
**NUOREN ITSEMURHA ENSIHOITOTYÖNTEKIJÄN
KOKEMANA**

HAMK
HÄMEEN AMMATTIKORKEAKOULU

Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Hämeenlinna 21.5.2010

Paula Moisio

Essi Salonen



Hoitotyön koulutusohjelma
Hämeenlinna

Työn nimi Nuoren itsemurha ensihoitotyöntekijän kokemana

Tekijät Paula Moisio ja Essi Salonen

Ohjaava opettaja Leena Packalén

Hyväksytty _____._____.20_____

Arvioinnin kohteena on opiskelijan koko opinnäytetyöhön liittyvä oppimisprosessi

Hyväksyjä

HAMK Lahdensivu
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja AMK

Tekijät	Paula Moisio, Essi Salonen	Vuosi 2010
Työn nimi	Nuoren itsemurha ensihoitotyöntekijän kokemana	

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää ensihoidossa työskentelevien kokemuksia nuoren henkilön itsemurhasta. Teoriaosuuden aineisto käsittelee nuoria, nuorten itsemurhaa ja ensihoitoa. Opinnäytetyössä kysytään, millaista tukea ensihoitajat antavat paikalla oleville, itsemurhan tehneen nuoren läheisille, millaista tukea ensihoitajat arvioivat tarvitsevansa työyhteisöltään kohdatessaan nuoren itsemurhan ja millaista tukea ensihoitajat saavat työyhteisöltään kohdatessaan nuoren itsemurhan.

Opinnäytetyössä käytettiin kvalitatiivista tutkimusmenetelmää ja aineisto kerättiin kyselylomakkeella Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen kolmen seurakunnan, Forssan, Hämeenlinnan ja Riihimäen toimipisteissä ensihoidossa työskenteleviltä henkilöiltä. Kyselylomakkeessa oli viisi avointa kysymystä ja kaksi vaihtoehdollista kysymystä. Tutkimusaineisto analysoitiin sisällönanalyysin avulla.

Kyselyyn vastanneet kokivat pääosin saavansa tarpeeksi tukea työyhteisöltä tai työparilta kohdatessaan nuoren itsemurhan ensihoitotehtävässä. Kaikki vastaajat halusivat saada ainakin jonkinlaista tukea työyhteisöltä tilanteeseen, jossa he olivat kohdanneet nuoren itsemurhan ensihoitotehtävällä ja nimesivät keskustelun työparin kanssa parhaaksi avunlähteeksi. Eniten toivottiin, että keskustelu käytäisiin työkavereiden tai työyhteisön keskuudessa. Vastauksista kävi ilmi, että tärkeintä itsemurhan tehneen läheisille annettavassa tuessa on läsnäolo ja jatkohoidon järjestäminen omaiselle tai muille läheisille.

Johtopäätöksenä voi todeta, että vastaajat kokevat pääasiallisesti saavansa riittävästi tukea tilanteisiin, joissa he kokevat nuoren henkilön itsemurhan, mutta joissain tilanteissa lisätuen tarjoaminen olisi tarpeen. Vastaajat kaipaisivat myös tukea ja keinoja omaisten kanssa toimimiseen nuoren itsemurhan jälkeen. Kehittämisehdotuksena saatujen vastausten pohjalta voitaisiin kehittää malli, jonka avulla tarjotaan tukea ja apua jokaiselle työntekijälle henkisesti raskaiden ensihoitotehtävien jälkeen.

Avainsanat Nuoret, itsetuho, itsemurha, ensihoito, työhyvinvointi

Sivut 37 s. + liitteet 4 s.

HAMK Lahdensivu
Degree Programme in Nursing
Nursing

Authors Paula Moisio, Essi Salonen **Year** 2010

Subject of Bachelor's thesis Young person's suicide, emergency nurses' experiences

ABSTRACT

The purpose of the thesis was to clarify emergency nurses' experiences of a young person's suicide. The theoretical basis of the thesis consisted of the young, young person's suicide and emergency nursing. The research questions were: what kind of support emergency nurses give to the next of kin of the young person that committed suicide, what kind of support emergency nurses estimate to need from work community after experiencing young person's suicide and what kind of support emergency nurses get from work community after experiencing young person's suicide.

The research method was qualitative and background information was collected by questionnaire from staff working in emergency units in three Kanta-Häme rescue department subregions Forssa, Hämeenlinna and Riihimäki. The questionnaire included five open questions and two questions with answering options. The material was analysed by using content analysis.

The respondents mainly thought they received enough support from work community and work pair when experiencing a young person's suicide in emergency nursing. All the respondents wanted to get some kind of support from work community. They stated conversation with working partner being the best source of help. Most hoped that conversation would be among workmates and work community. The responses revealed that the most important thing in giving support for those close to a person committing suicide is presence and to arrange further treatment for relatives and others close.

As a conclusion it can be discovered that the respondents mainly experienced getting enough support in the situations where they confronted a young person's suicide but in some situations offering more support would be needed. Respondents also needed support and means to work with relatives after a young person's suicide. As a development suggestion based on the answers there could be developed a model which with support is offered for every worker after mentally hard emergency assignments.

Keywords Youth, self-destruction, suicide, first aid, work wellbeing

Pages 37 p. + appendices 4 p.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	NUORET.....	2
2.1	Nuoruus.....	2
2.2	Nuoren kuolemankäsitteksen kehittyminen.....	3
3	ITSETUHOISUUS.....	4
3.1	Nuorten itsetuhokäyttäytymiseen vaikuttavia tekijöitä.....	4
3.1.1	Biologiset ja fyysiset tekijät.....	5
3.1.2	Psyykkiset tekijät.....	5
3.1.3	Sosiaaliset tekijät.....	6
3.1.4	Kulttuuriset tekijät.....	6
3.2	Suora ja epäsuora itsetuho.....	7
3.3	Itsemurhayritys.....	7
4	ITSEMURHA.....	8
4.1	Itsemurhaa ennakoivat merkit ja riskitekijät.....	9
4.2	Itsemurhassa käytettävät menetelmät ja -keinot.....	9
4.3	Itsemurhan logiikka.....	10
4.4	Itsetuhon ja itsemurhan ehkäisy.....	11
5	ENSIHOITO.....	13
5.1	Ensihoidon määritelmä ja tehtävät.....	13
5.2	Ensihoidon henkilöstö.....	14
5.3	Työskentely ensihoitotilanteissa.....	14
5.4	Ensihoitotilanteen jälkeen.....	16
5.5	Ensihoidossa työskentelevien stressi.....	16
6	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	17
7	AINEISTON ANALYSOINTI.....	17
7.1	Aineiston keruumenetelmä.....	17
7.2	Aineiston analysointi.....	19
8	OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS.....	20
8.1	Opinnäytetyön eettisyyteen liittyvät kysymykset.....	20
8.2	Opinnäytetyön luotettavuuteen liittyvät kysymykset.....	21
9	TULOKSET.....	22
9.1	Taustatiedot.....	22
9.2	Työyhteisön tuen riittävyyden arviointi.....	22
9.3	Tuen tarpeen arviointi.....	24
9.4	Tuen antaminen.....	26
9.5	Kokemuksia tuen antamisesta.....	26

10 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	29
10.1 Työssä jaksaminen	29
10.1.1 Työnohjaus	29
10.1.2 Ohjatut purkutilanteet	30
10.1.3 Keskustelu työtoverin kanssa	31
10.2 Itsemurhan tehneen nuoren läheisen saama tuki	31
10.3 Tulosten hyödyntäminen ja jatkotutkimukset	33
LÄHTEET	34

Liite 1	Saatekirje
Liite 2	Kyselylomake

1 JOHDANTO

Nuoruusiän mielenterveydelliset ongelmat ovat lisääntyneet viime vuosina. Mielenterveysongelmilla voi olla vakavia, jopa tuhoisia seurauksia. Noin 150 nuorta kuolee itsemurhaan Suomessa vuosittain. Nuorten itsemurhaa käsitteleviä tutkimuksia ei kuitenkaan ole paljon. Aihe on ajan-kohtainen, sillä moni nuori voi henkisesti pahoin. (Tolonen 1996, 22–23.)

Koska nuorten itsemurhista ei ole paljon tutkimustietoa, halusimme tehdä opinnäytetyön tästä aiheesta. Se on myös opinnäytetyön tekijöiden oma kiinnostuksen kohde. Näkökulma rajautui lopulta ensihoidossa työskentelevien kokemuksiin nuoren itsemurhasta. Tästä näkökulmasta nuoren itsemurhaa on tutkittu vähän.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää ja kartoittaa, millaista tukea ensihoidossa työskentelevät tarvitsevat ja saavat työpaikaltaan kohdatessaan nuoren, 15–24-vuotiaan, henkilön itsemurhan. Ensihoidossa työskentelevät ovat tuen antajia, mutta myös sen tarvitsijoita. Haluamme myös selvittää, millaista tukea ensihoitajat antavat paikalla oleville, itsemurhan tehneen läheisille.

Nuoren olemme määritelleet työssä 15-24-vuotiaaksi. Itsetuhoisuuden ilmiö moninkertaistuu nuoruusiässä ja on huipussaan 15-19-vuotiailla. Terveysten- ja hyvinvoinnin laitoksen tilastoissa vuoden 2007 kuolemansyistä itsemurha oli sekä miehillä että naisilla toiseksi yleisin kuolemansyy 15-24-vuoden iässä. (Naisten yleisimmät kuolemansyyt ikäryhmittäin (lkm) 2007; Miesten yleisimmät kuolemansyyt ikäryhmittäin (lkm) 2007.)

Opinnäytetyön tutkimuskysymyksiksi muodostuivat millaista tukea ensihoitajat antavat paikalla oleville, itsemurhan tehneen nuoren läheisille, millaista tukea ensihoitajat arvioivat tarvitsevansa työyhteisöltään kohdatessaan nuoren henkilön itsemurhan ja millaista tukea ensihoitajat saavat työyhteisöltään kohdatessaan nuoren henkilön itsemurhan. Teoriaosuus opinnäytetyöhön on kerätty tutkimuskysymysten pohjalta. Tutkimuskysymykset ovat olleet myös pohjana kyselylomakkeen laatimisessa.

Opinnäytetyön teoriaosuuteen on kerätty tietoa nuorista, nuorten itsetuhoisuudesta sekä nuorten itsemurhista. Opinnäytetyössä on käsitelty itsemurhia yleisesti sekä painotettu nuorten itsemurhien erityispiirteitä. Teoriaosuudessa on myös tietoa ensihoidosta sekä ensihoitotilanteissa työskentelemisestä. Tulosten pohdinnan avuksi tietoa on kerätty auttajan kokemasta surusta, ensihoidossa työskentelevien työssä jaksamista sekä avusta, jota he antavat itsemurhan tehneen läheisille.

Opinnäytetyössä käytetään laadullista tutkimusmenetelmää. Olemme halunneet saada työhön myös selvästi ensihoitotyötä tekevien näkökulman, joten olemme päätyneet keräämään aineiston kyselylomakkeella, jossa on yhteensä seitsemän kysymystä. Viiteen kysymykseen vastataan avoimesti.

Kahdessa kysymyksessä on valmiit vastausvaihtoehdot taustatietojen keräämiseksi ja luokittelun helpottamiseksi.

Opinnäytetyön kyselyosa on toteutettu Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen kolmen seutukunnan, Forssan, Hämeenlinnan ja Riihimäen toimipisteissä. Yhdestä näistä toimipisteistä saimme ohjaajan, joka auttoi meitä opinnäytetyön ja erityisesti kyselylomakkeen kanssa. Tämä yhteistyöhenkilö myös auttoi jakamaan kyselylomakkeet toimipisteisiin.

Toivomme opinnäytetyöstä olevan hyötyä käytännön työelämässä. Valmis opinnäytetyö lähetetään Kanta-Hämeen pelastuslaitokselle, jotta he voivat käyttää ja hyödyntää sen sisältöä esimerkiksi kehittämispäivillä tai muuten keskustella sen sisällöstä ja työn herättämistä ajatuksista.

2 NUORET

Nuoruuden kehitystehtävänä on lapsen vähittäinen irrottautuminen lapsuudesta ja oman persoonallisen aikuisuuden löytäminen. Nuoruus on sekä yksilöitymis- että eriytymisprosessi ja yhteiskuntaan ja sosiaaliseen ympäristöön liittymisen tapahtuma. (Rantanen 2004, 46; Aalberg, Siimes 2007, 67.)

Ihmisen elämänkaari voidaan jakaa lapsuuteen, nuoruuteen, aikuisuuteen ja vanhuuteen (Vertio 1994, 9). Nuoruus voidaan jakaa vielä kolmeen vaiheeseen: varhaisnuoruus, keskinuoruus ja jälkivaihe. Varhaisnuoruus käsittää ikävuodet 11-14, ja sen kehitystehtävänä on muuttuva suhde omaan kehoon. 15-18-vuotiaana eletään keskinuoruutta, ja tämän vaiheen kehitystehtävänä on muuttuva suhde omiin vanhempiin. Jälkivaiheen kehitystehtävänä on lopullisen persoonallisuuden eheytyminen, joka ajoittuu 19-22 ikävuoteen. (Rantanen 2004, 46; Aalberg ym. 2007, 68.)

2.1 Nuoruus

Varhaisnuoruus alkaa puberteetista ja käsittää noin 11–14-ikävuodet. Nuoren keho alkaa muuttua hormonitoiminnan käynnistymisen ja kasvupyrähdyksen myötä. Muutokset hämmentävät nuorta. Entinen ruumiinkuva hajoaa ja kehon hallitseminen on vaikeaa. Tietoisuus kehosta ja sen rajoista on korostunut ja nuorella on suuri tarve intimitettiin. Viettipaine kasvaa ja nuori pyrkii hallitsemaan sitä eri tavoin. Nuori voi haluta olla paljon yksin. Ajoittain nuori saattaa myös turvautua lapsenomaiseen käyttäytymismalliin ja etsiä tyydytystä vanhemmilta. Nuori tulee yhä tietoisemmaksi seksuaalisuudestaan. Pojilla tämä näkyy erityisesti kielenkäytössä. Molemmat sukupuolet ovat kiinnostuneita seksuaalisuuteen liittyvistä asioista. Varhaisnuoret ovat usein mielialaltaan ja käytökseltään ailahtelevaisia. He vastustavat normeja ja aikuisia etsien näin rajojaan ja hallintaa omaan mielensisäiseen myllerrykseensä. Nuorelle ei saa olla liian salliva, sillä se ei tue nuoren kasvua. (Rantanen 2004, 46-47; Friis, Eirola, Mannonen 2004, 45-46; Aalberg ym. 2007, 68-69.)

15–18-vuotiaana nuori elää keskinuoruuden vaihetta. Tällöin nuori etsii itseään ja minuuttaan kokeillen esimerkiksi erilaisia harrastuksia ja rooleja. Vanhemmat säilyvät tässä vaiheessa edelleen nuoren tärkeimpinä aikuisina. Nuoren on työstettävä lapsuuden seksuaaliset käsitykset, pelot ja uhat ennen kuin hän on valmis ottamaan naisen tai miehen aseman vastaan. Tunnesuhde vanhempiin alkaa kuitenkin muuttua ja nuori alkaa erota vanhemmistaan surutyön kautta. Tällöin nuoren minä on herkkä ja haavoittuva ja erokokemukset ovat erityisen rankkoja. Siksi nuoren elämässä ja ihmissuhteissa tulisi olla jatkuvuutta. Nuoren kehitystä edistää ja irrottautumista vanhemmista auttaa ikätovereiden seura. Esimerkiksi yhteiset harrastukset ja nuorisoyhteisöön kuuluminen ovat nuorelle tärkeitä. Ystävyys-suhteet alkavat olla yhä merkittävämpi osa nuoren elämää. Ne vahvistavat nuoren minuutta ja identiteettiä. Oman kehon ja seksuaalisuuden haltuunotto sekä sen kokeminen myönteisenä ja tyydytystä antavana on myös olennainen osa keskinuoruutta. (Rantanen 2004, 47; Friis ym. 2004, 46; Aalberg, ym. 2007, 70.)

Nuoren kokonaispersoonallisuus eheytyy ja minä lujittuu nuoruuden loppuvaiheessa, 19-22-vuotiaana. Nuori alkaa olla valmis itsenäistymään ja irrottautumaan lapsuudenkodista. Kyky tuntea empatiaa lisääntyy, nuori kykenee emotionaaliseen läheisyyteen ja arvostaa oman ja toisen yksittäisyyttä. Nuori löytää suunnan omalle elämälleen. Jälkinuoruus voi olla nuorelle myös identiteettikriisi. Nuoren on tehtävä valintoja, jotka vaikuttavat hänen tulevaan aikuisuuteensa. Nuoresta tulee yhteiskunnan jäsen ja hän alkaa ottaa vastuuta. Myös ammatilliset päämäärät vakiintuvat ja nuori alkaa perustaa perhettä. (Rantanen 2004, 47; Friis ym. 2004, 46-47; Aalberg, ym. 2007, 70-71.)

2.2 Nuoren kuolemankäsityksen kehittyminen

On todettu, että lapsen ja nuoren käsitys kuolemasta vaihtelee ikäryhmittäin. Lisäksi se on selvästi sidoksissa psyykkisen kehityksen vaiheisiin sekä emotionaaliseen tilanteeseen. (Räsänen 2002, 231.)

Kuolemankäsitys alkaa kehittyä yhdeksännen ikävuoden jälkeen. Täysi tietoisuus kuolemasta kehittyy noin 12-vuotiaana. Lapsen elämäntilanne ja kokemukset vaikuttavat kuitenkin kuolemankäsityksen syntymiseen, esimerkiksi vakavasti sairaan lapsen käsitys kuolemasta voi alkaa kehittyä jo aikaisemminkin. Jo lapsuudessa alkaa lapsille kehittyä erilaisia ajatuksia ja kuvitelmia kuolemasta ja näitä ajatuksia pidetäänkin tavallisina. (Mielonen 1998, 29; Heiskanen, Salonen & Sassi 2006, 70.)

Lasten ja nuorten käsitykset kuolemasta voidaan jakaa eri tutkimusten mukaan kolmeen kehitysvaiheeseen; käsitykset kuolemasta ennen kouluikää, kouluikässä sekä murrosiän ja nuoruusiän vuosina. Lapsi voi ikään kuin käsittää kuoleman eräänlaiseksi matkaksi ennen kouluikää. Tällöin lapsi ei pysty ymmärtämään kuoleman lopullisuutta, ja hän voi paeta omaa hyvinvointia uhkaavilta vaaroilta puhumalla kuolemasta. Kun lapsi tulee kouluikänsä, kuolema alkaa hahmottua lopullisena tilana, josta ei ole paluuta takaisin. Nuoruusiässä lapsen lopullinen käsitys kuolemasta alkaa kehittyä.

tyä ja muistuttaa aikuisen tapaa käsitellä kuolemaa. Tässä auttavat murrosiän itsenäistymisprosessin läpikäyminen ja oman minuuden erillisyyden laajempi ymmärtäminen. (Mielonen 1998, 29; Friis ym. 2004, 124–125.)

Aina ei ole selvää, onko nuoren kuolema ollut itsemurha. Itsemurhaviestit ovat lapsilla ja nuorilla aikuisväestöön harvinaisempia, puolet lapsista ja nuorista jättävät itsemurhaviestin, kun taas aikuisista viestin jättää suurin osa. Tämä vaikeuttaa osaltaan muun muassa itsetuhon ehkäisyä sekä itsemurhatilastojen laatimista lasten ja nuorten kohdalla. (Mielonen 1998, 30.)

Lasten ja nuorten itsetuhokäyttäytyminen on myös aikuisiin verrattuna monimerkityksellisempää. Itsetuhokäyttäytymiseen vaikuttavat muun muassa ympäristön kanssakäyminen, sosiaaliset tekijät sekä yksittäisen lapsen persoonallisuuden kehitys. Lapsen ja nuoren itsetuhoisuus voi ilmetä suoranaisena haluna tappaa itsensä, keskittymiskyvyn puutteena, ylivilkkautena, ajatuksina kuolemasta tai piittaamattomuutena omasta turvallisuudesta. (Mielonen 1998, 30; Friis ym. 2004, 124.)

3 ITSETUHOISUUS

Itsetuhoisella käyttäytymisellä tarkoitetaan ajatuksia tai tekoja, jotka johtaa itseän kohdistuvaan vahinkoon tai kuolemaan. Itsetuhoiseen käyttäytymiseen sisältyy sekä tietoinen että tiedostamaton pyrkimys kuolemaan. Se voi ilmetä suoranaisena haluna tappaa itsensä. Itsetuho voi myös ilmetä kuvitelmina ja ajatuksina omasta kuolemasta ja tuhoutumisesta sekä toimintana, jota leimaa piittaamattomuus omasta turvallisuudesta. Itsetuhoisella nuorella on usein kuvitelmia ja ajatuksia kuolemasta ja itsetuhosta sekä ajankohtaisia toimintoja, jotka vaarantavat hänen hyvinvointiaan ja turvallisuuttaan. (Räsänen 2004, 227; Haarasilta, Pelkonen, & Marttunen 2002, 3; Heiskanen ym. 2006, 49.)

Viiltely on eräs nuorten oire, joka kertoo halusta vahingoittaa itseä ja omaa kehoa. Viiltelyn avulla nuoret helpottavat pahaa oloa ja ahdistusta. Toistuvana käyttäytymisenä viiltely liittyy psyykkisen kehityksen selvään häiriintymiseen, tunteiden hallinnan kehittymättömyyteen ja kyvyttömyyteen saavuttaa aikuinen identiteetti. Kuoleman toive ei yleensä liity viiltelyyn. (Friis ym. 2004, 125; Marttunen, 2006. 130; Aalberg ym. 2007, 269)

3.1 Nuorten itsetuhokäyttäytymiseen vaikuttavia tekijöitä

Itsetuhokäyttäytymisen syntyyn vaikuttavat monet eri tekijät. Ei ole olemassa mitään tiettyä persoonallisuuden rakennetta, mikä altistaisi itsetuhoiselle käyttäytymiselle. Tiettyjä kognitiivisia ajatusmalleja esiintyy enemmän itsetuhoisilla henkilöillä verrattuna henkilöihin, jotka eivät käytäyty itsetuhoisesti. Tällaisilla henkilöillä puuttuu usein kyky reflektoida tai punnita tekojensa seurauksia, toiminta on impulsiivista ja ajattelu diktomista eli jyrkästi kahtijakoista, esimerkiksi mustavalkoinen ajattelutapa (elämä-paha, kuolema-hyvä). Eräille ryhmille tyypillistä on myös ajattelun jäykkyys tai joustamattomuus, mikä taas vaikeuttaa osaltaan ongelmien

käsittelyä. Monilla itsetuhoisilla henkilöillä on lisäksi todettu vääristynyt aikakäsitys. Tällaiset henkilöt ovat ikään kuin juuttuneet nykyisyyteen, eivätkä halua tai pysty ottamaan huomioon mennyttä ja tulevaa. (Mielonen 1998, 22.)

Itsetuhokäyttäytymistä ilmenee tietyissä olosuhteissa todennäköisemmin kuin toisissa. Olosuhteet voidaan jakaa biologisiin, fyysisiin, psykologisiin, sosiaalisiin ja kulttuurillisiin tekijöihin. (Mielonen 1998, 22.)

3.1.1 Biologiset ja fyysiset tekijät

Biologisiin sekä fyysisiin tekijöihin lukeutuvat ensisijaisesti vakavat, krooniset ruumiinsairaudet ja häiriöt sekä sellaiset fyysiset vammat, jotka voivat altistaa nuoren henkilön itsetuhokäyttäytymiseen sekä depressioon. Tavallisimmin esimerkiksi krooninen suru ilmenee kiinnostumattomuutena ja välinpitämättömyytenä omaa sairautta kohtaan, mutta se saattaa myös näkyä tietoisena oman sairauden hoidon laiminlyöntinä. Lisäksi fyysisten vammojen kertymisellä voi sosiaalisten seuraamuksien ohella olla myös psyykkisiä vaikutuksia, kuten negatiivisen minäkäsityksen muodostuminen. (Mielonen 1998, 22–23.)

Fyysinen sairaus on harvoin pääasiallinen syy nuoren itsetuhokäyttäytymiseen eikä sillä voida selittää nuoren itsetuhoisuutta. On kuitenkin havaittu selkeä yhteys nuoren itsemurhan ja psyykkisen sairauden välillä. (Mielonen 1998, 23; Marttunen 2006, 129.)

3.1.2 Psyykkiset tekijät

Ihmisen persoonallisuus, taipumukset, tunteet, tarpeet, sisäiset resurssit sekä tavat selvittää ristiriitoja kuuluvat ihmisen psyykkisen tason tekijöihin. Henkilöillä, jotka ovat yrittäneet tai tehneet itsemurhan, on ominaista psyykkisen toimintakyvyn kapeutuminen, heidän on vaikea nähdä elämän kokonaisuutta oman ahdistavan elämäntilanteen vuoksi. (Mielonen 1998, 23.)

Nuoren itsemurhan taustalla on yleensä pitkä poikkeava kehitys, johon kuuluu masentuneisuutta, yksinäisyyttä, alkoholin käyttöä, psykoottista hajoamista ja aiempia itsetuhoaikeita. Itsemurhaan löytyy usein myös laukaiseva tekijä, joka saa nuoren toteuttamaan aikeensa. Tällaisia laukaisevia tekijöitä voivat esimerkiksi olla riidat omissa ihmissuhteissa, akuutit elämänkriisit, elämänmuutokset tai niiden uhat, erot, menetykset sekä itsetunnon loukkaukset. Nämä tekijät lisäävät itsemurhariskiä etenkin silloin, kun omia voimavaroja ja suojaavia tekijöitä on vain vähän nuoren käytössä. Itsetuntoa, psyykkistä selviytymistä edistäviä kokemuksia ja olosuhteita sekä psyykkistä tukea antavia ihmissuhteita taas pidetään psyykkisesti suojaavina tekijöinä. (Mielonen 1998, 24; Marttunen 2006, 129; Aalberg ym. 2007, 254–255; Heiskanen 2007, 48.)

Itsemurhan altistaville tekijöille on tyypillistä rakentavien sekä eheyttävien kokemusten puute. Myös monenlaiset traumaattiset kokemukset altistavat itsemurhalle, kasautuvat vaikeudet sekä tuen puute heikentävät ihmisen kykyä selviytyä tulevista vaikeista tilanteista. (Mielonen 1998, 24; Aalberg ym. 2007, 254–255.)

Nuoren itsetuhoiseen käyttäytymiseen voi liittyä psykoottista oireilua. Muut psyykkiset häiriöt, esimerkiksi vakava masennus, altistavat itsetuhoiselle käyttäytymiselle. (Mielonen 1998, 24; Haarasilta ym. 2002, 4-5.)

3.1.3 Sosiaaliset tekijät

Sosiaaliin tekijöihin kuuluvat ihmissuhteet sekä elinympäristö. Itsemurhien on todettu olevan yhteydessä ihmissuhteisiin, joissa kahden henkilön vuorovaikutus on vääristynyttä. Hylkääminen, välinpitämättömyys, pahoinpitelyt ja seksuaalinen hyväksikäyttö voivat leimata tällaista suhdetta. Läheisten itsemurhat voivat myös altistaa nuoren itsetuhoiseen käyttäytymiseen, ja selvänä käyttäytymismallina ne toimivat silloin, kun perheessä on tapahtunut useita itsemurhia. (Mielonen 1998, 24-25; Haarasilta ym. 2002, 5; Marttunen 2006, 130; Uusitalo 2007b, 61.)

Nuorten itsemurhien on katsottu olevan yhteydessä perheen sisäisiin vaikeuksiin. Yksi merkittävimmistä itsetuhoon altistavista tekijöistä onkin nuoren perhetausta ja siinä esiin tulevat ongelmat. Myös yhteiskunnan nopeat rakenteelliset muutokset, työttömyys tai kilpailu työ- ja opiskelupaikoista voivat olla taustatekijöinä. (Mielonen 1998, 25; Haarasilta ym. 2002, 5-6.)

3.1.4 Kulttuuriset tekijät

Länsimaisessa kulttuurissa itsemurhaa pidetään usein ihmisen omana ongelmana tai mielenhäiriönä. Myös sosiaaliset ja yhteiskunnalliset tekijät vaikuttavat itsemurhakuolleisuuteen. Itsemurhakäyttäytymiseen liittyvät aina myös erilaiset filosofiset, moraaliset, eettiset, poliittiset sekä kansojen väliset tekijät. (Mielonen 1998, 26.)

On todettu, että maissa, joissa itsemurhakuolleisuus on suuri, on sallivampi asenne itsemurhia kohtaan. Kulttuuriset tekijät vaikuttavatkin tapaan suhtautua itsemurhaan sekä itsetuhoa ennakoiviin oireisiin. Useimmissa maissa aikuisten itsemurhat ovat yleisempiä kuin nuorten. Suomessa kuitenkin nuoret päätyvät itsemurhaan yhtä todennäköisesti kuin aikuisetkin. Tätä selittää se, että suomalaisnuorilla on mielenterveyden häiriöitäkin yhtä paljon kuin aikuisilla. (Mielonen 1998, 27, 25; Uusitalo 2007b, 52-53.)

3.2 Suora ja epäsuora itsetuho

Käsitettä itsemurha laajennettiin 1970-luvulla itsemurhakäyttäytymiseksi, joka sisälsi niin itsemurhat kuin itsemurhayrityksetkin. Ennen käsitteen laajentamista itsemurhayritystä pidettiin vain epäonnistuneena itsemurhana. Itsemurhakäyttäytymisen käsitettä vietiin vielä tästä eteenpäin ja 1970-luvun puolivälissä muodostuikin laajempi käsite itsetuho, joka jakautui epäsuoraan itsetuhoon sekä suoraan itsetuhoon. (Mielonen 1998, 18.)

Suoraan itsetuhoon sisältyy kolme erilaista ilmiöryhmää: itsemurhat, itsemurhayritykset sekä itsemurha-ajatukset. Tämän johdosta itsetuhokäyttäytyminen on nähty yhä enemmän prosessiluontoisena, joka saattaa vaihdella itsemurha-ajatuksista toteutuneisiin itsemurhiin. (Mielonen 1998, 18; Pelkonen, Marttunen, 2004; Marttunen 2006, 127.)

Epäsuoralla itsetuholla tarkoitetaan käyttäytymistä, jonka avulla ihminen pyrkii tiedostamattomasti vahingoittamaan itseään tai elämänsä mahdollisuuksia. Tämä usein tapahtuu hitaasti. Epäsuora itsetuho on fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista välinpitämättömyyttä omasta itsestä. Se on myös riskien ottamista ja se voi päättyä elämän tuhoutumiseen. (Tolonen 1996, 28; Haarasilta ym. 2002, 3.)

Epäsuoran itsetuhon muotoja voivat olla päihteiden käyttö, tupakointi, sairauksien laiminlyönti, vaarallinen käyttäytyminen liikenteessä, liiallinen laihduttaminen, ylensyönti, liian kiireinen elämäntyyli sekä passivoituminen oman elämän suhteen. Siihen liittyy läheisesti hetken mielihyvän saavuttaminen ja ahdistuksesta eroon pääseminen. Sen aiheuttamat vaikutukset jätetään huomioimatta pitkällä tähtäimellä. (Tolonen 1996, 28; Haarasilta ym. 2002, 3; Marttunen 2006, 127.)

3.3 Itsemurhayritys

Itsemurhayritykset ovat itsemurha-ajatuksia harvinaisempia. Itsemurha-ajatuksia esiintyy noin kolmella prosentilla suomalaisista vuosittain. Koko elämänkaaren aikana itsemurhaa on harkinnut joka kuudes ihminen. Itsemurhayrityksiä esiintyy vuosittain 0,3-0,5 prosentilla ihmisistä. Elämänkaaren aikana noin 3-5 prosenttia ihmisistä yrittää itsemurhaa. Itsemurhaa yrittävät ovat usein alkoholin tai muun päihteen vaikutuksen alaisena. (Lepola 2002, 231-232; Uusitalo 2007a, 28.)

Itsemurhayritys sisältää hätähuudon, joka on jäänyt sanomatta tai kuulematta lähipiirissä. Sen taustalla on usein syyllisyyttä, häpeää, itsetunnon ongelmia, vaikeuksia ihmissuhteissa ja läheisen ihmisen menettäminen tai menettämisen pelko. (Tolonen 1996, 20; Heiskanen 2007, 48, 50.)

Itsemurhayrityksen taustalla voi olla esimerkiksi pyrkimys ratkaista erilaisia psyykkisiä tai sosiaalisia ongelmia ja ristiriitoja ja päätavoitteena on loukuksi muodostuneesta elämästä selviytyminen. Itse kuolema jää tällöin

toissijaiseksi tavoitteeksi. Itsemurhayrityksessä on tällöin kyse vapautumisesta tai selviytymisestä eikä itsensä tai oman elämän tuhoamisesta. (Mielonen 1998, 19; Kiiltomäki 2004, 15, 43; Uusitalo 2006c, 113–114.)

Nuorten itsemurhayritykset uusiutuvat helposti. Jatkuva mielialahäiriö, alkoholin ja huumeiden käyttö, sosiaalinen sopeutumattomuus, vaikeat elämänmuutokset, aiemman itsemurhayrityksen vaarallisuus tai väkivaltaisuus lisää uuden itsemurhayrityksen todennäköisyyttä. (Räsänen 2004, 230; Pelkonen, Marttunen 2004.)

4 ITSEMURHA

Vuosittain Suomessa tapahtuu noin 1400 itsemurhaa. Luku jakautuu siten, että miehet tekevät noin 1100 ja naiset 300 itsemurhaa. 15–24-vuotiaiden itsemurhia on kokonaisluvusta noin 150. Etenkin 15–19-vuotiaiden itsemurhat ovat kasvava luku, ja tässä ikäluokassa itsemurha kattaa kolmasosan poikien kuolemissa. Teoksessa Nuorten miesten tapaturmat ja väkivalta Kumpulainen (2006, 25) kertoo, että nuorten miesten itsemurhariski lisääntyy merkittävästi murrosiän jälkeen, ja noin 0,6 % suomalaisista 20-vuotiaista miehistä tekee itsemurhan ennen 35-vuotissyntymäpäiväänsä. (Tolonen 1996, 22–23.)

Suomalaisen itsemurhakulttuurin erityispiirteenä voidaan pitää sitä, että nuoret päätyvät itsemurhaan yhtä todennäköisesti kuin aikuisetkin. Muissa maissa aikuisen itsemurha on nuoren itsemurhaa yleisempi. Myös mielen-terveysongelmia esiintyy suomalaisnuorilla jokseenkin yhtä paljon kuin aikuisillakin. (Uusitalo 2007b, 52.)

Suomalaiselle itsemurhakulttuurille on tyypillistä päihteiden käyttö. Osassa itsemurhatapauksista päihteiden käyttö on alkanut jo aikaisemmassa elämänvaiheessa ja itsemurhaan johtavassa kehityskulussa. On havaittu, että jopa neljäsosa alkoholistien kuolemista on itsemurhakuolemia. (Kumpula, ym. 2006, 26; Uusitalo 2006, 18.)

Alkoholin ja muiden päihteiden käyttö liittyvät nuorilla läheisesti itsemurhiin, jopa puolet Suomessa itsemurhan tehneistä nuorista ovat olleet alkoholin vaikutuksen alaisena teon tehdessään. Nuorten itsemurhiin liittyy myös erilaista epäsosiaalista oireilua, muun muassa kotoa karkailua ja koulupinnausta, jota on esiintynyt jopa 70 prosentilla itsemurhan tehneistä. (Riala 2002; Pelkonen, ym. 2004.)

Nuoruusiässä tapahtunut itsemurha voi liittyä myös sopeutumishäiriöön. Nuori voi reagoida voimakkaasti negatiivisiin elämäntapahtumiinsa. Näitä voivat olla vanhempien avioero, seksuaalinen hyväksikäyttö, koulukiusaaminen, seurustelusuhteen katkeaminen sekä muut vastaavat loukkaukset tai menetykset. (Riala 2002; Haarasilta, ym. 2002, 5.)

Riskiryhmään kuuluvat myös aiemmin itsemurhaa yrittäneet nuoret. Tähän riskiryhmään kuuluvat lisäksi myös päihdeongelmaiset, yhteiskunnasta ja ihmissuhteista syrjäytyneet, epäsosiaalisesti käyttäytyvät ja masennuksesta

kärsivät nuoret, mikäli näitä ongelmia esiintyy samanaikaisesti. (Tolonen 1996, 51; Pelkonen, ym. 2004)

4.1 Itsemurhaa ennakoivat merkit ja riskitekijät

Itsemurhien riskitekijät ovat samankaltaisia ympäri maailman. On tavallista, etteivät yksilöt ole lähtökohdiltaan samanlaisessa asemassa elämänvaikeuksista selviämisen suhteen. Henkilöillä, jotka ovat tehneet itsemurhan, korostuvat koko elämän ajan vallinneet elinolot sekä ongelmien kasautuminen. Usein jo varhaislapsuudessa alkaa tällaisen riskiryhmän muodostuminen, jonka henkilöt ovat itsemurha-alttiita. (Kumpula, ym. 2006, 25.)

Ennen itsemurhaa tai sen yritystä ihminen voi muuttua persoonallisuutensa sopimattomalla tavalla. Esimerkiksi rauhallisuus ennen itsemurhaa johduttaa ihmisen psyykkisistä puolustusmekanismeista, jonka takia ihminen torjuu tunteensa ja olosuhteensa, jossa hän elää. (Tolonen 1996, 25.)

Syyt itsemurhiin eivät ole yksiselitteisiä, sillä ne ovat sekä yksilöstä että ympäristöstä riippuvaisia. Yleisiä riskitekijöitä itsemurhiin kuitenkin löytyy. Näitä ovat muun muassa vaikeat elämänolot ja elämäkriisit, syrjäytyminen, sosiaalisen tuen puute, erilaiset muut stressitekijät, masennus ja muut mielenterveysongelmat sekä päihdeongelmat. Lisäksi riskitekijöitä ovat myös aiempi itsemurhayritys, itsemurhan aikeet sekä ystävän tai läheisen itsemurha. Varsinaista yhtä syytä itsemurhaan ei tavallisesti ole olemassa. (Kumpula, ym. 2006, 26; Hiltunen, Paronen, Haukka & Lönnqvist 2009; Marttunen 2006, 129–130; Kiiltomäki 2004, 10; Heiskanen 2007, 14,33; Heiskanen ym. 2006, 50.)

Itsetuhoinen henkilö voi viimeistellä elämänsä esimerkiksi tekemällä testamentin tai sovittelemalla vanhoja rikkomuksiaan. Erittäin vakava merkki itsemurhasta on tarvittavien välineiden hankkiminen. Ihmissuhdeongelmat ovat myös yhteydessä itsemurhiin. Tavallisesti ihminen on kamppailut ongelmiansa kanssa pitkään ennen itsemurhaan päättymistä, jolloin vaikeudet ovat vain kasaantuneet. (Tolonen 1996, 25; Marttunen 2006, 129–130)

4.2 Itsemurhassa käytettävät menetelmät ja -keinot

Itsemurhayrityksen lopputulokseen vaikuttaa suuresti menetelmä, jota itsemurhayrityksessä käytetään. Itsemurhissa käytetään tavallisesti menetelmää, joka on helposti ja lähellä saatavissa. (Tolonen 1996, 35.)

Nuorten itsemurhatavat poikkeavat aikuisten käyttämistä itsemurhamenetelmistä. Nuorilla itsemurhatavat ovat väkivaltaisempia kuin muulla väestöllä. Tähän saattaa vaikuttaa mallioppiminen, tv- ja elokuvaväkivalta sekä idolien käyttäytyminen. (Tolonen 1996, 54; Pelkonen, ym. 2004)

Nuoret naiset yrittävät itsemurhaa enemmän kuin nuoret miehet. Miehiä kuitenkin kuolee noin neljä kertaa enemmän itsemurhiin kuin naisia. Tätä

pyritään selittämällä, että miehet käyttävät kuolettavampaa menetelmää itsemurhassa kuin naiset. Näitä ovat muun muassa ampuminen, hirttäytyminen sekä räjäyttämisen. Naiset taas käyttävät vähemmän väkivaltaisempia menetelmiä, kuten itsensä myrkyttämistä lääkkeillä, erityisesti psykeelääkkeillä. Väkivaltaisimpien itsemurhamenetelmien saatavuuteen voidaan vaikuttaa erilaisin rajoituksin, jolloin esimerkiksi aseiden saantilupa hankaloituu. (Kumpula 2006, 24; Tolonen 1996, 54; Marttunen 2006, 129, Uusitalo 2006, 18; Koponen 2002, 233; Hiltunen, ym. 2009.)

Lapset ja nuoret suunnittelevat sekä toteuttavat itsemurhansa eri tavoin. He voivat rynnätä liikenteen sekaan, hypätä tai pudota korkealta, hirttäytyä, ampua itsensä tai nauttia myrkyllisiä aineita, kuten lääkkeitä ja alkoholia. Aina ei näiden käytettyjen menetelmien takia kuitenkaan selviä, oliko kyseessä itsemurha vai tahaton teko, vahinko, onnettomuus tai tapaturma. (Räsänen 2004, 227.)

4.3 Itsemurhan logiikka

Jotta itsemurhia voitaisiin ehkäistä, täytyy nähdä niiden logiikka. Itsetuhoisuutta ei voi ajatella pelkästään sattumanvaraisena ja järjettömänä toimintana. On tärkeää osata erottaa, onko kysymys halusta olla kuollut, halusta kuolla vai halusta tappaa itsensä. Useimmille ihmisille tulee joskus tunne, että he haluaisivat olla kuolleita, toisin sanoen olla olematta, ilman kärsimyksiä. Tämä halu ei kuitenkaan vielä tarkoita sitä, että ihminen haluaa kuolla tai pyrkii aktiivisesti itsetuhoon. Jotta ihminen toteuttaa itsemurhan, tarvitaan suuri määrä tarmoa sekä vahvaa tahtoa ja usko siitä, että nykyhetken ahdistava tila on pysyvä. Tarvitaan myös hieman impulsiivisuutta. (Uusitalo, 2007b, 62; Uusitalo 2007c, 30–31; Heiskanen 2004, 14–16.)

Itsemurhat voidaan jakaa neljään ryhmään. Ensimmäiseen ryhmään, impulsiivisiin itsemurhiin, kuuluvat impulsiiviset ja yllykkeille taipuvaiset nuoret. Näiden henkilöiden itsemurha tulee usein täysin äkillisesti ja siten tyrmäävänä iskuna ulkopuolisille. Tyypillisesti ulkopuoliset eivät ole havainneet ennusmerkkejä, joista olisi voinut päätellä nuoren olevan turhautunut tai kyllästynyt elämäänsä. Usein nuori on terve, eikä hänellä ole takana aiempia itsemurhayrityksiä. Nuori tekee itsemurhan ajattelematta mitään tekee ja mitä seuraamuksia teolla on. Impulsiiviset itsemurhat tehdään yleensä aggressiivisilla keinoilla. Kysymykseksi jää, onko nuori todella halunnut kuolla tai ymmärtänyt teon lopullisuuden. (Uusitalo 2007b, 63; Uusitalo 2007c, 31, 33–34.)

Toinen ryhmä on itsemurha pahan siivoamiseksi pois. Näille nuorille itsemurha voi olla esimerkiksi tapa kostaa, painostaa, paeta, rangaista itseä, tavoitella valtaa tai saada sympatiaa. Nuori ei välttämättä ajattele tekonsa peruuttamattomuutta. Nuoren elämässä on usein ollut jo monta vuotta jatkuneita ongelmia. Taustalla ei välttämättä ole masennusta tai itsetuhoisuutta, mutta elämä on voinut olla muilla tavoin itsetuhoista. Nuori on voinut olla onnettomuusaltis ja välinpitämätön itseään kohtaan, käyttänyt

runsaasti päihteitä, hänellä on voinut olla syömishäiriö tai viiltelyä. (Uusitalo 2007b, 64; Uusitalo 2007c, 31, 39.)

Kolmas ryhmä on itsemurha pakokeinona. Tässä ryhmässä itsemurha on nuorelle ainut keino päästä pois sietämättömästä elämästä. Itsemurhat eivät ole impulsiivisia. Usein taustalla on mielenterveyden häiriötila, yleisimmin masennus. Itsemurhaa on voinut edeltää jo aiempia itsemurhayrityksiä ja läheiset eivät välttämättä ole yllättyneitä tapahtuneesta. Nuoren elämä on voinut myös muuttua sietämättömäksi hyvin nopeasti johtaen itsemurhaan. Tällöin itsemurha tulee ulkopuolisille yllättäen. Nuori on usein harkinnut erilaisia itsemurhakeinoja, suunnitellut itsemurhan huolellisesti, kirjoittanut jäähyväisviestejä sekä järjestellyt käytännön asioita ennen kuolemaa. Näille nuorille kuolema ei ole ainoastaan keino oman kestäättömän olotilan päättymiseen, vaan he myös kuvittelevat sen olevan vapauttavaa läheisilleen. Nuori on voinut kokea itsensä kuormaksi ympäristölleen ja olettaa, että itsemurha vapauttaa läheiset taakasta ja helpottaa heidänkin oloaan. (Uusitalo 2007b, 64-65; Uusitalo 2007c, 31,44; Kiiltomäki 2004, 15.)

Neljäs ryhmä on itsemurha vankkumattomana päätöksenä. Näillä nuorilla on usein tunne, ettei mikään tulevaisuuden mielihyvä, ilo tai onni pysty korvaamaan nykyistä tuskaa. Nuorella voi olla fyysinen sairaus, henkinen tasapainottomuus, pitkään jatkunutta toivottomuutta tai suuria elämämuutoksia, jotka saavat heidät ajattelemaan näin. Näitä nuoria ei yleensä auta hoidot, toimenpiteet tai lähimmäisten rakkaus, he ovat uskollisia ajatuksilleen ja itselleen. Usein yhä vakavammiksi muuttuvat itsemurhayritykset johtavat lopulta itsemurhaan. Itsetuhoisuuden kierre voi jatkua vuosia ja tällöin niin läheiset kuin ammattiauttajatkin voivat lopulta luopua toivosta pitää nuorta väkisin hengissä. (Uusitalo 2007b, 65-66; Uusitalo 2007c, 31, 53.)

4.4 Itsetuhon ja itsemurhan ehkäisy

Itsemurhan tärkeimpiä ehkäisykeinoja ovat riittävän varhainen ongelmiin puuttuminen ja niiden hoitaminen, hyvä kohtelu, keskusteluapu ja välittäminen, sekä masennuksen tunnistaminen ja hoito. (Heiskanen 2007, 75; Uusitalo 2007b, 68.)

Itsemurhayrityksen hoidon tärkein tehtävä on hengen pelastaminen. Suositellaan myös, että psykiatriset tutkimukset ja hoito aloitetaan mahdollisimman pian yrityksen jälkeen. Yleensä hoidon aloitus tapahtuu kriisiterapiana, joka tarpeen mukaan toteutetaan joko avo- tai sairaalahoitona. Itsemurhayrityksen jälkeen suositellaan ympäristön vaihdosta, joka toteutetaan käytännössä sairaalaan lähettämisenä, etenkin vakavissa tilanteissa. Alkuvaiheen hoidon jälkeen itsemurhayrityksessä hoito jatkuu usein yksilöpsykoterapiana sekä perheterapiana. Hoidossa on tavoitteena löytää uusia voimavaroja, joita pyritään hyödyntämään nuoren tueksi. Mikäli nuori on masentunut, voidaan hoitona käyttää myös masennuslääkitystä. (Räsänen 2004, 230; Marttunen 2006, 133.)

Parhain tapa ehkäistä nuorten itsemurhayrityksiä on kiinnittää huomio mahdollisimman varhain nuoren masentuneisuuteen ja itsetuhoiseen käyttäytymiseen. (Räsänen 2004, 227,230.)

Koska itsemurhayrityksiä on noin kymmenenkertainen määrä verrattuna itsemurhiin, tämä osoittaa sen, että monet eivät halua itsemurhayritykseen kuolla, vaan pyytävät teolla apua vaikeuksiinsa. Tämän vuoksi monet jättävät tietoisesti mahdollisuuden selvittää itsemurhayrityksestä. Osa keskeyttää yrityksen, osa valitsee teon ajankohdaksi sellaisen, jossa tietää jonkun tulevan pian apuun, joten henkilö pelastuu. Itsemurhayrityksen paikaksi voidaan valita sellainen, jossa joku toinen näkee yrityksen ja hälyttää apua. Monet itsemurhaa yrittävät myös muuttavat mielensä viimehetkellä ja soittavat itse apua. (Tolonen 1996, 34.)

Itsemurhan lopputulokseen vaikuttaa sattuma ihmisen oman toiminnan ohella. Fyysinen kunto voi osaltaan ratkaista ihmisen henkiinjäämisen. Jotkut itsemurhan tehneistä voivat myös vammautua loppuiäkseen. (Tolonen 1996, 35.)

Itsetuhon ehkäisemiseksi tarvitaan luottamuksellista suhdetta kahden ihmisen, auttajan ja autettavan välille. Auttajan ei tarvitse olla ammattiauttaja, sillä kuka tahansa pystyy auttamaan itsetuhoista ihmistä. Auttajan kannalta vaikeasti käsiteltäviä tunteita voivat olla sääli, viha, syyllisyys, pelko ja rakkaus. (Tolonen 1996, 60; Haarasilta, ym. 2002, 8; Marttunen 2006, 131.)

Itsetuhoisen ihminen ei tavallisesti halua kuolla, vaan paeta omaa elämäntilannettaan, jonka kokee ahdistavaksi. Ongelmiin pitäisi siksi pystyä puuttamaan mahdollisimman aikaisessa vaiheessa. Ajan kuluessa ongelmat alkavat tuntua yhä vaikeammilta. Itsetuhoisen ihmisen auttamisessa on tärkeää ottaa tosissaan toisen ongelmat. Tällä on merkitystä, sillä masentunut ihminen voi tuntea olevansa yksin ongelmiensa kanssa ilman toisen ihmisen välittämistä. (Tolonen 1996, 61; Heiskanen 2007, 105.)

Jos nuori on yrittänyt itsemurhaa, on se peruste nuorisopsykiatriselle konsultaatiolle. Tähän tarvitaan aikuisen tukea vastaanottoajan varaamiselle. Itsemurhavaaraa tulisi arvioida mahdollisimman pian itsemurhayrityksen jälkeen ottaen huomioon nuoren koko elämänpiiri ja sosiaalinen tukiverkko. Arvion tulee sisältää nuoren aiempi ja nykyinen psykiatrisen oireilu ja psykososiaalinen toimintakyky. (Marttunen 2006, 131.)

Itsemurhan ehkäisyssä keskeisimpiä toimenpiteitä ovat riskinuorten tunnistaminen ja nuorten mielenterveyden häiriöiden asianmukainen ja mahdollisimman varhainen hoito. Arvioitaessa nuoren itsemurhavaaraa tulee nuorelta kysyä itsemurha-ajatuksista ja – suunnitelmista suoraan, sillä turvallisuudessa nuoret kertovat näistä yleensä hyvinkin tarkasti. Jo aiemmin itsemurhaa yrittäneen nuoren riski tehdä uusi itsemurhayritys on jopa kahdeksankertainen, joten myös itsemurhaa yrittäneiden hoito on nähtävä osana nuorten itsemurhien ennaltaehkäisyä. (Pelkonen, ym. 2004; Haarasilta, ym. 2002, 8-9; Marttunen 2006, 131.)

Nuorten voi olla vaikea puhua ongelmistaan ja itsemurha-ajatuksistaan aikuisille. Usein itsemurhan tehnyt nuori onkin kertonut ajatuksistaan omalle kaveripiirilleen. Nuoria pitäisikin pyrkiä rohkaisemaan tuomaan ilmi itsemurhaa harkitsevan toisen nuoren ajatukset aikuisen tietoon, jotta ongelmiin voidaan ajoissa puuttua. (Uusitalo 2007b, 56.)

Erilaisten nuorten hyvinvointia ja terveyttä tukevien hankkeiden toteutus ehkäisevät myös väistämättä nuorten itsemurhia. Koska itsemurhat käsitetään nykyään prosessiluonteiseksi ilmiöksi, avainasemassa on tuon prosessin katkaiseminen jo mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Tässä auttavat erilaiset toimintamallien luominen neuvoloihin, päiväkoteihin, kouluihin ja muihin nuorisotyön organisaatioihin. Myös vanhempien tukeminen ja kasvatushuolien jakaminen toisten vanhempien kanssa edistää koko perheen hyvinvointia. (Uusitalo 2007b, 68.)

5 ENSIHOITO

5.1 Ensihoidon määritelmä ja tehtävät

Sairaankuljetusasetuksessa ensihoito määritellään asianmukaisen koulutuksen saaneen henkilön tekemäksi tilannearvioksi ja hänen antamukseen välittömäksi hoidoksi, jolla vammautuneen tai sairastuneen potilaan elintoiminnot pyritään käynnistämään, ylläpitämään ja turvaamaan tai terveydentilaa pyritään parantamaan perusvälineillä, lääkkeillä tai muilla hoitotoimenpiteillä. (Määttä 2003, 27; Lahtinen 2001, 7-8.)

Ensihoito on terveydenhuollon päivystystoimintaa ja sen perustehtävä on turvata äkillisesti sairastuneen ja onnettomuuden uhrin korkeatasoinen hoito niin tapahtumapaikalla, sairaankuljetuksen aikana kuin sairaalassakin. Sairaalan ulkopuolella ensihoito on lääkinnällistä pelastustoimintaa, jota toimintaympäristön, arvojen ja luonteen vuoksi voidaan verrata palojen ja pelastustoimen turvallisuuspalveluihin. Ensihoidossa on kaikessa toiminnassa kunnioitettava terveydenhuollon arvoja ja potilaan lakisääteistä asemaa, vaikka viranomaisyhteistyö onkin arvokasta ja tarpeen. (Määttä 2003, 24.)

Ensihoito voidaan kuvata potilaan oireen ja tilan mukaiseksi. Se ei perustu varmennettuun diagnoosiin. Sitä annetaan myös sellaisissa hoitolaitoksissa, jotka eivät pysty potilaan tilan edellyttämään, lopulliseen hoitoon. Ensihoidon antaminen lakkaa, kun potilaan hoitovastuu luovutetaan lopulliseen hoitoon pystyvälle hoitotaholle. (Kinnunen 2002, 9.)

Ensihoidossa tehtäväkirjo on hyvin laaja ja ensihoitotehtävien määrä on nopeasti lisääntynyt ja luonne muuttunut. Pitkäaikaissairaiden ja vanhusien määrä on kasvanut, huumeiden ja päihteiden käyttö on yleistynyt, syrjäytyminen ja yksinäisyys ovat lisääntyneet perheen, suvun ja läheisten turvaverkon löystyessä ja terveydenhuollon päivystyspalvelut ovat keskit-

tyneet. Tämä muutos on ollut erityisen selkeää suurimmissa kaupungeissa. (Määttä 2003, 24.)

5.2 Ensihoidon henkilöstö

Ensihoitoa antava henkilö voi olla terveydenhuollon ammatinharjoittaja, kuten lääkintävahtimestari-sairaankuljettaja, ensihoitoon suuntautunut lähihoitaja, AMK-ensihoitaja, sairaanhoitaja tai lääkäri. (Kinnunen 2002, 12.)

Nimikesuojattujen ammattihenkilöiden ammatissa voivat toimia myös sellaiset henkilöt, jotka eivät ole rekisteriin merkittyjä ammattihenkilöitä. Heillä täytyy kuitenkin olla lain edellyttämä, siihen ammattiin osoittava riittävä koulutus, kokemus ja ammattitaito. Tällaisissa tapauksissa heidän tulee käyttää oman koulutuksen mukaista nimikettä (esimerkiksi palomies, pelastaja, sairaankuljettaja). (Kiira 2010.)

Ensihoidossa työskentelevien tulee selviytyä määrätietoisesti ja rauhallisesti hätätilanteista, jotka uhkaavat henkeä hyvinkin erilaisissa toimintaympäristöissä. Ensihoitohenkilöstön on osattava antaa neuvoja potilaalle sekä tämän läheisille koko ajan muuttuvista terveydenhuollon ja sosiaalitoimen palveluista sekä ohjata heitä niiden käyttämiseen. Toimiva ensihoitopalvelu vähentää potilasruuhkaa päivystysalueilla ja ohjaa potilaat perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon hoitopaikkoihin. Ensihoidossa työskentelevä osaa viestiä selkokielellä, tehdä havaintoja ja analysoida tilanteita sekä kuunnella. (Määttä 2003, 24, 26.)

Ensihoitohenkilöstön työ on henkisesti rasittavaa. Moni hakeutuu alalle ajatellen sen sisältävän perinteisiä hätätilanteita – onnettomuuksia ja vaikeita sairaskohtauksia. Todellisuus voi olla kuitenkin toisenlainen. Päihdeongelmat, mielenterveysongelmat, yksinäisyys, sosiaalinen hätä ja se, ettei juuri kykene auttamaan potilasta ja hänen läheisiään turhauttavat ja uuvuttavat työntekijöitä. Ensihoidossa työskentelevien henkinen hyvinvointi, jaksaminen ja ammatillisen kasvun edellytykset on huomioitava työyhteisössä. (Määttä 2003, 24; Nurmi 2006, 77.)

5.3 Työskentely ensihoitotilanteissa

Tiedot tulevasta tehtävästä auttavat ensihoitohenkilöstöä valmistautumaan henkisesti paremmin. Ensihoitohenkilöstöllä tulisi olla mahdollisuus työskennellä onnettomuuspaikalla pienissä työryhmissä, jolloin työntekijät voivat tukea toisiaan sosiaalisesti ja tuntee yhteenkuuluvuutta. Työn johtajan olisi säilytettävä läheinen kontakti henkilöstöön. Johtohenkilöstön antama tuki pitää työmotivaation korkeana ja kasvattaa työntekijöiden yhteenkuuluvuuden tunnetta. Johtajien on kuitenkin pidettävä huolta myös omasta levon tarpeesta, koska väsyneenä annetut väärät käskyt ja päätökset voivat vaarantaa henkilöstön hengen. (Lindqvist-Virkamäki 2003, 506.)

Ensihoitotilanteissa tulee suosia menetelmiä, jotka auttavat ensihoitohenkilöstöä säilyttämään emotionaalisen etäisyyden työhönsä. Näitä menetelmiä on esimerkiksi menehtyneiden kuljettaminen kääreissä, omaisten ja auttajien välisten kontaktien pitäminen mahdollisimman vähäisinä sekä se, että henkilöstölle kerrotaan heidän työnsä tärkeydestä. Jos ensihoitohenkilöstö eläytyy onnettomuuden uhrien osaan, heidän oma hälytysjärjestelmänsä joutuu myötäilemään uhrien reaktioita. Ensihoidossa työskentelevällä voi näkyä myös stressireaktioihin liittyviä kemiallisia muutoksia. Periaatteessa siis reaktiot ovat samoja kuin uhreilla, ne vain ovat pehmeämpiä ja helpommin ohitettavissa, kun kohtalot eivät ole omia. Tarpeetonta stressiä voidaan lievittää myös tarkkailemalla, onko ensihoitohenkilöllä esimerkiksi kylmä, kuuma tai jano. (Lindqvist-Virkamäki 2003, 506; Palosaari 2007, 181-182; Kiiltomäki & Muma 2007, 46.)

Mikäli työn aikana huomataan työtoverin tulevan toimintakyvyttömäksi tai saavan selvän stressireaktion, olisi hyvä jos työtoveritukeen ja kriittisten reaktioiden aiheuttamiin reaktioihin perehtynyt työntekijä voisi huolehtia tämän tukemisesta. Työntekijä, joka on koulutettu näihin tukitehtäviin voi antaa myös johdolle ohjeita siitä, kuinka henkilöstöä on kohdeltava. (Lindqvist-Virkamäki 2003, 507.)

Tapahtumapaikalla oleva ensihoitohenkilö voi reagoida tilanteeseen eri tavoin. Somaattisia eli ruumiillisia reaktioita ovat pahoinvointi, vatsavaivat, vapina, hikoiluaallot, palelukohtaukset, kiihtynyt pulssi, lihaskivut sekä koordinoimattomat liikkeet. Kognitiivisia eli tiedollisia reaktioita ovat epätodellinen olo, hämmennys, heikentynyt huomiokyky, muistiongelmät, huono keskittymiskyky ja heikentynyt ajattelukapasiteetti. Emotionaalisia reaktioita ovat tunne tapahtuman valtaisuudesta, avuttomuus, pelko, viha ja surullisuus. Käyttäytymiseen tilanne voi vaikuttaa tekemällä ihmisen liiallisen, puutteellisen tai epätavallisen aktiiviseksi, syrjään vetäytyväksi tai saada ihmisen käyttämään liioitellusti huumoria. (Lindqvist-Virkamäki 2003, 506; Nurmi 2006, 37-38.)

Jotta ensihoidossa työskentelevä pysyy työkykyisenä ensihoitotilanteissa, hänen on hyvä kyetä eläytymään tunteisiin ja reaktioihin. Samalla on kuitenkin tärkeää erottaa, että tunteet eivät saa olla toiminnan väline. Ensihoidossa työskentelevä ei saa toimia omasta tunteesta tai ”tunteella”. Tunteet ovat ensihoitotehtävän aikana väline, jonka avulla voidaan ymmärtää toista ihmistä ja sen avulla voidaan tehdä työtä ihmiseltä ihmiselle. Potilaan kuollessa työntekijä voi kokea kuoleman pelkkänä menettämisenä ja tappiona, jolloin hän saattaa turtua ja kuoleva potilas ja hänen omaisensa jäävät vaille inhimillistä hoitoa ja tukea. (Palosaari 2007, 182; Lahtinen 2001, 13.)

5.4 Ensihoitotilanteen jälkeen

Takaisin arkisiin tehtäviin siirtyessään ensihoitotilanteen jälkeen ensihoitohenkilöstölle voi ilmetä oireita ja jälkireaktiota, kuten vaikeutta palata takaisin arkiseen työhön, mieleen tunkeutuvia muistoja ja ajatuksia, ahdistusta, surullisuutta ja surua. Työntekijälle voi tulla ristiriitoja niiden työtovereiden kanssa, jotka eivät olleet auttamistyössä mukana tai ristiriitoja perheenjäsenten kanssa. Työntekijä voi tuntea myös syyllisyydentunnetta tai syyttää itseään tapahtumasta. Hänen arvonsa voivat muuttua, voi olla unihäiriöitä, väsymystä ja keskittymisvaikeuksia, levottomuutta tai rauhattomuutta, vihanpuuskia ja ärtyisyyttä. Työntekijöille voi tulla psyykkisiä vaikeuksia, joita on vaikea hyväksyä. Yleistä on riittämättömyyden tunne. Työntekijästä voi tuntua, ettei hän tehnyt riittävästi auttaakseen ja omaa rajallisuutta on vaikea hyväksyä. (Lindqvist-Virkamäki 2003, 506; Hammarlund 2004, 256; Lahtinen 2001, 13.)

5.5 Ensihoidossa työskentelevien stressi

Ensihoitajan tekemä työ on vaihtelevaa ja vaativaa. Ensihoidossa työskentelevät kohtaavat työssään kuolemaa, kärsimystä ja psyykkisesti sairaita potilaita. He näkevät onnettomuuden uhreja ja vakavasti sairaita ja tekevät hätätilanepotilaiden hoitotyötä. Työtilanteet ja -olosuhteet voivat olla hyvinkin stressaavia, ja hoitajien on pystyttävä työskentelemään näissä tilanteissa tehokkaasti. Usein ensihoitohenkilöstö työskentelee potilaan kodissa tai jossain muussa paikassa, missä hätätilanne tapahtuu. Pimeys, kylmyys, kuumuus, melu, ahtaus, julkiset paikat sekä sivulliset katsojat voivat koitua stressitekijöiksi ensihoitohenkilöstön työssä. He voivat myös kokea pelon tunnetta työssään. (Viitala 2002, 9.)

Henkisesti rasittavat tilanteet, esimerkiksi ensihoidossa työskentelevän läheisen ihmisen loukkaantuminen, muodostaa vakavan riskin henkisesti sairastumiselle eli stressioireyhtymälle ja loppuun palamiselle. Akuutit stressireaktiot olisi kyettävä hoitamaan mahdollisimman nopeasti, jotta välttyttäisiin viivästyneeltä stressireaktiolta. Organisaatioissa, joissa ensihoitajat työskentelevät, olisi luotava järjestelmä, jonka puitteissa heidän on mahdollisuus läpikäydä henkisesti raskaita reaktioita jo ennen niistä aiheutuvien ongelmien muodostumista. (Viitala 2002, 10; Paakkonen 2002, 242.)

Ensihoidossa syntyvää stressiä voidaan ehkäistä niin sanottujen teknisten taitojen avulla. Näitä taitoja ovat fyysinen rentoutuminen, kognitiivinen rentoutuminen, sosiaalisten taitojen oppiminen, sosiaalisen tuen hankkiminen sekä fyysisen kunnon ylläpitäminen. Psyykkistä tasapainoa ehkäiseviä ja työpainekestävyyttä kasvattavia tekijöitä ovat terveellinen ruokavalio, riittävä lepo ja liikunta, työtehtävissä ja koulutuksen avulla hankittu osaaminen ja työyhteisön toisia tukeva ja kannustava työkuultuuri. Stressin ehkäisykeinoja ovat myös riittävä henkilökuntamäärä, suojaisa taukokuone ja järjestelmälliset purkutilat traumaattisten kokemusten jälkeen.

(Rasku, Sopanen & Toivala 1999, 296; Saari 2003, 278; Lahtinen 2001, 19.)

Hoitokontaktit ovat ensihoitohenkilöstöllä lyhyet ja niissä edellytetään hoitotyöntekijältä taitoa ja kykyä solmia luottamuksellinen hoitosuhde. Ensihoidossa työskentelevät voivat joutua potilaan osoittamien tunteiden kohteeksi, samalla heidän on pystyttävä estämään omien tunteiden heijastuminen potilaan palveluun ja hoitosuhteeseen. (Viitala 2002, 10.)

6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää ja kartoittaa, millaista tukea ensihoidossa työskentelevät tarvitsevat ja saavat työpaikaltaan kohdatessaan nuoren, 15–24-vuotiaan, henkilön itsemurhan. Ensihoidossa työskentelevät ovat tuen antajia, mutta myös sen tarvitsijoita. Haluamme myös selvittää, millaista tukea ensihoitajat antavat paikalla oleville, itsemurhan tehneen läheisille.

Tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

1. Millaista tukea ensihoidossa työskentelevät antavat paikalla oleville, itsemurhan tehneen nuoren läheisille?
2. Millaista tukea ensihoidossa työskentelevät arvioivat tarvitsevansa työyhteisöltään kohdatessaan nuoren itsemurhan?
3. Millaista tukea ensihoidossa työskentelevät saavat työyhteisöltään kohdatessaan nuoren itsemurhan?

7 AINEISTON ANALYSOINTI

7.1 Aineiston keruumenetelmä

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä on käytetty kvalitatiivista eli laadullista tutkimusta. Laadullisessa tutkimuksessa rajoitutaan pieneen määrään tapauksia, mutta ne pyritään analysoimaan mahdollisimman tarkasti. Kohdejoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti. Tapaukset käsitellään aineutlaatuisina ja ne tulkitaan sen mukaisesti. Tutkimuksen lähtökohtana on aineiston monitahoinen ja yksityiskohtainen tarkastelu. Tutkimukseen vastaaja määrittelee vastauksillaan sen, mikä on tärkeää. (Heikkilä 2008, 16–17; Hirsijärvi, Remes & Sajavaara, 2009, 164; Kylmä & Juvakka 2007, 26, 31.)

Tavoite kvalitatiivisessa tutkimuksessa on ymmärtää tutkimuskohdetta. Aineistosta ei myöskään tehdä päätelmiä ajatellen vain tutkimuksen yleistettävyyttä. Yksityistä tapausta tutkimalla saadaan kuitenkin myös selville, mikä ilmiössä on merkittävää ja mikä toistuu usein tarkasteltaessa ilmiötä

yleisellä tasolla. (Hirsijärvi ym. 2009, 181–182; Kylmä ym. 2007, 22, 29, 31.)

Opinnäytetyön aineisto hankittiin kyselylomakkeella, joka sisälsi viisi avointa kysymystä sekä kaksi kysymystä, joissa oli valmiit vastausvaihtoehdot. Avoimessa kysymyksessä esitetään vain yksi kysymys ja jätetään tyhjä tila vastausta varten. Avoimet kysymykset antavat vastaajalle mahdollisuuden sanoa, mitä hänellä on todella mielessään ja sallivat vastaajan ilmaista itseään omin sanoin. Avoimet kysymykset eivät ehdota vastauksia, vaan osoittavat mikä on keskeistä tai tärkeää vastaajien ajattelussa ja osoittavat vastaajien asiaan liittyvien tunteiden voimakkuuden. Kyselylomakkeen kahdessa kysymyksessä oli valmiit vastausvaihtoehdot, jotka tekivät kysymyksistä suljetut ja määrälliset. Kysymykset oli tarkoitettu taustatietojen keräämiseksi ja luokittelun helpottamiseksi. (Hirsijärvi ym. 2009, 201.)

Avoimet kysymykset osoittavat myös vastaajien tietämyksen aiheesta. Niiden avulla saadaan mahdollisuus tunnistaa motivaatioon liittyviä seikkoja ja vastaajan viitekehyksiä. (Hirsijärvi ym. 2009, 201.)

Kyselylomakkeen laatimisessa pyrittiin huolehtimaan siitä, että se on selkeä. Siinä pyrittiin välttämään epämääräisyyksiä, jotta saadaan päteviä tuloksia. Kyselyn muodostamisessa huolehdittiin siitä, että kysymykset merkitsivät samaa kaikille vastaajille ja kysymyksissä käytettävät sanat valittiin huolellisesti. Kyselylomakkeessa suosittiin lyhyitä kysymyksiä, koska niitä on helpompi ymmärtää kuin pitkiä kysymyksiä. Kyselylomakkeen laadinnassa vältettiin myös kaksoismerkityksiä. (Hirsijärvi ym. 2009, 202.)

Kyselylomakkeen sanojen valinnalla sekä merkityksellä on merkittävä vaikutus, joten ne valittiin huolellisesti. Lomakkeessa myös pyrittiin välttämään johdattelevia kysymyksiä. Vastauksille jätettiin riittävästi tilaa. Kyselylomakkeen ulkoasu on luotiin selkeäksi ja moitteettomaksi. (Hirsijärvi ym. 2009, 203–204.)

Tässä opinnäytetyössä kyselylomakkeeseen liitettiin saatekirje (Liite 1), jossa kerroimme kyselyn tarkoituksesta ja tärkeydestä sekä annoimme ohjeet kyselylomakkeen täyttämiseen. Tämän avulla kyselyn vastaamisen merkitys luotiin vastaajalle ja samalla siihen rohkaistiin vastaamaan. Koska emme tavanneet vastaajia henkilökohtaisesti, oli tärkeää, että kerroimme heille opinnäytetyöstämme saatekirjeen avulla. Saatekirjelmässä ilmoitettiin myös palautusaika- ja paikka sekä kiitettiin kyselyyn osallistumisesta. Vastausaikaa annettiin yli kaksi viikkoa, jotta mahdollisimman monen työntekijän olisi mahdollista kyselyyn vastata. Kysely toteutettiin Kanta-Hämeen pelastuslaitoksella helmi-maaliskuun aikana 2010. (Hirsijärvi ym. 2009, 20.)

7.2 Aineiston analysointi

Sisällönanalyysillä tarkoitetaan kerätyn aineiston tiivistämistä niin, että tutkittavaa ilmiötä voidaan kuvailla lyhyesti ja yleistävästi. Tämän ansios- ta tutkittavien ilmiöiden suhteet saadaan selkeästi esille. Analysoitava ai- neisto voi olla laadullista mutta myös määrällistä. (Tuomi ym. 2009, 91,106; Latvala, Vanhanen-Nuuttinen 2003, 23; Kylmä ym. 2007, 112.)

Sisällönanalyysin avulla pyritään saamaan tutkittavasta ilmiöstä kuvaus tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Menetelmän avulla tarkastellaan asioi- den ja tapahtumien merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä, minkä jälkeen kerätty aineisto järjestetään johtopäätösten tekoa varten. Olennaista on, et- tä tutkimusaineistosta erotetaan samanlaisuudet ja erilaisuudet ja aineistoa kuvaavien luokkien tulee olla toistensa poissulkevia ja yksiselitteisiä. (Tuomi ym. 2009, 103; Latvala ym. 2003, 21,23; Kylmä ym. 2007, 112.)

Sisällönanalyysi-prosessi etenee vaiheittain. Se koostuu analyysiyksikön valinnasta, aineistoon tutustumisesta, aineiston pelkistämisestä, aineiston luokittelusta ja tulkinnasta sisällönanalyysin luotettavuuden arvioinnista. Opinnäytetyössämme käytämme induktiivista eli aineistolähtöistä sisäl- lönanalyysiä, jossa edetään yksittäisestä yleiseen. Ensin haastatteluaineisto pelkistetään siten, että aineistosta karsitaan tutkimuksesta epäolennainen pois. Tämä voi tapahtua tiivistäen tutkittavaa tekstiä tai pilkkoen se osiin. Tällöin myös tutkimustehtävä ohjaa aineiston pelkistämistä. Tämän jäl- keen aineisto ryhmitellään ja aineistosta etsitään samankaltaisuuksia ja/tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä, jotka sitten ryhmitellään ja yhdistetään luokaksi. Viimeiseksi luodaan teoreettiset käsitteet, mikä tarkoittaa sitä, että erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja valikoidun tiedon perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä. (Tuomi ym. 2009, 108– 111; Latvala ym. 2003, 24, 26, 28; Kylmä ym. 2007, 112–113, 116–119.)

Opinnäytetyössä sisällönanalyysin prosessi aloitettiin tutustumalla kerät- tyyn aineistoon lukemalla vastauksia läpi, mikä taas auttoi hahmottamaan kokonaisuutta. Kyselylomakkeita luettiin läpi ja niistä etsittiin vastauksia niihin kysymyksiin, joiden avulla haluttiin aiheesta saada lisää tietoa ja jotka antoivat vastaukset myös opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin. Vas- tauslomakkeita lukemalla alkoi hahmottua alkuperäisiä ilmauksia, jotka pelkistettiin. Pelkistetyistä ilmauksista muodostettiin kategoriat niin, että samankaltaiset ilmaukset ryhmiteltiin omiin alakategorioihinsa, joita yh- distämällä saatiin yläkategoriat. Yhdistävää kategoriaa ei lähdetty muo- dostamaan, koska sitä ei katsottu tarpeelliseksi. Analyysin apuna käytet- tiin kuvioita, jotka sisältävät kunkin aihepiirin tulokset. Kuviot selventävät tehtyä kategoriointia. Kuviot on auki kirjoitettu tekstiin ja ne kertovat tekstin ohella lisää siitä, millaisia havaintoja kyselylomakkeiden vastauk- sista saatiin. Tulososiossa on myös käytetty suorja lanauksia, jotka liitty- vät läheisesti saatuihin tuloksiin. Sisällönanalyysin avulla saatuja katego- rioita on lisäksi hyödynnetty opinnäytetyön pohdintaosiossa.

8 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

8.1 Opinnäytetyön eettisyyteen liittyvät kysymykset

Eettisyys vaikuttaa tutkimuksen, tässä tapauksessa opinnäytetyön laatuun. Eettisyydellä voidaan myös mitata työn luotettavuutta. Tutkijan on huolehdittava muun muassa siitä, että tutkimussuunnitelma on laadukas, valittu tutkimusasetelma on sopiva sekä raportointi on hyvin tehty. Eettinen sitoutuneisuus ohjaa hyvää tutkimusta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 127.)

Ihmisoikeudet voivat muodostaa ihmisiin kohdistuvan tutkimuksen eettisen perustan. Tutkittaville tulee selvittää tutkimuksen tavoitteet, menetelmät ja mahdolliset riskit. Tutkimukseen osallistumisen tulee olla täysin vapaaehtoista. Tutkijan on myös varmistettava, että suostuessaan tutkittavaksi osallistuja tietää, mistä tutkimuksessa on kyse. Osallistujien oikeudet ja hyvinvointi on turvattava, mahdolliset ongelmat on etukäteen otettava huomioon. Tutkimukseen kuuluvien tietojen on oltava luottamuksellisia. Tutkimuksen yhteydessä saatuja tietoja ei saa luovuttaa ulkopuolisille eikä niitä tule käyttää muuhun kuin luvattuun tarkoitukseen. Osallistujien on myös jätävä nimettömiksi, elleivät he ole antaneet lupaa identiteettinsä paljastamiseen. (Tuomi ym. 2009, 131; Kylmä ym. 2007, 149.)

Opinnäytetyön kyselylomakkeen toteuttamista varten haettiin lupa Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen ensihoitopäälliköltä ja se myönnettiin tammi-kuussa 2010. Lupa-anomuksessa kerrottiin opinnäytetyöstä ja sen tarkoituksesta.

Opinnäytetyöprosessissa osallistujia kohdeltiin oikeudenmukaisesti eikä heille aiheutettu minkäänlaista vahinkoa. Yhdyshenkilö, opinnäytetyön ohjaaja Kanta-Hämeen pelastuslaitokselta toimitti työyhteisön ensihoitohenkilökunnalle kirjekuorissa saatekirjeen ja kyselylomakkeen. Vastaajat palauttivat täytetyn kyselylomakkeen suljetussa kirjekuoressa työpaikalla olevaan isoon palautuskuoreen. Vastausajan päätyttyä jokaisen yksikön vastaavat lähettivät palautuskuoren HAMK:n Lahdensivun toimipisteeseen, josta opiskelijat hakivat vastaukset analysoitavaksi. Näin ollen vastaajien anonymiteetti säilyi. Saatekirjeessä tuotiin esille, että osallistuminen opinnäytetyöhön on vapaaehtoista eikä osallistujien henkilöllisyys tule paljastumaan missään opinnäytetyön vaiheessa. Opinnäytetyön tekijöiden yhteystiedot olivat esillä saatekirjeessä. Tämä antoi osallistujille mahdollisuuden ottaa yhteyttä, mikäli vastaajille tulee kysyttävää opinnäytetyöstä.

Eri toimipaikoista tulleita vastauksia ei nimetty opinnäytetyössä, sillä se olisi saattanut vaarantaa vastaajien anonymiteettisuojaan. Vastaajan sukupuolta ei myöskään kyselylomakkeessa kysytty.

Opinnäytetyön uskottavuus ja sen tekijöiden eettiset ratkaisut kulkevat yhdessä. Uskottavuuden tulee työssä perustua siihen, että noudatettu hyvää

tieteellistä käytäntöä. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu muun muassa se, että opinnäytetyön tekijät noudattavat rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta työn tekemisessä. Tekijöiden on pystyttävä noudattamaan lupamiaan sopimuksia eikä opinnäytetyön rehellisyyttä tule vaarantaa. (Tuomi ym. 2009, 131-133.)

8.2 Opinnäytetyön luotettavuuteen liittyvät kysymykset

Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa tulee selvittää, kuinka totuudenmukaista tietoa tutkimuksen avulla on pystytty tuottamaan. Luotettavuuden arviointi on edellytys tutkimustoiminnan, tieteellisen tiedon ja tutkimuksen hyödyntämisen kannalta. (Kylmä ym. 2007, 127.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa ei ole olemassa yksiselitteisiä ohjeita, joilla luotettavuutta voidaan mitata. Tutkimuksen aineisto tulisi koota sieltä, missä tutkimuksen kohteena oleva ilmiö esiintyy. Opinnäytetyön kyselylomake suunnattiin ensihoitohenkilöstölle, jotka ovat mahdollisesti olleet työn aiheen kanssa tekemissä. (Nieminen 1997, 215–216; Tuomi ym. 2009, 140.)

Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on saada selville tutkittavan oma näkemys asiasta, jota halutaan tarkastella. Kysymysten täytyy olla sellaisia, jotka antavat mahdollisuuden tutkittavan oman näkemyksen kertomiseen. Tutkimusta arvioidaan kokonaisuutena jolloin sisäinen johdonmukaisuus painottuu. Tässä opinnäytetyössä teoriaosuus ja tutkimustehtävät linkittyvät toisiinsa, mikä tekee työstä johdonmukaisen. (Tuomi ym. 2009, 140; Nieminen 1997, 217.)

Opinnäytetyön tekijän pitäisi pyrkiä ymmärtämään ja kuulemaan osallistujien antamia vastauksia. Laadullisessa tutkimuksessa esimerkiksi tutkijan ikä, sukupuoli tai virka-asema voi vaikuttaa vastausten analysointiin. On kuitenkin pyrittävä katsomaan tarkasteltavaa asiaa vastaajan näkökulmasta. (Tuomi ym. 2009, 136.)

Kyselylomakkeesta saatujen vastausten luotettavuutta tukee vastausten samankaltaisuus, joiden pohjalta voidaan tehdä paikkansapitäviä johtopäätöksiä opinnäytetyössä. Tämän perusteella voidaan myös päätellä, että vastaukset olivat luotettavia. Suurempi vastaajamäärä olisi lisännyt kyselyn luotettavuutta.

Analysoitavat vastaukset olivat osin niukkoja. Haastattelu olisi saattanut olla parempi vaihtoehto aineiston keruumenetelmäksi, koska siitä saatu materiaali olisi todennäköisemmin ollut yksityiskohtaisempi. Yhdessä avoimessa kysymyksessä kysyttiin kahta asiaa, ja vastausten analyysivaiheessa muodostui haastavaksi ymmärtää ja muodostaa raja kysymysten välille.

Kyselylomakkeisiin vastanneista löytyi kaksi sellaista vastaajaa, jotka eivät olleet kohdanneet nuoren henkilön itsemurhaa ensihoitotehtävällä.

Tämä kyseenalaisti näiden tulkitsemisen ja hyödyntämisen tulos- sekä pohdintaosiossa.

9 TULOKSET

9.1 Taustatiedot

Kyselyyn vastasi 15 ensihoidossa työskentelevää henkilöä. Vastausaineisto kerättiin Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen kolmen toimipisteen, Hämeenlinnan, Riihimäen ja Forssan yksiköistä.

Kyselyyn vastanneiden tuli olla työskennellyt yli viisi vuotta ensihoidossa. Vastaajien työssäoloaika vaihteli reilusta viidestä vuodesta kahteenkymmeneenkahteen työvuoteen. Työssäoloajan keskiarvoksi muodostui 12,6 vuotta.

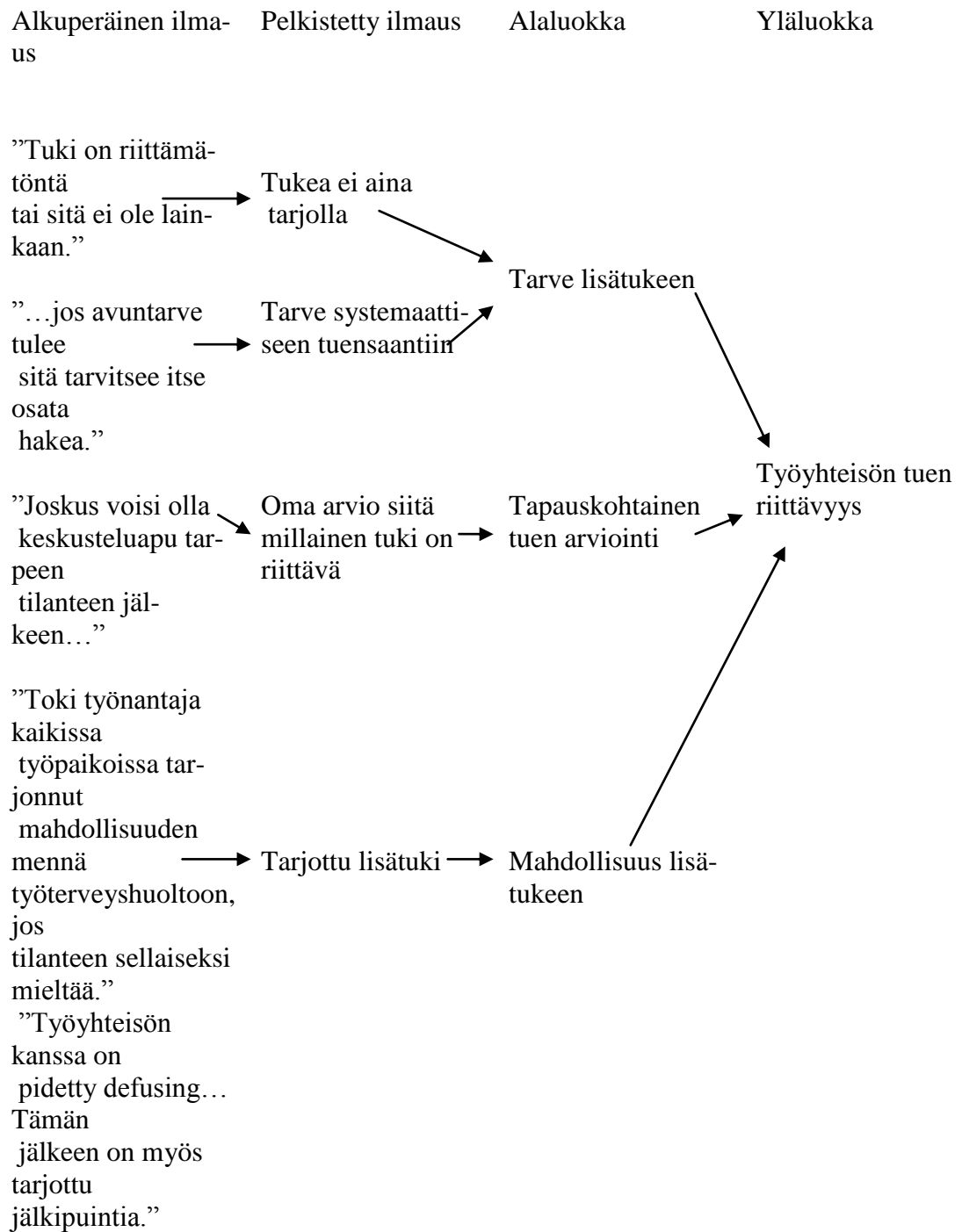
Vastaajia pyydettiin valitsemaan annetuista vaihtoehtoista, kuinka monessa nuoren itsemurhaa koskevassa ensihoitotehtävässä he arvioivat olleensa mukana. Kaksi vastaajista ei ollut ikinä ollut mukana nuoren itsemurhaa koskevassa ensihoitotehtävässä. Vastaajista yhdeksän oli ollut osallisena 1-5 nuoren itsemurhaa koskevassa ensihoitotehtävässä. Tämä luokka oli vastaajien keskuudessa yleisin. Vain kaksi oli ollut osallisena 5-10 nuoren itsemurhaa koskevassa ensihoitotehtävässä. Yli kymmenessä nuoren itsemurhatapauksessa vastaajia oli myös kaksi kappaletta.

9.2 Työyhteisön tuen riittävyyden arviointi

Pääosin vastaajat kokivat saavansa tarpeeksi tukea työyhteisöltä tai työparilta kohdatessaan nuoren itsemurhan ensihoitotehtävässä. Vain yksi vastaaja arvioi tuen riittämättömäksi. Vastanneista yksi koki, että jos keskustelu työtovereiden kanssa ei riitä, on haettava itse apua, jos sitä tarvitsee. (Kuvio 1.)

Suurin osa sai tukea keskustelemalla tilanteessa mukana olleiden työkavereiden kanssa, ja koki tämän riittäväksi. Vastaajille oli tarjottu myös mahdollisuutta jälkipuintiin sekä työterveyshuoltoon. (Kuvio 1.)

Osa kyselylomakkeeseen vastanneista koki tarvetta jonkinlaiseen lisätukeen jo olemassa olevien vaihtoehtojen lisäksi. Selvisi, ettei tuen saanti ole aina automaattista, vaan tapauskohtaista. Jotkut tiedonantajat kaipaivatkin, että tukea tarjottaisiin jokaisen nuoren itsemurhatapauksen jälkeen. Yksi tiedonantaja ilmaisikin tarpeen kirjoittamalla: ”*Nykyisin systematiikkaa tuensaantiin ei ole, ehkä sitä tai sen tarvetta voisi kuitenkin aina arvioida.*”. (Kuvio 1.)



Kuvio 1. Työyhteisön tuen riittävyden arviointi.

9.3 Tuen tarpeen arviointi

Kaikki vastaajat (n=15) halusivat saada ainakin jonkinlaista tukea työyhteisöltä tilanteeseen, jossa on he olivat kohdanneet nuoren itsemurhan ensihoitotehtävässä. Useimmat kertoivat haluavansa keskustella asiasta mahdollisimman pian tilanteen jälkeen. Eniten toivottiin, että keskustelu käytäisiin työkavereiden tai työyhteisön keskuudessa, kuten eräässäkin vastauksessa todettiin: ”*Lähinnä keskustelua keikasta työkavereiden kanssa.*” (Kuvio 2.) Yksi vastaajista arvioi, että jos keskustelu työparin kanssa ei riitä, tukea pitää tällöin saada esimerkiksi lähiesimieheltä. Nämä osatekijät nähtiin parhaimmiksi keinoiksi työssä jaksamisen kannalta.

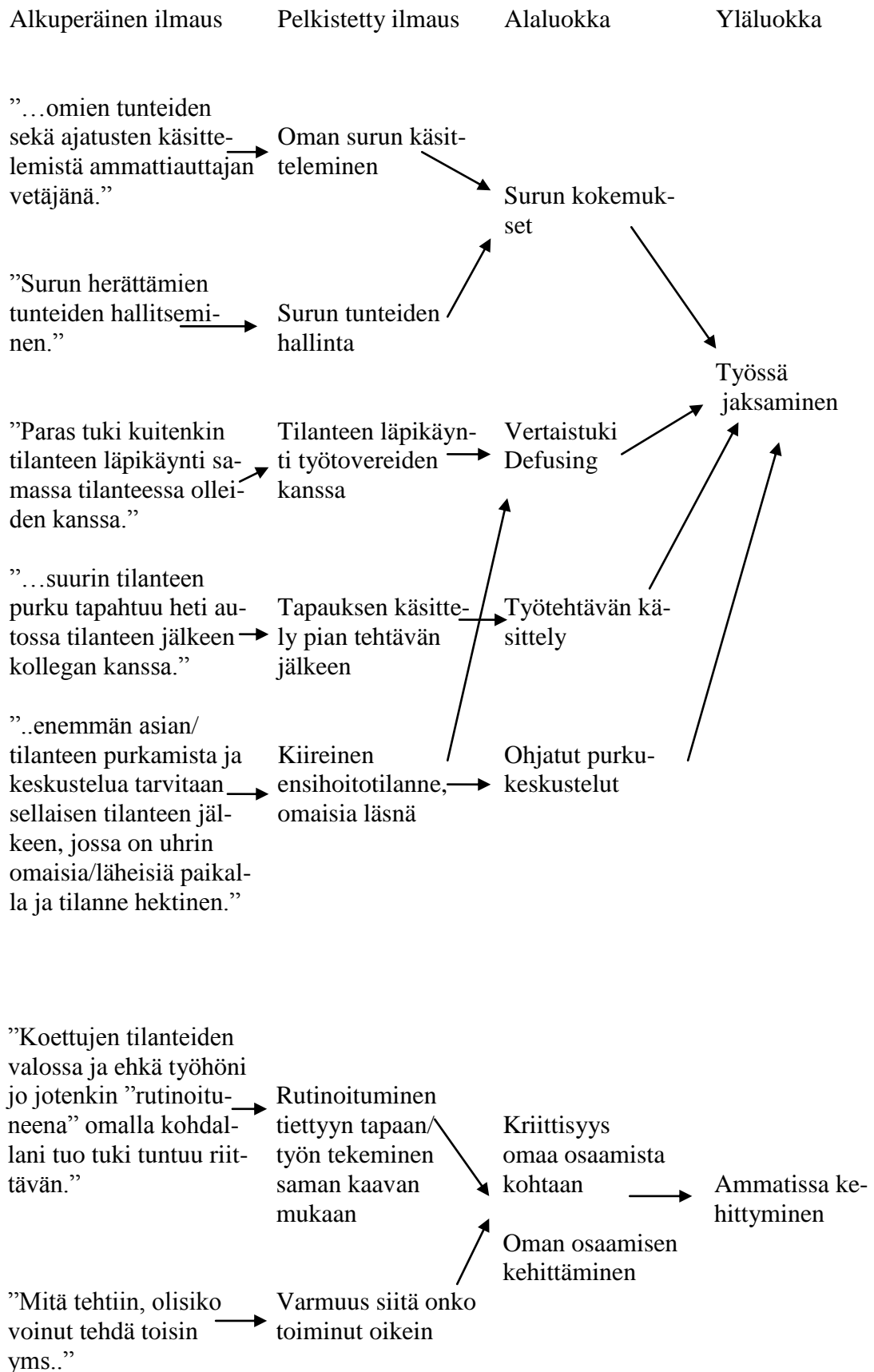
Osa koki defusing- tai debriefing- keskustelut tapahtuman jälkeen tarpeelliseksi, etenkin jos tilanteeseen oli liittynyt omaisten kanssa asiointia tai muuta kriittistä, vastauksissa ilmaisten: ”*Tuen pitäisi olla lähinnä tilanteen purkua ja omien tunteiden sekä ajatusten käsittelemistä ammattiauttajan vetämänä.*” Tiedonantajat kokivat purkukeskustelun hyödylliseksi myös silloin, jos tehtävä on ollut kiireinen. (Kuvio 2.) Yksi tiedonantajista toivoi myös työnohjausta asian käsittelemiseksi.

Moni halusi käydä läpi koetun työtehtävän mahdollisimman pian tehtävän jälkeen työparin kanssa. Omat mielipiteet ja koettuun ensihoitotehtävään liittyneet tapahtumat haluttiin purkaa pois mielestä ennen seuraavaan tehtävään keskittymistä ja siihen siirtymistä. Osa halusikin purkaa tapahtumat heti autossa, tehtävästä pois siirtymisen aikana. (Kuvio 2.)

Ammattiauttajan vetämää keskustelua toivottiin muun muassa omien tunteiden käsittelemiseksi. Vastauksista nousi esiin, että nuoren henkilön itsemurhaan liittyi esimerkiksi surun tunteita. Surun ja muiden vaikeiden tunteiden käsittely jonkun toisen ammattilaisen avustamana nähtiin edellytyksenä työssä jaksamiselle sekä myös oman ammatin kehittymiselle. (Kuvio 2.)

Koetun ensihoitotehtävän purkamiseen pian tehtävän jälkeen liittyivät myös tunteet ja ajatukset siitä, onko työntekijä toiminut oikein ensihoitotehtävän aikana. Keskusteleminen tehtävästä muiden mukana olleiden työntekijöiden kanssa toi ensihoitotyöntekijälle varmuutta omasta osaamisesta sekä myös sen kehittämisestä. (Kuvio 2.)

Jotkut työntekijät kokivat vastauksissaan hoitavansa ensihoitotehtävät tietyllä rutiinilla, eivätkä välttämättä kokeneet tarvitsevan sen suurempaa tukea vaikeiden, esimerkiksi nuoren henkilön itsemurhatapauksen käsitteilyyn. Jotkut kaipasivatkin rutiinien muuttamista siihen suuntaan, että tukea tarjottaisiin aina. (Kuvio 2.)



Kuvio 2. Tuen tarpeen arviointi.

9.4 Tuen antaminen

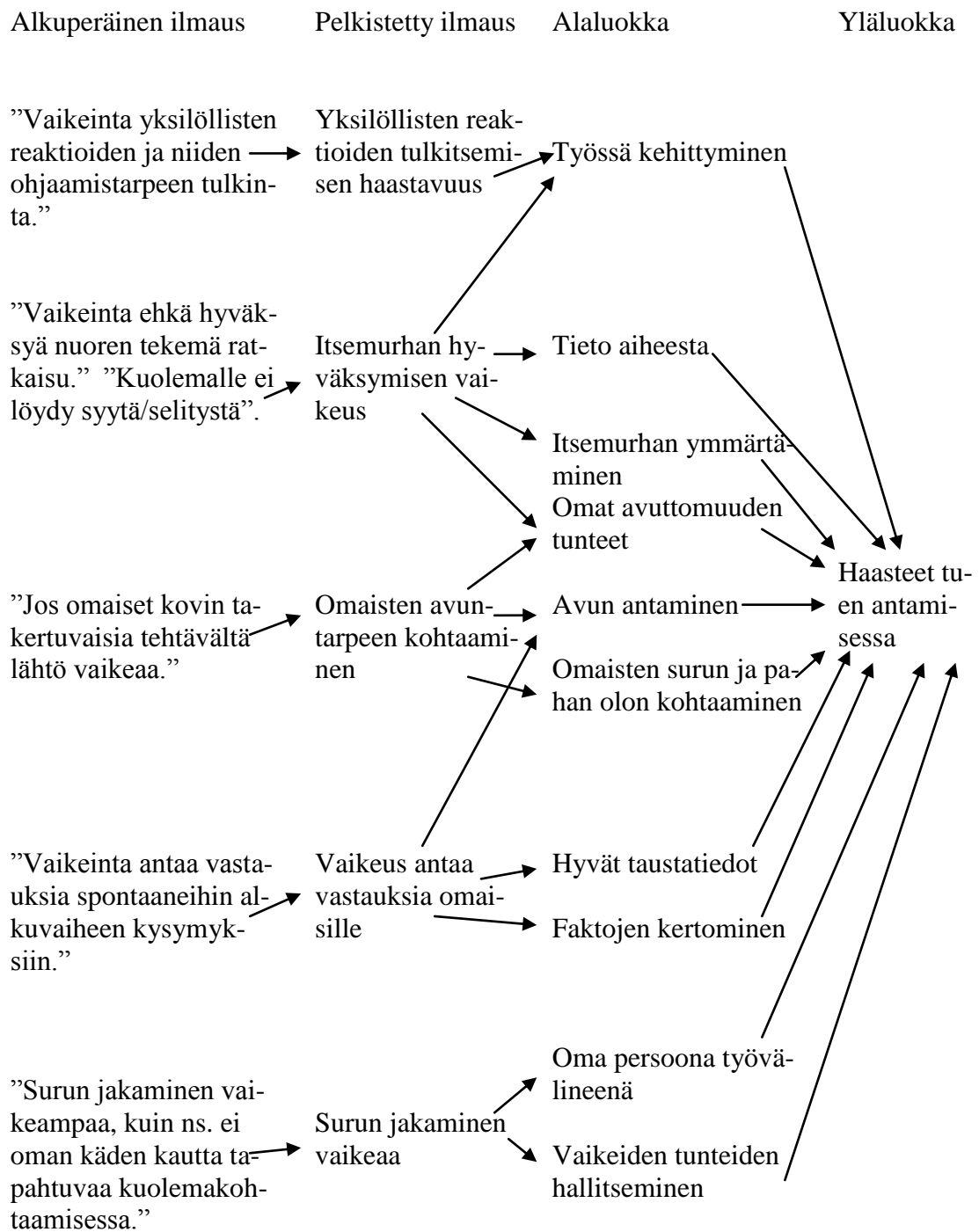
Tärkeimmäksi keinoksi tuen antamisessa itsemurhan tehneen nuoren läheisille vastaajat mielsivät läsnäolon, jota suurin osa nimesikin antaneensa. Läsnäolon lisäksi muita käytetyimpiä tuenantamiskeinoja olivat osanotto, kuunteleminen, välittäminen, lohduttaminen ja keskustelu. Eräs tiedonantaja kertoi ajatuksistaan tuen antamisesta näin: ”*Kuunteleminen, läsnäolo, lohdutus, välittäminen. Sekä arkisia pärjäämisen liittyviä asioita, niiden varmistamista. Faktojen kertominen, kuinka tilanne tästä etenee. Myös mahdollisuus ottaa yhteys päivystykseen ja siihen jopa rohkaista.*”.

Jotkut vastaajista mielsivät, ettei omaisille voi tarjota muuta kuin läsnäoloa, sillä he voivat olla kykenemättömiä vastaanottamaan mitään muutakaan, mikäli he ovat sokkitilassa. Tällöin tärkein tuenantokeino on vierellä olo, mikä luo omaisille ja läheisille myös turvallisuuden tunnetta. Eräs vastaajista ilmaisi tuen antamisen keinonsa näin: ”*Asiat asioina. Ei kaunisteluja. Empaattisuutta.*”.

Useat vastaajat kertoivat myös pyytäneensä paikalle kriisiryhmän tai ohjanneensa sekä rohkaisseensa läheisiä tai omaisia paikalliseen terveyskeskuspäivystykseen, poliklinikalle tai lääkärin vastaanotolle. Yksi oli ottanut myös yhteyttä SPR:ään. Myös muita henkisen tuen palveluita tarjottiin. Läheisille kerrottiin myös tapahtumien kulusta, miten nuorta oli mahdollisesti hoidettu sekä heille selvitettiin, miten asiat etenevät tapahtuneen jälkeen.

9.5 Kokemuksia tuen antamisesta

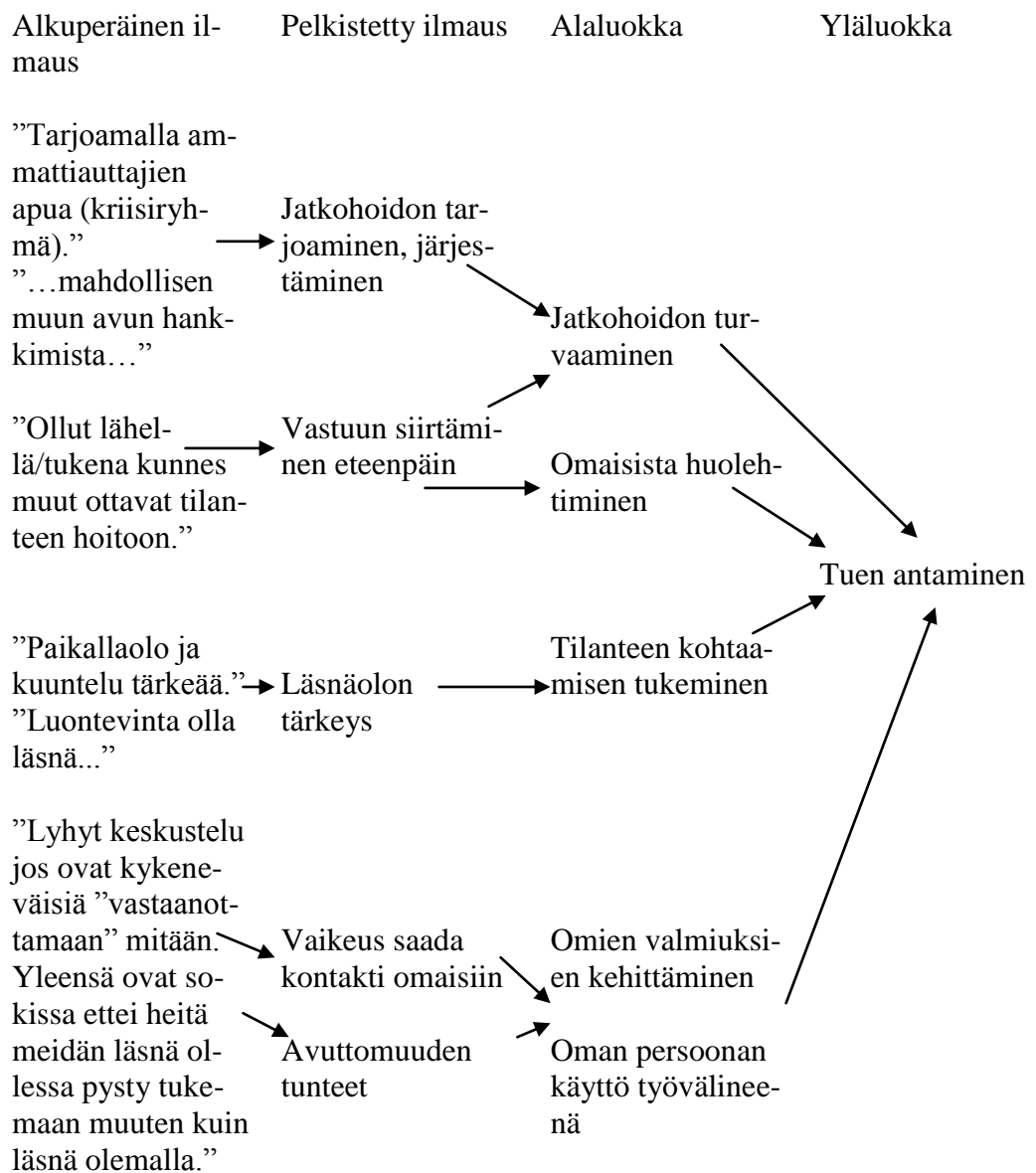
Vaikeimmaksi tuen antamisessa vastaajat kokevat omaisten esittämiin spontaaneihin kysymyksiin vastaamisen. Ensihoitotilanteessa potilaan tilanteen tunteminen on heikkoa ja taustatietojen kerääminen voi olla hankalaa, joten siksi omaisille voi olla hankalaa kertoa nuoren itsemurhaan johtaneista tapahtumista. (Kuvio 3.) Vaikeaksi vastaajat kokivat myös sen, että omaiset saattavat olla sokissa, jolloin avun vastaanottaminen voi olla jo itsessään mahdotonta. Omaiset saattavat myös takertua auttajiin, jolloin tehtävästä irrottautuminen voi olla vaikeaa ja yksi tiedonantaja ilmaisi sen kirjoittamalla: ”*Jos omaiset takertuvaisia tehtävältä pois lähtö vaikeaa.*”. Vaikeaksi havaittiin läheisten yksilölliset reaktiot ja niiden ohjaamistarpeen tulkinta. (Kuvio 3.) Myös oman surun kokemusten hallitseminen mainittiin haastavaksi (Kuvio 2.). Vastaajat pitivät lisäksi nuoren tekemän ratkaisun hyväksymistä vaikeana (Kuvio 3.). Muutaman mielestä oikeastaan kaikki on vaikeaa näissä tilanteissa. Yksi vastaajista ilmaisi tunteitaan näin: ”*Kokonaisvaltaisesti vaikeaa.*”.



Kuvio 3. Kokemuksia tuen antamisesta 1.

Luontevaksi avun antamisessa koettiin läsnäolo, kuunteleminen, empatia ja välittäminen, kuten yhdessä vastauksessa kirjoitettiin: ”Luontevinta rehellinen läsnäolo, välittäminen, ei kiire pois tilanteesta.”. Luontevaksi koettiin myös omaisten tunteiden myötäily, käytännön ohjeiden antaminen, ensihoitotehtävän suorittaminen asiallisesti loppuun sekä erilaisten vaihtoehtojen kertominen, joista voi saada keskusteluapua. Tosiasioiden kertominen ja kysymyksiin vastaaminen koettiin myös luontevaksi. (Kuvio 4.)

Läheisille haluttiin antaa mahdollisuus lisäavun ja tuen hankkimiseen. Jotkut tiedonantajista kokivat myös, että ensihoitotehtävältä lähteminen on helpompaa, kun jokin toinen taho jatkaa avun antoa omaisille. Tällöin työntekijälle jäi tunne siitä, että paikalla olleista omaisista oli huolehdittu eikä jätetty yksin vaikean asian kanssa. Eräs tiedonantaja ilmaisi tilanteiden vaikeuden näin: ”Luontevalta tuntui käytännön ohjeiden antaminen, kaikki muu ei tunnu kovin luontevalta luonnottomassa tilanteessa.”. (Kuvio 4.)



Kuvio 4. Kokemuksia tuen antamisesta 2.

10 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

10.1 Työssä jaksaminen

Tuloksia pohdittaessa vastaukset olivat melko samankaltaisia, yleisesti ottaen samat asiat toistuivat vastauksissa läpi kyselylomakkeen. Vastauksista kävi selkeästi ilmi, että ensihoidossa työskentelevät saavat mielestään riittävästi tukea kohdatessaan nuoren itsemurhan. Varsinaista tukea ei kuitenkaan työpaikoilta tarjota, vaan asiaa käsitellään työtovereiden tai työparin kanssa tarpeen mukaan. Jotkut kaipasivat systemaattista tuen tarjoamista, jonka työntekijä voi halutessaan ottaa vastaan. Erityisen raskaaksi nuoren henkilön itsemurhan kohtaaminen voi käydä silloin, jos työntekijällä on itsellään samanikäisiä lapsia. Jos ensihoidossa työskentelevä on töissä samalla paikkakunnalla kuin missä asuu, voi itsemurhan tehnyt nuori olla työntekijälle tuttu. Tällöin työntekijä voi joutua käsittelemään asiaa enemmän ja voi tarvita siinä myös enemmän tukea.

Kyselyyn vastaajiksi valikoitiin sellaisia henkilöitä, jotka ovat työskennelleet ensihoidossa yli viisi vuotta, koska he ovat todennäköisemmin joutuneet työuransa aikana kohtaamaan nuoren henkilön itsemurhan ensihoitotehtävällä. Vastauksia lukiessa oli huomattavissa, että työvuosien määrä on verrannollinen siihen kuinka monta nuoren itsemurhatapausta työntekijä on kohdannut ensihoitotehtävillä.

Auttajien mahdollisuutta tehdä työnsä onnettomuuspaikalla parhaalla mahdollisella tavalla ja pienentämään tarpeettomien jälkivaikutusten riskiä lisäävät opetus, harjoittelu ja aikaisempi kokemus. Intuitiiviset päätöksentekostrategiat kehittyvät kokemuksen myötä ja ne voivat toimia tehokkaasti myös ajanpuutteen ollessa suuri. (Lindqvist-Virkamäki 2003, 506.)

Vastauksissa mainittiin erilaisia keinoja, joita voidaan käyttää käsitellessä sellaista työtehtävää, jossa työntekijä on joutunut kohtaamaan nuoren itsemurhan. Näitä keinoja olivat työnohjaus, defusing, debriefing ja keskustelu työtovereiden kanssa.

10.1.1 Työnohjaus

Ensihoitotyössä työntekijä kohtaa jatkuvasti psyykkisesti kuormittavia tilanteita. Niissä näkyvät potilaiden ja heidän omaistensa ahdistus ja hätä, sekä siitä johtuva taantunut käyttäytyminen. Tilanteissa voi olla mukana myös pelko omasta turvallisuudesta. Oman roolin selkeyttämisessä, työn hallinnan lisäämisessä, kouluttautumisessa ja valmentautumisessa kohtaamaan erilaisia tilanteita työnohjaus on yksi tärkeä keino. Työnohjaus on ennaltaehkäisevää terveydenhuoltoa, laadukasta johtamista arkipäivässä sekä työkykyä ylläpitävää toimintaa. Työnohjaustarpeen selvittämisen esteenä voi olla luulo siitä, että se on hoitoa ja tarkoitettu vain henkilöille, jotka ovat heikompia tai epäonnistuneempia kuin muut. (Lindqvist-Virkamäki 2003, 505.)

10.1.2 Ohjatut purkutilanteet

Ohjattuja purkutilanteita voidaan järjestää ahdistavien tilanteiden jälkeen. Henkilön, joka on joutunut kokemaan järkytyksen, tulee saada välittömästi tukea ja hänestä täytyy pitää huolta. Henkilöä ei tule lähettää välittömästi kotiin vaan on huolehdittava siitä, että hän saa henkistä tukea ja apua asioiden järjestelyssä. (Rasku, Sopenan & Toivala 1999, 298)

Työpaikassa voi olla tukihenkilöitä, jotka ovat koulutettuja vetämään purkukeskusteluja työpaikalle. Esimies voi myös omalta osaltaan tukea ja vahvistaa työpaikan herkästi haavoittuvaa toverihenkeä. Esimies on velvollinen järjestämään purkukeskustelun, jos työyhteisössä tapahtuu kuolemantapaus, läheltä piti-tilanne, potilaan kuolema hoitotoimenpiteen johdosta tai jokin muu erityinen potilastilanne. (Rasku ym. 1999, 298)

Purkukokous eli defusing tarkoittaa jonkin asian vaarattomaksi tekemistä, ja sen avulla annetaan mahdollisuus kokemusten, mielikuvien ja tunneltauksen välittömään purkamiseen. Se muodostuu kolmesta vaiheesta, johdannosta, läpikäyntivaiheesta ja informaatiovaiheesta. Purkukokous ei vaadi henkilöstöä, joka on jälkipuintikoulutettua. Se on tarkoitettu samaa työtä tekeville, yhdessä työskenteleville pienryhmille. Vetäjiä voi kokouksessa olla yhdestä kahteen, riippuen tilanteen vaikeudesta. Sen avulla voidaan suunnitella tulevien tuntien tapahtumia. (Rasku ym. 1999, 298)

Debriefing eli jälkipuinti on menetelmä, joka on tarkoitettu tueksi ja käsitelymenetelmäksi työntekijöille, jotka työssään osallistuvat psyykkisesti raskaisiin tilanteisiin, esimerkiksi itsemurhiin. Jälkipuinti tulee järjestää myös, jos joku tekee siihen aloitteen. Aloitteen jälkipuinnin järjestämiseksi voi tehdä kuka tahansa työntekijä. Työnjohdon tehtävä on seurata tarvetta ja tilanteita, jotka vaativat jälkipuintia sekä tarvittaessa tehdä aloite sen järjestämiseksi ja vastata sen järjestämisestä. Sen on järjestänyt ja sitä johtaa koulutettu jälkipuinnin vetäjä menetelmän suuntaviivojen mukaan. (Hammarlund 2004, 243-244.)

Jälkipuintiin on tarjottava tilaisuus mahdollisimman pian, paras ajankohta on 24-27 tuntia tapahtuman jälkeen. Jotta menetelmän tulokset olisivat hyvät, jälkipuinnin ja tapahtuman väliin ei saisi jäädä yli viikkoa. Ryhmän olisi suhtauduttava keskusteluun vakavasti ja istua kaikessa rauhassa taukoja pitämättä. Ryhmää ei saa häiritä ja kännykät on suljettava. Sopiva ryhmäkoko on 5-8, mutta 12-15 on yleensä liikaa. (Lindqvist-Virkamäki 2003, 509.)

Kaikki jälkipuinnissa puhuttu jää ryhmän sisäiseksi, asiaa käsitellään vain ryhmässä. Ketään ei saa arvostella ja kaikki saavat puhua. Ilmapiiirin on oltava luottamuksellinen ja avoin, jotta kokemuksista ja tunteista voidaan puhua. Jälkipuintiin ei kuulu esimerkiksi syyttely, vastuu ja resurssit, vaan tarkoituksena on se, että jokainen kertoo omista kokemuksistaan. Keskustelussa edetään jälkipuintikurssilla opittua järjestystä noudattaen. Ryhmällä on oltava mahdollisuus useampaan kuin yhteen keskusteluun. Ryhmä saa itse ratkaista tarvitaanko seurantatapaamista. Jokaisen ryhmäläisen mielipide on tärkeä, ja jos joku on sitä mieltä, että seurantatapaaminen on

tarpeen, työnjohdon on huolehdittava jatkosta eikä mielipidettä saa väheksyä. (Hammarlund 2004, 246.)

10.1.3 Keskustelu työtoverin kanssa

Keskustelu työtoverin kanssa koettiin tärkeimmäksi ja hyödyllisimmäksi keinoksi käsitellä nuoren itsemurhaa. Vastaajat kertoivat, että ensihoitotehtävän tapahtumista keskustellaan usein jo heti tapahtumapaikalta lähdön jälkeen työparin kanssa ja joskus se myös jatkuu keskusteluna työyhteisön kesken. Ulkopuolisen apu ja tuki saatetaan kokea negatiivisena. Vastaajat ilmaisivat, että ulkopuolinen ei tiedä ensihoitotehtävän todellista tilannetta ja sitä mitä tapahtumapaikalla on tapahtunut. Parhaaksi koettiin, että tehtävää käsitellään käytännön tasolla, eikä siitä tehdä syvempää analyysia.

10.2 Itsemurhan tehneen nuoren läheisen saama tuki

Vastauksista käy ilmi, että tärkeintä itsemurhan tehneen läheisille annettavassa tuessa on läsnäolo ja jatkohoidon järjestäminen omaiselle tai muille läheisille. Vastauksien perusteella voi päätellä, että ensihoidossa työskentelevät yrittävät luoda tapahtumapaikalle rauhallisen ja kiireettömän ilmapiiirin omaisten tai läheisten rauhoittamiseksi eivätkä jätä heitä yksin.

Vastauksista huomaa, että ensihoidossa työskentelevät antavat itsemurhan tehneen läheisille sellaista tukea, jonka antamisen he kokevat myös helpoksi. Kysyttäessä he nimesivät itselleen luontevimmiksi keinoiksi tuen annossa samat keinot, joita käyttivät eniten tuen annossa.

Itsemurhan tehneen läheisten toipumisen kannalta yhdeksi merkittävämäksi tekijäksi muodostuu ammattiauttajan tuki. Ne läheiset, jotka ovat saaneet jonkin tyyppistä neuvontaa itsemurhatilanteessa, ovat kertoneet löytäneensä jonkin verran tarkoitusta läheisen kuolemalle. Surevia läheisiä auttaa ammattiauttajien neuvonta heidän etsiessään vastausta tapahtuneen kuoleman tarkoitukseen. Surua kokeneet odottavat terveydenhuollon ammattilaisilta rehellistä ja avointa tietoa, toivon ylläpitämistä, yksilöllistä kohtelua ja huolenpitoa. (Erjanti ym. 2004, 115, 143.)

Kaikista vaikeimpia kuolintapoja surevien toipumisen kannalta ovat itsemurhat. Itsemurhan tehneiden läheiset jäävät usein eristyksiin leimautumisen takia. Mikäli heihin kiinnitetään huomiota ja he saavat entistä enemmän tukea, voidaan estää monien itsemurhan aiheuttaman menetyksen ongelmia ja lieventää itsemurhan aiheuttamaa surua ja luopumista sekä parantaa surevan elämänlaatua. (Erjanti ym. 2004, 115.)

Opinnäytetyön tiedonantajat nimesivät luontevimmiksi avunantokeinoiksi tuen antamisessa itsemurhan tehneen nuoren läheiselle melko samankaltaisia asioita. Yleisimmät niistä olivat läsnäolo sekä kuunteleminen. Läsnäolon avulla huolehditaan läheisen turvallisuudesta sekä taataan se, ettei omainen jää yksin kohdatessaan niinkin vaikean asian kuin läheisen itse-

murha. Samalla taataan myös se, että mahdollinen jatkohoito omaiselle järjestyy. Osa vastanneista koki helpommaksi nuoren itsemurhaan liittyvien käytännön asioiden hoitamisen ja näistä kertomisen omaisille.

Läheisensä menettäneiden ja surevan kohtaaminen ja tukeminen herättää auttajassa surun ohella usein voimakkaita avuttomuuden ja ahdistuksen tunteita, joita on välillä mahdotonta kestää. Uhkana onkin joutua liian syvälle rajujen tunteiden valtaan. Läheisensä menettäneelle on kuitenkin liikaa, jos auttaja pyrkii auttamisen ohella hakemaan itselleen arvovaltaa surevan auttajana tai ratkaisemaan omaa ahdistustaan tai suruaan. Vuorovaikutuksesta ja autettavan herättämistä tunteista on tarpeen ottaa ne vastaan palauttamatta niitä takaisin surevalle. Nämä tunteet on kuitenkin tärkeä käsitellä työnohjauksessa. (Erjanti ym. 2004, 152.)

Vaikeimmiksi asioiksi vastaajat kokivat omaisten kysymyksiin vastaamisen ja epätoivon kohtaamisen. Työntekijöille voisi olla hyödyllistä pohtia, mitkä omaisten esittämät kysymykset ovat olleet vaikeita ja miksi. Tämän pohtiminen kasvattaa työntekijän omaa ammattitaitoa ja työyhteisöstä voitaisiin tarjota työntekijälle välineitä, joiden avulla he voivat käsitellä omaisten vaikeita kysymyksiä ja heidän kohtamaansa epätoivoa. Vaikeiden asioiden pohtiminen on tärkeää työtehtävän jälkeen, etteivät ne jää painamaan työntekijän mieltä.

Itsemurhan tehneen nuoren läheisten surun jakaminen sekä työntekijän oman surun herättämien tunteiden hallitseminen oli joillekin vastaajista vaikeaa. Ammattiauttajan kokemaa surua ei yleensä tunnusteta. Koetut menetykset, esimerkiksi nuorten ja aikuisten itsemurhat sekä työtoverin kuolema, eivät saa tunnustetun surun asemaa. Työnohjausta ei välttämättä ole saatavilla. Suru vaikuttaa auttajan personaan, joka on yksi työn tärkeimmistä välineistä, joten tärkeää onkin antaa tilaa surulle. (Erjanti ym. 2004, 150–151.)

Tunnistamattomuudesta auttajan surussa kertoo se, että hoitotyöntekijöille ei yleensä ole annettu aikaa surra, vaikka he olisivat kokeneet potilaiden tai työtoverin kuoleman työssään. Auttajan suru ei kuitenkaan ole yhtä voimakasta kuin läheisensä menettäneiden, eikä siinä ole kyse kriisin tai trauman läpikäymisestä, vaikka surulla ja kriisillä on yhteisiä piirteitä. Auttajan suru käsitetäänkin ammattilaiseksi surutyöksi. (Erjanti ym. 2004, 151.)

Työpaikalla auttaja kohtaa menetyksen todentumisen ja surua säätelevät seikat ja on vuorovaikutuksessa työtovereiden ja menetetyin läheisten kanssa. Luopumisprosessin jatkuessa auttaja havaitsee muuttuneensa ja tulleen voimakkaammaksi kohtaamaan menetyksiä. (Erjanti ym. 2004, 151–152.)

Auttaja saa liikuttua autettavan läsnä ollessa. Liikuttuminen on osa empatiaa ja sitä pidetäänkin empatian osoituksena. Liikuttuminen ja siihen liittyvät tunteet on kuitenkin pystyttävä rajoittamaan niin, että läheisensä me-

nettänyt sureva voi edelleen luottaa auttajaan ja hänen sietokykyynsä. (Erjanti ym. 2004, 152.)

Ammattiauttajan kokemat surun tunteet vaativat työyhteisöltä yhteistyökykyä. Tarkoituksena surun käsittelemisessä on saada surun aiheuttamat reaktiot hallintaan työyhteisössä. Vaikeiden kokemusten ja menetysten välttely, kieltäminen, pakoilu tai ajatusten ja tunteiden torjuminen luopumisessa voi aiheuttaa auttajalle ongelmia surevien parissa ja työyhteisössä. (Erjanti ym. 2004, 152–153.)

Auttajan, joka työskentelee surevien parissa, on hyvä saada vahvistusta ajatuksilleen ja teoilleen toiselta kokeneelta auttajalta. Jokaiselle auttajalle tärkeäksi selviytymiskeinoksi muodostuu työtovereiden ja työyhteisön antama tuki. Ammattiauttajalla on myös oikeus pitää vaativasta työstään taukoja. Mikäli auttajat eivät saa tukea, he voivat muuttua välinpitämättömiksi ja epäinhimillisiksi työssään. Vaarana on sairastua myös työuupumukseen. (Erjanti ym. 2004, 153)

10.3 Tulosten hyödyntäminen ja jatkotutkimukset

Tulosten hyödyntämiseksi annamme valmiin opinnäytetyön Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen yksiköille luettavaksi, jotta he voivat halutesaan kehittää omia valmiuksiaan ja käytäntöjään opinnäytetyössä saatujen tulosten pohjalta. Vastaavanlaista opinnäytetyötä ei ole aiemmin tehty Kanta-Hämeen pelastuslaitoksella, joten he saavat uutta tietoa toiminnastaan opinnäytetyön avulla.

Tulosten pohjalta voi pohtia, olisiko pelastuslaitoksella tarvetta malliin, jonka avulla tarjotaan tukea ja apua jokaiselle työntekijälle henkisesti raskaiden ensihoitotehtävien jälkeen. Työpaikalle voitaisiin kehittää malli, jota noudattaen voidaan tarjota aina mahdollisuus osallistua ohjattuun purkutilanteeseen. Ohjatun purkutilanteen avulla voidaan esimerkiksi löytää työkaluja itsemurhan tehneen nuoren läheisen kohtaamiseen.

Jatkotutkimusaiheita voisi olla useampikin vaihtoehto tulosten tarkastelun perusteella. Eräästä vastauksesta nousivat esiin työntekijän kokemukset sellaisesta kuolemantapauksesta, jossa työntekijällä on samanikäinen lapsi kuin hoitotilanteessa menehtynyt lapsi tai nuori oli. Mielenkiintoinen jatkotutkimusaihe olisi myös avun antaminen itsetuhoiselle nuorelle ensihoitotilanteessa.

LÄHTEET

- Aalberg, V., Siimes, M. A. 2007. Lapsesta aikuiseksi. Nuoren kypsyminen naiseksi tai mieheksi. Jyväskylä: Nemo.
- Erjanti, H., Paunonen-Ilmonen, M. 2004. Suru ja surevat, surevien hoitotyön perusteet. Vantaa: Wsoy.
- Friis, L., Eirola, R. & Mannonen, M. 2004. Lasten ja nuorten mielenterveytyö. Vantaa: Wsoy.
- Haarasilta, L., Pelkonen, M. & Marttunen, M. 2002. Nuorten itsetuhokäytetytymisen tunnistaminen ja arviointi- tietoa nuorten kanssa työskenteleville aikuisille. Kansanterveyslaitos, Mielenterveyden ja alkoholitutkimuksen osasto. Helsinki.
- Hammarlund, C. 2004. Kriisikeskustelu. Kriisituki, jälkipuinti, stressin- ja konfliktinhallinta. Pieksämäki: Tietosanoma Oy.
- Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. 7.uudistettu painos. Helsinki: Edita.
- Heiskanen, T. 2007. Viimeinen ratkaisu. Helsinki: SMS- tuotanto Oy.
- Heiskanen, T., Salonen, K. & Sassi, P. 2006. Mielenterveyden ensiapukirja. Helsinki: SMS-Tuotanto Oy.
- Hiltunen, L., Paronen, T., Haukka, J. & Lönnqvist, J. 2009. Itsemurhakuolleisuuden käännekohdat Suomessa 1947-2006. Duodecim. 2009;125(16):1802-6.
- Hirsijärvi S., Remes, P., Sajavaara P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Hämeenlinna: Tammi.
- Karlsson, L., Pelkonen, M. & Marttunen, M. 2007. Nuorten itsetuhokäytetytymisen tunnistaminen ja arviointi. Tietoa nuorten kanssa työskenteleville. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja. http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2007/2007b08.pdf>18.2.2009
- Kiiltomäki, A. 2004. Elämää itsemurhan varjossa. Elämäkertomuksen jatkuminen itsemurha-ajatusten jälkeen. Kuopion yliopisto, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, hoitotieteen laitos. Lisensiaattitutkimus.
- Kiiltomäki, A. & Muma, P. 2007. Tässä ja nyt. Sairaanhoidaja tekee kriisi-työtä. Helsinki: Suomen Sairaanhoidajaliitto Ry.
- Kiira, P. Ensihoidossa toimiva henkilöstö. <http://www.finems1.pp.fi/ammatti.html>> 5.4.2010

Kinnunen, A. 2002. Kuljetuksesta hoitoon. Teoksessa Castrén, Kinnunen, Paakkonen, Pousi, Seppälä & Väisänen (toim.) Ensihoidon perusteet. Keuruu: Otava. 1-39.

Kumpula, H., Lounamaa, A., Paavola, M., Lunetta, P. & Impinen, A. toim. 2006. Nuorten miesten tapaturmat ja väkivalta. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:71. Helsinki: Yliopistopaino 2006. 24–26.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.

Lahtinen, M. 2001. Ensihoitotyöntekijöiden tarvitsema ja saama sosiaalinen tuki kuolemaan päättyvissä ensihoitotilanteissa. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos. Opinnäytetutkielma.

Latvala, E & Vanhanen-Nuuttinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S & Nikkonen, M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2. uudistettu painos. Juva: Wsoy. 21–43.

Lepola, U., Koponen, H., Leinonen, E., Joukamaa, M., Isohanni, M. & Hakola, P. 2002. Psykiatria. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Lindqvist-Virkamäki, S. 2003. Työssä jaksaminen. Teoksessa Alaspää, A., Kuisma, M., Rekola, L. & Sillanpää, K. (toim.) Uusi ensihoidon käsikirja. Jyväskylä : Tammi. 504–511.

Marttunen M. 2006. Itsetuhoinen käyttäytyminen. Teoksessa Laukkanen, E., Marttunen, M., Miettinen, S. & Mietikäinen M. (toim.) Nuoren psykkisten ongelmien kohtaaminen. Hämeenlinna; Karisto Oy. 127–135.

Mielonen, M. 1998. Lasten ja nuorten itsemurhat sekä niiden yritykset Suomessa- Konstruktiivinen näkökulma suomalaiseen aikakauslehtikirjoitteluun 1982-1996. Turun yliopisto, sosiologian tiedekunta. Pro gradu- tutkielma.

Miesten yleisimmät kuolemansyyt ikäryhmittäin (lkm) 2007. http://www.ktl.fi/attachments/suomi/terveydenhuollon_ammattilaisille/tapaturmat/kuolemansyyt/2008/taulukko_3.pdf>18.2.2009

Määttä, T. 2003. Ensihoitopalvelu. Teoksessa Alaspää, A., Kuisma, M., Rekola, L. & Sillanpää, K. (toim.) Uusi ensihoidon käsikirja. Jyväskylä : Tammi. 24-38.

Naisten yleisimmät kuolemansyyt ikäryhmittäin (lkm) 2007. http://www.ktl.fi/attachments/suomi/terveydenhuollon_ammattilaisille/tapaturmat/kuolemansyyt/2008/taulukko_2.pdf>18.2.2009

Nieminen, H. 1997. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, M & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY. 215–220.

Nurmi, Lasse. 2006. Kriisi, pelko, pakokauhu. Helsinki: Edita Prima Oy.

Paakkonen, H. 2002. Stressi ensihoitotyössä. Teoksessa Castrén, Kinnunen, Paakkonen, Pousi, Seppälä & Väisänen (toim.) Ensihoidon perusteet. Keuruu: Otava. 230-248.

Palosaari, E. 2007. Lupa särkyä. Kriisistä elämään. Helsinki: Edita Prima Oy.

Pelkonen, M., Marttunen, M. 2004. Itsetuhoisten nuorten hoitomuodot. Suomen Lääkärilehti 9/2004.

<http://www.fimnet.fi.proxy.hamk.fi:2048/cl/laakarilehti/pdf/2004/SLL92004-893.pdf>> 27.10.2009

Pohjolan-Pirhonen, C. 2007. Debriefing tukemassa kriisin kohdannutta. Teoksessa Pohjolan-Pirhonen, C., Poutiainen, K. & Samulin, H. (toim.) Kriisityön käsikirja. Käytännön opastusta kriisin kohdatessa. Hämeenlinna: Kotimaa-Yhtiöt Oy / Kirjapaja. 139-146.

Rantanen, P. 2004. Nuoruusikä. Teoksessa Moilanen, I., Räsänen, E., Tamminen, T., Almqvist, F., Piha, J. & Kumpulainen, K. (toim) Lasten- ja nuorisopsykiatria. 3., uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. 46-49

Rasku, T., Sopanen, P., Toivala, T. 1999. Hoitoa ympäri vuorokauden, ensi ja polikliininen hoito. Porvoo: Wsoy

Riala, K. 2002. Nuoren itsetuhoisuus. Spekula 2/2002.

http://www.spekula.oulu.fi/arkisto/2002/2/teema_06.htm> 27.10.2009

Rosblom, O., Ruuskanen, U., Laine, T. & Vertio, H. 1994. Nuorten hoitotyö. Helsinki: Kirjayhtymä.

Räsänen, E. 2004. Teoksessa Moilanen, I., Räsänen, E., Tamminen, T., Almqvist, F., Piha, J. & Kumpulainen, K. (toim) Lasten- ja nuorisopsykiatria. 3., uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. 218-232

Saari, S., Kantanen, I., Kämäräinen, L., Parviainen, K., Valoaho, S. & Yli-Pirilä, P. 2009. Hädän hetkellä – psyykkisen ensiavun opas. Jyväskylä : Kustannus Oy Duodecim.

Saari, S. 2003. Kuin salama kirkkaalta taivaalta. Kriisit ja niistä selviytyminen. 3., uudistettu laitos. Keuruu: Kustannusosakeyhtiö Otava.

Tolonen, P. 1996. Huomatkaa myös mut. Nuorten kirjoituksia itsetuhosta. 2., painos. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Tuomi, J & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uudistettu painos. Jyväskylä; Tammi.

Uusitalo, T. 2006. Miten päästä yli mahdottoman. Narratiivinen tutkimus itsemurhamenetelmistä. Lapin yliopisto, kasvatustieteiden tiedekunta. Väitöskirja.

Uusitalo, T. 2007a. Lasten ja nuorten Itsemurhat. Erityiskasvatus 2/07. 28-29

Uusitalo, T. 2007b. Nuoren itsemurha. Teoksessa Määttä, K. (toim.) Helposti särkyvää. Nuoren kasvun turvaaminen. Helsinki: Kirjapaja. 52-72.

Uusitalo, T. 2007c. Yli mahdottoman. Itsemurha ja läheinen. Helsinki: Edita Publishing Oy

Viitala, M. 2002. Ensihoitajan kokema stressi. Hämeen ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

SAATEKIRJE

Arvoisa vastaanottaja,

Olemme kaksi viimeisen vuoden sairaanhoitajaopiskelijaa Hämeen ammattikorkeakoulusta Hämeenlinnasta. Koulutukseemme liittyy opinnäytetyön tekeminen. Opinnäytetyömme aihe on ensihoidossa työskentelevien kokemuksia nuoren itsemurhasta.

Tarkoituksenamme on selvittää ja kartoittaa haastattelulomakkeen avulla, millaista tukea ensihoidossa työskentelevät tarvitsevat ja saavat työyhteisöstään kohdatessaan nuoren, 15–24-vuotiaan, henkilön itsemurhan. Haluamme myös selvittää, millaista tukea ensihoidossa työskentelevät antavat paikalla oleville, itsemurhan tehneen läheisille.

Kyselylomakkeen kysymykset osoitetaan ensihoidossa työskenteleville, jotka ovat olleet työssä yli viisi vuotta. Opinnäytetyön tekemiseen olemme saaneet luvan Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen ensihoitopäälliköltä Markku Saariselta 7.1.2010. Toivomme opinnäytetyön avulla saatavan tiedonlisäävän työhyvinvointia ensihoidossa.

Opinnäytetyön aineiston keräyksen suoritamme kyselylomakkeen muodossa. Pyydämme sinua ystävällisesti vastaamaan oheisiin kysymyksiin. Jokaisen avoimen kysymyksen jälkeen on varattu tyhjää tilaa, johon voit kirjoittaa vastauksesi. Tarvittaessa voit jatkaa vastauksia paperin toiselle puolelle. Vastausten muodolla ei ole väliä, tärkeintä on, että kerrot kokemuksistasi.

Vastauksesi käsitellään täysin luottamuksellisesti, eikä henkilöllisyytesi käy ilmi opinnäytetyöstä. Työmme ohjaavana opettajana toimii hoitotyön yliopettaja Leena Packalén, sähköpostiosoite leena.packalen@hamk.fi.

Kirjeen alaosasta löytyvät meidän yhteystietomme. Jos Sinulla on kysyttävää kyselylomakkeesta tai opinnäytetyöstämme, vastaamme kysymyksiisi mielellämme.

Kun olet vastannut, palauta kyselylomake suljetussa kirjekuoressa palautuskirjekuoreen työpaikallasi. Vastausaika on perjantaihin 12.2.2010 asti.

Vastauksesi ovat meille tärkeitä.

Kiitos osallistumisestasi!

Paula Moisio
Hoitotyön opiskelija
040-5346446

Essi Salonen
Hoitotyön opiskelija
045-1375779

