

DEFUSING-TOIMINNAN KEHITTÄMINEN LÄNSI-POHJAN  
SAIRAAHOITOPIIRIN ENSIHOIDOSSA

Merja Berg

Opinnäytetyö  
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala  
Terveystieteiden koulutus  
Sairaanhoitaja (ylempi AMK)

2016

Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala  
Terveystieteiden koulutus  
Sairaanhoitaja (ylempi AMK)

---

<b>Tekijä</b>	Merja Berg	Vuosi	2016
<b>Ohjaaja</b>	Outi Törmänen		
<b>Toimeksiantaja</b>	Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä		
<b>Työn nimi</b>	Defusing-toiminnan kehittäminen Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin ensihoidossa		
<b>Sivu- ja liitemäärä</b>	67 + 5		

---

Ensihoitajien psykososiaalista hyvinvointia voidaan tukea purkukeskustelulla työssä kohdatun traumaattisen tapahtuman jälkeen. Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin ensihoidossa on käynnistetty defusing-toiminta, mutta sen käyttö on ollut vielä vähäistä. Työyhteisössä toimintaan haluttiin kiinnittää enemmän huomiota ja saada mukaan työntekijöiden näkökulmaa asian kehittämiseksi.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla ensihoitohenkilöstön käsityksiä defusing-toiminnasta ja sen kehittämisestä. Tutkimuksen aineisto on kerätty lomakekyselyllä, joka lähetettiin heinäkuussa 2015 kaikille Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirissä työskenteleville ensihoitajille. Kyselyyn vastasi 37 ensihoitajaa. Aineisto on analysoitu aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Tavoitteena oli hyödyntää saatua tietoa defusing-toiminnan kehittämisessä Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin ensihoidossa.

Tutkimustulosten mukaan defusing on hyvää ja tarpeellista toimintaa, kun se on suunnitelmallista ja perustuu laadittuun toimintaohjeeseen. Defusing nähtiin tarpeelliseksi järjestää aina, kun tehtävän luonne aiheuttaa ensihoitajalle psyykkisen hyvinvoinnin uhkan. Kehittämiskohteina tuotiin esille toiminnan vakiinnuttaminen tavalliseksi työkaluksi. Lisäksi toiminnasta tiedottaminen ja riittävät resurssit koettiin tarpeellisina toiminnan kehittämisessä. Ehdotukset toiminnan kehittämiseksi ovat hyvin toteutettavissa. Soveltuvien osien tiedon hyödyntäminen on mahdollista myös muissa ensihoidopalvelua järjestävissä organisaatioissa.

Asiasanat

debriefing, defusing, ensihoitaja, kriisi, psykososiaalinen hyvinvointi, stressi, traumaattinen tapahtuma

School of Social Services, Health and  
Sports  
Master's Degree Programme in Health  
Promotion

---

<b>Author</b>	Merja Berg	Year	2016
<b>Supervisor</b>	Outi Törmänen		
<b>Commissioned by</b>	Länsi-Pohja Healthcare District		
<b>Subject of thesis</b>	Developing of Defusing in the Emergency Care of Länsi-Pohja Healthcare District		
<b>Number of pages</b>	67 + 5		

---

The psychosocial welfare of paramedics can be supported by defusing after critical incident at work. Defusing has been launched in the emergency care of Länsi-Pohja healthcare district. However, it has not been used frequently. The working community wanted to improve defusing and to take also employees' perspective into consideration.

The purpose of this thesis was to describe defusing and its development from the perspective of paramedics. The data for this study was collected by sending a questionnaire to every paramedic working in Länsi-Pohja healthcare district in July 2015. 37 answers were received. The content was analyzed using inductive content analysis. The aim was to use the obtained information in the developing of defusing in Länsi-Pohja healthcare district.

According to the results defusing is desirable and essential when it is well-planned and based on an operation guide. Defusing was considered necessary to be arranged each time when a situation causes psychological threat in paramedics' health. The areas of development highlighted by employees included establishing the use of defusing. Furthermore, informing about defusing and adequate resources were also seen necessary. The suggestions are easily executed. Where applicable, the utilization of data is also possible with other emergency care organizations.

**Key words**                      debriefing, defusing, paramedic, crisis, psychosocial welfare, stress, critical incident

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	5
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET .....	8
3	ENSIHOITOPALVELU LÄNSI-POHJAN SAIRAANHOITOPIIRISSÄ.....	9
3.1	ENSIHOITOPALVELUN JÄRJESTÄMINEN LÄNSI-POHJAN SAIRAANHOITOPIIRIN ALUEELLA .....	9
3.2	ENSIHOITOTYÖN VAATIMUKSET JA STRESSITEKIJÄT .....	10
3.3	PSYKOSOSIAALINEN HYVINVOINTI OSANA TYÖHYVINVOINTIA ENSIHOIDOSSA	12
3.4	DEFUSING-TOIMINTA LÄNSI-POHJAN SAIRAANHOITOPIIRIN ENSIHOIDOSSA .	14
4	TRAUMAATTINEN TAPAHTUMA JA SEN SEURAUKSET .....	16
4.1	TRAUMAATTINEN TAPAHTUMA JA TAPAHTUMAN UHRIT .....	16
4.2	TRAUMAATTINEN KRIISI JA KRIISIN VAIHEET .....	17
4.3	STRESSI, MYÖTÄTUNTOSTRESSI JA MYÖTÄTUNTOUUPUMINEN .....	21
4.4	TRAUMAPERÄINEN STRESSIHÄIRIÖ.....	23
4.5	STRESSIN JA TRAUMAPERÄISEN STRESSIHÄIRIÖN ESIINTYVYYS ENSIHOITAJILLA .....	24
5	DEFUSING-TOIMINTA ENSIHOITAJAN TYÖN TUKENA .....	28
5.1	AKUUTTI KRIISITYÖ JA PSYKOSOSIAALINEN TUKI JA PALVELUT .....	28
5.2	KRIISITYÖN LAINSÄÄDÄNNÖLLINEN TAUSTA .....	29
5.3	KRIITTISTEN TILANTEIDEN STRESSINHALLINTAOHJELMA .....	30
5.4	DEBRIEFING .....	31
5.5	DEFUSING .....	34
5.6	NÄKÖKULMIA AKUUTIN KRIISITYÖN VAIKUTTAVUUDESTA .....	36
6	OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄLLISET VALINNAT .....	40
6.1	LAADULLINEN TAPAUSTUTKIMUS .....	40
6.2	AINEISTON KERUU .....	41
6.3	AINEISTON ANALYSOINTI AINEISTOLÄHTÖISELLÄ SISÄLLÖNANALYYSILLÄ.....	42
7	TUTKIMUSTULOKSET .....	44
7.1	ENSIHOITAJIEN KÄSITYKSIÄ DEFUSING-TOIMINNASTA .....	44
7.2	ENSIHOITAJIEN KEHITTÄMISEHDOTUKSIA DEFUSING-TOIMINNALLE .....	47
8	POHDINTA .....	51
8.1	KESKEISTEN TULOSTEN TARKASTELUA .....	51
8.2	EETTISYYDEN JA LUOTETTAVUUDEN TARKASTELUA .....	54
8.3	OMAN OSAAMISEN KEHITTYMINEN.....	57
8.4	PÄÄTELMÄT JA EHDOTUKSET DEFUSING-TOIMINNAN KEHITTÄMISEKSI .....	58
	LÄHTEET .....	60
	LIITTEET .....	68

## 1 JOHDANTO

Käsitteet terveys ja työhyvinvointi nähdään usein liittyvän tiiviisti toisiinsa. Maailman terveysjärjestön vuodelta 1946 olevan määritelmän mukaan terveys tarkoittaa täydellistä fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilaa eikä ainoastaan sairauden puuttumista (WHO 2016). Työhyvinvoinnin käsitettä tarkasteltiin alkuun lähinnä työntekijän fyysisten voimavarojen näkökulmasta, mutta pian näkökulma laajeni tarkastelemaan myös psykososiaalisia voimavaroja osana kokonaisvaltaista työhyvinvointia (Manka, Kaikkonen & Nuutinen 2007, 5). Työ- ja elinkeinoministeriön (2012, 18) yhtenä työelämän kehittämisstrategian painopisteenä on työhyvinvoinnin ja terveyden kehittäminen. Siinä korostetaan muun muassa työntekijöiden työkyvyn aktiivista seuraamista, riskien ennakointia sekä varhaista kuormitusongelmiin puuttumista. Työn kehittäminen ja muutosten toteuttaminen yhdessä sekä arvostuksen ja tuen osoittaminen työyhteisössä nähdään tärkeinä kokonaisuuksina kehitystyössä.

Työn psykososiaalisilla kuormitustekijöillä tarkoitetaan työn sisältöön ja järjestykseen sekä työyhteisön sosiaaliseen toimivuuteen liittyviä tekijöitä (Työsuojeluhallinto 2015, 1). Työperäistä stressiä koko työajallaan tai suurimman osan työajasta ilmoittaa kokevansa 25 prosenttia työntekijöistä Euroopassa. Heidän mielestään työ vaikuttaa haitallisesti terveyteen. Psykososiaaliset riskit edistävät osaltaan työn haitallisia vaikutuksia ja usein nämä tekijät liittyvät työntekijöiden työtehtävien laatuun. (Eurofound and EU-OSHA 2014, 6.) Psykososiaalisten riskien torjumiseen ei ole olemassa yhtä ainoa ratkaisua. Mikäli työssä esiintyviä liiallisia kuormitusongelmia ei voida poistaa, tulee niiden käsittelemiseen kiinnittää erityistä huomiota. (Mäkiniemi, Bordi, Heikkilä-Tammi, Seppänen & Laine 2014, 20.) Käsittelemättä jättäminen voi johtaa stressistä työuupumukseen ja pahimmillaan saada aikaan traumaperäisen stressihäiriön.

Ensihoitajan työhön liittyy suurentunut riski kokea psykososiaalista kuormitusta kohdatessa odottamattomia ja traumaattisia tilanteita työtehtävillä (Alexander & Klein 2001, 77–78). Huomionarvoista on, että myös kaikki työnsä puolesta järkeviä kokemuksia aiheuttaviin tilanteisiin joutuneet ensihoitajat ovat traumaattisen tapahtuman uhreja (Saari 2001, 35–36). Ammattihenkilöillä on traumaattisten tapahtumien osalta suojaavia tekijöitä, kuten koulutus, kokemus, harjoittelu ja työyhteisön tuki. Joskus työssä koetut traumaattiset tilanteet aiheuttavat

niin voimakkaita reaktioita, että omat suojaavat tekijät eivät riitä. Tällaisten tapahtumien jälkeen tulee käynnistää akuutti kriisityö työyhteisön jäsenille. (Traumaattisten tilanteiden psykososiaalinen... 2009, 12.)

Akuutti kriisityö on osa psykososiaalisen tuen ja palveluiden kokonaisuutta, jonka järjestäminen Suomessa on lakisääteistä toimintaa. Sekä terveydenhuoltolaki (2010/1326, 40 §) että pelastuslaki (2011/379, 46 §) korostavat psykososiaalisen tuen järjestämisen tärkeyttä kaikille traumaattisen tapahtuman osallisille. Lisäksi työturvallisuuslaki (2002/738, 1§) velvoittaa työnantajan laatimaan työpaikalle työsuojelun toimintaohjelman, joka kattaa työolojen kehittämistarpeet työntekijöiden turvallisuuden, terveellisyys ja työkyvyn ylläpitämiseksi ja edistämiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön (2013, 8) mukaan työsuojelun valvonnassa psykososiaalisen kuormituksen osalta työnantajan tulee tehdä tiivistä yhteistyötä työterveyshuollon kanssa.

Akuutti kriisityö kattaa kaikki ne interventiot, joita tarjotaan traumaattisen tapahtuman aiheuttaman kriisin eri vaiheissa (Saari & Hynninen 2010, 45). Sokki- ja reaktiovaihe muodostavat traumaattisen kriisin akuutin vaiheen (Cullberg 1991, 143). Tämän vaiheen interventioihin kuuluvat psyykinen ensiapu, defusing eli jälkipurku ja debriefing eli jälkipuinti. Psyykinen ensiapu on levollista läsnäoloa, aktiivista kuuntelua ja reaktioiden vastaanottoa, jonka tarkoituksena on pitää huolta uhrista ja luoda turvallinen ilmapiiri (Saari 2001, 142–145). Defusing ja debriefing ovat ennen kaikkea ryhmäinterventioita, joiden käyttäminen vaatii erillisiä järjestelyjä (Nurmi 2006, 169–170). Sekä jälkipurun että jälkipuinnin järjestelyjen yleisissä periaatteissa sekä tavoitteissa on paljon yhteistä, kun taas istuntojen kuluissa löytyy huomattavia eroja. Merkittävin menetelmiä toisistaan erottava tekijä on niiden ajoittaminen oikeisiin psykologisen sopeutumisprosessin vaiheisiin.

Defusing on kehitetty debriefingistä ja se tarkoittaa ammattiauttajille järjestettävää välitöntä purkukeskustelua heti traumaattisen tapahtuman jälkeen (Mitchell & Bray 1990, 142). Purkukeskustelu käydään tilanteeseen osallistuneen, pienen ja homogeenisen ryhmän kesken (Dyregrov 1994, 234–235). Tilaisuus järjestetään mahdollisimman pian, viimeistään 8 tunnin kuluessa tapahtuneesta (Teperi 2013, 758). Yleensä purkukeskustelu kestää 20–45 minuuttia ja usein sen vetää koulutettu henkilö omasta organisaatiosta. Keskustelun tulee olla luottamuksel-

lista ja tarkoituksena on kokemusten ja mielikuvien läpikäynti ja niiden normalisointi. Päämääränä on lieventää tapahtuman vaikutuksia ja nopeuttaa henkilöstön toipumista tilanteesta takaisin työkykyiseksi. (Saari 2001, 148–149.)

Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin ensihoitopalvelu on aloittanut toimintansa 1.1.2013 ensihoitopalvelun palvelutasopäätöksen (2012, 6) mukaisesti. Toiminnan edetessä työyhteisössä koettiin tarve kehittää selkeä toimintamalli ensihoitajien hyvinvoinnin turvaamiseksi työssä kohdattujen traumaattisten tapahtumien jälkeen. Defusing-toiminta päätettiin järjestää ensihoidon omana toimintana. Järjestely nähtiin mielekkäänä, koska silloin sen järjestäminen ei ole aikaan sidottu toisin kuin esimerkiksi työterveyshuollon palveluna, jolloin sitä olisi mahdollista järjestää vain virka-aikana. Defusing-toiminta Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin ensihoidossa aloitettiin lokakuussa 2014 kouluttamalla omasta organisaatiosta defusing-istunnon vetäjät sekä laatimalla defusing-toimintaohje.

Defusing-toiminta on toistaiseksi ollut vähäistä, joten työyhteisössä on koettu tarpeelliseksi kehittää toimintaa edelleen. Työskentelen Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirissä ensihoitajana ja olen yksi organisaatiossamme koulutetuista defusing-istunnon vetäjistä. Aihe on henkilökohtaisesti mielenkiintoinen, mutta myös työelämän näkökulmasta merkityksellinen. Tässä työssä tarkastelen Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin ensihoidon defusing-toimintaa ensihoitajien näkökulmasta selvittämällä ensihoitajien käsityksiä defusing-toiminnasta ja sen kehittämisestä. Tavoitteena on tuoda ehdotuksia defusing-toiminnan kehittämiseksi työyhteisössä.

## 2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla ensihoitohenkilöstön käsityksiä defusing-toiminnasta ja sen kehittamisestä. Tämän opinnäytetyön tavoitteena on saada ymmärrys ensihoitohenkilöstön käsityksistä defusing-toiminnasta sekä sen kehittämistarpeista heidän itsensä kuvaamana. Tietoa voidaan hyödyntää kehitettäessä defusing-toimintaohjetta sekä omaksuttaessa toiminta osaksi arki-rutiinia Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin ensihoidossa.

Tutkimuskysymykset:

1. Millaisia käsityksiä ensihoitajilla on defusing-toiminnasta?
2. Miten defusing-toimintaa ensihoidossa voidaan kehittää?



### 3 ENSIHOITOPALVELU LÄNSI-POHJAN SAIRAANHOITOPIIRISSÄ

#### 3.1 Ensihoitopalvelun järjestäminen Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin alueella

Terveystalolaki (1326/2010 39 §) määrittelee ensihoitopalvelun järjestämisvastuun sairaanhoitopiirin kuntayhtymälle alueellaan. Laki antaa sairaanhoitopiirin kuntayhtymälle mahdollisuuden valita, kuka palvelut alueellaan tuottaa. Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä on tehnyt ensihoitopalvelun palvelutasopäätöksen (2012, 6), jossa ensihoitopalvelu kokonaisuudessaan on päätetty tuottaa omana toimintana koko sairaanhoitopiirin alueella. Ensihoitopalvelun palvelutasopäätöksen (2012, 9) tarkoituksena on turvata samantasoinen ja tehokas ensihoitopalvelu riskeiltään ja palvelutarpeiltaan samanlaisilla alueilla.

Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän kuusi jäsenkuntaa ovat Kemi, Keminmaa, Simo, Tervola, Tornio ja Ylitornio. Tilastokeskuksen (2016) mukaan 1.1.2013 koko alueen maapinta-ala oli 6945 neliökilometriä ja asukkaita 31.12.2013 alueella oli 64 200 henkilöä. Väestöennusteen mukaan Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin alueella väestön ikääntyminen kasvaa selkeästi tulevaisuudessa.

Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin ensihoitopalvelu koostuu 11 operatiiviseen toimintaan osallistuvasta ensihoitoyksiköstä, joista yksi on kenttäjohtoyksikkö. Kenttäjohtoyksikkö on sijoitettu Kemin asemalle kolmen muun ensihoitoyksikön lisäksi. Loput seitsemän ensihoitoyksikköä sijoittuvat viidelle muulle asemapaikalle jokaiseen sairaanhoitopiirin jäsenkuntaan. Ensihoitoyksiköiden sijoittelut perustuvat alueella tehtyyn riskianalyysiin ja riskiluokitukseen. (Ensihoitopalvelun palvelutasopäätös 2012, 21–39.) Ensihoitoyksiköissä työskentelee yhteensä 71 vakituista ensihoitajaa sekä noin kymmenen pitkäaikaista sijaista. Lisäksi henkilöstöön kuuluvat ensihoidon vastuulääkäri, ensihoitopäällikkö ja osastonhoitaja, joiden työpisteet sijaitsevat Kemin aseman yhteydessä olevassa ensihoitokeskuksessa Länsi-Pohjan keskussairaalassa.

Jokaisella kuudella asemapaikalla Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirissä toimii vähintään yksi hoitotason ensihoitoyksikkö välittömässä lähtövalmiudessa ympäri vuorokauden (Ensihoitopalvelun palvelutasopäätös 2012, 38). Terveystalolaki (1326/2010 40 §) määrittelee ensihoitopalvelun terveydenhuollon toiminnaksi, jonka tehtävänä on äkillisesti sairastuneen tai loukkaantuneen potilaan

kiireellinen hoito ja tarvittaessa potilaan kuljettaminen tarkoituksenmukaisimpaan hoitoyksikköön sekä ensihoitovalmiuden ylläpitäminen. Lisäksi ensihoitopalvelun tehtäviin kuuluvat tarvittaessa osallisten ohjaaminen psykososiaalisen tuen piiriin, osallistuminen alueellisten varautumis- ja valmiussuunnitelmien laatimiseen suuronnettomuuksien ja terveydenhuollon erityistilanteiden varalle sekä virka-avun antaminen poliisille, pelastus-, rajavartio- ja meripelastusviranomaisille niiden vastuulla olevien tehtävien suorittamiseksi.

Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirissä ensihoitopalvelu tuottaa lakisääteisten tehtävien lisäksi myös muita ensihoitopalvelun palvelutasopäätöksessä määriteltyjä tehtäviä. Ensihoitoyksiköissä työskentelevien ensihoitajien tehtäviin lakisääteisten tehtävien lisäksi kuuluvat myös alueen hoitolaitossiirrot, turvapuhelinhälytysten tarkistustehtävät, yhteistyö ensivastetoiminnan kanssa sekä muut perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kanssa erikseen sovitut tukitehtävät. Nämä lakisääteisten tehtävien lisäksi suoritettavat palvelut toteutetaan vaaran- tamatta ensihoitovalmiutta ja potilasturvallisuutta. (Ensihoitopalvelun palvelu- tasopäätös 2012, 43–48.)

### 3.2 Ensihoitotyön vaatimukset ja stressitekijät

Ensihoidossa työskentelevältä hoitajalta edellytetään hyvää fyysistä ja psyykkistä kuntoa. Ensihoitajan tulee kyetä itsenäiseen arviointiin potilaan tilasta ja hoi- doista. Lisäksi hänen tulee tukea ja ohjata yksilöitä ja yhteisöjä akuuteissa tilan- teissa. Samalla häneltä edellytetään hyviä teknisiä ja toiminnallisia valmiuksia sekä jatkuvaa yhteistyötä eri viranomaisten kanssa. (Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon 2006, 72–73.) Vaadittavan ammatillisen koulutuksen lisäksi ensihoitajalla on velvollisuus osallistua säännölliseen täydennyskoulutukseen (Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon 2006, 75; Terveydenhuoltolaki 1326/2010 5 §; Ensihoitopalvelun palvelutasopäätös 2012, 54–58) sekä suorit- taa hyväksytysti sairaanhoitopiirin vaatimat ensihoidon ammattitaitotestaukset (Ensihoitopalvelun palvelutasopäätös 2012, 54–57).

Ensihoitajan on tunnettava ensihoitotyötä ohjaavat useat lait ja asetukset (Mää- tä 2008, 28–29) ja noudatettava niitä myös haastavissa ja nopeasti muuttuvissa tilanteissa. Lisäksi kaiken toiminnan tulee perustua ensihoidon arvomaailmaan, jossa korostuvat ihmisarvon kunnioittaminen, vastuullisuus, itsemääräämisoike- us, oikeudenmukaisuus, integriteetti, kokonaisvaltaisuus sekä hyvän elämän ja

terveyden arvo. Nämä luovat eettisen toiminnan perustan ensihoidossa. (Sillanpää 2008, 17–22.) Ensihoidon arvomaailma perustuu terveydenhuollon yhteiseen arvopohjaan ja eettisiin periaatteisiin (Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 2001).

Sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa työskentelevän ensihoitajan ammatti on todettu olevan yksi korkeimman riskin ammateista kärsiä työperäisestä stressistä niin fyysisen kunnon, psykososiaalisen hyvinvoinnin kuin työtyytyväisyyden näkökulmasta (Johnson ym. 2005, 178). Ensihoitajalta vaaditaan lujaa psykososiaalista kestävyyttä helposti traumatisoivan työn luonteen vuoksi. Hänen työhön ja velvollisuuksiin kuuluu jatkuva vastuu toisista ihmisistä, jotka ovat sairaita tai onnettomuuden uhreja (Jonsson & Segesten 2003, 141). Hoitajan tulee olla työssään valppaana kohtaamaan kaikenlaiset tilanteet päivittäisistä perustehtävistä aina katastrofeihin asti. Tämä vaatii ensihoitajalta monialaista tietämystä ja yhteistyötä eri toimijoiden kanssa. (Suserud 2001, 56.)

Ensihoitotyössä eteen tulevat tehtävät ovat usein ennalta arvaamattomia. Tilanteet voivat olla kriittisiä tai muuttua nopeasti, jolloin ensihoitajan edellytetään kykenevän tilannetietoisuuteen ja nopeaan päätöksentekoon sekä myös kantamaan vastuu päätöksistään. Usein hoitotilanteisiin liittyvät haastavat vuorovaiikutustilanteet niin potilaan, omaisten ja muiden hoitoon osallistuvien kuin ulkopuolisten henkilöidenkin kanssa. (Rekola 2008, 46–50; Ojala 2014, 14.) Haasteita johdonmukaiseen toimintaan lisäävät myös työympäristön muutokset. Ensihoitotyötä tehdään siellä, missä apua tarvitaan, kuten kodeissa, kauppakeskuksissa ja ulkotiloissa erilaisissa sääolosuhteissa. Sosiaalista kuormitusta tiettyissä työtilanteissa lisää yleisön ja median kiinnostus ja arvostelu. (Teperi 2013, 751–752.)

Yksittäisten akuuttien traumaattisten tilanteiden lisäksi ensihoitotyössä voi olla myös kroonisia stressitekijöitä, kuten vuorotyö ja ajoittain epäsäännölliset työajat (Lindqvist-Virkamäki 2008, 562). Yleistä on, että ensihoitajan työvuoron yhtämittainen kesto on 24 tuntia, joka voi vaikuttaa suoritus- ja stressinsietokykyyn (Paakkonen & Paakkonen 2012, 121). Yksittäisen ensihoitotehtävän kesto, laajuus ja voimakkuus voivat vaihdella huomattavasti (Teperi 2013, 751). Myös kiire ja työtehtävien epätasainen jakautuminen voimatta itse siihen vaikuttaa, kuormittaa henkilöstöä. Useat perättäiset vaativat ja traumaattiset tehtävät il-

man palautumista tehtävien välillä lisäävät huomattavasti stressitasoa. Lisäksi organisaation yleinen ilmapiiri ja muut työkuulttuuriset tekijät, kuten ihmissuhteet ja sosiaalinen vuorovaikutus työyhteisön jäsenten kesken, vaikuttavat stressin syntyyn. (Saari 2001, 272–275.)

### 3.3 Psykososiaalinen hyvinvointi osana työhyvinvointia ensihoidossa

Työhyvinvointi kattaa ihmisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin sekä toimintakyvyn. Sosiaali- ja terveysministeriön (2016) mukaan työhyvinvointi koostuu työstä ja työn mielekkyydestä, turvallisuudesta, terveydestä ja hyvinvoinnista. Vastuu kokonaisvaltaisen työhyvinvoinnin edistämisestä kuuluu työyhteisössä kaikille, sekä työnantajalle että työntekijöille. Lisäksi työhyvinvoinnin kehittäminen tulee olla integroituna organisaation kokonaiskehittämiseen. (Laine 2013, 245–246, 354–355.) Toisin sanoen työhyvinvoinnin voidaan sanoa olevan yhteistyön tulos työyhteisössä (Heiskanen, Salonen & Sassi 2010, 89).

Ensihoitotyö on fyysisesti ja psyykkisesti raskasta ja vaativaa työtä. On selvää, että fyysinen toimintakyky vaikuttaa huomattavasti ensihoitotyössä jaksamiseen ja työkykyyn. (Vehmasvaara 2004, 108.) Sen lisäksi ensihoitajan kokonaisvaltaisessa työhyvinvoinnin tarkastelussa tulee kiinnittää erityistä huomiota psykososiaaliseen hyvinvointiin, koska ensihoitajat kuuluvat työnsä puolesta riskiryhmään kokea työssään enemmän sekä akuutteja että kroonisia stressitekijöitä (Alexander & Klein 2001, 77–79; Van der Ploeg & Kleber 2003, i42–i43). Valitettavan usein psykososiaalista hyvinvointia tarkastellaan ongelmakeskeisesti yksilönäkökulmasta, jolloin oireiden puuttuminen voidaan tulkita hyvinvoinniksi. Tärkeämpää olisi kehittää työtä hyvinvoinnin lähtökohtana. (Laine 2013, 3.)

Ennaltaehkäisevän toiminnan mahdollistamiseksi psykososiaalista työkuormitusta tulee arvioida arvioimalla työtä riippumatta siitä, kuka työtä tekee. Kuormitus voi olla jatkuvaa tai kertaluonteista, jolloin ohimenevätkin tuntemukset on syytä huomioida. (Ahola 2006, 123–124.) Tehtyjen arviointien perusteella voidaan kehittää työn terveellisyyttä ja turvallisuutta ja vähentää työperäisen stressin syntyä ennaltaehkäisemällä psykososiaalisia kuormitustekijöitä, vähentämällä niistä johtuvia haitallisia vaikutuksia ja korjaamalla ajoissa haitallisen kuormituksen aiheuttamia seuraamuksia (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 8).

Työn psykososiaaliset kuormitustekijät koostuvat työn sisältöön, työn järjestelyihin ja työyhteisön sosiaaliseen toimivuuteen liittyvistä tekijöistä. Joissain tapauksissa myös työpaikan erilaiset fyysiset tekijät sekä tapaturmavaarat voivat olla psykososiaalisia kuormitustekijöitä. Ensihoidossa työn sisällöllisistä tekijöistä korostuvat jatkuva valppaana olo ja toistuvat vaikeat vuorovaikutustilanteet kun taas työn järjestelyihin liittyvistä tekijöistä huomio korostuu työaikoihin ja aikapaineeseen työtehtävillä. Ensihoitotyön luonteen vuoksi työyhteisön sosiaaliseen toimivuuteen liittyvillä tekijöillä, kuten yhteistyön toimivuudella ja vuorovaikutuksella, hyvällä tiedonkululla sekä työtovereiden ja esimiehen tuella, on ratkaiseva merkitys työn onnistumisen kannalta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 5–6.) Vaikka työnantajan tulee kohdentaa terveyttä ja hyvinvointia edistäviä toimia henkilöstöön, työympäristöön, työyhteisöön, työprosesseihin ja johtamiseen (Työterveyslaitos 2015), on jokaisen työntekijän vastuulla omasta työkyvystä ja ammattiosaamisesta huolehtimisen lisäksi työpaikan myönteisen ilmapiirin kehittäminen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016).

Yhteisö ja yhteisöllisyys käsitteinä nähdään usein myönteisinä ja turvallisina sosiaalisten suhteiden ilmentyminä, joihin luottamus ja avuliaisuus vahvasti liittyvät (Pessi & Seppänen 2011, 288–289). Työyhteisössä työntekijöiden ammatitiroolissa toimiminen muodostaa työroolien verkoston, mikä vaikuttaa rakentavasti avoimeen yhteistyöhön sekä työntekijöiden välisen luottamuksen syntymiseen työyhteisössä (Järvinen 2008, 79–82). Sosiaalinen tuki on tärkeässä roolissa tyydyttää työyhteisöön kuulumisen tarvetta sekä lieventää työstä aiheutuvien vaatimusten taakkaa (Bakker & Demerouti 2007, 314). Yhteisöllisyyden tunne näkyy työntekijän sitoutumisena työhön, työtyytyväisyytenä ja työhyvinvointina sekä työn laadun paranemisena (Lampinen, Viitanen & Konu 2013, 81). Jonsson ja Segesten (2003, 148) ovat selvittäneet, että ensihoitohenkilökunnan selviytymiseen työn aiheuttamista stressitekijöistä vaikuttaa ratkaisevasti, että työpaikalla on mahdollisuus keskustella kokemuksista ja niiden aiheuttamista reaktioista työtovereiden kanssa.

Vaikka työtovereiden keskinäinen tuki ja huolenpito toimivat hyvin, Vartian, Lah-tisen, Joen ja Soinin (2002, 237) mukaan jokaisella työpaikalla tulisi olla valmius kohdata kriisi kuin myös olla tehtynä toimintamalli kriisitilanteissa toimimiseen. Vakaviin tapahtumiin osallistuneiden työntekijöiden käsittelemättömät kokemukset lisäävät henkilöiden inhimillistä kärsimystä ja sairauspoissaoloja (Hammar-

lund 2010, 118). Psykososiaalinen tuki ja palvelut tulisi sisältyä organisaatioiden jokapäiväiseen työhön niin, että automaattisesti traumaattisen tapahtuman jälkeen työntekijöille järjestetään tilaisuus keskustella ryhmässä tilanteen aiheuttamista tuntemuksista (Saari 2001, 278–280). On tärkeä muistaa, että jälkipuolinnan tarve voi koskea suurta joukkoa tai yksittäistä henkilöä kenttätyöntekijöistä aina esimies- ja työnjohtotasolle saakka (Hammarlund 2010, 251).

#### 3.4 Defusing-toiminta Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin ensihoidossa

Ensihoitajien työhön liittyvä korkea riski joutua kokemaan traumaattisia tapahtumia sekä sen myötä kärsiä työperäistä stressiä käynnisti Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin ensihoidossa tarpeen kehittää selkeä toimintamalli tällaisia tilanteita varten. Defusing-toiminnasta vastaava kenttäjohtaja kartoitti työntekijöiden halukkuutta osallistua yhdessä kehittämään toimintaa sekä koulututtua defusing-istunnon vetäjäksi. Kun päätös koulutukseen valituista henkilöistä oli tehty, heille järjestettiin yhteinen koulutus lokakuussa 2014. Koulutukseen osallistui yhteensä 11 henkilöä ja ryhmä muodostuu ensihoidon vastuulääkäristä, kenttäjohtajista sekä ensihoitajista. Valinnoissa huomioitiin henkilökohtaisten ominaisuuksien lisäksi myös työvuorokierto niin, että jokaisessa työvuorossa on vähintään yksi koulutettu henkilö.

Koulutuksen vetäjänä toimi Keroputaan sairaalassa työskentelevä, aiheeseen erikoistunut ammattihenkilö. Koulutuksen sisältö muodostui kartoittamalla eri näkökulmia ensihoitotyön kuormittavuudesta, käsittelemällä traumaattisen kriisin vaiheet ja traumaattinen stressi sekä niihin liittyvät erilaiset reaktiot. Debriefing-istunnon kulku sekä defusing-kokous eri vaiheineen ja tarkoituksineen käytiin huolellisesti läpi. Tietoa saatiin myös työnohjauksesta sekä stressinhallintamallista laajempaan kokonaisuutena. (Tarkka 2014.)

Tämän jälkeen siirryttiin vaiheeseen, jolloin yhdessä alettiin suunnitella defusing-toimintaohjetta Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin ensihoitoon. Suunnittelu aloitettiin kartoittamalla ne ensihoitotehtävät ja -tilanteet, joiden jälkeen tulisi järjestää jälkipurku työyhteisössä. Sen jälkeen mietittiin käytännön järjestelyjä jälkipurun mahdollistamiseksi työpaikalla. Myös niitä seikkoja pohdittiin, mitä purkukokouksen vetäjän tulee huomioida onnistuneen purkukokouksen järjestelyissä ennen varsinaista kokoontumista. Suunnitelma varsinaisen purkukokouksen etenemisestä eri vaiheineen hahmoteltiin kokonaisuudeksi.

Koulutuksen jälkeen defusing-toiminnasta vastaava kenttäjohtaja laati yhdessä opittujen ja käytyjen asioiden sekä muilta ensihoidon toimijoilta saatujen toimintaohjeiden pohjalta defusing-toimintaohjeen Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin ensihoitoon. Toimintaohjeeseen on koottu tieto defusing-istuntoon vetäjiksi koulutetuista henkilöistä, tehtävistä, joiden jälkeen defusing-istunto järjestetään, yleinen toimintaohje kenttäjohtajille istunnon järjestämiseen liittyvistä muista huomioitavista asioista sekä istunnon vetäjien toimintaohje. Lisäksi defusing-toimintaohjeen loppuun on laadittu muistikortti istunnon läpiviemisen tueksi. Valmiin defusing-toimintaohjeen on tarkastanut ja hyväksynyt ensihoidon vastuulääkäri, ensihoitopäällikkö sekä koulutuksen vetäjänä toiminut ammattihenkilö. (Mourujärvi 2014.)

## 4 TRAUMAATTINEN TAPAHTUMA JA SEN SEURAUKSET

### 4.1 Traumaattinen tapahtuma ja tapahtuman uhrin

Traumaattisesta tapahtumasta puhutaan silloin, kun se on kohtaajalleen ennalta odottamaton, poikkeuksellisen uhkaava tai tuhoava tilanne (Saari 2001, 22; Traumaperäinen stressihäiriö 2014). Traumaattinen tapahtuma on äkillinen ulkoinen tapahtuma, joka uhkaa henkilön olemassaoloa ja johon henkilö itse ei pysty omalla toiminnallaan vaikuttamaan. Tapahtuman luonne tekee henkilön tietoiseksi omasta haavoittuvuudestaan sekä muuttaa koko hänen maailmankuvaansa ja elämäkatsomustaan. (Cullberg 1991, 17; Saari 2001, 23–27.)

Traumaattiseksi tapahtumaksi mielletään helposti sodat, katastrofit, suuronnettomuudet, vakavat onnettomuudet, dramaattiset menetykset ja väkivallan kohteeksi joutuminen, koska ne ovat helppo tunnistaa. Näin ollen voikin olla vaikeampaa tunnistaa pienemmät ja lievemmat traumaattiset tilanteet. (Saari 2001, 22; Traumaperäinen stressihäiriö 2014.) Tapahtuma on traumaattinen, kun se aiheuttaa henkilössä voimakkaita aistihavaintoja sekä syvää järkytystä. Tapahtuman kokemus on yksilöllistä, johon persoonan lisäksi vaikuttavat koko tilanteen tulkinta ja ympäristötekijät. (Dyregrov 1994, 28, 219–220.) Myös uhkaavat, niin sanotut läheltä piti -tilanteet voivat olla traumaattisiin tapahtumiin verrattavissa (Traumaattisten tilanteiden psykososiaalinen... 2009, 10). Saaren (2001, 33) mukaan on tärkeää ymmärtää, että ihminen reagoi tapahtuneen lisäksi myös siihen mielikuvaan, mitä olisi voinut tapahtua.

Tavallinen mielikuva traumaattisen tapahtuman uhrista on, että hän on itse ollut osallisena onnettomuudessa. Lääkinnällisestä näkökulmasta tämä pitää paikkansa, mutta psykologisesta näkökulmasta katsottuna uhreja ovat kaikki altistuneet, joita tapahtuma syvästi koskettaa. (Saari 2001, 33; Traumaattisten tilanteiden psykososiaalinen... 2009, 11.) Psykologisesta näkökulmasta uhri käsitteenä on laaja, koska uhrien lukumäärä helposti moninkertaistuu ja kriisityön tarve laajenee myös maantieteellisesti (Saari 2001, 40).

Saaren (2001, 35–36) mukaan uhrien määrittelyssä nähdään kuudenlaisia uhreja. Ensimmäisiä ovat tapahtumassa mukana olleet, sekä loukkaantuneet että loukkaantumattomat henkilöt. Toisena ovat läheisen ihmisen menettäneet henkilöt, kuten lähiomaiset, ystävät ja työkaverit. Kolmas uhriryhmä ovat työnsä



puolesta tilanteeseen joutuvat henkilöt, kuten ensihoitajat, pelastustyöntekijät, poliisit, kriisityöntekijät ja tiedotusvälineiden edustajat. Dyregrovin (1994, 192) mukaan auttajat puolestaan jaotellaan kahteen luokkaan. Ensimmäisen vaiheen auttajiin kuuluvat ne henkilöt, jotka toimivat tapahtumapaikalla tai siihen läheisessä kontaktissa. Ensihoitajat ovat ensimmäisen vaiheen auttajina traumaattisen tapahtuman uhreja tapahtumapaikalla toimiessaan. Toisen vaiheen auttajia ovat henkilöt, jotka työskentelevät tapahtumasta selvinneiden ja heidän läheisten sekä tapahtumassa menehtyneiden omaisten kanssa.

Neljäntenä ryhmänä uhreja voidaan pitää tapahtuman silminnäkijöitä ja sivullisia. Viidentenä ryhmänä ovat traumaattisen tapahtuman aiheuttajat, mikäli tapahtuman syntyyn liittyy ihminen tai ihmisiä jollakin tapaa. Kuudenteen uhriryhmään kuuluvat niin sanotut piilouhrit. He ovat henkilöitä, joiden alkuperäisen suunnitelman mukaan olisi pitänyt olla tapahtumassa mukana. Tämän jaottelun lisäksi uhrin voidaan jakaa myös yksinkertaisemmin välittömiin ja välillisiin uhreihin. Tätä jaottelua käytetään yleisemmin traumaattisten tapahtumien yhteydessä. Välittömät eli primaariuhrit ovat tapahtumassa kuolleet, loukkaantuneet ja muut välittömästi mukana olleet henkilöt. Välillisiä eli sekundaariuhreja ovat kaikki muut uhrin, joiden psyykkiseen hyvinvointiin tapahtuma vaikuttaa. Ensihoitajat ovat traumaattisen tapahtuman välillisiä uhreja osallistumalla työssään välittömien uhrin auttamiseen. (Saari 2001, 36–39.)

#### 4.2 Traumaattinen kriisi ja kriisin vaiheet

Kriisi tarkoittaa ratkaisevaa käännettä, äkillistä muutosta, kohtalokasta häiriötä. Psykkinen kriisi tarkoittaa tilannetta, jossa ihminen kokee niin voimakkaan tunnejärkytyksen, että hänen aikaisemmin kokemat ja oppimat reaktiotavat eivät riitä akuutin tilanteen ymmärtämiseen ja hallitsemiseen. (Cullberg 1991, 12,17; Kanel 2007, 1–2.) Tunnejärkytyksen aikana tunnemaailman lisäksi myös tiedolliset kyvyt voivat romahtaa hetkellisesti (Heiskanen ym. 2010, 35). Trauma tarkoittaa vammaa, vauriota, haavaa. Psykkinen trauma on niin voimakas kokemus, että sitä ei pysty käsittelemään tarkoituksenmukaisesti. (Saari 2001, 15–16.) Traumaattinen kriisi on kysymyksessä silloin, kun äkillinen ja odottamaton, poikkeuksellinen ulkoinen tapahtuma uhkaa ihmisen elämää ja fyysistä olemassaoloa, sosiaalista identiteettiä, turvallisuutta tai elämän tarkoitusta (Cullberg 1991, 17; Hammarlund 2010, 91).

Yleisesti puhutaan kriisin vaiheista, mutta samaa tarkoittaen voidaan puhua myös traumaattisesta tapahtumasta selviytymisen vaiheista (Nurmi 2006, 166) tai psykologisen sopeutumisprosessin vaiheista (Saari & Hynninen 2010, 43). Kriisin vaiheet ja niiden kestot, samoin kuin vaiheisiin liittyvät erilaiset oireet ja käyttäytymismallit tulee tunnistaa, jotta psykososiaalinen tuki ja palvelut voidaan kohdistaa avun tarvitsijalle tarkoituksenmukaisesti. Suomessa tehtävä akuutti kriisityö on ainutlaatuista, sillä traumaattisesta tapahtumasta toipumiseen tähtäävät interventiot ajoitetaan tarkasti kriisin eri vaiheisiin. (Saari & Hynninen 2010, 49.) Toisin sanoen akuutin kriisityön periaatteet johdetaan psykologisen sopeutumisprosessin vaiheista (Saari 2001, 96). Akuutin kriisityön eri interventioiden ajoittamisella, samoin kuin interventioiden sisällöllä, on merkitystä, koska kriisin eri vaiheissa tarvitaan erilaista apua (Saari & Hynninen 2010, 47–49).

Traumaattisen kriisin vaiheita ovat sokkivaihe, reaktiovaihe, läpityöskentelyvaihe eli työstämis- ja käsittelyvaihe sekä uudelleen suuntautumisen vaihe (Cullberg 1991, 141; Saari 2001, 42–68; Hammarlund 2010, 99–101). Traumaattisen kriisin akuutin vaiheen muodostavat sokki- ja reaktiovaihe (Cullberg 1991, 143). Traumaattisen kriisin työstämiseen vaikuttavat monet eri tekijät, kuten tapahtuman voimakkuus, henkilökohtaiset ominaisuudet sekä sosiaalinen tuki (Dyregrov 1994, 28; Hammarlund 2010, 99). Henkilöltä itseltään traumaattisen kriisin työstäminen vaatii runsaasti henkisiä voimavaroja kuin myös fyysistä jaksamista (Ruishalme & Saaristo 2007, 67). Traumaattisen kriisin vaiheet eivät ole selkeästi rajattuja, vaan ne voivat limittyä keskenään ja kestoiltaan ne ovat yksilöllisiä (Hammarlund 2010, 99).

Ensimmäinen traumaattisen kriisin vaihe on sokkivaihe, johon joutumista ei voi itse säädellä eikä omaa käyttäytymistä voi valita tai kontrolloida (Hammarlund 2010, 101). Sokkivaihe alkaa heti, kun ensikosketus koetaan traumaattiseen tapahtumaan oman kokemuksen tai kuuleman kautta (Saari 2001, 42). Sokkivaiheessa henkilö torjuu todellisuuden eikä näin ollen ole kykeneväinen vielä vastaanottamaan ja käsittelemään tapahtumaa. Sokkivaiheeseen voi liittyä poikkeuksellisen rajua, hysteeristä käyttäytymistä, kuten huutamista ja riuhtomista tai se voi lamaannuttaa täysin, jolloin henkilö on hiljaa ja liikkumatta eikä pysty huolehtimaan itsestään. (Cullberg 1991, 142–143.) Surun, vihan ja syyllisyyden tunteiden lisäksi sokkivaiheeseen liittyy usein tunteettomuutta, epätodellista ja ulkopuolista tunnetta sekä ajantajun hämärtymistä (Dyregrov 1994, 18–

20, 33–35). Tunteiden puuttumisen lisäksi myös kivun tunne puuttuu (Saari 2001, 47). Sokkivaiheen aikana voi syntyä erittäin vahvoja, selkeitä ja yksityiskohtaisia mielikuvia ja aistikokemuksia, jotka voivat myöhemmin tunkeutua tajuntaan sekä valveilla että unessa (Dyregrov 1994, 29; Saari 2001, 42). Jopa yksittäiset sanat ja äänensävyt voivat tunkeutua lähtemättömästi mieleen (Palo-saari 2007, 91). Sokkivaiheen moninaiset reaktiot ovat ihmisen normaaleja selviytymiskeinoja ulkoisen uhan käsittelemiseksi ja henkiinjäämiseksi (Dyregrov 1994, 19; Saari 2001, 45). Sokkivaihe kestää lyhyestä hetkestä enintään muutama vuorokautteen (Cullberg 1991, 142), useimmiten yhden vuorokauden (Nurmi 2006, 166).

Sokkivaiheessa esiintyy kolmea erilaista reagointityyppiä. Ensimmäinen ryhmä on mielekkäästi käyttäytyvät henkilöt, joiden osuus on 12–25 %. Nämä henkilöt toimivat tapahtuneesta huolimatta rauhallisesti muita auttaen. He toimivat tarkoituksenmukaisesti tilanteen huomioiden ja suojelevat itseään ja muita ihmisiä. Ammatillinen koulutus, joka ensihoidossa työskentelevillä on, ja kokemus auttavat toimimaan mielekkäästi, mutta myös muilla persoonallisilla ominaisuuksilla ja itsetuntemuksella on tilanteessa merkitystä. Suurin osa eli 50–75 % ihmisistä joutuu alkusokkiin, mutta toipuu nopeasti. Käytännössä he eivät pysty heti luomaan kuvaa tilanteesta ja vaikuttavat koneellisilta. Nopeasti he kuitenkin pystyvät ottamaan vastaan selkeitä ohjeita ja toimimaan niiden mukaan muita auttaen. Voimakkaasti reagoivia henkilöitä on 10–25 %. Käytännössä he ovat avuttomia ja aggressiivisia etsien syyllisiä tilanteeseen. (Nurmi 2006, 39–40.)

Vähitellen sokkivaiheen jälkeen henkilö alkaa ymmärtää tapahtuneen ja tulee tietoiseksi sen seurauksista itselleen (Saari 2001, 53). Tähän reaktiovaiheeseen liittyy erilaisia puolustuskeinoja eli tiedostamattomia psyykkisiä reaktiotapoja, joiden avulla henkilö pyrkii vähentämään tapahtuneen tiedostamista. Puolustuskeinot, kuten taantuminen, kieltäminen, vastuun siirtäminen, sekä tunteiden eristäminen tai torjuminen, voivat auttaa kohtaamaan tapahtuneen asteittain. Toisaalta reaktioiden pitkittyessä ne voivat myös vaikeuttaa tapahtuneen läpikäymistä, samoin kuin surureaktion mahdollisesti laukaisema alkoholin tai lääkkeiden väärinkäyttö sekä itsemurha-ajatukset ja -yritykset. (Cullberg 1991, 144–149.) Reaktiovaiheessa tunteet tulevat pintaan eivätkä ne ole aina hallittavissa. Tällöin henkilö itkee paljon ja mielentila voi ailahtella surun, epätoivon, masennuksen, pelon, vihan, tyhjyyden, ahdistuksen, häpeän ja itsesyytösten välillä.

(Saari 2001, 53.) Emotionaalisten reaktioiden lisäksi reaktiovaiheeseen kuuluvat myös somaattiset muutokset, jotka voivat olla voimakkaita. Hyvin yleistä on, että tilanteessa esiintyy hengityksen kiihtymistä, heikkoutta ja uupumusta, vapinaa, koordinoimattomia liikkeitä, huimausta, pääkipua, pahoinvointia ja vatsavaivoja, samoin hikoilu- tai paleluaallot, sydämen tykytys, painon tunne rinnassa ja lihaskivut sekä unettomuus ovat yleisiä oireita tässä vaiheessa. (Saari ym. 2009, 33–34.) Reaktiovaihe kestää yleensä kahdesta neljään päivää (Saari 2001, 59), tai vaikean tapahtuman jälkeen jopa viikkoja (Nurmi 2006, 167).

Kun traumaattisen kriisin akuutti vaihe päättyy, alkaa läpityöskentelyvaihe (Cullberg 1991, 151) eli työstämis- ja käsittelyvaihe (Saari 2001, 60). Hammarlund (2010, 103) puhuu myös korjausvaiheesta, koska tällöin tapahtuu aktiivista ja korjaavaa tapahtumien käsittelyä. Tässä traumaattisen kriisin vaiheessa kokemuksen käsittelyprosessi hidastuu ja käsittely kääntyy sisäänpäin, jolloin kokemuksen työstäminen jatkuu omassa mielessä joko tietoisesti tai tiedostamatta. Usein henkilö haluaa olla yksin eikä halua puhua tapahtuneesta. (Saari 2001, 60–63.) Vähitellen henkilö alkaa suuntautua tulevaisuuteen pois trauman aiheuttamasta kivusta ja alkaa ottaa vastaan uusia kokemuksia (Cullberg 1991, 151–152). Läpityöskentelyvaiheen aikana henkilö voi kokea edelleen tapahtuman aiheuttamia voimakkaita aistimuksia ja niistä johtuvia tunteenpurkauksia, mutta ajan kuluessa ne vähenevät. Tähän vaiheeseen voi liittyä myös muisti- ja keskittymisvaikeuksia sekä ärtyvyyttä, mikä voi vaikuttaa ihmissuhteisiin negatiivisesti. Läpityöskentelyvaihe on kriittinen, sillä henkilö voi herkästi vetäytyä kaikesta kanssakäymisestä ja olla kykenemätön selviämään elämässä eteenpäin. (Saari 2001, 61, 63–64.) Läpityöskentelyvaihe voi kestää viikkoja tai useita kuukausia, jopa pitempäänkin (Saari 2001, 64; Nurmi 2006, 167).

Viimeinen traumaattisen kriisin vaihe on uudelleen suuntautumisen vaihe, joka joissakin tapauksissa voi tulla vasta vuosien päästä. Henkilön iällä on suuri merkitys tässä vaiheessa, sillä nuorilla tulevaisuuteen suuntautuminen uudella tavalla on huomattavasti helpompaa kuin vanhemmilla ihmisillä. (Saari ym. 2009, 48–49.) Uudelleen suuntautumisen vaihe saattaa joillakin jatkua läpi elämän (Cullberg 1991, 153). Traumaattisesta kokemuksesta tulee osa henkilöä ja hänen elämää. Tapahtuneen hyväksyminen suruineen antaa vähitellen tilaa uusille asioille ja elämän hallinnan tunne voimistuu. Tärkeää on, että kokemus ja tunteet työstetään ja käsitellään, jotta onnistunut kriisin työstäminen vahvistaa

henkilöä ja antaa voimaa mahdollisiin tuleviin kriiseihin sekä työ- että henkilökohtaisessa elämässä. (Saari 2001, 67–68.)

#### 4.3 Stressi, myötätuntostressi ja myötätuntuupuminen

Työssä koetusta traumaattisesta tapahtumasta ja sen työntekijälle aiheuttamasta voimakkaasta psyykkisestä reagoinnista puhuttaessa ei yleensä käytetä käsitettä kriisi, vaan työntekijöiden kohdalla tilannetta tarkastellaan stressin näkökulmasta (Saari 2001, 272). Vaikka työntekijöiden kohdalla puhutaan stressistä eikä kriisistä, on hyvä tiedostaa, että työntekijöiden reagointi traumaattisessa tilanteessa toimiessa voi olla yhtä voimakasta kuin tilanteen välittömällä uhreillaakin (Hammarlund 2010, 185). Henkilön kokema stressi syntyy, kun olosuhdetekijät eli stressitekijät ja persoonallisuustekijät, kuten henkilön kyvyt ja taidot, ovat epätasapainossa (Saari 2001, 272). Stressi on siis kokemuksen aiheuttama henkilön sisäinen tunne (Hammarlund 2010, 180).

Stressi voi olla sekä hyvää, energisoivaa stressiä että pahaa, haitallista stressiä (Nummelin 2008, 75). Henkilön elämänhallinnan tunne ja myönteinen perusasenne luovat pohjan käsitellä stressiä aiheuttavia tekijöitä, jolloin sopiva määrä stressiä innostaa sekä antaa lisää energiaa ja luovuutta (Hammarlund 2010, 178, 180). Kohtuullisen stressin katsotaan olevan edellytys tehokkaaseen työskentelyyn. Myös rajatun ajan kestävä jatkuva voimakas stressi auttaa suoriutumaan vaativasta tehtävästä. (Saari 2001, 273–274.) Vastaavasti, jos vaatimukset ja rasitus ovat liian suuret ja stressitila on pitkään jatkuva, kokemus aiheuttaa liiallista kuormitusta ja elämänhallinnan tunne katoaa (Hammarlund 2010, 178). Kasautuva stressi heikentää biologista puolustusjärjestelmää, joka aiheuttaa myös fyysisiä oireita henkilölle (Nummelin 2008, 75).

Persoonallisuustekijät ja traumaattisen tapahtuman aikaiset olosuhdetekijät vaikuttavat voimakkaimmin ensihoitajiin heidän kohdatessaan työssä traumaattisia tilanteita. Erityisesti ne vaikuttavat siihen, kuinka tilanne sillä hetkellä hallitaan sekä trauman jälkeiseen oireiluun. (Halpern, Maunder, Schwartz & Gurevich 2012, 5–7.) Traumaattinen tapahtuma olosuhdetekijänä voi aiheuttaa voimakasta stressiä työntekijälle, jolloin traumaattinen stressitaso voi nousta hämmästyttävän korkealle tasolle. Oikeanlaisella asian käsittelyllä stressitason saa helposti laskemaan. (Saari 2001, 274–275.) Tunnistamalla erityisesti tunne-elämään vaikuttavat persoonallisuus- ja olosuhdetekijät, jotka voimakkaimmin vaikuttavat

kriittisen tilanteen aikaiseen stressioireiluun, voidaan oleellisesti vaikuttaa negatiivisten tunnevaikutusten esiintymiseen (Halpern ym. 2012, 6–9). Tilanne on kokonaan toinen, mikäli henkilöä kohtaa usea perättäinen traumaattinen tapahtuma tai tapahtuma yhdistyy muuhun työperäiseen stressiin (Saari 2001, 274–275). Stressin kasautuminen hoitamattomana voi johtaa vakaviin seurauksiin, kuten työuupumukseen (Nummelin 2008, 80).

Ihmisellä on olemassa luontaisia selviytymiskeinoja toipuakseen traumaattisesta stressistä. Ne selviytymismallit, jotka tähtäävät pysyvästi vähentämään stressiä, sisältävät ongelman ratkaisuun tähtääviä toimia, kuten keskustelua ja pohdintaa tilanteesta. Kaikki selviytymismallit eivät välttämättä ole tehokkaita ja pahimmassa tapauksessa ne voivat vain pahentaa tilannetta. Tunteenomainen reagointi voi johtaa toisten syyttämiseen tai itsesyytöksiin ja masennukseen. Selviytyminen stressistä sen kieltämisellä tai olemalla lainkaan tunnistamatta stressiä itsessään, johtaa helposti runsaaseen nautintoaineiden väärinkäyttöön tai muuhun touhuamiseen. (Saari 2001, 273.) Stressin jatkuessa vaikeudet alkavat näkyä työkyvyssä ja suhtautumisessa työhön. Työtehtävien hoitaminen ja potilaiden kohtaaminen hankaloituu myötäelämisen taidon väistyessä. Kylmä ja tunteeton suhtautuminen häiritsee työn lisäksi herkästi myös muita ihmissuhteita sekä henkilökohtaista elämää. (Leppävuori, Paimio & Lavastenmäki 2009, 40.)

Kuten traumaattisten tapahtumien yhteydessä uhrin jaettua primaari- ja sekundaariuhreihin (Saari 2001, 39), myös stressin yhteydessä voidaan käyttää käsitteitä primaari posttraumaattinen stressi ja sekundaari posttraumaattinen stressi (Nissinen 2012, 48). Primaari posttraumaattinen stressi koskee kriittisten tilanteiden välittömiä uhreja kun taas sekundaari posttraumaattinen stressi on kriittisten tilanteiden uhrien auttajien kokemus (Nissinen 2012, 48). Kohdatessaan empaattisessa vuorovaikutuksessa uhreja ja heidän tuntemuksiaan voivat työntekijät kokea samanlaisia oireita uhrien kanssa. Tällaisia oireita ovat ahdistus, epätoivo, masennus, ärtymys ja jopa vaikeus elää nykyhetkessä. (Leppävuori ym. 2009, 40.) Sekundaarisesta posttraumaattisesta stressistä käytetään myös käsitettä myötätuntostressi (Nissinen 2012, 51).

Myötätuntostressin merkit työntekijällä ovat luonnollinen ilmiö silloin, kun kohtaaminen autettavien kanssa on aito (Nissinen 2007, 13). Myötätuntostressi on

tunnetila siitä, mitä työntekijä kokee uhrin tuomasta kriisin kokemuksesta (Pohjolan-Pirhonen 2007b, 187). Hetkellinen myötätuntostressi on positiivinen asia, koska siihen liittyy myönteinen auttamisen halu ja kyky. Työntekijän empatiakyky auttaa häntä lähestymään autettavaa ja tunnistamaan hänen tarpeitaan. (Nissinen 2012, 79.) Myötäelämisen taitoa unohtamatta ammatillinen etäisyyden ottaminen tilanteeseen on perusteltua, sillä se auttaa työntekijää suojaamaan omia henkisiä voimavarojaan (Teperi 2013, 753). Jos työn luonteeseen kuuluu työntekijän jatkuva emotionaalisten ja inhimillisten voimavarojen kuluttaminen ihmissuhdetyössä, eikä myötätuntostressiä ole normalisoitu luonnollisessa ajassa, voi välittämisestä johtuva myötätuntostressi kehittyä myötätuntuupumukseksi. (Nissinen 2012, 30–31.)

Myötätuntuupuminen on työuupumusta, johon liittyy ylivoimainen emotionaalinen paine (Nissinen 2012, 31–32). Myötätuntuupumus vaikuttaa laajasti työntekijän käsityksiin itsestä ja muista ihmisistä sekä muuttaa elämänarvoja ja -katsomusta (Pohjolan-Pirhonen 2007b, 187). Myötätuntuupumisen oireet tulevat esille mieleen tunkeutuvina erilaisina mielikuvina, kaikenlaisen tuen torjumisena ja turvautumisena nautintoaineiden väärinkäyttöön, fyysisinä stressireaktiivina, negatiivisina muutoksina työelämässä sekä elämänarvojen ja elämän merkityksen katoamisena vaikuttaen haitallisesti kaikkea sosiaalista elämää (Nissinen 2012, 32–35).

#### 4.4 Traumaperäinen stressihäiriö

Traumaperäinen stressihäiriö (Post-Traumatic Stress Disorder, PTSD) on vakava psyykinen häiriötila ja se on sisällytetty ICD-10-tautiluokitukseen. Sen mukaan traumaperäinen stressihäiriö on seurausta siitä, että traumaattisen kriisin aiheuttamia oireita ei ole työstetty vaan ne ovat jatkuneet yli kuukauden. Henkilöä on kohdannut poikkeuksellisen voimakas tapahtuma, joka *”ilmenee traumaan liittyvinä painajaisunina ja takautumina, tunteiden ja huomiokyvyn latistumisena, eristäytyneisyytenä, autonomisena ylivireytenä ja säpsähtämisreaktiona. Näihin oireisiin ja piirteisiin yhdistyy yleensä ahdistusta ja masennusta eivätkä itsemurha-ajatuksetkaan ole harvinaisia”*. Diagnoosi vaatii, että traumaattisesta tapahtumasta on kulunut enintään kuusi kuukautta ennen oireiden alkua. (ICD-10-tautiluokitus 2016.)

Traumaperäisen stressihäiriön diagnostiset kriteerit ICD-10-tautiluokituksen (2016) mukaan ovat:

*A. Henkilöä on kohdannut poikkeuksellisen uhkaava tai katastrofaalinen (lyhyt- tai pitkäaikainen) tapahtuma, joka todennäköisesti aiheuttaisi voimakasta ahdistuneisuutta kenelle tahansa.*

*B. Tapahtumaan liittyen ilmenee jokin seuraavista:*

- (1) jatkuvia muistikuvia*
- (2) hetkellisiä voimakkaita takautumia*
- (3) painajaisunia*
- (4) ahdistuneisuutta olosuhteissa, jotka muistuttavat koetusta tapahtumasta*

*C. Henkilö pyrkii välttämään joutumista olosuhteisiin, jotka muistuttavat koetusta tapahtumasta, eikä tällaista välttämistä ollut ennen traumaattista tapahtumaa.*

*D. Vähintään toinen seuraavista:*

- (1) Kykenemättömyys muistaa osittain tai kokonaan joitakin keskeisiä asioita traumaattisesta tapahtumasta*
- (2) Jatkuvat psyykkisen herkistymisen ja ylivireyden oireet; vähintään kaksi seuraavista:*
  - (a) unettomuus*
  - (b) ärtymys tai vihanpuuskat*
  - (c) keskittymisvaikeudet*
  - (d) lisääntynyt valppaus tai varuillaan oleminen*
  - (e) liiallinen säpsähtely*

Usein traumaperäinen stressihäiriö voi olla vaikea tunnistaa, koska se tunnetaan terveydenhuollossa heikosti. Tällöin diagnosointi ja oikein kohdennettu hoito viivästyvät helposti. Traumaperäisen stressihäiriön diagnosoiminen on mahdollista, kun traumaattisen kriisin aiheuttamat oireet ovat jatkuneet yli kuukauden. Tämä vaikeuttaa diagnosointia, koska siinä ajassa voi herkästi kehittyä komplikaatioita, kuten masennusta tai alkoholin väärinkäyttöä. Traumaperäisen stressihäiriön diagnosoinnissa esitietojen huolellinen selvittäminen ja niiden yhdistäminen oireisiin on tärkeää, koska oikea-aikainen diagnoosi mahdollistaa parhaan hoidon. (Wright & Robinson 2013, 586.)

#### 4.5 Stressin ja traumaperäisen stressihäiriön esiintyvyys ensihoitajilla

Traumaperäisen stressihäiriön syntyyn vaikuttavat jo olemassa olevat yksilölliset tekijät, traumaattisen tapahtuman aikaiset tekijät ja traumaattisen tapahtuman jälkeiset tekijät. Yksilöllisiä eniten vaikuttavia tekijöitä ovat ikä ja sukupuoli, persoonallisuus ja stressinsietokyky, aiemmat psyykkiset häiriöt tai psykiatrinen sairaus, sosioekonominen asema, sosiaalinen verkosto ja koulutustaso sekä



toistuvat tai yhtäaikaiset traumat. Itse traumaattisen tapahtuman äkillisyys, vakavuus ja kesto sekä tapahtumasta johtuva elämään kohdistuva jatkuva uhka, voimakkaat aistikokemukset ja dissosiaatio vaikuttavat traumaperäisen stressihäiriön syntyyn. Tapahtuman jälkeen merkittävin traumaperäisen stressihäiriön syntyyn vaikuttava tekijä on sosiaalinen tuki. (Männikkö & Majava 2001, 2533–2534; Bisson 2007, 790.)

Kaikille ei kehity vaikeankaan traumaattisen kriisin jälkeen traumaperäistä stressihäiriötä. Akuutin stressireaktion oireita voi esiintyä 50–90 %:lla traumaattisen tapahtuman osallisista, mutta valtaosalla oireet poistuvat itsestään. Kansainvälisten tutkimusten mukaan traumaperäisen stressihäiriön esiintyvyys koko väestön osalta vaihtelee yhdestä yhteentoista prosenttiin riippuen yhteisöstä ja sukupuolesta. (Ponteva 2013.) Naisilla traumaperäisen stressihäiriön esiintyvyys on 15 %, kun miehillä se on vain 5 % (Turunen 2014, 26). Henkilön ikä ei vaikuta esiintyvyyteen, sillä traumaperäistä stressihäiriötä voi esiintyä kaikenikäisillä henkilöillä (Wright & Robinson 2013, 586). Suomessa traumaperäinen stressihäiriö on huonosti tunnettu ja diagnosoitu, eikä sen esiintyvyyttä ole tarkemmin tutkittu (Hynninen & Upanne 2006, 8).

On kuitenkin selvää, että ensimmäisen vaiheen ammattiauttajat, kuten ensihoitajat, kuuluvat työnsä puolesta riskiryhmään kokea traumaattinen kriisi ja saada akuutin stressireaktion oireita ja traumaperäinen stressihäiriö (Alexander & Klein 2001, 76; Saari 2001, 275; Jonsson & Segesten 2003, 141; Van der Ploeg & Kleber 2003, 140; Berger ym. 2012, 1001; Paakkonen & Paakkonen 2012, 124). Tutkimusten mukaan 94 % ensihoitajista on kokenut työn aiheuttamia akuutin stressireaktion oireita ja traumaperäisen stressireaktion esiintyvyys ensihoitajilla on jopa 22 % (Bennett, Williams, Page, Hood & Woollard 2004, 235; Iranmanesh, Tirgari & Bardsiri 2013, 29). Ensihoitajat kohtaavat työssään traumaattisia tapahtumia kokeneita ihmisiä ja auttavat heitä. Näissä tilanteissa ensihoitajalla voi herätä voimakkaita tunteita, jotka on kyettävä hillitsemään. Lisäksi heillä on työssään riski joutua itse uhkaaviin tilanteisiin, jolloin järkytys on henkilökohtaista. Ensihoitohenkilöstöllä on kuitenkin suojaavia tekijöitä, mitkä lieventävät traumaattisen kokemuksen voimakkuutta. (Saari 2001, 275; Hammarlund 2010, 184.)

Ensihoitoalalle valikoituvat henkilöt, joiden yksilöllinen stressinsietokyky on hyvä, koska heillä on hyvä itseluottamus ja -arvostus sekä uskallus kohdata traumaattisia tilanteita ja käsitellä niistä heränneitä tunteita (Saari 2001, 69–70, 275). Suurin osa ensihoitotyössä toimivista henkilöistä ovat luonteeltaan sitkeitä, lannistumattomia ja vakaita persoonia. Tosin osalla voi myös olla erityisiä luonteenpiirteitä, jotka voivat altistaa stressille ja traumaperäiselle stressihäiriölle. Usein aiemmat vastoinkäymiset tai menetykset kasvattavat sietokykyä, mutta joskus on mahdollista, että ne päinvastoin lisäävät epävarmuuden ja ahdistuksen tunteita. (Pajonk ym. 2011, 141, 145.) Tiedetään, että alan koulutus antaa valmiuksia kohdata traumaattisia tilanteita. Koulutuksen ohella kokemuksella ja yhteisillä harjoituksilla työyhteisössä saadaan aikaan pätevyys, jonka avulla taito selviytyä traumaattisista tilanteista kasvaa. (Dyregrov 1994, 26, 224–225; Saari 2001, 276.) Lisäksi ammattirooli työssä suojaa ensihoitajaa omilta tunteiltaan (Saari 2001, 276). Erityisesti oman työn arvostaminen sekä itselle antoisa ja tyydyttynyt tunne toisten ihmisten auttamisesta auttavat selviytymään traumaattisten tilanteiden aiheuttamista negatiivisista tunteista (Van der Ploeg & Kleber 2003, i44).

Tietyn tyyppiset tilanteet ovat kuitenkin sellaisia, mitkä voivat herkästi aiheuttaa ensihoitajalle traumaattisen kriisin ja altistaa traumaperäiselle stressihäiriölle. Erityisen voimakasta reagointia tapahtuu silloin, kun uhrina on lapsi tai lapsia (Dyregrov 1994, 216–217; Saari 2001, 277; Jonsson & Segesten 2003, 150; Laposa, Alden & Fullerton 2003, 26; Traumaattisten tilanteiden psykososiaalinen... 2009, 12; Traumaperäinen stressihäiriö 2014). Myös lähiomaisen tai työtehtävällä olevan työtoverin vakava vahingoittuminen tai kuolema aiheuttaa voimakasta reagointia. Ensihoitajan joutuessa itse hengenvaaraan tehtävällä tai tehtävän ollessa erityisen rasittava johtuen uhrien määrästä, tilanteen luonteesta ja pitkäkestoisuudesta tai epäonnistumisesta, kokemus aiheuttaa merkittävästi lisääntyntä reagointia ensihoitajalla. (Saari 2001, 277; Laposa ym. 2003, 26; Traumaattisten tilanteiden psykososiaalinen... 2009, 12; Traumaperäinen stressihäiriö 2014.)

Tutkiessaan traumaattisten tapahtumien merkitystä ensihoitajien työssä Jonsson ja Segesten (2003, 146) kiinnittivät huomiota siihen, että lähes aina ennalta odottamattoman tapahtuman kohtaamisella vaikuttaa olevan negatiivinen vaikutus ensihoitajien hyvinvointiin. Työskentelytilanteessa ensihoitajat ovat henki-

sesti sitoutuneita ja keskittyneitä uhrin auttamiseen, jolloin he ikään kuin etään-tyvät ympäristöstä. Ensihoitajilla on myös vahva taipumus samaistua uhriin se-kä myötäelää tilanteessa uhrin ja hänen läheisten kanssa. Tällaisten työtilantei-den jälkeen ensihoitajat kokevat usein itsesyytöksen ja häpeän tunteita, vaikka he ovat tehneet kaikkensa uhrin auttamiseksi (Jonsson & Segesten 2004, 218–219).

Etukäteen harjoittelu ja valmistautuminen traumaattisiin tehtäviin auttavat ensi-hoitajaa kohtaamaan vaativia tilanteita ja selviytymään paremmin traumaattisis-ta tapahtumista ja niiden aiheuttamista reaktioista (Alexander & Klein 2001, 80). Hälytyksen yhteydessä saatujen tietojen perusteella on tärkeä yhdessä työparin kanssa valmistautua tulevaan (Paakkonen & Paakkonen 2012, 126). Aina tiedot tehtävästä eivät vastaa todellista tilannetta, vaan ne ovat puutteellisia ja har-haanjohtavia (Teperi 2013, 752). Tapahtumaan voi liittyä myös muuta yllätyksel-listä, esimerkiksi, että uhri on ensihoitajan läheinen (Paakkonen & Paakkonen 2012, 126). Itse työtilanteessa ensihoitajalle tulee antaa mahdollisuus suorittaa työ loppuun samalla huolehtien riittävästä työn tauottamisesta niin, että perus-tarpeet tulee tyydytettyä. Tällöin työntekijä kokee, että on suorittanut työnsä loppuun. (Teperi 2013, 755–756.)

## 5 DEFUSING-TOIMINTA ENSIHOITAJAN TYÖN TUKENA

### 5.1 Akuutti kriisityö ja psykososiaalinen tuki ja palvelut

Akuutti kriisityö on laaja käsite, joka sisältää kaikki ne toimenpiteet eli interventiot, joilla on tarkoituksena auttaa selviytymään traumaattisesta kokemuksesta. Lisäksi toimilla pyritään ehkäisemään ja lieventämään traumaattisten tapahtumien mukanaan tuomaa psyykkistä stressiä ja siitä aiheutuvia seurauksia. Akuutti kriisityö kattaa kaikki kriisiryhmät sekä muut samankaltaiset toiminnot, jotka tähtäävät auttamaan traumaattisen tapahtuman kohdanneita ihmisiä. (Hynninen 2009, 15.) Suomen psykologiliiton ja Suomen psykologisen seuran tieteellinen neuvottelukunta korostaa, että akuutti kriisityö käsittää nimenomaan äkillisen traumaattisen kokemuksen yhteydessä tehtävän työn, kun taas pitkäkestoisten traumaattisten kokemusten tai kehitys- ja elämäntilannekriisien aiheuttamien psyykkisten ongelmien hoitoon ovat olemassa kokonaan toisenlaiset hoitomuodot (Psykologinen työ akuuteissa kriiseissä 2010, 40). Akuutti kriisityö on ennaltaehkäisevää työtä ennen kaikkea psyykkistä stressiä ja psyykkisiä traumoja vastaan (Hynninen & Upanne 2006, 7).

Akuutti kriisityö kuuluu psykososiaalisen tuen ja palvelujen kokonaisuuteen (Hynninen 2009, 16). Psykososiaalinen tuki ja palvelut kattaa kaikki ne toiminnot, joita järjestetään sellaisten äkillisten järkyttävien tapahtumien jälkeen, mistä katsotaan aiheutuvan ihmisille psyykkistä stressiä ja sosiaalista kuormitusta sekä niiden aiheuttamia seuraamuksia. Palveluiden tavoitteena on terveydellisten ja sosiaalisten haittojen vähentäminen sekä yksilöllisellä että yhteiskunnallisella tasolla. Psykososiaalinen tuki ja palvelut jaetaan psyykkiseen tukeen, sosiaalitoimen antamaan tukeen sekä evankelis-luterilaisen kirkon ja muiden uskonnollisten yhteisöjen tarjoamaan hengelliseen tukeen. (Traumaattisten tilanteiden psykososiaalinen... 2009, 12.)

Psykososiaalisen tuen ja palvelujen kokonaisuudessa akuutti kriisityö on osa psyykkistä tukea (Hynninen 2009, 16). Psyykinen tuki jaetaan vielä psyykkiseen jälkihuoltoon sekä henkiseen tukeen. Psyykinen jälkihuolto on nimenomaan ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden antamaa varhaista interventiota traumaattisen tapahtuman uhreille, kun taas henkinen tuki on uhrien omien sosiaalisten verkostojen ja vapaaehtoisten antamaa apua uhreille. (Murtomaa ym. 1998, 17–19.) Psykososiaalisen tuen ja akuutin kriisityön järjestämisen tärkeä

periaate on, että apua tarjotaan aktiivisesti kaikille traumaattisen tapahtuman uhreille odottamatta heiltä pyyntöä apuun (Cantell-Forsbom 2015, 242).

Traumaattisen tapahtuman yhteydessä puhutaan usein psyykkisestä ensiavusta, mitä annetaan välittömästi tapahtuneen jälkeen. Psyykinen ensiapu on puhdasta tukea, sillä siinä hetkessä aktiivisen avun tarjoaminen on merkityksentöntä. (Saari 2001, 141.) Tilanteessa tärkeintä on olla läsnä, kuunnella ja osoittaa ymmärrystä (Nurmi 2006, 155). Hyväksyvä ja salliva suhtautuminen uhrin reaktioihin ja puhumisen tarpeeseen luo turvallisuuden tunnetta (Saari 2001, 142–143). Lisäksi perustarpeista, kuten turvasta, lämmöstä, ruoasta ja juomasta tulee huolehtia kuin myös läheisten saamisesta paikalle (Cantell-Forsbom 2015, 237). Tuen ja turvan varmistamisen lisäksi psyykkisen ensiavun tarjoaminen on myös kanava kartoittaa mahdollisen myöhemmän avun tarvetta (Vainikainen 2010, 66).

## 5.2 Kriisityön lainsäädännöllinen tausta

Suomessa psykososiaalisen tuen ja palveluiden järjestäminen traumaattisten tapahtumien uhreille on lakisääteistä toimintaa. Tässä yhteydessä keskeisimpinä lainsäädännöllisinä määräyksinä voidaan pitää pelastuslakia, terveydenhuoltolakia ja työturvallisuuslakia. Pelastuslaki (2011/379, 47 §) korostaa, että niiden viranomaisten, jotka ovat velvollisia antamaan virka-apua pelastustoiminnassa, tulee osallistua pelastustoiminnan suunnitteluun. Lisäksi pelastuslain (2011/379) 46 §:ssä todetaan, että *”sosiaali- ja terveysviranomaiset ja hallinnonalan laitokset vastaavat niitä koskevissa säädöksissä määrätyn työnjaon mukaisesti ensihoitopalvelun järjestämisestä sekä psykososiaalisen tuen palveluista ja onnettomuuden johdosta hätään joutuneiden huollosta ja majoituksesta”*.

Psykososiaalisen tuen järjestämistä ohjaa myös terveydenhuoltolaki (2010/1326, 27 §), jossa määritellään kunnan tehtäväksi huolehtia alueensa asukkaille tarpeellinen mielenterveystyö, jonka avulla vahvistetaan mielenterveyttä suojaavia tekijöitä sekä vähennetään ja poistetaan mielenterveyttä vaarantavia tekijöitä. Tähän mielenterveystyöhön kuuluu *”yksilön ja yhteisön psykososiaalisen tuen yhteensovittaminen äkillisissä järkyttävissä tilanteissa”*. Ensihoitopalvelun tehtäväksi terveydenhuoltolaki (2010/1326, 40 §) määrittelee *”tarvittaessa potilaan, hänen läheisensä ja muiden tapahtumaan osallisten oh-*

*jaaminen psykososiaalisen tuen piiriin". Tämän lisäksi terveydenhuoltolaissa (2010/1326, 50 §) määritellään kiireellinen hoito, joka tarkoittaa äkillistä sairastumista, vammaa, pitkäaikaissairauden vaikeutumista tai toimintakyvyn alenemista niin, että se vaatii välitöntä arviota ja hoitoa. Lain mukaan "kiireellinen sairaanhoito, mukaan lukien kiireellinen suun terveydenhuolto, mielenterveyshoito, päihdehoito ja psykososiaalinen tuki, on annettava potilaalle hänen asuinpaikastaan riippumatta".*

Työturvallisuuslain (2002/738, 1§) tarkoituksena on puolestaan turvata työntekijöiden työkyky sekä ennalta ehkäistä työstä ja työympäristöstä johtuvia työntekijöiden fyysisen ja henkisen terveyden haittoja. Työturvallisuuslain (2002/738) pykälässä 8 määritellään työnantajan velvollisuudeksi huolehtia työntekijöiden turvallisuudesta ja terveydestä työssä ottamalla huomioon niin työssä, työolosuhteissa ja muussa työympäristössä sekä työntekijän henkilökohtaisissa edellytyksissä ilmenevät seikat. Lisäksi työturvallisuuslaissa (2002/738, 9§) määrätään työnantaja laatimaan työsuojelun toimintaohjelma, mikä kattaa työolojen kehittämistarpeet ja työympäristöön liittyvien tekijöiden vaikutukset. Työpaikan kehittämistoiminnassa ja suunnittelussa on otettava huomioon tavoitteet turvallisuuden ja terveellisyyden edistämiseksi ja niitä on käsiteltävä työntekijöiden tai heidän edustajiensa kanssa.

### 5.3 Kriittisten tilanteiden stressinhallintaohjelma

Akuutti kriisityö on yksi osa laajempaa kokonaisuutta, jota kutsutaan kriittisten tilanteiden stressinhallintaohjelmaksi (Critical Incident Stress Management, CISM). Sen juuret ulottuvat 1980-luvulle, jolloin amerikkalainen J.T. Mitchell teki kehittämistyötä kriisi- ja katastrofipsykologian parissa (Saari & Hynninen 2010, 43). Kriittisten tilanteiden stressinhallinta on kattava ja järjestelmällinen kriisitoiminnan ohjelma, johon sisältyy useita eri interventioita. Sen tarkoituksena on lievittää traumaattisen tapahtuman aiheuttamia vaikutuksia, helpottaa ihmisten normaalia toipumisprosessia, nopeuttaa yksilöiden, ryhmien ja organisaatioiden toiminnan normalisoitumista sekä tunnistaa ne henkilöt, jotka mahdollisesti tarvitsevat tarkempaa arviota ja lisätukea traumaattisesta tapahtumasta toipumiseen. On tärkeää huomioida, että ohjelman interventiot kohdentuvat sekä traumaattisen tapahtuman aikana ja sen jälkeen tapahtuvien toimintojen lisäksi

myös ennen traumaattista tapahtumaa tapahtuviksi toiminnoiksi. (Mitchell 2009b, 1.)

Pontevan (2014) mukaan kriittisten tilanteiden stressinhallintaohjelmaan sisältyviä asioita ovat organisaation stressinhallintasuunnitelman laatiminen, valmentava koulutus, opiskelu ja harjoittelu, tilanteisiin perehtyminen, tilanteen aikaiset työnjohdolliset toimet, defusing, lisätuen järjestäminen, tiedotustoiminnan järjestäminen, psykologinen demobilisointi, kertaluonteinen debriefing ja tarvittaessa muut jälkipuintimuodot, psykososiaalisen tuen käynnistäminen, ohjatun vertais-tuen järjestäminen, muut tukitoimet ja erityisasiantuntijoiden konsultaatiot sekä mahdollisten myöhempien ryhmäkohtaisten tukitoimien järjestäminen. Ohjelmaan sisältyvät asiat eivät ole erillisiä osia, vaan ne toteutuvat limikkäin muodostaen monitahoisen lähestymistavan ja jatkuvan kehityksen mallin kriittisten tilanteiden stressinhallintaan organisaatiossa (Mitchell 2009b, 1–2).

Alun perin kriittisten tilanteiden stressinhallintaohjelma on kehitetty työnantajien käyttöön työnsä puolesta traumaattisiin tilanteisiin joutuvien ammattiauttajien auttamiseksi (Nurmi 2006, 169–170; Hammarlund 2010, 113). Ohjelman tarkoituksena on helpottaa paluuta normaaliin arkeen. Sen avulla käsitellään trauma- ja työperäistä stressiä ja ehkäistään traumaperäisen stressihäiriön kehittymistä sekä vaikutetaan työ- ja toimintakyvyn edistämiseen ja sairauspoissaolojen vähentämiseen. Lisäksi tavoitteena on henkilökohtaisen resilienssin eli psyykkisen kestävyuden kehittäminen ja itseluottamuksen tukeminen, järkyttävän kokemuksen integroitumisen tukeminen sekä terveydenhuoltopalvelujen ja lääkkeiden käytön vähentäminen. (Hammarlund 2010, 113–114; Saari & Hynninen 2010, 43–45.)

#### 5.4 Debriefing

Kriittisten tilanteiden stressin jälkipuinnista (Critical Incident Stress Debriefing, CISD) ja psykologisesta jälkipuinnista (Psychological Debriefing, PD) voidaan puhua nimellä debriefing eli jälkipuinti (Nurmi 2006, 169). Alun perin ammattiauttajille kohdennetun CISD-menetelmän kehitti J.T. Mitchell. Myöhemmin A. Dyregrov muokkasi menetelmää ja alkoi käyttää siitä nimitystä psykologinen jälkipuinti. Samalla menetelmää alettiin käyttää ammattiauttajien lisäksi myös onnettomuuksissa menehtyneiden omaisten hoitoon. Menetelmän käytön levi-tessä Suomeen sitä on alettu käyttää laajasti kaikkien traumaattisten tapahtu-

mien uhrien auttamiseen. (Saari & Hynninen 2010, 43.) Mitchell (2009a, 2) tähdentää, että jälkipuinti ei voi koskaan toimia ainoana itsenäisenä menetelmänä traumaattisen tilanteen kokeneiden auttamisessa, vaan se tulee aina liittyä yhtenä osana laajemman stressinhallintaohjelman kokonaisuutta.

Debriefing tarkoittaa traumaattisen tapahtuman jälkeen pidettävää ryhmäkoontumista eli istuntoa (Hammarlund 2010, 118). Jälkipuinnin järjestelyssä tulee miettiä tarkoin, kenelle se pidetään ja millaiset ovat ryhmien kokoonpanot. Ihanteellista on, että ryhmä on traumaattisen kokemuksen suhteen mahdollisimman yhtenäinen eli he ovat samanlaisessa asemassa suhteessa tapahtuneeseen, kuten välittömät uhrit ja välilliset uhrit. (Mitchell 2009a, 1.) Tällä varmistetaan, että ryhmän jäsenet kykenevät mahdollisimman avoimesti puhumaan tuntemuksistaan (Saari 2001, 184–188). Ryhmän koko voi vaihdella, mutta luontevinta istunnon eteneminen on, jos osallistujia on 8-15 henkilöä. Pienemmät ryhmät toimivat myös hyvin, mutta suuremmissa ryhmissä työskentely hankaloituu ja heikentää mahdollisuutta puhua henkilökohtaisista kokemuksista. (Dyregrov 1994, 265; Saari 2001, 191–193.) Suositeltavaa on, että istuntoa vetää kaksi henkilöä, jolloin vetäjät tukevat toisiaan. Vetäjien tulee olla ihmissuhdetyöhön koulutettuja, ulkopuolisia ammattihenkilöitä. (Saari 2001, 198–199.)

Merkittävä tekijä istunnon vaikuttavuudella on sen ajoittaminen oikeaan aikaan. Debriefing ei ole ensimmäisenä käytettävä interventio traumaattisen tapahtuman jälkeen. Traumaattisen kriisin sokkivaihe on liian varhainen ajankohta debriefing-istunnolle, koska sokki estää ymmärtämästä tapahtunutta. (Saari 2001, 173.) Saaren (2001, 174) mukaan istunnon järjestämiselle on olemassa yksi optimaalinen päivä, joka on keskellä reaktiovaihetta. Koska sokkivaiheen kesto voi vaihdella lyhyestä hetkestä muutamaan vuorokauteen, yleinen neuvo debriefing-istunnon järjestämiselle on, että se on syytä toteuttaa 24–72 tunnin kuluttua tapahtuneesta (Dyregrov 1994, 264; Mitchell 2009a, 3), tai viimeistään 5-7 vuorokauden kuluttua (Nurmi 2006, 171; Department of State Health Services 2013). Istunto voi kestää kahdesta neljään tuntiin ilman taukoja (Lindqvist-Virkamäki 2008, 562).

Debriefing-istuntoa voi verrata sukellukseen; istunto alkaa toteamalla realistiset tosiasiat, jonka jälkeen edetään syvällisiin tuntemuksiin ja sieltä takaisin todellisuuteen. Tapahtuma kulkee siis kognitiiviselta tasolta kognitiiviselle tasolle käy-



den välillä syvällä emotionaalisella tasolla. (Saari 2001, 206; Nurmi 2006, 178.) Mitchellin (2009a, 1) mukaan varsinaisia debriefing-istunnon vaihteita on seitsemän. Istunto alkaa aloitusvaiheella, joka on ehkä tärkein vaihe istunnon onnistumisen kannalta, koska siinä luodaan keskinäinen luottamus osallistujien kesken (Dyregrov 1994, 269; Saari 2001, 207; Mitchell 2009a, 4). Vetäjät esittelevät itsensä ja kuvailevat istunnon kulun ja tarkoituksen. Huolellinen istunnon alustus luo myönteistä ilmapiiriä sekä motivoi osallistujia aktiivisuuteen istunnon aikana (Mitchell 2009a, 4). Aloitusvaihetta seuraa faktavaihe, jolloin painopiste siirtyy osallistujien aktivoimiseen (Saari 2001, 209–210). Jokaiselle osallistujalle annetaan mahdollisuus kertoa lyhyesti, miten liittyy tapahtumaan, mutta halutessaan osallistuja voi myös olla hiljaa (Mitchell 2009a, 4). Faktavaiheessa jokaisen osallistujan tulee saada tapahtumasta selkeä kokonaiskuva (Saari 2001, 211). Ajatusvaiheeseen siirryttäessä edetään kohti henkilökohtaisia kokemuksia ja tunnetasoa (Mitchell 2009a, 4). Tässä vaiheessa on tärkeä selvittää osallistujien ajatuksia ja kaikkia aistihavaintoja tapahtuneesta. Näin istunto etenee luontevasti seuraavaan vaiheeseen. (Dyregrov 1994, 271.)

Seuraa tunnevaihe, joka on istunnon syvin vaihe. Siinä osallistujat kertovat syvimmistä tunteistaan, kuten vihan, turhautumisen, surun, menetyksen ja hämmennyksen tunteista. Istunnon vetäjä voi rohkaista hiljaista osallistujaa puhumaan kysymällä: Mikä tässä tapahtumassa oli pahinta, mitä sinulle tapahtui? (Mitchell 2009a, 5.) Tunnevaiheen tarkoituksena on tunteita jakamalla vähentää ahdistusta sekä ehkäistä negatiivisten tunteiden välttämiskäyttäytymistä (Saari 2001, 226). Tunnevaiheesta siirrytään takaisin kohti todellisuutta oirevaiheeseen, missä käsitellään somaattisten oireiden esiintymistä traumaattisen tapahtuman yhteydessä (Mitchell 2009a, 5). Mitchellin jaottelusta poiketen tunne- ja oirevaihe voidaan myös yhdistää yhdeksi vaiheeksi eli reaktiovaiheeksi (Dyregrov 1994, 271–272; Saari 2001, 232). Kun mielen ja kehon oireet on käsitelty, seuraa opetus- eli normalisointivaihe, jolloin istunnon vetäjien rooli korostuu. He kokoavat osallistujien reaktioita ja kannustavat hyväksymään reaktiot osana luonnollista toipumisprosessia. Lisäksi vetäjät antavat tietoa stressinhallintaan. Istunto loppuu päätösvaiheeseen, jossa tehdään yhteenveto istunnosta, kartoitetaan seurannan tarve sekä annetaan osallistujille mahdollisuus esittää kysymyksiä. (Mitchell 2009a, 5.) Päätösvaiheessa on tärkeä varmistaa jokaisen

osallistujan selviytyminen tulevaisuudessa (Dyregrov 1994, 273–274; Saari 2001, 240).

### 5.5 Defusing

Defusing eli jälkipurku on myös J.T. Mitchellin kehittämä menetelmä. Usein siitä käytetään myös nimityksiä psykologinen purkukokous tai purkukeskustelu. (Saari 2001, 148.) Englanninkielinen sana defuse tarkoittaa purkaa, tehdä vaarattomaksi. Henkisellä tasolla termi tarkoittaa traumaattisen tapahtuman aiheuttaman sokin ja järkytyksen purkua sekä lähituntien tulevaisuuden hahmottamista. (Nurmi 2006, 172.) Palosaaren (2007, 94) kuvaus ”Se on kuin henkinen suihkussa käynti tavallista raskaamman työvuoron päätteeksi.”, havainnollistaa hyvin jälkipurun tarkoitusta. Jälkipurku-menetelmä on kehitelty jälkipuinnin pohjalta, mutta se on jälkipuintia lyhyempi ja kulultaan väljempi menetelmä (Mitchell & Bray 1990, 142).

Jälkipurku on kehitetty erityisesti niitä ammattihenkilöitä varten, jotka altistuvat usein työssään traumaattisille tapahtumille (Mitchell & Bray 1990, 142; Ponteva 2006, 131). Osallistujaryhmän kokoonpanossa pyritään mahdollisimman pienen sekä luonnolliseen ja tasavertaiseen ryhmään, koska se luo otolliset olosuhteet keskustelulle tuntemuksista heti tapahtuneen jälkeen (Mitchell & Bray 1990, 142; Saari 2001, 149). Mikäli samaan traumaattiseen tapahtumaan osallistuneita työntekijöitä on paljon, heidät jaetaan useampaan ryhmään esimerkiksi ammattikunnittain (Dyregrov 1994, 235; Nurmi 2006, 173).

Niin kuin jälkipuinnille, myös jälkipurulle tärkeää on oikea ajoitus. Jälkipurku on tarkoitettu sokkivaiheen menetelmäksi. (Saari 2001, 148.) Tarkoituksenmukaisinta on järjestää purkukeskustelu mahdollisimman pian traumaattisen kokemuksen jälkeen. Paras ajankohta on tunnista neljään tuntiin tapahtuneen jälkeen. Mikäli tapahtuneesta on kulunut yli 12 tuntia, katsotaan mahdollisuus jälkipurkuun menetetyksi. Tällöin tulee harkita, onko aiheellista järjestää esimerkiksi jälkipuinti. Jälkipurku tulee järjestää työpaikalla heti tapahtuneen jälkeen, jotta työvuoro voi jatkua jälkipurun jälkeen normaalisti. (Mitchell & Bray 1990, 142.) Jos purkukokousta ei järjestetä ja työt jatkuvat suoraan tapahtuneen jälkeen, on mahdollista, että tapahtuman kokemukset häiritsevät työntekoa vaarallisen paljon (Saari 2001, 148). Mikäli työvuoro on lopussa, voivat työntekijät lähteä jälkipurun jälkeen kotiin, jos heillä ei tule esiin erityistä stressioireilua

(Mitchell & Bray 1990, 142). Traumaattisen kokemuksen jälkeen kotiin lähtevien työntekijöiden osalta tulee varmistaa, etteivät he jää yksin, vaan heillä on tukea ympärillään (Dyregrov 1994, 235).

Purkukokouksen vetää yleensä siihen koulutettu henkilö mielellään omasta työyhteisöstä, sillä hän tuntee toimintaympäristön hyvin (Teperi 2013, 758). Suotavaa on, että vetäjiä on kaksi, mutta siitä voidaan joustaa istunnon järjestämisen kiireellisyysperiaate huomioiden (Nurmi 2006, 173–174). Purkukokous järjestetään työpaikalla mahdollisimman rauhallisessa paikassa, jossa ei ole häiriötekijöitä (Dyregrov 1994, 234). Yleensä purkukokous kestää 20 minuutista 45 minuuttiin, korkeintaan yhden tunnin. Jos istunto on tarpeen kestää yli tunnin, se on merkki tarpeesta järjestää debriefing-istunto muutaman päivän sisällä. (Nurmi 2006, 174.)

Purkukokous koostuu kolmesta eri vaiheesta. Purkukokouksen aloittaa johdantovaihe, mikä alkaa vetäjien itsensä esittelyllä. (Mitchell & Everly 1993, 116.) Johdantovaiheessa tarkoituksena on kertoa kokouksen syy ja mitä on tapahtunut (Saari 2001, 149). Osallistujille esitellään purkukokouksen periaatteet ja muistutetaan siitä, että tarkoituksena ei ole arvostella ketään tai etsiä syyllisiä. Lisäksi tässä vaiheessa käydään läpi säännöt ja korostetaan tilaisuuden ehdotonta luottamuksellisuutta. (Dyregrov 1994, 234; Teperi 2013, 758–759.) Johdantovaihe on napakka, sillä sen kesto on viidestä seitsemään minuuttiin (Mitchell & Everly 1993, 116).

Johdantovaihetta seuraa läpikäynti- eli keskusteluvaihe (Saari 2001, 149; Nurmi 2006, 174). Siinä yhdistyvät debriefing-istunnon fakta-, ajatus-, tunne- ja oirevaiheet. Jokainen osallistuja voi vapaasti kertoa kokemuksestaan ja tuntemuksistaan, sillä puhevuoroja ei jaeta. Tarvittaessa osallistujia rohkaistaan puhumaan esittämällä kysymyksiä. Jokainen osallistuja voi itse valita puhuuko hän vai pysyykö vaiti. Yleensä keskustelu sujuu hyvin, kun osallistujat luottavat istunnon vetäjiin. (Mitchell & Everly 1993, 117–118.) Keskusteluvaiheessa kerrataan tapahtunut ja käsitellään vain päällimmäiset tuntemukset. Liian syvällinen tunteiden erittely ei kuulu purkukokoukseen. (Saari 2001, 149.) Keskusteluvaihe kestää 10–15 minuuttia (Mitchell & Everly 1993, 116).

Purkukokouksen viimeinen vaihe on informaatiovaihe, joka koostuu debriefing-istunnon normalisointi- ja päätösvaiheista. Tässä vaiheessa vetäjät tekevät yhteenvedon esille tulleista asioista. Tämän jälkeen osallistujat saavat halutesaan esittää kysymyksiä. (Mitchell & Everly 1993, 117–118.) Tarkoituksena on jakaa osallistujille tietoa stressinhallintakeinoista sekä tapahtuman aiheuttamista reaktioista ja siitä, että ne ovat normaalia seurausta tapahtuneesta (Nurmi 2006, 174). Lisäksi kartoitetaan debriefing-istunnon tai muiden jatkotoimenpiteiden tarvetta. Jos debriefing-istunto koetaan tarpeelliseksi, se voidaan sopia jo ennen purkukokouksen päättämistä. (Saari 2001, 151.)

Mitchell ja Everly (1993, 110–111) ovat määritelleet neljä päätavoitetta purkukokoukselle. Ensimmäinen tavoite on traumaattisen tapahtuman aiheuttamien reaktioiden lieventäminen ja toinen tavoite on kokemuksen normalisointi ja työkyvyn palauttaminen. Purkukokous siis antaa mahdollisuuden kohdata, hyväksyä ja nimetä tapahtuman aiheuttamat psyykkiset reaktiot ja tunteet sekä auttaa niiden työstämisessä (Turunen & Paimio 2009, 70). Jälkipurku on keino ohjata psykologinen sopeutumisprosessi oikeaan suuntaan (Mitchell & Everly 1993, 110). Kolmas tavoite on sosiaalisen tukiverkoston aktivointi ja eristäytymisen ehkäiseminen. Neljäs tavoite on jälkipuinnin ja muiden palveluiden tarpeen kartoittaminen. (Mitchell & Everly 1993, 110–111.) Tehdään tilanteen purku miten tahansa, päätavoitteena on työntekijöiden vapauttaminen sisäisestä emotionaalista paineesta (Nissinen 2007, 116).

## 5.6 Näkökulmia akuutin kriisityön vaikuttavuudesta

On selvää, että kriittisten tapahtumien jälkeen ihmisillä esiintyy inhimillisiä kärsimyksiä sekä traumaperäistä stressihäiriötä. Ryhmässä tapahtuva psykologinen jälkipuinti on vuosituhannen vaihteessa todettu tehokkaaksi menetelmäksi vähentämään negatiivisia psykologisia vaikutuksia traumaattisen tapahtuman jälkeen. Samalla on todettu, että eri interventioista sekä niiden sopivuudesta eri tilanteissa tarvitaan lisää tutkimusta. (Everly, Flannery & Mitchell 2000, 35–36; Kaplan, Lancu & Bodner 2001, 826–827.) Sittemmin yksittäisiä jälkipuinti-istuntoja, monen istunnon interventioita sekä kaikkia kriittisten tilanteiden stressinhallintaohjelmaan liittyviä interventioita on tutkittu laajastikin. Ongelmallista on vertailla tutkimuksia ja tehdä yksiselitteisiä johtopäätöksiä erilaisten tutkimusasetelmien, kohderyhmien, traumatyyppien, arviointimenetelmien ja jälki-

seuraamusten vuoksi. Monissa kriisiterapioiden tutkimuksissa on edellytetty diagnostisten kriteerien täyttymistä ja diagnosoitujen häiriöiden hoitamista, kun taas akuutin kriisityön tutkimuksissa on tarkasteltu kaikille tarjottavan akuutin kriisityön eli yleensä jälkipuinnin vaikutusta oireista riippumatta (Vainikainen 2010, 54–55).

Rose, Bisson, Churchill ja Wessely (2002, 9) ovat Cochrane-katsauksessaan todenneet, että yksittäisillä jälkipuinti-istunnoilla ei ole ehkäisevää vaikutusta traumaperäisen stressihäiriön syntyyn ja joissakin tapauksissa istunnosta olisi jopa epäsuotuisia vaikutuksia. Katsauksessa jälkipuintia on tarkasteltu traumaperäisen stressioireilun ehkäisemisen näkökulmasta. Katsaukseen on hyväksytty mukaan vain satunnaistetut kokeelliset ryhmävertailut, mikä ei sinällään sovellu akuutin kriisityön tutkimukseen. Katsaus ei myöskään anna vastausta ryhmäintervention vaikuttavuudesta, sillä siinä mukana olleissa tutkimuksissa on käytetty ryhmille suunnattujen jälkipuintimenetelmien erilaisia yksilösovelluksia. Suomessa yksilötapaukset kirjataan normaaleiksi potilaskäynneiksi, eivätkä ne ole rinnastettavissa jälkipuinti-istuntoihin (Lahti ym. 2005, 2458).

Vaikka Rosen ym. (2002) tekemästä katsauksesta johdettu ajatus jälkipuinnin hyödyttömyydestä on levinnyt laajalle, jälkipuintia tulee tarkastella ennen kaikkea ryhmäistuntojen kautta ja useammasta näkökulmasta kuin ainoastaan traumaperäisen stressihäiriön ehkäisijänä (Vainikainen 2010, 56–57). On huomionarvoista, että usein ryhmäistuntoihin osallistuneiden subjektiiviset kokemukset jälkipuinnista ovat olleet positiivisia, koska he ovat kokeneet saaneensa vertaistukea ryhmästä sekä mahdollisuuden puhua kokemuksestaan ja oppia tietämään traumaattisen tapahtuman jälkeisistä reaktioista. Erityisesti ammattitajajat ovat kokeneet heille suunnatusta jälkipuinnista olevan hyötyä. (Arendt & Elklit 2001, 428–430; Lahti ym. 2005, 2458–2459.) Tutkimusten mukaan kriittisten tilanteiden stressinhallintaohjelmaan sisällytettynä jälkipuinti toimii työssään helposti traumatisoituvien henkilöiden työkykyä ylläpitävänä menetelmänä (Vainikainen 2010, 63–64). Kriittisten tilanteiden stressinhallinnassa psykologinen jälkipuinti on vain yksi interventio, eikä sitä ole tarkoitus järjestää rutiinomaisesti aina kaikille traumaattisen tapahtuman yhteydessä, vaan sen tarjoamisessa tulee käyttää harkintaa (Mitchell & Everly 1993, 119; Rose, Bisson & Wessely 2003, 183; Forbes ym. 2007, 645). Tämä linjaus on käytössä myös Suomessa Käypä hoito-ohjeistuksen mukaan (Traumaperäinen stressihäiriö 2014).

Tuckey ja Scott (2014, 49–50) ovat tutkineet jälkipuinnin merkitystä pelastustyöntekijöille Australiassa. Heidän mukaan jälkipuinnilla voidaan saavuttaa työntekijöille selvää hyötyä työperäisen traumaattisen tapahtuman jälkeen, kun jälkipuinnin vaikutuksia tarkastellaan esimerkiksi työntekijöiden traumaattisen tapahtuman jälkeisen alkoholin käytön ja kokonaisvaltaisen elämänlaadun näkökulmasta. Myös Magyarin ja Theophilosin (2010, 504) kirjallisuuskatsaus osoittaa, että huolimatta menetelmään kohdistuvista mahdollisista haitoista, ensihoitotyötä tekevien ammattilaisten keskuudessa jälkipuinti koetaan tarpeellisena interventiona etenkin, kun sen lisäksi organisaatiossa huolehditaan myös jatkuvasta sosiaalisesta tuesta. Jälkipuinnin järjestämisessä ja sen onnistumisessa korostuu, että istunnon vetäjät ovat tehtäväänsä koulutettuja ammattilaisia (Arendt & Elklit 2001, 431; Magyar & Theophilos 2010, 504). Ammattilaisten vetämänä ja oikein kohdennettuna istuntojen ei ole todettu aiheuttavan haittaa istuntoon osallistuville (Pohjolan-Pirhonen 2007a, 143).

Akuutin kriisityön interventioita tutkittaessa tulisi huomio kiinnittää tutkimusten laatuun ja verrattavuuteen keskenään. Ensihoitohenkilöstön stressiä ja traumaattista stressihäiriötä lieventäviä interventioita tutkivassa kirjallisuuskatsauksessa havaittiin, että tutkimukset ovat usein riittämättömiä niin otosten kuin raportointien osalta, jolloin yksittäisen intervention osalta tehokkuuden arviointi on mahdotonta. (Smith & Roberts 2003, 77.) Iso Britanniassa tehdyssä tutkimuksessa tarkastellaan henkilöstölle järjestettyjen sairaalan sisäisen jälkipuintimenetelmän vaikuttavuutta epäonnistuneen lapsielvytyksen jälkeen. Järjestettyjen istuntojen ajankohta on jälkipuinnin mukainen, kun taas istunnon vetäjät eivät täytä jälkipuinnille asetettuja kriteereitä. (Ireland, Gilchrist & Maconochie 2008, 328–329.) Tutkimustuloksia on vaikea verrata suoraan joko jälkipuintiin tai jälkipurkuun Suomessa, koska meillä ne ovat selkeästi kaksi eri menetelmää. Myöskään jälkipuintia ei sovi sekoittaa jälkipurkuun, vaikka kansainvälisissä julkaisuissa myös jälkipurusta näkee käytettävän termiä debriefing.

Jälkipuinnin lisäksi vähintään yhtä tärkeänä asiana ensihoitohenkilöstö pitää ryhmän vertaistukea traumaattisen tapahtuman jälkeen (Suresud 2001, 61; Jonsson & Segesten 2003, 148–149). Hätätilapotilaiden kanssa työskentelevien hoitajien jaksamista voidaan merkittävästi tukea pitämällä huolta suotuisasta ilmapiiristä työpaikalla. Henkilökunta näkee tärkeänä, että organisaation hallinto antaa puitteet ja tuen hyvän ilmapiirin mahdollistamiseen. (Laposa ym. 2003,

27; Kowal 2012, 739.) Henkilökunnan kokemusten mukaan poikkeuksellisen stressaavan tapahtuman jälkeen tulisi työpaikalla herkästi järjestää yhteinen keskustelu, jossa ajatuksia jakamalla voidaan vähentää stressioireita (Jonsson & Segesten 2003, 151; Kowal 2012). Ensihoitohenkilökunnalle tehdyssä ruotsalaistutkimuksessa ilmenee, että mahdollisuus joko jälkipurkuun tai jälkipuintiin tulee olla rutiininomaista aina, kun henkilökunta kokee siihen tarvetta eikä pelkäästään runsaasti ihmisuhreja vaativien onnettomuuksien jälkeen (Jonsson & Segesten 2003, 151).

Debriefing-menetelmään kohdistuva kritiikki perustuu usein siihen, että se on haluttu nähdä terapeuttisena hoitomuotona (Nurmi 2006, 168). Debriefing ja defusing eivät ole varsinaista lääketieteellistä hoitoa, vaan yhteisöllisiä stressinhallintamenetelmiä myöhempien stressioireiden ehkäisemiseksi (Ponteva 2014). Nurmen (2006, 176) mukaan purkukeskusteluihin osallistuneet ovat olleet tyytyväisiä istuntojen järjestämisistä, koska ne ovat antaneet mahdollisuuden purkaa tuntemuksia. Lisäksi istunnot on koettu työnantajan arvostuksena henkilökuntaa kohtaan.

Suomalainen kriisi- ja traumailmiöiden tutkimus on hajanaista ja niukkaa, mutta tehtyjen tutkimusten tulokset sekä kokemusperäinen arviointitieto johtavat keskenään samansuuntaisiin päätelmiin. Kriisi-interventioista saatu palaute on ollut myönteistä eikä niistä ole todettu olevan haittaa osallistujille. Kriisi-interventiot on koettu edistävän psyykkistä sopeutumista ja toipumista traumaattisen tapahtuman jälkeen. (Hynninen 2010, 79.) Suomessa akuutti kriisityö perustuu alan tieteellisten tutkimusten synteisiin, kansainvälisiin käypä-hoito suosituksiin ja konsensusraportteihin sekä monipuoliseen kliiniseen kokemukseen. Suomi on ainoa maa, jossa interventioiden ajoitus ja sisältö kohdistetaan nimenomaan psyykkisen sopeutumisprosessin eri vaiheisiin eli sokki-, reaktio-, läpityöskentely- sekä uudelleen suuntautumisen vaiheisiin. (Saari & Hynninen 2010, 49.) Henriksson ja Laukkala (2010, 2644) korostavat, että kansainvälisesti katsottuna missään ohjeessa ei ole esitetty psykososiaalisen tuen järjestämättä jättämistä, vaan niissä on suositeltu sen suunnitelmallista järjestämistä. Huomioitavaa on, että kriisi ei ole yksistään lääketieteellinen käsite, vaan kriisin kohdantesa jokaisella on oikeus konkreettiseen apuun selvittääkseen senhetkisestä tilanteesta ilman lääketieteellistä oiretta (Lahti ym. 2005, 2458–2459).

## 6 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄLLISET VALINNAT

### 6.1 Laadullinen tapaustutkimus

Tämä opinnäytetyö on tapaustutkimus (case study), koska tavoitteena on saada tutkittavasta ilmiöstä yksityiskohtaista tietoa syvällisen ymmärryksen muodostamiseksi sen luonnollisessa ympäristössään. Tapaustutkimukselle on ominaista, että tuotetun tiedon avulla saadaan esitettyä tutkitulle ilmiölle kehittämisehdotuksia. (Kananen 2013, 54–55; Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2014, 37, 52.) Opinnäytetyö toteutettiin tapaustutkimuksen vaiheiden mukaisesti. Työ käynnistyi aihevalinnalla, jonka jälkeen määriteltiin tutkimusongelma, tai, kuten Tuomi ja Sarajärvi (2009, 92) toteavat, laadullisen lähestymistavan yhteydessä tutkimustehtävä, ja siitä johdetut tutkimuskysymykset. Tutkimuskohde eli tapaus muotoutui toimeksiantona työelämältä. Tiedonkeruu- ja analyysimenetelmät valittiin sen mukaan, millaista aineistoa haluttiin. Toteutusvaiheessa kerättiin aineisto, josta laadittiin tulkinta ja kirjoitettiin tutkimusraportti. (Kananen 2013, 59–60.)

Tälle opinnäytetyölle laadullinen eli kvalitatiivinen lähestymistapa on luonteva, koska tapaustutkimuksen ja laadullisen tutkimuksen piirteissä on paljon samaa (Kananen 2013, 56–57). Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on todellisen elämän kokonaisvaltainen kuvaaminen. Se korostaa sosiaalisten ilmiöiden merkityksellistä luonnetta ja sen pyrkimyksenä on löytää tai paljastaa tosiasioita. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013, 161–163.) Tyypillisiä piirteitä laadulliselle tapaustutkimukselle on, että tiedonhankinta on kokonaisvaltaista ja aineisto kerätään todellisissa tilanteissa. Tiedonkeruussa suositaan menetelmiä, joissa ihmiset ovat tiedon antajina ja kohdejoukko on valittu tarkoituksenmukaisesti. (Hirsjärvi ym. 2013, 164; Kananen 2013, 56–57; Ojasalo ym. 2014, 55.) Tällöin myös aineiston analysointimenetelmät ovat yleensä laadullisen aineiston analyysissä käytettyjä sisällönanalyysin eri muotoja (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91). Laadullinen tapaustutkimus etenee joustavasti ja muotoutuu tarpeen mukaan tutkimuksen edetessä (Hirsjärvi ym. 2013, 164).

Tässä opinnäytetyössä painotetaan hoitotieteessä arvostettua fenomenologis-hermeneuttista tutkimusotetta, joka perustuu ihmiskäsitykseen ja kokemuksellisen tiedon käsitykseen. Tutkimuksen teon kannalta kokemus, merkitys ja yhteisöllisyys liittyvät oleellisesti fenomenologis-hermeneuttiseen ihmiskäsitykseen, samoin kuin tietämisen kannalta tärkeää on tutkijan oma ymmärtäminen ja tul-



kinta. Fenomenologia pyrkii tutkimaan yksittäisen ihmisen elämyksiä eli kokeuksellisia ilmiöitä ja niiden merkitystä. Hermeneutiikka pyrkii oivaltamaan ja tulkitsemaan ilmiöiden ja ilmaisujen merkityksen. Tällöin fenomenologis-hermeneuttisen tutkimuksen tavoitteena on saada selville vastaajien käsityksiä tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 34–35; Laine 2015, 29–35.)

## 6.2 Aineiston keruu

Tämän opinnäytetyön toimeksiantositoumus tehtiin ja allekirjoitettiin joulukuussa 2014 Länsi-Pohjan Sairaanhoidopiirin Kuntayhtymän kanssa (Liite 1). Tutkimuslupa aineistonkeruuta varten myönnettiin toukokuussa 2015 (Liite 2). Opinnäytetyön tutkimuksellinen aineisto kerättiin lomakekyselyllä (Liite 4), joka tehtiin ja lähetettiin Google Forms -palvelun avulla. Lomakekysely rakentui niin, että alussa esitettiin viisi monivalintakysymystä, joilla selvitettiin vastaajien taustatietoja. Niitä seurasi kaksi avointa kysymystä, joiden avulla pyrittiin saamaan vastaukset tutkimuskysymyksiin. Lomakekysely pyrittiin laatimaan yleisesti todettujen hyvien ohjeiden mukaisesti (Hirsjärvi ym. 2013, 198–203) ja siinä kysyttiin vain tutkimuskysymysten kannalta merkityksellisiä asioita (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75).

Ennen lomakekyselyn lähettämistä tutkimukseen valituille henkilöille, se testattiin kahdella henkilöllä heinäkuussa 2015. Molemmilla henkilöillä on vankka työkokemus operatiivisesta ensihoidosta, mutta kumpikaan ei tällä hetkellä työskentele Länsi-Pohjan sairaanhoidopiirissä. Testauksen jälkeen heinäkuussa 2015 jokaiselle Länsi-Pohjan sairaanhoidopiirin operatiivisessa ensihoidossa työskentelevälle 86 ensihoitajalle lähetettiin sähköpostiin saatekirje (Liite 3), jossa kerrottiin lomakekyselystä ja linkin kautta pääsi vastaamaan kyselyyn. Tutkimukseen valittiin kaikki Länsi-Pohjan sairaanhoidopiirin ensihoidon operatiiviseen toimintaan osallistuvat ensihoitajat, koska jokaiselle työntekijälle haluttiin antaa mahdollisuus esittää mielipiteensä asiaan. Samalla saatiin näyttöä siitä, kuinka hyvin ensihoitajat olivat tietoisia Länsi-Pohjan sairaanhoidopiirin ensihoidossa käytössä olevasta defusing-toimintaohjeesta ja sen sisällöstä. Vastausaikaa annettiin 18 vuorokautta. Vuorokausi ennen viimeistä vastauspäivää palautuneita vastauksia oli 27. Tällöin lomakekysely lähetettiin uudelleen ja vastausaikaa jatkettiin 7 vuorokautta. Tämä tuotti 10 vastausta lisää. Toinen muis-

tutus vielä tässä vaiheessa ei tuottanut enää uusia vastauksia, joten kuukauden jälkeen palautuneiden vastausten lopullinen määrä oli 37.

Kyselyyn vastanneista ensihoitajista 35 ilmoitti toimivansa vakituisessa työsuhteessa Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin ensihoidossa ja vain kaksi henkilöä toimi määräaikaikaisessa työsuhteessa. Vastaajista 6 ensihoitajaa toimi vaativalla hoitotasolla, 16 hoitotasolla ja 15 perustasolla. Ensihoidon työkokemusta vastaajilla oli paljon, sillä enemmän kuin 10 vuotta työkokemusta oli kertynyt 14 ensihoitajalle ja 6-10 vuotta 8 ensihoitajalle. 11 ensihoitajaa ilmoitti työkokemusta kertyneen kahdesta viiteen vuotta ja sitä vähemmän työkokemusta oli kertynyt neljälle ensihoitajalle. Vaikka 27 henkilöä ilmoitti olevansa tietoinen Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin ensihoidon defusing-toimintaohjeesta, vain 17 oli tutustunut ohjeeseen.

### 6.3 Aineiston analysointi aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä

Tässä työssä käytettiin aineiston analyysissä sisällönanalyysiä, jonka on sanottu olevan laadullisen tutkimuksen perusanalyysimenetelmä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 165). Analyysimenetelmän tarkoituksena on tuottaa tutkimukselle oleellinen tieto kerätystä aineistosta. Sisällönanalyysissä aineistosta nostetaan esille se oleellinen tieto, joka kuvaa tutkittavaa ilmiötä ja antaa vastauksen tutkimusongelmiin. (Kylmä & Juvakka 2007, 112–113.) Sisällönanalyysi sopii erityisesti strukturoimattoman aineiston analysointiin, jolloin aineistosta muodostetaan tiivistetty kuvaus tutkittavasta ilmiöstä (Kyngäs & Vanhanen 1999, 4).

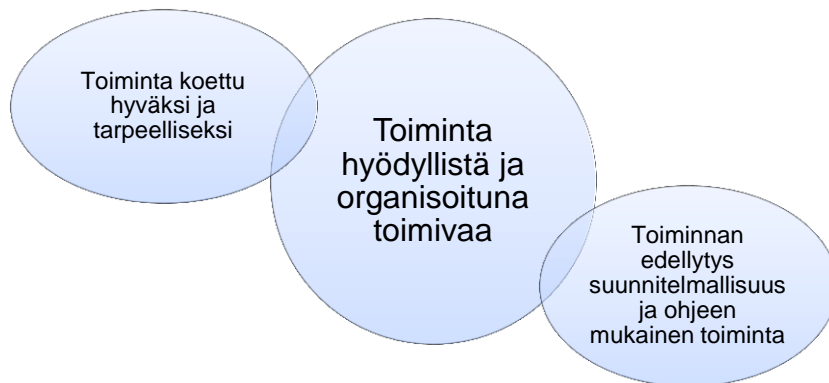
Aineistolähtöinen eli induktiivinen sisällönanalyysi on yleisesti hoitotieteessä käytetty menetelmä. Kyseisen menetelmän periaate on, että ilmaukset nousevat nimenomaan kerätystä aineistosta, jolloin aiemmilla tiedoilla, teorioilla ja havainnoilla ei ole vaikutusta analysointiin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 167.) Analyysiä ohjaa tutkimuksen tarkoitus ja kysymyksenasettelu niin, että tutkimuskysymyksiin saadaan vastaukset. Oleellista on siis analysoida aineistosta se tieto, mikä on tarpeellista tutkimuksen kannalta (Kylmä & Juvakka 2007, 113). Analysoinnissa on otettava huomioon, että aineistossa voi olla sekä selkeästi ilmaistua tietoa että piilossa olevia viestejä (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5).

Tutkimuksen aineisto analysoitiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin vaiheiden mukaan. Kyngäs ja Vanhanen (1999, 5-7) jakavat analyysiprosessin kolmeen vaiheeseen, joita ovat pelkistäminen, ryhmittely ja abstrahointi. Analysointi aloitettiin lukemalla aineisto useaan kertaan kokonaisuuden hahmottamiseksi. Aineistoon tutustumisen jälkeen analyysiä lähdettiin rakentamaan tutkimuskysymyksittäin niin, että aineistosta nousseet alkuperäisilmaisut vastasivat tutkimuskysymyksiin. Aineiston pelkistämässä ilmaisut pyrittiin esittämään alkuperäisilmaisuissa esiintyviä termejä käyttäen, koska sillä tavalla voitiin säilyttää olennainen sisältö. Pelkistetyt ilmaisut kerättiin listoiksi, jonka jälkeen siirryttiin ryhmittelyvaiheeseen. Tässä vaiheessa pelkistetyistä ilmaisuista etsittiin yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia. Keskenään samankaltaiset pelkistetyt ilmaisut yhdistettiin omiksi alakategorioiksi, joita syntyi yhteensä 28 kappaletta. Niille pyrittiin löytämään sisältöä mahdollisimman hyvin kuvaavat nimet. Analyysityö jatkui abstrahoinnilla, jolloin samansisältöiset alakategoriat yhdistettiin yläkategorioiksi. Niitä syntyi 12 kappaletta ja myös ne nimettiin. Yläkategorioiden pohjalta tehtiin edelleen tulkintaa ja näin edeten analyysiprosessi tuotti neljä yhdistävää kategoriata, kaksi molempien tutkimuskysymysten alle. Aineiston analyysiprosessi on kuvattu tämän työn liitteessä 5. Yläkategoriat ja yhdistävät kategoriat ovat näkyvillä raportin kuvioissa 1-4.

## 7 TUTKIMUSTULOKSET

### 7.1 Ensihoitajien käsityksiä defusing-toiminnasta

Tutkimukseen vastanneista ne, jotka olivat tutustuneet toimintaohjeeseen tai joilla oli omakohtaisia kokemuksia purkukeskusteluista, pitivät defusingia kokonaisuudessaan hyödyllisenä toimintana. Erään vastaajan mielestä ”*defusing-toiminta on hyvin lähtenyt toimimaan*” ja toisen mielestä ”*se oli hyvin järjestetty*”. Myös ne vastaajat, jotka eivät olleet tutustuneet toimintaohjeeseen, käsittelivät defusing-toimintaa hyötynäkökulmasta ja suhtautuivat siihen positiivisesti. Yleinen mielipide oli, että istunto tulee järjestää ”*aina, kun siihen koetaan tarvetta*”. Toiminnan tarpeellisuuden tunnistamisessa tulee vastaajien mukaan olla huolellinen ja istuntojen järjestäminen olla rutiininomaista toimintaa, jolloin siitä on etua koko työyhteisölle.



Kuvio 1. Ensihoitajien käsityksiä defusing-toiminnasta.

Tuloksista ilmeni, että parhaimman hyödyn takaamiseksi koko toiminta tulee olla suunnitelmallista ja perustua laadittuihin toimintaohjeisiin (Kuvio 1). Erään vastaajan mukaan ”*defusing tulisi järjestää rutiinisti, ei osallistuneiden henkilöiden sitä vaatiessa*”. Toisen vastaajan mielestä ”*ohjeeseen on koottu hyvin tilanteet, jolloin defusing on automaatio*”. Nykyisessä ohjeessa on varsin kattava luettelo tilanteista, jolloin istunto tulee järjestää. Siitä huolimatta toimintaa on ollut vähän, ja useissa vastauksissa korostui ehdotus, että ”*matalammalla kynnyksellä saisi toimintaa olla*” ja että ”*voitaisiin varmasti käyttää jatkossa enemmän*”.

Toiminnan kannalta oleellisena asiana ilmaistiin istunnon oikea ajoitus. Tätä kuvastaa hyvin erään ensihoitajan ilmaisu, jonka mukaan purkukeskustelun tulee olla *”keskeytymätön mahdollisuus varhain tehtävän jälkeen”*. Vaikka istunnon toteuttaminen vaatii työpaikalla järjestelyjä, *”kiire ei tulisi olla tekosyy defusingin pois jäämiselle”*. Käytännössä on tavanomaista, että tehtäviä tulee tauotta useita peräkkäin. Huomionarvoista on, että defusing on tarpeellista järjestää myös silloin, kun *”usea vakava tilanne jos on saman vuoron aikana”*. Laaditun toimintaohjeen mukaan toimiminen varmistaa, että koko prosessi on *”tavallinen työkalu”* ja luonteva osa ensihoitojärjestelmää. Toiminnan kannalta oleellista on tehdä *”selkeä päätös, että purku tehdään, oli halukkuutta tai ei”*, eikä sen tarpeellisuutta epäillä tai kyseenalaisteta.



Kuvio 2. Ensihoitajien käsityksiä defusing-toiminnasta.

Kyselyssä ilmeni, että defusing-istuntojen järjestäminen koettiin tarpeelliseksi aina, kun ensihoitotehtävän luonne aiheuttaa ensihoitajalle niin voimakkaita tunteita, että käsittelemättöminä ne voivat olla uhka hänen psyykkiselle hyvinvoinnille (Kuvio 2). Tällaisia tehtäviä havainnollistettiin yleisesti kaikkia tapauksia koskevin kuvailuin. Vaativat ja harvinaiset tilanteet sekä psyykkisesti kuormittavat tehtävät koettiin ensihoitajan tunnetilaan erityisen voimakkaasti vaikuttavina

tapahtumina. Vastajaat pitivät defusing-toimintaa tarpeellisena *”tilanteissa, joissa kohdataan odottamattomia ensihoitotilanteita, sellaisia jotka eivät ole jokapäiväisiä tai useasti toistuvia”, ”mahdollisesti traumatisoivien tai työkykyyn vaikuttavien tehtävien jälkeen”* sekä *”henkisesti kuormittavien tehtävien jälkeen”*. Lisäksi visuaalisesti koskettavat tilanteet, kuten *”vaikeasti silpoutuneet vainajat”*, koettiin ensihoitajan tunnetilaan erityisen voimakkaasti vaikuttavina tehtävinä.

Yleisten tehtäväkuvailujen lisäksi vastauksissa nousi esille myös selkeästi nimettyjä tilanteita, joiden jälkeen defusing-istunto nähtiin aiheelliseksi järjestää. Omana ryhmänään erottuivat tehtävät, joissa kohdattiin useita uhreja yhdellä kertaa. Näitä tehtäviä ensihoitajien mielestä olivat *”haastavat tilanteet, joissa on useampia kuolonuhreja tai vakavasti loukkaantuneita”, ”suuronnettomuudet”* eli *”surot”* ja *”monipotilastilanteet”* eli *”mopot”*. Suuronnettomuudella tarkoitetaan onnettomuutta, jonka hoitamiseen normaalit päivittäiset resurssit eivät riitä. Yleisen määritelmän mukaan suuronnettomuudesta puhutaan, kun potilasmäärä on vähintään 20. Erityistapauksissa, kuten harvaan asutuilla alueilla voimavarojen riittävyys ja potilastapausten vaikeusaste huomioiden, suuronnettomuudesta voidaan puhua jo 10–15 potilaan onnettomuuksissa. Päivittäinen monipotilastilanne on kysymyksessä, kun samassa tilanteessa potilaita on vähintään kolme. (Kuisma & Porthan 2013, 702, 720.)

Tutkimuksessa korostui tarve purkukeskustelulle tiettyjen uhriryhmien kohtaamisen jälkeen. Kokemus tunteista tiedostettiin olevan yksilöllistä, mutta selkeästi eniten tunteisiin vetoavia tilanteita olivat lasten ja nuorten kohtaaminen uhrina erityisesti, kun *”kyseessä on lapsen tai nuoren kuolemaan tai vakavaan loukkaantumiseen johtanut onnettomuus”, ”lapsen tai nuoren elvytys”, ”kriittisten lapsipotilastapausten jälkeen”* tai *”tilanne, jossa lapsi tai nuori menehtyy hoitoimenpiteistä huolimatta”*.

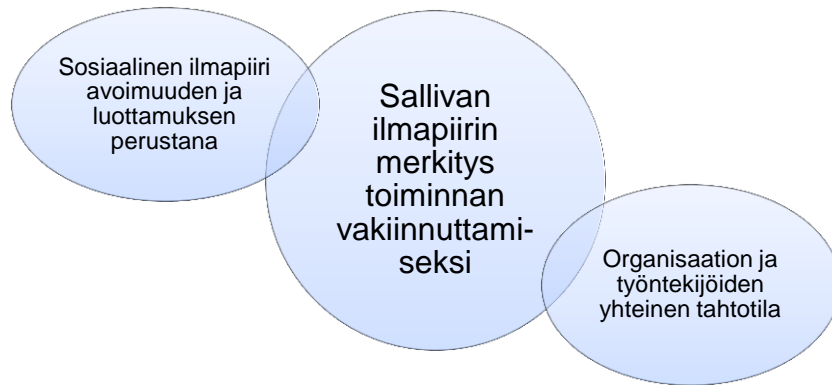
Toinen syvästi puhutteleva uhriryhmä olivat henkilökohtaisesti läheiset sekä työkaverit ja heihin kohdistuvat tilanteet, kuten *”tuttu ihminen kuolee tai sairastuu vakavasti ollessasi ensihoitotehtävällä”* sekä *”jos sairauskohtaus tai onnettomuus kohdistuu työkaveriin tai työyhteisöön”*. Näiden lisäksi myös ne ensihoitotehtävät, joiden aikana ensihoitohenkilöstöä loukkaantuu tai työyhteisöä kohtaa vaaratilanne, koettiin selkeästi tunnetilaan vaikuttavina tehtävinä. *”Tilanteissa missä ensihoitohenkilöstölle on aiheutunut vaaratilanne tai ensihoitohenkilös-*

*töä on loukkaantunut*” tai *”yllättävä suora henkilöstöön kohdistuva uhka tehtävällä”* koettiin tilanteina, joiden jälkeen istunnot nähtiin tarpeellisena järjestää.

Merkittävässä roolissa vastauksissa näyttäytyi yksilöllisyyden huomioiminen arvioitaessa istunnon tarpeellisuutta. Defusing nähtiin toimintana, jossa tulee huomioida jokainen työntekijä yksilönä ja istunto tulee järjestää *”kaikissa tilanteissa joissa joku työntekijöistä kokee sen tarpeelliseksi”*. Toiminnan luonteen mukaisesti istunnon pyytäjää tulee kunnioittaa, *”eikä pyytäjäästä tehdä numeroa...”*. Erityisesti vastauksissa korostui nuorten ja kokemattomien työntekijöiden huomioiminen niin, että purkukeskustelu toteutetaan *”varsinkin silloin, kun vuorossa on uusi työntekijä, joka ei ole sellaiseen tilanteeseen aikaisemmin joutunut, koska uuden voi olla vaikea pyytää defusing-istuntoa, jos kokeneemmat eivät tunne tarvetta sille”*. Myöskään epäonnistumisen tunne ei saa jäädä mieltä painamaan, vaan istunto järjestetään, jos *”jollakin jää tunne, että menikö kaikki niin kuin piti”* tai tilanteessa, missä *”kaikki ei ole mennyt ns. putkeen”*.

## 7.2 Ensihoitajien kehittämisehdotuksia defusing-toiminnalle

Defusing-toiminnan kehittämisen näkökulmasta vastaajat toivoivat toiminnan vakiinnuttamista luontevaksi tavaksi käsitellä traumaattisia tilanteita. Ehdotuksena oli, että defusing *”pitäisi saada tavalliseksi työkaluksi”* ja että toiminnan jalkauttamisen kannalta *”kynnystä defusing-istunnon järjestämiseen tulee mataltaa entisestään”*. Yksinkertainen ratkaisuehdotus saada toiminnasta rutiininomaista oli, että *”olis vaan istuntoja enempi”*. Toiminnan kehittämisen mahdollistajana nähtiin työpaikan salliva ilmapiiri, jossa merkitsevinä tekijöinä ovat keskinäinen avoimuus ja luottamus (Kuvio 3). Vastaajat esittivät, että yleensäkin vuorossa olevien *”pitäisi keskustella enemmän keikkojen jälkeen ja käydä asioita läpi”*, erityisesti tulisi *”keskustella tehtävien jälkeen tuntemuksista mitä kullekin herättää”*. Eräs vastaaja toivoi, että tarvetta purkukeskusteluun tulisi kartoittaa useammin, koska se *”muistuttaisi kuitenkin mahdollisuudesta ja loisisihan se sitä välittämisen ilmapiiriäkin...”*. Toisen mielestä *”myös työntekijöitä pitäisi rohkaista siihen, että ei ole heikkouden merkki, jos pyytää defusingia”*. Työpaikan sosiaalinen ilmapiiri tulee olla kunnossa, että toiminnan kehittäminen on mahdollista.



Kuvio 3. Ensihoitajien kehittämisehdotuksia defusing-toiminnalle.

Tutkimuksen vastauksissa korostui kenttäjohtajan roolin tärkeys defusing-toiminnan kehittämisen kannalta niin, että kenttäjohtajan tulisi olla valppaana huomioimaan ne tilanteet, missä purkukeskustelun järjestäminen on tarpeen. Kenttäjohtajilta toivottiin *”herkkyyttä kutsua istunnon pitäjää paikalle entistä herkemmin”*. Eräs vastaaja toi ilmi, että *”tällä hetkellä aika harvat muistavat kysyä tarvitsevatko purkua”*. Hän myös ehdotti, että *”kenttäjohtaja voisi tehtäviä seuraavissaan käyttää jotain tsek-listan tyyppistä, missä tarpeeksi paljon kyllä vastauksia aktivoisi hänet kysymään henkilöstöltä, josko tarvitsevat purkua?”*.

Vaikka kenttäjohtajan rooli korostuu purkukeskustelun aktivoinnissa, myös jokaisella ensihoitajalla nähtiin olevan tärkeä rooli asian suhteen. Vastaajien mukaan on *”jokaisella vastuu kertoa haluamallaan defusingista”*. Istunnon pyytämisen kynnyksen tuntuu ensihoitajilla olevan varsin korkealla leimautumisen pelossa. Yksi vastaaja esittikin, että *”jatkossa tulisi huolehtia, että pyyntö voidaan tehdä aina anonymisti”*. Ehdotus on huomion arvoinen, sillä purkukeskustelun pyytämisen helppouteen tulee kiinnittää huomiota. Vastuu defusing-toiminnan kehittamisestä nähtiin koko työyhteisön yhteisenä asiana.





Kuvio 4. Ensihoitajien kehittämis ehdotuksia defusing-toiminnalle.

Tutkimuksessa ilmeni, että defusing-toiminnan kehittämisessä pelkkä yhteinen tahtotila ei riitä, mikäli tietoisuus asiasta ei ole riittävää ja kaikkien tiedossa (Kuvio 4). Yksi vastaaja oli sitä mieltä, että *"asiasta voisi pitää enemmän meteliä, ei vielä kukaan kovin monet varmasti tiedä, että moista voidaan tehdä"*. Tätä väitettä tukee monet muut vastaukset, joissa toivottiin, että *"asiasta olisi varmaankin hyvä tiedottaa paremmin meidän työyhteisön sisällä"* ja että ehdottomasti pitäisi *"toimintaohje läpikäydä henkilöstölle"*. Tiedon jakaminen kaikille työyhteisössä on ehdoton edellytys koko toiminnalle ja sen onnistumiselle.

Pelkkä tietoisuus defusing-toiminnasta ei riitä, vaan sen toteuttamiseksi tarvitaan myös riittävät resurssit (Kuvio 4). Vastausten kehittämis ehdotuksissa nousi vahvasti esille istunnon vetäjien rooli. Erään vastaajan mukaan *"oma vetäjä olisi hyvä, niin turhilta selityksiltä vältyttäisiin"*. Sen lisäksi, että istunnon vetäjät tulevat omasta organisaatiosta, toivomus oli, että *"defusing-vetäjiä tulee olla jokaisessa työvuorossa"*. Se, että koulutettuja henkilöitä on omasta työyhteisöstä ja riittävästi, antaa hyvän pohjan toiminnalle. Yhden vastaajan mukaan tärkeää on kiinnittää huomiota myös siihen, että *"defusing-koulutettavat tulisi valita henkilökohtaisten ominaisuuksien perusteella"*. Vastaavasti toinen ensihoitaja oli sitä mieltä, että *"istuntojen vetäiksi nyt hyvä, tiivis ja pieni porukka"*. Istunnon vetäjän tulee olla itse halukas ja vapaaehtoinen toimimaan tehtävässä sekä sitoutua toimintaan.

Se, että istunnon vetäjiä on riittävästi, ei riitä, vaan vastauksissa korostettiin osaamisen kehittämistä. Erittäin tärkeää on, että *”kunnollinen koulutus defusing-vetäjille”* on järjestetty, koska istunnon vetäjien taito koetaan toiminnan onnistumisen kannalta oleellisena asiana. Defusing-istunnon vetäjällä tulee olla *”tieto mitä asioita ja kuinka laajasti defusingissa käsitellään”*. Vetäjille toivottiin koulutuksen lisäksi riittävästi kokemusta istuntojen pitämisestä. Tämä tukee heidän kehittymistään työssä. Ehdotuksena oli, että *”jatkossa herkemmin istunto koolle, saadaan kokemuksia istuntojen pitämisestä”*. Perinteisen koulutuksen ja käytännön kokemuksen lisäksi eräässä vastauksessa ehdotettiin, että *”voisi vaikka tehdä simulaatioharjoituksen istunnon etenemisestä”*. Osaamisen kehittämisessä tulee olla avarakatseinen ja huolehtia säännöllisestä koulutuksesta ja kokemusten jakamisesta.

## 8 POHDINTA

### 8.1 Keskeisten tulosten tarkastelua

Tämän tutkimuksen tulokset mukailevat aiemmin tehtyjen tutkimusten tuloksia akuutin kriisityön vaikuttavuudesta pelastus- ja ensihoitohenkilöstölle. Tulosten mukaan defusing-toiminnan järjestäminen on perusteltua. Tutkimuksissa on todettu, että traumaattisten tapahtumien jälkeen auttajien varhainen huomioiminen edesauttaa heidän toipumistaan tapahtumista. (Arendt & Elklit 2001, 430; Lahti ym. 2005, 2459.) Mahdollisuus puhua ja jakaa kokemukset yhdessä muiden tilanteeseen osallistuneiden kesken helpottaa tilanteen käsittelyä ja toipumista sekä paluuta työhön (Pohjolan-Pirhonen 2007a, 144). Niin sanotut käytäväkeskustelut eivät sovellu kokemusten jakamiselle, vaan sitä varten tulee olla järjestetyt puitteet.

Kuten Jonssonin ja Segestenin (2003, 151) tutkimuksessa, myös tässä tutkimuksessa ilmeni, että ensihoitajien käsitykset defusing-toiminnasta olivat yleisesti myönteisiä ja toimintaa pidettiin tarpeellisena. Ne vastaajat, jotka olivat tutustuneet Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin ensihoidossa käytössä olevaan defusing-toimintaohjeeseen tai olivat osallistuneet purkukeskusteluun, pitivät toimintaa hyvin järjestettynä. Vaikka kaikkiaan yli puolet vastaajista joko eivät olleet lainkaan tietoisia työpaikallaan käytössä olevasta defusing-toimintaohjeesta tai eivät olleet tutustuneet siihen, myös heidän käsitykset defusing-toiminnasta olivat samankaltaisia jo olemassa olevan toimintaohjeen sisällön kanssa. Kielteistä suhtautumista defusing-toimintaa kohtaan tai defusing-toiminnan näkemistä tarpeettomana vastauksista ei tullut esiin.

Vastausten mukaan ensihoitajien käsitys defusing-toiminnasta on, että istuntojen järjestämisen tulee olla toimintaohjeen mukaista ja rutiininomaista toimintaa. Purkukeskustelun tulee olla luonteva jatkumo ennalta sovittujen tehtävien jälkeen. Samoin kuin Mitchellin ja Brayn (1990, 142) suositus toiminnan ajoittamisesta varhaiseen vaiheeseen heti tehtävän jälkeen on, myös tässä tutkimuksessa ajoituksella nähtiin olevan merkitystä suhteessa purkukeskustelusta saatavaan hyötyyn. Vastauksissa ilmeni, että työpaikan ilmapiiri tulee olla salliva ja rohkaiseva, jolloin purkukeskustelujen järjestäminen on mahdollista niin sanotun matalan kynnyksen periaatteella. Kuten muissa tutkimuksissa (Suresud 2001, 56; Jonsson & Segesten 2003, 151; Van der Ploeg & Kleber 2003, 144), myös

tässä työntekijöiden saama sosiaalinen tuki todettiin olevan ratkaisevassa asemassa heidän selviämiseksi traumaattisesta tapahtumasta. Ensihoitajat kokivat tärkeänä, että työnantaja tukee työntekijöitään järjestämällä mahdollisuuden yhteiseen tilanteen läpi käymiseen heti tehtävän jälkeen. Tämän tutkimuksen vastauksissa korostui vuoron esimiehenä toimivan kenttäjohtajan rooli huomioida ne tilanteet, jolloin defusing tulisi aktivoida. Huomio tulisi kohdistaa erityisesti uusiin ja kokemattomiin työntekijöihin ja heidän reaktioihin tilanteen jälkeen. Mikäli yksikin ensihoitaja ilmoittaa tarpeesta järjestää purkukeskustelu, se myös tulee järjestää kyseenalaistamatta tarvetta.

Vastaajien käsityksen mukaan defusing-istunto on toimintaa, jota tulee järjestää aina, kun ensihoitotehtävän luonne aiheuttaa ensihoitajalle psyykkisen hyvinvoinnin uhkan. Tällaisia ensihoitajan tunnetilaan voimakkaasti vaikuttavia tehtäviä ilmeni useita. Yleisesti tilanteita kuvailtiin traumaattisina sekä henkisesti kuormittavina ja koskettavina tehtävinä. Tehtävistä suuronnettomuudet ja monipotilastilanteet kuvailtiin sellaisiksi, joiden jälkeen jälkipurku on tarpeen. Tällaiset tilanteet on todettu aiheuttavan ensihoitajille erityisen suurta kuormitusta tehtävien erityispiirteiden vuoksi. Tehtävät ovat odottamattomia ja harvinaisia sekä aiheuttavat pitkittyneitä stressitilanteita työntekijöille. (Jonsson & Segesten 2003, 146; Teperi 2013, 751, 762.)

Suurimpana tunteisiin voimakkaasti vaikuttavana potilasryhmänä vastaajat nostivat esille lapset ja nuoret. Tulos ei poikkea aiemmin tehdyistä tutkimuksista, sillä lasten ja nuorten ensihoitotilanteet koetaan yleisesti koskettavina ja voimavaroja runsaasti vaativina tehtävinä (Alexander & Klein 2001, 80; Saari 2001, 277). Erityisen raskaita ovat tilanteet, joissa lapsi tai nuori on vaikeasti vammautunut tai kuollut. Tyypillistä on, että lasten ja nuorten ensihoitotilanteissa ensihoitaja samaistuu herkästi tilanteeseen vanhempana ja vertaisena, jolloin kokemus on erityisen koskettava (Jonsson & Segesten 2003, 147; Van der Ploeg & Kleber 2003, i42).

Toisena merkittävästi tunteisiin syvästi vaikuttavana uhriryhmänä vastaajat toivat esille työkaverit tai muuten läheiset henkilöt. Vaikeina ja odottamattomina tilanteina koettiin niin ikään ensihoitohenkilöstöön kohdistunut uhka tai työntekijän loukkaantuminen tehtävällä. Myös muissa tutkimuksissa on päästy samantyyppisiin tuloksiin (Alexander & Klein 2001, 80; Jonsson, Segesten & Mattsson

2003, 81; Nurmi 2006, 169–170). Tehtävän jälkeinen riittämättömyyden tai epäonnistumisen tunne ovat ensihoitajien normaaleja reaktioita erityisesti silloin, kun tehtävän luonne on ollut normaalista päivittäistehtävästä poikkeava (Saari 2001, 277; Jonsson & Segesten 2003, 146–147). Tällaiset tunteet nähtiin myös tässä tutkimuksessa niin voimakkaina, että ne on syytä käsitellä purkukeskustelun avulla.

Tässä kyselyssä sekä ensihoitajien käsityksistä että kehittämis ehdotuksista nousseet osa-alueet olivat osittain päällekkäisiä. Myös defusing-toiminnan kehittämisen kannalta vastauksissa oleellisina seikkoina nousi esille asioita, jotka tukisivat toimintaohjeen mukaista ja rutiininomaista toimintaa. Oleellista on, että jokainen työyhteisön jäsen on tietoinen defusing-toiminnasta ja sen järjestämisen mahdollisuudesta työpaikalla. Tutkimuksen mukaan läheskään kaikki ensihoitajat eivät ole tietoisia defusing-toiminnasta. Toiminnan kannalta oleellista on tiedottaa kaikkia työyhteisön jäseniä defusing-toiminnasta ja sen periaatteista. Toimintaohje tulee käydä henkilöstön kanssa yhdessä läpi ja siinä tulee olla selkeästi määriteltynä ne tilanteet, milloin defusing-istunto järjestetään. Myös purkukeskustelujen järjestäminen matalammalla kynnyksellä lisäisi ensihoitajien tietoisuutta toiminnasta.

Osaamisen kehittäminen nähtiin tärkeänä tekijänä defusing-toiminnan kehittymiselle. Toiminnan kannalta tärkeänä asiana tuotiin esille nimenomaan istuntojen vetäjien osaaminen. Nurmen (2006, 173) mukaan purkukeskustelun vetäjinä tulee toimia vetäjäkoulutuksen saaneet henkilöt, ja myös tämän tutkimuksen tulokset kertoivat samaa. Vastauksissa korostui, että istuntojen vetäjille tulee järjestää riittävästi koulutusta. Myös istuntojen järjestäminen matalalla kynnyksellä toisi lisää kokemusta ja sitä kautta osaamista istuntojen vetäjille. Defusing-toiminnan onnistumisen suhteen istuntojen vetäjien henkilökohtaisilla ominaisuuksilla nähtiin olevan merkitystä, samoin kuin sillä, että heitä on aina saatavilla. Osaamisen kehittämiseksi esitettiin myös simulaatioharjoittelua istunnon etenemisestä.

Tutkimuksessa ilmeni, että kenttäjohtajien aktiivisuudella huomioida jälkipurun tarve, on merkittävä vaikutus toiminnan käynnistymiseksi. Kenttäjohtajien toiminnan tueksi esitettiin esimerkiksi tarkistuslistaa, mikä aktivoisi hänet arvioimaan tai kysymään henkilöstön mielipidettä defusing-istunnon tarpeesta. Mikäli

defusing-istunto aktivoituu henkilöstön pyynnöstä, huomio ei saisi missään tapauksessa kiinnittyä siihen, kuka purkukeskustelua on pyytänyt. Saaren (2001, 279) mukaan avun pyytämisen vaikeus liittyy usein leimautumisen pelkoon siitä, että on alalle sopimatonta ja heikko. Tämä johtaa usein siihen, että henkilö hakeutuu mieluummin hakemaan apua ja sairauslomaa työterveyshuollon kautta. Leimautumisen estämiseksi ehdotettiin, että pyyntö purkukeskustelun järjestämiseksi tulisi olla mahdollista tehdä anonyymisti.

Huolimatta siitä, että yli puolet tähän tutkimukseen vastanneista ensihoitajista eivät tunteneet työpaikallaan olevan defusing-toimintaohjeen sisältöä, heidän käsitykset defusing-toiminnasta olivat myönteisiä ja toiminnan järjestämistä tukevia mielipiteitä. Myös kehittämissuositukset olivat toimintaa edistäviä ja yhteisen hyödyn lisäämisen näkökulmasta pohdittuja. Osa vastaajista jätti esittämättä minkäänlaisia kehittämissuosituksia defusing-toiminnalle. Heidän osaltaan jää mietittäväksi, oliko mielipiteettömyyteen syynä esimerkiksi tiedon puute vai jopa kielteinen suhtautuminen asiaan. Samaa voidaan pohtia myös niiden kyselyn saaneiden osalta, jotka eivät vastanneet siihen laisinkaan.

## 8.2 Eettisyyden ja luotettavuuden tarkastelua

Tutkimustyöhön liittyy eettisyyden ja luotettavuuden arviointi työn kaikissa vaiheissa. Tutkimuksen tekemisessä tulee toteuttaa hyvää tieteellistä käytäntöä, jotta tutkimus on luotettava ja eettisesti asianmukainen. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.) Tutkijan eettinen sitoutuneisuus työssään lisää tutkimuksen luotettavuutta sekä laatua (Tuomi & Sarajärvi 2009, 127). Kuulan (2011, 23) mukaan tutkimuseettiikka on tutkijan ammattietiikkaa, johon sisältyy eettiset periaatteet, normit, arvot ja hyveet. Pietarinen (1999, 6-12) on esittänyt kahdeksan eettistä vaatimusta, joita tutkijan tulee kunnioittaa. Näitä ovat tutkijan kiinnostus aiheeseen, tunnollisuus, rehellisyys, vaarasta pidättäytyminen, ihmisarvon kunnioittaminen, sosiaalisen vastuun kanto, ammatinharjoituksen edistäminen ja kollegiaalinen arvostus. Näitä tutkimuseettisiä periaatteita ja vaatimuksia olen pyrkinyt noudattamaan kaikissa tämän työn vaiheissa.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden tarkastelu on monivaihteista ja siitä on olemassa erilaisia käsityksiä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 134). Tuomen ja Sarajärven (2009, 140) mukaan laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida tarkastelemalla tutkimuksen kohdetta eli ilmiötä ja tarkoitusta. Tämän tut-

kimuksen ilmiö tutkimuskohteena on noussut työelämän tarpeesta ja on siksi merkityksellinen. Tässä työssä olen edennyt ilmiön tarkastelussa tutkimuskysymysten ja tavoitteiden ohjaamana. Myös henkilökohtainen mielenkiinto aiheeseen ja sen kokeminen tärkeänä tuovat lisäarvoa tarkasteltaessa työn luotettavuutta.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan käsitellä uskottavuuden, vahvistettavuuden, refleksiivisyyden ja siirrettävyyden kriteereiden avulla. Uskottavuudella tarkoitetaan sitä, että tutkimustulokset kuvaavat tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden käsityksiä tutkittavasta ilmiöstä. Uskottavuutta lisää, että tutkijalla on ollut riittävästi aikaa toteuttaa tutkimus, jolloin hänellä on kasvanut ymmärrys tutkittavasta ilmiöstä sekä tutkimukseen osallistuvien henkilöiden näkökulmasta. (Kylmä & Juvakka 2007, 127–128.) Tässä työssä tutkijan henkilökohtainen asema työntekijänä samassa työyhteisössä tiedonantajien kanssa ja toimiminen istuntojen vetäjänä on auttanut tutkitun ilmiön ja tiedonantajien näkökulman ymmärtämisessä. Sillä ymmärryksellä tutkimustulokset on pyritty kuvaamaan aineistoon perustuen ja totuudenmukaisesti niin, että omat käsitykset ja mielipiteet eivät ole vaikuttaneet tulkintaan.

Tutkimuksen vahvistettavuus voidaan osoittaa kirjaamalla tutkimusprosessi mahdollisimman selkeästi, että lukija voi seurata sen kulun ja siitä seuranneet päätelmät. Laadullisen tutkimuksen haaste on, että eri tutkijat voivat päästä erilaiseen lopputulokseen samasta aineistosta. Tämä ei silti tarkoita ongelmaa luotettavuudessa, päinvastoin eri tulkinnat voivat lisätä kokonaisvaltaista ymmärrystä ilmiöstä. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Tämä tutkimusprosessi on kuvattu yleisten ohjeiden mukaisesti ja tutkimuksen kulkua voi raportoinnin lisäksi seurata kuvioista ja liitteistä.

Työn luotettavuus edellyttää myös reflektiivisyyttä eli tutkijan tulee tiedostaa omat lähtökohdat suhteessa tutkimukseen ja sen tekemiseen (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Oman roolin tarkastelun merkitys korostuu työssä, missä toimeksiantaja on myös oma työnantaja. Olen kiinnittänyt erityistä huomiota objektiivisuuteen ja näin pyrkinyt pysymään ulkopuolisen tutkijan roolissa kaikissa työn vaiheissa. Siirrettävyydellä puolestaan tarkoitetaan saatujen tulosten siirrettävyyttä muihin vastaavanlaisiin tilanteisiin (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Tässä

työssä siirrettävyys on osoitettavissa riittävän laajalla kuvailulla tutkimusympäristöstä ja tutkimukseen osallistujista sekä tutkimuksen tuloksista.

Työn luotettavuuden lisäämiseksi olen tutustunut tutkimusaihetta käsittelevään kirjallisuuteen avarakatseisesti, mutta kriittisesti koko työskentelyn ajan Hirsjärven ym. (2013, 113–114) ohjeistaman lähdekritiikin tavoin. Tiedonhaussa olen kiinnittänyt huomiota lähteiden tuoreuteen ja alkuperään, mutta haasteena on ollut uuden tutkimustiedon löytyminen aiheesta. Kansainvälisen aineiston käytöllä olen pyrkinyt avarakatseiseen ja kokonaisvaltaiseen ilmiön tarkasteluun. Lähteiden käytössä olen kunnioittanut kirjoittajien arvovaltaa ja tunnettavuutta. Eettisiä periaatteita kunnioittaen olen pyrkinyt läpi työn tarkkuuteen lähdemerkinnöissä. Näin toimien olen osoittanut muille tutkijoille tunnustusta ja erottanut omat tulkintani heidän aineistoista (Hirsjärvi ym. 2013, 349).

Työskentely on tapahtunut eettisiä periaatteita noudattaen. Ensin allekirjoitettiin opinnäytetyön toimeksiantositoumus (Liite 1) ensihoitopäällikön kanssa. Tämän jälkeen laadin tutkimussuunnitelman, jossa toin esille myös aineiston keruuta koskevat suunnitelmat ja muut eettiset ratkaisut. Tutkimussuunnitelman liitin opinnäytetyön tutkimuslupahakemukseen ja lähetin ylihoitajalle. Tutkimusluvan (Liite 2) saatuani aloitin varsinaisen aineiston keruun.

Aineiston keruussa oikeudenmukaisuuden periaatteen toteuttamiseksi ja luotettavuuden lisäämiseksi valitsin tiedonantajiksi kaikki Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin ensihoidossa työskentelevät ensihoitajat, koska vain heillä voi olla tieto tutkittavasta ilmiöstä. Jokainen sai mahdollisuuden kertoa omat käsityksensä vastaamalla lomakekyselyyn. Toisaalta jokainen sai myös valita, osallistuuko tutkimukseen lainkaan. Eettisiä periaatteita noudattaen saatekirjeessä kerroin tiedonantajille selvästi, mitä olen tutkimassa. Vastaamalla kyselyyn tiedonantajat antoivat samalla vapaaehtoisen suostumuksen tutkimukseen osallistumisestaan (Kuula 2011, 117). Lomakekysely toteutettiin sähköisesti Google Forms -palvelun avulla. Vastaajien henkilöllisyyttä ei ole voinut tunnistaa ja aineisto on ollut vain itselläni hallussa eikä muiden ole ollut mahdollisuutta päästä näkemään sitä. Tutkimuksen valmistuttua aineisto on myös hävitetty asian vaatimalla tavalla.



Aineiston analysoinnissa ja tulkinnoissa olen pyrkinyt objektiivisuuteen, mutta sitä voi horjuttaa henkilökohtainen asema suhteessa tutkittuun aiheeseen. Analysointityössä olen edennyt vaiheittain Kynkään ja Vanhasen (1999, 5-7) esittämän induktiivisen sisällönanalyysin vaiheiden mukaan. Tuomen ja Sarajärven (2009, 159) mukaan työn luotettavuutta lisää analyysin yksityiskohtainen kuvaus. Tämän tutkimuksen aineiston analyysiprosessin vaiheet ovat nähtävänä liitteessä 5, josta lukijan on mahdollista seurata yksityiskohtaisesti analysoinnin eteneminen.

Tulosten raportointi on tutkijan eettinen velvoite (Kylmä & Juvakka 2007, 154). Tulokset on esitetty omana kokonaisuutena ja niiden yhteydessä aineistosta on tuotu esiin alkuperäisilmaisuja lisäämään tutkimuksen luotettavuutta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198). Tulosten raportoinnissa olen pyrkinyt pysymään tutkijan roolissa avoimuuden, totuudenmukaisuuden ja riippumattomuuden periaatteita noudattaen. Huolimatta siitä, että työn toimeksiantaja on oma työnantaja, se ei ole vaikuttanut päätelmiin tai kehittämisehdotuksiin millään tavalla. Koko työskentelyn ajan olen ollut tietoinen omasta roolistani ja vastuusta itselleni, työn toimeksiantajalle sekä lukijoille.

### 8.3 Oman osaamisen kehittyminen

Tämä opinnäytetyö on ollut henkilökohtaisesti monessakin suhteessa merkittävä oman oppimisen ja kehittymisen kannalta. Koko prosessiin aihepaperista valmiiseen työhön sisältyy niin ylä- kuin alamäkiä. Tämä on ensimmäinen lopputyö, minkä olen tehnyt yksin. Voin siis olla ylpeä, että olen pystynyt itsenäiseen työskentelyyn työn eri vaiheissa ja saanut työn valmiiksi. Ilman suunnitelmallisuutta ja vastuuta työn valmistumisesta se ei olisi onnistunut.

Sähköistyminen on tuonut uusia ulottuvuuksia kaikkeen tekemiseen. Tiedonhaku se on osaltaan helpottanut, mutta toisaalta tiedon runsas saatavuus on tuonut työskentelyyn lisää haastetta. Olen oppinut tarkoituksenmukaiseen tiedonhakuun sekä kotimaisten että kansainvälisten tietolähteiden osalta lähdekriittisyyttä unohtamatta. Työskentely on lisännyt valmiuksia yleensäkin hakea tutkimustietoa ja yhdistää sitä käytäntöön. Työtä kirjoittaessa myös tekstin tuottamisen ja kirjoittamisen taito on kasvanut. Oman kokemustiedon ja asiantuntijuuden esille tuominen ja sen liittäminen kirjalliseen kokonaisuuteen on ollut vaativaa, ja sitä taitoa tulee vielä kehittää. Suurimmat haasteet tässä prosessissa

olen kokenut aineiston analysointivaiheessa. Sisällönanalyysi menetelmänä ei ole ollut helppo, mutta tämän työn jälkeen voin sanoa, että jotain olen siitä oppinut.

Opinnäytetyöni aihe on ollut mielenkiintoinen ja työelämälähtöinen. Koen, että työstäni on ollut ja tulee olemaan monenlaista hyötyä sekä työyhteisölle että itselleni. Tulen esittelemään työni tulokset ja kehittämissuositukset työpaikalla ja uskon ainakin osan ehdotuksista toteutuvan. Oma tieto defusing-toiminnasta ja yleensä koko psykososiaalisen tuen ja palvelujen kokonaisuudesta on lisääntynyt huomattavasti. Laaja asioiden käsittely on antanut uutta näkökulmaa defusing-toiminnalle ja sen kehittämiselle. Koen, että oma varmuus toimia istuntojen vetäjänä on myös kasvanut. Karttunutta tietoa voin hyödyntää myös omassa työssäni ensihoidossa, missä työlle luonteenomaista on kohdata traumaattisen tapahtuman uhreja. Tulevaisuutta ajatellen tämä työskentely on antanut minulle hyvät valmiudet toimia asiantuntija- tai esimiestehtävissä terveyden ja hyvinvoinnin edistäjänä.

#### 8.4 Päätelemät ja ehdotukset defusing-toiminnan kehittämiseksi

Tämän tutkimuksen mukaan defusing on todettu olevan tarpeellista ja hyödyllistä toimintaa. On hyvä asia, että se on otettu käyttöön Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiriin ensihoidossa. Voimassa olevaa defusing-toimintaohjetta voidaan tarkastella tämän tutkimuksen tulosten valossa. Tulosten perusteella nykyisessä ohjeessa on kattavasti lueteltu ne tehtävät, joiden jälkeen defusing-istunto tulee järjestää. Huomiota tulee kiinnittää koulutuksen saaneiden istuntojen vetäjien säännöllisiin kokoontumisiin, koska ne eivät ole toteutuneet suunnitellun mukaisesti.

Tutkimustulosten perusteella esitän seuraavat ehdotukset defusing-toiminnan kehittämiseksi:

- Työntekijöille tulee jakaa riittävästi tietoa defusing-toiminnasta ja sen käytön mahdollisuudesta.
- Defusing-toiminta tulee aktivoida matalan kynnyksen periaatteella.
- Alkuvaiheessa istuntoa ohjaamaan tulee kutsua kaksi vetäjää. Tällä varmistetaan kokemuksen karttuminen.

- Istuntojen vetäjille tulee järjestää säännölliset kokoontumiset. Näissä tulee käydä läpi kokemukset istunnoista ja tarkastaa toimintaohje. Samalla tulee varmistaa koulutettujen henkilöiden riittävyys työvuorot ja asemapaikat huomioiden.
- Istuntojen vetäjille tulee huolehtia riittävästi koulutusta.
- Tulee pyrkiä luomaan järjestelmä, jonka avulla ensihoitaja voi pyytää defusing-istunnon järjestämistä anonyymisti.
- Esimiesasemassa oleville henkilöille tulee huolehtia ajantasaisesta psykososiaaliseen kuormitukseen liittyvistä työsuojelun vastuu- ja valvontasioiden koulutuksesta.
- Kenttäjohtajille tulee laatia muistikortti tehtävien seurannan yhteyteen päätöksen tueksi kysyä purkukeskustelun tarvetta henkilöstöltä.
- Istunnosta tulee pyrkiä laatimaan simulaatiokoulutus.

Tätä työtä tehdessä on herännyt uusia kysymyksiä ja pohdinnan aiheita. Tiedonhankinnan kulmakivenä koin, että defusing-menetelmään kohdistuvaa tutkimustietoa on erittäin vähän. Sen vuoksi tässä työssä tiedon lähteinä on käytetty paljon debriefing-menetelmää käsittelevää aineistoa. Sen käyttö on sinällään perusteltua, koska defusing on kehitetty debriefingin pohjalta. Molemmat ovat kuitenkin selvästi eri menetelmiä, joten olisi suotavaa saada lisää tutkimustietoa pelkästään defusing-menetelmästä ja sen mahdollisista eri käyttötavoista.

Olisi mielenkiintoista tehdä myöhemmin uusi tutkimus defusing-toiminnasta nimenomaan tässä työyhteisössä. Siinä tutkimuksen keskiöön nousisi kysymys tämän tutkimuksen vaikuttavuudesta toiminnan kehittymisen näkökulmasta. Sen lisäksi olisi tarpeen selvittää toiminnan vahvuuksia ja heikkouksia sekä toteutuuko defusingin jälkeinen seuranta ja mahdollinen jatkohoito, ja jos toteutuu, niin millä tavalla.

## LÄHTEET

- Ahola, K. 2006. Psykkisen ja sosiaalisen työkuormituksen arviointi. Teoksessa (toim.) K. Ahola, S. Kivistö & M. Vartio. Työterveyspsykologia. Helsinki: Työterveyslaitos. 123–126.
- Alexander, D.A. & Klein, S. 2001. Ambulance personnel and critical incidents. *British Journal of psychiatry* 178, 76–81.
- Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon 2006. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopinnot. Opetusministeriö. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24.
- Arendt, M. & Elklit, A. 2001. Effectiveness of psychological debriefing. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 104, 423-437.
- Bakker, A.B. & Demerouti, E. 2007. The Job Demands-Resources model: state of the art. *Journal of Managerial Psychology* 22, 309–328.
- Bennett, P., Williams, Y., Page, N., Hood, K. & Woollard, M. 2004. Levels of mental health problems among UK emergency ambulance workers. *Emergency Medical Journal* 21, 235–236.
- Berger, W., Coutinho, E.S., Figueira, I., Marques-Portella, C., Luz, M.P., Neylan, T.C., Marmar, C.R. & Mendlowicz, M.V. 2012. Rescuers at risk: a systematic review and meta-regression analysis of the worldwide current prevalence and correlates of PTSD in rescue workers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 47, 1001–1011.
- Bisson, J.I. 2007. Post-traumatic stress disorder. *British Medical Journal* 334, 789–793.
- Cantell-Forsbom, A. 2015. Toimintamalli psykososiaalisen tuen organisoimisessa. Teoksessa M. Castren, S. Ekman, R. Ruuska & T. Silfvast (toim.) Suuronnettomuusopas. 3. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim. 242–243.
- Cullberg, J. 1991. Tasapainon järkkyyssä. Suom. M. Rutanen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Otava.
- Department of State Health Services 2013. What is Critical Incident Stress Management (CISM)? Texas, USA. Viitattu 20.1.2016.  
<https://www.dshs.state.tx.us/mhsa-disaster/cism/primer/>
- Dyregrov, A. 1994. Katastrofipsykologian perusteet. Suom. T. Teva. Tampere: Vastapaino.
- Ensihoitopalvelun palvelutasopäätös 2012. Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Viitattu 27.3.2015.  
[http://www.lpshp.fi/media/files/ensihoito/palvelutasopaatos\\_lpshp.pdf](http://www.lpshp.fi/media/files/ensihoito/palvelutasopaatos_lpshp.pdf)
- Eurofound and EU-OSHA 2014. Psychosocial risks in Europe. Prevalence and strategies for prevention. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

- Everly Jr., G.S., Flannery Jr., R.B. & Mitchell, J.T. 2000. Critical incident stress management (Cism): A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior* 5 (1), 23–40.
- Forbes, D., Creamer, M., Phelps, A., Bryant, R., McFarlane, A., Devilly, G.J., Matthews, L., Raphael, B., Doran, C., Merlin, T. & Newton, S. 2007. Australian guidelines for the treatment of adults with acute stress disorder and post-traumatic stress disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 41, 637–648.
- Halpern, J., Maunder, R.G., Schwartz, B. & Gurevich, M. 2012. The critical incident inventory: characteristics of incidents which affect emergency medical technicians and paramedics. *BMC Emergency Medicine* 12, 1–10.
- Hammarlund, C.-O. 2010. Kriisikeskustelu. Kriisituki, jälkipuinti, stressin ja konfliktien käsittely. 2. päivitetty laitos. Alkuteoksesta suom. R. Toivanen, 2. laitoksen päivitykset suom. N. Sironen. Helsinki: Tietosanoma.
- Heiskanen, T., Salonen, K. & Sassi, P. 2010. Mielenterveyden ensiapukirja. 3. korjattu painos. Helsinki: SMS-Tuotanto Oy.
- Henriksson, M. & Laukkala, T. 2010. Traumaattisten tilanteiden jälkeinen psykososiaalinen tuki on moniammatillista yhteistyötä. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 126, 2643–2644.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2013. Tutki ja kirjoita. 18. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Hynninen, T. 2009. Psykososiaalisen tuen ja palveluiden nykytilanne Suomessa. Teoksessa A. Leppävuori, S. Paimio, T. Avikainen, T. Nordman, K. Puustinen & M. Riska (toim.) Suuronnettomuustilanteiden kriisityö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. 15–24.
- Hynninen, T. 2010. Millaista arviointitietoa suomalaisen kriisityön käytännön toimivuudesta, vaikutuksista ja vaikuttavuudesta on koottu? *Psykologia* 45 (1), 69–80.
- Hynninen, T. & Upanne, M. 2006. Akuutti kriisityö kunnissa. Nykytila ja kehittämishaasteet. Stakesin raportteja 2/2006.
- ICD-10-tautiluokitus 2016. F43.1 Traumaperäinen stressihäiriö. Terveysportti. Viitattu 11.1.2016.  
<http://ez.lapinamk.fi:2052/terveysportti/icd10.koti?hakusana=F43.1>
- Iranmanesh, S., Tirgari, B. & Bardsiri, H.S. 2013. Post-traumatic stress disorder among paramedic and hospital emergency personnel in south-east Iran. *World Journal of Emergency Medicine*, 4 (1), 26–31.
- Ireland, S., Gilchrist, J. & Maconochie, I. 2008. Debriefing after failed resuscitation: a survey of current UK practice. *Emergency Medicine Journal* 25, 328–330.

- Johnson, S., Cooper, C., Cartwright, S., Donald, I., Taylor, P. & Millet, C. 2005. The experience of work-related stress across occupations. *Journal of Managerial Psychology* 20, 178–187.
- Jonsson, A. & Segesten, K. 2003. The meaning of traumatic events as described by nurses in ambulance service. *Accident and Emergency Nursing* 11, 141–152.
- Jonsson, A. & Segesten, K. 2004. Guilt, shame and need for a container: a study of post-traumatic stress among ambulance personnel. *Accident and Emergency Nursing* 12, 215–223.
- Jonsson, A., Segesten, K. & Mattsson, B 2003. Post-traumatic stress among Swedish ambulance personnel. *Emergency Medicine Journal* 20, 79–84.
- Järvinen, P. 2008. *Menestyvän työyhteisön pelisäännöt*. Helsinki: WSOYpro.
- Kananen, J. 2013. *Case-tutkimus opinnäytetyönä*. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 143. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kanel, K. 2007. *A guide to crisis intervention*. Third edition. California State University Fullerton.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. *Tutkimus hoitotieteessä*. 3., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kaplan, Z., Iancu, I. & Bodner, E. 2001. A Review of Psychological Debriefing After Extreme Stress. *Psychiatric Services* 52, 824–827.
- Kowal, C. 2012. A case study of the effect of organizational peer defusing among critical care nurses. *Critical Care Medicine*. Congress Abstracts 40 (12), 739.
- Kuisma, M. & Porthan, K. 2013. *Suuronnettomuus*. Teoksessa M. Kuisma, P. Holmström, J. Nurmi, K. Porthan & T. Taskinen (toim.) *Ensihoito*. 3., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy. 702–721.
- Kuula, A. 2011. *Tutkimusetiikka*. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Toinen, uudistettu painos. Tampere: Vastapaino.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. *Laadullinen terveystutkimus*. 1. painos. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11 (1), 3–12.
- Lahti, P., Saaristo, L., Laitinen, R., Rinne, R., Saari, S. & Saarinen, P. 2005. Näkökulma traumaattisten kriisien jälkeiseen hoitoon. *Duodecim* 121, 2458–2460.
- Laine, P. 2013. Työhyvinvoinnin kehittäminen. Hyvän kehittämisen reunaehdoja tutkimassa. Turun yliopisto. *Annales Universitatis Turkuensis C* 372.
- Laine, T. 2015. Miten kokemusta voidaan tutkia? Fenomenologinen näkökulma. Teoksessa (toim.) R. Valli & J. Aaltola *Ikkunoita tutkimusmetodeihin II*. Näkö-

- kulmia aloittelevalla tutkijalla tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. 4. uudistettu painos. Jyväskylä: PS-kustannus. 29–51.
- Lampinen, M.-S., Viitanen, E. & Konu, A. 2013. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus yhteisöllisyydestä työelämässä. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 50 (1), 71–86.
- Laposa, J.M., Alden, L.E. & Fullerton, L.M. 2003. Work Stress and Posttraumatic Stress Disorder in ED Nurses/Personnel. *Journal of Emergency Nursing* 29 (1), 23–28.
- Leppävuori, A., Paimio, S. & Lavastenmäki, H. 2009. Erikoissairaanhoidon psykiatrisen valmiussuunnitelma suuronnettomuustilanteiden varalta. Teoksessa A. Leppävuori, S. Paimio, T. Avikainen, N. Nordman, K. Puustinen & M. Riska (toim.) Suuronnettomuustilanteiden kriisityö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. 32–55.
- Lindqvist-Virkamäki, S. 2008. Työssä jaksaminen. Teoksessa M. Kuisma, P. Holmström & K. Porthan (toim.) Ensihoito. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. 554–564.
- Magyar, J. & Theophilos, T. 2010. Review article: debriefing critical incidents in the emergency department. *Emergency Medicine Australasia* 22, 499–506.
- Manka, M.-L., Kaikkonen, M.-L. & Nuutinen, S. 2007. Hyvinvointia työyhteisöön – eväitä kehittämistyön avuksi. Tampere: Tutkimus- ja koulutuskeskus Synergos, Tampereen yliopisto & Euroopan Sosiaalirahasto.
- Mitchell, J.T. 2009a. Critical Incident Stress Debriefing (CISD). Info-trauma. Viitattu 11.2.2016. <http://www.info-trauma.org/flash/media-e/mitchellCriticalIncidentStressDebriefing.pdf>
- Mitchell, J.T. 2009b. Critical Incident Stress Management (CISM). Info-trauma. Viitattu 11.2.2016. <http://www.info-trauma.org/flash/media-e/mitchellCriticalIncidentStressManagement.pdf>
- Mitchell, J.T. & Bray, G.P. 1990. Emergency Services Stress. Guidelines for Preserving the Health and Careers of Emergency Services Personnel. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, Brady Publications.
- Mitchell, J.T. & Everly, G.S. 1993. Critical incident stress debriefing. An operations manual for CISD, defusing and other group crisis intervention services. Elliot City: Chevron Publishing Corporation.
- Mourujärvi, J. 2014. Defusing toimintaohje. Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri.
- Murtomaa, M., Narumo, R., Poijula, S., Ponteva, M., Rousu, S. & Saari, S. 1998. Traumaattisten tilanteiden psykososiaalinen tuki ja palvelut. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 1998:1.
- Mäkinen, J.-P., Bordi, L., Heikkilä-Tammi, K., Seppänen, S. & Laine, N. 2014. Psykososiaalisiin kuormitus- ja voimavaratekijöihin liittyvä työhyvinvointitutkimus Suomessa 2010–2013. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2014:18.

- Männikkö, T. & Majava, H. 2001. Traumaperäiset stressioireet ja niiden hoito – missä mennään. *Suomen lääkirlehti* 56, 2533–2536.
- Määttä, T. 2008. Ensihoitopalvelu. Teoksessa M. Kuisma, P. Holmström & K. Porthan (toim.) *Ensihoito*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. 24–39.
- Nissinen, L. 2007. Auttamisen rajoilla. Myötätuntouppumisen synty ja ehkäisy. 1. painos. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Nissinen, L. 2012. Rajansa kaikella. Miten estää myötätuntouppuminen? 1. painos. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Nummelin, T. 2008. Stressi haastaa työkyvyn. Varhainen puuttuminen esimiehen työkaluna. Helsinki: WSOYpro.
- Nurmi, L. 2006. Kriisi, pelko, pakokauhu. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Ojala, A.-M. 2014. Psykkinen kuormittuminen ensihoidossa. *Ensihoitaja* 2, 14–15.
- Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2014. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Paakkonen, H. & Paakkonen, T. 2012. Stressi ensihoitotyössä. Teoksessa M. Castren, K. Helveranta, A. Kinnunen, H. Korte, K. Laurila, H. Paakkonen, J. Pousi & O. Väisänen *Ensihoidon perusteet*. 4. korjattu painos. Pelastusopisto, Suomen Punainen Risti. 120–128.
- Palosaari, E. 2007. Lupa särkyä : kriisistä elämään. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Pajonk, F.-G., Andresen, B., Schneider-Axmann, T., Teichmann, A., Gärtner, U., Lubda, J., Moecke, H. & Knobelsdorff, G. 2011. Personality traits of emergency Physicians and paramedics. *Emergency Medical Journal* 28, 141–146.
- Pelastuslaki 29.4.2011/379.
- Pessi, A.B. & Seppänen, M. 2011. Yhteisöllisyys. Teoksessa J. Saari (toim.) *Hyvinvointi. Suomalaisen yhteiskunnan perusta*. Helsinki: Gaudeamus. 288–313.
- Pietarinen, J. 1999. Tutkijan ammattietiikan perusta. Teoksessa S. Lötjönen (toim.) *Tutkijan ammattietiikka. Koulutus- ja tiedepolitiikan osaston julkaisusarja 1999: 69*. Helsinki: Opetusministeriö. 6–12.
- Pohjolan-Pirhonen, C. 2007a. Debriefing tukemassa kriisin kohdannutta. Teoksessa C. Pohjolan-Pirhonen, K. Poutiainen & H. Samulin *Kriisityön käsikirja. Käytännön opastusta traumaattisen kriisin kohdatessa*. Helsinki: Kirjapaja. 139–145.
- Pohjolan-Pirhonen, C. 2007b. Työntekijän ammatillisuus ja työssä jaksaminen. Teoksessa C. Pohjolan-Pirhonen, K. Poutiainen & H. Samulin *Kriisityön käsi-*



- kirja. Käytännön opastusta traumaattisen kriisin kohdatessa. Helsinki: Kirjapaja. 184–192.
- Ponteva, M. 2006. Psykososiaalinen tuki. Teoksessa M. Castren, S. Ekman, M. Martikainen, T. Sahi & J. Söder (toim.) Suuronnettomuusopas. Helsinki: Duodecim. 123–134.
- Ponteva, M. 2013. Äkillinen stressireaktio ja traumaperäinen stressihäiriö. Terveysportti. Lääkärin käsikirja. Duodecim. Viitattu 22.1.2016.  
<http://ez.lapinamk.fi:2052/dtk/ltk/koti>
- Ponteva, M. 2014. Stressinhallintaohjelmaan (Critical incident stress management, CISM) sisältyviä asioita. Terveysportti. Käypä hoito. Duodecim. Viitattu 2.2.2016. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix01357>
- Psykologinen työ akuuteissa kriiseissä – suositus hyvistä käytännöistä 2010. Suomen psykologiliiton ja Suomen psykologisen seuran tieteellinen neuvottelukunta. Psykologia 45 (1), 40–42.
- Rekola, L. 2008. Päätöksenteko ensihoidossa. Teoksessa M. Kuisma, P. Holmström & K. Porthan (toim.) Ensihoito. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. 46–51.
- Rose, S.C., Bisson, J., Churchill, R. & Wessely, S. 2002. Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD) (Review). The Cochrane Collaboration. Wiley & Sons.
- Rose, S., Bisson, J. & Wessely, S. 2003. A Systematic Review of Single-Session Psychological Interventions ('Debriefing') following Trauma. Psychotherapy and psychosomatics 72, 176–184.
- Ruishalme, O. & Saaristo, L. 2007. Elämä satuttaa: kriisit ja niistä selviytyminen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Saari, S. 2001. Kuin salama kirkkaalta taivaalta. Kriisit ja niistä selviytyminen. 2. painos. Keuruu: Kustannusosakeyhtiö Otava.
- Saari, S. & Hynninen, T. 2010. Kuvaus Suomessa tehtävästä psykologisesta auttamisesta akuuteissa kriiseissä ja traumaattisissa tilanteissa. Psykologia 45 (1), 43–50.
- Saari, S., Kantanen, I., Kämäräinen, L. Parviainen, K. Valoaho, S. & Yli-Pirilä, P. (toim.) 2009. Hädän hetkellä - psyykkisen ensiavun opas. Helsinki : Duodecim.
- Sillanpää, K. 2008. Ensihoidon arvomaailma. Teoksessa M. Kuisma, P. Holmström & K. Porthan (toim.) Ensihoito. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. 17–22.
- Smith, A & Roberts, K. 2003. Interventions for post-traumatic stress disorder and psychological distress in emergency ambulance personnel: a review of the literature. Emergency Medicine Journal 20, 75–78.

- Sosiaali- ja terveysministeriö 2013. Psykososiaalisen kuormituksen valvonta. Työsuojeluosasto. Työsuojeluvalvonnan ohjeita 2/2013.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2016. Työhyvinvointi Viitattu 22.2.2016. <http://stm.fi/tyohyvinvointi>
- Suserud, B.O. 2001. How do ambulance personnel experience work at a disaster site? *Accident and Emergency Nursing* 9, 56–66.
- Tarkka, M. 2014. Defusing. Koulutusmateriaali. L-PSHP.
- Teperi, A.-M. 2013. Ensihoidon ammattilaisuus. Työssä jaksaminen. Teoksessa M. Kuisma, P. Holmström, J. Nurmi, K. Porthan & T. Taskinen (toim.) Ensihoito. 3., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy. 751–763.
- Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.
- Tilastokeskus 2016. Viitattu 7.1.2016. <http://www.stat.fi/til/index.html>
- Traumaattisten tilanteiden psykososiaalinen tuki ja palvelut 2009. Opas kunnille ja kuntayhtymille. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:16.
- Traumaperäinen stressihäiriö 2014. Käypä hoito -suositus. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 14.1.2016. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus;jsessionid=48BBDFE98CC364C3FB27232D884ADB19?id=hoi50080#R8>
- Tuckey, M.R. & Scott, J.E. 2014. Group critical incident stress debriefing with emergency services personnel: a randomized controlled trial. *Anxiety, Stress & Coping* 27 (1), 38–54.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Turunen, L. & Paimio, S. 2009. Kriisityö sairaalassa – esimerkkinä Töölön sairaala. Teoksessa A. Leppävuori, S. Paimio, T. Avikainen, T. Nordman, K. Puustinen & M. Riska (toim.) Suuronnettomuustilanteiden kriisityö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. 66–78.
- Turunen, T. 2014. Trauma Recovery After a School Shooting. The role of theory-based psychosocial care and attachment in facilitating recovery. Tampereen yliopisto. Acta Universitatis Tampensis 1994.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012.
- Työ- ja elinkeinoministeriö 2012. Työelämän kehittämissstrategia vuoteen 2020. Viitattu 29.2.2016. [http://www.tyoelama2020.fi/files/35/tyoelaman\\_kehittamisstrategia\\_final.pdf](http://www.tyoelama2020.fi/files/35/tyoelaman_kehittamisstrategia_final.pdf)
- Työsuojeluhallinto 2015. Psykososiaalinen kuormitus työpaikalla. Viitattu 29.2.2016.

[http://tyosuojelujulkaisut.wshop.fi/documents/2015/12/Psykososiaalinen\\_kuorimitus\\_tyopaikalla\\_netti.pdf](http://tyosuojelujulkaisut.wshop.fi/documents/2015/12/Psykososiaalinen_kuorimitus_tyopaikalla_netti.pdf)

Työterveyslaitos 2015. Hyvinvointi työpaikoilla. Viitattu 22.2.2016.

[http://www.ttl.fi/fi/tyohyvinvointi/terveyden\\_edistaminen\\_tyopaikalla/sivut/default.aspx](http://www.ttl.fi/fi/tyohyvinvointi/terveyden_edistaminen_tyopaikalla/sivut/default.aspx)

Työturvallisuuslaki 23.8.2002/738.

Vainikainen, M.-P. 2010. Akuutin kriisityön vaikuttavuus tutkimusnäytön valossa. *Psykologia*. 45 (1), 51–68.

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 2001. Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. ETENE - julkaisuja I.

Van der Ploeg, E. & Kleber, R.J. 2003. Acute and chronic job stressors among ambulance personnel: predictors of health symptoms. *Occupational & Environmental Medicine* 60, i40–i46.

Vartia, M., Lahtinen, M., Joki, M. & Soini, S. 2002. Ihmissuhdekonfliktien ja kriisien käsittely työyhteisössä. Teoksessa (toim.) K. Lindström & A. Leppänen *Työyhteisön terveys ja hyvinvointi*. Helsinki: Työterveyslaitos. 220–240.

Vehmasvaara, P. 2004. Ensihoitotyön fyysinen kuormittavuus ja ensihoitajien työkyvyn fyysisiä edellytyksiä arvioivan testistön kehittäminen. Kuopion yliopisto. Kuopion yliopiston julkaisuja D. *Lääketiede* 324.

WHO 2016. Health. Viitattu 29.2.2016.

<http://www.who.int/trade/glossary/story046/en/>

Wright, J. & Robinson, B. 2013. Post-traumatic stress disorder. *InnovAiT* 6, 586–591.

## LIITTEET

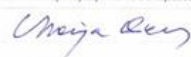
- Liite 1. Toimeksiantositoumus
- Liite 2. Tutkimuslupa
- Liite 3. Saatekirje
- Liite 4. Lomakekysely
- Liite 5. Aineiston analyysiprosessi

## Liite 1 (1/2) Opinläytetyn toimeksiantositoumus

## I Opinläytetyn toimeksiantositoumus

Yritys/työyhteisö			
Yrityksen/työyhteisön nimi: <b>Länsi-Pohjan Sairaanhoidopiirin Kuntayhtymä</b>			
Yhteyshenkilö: <b>Markku Alalahti</b>	Asema/ ammattinimi:		<b>Ensihoitopäällikkö</b>
Osoite: <b>Kauppakatu 25, 94100 Kemi</b>		Puhelin:	
Sähköposti: <b>markku.alalahti@lpsph.fi</b>			
Opinläytetty (mahdollinen tarkentava määrittely liitteinä)			
Opinläytetyn aihe: <b>Defusing -toiminta ensihoidossa</b>			
Opinläytetyn suorittamista varten luovutettava tausta-aineisto:			Valmis: <b>12/2015</b>
Opinläytetyn ohjaus toimeksiantajan taholta. Kuka ohjaa ja miten? <b>Johanna Mourujärvi, kerntäjohtaja</b>			
Toimeksiantajan edustaja sitoutuu			
<input checked="" type="checkbox"/> osallistumaan opinläytetysuunnitelman laadintaan <input checked="" type="checkbox"/> mahdollistamaan työn suorittamisen työyhteisössä <input checked="" type="checkbox"/> ohjaamaan opiskelijaa työhön liittyvissä ammatillisissa kysymyksissä <input checked="" type="checkbox"/> osallistumaan mahdollisuuksien mukaan opinläytetyöseminaareihin, antamaan työstä palautetta sekä lausunnon työn arviointia varten <input checked="" type="checkbox"/> sopimaan tarvittaessa työn luottamuskelpoisista osioista opiskelijan ja ammattikorkeakoulun kanssa			
Allekirjutus 			

## II Opiskelijan sitoumus opinläytettyöhön

Opiskelija	
Opiskelijan etu- ja sukunimi: <b>Merja Berg</b>	Opiskelija- numero:
Osoite:	Puhelin:
Sähköposti:	
Koulutus ja suuntautumisvaihtoehto: <b>Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala, Terveystieteen koulutus, Sairaanhoidaja (ylempi AMK)</b>	
Opiskelija sitoutuu	
<input checked="" type="checkbox"/> suorittamaan työn suunnitelmallisesti ja ammattikorkeakoulun ohjeistusta noudattaen. <input checked="" type="checkbox"/> käyttämään toimeksiantajalta saamaansa aineistoa vain opinläytetyn tarkoituksien. <input checked="" type="checkbox"/> noudattamaan välitöiden välillä erikseen sovitun luottamuskelpoisen tausta-aineiston osalta sekä <input checked="" type="checkbox"/> toimittamaan valmiin opinläytetyn toimeksiantajalle sovulla tavalla ja tarvittaessa esittelemään työn tuloksia toimeksiantajalle.	
Allekirjutus 	

## Liite 1 (2/2) Opinnäytetyön toimeksiantositoumus

## III Opinnäytetyön ohjaus

## Ohjaava Opettaja

Ohjaavan opettajan nimi: Outi Törmänen

Koulutus ja toimipaikka: Lapin AMK, Rovaniemi

Puhelin:

Sähköposti: outi.tormanen@lapinamk.fi

Ammattikorkeakoulun edustajat sitoutuvat

- vastaamaan, että opinnäytetyön aihe ja tavoitteet vastaavat alan yleisemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyölle asetettuja kriteerejä ja että opinnäytetyöprosessia ohjataan edistään työn valmistumista.
- vastaamaan opinnäytetyön arvioinnista.
- noudattamaan kaikissa vaiheissa ammattikorkeakoulun opinnäytetyöohjeistusta sekä
- noudattamaan vaihtelovetollisuutta erikseen sovitun luottamuksellisen aineiston osalta.

Allekirjaitus

*Outi Törmänen*

## Koulutuksen yliopettaja

Koulutuksen yliopettajan nimi: Outi Törmänen

Puhelin: 0407498615

Sähköposti: outi.tormanen@lapinamk.fi

Allekirjaitus:

*Outi Törmänen*

Opinnäytetyöt ovat julkisia. Jos työ sisältää toimeksiantajan kannalta luottamuksellista tietoa, sitä ei sisällytetä julkaistavaan opinnäytetyöhön. Tätä sitoumusmateriaalia käytetään toistaiseksi.

## OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

<b>Hakijan / hakijoiden henkilötiedot</b>	Nimi Merja Berg	Henkilötunnus	
	Katuosoite	Postinumero	Postitoimipaikka
	Puhelin	Sähköpostiosoite	
	Tutkimuslaitos, oppilaitos tai muu yhteisö Lapin ammattikorkeakoulu	Hakijan tehtävä/virka-asema YAMK-opiskelija	
<b>Opinnäytetyön ohjaaja(t)</b>	Nimi Outi Törmänen	Oppiarvo ja ammatti Yliopettaja	
	Toimipaikka ja osoite Lapin AMK, Jokiväylä 11 C, 96300 Rovaniemi		
	Puhelin	Sähköpostiosoite outi.tormanen@lapinamk.fi	
<b>Toimeksiantaja</b>	Toimeksiantaja Länsi-Pohjan Sairaanhoidopiirin Kuntayhtymä		
	Yhteystiedot Kauppakatu 25, 94100 Kemi		
<b>Päiväys ja allekirjoitus</b>	Paikka ja päivämäärä Keminmaa 2/4/2015	Allekirjoitus <i>Merja Berg</i>	
<b>Luvan myöntäminen</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Tutkimuslupa myönnetään		<input type="checkbox"/> Tutkimuslupa evätään
	Perustelut		
<b>Päiväys ja allekirjoitus</b>	Paikka ja päivämäärä <i>Kemi</i> <i>14.05.2015</i>	Allekirjoitus <i>Kirkko Neumanen</i>	
	<b>Myöntämisen ehdot</b> Myöntämisen ehdot <input type="checkbox"/> Hakijan tulee toimittaa valmis raportti ja tarvittaessa tutkimuksen tulokset suullisesti <input type="checkbox"/> Hakija vastaa kustannuksista itse, ellei toisin sovita <input type="checkbox"/> Muu ehto		
<b>Päätöksestä tiedottaminen</b>	<input checked="" type="checkbox"/> opinnäytetyön hakijalle/ hakijoille <input checked="" type="checkbox"/> ohjaajille opettajille <input type="checkbox"/> yksiköille, jota luvan myöntäminen koskee <input type="checkbox"/> jokin muu, kuka?		

*Valmiin opinnäytetyön pyydämme saada käyttömme.*

### Liite 3. Saatekirje

Hei!

Opiskelen Lapin ammattikorkeakoulussa ylempää ammattikorkeakoulututkintoa ja teen kehittämistyön defusing-toiminnasta Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin ensihoidossa. Defusing tarkoittaa välitöntä purkukeskustelua heti traumaattisen tapahtuman jälkeen tilanteeseen osallistuneen henkilöstön kesken. Tavoitteena on kehittää defusing-toimintaa osana ensihoitajien työhyvinvointia.

Kehittämistyön osallisiksi on valittu kaikki Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirillä operatiivisessa ensihoidossa työskentelevät ensihoitajat. Jokaisen mielipide on tärkeä, joten toivon Sinun osallistuvan vastaamalla tähän kyselyyn 27.7.2015 mennessä. Vastaaminen kestää noin 15 minuuttia. Vastaukset käsitellään anonyymisti ja tietoja käsitellään luottamuksellisesti vain tähän tutkimustarkoitukseen.

Kiitos jo etukäteen osallistumisestasi!

Mikäli olet kiinnostunut osallistumaan pieneen ryhmäkeskusteluun aiheesta, ilmoitathan halukkuutesi minulle.

Halutessasi lisätietoa tutkimuksesta tai sinulla ilmenee kysyttävää, otathan rohkeasti yhteyttä.

Ystävällisin terveisin Merja Berg [merja.berg@edu.lapinamk.fi](mailto:merja.berg@edu.lapinamk.fi) puh:



## KYSELYLOMAKE

### KYSELY DEFUSING -TOIMINNASTA LÄNSI-POHJAN SAIRAANHOITOPIIIRIN ENSIHOIDOSSA

**\*Pakollinen**

**1. Toimitko Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin työsuhteessa \***

- a) vakituisesti
- b) määräaikaisesti

**2. Kuinka pitkä kokemus Sinulla on ensihoitotyöstä? \***

- a) 0-1 vuotta
- b) 2-5 vuotta
- c) 6-10 vuotta
- d) enemmän

**3. Toimitko ensihoidossa \***

- a) perustasolla
- b) hoitotasolla
- c) vaativalla hoitotasolla

**4. Oletko tietoinen Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin ensihoidon defusing -toimintaohjeesta? \***

- a) kyllä
- b) en

**5. Oletko tutustunut Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin ensihoidon defusing -toimintaohjeeseen? \***

- a) kyllä
- b) en

**6. Millaisiin tilanteisiin liittyen defusing -istunto tulisi mielestäsi järjestää ensihoitohenkilöstölle?\***

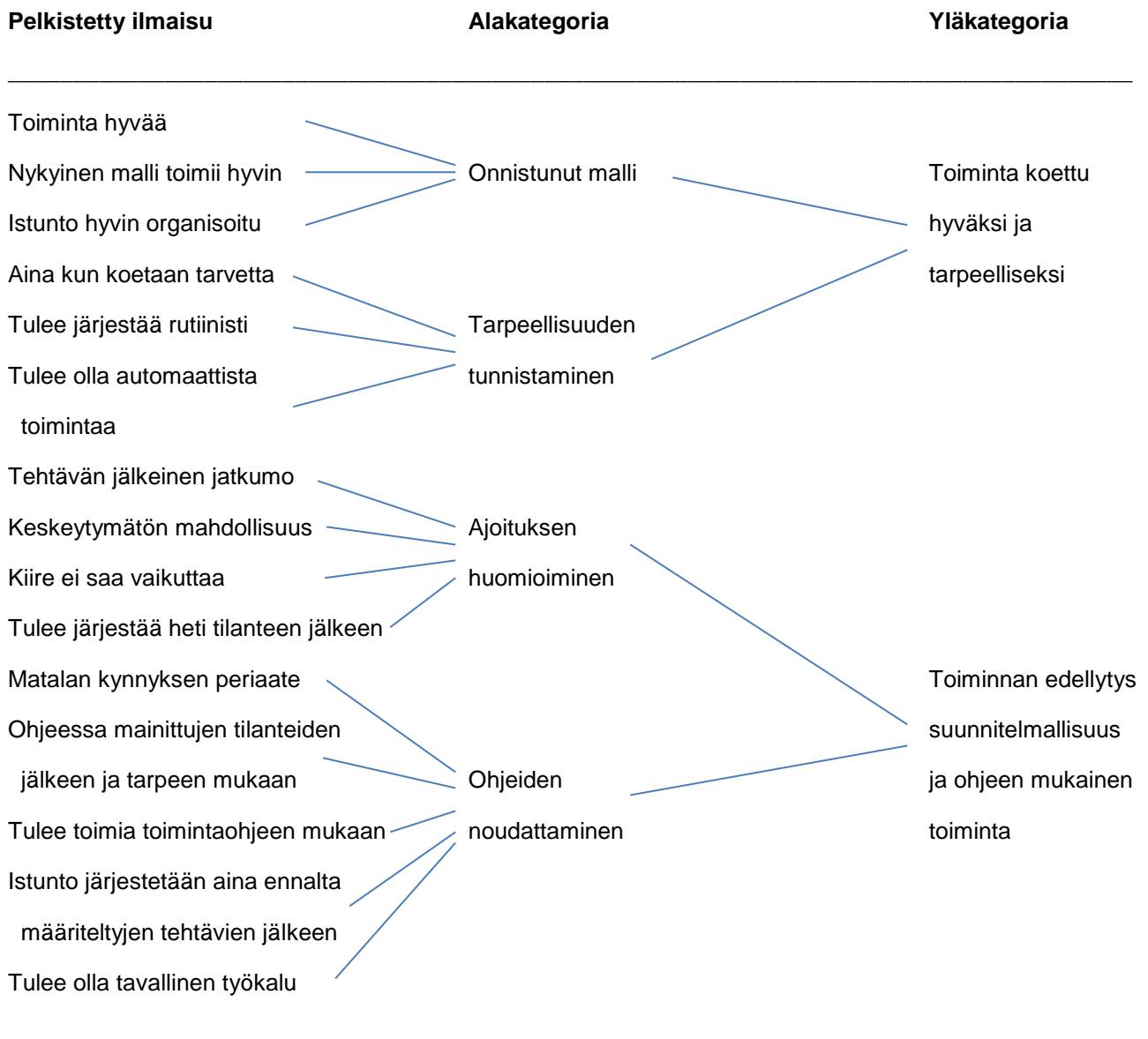
Toivon, että kirjoitat vapaasti mielipiteesi kysymykseen.

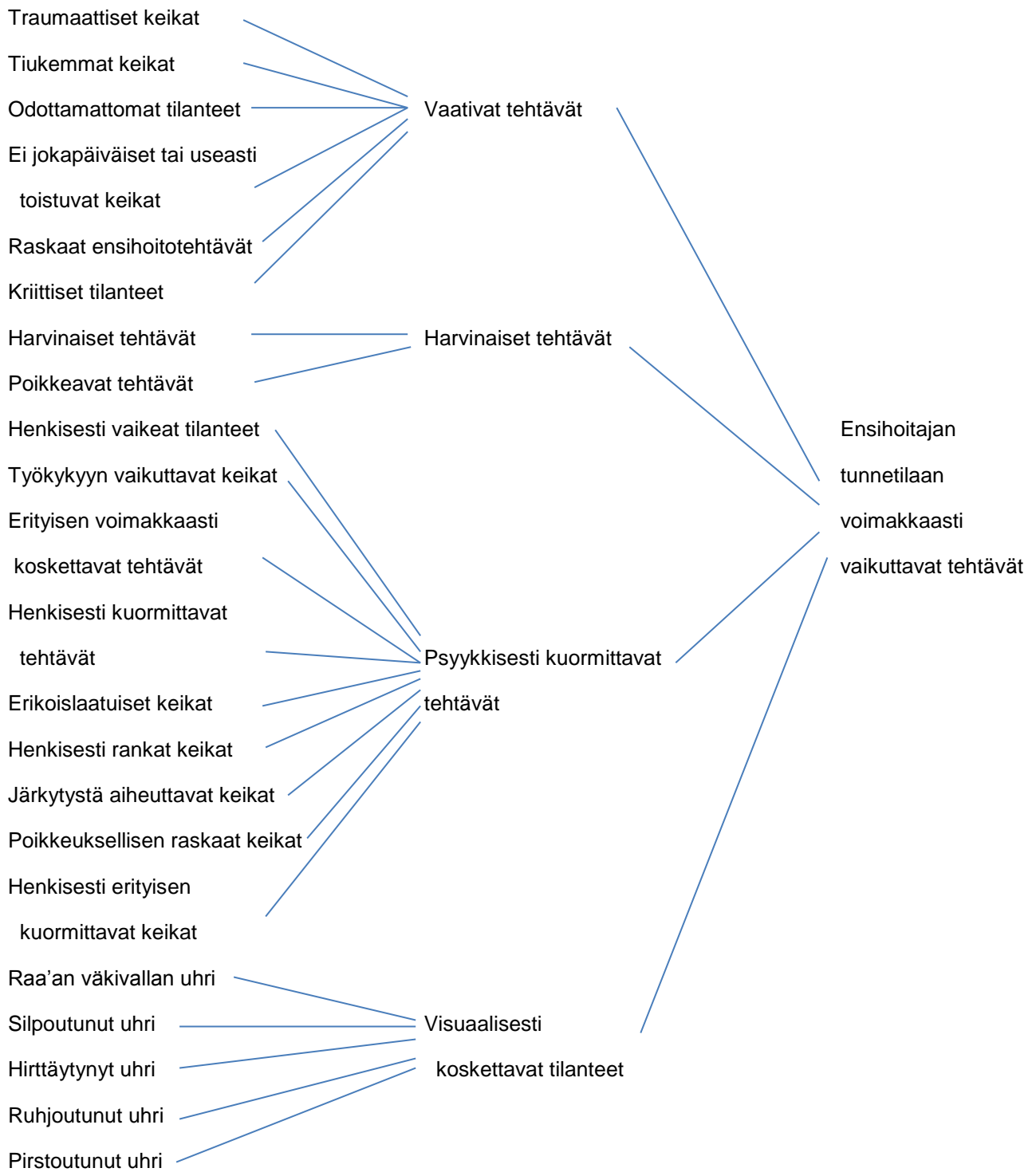
**7. Miten ja miltä osin defusing -toimintaa tulisi mielestäsi kehittää Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin ensihoidossa? \***

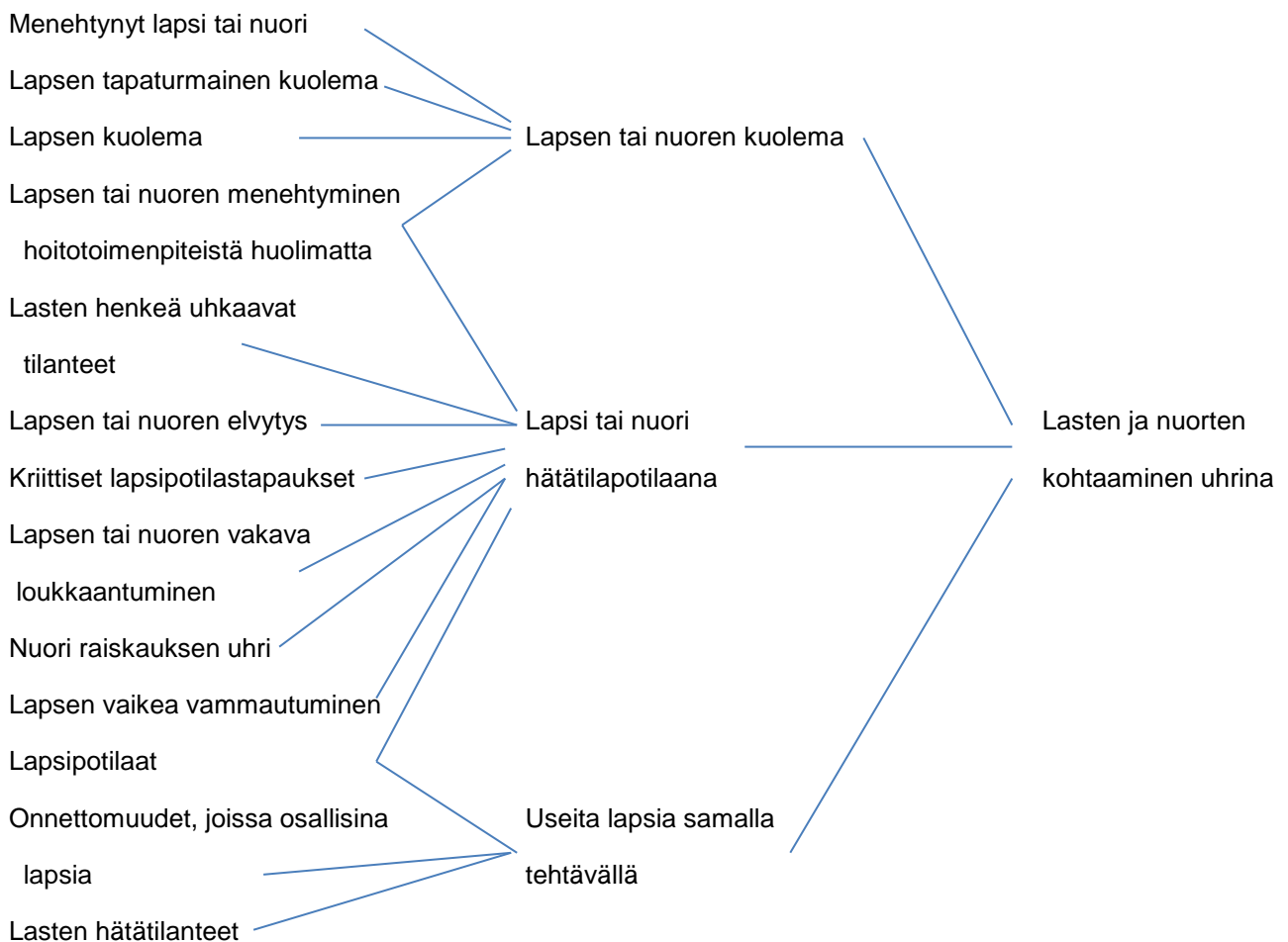
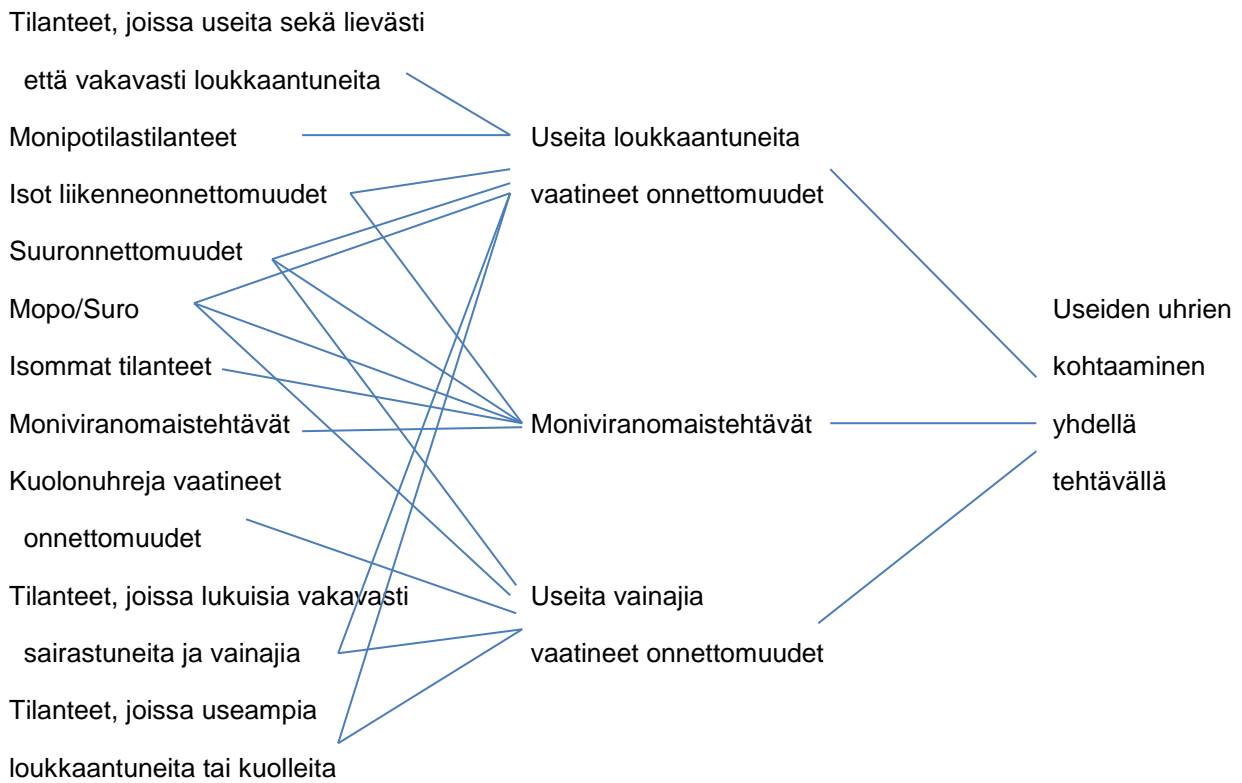
Toivon, että kirjoitat vapaasti mielipiteesi kysymykseen.

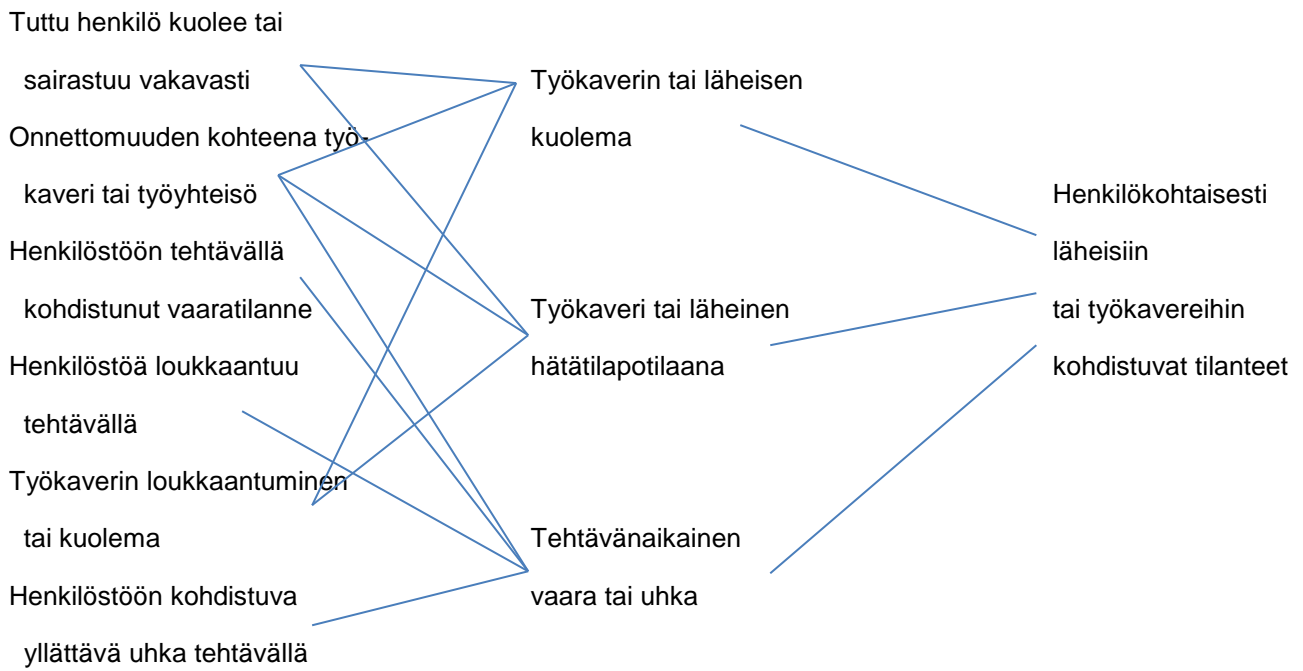
Liite 5. Aineiston analyysiprosessi

Taulukko 1. Ensihoitajien käsityksiä defusing-toiminnasta









Taulukko 2. Ensihoitajien kehittämis ehdotuksia defusing-toiminnalle



