



KRIISITILANTEEN JÄLKEINEN EMOTIONAALINEN STRESSI JA HENKINEN TUKI HOITO- JA KÄTILÖTYÖSSÄ

Stressaako liika empatia?

Päivi Aziza

Opinnäytetyö
Joulukuu 2010
Hoitotyön koulutusohjelma
Kätilötyön suuntautumisvaihtoehto
Tampereen ammattikorkeakoulu

TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU

Tampere University of Applied Sciences

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Kätilötyön suuntautumisvaihtoehto

AZIZA PÄIVI:

Kriisitilanteen jälkeinen emotionaalinen stressi ja tukitoimet hoito- ja kätilötyössä. Stressaako liika empatia?

Opinnäytetyö 81 s., liitteet 10 s.

Joulukuu 2010

Opinnäytetyöni tarkoituksena oli selvittää työyhteisöni hoitajien ja kätilöiden tarvetta traumaattisen kriisitilanteen jälkeiselle toimintamallille sekä kehittää sellainen suomalaisen sairaalan mallia mukaillen. Opinnäytetyön tehtävänä oli selvittää hoitajien ja kätilöiden kokemuksia ja selviytymistä erilaisista kriisitilanteista sekä mahdollisia auttajan tukitoimenpiteitä. Tavoitteena oli vaikuttaa työyhteisöni hoitotyöntekijöiden käsitykseen emotionaalisen stressin tiedostamisesta ja tunnistamisesta sekä henkisen tuen tärkeydestä.

Opinnäytetyössäni käytettiin kvalitatiivista eli laadullista toiminnallista tutkimusmenetelmää. Haastateltavina oli sairaalan neljää hoitajaa ja neljää kätilöä. Aineisto kerättiin teemahaastatteluilla ja analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Haastattelujen neljä pääteemaa olivat kriisitilanteet, traumaattiset kokemukset, henkinen tuki sekä toimintamallin kehittämis ehdotukset.

Opinnäytetyön tulosten mukaan haastateltavat olivat kokeneet työssään ainakin yhden traumaattisen kriisitilanteen, jonka jälkeen he olisivat tarvinneet henkistä tukea. Yhteistä kaikilla haastateltavilla oli syyllisyyden tai syyllistämisen johtuvia tunteita sekä ”jossittelu” ajatuksia. Tunnollisimmat ja empaattisimmat auttajat olivat herkistyneet helpommin traumaattiselle stressille, jonka seurauksena he olivat altistuneet stressihäiriöille, jopa sairastuneet. Työyhteisön taholta henkistä tukea ei ollut saatavilla. Sitä pidettiin kuitenkin erittäin tärkeänä ja välttämättömänä.

Opinnäytetyön johtopäätöksenä voidaan todeta, että jokainen kokee jonkinasteista stressiä traumaattisen kriisitilanteen jälkeen. Tuen merkitys korostuu traumaattisten stressihäiriöiden ennaltaehkäisemisessä. Kehittämis ehdotuksissa tuli esille erilaisten kurssien järjestämisestä erikseen hoitajille, kätilöille ja esimiehille. Yleisenä mielipiteenä oli, että sairaalassa ehdottomasti tulisi olla kriisiryhmä uhrien lisäksi myös hoitohenkilökunnalle.

Asiasanat: Traumaattinen stressi, myötätuntouupuminen, henkinen tuki, defusing, debriefing.

ABSTRACT

Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care

AZIZA PÄIVI:

Emotional Stress and Support after Crisis Situations in Nursing and Midwifery.
Is too much Empathy stressful?

Bachelor's thesis 81 pages, appendices 10 pages

December 2010

The purpose of this thesis was to clarify nurses' and midwives' need for emotional support after a traumatic crisis situation in my work community. Also, the purpose was to create a model for aftercare following traumatic incidents. The task of this thesis was to find out nurses' and midwives' experiences and survival methods in crisis situations.

The study was conducted using qualitative method. The data were collected from eight hospital nurses and midwives using focused interview. The main themes were crisis situations, emotional experiences, interventions and proposals for developing the model. The data were analyzed using qualitative content analysis.

According to the findings every nurse and midwife had faced at least one traumatic crisis incident in his/her career. The question of "what if...?" and the feelings of guilt were common to all interviewees. The common opinion was that the hospital should provide the aftercare following traumatic incidents. The meaning of emotional support is to prevent or ease traumatic stress.

Keywords: Traumatic stress, compassion fatigue, emotional support, defusing, debriefing.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITTEET	8
3	TRAUMAATTINEN KRIISI	9
3.1	Trauma	9
3.2	Kriisi	9
3.3	Katastrofi.....	11
4	EMOTIONAALINEN STRESSI HOITO- JA KÄTILÖTYÖSSÄ.....	13
4.1	Normaali stressi ja selviytyminen	13
4.2	Stressitilanteen fysiologinen prosessi	14
4.3	Traumaattisesta tapahtumasta selviytymisen vaiheet.....	15
4.4	Auttajan traumatisoituminen	17
4.5	Traumaattiset stressihäiriöt.....	19
4.5.1	Sijaistraumatisoituminen	19
4.5.2	Sekundaari posttraumaattinen stressihäiriö (STSD = secondary traumatic stress disorder)	20
4.5.3	Primääri posttraumaattinen stressihäiriö (PTSD = primary posttraumatic stress disorder).....	20
4.5.4	Myötätuntouupuminen.....	21
5	HOITAJAN MYÖTÄTUNTOUUPUMINEN	24
5.1	Empatia ja myötätunto	24
5.2	Hoitajan jaksaminen	24
5.3	Hoitotyön traumaattisia kriisitilanteita.....	26
5.4	Myötätuntouupumisen negatiiviset ja positiiviset seuraukset	27
5.5	Myötätuntouupumiselle altistavia tilanteita hoitotyössä.....	28
5.6	Myötätuntouupumisen ennaltaehkäisy.....	30
6	TRAUMAATTINEN STRESSI KÄTILÖTYÖSSÄ.....	32
6.1	Kätilötyön määritelmä	32
6.2	Kätilötyön traumaattisia kriisitilanteita	33
6.3	Kätilötyön erityispiirteitä	34
6.4	Vastavuoroinen suhde ja empaattinen samastuminen	34
7	AUTTAJAN HENKINEN TUKI JA JÄLKIPUINTI	37
7.1	Kriisejä koskevaa lainsäädäntöä ja käsitteiden määrittelyä	37
7.2	Henkinen ensiapu	38
7.3	Defusing eli purkuistunto.....	39

7.4	Debriefing	42
7.5	Muita tukimenetelmiä hoitotyöntekijöille	45
8	METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT JA TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	47
8.1	Toiminnallinen kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä	47
8.2	Kohderyhmä ja aineiston keräämistapa	48
8.3	Aineiston analyysi	50
9	TULOKSET	52
9.1	Kohderyhmän taustatietoa	52
9.2	Työyhteisön traumaattiset kriisitilanteet	52
9.2.1	Lapsen vakava vammautuminen ja kuolema sekä ”läheltä piti” - tilanteet	53
9.2.2	Fyysinen ja henkinen väkivalta	54
9.3	Traumaattinen stressi, seuraukset ja selviytyminen	54
9.3.1	Sokki- ja reaktiovaiheen reaktiot	55
9.3.2	Itsepohdiskelu ja syyllistäminen	56
9.3.3	”Josittelu”	57
9.3.4	Vaikutukset henkilökohtaiseen ja työelämään	57
9.3.5	Selviytymiskeinot	58
9.4	Henkinen tuki	59
9.4.1	Välitön tuki muutaman päivän sisällä	59
9.4.2	Katastrofin jälkeen	60
9.4.3	Henkisen tuen tarve	61
9.5	Kehittämisehdotuksia	62
9.5.1	Tukihenkilö	63
9.5.2	Kurssit, koulutus ja tukiryhmä	64
9.6	Johtopäätökset tuloksista	65
10	POHDINTA	68
10.1	Eeettisyys	68
10.2	Luotettavuus	69
10.3	Opinnäytetyön prosessi	70
10.4	Tulosten arviointia	72
10.5	Jatkotutkimus ja kehittämishaasteet	74
10.6	Toimintamalli	75
	LÄHTEET	77
	LIITTEET	82

1 JOHDANTO

Työskentelyni Israelissa sekä sairaanhoitajana että kättilönä on tuonut eteen monia kriisi- ja katastrofitilanteita. Israel on elävä laboratorio tutkimukselle ja harjoittelulle tulla toimeen stressin, kriisin ja trauman kanssa. Israel on erittäin kriisi- ja katastrofialtista aluetta, josta johtuu sairaaloiden henkilökunnan jatkuva valmiustila. Omassa työyhteisössäni koko henkilökunta on mukana suuronnettomuuksien uhrien hoitamisessa. Myös kättilönä minulla on oma paikkani tilanteessa. Monien erilaisten traumaattisten kriisi- ja katastrofitilanteiden jälkeen olen miettinyt hoitotyöntekijöiden tuen tarvetta. Sitä ei kuitenkaan ole koskaan järjestetty vaan tilanteiden purku on käyty läpi yhdessä työtoverin kanssa tai kokemuksen aiheuttamista järkytyksen tunteista on vaiettu. Vuonna 2008 joulukuussa tapahtuneen tuhoisan linja-auto-onnettomuuden uhrin tuotiin sairaalaamme, kuolonuhreja oli 26 ja loukkaantuneita 30. Tilanteen jälkeen heräsi kysymys, eivätkö traumaattista stressiä kokeneet auttajatkin olisi oikeutettuja saamaan henkistä tukea kuten onnettomuudessa mukana olleet uhrin.

Suomessa, jossa harvemmin tapahtuu suuria kriisejä tai katastrofeja, tiedotusvälineet kertovat uhrien ja läheisten saamista henkisestä ensiavusta ammatti-
auttajien, vapaaehtoisjärjestöjen ja kirkon taholta. Puhutaan asiantuntemuksella jälkipuinnista, debriefingistä, mutta auttajien tukemisesta harvemmin kuitenkaan mainitaan. Tämän perusteella olettaisin, että henkinen ensiapu toimii tehokkaasti traumaattisen kriisin uhrin ja hänen läheistensä kohdalla. Mutta kuinka tehokkaasti jälkipurku toimii kriisin kohdanneen uhrin auttajan kohdalla? Ovatko osastolla olevat kriisitilanteen jälkeiset toimintamallit kaikkien työntekijöiden tiedossa ja käytössä?

Jokainen kättilö ja sairaanhoitaja suurella todennäköisyydellä joutuu jossain työnsä vaiheessa kohtaamaan jonkin tasoisen kriisitilanteen, joko olemalla siinä itse mukana tai seuraamalla vierestä. Kokemus voi olla erittäin traumaattinen,

esimerkiksi lapsen syntyminen kuolleena, jolloin lähdetään hakemaan tapahtuneeseen syyllistä. Tai lapsen äkillinen kuolema liikenneonnettomuudessa, jolloin sairaanhoitajan omat tunteet ovat koetuksella lohduttaessaan lapsen omaisia.

Olen rajannut tämän työni käsittelemään hoito- ja kätilötyössä tapahtuvien kriisitilanteiden aiheuttamaa emotionaalista stressiä ja auttajan henkistä ensiapua ja tukitoimia. Tutkimukseni kohteena ovat sairaalassa toimivat kätilöt ja hoitajat, joista käytän yhteistä nimitystä auttajat. Tarkastelen kriisejä ja niistä selviytymistä hoitajan ja kätilön näkökulmasta, mutta väistämättä aihe sivuaa myös psykologiaa.

Opinnäytetyöni tarkoituksena on selvittää oman työyhteisöni hoitajien ja kätilöiden tarvetta kriisitilanteen jälkeiselle toimintamallille sekä kehittää toimintamalli suomalaisen sairaalan mallia mukaillen. Tavoitteenani on löytää mahdollisimman paljon ajankohtaista tutkimustietoa erilaisista luotettavista keinoista auttaa ja tukea auttajaa. Pyrin myös tekemään tietoiseksi työyhteisöni hoitajien ja kätilöiden keskuudessa emotionaalisen stressin tiedostamista ja tunnustamista sekä tuen hakemista. Opinnäytetyön tehtävänä oli saada tietoa kirjallisuudesta, tutkimuksista ja kohderyhmän kokemuksia traumaattisesta stressistä ja tukitoimista sekä yhdistää nämä tiedot ja kehitellä työyhteisöni soveltuva toimintamalli. Opinnäytetyöni lähestymistapana on laadullinen toiminnallinen menetelmä ja aineiston olen kerännyt teemahaastatteluina.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITTEET

Opinnäytetyöni tarkoituksena on selvittää työyhteisöni hoitajien ja kättilöiden kokemuksia erilaisista traumaattisista kriisitilanteista ja henkisen tuen tarvetta. Saamani haastattelutietojen pohjalta tarkoitukseni on laatia työyhteisöäni varten sopiva kriisitilanteen jälkeinen henkisen tuen toimintamalli suomalaisen sairaalan mallia soveltaen.

Opinnäytetyöni tehtävänä on selvittää

Millaisia traumaattisia kokemuksia auttajilla on hoito- ja kättilötyön kriisitilanteista?

Minkälainen on suomalaisen sairaalan kriisitilanteen jälkeinen toimintamalli?

Minkälainen traumaattisen kriisitilanteen jälkeinen toimintamalli soveltuu israelilaiseen sairaalaan?

Opinnäytetyöni tavoitteena on parantaa työyhteisöni hoitajien ja kättilöiden työhyvinvointia välittämällä ajankohtaista tutkimustietoa erilaisista keinoista auttaa ja tukea auttajaa. Pyrin omalta osaltani vaikuttamaan työyhteisössäni auttajien henkisen hyvinvoinnin paranemiseen tekemällä tietoiseksi emotionaalisen stressin tiedostamisen ja tunnistamisen sekä tuen hakemisen tärkeyden.

3 TRAUMAATTINEN KRIISI

3.1 Trauma

”Trauma ei ole sairaus vaan vaiva” (Levine 2006, 47).

Alkujaan trauma sanaa käytettiin lääketieteessä, ja sillä tarkoitettiin fyysistä vammaa, vauriota tai haavaa. Sigmund Freud toi trauman käsitteenä psykologiaan. Psykkisen trauman Freud määritteli ”kokemukseksi, jossa lyhyessä ajassa mieli joutuu vastaanottamaan sellaisten ärsykkeiden tulvan, jotka ovat liian voimakkaita käsiteltäviksi tavanomaisella tavalla.”(Saari 2008, 15 – 16.)

Traumaterapiakeskus määrittelee trauman traumatisoivan tapahtuman aiheuttamaksi henkiseksi tai ruumiilliseksi vaurioksi tai haavaksi, joka saa aikaan traumaattista stressiä. (Traumaterapiakeskus 2010) Trauma on voimakas sietorajan ylittävä ja stressaava tapahtuma, joka ei kuulu ihmisen tavallisten inhimillisten kokemusten piiriin (Levine 2008, 33).

Israelilainen kriisipsykologi Ofra Ayalon on kuvannut traumaattista tapahtumaa ilmiöksi, jonka ympärille voidaan piirtää kehiä. Ihmiset, jotka ovat sisemmällä kehällä, ovat lähempänä tapausta henkisesti, ja ulkokehällä olevia tapaus ei puhuttele. (Nurmi 2006, 162.)

3.2 Kriisi

” Kriisi ei ole sairautta, josta tulee parantua, vaan elämää, joka on eletävä ”
(Ruishalme & Saaristo 2007, 26).

Kriisi on tilanne, jolloin ihminen joutuu sellaiseen elämäntilanteeseen, jossa hänen aikaisemmat kokemuksensa, tietonsa ja taitonsa eivät riitä sitä käsittelemään. Yleensä kriisi käsitetään negatiiviseksi tilanteeksi, mutta muutos voi olla

myös positiivinen, jonka kautta voi aina oppia jotain uutta. (Heiskanen, Salonen & Sassi. 2006, 35.) Kreikan kielessä kriisi (krisis) on ilmeisesti negatiivisen merkityksen lisäksi tarkoittanut myös mahdollisuutta (Palosaari 2008, 23).

Jokaisen ihmisen elämään kuuluu kriisejä, joista osa on ihmisen elämänkaareen kuuluvia kehityskriisejä ja osa elämänkriisejä. Nämä kriisit tapahtuvat yleensä vähitellen, ja niihin voi varautua ja valmistautua ennalta. Kehityskriisit ovat normaaleja ihmisen kehitykseen ja kasvuun kuuluvia elämän suuria muutosvaiheita, kuten lapsen syntyminen tai eläkkeelle jääminen. Elämänkriisit liittyvät ihmissuhteisiin, työhön tai asuinpaikkaan. Tällaisia muutoksia voivat olla avioero, muutto tai työttömyys. Elämään kuuluvista normaaleista kriiseistä yleensä selvitään omien voimavarojen ja läheisten tuen avulla. Elämässä voi tapahtua myös yllättäviä ja henkisesti järkyttäviä tilanteita, joihin ei voi varautua etukäteen eivätkä ihmisen normaalit selviytymiskeinot aina riitä tilanteen hallintaan. Tällaisia tapahtumia tai tilanteita kutsutaan traumaattisiksi eli äkillisiksi kriiseiksi. (Saari ym. 2009, 9 – 11.)

Traumaattisen tapahtuman ennustamattomuus, yllätyksellisyys ja odottamattomuus ovat tärkeimpiä kriisin syntyyn vaikuttavia tekijöitä. Traumaattinen tilanne voi sattua missä tahansa, milloin tahansa tai kenelle tahansa. Tapahtuma aiheuttaa pelkoa, kauhua, avuttomuutta tai kyvyttömyyttä hallita tilannetta. Ihminen ei kestä elämän hallinnan tunteen menettämistä, joten hän siirtää pelkonsa syyllisyydentunteeseen ja jossitteluajatteluun. Ihmisen tietoisuus omasta haavoittuvuudesta lisää pelkoa tulevista järkyttävistä tapahtumista. Traumaattinen kriisi muuttaa ihmisen elämänarvoja ja aikaisempaa käsitystä maailmasta. Perheen ja ihmissuhteiden merkitys korostuu ja kaikki muu menettää merkitystään. (Saari ym. 2009, 13 – 15, 17 – 18; Vilppola 2009.)

Traumaterapiakeskus määrittelee traumaattisen kriisin psyykkiseksi tilaksi, jossa yksilö kohtaa ulkoisen tapahtuman, joka uhkaa hänen ruumiillista olemassaoloaan, sosiaalista identiteettiään ja turvallisuuttaan tai tarpeiden tyydytysmahdollisuuksiaan (Traumaterapiakeskus 2010). Traumaattinen kriisi on akuutti

emotionaalinen tila, jolloin ihmisen tasapaino ajattelun ja tunteiden välillä järkkyy, selviytymiskeinot eivät riitä ja hän traumatisoituu (Hynninen & Upanne 2006, 50).

Poliisipsykologi Lasse Nurmi (2006, 193) kuvaa traumaattisen kriisin kokemista siten, että ihmisen maailma pirstoutuu hetkeksi ja hän joutuu shokkiin. Psykologian tohtori Eija Palosaari (2008, 25) käyttää traumaattisen kriisin tilalla äkillistä kriisiä, sillä kriisi ei välttämättä traumatisoi. Traumatisoituminen tapahtuu silloin, kun kriisikokemus on niin voimakas, että ihmisen reaktiot ovat vahvat, ja niihin juuttuminen on erittäin todennäköistä.

Traumaattisia kriisitilanteita ovat katastrofit, fyysinen, henkinen tai seksuaalinen väkivalta, onnettomuudet, vakavat sairastumiset, läheisen äkillinen kuolema tai itsemurha, vakavasti loukkaantuneen tai kuolleen näkeminen ja vaikeat synnytykset (Heiskanen ym. 2006, 39; Levine 2008, 29, 34). Länsimaiden väestöstä 35 – 90 prosenttia kohtaa elämänsä aikana järkyttävän traumaattisen tapahtuman, joka aiheuttaa traumatisoitumista (Käypä hoito 2009).

3.3 Katastrofi

Suomen Lähetysseura määrittelee katastrofin ”äkilliseksi tai hitaasti kehittyväksi tuhoisaksi tapahtumaksi, johon liittyy huomattavia, paikallisyhteisöjen tai yhteiskuntien toimintakykyä merkittävästi heikentäviä inhimillisiä, aineellisia, taloudellisia tai muita menetyksiä. Katastrofit voivat aiheutua joko luonnonilmiöistä tai ihmisen toiminnasta. Katastrofin vaikutukset ovat sellaiset, että paikallisyhteisö/yhteisöt tai yhteiskunta tarvitsee lisätukea vahinkojen korjaamiseen.”(Suomen Lähetysseura 2010.)

Katastrofi, samoin kuin traumaattinen kriisi, on yhtäkkinen, ennalta arvaamaton ja odottamaton tapahtuma, jonka kulkua ei voi ohjailta. Se uhkaa ihmisen olemassaoloa, identiteettiä, ihmisarvoa sekä psyykkistä ja fyysistä turvallisuutta.

Se johtaa suuriin inhimillisiin kärsimyksiin ja aiheuttaa suuria materiaalisia vahinkoja. (Leppävaara ym. 2009, 208.) Kansainvälisesti katastrofi on määritelty onnettomuudeksi, jossa kuolonuhreja on yli sata. Terveystieteet määrittelevät katastrofin tilanteeksi, jolloin loukkaantuneiden määrä ylittää paikallisen hoitokapasiteetin (Dyregov 1994, 14; Saari 2008, 20).

Katastrofit voidaan luokitella suur- ja arkionnettomuuksiin, ja ne voivat johtua luonnonilmiöistä (maanjäristykset, tsunamit ja tulvat) tai ihmisen toiminnasta. Suuronnettomuudessa uhreja sekä kuolleita että loukkaantuneita on paljon eivätkä tavanomaiset resurssit riitä tilanteen hoitamiseksi. Arkionnettomuus on äkillinen tapahtuma, joka kohtaa yksilöä, perhettä tai yhteisöä. Sellainen voi olla pahoinpitely, ryöstö tai tulipalo. (Kiiltomäki & Muma 2007, 127.) Suuret elämän vastoinkäymiset ja menetykset ovat henkilökohtaisia katastrofeja tai kriisejä. Sanaa katastrofi käytetään paljon arkiyhteyksissä (Nurmi 2006, 14). Ero kriisin ja katastrofin välillä ei aina ole selkeä vaan sanoja usein sekoitetaan keskenään. Elämän pienikin vastoinkäyminen voi toiselle olla katastrofi.

4 EMOTIONAALINEN STRESSI HOITO- JA KÄTILÖTYÖSSÄ

4.1 Normaali stressi ja selviytyminen

Stressi on tilanne, jolloin stressitekijöiden eli ulkopuolisten olosuhdetekijöiden ja persoonallisuustekijöiden (kyvyt, taidot ja elämän tavoitteet) välille syntyy ristiriitaa. Toisin sanoen, ihminen kokee stressiä, kun häntä kohtaa jokin epänormaali tai uhkaava tilanne, johon hänen sopeutumiskeinonsa eivät riitä vastaamaan. Hän altistuu stressireaktiolle joko kohtaamalla itse traumaattinen tapahtuma, tai olemalla välillisesti yhteydessä traumatilanteeseen tai tapahtuman uhriin. (Kiiltomäki & Muma 2007, 139; Saari 2008, 274.)

Traumaattisessa tilanteessa käynnistyvät ihmisen selviytymismekanismit, joiden tarkoituksena on vähentää stressiä ja auttaa selviytymään tilanteesta. Selviytymiskeinot saattavat sisältää tunnepitoista reagointia kuten itsensä tai muiden syyttämistä. Niiden avulla hallitaan voimakkaita tunteita tai suojaudutaan niiltä. Stressin kieltäminen, torjuminen tai etäisyyden otto suojaavat traumaattiselta stressiltä varsinkin sen alkuvaiheessa. Lisäksi selviytymismallina voi olla aktiivinen toiminta ongelman ratkaisemiseksi puhumalla muiden kanssa tapahtuneesta. (Nissinen 2007, 126; Saari 2008, 275.)

Traumatisoitunut ihminen toipuu stressaavasta kokemuksestaan sisäisten ja ulkoisten selviytymiskeinojen avulla. Ulkoisesta selviytymiskeinosta on esimerkiksi hyvä empaattinen ystävä ja sisäisiin voimavaroihin kuuluu keskeisenä kokemusten lisäksi vaistomaiset reaktiot ('taistele tai pakene') eli synnynnäiset toimintasuunnitelmat, jotka laukeavat uhkaavassa tilanteessa automaattisesti. (Levine 2008, 61.)

Israelilainen kriisipsykologi ja psykologian tohtori Ofra Ayalon (1995) on kehittänyt BASIC Ph-mallin (Beliefs, Affect, Social, Imagination, Cognition, Physical) selviytymiskeinoista ja luokitellut selviytyjät erilaisiin tyyppeihin. Selviytyjä voi olla älyllisesti, emotionaalisesti, sosiaalisesti, henkisesti ja fyysisesti suuntautu

nut tai luova selviytyjätyyppi. Parhaiten selviytyvät ne ihmistyytit, joiden käytössä on mahdollisimman monta selviytymiskeinoa. Aylalonin mielestä on kaksi taitoa, jotka auttavat selviytymisessä: ”kyky ottaa vastaan tukea tuntematta häpeää tai riippuvuutta ja kyky tarjota toiselle tukea olematta liian holhoava”. (Kiiltomäki & Muma 2007, 97 – 99.)

Välitön reagoiminen järkyttävään tapahtumaan lamaantumalla, kieltämisellä, etäisyyden ottamisella, fyysisillä tuntemuksilla ja tunnereaktioilla on normaalia, ja se kertoo terveestä itsesuojelusta ja kyvystä tuntea (Nissinen 2007, 113 – 114). Kohtuullinen stressi on hyväksi ja tehokkaan työskentelyn edellytys, ja voi motivoida parempaan suoritukseen. Terveeseen prosessiin kuuluu tapahtuman hyväksyminen ja elämän jatkuminen. (Kiiltomäki & Muma 2007, 138; Saari 2008, 275.)

4.2 Stressitilanteen fysiologinen prosessi

Trauman tapahtuman aikana aivot kertovat keholle uhan olemassaolosta. Aivojen limbinen järjestelmä reagoi voimakkaaseen stressiin tai traumaattiseen tilanteeseen vapauttamalla hormoneja, jotka kertovat keholle, että sen tulee valmistautua puolustautumaan. Tämän seurauksena automaattisen hermoston sympaattinen puoli aktivoituu valmistaen kehon taistelemaan tai pakenemaan. Oireina tästä on hengityksen ja sydämen sykkeen nopeutuminen. Samaan aikaan myös parasympaattinen puoli aktivoituu, varsinkin, jos traumaattinen tapahtuma on välitön tai pitkäkestoinen. Tämän aktivoitumisen seurauksena on tooninen liikkumattomuus. (Rothschild 2010, 2 – 3.)

Filosofian tohtorin ja trauman tutkijan Peter A. Levenin (2008) vertaa ihmisen kokemusta traumaattisessa tilanteessa eläimen käyttäytymiseen. Vaistovaraisesti vaaran kohdatessaan eläin jähmettyy tai tekeytyy kuolleeksi. Levenin mielestä trauman oireet johtuvat jähmettyneen energian ylijäämästä, joka on jäänyt

loukkuun hermojärjestelmän sisälle, ja jota ei ole purettu. Ihminen traumatisoituu, kun aivokuori syrjäyttää vaistonvaraiset reaktiot ja järki vie voiton (Levine 2008, 27, 30, 112). Ylivireys eli autonomisen hermoston yliaktivaatio-tila voi lauleta itsestään tai kroonistua (Rothschild 2010, 2 – 3).

Psykotraumatologi George Everlyn (1993) on selvittänyt traumaattisten tilanteiden vaikutusta ihmisen mieleen ja erilaisten välittäjämekanismien kautta fysiologiseen toimintaan. Pitkään jatkuvan stressireaktion seurauksena on hermostollisen ja hormonaalisen järjestelmän jatkuva ylitoiminta, ja sen myötä funktionaaliset häiriöt, jopa sairastuminen. (Compassion fatigue 2010.)

4.3 Traumaattisesta tapahtumasta selviytymisen vaiheet

Seurauksena traumaattisesta tilanteesta tai tapahtumasta on psyykkisen sopeutumisprosessin nopea käynnistyminen, joka on yksilöllinen ja saattaa olla pitkäkestoinen (Saari ym. 2009, 20). Kriisiprosessin vaiheet on jaettu psykiatri Johan Cullbergin (1991, 141) mallin mukaan sokki-, reaktio-, käsittelyvaiheeseen sekä uudelleen suuntautumisen vaiheeseen. Yksilöllisiä eroja on eri kriisivaiheiden kestossa ja reaktioiden voimakkuudessa, mutta itse prosessi etenee samassa järjestyksessä (Saari ym. 2009, 20).

Sokkivaihe alkaa välittömästi traumaattisen tilanteen jälkeen ja kestää yleensä muutamasta minuutista muutamaan päivään, kunnes koettu vaaratilanne on ohi. Sen kestoon vaikuttaa turvallisuuden kokeminen ja kokemuksen järkyttävyys. Sokkivaiheen tehtävänä on suojella ihmismieltä sellaiselta tiedolta, mitä se ei pysty vastaanottamaan. Noin 20 – 30 prosenttia sokissa olevista reagoi lamaantumalla tai hysterialla. Yleensä jälkikäteen ei muisteta tapahtuneesta muuta kuin joitain yksityiskohtia. Monesti tämä vaihe menee huomaamattomasti ohi. (Saari ym. 2009, 21 – 25.)

Reaktiovaihe saattaa kestää useita viikkoja ja on kriisiprosessin vaikein vaihe, jolloin ihminen yrittää saada käsitystä tapahtuneesta: miksi ja miten kaikki tapahtui. Reaktiovaiheelle on ominaista voimakkaat ajatukset ja tunteet kuten syyttäminen, syyllisyydentunnot, aggressio ja viha. Niiden tarkoitus on suojata trauman kokenutta omilta tunteiltaan. Tyypillistä on jossittelu ja syyllistäminen sekä primitiiviset puolustusmekanismit: regressio, kieltäminen, projisointi, rationalisointi, tunteiden eristäminen ja torjuminen. Regressio eli taantumisen ilmaantuu kyvyttömyytenä päättää asioista. Projisoinnilla tarkoitetaan omien syyllisyyden tunteiden siirtämistä toisten harteille. Rationalisoiminen tarkoittaa syyllisyyden tunteiden järkevää selvittelyä. Tapahtuma tai sen aiheuttamat tunteet saatetaan kieltää tai tapahtumasta puhutaan tynesti ja asiallisesti. Tätä tunteiden eristämistä ympäristö yleensä ihailee ja pitää hoitajaa urheana. Emotionaalisten tunteiden lisäksi myös ruumiilliset reaktiot ovat ominaista tälle vaiheelle. Sopeutuminen häiriytyy, jos psyykkiset ja fyysiset reaktiot estyvät tai estetään. Sokki- ja reaktiovaihe muodostavat varsinaisen kriisin akuuttivaiheen. (Cullberg 1994, 144 – 147; Lönnqvist 2005; Saari ym. 2009, 31 – 33, 39.)

Käsittelyvaihe kestää muutamista kuukausista muutamaan vuoteen. Ihmisen mieli alkaa sulkeutua kolmen ensimmäisen vuorokauden jälkeen tapahtuneesta. Tässä vaiheessa kriisiprosessi hidastuu. Ihminen pyrkii luomaan etäisyyttä tapahtumaan ja kaipaa yksinoloa käsitelläkseen kokemustaan rauhassa eikä halua puhua tapahtuneesta muiden kanssa. Hän vetäytyy ihmissuhteista ja työpäivä saattaa tuntua ylivoimaiselta. Tällöin tapahtumat hyväksytään ja traumaattinen asia ei ole koko ajan mielessä. Psyykkiset ja fyysiset oireet ja tuntemukset vähenevät. Tyypillisiä oireita ovat muisti- ja keskittymisvaikeudet, sillä osa ihmisen tarkkaavaisuudesta kohdistuu traumaattisen kokemuksen käsitteilyyn. Viimeisenä kriisin vaiheena on uudelleen suuntautuminen, jolloin muutokseen on sopeuduttu ja elämä jatkuu. Tämä vaihe on nuorille helpompi kuin vanhemmille ihmisille. (Saari 2008, 67–68; Saari ym. 2009, 41 – 45, 48 – 49; Vilppola 2009.)

Levine (2008, 144) jakaa traumaan reagoimisen neljään osatekijään: ylivireys, kehon ja aistimusten supistuminen, dissosiaatio (itsestä erkaantuminen) ja jähmettyminen (avuttomuus). Trauman klassinen oire on dissosiaatio eli kehosta erkautuminen, jolloin traumaattinen tapahtuma ei ole tullut todeksi yksilölle eikä hän ymmärrä sen vaikutusta elämässään. Dissosiaatiota kuvaa hyvin Woody Allenin sanat: ”En pelkää kuolemaa. En vain halua olla paikalla, kun se tapahtuu.”(Levine 2008,148, 150.)

Traumapsykologi Eija Palosaari on tiivistänyt kriisin vaiheet siihen, mitä ihminen kokee kaatuessaan pyörällä. ”Hetki putoamisen jälkeen ei tunnu mitään (sokki). Kipu alkaa vasta, kun nousee ylös maasta ja analysoi pyörää kotiin taluttaessaan tarkemmin, mitä tapahtui (reagointi). Suuri tai pieni elämänkolhu, kriisissä on samat vaiheet. Sen voi kokea muutaman tunnin mittaisena tai se voi kestää vuosia.” Sokkivaiheen tunteettomuus ja reaktiovaiheen tunteiden irtipääsemisen lisäksi Palosaari kuvailee käsittelyvaihetta myrskyn tyyntymisenä. (Harjula 2008, 80.)

Kriisireaktiot ovat normaaleja reaktioita ylivoimaisiin tilanteisiin, mutta niihin juuttuminen ja niiden pitkittyminen aiheuttavat häiriötilan (Saari ym. 2009, 54). Noin kolmannes trauman kokeneista ihmisistä juuttuu johonkin kriisiprosessin vaiheeseen (Häkämies 2010). Tutkimukset osoittavat, että auttajat käyvät läpi samanlaisia psyykkisiä reaktioita, kuin kriisissä olevat autettavat (Ruishalme & Saaristo 2007, 122).

4.4 Auttajan traumatisoituminen

Trauma tai hoitamaton stressi voi ajan kuluessa johtaa traumatisoitumiseen (Saari ym. 2009, 54). Traumatisoitumiseen vaikuttaa traumaattisen tilanteen voimakkuus, kesto ja toistuvuus sekä ihmisen elämäntilanne ja ihmissuhteet (Levine 2008, 59 – 60.) Erittäin voimakas traumaattinen tapahtuma tai useampi

peräkkäinen kuormittava tilanne voi johtaa ihmisen tilaan, jossa pienikin ylimääräinen stressi saattaa aiheuttaa voimavarojen loppumisen ja oireiden ilmaantumisen. Tilanteesta voi tulla raskas, jos traumaattinen kriisi osuu keskelle normaalia kehitys- tai elämänkriisiä. (Lönqvist 2005, 2.)

Auttajan kohdatessa traumaattisen kriisitilanteen joko olemalla itse siinä mukana tai olemalla vuorovaikutuksessa trauman kokeneen potilaan tai hänen lähensä kanssa, hän saattaa altistua traumatisoitumiselle myös itse. Se, että traumatisoituuko auttaja vai ei, riippuu hänen sekä sisäistä (tieto, taito, kokemus ja oma elämäntilanne) että ulkoisista voimavaroistaan (sosiaalinen tuki) (Levine 2008, 60 – 61). Työssään auttajalla on ammattirooli, joka suojaa häntä omilta henkilökohtaisilta tunteiltaan. Kun ammattirooli purkautuu, stressireaktiot tulevat esiin. Henkisen stressin purkamatta jättäminen käynnistää ei-toivotut selviytymiskeinot. (Saari 2008, 278 – 280.)

Traumatisoitumisen seurauksena voi ilmetä fyysisiä, psyykkisiä, emotionaalisia ja sosiaalisia reaktioita. Ammattiauttajilla on todettu katastrofitilanteissa fyysisiä oireita kuten pahoinvointia, sydämentykytystä, vapinaa ja vatsakipuja. Sokissa oleva auttaja voi muistaa tapahtuman yksityiskohdat erittäin tarkasti, mutta aikajärjestys voi muuttua. Muistot saattavat palautua mieleen yhtäkkiä jonkin traumatapahtumaa muistuttavan tekijän vaikutuksesta. (Dyregrov 1994, 25; Ayalon 1995, 10 – 11.)

Lievät ja nopeasti ohimenevät traumaattiset stressireaktion oireet ovat normaaleja ja järkytykseen liittyviä ilmiöitä. Akuutin stressin oireet kestävät yleensä parista päivästä neljään viikkoon. Varsinainen traumaattinen stressihäiriö on kyseessä, kun oireet jatkuvat yli kuukauden ja ne haittaavat arkielämää. (Nissinen 2007, 113; Saari ym. 2009, 55.)

4.5 Traumaattiset stressihäiriöt

Traumaattisia stressihäiriöitä ovat sijaistraumatisoituminen, sekundaari ja primääri posttraumaattinen stressihäiriö ja myötätuntouupuminen. Näillä käsitteillä on yhtäläisyyksiä niiden oireissa ja seurauksissa. Psykologisen trauman tutkijat ovat esittäneet, että traumahistorialla, psyykkisellä huonovointisuudella, huonolla sosiaalisella tuella, naissukupuolella, matalalla koulutuksella ja sosioekonomisella asemalla olisi yhteyttä hoitotyöntekijöiden kohonneeseen riskiin traumaattisen stressihäiriön kehittymiselle (Leinweber & Rowe 2010).

4.5.1 Sijaistraumatisoituminen

Sijaistraumatisoituminen tarkoittaa autettavan trauman siirtymistä auttajaan. Se on seurausta jatkuvasta myötätuntouupumisesta, joka syntyy varsinkin pitkissä hoitosuhteissa. Kaikki ne työntekijät, jotka ovat tekemisissä trauman kohdanneen ihmisen kanssa, altistuvat sijaistraumatisoitumiselle (Saarinen & Katajisto 2003; Kiiltomäki & Muma 2007, 140.)

Seurauksena sijaistraumatisoitumisesta on auttajan ajattelu- ja kokemusmaailman pysyvä, usein negatiivinen muuttuminen, jolla on vaikutusta hänen ammatilliseen ja henkilökohtaiseen elämäänsä. Hänen voi olla vaikea kestää voimakkaita tunteita, hän on kriittinen itseään kohtaan tai herkistynyt erilaisille traumaattisille tapahtumille. Nämä seuraukset eivät johdu auttajan ammattitaidottomuudesta eivätkä henkilökohtaisista ominaisuuksista vaan uupumuksesta auttajan sisäisessä kokemusmaailmassa. (Nissinen 2007, 52 – 53, 138 – 140.)

Auttajan vakava sijaistraumatisoituminen vaikuttaa koko työyhteisöön, joka näkyy työn laadun ja moraalien heikkenemisenä kuten työhön uppoutumisena, epäpätevyyden tunteena työssä, turtumisreaktiona, kynnisytenä tai motivaation puutteena sekä lisääntyneinä sairauslomina, työyhteisön sisäisinä ristiriitoina ja henkilökunnan vaihtuvuuden lisääntymisenä. (Saarinen & Katajisto 2003; Vilppola 2009.)

4.5.2 Sekundaari posttraumaattinen stressihäiriö (STSD = secondary traumatic stress disorder)

Lähellä sijaistraumatisoitumista on sekundaari posttraumaattinen stressihäiriö (STSD), joka on auttajan kokemus kohdatessaan traumatisoituneen ihmisen. Stressi syntyy myötätunnosta autettavaa kohtaan, ja se on traumatisoituneiden ihmisten auttamisen sivutuote. STSD:n oireet alkavat yleensä nopeasti tapahtuman tai tilanteen jälkeen. Charles Figley on erottanut STSD:stä sekundaarin traumaattisen stressin (STS), joka tarkoittaa traumaattisen tilanteen vaikutusta ilman häiriötä. (Nissinen 2007, 103.)

STSD pitää sisällään käsitteet transferenssi (tunteensiirto) ja vastatransferenssi (vastatunne), jotka kuuluvat ihmissuhteisiin ja ovat keskeinen lähde autettavan ymmärtämiseen. Hoitajan ja hoidettavan kokemukset vaikuttavat toisiinsa ja vuorovaikutuksen sisältöön. Hoitaja ikään kuin kuuntelee potilaan oireiden, tapahtumien kaikuja itsessään, jonka kautta hän voi ymmärtää potilaan kokemuksia paremmin. Jos hoitaja ei tiedosta näitä vastatunteitaan, vaikuttavat ne hoitosuhteeseen ja hoitajan hyvinvointiin. (Nissinen 2007, 121 – 123.)

4.5.3 Primääri posttraumaattinen stressihäiriö (PTSD = primary posttraumatic stress disorder)

Trauman kokeneen ihmisen hoitamatta jäänyt stressi voi kehittyä primääriksi posttraumaattiseksi stressihäiriöksi (PTSD = primary posttraumatic stress disorder). PTSD on lähinnä autettavan kokemus, vaikka sille voi auttajakin altistua joutuessaan itse vaaratilanteeseen. Se voi kehittyä kenelle tahansa erittäin poikkeuksellisen voimakkaan traumaattisen tapahtuman seurauksena (Nissinen 2007, 102; Huttunen 2009.)

Traumaattisen tapahtuman kokenut ihminen voi juuttua mihin tahansa kriisivaiheeseen, mutta varsinaisesta PTSD:stä puhutaan, kun ihminen juuttuu kriisiprosessin reaktiovaiheeseen. Tällöin jäävät päälle reaktiovaiheen voimakkaat

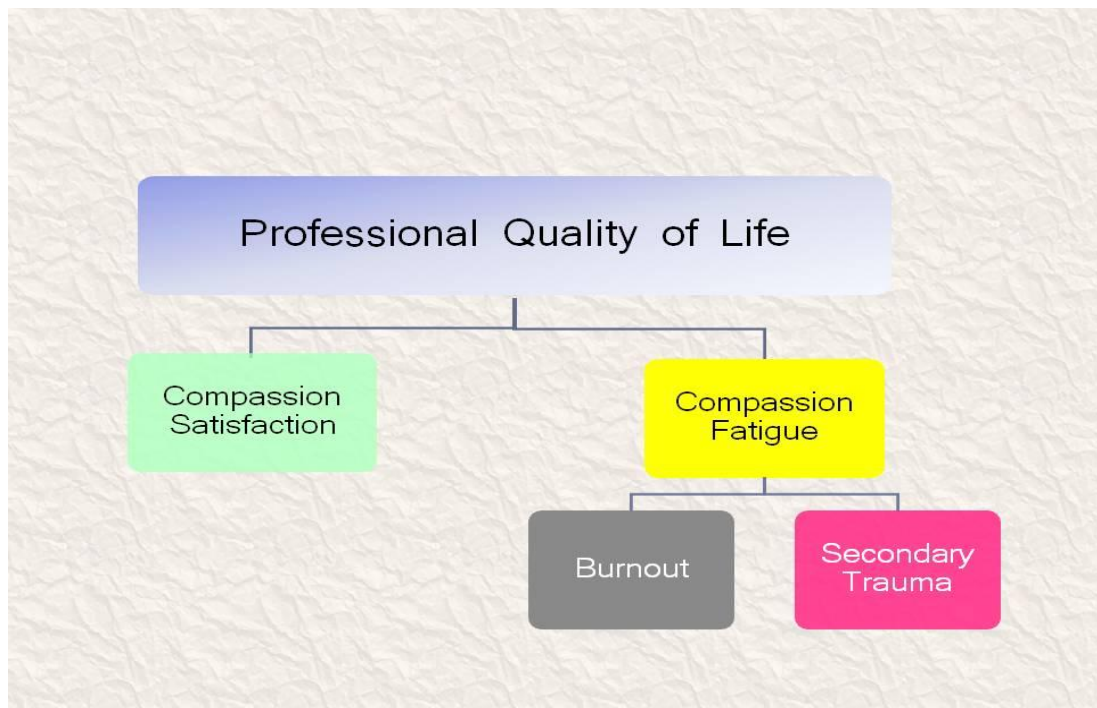
tunteet ja oireet. PTSD on kyseessä vasta, kun stressireaktiot ovat jatkuneet yli kuukauden (Saari 2009, 55). Laajoissa tutkimuksissa on osoitettu, että PTSD:hen sairastumisen vaara vaikean psyykkisen trauman kokemisen jälkeen on 20 – 30 prosenttia. Noin kolmasosalla traumatisoituneista oireet jatkuvat useita vuosia. (Huttunen 2009.)

PTSD on ainoa diagnoosi psykiatrisessa tautiluokituksessa (DSM VI), jossa ulkoinen tapahtuma ja sen tunnusmerkit on asetettu diagnoosin ehdoksi. PTSD:lle kolme tyypillistä oiretta ovat ahdistavat mieli- ja muistikuvat (flashbackit) tapahtuneesta, tapahtumaa muistuttavien tilanteiden välttäminen ja yliviireys (Saari ym. 2009, 43–44). PTSD tunnetaan johtavan merkittävään elämän heikentymiseen ja ammatilliseen toimimattomuuteen vähentämällä yksilön kapasiteettia vaikuttaa toisiin, alentamalla itsetuntoa ja -tehokkuutta, ja aiheuttamalla fyysistä ja henkistä väsymystä ja uupumusta (Leinweber & Rowe 2010). PTSD:n seurauksena saattaa riski masennukseen, unihäiriöihin ja alkoholin käyttöön lisääntyä (Huttunen 2009).

4.5.4 Myötätuntouupuminen

Myötätuntouupuminen on traumaattista stressiä kuvaavista termeistä uusin, jonka amerikkalainen psykotraumatologi Charles Figley kehitti kuvaamaan auttajan työssä ilmenevää sekundaarista traumaattista stressireaktiota. Myötätuntouupuminen tulee englannin kielisistä sanoista compassion fatigue, joista compassion tarkoittaa kirjaimellisesti syvän sympatian ja surun tuntemista sellaista ihmistä kohtaan, jota on kohdannut kärsimys tai onnettomuus, ja voimakasta halua lievittää kipua tai poistaa sen aiheuttaja. (Figley 2002.) Myötätuntouupuminen on ”miedompi” käsite loppuun palamiselle, sekundääriselle traumaattiselle stressille ja sijaistraumatisoitumiselle. (Nissinen 2007, 51, 54.)

Figley kuvailee myötätuntouppumista stressinä tai uupumisena, joka johtuu traumatisoituneen henkilön auttamisesta tai auttamisen halusta. Lisäksi hänen mukaansa myötätuntouppumus on yksi vakavan työuupumisen eli loppuun palamisen (burnout) muoto (Figley 2002; Ruishalme & Saaristo 2007, 124.) Kuvassa 1 kuvataan ammatillista elämänlaatua, joka on jaettu myötätuntotytyväisyyteen ja myötätuntouppumiseen. Myötätuntouppumus sisältää vakavan työuupumuksen ja sekundaarisen trauman, jolla tarkoitetaan traumaattista stressiä. (Hudnall 2009.)



Myötätuntotytyväisyys ja myötätuntouppuminen (ProQOL.org)

Sabon (2006) mielestä myötätuntouppuminen terminä viittaa emotionaaliseen stressiin, joka on seurausta altistumisesta traumatisoituneelle yksilölle, mieluummin kuin itse traumaattiselle tapahtumalle (Leinweber & Rowe 2010). Johdava traumatologi Eric Gentry on ehdottanut, että ihmiset, joita viehättää hoiwaaminen, ovat jo myötätuntouppuneita aloittaessaan työnsä traumatisoituneiden parissa. Näitä ihmisiä on jo pienestä alkaen opetettu huolehtimaan toisten tarpeista omien edellä. (Compassion Fatigue 2010.)

Kansainvälistä kirjallisuutta myötätuntuupumisesta on 1990 -luvulta lähtien. Suomessa on kuitenkin aihetta tutkittu vähän, kun taas USA:ssa ja Englannissa tutkimustietoa on runsaasti. 1990 -luvulla teologian tohtori Martti Lindqvist kirjoitti auttajan varjosta, jolla hän tarkoitti työn henkistä kuormittuvuutta ja henkistä uupumista (Lindqvist 1990, 128, 131). Henkiseen kuormittumiseen liittyvää työuupumusta on kuvattu myös suomalaisissa työolokartoituksissa. Suomessa ensimmäisen myötätuntuupumista käsittelevän kirjan kirjoitti psykoterapeutti Leena Nissinen ja se julkaistiin vuonna 2007. Nykyään yritetään selvittää auttamistyön vaikutuksia auttajaan ja keinoja hoitaa myötätuntuupumusta (Nissinen 2007, 14 – 16).

5 HOITAJAN MYÖTÄTUNTOUUPUMINEN

5.1 Empatia ja myötätunto

Empatia ja myötätunto ovat lähes identtisiä käsitteitä. Empatialla tarkoitetaan eläytymistä, myötäelämistä tai ymmärtävää eläytymistä toisen tunteisiin tai tilanteisiin. Empaattinen ihminen eläytyy toisen tunteisiin ja voi hetkellisesti samastua toisen kokemukseen. (Nissinen 2007, 69 – 70.) Empatiakyky on kykyä kuunnella ja rohkeutta kuulla sekä kykyä vastata sanattomiinkin tunnetason viesteihin. Eläytyvä kuunteleminen on puolueetonta asettumista toisen tilanteeseen. (Apter, D. 2006, 56.) Mitä suurempi on auttajan empaattinen samastuminen, sitä suurempi on hänen riskinsä kokea myötätuntouupumista tai sekundääristä traumaattista stressiä (Leinweber & Rowe 2010).

Dr Kristin Neff on määritellyt myötätunnon seuraavasti:

Myötätunto sisältää tunteenliikituksen, kun toinen kärsii, niin että sydän vastaa hänen kipuunsa. Näitä lämpimiä, hoivan haluisia tunteita, seuraa halu auttaa toista jollain tavalla. Olla myötätuntoinen tarkoittaa myös ymmärtämystä ja ystävällisyyttä toista kohtaan, silloinkin kun hän epäonnistuu tai tekee virheitä, mieluummin kuin tuomita hänet ankarasti. Kun tuntee myötätuntoa toista kohtaan, ennemmin kuin pelkästään sääliä, tarkoittaa se, että käsittää, että kärsiminen, epäonnistuminen ja epätäydellisyys ovat osa jaettua ihmisyyden kokemista. (Neff 2010.)

5.2 Hoitajan jaksaminen

Sairaanhoitajan keskeisenä tehtävänä on edistää ja ylläpitää terveyttä, ehkäistä ja hoitaa sairauksia sekä lievittää kärsimystä. Hän palvelee yksilöitä, perheitä ja yhteisöjä sekä auttaa kaikenikäisiä ihmisiä erilaisissa elämäntilanteissa. Sairaanhoitaja pyrkii tukemaan ja lisäämään hoidettavan omia voimavaroja sekä parantamaan elämän laatua. Hän kohtelee autettavaa lähimmäisenään, kuuntelee häntä ja eläytyy tämän tilanteeseen. Hän hoitaa jokaista autettavaansa oi

keudenmukaisesti ja yksilöllisesti. Hän toimii yhdessä hoidettavan omaisten kanssa. Sairaanhoidajat vastaavat ammattikuntana jäsentensä hyvinvoinnista ja tukevat toinen toistaan työssä jaksamisessa. (Suomen sairaanhoitajaliitto ry 2009.)

Myötätuntouupuminen on seurausta työn sisällöstä, empaattisesta toisen ihmisen kärsimyksen jakamisesta tai todistamisesta (Nissinen 2007, 54). Empatia on ammatillisen taidon avain, jolla on suuri merkitys hoitajan ja potilaan välisessä vuorovaikutussuhteessa. (Leinweber & Rowe 2010). Hoitajan on tärkeää pystyä eläytymään hoidettavansa tunteisiin ja reaktioihin. Silloin hän ei kuitenkaan toimi omien tunteidensa pohjalta, vaan tunteet toimivat ihmisen ymmärtämisen välineenä. Tällaisessa tilanteessa hoitaja ikään kuin myötäelää trauman autettavan tarinan mukana. (Palosaari 2007, 181 – 182.) Empaattiseen vuorovaikutussuhteeseen kuuluu läsnäolon lisäksi kuuntelu, toivon luominen, ymmärtäminen, suojeleminen ja tunnesäilytys toimiminen. Myös omaisten ja läheisten huomioiminen, tukeminen ja lohduttaminen altistavat myötätuntouupumiselle. (Kiilto-
mäki & Muma 2007, 47 – 51.)

Kaikilla auttamistyössä olevilla on myötätuntouupumisen riski (Nissinen 2007, 54). Tyypillinen myötätuntouupunut auttaja pitää erittäin paljon työstään ja on motivoitunut siihen toisin kuin vakavassa työuupumisessa. Kyse ei ole epäammatillisuudesta vaan hän on vain väsynyt auttamiseen ja myötätuntoisena olemiseen. (Leinweber & Rowe 2010.) Tutkimusten mukaan kokemattomilla nuorilla ja kokeneilla iäkkäillä hoitajilla on suurempi riski uupua (Lindgren 2010, 20). Samoin riskille altistuvat täydellisyyteen pyrkivät, epäonnistumista pelkäävät, empaattisimmat ja työteliäämmät työntekijät (Toppari 2010).

Toistuvat ja voimakkaasti tunteita koskettavat tilanteet johtavat auttajan henkisen kuormitusrajan ylittymiseen ja hänen jaksamisensa, psyykinen hyvinvointinsa ja emotionaalinen tunnemaailmansa ovat koetuksella (Leinweber & Rowe 2010). Jos hänellä ei ole mahdollisuutta purkaa tilanteen tuomaa painetta, on henkinen kuormitus sitä voimakkaampi ja alttius stressihäiriön kehittymiselle suurempi (Kivinen & Kivinen 1999, 81).

5.3 Hoitotyön traumaattisia kriisitilanteita

Monet terveydenhuollon ammattilaiset joutuvat tekemisiin traumatisoituneiden ihmisten kanssa tai itse joutuvat uhkaavaan tilanteeseen (Ruishalme & Saaristo 2007, 122). Traumaattinen kriisi syntyy silloin, kun tilanne on poikkeuksellisen kuormittava. Traumaattisia tilanteita hoitotyössä ovat äkilliset kuolemantapaukset, suuronnettomuudet, tapaturmat, väkivalta- ja uhkailutilanteet sekä myös ”läheltä piti” -tilanteet ja hoitovirheet, joiden seuraukset olisivat voineet olla vakavat. (Lehestö ym. 2004, 42, 197.) Erityisen rasittavia ja stressinsietokykyä koettelevia tilanteita ovat sellaiset, joissa uhrina on lapsia sekä työtoverin vakava loukkaantuminen tai kuolema (Saari 2008, 279).

Hoitaja joutuu kohtaamaan myös masentuneiden, väkivaltaisten tai kriisissä elävien tai itsemurhan tehneiden läheiset, joka vaatii erityistä taitoa ja voimia sekä riittäviä toipumisaikoja (Kivinen & Kivinen 1999, 81). Olennainen osa hoitotyötä on kuitenkin potilaiden tai asiakkaiden tarinoiden kuunteleminen. Henkisesti raskaita tilanteita ovat myös fyysisen ja seksuaalisen väkivallan uhrien kohtaaminen ja heidän kokemusten kuuleminen (Kiiltomäki & Muma 2007, 77).

Työyhteisössä stressiä lisäävänä tekijänä saattaa olla työntekijään kohdistuvat vaatimukset, jotka ovat suurempia kuin hänen kykynsä tai hänen tarpeensa ja päämääränsä eivät vastaa työyhteisön mahdollisuuksia (Suonsivu 2003, 77). Tällaisia stressiä ja uupumusta aiheuttavia tekijöitä ovat kiire, liiallinen työmäärä, liian vaativat työtehtävät, vastuu, vuorotyö ja työpaikan ihmissuhteet sekä ihmisten hätä ja ahdistus, kiukkuiset ja tyytymättömät potilaat. Lisäksi stressiä voi laukaista lisärasitus, merkittävä elämänmuutos, epävarmuus tai epäonnistuminen (Ayalon 1995, 10; Lehestö ym. 2004, 87; Saari 2008, 274.)

Traumatisoitumista ja uupumista voivat aiheuttaa myös työyhteisön huonovointisuus ja työpaikkakiusaaminen. Keskimääräistä enemmän kiusaamista tapahtuu opetus-, sosiaali- ja terveydenhuollossa. Työterveyslaitoksen vuonna 2006 tekemän tutkimuksen mukaan 4 – 5 prosenttia työntekijöistä koki olevansa työ-

paikkakiusaamisen kohteena. (Vartia, Lahtinen, Joki & Soini 2008, 8.) Emotionaalinen kuormittuminen saattaa olla myös yhteydessä siihen, ettei ole aikaa yhteiseen jakamiseen työyhteisössä (Lappalainen 2009).

5.4 Myötätuntuupumisen negatiiviset ja positiiviset seuraukset

Traumaattinen stressi vaikuttaa hoitajan terveyteen ja hyvinvointiin. Uupumus voi johtaa loppuun palamiseen. Uupuneen auttajan käsitys omista kyvyistään muuttuu, hän etäänny potilaistaan ja hänestä saattaa tulla kyyninen. Hoitajan uupuminen ilmenee ihmissuhdeongelmina sekä työyhteisössä että yksityiselämässä. Myötätuntuupuminen on työperäinen riski, joka aiheuttaa työkyvyttömyyttä ja työtehon laskua. (Yli-Pirilä 2009.) Auttajan henkisen hyvinvoinnin lisäksi uupumisesta on taloudellisia seurauksia. Uupuminen maksaa, sillä ylikuormittuminen tuo sairauslomia, inhimilliset virheet lisääntyvät ja hoidon laatu kärsii. Joten myötätuntuupumisen ehkäisy hyödyntäisi yksilön hyvinvoinnin lisäksi koko yhteiskuntaa. (Nissinen 2007, 32.)

Traumaattisen kriisitilanteen ja stressin läpikäyminen ja siitä selviytyminen antavat hoitotyöhön syvällisyyttä ja ymmärrystä (Kivinen & Kivinen 1999, 87). Tuloksena on henkinen kasvu, joka ilmenee ”empaattisuuden lisääntymisenä, vaikeuksista selviytymisen kykyinä sekä arvojen kypsymisenä ja elämän arvostamisena” (Leppävuori ym. 2009,107). Hoitaminen antaa mahdollisuuden toteuttaa itseään, kehittää kykyjään ja saada syvällistä tyydytystä ihmisten kärsimysten lievittämisestä. Työnsä kautta hoitaja voi ymmärtää syvällisemmin elämää ja kuolemaa, tuskaa ja kärsimystä. (Lanara 1996, 49.) Hoitotyö on palkitsevaa ja merkityksellistä silloin, kun hoitajalla on selkeä käsitys omista auttamisen rajoistaan ja mahdollisuuksistaan (Ruishalme & Saaristo 2007, 123). Vastakohtana myötätuntuupumiselle käytetään myötätuntotytytyväisyys käsitettä, jolla tarkoitetaan työhön liittyviä myönteisiä ilmiöitä ja tunteita, iloa kehityksestä työssään ja iloa auttamisesta. Lisäksi sillä tarkoitetaan myönteisyyttä kolleegoja kohtaan. (Hudnall Stamm 2009.)

5.5 Myötätuntouupumiselle altistavia tilanteita hoitotyössä

Välittömät emotionaaliset reaktiot syntyvät herkemmin, kun uhrin ovat lapsia, ja varsinkin, jos auttajalla on omia samanikäisiä lapsia (Dyregov 1994, 204). Kroonisia sairauksia sairastavien lasten ja heidän perheidensä kanssa työskentelevät hoitajat ovat erittäin haavoittuvaisia myötätuntouupumiselle, mutta he pitävät sitä välttämättömänä osana jokapäiväistä työtään. (Leinweber & Rowe 2010.)

Amerikkalaisessa pilotti projektissa tutkittiin kroonisesti sairaiden lasten ja heidän perheidensä kanssa työskentelevien hoitajien myötätuntouupumista. Tämän kuvailevan laadullisen tutkimuksen tarkoitus oli tunnistaa ne laukaisevat tekijät ja selviytymismenetelmät, joita kroonisesti sairaiden lasten hoitajat käyttivät käsitelläkseen myötätuntouupumista ja estääkseen loppuun palamista. Tulokset osoittivat, että myötätuntouupuminen oli yleistä näiden hoitajien keskuudessa. Tutkimukseen osallistujat ilmoittivat, että tieto ja kokemus auttoivat heitä kehittämään lyhyitä ja pitkäaikaisia selviytymiskeinoja vähentämään ja hallitsemaan myötätuntouupumista ja ehkäisemään työuupumusta. Projektin tekijät totesivat, että esimiehellä on tärkeä rooli välittää tietoa myötätuntouupumisesta, ohjata kollegoja ja ylläpitää hyvinvoivaa työilmapiiriä. Lopuksi he totesivat, että myötätunto on tärkein lahja hoitajalta potilaalle ja sitä pitää ravita, jotta se pysyy vahvana. (Maytum, Bielski, Heiman & Garwick 2004.)

Eräs amerikkalainen tutkimus tutki ensiavun, nefrologian, onkologian ja teho-osaston hoitajien myötätuntotytytyväisyyttä ja -uupumista sekä vakavaa työuupumusta. Tutkimuksen mukaan ensiavun hoitajista 82 prosenttia koki kohtalaista tai vakavaa työuupumusta ja myötätuntouupumista lähes 82 prosenttia. Teho-osaston hoitajat kokivat enemmän työuupumusta ja onkologian hoitajilla oli suurin riski myötätuntouupumiseen. (Hooper, Craig, Janvrin, Wetsel & Reimels 2010.)

Toisen amerikkalaisen tutkimuksen kohteena olivat pienen sairaalan hoitajat. Tavoitteena oli kuvata myötätuntouppumisen esiintyvyyttä, ja tutkia niitä tilanteita, jotka johtavat uupumiseen sekä selviytymismenetelmiä. Tutkimuksessa käytettiin ProQoL -mittaria ja narratiivisiä kysymyksiä. Tutkimuksen mukaan yli kahdeksan tunnin työpäiviä tekevistä hoitajista 15 prosentilla oli lisääntynyt riski myötätuntouppua. Kaikkein yleisin myötätuntouppumusta laukaiseva tekijä oli potilaan hoitaminen ja selviytymiskeinona etäännyminen. Toisena keinona selviytyä stressaavasta tilanteesta oli avun pyytäminen kollegoilta. Tutkimuksessa hoitajat ilmoittivat käyttävänsä epävirallista debriefingiä, koska siihen ei tarvittu suunnittelua. Epävirallinen jälkipuinti oli luonnollista pienessä työyhteisössä, jossa hoitajien vaihtuvuus oli pieni ja jossa oli monia vahvoja ystävyys-suhteita hoitajien kesken. Myötätuntouppumista ennalta ehkäistiin muuttamalla työtehtäviä tai ottamalla muutama ylimääräinen vapaapäivä. Osa hoitajista kertoi erottavansa henkilökohtaisen elämän työstään. Tutkimuksen tekijät olivat samaa mieltä muiden tutkijoiden kanssa myötätuntouppumuksen ennaltaehkäisevän jatkotutkimuksen välttämättömyydestä. (Yoder 2010.)

Hoitajiin kohdistuvat väkivaltatilanteet ovat lisääntyneet ja aiheuttavat traumatisoitumista. Eniten työväkivaltaa kokeneita on terveyden- ja sairaanhoitotyön ammattiteissa toimivien joukossa. Terveyden- ja sairaanhoitajilla väkivaltakokemukset olivatkin yleisempiä niiden joukossa, jotka kokivat työssään myös kiirettä ja työpaineita. Uhkailu on yleisin väkivallan muoto. (Tilastokeskus 2009.) Psykiatrisen sairaalan hoitajiin kohdistuvaa väkivaltaa käsittelevän tutkimuksen mukaan hoitajien psyykkisen kuorman purkaminen ja jaksamisesta huolehtiminen on vähentänyt potilaiden hoitajiin kohdistamaa fyysistä väkivaltaa. Tämä väittämä perustuu siihen, että hoitajilla on enemmän voimavaroja olla kanssakäymisessä potilaiden kanssa niin, ettei provosoitumista tapahdu. (Raitanen 2010.)

5.6 Myötätuntouppumisen ennaltaehkäisy

Ennaltaehkäisyssä lähdetään liikkeelle hoitajan omasta jaksamisen ja rajallisuuden tunnistamisesta ja tunnustamisesta. Työn ja vapaa-ajan erillään pitäminen sekä ihmissuhteiden ylläpito ovat tärkeitä myötätuntouppumisen ehkäiseviä tekijöitä. (Nissinen 2007, 186 – 187.) Raskaan traumaattisen stressitilanteen jälkeen etäisyyden ottaminen siihen, rentoutuminen ja virkistäytyminen ovat tärkeitä oman jaksamisensa kannalta. Kun hoitajan omat keinot loppuvat, hakeutuminen jatkohoitoon on aiheellista. (Saari ym. 2009, 107 – 108.) Kuitenkin ongelman myöntäminen ja avun hakeminen koetaan usein epäonnistumiseksi ja siten häpeälliseksi (Toppari 2010). Länsimaisessa kulttuurissa arvostetaan asioiden järkeistämistä ja sankarina olemista, joten stressireaktiot tukahdutetaan tai kielletään kokonaan. Todellista sankaruutta on kuitenkin sitä, että rohkeasti kohtaa ja tunnustaa kokemuksensa. (Levine 2008, 73.)

Koulutuksen lisäksi kokemus lisää ammattitaitoa ja ammatillista itsetuntoa, jotka suojelevat auttajaa myötätuntouppumiselta ja traumatisoitumiselta. Etukäteen valmistautuminen harjoittelemalla traumaattisia kriisitilanteita on hyödyllistä, mutta ei kuitenkaan aina mahdollista (Saari 2008, 278). Hoitaja, joka on saanut vähänkin koulutusta traumaattisista tilanteista ja harjoitellut, on varmempi auttaja todellisissa tilanteissa (Leppävuori ym. 2009).

Henkisesti tukeva ja keskusteluille avoin työyhteisö, jossa annetaan myönteistä palautetta ja kannustusta, on tärkeä myötätuntouppumiselta suojaava tekijä. (Nissinen 2007, 240 – 24.) Ymmärtävä työtoveri tai esimies on korvaamaton, kun työyhteisössä ei ole mahdollisuutta työnohjaukseen (Ruishalme & Saaristo 2007, 125). ”Kahvipöytä -rupattelut” ovat myös hyödyllisiä, kun ne sisällöltään pysyvät rakentavina ja tukea antavina. Hyvinvoivan työyhteisön esimies on valppaana huomioimaan työntekijöidensä mahdollista stressiä ja tukemaan siitä selviytymisessä. Tieto siitä, mitä tukea oma organisaatio tarjoaa traumaattisen kriisitilanteen tapahtuessa, auttaa työntekijää käsittelemään mahdollisimman nopeasti tilanteen aiheuttaman stressin (Leppävuori ym. 2009, 109 – 110).

Hoitajan tyytyväisyys elämäänsä ja työhönsä sekä kohtuullisen stressin sietokyky ovat edesauttamassa myötätuntouppumisen ehkäisyssä. Tasapainon pitäminen valmiuksiensa ja voimavarojen sekä työn vaatimusten ja haasteiden välillä ovat olennaisia tekijöitä. Myös ihmissuhteet työn ulkopuolella antavat voimavaroja jaksamiseen. On todettu, että fyysisesti hyväkuntoiset työntekijät jaksavat paremmin myös psyykkisesti. Päävastuu myötätuntouppumisen ennalta ehkäisyssä on hoitajalla itsellään. (Nissinen 2007, 186 – 188.)

Myötätuntouppumisen mittaamiseen on kehitetty itsearviointia varten ProQoL -mittari (the Professional Quality of Life Scale). Se on tieteellisesti pätevä ja luotettava testi, joka on tarkoitettu työntekijän omaan työkykyisyyden seurantaan osana itsehoitoa, työnohjausta tai työterveyshuollon tutkimustoimintaa. Testi ei anna kuvaa myötätuntouppumuksesta vaan se tuo esiin kysymyksiä ja uusia näkökulmia, joita voi yksin tai toisen kanssa pohdiskella. (Nissinen 2007, 192; Hudnall Stamm 2009.) (LIITE 1)

6 TRAUMAATTINEN STRESSI KÄTILÖTYÖSSÄ

6.1 Kätilötyön määritelmä

Kansainvälisen kätilöliiton (1990) mukaan kätilön on ”kyettävä antamaan tarvittavaa ohjausta, hoitoa ja neuvontaa naisille raskauden, synnytyksen ja lapsivuoteen aikana, kyettävä hoitamaan synnytykset omalla vastuullaan ja hoitamaan vastasyntynyttä ja pientä lasta. Tämä hoito käsittää ennaltaehkäisevät toimenpiteet, epänormaalin tilan selville saamisen sekä äidissä että lapsessa, lääkärin avun hankkimisen ja hätätoimenpiteiden suorittamisen silloin kun lääkärin apua ei ole saatavilla.” Kätilötyön tavoitteena on turvallinen syntymä, naisen fyysinen ja henkinen hyvinvointi. Kansainvälisten eettisten ohjeiden (1993) mukaan kätilöiden tulee tukea toisiaan ammatillisesti ja pitää huolta sekä omasta että toinen toisensa omanarvontunnon säilymisestä. Hänen on myös tunnettava omat ammatillisuuden rajansa. (Suomen Kätilöliitto 2009.)

Kätilötyön keskeiset tekijät ovat luottamuksen säilyttäminen ja molemminpuolinen kunnioitus kätilön ja naisen välillä. Kätilön tehtävänä on puolustaa asiakkaansa oikeuksia ja toimia tarvittaessa hänen puolestaan. (Leinweber & Rowe 2010.) Lisäksi hänen tulee tukea naisen onnistumisen ja ilon tunnetta synnytyksessä ja antaa mahdollisuus uusien elämysten kokemiseen. Hänen tehtävänä on käyttää luovuuttaan ja persoonallisuuttaan synnytyksen hoidossa. Kätilö on tärkein synnytyksen hoidon instrumentti eikä teknologia. Kätilö työskentelee emotionaalisessa ja intiimissä ilmapiirissä, jossa on iloa uudesta elämästä, toivottomuutta odottamattomasta menetyksestä, odotettua uutta elämää sekä ei-toivottua elämää. Skinner (2005) korostaa, että kätilöiltä vaaditaan paljon taitoa selviytyä tunteiltaan ailahtelevassa ympäristössä. (Fergusson 2009, 42, 58)

Smythe & Norton (2007) ovat tiivistäneet kätilön työn seuraavasti:

Kätilö käyttää näkökykyänsä havainnointiin, hänen silmänsä tuovat ilmi hänen myötätuntonsa tai toisinaan hänen pelkonsa, hänen hajuaistinsa antavat vihjeitä onko kyse makeahajuisesta lapsivedestä vai pahanhajuisesta infektiosta. Hänen kätensä havaitsevat kuumeen tai sokin, pää- tai perätarjonnan ja samalla, kun hän käyttää taitojansa, hän kommunikoi, kuuntelee, kyselee ja rauhoittaa. Hän suorittaa kätilön tehtävänsä parhaiten ympäristössä, jossa hän tuntee itsensä voimaantuneeksi. (Fergusson 2009, 58.)

6.2 Kätilötyön traumaattisia kriisitilanteita

Kätilö kohtaa todennäköisesti työvuosiensa aikana jonkinasteisen traumaattisen kriisitilanteen joko välittömästi tai välillisesti. Tällaisia tilanteita voivat olla normaalin synnytyksen muuttuminen hätätilanteeksi, jolloin tarvitaan nopeita äidin ja lapsen pelastavia toimenpiteitä. Lapsen syntyminen kuolleena tai kuolema syntyessä tai sen jälkeen, ovat kätilölle aina erittäin järkyttäviä tapahtumia. Myös ennalta arvaamaton epämuodostuneen tai sairaan vastasyntyneen syntymä on usein traumaattista.

'Läheltä piti' -tilanteet ovat kätilötyössä tavallisia, joista usein selvittää kätilön ammattitaidon ja intuition ansiosta. Tällaisia tilanteita voivat olla kohdun repeämä tai synnytyksen jälkeinen massiivinen verenvuoto, jonka kätilö havaitsee tarpeeksi ajoissa; vastasyntyneen syntyminen huonokuntoisena, elvytys ja selviytyminen. Nämä tilanteet saavat kätilön miettimään, että "jos en olisi ajoissa huomannut, mitä sitten?"

6.3 Kätilötyön erityispiirteitä

Kätilötyön hoidon piirteet, läheinen ja intiimi vuorovaikutussuhde sekä empaattinen samastuminen, erottavat kätilötyön muusta hoitotyöstä. Toinen erityispiirre on huolehtiminen kahdesta elämästä – äidistä ja lapsesta kohdussa. Vaikka äidillä tai sikiöllä ei ole tiedettävissä mitään näkyvää riskitekijää, on synnytyksessä kuitenkin aina olemassa 'pimeyden tuntemattomuus' ('unknownness of the darkness'). Skinner (2007) toteaa, että kätilö on synnyttäjän kanssa, koska riski on olemassa. Hän huolehtii molemmista riskin vuoksi ja huolimatta riskistä, toisin kuin hoitaja, joka on siellä riskin takia. (Fergusson 2009, 49.)

Kätilöt reagoivat traumaattiseen stressiin kuten muutkin terveydenhuollon ammattilaiset ottamalla etäisyyttä traumatisoituneeseen henkilöön tai tilanteeseen (Fergusson 2009, 49). Kätilöillä ja ensiavun hoitajilla on yhtä suuri riski traumaattiselle stressille, sillä molempien työhön sisältyy äkillisiä kriisitilanteita (Leinweber & Rowe 2010).

6.4 Vastavuoroinen suhde ja empaattinen samastuminen

Kätilötyön sekundaarista traumaattista stressiä on tutkittu viimeisen vuosikymmenen ajan. Uusimpia termejä, joita käytetään kätilötyöstä tehdyissä tutkimuksissa, ovat "olla naisen kanssa" ("be with women"), "naiskeskeinen hoito" ("woman-centred") ja "kumppanuus" ("partnership with woman"). Tutkimusten mukaan suurin työmotivaation- ja tyytyväisyyden lähde on kätilön ja synnyttävän naisen välinen vuorovaikutussuhde. Tämä suhde on kätilötyön ydin ja määrittää selkeästi kätilötyön luonteen. Kuitenkin tiedetään vähän siitä, mitkä ovat tämän suhteen seuraukset kätilön hyvinvoinnille. (Leinweber & Rowe 2010.)

Kätilön ja synnyttäjän välinen vastavuoroinen suhde voi saada aikaan kätilössä vastatunteita (transferenssiä), jonka seurauksena kätilö saattaa stressaantua. Eräs narratiivinen tutkimus kuvaa sitä, kuinka kätilön ja naisen välisellä suhteella on vaikutusta synnytyskokemuksen jakamiseen. Kätilö antoi tämän jaetun

syntymäkokemuksen tulla osaksi hänen omaa kokemustaan, ikään kuin osaksi häntä (Leinweber & Rowe 2010) Davies (2007) on todennut, että kokenut kättilö hoivaa naisen sydäntä, mieltä ja sielua kohtaamalla hänet omallaan (Fergusson 2009, 58).

Kättilön ammatilliseen rooliin kuuluu sensitiivisen hoidon antaminen. Olemalla synnyttäjän kanssa vastavuoroisesti vaikuttaa kättilöön itseensä sallimalla naisen olla myös hänen kanssaan. Tämä 'empaattinen samastuminen' on kättilöiden omaksuma ammatillinen työväline, jotta he olisivat synnyttäjän saatavilla ja pystyisivät paremmin antamaan sensitiivistä hoitoa. Synnyttäjät arvostavat tätä intiimiä suhdetta ja kuvaavat sitä ystävyydeksi. Synnyttäjän tarve kättilön empaattiselle samastumiselle aiheuttaa konfliktin, sillä samaan aikaan kättilöllä on tarve vetäytyä tästä tunnetilasta suojellakseen omaa emotionaalista hyvinvointiaan. Liiallinen empatia ja ammatillisuuden rajan hämärtyminen herkistävät kättilöt traumaattiselle stressille, jonka seurauksena saattaa kehittyä koko työpaikan stressi. (Leinweber & Rowe 2010.)

Hunter (2004) kutsuu kättilön työtä emotionaaliseksi työksi. Kuitenkin tämä näkökulma kättilötyöstä on tuntematon ja myös aliarvioitu sairaalaorganisaation taholta. Kättilöt haluavat olla 'naisen kanssa' ('with woman') kun taas työyhteisö vaatii olla 'työyhteisön kanssa' hoitamalla synnytys lääketieteellisen hoitomallin mukaan noudattamalla erilaisia suosituksia ja ohjeita. (Fergusson 2009, 42 – 43; Leinweber & Rowe 2010.)

Hunterin (2004) tutkimuksen mukaan kättilöt, joiden työtä tuettiin, pystyivät antamaan korkeatasoisempaa tukea synnyttäjille. Kättilön traumaattisen stressin hallinta saattaa vähentää synnyttäjän riskiä kokea traumaattisia reaktioita. Jos työyhteisössä on huono ilmapiiri, vaikuttaa se alentavasti kättilöiden henkiseen hyvinvointiin ja heidän antamansa hoidon laatuun. Kuten muissakin ammattiteissa kättilöiden traumaattisella stressillä on myös taloudelliset vaikutukset, aiheuttamalla työstä poissaoloja ja työpaikan vaihtoa sekä myötävaikuttamassa luopumaan kättilön ammatista. Lisääntynyt tietoisuus kättilötyön emotionaalisuudesta

synnyttäjän ja kätilön välisessä suhteessa saattaa auttaa kätilöiden henkisen hyvinvoinnin edistämiseksi ja ehkäisemiseksi. Tutkimuksissa todetaan, että traumaattinen stressi on ammatillinen riski, jonka luonnetta ja esiintyvyyttä tulisi tutkia kätilötyössä. (Leinweber & Rowe 2010.)

7 AUTTAJAN HENKINEN TUKI JA JÄLKIPUINTI

7.1 Kriisejä koskevaa lainsäädäntöä ja käsitteiden määrittelyä

Työturvallisuuslain mukaisesti työnantaja on velvollinen huolehtimaan työntekijöiden sekä fyysisestä että henkisestä työturvallisuudesta. Mikäli työntekijän todetaan kuormittuvan työssä hänen terveyttään vakavasti vaarallisella tavalla, on työnantajan ryhdyttävä toimiin kuormitustekijöiden selvittämiseksi sekä vaaran välttämiseksi tai vähentämiseksi. (Työturvallisuuslaki 2002, 8§, 25§.) Työterveyshuoltolain (2001) mukaan työnantajan on järjestettävä työntekijöilleen työterveyshuollon palvelut. Työterveyshuollon tehtäviin kuuluu ehkäisevän terveydenhuollon lisäksi työpaikoilla tapahtuvien kriisitilanteiden psykososiaalisen jälkihoidon ja kriisituen organisointi. Se toimii myös asiantuntijana työn kuormittavuuden selvittämisessä ja arvioinnissa. (STM 2009, 34.) Esimiehillä on tärkeä rooli työntekijöiden henkisen hyvinvoinnin ja työssä jaksamisen edistämässä sekä työntekijän ohjaamisessa työterveyshuoltoon, jos hänen voimavaransa eivät riitä (Saari ym. 2009, 76).

Vuoden 2009 Käypä hoito -suosituksissa on stressinhallintaohjelma (Critical Incident Stress Management, CISM), jonka tarkoituksena on ennaltaehkäistä traumaattisia stressihäiriöitä. Kriisitilanteiden stressinhallintamalliin kuuluu enakoiva koulutus, purkukeskustelu (defusing), psykologinen jälkipuinti (debriefing), yksilöllinen tuki (vertaistuki), perhetuki, johdon tuki ja seuranta. Myöhemmin järjestettäviä ryhmäkohtaisia tukitoimia ovat post-traumainternaatit eli kuntoutus-seminaarit. (Käypä hoito, 2009.)

Kriisityöllä tarkoitetaan kaikkea kriisitoimintaa sen ensiavusta pitkäkestoisiin kriisiterapioihin. Palo- ja pelastusasetuksen (2003) mukaan kunnilla on velvollisuus järjestää psykososiaalista tukea onnettomuuksien uhreille, omaisille ja pelastustyöntekijöille. (Leppävuori ym. 2009, 15 – 16.) Vuonna 2005 kunnista 89 prosentilla toimi oma kriisiryhmä, jonka jäsenet olivat koulutettuja sosiaali- ja

terveystoimen ammattilaisia. Puolet kunnista arvioi kriisityön toimivuuden olevan hyvä. (Hynninen & Upanne 2006, 3.) Suomen kriisityön toimintamalli on ainutlaatuinen kansainvälisesti tarkasteltuna (Leppävuori ym. 2009, 16). Sairaalossa ovat omat kriisiryhmänsä, jotka huolehtivat tuen antamisesta potilaille ja omaisille sekä henkilökunnalle äkillisten kriisitilanteiden jälkeen (Saari ym. 2009, 109).

Kriisi-interventio on toimenpide, jolla pyritään lievittämään ja rajoittamaan traumaattisen tapahtuman jälkeisiä seuraamuksia sekä järjestämään sosiaalista tukea ja palveluja selviytymisen edistämiseksi. Tätä varten on olemassa toimintamalleja, joiden tarkoitus on tilanteen hallinta ja parempaan suuntautuminen. Kriisi-interventioiden tavoitteena on lisätä turvallisuutta ja henkisten stressioireiden työstämisen mahdollisuutta (Munnukka-Dahlqvist 1997, 114; Leppävuori ym. 2009, 70). Ammattiauttajista 10–20 prosenttia ja muista ihmisistä 30–40 prosenttia ei selviä traumasta omin keinoin, vaan se jää pidempiaikaisesti päälle elämää haittaamaan. Ihmisistä 80 prosenttia selviytyy kriisistä läheisten tukeamana ilman ammattiapua (Ruishalme & Saaristo 2007, 102; Raitanen 2010.)

7.2 Henkinen ensiapu

Henkinen ensiapu on kriisin alkuvaiheessa eli sokkivaiheessa annettavaa psykologista tukea, jota kuuluu saada sekä pienissä että suurissa onnettomuuksissa (Palosaari 2008, 198). Henkisellä ensiavulla tarkoitetaan läheisten ja ammattihenkilöiden antamaa apua sekä huolenpitoa koko ihmisestä, tunne-elämästä ja ihmissuhteista. Psykkinen ensiapu on aktiivista kuuntelua, läsnäoloa, elämän hallinnan tunteen palauttamista, käytännön apua ja rauhoittamista. (Ylipirilä 2009.) Työtoveri tai mahdollisesti esimies on se ensimmäinen, jonka trauman kokenut hoitaja usein kohtaa. Työtoverilla on tärkeä rooli psykkinen ensiavun annossa. Huomatessaan, ettei se riitä, hänen velvollisuutensa on ohjata hoitaja työterveyshuoltoon tai esimiehen luokse. (Saari ym. 2009, 77, 114.)

Hiljainen läsnäolo voi olla merkittävää trauman kohdanneen ihmisen kohtaamisessa (Saari ym. 2009, 108). Vaikka auttajalta tarvitaan vain levollista läsnäoloa ja kuuntelijan roolia, on tehtävä vaikea, sillä se koettelee auttajan omia tunteita. Voimakkaat avuttomuuden ja ahdistuksen tunteet saattavat herätä ja johtaa uhrin lohduttamiseen sillä, että auttaja ymmärtää uhrin tunteet. Koska trauman kokeneella on usein tarve puhua, on kuuntelu parasta ensiapua hänelle. Auttajan ei tarvitse keskustella eikä ottaa kantaa tai antaa neuvoja. Henkisessä ensiavussa on olennaista, että uhrin reaktioille, ajatuksille ja tunteille on tilaa. Joten lohduttamisesta ei ole apua autettavalle. Psyykkinen ensiapu on tukea, ei aktiivista apua henkisen trauman käsittelyssä. Psyykkisen ensiavun antaminen kriisin alkuvaiheessa on todettu vähentävän stressihäiriöitä ja sen myötä myöhempää avun tarvetta (Saari 2008, 142 – 146; Yli-Pirilä 2009.)

7.3 Defusing eli purkuistunto

Kriisitilanteen välittömään henkiseen tukeen kuuluu defusing eli purkuistunto, jolla tarkoitetaan välittömästi traumaattisen tapahtuman jälkeistä pienryhmäistuntoa (Vilppola 2009). Sanana defusing on tullut sotaterminologiasta ja tarkoittaa pommin purkamista tai vaarattomaksi tekemistä. Terminä se kuvaa hyvin kriisitilanteen jälkeistä välitöntä kokemusten ja ajatusten purkua. (Nurmi 2006, 172.) Muita käytössä olevia termejä ovat fuusaus ja stressin pikapurku. Erona henkiseen ensiapuun defusing on tarkoitettu ryhmää varten. (Häkämies 2010.)

Defusingin tarkoituksena on purkaa nopeasti traumaattisen tapahtuman päälimmät kokemukset ja ajatukset, ja normalisoida ne sekä rauhoittua ja palata työrutiineihin. Lisäksi istunnon tarkoituksena on auttaa trauman kokeneita huomaamaan reaktioidensa samankaltaisuuden ja sen kautta lieventää psyykkisiä jälkireaktioita. Defusing sopii auttajien henkiseen tukemiseen, varsinkin pienten traumaattisten kriisitilanteiden ja ”läheltä piti” -tilanteiden jälkeen (Saari ym. 2009, 78; Vilppola 2009.)

Defusingin tarkoituksena ei ole oman tai toisten toiminnan arviointi tai kritisointi vaan yhtenäisen kuvan luominen kriisitilanteen tosiasioista (Saari ym. 2009, 77 – 78). Keskeisintä on yhdessä puhuminen tapahtumasta, jolloin kukin puhuu vain omasta puolestaan. Pääpaino on tilanteen läpikäymisellä ikään kuin filmiä katsomalla (Häkämies 2010). Kriisin alkuvaiheessa tunteet eivät ole vielä heränneet, joten fuusaus tapahtuu enimmäkseen ajatusten kautta (Munnukka-Dahlqvist 1997, 50). Tunteista voi puhua, mutta ei syvällisesti. Defusing ”siirtää tunteet syrjään, mutta ei sulje niitä kokonaan pois” (Palosaari 2007, 94).

Defusing tulisi käynnistää mahdollisimman pian kriisitilanteen jälkeen, ihanteellista olisi kolmen tunnin kuluessa (Nurmi 2006, 174). Purkukokouksen pitäminen ennen työvuoron päättymistä, jolloin traumaattisen kriisitilanteen kokeneet hoitajat voivat yhdessä käsitellä tapahtumaa, vähentää hoitajan yksin pohdiskelua ja syyllisyydentunteita. Traumaattisen tapahtuman kohdannutta työntekijää ei saa jättää yksin, vaan hänelle tulisi järjestää saattaja työvuoron päätyttyä, sillä hän voi olla sekava traumaattisen stressin seurauksena. (Lehestö ym. 2004, 198.) Jos fuusasta ei käydä läpi oikeassa ajassa, ihmisen oma mielikuvitus alkaa kehittää fantasioita tapahtuneesta (Häkämies 2010). Purkukeskustelun järjestää työterveyshuolto tai työyksikkö esimiehen johdolla. Sen tulisi olla automaattinen toimenpide, kun työntekijää kohtaa traumaattinen kriisi. Se on osa ammatillisesti toimivan työyhteisön hyvinvointia (Saari ym. 2009, 77 – 78; Häkämies 2010).

Ryhmäistuntoon osallistujat ovat saman työyhteisön jäseniä, jotka ovat olleet osallisia samassa traumaattisessa tilanteessa. Jos osallistujia on paljon tai useammasta ammattiryhmästä, voidaan järjestää useampia pienryhmiä kullekin henkilöryhmälle erikseen. (Nurmi 2006, 172 – 173.) Ryhmän vetäjät voivat olla työyhteisön ulkopuolisia tai sisäisiä tukihenkilöitä. Suositeltavina vetäjinä ovat työyhteisön kriisiryhmän tai työterveyshuollon jäsenet. Työyhteisön sisäinen vetäjä ei voi olla läheinen työtoveri eikä esimies eikä kriisitilanteessa mukana ollut. Kahden vetäjän läsnäolo on suositeltavaa. Heidän tehtävänä on luoda mahdollisimman luottamuksellinen ja avoin ilmapiiri. (Vilppola 2009; Häkämies 2010.)

Purkuistunto jakaantuu kolmeen vaiheeseen: johdanto, läpikäynti- ja informointivaihe. Ensimmäisessä vaiheessa käydään läpi periaatteita, jonka jälkeen keskustellaan faktoista ja ajatuksista. Viimeisenä vetäjät tekevät yhteenvedon, normalisoivat tilanteen, antavat käytännön neuvoja stressin hallintaan ja arvioivat jatkohoidon tai debriefingin tarpeellisuuden. (Häkämies 2010) Jos ei ole debriefingin tarvetta, vetäjät kyselevät seuraavina päivinä osanottajien vointia ja toipumista (Saari 2008, 149 – 152).

Purkukokous kestää 20 – 45 minuuttia, kuitenkin enintään tunnin. Defusingin kehittäjä amerikkalainen psykologi Jeffrey Mitchell sanoo purkukokouksen epäonnistuneen, jos se kestää kauemmin kuin 45 minuuttia. (Saari 2008, 149 – 152.) Pitkäkestoinen fuusaus osoittaa debriefingin tarvetta, joka tulisi järjestää muutamaa myöhemmin (Nurmi 2006, 172 – 174).

Salli Saari (2008) toteaa, että pelkkä defusing traumaattisen tapahtuman kokeneille työntekijöille ei riitä vaan tarvitaan debriefing-istuntoa. Hänen mielestään defusing on tarpeellinen tilanteissa, joissa on kyse erittäin järkyttävästä tapahtumasta ja tarvitaan psyykkistä ensiapua. Traumaattisesta tapahtumasta puhuminen työyhteisössä kollegoiden kesken on luonnollista ja hyödyllistä, mutta ei korvaa ulkopuolisten vetäjien johdolla tapahtuvaa järjestelmällistä purkua. Defusingin tavoitteena on arkirutiineihin palaaminen mahdollisimman pian, traumaattisten kokemusten jakaminen työtovereiden kanssa ja jättäminen työpaikalle (Saari 2008, 153, 281).

Eija Palosaari (2008, 94) kuvaa defusingia henkiseksi suihkuksi tavallista raskeamman työvuoron päätteeksi. Hän määrittelee defusingin pikapuruksi eli nopeaksi traumaattisen tilanteen tai tapahtuman läpikäynniksi. Se toteutetaan sokkivaiheessa, sillä ammattiauttajien sokki on pehmeämpi ja työtehoa suojaava, joka siirtää tunteita syrjään, mutta ei sulje niitä kokonaan pois.

Palosaari (2008, 93) kuvaa erään suomalaisen sairaalan henkisen ensiavun (hea) toimintaperiaatteita. Sairaalassa on yli kymmenen vuoden ajan toiminut kriisiryhmä, joka on tarjonnut sokkivaiheen tukea traumaattisten kriisien uhreille,

omaisille ja sairaalan henkilökunnalle sairaalan sisällä. Hea-ryhmä koostuu erikoiskoulutetuista henkilöistä eri yksiköistä. Palvelua saa puolen tunnin kuluttua hälytyksestä. He toimivat päivystäjinä oman työnsä ohessa. He toteuttavat tarvittaessa sairaalan henkilöstön defusing-istunnon ja jatko-ohjauksen. Hea-asiantuntijan tehtävä on olla saatavilla, tarjota käytännön apua, toimia yhdessä omaisten/potilaitten ja lääketieteellisen henkilöstön välillä. (Palosaari 2008, 94.)

7.4 Debriefing

Defusingia ennen vuonna 1983 Jeffrey Mitchell kehitti debriefingin osaksi ammattiauttajien stressinhallintaa traumaattisen kriisitilanteen jälkeen. Hän korostaa, että psykologinen jälkipuinti ei ole psykoterapiamenetelmä vaan auttajaa tukeva toimenpide. (Nurmi 2006, 168.) USA:sta debriefing tuotiin Norjaan, jossa Atle Dyregrov alkoi käyttää sitä onnettomuudessa menehtyneiden omaisten tukimenetelmänä. Suomessa debriefingin käyttö on laajentunut entisestään, ja sitä tarjotaan uhreille ja heidän omaisilleen, läheisilleen sekä silminnäkijöille. Suomessa ja Norjassa menetelmää voivat käyttää vain ammattilaiset, kun taas muualla maailmassa sen käyttäjät saattavat olla vapaaehtoisauttajia. Debriefing kehittyy ja muuttuu jatkuvasti. (Saari 2008, 155; Palosaari 2008, 194.)

Debriefing eli jälkipuinti-istunto on reaktiovaiheen tukimenetelmä ja osa psykososiaalista tukea, jonka tarkoituksena on saattaa toipumisprosessi hyvään alkuun ja auttaa muodostamaan tapahtuneesta realistinen kokonaiskuva (Palosaari 2008, 101 – 102). Debriefing antaa mahdollisuuden jakaa auttamistyössä syntyneitä kokemuksia, ajatuksia ja tunteita yhdessä muiden kanssa sekä auttaa normalisoimaan reaktioita. Näin se lievittää tai ennaltaehkäisee myötätuntopuutumista ja traumaattista stressiä (Kiiltomäki & Muma 2007, 26; Leppävuori ym. 2009, 40.)

Debriefing soveltuu menetelmäksi, kun tilanne on äkillinen ja ennustamaton, traumaattinen ja järkyttävä sekä stressitilanne on ohi. Tilanteita, jolloin jälkipuinti ei sovi tai sen lisäksi tarvitaan muuta tukea, ovat pitkäkestoiset stressitilanteet, jatkuvasti toistuvat tilanteet, aikaisemmat psyykkiset häiriöt ja erittäin traumatisoivat tilanteet. Kun työtoveri kuolee, on debriefing sopivampi kuin defusing (Saari 2008, 173 – 174, 189.) Debriefing toteutuu useimmiten kunnallisen kriisi- valmiusryhmän hoitamana. Tavoitteena ovat työyhteisön ulkopuoliset vetäjät, jotka eivät tunne osallistujia entuudestaan. He ovat erikoiskoulutettuja ammattilaisia, debriefing-koulutuksen käyneitä ja vetäjiä on yleensä kaksi. (Kiiltomäki & Muma 2007, 26; Palosaari 2008, 101 – 102; Saari 2008, 200.)

Keskeinen periaate on luonnollisten ryhmien kunnioittaminen eli jos traumaattinen tilanne on koettu yhdessä koko työyhteisön jäsenten kesken, niin tilanne käsitellään myös yhdessä. Ihanteellisin ryhmäkoko olisi 5 – 8, mutta joissakin tilanteissa isommista ryhmistä voi olla etuakin. Kun koko työyhteisö on samassa istunnossa, saadaan aikaiseksi yhteinen totuus, joka lisää sosiaalisen yhteenkuuluvuuden tunnetta ja tukea. Työyhteisön yhtenäisyys ja toimivuus paranee ja kokemus on kaikkien yhteinen ja kaikki kuulevat kaikkien muiden kokemukset. (Saari 2008, 189, 192 -194.)

Salli Saaren (2008) mielestä suurten ryhmien edut ovat suuremmat kuin haitat. Hän määrittelee suureksi ryhmäksi yli 15 hengen ryhmän. Hän kokee, että koko yhteisön osallistuminen debriefingiin on suuri kunnianosoitus ja luottamuksenosoitus yhteisöä kohtaan. Suureen ryhmään liittyvä keskeinen ongelma on, että kaikki eivät voi eivätkä halua puhua omista henkilökohtaisista kokemuksistaan ja tuntemuksistaan, sillä aikaresurssi siihen ei riitä. Ryhmä on usein heterogeeninen, joten tunteiden käsittelyssä ei päästä syvällisyyksiin. Suuriin ryhmiin sopii menetelmänä luenointi ja opettaminen. (Saari 2008, 195 – 197.)

Esimiehen osallistuminen jälkipuintiin ei ole aina hyödyllistä ja se on tilannekohtainen, joka arvioidaan erikseen. Varsinkin 'läheltä piti' -tilanteet ja hoitovirheet vaativat hänen läsnäoloaan istunnossa. Samoin, jos hän on kiinteässä yhteydessä työyhteisöönsä, siis yksi "meistä", on hänellä mahdollisuus osallistua jäl-

kipuinti-istuntoon. (Saari 2008, 189.) Työyhteisön johdon suhtautuminen debriefingiin motivoivasti on tärkeää. Debriefingin pitäisi olla rutiinia ja osallistuminen selvää. (Heiskanen 1995, 254 – 255.) Purkukeskustelujen järjestäminen on osoitus siitä, että työnantaja arvostaa työntekijöitä tuntevina ihmisinä (Nurmi 2006, 180).

Traumaattisen kokemuksen käsittely on tehokkainta kolmen päivän sisällä tapahtuneesta, sillä sen jälkeen mieli alkaa sulkeutua. Istunto vaatii rauhallisen ja neutraalin ympäristön ja se kestää kahdesta neljään tuntiin. Tavoitteena on istunnon järjestäminen muualla kuin työpaikalla ja siviilivaatteet päällä, sillä jälkipuinnissa käsitellään työtilanteen aiheuttamia kokemuksia työntekijässä ihmisinä eikä työroolissa. (Saari 2008, 197; Vilppola 2009.)

Debriefing on strukturoitu menetelmä, johon kuuluu tarkat säännöt: vaitiolovelvollisuus, asiaankuulumattomia ei mukana, kestää yhtäjaksoisesti ilman taukoja niin pitkään kuin tarvitaan, ei tehdä muistiinpanoja, ei puhepakkoa, omista elämyksistä kertominen ei muiden. Istunto on henkinen prosessi, jota ei keskeytetä. (Nurmi 2006, 178; Palosaari 2008, 204.) Istunnossa edetään konkreettisesta faktasta (tapahtuman tiedot ja tosiasiat) tunnepitoisiin aiheisiin (ajatukset, aistimukset ja tunteet) ja tullaan vähitellen takaisin asiapitoisiin aiheisiin (normalisointi ja ohjanta) palautumista varten. Arvioidaan lisäävun ja jatkoseurannan tarpeet. Joskus tarvitaan useampia jälkipuinti-istuntoja (Kiiltomäki & Muma 2007, 26; Palosaari 2008, 103 – 104, 205.) Osallistuminen jälkipuintiin on vapaaehtoista. Debriefingistä kieltäytyminen voi johtua leimautumisen tai psyykkisen hajoamisen pelosta. Ystävien tai perheen kanssa puhuminen on usein riittävä kriisistä selviytymiskeino tai tapahtuneesta ei ole tarvetta puhua, sillä siitä ei ole aiheutunut mitään vaikeita tilanteeseen liittyviä reaktioita. (Saari 2008, 182; Vilppola 2009.)

Debriefing-istunnon vaikuttavuudesta keskustellaan ja sitä tutkitaan (Kiiltomäki & Muma 2007, 26). Debriefingin ottaminen kriisiryhmien käyttöön yleisenä terveydenhuollon menetelmänä on kyseenalaistettu Suomessa (Nurmi 2006, 168). Sen vaikuttavuudesta on kansainvälisiä tutkimuksia, joissa osassa tuloksissa

todettiin, että ole mitattavaa positiivista vaikutusta traumaattisten tilanteiden jälkeen. Atle Dyregrov on ottanut kantaa näihin väittämiin ja hänen mielestään tutkimukset perustuvat heikolle tutkimusmetodologialle, sillä monet tutkimukset ovat koskeneet kahdenkeskisiä interventioita ryhmäistuntojen sijaan. Alkuperäistä debriefing- toimintamallia ei voida käyttää kahdenkeskisissä keskusteluissa. Dyregrov toteaa, että käytyjen keskustelujen tuloksena on noussut esiin useita tekijöitä, joista ei ole riittävästi tietoa. (Traumaterapiakeskus 2010.)

7.5 Muita tukimenetelmiä hoitotyöntekijöille

Sokkivaiheen tukena on henkinen ensiapu tai defusing ja reaktiovaiheessa auttaa debriefing. Jos näiden tukimenetelmien jälkeen hoitajan emotionaalinen stressi edelleen jatkuu, tarvitaan jatkohoitoa eli psykoterapiaa. Tällaisia jatkohoitomenetelmiä ovat EMRD ja posttraumainternaatit, jotka sopivat sekä autettavien että auttajien auttamiseen. Noin 20 prosenttia traumaattisen tilanteen kokeneista ihmisistä siirtyy jatkohoidon piiriin. (Palosaari 2008, 160, 165).

EMDR perustuu silmän edestakaisiin liikkeisiin, jonka vaikutuksesta pystytään prosessoimaan muistoon liittyvää negatiivista tunnetta ja poistamaan se. Menetelmää voidaan käyttää koska vain, traumaattisen tapahtuman iällä ei ole väliä. Tutkitusti menetelmä toimii noin kahdeksalla ihmisellä kymmenestä. Menetelmä sopii yksittäisten suljettujen traumamuistojen purkamiseen, jotka häiritsevät arkea ja hidastavat toipumista. Lisäksi sitä voidaan käyttää myös rentoutumiseen ja voimavarojen keräämiseen. (Palosaari 2008, 164 – 167.)

Posttraumainternaatti eli kuntoutusseminaari (On Site Academy) on lähtöisin USA:sta, jossa ensimmäinen internaatti perustettiin vuonna 1992. Suomeen posttraumainternaatin toi psykologi Soili Poijula ja järjestäjänä toimii Traumaterapiakeskus. Osallistujat voivat olla eri työyhteisöjen ja organisaatioiden työntekijöitä, joita yhdistää työssä kohdattu traumaattinen kriisitilanne. Se on kehitetty erityisesti auttajien auttamiseksi. Tavallisesti se järjestetään aikaisintaan 4 – 8

kuukauden kuluttua traumaattisesta kriisitilanteesta, jotta voitaisiin arvioida, miten tapahtuma on vaikuttanut työntekijän käsitykseen maailmasta, elämästä ja omasta itsestä, ja miten se vaikuttaa arkeen. Suomessa internaatti kestää 3 – 4 päivää ja paikkana on rauhallinen ympäristö, tavallisimmin luonnon keskellä. Seminaari koostuu ryhmäinterventioista, pienryhmätyöskentelystä ja yksilöis-tunnoista. (Saarinen & Katajisto 2003.)

8 METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT JA TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

8.1 Toiminnallinen kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä

”Kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa kohteena ovat ihmiset ja ryhmät, sosiaaliset tilanteet ja kehityskulut, kulttuuri tai tietty aikakausi. Tutkimuskohteena on rajallinen määrä tapauksia tai yksi ainoa tapaus. Jokaista kohdetta tarkastellaan yksilönä, jonka kaikkia ominaisuuksia on tarkasteltava yhtenä kokonaisuutena.” (Korhonen 1999.)

Vilka (2007) määrittelee laadullisen tutkimusmenetelmän menetelmäksi, jonka tavoitteena on ymmärtää ihmisten toimintaa yksilönä tai ryhmänä niille annettujen merkitysten avulla. Tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita sekä yhtäläisyyksistä että poikkeavuuksista, toisin kuin määrällisessä menetelmässä. Laadullisen tutkimusmenetelmän lähtökohtana on tutkimuksen subjektiivisuus, jolla tarkoitetaan tutkijan omien merkitysten vaikuttamista tehtyihin valintoihin, tulkintaan ja johtopäätöksiin. (Vilka 2007, 50 – 51, 180.) Hirsjärvi et al. (2007) toteaa, että laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on elämän kuvaaminen, todelliset tilanteet ja kohteen tutkiminen mahdollisimman kokonaisvaltaisesti ja monipuolisesti. Yksityiskohtaisen tarkastelun tuloksena voidaan löytää tosiasioita ja odottamattomia seikkoja. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 157.)

Opinnäytetyössäni päädyin käyttämään laadullista tutkimusmenetelmää, koska aihe pohjautuu hoitajien ja kätilöiden kokemuksiin erilaisista työyhteisön kriisitilanteista ja niiden jälkeisestä henkisestä tuesta. Opinnäytetyöni on lähestymistavaltaan toiminnallinen, sillä se täyttää menetelmältä vaadittavat kriteerit: työelämälähtöisyys ja käytännönläheisyys. Tutkimusmenetelmän tuotoksena on ammatilliseen käytäntöön tarkoitettu ohje tai opastus sekä lisäksi raportissa oleva selvitys. (Vilka & Airaksinen 2003, 9–10, 57.) Opinnäytetyöni lopullisena tuotoksena on hoitajille ja kätilöille tarkoitettu kriisitilanteen jälkeinen henkinen toimintamalli.

Luotettavuuden lisäämiseksi käytetään asiantuntijahaastattelua, jossa kerätään tai tarkistetaan faktatietoa asiantuntijoilta. Asiantuntijahaastattelu tuo opinnäytetyöhön teoreettista syvyyttä. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 58.) Asiantuntijahaastattelun sijasta olen selvittänyt kirjallisuudesta ja erilaisista kansainvälisistä tutkimuksista saatua teoriatietoa laajasti. Tämä teoriatieto ja haastatteluista saamani kokemuksellinen tieto on ollut pohjana toimintamallin laatimiselle.

8.2 Kohderyhmä ja aineiston keräämistapa

Kriteerinä kohderyhmän valinnalle on omakohtainen kokemus tutkittavasta asiasta. Laadullisessa tutkimusmenetelmässä kohderyhmä valitaan harkinnanvaraista näytettä käyttäen. Tutkittavia on vähemmän kuin määrällisessä tutkimusmenetelmässä ja sen kokoa säätelee laatu. (Vilkkä 2007, 114, 126 – 127.) Opinnäytetyöni kohderyhmä koostuu neljästä työyhteisöni hoitajasta ja neljästä kättilöstä. Kriteerinä valinnalle oli vähintään yksi työssä tapahtunut traumaattinen kriisitilanne, jonka jälkeen oli ollut henkisen tuen tarvetta. Työyhteisömme on monikulttuurinen, joten tavoitteenani oli valita haastateltaviksi mahdollisimman monta eri kulttuurin edustajaa. Lisäksi pyrin valikoimaan kohderyhmään niitä, joilla on vähän tai paljon työkokemusta.

Laadullisessa tutkimusmenetelmässä tutkimusaineistoa voidaan kerätä monella tavalla ja lähtökohtana on tutkimuksen tarkoitus sekä tutkimustehtävät. Aineiston keruumenetelmiä ovat haastattelu, havainnointi ja erilaiset niin sanotut valmiit aineistot. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Koska tarkoituksena oli koota hoitajien ja kättilöiden kokemuksellista tietoa erilaisista traumaattisista kriisitilanteista ja niistä selviytymisestä, oli haastattelu ehdoton valintani.

Haastattelu on järjestelmällinen tiedonkeruun muoto, joka jaetaan lomakehaastatteluun, teemahaastatteluun ja avoimeen haastatteluun. Haastattelu voidaan toteuttaa yksilö- tai ryhmähaastatteluna. Yksilöhaastattelu soveltuu omakohtaisten kokemusten ja arkaluontoisten asioiden tutkimiseen. Ryhmähaastattelu soveltuu yhteisön käsitysten tutkimiseen. (Vilkkä 2005, 101.) Alkuperäinen suunnitel

mani oli jakaa lomakehaastattelut halukkaille työyhteisöni hoitajille ja kätilöille, mikä ei olisi ollut määrällisesti kovin suuri. Saaduista lomakkeista olisin valinnut tietyn määrän haastateltavia asettamieni kriteerien (työkokemus ja kansainvälisyys) mukaan. Mutta aikaresurssit ja opinnäytetyöhön asetetun tuntimäärän mukaan päädyin tekemään haastattelun vain tietyille hoitajille ja kätilöille. Haastattelut toteutin yksilöhaastatteluina, sillä kysymykset olivat henkilökohtaisiin kokemuksiin ja arkaluontoisiin asioihin perustuvia. Haastattelumuodoksi valitsin teemahaastattelun.

Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelumenetelmä, joka etenee keskeisten teemojen mukaan ja joka tuo esille tutkittavien näkökulmaa aiheesta. Käsittelyjärjestys on vapaa ja tavoitteena on mahdollisimman luonteva keskustelu. Se sopii muun muassa menneiden, vaikeiden ja arkojen asioiden selvittämiseen. Ongelmana on aineiston laajuus, jonka analysointi on työlästä. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 48, 135; Hirsjärvi ym. 2004, 195.) Opinnäytetyössäni kulkee jo teoreettisesta viitekehyksestä lähtien kolme teema-alue: kriisitilanteet, kokemukset ja selviytyminen sekä henkinen tuki. Teemahaastattelurunkoon lisäsin vielä yhdeksi teemaksi kehittämisehdotukset, jonka avulla sain näkökulmaa toimintamallin kehittämiseen. (LIITE 2)

Haastattelurungon ja apukysymykset kirjoitin haastateltavien äidinkielellä hepreaksi. Kysymykset testasin ensin työtoverillani, joka totesi ne ymmärrettäviksi ja teki niihin tarvittavat korjaukset. Haastattelurungon annoin etukäteen kohde-ryhmälle, jotta he voisivat sen pohjalta miettiä kokemuksiaan. Haastattelut tein työajalla, yhteisten työvuorojen aikana. Paikkana oli kunkin haastateltavan oma osasto. Haastattelut kestivät keskimäärin 45 minuuttia. Haastattelutilanteessa esitin muutamia lisäkysymyksiä ja jokainen haastattelu toi uusia olennaisia ajatuksia, jotka lisäsin seuraavaan haastatteluun. Haastattelut nauhoitin ja myöhemmässä vaiheessa kirjoitin ne auki eli litteroin suoraan suomeksi ja samalla pelkistäen.

8.3 Aineiston analyysi

Analysointimenetelmällä tarkoitetaan tapaa, jolla tutkimusta varten kerätty aineisto käydään läpi, analysoidaan ja kootaan tulokset. Aineisto hajotetaan osiin, käsitellään ja kootaan uudestaan uudella tavalla loogiseksi kokonaisuudeksi menettämättä sen informaatiota. Analyysi toteutetaan sen mukaan, mikä on aineistossa tärkeää ja kiinnostavaa, mikä on tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustehtävät. Laadullisen tutkimusmenetelmän analyysitapa on sisällönanalyysi, jota voidaan tehdä aineisto- tai teorialähtöisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91 – 93, 95, 108.)

Aineistolähtöisessä laadullisen eli induktiivisen aineiston analyysissä on kolme vaihetta: aineiston pelkistäminen, ryhmittely ja teoreettisten käsitteiden luominen. Pelkistämällä tarkoitetaan sitä, että saadusta litteroidusta tutkimusaineistosta poistetaan kaikki epäolennainen pois, ja jonka jälkeen aineisto pilkotaan ja ryhmitellään eri aihepiirien mukaan. Pelkistämistä ohjaavat tutkimustehtävät. Ennen analyysin tekemistä määritetään analyysiyksikkö, joka voi olla joku sana, lause tai ajatuskokonaisuus. Analyysiyksikön mukaan aineisto luokitellaan ala-, ylä- ja pääkategorioihin. Lopuksi muodostetaan teoreettisiä käsitteitä valikoidun olennaisen tiedon perusteella ja saadaan vastaus tutkimustehtävään. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108 – 112.)

Opinnäytetyössäni kohderyhmän haastatteluaineiston olen analysoinut aineistolähtöistä sisällönanalyysiä käyttäen. Suomeksi kääntämäni aineiston pelkistämisenvaiheessa luokittelin vastaukset teemojen mukaan eli teemoittelin. Teemoittelulla tarkoitetaan laadullisen aineiston pilkkomista ja ryhmittelyä. Se on helppo toteuttaa, kun aineiston keruu on tapahtunut teemahaastattelulla. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 93.) Pelkistämisen jälkeen etsin aineistosta samankaltaisuuksia ja erilaisuuksia, jotka sijoitin alakategorioihin. Lopulta päädyin yläluokkien kautta neljän teeman pääluokkiin, jotka olivat vastauksena kahteen opinnäytetyön tehtävään. Pelkistettyä aineistoa kertyi noin 15 sivua. Aineiston laajuuden takia kategorioita syntyi runsaasti, olen ottanut tähän esimerkiksi yhden osan tekevästäni analyysistä (Taulukko 1).

Taulukko 1. Esimerkki analyysiprosessista

Alkuperäistä käännettyä ja pelkistettyä	Alaluokka	Yläluokka
<p>”tutkinnan ja muiden syytelyiden takia, asiaa on vaikea unohtaa.”</p> <p>”Kyselyjen takia tilannetta joutuu käymään läpi mielessään”</p> <p>”Syyttelyn kohteeksi joutuminen aiheutti tunteen, että olin tappanut lapsen.”</p> <p>”Omaa syyllisyyden tunnetani lisäsi esimieheni ja osaston johtajan kyselyt ja syyttelyt ja epäilyt ammattitaidotto-muudestani.”</p> <p>”sooloilua, kukin ajatteli kuinka selviytyä oikeudesta puhtain paperin.”</p>	<p>tutkinta ja syyttely</p> <p>kyselyt</p> <p>itsesyytökset</p> <p>epäily ammattitaidottomuudesta</p> <p>syyllistäminen: osastolla henkilökunnan kesken</p>	<p>Syyllistäminen</p>

9 TULOKSET

9.1 Kohderyhmän taustatietoa

Valitsin kohderyhmääni neljä ensiavun, lastenosaston, kirurgisen ja synnyttäneiden osaston hoitajaa sekä neljä synnytyssali kätilöä. Kaksi haastateltavista oli lähtöisin Euroopasta, yksi Venäjältä ja muut Israelista. Kätilöiden työkokemus vaihteli viiden ja kahdenkymmenen vuoden välillä traumaattisen tilanteen tapahtumahetkellä. Kaikilla hoitajilla oli yli 20 vuotta hoitoalan kokemusta. Traumaattinen kriisitilanne oli tapahtunut keskimäärin viisi vuotta sitten. Tuorein tapaus oli pari viikkoa ennen haastattelua ja vanhin 11 vuotta sitten. Viidessä tapauksessa kriisitilanne on tapahtunut yövuorossa. Haastateltavien työyhteisö on pieni sairaala, joka sijaitsee strategisesti kaukana lähimmästä yliopistollisesta sairaalasta. Sijaintinsa vuoksi sairaalan koko henkilökunta on koulutettu toimimaan katastrofitilanteissa. Sairaalan sisällä tapahtuneet traumaattiset kriisitilanteet koskettavat kaikkia ja kaikki ovat niistä myös tietoisia.

9.2 Työyhteisön traumaattiset kriisitilanteet

Pyysin haastateltaviani kuvailemaan yhden työyhteisössä tapahtuneen kriisitilanteen, jonka hoitaja tai kätilö oli kokenut traumaattiseksi. Tarkoitukseni oli kartoittaa millaiset tilanteet tai tapahtumat aiheuttavat stressiä hoitajissa ja kätilöissä. Kohderyhmällä oli kokemuksia useista traumaattisista kriisitilanteista, joista toiset olivat ajan myötä unohtuneet. Tilanteet ja tapahtumat, jotka ovat olleet vuosia oikeuskäsittelyssä, aiheuttavat enemmän traumaattista stressiä.

” ... kun ei mennyt oikeuteen vaan saatiin sopimus paria päivää ennen oikeudenkäyntiä, oli suuri helpotus ikään kuin iso kivi olisi pudonnut sydämeltä, jotain tuli päätökseen.”

9.2.1 Lapsen vakava vammautuminen ja kuolema sekä ”läheltä piti” -tilanteet

Eniten traumatisoitumista aiheutti lapsen vakava loukkaantuminen tai kuolema sekä vanhempien kärsimyksen näkeminen. Kätilöille erittäin traumaattista oli kuolleen vastasyntyneen syntyminen, kuoleminen syntyessä tai välittömästi sen jälkeen elvytyksestä huolimatta. Synnytyksen hätätilanteessa ammattitaitoinen kätilö tekee automaattisesti tarvittavat toimenpiteet, mutta tilanteen jälkeen usein ilmaantuu fyysisiä ja psyykkisiä stressireaktioita.

”Toimin neuvolassa, jossa en löytänyt sikiön sydänääniä. Vein naisen sairaalaan, jossa lääkäri totesi sikiön kuolleen kohtuun.”

”... syntyy hengittämätön lapsi, joka ei elvytyksestä huolimatta toivu.”

Normaali synnytys saattaa muuttua odottamatta hätätilanteeksi missä vaiheessa tahansa. Sikiön sydän äänet voivat olla lähellä syntymää huonot ja ennakoida ongelmia lapsen syntyessä. Huonoista sydänäänistä huolimatta useimmat lapset syntyvät hyväkuntoisina, mutta vastasyntynyt saattaa olla huonokuntoinen ja tarvita elvytystä. Suurin osa elvytetyistä lapsista selviää, mutta joskus voi seurauksena olla vaikeavammautuminen. Syntymätapahtuma aiheuttaa itsessään kätilössä traumatisoitumista ja stressi jatkuu, kun hän miettii syitä lapsen huonokuntoisuuteen ja ”jossittelee”, mitä olisi voinut tapahtua, jos...? Joskus kätilö saa kuulla jälkikäteen, että kyseisestä lapsesta oli tullut vaikea CP-vammainen. Tämän oli kokenut yksi kohderyhmäni kätilöistä, ja stressiä lisäävänä tekijänä oli tapauksen myöhempi oikeuskäsittely.

”Tapasin supermarketissa naisen, joka totesi: olethan kätilö, johon vastasin: totta. Nainen jatkoi: tiedätkö, että olit minun kätilöni ja kysyin, kuten minulla on tapana: miten selviyditte? Nainen vastasi: meillä on erittäin vaikeaa, sillä lapsellamme on vaikea CP-vamma. Silloin tiesin kenestä on kyse, ja se aiheutti sellaisen pahanolon tunteen, jota en pysty edes kuvailemaan.”

Erilaisia ”läheltä piti” -tilanteita oli sattunut kaikille sekä hoitajille että kätilöille. Kätilön työssä niitä tapahtuu usein, mutta harvoin lopputulos on traumaattinen muuta kuin auttajalle itselleen.

”Hoidin yövuorossa sektoitua naista ja huomasin hänen vointinsa huononevan, kutsuin lääkärin ja hän totesi sisäisen verenvuodon. Nainen vietiin leikkaukseen ja sieltä teholle. Hän selvisi, mutta minulle jäi sisäinen pahaolo.”

9.2.2 Fyysinen ja henkinen väkivalta

Sairaalan ensiavun hoitohenkilökunta on viime aikoina joutunut kokemaan yhä enemmän uhkailuja ja fyysistä väkivaltaa. Fyysisen väkivallan kokenut haastateltavani on entinen ensiavun hoitaja. Toinen haastateltavistani oli joutunut esimiehensä kiusaamisen kohteeksi. Tätä henkistä väkivaltaa kesti melkein vuoden, jonka seurauksena haastateltava sairastui vakavasti ja jäi pitkälle sairauslomalle.

”... haukkui ja yritti hyökätä päälle, puolustauduin ja yritin työntää hänet pois... nainen alkoi heitellä tavaroita minua kohti ja lopuksi lensi tuolikin.”

”... olin uusi osastolla, osastonhoitaja ei ollut koskaan tyytyväinen siihen, mitä tein. Joskus hän syytti minua omista virheistään,... Se alkoi pienestä ja päättyi siihen, että hän huusi ja syytti minua jostain asiasta, johon en ollut edes syyllinen, kaikkien asiakkaidemme kuullen... todella nolo tilanne.”

9.3 Traumaattinen stressi, seuraukset ja selviytyminen

Pyysin haastateltavia kertomaan kriisi- ja katastrofitilanteiden jälkeisistä ajatuksista ja tuntemuksista. Kahden haastateltavan kuvailemat pitkäaikaiset oireet täyttivät traumaattisen stressihäiriön kriteerit. Toisen kokemuksena oli täysaikaisen sikiön kuolema kohtuun, josta seurasi monta vuotta kestävä oikeudenkäynti, kätilön syyttäminen sekä hänen vakava sairastuminen. Toinen haastateltavista oli kokenut pitkäaikaista työpaikkakiusaamista, jonka seurauksena fyysinen sairastuminen. Molemmat haastateltavat jäivät traumaattisen tapahtuman

jälkeen pitkälle sairauslomalle ja kertoivat kärsineensä uniongelmista. Yksi kättilöistä ei pystynyt jatkamaan synnytyssalikätilönä sen jälkeen, kun lapsi syntyi yllättäen kuolleena. Yksi kättilöistä harkitsi työn jatkamista ja halusi siirtoa toisiin tehtäviin. Muilla haastateltavilla oli jäljellä muistot traumaattisesta kriisitilanteesta ilman mitään tuntemuksia.

”Muutaman kuukauden kuluttua, jolloin piti olla lakimiehen kanssa keskustelu, alkoi vakava huimaus, jonka takia sain sairauslomaa 10 päivää... sitten kävin läpi pienen leikkaustoimenpiteen, jonka seurauksena sain vakavia komplikaatioita ja olin sairaalassa kolme viikkoa. Toipilaana olin kolme kuukautta.”

”... pelkäsin palata takaisin synnäriin, en luottanut enää itseeni ja tuntui ettei muutkaan luottaneet. ... minulla oli niin vähän kokemusta..., jos sama tilanne toistuu.”

9.3.1 Sokki- ja reaktiovaiheen reaktiot

Traumaa tutkivien asiantuntijoiden mukaan sokkivaiheen oireita ovat lamaan-tuminen, jähmettyminen, muistamattomuus ja valikoiva muisti. Samoja reaktioita kuvasivat myös haastateltavani. Mitään eroa ei ollut hoitajien ja kättilöiden välillä. Suurin osa koki ahdistusta, järkytystä, kauhun tunnetta ja tuskaa. Pahimman järkytyksen mentyä ohi, he kertoivat kokeneensa yleistä pahoinvointisuuta, sydämen tykytystä ja jopa rintakipua.

”... tunsin, että sydän pysähtyi ... se oli kuin henkinen maanjäristys, ...”

”En ole koskaan kokenut sellaista kauhua, kun lapsi syntyi hengettömänä eikä toipunut minuutissa kuten suurin osa vauvoista tekee. Oli kuin kylmää vettä olisi kaadettu päälle, kun ymmärsin, että vauva on kuollut. En pystynyt tekemään mitään, joten joku kutsui päivystävän kättilön...”

9.3.2 Itsepohdiskelu ja syyllistäminen

Haastateltavista kaikki olivat pohdiskelleet omaa toimintaansa kriisitilanteen jälkeen. Heillä oli paljon vastaamattomia kysymyksiä: mitä en huomannut ja mitä jätin tekemättä tai olisin voinut tehdä toisin? Näitä kysymyksiä esittivät myös työtoverit ja esimiehet syyllistäen trauman kokenutta ja tehden tapahtuneesta traumaattisemman.

”katsoin peilistä moneen kertaan ja kysyin olinko tehnyt jotain väärin, mutta en nähnyt mitään väärää, halusin vain auttaa enkä tappaan”.

”en syytä itseäni, mutta mietin, missä itse olin mukana, mitä en huomannut tai mitä jätin tekemättä”

Kaikki haastateltavat kokivat syyllistymisen tunteita ja muiden taholta syyllistämistä. Syyllisyyden tunteisiin vaikutti ennen kaikkea traumaattisen tapahtuman syyllisen etsiminen uhrin läheisten ja esimiesten taholta. Useat kuolemantapahtumat tai vakavat loukkaantumiset menevät oikeuskäsittelyyn, jolloin kriisitilannetta lähdetään tutkimaan ja asianosaisia kuulustelemaan. Hoitajan tai kättilön ammatilliset tiedot ja taidot kyseenalaistetaan, josta seurauksena on lisätraumatisoituminen. Äärimmillään tilanteiden jälkikäsittelyä on käyty mediassa, jossa hoitajien tai kättilöiden nimet on julkaistu.

”Tutkinnan ja muiden syyttelyiden takia, asiaa on vaikea unohtaa.”

”Syyttelyn kohteeksi joutuminen aiheutti tunteen, että olin tappanut lapsen.”

9.3.3 “Josittelu”

“Josittelu” on yleistä kaikkien traumaattisen kriisitilanteen läpikäyneiden keskuudessa. Pohditaan, ajatellaan ja mietitään traumaattisen tilanteen tai tapahtuman toimintavaihtoehtoja. Kaikki haastateltavista mainitsi miettineensä olisiko voinut toimia toisin tai mitä olisi tapahtunut, jos asiat olisivat kääntyneet toiseen suuntaan. Varsinkin ”läheltä piti” -tilanteet aiheuttavat asioiden pohdiskelua ja toiminnan kyseenalaistamista.

”mietin usein, jos voisin siirtää aikaa taaksepäin, miten olisin voinut huomata ajoissa lapsen sairauden ja auttaa.”

”pari ensimmäistä viikkoa pohdin, mitä olisi voinut tapahtua, jos en olisi huomannut, potilas olisi voinut kuolla, olisiko silloin saanut tukea...”

”ajattelin, että mitä olisi voinut tapahtua, jos ei olisi ollut apua saatavilla, olin varma, että olisin saanut vakavampia vammoja”. Näin pohti fyysisen väkivallan kohteeksi joutunut hoitaja.

9.3.4 Vaikutukset henkilökohtaiseen ja työelämään

Negatiivisia seurauksia traumaattisesta stressistä oli työstä poisjääminen tai sen harkinta ja sairauslomat. Traumaattinen tapahtuma oli vaikuttanut lyhyen ajanjakson haastateltavien työtyytyväisyyteen alentamalla työmotivaatiota. Toisaalta se oli vaikuttanut myös ammattitaidon vahvistumiseen ja positiivisiin muutoksiin työpaikan rutiineissa. Muutama haastateltavista mainitsi olevansa tarkkaavaisempi ja valppaampi erityisesti yövuorossa. He pitivät myös negatiivisia kokemuksia opettavaisina ja ammattitaitoa kehittävinä.

”... tarkkaavaisempi, varsinkin yövuorossa aamutunneilla, kun on väsynyt.”

Suurimmalla osalla haastateltavista traumaattinen tapahtuma oli mielessä muutamana päivänä tai viikoksi, jolloin se vaikutti myös yksityiselämään. He veivät traumaattiset kokemuksensa kotiin osaamatta vetää rajaa työn ja yksityiselä-

män välille. Useimmat pystyivät käsittelemään ja “unohtamaan” tapahtuneen kriisitilanteen. Kaksi haastateltavista mainitsi traumatisoitumisen vaikuttaneen perhe-elämään, johtuen pitkäaikaisesta sairaudesta.

”Parin päivän ajan oli vaikeaa ... nyt parin viikon kuluttua asia on ’unohtunut’.”

”... tapahtuma on jossain sisällä ja on siellä loppu elämän.”

”... ei joka päivä mielessä, mutta puhuttaessa tulee hyvin elävänä mieleen.”

9.3.5 Selviytymiskeinot

Jokaisella yksilöllä on omat sisäiset ja ulkoiset selviytymiskeinonsa, jotka tulevat käyttöön traumaattisen kriisitilanteen yhteydessä. Kaikki hoitajat ja kättilöt painottivat hyvää ja vahvaa ammattitaitoa sekä pitkää työkokemusta tärkeimpinä selviytymiskeinoina. Yksi hoitajista kertoi käyttäneensä nuoruudessa kirjoittamista stressin purku välineenä, yli 30 vuoden työkokemuksen jälkeen hän ei koe sitä enää tarvitsevansa, mutta suosittelee sen käyttöä muille nuoremmille hoitajille. Hän painotti että ammatillisen tiedon ja taidon hankkiminen kasvattaa itseluottamusta ja lisää itsevarmuutta. Nämä ovat ennaltaehkäisemässä traumaattista stressiä tai ainakin siitä nopeaa toipumista. Selviytymiskeinona mainittiin myös työskentelyn jatkaminen, mutta työtehtävien vaihtaminen joksikin aikaa. Monelle traumaattisesta kriisitilantesta puhuminen oli instrumenttina purkaa tunteitaan ja ajatuksiaan.

”Nuorempana kirjoitin puhumisen sijaan, ikään kuin olisin puhunut, jonka jälkeen revin ne pois ja tilanne rauhottui, meni ohi.”

”Kotona on peili, jonka kanssa voi puhua”.

”Täytyy olla työssä, mutta tehdä jotain muuta, olla mukana synnärin toiminnassa, ja vähitellen palata omaan työtehtävään.”

”Kerroin tarinaani jokaiselle joka vain halusi sen kuulla tai vaikka ei halunnutkaan niin kerroin.”

9.4 Henkinen tuki

Traumaattisen kriisin tapahtuessa, on velvollisuus ilmoittaa siitä välittömästi päivystävälle ylihoitajalle ja osastonhoitajalle, jotka tiedottavat asiasta eteenpäin sairaalan toimintaohjeiden mukaisesti. Varsinaista henkistä tukea ei ollut tarjottu kenellekään, ainoastaan käytännön asioiden selvittelyyn oli annettu apua. Kollegat olivat ne tärkeimmät tukijat, joiden kanssa traumaattista tapahtumaa käytiin läpi kahvipöydän äärellä.

”...kun halusin puhua osastonhoitajan kanssa, hän vain totesi, että sinähän vain teit työsi, mitä siitä enempää puhua.”

9.4.1 Välitön tuki muutaman päivän sisällä

Suurin osa haastateltavista oli puhunut parin päivän sisällä traumaattisesta tapahtumasta aviomiehensä, sukulaisen tai työtoverin kanssa. Muutaman hoitajan mielestä vaitiolovelvollisuus velvoitti heitä olla puhumasta tapahtuneesta sairaalan ulkopuolella. Muutaman päivän aikana kriisitilanteen jälkeen suurin osa haastateltavista oli saanut puhelinsoiton joko työkollegoiltaan tai sairaalan johdolta. Osa soitoista oli kyselyä tapahtuneesta eikä henkisen tuen antamista. Henkisen väkivallan kokeneelle henkilölle olivat työkollegat soitelleet ja kertoneen omakohtaisia kokemuksia samanlaisesta esimiehen taholta tapahtuneesta työpaikkakiusaamisesta. Hän koki sen myönteiseksi tueksi, joka auttoi jatkamaan työskentelyä samassa työpaikassa.

”Ylihoitaja ja muut kollegat soittelivat kysyäkseen, mitä oli tapahtunut”

”..., silloin muutama kollega soitti ja kysyi jaksamista. ... Se tuntui oikein hyvältä, se oli sellaista vertaistukea ... ja jaksoin jatkaa elämääni eteenpäin... syy ei ehkä ollutkaan minussa.”

Yhden kättilön kohdalla yöllä sattuneen kriisitilanteen takia kutsuttiin paikalle päivystävä kättilö, joka otti 'ohjat käteen' ja hoiti käytännön asiat sekä kuunteli että lohdutti trauman kokenutta kättilöä. Tämän saman kättilön vointia oli pari

päivää myöhemmin kysellyt toinenkin työtoveri, joka oli järjestänyt tapaamisen sosiaalityöntekijän kanssa.

”Noin parin päivän jälkeen soitti toinen työkollegani ja kysyi tarvinko apua ... hän oli kertonut minusta sosiaalityöntekijälle.”

Yleisenä tapana on käydä kriisitilannetta läpi yhteisissä osastonkokouksissa, mutta varsinaisena henkisenä tukena näitä tilaisuuksia ei voida pitää. Ne ovat lähinnä opetustilanteita siitä, miten ei saa toimia ja miten pitäisi toimia oikein.

”... järjestettiin kokous yhdessä koko henkilökunnan kanssa: kaikki katsoivat sydänäänikäyrää, kaikki pitivät sitä ok ja kättilön toimintaa ok.”

Sairaalan sosiaalityöntekijällä on tarvittavat tiedot toteuttaa henkistä ensiapua ja jälkipuintia, mutta hoitajat ja kättilöt eivät ole tietoisia tästä mahdollisesta tukihenkilöstä. Yksi haastateltavista hoitajista kertoi kokouksesta yhdessä koko osaston työntekijöiden kanssa, jota sosiaalityöntekijä ohjasi.

”...kollegojen kanssa yhteinen kokous, olisiko ollut debriefing, noin kuukausi tapahtuneen jälkeen, jota sosiaalityöntekijä johti tarkalleen kirjatiedon mukaan. Kokoukseen osallistui koko osaston työntekijät, nekin, joita tapahtuma ei ollut koskettanut. Kokouksessa käytiin läpi tunteita ja sitä miten pitäisi toimia. Meitä oli läsnä kymmenen, joista vain kolme oli ollut tapahtumassa osallisina... itselleni se ei ollut oikea paikka puhua tunteista... Lopulta ei tehty mitään arviota, tarviiko joku jatkotukea.”

9.4.2 Katastrofin jälkeen

Suuronnettomuuksien useiden vakavasti loukkaantuneiden ja kuolleiden näkeminen samanaikaisesti oli aiheuttanut kaikissa haastateltavissa voimakasta traumaattista stressiä, joillakin pitempiaikaisia oireita.

”... aivan erilainen traumaattinen kriisitilanne, josta on ollut vaikea toipua.”

Suuronnettomuuden uhrien hoitaminen kestää monia tunteja ja tilanne on auttajille sekä fyysisesti että henkisesti erittäin raskasta. Uhrien ja heidän omaistensa henkinen ensiapu on järjestetty sosiaalityöntekijän taholta. Henkilökunnalle tilanteen jälkiselvittelyä ei ole koskaan ollut ja siitä on erittäin vähän puhuttu. Usein näiden tilanteiden jälkeen on syvä hiljaisuus ja auttajat miettivät ja käsittelevät näkemäänsä itsekseen. Kaikki ovat sokissa eivätkä täysin ymmärrä, mitä on oikein tapahtunut. Useimmat auttajista haluavat palata koteihinsa monta tuntia kestäneen tilanteen jälkeen, eikä heillä ole voimia jäädä keskustelemaan tapahtuneesta. Tilanteen jälkipurkuun olisi kuitenkin tarvetta ja haluakin, jos se olisi "oikeaoppisesti" järjestetty.

"...yhteinen kokoontuminen, jossa sanotaan, että kaikki toimi hyvin."

"...hoitajien kesken puhuttu tilanteen jälkeen vähän, on vain haluttu mennä kotiin."

Katastrofin jälkeen stressireaktiot olivat voimakkaampia, jolloin useimmat jouduivat näkemään asioita, mistä ei ollut aikaisempaa kokemusta. Myöhemmin tapahtumaa muistuttavat asiat, kuten ambulanssin sireeni tai vastaavanlaiset tapahtumat muualla, saivat samanlaisten reaktioiden laukeamisen. Vaikka sairaalassa on vuosittain suuronnettomuusharjoituksia, oikea tilanne on aina kuitenkin erilainen ja aiheuttaa traumatisoitumista. Tilanteen jälkeistä välitöntä aikaa kuvailtiin luonnottomaksi hiljaisuudeksi, jolloin auttajat istuivat puhumatta tapahtuneesta sanaakaan.

"Erityisen vaikeaa oli, kun tytöt ja isä etsivät äitiä. Myöhemmin lehdessä on ollut tyttöjen kuvat ja heidän elämästään on kerrottu tapahtuman jälkeen, seuraan edelleen heidän elämäänsä, kun olin hoitanut heitä katastrofitilanteessa."

9.4.3 Henkisen tuen tarve

Hoitajille ja kättilöille suunnattua henkistä tukea traumaattisen kriisitilanteen jälkeen pidettiin ehdottomasti tärkeänä ja välttämättömänä. Osastohoitajan merkitystä tuen antajana korostettiin ja hänen tehtävänä olisi tiedustella myöhemmin

trauman kokeneen jaksamista. Henkistä tukea pitäisi saada työyhteisön sisällä, sillä monista sairaalan sisäisistä asioista ei ole lupa puhua sairaalan ulkopuolella. Kaikkia sitoo vaitiolovelvollisuus. Monelle olisi riittänyt vain jokin hyvä sana ja kannustus, ja muutama olisi tarvinnut ammattiauttajaa.

”Odotin osastonhoitajan soittavan ja kysyvän kuulumisia, ...”

”olisi voinut yhdessä itkeä, tukea toinen toistaan.”

”olisin halunnut kuulla, että tällaista sattuu, älä ota sitä kovin raskaasti, toimit aivan oikein jne.”

9.5 Kehittämisehdotuksia

Henkistä tukea tulisi tarjota automaattisesti ja välittömästi traumaattisen tapahtuman tai tilanteen jälkeen. Kuuntelu, rauhoittelu ja ylivireystilan tuulettaminen nähtiin tuen tärkeimmiksi piirteiksi. Tärkeää olisi myös kysellä trauman kokeneen vointia ja jaksamista lähipäivien aikana, jopa viikkojenkin kuluttua, jolloin nähtäisiin jatkohoidon tarve. Katastrofitilanteen jälkeen koko henkilökunnan tulisi kokoontua yhteen ja purkaa tunteensa, ajatuksensa ja kokemuksensa yhdessä tilanteessa mukana olleiden kanssa. Ketään ei pitäisi päästää kotiin tai työvuoroon ennen kuin hänelle on henkistä ensiapua ja tukea tarjottu. Koska koko sairaalan henkilökuntaa on paljon ja kaikki eivät samanlaista tukea tarvi, olisi tarpeellista tällaisten tilanteiden jälkeen jakaa lehtinen, jossa on selvitetty traumaattisen kriisin selviytymiskeinoja ja tarjolla olevia tukitoimenpiteitä.

”...tietää keneen ottaa yhteyttä välittömästi tai mahdollisimman pian tapahtuneen jälkeen., koska on vielä ylivireä (high).”

”Ensin pitää puhua kättilön kanssa ja rauhoittaa hänet ja sen jälkeen vasta osaston kokous, ja kysyä miten te olisitte ratkaisseet asian tai toimineet tilanteessa.”

9.5.1 Tukihenkilö

Kaikki haastateltavat olivat samaa mieltä siitä, että jokaiselta osastolta tulisi löytää osoite tai numero, johon voi ottaa yhteyttä traumaattisen kriisitilanteen jälkeen.

”Väkivaltatilanteita on sattunut ja pahenee koko ajan erityisesti ensiavussa, joten sairaalassa täytyisi olla jonkinlainen piste, johon voisi ottaa yhteyttä.”

Kysyessäni kuka olisi paras mahdollinen tukihenkilö, vastauksia oli monia. Yleinen mielipide oli, että tukihenkilö tulisi olla sairaalan sisäpuolelta, ehkä omalta osastolta luotettava kriisityöhön koulutettu hoitaja tai kätilö. Ensiavunhoitajat olisivat tarvinneet tukijaksi ammattiauttajan sairaalan ulkopuolelta. Harvat ehdottivat tukihenkilöksi oman osastonsa osastonhoitajaa. Ylihoitajaa tähän tehtävään ehdotti muutama hoitaja.

”Ylihoitaja ... on kuin äiti kaikille hoitajille ... kaikkien esimies.”

”Tuki omalta osastolta. Ensin täytyy henkilökunnan kesken ratkaista ongelma, jos ei auta ulkopuolinen asiantuntija tueksi.”

Kätilöt halusivat tukijaksi tehtävään osoitetun tutun kätilön omalta osastolta. Sosiaalityöntekijä tai työterveyshuollon hoitajaa ei katsottu soveltuvaksi hoitajien ja kätilöiden henkiseksi tukijaksi, sillä heillä ei ole ymmärrystä siitä, mitä on työkennellä tietyllä osastolla ja mitä siellä saattaa tapahtua. Tukijan tulisi olla neutraali henkilö, jonka tuntee erittäin hyvin tai sitten ei tunne lainkaan. Tukijan tulisi olla ammattitaitoinen, joka soveltuu luonteeltaan tehtävään. Tukijalta vaaditaan kärsivällisyyttä, kuuntelun taitoa, luotettavuutta ja empaattisuutta.

”Omalta osastolta tuttu kätilö, joka tuntee osaston toiminnan ja henkilökunnan persoonallisuudet sekä tietää, mitä asioita voi tapahtua, sillä kätilön työ on niin erilaista ja erikoista kuin muilla osastoilla.”

9.5.2 Kurssit, koulutus ja tukiryhmä

Pyysin haastateltavia esittämään ehdotuksia traumaattisen kriisitilanteen henkiseksi tukimalliksi. Päivän kestävä lyhyttä koulutusta pidettiin erittäin hyödyllisenä keinona välittää tarvittavaa ja tärkeää tietoa traumaattisesta stressistä, henkisestä ensiavusta ja muista tukitoimista kaikille sairaalan työntekijöille. Päivän kurssi pitäisi olla pakollinen kaikille ja järjestää sairaalan tiloissa. Sisällöltään se voisi olla yleisen tiedon jakamista traumaattisen kriisin aiheuttamasta stressistä ja siitä selviytymisestä sekä tukimenetelmistä. Koulutusta tulisi järjestää hoitajille, kättilöille ja osastonhoitajille erikseen.

”Koulutus, kurssi...yleistä tietoa koko sairaalalle, kaikille osastoilla voi tapahtua... sisätautiosastolla tapahtuu erilaisia traumoja.”

Sairaalaan tulisi perustaa kriisiryhmä, sillä kriisiä ja katastrofeja tapahtuu aina yhä enemmän ja sairaala sijaitsee kaukana lähimmästä isommasta sairaalasta. Kriisiryhmään ehdotettiin kuuluvaksi hoitajan, kättilön, lääkärin ja sosiaalityöntekijän, ja ryhmän vastuuhenkilöt olisivat sairaalan johtaja ja ylihoitaja. Varsinaiseen kriisiryhmän toimintaan tarvitaan pitempiaikainen koulutus ja siihen tulisi valita sairaalan jokaiselta osastolta yksi hoitaja tai kättilö, jotka henkilökohtaisilta ominaisuuksiltaan ja ammattitaidoltaan olisivat sopivat tukijan rooliin.

”...jokaisella osastolla, jossa tehdään intensiivistä työtä, pitäisi olla tukiryhmä.”

Sairaalan jokaisella osastolla on kriisi- ja katastrofitilanteen toimintaohjeet. Näissä ohjeissa kerrotaan, kehen tulee ottaa yhteyttä ja miten toimia kriisin tai katastrofin tapahtuessa. Samanlaisen henkisen tuen toimintamallin laatimista pidettiin tarpeellisena. Muita ehdotuksia oli tukipuhelin, johon voisi soittaa tarvittaessa henkistä tukea ajasta riippumatta.

”Ollaan kaukana kaikesta, meillä pitäisi olla kaikkein paras tuki mitä voi löytyä, ollaan haavoittuvaisempia kuin muissa Israelin sairaaloissa.”

9.6 Johtopäätökset tuloksista

Kohderyhmä koostui neljästä hoitajasta ja neljästä kättilöstä, joilla suurimmalla osalla oli työkokemusta hoitotyössä yli 20 vuotta. Kaksi heistä oli eurooppalaisia ja yksi venäläinen. Tuorein traumaattinen tapahtuma oli tapahtunut pari viikkoa aikaisemmin ja vanhin yksitoista vuotta sitten. Viidellä haastateltavalla tilanne oli ollut yövuoron aikana. Cullberg (1994, 139) toteaa, että valvotut yöt, intensiivinen työ ja liian vähäinen lepo vaikuttavat ihmisen voimavaroja vähentävästi selviytyä traumaattisesta kriisistä.

Traumaattisia kriisitilanteita, jotka aiheuttivat kohderyhmässä traumatisoitumista, olivat lapsen kuolema ja vakava loukkaantuminen, primaari fyysinen ja henkinen väkivalta, ”läheltä piti” -tilanteet sekä katastrofit. Ensiavun henkilökuntaan kohdistuva uhkailu ja fyysinen väkivalta olivat lisääntyneet viimeisten vuosien aikana. Kaikilla palvelualoilla fyysisen väkivallan riski on kasvanut ja se lisää auttajan epävarmuutta ja turvattomuutta (Nissinen 2007, 67). Lapsen menehtyminen ja monien kuolleiden tai vakavasti loukkaantuneiden näkeminen aiheuttivat eniten traumaattista stressiä hoitajissa ja kättilöissä. Nissinen (2007, 67) toteaa, että voimakkaita tunteita herättäviä ja uupumiselle altistavia tilanteita ovat ne, joissa uhrina on lapsia. Katastrofitilanteiden jälkeen stressireaktiot olivat voimaakkaampia kuin muiden kriisitilanteiden jälkeen. Kaikki kuvasivat katastrofitilanteen jälkeistä välitöntä ilmapiiriä luonnotoman hiljaiseksi.

Kohderyhmän reagointi traumaattiseen stressiin noudatti samoja piirteitä kuin trauman tutkijat ovat kuvailleet: lamaantuminen, jähmettyminen, muistihäiriöt, valikoiva muisti, ylivireystila, fyysiset ja psyykkiset oireet (Levine 2008, 148). Samoin tapahtuneen ”jossittelu”, pohdiskelu ja kysymysten asettelu sekä syyllistäminen olivat yleisimpiä traumaattisen kriisitilanteen puolustuskeinoja. Syyllistämiseen ja syyllisten etsimiseen vaikutti olennaisena osana kriisitilanteiden pitkäaikaiset oikeuskäsittelyt. Toisten syyttely on osoitus ihmisen avuttomuudesta ja hallinnan tunteen menettämisen pelosta (Häkämies 2010). Nämä trau

maattisen kriisin akuuttivaiheelle tyypilliset primitiiviset puolustusmekanismit vähentävät minään kohdistuvan uhan kokemista ja tiedostamista (Cullberg 1994, 144).

Kaksi haastateltavaa jäi pitkälle sairauslomalle pitkään jatkuvien stressioireiden takia. Pitkällinen stressi saa elimistön jatkuvaan ”hälytystilaan” ja jonka seurauksena stressihormoneja erittyy tavallista runsaammin aiheuttaen fysiologisia muutoksia ja sairastumista (Cullberg 1994, 150 – 151). Yksi kättilöistä oli vaihtanut traumaattisen tapahtuman seurauksena työpaikkaa ja kaksi kättilöä oli harjottanut sitä. Muilla oli ollut oireita muutamasta päivästä pariin viikkoon. Traumaattinen tapahtuma oli vaikuttanut osalla työtyytyväisyyttä vähentämällä ja osalla ammattitaidon vahvistumisella.

Kohderyhmä piti erittäin merkittävänä vahvaa ammattitaitoa ja pitkää työkokemusta traumaattisen stressin ehkäisevänä tai lievittävänä tekijänä. Ammattitaidon ja kokemuksen myötä myös ammatillinen itsetunto ja itsevarmuus kasvavat. Puhumista pidettiin myös tärkeänä keinona purkaa tunteita ja ajatuksia. Tutkimusten mukaan naiset purkavat stressiä puhumalla ja miehet toimimalla (Häkämies 2010).

Traumaattisen kriisitilanteen tai katastrofin jälkeen ei työyhteisössä ole tarjottu varsinaista henkistä ensiapua tai tukea hoitajille eikä kättilöille vaan apu on ollut lähinnä käytännön asioiden hoitamista. Tukea on ollut työtoverien puhelinoimit ja työyhteisön kahvipöytäkeskustelut. Osastokokoukset ovat epävirallisia purkutilaisuuksia ja painottuvat tapahtuneesta oppimiseen. Sairaalan sosiaalityöntekijällä on tarvittavat tiedot toteuttaa traumaattisen tilanteen jälkipurku, mutta hoitajat ja kättilöt eivät olleet tietoisia tästä mahdollisuudesta.

Henkinen tuki välittömästi traumaattisen kriisitilanteen ja erityisesti katastrofin jälkeen on välttämätön ja tulisi olla pakollinen. Nissinen (2007, 108) sanoo, että auttajat tarvitsevat sekä yksilöllisiä että yhteisöllisiä tukimenetelmiä käsitelläkseen kokemuksiaan ja päästäkseen niistä irti. Osastonhoitajan roolia välittömän tuen antajana pidettiin tärkeänä. Tukiryhmään ehdotettiin kuuluvaksi hoitaja,

kätilö, lääkäri ja sosiaalityöntekijä. Jokaisella osastolla tulisi olla oma edustajansa tässä ryhmässä. Päivän kurssin järjestäminen kaikille sairaalan työntekijöille oli jokaisen haastateltavan ehdotus. Kurssilla tulisi antaa yleistietoa traumaattisesta stressistä ja siitä selviytymisestä ja tukitoimista.

10 POHDINTA

10.1 Eeettisyys

Hyvä tieteellinen käytäntö edellyttää tutkimuksen tekijältä rehellisyyden noudattamista, yleistä huolellisuutta ja tarkuutta tutkimuksen tekemisessä ja tulosten esittämisessä. Anonymiteetin säilyttäminen ja vaitiolovelvollisuuden noudattaminen ovat varsinkin arkaluonteisen aineiston kohdalla merkittäviä tekijöitä (Vilkkä 2007, 30, 35.) Ihmisarvon kunnioittaminen on tutkimuksen lähtökohtana. Ihmisen tulee itse päättää suostuuko hän osallistumaan tutkimukseen antamalla siihen kirjallinen suostumus. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 25.)

Eettisyys on tutkimuksen luotettavuuden toinen puoli ja se koskee myös tutkimuksen laatua (Tuomi & Sarajärvi 2009, 127). Eettisyys alkaa tutkimuksen aiheen valinnasta ja on mukana koko tutkimusprosessin ajan. Hyvän tieteellisen käytännön mukaan tutkija kunnioittaa toisten tutkijoiden työtä, merkitsemällä lähdeviitteet erottamaan heidän työnsä omistaan. (Vilkkä 2007, 29, 30.)

Tutkimusluvut eivät ole sairaalamme käytäntönä, joten haastatteluja varten sain suullisen luvan sekä sairaalan ylihoitajalta että haastateltavilta itseltään. Kohde-ryhmälleni kerroin opinnäytetyöni tarkoituksen lisäksi vaitiolovelvollisuudesta ja anonymiteetistä. Lupasin hävittää alkuperäisen haastatteluaineiston välittömästi opinnäytetyöni valmistuttua. Olen pyrkinyt tuomaan mahdollisimman tarkasti ja avoimesti esille käyttämäni menetelmät ja tulokset, kuitenkin paljastamatta haastateltavien henkilöllisyyttä.

10.2 Luotettavuus

Laadullisessa tutkimusmenetelmässä luotettavuutta lisää tutkijan tarkka ja rehellinen selostus tutkimuksen toteuttamisesta sekä suorat lainaukset haastatelluista (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 227, 262). Luotettavuuden lisäämiseksi olen pyrkinyt käyttämään mahdollisimman uutta teoretietoa ja tutkimuksia pohjaksi opinnäytetyölleni. Olen yrittänyt kuvata työn prosessia huolellisesti ja tuloksia rehellisesti lisäämällä suoria lainauksia työni elävöittämiseksi.

Laadullisessa tutkimuksessa on ongelmana luotettavuuden kannalta tutkijan pysyminen objektiivisena tarkkailijana. Kuitenkin tutkimuksen tulos perustuu subjektiiviseen näkemykseen ilmiöstä. Tutkimuksen tekijän ennakkoluulot voivat vaikuttaa aineiston analyysiin, jotka tietoisesti tulisi tuoda esiin tulosten arvioinnissa. Tutkija on itse valinnut oman ymmärryksensä mukaan tutkimuksessa käytetyt käsitteet ja menetelmät ja niillä on vaikutusta myös tuloksiin (Tuomi & Sarajärvi 2009, 140 – 141.)

Työyhteisön pitkäaikaisena jäsenenä minulla oli omat käsitykseni ja kokemukseni traumaattisista kriisitilanteista. Nämä omat kokemukset ovat olleet mukana tehdessäni valintoja teoriaviitekehyksen ja teemahaastattelurungon sisältöön sekä kohderyhmän valinnassa ja aineiston tulkintavaiheessa. Haastateltavat puhuivat hyvin vapaasti omista ajatuksistaan ja tunteistaan sekä luottamuksellisista asioistaan. Haastatteluja aukikirjoittaessani jätin osan erittäin henkilökohtaisista ja kipeistä asioista pois, sillä niistä olisi voinut paljastua haastateltavan henkilöllisyys.

Teemahaastattelurungon kirjoittaminen hepreaksi ja sen tarkistuttaminen työkollegalla takasi kysymysten ymmärrettävyyden. Ongelmana oli hepreankielisen haastatteluaineiston aukikirjoittaminen ja suomeksi kääntäminen, mikä on saattanut vaikuttaa aineiston sisällölliseen merkitykseen ja mahdollisesti tärkeänkin informaation katoamiseen.

10.3 Opinnäytetyön prosessi

Opinnäytetyöni aihevalintaan vaikutti monia vuosia sitten tapahtuneesta katastrofitilanteesta, jossa jouduin olemaan mukana uhrien hoitamisessa. Tilanteen jälkeen minulla olisi ollut suuri tarve puhua tunteistani jonkun kanssa. Kukaan ei kuitenkaan ollut halukas puhumaan, joten pidin kaiken näkemäni ja kokemani syvällä sisimmässäni. Pari vuotta sitten tapahtui jälleen suuronnettomuus, jonka seurauksena oli monia vakavasti loukkaantuneita ja kuolleita. Kaikki uhrit tuotiin sairaalaamme, jonka seurauksena useat hoitohenkilökunnasta traumatisoitui-
vat. Edelleenkin mitään henkistä tukea ei järjestetty auttajille. Osastolääkärimme taholta lähti kysely auttajien tarpeesta henkiselle ensiavulle traumaattisten tapahtumien jälkeen. Kyselyn seurauksena ei asian hyväksi tehty juuri mitään. Sairaalaelämään kuuluu erilaiset traumaattiset ”minikriisit”, jotka stressaavat myös hoitajia ja kätilöitä, joten henkisen tuen tarve on suuri.

Traumaattisten kriisitilanteiden aiheuttama stressi ja siitä selviytyminen on aiheeltaan hyvin psykologinen, joten hoitajan tai kätilön näkökulman ottaminen siihen oli erittäin vaikeaa. Mutta psykologia on olennaista, jotta voi ymmärtää traumatisoitumisen ytimen. Myös traumaattisen kriisin uhrin näkökulma on tärkeä, sillä auttaja on itsekin primaari- tai sekundaariuhri traumatisoiduttuaan ja tarvitsee samanlaista henkistä tukea kuin autettavansa. Työn rajaamisessa teoreettinen viitekehys tuotti vaikeuksia, sillä tärkeää teoriatietoa oli paljon ja kaikki merkityksellistä opinnäytetyöni kokonaisuudelle. Itse tutkimusta varten en sitä olisi tarvinnut, mutta traumaattisen kriisitilanteen jälkeisen henkisen tuen toimintamallin kehittämiseksi se oli kuitenkin tarpeellinen.

Ennen kuin lähdin hankkimaan aiheesta teoriatietoa, kävin ensin läpi omia kokemuksiani aikaisemmista traumaattisista tilanteista. Oman traumahistorian läpikäymiseen meni paljon aikaa ennen kuin pääsin käsittelemään aihetta objektiivisesti. Seuraava vaihe oli tutustuminen traumaattisiin kriiseihin ja auttajien auttamista käsittelevään kirjallisuuteen ja tutkimuksiin. Kansainvälisiä tutkimuksia löytyi paljon, mutta suomalaisia tai suomenkielisiä tutkimuksia vain muutama.

Leena Nissisen kirja myötätuntouppumisesta oli ainoa suomalainen teos auttajan traumatisoitumisesta tai uupumisesta kirjoitettu kirja, joka käsittelee vain tätä aihealuetta. Puolen vuoden teoratiedon kirjaamisen ja karsimisen jälkeen pääsin työn haastatteluvaiheeseen.

Laadullinen tutkimusmenetelmä teemahaastattelun kera oli ehdoton valinta työleni, mutta päätös tutkimuksellisen ja toiminnallisen lähestymistavan välillä oli vaikea. Ratkaisevana ja rajoittavana tekijänä oli aikaraja ja opinnäytetyöhön annettu tuntimäärä. Opinnäytetyössäni oli toimintatutkimuksen piirteitä kuten ongelmakeskeisyys, käytäntöjen kehittäminen ja muutoksen aikaansaaminen. Opinnäytetyöni kohteena oli oma työyhteisö ja tavoitteenani oli kehittää omaan työyhteisöön toimiva kriisitilanteen jälkeinen henkisen tuen malli palvelemaan sekä hoitajia että kätilöitä. Mallin testaaminen ja uudelleen arviointi jäivät tekemättä. Ehkä se tulee olemaan seuraava kehittämishaaste.

Toinen harkinnanvarainen seikka oli valita induktiivisen ja deduktiivisen sisällönanalyysin välillä. Alkuperäinen tarkoitus oli tehdä teorialähtöinen analyysi, mutta päädyin kuitenkin aineistolähtöiseen sisällönanalyysiin, sillä koin sen mielekkäämpänä, mutta se osoittautui erittäin työlääksi tehdä. Ehkä opinnäytetyöni analyysi on lähellä abduktiivista analyysiä, sillä koko opinnäytetyöprosessi on ollut vuoropuhelua teorian ja kokemuksellisen tiedon kanssa.

Kohderyhmään valitsin aluksi viisi hoitajaa ja viisi kätilöä, joista kaksi ei täyttänyt asettamiani kriteerejä. Kaikki haastateltavat tunsin entuudestaan ja olin tietoinen heidän työssä tapahtuneista traumaattisista kokemuksistaan. Teemahaastattelurungon antaminen etukäteen luettavaksi ja työn tarkoituksen selvittäminen säästivät aikaa haastattelutilanteessa. Haastateltava pystyi ennalta miettimään, mitä haastattelussa vastaa. Haastattelut tein kunkin osastolla yhteisten työvuorojen aikana. Paikka ei ollut paras mahdollinen, mutta yllättävän vähän oli häiriötekijöitä. Purkaessani nauhoituksia huomasin oman kehitykseni haastateltajana. Ensimmäisissä haastatteluissa keskeytin haastateltavan useaan kertaan tehdessäni hänelle lisäkysymyksiä. Viimeisessä haastattelutilanteessa en esittänyt montakaan kysymystä ja nauhaa oli helpompi myös kuunnella sekä pur

kaa. Mietin sitä, kuinka paljon olin johdatellut haastateltavia ja kuinka paljon se vaikutti tulosten luotettavuuteen. Toisaalta tilanteet olivat molemminpuolista oppimista, itse sain tukea omille käsityksilleni traumaattisesta stressistä ja haastateltavat oppivat jakamastani teorian tiedosta. Puutteena kohderyhmän valinnalle oli parantumattomasti sairaita potilaita sekä lapsi että aikuisia hoitavien hoitajien puuttuminen.

Yhteenvedonä voisin todeta, että opinnäytetyötäni prosessoidessani olo oli kuin Hamletilla Shakepearin näytelmässä, kun hän pohti olemisen tarkoitusta: ”olla-ko vai eikö olla”. Samalla tavalla olen edennyt työni eri vaiheissa, kun olen miettinyt käyttääkö toiminnallista vai tutkimuksellista lähestymistapaa, analysoidako induktiivisesti vai deduktiivisesti, lähteäkö liikkeelle teoriasta vai aineistosta. Ainoa varma asia työn alusta lähtien oli työn aihe, laadullinen menetelmä ja teemahaastattelu sekä työn valmistuminen sovituksessa ajassa. Kaiken kaikkiaan opinnäytetyön tekeminen on ollut terapiaa käydessäni läpi omaa traumahistoriaani sekä hyödyllisen tiedon jakamista työyhteisöni hoitajille ja kättilöille työhyvinvoinnin parantamiseksi. Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävät saivat vastauksensa. Vain suunniteltu toimintatutkimus jäi tekemättä.

10.4 Tulosten arviointia

Tuloksia analysoidessani mietin, olisivatko tulokset olleet toisenlaiset, jos kohderyhmään olisi kuulunut nuorempia ”noviiseja”, joilla olisi ollut hyvät teorian tiedot, mutta vähän työkokemuksen myötä tullutta ammattitaitoa. Pienimuotoinen kansainvälinen vertailu onnistui ainakin traumaattisen stressin kokemisen kohdalla. Tuloksien perusteella päättelisin, että eurooppalaiset ovat riskialttiimpia myötätuntouupumiselle kuin israelilaiset. Tuloksista puuttuu myötätuntouupuminen, jota olin käsitellyt laajasti teoriaosuudessa. Koska myötätuntouupumus oli haastateltavilleni terminä vieras, käytin sekä haastatteluissa että tulosten tulkinassa käsitettä traumaattinen stressi. Kertomusten perusteella voisi puhua myös myötätuntouupumisesta, mutta onhan se käsitteenä Suomessakin melko uusi.

Haastatteluissa mainittiin myös muita traumaattisia tapahtumia kuten työtoverin kuolema. Haastateltavat eivät maininnan lisäksi olleet halukkaita enempää tästä kipeästä aiheesta puhumaan. Jätin tämän kohdan työstäni pois, vaikka se on kirjallisuudessa mainittu yhdeksi työyhteisön traumatisoitumista aiheuttavaksi tekijäksi. Trauma-asiantuntijoiden mukaan eniten traumatisoitumista aiheuttaa lapsiuhri ja suuronnettomuusuhrit, varsinkin kun heitä on useita. Kohderyhmän kohdalla tämä tieto pitää paikkansa.

Kätilötyön erityispiirre ”olla naisen kanssa” vaikuttaa kätilön altistumiseen voimakkaammin traumaattiselle stressille. Kohderyhmän kätilöiden kokemuksista kuvastuivat syvällisemmät tunteet kuin hoitajien. Kätilön vastuu on suurempi ja hän on ”intiimimmässä” vuorovaikutuksessa synnyttäjän kanssa kuin hoitaja potilaansa kanssa. Kätilö ja synnyttäjä odottavat yhdessä uuden tulokkaan syntymistä, he jakavat kokemuksiaan aikaisemmista synnytyksistään ja heistä tulee ”ystäviä”. Kun tähän ”ystävyyssuhteeseen” tulee särö vaikkapa lapsen odottamaton kuolema, on sillä pitkäkantoiset vaikutukset myös kätilön elämässä.

Kysyin niiltä haastateltavilta, joiden traumaattinen kriisitilanne oli päätynyt oikeuskäsittelyyn, olisivatko he traumatisoituneet ilman oikeudellista tutkintaa. Vastauksena oli, että tapahtuma on aina olemassa jossain sisällä, mutta sen aiheuttama haava olisi jo arpeutunut, jos sitä ei olisi aina uudelleen revitty auki.

Haastatteluista sain yleiskuvaksi työyhteisöni hoitajien ja kätilöiden voimakkaan ammatti-identiteetin ja työkokemuksen myötä tulleen vahvan ammattitaidon, jotka ovat tukeneet heidän selviytymistään traumaattisista kriisitilanteista. He tietävät myös rajallisuutensa ja osaavat erottaa työn yksityiselämästä, johon Todennäköisesti on vaikuttamassa israelilaisille tyypillinen perhe-elämäkeskeisyys. Kohderyhmä oli hyvin realistinen traumaattisen stressin suhteen, he osasivat erottaa normaalit reaktiot epänormaaleista eivätkä turhaan patologisoineet tuntemuksiaan.

Katastrofitilanteiden uhrien hoitaminen on sairaalamme työnkuvassa kaikkein raskainta työtä, jonka jälkeen henkistä tukea tulisi olla saatavilla ja jota kuitenkin ei ole koskaan järjestetty. Tuen tarve on todella suuri, sillä jos mikä traumatisoi auttajaa kuin vaikeasti loukkaantuneiden tai monen kuolleen näkeminen ja tuskaa lisää, jos uhrien joukossa on lapsia. Ahdistavaa on seurata, kun äiti etsii lapsiaan tai mies vaimoaan uhrien joukosta.

10.5 Jatkotutkimus ja kehittämishaasteet

Opinnäytetyöni olisin voinut toteuttaa myös toimintatutkimuksena, jolloin olisin testannut henkisen tuen toimintamallia työyhteisössäni ja arvioinut sen toimivuutta ja kehitellyt sitä edelleen yhteistyössä työtovereideni kanssa. Näin toimintamallista olisi tullut työyhteisöni sopivampi ja toimivampi. Myötätuntemuksen tutkimista työyhteisössäni ja muuallakin voisi toteuttaa käyttämällä siihen tarkoitettua mittaria. Olettaisin, että tutkimustulokset voisivat olla pohjana työyhteisön hyvinvoinnin edistämiseksi. Oma työyhteisöni ajatellen olisi lyhyiden päivän kestävien kurssien järjestäminen hyödyllistä.

10.6 Toimintamalli

Tarkoitukseni oli kehittää työyhteisöäni varten henkisen tuen toimintamalli (LIITE 3) soveltaen suomalaisen sairaalan mallia. Suomen sairaaloissa toimii kriisiryhmät, jotka uhrien lisäksi antavat tukea myös henkilökunnalle. Oletettavasti jokaisesta sairaalasta löytyy myös kriisitilanteen jälkeinen toimintamalli. Kriisitilanteen jälkeisen henkisen tuen toimintamallin olen kehittänyt lukemani teorian ja haastatteluista saamani kokemuksellisen tiedon sekä oman ymmärrykseni yhteistuotoksena. Lisäksi olen käyttänyt tukena Seinäjoen keskussairaalan henkisen ensiavun toimintamallia, jota tekijöiden luvan mukaisesti saa kopioida (Hautaniemi & Järvenpää 2004).

Toimintamallin sisällön olen suunnitellut seuraavasti: ensimmäisessä osassa annan lyhyen kuvauksen erilaisista traumaattisista työyhteisön kriisitilanteista, traumaattisesta stressistä ja selviytymiskeinoista. Toisessa osassa käsittelen henkistä tukea ja muita tukimenetelmiä kuten defusingia ja debriefingia. Kolmas osa koostuu itsehoito-ohjeista, jotka olen kääntänyt vapaasti englanninkielisestä ohjeesta (Hudnall 2009).

Kohderyhmältä keräämäni ehdotukset henkiselle tuelle kriisitilanteen jälkeen ovat seuraavat: yksin ei saa koskaan jättää, trauman kokenutta tulee kuunnella ja osoittaa välittämistä sekä pitää häneen myöhemminkin yhteyttä ja ohjata tarvittaessa jatkohoitoon. Toimintamallista teen myöhemmin hepreankielisen version ja aion testata sen ensin työyhteisöni kättilöillä, jonka jälkeen liitän sen osastollamme olevaan kriisitilanteen toimintaohjekansioon. Mallista puuttuu tukihenkilöiden yhteystiedot, sillä sairaalassa ei ole toimivaa kriisiryhmää.

Kriisiryhmän perustamista varten tarvittaisiin koulutusta. Israelissa kriisikoulutusta on järjestetty lähinnä sosiaalityöntekijöille, mutta tämän vuoden alusta on myös kättilöille tarkoitettuja kursseja kättilöliiton toimesta. Kohderyhmän toivomus oli kriisikurssin järjestäminen, jossa annettaisiin yleistietoa erilaisista työyhteisön traumaattisista tilanteista, traumatisoitumisesta ja siitä selviytymisestä

sekä erilaisista tukitoimista. Kurssi tulisi järjestää sairaalan tiloissa, jotta kaikilla olisi mahdollisuus siihen osallistua. Kurssin vetäjinä olisivat alan asiantuntijat. Jokaisen uuden työntekijän perehdyttämiseen tulisi sisällyttää myös työyhteisön traumaattiset kriisitilanteet ja tukimenetelmät.

Varsinainen sairaalan tukiryhmä tarvii pitempiaikaisen koulutuksen tehtävään, jotta he voisivat toteuttaa defusingin ja debriefingin. Tukiryhmään kuuluisi edustaja jokaiselta osastolta ja sitä johtaisi sosiaalityöntekijä, sillä hänellä on siihen tarvittava koulutus. Organisatorinen vastuu ryhmästä olisi ylihoitajalla.

Eriytynyt tarve henkiselle tuelle on ensiavun ja synnytysosaston henkilökunnalla, jotka joutuvat usein kohtaamaan trauman kokeneita ihmisiä. Jos traumaattisessa tilanteessa on vain yksi hoitaja tai kätilö, henkistä tukea voi antaa yksi tukija. Jos tilanteessa on ollut useampi työntekijä, järjestetään koko ryhmälle defusing. Debriefing on toistaiseksi sosiaalityöntekijän vastuulla.

LÄHTEET

- Apter, D., Väisälä, L. & Kaimola, K. (toim.) 2006. Seksuaalisuus. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus.
- Ayalon, O. 1995. Selviydyn. Yhteisön tuki ja selviytyminen. Mannerheimin Lastensuojeluliitto. Helsinki.
- Compassion Fatigue Awareness Project. 2010. What is Compassion Fatigue? Luettu 25.7.2010. <http://www.compassionfatigue.org>.
- Cullbergin, J. 1991. Tasapainon järkkyyssä. Keuruu: Otava.
- Dyregov, A. 1994. Katastrofipsykologian perusteet. Tampere: Vastapaino.
- Fergusson, L. 2009. Working as a coordinator midwife in a tertiary hospital delivery suite: a phenomenological study. Master of Health Science (Midwifery). Auckland University of Technology. Luettu 25.7.2010. http://aut.researchgateway.ac.nz/bitstream/10292/725/4/FergussonL_a.pdf.
- Figley, C. 2002. Gift from within - PTSD. Resources for survivors and caregivers. Compassion fatigue: an introduction. Päivitetty 21.10.2010. Luettu 25.11.2010. <http://www.giftfromwithin.org/html/cmpfatig.html>.
- Harjula, K. 2008. Kärsimys ei jalosta. Eija Palosaaren haastattelu. Kotiliesi 23/2008.
- Hautaniemi, T. & Järvenpää, A. 2004. Henkinen ensiapu keskussairaalassa. Kriisi on kuin kivi keskelle lammikkoa: laineet loiskuvat kauas - mutta keskellä on petollisen tyyntä. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Julkaisusarja B: raportit.
- Heiskanen, T., Salonen, K. & Sassi, P. 2006. Mielenterveyden ensiapukirja. Suomen Mielenterveysseura. SMS- tuotanto Oy. Helsinki: Star Offset Oy.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2009. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. 10. osin uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
- Hooper, C., Craig, J., Janvrin, D., Wetsel, M. & Reimels, E. 2010. Compassion Satisfaction, Burnout, and Compassion Fatigue among Emergency Nurses Compared with Nurses in Other Selected Inpatient Specialties Research. Journal of Emergency Nursing, Volume 36, Issue 5, September 2010. Luettu 1.11.2010. <http://www.sciencedirect.com/science>. 420 - 427.

Hudnall Stamm, B. 2009. Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Version 5 (ProQOL). Certified 30.11.2010. Luettu 25.7.2010. www.proqol.org.

Huttunen, M. 2009. Akuutti stressihäiriö. Duodecimin. Päivitetty 29.12.2009. Luettu 6.7.2010. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00191.

Hynninen, T. & Upanne, M. 2006. Akuutti kriisityö kunnissa. Nykytila ja kehittämissaasteet. Raportteja 2/2006. Helsinki: Stakes.

Häkämies, A. 2010. Kriisi- ja katastrofityön perusteet. Luennot 21.9 – 6.10.2010. Tampereen ammattikorkeakoulu.

Kiiltomäki, A. & Muma, P. 2007. Tässä ja nyt. Sairaanhoidaja tekee kriisityötä. Helsinki: Sairaanhoidajaliitto.

Kivinen, K & Kivinen, L. 1999. Auttamisen murros. SMS-julkaisut. Helsinki: Suomen mielenterveysseura.

Korhonen, V. (toim.) 1999. Tuumasta tekstiksi perusopas seminaari- ja opinnäytetyön tekijälle 16.8.1999. Tampereen yliopisto. <http://www.uta.fi/laitokset/hoito/wwwoppimateriaali/index.html>.

Käypä hoito. 2009. Traumaperäiset stressireaktiot ja -häiriöt. Päivitetty 24.8.2009. Luettu 19.7.2010. <http://www.kaypahoito.fi>.

Lanara, V. 1996. Sankarillisuus hoitotyön arvona. Filosofinen näkökulma. Sairaanhoidajien koulutussäätiö. Helsinki: Hakapaino Oy.

Lappalainen, L. 2009. Myötätuntuupumisen kahdet kasvot. Leena Nissisen haastattelu. Sana -lehti 29.10.2009. Luettu 6.7.2010. http://www.sana.fi/arkisto/i ihmiset/haastattelu/myotatuntuupumisen_kahdet_kasv/.

Lehestö, M., Koivunen, O. & Jaakkola, H. 2004. Hoitajan turva. Helsinki: Edita Prima Oy.

Leinweber, J. & Rowe, H. 2010. The costs of 'being with the woman': secondary traumatic stress in midwifery. 2/2010 Midwifery, volume 26, issue 1. Received 18 January 2008; revised 5 April 2008; accepted 13 April 2008. Luettu 25.6.2010. <http://sciencedirect.linkpc.net/science?76-87>.

Leppävuori, A., Paimio, S., Avikainen, T., Nordman, T., Puustinen, K. & Riska, M. (toim.) 2009. Suuronnettomuustilanteiden kriisityö. Helsinki: Tammi.

Levine, P. 2008. Kun tiikeri herää. Trauma ja toipuminen. Traumaterapiakeskus.

Lindgren, M-K. 2010. Myötätuntouupumus mahdollista myös fysioterapia työssä. Fysioterapeuttien ammattilehti 6/10.

Lindqvist, M. 1990. Auttajan varjo. Keuruu: Otava.

Lönnqvist, J. 2005. Traumaattisen psyykkisen kriisin kohtaaminen. Kansanterveyslaitos. Päivitetty 4.1.2005. Luettu 20.6.2010. http://www.ktl.fi/portal/suomi/pressihuone/ajankohtaista/traumaattisen_psykkisen_kriisin_kohtaaminen.

Maytum, J., Bielski Heiman, M. & Garwick, A. 2004. Compassion fatigue and burnout in nurses who work with children with chronic conditions and their families. Journal of Pediatric Health Care, Volume 18, Issue 4, July-August 2004. <http://www.sciencedirect.com/science>. 171 - 179.

Munnukka-Dahlqvist, M. 1997. Selviytyminen traumaattisesta kriisistä. Suomen Punainen Risti. Porvoo: Oy Kirjapaino.

Neff Kristin. 2010. Self-compassion. Luettu 1.11.2010. <http://www.self-compassion.org>.

Nissinen, L. 2007. Auttamisen rajoilla. Myötätuntouupumisen synty ja ehkäisy. Helsinki: Edita Prima Oy.

Nurmi, L. 2006. Kriisi, pelko, pakokauhu. Persona Grata. Helsinki: Edita.

Palosaari, E. 2008. Lupa särkyä: kriisistä elämään. Helsinki: Edita.

Raitanen, R. 2010. Traumatisoituminen työssä ja arkielämässä. Psykologi Jukka Jylhän haastattelu. Yksilöstä Yhteisöön -lehti 15.2.2010. Jyväskylän Koulutuskeskus. http://www.jyvaskylankoulutuskeskus.fi/YY/artikkelit/2010_02_traumatisoituminen_tyossa.php.

Rothschild, B. 2010. Traumaterapia turvalliseksi. Traumaterapiakeskuksen "Matkalla eheäksi ja eläväksi" loppuraportista 1999 – 2002. Päivitetty 10.11.2010. Luettu 14.11.2010. www.traumaterapiakeskus.com.

Ruishalme, O. & Saaristo, L. 2007. Elämä satuttaa. Kriisit ja niistä selviytyminen. Helsinki: Gummerus.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Päivitetty 1.12 2009. Luettu 24.5.2010. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus>.

Saari, S. 2008. Kuin salama kirkkaalta taivaalta. Kriisit ja niistä selviytyminen. Viides painos. Helsinki: Otava.

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

Saarinen, P. & Katajisto, J. 2003. Post-traumainternaatit yhteisöjen selviytymisen tukena. Traumaterapiakeskuksen "Matkalla eheäksi ja eläväksi" loppuraportista 1999 – 2002. Luettu 20.7.2010. www.traumaterapiakeskus.com.

STM. 2009. Traumaattisten tilanteiden psykososiaalinen tuki ja palvelut. Opas kunnille ja kuntayhtymille. Julkaisuja 2009:16. Luettu 1.11.2010. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-10312.pdf.

Suomen Kätilöliitto. 2009. Kätilötyön määritelmä. http://www.suomenkatiloliitto.fi/static/tiedolla_taidolla_tunteella.pdf.

Suomen Lähetysseura. 2010. Mitä on katastrofityö? Luettu 14.11.2010. http://www.mission.fi/tyo_maailmalla/katastrofityo/mita_katastrofityo_on/.

Suomen sairaanhoitajaliitto ry. 2009. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet hyväksyty Sairaanhoitajaliiton liittokokouksessa 28.9.1996. http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyön/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/.

Suonsivu, K. 2003. Kun mikään ei riitä. Hoitotyöntekijöiden masennuksen kokemukset ja niiden yhteydet työyhteisötekijöihin. Tampereen yliopisto. Akateeminen väitöskirja.

Tilastokeskus. 2009. Työväkivalta on yleistä terveys- ja sosiaalialojen ammateissa Päivitetty 30.9.2009. Julkaistu Hyvinvointikatsaus 3/2009 - Naiset ja miehet työelämässä. http://www.stat.fi/artikkelit/2009/art_2009-09-30_002.html.

Toppari, E. 2010. Myötätuntouupumus - auttajantyön työperäinen riski. Rihveli 1/2010.

Traumaterapiakeskus. 2010. Mikä on psyykinen trauma? Päivitetty 10.11.2010. Luettu 14.11.2010. www.traumaterapiakeskus.com.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 6., uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Työturvallisuuslaki 23.8.2002/738, 8§, 25§.

Vartia, M., Lahtinen, M., Joki, M. & Soini, S. 2008. Piinan loppu. Kiusaamistilanteiden selvittely työpaikalla. Helsinki: Työterveyslaitos.

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

Vilka, H. 2007. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

Vilppola, J. 2009. Kriisityötä auttajan näkökulmasta. Kriisi-seminaari 16.9.2009. Tampere: Pirkanmaan ammattikorkeakoulu.

Yli-Pirilä, P. 2009. Kriisityöstä auttajan näkökulmaa. Kriisi-seminaari 16.9.2009. Tampere: Pirkanmaan ammattikorkeakoulu.

Yoder, E. 2010. Compassion fatigue in nurses. Applied Nursing Research. Volume 23, Issue 4, November 2010. Luettu 1.11.2010. <http://www.sciencedirect.com/science>. 191 - 197.

ProQOL R-IV

Professional Quality of Life Scale, Ammatillinen elämänlaatuasteikko
Myötätuntotytyväisyys ja uupumusmittari: uudistettu neljäs versio

Ihmisten [auttaminen] asettaa sinut suoraan kontaktiin ihmisten elämän kanssa. Kuten luultavasti olet kokenut, myötätuntoisuudellasi heitä kohtaan, joita [autat] on sekä myönteisiä että kielteisiä puolia. Tahtoisimme kysyä sinulta myönteisistä ja kielteisistä kokemuksistasi [auttajana]. Arvioi seuraavia väittämiä, jotka koskevat sinua ja tämänhetkistä tilannettasi. Valitse se numero joka totuudenmukaisesti vastaa sitä, kuinka usein olet kokenut kyseistä piirrettä viimeisen kuukauden aikana.

0= En/Ei koskaan 1= Harvoin 2=Joskus 3=Melko usein 4=Usein 5= Erittäin usein

- ___ 1. Olen onnellinen.
- ___ 2. Mietin useampaa kuin yhtä [autettavaani].
- ___ 3. Koen tyytyväisyyttä siitä, että voin [auttaa] ihmisiä.
- ___ 4. Koen yhteyttä toisiin.
- ___ 5. Hypähdän tai säpsähdän odottamattomista äänistä.
- ___ 6. Tunnen itseni virkistyneeksi työskenneltyäni [autettavieni] kanssa.
- ___ 7. Minusta on vaikeaa erottaa yksityiselämäni työroolistani [auttajana].
- ___ 8. Menetän untani [autettavan] henkilön traumaattisten kokemusten takia.
- ___ 9. Uskon, että [autettavien] stressi on saattanut tarttua minuunkin.
- ___ 10. Tunnen olevani ansassa työni vuoksi
- ___ 11. Olen kokenut olevani 'äärirajoilla' useissa asioissa [auttamistyöni] takia.
- ___ 12. Pidän työstäni [auttajana].
- ___ 13. Koen [auttamis-]työni tuloksena masentuneisuutta.
- ___ 14. Minusta tuntuu että läpikäyn [autettavieni] traumaattisia kokemuksia.
- ___ 15. Minulla on uskomuksia, jotka vahvistavat minua.
- ___ 16. Olen tyytyväinen miten kykenen pysymään ajan tasalla [auttamis-]teknikoista ja sopimuksista.
- ___ 17. Olen se henkilö, joka olen aina tahtonut olla.
- ___ 18. Työni saa minut tyytyväiseksi.
- ___ 19. Tunnen itseni uupuneeksi [auttamis-]työni takia.
- ___ 20. Minulla on myönteisiä ajatuksia ja tunteita [autettavista] ja kyvyistäni auttaa heitä.
- ___ 21. Hukan työmääräni tai [työ]tapausteni laajuuteen.
- ___ 22. Uskon, että voin vaikuttaa työni kautta
- ___ 23. Vältän tietynlaisia toimintoja tai tilanteita koska ne muistuttavat minua [autettavieni] pelottavista kokemuksista.
- ___ 24. Olen ylpeä siitä, mitä voin tehdä [auttaakseni].
- ___ 25. [Auttamistyöni] tuloksena minulla on läpitunkevia, pelottavia ajatuksia.
- ___ 26. Tunnen systeemin vuoksi polkevani paikoillani.
- ___ 27. Ajattelen, että olen todella hyvä [auttajana].
- ___ 28. En pysty muistamaan tärkeitä osia työstäni traumauhrien kanssa.
- ___ 29. Olen erittäin herkkä ihminen.
- ___ 30. Olen onnellinen että valitsin tämän työn.

Tekijänoikeus:

© B.Hudnall Stamm, 1997-2005. Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Subscales, R-IV (ProQOL). <http://www.isu.edu/~bhstamm>, Suomentanut H. Palmunen, T. Ruuska, 2006.

LIITE 2: 1/3

Teemahaastattelun teemat

Taustatietoja:

1. Ammatti: sairaanhoitaja/kätilö
2. Osasto
3. Työvuodet terveydenhuoltoalan ammatissa

Teema 1:

1. Kuvaile työssäsi yksi kriisitilanne, jossa olet ollut mukana.

Teema 2

- Kerro kokemuksia (ajatuksia ja tunteita) kriisi- ja/tai katastrofitilanteesta.
- Vaikuttiko kriisi työmotivaatioon ja työtyytyväisyyteen tai elämänlaatuun yleensä? Jäikö siitä mitään negatiivisia jälkireaktioita?

Teema 3

- Kenen kanssa puhuit tapahtumasta välittömästi kriisitilanteen jälkeen?
- Minkälaista henkistä tukea sait ja milloin?
- Minkälaista apua tai tukea olisit tarvinnut?
- Mitkä ovat omat selviytymiskeinosi?

Teema 4

- Pidätkö kriisitilanteen jälkeistä apua ja tukea tarpeellisena?
- Kuka olisi paras tuen antaja?
- Milloin olisi kaikkein paras aika saada apua tai tukea?
- Mitä ehdotuksia sinulla on kriisitilanteen jälkeisen toimintamallin kehittämistä varten?

The focused interview questions

General

1. Profession: nurse/midwife
2. Ward/unit, where are you working
3. The work experience in years.

Theme 1

1. Describe one traumatic crisis at your workplace, which you have been involved.

Theme 2

1. Could you tell about your experiences (thoughts and reactions) after the crisis or disaster?
2. Did the crisis effect to your motivation of work and work satisfaction or your quality of life in general? Did it remain any negative reactions?

Theme 3

1. With whom did you discuss about the situation immediately after the crisis?
2. Which kind of emotional support did you get and when?
3. Which kind of help or support would you need?
4. What are your survival methods in the situation of crisis?

Theme 4

1. What is your opinion about the help and support to the nurse/midwife after the traumatic crisis – is it necessary?
2. Who could be the best support giver?
3. When it would be the best time to have help and support?
4. Which kind of proposals do you have for development the model of after crisis?

LIITE 2: 3/3

ראיון שואלת לפי התימות

שואלות כלליות

1. מקצוע: אחות \ מיילדת.
2. יחידה, איפה את עובדת?
3. ניסיון עבודה בשנים.

טאמה 1

1. תארי את המשבר הטראומטי, שאת עברת.

תימה 2

- 1 את יכול לומר על התגובות שלך והרגשות אחרי המשבר?
- 2 האם האירוע השפיע על איכות החיים שלך, על עבודתך או על שביעות רצון מעבודתך?

תימה 3

1. עם מי שאת דיברת על המצב אחרי המשבר?
2. האם את רצית לדבר על המצב?
3. האם את קיבלת כל עזרה או תמיכה אחרי האירוע?
4. איזה סוג של עזרה או תמיכה שאת קיבלת?
6. האם את קיבלת כל עזרה או תמיכה, הייתה זאת נכונה (עוזרת) ומתאימה?
7. איזו שיטות את משתמשת במצבי טראומטי?

תימה 4

1. אם את יכולה לבחור, איזה סוג של עזרה או תמיכה שאת הצטרכת?
2. מה דעתך על העזרה והתמיכה לאחות \ למיילדת אחרי משבר הטראומטי – האם התמיכה חשובה?
3. מי יכל לתת התמיה?
3. מתי הזמן הנון לקבל התמיכה?
4. איזה סוג של הצעות יש לך (להתפתחות המודל של פעולה)?

TYÖYHTEISÖN HENKISEN TUEN TOIMINTAMALLI TRAUMAATTISEN KRIISITILANTEEN JÄLKEEN

Traumaattisen tapahtuman jälkeiset stressireaktiot ovat normaaleja reaktioita epänormaaliin tilanteeseen. Auttaja kohtaa oman haavoittuvuutensa, avuttomuutensa, pelkonsa, syyllisyydentunteensa, surunsa ja tuskansa samoin kuin autettavansa. Aikaisemmat käsittelemättömät traumaattiset kriisitilanteet voivat aktivoitua uudelleen. Samanaikaiset omat henkilökohtaiset elämänkriisit ja työyhteisön kasaantuneet kriisit voivat vaikuttaa auttajan traumatisoitumiseen.

Työyhteisön traumaattinen kriisitilanne

Traumaattinen kriisitilanne tapahtuu yllättäen ja ennalta arvaamatta. Se on erittäin voimakas tapahtuma, joka voisi aiheuttaa kenelle tahansa traumaattista stressiä. Tällaisia tilanteita ovat:

- potilaan/asiakkaan tai työkollegan äkillinen kuolema tai vakava loukkaantuminen
- hätäsynnytys; synnyttäjän ja/tai lapsen kuolema
- työntekijään kohdistunut uhkaus tai väkivalta
- vakava henkinen väkivalta (työpaikkakiusaaminen)
- suuret työyhteisön muutokset
- läheltä piti -tilanteet
- vakavat hoitovirheet
- trauman kokeneen henkilön kertomuksen kuuleminen

Traumaattinen stressi

- äkillisen ja odottamattoman tapahtuman aiheuttama stressi
- normaali reagointi epänormaalissa tilanteessa
- stressi laukaisee selviytymismekanismit
- fyysinen, psyykinen, emotionaalinen ja sosiaalinen reagointi
- reaktiot tulevat esiin jälkikäteen reagoitivaiheessa

Myötätuntouupuminen

- työperäinen emotionaalinen kuormitus
- seurausta empatiakyvystä ja auttamisen halusta
- pitkäaikaisena voi aiheuttaa sijaistraumatisoitumista
- tarkoittaa lähes samaa kuin traumaattinen stressi

Selviytyminen traumaattisesta kriisitilanteesta

Omat sisäiset selviytymiskeinot:

- persoonallisuus
- elämäntilanne
- elämäntavoitteet
- tieto ja taito

Ulkoiset selviytymiskeinot:

- sosiaalinen tuki (perhe, ystävät, työtoverit)
- henkinen ensiapu/tuki
- defusing
- debriefing
- psykoterapia

Normaalit traumaattisesta stressistä selviytymisen vaiheet (kriisivaiheet)

- sokkivaihe: kesto 0 – 3 vrk, ei fyysistä tai henkistä kipua; mielen tehtävä suojata; flashbackit.
- reaktiovaihe: kesto 3 – 5 vrk, voimakkaat tunteet, kieltäminen, syyllisyyden tunteet, muistikuvat, tapahtumaa muistuttavien paikkojen, ihmisten ja tilanteiden välttäminen ja yliviirittyneisyys sekä somaattiset oireet.
- käsittelyvaihe: kesto muutamasta kuukaudesta muutamaan vuoteen, prosessi hidastuu ja katseen suuntaaminen tulevaisuuteen.
- uudelleen suuntautumisen vaihe: tapahtuma osa elämää, jota voi ajatella tai olla ajattelematta.

Traumatisoitumisen oireita (Dyregrov1994, 202 – 203)

Fyysiset oireet:

- pahoinvointi, vatsavaivat, päänsärky
- vapina, hikoilu, nopea pulssi
- väsymys, unihäiriöt

Psyykkiset oireet:

- epätodellinen olo
- muistamisongelmat
- huono keskittymiskyky
- flashbackit

Emotionaaliset reaktiot:

- avuttomuus, surullisuus ja masentuneisuus
- pelko, viha ja ärtyneisyys
- varuillaan olon tunne

Sosiaalinen reagointi:

- työkyky laskee
- ihmissuhdeongelmat työssä ja yksityiselämässä

Jos oireet jatkuvat pitkään ja häiritsevät jokapäiväisiä toimintoja, on syytä hakea ammattiauttajien tukea, sillä kyseessä saattaa olla stressihäiriöstä (PTSD).

Henkinen tuki

Henkisellä tuella tarkoitetaan välittömästi traumaattisen tilanteen tai tapahtuman jälkeistä sokkivaiheen tukea. Henkisen tuen antaja voi olla kuka tahansa eikä siihen tarvita koulutusta. Tukijalta tarvitaan empaattisia kykyjä olla läsnä, kuunnella, rauhoittaa ja auttaa käytännön asioissa. Henkistä tukea annetaan yksilölle ei ryhmässä.

Defusing

Tukiryhmä järjestää defusingin, jos tapahtuma on koskettanut useampia työyhteisön jäseniä. Se on välitön traumaattisen tilanteen purkukokous, jossa tunteita ”tuuletellaan”. Defusing pyritään järjestämään ennen työvuoron loppua.

- kuuntele, kannusta puhumaan
- tietoa kriisin vaiheista ja normaalista reagoititavoista
- tietoa levon ja sosiaalisen tuen tärkeydestä
- debriefingin tai jatkohoidon arviointi

Debriefing

Debriefing on ryhmälle tarkoitettu jälkipuinti-istunto, jossa käydään läpi kriisitilanteeseen liittyviä tunteita ja ajatuksia sekä selviytymiseen liittyviä asioita. Sen järjestämisen vastuu on sosiaalityöntekijällä, jolla on peruskoulutuksessa annetut välineet hoitaa traumaattisen tilanteen jälkipurku. Hänen apunaan ovat tukiryhmän jäsenet. Se toteutetaan tarvittaessa muutaman päivän kuluttua tapahtuneesta.

Toimintaprosessi traumaattisen tilanteen jälkeen

Organisatorinen vastuu tukitoimista on sairaalan johtajalla ja ylihoitajalla. Heidän tehtävään on pitää huolta työyhteisön hyvinvoinnista ja sen antamasta hoidon laadusta. Trauman kokeneen hoitajan tai kätilön henkisen tuen tarpeen arvioi työkollega tai esimies.

Prosessi alkaa, kun lähin työkollega, esimies tai trauman kokenut hoitaja tai kätilö ottaa yhteyttä osastonsa tukihenkilöön välittömästi traumaattisen kriisitilanteen jälkeen. Jos tapahtuma on koskettanut useampaa työyhteisön jäsentä, tukihenkilö ottaa yhteyttä tukiryhmän muihin jäseniin. Tukihenkilö ilmoittaa tapahtumasta tarvittaessa osastonhoitajalle, joka viestittää asian eteenpäin ylihoitajalle.

Traumaattisen stressin ennaltaehkäisyohjeet

Itsehoito

riittävä lepo, rentoutuminen ja virkistäytyminen
terveelliset elämäntavat
fyysisen ja psyykkisen kunnon ylläpito
sosiaalisten suhteiden ylläpito
ammattillisen tiedon ja taidon kehittäminen
työyhteisön tuki
tasapaino työtehtävien ja osaamisen välillä
älä kätke tunteitasi vaan puhu tunteistasi ja tapahtuneesta
ota selvää faktoista
anna ajan parantaa
jatka työtäsi kohtuullisesti
pidä nautintoaineiden käyttö vähäisenä ehkäistäksesi hermostosi ylivireyttä.
veden juominen

Työtovereiden tuki

ole sympaattinen kuuntelija
tue ja ole läsnä
älä jätä yksin
vältä syyllistämistä
kysele kuulumisia
ohjaa jatkotukeen

Esimiehen tuki

huolehtia ylikuormituksen ehkäisemisestä
antaa arvostusta ja tarvittavaa tukea, ohjausta ja palautetta
säännölliset keskustelutilaisuudet
ongelmien ja ristiriitojen välitön käsitteleminen
huomioida yksilöllisyys, inhimillisyys ja elämäntilanteet
kunnioittaa työntekijän rajoja työn ja yksityiselämän välillä
kysellä vointia myös työajan ulkopuolella

TOIMINTAMALLI TRAUMAATTISEN KRIISITILANTEEN JÄLKEISELLE HENKISELLE TUELLE JA MUILLE TUKITOIMILLE

