin vaihtoehto:

Opetusmateriaali tuki kriisihoitotyön oppimistani

1 2 3 4 5

Opetusmateriaalia oli riittävästi

1 2 3 4 5

Opetusmateriaali oli helposti ymmärrettävissä

1 2 3 4 5

Opetusmateriaali sisälsi minulle uutta tietoa

1 2 3 4 5

Video tuki kohtaamisosaamisen oppimistani psykiatrisessa hoitotyössä

1 2 3 4 5

Koen osaavani soveltaa opetusmateriaalissa opetettuja asioita käytännössä

1 2 3 4 5

Vapaa palaute:

Jäitkö kaipaamaan jotakin lisää opetusmateriaaliin, mitä?

Kehittämisisideat opetusmateriaaliin liittyen:

Vapaa sana, risuja ja ruusuja!