



Pelastushenkilöstön kriisiapu

Juha Kontkanen
Sanna Korhonen
Tuulia Nyström

2019 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

Pelastushenkilöstön kriisiapu

Juha Kontkanen
Sanna Korhonen
Tuulia Nyström
Sairaanhoitajakoulutus
Opinnäytetyö
Maaliskuu 2019 2019

Tuulia Nyström

Pelastushenkilöstön kriisiapu Pelastushenkilöstön kriisiapu

Vuosi 20192019 Sivumäärä 45

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää Länsi-Uudenmaan pelastuslaitokselle, kuinka kriisiavun antaminen työyhteisön jäsenille käytännössä toteutuu. Tarkoituksena oli saada selkeä kuva henkilöstön mielipiteestä kriisiavun toimimiseen liittyen sekä tuoda esiin parannus- ja kehityskohteita. Opinnäytetyön tuloksia tullaan hyödyntämään laitoksen kriisiavun kehittämisessä.

Opinnäytetyön tietoperusta perustuu tutkittuun tietoon kriisin vaiheista, äkillisestä stressireaktiosta, traumaperäisestä stressihäiriöstä, dissosiaatiohäiriöistä, resilienssistä, defusingistä sekä debriefingistä. Tietoa etsittiin myös kansainvälisistä tutkimuksista.

Tutkimus tehtiin sähköisenä, strukturoituna kyselynä henkilöstölle tammikuussa 2019. Opinnäytetyö toteutettiin määrällisenä eli kvantitatiivisena tutkimuksena. Tulosten analysointi tehtiin Excel-ohjelmistolla hyödyntämällä yksiulotteista frekvenssitaulukkoa.

Tuloksissa vastaajat toivoivat kriisiavun saamisen kehittämistä sekä defusing-istunnon laadun parantamista. 280 työntekijästä kyselyyn osallistui 42. Kaikista ammattiryhmistä saatiin vastauksia tasaisesti, suurin vastausprosentti oli Jorvin toiminta-alueella.

Tulosten perusteella saatiin kuva henkilöstön kokemasta tarpeesta kehittää kriisiapua edelleen sekä avoimen kysymyksen vastausten perusteella konkreettisia kehitysehdotuksia. Suurin vastausprosentti (50%) saatiin ensihoitohenkilöstöltä, joka kertoo työn kuormittavuudesta ja kriisiavun saamisen suuresta tarpeesta työyhteisön hyvinvoinnin edistämiseksi.

Jatkotoimenpiteenä ehdotettiin perehdytyksen sekä tiedon parantamista kriisiavun hakemiseen pelastushenkilöstölle. Myös defusing-istunnon laatua on parannettava. Vastausten perusteella työn tilaajan on helppoa hahmottaa nykytilanne kriisiavun saamiseen ja sen toimimiseen.

Tuulia Nyström

Rescue personnel emergency aid

Year 2019 2019

45

The aim of this thesis was to report to the rescue apartment of Länsi-Uusimaa how providing crisis support to the work community is realized. The main goal was to create a clear image about personnel opinions on the actions regarding crisis support as well as to point out improvement and development targets. The results of this thesis are going to be used in developing crisis support of the rescue department.

The basic information structure of this thesis was built on steps during crisis, sudden stress reactions, ptsd (Post Traumatic stress disorder), dissociative disorders, resilience, defusing and debriefing as well as previous studies on this theme. Additional information was examined from research done abroad.

The research was carried out electronically to the crew on January 2019, as a structured query. The thesis was executed as a quantitative research. The results were analysed with Excel utilizing one dimensional frequency chart.

The results showed that the respondents hoped for development of more accessible crisis support as well as the defusing briefing quality enhancement. 42 out of 280 employees took part in the survey. All professional groups provided equal amount of answers, largest answering percentage was at the district of Jorvi.

The result of this thesis was that the personnel feel the need to develop the crisis support more from now on and concrete development suggestions based on the open question. The majority percentage of the answers was given by the paramedics (50%), which tells about the strain of the work and need for crisis support for the wellness of the working community.

The follow-up suggestion was familiarization and better access for the rescue crew to find more information about crisis support. Also defusing sessions are to be improved widely. By utilizing the results the commissioner of the thesis can easily picture the present situation regarding need of crisis support and to make it work efficiently on site.

Keywords: crisis support, paramedics, fireman, debriefing, defusing

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Teoreettinen viitekehys	7
3	Menetelmät.....	22
4	Johtopäätökset:	34
5	Pohdinta.....	35
	Lähteet:	38
	Liitteet:.....	42

1 Johdanto

Opinnäytetyön tavoite on selvittää Länsi-Uudenmaan pelastuslaitokselle, kuinka kriisiavun antaminen työyhteisön jäsenille käytännössä toteutuu. Opinnäytetyön tavoitteena on nykytilanteen selvittäminen niin, että tulosten perusteella voidaan antaa selkeä kuva henkilöstön mielipiteestä kriisiavun toimimiseen liittyen sekä tuoda esiin parannus- ja kehittämisen kohteita.

Tässä opinnäytetyössä Länsi-Uudenmaan pelastuslaitoksesta käytetään lyhennelmää LUP. Länsi-Uudenmaan pelastuslaitoksella on jo olemassa kriisiauttamisohjelma, mutta lyhyellä ajanjaksolla on palkattu uutta henkilökuntaa runsaasti, jonka takia ei ole varmuutta, toimiiko jokainen ensihoitoyksikkö samalla tavalla? Käynnistyykö kriisiauttamisjärjestelmä samantyyllisesti, onko toimintamalli yhtä selvä kaikille? Kuinka asiaan perehdytetään, kun uusi työsuhde alkaa?

Työntekijän systemaattinen auttaminen saa hänet toipumaan paremmin ja säilyttämään työkyvyn. Kriisiavun antamisessa on otettava huomioon työntekijän aikaisemmat traumaattiset kokemukset sekä oman elämän historia, jotka saattavat vaikuttaa oireiluun kriisitilanteessa. (Huittinen, Huikuri-Salo, Komulainen & Ryhanen 2016.)

Pelastusalalla työskentelevällä saattaa olla aiempia traumaattisia kokemuksia työtehtävistä, joita ei ole käsitelty. Eteen voi tulla hetki, että oma voimavarakapasiteetti ylittyy ja ilman kriisitukea ei toimintakyky palaa. Ihminen saattaa yliarvioida sietokykynsä rajat eikä välttämättä osaa tunnistaa muutoksia itsessään. Pelastushenkilöstön vaativassa tehtävässä, jossa työnkuva voi muuttua äkillisesti hälytyksen luonteesta riippuen, voi kertyä peräkkäisiinkin vuoroihin rankkoja tilanteita.

2 Teoreettinen viitekehys

2.1 Kriisi

Kun elämässä tapahtuu suuri muutos, voidaan sitä usein kutsua kriisiksi. Tällainen muutos käynnistää ihmisen mielessä tehtävän, joka auttaa sopeutumaan muutokseen. Jotta ihminen selviäisi muutoksesta, joka voi olla vaativakin, on hänen käytettävä runsaasti psyykkisiä voimavaroja. Sopeutumista ja voimavarojen käyttämistä muutoksen aikana, kutsutaan kriisiksi. Muutoksen aikana ihmisen psyyke on ääriarajoilla ja erittäin kovilla. Kyseessä on vaihe, joka liittyy psyykkiseen toimintaan. Usein tilanne rauhoittuu ja tasapainottuu pikkuhiljaa ja ihmisen voimavarat riittävät selviämään tilanteesta, mutta on tilanteita, jossa ihmisen voimavarat eivät riitä ja tällöin kehitys on vahingollista mielelle. (Elämän erilaiset kriisit 2010.)

Kriisit voidaan jakaa kolmeen eri ryhmään: elämänkriisit, äkilliset kriisit sekä kehityskriisit. Elämänkriisejä ovat muun muassa ulkomaille muuttaminen, avioero, äkillinen irtisanominen työstä tai muuttaminen toiselle paikkakunnalle. Kyseessä on muutokset, joihin yleensä voi valmistautua henkisesti etukäteen, koska tapahtuvat pikkuhiljaa. Kyseisiin muutoksiin liittyy usein vaihe, jolloin ihminen joutuu tekemään kriisin ratkaisua sekä tulevaisuuteensa liittyvän päätöksen ja nämä päätökset ovat usein ihmiselle tärkeitä. Tästä syystä kriisi saattaa olla ihmiselle erityisen vaikea. Vielä vaikeampaa kriisistä tekee sen, että välillä voi olla tilanteita, jolloin kriisissä oleva henkilö ei pysty itse vaikuttamaan päätökseen. Tällainen tilanne on usein lapsien kohdalla, sillä heillä ei useinkaan ole päätösvaltaa, mutta heidät tulisi ottaa huomioon päätöstä tehdessä. Poikkeustilanne on kuitenkin esimerkiksi avioerossa, johon olisi lapselta kohtuutonta pyytää mielipiteitä. Muutokset voivat olla lapsille rankkoja, esimerkiksi muutto toiselle paikkakunnalle, koska kaikki kaverit jäävät vanhalle paikkakunnalle. Lapsi tarvitsee paljon tukea muutoksien jälkeen. (Elämän erilaiset kriisit 2010.)

Äkilliset kriisit ovat järkyttäviä tapahtumia eikä niihin voi varautua etukäteen vaan ne tapahtuvat aina täysin yllättäen. Äkillisiä kriisejä ovat muun muassa läheisen äkillinen kuolema, onnettomuudet, väkivallan kohteeksi joutuminen tai tulipalo. Äkillinen kriisi on psyykkisesti traumaattinen ja heti tapahtuneen jälkeen käynnistyy psyykkinen sopeutumisprosessi. Tapahtuneeseen ei pysty vaikuttamaan mitenkään itse ja tapahtuneeseen joudutaan, joka on jo tapahtunut, on vain sopeuduttava. Tämä vaikeuttaa luonnollisesti sopeutumisprosessia. Järkyttävän tapahtuneen jälkeen, elämä muuttuu eikä se jatku ennallaan. Moni kriisin kokenut on kertonutkin, että järkyttävä tapahtuma on elämän pysäkki. Pysäkki jakaa elämän kahteen osaan, ennen ja jälkeen järkyttävän tapatumen. Kriisiprosessiin vaikuttaa paljon se, miten äkillinen tapahtuma on kyseessä ja kuinka järkyttävä se on ollut. Sopeutuminen kuitenkin alkaa heti tapahtuneen jälkeen ja sopeutumisprosessi saattaa olla hyvinkin raju. Se johtuu siitä, että tapahtuman aiheuttamat aistimukset sekä mielikuvat peittävät ihmisen mielen tiivistetyssä muodossa. Kaikki voimavarat tulevat käyttöön prosessin aikana. Prosessi voi jatkua erittäin pitkään, vaikka se käynnistyisi voimakkaasti ja nopeasti. (Elämän erilaiset kriisit 2010.)

Kirsi Marin (2017) pro gradussaan toteaa, että äkillisen kriisin kokeneella on todellinen tarve saada kriisiapua oikea-aikaisesti ja tuen on toteuduttava riittävän pitkään. Apua tarvitseva hyötyy konkreettisesta tuesta, joka koskee arjessa selviytymistä, esimerkiksi ruoan laittoa ja lasten hoitoa. Marin (2017) kertoo gradussaan myös sairausloman pituuden tarpeellisuudesta. Tutkittavat olivat korostaneet normaaliin arkeen paluun tärkeyttä toimintakyvyn palautumisessa mutta myös sairausloman tärkeyttä. Tutkimukseen osallistuneet olivat kertoneet kokeneensa vähättelevää suhtautumista sairausloman tarpeellisuuteen.

Kehityskriisit ovat niin sanotusti siirtymävaiheita, jotka kuuluvat normaaliin elämäntilanteeseen ja niitä esiintyy iän kertyessä ja ajan kuluessa. Sellaisia ovat mm. ensimmäisen lapsen syntymä, eläkkeelle jääminen, muutto ensimmäiseen kotiin, lapsen muuttaminen pois kotoa tai 30v ikä-kriisi. Kyseisiin kriiseihin pystytään valmistautumaan etukäteen, koska muutokset eivät tapahdu yllättäen. Etukäteen mietittynä 30 vuoden ikä saattaa tuntua siltä, että elämä muuttuu paljon, mutta ensimmäinen päivä 30 vuotiaana ei kuitenkaan ole erilainen. Jokainen meistä selviytyy muutostilanteista omalla tavalla ja jokainen kohtaa elämänsä aikana kyseisiä kriisejä. Ne muokkaavat jokaista ihmistä omaksi itsekseen. (Elämän erilaiset kriisit 2010.)

2.1.1 Kriisin vaiheet

Kriisin vaiheet voidaan jakaa viiteen osaan, kuva 1. Mikäli tilanne ei ole kehittynyt yllättäen, henkilö saattaa käydä läpi uhkavaiheen, ennen sokkivaihetta. Uhkavaiheessa henkilö alkaa kokea ahdistusta ja se lisääntyy hiljalleen. Ahdistusta, joka liittyy uhkaavaan tapahtumaan, yritetään hallita suojautumiskeinoilla. Suojautumiskeinot voivat parantaa henkilön toimintakykyä tai jopa lamauttaa hänet täysin. Seuraamukset voivat olla erittäin haitalliset, mikäli henkilö on käyttänyt puolustuskeinona uhan kieltämistä. Tällöin uhkaava tilanne kohdataan täysin ilman valmistautumista. (Henriksson & Lönnqvist 2017.)

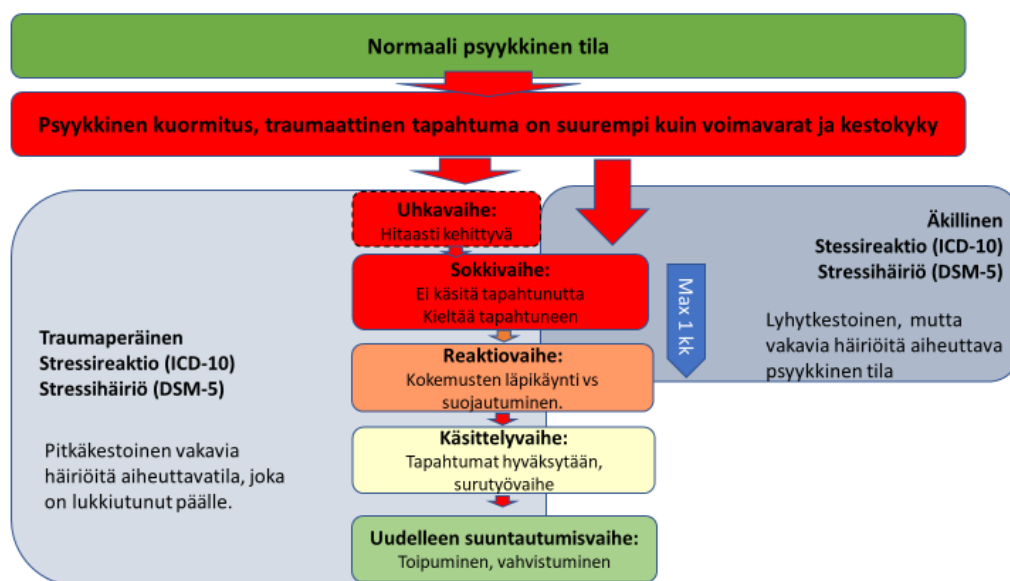
Sokkivaihe kestää noin muutaman vuorokauden ja se alkaa heti, kun sen laukaiseva tilanne tapahtuu. Tässä vaiheessa henkilö voi kieltää tapahtuneen, sillä hän ei vielä pysty ymmärtämään tapahtunutta. Hän voi käyttäytyä aivan kuin mitään ei olisi tapahtunut. Sokkivaiheessa henkilön toimintakyky voi olla erittäin hyvä ja hän saattaa näyttää hyvinkin rauhalliselta. Tämän vuoksi henkilön tila voidaan arvioida aluksi väärin. Kaikki eivät kuitenkaan käyttäydy sokkivaiheessa samalla tapaa. Jotkut voivat joutua sokkivaiheessa ns. kiihtymystilaan, jolloin henkilö saattaa itkeä, huutaa, raivota tai olla erittäin levoton. Harva kuitenkaan joutuu psykoosiasteiseen tilaan. Tunnereaktiot saattavat vaihdella hyvinkin nopeasti. Jälkikäteen henkilöt eivät välttämättä muista tapahtumia ja siihen liittyviä annettuja ohjeita. Tämän vuoksi esim. sairauksien diagnoosit ja niiden hoito-ohjeet tulee kertoa henkilölle myöhemmin uudelleen. Sokkivaiheessa ohjeet on sanottava hyvin selkeästi henkilölle. (Henriksson & Lönnqvist 2017.)

Kun sokkitilanteesta on päästy ohitse, alkaa reaktiovaihe. Sen kesto on yleensä parista viikosta pariin kuukauteen. Tässä vaiheessa henkilö alkaa muodostaa omaa käsitystä tapahtuneesta sekä huomaa pikkuhiljaa todellisuuden, joka on muuttunut tapahtuneen vuoksi. Turvallisin tapa käydä ikäviä tapahtumia läpi, on käsitellä niitä aluksi vain vähän aikaa kerrallaan. Sen jälkeen tapahtumia aletaan käsitellä aktiivisemmin asteittain ja aletaan kohtamaan todellisuutta. Henkilö saattaa reaktiovaiheen alussa poistaa mielestään ikävän tapahtuman. Sanotaan, että tapahtuneen rajaaminen pois mielestä reaktiovaiheen alussa on ihmis mielelle hyvä asia. Henkilön käytös taantuu usein reaktiovaiheessa. Jotkut henkilöistä voivat purkaa ahdistustaan esimerkiksi muiden syyttelyyn. Reaktiovaiheeseen liittyvät oireet tulkitaan välillä liian nopeasti psykoottisiksi oireiksi. Henkilö saattaa kokea aistiharhoja muistuttavia tuntemuksia, kuten menehtyneen ihmisen ääni kuuluu jostain tai hän näkyy seisovan sängyn vierellä. Reaktiovaiheeseen kuuluu repetitioilmiöt eli toistumisilmiöt. Tapahtumat toistuvat keskusteluissa muiden kanssa, muistikuvina sekä unissa. Unet ovat alkuun hyvin painajaisia, joka aiheuttaa luonnollisesti henkilössä ahdistusta. Painajaisunet jäävät hiljalleen pois ja uniin voi tulla uusia käännteitä, esimerkiksi tapahtuman eri puolia. Joskus saattaa esiintyä jopa autonomisen hermoston oireita, jotka tulevat esille, jos henkilö näkee jotain mikä muistuttaa tapahtuneesta. Oireita ovat esimerkiksi sydämentykytys, huimaus, vapina sekä hikoilu. (Henriksson & Lönnqvist 2017.)

On tärkeää, että henkilö löytää voimavaroihinsa nähden hyvän tasapainon, jonka avulla käy kokemukset läpi. Henkilön pitää kokea, että hänestä välitetään ja häntä pitää kuunnella, olla aidosti läsnä. Valitettavasti välillä käy niin, että kriisissä oleva henkilö esim. syyttelee läsnä olevia ihmisiä täysin kohtuuttomasti ja saa muut hermostumaan. On erityisen tärkeää, että kriisissä oleva henkilö saa ymmärtävää kohtelua sekä häntä kohtaan ollaan kärsivällisiä. Usein kriisistä selviytyttyä henkilö on omasta käytöksestään hyvin pahoillaan. (Henriksson & Lönnqvist 2017.)

Käsittelyvaiheen kesto on yleensä parista kuukaudesta vuoteen. Käsittelyvaiheen aikana henkilö alkaa hiljalleen hyväksymään tapahtumat eikä hän enää kiellä tapahtumia. Henkilö hyväksyy muutokset sekä menetykset, elää todellisuudessa. Tämän vuoksi käsittelyvaihetta voidaan myös kutsua surutyön vaiheeksi, koska henkilö muodostaa uutta kuvaa omasta elämästään sekä jatkaa edelleen tapahtuneen läpikäyntiä. Surutyön aikana on tärkeää käsitellä tapahtuneeseen liittyviä vihan ja syyllisyyden tunteita. (Henriksson & Lönnqvist 2017.)

Uudelleen suuntautumisen vaihe kestää noin yhdestä kahteen vuoteen, riippuen tapahtumasta ja sen jälkiseurauksista. Tapahtumista on tullut osa elämää. Voimavarat eivät ole enää vähissä kriisin vuoksi, vaan ihminen on saattanut saada jopa lisää voimavaroja. Kriisistä toipuminen ei kuitenkaan ole niin selvää. Mennyttä tapahtumaa muistuttavat tilanteet tai esim. vakava sairastuminen saattavat aiheuttaa reaktiovaiheen oireita. (Henriksson & Lönnqvist 2017.)



Kuvio 1: Kriisin vaiheet (mukaillen Huttunen 2017)

2.1.2 Äkillinen stressireaktio

Kyse on vakavasta häiriöstä, joka liittyy vaikeaan traumaattiseen tapahtumaan. Traumaattinen tapahtuma voi olla toisen tai oman fyysisen koskemattomuuden vaarantuminen, vakava loukkaantuminen tai läheisen kuolema tai niiden uhka. Äkillinen stressireaktio voi myös kehittyä, jos ihminen joutuu näkemään tapahtuman, jossa ihminen menehtyy tai loukkaantuu vakavasti. Henkilölle, joka kokee traumaattisen tapahtuman, ilmenee dissosiativisia oireita. Henkilö kokee ympäristönsä tai itsensä vieraana, ei kykene kokemaan tunnereaktioita, tuntee olonsa turtuneeksi eikä pysty muistamaan asioita koettuun traumaan liittyen. Oireet kestävät kahdesta päivästä neljään viikkoon. Kyseessä on traumaperäinen stressihäiriö, mikäli oireet kestävät yli neljä viikkoa. (Huttunen 2017.)

Erilaiset kokemukset traumaattisista tapahtumista ovat mm. väkivallan uhriksi joutuminen (raiskaus, pahoinpitely, kidutus), vakavat onnettomuudet (esim. auto-onnettomuudet, tulipalot), erilaiset luonnonkatastrofit sekä uhka oman hengen vaarantumisesta. Äkillinen stressireaktio voi myös kehittyä, vaikka traumaattinen kokemus kohdistuisi toiseen henkilöön, esimerkiksi tilanteessa, jossa henkilö saa tiedon, että lähiomainen on ollut vakavassa onnettomuudessa. Mitä järkyttävämmästä kokemuksesta on kyse, sen todennäköisempää on, että äkillinen stressireaktio kehittyy. Lähes kaikille, jotka kokevat todella järkyttävän tapahtuman, kehittyy äkillinen stressireaktio. Erilaisten tutkimusten mukaan noin 10-60%:lle aikuisista, jotka kokevat tavanomaisemman traumaattisen tapahtuman, kehittyy äkillinen stressireaktio. Henkilön ahdistusherkkyyks sekä aiemmat traumaattiset kokemukset vaikuttavat siihen, miten herkästi äkillinen stressireaktio lähtee kehittymään. (Huttunen 2017.)

Äkillisen stressireaktion aiheuttamat oireet ovat erilaisia eri ihmisten välillä. Mielikuvat traumaattisesta tapahtumasta tulevat toistuvasti mieleen, henkilö kokee elävänsä tilanteen uudelleen ja tapahtuma tulee myös uniin. Tuntemukset liittyvät dissosiatiiivisiin kokemuksiin. Yleensä trauman kokenut ihminen yrittää välttää keskusteluja, ihmisiä, tapahtuman ajattelua, paikkoja sekä ajatuksia tapahtumaan liittyen, jotka muistuttavat häntä tapahtuneesta. Henkilö saattaa olla koko ajan varuillaan ja ahdistunut. Hänen voi olla myös hankala keskittyä asioihin ja voi kärsiä myös unettomuudesta. (Huttunen 2017.)

On tärkeää, että henkilön oireita voidaan lieventää. Henkilölle tulee lisätä turvallisuuden tunnetta sekä tilanne tulee rauhoittaa. Mikäli henkilöllä on fyysisiä vammoja, on niiden hoitaminen erittäin tärkeää. Konkreettinen apu sekä lepo ovat myös tärkeitä hoidon kannalta. Ahdistuneisuutta vähentää tapahtuman jäsentäminen mahdollisimman selkeäksi. Jos oireet eivät ala lievittyä, on syytä jättää yksityiskohtaisemmat keskustelut tapahtuneesta myöhäisemmäksi, sillä henkilön ahdistuneisuus saattaa lisääntyä tapahtuneesta keskustellessa. Suurimmalla osalla järkyttävän tapahtuman kokeneista, äkillinen stressireaktio saattaa mennä ohi itsestään. Myös traumaperäisen stressihäiriön riski voi kasvaa joillakin henkilöillä, mikäli tapahtumaa aletaan käsitellä yksityiskohtaisesti heti tapahtuneen jälkeen. (Huttunen 2017.)

Psykiatrin, psykologin tai lääkärin puoleen kannattaa kääntyä lähipäivien tai viimeistään lähiviikkojen kuluessa, mikäli oireet vaikuttavat vahvasti toimintakykyyn sekä sosiaalisiin suhteisiin. Näin oireisiin voidaan vaikuttaa nopeasti ja voidaan estää äkillisen stressireaktion pitkeytyminen sekä traumaperäisen stressihäiriön kehittyminen. Jos henkilöllä on kohonnut verenpaine, sydämentykytystä, hikoilua tai dissosiatiiivisia oireita, voi se olla merkki siitä, että oireet pitkittyvät. Ruumiilliset oireet johtuvat autonomisen hermoston aktivoitumisesta. Kyseiset oireet esiintyvät usein henkilöillä, jotka ovat kokeneet hyvin järkyttävän traumaattisen tapahtuman. (Huttunen 2017.)

Äkillisen stressireaktion hoidossa käytetään erilaisia kriisipsykoterapeuttisia hoitomuotoja, hypnoosia sekä rentoutumisharjoituksia. Unettomuutta ja ahdistuneisuutta hoidetaan ensisijaisesti masennuslääkkeillä. Tarvittaessa henkilölle voidaan määrätä myös nukahtamista auttavaa lääkettä sekä lääkettä, joka helpottaa ahdistuneisuutta. Lääkehoidon on kuitenkin tarkoitus olla vain hetkellistä (1-3 viikkoa) tai lääkkeiden käyttöä rajataan vain tarvittaessa otettaviksi. Hikoilun ja sydämentykykseen voidaan määrätä beetasalpaajia. (Huttunen 2017.)

2.1.3 Traumaperäinen stressihäiriö

Traumaperäinen stressihäiriö, ICD-10 joka tunnetaan DSM-5 luokituksessa nimellä, posttraumatic stress disorder, PTDS, eroaa äkillisestä stressihäiriöstä siten, että ihminen ei ole toipunut järkytyksestä vaan se on jäänyt päälle. Ihmisen joutuessa kohtaamaan traumaattisen tapahtuman, aiheuttaa se väistämättä reaktioita. Vaikutukset näkyvät niin psyykkisellä puolella kuin elimistön reaktioinakin. Ihminen käy kokemaansa läpi unessa ja ajatuksissaan. Usein

seurauksena on myös unettomuutta tai katkonaista yöunta. Tutkitusti huono unenlaatu aiheuttaa räsistusta terveydelle, altistaa esimerkiksi diabetekselle, kilpirauhasen toimintahäiriöille sekä aivoperäisille sairauksille. Aivot myöskin palautuvat unen aikana päivän tapahtumista ja tämä toiminto häiriintyy huonon unenlaadun myötä. (Jaakson, Jaakkola, Vainikainen & Auer 2017.)

Kun äkillinen stressireaktio on kestänyt yli neljä viikkoa, kehittyy henkilölle traumaperäinen stressihäiriö. Traumaperäisen stressihäiriön aiheuttamat oireet voidaan jakaa kolmeen ryhmään. Ahdistus voi olla toistuvaa, sillä tapahtuneet tulevat henkilön mieleen tuntemuksina, mieli- ja muistikuvina sekä unien kautta. Tämän vuoksi henkilöstä voi tuntua siltä, että hän kokee tapahtuneen yhä uudelleen ja uudelleen. Henkilö kokee myös voimakasta ahdistusta, kun hän näkee asioita, jotka muistuttavat tapahtuneesta. Sen seurauksena henkilölle saattaa aiheutua ruumiillisia oireita, kuten verenpaineen nousua, hikoilua sekä sydämentykytystä. Ahdistus on usein niin voimakasta, että henkilö eristäytyy sosiaalisesti välttääkseen paikkoja ja keskusteluja, jotka muistuttavat tapahtuneesta. Hänen kykynsä ilmaista ja kokea erilaisia tunteita heikentyy, myös tulevaisuudennäkymät saattavat kadota. (Huttunen 2017.)

Traumaperäisestä stressihäiriöstä kärsivä henkilö saattaa olla koko ajan varuillaan. Se aiheuttaa ärtyneisyyttä, heräilyä öisin, vaikeuksia nukahtaa sekä vaikeuksia keskittyä. Henkilö saattaa olla myös hyvin herkkä säikähtämään pieniäkin asioita. Oireilla ja niiden voimakkuuksilla on paljon eroja. Joskus oireet voivat olla niin pitkittyneitä ja voimakkaita, että henkilö menettää työkykynsä. Näin voi tapahtua esimerkiksi palomiehellä, joka traumaperäisen stressihäiriö vuoksi joutuu jättämään ammattinsa ja kouluttautumaan uudelleen. Etenkin lapsena tai nuorena koettu traumaattinen tapahtuma saattaa aiheuttaa dissosiativisia häiriöitä. Häiriöitä voi esiintyä myös aikuisiällä koetun traumaattisen tapahtuman jälkeen. (Huttunen 2017.)

Oireet traumaperäisestä stressihäiriöstä ilmenevät yleensä kolmen kuukauden kuluessa tapahtuneesta. Monella kuitenkin on ilmennyt äkillinen stressireaktio jo heti traumaattisen tapahtuman jälkeen. Voi myös mennä monta kuukautta tai jopa vuosia, ennen kuin oireita alkaa esiintyä. Osalla henkilöistä oireet lieventyvät tai häviävät kokonaan parin kuukauden tai vuoden aikana, kun taas osalla oireet saattavat jatkua vuosien ajan. Kun traumaperäinen stressihäiriö pitkittyy, kasvaa muiden psykiatristen häiriöiden riski, kuten alkoholismi, uneen liittyvät häiriöt sekä masennus. Oireiden pitkittymiseen sekä traumaperäiseen stressihäiriöön vaikuttavat erittäin paljon masennus- ja ahdistusalttius, aiemmat traumaattiset kokemukset sekä tukiverkoston vähäisyys. Stressihäiriön kehittymiseen vaikuttaa myös autonomisen hermoston lisämunuaisen tapa reagoida akuuttiin stressitilanteeseen. Traumaperäinen stressihäiriö voi kehittyä kuitenkin kenelle tahansa, joka on kokenut traumaattisen tapahtuman. Traumaperäisestä stressihäiriöstä kärsivät tutkimuksien mukaan noin 5% ihmisistä jossakin vaiheessa elämää. Stressihäiriö on kuitenkin yleinen voimakkaiden traumaattisten tapahtumien

keskuudessa, esimerkiksi kidutuksen uhriksi joutuneista yli puolet ovat kärsineet traumaperäisestä stressihäiriöstä. (Huttunen 2017.)

Jotta traumaperäinen stressihäiriö voitaisiin ehkäistä tai lievittää sen oireita, olisi todella tärkeää, että heti tapahtuneen jälkeen lisätään henkilön turvallisuuden tunnetta ja rahoitetaan tilanne erilaisten toimenpiteiden avulla. Tärkeintä heti tapahtuneen jälkeen on fyysisten vammojen hoitaminen, lepo sekä konkreettinen apu. Tapahtumat voidaan jäsentää selkeämmäksi keskustelemalla henkilön kanssa, mutta tarvittaessa yksityiskohtaisemmat keskustelut tulee jättää myöhäisemmäksi. Se voi vähentää riskiä traumaperäisen stressihäiriön kehittymiselle. (Huttunen 2017.)

On tärkeää, että stressihäiriöstä kärsivä sekä hänen läheisensä ymmärtävät, että oireet ovat täysin luonnollisia reaktioita tapahtuneeseen. Heidän on myös tärkeä ymmärtää, että oireet eivät ole tahdonalaisia, eli ne eivät ole ehkäistävissä. Kun ymmärtää missä oireista on kyse, vähenee vieraantumisen sekä eristäytymisen riski. Säännöllinen liikunta ja erilaiset rentoutusharjoitukset voivat auttaa oireita häviämään nopeammin. Tilanteiden kohtaamista, jotka muistuttavat traumaattisesta tapahtumasta, tulisi harjoitella asteittain. Myös keskustelu traumaattisesta tapahtumasta tulisi aloittaa rauhallisesti. Henkilö ei saa pakottaa tilanteiden kohtaamisharjoitteluihin ja keskusteluihin, vaan niiden tulee tapahtua hänen omassa tahdissaan. (Huttunen 2017.)

Kun oireet pitkittyvät ja ilmenevät voimakkaana, tulisi kääntyä psykologin, stressihäiriöiden hoitoon erikoistuneen hoitoyksiyön tai psykiatrin puoleen lähiviikkojen aikana. Hoidossa käytetään erilaisia psykoterapeuttisia hoitomuotoja. Tietyt kriisiterapeuttiset yksiköt käyttävät hoidossa erityistekniikoita tai hypnoosia. Käytössä on käyttäytymisterapeuttisia keinoja, jolla pyritään herkistämään pois ahdistavia muistoja. Luotettavia tutkimustuloksia on kuitenkin hyvin vähän psykoterapeuttisten työskentelytapojen pitkäaikaisesta tehokkuudesta sekä käyttökelpoisuudesta. Debriefing (jälkipuintikeskustelu) saattaa osalla jopa pidentää stressihäiriön kestoa. (Huttunen 2017.)

Hoitona voidaan käyttää myös lääkkeitä, jos oireet ovat pitkittyneet ja ovat hyvin hankalia. Ensisijaisena lääkkeenä on masennuslääkkeet, vaikka henkilöllä ei olisi masennukseen liittyviä oireita. Masennuslääkkeet lievittävät traumaperäisen stressihäiriön oireita. Lisäksi henkilölle voidaan määrätä beetasalpaajia, jotka lievittävät hikoilua sekä sydämentykytyksiä sekä bentsodiatsepiinejä, joilla on rauhoittava vaikutus. Lääkkeitä tulisi käyttää vain tarvittaessa tai lyhytkestoisena jaksena. (Huttunen 2017.)

Poliisien ja auttajien, esimerkiksi pelastushenkilöstö, työnkuvaan kuuluu tilanteita ja työtehtäviä, jotka voivat traumatoida ja työterveyshuolto on tärkeä kontakti työntekijän psyykkisen tilan hoitamisessa. Tällöin myös mahdollinen lääkehoidon tarve päästään arvioimaan nopeasti. (Ponteva 2014.)

Työntekijän tarvitessa psykososiaalista kuntoutusta, voivat tarpeen olla myös sopeutumisvalmennus, perhetuen järjestäminen sekä ammatillinen kuntoutus, jos todetaan ettei työntekijä pysty palaamaan kaikista tukikeinoista huolimatta työhönsä. (Ponteva 2014.)

Käypähoito-suosituksessa (2014) kerrotaan, että esimerkiksi auttajille on saatavilla erilaisia ohjelmia stressin hallintaan mutta niiden tehosta ei ole vielä riittävässä määrin tutkittua tietoa. Myöskään debriefingistä sekä defusingistä on saatavissa vain vähän tutkittua tietoa näiden tukimuotojen tehosta.

2.1.4 Dissosiaatio eli sivupersoonahäiriö

Sanalla dissosiaatio tarkoitetaan hajoamista ja erottumista. Psykiatriaan liittyen se tarkoittaa sitä, että henkilölle ilmenee dissosiaatio ja tällöin hän ei pysty tietoisuudessaan yhdistämään havaintojaan, muistojaan, ajatuksiaan tai tunteitaan positiiviseksi kokonaisuudeksi. Oireina ovat paikan ja ajan tajun menettäminen, mielikuvien erottamisen vaikeus todellisuudesta, tuttujen tai oman itsensä tai ympäristön kokeminen outona tai vieraana, kuulo- tai näköhäiriöt, havaintojen vääristyminen sekä psykogeeninen muistinmenetys, joka johtuu järkyttävästä tapahtumasta. Oireet voivat olla myös ruumiillisia, kuten tunnottomuutta, tajunnan menetys, äänen katoaminen, sokeutuminen sekä muut aistihäiriöt, kivut, kouristukset, ääntämishäiriöt ja lihasnykäykset. (Huttunen 2017.)

Voidaan ajatella, että dissosiaatio saa psyykeen hallitsemaan mielen tasapainoa, jota uhkaa voimakkaat tunnetilat. Kyseisiä tunnetiloja ovat äkilliset traumaattiset tapahtumat sekä kauhun, häpeän ja pelon tunteet, jotka liittyvät ikävään tapahtumaan. Tunnemuistiolta suojaava dissosiaatio voi aktivoitua myöhemmin, jos henkilö kokee ikävään tapahtumaan liittyvän ärsyksen tai hänen kanssaan yritetään keskustella tapahtuneesta. Dissosiaatio hankaloittaa vuorovaikutusta muiden ihmisten kanssa monella eri tapaa ja aiheuttaa ahdistusta, vaikka se yrittääkin suojata mieltä ajatuksilta ja muistoilta, jotka liittyvät ikävään tapahtumaan. (Huttunen 2017.)

Dissosiatiiiviset oireet ja häiriöt voidaan myös ymmärtää niin, että ne ovat reaktioita ärsykeille tai ikävillä tapahtumilla. Reaktioista johtuen henkilö yrittää muuttua tilaan tai muuttuu tilaan, jossa oli traumatilanteessa. Oireiden luonne riippuu siitä, mikä henkilön emotionaalinen osa aktivoituu ja missä tilanteessa. Emotionaalisia osia ovat alistuva, pelkäävä, jähmettyvä sekä alistuva. Toisin sanoen oireet eivät ole yksittäisiä vaan henkilön persoonaan tilaan kuuluvia oireita, jotka traumaan liittyvä muisto on aktivoitunut. (Huttunen 2017.)

Dissosiaation ilmentyminen lievänä, on normaali hallintakeino ja reaktiotapa. Mielenterveyden häiriönä pidetään dissosiaatiota, joka haittaa toimintakykyä sekä ilmenee toistuvasti esim. muistojen vuoksi. Tällaisia häiriöitä ovat mm. dissosiatiiivinen pakkovaellus, depersonalisaatiohäiriöt, dissosiatiiivinen muistinmenetys sekä dissosiatiiivinen identiteettihäiriö, eli

ns. sivupersonahäiriö. Kyseiset häiriöt ilmenevät yleensä äkillisesti tilanteissa, jotka muistutavat tietoisuudesta torjuttua ikävää tapahtumaa. Dissosiativisen häiriön aiheuttamat kipu-, ahdistus-, väsymys- ja kiputilat voivat kehittyä persoonan tilaksi, joka pitkittyy. (Huttunen 2017.)

Monet erilaiset ruumiilliset sairaudet, myrkytystilat ja psykiatriset sairaudet aiheuttavat samanlaisia oireita, kuin dissosiaatio. Tällaisia ovat mm. lääkkeiden sivuvaikutukset, psykoottiset tilat, huumeiden- ja alkoholinkäyttö, kaksisuuntainen mielialahäiriö sekä ohimolohkoepilepsia. Mikäli dissosiaatio on vaikea, on yleensä taustalla nuoruuden tai lapsuuden aikaiset traumaattiset tapahtumat, esim. toistuvan seksuaalisen hyväksikäytön tai väkivallan uhreilla esiintyy monesti dissosiativisia oireita ja häiriöitä. Henkilön riidellessä toisen kanssa, etenkin läheisen henkilön, ilmenee hänelle muutoksia persoonallisuudessa ja ne ovat yleensä luonteeltaan dissosiativisia häiriöitä. Riitaan saattaa liittyä muistinmenetys sekä muistoja traumaattisista tapahtumista, joten riidan työstäminen voi olla hankalaa. (Huttunen 2017.)

Traumaattiset tilanteet ja muistikuvat, jotka aiheuttavat häpeää, ahdistusta sekä pelkoa, ylläpitävät ja laukaisevat dissosiativisia oireita. Tästä syystä on erityisen tärkeää, että psykoterapian avulla pyritään asteittain kohtaamaan muistot traumaattiseen tapahtumaan liittyen ja saada ne itselleen siedettäväksi. Sen avulla tulee mahdolliseksi kohdata traumaattiseen tapahtumaan liittyvät muistot ilman, että muistot, havainnot ja tunteet dissosioidaan erilleen. Muistoja kohdatessa on todettu, että mielentilan tulisi olla rentoutunut. On kuitenkin tärkeää, että traumaattiseen tapahtumaan liittyviä muistoja työstää asteittain ja omassa tahdissa. Asiasta on hyvä keskustella esim. ystävän tai läheisen kanssa. Lääkäriin on syytä hakeutua lähiviikkojen aikana, mikäli oireet ovat jokapäiväisiä. Tällöin on hyvä sulkea pois ruumiilliset sairaudet. Oireiden hoitaminen edellyttää tiivistä- ja pidempiaikaista trauma- tai psykoterapiaa. (Huttunen 2017.)

2.1.5 Resilienssi

Resilienssi kuvaa ihmisen kykyä kestää, sopeutua, toipua sekä kehittyä traumaattisista tapahtumista. Osalla ihmisistä on kyky selvitä traumaattisista tapahtumista nopeammin ja pienin vaurioin, toisille taas sama tapahtuma voi aiheuttaa trauman, josta toipumiseen voi mennä vuosia. Resilienssiä on tuotu maanläheisemmäksi kuvaamalla sitä kuminauhana, joillakin se ohut tai hauras, toisilla paksu ja kestävä. Tässä kuminauhassa on sellainen omituisuus, että se voi vahvistua tai heiketä elämän aikana. Ihmisen kokiessa vastoinkäymisiä, joista hän myös toipuu auttavat häntä kasvattamaan henkistä kestävyyttä eli resilienssiä. Jos vastoinkäymisiä on liikaa tai ne ovat liian suuria niin ne kuluttavat voimavaroja ja siten pienentävät resilienssiä. (Hedrenius & Johansson 2013, 155-164.)

Ihmisen voimavaroilla ja niiden menettämisellä on vaikutusta ihmisen henkiseen kestävyteen. Voimavarat jaetaan aineettomiin kuten ihmissuhteet, koulutus jne ja aineellisiin kuten

raha, osakkeet, talo. Voimavarojen niukkuus itsessään ei suoranaisesti vaikuta tilanteeseen, jos kyseessä on pysyvääolotila. Rasitusta aiheuttavat eniten suuret muutokset nykytilanteesta, kuten konkurssin takia menetetty koti, sairauden takia menetetty ystävä. Se millaisiksi ihminen kokee menetykset sekä voimavaransa on suhteellista ja riippuu asuin ympäristöstä. Varakaalle jahdin menettäminen voi olla pieni henkinen rasitus, kun taas slummissa asuvalle puhe-
limen varastaminen voi suuri rasitus. Resilienssin kannalta pahin tilanne on, jos useat voimavarojen menetykset tapahtuvat yhtä aikaa. (Hedrenius & Johansson 2013, 155-164.)

Trauman jälkeinen parantuminen, kasvu ja resilienssin vahvistuminen. Vaikka traumaattinen tapahtuma on voinut olla hyvinkin kivulias ja kärsimystä aiheuttava niin sellaisen kokeminen ja siitä toipuminen voivat kasvattaa ihmisen voimavaroja sekä opettaa uusia selviytymiskeinoja. Voivat antaa ihmiselle tunteen, jos olen tuostakin selvinnyt niin tämäkään ei minua lan-
nista. (Hedrenius & Johansson 2013, 155-164.)

2.2 Tukea auttajalle

Kriisejä on hoidettu aiemmin yhtenevällä tavalla, sillä ei osattu erottaa erilaisia kriisejä toisistaan. Tästä esimerkkinä räjähdysonnettomuus, joka sattui Lapualla vuonna 1976. Mikäli tällainen räjähdysonnettomuus sattuisi nyt, olisi onnettomuuden uhrien kriisiapua hyvin erilainen. Vuosien saatossa on huomattu tietämyksen- ja kokemusten vuoksi, että erityyppiset kriisit tarvitset erilaista apua. Kriisiavun keinot ovat myös kehittyneet huomasti vuosien aikana ja siksi onkin erityisen tärkeä tunnistaa, minkälaisesta kriisistä on kyse, jotta oikea tapaa auttaa löytyy. (Elämän erilaiset kriisit 2010.)

Ammattilaiset, jotka auttavat kriisin kohdanneita henkilöitä, joutuvat usein todistamaan vierestä, kun jotain ikävää on sattunut. He joutuvat usein kovan paineen alle, sillä he kohtaavat vaikeasti loukkaantuneita ihmisiä, läheisensä menettäneitä aikuisia sekä lapsia. Tapahtuneet, jotka näkyvät lehdissä, ovat heillä läsnä aivan realistisena ja kyseisten tapahtumien näkemisen paikan päällä eroaa aivan valtavasti arkipäivän stressistä, mitä esim. työkiireet aiheuttavat. Auttajan sen hetkinen stressin määrä sekä kyky sietää tapahtumia vaikuttavat hyvin paljon siihen, kuinka herkkä auttaja on. (Hedrenius & Johansson 2013, 271.)

Usein kuulee sanottavan, että pelastustyöntekijöiden on kestettävä tapahtumat, joita työssään kohtaavat eikä ikävät tapahtumat saisi vaikuttaa heihin millään tapaa. Missään nimessä näin ei ole. Se, että tapahtumat vaikuttavat pelastushenkilöstöön, tekevät heistä läsnäolevia ja herkkävaistoisia. Tämä puolestaan johtaa siihen, että heistä tulee haavoittuvaisia. Tämän avulla he omaksuvat läsnäolevan ja tukijan roolin. Jotta pelastushenkilöstön työpanos olisi mahdollisimman hyvä, on organisaation hyvä olla tietoisia asioista, missä asioissa henkilöstö tarvitsee tukea. Tapahtumat käsitellään ammattimaisesti. Pelastushenkilöstö kohtaavat työssään erilaisia tapahtumia, joissa on menehtynyt lapsi tai loukkaantunut, menehtynyt tai loukkaantunut saattaa olla tuttu ihminen tai menehtyneitä ja loukkaantuneita on useita. Kyseiset

tilanteet kasvattavat pelastushenkilöstön rasitusta ja saattavat aiheuttaa stressireaktioita. On myös mahdollista, että he ovat erityisen herkkiä tietynlaisille tilanteille aikaisempien kokemusten vuoksi. Aikaisemmat kokemukset voivat olla tilanteita omasta henkilökohtaisesta elämästään tai tilanteita, joita on kohdannut työssään. Vaikka henkilöstöllä olisi kokemuksia raskeista tilanteista omasta elämästään, se ei välttämättä ole rasite heille. Päinvastoin, se saattaa olla hyödyksi, kun tietää miten muut ovat toimineet silloin, kun elämää on kohdannut kriisi ja miten itse on tilanteessa toiminut. Omien kokemusten vuoksi kyky auttaa muita ja itseään voi olla jopa parempi, kun sattuu jotain ikävää, missä on avun tarpeessa olevia ihmisiä. Siinä tapauksessa omat kokemukset saattavat olla rasite työnteolle, mikäli sen käsittely on vielä kesken tai tapahtuma on juuri sattunut eikä ole tietoinen sen vaikutuksista. Tapahtuneet ovat voineet aiheuttaa sen, ettei henkilö osaa säädellä voimakkaita tunteitaan ja oma itsetuntemus on heikkoa. (Hedrenius & Johansson 2013, 276-277.)

Akuuttivaiheen reaktiossa pelastushenkilöstö saattaa käydä läpi tunteiden vuoristorataa. He voivat kyseenalaistaa työnsä merkityksen ja onko heistä kyseiseen tehtävään. He voivat myös tuntea vihaa, turhautumista, pelkoa ja avuttomuutta. Stressaavat tilanteet voivat aiheuttaa aktiivisuustasossa muutoksia, yhdessä hetkessä on erittäin aktiivinen ja myöhemmin tulee voimakas väsymys, jolloin aktiivisuustaso laskee roimasti. (Hedrenius & Johansson 2013, 278.)

Stressi voi kasaantua liialliseksi kahdella eri tapaa. Yksi traumaattinen tapahtuma saattaa nostaa stressitason hyvin korkeaksi kerralla. Stressitaso voi nousta myös liian korkeaksi pienistä tapahtumista, kun niitä sattuu useampia, tällöin tapahtumat kerääntyvät ja stressi pääsee nousemaan hiljalleen. Liiallisen stressin kasaantumista voi olla hankala huomata. Usein se tulee ilmi sillä, että suhtautumistapa apua tarvitseviin muuttuu eikä henkilö jaksa omistautua tilanteille. Liiallinen stressi voi tulla myös esiin tilanteissa, missä henkilö osoittaa vallankäytön eri tapaa sekä ottaa kontrollia sitä kautta. (Hedrenius & Johansson 2013, 279.)

Muita mahdollisia merkkejä liiallisesta stressistä ovat normaalia voimakkaampi aktiivisuus, negatiivinen asenne, hajamielisyys, mielialanvaihtelut, syyllisyyden tunne, turhautuminen, itkuisuus, vetäytyminen sosiaalisista tilanteista, itsetunnon alentuminen, epäily elämänsä ja itseään kohtaan, vatsa- ja pääkivut, muutokset ruokahalussa sekä yliväsymys, tyhjyyden tunne, riskikäyttäytyminen. (Hedrenius & Johansson 2013, 280.)

On tärkeää, että johtaja pitää huolta henkilöstöstä. Johtajan tulee olla aidosti läsnä, teot ovat puheita tärkeämpiä. Johtaja on erittäin tärkeä esikuva työntekijöille. Jotta johtaja pystyy tunnistamaan stressin, olisi hyvä, että hän hankkii perustiedot traumaista ja stressistä, jotta hän pystyy tunnistamaan mahdolliset reaktiot ja puuttumaan niihin ajoissa. Henkilöstölle tulisi antaa kehuja työstä ja mieluiten henkilökohtaisesti. Työvuorojen pituutta tulisi valvoa, ettei ne venyisi liian pitkiksi. Työvuorojen pituudet voidaan rajata, jolloin työpäivän pituudet pysyvät hallinnassa. (Hedrenius & Johansson 2013, 289.)

Henkilöstön on hyvä tietää, että on olemassa keinoja, kuinka vaikuttaa omaan hyvinvointiin kurjan tapahtuman jälkeen. Henkilön on hyvä ottaa apua vastaan sekä antaa muiden tehdä asioita hänen puolestaan. Itselleen on oltava armollinen ja on ehdottoman tärkeää antaa aikaa toipua. Häneltä ei voi vaatia, että hänen tulisi keskustella tapahtuneesta kaikkien kanssa. Hänelle on oikeus keskustella asiasta henkilön kanssa, jonka hänestä tuntuu oikealta ja keeneen hän luottaa täysin. Asioita ei kerrota muille, vaan kuuntelijaa sitoo vaitiolovelvollisuus. Henkilöä kannustetaan tekemään asioita, joista hän pitää ja mitkä saavat hänet voimaan paremmin, esim. lenkkeily, lukeminen ja ystävien tapaaminen. Vastuusta olisi hyvä luopua hetkeksi ja asiantuntijuus tulisi laittaa ns. tauolle ja keskittyä vain omaan jaksamiseen ja hyvinvointiin. (Hedrenius & Johansson 2013, 291.)

2.2.1 Defusing

Defusing on enintään tunnin kestävä purkukokous, joka järjestetään heti pelastustöiden päätyttyä. Defusing on käytössä etenkin pelastushenkilöstöllä. Purkukokouksen tarkoituksena on, että ohjattu työryhmä voi jakaa tuntemuksiaan ja keskustella tapahtuneesta ennen kuin jäävät vapaille. (Henriksson & Lönnqvist 2017.)

Defusing kokouksen päätavoitteita, vähennetään kokemuksen aiheuttamaa jännitystä, normalisoidaan tilanne jotta sen kokeneet pääsevät normaaliin elämään mahdollisimman nopeasti, varmistetaan ryhmäytymistä ja ehkäistään että joku sulkeutuu ryhmän ulkopuolelle, Jaetaan sekä tasataan tietoa tapahtuneesta kaikkien kanssa, kerrotaan miten toimia, jos ilmaantuu stressi tai traumaattisia reaktioita, vakuutetaan kaikille, että he ovat tärkeitä niin työyhteisölle kuin työnantajalle, lisätä ymmärrystä siitä kuinka toipuminen etenee. (Kinching 2007, 88.)

Defusing tapahtumassa on kolme päävaihetta. Aluksi on esittelyvaihe, jolla motivoidaan osallistujia, esitellään defusing prosessia sekä kerrotaan että kyseessä on täysin luottamuksellinen tapahtuma. Toinen vaihe on tutkiminen, tässä vaiheessa jokainen voi kertoa kokemuksesta niin kuin ne on kokenut, samalla tasataan tietoa tapahtuneesta ryhmän sisällä. Kolmannessa vaiheessa annetaan tietoa akuuteista stressireaktioista ja niiden oireista. On helpottavaa tietää oireiden ilmaantuessa, että mistä ne ovat lähtöisin. (Kinching 2007, 90.)

2.2.2 Debriefing

Kyseessä on psykologinen jälkipuintitilaisuus, joka on yksi tärkeimmistä ryhmämuotoisista interventioista. Debriefingin tarkoituksena on tukea ja ymmärtää osallistujien reaktioita tapahtuneeseen, vahvistaa ryhmän tukea toisilleen sekä avustaa surutyön käynnistämisessä. Tilaisuudessa käydään tapahtuma läpi sekä sen tuomat tunteet ja kokemukset. Debriefing on ammatillisesti ohjattu tilaisuus. (Henriksson & Lönnqvist 2017.)

Debriefingistä löytyy useita hyväksytyjä menetelmiä. Tässä kappaleessa myöhemmin esitellään tarkemmin The Michell Debrifing menetelmää, joka tunnetaan nimellä Critical Incident Stress Debriefing (CISD). Sitä käytetään erityisesti pelastuslaitoksilla sekä sairaaloissa, työympäristöissä, jossa työntekijät altistuvat usein traumaattisille kokemuksille. Toinen menetelmä on norjalaisen psykologin Atle Dyregrovin kehittämä, The Dyregrov Debriefin menetelmä, joka soveltuu lapsille ja perheille. Kolmas menetelmä on Frank Parkisonin kehittämä The three-stage revised debriefing. Menetelmä kehitettiin sodassa traumatisoitujen potilaiden hoitamiseen. Neljäs on David Kinchin Emotional Decompression menetelmä, joka on kehitetty pelastuslaitosten ja armeijan käyttöön. (Kinching 2007 s. 48-49.)

Viides menetelmä on nimeltään Personal Reflective Debrief (PRD). Tämä menetelmä perustuu olennaisilta osin ryhmämuotoiseen debriefingiin. Mutta merkittävä ero edellä kerrottuihin menetelmiin on se, että tämä tehdään yksin ja ennaltaehkäisevästi. Painopiste on henkilökohtaisella reflektiolla, oppimisella sekä parantumisella, tarvittaessa siihen voi liittyä ammattilaisen ohjausta. Säännöllisillä, esimerkiksi kolmen kuukauden välein suoritetuilla PRD ennaltaehkäisee henkilökunnan ylikuormittumista ja myötätunto väsymistä (Schmidt 2017.)

Tutkimuksien mukaan debriefing ei ole hyvä vaihtoehto traumaperäisten stressioireiden sekä muiden psyykkisten oireiden ehkäisyssä, mutta pääsääntöisesti jälkipuintiin on oltu tyytyväisiä. Jossakin tapauksissa tilaisuudesta voi olla jopa haittaa. Parhaiten debriefing sopii tilanteisiin, jossa osallistujia on kohdannut sama ikävä tapahtuma ja heillä on esim. sama rooli työpaikalla, kuten ammatti. Debriefingin hyödyt ovat parhaimmat, kun se liitetään yksilönmukaiseen hoitoon sekä organisaation muihin tukitoimiin. Se täydentää terveydenhuollon palveluita, ei suinkaan korvaa niitä. Laadunvalvontaa tulee suorittaa eikä sitä saa missään nimessä unohtaa. Tilaisuuteen ei saisi pakottaa ketään, vaan osallistumisen tulisi olla vapaaehtoista. Tiedon, jotta tilaisuudessa annetaan, tulee olla asianmukaista. (Henriksson & Lönnqvist 2017.)

Kaikki henkilöt, jotka liittyvät tapahtuneeseen tavalla toisella, tulee kutsua tilaisuuteen, eikä ketään saa jättää tilaisuuden ulkopuolelle, esim. unohtaa kutsua paikalle. Esimies on pääsääntöisesti vastuussa, että jokainen henkilö kutsutaan paikalle. Esimiehen suositellaan tekemään yhteistyötä työterveyshuollon kanssa, kun tilaisuus päätetään pitää ja järjestää. Esimies ei kuitenkaan ole tilaisuuden vetäjä, sillä hän voi muuten jäädä ilman tarvitsemaansa jälkipuintia. (Henriksson & Lönnqvist 2017.)

On suositeltavaa, että tilaisuus järjestetään vasta parin päivän jälkeen tapahtuneesta. Jos jälkipuinnin järjestää heti ensimmäisen vuorokauden aikana, ei shokkivaiheessa oleva henkilö saa jälkipuinnista apua. Henkilön, joka vastaa poikkeustilanteesta, ohjeistaa debriefingin järjestämisestä sekä valitsee sopivan puheenjohtajan. (Henriksson & Lönnqvist 2017.)

Ryhmän tulisi koostua 5-15 henkilöstä, tätä suuremmat ryhmät olisi hyvä jakaa pienempiin ryhmiin. Jälkipuinnille varataan oma, rauhallinen tila missä osallistujat saavat olla ilman häiritseviä tekijöitä. Jälkipuinti tulisi pitää ilman taukoja ja sen sopiva kesto on 2- 4 tuntia. Jälkipuinnin vetäjä tai puheenjohtaja tulee sopia etukäteen. Suositeltavaa olisi, että jälkipuinnin vetäjänä toimisi sosiaali- ja terveydenhuoltohenkilöstöön kuuluva ammattilainen, jolla on tuntemusta stressireaktioista ja ryhmätilanteista, kuten kriisityöryhmän jäsen. Vetäjän ei tarvitse olla opiskellut kliinistä psykologiaa tai psykiatriaa, vaan vetäjäksi soveltuu mm. yleislääkäri, jolla on koulutus jälkipuintiin sekä kokemusta asiasta. Työyhteisön kannalta vetäjän tulisi olla kuitenkin ulkopuolinen, joka tuntee kyseisiä työoloja mihin jälkipuinti liittyy. Jälkipuinnin vetäjällä tai puheenjohtajalla tulisi olla 1-2 varavetäjää tai avustajaa. Henkilöt, jotka osallistuvat jälkipuintiin, eivät saa kokea tilaisuutta työhön liittyväksi palautekeskusteluksi. (Henriksson & Lönnqvist 2017.)

Debriefing-tilaisuus jaetaan usein kuuteen vaiheeseen. Jokaista vaihetta käsitellään rauhassa, ilman aikarajaa. Aloitusvaiheessa jälkipuinnin menettelytavat sekä tarkoitus esitellään. Samalla vetäjä esittelee itsensä. Osallistujille on tärkeää painottaa, että tarkoitus on jakaa ajatuksia ja käydä läpi kokemuksia. Jokaisen ajatukset ovat yhtä tärkeitä ja arvokkaita. Osallistujat eivät saa pelätä, että tilaisuus olisi ns. syyllisten kuulustelu tai kokous, missä arvostellaan heidän työpanostaan. Osallistujia tuetaan ja rohkaistaan puhumaan omista ajatuksista ja tuntemuksistaan, mutta ketään ei saa pakottaa puhumaan. Jälkipuinnin jälkeen omista tuntemuksistaan saa puhua muille, mutta muiden tuntemuksia sitoo vaitiolovelvollisuus, joten niistä ei saa puhua muille. Jälkipuintia ei taltioida eikä siellä myöskään kirjoiteta muistiinpanoja. (Henriksson & Lönnqvist 2017.)

Osallistujat esittelevät itsensä faktavaiheessa, kertovat mistä saivat tiedon tapahtuneesta sekä missä olivat sillä hetkellä. Osallistujien on hyvä myös kertoa, mikä on heidän suhteensa tapahtuneeseen. Tapahtumaan liittyviä tuntemuksia pyydetään kuvailemaan kognitiivisessa vaiheessa. Osallistujille voidaan esittää kysymys ”mikä oli ensimmäinen ajatuksesi, kun saavuit paikalle?”. Tämä saa aikaan sen, että tapahtumasta tulee esille yksipuoliset tai mahdolliset väärät käsitykset siitä, kuinka tapahtumat ovat edenneet, koska useampi henkilö kertoo oman mielipiteensä. (Henriksson & Lönnqvist 2017.)

Kognitiivisen vaiheen jälkeen alkavat hiljalleen tulemaan esiin tunnepitoiset asiat, ja tällöin siirrytäänkin tunnevaiheeseen. Tässä vaiheessa vetäjän ei tarvitse olla yleensä kovinkaan aktiivinen, koska osallistujat alkavat kertomaan avoimesti tapahtuneesta. Esille voi tulla itsesyytöksen, avuttomuuden, turhautumisen, pelon sekä vihan tunteita, joita osallistujat ovat havainneet tapahtuneen jälkeen itsessään. Usein tapahtuman aikataulu määrittelee tunnereaktioiden läpikäynnin. Miltä tuntuu tällä hetkellä? Miltä tuntui tapahtumapaikalla tai seuraavana päivänä? Näiden kysymysten avulla tunnereaktiot nousevat esille. Osallistujat huomaavat, että moni muukin on kokenut tietynlaisia tunnereaktioita ja usein ovatkin helpottuneita, kun

saavat tietää, etteivät ole tunteidensa kanssa yksin. Mikäli jälkipuinnista poistuu osallistuja kesken kaiken, tulee varahenkilön mennä hänen perässään. (Henriksson & Lönnqvist 2017.)

Kun siirrytään normalisointivaiheeseen, käydään esille nousseet tuntemukset ja mielikuvat lävitse. Vetäjä painottaa näiden asioiden olevan täysin normaalia ja täysin odotettavissa ikävän tapahtuvan jälkeen. On tärkeää keskustella myös työhön palaamisesta, sekä perheiden ja muiden ihmisten kohtaamisesta. Päätösvaiheessa sovitaan mahdollisesta jatkotilaisuuden järjestämisestä, tehdään yhteenveto jälkipuinnista sekä annetaan mahdollisuus vielä kysymyksille. Mikäli tarvetta jatkotilaisuudelle ei ole, sovitaan vain seurantatilaisuus parin viikon päähän. Jälkipuinti on ollut onnistunut, kun keskustelu on ollut avointa ja tapahtuneeseen liittyvät asiat on pystytty käymään läpi. Vetäjä jättää yhteystietonsa osallistujille ja osallistujat voivat olla häneen yhteydessä, mikäli tunnereaktiot eivät rauhoitu muutamien viikkojen kuluessa tai toimintakyky on edelleen huono. Epärealistisia odotuksia jälkipuinnin merkityksestä ei tule antaa, jokaisen kriisinhoidon tarve on yksilöllinen. (Henriksson & Lönnqvist 2017.)

2.2.3 Laki ja säädökset

Kriisiavun järjestämiseen Suomessa velvoittaa laki. Pelastuslaki (2003/468) sekä asetus pelastustoimesta (2003/787) velvoittaa, että myös pelastaja saa tarvitsemansa kriisiavun. (Duodecim). Kriisiavun annetaan yhteistyössä asiantuntijoiden kanssa. Työterveyshuoltolaki (2013/708) huolehtii, että työntekijä saa ennakoivasti apua työolosuhteisiin ja näin ollen psyykkinen kuorma ei pääse kasaantumaan ylittäen työntekijän voimavarat. (Finlex). "Työterveyshuollon on osallistuttava työturvallisuuslain (2002/738) 46 §:ssä tarkoitetun ensiavun järjestämiseen." Ensiapu tarkoittaa siten myös työntekijään kohdistuvaa auttamista, jotta psyykkisesti raskaiden työtehtävien aiheuttamat reaktiot voidaan käsitellä hallitusti. (Finlex). Sosiaalihuoltolaki (2014/1301) määrittää kunnalle niiden palvelujen järjestämisen, joiden avulla voidaan huolehtia yksityisen henkilön toimintakyvyn säilymisestä. (Innokylä)

Tuen antamisesta pelastustyöntekijöille määräävät terveydenhuoltolaki (2010/1326), mielenterveyslaki (2010/1116), perustuslaki (1999/731) ja valmiuslaki (1991/1080), kansanterveyslaki (1972/66), potilaan asemasta ja oikeuksista annettu laki (1992/785).

2.3 Kriisiavun toimittajia

Kriisiapua tarjoaa useat tahot kuten Suomen Mielenterveysseura, Suomen Punainen Risti, kuntien terveystalot, kirkon työterveyspalvelut sekä työterveyshuolto. Suomen Mielenterveysseura tarjoaa useita eri vaihtoehtoja. Yksi niistä on ympärivuorokautinen kriisipuhelin, puhelimeen tulee päivittäin noin 400-500 soittoa, joista noin kolmannekseen pystytään vastaamaan. Netin kautta on tarjolla TUKINET palvelu, joka tarjoaa apua muutaman kuukauden mittaisille jaksoille kuitenkin enintään 6kk, vastausaika nettipalvelussa on 5vrk. Palvelun tuottavat noin 50 yritystä, joita rahoitetaan veikkausvoittorahoilla ja palvelun ylläpidosta vastaa mielenterveysseura. Niille, joilla traumaattisen kriisin kohtaamisesta on kulunut vähintään 6kk, on

tarjolla oma-avuttamismenetelmä nimeltä SELMA. Selma avuttamisohjelma kestää 8 viikkoa ja se koostuu viikoittaisista tehtävistä, joita avuntarvitseva itse tekee. Selma oma-avuttamisohjelma perustuu psykoedukaatioon. Psykoedukaatiolla tarkoitetaan neuvontaa ja ohjausta esimerkiksi traumaattiseen tapahtumaan liittyen. Tiedon saaminen avuttaa ymmärtämään tapahtunutta sekä omia reaktioita. Neuvonnalla tuetaan uusien selviytymismenetelmien löytämistä ja käyttöönottoa. Mielenterveysseura tarjoaa myös vastaanottoaikoja, jos on tarvetta kahdenkeskelle kohtaamiselle. Tarjolla on myös ryhmämuotoisia palveluita, joihin haetaan joko netin tai puhelimen avulla. (Suomen Mielenterveysseura.) Punainen Risti kouluttaa ja koordinoi valtakunnallista psykologien valmiusryhmää erityistilanteiden ja suuronnettomuuksien varalle. Rikosuhripäivystys antaa neuvoja sekä henkistä tukea rikoksen uhriksi joutuneelle. (Punainen Risti.) Kuntien tarjoamat tukimuodoissa on vaihtelua. Espoossa on ympärivuorokautinen kriisipuhelin. Lohjalla avun saa psykiatriselta sairaanhoitajalta. (Lohja sosiaali- ja terveystalvet & Espoo sosiaali- ja terveystalvet.) Suomen evankelisluterilainen kirkko tarjoaa kriisiapua ympärivuorokautisen puhelimen avulla sekä arkisin tarjolla olevan Chat palvelun kautta. Muita palveluita ovat netin sekä kirjeitse tapahtuvan viestittelyn avulla toimivat avuttamiskanavat. (Kirkon keskusteluapua 2018.) Työpaikoilla kriisiavun järjestäminen tapahtuu työterveyshuollon avulla, joka järjestää työntekijälle tarpeellisen tuen (psykkinen ensiapu 2010).

3 Menetelmät

3.1 Tutkimusmenetelmän kuvaus

Määrällisen eli kvantitatiivisen tutkimuksen edellytyksenä on se, että tiedetään mitä mitataan ja mitkä tekijät vaikuttavat ilmiöön. Jos tutkimuksen parametrit on tutkittavan ilmiön kannalta väärin valittu eivätkä siten selitä tutkittavaa kohdetta tarkoittaa sitä, että tutkimus todennäköisesti epäonnistuu. Kvantitatiivinen tutkimus rakentuu usein kvalitatiivisen tutkimuksen tuoman tiedonvaraan. Jos tutkittavasta ilmiöstä on riittävästi teoriaa saatavilla, niin kvantitatiivisen tutkimus voidaan rakentaa sen pohjalta. Kvantitatiivisella tutkimuksella pyritään absoluuttiseen ja objektiiviseen totuuteen tutkittavasta ilmiöstä. (Kananen 2011.)

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa mittarit ovat määrällisiä. Esimerkiksi kuinka hyvin hoito auttoi? Hyvin paljon (5), melko paljon (4), hyvin vähän (1). Määrällisiä tuloksia voidaan käsitellä tilastollisesti ja siten saada ymmärrystä parametrien vaikuttavuudesta ja sekä tulosten luotettavuudesta. Tilastollisella luotettavuudella tarkoitetaan pelkistetysti sitä, että mikä on todennäköisyys sille, että asia ei ole niin kuin väitämme sen olevan. (Kananen 2011.)

Kvantitatiivinen tutkimusprosessi. Tutkimuksen lähtökohta on tutkimusongelma, johon haetaan vastausta tai ratkaisua. Ratkaisu löytyy tiedosta eli määritetään mitä tietoa tarvitaan ja kuinka sitä hankitaan. Tutkimusprosessin vaiheet: Tutkimusongelma, tutkimuskysymykset, tutkimustulokset ja ongelman ratkaisu. (Kananen 2011.)

3.2 Tutkimuskysymykset

Tutkimuskysymysten neljä pääkysymystä, joita tutkimme, on muodostettu opinnäytetyöpala-
verin pohjalta, joka pidettiin yhdessä tilaajan kanssa. Tässä opinnäytetyössä tutkimuskysy-
mykset ovat:

1. Kuinka usein työntekijä on tarvinnut kriisiapua?
2. Kuinka usein työyhteisö on tunnistanut työkaverin kriisiavun tarpeen?
3. Onko kriisiapua ollut saatavilla?
4. Onko henkilökunta ollut tyytyväinen saamaansa kriisiapuun?

Koska kriisiapua on jo ennestään laajalti tutkittu ja siten kvalitatiivista ymmärrystä sekä tie-
toa on riittävästi olemassa, päädyimme kvantitatiivisen sekä kvalitatiivisen tutkimuksen yh-
distämiseen. Lähestymistämme tukee myös se, että opinnäyte voidaan suorittaa strukturoi-
tuna kyselynä.

3.3 Aineiston keruu

Ryhdyttäessä kyselylomaketta suunnittelemaan varmistetaan, että käsiteltävä aihe sopii kyse-
lyn kautta mitattavaksi eli siirrytään teoriasta kokemukseräiseen. Vastauksien käsittelyssä toi-
mintamalli on päinvastainen. (Vilkkä 2015.)

Opinnäytesuunnitelma toimii pohjana kyselylomakkeelle, jolloin kyseltävien asioiden on poh-
jaututtava niille mittauksille, joista suunnitelmassa kerrotaan. (Vilkkä 2015)

Kyselylomaketta laadittaessa kysymysten muoto voi olla monivalinta, avoin tai sekamuotoinen
(Vilkkä 2015). Tässä opinnäytetyössä päädyttiin monivalintaisiin kysymyksiin sekä viimeiseksi
kysymykseksi avoimeen kysymykseen. Näin toimien haluttiin antaa vapaa puheenvuoro vastaa-
jalle, jolloin toivottiin saatavan rehellisiä mielipiteitä ja konkreettisia kehitysehdotuksia toi-
minnan parantamiseksi.

Mittaustason määrittely. Mitta-asteikoksi on valittu nominaali- eli luokitteluasteikko sekä or-
dinaali- eli järjestysasteikko (Likert). Luokitteluasteikossa käytetään numeerista muotoa,
jossa vastaukselle on annettu numero esim. Kysymykseen ammattiryhmä vastausvaihtoehto
Ensihoitaja saa numeron 1. Palomies numeron 2. (Kananen 2011.) Ordinaali- eli järjestysas-
teikon (Likert) asteikkoa käytetään niin määrällisissä kuin laadullisissa kysymyksissä. Esi-
merkki. ”Saatko mielestäsi riittävästi kriisitukea?” voidaan vastata seuraavasti: 1 en koskaan,
2 joskus, 3 vaihtelevasti, 4 Melko hyvin, 5 aina kun tarvitsen. (Kananen 2011.) Otostyyppi on

kokonaistutkimus, jossa vastaukset pyritään saamaan kaikilta/mahdollisimman monelta työntekijältä.

Tämän opinnäytetyön aineistonkeruumenetelmä on sähköinen, strukturoitu kysely, joka suoritettiin ”Survey Monkey” palvelua hyväksikäyttäen. Kyselylomaketta testattiin suunnitteluvaiheessa opinnäytetyön tekijöiden kesken ja käyttökokemuksen perusteella muokattiin sanavalintoja kysymyksissä. Avoimen kysymyksen muotoa pohdittiin myös sekä työn ohjaajan kanssa, että työn tilaajan kanssa. Työn tilaaja sai lopullisen version kyselylomakkeesta hyväksyttäväksi, jonka jälkeen se voitiin laittaa jakeluun.

Lupa opinnäyttekyselyn suorittamiseksi saatiin 16.1.2019, jolloin kyselyn linkki lähetettiin työn tilaajalle, joka puolestaan jakoi kyselyn henkilökunnalle. Palomiehet ja ensihoitajat saivat sähköpostin, jossa saatekirje (liite 1) sekä linkki kyselyyn (liite 2). Vastausaikaa annettiin 3 viikkoa, jonka puolesta välissä lähetettiin muistutus kyselyn päättymisajankohdasta.

3.4 Aineiston analysointi

Määrällisessä analyysissä kuvataan numeraalisesti sekä tilastollisesti vallitsevia olosuhteita ja laadullista analyysiä rinnalla käyttäen saadaan realistisempi katsaus aikaiseksi. Määrällinen analyysi alkaa yleensä tutkimusaineiston tilastollisella kuvaamisella, jonka hahmottamista helpottaa graafinen esitys. (Koppa.fi)

Tulosten analysointi tehtiin EXCEL ohjelmistolla. Tällä ohjelmistolla voidaan käsitellä kyselynetin ohjelmiston tuottamaa raakadataa. Yksiulotteista frekvenssi taulukkoa käytettiin jokaisen kysymyksen analysointiin. Osalle niistä oli tarkoitus suorittaa ristiintaulukointia taustamuuttujien suhteen. Ristiintaulukoinnista ei tehty koska vastausmäärä jäi alhaiseksi.

3.5 Tulosten julkaiseminen

Tulokset visualisoidaan frekvenssi kuvilla. Kuvista tehtiin oma dokumentti, joka jaettiin tilaajalle.

3.6 Kyselyn tulokset

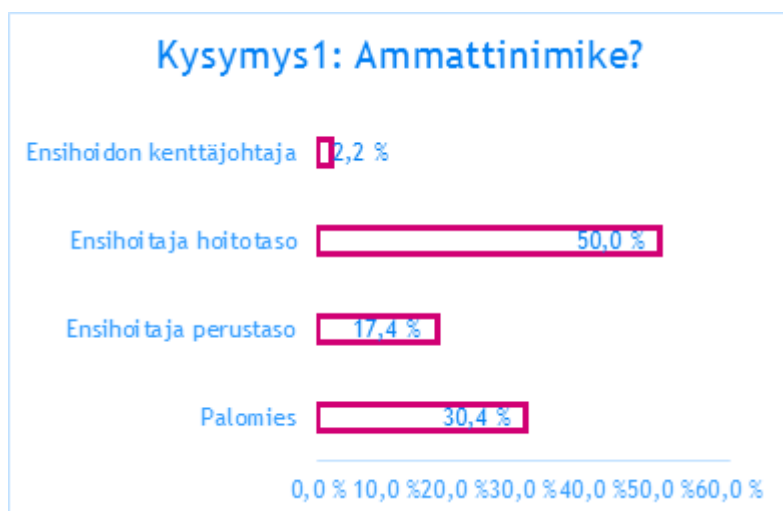
Kyselylomakkeeseen vastasi 42 kpl. Taustakysymysten, ammattinimike, kokemusvuodet, toimialue osalta vastausten määrä oli jakautunut tasaisesti, joka on hyvä asia. Vastaus prosentti olisi voinut olla parempi. Henkilöstön kokonaismäärästä 280 kpl, joista ainoastaan 42 osallistui kyselyyn, joka tarkoittaa noin 15% vastaus kattavuutta.

Taulukko 1. henkilöstön kokonaismäärä jolle kysely osoitettiin

Ammatti-ryhmä	Alue 1	Alue 2	Alue 3	
<i>Ensihoitaja hoitotaso</i>	32	35	40	107
<i>Ensihoitaja perustaso</i>	10	3	4	17
Palomies/pelastaja	33	48	75	156
Yhteensä	75	86	119	280

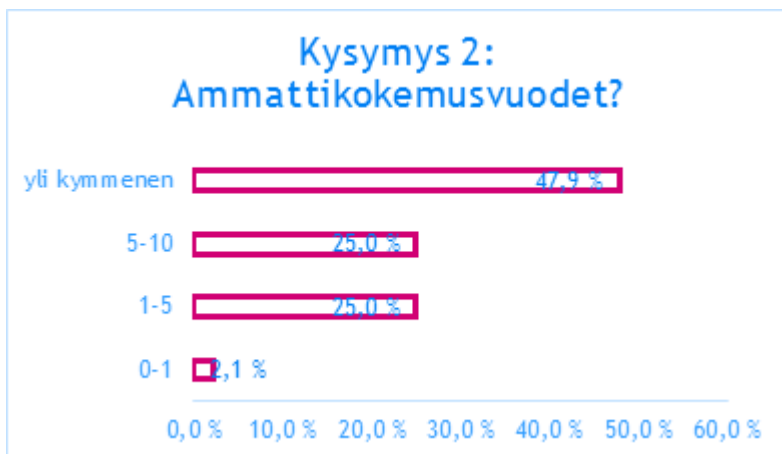
Kysymykset on jaettu taustakysymyksiin 3kpl. Sekä 11 kpl varsinaisia kysymyksiä, joista viimeinen eli 14:sta kysymys on avoin kysymys.

Kyselyyn vastanneista 50 % oli hoitotason ensihoitajia, 17,4 % perustason ensihoitajia, 30,4 % Palomiehiä, ensihoidon kenttäjohtajia oli ainoastaan 2,2 %



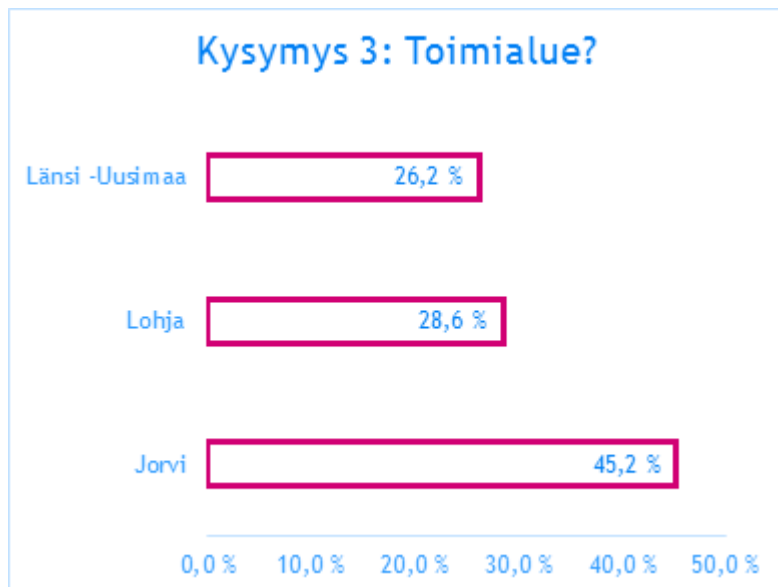
Kaavio 1: Kyselyyn vastaajat ammattiryhmittäin

Ammatillinen kokemus vastaajilla jakaantui siten että 47,9 %:lla oli yli kymmen vuoden ammatillinen kokemus, 25 %:lla 5-10 vuoden kokemus, 25%:lla 1-5 vuoden kokemus



Kaavio 2: Kyselyyn osallistuneiden ammatillinen kokemus

Vastanneista 45,2 % työskentelee Jorvin yksikössä, 28,6 % Lohjan yksikössä ja 26,2 % Länsi-Uudenmaan yksikössä.



Kaavio 3: Kyselyn vastausprosentit toimialueittain

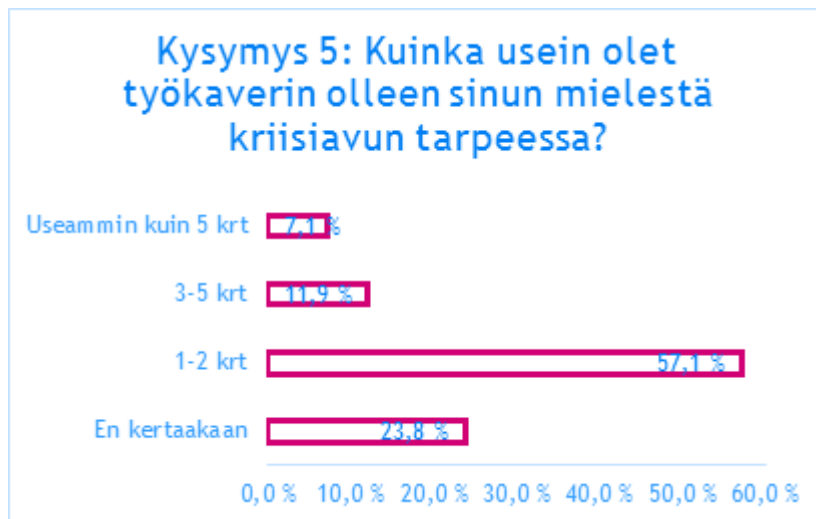
Neljännessä kysymyksessä kysyttiin, kuinka usein olet tarvinnut kriisiapua. Kyselyyn vastanneista noin puolet eli 52,4 % eivät koskaan ole tarvinneet kriisiapua. 1-2 kertaa apua tarvitsevia on ollut 28,6 %. 3-5 kertaa tarvitsevia on ollut 11,9 %. Yli 5 kertaa apua tarvitsevia on ollut 7,1 % vastanneista.



Kaavio 4: Kriisiavun tarve

Viidennessä kysymyksessä selvitettiin sitä ovatko vastaajat havainneet työkaverin olleen kriisiavun tarpeessa. Ainoastaan 23,8 % vastasi, etteivät ole tunnistaneeet työkaverin kriisiavun

tarvetta kertaakaan. 57,1 % vastasi, että ovat havainneet kriisiavun tarpeen 1-2 kertaa. 11,9 % vastanneista kertoi havainneen kriisiavun tarpeen 3-5 kertaa. 7,1 % vastanneista ovat havainneet tarpeen useammin kuin viisikertaa.



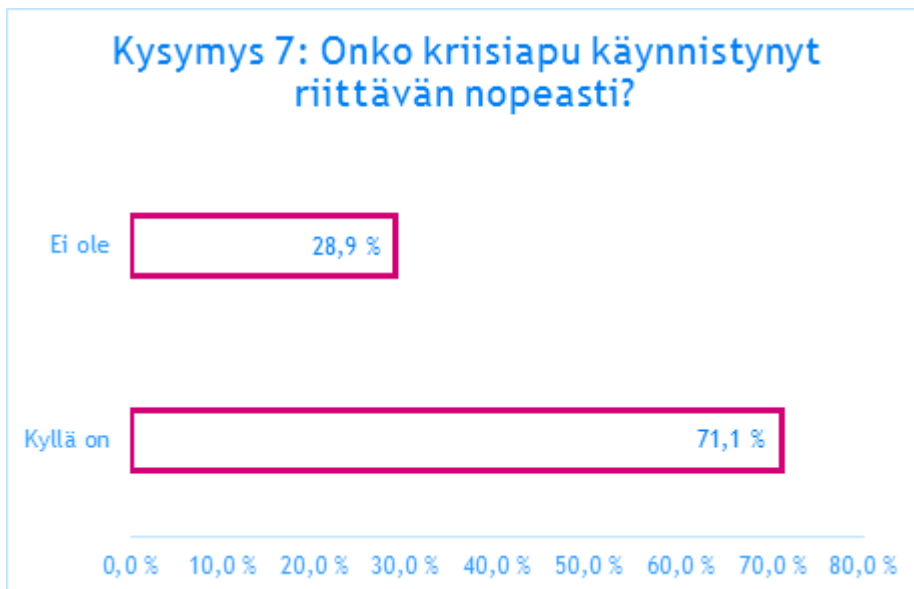
Kaavio 5: Työkaverin kriisiavun tarpeen tunnistaminen

Kuudennessa kysymyksessä kysyttiin ovatko vastaajat saaneet kriisiapua sitä tarvitessaan. Vastanneista 39,5 % oli sitä mieltä, etteivät ole saaneet kriisiapua, kun ovat sitä tarvinneet. 48,8 % vastanneista ovat saaneet apua sitä tarvitessa. 11,6 % ovat saaneet kriisiavun muualta kuin työnantajan järjestämänä.



Kaavio 6: Kriisiavun saatavuus

Seitsemännessä kysymyksessä kysyttiin, onko kriisiapu käynnistynyt riittävän nopeasti 71,1 % vastasi avun käynnistyneen riittävän nopeasti. 28,9 % vastasi, että kriisiapu ei ole käynnistynyt riittävän nopeasti.



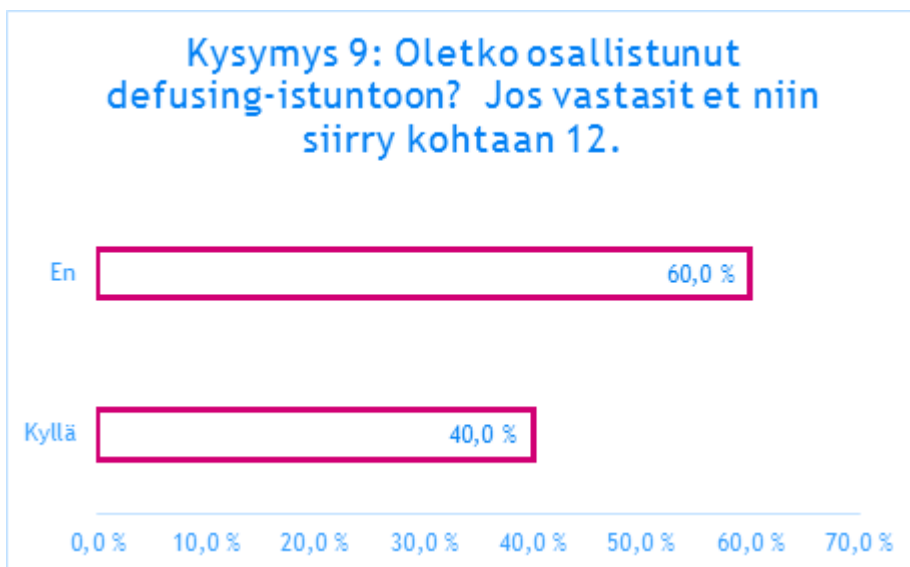
Kaavio 7: Kriisiavun käynnistymisen nopeus

Kahdeksannessa kysymyksessä selvitettiin sitä, onko perehdytys ollut riittävää kriisiavun suhteen. 54,1 % vastasi, että ovat saaneet vähän tai ei yhtään perehdytystä kriisiavun hakemiseen. 41,8 % oli sitä mieltä, että perehdytystä on ollut riittävästi tai paljon.



Kaavio 8: Perehdytys kriisiavun hakemiseen

Kysymyksessä yhdeksän kysyttiin, oletko osallistunut defusing-istuntoon. 40 % vastasi osallistuneen ja 60 % vastanneista ei ollut osallistunut.



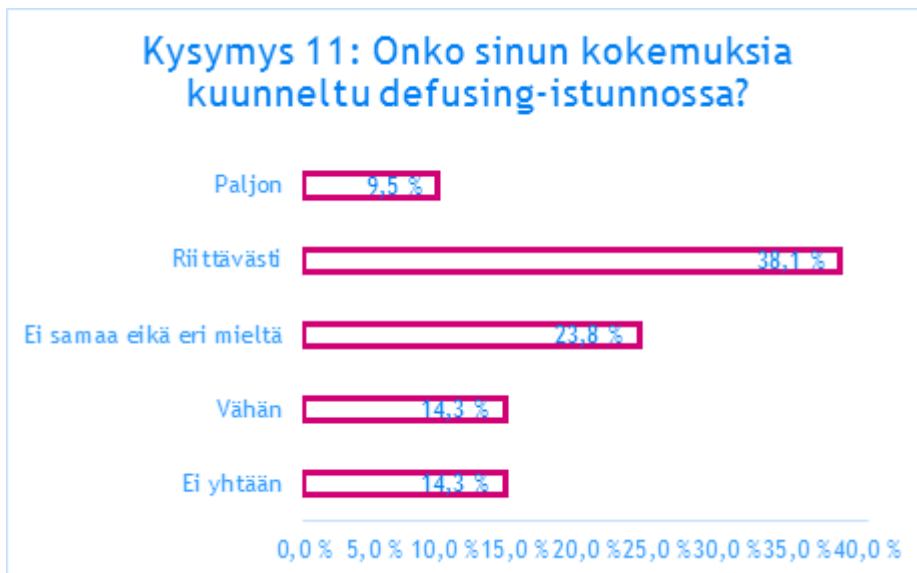
Kaavio 9: Defusing-istuntoon osallistuminen

Kysymyksessä kymmenen kysyttiin defusing-istuntoon osallistuneita ovatko he saaneet istunnosta apua. 48,4 % vastasi saaneensa apua paljon tai riittävästi. 36,9 % vastasi saaneensa apua vähän tai ei yhtään. 15,8 % eivät olleet eri eikä samaa mieltä.



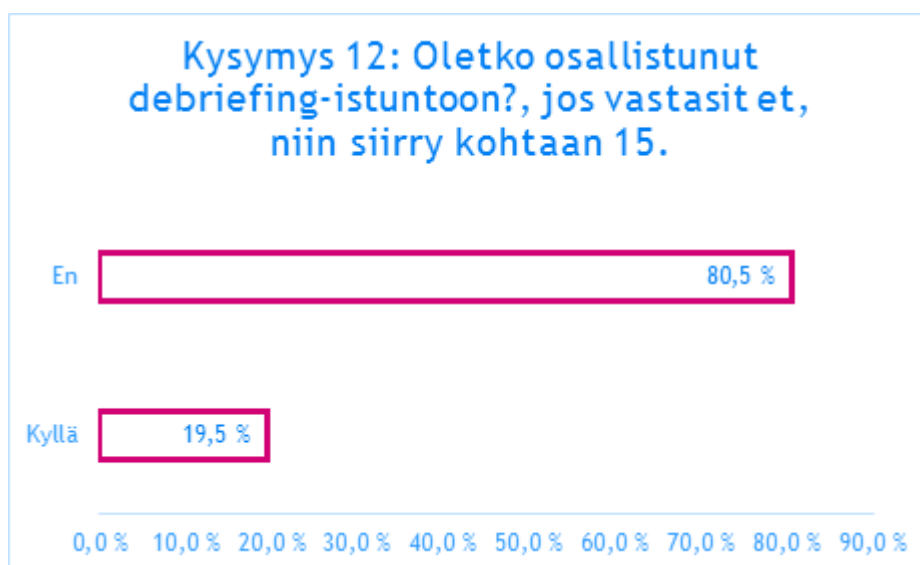
Kaavio 10: defusing-istunnon hyödyllisyys

Kysymyksessä yksitoista kysyttiin, onko sinun kokemuksiasi kuunneltu defusing-istunnossa. 47,6 % vastasi, että heitä on kuunneltu paljon tai riittävästi. 28,6 % vastasi, että heitä oli kuunneltu vähän tai ei yhtään. 23,8% vastanneista eivät olleet samaa tai eri mieltä.



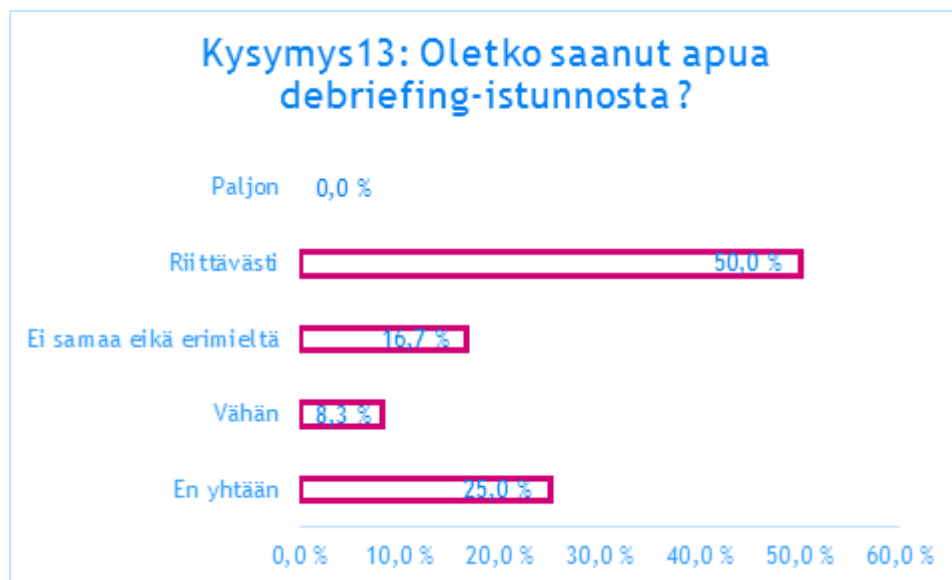
Kaavio 11: Kokemuksien kuunteleminen defusing-istunnossa

Kysymyksessä kaksitoista selvitettiin debriefing-istuntoon osallistumista. 80,5 % vastanneista ei ollut osallistunut siihen. 19,5 % oli osallistunut.



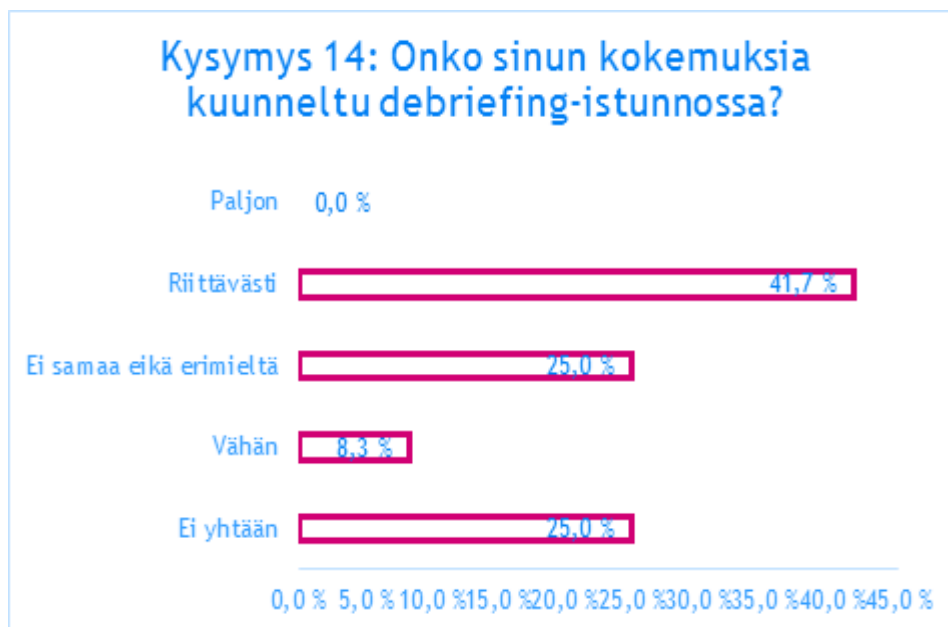
Kaavio 12: Debriefing-istunnon osallistuminen

Kysymyksessä kolmetoista kysyttiin, oletko saanut apua debriefing-istunnosta. 50 % vastasi saaneen riittävästi apua. 33,3 % vastasi, etteivät olleet saaneet yhtään tai vähän apua. 16,7 % vastanneista eivät olleet eri eivätkä samaa mieltä.



Kaavio 13: Debriefing-istunnon hyödyllisyys

Kysymyksessä neljätoista kysyttiin, onko sinun kokemuksiasi kuunneltu debriefing-istunnossa. 41,7 % vastasi, että kokemuksiasi on kuunneltu riittävästi. 33,3 % heistä koki, että heidän kokemuksiaan oli kuunneltu vähän tai ei yhtään. 25 % vastanneista ei ollut eri eikä samaa mieltä asiasta.



Kaavio 14: Kokemuksien kuunteleminen debriefing-istunnossa

Kysymys 15: Miten kriisiapua voi mielestäsi kehittää?

Tällä avoimella kysymyksellä pyrittiin löytämään ehdotuksia, kuinka kriisiapua voitaisiin kehittää. Alla näkyy vastauksia.

Tietyt tehtävät tulisi aina saattaa jälkipuinnin alle kysymättä työntekijän tahtoa. osallistuminen niihin sitten vapaaehtoisesti. Mutta ei palomies pyydä apua, jos sitä ei suoraan ohjata ja keikkoja pureta. monesti nämä käydään vaan keskenään keskustellen, mutta se on huono tapa...

Kriisiavun kriteerit, milloin on oikeutettu hakemaan ja miten se käytännössä tapahtuu. Tietoa ei oikeasti ole riittävästi kentällä ja avun saaminen viivästyy usein. Ainoastaan "oikeasti isoissa tilanteissa" kriisiavun tarve tunnistetaan ja se järjestetään, mutta pienemmässä mittakaavassa ei ole lainkaan yksinkertaista yksittäisen ensihoitajan tasolla. Avun tarvetta usein mitätöidään kokemukseni mukaan, edelleen täytyy olla kova äijä tai muija ja vaan pärjätä. Tästä toivoisin, että päästäisiin eroon.

Kynnys sen järjestämiseen tulee laskea. Pyyntöä sen järjestämiseen tulisi noudattaa

Laatu pitää pitää hyvänä ja varmistaa, että tilanteen vetäjiä on tarpeeksi ja osaavat asiansa. Kriisiapu ei voi pitkittyä.

LUP:lla defusingin järjestämiseen on edelleen liian korkea kynnys. Tavoite siitä, että prosessi käynnistyisi, kun kuka tahansa sitä ehdottaa tai pyytää, ei

toteudu. Järjestäminen koetaan mestaritasolla ilmeisesti liian hankalaksi ja järjestämistä yritetään välttää puhumalla tilanne lievemmäksi kuin se on.

Defusing lisäkoulutusta olisi hyvä saada kouluttajille. Ammattitaidon ja osaamisen lisäämiseksi.

Pienempi kynnys jäädä pois työvuorosta traumaattisen kokemuksen jälkeen ilman pelkoa siitä, että joku arvostelee tätä valintaa. Työntekijälle tulisi tarjota erilaisia mahdollisuuksia purkaa mielen päällä olevia asioita. Pelkkä defusing/debriefing ei riitä kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin ja henkisen jaksamisen ylläpitämiseksi.

Sitä ei tiedetä, että miten ja milloin sitä voi hakea. Siinä suurin ongelma.

Toistaiseksi omien kokemusten mukaan homma toimii.

Maailmalla käytössä ptsd-koiria, toimisiko hiklu-yhteistyöalueella? isompi alue?

Selkeät ohjeet asian käynnistämiseksi esim. merlotmediin ja asemalle.

Kriisiavun hälyttäminen tietyissä tilanteissa suoraa ilman tarve kyselyitä. Kaikkien osallistuttava defusing istuntoon, ei vapaaehtoisuutta.

Pienemmissäkin tilanteissa tulisi käyttää kriisiapua tai ainakin käydä tilannetta samaan tyyliin läpi. Tämä nostaisi sitten ne suuret asiat esille ja esimerkiksi jos joku kokee tilanteen vaikeaksi, saisi hän siihen automaattisesti apua.

Uutta koulutusta

Monipuolisempaa keskustelua

4 Johtopäätökset:

Kriisiavun tarpeellisuus ensivasteen henkilökunnalle on hyvin ilmeinen, kaaviosta 4 näemme että 47,6 % vastaajista oli tarvinnut apua vähintään kerran ja heistäkin 7,1 % yli viisi kertaa. Toisaalta sama kaavio kertoo että, 52,4 % ei ole tarvinnut kriisiapua kertaakaan. Se johtuiko tämä heidän paremmasta resilienssistä jäi tällä kyselyllä selvittämättä. Viidennessä kysymyksessä kysyimme; oletko tunnistanut työkaverissasi tarvetta kriisiavulle? Kaaviosta 5 nähdään se että 76,2 % oli tällaisen havainnon tehnyt. Tämä herättää kysymyksen siitä onko työntekijöillä tiedot ja taidot puuttua tilanteeseen tarvittaessa? Jos näin ei ole niin toinen kysymys kuuluu; pitäisikö olla? Koska siten estäisimme mahdollisen trauman kehittymisen.

Kriisiavun saatavuutta täytyy parantaa. Kaaviosta 6 nähdään että 39,5 % vastasi, ettei ole saanut työnantajan järjestämää kriisiapua sitä tarvitessaan. Näin suuri prosenttimäärä saa pohtimaan, että miksi apua ei ole saatu? Tällaisen toiminnan kuuluu kuitenkin olla matalalla kynnyksellä saatavaa.

Perehdytystä sekä tietoa kriisiavun hakemiseen on parannettava, koska 53% vastasi saaneensa vähän tai ei yhtään perehdytystä tai tietoa kriisiavun saamiseksi.

Defusing-istunnon laatua täytyy parantaa, koska 36,9 % koki saaneensa vähän tai ei yhtään apua istunnosta. Myös 28 % osallistuneista koki, että heitä oli kuunneltu vähän tai ei yhtään istunnon aikana.

Korjaavia toimenpiteitä suunniteltaessa on hyvä ottaa avuksi avoimen kysymyksen; “Miten kriisiapua voi mielestäsi kehittää?”, saadut vastaukset. Niistä löytyy konkreettisia parannus ehdotuksia.

5 Pohdinta

Opinnäytetyömme tarkoitus oli selvittää kriisituen toimivuus Länsi-Uudenmaan pelastuslaitokselle. Yhteisessä aloituspalaverissa toimeksiantajan kanssa rajasimme tutkimusongelmaa siten että tavoitteemme olisi löytää vastaukset seuraaviin kysymyksiin; Kuinka usein pelastustyöntekijä on tarvinnut kriisiapua? Kuinka usein työyhteisö on tunnistanut työkaverin kriisiavun tarpeen? Onko kriisiapua ollut saatavilla? Onko henkilökunta ollut tyytyväinen saamaansa kriisiapuun? Myös mahdollisia kehittämisehdotuksia selvitettiin. Toisin sanoin selvitimme kriisituen tarvetta, saatavuutta ja laatua.

Alussa meillä kaikilla luulo, että siinäpä helppo ja suoraviivainen homma. Nyt vuosi ja kolme kuukautta aloituksesta voimme sanoa, että työ on ollut kaukana helposta. Suunnitteluvaihe teoreettisine viitekehysineen ja koko opinnäytetyö prosessin oppiminen olikin paljon vaativampaa kuin olimme osanneet kuvitella. Aluksi ajattelimme suorittaa kyselyn paperisena versiona mutta onneksi saimme tässä kohtaa ohjausta ja ymmärsimme lähteä perehtymään sähköisen kyselylomakkeen käyttöön. Valitsimme kaupallisen Survey Monkey ohjelmiston sähköisen kyselyn suorittamiseksi, joka helpottikin tulosten keräämistä ja analysointia.

Mielestämme saadut vastaukset osoittivat, että kyselylle oli tarvetta ja se antoi hyvää ja arvokasta tietoa organisaatiolle kehittää kriisitukeaan. Esimerkiksi kriisituen perehdytyksen ja saatavuuden osalta tulokset olivat hyvin selkeitä, jonka takia niiden osalta on syytä tehdä korjaavia toimenpiteitä.

5.1 Luotettavuus

Opinnäytetyön ulkoisen validiteetin kannalta on tärkeää, että tutkimukseen osallistuu kattavasti työntekijöitä kaikista ammattiryhmistä sekä toimia-alueilta. Opinnäytetyön validiteettia parannettiin myös katselmoimalla kyselylomake työn tilaajan kanssa sekä testaamalla se pienellä testijoukolla. Tämän tarkoitus oli varmistaa se, että kyselyyn osallistujat sekä kyselyn tekijät ymmärtäisivät kysymykset samalla tavalla. Validiteetin voidaan sanoa olevan kunnossa silloin, kun kyselylomake mittaa juuri sitä mitä haluamme sen mittaavan (Kananen 2014, 262; Vilka 2015, 193.)

Tutkimuksen reliabiliteetin kannalta on oleellista määrittää oikeat kysymykset taustatekijöiden osalta, sekä käyttää selkokieltä, jotta väärinymmärryksen mahdollisuus on mahdollisimman pieni. Reliabiliteettiin eli toistettavuuteen vaikuttaa myös se muistaako vastaaja asian samoin, jos kysely uusittaisiin myöhemmin. Toinen toistettavuuteen vaikuttava asia on ymmärtäisikö vastaaja kysymyksen samalla tavoin, jos kysely uusittaisiin myöhemmin (Vilkkä 2015, 194).

Saimme 42 vastausta ja henkilöstön määrä ollessa 280. Tämä tarkoittaa että, 15 % kyselyn piirissä olevista pelastustyöntekijöistä vastasi kyselyymme eli valtaosan henkilökunnan mieltä pidettävä emme tiedä. Joten kysymys siitä, voiko tuloksista vetää johtopäätökset kattamaan koko henkilökuntaa on aiheellinen. Kyselyssä saatuihin prosentti lukemiin liittyy merkittävä tilastollinen epävarmuus johtuen pienestä vastausprosentista ja se on syytä pitää mielessä johtopäätöksiä tehtäessä. Tämä pätee erityisesti Defusing-istuntoon liittyvien kysymysten osalta koska niihin oli vastannut ainoastaan 17 vastaajaa. Tästä syystä näiden vastausten yleistettävyyden koko henkilökuntaa koskevaksi on varsin heikko.

5.2 Tutkimusetiikka

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2209) on antanut ohjeen, kuinka tutkimusta tehtäessä on huomioitava ihmiseen kohdistuvassa tutkimuksessa henkilön itsemääräämisoikeus ja sen kunnioittaminen, vahingoittamisen välttäminen ja yksityisyyden suoja sekä tietosuoja.

Osallistuminen tehtävään tutkimukseen on aina oltava vapaaehtoista ja henkilöltä olisi saatava jonkin muotoinen suostumus tutkimukseen. Yleensä kyseeseen tulee suullinen suostumus tai tutkimukseen osallistuva allekirjoittaa suostumuskaavakkeen mutta tutkimuksen ollessa esimerkiksi sähköinen lomake, voidaan lomakkeen täyttämistä päätellä, että henkilö on antanut suostumuksensa vastauksiensa käyttämiseen. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009.)

Tutkimukseen osallistujalla on aina myös mahdollisuus keskeyttää osallistumisensa mutta siihen mennessä kertyneitä vastauksia on lupa käyttää tutkimuksen tuloksia analysoitaessa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009.)

Itsemääräämisoikeudessa on huomioitava ikäraajat. Alaikäisen kohdalla alle 15-vuotiaan huoltajan lupaa ei tarvita, jos tutkimuksen tarpeellisuus pystytään perustelemaan huomioiden tutkimukseen osallistuvien ikä sekä kehitystaso, tutkimuksen toteutustavalla sekä aihepiirillä tai saatavan tiedon tarpeellisuudella. Esikouluikäisen ja nuoremman kohdalla voi luvan tutkimuksen tekemiselle antaa rehtori tai päiväkodin johtaja. Vapaaehtoisuus on kuitenkin huomioitava tarkasti alaikäisenkin kohdalla. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009.)

Tutkimuksen alkamisesta tiedotettaessa on oltava näkyvissä tutkimuksen tekijän tiedot, mitä tutkimus käsittelee, millä tavoin tutkimus tapahtuu, tutkimuksen aikaikkuna, mihin saatuja

vastauksia käytetään ja kuinka niitä säilytetään sekä mahdollinen jatkokäyttö. Vapaaehtoisuus osallistumiseen. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009.)

Tutkimuksen aikana ei tutkittavalle saa koitua henkistä haittaa, esimerkiksi arkaluonteisen tiedon julkisuuteen pääsy tai taloudellista tai sosiaalista haittaa, esimerkiksi tietosuojaa kärsii. Jos tutkijat eivät pysty itse arvioimaan tehdyn tutkimuksen vaikutuksia, esimerkiksi kyseessä on ihmiseen kajoaminen, on pyydettävä eettiseltä toimikunnalta kannanotto, jossa arvioidaan tutkimus ennen sen alkua. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009.)

Kun tutkimuslupa myönnettiin 16.1.2019, henkilöstölle lähetettiin ennen kyselyä sähköpostilla tiedote, jossa kerrottiin tulevasta kyselystä ja tarkennettiin huolehdittavan vastaajien pysyvän tunnistamattomina. Tämä on tärkeää eettisyys huomioon ottaen mutta myös siksi, että kyselyllä pyritään saamaan mahdollisimman laajalti mielipiteitä, josta vastaavasti saadaan kehitysideoita. Kyselyyn vastaaminen oli täysin vapaaehtoista. Raportoinnissa eritellään vastaukset aihealuokittain, jolloin henkilöityminen ei ole mahdollista. Tutkimusmateriaali säilytettiin ainoastaan Laurean OneDrivella ja siihen on käyttöoikeudet tämän opinnäytetyön tekijöillä.

Lähteet:

Painetut

Hedrenius, S. & Johansson, S. 2013. Kriisituki, ensiapua onnettomuuksien, katastrofien ja järkyttävien tapahtumien käsittelyyn. Suomentaja Strellman, U. Helsinki: Tietosanoma

Kananen, J. 2011, Kvantti. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu

Kananen, J. 2014. Verkkotutkimus opinnäytetyönä. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu

Kinching, D. 2007. A guide to psychological debriefing. Lontoo: Jessica Kingsley Publisher

Vilkkä, J. 2015. Tutki ja kehitä. Juva: PS-kustannus

Sähköiset:

Elämän erilaiset kriisit. 2010. Terveyskirjasto. Viitattu 9.9.2018. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=onn00124

Henriksson, M., Lönnqvist, J. 2017. Psykkiset kriisit. Viitattu 20.3.2018 <https://www.oppiportti.fi/op/pkr01102/do>

Huittinen M. L., Huikuri-Salo T., Komulainen A., Ryhanen A. 2016. Kriisi-interventio työterveyshuollossa. Viitattu 28.2.2018. <http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/tyt/koti>

Huttunen, M. 2017. Akuutti stressireaktio. Viitattu 12.10.2018 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00191

Huttunen, M. 2017. Traumaperäinen stressihäiriö. Viitattu 13.10.2018 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00526

Huttunen, M. 2017. Dissosiaatiohäiriö. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 27.10.2018 https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00360

Jyväskylän yliopisto. Määrällinen analyysi. Viitattu 16.4.2019. <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/met/metelmapolkuja/metelmapolku/aineiston-analyysimenetelmat/maarallinen-analyysi>

Jaakson, S., Jaakkola, U., Vainikainen, T., Auer, T. 2017. Aivoterveyttä edistämään! Viitattu 26.3.2018. http://www.muistiasiantuntijat.fi/media-files/ETNIMU_Aivoterveytta_fiR_17i.pdf

Kirkon keskusteluapua. 2018. Viitattu 14.10.2018 <https://www.kirkonkeskusteluapua.fi/>

KvantiMOTV. 2013. Menetelmäopetuksen tietovaranto. Viitattu 19.9.2018 <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/index.html>

Marin, Kirsi (2017) Äkillisen kriisin kokeneen tukeminen läheisen kuollessa. Eksistentiaalis-fenomenologinen tutkimus äkilliseen kriisiin liittyvistä vaikutuksista, kohtaamisista ja tuesta. Pro gradu-tutkielma. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 23.4.2019. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20170393/urn_nbn_fi_uef-20170393.pdf

Näin selviydyt henkisesti 2017. Viitattu 4.3.2018. <https://www.punainenristi.fi/hae-tukea-ja-apua/akilliseen-onnettomuuteen/nain-selviydyt-henkisesti>

Pelastuslaitosten työhyvinvointia kehittävä valtakunnallinen yhteistyöelimen loppuraportti 2015. Viitattu 13.10.2018. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/78922/Pelastuslaitosten%20ty%C3%B6hyvinvointia%20kehitt%C3%A4v%C3%A4n.pdf>

Psykososiaalinen tuki- ja palvelujärjestelmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 2010. Viitattu 9.9.2018. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=onn00130

Schmidt M.& Haglund 2017. Debrief in Emergency Departments to Improve Compassion Fatigue and Promote Resiliense. Journal of trauma nursing. Viitattu 14.10.2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28885522>

Sosiaalihuoltolaki 2014/1301. Viitattu 9.9.2018. <https://www.innokyla.fi/documents/1533196/39b8870b-2043-4868-b1b6-c49ddf1822ca>

Sosiaali- ja terveyshuoltoministeriö. 2014. Sosiaalihuoltolaki. Soveltamisopas. Viitattu 10.9.2018 <https://www.innokyla.fi/documents/1533196/39b8870b-2043-4868-b1b6-c49ddf1822ca>

Sosiaali- ja terveystalvet. 2018. Espoon kaupunki. Viitattu 14.10.2018 https://www.es-poo.fi/fi-FI/Sosiaali_ja_terveyspalvelut/Sosiaalityo_ja_toimeentulo/Sosiaali_ja_kriisipaivystys

Sosiaali- ja terveystalvet. 2018. Lohjan kaupunki. Viitattu 14.10.2018 <https://www.lohja.fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/lapset-ja-perheet/hatatilanteet-ja-paivystys/>

Traumaperäinen stressihäiriö. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2014. Viitattu 22.4.2019 <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50080#K1>

Tukea ja apua. Suomen mielenterveysseura. Viitattu 14.10.2018 <https://www.mielenterveysseura.fi/fi/tukea-ja-apua>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009. Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakoarvioinnin järjestämiseksi. Viitattu 22.4.2019 <https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/eettisetperiaatteet.pdf>

Työterveyshuoltolaki 2013/708. Viitattu 9.9.2018. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2001/20011383>

Valtioneuvoston asetus hyvän työterveyshuoltokäytännön periaatteista, työterveyshuollon sisällöstä sekä ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden koulutuksesta. 2013/708. Viitattu 10.9.2018. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2013/20130708>

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. Viitattu 16.4.2019. <https://www.ellibslibrary.com/reader/9789524517560>

Julkaisemattomat

<Ensimmäinen lähde. Enter>

Kuviot:

Kaavio 1: Kyselyyn vastaajat ammattiryhmittäin	25
Kaavio 2: Kyselyyn osallistuneiden ammatillinen kokemus.....	26
Kaavio 3: Kyselyn vastausprosentit toimialueittain	27
Kaavio 4: Kriisiavun tarve	27
Kaavio 5: Työkaverin kriisiavun tarpeen tunnistaminen	28
Kaavio 6: Kriisiavun saatavuus.....	28
Kaavio 7: Kriisiavun käynnistymisen nopeus	29
Kaavio 8: Perehdytys kriisiavun hakemiseen	29
Kaavio 9: Defusing-istuntoon osallistuminen.....	30
Kaavio 10: defusing-istunnon hyödyllisyys.....	30
Kaavio 11: Kokemusten kuunteleminen defusing-istunnossa.....	31
Kaavio 12: Debriefing-istunnon osallistuminen	31
Kaavio 13: Debriefing-istunnon hyödyllisyys	32
Kaavio 14: Kokemusten kuunteleminen debriefing-istunnossa	33
Kuvio 1: Kriisin vaiheet (mukaillen Huttunen 2017)	10

Liitteet:	
Liite 1: Saatekirje.....	43
Liite 2: Kysely	44

Liite 1: Saatekirje

Saatekirje

Juha Kontkanen

7.11.2018

Sanna Korhonen

Tuulia Nyström

Länsi-Uudenmaan Pelastuslaitos

Kutsu kyselytutkimukseen työntekijän kriisiavun saamisen päivittämiseksi.

Hyvä Länsi-Uudenmaan pelastuslaitoksen työntekijä!

Olemme sosiaali- ja terveysalan opiskelijoita Lohjan ammattikorkeakoulusta ja teemme opin-
näytetyönä kyselytutkimuksen Länsi-Uudenmaan pelastuslaitokselle. Kyselyn tavoitteena on
kartoittaa työntekijän kriisiavun tarvetta, saatavuutta ja laatua. Vastauksenne ovat tärkeä
osa tutkimuksen ja oppinäytetyön onnistumisen kannalta.

Kyselystä saatujen vastauksien perusteella päästään kehittämään pelastusalan työntekijöiden
kriisiavun saamista ja siihen perehdyttämistä.

Vastaukset käsitellään nimettömänä ja ehdottomasti luottamuksellisina. Vastaukset käsitel-
lään taulukoina ja tilastollisesti numeroina, jolloin yksittäisiä vastauksia ei voida yhdistää ke-
henkään.

Kyselylomakkeen täyttäminen

Pääsette täyttämään kyselyn alla olevasta linkistä ja vastaaminen kestää noin 10 minuuttia.
Muistattehan lopuksi lähettää vastauksenne.

Kiitos!

Liite 2: Kysely

Taustakysymykset:

1. **Ammattinimike;** palomies, ensihoitaja perustaso, ensihoitaja hoitotaso, ensihoidon kenttäjohtaja
2. **Ammattikokemusvuodet;** 0-1, 1-5, 5-10, 10 tai enemmän
3. **Toimialueesi, jossa tällä hetkellä työskentelet;** Lohja, Jorvi, Länsi-Uusimaa

Tutkimuskysymykset:

1. **Kuinka usein olet tarvinnut kriisiapua?** En kertaakaan, 1-2 krt, 3-5 krt, useammin kuin 5 krt.
2. **Kuinka usein olet havainnut työkaverin olleen sinun mielestä kriisiavun tarpeessa?** En kertaakaan, 1-2 krt, 3-5 krt, useammin kuin 5 krt.
3. **Oletko saanut työnantajan järjestämää kriisiapua, kun olet sitä mielestäsi tarvinnut?** En, kyllä.
4. **Saitko kriisiapua jostakin muualta, kun olet sitä mielestäsi tarvinnut?** Kyllä, ei. Mistä sait sitä? _____.
5. **Onko kriisiapu mielestäsi käynnistynyt riittävän nopeasti?** Kyllä on, ei ole
6. **Oletko saanut riittävästi perehdytystä ja tietoa kriisiavun hakemiseen?** en yhtään, vähän, ei samaa eikä eri mieltä, riittävästi, paljon
7. **Oletko osallistunut defusing -istuntoon?** Kyllä, en. Jos vastasit kyllä, vastaa kohtiin 8, 9 ja 10. Jos vastasit en, niin siirry kohtaan 11
8. **Oletko saanut apua työnantajan järjestämästä Defusing-istunnosta?** en yhtään, vähän, ei samaa eikä eri mieltä, riittävästi, paljon
9. **Onko sinun kokemuksia kuunneltu Defusing-istunnossa?** ei yhtään, vähän, ei samaa eikä eri mieltä, riittävästi, paljon
10. **Oletko kokenut Defusing-istunnon ohjauksen ammattitaitoisena?** en yhtään, vähän, ei samaa eikä eri mieltä, riittävästi, paljon
11. **Oletko osallistunut Debriefing-istuntoon?** Kyllä, en. Jos vastasit kyllä, vastaa kohtiin 12, 13, 14
12. **Oletko saanut apua Debriefingin-istunnosta?** en yhtään, vähän, ei samaa eikä eri mieltä, riittävästi, paljon
13. **Onko sinun kokemuksia kuunneltu Debriefing -istunnossa?** ei yhtään, vähän, ei samaa eikä eri mieltä, riittävästi, paljon

14. Oletko kokenut Debriefing istunnon ohjauksen ammattitaitoisena? en yhtään, vähän, ei samaa eikä eri mieltä, riittävästi, paljon

15. Avoin kysymys? Onko sinulla parannusehdotuksia kriisiapuun liittyen?