

Heli Hillukkala & Suvi Koponen

**PSYKIATRISISSA HOITOTYÖSSÄ TOIMIVIEN HOITAJIEN KOKEMUKSIA  
PSYYKKISEN TRAUMAN KOKENEIDEN POTILAIEN HOITOTYÖSTÄ**

**PSYKIATRISSESSA HOITOTYÖSSÄ TOIMIVIEN HOITAJIEN KOKEMUKSIA  
PSYKKISEN TRAUMAN KOKENEIDEN POTILAIEN HOITOTYÖSTÄ**

Heli Hillukkala & Suvi Koponen  
Opinnäytetyö  
Syksy 2015  
Hoitotyö  
Oulun ammattikorkeakoulu

## TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma, hoitotyön sv Oulainen

---

Tekijät: Heli Hillukkala & Suvi Koponen

Opinnäytetyön nimi: Psykiatrisessa hoitotyössä toimivien hoitajien kokemuksia psyykkisen trauman kokeneiden potilaiden hoitotyöstä

Työn ohjaajat: Liisa Kiviniemi & Sirpa Tölli

Työn valmistuslukukausi ja –vuosi: Syksy 2015

Sivumäärä: 60 + 4

---

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla psykiatrisessa hoitotyössä työskentelevien hoitajien kokemuksia psyykkisen trauman kokeneen potilaan hoitotyöstä ja siinä käytettävistä työmenetelmistä. Tutkimuksen tavoitteena on saada tietoa toimivista työmenetelmistä ja siirtää kokemuseräistä tietoa erityisesti työuransa alussa oleville hoitajille.

Opinnäytetyömme on kvalitatiivinen tutkimus, joka pohjautuu induktiiviseen analyysiin. Keräsimme aineiston haastattelemalla neljää psykiatrisessa hoitotyössä toimivaa hoitajaa tammikuussa 2015. Yhdistimme aineistonkeruussa avoimen haastattelumenetelmän ja teemahaastattelumenetelmän.

Tulosten mukaan keskeisiä työmenetelmiä psyykkisen trauman kokeneen potilaan hoitotyössä ovat hoitosuhdetyöskentely, vakauttaminen ja työnohjaus. Tutkimustulosten perusteella ei ole vain yhtä oikeaa työmenetelmää tai tapaa toimia, vaan jokainen potilas ja hoitosuhde on yksilöllinen. Työmenetelmien valinta perustuu sen hetkisen traumaprosessin vaiheeseen ja potilaan voimavaroihin. Kokemukseen perustuvan tiedon siirtämistä uusille hoitotyöntekijöille pidettiin tärkeänä. Kokemuseräisen tiedon siirtäminen jää kuitenkin usein yksittäisten tilanteiden ja henkilöiden varaan; tiedon siirtäminen voisi olla suunnitelmallisempaa.

Tutkimuksessamme haastateltavat henkilöt omasivat vankan asiantuntijuuden traumatyöstä. Tutkimuksemme myötä oma ymmärryksemme heidän arvokkaasta ammattitaidostaan lisääntyi. Tämä arvokas ”ruohonjuuritasolla” tapahtuva työ jää usein huomiotta ja tätä voima-varaa tulisi hyödyntää paremmin. Tutkimuksemme osoitti myös tarpeen siirtää kokemuseräistä tietoa organisoidummin. Kokeneiden hoitajien asiantuntijuutta tulisi hyödyntää työyhteisön sisäisissä tai ulkopuolisissakin koulutuksissa. Työkokemus ja sen myötä saatu osaaminen tulisi huomioida paremmin myös koulutusjärjestelmässä.

---

Asiasanat: psyykkinen trauma, psykiatrinen hoitotyö, kokemuseräinen tieto

## ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences  
Degree programme in nursing

---

Authors: Heli Hillukkala & Suvi Koponen

Title of theses: Experiences of nurses treating the patients with mental trauma

Supervisors: Liisa Kiviniemi & Sirpa Tölli

Term and year when the thesis was submitted: Autumn 2015    Number of pages: 60+4

---

The purpose of this study is to describe experiences of nurses working in psychiatric nursing, treating patients with psychological trauma, and methods for it. The aim of this study is to obtain valid methods and transfer experiential knowledge especially for the nurses who are beginning of their career.

This thesis is a qualitative study and based on the inductive approach. The material is collected interviewing four psychiatric nurses in January 2015. We used both an open interview and theme method.

According to the results of the key methods of working with patients with psychological trauma are the therapeutic relationship work, stabilization and supervision. On the basis of the results there is not just one particular method or way. Instead of that each patient therapeutic relationship is the unique. The method is selected according to the patients condition and the phase of the trauma process. Transferring experiential is based on the current working methods of the trauma in the process step and the patients condition. Transferring experiential knowledge to the beginners was considered important. However, this is often on the response of individuals and depending on the situation. The transfer of knowledge could be more systematical.

The persons whom we interviewed were professionals at working with traumas. Because of this study our comprehension of their valuable professional skills increased. These skills "on the ground" are often ignored and these resources of strength should be used better. Working experience and the experiential knowledge should be noticed better also during the education.

---

Keywords: the psychiatric trauma, psychiatric nursing, experiential knowledge

# SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	7
2	PSYKKINEN TRAUMA JA PSYKIATRINEN HOITOTYÖ.....	8
2.1	Koulutus psykiatriseen hoitotyöhön .....	8
2.2	Psyykinen trauma ja sen vaikutus ihmiseen .....	10
2.3	Traumaattisen kriisin vaiheet.....	11
2.4	Traumaperäinen stressireaktio .....	13
2.5	Hiljainen tieto eli kokemuseräinen tieto .....	14
3	TERVEYDENHUOLLOSSA KÄYTETTÄVÄT AUTTAMISMENETELMÄT TRAUMAN KOKENEEN POTILAAN HOITOTYÖSSÄ .....	16
3.1	Työmenetelmiä trauman kokeneen henkilön hoidossa.....	16
3.2	Kriisiauttaminen ja jälkipuinti .....	17
3.3	Hoitosuhdetyöskentely .....	19
3.4	Vakauttaminen .....	21
3.5	Terapiat työmenetelmänä.....	22
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT.....	25
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	26
5.1	Metodologiset lähdökohdat.....	26
5.2	Tutkimukseen osallistuvien valinta .....	26
5.3	Avoin haastattelu aineistonkeruumenetelmänä .....	27
5.4	Aineiston analysointi.....	28
6	PSYKKISEN TRAUMAN KOKENEEN POTILAAN HOITOTYÖ HOITAJIEN KUVAAMANA .....	33
6.1	Psyykkisen trauman moniulotteisuus.....	33
6.2	Hoitaja traumatyöntekijänä .....	36
6.2.1	Hoitajan traumatyötä heikentävät tekijät .....	37
6.2.2	Hoitajan traumatyötä vahvistavat tekijät.....	39
6.3	Toimivat työmenetelmät psyykkisen trauman kokeneen potilaan hoitotyössä .....	40
6.3.1	Hoidon tarpeen arvionti ja diagnosointi .....	41
6.3.2	Vakauttaminen työmenetelmänä.....	42
6.3.3	Hoitosuhdetyöskentely työmenetelmänä.....	43
6.3.4	Työnohjaus menetelmänä traumatyössä .....	46

6.3.5	Tukiverkoston merkitys traumatyössä .....	47
6.3.6	Potilaan jatkohoidon järjestäminen .....	47
6.4	Kokemusperäisen tiedon siirtäminen traumatyötä kehittäen .....	48
7	TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELUA JA JOHTOPÄÄTÖKSET .....	51
8	POHDINTA .....	53
8.1	Tutkimuksen eettisyys .....	53
8.2	Tutkimuksen luotettavuus .....	54
8.3	Tulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimushaasteet .....	55
8.4	Opinnäytetyön prosessi ja ammatillinen kasvu .....	55
LÄHTEET: .....		57

# 1 JOHDANTO

Trauma on tosiasia, jonka kohtaamme kaikkialla tämän päivän elämässä. Suomessa tavallisimpia trauman aiheuttajia nykyaikana ovat fyysinen ja seksuaalinen väkivalta, henkeä uhkaavat sairaudet, omaisen kuolema ja erilaiset onnettomuudet. Muissa maissa pahimpia trauman aiheuttajia ovat terroriteot, luonnonkatastrofit, sotakokemukset ja pakolaisuus. (Viheriälä & Rutanen 2010, viitattu 22.8.2014.)Yhä useammalla ihmisellä on psyykkisiä traumoja, jotka voivat aiheuttaa traumatisoitumista. Usein sen syyt ja seuraukset jäävät tietoisuutemme tavoittamattomiin. (Levine 1997, 31.) Psykkinen trauma käsittelemättömänä johtaa pahimmillaan ihmisen toimintakyvyn täydelliseen romahtamiseen ja yhteiskunnasta syrjäytymiseen. Sen lisäksi, että psykkinen trauma aiheuttaa yksittäiselle ihmiselle inhimillistä kärsimystä, myös taloudelliset kustannukset ovat huomattavat yhteiskunnalle. Vuonna 2006 mielenterveyden häiriöiden vuoksi maksettiin erilaisia tukia 1 264 miljoonaa euroa. Samana vuonna kelan korvaukset psyyken lääkkeitä olivat 1 27 miljoonaa euroa. Hälyttävää on, että mielenterveyden häiriöt haittaavat yhä useammin myös lasten arkea. (Kela 2007, viitattu 23.8.2015.)Tästä johtuen haluamme tutkimuksessamme korostaa ennaltaehkäisevän työn tärkeyttä.

Tekemämme opinnäytetyö on laadullinen tutkimus jonka toteutimme yhteistyössä Pohjois-pohjanmaan sairaanhoitopiirin kanssa. Haastattelimme neljää psykiatrisessa hoitotyössä toimivaa hoitajaa, joilla on kokemusta traumatyöstä. Tutkimuksessamme kuvataan toimivia työmenetelmiä psykkinen trauman kokeneen potilaan hoitotyössä. Lisäksi tutkimuksessa kuvataan millaista kokemuseräistä tietoa hoitajat kokivat tärkeäksi siirtää eteenpäin. Hoitajien kokemuseräisen tiedon hyödyntäminen esimerkiksi ennaltaehkäisevässä traumatyössä kehittäisi merkittävästi hoitotyötä.

Opinnäytetyön myötä olemme saaneet paljon syventävää tietoa psykkinen trauman kokeneen potilaan hoitotyöstä. Lisäksi voimme hyödyntää samaamme kokemusta tutkijoina työelämässä vastaantulevissa projekteissa ja mahdollisissa jatkokoulutuksissa.

## 2 PSYKKINEN TRAUMA JA PSYKIATRINEN HOITOTYÖ

Tutkimuksemme keskeisiä käsitteitä ovat psyykinen trauma, psykiatrinen hoitotyö ja hiljainen tieto. Tutkimuksessa käytämme hiljaisesta tiedosta myös käsitettä kokemusperäinen tieto. Olemme avanneet näitä käsitteitä tässä luvussa. Psyykinen trauma pitää sisällään traumatisoivan tapahtuman ja traumaattisen kriisin eri vaiheet. Se voi muuttaa ihmisen kuvaa maailmasta pysyvästi. Käsittelemättömänä psyykinen trauma voi johtaa traumaperäisen stressireaktion syntymiseen. Tarkoituksenmukaisella psykiatrisella hoitotyöllä tämä voidaan ehkäistä. Psykiatrinen hoitotyö perustuu vaativaan ammattitaitoon. Siihen tarvitaan eettisesti ja moraalisesti ajattelevia ihmisiä, jotka kykenevät analysoimaan itseään suhteessa potilaan auttamiseksi tehtäviin ratkaisuihin. Luonteeltaan työ on itsenäistä ja vastuullista ja siihen tarvitaan sosiaali- tai terveydenhoitoalan koulutus. (Tölli 2009, 15, viitattu 14.10.2014.)

Tutkimuksemme keskeisin tavoite on tuottaa tietoa psykiatrisessa hoitotyössä toimivien hoitajien kokemuksista psyykkisen trauman kokeneen potilaan hoitotyöstä ja siinä käytettävistä työmenetelmistä. Yksi keino tähän on hiljaisen tiedon hankkiminen kokeneilta hoitajien ammattilaisilta. Hiljainen tieto on luonteeltaan toiminnallista eikä sitä voi jakaa toiselle henkilölle suoraan sanallisesti, koska se on pohjimmiltaan henkilökohtaista ja yksilön arvostaminen päämäärien kannalta hyödyllistä. Sen avulla voidaan ymmärtää monia vaikeasti havaittavien hiljaisten signaalien kautta ilmeneviä yhteiskunnallisia ilmiöitä, koska sen perusta on arjen kokemuksessa. Hiljainen tieto auttaa saamaan toimivia tapoja ja tietosisältöjä laajemmin jaettavaksi. (Jyväskylän yliopisto 2014, viitattu 27.8.2014.)

### 2.1 Koulutus psykiatriseen hoitotyöhön

Suomessa sairaanhoitajan ammattia saa harjoittaa henkilö, joka on suorittanut sairaanhoitajakoulutuksen. Koulutus kestää kolme ja puoli vuotta ja on laajuudeltaan 210 opintopistettä. Koulutus on vaatimuksiltaan samanlaista Euroopan eri maissa, koska se pohjautuu Euroopan unionin asettamiin direktiiveihin. (Sairaanhoitajaliitto 2014, viitattu 27.8.2014.) Mielenterveyshoitajalla, (ent. mielisairaanhoitaja) on lähihoitajan tutkinto mielenterveys- ja päihdetyön koulutusohjelmassa. Tutkinnon voi suorittaa myös näyttötutkintona,



kuten myös psykiatrisen hoidon erikoisammattitutkinnon. Mielenterveyshoitajan ammattinimike on suojattu nimike ja sitä saavat käyttää vain tietyt opinnot suorittaneet henkilöt. Mielenterveyshoitajan koulutus kestää kolme vuotta ja on laajuudeltaan 120 opintoviikkoa. (Jokeri 2004, viitattu 24.4.2015.)

Terveysalan koulutusta on muutettu useaan otteeseen 1980- ja 1990-luvuilla, jolloin suurin muutos tapahtui terveysalan koulutuksen siirtyessä opistoasteisesta koulutuksesta ammattikorkeakoulutukseksi 1999. Sairaanhoidajaksi voi kouluttautua ammattikorkeakouluissa ympäri Suomen. Pääpiirteet ovat samanlaiset kaikissa kouluissa, mutta koulutuksen rakenne ja sisältöpainotukset voivat olla erilaisia riippuen ammattikorkeakoulujen opetussuunnitelmista. (Sairaanhoidajaliitto 2014, viitattu 27.8.2014.)

Koulutuksen aikana opiskelija hankkii perusvalmiudet kriisin kokeneiden henkilöiden ihmisten auttamiseen. Lisävalmiuksia ammatilliseen työskentelyyn kehittyy erikoistumiskoulutuksessa. (Kiiltomäki 2007, 46.) Psykiatriset sairaanhoitajat ja mielenterveyshoitajat ovat opinnoissaan syventyneet psykiatriseen hoitotyöhön. He antavat tavallisesti keskustelua, tietoa ja tukea mielenterveyden häiriöistä kärsiville tai erilaisia kriisilanteita kohtaaville. (Suomen mielenterveysseura 2014, viitattu 1.10.2014).

Perustehtävänä psykiatrisen hoitotyön alueella on oppia tuntemaan ihmiset, joilla on psyykkisiä oireita ja ymmärtää mitä oireet merkitsevät ihmiselle sekä hänen ympäristölleen. Hoitaja on usein ensimmäinen ammattihenkilö, jolle potilas tai omaiset kertovat oireista tai elämässä tapahtuneista muutoksista. Hoitajalla on ulkopuolisena henkilönä mahdollisuus myös havaita muutokset potilaan mielenterveydessä. Hoitajan havainnot ovat tärkeimpiä apuvälineitä lääkärin muodostaessa käsitystään potilaan mielenterveydestä. Tämän vuoksi hoitajan on osattava havainnoida ja arvioida potilaan mielentilaa. (Välimäki, Holopainen & Jokinen 2000, 31–32.) Psykiatrista hoitotyötä tekevällä samoin kuin missä tahansa hoitotyössä toimivalla henkilöllä tulee olla perusvalmiudet kriisityöhön. Hänen tulee tietää, mihin ja minkälaiseen jatkohoitoon tai terapiaan voi ohjata ihmisen, joka on kohdannut kriisin. (Kiiltomäki 2007, 40.)

## 2.2 Psyykkinen trauma ja sen vaikutus ihmiseen

Traumatisoivaksi tapahtumaksi määritellään mikä tahansa yksilön kokema uhkaava tilanne, joka aiheuttaa epätavallisen voimakkaita, normaalia elämää häiritseviä reaktioita. Traumaattisessa tapahtumassa on usein kyse täydellisestä avuttomuuden tunteesta, minkä aiheuttaa todellinen tai mahdollinen uhka henkeä, ruumiillista koskemattomuutta tai mielenterveyttä kohtaan. Yksilön normaalia ajatusmaailmaa järkytetään, mikä altistaa hänet hämmentyneeseen ja turvattomaan tilaan. Traumaattiset kokemukset tallentuvat muistiin eri tavalla, kuin arkipäivän tapahtumat. Voimakkaasti stressaavassa tilanteessa ihmisen elimistössä erittyy endogeenisiä hormoneja eli niin sanottuja stressihormoneja, jotka vahvistavat traumaattisen tilanteen muistiin tallentumista. Nämä muistikuvat tallentuvat pääasiassa ei-kielillisessä muodossa kuten visuaalisesti, hajuina, tunteina, ääninä sekä kinesteettisesti ilman semanttista rakennetta. Kun käsitys tapahtumasta tarkentuu ihmisen mielessä, olisi hyvä pystyä rakentamaan kielellisesti ilmaistu kertomus tapahtuneesta, jotta toipumisprosessi lähtee etenemään. (Traumaterapiakeskus 2014, viitattu 22.8.2014).

Traumatisoiva tapahtuma voi koskettaa pelkästään yhtä henkilöä tai sen vaikutuksen piiriin voi joutua perhe, ryhmä tai yhteisö. Yhtä henkilöä koskettavia traumaattisia tapahtumia voivat olla muun muassa omaisen kuolema tai henkilön joutuminen väkivallan uhriksi. Ryhmää tai yhteisöä koskevat traumatisoiviin tapahtumiin kuuluvat aseellinen ryöstö, työpaikkaonnettomuus, työtoverin itsemurha tai suuronnettomuus. (Traumaterapiakeskus 2014, viitattu 22.8.2014.) Suomessa tavallisimpia trauman aiheuttajia nykyaikana ovat fyysinen ja seksuaalinen väkivalta, henkeä uhkaavat sairaudet, omaisen kuolema ja erilaiset onnettomuudet. Muissa maissa pahimpia trauman aiheuttajia ovat terroriteot, luonnonkatastrofit, sotakokemukset ja pakolaisuus. (Viheriälä & Rutanen 2010, viitattu 22.8.2014.) Suurimmaksi häiriön aiheuttajaksi (traumaperäinen stressireaktio) koetaan toisen ihmisen pahantahtoisen väkivallanteon aiheuttama trauma. (Poijula 2005, 1587–1589).

Traumaattinen kriisi määritellään psyykkisenä tilana, jossa yksilö, yhteisö tai ryhmä kohtaa ulkoisen tapahtuman, joka koetaan uhkana ruumiilliselle olemassaololle, turvallisuudelle tai sosiaaliselle identiteetille. Kun ihminen kokee yhdenkin voimakkaasti traumatisoivan tapahtuman elämässään, hänen maailmankuvansa saattaa muuttua pysyvästi. Tämä johtuu siitä, kokemus tapahtuu ennustamatta ja sattumanvaraisesti. Terve ihminen uskoo maailmasta yleensä hyvää; ihmiset ovat hyviä ja arvokkaita, elämä on tarkoituksenmukaista. Traumatisoituva tapahtuma

uhkaa tätä ihmisen uskomusjärjestelmää siten, että haavoittumattomuuden illuusio häviää ja ihminen menettää otteen itsensä ja ympäristön hallinnasta. Kokemuksista voi syntyä pelkoreaktioita jotka ilmenevät pelkoina aiemmin neutraaliksi koettuja asioita kohtaan. (Traumaterapiakeskus 2014, viitattu 22.8.2014.)

### 2.3 Traumaattisen kriisin vaiheet

Traumaattisen kriisin vaiheet jaetaan neljään vaiheeseen: *sokkivaiheeseen*, *reaktiovaiheeseen*, *käsittelyvaiheeseen* ja *uudelleen suuntautumisvaiheeseen*. Sokkivaiheesta voidaan puhua heti järkyttävän tilanteen kohtaamisen jälkeen ja sen pituus vaihtelee muutamasta hetkestä muutamaan vuorokauteen. Ihminen ei tällöin kykene ymmärtämään tapahtumaa vaan reagoi asiaan kieltämällä sen. Kysymyksessä on normaali puolustusreaktio, joka on tarpeellinen potilaan selviytymisen kannalta. Tässä tilanteessa hän joko lamautuu (käyttäytyy tynesti tai robottimaisesti) tai toimii kaoottisen kiihtymisen vallassa (huuto, raivo, itku tai hallitsematon levottomuus). Tynneyden ja kaoottisen kiihtymisen tilat voivat vaihdella nopeastikin, eivätkä potilaat välttämättä pysty muistamaan sokkivaiheen tapahtumia.

*Sokkivaiheessapotilasta* olisi hyvä säästää liialta informaatiolta tai sen tulisi olla mahdollisimman yksinkertaista ja helposti ymmärrettävää. (Auranen & Kontulainen 2011, 9, viitattu 11.11.2014.) Tällöin hoitajan tehtävänä on huolehtia potilaan konkreettisista tarpeista kuten turvasta ja suojasta. Potilaalle luodaan tunne siitä, että häntä auttavat henkilöt hallitsevat tilanteen. Somaattinen ensihoito, yhteyden saaminen omaisiin sekä selkeä tiedotus ovat parasta apua potilaalle tässä vaiheessa. Hoitohenkilökunnan asianmukainen toiminta itsessään on sokkivaiheen psyykkistä hoitamista. (Duodecim 2014, viitattu 27.11.2014.) Oireiden pitkittyessä (yli kuukausi tapahtuneesta) ja muuttuessa henkilön päivittäisiä toimia haittaaviksi, kyseessä on traumaperäinen stressihäiriö. (Traumaterapiakeskus 2014, viitattu 22.8.2014.)

*Reaktiovaiheessa* ihminen käy läpi tapahtuneita asioita. Hän alkaa totutella itseään muuttuneeseen todellisuuteen. Tämä vaihe kestää muutamasta viikosta muutamaan vuorokauteen. Aluksi ihminen käyttää voimakkaita puolustusmekanismeja esimerkiksi kieltämällä tapahtuneen merkityksen ja eristämällä omat tunteensa tapahtuneesta. Hänen käyttäytymisessään voi ilmetä taantumista. Hän saattaa siirtää ahdistustaan ulkopuolisiin kohteisiin tai kokea aistiharhan

kaltaisia tuntemuksia. Menetetyn läheisen ääni saattaa kuulua tai potilas tuntee hänen läsnäolonsa. Potilas käy asioita läpi yhä uudelleen ja uudelleen. Hän työstää tapahtumia puheissa ja unissa. Tässä vaiheessa psyykkisesti kipeitä kokemuksia voidaan käydä läpi vain vähän kerrallaan psyykkisten puolustuskeinojen avulla. Kokemusten läpikäyntiä jatketaan asteittain aktiivisemmin ja suuremmin pikku hiljaa todellisuutta kohdaten. Potilas saattaa siirtää ahdistustaan ulkoisiin kohteisiin, kuten terveydenhoitohenkilökuntaan kohtuuttomasti syyttäen. (Duodecim 2014, viitattu 27.11.2014.) Potilas voi kokea voimakkaita psykosomaattisia oireita, kuten hikoilua, vapinaa tai sydämentykytystä, kun hän työstää tapahtumia mielessään. Oireet vähenevät vähitellen, samoin pelon ja avuttomuuden tunteet. Tavoitteena reaktiovaiheessa on löytää tasapaino traumaattisten kokemusten ja voimakkaiden sietämättömiltä tunteilta suojaavien puolustusmekanismien väliltä. (Auranen ym. 2011, 9, viitattu 11.11.2014.)

Psykologisesti reaktiovaihetta elävä potilas tarvitsee toistuvaa kuunnelluksi ja välitetyksi tulemisen kokemusta sekä selkeää, käytännönläheistä ja toistettua tietoa tilanteesta esimerkiksi konkreettisen avun saamisesta päivittäiseen elämään tai toimeentuloturvasta. Hoitava henkilö arvioi jatkuvasti, mikä on sopiva tiedon määrä, jonka potilas pystyy tässä vaiheessa vastaanottamaan ja käsittelemään. On tärkeää, ettei tiedon antamisella estetä potilaan puhumista ja tilaisuutta tulla kuulluksi. Aktiivinen kuuntelu on tässä vaiheessa avainasemassa. Se onnistuu lyhyessäkin potilaskontaktissa, mutta muutama pidempi vastaanottoaika edistää huomattavasti kriisihoidon onnistumista. Potilaiden raskaiden kokemusten kuuntelu vaatii hoitajalta paljon. Hoitajan täytyy olla itse mieleltään tasapainossa ja kosketuksessa mahdollisten omien traumaattisten kriisien läpikäymiseen. (Duodecim 2014, viitattu 27.11.2014.)

*Käsittelyvaiheessa* henkilö alkaa hyväksyä tapahtuneen pikku hiljaa. Hän ymmärtää menetyksen ja muutoksen väistämättä tapahtuneeksi. Tätä vaihetta kutsutaan myös varsinaisen surutyön vaiheeksi ja se on kestoltaan kuukausista vuoteen. Hän hyväksyy tapahtuneen osana elämänmuutosta eikä kiellä tai poissulje sitä. Samalla potilas käsittelee tapahtuman aiheuttaneita tunteita, vihaa ja syyllisyyttä, muodostaen samalla uutta kuvaa itsestään ja elämäntilanteestaan. (Auranen ym. 2011, 10, viitattu 11.11.2014.) Hoidon keskeisellä sijalla tässä vaiheessa on potilaan kuunteleminen ja tunteiden tunnistaminen. Potilas käy läpi oman vastuun, vihan ja syyllisyyden tunteita. Hoitajan tehtävänä on tukea tätä itsenäistymisen vaihetta ja auttaa potilasta suuntaamaan elämää eteenpäin. (Duodecim 2014, viitattu 27.11.2014.)

Potilaan päästessä *uudelleensuuntautumisen vaiheeseen*, hänellä on jo katse kohti tulevaisuutta. Se näyttäytyy hänelle erilaisena kuin ennen kriisin aiheuttamien persoonallisuuden muutosten vuoksi. Elämänkaaren vaiheella on merkitystä tulevaisuuden suuntautumisessa: mitä nuorempi ihminen on, sitä helpompi hänen on asennoitua ja suuntautua tulevaisuuteen. Uudelleensuuntautumisen vaiheessa ihminen toipuu kokemastaan traumaattisesta tapahtumasta ja sen aiheuttamista seurauksista. Kriisin käsittely ei kuluta enää hänen psyykkisiä voimavaroja. (Auranen ym. 2011, 10, viitattu 11.11.2014.) Tässä vaiheessa mahdolliset uudet menetykset voivat aktivoida aiemman reaktiovaiheen ilmiöitä ja oireita. Hoitajalta vaaditaan tässä vaiheessa pitkäjänteisyyttä, rauhallista rohkaisua ja pessimistisen asenteen välttämistä. (Duodecim 2014, viitattu 27.11.2014.)

## **2.4 Traumaperäinen stressireaktio**

Trauma määritellään henkiseksi tai ruumiilliseksi vaurioksi tai haavaksi. Trauman aiheuttaa joku traumatisoiva tapahtuma, joka saa ihmisessä aikaan traumaattista stressiä. Stressistä käytetään käsitteitä rasitus tai paine. Kun ihminen kokee voimakasta fyysistä tai psyykkistä painetta tai rasitusta, näistä aiheutuu ihmisessä sekä psyykinen että fyysinen sopeutumisreaktio. Stressi koetaan ahdistuksena, joka aiheutuu ihmiselle uhkan havaitsemisesta. Ahdistus vuorostaan ilmenee ruumiillisina oireina, tunnereaktioina ja muuttuneina käyttäytymisenä. (Traumaterapiakeskus 2014, viitattu 22.8.2014.)

Traumaperäinen stressihäiriö/ äkillinen stressihäiriö ovat seurausta voimakkaan traumaattisen kriisin toipumisvaiheen häiriytymisestä. Tyypillistä traumaperäiselle stressireaktiolle on voimakas, pitkittynyt psyykinen ja ruumiillinen reagointi liittyen koettuun traumaan. Mieleltään terve ihminen joutuu niin sanottuun häiriötilaan psyykkisesti liian kuormittavan henkisen tai ruumiillisen stressin myötä. Oireina traumaperäiselle stressireaktiolle ovat huomiokyyn kaventuminen, kyvyttömyys ymmärtää ärsykeitä, ajan ja paikan tajun häiriintyminen sekä huumaantunut olo. Tilaa voi seurata kiihtyvyys ja yliaktiivisuustila tai ympäristöstä pois vetäytyminen. Ihminen saattaa kokea täydellisen tai osittaisen muistinmenetyksen liittyen traumaattiseen kokemukseen tai tapahtumaan. Ihminen kokee myös paniikkiahdistusta ja sen aiheuttamina autonomisia oireita. Tämä olotila menee yleensä ohi muutamassa minuutissa tai kestää kerrallaan pari kolme päivää. (Traumaterapiakeskus 2014, viitattu 22.8.2014.) Traumaperäisestä stressihäiriöstä ihminen kärsii,

kun oireet pitkittyvät ja vaikuttavat jokapäiväiseen elämään toimintakykyä ja terveyttä heikentävästi. Aikuisilla ensi oireilu näkyy elämänlaadun heikkenemisenä työympäristössä, lapsilla ja nuorilla koulussa. Ihmissuhteet voivat joutua koetukselle. Keskittymiskyky heikkenee, jolloin tehtävistä suoriutuminen vaikeutuu. (Duodecim 2009, viitattu 26.8.2014.)

## 2.5 Hiljainen tieto eli kokemusperäinen tieto

Amerikkalainen Michael Polanyi (1966) keksi hiljaisen tiedon käsitteen (tacit knowledge). Ajatuksena hiljaisen tiedon olemuksesta hänellä oli, että tiedämme enemmän mitä pystymme kertomaan. Hän piti ihmisten tietoisuutta jäävuoren kaltaisena; jäävuoren huiput ovat asioita, joita pystymme ilmaisemaan sanallisesti, suurin osa tietoisuudesta jää pinnan alapuolelle. Tämä pinnan alle jäävä tietoisuus näkyy ihmisen toiminnassa erilaisina käytäntöinä, tapoina, tunteuksina ja rutiineina. Hiljaisen tiedon ja sen siirron tärkeys on opittu tuntemaan täydemmin vasta 2000-luvulla. Hiljaista tietoa on analysoitu ja siitä on tehty useita tutkimuksia. Hiljaisen tiedon käsitettä on analysoitu jaotteleamalla se kognitiiviseen, tekniseen ja sosiaaliseen hiljaiseen tietoon. Sitä on määriteltä rutiinien ja kehollisen tiedon kautta yhdistyvään viisauteen. (Jyväskylän yliopisto 2014, viitattu 27.8.2014.)

”Hiljaisella tiedolla on monia merkityksiä, mutta yleisesti sillä tarkoitetaan intuitiivista, ei-sanallista tietämystä, joka karttuu ihmisille toiminnallisen kokemuksen kautta.” (Jyväskylän yliopisto 2014, viitattu 27.8.2014). Sanasta intuitiivinen tarkoitetaan välittömästi oivallukseen perustuvaa, näkemyksellistä tietämystä. Toisin sanoen se on ”kykyä nähdä sisäisesti ja kykyä tietää suoraan käyttämättä rationaalisia prosesseja”. (Nurminen 2000, 17.) Hoitotyössä intuition kautta kehittynyt tieto syntyy läsnäolosta. Läsnäolo on ilman ennakoasenteita tapahtuvaa kiireetöntä, tavoitteellista hoitotyötä. Läsnäolossa tunnistetaan ihmisen yksityisyys, odotukset hoitamisesta ja paranemisesta, sairaus (tai trauma) kokemuksena ja pyritään tasapainottamaan sekä eheyttämään ihmisen fyysistä, psyykkistä, sosiaalista ja hengellistä kokonaisuutta. Läsnäolo viittaa ajan tasalla olevaan tietoon, sekä ihmisen kehon kielen, sanallisten viestien tavoittamiseen lääketieteellisten tosiasioiden ja hoitotyön auttamismenetelmien keinoin. (Nurminen 2000, 99.) Tämä läsnäolon tietämys kehittyy hoitotyön kokemuksen myötä arvokkaaksi hiljaiseksi tiedoksi.

Hiljaisesta tiedosta käytetään käsitettä ei-propositionaalinen tiedon laji (tietoon liittyvä asiayhteyden ilmaisu muuten, kuin väitelauseen muodossa), tieto siis perustuu tunteeseen omasta tietoperustan vakuuttuneisuudesta, jonka perusteita ei voi määritellä vakuuttavasti sanallisesti. Hiljainen tieto lajina on erilaista tietoa, mitä aiemmin on opittu tuntemaan. Hiljaisessa tiedossa yksittäiselle ihmiselle tai yhteisölle kertyneen hiljaisen tiedon käsitteitä ei ole tarkkaan määritelty, tai niitä ei käsitteellisessä mielessä ole olemassakaan ennen niiden määrittämistä. Tämä tiedonlaji ei siis ole eksplisiittistä eli käsitteellistä tietoa, joka on muodollista, systemaattista ja tarkkaan määriteltyä. Eksplisiittistä tietoa voidaan prosessoida ja tallentaa suhteellisen helposti. Hiljainen tieto jää yleensä tallentumatta tai jakamatta, koska hiljaisesta tiedosta ei ole esittänyt tieteellisiä kaavoja tai esimerkkejä käyttöohjeiden muodossa. (Jyväskylän yliopisto 2014, viitattu 27.8.2014.)

Hiljainen tieto on sääntöihin perustumatonta tietoa, teoreettisesti se edustaa niin sanottua naturalistista käsitettä, jolle ei ole olemassa täydellistä viittausalaa. (Jyväskylän yliopisto 2014, viitattu 27.8.2014). Haastavaa tutkimuksemme kannalta on se että pystymme osoittamaan riittävän vakuuttavia perusteita sille, että tutkimamme ilmiö on hiljaista tietoa, koska hiljainen tieto on luonteeltaan toiminnallista eikä sitä voi jakaa toiselle henkilölle suoraan sanallisesti. Se on pohjimmiltaan henkilökohtaista ja yksilön arvostamien päämäärien kannalta hyödyllistä tietoa. (Jyväskylän yliopisto 2014, viitattu 27.8.2014).

Hiljaista tietoa on mahdollista tutkia erilaisten abstraktiotasojen kautta. Hoitotyössä hiljaisen tiedon tutkimiseen käytetään eri menetelmiä, esimerkiksi aivojen kuvantamista, testejä, havainnointia, stimulointia, kyselyä ja haastattelua. Hiljaisen tiedon tutkiminen hoitotyössä vaatii vahvan teoreettisen pohjan hankkimista, jonka avulla hiljainen tieto voidaan todentaa. Kuitenkin hiljaisen tiedon tutkiminen hoitotyössä on merkityksellistä menestyksellisen toiminnan kannalta. Käsitteeseen hiljainen tieto kohdistuu positiivisia odotuksia ja se nähdään hyödyllisenä tietoisuutena hoitotyössä, siihen suhtaudutaan luottavaisesti. Hiljaisen tiedon avulla voidaan ymmärtää monia vaikeasti havaittavien hiljaisten signaalien kautta ilmeneviä yhteiskunnallisia ilmiöitä, koska sen perusta on arjen kokemuksissa. Hiljaisen tiedon kautta saatuja hyviä toimivia käytäntöjä pyritään ottamaan osaksi hallinnon päätöksiä ja ohjelmia. Osa käytännöistä sitoutuu paikallisten toimijoiden kokemuksen kautta omaksumaan hiljaiseen tietoon toimintaympäristöstä, sillä hiljainen tieto rakentuu paikallisesti. Tutkimusten avulla hiljaista tietoa pystytään määrittelemään ja yleistämään. Sen avulla saadaan aikaan toimivia tapoja ja tietosisältöjä laajemmin jaettavaksi. (Jyväskylän yliopisto 2014, viitattu 27.8.2014.)

### **3 TERVEYDENHUOLLOSSA KÄYTETTÄVÄT AUTTAMISMENETELMÄT TRAUMAN KOKENEEN POTILAAN HOITOTYÖSSÄ**

Psyykkisen trauman kokeneen henkilön auttaminen oikeilla työmenetelmillä potilaslähtöisesti on ensisijaisen tärkeää, koska sillä oletetaan olevan suotuisia vaikutuksia oireiden myöhempään kehitykseen. (Duodecim 2009, viitattu 18.9.2014). Työmenetelmä käsitteenä tarkoittaa menetelmää tai metodia, eli järjestelmällistä tai suunniteltua menettelytapaa, jonka mukaan toimitaan tietyssä tilanteessa. (Suomisanakirja 2014, viitattu 3.9.2014.)

Useimmat traumaattisen kriisin kokeneista henkilöistä selviävät tapahtumasta läheistensä tuella. Oireiden pahentuessa voi turvautua ulkopuoliseen apuun. Mitä lähempää ja nopeammin apua annetaan, sitä paremmin kriisitilanteesta voi selviytyä. Psyykkisen trauman kokeneet henkilöt eivät välttämättä aina itse tiedosta avuntarvetta ja heidän on siksi vaikea löytää oikeita tukipalveluja. (Sahi, Helistö& Kämäräinen 2014, viitattu 4.11.2014.)

#### **3.1 Työmenetelmiä trauman kokeneen henkilön hoidossa**

Käypähoitosuositus akuuttiin traumaperäiseen stressireaktioon ja kroonistuvan traumaperäisen stressireaktion ennalta ehkäisyssä suosittelee rauhoittamaan heti traumatapahtuman jälkeen tai sitä seuraavien vuorokausien aikana potilaan voimakkaita fyysisiä ja psyykkisiä stressivasteita. Hoidon ensivaiheessa ja varhaisen jälkivaiheen psykososiaalisessa tuessa pyritään tarjoamaan inhimillinen ja tunkeilematon kontakti potilaalle. (Duodecim 2009, viitattu 18.9.2014.)

Koska trauman kokenut henkilö kärsii usein traumaperäisestä stressireaktiosta, masennuksesta, ahdistusoireista sekä persoonallisuuden muutoksista, on otettava huomioon myös niiden oikeanlainen hoito trauman seurausten hoidossa. Trauman vaikutus voi ilmetä myös selittämättöminä somaattisina sairastumisina tai sairauksina. Trauman kokenut henkilö voi kärsiä vihan, syyllisyyden, häpeän tunteista, jotka aiheuttavat edellä mainittuja ongelmia. Runsas päihteiden käyttö on yleistä trauman kokeneilla henkilöillä. Tästä syystä näillä potilailla on usein ongelmia sosiaalisissa vuorovaikutustilanteissa, kuten parisuhteessa, työssä, koulussa. Henkilö



saattaa myös eristäytyä, jolloin syrjäytymisen vaara on suuri. (Kähkönen, Karila & Holmerg 2008, 154.)

Suomessa traumatyön historia ei ole pitkä. Valtakunnallisella tasolla Suomen punaisen ristin ja Suomen Psykologiliiton perustama vapaaehtoisten psykologien valmiusryhmä oli pitkään ainoa kriisiryhmien toimintaa tukeva organisoitunut asiantuntijaryhmä. Kriisikonsultointi ja koulutuskeskus perustettiin vuonna 1994 ensimmäiseksi traumaattisten kriisien uhrien ja auttajien auttamisen kriisikeskukseksi. Kriisikonsultointi- ja koulutuskeskus oli Oulun läänin projekti, jota rahoitti Raha-automaattiyhdistys vuosina 1994 - 1998. Työtä on jatkettu jatkoprojektissa, jonka nimi on Traumaterapiakeskus. (Traumaterapiakeskus 2013, viitattu 1.10.2014.)

Kriisitilanteessa on ehdottoman tärkeää tarjota välitön ja jatkuva turva huolehtimalla fyysisistä ja psyykkisistä perustarpeista sekä vastata potilaan välittömiin tarpeisiin ja huolenaiheisiin käytännöllisillä neuvoilla. Potilaan kuunteleminen on ehdottoman tärkeää. Potilasta pyritään rauhoittamaan ja hänelle annetaan tietoa stressireaktiosta. Auttajan tehtävänä on varmistaa potilaan mahdollisten tukiverkostojen apu, paikalliset auttamisjärjestelmät, tukipalvelut ja jatkohoidon tarve. (Duodecim 2009, viitattu 18.9.2014.)

### **3.2 Kriisiauttaminen ja jälkipuinti**

Järkyttävän tapahtuman jälkeen tarvittava psyykinen huolto jakautuu terveydenhuoltohenkilöstön vastuulla olevaan psyykkiseen jälkihoitoon sekä psykososiaaliseen tukeen ja palvelun tarjontaan. Heti varhaisessa jälkivaiheessa vakavista stressioireista kärsiviksi todetut potilaat ohjataan terveyskeskuksen tai työterveyshuollon hoitoon ja kriisiryhmän tuen piiriin ja sitä kautta tarvittaessa myös lääkärin hoitoon. Niukemmin oireileville järjestetään mahdollisuus päästä halutessaan nopeasti tutkimukseen ensisijaisesti omaan terveyskeskukseensa. Lääketieteellistä hoitoa ei kuitenkaan tarjota aktiivisesti, jotta vältettäisiin luonnollisen toipumisen epätarkoituksenmukainen lääketieteellistäminen.

Lääkehoitoon suhtaudutaan tässä vaiheessa pidättyvästi, eikä se kuulu ensisijaisiin hoitomenetelmiin. Mikäli potilaalla on unihäiriöitä, voidaan käyttää lyhytaikaisesti nukahtamislääkkeitä tai lyhytvaikutteisia bentsodiatsepiineja. Muissa tilanteissa

bentsodiatsepiineja on syytä välttää, koska stressihäiriöpotilailla riippuvuuden kehittyminen voi olla tavanomaista herkempää. Tällä hetkellä ei ole tutkittua näyttöä siitä, että bentsodiatsepiinit suojaisivat potilasta traumaperäisten oireiden kehittymiseltä. Joissakin tilanteissa masennuslääkityksen aloittaminen saattaa olla jo tässä vaiheessa tarpeellista. Niillä potilailla, jotka kärsivät takykardiasta heti traumatapahtuman jälkeen, Propranololi saattaa ehkäistä traumaperäisten oireiden kehittymistä. (Duodecim 2009, viitattu 18.9.2014.)

Defusing eli purku on pienryhmässä tapahtuva purkuistunto, joka aloitetaan välittömästi, viimeistään kahdeksan tunnin kuluessa tapahtuneesta onnettomuus-, väkivalta- tai ensiaputilanteesta. Purkuistunto kestää 20 - 45 minuuttia. Yleensä tätä käytetään ihmisille, jotka ovat työskennelleet tapahtumien ytimessä. Vetäjänä toimii tehtävään koulutuksen saanut henkilö. Tavoitteena on lieventää postraumaattisia reaktioita nopeasti ja normalisoida tilanne siten, että asianosaiset pääsevät takaisin työtehtäviinsä. Mukana olleiden sosiaalista verkostoa, heidän arvoaan ja merkitystä vahvistetaan. Purkuistunnossa käydään läpi tosiasiat, henkilökohtaiset reaktiot ja ajatukset läpi sekä tehdään yhteenveto kokemuksista. Osallistujat saavat käytännön neuvoja stressin hallintaan. Samalla selvitetään myös mahdollisten jatkotoimenpiteiden tarve sekä arvioidaan debriefing-tarve. (Pulkkinen & Vesanen 2012, viitattu 27.11.2014.)

Debriefing eli jälkipuinti on vapaaehtoinen istunto, menetelmä, joka on yksi vaihe kriisissä auttamisen prosessissa. Se on tarkoitettu uhreille ja heidän omaisilleen. Jälkipuinti järjestetään 1–3 päivää onnettomuustilanteen jälkeen uhrien, omaisten, eloonjääneiden ja auttajien elämysten ja reaktioiden yksityiskohtaista läpikäymistä varten. Tavoitteena on vähentää onnettomuuden aiheuttamia somaattisia ja psyykkisiä jälkireaktioita ja jäsentää traumaattisia muistoja. Jälkipuinti auttaa ymmärtämään omia reaktioita kriisiin kuuluvina sekä auttaa työ- ja toimintakyvyn palautumisesta. Se myös rohkaisee sosiaaliseen kanssakäymiseen ja tukee yhteenkuuluvuutta. Vetäjänä toimii 2-3 tehtävään koulutettua ammattihenkilöä. Tarvittaessa järjestetään 1 – 2 seurantakokousta noin kuukauden kuluttua. Terveyskeskuksilla on paikallinen kriisiryhmä, jolla on valmius jälkipuinnin järjestämiseen. SPR:n valtakunnallinen psykologien ryhmä on käytettävissä suuronnettomuuksissa. (Pulkkinen & Vesanen 2012, viitattu 27.11.2014.)

Luvussa 3.5 käsittelemme tarkemmin eri terapiamuotoja psyykkisen trauman kokeneen potilaan hoitotyössä. Halusimme kuitenkin nostaa kriisiauttamisen yhteydessä esille psykoterapian, jota hoitaja voi käyttää apuna kriisin eri vaiheissa. Vaikka vain psykoterapeutit voivat toteuttaa

täysipainoista psykoterapiaa, voi hoitaja käyttää joitakin psykoterapian piirteitä potilasta hoitaessaan. (Duodecim 2014, viitattu 27.11.2014.)

### 3.3 Hoitosuhdetyöskentely

Hoitosuhde kuvaa hoitajan ja potilaan kahdenkeskistä vuorovaikutussuhdetta. (Hakuni 2012, 7, viitattu 17.11.2014). Siinä on molemmilla omat tehtävänsä ja vastuunsa. (Vuorilehto, Tuulevi, Kurki & Hätönen 2014, 65). Olennaista hoitosuhteessa on ihmisten välinen aito kohtaaminen ja vuorovaikutus; yhteisen päämäärän tavoittelemine. Yhteisenä päämääränä potilaan ja hoitajan välillä on potilaan hyvinvoinnin lisääminen ja terveyden edistäminen. (Hakuni 2012, 7, viitattu 17.11.2014). Hoitosuhteessa työskennellään sovitun hoitajakson puitteissa tai se voi olla yhden tai useamman irrallisen tapaamisen sisältö. Hoitosuhteessa varsinainen työväline on dialogi eli kuunteleva keskustelu. Tämä voidaan määritellä avoimeksi eli suoraksi keskusteluksi, jossa tavoitellaan yhteisen ymmärryksen syntymistä. Hoitosuhdetyöskentelyyn kuuluu myös hoitosuhteen lopettamiseen liittyvien tunteiden ja ajatusten käsittely. (Vuorilehto ym. 2014, 65–68.) Tärkeitä elementtejä ovat myös vuorovaikutus ja kommunikaatio. (Hakuni 2012, 7, viitattu 17.11.2014.)

Potilaan ja hoitajan välinen vuorovaikutus alkaa ensikohtaamisesta ja vaikuttaa yhteistyöhön koko hoitoprosessin ajan. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2014, viitattu 11.11.2014). Vuorovaikutussuhteen tulee olla tasa-arvoinen potilaan ja hoitajan välillä. Jotta vuorovaikutussuhde toimii, sen lähtökohtana tulee olla asiakaslähtöisyys. (Hakuni 2012, 7, viitattu 17.11.2014.) Auttavassa vuorovaikutuksessa empatia, kunnioituksen osoittaminen, tilan antaminen, aito läsnäolo sekä potilaan kuuntelu ovat keskeisellä sijalla. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2014, viitattu 11.11.2014).

Kommunikaation (hoitajan) rooli on ensisijaisesti olla tiedonvälittäjä ja vuorovaikutussuhteen ylläpitäjä. Auttaja haluaa vilpittömästi auttaa toista osapuolta ja helpottaa hänen oloaan. Hän pyrkii ymmärtämään toista ja hyväksymään hänet sellaisenaan. Auttamisen kohde haluaa tulla eheämmäksi ihmisenä ja tarvitsee toisen ihmisen apua selviytyäkseen elämässään ja eteen tulevista vaikeuksista. Toisin sanoen autettava kaipaa tulla hyväksytyksi; se auttaa häntä luomaan uudelleen sen turvallisuuden tunteen, jota traumaattinen tapahtuma on järkyttänyt.

Hyvässä hoitosuhteessa potilas oppii turvallisesti ymmärtämään oman elämänsä vaikeuksia ja asioita, jotka aiheuttavat hänen elämäänsä tyytymättömyyttä. (Hakuni 2012, 7, viitattu 17.11.2014.)

Vuorovaikutus ilmenee verbaalisena ja nonverbaalisena viestintänä. Hoitajan tehtävänä on potilaan kokonaisvaltainen havainnointi: ilmeiden, eleiden ja kehon kielen tulkitseminen sanojen taustalla. (Hakuni 2012, 7, viitattu 17.11.2014.) Onnistuneen vuorovaikutuksen keskeisiä elementtejä ovat potilaan kuuleminen, huomioiminen, tukeminen sekä mahdollisuus osallistua hoitoa koskevaan suunnitteluun ja päätöksen tekoon. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2014, viitattu 11.11.2014).

Empatiakyky on yksi keskeisimmistä edellytyksistä hoitotyössä. Empatia on kykyä ymmärtää sitä miltä toisesta tuntuu ja kykyä asettua toisen asemaan. Empatia on kyky tai ominaisuus ja sitä joko on tai ei ole. Usein empatia määritellään hoitajan kyvyksi havaita ja ymmärtää potilaan tunteita, ajatuksia tai ponnisteluja hänen näkökulmastaan käsin. Kun potilas tuntee tullessaan ymmärretyksi, hänelle syntyy tunne vuorovaikutussuhteen turvallisuudesta. Empaattisessa vuorovaikutussuhteessa potilas kykenee ilmaisemaan itseään vaikeissakin asioissa turvallisesti. Tällainen suhde vahvistaa potilaan tunnetta itsestään huomion saamisen ja kuulluksi tulemisen arvoisena yksilönä. (Oittinen 2011, 11, viitattu 17.11.2014.)

Hoitajan on hyvä olla tietoinen mahdollisista ongelmista ja haasteista, joita voi ilmetä hoitosuhteessa. Ongelmat liittyvät usein hoitojärjestelmän tai työpaikan käytäntöihin, kuten kiire ja ajanpuute. Myös perustehtävä voi tuntua ongelmalta potilaan tarvitessa pitkäaikaista tukea, mutta hoitajan tehtäväksi on määritelty lyhytkestoinen hoito. Muita hoitosuhteeseen vaikuttavia tekijöitä ovat hoitajan omat kokemukset, asenteet ja arvot. Mitä paremmin hoitaja tuntee itsensä ja toimintaansa vaikuttavat sisäiset tekijät, sitä paremmin hän kykenee suhteuttamaan ja säätelemään toimintaansa hoitotilanteessa. Hoitajan epäammattillisuus voi ilmetä esimerkiksi oman osaamisen vähättelynä, vetäytymisenä ja uskalluksen puutteena hoitosuhteessa. Se voi myös johtaa hoitosuhteen rajojen unohtumiseen esimerkiksi kaverillisena suhtautumisena potilaaseen. Hoitosuhteen ongelmia voi välttää käsittelemällä vaikeuksia työnohjauksessa. Nämä ovat usein parhaita oppimistilaisuuksia ja antavat voimavaroja hoitotyöntekijälle työssä jaksamiseen. (Vuorilehto ym. 2014, 68–70.)

### 3.4 Vakauttaminen

Vakauttamista käytetään työmenetelmänä psyykkisen trauman kokeneen potilaan hoitotyössä silloin, kun potilas kärsii dissosiaatio-oireista. Tällöin ihmiselle synnynnäinen integraatiokyky on heikentynyt eikä potilas pysty muodostamaan kokemuksistaan eheää kokonaisuutta. Normaalisti integroitunut persoona pystyy yhdistämään kaikki eri puolet (minäkuva, kokemukset) kokonaiseksi, eheäksi elämäntarinaksi ja pysyväksi minäkokemukseksi. Hän kykenee erottamaan menneisyyden nykyisyydestä ja pysyy nykyisyydessä myös silloin, kun hän miettii mennyttä tai tulevaa. Integrointikyvyn kehittäminen ja vahvistaminen alkaa lapsuudesta. Tarvitsemme varman, turvallisen elinympäristön ja tunnesiteet, jotta pystymme muodostamaan eheän persoonallisuuden integrointikyvyn avulla. (Boon, Steele & Van Der Hart 2011, 6–7.)

Eheään persoonallisuuteen sisältyy minäkokemus, jonka tulisi olla pysyvä kehitysvaiheesta ja ympäristöstä toiseen. Minäkuvan avulla ymmärrämme keitä me olemme ja opimme liittämään elämässämme eri aikoina ja eri tilanteessa saamiamme kokemuksia omaan elämäkertamme. Dissosiaatiossa potilas ei pysty integroitumaan ja minäkokemuksen muodostuminen heikentyy, jolloin ihmisen koko persoonallisuus muuttuu. Dissosiaatiossa kokemus samanaikaisesti sekä koetaan, että ollaan kokematta. Tällöin potilas kokee itsensä jakautuneeksi, koska hänellä on epätavallisia ja vierailta vaikuttavia muistoja, ajatuksia, tunteita ja käyttäytymistapoja. Toisin sanoen potilaalla on kokemuksia, jotka eivät tunnu kuuluvan hänelle itselleen. Potilaalla on enemmän kuin yksi minäkokemus, eikä hän koe näiden minuuksien kuuluvan täysin yhdelle henkilölle. Hän ei kykene muuttamaan persoonallisuutensa reagoitavasta toiseen eikä näin ollen kykene omaksumaan selviytymiskeinoja dissosiaatiotilanteessa. (Boon ym. 2011, 7–8.)

Vakauttamisella pyritään palauttamaan dissosioiva potilas tähän hetkeen ja omaan minäkuvaansa. Potilaan kanssa voidaan tehdä aikaan ja paikkaan orientoitumisharjoituksia sekä turvapaikkaharjoituksia. Näitä harjoituksia toteutetaan yksin potilaan kanssa tai niitä voidaan toteuttaa ryhmässä. Aikaan ja paikkaan orientoitumisharjoituksissa potilasta pyydetään kiinnittämään huoneessa huomiota kolmeen esineeseen. Hänen tulee keskittyä näiden esineiden yksityiskohtiin ja nimetä esineet. Potilasta pyydetään kuuntelemaan kolmea huoneessa tai sen ulkopuolelta kuuluvaa ääntä ja nimeämään äänten ominaisuudet. Seuraavaksi potilaan tulee kosketta valitsemaansa kolmea esinettä ja kuvailla ääneen, miltä ne tuntuvat. Lopuksi potilasta pyydetään jälleen kiinnittämään katse valittuihin esineisiin. Tätä harjoitusta jatketaan niin kauan, kunnes potilas on orientoitunut takaisin tähän hetkeen. Harjoituksella pyritään vaikuttamaan näkö

ja kuuloaistin kautta potilaaseen siten, että hän ymmärtää olevansa tässä tilassa, nyt, että ” minä olen minä” ja että on turvallista olla olemassa. Hän ymmärtää olevansa tietoisesti läsnä. (Boon ym. 2011, 4–5.)

Turvapaikkaharjoitus toimii hyvin sellaisten potilaiden kanssa, jolla jokin osa minuudesta on juuttunut trauma-aikaan, eikä siksi pysty kokemaan oloaan turvalliseksi. Tällaiset potilaat ovat kaiken aikaa varuillaan mahdollisten vaarojen varalta, eivätkä he pysty rentoutumaan. Usein he ovat joutuneet sisäisen vihan, häpeän, pelon ja toivottomuuden noidankehään, joka ylläpitää turvattomuudentunnetta. Minuuden eri osat ovat ristiriidassa toistensa kanssa: osa tuntee häpeää ja pelkoa, osa taas tuskaisuutta ja vihaa. Mitä enemmän toinen minuuden osa tuo esille pelkoa tai häpeää, sitä enemmän muut minuuden osat loukkaavat ja vihaavat. Mitä kriittisempiä muut minuuden osat ovat toisia minuuden osia kohtaan, sitä enemmän nämä muut osat kärsivät. Tämä synnyttää jatkuvan kärsimyksen ja turvattomuuden kehän, joka on mahdollista murtaa, kun nämä pelokkaat minuuden osat löytävät yhden tai useamman turvapaikan. ( Boon ym. 2011, 70.)

Turvapaikkaharjoituksissa potilasta pyydetään kuvailemaan paikkaa tai tilannetta, jossa hän voi kokea sisäisen turvallisuuden tai rauhan tunnetta. On tärkeää, että kaikki potilaan minuuden osat voivat kokea turvallisuuden tunteen ja että hän pystyy kuvailemaan tuota tunnetta. Potilasta pyydetään kuvaamaan mahdollisia turvallisuuden kokemusta häiritseviä tekijöitä (ajatus, tunne, aistimus, läsnäolon heikentymien) ja sen jälkeen palaamaan jälleen siihen paikkaan tai tilanteeseen, jossa hän voi kokea turvaa ja rauhaa. Potilas voi tehdä tämän harjoituksen myös itse, silloin kun kokee olonsa turvattomaksi. Harjoituksen lisäksi potilaalla voi olla jokin esine, tuoksu tai musiikki, jota hän voi koskettaa, haistaa tai kuunnella turvattomuuden tunteen hetkellä. Tällä harjoituksella pyritään rentouttamaan potilasta ja lisäämään potilaan hyvinvointia sekä turvallisuuden tunnetta. (Boon ym. 2011, 73.)

### **3.5 Terapiat työmenetelmänä**

Trauman kokeneen potilaan hoitotyössä voidaan käyttää apuvälineinä erilaisia terapiamuotoja. Näitä ovat muun muassa traumaterapia, psykoterapia, kognitiivinen terapia ja ilmaisuterapiat. Tällaiset terapiamuodot vaativat erillistä koulutusta, eivätkä ne ole osana psykiatriseen sairaanhoitoon erikoistuneen hoitajan koulutusta. Hoitaja voi kuitenkin hyödyntää näitä terapian työmenetelmiä työssään, mikäli aiemmin mainituista työmenetelmistä (jälkipuinti, hoitosuhde,

kriisiauttaminen, vakauttaminen) ei ole apua. Seuraavaksi käsittelemme lyhyesti näitä terapiamuotoja.

Traumaterapiaa käytetään yleensä siinä vaiheessa, kun potilas on jo traumatisoitunut kokemastaan traumaattisesta tapahtumasta. Siinä pyritään vakauttamaan traumatisoitumisen jälkioireita lisäämällä esimerkiksi autonomisen hermoston säätelykykyä, nykyhetkeen vakauttamalla sekä opettelemalla tunnistamaan trauman laukaisijat. Hoidon tarkoituksena on pyrkiä vähentämään potilaan pelkoja hänen omaa mieltään ja kehon reaktioita kohtaan erityisesti, jos potilaalla on itsetuhoisia ajatuksia. Hänen kanssaan pyritään tunnistamaan dissosiativiset osat sekä hänen identiteettinsä katkonaisuus. Dissosiaatio on seurausta vakavasta traumatisoitumisesta, jossa tunteet, ajatukset, aistimukset ja teot eivät toimi yhteistyössä keskenään. Tämän seurauksena potilas saattaa olla muistamaton tekemisilleen. Hän saattaa kokea vuorotellen itsensä tunnekylmäksi tai joutua ylivoimaisten tunteiden valtaan. Potilaalle voi ilmaantua selittämättömiä ruumiillisia oireita. Hoidon alkuvaiheessa vältetään keskittymästä näihin tahdonalaiseksi yhdistymättömiin traumakokemuksiin, joiden kautta potilas elää traumankokemustaan uudelleen. Tässä vaiheessa hoitoa vältetään myös tunteiden tai kehon tuntemuksien irrallista raportointia ja sen sijaan keskitytään kaikinpuolisen säätelyn ja havainnoinnin lisäämiseen. (Suokas-Cunliffe & Maaranen 2014, 2613–2617, viitattu 18.11.2014.)

Yksi tapa hoitaa trauman kokenutta potilasta on kognitiivinen terapia. Näitä terapiamalleja on kehitetty lieventämään erityyppisiä traumareaktioita. Terapia voidaan suunnata haitallisiin uskomuksiin, vihan tai syyllisyyden tunteisiin, tunkeutuviin muistikuviin tai välttämisoireisiin traumaoireiden arvioinnin perusteella. Jokainen potilas arvioidaan yksilöllisesti ja hänelle kehitellään räätälöity hoito hänen omien jälkireaktioidensa mukaan. Potilaalle valitaan terapiamallien komponenteista ne osat, joilla hänen tilanteessaan sekä terapian eri vaiheissa voidaan odottaa olevan eniten merkitystä. Terapeutin lisäksi sairaanhoitajan on hyvä hallita monenlaisia eri työskentelytapoja, koska traumamuistot voivat ilmetä aluksi ruumiillisina tuntemuksina tai tuntemuksina, joita potilas ei pysty sanallisin tavoin ilmaisemaan. (Kähkönen ym. 2008, 156.)

Kognitiivisen traumaterapian teoreettisia lähtökohtia ovat tiedon prosessointi trauman yhteydessä, tietorakenteen (skeemojen) yhteyttä, merkityksen antamista traumatapahtumalle sekä trauman liittymistä potilaan elämäntarinaaan. Terapiamallit kehitetään yhdistelmänä näistä lähtökohdista. Tavoitteena on auttaa potilasta pääsemään eteenpäin elämässä niin, ettei trauma

jatkuvasti vaivaa häntä ja oireile eri tavoilla. Potilasta pyritään saamaan tunnereaktiot hallintaan ja asettamaan trauma hänen elämänsä laajempaan kokonaisuuteen. Näin traumasta tulee hänelle yksittäinen tapahtuma elämässä, jonka uusiutuminen ei ole kovin todennäköistä. Keskeistä trauman hoidossa on vaikuttaa ahdistuneisuuden säätelyyn ja siihen miten uhri näkee itsensä ja maailman. (Kähkönen ym. 2008, 155, 158–159.)

Erilaiset ilmaisuterapiat ovat hyvä tapa hoitaa trauman kokenutta potilasta. Näistä hyviä esimerkkejä ovat musiikkiterapia, tanssi- ja liiketerapia, draamaterapia, runoterapia ja leikkiterapia. Näistä terapiamuodoista käytetään nimitystä "ekspressiiviset terapiat". Näiden terapiamuotojen tarkoitus on pyrkiä mahdollistamaan muutosta, kommunikaatiota, ongelmanratkaisukykyä sekä lisäämään ihmissuhdetaitoja. Trauman kokenut henkilö osallistuu aktiivisesti, hänen osallistumisensa on tarkoituksenmukaista ja sitä tuetaan verbaalisella interventiolla. Potilas rohkaistuu osallistumaan itseilmaisuprosessiin ja hän pystyy ilmaisemaan ja välittämään tunteitaan, ajatuksiaan, kokemuksiaan ja käsityksiään tavoilla, joita ei aina saavuteta pelkillä sanoilla. (Malchioidi 2011, 14–15.)



## 4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimuksen on tarkoitus kuvailla psykiatristen hoitajien kokemuksia psyykkisen trauman kokeneen potilaan hoitotyöstä ja toimivista työmenetelmistä siinä. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa psykiatrisessa hoitotyössä työskentelevien hoitajien kokemuksista psyykkisen trauman kokeneen potilaan hoitotyöstä ja siinä käytettävistä työmenetelmistä. Tähän aiheeseen liittyvää tutkimusta on vielä vähän, joten tavoitteenamme on myös tuoda uutta tietoa työyhteisöihin ja mahdollisesti uusien tutkimusten/ projektien pohjalle.

Tutkimuskysymykset:

- Minkälaiset työmenetelmät psykiatriset hoitajat kokevat toimiviksi psyykkisen trauman kokeneen potilaan hoitotyössä ja miten niitä tulisi kehittää?

-Mitä kokemukseen perustuvaa tietoa psykiatriset hoitajat pitävät merkittävänä siirtää psyykkisen trauman kokeneen potilaan hoitotyöstä nykyisille ja tuleville hoitotyöntekijöille?

## **5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS**

### **5.1 Metodologiset lähtökohdat**

Haastatteluun pohjautuvaan tutkimukseen osallistuvat hoitajat tuovat esiin omakohtaisia kokemuksia aiheesta. Näin pystytään muodostamaan käsitys yksilön tai yhteisön, arvojen, sosiaalisen vuorovaikutuksen tai ihmisten välisestä suhteesta. Laadullisen, kvalitatiivisen, tutkimusmenetelmän avulla tutkittavasta aiheesta on mahdollista saada syvempi näkemys sekä ymmärtää tutkittavaa ilmiötä yksittäisten tiedonantajien näkökulmasta. (Whitby 2006, 48–50, Välimäki & Holopainen 2000, 155.) Laadullisessa tutkimusmenetelmässä ei pyritä tilastollisiin yleistyksiin vaan ymmärrykseen tutkittavasta ilmiöstä.

Tutkimusmenetelmää valitessamme tarkoituksenamme oli saada mahdollisimman syvällistä tietoa psykiatristen hoitajien kokemuksista. Laadulliselle tutkimukselle on tyypillistä keskittyä pieneen määrään tutkittavia ja analysoida näitä mahdollisimman perusteellisesti. Tutkimussuunnitelma elää tutkimuksen mukana ja sen asettelua joutuu tarkistamaan aineiston keruun aikana useita kertoja, toteuttamaan niin sanottua avointa, ymmärtävää tutkimusta. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 28.) Seuraavaksi esittelemme tämän tutkimuksen tutkittavien valintaa, aineistonkeruuta ja aineistolähtöistä sisällönanalyysiä.

### **5.2 Tutkimukseen osallistuvien valinta**

Tutkimukseen valittiin haastateltavaksi neljä psykiatrista hoitajaa. Hoitajat työskentelevät pääasiassa pitkäaikaiskuntutujien kanssa, mutta mukana oli myös akuutin psykiatrisen hoitotyöntekijä. Otimme yhteyttä edellä mainittujen osastojen osastonhoitajiin joulukuussa 2014 ja heidän avullaan saimme neljän hoitajan yhteistiedot, joita pyysimme mukaan tutkimukseemme. Otimme yhteyttä haastateltaviin puhelimitse ja sähköpostitse ja pyysimme heiltä suostumusta haastatteluun osallistumiseen. Tutkimukseemme osallistui kaksi psykiatrista sairaanhoitajaa, yksi mielisairaanhoitaja ja yksi mielenterveyshoitaja. Kaikki tutkimukseen osallistuvat ovat lisäksi erikoistuneet psyykkisen trauman kokeneen potilaan hoitotyöhön koulutusten kautta. Kaikki

hoitajat ovat toimineet pitkään psykiatrisessa hoitotyössä, joten tutkimuksemme tuotti arvokasta kokemusperäistä tietoa tuleville hoitotyön tekijöille.

### 5.3 Avoin haastattelu aineistonkeruumenetelmänä

Yleisimmät aineistonkeruumenetelmät laadullisessa tutkimuksessa ovat haastattelu, kysely, havainnointi sekä erilaisiin dokumentteihin perustuva tieto. Näitä voidaan käyttää joko yksittäin, rinnakkain tai yhdistettynä sen mukaan, mikä on tutkimustehtävä. Tutkimusresurssit osaltaan vaikuttavat aineistokeruumenetelmän valintaan. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 73.)

Haastattelumenetelmä tiedonkeruussa on yleisin tapa Suomessa. Haastattelussa tutkija johdattelee keskustelua ja selvittää haastateltavan ajatuksia, mielipiteitä ja kokemuksia. Haastattelu on menetelmänä joustava, siinä voidaan säädellä aineiston keruuta tilanteen edellyttävällä tavalla. Haastatteluaiheita on mahdollista säädellä vastaajaa myötäillen. Vastausten tulkinta on monipuolisempaa, koska haastattelussa tutkija toimii esimerkiksi vastaajan tunnetilojen havaintajana. Haastattelussa haastateltava voi kertoa itsestään tai aiheesta ennakoitua enemmän jolloin saadaan laajempi kuva tutkittavasta aiheesta. (Hirsjärvi ym. 2005, 194.)

Avoimessa haastattelussa haastateltavat kertovat omakohtaisia kokemuksiaan aiheeseen liittyen. Kysymykset ovat joko avoimia tai puoliavoimia kysymyksiä, joita ei ole tarkasti strukturoit. Avoimessa haastattelussa sisältö perustuu tutkimuksen tarkoitukseen. Se on ilmiökeskeistä haastattelua, eikä tutkimuksen viitekehys määrää haastattelun suuntaa. Valitsimme tiedonkeruumenetelmäksi avoimen haastattelun, koska tätä menetelmää käyttämällä tutkittavan ilmiön perusteellinen avaaminen mahdollistuu paremmin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 76.) Valmistauduimme hyvin haastatteluihin ja soimme etukäteen mitä kysymyksiä kumpikin meistä tarkastelee. Olimme molemmat mukana kaikissa haastatteluissa ja pyrimme kumpikin osaltamme palauttamaan haastateltavat takaisin aiheeseen johdattelevia kysymyksiä käyttäen. Näin pyrimme pitämään haastateltavat ...

Koska esihaastattelun katsotaan lisäävän tutkimuksen luotettavuutta ja esihaastattelumateriaalia

voi hyödyntää osana tutkimusta, päätimme toteuttaa esihaastattelun psykiatriselle sairaanhoitajalle. Toteutimme esihaastattelun joulukuussa 2014. Esihaastattelun avulla saimme varmuutta haastattelutekniikkaan ja sen pohjalta muokkasimme haastattelupohjaa saadaksemme riittävän aineiston tutkimukseemme. Varsinaiset haastattelut toteutimme yksilöhaastatteluina tammikuun 2015 aikana. Haastattelut kestivät ajallisesti viidestäkymmenestä minuutista seitsemäänkymmeneen minuuttiin. Lähetimme haastateltaville etukäteen sähköpostitse tutkimussuunnitelmamme ja haastattelurungon, jotta he pystyivät valmistautumaan etukäteen tuleviin haastattelukysymyksiin. Lähes kaikilla oli mukana meille tarkoitettua oheismateriaalia psyykkisestä traumasta tai sen hoidosta. Ennen haastattelujen aloittamista kerroimme, kuinka haastattelu etenee ja että avoimet kysymyksen ohjaavat haastattelun kulkua. Tarkoitus oli saada aikaan luottamusta herättävä ilmapiiri haastattelijoiden ja haastateltavien välille siten, että haastateltavat voivat vastata kysymyksiin luontevasti ja vapautuneesti. (Hirsjärvi ym. 2005, 198–200). Mielestämme kaikissa haastatteluissa vallitsi luonteva ilmapiiri ja haastateltavat toivat esille monipuolisesti tietoa. Vuorovaikutus sekä haastateltavien, että haastattelijoiden välillä toimi hyvin. Haastattelut etenivät johdonmukaisesti ja kysymykset jakaantuivat tasaisesti molempien haastattelijoiden välillä. Haastattelut pysyivät pääsääntöisesti hyvin aiheessa ja tarvittaessa johdattelimme haastateltavat takaisin käsiteltävän aiheen pariin.

Nauhoitimme kaikki haastattelut kahdella eri puhelimella ja tallensimme haastattelut kahdelle eri tietokoneelle. Jaoimme työn siten, että kumpikin litteroi kaksi kestoltaan lähes samanmittaista haastattelua. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa on oleellista jatkaa haastatteluja niin kauan, kun haastattelut tuovat tutkimustehtävän kannalta uutta ja oleellista tietoa. Kun aineisto alkaa kertaautua haastatteluissa, puhutaan saturaatioista. Tällöin voidaan olettaa, että kerätty aineisto on riittävä tuottamaan teoreettisesti merkittävän tuloksen. (Hirsjärvi ym. 2005, 171.) Koska jo kolmannessa haastattelussa aineisto alkoi toistaa itseään, arvioimme keräämämme neljän haastattelun aineiston olevan riittävä tutkimusten tulosten saamiseksi.

#### **5.4 Aineiston analysointi**

Tutkimuksen tärkein työvaihe on aineiston analysointi. Toteutimme oman tutkimuksemme aineiston analyysin käyttämällä perinteistä kvalitatiivisen tutkimuksen analyysimenetelmää eli sisällönanalyysiä. Sisällönanalyysiä voidaan pitää yksittäisenä metodina, mutta sitä voidaan

käyttää myös yhdistettynä erilaisiin analyysikokonaisuuksiin. Sisällönanalyysillä tarkoitetaan kirjoitettujen, nähtyjen tai kuultujen sisältöjen analyysiä. Tämä metodi voidaan tiivistää viiteen pääkohtaan, joiden mukaan aineistoa lähdetään analysoimaan: 1) tutkija valitsee, mikä tässä aineistossa kiinnostaa eniten tutkimuksen kannalta katsottuna, 2) tutkija käy läpi aineiston, erottaa ja merkitsee ne asiat, jotka sisältyvät kiinnostavaan teemaan (kaikki muu jätetään tutkimuksen ulkopuolelle), 3) tutkija kerää merkityt asiat yhteen ja erikseen muusta aineistosta, 4) tutkija luokittelee, teemoittaa ja tyypittelee aineiston, ja 5) Lopuksi hän kirjoittaa yhteenvedon aineistosta. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 91–92.)

Aineistolähtöisen eli induktiivisen aineiston analyysiä kuvataan karkeasti kolmivaiheiseksi prosessiksi. 1) aineiston pelkistäminen (reduointi), 2) aineiston ryhmittely (klusterointi) ja 3) teoreettisten käsitteiden luominen (abstrahointi). Aineiston pelkistämässä analysoitava informaatio, tässä tapauksessa litteroitu (aukikirjoitettu) haastatteluaineisto, pelkistetään siten, että aineistosta karsitaan tutkimukselle epäolennainen pois. Pelkistämisen voi toteuttaa joko informaatiota tiivistämällä tai pilkkomalla se osiin. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 108–109.)

Litteroituamme aineistot, luimme ne läpi useita kertoja. Koska aineistosta nousi esiin paljon kiinnostavia asioita, päädyimme rajaamaan aineistoa pilkkomalla sen teemoiksi alkuperäisten tutkimuskysymysten mukaan. Käytimme tässä kohtaa niin sanottua teemoitusmenetelmää. Teemoittelussa aineisto pilkotaan ja ryhmitellään eri aihepiirien mukaan. Tällä menetelmällä pyritään etsimään aineistosta tiettyä teemaa kuvaavia näkemyksiä. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 93.)

Pilkoimme aineiston neljäksi teemaksi: 1) miten psyykinen trauma ilmenee potilaissa, 2) millaisia hyväksi havaittuja menetelmiä hoitajat kertoivat käyttäneensä psyykkisen trauman kokeneen potilaan hoitotyössä, 3) mitä asioita traumatyössä tulisi kehittää, ja 4) mitä kokemusperäistä tietoa olisi tärkeää siirtää nykyisille ja tuleville hoitajille, sekä miten tuo tieto siirtyy käytännössä. Nämä kaikki neljä teemaa koostuvat alkuperäisistä tutkimuskysymyksistämme ja niiden avulla pystyimme erottamaan tutkimuksen kannalta tärkeän ja oleellisen tiedon muusta uudesta tiedosta. Jatkoimme aineiston pelkistämistä etsimällä edellä mainittujen teemojen avulla niitä kuvaavia ilmaisuja, jotka nostimme erilleen aineistosta neljällä eri värillä alleviivaten. Alleviivauksen jälkeen listasimme nämä ilmaisut peräkkäin erilliselle konseptille (kuvio 1). ( Tuomi & Sarajärvi 2002, 109.)

*ALKUPERÄISILMAUS:*

*Ja millä tavalla traumat ilmenee eri potilaiden voinnissa ja oloissa. Osa on täysin tietoisia niistä traumaattisista kokemuksista ja osa ei hahmota niitä ollenkaan.*

*Traumakokemus näkyy ihmisen vireystilassa; on passiivisuutta, vetäytymistä ja toisaalta levottomuutta, fyysistä levottomuutta; ne kävelee ja kävelee ja touhuaa, siinä ei oo mitään logikkaa ja järkeä.*

*Alivireystila eri tasoa kuin masennus; välillä on aktiivinen ja tehokas ja sit painuu yllättäen ja sit tajuua et tää hiipuu eikä voi mitään.*

*PELKISTYS:*

*Miten traumat ilmenee potilaiden voinnissa ja oloissa. Osa tiedostaa sen, osa ei hahmota niitä ollenkaan*

*Passiivisuutta, vetäytymistä, levottomuutta*

*Välillä aktiivinen ja tehokas ja sit painuu yllättäen*

*KUVIO 1. Esimerkki aineiston redusoinnista teeman ”trauman ilmeneminen” avulla*

Aineiston ryhmittelyssä aineiston alkuperäisilmaisut käydään tarkasti läpi. Aineistosta etsitään eroavaisuuksia tai samankaltaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Samaa asiaa tarkoittavaista käsitteistä muodostetaan ryhmittelemällä luokkia, jotka nimetään luokan sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Näin luodaan pohja tutkimuksen perusrakenteelle sekä alustavia kuvauksia tutkittavasta ilmiöstä. Samalla aineisto tiivistyy, koska yksittäiset käsitteet sisällytetään yleisempien käsitteiden alle. Toteutimme aineiston klusteroinnin ryhmittelemällä aineiston pelkistetyt ilmaukset alaluokiksi. (kuvio 2). (Tuomi & Sarajärvi 2002, 110.) Seuraavassa kuviossa on esimerkki aineiston klusteroinnista.

*PELKISTETTY ILMAUS:*

*ALALUOKKA:*

*Miten traumat ilmenee potilaiden voinnissa ja oloissa. Osa on tietoisia, osa ei hahmota niitä ollenkaan*

*Osa potilaista tiedostaa trauman, osa ei*

*Ne on blokannu ne niin tietoisesta mielestä, ettei ne ees muista, ne ei pysty rajaamaan omaa reviriään*

*ahdistuneisuutena, psykoottisuutena, itsetuhoisuutena, masennuksena, käytöshäiriönä, vetäytymisenä ja jatkuvana kontaktin ottamisena. Se voi olla niin energiaa vievää, ettei jaksaa sängystä nousta*

*Trauma ilmenee mielialaloina, käytöshäiriönä ja kehotuntemuksina*

*Rakenteellisella traumalla tarkoitan sitä, että alle 3-5 vuotiaana tapahtunut hyväksikäyttöä, vaillejäämistä tai kaltoinkohtelua, kun lapsi ei voi vielä ymmärtää.*

*Trauma voi olla koettu jo lapsuudessa vaillejäämisestä kaltoinkohteluna tai hyväksikäyttönä*

*Riippuu vähän siitä, missä elämänvaiheessa sen trauman kohtaa, se on yksilöllistä, miten kokee sen.*

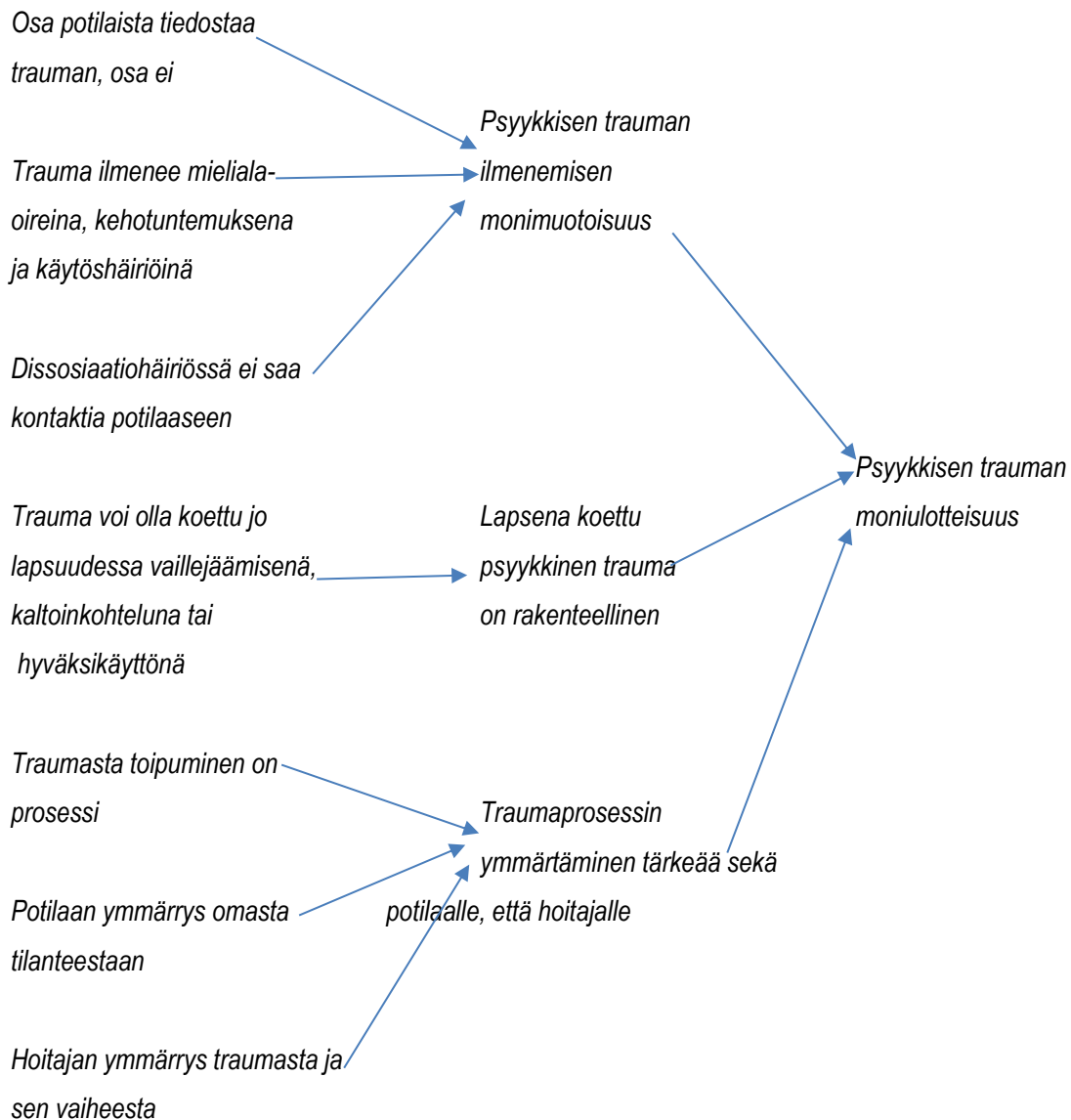
*KUVIO 2. Esimerkki aineiston klusteroinnista teeman ”trauman ilmeneminen” avulla*

Klusteroinnin jälkeen aineisto abstrahoidaan, eli aineistosta erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto. Teoreettiset käsitteet muodostetaan tämän valikoidun tiedon perusteella. Käsitteellistämässä edetään alkuperäisen aineiston käyttämistä kielellisistä ilmauksista teoreettisiin käsitteisiin. Näiden käsitteiden avulla muodostetaan tutkimuksen johtopäätökset. Luokituksien yhdistämistä jatketaan niin kauan, kun se on aineiston sisällön näkökulmasta mahdollista. ( Tuomi & Sarajärvi 2002, 111.) Toteutimme aineiston käsitteellistämisen muodostamalla alaluokista yläluokkia ja yläluokista pääluokkia. Seuraavassa kuviossa (kuvio 4) on esimerkki aineistomme abstrahoinnista teeman ”trauman ilmeneminen” avulla.

ALALUOKKA:

YLÄLUOKKA:

PÄÄLUOKKA:



KUVIO 4. Esimerkki aineiston abstrahoinnista teeman ”trauman ilmeneminen” avulla

Aineiston abstrahoinnissa tutkija vertaa johtopäätöksiä alkuperäisaineistoon ja muodostaa niistä uuden teorian. Empiirinen (kokemusperäinen) aineisto liitetään teoreettisiin käsitteisiin ja niiden pohjalta esitetään tutkimuksen tulokset. Tuloksissa kuvataan luokittelujen pohjalta muodostetut käsitteet ja kategoriat, sekä niiden sisällöt. Tutkijan tulee pyrkiä ymmärtämään tutkittavan näkökulmaa analyysin kaikissa vaiheissa. Näin tutkimuksessa muodostuvat tutkittavalle merkitykselliset johtopäätökset. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 112–113.) Seuraavaksi esittelemme tutkimuksemme tulokset ja johtopäätökset.



## **6 PSYKKISEN TRAUMAN KOKENEEN POTILAAN HOITOTYÖ HOITAJIEN KUVAAMANA**

Psyykkisen trauman kokeneen potilaan hoitotyö ja siinä toteutettavat työmenetelmät olivat keskeisiä asioita haastatteluissa. Hoitajat kertoivat, että he kohtaavat psyykkisen trauman kokeneita potilaita työssään päivittäin. Psykiatristen potilaiden kohdalla voidaan lähes poikkeuksetta sanoa, että oireiden taustalta löytyy psyykinen trauma. Traumatietoisuus ja toimiviksi havaitut työmenetelmät ovat ehdottoman tärkeitä elementtejä psyykkisen trauman kokeneen potilaan hoitotyössä. Tutkimustulokset osoittivat, että näitä menetelmiä siirretään uusille hoitajille koulutusten, keskustelun ja yhdessä tekemisen kautta.

Psyykinen trauma kuvattiin moniulotteisena, koska se ilmenee potilaassa monilla eri tavoilla. Rakenteellinen trauma nousi esille yhtenä työmenetelmiin vaikuttavana tekijänä. Tulokset osoittivat, että keskeisiä työmenetelmiä traumapotilaan hoidossa ovat hoidon tarpeen arviointi, potilaan vakauttaminen ja hoitosuhdetyöskentely erilaisia apuvälineitä apuna käyttäen (kuvat, piirtäminen, lomakkeet) ja työnohjaus.

Seuraavaksi esitämme haastatteluaineiston analyysin kautta saamamme tutkimustulokset. Psyykkisen trauman kokeneen potilaan hoitotyö muodostui neljästä pääluokasta. Yläluokiksi muodostuivat psyykkisen trauman moniulotteisuus, hoitaja traumatyöntekijänä, toimivat työmenetelmät psyykkisen trauman kokeneen potilaan hoitotyössä ja kokemusperäisen tiedon siirtäminen traumatyössä. Olemme lisänneet tutkimustuloksiin suoria lainauksia haastatteluaineistosta, jotta hoitajien kokemukset konkretisoituvat lukijalle.

### **6.1 Psyykkisen trauman moniulotteisuus**

Tulokset osoittivat, että psyykinen trauma ilmenee potilaissa monin eri tavoin. Psyykkiseen traumaan liitettiin käsitteitä lapsuudessa koetusta traumasta, potilaan ja hoitajan ymmärrys traumasta prosessina sekä psyykkisen trauman monimuotoisuus. Tutkimustulokset osoittivat, että traumaprosessin ymmärtäminen on tärkeää potilaan toipumisen kannalta. Traumaprosessin kulku vaikuttaa olennaisesti potilaan eheytymiseen ja toipumiseen. Hoitajan on ymmärrettävä, missä

vaiheessa traumaprosessia potilas on, jotta hän voi auttaa potilasta trauman käsittelyssä. Hoitaja auttaa potilasta ymmärtämään, mistä hänen oireensa johtuvat, miksi hän käyttäytyy tietyllä tavalla. Tämän ymmärtäminen kuvattiin potilasta helpottavana ja eheyttävänä tekijänä traumaprosessissa.

*Ja millä tavalla ne traumat ilmenee eri potilaiden voinnissa ja oloissa ja osa on täysin tietoisia niistä traumaattisista kokemuksista ja osa ei hahmota niitä ollenkaan*

*Kun ihminen alkaa puhumaan, niin sehän ylleensä on, kun ihminen alkaa ymmärtää, että miksi mulla on tällöisiä oireita, että miten mä oon näin kummallinen, että sitte siinä tulee se helpotus.*

Psykinen trauma potilaan oireilujen taustalla sekoittuu helposti esimerkiksi skitsofrenian kanssa. Samoin dissosiaatio-oireiden erottaminen psykoottisuudesta koettiin haastavaksi. Pitkään jatkuva työskentely potilaan kanssa osasto-olosuhteissa auttaa hoitajaa tunnistamaan potilaan yksilöllisen reagoitavan traumakokemuksensa. Hoitajat kuvasivat tärkeäksi trauman tunnistamisen potilaan oireilujen taustalta ja tähän hoitaja tarvitsee traumatietoutta. Usein potilailla on taustalla useita eri mielisairausdiagnooseja. Erotusdiagnoosissa nousi esille muun muassa lääkehoidon toimimattomuus oireiden hoidossa silloin, kun taustalla oli psykkinen trauma.

*Junnattiin paikallaan ja paikallaan, eikä oikein tuntunu, että mistään olis apua eikä tietoa, mistä johtuu tällöinen tila ja mikä siihen vaikuttaa*

*Periaatteessa mistä tahansa mielenterveyden ongelmasta tai mielisairaudesta voi tulla samanlaisia oireita*

*Sittenhän tässä on yleensä tyypillistä, ettei oikein lääkkeitkään auta.*

Psykinen trauma ilmeni useilla eri tavoilla potilaan käytöksessä; käytöshäiriöitä, vireystilan muutoksina ja voimakkaina fyysisinä oireina. Potilailla oli nähtävissä selkeitä mielialaoireita: ahdistusta, masennusta ja itsetuhoisuutta. Psykinen trauma kokeneilla potilailla oli

erotettavissa muihin psykiatrisiin potilaista poiketen dissoaatio-oireita, joilla on nähtävissä suora vaikutus potilaan käytökseen, ihmissuhteisiin ja toimintakykyyn. Dissosiaatio-oireet aiheuttavat potilaalle ahdistusta ja turvattomuuden tunnetta, koska potilas kokee niin sanotun takauman eli flashbackin suhteessa traumatapahtumaan. Tällöin potilas tuntee tai toimii, ikään kuin traumatapahtuma tapahtuisi uudelleen: hän menettää tietoisuuden tunteen tästä hetkestä.

*Dissosiativisia kohtauksia niinku jatkuvasti oikeestaan, todellisuuden raja häilyy ja se saattaa upota ihan semmoseen tiedostamattomaan tilaan, jossa siihen ei saa kontaktia eikä se reagoi ympäristön ärsykeille juurikaan.*

*Ahdistuneisuutena ja psykoottisuutena, masennuksena, käytöshäiriönä ja tämmösenä jatkuvana kontaktin ottamisena tai sitten täysin vetäytymisenä*

Dissosiaatio-oireisiin liittyy yhtenä olennaisena osana rakenteellinen trauma. Rakenteellisella traumalla tarkoitetaan alle kouluikäisenä koettua psyykkistä traumaa. Yleisin ikähaitari on kolmen ja viiden ikävuoden välillä. Yleisimmiksi trauman aiheuttajiksi kuvattiin kaltoinkohtelu, vaille jääminen ja seksuaalisen hyväksikäyttö. Anssi Leikola kuvaa kirjassaan *Katkennut totuus* (2014) rakenteellisen trauman vaikutusta traumatisoitumisen kehittymiseen. Alle kouluikäisenä lapsi on varhaisessa kehitysvaiheessa, jolloin ympäristövaikutuksilla on suora yhteys stressinsäätelyn ja psyykkisen tasapainon kehittymiseen. Lapsuudessa keskushermosto on kiihkeän kehityksen vaiheessa, joten aivot ovat plastisimmillaan eli herkimpiä muovautumiselle. tämän kehitysprosessin aikana toiset kokemukset ovat välttämättömiä normaalin kehityksen kannalta, kun taas toiset puolestaan haittaavat sitä. Kun aivot kehittyvät normaalisti, lapsen integrointikyky paranee ja sen myötä toimintakyky laajenee. (Leikola 2014, 57–58.)

Hoitajat kuvasivat rakenteellista traumaa edellä mainitulla tavalla. Lapsella on rajallinen kyky ymmärtää asioita ja kokemuksia, jotka tapahtuvat hänelle itselleen. Tällöin ihmisen persoonallisuuden rakentuminen eheäksi kokonaisuudeksi häiriintyy. Potilas kuulee ääniä ja käskyjä. Eri persoonat riitelevät potilaan mielessä ja aiheuttavat potilaalle ahdistusta, ristiriitaisia tunteita ja osaltaan häiriökäyttäytymistä. Potilaan on tärkeä ymmärtää, että nämä eri persoonat johtuvat koetusta traumasta ja että ne eivät ole todellisia.

*Sillonku ei oo vielä integroitunu oman mielen kanssa ne asiat, että tää tapahtuu mulle, sillonku lapsi ei voi vielä ymmärtää*

*Tavallaan sillä (hyväksikäyttö) murhataan se kasvu aikuseksi kokonaan, ei anneta mahdollisuutta siihen*

*Että niillä voi olla monta pään sisäistä ääntä yhtä aikaa. Siellä voi olla neljäkin mielipidettä yhtä aikaa ja niistä pitäis sitte valita: kaikki on yhtä oikeessa ja kaikki yhtä tosissaan, ne äänet.*

## **6.2 Hoitaja traumatyöntekijänä**

Hoitajan merkitys traumasta toipumisessa on potilaan kannalta merkittävä. Hoitajan ja hänen tekemäänsä työhön vaikuttavat monet tekijät. Potilaskeskeinen ote hoitotyössä sekä potilaan ja hoitajan välinen yhteistyö koettiin ensiarvoisen tärkeäksi. Varhainen puuttuminen, henkilökunnan koulutus ja uusin tieto koettiin tärkeäksi traumatyön kehittämiseksi. Tulosten mukaan hoitajan työtä heikentäviä tekijöitä olivat hoitajan omat trauman ammatillisuuden esteenä ja riittämätön tieto psyykkisestä traumasta ja sen vaikutuksesta potilaaseen. Hoitajaa voimaannuttavat tekijät koettiin tärkeäksi työssäjaksamisen kannalta.

Hoitajan rooli muun muassa rajojen vetäjänä korostui. Psykkisen trauman kokenut potilas on usein hyväksikäytetty ja elää ajatusmaailmassa, jossa hyväksikäyttäjällä on valta päättää asioista hänen puolestaan. Hoitajat kuvasivat tilanteita, joissa hyväksikäyttäjä oli potilaan läheinen, jolloin hoitajan tärkein tehtävä on rajata hyväksikäyttävän läheisen osallistuminen potilaan hoitoon. Näin hoitaja pystyy luomaan potilaalle myös sitä turvallisuuden tunnetta, joka potilaalta puuttuu traumakokemuksen vuoksi. Tämä vaatii hoitajalta rohkeutta ja uskallusta, myös olla raskaiden kokemusten ja tarinoiden vastaan ottajana.

*Että väkisin ei tehä mitään, ku nämä ihmiset on väkisin joutunu niin paljo kokemaan. Mennään sen mukaan, mikä vointi on*

*Sillon tuli se tunne, että pitää ottaa vastaan se, mikä on tullakseen, eikä sanua, että elä vaan nyt puhu, vaan uskaltaa ottaa vastaan se, kun se uskalsi rueta puhumaan*

*Miten me siihen puututaan, mitä jos soittaa se äiti, joka on kaltoin kohellu ja se haluaa puhua tyttärensä tai poikansa kanssa, käännetäänkö se puhelu, kutsutaanko me se hoitoneuvotteluun, vaikka jos näkee, että potilas on ihan ahistunu siitä.*

Varhainen puuttuminen ja moniammatillinen yhteistyö eri toimijoiden välillä kuvattiin tärkeäksi traumatisoitumisen ennaltaehkäisemisessä. Yhtenä esimerkkinä tuotiin esille neuvolan varhainen puuttuminen ongelmaperheiden kohdalla. Näin terveydenhoitajat voisivat vaikuttaa lasten psyykkiseen hyvinvointiin sekä auttaa jo mahdollisesti traumatisoituneet vanhemmat hoidon piiriin. Tämä edellyttää jälleen traumatietoisuutta, jota hoitajat korostivat useaan otteeseen. Tulosten mukaan kaikilla psykiatrista hoitotyötä tekeville tulisi olla traumakoulutus taustalla

*Että hyvin monet traumat lähtee jo lapsuudesta, että miten ne saatais huomioitua jo siellä varhaislapsuudessa tai varhaisessa vaiheessa..*

*Se on tietysti, kun sitä on opiskellu, niin se on helpompaa nähä, aika vaikeitahan ne traumajutut on, jos niihin ei oo perehtynyt*

### **6.2.1 Hoitajan traumatyötä heikentävät tekijät**

Tulokset osoittivat, että useat hoitajaan liittyvät tekijät voivat vaikuttaa psyykkisen trauman kokeneen potilaan hoitotyöhön sitä heikentävällä tavalla. Tällaisia tekijöitä olivat muun muassa hoitosuhteeseen liittyvät tekijät, riittämätön koulutus ja ammattilaisen omat käsittelemättömät traumat. Hoitajat kokivat ehdottoman tärkeäksi sen, että traumatyötä tekevällä henkilöllä on kyky käsitellä ja prosessoida omat traumaattiset kokemuksensa, jotta niiden vaikutus ei heijastu potilaan ja hoitajan väliseen hoitosuhteeseen ja hidasta potilaan toipumista.

*Tärkee juttuhan se on, että (hoitaja) on sinut itensä kanssa tai niitten omien mahdollisten mörköjensä kanssa. Että tietää, missä mennään ja miten mää reagoin joihinki asioihin ja otanko mää itteeni...*

Henkilökemialla koettiin olevan merkittävä rooli potilaan ja hoitajan välisessä vuorovaikutuksessa. Hoitajan tulee ymmärtää ja hyväksyä se, ettei henkilökemia aina toimi potilaan ja hoitajan välillä. Traumaprosessin eteneminen hidastuu, jos hoitaja on kykenemätön ymmärtämään potilaan nykyhetkessä tai historiassa taustalla vaikuttavia toimimattomia ihmissuhteita tai henkilökemioita, jotka vaikuttavat potilaan ja hoitajan väliseen suhteeseen. Hoitajan on tärkeää hyväksyä se tosiasia, ettei hän voi aina auttaa potilasta, kovasta halusta ja yrityksestä huolimatta; paraneminen lähtee kuitenkin aina psyykkisen trauman kokeneesta potilaasta itsestään.

*Kyllähän seki pitää jotenki hyväksyä se asia, että ei voi pakottaa toista prosessoimaan mielen sisäisiä juttuja*

*Eihän siitä mitään tuu, jos ei kemiat kohtaa, että se on ihan turha taistella. Jos on hoitosuhde, niin ne kemiat pitää toimia, että pystyy etenemään*

Hoitajien asenne vaikutti tulosten mukaan potilaan saaman hoidon laatuun. Ammattilaisten keskuudessa vallitsee edelleenkin skeptinen, vähättelevä asenne traumaosaamista kohtaan. Hoitajat eivät tunnista potilaan oireiden aiheutuvan taustalla olevasta traumasta. Hoitajan ymmärrys traumasta auttaa potilastakin ymmärtämään omaa toimintaansa. Asenteissa on kuitenkin jo nähtävissä muutosta parempaan päin.

*Se, että käy koulutuksissa.--- Kyllähän se on sitte muittenki tietoisuuteen tullu, mitä tämä (trauma) on, mitä se voi olla. Osa on ja osa ei skeptisiä sen suhteen edelleen.*

*Aikanaan, kun lähdin lukemaan perheterapiaa, silloin katottiin, että tää on semmosta lillukanvarsihommaa. Tämä asennehan se saattaa olla monella muullakin jonkun uuden asian kanssa.*

hoitotyö psyykkisen trauman kokeneen potilaan kanssa kuvattiin prosessiksi. Tätä prosessia ei voi nopeuttaa, se täytyy käydä läpi potilaan vointi ja voimavarat huomioon ottaen. Hoitajan tulee tietää, milloin potilas pystyy käsittelemään traumaa. Hoitajan kykenemättömyys nähdä potilaan sen hetkinen tila, voimavarat ja traumaprosessin vaihe, heikentävät toipumisprosessia

*Ja jos sit ymmärtää sen että se johtuu, että välillä on hirveen aktiivinen ja tehokas ja sit yhtäkkiä painuu yks kaks yllättäen. Tai että tajuaa, että nyt tää hiipuu eikä voi mitään, niin jos sen ymmärtää, että se voi johtua traumasta tai sen työstämisprosessista niin se monesti sitte helpottaa niitä ihmisiä*

Koulutus nousi esille useaan otteeseen haastattelujen aikana. Yhtenä traumatyötä heikentävänä tekijänä kuvattiin traumatietoisuuden puuttumisena. Tulokset osoittivat, että traumakoulutuksella on merkittävä osa psykiatrisessa hoitotyössä.

*Melkein vois sanoa, että on poikkeus, jos potilaalla ei oo jotaki traumaa taustalla. Kyllä ne on jollaki tavalla läsnä lähes kaikilla.*

*Ja painotan tuota: koulutus, koulutus, koulutus, -- että olis semmonen traumaote työssä.*

## **6.2.2 Hoitajan traumatyötä vahvistavat tekijät**

Työssäjaksaminen ja sen tukeminen vaikuttivat hoitajan tekemään traumatyöhön sitä vahvistavasti. Voimaannuttaviksi tekijöitä olivat perhe, harrastukset ja matkustelu. Työajalla hoitajat kokivat oman jaksamisen kannalta tärkeäksi työnohjauksen ja keskustelun työtovereiden kanssa.

Työnohjaus määritellään oman työn tutkimiseksi, arvioinniksi ja kehittämiseksi, joka tapahtuu koulutetun työnohjaajan avulla. Se on työhön, työyhteisöön ja omaan työrooliin liittyvien kysymysten, kokemusten ja tunteiden tulkitsemista yhdessä työryhmän ja kouluttajan kanssa. Työnohjauksessa ohjattava pohtii omaa suhdetta työhönsä. Ohjaajan ja muun työryhmän avulla ohjattava pystyy näkemään itsensä ja työnsä entistä tarkemmin ja selvemmin. (Suomen

työnohjaajat ry 2014, viitattu 7.5.2015.) Traumatyön ohjausryhmässä ja yksilötyönohjauksena koettiin hoitajaa voimaannuttavana.

*Ja kyllähän sitä pitäis vähä niinku yrittää liikkua ja purkaa.. Mää teen ehkä käsilläni.*

*Me keskustellaan paljo, meillä on hyvä työyhteisö, pystytään puhumaan ja ihmettelemään asioita, niin se on kyllä rikkaus*

*Ja siinä samalla tulee myös semmosta ihan niinku teoretietoo ihan kaikille, ketä on ryhmässä ja se (työnohjaus) on semmonen välttämätön työmenetelmä ja tuki. Se selkeyttää hoitolinjoja, hoitoo ja sitä hoitajan ommaa päätä.*

Traumatyössä hoitajat kohtaavat potilaan taholta vaikeita ja raskaita asioita. Hoitajan tulee olla kykenevä vastaanottamaan potilaan hätää ja pahaa oloa, mutta myös kyetä asettamaan rajat sille. Tämän ymmärtäminen ja hyväksyminen kuvattiin jaksamista edistävänä tekijänä. Työssäjaksamisella on merkittävä osa traumatyötä vahvistavana tekijänä.

*Mutta pitää olla tavallaan armollinenki sitä ommaaki kohtaan, että kaikkia ei vaan voi auttaa, tai että ne ei oo vielä valamiita sille, että heitä autetaan*

*Se oma reviiirin suojaaminen ja se jaksamisen miettiminen, et ne on niitä tärkeitä..*

### **6.3 Toimivat työmenetelmät psyykkisen trauman kokeneen potilaan hoitotyössä**

Tutkimuksen tulokset osoittivat, että psyykkisen trauman kokeneen potilaan hoitotyössä on käytettävissä paljon toimivia työmenetelmiä. Vakauttaminen kuvattiin parhaana keinona psyykkisestä traumasta johtuvien dissosiaatio-oireiden hallinnassa. Lisäksi omahoitajuus, hoitosuhdetyöskentely ja työnohjaus kuvattiin merkittävinä tekijöinä traumatyössä. Työnohjauksesta hyötyivät sekä potilas että hoitaja. Kaiken perustana on kuitenkin potilaan



kokonaisvaltainen hoito, joka pitää sisällään hoidon jatkuvuuden turvaamisen ja tukiverkostojen huomioimisen.

### 6.3.1 Hoidon tarpeen arviointi ja diagnosointi

Potilaan hoidon tarvetta arviointiin erilaisten kaavakkeiden sekä keskustelun avulla. Hoitajat käyttivät traumankartoituskaavakkeita, (des-kaavake), sukupuoli- ja verkostokarttoja trauman vaiheen kartoittamisessa. Trauma ei aina ole helposti tunnistettavissa tai nähtävissä, koska potilas saattaa joko tietoisesti tai tiedostamatta kieltää trauman, ikään kuin työntää sen niin syvälle mielensä sopukoihin, ettei hän pysty muistamaan traumakokemusta. Tämä on eräänlainen selviytymiskeino, trauman ”blokkaminen” pois tietoisesta mielestä. Kun potilaan oireilun taustalta tunnistetaan mahdollinen trauma, pyritään kartoittamaan, mikä verran oireistossa on mukana dissosiativisuutta. Trauman tunnistaminen vaikutti suoraan potilaalle tehtävään yksilölliseen hoitosuunnitelmaan ja jatkohoitoon.

*Jotkuhan haluaa kieltää, -- ne on blokannu ne niin tietoisesta mielestä että ne ei ees muista.*

*Elämän kokonaistilanne ja miten se on suhteessa siihen traumatapahtumaan ja ne vaikutukset.*

Potilaan voinnin ja hoidon vaikuttavuuden arviointi tulisi olla jokapäiväistä, jotta voidaan todentaa työmenetelmien vaikuttavuus/ vaikuttamattomuus. Jos jollakin tietyllä työmenetelmällä ei päästä haluttuun lopputulokseen, voidaan työmenetelmiä vaihtaa tai yhdistää toisiin menetelmiin. Esimerkiksi ratkaisukeskeinen psykoterapia (kognitiivinen psykoterapia) oli toimimaton työmenetelmä yksinään. Ratkaisukeskeinen psykoterapia yhdistettynä toisen työmenetelmän kanssa koettiin toimivaksi; se antoi potilaalle keinoja tilansa vakauttamiseen. Hoitajat kuvasivat tärkeäksi osastohoidossa potilaan voinnin tasaannuttamisen sekä sen arvioimisen, missä paikassa (osasto, avohoito, traumaterapia) potilas hyötyisi hoidosta parhaiten sillä hetkellä. Moniammatillinen tiimi pohtii yhdessä, millainen jatkohoito potilaalle olisi tarpeen järjestää. Tiimi laatii yhdessä potilaalle yksilöllisen hoitosuunnitelman, jonka mukaan hoidon tarvetta ja työmenetelmien vaikuttavuutta arvioidaan.

*Se potilaan voinnin tasaannuttaminen, missä saa parhaan avun, hoidetaanko oireita ja arvioidaan onko tarpeen ja onko siinä kunnossa että voi mennä psykoterapian.*

Hoitajat pitivät merkittävänä tekijänä traumapotilaan hoidossa oikean diagnoosin löytymistä. Kun potilaan oireiden taustalta löytyy selkeästi psyykinen trauma, potilasta voidaan lähteä hoitamaan oikeilla menetelmillä. Diagnoosin tekemiseen liittyi hoitajien mukaan se vaara, että potilaan kaikki oire-ongelmat luokiteltiin traumasta aiheutuviksi, vaikka taustalta saattoi löytyä muitakin mielenterveysongelmaa. Potilaan historian ja nykytilanteen kartoittaminen eri menetelmillä kuvattiinkin siksi tärkeäksi oikean diagnoosin kartoittamiseksi.

*Ja joskus on jopa vaarana, että laittaa traumaksi kaikki*

*Jos se on esimerkiksi hoitoon tulon syy se selkeä trauma, --niin sehän on aika selkee sitten, miten sitä tilannetta lievitetään ja miten sitä aletaan sitä tasaannuttamista tehdä.*

### **6.3.2 Vakuttaminen työmenetelmänä**

Vakuttaminen kuvattiin parhaana dissosiativisen-oireen/ tilan hallinnassa. Potilaan tilan vakuttamista toteutettiin erilaisilla tavoilla. Hoitajat kuvasivat aikaan ja paikkaan orientoitumisharjoituksia, rajanvetoharjoituksia sekä turvapaikkaharjoituksia. Näiden harjoitusten tehtävänä on saada potilas orientoitumaan takaisin tähän hetkeen traumatapahtumasta; yrityksenä saada oma ääni kuulumaan potilaalle, palauttaa hänet tähän hetkeen. Harjoitusten tarkoitus on myös luoda turvallisuuden tunnetta potilaalle ja opettaa häntä asettamaan omat rajansa ja pitämään niistä kiinni. Vakuttamisharjoituksia tehdään potilaan kanssa yksin tai ryhmässä. Lisäksi potilaalle opetetaan itsenäisen vakuttamisen keinoja, joita hän voi hyödyntää päivittäisessä selviämisessä myös osaston ulkopuolella.

*Maadottaminen, että yrittää saada pysymään tässä hetkessä. Yrittää pitää keskusteluyhteys, joka auttaa sitä ihmistä pysymään tässä. Yrittää saada oma ääni kuulumaan kaivonpohjalle.*

*Että tuoksutan, kosketan, tunnen turvan. Että silloinku tulee semmonen huono hetki ja sillai niinku hakee sitä turvaa.*

### **6.3.3 Hoitosuhdetyöskentely työmenetelmänä**

Hoitosuhdetyöskentely kuvattiin yhtenä tärkeimmistä työmenetelmistä psyykkisen trauman kokeneen potilaan hoitotyössä. Hoitosuhteessa molemmilla, potilaalla ja hoitajalla, on oma vastuullinen tehtävä. Siinä kohtaavat hoitajan ammatillinen osaaminen ja potilaan asiantuntijuus omasta itsestään ja elämästään. Hoitosuhteen varsinainen työväline on dialogi, eli kuunteleva keskustelu. Jotta dialogi onnistuu, täytyy potilaan ja hoitajan välille syntyä luottamusta. (Vuorilehto ym. 2014, 65.)

Potilaan luottamus hoitajaan kuvattiin avaintekijäksi hoitosuhteen onnistumisen kannalta. Ilman luottamusta ei voi syntyä toimivaa hoitosuhdetta. Luottamuksen kehittäminen hoitajan ja potilaan välille vie aikaa ja siksi omahoitajuus koettiin tärkeäksi psykiatrisessa hoitotyössä. Omahoitaja perehtyy tarkemmin potilaan taustoihin ja päivittää yhdessä lääkärin kanssa potilaan hoitosuunnitelmaa säännöllisin väliajoin. Omahoitajalla on tietoa ja ymmärrystä potilaan oirekuvasta ja sen hetkisestä trauman vaiheesta. Hoitajat pitivät tärkeänä omahoitajuuden toteutumista ja sitä että juuri omahoitaja käy potilaan kanssa syvemmät keskustelut läpi. Siksi juuri omahoitaja on avainasemassa potilaan hoidossa pysymällä johdonmukaisena potilaalle, potilaan oireista ja käytöksestä huolimatta. Jokainen osaston hoitaja voi toimia potilaan kuulijana ja toteuttaa vakauttamismenetelmiä, mutta hoidolliset, terapeuttiset keskustelut koettiin tärkeäksi toteuttaa omahoitajan toimesta. Tämän koettiin tuovan turvaa potilaalle ja edistävän paranemisprosessia.

*Että saa luottamuksellisen suhteen potilaan kanssa hoitosuhteessa*

*Ne omat hoitajat, että me muut ei lähdetä parantamaan menemällä syntyihin syviin, on niitäkin tapauksia, että on tehny sitte hallaa*

Hoitajat kuvasivat sitä, kuinka omana itsenä työskenteleminen toimii pohjana työmenetelmien toimivuudelle psyykkisen trauman kokeneen potilaan hoitotyössä. Esimerkiksi hoitajan läsnäolo potilaalle ja empaattinen suhtautuminen potilaaseen loivat pohjaa luottamukselle potilaan ja hoitajan välisessä hoitosuhteessa. Hoitajat kuvasivat omana itsenä työskentelemistä siten, että hoitaja uskaltaa toimia omana persoonana, olla oma itsensä ja tässä hetkessä. Kaikessa tässä tulee kuitenkin näkyä hoitajan vahva ammattimaisuus ja ammattitaito.

*On luonnollisesti oma itsensä, uskaltaa olla läsnä, kohdata asioita ja realisoida tilannetta.*

*Sen muistaminen ja hahmottaminen ammattilaisena, että ihminen kantaa traumaa kuolemaansa asti.*

*Trauman kokenut ihminen tulee siellä särjettynä ja tuhottuna kuulluksi ja nähdyksi, se on se parantava...*

Vastavuoroinen dialogi osoittautui tulosten mukaan toimivaksi työmenetelmäksi traumatyössä. Sen sijaan yksinpuhelua kuvattiin toimimattomaksi hoitosuhteessa. Hyvin toimiva dialogi perustuu siihen, ettei kenenkään näkemys ole ainoa oikea, vaan keskustelemalla yhdessä vaihtoehtoisista näkemyksistä, päädytään hyviin ratkaisuihin. Potilaalla ja hoitajalla tulee olla sama tavoite hoitosuhteessa ja potilaan tulee olla tietoinen tästä tavoitteesta. Hoitajan on muistettava, että hän pystyy ymmärtämään potilaan tarpeita vain kuuntelemalla potilasta. Samoin, potilaalla voi olla oma todellisuutensa, joka ei aina vastaa hoitajan todellisuutta. (Vuorilehto ym. 2014, 68–69.) Potilaan kunnioitus ja tosissaan ottaminen ovat edellytyksenä vastavuoroisen dialogin onnistumiselle. Vastavuoroista dialogia kuvattiin tasavertaisena keskusteluna, jossa potilaalle perustellaan ja selitetään ratkaisut, joihin päädytään. Hyvin toimivassa dialogissa potilaalla on tunne siitä, että hän voi kysyä ja ilmaista mielipiteensä vapaasti.

*Selitän ja perustelen asioita ja toisella on mahdollisuus kysyä.*

*Myös potilas on tietoinen tavoitteesta, mitä hoitosuhteessa haetaan.*

Hoitajan ammattimaisuudella kuvattiin olevan suora vaikutus potilaan voimaannuttamiseen. Hoitaja, joka on sinut itsensä kanssa, pystyy löytämään positiivisia asioita potilaasta tai menneillään olevasta hoidon prosessista. Hän osaa käyttää näitä asioita potilaan toipumista edistävällä tavalla. Hoitajat kuvasivat tätä herkkyudeksi löytää potilaan vahvuudet ja hyödyntää

niitä hoidossa eri työvälineitä käyttäen. He käyttivät apuna potilaan hoitoprosessissa esimerkiksi musiikkia, kirjoittamista, piirtämistä ja käsitöitä.

*Löytää potilaan vahvuus ja luovuus, keinot, jolla selvitä vaikean hetken yli, mikä auttaa häntä palautumaan tähän hetkeen.*

*Ja aina, kun vaikkapa omahoitajakeskustelu päättyy, kerron ja kannustan aina istunnon lopuksi jotakin myönteistä, joko siitä prosessista tai hänestä kokonaisuudessa ihmisenä, persoonana.*

### 6.3.4 Työnohjaus menetelmänä traumatyössä

Työnohjaus osoittautui niin hoitajan työssäjaksamisen, kuin potilaan hoidon onnistumisenkin kannalta toimivaksi työmenetelmäksi. Työnohjaus on vuorovaikutusta, jossa sekä ohjattava, että oppija sekä muu työryhmä oppivat toisiltaan. Se auttaa jaksamaan työssä ja pysymään työkykyisenä, mutta se antaa myös uusia työkaluja potilaan hoitoon. Työnohjauksen tulee olla tavoitteellista ja sen tavoitteiden tulee olla selkeästi määriteltyjä. Jotta työnohjaus antaisi riittävät valmiudet hoitotyöhön, suositellaan työnohjauksen kokonaiskestoksi vuodesta kahteen vuotta. Työnohjaus toteutetaan kerran tai kaksi kertaa kuukaudessa ja se kestää noin tunnin verran. Ryhmäkoko on kolmesta kuuteen ohjattavaa kerralla. (Suomen työnohjaajat ry 2014, viitattu 7.5.2015.)

Työnohjaus kuvattiin erittäin hyödylliseksi potilaan kannalta katsoen. Työnohjaukseen osallistuminen on aina potilaalle vapaaehtoista. Hoitajat kokivat, että potilaat saavat suoraan tietoa ja hyötyä työnohjaajalta, vaikka ohjaustilanne saattaakin olla raskas potilaalle. Potilaan tausta ja nykytilanne käydään lyhyesti läpi istunnon alussa. Sen jälkeen potilaan oirekuvaa kartoitetaan ja syvennetään, täytettyjä traumakaavakkeita täydennetään. Potilas saa tukea ja apua myös työryhmältä. Samalla hoitaja saa uusia näkökulmia ja työmenetelmiä potilaan hoitoon liittyen. Hoitajat kokivat työnohjauksen niin tärkeänä henkireikänä ja työmenetelmänä, että he eivät suostuisi työskentelemään ilman työnohjausta. Traumatyönohjaus, jossa ohjaajana toimii traumaterapeutti, koettiin myös välttämättömänä työmenetelmänä psyykkisen trauman kokeneen potilaan hoitotyössä.

*Mulla oli viimmeksikki potilas ihan livenä mukana siellä. Mää ite tykkään, jos potilas vaan suostuu, että otan hänet mukaan. Saahaan tietoo siltä työnohjaajalta, joka on sitte tosi kokenu, ja potilas saa sitä suoraan.*

*Siinä on työkaverit mukana, hekin näkevät ja kuulevat, miten potilaan kanssa edetään ja hekin saa siitä sitten vinkkejä.*

### 6.3.5 Tukiverkoston merkitys traumatyössä

Sosiaalisen tuen ja tukiverkoston merkitys potilaan hoidossa kuvattiin yhtenä tärkeänä tekijänä sekä osastohoidon, että avohoidon aikana. Esimerkiksi yhteiset liikuntahetket ja ruokailutilanteet muiden kanssa tukevat potilaan toipumista. Yhtenä merkittävänä mielenterveyteen vaikuttavana tekijänä kuvattiin liikunnan ja ruokavalion merkitys potilaan kokonaisvaltaisessa hoidossa. Erilaiset vertaistukiryhmät ja potilaan omat tukiverkostot kuvattiin olennaisena osana potilaan hoitoa. Hoitajat kokivat mahdollisen traumaryhmän perustamisen sairaalaan potilasta voimaannuttavaksi tekijäksi. Terapian lisäksi vertaistuki ja kokemusasiantuntijan kuuleminen näissä ryhmissä kuvattiin parhaiten potilaan toipumista edistäväksi tekijäksi.

*Että se ihminen löytäis sen terapeutin ja hoitajan lisäksi niitä semmosia ihmissuhteita, vaikkapa yhdenkin, jotka kulkevat mukana, jotka elävät ja ovat rinnalla, joku joka ymmärtää, että tuo käy tuota matkaa. Se on se, joka elvyttää ja toivuttaa traumasta*

*Vertaistukiryhmä terapian lisäksi. Kokemusasiantuntija nousi ykkösasiaksi.*

### 6.3.6 Potilaan jatkohoidon järjestäminen

Potilaita ohjattiin hakemaan tietoa trauma-oireiden hoidosta, sekä tukipalveluista (netti- ja puhelinnumerot, vertaistukiryhmät) heidän siirtyessään osastohoidosta avohoidon piiriin. Hoitajat kokivat toimivaksi sen, että potilas ikään kuin siirretään saatettuna osastohoidosta avohoidon puolelle. Tämä luo luottamusta potilaan ja uuden hoitajan välille ja helpottaa potilaan jatkohoitoa.

*Sillai niin ku saattain siirretty sinne avohoitoapuolelle. Se on yleensä kyllä toiminut hyvin.--- Se on potilaalle tärkeä, kun se näkkee, että ne tekevät töitä yhdessä*

*Yksilölliset hoitosuunnitelmat ja jatkohoidon järjestäminen.*

#### 6.4 Kokemusperäisen tiedon siirtäminen traumatyötä kehittäen

Kokemusperäisen tiedon siirtämistä nykyisille ja tuleville hoitotyöntekijöille pidettiin yhtenä tärkeimmistä traumatyötä kehittävästä tekijöistä. Se, siirtyykö kokemusperäinen tieto eteenpäin työyhteisössä esimerkiksi uusille työntekijöille tai opiskelijoille helposti, riippuu paljon esimiehestä ja hänen asenteestaan traumatyöhön sekä tiedonsiirtoon. Kun esimiehellä on traumatietoutta ja traumaote omassa työssään, kokemusperäisen tiedon siirtäminen on varmempaa. Tällöin työyhteisössä on käytössä yhtenäiset käytännöt ja ohjausmenetelmät uusien työntekijöiden perehdyttämiseksi. Perehdyttäminen koettiin tärkeäksi muun muassa omahoitajuuden ja hoitosuhdetyöskentelyn kannalta. Uuden työntekijän on tärkeää ymmärtää, mitä hän voi keskustella tai millaisia työmenetelmiä hän voi käyttää kunkin potilaan kohdalla, ettei hän omalla toiminnallaan hidasta potilaan toipumisprosessia. Uudet työntekijät ja opiskelijat nähtiin työyhteisön voimavarana, koska heiltä saatava uusien tietojen tuoma uusia näkökulmia kokeneille hoitajille traumatyöhön.

*Esimies tai joku, työskentelee sillä otteella (traumatyöote), motivoi ja syyttää kipinää.  
Johdossa vastuu resurssoinnista*

*Että se olis samanlaista tietoa kaikilla, ketkä on ne opit käyny. Ja uusien tietojen tietäminen.*

Hoitajien asenteella tiedonsiirtämistä tai vastaanottamista kohtaan oli vaikutusta siihen, siirtyikö tieto vai ei. Asenne kuvattiin mahdollisena tiedonsiirron esteenä. Halu siirtää tai vastaanottaa kokemusperäistä tietoa kuvattiin vaikuttavana tekijänä työyhteisön ilmapiiriin ja työotteeseen. Eräs tutkimustuloksissa esiin noussut traumatyön kehityshaaste liittyi olennaisesti tiedonsiirron suunnitelmallisuuden parantamiseen. Hoitajat kokivat, että jos tiedonsiirto voisi olla organisoidumpaa. Tieto siirtyi parhaiten työtä tekemällä yhdessä kokeneen hoitajan kanssa.

*Se, siirtyykö tieto helposti riippuu myös vastaanottajasta. Se asennehan se saattaa olla tiedonsiirron esteenä.*

*Rohkeesti vaan, tieto tulee työn myötä.*

Myös koulutukset olivat tärkeä tapa siirtää tietoa psyykkisen trauman kokeneen potilaan hoidosta. Koulutusten tärkeyttä painotettiin jokaisessa haastattelussa myös merkittävänä osana hoitajien



ammattillisessa kasvussa ja kehityksessä. Tiedon siirtymistä koulutusten kautta toteutettiin siten, että vasta koulutetut henkilöt jakoivat oppimaansa muulle työyhteisölle osastotunneilla ja työtilanteissa. Näin uusin tieto siirtyy työyhteisöön pikkuhiljaa ja työmenetelmät muuttuvat yhtenäisiksi. Kokeneet hoitajat olivat mukana kouluttamassa myös sairaalan ulkopuolella erilaisissa koulutuksissa ja foorumeissa. Tämä koettiin tärkeänä tiedonsiirtomenetelmänä, koska näin tietoa siirretään myös oman työyhteisön ulkopuolelle.

*Ne uudet asiat vaan luikertelee sinne pikkuhiljaa.*

*Koulutusten kautta, osastotunneilla, ei häittäis vaikka olis enempikin*

Työohjausta kuvattiin mahdollisuutena saada itselle uusia työmenetelmiä ja vinkkejä, kuinka edetä potilaan kanssa. Ohjaustilanteessa mukana olevan työryhmän koettiin hyötyvän potilastapausten ja työmenetelmien seuraamisesta yhtä paljon, kuin ohjattavana oleva henkilö. Uudet asiat ja näkökulmat tulivat esille työnohjaustilanteessa. Traumatyönohjauksen kautta saatava tieto lisäsi hoitajien rohkeutta kokeilla uusia työmenetelmiä traumapotilaan kanssa. Tämä näkyi traumaotteen lisääntymisenä potilastyössä.

*Kertomalla ja työnohjaukset, missä jaetaan potilastapauksia. Sovitaan, että tehhäämpä yhdessä*

*Traumatyönohjaus, koulutus ja traumaote työssään.*

Kokemusperäinen tieto siirtyi hyvässä työyhteisössä keskustelemalla ja yhdessä tekemällä. Vastavuoroinen keskustelu kuvattiin ajatuksia herättävänä, koska siten tietoa siirtyi keskustelun molemmille osapuolille. Kokeneet hoitajat siirsivät kokemusperäistä tietoa tarinoiden ja potilastapausten kautta uusille työntekijöille ja opiskelijoille. Uudet työntekijät ja opiskelijat toivat työyhteisöön tuoreimman teorian tiedon. Uusimman tiedon ja kokemusperäisen tiedon yhdistäminen luo tärkeitä, toimivia työmenetelmiä uusille hoitajille. Yhdessä tekeminen selkeyttää toimintamalleja ja antaa uusia työkaluja potilastyöhön.

*Kertomalla tarinoita ja asioita, ottamalla mukaan työpariksi, suositella kirjallisuutta ja kertoa potilastapauksia. Selostaa menetelmiä, miten hoitosuhdetta voi aloittaa ja miten viedä sitä prosessia eteenpäin*

*Puhun ja ihmettelen ja välillä olen vihanen, kun ei asiat etene kun niille ei tehdä mitään.*

## 7 TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELUA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimuksemme tarkoituksena oli kuvailla *toimivia työmenetelmiä* psyykkisen trauman kokeneen potilaan hoitotyöstä sekä kuvata millaista kokemukseen perustuvaa tietoa hoitajat pitivät merkittävänä siirtää. Työmenetelmiä ja erilaisia tapoja toimia traumatyössä nousi esille useita. Tutkimustulosten perusteella ei ole vain yhtä oikeaa työmenetelmää tai tapaa toimia, vaan jokainen potilas ja hoitosuhde on yksilöllinen. Työmenetelmien valinta perustuu sen hetkisen traumaprosessin vaiheeseen ja potilaan voimavaroihin.

Tutkimustulokset eivät tuoneet esille työmenetelmien kannalta mitään sellaista, mitä ei olisi aiemmin tiedostettu. Tutkimuksesta nousi esille, se että tärkein potilaan toipumista edistävä tekijä on hyvä ja luottamuksellinen hoitosuhde. Hyvässä hoitosuhteessa keskeistä on vuorovaikutuksellinen dialogi, jota käydään potilaan ja omahoitajan välillä. Potilaan ja hoitajan yhteiset tavoitteet ja päämäärä sekä traumaprosessin vaihe ohjaavat hoitosuhdetyöskentelyä. Tämä vaatii hoitajalta ja potilaalta traumaprosessin ymmärtämistä. Myös työnohjaus eri traumaprosessin vaiheessa koettiin tarpeelliseksi. Työnohjauksen kautta hoitaja ja potilas saavat uutta näkökulmaa hoitosuhteeseen ja vahvistusta mikä siinä toimii ja missä voisi tehdä toisin. Traumaprosessin edetessä voi vaiheita, jolloin ”junnataan paikallaan”, eikä hoito etene. Työnohjauksen avulla saadaan uusia ideoita siihen miten hoidossa päästään eteenpäin.

Kaikissa haastatteluissa tuotiin esille vakauttaminen ja turvallisuuden tunteen luominen potilaalle. Erilaisia harjoitteita ja apuvälineitä ja näiden eri variaatioita voidaan käyttää oikeastaan missä tahansa hoitotyössä, mutta nimenomaan psyykkisen trauman kokenut, dissosiaatio-oireista kärsivä ihminen tarvitsee vakauttamista. Tämän myötä potilaan arjen toimintakyky paranee, oireet helpottuvat ja niin sanotun normaalin elämän eläminen mahdollistuu. Leikolan mukaan (2014, 123.) potilaan voimavarojen salliessa, emotionaaliseen traumatisoitumiseen liittyvien muistojen hoitaminen voidaan aloittaa. Prosessin edetessä potilas voi käsitellä yhä syvempiä traumakokemuksia omahoitajan kanssa. Persoonallisuuden integraatio eli minäkuva eheytyy ja potilas voi aloittaa elämän uudelta perustalta, vaikka hän kantaakin traumakokemusta elämänsä loppuun saakka.

Hoitotyönasiantuntijaksi ei kehitytä hetkessä vaan se on hyvin pitkä prosessi. Asiantuntijan keräämä *kokemusperäinen tieto eli sisäinen osaaminen* kehittyy pitkällisen harjaantumisen

tuloksena. Tämä näkyy ulospäin taitavana ja sujuvana toimintana tilanteissa, joissa tehdään ratkaisuja kokemuksellisen tiedon varassa. (Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011, 43.)

Kokemukseen perustuvan tiedon siirtämistä uusille hoitotyöntekijöille pidettiin tärkeänä. Kokemusperäisen tiedon siirtäminen jää kuitenkin usein yksittäisten tilanteiden ja henkilöiden varaan; tiedon siirtäminen voisi olla suunnitelmallisempaa. Hoitotyön kentällä on paljon hyvää kokemusperäistä tietoa ja asiantuntijuutta. Lähitulevaisuudessa suuri osa näistä asiantuntijoista on siirtymässä eläkkeelle, joten olisi entistä tärkeämpää siirtää tätä arvokasta osaamista.

Traumatyö koettiin haasteelliseksi, mutta myös palkitsevaksi. Eräs työn haasteista on se, että traumaprosessin läpikäyminen vie aikaa. Tämä vaatii sekä hoitajalta että potilaalta pitkäjänteistä työtä ja sitoutumista. Traumatisoituneet potilaat voivat olla myös todella hankalia ja vaativia. Voi olla haastavaa pysyä johdonmukaisena ja ammatillisena näissä tilanteissa. Potilas ei saa kuitenkaan perustella kaikkea huonoa käytöstä psyykkisellä traumalla, vaan hoitajan täytyy osata asettaa rajat sille kuinka voi potilas voi toimia. Täytyy myös hyväksyä se, että henkilökemiat eivät aina välttämättä toimi potilaan ja hoitajan välillä. Tällöin etsitään ratkaisua yhdessä työyhteisön kanssa. Haastateltavat toivat esille traumakoulutuksen ja osaamisen tärkeyden liittyen traumatyön haastavuuteen. Myös esimiehellä on erittäin tärkeä rooli. Traumaotteella työskentelevä esimies luo pohjan myös hyvälle traumatyölle ja sen kehittämiseksi. Tutkimuksemme perusteella tieto siirtyi tehokkaimmin keskustelelevassa työyhteisössä yhdessä tekemisen ja traumaotteella työskentelevän esimiehen avulla.

## 8 POHDINTA

Mielestämme tutkittava aiheemme oli erittäin ajankohtainen. Esimerkiksi väkivalta, ympäristökatastrofit ja lapseen kohdistuva kaltoinkohtelu on tätä päivää. Yhä useammalla ihmisellä on psyykkisiä traumoja, jotka voivat aiheuttaa traumatisoitumista. Ennaltaehkäisyn merkitys korostui kaikissa haastatteluissa. Mielestämme hoitotyön tekijän on tärkeää luottaa omiin vaistoihinsa ja myös ottaa rohkeasti asiat esille ja tarttua epäkohtiin.

Tutkimuksen tavoite oli tuottaa tietoa toimivista työmenetelmistä psyykkisen trauman kokeneen potilaan hoitotyössä ja siirtää kokemuseräistä tietoa sekä kehittää omaa asiantuntijuutta tulevana hoitotyöntekijöinä. Tutkimuksemme edetessä yhdeksi tavoitteeksemme muodostui myös hoitajien tärkeän työn tuominen näkyvämmäksi. Haastatteluissa kävi ilmi se, että traumatyön tuominen psykiatriseen hoitotyöhön on ollut haasteellista, mutta se on kehittynyt ja kehittyä edelleen. Tulokset osoittivat myös, että jokaisella hoitotyöntekijällä olisi hyvä olla traumaosaamista. Mielestämme traumaosaamista voi hyödyntää kokonaisvaltaista hoitotyötä toteuttaessa missä tahansa työyhteisössä.

### 8.1 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimukseen liittyy paljon eettisiä näkökohtia. Tutkimuksen tekeminen niin, että ne huomioidaan riittävästi ja oikein on vaativa tehtävä. Kunnioittavan ja humanin kohtelun edellyttävät näkökohdat on otettava huomioon kaikessa ihmiseen kohdistuvassa tutkimustyössä. Näitä ovat muun muassa aineiston keräämisessä anonyymiuden takaaminen, erilaiset korvauskysymykset sekä aineiston tallentaminen asianmukaisesti. (Hirsjärvi ym. 2005, 27–28). Tutkimusaiheen valinta, sen kohteena olevat henkilöt ja tutkimustyön rehellisyys liittyvät eettisiin kysymyksiin. Valitsemamme tutkimusaihe oli meitä molempia kiinnostava ja perehdyimme ennalta aiempiin tehtyihin tutkimuksiin ja ammattikirjallisuuteen huolella. Tutkimuksen viitekehysten kirjoittamisen jälkeen huolehdimme asianmukaisista tutkimusluvista ennen haastattelujen aloittamista.

Saimme haastateltavien yhteystiedot ohjaavilta opettajiltamme sekä yhteistyössä toimivan sairaalan osastonhoitajilta. Haastateltavien osallistuminen haastatteluun oli alusta alkaen

vapaaehtoista. He saivat osallistua haastatteluun työajalla. Kerroimme avoimesti saatekirjeessä haastateltaville kaikki tutkimukseen liittyvät näkökohdat. Ennen haastattelua haastateltavat allekirjoittivat suostumuslomakkeen. Haastattelut nauhoitettiin kahdelle eri puhelimelle. Missään vaiheessa ei mainittu haastateltavien nimiä. Säilytimme haastateltavat anonyyminä numeroimalla heidät. Litteroinnin jälkeen hävitimme nauhoitteet puhelimista ja tietokoneilta. Tutkimuksemme kaikissa vaiheissa olemme pyrkineet noudattamaan eettisiä periaatteita ja toimimaan rehellisesti. Olemme merkinneet käyttämämme lähdeaineiston asianmukaisesti tekstiin ja lähdeluettelon.

## 8.2 Tutkimuksen luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta lisää tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta. (Hirsjärvi 2007, 217). Toteutimme haastattelut yksilöhaastatteluina kahtena eri päivänä. Haastattelut kestivät ajallisesti viidestäkymmenestä minuutista seitsemäänkymmeneen minuuttiin. Mielestämme haastatteluille varaamamme aika oli riittävä aineiston keruun kannalta. Molemmat tutkijat olivat mukana kaikissa haastatteluissa. Järjestimme haastattelut haastateltavien työpaikalla heidän toiveestaan. Pyrimme järjestämään kaikki haastattelutilanteet mahdollisimman samankaltaisiksi. Olimme hyvissä ajoin paikalla haastattelupäivinä. Valitsimme haastattelupaikaksi rauhallisen tilan, jossa saimme olla rauhassa haastateltavan kanssa. Tarjosimme jokaiselle haastateltavalle aluksi kahvit ja pyrimme näin luomaan mahdollisimman luontevan haastattelutilanteesta. Mielestämme haastattelut sujuivat hyvin, vaikka kumpikaan meistä ei ollut aikaisemmin toiminut haastattelijoina. Haastattelujen edetessä oma taitomme haastattelijoina kasvoi. Tutkimuksen aikataulu eteni suunnitellulla tavalla.

Tutkimussuunnitelman mukaan lähdimme toteuttamaan aineistonkeruuta avoimella haastattelumenetelmällä. Lähetimme haastateltaville sähköpostilla etukäteen haastattelupohjan, joka perustui tutkimuskysymyksiimme. Tästä johtuen toiset haastateltavista olivat valmistautuneet erittäin hyvin haastattelua varten ja miettineet asioita etukäteen. Pohdimme, muuttuiko haastattelumenetelmämme avoimesta haastattelusta teemahaastatteluksi. Teemahaastattelussa eli puolistrukturoidussa haastattelussa edetään tiettyjen keskeisten, etukäteen valittujen teemojen ja niihin liittyvien tarkentavien kysymysten varassa. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 75.) Mielestämme tämä ei kuitenkaan vähentänyt tutkimuksemme luotettavuutta, koska kaikki haastattelut etenivät samalla kaavalla ja saimme vastaukset tutkimuskysymyksiimme

Mielestämme kaikki käyttämämme lähdeaineisto on ollut luotettavaa. Olemme etsineet tietoa muun muassa Leevi- ja theseus-tietokannoista. Olemme käyttäneet lähdeaineistona paljon ammattikirjallisuutta, koska tutkittua tietoa aiheesta on vielä vähän. Olemme lukeneet muiden samaan aiheeseen liittyviä opinnäytetöitä ja verranneet niistä saatuja tuloksia oman tutkimuksemme tuloksiin. Samankaltaisia tuloksia esitetään muun muassa Heinilän ja Rautiaisen (2011) tekemässä opinnäytetyössä ”Traumojen huomioiminen nuorisopsykiatrisessa hoitotyössä sairaanhoitajien kokemana”.

### **8.3 Tulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimushaasteet**

Tutkimuksessamme haastateltavilla henkilöillä on vankka asiantuntijuus traumatyöstä. Haastattelujen myötä oma ymmärryksemme heidän arvokkaasta ammattitaidostaan lisääntyi. Tämä arvokas ”ruohonjuuritasolla” tapahtuva työ jää usein huomiotta ja mielestämme tätä voimavaraa tulisi hyödyntää paremmin. Tutkimuksemme osoitti myös tarpeen siirtää kokemusperäistä tietoa organisoidummin. Pohdimme, voisiko kokeneiden hoitajien asiantuntijuutta hyödyntää työyhteisön sisäisissä tai ulkopuolisissakin koulutuksissa paremmin. Työkokemus ja sen myötä saatu osaaminen tulisi mielestämme huomioida paremmin myös koulutusjärjestelmässä.

Pohdimme, voisiko vastaavanlaisen tutkimuksen toteuttaa potilaan näkökulmasta. Tämä voisi osaltaan lisätä traumatietoisuutta ja hälventää ennakkoluuloja psyykkisen trauman kokeneen potilaan hoidosta. Lisäksi haastateltavat toivat esille yhtenä jatkotutkimushaasteena rakenteellisen trauman.

### **8.4 Opinnäytetyön prosessi ja ammatillinen kasvu**

Opinnäytetyö on pitänyt sisällään monia eri vaiheita. Kumpikaan meistä ei ollut aiemmin tehnyt tutkimusta. Olemme kokeneet tutkimuksen tekemisen sekä raskaaksi, että haastavaksi. Haastetta lisäsi aikataulujen yhteensovittaminen, muiden opintojen ja harjoittelun samanaikaisuus ja oma kokemattomuutemme tutkijana. Tutkimuksen parasta antia olivat haastateltavien kanssa käydyt keskustelut. Haastateltavat kokivat haastattelukokemuksen heitä voimaannuttavana ja me puolestamme saimme heiltä eväitä omaan työhömmme hoitajina. Kokonaisuutena

opinnäytetyöprosessi on sujunut hyvin ja olemme saaneet hyvin tukea ohjaavilta opettajilta. Vertaistuen merkitys on myös ollut merkittävä. Opinnäytetyön myötä olemme saaneet paljon syventävää tietoa psyykkisen trauman kokeneen potilaan hoitotyöstä. Lisäksi voimme hyödyntää samaamme kokemusta tutkijoina työelämässä vastaantulevissa projekteissa ja mahdollisissa jatkokoulutuksissa.

Haluamme osaltamme kiittää Liisa Kiviniemeä ja Sirpa Tölliä sekä Oulun ammattikorkeakoulun muuta henkilökuntaa saamastamme ohjauksesta ja tuesta. Lämpimät kiitokset myös haastatteluun osallistuneille hoitajille! Yhteistyö heidän kanssaan oli parasta antia opinnäytetyöprosessissa. Meille jäi tunne, että myös he kokivat tutkimukseemme osallistumisen positiivisena ja saivat uutta intoa traumatyön tekemiseen. Toivomme, että opinnäytetyömme myötä arvostus heidän työtään ja arvokasta ammattitaitoaan kohtaan lisääntyy. Haluamme välittää heidän viestinsä myös kaikille hoitajille: työhön kannattaa tarttua rohkeasti ja luottaa itseensä, käyttää omaa persoonaansa ja omia vahvuuksiaan työssään.

Tutkimuksen myötä saimme arvokasta tietoa psyykkisen trauman kokeneen potilaan auttamismenetelmistä. Vaikka olemme vasta ammatillisen kasvumme alussa, saimme näiltä kokeneilta hoitajilta rohkeutta tehdä tätä työtä. Ymmärsimme, että sekin jo riittää pitkälle, että uskaltaa kohdata potilaan ja olla ihminen ihmiselle.

*”...Ei tarte olla terapeutti, eikä tarte olla mitään. Vaan että joku ymmärtää, että tuo käy nyt tuota matkaa. Se on se, joka elvyttää ja toivuttaa traumasta. Siinä se traumatisoitunut ihminen, minkä se trauma on särkenyt ja tuhonnut, niin se ihminen tulee siellä särjettynä tuhottuna nähdyksi, kuulluksi. Se on se parantava...”*



## LÄHTEET:

Auranen, M. & Kontulainen, M. 2011. Akuutissa psyykkisessä kriisissä oleva asiakas- opas ensihoidossa työskenteleville. Turun ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Viitattu 11.11.2014.  
[http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/33315/Auranen Maarit Kontulainen Merja.pdf?sequence=1](http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/33315/Auranen_Maarit_Kontulainen_Merja.pdf?sequence=1).

Boon, S., Steele, K. & Van Det Hart, O. 2011. Traumaperäisen dissosiaatiohäiriön vakauttaminen - taito-ohjelma potilaille ja terapeuteille. Kalevaprint Oy: Oulu.

Castrén, M., Korte, H. & Myllyrinne, K.2012. Ensiapuopas- kriisityö. Duodecim Oy. Viitattu 4.11.2014. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=spr00016#s1](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=spr00016#s1).

Duodecim 2009. käypähoito.fi. Viitattu 18.9.2104.  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50080>.

Duodecim 2009. käypähoito.fi. Viitattu 18.9.2104.  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50080>.

Duodecim. Laurema, H. 2014. Psykiatria. Mielenterveydenhäiriöt. Traumaattinen kriisi. Viitattu 27.11.2014.  
[http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/oppi/koti?p\\_artikkeli=inf04497&p\\_selaus=16597](http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04497&p_selaus=16597).

Hakuni, L. 2012. Vuorovaikutus hoitosuhteessa harjavallan sairaalan historiassa. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Hoitotyö. Opinnäytetyö. Viitattu 17.11.2014.  
[https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/43076/hakuni\\_lotta.pdf?sequence=1](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/43076/hakuni_lotta.pdf?sequence=1).

Hirsjärvi, S & Hurme, H. 2002. Tutkimushaastattelu- Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Yliopistopaino: Helsinki.

Hirsjärvi, S., Remes, P&Sajavaara P. 2005. Tutki ja kirjoita. 11. painos. Tammi: Helsinki.

Jokeri. 2004. viitattu 24.4.2015.  
<http://www.amiedu.net/jokeri/suomenkieli/mater/hoitoala/mielenterveyshoitaja.htm>.

Jyväskylän yliopisto. 2014. Kansalaisyhteiskunnan tutkimusportaali: Hiljainen tieto. Pro- gradu tutkielma. Viitattu 27.8.2014. <http://kans.jyu.fi/sanasto/sanat-kansio/hiljainen-tieto>.

Kela. 2007. Mielenterveydenhäiriöt haittaavat yhä useampia. Viitattu 23.8.2015. [www.kela.fi/-/mielenterveyden-hairiot-haittaavat-yha-useampia?inheritRedirect=true](http://www.kela.fi/-/mielenterveyden-hairiot-haittaavat-yha-useampia?inheritRedirect=true).

Kiiltomäki, A.&Muma P. 2007. Tässä ja nyt sairaanhoitaja tekee kriisityötä. Sairaanhoitajaliitto. Helsinki:Gummerus.

Kähkönen, S., Karila, I. & Holmberg, N. 2008. Kognitiivinen psykoterapia. 3. painos. Duodecim: Helsinki.

Leikola, A. 2014. Katkennut totuus – traumatutkielma. PROMETHEUS kustannus Oy: Espoo.

Levine, P. 1997. Kun tikeri herää – trauma ja toipuminen. Traumaterapiakeskus: Ouluprint.

Malchiodi, C. 2011. Ilmaisuterapiat. UNIpress: EU.

Nurminen, R. 2000. Hiljainen tieto hoitotyössä. Tammi: Helsinki.

Oittinen, S. 2011. Empatia kriisiauttamisessa - Kriisityöntekijöiden kokemuksia myötätuntostressistä ja työhyvinvoinnista Kuopion Kriisikeskuksella. Yhteiskuntatieteiden laitos Itä-Suomen yliopisto. Sosiaalipsykologia. Pro-gradu tutkielma. Viitattu 17.11.201 [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_nbn:fi:uef-20110123/urn\\_nbn:fi:uef-20110123.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn:fi:uef-20110123/urn_nbn:fi:uef-20110123.pdf).

Pihlaja, A. 2011. Ennaltaehkäisevä mielenterveystyö perusterveydehuollossa psykiatrisen sairaanhoitajan kokemana.Oulun seudun ammattikorkeakoulu.Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö (AMK). <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2011120417101>.

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. 2014. Vuorovaikutus potilaan ja hänen läheistensä kanssa.Viitattu 11.11.2014. [www.pshp.fi/default.aspx?nodeid=17725&contentlan=1](http://www.pshp.fi/default.aspx?nodeid=17725&contentlan=1).

Pojjula, S. 2005. Kriisityöstä psyykkisen trauman hoitoon. Lääkärilehti. 60. vuosikerta. 14. 1587-1589.

Polanyi, M. 1966. The Tacit Dimension. Doubleday & Company: New York.

Pulkinen, S. & Vesanen, P. 2012. Purku. Duodecim. Sairaanhoidajan käsikirja. Viitattu 27.11.2014.

[http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/shk/koti?p\\_artikkeli=shk03405&p\\_haku=debriefing](http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk03405&p_haku=debriefing).

Pulkinen, S. & Vesanen, P. 2014. Jälkipuinti. Duodecim. Sairaanhoidajan käsikirja. Viitattu 27.11.2014.

[http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/shk/koti?p\\_artikkeli=shk03430&p\\_haku=debriefing](http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk03430&p_haku=debriefing).

Ruotsalainen, S. & Tarvonen, P. 2003. Sairaanhoidajuus - sairaanhoidajien ja sairaanhoitajaopiskelijoiden kokemana. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Helsingin yksikkö. Terveystoimittaja (AMK), sairaanhoitaja (AMK). Opinnäytetyö. Viitattu 9.10.2014. [http://kirjastot.diak.fi/files/diak\\_lib/Helsinki2003/ruotsalainen2886.pdf](http://kirjastot.diak.fi/files/diak_lib/Helsinki2003/ruotsalainen2886.pdf).

Sairaanhoidajaliitto. 2014. Sairaanhoidajan eettiset ohjeet. Viitattu 27.8.2014. [http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/sairaanhoidajan\\_tyo\\_ja\\_hoitotyopiskelu\\_sairaanhoidajaksi/](http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/sairaanhoidajan_tyo_ja_hoitotyopiskelu_sairaanhoidajaksi/)

Sarajärvi, A., Mattila, L-R & Rekola, L. 2011. Näyttöön perustuva toiminta - Avain hoitotyön kehittämiseen. Helsinki: Wsoy pro.

Suomen mielenterveysseura. 2014. Ammattinimikkeet. Viitattu 1.10.2014. <http://www.e-mielenterveys.fi/apua-mielenterveyden-ongelmiin/ammattinimikkeet/>.

Suokas-Cunliffe, A. & Maaranen, P. 2014. Traumapsykoterapia auttaa varhaisiän kiintymyssuhteessa traumatisoituneita. Lääkärilehti. 41/2014. vsk 69.s. 2613 - 2617 Viitattu 18.11.2014. <http://www.fimnet.fi.ezp.oamk.fi:2048/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000041850>.

Suomen työnohjaajat ry. 2014. Viitattu 7.5.2015. <http://www.suomentyonohjaajat.fi/tyonohjaus/>.

Suomisanakirja. 2014. Sivistyssanakirja. Viitattu 3.9.2014.  
<http://www.suomisanakirja.fi/menetelm%C3%A4>.

Tuomi, J & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi: Helsinki.

Traumaterapiakeskus. 2014. Mitä trauma on. Viitattu 22.8.2014,  
<http://www.traumaterapiakeskus.com/18>.

Tölli, S. 2009. Mielenterveyshoitotyön asiantuntijuuden oppiminen Diakonia-ammattikorkeakoulun Oulun yksikössä. Oulun yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro-gradu tutkielma. Viitattu 14.10.2014.

[http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/6187/B\\_40\\_ISBN\\_9789524930697.pdf?sequence=1](http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/6187/B_40_ISBN_9789524930697.pdf?sequence=1).

Viheriälä, L & Rutanen, M. Duodecim. 2010. Lapsen psyykkisen trauman hoito. Viitattu 22.8.2014.

[http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto.jsessionid=3137E9F7B52513976DD0B76C7EB7A37D?p\\_p\\_id=Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet&\\_Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet\\_viewType=viewArticle&\\_Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet\\_tunnus=duo99180](http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto.jsessionid=3137E9F7B52513976DD0B76C7EB7A37D?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo99180).

Vuorilehto, M., Tuulevi, L., Kurki, M. & Hätönen, H. 2014. Uudistuva mielenterveystyö. Fioca Oy. Helsinki: Edita Prima Oy.

Välimäki, M., Holopainen, A. & Jokinen, M. 2000. Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa. Helsinki: WSOY.

Whitby, A. 2006. Does Primary nursing have a positive effect on nurses sense of professional and levels of displayed professionalism? Nursing Monograph, s. 48–50.

Hyvä psykiatrisen hoitotyön ammattilainen!

Opiskelemme Oulun ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajiksi (AMK). Teemme parhaillaan opintoihimme kuuluvaa opinnäytetyön tutkimusta.

Työmme tarkoituksena on kuvailla kokeneiden hoitajien kokemuksia psyykkisen trauman kokeneen potilaan hoitotyöstä. Tavoitteenamme on saada tietoa toimiviksi koetuista työmenetelmistä ja siirtää tutkimuksestamme saatua tietoa nykyisille ja tuleville hoitotyöntekijöille. Toivomme, että tutkimuksemme myötä seuraa myös jatkotutkimuksia ja tieto psyykkisen trauman kokeneen potilaan hoitotyöstä lisääntyy.

Tarkoituksenamme on kerätä tietoa avoimen haastattelun avulla. Haastattelut on tarkoitus toteuttaa tammikuussa 2015. Ajasta ja paikasta voimme sopia myöhemmin. Haastattelut nauhoitetaan, mutta sen myötä saatava aineisto tuhotaan välittömästi tutkimuksen valmistumisen jälkeen. Osallistuminen on vapaaehtoista ja sinulla on oikeus vetäytyä tutkimuksesta missä vaiheessa tahansa. Henkilöllisyytesi pysyy salassa koko tutkimuksen ajan, eikä sinua voida tunnistaa tutkimuksesta.

Olisitko kiinnostunut osallistumaan tutkimukseen? Mikäli haluat osallistua, voit lähestyä meitä sähköpostin tai puhelimen välityksellä. Voitko ystävällisesti ilmoittaa myös siinä tapauksessa jos et halua osallistua tutkimukseen.

Ystävällisin terveisin

Heli Hillukkala ja Suvi Koponen

OAMK- Oulainen Hoitotyö ohs2sn

Heli h2hihe00@students.oamk.fi 044- 0687227

Suvi h2kosu00@students.oamk.fi 044-5692077

## SUOSTUMUSLOMAKE

Osallistun Heli Hillukkalan ja Suvi Koposen Oulun ammattikorkeakoulussa opinnäytetyönä tehtävään tutkimukseen: Psykiatrisessa hoitotyössä toimivien hoitajien kokemuksia psyykkisen trauman kokeneen potilaan hoitotyössä. Olen saanut kaiken tarvittavan tutkimukseen liittyvän tiedon ja opinnäytetyön tekijöiden yhteystiedot saatekirjeessä. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja minulla on oikeus vetäytyä tutkimuksesta missä vaiheessa tahansa, jos niin haluan. Olen tietoinen siitä, että haastattelut nauhoitetaan ja opinnäytetyössä saattaa olla lainauksia haastattelustani, mutta henkilöllisyyttäni ei voi tunnistaa tekstistä, eikä mistään muustakaan tutkimukseen liittyvästä materiaalista. Tiedän, että haastattelumateriaali säilytetään niin, että ne eivät joudu kenenkään ulkopuolisen käsiin ja alkuperäinen aineisto tuhoetaan välittömästi tutkimuksen valmistumisen jälkeen. Minulla on mahdollisuus ottaa yhteyttä opinnäytetyön tekijöihin tarvittaessa. Tätä suostumusta on tehty kolme samanlaista kappaletta, joista yksi jää minulle ja kaksi opinnäytetyön tekijöille.

---

Aika ja paikka

---

Haastateltavan nimi ja nimen selvennys

---

Heli Hillukkala/ Opinnäytetyön tekijä

h2hihe00@students.oamk.fi puh. 044 0687227

---

Suvi Koponen/ Opinnäytetyön tekijä

h2kosu00@students.oamk.fi puh. 044 5692077

## HAASTATTELURUNKO

### TAUSTATIEDOT

#### Ammatillinen koulutus

- Millainen koulutus sinulla on?

#### Työkokemus

- Kuinka pitkä työkokemus sinulla on psykiatrisen sairaanhoitajan työstä?

### TRAUMAN KOKENUT POTILAS

- Kohtaatko usein työssäsi psyykkisen trauman kokeneita potilaita?
- Millä tavalla trauma kokemuksena näkyy potilaassa?
- Millä tavalla hoitoprosessin kulku näkyy trauman kokeneen potilaan hoidossa?
- Millaisia eroja työmenetelmissä on eri trauman kokeneiden potilaiden hoitotyössä?
- Millaisia eettisiä kysymyksiä liittyy psyykkisen trauman kohdanneen potilaan hoitotyöhön?

### TUTKIMUSKYSYMYKSET

Minkälaiset työmenetelmät psykiatriset sairaanhoitajat kokevat toimiviksi psyykkisen trauman kokeneen potilaan hoitotyössä ja mitä asioita tulisi kehittää?

- Mitkä ovat keskeiset työmenetelmät psyykkisen trauman kokeneen potilaan hoitotyössä?
- Mitkä työmenetelmät koettu toimiviksi ja mitkä taas ei?
- Mitkä asiat ovat muuttuneet olennaisesti hoitotyössä työuran aikana? Millaiset tilanteet ovat jääneet mieleen?
- Onko sinulla antaa kehitysideoita työmenetelmien kehittämiseksi ?

Mitä kokemukseen perustuvaa tietoa psykiatriset sairaanhoitajat pitävät merkittävänä välittää psyykkisen trauman kokeneen potilaan hoitotyöstä nykyisille ja tuleville hoitotyöntekijöille?

- Millä tavalla kokemusperäinen tieto siirtyy psykiatrisessa hoitotyössä?
- Millainen kokemusperäinen tieto psyykkisen trauman kokeneen potilaan hoitotyössä olisi mielestäsi tärkeää kaikille sairaanhoitajille?
- Millä tavalla itse toimit siirtääksesi kokemusperäistä tietoa nykyisille ja tuleville sairaanhoitajille?

VAPAA SANA

- Mitä muuta haluat kertoa?