

Äkillisen kriisin kokeneen auttaminen — Kuvaileva kirjallisuus- katsaus



Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Hämeenlinnan korkeakoulukeskus, Hoitotyön koulutusohjelma

Kevät 2019

Janina Pennanen

Hoitotyön koulutusohjelma Visamäki

Tekijä	Janina Pennanen	Vuosi 2019
Työn nimi	Äkillisen kriisin kokeneen auttaminen — Kuvaileva kirjallisuuskatsaus	
Työn ohjaaja/t	Hanna Naakka & Leena Packalén	

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön tavoitteena oli kuvata, millaista tukea äkillisen kriisin kokenut tarvitsee aiempien tutkimusten perusteella. Tarkoituksena oli kehittää sairaanhoitajan valmiuksia auttaa äkillisen kriisin kokenutta. Opinnäytetyössä sisältää sellaista tietoa äkillisistä kriiseistä ja kriisiauttamisesta, mitä sairaanhoitaja työssään tarvitsee.

Opinnäytetyön tietoperustassa käsiteltiin äkillisiä kriisejä, kriisin syntyyn vaikuttavia tekijöitä sekä kriisin vaiheita. Lisäksi käsiteltiin äkillisen kriisin kokeneen auttamista akuuttivaiheessa. Lähteinä käytettiin kirjoja sekä tietokannoista haettuja elektronisia lähteitä. Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Aineisto kerättiin kirjallisuushaulla käyttäen vertaisarvioituja tutkimuksia. Aineiston keräämiseen käytettyjä tietokantoja olivat Medic, Cinahl, Finna ja Terveysportti. Lisäksi aineistona käytettiin hoitosuosituksia.

Kirjallisuuskatsaukseen valikoidussa aineistossa toistuivat tietyt teemat, jotka on todettu olevan hyödyllisiä kriisin kokeneen auttamisessa. Aineistoon valikoitui tutkimuksia, jossa on tietoa sekä kriisin kokeneen, että auttajan näkökulmasta. Turvallinen ympäristö, hyvä hoitokontakti sekä käytännön apu korostui monessa eri tutkimuksessa.

Opinnäytetyön tulokset antavat sairaanhoitajille hyvät valmiudet kriisin kokeneen auttamiseen missä tahansa työympäristössä. Tärkeintä on osata kohdata kriisin kokenut ja tarvittaessa neuvoa avun piiriin.

Avainsanat Kriisi, äkillinen kriisi, kriisiauttaminen, kriisituki

Sivut 33 sivua

Degree Programme in Nursing
Visamäki

Author	Janina Pennanen	Year 2019
Subject	Helping a sudden crisis experienced person — Narrative literature review	
Supervisors	Hanna Naakka & Leena Packalén	

ABSTRACT

The aim of this Bachelor's thesis was to find out what kind of help person needs in a crisis. The purpose was to develop a nurse's ability to help people who has experienced a sudden crisis. This thesis comprises that kind of information about sudden crises what nurses needs in their job.

The theoretical framework of the thesis comprised information of sudden crises, the progress of the crises and episodes of the crises. Thesis dealt with helping people who has experienced the crisis. Books and electronic articles from databases were used as sources. The thesis was carried out as a narrative literature review. Data was accumulated with a literature search by using peer-reviewed researches. The databases used for accumulate the data was Medic, Cinahl, Terveysportti and Finna. Then there were used a treatment recommendations.

The data comprised information from different perspectives. One of the perspectives was the person who has experienced the crisis and the other was helpers perspective. Certain themes were repeated in different researches. Safe environment, deep connect with the client and helping with practicalities stood out in many different researches.

The results of the thesis gives the nurses a good preparedness to help person who has experienced crisis. The thesis can be used in any work environment.

Keywords Crisis, crisis intervention, crisis theory

Pages 33 pages

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	4
2	ÄKILLINEN KRIISI	5
2.1	Äkillisen kriisin kehittymiseen vaikuttavat tekijät.....	6
2.2	Äkillisen kriisin vaiheet	7
2.2.1	Sokkivaihe	7
2.2.2	Reaktiovaihe	9
2.2.3	Työstämis- ja käsittelyvaihe.....	9
2.2.4	Uudelleen suuntautumisen vaihe	10
2.3	Traumatisoituminen.....	10
3	ÄKILLISEN KRIISIN KOKENEEN AUTTAMINEN	11
3.1	Äkillisen kriisin kokeneen kohtaaminen.....	12
3.2	Akuuttivaiheen kriisityö ja psykologinen ensiapu.....	13
3.3	Auttaminen kriisin eri vaiheissa	14
3.4	Vireystilan säätely	15
3.5	Resilienssin vahvistaminen.....	16
3.6	Muistaminen ja integraatio.....	16
3.7	Dissosiaatio ja vakauttaminen	17
4	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA OPINNÄYTETYÖKYSYMYKSET.....	19
5	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	19
5.1	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus	20
5.2	Tiedonhaku ja aineiston valinta	20
5.3	Valitun aineiston laadun kuvaus	22
6	TULOKSET	24
6.1	Kohtaaminen ja läsnäolo.....	26
6.2	Turvallinen ympäristö	26
6.3	Tiedon antaminen	27
6.4	Yhteyden vahvistaminen tukiverkostoon	27
6.5	Hoidon jatkuvuuden varmistaminen.....	27
7	POHDINTA.....	28
7.1	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	29
7.2	Jatkotutkimusehdotukset.....	29
	LÄHTEET	31

1 JOHDANTO

Kriiseille on puhekielessä ja kirjallisuudessa erilaisia määritelmiä ja sanan käyttö etenkin puhekielessä on väljentynt alkuperäisestä tarkoituksestaan. (Palosaari 2008, 23.) Tässä opinnäytetyössä kriisillä tarkoitetaan äkillistä, vaikeaa tai ongelmallista tilannetta ja tapahtumaa, jota henkilön aiemmat kokemukset ja keinot eivät riitä ratkaisemaan ilman merkittävää kärsimystä. (Palosaari 2008, 23.) Kriisi on siis yksinkertaisuudessaan tilanne, jolloin elämässä tapahtuu jokin suuri muutos (Saari, Kantanen, Kämäräinen, Parviainen, Valoaho & Yli-Pirilä 2009, 9.)

Erilaiset kriisit kuuluvat elämään. Joka päivä moni henkilö joutuu kokemaan järkyttävän tapahtuman ja lähes jokaisen kohdalle sattuu vähintään yksi mahdollisesti traumaattinen tapahtuma. (Hedrenius & Johansson 2016, 23.) Tavallisesti kriisin kokeneen henkilön voimavarat riittävät tilanteen selvittämiseen. Joskus voimavarat eivät riitä, jolloin mielessä tapahtuu vahingollista kehitystä. (Saari ym. 2009, 9.)

Kriisit voidaan jaotella kehityskriiseihin, elämänkriiseihin ja äkillisiin kriiseihin. Kehityskriisit ovat luonnolliseen kehityskulkuun ja kypsymiseen liittyviä ongelmatilanteita, joita voi aiheuttaa esimerkiksi murrosikä, lapsen saaminen tai vanhuuseläkkeelle jääminen. Kehityskriisit ovat hyvin tunnettuja, joihin palvelujärjestelmissä osataan myös hyvin vastata. (Palosaari 2008, 23.)

Elämänkriisit ovat pitkäaikaisen rasituksen, esimerkiksi pitkäaikaissairauden, työssä uupumisen tai harkitun avioeron aiheuttamia ongelmatilanteita. Myös elämänkriiseihin osataan vastata palvelujärjestelmissä hyvin ja niiden selvittämiseen on olemassa erilaisia terapioidia ja hoitosuuntauksia. (Palosaari 2008, 24.)

Tässä opinnäytetyössä keskitytään äkillisiin, traumaattisiin kriiseihin. Kriisiauttaminen ja kriisituki tässä työssä tarkoittaa kaikkea sitä tukea ja apua, jota äkillisen kriisin kokeneelle annetaan. Palosaaren (2008, 25.) mukaan äkillisyys aiheuttaa erilaisen reaktiokulun ja palautumissysteemin kuin hiljalleen, ennakoitavasti ja odotetusti kehittynyt kriisi. Äkillisyys laukaisee biologiset suojausjärjestelmät, jolloin koko kehon fyysinen toiminta muuttuu ja varautuu mahdollisimman tehokkaaseen lajia sekä yksilöä suojaavaan toimintaan. Äkillisiin kriiseihin ei voi valmistautua tai varautua etukäteen (Saari ym. 2009, 11).

Erilaiset kriisit ovat tärkeää erottaa toisistaan, koska niitä hoidetaan eri tavoilla. Aiemmin kaikkia kriisejä hoidettiin samoilla menetelmillä, koska tietämys ja taidot eivät riittäneet kriisityyppien erottamiseen toisistaan. Tietämys ja auttamiskeinot ovat kehittyneet selvästi vuosien aikana ja on havaittu, että erilaisissa kriiseissä tarvitaan erityyppistä apua. (Saari ym. 2009, 9.)

Aihe on sairaanhoitajille tärkeä, koska kriisin kokeneen voi kohdata työkennellessään missä tahansa. Tämän vuoksi jokaisella sairaanhoitajalla tulisi olla perusvalmiudet auttaa kriisitilanteessa. Aiheen valintaan vaikutti myös oma vahva kiinnostus aiheeseen.

Opinnäytetyön aiheena on äkillisen kriisin kokeneen auttaminen. Tarkoituksena on selvittää, minkälaista tukea äkillisen kriisin kokenut tarvitsee. Menetelmäksi valittiin kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Tietoperusta koostuu äkillisen kriisin kuvaamisesta, kriisin vaiheista, sekä kriisiauttamisesta. Keskeinen aineisto kerättiin vertaisarvioituista tutkimuksista ja suosituksista. Keskeiset tulokset esitellään sekä taulukoidussa, että kirjallisessa muodossa. Lopuksi pohditaan tulosten hyödynnettävyyttä sairaanhoitajan työssä, tulosten luotettavuutta sekä jatkokehittämisehdotuksia.

2 ÄKILLINEN KRIISI

Äkillisestä kriisistä voidaan puhua myös traumaattisena kriisinä. Äkillinen kriisi ei kuitenkaan automaattisesti tarkoita traumatisoitumista, jonka vuoksi äkillinen kriisi kuvaa tilannetta paremmin. Joskus äkillinen kriisi voi olla niin voimakas, että vahvat reaktiot ja niihin juuttuminen eli traumatisoituminen on erittäin todennäköistä. (Palosaari 2008, 25.)

Äkillisiä kriisejä voi aiheuttaa esimerkiksi erilaiset onnettomuudet, läheisen itsemurha tai äkillinen kuolema, väkivallan kohteeksi joutuminen ja muut äkilliset ja odottamattomat, järkyttävät tilanteet. Äkillisille kriiseille on ominaista, että ne tulevat täysin yllättäen. Sopeutumista vaativa tilanne on jo tapahtunut, eikä omilla valinnoilla ja päätöksillä pysty vaikuttamaan tapahtuneeseen. (Saari ym. 2009, 11.)

Äkillisen, järkyttävän tapahtuman seurauksena kehon toiminta muuttuu täysin. Usein henkilön käyttäytyminen ja tapa kokea muuttuvat erilaiseksi kuin persoonallisuuden pohjalta saattaa olettaa. (Palosaari 2008, 25.) Äkillinen kriisi käynnistää sopeutumisprosessin, joka vaatii henkilön kaikki voimavarat käyttöönsä. Sopeutumisprosessi alkaa välittömästi ja reaktiot voivat olla rajuja sekä myös pitkäkestoisia. (Saari ym. 2009, 11.)

Äkilliset kriisit aiheuttavat suuria muutoksia elämässä. Monet äkillisen kriisin kokeneet kuvaavat tapahtumia katkaisu- tai käännekohtana ja puhuvat elämästään ennen tapahtumaa ja tapahtuman jälkeen. (Saari ym. 2009, 11.)

Useimmiten ihminen selviytyy äkillisestä järkyttävästä kokemuksesta omien voimavarojen sekä läheistensä turvin ilman ulkopuolista apua. Varsin monet kuitenkin tarvitsevat tapahtuman jälkeen apua ja tukea. Monilla henkilöillä sosiaalista verkostoa ei ole tai kriisi on saattanut koskettaa koko

perhettä, jolloin läheisiltä saatava tuki ei ole riittävää. (Lönqvist, Henriksen, Marttunen & Partonen 2013, 264.)

2.1 Äkillisen kriisin kehittymiseen vaikuttavat tekijät

Äkillisen kriisin syntyyn vaikuttavat tapahtuman ennustamattomuus, tapahtuman sattumanvaraisuus, tietoisuus omasta haavoittuvuudesta, elämänkatsomuksen kyseenalaistaminen, elämänarvojen muuttuminen sekä tapahtuman aiheuttaman muutoksen suuruus. Nämä ominaispiirteet aiheuttavat vahinkoa ja vaurioittavat psyykettä ja siten vaikuttavat kriisin kehittymiseen. (Saari ym. 2009, 13.)

Tapahtuman ennustamattomuus on tärkein kriisin syntyyn ja kehittymiseen vaikuttava tekijä (Saari ym. 2009, 13). Kun järkyttävä tieto tai tapahtuma tulee äkillisesti, niin ettei siihen voi etukäteen valmistautua, se merkitsee erilaista reaktiokulkua kuin hiljalleen kehittynyt ja odotettu kriisi. (Palosaari 2008, 25; Saari ym. 2009, 13.) Jos henkilö pystyy edes hetken valmistautumaan tilanteeseen, reaktiot ovat täysin erilaisia. Mitä pidempi varautumisaika tapahtumaan on, sitä paremmin tapahtumaan pystyy suuntautumaan. (Saari ym. 2009, 14.)

Tapahtuman yllätyksellisyys vaikuttaa olennaisesti tapahtuman käynnistämään sopeutumisprosessiin ja sen voimakkuuteen. Kaikkia tapahtumia on mahdotonta ennustaa, vaikka mielessä on saattanut joskus käydäkin erilaiset järkyttävät tilanteet, esimerkiksi omien läheisten kuolema. (Saari ym. 2009, 14.)

Ennustamattomuus aiheuttaa henkilön turvallisuudentunteen häviämistä, elämän ennakoimattomuuden korostumista sekä tulevaisuuteen suuntautuminen tulee mahdottomaksi. Näillä tavoin tapahtuman ennakoimattomuus siis vaurioittaa psyykettä. (Saari ym. 2009, 15.)

Tapahtuman sattumanvaraisuus merkitsee, että henkilö on joutunut tilanteeseen riippumatta omasta toiminnastaan tai käyttäytymisestään. Yleensä ihminen ei kuitenkaan kykene ajattelemaan tällä tavalla, vaan etsii syytä omasta toiminnastaan ja hakee kohtia, jolla olisi voinut välttää tapahtuneen. Henkilö kokee usein olevansa vastuussa tapahtuneesta. Tilanne saattaa vaikuttaa siltä, että henkilö ei pysty päästämään syyllisyydentuntonaan irti. (Saari ym. 2009, 15.)

Syyllisyydentunnon taustalla on ihmisen tarve säilyttää elämönhallinnan tunne. Elämönhallinnan menettäminen tuntuu vaikeammalta, kuin syyllisyydentunteen kestäminen. Ihmisen on vaikea hyväksyä, että ei pysty vaikuttamaan elämäänsä ja elämäntapahtumiin ja pitää mieluummin kiinni syyllisyydentunteistaan. Elämönhallinnan menettäminen ja syyllisyydentunnot ovatkin vaurioittavia tekijöitä, joita tapahtuman sattumanvaraisuus aiheuttaa psyykelle. (Saari ym. 2009, 15.)

Äkillisille kriiseille on ominaista, että käsitys maailmasta, elämästä sekä niihin vaikuttavista tekijöistä muuttuu tai kyseenalaistetaan. Järkyttävä tapahtuma aiheuttaa usein myös elämänkatsomuksellisen kriisin. Tapahtuma tulisi pystyä liittämään omaan käsitykseen maailmasta ja elämästä. Tämä aiheuttaa ristiriidan, jonka ratkominen voi olla pitkä ja vaativa prosessi. (Saari ym. 2009, 17–18.)

Äkilliset kriisit aiheuttavat myös pysyviä muutoksia elämänarvoissa. Saattaa olla, että esimerkiksi työ tai raha menettää merkityksensä. Ihmissuhteiden ja perheen merkitys kasvaa sekä jotkin ihmissuhteet saattavat muuttua tai loppua kokonaan. Yleensä arvojen muutoksiin ei liity suuria tuskaa tuottavia ristiriitoja, jonka vuoksi muutokset ovat suhteellisen pysyviä. (Saari ym. 2009, 18.)

Tapahtuman aiheuttaman muutoksen suuruus vaikuttaa myös olennaisesti kriisin kehittymiseen. Usein muutos on niin suuri, että elämän jatkaminen entiseen tapaan tuntuu mahdottomalta. Muutos voi olla ihmiselle liian suuri, jolloin mieli pyrkii unohtamaan tapahtuneen ja palaamaan tapahtumaa edeltävään aikaan. Ulkoinen todellisuus kuitenkin pakottaa kohtaamaan muutoksen. Tämä voi aiheuttaa hyvin rajuja ja hallitsemattomia reaktioita, jotka saattavat tuntua pelottavilta. Tiedon ja tuen merkitys korostuu, joka tuo turvaa ja ennustettavuutta tulevaan. (Saari ym. 2009, 19–20.)

2.2 Äkillisen kriisin vaiheet

Äkillinen kriisi käynnistää psyykkisen sopeutumisprosessin välittömästi. Järkyttävän tapahtuman aiheuttama elämänmuutos on suuri, jonka vuoksi myös sopeutumisprosessi on raju. Yleensä sopeutumisprosessi ja sen vaiheet noudattavat tiettyä kaavaa, jotka tulevat selvästi esille. Yksilöllisiä eroja on kuitenkin prosessin kestossa ja reaktioiden voimakkuudessa. Ihminen on luonnostaan selviytyjä ja järkyttävä tapahtuma laukaisee automaattisesti tiettyjä, tarkoituksenmukaisia reagoitintapoja. (Saari ym. 2009, 20.)

Äkillisen kriisin vaiheet ovat esiintymisjärjestyksessään sokkivaihe, reaktiovaihe, työstämis- ja käsittelyvaihe sekä uudelleen suuntautumisen vaihe. Seuraavaksi käsitellään tarkemmin vaihe kerrallaan, minkälaisia tunteita ja reaktioita kriisin eri vaiheissa voi odottaa.

2.2.1 Sokkivaihe

Ensimmäistä reaktiota järkyttävän tapahtuman jälkeen kutsutaan sokiksi (Palosaari 2008, 54). Sokkireaktio laukeaa heti, kun henkilö joutuu järkyttävään tilanteeseen tai kuulee järkyttävän tiedon. Sokkivaihe alkaa automaattisesti, eikä ihminen itse pysty siihen vaikuttamaan. Sokkivaiheen aikana ihminen ei pysty vielä käsittämään tilannetta ja saattaa kieltää sen. (Saari ym. 2009, 21; Suomen Mielenterveysseura n.d.)

Sokkireaktio on ihmiselle elintärkeä. Sokkireaktion tarkoituksena on suojata mieltä sellaiselta kokemukselta tai sellaiselta tiedolta, jota mieli ei kestä (Saari ym. 2009, 21). Ilman sokkireaktiota järkyttävän tapahtuman kohdatessaan ihmisen mieli hajoaa, josta aiheutuu psykoosimainen tila. Sokkireaktion toimimattomuus on kuitenkin hyvin harvinainen ilmiö. (Saari ym. 2009, 21.)

Sokkivaiheen aikana käynnistyy vaistomaiset suojautumismekanismit, jotka voivat poiketa ihmisen omasta persoonallisuudesta tai arvomaailmasta. Yleensä mekanismit ovat tehokkaita ja pakottavat toimimaan tavalla, joka ei olisi ollut älyn varassa mahdollista. (Palosaari 2008, 56.)

Sokkivaiheessa tiedonkäsittelyjärjestelmä muuttuu, jolloin käsitys ajasta voi olla poikkeuksellinen. Usein aika saattaa tuntua pidemmältä. Lisäksi tieto ja kokemukset tallentuvat mieleen suoraa ja tehokkaasti, kun taas normaalisti ihminen valikoi ja muokkaa tietoa sekä yhdistää sen aikaisempaan tietoon. Järkyttäviin tapahtumiin liittyy voimakkaat aistikokemukset, jotka tallentuvat aivoihin käsittelemättöminä tiedonkäsittelyjärjestelmän toimimattomuuden vuoksi. Tämä aiheuttaa niin sanottuja flashbackeja eli näkö-, kuulo-, tunto-, haju-, maku- tai liikeaistimuksia. Tyypillisesti flashbackit voivat olla esimerkiksi näköhavainto vastaantulevasta autosta ennen törmäystä, savun haju tulipaloissa tai törmäyksen aiheuttama rysähdys. (Palosaari, 2008, 56; Saari ym. 2009, 21–22.)

Psyykkiset reaktiot sokkivaiheen aikana ovat myös poikkeuksellisia. Toisaalta sokki turruttaa tunteita, joka näkyy tunteettomuutena, kun taas toisaan sokin aikana voi tuntea voimakkaitakin tunteita. Tunnereaktioiden poikkeavuus voi aiheuttaa hämmennystä. Sokissa eloon jääminen on tärkeintä, jonka vuoksi tunteettomuus ja kivuttomuus ovat sokille ominaista. Tunteen ja kipu vaikeuttaisivat kamppailua selviytymisestä. (Saari ym. 2009, 23.)

Joskus sokissa ihminen toimii epätarkoituksenmukaisesti eli joutuu paniikkiin. Paniikissa ihminen tulee joko hysteeriseksi tai lamaantuu. Hysteeriseksi sokissa oleva henkilö tulee tyypillisesti tilanteessa, jossa selviytyminen on vaikeaa, mutta ei mahdotonta. Näin voi käydä esimerkiksi tulipalossa, jossa ulospääsyreittejä on vain vähän ihmismäärään nähden. Jos taas selviytyminen tuntuu mahdottomalta, sokissa oleva henkilö tyypillisesti lamaantuu. Ulospäin henkilö voi näyttää toimintakykyiseltä ja rauhalliselta, vaikka mielessä on kaaos. Näin tapahtui esimerkiksi Estonian upotessa. Pelastuneet ihmettelivät sitä, miksi niin harva yritti pelastautua. (Saari ym. 2009, 24.)

Sokkivaihe kestää yleensä muutamista minuuteista muutamaan päivään. Seuraavaan vaiheeseen siirtyminen edellyttää turvallisuuden kokemista, jotta mieli on valmis järkyttävän tiedon vastaanottamiseen. Sokin

pitkittyminen liittyy usein vakavaan traumatisoitumiseen ja hyvin voimakkaisiin trauman aiheuttajiin. (Palosaari, 2008, 61; Saari ym. 2009, 24–25.)

2.2.2 Reaktiovaihe

Sokkivaihetta seuraa reaktiovaihe. Reaktiovaiheessa ihminen tulee tietoiseksi tapahtumasta ja sen seurauksista ja vaikutuksista omaan elämään. Tavallisesti sokkivaiheesta siirtyminen reaktiovaiheeseen tapahtuu vähitellen ja hetkittäin. Ihminen voi siis palautua reaktiovaiheesta takaisin sokkivaiheeseen, kunnes mieli on valmis jättämään tapahtuman kokonaan tietoisuuteen. (Saari ym. 2009, 31.)

Reaktiovaiheelle ominaista ovat voimakkaat tunteet ja niiden vaihtelu, joita voi olla vaikea hallita. Myös fyysiset oireet, kuten vapina, sydämen tykytys, väsymys, pahoinvointi ja muut autonomisen hermoston aiheuttamat oireet ovat tavallisia reaktiovaiheessa. (Palosaari 2008, 100.) Tapahtunut voi tuntua vaikealta tai lähes mahdottomalta hyväksyä (Saari ym. 2009, 31).

Avuttomuuden tunne ja lohduttomuus ovat tyypillisiä reaktiovaiheen tunteita. Myös ahdistuneisuus ja erilaiset pelot kuuluvat reaktiovaiheeseen. Suru, epätoivo, tyhjyys ja kaipaus ovat luonnollisia tunteita etenkin silloin, kun läheinen on kuollut. Usein järkyttäviin tapahtumiin liittyy myös häpeän tunne, vaikka henkilö itse ei olisi millään tavalla syyllinen tapahtuneeseen. (Saari ym. 2009, 32–33.)

Järkyttävät tapahtumat tuntuvat usein epäoikeudenmukaisilta. Ihmiselle tyypillistä on etsiä syyllinen tapahtuneelle, johon syytökset ja viha voidaan kohdistaa. Syyllistäminen ja viha suojaa muilta tunteilta, joka tuntuu helpommalta kestää, kuin surun ja menetyksen tunteet. Syyllistämistä on kuitenkin tärkeää päästä yli, jotta sopeutusprosessi voi jatkua. (Saari ym. 2009, 32.)

2.2.3 Työstämis- ja käsittelyvaihe

Työstämis- ja käsittelyvaiheessa kriisiprosessin luonne muuttuu. Pahin myllerrys on jo ohi, mutta elämä ei ole vielä täysin uomissaan. Tapahtumasta puhuminen ei ehkä ole enää yhtä mielekästä kuin sokki- tai reaktiovaiheessa. Kriisin työstäminen kääntyy sisäänpäin ja ihminen alkaa kaivata yksinoloa, joka alussa saattoi tuntua mahdottomalta. (Palosaari 2008, 107; Saari ym. 2009, 41.)

Työstämis- ja käsittelyvaiheessa mielessä alkaa olla tilaa myös muille asioille. On päiviä, jolloin tapahtuma on mielessä enemmän ja päiviä, jolloin mielen valtaa pääasiassa muut asiat. Tapahtumaan luodaan etäisyyttä. Etäisyyden syntyminen saattaa myös vahvistaa syyllisyyden tunteita. Ihminen saattaa kokea, että alkaa päästä yli tapahtuneesta liian nopeasti.

Etäisyyden ottaminen ja unohtaminen ovat kuitenkin eri asioita ja etäännyminen on suruprosessin kannalta tärkeää. (Saari ym. 2009, 41–42.)

Voimakkaat tunteet ja tunteiden vaihtelut eivät ole ohi, mutta eivät tunnu enää niin hallitsemattomilta. Tunnepurkauksen saattaa aiheuttaa asiat, jotka muistuttavat tapahtumasta tai ihmisten näkeminen, joita ei ole tavannut tapatuman jälkeen. (Saari ym. 2009, 42.)

Muisti ja keskittymisvaikeudet ovat tyypillisiä. Tämä voi näkyä töissä tai koulussa, kun työtehtävistä tulee vaikeita ja työ koetaan raskasteena. Ärtävyys ja maltin menettäminen on myös yleistä. Ärtäisyys hankaloittaa sosiaalisia suhteita, josta seurauksena saattaa olla eristäytyminen. (Saari ym. 2009, 44–45.)

Kriisiprosessin ensimmäisissä vaiheissa jokainen päivä voi tuntua erilaisesta, kun taas työstämis- ja käsittelyvaiheessa prosessi hidastuu. Ihmisestä voi tuntua, ettei hän pääse yli järkyttävästi tapahtumasta, eikä näe omaa tulevaisuuttaan. Pikkuhiljaa tulevaisuus alkaa kuitenkin hahmottua. Kehitystä voi arvioida esimerkiksi siitä, kuinka pitkälle ihminen tulevaisuuttaan suunnittelee. (Saari ym. 2009, 43.)

2.2.4 Uudelleen suuntautumisen vaihe

Uudelleen suuntautumisen vaihe saattaa tulla vasta vuosia järkyttävän tapahtuman jälkeen. Tässä vaiheessa kriisi on jo muuttanut omaa persoonallisuutta ja ihminen alkaa suuntautua omaan elämään ja tulevaisuuteen. Ihminen saattaa palata takaisin vanhoihin harrastuksiinsa ai aloittaa uusia. (Saari ym. 2009, 48.)

Nuorten on helpompi suunnata tulevaisuuteen kuin vanhempien henkilöiden. Tästä syystä on merkitystä, missä vaiheessa elämää ihminen kokee järkyttävän tapahtuman. Myös aiemmat elämäkokemukset vaikuttavat siihen, missä vaiheessa ja millä tavalla uudelleen suuntautumisen vaihe ilmenee. (Saari ym. 2009, 48.)

Uudelleen suuntautumisen vaiheesta ei ole hyvä puhua kriisin aiemmissa vaiheissa. Järkyttävä tapahtuma on hävittänyt ihmisen tulevaisuuden näkymät ja uudelleen suuntautumisen vaiheeseen pääseminen saattaa kestää vuosia. Näin ollen vaiheesta puhuminen saattaa masentaa tapahtuman kokenutta. (Saari ym. 2009, 48–49.)

2.3 Traumatisoituminen

Psyykinen trauma tarkoittaa voimakkaan kokemuksen vaikutuksesta johdettavaa psyykkistä vammaa. Kaikki äkillisen traumaattisen kriisin kokeneet eivät automaattisesti traumatisoidu, vaan trauman syntymiseen vaaditaan

äärimmäisen voimakkaita tunteita, haitallinen ympäristö sekä ajankohtaisesti heikentynyt integraatiokyky (kts.3.3). (Ellilä 2015, 99.)

Trauma syntyy, kun tapahtuma aiheuttaa liian voimakasta psyykkistä tuskaa, eivätkä reaktiot lähde etenemään, vaan tapahtuma tai osat siitä lukkiutuvat mieleen tai kehoon. Ilmiöön liittyy ihmisten synnynnäiset toimintataipumukset, joista toiset keskittyvät lajin säilymiseen ja toiset eloonjäämiseen. Mikäli vaaraa ei ole, lajin säilymiseen liittyvät tarpeet ovat vallalla. Näitä ovat mm. suvun jatkaminen ja muista huolehtiminen. Jos ihminen kokee vakavaa uhkaa, aktivoituvat eloon jäämiseen liittyvät tarpeet. Näitä ovat esimerkiksi taistelu ja pako. Traumatisoitumisesta puhuttaessa tapahtuu dissosiaatio näiden kahden rakenteen välillä. (Palosaari 2008, 26—27.)

Edellä mainitun dissosiaation seurauksena henkilön persoona jakautuu näennäisen normaaliin persoonan osaan (ANP) ja emotionaalisen persoonan osaan (EP). ANP jatkaa lajin säilymiseen liittyviä toimintoja ja suoriutuu arjen tehtävistä. EP kantaa traumaan liittyvää psyykkistä tuskaa. Alkuvaiheessa rasitus voi pysyä muistamattomana ja saattaa virheellisesti vaikuttaa siltä, että toipuminen on nopeaa ja vaivatonta. Ajan kuluessa kuitenkin traumamuistot tunkeutuvat näennäisen normaalin persoonan osaan, joka voi tuntua erittäin pelottavalta. (Palosaari 2008, 27.)

Joskus dissosioituminen voi olla niin voimakasta, että traumaattinen kokemus voi jopa kokonaan unohtua. Lukitut traumamuistot kuitenkin jatkavat elämistä pinnan alla, kuluttavat voimavaroja ja kapeuttavat näennäisen persoonan osaa. Traumamuistot voivat tulla läpi näennäisen normaalin persoonan osaan ja tuntua epämääräisenä pahana olona, ahdistuksena tai palautumisena traumatisoivaan kokemukseen. (Palosaari 2008, 27—28.)

Traumatisoituneelle henkilölle on ominaista traumatapahtumien jatkuva uudelleen eläminen esimerkiksi toistuvien painajaisten tai mieleen tunkeutuvien kuvien muodossa. Toisaalta traumatisoitunut henkilö voi sulkea tapahtumat kokonaan pois mielestään, jolloin jäljelle jäävät erilaiset keholiset oireet. (Ellilä 2015, 100.)

3 ÄKILLISEN KRIISIN KOKENEEN AUTTAMINEN

Kriisiauttaminen on ennaltaehkäisevää mielenterveystyötä. Kriisiauttamisen tavoitteena on ehkäistä kokemuksen laukaisemien reaktioiden etenemistä terveydenhuollon palveluita vaativiksi. (Stenberg, Blanco Sequeiros, Holli, Kampman, Kiesepää, Korkeila, Mäki, Wahlbeck, Joffe, Häll & Joutsenniemi 2016, 2106—2111.)

Kriisiauttamista tapahtuu Suomessa monilla tasoilla. Ammattilaisten tulisi olla selvillä alueensa palveluista, jotta osaisivat ohjata ihmiset oikeiden palveluiden piiriin. Kriisiauttajina voi tilanteen mukaan toimia ensilinjan

auttajat, kriisikeskukset, sosiaali- ja terveystalvet (mukaan lukien erikoissairaanhoido), työterveyshuolto, yksityiset palvelut, kirkko, kolmas sektori sekä SPR:n psykologinen valmiusryhmä. (Kiiltomäki & Muma 2007.)

Palosaaren (2008, 157—158.) mukaan Suomessa kriisityö on poikkeuksellisen hyvällä tasolla. Myös Hynnisen ja Upanteen (2006, 43.) tekemä tutkimus antaa monelta osin myönteisen kuvan kriisityön järjestelmästä Suomessa, vaikka tutkimuksesta on jo aikaa.

Hynnisen ja Upanteen (2006, 28.) mukaan kriisiapua tarvitaan yleisimmin itsemurhatapauksissa, äkillisissä kuolemantapauksissa sekä liikenneonnettomuuksien yhteydessä. Seuraavana tulee väkivaltatilanteet, läheltä piti - tilanteet ja muut onnettomuudet. Myös somaattisen sairauden yhteydessä sairastunut voi tarvita kriisiapua, mikäli somaattinen tila on vakava tai komplisoitunut, eikä sairastuneen omat psyykkiset voimavarat riitä tilanteen hallintaan. (Pesonen 2011, 1829—1824.)

Äkilliset kriisit voivat koskettaa ketä tahansa, myös perusterveitä ihmisiä, jonka vuoksi sairaanhoitajalla tulee olla perusvalmiudet kriisityöhön. (Kiiltomäki & Muma 2007.) Lähtökohtana avun ja tuen tarpeen määrittelyssä tulisi olla tapahtuman luonne, tapahtumasta seuraavien reaktioiden rakenne ja oikea ajoitus. (Palosaari 2008, 157—158.)

Sairaanhoitaja tarvitsee hyvän peruskoulutuksen ja mahdollisesti jatkokoulutuksen voidakseen auttaa mahdollisimman hyvin kriisin kokeneita ihmisiä. Oman työn jatkuva kehittäminen on tärkeää niissä työyhteisöissä, joissa tehdään kriisiluonteista työtä. Kriisiauttamisen tulee olla tietoista, jotta työtä voidaan kehittää. Kriisiauttamisessa tulisi huomioida aina myös auttajan jaksaminen ja tarjota koulutusta, työnohjausta ja defusing- eli purkukokouksia sekä mahdollisesti debriefingia eli jälkipuintia. (Kiiltomäki & Muma 2007.)

3.1 Äkillisen kriisin kokeneen kohtaaminen

Äkillisen kriisin kokenut tulee kohdata yksilöllisesti, kunnioittavasti, aidosti ja myötätuntoisesti huomioiden hänen tarpeensa ja kulttuurinsa. Myös henkilön perustarpeista tulee huolehtia. Äkillisen kriisin kokenutta tulee kuunnella aktiivisesti, mutta puhumaan ei tule pakottaa. Kriisin kokeneen kanssa tulee puhua rehellisesti ja avoimesti, silmiin katsoen. Myötätuntoa tulee osoittaa verbaalisesti ja nonverbaalisesti ja tilanteessa tulee olla aidosti läsnä. Lisäksi psyykkisen ensiavun (Kts. 3.2) ohjeet tulee tuntea ja niiden mukaisesti toimia. (Äkillisesti kuolleen henkilön läheisten tukeminen: Hoitotyön suositus, 2018.)

Auttajan tulee pysyä tilanteessa rauhallisena ja pystyä ottamaan vastaan voimakkaitakin reaktioita. Auttajan on pyrittävä hallitsemaan omia reaktioita ja samalla sallia tunteiden ilmaisu autettavalle, jotta tilanne ei käänny päällelleen, jossa auttajasta tulee autettava. Auttajan tulee puhua

ystävällisesti ja selkeästi, keskeisiä asioita on hyvä toistaa, koska kriisin kokenut ei välttämättä muista kuulemaansa. Ammattikieltä on syytä välttää. (Äkillisesti kuolleen henkilön läheisten tukeminen: Hoitotyön suositus, 2018.)

Auttajan tulee antaa ajantasaista tietoa äkillisen kriisin kokeneelle ja hänen perheenjäsenilleen mahdollisimman pian ja mahdollisuuksien mukaan moniammatillisesti. Puutteellinen tieto ja tiedon puute voimistavat pelkoja, eristäytyneisyyttä, vihaa ja voimattomuutta. Autettavan on annettava olla läheistensä kanssa ja tarvittaessa auttajan tulee olla valmis vastaamaan kysymyksiin. (Äkillisesti kuolleen henkilön läheisten tukeminen: Hoitotyön suositus, 2018.)

Kriisin kokenutta ei tule koskaan jättää yksin. Auttaja voi lähteä paikalta vasta, kun toinen auttaja tai läheinen saapuu paikalle. Tarvittaessa tulee huolehtia autettavan pääsystä tapahtumapaikalle, sairaalaan tai sieltä pois. (Äkillisesti kuolleen henkilön läheisten tukeminen: Hoitotyön suositus, 2018.)

3.2 Akuuttivaiheen kriisityö ja psykologinen ensiapu

Akuutilla kriisityöllä tarkoitetaan nopeaa ja määräaikaista psykososiaalista tukea äkillisen järkyttävän tapahtuman yhteydessä. Akuuttivaiheen kriisityön psykologisena tavoitteena on resilienssin eli psyykkisen kestävyuden vahvistaminen, itseluottamuksen ja -arvostuksen ylläpitäminen ja tukeminen sekä järkyttävän tapahtuman integroitumisen käynnistäminen osaksi omaa elämänhistoriaa ja persoonallisuutta. (Suomen psykologiliiton ja Suomen psykologisen seuran tieteellinen neuvottelukunta 2010.)

Keskeisiä toimintaperiaatteita ovat avun oikea ajoitus, joka edellyttää avun aktiivista tarjoamista, oikean lähestymistavan käyttö oikea-aikaisesti sekä avun oikea määrä. Tapahtumia käsitellään siinä järjestyksessä, kun osallinen on siihen valmis. (Suomen psykologiliiton ja Suomen psykologisen seuran tieteellinen neuvottelukunta 2010.)

Psyykinen ensiapu tarkoittaa aktiivista kuuntelua, läsnäoloa, käytännön apua, rauhoittamista sekä elämän hallinnan tunteen palauttamista ja sitä tarjotaan äkillisen kriisin kokeneille välittömästi tapahtuman jälkeen. (Kiiltomäki & Muma 2007.)

Yhteydet perheenjäseniin ja läheisiin järjestetään ja autetaan kriisin kokenutta ja omaisia selviytymään eteenpäin. Kriisin kokenutta ei tule jättää yksin. (Kiiltomäki & Muma 2007; Äkillisesti kuolleen henkilön läheisten tukeminen: Hoitotyön suositus, 2018.)

Olennaista psyykkisessä ensiavussa on välittömiin käytännön tarpeisiin ja ongelmiin, esimerkiksi ruokahuoltoon ja lastenhoidon onnistumiseen keskittyminen. Tärkeää on tukea myönteisiä ja tuttuja toimintatapoja, sekä

aktivoida ja osallistaa tapahtuman kokenutta. Ihmiset tulee tuoda yhteen ja vahvistaa sosiaalisia suhteita. Myös ajantasaisen ja mahdollisimman tarkkan tiedon antaminen on olennainen osa psyykkistä ensiapua. (Hedrenius & Johansson 2016, 190; Äkillisesti kuolleen henkilön läheisten tukeminen: Hoitotyön suositus, 2018; Traumaperäinen stressihäiriö: Käypä hoito -suositus, 2014.)

3.3 Auttaminen kriisin eri vaiheissa

Äkillisen kriisin vaiheet, kts. 2.3, ovat sokkivaihe, reaktiovaihe, työstämis- ja käsittelyvaihe sekä uudelleensuuntautumisen vaihe. Akuuttivaiheen apu keskittyy sokki- ja reaktiovaiheeseen. Saaren ym. (2009, 45.) mukaan, mikäli reaktiovaiheen apu myöhästyy työskentely- ja käsittelyvaiheeseen, auttamistapa ei ole enää tehokas. Jos taas reaktiovaiheen apua yritetään soveltaa sokkivaiheessa, siitä ei ole hyötyä. Tästä syystä kriisin vaiheiden tunnistaminen on tärkeää, jotta apu saadaan ajoitettua oikein. Tässä alaluvussa käsitellään kriisin vaiheen mukaan parasta mahdollista apua ja tukea.

Sokkivaiheessa on tärkeää luoda turvallinen ja huolehtiva ilmapiiri. Kriisin kokenutta ei tule jättää yksin ja hänelle tulee antaa täydellinen huomio. Perusasioiden sujuminen tulee varmistaa, esimerkiksi lastenhoito, ruoka ja kotiin pääseminen. Sokissa ihminen tarvitsee tietoa, ohjausta ja neuvontaa ja se tulee antaa suoraa, rehellisesti ja viivyttämättä. Ohjausmateriaali on hyvä antaa kirjallisesti, koska suullisesti annetut ohjeet eivät välttämättä jää mieleen. (Traumaterapiakeskus n.d.) Muistikatkokset ja tiedon puute vaikeuttavat toipumis- ja sopeutumisprosessia (Saari ym. 2009, 25).

Äkilliselle kriisille ominaista on ennakoimattomuus ja hallitsemattomuus, joten järkyttävän tapahtuman jälkeen seuraavien tapahtumien läpikäyminen on tärkeää. Uhrin kanssa käydään selkeästi läpi mitä seuraavaksi tapahtuu, mitä pitää tehdä ja minkälaisia reaktioita on odotettavissa. Tämä lisää hallinnantunnetta oman elämän suhteen. (Saari ym. 2009, 27.)

Myös reaktiovaiheessa tiedon antaminen on tärkeässä roolissa. Reaktiovaiheessa tietoa voi antaa myös suullisesti kirjallisen materiaalin lisäksi. Tietoa tarvitaan kriisin vaiheista, omista ja lasten normaaleista reaktioista sekä erilaisista tarjolla olevista apu- ja tukimuodoista. (traumaterapiakeskus n.d.)

Reaktiovaiheessa keskeisin menetelmä on psykologinen jälkipuinti. Jälkipuinti on kriisityön ammattilaisten tehtävä ja se järjestetään yleensä ryhmämuotoisena. (Traumaterapiakeskus n.d; Saari ym. 2009, 35.) Ryhmäkeskustelussa käydään läpi luottamuksellisesti tapahtumaan liittyvät tosiasiat, ryhmään osallistuvien tunteet, reaktiot ja ajatukset sekä annetaan ohjausta ja neuvontaa selviytymisen tueksi. (Traumaterapiakeskus n.d.)

Sekä sokki- että reaktiovaiheessa avun aktiivinen tarjoaminen on tärkeää, koska kriisissä oleva ei välttämättä tunnista itse omaa avuntarvettaan, eikä apua jaksa tai pysty hakemaan. Avun ja tuen saaminen on kuitenkin ensiarvoisen tärkeää toipumisen kannalta. (Saari ym. 2009, 36.)

Työskentely- ja käsittelyvaiheessa tapahtuman prosessointi hidastuu, joten myös auttamistavat ovat toisenlaiset. Tässä vaiheessa tyypillisesti sovelletaan erilaisia kriisi- ja traumaterapioita. Vertaistuella ja läheisten antamalla tuella on usein myös suuri merkitys. Apua ja tukea tulee jatkaa riittävän pitkään, tarvittaessa myös uudelleen suuntautumisen vaiheessa. (Saari ym. 2009, 45–49.)

3.4 Vireystilan säätely

Traumatisoivat tilanteet saattavat viedä ihmisen vireystilan äärimuotoihin, yli- tai alivireystilaan. Joissakin tapauksissa tämä voi olla tarkoituksenmukaista, mutta haitallista siitä tulee silloin, jos äärimuodot jatkuvat niissäkin tilanteissa, jotka eivät ole uhkaavia. (Ogden, Minton & Pain 2006, 27.)

Alivireystilalle ominaista on aistimusten vähäisyys, tunteiden turtuminen, kyvyttömyys kognitiiviseen työstämiseen sekä vähentynyt fyysinen liike. Ylivireystilaan liittyvät voimistuneet aistimukset, emotionaaliset reaktiot, ylivalppaus, mieleen tunkeutuvat kuvat sekä häiriöt kognitiivisessa työkentelyssä. (Ogden ym. 2006, 28.)

Sopiva vireystila traumaattisten kokemusten työstämiseen on yli- ja alivireystilan välissä, jota kutsutaan sietoikkunaksi. Kun ihmisen vireystila on sietoikkunan sisällä, hän pystyy vastaanottamaan ja yhdistämään sekä sisäisestä että ulkoisesta ympäristöstä peräisin olevaa tietoa. Sietoikkunan puitteissa ihmisen vireystila vaihtelee luonnollisesti ympäristön sekä sisäisen tilan, esimerkiksi energiatason mukaisesti. (Ogden ym. 2006, 27–28.)

Sietoikkunan ”leveys” on jokaisella yksilöllinen. Leveyteen vaikuttaa synnynäinen temperamentti ja luonnollinen reaktiivisuus, mutta myös kokemukset. (Boon ym. 2011, 177.) Useimmilla traumasta kärsivistä sietoikkuna on kapea, joka aiheuttaa hallitsemattomia vireystilan vaihteluja, yli- ja alivireystiloja. Leveä sietoikkuna mahdollistaa selviämisen äärimmäistenkin vireystilojen kanssa, jolloin tiedon työstäminen sujuu helpommin. Sietoikkunan leveys on verrannollinen myös reaktiokynnykseen, matalan reaktiokynnyksen omaavalla vähäininkin ärsyke nostaa vireyttä, kun taas korkean reaktiokynnyksen omaava tarvitsee enemmän ärsykettä. (Ogden ym. 2006, 28–29.)

Vireystilan säätelyä on mahdollista oppia. Ihmisen tulee tiedostaa oma reaktiokynnyksensä ja tunnistaa sietoikkunan rajat ylittävän vireystilan keholliset merkit. Tunnistamalla merkit, voi oppia palauttamaan vireytensä sopivalle tasolle esimerkiksi fyysisillä toiminnoilla, kuten hengitysharjoituksilla tai muilla itseä rauhoittavilla keinoilla. (Ogden ym. 2006, 29–30.)

3.5 Resilienssin vahvistaminen

Ihmisellä on aina ollut kyky selviytyä ja sopeutua äärimmäisissäkin tilanteissa. Jos näin ei olisi, suurin osa ihmisistä olisivat traumatisoituneita. Tämän vuoksi nykyaikaisen kriisituen tavoitteena on vahvistaa ihmisen psyykkistä kestävyyttä eli ihmisen sisäistä resilienssiä. (Hedrenius & Johansson 2016, 23.)

Resilienssille ei ole olemassa selvää yhtenäistä määritelmää (Hedrenius & Johansson 2016, 156). Vaikka kaksi ihmistä kokisivat täysin samanlaisen tapahtuman, he reagoivat siihen eri tavoin. Esimerkiksi samassa perheessä eläneistä lapsista toinen saattaa selvitä elämässään hyvin vaikeista lapsuuden olosuhteista huolimatta, kun taas toinen saattaa olla traumatisoitunut ja kärsiä vakavista ongelmista. (Hedrenius & Johansson 2016, 155.) Resilienssi voidaan siis käsittää ilmiönä, jolla tarkoitetaan ihmisen luontaista kykyä selviytyä potentiaalisesti traumatisoivista tilanteista. (Palosaari 2015, 30.)

Tutkimuksista saatu tieto puhuu sen puolesta, että resilienssiä voidaan vahvistaa. Resilienssin vahvistamiseen ei kuitenkaan ole selvää keinoa, jonka vaikutus olisi olennainen. Voidaan sanoa, että resilienssi on geneettisten, psykologisten, biologisten, sosiaalisten sekä henkisten tekijöiden summa. (Hedrenius & Johansson 2016, 155–156.)

Resilienssi kriisityössä on tärkeää tunnistaa, jotta apu voidaan kohdentaa oikein. Pitää pystyä erottamaan, kenellä on suurin riski ongelmien kehittymiseen, jotta niiltä pystytään välttymään. (Hedrenius & Johansson 2016.)

Resilienssin mittaamisessa ja arvioinnissa avaintemoja ovat ihmisen kyky säilyttää vakaus, kyky sopeutua uusiin vaikeisiin tilanteisiin, kyky toipua tai palautua vaikeasta tilanteesta, kyky kehittyä, voittaa vastoinkäymisiä ja jopa kääntää ne tullakseen vahvemmaksi sekä ihmisen henkilökohtainen vahvuus aikaisempien positiivisten kokemusten ja tuen pohjalta. (Hedrenius & Johansson 2016, 156; Schultze-Lutter ym. 2016, 460.)

Koska elämäkokemukset vaikuttavat resilienssin kehittymiseen, hyvällä kriisituella ihminen saa kokemuksen, että vaikeistakin tilanteista voi selvitä. Jokainen äkillinen järkyttävä tapahtuma siis mahdollistaa resilienssin vahvistumisen, mikäli tilanteessa saa riittävää opastusta ja tukea. (Suomen psykologiliiton ja Suomen psykologisen seuran tieteellinen neuvottelukunta 2010.)

3.6 Muistaminen ja integraatio

Kyky integroida järkyttävä tapahtuma osaksi elämänhistoriaa on akuutin kriisityön keskeisimpiä tavoitteita. Integroituneena voidaan pitää persoonallisuutta, jonka kaikki eri osat muodostavat eheän ja yhtenäisen kokonaisuuden. (Boon, Steele & Van Den Hart 2011, 6.)

Ihmisillä on synnynnäinen kyky yhdistää, integroida kokemuksia osaksi elämäntarinaa ja pysyväksi minäkokemukseksi. Kyky integroida auttaa erottamaan menneisyyden nykyisyydestä ja nykyisyyden tulevaisuudesta. Integraatiokykyyn vaikuttaa tunnesuhteet ja elinympäristö kasvuiässä. (Boon ym. 2011, 7.)

Persoonallisuus muodostuu jokaisen ihmisen yksilöllisistä tavoista ajatella, toimia, tuntea ja havaita. Persoonallisuus on pysyvä ja ennakoitava, mutta myös joustava. Ihminen voi muuttaa tilanteen mukaan tapaansa ajatella, tuntea ja tehdä päätöksiä ja kokea silti itsensä samaksi ihmiseksi. Kuitenkin kaikki mitä ihminen oppii ja kokee, muokkaa persoonallisuutta, jotta elämässä pärjääminen on mahdollista. (Boon ym. 2011, 7.)

Jokaisen ihmisen persoonallisuuteen sisältyy minäkuva, jonka tulisi olla suhteellisen pysyvä. Kehityksen myötä ihminen oppii liittämään erilaisissa tilanteissa ja eri aikoina saamia kokemuksia osaksi minäkuvaansa, jonka vuoksi minäkuvan on mahdollista pysyä muuttumattomana. Pysyvän minäkuvan avulla ihminen voi liittää tunteensa, aistimuksensa, muistonsa ja kokemuksensa omaan elämänhistoriaansa ja tuntea itsensä niiden kanssa omaksi itsekseen. (Boon ym. 2011, 7.)

Integraatiota voidaan sanoa jatkumoksi, josta kukaan ei suoriudu täydellisesti. Keskeistä on siis pyrkiä integraation lisääntymiseen. Sirpaleiset mielikuvat pyritään kokoamaan yhtenäiseksi kertomukseksi tapahtumasta. Onnistuneen yhdistämisen jälkeen muistojen kanssa voi tulla toimeen. Jotta muistot voivat integroitua osaksi elämänekertaa, niiden täytyy ensin realisoitua eli todentua. Henkilön tulee olla tietoinen siitä, että kokemus on hänen omansa, se tapahtui juuri hänelle. (Vainio 2015, 340, 346.)

Tapahtuman realisoituminen edellyttää, että ihminen joutuu uudelleen läpikäymään tapahtuman ja kohtaamaan tapahtuman tuoman menetyksen. Surutyöhön voi liittyä myös vihan ja raivon tunteita, pettymystä ja tuskaa. Henkilö voi kokea surua myös siitä, kuina pitkään hän on jäänyt vaille ”normaalia” elämää. Surutyön läpikäyminen on välttämätöntä lopullisen integraation onnistumisen kannalta. (Vainio 2015, 346—347; Van Den Hart, Nijenhuis & Steele 2006, 354.)

3.7 Dissosiaatio ja vakauttaminen

Dissosiaatio on patologinen ilmiö ja tarkoittaa hajoamista, erottumista tai poisleikkautumista. Psykiatriassa dissosiaatiolla tarkoitetaan henkilön kyvyttömyyttä yhdistää havaintojaan, ajatuksiaan, tunteitaan tai muistojaan kokonaisuudeksi. Dissosiaatio on vastakohta integraatiolle (kts. 2.4.1) eli tarkoittaa vakavaa integraation epäonnistumista, joka muuttaa persoonallisuutta ja haittaa minäkokemuksen muodostamista. (Lönngqvist ym. 2013, 301; Häpeästä myötätuntoon, 101; Boon, Steele & Van Den Hart 2011, 6—7.)

Dissosiaatiota voidaan kuvailla tietoisuuden tai persoonallisuuden jakatun erillisiin osiin. Näitä osia kuvaamaan on kehitetty käsitteen ANP eli näennäisen normaali persoonallisuus ja EP eli emotionaalinen persoonallisuus. Toinen puoli (ANP) yrittää elää traumasta erillään, kun taas toinen osa (EP) kantaa traumaa. Tästä seuraa minäkuvan sirpaleisuus. (Ellilä 2015, 101.) Traumaattinen kokemus voidaan samaan aikaan kokea omaksi ja olla kokematta, kokemus voi kuulua yhdelle osalle, mutta ei toiselle. (Boon ym. 2011, 7.)

Dissosiaatio on yleensä sopeutumisreaktio johonkin psyykkistä tasapainoa uhkaavaan kokemukseen, joka saattaisi johtaa johonkin radikaaliin ratkaisurytykseen, kuten itsemurhaan, henkirikokseen tai eristäytymiseen. (Lönngqvist ym. 2013, 302.) Vaikka dissosiaation pyrkimyksenä onkin suojata mieltä, se samalla herättää ahdistusta ja vaikeuttaa monella tavalla vuorovaikutusta toisten ihmisten kanssa (Huttunen 2017.)

Dissosiaatio-oireet vaihtelevat lievistä vakaviin ja väliaikaisista pysyviin. Dissosiativisista häiriöistä kärsivillä oireet ovat yleensä pysyviä sekä elämää haittaavia. (Boon ym. 2011, 13.) Keskeisimpiä dissosiaatio-oireita ovat mm. vierauden tunne, ajan ja paikan tajun kadottaminen, havaintojen vääristyminen, vaikeus erottaa todellisuutta ja kuvitelma sekä dissosiativinen amnesia eli muistinmenetys. (Lönngqvist ym. 2013, 302.) Dissosiativiseen amnesiaan liittyy erityisesti kyvyttömyys muistaa traumaattiseen kokemukseen liittyviä asioita (Yıldırım, Boysan & Yılmaz 2018, 194). Joskus dissosiativisiin oireisiin ovi liittyy myös näkö- ja kuuloharjoja. Dissosiaatioon voi liittyä myös ruumiillisia oireita, kuten kouristukset, lihasnykäykset, äänen katoaminen tai ääntämishäiriöt, tunnottomuus, kivut, säryt, sokeus, muut aistihäiriöt tai tajunnan menetys. (Huttunen 2017.)

Traumasta erillään olevassa näennäisen normaalissa persoonallisuudessa voi olla paljon ns. negatiivisia dissosiativisia oireita, esimerkiksi traumaattisten kokemusten muistamattomuutta tai puutteellisia aistimuksia. Emotionaalisessa persoonassa on tallentuneena havaintoja traumaattisesta kokemuksesta, jotka voivat tunkeutua näennäisen normaaliin persoonaan. Kun jokin traumaattista kokemusta muistuttava ärsyke hälyttää emotionaalisen persoonan, sen sisältämät tallentuneet havainnot sekä erilaiset puolustuskeinot tunkeutuvat kehoon ja mieleen. (Suokas-Cunliffe 2015, 17.)

Dissosiaation vakauttamiseen kuuluu sekä ulkoisen että sisäisen turvallisuuden luominen ja päivittäisen elämänlaadun parantaminen. Päivittäiseen elämään vaikuttaa perusasiat, uni, päivärytmi, ravinto ja fyysinen terveys. Ympäristön turvallisuuteen kiinnitetään ensimmäisenä huomiota. Kun todellista vaaraa tai uhkaa ei ole, voidaan alkaa luomaan sisäistä turvallisuuden tunnetta, kykyä olla läsnä ja tuntea olonsa turvalliseksi ainakin yhdessä luotettavassa ihmissuhteessa. (Boon ym. 2011, 69.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA OPINNÄYTETYÖKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tavoitteena on kuvata, millaista tukea äkillisen kriisin kokenut tarvitsee aiempien tutkimusten perusteella. Tarkoituksena on kehittää sairaanhoitajan valmiuksia auttaa äkillisen kriisin kokenutta.

Opinnäytetyön kysymys on:

Millaista tukea äkillisen kriisin kokenut tarvitsee aiempien tutkimusten perusteella?

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Kirjallisuuskatsaus on menetelmä, jossa tutkitaan jo tehtyä tutkimusta. Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on arvioida ja kehittää olemassa olevaa teoriaa ja rakentaa uutta teoriaa. Kirjallisuuskatsauksessa kootaan tehtyjen tutkimusten tuloksia yhteen ja näiden perustana luodaan uusia tuloksia. (Salminen 2011, 3–4.)

Kirjallisuuskatsaus alkaa tarkoituksen ja tutkimusongelman määrittämisellä. Hyvä tutkimuskysymys on sellainen, joka ei ole liian suppea, mutta ei myöskään liian laaja ja siihen tulee olla mahdollista vastata kirjallisuuden perusteella. (Stolt, Axelin & Suhonen 2015, 24.)

Seuraava vaihe on kirjallisuushaku ja aineiston valinta. Kirjallisuushaku tehdään sähköisenä tietokantahakuna, manuaalisesti tai käyttäen molempia tapoja. Tietokantahakuja varten tarvitaan sopivat hakusanat ja lausekkeet. Katsauksen tekijä tulee itse määrittää aiheeseensa sopivat keskeiset käsitteet. Hakuvaiheeseen kuuluu myös sisäänotto- ja poissulkukriteerien määrittäminen. (Stolt ym. 2015, 25–26.)

Kolmas vaihe on hakuprosessin perusteella valikoidun aineiston arviointi. Arvioinnin tarkoituksena on tarkastella saadun tiedon kattavuutta, tulosten edustavuutta ja pohtia kuinka hyvin tieto vastaa katsauksen tutkimuskysymykseen. (Stolt ym. 2015, 28.)

Neljäs vaihe on aineiston analyysi ja synteesi, jonka tarkoituksena on tehdä yhteenveto saadusta tuloksista. Tuloksista etsitään yhtäläisyyksiä ja eroja ja muodostetaan ymmärrystä lisäävä kokonaisuus. (Stolt ym. 2015, 30.)

Viimeisessä eli viidennessä vaiheessa kirjallisuuskatsaus kirjoitetaan lopulliseen muotoonsa ja varmistetaan, että tutkimuksen vaiheet ja tulokset on kirjoitettu mahdollisimman tarkasti, jotta tutkimus voitaisiin tarvittaessa toistaa. (Stolt ym. 2015, 32.)

Kirjallisuuskatsaus voidaan jakaa kolmeen perustyyppiin, jotka ovat systemaattinen kirjallisuuskatsaus, kuvaileva kirjallisuuskatsaus sekä meta-analyysi. (Salminen 2011, 6.) Opinnäytetyön toteutustavaksi valittiin kuvaileva kirjallisuuskatsaus.

5.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yleisin käytetty kirjallisuuskatsaustyyppi. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa voidaan käyttää laajoja aineistoja, eikä sitä rajoita tarkat tai tiukat säännöt. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan antaa laaja kuva tutkittavasta aiheesta. (Salminen 2011, 6.)

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tehtävänä on kuvata tai kertoa aiheeseen liittyvää aikaisempaa tutkimusta ja sen laajuutta, määrää sekä syvyyttä. (Stolt ym. 2015, 9.) Salmisen (2011, 7–8) mukaan kuvaileva kirjallisuuskatsaus on metodisesti kevyin ja sen tavoitteena on ajantasaistaa tutkittua tietoa sekä yhdistää epäyhtenäistä tietoa helppolukuisesti katsaukseksi.

Kuvailevat kirjallisuuskatsauksetkin voidaan jakaa alatyyppeihin, joista käytetyimpiä ovat perinteinen narratiivinen katsaus, kriittinen katsaus, kartoittava katsaus, nopea katsaus, yleiskatsaus, scoping katsaus ja state-of-the-art katsaus. (Stolt ym. 2015, 9.) Tässä opinnäytetyössä sovelletaan perinteisen narratiivisen katsauksen elementtejä.

Narratiivinen kirjallisuuskatsaus pyrkii kuvailemaan viimeaikaista tutkimusta tietystä aihealueesta. Kysymyksenasettelu on yleensä laaja, mutta katsauksen laajuus voi vaihdella ja sisältää erilaisia rajauksia. Tyypillisesti katsauksen aineistona käytetään tieteellisiä julkaisuja, erityisesti vertaisarvioituja tutkimuksia. (Stolt ym. 2015, 9.)

Narratiivinen kirjallisuuskatsaus sisältää aineiston hakuprosessin, aineiston synteessin yleensä taulukoidussa muodossa sekä analyysin olemassa olevien tutkimusten arvon osoittamiseen. Katsaus saattaa kuitenkin sisältää joitakin heikkouksia, kuten sen, että se ei ota kantaa valikoidun aineiston luotettavuuteen tai valikoitumiseen. Narratiivisissa katsauksissa käytetään kuitenkin myös valikoitujen tutkimusten laadun arviointia, mutta arviointi ei välttämättä johda tutkimuksen hylkäämiseen aineistosta. (Stolt ym. 2015, 9.)

5.2 Tiedonhaku ja aineiston valinta

Varsinainen tiedonhaku aloitettiin keväällä 2019, kun teoriapohja oli valmis. Teoriapohjassa käytetyt lähteet auttoivat määrittelemään opinnäytetyön aineiston hakuun relevantit hakusanat. Käytettyjä hakusanoja olivat kriisi, kriisiapu ja kriisituki. Kansainvälisissä tietokannoissa hakusanoina

käytettiin Crisis ja Crisis intervention. Hakusanoja käyttäen tietoa haettiin elektronisista tietokannoista. Opinnäytetyössä käytettiin myös Käypä hoito -suositusta ja hoitotyön suositusta. Opinnäytetyössä käytettyjä tietokantoja ovat Medic, Cinahl, Finna sekä Terveysportti.

Ennen tietokantarajauksia hakutuloksia kaikista tietokannoista yhteensä oli 13772. Aineistosta rajattiin pois muut, kuin englannin tai suomenkieliset tutkimukset. Tutkimukset tuli olla julkaistu aikavälillä 2010-2019. Tutkimuksista tuli olla saatavilla koko teksti ja tutkimusten tuli olla vertaisarvioituja. Aineiston valintaa ohjasi opinnäytetyökysymys. Tietokantarajauksen jälkeen hakutulokseksi jäi 1958.

Tietokantarajauksen jälkeen alettiin lukea hakutulosten otsikoita, joiden perusteella aineistosta poissuljettiin AMK opinnäytetyöt ja sellaiset tutkimukset, jotka eivät käsittele opinnäytetyön aihetta. Otsikon ja tiivistelmän perusteella valittiin 8 tutkimusta. Näistä kahdeksasta tutkimuksesta kokotekstin perusteella poissuljettiin vielä kaksi tutkimusta, koska eivät vastanneet asetettuun opinnäytetyökysymykseen.

Kriiseistä ja kriisiavusta löytyi hyvin tutkimustietoa, mutta monet löydettyistä tutkimuksista olivat epäsopivia opinnäytetyöhön, eivätkä vastanneet opinnäytetyökysymykseen. Aineistoon valikoitui myös Pro gradu -tutkielma, koska sen tulokset oli saatu haastattelemalla ja sopi opinnäytetyön aiheeseen hyvin.

Tiedonhaun yhteydessä huomattiin, että kriisi käsitteenä on laaja. Otsikon perusteella hylättiin aineistosta useita tutkimuksia, koska eivät käsitelleet äkillisiä kriisejä tai kriisiauttamista, eivätkä vastanneet asetettuun opinnäytetyökysymykseen. Mikäli otsikko vaikutti opinnäytetyön aineistoon sopivalta, siirryttiin lukemaan tiivistelmä. Vielä tässä vaiheessa hylättiin joitakin tutkimuksia sen perusteella, että eivät vastanneet asetettuun kysymykseen. Myös AMK opinnäytetyöt hylättiin aineistosta. Seuraavassa taulukossa on kuvattu kirjallisuushakujen prosessi.

Taulukko 1. Kirjallisuushakujen prosessi

<p>Opinnäytetyökysymys: Millaista tukea äkillisen kriisin kokenut tarvitsee aikaisempien tutkimusten perusteella?</p> <p>Sisäänottokriteerit: Käsittelee äkillisen kriisin kokeneen auttamista Vastaa opinnäytetyökysymykseen Julkaistu vuosien 2010-2019 välillä Kokoteksti saatavilla Vertaisarvioitu</p>	<p>Hakusanat: Medic: Kriisi OR Kriisiapu OR Kriisituki Cinahl: Crisis OR Crisis intervention Finna: Kriisiapu OR Kriisituki Terveysportti: Kriisituki, Kriisiapu</p> <p>Tietokannat: Medic (294) Cinahl (8547) Finna (4924) Terveysportti (7)</p>
--	--

Hakutulos kokonaisuudessaan ennen tietokantarajauksia (13772)	Tietokantarajaukset Ei julkaistu vuosien 2010-2019 välillä Ei kokotekstiä saatavilla Ei suomen- tai englanninkielinen Ei käsittele aihetta Ei vertaisarvioitu
Rajattu hakutulos (1958)	Poissulkukriteerit Ei käsittele aihetta AMK-opinnäytetyöt
Otsikon ja abstraktin perusteella valitut (8)	Poissulkukriteerit Ei vastaa opinnäytetyökysymykseen Ei saatavilla verkossa
Koko tekstin perusteella valitut (6)	Poissulkukriteerit Ei vastaa opinnäytetyökysymykseen
Opinnäytetyössä käytettyjen tutkimusten määrä kokonaisuudessaan (7)	Sisältää hoitotyön suosituksen äkillisesti kuolleen läheisen tukemisesta

5.3 Valitun aineiston laadun kuvaus

Aineistoon valikoitui tutkimuksia niiden sisällön perusteella. Kunkin tutkimuksen kohdalla arvioitiin, kuinka hyvin sisältö vastaa asetettuun opinnäytetyökysymykseen. Lisäksi arvioitiin tutkimuksen luotettavuutta.

Valikoidut tutkimukset olivat vertaisarvioituja tai artikkeleita vertaisarvioidusta lehdestä. Käypä hoito -suositukset sekä hoitotyön suositukset ovat laadultaan myös hyviä, tutkimusnäyttöön perustuvia suosituksia, joita valikoitui myös aineistoon. Aineistoon lisäksi katsausartikkeleita ja laadullisella menetelmällä tehtyjä tutkimuksia.

Laadullisella tutkimusmenetelmällä tehtyjä tutkimuksia valittiin kaksi. Toinen niistä tutki terapeuttien kokemuksia kriisin kokeneen auttamisesta. Toisen tarkoituksena oli tutkia opettajien selviytymiseen vaikuttavia tekijöitä ja tunteita kriisitilanteessa. Molemmissa tutkimuksissa aineisto kerättiin haastattelemalla. Lisäksi aineistoon valittiin kaksi katsausartikkeliä, kaksi hoitosuosituksia ja artikkeli suuronnettomuusoppaasta. Aineistoon valikoitui tutkimuksia sekä auttajan, että autettavan näkökulmista. Pelkkä autettavan näkökulma olisi antanut tarkemman vastauksen asetettuun tutkimuskysymykseen.

Seuraavassa taulukossa kuvataan tarkemmin opinnäytetyöhön valikoidut tutkimukset. Taulukossa kuvataan lyhyesti tutkimuksen tarkoitus, menetelmä ja aineiston keruu sekä tiivistetysti päätulokset.

Taulukko 2. Opinnäytetyössä käytetyt tutkimukset

Tekijä	Maa	Tarkoitus	Menetelmä	Aineisto	Päätulokset
Carrick 2014	Skotlanti	Tutkia terapeuttien kokemuksia kriisin kokeneen kanssa työskentelystä ja mitä he pitävät hyödyllisenä kriisiasiakkailla	Laadullinen tutkimus	Kerättiin haastattelemalla terapeutteja	Turvallinen ympäristö, empatia, luottamussuhde ilman "asiantuntijaroolia", kriisin hyväksyminen
Pesonen 2011	Suomi		Katsausartikkeli	Kirjallisuushaku	Kognitiivis-behavioraalisten rentoutus- ja stressinhallintamethodien on todettu lieventävät psyykkisiä oireita, parantavan elämänlaatua ja vaikuttavan myönteisesti somaattisen sairauden tilaan.
Stenberg, Blanco Sequeiros, Holi, Kampman, Kieseppä, Korkeila, Mäki, Wahlbeck, Joffe, Häll & Joutsenniemi 2016	Suomi		Katsausartikkeli	Kirjallisuushaku	Verkkokriisikeskuksesta saatu valtaosin kiittävä palautetta kriisin kokeneilta
Hoitotyön tutkimussäätiö 2018	Suomi	Kuvata äkillisesti kuolleen henkilön läheisten selviytymisessä edistäviä ja hyväksi koettuja tukikeinoja	Suositus on laadittu tutkimusnäyttöön, asiantuntijatietoon ja kokemustietoon perustuen.	Kirjallisuushaku, kokemustieto koottiin työryhmään osallistuvilta läheisensä menettäneiltä ja surujärjestöiltä	Kohtaaminen, viestin vieminen ja tiedon antaminen, lähitukiverkoston vahvistaminen, konkreettinen apu, vertaistuki, tuen jatkuvuus, käytännön järjestelyt
Käypä hoito -suositus 2014	Suomi	Hoitosuositus terveydenhuollon henkilöstölle, traumaattisissa tilanteissa auttajana toimiville sekä muille psykososiaalista tukea antaville ammattiryhmille.	Hoitosuosituksen perustana on systemaattinen kirjallisuushaku	Systemaattinen kirjallisuushaku	Ensisijaisena hoitona ovat rauhoittava ja turvallinen hoitokontakti ja seuranta sekä avun järjestäminen arkielämän ongelmiin.
Herajärvi 2015	Suomi	Selvittää opettajan selviytymiseen vaikuttavia seikkoja ja siihen	Laadullinen tutkimus	Aineisto kerättiin haastattelemalla yhdeksää opettajaa	Tasapainon saavuttaminen, kohtaaminen ja läsnäolo

		liittyviä tunte- muksia kriisitilan- teessa			
Cantell-Forsbom 2015	Suomi	parantaa val- miutta suuron- nettomuuden va- ralta ja kehittää eri auttajien yh- teistyötä suuron- nettomuuksissa	Artikkeli suuron- nettomuusop- paassa	Kirjallisuus	Aktiivinen avun tarjoaminen, tuen tarpeiden tunnistaminen ja hoitoon ohjaus

6 TULOKSET

Tässä luvussa käsitellään aineistosta nousseita tuloksia tutkimus kerrallaan. Lopuksi on koottu yhteenvetoa siitä, mitkä pääteemat nousivat useissa tutkimuksissa hyödyllisenä esiin kriisin kokeneen auttamisessa ja mitä asioita kannattaa välttää.

Pesonen (2011, 1829—1824.) on tehnyt katsausartikkelin somaattisesti sairastuneen kriisihoidoista. Somaattinen sairaus voi tulla yllättäen ja aiheuttaa äkillisen kriisin, jonka vuoksi artikkeli oli opinnäytetyöhön sopiva. Pesosen (2011, 1829—1824.) mukaan somaattisesti sairastuneen kriisihoidossa tulee soveltaa traumaperäisen stressihäiriön Käypä hoito -suositusten linjauksia. Yleensä kriisihoido kestää muutaman viikon ja ensisijaisena on psykoterapeuttisia elementtejä sisältävän hoitosuhteen luominen. Fyysisiä ja psyykkisiä stressioireita tulee pyrkiä lieventämään siten, että hoito- toimenpiteet perustuvat yksilölliseen arvioon.

Kriisihoidossa keskitytään ajankohtaiseen kriisitilanteeseen. Hoitajan tehtävänä on muodostaa kokonaiskuva elämäntilanteesta, löytää kriisinkokeneelle ominaiset selviytymiskeinot ja auttaa hyödyntämään niitä. Lisäksi hoitajan tulee pyrkiä vahvistamaan kriisin kokeneen yhteyttä perheenjäseniinsä ja muuhun tukiverkoston. (Pesonen 2011, 1829—1824.)

Pesosen (2011, 1829—1824) katsausartikkelin mukaan kognitiivis- behavioraalisten rentoutus- ja stressinhallintamenetelmien on todettu lievittävän psyykkisiä oireita, parantavan elämänlaatua ja vaikuttavan myönteisesti myös somaattisen sairauden tilaan.

Traumaperäisen stressireaktion ja -häiriön Käypä hoito -suositusten mukaan ensisijaisena hoitona on turvallinen ja rauhoittava hoitokontakti, seuranta sekä apu arkielämän ongelmiin. Toissijaisena ja vaikeista oireista kärsivillä hoitona ovat kognitiivinen käyttäytymisterapia sekä tarvittaessa lääkitys oireiden mukaan. (Traumaperäinen stressihäiriö; Käypä hoito -suositus, 2014.)

Turvallinen ympäristö ja syvän hoitokontaktin luominen nousi esiin myös Carrickin (2014, 277.) tekemässä tutkimuksessa. Lisäksi Carrickin tutkimuksen mukaan hyödyllistä on auttaa kriisin kokenutta hyväksymään kriisi yrittämättä muuttaa sitä. Hyödylliseksi on koettu myös se, että auttaja ei tarjoa suoria ratkaisuja tai strategioita kriisistä selviytymiseen.

Hoitosuosituksessa, joka on tehty äkillisesti kuolleen henkilön läheisten tukemiseen, korostuu kohtaaminen, viestin vieminen, lähitukiverkoston kartoittaminen, vainajan hyvästeleminen, muistojen kerääminen ja muisteleminen, konkreettisen avun tarjoaminen, tiedon antaminen, vertaistuen piiriin ohjaaminen, tuen jatkuvuudesta huolehtiminen ja keskustelu. (Äkillisesti kuolleen henkilön läheisten tukeminen: Hoitotyön suositus, 2018.)

Herajärven (2015, 65.) Pro gradu -tutkielmassa, jossa haastateltiin yhdeksää opettajaa heidän kokemuksistaan kriisin kokeneen kohtaamisesta, tukemisesta ja omasta selviytymisestään, ydinteemoiksi nousi oman jaksamisen ja toisen tukemisen tasapainon löytyminen sekä kriisin kokeneen kohtaamisen merkitys.

Monet selviävät kriiseistä oman perheensä ja muun tukiverkostonsa avulla, mutta kaikki eivät kuitenkaan saa tarvittavaa apua tukiverkostoltaan. Muiden selviytymisen tukemisessa on tärkeää huolehtia myös omasta jaksamisesta ja selviytymisestä. (Herajärvi 2015, 66.) Herajärven (2015, 66.) tutkimuksessa on verrattu kriisiauttamista lentokoneen turvallisuussääntöihin, joissa happinaamari asetetaan ensin itselleen, ja sitten vasta toiselle.

Auttajalta vaaditaan empatiakykyä, joka mahdollistaa inhimilliset tunteet, mutta auttaa myös selviytymään tunteiden ristiriidoissa. Auttajalla tulee olla myös tasapaino tunteiden näyttämisen ja hillitsemisen kanssa. Kohtaaminen kriisin kokeneen kanssa tulee olla aitoa ja kiireetöntä ja tilanteessa tulee olla läsnä. Läsnäolon tulee olla turvallista, jossa voi puhua avoimesti, mutta missä ei ole pakkoa mihinkään. (Herajärvi 2015, 67–69.)

Suomessa kriisiapua on saatavilla myös matalalla kynnyksellä verkossa nimettömänä. Sitä tarjoaa Suomen mielenterveysseuran verkkokriisikeskuksesta sekä oma-apuohjelmasta. (Stenberg ym. 2016, 2106–2111.)

Verkkokriisikeskus tukinettiin tulee vuosittain yli 8000 viestiä, valtaosa nuorilta. Vuoden 2014 aikana yhteydenottojen perusteella tilattiin ambulanssi kolme kertaa, tehtiin yksi ilmoitus poliisille sekä yksi lastensuojeluilmoitus. Verkkokriisikeskuksen palaute asiakkailta on ollut pääosin kiittävä. (Stenberg ym. 2016, 2106–2111.)

Oma-apuohjelma Selma on kriisityöteoriaan perustuva sovellus, joka on tarkoitettu aikuisille. Ohjelma etenee ohjatusti asteittain ja on tarkoitettu kriisin jälkikäsitteilyyn. Yleisin syy ohjelmaan hakeutumiselle on ollut

äkillinen järkyttävä kuolema tai parisuhteen päättyminen. Selmasta on kehitetty myös nuorille suunnattu avoin versio Toivo. (Stenberg ym. 2016, 2106—2111.)

Seuraavissa alaluvuissa on esitelty keskeisiä teemoja kriisin kokeneen auttamisessa ja tehty yhteenvetoa siitä, mikä oli yhteistä useissa eri tutkimuksissa.

6.1 Kohtaaminen ja läsnäolo

Äkillisen kriisin kokeneen henkilön kohtaamisen tulisi olla ystävällistä, empaattista ja ihmistä kuuntelevaa. Ketään ei tule kuitenkaan pakottaa puhumaan kokemuksistaan. (Traumaperäinen stressihäiriö; Käypä hoito -suositus, 2014.) Kohtaaminen tulisi olla aitoa ja kunnioittavaa, huomioiden yksilölliset tarpeet sekä kulttuurin. (Äkillisesti kuolleen henkilön läheisten tukeminen: Hoitotyön suositus, 2018.) Myös Pesosen (2011, 1829—1824) katsausartikkelin mukaan empaattinen ja yksilölliset tarpeet huomioon ottava hoito lieventää kriisireaktioita.

Kohtaamisen tulisi olla tilanteesta huolimatta rauhallista. Auttajan tulee olla valmis ottamaan vastaan voimakkaitakin tunnereaktioita niitä rajoittamatta. Omia reaktioita sen sijaan tulisi hillitä, jotta auttajasta ei tule autettavaa. (Äkillisesti kuolleen henkilön läheisten tukeminen: Hoitotyön suositus, 2018; Herajärvi 2015, 67—69.)

Selkeä ja rauhallinen ääni sekä asioiden toistaminen auttaa sisäistämään kriisin kokeneen kuulemia asioita paremmin. Ammattikieltä tulee välttää. (Äkillisesti kuolleen henkilön läheisten tukeminen: Hoitotyön suositus, 2018.) Kohtaamisen tulee olla kiireetöntä ja turvallista läsnäoloa. (Herajärvi 2015, 67—69.)

6.2 Turvallinen ympäristö

Turvallisen ympäristön luominen nousi useiden eri lähteiden mukaan tärkeäksi äkillisen kriisin kokeneen auttamisessa. Turvallinen ympäristö luodaan huolehtimalla kriisin kokeneen yksilöllisistä fyysisistä ja psyykkisistä tarpeista. (Traumaperäinen stressihäiriö; Käypä hoito -suositus, 2014.)

Äkillisen kriisin kokeneen yksilöllisiin tarpeisiin voi kuulua esimerkiksi lasten hoidon järjestäminen, ruoka, suoja, mahdollinen lääketieteellinen hoito tai esimerkiksi sairausloman hakeminen. (Traumaperäinen stressihäiriö; Käypä hoito -suositus, 2014; Äkillisesti kuolleen henkilön läheisten tukeminen: Hoitotyön suositus, 2018.)

Tarvittaessa kriisin kokenutta tulee suojella medialta. Erityisesti erilaisten onnettomuuksien ja rikosten yhteydessä kriisin kokenut voi joutua median kohteeksi. (Äkillisesti kuolleen henkilön läheisten tukeminen: Hoitotyön

suositus, 2018.) Myös Carrickin (2014.) tekemässä tutkimuksessa turvallisen ympäristön luominen nousi esille.

6.3 Tiedon antaminen

Tietoa tulee antaa mahdollisimman tarkasti esimerkiksi mahdollisesta onnettomuudesta ja pelastustöistä sekä odotettavissa olevista reaktioista. Suullisen tiedon lisäksi tietoa on hyvä antaa kirjallisena, että siihen voi palata myöhemmin. (Traumaperäinen stressihäiriö; Käypä hoito -suositus, 2014; Äkillisesti kuolleen henkilön läheisten tukeminen: Hoitotyön suositus, 2018.)

Jos tilanne vaatii, kriisin kokeneelle tulee järjestää tilaisuus puhua sellaisen henkilön kanssa, joka on tilanteesta parhaiten selvillä. Tällainen henkilö voi olla kuoleman tapauksissa esimerkiksi lääkäri. (Äkillisesti kuolleen henkilön läheisten tukeminen: Hoitotyön suositus, 2018.)

Äkillisen kriisin kokenutta tulee ohjata huolehtimaan mahdollisuuksien mukaan myös itse tarpeistaan. Tietoa tulee antaa erilaisista tukimuodoista, joita on saatavilla. Puhelinnumeron antaminen esimerkiksi vertaistukijärjestöön kuuluu tiedon antamiseen. Myös taloudellisista tuista ja sosiaalietuuksista annetaan tarvittaessa tietoa. (Traumaperäinen stressihäiriö; Käypä hoito -suositus, 2014; Äkillisesti kuolleen henkilön läheisten tukeminen: Hoitotyön suositus, 2018.)

6.4 Yhteyden vahvistaminen tukiverkoston

Äkillisen kriisin kokeneen tukiverkosto tulee kartoittaa ja tarvittaessa huolehtia yhteydenotosta heihin. Perheenjäsenet tulee pitää yhdessä aina, kun se vaan on mahdollista. (Traumaperäinen stressihäiriö; Käypä hoito -suositus, 2014; Äkillisesti kuolleen henkilön läheisten tukeminen: Hoitotyön suositus, 2018.) Yhteyttä kriisin kokeneen perheeseen ja sosiaaliseen verkostoon pyritään vahvistamaan. (Pesonen 2011, 1829 – 1824.)

Myös tukiverkostolle tulee antaa tietoa tapahtuneesta ja kriisin kokeneen tukemisen tärkeydestä. Kriisin kokeneen ja tukiverkoston välistä avointa kanssakäymistä tulee tukea. (Traumaperäinen stressihäiriö; Käypä hoito -suositus, 2014; Äkillisesti kuolleen henkilön läheisten tukeminen: Hoitotyön suositus, 2018.)

6.5 Hoidon jatkuvuuden varmistaminen

Kriisin kokeneen avun ja tuen tarve tulee tunnistaa yksilöllisesti ja ohjata eteenpäin oikean avun piiriin. Tarvittaessa on hyvä luoda kontakti avun piiriin yhdessä kriisin kokeneen kanssa. (Äkillisesti kuolleen henkilön läheisten tukeminen: Hoitotyön suositus, 2018; Cantell-Forsbom 2015.)

Vaikka kaikki kriisin kokeneet eivät tarvitse ammattiapua selvittääkseen, apua tulee kuitenkin aktiivisesti tarjota odottamatta oirekriteerien täyttymistä tai diagnoosia. (Cantell-Forsbom 2015.)

Kriisihoito ja psyykenlääkehoito voivat vahvistaa toisiaan, mutta bentsodiatsepiinien käyttöä tulisi välttää. Bentsodiatsepiinit lieventävät ahdistusta, mutta aiheuttavat kognitiivisia haittavaikutuksia, jotka saattavat hankaloittaa kriisin käsittelyä. (Pesonen 2011, 1829 – 1824.)

7 POHDINTA

Opinnäytetyön tavoitteena oli kuvata, millaista tukea äkillisen kriisin kokenut tarvitsee aiempien tutkimusten perusteella. Tarkoituksena oli kehittää sairaanhoitajan valmiuksia auttaa äkillisen kriisin kokenutta. Tutkittua tietoa aiheeseen liittyen löytyi ja aineiston perusteella saatiin vastaus opinnäytetyökysymykseen, joten tavoite täyttyi hyvin.

Opinnäytetyökysymyksenä oli ”Minkälaista tukea äkillisen kriisin kokenut tarvitsee aikaisempien tutkimusten perusteella?”. Kaikki löydetyt ja valikoidut tutkimukset eivät suoraan vastanneet asetettuun tutkimuskysymykseen vaan sivusivat aihetta, jonka vuoksi tutkimuksista käytettiin vain osia. Tästä syystä tietyistä tutkimuksista saadut tulokset olivat suppeampia. Aineistosta löytyneet vastaukset kuvattiin tuloksissa ja vastauksia löytyi hyvin erilaisista näkökulmista.

Opinnäytetyön materiaali tuki toinen toistaan ja eri lähteissä toistui usein tietyt asiat, kuten turvallisuuden luomisen tärkeys kriisitilanteessa, käytännön apu ja ihmisen kohtaaminen. Ristiriitoja materiaalissa ei juurikaan ollut, vaikka tutkimukset oli tehty eri näkökulmista ja sisälsivät erilaista tietoa aiheesta.

Työn aihe valittiin oman mielenkiinnon mukaan, joka ylläpiti motivaatiota loppuun saakka vaikeuksista huolimatta. Opinnäytetyön tekeminen aloitettiin keväällä 2018 ja oli tarkoitus saada valmiiksi vuoden 2018 loppuun mennessä. Aikatauluhaasteiden ja opinnäytetyön menetelmän muuttamisen vuoksi työn valmistuminen venyi kevääseen 2019.

Opinnäytetyön tekemisestä ja sen tuloksista on hyötyä sairaanhoitajana, oli työpaikka mikä tahansa. Kriisin kokeneen voi kohdata missä tahansa terveydenhuollossa ja sairaanhoitajalla tulisi olla valmiuksia auttaa ja ohjata tarvittavan avun piiriin. Työn tekeminen antoi lisää valmiuksia kriisin kokeneen auttamiseen.

Opinnäytetyön teoriapohjassa ja tuloksissa oli paljon samaa. Erityisesti tulokset tukivat kohtia 3.1, 3.2 ja 3.3. Kohtaaminen ja psykologisen ensiavun

tunteminen antavat jo hyvät valmiudet äkillisen kriisin kokeneen auttamiseen.

Aineistosta ei suoraa nousut esiin resilienssiin, dissosiaatioon ja vakauttamiseen, vireystilan säätelyyn tai muistamiseen ja integraatioon liittyviä teemoja, mutta aineistossa löytyi myös näiden käsitteiden alle kuuluvaa sisältöä. Jos aineistoa olisi laajentanut akuuttivaiheen jälkeen tapahtuvaan kriisiauttamiseen, nämäkin käsitteet olisi varmasti nousut selkeämmin esille. Yhteenvetona voisi todeta, että teoriapohjan sisäistäminen auttoi ymmärtämään tuloksia paremmin.

7.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on menetelmänä väljä, eikä sisällä tarkkoja rajoja tai sääntöjä. (Salminen 2011, 6.) Narratiiviset katsaukset voivat sisältää erilaisia heikkouksia, katsaus ei välttämättä ota kantaa valitun materiaalin luotettavuuteen tai valikoitumiseen. (Stolt ym. 2015, 9.) Tässä opinnäytetyössä on kuitenkin pyritty valitsemaan luotettavin materiaali käyttämällä vertaisarvioituja julkaisuja, suosituksia ja muita julkaisuja, joiden sisältö on saatu luotettavin menetelmin.

Tiedon hakua ohjasi tutkimuskysymys, jonka perusteella pystyi rajaamaan käytettäviä tutkimuksia. Tämä mahdollisti sen, että käytettyihin tutkimuksiin pääsi perehtymään tarkemmin, kun materiaali ei ollut liian laaja. Työn luotettavuutta olisi lisännyt vielä tarkempi raja-
aus esimerkiksi kriisin kokeneen näkökulmaan. Aineiston valintaan ei vaikuttanut oma mielipide tai ennakkokäsitykset aiheesta, koska niitä ei juurikaan ollut.

Tiedon haussa on käytetty apuna Hamkin informaation ohjeita ja opinnäytetyöprosessin aikana on hyödynnetty ryhmämuotoista opinnäytetyön ohjausta. Tiedot asiat toistuivat eri tietokannoista haetuissa ja käytetyissä materiaalissa, joka lisää työn luotettavuutta. Tiedon haun prosessi sekä valitut aineistot perusteluineen on kuvattu taulukkoon, jonka perusteella kuka tahansa pystyy toistamaan haut ja selvittämään, kuinka tuloksiin on päästy. Opinnäytetyön tulokset antoivat vastauksen tutkimuskysymykseen.

7.2 Jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyön materiaalissa oli hyvin erilaisia näkökulmia kriisin kokeneen auttamiseen, eikä tutkimuksia ole rajattu pelkästään kriisin kokeneen omiin kokemuksiin. Tarkempia tuloksia saisi, jos keskittyisi esimerkiksi pelkästään kriisin kokeneen omiin kokemuksiin siitä, mikä heille oli hyödyllisintä ja minkälaista tukea ja apua olisivat tilanteessa kaivanneet. Tutkimuksen voisi toteuttaa joko kirjallisuuskatsauksena tai käyttäen kyselyä tai haastattelua aineiston keräämiseen.

Kriisin kokeneen auttamisesta voisi tehdä myös ammattilaisille suunnatun kyselytutkimuksen, jossa selvittäisiin esimerkiksi erilaisissa työympäristöissä työskentelevien sairaanhoitajien valmiuksia auttaa kriisitilanteessa. Mikäli tulokset paljastaisivat puutteita osaamisessa, saisi aiheesta myös hyvän toiminnallisen opinnäytetyön. Toiminnallinen opinnäytetyö voisi olla opas, jossa kerrottaisiin tiivistetysti tärkeimmät asiat kriisin kokeneen kohtaamisesta, auttamisesta ja vältettävistä asioista.

Aiheeseen liittyen olisi hyödyllistä myös selvittää esimerkiksi kriisin syntyyn ja kehittymiseen vaikuttavia tekijöitä. Näiden selvittämisellä voitaisiin saada tietoa mahdollisesti siitä, kuinka kriisin kehittymistä ja traumatisoitumista voisi ennaltaehkäistä ja tunnistaa heidät, joilla on suurentunut riski ongelmien kehittymiselle.

LÄHTEET

Boon, S., Steele, K., Van Den Hart, O. (2011). *Traumaperäisen dissosiaatiohäiriön vakauttaminen. Taito-ohjelma potilaille ja terapeuteille*. Traumaterapiakeskus.

Cantell-Forsbom, A. (2015). *Toimintamalli psykososiaalisen tuen organisoinnissa. Suuronnettomuusopas*. Duodecim. Haettu 26.5.2019 Terveysportti -tietokannasta.

Herajärvi, M. (2015). *Traumaattinen kriisi ja siitä selviäminen — opettajien työssään saamien kokemusten tarkastelua*. Pro gradu -tutkielma. Lapin yliopisto. Haettu 18.5.2019 osoitteesta <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2016062722154>

Huttunen, M. (2017). Dissosiaatiohäiriö. *Lääkärikirja Duodecim*. Haettu 5.11.2018 osoitteesta https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00360

Hynninen, T. & Upanne, M. (2006). Akuutti kriisityö kunnissa: Nykytila ja kehittämishaasteet. *Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus*. Haettu 30.8.2018 osoitteesta <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201204193570>

Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. (2012). *Tutkimuseettinen neuvottelukunta*. Haettu 16.8.2018 osoitteesta <https://www.tenk.fi/fi/tenkin-ohjeistot>

Kiiltomäki, A., Muma, P. (2007). *Tässä ja nyt. Sairaanhoidaja tekee kriisityötä*. Sairaanhoidajaliitto.

Kylmä, J., Juvakka, T. (2012). *Laadullinen terveystutkimus*. 1.—2.painos. Helsinki: Edita.

Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (2013). *Psykiaatria*. 9.—10. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Ogden, P., Minton, K., Pain, C. (2006). *Trauma ja keho: Sensomotorinen psykoterapia*. Traumaterapiakeskus.

Palosaari, E. (2008). *Lupa Särkyä. Kriisistä elämään*. 2. painos. Helsinki: Edita.

Palosaari, E. (2015). Ajatuksia akuutin kriisityön tekijöille – Voisiko trauma-teoria tarjota lisää työvälaineitä akuuttityölle? Teoksessa: Suokas-Cunliffe, A. (toim.) *Häpeästä myötätuntoon. Näkökulmia vakavaan traumatisoitumiseen*. Traumaterapiakeskus, 23–43.

Pesonen, T. (2011). Kriisihoidot somaattisen sairauden yhteydessä. *Lääkärilehti* 22/2011. Haettu 28.4.2011 Medic- tietokannasta.

Psykologinen työ akuuteissa kriiseissä: suositus hyvistä käytännöistä. (2010). *Suomen psykologiliiton ja Suomen psykologisen seuran tieteellinen neuvottelukunta*. Haettu 8.8.2018 osoitteesta <http://urn.fi/URN:NBN:fi:ELE-1496208>

Psyykinen trauma. (n.d.) *Traumaterapiakeskus*. Haettu 15.8.2018 osoitteesta <https://www.traumaterapiakeskus.com/18>

Saari, S., Kantanen, I., Kämäräinen, L., Parviainen, K., Valoaho, S. & Yli-Pirilä, P. (2009). *Hädän hetkellä – Psyykkisen ensiavun opas*. 1. painos. Helsinki: Duodecim & Suomen Punainen Risti.

Salminen, A. (2011). *Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin*. Vaasan yliopisto. Haettu 24.4.2019 osoitteesta https://osuva.uwasa.fi/bitstream/handle/10024/7961/isbn_978-952-476-349-3.pdf?sequence=1

Schultze-Lutter, F., Schimmelmann, B. & Schmidt, S. (2016). Resilience, risk, mental health and well-being: associations and conceptual differences. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 459–466. Haettu 9.8.2018 Cinahl- tietokannasta.

Stenberg, J., Blanco Sequeiros, S., Holi, M., Kampman, O., Kiesepä, T., Korkeila, J., Mäki, P., Wahlbeck, K., Joffe, G., Häll, P., Joutsenniemi, K. (2016). Mielenterveyttä etänä. *Lääkärilehti* 35/2016. Haettu 20.4.2019 Medic- tietokannasta.

Stolt, M., Axelin, A., Suhonen, R. (2015). *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä*. Turun yliopisto.

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

Traumaattisen kriisin vaiheet. (n.d.) *Suomen mielenterveysseura*. Haettu 8.8.2018 osoitteesta <https://www.mielenterveysseura.fi/fi/mielenterveys/vaikeat-el%C3%A4m%C3%A4ntilanteet/kriisit/traumaattinen-kriisi>

Traumaperäinen stressihäiriö. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2014 (viitattu 06.05.2019). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

Vainio, J. (2015). Mitä ei voi muistaa, sitä ei voi unohtaa – näkökulmia traumamuistojen käsittelyyn. Teoksessa Suokas- Cunliffe A. (toim.) *Häpeästä myötätuntoon. Näkökulmia vakavaan traumatisoitumiseen*. Traumaterrapiakeskus, 338—370.

Van Den Hart, O., Nijenhuis, E., Steele, K. (2006). Vainottu mieli. Rakenteellinen dissosiaatio ja kroonisen traumatisoitumisen hoitaminen. Traumaterrapiakeskus.

Yıldırım, A., Boysan, M., Yılmaz, O. (2018). The Mediating Role of Pathological Worry in Associations Between Dissociative Experiences and Sleep Quality Among Health Staff. *Sleep and Hypnosis*. 190—209. Haettu 29.11.2018 Cinahl- tietokannasta.

Äkillisesti kuolleen henkilön läheisten tukeminen. Hoitotyön suositus (online). Hoitotyön tutkimussäätiön asettama työryhmä. Helsinki: Hoitotyön tutkimussäätiö, 2018. (Viitattu 28.5.2019). Saatavilla www.hotus.fi.