



”On normaalia, että sairastuminen aiheuttaa tunteita”

Opetusvideot vakavasti sairastuneen henkilön kriisistä

Juuso Soikkeli

Opinnäytetyö, ylempi AMK

Toukokuu 2024

Sosiaali- ja terveystieteiden ylempi AMK tutkinto-ohjelma (YAMK)

Soikkeli, Juuso**”On normaalia, että sairastuminen aiheuttaa tunteita”. Opetusvideot vakavasti sairastuneen henkilön kriisistä**

Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Toukokuu 2024, 92 sivua

Sosiaali- ja terveysalan ylempi AMK tutkinto-ohjelma. Opinnäytetyö YAMK.

Julkaisun kieli: suomi

Julkaisulupa avoimessa verkossa: Kyllä

Tiivistelmä

Vakava sairastuminen uhkaa arvoja, joiden merkitys elämälle ja hyvinvoinnille on suuri. Vakava sairastuminen voi aiheuttaa kriisin, ja vakavaa sairastumista pidetäänkin traumaattisena kriisinä. Pitkittyessään kriisi voi aiheuttaa psyykkisiä oireita, jotka ovat usein alitunnistettuja sairaalahoidossa. Lisäksi vakavien sairauksien kanssa työskentelevät henkilöt kokevat usein, ettei heillä ole riittävää osaamista tunnistaa näitä oireita. Opinnäytetyön aihe nousi työelämän tarpeesta kehittää vakavan sairastumisen aiheuttaman kriisin tunnistamista sekä kriisihoitoa. Opinnäytetyön ulkopuolelle rajattiin psyykkisen sairauden aiheuttama kriisi, sillä siihen on omat hoitomallit.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli, että sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset, jotka kohtaavat vakavasti sairastuneita henkilöitä, saavat keinoja ennalta ehkäistä vakavan sairastumisen mahdollisesti aiheuttamaa kriisiä tai auttaa henkilöä selviytymään kriisistä paremmin. Tarkoituksena oli myös ammattilaisten ammatillisen osaamisen kehittyminen. Opinnäytetyön tavoitteena oli kerätä sekä tutkimustietoa että ammatillista arjen tietoa vakavan sairauden aiheuttamasta kriisistä sekä kriisihoidosta ja tuottaa niiden pohjalta viisi opetusvideota sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille. Tavoitteena oli myös vahvistaa tietoisuutta siitä, miten ammattilainen voi työssään tunnistaa ja hoitaa vakavasti sairastunutta henkilöä, joka käy läpi mahdollista kriisiä.

Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä, mikä on yksi keino toteuttaa kehittämistyö. Opinnäytetyön tuotokseksi valittiin opetusvideot, joita varten kartoitettiin ammatillista arjen tietoa haastattelemalla ammattilaisia, joilla on kokemusta vakavasti sairastuneen henkilön kriisistä. Haastatteluista saatu tieto yhdistettiin ajantasaiseen teorian tietoon, ja niiden pohjalta muodostettiin opetusvideoiden kuvakäsikirjoitukset. Kuvakäsikirjoituksista pyydettiin vielä myöhemmin palautetta samoilta henkilöiltä. Haastatteluiden, ajantasaisen teorian tiedon sekä opinnäytetyön tekijän asiantuntijuuden pohjalta muodostui tuotoksena viisi opetusvideota. Opetusvideot käsittelevät kriisin tunnistamista, kriisin aiheuttamia psyykkisiä oireita sekä kriisihoitoa. Opetusvideot vastaavat ajantasaista teorian tietoa kriisin tunnistamisesta sekä kriisihoidosta. Opetusvideot julkaistiin YouTubeen piilotettuina videoina, joten videot ovat helposti jaettavissa ja levitettävissä. Opetusvideoista voivat jatkossa hyötyä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten lisäksi myös muut ammattiryhmät, jotka työssään kohtaavat vakavasti sairastuneita.

Avainsanat (asiasanat)

Kriisi, kriisihoito, vakava sairaus, kriittinen sairaus, opetusvideo, toiminnallinen opinnäytetyö

Muut tiedot (salassa pidettävät liitteet)

Liitteinä kuvakäsikirjoitukset, 27 sivua

Soikkeli, Juuso

“It’s normal that getting ill causes emotions”. Educational videos about the crisis of serious illness

Jyväskylä: JAMK University of Applied Sciences, May 2024, 92 pages

Health Care and Social Services. Master’s Degree Programme in Advanced Nursing Practice

Permission for open access publication: Yes

Language of publication: Finnish

Abstract

A serious illness threatens values that are of great importance to life and well-being. Getting seriously ill can cause a crisis, and it is considered a traumatic event. If the crisis is prolonged, it can lead to psychological symptoms, which are often underrecognized in hospital treatment. Furthermore, people working with serious illnesses often feel that they lack sufficient skills to recognize these symptoms. The subject of the thesis arose from the need of the working life to develop the recognition of a crisis caused by a serious illness and crisis treatment. The crisis caused by a mental illness was excluded from the thesis because it has its own treatment models.

The purpose of the thesis was to provide social and healthcare professionals encountering seriously ill individuals with ways to prevent a crisis caused by the illness or to help the person cope better with the crisis. The purpose was also to develop the vocational skills of these professionals. The goal of the thesis was to collect both research data and information from working life about the crisis caused by a serious illness and crisis treatment and, basing on them, produce five educational videos for social and healthcare professionals. The goal was also to strengthen awareness of how a professional can identify and treat a seriously ill person who is going through a possible crisis.

The thesis was implemented as a practice-based thesis, which is one way to implement development work. Educational videos were chosen as the output of the thesis, for which professional everyday knowledge was surveyed by interviewing professionals who have experience in dealing with the crisis of a seriously ill person. The information obtained from the interviews was combined with up-to-date theoretical knowledge, and the storyboards for the educational videos were formed basing on them. The same people were asked for feedback on the storyboards later. Based on the interviews, up-to-date theoretical knowledge, and the expertise of the author of the thesis, five educational videos were produced. The educational videos deal with identifying a crisis, psychological symptoms caused by a crisis, and crisis treatment. The educational videos correspond to up-to-date theoretical information on crisis identification and crisis treatment. The educational videos were published as hidden videos on YouTube, so they can be easily shared and distributed. In addition to social and healthcare professionals, other professional groups who encounter seriously ill people in their work can benefit from the educational videos in the future.

Keywords/tags (subjects)

Crisis, crisis care, serious illness, critical illness, educational video, practice-based thesis

Miscellaneous (Confidential information)

Storyboards are in attachments, 27 pages

Sisältö

1	Johdanto	3
2	Vakava sairaus	4
3	Kriisin vaikutus hyvinvointiin	6
3.1	Kriisin vaiheet.....	7
3.2	Kriisin vaikutus psyykkiseen vointiin	9
3.3	Psyykkisten oireiden tunnistaminen sairaalahoidon aikana.....	12
4	Kriisihoito	13
4.1	Yleisnäkökulma kriisihoitoon	14
4.2	Psykologinen jälkipuinti.....	17
4.3	Henkinen ensiapu.....	18
5	Opetusvideot oppimisen keinona	20
6	Tarkoitus ja tavoite	22
7	Kehittämistyön toteutus	23
7.1	Tiedonhakuprosessi.....	24
7.2	Toiminnallinen opinnäytetyö kehittämisen menetelmänä	25
7.3	Teemahaastattelu	26
7.4	Ammatillisen arjen tiedon kerääminen opetusvideoita varten	27
7.5	Teemahaastatteluiden kokoaminen	28
8	Ammatillinen arjen tieto vakavasti sairastuneen henkilön kriisistä ja kriisihoidosta	29
8.1	Vakavan sairauden aiheuttaman kriisin tunnistaminen	29
8.2	Psyykkisen oireilun tunnistaminen	31
8.3	Kriisihoito	32
9	Opetusvideoiden kuvakäsikirjoitukset	34
10	Opetusvideot	36
10.1	Video 1: Vakavan sairauden aiheuttama kriisi.....	36
10.2	Video 2: Vakavan sairauden aiheuttamat psyykkiset oireet.....	37
10.3	Video 3: Kriisin vaiheet.....	38
10.4	Video 4: Kriisihoito kriisin vaiheiden kautta.....	39
10.5	Video 5: Kriisihoito	40
11	Opetusvideoiden arviointi	41
12	Pohdinta	44
12.1	Eettisyys.....	44
12.2	Luotettavuus	46

12.3 Opetusvideoiden tarkastelu ja jatkotutkimusehdotukset	48
Lähteet	53
Liitteet	60
Liite 1. Systemaattinen tiedonhaku	60
Liite 2. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit	62
Liite 3. Toistettu systemaattinen tiedonhaku	63
Liite 4. Saatekirje	65
Liite 5. Video 1: Vakavan sairauden aiheuttama kriisi – kuvakäsikirjoitus	66
Liite 6. Video 2: Vakavan sairauden aiheuttamat psyykkiset oireet – kuvakäsikirjoitus	71
Liite 7. Video 3: Kriisin vaiheet – kuvakäsikirjoitus	78
Liite 8. Video 4: Kriisihoito kriisin vaiheiden kautta – kuvakäsikirjoitus	83
Liite 9. Video 5: Kriisihoito – kuvakäsikirjoitus	87
 Kuviot	
Kuvio 1. Toiminnallisen opinnäytetyön prosessi	24
Kuvio 2. Vakavan sairauden aiheuttaman kriisin tunnistaminen	30
Kuvio 3. Psyykkisten oireiden tunnistaminen	32
Kuvio 4. Kriisihoito	33
Kuvio 5. Opetusvideoiden arvioinnin palautekysely	42
 Taulukot	
Taulukko 1. Teemahaastattelun runko	28
Taulukko 2. Palautteen vaikutus kuvakäsikirjoitukseen	35

1 Johdanto

Vakava sairastuminen voi aiheuttaa kriisin, sillä sairastuminen uhkaa arvoja, joiden merkitys elämälle ja hyvinvoinnille on suuri (Hedrenius & Johansson, 2016). Vakavaa sairastumista pidetään traumaattisena kriisinä, jolla tarkoitetaan yllätyksellistä, voimakasta ja huomattavaa kärsimystä aiheuttavaa kriisiä (Saari, 2009). Kriisi voi aiheuttaa myös psyykkisiä oireita, kuten ahdistusta ja masennusta, ilman asianmukaista hoitoa psyykkiset oireet voivat pitkittyä (Safavi, Oladrostam, Fesharaki & Fatahi, 2016). Vakavien sairauksien kanssa työskentelevät hoitajat kokevat usein, että heillä ei ole koulutusta, kokemusta tai riittävää taitoa tunnistaa tai hoitaa psyykkisiä haasteita (Pols, Schipper, van Dijk, Bosman, Mariwijik, Adriaanse & Van Tulder, 2017). Sairaalahoidon aikana psyykkiset oireet ovat usein siksi alitunnistettuja (Braunschneider ym., 2023).

Opinnäytetyön aihe nousi työelämän tarpeesta kehittää vakavasti sairastuneiden henkilöiden kriisin tunnistamista ja kriisihoitoa sekä tarpeesta vahvistaa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten valmiuksia kohdata kriisissä oleva potilas kokonaisvaltaisemmin. Myös vakavat mielenterveysongelmat, kuten psykoosisairaudet, luokitellaan vakaviksi sairauksiksi (Skitsofrenia, 2022).

Opinnäytetyöstä rajattiin kuitenkin ulkopuolelle vakavan mielenterveysongelman aiheuttama kriisi. Murphyn ja muiden (2012) mukaan vakavasta mielenterveysongelmasta, kuten skitsofreniasta, kärsivän potilaan kriisi vaatii yleensä moniammatillisen tiimin, johon kuuluu ainakin psykiatri sekä psykiatrisia sairaanhoitajia. Vakavan psyykkisen sairauden aiheuttamalle kriisille on olemassa omia hoitomuotoja, joita tämä kehittämistyö ei käsittele. (Murphy, Irving, Adams & Driver, 2012.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on, että sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset, jotka kohtaavat vakavasti sairastuneita henkilöitä, saavat keinoja ennaltaehkäistä vakavan sairastumisen mahdollisesti aiheuttamaa kriisiä tai auttaa henkilöä selviytymään kriisistä paremmin. Tarkoituksena on sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten ammatillisen osaamisen kehittyminen. Opinnäytetyön tavoitteena on kerätä sekä tutkimustietoa että ammatillista arjen tietoa vakavan sairauden aiheuttamasta kriisistä ja kriisihoidosta sekä tuottaa niiden pohjalta viisi opetusvideota sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille. Opetusvideoiden tavoitteena on vahvistaa tietoisuutta siitä, miten ammattilainen voi työssään tunnistaa ja hoitaa vakavasti sairastunutta henkilöä, joka käy läpi mahdollista kriisiä.

2 Vakava sairaus

Vakavaa sairastumista voidaan lähestyä monesta eri näkökulmasta. Kelley (2018) määrittelee vakavan sairauden sairautena, johon liittyy korkea kuolemanriski ja joko vaikuttaa negatiivisesti henkilön päivittäiseen elämään tai rasittaa suuresti henkilön läheisiä. Vakavan sairauden kulkuun, etenemiseen ja hoidolliseen hallittavuuteen liittyy suurta epävarmuutta. Vakavia sairauksia ovat esimerkiksi etenevät neurologiset sairaudet, useimmat syöpätaudit sekä pitkälle edenneet sydänsairaudet. Vakaviin sairauksiin liittyy krooninen kulku, johon kuuluu myös sairauden pahenemisjaksoja. (Idman, 2022.)

Vakava sairaus, kuten syöpäsairaus, ja siihen liittyvät hoidot voivat aiheuttaa epämiellyttäviä fyysisiä tunteita: väsymystä, kipuja, entuudestaan tuntemattomia tuntemuksia sekä huonovointisuutta. Sairastunut ei välttämättä tunnista näitä tuntemuksia. Oudot tuntemukset voivat aiheuttaa levottomuutta ja varuillaanoloa, jotka voivat ilmentyä pelkona. Pelko voi aiheuttaa voimakastakin pahaa oloa, joka voi purkautua ahdistuksena. Pelon nähdään olevan psyykkisen oireilun ytimessä, kun ihminen sairastuu vakavasti. Pelkoreaktiolla on merkitystä niin fyysisten kuin psyykkisten oireiden muodostumisen kannalta. (Idman, 2013; Idman, 2015.) Shihin ja Pain (2023) mukaan aiemmat tutkimukset (Soh ym., 2008; Yava ym., 2011; Castillo ym., 2016) toteavat, että vakavasti sairastuneet ihmiset kärsivät merkittävästä määrästä ahdistusta, sillä he joutuvat olemaan stressaavassa ympäristössä. Teho-osastolla hoidetuista potilaista jopa 82 % on kärsinyt ahdistuksesta. (Shi & Pai, 2023.) Vakava sairastuminen voi tutkimusten (Stenberg & Stenberg, n.d; Pesonen, 2011) mukaan laukaista kriisin. Cohen, Murphy ja Prather (2019) toteavat tutkijoiden olevan yksimielisiä siitä, että kuolemaan johtavan diagnoosin saaminen aiheuttaa niin paljon stressiä, että on odotuksenmukaista, että sairastuneella on psykologisia ja fysiologisia stressireaktioita. Vaikka vakavasta sairastumisesta onkin ollut jonkinlainen aavistus, on täysin normaalia, että vakava sairastuminen herättää voimakkaita tunteita tai jopa voimakkaan lamaantumisen. Vakavaa sairastumista voidaan verrata äkillisesti alkaneeseen traumaattiseen tapahtumaketjuun, kuten henkeä uhkaavaan onnettomuuteen, ja se voikin laukaista hankalan stressioireilun ja pitkittyessään altistaa psyykkisille häiriöille. (Stenberg & Stenberg, n.d.)

Stressi voi pahentaa sairauden oireita ja sairaus voi lisätä stressiä. Sairaus voi olla psyykkisesti stressaavaa, mutta myös taloudellisesti ja sosiaalisesti haastavaa, mikä voi aiheuttaa ahdistusta ja tuoda lisästressiä. (Penberthy, Russell, Phillips, Banaji, Mann & Dameron, 2022.) Shihin ja Pain

(2023) mukaan sairaalahoitossa olleilla henkilöillä ahdistuksen määrä liittyy taudin vakavuuteen ja mitä vakavammasta sairaudesta on kyse, sitä enemmän ahdistusta yleensä on ahdistusmittareilla mitattuna.

On useita erilaisia mekanismeja, joiden kautta stressiä aiheuttavat tapahtumat voivat vaikuttaa sairauden puhkeamiseen, etenemiseen tai molempiin. Stressiä aiheuttava tapahtuma voi vaikuttaa sairauden puhkeamiseen tai etenemiseen tunnesäätelyn, terveyskäyttäytymisen, hormonaaliseen säätelyyn tai autonomisen hermoston kautta. Tunnesäätelyllä tarkoitetaan esimerkiksi kohonnuttua ahdistuksen määrää, pelkotiloja sekä masennusta. Terveyskäyttäytymisellä tarkoitetaan huonompaa unenlaatua, tupakoinnin lisääntymistä ja hoitoon sitoutumattomuutta, jonka vuoksi sairastumisen riski kasvaa. Stressi voi vaikuttaa hormonien kuten kortisolin, testosteronin ja estrogeenin tuotantoon. Autonomisen hermoston aktivoituminen lisää noradrenaliinin määrää, mikä voi aiheuttaa epämukavia kehollisia oireita kuten sydämen tykytystä ja puristusta rintakehässä. (Cohen, Murphy & Prather, 2019; McEwen, 2012; Cohen, Janicki-Deverts & Miller, 2007; Chen, Sun, Zhang, Wang, Song, Zhao, Zhou, Sun, Lin, Song, Gu & Wang, 2022.) Krooninen stressi, joka voi syntyä pitkäaikaisesta kuormituksesta, kuten omaishoitajana toimimisesta tai traumaattisen kriisin seurauksena, voi tehdä pitkäaikaisia tai pysyviä muutoksia psyykkisiin, emotionaalisiin ja fysiologisiin käyttäytymismalleihin. Kroonisella stressillä voi olla vaikutusta taudin kulkuun tai sairastumisen alttiuteen. (Cohen, Janicki-Deverts & Miller, 2007.)

Kriisi voi vaikuttaa sairastumisriskiin estämällä elimistön kykyä taistella tunkeutuvia taudinaiheuttajia vastaan eli heikentämällä vastustuskykyä tai pahentamalla sairauden prosessin etenemistä, mikä saattaa johtaa lopulta sairastumiseen. Vaikka kriisin aiheuttaman stressin on todettu lisäävän sairastumisen riskiä, kaikki eivät kuitenkaan sairastu tai sairaus ei pahene stressin seurauksena. Sairastumisen riski pätee niin elämänkriiseihin, joihin ihminen on pystynyt etukäteen jo varautumaan, kuten muuttoon toiselle paikkakunnalle, kuin traumaattisiin kriiseihin, joihin henkilö ei ole etukäteen pystynyt varautumaan, kuten vakavasti sairastumiseen. (Cohen, Murphy & Prather, 2019.) Shi ja Pai (2023) havaitsivat tutkimuksessaan, että ihmiset, jotka ilmoittavat kokevansa enemmän stressiä, kokivat myös enemmän ahdistusta ollessaan sairaalahoitossa vakavan sairauden vuoksi. Magneettitutkimuksella sekä neurobiologisella tutkimuksella on pystytty osoittamaan, että aivojen stressijärjestelmät ovat keskeisessä asemassa tilanteissa, joissa henkilöllä on pitkittyntä oireilua, johon ei ole löytynyt mitään selittävää tekijää (Liira, Virrantaus & Sainio, 2023).

Vakavia sairauksia joudutaan ajoittain hoitamaan teho-osastolla niiden vakavuuden vuoksi. Useimmille tehohoidossa oleminen on turvallinen kokemus, mutta osalle teho-osastolla oleminen voi olla henkisesti kuormittavaa, pelottavaa tai jopa traumaattista (Tanzer, Hästbacka, Pikkupeura, Laukkala & Vataja, 2023). Warlanin ja Howlandin (2015) mukaan tehohoidossa olevat ovat riskissä traumaperäisen stressihäiriön, joka on vakava ahdistusoireyhtymä, synnylle. Riskiin vaikuttaa toisaalta tilanteen, kuten sairauden vakavuus, mutta myös hoito, jota teho-osastolla saadaan. (Warlan & Howland, 2015.) Ventilaatio nähdään yhdeksi tekijäksi, joka lisää traumaperäisen stressihäiriön riskiä. Siihen liittyy hengittämisen vaikeus, nielemisen vaikeus sekä se, ettei henkilö voi puhua ventilaation aikana (Askari Hosseini ym., 2021.) Myös janon tunne sekä kipu ventilaatioon liittyen lisäävät henkilön kokemaa stressiä ja riskiä traumaperäiseen stressihäiriöön (Takashima, Yosihno & Sakaki, 2019). Tehohoitoon liittyviä muita kuormitustekijöitä ovat henkilökunnan vaihtuminen, unenpuute, kipua aiheuttavat toimenpiteet sekä muiden varaan joutuminen. Potilaiden psyykkistä toipumista tehohoidossa voidaan tukea psykoedukaatiolla eli terveydenhuollon ammattilaisen tarjoamalla tiedolla sairaudesta sekä tehohoidosta. (Tanzer ym., 2023.)

Vakavasti sairastuminen esimerkiksi etenevään neurologiseen sairauteen voi lisätä ahdistusta, stressiä sekä tuoda mukanaan voimakkaita tunteita. Vakava sairastuminen voikin aiheuttaa kriisin, ja vakavaa sairastumista pidetään traumaattisena kriisinä, joka pitkittyessään voi altistaa psyykkiselle häiriölle. Vakava sairaus voi jo siis itsessään aiheuttaa kriisin, ja sairauden hoitoon liittyvät hoitotoimenpiteet sekä ympäristö, kuten teho-osasto, voivat lisätä stressiä sekä ahdistusta. Stressin on havaittu myös pahentavan sairauden oireita, kuten myös sairauden pahentavan stressiä.

3 Kriisin vaikutus hyvinvointiin

Hedreniuksen ja Johanssonin (2016) mukaan Cullberg (1975/2006) määritteli kriisin tarkoittavan tapahtumaa, jossa aiemmat kokemukset eivät riitä tapahtuman käsittelyyn ilman merkittävää kärsimystä. Kriisi aiheuttaa reaktioita, jotka vaikuttavat ihmisen kokonaisuuteen aiheuttaen esimerkiksi kaipauksen, väsymyksen sekä epätoivon tunteita. Kriisitilanteen voi aiheuttaa esimerkiksi oma terveydentila, luonnon onnettomuus, ihmisen toiminnasta johtuvat onnettomuus tai läheisen menettäminen (Vinter-Larsen & Wiedermann, 2018; Hedrenius & Johansson, 2016.) Kriisejä on erilaisia. Kehityskriisit ovat normaaleja elämäntilanteisiin liittyviä kriisejä, kuten ikääntymiseen tai eläkkeelle jäämiseen liittyvät kriisit. Elämäntilannekriisit tapahtuvat vähitellen ja niihin, kuten avioeroon tai muuttoon, pystyy yleensä varautumaan jotenkin. Äkilliset eli traumaattiset kriisit ovat

yleensä yllätyksellisiä, voimakkaita ja huomattavaa kärsimystä aiheuttavia kriisejä. Äkillinen kriisi voi olla esimerkiksi läheisen yllättävä kuolema, äkillinen avioero, henkeä uhkaava onnettomuus tai oma vakava sairastuminen. (Saari, 2009.) Kriisin aiheuttamat reaktiot vaikuttavat ihmiseen ja voivat synnyttää kaipauksen, epätoivon ja voimakkaan väsymyksen tunteita. Kriisi vaikuttaa myös kriisin kokeneen lähipiiriin ja voi tehdä ihmissuhteista väkinäisiä, mutta samaan aikaan ihmissuhteet voivat olla erityisen tärkeitä. (Hedrenius & Johansson, 2016.)

Yhteistä erilaisille tapahtumille, jotka voivat laukaista kriisin, on elämän ja hyvinvoinnin ydinarvojen uhkaaminen. Ydinarvoja ovat esimerkiksi turvallisuus, koskemattomuus ja arvokkuus, ennustettavuus sekä luottamus ja usko maailman hyvyyteen. Kuitenkaan kaikki eivät koe kriisitilanteita järkyttäväksi, ja esimerkiksi läheisen menetykseen vaikuttaa, millainen suhde tähän ihmiseen on ollut. (Hedrenius & Johansson, 2016.)

Hedreniuksen ja Johanssonin (2016) mukaan eri tutkimuksissa (Frans ym., 2005; Kessler ym., 1995) on todettu 50–80 % länsimaiden väestöstä kohtaavan elinaikanaan vähintään yhden traumaattisen tapahtuman. Traumaattinen tapahtuma määritellään kokemuksena, jossa henkilö kokee tai näkee tapahtuman, johon liittyy kuolema, kuoleman uhka, vakava loukkaantuminen tai tilanne, jossa oma tai toisen fyysinen koskemattomuus vaarantuu (Huttunen, 2018a). Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisun Traumaattisten tilanteiden psykososiaalinen tuki ja palvelut (2009) mukaan noin kaksi kolmesta selviää äkillisestä traumaattisesta tapahtumasta ilman kriisireaktioita tai asiantuntijoiden apua. Huttunen (2018a) mukaan traumaattinen tapahtuma aiheuttaa oireita noin 10–60 %:lle ja Huttunen muistuttaa oireiden ilmenemiseen vaikuttavan aiemmat kokemukset sekä ahdistusherkyys, jotka lisäävät todennäköisyyttä saada oireita. Resilienssin, joka määritellään usein kyvyksi toipua, on todettu auttavan kriisitilanteissa selviytymistä ilman merkittävää haittaa omalle elämälle (Ghanei Gheshlagh, Sayehmiri, Ebadi, Dalvandi, Dalvand & Nourozi Tabrizi, 2016).

3.1 Kriisin vaiheet

Jacobssonin ja Åkerströmmän (2015) mukaan länsimaissa suhtautuminen kriisiin on pohjautunut Kübler-Rossin (1969) tekemään psykoanalyysiin saattohoitovaiheen potilaiden suruprosesseista. Kübler-Rossin käsityksen mukaan henkilökohtainen kriisi jakautuu viiteen eri vaiheeseen: kielto-, viha-, neuvottelu-, masennus- ja hyväksymisvaiheeseen. (Jacobsson & Åkerström, 2015.) Kübler-

Rossin teoriaa pidetään historiallisesti merkittävänä, sillä se muutti kuolemaan ja kuolemiseen liittyvää keskustelukulttuuria. Teoria on kuitenkin saanut viime vuosina kritiikkiä. Suurin kritiikki on kohdistunut siihen, että vaiheet on kehitetty ilman riittävää näyttöä ja niitä käytetään liian tiukasti ja lineaarisesti. Kritiikkiä on saanut myös se, että vaiheiden sijaan Kübler-Ross kuvasi tunnetiloja ja käyttäytymismalleja, joita kuoleva ihminen kokee ennen kuolemaansa. (Tyrrell, Harberger, Schoo & Siddiqui, 2023.)

Cullbergin (1975) teoria kriisistä pohjautuu Kübler-Rossin tutkimuksiin mutta jakaa kriisin neljään vaiheeseen, jotka ovat sokkivaihe, reaktiovaihe, käsittelyvaihe eli korjaamisvaihe ja uudelleen suuntautumisen vaihe. Cullbergin teoriaa pidetään nykyään kriisitutkimuksen äänenä. (Jacobsson & Åkerström, 2015.) Saaren (2016) mukaan Suomessa akuutti kriisiytyö on perustunut koko ajan Cullbergin teoriaan kriisin vaiheista ja kriisiprosessista. Saaren ja Hynnisen (2010, s. 49) mukaan kriisihoidon ajoitus sekä sisältö määräytyvät kriisin vaiheiden perusteella Suomessa. Jacobssonin ja Åkerströmin (2015) mukaan kriisin vaihemalli on psykologisesti onnistunut toteutus kriisin läpikäymiseen, sillä siinä annetaan tunnistettavalla kielellä selitys kokemuksille sekä tunteille äkillisessä vastoinkäymisessä.

Sokkivaihe alkaa odottamattoman ja järkyttävän tapahtuman aikana tai välittömästi sen jälkeen. Sokkireaktiossa on kyse mielen suojareaktiosta, jonka aikana mieli yrittää suojella itseään kokemukselta tai saadulta tiedolta, jota mieli ei kestä. Sokissa aika voi tuntua pysähtyneeltä, ja olo voi olla epätodellinen ja turta. Sokkivaiheeseen voi liittyä fyysisiä oireita kuten vapinaa, hengityksen tiheyttä ja nopeaa sykettä. Sokkivaiheen kestoon vaikuttaa se, mitä järkyttävämpi tilanne on, ja sokkivaihe voi kestää niin kauan, kun stressi- tai uhkatilanne jatkuu. Vaihe voi kestää minuuteista tunteihin, mutta joillain ihmisillä sokkivaihe voi kestää pitempäänkin. (Vinter-Larsen & Wiedermann, 2018; Traumaattisten tilanteiden psykososiaalinen tuki ja palvelut, 2009.)

Sokkivaihetta seuraa reaktiovaihe. Reaktiovaiheessa tulee tietoisuus tilanteesta ja siitä, mitä se merkitsee itselle ja miten se vaikuttaa omaan elämään. (Traumaattisten tilanteiden psykososiaalinen tuki ja palvelut, 2009.) Reaktiovaihe kestää pisimmillään muutaman kuukauden, ja sinä aikana tapahtunut kohdataan emotionaalisesti ja rationaalisesti (Pesonen, 2011). Syyttäminen ja syyllisyydentunnot ovat korostuneita. Reaktiovaiheessa toimintakyky on vielä heikentynyt ja tavanomaiset

sopeutumiskeinot ja psyykkiset puolustusmekanismit eivät välttämättä toimi. (Traumaattisten tilanteiden psykososiaalinen tuki ja palvelut, 2009). Vinter-Larsenin ja Wiedermannin (2018) mukaan reaktiovaiheessa voi tulla fyysisiä oireita, kuten kipuja ja arkielämää haittaavia oireita kuten ruokahaluttomuutta ja univaikeuksia.

Reaktiovaiheen jälkeen tulee käsittelyvaihe, jossa kriisireaktion aiheuttaneeseen tapahtumaan saadaan etäisyyttä. Reaktiovaiheessa useimmat alkavat hyväksyä tapahtuneen ja alkavat sopeutua tilanteeseen. Useimmat pystyvät käsittelyvaiheessa hoitamaan arkiaskareet ja ovat toimivia, mutta osa kokee toistuvaa pelkoa, surua, toivottomuutta ja ahdistusta. (Vinter-Larsen & Wiedermann, 2018) Käsittelyvaiheessa potilaalle luonteenomaiset käyttäytymistavat voivat ylikorostua, ja psyykkisiä oireita voi esiintyä runsaasti (Pesonen, 2011; Vinter-Larsen & Wiedermann, 2018).

Uudelleen suuntautumisen vaihe kestää kuukausista vuosiin tai jopa loppuelämän, ja sinä aikana tapahtuma muuttuu osaksi menneisyyttä. Silloin koettu tapahtuma ei enää hallitse elämää. (Pesonen, 2011; Traumaattisten tilanteiden psykososiaalinen tuki ja palvelut, 2009.) Vinter-Larsen ja Wiedermann (2018) muistuttavat kuitenkin, että tietyt tilanteet, kuten kokemusta muistuttavat tekijät tai tapahtuman vuosipäivä, voivat laukaista stressireaktioita.

Cullbergin teoria on saanut osakseen myös kritiikkiä. Teorian on nähty kuvaavan vain elämän- ja kehityskriisejä sekä nähty, että toipuminen on niin yksilöllistä, ettei vaiheita voida käyttää. (Saari, 2016.) Suomessa vaihemallia käytetään kuitenkin ja sosiaali- ja terveysministeriön kriisityötä koskeva raportti (2019) suosittaa vaihemallin käyttöä kriisityössä. Kansainvälisesti käytetään termejä välittömät ja pitkäkestoiset reaktiot (Saari, 2016). Kriisistä toipuminen on kuitenkin yksilöllistä ja aina vaiheet eivät mene niin lineaarisesti. Vakavasti sairastuessa sairauden kulku voi muuttaa kriisin vaiheiden kulkua ja esimerkiksi uusi komplikaatio voi palauttaa tilanteen takaisin sokkivaiheeseen (Haravuori, Marttunen & Ämmälä, 2019).

3.2 Kriisin vaikutus psyykkiseen vointiin

Ihmisen perusoletuksiin kuuluu hyvä fyysinen ja psyykinen terveys. Sairastuessa fyysisesti perusoletus kuitenkin järkkyy, sillä normaali elämäntilanne pysähtyy ja tulevaisuuden mielikuvat muuttuvat. Sairastuessa voi aktivoitua turvattomuuden, huolestuneisuuden ja elämän hallinnan menetyksen tunteita. Sairastuminen voi aiheuttaa ihmisissä voimakkaita tunnereaktioita, jotka ovat tiettyyn

rajaan saakka normaaleja reaktioita kriisissä. Kuitenkin psyykkisten oireiden voimistuessa kyky hoitoon osallistumiseen ja vuorovaikutukseen voi heikentyä. Esimerkiksi jos potilaalla on ollut ennen sairastumista piileviä psyykkisiä oireiluita, ne voivat sairastuessa tai raskaiden hoitotoimenpiteiden aikana muuttua avoimeksi oireen muodostukseksi. Pitkittyessään kriisi voi altistaa psykiatrisen häiriön synnylle. (Pesonen, 2011.) Kriisistä ei automaattisesti kuitenkaan seuraa vakavia psyykkisiä oireita, mutta Hedreniuksen ja Johanssonin (2016) mukaan kriisin kokeneiden ihmisten on tärkeä saada tietää, että toipumisessa voi kestää kauan. Toisaalta Figueroan, Cortésin, Marínin, Vergésin, Gillibrandin ja Repetton (2022) mukaan Auxéméryn (2018) tutkimuksessa on havaittu traumaattisesta tilanteesta selviytyneillä lisääntynyt riski mielialahäiriöihin, kuten traumaperäiseen stressihäiriöön, ahdistussairauksiin, masennukseen tai jopa psykoosioireisiin.

Smithin (2015) mukaan syöpäsairauksiin liittyy korkea henkinen kuormitus, joka voi altistaa ahdistukselle, masennukselle tai niiden kombinaatiolle. Suomessa syöpään sairastuneista noin kolmasosa kärsii jossain vaiheessa sairastumista psyykkisistä oireistoista, jotka ovat tunnistettavissa testatuilla mittareilla ja jotka vaativat tukea ja hoitoa (Idman, 2013). Tavallisimmin syöpäsairauksien aiheuttamat psyykkiset oireet ovat sopeutumishäiriöitä (Leidenius ym., 2010). Sopeutumishäiriöllä tarkoitetaan psyykkistä tilaa, jonka katsotaan olevan seurasta sen hetkisestä elämäntapahtumasta, kuten vakavasti sairastumisesta. Sopeutumishäiriön oireet ovat yleensä lieviä: vireystilat ja tunteet vaihtelevat sekä mielialassa on lyhytaikaisia muutoksia. Sopeutumishäiriöön voi kuulua myös toimintakyvyn laskua ja usein myös unihäiriöitä. Vaikka sopeutumishäiriötasoinen oireilu ei täytyä vakavampaa psykiatrista diagnoosia, oireita ei tulisi vähätellä, sillä oireet voivat hoitamatta kehittyä vakavammaksi. (Eerola, 2024.) Näissä tilanteissa korostuu hoitohenkilökunnan vastavuoroinen keskustelutuki ja sairastuneen hyvä perehdytys hoitoihin liittyvistä asioista (Idman, 2013). Sopeutumishäiriöön tarvitaan usein psykososiaalista tukea eli kokonaisvaltaista sosiaalista ja psyykkistä tukea, jolla voidaan estää oireilun pitkittymistä ja vaikeutumista. Joskus sopeutumishäiriöön voidaan tarvita myös lääkehoitoa, jos oireilu on lamaavaa. (Henriksson, Haravuori & Lönnqvist, 2023b.)

Posttraumaattinen stressihäiriö eli traumaperäinen stressihäiriö on vakava ahdistusoireyhtymä, joka on seurausta henkilön kokemasta tai näkemästä traumaattisesta tilanteesta (Warlan & Howland, 2015). Suomenkielisessä tautiluokituksessa häiriön nimenä käytetään traumaperäistä stressihäiriötä, mutta kansainvälisessä kirjallisuudessa käytetään stressihäiriötä tai posttraumaattista

stressihäiriötä (Traumaperäinen stressihäiriö, 2022). Traumaperäisessä stressihäiriössä henkilö elää uudelleen traumaattista kokemusta takaumien tai painajaisten kautta, mikä kiihdyttää autonomista hermostoa, mikä voi aiheuttaa univaikeuksia, ärtyneisyyttä ja liioiteltua säikähähdysreaktiota. Oireissa on raportoitu myös tunteiden latistumista ja sellaisten ihmisten, paikkojen sekä tilanteiden välttelyä, jotka liittyvät traumaan. (Warlan & Howland, 2015.) Traumaperäisessä stressihäiriössä tyypilliset oireet kestävät yli kuukauden ajan ja ilmenevät yleensä kolmen kuukauden kuluttua traumaattisesta tapahtumasta. Joissakin tapauksissa oireet voivat ilmetä myös useita vuosia tai kuukausia traumaattisen tapahtuman jälkeen. (Huttunen, 2018b.) Traumaperäisen stressihäiriön kannalta ei ole väliä, onko traumaattinen tapahtuma todella tapahtunut vai ei, vaan ratkaiseva tekijä on, että henkilö on kokenut tilanteen traumaattisena. Potilaat voivat luulla, että hoitajat ovat yrittäneet vahingoittaa injeksiolla antaessaan oikeasti lääkettä potilaalle, ja tämänkaltainen epävarmuus voi synnyttää traumaattisia muistoja. (Askari Hosseini, Arab, Karzari & Razban, 2021.) Traumaperäisen stressihäiriön oireet lievittyvät itsestään muutamassa kuukaudessa noin puolella, mutta noin kolmasosalla oireet voivat jatkua jopa vuosien ajan (Huttunen, 2018b).

Traumaperäiseen stressihäiriöön voi liittyä dissosiativisia oireita (Traumaperäinen stressihäiriö, 2022). Traumaattisissa tilanteissa psyykinen sietokyky ylittyy ja ihmisen mieli puolustautuu joskus luomalla dissosiativisen tilan. Lyhytkestoinen dissosiativinen tila auttaa ihmistä selviytymään, mutta pitkittyessään se voi altistaa psyykkiselle sairastumiselle. (Rovasalo, 2021.) Dissosiaatiossa ihminen menettää yhteyden ajatusten, tunteiden, muistojen, tekojen tai minuuden kanssa. Tämä on normaali prosessi, jota tapahtuu lievänä jokaiselle ihmiselle. Lievät dissosiativiset oireet ovat tavallisia ihmisen esimerkiksi voi uppoutua taide-elämykseen tai kirjaan tai suoriutua autolla ajamisesta, vaikka ajattelee täysin muuta asiaa. (Rovasalo, 2021; Drescher, 2022.) Voimakkaampia mutta tavallisia dissosiativisia tiloja ovat esimerkiksi voimakkaan tunnekokemuksen yhteydessä tai unen ja valvetilan rajamailla tapahtuvat dissosiativiset tilat. Niitä voi aiheuttaa muun muassa läheisen menehtyminen. Oireiden pitkittyessä ja niiden rajoittaessa toimintakykyä puhutaan dissosiaatiohäiriöstä. (Rovasalo, 2021.) Yleisesti dissosiaatiohäiriö on seurausta lapsuuden traumasta. Drescherin (2022) ja Lauermaan (2002) mukaan myöhemmät traumaattiset kokemukset aiheuttavat enemmänkin yksittäisiä dissosiativisia oireita, jotka kuuluvat traumaattiseen stressihäiriöön tai akuuttiin stressireaktioon.

3.3 Psyykkisten oireiden tunnistaminen sairaalahoidon aikana

Braunschneiderin ja muiden (2023) tutkimuksen mukaan noin joka kuudes sairaalahoidossa oleva potilas kärsii ahdistuneisuudesta tai masennusoireista. Psyykkiset sairaudet ja oireet jäävät noin puolessa tapauksista tunnistamatta ja ilman asianmukaista hoitoa. Tutkimuksen mukaan hoitamatta jääneet psyykkiset sairaudet ja oireet voivat pidentää sairaalahoidon kestoa. (Braunschneider ym., 2023.) Vakavien sairauksien kanssa työskentelevät hoitajat kokevat, että heillä ei ole koulutusta, kokemusta tai riittävää taitoa tunnistaa tai hoitaa mielenterveyden haasteita (Pols, Schipper, van Dijk, Bosman, Mariwijik, Adriaanse & Van Tulder, 2017). Psyykkisiä oireita ei tunnisteta, sillä sairaalahoidossa keskitytään liian tehokkaasti sen sairauden hoitoon, jonka vuoksi potilas on sairaalassa. Psyykkisistä oireista ei ole myöskään riittävästi tietoa, ja osaaminen mielenterveyden ongelmista on puutteellista. Myös sensitiivisyyden puutetta ja lääkäreiden liian suurta työtaakkaa pidetään esteenä psyykkisten oireiden tunnistamiselle. (Aebi ym., 2021.) Asenteet psyykkisistä oireista kärsivistä potilaista sekä ennakkoluulot heistä vaikuttavat kohtaamiseen ja voivat heikentää psyykkisten oireiden tunnistamista (Zetterberg, Visti, Holmberg, Andersson & Aléx, 2022). Holmbergin, Hammarbackin sekä Anderssonin (2020) mukaan sairaanhoitajat kokevat päivityksessä mielenterveyspotilaat vähemmän kiinnostaviksi potilaiksi kuin akuutit hätätilannepotilaat ja kokevat epävarmuutta mielenterveyshaasteista kärsivien potilaiden arvioimisessa.

Idmanin (2013) mukaan psyykkisten oireiden ehkäisyn lisäksi oireiden varhainen tunnistaminen on psyykkisen oirehoidon kulmakiviä. Braunschneiderin ja muiden (2023) mukaan sairaanhoitajalla on eniten kontaktiaikaa sairaalahoidossa olevien potilaiden kanssa, joten sairaanhoitajien tulisi ottaa vastuuta potilaan psyykkisten oireiden tunnistamisessa. Zetterbergin ja muiden (2022) mukaan tunnistamista voitaisiin kehittää kouluttamalla henkilökuntaa. Aebi ja muut (2021) nostavat esiin, että psyykkisistä oireista kouluttaminen lisää ymmärrystä, joka voi vähentää ennakkoluuloja psyykkisistä oireista kärsiviä kohtaan ja näin lisätä tunnistamista. Tutkimuksessa korostuu myös yhteistyön kehittäminen, jotta tunnistamista ja hoitamista voitaisiin parantaa. (Aebi ym., 2021.) Polsin ja muiden (2021) mukaan taitoa tunnistaa ja hoitaa mielenterveyden haasteita pidetään tärkeänä osana potilaan kokonaisvaltaista hoitoa. Smith (2015) toteaa, että paremmalla tunnistamisella voidaan vaikuttaa vähentävästi potilaan kärsimyksen lisäksi kuolleisuuteen sekä terveydenhuollon kustannuksiin.

Syöpäsairauksien aiheuttamaan psyykkisen oireilun tunnistamiseen on kehitetty erilaisia mittareita. Kansainvälisesti laajimpaan käyttöön on tullut syöpäpotilaan stressimittari eli Distress Thermometer. Mittaria pidetään tarkkana ja pätevänä seulontamenetelmänä tunnistamaan masennusta, ahdistusta ja psyykkistä stressiä. Mittari on kuitenkin liian herkkä diagnosoimiseen, mutta se voi auttaa hoitoryhmää havaitsemaan psyykkistä oireilua, jotta tarkempi kliininen arvio voidaan tehdä niille, kenellä seula on positiivinen. Kansainvälisesti on kuitenkin havaittu, että mittareita ei käytetä tarpeeksi usein, jota pidetään yhtenä syynä miksi psyykkiset oireet ovat alitunnistettuja ja -hoidettuja. (Graham-Wisener, Dempster, Sadler, McCann & McCorry, 2021.)

Fyysisten sairauksien sekä mielenterveyden häiriöiden liitännäissairauksia on tutkittu viime vuosina. Bradyn, Deightonin sekä Stansfeldin (2017) katsauksessa todetaan, ettei tutkimustieto ole tällä hetkellä riittävän laadukasta, jotta rinnakkaissairauksien välistä yhteyttä voitaisiin todeta. Katsauksessa arvioitiin 129 tutkimusta, joista vain viisi tutkimusta arvioitiin riittävän luotettavaksi. (Brady, Deighton & Stansfeld, 2017.) Suomalaisessa tutkimuksessa (Vähätalo & Karukivi, 2019) on havaittu kuitenkin yhteys nuorten pitkäaikaissairauksilla mielenterveyden häiriöihin. Diabetesta, astmaa, epilepsiaa tai lasten reumaa sairastavat nuoret kärsivät yhtä paljon mielenterveyden häiriöistä kuin verrokkiryhmä, mutta psyykkiset oireet olivat vakavampia ja vaikuttivat enemmän päivittäiseen elämään kuin verrokinuorten. (Vähätalo & Karukivi, 2019.) Vakavat sairaudet voivat kuitenkin tutkimuksien mukaan lisätä riskiä sairastua mielenterveyden häiriöihin, kuten masennukseen ja ahdistukseen. Sydämen vajaatoimintapotilailla havaittiin lisääntynyt riski kärsiä masennuksesta tai ahdistuksesta. (Safavi, Oladrostam, Fesharaki & Fatahi, 2016). Erilaiset syövät voivat altistaa ahdistukselle ja masennukselle. Syöpään sairastuneilla on havaittu olevan jopa kolme kertaa enemmän masennusta terveisiin ihmisiin verrattuna. Masennus voi lisätä potilaan kuolleisuutta syöpäsairauksissa jopa 39 %:lla. (Smith, 2015.) Syöpää sairastavien psyykkiset oireet ovat kuitenkin alitunnistettuja (Graham-Wisener ym., 2021).

4 Kriisihoito

Kriisihoito tuli Suomeen Norjasta 1980–1990-lukujen vaihteessa. Norjassa oli käytössä CISD-malli, jota Atle Dyregrov muokkasi ja jolle hän otti käyttöön termin psykologinen jälkipuinti vuonna 1989. Mallia alettiin hyödyntämään myös onnettomuuksissa menehtyneiden omaisten reaktioiden käsittelyyn. Suomessa ensimmäinen kriisityötä tekevä kriisiryhmä aloitti toimintansa vuoden 1990 alussa. Vuodesta 1999 lähtien psykososiaalisen tuen ja palveluiden järjestäminen on perustunut

lakiin. Nykyisin Suomessa on ainutlaatuinen koko maan kattava kriisiverkosto, joka tarjoaa tukea arkielämän traumaattisiin kriiseihin sekä suuronnettomuustilanteisiin. (Saari & Hynninen, 2010, s. 43–44.)

Ihmiset ovat kautta aikain joutuneet kokemaan kriisejä, minkä seurauksena ihmisille on kehittynyt kyky selviytyä kriiseistä. Kriisihoidon tarve muodostuu, kun vakavasti sairastuneen potilaan vointi on vakava tai komplisoitunut ja potilaan omat psyykkiset hallintakeinot eivät enää riitä tilanteessa. Vakavimmillaan psyykkiset oireet voivat jopa estää somaattisen hoidon välttämättömän toteutumisen. Psyykkisen tasapainon saavuttaminen vaikuttaa myönteisesti myös ihmisen fyysiseen tilaan: esimerkiksi stressiä lieventävien interventioiden on havaittu parantavan sydänpotilaan ennustetta (Pesonen, 2011.)

4.1 Yleisnäkökulma kriisihoitoon

Kriisien arviointiin ja hoitamiseen on kehitetty useita malleja vuosien varrella. Kriisin arviointiin on kehitetty esimerkiksi triage-arviointijärjestelmä, jonka on kehittänyt Myer vuonna 2001. Kriisihoitomallejakin on useampia, kuten henkinen ensiapu, psykologinen jälkipuinti ja CISM-malli. Vaikka hoitomallit ovatkin erilaisia ja jokainen kriisi on yksilöllinen, on muutamia yhteisiä vaiheita, joita kriisihoidossa voidaan soveltaa. Näitä vaiheita ovat suhteen luominen, ongelman arvioiminen, kognitiivisten havaintojen ja käsitysten korjaaminen sekä selviytymiskeinojen selvittäminen ja vahvistaminen. Hoitomallit yhdistelevät usein psykoanalyttisiä, kognitiivis-behavioraalisia sekä perheterapeuttisia menetelmiä. (Tripathi, Brahma, Malhotra & Akula, 2023.) Waden ja muiden (2019) mukaan tehohoidossa kognitiivis-behavioraalisilla hoitokeinoilla, kuten unenlaatua ja potilaan orientaatiota parantavilla keinoilla sekä läheisten hoitoon mukaan ottamisella, stressin oireet ovat vähentyneet vakavasti sairastuneilta. Stressin oireet vähentyivät, vaikka näitä keinoja olisi tarjonnut hoitaja, jolla ei ole kokemusta mielenterveystyöstä. (Wade ym., 2019.) Tyrerin ja muiden (2014) mukaan kognitiivis-behavioraaliseen hoito-otteeseen koulutetut hoitajat, joilla ei ole aiempaa kokemusta mielenterveystyöstä, pystyvät tarjoamaan tehokkaita hoitointerventioita sairau-den aiheuttamaan ahdistukseen.

Kriisihoidossa läsnäolo ja tapa esittää kysymyksiä vaikuttavat hoitosuhteen luomiseen. Välittömästi traumaattisen tilanteen jälkeen korostuu kyky saada henkilö rauhoittumaan ja voimakkaat

tunnereaktiot lieventymään. (Tripathi ym., 2023.) Pesosen (2011) tutkimuksessa lisätään, että alkuvaiheen kriisityössä olennaista on palauttaa potilaan psyykkistä tasapainoa helpottamalla taistelun- ja pakojärjestelmää sekä tekemällä asioita, jotka vähentävät stressiä. Kriisissä olevan vakautaminen kuuluu yhdeksi osaksi kriisihoitoa (Wang & Gupta, 2023). Psyykkistä tasapainoa eli vakautta haetaan esimerkiksi lisäämällä ihmisen turvallisuuden tunnetta, sillä se tukee hermoston luontaista palautumista. Turvallisuuden tunnetta lisätään, sillä se tuo ihmiselle kokemuksen siitä, että järkyttävä tapahtuma on ohi. Vakavassa sairastumisessa ei ole kuitenkaan mahdollista poistaa järkyttävää tapahtumaa ja kuoleman uhka voi olla aidosti koko ajan läsnä. Tilanteessa, jossa kuolemanuhka on aidosti läsnä, kriisihoidossa korostuu stressitilan poistaminen niin hyvin kuin mahdollista, eikä kriisihoidossa ole tarkoituksenmukaista muuttaa todellisuutta. Rankan tilanteen keskelle pyritään tuomaan varmuuden, turvallisuuden ja toivon tunteita. (Hedrenius & Johansson, 2016.) Kriisihoidon tapaamisen alussa on tärkeä esitellä itsensä ja varmistaa, että henkilö haluaa saada kriisihoitoa siinä hetkessä. Vuorovaikutuksen tulee olla kunnioittavaa, tuomitsematonta sekä huomaavaista. Kuuntelun tulee olla aktiivista, mitä voi vahvistaa riittävällä katsekontaktilla, eleillä kuten päännyökkäyksillä, huolenilmaisulla sekä käsien eleillä, jotka vahvistavat tunnetta, että potilasta kuunnellaan ja ollaan kiinnostuneita kuulemaan hänen huoltaan. Vastakkainasettelua, väittelyä ja riitelyä tulisi välttää ja on yritettävä hyväksyä, että kriisissä olevien tarpeet voivat olla hyvin erilaisia. (Tripathi ym., 2023.)

Ongelman arvioimiseen kuuluu muutakin kuin senhetkisen kriisin aiheuttavan tilanteen arvioiminen ja ymmärtäminen. Kriisihoitoa tarjoavan tulee arvioida ahdistuksen määrää, tilanteen synnyttämiä erilaisia tunteita sekä sitä, miten senhetkiset reaktiot vaikuttavat elämän eri osa-alueilla. Haastatellessa kriisissä olevaa ei tarvitse tietää tapahtuman tarkkoja ja pieniä yksityiskohtia, vaan niidenkysyminen voi olla jopa haitallista. (Tripathi ym., 2023.) Vinther-Larsenin ja Wiedermannin (2018) mukaan senhetkisen avun tarve tulee selvittää ilman utelua tai painostamista.

Kognitiivisten havaintojen ja käsitysten korjaamista pidetään yhtenä merkittävimpänä kriisihoidon tehtävistä. Kun senhetkinen kriisitapahtuma ja sen aiheuttamat oireet on arvioitu, kriisityöntekijän tulisi pyrkiä puuttamaan niihin. Kriisiytyneet henkilö hyötyy siitä, kun hän pääsee tuulettamaan vaikeita tunteitaan. Kriisiytyneet hyötyvät myös siitä, että heille tarjotaan tietoa kriisistä sekä validoidaan eli vahvistetaan oikeiksi heidän tuntemiaan tuntemuksia ja yritetään vahvistaa heidän pärjäämisen tunnettaan esimerkiksi vähentämällä itsesyytöksiä. (Tripathi ym., 2023.) Hedreniuksen ja

Johanssonin (2016) mukaan kehon ja tunteiden rauhoittamisella sekä hyvällä unella on edistävää vaikutusta kriisistä toipumiseen, joten kriisihoidossa kuuluu tietää, miten kehon voi rauhoittaa, millaisilla keinoilla unenlaatua voi parantaa ja miten tunteita voi käsitellä. Kohdatessa potilasta luodaan rauhoittava ja inhimillinen vuorovaikutus, jotta potilas kokee turvalliseksi purkaa tunteita ja huolestuneisuutta tilanteeseen liittyen. Tilanteessa keskitytään fyysisen sairauden aiheuttamaan tilanteeseen. (Hedrenius & Johansson, 2016.)

Selviytymiskeinojen selvittämisessä on hyvä arvioida, mitä keinoja potilas on tähän mennessä kokeillut ja mistä hän on hyötynyt (Tripathi ym., 2023). Pesonen (2011) muistuttaa, että kriisihoidossa on oleellista löytää henkilön selviytymiskeinot ja auttaa niiden käyttöönotossa. Tripathin ja muiden (2023) tutkimuksessa lisätään myös, että epäterveitä selviytymiskeinoja tulisi pyrkiä kitkemään pois käytöstä. Selviytymiskeinot voidaan karkeasti jakaa ongelmakeskeisiin, tunteisiin keskittyviin, merkityskeskeisiin sekä sosiaalisiin selviytymiskeinoin. Ongelmakeskeisissä keinoissa keskitytään ahdistusta aiheuttavaan ongelmaan, kuten ahdistavaan kokemukseen, jota pyritään hillitsemään. Tunteisiin keskittyvässä selviytymiskeinossa yritetään luoda negatiivisten ajatusten tilalle positiivisia ajatuksia esimerkiksi huumorin tai uskonnon avulla. (Algorani & Gupta, 2023.) Pietikäisen (2017) mukaan huumori on aktiivisen selviytymisen muoto, joka vahvistaa resilienssiä ja voi auttaa sopeutumaan uuteen tilanteeseen, mutta vähättelevä huumori voi olla tilanteella jopa haitallista. Sosiaalisessa selviytymisessä hyödynnetään läheisiä, vertaisryhmiä tai muita ihmisiä. Poolen ja Higgon (2017) tutkimuksessa todetaan omaisten hoitoon mukaan ottamisen auttavan luomaan suhteen, jossa hoitohenkilökunta ja omaiset hoitavat yhdessä sairastunutta. Selviytymiskeinot voivat olla myös fysiologisia, kuten liikunta sekä rentoutusharjoitukset, tai luovia kuten piirtäminen tai musiikin hyödyntäminen.

Kriisihoitoa voidaan siis tarvita vakavan sairauden yhteydessä, kun sairastuneen omat hallintakeinot eivät enää riitä. Kriisihoitoon on olemassa hoitomalleja, joissa on paljon samankaltaisia elementtejä, kuten selviytymiskeinojen etsiminen ja niiden vahvistaminen, vakauttaminen, läheisten huomioiminen sekä kunnioittava läsnäolo. Kriisihoidossa korostuu myös elämän perusasioiden kuten unenlaadun huomioiminen. Kriisihoito voi olla hyödyllistä vakavan sairauden yhteydessä, ja esimerkiksi sydänsairauksissa on havaittu stressiä lievittävien hoitotoimien parantavan sairauden ennustetta.

4.2 Psykologinen jälkipuinti

Psykologinen jälkipuinti eli psykologinen debriefing kehitettiin alun perin pelastushenkilöstön traumaperäisen oireilun ehkäisemiseksi. Suomessa jälkipuintia käytetään työntekijöiden tukemisessa, mutta myös kriisin reaktiovaiheessa kriisissä olevien potilaiden ja omaisten tukemisessa. Jälkipuinti ei ole kertaluontainen pikainterventio, vaan keino tarjota ensiapua. Jälkipuintiin kuuluu oleellisesti myös myöhempien vaiheiden seuranta ja jatkotapaamisten järjestäminen. (Vainikainen, 2010, s. 54.) Jälkipuinnin tavoitteena on vähentää psyykkisiä oireita, auttaa jäsentämään traumaattisia muistoja tilanteesta, auttaa toimintakyvyn palautumisessa sekä tarjota tietoisuutta siitä, että omat reaktiot kuuluvat kriisiin. Jälkipuintitapaamisen aikana tarkoituksena on antaa mahdollisuus potilaalle tai omaisille käydä läpi traumaattista tilannetta. Tapaamisessa käydään läpi, mitä on tosiasias-
assa tapahtunut, mitä tunteita on herännyt, mitä ajatuksia on noussut esiin sekä onko tullut fyysisiä oireita. Lisäksi tapaamisessa voidaan valmistautua tuleviin tapahtumiin. Tapaamisen vetäjien tulisi normalisoida koettuja reaktioita, muistuttaa kriisin kulusta ja kertoa, mitä oireita voi seurata. (Pulkinen & Vesänen, 2017.) Suomessa jälkipuintia toteuttaa siihen koulutuksen saaneet henkilöt (Pulkinen & Vesänen, 2017; Vainikainen, 2010, s. 65). Vainikaisen (2010, s. 65) mukaan jälkipuinti voi olla myös traumaattisen tilanteen kokeneille jatkohoidon seulontaväline sekä yksi työkalu tarjota psykologista ensiapua.

Psykologinen jälkipuinti ei ehkäise traumaperäisen stressihäiriön syntyä näytönastekatsauksen mukaan (Wahlbeck, 2020). Osittain jälkipuinnista voi olla jopa haittaa potilaan voinnille. Katsauksen mukaan jälkipuinnilta puuttuu tieteellinen tuki käytölle ja asiaa pitäisi tutkia lisää. (Wahlbeck, 2020.) Tutkimukset, joiden perusteella jälkipuinti on saanut moitteita, eivät ole Vainikaisen (2010) mukaan täysin yleistettävissä Suomessa tapahtuvaan jälkipuintiin. Suomessa jälkipuintia toteuttaa siihen koulutuksen saaneet henkilöt, toisin kuin monissa muissa maissa, joissa kriisityö on kilpailutettua tai vapaaehtoiset ilman koulutusta olevat toimijat toteuttavat jälkipuinnin. Tutkimuksissa oli myös kyse vain yksittäisestä jälkipuintikerrasta, eikä siihen ollut lisätty jatkotapaamisia toisin kuin Suomessa on suosituksena. Vainikainen huomauttaa, että myös yksittäisillä jälkipuintitapaamisilla on todettu myönteisiä vaikutuksia subjektiivisesti potilaan kokemaan hyvinvointiin ja objektiivisesti mitattuna alkuvaiheen oireilun ehkäisemiseksi. (Vainikainen, 2010, s. 64–65.)

Psykologinen jälkipuinti on siis kriisihoitomalli, jota käytetään traumaattisen tilanteen kokeneiden työntekijöiden sekä kriisissä olevien ja heidän omaisten reaktiovaiheen hoidossa. Jälkipuinnin tarkoituksena on vähentää psyykkisiä oireita sekä ehkäistä traumaperäisen stressihäiriön syntyä. Kuitenkaan psykologinen jälkipuinti ei ole pystynyt todistamaan vaikutusta traumaperäisen stressihäiriön synnyssä, mutta siitä on silti todettu olevan subjektiivisesti sekä objektiivisesti mitattuna hyötyä.

4.3 Henkinen ensiapu

Henkinen ensiapu on humaania tukea kriisistä kärsivälle henkilölle, joka mahdollisesti tarvitsee tilanteessa apua. Henkisen ensiavun peruseriaatteena on ehkäistä ja lievittää kärsimystä. (Tripathi ym., 2023.) Henkisen ensiavun toimintaperiaatteena on ”katso, kuuntele ja yhdistä”. Katsomisella tarkoitetaan avun tarvitsijan selvittämistä. Kuuntelu voi tarkoittaa läsnäoloa, kriisissä olevan huomioimista, rauhoittelua sekä kysymysten esittämistä. Yhdistämisellä tarkoitetaan kriisissä olevan yhdistämistä palveluiden tai omaisten pariin. (Vinther-Larsen & Wiederman, 2018.) Henkisessä ensiavussa henkilön rauhallinen kohtaaminen ja läsnäolo voivat auttaa henkilöä tasaantumaan psyykkisesti, vaikka tapaaminen olisikin vain hetken kestävä. Turvallisuuden tunnetta on tärkeä vahvistaa, sillä se luo tunteen, ettei järkyttävä tapahtuma enää jatku. Vakavassa sairastumisessa se ei kuitenkaan ole mahdollista, joten on tärkeää luoda suhteellinen kokemus turvallisuudesta ja siitä, että henkilö on turvallisessa ympäristössä. (Hedrenius & Johansson, 2016.)

Vinther-Larsenin ja Wiedermannin (2018) mukaan kaikkien tulisi tuntea henkisen ensiavun peruseriaatteet ja kuka tahansa voi tarjota henkistä ensiapua, eikä sen tarjoamiseen tarvitse olla mielenterveyden hoitoon perehtynyt ammattilainen. Henkinen ensiapu on keino rankassa tilanteessa auttaa ihmistä rauhoittumaan ja selviämään tilanteesta niin, että hänelle palautuu toimintakyky ja että hän pystyy tekemään päätöksiä (Vinther-Larsen & Wiedermann, 2018). Kriisissä kyky selviytyä käytännön asioista voi heikentyä (Hedrenius & Johansson, 2016).

Henkisestä ensiavusta voi olla apua sairastumisen aiheuttamaan kuormitukseen tai diagnoosin saamisen aiheuttamaan ahdistuksen tunteeseen. Henkisestä ensiavusta voi olla hyötyä myös sairastuneen henkilön läheisille epävarmassa tilanteessa. (Vinther-Larsen & Wiedermann, 2018.) Henkisen ensiavun eduksi nähdään, että siinä otetaan huomioon myös sosiaaliset tarpeet kriisissä (Tripathi ym., 2023). Henkinen ensiapu voi olla hyödyksi haasteellisen ja stressaavan tilanteen

kanssa kamppailevan ihmisen arjessa. Erityisen tärkeää se on kriisitilanteissa, joissa ihminen kokee olonsa neuvottomaksi eikä koe pärjäävänsä tilanteessa yksin. Kaikki eivät kuitenkaan halua tai tarvitse henkistä ensiapua. Osa haluaa käsitellä tilannetta yksin tai saa tuen muualta kuin terveydenhuollon tai kriisipalveluiden henkilökunnalta. Henkisessä ensiavussa on tärkeää oppia tunnistamaan henkilöt, jotka tarvitsevat apua, sekä selvittämään, ketkä haluavat apua. Varmin tapa selvittää henkisen ensiavun tarve on kysyä henkilöltä, haluaako hän henkistä ensiapua. (Vinther-Larsen & Wiedermann, 2018.)

Shultzin ja Forbesin (2014) tutkimuksen mukaan Forbesin ja muiden (2011) tutkimuksessa todetaan, ettei henkinen ensiapu ole mikään uusi interventio vaan enemmänkin dokumentoitua mallisjärjen käyttöä ja sitä, miten välittävän ja huolehtivan ihmisen tulisi kohdella toista ihmistä häidän keskellä. Henkisen ensiavun näytöstä on ristiriitaa. Shultzin ja Forbesin (2014) mukaa Foxin, Burklen, Bassin, Pian, Epsteinin ja Markensonin (2012) tekemässä katsauksessa oli havaittu, ettei henkisen ensiavun tehokkuudesta ole olemassa vankkaa näyttöä. Katsauksessa oli todettu kuitenkin henkisen ensiavun olevan näyttöön perustuvaa mutta ilman näyttöä sen tehokkuudesta. Katsauksessa oli todettu henkisen ensiavun olevan tärkeä ensimmäinen askel perustarpeiden tyydytyksen, mukavuuden tunteen sekä tuen varmistamiseksi. (Shultz & Forbes, 2014.) Tuoreemman katsauksen (Hermostilla ym., 2023) mukaan henkinen ensiapu voi parantaa mahdollisesti traumaattiselle tapahtumalle altistuneen henkilön mielenterveyttä ja psykososiaalista hyvinvointia mutta siitä ei ole kuitenkaan aivan täyttä varmuutta. Katsauksessa olleiden tutkimusten kuvatut interventiot vaihtelivat kestoaltaan, ajoitukseltaan, tekotavaltaan sekä kouluttajien aiemmalta interventiokokemukselta, minkä vuoksi katsauksessa ei päästy yksimielisyyteen henkisen ensiavun vaikutuksista. (Hermostilla, Forthall, Sadowska, Magill, Watson & Pike, 2023.) Figueroanin ja muiden (2022) tutkimuksessa havaittiin henkisen ensiavun auttavan ahdistuksen lievitykseen välittömästi intervention jälkeen, ja ihmiset raportoivat vähemmät traumaperäisen stressihäiriön oireita kuukauden kuluttua trauman jälkeen. Kuitenkaan mitään vaikutuksia traumaperäisen stressihäiriön oireisiin ei ollut havaittu kuuden kuukauden kuluttua traumasta. (Figueroan ym., 2022.) Tripathin ja muiden (2022) mukaan henkinen ensiapu soveltuu kriisitilanteisiin paremmin kuin psykologinen jälkipuinti.

Henkinen ensiapu on kriisihoitomalli, jota voidaan käyttää jo sokkivaiheessa tai myöhemmin. Henkisen ensiavun on tarkoituksena ehkäistä ja lievittää kärsimystä, jota kriisitilanne voi aiheuttaa.

Henkistä ensiapua voi tarjota kuka tahansa, eikä siihen tarvitse olla mielenterveystyön ammattilainen.

5 Opetusvideot oppimisen keinona

Opetusvideot ovat videoita, joita käytetään tiedon lisäämiseksi halutusta aiheesta, mutta niitä voidaan käyttää myös opetustarkoituksessa uuden asian oppimiseen. Videoalustat, kuten YouTube, ovat mahdollistaneet sen, että opetusvideot ovat yhä useampien saatavilla. Opetusvideot voidaan ymmärtää tehokkaaksi työkaluksi lisätä ihmisten tietoa valitusta aiheesta. (Kohler & Dietrich, 2021.) Uuden asian opettamisen tulisi perustua tutkimukseen perustuvaan teoriaan ihmisten oppimisesta sekä näyttöön perustuvista periaatteista tehokkaasta opetuksen suunnittelusta. Yksi eniten näyttöön perustuvista pedagogisista teorioista siitä, miten ihmiset oppivat kuvien ja sanojen avulla, on multimediaoppimisen kognitiivinen teoria eli Mayerin teoria. (Mayer, 2010.) Opetusvideot ovat myös multimedian muoto. Mayerin teoria pohjautuu kolmeen kognitiivisen tieteen periaatteeseen, joita tutkimus myös tukee. 1) Kahden kanavan periaate, jonka mukaan oppijoilla on erilliset kanavat auditiiviseen ja visuaaliseen oppimiseen. 2) Rajoitetun kapasiteetin periaate, jonka mukaan oppijat voivat käsitellä vain muutamaa elementtiä kullakin kanavalla kerralla sekä 3) aktiivisen oppimisen periaate, jonka mukaan oppiminen tapahtuu, kun oppijoilla tapahtuu kognitiivista prosessointia oppimisen aikana ja tieto integroituu pitkäkestoiseen muistiin. (Mayer, 2010.)

Bramen (2016) mukaan opetusvideot on todettu hyödylliseksi opetusmateriaaliksi. Useiden tutkimuksien (Natarajan, Joseph, Al Shibli, Al Hajji, Al Hanawi, Al Kharusi & Al Maqbali, 2022; McKenny, 2011; Kaplan, Özdemir & Kaplan, 2023) mukaan interaktiiviset videot, jotka ovat opetusvideoita, joihin oppija joutuu aktiivisesti osallistumaan, ovat yhtä tehokas oppimisen muoto kuin perinteinen opiskelu hoitotyössä. Toisaalta Gausen ja muiden (2022) mukaan Chuangin, Lain, Changin ja Wanin (2018) tutkimuksessa havaittiin opetusvideon olevan tehokkaampi tapa opettaa katetrointi kuin perinteinen opetusmuoto. Opetusvideoiden avulla voidaan oppia uusi kliininen taito, ja samalla se voi parantaa itseluottamusta ja tietoa kliinisestä taidosta (Clerkin, Patton, Moore, Nugent, Avsar & O'Connor, 2022). Opetusvideoiden hyödyksi nähtiin se, että videot voidaan laittaa tauolle (McKenny, 2011). Opetusvideo tarjoaa saavutettavuutta uuden taidon oppimiseen ja taidon kehittämiseen, sillä video voidaan toistaa ennen uuden taidon harjoittelua ja ennen potilaan hoitoa (Clerkin ym., 2022).

Kuvakäsikirjoitus auttaa suunnittelemaan etukäteen kuvattavaa asiaa, sillä sen avulla voidaan visualisoida kuvattava. Kuvakäsikirjoitus koostuu peräkkäisistä kuvista, tekstistä tai hahmotelmista, mitä aiotaan kuvata, missä järjestyksessä ja esimerkiksi missä kamerakulmassa. Kuvakäsikirjoitukset ovat lähtöisin elokuvamaailmasta, mutta niitä voidaan käyttää myös tieteellisen tutkimuksen tekemiseen. (Angelone, 2021; Vakhtin, 2023.) Myös opetusvideoiden suunnittelussa suositetaan kuvakäsikirjoitusten käyttöä, sillä se sujuvoittaa tekoprosessia ja mahdollistaa palautteen saamisen materiaalista ennen opetusvideon nauhoittamista. Palautteen saaminen ennen videoiden kuvaamista antaa mahdollisuuden tarkastella työtä uudelleen, jotta tärkeitä asioita voidaan lujittaa, epäolennaisia asioita poistaa ja työn loogista etenemistä voidaan vielä muuttaa. (Krumm, Miles, Clay, Carlos II & Adamson, 2022.) Ibrahimin (2012) mukaan epäolennaisen tiedon lisääminen opetusvideoon johtaa sisällön ymmärtämiseen huonommin.

Mikä tahansa opetusvideo ei ole kuitenkaan tehokas opetuksen muoto. Bramen (2016) tutkimuksen mukaan hyvän oppimisvideon kolme tärkeintä asiaa ovat kognitiivisen kuormituksen huomioiminen, opetukseen sitoutumisen maksimointi ja aktiivisen oppimisen huomiointi. Seuraavaksi eritellään tekijöitä, joilla nämä kolme asiaa otetaan huomioon laadukasta opetusvideota tehdessä.

Kognitiivista kuormitusta voidaan vähentää käyttämällä videossa tehosteita, kuten tärkeän asian alleviivaamista tai ydinsanojen nostamista esille (Bramen, 2016). Myös kognitiivisen multimediaoppimisteorian mukaan opetusvideoissa tulisi käyttää otsikoita, ydinsanoja tai alleviivattuja sanoja tehostamaan oppimista (Mayer, 2010). Bramen (2016) mukaan Khan Academy -tyylisten tabletti-piirrosvideoiden on havaittu vähentävän kognitiivista kuormitusta. Guon, Kimin ja Rubinin (2014) tutkimuksessa esitettiin, että tulisi käyttää tablettipiirrosvideoita aina kun on mahdollista, sillä ne olivat tutkimuksen mukaan tehokkaampia kuin perinteiset diaesitykset tai näyttökaappausvideot. Opetusvideoilla kirjoittaessa ja piirtäessä saman aikaisesti kuin selittää asiasta luodaan tunne saman arvoisuudesta kuin perinteisessä luokkahuoneopettamisessa. Kuitenkin tablettipiirrosvideoiden tehokkuuteen vaikuttavat käsiala ja piirrostaidot. (Gao, 2014.)

Sekä Guo, Kim ja Rubin (2014) että Bramen (2016) toteavat videon pituuden vaikuttavan sitoutumiseen. Paras tulos saavutetaan, kun video on lyhyt, alle 6 minuutin mittainen. Videon pituus on merkittävin tekijä, joka vaikuttaa oppilaan sitoutumiseen. Videon katsoja saattaa katsoa videosta

vain 2–3 minuuttia riippumatta videon pituudesta. Sen vuoksi ehdotetaan pitkien opetusvideoiden jakamista lyhyempiin, alle 6 minuutin osiin. (Guo, Kim & Rubin, 2014.) Bramen (2016) muistuttaa lyhyen videon vähentävän riskiä ajatuksen harhailusta opetusvideota katsellessa. Myös Mayerin teorian mukaan opetusvideot on hyvä jakaa lyhyisiin osiin (Mayer, 2010). Opetusvideot, joissa näkyy kertojan kasvot mahdollisen diaesityksen tai tablettipiirrosvideon lisäksi, lisäävät opiskelijoiden sitoutumista oppimiseen. Kasvojen näkeminen lisäävät tunnetta, että kertoja puhuu juuri opetusvideon katsojalle eikä isolle luokalle. Kasvojen näkyminen luo myös opetusvideoon persoonallisuutta, tekee siitä intiimimmän ja rikkoo videon monotonisuutta. (Guo, Kim & Rubin, 2014.) Bramen (2016) tutkimuksessa havaittiin kertojan puhenopeuden vaikuttavan oppilaiden sitoutumiseen. Nopeammin puhuvat kertojat luovat energisemmän ja innostuneemman vaikutelman. Opetusvideota tehdessä on mahdollista editoida ylimääräiset tauot sekä välisanat pois puheesta, millä voidaan nopeuttaa puhetta ja lyhentää videon pituutta. (Guo, Kim & Rubin, 2014.) Bramen (2016) suosittaa puhujan nopeudeksi 185–254 sanaa minuutissa, mutta Guo, Kim ja Rubin (2014) huomauttavat, että nopeasti puhuminen tulisi olla luonnollista kertojalle, jotta syntyy innostunut ja energinen vaikutelma. Multimediaoppimisen kognitiivisen teorian mukaan opetusvideoissa tulisi käyttää keskustelevaa puhetyyliä (Mayer, 2010).

Opiskelijoiden oppimisen aktiivisuutta voidaan lisätä lisäämällä opetusvideoon interaktiivisia tai ohjaavia kysymyksiä tai sisällyttämällä opetusvideo osaksi laajempaa kotitehtävää (Brame, 2016). Videot, joissa puhuja on pöydän ääressä ja jotka on kuvattu yhdellä kameralla läheltä, olivat mukautetumpia kuin videot, joissa puhuja puhuu kaukaa kuvaavalle kameralle. Tutkimuksen mukaan läheltä kuvattuja videoita katsoessaan oppilaat tunsivat, että puhuja puhui juuri oppilaalle, joka katsoi videota, eikä isolle luokalle. Tutkimus ehdottaa opetusvideon kuvaamista epävirallisessa ympäristössä, jossa saadaan luotua tunne katsekontaktista. (Guo, Kim & Rubin, 2014.) Aiemmissä kappaleissa mainittujen tekijöiden lisäksi hyvän opetusvideon suunnitteluun tulisi olla varattuna riittävästi aikaa Guon, Kimin ja Rubinin mukaan (2014).

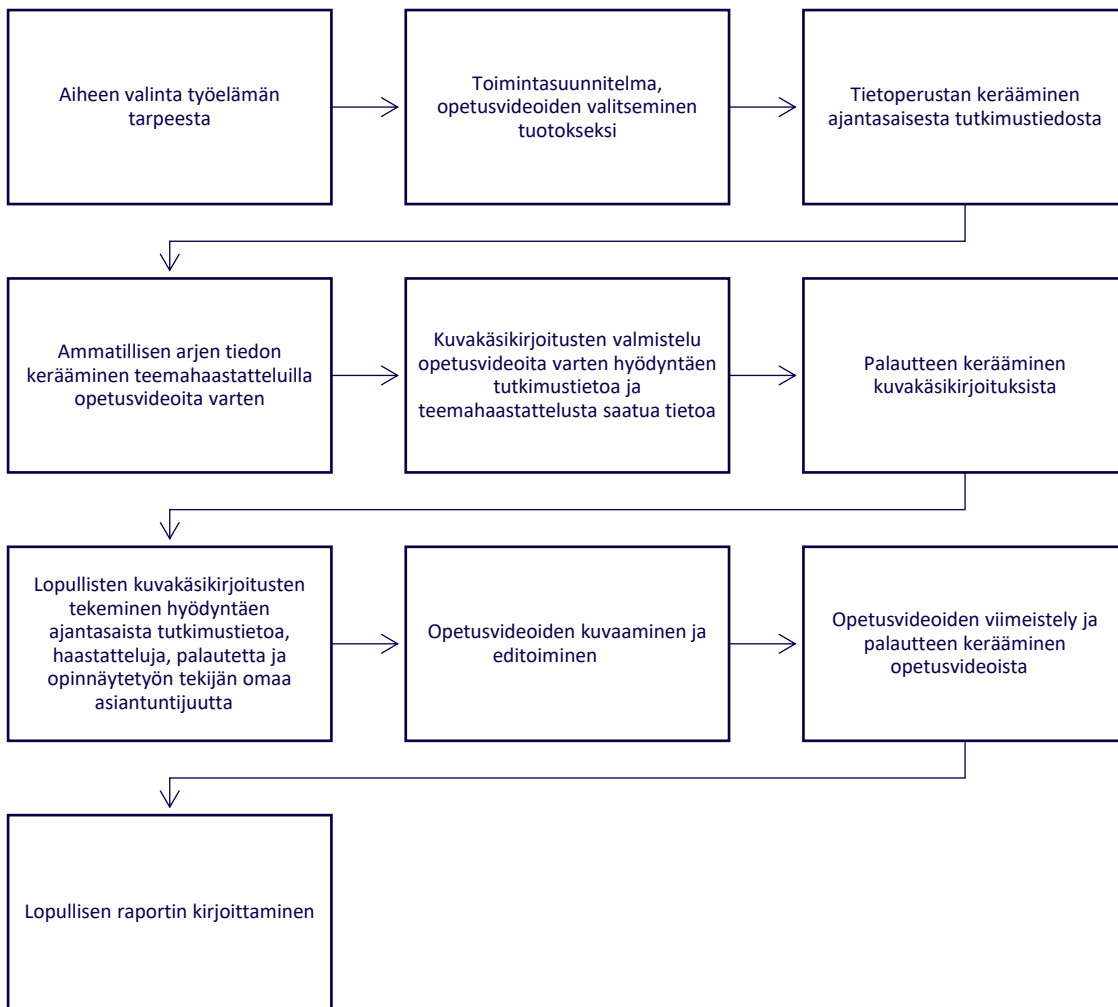
6 Tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyön tarkoituksena on, että sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset, jotka kohtaavat vakavasti sairastuneita henkilöitä, saavat keinoja ennaltaehkäistä vakavan sairastumisen mahdollisesti aiheuttamaa kriisiä ja auttaa henkilöä selviytymään kriisistä paremmin. Tarkoituksena on sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten ammatillisen osaamisen kehittyminen.

Opinnäytetyön tavoitteena on kerätä sekä tutkimustietoa että ammatillista arjen tietoa vakavan sairauden aiheuttamasta kriisistä sekä kriisihoidosta ja tuottaa niiden pohjalta viisi opetusvideota sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille. Opetusvideoiden tavoitteena on vahvistaa tietoisuutta siitä, miten ammattilainen voi työssään tunnistaa mahdollista kriisiä läpikäyvän henkilön ja hoitaa häntä. Tavoitteena on vahvistaa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten osaamista vakavan sairastumisen aiheuttamasta mahdollisesta kriisistä lisäämällä heidän tietoisuuttaan vakavan sairastumisen aiheuttamasta mahdollisesta kriisistä ja sen oireista.

7 Kehittämistyön toteutus

Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä, jonka aihe nousi työelämän tarpeesta kehittää vakavan sairastumisen aiheuttaman kriisin tunnistamista ja kriisihoitoa. Opinnäytetyön aihe hyväksyttiin syksyllä 2022. Kehittämistyö eteni alla olevan kuvion mukaisesti (Kuvio 1).



Kuvio 1. Toiminnallisen opinnäytetyön prosessi

7.1 Tiedonhakuprosessi

Opinnäytetyön teoreettisen viitekehyksen lähteiden haku toteutettiin vuoden 2023 maaliskuu- ja huhtikuussa. Teoreettinen haku suoritettiin, sillä opetusvideoihin haluttiin kerätä ajantasaista tutkimustietoa. Hakuja tehtiin niin suomenkielisiin kuin kansainvälisiin tietokantoihin. Hakusanojen luomiseen käytettiin apuna lääketieteen ja terveystieteen asiasanasto Meshiä sekä yleistä suomalaista ontologian asiasanastoa eli YSO:a. Systemaattinen tiedonhaku on esitelty liitteessä 1. Sisäänotto ja poissulkukriteerit on esitelty liitteessä 2. Hakua täydennettiin myös manuaalisella haulla. Haku toistettiin 2024 tammikuun aikana, jotta ajantasainen tutkimustieto saadaan varmasti

mukaan. Liitteessä 3 on esitelty toistettu haku. Tietokannoista, joista tutkimuksia etsittiin, ei löytynyt opetusvideoita, jotka käsittelevät vakavaa sairautta tai vakavan sairauden aiheuttamaa kriisiä. Opetusvideoiden pedagogiseen näkökulmaan liittyvä tutkimustieto on etsitty erillisellä systemaattisella haulla ja manuaalisella haulla.

7.2 Toiminnallinen opinnäytetyö kehittämisen menetelmänä

Toiminnallinen opinnäytetyö eli practise-based thesis on yksi vaihtoehto tutkimuksellisen kehittämisen tavaksi. Toiminnallisessa opinnäytetyössä osoitetaan asiantuntijuus kehittävällä ja tutkimuksellisella tuotoksella ja raportilla, jossa kuvataan tuotoksen lähtökohdat, valinnat sekä ratkaisut perustellusti. Toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena voidaan nähdä ammatillinen tuotos, joka palvelee tiettyä kohderyhmää, kuten asiakkaita tai organisaatiota. (Kostamo, Airaksinen & Vilkkä, 2022.) Tämän opinnäytetyön tuotoksena on viisi opetusvideota sekä kirjallinen raportti opinnäytetyön vaiheista. Opetusvideot on tarkoitettu sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille, jotka kohtaavat työssään vakavasti sairastuneita henkilöitä.

Toiminnallisen opinnäytetyön lähtökohta sekä kehittämisen kohde on usein ammattilaisten käytäntö. Tämän vuoksi ratkaisut löytyvät usein alan käytännöistä, asiakkailta, ammattilaisilta tai heidän tuottamistaan materiaaleista sekä tutkimuksista. Toiminnallisessa opinnäytetyössä ei ole siis tarkoitus ratkaista käytännön ongelmia yksin vaan kulkea matka yhdessä toisten ammattilaisten kanssa ja hyödyntää kaikkien osapuolten tietoja ja taitoja. Prosessissa on kyse tiedon ja eri näkökulmien jakamisesta ja tätä kautta näkökulmien ymmärtämisestä. Tieto nojaa toiminnalliseen tietokäsitykseen ja muodostuu ammatillisessa arjessa. Ammatillisen arjen tietoa voidaan pitää henkilökohtaisena tietoa, sillä se syntyy toiminnassa ja toiminnasta. Henkilökohtainen tieto on kuitenkin tärkeää alan ja toimintojen kehittymisen vuoksi, minkä vuoksi on tärkeää, että siihen pureudutaan. Henkilökohtaisen tiedon saaminen on osa toiminnallista opinnäytetyötä. Henkilökohtaisen tiedon saamiseen voidaan käyttää erilaisia menetelmiä, kuten kyselyitä, havainnoiteja tai haastatteluita. Toiminnallinen opinnäytetyö on keino jakaa ja sanallistaa arjen ammatillista tietoa, mutta toiminnallisessa opinnäytetyössä ammatillisesta tiedosta muodostetaan uutta tietoa toiminnan kehittämiseksi. (Kostamo, Airaksinen & Vilkkä, 2022.) Ammatillisella arjen tiedolla tarkoitetaan siis ammattilaisten henkilökohtaista tietoa ja kokemusta valitusta aiheesta. Ammatillisen arjen tiedon sanallistamiseksi haastateltiin henkilöitä, joilla on kokemusta vakavasti sairastuneiden henkilöiden

hoitamisesta. Monipuolisen tiedon saamiseksi haastateltiin samat henkilöt useammassa vaiheessa, millä mahdollistettiin myös palautteen saaminen.

Kostamon ja muiden (2022) mukaan ammatillisen arjen tiedon lisäksi toiminnallisessa opinnäytetyössä kohtaavat asiantuntija- sekä teorian tieto aiheesta. Toiminnalliseen opinnäytetyöhön kuuluu, että opinnäytetyön tutkija tuo omaa asiantuntijatieta mukanaan, sillä tutkijalla pitäisi olla tuoretta tietoa alasta sekä tieto uusimmista tutkimuksista. Puolestaan ammattilaisilta tulee työelämän ympäristön näkökulma aiheeseen. Yhtenä toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena on myös oman asiantuntijuuden kehittyminen valitusta aihealueesta. (Kostamo, Airaksinen & Vilka, 2022.)

7.3 Teemahaastattelu

Ammatillisen arjen tiedon kartoittamisen menetelmäksi valittiin tähän kehittämistyöhön teemahaastattelu. Kostamon ja muiden (2022) mukaan toiminnallisessa opinnäytetyössä ollaan nimenomaan kiinnostuneita ammatillisesta käytännön tiedosta, jota voidaan peilata tutkimustietoon. Opetusvideoita varten haluttiin kuvaavaa tietoa kriisin tunnistamisesta sekä hoitamisesta ihmisen sairastuttua vakavasti. Tuomen ja Sarajärven (2018) mukaan on tärkeä, että henkilöillä, joita haastatellaan, on riittävästi tietoa ja kokemusta aiheesta. Teemahaastatteluun hankittiin haastateltavat opinnäytetyön tekijän omista kontakteista, jotta heillä olisi varmasti riittävästi kokemusta ja näkemystä vakavasti sairastuneiden hoitamisesta ja kriisityöstä.

Teemahaastattelussa luodaan aiheen teemoja mukaillen kysymyksiä, jotka ohjaavat haastattelua. Haastattelua varten luodaan kysymysrunko, jotta haastateltavilta saataisiin teemaan liittyviä vastauksia. (Holloway, 2017.) Kysymykset eivät voi olla kuitenkaan mitä tahansa, vaan niiden tulee perustua viitekehukseen eli siihen, mitä aiheesta jo tiedetään (Tuomi & Sarajärvi, 2018). Avoimuudeltaan teemahaastattelu on lähellä syvähaastattelua. Teemahaastattelun etuna nähdään mahdollisuus esittää tarkentavia ja syventäviä kysymyksiä vastauksien pohjalta. Teemahaastattelu kuitenkin mahdollistaa kokemuseräisten havaintojen esittämisen toisin kuin tiukasti etukäteen määritellyssä kysymyksissä pidättäytyminen. Teemahaastattelussa korostetaan vastaajien tulkin-toja, merkityksiä sekä sitä, miten ne syntyvät vuorovaikutuksessa. (Tuomi & Sarajärvi, 2018.) Teemahaastattelu mahdollistaa kuitenkin vastauksia myös teemojen ulkopuolelta ja antaa tilaa tuoda omaa persoonallista näkökulmaa esiin (Barret & Twycross, 2018). Teemahaastatteluun päädyttiin,

jotta vastauksiin saataisiin myös persoonallista näkökulmaa ja myös näkökulmia teemojen ulkopuolelta mutta aiheeseen kuitenkin liittyen.

7.4 Ammatillisen arjen tiedon kerääminen opetusvideoita varten

Ammatillista arjen tietoa kerättiin teemahaastatteluilla 13.–29.12.2023 välisenä aikana. Haastateltavia oli yhteensä kuusi, ja jokainen haastattelu toteutettiin yksilöhaastatteluna. Haastateltavista neljällä on työkokemusta vakavasti sairastuneiden hoitamisesta, ja kahdella haastateltavista on kokemusta vakavasti sairastuneiden kriisityöstä. Haastateltavat löytyivät opinnäytetyöntekijän omien kontaktien kautta, eivätkä haastateltavat henkilöt edustaneet mitään organisaatiota, yksikköä tai laitosta. Haastateltavilta ei kysytty mitään henkilötietoja. Osallistuminen opinnäytetyön haastatteluun perustui vapaaehtoisuuteen, ja osallistuneilla oli mahdollisuus keskeyttää haastatteluun osallistuminen missä tahansa vaiheessa prosessia. Ennen haastattelua henkilöille kerrottiin opinnäytetyön aihe, toteutustapa sekä se, mitä haastatteluun osallistuminen tarkoittaa haastateltavien kohdalla. Liitteessä 4. on esitelty haastateltaville annettu saatekirje, joka esiteltiin haastateltaville ennen haastatteluiden aloittamista.

Kaksi haastatteluista suoritettiin kasvokkain tapahtuvana keskusteluna, ja neljä haastatteluista toteutettiin Zoomin kautta etähaastatteluna. Haastattelut kestivät 10–20 minuuttia riippuen, miten paljon täydentäviä kysymyksiä esitettiin. Haastatteluista tallennettiin muistiinpanot kirjoittamalla tyhjälle Word-dokumentille haastateltavien vastaukset ja tarvittavat täydentävät kysymykset. Muistiinpanoja säilytettiin opinnäytetyön tekijän henkilökohtaisella salasanalla lukitulla tietokoneella, ja muistiinpanot tallennettiin salasanalla suojattuun kansioon. Ainoastaan opinnäytetyön tekijällä on mahdollisuus päästä käsiksi muistiinpanoihin opinnäytetyöprosessin aikana. Opinnäytetyön valmistumisen jälkeen muistiinpanoja säilytetään kahden vuoden ajan opinnäytetyön salasanalla suojatulla tietokoneella, jonka jälkeen muistiinpanot hävitetään erillisen ohjeistuksen mukaisesti.

Haastattelujen tavoitteena oli selvittää ammatillista arjen tietoa vakavan sairauden aiheuttamasta kriisistä, kriisin aiheuttamista psyykkisistä oireista sekä kriisihoidosta. Haastatteluissa oli tavoitteena kartoittaa, mitä henkilöt, sillä hetkellä tietävät kyseisistä teemoista ja millaisia heidän koulutustarpeensa ovat aiheisiin liittyen. Haastatteluista nousseita teemoja hyödynnettiin opetusvideoiden kuvakäsikirjoitusten luomiseen. Kuvakäsikirjoituksen nähdään auttavan kuvattavan asian

ennakkosuunnittelua. (Vakhtin, 2023). Haastattelun kysymysrunko muodostui ajankohtaisesta tutkimustiedosta. Haastattelurunko on esiteltynä alapuolella olevassa taulukossa (Taulukko 1).

Taulukko 1. Teemahaastattelun runko

Haastattelukysymys	Teoreettinen tieto kysymyksen taustalla
Millaisilla keinoilla kriisin aiheuttama psyykkinen oireilu tunnistettaisiin paremmin sairaalaloissa?	Zetterberg ym. 2022; Aebi ym. 2017; Pols ym. 2017
Millaista tietoa kaipaavat kriisistä, jotta pystyisit kohtaamaan vakavasti sairastuneen henkilön kokonaisvaltaisesti?	Aebi ym. 2021
Mikä auttaisi lisäämään kriisioireilun tunnistamista?	Pols ym. 2017; Braunschneider ym. 2023; Tripathi 2023
Millä keinoilla voisit lisätä omaan työotteeseesi kriisihoitoa?	Pols ym. 2017

7.5 Teemahaastatteluiden kokoaminen

Teemahaastatteluista saatu ammatillinen arjen tieto koottiin teemoittelulla, jota pidetään yhtenä sisällönanalyysin muodoista Tuomen ja Sarajärven mukaan (2018). Teemahaastatteluista materiaalia muodostui seitsemän Wordin sivua kirjoitettuna fonttikoolla 12 rivivälin ollessa 1.5. Teemoittelussa teemoja eli tutkimuksen kannalta keskeisiä aiheita muodostetaan usein aineistolähtöisesti etsimällä yhdistäviä tai erottavia seikkoja, mutta myös teorialähtöinen teemoittelu on mahdollista (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka, 2006). Ennen teemojen etsimistä on mahdollista ryhmitellä vastaukset esimerkiksi sukupuolen, iän tai kysymysten mukaisesti. Mahdollisen alustavan ryhmitelyn jälkeen teemoittelussa on ideana löytää teemaa kuvaavia näkemyksiä. (Tuomi & Sarajärvi, 2018.) Teemoittelua käytetään varsinkin teemahaastattelujen analysointiin. Teemat voivat muistuttaa haastattelun runkoa tai olla se, mutta aina niin ei näin käy. Joskus teemoittelussa voidaan löytää myös uusia teemoja. Aineistoa järjesteltäessä jokaisen teeman alle kootaan haastatteluista ne kohdat, joissa puhutaan kyseisestä teemasta. Teemoittelussa voidaan käyttää apuna koodaamista, joka tarkoittaa tässä asiayhteydessä merkkien esimerkiksi värien tai numeroiden, avulla aineistoon tehtyjä merkintöjä, jotka auttavat jäsentämään aineistoa. Teemojen alle voi myös muodostua alateemoja. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka, 2006.)

Tässä kehittämistyössä päädyttiin teemoitteluun, sillä haluttiin selvittää, mitä haastateltavilla oli sanottavana määritellyistä teemoista, eikä haastatteluissa oltu kiinnostuneita, miten moni sanoi samaa asiaa. Haastatteluiden tekemisen jälkeen kaikki haastattelut siirrettiin samaan Word-tiedostoon. Aluksi aineistoa luettiin useasti läpi ja etsittiin opinnäytetyön kannalta keskeisiä ilmauksia. Pelkistämävaiheessa samoihin teemoihin liittyvät asiat värikoodattiin eri väreillä ja teemoihin liitymättömät asiat poistettiin. Alkuperäiset ilmaukset pelkistettiin ja samalla anonymisoitiin, jotta haastateltavia ei pysty tunnistamaan vastausten perusteella. Pelkistetyt ja anonymisoidut lainaukset siirrettiin erilliseen Word-dokumenttiin värikoodeittain. Lainauksia vertailtiin teemoittain, ja samankaltaiset laitettiin omiin luokkiinsa. Tätä vaihetta toistettiin useamman kerran. Pääteemojen alle muodostui useampia alateemoja, ja jokaiselle teemalle luotiin nimi. Aineiston analysoiminen aloitettiin heti haastattelujen valmistumisen jälkeen, ja sitä jatkettiin vielä helmikuussa 2024.

Teemat muodostuivat haastattelukysymysten mukaan. Teemoja hahmoteltiin useamman kerran ja ajoittain haastattelukysymysten ulkopuolelta syntyi useampi pääteema. Lopullisessa teemoittelussa päädyttiin kuitenkin haastattelukysymysten mukaisiin teemoihin. Teemoiksi muodostui vakavan sairauden aiheuttaman kriisin tunnistaminen, psyykkisen oireilun tunnistaminen, sekä kriisihoitoon vaikuttavat tekijät.

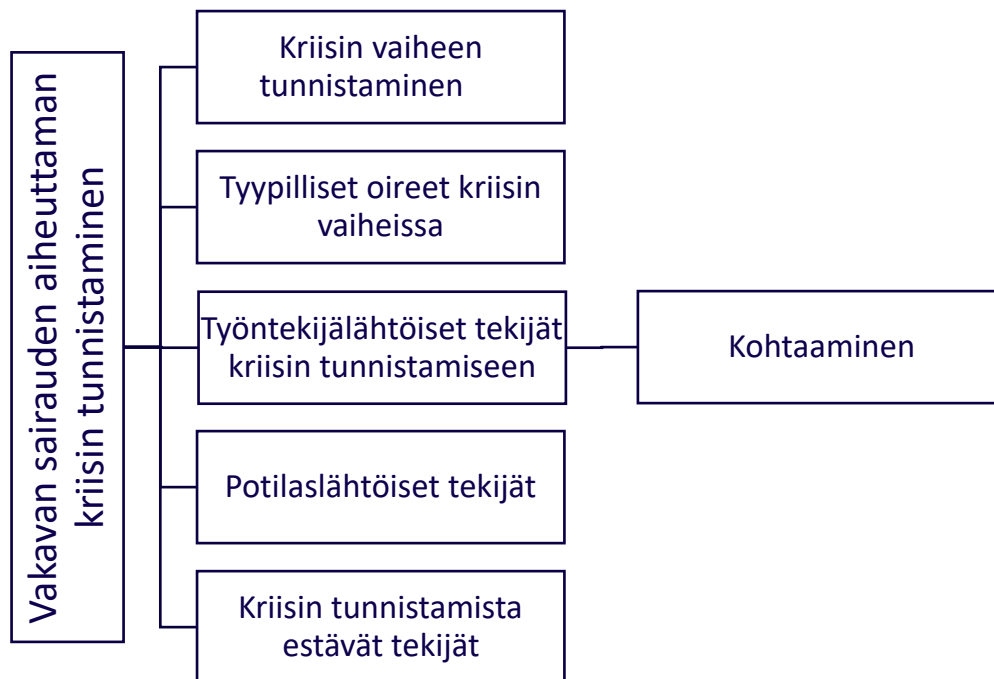
8 Ammatillinen arjen tieto vakavasti sairastuneen henkilön kriisistä ja kriisihoidosta

Ammatillista arjen tietoa kerättiin teemahaastattelulla, jotta saatiin ammattilaisten näkemyksiä ja kokemuksia vakavan sairauden aiheuttamasta kriisistä sekä kriisihoidosta. Haastatteluista nousseita teemoja hyödynnettiin opetusvideoiden aiheiden valinnassa sekä sisällössä. Haastattelujen pääteemoiksi muodostuivat vakavan sairauden aiheuttaman kriisin tunnistamiseen vaikuttavat tekijät, psyykkisen oireilun tunnistamiseen vaikuttavat tekijät sekä kriisihoitoon vaikuttavat tekijät. Jokaisen pääteeman alle muodostui myös alateemoja.

8.1 Vakavan sairauden aiheuttaman kriisin tunnistaminen

Haastatteluissa nousi esiin kriisin tunnistamiseen vaikuttavia asioita, joita olivat kriisin vaiheen tunnistaminen, tyypilliset oireet kriisin vaiheissa, työntekijälähtöiset tekijät kuten kohtaamisen vaikutus kriisin tunnistamisessa sekä potilaslähtöiset tekijät tunnistamisessa. Lisäksi haastatteluissa

nousi esiin kriisin tunnistamista estäviä tekijöitä. Alla olevassa kuviossa on esitelty alateemat (Kuvio 2).



Kuvio 2. Vakavan sairauden aiheuttaman kriisin tunnistaminen

Kriisin vaiheiden ymmärtäminen ja tunnistaminen nousivat haastatteluissa esille kriisin tunnistamista lisäävä asiana. Haastatteluissa nostettiin esille, että konkreettiset esimerkit kriisin eri vaiheiden oireista auttaisivat kriisin tunnistamisessa. Haastatteluissa pohdittiin myös, millaisia on tyypilliset kriisin oireet kriisin eri vaiheissa, mutta haastattelussa nousi myös esiin, että jokainen ihminen on yksilö ja reagoi kriisiin eri tavalla.

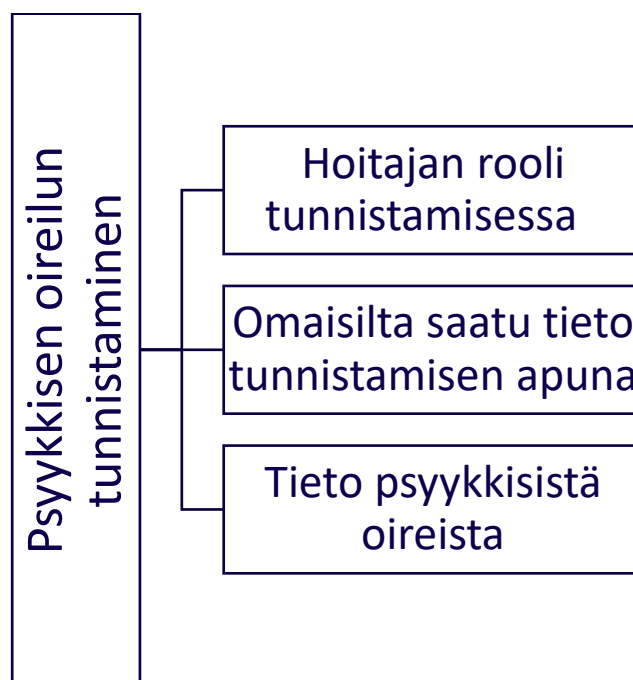
Haastateltavat tunnistivat vakavan sairastumisen olevan asia, joka voi aiheuttaa kriisin. Haastatteluissa nousi myös esiin tarve saada lisää tietoa, miksi vakava sairaus aiheuttaa kriisin. Kriisin tunnistamista pidettiin tärkeänä asiana potilaan kokonaisvaltaisen hoidon kannalta, ja tunnistusta sekä kriisissä olevan potilaan kohtaamista pidettiin kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten työtehtävänä. Haastatteluissa huomautettiin, että kriisipotilaan kohtaaminen vaatii rohkeutta mutta toisaalta se voisi luontevasti onnistua hoitotoimenpiteiden aikana.

Haastatteluissa nousi esiin, että vakavan sairauden diagnoosin saamisen jälkeen voi tulla moninaisesti erilaisia oireita. Haastatteluissa ilmeni, että oireet voivat vaihdella paniikkikohtauksesta sulkeutumiseen ja osa on tilanteessa peloissaan. Akuutissa kriisissä osa ei ole vielä täysin ymmärtänyt tilanteen vakavuutta. Haastatteluissa korostettiin tämän tiedon ymmärtämisen tärkeyttä, jotta ymmärtämättömyys ei sekoittuisi kokemukseen siitä, että tilanne ei ole ollut kuormittava. Haastatteluissa pohdittiin tunnistamista helpottavan tietoa kriisistä sekä konkreettiset esimerkit kriisin aiheuttamista oireista.

Haastatteluissa tuli ilmi myös, että kiire ja pelko siitä, että keskustelemalla potilaan kriisi pahentuisi, vähentävät kohtaamisia ja mahdollista kriisin tunnistamista. Haastatteluissa pohdittiin myös, että osa hoitohenkilökunnasta voi pelätä kriisissä olevan kohtaamista ja saattaa ajatella, että on olemassa oma hoitotaho, jonne voi siirtää täysin kriisissä olevan hoitamisen.

8.2 Psykkisen oireilun tunnistaminen

Haastatteluissa nousi esille psykkisen oireilun tunnistamiseen vaikuttavia tekijöitä, joita olivat hoitajan rooli psykkisten oireiden tunnistamisessa, omaisilta saatava tieto psykkisten oireiden tunnistamisen apuna sekä tieto psykkisistä oireista. Alla olevassa kuviossa on esiteltynä alateemat (Kuvio 3).



Kuvio 3. Psykkisten oireiden tunnistaminen

Haastatteluissa tuli ilmi, että hoitohenkilökunta voi tehdä pienillä teoilla jo paljon potilaan psyykkisen oireilun tunnistamisessa. Haastatteluissa nostettiin esiin, että sairastuneen vointia voidaan verrata aiempiin sairaskertomuksiin, jotta nähdään, onko aiemmin ollut vastaavanlaisia oireita. Oireiden kirjaamisen merkitys korostui haastatteluissa. Haastatteluissa pohdittiin hoitotyöntekijän roolia tunnistamisessa, sillä hoitaja on enemmän läsnä potilaan kanssa kuin lääkäri. Haastatteluissa nostettiin esille samalla, olisiko potilaalle miellyttävämpi keskustella hoitotoimenpiteiden aikana tutuksi tulleen hoitajan kanssa kuin ulkopuolisen työntekijän kanssa.

Haastatteluissa nousi esiin, että vakavasti sairastuneesta henkilöstä voidaan kerätä kokonaiskuvaa myös omaisia haastatellen. Haastattelujen mukaan omaisten hoitoon mukaan ottaminen voi auttaa tunnistamisessa, varsinkin silloin, jos henkilö on sairautensa vuoksi niin huonossa kunnossa, ettei häntä voi haastatella luotettavasti. Haastatteluissa selvisi, että omaisilta saadaan tietoa, onko henkilöllä ollut aiemmin vastaavanlaisia oireita vai ovatko psyykkiset oireet tulleet sairauden mukana.

Haastateltavat nostivat esille tiedon tarpeen psyykkisistä oireista, kuten ahdistuksesta ja masennuksesta, joita kriisi voi aiheuttaa. Tiedonpuutteen vuoksi psyykkisten oireiden arvioiminen ja tunnistaminen siirrettiin haastattelujen mukaan monesti psykiatrian puolen henkilökunnan tehtäväksi.

8.3 Kriisihoito

Haastatteluissa nousi esille kriisihoitoon vaikuttavia tekijöitä, joita olivat kriisin vaiheet, työntekijän sanaton ja sanallinen viestintä, perhetyö sekä kriisihoitoon ohjaaminen. Haastatteluissa nousi esiin myös kriisihoitoa estäviä tekijöitä. Alla olevassa kuviossa on esiteltyinä alateemat (Kuvio 4).



Kuvio 4. Kriisihoito

Haastatteluissa pohdittiin kriisin vaiheiden ymmärtämisen auttavan myös kriisihoidossa. Haastatteluissa nostettiin esiin, että tieto siitä, missä vaiheessa kriisiä henkilö on, auttaa tarjoamaan asianmukaista hoitoa. Haastatteluissa huomautettiin, että kriisin alkuvaiheessa voi riittää jo työntekijän läsnäolo, kun taas myöhemmissä vaiheissa tietoa kriisihoidosta pitää olla enemmän.

Haastatteluissa korostettiin, että työntekijät voivat sanattomalla ja sanallisella viestinnällä tehdä jonkin verran vakavasti sairastuneen kriisihoidon hyväksi. Haastatteluissa nousi esille, ettei kohtaaminen akuuttitilanteessa vaatisi muuta kuin hetkellisen ajan läsnäoloa ja kuuntelemista eikä siinä hetkessä tarvitse osata paljoa sanoa. Haastatteluissa pohdittiin, että joissakin hetkissä sanalliseen viestintään riittäisi, että uskaltaisi kysyä, miten sairastunut henkilö jaksaa ja voi. Toisaalta haastatteluissa nostettiin myös esiin, että akuuttivaiheessa oleva voi muistaa lopun ikänsä hoitajan sanat. Haastatteluissa pohdittiin kohtaamisen vaativan rohkeutta, jos nähdään, että potilas on kriisissä. Haastatteluissa nostettiin esiin, että esimerkiksi parityöllä voidaan helpottaa kohtaamista, jos se jännittää. Haastatteluissa nostettiin tärkeäksi asiaksi tunnistaa tilanne, jossa sairastunut ei halua keskustella.

Haastatteluissa nousi esiin, että kriisi koskettaa myös sairastuneen henkilön läheisiä. Haastatteluissa pidettiin tärkeänä kriisihoidon keinona yhteydenpitoa perheeseen sekä perheen kutsumista mukaan tapaamisiin. Siten voidaan auttaa kriisissä olevan lisäksi myös hänen lähipiiriään. Haastatteluissa korostui vakavan sairauden olevan raskas tilanne myös sairastuneen läheisille. Haastatteluissa pidettiin merkittävänä asiana sairastuneen läheisten huomioiminen tilanteessa.

Vaikka haastatteluissa pohdittiinkin, että kriisihoitoa voidaan jossain määrin tarjota työtehtävästä riippumatta, koettiin tärkeäksi tietää, minne potilas voidaan tarvittaessa ohjata kriisihoidon piiriin. Haastatteluissa nousi esiin kokemus, ettei ole riittävästi tietotaitoa, mistä potilaat saisivat vakavan sairauden aiheuttamaan kriisiin apua. Haastatteluissa pohdittiin, että työntekijä voisi auttaa potilasta ottamaan yhteyttä kriisitahoihin, sillä vakavasti sairastuneen voimavarat eivät välttämättä riitä yhteyden ottamiseen. Haastatteluissa pohdittiin myös, millaisia hoitokeinoja kriisihoidossa tarjotaan.

Haastatteluissa nousi esiin myös kriisihoitoa estäviä tekijöitä. Haastatteluissa nousi esille, että potilaan kokonaisvaltaiseen kohtaamiseen ei ole ollut koulutusta, vaan koulutus on keskittynyt lähinnä vakavan sairauden hoitamiseen. Myös kiire korostui haastatteluissa estävänä tekijänä kriisihoidon toteuttamiselle. Haastatteluissa pohdittiin, että toteuttaakseen kriisihoitoa vakavasti sairastuneen kanssa työskentelevät tarvitsevat lisää tietoa, kuten miten puhua kriisissä olevalle ja mitä sanoa henkilölle, joka menehtyy vakavaan sairauteen.

9 Opetusvideoiden kuvakäsikirjoitukset

Aineiston kokoamisen jälkeen muodostettiin alustavat kuvakäsikirjoitukset opetusvideoita varten. Haastatteluista muodostuneet pää- ja alateemat ohjasivat kuvakäsikirjoitusten otsikoita. Alustavat kuvakäsikirjoitukset tehtiin 8.–14.1.2024. Kuvakäsikirjoituksissa hyödynnettiin ajantasaista teoriatietoa, opinnäytetyön tekijän omaa asiantuntijatietoa sekä haastatteluista saatua tietoa, jotta voitaisiin luoda uutta tietoa kriisin tunnistamisen ja hoitamisen kehittämiseksi. Haastatteluista muodostuneet pääteemat muodostivat kolme käsikirjoitusta: **vakavan sairauden aiheuttama kriisi, vakavan sairauden aiheuttamat psyykkiset oireet sekä kriisihoito**. Haastatteluissa nousi esiin niin kriisihoidon toteuttamiseen kuin kriisin tunnistamiseen vaikuttavan kriisin vaiheet, jonka vuoksi kriisin vaiheet eriytettiin vakavan sairauden aiheuttaman kriisin tunnistamisesta. Kriisin vai-

heet nousivat haastatteluissa tärkeänä keinona tunnistaa kriisi ja videosta haluttiin lyhyempi. Kriisihoito kriisin vaiheiden kautta eriytettiin myös erilliseksi kriisihoidosta, sillä käsikirjoitus muodostui liian pitkäksi.

Kuvakäsikirjoitusten valmistumisen jälkeen haastatteluihin osallistuneille henkilöille esitettiin kuvakäsikirjoitukset ja niistä pyydettiin palautetta. Palautteen kerääminen suoritettiin 22.1.–3.2.2024. Palautekeskustelu käytiin kahden henkilön kanssa kasvokkain tapahtuvana keskusteluna, neljälle kuvakäsikirjoitukset ja palautepyyntö lähetettiin sähköpostitse. Palautteen tarkoituksena oli selvittää, vastaavatko kuvakäsikirjoitukset haasteltavien näkemystä opetusvideoiden tarpeesta. Myös opetusvideoiden otsikoista pyydettiin palautetta. Palautetta kertyi kaksi Wordin sivua fontilla 12 rivinvälin ollessa 1.5. Palautteen perusteella kuvakäsikirjoituksia muutettiin joko poistamalla sisältöä kuten epäsovinnaisia sanavalintoja tai lisäämällä tarpeellisia tietoja. Opinnäytetyön tekijä teki lopullisen valinnan kuvakäsikirjoituksen muuttamisesta palautteen perusteella. Taulukossa 2 on annettu esimerkki, miten palaute muutti kuvakäsikirjoitusta (Taulukko 2).

Taulukko 2. Palautteen vaikutus kuvakäsikirjoituksiin

Alkuperäinen ilmaus	Palaute	Lopullinen ilmaisu
<i>"... voivat reaktioiden keskellä luulla tiedon saaneen henkilön olevan tu- lossa hulluksi"</i>	En käyttäisi sanaa "hullu" sanan stig- man ja epävirallisuuden vuoksi	<i>"... voivat reaktioiden keskellä luulla tiedon saaneen henkilön sekoavan"</i>
<i>"Tämän mukaan henkilökohtainen kriisi jakautuu viiteen eri vaiheeseen eli kieltovaihe, viha, neuvottelu, ma- sennus ja hyväksymisvaihe Kübler- Rossin teoria on saanut kuitenkin kritiikkiä, on nähty, että mallia käy- tetään liian tiukasti ja..."</i>	Alun vaihemallin esittely liian pitkä ja vie huomiota videon oleellisesta asiasta eli kriisin vaiheista	<i>"Tämän mukaan henkilökohtainen kriisi jakautuu viiteen eri vaiheeseen. Malli on kuitenkin saanut nykypäi- vänä kritiikkiä ja mallin on nähty ole- van liian lineaarinen ja tiukka."</i>
<i>"Fyysisiä reaktioita voi esimerkiksi olla lihasten jännittyminen, sydä- mentykytys, sykkeen kohoaminen sekä pahoinvointi."</i>	Lisää esimerkkejä reaktioista, esi- merkiksi huimaus yleinen reaktio mitä kohdataan	<i>"Fyysisiä reaktioita voi esimerkiksi olla lihasten jännittyminen, sydä- mentykytys, sykkeen kohoaminen, huimaus sekä pahoinvointi"</i>

10 Opetusvideot

Haastattelut, palautteet kuvakäsikirjoituksista, ajantasainen tutkimustieto ja kirjallisuus sekä opinnäytetyön tekijän asiantuntijuus aiheesta loivat lopullisen pohjan opetusvideoille. Opetusvideot tehtiin kognitiivisen multimediaoppimisen pedagogista mallia hyödyntäen, mutta myös muiden tutkijoiden (Guo ym., 2014; Brame, 2016) huomioita hyödynnettiin opetusvideoiden pedagogisessa viitekehyksessä.

Opetusvideoiden otsikoiksi nousivat: **vakavan sairauden aiheuttama kriisi, kriisin vaikutus psyykkiseen vointiin, kriisin vaiheet, kriisihoito kriisin vaiheiden kautta** sekä **kriisihoito**. Opinnäytetyön videot julkaistiin YouTubessa piilotettuina videoina. Videot ovat piilotettuja, joten niitä pystyy katsomaan vain, jos on saanut videoon linkin. Videot ovat piilotettuja, jotta videon katsojat pystyvät katsomaan mitä lähteitä videoissa on käytetty eikä jokaiseen videoon tarvitse erikseen luoda lähdeluetteloa tai erillistä osiota mihin videot liittyvät.

10.1 Video 1: Vakavan sairauden aiheuttama kriisi

Haastatteluissa nousi esiin, että tieto kriisistä ja potilaan reaktioista kriisiin voi auttaa tunnistamaan kriisin. Tripathin ja muiden (2023) mukaan kriisin tunnistamiseksi on ymmärrettävä useita näkökulmia kriisistä. Kriisin tunnistamiseksi on ymmärrettävä, millaisia oireita kriisi voi aiheuttaa, miten kriisi vaikuttaa henkilön lähipiiriin ja mikä on aiheuttanut kriisin. (Tripathi ym., 2023.) Haastatteluissa nousi esiin tarve saada lisää tietoa, miksi vakava sairaus voi aiheuttaa kriisin, vaikkakin osa haastateltavista piti hyvin ymmärrettävä sitä, että vakava sairaus aiheuttaa erilaisia fyysisiä ja psyykkisiä oireita. Tutkimuksien mukaan vakava sairaus voi aiheuttaa kriisin (Idman, 2013; Pesonen, 2011). Pelkoreaktion nähdään olevan psyykkisten ja fyysisten oireiden ytimessä ihmisen sairastuessa vakavasti. Sairauden aiheuttamat tuntemukset, jotka eivät ole tuttuja sekä sairauteen liittyvät uhkakuvat luovat pelkoa ja voivat synnyttää pahan olon. Paha olo voi purkautua pelkona ja ahdistuksena, jotka voivat aiheuttaa erilaisia psyykkisiä ja fyysisiä oireita. (Idman, 2015.)

Liitteessä 5. on esiteltynä videon kuvakäsikirjoitus. Palautteessa nousi esiin tarve saada tietoa, mistä videoiden tieto on peräisin, sekä toive lisätä enemmän esimerkkejä fyysisistä reaktioista, joita kriisi voi aiheuttaa. Lisäksi haastatteluissa nousi esiin, että kohta, jossa käsitellään fysiologisia vaikutuksia, on liian pitkä ja monimutkainen. Kohdan yksinkertaistamista toivottiin, jotta se ei veisi

huomiota oleellisemmista asioista. Palautteessa huomautettiin myös hullu-sanana stigmasta. Kuvakäsikirjoitusta muokattiin palautteen perusteella, niin että lisättiin esimerkkejä reaktioista, tiivistettiin ja hieman yksinkertaistettiin fysiologisia reaktioita käsittelevää kappaletta. Videon alkuun lisättiin tieto, mistä videoiden tieto on peräisin. Ilmaisua ”tulevan hulluksi” vaihdettiin muotoon ”tiedon saaneen henkilön sekoavan”. Lisäksi kuvakäsikirjoitusta muokattiin loogisempaan järjestykseen ja siirrettiin samaan asiaan liittyvät tiedot samaan kappaleeseen.

Vakavan sairauden aiheuttama kriisi -videon tavoitteena on, että videon avulla sairauden aiheuttama kriisi tunnistetaan paremmin, jotta mahdollisia tukitoimia voitaisiin järjestää. Videon tarkoituksena on lisätä tietoisuutta vakavan sairauden vaikutuksesta kriisiin ja toisaalta kriisin vaikutuksesta sairauteen.

[Linkki videoon](#)

10.2 Video 2: Vakavan sairauden aiheuttamat psyykkiset oireet

Haastateltavat kokivat psyykkisten oireiden tunnistamisen haastavaksi asiaksi, sillä heillä oli usein tapana siirtää arvio psykiatrian puolen henkilökunnan hoidettavaksi. Haastatteluissa nousi esiin, että tieto psyykkisistä oireista, joita voi tulla vakavan sairauden seurauksena, lisää ymmärrystä ja auttaa tunnistamaan psyykkisiä oireita. Tiedonpuute nähdään Aebin ja muiden (2021) tutkimuksessa esteeksi tunnistaa psyykkiset oireet potilaan ollessa sairaalahoidossa. Kouluttaminen psyykkisistä oireista lisää psyykkisten oireiden tunnistamista tutkimuksien mukaan (Zetterberg ym., 2022; Pols ym., 2021). Psyykkisiä oireita käsittelevän koulutuksen pitäisi sisältää teoria- ja käytännön tietoa, kommunikointitaitoja sekä kunnioittavaa asennetta psyykkisistä oireista kärsiviä kohtaan (Andersson ym., 2020). Kouluttamisen nähdään lisäävän ymmärrystä, millä on vaikutusta ennakoasenteisiin psyykkisistä oireista kärsivistä. Ennakoasenteiden lieveneminen voi lisätä tunnistamista sekä asianmukaista hoitoa. (Aebi ym., 2021.) Zetterbergin ja muiden (2022) mukaan koulutus psyykkisistä oireista lisää myös työntekijöiden itsetuntoa kohdata potilaat, samalla lisäten työntekijöiden työhyvinvointia.

Haastatteluissa pohdittiin myös sairaanhoitajan roolia psyykkisten oireiden tunnistamisessa, sillä sairaanhoitaja on läsnä potilaiden kanssa hoitotoimien aikana. Braunscheinderin ja muiden (2023)

mukaan sairaanhoitajien tulisi ottaa vastuuta psyykkisten oireiden tunnistamisessa, sillä sairaanhoitajilla on enemmän kontaktaikaa kuin lääkärillä. Haastatteluissa nousi esiin myös, että omaisilta saatava tieto auttaa tunnistamaan psyykkiset oireet. Haastatteluissa pohdittiin, että omaisia on hyvä haastatella, jotta havaitaan, onko kyseessä uusia, vakavan sairauden tuomia oireita vai onko sairastuneella ollut aiemmin vastaavia oireita. Poolen ja Higgon (2017) mukaan omaisten haastattelemine on hyvä tapa kerätä tietoa ja tarkistaa haluttuja asioita, jos sairastunut ei pysty itse niitä vahvistamaan.

Liitteessä 6. on esiteltyä videon kuvakäsikirjoitus. Palaute kuvakäsikirjoituksesta ei muuttanut kuvakäsikirjoituksen sisältöä. Kuvakäsikirjoitus sai palautetta ainoastaan kieliasusta, ja joitakin kirjoitusvirheitä korjattiin. Vakavan sairauden aiheuttamat psyykkiset oireet -videon tavoitteena on lisätä ammattilaisten ymmärrystä psykiatrisista oirekuvista, joita kriisi voi aiheuttaa, sillä tieto oireista voi auttaa tunnistamaan niitä. Videon tarkoituksena on lisätä ammattilaisten tietoisuutta kriisin vaikutuksesta potilaan psyykkiseen vointiin, kertoa erilaisista psyykkisistä oirekuvista ja psykiatrisia sairauksista, joita kriisi voi pitkittyessään aiheuttaa.

[Linkki videoon](#)

10.3 Video 3: Kriisin vaiheet

Haastatteluissa nousi esiin, että kriisin vaiheiden ymmärtäminen voi auttaa tunnistamaan kriisin. Haastatteluissa pohdittiin tyypillisten oireiden, joita eri kriisin vaiheissa voi ilmetä, auttavan tunnistamaan paremmin kriisin vaiheen, sillä kriisin oireet näyttäytyvät eri tavoilla eri kriisin vaiheissa. Tripathin ja muiden (2023) tutkimuksessa kerrotaan, että kriisireaktioiden läpikäyminen voi auttaa kriisissä olevaa henkilöä vaikeiden ajatusten ja tunnereaktioiden kanssa. Kriisin vaiheiden tunteminen ja erilaisten oireiden ymmärtäminen on tärkeää, sillä kriisissä olevalle tulee antaa tietoa normaaleista reaktioista (Haravuori, Marttunen & Ämmälä, 2019).

Liitteessä 7. on esiteltyä videon kuvakäsikirjoitus. Palautteessa nousi esiin tarve tiivistää alun vaihemallin historiaosiota, jotta video keskittyisi enemmän kriisin vaiheisiin ja tyypillisiin oireisiin. Muuten palautteessa ei noussut esiin korjattavaa tai lisättävää. Palautteen perusteella tiivistettiin alussa olevaa historiaosiota. Valintaa perustelee myös pedagoginen näkökulma, sillä Ibrahimin

(2012) mukaan epäolennaisen tiedon lisääminen opetusvideoon johtaa sisällön ymmärtämiseen huonommin.

Kriisin vaiheet -videon tavoitteena on lisätä ammattilaisten tietoisuutta kriisien vaiheista sekä tyypillisistä reaktioista kriisin eri vaiheissa. Videon tarkoituksena on auttaa ammattilaista tunnistamaan potilaan kriisi kriisin vaiheiden kautta. Tunnistamisella voidaan lisätä kriisissä olevan omaa ymmärrystä tilanteestaan, ja hoitaessa on myös tärkeä tuoda ilmi tyypillisiä oireita, joita kriisistä voi seurata.

[Linkki videoon](#)

10.4 Video 4: Kriisihoito kriisin vaiheiden kautta

Haastattelussa nousi esiin, että ymmärrys kriisin vaiheista auttaa tarjoamaan oikea-aikaista kriisihoitoa. Jotta kriisihoito on tehokasta, tulisi kriisihoidon toteutua riittävän aikaisessa kriisin vaiheessa. Oikea aikaisella kriisihoidolla on tarkoituksena ehkäistä vaikeampaa psyykkistä oireilua. (Henriksson, Haravuori & Lönnqvist, 2023a.) Suomessa kriisihoito tulisi ajoittaa kriisin vaiheen asettamien tarpeiden mukaisesti (Saari & Hynninen, 2010, s. 49). Toisaalta haastatteluissa nousi esiin myös huoli, jos omalla toiminnalla pahentaisi kriisioireistoa. Zetterbergin ja muiden (2022) tutkimuksessa nostettiin esiin vastaavanlainen huoli, jossa hoitajat pohtivat, että heidän kohtaamisensa ja sanat voisivat pahentaa psyykkisiä oireita. Saaren (2016) mukaan sokkivaiheessa oleva ihminen voi muistaa jonkun tietyn sanan loppuelämänsä, vaikka tilanteessa ei niin kutsuttuja oikeita sanoja ole.

Liitteessä 8. on esiteltynä videon kuvakäsikirjoitus. Palaute kuvakäsikirjoituksesta ei muuttanut kuvakäsikirjoitusta, sillä palautetta tuli ainoastaan kieliasusta. Joitakin kirjoitusvirheitä korjattiin palautteen jälkeen. Kriisihoito kriisin vaiheiden kautta -videon tavoitteena on lisätä ammattilaisten rohkeutta toteuttaa kriisihoitoa omassa työssään. Videon tarkoituksena lisätä ammattilaisten tietoisuutta kriisihoidosta eri kriisin vaiheissa.

[Linkki videoon](#)

10.5 Video 5: Kriisihoito

Kriisihoito nähtiin haastatteluissa osaksi työtehtäviä työpaikasta riippumatta. Kriisihoidon osa-alueet nähtiin sellaisiksi, että niitä pystyisi ottamaan osaksi omaa työtettä. Wangin ja Guptan (2023) tutkimuksessa nostetaan esiin, että hoitajat voivat hoitotoimien aikana huomata kriisioireilun ja tarjota niissä hetkissä akuuttia kriisiapua. Waden ja muiden (2022) tutkimuksessa havaittiin kognitiivis-behavioraalisten tekniikoiden olevan tehokkaita sairauden aiheuttamaan stressiin, vaikka niitä käyttäisikin ammattilainen, jolla ei ole koulutusta mielenterveystyöhön. Henkisessä ensiavussa, joka on yksi kriisihoidon menetelmistä, painotetaan, että kaikki voivat tarjota kriisihoitoa eikä siihen tarvitse olla mielenterveystyön ammattilainen (Vinther-Larsen & Wiedermann, 2018). Haastatteluissa nousi esiin, että sanattomalla sekä sanallisella viestinnällä kuten, läsnäololla ja aktiivisella kuuntelulla, voidaan parantaa kohtaamista kriisissä olevan kanssa ja näin ollen tarjota jonkinasteista kriisihoitoa. Hedreniuksen ja Johanssonin (2016) mukaan läsnäololla sekä rauhallisella kohtaamisella voidaan auttaa kriisissä olemaa vakautumaan, vaikka kohtaaminen olisikin lyhytkestoinen. Tripathin ja muiden (2023) tutkimuksessa havaittiin, että riippumatta kriisihoitomallista kriisihoito sisältää aina sanatonta viestintää, kuten läsnäoloa, sekä erilaisia haastattelutekniikoita, jotka vahvistavat kriisissä olevalle, että hänet on kuultu.

Haastatteluissa nousi esiin tiedon tarve, minne ohjata jatkohoitoon kriisissä oleva, jos omat keinot eivät riitä hänen hoitamiseensa. Yhteistyön tekeminen psykiatrian puolen sairaanhoitajan kanssa on Zetterbergin ja muiden (2022) mukaan tehokas tapa lisätä oireiden hoitamista. Sharrockin ja muiden (2022) tutkimuksessa lisätään, että konsultoiminen auttaa potilasta, mutta konsultoisella voidaan parantaa myös hoitohenkilöstön omaa osaamista ja luottoa omaan toimintaan. Nopean avun saamiseksi kriisissä, päivystyksyksiköissä työskentelevän henkilökunnan tulisi tietää alueellinen palveluntarjonta kriisityöhön ja yhteystiedot sinne (Henriksson, Haravuori & Lönnqvist, 2023a). Haastatteluissa nousi esiin perheen mukaan ottaminen kriisihoitoon, mikä korostuu varsinkin, kun ihminen on sairastunut vakavasti. Haastatteluissa pohdittiin kriisihoidon auttavan omaisten suruun, mutta myös mahdollisesti omaiset osaisivat tukea kriisissä olevaa paremmin, kun hekin ovat kohdanneet kriisityöntekijän. Wideran ja muiden (2020) tutkimuksessa havaittiin, että perheen mukaan ottaminen vakavaa sairautta hoitaessa lisää tyytyväisyyttä hoitoon tuen ja sairaudesta tiedon saamisen lisäksi. Läheisten mukaan ottaminen tapaamisiin voi auttaa sopeutumaan sairauteen paremmin, sillä tällöin tietoa sairaudesta voidaan jakaa ja saada yhdessä

(Rönkkö-Kuivalainen & Hietanen, 2023). Idmanin (2013) tutkimuksessa nostetaan esiin, että läheisten tulisi ymmärtää hoitoprosessista ja kriisihoidon keinoista sen verran, että luottamus ja hallinnan tunne säilyy. Omaisten mukaan ottaminen osaksi hoitoa voi auttaa luomaan suhteen, jossa ammattilainen ja perhe työskentelevät yhdessä ja samalla tavalla sairastuneen parhaaksi (Poole & Higgs, 2017).

Liitteessä 9. on esiteltynä videon kuvakäsikirjoitus. Palautteessa nousi esiin tarve saada lisää konkreettisia esimerkkejä, miten omaiset tulisi ottaa mukaan tapaamisiin ja miten kriisihoidossa tulisi olla läsnä ja miten voisi lähteä haastattelemaan kriisissä olevaa. Palautteen perusteella videoon lisättiin konkreettisia esimerkkejä läsnäoloon, haastattelutekniikoihin sekä omaisten huomioimiseen. Lisäksi psykologinen jälkipuinti -osiota lyhennettiin, jottei video mene liian pitkäksi. Kriisihoito -videon tavoitteena on lisätä ymmärrystä kriisihoidosta sekä kriisihoitoon ohjaamisesta. Tarkoituksena videolla on lisätä tietoisuutta kriisihoidosta, jotta ammattilaiset voisivat ottaa kriisihoidon elementtejä osaksi omaa työtötään vakavasti sairastuneiden kanssa.

[Linkki videoon](#)

11 Opetusvideoiden arviointi

Toiminnallisessa opinnäytetyössä tulee arvioida tuotoksen onnistumista suhteessa tarkoitukseen ja tavoitteisiin sekä toimintaympäristöön. Lisäksi tulee arvioida, miten tuotosta voidaan soveltaa vastaavissa ympäristöissä. (Kostamo, Airaksinen & Vilkkä, 2022.) Opetusvideoiden arvioimiseksi pyydettiin samoilta henkilöiltä, joita haastateltiin, palautetta opetusvideoiden onnistumisesta. Haastattelut suoritettiin sähköpostin välityksellä niin, että jokainen haastateltava sai sähköpostitse linkit videoihin ja heiltä pyydettiin palautetta kuvion 5 palautekyselyn mukaisesti (Kuvio 5). Palautekysely muodostui opinnäytetyön tarkoituksesta sekä tavoitteesta ja opetusvideoiden soveltuvuudesta sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten käyttöön sekä soveltuvuudesta muihin toimintaympäristöihin. Lisäksi haastateltavilta pyydettiin vapaamuotoista palautetta videoiden teknisestä onnistumisesta.

Palautekysely suoritettiin heti opetusvideoiden valmistuttua, 26.3.–2.4.2024. Kaikki henkilöt vastasivat palautekyselyyn, ja palautetta kertyi 6 Wordin sivua fontilla 12 rivinvälin ollessa 1.5. Palautteen vastaukset luokiteltiin kysymysten mukaisesti. Palautteen kysymysten sekä videoiden tekni- sen onnistumisen lisäksi palautteessa tuli kehitysehdotuksia videoihin.

Miten opetusvideot auttoivat tunnistamaan vakavasti sairastuneen henkilön kriisiin?

Millä tavoilla opetusvideot auttoivat tarjoamaan kriisihoitoa vakavasti sairastuneelle henkilölle?

Vahvistivatko opetusvideot ammatillista osaamistasi?

Millaisia keinoja opetusvideot antoivat auttaa kriisissä olevaa henkilöä selviytymään paremmin?

Miten voit hyödyntää opetusvideoita omassa työympäristössäsi?

Soveltuvatko opetusvideot joihinkin muihin työympäristöihin?

Kuvio 5. Opetusvideoiden arvioinnin palautekysely

Palautteessa nousi esille, että opetusvideot auttavat tunnistamaan vakavasti sairastuneen henkilön kriisiin. Palautteessa pohdittiin, että videoiden oireilistauksilla sekä yksinkertaisilla kuvilla ymmärrys kriisin oireista lisääntyy ja niiden avulla pystyy hahmottamaan paremmin eri yhteyksiä. Oireiden jakaminen fyysisiin ja psyykkiseen auttaa palautteen mukaan tunnistamisessa. Palautteessa nousi esiin myös, että ymmärrys psyykkisten oireiden riskistä voi motivoida kriisin tunnistamiseen, koska samalla ymmärtää, millaisia seurauksia tunnistamattomalla kriisillä voi olla.

Palautteessa nousi esiin, että opetusvideot lisäävät tietotaitoa ohjata vakavasti sairastunutta kriisihoidon pariin sekä ymmärrystä, mitä eri kriisin vaiheissa kriisissä olevalle voidaan tarjota. Palautteessa pohdittiin, että konkreettisten, eri kriisin vaiheissa tarjottavien keinojen listaaminen auttaa lisäämään ymmärrystä, millä tavoilla kriisihoitoa voidaan tarjota vakavasti sairastuneelle. Lisäksi konkreettisten keinojen, kuten miten olla läsnä koetaan auttavan kriisissä olevan henkilön kohtaamisessa. Palautteessa nousi esiin, että videoihin olisi voitu listata vielä kuvana erilaisia kriisihoidon keinoja, mikä olisi tehokkaammin lisännyt tietotaitoa kriisihoidon tarjoamiseen.

Palautteen perusteella opetusvideot vahvistavat ammatillisuutta. Palautteen mukaan ammatillisuuden vahvistumiseen vaikuttavat konkreettiset keinot, joita tarjota kriisissä olevalle. Palautteessa pohdittiin, että kriisityön tekeminen ei ole niin tuttua ja opetusvideot vahvistavat ammatillisuutta paljon. Toisaalta palautteessa nousi myös esiin, että opetusvideoiden asiat ovat tuttuja mutta tärkeää kertausta, sillä osa asioista oli jo päässyt unohtumaan.

Varsinkin neljännen opetusvideon, kriisihoito kriisin vaiheiden kautta, koettiin palautteen perusteella lisäävän keinoja tarjota kriisihoitoa. Palautteessa nousi esiin, että opetusvideot tarjoavat keinoja auttaa kriisissä olevaa henkilöä selviytymään paremmin kriisistä. Palautteessa nousi esiin, että opetusvideot tarjoavat useita eri keinoja niin fyysisten kuin psyykkisten reaktioiden rauhoittamiseen varsinkin kriisin alkuvaiheessa. Palautteessa pohdittiin toisaalta, että opetusvideoiden keinot soveltuvat paremmin sairaalahoidossa olevien potilaiden tukemiseen kuin tapaamisiin, joiden jälkeen vakavasti sairastunut henkilö kotiutuu.

Palautteen perusteella opetusvideot soveltuvat hyvin sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten käytettäväksi. Palautteessa pohdittiin, että videoita voitaisiin esitellä osastotunneilla, jossa ammattilaisia olisi paikalla mahdollisimman paljon. Palautteessa pohdittiin, että opetusvideot voisivat olla osa alkuperehdytystä, kun tulee uuteen työpaikkaan. Palautteessa nousi esille, että jokaisen sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisen tulisi sisäistää videoiden sisältö, sillä se lisäisi uskallusta kohdata kriisissä oleva potilas ja mahdollisesti myös hänen omaisensa.

Palautteessa nousi esille erilaisia toimintaympäristöjä, joissa opetusvideoita voitaisiin hyödyntää sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten lisäksi. Palautteessa pohdittiin opetusvideoiden soveltuvan sairaanhoitajakouluun, jotta ymmärrys kriisityöstä lisääntyisi ja kriisityön merkitys kasvaisi ja jotta siitä tulisi rutiininomainen työtehtävä tulevaisuudessa. Palautteessa pohdittiin myös opetusvideoiden soveltuvuutta poliisin koulutuksessa sekä opettajien työkaluna, sillä hekin kohtaavat työssään henkilöitä, jotka voivat olla vakavasti sairastuneita ja sen vuoksi kriisiytyneitä ja kriisihoidon tarpeessa. Palautteessa pohdittiin myös, että videoista voisi olla hyötyä myös omalle, jotta he pystyisivät tukemaan kriisissä olevaa. Siksi videoita voisi levittää esimerkiksi sairaalan käytävillä julistein. Palautteessa nostettiin esille myös, että vakavasti sairastuneita kohtaavat esimerkiksi sairaalapastorit, jotka voisivat hyötyä opetusvideoista. Palautteessa pohdittiin myös opetusvideoiden hyötyä vertaisjohtamisessa, jos huomaa oman kollegan olevan kriisissä.

Opetusvideot saivat palautetta myös teknisestä laadusta. Palautteen perusteella opetusvideot ovat laadultaan erinomaisia ja puhenopeutta pidetään selkeänä ja hyvänä. Palautteen perusteella videoiden alussa oleva aiheen alustaminen lisää videoiden ymmärrettävyyttä. Viides opetusvideo sai kuitenkin palautetta, että se on liian pitkä, ja palautteessa pohdittiin, olisiko viidennen videon voinut jakaa vielä kahdeksi eri videoksi. Palautteen perusteella videoissa käytetyt tutkimuksien maininnat kirjallisena lisäävät opetusvideoiden luotettavuutta. Opetusvideoiden taustalla pyörivät diaesitykset saivat myös palautetta, ja niissä nähtiin olevan riittävä määrä tietoa, ilman että se veisi ylimääräistä huomiota.

Opetusvideot saivat myös kehitysehdotuksia. Palautteessa nousi esille, ettei videoissa käsitellä lainkaan tilannetta, jossa henkilö ei halua ottaa tietoa vastaan ollenkaan ja palautteessa pohdittiin, mitä tehdä silloin. Lisäksi toivottiin painotusta työntekijöiden kannustamiseen ja rohkeuden lisäämiseen, sillä niiden puutteen ajatellaan olevan työelämän kompastuskivi, joka estää kriisihoidon toteutumisen henkilön sairastuttua vakavasti. Palautteessa nousi esille myös toive, että videoiden lopussa olisi tiivistelmä, jossa olisi vielä kerrattu videolla käydyt asiat.

Palautteen perusteella opetusvideot onnistuvat suhteessa opinnäytetyön tarkoitukseen ja tavoitteeseen. Opetusvideot soveltuvat toimintaympäristön käytettäväksi, eli sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten käyttöön, mutta opetusvideoista voivat hyötyä palautteen mukaan myös eri ammattialojen edustajat sekä sosiaali- ja terveystieteiden opiskelijat.

12 Pohdinta

12.1 Eettisyys

Kehittämistyö toteutettiin noudattamalla hyvää tieteellistä käytäntöä ja seuraamalla tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeita. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeisiin kuuluu esimerkiksi aiempien tutkijoiden kunnioittaminen asianmukaisella viittauksella, rehellisyyden, huolellisuuden ja tarkkuuden noudattaminen koko tutkimuksen ajan, asianmukainen tiedostojen säilyttäminen sekä avoimuus ja vastuullisuus tuloksia julkaistaessa. (Hyvä tieteellinen käytäntö, 2023.)

Opinnäytetyössä erottuvat aiemmat tutkimukset selkeillä ja ohjeistuksen mukaisilla viittauksilla. Plagiointia vältettiin opinnäytetyössä täysin eikä lähdeluetteloja paisuteltu lähteillä, joita ei käytetty opinnäytetyössä. Opinnäytetyön videoiden linkit löytyvät ainoastaan opinnäytetyöstä, jotta videon katsojat pystyvät näkemään teoreettisen viitekehysten ja lähdemateriaalin, joita videoihin on käytetty. Opinnäytetyötä varten ei hankittu erillisiä tutkimuslupia, sillä opinnäytetyössä ei haastateltu potilaita eikä minkään organisaation työntekijöitä.

Kostamon ja muiden (2022) mukaan aineiston kokoaminen tulee tehdä vastuullisesti metodista riippumatta. Ennen mahdollisia haastatteluja tulee tuoda ilmi, miksi haastateltavien kokemuksia halutaan kerätä ja mihin niitä aiotaan hyödyntää, ja lisäksi hyvää tieteellistä käytäntöä tulee noudattaa koko aineiston kokoamisen ajan. (Kostamo, Airaksinen & Vilkkä, 2022.) Haastateltaville tuotiin ilmi ennen haastattelujen suorittamista opinnäytetyön tarkoitus sekä tavoite ja heille kerrottiin, että haastattelusta koottua materiaalia käytetään opetusvideosarjan kuvakäsikirjoitusten tekemiseen ja että palautetta, jota myöhemmin kerättiin, hyödynnetään kuvakäsikirjoitusten kehittämiseksi sekä opetusvideoiden arvioimiseksi.

Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu kerätyn aineiston asianmukainen käsittely sekä säilyttäminen (Hyvä tieteellinen käytäntö, 2023). Yksityishenkilöihin kohdistuneista haastatteluista tulleet materiaalit säilytettiin koko opinnäytetyöprosessin ajan niin, että ainoastaan opinnäytetyön tekijä pääsi niihin käsiksi. Haastatteluiden muistiinpanot säilytetään kehittämistyön tekijän salasanalla suojatulla henkilökohtaisella tietokoneella, johon pääsee käsiksi vain opinnäytetyön tekijä. Materiaalit ovat lisäksi salasanalla suojatussa kansiossa. Haastatteluihin osallistuminen perustui henkilöiden vapaaehtoisuuteen, ja heillä oli mahdollisuus keskeyttää kehittämistyöhön osallistuminen missä prosessin vaiheessa tahansa. Haastateltaville esitettiin etukäteen saatekirje, josta he pystyivät tarkistamaan opinnäytetyön haastatteluun liittyvät asiat, kuten suostumuksen osallistumiseen, tietojen käsittelyyn sekä haastatteluista poisjäämisen. Haastateltaville tuotiin ilmi, että heidän henkilötietojensa ei käsitellä eikä tuoda ilmi. Haastattelut on raportoitu mahdollisimman avoimesti ja tarkasti mutta kuitenkin niin, ettei haastatteluihin osallistuneita henkilöitä voida tunnistaa.

Vaikka vakava sairaus ja sen aiheuttama kriisi onkin aiheena eettisesti pohdituttava, sillä käsitellään mahdollisesti kuolemaan johtavien sairauksien hoitoon liittyvää aihetta, opinnäytetyöhön ei tehty eettistä ennakoarviointia. Opinnäytetyössä ei käsitellä potilaita, eikä opinnäytetyö kohdistu

ihmisiin eivätkä opetusvideot sisällä potilaita tai heidän kertomuksiaan, minkä vuoksi arvioitiin, ettei ennakoarviointia tarvinnut tehdä. Opinnäytetyön raportointiosiossa sekä opetusvideoissa pyrittiin raportoimaan vakavasti sairauksista ja hoidosta mahdollisimman kunnioittavasti.

12.2 Luotettavuus

Kehittämistutkimuksen luotettavuustarkastelu on Kanasen (2015) mukaan haasteellista. Luotettavuutta voidaan arvioida käytettyjen menetelmien kautta sekä arvioimalla prosessien vaiheita. (Kananen, 2015.) Tämän kehittämistyön luotettavuutta arvioitiin arvioimalla prosessin vaiheita, käytettyjä menetelmiä sekä arvioimalla opetusvideoiden luotettavuutta. Kostamon ja muiden (2022) mukaan toiminnallisessa opinnäytetyössä aiheella tulisi olla merkitystä omalle ammattialalle. Opinnäytetyön aihe nousi työelämän tarpeesta kehittää vakavasti sairastuneiden kriisin tunnistamista sekä kriisihoitoa. Tuoreet tutkimukset siitä, ettei psyykkisiä oireita tunnisteta sairaalahoidossa, tukevat aiheen valintaa. Aiheen valinta sai tukea myös haastatteluihin osallistuneilta henkilöiltä: he pitivät aihetta ajankohtaisena ja merkittävänä. Aiheesta ei ole tehty aiemmin kotimaisia tai englanninkielisiä opetusvideoita. Aiheen rajaus koskemaan vain vakavasti sairastuneisiin lisää työn luotettavuutta, sillä työ ei käsittele pelkkää kriisin tunnistamista ja kriisihoitoa. Aihetta ei kuitenkaan rajattu koskemaan jotain tiettyä vakavaa sairautta, sillä laajempi rajaus lisää opetusvideoiden käytettävyyttä ja levitettävyyttä. Opinnäytetyön ulkopuolelle on rajattu psyykkisesti sairastuneiden henkilöiden kriisi, sillä opinnäytetyö olisi paisunut silloin liian laajaksi yhdelle tekijälle, ja lisäksi psyykkisen sairauden aiheuttamaan kriisiin on olemassa omat hoitomallit.

Toiminnallisen opinnäytetyön luotettavuutta vahvistaa läpinäkyvä, täsmällinen ja johdonmukaisesti etenevä raportointi (Kostamo, Airaksinen & Vilka, 2022). Opinnäytetyön raportointiosa on kirjoitettu mahdollisimman tarkasti ja johdonmukaisesti, jotta lukijan on helppo havaita, miten erilaisiin tulkintoihin ja johtopäätöksiin on päädytty. Opinnäytetyössä tehdyt ratkaisut on kirjoitettu mahdollisimman läpinäkyvästi. Myös luotettavat ja ajantasaiset lähteet teoriaosiossa lisäävät työn luotettavuutta. Lähdemerkinnät on tehty mahdollisimman tarkasti ja läpinäkyvästi, jotta opinnäytetyön lukija voi tarvittaessa tarkistaa perustelujen todenperäisyyden. Perustelujen selkeys on Kostamon ja muiden (2022) mukaan osa toiminnallisen opinnäytetyön luotettavuuden arviointia.

Toiminnallisen opinnäytetyön luotettavuutta ja uskottavuutta lisää asiattyinen ja oikeakielisesti kirjoitettu raportti, jossa käytetään yleiskieltä ja neutraalia kirjoitustapaa. Vaikka toiminnallinen opinnäytetyö kirjoitetaan kehittämään omaa toiminta-alaa, vieraat sanat sekä termit tulee selittää lähteitä hyödyntäen. (Kostamo, Airaksinen & Vilkkä, 2022.) Opinnäytetyön raportointiosa on kirjoitettu mahdollisimman asiattyillisesti ja käytetyt termit on selitetty tutkimustietoa hyödyntäen. Opetusvideoihin on valittu tehokeinoksi enemmän puhutteleva ja värikkäämpi kieli, jotta opetusvideot olisivat mahdollisimman helposti lähestyttäviä. Opetusvideoissakin kuitenkin selitetään vieraat termit.

Toiminnallisen opinnäytetyön lähtökohta on usein ammattilaisten käytäntö, ja sen vuoksi ratkaisut löytyvät usein ammattilaisten käytännöstä. Toiminnallisessa opinnäytetyössä tuleekin valita menetelmä, jolla kerätä tietoa kehittämistyön tueksi. (Kostamo, Airaksinen & Vilkkä, 2022.) Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä, sillä haluttiin tehdä ammatillinen tuotos, joka palvelee sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia. Toiminnallinen opinnäytetyö mahdollisti tuotokseksi opetusvideot, joista tässä kehittämistyössä oltiin kiinnostuneita. Ammattilaisten käytäntöä kerättiin teemahaastatteluna, ja haastatteluista saatua tietoa hyödynnettiin opetusvideoiden kuvakäsikirjoitusten tekemisessä. Videosarjan luotettavuutta lisäävät haastattelut, joilla varmistettiin opetusvideoiden vastaavan sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten tarvetta. Haastatteluiden lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten tarvetta varmistettiin keräämällä palautetta kahdessa eri vaiheessa opetusvideoiden tekoa, millä varmistettiin se, että ammattilaisten ääni tulee varmasti kuuluviin. Haastatteluun sekä palautteen antamiseen osallistuivat kaikki henkilöt, joita opinnäytetyön tekijä oli pyytänyt haastateltavaksi. Vaikka kaikki kuusi pyydettyä henkilöä osallistuivat haastatteluun sekä palautteen antamiseen, opinnäytetyön luotettavuutta olisi lisännyt, jos haastateltavia olisi ollut enemmän.

Haastattelut on kirjoitettu mahdollisimman tarkasti auki. Palautteen antamiset ovat myös mahdollisimman tarkasti auki kirjoitettuja, ja ensimmäiseen palautekyselyyn on lisätty, miten palaute muutti lopullista tuotosta. Haastatteluja ei nauhoitettu sana sanalta, vaan opinnäytetyön tekijä kirjoitti muistiinpanot. Vaikka opinnäytetyön tekijä saikin melko tarkasti kirjoitettua kaiken, mitä haastatteluissa puhuttiin, nauhoittaminen ja litterointi olisivat lisänneet työn luotettavuutta. Kostamon ja muiden (2022) mukaan subjektiivisen tiedon suhteuttaminen muiden ihmisten kokemuksiin sekä aiempaan tutkimustietoon lisää luotettavuutta, sillä silloin tieto on enemmän kuin yhden

ihmisen kokemus asiasta. Tarkalla haastattelujen raportoinnilla myös havainnollistettiin lukijalle, miten haastattelujen pohjalta muodostettiin tulkintoja sekä teoriaan verraten tuloksia opetusvideoita varten. Haastattelujen tulokset ovat vahvistettavissa ajantasaisesta teorian tiedosta, mikä lisää työn sisällön luotettavuutta.

Opinnäytetyön tuotokseksi syntyi viisi opetusvideota. Opetusvideoita varten tehtiin kuvakäsikirjoitukset, jotka lisättiin opinnäytetyön liitteeksi. Kuvakäsikirjoitukset lisäävät työn luotettavuutta, sillä liitteistä lukija pystyy tarkistamaan, että videot ovat tarkkaan suunniteltuja eivätkä vain opinnäytetyön tekijän improvisaatiota. Opetusvideoiden tekoprosessi on tarkkaan kuvattu, mikä lisää työn luotettavuutta, ja videoihin on lisätty tieto, että ne pohjautuvat muuhunkin kuin tämänhetkiseen teorian tietoon aiheesta. Opetusvideoita varten lisättiin opinnäytetyöhön myös teoreettista tietoa opetusvideoista, jotta videoista saatiin mahdollisimman laadukkaita. Myös opetusvideoiden teoreettinen näkökulma on mahdollisimman tarkkaan raportoitu. Videoiden tekoon käytettiin runsaasti aikaa, jotta saatiin mahdollisimman laadukkaita videoita. Videoiden tekoon käytettiin apuna opinnäytetyön tekijän kontakteja, joilla on kokemusta videoiden kuvaamisesta sekä editoimisesta. Opetusvideoita varten kuvattiin yksi harjoitusvideo, jotta lopulliset videot olisivat mahdollisimman laadukkaita. Opetusvideoiden luotettavuutta ja laatua olisi lisännyt, jos harjoitusvideosta olisi pyydetty palautetta ja se olisi esitelty raportissa ja osoitettu, miten harjoitusvideosta muodostunut palaute auttoi kehittämään opetusvideoita. Nyt harjoitusvideon tekeminen jäi vain opinnäytetyön tekijän omaksi hyödyksi.

Opetusvideoiden arvioimiseksi pyydettiin niitä varten haastatelluilta henkilöiltä palautetta. Palaute on mahdollisimman tarkkaan kuvattuna, jotta perustelut opetusvideoiden arvioinnille ovat mahdollisimman selkeät. Työn luotettavuutta olisi lisännyt, jos arviointi olisi tehty haastatteluna, joka olisi toteutettu joko etätapaamisena tai kasvokkain tapahtuvana keskusteluna, jolloin vuoropuhelu olisi ollut mahdollista. Arviointiin saatiin kuitenkin paljon palautetta, joka sisälsi myös kehittämiskohteita, jotka on avoimesti raportoitu opinnäytetyön raportointiosiossa.

12.3 Opetusvideoiden tarkastelu ja jatkotutkimusehdotukset

Opetusvideoiden teossa hyödynnettiin tutkittua tietoa ihmisten oppimisesta, ja opetusvideoita varten valittiin Mayerin teoria eli multimediaoppimisen kognitiivinen teoria. Uuden asian opettamisen tulisikin perustua tutkimukseen perustuvaan teoriaan ihmisten oppimisesta sekä näyttöön

perustuvista periaatteista tehokkaasta opetuksen suunnittelusta (Mayer, 2010). Opetusvideoita varten tehtiin kuvakäsikirjoitukset, joista pyydettiin palautetta ennen opetusvideoiden kuvaamista. Krummin ja muiden (2022) mukaan kuvakäsikirjoitukset kuuluvat osaksi hyvää opetusvideota, sillä kuvakäsikirjoitus sujuvoittaa opetusvideoiden tekoa ja mahdollistaa myös palautteen pyytämisen, joten epäoleellinen voidaan poistaa opetusvideoista. Opetusvideoiden taustalla oleviin dioihin laitettiin ainoastaan ydinsanoja sekä yksinkertaisia kuvia tehostamaan oppimista. Ibrahimin (2012) mukaan epäolennaisen tiedon lisääminen voi heikentää sisällön ymmärtämistä opetusvideoissa.

Laadukkaassa opetusvideossa tulisi ottaa huomioon opetusvideon katsojan kognitiivinen kuormitus, opetukseen sitouttaminen sekä aktiivinen oppiminen (Bramen, 2016). Opetusvideoissa säilyy asiantuntijatyylillä, ja ajoittain opetusvideoissa on opettavainen tyyli. Opetusvideot sisältävät otsikoita, listattuja ydinsanoja sekä alleviivattuja sanoja, jotka tehostavat asiasisällön oppimista. Kognitiivista kuormitusta vähentävät tehosteet, kuten ydinsanat, tärkeiden asioiden alleviivaaminen sekä otsikoiden käyttö (Bramen, 2016; Mayer, 2010). Oppimiseen sitouttamisen kannalta opetusvideot tulisi jakaa lyhyihin osiin; paras tulos oppimisen kannalta saavutetaan opetusvideon ollessa alle kuuden minuutin mittainen (Bramen, 2016; Guo, Kim & Rubin, 2014). Vaikka teemoittelussa muodostui kolme pääteemaa, opetusvideot jaettiin viideksi videoksi, jotta ne olisivat mahdollisimman lyhyitä. Opetusvideoilla puheen tempo on melko nopea, mikä myös tekee videoista lyhyempiä. Videot ovat kuitenkin tarkoitettu sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille, joten he pystyvät ottamaan vastaan informaatiota, lähtökohtaisesti tutusta aiheesta, melko nopeassakin tahdissa. Sitouttamiseen vaikuttaa myös kertojan puheääni, sillä nopea puhuminen tekee energisemmän ja innostuneemman vaikutelman. Oppimiseen sitouttaa myös, jos kertojan kasvot näkyvät videoilla, sillä se luo opetusvideoon persoonallisuutta ja tekee videosta intiimimmän. (Bramen, 2016; Guo, Kim & Rubin, 2014). Opetusvideoissa näkyy koko ajan kertojan kasvot. Aktiivisuutta opetusvideoihin voidaan lisätä kuvaamalla yhdellä kameralla läheltä kasvoja, sillä se lisää tunnetta siitä, että kertoja puhuu asiaa juuri videon katsojalle, eikä esimerkiksi kokonaisuudelle luokkahuoneelle (Guo, Kim & Rubin, 2014). Opetusvideot ovat kuvattu kokonaan yhdellä kameralla, joka sijoitettiin hyvin lähelle opinnäytetyön tekijän kasvoja.

Opetusvideoilla opetetaan, miten vakava sairaus voi vaikuttaa kriisiin, ja toisaalta, miten kriisi voi vaikuttaa sairauden kulkuun. Opetusvideoilla käydään läpi stressivasteen kautta, miksi oireita syntyy vakavan sairauden aiheuttamassa kriisissä. Stressivasteen ymmärtämisen nähdään auttavan kohtaamaan kriisissä olevan niin, että kriisissä olevaa voidaan rauhoittaa ja vakauttaa (Pesonen & Räsänen, 2022). Opetusvideoilla annetaan konkreettisia esimerkkejä, millaisia oireita kriisi voi aiheuttaa kriisin eri vaiheissa, sekä esitellään tyypillisiä fyysisiä sekä psyykkisiä reaktioita kriisissä. Kriisin tunnistamiseksi on ymmärrettävä, millaisia oireita kriisi voi aiheuttaa, miten kriisi vaikuttaa henkilön lähipiiriin sekä mikä on aiheuttanut kriisin (Tripathi ym., 2023). Kriisihoidossa on tärkeää antaa psyykoedukaatiota kriisistä, eli sairastuneelle tietoa normaaleista reaktioista kriisissä sekä tietoa miten eri tavoilla mieli ja elimistö voi reagoida tilanteeseen (Haravuori, Marttunen & Ämmälä, 2019). Jacobsonin ja Åkerströmin (2015) tutkimuksessa todetaan kriisin vaihemallin olevan onnistunut keino kouluttaa kriisistä, mutta vaihemallia tulisi todella käyttää työssä, jotta malli olisi aidosti tehokas. Opetusvideoiden etuna opettamisessa pidetään, että videot voidaan laittaa tauolle tai niihin voidaan palata milloin vain (McKenny, 2011). Opetusvideosarja mahdollistaa siis sen, että kun unohtaa tyypillisiä oireita, videot voi katsoa uudelleen, jolloin myös kriisin tunnistaminen tehostuu. Opetusvideosarja tarjoaa siis keinoja kriisin tunnistamiseen sekä antaa faktatietoa kriisistä, jotta kriisi tunnistettaisiin ja oireisiin pystyttäisiin puuttumaan. Faktatiedon jakaminen kriisistä voi auttaa kriisissä olevaa henkilöä (Tripathi ym., 2023).

Opetusvideot opettavat myös, miten kriisi voi vaikuttaa psyykkiseen vointiin. Opetusvideolla esitellään tyypillisiä psyykkisiä oireita, joita kriisi voi aiheuttaa, sekä niihin annetaan myös keinoja puuttua. Tutkimuksien (Zetterberg ym., 2022; Aebi ym., 2021) mukaan kouluttamalla henkilökuntaa psyykkisten oireiden tunnistamista voidaan kehittää. Kouluttautumisen nähdään lisäävän ymmärrystä, joka lisää oireiden tunnistamista sekä asianmukaisen hoidon tarjoamista (Aebi ym., 2021). Idmanin (2013) mukaan oireiden varhainen tunnistaminen on oireiden ehkäiseminen lisäksi psyykkisen hoidon kulmakiviä. Opetusvideosarja mahdollistaa siis vakavan sairauden aiheuttamien psyykkisten oireiden tunnistamisen ja niihin puuttumisen kouluttamalla psyykkisistä oireista.

Zetterbergin ja muiden (2022) tutkimuksessa nostettiin esiin hoitajien huoli, että he omalla toiminnallaan ja sanoillaan voisivat pahentaa kriisioireilua. Opetusvideot vastaavatkin ammatilliseen tarpeeseen, sillä vaikka ei ole olemassa oikeita sanoja mitä sanoa kriisissä olevalle, voi sokkivaiheessa

oleva potilas muistaa lopunelämänsä tietyt sanat Saaren (2016) mukaan. Opetusvideoilla opetetaan kriisihoitoa antamalla esimerkkejä mitä eri kriisin vaiheissa voi tehdä sekä opetetaan, miten työntekijä voi kohdata kokonaisvaltaisemmin kriisissä olevan. Suomessa kriisihoito tulisi ajoittaa kriisin vaiheiden asettamien tarpeiden mukaisesti (Saari & Hynninen, 2010, s. 49). Waden ja muiden (2019) mukaan sairauden aiheuttamien kriisioireiden hoidossa käytetyt kognitiivis-behavioraaliset keinot ovat yhtä tehokkaita, vaikka niitä käyttäisikin hoitaja, jolla ei ole kokemusta mielenterveyshoitotyöstä. Tyrerin ja muiden (2014) mukaan kouluttamalla hoitohenkilökunnalle kognitiivis-behavioraalisia keinoja voidaan vähentää potilaan ahdistuneisuutta liittyen sairastumiseen. Wangin ja Guptan (2023) mukaan hoitotoimenpiteiden aikana voidaankin huomata kriisissä olevan oireet ja tarjota niissä hetkissä kriisihoitoa. Opetusvideoilla tarjotaan keinoja läsnäoloon, kriisissä olevan rauhoittamiseen sekä erilaisia keinoja haastatella kriisissä olevaa. Läsnäolo sekä rauhallinen kohtaaminen voivatkin vakauttaa kriisissä olevaa, vaikka kohtaaminen olisikin lyhyt (Hedrenius & Johansson, 2016). Tripathin ja muiden (2023) mukaan kriisihoitomalleja on erilaisia, vaikka niiden keinot ovat samankaltaisia: keinoja vakauttaa, olla läsnä sekä keinoja haastatella. Opetusvideoilla annetaan keinoja myös läheisten hoitoon mukaan ottamiseen. Rönkkö-Kuivalaisen ja Hietasen (2023) mukaan läheisten hoitoon mukaan ottaminen auttaa toisaalta sairastunutta ja hänen läheisiään, mutta myös läheisiltä voidaan saada hoidon kannalta arvokasta tietoa. Opetusvideoilla esitellään myös kaksi erilaista kriisihoitomallia sekä annetaan esimerkkejä Keski-Suomen hyvinvointialueen kautta, minne kriisissä olevan voi ohjata saamaan kriisihoitoa tai vertaistukea. Henrikssonin ja muiden (2023a) mukaan päivystyksessä työskentelevien työntekijöiden tulisi tietää oman alueensa kriisipalveluiden yhteystiedot, jotta nopea avun saaminen mahdollistuu. Sharrockin ja muiden (2022) tutkimuksessa nousi esille, että konsultoiminen kriisissä olevan hoidosta auttaa potilaan lisäksi myös hoitohenkilökuntaa ja lisää sen jäsenten luottamusta omaan toimintaansa. Opetusvideot voivatkin lisätä videon katsojien luottamusta omaan toimintaan kriisihoidossa.

Opetusvideosarjan videoita voidaan hyödyntää osaksi omaa ammatillista kasvua oikeastaan missä vain sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten toimintaympäristössä, jossa kohdataan vakavasti sairastuneita henkilöitä. Videoita voidaan hyödyntää kriisin tunnistamisen apuna tai jos tarvitaan keinoja kohdata tai hoitaa vakavasti sairastunutta. Videoita voi hyödyntää myös muiden ammattiryhmien henkilöt, jotka kohtaavat työssään vakavasti sairastuneita. Myös sosiaali- ja terveysalan opiskelijat voivat hyötyä opetusvideosarjasta. Opetusvideosarjan videoita voidaan hyödyntää myös yleisesti kriisin tunnistamiseen sekä kriisihoitoon. Opetusvideosarja julkaistiin YouTubeen

piilotettuina videoina, joten jokainen, joka lukee opinnäytetyön tai jolla on linkki videoihin, voi katsoa ne. Opetusvideosarja voidaan siis jakaa helposti opinnäytetyön tekijän omalla työpaikalla laittamalla opetusvideoiden linkit jakoon työpaikan intran kautta. Tällöin jokainen työntekijä, joka etsii intrasta tietoa kriisistä voi löytää videot ja katsoa ne. Opetusvideosarjaa voidaan jakaa myös ympäri Suomea, eli opetusvideot ovat mahdollisimman levitettävissä.

Opetusvideot vastaavat siis sisällöltään aiempaa teoriatietoa kriisistä ja kriisihoidosta, lisäksi niiden tekotapa pohjautuu tutkimukseen perustuvaan teoriaan ihmisten oppimisesta. Opetusvideot arviointiin opinnäytetyön tarkoituksen, tavoitteen ja opetusvideoiden soveltuvuuden kannalta erilaisiin toimintaympäristöihin. Opetusvideot antavat paljon tietoa kriisin tunnistamisesta sekä erilaisia keinoja kriisin hoitamiseen. Ajantasainen tutkimustieto ja haastatteluissa sekä palautteissa nousut tieto vahvistavat, että opetusvideoihin koottu tieto mahdollistaa kriisin tunnistamisen ja kriisihoidon tarjoamisen sekä vastaavat ammattilaisten tarvetta. Kriisin tunnistaminen mahdollistaa sen, että hoitohenkilökunta voi auttaa kriisissä olevaa henkilöä selviytymään paremmin. Lisäksi opetusvideoissa tarjotaan esimerkkejä Keski-Suomen hyvinvointialueen kautta, minne yksiköihin henkilö voidaan ohjata tarvittaessa kriisihoitoon. Opetusvideot mahdollistavat ammatillisen kehittymisen ja vakavasti sairastuneen henkilön kokonaisvaltaisemman hoidon toteuttamisen. Opetusvideot onnistuivat siis opinnäytetyön tarkoituksen ja tavoitteen näkökulmista sekä soveltuvat opinnäytetyön tarkoitettuun toimintaympäristöön sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten käytettäväksi. Opetusvideot voivat soveltua myös muihin toimintaympäristöihin.

Opetusvideot olisi voitu kohdistaa myös johonkin tiettyyn organisaatioon tai esimerkiksi tietylle osastolle, jotta etukäteen olisi voitu kartoittaa juuri tietyn osaston tiedon tarve ja senhetkinen osaamisen taso. Jatkotutkimusehdotuksena on sen vuoksi valmiiden opetusvideoiden kohdentaminen johonkin tiettyyn osastoon ja tutkimus siitä, oliko opetusvideoilla vaikutusta asenteisiin, kriisin tunnistamiseen ja rohkeuteen toteuttaa kriisihoitoa vakavasti sairastuneiden kanssa.

Lähteet

Aebi, N J., Caviezel, S., Schaefert, R., Meinschmidt, G., Schwenkglenks, M., Fink, G., Riedo, L., Leyhe, T., & Wyss, K. (2021). A qualitative study to investigate Swiss hospital personnel's perceived importance of and experiences with patient's mental-somatic multimorbidities. *BMC Psychiatry*, *21*, 349. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03353-5>. Viitattu 20.10.2023.

Algorani, E B., & Gupta, V. (2023). Coping mechanism. *StatPearls*. Viitattu 29.2.2024.

Angelone, S. (2021). Storyboardgraphy. *Visual Studies*, *36*(4-5), 421–425. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/1472586X.2021.1889401>. Viitattu 27.11.2023.

Askari Hosseini, S. M., Arab, M., Karzari, Z., & Razban, F. (2021). Post-traumatic stress disorder in critical illness survivors and its relation to memories of ICU. *Nursing in Critical Care*, *26*(2), 102–108. <https://doi.org/10.1111/nicc.12532>. Viitattu 5.4.2023.

Barrett, D., & Twycross, A. (2018). Data collection in qualitative research. *Evidence-based Nursing*, *21*(3), 63–64. <https://doi.org/10.1136/eb-2018-102939>. Viitattu 3.1.2023.

Brady, A M., Deighton, J., & Stansfeld, S. (2017). Psychiatric outcomes associated with chronic illness in adolescence: A systematic review. *Journal of Adolescence*, *59*, 112–123. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2017.05.014>. Viitattu 6.11.2023.

Brame, C. J. (2016). Effective Educational Videos: Principles and Guidelines for Maximizing Student Learning from Video Content. *CBE—Life Sciences Education*, *15*(4). <https://doi.org/10.1187/cbe.16-03-0125>. Viitattu 27.4.2023.

Braunschneider, L-E., Seiderer, J., Loeper, S., Löwe, B., & Kohlmann, S. (2023). Nurses' experiences of a screening and associated psychosomatic consultation service for mental comorbidities in somatic care inpatients – a qualitative study. *Frontiers in Psychiatry*, *14*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1148142>. Viitattu 20.10.2023.

Chen, S., Sun, H., Zhang, M., Wang, J., Song, Y., Zhao, C., Zhou, L., Sun, Y., Lin, Q., Song, C., Gu, Y., & Wang, S. (2022). Study on Psychological Stress Response and Intervention Countermeasures of Exposed Population under Sudden Public Health Crisis. *BioMed Research International*. <https://doi.org/10.1155/2022/3411960>. Viitattu 5.4.2023

Clerkin, R., Patton, D., Moore, Z., Nugent, L., Avsar, P., & O'Connor, T. (2022). What is the impact of video as a teaching method on achieving psychomotor skills in nursing? A systematic review and meta-analysis. *Nurse Education Today*, *111*. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105280>. Viitattu 22.6.2023.

Cohen, S., Janicki-Deverts, D., & Miller, G. E. (2007). Psychological Stress and Disease. *the Journal of the American Medical Association*, *298*(14), 1685–1687. <https://doi.org/10.1001/jama.298.14.1685>. Viitattu 1.2.2023.

Cohen, S., Murphy, M. L., & Prather, A. A. (2019). Ten Surprising Facts About Stressful Life Events and Disease Risk. *Annual Review of Psychology*, 70(1), 577–597. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010418-102857>. Viitattu 1.2.2023.

Drescher, J. (2022). What Are Dissociative Disorders?. *American Psychiatric Association*. <https://www.psychiatry.org/patients-families/dissociative-disorders/what-are-dissociative-disorders>. Viitattu 25.9.2023.

Eerola, H. (2024). Elämäntilanteeseen liittyvät reaktiiviset häiriöt, sopeutumishäiriöt. *Lääkärikirja Duodecim*. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00367>. Viitattu 25.4.2024.

Figuroa, R. A., Cortés, P. F., Marín, H., Vergés, A., Gillibrand, R., & Repetto, P. (2022). The ABCDE psychological first aid intervention decreases early PTSD symptoms but does not prevent it: Results of a randomized-controlled trial. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2022.2031829>. Viitattu 15.4.2023.

Gause, G., Mokgaola, I O., & Rakhudu, M A. (2022). Technology usage for teaching and learning in nursing education: An integrative review. *Curationis*, 45(1), 1–9. <https://doi.org/10.4102/curationis.v45i1.2261>. Viitattu 27.4.2023.

Ghanei Gheshlagh, R., Sayehmiri, K., Ebadi, A., Dalvandi, A., Dalvand, S., & Nourozi Tabrizi, K. (2016). Resilience of Patients with Chronic Physical Diseases: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 18(7), e38562. <https://doi.org/10.5812/ircmj.38562>. Viitattu 6.11.2023.

Graham-Wisener, L., Dempster, M., Sadler, A., McCann, L., & McCorry, N. K. (2021). Validation of the Distress Thermometer in patients with advanced cancer receiving specialist palliative care in a hospice setting. *Palliative medicine*, 35(1), 120–129. <https://doi.org/10.1177/0269216320954339>. Viitattu 8.4.2024.

Guo, P. J., Kim, J., & Rubin, R. (2014). How video production affects student engagement: An empirical study of MOOC videos. *ResearchGate*. https://www.researchgate.net/publication/262393281_How_video_production_affects_student_engagement_An_empirical_study_of_MOOC_videos. Viitattu 27.4.2023.

Haravuori, H., Marttunen, M., & Ämmälä, A-J. (2019). Yleissairaalapsykiatrinen kriisityö sairaloissa. *Duodecim Oppiportti*. <https://www.oppiportti.fi/>. Viitattu 24.4.2024.

Hedrenius, S., & Johansson, S. (2016). Kriisituki: *Ensiapua onnettomuuksien, katastrofien ja järkyttävien tapahtumien käsittelyyn*. Tietosanoma.

Hermosilla, S., Forthal, S., Sadowska, K., Magill, E. B., Watson, P., & Pike, K. M. (2023). We need to build the evidence: A systematic review of psychological first aid on mental health and well-being. *Journal of Traumatic Stress*, 36(1), 5–16. <https://doi.org/10.1002/jts.22888>. Viitattu 2.5.2023.

Henriksson, M., Haravuori, H., & Lönnqvist, J. (2023a). Psykkiset kriisit. *Duodecim Oppiportti*. <https://www.oppiportti.fi/>. Viitattu 24.4.2024.

Henriksson, M., Haravuori, H., & Lönnqvist, J. (2023b). Sopeutumishäiriöt. *Duodecim Oppiportti*. <https://www.oppiportti.fi/>. Viitattu 24.4.2024.

Holloway, I. (2017). *Qualitative research in nursing and healthcare* (Fourth edition.). Wiley Blackwell.

Holmberg, M., Hammarbäck, S., & Andersson, H. (2020). Registered nurses' experiences of assessing patients with mental illness in emergency care: A qualitative descriptive study. *Nordic Journal of Nursing Research*, 40(3), 151–161. <https://doi.org/10.1177/2057158520941753>. Viitattu 6.11.2023.

Huttunen, M. (2018a). Akuutti stressireaktio. *Lääkärikirja Duodecim*. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00191/akuutti-stressireaktio>. Viitattu 6.9.2023.

Huttunen, M. (2018b). Traumaperäinen stressihäiriö. *Lääkärikirja Duodecim*. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00526/traumaperainen-stressihairio>. Viitattu 6.9.2023.

Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. (2023). *Tutkimuseettinen neuvottelukunta*. https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje_2023.pdf. Viitattu 31.7.2023.

Ibrahim, M. (2012). Implications of Designing Instructional Video Using Cognitive Theory of Multimedia Learning. *Critical Questions in Education*, 3(2). https://orc.library.atu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1046&context=faculty_pub_curr. Viitattu 11.2.2024.

Idman, I. (2022). Vakavasti sairaan psykososiaalinen tuki. S. Halme (Toim.), *Mielenterveystalo: Ammattilaisille, Hoito-oppaat*. Viitattu 21.8.2023. <https://www.mielenterveystalo.fi>.

Idman, I. (2015). Psykososiaalinen tuki ja psyykkisten oireiden hoito syöpäpotilailla. *Duodecim Oppiportti*. <https://www.oppiportti.fi/>. Viitattu 24.4.2024.

Idman, I. (2013). Syöpäpotilaan psyykkisten oireiden hoito palliatiivisessa vaiheessa. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*, 129(4), 403–409. <https://www.duodecimlehti.fi/duo10809>. Viitattu 4.4.2024.

Jacobsson, K., & Åkerström, M. (2015). The Crisis Model: A socially useful psychologism. *Qualitative Sociology Review*, 11(2), 232–245. <https://doi.org/10.18778/1733-8077.11.2.15>. Viitattu 11.4.2023.

Kaplan, A., Özdemir, C., & Kaplan, Ö. (2023). The Effect of the Flipped Classroom Model on Teaching Clinical Practice Skills. *Journal of Emergency Nursing*, 49(1), 124–133. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2022.09.005>. Viitattu 27.4.2023.

Kelley, A S. (2018). Identifying the Population with Serious Illness: The “Denominator” Challenge. *Journal of Palliative Medicine*, 1(21), 7–16. <https://doi.org/10.1089/jpm.2017.0548>. Viitattu 11.4.2023.

- Kohler, S., & Dietrich, T C. (2021). Potentials and Limitations of Educational Videos on YouTube for Science Communication. *Frontiers in Communication* (6).
<https://doi.org/10.3389/fcomm.2021.581302>. Viitattu 6.9.2023.
- Kostamo, P., Airaksinen, T., & Vilkkä, H. (2022). *Kirjoita itsesi asiantuntijaksi: Opas toiminnalliseen opinnäytetyöhön*. Art House.
- Krumm, I R., Miles, M C., Clay, A., Carlos II, W G., & Adamson, R. (2022). Making Effective Educational Videos for Clinical Teaching. *Chest*, 161(3), 764–772.
<https://doi.org/10.1016/j.chest.2021.09.015>. Viitattu 11.2.2024.
- Lauerma, H. 2002. Dissosiaatiohäiriöt ja niiden hoito. Katsaus. *Duodecim*, 118, 2199–2205.
<https://www.kaypahoito.fi/xmedia/duo/duo93238.pdf>. Viitattu 25.9.2023.
- Liira, H., Virrantaus, H., & Sainio, M. (2023). Pitkittyneiden kehollisten oireiden hoito – mitä uutta?. *Suomen Lääkärilehti*, 78(49–50), 2019–2022, e38570. www.laakarilehti.fi/e38570. Viitattu 16.2.2024.
- Mayer, R E. (2010). Applying the science of learning to medical education. *Medical Education*, 44(6), 543–549. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2010.03624.x>. Viitattu 11.2.2024.
- Mckenny, K. (2011). Using an online video to teach nursing skills. *Teaching and Learning in Nursing*, 6(4), 172–175. <https://doi.org/10.1016/j.teln.2011.04.003>. Viitattu 27.4.2023.
- Murphy, S., Irving, C B., Adams, C E., & Driver, R. (2012). Crisis intervention for people with severe mental illnesses. *Cochrane Database Syst Rev*, 16(5).
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD001087.pub5>. Viitattu 10.9.2023.
- Natarajan, J., Joseph, M A., Al Shibli, Z S., Al Hajji, S S., Al Hanawi, D K., Al Kharusi, A N., & Al Maqbali, I M. (2022). Effectiveness of an Interactive Educational Video on Knowledge, Skill and Satisfaction of Nursing Students. *Sultan Qaboos University Medical Journal*, 22(4), 546–553.
<https://doi.org/10.18295/squmj.2.2022.013>. Viitattu 27.4.2023.
- Penberthy, J. K., Russell, G., Phillips, J., Banaji, M., Mann, N., & Dameron, E. (2022). Medical Stress and Fear of Death and Dying in a Medical Patient Population. *Omega - Journal of Death and Dying*, 86(1), 255–270. <https://doi.org/10.1177/0030222820966926>. Viitattu 1.2.2023.
- Pesonen, T., & Räsänen, S. (2022). Elimistön reaktiot psyykkiseen stressiin. *Duodecim Oppiportti*.
<https://www.oppiportti.fi/>. Viitattu 24.4.2024.
- Pesonen, T. (2011). Kriisihoidot somaattisen sairauden yhteydessä. *Suomen Lääkärilehti*.
<https://docplayer.fi/6104257-Kriisihoidot-somaattisen-sairauden-yhteydessa.html>. Viitattu 1.2.2023.
- Pietikäinen, A. (2017). *Joustava mieli tukena elämänsä kriiseissä* (1. painos.). Duodecim.

Pols, A., Schipper, K., Overkamp, D., van Dijk, S., Bosman, J., van Marwijk, H., Adriaanse, M., & van Tulder, M. (2017). Process evaluation of a stepped-care program to prevent depression in primary care: patients' and practise nurses' experiences. *BMC Primary Care*, 18(26), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12875-017-0583-7>. Viitattu 13.6.2023.

Poole, R., & Higgs, R. P. (2017). Interviewing Families and Other Informants. In R. Poole, & P. Higgs (Eds.), *Psychiatric Interviewing and Assessment*, pp. 131. <https://www.cambridge.org/core/books/psychiatric-interviewing-and-assessment/310BAB3C10C7F9811BFB078E6B628293>. Viitattu 16.2.2024.

Pulkkinen, S., & Vesanen, P. (2017). Jälkipuinti. *Sairaanhoitajan käsikirja. Terveysportti*. https://www.terveysportti.fi/dtk/shk/avaa?p_artikkeli=shk03430&p_haku=j%C3%A4lkipuinti. Viitattu 25.9.2023.

Rovasalo, A. (2021). Dissosiaatiohäiriöt. *Lääkärikirja Duodecim*. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00360/dissosiaatiohairiot>. Viitattu 25.9.2023.

Rönkkö-Kuivalainen, T., & Hietanen, P. (2023). Syöpäpotilaan perheen ja läheisten psykososiaalinen tuki. *Duodecim Oppiportti*. <https://www.oppiportti.fi/>. Viitattu 24.4.2024.

Saari, S., & Hynninen, T. (2010). Kuvaus Suomessa tehtävästä psykologisesta auttamisesta akuuteissa kriiseissä ja traumaattisissa tilanteissa. Teoksessa *Psykologinen työ akuuteissa kriiseissä – suositus hyvistä käytännöistä* (s. 43–50). Suomen psykologiliiton ja Suomen psykologisen seuran tieteellinen neuvottelukunta. https://www.psyli.fi/wp-content/uploads/2020/08/Kriisityo_suositus_2010.pdf. Viitattu 25.9.2023.

Saari, S. (2009). *Hädän hetkellä: Psykkisen ensiavun opas*. Duodecim.

Saari, S. (2016). Miten kriisityön menetelmät ovat kehittyneet? Mitä se on nyt? *Dia esitys- kriisityön päiviltä*. <https://stm.fi/documents/1271139/2278526/Saari+Salli.pdf>. Viitattu 18.9.2023.

Safavi, M., Oladrostam, N., Fesharaki, M., & Fatahi, Y. (2016). An Investigation of the Relationship between Spiritual Health and Depression, Anxiety, and Stress in Patients with Heart Failure. *Health, Spirituality and Medical Ethics*, 3(2), 2–8. <https://www.ebsco.com/>, CINAHL ultimate. Viitattu 31.7.2023.

Sharrock, J., Happell, B., & Jeong, S Y-S. (2022). The impact of Mental Health Nurse Consultants on the care of general hospital patients experiencing concurrent mental health conditions: An integrative literature review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 31(4), 772–795. <https://doi.org/10.1111/inm.12994>. Viitattu 21.2.2023.

Shih, C., & Pai, H. (2023). Factors Affecting the Relationship Between Stress and Anxiety in Critically Ill Patients: A Partial Least Squares Structural Equation Modeling Approach. *Clinical Nursing Research*, 32(2), 366–374. <https://doi.org/10.1177/10547738211062346>. Viitattu 5.4.2023.

Shultz, J. M., & Forbes, D. (2014). Psychological First Aid: Rapid proliferation and the search for evidence. *Disaster Health*, 2(1), 3–12. <https://doi.org/10.4161/dish.26006>. Viitattu 18.4.2023.

Skitsofrenia. (2022). Käypä hoito -suositus. *Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä*. Julkaistu 10.05.2022. <https://www.kaypahoito.fi/hoi35050>. Viitattu 10.9.2023.

Smith, H R. (2015). Depression in cancer patients: Pathogenesis, implications and treatment (Review). *Oncology Letters*, 9(4), 1509–1514. <https://doi.org/10.3892/ol.2015.2944>. Viitattu 7.11.2023.

Sosiaali- ja terveysministeriö. (2019). Äkillisten traumaattisten tilanteiden psykososiaalisen tuen kehittämisentyöryhmän loppuraportti. *Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita*, 46. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/>. Viitattu 18.9.2023.

Stenberg, J., & Stenberg, J-H. (N.d.) Miten tästä eteenpäin? Potilaalle. https://www.sanofi.fi/dam/jcr:d504aac8-3314-4f2d-977e-4c6921f61b70/Sanofi_Genzyme_Vakavan_sairauden_sopeutumisopas_potilaalle.pdf. Viitattu 15.1.2023.

Takashima, N., Yosihno, Y., & Sakaki, K. (2019). Quantitative and qualitative investigation of the stress experiences of intensive care unit patients mechanically ventilated for more than 12 hr. *Japan Journal of Nursing Science*, 16(4), 468–480. <https://doi.org/10.1111/jjns.12253>. Viitattu 5.4.2023.

Tanzer, Ö., Hästbacka, J., Pikkupeura, J., Laukkala, T., & Vataja, R. (2023). Tunnistatko tehohoidon jälkeiset psyykkiset oireet? *Suomen Lääkärilehti*, 78. Viitattu 20.4.2023.

Traumaattisten tilanteiden psykososiaalinen tuki ja palvelut. (2009). Opas kunnille ja kuntayhtymille. *Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja*, 16. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/72736>. Viitattu 15.4.2023.

Tripathi, A., Brahma, A., Malhotra, S., & Akula, V. (2023). Clinical Practice Guidelines for Assessment and Management of Patients Presenting with Psychosocial Crisis. *Indian Journal of Psychiatry*, 65(2), 212–220. https://doi.org/10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_485_22. Viitattu 8.2.2024.

Tuomi, J., & Sarajärvi, A. (2018). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi* (Uudistettu laitos.). Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tyrer, P., Cooper, S., Salkovskis, P., Tyrer, H., Crawford, M., Byford, S., Dupont, S., Finnis, S., Green, J., McLaren, E., Murphy, D., Reid, S., Smith, G., Wang, D., Warwick, H., Petkova, H., & Barrett, B. (2014). Clinical and cost-effectiveness of cognitive behaviour therapy for health anxiety in medical patients: a multicentre randomised controlled trial. *The Lancet*, 383(9913), 219–225. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61905-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61905-4). Viitattu 5.4.2024.

Tyrrell, P., Harberger, S., School, C., & Siddiqui, W. (2023). Kubler-Ross Stages of Dying and Subsequent Models of Grief. *StatPearls*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507885/>. Viitattu 6.9.2023.

- Vainikainen, M.-P. (2010). Kuvaus Suomessa tehtävästä psykologisesta auttamisesta akuuteissa kriiseissä ja traumaattisissa tilanteissa. Teoksessa *Psykologinen työ akuuteissa kriiseissä – suositukset hyivistä käytännöistä* (s. 51–68). Suomen psykologiliiton ja Suomen psykologisen seuran tieteellinen neuvottelukunta. https://www.psyli.fi/wp-content/uploads/2020/08/Kriisityo_suositus_2010.pdf. Viitattu 25.9.2023.
- Vakhtin, D. (2023). The art of storyboarding: Enhancing script breakdown and pre-production in filmmaking. *FILMUSTAGE*. <https://filmustage.com/blog/the-art-of-storyboarding-enhancing-script-breakdown-and-pre-production-in-filmmaking/>. Viitattu 27.11.2023.
- Vinther-Larsen, L., & Wiedermann, N. (2018). A Guide to Psychological First Aid for Red Cross and Red Crescent Societies. *IFRC Reference Centre for Psychosocial Support*. Copenhagen: 2018. <https://pscentre.org/>. Viitattu 2.3.2023.
- Vähätalo, R., & Karukivi, M. (2019). Nuorten pitkäaikaissairauksilla monia yhteyksiä psyykkiseen hyvinvointiin. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*, 135(10), 918–924. <https://www.duodecimlehti.fi/duo14925>. Viitattu 6.11.2023.
- Wade, D. M., Mouncey, P. R., Richards-Belle, A., Wulff, J., Harrison, D. A., Sadique, M. Z., Grieve, R. D., Emerson, L. M., Mason, A. J., Aaronovitch, D., Als, N., Brewin, C. R., Harvey, S. E., Howell, D. C. J., Hudson, N., Mythen, M. G., Smyth, D., Weinman, J., Welch, J., Whitman, C., ... Rowan, K. M. (2019). Effect of a Nurse-Led Preventive Psychological Intervention on Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder Among Critically Ill Patients. *Journal of the American Medical Association*, 321(7), 665–675. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6439605/>. Viitattu 16.2.2024.
- Wahlbeck, K. (2020). Traumaperäisen stressihäiriön ehkäisy. *Duodecim Käypä hoito - Näytönastekatsaus*. <https://www.kaypahoito.fi/nak06920#R1>. Viitattu 2.10.2023.
- Wang, D. & Gupta, V. (2023). Crisis intervention. *StatPearls*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559081/>. Viitattu 16.2.2024.
- Warlan, H., & Howland, L. (2015). Posttraumatic stress syndrome associated with stays in the intensive care unit: Importance of nurses' involvement. *Critical Care Nurse*, 35(3), 44–52. <https://doi.org/10.4037/ccn2015758>. Viitattu 10.4.2023.
- Widera, E., Anderson W G., Santhosh, L., McKee, K Y., Smith, A K., & Frank, J. (2020). Family Meetings on Behalf of Patients with Serious Illness. *The New England Journal of Medicine*, 383(71). <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMvcm1913056>. Viitattu 16.2.2024.
- Zetterberg, J., Visti, E., Holmberg, M., Andersson, H. & Aléx, J. (2022). Nurses' experiences of encountering patients with mental illness in prehospital emergency care – a qualitative interview study. *BMC Nursing*, 21(89). <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00868-4>. Viitattu 6.11.2023.

Liitteet

Liite 1. Systemaattinen tiedonhaku

Haku-kone	Hakusanat	Kriteerit/rajaukset	Tulokset	Otsikon perusteella valitut	Abstraktin perusteella valitut	Koko tekstin perusteella valitut
CINALH Ultimate	serious illness OR serious diseases OR serious diseasedness) AND (crisis intervention or crisis management or crisis planning) NOT (covid-19 or coronavirus or 2019-ncov or sars-cov-2 or cov-19	2010-2022	27	2	1	1
CINALH Ultimate	(serious illness OR serious diseases OR serious diseasedness OR critically ill OR medically ill) AND (Crisis OR Crises OR Stress) NOT (covid-19 or coronavirus or 2019-ncov or sars-cov-2 or cov-19)	Full text. 2015-2023. English	386	17	10	4
Cochrane Library	serious illness OR serious diseases OR serious diseasedness OR critically ill in Title Abstract Keyword AND support OR support intervention(s) OR support method(s) OR psychosocial support OR mental health support in Title Abstract Keyword NOT covid-19 in Title Abstract Keyword NOT Pain crises in Title Abstract Keyword	2015-2023	354	1	1	0
Medline	serious illness OR serious diseases OR serious diseasedness OR critically ill OR medically ill) AND (Crisis intervention OR crisis management OR crisis planning) AND (psychosocial support or psychological intervention or emotional support)	2010-2023	5	2	2	1
Medic	vakava sairaus OR sairastuminen OR sairaus AND kriisi OR psyykinen kriisi OR sairastumisen kriisi AND kriisituki OR psyykinen tuki OR henkinen ensiapu	2018–2023. Asiasanojen synonyymit käytössä.	244	6	2	1

		vain koko- tekstit				
PubMed	((Crisis OR crisis of serious illness) AND (crisis intervention OR crisis planning OR crisis management)) AND (Psychological First Aid)	2015- 2023. Full text	6	3	2	1
PubMed	((stages of crisis) AND (serious illness OR serious diseases OR serious diseasedness OR critically ill OR medically ill))	2015- 2023	7	1	1	1
ProQuest	(noft(serious illness OR serious diseases OR serious diseasedness OR critically ill OR medically ill) AND noft(Crisis OR Crises OR Stress) AND noft(Crisis intervention OR crisis management OR crisis planning)) NOT noft(covid-19 OR coronavirus OR 2019-ncov OR sars-cov-2 OR cov-19 OR coronavirus) NOT noft(psychotic disorders OR mental illness)	2010- 2023, peer re- viewed	241	7	3	1
JBI Com- plete	(crisis of serious illness)	2010- 2023. Sub- ject area Nodes: Mental Health	139	5	4	3

Liite 2. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Tutkimus käsittelee vakavaa sairastumista ja kriisiä	Ei käsittele vakavaa sairautta tai kriisiä
Englanninkielinen tai suomenkielinen	Käsittelee psyykkisen sairauden aiheuttamaa kriisiä
2010–2023 välisenä aikana julkaistu	Käsittelee läheisten kokemuksia ja kriisiä
Tutkimus käsittelee vakavan sairauden hoitoa ja psyykkisiä oireita, joita vakava sairaus on aiheuttanut	
Tutkimus käsittelee tehohoitoa ja tehohoidossa olemisesta johtuvaa kriisiä	
Käsittelee kriisinhoitoa	

Liite 3. Toistettu systemaattinen tiedonhaku

Haku-kone	Hakusanat	Kriteerit/rajaukset	Tulokset	Otsikon perusteella valitut	Abstraktin perusteella valitut	Koko tekstin perusteella valitut
CINALH Ultimate	serious illness OR serious diseases OR serious diseasedness OR critically ill OR medically ill) AND (Crisis OR Crises OR Stress) NOT (covid-19 or coronavirus or 2019-ncov or sars-cov-2 or cov-19)	2015-2024. Full text. English	419	19	10	4
CINALH Ultimate	(serious illness OR serious diseases OR serious diseasedness OR critically ill OR medically ill) AND (Crisis OR Crises OR Stress) NOT (covid-19 or coronavirus or 2019-ncov or sars-cov-2 or cov-19)	Full text. 2015-2024. English	375	3	2	0
Medline	serious illness OR serious diseases OR serious diseasedness OR critically ill OR medically ill) AND (Crisis intervention OR crisis management OR crisis planning) AND (psychosocial support or psychological intervention or emotional support)	2010-2023	5	2	2	1

Medic	vakava sairaus OR sairastuminen OR sairaus AND Kriisi OR psyykkinen kriisi OR sairastumisen kriisi AND tuki OR tukitoimet OR psyykinen tuki OR henkinen ensiapu	2018-2024. Asiasanojen synonyymit käytössä	318	6	3	2
PubMed	((serious ill OR critically ill) AND (crisis OR crises OR stress)) AND (crisis intervention OR crisis planning OR psychological first aid OR psychological interventions)	2015-2024	66	10	4	1
ProQuest	(noft(serious ill OR critically ill) AND noft(crisis OR crises) NOT noft(crisis intervention OR crisis planning OR psychological first aid OR psychological interventions)) NOT (covid-19 OR coronavirus OR 2019-ncov OR sars-cov-2 OR cov-19 OR coronavirus)	2015-2024	216	5	2	1
JBI Complete	(crisis of serious illness)	2015-2024. Subject area Nodes: Mental Health	103	6	2	0

Liite 4. Saatekirje

Olen Jyväskylän ylemmän ammattikorkeakoulun opiskelija Juuso Soikkeli. Teen toiminnallista opinnäytetyötä vakavasti sairastuneen henkilön tuki kriisissä. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää opetusvideoita sosiaali- ja terveyshuollon ammattilaisille, siitä miten ammattilainen voi työssään tunnistaa ja hoitaa vakavasti sairastunutta henkilö, joka käy läpi mahdollista kriisiä. Tavoitteena on vahvistaa ammattilaisten osaamista vakavan sairastumisen aiheuttamasta mahdollisesta kriisistä, lisäämällä heidän tietoisuuttaan vakavan sairastumisen aiheuttamasta mahdollisesta kriisistä ja sen oireista sekä tarjoamalla menetelmiä hoitaa kokonaisvaltaisesti vakavasti sairastuneita.

Opetusvideoita varten kirjoitetaan kuvakäsikirjoitukset, joita varten haastatellaan yksityishenkilöitä, joilla on kokemusta vakavasti sairastuneiden kanssa työskentelystä. Henkilöt haastatellaan kaksi kertaa. Ennen kuvakäsikirjoitusten luontia haastatellaan videoiden tarvetta varten, jonka pohjalta luodaan alustavat kuvakäsikirjoitukset. Toisella haastattelukerralla pyydetään luoduista kuvakäsikirjoituksista palautetta. Haastattelu suoritetaan kasvokkain tapahtuvana haastatteluna tai tarvittaessa etäyhteyksiä hyödyntäen. Haastatteluista kirjoitetaan muistiinpanot, joihin pääsee käsiksi vain opinnäytetyön tekijä. Muistiinpanot säilytetään opinnäytetyön tekijän henkilökohtaisella salasanalla suojatulla tietokoneella ja niitä säilytetään opinnäytetyöprosessin ajan. Muistiinpanot ovat anonymoituja, eikä niistä voida tunnistaa haastateltavaa. Opinnäytetyön valmistuttua aineistoa säilytetään kahden vuoden ajan salasanalla suojatulla tietokoneella sekä tiedostot ovat salanasuojatun kansion alla.

Osallistuminen haastatteluun perustuu vapaaehtoisuuteen ja missä tahansa vaiheessa prosessia osallistujilla on oikeus peruuttaa osallistumisensa tai kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen. Tutkimuksessa ei kysytä henkilötietoa eikä haastateltavia pystytä tunnistamaan suoraan tai välillisesti.

Liite 5. Video 1: Vakavan sairauden aiheuttama kriisi – kuvakäsikirjoitus

Selostus	Kuvaruutu- tapahuma
Ei selotusta	Opinnäytetyön nimi, opiskeluala, oma nimi. Siirtyy omaan kasvokuvaan
Hei olen Juuso Soikkeli Jyväskylän ylemmän ammattikorkeakoulun Kliininen asiantuntija opiskelija, tämä video on osa opinnäytetyöni videosarjasta, jotka käsittelevät vakavan sairastumisen aiheuttamaa kriisiä, kriisin tunnistamista ja kriisin hoitoa. Videosarjan videot perustuvat ajantasaiseen tutkimustietoon kriisistä ja sen hoidosta, ammattilaisten näkemyksiin ja kokemuksiin vakavasti sairastuneen henkilön kriisistä sekä opinnäytetyön tutkijan asiantuntijuuteen vakavasti sairastuneen henkilön kriisihoidosta.	Kuvataan omia kasvoja
Tämä video tulee käsittelemään vakavan sairastumisen aiheuttamaa kriisiä	Kuvana: "Vakavan sairauden aiheuttama kriisi"
ja tässä videossa käsitellään kriisin vaikutusta ihmisen terveyteen niin fysiologisten kuin yleisten reaktioiden kautta. Tämän videon tavoitteena on, että videon avulla sairauden aiheuttama kriisi tunnistetaan paremmin, jotta kriisiytynyt henkilö voisi saada kokonaisvaltaisempaa hoitoa. Videon tarkoituksena on lisätä tietoisuutta vakavan sairauden vaikutuksesta kriisiin ja toisaalta kriisin vaikutuksesta sairauteen.	Kuvataan kasvoja. Videon päälle tulee tekstinä tavoite ja tarkoitus. Kasvot siirtyvät oikeaan alareunaan ja ilmestyy tyhjä Dia

<p>Vakavalle sairaudella löytyy useampi määritelmä. Tässä opinnäytetyössä vakavalla sairaudella tarkoitetaan sairautta, johon liittyy korkea kuolemanriski ja sairaus vaikuttaa negatiivisesti henkilön päivittäiseen elämään tai rasittaa suuresti henkilön läheisiä. Lisäksi sairauden etenemiseen, kulkuun ja hoidolliseen hallittavuuteen liittyy paljon epävarmuutta. Vakavan sairauden esimerkkejä ovat syöpäsairaudet, etenevät neurologiset sairaudet (Parkinsonin tauti, ALS) ja pitkälle edenneet sydän- ja verisuonisairaudet</p>	<p>Dian ylhäällä lukee vakava sairaus, ilmestyy ”Syöpäsairaudet”, ”Parkinsonin tauti” ”ALS” ”Sydän- ja verisuonisairaudet”. Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.</p>
<p>Tieto vakavasta sairastumisesta voi tulla hyvinkin äkillisenä tietoa, vaikka sairaudesta onkin voinut olla jonkinlainen aavistus. Vakavaa sairastumista voidaankin verrata äkillisesti alkaneeseen traumaattiseen tapahtumaketjuun, kuten henkeä uhkaavaan onnettomuuteen ja voikin laukaista hankalan stressioireilun, kriisin ja pitkittyessään altistaa psyykkisille häiriöille. Osa tutkijoista on sitä mieltä, että kuolemaan johtavan sairauden diagnoosin saadessa, stressiä on niin paljon, että odotamme keskivertoihmisen saavan psykologisia ja fysiologia stressireaktioita</p>	<p>Vakava sairaus sanasta lähtee nuoli kriisi, josta sitten lähtee nuoli psyykkiset häiriöt. Ekaan nuoleen ilmestyy psykologiset ja fysiologiset reaktiot. Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.</p>

<p>Järkyttävän tapahtuman aikana ihminen yrittää torjua uhan aktivoitumalla fyysisesti ja psyykkisesti. Reaktiot mitä uhka, kuten vakavan sairauden tieto, voi tuoda mukanaan saattaa säikäyttää niin kokijan kuin läheiset ja auttajat, jos reaktiotavat eivät ole tuttuja. Kriisin keskellä olevat henkilöt sekä heitä tukemassa olevat henkilöt voivat reaktioiden keskellä luulla tiedon saaneen henkilön sekoavan, vaikkakin mieli on käynnistännyt liikkeelle erilaisia fyysisiä ja psyykkisiä voimavaroja selviytyäkseen. Fyysisiä reaktioita voi esimerkiksi olla lihasten jännittyminen, sydämentykytys, sykkeen kohoaminen, huimaus sekä pahoinvointi. Henkisiä reaktioita voi olla sekavuus, hämmennys ja vaikeus omaksua tietoa. Myös tunteet voivat vaihdella laajasti, ihminen voi olla peloisaan, kauhuissaan, ahdistunut tai myös optimistinen tilanteen suhteen. Voimakkaat reaktiot ovat merkkejä siitä, että tilanne on ollut ihmiselle hyvin kuormittava. Voimakkaat reaktiot kuten aggressiivisuus, tauoton itkeminen tai täydellinen tyhjyys, ovat merkkejä siitä, että ihminen on hyvin ylivirittyneessä tilassa eikä enää pysty säätelemään reaktioitaan.</p>	<p>Psykologiset ja fyysiset reaktiot sanoista alle alkaa liistautumaan mitä reaktioita voi olla</p> <p>Fyysiset: "Lihasten jännittyminen", "Sydämentykytys", "Pahoinvointi"</p> <p>Henkiset: "Sekavuus" "Tunteiden vaihtelu". "Ylivirittyneisyys". Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.</p>
<p>Vakavan sairauden ja siihen liittyvät hoidot vähentävät fyysisiä mielihyvän tunteita ja tilalle voi tulla väsymystä, kipuja, entuudestaan tuntemattomia tuntemuksia sekä huonoa oloa. Nämä kuluttavat psyykkistä jaksamista ja kuormittavat. Sairaus hoitoineen voi muuttaa kehollista tilaa ja synnyttää aistimuksia, joita emme tunnista. Nämä tuntemukset, joko käsitellään tai torjutaan. Torjuminen on kuormittavaa ja vie psyykkistä energiaa. Oudot tuntemukset aiheuttavat ihmisessä levottomuutta ja varuillaanoloa. Tämä kehon ja mielen vuorovaikutus on psyykkisten reaktioiden ja oireilun ytimessä ihmisen sairastuttua vakavasti.</p>	<p>Pohdiskeleva ihminen, jolle ajatuskupla. "En Tunnista tätä oloa". -> puhekupla: "Olen levoton". Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.</p>

<p>Ihmisten tapa reagoida uhan ja stressaavan tilanteen kohdatessa on kehittynyt evoluution saatossa, ja niillä on ollut ja on edelleen oleellinen osa eloonjäämisen kannalta. Uhan alla ihmisen tietoinen mieli, jossa tietoa analysoidaan ei ota valtaa, vaan tieto kulkee aivoissa lyhintä reittiä talamukseen ja mantelimumakkeeseen.</p>	<p>Diaan tulee kuva aivoista. Talamus ja mantelimumake ympäröitynä. Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.</p>
<p>Osa aivorungosta toimii siis ennen kuin tulemme edes itse tietoiseksi mitä on tapahtunut. Mantelimumakkeen avulla aivot tulkitsevat tilanteen uhkaavaksi, tällöin aktivoituvat parasymppaattinen ja sympaattinen hermosto. Aktivoitumiseen vaikuttavat ihmisen aiemmat kokemukset, millainen tilanne on, millaiseksi uhka arvioidaan sekä ihmisen geneettiset ominaisuudet. Aktivoitumisen seurauksena käynnistyy taistelu-, pako- tai jähmettymisreaktio tai täydellinen alistuminen tilanteelle.</p>	<p>Mantelimumakkeesta -> uhka-> parasymppaattinen ja sympaattinen hermosto -> taistele- tai pakene. Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.</p>
<p>Vakavan sairastumisen aiheuttama kriisi voi vaikuttaa myös itse sairauteen. Äkillinen sairastuminen psyykkisesti traumaattisena tilanteena laukaisee hypothalamus-aivolisäke-lisämunuaiskuori-akselin eli HPA:n kautta ilmenevän stressihormonivälitteisen reaktion, jonka on todettu vaikuttavan epäedullisesti monien elinryhmien toimintaan ja mielialaan.</p>	<p>Kriisi sanasta lähtee HPA-sana. HPA:sta "Vaikutus elinryhmien toimintaan ja mielialaan". Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.</p>

<p>HPA:n lisäksi sympaattisen hermoston osa eli SAM reagoivat stressiin. Pitkäaikainen HPA- ja sympaattisen hermoston osan aktivointi stressillä voi häiritä fysiologisten järjestelmien hallintaa, millä voi olla vaikutusta fyysisten ja psyykkisten häiriöiden riskille. Lisäksi stressillä on havaittu vaikutusta polyvagaaliseen heijasteeseen mikä voi lisätä sairastumisriskiä erityisesti sydän- ja verisuonitauteihin.</p>	<p>HPA viereen ilmestyy sana SAM. Molemmista lähtee nuoli -> "Fysiologisten järjestelmien hallinnan häiriöt", josta lähtee nuoli "Psyykkiset- ja fyysiset häiriöt". Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.</p>
<p>Eli vakava sairastuminen esimerkiksi etenevään neurologiseen sairauteen voi käynnistää kriisin, jolla on vaikutusta niin potilaan psyykkiseen hyvinvointiin, mutta sillä voi olla vaikutusta myös sairauden kulkuun ja sairauden etenemiseen. Potilaan kokonaisvaltaisen hoidon ja voiminnan kannalta on tärkeää, että kriisi tilanne tunnistetaan ja potilas saa tukea tilanteeseen. Seuraavassa videossa kerron tarkemmin miten vakava sairaus voi vaikuttaa psyykkiseen terveyteen</p>	<p>Diaesitys poistuu, pieni kasvokuva vaihtuu kokonäytön kuvaan omista kasvoista.</p>

Liite 6. Video 2: Vakavan sairauden aiheuttamat psyykkiset oireet – kuvakäsikirjoitus

Selotus	Kuvaruututapahuma
<p>Ei selostusta</p>	<p>Kuvana ”Vakavan sairauden aiheuttamat psyykkiset oireet”</p>
<p>Hei olen Juuso Soikkeli, tämä on toinen opetusvideo videosarjasta, joka käsittelee vakavan sairauden aiheuttamaa kriisiä ja sen hoitoa. Tässä videossa käsitellään kriisin vaikutusta psyykkiseen vointiin ja kerrotaan esimerkkejä millaisia psyykkisiä oirekuvia kriisi voi aiheuttaa.</p>	<p>Oma kasvokuva näkyy kokonäytöllä</p>
<p>Tämän videon tavoitteena on lisätä ammattilaisten ymmärrystä psykiatrisista oirekuvista, joita kriisi voi aiheuttaa, sillä tieto oireista voi auttaa tunnistamaan näitä. Videon tarkoituksena on lisätä ammattilaisten tietoisuutta kriisin vaikutuksesta potilaan psyykkiseen vointiin, kertoa erilaisia psyykkisistä oirekuvista ja psykiatrisia sairauksista mitä kriisi voi pitkittyessään aiheuttaa.</p>	<p>Kuvataan omia kasvoja, alas ilmestyy tarkoitus ja tavoite kirjoitettuna. Häviävät sitä myötä, kun on sanottu ne.</p>

<p>Useampien tutkimuksien mukaan sairaalahoidon aikana psyykkiset oireet ovat alitunnistettuja ja kansainvälisten tutkimusten mukaan jopa joka kuudes sairaalahoidossa oleva potilas kärsii psyykkisistä oireista ja näistä vain puolet tunnistetaan asianmukaisesti. Samaisten tutkimuksien mukaan tämä voi lisätä potilaan kokemaa kärsimystä, pitkittää sairaalahoitoa ja sitä kautta tuoda lisäkustannuksia.</p>	<p>Kuvataan omaa kasvoja. Tutkimuksien kohdalla ilmestyy = (Braunschneider ym. 2023; Aebi ym. 2021; Zetterberg ym 2022, Pols ym. 2021)</p>
<p>Sairastuessa fyysisesti järkkyy ihmisen perusoletus hyvästä terveydestä, tällöin normaali elämäntilanne pysähtyy ja tulevaisuuden mielikuvat muuttuvat.</p>	<p>Dia, jossa huolestunut henkilö alhaalla. Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.</p>
<p>Sairastuessa voi aktivoitua turvattomuuden</p>	<p>Huolestuneelle naamalle ilmestyy ajatuskupla, jossa teksti "En ole turvassa". Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.</p>
<p>huolestuneisuuden ja</p>	<p>Ilmestyy ajatuskupla, jossa teksti "Huoli". Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.</p>
<p>elämän hallinnan menetyksen tunteita.</p>	<p>Ilmestyy ajatuskupla, jossa teksti " En hallitse elämääni". Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.</p>
<p>Sairastuminen voi aiheuttaa ihmisille voimakkaita tunnereaktioita, jotka ovat tiettyyn rajaan saakka normaaleja tunnereaktioita kriisissä. Näitä tunnereaktioita voi olla esimerkiksi suru tilanteeseen liittyen</p>	<p>Ilmestyy laatikko, jossa lukee: "Suru". Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.</p>

huoli tulevaisuudesta	Ilmestyy laatikko, jossa lukee:” Miten minulle tulevaisuudessa käy”. Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.
tai ahdistus	Ilmestyy laatikko, jossa lukee: ”Ahdistaa”. Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.
Esimerkiksi surua pidetään mielen tapana käsitellä menetystä, joka vakavasti sairastuessa voi liittyä esim. toimintakyvyn heikkenemiseen tai lähestyvään kuolemaan. Suru ei ole myöskään sama asia kuin, että ihminen olisi masentunut. Kuitenkin psyykkisen oireiden voimistuessa kyky hoitoon osallistumiseen ja vuorovaikutukseen voi heikentyä. Esimerkiksi jos potilaalla on ollut ennen sairastumista piileviä psyykkisiä oireiluita, voivat nämä sairastuessa tai raskaiden hoitotoimenpiteiden aikana muuttua avoimeksi oireen muodostukseksi.	Ilmestyy laatikko, ”jossa ”lisääntynyt riski erilaisille psykiatrisille oirekuville”. Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.
Kriisin pitkittyessä, kriisi voi altistaa psykiatrisen häiriön synnylle. traumaattisesta tilanteesta selviytyneillä lisääntynyt riski mielialahäiriöille kuten post-traumaattiselle oireyhtymälle, ahdistuneisuushäiriöille, masennukselle tai psykoosioireille. Seuraavaksi mä esittelen muutaman erilaisen oirekuvan mitä kriisit voivat tuottaa, jos ne pitkittyvät.	Dia esitys näkyy taustalla ja oma kasvokuva on oikeassa alakulmassa. Vaihtuu uuteen diaan
Ahdistus on normaali tunne ja samalla myös terve ominaisuus, sillä se varoittaa meitä uhkasta.	Ilmestyy nuoli, jossa laatikko, jossa lukee: ”Ahdistus= normaali tunne”. Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.

<p>Kaikki ihmiset kokevat ahdistusta ainakin lievänä ohimenevä tunteena, eikä ahdistusta kannata säikähtää. Ahdistus aiheuttaa meille sarjan fysiologisia reaktioita kuten sydämen tykytystä, hengenahdistusta, ruokahaluttomuutta, mutta myös suolisto-oireet ovat mahdollisia</p>	<p>Ahdistuksen aiheuttamat oireet listautuvat alapuolelle. Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.</p>
<p>Ahdistus voi kuitenkin pitkittyä tai olla niin voimakasta, että se lamaa ja heikentää toimintakykyä</p>	<p>Ahdistus = normaali tunne laatikosta ilmestyy nuoli, jossa lukee: "Pitkitty tai lamaa". Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.</p>
<p>Tällöin ei ole enää kyse normaalista tutusta jännittyneisyydestä tai lievästä peloista, vaan kyse voi olla oire jostain psykiatrisesta sairaudesta, traumaperäisestä stressihäiriöstä tai ahdistuneisuushäiriöstä.</p>	<p>Nuolen päähän ilmestyy: "Ahdistus". Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.</p>
<p>Ahdistusta voi työstää keskustelemalla, työstämällä elämän perusasioita kuten unta ja ruokailuja sekä välttämättä ahdistusta lisääviä asioita kuten kofeiinia ja erilaisia päihdyttäviä aineita</p>	<p>Alapuolelle ilmestyy hoitokeinoja. Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.</p>
<p>Jos ahdistus pitkittyy ja siihen liittyy toimintakyvyn heikkenemistä, on syytä pohtia lääkkeellistä tai muuta ahdistusta lievittävää hoitoa</p>	<p>Ilmestyy nuoli, jossa lukee: "Pitkitty", alapuolelle ilmestyy: "Ahdistuksen hoitaminen". Vaihtuu taas tyhjään diaan. Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.</p>

<p>Sopeutumishäiriöt ovat yleinen tila, Suomessa syöpään sairastuneiden psykiatrisista sairauksista 60 % on sopeutumishäiriöitä.</p>	<p>”Sopeutumishäiriö” ilmestyy dialle, oikeassa yläreunassa potilas makaamassa potilasvuoteella. Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.</p>
<p>sopeutumisreaktioihin kuuluu emotionaalinen herkistyminen, vireystilojen vaihtelu, tunteiden tai mielialojen lyhytaikaiset muutokset, joilla ei ole kuitenkaan vaikutusta toimintakykyyn.</p>	<p>Oireet ilmestyvät lueteltuna alapuolelle. Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.</p>
<p>Näissä tilanteissa korostuu hoitohenkilökunnan vastavuoroinen keskustelutuki tilanteessa ja hyvä perehdytys hoitoihin liittyvistä asioista.</p>	<p>Ilmestyy hoitaja, jolla ajatuskuplat: ”Vastavuoroinen keskustelutuki” ja ”Hyvä perehdytys hoitoihin” ilmestyy dialle. Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.</p>
<p>Sopeutumishäiriötasoinen oireilu heikentää toimintakykyä, mutta ei täytä vakavamman psykiatrisen häiriön diagnoosia</p>	<p>Dia esitys näkyy taustalla ja vaihtuu dia. Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.</p>
<p>Posttraumaattinen stressihäiriö eli traumaperäinen stressihäiriö on vakava ahdistusoireyhtymä, joka on seurausta henkilön kokemusta tai näkemästä traumaattisesta tilanteesta.</p>	<p>Dia, jonka reunassa lukee ” posttraumaattinen stressihäiriö”. Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.</p>
<p>Suomenkielisissä kirjallisuudessa käytetään nimeä traumaperäinen stressihäiriö</p>	<p>Posttraumaattinen stressihäiriö häviää ja tilalle tulee traumaperäinen stressihäiriö. Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.</p>

<p>Traumaperäisessä stressihäiriössä henkilö elää uudelleen traumaattista kokemusta takaumien tai painajais-ten kautta</p>	<p>nuoli yläkulmaan, jossa lukee "trauman uudelleen eläminen". Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.</p>
<p>joka kiihdyttää autonomista hermostoa mikä voi aiheuttaa univaikeuksia, ärtyneisyyttä ja liioiteltua säikähdysreaktiota</p>	<p>Nuoli alaspäin "Autonominen hermosto kiihtyy" -> oireet alapuolelle. Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.</p>
<p>Oireissa on raportoitu myös tunteiden latistumista ja ihmisten, paikkojen sekä tilanteiden välttelyä, jotka liittyvät traumaan. Traumaperäisessä stressihäiriössä tyypilliset oireet kestävät yli kuukauden ajan ja ilmenevät yleensä kolmen kuukauden kuluttua traumaattisesta tapahtumasta.</p>	<p>Ilmestyy: "Oireet kestävät 1kk", "3kk traumaattisesta tapahtumasta". Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.</p>
<p>Joissakin tapauksissa oireet voivat ilmetä myös useita vuosia tai kuukausia traumaattisen tapahtuman jälkeen. Traumaperäisen stressihäiriön oireet lievittyvät itsestään muutamassa kuukaudessa noin puolella, mutta noin kolmasosalla oireet voivat jatkua jopa vuosien ajan</p>	<p>"3kk traumaattisesta tapahtumasta" perään "Myös vuosia trauman jälkeen". "oireet kestävät 1kk"perään tulee "osalla vuosia", Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.</p>
<p>Hoitohenkilökunnalla on tärkeä rooli psyykkisten oireiden tunnistamisessa.</p>	<p>Kamera palaa omaan naamaan pelkästään</p>
<p>Tutkimuksen mukaan sairaanhoitajilla on eniten kontaktiaikaa potilaiden kanssa, joten hoitajien tulisi olla johtamassa psyykkisten oireiden tunnistamista.</p>	<p>"Braunsheinderin ym. 2023" ilmestyy</p>

<p>Apuna tunnistamiseen voi käyttää erilaisia oiremittareita, mutta tärkeintä on rohkeus kysyä, miten sairastunut itse kokee oman vointinsa. Psykkiset oireet ovat siis tärkeä tunnistaa potilaan kannalta, mutta tunnistamiselle ja hoitotoimille on myös sairaalahoidon keston kannalta ja taloudelliselta kannalta perusteita.</p>	<p>”esim. BDI, GAD-7, SFSS” ilmestyy näytölle</p>
---	---

Liite 7. Video 3: Kriisin vaiheet – kuvakäsikirjoitus

Selostus	Kuvaruututapahtuma
Ei selostusta	Kuvana ”Kriisin vaiheet”
<p>Hei olen Juuso Soikkeli, tämä on kolmas opetusvideo videosarjasta, joka käsittelee vakavan sairauden aiheuttamaa kriisiä ja sen hoitoa. Tämä video käsittelee kriisin vaihteita ja tässä videossa kerrotaan esimerkkejä miten eri kriisin vaiheet voivat näyttäytyä. Videon tavoitteena on lisätä tietoisuutta kriisien vaiheista sekä tyypillisistä reaktioista eri kriisin vaiheissa. Videon tarkoituksena on auttaa tunnistamaan potilaan kriisitilanne kriisin vaiheiden kautta, sillä tällä voidaan lisätä potilaan omaa ymmärrystä tilanteesta. Potilasta hoitaessa on myös tärkeä tuoda ilmi tyypillisiä oireita mitä kriisistä voi seurata.</p>	<p>Kuva vaihtuu omaan rintakuvaan mistä kokonäytön videon. Tavoite ja tarkoitus ilmestyy ilmaan kirjoitettuna.</p>
<p>Länsimaissa kriisin lähestymistapa on pohjautunut Kübler-Rossin 1969 psykoanalyysistä saattohoitovaiheen potilaiden suruprosessia tutkiessa.</p>	<p>Kuvataan tyhjää PP-diaa. Ilmestyy Kübler-Ross, E 1969. Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.</p>
<p>Tämän mukaan henkilökohtainen kriisi jakautuu viiteen eri vaiheeseen. Malli on kuitenkin saanut nykypäivänä kritiikkiä ja mallin on nähty olevan liian lineaarinen ja tiukka.</p>	<p>Ilmestyy teksti viisi vaihetta. Kübler-Ross sanan päälle tulee X. Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.</p>
<p>Cullbergin (1975) teoria kriisistä pohjautuu Kübler-Rossin tutkimuksiin, mutta jakaa kriisin neljään vaiheeseen.</p>	<p>Kubler-Rossista nuoli ”Cullberg, J 1975”, josta nuoli ”neljä vaihetta”. Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.</p>

<p>Cullbergin teoriaa pidetään nykyisin kriisitutkimuksen äänenä. Myös vakavasti sairastumisen aiheuttamat reaktioiden kulku noudattaa yleisen kriisiteorian mukaisia vaiheita.</p>	<p>Cullbergin alle ilmestyy räjähdyskupla ”nykynäkemys”. Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.</p>
<p>Cullbergin teoria on saanut osakseen myös kritiikkiä. Teorian on nähty kuvaavan vain elämän- ja kehityskriisejä sekä nähty, että toipuminen on niin yksilöllistä, ettei vaiheita voitaisi käyttää. Kuitenkin suomalainen kriisitutkimus suosii Cullbergin vaihemallia ja esimerkiksi sosiaali- ja terveysministeriön kriisityötä koskeva raportti suosittaa vaihemallin käyttöä.</p>	<p>Cullberg perään pohdiskeleva naama Ilmestyy ”STM suosittaa” Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.</p>
	<p>Dia vaihtuu, jossa tyhjä taulukko 4 leveä ja kolme korkea</p>
<p>Ensimmäistä vaihetta kriisistä kutsutaan sokkivaiheeksi</p>	<p>taulukkoon ilmestyy sokkivaihe. Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.</p>
<p>Sokkivaiheessa ei tyypillisesti käsitetä tapahtumaa, joka on aiheuttanut kriisin ja tapahtuma voidaan jopa kieltää. Ihmisten reaktiot sokkivaiheessa vaihtelevat laajasti. Osa ihmistä lamaantuu täysin, osalla käytös muuttuu mekaaniseksi. Sokkivaiheeseen voi kuulua tapahtuman täydellinen kieltäminen, epätodellinen tai ulkopuolinen olo, paniikki, itkeminen tai jopa tunteiden sulkeminen pois. Sokkivaiheessa voi ilmetä vireystilan vaihtelua, unhäiriöitä ja orientaatiovaikeuksia. Sokissa mielemmesuoja tiedolta ja kokemukselta, jota emme kestä tai pysty vastaanottamaan ja tilanne voikin muistuttaa elokuvaa eikä todellisuutta. Sokki tähtää henkiinjäämiseen ja edellä mainitut oireet palvelevat tätä tarkoitusta.</p>	<p>taulukkoon ilmestyy esimerkkioireita: ”Mitä tapahtui”, ”Lamaantuminen”, ”Epätodellinen olo”, ”Paniikki”, ”Tähtää henkiinjäämiseen”. Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.</p>
<p>Sokkivaihe kestää yleensä muutamista tunneista muutamaa vuorokauden</p>	<p>Taulukkoon ilmestyy kesto ”Tunneista-muutamaan vuorokauteen”. Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.</p>

Sokkivaihetta seuraa reaktiovaihe	Tauluun ilmesty toiselle riville Reaktiovaihe. Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.
<p>Reaktiovaiheessa kriisin kokenut henkilö tulee tietoiseksi tapahtuneesta ja sen merkityksestä omalle elämälle. Tietoisuuden mukana tulevat myös tunteet. Mieliala reaktiovaiheessa voi vaihdella ääripäästä ääripäähän ja tunteet voivat olla hyvin voimakkaita ja tuskallisia. Reaktiovaiheessa ihminen voi syyttää itseään tai muita tapahtuneesta, olla vihainen, raivota ja hetken päästä helpottunut tilanteesta. Reaktiot voivat hämmentää ja tuntua oudoilta. Mieli yrittää vielä kieltää tässä vaiheessa tapahtuneen ja voimakkaat tuntemukset ovat osa eheytymisprosessia. Reaktiovaiheeseen kuuluu useasti ahdistusta, pelkoa, tarvetta etsiä syyllistä tai itsensä syyllistämistä. Reaktiovaiheeseen voi liittyä myös häpeää tapahtuneesta, joka voi ulkopuolisesta vaikuttaa käsittämättömältä. Häpeä voi vaikuttaa siihen, ettei ihminen halua jakaa tunteitaan ja mieluummin sulkeutuu kotiinsa kuin kohtaa ihmisiä. Reaktiovaiheessa voi ilmetä myös fyysisiä reaktioita kuten vapinaa, kuvotusta, sydänoireita, pahoinvointia, huimausta ja lihassärkyjä, jotka johtuvat lihasten jännittymisestä. Suurimmalla osalla ihmisistä on reaktiovaiheessa univaikeuksia.</p>	<p>Taulukkoon ilmestyy esimerkkioireita: "Mielialojen vaihtelu". "Itsensä tai muiden syyttely. "Hämmentää, tuntuu oudolta". "Ahdistus, pelko". "Häpeä -> sulkeutuminen".</p> <p>Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.</p>
Reaktiovaihe kestää pisimmillään muutaman kuukauden	Taulukkoon ilmestyy "Maksimissaan muutama kuukausi". Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.
Reaktiovaiheen jälkeen tulee Käsittelyvaihe.	Taulukkoon ilmestyy "Käsittelyvaihe". Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.

<p>Käsittelyvaiheessa tapahtumaa aletaan pikkuhiljaa ymmärtämään. Tapahtumaa ei enää kielletä, vaan aletaan käsittämään mitä on tapahtunut. Käsittelyvaiheessa ihminen on valmis kohtaamaan tapahtuneet ja mahdolliset omat muutokset tilanteessa. Käsittelyvaiheessa on normaalia tuntea ärtyneisyyttä, sosiaalista suhteista vetäytymistä ja tilanteeseen saattaa liittyä keskittymis- ja muistivaikeuksia. Käsittelyvaiheessa tulee yleensä tarve sanoittaa tuntemuksia ja tapahtunutta on hyvä käsitellä itselle parhaaksi tuntuvalta tavalla. Käsittelyvaiheessa potilaalle luonteenomaiset käyttäytymistavat voivat yli korostua ja hän saattaa tuottaa runsaasti psyykkisiä oireita.</p>	<p>Taulukkoon ilmestyy esimerkkioireita "Tarve sanoittaa tuntemuksia", "Ärtyneisyys", "Keskittymis- ja muistivaikeuksia". Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.</p>
<p>Käsittelyvaihe kestää yleensä muutamista kuukausista jopa vuosiin</p>	<p>Taulukkoon ilmestyy kesto: "Kuukausista-vuosiin". Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.</p>
<p>Viimeisenä kriisin vaiheena on uudelleensuuntautumisen vaihe, jossa järkyttänyt tapahtuma alkaa muuttua osaksi elämää ja myös kokemusta itsestä.</p>	<p>Taulukkoon ilmestyy "Uudelleensuuntautumisen vaihe". Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.</p>
<p>Uudelleen suuntautumisen vaiheessa tapahtuma muuttuu osaksi menneisyyttä. Uudelleensuuntautumisen vaiheessa tuska voi vielä nousta pintaan, mutta ihminen kykenee jo suuntautumaan tulevaan ja luottamus elämään on alkanut palautua. Voimakkaat tunteet ovat lievittyneet niin paljon, etteivät ne enää hallitse elämän jo-kaista hetkeä.</p>	<p>Taulukkoon ilmestyy esimerkkioireita "Tapahtuma muuttuu osaksi menneisyyttä", "Voimakkaat tunteet lievittyneet", "elämä voittaa". Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.</p>
<p>Uudelleen suuntautumisen vaihe kestää kuukausista vuosiin</p>	<p>Taulukkoon ilmestyy kesto "kuukausista vuosiin". Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.</p>

<p>Eli Suomen kriisitutkimuksessa kriisin vaiheet jaetaan yleensä neljään erivaiheeseen, joissa jokaiseen kuuluu tyypillisiä oireita, vaikka tietysti jokaisella kriisin kokijalla oireet ovat hyvin erilaisia.</p>	<p>Kriisin vaiheitten päälle ilmestyy punaiselle sulkumerkit. Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä. Diaesitys päättyy.</p>
<p>Oireet, joita kriisi voi aiheuttaa ovat hyvin voimakkaita ja ovat kokijalle hyvin pelottavia, minkä vuoksi on tärkeää tunnistaa kriisin oireet ja vaiheet ja reagoida niihin. Mut aina kriisi ei mene näin yksiselitteisesti eteenpäin, vaan esimerkiksi Reaktiovaihe voi jäädä päälle, tai sokkivaiheesta siirrytään suoraan uudelleen suuntautumisen vaiheeseen. Seuraavassa videossa käsitellään kriisin hoitoa kriisin vaiheiden kautta.</p>	<p>kamera palaa pelkästään omiin kasvoihin</p>

Liite 8. Video 4: Kriisihoito kriisin vaiheiden kautta – kuvakäsikirjoitus

Selostus	Kuvaruututapahtuma
Ei selostusta	Kuvana: ”Kriisihoito kriisin vaiheiden kautta”
Hei olen Juuso Soikkeli, tämä on neljäs opetusvideo videosarjasta, joka käsittelee vakavan sairauden aiheuttamaa kriisiä ja sen hoitoa. Tässä videossa käsitellään vakavan sairauden aiheuttaman kriisin hoitoa kriisin vaiheiden kautta eli annetaan esimerkkejä miten eri vaiheissa kriisiä, tulisi kriisihoitoa tarjota.	Video kasvoista koko näytöllä.
Tämän videon tavoitteena on lisätä ammattilaisten rohkeutta toteuttaa kriisihoitoa. Tarkoituksena videolle on lisätä ymmärrystä kriisihoidosta ja mitä työntekijä voi tehdä eri kriisin vaiheissa.	Video kasvoista koko näytöllä. Tarkoitus ja tavoite ilmestyy näytölle ja häviää sitä myötä, kun ne kerrottu
Sokkivaiheen hoidossa korostuu psyykkisen ja fyysisen ensiavun antaminen, perustarpeista huolehtiminen sekä turvallisuuden tunteen luominen	Dia, jossa potilas makaa sängyllä, hoitaja vierellä ja lukee ylhäällä sokkivaihe. Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä. Hoitajan luo ilmestyy neliöt ”Psyykkisen ja fyysinen ensiapu”, ”Perustarpeista huolehtiminen”, ”Turvallisuuden tunteen vahvistaminen”. Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.
Sokkivaiheessa tarjotaan läsnäoloa, myötäelävää kuuntelua sekä reaktioiden rauhallista vastaanottamista. Läsnäolon tunnetta voi lisätä sairaalassa ollessa myös se, että huoneen ovea pidetään auki, jolloin sieltä nähdään, että ei ole yksin tilanteessa.	Hoitajalle ilmestyy neliöt: ”Läsnäolo, kuunteleminen, rauhallinen”. Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.

<p>Tärkeää on tarjota käytännön apua, joka voi olla omaisille soittamista ja heidän pyytämistensä paikalle tai vaikkapa ruuan tarjoamista.</p>	<p>Hoitajalle ilmestyy puhekupla: "Haluatko, että olen yhteydessä omaisiin?". Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.</p>
<p>Sokkivaiheessa on hyvä antaa tietoa psyykkisistä ja fyysisistä reaktioista, joita traumaattiseen tapahtumaan liittyy sekä siitä, miten niihin voi saada helpotusta eli kerrataan erilaisia rauhoittumisen keinoja kuten hengitysharjoituksia tai läsnäolo harjoituksia, joita löydät esimerkiksi mielenterveystalon omahoito-ohjeista</p>	<p>ilmestyy hoitajalle puhekupla "Kerro yleisistä kriisireaktioista". Potilaalle ilmestyy ajatuskupla "Teen ohjattuna hengitysharjoituksen". Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.</p>
<p>Myös omalla rauhallisella käytöksellä voi rauhoittaa potilasta, tällöin on hyvä pehmentää puhetta ja muistuttaa hänen olevan turvallisessa paikassa.</p>	<p>Hoitajalle ilmestyy puhekupla: "Olet turvassa". Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.</p>
<p>Vaikka niin sanottuja oikeita sanoja ei ole olemassakaan, on tärkeä tiedostaa, että sokissa oleva potilas voi muistaa kohtaamisen ja tietyt sanat koko loppuelämänsä.</p>	<p>Hoitajalle ilmestyy ajatuskupla: "Ei ole oikeita sanoja". Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.</p>
<p>Traumaa ei tule avata vielä tässä vaiheessa, koska järkytyksen vuoksi ei vielä ole mahdollista käsitellä tapahtumaa syvemmin. Työntekijän on tärkeää itse olla rauhallinen ja puhua rauhallisesti. Sokkivaiheessa on hyvä tarjota potilaalle psykososiaalista tukea aktiivisesti, sillä tässä vaiheessa ei välttämättä pystytä oma-aloitteisesti hakemaan apua.</p>	<p>Hoitajalle ilmestyy: "Tuen tarjoaminen". Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.</p>
<p>Sokkivaiheessa ohjeet ja yhteystiedot on hyvä antaa kirjallisena, sillä niitä ei muuten muista. Vaikka potilas reagoisikin voimakkaasti ei se automaattisesti tarkoita sitä, että hän tarvitsisi apua vaan he voivat pystyä myös itse tai läheisten tuella käsittelemään tilanteen, tätä on tärkeä kunnioittaa.</p>	<p>Potilaalle ilmestyy ajatuskupla: "Selviän omaisteni tuella". Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.</p>

<p>Henkisen ensiavun periaatteista voi olla hyötyä sokkivaiheessa, mä esittelen tämän periaatteita seuraavassa videossa.</p>	<p>Dia vaihtuu, jossa potilas makaa potilasvuoteella, vakavalla naamalla. Hoitaja potilasvuoteen vierellä, ylhäällä lukee Reaktiovaihe. Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.</p>
<p>Reaktiovaiheessa oleva tarvitsee toistuvaa kuunnelluksi ja välitetyksi tulemisen kokemusta</p>	<p>Itkuiselle naamalle ilmestyy ajatuskuplat: "Kuulluksi tuleminen, Minusta välitetään". Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.</p>
<p>Eli tällöin työntekijän tulee toimia kuuntelijana, jotta kriisiytynyt henkilö kokee tulevansa kuulluksi</p>	<p>Työntekijälle ilmestyy: "Minä kuuntelen". Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.</p>
<p>Tässä vaiheessa kriisiytynyt ihminen voi puhua yhä uudestaan ja uudestaan samoista asioista, joka voi tuntua työntekijöistä ja läheisistä myös turhauttavana</p>	<p>Potilaalle ilmestyy monta puhekuplaa ilman tekstejä. Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.</p>
<p>Tärkeä on muistaa, että puhuminen tässä vaiheessa auttaa ymmärtämään tapahtunutta sekä voi auttaa ymmärtämään omaa käyttäytymistä kriisissä. Kuulluksi tuleminen voi helpottaa myös tuskaista oloa. Jotta ihminen pystyisi käsittelemään tapahtunutta ja sopeutumisprosessi voisi alkaa, on tapahtuneesta oltava tarpeeksi tietoa. Faktatiedon saaminen auttaa jäsentämään tapahtunutta, joka on sopeutumisprosessin edellytys. Jos ei saa tarpeeksi tietoa esimerkiksi sairaudesta, jonka diagnosiin on saanut mielikuvitus täyttää puuttuvat aukot.</p>	<p>Työntekijälle ilmestyy puhekupla: "Minä kerron sen verran, kun itse tiedän ja pyydän lääkäriä kertomaan lisää asiasta". Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.</p>
<p>Työntekijänä on tärkeä antaa faktatietoa ja antaa se mahdollinen tieto myös kirjallisena, jotta siihen voi palata uudestaan ja uudestaan. Reaktiovaiheessa keskeinen kriisi-intervention menetelmä on psykologinen jälki-puinti eli debriefing, josta mä kerron myös seuraavassa videossa.</p>	<p>Dialla näkyy edelliset tiedot. Dia vaihtuu, Diaan, jossa vakava naama, hoitaja ja ylhäällä lukee Käsittelyvaihe, oma naama alhaalla. Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.</p>

<p>Käsittelyvaiheessa osa saattaa kääntyä sisäänpäin ja käsitellä mieluummin tilannetta itse, joko tiedostomatta tai tietoisesti.</p>	<p>Naamalle ilmestyy ajatuskuplia. Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.</p>
<p>Muistivaikeuksien ja keskittymiskyvyn puutteen vuoksi asioiden kertaaminen ja uudelleen käyminen voi auttaa henkilöä.</p>	<p>Hoitajalle ilmestyy ajatuskupla: "Asian käyminen läpi monta kertaa". Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.</p>
<p>Moni hyötyy kriisi tai traumatyöskentelystä tai erilaisista vertaistukiryhmistä, joita esimerkiksi erilaisiin vakaviin sairauksiin järjestetään.</p>	<p>Potilaalle ilmestyy: "Kriisityö, traumatyö, vertaisryhmät". Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.</p>
<p>Uudelleen suuntautumisen vaiheessa ei enää aktiivista kriisityötä tarvita, vaan suru on muuttunut jo osaksi elämää.</p>	<p>Dia, jossa pelkästään edellinen vakava naama ja ylhäällä lukee "Uudelleen suuntautumisen vaihe", oma naama alareunassa). Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.</p>
<p>Uudelleen suuntautumisen vaiheessa sopivia tukimuotoja ovat erilaiset vertaistuen muodot, kuten vertaistukiryhmät liittyen vakavaan sairauteen, jota sairastaa. Tai riippuen sairaudesta myös kuntoutuskurssit, voivat auttaa.</p>	<p>Ilmestyy naamalle "Vertaistuki". Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.</p>
<p>Työntekijät pystyvät siis jo pienillä teoilla kuten läsnäololla, ohjaamalla rauhoittumisen keinoja sekä antamalla tietoa kirjallisena suuren vaikutuksen potilaan kokonaisvaltaiseen vointiin traumaattisessa kriisissä. Seuraavassa videossa esittelen erilaisia kriisihoidon malleja sekä tahoja, joihin potilasta voi ohjata kriisissä.</p>	<p>Diaesitys poistuu, video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.</p>

Liite 9. Video 5: Kriisihoito – kuvakäsikirjoitus

Selostus	Kuvaruututapahtuma
Ei selostusta	Kuvana ”Kriisihoito”
<p>Hei olen Juuso Soikkeli, tämä on viides ja viimeinen opetusvideo videosarjasta, joka käsittelee vakavan sairauden aiheuttamaa kriisiä ja sen hoitoa. Tässä videossa käsitellään vakavan sairauden aiheuttaman kriisin hoitoa. Edellisessä videossa esittelin kriisihoitoa kriisin vaiheiden kautta, tässä videossa keskitytään esittelemään keinoja läsnäoloon sekä haastatteluun, eri kriisihoidon malleja, yleisiä huomioita vakavan sairauden kriisihoidosta sekä annan esimerkkejä Keski-Suomen hyvinvointialueen kautta, minne potilaan voi ohjata psykososiaaliseen hoitoon tai vertaistuen pariin. Tämän videon tavoitteena on lisätä ymmärrystä kriisihoidosta ja kriisihoitoon ohjaamisesta. Tarkoituksena videolle on lisätä tietoisuutta kriisihoidosta, jotta ammattilaiset voisivat ottaa kriisihoidon elementtejä osaksi omaa työtään vakavasti sairastuneiden kanssa.</p>	<p>Kuvataan kasvoja, näkyvät koko näytöllä. Tavoite ja tarkoitus ilmestyy tekstinä</p>
<p>Ihmiset ovat aina joutuneet kokemaan kriisejä, jonka seurauksena ihmisille on kehittynyt kyky selviytyä kriiseistä. Kriisihoidon tarve muodostuu, kun potilaan somaattinen vointi on vakava tai komplisoitunut ja potilaan omat psyykkiset hallintakeinot eivät enää riitä tilanteessa. Vakavimmillaan psyykkiset oireet voivat jopa estää somaattisen hoidon välttämättömän toteutumisen. Psyykkisen tasapainon saavuttaminen vaikuttaa myönteisesti myös ihmisen somaattiseen tilaan esimerkiksi stressiä lieventävät interventiot on nähty parantavan sydänpotilaan ennustetta.</p>	<p>Diaesitys, jossa järkyttynyt potilas makaa potilasvuoteella. Video omista kasvoista siirtyy oikeaan alareunaan.</p>

<p>Hoitaessa vakavasti sairastunutta on huomioita sen lisäksi, miten mieli reagoi sairastumiseen, mutta samalla myös sairauteen liittyviin pelkoihin sekä uhkakuviin. Vakavasti sairastuneen henkilön psykososiaalinen tuki on henkistä, psyykkistä ja sosiaalista tukea, jossa potilasta hoidetaan yksilöllisesti. Yleensä hoito on (Paina)kriisireaktioiden ja sairastumiseen liittyvän kuormittuneisuuden hoitoa. Psykososiaalisen hoidon perustehtävänä on auttaa sopeutumaan sairauteen, elämänmuutoksiin sekä hoitoihin. Kriisihoitoon on kehitetty erilaisia hoitomalleja ja näistä esittellään tällä videolla myöhemmin henkisen ensiavun sekä psykologisen jälkipuinnin. Mut.. vaikka jokainen kriisi on yksilöllinen ja hoitomallit ovat erilaisia, on olemassa tiettyjä piirteitä mitä työntekijänä voi hyödyntää kriisihoitoa tehdessä.</p>	<p>Dia, jossa potilas makaa järkyttyneenä ja hoitaja vierellä. Hoitajalle tulee ajatuskuplat: ”kriisireaktioiden hoitoa”, ”sairastumiseen liittyvän kuormittuneisuuden hoitoa”. Huolestuneelle naamalle tulee ajatuskuplat: ”Sopeutuminen sairauteen, elämänmuutoksiin ja hoitoihin”. Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.</p>
<p>Näitä keinoja ovat esimerkiksi, miten tapaamisessa ollaan läsnä ja miten keskustellaan. Tärkeä on esitellä itsensä heti alkuun ja kertoa miksi on nyt paikalla. Keskustellessa on hyvä varmistua siitä, että kriisissä oleva haluaa ja jaksaa puhua tässä hetkessä. Kuuntelun tulee olla aktiivista, tätä voi vahvistaa ottamalla riittävästi katsekontaktia, käsien asennoilla sekä esimerkiksi päännökkäyksillä tai myötäilevällä äännähdyksellä.</p>	<p>Diaesitys, jossa näkyy itkuinen potilas sängyllä ja hoitaja, jolla kädet puuskassa. Hoitajan kädet menevät suoraksi ja ilmestyy puhekupla ”Olen hoitaja X”. ”Jaksatko puhua tällä hetkellä?”. Hoitajan kädet nousevat auttavamaksi. ”Äännähdyksellä tehdään äännähdyksellä” Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.</p>
<p>Omaisten huomioiminen on tärkeää kriisihoidossa. Ihmisen sairastuttua vakavasti hänen omaisensa ovat esimerkkejä ensisijaisista uhreista, koska he ovat suoraan osallisia traumaattiseen tapahtumaan. Omaisten mukaan ottaminen kriisihoitoon voi auttaa heitä käsittelemään turhautumista sekä surua, jotka voivat syntyä voimattomuudesta sairauden edessä. Tässä oli nyt muutama olennainen keino, joita voi hyödyntää kriisihoidossa.</p>	<p>Diaesityksessä potilas makaa itkuisena sängyllä ja auttavainen hoitaja vierellä. Vaimo ilmestyy potilaan vierelle. Vaimolle ja potilaalle ilmestyy tyhjiä puhekuplia. Hoitaja kuuntelee. Video omista kasvoista näkyy oikealla alhaalla.</p>

<p>Kriisityö tuli Suomeen 1980–1990 lukujen taitteessa, kun Atle Dyregrov muokkasi Norjassa käytössä olevaa CISD-mallia ja otti käyttöön termin psykologinen jälkipuinti eli debriefing.</p>	<p>Dia, jossa ylhäällä lukee Psykologinen jälkipuinti Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä. Ilmestyy ”Kriisityö Norjasta Suomeen 1980–1990”, ilmestyy ”Dyregrov, A” josta nuoli psykologinen jälkipuinti. Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.</p>
<p>Jälkipuintia alettiin käyttämään läheisten tukemiseksi, joiden omainen oli menehtynyt tapaturmaisesti sekä pelastushenkilöstön traumaperäisen oireilun ehkäisemiksi</p>	<p>Jälkipuinnista nuolet omaisten ja ammattilaisten tueksi. Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.</p>
<p>Nykyisin jälkipuintia käytetään työmenetelmänä kriisin reaktiovaiheessa niin uhrin kuin omaisten tai työntekijöiden tukemisessa. Jälkipuintia suositellaan käytettäväksi ainoastaan kriisin reaktiovaiheessa, sillä sokkivaiheessa tästä ei nähdä olevan hyötyä ja myöhemmissä vaiheissa se voisi tuntua vain haavojen uudelleen avaamiselta.</p>	<p>Nuoli jälkipuinnista ”reaktiovaihe” ”uhrille”. Reaktiovaiheeseen ilmestyy tummennukset vahvistamaan sitä, että käytetään vain reaktiovaiheeseen. Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.</p>
<p>Jälkipuinnissa käydään järjestelmällisesti tapahtumien kulku, tapahtumasta nousseet ajatukset, tunteet sekä mahdolliset oireet ja normalisoidaan reaktioita, joita mahdollisesti on seurannut.</p>	<p>Laatikoiden avulla jälkipuinnin tapahtumat ”tapahtumien kulku” ”Ajatukset, tunteet, fyysiset oireet”. Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.</p>
<p>Samalla valmistetaan henkilöitä lähipäivien tapahtumiin kuten ihmisten kohtaamiseen tai työhön paluuseen ja kerrotaan yleisistä reaktioista, mitä lähipäivinä ihmiset voivat kokea. Jälkipuinti on saanut kritiikkiä, sillä se ei ole pystynyt todistamaan menetelmän tehoa ehkäisemään traumaperäisen stressihäiriön syntyä ja osan tutkimuksien mukaan jälkipuinti voisi olla jopa haitallinen potilaan voinnille.</p>	<p>”Valmistellaan lähipäivien tapahtumiin”, ”yleiset reaktiot”. Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.</p>

<p>Kuitenkin jälkipuintikeskusteluilla on todettu olevan myönteisiä vaikutuksia subjektiivisesti mitattuna hyvinvoinnin kannalta sekä objektiivisemmin mitattuna alkuvaiheen oireilun ehkäisemisessä. Jälkipuinnin ei tulisi olla kertaluontoinen interventio vaan kriisissä oleva voi tarvita myös myöhemmissä vaiheissa seurantaa ja sokkivaiheessa henkistä ensiapua.</p>	<p>”Lisää hyvinvoinnin kokemusta” ”Vähentää alkuvaiheen oireilua”. Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.</p>
	<p>Dia vaihtuu -> Dia, jossa ylhäällä lukee henkinen ensiapu. Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.</p>
<p>Henkinen ensiapu on henkistä tukea, jossa tuetaan selviytymiskykyä auttamalla uhreja käyttämään omia voimavarojaan ja samalla vastataan heidän henkisiin ja sosiaalisiin tarpeisiin</p>	<p>Nuoli henkisestä ensiavusta ”Henkistä tukea”. Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.</p>
<p>Henkisessä ensiavussa korostuu ihmisen rauhoittaminen, niin että hän pysyisi toimintakykyisenä</p>	<p>Henkisestä tuesta nuoli ”toimintakyvyn säilyttäminen”. Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.</p>
<p>Henkisen ensiavun perustana on kuormittavassa tilanteesta olevasta ihmisestä huolehtiminen</p>	<p>”Huolehtiminen ihmisestä”. Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.</p>
<p>Siihen liittyvät muun muassa autettavan ihmisen reaktioiden tunnistaminen, aktiivinen kuuntelu ja tarvittaessa käytännön apu, kuten käytännön ongelmien selvittämisessä auttaminen tai perustarpeiden turvaaminen. Näitä ovat siis esimerkiksi turvallisuuden varmistaminen, rauhallinen läsnäolo, lohduttaminen, keskustelu sekä palveluihin tai tarvittavien henkilöiden kuten omaisten pariin ohjaaminen</p>	<p>Huolehtiminen ihmisestä lähtee nuolia: ”Reaktioiden tunnistaminen”, ”Kuunteleminen”, ”Käytännön apu” ”Perustarpeiden turvaaminen”. Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.</p>
<p>Henkinen ensiapu voi olla yksittäinen kriisi-interventio, tai sitä voidaan antaa osana psykososiaalisen tuen ohjelmaa, johon sisältyy myös muita toimia.</p>	<p>Henkisestä tuesta nuoli ”Yksittäinen kriisi-interventio”. Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.</p>

<p>Vaikka henkinen ensiapu onkin psykososiaalinen tuki-toimi, siihen liittyviä tietoja ja taitoja voi käyttää kuka tahansa eikä se vaadi mielenterveys ammattilaisen pätevyyttä. Henkistä ensiapua olisi hyvä tarjota hiljaisessa ja rauhallisessa ympäristössä, jossa jokainen tuntee olonsa turvallisiksi.</p>	<p>Henkisestä tuesta laatikko ”Kuka tahansa voi käyttää”. Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.</p>
<p>Henkinen ensiapu voi auttaa jo sokkivaiheessa, mutta voi olla hyödyllinen jopa vuosia traumaattisen tapahtuman jälkeen. Henkistä ensiapua voidaan tehdä myös parityönä</p>	<p>”Sokkivaiheeseen, tai myöhemmin”. Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.</p>
<p>Henkisen ensiavun periaatteena on: ”Katso, kuuntele ja yhdistä”.</p>	<p>Ilmestyy kolme laatikkoa keskellä diaa. ”Katso”, ”Kuuntele”, ”Yhdistä”. Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.</p>
<p>Katsomisella tarkoitetaan asian selvittämistä, että kuka tarvitsee kriisiapua, tarvitseeko hänen perustarpeensa hoitoa ja miten voimakkaat tunnereaktiot hänellä tulevat.</p>	<p>Katsomisen alle ”Kuka tarvitsee apua” ”perustarpeet ”Tunnereaktiot”. Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.</p>
<p>Kuuntelulla tarkoitetaan aktiivista kuuntelua, johon kuuluu läsnäolo, uhrin huomioinen sekä pyrkimystä ymmärtää tilannetta, tunteita sekä tarpeita. Puhuminen tulisi olla rauhallista ja tarvittaessa puheella tulisi myös tarvittaessa rauhoittaa. Kuuntelua voi olla myös uhrin koskettaminen esimerkiksi halaaminen tai olkapään koskettaminen, jos tämä on auttajalle luonnollista mutta tähän muista aina kysyä lupa.</p>	<p>Kuuntelun alle ”Aktiivinen kuuntelu”, jonka alle ”Läsnäolo”, ”Huomioinen” ”Rauhoittaminen”. Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.</p>
<p>Yhdistämisellä tarkoitetaan tiedon antamista niin kriisi-reaktioista kuin tilanteesta sen mukaan minkä verran osaat tietoa antaa, mutta samalla yhdistäminen voi olla yhdistämistä läheisten tai kriisituen pariin.</p>	<p>Yhdistämisen alle ”Tieto” ”Omaiset” ”Kriisituki”. Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.</p>

	Dia vaihtuu, tyhjään diaan
Keski-Suomen hyvinvointialueella Sosiaali- ja kriisipäivystys tarjoaa kriisiapua traumaattisissa kriisitilanteissa, joihin myös oma vakava sairastuminen kuuluu. Sosiaali- ja kriisipäivystykseen saa yhteyden 24/7 ja sinne voi soittaa joko itse, ammattilainen toisen puolesta tai myös läheinen toisen puolesta.	Diaan tulee ”Keski-Suomen sosiaali- ja kriisipäivystys 24/7”. Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.
Järjestölähtöistä kriisityötä Keski-Suomen hyvinvointialueella tarjoaa Kriisikeskus Mobile, joka on avoinna maanantaista perjantaihin, mutta ei yöaikaan. Myös mobileen voi olla joko itse yhteydessä tai toinen henkilö voi ottaa sinne toisen puolesta yhteyttä.	Diaan tulee ”Kriisikeskus Mobile”. Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.
Terveyskylä.fi:n vertaistalossa on kattavasti esiteltynä Keski-Suomen alueen eri vertaistukea tarjoavia tahoja. Vertaistukea Keski-Suomen alueella tarjoaa esimerkiksi Keski-Suomen syöpäyhdistys tai Keski-Suomen Parkinson yhdistys ry. Sairaala NOVA:ssa toimii myös OLKA-palvelut, jonka tarkoituksena on tarjota tukea sairautteen sopeutumisessa.	Diaan tulee ”vertaistuki”, jonka alle tulee ”yhdistykset” ”OLKA”. Video omista kasvoista oikealla alhaalla pienellä.
Eli vaikka ei olisikaan koulutukselta kriisityön ammattilainen tai psykiatrinen sairaanhoitaja, voi jokainen henkilö töissään tai vapaa-ajalla hyödyntää jonkinlaisia kriisityön elementtejä kuten aktiivista kuuntelua ja rauhallista puhumista. Mutta jos omat rahkeet ei riitä kriisityöhön niin kriisiapuun voi tarvittaessa ainakin Keski-Suomen alueella ohjata henkilön ympärivuorokauden. Tämä video oli viimeinen osa vakavan sairastumisen aiheuttaman kriisi ja sen hoito videosarjaa, kiitos kun katsoit nämä videot. Aiheesta löydät lisää myös lukemalla opinnäytetyöni, johon löydät linkin videon ”tiedot” osiosta	Diaesitys poistuu ja kuvataan vain omia kasvoja.