

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja/Terveystenhoitaja

Syksy 2018

Ida Ilano, Noora Patton & Viivi Rinne

TRAUMATISOITUNEIDEN MAAHANMUUTTAJIEN KOHTAAMINEN JA OHJAAMINEN PALVELUIDEN PARIIN

- Opas perusterveydenhuollon työntekijöille

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma

Joulukuu 2018 | 59 sivua, 6 liitesivua

Ida Ilano, Noora Patton & Viivi Rinne

TRAUMATISOITUNEIDEN MAAHANMUUTTAJIEN KOHTAAMINEN JA OHJAAMINEN PALVELUIDEN PARIIN

- Opas perusterveydenhuollon työntekijöille

Tässä opinnäytetyössä perehdytään aikuisen maahanmuuttajan traumaattiseen oireiluun, sen arviointiin sekä hoitoon. Opinnäytetyön tuotos on opas käytettäväksi hoitotyöhenkilökunnalle heidän kohdatessaan traumaattisesti oireilevia maahanmuuttajia.

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuoda perusterveydenhuollon työntekijöille konkreettisia työvälineitä traumatisoituneen aikuisen maahanmuuttajan kohtaamiseen ja ohjaamiseen palveluiden pariin. Tarkoituksena on, että opas on kohtaamisen tukena ja mahdollisesti myös annettavissa maahanmuuttajalle itselleen.

Raportissa käydään läpi teoreettista taustaa ja keskeisiä käsitteitä liittyen traumaan ja sen psykobiologiaan, traumaattiseen kriisiin, akuuttiin stressihäiriöön, traumaperäiseen stressihäiriöön sekä dissosiativiseen häiriöön ja oireiluun. Raportissa on avattu tilastotietoa liittyen maahanmuuttoon Suomessa ja Turun seudulla sekä sen vaikutukset väestörakenteeseen ja potilaskuntaan. Raportissa tarkastellaan maahanmuuttajaa asiakkaana terveydenhuollossa, heidän hoitopolkuaan sekä kolmannen sektorin tukevia palveluita. Lisäksi käsitellään maahanmuutto psyykkisenä prosessina ja kriisinä. Traumaattisesti oireilevan kohtaaminen, tunnistaminen, arviointi ja hoitotyö on avattu raporttiin. Opinnäytetyössä on konkreettisia arvioinnin työvälineitä sekä erilaisia harjoituksia vakauttamaan traumaattisen oireilua.

ASIASANAT: Pakolainen, maahanmuuttaja, trauma, traumaattinen kriisi, kotoutuminen, kotouttaminen, mielenterveys

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Care work degree program

December 2018 | 59 pages, 6 annexes

Ida Ilano, Noora Patton, Viivi Rinne

ENCOUNTERING TRAUMATIZED IMMIGRANTS AND INSTRUCTING THEM TO HEALTHCARE SERVICES AND ORGANISATIONS

- Guide for healthcare professionals

In this thesis we focus on adult-aged immigrants with post traumatic symptoms and the symptom's evaluation process and treatment. The purpose for this thesis is as a guide. The guide is to be used by healthcare professionals in their work when they encounter immigrants with traumatic symptoms.

The purpose of this thesis is to bring tools for healthcare professionals when they encounter and instruct immigrants to get help from different organisations. The guide is suppose to be an assistance for encountering. The guide can also be given to immigrants who might benefit from it.

This report provides theoretical background and pivotal concepts about trauma in addition to it's psychobiology. It covers theory about traumatic crisis, acute stressdisorder, post traumatic stress disorder, dissociative disorder, and their various symptoms. The specific statistics of immigration in Finland and the Turku region are covered, including effects on the population pyramid and the Finnish patient material. In the report immigrants are viewed and examined as clients of the healthcare services. The examinations focus on an immigrants suffering from trauma and their healthcare and support options, offered by municipality and independent organizations. Theoretical focus is on immigration as a psychological process and crisis. The report covers topics of Encountering, Recognizing, Evaluating, and Treating a person with post traumatic symptoms. This thesis has tangible evaluation tools and excersises to work with a person who suffers from trauma.

KEYWORDS: Asylum, immigrant, trauma, traumatic crisis, integration, mental health

SISÄLTÖ

| | |
|---|-----------|
| 1 JOHDANTO | 6 |
| 2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS | 8 |
| 3 TEOREETTINEN TAUSTA JA KESKEISET KÄSITTEET | 9 |
| 3.1 Trauma ja trauman psykobiologia | 9 |
| 3.2 Traumaattinen kriisi | 11 |
| 3.3 Akuutti stressihäiriö | 12 |
| 3.4 Traumaperäinen stressihäiriö | 14 |
| 3.5 Dissosiativinen oireilu | 18 |
| 4 MAAHANMUUTTO JA KOTOUTUMINEN | 22 |
| 4.1 Maahanmuutto Suomessa ja Turun seudulla | 22 |
| 4.2 Kotoutuminen ja kotouttaminen | 23 |
| 4.3 Maahanmuutto psyykkisenä prosessina ja kriisinä | 25 |
| 4.4 Pakolaisuus | 28 |
| 5 MAAHANMUUTTAJAT TERVEYDENHUOLLON ASIAKKAINA | 30 |
| 5.1 Maahanmuuttaja asiakkaana | 30 |
| 5.2 Maahanmuuttajat Turun kaupungin ulkomaalaistoimiston asiakkaina | 31 |
| 5.3 Traumaperäisesti oireilevien maahanmuuttajien perusterveydenhuollon hoitopolku Turussa | 32 |
| 5.4 Kolmannen sektorin palvelut | 32 |
| 6 TRAUMATISOITUNEEN IHMISEN KOHTAAMINEN | 34 |
| 6.1 Turvallinen ja luottamuksellinen ilmapiiri traumatisoituneen kohtaamisessa | 34 |
| 6.2 Traumatisoituneen hoitotyö | 36 |
| 6.3 Traumaattisen oireilun tunnistaminen | 39 |
| 6.4 Traumaattisen oireilun arviointi | 40 |
| 6.5 Arvioinnin työvälineet | 41 |
| 6.6 Traumaattisen oireilun selviytymiskeinot | 42 |
| 7 OPINNÄYTETYÖ TOTEUTUS | 48 |
| 8 OPAS | 50 |
| 8.1 Selkokieli | 50 |

| | |
|------------------------------------|-----------|
| 8.2 Suunnittelu ja laatiminen | 50 |
| 8.3 Itsearviointi | 51 |
| 9 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS | 53 |
| 10 POHDINTA | 54 |
| 11 JOHTOPÄÄTÖKSET | 56 |
| 12 LÄHTEET | 57 |

LIITTEET

Liite 1. Tiedonhakutaulukko

Liite 2. Kriisinkokeneen asiakkaan haastattelun muistilista

Liite 3. Kolmannen sektorin palvelut

Liite 4. TYKS psykiatrian toimialue

Liite 5. Psykkisten traumaoireiden seulontakysely TSQ

Liite 6. Opas - traumatisoituneiden maahanmuuttajien kohtaaminen ja ohjaaminen palveluiden pariin

1 JOHDANTO

Sotien ja pakolaisuuden lisääntyminen on globaali sopeutumistilanne. Tämä vaikuttaa myös Suomeen ja yhteiskunnan rakenteeseemme, tätä kautta sosiaali- ja terveyshuoltoon. Monikulttuurisuus lisää haasteita terveydenhuoltoon, josta jo valmiiksi leikataan resursseja. Resurssien tehostaminen on päivän sana. Työssä kuormittuminen lisääntyy resurssien tehostamisen ja maahanmuuton tuoman monikulttuurisuuden vuoksi. (Tilastokeskus 2018.)

Suomen mielenterveysseura on julkaisut maahanmuuttajien parissa toimiville oppaan liittyen maahanmuuttajien mielenterveyteen ja traumaattisiin kriiseihin (Suomen mielenterveysseura 2015). Muuta aineistoa, tutkimuksia tai opinnäytetöitä ei ole tehty tai löydetty ainakaan suorasti liittyen tähän opinnäytetyön aiheeseen. Opinnäytetöitä ja muita tutkimuksia on tehty jonkin verran muun muassa maahanmuuttajien mielenterveydestä ja kotoutumisesta Suomessa.

Traumatisoituneiden maahanmuuttajien kohtaaminen sekä ohjaaminen on valittu aiheeksi, koska se on monimuotoinen. Opinnäytetyön aiheen valintaan vaikutti tekijöiden mielenkiinto psykiatrasta hoitotyötä kohtaan. Lisäksi tekijät kokevat, että opinnäytetyön raportti, sen työstäminen ja opinnäytetyön tuotos ovat itsessään hyödyllisiä tulevan ammatin ja työnkuvan puolesta.

Opinnäytetyö on osa Marjat hanketta, jonka pyrkimys on edesauttaa maahanmuuttajien kotoutumista terveyden ja hyvinvoinnin keinoin. Tavoitteena on myös konkreettisten työkalujen lisääminen opinnäytetyöntekijöiden omaan käyttöön työelämässä. (Turun AMK 2018.)

Aihe on ajankohtainen ja keskeinen. Kulttuurierojen haaste tämänhetkissä terveydenhuollossa on tietouden lisääminen puolin ja toisin. (Väestöliitto 2016.) Tuleva Sote-uudistus ja sitä myötä muuttuvat palvelut, tuovat haastetta palveluihin ohjautumiseen. (Alueuudistus 2018.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuoda konkreettista materiaalia traumatisoituneiden maahanmuuttajien kohtaamisesta ja ohjaamista perusterveydenhuollon työntekijöiden käyttöön maahanmuuttajille suunnatun oppaan muodossa. Oppaan voi antaa maahanmuuttaja asiakkaalle itselleen ohjaustilanteen jälkeen.

Opinnäytetyön tavoite on perusterveydenhuollon työntekijän tietouden lisääminen ja ammatillisen taidon kehittäminen kriisiytyneiden kohtaamisessa. Tämän tulisi näkyä käytännössä kohtaamisen, auttamisen, tuensaannin ja palveluihin ohjautumisen tehostumisena. Tavoitteena on lisätä työvälineitä trauma kohdanneiden maahanmuuttajien auttamiseen sekä ohjaamiseen. Työvälineillä tarkoitetaan oppaassa olevaa teoreettista tietoa, haastattelurunkoa.

Aiempaa spesifiä tutkittua tietoa ei ole löytynyt opinnäytetyön aiheesta. Aiempia tutkimuksia löytyy kirjallisuudesta sekä sähköisesti. Tutkimuksia löytyy aiheista; maahanmuuttajan kohtaaminen terveydenhuollossa, traumaattinen kriisi sekä traumatyöskentely.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuoda perusterveydenhuollon työntekijöille konkreettisia työvälineitä traumatisoituneen aikuisen maahanmuuttajan kohtaamiseen ja ohjaamiseen palveluiden pariin. Tarkoituksena on, että opas on kohtaamisen tukena ja mahdollisesti myös annettavissa maahanmuuttajalle itselleen.

Aihe on rajattu selkokiehiseen oppaaseen, jossa on Turun terveydenhuollon palveluiden tarjonta kohdistuen aikuisiin maahanmuuttajiin, jotka kärsivät traumaperäisestä stressihäiriöstä. Oppaassa käydään häiriön oireistoa sekä tunnistamista ja palveluihin ohjautumista. Oppaassa selvitetään traumaattisen oireyhtymän oirekuvausta, ohjataan työntekijää sekä asiakasta, mihin tulisi kiinnittää huomiota. Oppaassa kerrotaan myös mikä on traumaattinen kriisi ja traumaattinen stressihäiriö.

Opinnäytetyön tavoite on perusterveydenhuollon työntekijän tietouden lisääminen sekä lisätä heidän kykyä kohdata kriisiytyneitä maahanmuuttajia. Konkreettisesti tämän tulisi näkyä kohtaamisten, auttamisen, tuensaannin ja palveluihin ohjautumisen tehostumisena. Tavoitteena on lisätä työvälineitä trauma kohdanneiden aikuisten maahanmuuttajien kohtaamiseen ja auttamiseen.

3 TEOREETTINEN TAUSTA JA KESKEISET KÄSITTEET

3.1 Trauma ja trauman psykobiologia

Trauma määritellään henkiseksi ja/tai ruumiilliseksi vaurioksi, jonka aiheuttajana on traumatisoiva tapahtuma. Traumaattisen tapahtuman vaikutuksena seuraa traumaattinen stressi. (Traumaterapiakeskus 2018.) Trauman jälkeen jatkuvasti oireilevat tulee tutkia perusterveydenhuollossa asianmukaisesti ja ohjata tarvittaessa hoitoon (Käypähoito -suositus 2014).

Traumaattisia kriisireaktioita määrittävät yllättävän voimakkaasti ihmislajin biologiset ominaisuudet. Kaikella, mitä ihminen käy läpi mielessään ja tunteissaan on vastineensa kehossa. Samanaikaisesti kaikki kehossa tapahtuva vaikuttaa ihmisen psyykeeseen. Traumaattiset kokemukset voidaan jakaa kahteen eri luokkaan. Tyypin 1 trauma on kertaluontoinen tapahtuma, joka uhkaa ihmisen uskomusjärjestelmää sekä perusturvantunnetta. Tyypin 2 trauma on toistuva äärimmäisen rikkova tapahtuma, joka muokkaa ihmisen minäkäsitystä, esimerkiksi toistuva parisuhde- ja perheväkivalta, pitkäaikainen seksuaalinen hyväksikäyttö tai pitkäaikainen kiusaaminen. Traumaattisesta stressioireilusta voi kuitenkin selvitä. Parhaiten se tapahtuu kokemusten kohtaamisella ja läpityöskentelemällä. Näin ihminen saa takaisin elämänhallinnan tunteet. (Traumaterapiakeskus 2018.)

Ihmisen joutuessa uhkatilanteeseen, ihmisen keho reagoi nopeasti saaden hälytyksen havaintojärjestelmänsä kautta. Keho varautuu välittömästi selviytymään tilanteesta. Ihmisen neocortexi eli aivojen osa, jossa on tietoinen järki, ei ehdi reagoida tilanteessa, vaan sen ”yli hypätään”. Tämä valmiustila on mekanismi, joka toimii muun muassa neurohormonien ja sähköisten impulssien välityksellä. Automaattisesti laukeavat suojaavat reaktiot ovat ihmisen evoluution tulos. (Palosaari 2007, 43.)

Traumatilanteet säästyvät fysiologisesti muistiin eri tavoin kuin normaalit muistot. Hälytystilassa olevan ihmisen keho alkaa erittää stressihormoneja eli endogeenisiä hormoneja; tämä vahvistaa traumaattisen kokemuksen mieleen painumista. Muistot tallentuvat aivojen limbiseen järjestelmään. (Traumaterapiakeskus 2018.)

Limbinen järjestelmä sijaitsee aivojemme keskiosassa ja on osa aikaisimmin kehittyneitä aivojamme. Nisäkkäille kehittyi aivorunkoa ympäröivä limbinen järjestelmä, joka toi varsinaiset tunteet aivotoimintaan. Tunteet ovat siis järkeä vanhemmat. (Goleman 1995.) Limbiseen järjestelmään kuuluu lajin säilymiseen ja jatkamiseen liittyvät toiminnot. Se säätelee myös autonomista hermojärjestelmää, joka kontrolloi stressiä ja rentoutumista. Hippokampus ja manteliumake eli amygdala, jotka sijaitsevat limbisessä järjestelmässä vaikuttavat oleellisesti traumareaktioissa. Hippokampus vaikuttaa siihen, miten loogisesti ja ajallisesti järjestäytyneesti tapahtuma painuu mieleemme. Tämä vaikuttaa siten, että pystymme ajattelemaan asiaa järjellisenä tarinana, jolla on alku, keskiosa ja loppu. Amygdala käsittelee ja taltioi tapahtumien tunnepitoisuuden. Yhteistyössä nämä luovat kyvyn pystyä käsittelemään elämän tapahtumia. Äkillisen kriisin yhteydessä hippokampuksen toiminta romahtaa samalla kun amygdala jatkaa toimintaansa voimakkaana. Tämä johtaa siihen, että normaalisti ihmisen saattaa olla vaikea laittaa sanoiksi kriisikokemuksesta aiheutuvia tuntemuksia. (Palosaari 2007, 43.)

Nykytiedon mukaan traumaan liittyvän muistin voi jakaa kahteen tyyppiin, implisiittiseen ja eksplisiittiseen muistiin. Implisiittinen muisti on jo vastasyntyneellä. Sitä ohjaa amygdala, joka taltioi emootiot sekä keholliset tuntemukset. Implisiittinen muisti on syy siihen, että keho muistaa traumat. (Peltosaari 2007, 45.) Traumaattiset tilanteet säilyvät muistissa ei-kielellisessä muodossa, jotka saattavat traumaattisessa oireilussa aiheuttaa muiston tunkeutumisen mieleen takaumana eli flashbackinä tai aiheuttaa dissosiativisen episodin. Muistojen ei kielellisiä laukaisevia tekijöitä ovat esimerkiksi visuaaliset tekijät (tietty vaate, väri, paikka), hajut, tunteet, fyysiset tuntemukset sekä äänet. (Traumaterapiakeskus 2018.)

Kielellinen kyky ja järjestelmällisyys on hippokampuksen ohjaamaa ja on osa eksplisiittistä muistia. Eksplisiittinen muisti kehittyy vähän myöhemmin, noin kolmannen ikävuoden aikana samalla, kun ihmisen kielelliset kyvyt aktivoituvat. Näiden muistien erilaisuus selittää muun muassa sitä, miksi ihmisen on myöhemmin elämässä vaikea tuoda varhaisia muistoja tietoisuuteensa. (Peltosaari 2007, 45.)

Normaalisti, kun vaaratilanne on ohi, fyysinen hätätila-alttius taantuu ja deaktivoituu. Ongelmia syntyy, kun kuormitusta on liikaa. Näin saattaa käydä silloin, kun järkytysreaktioita tulee jatkuvasti tai kuormitusta on liian paljon kerralla. Tämä johtaa siihen, että hätätila-alttius pysyy päällä, ei tapahdu purkausta, vaan rasituksesta tulee

moninkertainen. Tilanne lukkiutuu. Tämä johtaa arjen hallinnan rikkoutumiseen, jonka kokoamiseen saattaa mennä pitkäkin aikaa. (Palosaari 2007.)

3.2 Traumaattinen kriisi

Traumaattinen kriisi on psyykinen tilanne, joka kehittyy yksilön kohdatessa ulkoisen uhan hänen ruumiilliselle olemassa ololleen, sosiaaliselle identiteetilleen ja turvallisuudelleen tai tyydytysmahdollisuudelleen. Traumaattinen kriisi voidaan jakaa neljään eri vaiheeseen. Näitä vaiheita ovat shokkivaihe, reaktiovaihe, työskentelyvaihe sekä uudelleen suuntautumisen vaihe. (Traumaterapiakeskus 2018.)

Sokkivaiheessa traumatisoituneen ihmisen mieli torjuu tapahtuneen. Mieli suojaaa ihmistä traumalta, jota se ei ole vielä valmis ottamaan vastaan. Tällöin ei tunneta henkistä eikä fyysistä kipua. Sokkivaihe voi olla rauhallinen, ikään kuin mitään ei olisi tapahtunut. Tämän vuoksi shokkivaiheen tunnistaminen saattaa olla joskus vaikeaa. On yksilöllistä, kuinka tässä vaiheessa reagoidaan. Jotkut ihmiset voivat lamaantua täysin ja muuttua apaattiseksi. Toiset saattavat taas olla tuskaisia, itkeä hysteerisesti, huutaa tai olla levottomia. Sokkivaiheessa tärkeimmät puolustusmekanismit ovat torjuminen, kieltäminen sekä tunteen eristäminen. Shokkivaihe kestää muutamista hetkistä muutama vuorokautteen. Useat eivät kykene muistamaan sokkivaiheen tapahtumia tai sen aikana annettuja neuvoja ja ohjeistuksia. (Heikkinen-Peltonen, Innamaa & Virta 2014, 67-68.)

Reaktiovaiheessa henkilö kohtaa ja ymmärtää tapahtuneen. Voimakas tunnetason reagointi on tällöin tavallista. Henkilö voi tuntea ahdistusta, epätoivoa, häpeää, vihaa, surua ja syyllisyyttä. Tunteita voi olla vaikea kontrolloida. Tavallista on myös, että henkilö etsii tapahtuneeseen syyllistä. Henkilölle saattaa ilmetä myös fyysisiä oireita. Näitä oireita voivat olla muuan muassa vapina, sydänoireet, hikoilu sekä rintakivut. Reaktiovaiheessa tavallisten arjen päivittäisten asioiden hoitaminen saattaa olla haastavaa. Henkilö palaa reaktiovaiheessa yhä uudelleen traumaattiseen tapahtumaan. Tämä on myös tapa käsitellä asiaa. Reaktiovaihe kestää useimmiten viikoista kuukausiin. (Heikkinen-Peltonen ym. 2014, 68-69.)

Reaktiovaiheessa voi mahdollisesti esiintyä aistiharhoja muistuttavia ohimeneviä tilanteita. Henkilölle voi tulla tunne esimerkiksi siitä, että menetetty läheinen on yöllä vierellä tai hänen äänensä kuuluu jostakin. Nämä ovat normaaleja ilmiöitä

reaktiovaiheessa, eikä näitä ole syytä tulkita liian äkkinäisesti psykoottisiksi oireiksi. Reaktiovaiheessa olevalle henkilölle on tärkeää kokea itsensä kuunnelluksi ja välitetyksi. (Lönqvist, Henriksson, Marttunen & Partonen 2011, 260.)

Työskentelyvaihe eli varsinainen surutyön vaihe kestää muutamista kuukausista vuoteen. Työskentelyvaiheessa traumaattiset tapahtumat aletaan hyväksyä ja käydään läpi tapahtunutta sekä tunne- että asiasisältö tasolla. Tällöin myös luodaan uutta kuvaa itsestä ja elämästä. (Lönqvist ym. 2011, 261.)

Uudelleen suuntautumisen vaiheessa traumaattinen tapahtuma alkaa vähitellen muuttua osaksi elämää. Tapahtuman kanssa pystytään elämään, eikä se ole jatkuvasti ajatuksissa. Henkilö on tällöin kykeneväinen suuntautumaan tulevaisuuteen ja luottaa elämän kulkuun. (Mielenterveysseura 2018.)

Traumaattisen kriisin oireilu voidaan jakaa kahteen eri stressihäiriöön, akuuttiin stressihäiriöön sekä traumaperäiseen stressihäiriöön. Traumaattisen kriisin ja sen tapahtumaa edeltävät mielenterveysongelmat, aiemmat järkytykset ja uupumus suurentaa riskiä altistua häiriölle (Lönqvist ym. 2011, 259). Traumaperäinen stressihäiriö on tunnusomaisin pitkäkestoinen oireyhtymä ja riski sen kehittymiseen kasvaa, mikäli traumaattisen kriisin käsittely epäonnistuu (Lönqvist ym. 2011, 258).

3.2 Akuutti stressihäiriö

Akuutti stressihäiriö eli ASD tulee englannin kielen sanoista acute stress disorder. Tässä opinnäytetyössä käytetään tarvittaessa lyhennettä ASD. Akuutti stressihäiriö ilmenee, kun henkilö on kokenut traumaattisen tapahtuman. Näitä tapahtumia voi olla tilanteet, johon on saattanut liittyä kuolema, vakava loukkaantuminen tai sen uhka. Tapahtuma voi olla myös, että henkilö on nähnyt useita kertoja onnettomuuden läheltä tai henkilö on nähnyt väkivallan seuraamuksia. Myös yllättävä tieto lähimmäisen kokemasta väkivallasta tai onnettomuudesta, mikä on johtanut lähimmäiseen kuolemaan, voi johtaa akuuttiin stressihäiriöön. (Käypähoito -suositus 2014.)

Akuutin stressihäiriön oireet ovat monimuotoiset, mutta keskeisimmät niistä ovat äkilliset ahdistusoireet sekä dissosiativiset oireet. Dissosiativisia oireita kuvataan tarkemmin myöhemmin tässä opinnäytetyössä. Välittömästi traumaattisen tapahtuman jälkeen henkilön ajan ja paikan ymmärtäminen voi olla hämärtynyt. Henkilön olotilaa hallitsee

huumaantuneisuus, vahva turtuneisuus sekä hänen huomiokyky on kaventunut. (Lönqvist ym. 2011, 270.)

Akuutissa stressihäiriössä henkilö palaa traumaattiseen tapahtuneeseen yhä uudelleen mielikuvina, unissa, palautumina tai muulla tavalla. Asioita, jotka muistuttavat tapahtuneesta vältellään. Akuutin stressihäiriön oireisto on hyvin samankaltainen kuin traumaperäisen stressihäiriön. (Trauma ja dissosiaatio 2018.) Traumaperäisen stressihäiriön oireisto ja sen neljä pääluokkaa tullaan kuvaamaan tarkemmin luvussa traumaperäinen stressihäiriö.

Akuutin stressihäiriön oireet kestävät vähimmillään kaksi päivää ja enimmillään kuukauden. Mikäli oireet kestävät pidempään, puhutaan traumaperäisestä stressihäiriöstä. (Huttunen 2017.)

Suurin osa akuuteista stressihäiriöistä menee ohi itsestään. Hoitona on pääasiassa tilanteen rauhoittaminen sekä turvallisuuden tunteen lisääminen. Lepo, konkreettinen apu ja mahdollisten fyysisten vammojen hoito ovat myös tärkeitä. Traumaattisen tapahtuneen selkeä jäsentäminen vähentää tavallisesti ahdistuneisuutta. Henkilöä ei tule jättää ensimmäiseksi vuorokaudeksi yksin. Mikäli oireet ovat kovin voimakkaita ja toimintakykyä lamaanuttavia, on suositeltavaa kääntyä lääkärin, psykiatrin tai psykologin puoleen. Näin pyritään ehkäisemään traumaperäisen stressihäiriön kehittyminen. (Lönqvist ym. 2011, 272.)

Kognitiivinen käyttäytymispsykoterapia, jossa käytetään osana menetelmistä altistusta, saattaa vähentää riskiä traumaperäisen stressihäiriön ilmaantumiselle. Kertaistuntona tapahtuva psykologinen jälkipuinti päinvastoin voi olla riittämätön ja voi johtaa oireiden lisääntymiseen. (Käypähoito –suositus 2014.)

Lääkehoitoon akuutissa stressivaiheessa suhtaudutaan pidättyvästi. Uniongelmiin voidaan hetkellisesti käyttää nukahtamislääkkeitä tai vaihtoehtoisesti lyhytvaikutteisia bentsodiatsepiineja. Riippuvuuden kehittyminen saattaa olla tavallista herkempää stressihäiriöpotilailla, joten muutoin bentsodiatsepiineja on syytä välttää tai niiden käyttö on lopetettava mielellään ensimmäisen viikon jälkeen. Bentsodiatsepiineilla ei ole myöskään näyttöä, että niiden käytöllä traumaperäiset oireet pystyttäisiin ehkäisemään. (Käypä hoito –suositus 2014.)

Masennuslääkitys voi olla tarpeellista aloittaa tässä vaiheessa. On myös todettu, että tässä vaiheessa annettu hydrokortisonihoito voi vaikuttaa ehkäisevästi ja estää

traumaperäisen stressihäiriön ilmenemistä tai lievittää sen oireilua. Tämä kuitenkin edellyttää lisätutkimuksia ennen hoidon aloitusta. (Käypä hoito –suositus 2014.)

3.3 Traumaperäinen stressihäiriö

Traumaperäinen stressihäiriö eli PTSD tulee englannin kielen sanoista Post Traumatic Stress Disorder. Tässä opinnäytetyössä käytetään tarvittaessa englanninkielistä lyhennettä PTSD. Traumaperäinen stressihäiriö kehittyy kuuden kuukauden sisällä traumaattisesta tapahtumasta, mikäli traumaattisen kriisin käsittely on jumiutunut ja sitä kautta epäonnistunut. (Käypä hoito –suositus 2014.) Joskus PTSD:n oireilu ilmenee vasta myöhemmin, useiden kuukausien tai jopa vuosien jälkeen (Huttunen 2017). Lisäksi joskus kuullaan puhuvan myös kompleksisesta traumaperäisestä häiriöstä eli C-PTSD. Se kuvaa stressihäiriötä, jossa trauma on jatkunut pitkään ja on toistuvaa (TAYS 2016).

Traumaperäinen stressihäiriö kehittyy, mikäli traumaattisesta kokemuksesta ja sen alkuoireista ei toivuta, vaan oireilu pitkittyy ja niin sanotusti jumiutuu päälle. Eri kulttuurien ja eri ajankohtien vuoksi on mahdotonta määritellä, minkälaiset tilanteet ovat normaaleja kokemuksia. Tämän vuoksi traumaattisia kokemuksia on vaikea rajata tai määritellä tarkasti. Kuitenkin useimmiten poikkeuksellisen uhkaava tai tuhoisa tapahtuma, johon liittyy kuolemat tai vakava onnettomuus tai väkivallan uhriksi joutuminen ovat olleet yksiselitteisesti syitä traumaperäisen stressihäiriön synnylle. Myös läheltä piti –tilanteet voivat muuttua ajan kanssa traumatisoiviksi ja aiheuttaa sen vuoksi seurauksia. (Lönqvist ym. 2011, 272.)

On myös tutkittu, että pakolaisuuden, sodan, luonnonkatastrofien tai poliittisen vainon yhteydessä häiriön esiintyvyys on suuri, 15-90 prosenttia. Pakolaisten ja turvapaikan hakijoiden traumaattiset kokemukset sekä traumaperäisen stressihäiriön kehittyminen on vaihdellut 11-56 prosentin välillä. Noin puolet Suomeen tulleista pakolaistaustaisista maahanmuuttajista oli nähnyt väkivaltaisen kuoleman suomalaisen tutkimuksen mukaan, mutta heidän traumaperäisen stressihäiriön esiintyvyydestä ei ole kattavaa tietoa. (Lönqvist ym. 2011, 276.)

PTSD voi kehittyä missä iässä tahansa. Tässä opinnäytetyössä kuitenkin käsitellään vain aikuisten traumaattisia kriisejä ja sen aiheuttamia häiriötä. On tutkittu, että noin 80 %:lla traumaperäisestä stressihäiriöstä kärsivistä on ollut elinaikanaan ennen

traumaattista kokemusta myös jokin muu mielenterveyden häiriö, kuten alkoholismi tai mielialahäiriöt (Lönqvist ym. 2011, 276).

Traumaperäisen stressihäiriön kulku ja ennuste ovat hyvin vaihtelevia, sillä häiriö voi olla muutamia kuukausia kestävä ja edetä hyvällä ennusteella. Toisessa ääripäässä, se voi jatkua vuosikymmeniä, mikä invalidisoi hiljalleen traumatisoitunutta. Akuutit dissosiativiset oireilut ennakoivat pidempi kestoista stressihäiriötä. Osalle henkilöistä voi kehittyä kokonaisvaltainen persoonallisuuden muuttuminen. Tällöin puhutaan jo vaikeasta traumaperäisestä stressihäiriöstä ja sen kärsimisestä. (Lönqvist ym. 2011, 275-276.)

Traumaperäisen stressihäiriön oireet voidaan jakaa neljään eri ryhmään. Näitä ovat traumaattisen tapahtuman psykologisen uudelleen toistumisen oireet, traumaan liittyvä välttämisoireilu, kognitiiviset ja mielialaan liittyvät muutokset trauman jälkeen sekä ylivireys että reaktiivisuuden oireet. Näiden neljän pääryhmän avulla (Taulukko 1.) voidaan tarkastella myös traumaperäisen stressihäiriön diagnostisia kriteereitä (Lönqvist ym. 2011).

Keskeisimmät uudelleen toistumisen oireet ovat traumaattisen tapahtuman tunkeutuva uudelleenkokeminen ja uudelleenkuvaaminen muuan muassa takaumien, toistuvien ajatusten ja painajaisunien välityksellä. Nämä yksittäiset oireet ovat tunnusomaisia PTSD:sta kärsivällä henkilöllä. Ahdistuneisuus ja dissosiativiset ilmiöt saattavat olla seurausta näistä oireista. Kohdatessa traumaa muistuttavia asioita ja ahdistuksen lisääntyessä altistutaan välttämisoireilulle. (Lönqvist ym. 2011, 274.)

Välttämisoireilun aikana henkilö välttää tapahtumasta muistuttavia paikkoja, ihmisiä ja keskusteluja. Tähän liittyy myös yleinen psykologinen turtuminen. Välttämisoireilu on keskeistä työ- ja toimintakyvyn ennusteen kannalta, sillä oireilu voi johtaa helposti toimintakyvyn menetykseen sekä elämän kapeutumiseen välttelyn vuoksi. (Lönqvist ym. 2011, 274.)

Kohonneen vireystilan ja reaktiivisuuden oireet ovat keskittymisvaikeus, unihäiriöt, negatiivinen mieliala kuten ärtyneisyys ja kiukku, vahvat säpsähtämisreaktiot ja kiihdyttävät muutokset autonomisen hermoston toiminnassa. Joskus näistä oireista puhutaan myös nimellä ylivireysoireet. (Lönqvist ym. 2011, 274.)

Kognitiivisiin ja mielialan muutoksiin liittyy muuan muassa muistivaikeus tai muistivääritykset, turtuminen tai vieraantumisen tunne, kiinnostuksen ja motivaation

puute sekä ilman rationaalista aihetta ilmenevä itsensä syyttäminen. Nämä oireet ovat niin sanottuja puutosoireita, jotka saattavat vaikuttaa siten, että trauman kohdannut henkilö ei tunnista oireilunsa yhteyttä traumaattiseen tapahtumaan ja sen vuoksi hoitoon hakeutuminen viivästyy. (Lönqvist ym. 2011, 274-275.)

Taulukko 1. Traumaperäisen stressihäiriön diagnostiset kriteerit

A. Henkilö on kohdannut poikkeuksellisen uhkaava tai katastrofaalinen tapahtuma, joka todennäköisesti aiheuttaisi voimakasta ahdistuneisuutta kenelle tahansa.

B. Tapahtumaan liittyen ilmenee jokin seuraavista:

- (1) Jatkuvia muistikuvia
- (2) hetkellisiä voimakkaita takaumia
- (3) Painajaisunia
- (4) Ahdistuneisuutta olosuhteissa, jotka muistuttavat koetusta tapahtumasta

C. Henkilö pyrkii välttämään joutumista olosuhteisiin, jotka muistuttavat koetusta tapahtumasta, eikä tällaista välttämistä ole ollut ennen traumaa

D. Vähintään toinen seuraavista:

- (1) Kykenemättömyys muistaa osittain tai kokonaan joitakin keskeisiä asioita traumaattisesta tapahtumasta
- (2) Jatkuvat psyykkisen herkistymisen ja ylivireyden oireet; vähintään kaksi seuraavista:
 - (a) Unettomuus
 - (b) Ärtymys tai vihanpuuskat
 - (c) Keskittymisvaikeudet
 - (d) Lisääntynyt valppaus tai varuillaan oleminen
 - (e) Liiallinen säpsähtely

E. Häiriö täyttää kriteerit B, C ja D kuuden kuukauden sisällä traumaattisesta tapahtumasta tai sellaisen ajanjakson päättymisestä. Joissakin yhteyksissä myös pitemmän ajan kuluttua ilmenneet oireet voidaan katsoa kuuluvaksi tähän häiriöön, mutta tällöin täytyy selvästi täsmentää, että näin on menetelty.

(Lönqvist ym. 2011, 274.)

Huolellinen diagnostiikka, trauman kohdanneelle annettava asianmukainen informaatio ja fyysisten vammojen hoito ovat jo itsessään PTSD:n hoitoa. Nämä lisäävät myös turvallisuudentunnetta, joka edistää traumaperäisestä stressihäiriöstä parantumista. (Lönqvist ym. 2011, 278.)

Lievästä ja lyhytkestoisesta traumaperäisestä stressihäiriöstä kärsiviä henkilöitä voidaan hoitaa perusterveydenhuollossa konsultoiden psykiatrista tukea. Mutta vaikeat ja

pitkäkestoisesta traumaperäisestä stressihäiriöistä kärsivät suositellaan ohjautuvan psykiatriseen erikoissairaanhoidon. Myös kolmannen sektorin erilaiset palvelut voivat auttaa traumaattisen kriisin ja stressihäiriöiden hoidossa. Yksiköt, joissa hoidetaan mahdollisia fyysisiä vammoja ja vastaavat kuntoutuksesta voivat olla myös hoitomahdollisuutena, mikäli lääkäri ja työryhmä on lisäkoulutautunut asiaan liittyvästi. Suomessa on vaikeiden traumaperäisten stressihäiriöiden hoitoon perehtyneitä erikoisyksiköitä, joissa hoito tapahtuu avohoitona. Näitä yksiköitä ovat muuan muassa Suomessa kidutettujen kuntoutusyksikkö Diakonilaitoksella. Vaikeasta ja pitkään jatkuneesta PTSD:sta kärsivät tulisi ohjata psykiatriseen erikoishoiton. (Lönqvist ym. 2011, 278.)

Hoidon aikana muiden psyykkisten häiriöiden tunnistaminen on tärkeää. Erityisesti psykoterapiaa, joka kohdistuu PTSD:n hoitamiseen ei voida hyödyntää, mikäli henkilö kärsii masennustilasta tai päihderiippuvuudesta. Tällaiset muut psyykkiset häiriöt katsotaan hoidollisesti ensisijaisiksi. (Lönqvist ym. 2011, 279.)

Lyhytkestoisissa traumaperäisissä stressihäiriöissä on katsottu tehokkaiksi kriisipsykoterapia ja psykodynaaminen lyhytpsykoterapia. Jotkut fysiatriet kuntoutusmuodot on todettu myös hyödylliseksi toipumiselle. Tällaisia on kehitetty tietyille potilasjoukoille, esimerkiksi kidutuksen uhreille. (Lönqvist ym. 2011, 278-279.)

Kognitiivis-behavioraalinen psykoterapia on todettu olevan tehokas ja on saatu hyviä tuloksia sen hoitomuodoilla, jonka yhtenä osana on hiljattainen uudelleen altistuminen traumaattiselle kokemukselle. Tavat, joilla altistus tapahtuu voivat olla esimerkiksi mielikuvat, mielleyhtymiä tuottavien ärsykkeiden avulla tai esimerkiksi menemällä tapahtumapaikalle, jossa traumaattinen kokemus on syntynyt. Paikan päälle suositellaan kuitenkin menevän yhdessä terapeutin kanssa. Altistumisen yhteydessä jäsenetään ilmeneviä tunnereaktiota ja erilaisia oireherkkyttä vähentäviä rentoutustekniikoita. Tavoitteena on, että runsaan harjoittelun avulla välttämisoireilu hiljalleen häviää ja kyetään hallitsemaan ahdistuneisuutta. (Lönqvist ym. 2011, 279.)

Kuten akuutin stressihäiriön kohdalla, tulee myös PTSD :n hoidossa lääkehoito toissijaisena. Lääkehoito saattaa kuitenkin olla hyödyllinen niille henkilöille, jotka kokevat voimakasta oireilua ja sen kautta toimintakyvyn jatkuvaa alenemista, eivätkä pysty aktiiviseen psykoterapiaan ennen kuin saadaan lievitettyä pahimpia oireita lääkehoidon avustuksella. Ennen lääkehoidon aloitusta on tärkeää kertoa lääkehoidon tavoitteet.

Niillä ei pyritä sammuttamaan tai kieltämään koettua, vaan lisätä oireiden hallintaa, jotta henkilö pystyisi tekemään psyykkistä työtä. (Lönqvist ym. 2011, 279-280.)

Lääkehoidossa ensisijaisia ovat masennuslääkkeet, eritoten SSRI -lääkkeet eli serotoniinin takaisinoton estäjät. Näiden tehokkuutta PTSD:n hoidossa on muuan muassa tutkittu korkeatasoisten lumekontrolloitujen tutkimusten avulla. Kun lääkehoito on aloitettu, tavoitetaan lääkkeiden realistinen hoitovaste aikaisintaan kuudesta kahdeksan viikon kuluttua. Mitä tulee bentsodiatsepiineihin, ei niitä suositella PTSD:n hoidossakaan sen riippuvuusriskin vuoksi. Niitä voidaan suositella käytettävän vain satunnaisesti tarvittaessa tai lyhytaikaisesti. Antipsykootit kuten risperidoni tai olantsapiini eivät myöskään yleensä kuulu traumaperäisen stressihäiriön hoitoon, mutta osa niistä saattaa lievittää vaikeaa oireilua. Yleensä tällöin henkilöllä on myös jokin muu samanaikainen psykoottinen häiriö tai voimakasta aggressiivisuutta. Lisäksi dissosiativisten takaumaoireiden hoidossa epilepsialääkkeet saattavat olla hyödyllisiä. Mikäli hoidossa käytetään psykoosi- tai epilepsialääkkeitä, kuuluu henkilö erikoissairaanhoidon tai vähintään on konsultoitava erikoislääkäriä. Kaikki edellä kuvatut lääkeryhmät koskevat aikuisia. Lapsille ja nuorille on omat hoitosuositukset. (Lönqvist ym. 2011, 279-280.)

Lääkehoidon ja psykoterapian lisäksi suositellaan, että traumaperäisestä stressihäiriöstä kärsivä henkilö palais mahdollisimman pian työhön tai muuhun traumaattista kokemusta edeltävään toimintaan. Tämä tulisi huomioida jo akuutin stressihäiriön vaiheessa, sillä sairausloma edistää välttämisoireilua. Työhön tai muuhun toimintaan palaaminen tapahtuu asteittain, eikä täyttä panostusta edellytetä heti. Joskus kuitenkin traumaattisessa tapahtumassa muodostuneet fyysiset traumat ja vammat voivat pitkittää työhön palaamista ja samalla myös psyykkisen työkyvyn palautumista. Tällöin esimerkiksi on mahdollista, että traumaperäinen stressihäiriö johtaa hyvin pitkään työkyvyttömyyteen. Hoidon lisäksi on tärkeää ottaa selville myös mahdollisuudet muuttaa työtehtäviä sekä mahdollisuudet uudelleen kouluttautumiseen. (Lönqvist ym. 2011, 280-281.)

3.4 Dissosiativinen oireilu

Dissosiaatio tarkoittaa erottumista, hajoamista tai patologisena määritelmänä psykiatriassa se tarkoittaa henkilön kyvyttömyyttä yhdistää muistot, tunteet, tietoisuuden sekä identiteetin kokonaisuudeksi (Huttunen 2017). Dissosiativinen häiriö on niin

sanottu sopeutumisreaktio hyvinvointia ja tasapainoa uhkaavaan traumaattiseen kokemukseen. Ilman tätä reaktiota saattaisi trauman kohdannut henkilön toiminta johtaa itsemurhaan tai muuhun epäonnistuneeseen ratkaisuyritykseen. Dissosiaatio on tavallaan siis eräänlainen aikalisä ja antaa mahdollisuuden ottaa lisää harkinta-aikaa ennen reaktiota. Joskus tätä aikalisää voi oppia hyödyntämään ennen olotilan romahtamista, mutta kun tunnereaktio tulee, se voi olla niin suuri, että toimintakyky lamaantuu kokonaan tietyksi aikaa. (Lönngqvist ym. 2011, 302.)

Dissosiatiiiviset häiriöt ja oireilu voidaan ymmärtää myös toisella tavalla. Voidaan ajatella, että se on traumaattisten tapahtumien ja sitä muistuttavien ärsykkeiden reaktio. Reaktiossa henkilö muuttuu tai yrittää muuttua tilaan, jossa hän on ollut alkuperäisessä traumaattisessa kokemuksessaan. Tällöin oireiden luonne riippuu siitä, mikä henkilön persoonan tunne-elämän osa missäkin tilanteessa aktivoituu. Näitä persoonan tunne-elämän osia ovat muuan muassa pelkäävä, puolustava, alistuva ja jähmettyvä. (Huttunen 2017.) Esimerkiksi lapsuudessa trauman kohdannut aikuinen voi dissosiaatio-oireilla siten, että muuttuu tai pyrkii muuttumaan samaan tilaan, kuin lapsena on ollut. Tämä voi ilmetä esimerkiksi, että aikuinen ”puhuu lapsen äänellä”. Tämän reaktion kautta ymmärrettynä dissosiaatio-oireilu ei ole yksittäisiä oireita vaan traumaattisen kokemuksen käynnistämisen persoonan tilaan liittyviä oireilua (Huttunen 2017). Vaikeiden dissosiaatiohäiriöiden ja oireilun taustalla on useimmiten lapsuuden ja nuoruuden traumaattiset kokemukset. Näitä tapahtumia voivat olla muuan muassa toistuva väkivalta tai seksuaalinen hyväksikäyttö.

Noin puolet aikuisväestöstä on jossain vaiheessa elämäänsä kokenut yksittäisiä epätodelliseksi ja vieraaksi tuntemisen eli depersonalisaatio -oireita. Nämä oireilut ovat etenkin esiintyneet stressitilanteissa. Ja lisäksi oireilua esiintyy noin joka kolmannella henkilöllä, kuka on kokenut uhkaavan tilanteen. Depersonalisaatio -oireilua esiintyy myös noin 40 prosentilla psykiatriseen sairaalahoitoon tulevista henkilöistä. Näistä yksittäistä oireista ei kuitenkaan seuraa suoraan dissosiaatiohäiriö diagnoosia. (Lönngqvist ym. 2011, 306.)

Yksittäiset oireet eivät tarkoita suoraan dissosiatiiivista häiriötä. Esimerkiksi akuutissa ja traumaperäisessä stressihäiriössä esiintyy yksittäisiä dissosiaatio-oireita. Dissosiatiiivisen oireilun vuoksi on mahdollista saada muita psykiatrisia diagnooseja, sillä oireet ovat moninaiset. Oirekuvaus voi sopia muuan muassa kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön, masennukseen, skitsofreniaan, päihderiippuvuuteen, syömis- tai pakko-oireisten häiriöön. Joten on tärkeää keskittyä ja huomioida oireiden lisäksi myös

henkilön elämänhistoria ja mahdollisten traumojen tunnistaminen. Varsinaisen dissosiaatiohäiriön oireilu on niin voimakasta, että se hallitsee elämää ja toimintakykyä. (Lönngqvist ym. 2011, 303.)

Dissosiativisen häiriön oireilu on useimmiten äkillistä ja tilapäistä, mutta myös hyvin dramaattista. (Lauerma 2002). Oireita ovat muuan muassa amnesia eli psykogeeninen muistinmenetys, depersonalisaatio eli oman itsensä tunteminen vieraana tai outona, derealisaatio eli tuttujen tai ympäristön kokeminen vieraana tai outona, ajan ja paikan tajun kadottaminen sekä havaintojen vääristyminen. Lisäksi voi olla vaikeuksia erottaa mielikuvia todellisuudesta sekä esiintyä näkö- ja kuuloharhoja. (Huttunen 2017.) Amnesia oireilu voi ilmetä esimerkiksi muistiaukkoina ja niiden muistamattomuutena. Oman identiteettiin liittyvät oireet voivat olla muuan muassa tunne siitä, että henkilön sisällä on kaksi persoonaa eli henkilö tuntee olevansa me-muodossa. (Rantanen ym. 2018.) Dissosiaatio- oireilu voi esiintyä joskus myös fyysisinä oireina kuten kouristuksina, lihasten nykimisenä, äänen katoamisena tai sen häiriönä, tunnottomuutena sekä erilaisina särkyinä ja kipuinä. Muita somaattisia oireita saattaa olla myös ruoansulatusvaikeudet, pakonomaiset liikkeet, halvausoireet, uupumus ja unihäiriöt. (Rantanen ym. 2018.) Dissosiaatio voi aiheuttaa myös aistihäiriöitä kuten sokeutta tai jopa pyörtymistä. (Huttunen 2017.) Dissosiaatio oireiluun liittyy myös tapahtumien asettaminen kyseenalaisiksi. Henkilö saattaa pohtia, että tapahtuivatko pahat asiat oikeasti vai oliko kaikki vain kuvittelua. Nämä somaattiset oireet, joihin ei löydy lääketieteellistä syytä tai voimakkaat psyykkiset oireet, kuten aistiharhat tai amnesia ovat dissosiaation yleisempiä oireita. (Anne Suokas-Cunliffe & Onno Van Der Hart 2006.)

Dissosiaatio oireiden ilmaantuessa toistuvasti ja hankaloittamassa jokapäiväistä elämää suositellaan henkilön hakeutuvan lähitulevaisuudessa lääkäriin. Näin pystytään myös poissulkemaan mahdolliset fyysiset sairaudet. (Lönngqvist & Henriksson 2017). Useimmiten henkilön hoitoon hakeutumisen syynä voivat muuan muassa vakava masennus, ahdistuneisuus, parisuhdevaikeudet, harhat ja äänien kuuleminen. Henkilöä haastatellessa vakavasta traumaattisesta taustasta ja dissosiaatiohäiriöstä viitteitä antaa myös se, että henkilö on työelämässä erittäin toimintakykyinen mutta henkilökohtainen elämä on kaottinen. Lisäksi oireista kärsivä on mahdollisesti täysin kyvytön muistamaan traumaattista kokemusta ja sen tapahtumia. Oireileva saattaa kuvata kokemuksiinsa siten, että se saattaa kuulostaa siltä, kuin hän kertoisi jonkun toisen henkilön elämästä. Dissosiaatio oireilusta kärsivä henkilö saattaa olla myös hämmästynyt ja hänen on vaikea kuvata tuntemaansa ja tilaansa. Tämä vaikeuttaa oireiden tunnistamista

perusterveydenhuollossa ja psykiatrisessa hoidossa. (Suokas-Cunliffe & Onno Van Der Hart 2006.) On myös tärkeää tehdä dissosiaatiohäiriöstä kärsivälle henkilölle selväksi, ettei kyse ole mielisairaudesta tai etenevästä aivosairaudesta (Lönqvist ym. 2011, 309).

Dissosiaatiohäiriö oireilua voidaan hoitaa myös lääkkeellisesti. Etenkin depersonalisaatio-oireiden kohdalla ahdistusta voidaan hoitaa lääkkeiden avulla. Yleensä tässä kohtaa henkilön rauhoittaminen tapahtuu epäspesifisillä sedatiiveilla eli rauhoittavilla lääkkeillä. Myös bentsodiatsepiinit käyvät lievittämään ahdistusta. Mikäli tilanne on pitkittynyt, saattaa serotoniinin takaisinoton estävistä lääkkeistä olla hyötyä. (Lönqvist ym. 2011, 309.)

Vaikeiden ja pitkään jatkuneiden dissosiaatio-oireiden työstäminen vaatii useimmiten-pitkäjänteisiä ja tiheitä psyko- tai traumaterapia tapaamisia. Näitä terapiamuotoja ovat muuan muassa ryhmäterapia, psykoanalyysi, perheterapia, kognitiivinen psykoterapia sekä käyttäytymisterapia. (Lönqvist ym. 2011, 310.) Terapian ja myös itsehoidon tavoitteena on asteittain prosessoida ja kohdata oireita ylläpitäviä tunnemuistoja psyykkeelle siedettävään muotoon ilman että henkilö kokee pakottavaa tarvetta dissosioida ne. Dissosiaatio-oireilua voidaan myös hoitaa itse hyödyntämällä moninaisia rentoutuskeinoja ja traumaattisten kokemusten aiheuttamien tunnemuistojen kohtaamisella rentoutuneessa tunnetilassa. Yksi itsehoitokeino on myös käsitellä kipeitä muistoja omaan tahtiin asteittain yhdessä halukkaan myötäelävän läheisen kanssa. (Huttunen 2017.)

4 MAAHANMUUTTO JA KOTOUTUMINEN

4.1 Maahanmuutto Suomessa ja Turun seudulla

Maahanmuuttajalla tarkoitetaan yleensä Suomeen muuttanutta ulkomaan kansalaista, jolla on aikomus asua maassa pidempään tai pysyvästi. Maahanmuuttajalla voidaan joissain yhteyksissä tarkoittaa myös sellaista henkilöä, joka on syntynyt Suomessa, mutta jonka vanhemmat tai toinen vanhemmista on muuttanut Suomeen. Puhutaan niin sanotusta toisen sukupolven maahanmuuttajasta. (Väestöliitto 2018.)

Pakolainen taas on YK:n, Yhdistyneet Kansakunnat, pakolaissopimuksen mukaan henkilö, jolla on perusteltu aihe pelätä tulewansa vainotuksi kotimaassaan. Sota, luonnonkatastrofi tai köyhyys eivät ole sopimuksen määritelmän mukaisesti syy pakolaisuuteen. Suomessa kutsutaan pakolaisiksi myös sellaisia henkilöitä, jotka ovat saaneet jäädä maahan suojelun tarpeen vuoksi tai humanitäärisistä syistä. Kiintiöpakolainen taas on henkilö, jolla on YK:n myöntämä pakolaisasema ja joka kuuluu vastaanottavan maan pakolaiskiintiöön. (Väestöliitto 2018.)

Väestöliiton tietojen mukaan maahanmuutto on Suomessa suhteellisen hidasta muihin länsimaihin verrattuna. Suomessa maahanmuutto on kääntynyt työperäisestä pakolaisperäiseksi 1980-luvulle tultaessa. 1990-luvulla suomeen tuli keskimäärin 13000 henkeä vuosittain. Vuosien 2014-2016 aikana Suomeen on saapunut noin 30000 henkeä vuosittain. Vuonna 2016 Suomessa oli 243600 ulkomaalaista, tämä on 4% Suomen väestöstä. (Väestöliitto 2018.)

Suomessa maahanmuuttajat ovat keskittyneet suurimpiin kaupunkeihin. Maahanmuuttajista 65% asuu Suomen kymmenen isoimman kaupungin alueella. Eniten maahanmuuttajia asuu Helsingin alueella, jonka väestöstä 9,4% on maahanmuuttajia. Turussa maahanmuuttajia on 6,4% väestöstä. Ohessa esitetyt tiedot ovat vuodelta 2016. (Väestöliitto 2018.)

Maahanmuuttajien ikä tuo myös muutosta Suomen väestön ikärakenteeseen. Maahanmuuttajia on suhteessa enemmän sekä 25-34-vuotiaiden että

35-44-vuotiaiden ikäryhmiä. Suomen kansalaiset taas puolestaan hallitsevat yli 65-vuotiaiden ikäryhmää. (Väestöliitto 2018.)

Väestöliiton mukaan vuonna 2011 suurin syy maahanmuutolle oli EU-perusteinen maahanmuutto, vapaa liikkuvuus sisältää työn, opiskelun tai perhesiteen vuoksi tapahtuvan muuton EU-maissa, joka kattaa kaikkiaan 30% maahanmuutosta. Toiseksi yleisin maahanmuuton syy on perhesideperustainen, jota on 28% maahanmuutosta. Opiskelun vuoksi maahan muuttaa 19% ja työn vuoksi 12%. 8% Maahanmuuttajista tulee humanitäärisin perustein. Vuonna 2010 humanitäärisin perustein Suomeen saapui 2100 henkilöä ja 5204 maahanmuuttajaa tuli perhesiteen perusteella. (Väestöliitto 2018.)

4.2 Kotouttaminen ja kotoutuminen

Kotouttamiseksi katsotaan viranomaistoimenpiteet, joilla pyritään edistämään yksilön kotoutumista. Näitä keinoja ovat muun muassa hyvinvoinnin, terveyden, koulutuksen ja työllisyyden lisääminen. Kotoutuminen on kaksisuuntainen prosessi, jolla tavoitellaan sitä, että maahanmuuttaja kokee itsensä täysivaltaisena yhteiskunnan jäsenenä. Tavoitteena kotoutumisprosessissa on se, että maahanmuuttaja omaksuu uudessa kotimaassa tarvittavia taitoja ja tietoja. Näiden tietojen ja taitojen avulla maahanmuuttajalla on paremmat mahdollisuudet osallistua yhteiskuntaan aktiivisemmin. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2018.)

Kotoutuminen on monitahoinen prosessi, joka pitää sisällään uusiin asioihin ja toimintatapoihin tutustumista sekä vanhan ja tutun jättämistä. Tasapainon löytäminen kahden kulttuurin välillä vaikuttaa olennaisesti maahanmuuttajan hyvinvointiin. Alussa toive sopeutua uuteen kulttuuriin on yleensä suuri, tämä voi kestää useamman vuoden. Mikäli sosioekonomiset syyt eivät tuota ongelmia, painottuu mielenkiinto usein asuinmaan tapoihin, kieleen ja kulttuuriin sekä toimintamalleihin. Ystävyyssuhteiden solmimisella valtaväestöön tuntuisi olevan positiivinen vaikutus. Vasta kun maahanmuuttaja on asettunut ja ensimmäinen vaihe on ohi, vahvistuu akkulturaatioon liittyvä stressi ja vieraantumisen tunne. Akkulturaatiolla

tarkoitetaan muutosprosessia, joka alkaa yksilöiden ja ryhmien välillä eri kulttuurien jäsenten kontaktiin tulemisesta. Tässä jatkuvassa kontaktissa molemmat osapuolet, sekä yksilö ja ryhmä muuttuvat. (Alitolppa-Niitamo, Fågel & Säävälä 2013, 64-67.)

Psykologi John Berry'n mallin mukaan akkulturaatioprosessi voidaan jakaa neljään erilaiseen akkulturaatiostrategiaan; assimilaatioon, separaatioon, intergaatioon ja marginalisaatioon. Assimilaatiolla tarkoitetaan ihmisen luopumista omasta kulttuuri-identiteetistään. Tällöin yksilön ensisijainen tavoite on sulautua valtaväestöön ja omalla kulttuuritaustalla ei ole merkitystä. Separaatio on taas integraation vastakohta, jolloin yksilö haluaa pitää kiinni omasta kulttuuri-identiteetistään ja toimia erillään valtaväestöstä. Integraatiossa yksilö haluaa tutustua ja tulla osaksi valtakulttuuria, mutta säilyttää myös omaa kulttuuriaan. Marginalisaatiossa taas on kyse syrjäytymisestä, tällöin yksilö ei koe halua kiinnittyä valtakulttuuriin, mutta ei myöskään halua säilyttää omaa kulttuuriaan. Toimintatavat voivat vaihdella ajan ja tilanteen mukaan, yksilö ei välttämättä käytä vain yhtä näistä akkulturaatiostrategioista. Tutkimusten mukaan maahanmuuttajien akkulturaatiostrategiat näyttäisivät myös eriytyvän elämänalueiden mukaan. Usein oma kulttuuri näyttäytyy vahvemmin yksityiselämässä kuin esimerkiksi työpaikalla. (Alitolppa-Niitamo ym. 2013, 64-67.)

Aikuinen maahanmuuttaja omaa tullessaan menneisyyden ja sen jättämät jäljet. Hän on kasvanut kotimaansa kulttuurin piirissä ja mahdollisesti opiskellut ja kouluttautunut kotimaassaan. Omaksuttu kotimaan kulttuuri pitää sisällään yhteisön arvot, elämäntavat ja uskomukset. Tämän pohjan ympärille rakentuu jokapäiväinen elämä. Nämä arvot, elämäntavat ja uskomukset ovat niin tavanomaisia, että emme kiinnitä niihin huomioita ennen kuin asetumme itsellemme vieraaseen kulttuuriin ja ympäristöön. (Alitolppa-Niitamo ym. 2013, 66-69.)

Erot konkretisoituvat, kun ollaan vuorovaikutuksessa kantaväestön kanssa. Maahanmuuttaja voi kokea, että hänen toimintatapaansa ei ymmärretä tai kantaväestöön kuuluva voi olettaa maahanmuuttajan jo omaksuneen uudet toimintatavat. Tällaisia tilanteita ovat esimerkiksi, virastoissa tai terveydenhuollossa asioiminen. Kulttuurierot tulevat esille myös yksityiselämässä. Maahanmuuttajan voidaan olettaa osaavan toimia valtaväestön tavoin tai maahanmuuttaja voi kokea, että hänen kulttuuri-identiteettinsä ei herätä kiinnostusta valtaväestössä. (Alitolppa-Niitamo ym. 2013, 66-69.)

Aikuisten maahanmuuttajien ryhmään kuuluu erilaisia ihmisiä. Toiset ovat saapuneet maahan esimerkiksi pakolaisena tai toiset perhesiteiden vuoksi. Myös työ ja opiskelu saattavat olla taustalla. Kotoutumisprosessiin vaikuttaa myös se, näkeekö maahanmuuttaja Suomen pysyvänä asuinpaikkana vai onko hän oleskelemissa maassa vain jonkin tietyn ajanjakson ajan. Lyhyemmän ajanjakson oleileva voi kokea kotoutumisen merkityksettömäksi. (Alitolppa-Niitamo A. ym. 2013, 66-69.)

Pakolaiset ovat ryhmänä maahanmuuttajista haastavin. Tutkimuksissa on esitetty näyttöä sille, että pakolaisten mielenterveys olisi heikompaa muihin maahanmuuttajiin nähden sekä valtaväestöön verraten. Pakolaiset ovat usein joutuneet eroon lähimmäisistään ja perheestään. Suomeen pääsyä on usein myös edeltänyt pakomatka ja pitkä aika pakolaisleireillä. Traumaattiset kokemukset ovat yleisimpiä pakolaisten keskuudessa. He ovat usein joutuneet keskelle sotia, sekä kokeneet väkivaltaa ja mahdollisesti kidutusta. Nämä kokemukset jättävät pakolaiseen pitkäaikaiset tai ikuiset jäljet. Haastava tausta myös usein vaikeuttaa kotoutumista. Pakolaisella on usein myös huoli kotimaahan jääneistä läheisistä ja perheenjäsenistä. Heillä on monesti paljon traumaattisia kokemuksia, joiden psyykinen vaikutus näkyy pitkään tai voi tulla esiin vasta vuosien kuluttua. Trauman vaikutukset koskevat yksilön kautta koko perhettä ja voivat vaikuttaa myös tuleviin sukupolviin. Mikäli traumaattisten kokemusten seurauksina kehittyviä traumaoireita ei lasketa, on pakolaisten mielenterveysongelmat kirjolaajuudeltaan samaa luokkaa kuin valtaväestön. (Alitolppa-Niitamo A. ym. 2013, 66-69.)

4.3 Maahanmuutto psyykkisenä prosessina ja kriisinä

Maahanmuutto tai pakolaisuus on aina psyykinen prosessi, johon vaikuttavat useat eri seikat. Vaikuttavia tekijöitä ovat muun muassa lapsuuden kokemukset ja sitä kautta persoonallisuuden kehittyminen ja ongelmaratkaisutaidot. Myös taustatekijöillä, kuten ikä, sukupuoli, etninen sekä uskonnollinen tausta, kotimaan kulttuuri, sosioekonominen asema, koulutus, työ ja yhteiskunnalliset olosuhteet, on merkitystä. Muuttoon voi olla useita syitä ja se onko kyseessä vapaaehtoinen muutto vai pakolaisuus vaikuttavat

olennaisesti. Myös mahdolliset traumaattiset kokemukset ja epävarmuus sekä turvapaikan odottaminen vaikuttavat prosessiin. (Bremer & Haavikko 2009, 19-23.)

Maahanmuutto psyykkisenä prosessina voi myös kriisiytyä. Maahanmuuttaja on kasvanut tiettyyn kulttuuriin ja tultaessa uuteen maahan ja uuden kulttuurin piiriin häviää kaikki automaattinen tieto ja taito. Uudessa kulttuurissa toimiminen on psyykkisesti erittäin kuormittavaa, kun joutuu opetella uudelleen selviytymisen strategiat ja pohtia osaako toimia oikein. Tulkintavirheitä tulee helposti ja tämä voi johtaa tunteeseen, että tulee väärin kohdelluksi tai ei tervetulleeksi. Valtaosa maahanmuuttajista selviytyy hyvin, mutta osan kohdalla maahanmuuttoprosessi voi kriisiytyä ja shokkivaihe saattaa saada alkunsa pienestä yksittäisestä tapahtumasta. (Bremer ym. 2009, 19-23.)

Shokkivaihe kehittyy maahanmuuttovaiheessa yleensä hitaasti uudessa maassa ja joskus terveydenhuollon ammattihenkilön on vaikea ymmärtää, että ihminen on shokissa, vaikka mitään suurta menetystä ei olisi tapahtunut. Tulee kuitenkin ymmärtää, että maahanmuutossa ihminen menettää paljon ja tässä tilanteessa puhutaan traumaattisesta kriisistä. (Bremer ym. 2009, 19-23.)

Maahanmuutto sisältää alussa paljon innostusta ja kiitollisuutta, jolloin maahanmuuttajan toiveet ja odotukset ovat korkealla. Tässä tilanteessa uutta kulttuuria ei koeta häiritsevänä vaan lähinnä kiehtovana. Maahanmuuttaja toivoo nopeaa sulautumista kulttuuriin ja on tässä vaiheessa aktiivinen ja energinen. Ajatukset siitä, kuinka asiat järjestyvät, voivat paikoin olla hyvinkin epärealistisia. Syrjäytymisen ehkäisemiseksi olisi hyvä, että vastaanottava yhteiskunta olisi tukena mahdollisimman nopeasti maahanmuuton jälkeen. (Bremer ym. 2009, 19-23.)

Havainnot uudesta yhteiskunnasta alkavat olla realistisempia hetken oleskelun jälkeen. Tässä vaiheessa on jo hieman opittu kieltä, kulttuuria ja maahanmuuttaja alkaa ymmärtää uuden kulttuurin hyvien puolien lisäksi myös huonoja puolia. Maahanmuuttaja voi joutua esimerkiksi syrjinnän kohteeksi ja huomata, että ei olekaan tervetullut. Koulutuksen ja työelämän piiriin pääsy on hidasta ja toiveiden ja mahdollisuuksien ristiriita tulee realistisemmaksi. Tulija saattaa myös kokea vaikeutta tuntea oloaan kotoisaksi, kun ihmisten tapojen ja sosiaalisen vuorovaikutuksen havainnointi paljastaa myös piirteitä, jotka saattavat olla epämiellyttäviä. Tässä reaktiovaiheessa isoimpana tunteena on pettymys. (Bremer ym. 2009, 19-23.)

Reaktiovaiheessa oma taakse jätetty kotimaa alkaa tuntua jälleen hyvältä ja uusi asuinpaikka näyttäytyy huonona. Maahanmuuttaja saattaa alkaa myös pohtia onko maahanmuutto kannattavaa. Puolustuskeinona tässä tilanteessa pintaan nousee regressio. Maahanmuuttaja ei pysty asemansa vuoksi hoitamaan omia asioitaan eikä kykene ilmaisemaan itseään. Tavallisia puolustuskeinonoja tässä vaiheessa ovat kieltäminen ja eristäminen. Omat vaikeat kokemukset eristetään pois omista tunteista. Tällöin kuulijan on vaikea ymmärtää, että potilas puhuu omista kokemuksistaan. Projektio on myös usein käytetty puolustusmekanismi. Tällöin maahanmuuttaja siirtää huonon olon syyn pois itsestään ja uusi kotimaa nähdään kaiken pahan alkuna ja koetaan, että jos uusi kotimaa olisi erilainen, kaikki olisi paremmin. (Bremer ym. 2009, 19-23.)

Reaktiovaiheessa on myös usein nähtävissä passiivisuutta. Tällöin maahanmuuttaja eristää itsensä uudesta kulttuurista ja kokee jaksamattomuutta. Myös yliaktiivisuutta voi ilmetä. Maahanmuuttaja saattaa esimerkiksi asioida päivittäin eri virastoissa tiedustelemassa asioidensa etenemistä. Aktiivisuuden rinnalla saattaa usein esiintyä myös ärtyneisyyttä ja aggressiivisuutta. Nämä tunteet voidaan kokea hyvin voimakkaina ja kyky hillitä itseään voi olla vaikeaa. Moni maahanmuuttaja, varsinkin pakolainen, kokee myös syyllisyyttä. Syyllisyyttä aiheuttaa usein kotimaahan jääneet läheiset ja huoli heistä. Usein maahanmuuttaja etsii terveysasemalta apua psykosomaattisiin oireisiin ja psyykkinen huonovointisuus koetaan pelottavana. Moni saattaa olla kulttuurista, jossa psyykkinen sairaus näyttäytyy hyvin mustavalkoisena, on joko terve tai hullu ja välimuotoja ei tunneta. Joillakin maahanmuuttajilla reaktiovaihe saattaa muuttua masennukseksi, ahdistuneisuudeksi ja apatiaksi. Paikoin reaktiovaiheeseen juututaan, mikä johtaa elämään raskaitten tunteiden vuoristoradalla. Helpottavaksi tekijäksi muodostuu tieto siitä, että kielteiset tunteet ovat normaali osa sopeutumisprosessia, näin voi siirtyä elämässä eteenpäin. (Bremer ym. 2009, 19-23.)

Kun maahanmuuttokriisissä päästään korjaamisvaiheeseen voidaan todeta, että moni kokee maahanmuuttokriisin elinikäisenä. Saattaa kuitenkin mennä pitkiä aikoja niin, että omaa maahanmuuttajuuttaan ei edes muista. Prosessin siirtymävaihe on usein epäselvä ja prosessi vaihtelee reaktiovaiheen ja työskentelyvaiheen välillä. Tällöin voidaan puhua siirtymä- tai transitiovaiheesta. Hiljalleen alkaa kuitenkin rakentua positiivisempi suuntautuminen tulevaisuuteen. Maahanmuuttaja alkaa nähdä positiivisempia asioita

uudessa kotimaassaan ja kokee selviytymisen vaikeuksista huolimatta olevan mahdollista. Tällöin myös uskallus päätöksestä maahan jäämisen suhteen vahvistuu ja maahanmuuttaja alkaa sijoittaa tunteita ja ajatuksia pysyviin asioihin, kuten ystävyys-suhteisiin ja pysyvään asuntoon. Tässä vaiheessa maahanmuuttaja osaa myös luopua entisestä ja surra menetyksiään. (Bremer ym. 2009, 19-23.)

Seuraavaksi alkaa uudelleen orientoitumisvaihe, jolloin aletaan huomata maahanmuuton myönteiset puolet. Maahanmuuttajan elämässä on kaksi kulttuuria, jotka hän hallitsee. Kahden kulttuurin kanssa eläminen näyttäytyy rikkautena ja uusina mahdollisuuksina. Moni kokee tämän selviytymiskokemuksen voimaannuttavana ja saa siitä varmuutta. Nyt elämä alkaa palautua ja ihminen on luopunut kriisistä ja elämää värittävät nyt tavalliset ilot, surut ja tyyneys. (Bremer L. ym. 2009, 19-23.)

4.4 Pakolaisuus

Pakolainen on ulkomaalainen, jolla on aihe pelätä joutuvansa vainotuksi kansalaisuuden, uskonnon, alkuperän, yhteiskunnalliseen ryhmään kuulumisen tai poliittisen kannan vuoksi. Näiden aiheiden tulee olla perusteltuja. Pakolaisasemassa on henkilö, jolle valtio on antanut oleskeluluvan tai joka katsotaan pakolaiseksi Yhdistyneiden kansakuntien pakolaisjärjestö UNHCR:n (The United Nations refugee agency) toimesta. (Tilastokeskus 2018.)

Pakolaisuuteen liittyy monia tekijöitä, jotka voivat altistaa psyykkisten oireiden puhkeamiselle sekä pahenemiselle. Moni pakolaisista on kokenut järkyttäviä ja traumatisoivia tapahtumia entisessä kotimaassaan. Kaikki pakolaiset eivät kuitenkaan välttämättä ole psyykkisesti traumatisoituneita. Useasti kotimaassa on koettu sotaa, väkivaltaa, kidutusta, seksuaalista väkivaltaa tai vangitsemista. Myös traumatisoivien tekijöiden uhriksi joutumisen lisäksi on usein jouduttu näkemään perheenjäseniin ja läheisiin kohdistuvaa väkivaltaa ja kuolemaa. Sekä lapset että aikuiset ovat joutuneet näiden tekojen uhriksi ja todistajiksi. Se traumatisoituuko ja sairastuuko ihminen psyykkisesti, on riippuvaista tapahtumien voimakkuudesta ja toistuvuudesta sekä henkilön selviytymisen voimavaroista ja saadusta tuesta. Kotimaassa koettujen asioiden lisäksi myös itse pakeneminen kotimaasta on riski psyykkiselle hyvinvoinnille.

Pakolainen on usein hyvin epätietoinen tulevasta ja pakomatkaan itsessään voi liittyä vaarallisia, stressaavia ja traumatisoivia tekijöitä ja tapahtumia. (Castaneda, Mäki-Opas, Jokela, Kivi, Lähteenmäki, Miettinen, Nieminen, Santalahti & PALOMA-asiiantuntijaryhmä. 2018, 49-51)

Sekä Euroopassa että Suomessa on havaittu, että pakolaisilla, jotka muuttavat länsimaihin, mielenterveysongelmat ovat yleisempiä kuin valtaväestöllä. Osalla pakolaisryhmistä tämä korostuu, kuten Lähi-idästä paenneilla. Mielenterveyshäiriöistä yleisimpiä pakolaisten keskuudessa ovat traumaperäinen stressihäiriö, muut ahdistuneisuushäiriöt ja masennus. Noin 15-25 % pakolaisista on diagnosoitavia mielenterveyshäiriöitä ja kliinisesti merkityksellisesti oireilevien määrä on tätä huomattavasti suurempi. (Castaneda, ym. 2018, 49-51.)

5 MAAHANMUUTTAJAT TERVEYDENHUOLLON ASIAKKAINA

5.1 Maahanmuuttaja asiakkaana

Vuoden 2016 lopussa Suomen väestöstä seitsemän prosenttia, eli 364 787 henkeä, oli ulkomaalaista syntyperää olevia henkilöitä. Vuonna 2015 turvapaikanhakijoiden määrä Euroopassa oli ennätyslukemissa ja tällöin Suomesta turvapaikkaa haki 32 477 henkeä. Heidän lisäksi Suomeen tulee kiintiöpakolaisia ja muista syystä maahan pyrkiviä, joiden olosuhteet kotimaassa ovat epävakaat. Pakolaistilanne maailmalla ei juurikaan ole rauhoittunut ja tämän myötä Suomenkin on kyettävä toimimaan muuttuvissa tilanteissa ja vastaamaan maahan muuttavien tarpeisiin. (Castaneda, ym. 2018, 12-14.)

Eriytilanteissa, kuten psykiatriset ongelmat, ammattilainen kohtaa yhä useammin uskonnoiltaan, kulttuuriltaan ja etniseltä taustaltaan erilaisia ihmisiä. Toisia kulttuureja kohdatessa saattaa törmätä ennakkoluuloihin ja perusteettomiin yleistyksiin ja tämä tulisi tiedostaa. Kun kyseessä on kriisitilanne, tulee pyrkiä huomioimaan asiakkaan uskonto ja kulttuuri. Asiakkaan elämäntapoja ja toimintaedellytyksiä on, mahdollisuuksien mukaan tuettava uskonnonvapauden ja suvaitsevuuden hengessä. Eriyisen haavoittuvaisessa asemassa ovat maahanmuuttajat, erityisesti pakolaiset. Eri kulttuurien piirissä eroavaisuuksia ilmenee esimerkiksi miehen ja naisen rooleissa, sukupolvien välisissä suhteissa ja käsityksessä elämästä ja kuolemasta. Esteeksi hoidolle voi muodostua voimakkaat kulttuurien väliset erot. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 42.)

Niin suomalaisten kuin ulkomaalaistenkin väestötutkimusten mukaan maahanmuuttajilla, ja erityisesti pakolaisilla, on muuta väestöä enemmän mielenterveysongelmia ja psyykkistä taakkaa. Suomessa ei tällä hetkellä ole yhteneväistä valtakunnallista linjausta maahanmuuttajien ja varsinkin pakolaisten ehkäisevien ja korjaavien mielenterveyspalveluiden järjestämisestä. Alueellisia eroja ilmenee mielenterveyden tukemisessa, ongelmien tunnistamisessa ja hoidon erityispiirteissä. Ammattilaisten keskuudessa koetaan, että informaatiota pakolaistyön erityispiirteistä ja mielenterveyden edistämisestä tarvitaan. (Castaneda, ym. 2018, 12-14.)

Kulttuurisensitiivisyys on ammattilaisten toiminnassa tärkeää kaikilla aloilla. Kulttuurisensitiivisyys ei vaadi erilaisten kulttuurien yksityiskohtien tuntemista, vaan arvostusta erilaisten kulttuurien tapojen ja uskomusten suhteen. Pakolaistaustaisen asiakkaan kanssa työskennellessä on tärkeää noudattaa työtavoissaan erityistä joustavuutta ja kokonaisvaltaisuutta. Tämä merkitsee ammattilaisen omista, tutuista työtavoista poikkeamista tarvittaessa, erityistä yhteistyötä ammattilaisten välillä ja palveluohjaukseen panostamista. (Castaneda, ym. 2018, 12-14.)

Pakolaisten kanssa työskennellessä tarvittaviin taitoihin ja tapoihin, kuten tulkin välityksellä keskusteluun ja kokonaisvaltaisuuteen, oppii ja tottuu nopeasti. Tämän lisäksi vaaditaan tuntemusta maassaolotatuksista ja niihin liittyvistä oikeuksista palveluiden saantiin. Tärkeää on, että ammattilaiset saisivat runsaasti koulutusta, työnohjausta ja mahdollisuuden ammattilaisten väliseen yhteistyöhön. Erityisen tärkeitä yhteistyökumppaneita ovat sellaiset kollegat, jotka tuntevat pakolaiskentän työtä ja pystyvät neuvomaan sen erityispiirteissä. Ammattilaisten olisi myös tärkeää ymmärtää sijaistraumatisoitumisen ilmiö ja tunnistaa itsessään mahdollinen myötätuntouupumus, kun käsitellään runsaasti asiakkaiden elämäntilannetta ja vaikeita kokemuksia. Suomessa on paljon aiheeseen liittyvää osaamista, ongelmana vain on se, että tietoa, osaamista ja yhteistyöverkostoja ei koordinoita riittävästi, jotta tuki ja osaaminen leviäisivät kaikille ammattilaisille ja näin rohkaisisivat ammattilaisia kohtaamaan työssään asiakkaita, joilla on pakolaistausta. Mahdolliset yhdenvertaiset palvelut lopulta kaventaisivat hyvinvointieroja, jotka väestössä nyt vallitsevat. Tähän tarkoitukseen on luotu PALOMA-käsikirja. PALOMA-käsikirja on Terveysten- ja hyvinvoinninlaitoksen julkaisema käsikirja pakolaisten mielenterveyden tukemiseen Suomessa. (Castaneda, ym. 2018, 12-14.)

5.2 Maahanmuuttajat Turun kaupungin ulkomaalaistoimiston asiakkaina

Maahanmuuttajalla on sama oikeus kunnallisen terveydenhuollon palveluihin, kuin kantäväestölläkin. Turun hyvinvointitoimialan palveluita voi käyttää, mikäli Turku on asiakkaan kotikunta ja hän on virallisesti kirjoilla Turussa. (Turun kaupunki 2018.)

Turun kaupungin ulkomaalaistoimisto palvelee maahanmuuttajia, turvapaikan hakijoita ja pakolaisia. Ulkomaalaistoimiston palveluihin kuuluvat terveystalot pakolaisille ja turvapaikanhakijoille. Maahanmuuttajille suunnattuja palveluita ovat aikuis- ja lapsiperheiden sosiaalityö, lastensuojelun avohuolto ja toimeentulotuki. Terveystalot

pitävät sisällään lääkärin, hoitajien ja psykologin palvelut kahden vuoden ajan. Tämän jälkeen asiakas ohjataan tavalliselle terveysasemalle. Uuden asiakkaan terveydenhoitaja kutsuu aina ensikäynnille ja varaa jatkoajat tarpeen mukaan. Hoidon kiireellisyyden ulkomaalaistoimistossa arvioi sairaanhoitaja. Ulkomaalaistoimisto on auki virka-aikaan ja aukioloaikojen ulkopuolella tai kiireellisissä tapauksissa tulee hakeutua päivystykseen. (Turun kaupunki 2018.)

5.3 Traumaperäisesti oireilevien maahanmuuttajien perusterveydenhuollon hoitopolku Turussa

Kun potilas siirtyy omalle terveysasemalle, arvioidaan siellä potilaan mahdollinen hoidon tarve. Omalla terveysasemalla seulotaan ja arvioidaan myös mielenterveysongelmia sekä hoidetaan niitä. Tavallisimpia terveysasemalla hoidettavia mielenterveysongelmia ovat elämänkriiseistä johtuvat ongelmat, paniikkihäiriö ja masennus. Omalla terveysasemalla lääkäri arvioi potilaan tilanteen ja tarpeen vaatiessa tekee lähetteen terveysasemilla työskentelevien erikoissairaanhoitajien vastaanotolle, psykologiyksikköön tai psykiatriseen erikoissairaanhoitoon. (Turun kaupunki 2018.)

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä Turun yliopistollisella keskussairaalalla on useita eri psykiatrian hoitoyksiköitä eri tarpeiden mukaisesti. Psykiatriset erikoisalut ovat jakaantuneet aikuispsykiatriaan, akuuttipsykiatriaan, lasten psykiatriaan, mielialahäiriöihin, neuropsykiatriaan, nuorisopsykiatriaan, psykooseihin, riippuvuuspsykiatriaan ja vanhuspsykiatriaan. Opinnäytetyön liitteenä (Liite 3) on lista Varsinaissuomen sairaanhoitopiirin psykiatrian yksiköistä. (VSSHP 2018.)

Traumaperäisesti oireilevat maahanmuuttajat ohjataan yleensä tarpeen mukaan aikuispsykiatrian vastuualueelle tai kiireellisessä tapauksessa akuuttipsykiatrian vastuualueelle. (VSSHP 2018.)

5.4 Kolmannen sektorin palvelut

Psyykkisesti oireileva maahanmuuttaja voi myös hyötyä monista kolmannen sektorin palveluista. Erilaiset organisaatiot ja järjestöt järjestävät mielenterveyttä tukevia palveluita, niin kaikille, kuin myös suuntautuen maahanmuuttajiin. (Turun kaupungin hyvinvointitoimiala 2013.)

NMKY:n, Nuorten Miesten Kristillinen Yhdistys, sosiaalipalveluilla on maahanmuuttajille suunnattuja palveluita, joissa pyritään antamaan tukea ja ohjausta elämän muutos- ja ongelmakohdissa yksilö- ja perhelähtöisesti. (Turun kaupungin hyvinvointitoimiala 2013.)

Turussa on myös tarjolla useita matalan kynnyksen palveluita, joita mielenterveyskuntoutajat tai psyykkisesti oireileva voi hyödyntää. Nämä palvelut pitävät sisällään muun muassa päihteistä ja syrjinnästä vapaita kohtaamispaikkoja, ohjausta ja neuvontaa mielenterveyskuntoutujille, kursseja ja koulutuksia mielenterveyskuntoutujille, vertaistukea ja vertaisryhmiä, työpainotteista toimintaa sekä tukea arjen hallintaan. (Turun kaupungin hyvinvointitoimiala 2013.)

Kriisitilanteissa apua saa muun muassa kriisiryhmien muodossa, jotka auttavat kriisipurussa välittömästi traumaattisen tapahtuman jälkeen, kriisiapua ryhmä- ja yksilömuodossa, sekä puhelinkeskustelun muodossa. (Turun kaupungin hyvinvointitoimiala 2013.)

Liitteenä (Liite 2) on koonti Turun alueen kolmannen sektorin palveluista mielenterveyskuntoutujille.

6 TRAUMATISOITUNEEN IHMISEN KOHTAAMINEN

6.1 Turvallinen ja luottamuksellinen ilmapiiri traumatisoituneen kohtaamisessa

''Vuorovaikutus hoitajan ja potilaan välillä on aina ainutlaatuinen, eettinen ja kulttuurisidonnainen tapahtuma. '' -Vilkman-Varonen 2012

Luottamuksellista kohtaamista tutkiessa tietyt teemat tulivat toistuvina esiin: tasavertaisuus, vuorovaikutustaidot, aitous, avoimuus.

Tasavertaisuus kohtaamisessa tarkoittaa, että molemmat osapuolet sekä työntekijä että asiakas suhtautuvat toisiinsa kunnioittaen tämän omaa asiantuntijuutta tiettyjä asioita kohtaan. Asiakas on omien kokemuksiansa, tunteidensa, elämäntarinansa asiantuntija. Asiakas tietää parhaiten mikä hänelle toimii. Lähtökohdan perustuesssa asiakkaan asiantuntijuuteen, työntekijä pyrkii olemaan asiantuntija siinä, miten perehtyä asiakkaan tapaan ajatella. Työntekijän vastuulla on löytää asiakkaan havainnot, joita he voivat hyödyntää rakentaessaan itselleen tyydyttävämpää elämää. Liitteenä 1 opinnäytetyössä on voimavarakeskeinen muistilista kriisin kohdanneen haastatteluun. Muistilista auttaa auttajaa ohjaamaan keskustelua ongelmalähtöisestä puheesta ratkaisujen rakentamiseen. Tämä näkyy huomion kiinnittämisellä konkreettisiin asioihin. Samalla asiakas luo uudenlaisia ratkaisumalleja ja lähestymistapoja ongelmiin koettuihin asioihin. On huomattu, kun ongelmia ja ratkaisuja lähestytään asiakkaan viitekehyksestä, asiakkaiden vastustus ja muutosvastarinta lakkaa olemasta ongelma. Asiakas ohjaa mihin asioihin kaipaa apua ja mikä keino tuntuu oikealta, ei työntekijä. (De Jong & Berg 2013, 29.) Työntekijän asiantuntijuuteen kuuluu eri palvelujen toiminnan tietäminen ja ohjaaminen tarvittavan lisätuen pariin.

Tunteet ovat osa ihmisen viestintää. Ne tulevat harvoin ilmi verbaalisesti, mutta melkein aina nonverbaalisesti. Hoitotyössä on oleellisen tärkeää, että työntekijä pystyy tulkitsemaan asiakkaan tunnetiloja ja tarkkailemaan tämän kehollista viestintää. Tämä vaatii läsnäoloa ja empatiakykyä. (Vilkman-Varonen 2012.) Traumatisoituneen potilaan kanssa, joka kokee suurta häpeää, voi kehollinen ja sanallinen viesti olla ristiriidassa. Vie aikaa, ennen kuin asiakas on valmis luottamaan auttajaan ja avautumaan trauman sisällöstä. Tärkeää onkin, ettei tietoa yritetä saada ihmiseltä liian nopeasti, vaan ollaan tilanteessa rauhassa. On oleellista, että asiakas saa ohjata keskustelun kulkua liittyen

omiin traumakokemuksiin. Tällöin vältetään liian nopealta etenemiseltä. Nopea eteneminen saattaa johtaa lisääntyneeseen turvattomuuden tunteeseen ja traumaoireiden pahenemiseen. (Palosaari 2007, 124.)

Hoitotyöntekijällä, joka työskentelee traumaattisen potilaan kanssa, on oltava hyvät vuorovaikutustaidot. Vuorovaikutustaitoihin kuuluu kyky auttaa. Auttamiseksi luonnehditaan se luonnollinen tapa, jolla ihminen ilmaisee arvostavansa toisen ihmisen kertomusta läsnäolollaan, ymmärryksellä, lämmöllä ja aktiivisella kuuntelulla. Aktiivisessa kuuntelussa työntekijä kysyy kysymyksiä, toistaa kertomusta omin sanoin, selventää ja reflektoi asiakkaan kertomusta. Työntekijän aktiivisesti kuuntelemalla, asiakkaalle tulee kuulluksi tulemisen tunne. Kuulluksi tulemisen tunteesta tulee kokemus, että työntekijä aktiivisesti prosessoii heidän tarinaansa. Aktiivinen kuuntelu myös auttaa välttämään väärinymmärryksiä, lisää keskustelun dialogisuutta ja luo lisää tilaa asiakkaan omalle pohdinnalle avoimilla kysymyksillä. (De Jong & Berg 2013, 29.)

Avoimuus on oleellinen osa auttamistyötä. Avoimuus on erityisen korostuneessa asemassa, kun kohdataan ihmisiä, joilla on eri kulttuurinen tausta. Työntekijän on tärkeää olla tietoinen omista ennakkokäsityksestään ja asenteestaan maahanmuuttajia kohtaan. Epäluuloisuus, jännittyneisyys ja pelko ovat tarttuvia sosiaalisissa tilanteissa. Tämä korostuu, kun molemmat osapuolet ovat uudessa, herkässä tilanteessa ja ovat epävarmoja toistensa käyttäytymisestä sekä kulttuurisista normeista. Työntekijän on oleellisen tärkeää pysyä rauhallisena, kommunikoida selkeästi ja pitää avointa ilmapiiriä yllä. Kaikkien kulttuurien sääntöjä ei voi tietää, mutta aina voi kysyä avoimia kysymyksiä avoimella asenteella. Näin asiakas vastaa miten keskustelu ohjautuu. Keskustelun sisältö on asiakkaan määrittelemää, eikä ylitä loukkaavilta tuntuvia rajoja. Ei-tietämisen asenne on tärkeä osa yhteistyön luomista kaikkien asiakkaiden, erityisesti maahanmuuttajien kanssa. Työntekijän on tärkeää luottaa ammattitaitoonsa. Ammattitaito näkyy, kun pystytään tynesti etenemään tilanteissa ja muistamaan, että jokainen ihminen on samankaltainen. Ihmiset tarvitsevat usein saman tyyppisiä asioita voidakseen paremmin. Kulttuuri on vain pieni osa ihmistä. Työntekijän ei myöskään kannata lähteä olettamaan liikaa asiakkaan kulttuurista. Työntekijä saattaa yrittää sopeutua ennakkoluuloon kulttuurista, joka saattaa olla haitallista. Välillä asiakkaat itse voivat kokea suurta vapautusta, kun voivat toimia eri tavoin kuin olisi normaalia heidän kulttuurissaan. Asiakkaat voivat esimerkiksi kertoa avoimesti häpeällisenä koetuista asioista ilman tabun vaaraa. Kulttuurisissa kohtaamisissa on kuitenkin hyvä olla aina

huomioon ottava. Eri tavoista ja käytännöistä kannattaa puhua ääneen ja kysellä. Näin pystytään syventämään molempien osapuolien kokemusta ja pienentämään riskiä väärinymmärryksistä ja tulkinnoista. Kysymällä avoimesti vaikeista aiheista ja traumataustasta asiakkaalle ilmaistaan, että auttaja on tarpeeksi vahva, halukas ja valmis käsittelemään vaikeitakin asioita. Tämä antaa asiakkaalle luvan tuoda esiin haavoittuvaisia teemoja. (Haavikko & Bremer 2009, 38.)

Luottamus ei synny missään ihmissuhteessa hetkessä, ei siis myöskään hoitosuhteessa. Luottamus vaatii aikaa ja kokemusta siitä, että työntekijä pystyy kantamaan asiakasta huonosta voinnista eteenpäin. Maahanmuuttaja asiakkaita kohdatessa luottamusta saattaa heikentää molemmin puolinen hämmennys ja pelot. Asiakasta usein pelottaa avautua ongelmistaan ilman, että leimautuu. Työntekijää pelottaa, ettei osaa auttaa maahanmuuttajaa, kun ei ole samaa kieltä tai kulttuuria kommunikaation rakenteena. (Haavikko & Bremer 2009, 40.)

Luottamuksen rakentumisessa tärkeä osa on aitous. Voidaan luottaa, että toinen osapuoli ilmaisee ja sanoo, mitä oikeasti tarkoittaa. Tunteiden autenttinen ilmaisu on tärkeää. Erityisesti työntekijän on hyvä olla tietoinen, ettei tuo kaikkia tunteitaan esiin. Välillä työntekijän vastatunteet saattavat olla voimakkaitakin, niillä ei ole yleensä mitään tekemistä asiakkaan kanssa, vaan enemmän auttajan omien elämänkokemusten heijastumisena hetkessä. Vastatunteista on tärkeää olla tietoinen hoitotyössä. On kuitenkin tärkeää, että tunteet, jotka tuodaan esiin ovat aina aitoja. Työntekijän osoittaessa luottamusta potilaaseen, lisää se myös potilaan luottamusta itseensä ja työntekijään. Yhteistyösuhteen perustuessa aitoudelle ja johdonmukaisuudelle voidaan vaikeitakin teemoja lähestyä turvallisessa ja luottamuksellisessa viitekehyksessä. (Vilkman-Varonen 2012.)

6.2 Traumatisoituneen hoitotyö

Psyykkisesti tervettä ihmistä kuvaa tapa, jolla he pystyvät yhdistämään sisäisiä- ja ulkoisia tapahtumia yhtenäiseksi kokonaiskuvaksi, jolla on jokin merkitys heidän elämäntarinassaan. Jotta ihminen kehittyy kykenemään yhdistämään ja jäsentämään kokonaisuuksia, edellyttää se persoonallisuuden eheyttä ja turvallista kiintymyssuhdetta. Turvallinen kiintymyssuhde on pohjana ihmisen perusturvantunteelle, minäkuvalle sekä minäpystyvyyden kokemukselle. Johdonmukaisuus on kiintymyssuhteen rakentumisen

edellytys. Aikuisena tämä kuvautuu kykynä ajatella syy-seuraussuhteita realistisesti ja kokemuksena turvallisuudesta, että elämä on ennustettavaa. Trauma järkyttää tätä kokemusta. Pierre Janet 1800-luvulla kuvasti trauman yhdistämiskyvyn pettämiseksi, jossa potilas ei pysty erottamaan tai yhdistämään sisäisiä ja ulkoisia tekijöitä. Traumatisoituneet asiakkaat elävät traumaa uudestaan ja uudestaan, erottamatta nykyhetkeä, menneisyyttä tai tulevaisuutta. Trauman toistuvuutta jatkuvasti ja ajallisen jäsentymisen vaikeutta kutsutaan todentamattomuushäiriöksi. (Suokas-Cunliffe 2015, 118.)

Trauman hoitotilanteessa on tärkeää, että ei-kielellisille muistoille rakennetaan tuntemuksia vastaava ja selittävä kertomus tilanteesta sanallisesti. Tämä auttaa tapahtuman käsityksen tarkennusta, joka edesauttaa asian käsittelyä. On kuitenkin tärkeää muistaa, että traumaattisessa työskentelyssä tilanteen pelkkä sanallistaminen ja analysointi (eli eksplisiittisen muistin kanssa toimiminen) ei ole yksinään hyödyllistä, vaan tarvitaan myös tunnemuistin käsittelyä. Tunnemuisti saattaa olla hajanainen ja vaikeaselkoinen ymmärtää, mutta on hyvä muistaa sen suuri vahvuus, kehollisuus. Mitä laaja-alaisemmin huomioimme asiakkaamme psykofyysissosiaalisena kokonaisuutena ja mitä monipuolisemmat välineet meillä on, joilla pystymme asiakasta auttamaan, sitä parempia tuloksia saamme. (Palosaari 2007, 144.)

Psykoterapia on Kansainvälisten hoitosuosituksen mukaan traumaperäisen stressihäiriön paras hoitomuoto. Hoito jakaantuu kolmeen eri vaiheeseen. Ensimmäinen hoidon vaihe on vakauttaminen, joka on pitkä ja laaja-alainen. Sitä kuvataan usein merkityksellisimmäksi kaikista vaiheista. Vakauttavaan vaiheeseen ei kuulu traumaattisten kokemusten läpikäynti ja työstäminen, vaan puhtaasti oireiden helpottaminen. Oireiden helpottaminen luo pohjaa toimintakyvyn paranemiselle ja arjessa toimimiseen. Traumatisoituminen on laaja-alainen fyysisen ja psyykkisen terveyden heikkenemisen tila. Tavoitteena on psyykkisen toimintatason sekä tarvittavien taitojen oppiminen toimintakyvyn kohentamiseksi. Joillakin vakavasti ja pitkäaikaisesti oireilevilla se voi olla ainoa hoidon tavoite. Vireystilojen vaihtelu ja takaumat ovat yleisiä traumaoireita, joiden kanssa työskentelyssä käytetään eri tunnesäätelytaitojen harjoittelua. Harjoittelussa on tärkeää oppia eri laukaisevia tekijöitä vireystilojen vaihteluun; laukaisevien tekijöiden huomiointi ja niihin tietoisesti reagointi on hoidon kulmakivi. Riittävää vakauttavaa hoitoa ei pysty saavuttamaan pelkästään työskentelemällä asiakkaan tiedollisen persoonan kanssa. Traumatisoitumiseen liittyy olennaisena osana sisäinen kaaos ja fobiat, joilla on vahvat keholliset yhteydet.

Järkeistäminen ja puhuminen on pitkässä juoksussa oireilun kanssa työskentelyssä tuloksetonta. Trauma piilee sanattomassa muodossa kehossa, aistimuksina, tunteina sekä tiedollisina että alitajuisina muistoina. Esimerkkinä oireileva asiakas saattaa kävellä kadulla, jossa on asfalttityöt meneillään. Haju aiheuttaa asiakkaassa tunne muiston ja laukaisee valtavan pelkotilan. Asiakkaan parasympaattinen hermosto aktivoituu ja limbinen järjestelmä reagoi tilanteeseen pakenemalla. Asiakas siis lähtee huutaen juoksemaan pakoon tilannetta, jossa ei näennäisesti ole aktiivista vaaraa. Tässä esimerkkitapauksessa traumakokemukset ovat johtaneet sekundaariseen dissosiaatioon, jossa persoona on jakautunut näennäiseen normaaliin persoonaan ja useampaan emotionaaliseen persoonaan. (Suokas-Cunliffe 2015, 118. Antervo, 2017.)

Toiseen traumaattisen työskentelyn hoidonvaiheeseen kuuluu traumatisoivien kokemusten käsittely. Tähän vaiheeseen siirtyminen edellyttää opittujen tunnetaitojen aktiivista käyttöä, sekä tietoa laukaisevista tekijöistä ja taidoista reagoida traumareaktioihin. Vireystilojen vaihteluiden ja arjen hallinnan täytyy olla tasapainoisessa tilassa. Edellytyksenä toiseen vaiheeseen siirtymisessä on myös, että asiakas pystyy jatkuvasti tiedostamaan nykyhetken ja traumatapahtumien ajankohtien erot. (Suokas-Cunliffe 2015, 334.)

Toiseen vaiheeseen siirtyminen vaatii myös motivaatioita käsitellä vaikeita asioita ja teemoja, joten arjessa ei voi olla samanaikaisesti muita kuormittavia tekijöitä. Työskentely itsessään on psyykeen kuormitustila. Molemmilla työntekijällä ja asiakkaalla on vastuu pitää kiinni nykyhetkessä pitäytymistä ja vireystilan säätelyä. Työntekijä ja asiakas voivat yhdessä laatia suunnitelman traumojen käsittelytavasta ja etenemistahdista. Käsittelyvaiheessa on oleellisen tärkeää luottamussuhteen olevan sekä tukeva että asiakas ja työntekijä tuntevat toisensa jo hyvin. Tämä edesauttaa heittäytymistä sekä intuition varassa toimimista. Sanaton viestintä ja hienovaraiset vihjeet tulevat paremmin esiin ja ovatkin suuressa osassa tässä vaiheessa työskentelyssä, jotta työntekijä pystyy tarttumaan niin sanottuihin herkkyyshetkiin. Yleistä on, että lähestyessä vaikeimpia kokemuksia potilaalla ilmenee vastustusta. Tässä vaiheessa on tärkeää syventyä pohtimaan vastustusta, mutta vaiheesta on tärkeää siirtyä myös eteenpäin. Toisessa vaiheessa työntekijä käyttää usein näyttöön perustuvia työvälineitä hoidon tukena. Näitä työvälineitä ovat muun muassa silmänliiketerapia (EMDR) sekä hermostopalautteen käyttö. (Suokas-Cunliff 2015, 334. Antervo 2017.)

Viimeistä eli kolmatta vaihetta kuvastaa uudelleen suuntautuminen, jossa asiakas mukautuu elämään trauman jälkeen. Tässä vaiheessa käytetään perinteisempiä psykoterapeuttisia keskustelu välineitä. Terapia on tässä vaiheessa edennyt jo paljon ja on tapahtunut usein spontaania eheytymistä. Persoonan eri osat ovat sulautuneet yhteen tai ovat yhdistymisprosessissa. Tämäkin vie aikaa. Elämäntarinan todentuminen tuo uusia käsittelemättömiä kipeitä asioita esille. Psyhykeen ”suojaavat” eli eriyttävät tekijät ovat vähitellen takana päin. Asiakas joutuu käsittelemään vaikeita tunteita kuten pettymystä, surua, vihaa ja katkeruutta. Asiakas on tässä vaiheessa todella herkässä tilassa ja ei usein tunnista omia rajojaan hyvin. Auttajan rooli on tässä vaiheessa toimia kuin eheyttävän isän tai valmentajan roolissa. Hoitosuhteen lopun lähestyminen herättää myös paljon tunteita ja onkin erityisen tärkeää, että lopettaminen tehdään hitaasti ja varmasti. Hoitosuhteen päättyminen saattaa nostaa aiempia hylkäämisen kokemuksia. Päätymiseen olisi valmistautua ajoissa ja se tehdään yhteisymmärryksessä asteittain. Lopussa on tärkeää tarkastella hoitosuhdetta ja mitä hoidon aikana on tapahtunut. (Suokas-Cunliffe 2015, 337.)

6.3 Traumaattisen oireilun tunnistaminen

Traumaattisesti oireileva potilas ei normaalisti hakeudu perusterveydenhuoltoon tai psykiatriselle traumaoireilun vuoksi. Tämän vuoksi traumatisoitumista on todella vaikeaa tunnistaa. Traumaattinen oireilu saattaa peittyä monikerroksisen psyykkisen ja fyysisen oireilun alle. Varhaisessa lapsuudessa tapahtuneet traumaattiset kokemukset tallentuvat ihmisen muistiin ei kielellisinä. Tämä johtaa siihen, että ne ovat sanattomina ja näkymättöminä tallentuneita vaurioita, joista ihminen itse ei ole usein tietoinen. Traumaattisista kokemuksista jää tunnemuistoja, joiden päälle tulee voimakkaita kokemuksia häpeästä ja vaikeista tunnetiloista. Varhaislapsuuden traumakokemukset heijastuvat laaja-alaisesti ihmisen toimintakykyyn sekä fyysiseen ja psyykkiseen oirehdintaan. Yleistä oireilua on monimuotoinen riippuvaisuusluontoinen käyttäytyminen kuten itsensä satuttamista, päihteiden käyttöä, syömiseen liittyviä ongelmia, ostamispakkoa ja tavaroiden hamstrausta. Fyysisenä oireiluna laajat kiputilat ovat yleisiä. Kiputilat aiheuttavat ihmisen toimintakyvyn laskun ja rajoittaa elämää pelkästään kotiin. Vakava varhainen traumatisoituminen aiheuttaa kompleksisen oireiston, joka vaikuttaa vahvasti persoonan kehitykseen ja vaurioittavat ihmisen koko sisäistä kokemusta itsestään. Tämä vaikuttaa siihen, että normaalisti psykiatrisessa avo- tai osastohoidossa potilas saa diagnoosiksi masennuksen, epävakaan

persoonallisuushäiriön, kaksisuuntaisen mielialahäiriön, pakko-oireisen häiriön. Toisinaan dissosiativiselta luonteeltaan traumakokemukset saatetaan tulkita skitsofreeniseksi oireiluksi. On hyvä pitää mielessä, että useat traumaattisesti oireilevat potilaat pärjäävät normaalissa elämässä ja arjessa hyvin. Traumaattinen oireilu nousee ongelmaksi, kun potilas kokee vastoinkäymisiä ja kuormittumista arjessa, jolloin fyysiset ja psyykkiset voimavarat vähenevät ja toimintakyky romahtaa. (Suokas-Cunliffe 2015, 120.)

6.4 Traumaattisen oireilun arviointi

Alkuarviointi pitää aina sisällään peruspsykiatrisen tutkimuksen sekä traumaattisten oireiden kartoituksen. Peruspsykiatrisessa tutkimuksessa lähdetään liikkeelle avoimilla kysymyksillä ja tarkastellaan asiakkaan elämänhistoriaa. Elämänhistorian tarkastelussa usein tehdään aikajana varhaislapsuudesta aikuisuuteen. Tarkastelussa tutkitaan eri kehitysvaiheita ja niihin vaikuttaneita tekijöitä. Perusteellisuus traumaoireilua epäillessä on äärimmäisen tärkeää. (Suokas-Cunliffe 2015, 122.)

Traumaattisten oireiden tarkastelussa kiinnitetään huomiota varhaislapsuuden eri kokemuksiin, suvussa olleisiin psykiatrisiin sairauksiin, suvussa ja/tai perheessä olleisiin muihin ongelmiin. Haastattelu etenee yleisistä avoimista kysymyksistä tarkentaviin oireistoa rajaaviin kysymyksiin. Tällöin kysymyksiä voidaan suunnata erityisesti traumakokemusten kartoittamiseen ja niiden traumaattisen kokemusten tyyppiin. Haastattelun aikana kiinnitetään huomiota dissosiativiseen oireilun arviointiin, joka on tärkeää jokaisessa haastattelussa, koska se on yleinen psykiatrisen häiriön. Mikäli asiakasta tavataan polikliinisesti, on aina tärkeää kiinnittää huomiota muutokseen, jota on tapahtunut tapaamisten välillä. (Suokas-Cunliffe 2015, 123.)

Haastetta arviointiin tuo potilaan ajallisen ulottuvuuden vääristymät, fobiat, pelokkuus, sekä vaikeus tarkastella ja jäsenellä mielensisäisiä kokemuksia. Tällöin on hyvä käsitellä pelkoa arvioinnin suhteen, tämä toimii konkreettisena ensimmäisenä pelkojen kohtaamisharjoituksena. Potilaat saattaa pitää dissosiativiset osansa myös piilossa tai vähätellä niitä, koska voi pelätä niiden ilmituloa tai leimaantumista. Potilas saattaa olla myös täysin tiedostamaton traumojen suhteen. Jossain tapauksissa vastaaminen kysymyksiin on vaikeaa, koska potilaalla ei ole kokemusta siitä kuka ja minkälainen hän

on. Tähän vaikutta tunteiden ja käytöksen nopeat ja tiedostamattomat vaihtelut ja hallinnan menetys. (Suokas-Cunliffe 2015, 123.)

Traumaattinen oireilu kehitty suojellakseen potilaan psyykettä ja pitääkseen sen mahdollisimman ehjänä. Oireilu yrittää painaa liian järkyttävät kokemukset pois tietoisuudesta. Oireilun kanssa työskentely sekä traumaattisten muistojen tuonti takaisin tietoisuuteen aiheuttaa normaalisti potilaassa todella voimakkaita tunnereaktioita, kuin trauma tapahtuisi uudelleen. Tämä usein johtaa toimintakyvyn alenemiseen. Traumaattisiin kokemuksiin ei kannatta mennä liian nopeasti, spesifisti, eikä liian syvästi oireilun kartoituksessa. Näin potilaalle ei aiheuteta sietämättömiä olotiloja ja oireiden vaikeutumista heti alkuun, ennen kuin asiakkaalla on tarpeellinen tiivis ja luottamuksellinen hoidollinen tuki. (Suokas-Cunliffe 2015, 126.)

6.5 Arvioinnin työvälineet

Arvioinnin apuna voidaan käyttää useita eri strukturoituja ja tutkittuja kyselyitä. Traumoja ja sen oireilua kartoittavia kyselyjä ovat aiempien traumaattisten kokemusten kysely (Traumatic Antecedents Questionnaire, TAQ, Van Der Kolk), psykykkisten traumaoireiden seulontakysely (Trauma Screening Questionnaire, TSQ, Brewing, Rose, Andrew), dissosiativisia kokemuksia kartoittava kysely (Dissociative Experiences Scale, DES, Bernstein ja Putnam), mikäli kyselyn aikana ilmenee fyysisiä dissosiaatio oireita apuna kannattaa käyttää SDQ-kyselyä joka on lyhenne sanoista Strengths and Difficulties Questionnaire, joka kartoittaa dissosiaation somaattisten oireiden vakavuutta. (Suokas-Cunliffe 2015, 123.)

Mikäli alkuhaastattelun pohjalta herää tunne vakavasta traumatisoitumisesta. Vakavan traumatisoitumisen oireissa on rakenteellisia dissosiaation oireita esimerkiksi äänien kuuleminen, muistojen, aikajaksojen tai tekojen puuttuminen muistista, toistuvia voimakkaita takaukia. Tällöin on välttämätöntä jatkaa kokonaisvaltaisemmalla tutkimuksella, jossa tarkemmin paneudutaan oireiden arviointiin. (Suokas-Cunliffe 2015, 123.)

Haastattelun aikana työntekijän on tärkeää muistaa, että ihmisillä on luontainen tapa selviytyä, vaikka he olisivat joutuneet kohtaamaan ja altistumaan vakaville ihmisarvoa ja turvallisuudentunnetta muokkaaville kokemuksille. Jokainen näistä ihmisistä on mennyt eteenpäin ja kehittänyt taitoja ja kykyjä sopeutuakseen muuttuneeseen tilanteeseen.

Työntekijän tehtävänä on tutkia ja tuoda esiin, mitä traumasta kärsivät ovat tehneet, miten he ovat sen tehneet, mitä he ovat siitä oppineet, mitä sisäisiä ja ulkoisia voimavaroja he ovat käyttäneet apunaan selviytyessään. Jokainen asiakas kuten myös traumaattisesti oireileva asiakas hyötyy, kun pohditaan mihin asioihin he kaipaavat muutosta. Työntekijän on hyvä perehtyä miten asiakas haluaa asioiden muuttuvan, samalla tuoden esiin heidän aiempia selviytymisiään, onnistumisiaan ja vahvuuksiaan. He ovat käyttäneet jo runsaasti taitoja, kykyjä ja voimavarojaan selviytyäkseen vastaanotolle asti. Näiden tuominen esiin on aina tärkeää. On myös oleellista kiinnittää huomiota asiakkaan sanattomaan viestintään haastattelussa. Välttelevätkö asiakkaat katsekontaktia, vaihtavatko aihetta tai puhuvatko he traumaattisista kokemuksista ilman näkyvää tunnekokemusta. (De Jong & Berg 2013, 208.)

6.6 Traumaattisen oireilun selviytymiskeinot

Kärsiessään traumaattisesta oireilusta, on ammattilaisen avun saaminen ensimmäinen ja tärkein askel traumaattisen oireilun käsittelyyn ja siitä toipumiseen. Hoitoon hakeutumista on turha pitkittää, nämä keinot ovatkin vain ammattiavun ohessa kokeiltavia, odottaessa hoitoon pääsyä tai hetkellisen helpotuksen tuojiksi. Harjoitukset eivät ole hoidon ainut muoto. Kaikki keinot eivät toimi kaikille, joten on todella tärkeää kokeilla monipuolisesti erilaisten keinojen hyödyntämistä, jotta pystyy määrittämään mikä yksilöllisesti sopii ja toimii. (Dolan 1998, 14)

Traumaattiset ja ikävät kokemukset tulevat joskus tajuntaan näennäisesti vääränlaisissa paikoissa takaumina. Tällöin ihmisen tajuntaan tunkeutuu epämiellyttäviä mielikuvia, muistoja ja kehon tunteita. Takaumien aikana ihmisen valtaa epämiellyttävä tunne, häpeä, ahdistava tunne, tai suuretkin pelkotilat. Takaumissa menneisyyden muistot konkreettisesti estävät nykyhetkessä elämisen, ne haittaavat elämää ja saattavat estää keskittymistä tai pahimmillaan normaaliin elämään osallistumista. Takaumia aiheuttavat yleensä jotkin traumakokemukseen kytkeytyneet muistot. (Dolan 1998, 127.)

Nämä harjoitukset auttavat takaumien kanssa työskentelyyn. Harjoitukset on lainattu suoraan traumapsykoterapeutti Yvonne Dolanin Pieni askel - Tie hyvään elämään traumaattisen kokemuksen jälkeen -kirjasta. Ne kuuluvat ensimmäiseen hoitovaiheeseen, jossa keskitytään henkilön vakauttamiseen ja oireiden haittaavuuden vähentämiseen.

"Kirjoita, lue ja polta"- harjoitus on yksinkertainen ja lyhyt. Sitä voi käyttää ensimmäisenä interventio keinona ja sitä voi toistaa useasti vaikeissa oloiloissa.

Etsi mukava istuinpaikka, jossa sinua ei häiritä. Tarvitset palan paperia ja kynän, sekä sytyttimen ja tulitikut.

1. Kirjoita kuvaus tunkeutuvista kuvista, tunteista ja ajatuksista
2. Lue kirje ääneen. Lue se tukea antavalle turvalliselle ihmiselle, tai jos ketään ei ole saatavilla, lue se ääneen itsellesi kuvitellen saavasi tukea henkilöltä, jonka tiedät olevan myötätuntoinen kuuntelija.
3. Ota nyt paperi, jossa on kuvaus tunkeutuvista ajatuksista, tunteista tai kuvista, revi se.
4. Polta revityt paperin palat.

Dolan, Pieni askel. 1998.

Tämä harjoitus saattaa toimia hyvin yksin ja olla riittävä. Jollain se toimii parhaiten, kun sitä seuraa toinen harjoitus. Tässä tarjotaan maalaamisharjoitus, uudelleen määrittely harjoitus ja kirjoitusharjoitus. Henkilölle on parasta työskennellä asian kanssa, kuten kun se on itselleen luonnollisinta, hyödyntäen omia kykyjään ja haluaan luovuuden, kirjoittamisen tai kehollisten harjoitusten kautta.

Helpotuksen piirtäminen

Tarvitset piirustuspaperia, maaleja, värikyniä tai tusseja. Varaa tunti aikaa. Tulet piirtämään/maalaamaan kolme kuvaa, kolmessa vaiheessa.

1. Piirrä kuva tai tunteet, jotka yhdistät tunkeutuviin ajatuksiin. Käytä värejä, jotka parhaiten herättävät tämän kokemuksen. Kenenkään ei tarvitse nähdä tuotosta, joten älä mieti miltä tuotos näyttää. Taiteellisuuden tyylillä ei ole merkitystä, päätätkö tehdä abstraktin väri teoksen mieleen tunkeutuvasta kokemuksesta tai konkreettisemmän kuvauksen ääriviivoilla.
2. Ota toinen uusi paperi. Piirrä tälle paperille kuva siitä mitä haluaisit tuntea ja ajatella.
3. Piirrä kolmannelle paperille uusi kuva, joka symboloi miten kuvittelet siirtymistä mielentilasta kuvassa yksi mielentilaan kuvassa kaksi.
4. Revi ja/tai polta ensimmäinen kuva.

Dolan, Pieni askel. 1998.

Negatiivisten viestien uudelleen kirjoitus

Negatiiviset viestit, joita saamme jostain, esimerkiksi auktoriteetti hahmoiltamme elämässämme jäävät mieleemme ja tulevat vahingossa osaksi minäkuvaamme.

Mieti mikä negatiivinen tai tuhoava viesti menneisyydestäsi haittaa itseluottamusta tai positiivisia tunteita elämässäsi. Ajattele nyt uutta ja tervettä viestiä, jonka haluaisit ottaa vastaan sen sijasta. Kirjoita uusi viesti ensin dominantilla, sitten ei-dominantilla kädelläsi useita toistuvia kertoja. Kirjoita niin kauan, kunnes viesti alkaa tuntua tutulta osalta uskomusjärjestelmäsi

Dolan, Pieni askel. 1998

Parantavat kirjeet

Kirjoitat tässä harjoituksessa neljä erillistä kirjettä. Varaa ensimmäiselle kirjeelle aikaa tunti, toiselle ja kolmannelle kirjeelle kaksi tuntia (nämä kirjeet tulee kirjoittaa heti peräkkäin) ja neljännelle kirjeelle tunti. Normaalisti suositellaan, että kirjeet kirjoitetaan kolmena peräkkäisenä päivänä.

Osoita kirjeesi henkilölle tai henkilöille, joista koet, että on ollut sinulle emotionaalista painolastia ja haluaisit päästää irti kyseisestä painolastista. Älä kirjoita kirjeitä aikomuksena lähettää niitä, vaan enemmänkin vapauta kaikki sisäiset asiasi, jotka koet, että pitää saada ulos tässä vaiheessa. Voit toki lähettää kirjeen harjoituksen jälkeen, mikäli koet sen hyödyllisenä, mutta älä kirjoita ajatuksella, että joku lukee kirjeen. Kirjeet ovat sinun välineesi purkaa ratkaisemattomia suhteita. Harjoituksen tarkoitus on luoda positiivisia tunteita ja puhdistaa negatiivisia, mikäli kirjoittaessa herää tunteita, jotka tuntuvat liian haastavilta ja raskailta, varaudu, että voit keskustella läheisen tai ammattilaisen kanssa niiden jälkeen.

Kirje 1. Vapauta ratkaisemattomat ajatukset ja tunteet

Osoita tämä kirje henkilölle, jota kohtaan sinulla on ratkaisemattomia tunteita tai asioita. Kuvaa miten tämän henkilön tunteminen on vaikuttanut sinuun, mukaan lukien heidän sanojensa ja tekojensa vaikutus. Kerro kirjeessä, miten haluaisit tältä ihmiseltä reaktiona kirjeeseesi.

Tämän kirjeen tarkoitus on tunnistaa ajatuksia ja tunteita, jotka edelleen satuttavat sinua menneisyyden suhteestanne.

Kirje 2. Sisäistettyjen negatiivisten viestien vapauttaminen

Kirjoita vastausta henkilöltä, jolle kirjoitit ensimmäisen kirjeen. Kerro ja kuvaa kirjeessä peloistasi, joita sinulla on sen suhteen, miten tuo ihminen voisi vastata takaisin. Kerro myös pelostasi siitä, että he eivät kuuntelisi tai ymmärtäisi mitä kirjoitit ensimmäisessä kirjeessä. Tämän kirjeen jälkeen on äärimmäisen tärkeää, että et jää miettimään asioita vaan siirryt *välittömästi* kirjeeseen 3.

Tämän kirjeen tarkoitus on päästä eroon kaikista negatiivisista uskomuksista tai viesteistä koskien itseäsi, jotka sisäistit seurauksena siitä mitä tämä henkilö teki sinulle.

Kirje 3. Sisäistettyjen toiveiden vapauttaminen

Kirjoita toisenlainen kuviteltu vastaus henkilöltä, joka teki sinulle vääryyttä. Kerro kirjeessä toiveista koskien, miten toinen henkilö saattaisi reagoida. Kerro hänen halukkuudestaan ottaa vastuuta ilmaisten samalla myötätuntoa asioita kohtaan joita kuvasit ensimmäisessä kirjeessä.

Kirje 4. Itsesi vapauttaminen

Kirjoita viimeinen kirje henkilölle, joka loukkasi sinua. Vastaa siihen mitä he sanoivat kolmannessa kirjeessä. Pohdi muutoksia ja ratkaisuja, jotka jätit sanomatta kirjeessä tai asioita, joita olet sen jälkeen ajatellut.

Dolan, Pieni askel. 1998

7 OPINNÄYTETYÖ TOTEUTUS

Opinnäytetyön toimeksiantaja on Marjat –hanke (Turun AMK 2018). Työ tehtiin toiminnallisena opinnäytetyönä, jonka fyysisenä tuotoksena toteutettiin opas. Opas on suunnattu perusterveydenhuollon työntekijöille. Se toimii työvälineenä traumatisoituneen aikuisen maahanmuuttajan kohtaamisessa ja ohjauksessa. Perusterveydenhuollon työntekijä voi antaa oppaan maahanmuuttajalle itselleen, mikäli työntekijä arvioi sen maahanmuuttajalle hyödylliseksi.

Toiminnallinen opinnäytetyö tarkoittaa ammattikorkeakoulun koulutuksessa toteuttavaa tuotosta, jolla osoitetaan ammatillista syventymistä suuntautumisalaa kohtaan, tässä opinnäytetyössä ollaan aihe kohdennettu sosiaali- ja terveysalalle. Toiminnallisessa opinnäytetyössä osoitetaan tutkimuksellista kehittymistä asiantuntijana. Toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena on synnyttää toiminnallinen tuotos. (Metropolia 2012.) Toiminnallisen opinnäytetyön tuotos voi koulutusalan mukaan olla muuan muassa ohjeistus, opas, tapahtuma tai tilaisuus. Toteutuksen voi tehdä myös projektina. Toteutustapoja on myös useita, kuten verkkosivusto, kirja, vihko, portfolio tai jopa video. (Airaksinen 2009.) Tässä opinnäytetyössä tuotos toteutettiin oppaan muodossa. Toiminnallisessa tuotoksessa pyritään kuvailemaan jokin prosessi, ratkaisemaan ongelma, analysoidaan jonkin prosessin vaiheita ja kehitetään alan käytäntöä. Tässä opinnäytetyön tuotoksessa eli oppaassa, kuvataan traumaperäisen stressihäiriön oireita ja vaiheita tietyllä kohderyhmällä. Oppaassa tarkastellaan hoidon mahdollisuuksia sosiaali- ja terveydenhuollossa. Opinnäytetyöhön kuuluu produktion tekemistä pohtiva kirjallinen osuus. Toiminnallisen työn raportoinnissa tekijät paneutuvat käytännön osion, tässä opinnäytetyössä produktion eli oppaan, toteuttamisen kuvaamiseen ja reflektointiin (Metropolia 2012.)

Ammattikorkeakoululla ei ollut valmiiksi tarjota psyykkistä traumaa koskevia aiheita, joten tällöin käännyttiin ohjaavan opettajan puoleen. Aihe muotoutui tekijöiden ehdotuksesta sisältyen kuitenkin myös Marjat –hankkeeseen. Opinnäytetyö ja sen suunnitelma esitettiin lokakuussa 2018 opinnäytetyönsuunnitelman seminaaripäivänä. Opinnäytetyönsuunnitelma esittelyssä palautetta saatiin muuan muassa opinnäytetyön tuotoksen kohdentamisesta tiettyyn kohderyhmään. Palautteen jälkeen tehtiin päätös, että opinnäytetyön kohderyhmä rajattaisiin maahanmuuttajaperheistä aikuisiin maahanmuuttajiin.

Opinnäytetyön sisällön suunnittelu ja hahmottelu alkoi jo kesäkuussa 2018. Työhön palattiin elokuussa 2018 ja opinnäytetyönsuunnitelma esitettiin ja hyväksyttiin lokakuussa 2018. Suunnitelman valmistuttua aloitettiin opinnäytetyön raportointi. Opinnäytetyön sisällön rajaus tehtiin yhdessä ja jokainen tekijä oli vastuussa tietyistä osa-alueista. Jokainen kuitenkin perehtyi koko raportin sisältöön. Raporttia tehdessä kokoonnuttiin säännöllisesti toteuttamaan yhtenäistä sisältöä. Kun raportti saatiin valmiiksi, aloitettiin oppaan laatiminen kerätyn tiedon pohjalta.

Opinnäytetyöhön valittiin toiminnalliseksi osuudeksi opas. Hankittua tietoa sovellettiin ja hyödynnettiin raportin sekä oppaan suunnittelua ja laatimista varten. Valmis opas luovutetaan Marjat –hankkeelle ja heidän jaettavaksi perusterveydenhuollon työntekijöiden käyttöön. Lisäksi opinnäytetyö ja opas esitetään opinnäytetyöseminaarissa 10.12.2018.

Opinnäytetyön aiheeseen liittyvää tutkimustietoa haettiin Cinahl tietokannasta, josta tutkimustietoa löytyi vaihtelevasti. Eniten tutkimuksia on tehty maahanmuuttoon, pakolaisuuteen ja traumoihin terveydenhuollon näkökulmasta. Hakusanojen yhdistelmästä riippuen on paljonkin lähteitä, mutta harvat niistä kuvaavat suoraan opinnäytetyön aihetta. Suomenkielisillä hakusanoilla löytyy vähemmän kuin esimerkiksi englanninkielisillä hakusanoilla. Tiedonhausta tehtiin taulukko, joka on liitettynä raporttiin. Tiedonhakutaulukko on ensimmäisenä liitteenä. Taulukon ajateltiin selventävän tiedonhakua ja edesauttamaan tiedonhaun toistettavuutta.

Aineistoa opinnäytetyöhön haettiin kirjastojen tietokannoista sekä sähköisten tietokantojen hakukoneiden avulla. Eri organisaatioiden kuten Duodecim –seuran käypähoito, terveyskirjasto sekä muut vastaavat luotettavat verkkosivustot koettiin hyviksi tiedonlähteiksi. Ajatuksena opinnäytesuunnitelmassa oli, että lähteiden ikä tulisi olla maksimissaan 5 vuotta. Opinnäytetyössä on kuitenkin käytetty enemmän kuin viisi vuotta vanhoja lähteitä, sillä opinnäytetyön tekijät ovat kokeneet ne luettaviksi ja kattaviksi. Opinnäytetyössä viitataan siis pelkästään jo aiempaan olemassa olevaan tietoon.

8 OPAS

8.1 Selkokieli

Oppaan suunnittelussa ja laatimisessa otetaan huomioon selkokieliisyys, sillä perusterveydenhuollon työntekijät voivat antaa oppaan maahanmuuttajalle itselleen, jos he arvioivat tämän tarpeelliseksi. Oppaan on siis tarkoitus olla selkokielinen ja näin se palvelee parhaiten maahanmuuttajia, joiden suomen kielen taito on kehittymässä. Selkokielinen opas helpottaa myös perusterveydenhuollon työntekijän ja maahanmuuttajataustaisen asiakkaan, jonka suomen kieli on heikko, keskinäistä kommunikointia.

Selkokielellä tarkoitetaan suomen kielen muotoa, joka on mukautettu sisällöltään, sanastoltaan ja rakenteeltaan yleiskieltä luettavammaksi ja ymmärrettävämmäksi. Se on suunnattu sellaisille ihmisille, joilla on vaikeuksia lukea tai ymmärtää yleiskieltä. Selkokielellä kirjoitetussa tekstissä aihetta käsitellään hyvin konkreettisella tasolla. Toisin kuin yleiskielessä selkokielisessä tekstissä selitetään myös sellaisia sanoja, joita yleiskielisessä tekstissä ei selitetä. Yleiskielisessä tekstissä selitetään ainoastaan käsitteet, jotka kuuluvat jonkin alan erityissanastoon. (Selkokeskus 2018.)

Selkokieltä on Suomessa kehitetty jo 1980-luvulta lähtien. Mallia selkokielen kehittelyyn otettiin Ruotsista, jossa selkokieltä oli alettu kehitellä jo 20 vuotta aikaisemmin. Selkokielen kehitykselle pohjoismainen yhteistyö on ollut tärkeässä roolissa. Alun perin selkokieltä kehitettiin kehitysvammaisten henkilöiden tarpeisiin, mutta pian havaittiin, että selkokielestä on myös muille ryhmille hyötyä. 1990-luvulta alkaen selkokielistä aineistoa on luotu myös uussuomalaisen ja vanhusryhmien käyttöön. (Selkokeskus 2018.)

8.2 Suunnittelu ja laatiminen

Opasta suunniteltaessa tarkoituksena on saada aikaan opas, joka palvelee niin perusterveydenhuollon henkilökuntaa kuin maahanmuuttajakin. Oppaan sisällöksi valikoitui tärkeimmät ja keskeisimmät asiat opinnäytetyön raportin sisällöstä. Ajatuksena on, että keräämästämme tiedosta saataisiin mahdollisimman iso hyöty perusterveydenhuoltoon oppaan muodossa. Oppaan on ajatuksena toimia työvälineenä

perusterveydenhuollon työntekijän ja maahanmuuttajataustaisen potilaan välillä ja oppaan sisältöä voidaan käydä yhdessä läpi ja neuvoa potilasta sen avulla. Työntekijä voi antaa oppaan maahanmuuttaja asiakkaalle, jos hän arvioi sen tarpeelliseksi ja maahanmuuttaja asiakas haluaa oppaan itselleen.

Traumatyön teema oli opinnäytetyössä selvä jo alusta asti eli toukokuusta 2018. Aluksi hahmoteltiin työn sisältö, kerättiin lähteitä ja tutkimusmateriaalia. Työskentelyn edetessä tehtiin toimeksiantosopimus Marjat-hankkeen kanssa. Tällöin aihe kohdentui aluksi maahanmuuttajaperheisiin, jonka todettiin olevan edelleen liian laaja aihe, joten sisältö rajattiin aikuisiin maahanmuuttajiin, joihin lukeutuu pakolaiset. Lisäksi opinnäytetyösuunnitelman seminaaripäivänä annettu palaute vahvisti aiheen rajaamisen.

Opinnäytetyön sisällöstä tehtiin suunnitelma ja sisällön runko hahmoteltiin. Aihetta rajattiin yhdessä ja pohdittiin, mitkä asiat ovat oleelliset. Opinnäytetyön aiheet jaettiin tekijöiden kesken kolmeen osa-alueeseen. Jokainen tekijä oli vastuussa yhdestä osa-alueesta. Työnteolle tehtiin aikataulu sekä kriteerit. Ensin tehtiin laajempi raportti, jossa käydään yksityiskohtaisemmin läpi työn sisältö. Raportin teon jälkeen opinnäytetyön tekijät nostivat tärkeimmäksi koetut asiat oppaaseen tiivistetysti ja muokattuna selkokielisesti.

Opinnäytetyön tekijät tapasivat säännöllisin väliajoin laatimaan raporttia ja opasta. Jokainen heistä perehtyi toistensa vastuualueisiin, jotta pystyttiin yhdessä suunnittelemaan miten rajata aihetta. Työnteossa edettiin suunnitellusti. Ensin saatiin valmiiksi raportin sisältö. Tavoite saavutettiin ja sisältö oli valmis ennen toista ohjausaikaa opinnäytetyön ohjaavan opettajan kanssa. Tämän jälkeen hiottiin opas valmiiseen selkokieliseen muotoonsa ja lähetettiin se tarkistettavaksi selkokeskukseen, jotta selkokielisyyden kriteerit täyttyvät.

8.3 Itsearviointi

Oppaan suunnittelun ja laatimisen toteutus oli selkeää. Ensin oppaan runko hahmoteltiin raportin sisällön pohjalta. Tämän jälkeen raportin tekstistä otettiin keskeisimmät asiat oppaaseen. Opinnäytetyöohjaus tapaamisella saimme positiivista palautetta oppaan sisällön rungosta. Positiiviset kommentit antoivat itsevarmuutta sisällön rajaamisesta, sillä tämä koettiin välillä hieman hankalaksi. Oppaasta haluttiin kuitenkin tiivis ja

ytimekäs, jotta se olisi helposti ymmärrettävissä ja luettavissa, joten oli mukava kuulla ohjaavalta opettajalta kehuja. Haasteita toi välillä myös oppaan konkreettinen toteuttaminen, tällä tarkoitetaan oppaan kokoa ja sen taittamista, onko opas vain pdf – muodossa tulostettavissa vai tehdäänkö siitä paperilehtinen. Oppaaseen haluttiin ottaa paljon herätteleviä kuvia ajatuksena, että ”kuva kertoo enemmän kuin tuhat sanaa”. Lisäksi kuvat ovat selkokielen tekstin ymmärtämisen tukena. Kuvat on löydetty vapaasta kuvatieokanta Pixabay:stä. Kokonaisuudessaan oppaan tekeminen oli miellyttävää ja tekijöillä oli yhtenäinen ajatus siitä, millainen siitä tulisi.

9 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Opinnäytetyötä tehdessä tutustuttiin opinnäytetyön tutkimuseettisiin ohjeistuksiin sekä perehdyttiin opinnäytetyön aiheeseen huolellisesti. Opinnäytetyötä tehdessä jokainen tekijä vastasi hyvästä tieteellisen käytännön noudattamisesta, mutta vastuu kuului kuitenkin myös kaikille kolmelle opinnäytetyön tekijälle. Opinnäytetyössä toteutettiin avoimuutta sekä vastuullista että rehellistä tiedeviestintää opinnäytetyön toteutusta julkaistaessa. (TENK 2018.)

Opinnäytetyötä tehdessä toteutettiin tutkitun tiedon luotettavuuden kriteereitä, jotka ovat uskottavuus, siirrettävyys sekä vahvistettavuus ja reflektiivisyys (Kylmä & Juvakka 2007). Opinnäytetyön uskottavuutta vahvisti ajankäyttö eli tekijät pyrkivät olemaan huolellisia, totuudenmukaisia sekä käyttämään siihen vaaditun ajan. Opinnäytetyön tekijät ovat itse tulevia terveydenalan ammattiosaajia, joten luotettavuutta vahvistaa tekijöiden oma tahto kehittyä ja tutkia kyseistä aihetta.

Opinnäytetyön toimeksiantosopimukset tehtiin Marjat-hankkeen kanssa yhteisymmärryksessä työn sisällön vaatimuksista ja aiheen rajauksesta. Oppaassa käytetään selkokieltä ja huomioidaan hankkeen resurssit selkokieliokeskuksen palveluiden käytössä. Opinnäytetyötä sekä raporttia tehdessä hyödynnetään ennalta sovittujen ohjausaikojen käyttöä ja saadaan lisätukea ohjaajan ammattitaidosta sekä perehtyneisyydestä opinnäytetöiden laatimiseen. Opinnäytetyö ja raportti laaditaan Turun ammattikorkeakoulun vaatimusten mukaisesti. (Arene 2018.)

Opinnäytetyön tuotoksen luotettavuuden problematiikkana tulee luultavasti olemaan sen pysyvyys ja jakelu. Kun tekijät ovat saaneet valmiiksi oppaan Marjat -hankkeelle, on sen käyttö työntekijöiden vastuulla. Lisäksi tulevat sosiaali- ja terveysalan palveluiden uudistukset vaikuttavat opinnäytetyön tuotoksen pysyvyyteen sekä luotettavuuteen. (Alueuudistus 2018; Kuntatyönantajat 2017.)

Kirjallisuuden ja muiden tietolähteiden luotettavuus varmistettiin siten, että lähteet ovat ajankohtaisia sekä enimmillään viisi vuotta vanhoja. Myös vanhempiakin lähteitä käytettiin, koska ne ovat edelleen sekä relevantteja että valideja.

10 POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoitus oli tuoda konkreettista materiaalia hoitohenkilökunnan käyttöön maahanmuuttajille suunnatun selkokielisen oppaan muodossa. Oppaaseen on nostettu esille raportissa keskeisimmiksi koetut asiat. Konkreettisesti opas pitää sisällään lyhyesti tietoa traumasta, traumaattisesta kriisistä, traumaperäisestä stressihäiriöstä ja sen oireista. Lisäksi oppaassa käydään läpi maahanmuutto psyykkisenä prosessina ja kriisinä sekä hoitoon ohjautuminen. Opas tarjoaa myös tietoa ja käytännön työvälineitä traumaattisesti oireilevan maahanmuuttajan kohtaamiseen ja arviointiin. Oppaassa on konkreettisia harjoituksia, joita traumaattisesti oireileva voi tehdä olonsa helpottamiseksi. Samanaikaisesti opas toimii maahanmuuttajan tietouden lisääjänä, oireiden arvioinnin tukena sekä oireita helpottavien harjoitusten tarjoajana. Turussa olevat tukiorganisaatiot esitellään oppaassa, mikäli maahanmuuttaja kokee hyötyvänsä esimerkiksi vertaistuesta tai muusta tuesta hoitokontaktin ohella.

Opinnäytetyön aiheen valintaa vaikutti tekijöiden mielenkiinto psykiatrasta hoitotyötä kohtaan. Lisäksi tekijät kokevat, että opinnäytetyön raportti, sen työstäminen ja opinnäytetyön tuotos ovat itsessään hyödyllisiä tulevan ammatin ja työnkuvan puolesta.

Asiakasta usein pelottaa avautua ongelmistaan ilman, että leimautuu. Työntekijää pelottaa, ettei osaa auttaa maahanmuuttajaa, kun ei ole samaa kieltä tai kulttuuria kommunikaation rakenteena. Opinnäytetyön tekijät kokevat, että opas auttaisi lievittämään pelkoa ja jännitystä. Tämä näkyy, kommunikoinnin joustavuutena, kunnioituksena, avoimuutensa sekä parhaalla mahdollisella avun tarjoamisella. Opinnäytetyöntekijät toivovat oppaan tuovan rakennetta ja suunnitelmallisuutta kohtaamiseen. Tämä antaa itsevarmuutta työntekijälle ohjaustilanteessa ja työntekijä pystyy keskittymään kunnolla itse asiakkaaseen. Kohtaaminen ja hoitoon ohjaus tehostuu ja vältetään kuluttamasta lisäresursseja muun muassa vastaanottoaikaa tai lisäkäyntejä. Opinnäytetyöntekijät kokevat, että opas voi auttaa työntekijää muistamaan ja hyödyntämään paremmin tukipalveluita. Opinnäytetyön tekijät kokivat perusterveydenhuollossa työskennellessään, että perusterveydenhuollon työntekijät käyttivät oppaita työvälineinä tehokkaasti osana ohjaustaan. Oppaat olivat useimmiten keskittyneet somaattisiin oireisiin ja vaivoihin. Psykiatrinen osaaminen oli heikkoa, joten tekijät kokivat, että tämänkaltaisella opinnäytetyöllä olisi edistävä vaikutus. Näin

pystyttäisiin lisäämään tietoutta ja käytännön osaamista mielenterveysongelmien ohjaamiseen. Mikäli opasta jaetaan ilman, että se on osana ohjaustilannetta, voi se madaltaa kynnystä hakeutua palveluiden pariin. Tällöin palveluihin ohjautuminen tehostuu ja inhimillinen kärsimys vähenee.

Työn aiheen monimuotoisuuden ja laajuuden vuoksi rajaaminen koettiin haastavaksi. Työnteko helpottui, kun perusterveydenhuollon työntekijöiden ohella kohderyhmä rajautui maahanmuuttajaperheistä aikuisiin maahanmuuttajiin. Tietoa löytyi paljon monessa eri muodossa kohdentuen opinnäytetyön eri osa-alueisiin, mutta yhtenäistä ja suoraa tietoa sekä tutkimuksia löytyi heikosti trauman kohdanneista aikuisista maahanmuuttajista. Haastavuudesta huolimatta, opinnäytetyön ja oppaan teko oli miellyttävää omien mielenkiinnon kohteiden vuoksi. Aihevalinta oli kaikille kolmelle tekijälle mieluisa. Tekijät kokivat, että opinnäytetyö ja sen tekeminen oli ammatillisesti antoisaa. Opinnäytetyön teko ryhmässä oli ajoittain aikataulullisesti haastavaa. Opinnäytetyön ohjaus koettiin ajoittain riittävänä ja sitä oli saatavilla joustavasti. Ohjauksessa haasteena oli saada konkreettisia vastauksia esitettyihin kysymyksiin, joka koettiin ristiriitaisena. Terminologia asetti myös haasteita tekijöiden ja ohjaavan opettajan väliselle kommunikoinnille. Yhteydenotto ohjaavaan opettajaan oli sujuvaa. Jatkoa ajatellen, voisi tutkia ja selvittää, millaisia vaikutuksia oppaalla on ollut ja onko se koettu hyödylliseksi.

11 JOHTOPÄÄTÖKSET

1. Aihe on ajankohtainen ja tämän opinnäytetyön pohjalta voidaan todeta, että aikuisten maahanmuuttajien mielenterveyteen tulee kiinnittää erityistä huomiota.
2. Moni pakoilaisista on kokenut järkyttäviä ja traumatisoivia tapahtumia entisessä kotimaassaan. Noin puolet Suomeen tulleista pakolaistaustaisista maahanmuuttajista oli nähnyt väkivaltaisen kuoleman suomalaisen tutkimuksen mukaan, mutta heidän traumaperäisen stressihäiriön esiintyvyydestä ei ole kattavaa tietoa.
3. Usein maahanmuuttaja etsii terveysasemalta apua psykosomaattisiin oireisiin ja psyykinen huonovointisuus koetaan pelottavana. Maahanmuuttaja on voinut saapua kulttuurista, jossa mielenterveysongelmat ovat tabu, joten hoitoon hakeutuminen on vaikeutunutta.
4. Mielenterveyshäiriöistä yleisimpiä pakolaisten keskuudessa ovat traumaperäinen stressihäiriö, muut ahdistuneisuushäiriöt ja masennus.
5. Uudessa kulttuurissa toimiminen on psyykkisesti erittäin kuormittavaa, kun joutuu opettelemaan uudet selviytymisen strategiat ja on pelkoa tuleeko ymmärretyksi.
6. Tietoa opinnäytetyön aiheista löytyi hyvin, kun ne oli kohdennettu tiettyihin työn osa-alueisiin. Mutta suomalaisia ja ulkomaisia lähteitä traumaperäisen stressihäiriön esiintyvyydestä oli huonosti.
7. Traumatisoituneiden maahanmuuttajien kohtaamista tulisi tutkia enemmän. Ammatillaiset kokevat, että varsinkin informaatiota pakolaisten mielenterveydestä tarvitsisi lisää.
8. Traumaperäisen stressihäiriön syntyyn voitaisiin vaikuttaa aikaisella oireiden tunnistamisella, hoitoon hakeutumisella ja oikeanlaisella avulla.

2 LÄHTEET

Airaksinen T. 2009. Toiminnallisen opinnäytetyön kirjoittaminen. Viitattu 19.11.2018. Saatavilla internetissä: https://www.slideshare.net/TiinaMarjatta/toiminnallinen-ont-tekstina-2010?next_slideshow=1

Alitolppa-Niitamo A., Fågel S. & Säävälä M., 2013. Olemme muuttaneet – ja kotoudumme. Maahan muuttaneen kohtaaminen ammatillisessa työssä. Väestöliitto.

Alueuudistus 2018. Soteuudistuksen tavoitteet. Viitattu 22.9.2018. www.alueuudistus.fi > Yleisesittely > Mikä on sote-uudistus? > Tavoitteet

Alueuudistus 2018. Maakunta- ja soteuudistuksen yleisesittely. Viitattu 22.9.2018. [https://www.alueuudistus.fi/uudistuksen-yleisesittely](http://www.alueuudistus.fi/uudistuksen-yleisesittely) > Alueuudistus > fi > Yleisesittely

Bremer L. & Haavikko A. 2009. Ulkoisesti erilaisia sisäisesti samanlaisia. Opas mielenterveystyöhön yli kulttuurirajojen. Suomen mielenterveysseura.

Castaneda A., Mäki-Opas J., Jokela S., Kivi N., Lähteenmäki M., Miettinen T., Nieminen S., Santalahti P. & PALOMA-asiantuntijaryhmä. 2018. Pakolaisten mielenterveyden tukeminen Suomessa. PALOMA-käsikirja. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

Dolan., Y. Pieni askel. Tie hyvään traumaattisen kokemuksen jälkeen. 1998. Lyhytterapiainstituutti Oy.

Goleman, D. Tunneäly. Lahjakkuuden koko kuva. 1997. Otava.

Haravuori H. 2018. Psykkisen trauman seurauksien arviointi. THL. Saatavilla internetissä: <https://docplayer.fi/2529731-Psykkisen-trauman-seurauksien-arviointi.html>

Huttunen M. 2017. Akuutti stressihäiriö. Duodecim. Viitattu 16.10.2018. Saatavilla internetissä: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00191

Huttunen M. 2017. Dissosiaatiohäiriö. Duodecim. Viitattu 31.10.2018. Saatavilla internetissä: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00360

Jong, P & Berg, I. 2016. Ratkaisukeskeisen terapian oppikirja. Lyhytterapia instituutti.

Kolk, Bessel Van Der. 2017. Jäljet kehossa. Trauman parantaminen aivojen, mielen ja kehon avulla. Helsinki: Viisas Elämä Oy

Kylmä & Juvakka 2007. Laadulliseen aineistoon perustuvan tutkimuksen luotettavuudesta. Kurssimateriaali kevät 2018. Viitattu 22.9.2018

Käypä hoito -suositus. Traumaperäinen stressihäiriö. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2014. Viitattu 01.11.2018. Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

Lauerma H. 2002. Dissosiaatiohäiriöt ja niiden hoito. Duodecim. Viitattu 12.11.2018. Saatavilla internetissä: <https://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo93238.pdf>

Lönnqvist J., Henriksson M., Marttunen M. & Partonen T., 2011. Psykiatria. Duodecim.

Metropolia. 2012. Toiminnallisen opinnäytetyön erityispiirteitä. Viitattu 22.9.2018. www.wiki.metropolia.fi > Kulttuurialan opinnäytetyönohje > opinnäytetyön ideointi ja käynnistäminen

Palosaari, E. 2007. Lupa särkyä: Kriisistä elämään. Edita

Selkokeskus. 2018. Viitattu 20.11.2018. www.selkokeskus.fi > Selkokieli > Määritelmä

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:16. Traumaattisten tilanteiden psykososiaalinen tuki ja palvelut. Opas kunnille ja kuntayhtymille. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Suomen mielenterveysseura. Kun sairastun: kriisin vaiheet. 2018. Viitattu 14.10.2018. Saatavilla internetissä: <https://www.mielenterveysseura.fi/fi/mielenterveys/vaikeat-el%C3%A4m%C3%A4ntilanteet/sairastuminen-voi-olla-kriisi/kun-sairastun-kriisin-vaiheet>

Suomen mielenterveysseura. 2015. Opas maahanmuuttajien parissa toimiville. Viitattu 15.9.2018. Saatavilla internetissä: <https://www.mielenterveysseura.fi/fi/raportit/opas-maahanmuuttajien-parissa-toimiville>

Suokas-Cunliffe, A. & Van Der Hart, O. 2006. Dissosiaatiohäiriö -varhaisen, jatkuvan traumatisoitumisen pitkäaikais sairaus. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 31.10.2018. Saatavilla internetissä: <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2006/16/duo95941>

Suokas-Cunliffe, A. 2015. Häpeästä myötätuntoon. Näkökulmia vakavaan traumatisoitumiseen. Helsinki: Traumaterapiakeskus ry.

TAYS. Persoonallisuushäiriö ja traumatausta. Tampereen yliopistollinen sairaala. 2016. Viitattu 7.11.2018. Saatavilla internetissä: [https://www.tays.fi/fi-FI/Ohjeet/Hoitoohjeet/Psykiatrian_hoitoohjelmat/Persoonallisuushairiot/Persoonallisuus_hairio_ja_traumatausta\(35706\)](https://www.tays.fi/fi-FI/Ohjeet/Hoitoohjeet/Psykiatrian_hoitoohjelmat/Persoonallisuushairiot/Persoonallisuus_hairio_ja_traumatausta(35706))

Tilastokeskus 2018. Muuttoliike. Viitattu 22.9.2018. www.tilastokeskus.fi > tuotteet ja palvelut > muuttoliike

Traumaterapiakeskus 2018. Psykkinen trauma. Viitattu 22.09.2018. www.traumaterapiakeskus.fi > psykkinen trauma

Tutkimus eettinen neuvottelukunta (TENK) 2018. Hyvä tieteellinen käytäntö. Viitattu 22.9.2018. <http://www.tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanto>

Turun ammattikorkeakoulu 2018. Marjat – Maahanmuuttajien kotoutumisen edistäminen terveyden ja hyvinvoinnin keinoin. Viitattu 22.9.2018. www.turkuamk.fi > tutkimus, kehitys ja innovaatiot > projektit > Marjat

Turun kaupunki 2018. Ulkomaalaistoimiston terveystalvet. Viitattu 15.10.2018. www.turku.fi > Sosiaali- ja terveystalvet > Maahanmuuttajien terveystalvet > Ulkomaalaistoimiston terveystalvet

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2018. Viitattu 25.11.2018. www.vsshp.fi > Toimipaikat > Psykiatrian yksiköt

Väestöliitto 2016. Uusi opas maahanmuuttaja-asiakkaan kohtaamisiin. Viitattu 22.9.2018. www.vaestoliitto.fi > maahanmuuttajat

Väestöliitto 2018. Maahanmuuttajat. Viitattu 11.10.2018. www.vaestoliitto.fi > Tutkimus > Väestötutkimuslaitos > Tilastoja > Maahanmuuttajat

Väestöliitto 2018. Maahanmuuttajat. Viitattu 11.10.2018. www.vaestoliitto.fi > Tutkimus > Väestötutkimuslaitos > Tilastoja > Maahanmuuttajat > Maahanmuuttajien määrät

Väestöliitto 2018. Maahanmuuttajat. Viitattu 11.10.2018. www.vaestoliitto.fi > Tutkimus > Väestötutkimuslaitos > Tilastoja > Maahanmuuton perusteet

Tiedonhakutaulukko

| Tietokanta | Hakusanat | Rajaukset | Osumat |
|------------|---|-------------|--------|
| Cinahl | "PDSD" | Buplication | 14 |
| Cinahl | "PDSD" ja "immigration" | Title | 3 |
| Cinahl | "PDSD" ja "immigration" | Subject | 0 |
| Cinahl | "PDSD" ja "Immigration" | In text | 463 |
| Cinahl | "Trauma", "Immigration" ja "Family" | In all text | 1311 |
| Cinahl | "Immigration families", "Health care" ja "Trauma" | In all text | 91 |
| Cinahl | "Immigration", "Trauma" ja "Scandinavia" | In all text | 22 |
| Cinahl | "Immigration trauma", "Family" ja "Finland" | In all text | 3 |

| | | | |
|--------|--|-------------|----|
| | | | |
| Cinahl | "Immigration", "Trauma" ja "Finland" | In all text | 76 |
| Cinahl | "Asylum", "Trauma" ja "Finland" | In all text | 44 |
| Cinahl | "Refugee", "Trauma" ja "Finland" | In all text | 92 |
| Cinahl | "Refugee", "Trauma" ja "Maternity care" | In all text | 56 |
| Cinahl | "Refugee", "Finland" ja "Maternity care" | In all text | 22 |

Kriisin kokeneen asiakkaan haastattelemisen muistilista

Ratkaisukeskeisen terapian oppikirjasta (De Jong, Berg 2013) liitetty ohjeeksi vakauttavan vaiheen tai ensikohtaamisen avuksi:

1. Selkeytä oma roolisi

- Auttajan tulisi olla aina valmis esittelemään itsensä sekä missä roolissa hän on kyseisessä tilanteessa.
- Etene hitaasti ymmärtäen ja hyväksyen asiakkaan omat käsitykset, kertomukset ja näkemykset

"Hienoa, että tulit tänne tänään, tulit oikeaan paikkaan. Mitä apua tarvitset ensi alkuun?"

2. Kartoita selviytymiskeinot

- Oleta aina, että asiakas on kyvykäs, neuvokas ja taitava.
- Etsi vahvuuksia ja anna niistä positiivista palautetta:

"Hienoa, että tulit tänne tänään. Miten onnistuit siinä?". "Mitä muuta olet tehnyt tässä tilanteessa pitääksesi itsestäsi huolta?"

- Kysy yksityiskohtia: mitä, milloin, missä, kuka, miten.

"Mistä muusta on ollut apua?" "Voisivatko asiat olla huonomminkin?" "Miksi asiat eivät ole huonommin?" (Huomaa vahvuudet ja anna niistä palautetta) "Kuka tai mikä voisi sinua tässä tilanteessa auttaa parhaiten?" "Mikä siinä on sellaista, joka auttaa sinua?"

3. Ota käyttöön selviytymisasteikko

"Ajatellaan, että 10 tarkoittaa sinun pärjäävän tämän asian kanssa niin hyvin kuin ikinä voisit kuvitella pärjääväsi ja 0, että et pärjää mitenkään, missä kohtaa sanoisit olevasi tällä hetkellä?"

- Mikäli asiakas vastaa lukuarvolla, joka on suurempi kuin 1. Voi auttaja edetä avoimilla kysymyksillä ja antaa positiivista palautetta, mitä asiakas on tehnyt päästäkseen eteenpäin. Mikäli asiakas vastaa esim. -2 voi auttaja kysyä, mitä hän on tehnyt estääkseen tilanteen luisumasta yhä syvemmälle ahdinkoon.

4. Pyydä asiakasta kuvaamaan toipumisen seuraava askel

”Oletetaan, että etenet yhden pykälän asteikolla toipumiseen. Mikä olisi toisin? Mistä huomaisit päässeesi yhden pykälän eteenpäin? Mitä edellyttäisi, että niin tapahtuisi? Jos oletetaan, että asiat menisivät 2-3 askelta eteenpäin, mikä silloin olisi toisin? Mistä tietäisit, että olet alkanut selviytymään pari askelta paremmin tämän asian kanssa? Kuka huomaisi muutoksen? Mitä hän huomaisi? Miten tämä henkilö reagoisi muutokseen? Mikä on tärkein asia, joka sinun täytyy pitää mielessä, jotta pärjät tämän jutun kanssa?”

5. Esitä yhteenveto keskustelusta

Tee yhteenveto (sanallinen, tai parempi vielä kirjallinen) kaikista niistä asioista, joita asiakas on tehnyt ja jotka auttavat häntä pärjäämään. Nosta esiin pienimmätkin yksityiskohdat ja käytä mahdollisimman paljon asiakkaan omia sanoja. Anna asiakkaalle positiivista palautetta hänen vahvuuksistaan ja onnistumisistaan. Ehdota, että asiakas jatkaa niiden asioiden tekemistä, jotka toimivat ja, että hän laittaa tietoisesti merkille mitä hän sellaista hän tekee, josta on hänelle hyötyä

Kolmannen sektorin palvelut

MATALAN KYNNYKSEN PALVELUT:

ITU ry Ruokala ja kohtaamispaikka:

Turun Mielenterveysyhdistys ITU ry
Mielenterveyskuntoutujille

ITUn kohtaamispaikka on mielenterveyskuntoutujille tarkoitettu tila, ystävien ja tuttujen kohtaamiseen sekä heidän saamiseen. Kohtaamispaikka on päihteetön ja syrjinnästä vapaa alue. Kohtaamispaikassa on aukioloaikoina tarjolla kahvia, virvokkeita ja leivonnaisia joka päivä. Lounasta tarjotaan maanantaista perjantaihin kello 12–13. Kohtaamispaikassa on lehtiä luettavaksi ja pelejä pelattavaksi.

Kuka tahansa voi tulla tutustumaan ITUn kohtaamispaikkaan, mutta säännöllinen käynti kohtaamispaikassa edellyttää liittymistä yhdistyksen jäseneksi.

Mielenterveyden keskusliiton Tietopalvelu Propelli:

Mielenterveyden keskusliitto
Mielenterveyskuntoutujille, omaisille, läheisille, ammattilaisille

Propellista saa ohjausta ja neuvontaa mielenterveyskuntoutumiseen liittyvissä asioissa. Tietoa on saatavana sekä käyntipisteessä että puhelimitse. Tietoa mielenterveyskuntoutumisesta, kursseista, koulutuksista, etuuksista. Vertaistukipuhelinpalvelu. Käyntipisteessä mahdollisuus vaihtaa kokemuksia vertaistensa kanssa liittyen mielenterveyskuntoutumiseen.

Käyntipiste on matalankynnyksen paikka, johon voi tulla ilman ajanvarausta.

Tsemppi-talo:

Turun seudun Mielenterveyspalveluyhdistys ry
Turkulaisille työikäisille aikuisille mielenterveyskuntoutujille

Tsemppi-Talo on mielenterveyskuntoutujien tavoitteellinen ja voimavaralähtöinen työpainotteinen toimintakeskus. Talo tarjoaa toimintakykyä ylläpitävää ja kuntouttavaa toimintaa, työtoimintaa sekä mahdollisuudet sosiaaliseen kanssakäymiseen ja kodin ulkopuoliseen toimintaan. Talossa kuntoutujan on mahdollisuus kehittää arjen hallintaa ja saada tukea itsenäisyydelle ja omanarvontunnolle. Talossa tehdään henkilökohtainen suunnitelma ammattihenkilökunnan ohjauksella ja arvioinnilla ja sitä tarkistetaan ja muutetaan tarvittaessa säännöllisin väliajoin. Talon toiminta on porrastettu sekä

joustavaa ja se huomioi asiakkaan voimavarat, toimintakyvyn rajoitteet ja yksilöllisen tilanteen.

Tsemppi-Taloon voi tulla käymään aukioloaikoina ja sopia tarkemmin eri vaihtoehtoista osallistua toimintaan. Tsemppi-Talossa voi myös käydä kohtaamispaikassa ilman suunnitelmaa. Maanantaisin klo 14.00 on aina esittely Talosta, johon voi tulla ilmoittautumalla etukäteen Tsemppi-Talon toimistoon.

KRIISIPALVELUT:

Turun Kriisiryhmät:

Turun kaupungin hyvinvointitoimiala sekä Turun ja Kaarinan seurakuntayhtymä

Turkulaisille, jotka ovat juuri kohdanneet äkillisen traumaattisen tilanteen (esim. äkillisen kuolemaan, tai loukkaantumiseen johtanut onnettomuus tai väkivaltatilanne, itsemurha) ja heidän omaisilleen, läheisilleen, auttajille, eloonjääneille tai muuten tilanteessa olleille.

Turun kriisiryhmät järjestävät 24–72 tunnin sisällä purkuistunnon, jonka tarkoitus on edistää normaalia kriisistä selviytymistä. Palvelu ei ole tarkoitettu pitkittyneisiin kriiseihin eikä yksittäisille henkilöille. Palvelu on osa suuronnettomuuksien henkistä huoltoa.

Viranomainen (terveydenhuollon ammattihenkilö, poliisi, pelastusviranomainen) antaa päivystävän kriisiryhmän puhelinnumeron. Päivystys toimii ympäri vuorokauden vuoden jokaisena päivänä.

Perheкриisi- ja terapiakeskus Pilari:

Turun ensi- ja turvakotiyhdistyksen perheкриisi ja terapiakeskus Pilari

Pilari palvelee perheitä, perheenjäseniä, avoliitossa ja seurustelusuhteessa olevia pareja sekä eronneita. Tarjoamme lyhytaikaista tukea erimuotoisen väkivallan aiheuttamassa perheкриisissä.

Pilarin työn tavoitteena on lisätä perheiden hyvinvointia ja ehkäistä erimuotoista lähisuhteiden väkivaltaa. Palvelu keskittyy väkivallan ehkäisyyn, sen seurausten hoitamiseen ja väkivallasta irti pääsyyn. Teemme turvasuunnitelmia yhdessä tekijän ja kokijan kanssa, jotta turvallisuus perheessä lisääntyisi. Työmme tavoitteena on myös lujittaa parisuhdetta ja vanhemmuutta, sekä löytää asiakkaiden kanssa rakentavia vuorovaikutusmalleja. Tuemme vanhemmuutta myös puolisoitten erotilanteessa, jotta lapselle koituisi mahdollisimman vähän kärsimystä. Väkivallan kohteena olleille tai väkivaltaisille suhteesta eronneille traumatisoituneille naisille ja miehille on varattu mahdollisuus yksilötyöskentelyyn.

Asiakas soittaa itse ja varaa aikaa, jonka yhteydessä asiakasta haastatellaan ja arvioidaan avun tarve ja kiireellisyys. Ajanvaraus arkisin klo 11.00–12.00 Puh. 02 277 6900. Yksilökäynti 40 € Parikäynti 70 € Perheikäynti 70 €.

Turun kriisikeskus:

Lounais-Suomen Mielenterveysseura ry

Turkulaisille ja Turun seudun asukkaille, jotka ovat joutuneet vaikeaan elämäntilanteeseen. Turun kriisikeskus tarjoaa ammatillista yksilö- tai ryhmämuotoista keskusteluapua ja psykososiaalista tukea esimerkiksi perhe- ja parisuhdesuhdekriiseissä, traumaattisissa psyykkisissä kriiseissä (esim. onnettomuuksien, väkivallan ja rikosten uhrin, läheisensä menettäneet) ja muissa elämän kriisitilanteissa siten, että suhteellisen lyhytkestoisen varhaisen tuen avulla pyritään ennaltaehkäisemään ongelmatilanteiden komplisoitumista. Tarvittaessa asiakkaita ohjataan paremmin soveltuviin palveluihin. Vapaaehtoisvoimin kriisikeskus tarjoaa yksilötukisuhteiden kautta toteutuvaa ennaltaehkäisevää tukitoimintaa esimerkiksi lapsille, nuorille, lapsiperheille ja maahanmuuttajille. Vapaaehtoistyönä tuotetaan myös vertaistukea lapsensa menettäneille sekä kriisipuhelinpalveluja. Turun kriisikeskuksessa tarjotaan myös kuntouttavaa ja ennaltaehkäisevää ryhmämuotoista tukea, jota voidaan tuottaa joko ammatillisin resurssein, vapaaehtoisvoimin tai näiden yhdistelmänä. Ryhmien aiheet vaihtelevat tilanteen ja tarpeen mukaan.

Palvelun piiriin pääsee ns. matalan kynnyksen periaatteella, eli oma yhteydenotto kriisikeskuksen ajanvaraukseen riittää – diagnoosia, lähetettä tms. ei tarvita. Tarvittaessa palveluihin voi hakeutua nimettömänäkin.

AUTTAVAT PUHELIMET MIELENTERVEYSONGELMISSA:

**Mielenterveyden keskusliiton Tietopalvelu Propellin
valtakunnallinen neuvontapuhelin**

Ohjausta ja neuvontaa mielenterveyskuntoutumiseen liittyvissä asioissa.

Suomen Mielenterveysseuran kriisipuhelin

Välitöntä keskusteluapua kriiseissä oleville ja heidän läheisilleen. Puhelimessa vastaavat kriisityöntekijät ja koulutetut vapaaehtoiset tukihenkilöt. Soittaa voi nimettömänä. Puhelinauttamisen. Tavoitteena on helpottaa asiakkaan henkistä hätää tarjoamalla hänelle mahdollisuus puhua yllättävästä tapahtumasta tai vaikeasta elämäntilanteesta sallivassa ja tukevassa ilmapiirissä.

MUUT PALVELUT MIELENTERVEYSKUNTOUTUJILLE:**ITU ry. Vertaistukiryhmät:**

Turun Mielenterveysyhdistys ITU ry

Vertaistukiryhmä koostuu samassa elämäntilanteessa tai saman sairauden kanssa elävistä henkilöistä. Vertaistukiryhmässä voit keskustella omasta elämäntilanteestasi sellaisten ihmisten kanssa, jotka ymmärtävät, miltä ongelmat tuntuvat. ITU:ssa on vertaistukiryhmiä eri sairauksille (masennus, paniikkihäiriö, kaksisuuntainen mielialahäiriö, skitsofrenia) ja muille ryhmille (miehet, naiset, nuoret, painonhallinta). Ryhmillä on yksi tai kaksi vetäjää, jotka ovat saaneet koulutusta tehtävänsä. Kaikki keskustelut ryhmässä ovat luottamuksellisia.

Vertaistukiryhmiin on vapaa pääsy. Voit kysyä ryhmän seuraavasta kokoontumisajasta ITUn toimistosta tai katsoa sen nettisivuilta. Halutessasi voit varata toimistosta tutustumisajan ITUun. Kaikki ovat tervetulleita tutustumaan yhdistyksen toimintaan, mutta pitempiaikainen osallistuminen edellyttää liittymistä yhdistyksen jäseneksi.

NMKY:n Maahanmuuttajapalvelut:

NMKY-Sosiaalipalvelut

Useamman vuoden maassa olleille maahanmuuttajille, jotka tarvitsevat tukea ja ohjausta elämän muutos- ja/tai ongelmakohdissa yksilö- tai perhelähtöisesti.

NMKY:n maahanmuuttajapalveluissa toimii 2 erityisasiantuntijaa, jotka auttavat maahanmuuttajia erilaisissa elämäntilanteissa ja asioissa. Erityisasiantuntijoiden toiminta mahdollistaa syvällisemmän palveluohjauksen, jossa on mahdollista käsitellä vaikeampiakin kysymyksiä luottamuksellisesti.

TYKS Psykiatrian toimialue

TYKS:n Psykiatrian toimialue koostuu 1.1.2018 alkaen kahdeksasta vastuualueesta:

- Akuuttipsykiatria
- Lastenpsykiatria
- Mielialahäiriöt
- Neuropsykiatria
- Nuorisopsykiatria
- Psykoosit
- Riippuvuuspsykiatria
- Vanhuspsykiatria.

Alla olevassa listassa psykiatrian yksiköt luetellaan vastuualeittain.

Akuuttipsykiatria

- Akuuttipsykiatrian osasto A1
- Salon mielenterveys- ja päihdepäivystys
- Turun ja Raision akuuttityöryhmät
- Tyksin yleissairaalapsykiatrian työryhmä

Lastenpsykiatria

- Kaarinan lastenpsykiatrian työryhmä
- Lastenpsykiatrian osasto L1
- Liedon ja Loimaan lastenpsykiatrian työryhmät
- Paraisten lastenpsykiatrian työryhmä
- Raision-Uudenkaupungin lastenpsykiatrian työryhmä
- Salon lastenpsykiatrian työryhmä
- Turun lasten ja nuorten oikeuspsykiatrian tutkimusyksikkö
- Turun lastenpsykiatrian työryhmä
- Tyksin lastenpsykiatrian työryhmä

Mielialahäiriöt

- Kaarinan mielialahäiriötyöryhmä ja päiväyksikkö
- Liedon mielialahäiriötyöryhmä
- Loimaan mielialahäiriötyöryhmä
- Mielialahäiriöosasto M1
- Mielialahäiriöosasto M2
- Mielialahäiriöosasto M3
- Paraisten mielialahäiriötyöryhmä
- Paraisten työryhmien Kemiön sivuvastaanotto
- Raision mielialahäiriötyöryhmä
- Salon mielialahäiriötyöryhmä
- Salon päiväyksikkö
- Turun mielialahäiriötyöryhmä
- Uudenkaupungin mielialahäiriötyöryhmä

Neuropsykiatria

- Lasten neuropsykiatrinen työryhmä
- Nuorten neuropsykiatrinen työryhmä
- Psykiatrian neuromodulaatioyksikkö
- Salon neuropsykiatrian työryhmä
- Tyksin neuropsykiatrian työryhmä

Nuorisopsykiatria

- Kaarinan nuorisopsykiatrian työryhmä
- Liedon nuorisopsykiatrian työryhmä
- Loimaan nuorisopsykiatrian työryhmä
- Nuorisopsykiatrian osasto J1
- Nuorisopsykiatrian tehostetun avohoidon yksikkö
- Raision nuorisopsykiatrian työryhmä
- Salon nuorisopsykiatrian työryhmä
- Syömishäiriöyksikkö
- Turun nuorisopsykiatrian työryhmä
- Tyksin nuorisopsykiatrian työryhmä
- Uudenkaupungin nuorisopsykiatrian työryhmä

Psykoosit

- Kaarinan psykoosityöryhmä ja päiväyksikkö
- Liedon psykoosityöryhmä
- Loimaan psykoosityöryhmä
- Paraisten psykoosityöryhmä
- Paraisten psykoosityöryhmän Kemiön sivuvastaanotto
- Psykoosihoidon tehostetun avohoidon yksikkö
- Psykoosiosasto P1
- Psykoosiosasto P2
- Psykoosiosasto P3
- Psykoosiosasto P4
- Psykoosiosasto P5
- Raision psykoosityöryhmä
- Salon psykoosityöryhmä
- Turun kuntoutustyöryhmä
- Turun psykoosi- ja bipolaarityöryhmä
- Uudenkaupungin psykoosityöryhmä

Riippuvuuspsykiatria

- Addiktiopoliklinikka
- Korvaushoitopoliklinikka
- Päihdepsykiatrian poliklinikka
- Riippuvuuspsykiatrian osasto R1

Vanhuspsykiatria

- Vanhuspsykiatrian osasto V1
- Vanhuspsykiatrian osasto V2
- Vanhuspsykiatrian tehostetun avohoidon yksikkö
- Vanhuspsykiatrian työryhmä
- Vanhuspsykiatrian Uudenkaupungin työryhmä

Psyykkisten traumaoireiden seulontakysely TSQ

Tämänhetkiset reaktiosi kokemaasi järkyttävään tapahtumaan.

Ole hyvä ja mieti seuraavia reaktioita, joita toisinaan esiintyy traumaattisen tapahtuman jälkeen. Tämä kysely keskittyy kokemasi traumaattisen tilanteen herättämiin henkilökohtaisiin reaktioihisi.

Ole hyvä ja merkitse (kyllä / ei), oletko vai etkö ole kokenut joitakin seuraavista **vähintään kahdesti viimeisen viikon aikana.**

| | Ei | Kyllä | |
|-----------------|----|-------|--|
| 1. | | | Järkyttäviä ajatuksia tai muistoja tapahtumasta, jotka ovat tulleet mieleesi oman tahtosi vastaisesti. |
| 2. | | | Järkyttäviä unia tapahtumasta. |
| 3. | | | Toimimista tai tunnetta ikään kuin traumaattinen kokemus tapahtuisi uudelleen. |
| 4. | | | Tapahtumasta muistuttavien tekijöiden aiheuttamaa järkytyksen tunnetta. |
| 5. | | | Ruumiillisia reaktioita (kuten nopea sydämen syke, vatsan väänteet, hikoilu, huimaus) jonkin muistutettaessa tapahtumasta. |
| 6. | | | Vaikeutta nukahtaa tai pysyä unessa. |
| 7. | | | Ärtisyyttä tai vihan purkauksia. |
| 8. | | | Keskittymisvaikeuksia. |
| 9. | | | Voimistunutta tietoisuutta mahdollisista vaaroista itsellesi tai toisille. |
| 10. | | | Hermostuneisuutta tai säikkymistä jotain odottamatonta kohtaan. |
| Yhteensä | | | |

PISTEYTYS

Traumaperäisen stressireaktion riski on kohonnut, mikäli vastauksissa esiintyy 6 tai useampi "kyllä" -vastaus.

© 2002 The Royal College of Psychiatrists

TRAUMATISOITUNEIDEN
MAAHANMUUTTAJIEN KOHTAAMINEN
JA OHJAAMINEN PALVELUIDEN PARIIN

-OPAS PERUSTERVEYDENHUOLLON TYÖNTEKIJÖILLE



Tämä opas on tehty osana opinnäytetyötä –Traumatisoituneiden maahanmuuttajien kohtaaminen ja ohjaaminen palveluiden pariin. Opas on tarkoitettu perusterveydenhuollon työntekijöiden käytettäväksi heidän kohdatessaan aikuisia maahanmuuttajia, jotka kärsivät traumasta. Opasta voi käyttää työvälineenä kohtaamistilanteissa tai antaa maahanmuuttajalle itselleen.

Opinnäytetyön toimeksiantaja on Marjat –Hanke.

© Ilano, Patton & Rinne

TIIVISTELMÄ

Sotien ja pakolaisuuden lisääntyminen on globaali sopeutumistilanne. Tämä vaikuttaa myös Suomen ja yhteiskunnan rakenteeseen, tätä kautta sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Opas on osa opinnäytetyötä, joka on toimeksiannettu Marjan -hankkeelta. Marjat -hankkeen pyrkimys on edesauttaa maahanmuuttajien kotoutumista terveyden ja hyvinvoinnin keinoin. Oppaan tavoitteena on konkreettisten työvälineiden lisääminen hoitohenkilökunnalle. Työvälineillä tarkoitetaan oppaassa olevaa teoreettista tietoa, haastattelurunkoa sekä voimavaraista kysymyksiä että oireilun helpottavia harjoituksia. Opas sisältää tietoa maahanmuuttaja asiakkaan hoitopolusta sekä mielenterveyttä tukevista palveluista.

SISÄLLYS

| | |
|--|----|
| TIIVISTELMÄ | 3 |
| TRAUMA JA TRAUMAATTINEN KRIISI | 5 |
| TRAUMAPERÄINEN STRESSIHÄIRIÖ | 6 |
| MAAHANMUUTTO PSYKKISENÄ PROSESSINA JA KRIISINÄ | 7 |
| TRAUMATISOITUNEEN IHMISEN KOHTAAMINEN | 8 |
| ARVIOINNIN TYÖVÄLINEET | 9 |
| Psyykkisten traumaoireiden seulontakysely TSQ | 9 |
| SELVIYTYMISTÄ HELPOTTAVIA HARJOITUKSIA | 10 |
| HOITOPOLKU JA HOITON OHJAUTUMINEN..... | 12 |
| KOLMANNEN SEKTORIN PALVELUT..... | 12 |

TRAUMA JA TRAUMAATTINEN KRIISI

Trauma on henkinen tai ruumiillinen vaurio. Sen aiheuttaa uhkaava tapahtuma, jota seuraa traumaattinen stressi.



Traumaattinen kriisi on psyykinen tilanne. Se kehittyy, kun ihminen kokee tapahtuman, joka on vaaraksi hänen hyvinvoinnilleen.

Mahdollisia traumaattisen kokemuksen aiheuttajia:

- ❖ Kuolema
- ❖ Onnettomuus
- ❖ Väkivalta
- ❖ Sota ja pakolaisuus
- ❖ Luonnonkatastrofit
- ❖ Poliittinen vaino



TRAUMAPERÄINEN STRESSIHÄIRIÖ

Traumaperäinen stressihäiriö eli PTSD voi kehittyä, jos ihminen on kokenut traumaattisen tapahtuman ja sen hoitaminen on pitkittynyt. Hoidon pitkittymisen vuoksi trauman psyykinen työstäminen epäonnistuu. PTSD kehittyy 6 kuukauden sisällä traumaattisesta tapahtumasta.

Traumaperäisen stressihäiriön oireet voidaan jakaa neljään ryhmään. Tässä esimerkkejä oireista.

Uudelleen toistumisen oireet:

- ❖ Traumaattisen tapahtuman pakonomainen uudelleenkokeminen muuan muassa takaumien, toistuvien ajatuksien ja painajaisunien kautta
- ❖ Ahdistuneisuus
- ❖ Itsensä tunteminen vieraaksi
- ❖ Aistiharhat

Välttämisoireet:

- ❖ Tapahtumasta muistuttavien paikkojen, ihmisten sekä keskustelujen välttäminen
- ❖ toimintakyvyn menetys
- ❖ Eristäytyminen

Kohonneen vireystilan oireet:

- ❖ Keskittymisvaikeus ja levottomuus
- ❖ Unihäiriöt
- ❖ Negatiivinen mieliala kuten suru tai viha
- ❖ Toistuva säikähtäminen
- ❖ Hikoilu, vapina ja sydämen tykytys

Ajattelun ja mielialan muutokset:

- ❖ Vaikea muistaa asioita, esimerkiksi keskeisiä trauman tapahtumia
- ❖ Muisti on väärentynyt
- ❖ Masennus
- ❖ Itsensä syyttäminen ilman järkevää syytä



MAAHANMUUTTO PSYKKISENÄ PROSESSINA JA KRIISINÄ



- ❖ Maahanmuutto tai pakolaisuus on aina iso henkinen tapahtuma, johon vaikuttavat useat eri tekijät.
- ❖ Ikävät kokemukset ja epävarmuus sekä turvapaikan odottaminen vaikuttavat ihmiseen.
- ❖ Maahanmuutto voi olla kriisi:
 - **Shokkivaihe:**
 - Kehittyy hitaasti
 - Kotimaan menetys ja uudessa maassa asuminen
 - Kriisi
 - **Reaktiovaihe:**
 - Uusi kotimaa tuntuu huonolta ja vieraalta
 - Ikävä kotimaahan
 - Omien asioiden hoitaminen hankalaa
 - Suuttuminen ja vihaisuus
 - Syyllisyys
 - Masennus
 - Elämässä eteenpäin siirtyminen tuntuu hankalalta
 - **Työskentelyvaihe:**
 - Tulevaisuus alkaa tuntua valoisaalta
 - Uusi kotimaa tuntuu mukavalta
 - Vaikeuksista huolimatta selviydytään
 - Uusi kotimaa ja koti nähdään pysyvinä
 - Menetettyä kotimaata saa silti surra
 - **Uudelleen suuntautumisen vaihe:**
 - Maahanmuutto on hyvä asia
 - Kaksi eri kulttuuria on rikkaus ja mahdollisuus
 - Sinä olet selviytynyt
 - Elämä on tavallista ja se sisältää arjen iloja ja suruja
 - Huomataan maahanmuuton myönteiset puolet.

TRAUMATISOITUNEEN IHMISEN KOHTAAMINEN

Luottamuksellisuus todella tärkeää. Onnistuneen luottamuksellisen suhteen osia ovat: tasavertaisuus, vuorovaikutustaidot, aitous, avoimuus.

- ❖ Tasavertaisuudella tarkoitetaan, että molemmat auttaja ja traumaattisesti oireileva ihminen kunnioittavat toisen kokemusta ja asiantuntijuutta. Vaikeuksia kohdannut ihminen on omien kokemusten, tunteiden, elämäntarinan ja itselle toimivien ratkaisujen asiantuntija. Auttaja taas asiantuntija siinä, miten perehtyy asiakkaan tapaan ajatella ja hyödyntää asiakkaan havaintoja rakentaessaan tyydyttävämpää elämää.
- ❖ Vuorovaikutustaidoilla tarkoitetaan kykyä kuunnella ja antaa tilaa toisen tarinalle, olla läsnä vaikeissakin hetkissä. Vuorovaikutuksen tärkeä osa on tunteiden ymmärtäminen ja empatia.
- ❖ Traumaattisesti oireilevan ihmisen kohtaamisessa on tärkeää, että he saavat ohjata keskustelun kulkua liittyen traumakokemuksiin, jotta vältetään liian nopealta etenemiseltä, joka voi johtaa lisääntyneeseen turvattomuuden tunteeseen ja traumaoireiden pahenemiseen.
- ❖ Avoimesti kysymällä vaikeista aiheista ja traumataustasta ihmiselle ilmaistaan, että auttaja on tarpeeksi vahva, halukas ja valmis käsittelemään vaikeitakin asioita. Tämä antaa asiakkaalle luvan tuoda esiin vaikeita teemoja.
- ❖ Kulttuuri vaikeuksista selviää avoimuudella, kun kysyy, miten ajatellaan erilaisista asioista.



ARVIOINNIN TYÖVÄLINEET

Aiempien traumaattisten kokemusten kysely (TAQ, Van Der Kolk)

Psyykkisten traumaoireiden seulontakysely (TSQ, Brewing SC, Rose S, Andrew B)

Dissosiativisia kokemuksia kartoittava kysely (DES, Bernstein ja Putnam, 1986)

Mikäli kyselyn aikana ilmenee fyysisiä dissosiaatio oireita apuna kannattaa käyttää SDQ-kyselyä, joka kartoittaa dissosiaation somaattisten oireiden vakavuutta.

Psyykkisten traumaoireiden seulontakysely TSQ

Tämänhetkiset reaktiosi kokemaasi järkyttävään tapahtumaan.

Ole hyvä ja mieti seuraavia reaktioita, joita toisinaan esiintyy traumaattisen tapahtuman jälkeen. Tämä kysely keskittyy kokemasi traumaattisen tilanteen herättämiin henkilökohtaisiin reaktioihisi.

Ole hyvä ja merkitse (kyllä / ei), oletko vai etkö ole kokenut joitakin seuraavista **vähintään kahdesti viimeisen viikon aikana.**

| | Ei | Kyllä | |
|-----------------|----|-------|--|
| 1. | | | Järkyttäviä ajatuksia tai muistoja tapahtumasta, jotka ovat tulleet mieleesi oman tahtosi vastaisesti. |
| 2. | | | Järkyttäviä unia tapahtumasta. |
| 3. | | | Toimimista tai tunnetta ikään kuin traumaattinen kokemus tapahtuisi uudelleen. |
| 4. | | | Tapahtumasta muistuttavien tekijöiden aiheuttamaa järkytyksen tunnetta. |
| 5. | | | Ruumiillisia reaktioita (kuten nopea sydämen syke, vatsan väänteet, hikoilu, huimaus) jonkin muistutettaessa tapahtumasta. |
| 6. | | | Vaikeutta nukahtaa tai pysyä unessa. |
| 7. | | | Ärtisyyttä tai vihan purkauksia. |
| 8. | | | Keskittymisvaikeuksia. |
| 9. | | | Voimistunutta tietoisuutta mahdollisista vaaroista itsellesi tai toisille. |
| 10. | | | Hermostuneisuutta tai säikkymistä jotain odottamatonta kohtaan. |
| Yhteensä | | | |

PISTEYTYS

Traumaperäisen stressireaktion riski on kohonnut, mikäli vastauksissa esiintyy 6 tai useampi "kyllä" -vastaus.

© 2002 The Royal College of Psychiatrists

SELVIITYMISTÄ HELPOTTAVIA HARJOITUKSIA

”Kirjoita, lue ja polta”- harjoitus on yksinkertainen ja lyhyt. Sitä voi käyttää ensimmäisenä apu keinona ja sitä voi toistaa useasti vaikeissa olotiloissa.

Etsi mukava istuinpaikka, jossa sinua ei häiritä. Tarvitset palan paperia ja kynän, sytyttimen ja tulitikut.

1. Kirjoita kuvaus tunkeutuvista kuvista, tunteista ja ajatuksista
2. Lue kirje ääneen. Lue se tukea antavalle turvalliselle ihmiselle, tai jos ketään ei ole saatavilla, lue se ääneen itsellesi kuvitellen saavasi tukea henkilöltä, jonka tiedät olevan myötätuntoinen kuuntelija.
3. Ota nyt paperi, jossa on kuvaus tunkeutuvista ajatuksista, tunteista tai kuvista, revi se.
4. Polta revityt paperin palat.

YVONNE DOLAN, PIENI ASKEL. 1998.

Tämä harjoitus saattaa toimia hyvin yksin ja olla riittävä. Joillakin ihmisillä se toimii parhaiten, kun sitä seuraa toinen harjoitus.



Helpotuksen piirtäminen

Tarvitset piirustuspaperia, maaleja, värikyniä tai tusseja. Varaa tunti aikaa. Tulet piirtämään/maalaamaan kolme kuvaa, kolmessa vaiheessa.

1. Piirrä kuva tai tunteet, jotka yhdistät tunkeutuviin ajatuksiin. Käytä värejä, jotka parhaiten herättävät tämän kokemuksen. Kenenkään ei tarvitse nähdä tuotosta, joten älä mieti miltä tuotos näyttää. Taiteellisuuden tyyllillä ei ole merkitystä, päätätkö tehdä abstraktin väri teoksen mieleen tunkeutuvasta kokemuksesta tai konkreettisemmän kuvauksen ääriivoilla.
2. Ota toinen uusi paperi. Piirrä tälle paperille kuva siitä mitä haluaisit tuntea ja ajatella.
3. Piirrä kolmannelle paperille uusi kuva, joka symboloi miten kuvittelet siirtymistä mielentilasta kuvassa yksi mielentilaan kuvassa kaksi.
4. Revi ja/tai polta ensimmäinen kuva.

YVONNE DOLAN, PIENI ASKEL. 1998



Negatiivisten viestien uudelleen kirjoitus

Negatiiviset viestit, joita saamme jostain, esimerkiksi vahvoilta ihmisiltä elämässämme jäävät mieleemme ja tulevat vahingossa haitalliseksi osaksi minäkuvaamme.

Mieti mikä negatiivinen tai tuhoava viesti menneisyydestäsi haittaa itseluottamusta tai positiivisia tunteita elämässäsi. Ajattele nyt uutta ja tervettä viestiä, jonka haluaisit ottaa vastaan sen sijasta. Kirjoita uusi viesti ensin dominantilla, sitten ei-dominantilla kädelläsi useita toistuvia kertoja. Kirjoita niin kauan, kunnes viesti alkaa tuntua tutulta osalta uskomusjärjestelmääsi

Yvonne Dolan, Pieni askel. 1998

HOITOPOLKU JA HOITOON OHJAUTUMINEN

- ❖ Terveyspalvelut saat ensimmäisen kahden vuoden ajan Turun kaupungin ulkomaalaistoimistosta
- ❖ Terveysteen ja hyvinvointiin liittyen kahden vuoden jälkeen saat palvelut omalta terveysasemaltasi
- ❖ Oman terveysasemasi lääkäri voi tarvittaessa tehdä sinulle lähetteen esimerkiksi psykiatriseen erikoissairaanhoidon.

KOLMANNEN SEKTORIN PALVELUT

- ❖ Jos voit psyykkisesti huonosti voit myös hyötyä monista kolmannen sektorin palveluista.
- ❖ Erilaiset organisaatiot ja järjestöt järjestävät mielenterveyttä tukevia palveluita.
- ❖ Tarjolla on niin matalan kynnyksen palveluita, kriisiapua kuin kuntouttavaakin toimintaa.
- ❖ Ohessa koonti kolmannen sektorin palveluista.



MATALAN KYNNYKSEN PALVELUT:

ITU ry Ruokala ja kohtaamispaikka:

Turun Mielenterveysyhdistys ITU ry
Mielenterveyskuntoutujien kohtaamispaikka.

Turun Mielenterveysyhdistys ITU ry
Hämeenkatu 28, 20700 Turku
Puh. 02 277 8778
Sähköposti: toimisto@itu.fi
www.itu.fi

Mielenterveyden keskusliiton Tietopalvelu Propelli:

Mielenterveyden keskusliitto
Ohjausta ja neuvontaa Mielenterveyskuntoutujille ja heidän läheisilleen.

Mielenterveyden keskusliitto, Tietopalvelu Propelli
Läntinen Pitkätie 35, 2. krs 20100 Turku
Turun Propelli Puh. 02 231 5037
Valtakunnallinen neuvontapuhelin 020 391 920

Tsemppi-talo:

Turun seudun Mielenterveyspalveluyhdistys ry
Voimavaralähtöistä työtoimintaa mielenterveyskuntoutujille.

Tsemppi-Talo
Mikonkatu 2 20100 Turku
Puh. 0400 - 842902
Sähköposti: toimisto@tsempitalo.net
www.tsempitalo.net

KRIISIPALVELUT:

Perhe kriisi- ja terapiakeskus Pilari:

Turun ensi- ja turvakotiyhdistyksen perhe kriisi ja terapiakeskus Pilari
Tukea väkivallan aiheuttamassa perhe kriisissä.

Perhe kriisi ja terapiakeskus Pilari Perhetalo Heideken

Sepänkatu 3 20700 Turku.
Puh. 02 277 6900
Sähköposti: vastaanotto@pilari.fi
www.pilari.fi

Turun kriisikeskus:

Lounais-Suomen Mielenterveysseura ry
Keskusteluapua kriisin kohdanneille.

Turun kriisikeskus
Yliopistonkatu 12 a B 6. krs 20100 Turku
Puh. 02 233 3442
Sähköposti: toimisto@turunkriisikeskus.fi
www.turunkriisikeskus.fi
www.tukinet.net

AUTTAVAT PUHELIMET MIELENTERVEYSONGELMISSA:

**Mielenterveyden keskusliiton Tietopalvelu Propellin
valtakunnallinen neuvontapuhelin**

Ohjausta ja neuvontaa mielenterveyskuntoutujille.
Puh. 020 39 1920
Kuntoutusneuvojat ma, ti ja to klo 9.00–14.00, ke klo 9.00–16.00
Vertaisneuvojat pe klo 10.00–15.00

Suomen Mielenterveysseuran kriisipuhelin

Välitöntä keskusteluapua kriisin kohdanneille.
Puh. 010 19 5202
ma–pe klo 9.00–6.00, la klo 15.00–6.00 ja su klo 15.00–22.00

MUUT PALVELUT MIELENTERVEYSKUNTOUTUJILLE:

ITU ry. Vertaistukiryhmät:

Turun Mielenterveysyhdistys ITU ry
Harrastetoimintaa ja vertaistukea mielenterveyskuntoutujille.

Turun Mielenterveysyhdistys ITU ry
Hämeenkatu 28 20700 Turku

Puh. 02 277 8778
Sähköposti: toimisto@itu.fi
www.itu.fi

NMKY:n Maahanmuuttajapalvelut:

NMKY-Sosiaalipalvelut
Tukea ja apua maahanmuuttajille elämän muutos- ja ongelmatilanteissa.

NMKY:n Maahanmuuttajapalvelut
Sirkkalankatu 27 B 38 20700 TURKU (NMKY:n talo)
Puh. 050 311 4128 tai 050 311 4129
Sähköposti: paula.nurminen@tunmky.fi tai olavi.katto@tunmky.fi
www.arkihaltuun.fi

Lisätietoa löytyy mielenterveystalon www-sivustoilta eri kielillä maahanmuuttajien mielenterveydestä. Sivuilta löytyy myös mielenterveyttä tukevia harjoituksia.

www.mielenterveystalo.fi > aikuiset > omahoito ja oppaat > oppaat > tietoa maahanmuuttajille

LÄHTEET:

Bremer L. & Haavikko A. 2009. Ulkoisesti erilaisia sisäisesti samanlaisia. Opas mielenterveystyöhön yli kulttuurirajojen. Suomen mielenterveysseura.

Dolan., Y. Pieni askel, tie hyvään traumaattisen kokemuksen jälkeen. 1998. Lyhytterapiainstituutti Oy.

Käypä hoito -suositus. Traumaperäinen stressihäiriö. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2014. Viitattu 01.11.2018. Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

Lönnqvist J., Henriksson M., Marttunen M. & Partonen T., 2011. Psykiatria. Duodecim.

Traumaterapiakeskus 2018. Psykkinen trauma. Viitattu 22.09.2018. www.traumaterapiakeskus.fi > psykkinen trauma

Turun kaupunki 2018. Ulkomaalaistoimiston terveystalvelut. Viitattu 15.10.2018. www.turku.fi > Sosiaali- ja terveystalvelut > Maahanmuuttajien terveystalvelut > Ulkomaalaistoimiston terveystalvelut