



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
VASA YRKESHÖGSKOLA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Mari Kujanpää & Jenni Kurunsaari

TRAUMAPOTILAAN
PSYKOSOSIAALINEN KUNTOUTUS
- HOITAJAN OHJEKIRJA

Sosiaali- ja terveysala

2011

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Mari Kujanpää & Jenni Kurunsaari
Opinnäytetyön nimi	Traumapotilaan psykososiaalinen kuntoutus – hoitajan ohjekirja
Vuosi	2011
Kieli	Suomi
Sivumäärä	32 + 7 liitettä
Ohjaaja	Terhi Pekkinen

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä ohjekirja traumapotilaan psykososiaalisesta kuntoutuksesta yhteistyössä kirurgisen vuodeosaston ja yleissairaalapSYkiatrisen poliklinikan psykiatrisen sairaanhoitajan kanssa. Ohjekirjan tavoitteena on palvella hoitajia kirurgisella osastolla antamalla erilaisia hoito- ja lähestymiskeinoja traumapotilaan psykososiaalisessa hoidossa sekä edistää psykososiaalista kuntoutusta kirurgisella vuodeosastolla.

Tämä opinnäytetyö on toiminnallinen opinnäytetyö. Opinnäytetyö koostuu kolmesta osiosta, teoriasta, raportista ja ohjekirjasta. Teoriaosassa käsitellään psykisen shokin vaiheita, auttamiskeinoja ja erilaisia kuntoutusmuotoja. Ohjekirjan teoriaosuus on koottu alan tutkimuksia ja kirjallisuutta hyödyntäen. Ohjekirjassa on tietoa traumapotilaan jatkohoidosta, vertaistukipalveluista, muista avuista ja kuntoutuksista sekä sairaalakohtaisesti että valtakunnallisesti.

Ohjekirjan sisältöä suunniteltiin tarkasti opinnäytetyöprosessin aikana. Prosessin aikana käytiin muun muassa keskusteluja kirurgisen vuodeosaston henkilökunnan kanssa ja yleissairaalapSYkiatrisen poliklinikan psykiatrisen sairaanhoitajan kanssa. Tuotoksen tekemisestä tehtiin raporttiosuus, jossa selvitettiin ja arvioitiin tavoitteiden saavuttaminen sekä tuotos.

Opinnäytetyötä tehtäessä tuli ilmi, että ohjekirja on tarpeellinen apuväline traumapotilaan kokonaisvaltaisessa hoidossa, eikä aiheesta ole tehty aikaisemmin ohjekirjoja hoitajalle. Näin ollen on tärkeää, että ohjekirja on ajankohtainen ja laatua vastaava, tutkimuksiin ja kirjallisuuteen pohjautuva tuotos.

Asiasanat

trauma, psykososiaalinen, kuntoutus, ohjekirja

ABSTRACT

Authors	Mari Kujanpää & Jenni Kurunsaari
Title	The Psychosocial Rehabilitation of a Trauma Patient – A Nurses Handbook
Year	2011
Language	Finnish
Pages	32 + 1 Appendix
Name of Supervisor	Terhi Pekkinen

The purpose of this bachelor's thesis was to make a handbook about the psychosocial rehabilitation of a trauma patient, in co-operation with the surgical ward and with the psychiatric nurse from the psychiatric outpatient clinic. The aim of this handbook is to give help to the nurses in the surgical ward and to promote the psychosocial rehabilitation in the surgical bedward.

This bachelor's thesis is practice-based. The thesis includes three parts: the theoretical part, the report and the handbook. The theoretical part deals with the different phases of mental shock, the helping methods and different forms of rehabilitation.

Scientific literature and research have been used when writing the theoretical part. The handbook includes information about the continuation treatment of a trauma patient, peer support, other forms of aid and rehabilitation both on a national level and in one hospital.

The contents of the handbook were planned carefully during the thesis process and there were discussions with the staff in the surgical bedward and with the psychiatric nurse in the outpatient clinic. A report was written and both achieving the goals and the product were evaluated in that report.

During the thesis process, it became clear that a handbook is an important and necessary tool for the holistic treatment of a trauma patient. No such handbook for nurses has been made before. Thus it is important that the handbook is current and of high quality and based on research and literature.

Keywords:

Trauma, psychosocial, rehabilitation, handbook

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1 JOHDANTO	4
2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	5
3 TRAUMAPOTILAAN PSYKOSOSIAALINEN KUNTOUTUS	6
3.1 Trauma	6
3.2 Traumaattisen kriisin vaiheet	8
3.3 Traumapotilaan psykososiaalisen hoidon auttamiskeinot sairaalassa.....	11
3.4 Psykososiaalinen kuntoutus	12
3.5 Tukipalvelut trauman kokeneelle.....	14
4 OPINNÄYTETYÖN KÄYTÄNNÖN TOTEUTUS.....	18
4.1 Ohjekirjan ulkoasun suunnittelu	18
4.2 Ohjekirjan sisältö	19
4.3 Soittokartoitus	20
4.4 Ohjekirjan kokoamisen prosessi	20
4.5 Ohjekirjan lopullinen ulkoasu	22
4.6 Ohjekirjan kustannukset.....	22
4.7 Opinnäytetyön aikataulu	22
5.1 Ohjekirjan tavoitteiden saavuttaminen.....	24
5.2 Prosessin arviointi	24
5.3 Tuotoksen arviointi	25
5.4 Osaston palaute ohjekirjasta.....	26
5.5 Oppimisen arviointi	27
6 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	28
LÄHTEET.....	30
LIITE	

1 JOHDANTO

Traumapotilaan kokonaisvaltainen hoito on haastavaa ja vaatii hoitajilta ammattitaitoa. Potilasta hoidettaessa on hyvä ottaa huomioon sekä psyykkiset että fyysiset tarpeet. Hoidossa tulee ottaa huomioon myös omaiset ja heidän jaksamisensa, sillä he ovat keskeinen osa potilaan kuntoutumista. (Aro, Böstman, Kröger, Lassus & Salo 2010, 17–35.)

Suurin osa ihmisistä altistuu elämänsä jossain vaiheessa psyykkisille traumoille, esimerkiksi kun sairastuu vakavasti tai läheinen kuolee odottamattomasti. Onnettomuustilanteet ja rikostapahtumat aiheuttavat myös psyykkisiä traumoja varsinaisille uhreille, silminnäkijöille ja muille mukana olleille, joskus myös auttajille. (Lönnqvist 2005.)

Tämä opinnäytetyö on toiminnallinen opinnäytetyö, jonka tarkoituksena on tuottaa ohjekirja. Toiminnallinen opinnäytetyö voi olla esimerkiksi ammatilliseen käytäntöön suunnattu ohje, kuten perehdyttämisoपाs tai turvallisuusohjeistus alasta riippumatta. Toteutumistapana voi olla joko kirja, kansio, vihko, opas, cd-rom, kotisivut tai johonkin tilaan järjestetty näyttely tai tapahtuma. (Vilka & Airaksinen 2003, 9–10.)

Tämän opinnäytetyön tuotoksena tehty ohjekirja hoitajalle on tehty yhteistyössä Vaasan keskussairaalan ortopedian ja traumatologian osaston T2 kanssa. Osastolla hoidetaan tuki- ja liikuntaelinten sairauksia sekä vammoja sairastavia potilaita.

Opinnäytetyön aihe on rajattu koskemaan traumapotilaan psykososiaalista kuntoutusta. Ohjekirjan tarkoituksena on tukea hoitajia vaikeissa tilanteissa, antaa erilaisia hoito- ja lähestymiskeinoja. Ohjekirjassa on myös tietoa traumapotilaan jatkohoidosta, vertaistukipalveluista sekä muista avuista ja kuntoutuksesta. Ohjekirja on koottu käyttäen apuna alan kirjallisuutta ja tutkittua tietoa, joiden avulla pystytään antamaan mahdollisimman tarkkaa tietoa traumapotilaan psykososiaalisesta kuntouttamisesta.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa ohjekirja traumapotilaan psykososiaalisesta kuntouttamisesta ortopedian ja traumatologian osastolle. Ohjekirja on kirjallinen tuotos, joka tukee hoitajia heidän työssään. Ohjekirjan tavoitteena on toimia työvälineenä, jonka avulla hoitajat saavat apukeinoja kohdatessaan traumapotilaan.

Opinnäytetyökysymyksiä olivat:

1. Minkälainen on hyvä ohjekirja?
2. Mitä ohjekirjassa tulisi olla, jotta se palvelisi hoitohenkilökuntaa?
3. Onko vastaavia ohjekirjoja julkaistu aikaisemmin?
4. Millainen ohjekirjan ulkonäkö tulisi olla?
5. Julkaistaanko ohjekirja myös sähköisenä versiona?
6. Paljonko ohjekirjan teko tulee maksamaan?

3 TRAUMAPOTILAAN PSYKOSOSIAALINEN KUNTOUTUS

Traumaattinen tapahtuma on mikä tahansa ihmisen kokema järkyttävä tilanne, joka aiheuttaa epätavallisen voimakkaita, normaalia elämää häiritseviä reaktioita. Traumatisoiva tapahtuma (läheisen kuolema, väkivallan uhriksi joutuminen) voi koskettaa yhtä ihmistä, perhettä, ryhmää tai yhteisöä (aseellinen ryöstö, työpaikkaonnettomuus, työtoverin itsemurha tai suuronnettomuus). (Traumatereiakeskus 2011.)

Traumapotilaan asianmukainen kokonaisvaltainen hoito on erityisen tärkeää ensi- ja akuuttihoitossa potilaan ja hänen omaistensa psyykkisen toipumisen kannalta. Oikealla alkuvaiheen tuella pyritään ennaltaehkäisemään varsinaisten psyykkisten häiriöiden kehittymistä. (Henrikson 2005, 3355.)

Onnettomuudessa tulleiden fyysisten vammojen hoidon ja kuntoutuksen yhteydessä on tärkeää kohdata potilas kokonaisvaltaisesti ja kohdella häntä myötätuntoisesti psyykkisen toipumisen kannalta (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2009, 11).

Opinnäytetyön keskeisiä käsitteitä ovat trauma, ohjekirja, kuntoutus ja psykososiaalinen ja näitä käsitteitä tullaan käsittelemään syvemmin tässä työssä. Nämä käsitteet myös rajaavat opinnäytetyötä sekä ohjekirjaa hoitajille. Hakuja tehtiin Medic-tietokannasta seuraavilla hakusanoilla: Traumaperäinen stressireaktio (tuloksia 15), traumaattinen shokki (tuloksia 7), traumapotilas (tuloksia 2), ohjekirja (tuloksia 3).

3.1 Trauma

Kreikankielinen trauma (troein) merkitsee lävistämistä; vammaa, vauriota, ruumiillista tai henkistä haavaa, sielullista tai elimellistä vauriota, psykologisesti häiritsevää tapahtumaa. Trauma aiheuttaa muun muassa voimakasta pelkoa, avuttomuutta ja kauhua, koska tapahtuma ylittää henkilön normaalit selviytymismekanismit. Se on ihmisen elämässä voimakas tapahtuma, johon yksilö ei pysty vastaamaan tarkoituksen mukaisella tavalla. (Leppävuori, Paimio, Avikainen, Nordman, Puustinen & Riska 2009, 211.)

Trauman kokeneella henkilöllä voi olla erilaisia fyysisiä vammoja. Niitä ovat esimerkiksi ampumavammat, liikennetapaturman aiheuttamat, putoamis- ja kaatumisvammat, palovammat, erilaiset haavat, luunmurtumat, ligamenttipehämät ja sijoiltaanmenot, lihaksen ja jänteen vammat, hermovammat, verisuonivammat, kylmävammat, thoraxvammat, vatsa- ja virtsaelinvammat, aivovammat, korvasilmä- kasvovammat, selkärangan- ja selkäytimenvammat. (Aro ym. 2010, 17–35.)

Käsitettä trauma on käytetty aikoinaan lääketieteessä ja kirurgiassa. Se tarkoittaa vammaa, joka syntyy ulkoisesta väkivallasta ja vamman vaikutuksista kokonaisuuteen. Saaren mukaan Sigmund Freud laajensi trauma käsitteen mielen ilmiöihin. Hänen mukaansa trauma on voimakas tapahtuma ihmisen elämässä. Freudin mukaan ihmistä suojaa kilpi, joka on este ulkoisille ärsykkeille. Tämä mahdollistaa vain sellaisten ärsykkeiden läpäisyn, joita mieli pystyy sietämään. Jos raja ylittyy, kyseessä on trauma. (Saari 2000, 15–19.)

Saaren (2000, 22–32) mukaan yleensä katastrofit, suuronnettomuudet ja yhdyskuntaonnettomuudet tai erityistilanteet ovat helposti tunnistettavissa traumaattiseksi kokemukseksi. Vaikeampaa on tunnistaa kriisityön tarve, jos tapahtuma on lievempi tai rajatumpi. Traumaattisen tapahtuman tunnusmerkkejä ovat

1. Tapahtuman tai tilanteen ennustamattomuus, joka tapahtuu odottamatta ja yhäkiskisesti. Siihen ei pysty valmistautumaan etukäteen psyykkisesti.

2. Tapahtuman kontrolloimattomuus, ihminen ei pysty vaikuttamaan omalla käyttäytymisellään ja toiminnallaan siihen, mitä tapahtuu. Yleensä vain satutaan olemaan tiettyyn aikaan tietyssä paikassa ja tämä yhteensattuma saa ihmiset tapahtumaan osalliseksi. Jälkikäteen etsitään edeltäviä tilanteita, joissa toimimalla toisin koko tapahtuman olisi voinut estää.

3. Tapahtumat ovat luonteeltaan sellaisia, että ne koettelevat ja muuttavat elämänarvoja. Elämänarvoja koskettavia muutoksia voivat olla, että ihminen tulee tietoiseksi omasta haavoittuvuudestaan, maailmankuva ja elämäkatsomus muuttuvat. Trauman kokenut henkilö voi myös saada somaattisia vaivoja, jotka voivat

johtua psyykkisestä traumasta. Näitä vaivoja ovat pahoinvointi, kuvotus, sydänvaivat, lihassäryt, jotka johtuvat lihasten jännityksestä, huimaus ja painostava väsymys, joka ei mene lepäämällä ohi. (Saari 2000, 22–32.)

Psyykkisten traumojen hoitoon käytetään monia psykoterapiamuotoja. Hoidon aloittaminen edellyttää perusteellista henkilöhistoriaan paneutumista. Ensiksi muodostetaan kokonaiskuva henkilön elämäkulusta ja siihen liittyvästä traumaattisesta kokemuksesta. On tiedettävä millainen traumaattinen kokemus henkilöllä on, milloin se on tapahtunut, miten niitä on käsitelty ja miten ne heijastuvat potilaan persoonallisuuteen ja elämäntilanteeseen. On myös selvitettävä potilaan minän lujuus, eli kestääkö potilas vaikean traumaattisen kokemuksen läpikäymisen ja käsittelyn, missä tahdissa ja millaisina osina tämä käsittely tulee suorittaa. Psykoterapia edellyttää hyvää, luottamuksellista terapiasuhdetta. (Saari 2000, 22–32.)

3.2 Traumaattisen kriisin vaiheet

Psyykkinen shokki kestää yleensä muutamasta minuutista muutamaan päivään. Shokille ominaista on, että se mitä koetaan, ei tunnu todelta. Sen tarkoituksena on suojata mieltä sellaiselta tiedolta ja kokemukselta jota mieli ei kestä. Jos shokkireaktio ei toimi, kokemus tunkeutuu mieleen ja mieli hajoaa, tästä seuraa psykoottinen tila. Psykoottista tilaa pystytään kuitenkin hoitamaan ja useimmat ihmiset myös toipuvat siitä. Vain kahdella ihmisellä tuhannesta shokkireaktio ei toimi, näin ollen shokkireaktion toimimattomuus on harvinaista. Shokissa olevan ihmisen tiedonkäsittelyjärjestelmä muuttuu. Normaali ihminen valikoi tietoa, muokkaa ja liittää sen aikaisempaan tietoon. Shokissa kokemukset tallennetaan mieleen ilman muokkaamista. Nämä käsittelemättömät kokemukset jättävät niin voimakkaan muistijäljen, että ne tuottavat itse itsensä uudelleen. Näitä muistijälkiä kutsutaan nimellä ”flashback”. Tyypillisiä flashbackeja ovat esimerkiksi, näköhavainto vastaan tulevasta autosta ennen törmäystä, savunhaju tulipaloissa, varashälyttimen ääni, törmäyksestä aiheutuva rysähdys. Flashbackit loppuvat itsestään muutaman päivän aikana, jos eivät, on syytä kääntyä asiantuntijan puoleen. Jo shokkivaiheessa ihmisellä esiintyy ruumiillisia tuntemuksia, näitä ovat tiheä hengitysrytmi, hikkaava sydän, käsien ja ruumiin vapiseminen. Voi myös esiintyä sisäistä vapi-

naa, joka menee ohi muutamassa päivässä. (Saari, Kantanen, Kämäräinen, Parviainen, Valo-Aho, Yli-Pirilä 2009, 21–24, 34.)

Shokissa olevat ihmiset kuvaavat usein olotilaansa unenomaiseksi. Äännet kuuluvat kaukaa ja tapahtumat tuntuvat etäisiltä. Tämän pystyy huomaamaan myös ulkopuolinen ihminen. Puhutellessaan tai kontaktia luodessaan shokissa oleva ei tunnu reagoivan tai kuulevan puhetta. Todellisuus on kuitenkin aivan toinen: vaikka shokissa oleva ei reagoi puheeseen, sanat tallentuvat hänen mieleensä tarkasti. On äärimmäisen tärkeää valita oikeat sanat shokissa olevaa potilasta hoidettaessa. Shokkitilassa ihmisen psyykkiset reaktiot ovat hyvinkin poikkeuksellisia, välillä ihminen on täysin tunteeton tai turtunut, toisinaan saatetaan kokea yllättävän voimakkaita tunteita. Shokissa ei myöskään tunneta kipua, vaikeasti loukkaantuneet pystyvät kävelemään hyvinkin pitkiä matkoja. Jälkikäteen he kertovat tunteneensa kipua vasta turvassa ollessaan. Shokki voi vaikuttaa päätöksen tekoon monella eri tavalla. Yleensä shokissa oleva on kyvytön tekemään päätöksiä. Tällöin läheisten ihmisten on tehtävä päätökset shokissa olevan puolesta. Näin ollen on tärkeää, että auttajat tai läheiset pystyvät arvioimaan trauman kokeneiden ihmisten päätöksenteko- ja toimintakykyä. (Saari ym. 2009, 21–24, 34.)

Shokkivaiheen jälkeen siirrytään reaktiovaiheeseen. Tämän tavoitteena on tulla tietoiseksi siitä, mitä on tapahtunut ja mikä sen merkitys on omalle elämälle. Tämä siirtymävaihe tapahtuu vähitellen. Reaktiovaiheen ominaispiirteitä ovat voimakkaat ajatukset ja tunteet, jonka aikana on tyypillistä etsiä tapahtumalle ulkopuolinen syyllinen. Tällaisia voivat olla esimerkiksi vastuussa olevat viranomaiset, pelastushenkilökunta, poliisi, sairaanhoitohenkilökunta tai jokin muu vastaava taho. (Saari ym. 2009, 31–34.)

Tunteet tulevat yleensä vasta ajatusten jälkeen. Avuttomuuden tunne ja lohduttomuus ovat yleensä ensimmäisiä tunteita. Avuttomuus johtuu siitä, että ihminen ei pystynyt vaikuttamaan tapahtuneeseen. Tätä tunnetta on vaikea kestää, mutta sitä on vain opittava sietämään. Erilaiset pelkotilat ovat myös yleisiä, kun turvallisuuden tunne on kokonaan järkyttynyt, tilalle asettuvat monenlaiset pelot. Tämä saattaa tuntua käsittämättömältä. Ihminen ei aina pysty nimeämään pelkoaan, hän saattaa myös pelätä jotain sellaista, mitä itsekään ei ymmärrä tai hyväksy. Trau-

maattisissa tilanteissa voidaan myös kokea menetyksen tunteita, kuten surua, tyhjyyttä, epätoivoa tai kaipuun tunnetta. Surun ja menetyksen tunteet säilyvät pitkään ihmisen mielessä. Äkillisiin ja järkyttäviin tapahtumiin liittyy myös häpeää, joka voi olla luonteeltaan sosiaalista. Ihminen voi miettiä, että mitä muut minusta ja tästä tapahtumasta ajattelevat. (Saari ym. 2009, 31–34.)

Reaktiovaiheessa ruumiillisia reaktioita ovat painon tunne rinnassa tai puristus rinnan ympärillä, näitä puristuksia voi myös esiintyä vatsan tai pään alueella. Myös painostava väsymys tai pohjaton uupumus ovat yleisiä. Liikkeet saattavat olla hitaita ja kävely laahustavaa. Joillakin esiintyy myös päänsärkyä, huimausta tai vatsavaivoja. Vaivat ovat kuitenkin yksilöllisiä ja niitä voi olla monentyypisiä. Ruokahaluttomuutta voi myös esiintyä, joten hoitohenkilökunnan on hyvä muistaa tarjota ruokaa useasti ja ottaa potilaan ruokamieltymykset huomioon. Melkein kaikilla äkillisen kriisin kokeneilla on univaikeuksia. Mieli ei pysty rauhoittamaan itseään, koska on niin paljon ajateltavaa. Tarvittaessa voi pyytää lääkäriltä unilääkkeitä. (Saari ym. 2009, 31–34.)

Reaktiovaiheen jälkeen traumankokenut siirtyy vähitellen työstämisvaiheeseen, joka tapahtuu pikkuhiljaa. Tässä vaiheessa traumaa käydään uudelleen ja uudelleen läpi muistissa. Sitä voidaan kerrata valveilla että unissa ja tämän aikana käydään läpi traumaa edeltävät, trauman aikaiset ja jälkeiset tapahtumat. Olisi hyvää, jos henkilö kertaisi tapahtumaa joko puhumalla tai kirjoittamalla, näin ollen työstämisvaiheesta saisi hyödyn parhaiten irti. Tämä vaihe voi kestää jopa useita vuosia, riippuen siitä kuinka voimakas trauma on ollut. (Saari 2000, 60–66.)

Työstämisvaiheen jälkeen seuraa uudelleen suuntautumisen vaihe, jolloin trauman kokenut kääntää katseensa menneestä tulevaan ja alkaa suuntautua uudella tavalla omaan elämäänsä. Tulevaisuus voi näyttää erilaiselta ja persoonallisuuskin voi muuttua järkyttävän kokemuksen seurauksena. Kuitenkin tulevaisuudessa voi olla paljon tuttua ja turvallista. Kriisistä toipuva voi löytää uusia harrastuksia tai palata vanhojen harrastusten pariin. Nuorten on paljon helpompi suuntautua tulevaisuuteen, kuin vanhempien ihmisten. Tulevaisuudesta keskusteltaessa tulisi olla varovainen, koska traumaattinen kokemus on voinut aiheuttaa tulevaisuuden näkymien

häviämisen ja uudelleen suuntautumisen vaihe voi tulla vasta vuosien päästä. (Saari ym. 2009, 48–49.)

3.3 Traumapotilaan psykososiaalisen hoidon auttamiskeinot sairaalassa

Selvittyään shokista ihminen alkaa hiljalleen tajuta mitä on tapahtunut. Kertomus on alkuun sumea, mutta sitä läpi käydessä muuttuu tarkemmaksi, järjestelmälliseksi ja yksityiskohtaisemmaksi. Tämä auttaa ihmistä käsittämään, mitä hänelle on tapahtunut. Joskus tapahtumasta ei ole muistikuvia, esimerkiksi henkilö on ollut päihteiden vaikutuksen alaisena, tajuton tai tapahtumasta on aiheutunut aivovamma, johon liittyy muistikatkoksia. Tällöin käsittelyprosessi jää vajavaiseksi, mikä vaikeuttaa toipumista. On vaikeaa käsittää sellaista, josta ei ole tietoa. On siis ensiarvoisen tärkeää tietää tapahtumasta tarpeeksi kuntoutuksen kannalta. Tiedon tulee olla oikeaa ja virallista ja sitä pitää käsitellä hienotunteisella ja herkällä tavalla. Shokki on suojareaktio, jota on kunnioitettava, eikä sitä pidä yrittää hajottaa. Tuki on aktiivista kuuntelua, läsnäoloa ja käytettävissä olemista. Trauman kokeneen auttaminen on erittäin vaativaa, koska heidän tuska on usein sietämätöntä. Auttajan on siedettävä tätä tuskaa ja luotava ymmärtäväinen, turvallinen ilmapiiri, jossa tuskaa voi käsitellä. Usein auttaja kokee avuttomuuden tunnetta, ahdistusta ja lohduttamisen tarvetta avunsaajaa kohtaan. Kuitenkin olisi tärkeää pystyä hillitsemään omat tunteensa, niin että ne eivät vaikuta auttamiseen. Tämä vaatii ammattitaitoa, tarpeen tullen paikalle voidaan kutsua sairaalapappi, psykologi tai psykiatrinen sairaanhoitaja. Usein kuitenkin riittää pelkkä toisen ihmisen läsnäolo, eikä hiljaisia hetkiä tarvitse täyttää puheella. Tapahtuman käsittelyä voidaan kuitenkin viedä eteenpäin esittämällä yksinkertaisia kysymyksiä, jos trauman kokenut on henkisesti siihen valmis. Kaiken kaikkiaan traumasta toipuminen on pitkä ja aikaa vievä prosessi. (Saari ym. 2009, 25–29.)

Reaktiovaiheessa lähiomaisten, ystävien ja sukulaisten rooli korostuu. Heidän on tärkeää kestää tuskaa ja reagointia, myöskään sosiaalista tukea ja käytännön apua ei saa unohtaa. Tapahtumaa käydään läpi kriisi-istunnon avulla, jossa on mukana ammatti-ihminen. Heidän tulisi tarjota apua, koska tapaturman kokeneet eivät ymmärrä tai jaksa pyytää apua, vaikka sitä tarvitsisivatkin. Kriisiprosessin ja toi-

pumisen kannalta on tärkeää, että apua ja tukea saa nopeasti. (Saari ym. 2009, 34–39.)

3.4 Psykososiaalinen kuntoutus

Psykososiaalinen kuntoutus tarkoittaa psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn palautumista tai saavuttamista (Murtomaa & Narumo 1998).

Professori Rachel Yehudan mukaan tunnusomaisin psyykkistä traumaa seuraava oireyhtymä on traumaperäinen stressireaktio (PTSD). Oleellista PTSD- potilaiden hoitamisessa on kuunteleminen, empatia ja ymmärrys. Yehudan mukaan rituaalit ovat toipumisessa tärkeitä. (Järvi 2002, 1682–1683.)

Kuntoutus vaatii paljon aikaa ja sen tarkoituksena on, että kuntoutuja hallitsee oman elämäntilanteensa. Sen tavoitteena on ylläpitää toimintakykyä, hyvinvointia, edistää työllistymistä. Tarkoituksena on, että kuntoutuja selviytyisi jatkossa itsenäisesti tai lähes itsenäisesti elämässään. Psykososiaalisia kuntoutusmuotoja ovat: ohjauskeskustelu, psykoterapia, erilaiset psyykenlääkkeet ja psykososiaalinen tuki. Kuitenkaan aina potilas ei tarvitse psykososiaalista kuntoutusta, vaan selviytyy traumaista itse, läheisten ja hoitohenkilökunnan avulla. (Järvikoski & Härkäpää 2004, 10–35.)

Psyykkinen shokki on yksi traumaattisen tapaturman jälkivaiheista. Psyykkisen shokin aikana aivojen kapasiteetista on käytössä suurempi osa kuin normaalioloissa. Myös aistit voimistuvat ja näin ollen syntyneet aistivaikutelmat ja mielikuvat ovat hyvin voimakkaita, yksityiskohtaisia ja selkeitä. Shokissa olevaan ihmiseen tekee myös voimakkaan vaikutuksen hänen kohtaamansa ihmiset ja se mitä he sanovat. Usein suuronnettomuuksien yhteyksissä, jos pelastusoperaatio on pitkä, muodostuu pelastettavan ja pelastajan välille luja ystävyysuhde. (Saari 2000, 42–51.)

Erilaisia kuntoutusmuotoja traumasta selviytymiseen on paljon. Yksi käytetyimmistä kuntoutusmuodoista on psykologinen debriefing. Sen on kehittänyt Jeffrey Mitchell 1980-luvulla. Sillä on neljä keskeistä tavoitetta ja tehokkuus riippuu siitä, kuinka hyvin kukin näistä tavoitteista saavutetaan (Saari 2000, 154–170):

1. *Todellisuuden kohtaaminen. Lähtökohtana on tapahtuman kohtaaminen ja hyväksyminen. Yleensä se, mitä on tapahtunut, ei tunnu todelta. Näin ollen suojareaktio muuttuu tapahtuman kieltämiseksi ja torjunnaksi. On hyvä painottaa, että tapahtunutta ei voi muuttaa tapahtumattomaksi. Kuitenkaan totuuden ja tapahtuneen hyväksyminen ei ole helppoa. Joskus hyväksyntä voi tuntua mahdottomalta, se on kuitenkin ainoa ratkaisu. Toinen tärkeä merkitys hyväksymisessä on, että totuus vapauttaa. Olisi hyvä käydä tapahtuman kulku mahdollisimman konkreettisesti, yksityiskohtaisesti ja kattavasti läpi. Näin ollen aukkoja jää mahdollisimman vähän, eikä mielikuvituksellisia ja erilaisia versioita tapahtuneesta synny.*

2. *Psyykkisten reaktioiden työstäminen, traumaattiset tapahtumat aiheuttavat voimakkaita psyykkisiä reaktioita. Jotta niiden voima vähenisi ja ne vapauttaisivat psyykkiset voimavarat tavanomaiseen käyttöön, ne on työstettävä. Näitä reaktioita ovat tapahtumaan liittyvät ajatukset, tunteet ja mieleen tunkevat muistikuvat eli ”flashbackit”. Reaktioita työstetään niistä puhumalla, kirjoittamalla tai muilla ilmaisukeinoilla. Tärkeintä on kohdata ajatukset ja tunteet, eikä kieltää niitä.*

3. *Sosiaalisen tuen syventäminen ja tehostaminen, hyvä ja toimiva sosiaalinen verkosto on tärkeä traumaattisen kokemuksen käsittelyssä. On hyvä olla ihmisiä ympärillä, joille voi purkaa ajatukset ja tunteet. Trauman jälkeen ihminen tarvitsee myös vertaistukea, jotka ovat kokeneet saman, ymmärtävät ja jakavat reaktion keskenään. Kokemuksen jakamisen seurauksena trauman kokenut huomaa, ettei ole yksin pahan olonsa kanssa ja se helpottaa yllättävän paljon.*

4. *Reaktioiden normalisointi ja tuleviin reaktioihin valmistautuminen. Psykologisen debriefingin tavoitteena on antaa tietoa siitä, kuinka ihmiset yleensä reagoivat traumaattisissa tapahtumissa ja sen jälkeen, sekä miten reaktioihin tulisi suhtautua. Tieto yleensä rauhoittaa ja sillä on suuri merkitys ennen traumaattista tilannetta ja sen jälkeen. Ihmiset pelkäävät hillitsemättömiä tunnereaktioita, joihin eivät pysty vaikuttamaan. Apukeinoina näihin reaktioihin voidaan käyttää lääkitystä. Voimakkaiden tunteiden kestämiseen tieto on kuitenkin parasta lääketä. Trauman jälkeiset ensimmäiset päivät ja yöt ovat pahimpia. Hätää ja huonoa*

oloa voi tuottaa se, että omat reaktiot ovat outoja ja epätavallisia. (Saari 2000, 154–170.)

Kuntoutuksessa on myös tärkeää huomioida potilaalle läheiset ihmiset, joita ovat: avo- tai aviopuolisot, lapsi, äiti, isä, muut sukulaiset tai läheiset ystävät. Potilaan henkiset ja fyysiset vammat vaikuttavat monin tavoin myös omaisten hyvinvointiin ja jokapäiväiseen elämään. Omaiset käyvät läpi samaa selviytymisprosessia, kuin potilaat, siksi hoitohenkilökunnalta saama tuki on tärkeää. Omaisilla voi ilmetä erilaisia fyysisiä ja psyykkisiä oireita, kuten mahaoireita, unettomuutta, ahdistusta tai surua. Viime vuosina omaisten rooli terveydenhuollossa on korostunut ja sen kehittämiseen panostetaan jatkuvasti. Omaisten ohjaus on tärkeää, koska heidän saama tieto lisää heidän hyvinvointiaan sekä auttaa ymmärtämään vammaa ja sen hoitoa. On tärkeää, että omaisten kysymyksiin vastataan rehellisesti, asiat selitetään ymmärrettävästi ja että he voivat kysyä heille tärkeistä asioista. Heille on annettava riittävästi aikaa ja pyrkiä luomaan turvallinen keskusteluympäristö. Potilas tarvitsee omaisia, koska he ovat voimavara ja antavat turvallisuuden sekä yhteenkuuluvuuden tunteen. Kun potilas voi fyysisesti ja henkisesti hyvin tilanteeseen nähden, niin myös omaiset voivat hyvin ja jaksavat olla potilaan tukena. (Kvist, Karppinen, Kettunen & Rautiainen 1999, 7–10.)

3.5 Tukipalvelut trauman kokeneelle

Suomessa järjestettävät psykososiaaliset tuet ja palvelut ovat lakisääteistä toimintaa. Pelastuslaki (468/2003) ja asetus pelastustoimesta (787/2003) velvoittavat kunnat ja kuntayhtymät järjestämään onnettomuuksien uhreille, uhrien omaisille ja pelastajille asiantuntijoiden palveluita ja tukea. (Saari ym. 2009, 109.)

Paikalliset terveyskeskukset ja niiden yhteydessä toimivat kriisiryhmät ovat avainasemassa akuutin kriisityön järjestämisessä. Kriisityöstä vastaavat koulutetut sosiaali- ja terveystoimien ammattilaiset yhteistyössä muiden asiantuntijoiden kanssa. Suurin osa kriisiryhmistä toimii virka-aikana ja alle puolet päivystää niistä virka-ajan ulkopuolella. (Saari ym. 2009, 109.)

Useimmissa Suomen keskussairaaloissa ja yliopistosairaaloissa on omat kriisiryhmänsä. He kuitenkin keskittävät toimintansa omien potilaidensa ja heidän omaistensa kriisien selvittelyyn. He voivat myös vastata sairaalan henkilökunnan psyykkisestä jälkihoidosta, ellei jälkihoitoa ole järjestetty terveystuollossa. Eri-tyytilanteita ja poikkeusoloja varten sairaaloilla on alueelliset valmiussuunnitelmat psykososiaalisen tuen järjestämiseksi. (Saari ym. 2009, 109–110.)

Työpaikkojen kriisipalvelut järjestetään yleensä terveystuollon kautta. Isoimmista työpaikoissa voi olla myös oma kriisiryhmä. Opetushallitus on määrännyt, että kaikilta kouluilta tulee löytyä kriisitoimintamalli 1.8.2006 mennessä ja että se laaditaan yhteistyössä sosiaali- ja terveystuomaisten kanssa. Koulujen kriisiryhmien apuna tulee olla lasten ja nuorten mielenterveystuon erityisasiantuntijoi-
ta. (Saari ym. 2009, 110.)

Suomessa toimiva, kirkon henkinen huolto (Hehu) on yksi osa psykososiaalisen tuen palveluita. Heitä koskevat samat ammatilliset vaatimukset kuin muitakin auttamistahoja, koska se on julkishallinnollinen yhteisö. Kriisitilanteissa kirkon tehtäviin kuuluvat muun muassa yksilö-, perhe- ja ryhmämuotoinen kriisityö, surutyön tukeminen, rituaaliset palvelut eli kirkolliset toimitukset ja sielunhoidolliset palvelut. Paikallisiin kriisiryhmiin voi kuulua myös seurakunnan työntekijä. (Saari ym. 2009, 110–111.)

Suomen mielenterveysseuran SOS-keskuksen Valtakunnallinen kriisipuhelin tarjoaa välitöntä keskusteluapua puhelimitse lähes koko vuorokauden ympäri kriisin kokeneille. Työntekijät ovat koulutettuja vapaaehtoisia tai kriisityöntekijöitä, joilla on valmiudet ohjata soittajaa. Heillä on vaitiolovelvollisuus ja soittajat voivat halutessaan pysyä anonyymeinä. Mielenterveysseuran kriisikeskuksissa on tarjolla psyykkistä ensiapua. Keskuksessa työskentelevät ovat sosiaali- ja terveydenhuoltoalan ammattilaisia ja heitä sitoo vaitiolovelvollisuus, mutta lastensuojelutapauksissa heillä on ilmoittamisvelvollisuus. Pääkaupunkiseudulla asuvilla on mahdollisuus saada psyykkistä ensiapua mielenterveysseuran ylläpitämistä SOS-keskuksen SOS-autoista, jotka päivystävät 24 tuntia vuorokaudessa. Ne antavat psyykkistä ensiapua puhelimitse ja myös paikanpäällä kodeissa, sairaaloissa ja onnettomuuspaikoilla. SOS-keskuksen yhteydessä toimii myös ulkomaalaisten kriisikeskus.

Mielenterveysseuralta löytyy myös verkkokriisikeskus osoitteesta: www.tukinet.fi. (Saari ym. 2009, 111.)

Punaisen Ristin osastojen henkisen tuen ja Vapaaehtoisen pelastuspalvelun (Vapepa) palvelut täydentävät alueen muita palveluita sekä viranomaisten tarpeita. He toimivat tarpeen tullen ensihuollon ja henkisen tuen maallikkoauttajina. Ryhmän jäsenillä on ensihuollon peruskoulutus ja henkisentuen jatkokoulutus. Suuronnettomuuksien varalle SPR ylläpitää ja kouluttaa psykologien valmiusryhmää. Valmiusryhmä toimii lisäapuna ja tukena, kun esim. paikalliset kriisiryhvät niitä tarvitsevat. SPR:llä on viidellä paikkakunnalla (Helsinki, Espoo, Vantaa, Turku ja Tampere) turvataloja nuorille, joista saa apua ja tukea alle 19-vuotiaat nuoret. (Saari ym. 2009, 112.)

Suomen rikosuhripäivystys (RIKU) tarjoaa tukea ja neuvoa rikoksen kokeneille ja heidän läheisilleen. He voivat saada Rikusta henkilökohtaisen tukihenkilön. Tukihenkilön kanssa voi keskustella kokemuksista ja mahdollisista jatkotoimenpiteistä. (Saari ym. 2009, 112.)

Suomessa on myös muita järjestöjä, jotka tarjoavat kriisiapua. Näitä ovat esimerkiksi Raiskauskriisikeskus Tukinainen, Surunauha – Itsemurhan tehneiden läheiset Ry, Nuorten kriisipiste ja Mannerheimin Lastensuojeluliitto. (Saari ym. 2009, 112.)

Kuntoutusta tarvittaessa tulee kääntyä hoitavan lääkärin puoleen, joka tutkii millaista kuntoutusta tarvitaan ja onko siitä apua. Lääkäri antaa lausunnon asiasta ja tarpeen tullen ehdottaa kuntoutusta. Lääkärinlausunnosta ilmenee mikä sairaus tai vamma on kyseessä ja mitä kuntoutusta siihen suositellaan, sekä perustelut miksi kuntoutus on aiheellista ja mitkä ovat sen tavoitteet. Lausunnosta ilmenee myös työ- ja toimintakyky sekä mahdolliset vamman rajoitukset. Lääkärinlausunnon saannin jälkeen, voidaan hakea kuntoutusta Kansaneläkelaitoksesta (KELA). Yhteistyössä KELAn työntekijöiden kanssa laaditaan suunnitelma oikeasta kuntoutusmuodosta ja sen toteuttamisesta. Asiakkaan lisäksi kuntoutussuunnitelman tekoon voivat osallistua kuntoutuksen asiantuntijat, työterveyshuolto ja työpaikka. Kansaneläkelaitoksen kuntoutus on yleensä maksutonta. Kuntoutuksen aikana

KELA maksaa toimeentulotukea (kuntoutusraha), sekä korvaa kuntoutuksesta aiheutuvia matkakustannuksia. KELA tarjoaa kuntoutuspsykoterapiaa psykososiaalisena kuntoutusmuotona. Sen tavoitteena on työ- tai opiskelukyvyn palauttaminen ja tukeminen. Kuntoutuspsykoterapiaa saavat 16–67-vuotiaat henkilöt. Jotta kuntoutusta myönnetään, asiakkaalla tulee olla lääkärin lausunto trauman aiheuttamasta mielenterveyshäiriöstä, jota on hoidettu 3kk asianmukaisessa psykiatrisessa hoidossa. Kuntoutus voi olla yksilö-, ryhmä-, perhe- tai paripsykoterapiaa tai kuvataideterapiaa. Nuoret voivat myös saada musiikkiterapiaa. Kela vaatii, että psykoterapiaa antava on Valviran hyväksymän koulutuksen käynyt ja hänellä on oikeus käyttää psykoterapeutin ammattinimikettä. (Kansaneläkelaitos 2011a.)

4 OPINNÄYTETYÖN KÄYTÄNNÖN TOTEUTUS

Toiminnallinen opinnäytetyö on vaihtoehto tutkimukselliselle opinnäytetyölle. Sen tarkoitus on tavoitella ammatillisessa kentässä käytännön toiminnan ohjeistamista, opastamista, toiminnan järjestämistä tai järjeistämistä. Tärkeää on, että toiminnallisessa opinnäytetyössä yhdistyvät käytännön toteutus ja sen raportointi. Toiminnallisen opinnäytetyön tulisi olla työelämälähtöinen, käytännönläheinen ja riittävällä tasolla alan tietojen ja taitojen hallintaa osoittava, koska opiskelija valmistuttuaan toimii alansa asiantuntijatehtävissä. (Vilka ym. 2003, 9–10.)

Tämä opinnäytetyö on toiminnallinen opinnäytetyö, jonka tuotoksena tehtiin ohjekirja traumapotilaan psykososiaalisesta kuntouttamisesta. Aihe on rajattu koskemaan traumapotilaan psykososiaalista kuntoutusta. Ohjekirjan tarkoituksena on tukea hoitajia ja antaa erilaisia hoito- ja lähestymiskeinoja hoitajan kohdatessa traumapotilaan. Ohjekirja toteutettiin yhteistyössä Vaasan keskussairaalan osasto T2 kanssa. Yhteistyötä tehtiin myös yleissairaalapsykiatrian poliklinikan psykiatrisen sairaanhoitajan kanssa, joka kommentoi työtä prosessin aikana.

4.1 Ohjekirjan ulkoasun suunnittelu

Ohjekirja on painos, jossa ei saa olla liikaa tekstiä, mutta siitä on löydyttävä kaikki oleellinen tieto tiivistetyssä muodossa. Hyvä ohjekirja on hyvin suunniteltu sisällöltään ja kuvat ovat tasapainossa tekstin kanssa. Värit ovat oppaassa selkeät, eikä niitä ole käytetty liikaa. Potilasohjeet antavat ohjausta ja neuvontaa. Mitä enemmän potilas tietää hoitoonsa liittyvistä asioista, sitä itsenäisempi hän voi olla. Ohjekirjassa ymmärrettävyys ja oikeakielisyys ovat sidoksissa toisiinsa ja tekstin tulee olla hyvää suomenkieltä. Vieraskieliset termit ja ammattisanat tulee myös suomentaa; ellei tarpeeksi hyvää suomennosta ole, pitää termi selittää. Näitä ohjeita on hyvä käyttää myös hoitohenkilökunnalle suunnatussa oppaassa. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 34–60.)

Kirjallisen ohjeen tulisi olla yksilöllinen ja kertoa tekijästään. Ainoa oikea tapaa tehdä potilasohje ei ole. Jokainen tekijä kehittää omat tapansa, miten tehdä hyvä opas. Olisi hyvä aloittaa tärkeimmästä asiasta ja edetä vähemmän tärkeään. Luet-

tavuuden kannalta tärkeimmät osat ovat otsikko ja väliotsikot. Kuvat ohjekirjassa herättävät mielenkiintoa ja auttavat ymmärtämään. Kuvia ei tulisi jättää tekstittämättä, koska kuvatekstit ohjaavat kuvien lukemista. On hyvä kuitenkin muistaa tekijänoikeudet. Kuvat eivät myöskään saa loukata ketään. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006, 65–70.)

Ensimmäinen ajatus tämän opinnäytetyönä tehtävän ohjekirjan ulkoasusta oli, että se olisi mahdollisimman selkeä ja kiinnostava. Ajatuksena oli käyttää selkeää fonttia ja käyttää ohjekirjassa kuvia. Mallia ohjekirjan ulkoasuun otettiin muista ohjekirjoista, joista saatiin idea painattaa ohjekirja kiiltävapintaiselle paperille. Ohjekirjasta haluttiin tarpeeksi pieni, niin että sitä voisi kantaa mukanaan osastolla. Ohjekirjan pituudeksi ajateltiin maksimissaan 10 sivua. Suunnitteluvaiheessa ohjekirjan painatuspaikka ja ohjelma, jolla ohjekirja tehdään, ei ollut opinnäytetyöntekijöillä selvillä.

4.2 Ohjekirjan sisältö

Kirjallisessa ohjeessa on tärkeää ohjeiden oikeellisuus, ja miten asiat niissä kerrotaan. Ensisijainen tavoite on pyrkiä vastaamaan erilaisiin mieltä askarruttaviin kysymyksiin. Tiedot tulisi antaa ymmärrettävällä tavalla avoimesti ja rehellisesti. Jos tiedonsaaja on vieraskielinen tai aistivammainen tulisi huolehtia tiedon tulkitsemisesta aina kun se on mahdollista. Ohjeiden antamiseen tulisi varata aina riittävästi aikaa ja pyrkiä toteuttamaan ohjeistus rauhallisessa ympäristössä. (Lipponen ym. 2006, 65–70.)

Tässä opinnäytetyössä tehty ohjekirja on tarkoitettu osastolla työskenteleville hoitajille. Sen tarkoituksena on antaa tietoa, miten kohdata trauman kokenut henkilö. Ohjekirjassa kerrotaan psyykkisen trauman oireista, potilaan kohtaamisesta, auttamiskeinoista, psykososiaalisista kuntoutusmuodoista, vertaistuesta ja tukipalveluista. Tarkoituksena oli, että ohjekirja olisi tiivis tietopaketti, joka sisältäisi oleelliset asiat traumapotilaan psykososiaalisesta kuntoutuksesta ja tarvittaessa ohjekirjan lukija saa lisää tietoa käytetyistä lähteistä.

4.3 Soittokartoitus

Ennen ohjekirjan kokoamista tehtiin soittokartoitus Suomen yliopistollisten sairaaloiden (Helsinki, Turku, Tampere, Kuopio ja Oulu) kirurgian osastoille, joita on yhdeksän. Kartoituksella haluttiin selvittää, löytyykö heiltä vastaavanlaisia oppaita traumapotilaan psykososiaalisesta kuntoutuksesta. Puhelun alussa kerrottiin opinnäytetyön ideasta ja kartoitettiin, löytyykö vastaavanlaisia ohjekirjoja Suomen yliopistollisista sairaaloista ja jos löytyi niin minkälaisia. Osastoille kerrottiin myös millainen ohjekirja tulee olemaan ja minne se tehdään. Tämän jälkeen heille esitettiin kysymyksiä liittyen ohjekirjaan. Osastoilta tiedusteltiin, onko heillä käytössä ohjekirjaa traumapotilaan psyykkisestä kuntouttamisesta ja jos on, niin millainen se on ulkoasultaan ja sisällöltään. Tiedusteltiin myös, että jos tällainen ohjekirja on olemassa, käytetäänkö sitä ja millaisissa tilanteissa. Puhelun aikana tiedusteltiin myös, ovatko osastot kiinnostuneita tällaisesta ohjekirjasta ja olisiko heillä ehdotuksia tulevan ohjekirjan sisältöön.

Kartoituksen mukaan yhdestäkään yliopistollisesta sairaalasta ei löytynyt ohjekirjaa traumapotilaan psykososiaalisesta kuntouttamisesta. Tarvetta ohjekirjalle kuitenkin löytyi ja kaikki sairaalat olivat kiinnostuneita ottamaan ohjekirjan käyttöön osastolle. Ohjekirjan sisältöön haluttiin tietoa muun muassa erilaisista kuntoutuspaikoista, KELAn mahdollisista tuista ja vakuutuksista. Toivomuksena oli myös, että kerrottaisiin, minkälainen on kriisiavun kulku ja mistä sitä saa. Tärkeänä he pitivät myös omaisten jaksamista ja heidän mahdollista avun tarvetta. Muutamat sairaalat toivat esiin kokonaisvaltaisen hoidon vaikeuden kiireen keskellä. Psykkisen tilan kartoitus koettiin haastavaksi ja siihen haluttiin apukeinoja, miten tunnistaa psyykkiset oireet ja miten lähestyä potilasta kriisin keskellä. Hoitajat kokivat vaikeaksi tarjota psykososiaaliseen traumaan apua, koska potilas hyväksyy fyysisen vamman enemmän kuin psyykkisen vamman.

4.4 Ohjekirjan kokoamisen prosessi

Ensimmäinen käsintehty versio tehtiin valkoiselle A4-kokoiselle taitetulle paperille lyijykynällä. Se sisälsi oleelliset asiat traumapotilaan psykososiaalisesta hoidosta. Ensimmäisessä versiossa sivuja oli kuusi kappaletta ja ohjekirjan koko oli A6.

Tähän kokoon päädyttiin sen perusteella, että kyseinen koko on yleinen käytössä oleva koko ohjekirjoissa ja sitä pystyy kantamaan mukanaan osastolla. Sisältö otettiin suoraan opinnäytetyön teoriaosuudesta.

Toinen versio ohjekirjasta tehtiin Microsoft Word -ohjelmalla. Ohjekirja oli pituudeltaan 10 sivua ja se oli tehty valkoiselle pohjalle mustalla tekstillä. Ohjekirjan sisältö pysyi kuitenkin samana kuin ensimmäisessä versiossa. Toista versiota tehdessä koettiin, että Microsoft Word oli vaikeakäyttöinen tämän ohjekirjan tekoon. Näin ollen kolmas versio ohjekirjasta tehtiin Microsoft PowerPoint -ohjelmalla.

Kolmas versio oli väritykseltään tumma, väreinä oli violetti, musta ja sininen. Teoriasisältö pysyi edelleen samana. Tämä versio vietiin koekäyttöön osastolle ja sieltä saatu palaute ohjekirjan sisällöstä oli positiivista. Kehitettäviä asioita ohjekirjassa olivat väritys, ja sisältöön haluttiin lisäksi sairaalakohtaisia puhelinnumeroita eri tukipalveluihin liittyen. Toivottiin myös, että teoriaa avataan enemmän, jotta saataisiin ohjekirjaan enemmän sisältöä.

Neljäs ja lopullinen versio tehtiin edelleen Microsoft PowerPoint -ohjelmalla. Pituudeksi tuli 10 sivua ja ulkoasultaan ohjekirja oli neutraalimpi, mutta kuitenkin kiinnostava ja raikas. Ohjekirjan taustaksi valittiin itse otettu valokuva metsämaisemasta, koska koettiin että valokuva metsästä luo lukijalle rauhallisen ja miellyttävän olon. Kuva on otettu ylhäältä päin ja se antaa lukijalle mielikuvan siitä, että trauma on voitettavissa. Fontin väriksi valittiin musta, koska tämä väri erottuu parhaiten taustasta ja tekee ohjekirjan luettavuudesta helpompaa. Ohjekirjan sisältöä neljännessä versiossa avattiin enemmän, näin ohjekirjasta tuli selkeämpi. Ohjekirjaan lisättiin myös muutama kaavio, että sisältö avautuisi paremmin lukijalle.

Viidenteen ja lopulliseen versioon lisättiin kolme uutta sivua: johdanto, kriisinkulku ja hoitajalle oma muistiinpanosivu. Viidennessä versiossa ulkoasu ja sisältö säilyivät muuten samana.

4.5 Ohjekirjan lopullinen ulkoasu

Ohjekirjan lopulliseksi nimeksi muodostui ”Traumapotilaan psykososiaalinen kuntoutus – hoitajan opas”. Ohjekirjan kannessa on itse otettu valokuva metsämaisemasta, joka on pohjana myös ohjekirjan muilla sivuilla. Kansilehdessä kuva on kirkkaampi kuin muissa ohjekirjan sivuissa, jotta ohjekirjan ulkoasu olisi houkuttelevampi. Ohjekirja on pituudeltaan seitsemän sivua pitkä ja painatettu kaksipuolisesti, näin ollen ohjekirjan sisällöstä ei tullut liian laaja. Ohjekirjasta pyrittiin tekemään selkeä, jotta siitä olisi helppo katsoa tietoa tarpeen tullen. Materiaalina ohjekirjassa käytettiin kiiltäväpintaista paperia, koska koettiin että se on yleisimmin käytetty ja kestävin materiaali ohjekirjoissa.

4.6 Ohjekirjan kustannukset

Kustannukset ohjekirjasta maksoivat opinnäytetyön tekijät, eikä sairaalalle aiheutunut siitä kuluja. Osastolle painatettiin ohjekirjasta yksi suomenkielinen ja yksi ruotsinkielinen versio. Koululle ja opinnäytetyöntekijöille painatettiin myös omat versiot, joten kaiken kaikkiaan valmiita versioita ohjekirjasta painatettiin viisi kappaletta. Ohjekirjan painatus tapahtui yhteistyössä Vaasan Multiprint Oy:n kanssa.

4.7 Opinnäytetyön aikataulu

Opinnäytetyöprosessi alkoi aloitusseminaarilla keväällä 2010. Lokakuussa tehtiin opinnäytetyösuunnitelmaa, samalla myös etsittiin teorian tietoa suunnitelmaan ja varsinaiseen opinnäytetyöhön. Marraskuussa tehtiin soittokartoitus ja sen tulokset analysoitiin. Opinnäytetyösuunnitelma hyväksyttiin joulukuussa 2010. Joulukuussa aloitettiin myös teoriaosuuden työstäminen ja aiheen rajaus.

Tammikuussa 2011 valmistui ensimmäinen käsintehty versio ohjekirjasta. Helmikuussa käsintehty versio ohjekirjasta vietiin tietokoneelle ja alkoi ohjekirjan visuaalinen suunnittelu Microsoft Word -ohjelmalla. Maaliskuussa ohjekirjan teko-ohjelma vaihdettiin Microsoft PowerPoint -ohjelmaan ja osastolle vietiin koekäyttöön ensimmäinen tietokoneella tehty versio ohjekirjasta. Maaliskuussa työ viimeisteltiin, kirjoitettiin tiivistelmät ja raporttiosuus. Huhtikuussa ohjekirja oli

valmis ja painettu lopulliseen muotoon. Esitysseminaarit pidettiin toukokuussa 2011 ja ohjekirja julkaistiin.

5 ARVIOINTI

Toiminnalliseen opinnäytetyöhön kuuluu olennaisena osana koko työn arviointi. Arvioinnin sisältöön kuuluu tavoitteiden arviointi, prosessin arviointi, tuotoksen arviointi ja oppimisen arviointi. (Vilka ym. 2003, 154–161.) Tässä osuudessa arvioidaan prosessia, tuotosta ja oppimista.

5.1 Ohjekirjan tavoitteiden saavuttaminen

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa ohjekirja traumapotilaan psykososiaalisesta kuntoutuksesta kirurgiselle vuodeosastolle. Tavoitteena oli, että ohjekirja olisi kiinnostava ja että siitä olisi helppo lukea tietoa tarvittaessa. Tavoitteena oli myös, että ohjekirja olisi käyttökelpoinen.

Tässä opinnäytetyössä tehdystä ohjekirjasta saatiin tehtyä tiivis tietopaketti, josta on hyvä katsoa tietoa tarvittaessa. Ohjekirjassa käytetty pohjakuva metsämaisemasta antaa lukijalle mielikuvan siitä, että ongelmat ovat voitettavissa. Sen ulkoasusta saatiin raikas ja kiinnostava käyttämällä erilaisia kaavioita, kuvia ja värejä. Ohjekirjassa on tietoa kriisiavun kulusta, shokin määrittelystä, potilaan fyysisestä ja henkisestä oireilusta, potilaan kohtaamisesta, auttamiskeinoista, psykososiaalisista kuntoutusmuodoista, vertaistuesta, sairaalakohtaisista ja valtakunnallisista tukipalveluista sekä KELAn kuntoutuspalveluista ja tuista. Hoitajalle jätettiin myös yksi sivu omia muistiinpanoja varten. Tarvittaessa ohjekirjan lukija voi hakea lisätietoa tästä opinnäytetyöstä ja siinä käytetyistä lähteistä Theseuksesta (www.theseus.fi).

5.2 Prosessin arviointi

Ohjekirjan suunnittelu ja teko oli haastavaa, koska vastaavanlaisia ohjekirjoja ei ollut tehty aiemmin. Ohjekirja vaati sekä sisällöllistä että visuaalista suunnittelua, joten tuli miettiä toteutetaanko visuaalinen suunnittelu itse vai ulkopuolisen ammattihenkilön kanssa. Tiukan aikataulun vuoksi päädyttiin tekemään koko ohjekirjan visuaalinen ja sisällöllinen suunnittelu itse.

Tarkoituksena oli olla enemmän yhteistyössä Suomen muiden sairaaloiden kanssa ohjekirjan tekovaiheessa, mutta ajan puutteen vuoksi yhteistyö jäi suunniteltua vähäisemmäksi. Soittokartoitus tehtiin kerran Suomen yliopistollisiin sairaaloihin. Soittokartoituksesta oli kuitenkin hyötyä ja siitä saatiin paljon hyviä ideoita ohjekirjan sisältöön. Syy, miksi aikaa oli suunniteltua vähemmän, johtui ajankäytön väärästä arvioinnista. Aikataulutuksen olisi voinut aluksi suunnitella paremmin.

Aineistoa kerättiin eri tietokannoista, kaikki lähteet olivat suomenkielisiä ja 2000-luvulla tehtyjä. Lähteitä olisi voinut olla enemmänkin, jos olisi käytetty englanninkielisiä lähteitä. Tuoretta tietoa löytyi kuitenkin hyvin ja näin ollen ohjekirjan sisällöstä saatiin tarpeeksi kattava.

Työn saatavuuden kannalta on parempi, että se on tehty ensisijaisesti kirjalliseksi tuotokseksi. Ohjekirjaa on helpompi katsoa, kun se on painettuna versiona hoitohenkilökunnalla. Pelkästään virtuaalimuodossa oleva ohjekirja ei palvelisi henkilökuntaa yhtä hyvin kuin painettu versio.

5.3 Tuotoksen arviointi

Visuaalisen suunnittelun ajateltiin olevan helppoa, mutta se koettiin haastavimmaksi asiaksi ohjekirjan teossa. Opinnäytetyö prosessin aikana tietoa etsittiin erilaisista ohjekirjoista ja niitä vertailtiin keskenään; näin selvisi, että hyvä ohjekirja sisältää tarvittavat tiedot lyhyessä muodossa, eikä loukkaa ketään.

Ulkoasultaan hyvän ohjekirjan tulee olla selkeä, mutta kiinnostava. Huomattiin, että oikealla värityksellä ohjekirjasta saa enemmän irti ja erilaisilla väreillä on tietynlainen vaikutus lukijaan. Esimerkiksi tummat värit koetaan synkiksi ja surullisiksi ja niistä voi muodostua negatiivinen kuva ohjekirjan lukijalle. Raikkaat ja kirkkaammat värit antavat positiivisen kuvan ja antavat myös toivoa lukijalle. Todettiin, että alkuun ohjekirjassa oli liian tumma väritys, joten väritystä päädyttiin vaihtamaan vaaleammaksi ja käyttämään positiivisia värejä. Tähän värityksen vaihtoon päädyttiin, kun ohjekirjaa testattiin ennakkoon kirurgisella vuodeosastolla. Sieltä saadun palautteen mukaan oli ohjekirjassa liian negatiivista mieltä herättävä väritys.

Paikkakunnan sairaalan kaksikielisyyden vuoksi oli itsestään selvää, että ohjekirja tehdään sekä suomeksi että ruotsiksi. Ohjekirja käännettiin itse toiselle kotimaiselle kielelle, mutta vaikeissa kohdissa tarvittiin apua. Opinnäytetyöntekijät ovat tyytyväisiä tekemäänsä tuotokseen ja koko prosessiin, koska ohjekirja saatiin palvelemaan tarkoitustaan.

Ohjekirjan työstämisvaiheessa esiin nousevia ongelmia oli muutamia. Haastaviksi koettiin löytää ohjekirjaan sopivat värit, jotka olivat samaan aikaan houkuttelevia, mutta eivät liian hallitsevia. Hallitsevat värit ohjekirjassa vievät huomion tekstistä, mikä vaikeuttaa ohjekirjan lukemista. Fonttivalinnat koettiin myös haastavaksi, on erityisen tärkeää valita oikean kokoinen ja näköinen fontti, koska liian koristeellinen fontti voi sekoittaa lukijaa. Oikean ohjekirjan teko-ohjelman löytäminen oli myös alkuun vaikeaa. Ohjelman haluttiin olevan yksinkertainen ja helppokäyttöinen, ettei aikaa kuluisi liikaa uuden ohjelman käytön opetteluun.

5.4 Osaston palaute ohjekirjasta

Osastolta T2 ja yleissairaalapsykiatrian poliklinikan psykiatriselta sairaanhoitajalta saatu palaute oli positiivista ja he pitivät opinnäytetyön ideasta. Ohjekirjan sisältöön he toivoivat sairaalakohtaisia puhelinnumeroita, jotta ne löytyvät tarvittaessa helposti. Sisältö oli osaston ja psykiatrisen sairaanhoitajan mielestä muuten tarpeellista ja kattavaa.

5.5 Oppimisen arviointi

Ohjekirjan tekeminen oli molemmille opinnäytetyön tekijöille uutta ja haastavaa. Sisällön rajaaminen tuntui kuitenkin melko helpolta, koska opinnäytetyön teoriaosuus oli jo kirjoitettu. Opinnäytetyöprosessin aikana työntekijät ovat kasvaneet ammatillisesti ja tulevana sairaanhoitajina osaavat ottaa potilaan huomioon kokonaisvaltaisesti. Ammatillinen kasvu näkyy myös opinnäytetyön tekstiosuudessa. Opinnäytetyön yleiset tavoitteet saavutettiin myös hyvin. Yhteistyökyky muiden ihmisten kanssa on toimivampaa kuin ennen prosessia. Kärsivällisyyttä on tullut lisää kirjallisten töiden tekoon ja teoretietoa on sovellettu käytännön hoitotyöhön. Opinnäytetyön tekijät ovat kehittyneet opinnäytetyöprosessin aikana ja saaneet sisällöstä sisältörikkaampaa. Työn kieliasu on parantunut opinnäytetyöprosessin aikana.

6 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Opinnäytetyö antaa opiskelijalle mahdollisuuden esitellä koulusta saatua tietoa ja kykyä soveltaa oppimaansa käytäntöön. Opinnäytetyön alkuvaiheessa tiedettiin, että työstä tulee toiminnallinen opinnäytetyö. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa ohjekirja hoitajalle traumapotilaan psykososiaalisesta hoidosta. Ohjekirjan tavoitteena on edistää traumapotilaan kokonaisvaltaista hoitoa kirurgisella vuodeosastolla. Teorian avulla saatiin selville, minkälaista kokonaisvaltaista hoitoa traumapotilas tarvitsee osastolla toipuakseen traumasta. Lopputuloksena syntyi valmis ohjekirja, joka antaa erilaisia hoito- ja auttamiskeinoja hoitajalle kohdatesaan traumapotilaan.

Aihe valittiin omien suuntautumisvaihtoehtojen ja potilaan kokonaisvaltaisen hoidon tärkeyden pohjalta. Sairaanhoitajana on ehdottoman tärkeää huomioida potilas kokonaisvaltaisesti ja ottaa huomioon niin fyysiset kuin psyykkiset vammat. Osasto valittiin sillä perusteella, että kyseessä on opinnäytetyöntekijöille tuttu osasto ja osaston henkilökunnalta löytyi mielenkiintoa ohjekirjaa kohtaan.

Teoriaa työhön löytyi hyvin, se oli uutta, monipuolista ja tutkittua tietoa. Lähteinä käytettiin pääsääntöisesti alan kirjallisuutta, mikä lisäsi luotettavuutta työhön. Ohjekirjassa käytetty kuvapohja on itse valokuvattu. Kuva toimii hyvin kuntoutusohjekirjan pohjana ja luo lukijalle mielikuvan, että traumasta voi selviytyä. Ohjekirjaa voidaan käyttää apuvälineenä sekä pienempien että isompien traumojen hoidossa.

Traumapotilaan psykososiaaliseen kuntoutukseen perehtyneet ammattilaiset ovat todenneet, että trauman kokenut ihminen tarvitsee aikaa ja tarpeen tullen apua selviytyäkseen traumasta ja että hoidon tulisi olla kokonaisvaltaista. Apua tulisi tarjota mahdollisimman pian trauman jälkeen, että toipumisprosessi lähtisi etenevänsä. Traumapotilasta hoidettaessa on otettava myös huomioon, että tila on häiritön paikka, missä potilas saa olla rauhassa. (Hammarlund 2010, 99–103.)

Ohjekirja on ajankohtainen ja sille löytyi tarvetta, koska vastaavanlaisia ohjekirjoja ei löydy Suomen suurimmista sairaaloista. Potilaan kokonaisvaltaisen hoitami-

nen on haasteellista, koska siinä tulee huomioida monia eri asioita myös kiireen keskellä. Potilaan kokonaisvaltaiseen hoitoon tulisi keskittyä paremmin, jotta hoito olisi laadukkaampaa. Hyvän ohjekirjan tarkoitus onkin tukea kokonaisvaltaista hoitotyötä ja antaa tietoa monipuolisesti. Ulkoasultaan sen tulee olla helposti luettava ja mielenkiintoinen. Erilaisilla kuvilla ja kaavioilla saa väritettyä tekstiä, luettavuus helpottuu ja mielenkiinto ohjekirjaa kohtaan kasvaa entisestään. Tätä asiaa tukevat Torkkola ym. kirjassaan. (Torkkola ym. 2002, 34–70)

Yhteistyö kirurgisen vuodeosaston ja yleissairaalapsykiatrisen poliklinikan psykiatrisen sairaanhoitajan kanssa toimi hyvin. Opinnäytetyöprosessin edetessä huomattiin, että yhteistyötä olisi voitu hyödyntää enemmän näiden kahden tahon kanssa, koska sisällöllinen arviointi jäi vähäiseksi. Osastolta T2 ja yleissairaala-psykiatrian poliklinikan psykiatriselta sairaanhoitajalta saatu palaute oli positiivista ja he pitivät opinnäytetyön ideasta. Osastolle T2 menevään ohjekirjaan painatettiin sairaalakohtaisia puhelinnumeroita, heidän toiveittensa mukaisesti. Sisältö oli kirurgisen vuodeosaston ja psykiatrisen sairaanhoitajan mielestä muuten tarpeellista ja hyvin kattavaa. *Traumapotilaan psykososiaalinen kuntoutus – hoitajan ohjekirja* tuli tarpeeseen osastolla, koska siellä ei ole ennestään vastaavanlaista ohjekirjaa. Mahdollisesti myöhemmässä vaiheessa ohjekirjaa tullaan tarjoamaan muillekin sairaaloille käyttöön.

Jatkotutkimusaiheena esitetään tutkimuksen tekemistä *traumapotilaan psykososiaalinen kuntoutus – hoitajan ohjekirjan* käytöstä kirurgisella vuodeosastolla. Toiminnalliseksi opinnäytetyöksi ehdotetaan ohjekirjaa traumapotilaan fyysisten vammojen hoidosta.

LÄHTEET

Ahonen, Juhani, Alanko, Arto, Lehtonen, Timo, Suominen, Sinikka & Ukkola, Veijo 1. Painos 2001. Kirurgia. WS Bookwell oy. Porvoo.

Airaksinen, Tiina & Vilkka, Hanna 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Tammi. Helsinki.

Aro, Hannu, Böstman, Ole, Kröger, Heikki, Lassus, Jan & Salo, Jari. 2010. Traumatologia. Otava. Keuruu.

Hammarlund Claes-Otto 2010. Kriisikeskustelu, kriisituki, jälkipuinti, stressin ja konfliktien käsittely. Jelgava Printing House. Latvia.

Henriksson, Markus 2005. Psykkiseen selviytymiseen on monta tietä. Suomen lääkärilehti. 60:35, 3355.

Järvi, Ulla 2002. Terapia ei saa häiritä ihmisen luonnollista paranemista. Suomen lääkärilehti. 57:15,1682–1683.

Järvikoski, Aila & Härkäpää, Kristiina 2004. Kuntoutuksen perusteet. WSOY.

Kansaneläkelaitos 2011a. Kuntoutuspsykoterapia. Päivitetty 5.1.2011. Saatavilla Internetissä:

<http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/261110144239HL?OpenDocument>.

Kansaneläkelaitos 2011b. Tukea kuntoutukseen. Päivitetty 19.1.2011. Saatavilla Internetissä:

<http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/160801094743EH?OpenDocument>.

Karppinen, Merja, Kettunen, Seija, Kvist, Tarja & Rautiainen, Anja 1999. Hoitotyön periaatteiden toteutuminen omaisten ja henkilökunnan välisessä yhteistyössä kirurgian osastolla 2205 omaisten kokemana. Kuopion yliopistollisen sairaalan monistamo. Kuopio.

Kyngäs, Helvi, Kääriäinen, Maria & Lipponen, Kaija 2006. Potilasohjauksen haasteet – Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulun yliopistopaino. Oulu.

Leppävuori, Antero, Paimio, Sirpa, Avikainen, Tytti, Nordman, Tina, Puustinen, Kerttu & Riska, Mikael 2009. Suuronnettomuustilanteiden kriisityö. Tammi.

Lönnqvist, Jouko. 2005. Kansanterveyslaitos. Traumaattisen psyykkisen kriisin kohtaaminen. Päivitetty 4.1.2005. Saatavilla Internetissä: http://www.ktl.fi/portal/suomi/pressihuone/ajankohtaista/traumaattisen_psykkisen_kriisin_kohtaaminen.

Murtomaa, Markku & Narumo, Reija 1998. Psykososiaaliset tukipalvelut traumaattisen kriisin kohdanneille. Ohjeisto hätäkeskuspäivystäjille. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Saari, Salli 2000. Kuin salama kirkkaalta taivaalta. Kriisit ja niistä selviytyminen. Otava. Keuruu.

Saari, Salli, Kantanen, Irja, Kämäräinen, Leena, Parviainen, Kaisa, Valoaho, Sari & Yli-Pirilä, Pia. 2009. Hädän hetkellä – psyykkisen ensiavun opas. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Traumaattisten tilanteiden psykososiaalinen tuki ja palvelut. STM. Helsinki.

Terveyskirjasto 2010. Päivitetty vuonna 2010. Saatavilla Internetissä: www.terveyskirjasto.fi.

Torkkola, Sinikka, Heikkinen, Helena & Tiainen, Sirkka 2002. Potilasohjeet ymmärrettäväksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Tammi. Tampere.

Traumaterapiakeskus 2010. Psyykinen trauma. Päivitetty 13.09.2010. Saatavilla Internetissä: <http://www.traumaterapiakeskus.com/trauma.htm>.

Vaasan ammattikorkeakoulu 2010. Opinnäytetyö. Saatavilla Internetissä: www.puv.fi/fi/opiskelijapalvelut/opinnot/opinto-opas/2007-2008/koulutusohjelmat/?study=SHO0000&type=3.

Vaasan keskussairaala. 2010. Päivitetty 28.01.2010. Saatavilla Internetissä: http://www.vaasankeskussairaala.fi/Suomeksi/Potilaat_asiakkaat_omaiset/Osastot_ ja_toimenpideyksikot/Ortopedia_ ja_traumatologia_T2.

Tämä ohjekirja on tarkoitettu hoitajille, jotka työssään kohtaavat trauman kokeneita potilaita. Ohjekirjan tarkoituksena on antaa hoitajille erilaisia hoito- ja lähestymiskeinoja, miten kohdata traumapotilas.

Ohjekirjasta löytyy tietoa

- Kriisivuon kulusta
- Shokin määrittelystä
- Psykkisen trauman oireista
- Potilaan kohtaamisesta
- Auttamiskeinoista
- Psykososiaalisista kuntoutusmuodoista
- Vertaistuesta ja sairaalakohteisista sekä valtakunnallisista tukipalveluista
- Kansaneläkelaitoksen kuntoutuspalveluista ja tuista
- Ohjekirjassa on tilaa myös hoitajan omille muistinpänsäille

Ohjekirjan teoreettisuus pohjautuu opinnäytetyöhön ”Traumapotilaan psykososiaalinen kuntoutus – Hoitajan opas”

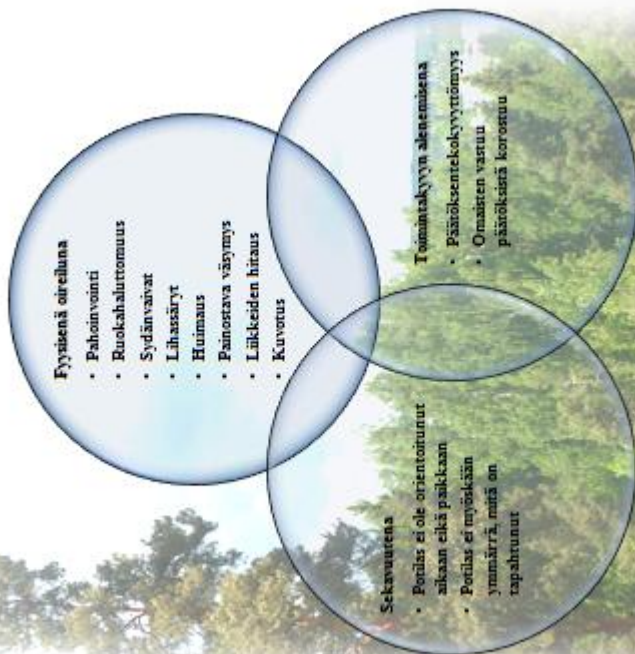
© Ossi Ruuska & Jari Marjomaa 2022. Kaikki oikeudet pidätetään.

Traumapotilaan psykososiaalinen kuntoutus

- hoitajan ohjekirja

*”On hyvä antaa, kun pyydetään,
mutta vielä parempi on antaa
pyytämättä, ymmärryksen kautta.”*

Psyykinen trauma voi ilmetä esimerkiksi



© Sanni Korpipää & Jari Kuronen/Viikkotähti -kuvasto/Janne Lili

Potilaan kohtaaminen

"Puhutelllessaan tai kontaktia luodessaan shokissa oleva ei tunnu reagoivan tai kuulevan puhetta. Todellisuus on kuitenkin aivan toinen, vaikka shokissa oleva ei reagoi puheeseen, sanat tallentuvat hänen mieleensä tarkasti. On äärimmäisen tärkeää valita oikeat sanat shokissa olevaa potilasta koettaessa"

- Potilaan kohtaamisessa on tärkeää huomioida potilaan pelkotilat →
Rauhallinen lähestyminen
- Hoitajan on hyvä hallita omat tunteet potilaan kohdatessaan
- Hoidon kannalta on hyvä, että hoitaja asettaa itsensä potilaan asemaan ja ymmärtää häntä → Empatiakyky
- Usein kuitenkin riittää pelkkä läsnäolo ja että hoitaja on käytettävissä
- On hyvä tarjota potilaalle apua tarvittaessa ja tuoda esiin, että psyykinen oireilu EI ole häpeän aihe
- Aina ei tarvitse sanoa mitään

© Sanni Korpipää & Jari Kuronen/Viikkotähti -kuvasto/Janne Lili

Psykososiaalisia kuntoutusmuotoja



"Potilas ei aina kuitenkaan tarvitse psykososiaalista kuntoutusta, vaan selviytyy traumaalisista iise."

© Ilkka Kujala & Jari Kivimäki 2011

Auttamiskeinoja

- Kuntoutuminen
- Käytävissä oleminen
- Turvallisen ilmapäirin luominen
- Tarvittaessa potilaan ohjaaminen psykososiaalista kuntoutusta antavaan ammattiauttajan luokse
- Yksinkertaisten kysymysten esittäminen → Auttaa tapahtuman käsitteilyä
- Ruuan tarjoaminen tarpeeksi usein (ruokamieltymykset)
- Läheisten tuki ja käytännön apu

"Muita huomioida myös omaiset ja heidän jaksamisensa."

© Ilkka Kujala & Jari Kivimäki 2011

Muita tukipalveluita

Y-säännön keskuksen sairaalan palvelut

- Yleissairaala psykiatrisen poliklinikan: Sihteeri (06) 323 2251,
- psykiatrisen sairaanhoitaja (06) 323 2253 tai psykologi (06) 323 2252
- Sairaalaapotti: (06) 323 1083 tai 323 1084

Valtakunnalliset palvelut

- Kuntien kriisipalvelut
- Sairaanhoidon yksiköiden kriisipalvelut
- Koulujen ja työpaikkojen kriisipalvelut
- Seurakuntien kriisipalvelut: 01019-0071 (Kirjoon palveluvaltakunnallinen puhelin)
- Järjestöjen kriisipalvelut
- Suomen punaisen ristin ja vapaaehtoisten pelastuspalvelun tuki: (06) 318 2803 tai 0400 878 910
- Rikostutkimuskeskus: 0203 16 116 ja muut järjestöt:
- Mielenterveysseuran valtakunnallinen kriisipuhelin: 01019 5202

© 2019 Kirjoon. Kaikki oikeudet pidätetään.

Vertaistuki

Millaista se on?

Vertaistuki on kokemusten jakamista, toinen toisensa tukemista, kannustamista ja motivoimista

Mistä sitä saa?

Vertaistukea saa Internetistä (www.tuki.net) sekä paikkakuntakohtaisista vertaistukiryhmistä

Hoirajan tulisi rohkaista potilasta käyttämään vertaistukipalveluita

© 2019 Kirjoon. Kaikki oikeudet pidätetään.

Lisätietoa

- Kujala, Mari & Kurunsaari, Jenni. 2011. Traumaaperillaan psykossiaalinen kuntoutus - Hoitajan opas. Vaasan AMK. Saatavilla Internetissä: www.ihassa.fi
- Saari, Salli. 2000. Kun salama kirikkaalta tarvaalta. Kirnit ja nistit selvitytymien. Ohja. Maunu.
- Saari, Salli, Kainanen, Irja, Kämäräinen, Leena, Parviainen, Kaisa, Valkaho, Sari & Yli-Petä, Pia. 2009. Häidän hetkellä - psykkinen amavuun opas. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Järvi, Ulla. 2002. Terapija ei saa häiritä ihmisen luonnollista paranemista. Suomen Häkälehti, 57:15.
- Järvelin, Aila, Härköpää, Kristiina. 2004. Kuntoutuksen perusteet. WSOY.
- Karpunen, Mari, Kettunen, Salla, Kvint, Terja, Rautainen, Anja. 1999. Hoitotyön periaatteiden ja soittumisen omaiten ja hankkimaan välissä yhteistyön kitarin osastolla 2005 omaiten kokemana. Kuopion yliopistollisen sairaalan monistamo, Kuopio.
- Kansaneläkelaitos. 2011. Tulosa kuntoutuksen. Päivitetty 19.1.2011. Saatavilla Internetissä: <http://www.kela.fi/informivuosmuut.fi/NET/46980/194743ER/OpinDocumen>
- Kansaneläkelaitos. 2011. Kuntoutuspalvelut. Päivitetty 1.1.2011. Saatavilla Internetissä: <http://www.kela.fi/informivuosmuut.fi/NET/46980/194743ER/OpinDocumen>
- Ohjeljoijan pohjalla oleva kuva on ohjeljoijan tekijän Mari Kujalan itse ottama

Tämä ohjeljoija on tehty epänykytyön Vaasan ammattikorkeakoulussa vuonna 2011.

Tekijät: Mari Kujala & Jenni Kurunsaari