

Katariina Koivisto ja Suvi Piippo

Psyykkisen sokin henkinen tuki

Kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö

Kevät 2011

Sosiaali- ja terveysalan yksikkö

Hoitotyön koulutusohjelma



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Sosiaali- ja terveysala yksikkö
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

Katariina Koivisto ja Suvi Piippo

Psyykkisen sokin henkinen tuki – Kirjallisuuskatsaus

Ohjaajat: Marjut Nummela, lehtori, HVL ja Mari Salminen-Tuomaala, lehtori, TtM

Vuosi: Kevät 2011

Sivumäärä: 40

Liitteiden lukumäärä: 2

Kirjallisuuskatsauksena tehty opinnäytetyö tuotettiin Etelä- Pohjanmaan pelastuslaitoksen Ylistaron ensivasteyksikön henkilöstölle. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata traumaattisen kriisin kohdanneen henkistä tukea psyykkisen sokin vaiheessa. Aihetta tutkittiin vakavasti ja odottamattomasti sairastuneiden potilaiden ja heidän läheistensä näkökulmasta. Tutkimuskysymykset olivat: Mitä on henkinen tuki psyykkisessä sokissa ja mitkä ovat psyykkisen sokin kohdanneen tarpeet? Työn tavoite oli kehittää psyykkisessä sokissa olevan potilaan hoitotyötä. On tärkeää, että jo ensilinjan auttajat tunnistavat psyykkisen hoidon tarpeen, jotta kriisin selviytymisprosessi lähtisi heti käyntiin.

Aineistolähtöiseen sisällön analyysillä tehtyyn tarkasteluun valikoitui 9 tutkimusta, vuosilta 2000–2010. Tulokset osoittivat, että tärkeitä hoitotyön auttamismenetelmiä psyykkisen sokin kohdanneen kanssa olivat, hoitajan emotionaalisuus, ammatillisuus ja ohjaus sekä kyky luoda turvallisuuden tunteen. Hoitajien tuli vastata potilaiden ja läheisten emotionaaliin, kognitiivisiin, sosiaaliin ja käytännön tarpeisiin. Hoitotyön auttamismenetelmien tavoitteena oli, että paranemisprosessi psyykkisen sokin vaiheesta käynnistyisi ja näin estettäisiin henkisen trauman syntyminen. Hoitotyön auttamismenetelmien vaikuttavuudesta ei löytynyt vahvaa näyttöä, mutta tuella, ohjauksella ja omaisten mukaan ottamisella on vaikutusta psyykkisestä sokista selviytymiseen.

Jatkotutkimushaasteena esitetään kirjallisen ohjeistuksen kehittäminen, auttajien sekä hoitajien työn tueksi, äkillisten traumatisoivien tapahtumien varalle.

Avainsanat: henkinen tuki, sokki, kriisityö, ohjaus, hoitotyö

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

School of Health Care and Social Work
Degree Programme in Nursing
Nursing Branch

Katariina Koivisto and Suvi Piippo

Mental support in psychological shock - a literature review

Supervisors: Marjut Nummela, Senior Lecturer, LicNSc and Mari Salminen-Tuomaala, Senior Lecturer, MNSc

Year: Spring 2011 Number of pages: 40 Number of appendices: 2

This thesis is a literature review conducted for the staff of the Rescue Department of Southern Ostrobothnia's Ylistaro First Response Unit. This thesis describes the kind of mental support available to a person who has encountered a traumatic crisis and who is undergoing a psychological shock. The perspective in study is that of patients who have fallen ill suddenly and unexpectedly, as well as that of their family members. Principal research questions were: What kind of role does mental support have in the event of a psychological shock, and what sorts of needs does a person with a psychological shock have? The aim of thesis was to contribute to the development of care for patients undergoing a psychological shock. It is important for staff members involved in first-line emergency care to recognise the need for psychological care so that the crisis recovery process can be launched without delay.

As the research material of the study, we selected nine original studies conducted between 2000 and 2010 and analysed them with a data-based content analysis. The results showed that important methods of care in nursing people who had encountered a psychological shock were emotional involvement and professionalism of nursing staff as well as the capability to provide counselling and to create a safe atmosphere. Nursing staff should be able to answer patients' and their family members' needs for emotional, cognitive, social and practical support. Methods of care were aimed at launching the healing process of a person who is undergoing a psychological shock and consequently preventing the occurrence of a psychological trauma. No strong evidence on the effectiveness of the methods of care was found, but support, guidance and the involvement of family members do have an impact on coping with a psychological shock.

The challenge for further research is the development of written guidance for helpers and carers to support the work of acute traumatic events of reference.

Key words: psychological support, shock, crisis work, counselling, nursing

SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä	2
Thesis abstract.....	3
SISÄLTÖ.....	4
1 JOHDANTO.....	5
2 KRIISIT	7
2.1 Traumaattinen kriisi ja sen vaiheet.....	7
2.2 Psykkinen sokki	9
2.3 Kriisin käsittelyprosessin häiriintyminen	10
3 AKUUTTI KRIISITYÖ	12
3.1 Akuutin kriisityön historia Suomessa	13
3.2 Henkinen ensiapu.....	14
3.3 Ensivasteen toiminta ja sen henkilökunta.....	15
4 OHJAUS HOITOTYÖSSÄ	17
5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYS	20
6 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄ JA TOTEUTUS	21
6.1 Kirjallisuuskatsaus työmenetelmänä	21
6.2 Tutkimusaineiston keruu	22
6.3 Tutkimusaineiston analyysi	24
7 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	25
7.1 Henkinen tuki traumaattisen kriisin kohdatessa	25
7.2 Psykkisen sokin kohdanneen tarpeet	28
8 JOHTOPÄÄTÖKSET	30
9 POHDINTA.....	33
9.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	34
9.2 Jatkotutkimushaasteet.....	36
LÄHTEET.....	37
LIITTEET	41
Liite 1. Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimusartikkelit	
Liite 2. Esimerkki aineistolähtöisestä analyysistä	

1 JOHDANTO

Nyky-yhteiskunnassa henkisen tuen tärkeys on huomattu. On tapahtunut suuria monia uhreja vaativia katastrofeja, joista voi lukea lehdistä ja nähdä uutisista. Tulisi muistaa myös, että joka päivä jonkun läheinen kuolee tai sairastuu vakavasti ja myös tällöin henkisen tuen saaminen on tärkeää. Kun henkilö joutuu onnettomuuteen, sairastuu äkillisesti tai muuten on hengenvaarassa, saattaa hän tai muut asianomaiset joutua psyykkiseen sokkiin. Avun tarveharkintaa ei tulisi koskaan tehdä uhrien käyttäytymisen perusteella, sillä psyykkisessä sokissa oleva ihminen yleensä käyttäytyy rauhallisesti ja järkevästi vaikka sisällä kuohuu. (Saari 2003, 99.) Henkinen ensiapu on paljon yleisemmin tarvittu ensiaputaito kuin varsinainen fyysinen ensiapu (Saari 2003, 142). Silti se voi olla monelle vaikeaa toteuttaa. Sosiaali- ja terveysministeriön suositusten mukaan kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden on osattava huomioida traumaattisissa tilanteissa sen psykologinen vaikutus ja osattava tarjota uhreille käytännöllistä, sosiaalista ja emotionaalista tukea (Poijula 2009, 108).

Meistä jokainen voi jossain elämän vaiheessa kohdata psyykkisessä sokissa olevan ihmisen. Varsinkin me tulevana sairaanhoitajina tulemme varmasti työssämme kohtaamaan heitä, joten aiheemme on tärkeä ja ajankohtainen. Traumaattinen kriisi jaetaan neljään vaiheeseen; sokki-, reaktio-, käsittely- ja uudelleenasetumisvaiheeseen. Jokainen kriisin vaihe tarvitsee juuri sille kuuluvan intervention.

Jokainen, traumaattisen kriisin kohdatessa reagoi yksilöllisesti. Opinnäytetyömme käsittelee traumaattisen kriisin kohdanneen henkistä tukea, psyykkisen sokin vaiheessa. Työmme kohdistuu ensivasteyksiköille, jotka useimmiten ovat ensiaputilanteessa ensimmäisenä paikalla. Ensivasteyksikön henkilökunta on koulutettu ensiaputilanteissa turvaamaan uhrin vitaalitoiminnot, mutta henkisen tuen antaminen uhrille tai hänen omaisille on heille, kuten meille kaikille haastavaa. Ensilinjan auttajien olisi tärkeää tietää kuinka psyykkisessä sokissa oleva ihminen käyttäytyy,

jotta uhrin saivat tarvitsemansa avun. Tässä työssä käytämme termiä auttaja, viitaten sillä meistä jokaista, kuuluimme sitten hoitohenkilökuntaan tai emme. Hoitaja termiä käytämme vain hoitotieteeseen perustuvasta, ammatillista työtä tekevästä henkilöstä, esimerkiksi sairaanhoitajasta. Opinnäytetyömme on kirjallisuuskatsaus, minkä tarkoitus on kuvata traumaattisen kriisin kohdanneen henkistä tukea psykisen soikin vaiheessa. Tutkimme aihetta vakavasti ja odottamattomasti sairastuneiden potilaiden ja heidän läheistensä näkökulmasta.

2 KRIISIT

Kriisillä tarkoitetaan suuria muutoksia elämässä, mitkä käynnistävät mielessä sopeutumistehtävän. Vaativasta elämänmuutoksesta selvitään, kun kaikki voimavarat otetaan käyttöön. Tällöin ihmisen psyyke on äärimmäisen kovilla. Yleensä ihminen selviytyy tällaisista tilanteista ja voimavaroja löytyy sen läpikäymiseen, mutta joskus ne eivät riitä ja mielessä voi tapahtua jotain haitallista kehitystä. Kriisit jaetaan kolmeen kategoriaan ja onkin tärkeää erottaa, minkälaisesta kriisistä on kulloinkin kyse, että löydetään oikeat auttamiskeinot. (Eränen ym. 2009, 9.)

Kriisejä ovat

1. Kehityskriisit (normaaleja elämänkulun siirtymävaiheita, kuten murrosikä)
2. Elämän kriisit (esimerkiksi avioero, työpaikan vaihto)
3. Traumaattiset kriisit (esimerkiksi liikenneonnettomuus, äkillinen kuolema)

Kehityskriisit ja elämän kriisit ovat luonteeltaan samantapaisia, niihin voidaan varautua ja valmistautua, kun taas traumaattisille kriiseille ominaista on niiden enustamattomuus. (Eränen ym. 2009, 9-10.)

2.1 Traumaattinen kriisi ja sen vaiheet

Äkillisesti, psyykkisesti traumatisoivaa tapahtumaa kutsutaan traumaattiseksi kriisiksi. Traumaattiset kriisit eivät kuulu luonnolliseen elämänkulkuun. Näihin ei voida varautua tai valmistautua etukäteen, vaan ne tulevat täysin yllättäen. Vaikkakaan fyysisiä vammoja ei tapahtumista syntyisi, ne aiheuttavat aina henkisen loukkaantumisen. Omalla päätöksenteolla ei voida enää vaikuttaa tapahtuneeseen ja tilanteeseen on näin pakko sopeutua. Sopeutuminen tapahtumaan käynnistyy välittömästi ja ihmismielen kaikki voimavarat joudutaan ottamaan käyttöön. Tämä sopeutumisprosessi noudattaa yleensä vahvasti tiettyä lainalaisuutta, mutta vaiheiden kestossa ja reaktioissa on yksilöllisiä eroja. Itse traumatisoivan tapahtuman kestol-

la ei voida ennustaa psyykkisten seurausten voimakkuutta. Sopeutumisprosessi käynnistyy nopeasti, mutta se saattaa jatkua pitkään. (Kokkonen 1995, 56–57; Eränen ym. 2009, 11, 20.)

Pohjoismaissa on paljon käytetty ruotsalaisen J. Cullbergin, jo 1970-luvulla hahmottamaa yleismallia kriisin kulusta. Hän jakaa traumaattisen kriisin neljään eri vaiheeseen; sokkivaihe, reaktiovaihe, työstämisvaihe ja uudelleensuuntautumisvaihe. (Saari 2003, 41; Palosaari 2007, 54.) Nämä neljä vaihetta poikkeavat toisistaan paljon ja siksi myös auttamistavat kulloisenkin vaiheen aikana eroavat toisistaan. Onkin tärkeää erottaa mistä kriisin vaiheesta on kyse, jotta toimintatavat olisivat oikeat. (Eränen ym. 2009, 20.)

Sokkivaihe. Ensimmäinen traumaattisen tapahtuman jälkeinen reaktio on psyykinen sokki. Vaihe kestää muutamista hetkistä muutama vuorokautteen. Sokki ei ole sekaisin menemistä, vaan siinä mielemme suojaa meitä tiedoilta ja kokemuksilta, joita se ei kestä tai pysty ottamaan vastaan. (Saari 2003, 42.)

Reaktiovaihe. Toisin, kun sokkivaihe puuduttaa tunteita, reaktiovaiheessa ne pääsevät irti. Tunteet myllertävät ja menevät laidasta laitaan, tulevat välillä pintaan ja peittyvät taas tuntemattomaan. Reaktiovaiheeseen siirrytään, kun ihminen tuntee olevansa turvassa ja vaara sekä uhkatilanne ovat ohi. Reaktiovaiheeseen kuuluu vahvasti suru, ahdistus, epätoivo, tyhjyyden tunne, itsesyytökset ja syyllisyydentunto sekä viha, raivo ja pelko. (Saari 2003, 52–56, 59.)

Työstämisvaihe. Reaktiovaiheen jälkeen tulee työstämisvaihe, mikä kestää kauan, jopa vuoden tapahtumasta. Sokki- ja reaktiovaiheessa ihmiset haluavat puhua tapahtuneesta, kun taas työstämisvaiheessa he eivät enää haluakaan puhua siitä, he eivät jaksaa puhua. Työstäminen voi näkyä ihmisessä siten, että vaikka hän on fyysisesti paikalla, hän ei ole psyykkisesti läsnä. Ihminen työstää tapahtunutta mielessään, joko tietoisesti tai tiedostamatta. Tyypillisiä oireita ovat muisti- ja keskittymisvaikeudet. Trauman käsittelyprosessi hidastuu tässä vaiheessa, kun se sokki- ja reaktiovaiheessa eteni nopeasti. (Saari 2003, 60–64.)

Uudelleensuuntautumisen vaihe. Traumaattisen tapahtuman hyväksymisen jälkeen alkaa sopeutuminen tapahtuman tuomiin muutoksiin. Kehitys tapahtuu pikkuhiljaa ja ihminen alkaa kiinnostua omasta elämästään ja uskaltaa suunnitella tulevaa. Aikaa tähän kuluu tapahtuneesta noin 1- 2 vuotta. Kriisitapahtumat jäsentyvät osaksi elämää. Oleellista tässä vaiheessa on, että ihminen pystyy kontrolloimaan, milloin tapahtunutta miettii ja hallitsee tunteensa. (Vilen, Leppämäki & Ekström 2002, 187–188; Lönnqvist 2005.)

2.2 Psykkinen sokki

Traumaattisen tapahtuman jälkeinen reaktio on psykkinen sokki. Välitön reagointi on lamaantumista, mikä ulospäin voi näyttää tyyneytenä. Henkilöt voivat käyttäytyä ikään kuin mitään ei olisi tapahtunut, mikä voi johtaa heidän tilansa väärinarviointiin. Osa psykkinisessä sokissa olevista henkilöistä voi joutua lyhytaikaiseen kaotitiseen kiihtymystilaan, jolloin he voivat huutaa, raivota, itkeä tai liikehtivät levottomasti. Oireet voivat vaihdella nopeasti, levottomuudesta välinpitämättömyyteen. Tapahtumien voimakas torjunta tai kieltäminen kuuluu psykkiniseen sokkiin, ne ovat tarpeellisia sopeutumiskeinoja, mitkä edistävät selviämistä tapahtumasta. Ominaista ihmiselle tässä vaiheessa on kiihtynyt tila: sydän hakkaa, hengitysrytmi on tiheä, kädet tai koko ruumis vapisee. Näitä tuntemuksia aiheuttaa autonominen hermosto. Sokkivaiheessa aistit avautuvat vastaanottamaan vaikutteita, näkyjä, hajuja, ääniä tai kosketuksia. Nämä porautuvat suoraan aivoihin ilman valikoitumista ja muokkaantumista, siksi syntyneet mielikuvat ja aistivaikutelmat ovat hyvin voimakkaita ja yksityiskohtaisia. (Saari 2003, 42; Lönnqvist 2005; Eränen ym. 2009, 21.)

Sokkivaihetta kuvataan usein epätodellisena olona, ikään kuin olisi katsonut filminauhasta tapahtumia. Sokkivaiheessa on äärimmäisen tärkeää, mitä sokissa olevalle ihmiselle puhutaan, koska ne yleensä antavat koko tapahtumalle ja jatkolle sävyn. Ihminen muistaa loppuelämänsä mitä hänelle siinä vaiheessa sanottiin. Ohjaus tulisi antaa yksinkertaisessa muodossa ja kerrattava myöhemmin uudelleen. Tunteet ja kipu puuttuvat sokkivaiheessa ja ihminen kykenee silloin äärimmäisiin fyysisiin ponnisteluihin, vaikka onkin juuri kohdannut kamalan järkytyksen. Ne tun-

tuvat mahdottomilta, mutta kuvastavat psyykkisen sokin voimakkuutta ja tarkoituksenmukaisuutta; sokki tähtää henkiinjäämiseen. Suurien päätösten tekoon sokissa oleva ihminen ei kykene ja päätökset tuleekin tehdä joku ulkopuolinen heidän puolestaan. (Saari 2003, 43–49; Lönnqvist 2005; Eränen ym. 2009, 22–23.)

2.3 Kriisin käsittelyprosessin häiriintyminen

Traumaattisen kokemuksen käsittelyprosessi on herkkä häiriintymään. Käsittelyprosessi voi juuttua johonkin vaiheeseen, estäen näin toipumisen tapahtumasta. Seuraukset ovat erilaisia riippuen mihin kriisin vaiheeseen on jumiuduttu. Käsitteilyn juututtua sokkivaiheeseen, ei psyykkistä käsittelyä tapahdu. Tällöin kokemus kielletään tai torjutaan kokonaan mielestä. Kokemus on liian ahdistava tai pelottava käsiteltäväksi tai kohdattavaksi. Tällöin tapahtuma painuu tiedostamattomaan tilaan ja ihminen saattaa unohtaa koko traumaattisen kokemuksen. Hän voi elää usein näennäisen normaalisti hoitaen arkirutiineita, täysin erillään järkyttävästä tapahtumasta. (Saari 2003, 74; Antervo 2009, 141–142.)

Traumaattisen kokemuksen kieltäminen tai torjunta voi olla kokonaisvaltaista tai vain osittaista. Kokonaisvaltaisessa kieltämisessä tai torjunnassa unohdetaan koko tapahtuma, kun taas osittaisessa se muistetaan, mutta se on liian raskas käsiteltäväksi. Traumaattinen kokemus niin ikään kapseloituu mieleen ja näin psyykinen trauma syntyy. Psyykkisiä traumoja voi syntyä muutenkin, mutta äkilliset traumaattiset tapahtumat muodostavat erityisen suuren riskin niille. Tapahtumien unohtamisen ongelmana on, että tämä ”unohtaminen” aiheuttaa myöhemmin elämässä jatkuvia vaikeuksia ja ongelmia. Käsittelemätön kokemus vaikuttaa meidän kaikkiin ratkaisuihimme, valintoihimme ja ihmissuhteisiin salakavalasti. Se voi aiheuttaa virhevalintoja, alkoholin väärinkäyttöä, masennusta sekä ihmissuhteita haittaavaa käytöstä, kuten mustasukkaisuutta ja väkivaltaa. Psyykkisen sokin tehtävä on suojata mieltämme sellaiselta tiedolta ja kokemukselta, joita se ei pysty ottamaan vastaan. Sokkivaiheeseen juuttuminen kuvaa sitä, että kokemus on niin kamala, ettemme pysty hyväksymään sitä todeksi. Tätä vaihetta voi jatkua kuukausia. (Saari 2003, 74–76.)

Traumaattisen kokemuksen jälkeen saattaa osalla ihmisistä kehittyä ahdistuneisuushäiriöihin luokiteltu traumaperäinen stressihäiriö, post-traumaattinen stressihäiriö (PTSD). Traumaattinen tapahtuma muuttaa aivojen toiminnallista järjestelmää tavalla, joka ylläpitää mieleemme puolustusta ja ylivireystilaa sekä ilmenee mieleen tunkeutuvina ajatuksina, emootioina sekä kehon reaktioina. Fyysisiin tuntemuksiin kuuluu, hikoilu, vapina, keskittymisvaikeudet, unihäiriöt ja nopea syke. Psykkisiä oireita on väkisin mieleen tulevat voimakkaat tunteet ja muistikuvat tai tapahtuman kieltäminen. Myös epätodellisuuden tunne, syytely ja syyllisyyden tunne kuuluvat oireisiin. Edellä mainitut oireet eivät ole epänormaaleja tapahtuman jälkeisinä viikkoina, mutta oireiden jatkuttua voimakkaina tai voimistuvina yli kuu-kauden, voidaan tehdä diagnoosi traumaperäisestä stressihäiriöstä. Oireet voivat ilmestyä vasta puolenkin vuoden kuluttua traumaattisesta tapahtumasta, tällöin puhutaan viivästyneestä stressihäiriöstä. (Dyregrov 1994, 42–44; Saari 2003, 77–79; Antervo 2009, 141–142.)

3 AKUUTTI KRIISITYÖ

Akuutti kriisityö on ennaltaehkäisevää työtä, mikä kattaa kaikki ne toiminnot, joita auttajat ja hoitohenkilökunta toteuttaa välittömästi äkillisen ja traumaattisen tapahtuman jälkeen asianomaisten auttamiseksi. Sillä pyritään torjumaan ja lievittämään traumaattisista tapahtumista johtuvaa psyykkistä stressiä ja ehkäisemään psyykkisten traumojen kehittymistä. Pitkäkestoisten traumaattisten kokemusten, psyykkisten vaurioiden hoitoa tai kehitys- ja elämäntilannekriiseihin liittyvää psykologista ohjausta ja hoitoa, ei katsota sisältyvän akuuttiin kriisityöhön. Akuutti kriisityö on psykososiaalisen tuen antamista yksilöille ja yhteisöille välittömästi järkyttävän tapahtuman yhteydessä. Tapahtuma käynnistää asianomaisille sopeutumisprosessin, jossa kaikki voimavarat tulevat käyttöön. (Kiiltomäki 2007, 7; Suomen psykologialiiton ja ... 2010, 40.)

Hoitajat kohtaavat työssään kriisin kohdanneita ihmisiä ja heidän läheisiään päivittäin. Heidän on oltava valmiita kohtaamaan kriisin kokenut ihminen. On tärkeää, että ensilinjan auttajat ja sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökunta tunnistaa psyykkisesti traumatisoituneet henkilöt, voidakseen tarjota heille kriisiapua. Tuoreen psyykkisen trauman hoidossa tulisi lähteä tiedosta, että kaikki voivat tarvita jotakin apua. Toiset tarvitsevat apua enemmän kuin toiset. Ahdistuneisuuden ja äärimmäisten defenssien (minän puolustuskeinot) tunnistaminen on tärkeää. Ne viittaavat siihen, ettei traumaa vielä voida käsitellä, vaan tulisi keskittyä rauhoittamiseen ja turvallisuuden luomiseen. Viranomaisten tulisi tarjota ja järjestää tarvittaessa apua, sillä sokissa oleva henkilö ei itse pysty arvioimaan oman avun tarvettaan. (Pojjula 2005, 1588; Kiiltomäki 2007, 7; Mattila 2009, 21.)

Traumaattisen tapahtuman jälkeen jokaisella ihmisellä on yksilöllinen murtumispiste, jossa stressitekijät tai onnettomuudenpelko käyvät niin suuriksi, että omat voimavarat eivät riitä normaaliin kriisistä toipumiseen. On tärkeää, että riskissä olevat henkilöt tunnistetaan viivytyksettä ja ohjataan ajoissa asiantuntevaan kriisihoitoon,

ennen kuin tilanne komplisoituu ja toimintakyky merkittävästi heikkenee. Sokkivaiheen riittävän ja oikeanlaisen avunsaannin edellytys on, että kaikki viranomaiset yhteneväisesti ymmärtävät kriisityön käsitteet ja niiden merkityssisällöt oikein. (Dyregrov 1994, 45; Antervo 2009, 142; Mattila 2009.)

3.1 Akuutin kriisityön historia Suomessa

Suomeen kriisi- ja katastrofipsykologinen toimintamalli tuli Norjasta 1980- ja 1990-lukujen taitteessa. Norjassa toimintamallin pohjana oli Yhdysvaltalaisen Jeffrey T. Mitchellin CISD-menetelmä eli kriittisten tilanteiden stressin jälkipuinti. Norjalainen kriisiterapeutti Atle Dyregrov kuitenkin muokkasi ja laajensi mallia. Suomeen siirtyessä toimintamallin käyttöalue laajeni entisestään. Heti 1990-luvun alussa Suomessa aloitti toimintansa ensimmäinen akuuttia kriisityötä tekevä ryhmä. Työmalli levisi koko maahan hyvin nopeasti ja vuonna 1994 tapahtui kriisityön lopullinen läpimurto, kun M/S Estonia haaksirikkoutui. Paikallisten kriisiryhmien syntyyn vaikutti voimakkaasti paikkakunnilla tapahtuneet järkyttävät tapahtumat. Kriisityön kehitys on tapahtunut Suomessa ruohonjuuritasolla, ilman lainsäädännön tai keskushallinnon ohjausta ja korvamerkittyjä rahoja. Vasta 1999, kun toiminta oli ollut jo miltei kymmenen vuotta käynnissä, astui kuvaan velvoittava lainsäädäntö uuden pelastuslain ja –asetuksen myötä. Tänä päivänä psykososiaalisen tuen ja palveluiden järjestäminen on lakisääteistä toimintaa. Suomessa on tällä hetkellä tehty akuuttia kriisityötä lähes 20 vuotta. (Saari & Hynninen 2010, 43–44.)

Suomessa terveyskeskusten yhteydessä toimii kunnallisten kriisiryhmien verkosto. Se tarjoaa välitöntä psykososiaalista tukea uhreille, jotka ovat kohdanneet traumaattisen kriisin. Kriisiryhmien päähuomio keskittyy niin sanottuihin arkielämän traumaattisiin tapahtumiin, mutta huomioi myös suuronnettomuustilanteet. Näiden äkillisten järkyttävien tapahtumien ja onnettomuuksien varalle Suomessa on ainutlaatuinen akuutin kriisityön toimintamalli. Suomi onkin edelläkävijä toimintamallin suhteen, nimenomaan arkielämän traumaattisia kriisejä ajatellen. (Saari & Hynninen 2010, 43–44.)

3.2 Henkinen ensiapu

Henkistä ensiapua tarvitaan, kun ihminen on psyykkisessä sokissa. Potilas hakee silloin psyykkistä turvaa ja elämänhallintaa. Henkinen ensiapu tarkoittaa välitöntä ja ajallisesti rajattua, psyykkistä tukea uhreille kriisin alkuvaiheessa. Sen tulee olla aktiivista ja autettavien luo hakeutuvaa toimintaa. Siinä huolehditaan koko ihmisestä, niin tunne-elämästä kuin ihmissuhteista. Tavoite on siis rauhoittaa ja lohduttaa uhria, sekä selvittää asioita onnettomuustilanteessa ja välittömästi sen jälkeen. Henkiseksi ensiavuksi kutsutaan aktiivista kuuntelua, läsnäoloa ja käytettävissä olemista. Tiettyjä sanoja ei ole tähän tilanteeseen ja usein riittää pelkkä läsnäolo, eikä hiljaisuutta tarvitse täyttää puheella. (Dyregrov, 1994, 67; Kokkonen 1995, 64; Palosaari 2007, 91; Väisänen & Karttunen. [Viitattu 23.8.2010].)

Sanoja parempi ilmaisukeino välittämiseksi ja myötätunnolle on kosketus. Tätä ei tule kuitenkaan tehdä jos autettava on raiskauksen tai muun väkivallan uhri. Autettavan tulee saada puhua tilanteesta ja kerrata tapahtunutta. Tätä kautta hän pyrkii käsittämään mitä on tapahtunut ja näin lisää tiedollista hallintaa. Tiedon saaminen tapahtumista on ensiarvoisen tärkeää järkyttävän tilanteen jälkeisessä sopeutumisprosessissa, sen käynnistymisessä ja etenemisessä. Tiedon tulee olla oikeaa ja virallista ja tyyli miten asiat kerrotaan, tulee olla hienotunteista. (Eränen ym. 2009, 25–26, 28–29.)

Henkinen ensiapu on erittäin vaativaa, sillä järkyttävän tapahtuman kokeneen tuska on usein sietämätöntä. Auttajan tulee sietää tätä tuskaa ja luoda turvallinen sekä ymmärtäväinen ilmapiiri, missä tuskaa voi käsitellä. Hänen tulee olla rauhallinen, mutta silti osata eläytyä uhrin tilanteeseen, kokemukseen ja tunteisiin. Auttajan on annettava kaikki tila autettavalle. Hänen tulee välttää tilanteessa omien kokemusten kertomista ja mielipiteidensä ilmaisua, sillä ne sulkevat psyykkisen tilan ja uhri kokee, ettei auttaja itse kestä enää tilannetta. Avuttomuus, ahdistus ja lohduttamisen tarve ovat tyypillisiä auttajalle syntyviä tunteita. Näitä tulisi osata käsitellä niin, etteivät ne vaikuta auttamistehtävässä, se vaatii kouluttautumista ja harjaantumista. (Eränen ym. 2009, 25–26, 28.) Uhrin tunnistavat hyvin herkästi auttajansa reaktiot, omasta tilastaan huolimatta. Jos he huomaavat auttajan olevan ahdistunut, he lopettavat vaikean asian purkamisen. Niinkin voi käydä, että uhri alkaa

lohduttaa auttajaansa. Tilanteessa auttajan tulee miettiä tarkoin mitä uhrille sanoo. Tavanomaiset sanonnat, kuten ”ymmärrän miltä sinusta tuntuu” tai ”sinulla on tulevaisuus vielä edessä”, koetaan erittäin loukkaaviksi autettavan taholta. (Eränen ym. 2009, 28.)

Psyykkisen tuen periaatteita tulisi noudattaa jo pelastus- ja ensiapuvaiheessa, sillä se estää/vähentää myöhempiä psyykkisiä ongelmia ja stressireaktioita. Näin uhrin psyykinen tasapaino saavutetaan nopeammin ja helpommin tapahtuman jälkeen. Usein muut kuin ammattiauttajat kohtaavat uhrin ensimmäisenä, joten psyykinen ensiapu kuuluu kenen tahansa onnettomuuspaikalla olevan tehtäviin, joka on tekemisissä uhrin kanssa. (Kokkonen 1995, 65.)

3.3 Ensivasteen toiminta ja sen henkilökunta

Organisoidun ja koulutetun sairaankuljetusjärjestelmän ulkopuolisen yksikön käyttöä hätätilapotilaan alkuvaiheen hoidossa, ennen sairaankuljetuksen saapumista kohteeseen, kutsutaan ensivastetoiminnaksi. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella toimii Etelä-Pohjanmaan pelastuslaitoksen ensivasteyksikkö. Ensivaste-toiminta on yksi lenkki porrastetussa ensihoitojärjestelmässä. Se on pelastusyksikkö, joka tukee sairaankuljetusta ja nopeuttaa hätätilapotilaan avunsaantia. Hätätilapotilaaksi luokitellaan äkillisesti sairastunut tai loukkaantunut, jonka tila voi huonontua nopeasti. Oheistehtävänään ensivasteyksikkönä toimivaa yksikköä ei milloinkaan hälytetä kohteeseen ainoana, eikä se koskaan kuljeta potilasta omaaloitteisesti. Tällainen yksikkö voidaan lähettää kohteeseen lisävasteeksi myös avustamaan pelastus- ja ensihoitotehtävissä tai opastamaan kauempaa tulevia yksiköitä. Ensivasteena voidaan tarvittaessa käyttää myös mitä tahansa hätätilapotilaan ensimmäisenä tavoitettavaa yksikköä. (Kinnunen 2003. 1-1; Nyrhilä & Lahtela, 2009.)

Etelä-Pohjanmaan pelastuslaitoksen ensivasteyksikössä voivat työskennellä henkilöt, jotka ovat käyneet Suomen Punaisen Ristin 1 ja 2 tai palolaitosten ensiapukurssin, lisäksi tulee olla käytynä palolaitoksen ensivastekurssi. Työskennellä voi myös henkilö, jolla on pelastajan- tai ensihoitoon suuntautuneen terveydenhuolto-

alan tutkinto. Ensivasteyksikön henkilöstön tulee kyetä mm. potilaan tilan arviointiin perusmittauksilla, hengityksen turvaamiseen, vuotojen tyrehtyttämiseen, havaintojensa raportoimiseen ja kammiovärinän hoitamiseen puoliautomaattisella defibrillaattorilla. Henkilöstöltä edellytetäänkin säännöllisiä osallistumisia kertaus- ja täydennyskoulutuksiin. Ensivasteyksikkö voi toimia perustason hoito-ohjeistuksen mukaan, jos toimissa on sairaankuljettajan pätevyyden omaava henkilö. Tavoitevahvuus ensivasteyksiköllä on 3 jäsentä. (Nyrhilä & Lahtela, 2009.)

Ensivastetoiminta nopeuttaa avunsaantia. Potilaan selviytymisen kannalta tärkein seikka on, kuinka pian eritasoiset hoitotoimet päästään alkamaan. Tuolloin vähäinkin tarpeeksi ajoissa annettu apu on parempi, kuin auttamattomasti liian myöhään aloitettu kokeneen erikoislääkärin aloittama leikkaus- tai tehohoito. Sairaan- kuljetusyksikön tarvetta ensivasteyksikkö ei koskaan korvaa, vaan sen tehtävä on pienentää avunsaannin viivettä. Ensihoito ja hätäensiapu tapahtumapaikalla voitavat lisäaikaa sairaalassa annettavan lopullisen hoidon alkamiselle. Maaseudulla ambulanssin tulo voi kestää, sillä välimatkat ovat pitkiä, siksi se hyötyy eniten ensivastetoiminnasta. Kaikkia ensivastetoiminnassa olevia henkilöitä sitoo tiukka vaitiolovelvollisuus. (Kinnunen 2003, 1; Nyrhilä & Lahtela, 2009.)

4 OHJAUS HOITOTYÖSSÄ

Kun henkilö sairastuu äkillisesti, myös läheiset tarvitsevat ohjausta ja tukea. Äkillisesti sairastuneen potilaan ja hänen läheisensä hätää voi ratkaisevasti helpottaa hoitajan heihin luoma hyvä vuorovaikutus, sekä tiedon ja henkisen tuen antaminen. Potilaat ja läheiset tarkkailevat hoitajien käyttäytymistä ja heille on tärkeää kuinka hoitaja toimii ja puhuu. Ne ratkaisevasti vaikuttavat potilaan ja läheisten pelkoihin, vahvistaen tai helpottaen niitä. (Tättilä & Yli-Villamo, 2005.)

Jokaisen hoitotyössä toimivan hoitajan työhön kuuluu potilaan ohjaus. Se onkin keskeinen osa potilaan hoitoa. Hoitajat ovat suurelta osin vastuussa ohjauksesta ja he pitävätkin sitä erityisen tärkeänä sekä olennaisena asiana omassa työssään. Ohjausta toteutetaan suunnitelmallisesti osana potilaan muuta hoitoa ja hoitotoimenpiteitä, kuten sairaalan osastoilla, kodeissa ja kouluissa. (Kyngäs ym. 2007, 5-6.) Ohjauksen tukena on hyvä käyttää selkeää, kirjallista ohjausmateriaalia, näin ne toimivat potilaan ja läheisen muistin tukena (Salminen-Tuomaala, Kurikka, Korkiamäki & Paavilainen, 2008, 262). Kirjalliset ohjeet vaikuttavat suuresti turvalliseen jatkohoitoon ja sen onnistumiseen. Hyvän ohjauksen tavoite on vahvistaa potilaan kotona selviämistä ja saada ymmärrystä omaan tilanteeseensa. (Salminen-Tuomaala ym. 2010, 26.)

Hyvällä ohjauksella tuetaan potilaan omia voimavaroja ja vahvuuksia sekä kannustetaan ottamaan vastuu omasta terveydestään, lisäksi se edistää sitoutumista hoitoon. Omahoitoon sitoutuminen on aktiivista, joustavaa ja vastuullista itsensä hoitamista senhetkisen terveyden edellyttämällä tavalla, yhteistyössä hoitajan kanssa. Tietoon kuuluvat oleellisesti perusasiat, joiden avulla potilas ymmärtää oman tilanteensa ja pystyy osallistumaan hoitoon aktiivisesti ilman, että tarvitaan sairaalahoitoa tai sairaalahoidon jälkeen. Tällaisia perusasioita ovat mm. tieto omasta sairaudesta, sen syistä, mekanismista, mahdollisista komplikaatioista tai uusiutumisesta ja ennusteesta. Perustietoon kuuluu myös sairauden hoitaminen ja

omasta osuudesta siinä sekä sairauden aiheuttamat elämänmuutokset ja niiden vaikutukset laajemmin potilaan elämään. Sen tulisi olla elämäntilanelähtöistä, mikä edellyttää paneutumista potilaan ja hänen perheensä tilanteeseen. Laadukkaaseen ohjaamiseen kuuluu perheen voimavarojen huomioiminen, tilanteen hallinnan tukeminen ja hoidon turvallisen jatkuvuuden edistäminen. (Alaspää, Kuisma, Rekola & Sillanpää 2003, 537; Salminen-Tuomaala ym. 2008, 264; Paavilainen, Salminen-Tuomaala, Kurikka & Paussu 2009, 2221.)

Ohjauksen lähtökohdan muodostaa potilaan ja hoitajan taustatekijät. Nämä voidaan jakaa yksilöllisiin, fyysisiin ja psyykkisiin sekä sosiaalisiin ja muihin ympäristötekijöihin. Hoitajan kohtaamis- ja ohjaustaitoihin vaikuttaa mm. elämäkokemus, koulutus ja rohkeus lähestyä ihmistä. Hoitajalle asettaa suuria haasteita potilaiden erilaisuus ja siitä johtuvat erilaiset tietoon ja tukeen liittyvät tarpeet. Akuuteissa tilanteissa keskeistä on potilaan ja hänen läheisensä tilanteen hallinnan tukeminen, tätä helpottaa hyvä ohjaus. (Kyngäs ym. 2007, 26–28; Salminen-Tuomaala ym. 2008, 263.)

Vuorovaikutteisen ohjaussuhteen tavoite on, että potilas ja hoitaja saavuttavat yhteisymmärryksen. Tärkeä seikka tavoitteeseen pääsemisessä on, että hoitaja ja potilas ymmärtävät samalla tavalla käymänsä keskustelun. Aina tähän tavoitteeseen ei päästä. Sanallinen viestintä on vain osa ihmisten välistä vuorovaikutusta, sillä yli puolet siitä on sanatonta viestintää. Sanattomassa viestinnässä ihmisten välisellä kohtaamisella on suuri merkitys. Kohtaamista ei voi määritellä yhdellä tietyllä tavalla, sillä se on ihmisluonteesta riippuvainen ja siksi erittäin haasteellista. Kohtaamisessa keskeistä on toisen tunnetilan ymmärtäminen, intuitioon luottaminen, empaattisuus, improvisaatiokyky, oman itsensä tunteminen ja kyky hallita ja käsitellä tunteitaan, tähän tarvitaan sekä sitoutumista että aikaa. Ihmisten kohdatessa ei ole kyse siis vain sanallisesta viestinnästä, vaan myös sanattomasta kehonkielestä. Se on alitajuntamme ja tunteidemme kieli, mikä on osaksi myötäsyttyistä ja osaksi opittua. Kohdatessaan ihmiset tarkkailevat toisiaan aistien välityksellä, sekä alitajunnallaan. Ristiriitatilanteissa, missä keho kielii toista, kuin suu puhuu, ihmiset luottavat alitajuntaansa. (Enäkoski 1996, 8, 153–154; Keskinen, Koskela, Lehto & Manninen 1997, 5, 7-8; Kyngäs ym. 2007, 38.)

Onnistunut ohjaus vaatii hoitajalta riittävää ohjattavan asian tietämystä, tietoa oppimisperiaatteista sekä ohjaustavoista. Ohjaustapoja on erilaisia, kuten hyväksyvä, konfrontoiva ja katalysoiva. Nämä ohjaustavat tukevat potilaan aktiivisuutta. Akuuteissa tilanteissa, missä potilaan tunteet ovat pinnalla, tulisi käyttää hyväksyvää tapaa ohjata. Tällöin hoitajan rooli on kuunnella, hyväksyä, tukea ja nyökytellä. Potilaan tulee antaa vapaasti kertoa tunteistaan ja hoitaja vain tarvittaessa pyytää tarkentamaan jotain seikkoja. (Kääriäinen, Lahdenperä & Kyngäs 2005, 28; Kyngäs ym. 2007, 43.)

Psyykkisessä sokissa olevan potilaan ohjaus ensiaputilanteessa on haasteellista, sillä tilanteet tulevat yllättäen, eikä niihin voi varautua. Hoitajan tulisi lyhyessä ajassa muodostaa selkeä käsitys potilaasta, hänen elämäntilanteestaan ja oppimiskyvystään, jotta ohjaus olisi vaikuttavaa. Tämä edellyttää hoitajalta empaattista huomiointia ja potilaan tilan nopeaa arviointia. Akuuteissa tilanteissa on tärkeää huomioida potilaiden tarve saada sekä kirjallista, että suullista ohjausta. (Alaspää ym. 2003, 41; Paavilainen ym. 2009, 2223; Salminen-Tuomaala ym. 2010.) Kirjallista ohjausmateriaalia tulisi käyttää eritoten silloin, kun suullisen ohjauksen toteutusaika on lyhyt. Näillä ohjausmateriaaleilla tarkoitetaan kirjallisia ohjeita ja oppaita, mitkä voivat olla yksi- tai useampisivuisia. Kun potilas saa ohjeet myös kirjallisina ne toimivat potilaan tukena ja niitä voi myöhemminkin selata. Kirjallisten ohjeiden tulee olla juuri sille potilasryhmälle/ potilaalle sopivat, tarpeiden sekä tiedollisten asioiden suhteen. (Kyngäs ym. 2007, 124.)

Hoitajalla on ohjaajana toimiessaan aina ammatillinen vastuu siitä, että hänen toimintansa on eettisesti kestävä ja toiminta on oikein ja kulloisenkin ”oikean” tietämyksen mukaista. Ohjauksen tulee perustua näyttöön tai hyviin käytäntöihin, jotka ovat tavallaan eettisen työskentelyn perusta. Tutkittu ja ajantasainen tieto ovat ohjauksen asiasisällön luotettavuuden tae. Potilaalla on aina oikeus saada luotettavaa ja tutkittua tietoa ohjaustilanteissa. Eettiseen työskentelyyn kuuluvat; eettinen tietoisuus ja kyky kohdata tilanteita, joissa tulee pohtia omaa työskentelytapaa eettisestä näkökulmasta. (Kyngäs ym. 2007, 154.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSY- SYMYS

Opinnäytetyömme **tarkoitus** on kuvata traumaattisen kriisin kohdanneen henkistä tukea psyykkisen sokin vaiheessa. Tutkimusaineistomme käsittelee vakavasti ja odottamattomasti sairastuneiden potilaiden ja heidän läheistensä tuen tarvetta. **Tavoite** on kehittää psyykkisessä sokissa olevan potilaan hoitotyötä. Olisi tärkeää, että paranemisprosessi psyykkisen sokin vaiheesta käynnistyisi ja näin estettäisiin henkisen trauman syntyminen. On tärkeää, että jo ensilinjan auttajat tunnistavat psyykkisen hoidon tarpeen, jotta kriisin selviytymisprosessi lähtisi mahdollisimman pian käyntiin.

Opinnäytetyömme tutkimuskysymykset:

1. Mitä on henkinen tuki psyykkisessä sokissa?
2. Mitkä ovat psyykkisen sokin kohdanneen tarpeet?

6 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄ JA TOTEUTUS

Toteutimme opinnäytetyömme kirjallisuuskatsauksena. Kirjallisuuskatsaus menetelmänä oli meille luonteva valinta, sillä halusimme saada mahdollisemman laajalta otannalta luotettavia vastauksia tutkimuskysymyksiimme. Tämä oli mahdollista, kun ryhdyimme aineistolähtöisesti analysoimaan jo olemassa olevaa tutkittua tietoa. Tutkimusaineistomme koostuu pelkästään alkuperäistutkimuksista aiheemme alueelta, joten saatuja tuloksiamme on luotettavampi yleistää.

6.1 Kirjallisuuskatsaus työmenetelmänä

Kirjallisuuskatsaus on koottua tietoa joltakin rajatulta alueelta, se tehdään yleensä vastaukseksi johonkin kysymykseen tai tutkimusongelmaan (Leino-Kilpi 2007, 2). Kirjallisuuskatsaus keskittyy tutkimuskysymyksen kannalta keskeiseen kirjallisuuteen: tieteellisiin tutkimuksiin, aikakauslehtiin ja muihin olennaisiin julkaisuihin. Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on osoittaa, miten ja mistä näkökulmasta asiaa on aiemmin tutkittu ja miten meneillä oleva tutkimus liittyy aikaisempiin tutkimuksiin. Kirjallisuuskatsauksessa on pyrittävä arvioimaan lukijalle valmiiksi tutkimusaiheeseen liittyvät metodiset ratkaisut, keskeiset näkökulmat ja eri menetelmin saadut tärkeimmät tutkimustulokset. Aikaisempi tieto on eriteltävä ja arvioitava huolellisesti, koska tutkimuksen lopussa olevassa pohdinnassa tuoreen tutkimuksen tulokset yhdistetään aikaisempaan tietoon. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 111–112.)

Kirjallisuuskatsauksen tekijän on tunnettava tutkimusalue hyvin, että hän saisi seu-
lotuksi katsaukseen vain asianmukaisen, tutkimusaiheeseen suoraan liittyvän kirjallisuuden. Lähteiksi valitsemaansa aikaisempaa tutkimustietoa tutkija lukee, arvioi ja myös vertailee kriittisesti lähteitä toisiinsa ja omiin tavoitteisiinsa suhteuttaen. (Hirsjärvi ym. 2009, 259.)

Laadittaessa kirjallisuuskatsausta on hyvä olla kriittinen olemassa olevan kirjallisuuden sisältöä sekä ikää kohtaan. Terveystieteiden kehittyminen erittäin nopeasti, mikä vaikuttaa hoitotyön käytäntöön. Tämän vuoksi on syytä arvioida voidaanko tutkimussuunnitelmassa käyttää esimerkiksi yli kymmenen vuotta vanhoja lähteitä, jotta sisältö säilyisi luotettavana. Luotettavuuden kannalta tulisi käyttää tuoretta tietoa tutkimuksen perustana. Kriittinen tulee olla myös aineiston otoskokoja ja otoksien hankintatapoja kohtaan. Pienillä otoksilla kootut aineistot eivät välttämättä ole yleistettävissä perusjoukkoon. Myöskään kaikki kansainväliset tulokset eivät ole yleistettävissä Suomessa, sillä eroja on niin väestön terveydentilassa kuin terveydenhuollon palvelujen järjestämisessäkin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 70–71.)

6.2 Tutkimusaineiston keruu

Tutkimusaineistoa lähdimme hakemaan seuraavista tietokannoista: Aleksi, Arto, Linda ja CINAHL. Hakusanoiksi määrittelimme opinnäytetyömme keskeisiä käsitteitä: henkinen ensiapu, psyykinen ensiapu, sokki, traumaattinen kriisi, kriisityö, ohjaus hoitotyössä, psychic shock ja psychological first aid. Alla taulukko mikä kertoo hakutuloksista eri tietokannoista, hakusanoittain (Taulukko 1).

Taulukko 1. Haun tulokset tietokannoittain ja hakusanoittain

Tietokannat → Hakusanat	ALEKSI	ARTO	LINDA	CINAHL	Yhteensä
henkinen ensiapu	1	6	17	0	= 24
kriisityö	102	54	35	0	= 191
ohjaus hoitotyössä	2	1	7	0	= 10
sokki	22	35	30	0	= 87
traumaattinen kriisi	0	0	1	0	= 1
psyykinen ensiapu	3	0	3	0	= 6
psychic shock	-	-	4	1	= 5
psychological first aid	-	-	3	17	= 20

Tulokset rajasimme otsikoinnin, asiasisällön ja saatavuuden perusteella, sekä huomioiden ilmestymisvuodet. Valitsimme vuosien 2000–2010 välillä ilmestyneitä tutkimuksia, sillä halusimme mahdollisimman uutta ja luotettavaa tietoa aiheestamme. Oheinen taulukko kertoo, kuinka monta hakutulosta tuli kullakin hakusamalla ja kuinka monta niistä karsiutui sekä montako aineistoa otimme lähempään tarkasteluun, mutta joita emme hyväksyneet itse analyysiin (Taulukko 2).

Taulukko 2. Haun tulokset hakusanoittain, hylätyt tulokset sekä tarkasteluun otetut

Haun rajaukset → Hakusanat = haun tulos	Hylätty julkaisu- vuoden mukaan < 2000	Hylätty asiasisäl- lön, otsikon tai saatavuuden mu- kaan	Tarkasteluun otetut aineis- tot, mutta analyysistä karsiutuneet
henkinen ensiapu = 24	14	7	3
kriisityö = 191	49	141	1
ohjaus hoitotyössä =10	3	7	
sokki =87	52	35	
traumaattinen kriisi =1	1		
psykkinen ensiapu =6	2	3	1
psychic shock =5	1	4	
psychological first aid =20	4	15	1

Suoritimme haun loppuvuodesta 2010. Vaikka käytimme useampaa hakusanaa ja tietokantaa, sopivien tutkimusten, mitkä olisivat vastanneet suoraan tutkimuskysymykseemme, oli hankala löytää. Tarkasteluun otetut aineistot eivät olleet tieteellisiä tutkimuksia vaan erinäisiä lehtiartikkeleita tai julkaisuja. Osa hylkäämistämme aineistoista käytimme teoriaosuuden lähdemateriaalina. Tieteellisten tutkimusten löytämiseksi päätimme suorittaa Tutkiva hoitotyö ja Hoitotiede- lehdillä käsihaun. Selasimme läpi lehtien tutkimusotsikot vuosilta 2000–2010. Näin löysimme 12 suomenkielistä aihepiiriimme sopivaa tutkimusta. Tutkimukset käsittelivät vakavasti sairastuneiden potilaiden tai heidän läheisensä kertomia asioita, mitkä hoitohenkilökunnan toimissa auttoi jaksamaan eteenpäin, osassa oli myös hoitajien näkökulmia asiaan. Perehtyessämme tutkimusten sisältöön kävimme myös kaikista

lähdeluettelot läpi. Näin löysimme kaksi sopivaa englanninkielistä tutkimusta, jotka otimme mukaan tutkimukseemme. Suomenkielisestä aineistosta poistimme asiassällön perusteella vielä viisi. Kaikkiaan analysoitavaksi otimme yhdeksän tutkimusta, seitsemän suomenkielistä ja kaksi englanninkielistä. Liitteessä 1 on lueteltuna kaikkien valitsemiemme tutkimusten tekijät, julkaisut ja julkaisijat. Tutkimusaineiston valinnan jälkeen ryhdyimme itse analyysiin.

6.3 Tutkimusaineiston analyysi

Tutkimusaineiston analysoimme aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Tällä menetelmällä pyritään järjestämään aineisto tiiviiseen ja selkeään muotoon kadottamatta sen sisältämää informaatiota. Aineistolähtöinen sisällön analyysi jaetaan kolmeen vaiheeseen. Ensimmäinen vaihe on aineiston redusointi eli pelkistäminen; valitut aineistot luetaan ja perehdytään niiden sisältöön. Aineistosta haetaan pelkistettyjä ilmaisuja, mitä tutkimuskysymykset ohjaa ja ne listataan. Toinen vaihe on aineiston klusterointi eli ryhmittely; ilmauksista etsitään samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia ja ne yhdistetään sisällöllisesti samankaltaisiin luokkiin. Luokat nimitetään sisältöä kuvaavilla nimillä. Viimeinen vaihe on abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen; samansisältöiset luokat yhdistetään yläluokaksi. (Janhonen & Nikkonen 2003, 29; Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–110.)

Aloitimme valitsemiemme tutkimusaineistojen analysoinnin perehtymällä kumpikin niiden sisältöön tarkasti. Haimme tutkimuskysymyksiimme vastauksia ja alleviivasimme niitä tekstistä ja kirjoitimme lopuksi ylös. Pidimme koko ajan mielessä työmme tarkoituksen sekä tutkimuskysymykset. Molempien tehtyä tämän vaiheen, vertailimme tietojamme ja kokosimme niistä tärkeimmät tiedot jatkoa varten. Seuraavaksi kirjoitimme valitsemiamme alkuperäisilmaisuja paperille, jonka jälkeen pelkistimme ne, sekä ryhmittelimme samankaltaisuuksien / eroavaisuuksien mukaan. Näistä koottiin työmme alaluokat, jotka ovat tutkimuksemme teoreettiset käsitteet. Teoreettisista käsitteistä koostuu kaksi yläluokkaa, mitkä ovat henkinen tuki ja psyykkisen sokin kohdanneen tarpeet. Liitteessä 2 on kuvattu analyysivaiheemme muutamilla alkuperäisilmausesimerkeillä.

7 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Tutkimuksemme tulokset on jaettu henkiseen tukeen ja psyykkisen sokin kohdanneen tarpeisiin. Henkinen tuki ja psyykkisen sokin kohdanneen tarpeet jakautui kumpikin neljään alaluokkaan, jotka avaamme tarkemmin alla olevissa tuloksissa. Henkinen tuki jakautui emotionaalisuuteen, turvallisuuden luomiseen, ammatillisuuteen ja ohjaukseen. Psyykkisen sokin kohdanneen tarpeet jakautui emotionaaliin, kognitiivisiin, sosiaalisiin, ja käytännöntarpeisiin.

7.1 Henkinen tuki traumaattisen kriisin kohdatessa

Äkillisesti/vakavasti sairastuneiden potilaiden sekä läheisten näkökulmaa oli tutkittu useassa tutkimuksessa. Henkinen tuki jaettiin neljään alaluokkaan; emotionaalisuus, turvallisuuden luominen, ammatillisuus sekä ohjaus.

Emotionaalisuus. Tutkimusten mukaan potilaille ja läheisille oli erittäin tärkeää empaattinen ja yksilöllinen huomioiminen. Tutkimuksen mukaan osa potilaista oli kokenut saaneensa ystävällistä sekä huomaavaista kohtelua ja he olivat tunteneet itsensä toivotuiksi potilaiksi. Tärkeää emotionaalisessa vuorovaikutuksessa oli potilaiden ja läheisten kuunteleminen sekä kunnioittaminen. Myös se, että hoitohenkilökunta käytti keskustellessaan ymmärrettävää kieltä, kertoo emotionaalisuudesta. Tutkimuksessa läheiset kokivat saaneensa emotionaalista tukea melko hyvin. Hoitohenkilökunta voi antaa emotionaalista tukea lohduttamalla, rauhoittelemalla, mukana elämällä, toivoa antamalla ja olemalla läsnä. Tärkeä esiin tullut piirre henkisessä ensiavussa on useassa tutkimuksessa toivon antaminen. Tarve on kuitenkin tarkalle ja ymmärrettävälle tiedolle, mikä jättää tilaa toivolle. Läheiset kokivat myönteisenä hoitohenkilökunnan välittävän asenteen ja läheisen voimien huomioimisen. Alla lainauksia tutkimuksista, mitkä viittaavat emotionaalisuuteen.

”Tukea annettiin kuuntelemalla, keskustelemalla, lohduttamalla, mukana elämällä, toivoa antamalla ja joskus vain olemalla läsnä.”

”Henkistä tukea omaiset toivoivat lisää, että hoitohenkilökunta kuuntelisi heidän ajatuksiaan ja keskustelisi heidän kanssaan.”

”Emotionaaliset tarpeet ovat vahvasti läsnä, toivo ja varmuus.”

Turvallisuuden luominen. On tärkeää toipumisen kannalta, että potilaat ja läheiset tuntevat hädän hetkellä turvallisuutta. Äkillinen sairastuminen toi potilaalle ja läheisille suurta pelkoa, jota aiheuttivat kivut, kuoleman mahdollisuus sekä integriteetin menetys. Turvattomuutta aiheutti myös pelko tulevaisuudesta. Pelkoja lievennettiin tiedolla, sairaalahoidolla sekä voimavaraistavalla hoidolla. Potilaan voimavaroja tukemalla lisättiin potilaan luottamusta itseensä. Keskeisenä turvallisuuden lisääjänä koettiin toivon antaminen. Hoitohenkilökunnan varma sekä ammattitaitoinen työskentely lisäsi myös turvallisuuden tunnetta. Tärkeää potilaille sekä läheisille oli varmuus siitä, että potilas sai parasta mahdollista hoitoa. Pelkoa vähennettiin myös sillä, että hoitohenkilökunta vakuutti potilaille ja läheisille, että pelko on normaali tunne. Osa läheisistä koki, että hoitohenkilökunta oli onnistunut luomaan turvallisen ilmapiirin, mutta osa koki, ettei toiveikasta ilmapiiriä oltu pystytty ylläpitämään. Tutkimuksissa tuli ilmi, että tietämättömyys ja hoitajapula estivät riittävän tuen antamiseen perheille. Tutkimuksissa tuli esille, että tukea tulisi erityisesti kohdentaa niille perheenjäsenille, joilla itsellään ei ole tukea saatavilla tai joiden on vaikea ottaa sitä vastaan. Alla muutama esimerkkilainaus turvallisuuden luomisesta, mitkä tulevat esiin alkuperäistutkimuksista.

”Lääkäreitä ja hoitajia kohtaan tuntema luottamus lievensi pelkoja.”

”Luottamus hoitoihin ja hoitohenkilökuntaan lisäsi toivoa.”

”Sairaus merkitsi muutosta myös potilaan tilaan läheisten elämässä. Se vaikutti koko perheen elämään ja aiheutti läheisille ahdistusta, huolta ja pelkoa.”

Ammatillisuus. Ammatillisuus sekä ammatillinen käytös hoitotilanteessa on tärkeä hoidon kivijalka, joka vaikuttaa henkisessä ensiavussa lähes kaikkiin osaluaisiin. Ammatillisuus on tärkeä turvallisuuden tuoja. Ammatillisuus sisältää myös käsitteen emotionaalisuus. Ammatillisuuteen liittyy myös hoitohenkilökunnan taito tunnistaa traumaattisen kriisin perusolemukset sekä tunnistaa potilaan ja läheisen pelko. Pelkoa pystyttiin tunnustelemaan käyttäen joko suoria tai epäsuoria

kysymyksiä. Ammatillisuuteen liittyy henkisen ensiavun oikeanlainen antaminen oikeaan aikaan. Tämä vaatii hoitohenkilökunnalta herkkyyttä arvioida tuen tarpeita ja vastata niihin. Hoitajilla on aina aloitteentekovastuu. Ammatillinen, rehellinen ja varma työskentelyote edesauttaa potilaiden ja läheisten luottamusta hoitoihin. On tärkeää tukea potilaita ja omaisia kokonaisvaltaisesti ja yksilöllisesti. Tämä tuli ilmi useassa tutkimuksessa. Alla on esimerkkilainauksia alkuperäistutkimuksista viitaten ammatillisuuteen.

”Hoitohenkilökunta oli tiedoiltaan ja taidoiltaan ammattitaitoista vastuullista.”

”Rehellisyys lisäsi luottamusta hoitoihin ja hoitohenkilökuntaan.”

”Perheenjäsenten kohdatessa äkillisen ja odottamattoman tilanteen he odottivat että aloite tarpeiden täyttymiselle tuli tulla hoitajilta.”

Ohjaus. Traumaattisen kriisin kohdatessa ihmisen mieli saa ”yliannostuksen” informaatiota eikä pysty silloin käsittelemään tapahtunutta. Tämän vuoksi ohjeet ja informaatio tulee antaa mahdollisimman yksinkertaisessa ja helposti käsiteltävissä muodossa ja tarvittaessa kerrattava myöhemmin uudelleen. Tiedon saannin turvaamisen nähtiin vähentävän epävarmuutta ja epätietoisuutta. Potilaalla ja läheisillä on tarve olla ajan tasalla hoitoon liittyvissä asioissa. Myös rehellisyys ohjauksessa nousi esiin omaisten ja potilaiden näkökulmasta, mutta kaikki eivät kokee tiedonsaantia riittäväksi. Läheisen tuella nähtiin olevan suotuista vaikutus potilaan paranemiseen. Osa läheisistä kuitenkin koki, ettei heitä otettu hyvin mukaan potilaiden ohjaustilanteisiin. Sairaanhoidajilla nähtiin olevan suuri merkitys läheisten tiedollisina tukijoina. Ohjauksessa tärkeänä pidettiin hoitohenkilökunnan varmaa, ammatillista ja rauhoittavaa vaikutusta. Rauhoittavaan käyttäytymiseen pyrittiin ystävällisellä käytöksellä, ymmärtävällä puheella sekä keskustelulla. Ohjaustilanteissa pyrittiin lieventämään potilaan ja läheisen pelkoja luomalla vapautunut ja turvallinen ilmapiiriin. Alla on esimerkkilainauksia alkuperäistutkimuksista viitaten ohjaukseen.

”Tiedollista tukea pidettiin tärkeänä ja hoitohenkilökunnan koettiin vastanneen rehellisesti kaikkiin kysymyksiin.”

”Rauhallinen potilaan omaksuu ohjausta ja toipuu paremmin.”

7.2 Psyykkisen sokin kohdanneen tarpeet

Traumaattisen kriisin kohdanneen tarpeet jaettiin neljään alaluokkaan; emotionaalisiin, kognitiivisiin, sosiaalisiin ja käytännön tarpeisiin.

Emotionaaliset tarpeet. Emotionaalisiin tarpeisiin liittyi vahvasti henkinen tuki ja läsnäolo. Potilaan ja läheisen sisäisiä voimavaroja tuli tukea, vahvistamalla toivoa tulevaisuudesta. Toivolla on suuri merkitys äkillisesti ja odottamattomasti sairastuneelle potilaalle ja hänen läheisilleen, mikä on tärkeä selviytymiskeino. Luottamus hoitajiin ja hoitoihin lisäsi toivoa. Läheisillä oli tarve puhua omista tunteistaan ja saada hyväksyntää. Tärkeimpiin tarpeisiin kuului tieto, tuki ja rauhoittelu. Äkillisissä tilanteissa potilaat/ läheiset odottivat että aloite tarpeiden täyttymiselle tulisi hoitajalta. Turvallisen ilmapiirin luominen oli tärkeää ja hoitajien tulisi ammattitaitoisella työskentelyllään vahvistaa luottamusta hoitoa kohtaan. Potilaat ja läheiset kaipaivat henkistä tukea, kunnioittavalla, ystävällisellä ja huomaavaisella kohtelulla, kuuntelulla ja keskustelulla. Tutkimuksissa ilmeni myös, että hoitajien läsnäolo ja saatavilla olo edisti läheisten ja potilaiden hyvinvointia. Pelontunteen vähentäminen oli tärkeää ja sitä edesauttoi luottamus itseään, lääkäreitä ja hoitajia kohtaan. Alla alkuperäistutkimuksen lainauksia, missä tulee ilmi emotionaaliset tarpeet.

”Päivystystilanteet ovat läheiselle emotionaalisesti kuormittavia ja vaativat siten hoitohenkilökunnalta herkkyyttä arvioida tuen tarpeita ja vastata niihin.”

”Henkilökunnan välittävä asenne ja omaisen voinnin huomioiminen koettiin näiden tunteiden kohdalla myönteisenä.”

”Läheiset pitivät tukevana toimintaa, joka vahvisti heidän sisäisiä ja ulkoisia voimavarojaan.”

Kognitiiviset tarpeet. Ihmisillä on suuri tiedollinen tarve äkillisesti sairastuneen läheisensä vuoksi. He kaipaivat tietoa ja tukea erityisesti sairauden alkuvaiheessa. Tiedon tuli olla systemaattista ja ajantasaista tietoa läheisen tilasta. Läheisille oli tärkeää, että hoitajat antoivat tiedot rehellisesti ja ymmärrettävästi ja että heillä oli mahdollisuus esittää kysymyksiä. Läheisten ja potilaan ohjaus ja tukeminen tuli alkaa heti sairastumisprosessin alussa. Läheiset kaipaivat myös tietoa ennusteesta. Tutkimuksissa tuli ilmi että sairaanhoitajat ovat keskeisessä merkityksessä

läheisten tiedollisina tukijoina. Seuraavaksi alkuperäistutkimuksen lainauksia, mis-
sä tulee ilmi kognitiiviset tarpeet.

”Tuki, joka edisti luottamista itseensä selviytyjänä, vahvisti kognitiivisia
voimavaroja.”

”Potilaan ja omaisen tiedon saannin turvaaminen vähentää epävarmuutta
ja epätietoisuutta.”

”Tieto, rauhoittelu ja tuki kuului tärkeimpiin tarpeisiin.”

Sosiaaliset tarpeet. Perhe kuvataan tutkimuksissa sairastuneen tärkeimmäksi selviytymiskeinoksi. Sairaus vaikutti koko perheen elämään, ei vain potilaan tilaan. Se toi mukanaan suuria muutoksia ja aiheutti läheisille huolta, pelkoa ja ahdistusta. Parhaiten tukea saatiin ennen sairastumista hyvin rakentuneelta tukiverkolta, mihin kuului perhe, työtoverit ja ystäväpiiri. Vertaistuella oli suuri merkitys paranemisprosessissa. Ystävät jotka olivat käyneet läpi vaikeita asioita, koettiin tärkeiksi voimavaroiksi. Sosiaalinen tuki oli keskeinen selviytymistekijä. Se tarkoitti puhumista perheenjäsenen, ystävän tai sosiaalityöntekijän kanssa, omasta henkilökohtaisesta elämästä. Jos asioista ei puhunut, selviytymiskeinona käytettiin tunteiden toistuvaa läpikäymistä jolloin puhumattomat tunteet saattoivat ilmetä myös levottomuutena ja aggressiivisuutena. Seuraavaksi alla on esimerkkilainauksia, liittyen sosiaalisiin tarpeisiin.

”Perhe oli tämän tutkimuksen mukaan potilaan tärkein selviytymiskeino.”

”Vertaistuki oli rohkaisevaa...”

”Vaikeita elämäntilanteita läpikäyneet ystävät olivat voimavaroja...”

Käytännön tarpeet. Potilaat pitivät tärkeänä, että heidän yksityisyyttään kunnioitettiin. Potilaan arvokkuutta voidaan suojella peittämällä potilaan alastomuutta ja poistamalla eritteitä. Osalla potilaista yksityisyyden suojaaminen oli ollut puutteellista. Käytännön tarpeisiin kuului myös tieto kirjallisista materiaaleista sekä mistä läheiset voisivat hankkia lisätietoja. Myös tieto erinäisistä tukimuodoista, mitä sairaalan kautta olisi mahdollista järjestää, oli tärkeää. Alla on lainauksia alkuperäistutkimuksista liittyen käytännön tarpeisiin.

”Tietoa yhteiskunnan tarjoamista tukimuodoista, joita potilaalle tai läheiselle voidaan sairaalan kautta järjestää, oli saanut hyvin tai erittäin hyvin...”

8 JOHTOPÄÄTÖKSET

Opinnäytetyömme tarkoitus oli kuvata traumaattisen kriisin kohdanneen henkistä tukea psyykkisen sokin vaiheessa. Työn tavoite oli kehittää psyykkisessä sokissa olevan potilaan hoitotyötä, että paranemisprosessi psyykkisen sokin vaiheesta käynnistyisi ja näin estettäisiin henkisen trauman syntyminen. Työmme kohdistui ensivasteyksikölle, jotka eivät tee hoitotyötä, mutta jotka kyllä hyötyvät työmme tuloksista. Teoria sekä tutkimustulokset antoivat samanlaiset vastaukset henkisen tuen antamisesta. Ne eivät ole vaikeita, eivätkä monimutkaisia toteuttaa, vaan ne on yksinkertaisia tekoja, joita ihminen voi antaa ihmiselle. Vaikka työmme tulokset on kerätty hoitotyön näkökulmasta, ei se tarkoita sitä, että ensivasteyksikössä työskentelevä ei voisi niitä toteuttaa. Saimme tutkimuksista tietoa minkälaista tukea potilaat ja heidän läheisensä tarvitsevat vaikean tilanteen kohdatessa yllättäen. Tulokset eivät viittaa onnettomuuden jälkeiseen traumaattiseen kriisiin, vaan vakavasti sairastuneiden ja heidän läheistensä henkiseen tukeen. Tuloksia voi hyödyntää, niin auttajat ensiaputilanteissa, kuin hoitajat hoitotyössään psyykkisen sokin henkiseen tukemiseen.

Psyykkisessä sokissa olevan autetuksi tulemiseen liittyy sekä onnistumisen, että epäonnistumisen mahdollisuus. Tuloksissa ilmeni, että lähtökohtana autetuksi tulemisessa on auttajien ja hoitajien kyky tunnistaa psyykkisessä sokissa oleva potilas tai läheinen.

Emotionaalisuus nousi tuloksissa esiin vahvana käsitteenä, johon sisältyy monia eri osa-alueita. Emotionaalisessa vuorovaikutuksessa potilas ja läheinen kokevat olevansa toivottuja ja tärkeitä yksilöitä. Emotionaalisiin tarpeisiin liittyi vahvasti henkinen tuki ja läsnäolo. Potilaan ja läheisen sisäisiä voimavaroja tuli tukea, vahvistamalla toivoa tulevaisuudesta. Dyregrovn (1994) ja Kokkosen (1995) mukaan henkiseksi ensiavuksi kutsutaan aktiivista kuuntelua, läsnäoloa ja käytettävissä olemista. Tähän tilanteeseen ei ole tiettyjä sanoja ja usein riittää pelkkä läsnäolo,

eikä hiljaisuutta tarvitse täyttää puheella. Tuloksista ilmeni, että hoitohenkilöstö voi antaa tukea myös rauhoittamalla ja toivoa antamalla. Tuloksissa tuli vahvasti esiin näitä emotionaalisuuteen liittyviä toimintatapoja. Se, että auttaja antaa psyykkisessä sokissa olevalle tilan kerrata tapahtumia, antaa se mahdollisuuden siirtyä traumaattisen kriisin seuraavaan vaiheeseen eli reaktiovaiheeseen. Auttajan ei saisi tällaisessa tilanteessa kertoa omia samankaltaisia kokemuksiaan tai tunteitaan, koska se saattaa vaikuttaa sokissa olevaan sulkemalla ja pysäyttämällä tämän paranemisprosessin. (Eränen ym. 2009.)

Eräsen ym. (2009) mukaan sanoja parempi ilmaisukeino välittämislle ja myötätunnolle on kosketus. Tätä ei tule kuitenkaan tehdä jos autettava on raiskauksen tai muun väkivallan uhri. Autettavan tulee saada puhua tilanteesta ja kerrata tapahtunutta, tätä kautta hän pyrkii käsittämään mitä on tapahtunut ja tämä lisää tiedollista hallintaa. Kosketus rauhoittaa ja luo potilaaseen ja läheiseen tunteen, että heistä välitetään ja heitä kohdellaan yksilöllisesti. Missään valitsemissamme tutkimuksissa kosketuksen tärkeyttä ei nostettu esiin.

Tuloksista ilmeni, että on tärkeää toipumisen kannalta, kun potilaat ja läheiset tuntevat häden hetkellä turvallisuutta. Pelkoja ja turvattomuutta voidaan lievittää tiedolla, sairaalahoidolla sekä voimavaraistavalla hoidolla. Hoitajien ja auttajien ammattitaitoinen työskentely lisää turvallisuuden tunnetta, sekä antaa toivoa. Teoriaosuudessa se sisältyi moneen toimintamalliin, mutta käsitteenä se ei sisällöstä erottunut.

Tulosten mukaan ammatillisuuteen liittyy taito tunnistaa traumaattisen kriisin psyykkisen sokin vaihe, sekä sen mukaan käyttäytyvä ihminen. On tärkeää sisäistää, että auttajilla on aina aloitteentekovastuu. Eräsen ym. (2009) mukaan uhrin tunnistavat hyvin herkästi auttajansa reaktiot, omasta tilastaan huolimatta. Jos he huomaavat auttajan olevan ahdistunut, he lopettavat vaikean asian purkamisen. Tämä on haastavaa auttajalle, että hän kykenee olemaan empaattinen vaikuttamatta kuitenkaan ahdistuneelta. Se vaatii ammattitaitoa sekä hyvää itsetuntemusta. Henkisen tuen koulutuksilla voidaan luoda auttajiin sekä hoitajiin varmuutta työskennellä psyykkisessä sokissa olevan kanssa.

Tulokset viittaavat siihen, että ohjeet ja informaatio tulee antaa mahdollisimman yksinkertaisessa ja helposti käsiteltävässä muodossa, sekä tarvittaessa kerrattava myöhemmin uudelleen. Ohjauksessa on tärkeää hoitajien ja auttajien varma, ammattitaitoinen ja rauhoittava tapa toimia. Salminen-Tuomaalan ym. (2008) tutkimuksen mukaan akuuteissa tilanteissa keskeistä on potilaan ja hänen läheisensä tilanteen hallinnan tukeminen, tätä helpottaa hyvä ohjaus. Tätilän ja Yli-Villamon (2005) mukaan henkilön sairastuttua äkillisesti, myös läheiset tarvitsevat ohjausta ja tukea. Heidän mukaan äkillisesti sairastuneen potilaan ja hänen läheisensä häntä voi ratkaisevasti helpottaa hoitajan heihin luoma hyvä vuorovaikutus, sekä tiedon ja henkisen tuen antaminen. Potilaat ja läheiset tarkkailevat hoitajien käyttäytymistä ja heille on tärkeää kuinka hoitaja toimii ja puhuu. Ne ratkaisevasti vaikuttavat potilaan ja läheisten pelkoihin, vahvistaen tai helpottaen niitä. Hyvällä ohjauksella tuetaan potilaan omia voimavaroja ja vahvuuksia sekä kannustetaan ottamaan vastuu omasta terveydestään, lisäksi se edistää sitoutumista hoitoon (Alaspää 2003; Salminen-Tuomaala ym. 2008; Paavilainen 2009).

Eräsen ym. (2009) mukaan tiedon saaminen tapahtumista on ensiarvoisen tärkeää järkyttävän tilanteen jälkeisessä sopeutumisprosessissa, sen käynnistymisessä ja etenemisessä. Tiedon tulee olla oikeaa ja virallista ja tyyli miten asiat kerrotaan, tulee olla hienotunteista. Tuloksissamme tulikin vahvasti esiin potilaiden ja läheisten tiedon tarve erityisesti sairastumisen alkuvaiheessa. Sen tuli olla ymmärrettävää, rehellistä ja riittävää. Kuten Salminen-Tuomaala ym. (2008) tutkimuksessaan kertoivat, ohjauksen tukena on hyvä käyttää kirjallista materiaalia, mikä tuli myös tuloksissamme ilmi.

9 POHDINTA

Aiheen valinnassa meille molemmille oli tärkeää, että aihe olisi kiinnostava, ajan-kohtainen ja ammattitaitoamme kehittävä. Aiheen valitsimme selvittämällä, minkälaisia tarpeita ensivasteen henkilökunnalla on. He kokivat vaikeaksi kuinka kohdata äkillisesti sairastunut potilas tai hänen läheinen.

Tehdessämme tätä opinnäytetyötä, kiinnitimme vahvasti huomiota henkisen tuen antamiseen työyksiköissämme. Huomasimme sen olevan puutteellista ja vähäistä. Olemme saaneet työstämme paljon eväitä omaan osaamiseen. Kiinnitämme ihan erilailta huomiota psyykkisen puolen huomiointiin hoitotilanteissa. Osaamme myös paremmin huomioida potilaiden läheiset. On äärimmäisen tärkeä muistaa, myös lapsen henkisen tuen tarve. Tulemme varmasti myös kiinnittämään erilailta huomiota työympäristöissämme henkisen ensiavun taitoon.

Työmme tarkoitus oli kuvata traumaattisen kriisin kohdanneen henkistä tukea psyykkisen sokin vaiheessa. Saimme mielestämme hyvää tietoa tästä, teoriaosuuden lähteistä sekä valitsemistamme tutkimuksista. Tavoitteenamme oli kehittää psyykkisessä sokissa olevan potilaan hoitotyötä. Olisi tärkeää, että paranemisprosessi psyykkisen sokin vaiheesta käynnistyisi ja näin estettäisiin henkisen trauman syntyminen. Tämä on estettävissä, kun auttajilla ja hoitajilla on tietoa ja taitoa tunnistaa psyykinen sokki sekä antaa henkistä tukea. Kysymyksiin vastausta etsiessämme huomasimme, että tutkimuksia psyykkisen sokin tuen antamisesta oli vähän. Mielestämme pääsimme tavoitteeseemme kuitenkin hyvin. Löysimme useita tutkimuksia siitä, miten äkillisesti sairastuneet potilaat sekä läheiset tulisi huomioida, sekä mitä he tilanteessa toivovat.

Auttajat työskennellessään psyykkisessä sokissa olevan potilaan kanssa, hyötyvät opinnäytetyöstämme. Työmme avulla he pystyvät tunnistamaan psyykkisen sokin oireita sekä saavat varmuutta siitä, miten heidän tulisi huomioida potilaat ja lähei-

set hädän hetkellä. Auttajille voi olla haasteellista vastata esimerkiksi kysymyksiin sairaudesta ja ennusteesta, mutta heidän on hyvä tietää muita henkisen tuen auttamisen menetelmiä.

9.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Kaiken tieteellisen toiminnan ydintä on tutkimuksen eettisyys. Suomessa on tutkimusten eettisyys sitouduttu turvaamaan Helsingin julistuksella, kansainvälisesti hyväksytyllä tutkimusetiikan ohjeistuksella. Se on laadittu lääketieteellisen tutkimuksen tarpeisiin, mutta se sopii myös hoitotieteellisen tutkimuksen etiikan ohjeeksi. Hoitotieteellistä tutkimusta ohjaa myös kansallinen lainsäädäntö kuten laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) sekä laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994). (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172–173, 175–177.)

Jo tutkimusaiheen valinta on tutkijan tekemä eettinen ratkaisu. Tutkijan tulee pohdita kuinka tutkimus vaikuttaa siihen osallistuviin ja mikä on sen vaikutus yhteiskunnallisesti. Tutkimuksen hyödyllisyys on tutkimuksen oikeutuksen lähtökohtana ja tutkimusetiikan periaatteena. Tutkimussuunnitelmassa tutkijan tulee myös arvioida, miten tutkittu tieto voidaan hyödyntää hoitotyön laadun kehittämisessä. Tutkijan on pyrittävä minimoimaan tarpeettomien haittojen ja epämukavuuksien riskit. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172–173, 175–177.)

Tutkijan tulee ottaa huomioon monia tutkimusentekoon liittyviä eettisiä kysymyksiä. Tieto tutkimuksiin tulee hankkia ja julkaista tutkimuseettisten periaatteiden mukaisesti. Se on jokaisen yksittäisen tutkijan vastuulla, että näin tapahtuu koko tutkimusprosessin ajan. Eettisesti hyvä tutkimus edellyttää hyvän tieteellisen käytännön noudattamista. (Hirsjärvi ym. 2009, 23.)

Työtä tehdessämme kunnioitimme lähdemateriaaliemme tekijöitä merkitsemällä tekstiviittaukset erityisen huolella, sekä laatimalla lähdeluettelon tarkasti. Käytimme näissä apuna Seinäjoen ammattikorkeakoulun kirjallisten töiden ohjetta. Koemme valinneemme erityisen hyödyllisen ja tärkeän aiheen, mistä hyötyy kuka ta-

hansa, mutta eritoten me itse tulevina sairaanhoitajina. Työskentely psyykkisessä sokissa olevan kanssa, voi epäonnistua täysin, jos henkinen tuki laiminlyödään, eikä sen merkitystä ymmärretä.

Teoriatietoa kerätessä keskitytään olennaisen ja luotettavan tiedon hankintaan, alan kirjallisuudesta, sekä tutkimuksista ja artikkeleista, joiden luotettavuus on jollain tavalla varmistettu. Luotettavia lähteitä löytyy korkeakoulukirjastosta, kaupungin kirjastosta ja eri tietokannoista (Tähtinen 2007, 10).

Tutkimuksen luotettavuus lisääntyy, kun tutkija käyttää vain alkuperäislähteitä. Tällöin mahdolliset siteerausvirheet toisen käden lähteitä käytettäessä jäävät pois. Tutkimusraporttien laatua kohtaan on kirjallisuuskatsausta laatiessa hyvä harjoittaa lähdekritiikkiä. Yleisohjeena on että kirjallisuuskatsaukseen valitaan mahdollisimman tasokkaita tieteellisiä julkaisuja. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 70–71.)

Tutkijan on pidettävä koko tutkimusprosessin ajan mielessä oma tavoite ja tutkimusongelma. Hänen on oltava siis lähteitä valitessaan, referoidessaan ja tulkittessaan rehellinen, huolellinen ja puolueeton. Hänen kuuluu osoittaa lukijalle eri tutkimuksissa havaitsemia näkemyseroja, ristiriitaisuuksia ja puutteita. (Hirsjärvi ym. 2009, 259–260.) Kieliasulta ja esitystavalta odotetaan yleistä selkeyttä, termien ja käsitteiden käytön täsmällisyyttä sekä lukukelpoista tiivyyttä. (Hirsjärvi ym. 2009, 259–260.)

Opinnäytetyömme luotettavuuden takasimme ottamalla teoriaosuuteen lähdemateriaaliksi vain aihepiiriimme alan asiantuntijoiden kirjoittamaa aineistoa. Tutkimuksen analysoitavaksi aineistoksi kelpuutimme vain tieteellisiä tutkimuksia. Pääsääntöisesti pitäydyimme vuoden 2000 ja sitä uudemmissa lähteissä, poikkeuksena neljää 1990-luvun puolella julkaistua aineistoa, joita käytimme teoriaosuudessa. Katsoimme niissä kuitenkin olevan vielä ajantasaista tietoa. Olemme pyrkineet huolellisuuteen lukiessamme aineistoja, jotta asiasisältö säilyisi muuttumattomana siirtyessään työhömmme. Luotettavuutta tutkimuksemme tuloksiin tuo se, että kävimme kumpainenkin tutkimusaineiston tahoillamme läpi.

9.2 Jatkotutkimushaasteet

Teimme opinnäytetyömme yleistäen, emmekä keskity tässä pelkästään tiettyyn traumaattiseen kriisiin sekä sen kohtaamiseen hoitajana. Näemme jatkotutkimushaasteena sen, miten kohdata potilas tai läheinen erilaisissa traumaattisissa kriiseissä. Sekä keskittyä pelkästään potilaan, hänen läheisensä tai hoitajan näkökulmaan. Hoitotyötä kehittävänä toimena voisi laatia kirjallisen ohjeistuksen auttajien ja hoitajien työn tueksi, äkillisten traumatisoivien tapahtumien varalle.

Useimmat ihmiset, joutuessaan kohtaamaan esimerkiksi oman vakavan sairastumisen tai läheisen odottamattoman kuoleman, altistuvat psyykkisille traumoille. Tämän vuoksi työmme tuloksia voi hyödyntää kuka vain. Myös jokaisessa terveydenhuollon yksikössä henkisen ensiavun keskeisyys sekä sokin tunnistaminen on erittäin tärkeää. Jos psyykinen sokki jätetään huomioimatta, saattaa se muuttaa paranemisen kulkua väärään suuntaan ja ihmiselle jää pysyvä psyykinen trauma.

Työtä tehdessämme törmäsimme psykologi Tommi Hautaniemen haikuun, mikä mielestämme kuvaa kriisiä hyvin.

”Kriisi on kuin kivi keskellä lammikkoa: laineet loiskuvat kauas – mutta keskellä on petollisen tyyntä.”

LÄHTEET

- Alaspää, A., Kuisma, M., Rekola, L. & Sillanpää, K. (toim.) 2003. Uusi ensihoidon käsikirja. Helsinki: Tammi.
- Antervo, A. 2009. Miksi ja miten reakoimme uhkaavassa tilanteessa? – Neuropsyko-Biologinen näkökulma. Teoksessa: Suuronnettomuustilanteiden kriisityö. Toim. Leppävuori, A., Paimio, S., Avikainen, T., Nordman, T., Puustinen, K. & Riska, M. Helsinki: Tammi, 136–142.
- Dyregrov, A. 1994. Katastrofipsykologian perusteet. Tampere: Tammerpaino.
- Enäkoski, R. 1996. Kohtaa ihminen. Kohtaamisviestinnän avaimet. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Eränen, L., Hynninen, T., Kantanen, I., Saari, S., Saarinen, M., Palonen, K. & Yli-Pirilä, P. 2009. Hädän hetkellä – psyykkisen ensiavun opas. Helsinki: Duodecim.
- * Hallgrimsdottir, E. 2000. Accident and emergency nurses' perceptions and experiences of caring for families. *Journal of clinical nursing* 9, 611-619.
- Hirsjärvi, S., Remes, P & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- * Kaila, A. 2009. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen ja hänen omaisensa tukeminen ja ohjaus hoitotyössä – metasynteesi. *Hoitotiede* 21 (1), 3-12.
- Keskinen, T., Koskela, P., Lehto, R. & Manninen, H. 1997. Hoitava kohtaaminen. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Kiiltomäki, A. 2007. Sairaanhoidaja tekee kriisityötä. Teoksessa: TÄSSÄ ja NYT sairaanhoidaja tekee kriisityötä. Kiiltomäki, A & Muma, P. Helsinki: Gummerus. 7-12.
- Kinnunen, A. 2003. Ensihoitopalvelu ja ensivastetoiminta. Teoksessa *Ensiavuste: Hätäensiapu ja ensiarvio*. Toim. Kinnunen, A. Helsinki: Edita. 1-1.
- * Koivula, M. & Åstedt-Kurki, P. 2004. Ohitusleikkauspotilaiden pelot ja niiden lievittäminen hoitotyössä. *Hoitotiede* 16 (2), 50–60.

- Kokkonen, H. 1995. Valmius puntarissa. Henkinen tuki kriisi- ja onnettomuustilanteissa - projektin loppuraportti. MLL, SMS ja SPR. Helsinki.
- * Koponen, L., Mattila, L-R. & Häggman-Laitila, A. 2008. Perheenjäsenen tehohoito omaisen näkökulmasta – katsaus hoitotieteelliseen tutkimustietoon. *Hoitotiede* 20 (1), 3-13.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.
- Kääriäinen, M., Lahdenperä, T. & Kyngäs, H. 2005. Kirjallisuuskatsaus: Asiakaslähtöinen ohjausprosessi. *Tutkiva hoitotyö* 3 (3) 27-31.
- Leino-Kilpi, H. 2007. Kirjallisuuskatsaus – Tärkeää tiedon siirtoa. Teoksessa: Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Toim. Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. Turun yliopiston, hoitotieteellisen laitoksen julkaisuja, Tutkimuksia ja raportteja A:51, 2.
- Lönnqvist, J. 2005. Traumaattisen psyykkisen kriisin kohtaaminen. [Verkkosivu]. KTL. [Viitattu 24.5.2010]. Saatavissa: http://www.ktl.fi/portal/suomi/pressihuone/ajankohtaista/traumaattisen_psykkisen_kriisin_kohtaaminen
- * Mattila, E., Kaukonen, M., Aalto, P., Ollikainen, J. & Åstedt-Kurki, P. 2009. Sairaalapotilaiden läheisten tuki ja siihen yhteydessä olevat tekijät. *Hoitotiede* 21 (4), 294–303.
- Mattila, M. 2009. Välittömän henkisen ensiavun malli. *Sairaanhoitaja* 82 (12), 21-24.
- * Mesiäislehto-Soukka, H., Rajamäki, M. & Paavilainen, E. 2004. Munasarjasyöpää sairastavan selviytymisen sekä potilaan ja hänen perheensä tukeminen sairaalassa. *Tutkiva hoitotyö* 2 (3), 28–32.
- * Nevalainen, A., Kaukonen, M. & Åstedt-Kurki, P. 2007. Syöpäpotilaan läheisen hoitohenkilökunnalta saama tiedollinen tuki polikliinisessä hoidossa. *Hoitotiede* 19 (4), 192–201.
- Nyrhilä, J. & Lahtela, J. 2009. Sairaalan ulkopuolisen ensihoitojärjestelmän toimintaohje Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueelle. [Verkkajulkaisu]. Seinäjoki: Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. [Viitattu 19.1.2011]. Saatavana: <http://www.epensihoito.net/fi/tiedostot>
- Paavilainen, E., Salminen-Tuomaala, M., Kurikka, S. & Paussu, P. 2009. Experiences of counselling in the emergency department during the waiting period: importance of family participation. *Journal of clinical nursing* 18, 2217-2224.

- Palosaari, E. 2007. Lupa särkyä - Kriisistä elämään. Helsinki: Edita.
- Poijula, S. 2005. Kriisityöstä psyykkisen trauman hoitoon. Suomen lääkäri-lehti 60 (14), 1587–1589.
- Poijula, S. 2009. Traumaattinen kriisi etiikan ja tutkimuksen valossa. Teoksessa: Suuronnettomuustilanteiden kriisityö. Toim. Leppävuori, A., Paimio, S., Avikainen, T., Nordman, T., Puustinen, K. & Riska, M. Helsinki: Tammi, 106–120.
- * Ritmala-Castren, M., Simani, L. & Eriksson, E. 2005. Ihmisarvon kunnioittaminen, vastuullisuus ja oikeudenmukaisuus tehohoitotyössä. Tutkiva hoitotyö 3 (2), 4-11.
- Saari, S. 2003. Kuin salama kirkkaalta taivaalta. Kriisit ja niistä selviytyminen. Helsinki: Otava.
- Saari, S. & Hynninen, T. 2010. Liite 1. Kuvaus Suomessa tehtävästä psykologisesta auttamisesta akuuteissa kriiseissä ja traumaattisissa tilanteissa. Artikkelissa: Psykologinen työ akuuteissa kriiseissä – suositus hyvistä käytännöistä. Psykologia 45 (01), 43–50.
- Salminen-Tuomaala, M., Kaappola, A., Kurikka, S., Leikola, P., Vanninen, J. & Paavilainen, E. 2010. Potilaiden käsityksiä ohjauksesta ja kirjallisten ohjeiden käytöstä päivystyspoliklinikalla. Tutkiva hoitotyö 8 (4), 21–26.
- Salminen-Tuomaala, M., Kurikka, S., Korkiamäki, K. & Paavilainen, E. 2008. Potilaan saattajien ohjauksen tarve päivystyspoliklinikalla. Hoitotiede 20 (5), 258–266.
- Suomen psykologialiiton ja Suomen psykologisen seuran tieteellinen neuvottelukunta 2010. Artikkelissa: Psykologinen työ akuuteissa kriiseissä - suositus hyvistä käytännöistä. Psykologia 45 (01), 40–80.
- Tuomi, J & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Tähtinen, H. 2007. Systemaattinen tiedonhaku hoitotieteen näkökulmasta. Teoksessa: Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Toim. Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. Turun yliopiston, hoitotieteellisen laitoksen julkaisuja, Tutkimuksia ja raportteja A:51, 10–45.
- Tättilä, A-M & Yli-Villamo, R. 2005. Näkökulmia päivystyspotilaan omaisen ohjaamiseen. [Verkkosivu]. Sairaanhoidajaliitto. [Viitattu 19.1.2011].
Saataavana:
http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/8_2005/muut_artikkelit/nakokulmia_paivystyspotilaan_oma/

* Verhaeghe, S., Defloor, T., Van Zuuren, F. & Grydonck, M. 2005. The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: a review of the literature. *Journal of clinical nursing* 14, 501-509.

Väisänen, L. & Karttunen, M-L. Traumaattiset kriisit ja niiden hoito. [Verkkosivu]. *TherapiaFennica*. [Viitattu 23.8.2010]. Saatavissa: http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Traumaattiset_kriisit_ja_niiden_hoito

* = Analyysissä käytetyt tutkimukset

LIITE 1: Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimusartikkelit

Tekijä(t) Julkaisu/julkaisija	Metodi ja tarkoitus	Kohderyhmä	Tulokset
<p>1. Mattila, E., Kaukonen, M., Aalto, P., Ollikainen, J. & Åstedt-Kurki, P.</p> <p>Sairaalapotilaiden läheisten tuki ja siihen yhteydessä olevat tekijät</p> <p>Hoitotiede 21 (4), 2009</p>	<p>Tutkimus tarkoitus oli kuvata aikuispotilaiden läheisten hoitohenkilökunnalta sairaalahoidon aikana saamaa emotionaalista ja tiedollista tukea. Aineisto hankittiin kyselylomakkeella.</p>	<p>Kohderyhmä on yhden suomalaisen yliopistosairaalan ja siihen kuuluvien aluesairaaloiden poliklinikoilla ja vuodeosastoilla vuosina 2006–2007 hoidossa olleiden potilaiden läheiset (n=353).</p>	<p>Läheiset kokivat saavansa emotionaalista tukea tiedollista tukea paremmin. Hoitotyössä tulee kehittää läheisten tukea luontevaksi osaksi potilaan hyvää hoitoa.</p>
<p>2. Kaila, A.</p> <p>Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen ja hänen omaisensa tukeminen ja ohjaus hoitotyössä – metasynteesi</p> <p>Hoitotiede 21 (1), 2009</p>	<p>Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli muodostaa synteesi aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen ja hänen omaisensa tukemisesta ja ohjauksesta hoitotieteellisessä kirjallisuudessa.</p>	<p>Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneet ja heidän omaisensa.</p>	<p>Potilaiden ja omaisten tukemisessa ja ohjauksessa nousi esiin kuntoutuminen, rohkaiseminen ja rajoittaminen, tiedon antaminen, omien voimavarojen vahvistaminen, opastaminen ja opettaminen, kuntoutumista edistävän hoitosuhteen luominen ja potilaslähtöinen tavoitteellinen työskenteleminen.</p>

Tekijä(t) Julkaisu/julkaisija	Metodi ja tarkoitus	Kohderyhmä	Tulokset
<p>3. Koponen, L., Mattila, L-R. & Häggman-Laitila, A.</p> <p>Perheenjäsenen tehohoito omaisen näkökulmasta – katsaus hoitotieteelliseen tutkimustietoon</p> <p>Hoitotiede 20 (1), 2008</p>	<p>Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tarkoitus oli kuvata tehohoidossa olevan potilaan omaisen näkökulmanhuomioimista ja omaisen saamaa tukea.</p>	<p>Tehohoidossa olevan potilaan omaiset.</p>	<p>Omaisten selviytymistä heikentävien ja vahvistavien tunteiden tunnistaminen auttaa hoitavia henkilöitä omaisen tukemisessa. Tukea tulee kohdentaa niille perheenjäsenille, joilla ei itsellään ole tukea saatavilla tai joiden on vaikea ottaa sitä vastaan.</p>
<p>4. Nevalainen, A., Kaukonen, M. & Åstedt-Kurki, P.</p> <p>Syöpäpotilaan läheisen hoitohenkilökunnalta saama tiedollinen tuki poliklinisessa hoidossa</p> <p>Hoitotiede 19 (4), 2007</p>	<p>Laadullinen. Tutkimuksen tarkoitus oli kuvata aikuisen syöpäpotilaan läheisen tärkeänä pitämää ja saamaa tiedollista tukea hoitohenkilökunnalta. Tutkimus toteutettiin strukturoidulla kyselykaavakkeella.</p>	<p>Yliopistosairaalan polikliinista hoitoa saavien aikuisten syöpäpotilaiden läheiset (n=108).</p>	<p>Läheiset saivat hyvin tietoa syöpäsairaudesta, hoidoista ja tutkimuksista. Tieto oli rehellistä ja sitä annettiin ymmärrettävästi ja läheiset saivat esittää kysymyksiä.</p>

Tekijä(t) Julkaisu/julkaisija	Metodi ja tarkoitus	Kohderyhmä	Tulokset
<p>5. Verhaeghe, S., Defloor, T., Van Zuuren, F. & Grypdonck, M.</p> <p>The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: a review of the literature</p> <p>Journal of clinical nursing 2005, 14: 501-509</p>	<p>Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli kuvata tehohoidossa olevien aikuispotilaiden perheenjäsenten tarpeita ja kokemuksia.</p>	<p>Tehohoidossa olevien aikuispotilaiden perheenjäsenet.</p>	<p>Tuloksissa tarpeet jaettiin neljään ryhmään: kognitiiviset, emotionaaliset, sosiaaliset ja käytännön tarpeisiin. Perheenjäsenet kaipasivat tarkkoja ja ymmärrettäviä tietoja. Hoitajien tulisi ottaa kaikki tarpeet huomioon.</p>
<p>6. Ritmala-Castren, M., Simani, L. & Eriksson, E.</p> <p>Ihmisarvon kunnioittaminen, vastuullisuus ja oikeudenmukaisuus tehohoitotyössä</p> <p>Tutkiva hoitotyö 3 (2) 2005</p>	<p>Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli kuvata ihmisarvon kunnioittamisen, vastuullisuuden ja oikeudenmukaisuuden toteutumista tehohoitotyössä. Haastattelu.</p>	<p>Tutkimukseen osallistui sydänkirurgisella teho-osastolla olevaa sydänleikkauksesta toipuvaa potilasta, n. 1/3 naisia (n=89).</p>	<p>Potilaiden mielestä arvot toteutuivat hyvin, joista oikeudenmukaisuus parhaiten. Ymmärrettävää ja rehellistä tietoa kaivattiin enemmän.</p>

Tekijä(t) Julkaisu/julkaisija	Metodi ja tarkoitus	Kohderyhmä	Tulokset
<p>7. Koivula, M. & Åstedt-Kurki, P.</p> <p>Ohitusleikkauspotilaiden pelot ja niiden lievittäminen hoitotyössä</p> <p>Hoitotiede 16 (2), 2004</p>	<p>Laadullisen tutkimuksen tarkoitus oli kuvata ohitusleikkauspotilaiden pelkoja ja hoitajien kokemuksia peloista ja pelokkaiden potilaiden hoitamisesta. Potilasaineisto kerättiin teema-haastattelulla ja hoitaja-aineisto kerättiin hoitoon osallistuvilta hoitajilta esseemuodossa sekä osa haastattelulla.</p>	<p>Ohitusleikkauksen läpi käynyttä potilasta, ja 10 heidän hoitajaansa. Potilasaineisto N=18, 4 naista ja 14 miestä. Hoitaja-aineisto N=10</p>	<p>Potilaille pelkoja aiheutti hoitoprosessille antautuminen, leikkauksen odottamisvaihe ja tulevaisuudessa selviytyminen. Pelkoja vähensi tieto, sairaalahoito ja potilaan omat sisäiset voimavarat. Hoitajien mukaan potilaat joko kieltivät tai myönsivät pelot. Kuolema, sairaala ja huoli läheisistä aiheutti pelkoja. Hoitajat pyrkivät vähentämään pelkoja yksilöllisesti.</p>
<p>8. Mesiäislehto-Soukka, H., Rajamäki, M. & Paavilainen, E.</p> <p>Munasarjasyöpää sairastavan selviytyminen sekä potilaan ja hänen perheensä tukeminen sairaalassa</p> <p>Tutkiva hoitotyö 2 (3), 2004</p>	<p>Tutkimuksen tarkoitus oli kuvata munasarjasyöpää sairastavan ja hänen perheensä kokemuksia sairaudesta, selviytymisestä ja osastolla saadusta tuesta sekä hoitajien kokemuksia tästä tuesta. Aineisto kerättiin haastatteluilla.</p>	<p>Aineisto kerättiin 10 munasarjasyöpää sairastavalta, 4 potilaan perheenjäseneltä ja 16 osaston hoitajalta.</p>	<p>Tutkimuksen mukaan potilaiden perheenjäsenet saivat tukea hoitajilta ja pitivät sitä hyvin tärkeänä. Saivat tietoa ja henkistä tukea, mutta sitä kaivattiin lisää. Erityisesti kaivattiin kuuntelua ja keskustelua. Erityisesti sairastumisen alkuvaiheessa näitä kaipasu sekä potilaat että heidän läheisensä.</p>

Tekijä(t) Julkaisu/julkaisija	Metodi ja tarkoitus	Kohderyhmä	Tulokset
<p>9. Hallgrimsdottir, E.</p> <p>Accident and emergency nurses' perceptions and experiences of caring for families</p> <p>Journal of clinical nursing 2000, 9: 611-619</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata päivystyshoitajien käsityksiä ja kokemuksia kriittisesti sairaan / loukkaantuneen potilaan läheisten huomioimisesta.</p>	<p>Päivystyshoitajat (n=54).</p>	<p>Suurin osa hoitajista oli sitä mieltä että heidän tuli vastata perheiden tarpeisiin, näitä on ensisijaisesti rauhoittaminen, tavoitettavuus ja tiedonanto.</p>

LIITE 2. Esimerkki aineistolähtöisestä analyysistä

Alkuperäiset ilmaukset	Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka
<p>”läheiset kokivat saaneensa emotionaalista tukea...”</p> <p>”pot. pelkoja lievensivät tieto, sairaalahoito ja potilaan sisäiset voimavarat”</p> <p>”hoitajat oli erittäin hyvin kuunnellut heitä, osoittanut kunnioitusta, käyttänyt ymmärrettävää kieltä sekä työskentelyllään vahvistanut luottamusta hoitoa kohtaan”</p> <p>”hoitaja oli onnistunut luomaan turvallisen ilmapiirin”</p> <p>”potilaat olivat tunteneet olonsa turvalliseksi”</p> <p>”ohjaustilanteissa hoitajat pyrkivät lieventämään potilaiden pelkoja luomalla vapautuneen ja turvallisen ilmapiirin”</p> <p>”pelon vähentämisen keinoihin kuului potilaan pelon tunnistaminen”</p> <p>”omaisen selviytymistä heikentävien ja vahvistavien tunteiden tunnistaminen auttaa hoitavia henkilöitä omaisten tukemisessa.”</p> <p>”sairaanhoitajilla on keskeinen merkitys läheisten tiedollisina tukijoina”</p> <p>”Rehellisyys lisäsi luottamusta hoitoihin ja hoitohenkilökuntaan.”</p>	<p>Ymmärrys</p> <p>Aitous</p> <p>Kuunteleminen</p> <p>Huomioiminen</p> <p>Turvallisuus</p> <p>Tunteiden tunnistaminen</p> <p>Konkreettisia ohjeita</p> <p>Ymmärrettävää kieltä</p> <p>Rehellistä tietoa</p>	<p>EMOTIONAALISUUS</p> <p>TURVALLISUUDEN LUOMINEN</p> <p>AMMATILLISUUS</p> <p>OHJAUS</p>	<p>H E N K I N E N T U K I</p>

Esimerkkejä alkupe- räisilmauksista	Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka
<p>”Potilasta tuettiin kokonaisvaltaisesti ja yksilöllisesti...”</p> <p>”emotionaaliset tarpeet ovat vahvasti läsnä, toivo ja varmuus”</p> <p>”Luottamus, usko ja toivo toimivat voimavaroina pelkoa vastaan”</p> <p>”tiedon välittäminen tulisi olla sympaattisempaa ja perustua potilaiden tarpeeseen ja aikaisempaan tietoihin”</p> <p>”perheenjäsenet kaipa- vat tarkkoja ja ymmärret- täviä tietoja”</p> <p>”Tieto, rauhoittelu ja tuki kuului tärkeimpiin tarpei- siin.”</p> <p>”Tiedon tuli olla rehellistä, ymmärrettävää ja joh- donmukaista.”</p> <p>”Omaisten jaksamista heikentäviä tunnekoke- muksia olivat omaisten avuttomuus ja hämmen- tyneisyys äkillisessä krii- sitilanteessa.”</p> <p>”Perhe oli tämän tutki- muksen mukaan tärkein selviytymiskeino.”</p> <p>”Potilaan suojelemisen tarve tarkoitti arvokkuu- den suojelua peittämällä potilaan alastomuutta ja poistamalla eritteitä.”</p>	<p>Henkinen tuki, läsnäolo</p> <p>Toivo ja varmuus</p> <p>Tiedot tarkkoja, annetaan ym- märrettävällä ta- valla</p> <p>Läheiset, per- heenjäsenet, ys- tävät</p> <p>Tukimuodot, suojeleminen</p>	<p>EMOTIONAALISET TARPEET</p> <p>KOGNITIIVISET TARPEET</p> <p>SOSIAALISET TARPEET</p> <p>KÄYTÄNNÖN TARPEET</p>	<p>P S Y Y K K I S E N S O K I N K O H D A N N E E N T A R P E E T</p>