

Psykososiaalisen tuen tarpeessa olevan läheisen tunnistaminen, kohtaaminen ja ohjaaminen ensihoidossa
Ohjeistus Soiten ensihoitokeskukselle

Hanna Penttilä

Helmikuu 2017

Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala

Sosionomi (AMK), sosiaalialan koulutusohjelma

Tekijä(t) Penttilä, Hanna	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK	Päivämäärä Helmikuu 2017
	Sivumäärä 68	Julkaisun kieli Suomi
		Verkkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi Psykososiaalisen tuen tarpeessa olevan läheisen tunnistaminen, kohtaaminen ja ohjaaminen ensihoidossa Ohjeistus Soiten ensihoitokeskukselle		
Tutkinto-ohjelma Sosiaalialan koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) Ketola, Tuija		
Toimeksiantaja(t) Soiten ensihoitokeskus		
Tiivistelmä <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli parantaa Keski-Pohjanmaan alueella potilaan läheisen asemaa ensihoitotilanteeseen liittyvässä psykososiaalisessa kriisitilanteessa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli koota Soiten ensihoitokeskuksessa työskentelevien ensihoitajien käyttöön ohjeistus läheisen kohtaamisesta, psykososiaalisen tuen tarpeen tunnistamisesta ja jatkoapuun ohjaamisesta.</p> <p>Tutkimusmenetelmänä käytettiin narratiivista kirjallisuuskatsausta. Aineistoksi valikoitui sähköisistä tietokannoista systemaattisen haun tuloksena viisi alkuperäistutkimusta. Tutkimusten lisäksi ohjeen täydentämisessä hyödynnettiin Käypä hoito -suosituksia, National Child Traumatic Stress Networkin Psychological First Aid -opasta sekä asiantuntijahaastattelua ja -kyselyä, joihin vastasi seitsemän kriisityöntekijää. Aineistojen tulokset analysoitiin teemoittelemalla.</p> <p>Tulosten perusteella potilaan kuoleman nähneille, toimintakyvyn vajetta omaaville, lapsipotilaan vanhemmille, yli- ja alireagoiville sekä lähisuhde- tai muussa väkivaltatilanteissa mukana olleille kehittyi tilanteen seurauksena suurimmalla todennäköisyydellä posttraumaattinen stressihäiriö. Tulosten perusteella voidaan olettaa, että näihin ryhmiin kuuluvien läheisten tunnistaminen ja jatkoapuun ohjaaminen on erityisen tärkeää. Tulosten mukaan toimenpiteiden selittäminen, konkreettisen tiedon antaminen, fyysisistä ja psyykkisistä perustarpeista huolehtiminen, stressireaktioiden normalisointi ja niiden vastaanottaminen, itsemurhariskissä olevien tunnistaminen, päätöksenteossa avustaminen ja aktiivinen jatkoapuun ohjaaminen vähentävät tapahtuman seurauksena kehittyvän posttraumaattisen stressihäiriön riskiä. Näiden seikkojen huomioimisella voidaan olettaa olevan posttraumaattista stressihäiriötä ennaltaehkäisevä vaikutus. Tulosten pohjalta ensihoitajille koottiin läheisten huomioon ottamiseen liittyen tiivistetty ohjeistus kenttätyöhön.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Posttraumaattinen stressihäiriö, ennaltaehkäisy, ensihoito, läheinen, akuutti kriisituki		
Muut tiedot		

Author(s) Penttilä, Hanna	Type of publication Bachelor's thesis	Date February 2017
	Number of pages 68	Language of publication Finnish
		Permission for web publication: x
Title of publication Identifying, confronting and counselling a loved one of patient's in emergency care Guideline for emergency care center Soiten ensihoitokeskus		
Degree programme Degree Programme in Social Services		
Supervisor(s) Ketola, Tuija		
Assigned by Soiten ensihoitokeskus		
Description <p>The purpose of this study was to improve the situation of a patient's loved ones in psychosocial crisis situations caused by the patients' need of emergency care in the Central Ostrobothnia region. The aim was to produce guidelines for paramedics in Soite Emergency Care Center for identifying, encountering and counselling the near ones of the patient.</p> <p>A narrative literature review was used as the research method in the study. The material was collected from electronic databases and it consisted of five original studies. In addition to the studies, the Käypä hoito – recommendations, National Child Traumatic Stress Network's Psychological First Aid -guide, interviews and inquiries of seven crisis workers were added to supplement the guidelines. The research material was analysed by using themes.</p> <p>Based on the results, those witnessing a patient's death, individuals with reduced physical or mental function, children, parents of the patient, under- and over-reacting individuals and individuals who have seen or been involved in domestic violence or other violent situations are at the greatest risk of developing posttraumatic stress disorder.</p> <p>Based on the results, it can be concluded that identifying and counselling of those belonging to the groups mentioned above is important for the prevention of a posttraumatic stress disorder. According to the results, explaining the operations performed on the patient, giving concrete information, taking care of basic physical and mental needs, normalization and acceptance of stress reactions, identifying suicidal individuals, helping with decision making and active guidance to further help reduce the risk of posttraumatic stress disorders. It can be assumed that taking these issues into account can help to prevent the development of a posttraumatic stress disorder after a traumatic event. Based on the results of the literature review, a condensed set of guidelines compiled for the paramedics.</p>		
Keywords (subjects) Posttraumatic stress disorder, prevention, emergency care, nearby, acute crisis work		
Miscellaneous		

Sisältö

1	Johdanto	2
2	Käsitteet	5
2.1	Potilaan läheinen	5
2.2	Traumaattinen kriisi	6
2.3	Psykkinen trauma.....	8
2.4	Traumaperäinen stressireaktio ja posttraumaattinen stressihäiriö.....	10
2.5	Psykkinen sokki ja reagointivaihe	11
2.6	Psykososiaalinen tuki	12
3	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	16
4	Menetelmä	16
4.1	Narratiivinen kirjallisuuskatsaus.....	18
4.2	Asiantuntijahaastattelu ja -kyselyt	24
5	Tutkimustulokset ja johtopäätökset	27
5.1	Posttraumaattisen stressihäiriön riskiä lisääviä tekijöitä.....	28
5.1.1	Henkilön ominaisuuksiin ja taustatekijöihin liittyvät tekijät	29
5.1.2	Tapahtumaan liittyvät tekijät.....	31
5.2	Posttraumaattista stressihäiriötä ehkäiseviä tekijöitä	35
5.2.1	Ensihoitotilanteessa	35
5.2.2	Läheistä ohjatessa	36
5.3	Ohjeistus ensihoitoon	37
6	Tutkimuksen eettisyyden ja luotettavuuden pohdinta	38
7	Pohdinta	44
7.1	Opinnäytetyön toteuttamisesta	44
7.2	Jatkotutkimusaiheita.....	45
	Lähteet	47
	Liitteet	53

1 Johdanto

Äkilliset järkyttävät tapahtumat ovat huomattava aiheuttava tekijä psyykkisen trauman kehittämisessä. Mikäli traumaattista tapahtumaa ei päästä käsittelemään, sillä voi olla moniin elämän osa-alueisiin ja kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin liittyviä seurauksia (Saari 2012, 74). Posttraumaattinen stressihäiriö on yksi yleisimmistä traumaattisen kokemuksen aiheuttamista mielenterveysongelmista. (Karjalainen & Takanen 2016). Akuutti stressireaktio ja traumaattinen tai komplisoitunut suru, eli normaalia voimakkaampi ja pitkäkestoisempi suru, johon liittyy muun muassa menetyksen hyväksymisen vaikeus, sekä muita erittäin ahdistavaksi koettuja tunteita, ovat esimerkkejä muista traumaattisen kokemuksen jälkeisistä mahdollisista seurauksista. Masennus, ahdistuneisuus- tai persoonallisuushäiriöt, riippuvuus alkoholiin, lääkkeisiin tai huumeisiin ovat mahdollisia posttraumaattisen stressihäiriön ohella esiintyviä seurauksia traumaattiseen tapahtumaan. (Turunen 2017.) Traumaattisella kokemuksella voi lisäksi olla useita diagnosoimattomia seurauksia, kuten pitkäaikaista työkyvyttömyyttä (Saari 2012, 74). Lisäksi traumaattinen kokemus voi johtaa turvallisuuden ja elämönhallinnan tunteen menetykseen (Psychosocial interventions 2010, 30). Tuorein tieto järkyttävien tapahtumien vaikutuksesta painottaa kuitenkin kokemuksen osuutta; saman tapahtuman kokeneista osa traumatisoituu, osa ei. Yhtäläillä ratkaisevia tekijöitä trauman syntymisen kannalta ovat biologiset, psykologiset, eksistentiaaliset ja sosiaaliset tekijät. Se, onko tilanteella traumatisoiva vaikutus riippuu tapahtuman lisäksi ihmisen aikaisemmista kokemuksista sekä henkilökohtaisista ominaisuuksista ja edellytyksistä. (Hedrenius & Johansson 2016, 26-27.) Traumaattisen tapahtuman sijaan onkin asianmukaisempaa käyttää käsitettä *potentiaalisesti* traumaattinen tapahtuma (Turunen 2017). Kriisi voi vaikuttaa sen suorien uhrien lisäksi uhrin lähipiiriin. (Hedrenius & Johansson 2016, 27.) Ensihoitotilannetta edeltävä tapahtuma tai itse ensihoitotilanne, kuten onnettomuuden tai elvytyksen näkeminen voivat näin ollen aiheuttaa myös tilanteessa mukana olevalle potilaan läheiselle psyykkisen trauman.

Psyykososiaalisen tuen merkityksestä on kiinnostuttu viime vuosien yhä enemmän ja aiheesta löytyy tuoreita tutkimuksia, joista esimerkkinä vuonna 2015 Englannissa

Care Quality Commissionin tekemä tutkimus. Siinä painotetaan psyykkisen avun saannin olevan yhtä tärkeää kuin lääketieteellisen, fyysisiin vammoihin keskittyvän avun saannin. (Right here, right now 2015, 4.) Emeritusprofessori Alan Glasper käsittelee artikkelissaan Care Quality Commissionin tekemän tutkimuksen tuloksia ja valottaa taustalla olevaa Britannian hallituksen vuonna 2014 esittelemää sopimusta. Sopimuksen tavoitteena on saada sosiaali- ja terveysalan toimijat työskentelemään paremmin yhdessä niin, että psyykkisessä kriisissä olevat saavat tarvittavan avun ilman viivytyksiä. (Glasper 2015, 930.) Myös Suomessa asiaan on kiinnitetty enemmän huomiota viime vuosina. Vuonna 2010 terveydenhuoltolakiin kirjattiin määräys, jonka mukaan ensihoitajien tehtävä on huolehtia potilaan, hänen läheisensä ja muiden tapahtumaan osallisten ohjaamisesta psykososiaalisen tuen piiriin tarvittaessa (L1326/2010, §40). Lain toteutumisessa on kuitenkin Suomessa alueellisia eroja. Vaikka laki on ollut voimassa jo yli kuusi vuotta, kentältä nousseen kokemuksen mukaan Soiten ensihoidokeskuksen henkilökunnalla on käytössä hyvin vähän yleisiä ohjeita psykososiaalisen tuen tarpeessa olevan potilaan tai potilaan läheisen kohtaamisesta ja tuen piiriin ohjaamisesta (Lasalarie 2016). Ensihoitajan tehtävissä toimivat tulevat useista eri koulutustaustoista, jolloin kaikilla saman työyhteisön jäsenillä ei ole valmiina yhteistä, selkeää linjaa toiminnasta kohdatessa psyykkisessä kriisissä oleva ihminen.

Keskustellessani aiheesta Soiten ensihoidokeskuksen henkilökunnan kanssa esiin nousi tarve yhteiselle ohjeelle, joka käsittelee psykososiaalisen tuen tarpeessa olevan ihmisen ohjaamista. Henkilökohtaisesti näen ensihoidotilanteessa mukana olevan läheisen roolin huomioimisen tärkeänä, sillä läheisellä ei potilaan tavoin välttämättä ole minkäänlaista hoitotahoa, jonka kautta läheinen voitaisiin ohjata psykososiaalisen tuen piiriin. Keski-Pohjanmaalla tieto psykososiaalista tukea tarjoavista tahoista on hankalasti löydettävissä omatoimisesti, esimerkiksi Google -haun avulla. Tällöin ensihoitajat ovat tilanteessa merkittävässä roolissa psykososiaalisen tuen tarpeen havaitsemisessa ja tuen piiriin ohjaamisessa.

Tämä opinnäytetyö toteutettiin Keski-Pohjanmaalla toimivalle Soiten ensihoitokeskukselle. Sosiaali- ja terveysministeriön (n.d.) mukaan ensihoitopalvelut sekä siihen liittyvä sairaanhoito ovat osa terveydenhuoltoa. Ensihoito on äkillisesti sairastuneen tai loukkaantuneen potilaan kiireellistä hoitoa ja tarvittaessa hoitoyksikköön kuljettamista. (L304/2011, §8). Soiten ensihoitokeskuksella työskentelee ensihoitajia (AMK), sairaanhoitajia (AMK), hoitotason ensihoitoon suuntaavan koulutuksen saaneita sairaanhoitajia (AMK), terveydenhuollon ammattihenkilöitä tai pelastajatutkinnon tai aiemman vastaavan tutkinnon suorittaneita henkilöitä (L304/2011, §8). Opinnäytetyössäni tarkoitan ensihoitajalla kaikilla lain sallimilla koulutustaustoilla ensihoitajina työskenteleviä.

Soiten ensihoitokeskuksen toiminta on jaettu kahdeksalle asemalle ja se vastaa kokonaisuudessaan Keski-Pohjanmaan alueen akuutista ensihoitopalvelusta sekä siirto- tehtävistä. Jokaisella asemalla on ympärivuorokautinen päivystys vuoden jokaisena päivänä. Jokapäiväisen valmiuden muodostavat 10 ensihoitoyksikköä ja ne suorittavat vuosittain noin 15 000 hälytys- ja siirtotehtävää. Ensihoitokeskuksessa työskentelee noin 100 hoitajaa ja he toimivat yhteistyössä sosiaalitoimen, terveyspalvelujen ja muiden viranomaisten kuten poliisin, pelastuslaitoksen ja rajavartiolaitoksen kanssa, huolehtien alueen turvallisuudesta. Kenttäjohtaja johtaa ympärivuorokautisesti ensihoitokeskuksen toimintaa. (Soite 2017.)

Tässä opinnäytetyössä koottiin kirjallisuuskatsauksen ja asiantuntijahaastattelujen tulosten pohjalta ohjeistus Soiten ensihoitokeskuksen henkilökunnalle. Ohjeistus sisältää tiivistettynä ajantasaista, ensihoitotilanteeseen soveltuvaa tietoa potilaan läheisen psykososiaalisen tuen tarpeen tunnistamisesta, läheisen huomioon ottamisesta psyykkisten traumojen ehkäisemiseksi sekä mahdollisimman onnistuneen jatkoapuun ohjaamisen toimintamallin. Ohjeistus on laadittu ottaen huomioon, että ensihoitajien päätehtävä on potilaan akuutista ensihoidosta huolehtiminen (Soite 2017). Ensihoitajat ovat kuitenkin tärkeässä roolissa myös läheisen mielenterveysongelmien ehkäisyssä. Ensihoitajat voivat mahdollisimman vähän traumoja aiheutta-

valla toiminnallaan ja jatkoapuun ohjaamalla vaikuttaa siihen, millaisia seurauksia ensihoitotilanne aiheuttaa potilaan läheiselle. Ohjeistus sisältää ensihoitotilanteessa käytettävissä olevat resurssit huomioon ottaen tilanteeseen sovellettavaa tietoa potilaan läheisen huomioimisesta.

2 Käsitteet

2.1 Potilaan läheinen

Opinnäytetyössäni tarkoitan potilaan läheisellä ensihoitotilanteessa läsnä olevaa potilaan läheistä, joko perheenjäsentä tai muulla tavalla potilaalle merkittävää henkilöä. Myös läheinen voidaan nähdä tilanteen uhrina, mikäli hänelle aiheutuu näkemästään ja kokemastaan psyykkisiä oireita. Kuten terveydenhuoltolaki velvoittaa, ensihoitajien tehtävä on huolehtia potilaan lisäksi hänen läheisensä ja muiden tapahtumaan osallisten ohjaamisesta psykososiaalisen tuen piiriin tarvittaessa (L1326/2010, §40). Opinnäytetyössäni ohjeistus koskee psykososiaalinen tuen tarpeessa olevia potilaan läheisiä, pohjautuen läheisen yksilöllisen kokemuksen aiheuttamaan tarpeeseen.

Potilaan läheiseen on kiinnitettävä erityistä huomiota, mikäli potilaan läheinen on alaikäinen ja tilanne edellyttää tuen tarjoamista alaikäiselle. Tällöin on erityisen tärkeää välittää tieto viipymättä kunnan sosiaalihuollosta vastaavalle. Lastensuojelulain 25. momentti velvoittaa terveydenhuollon ammattihenkilöt välittämään sosiaalihuololle pyynnön lastensuojelun tarpeen selvittämiseksi, mikäli lapsella on hoidon tai huolenpidon tarve tai olosuhteet ovat vaaraksi lapsen kehitykselle. (Lastensuojelulaki 417/2007, 25 §.)

Hollannissa julkaistiin vuonna 2015 syvähaastattelumenetelmällä tehty tutkimus, jossa selvitettiin potilaan läheisten saaman psykososiaalisen tuen merkitystä, kun potilas oli joutunut äkilliseen sairaalahoitoon. Vaikka tutkijat painottavat potilaan olevan tärkein huomion kohde, he nostavat esiin kaksi pääsyytä siihen, miksi myös omaisen huomioiminen tilantessa on tärkeää. Ensimmäisenä he mainitsevat omaisen

olevan suuressa roolissa potilaan toipumisen kannalta. Toisena he mainitsevat, että potilaan kohtaama äkillinen fyysinen vamma vaikuttaa myös potilaan omaisten elämään häiritsevästi. Tuloksista käy ilmi, että omaiset kaipasivat eniten tietoa, yhteyden potilaaseen ja potilaan hoitotahoon sekä psykososiaalista tukea. Suurin osa tutkimukseen osallistuneista läheisistä oli saanut sosiaalityöntekijän apua ja hyötynyt siitä. (Verharen 2015.)

2.2 Traumaattinen kriisi

Kriisi voidaan määritellä tilanteeksi, jolloin elämässä tapahtuu suuri, sopeutumistehävän käynnistävä muutos. Elämänmuutoksesta selviytyminen edellyttää psyykkisten voimavarojen runsaan käyttöönoton. (Saari, S., Kantanen I., Kämäräinen L., Parviainen K., Valoaho S., & Yli-Pirilä P 2009, 9.) Kriisiin ei välttämättä liity mitään negatiivista, vaan se voi yhtälailla tarkoittaa positiivista käännekohtaa tai mahdollisuutta (Poijula 2016, 27). Kriisit luokitellaan yleisesti kolmeen eri luokkaan, kuten ne on luokiteltu Punaisen Ristin ja Duodecimin Psyykkisen ensiavun oppaassa; kehityskriiseihin, elämäkriiseihin ja äkillisiin kriiseihin (Saari ym. 2009, 9). Opinnäytetyössäni oleellisimmassa roolissa ovat äkilliset, traumaattiset kriisit.

Traumaattisen kriisin vaiheita on kuvattu pitkään neljän eri vaiheen kautta, jotka ovat sokki, reaktiovaihe, korjausvaihe ja sopeutumisvaihe (Hammarlund 2010, 103). Vaiheet on nimetty hieman eri tavoin lähteestä riippuen. Kaikissa kriisin vaiheissa on tietyille vaiheelle tunnusomaisia piirteitä (Hammarlund 2010, 103). Poijula (2016) kuitenkin korostaa, etteivät neljä edellä kuvattua kriisin vaihetta aina vastaa tosielämän tilanteita. Myös Turunen (2017) painottaa, että jako neljään eri vaiheeseen on tunnettu erityisesti pohjoismaissa, mutta samanlaista jaottelua ei käytetä kaikkialla maailmassa. Myös kriisityön kentältä nousee näkemys vaiheiden moninaisuudesta; havaintojen mukaan reaktiot voivat olla osin päällekkäisiä tai eri vaiheiden välillä voidaan liikkua edestakaisin (Karjalainen & Takanen 2016). Vaikka kriisin vaiheet eivät ole täysin yksiselitteisiä, tärkeäksi yhteiseksi tekijäksi kriiseille voidaan nostaa se, että kyseessä on tapahtuma, jonka käsittelyyn eivät aikaisemmat elämäkokemukset riitä

(Hedrenius & Johansson 2016; Cullberg, 1975;2006, 27).

Kriisi synnyttää ihmisessä kokonaisvaltaisia reaktioita, kuten esimerkiksi kaipausta, epätoivoa tai voimakasta väsymystä. Kriisi voi vaikuttaa sen suorien uhrien lisäksi uhrin lähipiiriin. (Hedrenius & Johansson 2016, 27.) Nykyaikaisen kriisiteorian mukaan järkyttävän tapahtuman aikaansaamat tunteet ovat tärkeitä varhaisia reaktioita, sillä niitä tarkastelemalla voidaan saada tietoa siitä, että tapahtunutta on hyvä käsitellä jatkossa ilmenevien ongelmien ehkäisemiseksi. Nykyään painotetaan reaktioiden merkitystä niiden tuottaman tiedon pohjalta, eikä niitä nähdä enää sairauden oireina, kuten ne aikaisemmin on nähty. (Henderius & Johansson 2016, 37.) Näin ollen omaisen varhaisten reaktioiden voidaan nähdä tuottavan ensihoitotilanteessa tärkeää tietoa siitä, voisiko potilaan läheinen hyötyä psykososiaalisesta tuesta.

Hedreniuksen ja Johanssonin (2016) mukaan National Instisute of Clinical Excellence (2015) korostaa, että käsitys akuuttivaiheen kriisituesta on muuttunut viime vuosien saatossa esimerkiksi aivokuvantamismenetelmien kehityttyä sekä aihetta koskevien uusien tutkimusten myötä. Nykyään kriisin aikaan saamat varhaiset reaktiot käsitellään luonnollisiksi, minkä seurauksena on luovuttu ajatuksesta antaa kriisin reaktioihin *hoitoa*. Sen sijaan painotetaan *tuen* merkitystä. Tällöin korostuu valppaan seurannan merkitys, joka pohjautuu ajatukseen siitä, että kriisin alkuvaiheessa ei voida vielä sanoa, ketkä tarvitsevat myöhempää tukea tai esimerkiksi traumaterapeuttista hoitoa. (National Institute of Clinical Excellence 2015, ks. Hedrenius & Johansson 2016, 37.) Tämän tiedon valossa korostuu tehokkaan psykososiaalisen tuen tarjoamisen ja ohjaamisen merkitys; ensihoitotilanteessa ei välttämättä ole vielä mahdollista tietää, onko läheinen psykososiaalisen tuen tarpeessa, jolloin ensihoitajien antama selkeä ohjeistus voi helpottaa läheisen hakeutumista psykososiaalisen tuen piiriin tarpeen vaatiessa.

Järkyttävän tapahtuman jälkeiset reaktiot ovat sekä odotettavissa että normaaleja, mutta eivät tarkoita, etteikö niitä voisi seurata tapahtumasta toipuminen (Hedrenius

& Johansson 2016, 37). Nykyään korostetaan entistä enemmän ihmisen omien selviytymiskeinojen löytämisen tukemista sekä resilienssin, eli selviytymiskykyisyyden vahvistamista (Turunen 2017). Opinnäytetyöni kannalta oleelliset kriisin vaiheet ovat kaksi ensimmäistä vaihetta; sokki- ja reaktiovaiheet. Äkillisen ensihoitotilanteen sattuessa potilaan omainen käy ensihoitajien paikalla ollessa todennäköisimmin läpi toista tai molempia näistä vaiheista.

2.3 Psyykinen trauma

Kriisityössä puhuttaessa traumasta viitataan psyykkiseen tilaan. Tässä opinnäytetyössä käytän käsitettä psyykinen trauma, jotta vältetään käsitteen sekoittumiselta puhtaasti lääketieteelliseen trauma -käsitteeseen. Psyykinen trauma määritellään syvästi järkyttävän tapahtuman aiheuttamaksi henkiseksi vaurioksi, josta seuraa traumaattista stressiä (Traumaterapiakeskus 2016). Duodecimin Lääkärin käsikirja jakaa yleisimmät traumaattisen tapahtuman jälkeiset psyykkiset seuraukset stressireaktioihin ja stressihäiriöihin. Stressireaktioiden ei katsota vaativan lääketieteellistä hoitoa, mutta stressihäiriön puolestaan katsotaan edellyttävän hoidollista kannanottoa. (Ponteva, M. 2016.)

Sijaistraumatisoitumisesta puhutaan silloin, kun ihminen altistuu traumaattiselle tapahtumalle epäsuorasti, esimerkiksi näkemällä läheiselle tapahtuvan tapaturman. Sijaistraumatisoituminen voi oireilla samalla tavalla kuin posttraumaattinen stressihäiriö; tapahtuman uudelleen kokemisella mielessä, välttämiskäyttäytymisenä ja yliviritäytyneenä mielentilana. (Cieslak, Benight, Rogala, Smoktunowicz, Kowalska, Zukowska, Yeager, Luszczynska 2016; Bride 2004.) Posttraumaattisen stressireaktion oireita on tutkimusten mukaan todettu myös tehohoitoon joutuneiden potilaiden läheisillä niissä tapauksissa, joissa he ovat olleet näkemässä läheiselle tapahtuneen traumaattisen tapahtuman ja kokeneet tapahtuman järkyttävänä (Hibberd R, Elwood LS, Galovski T, 2010; Anderson, Arnold, Angus, & Bryce, 2009).

Traumaattinen tapahtuma on kokemus, johon ihmisellä ei ole käsittelymallia aiempien kokemusten pohjalta (Saari 2003, 15). Trauma aiheuttaa usein voimakasta pelkoa, kauhua tai vihaa sekä saa kyseenalaistamaan perustavanlaatuiset inhimilliset arvot ja ihmissuhteet sisältäen voimakkaan hylätyksi tulemisen tunteen (Hedrenius & Johansson 2016, 27).

Ihmisten kyky kestää kriisitilanteita ja selviytyä niistä on yksilöllinen. Mikäli voimakasta psyykkistä kuormitusta on jatkunut pitkään tai kuormitustilanteita on tullut useita peräkkäisiä, voi pienikin ärsyke riittää voimavarojen loppumiseen ja oireilun alkamiseen. (Traumaattisten tilanteiden psykososiaalinen tuki ja palvelut 2009.) Sama yksittäinen tapahtuma voi vaikuttaa traumatisoivasti vain osaan tapahtuman kokeneista ihmisistä. Nykyään tiedetään paljon traumatisoitumisen riskiä lisäävistä ja pienentävistä tekijöistä. Trauman syntymiseen tai syntymättä jäämiseen vaikuttavat muun muassa biologiset, psykologiset, eksistentiaaliset ja sosiaaliset tekijät, eivätkä kaikki ihmiset traumatisoidu järkyttävän tapahtuman seurauksena. Yksilöllisen reagoimisen vuoksi yksittäistä tapahtumaa ei voida suoraan nimittää traumaattiseksi. Psykologian tohtori ja kriisi- ja traumapsykoterapeutti Tuija Turunen (2017) korostaa, ettei erittäin järkyttävä tilannekaan ole automaattisesti traumatisoiva, vaan tilanteen seurauksiin vaikuttaa kokonaisvaltaisesti useat eri tekijät. On myös muistettava, että toisaalta ulkopuolisen silmiin lievältä vaikuttava tilannekin voidaan kokea traumatisoivana esimerkiksi tilanteen herättämien aiempien traumakokemusten vuoksi. Turunen pitää tärkeänä sitä, että ihmisen omiin selviytymismahdollisuuksiin luotetaan ja otetaan huomioon myös se, ettivät kaikki ihmiset koe tilannetta traumaattisena. (Turunen 2017.) Samasta asiasta muistuttavat Hedrenius ja Johansson (2016); traumaattisen tapahtuman sijaan on tarkoituksenmukaisempaa käyttää käsitettä mahdollisesti traumaattinen tapahtuma.

2.4 Traumaperäinen stressireaktio ja posttraumaattinen stressihäiriö

Traumaattisen tapahtuman aiheuttamiin oireisiin kuuluvat muun muassa kohonnut vireystila, uniongelmat, ahdistus- tai masennusoireet tai traumaattiseen tapahtumaan liittyvä välttämiskäyttäytyminen. Valtaosalla traumaattisen tapahtuman jälkeiset oireet lievittyvät muutaman päivän jälkeen. (Traumaattisten tilanteiden psykososiaalinen tuki ja palvelut 2009.) Terveystieteen Lääkärikirja Duodecimin mukaan alle kuukauden kestävät oireet luokitellaan traumaperäiseksi *stressireaktioksi*. On kuitenkin mahdollista, että oireet pitkittyvät. Oireiden kestäessä yli kuukauden, voidaan diagnosoida traumaperäinen *stressihäiriö* (Huttunen 2015). Traumaperäisen stressihäiriön tunnistamiseen voidaan käyttää erilaisia itsearviointiin perustuvia kyselylomakkeita, joiden avulla oireita kartoitetaan. Duodecimin Käypä hoito -suositusten mukaan käyttökelpoisia menetelmiä posttraumaattisen stressihäiriön seulonnassa ovat esimerkiksi Trauma Screening Questionnaire (TSQ), The Impact of Event Scale (IES-22) ja PTSD -Checklist (PCL-C). (Henriksson, Isoaho, Laukkala, Ponteva, Punamäki & Wahlbeck. 2014.)

Riskiä stressireaktion kehittymisestä stressihäiriöksi lisää tapahtuman aikana tai heti sen jälkeen ilmenevä autonomisen hermoston aktivoituminen, esimerkiksi sydämentykytys, hikoilu tai verenpaineen kohoaminen (Huttunen 2015). Lisäksi posttraumaattisen stressihäiriön riski on erityisen suuri ihmisillä, jotka ovat edellisen puolen vuoden aikana kokeneet epätavallisen, psyykkisesti kuormittavan tapahtuman. (Ponteva 2016.) Tutkimuksessa, jossa pyrittiin selvittämään posttraumaattisen stressihäiriön riskin ennustettavuutta havainnoimalla järkyttävän tapahtuman aiheuttamia välittömiä reaktioita todettiin, että trauman aikainen dissosiaatio on yksi merkittävä posttraumaattista stressihäiriötä ennustava tekijä. Tutkimuksessa todettiin kuitenkin myös ennustettavuuden haasteellisuus; henkilöillä, joilla ei esiintynyt dissosiativista käytöstä trauman aikana tai heti sen jälkeen, esiintyi myös posttraumaattista stressihäiriötä. (Bryant 2005, 6.) Stressihäiriötä ei voida ehkäistä kertaluonteisella jälkipuinilla, eikä heti tapahtuman jälkeen voida vielä tietää, keiden tapahtumaan osallisten stressireaktiot kehittyvät stressihäiriöksi (Turunen 2017). Posttraumaattisen stressihäiriön syntymistä onnettomuuden seurauksena tutkineet Feim ja Kassam-Adams

(2003) ovat tutkimuksessaan saaneet selville, että ensihoitovaiheessa työskentelevillä on kuitenkin merkittävä mahdollisuus vaikuttaa ensihoitotilanteeseen osallisten fyysisen toipumisen lisäksi heidän henkiseen toipumiseensa (Fein & Kassam-Adams 2003, 148). Duodecimin Käypähoitosuositusten mukaan sekä traumaperäiset stressireaktiot että -häiriöt ovat melko tavallisia mielenterveyden häiriöitä, jotka tulee tunnistaa kaikkialla terveydenhuollossa (Henriksson ym. 2014).

Muita posttraumaattisesta stressihäiriöstä käytettyjä nimiä ovat trauman jälkeinen stressihäiriö ja traumaperäinen stressihäiriö (posttraumatic stress disorder, post-traumatic stress disorder, PTSD). Tässä opinnäytetyössä käytän nimeä posttraumaattinen stressihäiriö.

2.5 Psyykinen sokki ja reagointivaihe

Psyykinen sokki tai sokkivaihe on traumaattisen kokemuksen ensimmäinen vaihe, jonka tehtävä on palvella henkiinjäämistä ja toimintakyvyn säilymistä (Saari 2012,47). Sokki on mielen tapa suojata itseään tiedolta, jota se ei pysty käsittelemään (Pulkkinen & Vesanen 2014). Psyykkisen sokin aikana aivojen toiminta muuttuu normaalista poikkeavaksi. Osoitus ylitehokkaasta aivojen toiminnasta psyykkisen sokin aikana on niin sanottu supermuisti, jolloin aivojen normaali aistihavaintojen valikoiminen ja muokkaaminen poistuvat käytöstä. Tämän seurauksena järkyttävä tapahtuma voi aiheuttaa traumaattisen tilanteen jälkeen ilmeneviä voimakkaita ja epätavallisen yksityiskohtaisia muistihavaintoja. (Saari 2012, 43-48.)

Psyykinen sokki voi ilmetä ulospäin useilla eri tavoilla. Kunkin ihmisen yksilöllistä reagointitapaa on mahdotonta ennustaa etukäteen. Yhteistä psyykkisen sokin oireille reagointitavasta huolimatta on se, että tapahtunutta on hankala käsittää todeksi. (Saari 2012, 43-48.) Duodecimin Käypähoitosuositusten mukaan muita merkkejä, joista sokissa olevan ihmisen voi tunnistaa ovat tapahtuman kieltäminen, hankaluus

käsittää tapahtunut todeksi, lamaantuminen tai ulospäin yllirauhalliselta vaikuttava käytös, epäjohdonmukaisuus sekä fyysiset reaktiot, kuten vapina tai paleleminen. Lisäksi on mainittu harvoin esiintyvät paniikki ja liikkumisvaikeus ilman fyysistä syytä. (Pukkinen & Vesanen 2014.)

Sokkivaihe kestää normaalisti muutamasta tunnista muutamaan vuorokauteen (Pojula 2007, 33). Toisaalta käytännön kriisityön kentältä nousee näkemys, jonka mukaan joissakin tapauksissa sokkivaihe voi kestää vain muutamia minuutteja, jonka jälkeen tapahtuu siirtyminen reagoivavaiheeseen (Karjalainen & Takanen 2016). Reagoivavaiheessa oleellista on se, että tapahtunut ymmärretään todeksi. Sokkivaiheessa auttajan rooliin kuuluu oleellisimmin tarvittaessa päätöksenteossa auttaminen, perustarpeisiin vastaaminen ja tuettavan halukkuudesta riippuen kuunteleminen (Karjalainen & Takanen 2016). Muita sokkivaiheessa tärkeitä auttamismuotoja ovat reaktioiden vastaanottaminen, tapahtuneen läpikäynnin mahdollistaminen menemättä syvemmälle tunteiden käsittelyyn, tiedon antaminen siitä, mitä seuraavaksi tapahtuu, sekä tiivistettyä neuvontaa odotettavissa olevista reaktioista (Traumaattisten tilanteiden psykososiaalinen tuki ja palvelut 2009). Odotettavissa olevista reaktioista kerrottaessa on myös tärkeää mainita, että ne ovat mahdollisia reaktioita, joita kaikki eivät kuitenkaan koe. Näin vältetään oletus siitä että olisi epänormaalia, mikäli ei järkyttävän tapahtuman jälkeen koe odotettavissa olevia *mahdollisia* psyykkisiä tai fyysisiä reaktioita. (Turunen 2017.)

2.6 Psykososiaalinen tuki

Psykososiaalisen tuen yleisiä rinnakkaiskäsitteitä ovat psykososiaalinen kriisityö, akuutti kriisityö, kriisituki ja psyykinen ensiapu. Psykososiaalisen tuen voidaan määritellä olevan toimintaa, jota järjestetään onnettomuuksien tai muiden erityistilanteiden aiheuttaman psyykkisen stressin seuraamusten ehkäisemiseksi ja vähentämiseksi (Traumaattisten tilanteiden psykososiaalinen tuki ja palvelut 2009). Kriisityö on en-

naltaehkäisevää mielenterveystyötä, jolla ehkäistään muun muassa akuutin stressihäiriön ja traumaattisen stressihäiriön kehittymistä sekä haitallisiin toimintamalleihin, kuten liialliseen päihteiden käyttöön turvautumista (Karjalainen & Takanen 2016). Punaisen Ristin ja Punaisen Puolikuun kansainvälinen psykososiaalisen tuen keskus määrittelee psykososiaalisen tuen prosessiksi, jossa helpotetaan yksilöiden, perheiden ja yhteisöjen resilienssin kehittymistä. (Psychosocial interventions 2010, 25-26). Resilienssi voidaan määritellä selviytymiskykyisyydeksi, pitäen sisällään henkilön vahvuuden ja joustamiskyvyn, sekä kyvyn kohdata vastoinkäymisiä ja selviytyä niistä (Lääperi 2016, 14-15). Punaisen Ristin ja Punaisen Puolikuun psykososiaalisen tuen keskus nostaa mielenterveysongelmien ennaltaehkäisyn rinnalle psykososiaalisen tuen korjaavan merkityksen, joka ilmenee silloin, kun psykososiaalinen tuki auttaa yksilöitä ja yhteisöjä pääsemään yli kriisin ja sen aiheuttaman sokin vaikutuksista. Lisäksi kriisien kehittämä resilienssi auttaa edelleen selviytymään uusista kriisesistä ja haastavista elämäntilanteista. (Psychosocial interventions 2010, 25-26.) Tutkimustiedon lisääntyessä nopealla tahdilla myös käsitys oikeanlaisesta kriisituesta on muuttunut viimeisen vuosikymmenen aikana (Turunen 2017). Esimerkiksi ennen toimivana menetelmänä pidettyä debriefingiä ei enää suositella yleisesti. Uutta näkökulmaa tukee muun muassa vuonna 2013 tehty kirjallisuuskatsaus, jonka tavoitteena oli selvittää posttraumaattista stressihäiriötä ehkäiseviä interventioita aikuisilla traumakoemuksen jälkeen. Katsauksen tuloksena todettiin jälkipuinnin olevan hyödytön menetelmä posttraumaattisen stressihäiriön ennaltaehkäisyssä. (Gartlehner, Forneris & Brownley ym. 2013.) Ennen suositellut käytännöt voivat nykytiedon valossa olla jopa haitallisia, jolloin tiedon hankkiminen ajankohtaisesta kriisituesta korostuu (Turunen 2017).

Suomessa kriisiavun saamiseen ei vaadita tietynlaisten oirekriteereiden täyttymistä, vaan tukea voivat saada kaikki kriisin kokeneet henkilöt (Vainikainen 2010, 53). Psykososiaalista tukea tarjoavat useat eri tahot osittain kunnasta riippuen. Perusterveydenhuolto tarjoaa psyykkisen ensiavun perustason. Psykiatrinen erikoissairaanhoido arvioi ja ohjaa tarvittaessa jatkoapuun. Psyykkinen hoito voidaan aloittaa välittömästi psykiatrisen poliklinikalla tai ohjata asiakas kunnan sosiaalihuollon palveluihin tai saa-

maan jatkoapua kunnan sosiaalityöntekijän kautta. Muita psykososiaalisen tuen tarjoajia ovat muun muassa kriisikeskukset, kolmannen sektorin järjestöt ja toimijat kuten Suomen Punainen Risti, Suomen Mielenterveysseura ja raiskauskriisikeskus Tukinainen, jotka tarjoavat apua myös verkossa ja puhelimitse. Lisäksi psykososiaalista tukea on saatavissa työterveyshuollosta. (Kiiltomäki & Muma 2007, 35.)

Tutkimusten mukaan kaksi kolmasosaa ihmisistä selviää psyykkisen trauman käsittelystä ilman ammattiapua, luonnollista läheisverkostoa hyödyntäen. Yksi kolmasosa tarvitsee tapahtuneen käsittelyyn ammattilaisten tukea. (Traumaattisten tilanteiden psykososiaalinen tuki ja palvelut 2009.) Opinnäytetyössäni tavoitteena on parantaa jäljelle jäävän kolmasosan tunnistamista ja avun piiriin ohjaamista mielenterveysongelmien, erityisesti posttraumaattisen stressihäiriön ennaltaehkäisemiseksi.

Bissonin, Tavakolyn, Witteveen, Ajdukovicin D, Jehelin, Johansenin, Dag Nordangerin, Garcian, Punamäen, Schnyderin U, Sezginin, Wittmannin ja Olfhin (2009) tavoitteena oli kehittää näyttöön perustuvat suositukset onnettomuuden jälkeistä psykologisen tuen järjestämistä koskien. 106 asiantuntijalta Delfi -menetelmän avulla kerättyihin vastauksiin perustuvan tutkimuksen mukaan psykoedukaatiolla on suuri merkitys traumaattisen tilanteen kokeneiden toipumisen kannalta. Psykoedukaation tärkeyttä selitetään sillä, että tieto traumaattisen tapahtuman aiheuttamista vaikutuksista auttaa siirtämään huomion oireista resilienssin, eli psyykkisen sitkeyden kehittymiseen ja luonnollisten voimavarojen löytämiseen. Lisäksi sosiaalinen tuki nähtiin asiantuntijoiden keskuudessa tärkeänä. Tuloksen mainitaan olevan linjassa tutkimustiedon kanssa koskien posttraumaattisen stressioireyhtymän syntymistä herkemmin, mikäli sosiaalista tukea ei ole saatavilla. (Bisson ym. 2009.) Psykoedukaatiota, joka on traumaattisen kriisin kohdatessa esimerkiksi fyysisten ja psyykkisten oireiden normalisointia ja kertomista odotettavissa olevista reaktioista, voi ensihoitaja mahdollisuuksien salliessa toteuttaa myös paikanpäällä potilaan ja läheisen luona.

Psykososiaalisen tuen merkityksellisyyttä erityisesti suuronnettomuuden kohdatessa on tutkittu Konginkankaan suuronnettomuuden jälkeen. Kela ja Suomen Mielenterveysseura tuottivat tapaustutkimuksen, jonka tavoitteena oli selvittää, kuinka hyvin loukkaantuneet sekä onnettomuudessa omaisensa menettäneet kokivat psykososiaalisen huollon vastanneen heidän tarpeitaan. Tutkimustulosten mukaan avuntarve jatkuu ensihoidon ja pelastustoimen jälkeenkin ja vastaavissa katastrofeissa osa uhreista ja heidän läheisistään tarvitsee lääketieteellisen hoidon lisäksi psykiatrista, psykologista ja sosiaalista tukea. Erityisesti alkuvaiheessa uhri ei usein ole kykenevä arvioimaan avuntarvettaan tai hakemaan apua itse, jolloin auttajan rooli aktiivisena avuntarjoajana korostuu. (Kumpulainen 2006.)

Opinnäytetöitä, jotka käsittelevät ensihoitoa ja psykososiaalista tukea yhdessä on tehty eri puolilla Suomea aiemminkin. Ne kuitenkin painottuvat potilaan ohjaukseen tai omaisen ohjeisiin sisältäen paikkakuntakohtaisia yhteystietoja, jolloin aiemmat opinnäytetyöt eivät ole suoraan hyödynnettävissä Keski-Pohjanmaalla. Latvala (2010) on laatinut potilasohjeen traumaattisessa kriisissä olevan ihmisen kohtaamiseen. Se ei kuitenkaan suoraan ole hyödynnettävissä potilaan läheiseen, sillä läheinen on ensihoidotilanteessa erilaisessa roolissa kuin potilas. Mäkelä ja Salonen (2009) laativat Helsingin kaupungin pelastuslaitoksen toimesta ohjeen omaisensa menettäneille sisältäen tietoa pääkaupunkiseudun psykososiaalisen tuen tarjoajista ja käytännön järjestelyistä omaisen kuoleman jälkeen.

Vuoden 2010 lakiuudistuksen aikaan psykososiaalisen tuen järjestämiseen on kiinnitetty huomiota eri puolilla Suomea, painottaen hieman eri näkökulmia. Psykososiaalisen tuen piiriin ohjaaminen näkyy useissa eri opinnäytetöissä sekä Sosiaali- ja terveysministeriön ohjeistuksissa. Vaikka lakiuudistuksesta on kulunut jo yli kuusi vuotta, Keski-Pohjanmaan alueelta ei ole löydettävissä tutkimus- tai kehittämistyötä psykososiaalisen tuen piiriin ohjaamisesta.

3 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyön tarkoituksena on parantaa Keski-Pohjanmaan alueella potilaan läheisen asemaa ensihoitotilanteeseen liittyvässä psykososiaalisessa kriisitilanteessa laatimalla ohjeet ensihoitajille läheisen kohtaamisesta hyödyntäen tuoreinta tutkimustietoa kriisityön parista.

Tavoitteena oli selvittää:

- Miten ensihoitaja voi **tunnistaa** psykososiaalisen tuen tarpeessa olevan potilaan läheisen ensihoitotilanteessa?
- Mitkä ovat tärkeitä elementtejä psyykkisessä sokissa olevan potilaan läheisen **kohtaamisessa?**
- Miten potilaan läheistä tulee **ohjata**, jotta psykososiaalisen tuen saanti ei esty tai viivästy niissä tapauksissa, joissa siitä on läheiselle hyötyä?

4 Menetelmä

Kirjallisuuskatsausta voidaan käyttää menetelmänä silloin, kun tavoitteena on muodostaa kokonaiskuva tietystä aihealueesta tai asiakokonaisuudesta. On olemassa useita erilaisia, hieman menetelmällisesti toisistaan poikkeavia katsaustyypppejä, mutta ne kaikki sisältävät tyypilliset osat. Tässä opinnäytetyössä teoria-aineisto kerättiin narratiivisen kirjallisuuskatsauksen menetelmällä, joka sisältää katsauksille tyypilliseen tapaan kirjallisuuden haun ja sen kriittisen arvioinnin, aineiston perusteella tehdyn synteesin ja analyysin (Axelin, Stolt & Suohonen 2016, 7-8). Kerätyn ja analysoidun tiedon pohjalta ensihoitajille koottiin ohjeistus kenttätöihin. Kirjallisuuskatsauksen tulosten ja niiden analyysin, asiantuntijahaastattelujen tutkimuskysymyksittäin luokiteltujen vastausten ja alaa koskevan manuaalisesti valittujen julkaisujen pohjalta laadittiin ensihoitajien käyttöön tuleva ohjeistus.

Kirjallisuuskatsauksille tyypilliseen tapaan myös narratiivisen, eli kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tavoite on luodaan yleiskuva ja ajantasaistaa jo olemassa olevaa tietoa tutkittavasta aiheesta (Salminen 2011, 13). Tiedon kokoaminen tapahtuu hyödyntäen systemaattisesti valittua ja analysoitua aihetta käsittelevää kirjallisuutta. Katsaukseen soveltuvien tutkimusten mahdollisimman laajan tavoittamisen vuoksi sähköisissä tietokannoissa tehtävien hakujen täydentämiseksi suositellaan tehtäväksi manuaalista tiedonhakua. (Hamari & Niela-Vilén 2016, 24.) Kirjallisuuskatsauksen eri tyypeistä sosiaalialalle sopii laadullisiin tutkimuksiin kohdistuva narratiivinen kirjallisuuskatsaus, mitä tehdessä on noudatettava systemaattisen tiedonhaun periaatteita. Pyrkimyksenä on järjestää epäyhtenäinen, tutkittavaa ilmiötä käsittelevä tieto selkeäksi, helposti hyödynnettävissä olevaksi kokonaisuudeksi käyttäen tarvittaessa apuna luokittelua. (Axelin ym. 2016, 8-9.) Kirjallisuuskatsauksen avulla pyritään selvittämään, mitä tutkittavasta aiheesta jo tiedetään (Hamari & Niela-Vilén 2016, 23). Sen tavoitteena on tarjota vastauksia tutkimuskysymyksiin näyttöön perustuvien tutkimusten pohjalta (Axelin ym. 2016, 7). Narratiivisessa kirjallisuuskatsauksessa tutkimuskysymyksenasettelu on systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen verrattuna väljempi. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tutkimuskysymys on usein tarkka ja kliininen. Lisäksi systemaattinen kirjallisuuskatsaus sisältä etenemisen meta-analyysiin ja alkuperäistutkimusten tulosten tilastolliseen yhdistämiseen. Narratiivisessa kirjallisuuskatsauksessa analyysi on systemaattista katsausta kuvailevampaa. (Axelin ym. 2016, 9-10.) Sen vuoksi tutkimusmenetelmäksi valittiin narratiivinen kirjallisuuskatsaus.

Tässä opinnäytetyössä pyrin löytämään vastauksen narratiivisen kirjallisuuskatsauksen menetelmin tämän opinnäytetyön taustan muodostavaan tutkimuskysymykseen:

Miten ensihoitajat voivat ensihoitotilanteessa toiminnallaan ja jatkoapuun ohjalla ehkäistä potilaan läheiselle kehittyviä psyykkisiä traumoja ja ennaltaehkäistä posttraumaattisen stressihäiriön ilmaantumista?

4.1 Narratiivinen kirjallisuuskatsaus

Ensimmäisessä kirjallisuuskatsauksen vaiheessa tarkastellaan aiheeseen liittyvää aiempaa tutkimusta, jonka pohjalta määritellään katsauksen tarve ja laaditaan tutkimussuunnitelma. Tutkimussuunnitelman tulee sisältää tutkimuskysymykset (Hamari & Niela-Vilén, 24-25). Tavoitteena oli löytää vastaukset seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

- Miten ensihoitaja voi tunnistaa psykososiaalisen tuen tarpeessa olevan potilaan läheisen?
- Mitkä ovat tärkeitä elementtejä psyykkisessä sokissa olevan potilaan läheisen kohtaamisessa?
- Miten potilaan läheistä tulee ohjata, jotta psykososiaalisen tuen saanti ei esty tai viivästy niissä tapauksissa, joissa siitä on läheiselle hyötyä?

Seuraavaksi valitaan sopivat hakutermit ja tietokannat, joiden avulla vastauksia etsitään. Hakutermin valinta tapahtuu tutustumalla aihetta koskevaan suomen- ja englanninkieliseen materiaaliin, jota läpikäymällä tehdään listausta erialisista aiheen kannalta tärkeistä termeistä. Hakutermejä valitessa voidaan hyödyntää esimerkiksi sanakirjoja, tietokantoja ja oppikirjoja. Lopullista hakua varten valitaan oleellimmat termit synonyymeineen. Tutkimusaihe ja -kysymykset soveltuvat harvoin sellaisenaan hakulausekkeiksi. (Hamari & Niela-Vilén 2016, 39-40.) Hakutermeihin ja aiheeseen liittyvien lähteiden perusteella valittiin hakutermit yleisesti traumaattisen tilanteen aiheuttamien mielenterveyshäiriöiden sijaan *posttraumatic stress disorder* (posttraumaattinen stressihäiriö) synonyymeineen, sillä alkukartoituksen perusteella mahdollisesti traumaattisen tapahtuman vaikutusta on tutkittu pääosin siten, että on tutkittu posttraumaattisen stressihäiriön riskiä ja sitä ennaltaehkäiseviä tekijöitä. Alustavissa hauissa kokeiltiin lisätä käytettyihin hakutermeihin potilaan omaista tai läheistä kuvaavia ilmauksia, mutta ne jätettiin pois niiden rajattua tulokseksi saadun aineiston liian suppeaksi. Koska suoraan potilaan läheisen reaktioihin ja tarpeisiin liittyviä si-

säänottokriteerit täyttäviä tutkimuksia ei löytynyt tarpeeksi, laajennettiin tutkimuskysymykset tiedonhaku varten koskemaan posttraumaattisen stressihäiriön riskiä lisääviä tekijöitä yleisellä tasolla, muustakin kuin läheisnäkökulmasta. Valituista tutkimuksista poimittiin ne vastaukset, joita voidaan soveltaa läheiseen ensihoitotilanteessa.

Englanninkielisten tietokantojen tuottaessa suomenkielisten tietokantojen tarjontaan verrattuna tutkimuskysymysten kannalta soveltuvampia tuloksia, suomenkielisisistä tietokannoista alustavien hakujen tuottamien tulosten perusteella mukaan valikoitui ainoastaan Terveysportti. Terveysportista mukaan valittiin manuaalisesti Käypä hoito -suositukset käyttäen hakusanaa *traumaperäinen stressihäiriö*. Englanninkielisissä tietokannoissa käytettiin hakusanoja *psychic, crisis, trauma, PTSD, post-traumatic stress disorder, posttraumatic stress disorder ja prevention*. PubMed tietokannan tuottaessa suurelta osin puhtaasti lääketieteellisiä artikkeleja, tehtiin kyseiseen tietokantaan lisäksi haut hakusanoilla *psychosocial, crisis, trauma ja intervention* katkaisten sanat tietokannasta riippuen joko * - tai ? -merkeillä, jotta haku koski myös sanojen taivutettuja muotoja. Hakusanat yhdistettiin joko AND tai OR -sanoilla.

Hakutermien valinnan jälkeen valitaan käytettävät tietokannat, joista tehdään hakuja valituilla termeillä. Käytettävien tietokantojen valinnassa on otettava huomioon haettava aihe sekä se, minkälainen työ on kyseessä. Jotta tietoa saadaan koottua mahdollisimman kattavasti, hakuja tulee tehdä useista eri tietokannoista. (Hamari & Niela-Vilén 2016, 42.) Tietokantojen valinnassa käytin apuna Jyväskylän ammattikorkeakoulun kirjaston tarjoamaa mahdollisuutta henkilökohtaiseen opastukseen. Harjoitushakuja mahdollisilla hakutermeillä tehtiin 2.6.2016. Kirjastonhoitaja opasti sekä sopivien tietokantojen että hakusanojen valinnassa. Lisäksi valitsin tietokannat Jyväskylän ammattikorkeakoulun alakohtaisten tietokantasuosituksen mukaan, jotka sisältävät maksullisia, opiskelijoiden käytössä olevia tietokantoja. Kartoittaessa tietokantojen tuottamia tuloksia peilaten niitä tutkimuskysymyksiin, valitsin mukaan sopivimmat tulokset tuottavat tietokannat.

Tiedonhaussa hyödynnettiin seuraavia tietokantoja:

- Academic Search Elite
- Cinahl
- PubMed

Tutkimusaineiston haku, valinta ja raportointi

Ennen aineiston hakua laaditaan sisäänotto- ja poissulkukriteerit, joiden perusteella haun tuottamat alkuperäistutkimukset joko otetaan mukaan tai jätetään pois. Haku määritellään näyttämään vain alle 10 vuotta vanhat tutkimukset. Kaikki hakutermien tuottamat tulokset käydään läpi otsikko- abstract- tai tekstitasolla tarkastellen, täytyvätkö sisäänotto- tai poissulkukriteerit. (Valkeapää 2016, 56-58.) Tässä opinnäytetyössä hyödynnettiin vain vuoden 2010 jälkeen julkaistuja tutkimuksia, sillä lakiuudistus, joka velvoittaa ensihoitajat Suomessa huolehtimaan myös psykososiaalisen tuen piiriin ohjaamisesta on astunut voimaan vuonna 2010. Opinnäytetyöni tavoitteena on kerätä yhteen mahdollisimman uutta psykososiaalisiin kriiseihin liittyvää teoriaa, joten 10 vuotta vanhat tutkimukset eivät välttämättä enää vastaa tämän päivän käsitystä kriisituesta. Lisäksi haku rajattiin englannin- tai suomenkielisiin, vertaisarvioituihin artikkeleihin. Käytetyt hakutermit ja vaiheittain tapahtunut poissulku ja sisäänotto on kuvattu tarkemmin liitteessä 1.

Mukaan otettavalle aineistolle määrittelemäni **sisäänottokriteerit**:

Teksti käsittelee alkuperäistutkimusta, tutkimus on tehty vuoden 2010 jälkeen, tutkimus vastaa tutkimuskysymykseen tai tutkimuskysymyksiin, eikä koko aineiston käytöstä aiheudu kuluja tutkijalle.

Mukaan otettavalle aineistolle määrittelemäni **poissulkukriteerit**:

Teksti ei ole tutkimus, tutkimus on tehty ennen vuotta 2010, teksti ei vastaa tutkimuskysymykseen tai tutkimuskysymyksiin, saatavilla ei ole koko tekstiä tai se on maksullinen, tutkimus ei täytä kvalitatiivisen tutkimuksen laatukriteerejä.

Alkuperäistutkimuksien tarkastelulla kvalitatiivisen tutkimuksen laatukriteerien valossa pyrittiin lisäämään kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta. Validiteettia tarkastelemalla arvioitiin sitä, miten hyvin valitut mittaus- ja tutkimusmenetelmät mittaavat juuri sitä ilmiön ominaisuutta, jota tutkimuksessa pyritään tutkimaan. Tutkimuksen validiudella tarkoitetaan myös tulosten pohjalta tehtyjen päätelmien pätevyyttä. Reliabiliteettiä arvioimalla tarkasteltiin mittaus- ja tutkimusmenetelmien luotettavuutta ja toistettavuutta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 226-228.)

Mukaan valitut aluperäistutkimukset tulee arvioida käytettyyn katsaustyyppiin soveltuvia arviointikriteerejä hyödyntäen. Arvioinnin tavoitteena on kuvata tulosten luotettavuutta ja yleistettävyyttä. Arviointia varten on kehitetty useita erilaisia kriteerejä ja arviointi tulisi suorittaa vähintään kahden henkilön toimesta. (Lementti & Ylönen 2016, 67.) Opinnäytetyössäni hyödynsin vuonna 2013 laadittua CASP -Checklist -arviointikriteeristöä. Se on yleisesti hoitotyössä käytetty arviointikriteerilista, mitä suosittelee myös hoitotyön tutkimussäätiö. (Lementti & Ylönen 2016, 74-75.) Englantilainen CASP -Checklist koostuu kymmenestä kysymyksestä (Critical Appraisal Skills Programme (CASP) 2013). Kysymykset koostuvat seuraavista osa-alueista:

- tulosten validius
- minkä tyyppisiä saadut tulokset ovat
- miten tulokset on esitelty

Mukaan valitun tutkimusaineiston tuottama tieto lajiteltiin vastaamaan tutkimuskysymyksiä. Teemat, joiden mukaan aineisto lajiteltiin:

- *Psykososiaalisen tuen tarpeen **tunnistaminen** / ketkä ovat suurimmassa riskissä kehittää posttraumaattinen stressihäiriö?*
- *Tärkeät **kohtaamisen** elementit / miten posttraumaattisen stressihäiriön riskiä voidaan vähentää ensihoitotilanteessa?*

- *Läheisen ohjaaminen / kuinka potilaan läheistä tulee ohjata psykososiaalisen tuen piiriin?*

Valituilla hakusanoilla rajaten haut vuoden 2010 jälkeen julkaistuihin, vertaisarvioituihin ja koko teksti saatavilla oleviin artikkeleihin tuloksia saatiin yhteensä 586; PubMed tietokannasta 220 hakutulosta, Academic Searc Elite (Ebsco) tietokannasta 308 hakutulosta ja Cinahl (Ebsco) tietokannasta 58 hakutulosta. Seuraavaksi suoritettiin karsinta otsikko- ja abstractitasolla tarkastellen. Otsikoiden ja abstractien perusteella mukaan otettiin yhteensä 30 artikkelia; PubMed -tietokannasta 13 artikkelia, Academic Searc Elites (Ebsco) -tietokannasta 14 artikkelia ja Cinahl (Ebsco) -tietokannasta kolme artikkelia. Koko tekstin perusteella, peilaten artikkeleja sisäänotto- ja poissulkukriteereihin sekä tarkastelemalla, vastaako tutkimus asetettuihin tutkimuskysymyksiin mukaan otettiin viisi alkuperäistutkimusta koskevaa tutkimusartikkelia, joista neljä oli Academic Search Elite (Ebsco) -tietokannasta ja yksi PubMed -tietokannasta. Tutkimusaineisto (N=5) valittiin syys-lokakuun 2016 aikana tehtyjen hakujen tuloksista. Aineiston haku ja valinta on kuvattu kaaviona liitteessä 1.

Kirjallisuuskatsauksen aineistoksi valitut alkuperäistutkimuksia käsittelevät artikkelit:

- Dithole K, Thupayagale-Tshweneagae G, Mgutshini T. 2013. Posttraumatic stress disorder among spouses of patients discharged from the intensive care unit after six months. Tutkimuksessa tutkittiin tehohoidossa olevien potilaiden puolisoitten kokemuksia Botswanan pääkaupungissa sijaitsevassa sairaalassa. Tutkittavista (N=28) 17 oli naisia ja 11 miehiä. Tutkimus toteutettiin haastattelemalla. PTSD Checklist-Sepcific Scale:n avulla selvitettiin psykiatrisien oireiden esiintymistä. DSM-IV -luokittelua (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) käytettiin oireiden aiheuttamien haittojen luokitteluun.
- Haagsma, J., Patka, P., Polinder, S., Ringburg, A., Schipper, I., van Beeck, E. & van Lieshout, E. 2012. Prevalence rate, predictors and long-term course of probable posttraumatic stress disorder after major trauma: A prospective cohort study: Alankomaissa tehdyn tutkimuksen ensimmäisenä tavoitteena

oli määrittää posttraumaattista stressihäiriötä ennustavia tekijöitä sekä sairastuvuuden määrää vakavan trauman jälkeen huomioiden myös ennen sairaalaan pääsyä annettavan (Emergency Medical Service vrt. ensihoito) hoidon merkitys. Toinen tavoite oli arvioida posttraumaattiseen stressihäiriöön sairastumisen ja ulkoisten tekijöiden (sosio-demograafisten tekijöiden, fyysisten vammojen sekä saatua tai puuttunutta hoitoa ennen sairaalaan pääsyä) yhteyttä pidemmällä aikavälillä. Tutkimusmenetelmänä oli prospektiivinen kohorttitutkimus ja tutkittavana (N=332) vakavan trauman kokeneita, joiden ISS-luku (Injury Severity Score) oli vähintään 16. Tietoa kerättiin sairaalan potilastietorekistereistä ja potilaiden omien itsearviointien avulla, jotka sisälsivät IES-asteikon (Impact of Event Scale), jolla mitattiin mahdollisia posttraumaattisen stressin oireita.

- Hetzel-Riggin MD, Roby RP. 2011. Trauma type and gender effects on PTSD, general distress, and peritraumatic dissociation: Yhdysvalloissa tehdyssä tutkimuksessa tutkittiin traumatyyppin ja kokijan sukupuolesta riippumattomia tekijöitä. Lisäksi tutkittiin traumatyyppin ja sukupuolen vaikutusta suhteessa posttraumaattisen stressihäiriön syntyyn, yleiseen psykopatologiaan ja traumaattisen tapahtuman aikana ilmenevään dissosiaatioon. Tutkittava ryhmä (N=1503) muodostui yliopisto-opiskelijoista, jotka ovat kokeneet luonnonkatastrofin, läheisen menetyksen tai lähisuhdeväkivaltaa. Tutkimus toteutettiin verkkokyselynä keskilännessä sijaitsevassa yliopistossa Yhdysvalloissa. Vastaa-jien kokemien traumojen luokittelussa käytettiin DSM-IV-TR -luokittelua (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ja TLEQ -kyselyä (Traumatic life events questionnaire).
- Pillai L, Aigalikal S, Vishwasrao SM, Husainy S. 2010. Can we predict intensive care relatives at risk for posttraumatic stress disorder? Intiassa tehdyn tutkimuksen tavoitteena oli selvittää tehohoidossa olevien potilaiden läheisten riskiä saada posttraumaattisen stressihäiriön oireita. Seurantatutkimukseen osallistuvia tutkittavia henkilöitä oli yhteensä 166. Potilaan ollessa sairaalahoidossa läheisten kokeman ahdistuksen mittaamiseen käytettiin HAD asteikkoa (Hospital Anxiety and Depression Scale) ja alttiutta posttraumaattiseen

stressihäiriöön IES-R mittaria (Impact of Event Scale Revised). Tulokset kerättiin viiden päivän kuluttua sairaalahoidon alkamisesta, sekä kahden kuukauden jälkeen.

- Wei, Y., Wang, L., Wang, R., Cao., Shi, Z. & Zhang, J. 2013. Prevalence and predictors of posttraumatic stress disorder among Chinese youths after an earthquake. Tutkimuksessa tutkittiin posttraumaattiseen stressihäiriöön sairastuvuutta ja sitä ennustavia tekijöitä Kiinassa tapahtuneen maanjäristyksen jälkeen nuorten keskuudessa. Tutkittavana oli (N=753) 9-18 -vuotiasta oppilasta. Tutkimus on määrällinen kyselytutkimus. Posttraumaattisen stressihäiriön löytämiseksi käytössä oli Los Angeles PTSD Reaction Index.

Kirjallisuuskatsauksen aineistoksi arvioinnin jälkeen valittu materiaali tutkitaan tarkasti ja organisoidaan teemoittain käyttäen apuna taulukointia, jotta aiheesta muodostuu kattava ymmärrys (Kangasniemi & Pölkki 2016, 80-84). Mukaan otettu aineisto koostui englanninkielisistä tutkimusartikkeleista, joten artikkelit tulostettiin ja suomennettiin tarkasti, poimien niistä kirjallisuuskatsauksen tutkimuskysymysten kannalta oleelliset vastaukset. Tutkimusartikkeleista tehtiin yhteenvetona taulukko, josta käy ilmi tutkimuksen perustiedot, tutkimuskysymykset, käytetyt menetelmät ja keskeisimmät vastaukset kirjallisuuskatsauksen tutkimuskysymysten kannalta. (Ks. liite 2.)

4.2 Asiantuntijahaastattelu ja -kyselyt

Asiantuntijahaastatteluun osallistui kaksi Keski-Suomen alueella toimivan Kriisikeskus Mobilen kriisityöntekijää ja se toteutettiin 26. huhtikuuta 2016 Kriisikeskus Mobilen tiloissa. Joulukuussa 2016 toteutettuun kyselyyn osallistui viisi samaisen kriisikeskuksen kriisityöntekijää.

Osa kriisikeskuksen asiakkuuteen ohjautuvista asiakkaista on ollut mukana ensihoitotilanteessa joko läheisenä tai potilaana. Työskennellessään ensihoitotilanteissa mukana olleiden asiakkaiden kanssa, haastattelun tarkoituksena oli kerätä tietoa siitä,

mitkä asiat kriisityön näkökulmasta ovat sellaisia, joihin ensihoidossa olisi tärkeä kiinnittää huomiota. Noin puolentoista tunnin mittaiseen haastatteluun osallistui kaksi kriisityöntekijää. Haastattelua varten luotiin kysymysrunko, jota apuna käyttäen tieto kerättiin. Haastattelumuodoksi valittiin puolistrukturoitu haastattelu, sillä se mahdollistaa avoimet vastaukset vastausvaihtoehtojen sijaan ja antaa vastaajalle mahdollisuuden vastata omin sanoin. Puolistrukturoitu haastattelu sopi kartoitushaastattelun muodoksi, sillä sille on ominaista se, että kaikkia haastattelun näkökohtia ei ole valmiiksi lyöty lukkoon, mikä mahdollistaa haastattelun aikana nousseiden uusien näkökulmien mukaanoton. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 47.) Kysymysrunkoa täydennettiin Soiten ensihoitokeskuksella työskentelevän ensihoitajan kanssa 22.4.2016 käydyn keskustelun pohjalta. Avoimen keskustelun tavoitteena oli tehdä alustavaa kartoitusta siitä, millaisiin läheisiin liittyviin tilanteisiin ensihoitajat kokivat kaipaavansa ohjeistusta kriisityön näkökulmasta. Ohje väkivaltatilanteessa toimimiseen läheisen auttamiseksi nousi keskustelussa esiin haastattelun ensihoitajan taholta. Osa kysymyksistä oli erittäin konkreettisia ja tiettyihin tilanteisiin liittyvä. Mukana oli myös epäspesifimpiä kysymyksiä, joiden avulla haastatteluun saatiin avoimen keskustelun kautta mukaan muitakin näkökulmia, kuin pelkästään vastauksia valmiisiin kysymyksiin. Haastattelun runkona käytetyt kysymykset olivat:

1. Läheisen ohjaaminen ensihoitotilanteessa:
 - Miten läheistä tulisi ohjata?
 - Kuinka paljon läheiselle tulisi antaa tietoa ensihoitotilanteen aikana?
 - Millä tavalla läheiselle tulisi antaa tietoa?
 - Miten läheiselle tulisi antaa tieto jatkoavusta?
2. Mistä tunnistaa kriisituen tarpeessa olevan potilaan läheisen?
3. Mitkä asiat voidaan kokea läheisen taholta järkyttävinä ja tilanteen traumatisoivuuksi lisäävänä? Mitä asioita tai sanoja kannattaa välttää ensihoitotilanteessa läheisen läsnäollessa?
4. Mitä asioita on tärkeä huomioida kohtaamisessa läheisen kanssa?

5. Mitä erityistä läheiseen liittyvää on huomioitava ensihoitotilanteessa väkivaltatilanteen seurauksena?

Toisena tiedonkeruumenetelmänä käytettiin strukturoimatonta kyselyä. Yleensä kyselyä käytetään aineistonkeruumenetelmänä, kun tavoitteena on kerätä laaja aineisto. Aineiston keruu voidaan jakaa kahteen päätyyppiin; posti- ja verkkokyselyyn ja kontrolloituun kyselyyn. Kontrolloitu kysely jaetaan edelleen informoituun, sekä henkilökohtaisesti tarkistettuun kyselyyn. (Hirsjärvi ym. 2007, 190-191.) Tässä opin- näytetyössä käytetty kyselymuoto oli kontrolloitu ja informoitu kysely. Käytännössä se tarkoittaa sitä, että lomakkeet jaetaan henkilökohtaisesti ja samalla vastaajille kerrotaan tutkimuksen tarkoituksesta, esitetyistä kysymyksistä laajemmin sekä vastaan niihin liittyviin kysymyksiin (Hirsjärvi ym. 2007, 191-192). Kysymykset laadittiin tutkimuskysymysten tarkennuttua ja kirjallisuuskatsauksen tiedonhaun valmistuttua. Kyselylomakkeet toimitettiin vastaajille henkilökohtaisesti 5.12.2016 ja kaikille vastaajille tarkennettiin tutkimuskysymysten sisältöä ja annettiin mahdollisuus esittää niihin liittyviä kysymyksiä. Vastaaminen tapahtui 5.-12.2016. Haastatteluun vastasi viisi Kriisikeskus Mobilen kriisityöntekijää, joista kukaan ei ollut osallistunut aiem- paan, huhtikuussa toteutettuun haastatteluun. Kyselyn kysymysten pohjana käytet- tiin tämän opinnäytetyön tutkimuskysymyksiä. Aineistonkeruun eettisyyden turvaa- miseksi vastaaminen oli täysin vapaaehtoista ja vastaajille kerrottiin etukäteen, mitä varten vastauksia kerätään. Suostumusta käyttää saatuja vastauksia opinnäytetyön lähteenä mainiten opinnäytetyössä nimeltä organisaatio, jossa vastaajat työskentele- vät kysyttiin sekä Kriisikeskus Mobilen johtajalta, että vastaajilta itseltään. (Kuula 2006, 106-107.) Vastaukset kerättiin kirjallisina jokaiselta haastateltavalta erikseen. Toisessa haastattelussa käytetyt kysymykset olivat:

1. Miten ensihoitajat voivat tunnistaa psykososiaalisen tuen tarpeessa olevan potilaan läheisen? Miten ensihoitajat voivat havaita suurimmassa posttrau- maattisen stressihäiriön riskiryhmässä olevat läheiset?
2. Miten posttraumaattisen stressihäiriön riskiä voidaan vähentää ensihoitoti- lanteessa? Mitä riskin vähentämiseksi oleellista tulee ottaa huomioon lähei- sen kohtaamisessa?

3. Miten potilaan läheistä tulisi ohjata psykososiaalisen tuen piiriin, jotta ohjaaminen olisi mahdollisimman tehokasta?

Kyselyn tuloksena saatiin yhteensä noin viisi 4A -kokoista arkillista vastausta. Osa vastauksissa nousseista asioista oli mainittu useaan kertaan. Sekä haastattelun että kyselyn tulokset tiivistettiin taulukkoon tutkimuskysymyksittäin. (Ks. liite 4.)

5 Tutkimustulokset ja johtopäätökset

Kirjallisuuskatsauksen eri vaiheet tulee raportoida niin tarkasti, että katsaus voitaisiin toistaa samoin tuloksin. Valmis raportti sisältää tiivistelmän, taustan, tutkimuskysymykset, menetelmät, hakuprosessin, tiedot mukaan otetuista ja poissuljetuista tutkimuksista, tutkimusten laadun arvioinnin, kirjallisuuskatsauksen tulokset sekä pohdinnan. (Axelin ym. 2015, 32-33.)

Lopuksi tehtiin yhteenveto, josta käy ilmi, mitä tutkittavasta aiheesta tiedetään (Axelin ym. 2015, 28-29). Yhteenveto tehtiin taulukoimalla saadut vastaukset lajittelemalla ne tutkimuskysymysten perusteella. Manuaalisella tiedonhaulla mukaan valitut lähteet taulukoitiin samalla tavalla kuin mukaan otetut tutkimusartikkelit ja niistä saatu tieto lisättiin yhteenvetona tehtyyn taulukkoon. Manuaalisen haun tulokset ovat taulukoituna liitteessä 3. Asiantuntijahaastattelujen tulokset taulukoitiin tutkimuskysymyksittäin liitteeseen 4. Kaikki tulokset yhdistettynä ja taulukkoon tiivistettynä löytyvät liitteestä 5.

Tutkimusten valitsemisen jälkeen esitelään valittujen tutkimusten tuottamat tulokset ja kuvataan niiden pohjalta tehdyt johtopäätökset. Mukaan liitetään lisäksi manuaalisesti valitun aineiston tuottama tieto. (Axelin ym. 2015, 28-33.) Kirjallisuuskatsauksen tulokset vastasivat osittain kaikkiin tutkimuskysymyksiin, mutta suurin osa mukaan

otetuista tutkimuksista käsitteli posttraumaattisen stressihäiriön riskiä lisääviä ulkoisia, tapahtumaan liittyviä tekijöitä tai henkilön ominaisuuksiin liittyviä posttraumaattisen stressihäiriön riskiä lisääviä tekijöitä. Posttraumaattista stressihäiriötä ehkäiseviä tekijöitä sekä potilaan läheisen ohjaamiseen liittyviä vastauksia löytyi hyvin vähän.

Luotettavuuden lisäämiseksi ja lopullisen ohjeistuksen kattavuuden varmistamiseksi kirjallisuuskatsauksen tuloksia peilattiin National Child Traumatic Stress network:n ja National Center of PTSD:n vuonna 2006 julkaisemaan Psychological First Aid: Field Operations Guide -oppaaseen, jota vuonna 2016 julkaistun Kriisituki -teoksen kirjoittajat Hedrenius ja Johansson ovat myös käyttäneet omassa teoksessaan ohjeistuksen pohjana. Suomalaisia Käypä hoito-suositusten laatimiseen osallistunut Turunen (2017) puhuu myös oppaan luotettavuuden puolesta korostaen, että vaikka opas on kehitetty alun perin vuonna 2006, sen sisältämiä ohjeita voi suositella käytettäväksi edelleen. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettaman työryhmän systemaattisen kirjallisuuskatsauksen menetelmällä laatima Käypä hoito -suositus karsiutui pois tämän opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksen tutkimusaineistosta, sillä yhtenä sisäänottokriteerinä oli se, että tutkimus on alkuperäistutkimus. Ensihoidon pohjatessa Käypä hoito -suositukseen ja suositusten pohjaututtua alkuperäistutkimuksiin Käypä hoito -suositusta hyödynnettiin ensihoitajien käyttöön tulevan lopullisen ohjeistuksen laatimisessa. Ohjeistus on laadittu kirjallisuuskatsaukseen mukaan otettujen viiden alkuperäistutkimuksen, traumaperäistä stressihäiriötä koskevan Käypä hoito -suosituksen, Psychological First Aid: Field Operations Guide -oppaan, asiantuntijahaastattelun ja -kyselyn pohjalta. Tulokset on esitetty tiivistettynä teemoittain liitteessä 5.

5.1 Posttraumaattisen stressihäiriön riskiä lisääviä tekijöitä

Käypä hoito -suositusten mukaan posttraumaattisen stressihäiriön kehittyminen ei edellytä erityistä alttiutta, mutta suosituksissa on listattu käytännössä havaittuja teki-

jöitä, joiden on huomattu lisäävän häiriön ilmaantumisen todennäköisyyttä. Kirjallisuuskatsauksen aineistoa etsittäessä löytyi useita uusia, vuoden 2010 jälkeen tehtyjä tutkimuksia, joissa riskiä lisääviä tekijöitä oli tutkittu. Tähän kirjallisuuskatsaukseen mukaan otetuissa tutkimuksissa posttraumaattisen stressihäiriön riskiä lisääviä tekijöitä nousi keskenään erilaisin tutkimusmenetelmin ja -asetelmin tehdyistä tutkimuksista. Analysoitavissa tutkimuksissa on käytetty erilaisia mittareita mittaamaan muun muassa alttiutta posttraumaattiseen stressihäiriöön, johon käytettiin kahdessa tutkimuksessa yleisestikin tunnettua IES-R (Impact of Event Scale Revised) -mittaria ja oireiden aiheuttamien haittojen luokitteluun DSM-IV -asteikkoa (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Muita analysoitavissa tutkimuksissa käytettyjä mittarieta olivat TLEQ -kysely (Traumatic Life Events Questionnaire), PTSD Checklist-Specific Scale, jonka avulla selvitetään psykiatristen oireiden esiintymistä sekä posttraumaattisen stressihäiriön seulonnassa käytettävä Los Angeles PTSD Reaction Index ja HAD asteikko (Hospital Anxiety and Depression Scale).

5.1.1 Henkilön ominaisuuksiin ja taustatekijöihin liittyvät tekijät

Tutkimusaineiston ainestoanalyysin pohjalta voidaan päätellä, että **naiset ovat miehiä suuremmassa riskissä** kehittää traumakokemuksen jälkeen posttraumaattinen stressihäiriö. Aineistosta nousee myös käsitys, jonka mukaan **fyysiset sairaudet ja vammat** sekä **monilukuinen aiempi traumahistoria** lisäävät riskiä. Monilukuisen traumahistorian ollessa tekijä, jota voi olla mahdotonta havaita ulkoisesti, voidaan tehdä johtopäätös riskin yksilöllisyyden ja ulkoapäin havaittavuuden haasteellisuudesta.

Naissukupuoli nousi selkeimmäksi riskiä lisääväksi tekijäksi, tullen esiin kolmessa eri tutkimuksessa. Yhdessä näistä tutkimuksista kartoitettiin luonnonkatastrofin, läheisen menetyksen tai lähisuhdeväkivaltaa kokeneiden yliopisto-opiskelijoiden (N=1503) keskuudessa pääasiassa traumatyyppin ja sukupuolen itsenäisiä vaikutuksia. Lisäksi tutkittiin edellä mainittujen tekijöiden yhteisvaikutuksia posttraumaattisen stressi-

häiriön syntymisen kannalta (Hetzl-Riggin M & Roby R 2011). Naisten miehiä suurempi posttraumaattisen stressihäiriön riski tuli esiin myös tutkimuksessa, jossa karotettiin ulkoisten ja sosiodemograafisten tekijöiden vaikutusta posttraumaattisen stressihäiriön riskiä lisäävinä tekijöinä (Haagsma, J., Patka, P., Polinder, S., Ringburg, A., Schipper, I., van Beeck, E. & van Lieshout, E. 2012). Samassa tutkimuksessa nousi esiin samanaikaistet fyysiset vammat ja sairaudet posttraumaattisen stressihäiriön riskiä lisäävinä tekijöinä. Naisten miehiä suurempi riski tulee esiin tutkimusten lisäksi Käypä hoito -suosituksista ja Psychological First Aid: Field Operations Guide -oppaasta. Kirjallisuuskatsauksen tulokseksi saatua näkökulmaa fyysisten vammojen ja sairauksien posttraumaattisen stressihäiriön riskiä lisäävänä tekijänä tukevat myös asiantuntijahaastattelut (Kriisityöntekijöiden asiantuntijahaastattelu 2016). Lisäksi riskiryhmäksi nostetaan asiantuntijahaastatteluissa ja Käypä hoito -suosituksissa päihde- ja mielenterveysongelmaiset, joilla on usein elämäntilanteen vuoksi heikot sosiaaliset verkostot ja heikompi kyky käsitellä trauma. Asiantuntija haastatteluissa painottui näkökulma, jonka mukaan vammaisten ja sairaiden tuen tarpeen tunnistaminen voi olla muita haasteellisempää, vaikka he tarvitsevat usein apua kaikkein eniten.

Monilukuisen aiemman traumahistorian vaikutus riskiä lisäävästi nousi esiin Hetzel-Rigginin ja Robyn (2011) tutkimuksessa. Tulos saa vankkaa tukea sekä Käypä hoito -suosituksista, asiantuntijahaastatteluista että Psychological First Aid: Field Operations Guide -oppaasta. Käypä hoito -suositukset listaavat aiemmat erittäin rasittavat elämäkokemukset ja aikaisemmat mielenterveyden häiriöt käytännön kokemuksesta nousseiden riskiä lisäävien tekijöiden joukkoon. Kriisityöntekijät painottavat erityisesti tuoreiden aikaisempien traumakokemusten merkitystä posttraumaattisen stressihäiriön riskin lisääjänä, jos aikaisempaa kokemusta ei ole vielä ehtinyt käsittelemään. Lisäksi uusi kokemus voi nostaa pintaan edellisen kokemuksen, jolloin myös vanhaa, jo käsiteltyä kokemusta joudutaan käsittelemään uudelleen. (Kriisityöntekijöiden asiantuntijahaastattelu 2016.)

Tutkimusten analyysin ja sitä tukevan muun aineiston pohjalta voidaan todeta, että riskiä lisäävät tekijät ovat sellaisia, että niitä voi olla mahdotonta tai hankala tunnistaa ensihoitotilanteessa. Ensihoitajille laadittavan ohjeistuksen kannalta, analyysiin pohjaten voidaan sanoa, että jo tietoisuus siitä, että monilukuinen traumahistoria voi lisätä riskiä posttraumaattisen stressihäiriön syntymiseen auttaa ymmärtämään, että potilaan läheisten reagoiminen kuhunkin tilanteeseen on yksilöllistä ja reagoimiseen voi vaikuttaa itse tilanteen lisäksi monenlaiset taustatekijät. On siis tärkeä muistaa, että ulkopuolisen näkökulmasta myös lievältä vaikuttava tilanne voi olla läheiselle järkyttävä, esimerkiksi tilanteen tuodessa mieleen aikaisempia traumakokemuksia. Näin ollen on mahdotonta sanoa yksiselitteisesti, millaiset tapahtumat ja ulkoiset tekijät vaikuttavat potilaan läheisen tarpeeseen saada psykososiaalista tukea.

Monilukuinen aiempi traumahistoria voidaan nähdä ajankohtaisena ja tärkeänä seikkana Suomeen tulleiden maahanmuuttajien määrän lisääntymisen vuoksi. Erityisesti pakolaiset ovat kotimaassaan voineet joutua vainon kohteeksi (YK:n Pakolaisten oikeusasemaa koskeva yleissopimus 77/1968) ja näin ollen kokeneet traumaattisia tapahtumia lähtömaissaan. Turvattomuuden takia kotimaastaan lähteneiden voidaan nähdä olevan erityisen haavoittuvassa asemassa traumaattisen kokemuksen kohdassa uudessa kotimaassa.

5.1.2 Tapahtumaan liittyvät tekijät

Tapahtumaan liittyviä posttraumaattisen stressihäiriön riskiä lisääviä tekijöitä ovat kirjallisuuskatsauksen analyysin pohjalta **lähisuhdeväkivallan uhriksi joutuminen, tapahtuman aikana ilmenevä dissosiaatio**, dissosiativisista oireista erityisesti **derealiisaatio** sekä potilaan kuolema ja erityisesti **kuoleman näkeminen**. Mitä tulee potilaan ja läheisen suhteeseen, analyysin pohjalta **lasten vanhemmat ovat suurimmassa** posttraumaattisen stressihäiriön riskiryhmässä verratessa riskiä eri suhteiden välillä. Käypä hoito -suositukset, ja Psychological First Aid: Field Operations Guide -oppas ja asiantuntijahaastattelut tukevat pääsääntöisesti kaikkia muita analyysin tuloksia,

paitsi tulosta siitä, että vanhemmat olisivat suurimmassa posttraumaattisen stressihäiriön riskiryhmässä muihin läheissuhteisiin verrattuna. Sekä Käypä hoito -suositukset että ja Psychological First Aid: Field Operations Guide -oppas painottavat erityishuomion kohdistamista **lapsiin, joiden vanhemmat ovat loukkaantuneet tai kuolleet.**

Hetzel-Rigginin ja Robyn (2011) tutkimuksessa nousivat riskitekijöiksi lähisuhdeväkivallan uhriksi joutuminen. Rikosuhripäivävyksen Sisä-Suomen aluejohtaja Katariina Westamanin kriisityöntekijöille pitämässä koulutuksessa painotettiin väkivallan, näin ollen myös kirjallisuuskatsauksen tuloksista nousseen lähisuhdeväkivallan uhriksi joutumisen näkökulman erityistä ajankohtaisuutta; EU:n jäsenvaltiot ovat panneet toimeen 16.11.2015 rikosuhridirektiivin (2012/29/EU), jonka tavoitteena on parantaa rikoksen uhrin asemaa muuttaen Suomen lainsäädännössä noin kymmentä lakia. Direktiivi velvoittaa viranomaisia tiedustelemaan asianomistajalta hänen yhteystietojensa välittämistä tukipalveluihin. Direktiivin ollessa vasta noin vuoden voimassa sen juurruttaminen käytäntöön on vielä kesken. Westmanin mukaan terveydenhuollossa vaihtolovelvollisuus vaikuttaa siihen, että tukipalveluihin ei ohjata tarpeeksi tehokkaasti. (Westman 2016.) Tukipalveluita, joihin väkivallan uhreja voidaan ohjata, ovat esimerkiksi Rikosuhripäivystys, raiskauskriisikeskukset tai lähisuhdeväkivallan uhreja auttavat turvakodit.

Hetzel-Rigginin ja Robyn (2011) mukaan traumaattisen tapahtuman aikana ilmenevä dissosiaatio ennusti posttraumaattisen stressihäiriön ilmenemistä. Terveyskirjaston Lääkärinkirja Duodecimin mukaan dissosiaation seurauksena ajatusten, tunteiden, havaintojen ja muistojen yhdistäminen mielekkäksi kokonaisuudeksi henkilön tietoisuudessa estyy hetkellisesti. On myös mahdollista, että dissosiaatio ilmenee fyysisinä oireina, kuten kouristuksina, ääni- tai ääntämishäiriöinä, kipuna, aistihäiriöinä tai tajunnan menetyksenä. (Huttunen 2015.)

Derealisaatio on yksi dissosiativisista oireista. Derealisaation seurauksena henkilö kokee tutut ihmiset tai ympäristöt vieraana. (Huttunen 2015.) Traumaattisen tapahtuman aikana ilmenevän dissosiaation merkitys riskiä lisäävänä tekijänä saa tukea ja tarkennusta Wein, Wangin, Wangin, Caon, Shin, & Zhangin (2013) tutkimuksesta, jossa derealisaatio tapahtuman aikana nousi suurimmaksi ennustajaksi muiden peritraumaattisten, eli traumaattisen tapahtuman aikana tai heti sen jälkeen koettujen tunteiden (pelko, avuttomuus, inho, suru, sekaannus) joukosta. Tulokset saatiin Kiinassa toteutetussa tutkimuksessa, jossa tutkittiin posttraumaattiseen stressihäiriöön sairastuvuutta ja sitä ennustavia tekijöitä maanjäristyksen jälkeen nuorten (N=753) keskuudessa. (Wei ym. 2013.) Dissosiativisista oireista desorientaatio nostetaan esiin Psychological First Aid: Field Operations Guide -oppaassa, jossa painotetaan, että desorientoitunutta henkilöä ei tule jättää yksin. Lisäksi opas tarjoaa ohjeet desorientoituneen henkilön ”maadoittamiseksi”, jonka avulla biologinen stressitila pyritään katkaisemaan. (National Child Traumatic Stress network & National Center of PTSD 2006.) Posttraumaattista stressihäiriötä Käypä hoito -suositusten mukaan ennustava tekijä, joka kirjallisuuskautaukseen mukaan otetuista tutkimuksista ei käynyt ilmi, on alkuvaiheen akuutti stressihäiriö. Sen oireisiin on lueteltu tapahtuman pakottava uudelleen kokeminen, mielialan lasku, välttämiskäyttäytyminen, dissosiativiset oireet ja ylivireys. Näistä kuitenkin kaksi viimeistä nousi yksittäisinä tekijöinä esiin tutkimuksissa.

Kolmas posttraumaattista stressihäiriötä ennustava tekijä Wein ym. (2013) tutkimuksen mukaan oli toisen ihmisen kuoleman näkeminen. Tutkimuksen tuloksia puoltavat myös asiantuntijahaastattelut ja Käypä hoito -suositukset. Asiantuntijahaastatteluissa läheisen kuolema mainittiin posttraumaattisen stressihäiriön riskiä lisäävänä tekijänä (Kriisityöntekijöiden asiantuntijahaastattelu 2016). Käypä hoito -suosituksissa riskitekijäksi mainitaan kuoleman näkemisen lisäksi **vakavan loukkaantumisen näkeminen** (Henriksson 2014). Läheisen kuolema, ei pelkästään sen näkeminen mahdollisesti traumaatisoivana tekijänä nousi esiin intialaisessa tutkimuksessa, jonka tavoitteena oli selvittää tehohoidossa olevien potilaan läheisten riskiä saada posttraumaattisen stressihäiriön oireita sekä korkea pistemäärä HAD -asteikolla (Hospital Anxiety and

Depression Scale). Merkittäväksi altistavaksi tekijäksi nousi potilaan läheisen kuolema tehohoitojakson aikana. (Pillai L, Aigalikal S, Vishwasrao SM, Husainy S. 2010.)

Tutkimustulosten pohjalta voidaan olettaa, että ensihoitotilanteissa voi trauman aiheuttaa sekä läheisen ihmisen kuoleman näkeminen, mutta trauman voi aiheuttaa yhtä lailla tilanne, jossa kuollut henkilö on tuntematon.

Potilaan ja läheisen keskinäisen suhteen (vaihtoehtoina sisarus, lapsi, puoliso, vanhempi tai muu) merkitystä posttraumaattisen stressihäiriön oireiden ilmaantumisen todennäköisyyttä tutkittaessa saatiin selville, että suurimmassa riskissä ollut läheisryhmä oli vanhemmat (Pillai ym. 2010). National Child Traumatic Stress network:n ja National Center of PTSD:n Psychological First Aid: Field Operations Guide -opas puolestaan painottaa lasten riskiä traumatisoitua tilanteessa, joissa he joutuvat eroon vanhemmista esimerkiksi vanhemman loukkaantuessa, sillä vanhemmista eroon joutuminen on jo yksinään lapsen stressiä lisäävä tekijä. Oppaassa kehoitetaan pyrkimään siihen, että lapsi ja vanhempi pidetään yhdessä aina kun mahdollista. Myös sisarusten merkitys on huomioitu oppaassa; sisarukset on pyrittävä pitämään mahdollisuuksien mukaan yhdessä kokemuksen traumattisen vaikutuksen lievittämiseksi. (National Child Traumatic Stress network & National Center of PTSD: Psychological First Aid: Field Operations Guide 2006.)

Käypä hoito- suosituksiin, Psychological First Aid: Field Operations Guide -oppaan ohjeisiin ja asiantuntijahaastatteluista saatuihin vastauksiin pohjaten voidaan ensihoitajille antaa ohjeistus, joka kehottaa huomioimaan erityisesti vanhemmistaan ja muista perheenjäsenistä eroon joutuneet lapset, mutta huomioimaan myös tilanteen järkyttävyys vanhempien näkökulmasta, kun potilaana on heidän lapsensa. Pääsääntönä voidaan aineiston pohjalta pitää sitä, että sekä vanhempien että lasten posttraumaattisen stressihäiriön riskiä voidaan pienentää pitämällä läheiset mahdollisuuksien mukaan yhdessä.

5.2 Posttraumaattista stressihäiriötä ehkäiseviä tekijöitä

5.2.1 Ensihoitotilanteessa

Analysoitava aineisto tuotti melko suppeasti tutkimustuloksia siitä, millaisin keinoin voidaan ehkäistä posttraumaattisen stressihäiriön kehittyminen ensihoitotilanteen seurauksena. Tutkimusten analyysistä voidaan päätellä, **että toimenpiteiden selittäminen ja mahdollisimman varhainen läheisen ohjaaminen** vähentävät läheisen posttraumaattisen stressihäiriön riskiä. Käypä hoito -suosituksista, Psychological First Aid: Field Operations Guide -oppaasta ja asiantuntijahaastatteluista nousi kuitenkin runsaasti saman suuntaisia ohjeita, jotka ovat suoraan hyödynnettävissä ensihoitotilanteisiin. Niiden perusteella voidaan olettaa **läheisen myötätuntoisen ja kunnioittavan kohtaamisen, konkreettisen ja todenmukaisen tiedon antamisen, reaktioiden rauhallisen vastaanottamisen ja normalisoinnin, perustarpeista huolehtimisen ja tarvittaessa biologisen stressitilan katkaisemisen** olevan tärkeitä asioita posttraumaattisen stressihäiriön ennaltaehkäisyn kannalta. Voidaan todeta, että läheisen kokemuksen kannalta ensihoitajan on tärkeä **tukea läheisen tunnetta siitä, että tilanne on hallinnassa** sekä **ehkäistä avuttomuuden tunnetta**. Se voi tapahtua käytännössä esimerkiksi osallistamalla läheinen pieneen tehtävään, kuten potilaan käden pitelemiseen. Desorientoituneen läheisen desorientaation tunnistaminen, auttaminen ja tuen hankkiminen voidaan nähdä myös tärkeänä mielenterveyshäiriöiden, kuten posttraumaattisen stressihäiriön ennaltaehkäisyn kannalta.

Ditholen, Thupayagale-Tshweneagaen ja Mgutshinin (2013) tukevat johtopäätöstä siitä, että hoitaja voi lieventää potilaan läheisen ahdistusta selittämällä läheiselle, mitä ollaan tekemässä. Esimerkiksi kertomalla, mitä välineitä hoitotoimenpiteissä käytetään. Psychological First Aid: Field Operations Guide -oppas tukee tätä tutkimustulosta ohjeistaen kertomaan selkeästi ja konkreettisesti lisäksi sen, mitä tilanteesta tiedetään ja kertomalla rehellisesti, mikäli jokin asia on vielä epäselvä. Oppaassa neuvotaan kuitenkin kertomaan, mitä sillä hetkellä epäselvien asioiden eteen ollaan tekemässä, jotta läheiselle muodostuu tunne tilanteen hallittavuudesta.

5.2.2 Läheistä ohjatessa

Kirjallisuuskatsauksen aineistoanalyysin pohjalta voidaan päätellä, että mahdollisimman varhaisella psykososiaalisen tuen tarpeen tunnistamisella ja tuen piiriin ohjaamisella voidaan ennaltaehkäistä posttraumaattisen stressihäiriön syntymistä. Aineistosta nousseeseen riskiryhmään kuuluvien haasteellisen tunnistettavuuden vuoksi voidaan olettaa, että läheiselle on parempi antaa ohjeistusta saatavilla olevasta psykososiaalisesta tuesta mieluummin liian herkästi kuin jättää ohjeistusta antamatta esimerkiksi tilanteissa, jotka eivät ensihoitajan näkökulmasta vaikuta vakavilta tai läheinen vaikuttaa ulkopuolisen näkökulmasta pärjäävältä. Myös Käypä hoito -suositusten mukaan läheinen tulee yhdistää tukipalveluihin, jotta jatkotuen tarve voidaan kartoittaa.

Lisäksi läheisen ohjaaminen heti potilaan siirtyessä sairaalaan, sairaalassa olon aikana, sekä vähintään kuuden kuukauden ajan tapahtuman jälkeen nousivat tärkeiksi posttraumaattista stressihäiriötä ennaltaehkäiseviksi keinoiksi (Dithole ym. 2013). Ditholen ym. (2013) tutkimuksen tuloksista voidaan päätellä, että läheisen mahdollisimman **varhainen ohjaaminen** on tärkeää. Tilanteissa, joissa läheinen ei lähde potilaan mukaan sairaalaan, tätä näkökulmaa voidaan soveltaa ensihoitotilanteissa tapahtuvaksi resurssien salliessa jo tapahtumapaikalla, kuten esimerkiksi potilaan kotona tai onnettomuuspaikalla.

Potilaan läheisen mahdollisimman aikainen ohjaaminen mahdollisuuksien mukaan jo ensihoitotilanteessa tai välittömästi sen jälkeen voidaan näin ollen nähdä tärkeänä ennaltaehkäisevänä keinoina, jotta jatkoapuun pääsy ei viivästy ja läheinen saa tukea tarpeeksi varhaisessa vaiheessa. Haagsma ym. (2012) painottavat myös posttraumaattisen stressihäiriön riskin tunnistamisen ja jatkoapuun ohjaamisen merkitystä tärkeänä ennaltaehkäisevänä tekijänä.

Kriisiyöntekijöiden asiantuntijahaastattelussa- ja kyselyssä painottui selkeästi näkökulma, jonka mukaan avun hakemista ei voi jättää etenkin sokissa olevan henkilön

vastuulle. Sen sijaan tehokkaampana käytäntönä pidetään sitä, että ensikäden auttajat pyytävät läheiseltä lupaa välittää yhteystiedot tarjolla oleviin tukipalveluihin, joista ollaan läheiseen yhteydessä ja kartoitetaan tuen tarvetta. Läheinen ei välttämättä muista tapahtuman yhteydessä hänelle kerrottuja ohjeita tai kynnyksellä ottaa itse yhteyttä tukipalveluihin voi olla liian korkea. Sokissa olevan henkilön auttamiseen kuuluu **päätöksen teossa auttaminen**, mikäli henkilöllä on sokin vuoksi hankaluuksia tehdä yksinkertaisiakin päätöksiä. Psykososiaalisen tuen vastaanottaminen on esimerkki päätöksestä, jossa ensikäden auttajat voivat sokissa olevaa läheistä avustaa; ohjaamalla lempeän määrätietoisesti, kuitenkin läheisen mielipidettä kunnioittaen. (Kriisityöntekijöiden asiantuntijahaastattelu 2016) Myös Psychological First Aid: Field Operations Guide -oppaassa painotetaan samaa näkökulmaa; kaikki läheiselle annettava **tieto tulee olla konkreettista ja selkeää**. Tämä koskee myös mahdolliseen vainajaan liittyvän tiedon antamista. Tieto tulee antaa konkreettisia sanoja käyttäen, tarvittaessa toistaen. (National Child Traumatic Stress network ja National Center of PTSD, Psychological First Aid: Field Operations Guide 2006.)

5.3 Ohjeistus ensihoitoon

Lopullinen ohjeistus laadittiin kirjallisuuskatsauksen ja asiantuntijahaastattelujen tuloksia, Käypä hoito -suosituksia sekä National Child Traumatic Stress network:n ja National Center of PTSD:n Psychological First Aid -opasta hyödyntäen. Ensimmäinen versio oli kahden sivun mittainen ohjeistus, jonka soveltuvuutta Soiten toimintaperiaatteisiin varmistettiin lähettämällä alustava versio arvioitavaksi Soiten ensihoitopäällikölle marraskuussa 2016. Ensihoitopäällikön arvion mukaan alustava ohjeistus soveltuu asiasisällöltään ensihoitoon, mutta siitä toivottiin kaksisivuista alkuperäistä ohjeistusta tiivistetympää versiota, jotta sen käyttö kenttätyössä helpottuu. Soiten ensihoitajan ja ensihoitopäällikön tahoilta nousi toive tiivistetyimmästä taskuohjeesta, joka kulkee helposti ensihoitajien mukana muiden hoito-ohjeiden kanssa. Koska toimeksiantaja piti laajemman ohjeistuksen sisältöä työyhteisölle hyödyllisenä, päädyttiin kaksisivuisesta ohjeistuksesta tekemään ”huoneen taulu” asemien seinille. Sen lisäksi laadittiin kaksipuoleinen, A5 -kokoinen taskuohje. Ensihoitajien toivomuksesta ohjeeseen on lisäksi koottu Keski-Pohjanmaalla tarjottavien kriisipalveluiden

yhteystiedot sekä laadittu opinnäytetyöstä erillisenä osana tietolehtinen oletettava sokkireaktioista ja tukipalveluista, jonka ensihoitajat voivat antaa läheiselle. Huoneen taulu ja taskuohje liitteinä 6 ja 7.

Ohjeistuksen luotettavuutta pyrittiin lisäämään käyttämällä sen laatimiseen useita eri lähteitä. Eri puolella maailmaa toteutettujen viiden tutkimuksen lisäksi oppaan laatimisessa hyödynnettiin Suomessa yleisesti käytössä olevia ja luotettavina pidettyjä Käypä hoito -suosituksia sen varmistamiseksi, että tutkimustulokset ovat linjassa Suomessa yleisesti hyväksytyyn näkökulman kanssa. Kriisityöhön liittyvän tiedon muuttuessa nopeasti uuden tutkimustiedon lisääntyessä, Soiten ensihoitokeskuksen toiveesta ohjeistuksesta tehtiin tulostettavaksi tarkokoitetun version lisäksi muokattavissa oleva versio. Ohjeistuksessa on hyödynnetty harkintaa käyttäen myös sellaista tietoa, mitä Käypä hoito -suosituksista ei löytynyt. Lisäksi tuloksia peilattiin Yhdysvalloissa julkaistun, tieteelliseen näyttöön perustuvaan National Child Traumatic Stress network:n ja National Center of PTSD:n Psychological First Aid -oppaaseen. Suomessa tehtyjä kriisityöntekijöiden haastattelua ja kyselyä hyödynnettiin kirjallisista lähteistä nousseiden vastausten vahvistamiseksi sekä puutteellisten vastausten täydentämisessä. Lisäksi saatuja tuloksia on luotettavuuden lisäämiseksi peilattu uuteen kriisityötä koskevaan tutkimustietoon ja kirjallisuuteen.

6 Tutkimuksen eettisyyden ja luotettavuuden pohdinta

Opinnäytetyöni koostuessa suurelta osin teoreettisen tiedon kokoamiseen, korostuu tutkimuseettisen neuvottelulautakunnan ohje, jonka mukaan muiden tutkijoiden työn ja saavutusten asianmukainen huomioiminen asianmukaisin viittauksin on tärkeää. Näkökulma on huomioitu käyttämällä asianmukaisia tekstiviitteitä sekä teoriapohjassa että kirjallisuuskatsauksen tulosten raportoinnissa ja niiden peilaamisessa muuhun aineistoon. Opinnäytetyöni ei sisällä potilaiden tai omaisten haastatteluja, jolloin sitä varten ei tarvitse hakea lupaa. (Tutkimuseettinen neuvottelulautakunta n.d.).

Kirjallisuuskatsausta tehdessä valitaan sopivat hakutermit ja tietokannat sekä mahdollinen manuaalisesti valittu aineisto (Hamari & Niela-Vilén 2016, 38-39). Hakutermin ja tietokantojen valinnassa hyödynsin JAMK:n alakohtaisia suosituksia. Opin näytetyön sisäänottokriteerinä ollut artikkelien maksuttomuus heikensi katsauksen luotettavuutta, sillä maksulliset artikkelit olisivat voineet olla muutoin tutkimusaineistoksi soveltuvia. Tukea hakutermin muotoiluun hain JAMK:n informaatikolta varmistaakseni, ettei hakuja tehdessä jäänyt pois sopivia artikkeleja tietokantojen hakukäytäntöjen epäselvyyden vuoksi. Alustavissa hauissa kokeiltiin useita eri hakusanoja ja niiden yhdistelmiä. Selkeästi eniten tutkituksi traumaattisen tapahtuman aiheuttamaksi mielenterveyden häiriöksi osoittautui posttraumaattinen stressihäiriö. Aikaresurssien rajallisuuden vuoksi muita mahdollisia traumaattisen tapahtuman aiheuttamia mielenterveyden häiriöitä ei käytetty erillisenä hakuterminä, mikä heikentää kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta, sillä vaikka posttraumaattinen stressihäiriö hakuterminä tuotti huomattavasti kattavimmat tulokset, ei voida poissulkea mahdollisuutta, että muilla mielenterveyden häiriöihin viittaavilla hakusanoilla olisi löytynyt kirjallisuuskatsauksen tutkimuskysymysten kannalta sopivia tutkimusartikkeleja. Haun kattavuus varmistettiin käyttämällä kaikkia posttraumaattisen stressihäiriön erilaisia englanninkielisiä kirjoitusasuja.

Kirjallisuuskatsauksen vaiheiden tarkalla raportoinnilla lisättiin läpinäkyvyyttä ja luotettavuutta. Toistettaessa katsauksesta tulisi saada samat tulokset. Luotettavuutta lisättiin myös sisäänotto- ja poissulkukriteerien tarkalla raportoinnilla sekä artikkelien ja luotettavuuden pohdinnalla ja laadun arvioinnilla. (Hamari & Niela-Vilén 2016, 32-33.) Kokonaisprosessin raportoinnin selkeyttämiseksi aineiston haku, mukaan otetut tutkimukset ja manuaalisesti valittu aineisto perustietoineen, menetelmineen ja tärkeimpine tuloksineen, sekä tulosten yhteenveto taulukoitiin opinnäytetyön liitteiksi.

Axelinin ja Pudas-Tähkän (2007) mukaan kirjallisuuskatsauksen aineistoksi valittavien tutkimusten valintaa voidaan pitää luotettavana, jos tekoon on osallistunut vähin-

tään kaksi tutkijaa. Tämä kirjallisuuskatsaus ei täytä kriteeriä vähintään kahdesta tutkijasta, mitä voidaan pitää tulosten luotettavuutta heikentävänä tekijänä. Toisaalta systemaattisesti valittun aineiston tuloksia peilattiin kriittisesti tarkasti valittuun manuaaliseen aineistoon. Manuaalisen aineiston valinnassa hyödynnettiin alan asiantuntijoiden mielipiteitä osallistumalla tuoreinta kriisityöhön liittyvää tietoa tarjoaviin koulutuksiin ja tutustumalla laajasti uusimpiin alan tutkimuksiin.

Käypä hoito -suosituksen soveltuvuus manuaalisesti valituksi aineistoksi varmistettiin JAMK:n informaatikolta. Sen pohjalta tehtiin ratkaisu ottaa mukaan myös tiivistelmä National Child Traumatic Stress network:n ja National Center of PTSD:n laatimasta Psychological First Aid: Field Operations Guide -oppasta. Oppaan käyttöä puoltaa myös se, että tiivistelmää sen sisällöstä ovat käyttäneet uusimpaan tutkimustietoon perustuvan Kriisituki -teoksen vuonna 2016 julkaisseet Hedrenius ja Johansson.

Hamarin ja Niela-Vilénin mukaan tutkimusten valitsemisen jälkeen valittujen tutkimusten tuottamat tulokset esitellään ja kuvataan niiden pohjalta tehty päätelmäketju. Kaikki mukaan otetut tutkimusartikkelit olivat englanninkielisiä, joten analysointi aloitettiin huolellisella, alan sanakirjaa hyödyntävällä suomentamisella. Virheiden mahdollisuus aineistoa kääntäessä on kuitenkin otettava huomioon huolellisesta suomentamisprosessista huolimatta. Seuraava vaihe sisälsi aineiston kriittisen arvioinnin ja aineiston perusteella tehdyn synteetin ja analyysin (Stolt ym. 2016, 8). Myös aineiston analyysiä voidaan pitää pätevänä vain silloin, jos sen tekemiseen on osallistunut vähintään kaksi tutkijaa (Axelin & Pudas-Tähkä 2007, 51). Aineisto analysoitiin vain yhden henkilön toimesta, mikä heikensi luotettavuutta.

Manuaalisesti valittua aineistoa voidaan käyttää systemaattisen haun avulla löydetyn aineiston tavoin (Lehtiö & Johansson 2016, 38-39). Tässä kirjallisuuskatsauksessa manuaalisesti löydetty aineisto ei täyttänyt sisäänottokriteerejä, sillä ne eivät olleet alkuperäistutkimuksia. Niitä käytettiin lisäämään katsauksen tulosten luotettavuutta

vertaamalla niitä katsauksesta saatuihin tuloksiin. Manuaalisen aineiston lisäksi luottettavuutta lisättiin peilaamalla katsauksen tuloksia asiantuntijahaastattelusta ja kyselystä saatuihin tuloksiin. Psykkisen hyvinvoinnin ja siihen liittyvien tukipalvelujen tarpeen ja hyödyn ollessa haastavasti mitattavissa, voidaan nähdä kokemuksen kautta karttuneen asiantuntijatiedon käyttämisen olevan perusteltua. Nämä seikat huomioon ottaen päädyttiin tutkimustulosten rinnalla hyödyntämään kriisityöntekijöiden käytännön kokemuksen pohjalta karttunutta tietoa. Esimerkkinä asiantuntijatiedon käyttämisestä näyttöön perustuvan suosituksen laatimisessa Iso-Britanniassa tehty Bissonin, Tavakolyn, Witteveen, Ajdukovicin D, Jehelin, Johansenin, Dag Nordangerin, Garcian, Punamäen, Schnyderin U, Sezginin, Wittmannin ja Olffin (2009) tutkimus, jonka tavoitteena oli kehittää näyttöön perustuvat suositukset koskien onnettomuuden jälkeistä psykologisen tuen järjestämistä. Tutkimus perustuu 106 asiantuntijalta Delfi -menetelmän avulla kerättyihin vastauksiin. Prosessin tuottamaan tulokseen liittyen oli kehittämishetkellä tarjolla tutkimusnäyttöä vain rajoitetusti. Tämän vuoksi Bisson ym. (2009) päättivät käyttää suosituksensa laatimiseen keräämäänsä asiantuntijatietoa, jossa hyödynnetään tieteellisen tiedon puuttuessa Delfi -menetelmälle tyypillisesti asiantuntijoiden mielipiteitä, kokemusta ja intuitiota.

Haastattelu- ja kyselykysymyksiä laatiessa otettiin huomioon, että hoito- ja kriisityöntekijöiden poiketessa hieman toisistaan vastaajat tiesivät mitä haastattelussa ja kyselyssä käytetyillä termeillä tarkoitetaan. Strukturoituihin haastatteluihin liittyy riski siitä, että valitut käsitteet ja vastausvaihtoehdot heijastavat enemmän tutkijan kuin haastateltavien maailmaa. Sen vuoksi haastattelumuodoksi valittiin puolistrukturoitu haastattelu, minkä avulla jätettiin tilaa haastattelun aikana nousseille muille tärkeänä pidettyille näkökulmille. Asiantuntijahaastattelussa oli piirteitä myös syvähaastattelusta, jossa haastateltava muodostaa jatkokysymykset saamiensa vastausten perusteella. Tällä pyrittiin vähentämään riskiä siitä, että liian tarkka kysymyksenasettelu aiheuttaisi tärkeiden teemojen käsittelyn jäämisen kokonaan pois. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 44-45.)

Haastattelusta saadun materiaalin luottettavuutta heikentäväksi seikaksi voidaan

katsoa se, että aineistoa ei ole litteroitu (Hirsjärvi & Hurme 2001, 138). Opinnäytetyöhön käytössä olevien aikaresurssien vuoksi litterointia ei ollut mahdollista tehdä, mikä otettiin huomioon vastausten mahdollisimman tarkkana kirjaamisena haastattelutilanteissa. Aikaresurssien rajallisuuden vuoksi aineistoa ei myöskään ole koodattu. Aineisto on kuitenkin lajiteltu teemoittain poistaen haastatteluissa nousseet dublikaatiot.

Kyselyn heikkoudeksi voidaan nähdä se, ettei vastaajien huolellisuudesta ja suhtautumisen vakavuudesta voidan saada täyttä varmuutta. Kyselyille tyypillistä heikkoutta liittyen vastausvaihtoehtojen onnistumisesta pyrittiin vähentämään antamalla vastaajille mahdollisuus vastata kysymyksiin avoimesti omin sanoin. Toista kyselyjen tyypillistä heikkoutta, vastaamattomuutta vähennettiin kysymällä vastaajien halukkuutta etukäteen ja toimittamalla vastaukset jokaiselle vastaajalle henkilökohtaisesti. (Hirsjärvi ym. 2007, 190.)

Lopullisen ensihoitajille tulevan ohjeistuksen kattavuutta ja luotettavuutta lisättiin yhdistämällä ne kirjallisuuskatsauksen tulokset, jotka saivat muista lähteistä vahvistusta, manuaalisista lähteistä nousseet, toisiaan tukevat tulokset sekä asiantuntija-haastatteluiden tulokset. Ohjeistuksen soveltuvuutta kenttätööhön lisättiin pyytämällä vapaasanaista palautetta ensimmäiseen ohjeistuksen versioon Soiten ensihoitokeskuksella työskenteleviltä ensihoitajilta sekä ensihoitopäälliköltä. Soveltuvuutta kenttätööhön olisi voinut parantaa keräämällä palaute laajaemmalta joukolta hyödyntäen esimerkiksi palautelomaketta tai tekemällä strukturoitu tai avoin haastattelu. Opinnäytetyön aikaresurssien ollessa rajalliset ja palautteen systemaattisen keräämisen vaatiessa paljon työtä ja aikaa, palaute päätettiin kerätä kevyemmällä menetelmällä; sähköpostitse ilman strukturoituja kysymyksiä.

Mukaan otetuissa tutkimuksissa on käytetty pääosin tunnettuja mittareita, kuten yhdysvaltalaisessa psykiatrisessa tutkimuksessa yleisesti käytettyä DSM-IV -tautiluoki-

tusta (Huttunen, 2015b). Osa käytetyistä mittareista ei löytynyt Duodecim Terveyskirjastosta, mikä saattaa vähentää tutkimusten luotettavuutta. Analysoiduissa tutkimuksissa on käytetty keskenään erilaisia menetelmiä ja tutkimusjoukkojen koko vaihtelee 28 ja 1503 henkilön välillä. 28 tutkittavaa voidaan pitää pienenä joukkona, mutta koska kyseessä oli haastattelututkimus, jossa tutkittavia seurattiin kuuden kuukauden ajan, on vastaavanlaisille tutkimuksille pieni tutkimusjoukko perusteltu, joten tutkimus otettiin mukaan analysoitavaan aineistoon.

Mukaan otetut tutkimukset on tehty useissa eri maissa; Yhdysvalloissa, Intiassa, Botswanaassa, Alankomaissa ja Kiinassa. Tutkimusten käsitellessä osittain kulttuurisidonnaisia asioita, seikkaa voidaan pitää tulosten Suomeen soveltuvuutta heikentävänä. Traumaattiseen tapahtumaan reagoiminen voidaan kuitenkin nähdä myös primitiivisenä, kulttuuriin sitoutumattomana reaktiona, joka puoltaa tulosten soveltumista missä tahansa maassa. Toisaalta maahanmuuttajataustaisen väestön lisääntyessä Suomessa voidaan eri maista saatuja tuloksia pitää kirjallisuuskatsauksen vahvuutena, sillä myös ensihoitajat kohtaavat työssään yhä enemmän maahanmuuttajataustaisia henkilöitä. Lisäksi erityisesti pakolaistaustaiset maahanmuuttajat ovat usein joutuneet lähtömaissaan traumaattisiin tilanteisiin. Aikaisemmat tapahtumat, joihin liittyy pitkäkestoista stressiä aiheuttavia vaikeita onnettomuuksia, sotakokemuksia tai sotavankeutta lisäävät uuden järkyttävän kokemuksen riskiä traumatisoida kokija uudelleen 50-90 prosenttia (Ponteva 2016). Maahanmuuttajien määrän lisääntyessä myös Suomessa kohdataan yhä enemmän ihmisiä, jotka ovat kokeneet vastaavanlaisia tapahtumia. Sen vuoksi voidaan pitää erityisen tärkeänä kiinnittää herkästi huomiota maahanmuuttajataustaisten tarpeeseen saada psykososiaalista tukea uudessa kotimaassa tapahtuneeseen traumakokemukseen.

7 Pohdinta

7.1 Opinnäytetyön toteuttamisesta

Ajatus opinnäytetyön aiheesta syntyi jo vuoden 2015 alussa kiinnostukseni syventyessä kriisityötä kohtaan. Opinnäytetyön tekeminen aloitettiin vuoden 2016 alussa, jolloin myös yhteistyö Soiten ensihoitokeskuksen kanssa alkoi kentältä nousevan tarpeen kartoittamisella. Tehdessäni alkukartoitusta Keski-Pohjanmaalla ensihoitajilla käytössä olevasta ohjeistuksesta traumaattisissa tilanteissa potilaita ja omasia kohdattaessa kävi ilmi, ettei yhtenäistä ohjeistusta ole. Tutustuessani Keski-Suomessa tarjottaviin kriisipalveluihin heräsi kiinnostus entisessä kotikaupungissani Kokkolassa tarjottavista palveluista. Kartoittaessani Keski-Pohjanmaan kriisipalveluita huomasin, että alueella ei ole erillistä kriisikeskusta, mikä mielestäni korostaa entisestään sen tärkeyttä, että ensihoitotilanteesta pyritään tekemään mahdollisimman vähän traumatisoiva. Lisäksi se, että kriisitukea ei tarjota keskitetysti yhdestä paikasta, korostaa ohjaamisen merkitystä, minkä vuoksi potilaan läheisen ohjaaminen valikoitui yhdeksi ohjeistuksen teemaksi kohtaamisen ja ohjaamisen edellytyksen, tuen tarpeessa olevien tunnistamisen lisäksi. Kriisituen tarjonnan painottuessa Keski-Pohjanmaalla pääsääntöisesti terveyskeskuksiin, potilaan asema voidaan nähdä ensihoitotilanteessa olevan turvatumpi kriisituen saannin kannalta. Sen sijaan potilaan läheinen saattaa jäädä helpommin ilman tukea, minkä vuoksi valitsin tämän opinnäytetyön näkökulmaksi potilaan läheisen.

Opinnäytetyössäni halusin tuoda sosiaalialan osaamista sairaanhoidon kentälle. Ensihoitajien kiinnostus aihetta kohtaan vahvisti ajatusta siitä, että sosiaalialalla on tarjottavana tietoa, jota sairaanhoidon kentällä tarvitaan lähes päivittäin. Tulevassa SOTE -uudistuksessa tähdätään palvelujen integraatioon (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016). Opinnäytetyössä pyrittiin samansuuntaiseen muutokseen pienemmässä mittakaavassa ja paikallisella tasolla tapahtuvaan sosiaali- ja terveystieteiden yhteistyöhön, eli lisäämään ensihoidon ja kriisipalveluiden yhteistyötä Keski-Pohjanmaan alueella. Vuoden 2010 lakimuutos, joka velvoittaa ensihoitajia ohjaamaan myös potilaan läheiset psykososiaalisen tuen piiriin tarvittaessa, lisää aiheen tärkeyttä

(L1326/2010, §40). Lisäksi käsittelemättömän traumaattisen tapahtuman aiheuttamat laajat vaikutukset sekä yksilön että esimerkiksi kansantalouden näkökulmasta sairaspöissaolojen kautta painottavat aiheen tärkeyttä (Saari 2012, 74).

Tiedonhaku, tulosten analysointi ja lopullisen ohjeen laadinta tehtiin syksyn 2016 aikana kirjallisuuskatsauksen tuloksia, asiantuntijahaastattelun ja kyselyn, Käypä hoito-suosituksia ja National Child Traumatic Stress network:n ja National Center of PTSD:n Psychological First Aid -opasta hyödyntäen. Yksi tärkeimmistä tavoitteistani opinänytetyössäni oli, että uusin ja luotettava tieto kriisituesta saadaan ensihoitajien käyttöön ja mahdollisimman tehokkaasti hyödynnettävään muotoon. Sen vuoksi prosessin aikana käytiin useita keskusteluja työelämän edustajien kanssa ja päädytty ensihoitajille suunnattuun, muiden hoito-ohjeiden mukana kulkevaan tiivistettyyn taskuohjeeseen sekä asemien seinille tulevaan kahteen A4 -kokoiseen huoneen tauluun. Lisäksi opinnäytetyön tuloksista pidetään neljä erillistä esittelyä, jotta jokainen Keski-Pohjanmaalla työskentelevä ensihoitaja pääsee osallistumaan esittelyyn, jossa kerrotaan laajemmin tiivistetyn taskuohjeen sisällöstä.

7.2 Jatkotutkimusaiheita

Tämän opinäytetyön ohjeistusta tehdessä palautetta kerättiin ennen ohjeistuksen viimeistä muotoa laadittaessa. Ohjeistuksen toimivuuden kannalta hyödyllistä tietoa sen mahdollisesti aikaan saamista muutoksista voitaisiin kerätä esimerkiksi haastatteleamalla Keski-Pohjanmaan alueen ensihoitajia tai potilaan läheisiä ohjeen tuomista muutoksista käytäntöihin ja kokemuksiin liittyen. Palautetta voitaisiin hyödyntää ohjeistuksen parantamiseen.

Useilla muillakin aloilla, kuten esimerkiksi poliisit ja pelastuslaitoksen työntekijät kohtaavat työssään ihmisiä kriisin akuuttivaiheessa. Ottaen huomioon, että vääränlainen akuuttivaiheen apu voi pahentaa tai aiheuttaa traumaperäisiä reaktioita, voidaan kriisituen perusteiden hallitseminen nähdä tärkeänä kaikilla aloilla, joissa kohdataan

kriisin akuuttivaiheessa olevia ihmisiä (Hedrenius & Johansson, 2016, 14). Ohjeistusten laatiminen muuallekin kuin ensihoitoon voidaan nähdä tärkeänä mielenterveysongelmia ennaltaehkäisevänä työnä.

Heti ensimmäisen tapaamisen aikana toimeksiantajalta nousi esiin tarve ohjeistukseen koskien ensihoitajien sisäistä purkua ja henkisen jaksamisen tukemista. Tähän opinnäytetyöhön ei voitu laajuuden rajallisuuden vuoksi sisällyttää työntekijöiden henkisen jaksamisen näkökulmaa, vaikka sellaisen tekemiseen nousi työelämästä tarve. Henkilökunnan oma jaksaminen on kuitenkin todella tärkeä seikka ja voidaan nähdä myös muille annettavan kriisiavun edellytyksenä, sillä jotta voi auttaa muita, on huolehdittava omasta jaksamisestaan.

Toivon tämän opinnäytetyön herättävän kaikkia kriisin akuutti- ja muissa vaiheissa kohtaavia ammattilaisia näkemään yksittäisenkin kohtaamisen merkityksen. Lisäksi toivon, että tämän ohjeistuksen avulla sekä ensihoidon, että muiden alojen ammattilaiset rohkaistuvat todella *kohtaamaan* kriisissä olevat asiakkaat ja oivaltamaan, että aiheeseen perehtymisen avulla kuka tahansa voi auttaa kriisissä olevaa ihmistä. Toivon tämän opinnäytetyön tarjoavan hyödyllistä tietoa sekä motivoivan kriisissä olevia ihmisiä kohtaavia ammattilaisia etsimään lisätietoa siitä, kuinka omalla toiminnallaan voi vaikuttaa toisen ihmisen selviytymiseen kriisistä.

Lähteet

Axelin, A., Stolt, M. & Suhonen, R. 2016. Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. Teoksessa Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Toim. Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. Turku: Turun yliopisto.

Axelin, A & Pudas-Tähkä, S-M. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Toim. Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M & Ääri, R-L. Turku: Turun yliopisto.

Bisson, I., Tavakoly, B., Witteveen, A., Ajdukovic, D., Jehel, L., Johansen, V., Dag Nordanger, Garcia, F., Punamaki, R-L., Schnyder, U., Sezgin, U., Wittmann, L., Olf, M. 2009. TENTS guidelines: development of post-disaster psychosocial care guidelines through a Delphi process. *The British Journal of Psychiatry*, 196, 1, 69-74. Viitattu 12.5.2016. <https://janet.finna.fi>, Academic Search Elite.

Bryant R. 2005. Predicting posttraumatic stress disorder from acute reactions. *Trauma Dissociation*. 2005, 6, 2, 5-15.

Critical Appraisal Skills Programme (CASP). 2013. CASP tools and checklists. CASP - Checklist. <http://www.casp-uk.net/checklists>

Cieslak R, Benight CC & Rogala A. 2016. Effects of internet-based self-efficacy intervention on secondary traumatic stress and secondary posttraumatic growth among health and human services professionals exposed to indirect trauma. *Front Psychol*, 7, 1009. Viitattu 11.9.2016. <https://janet.finna.fi>. Academic Search Elite.

Fein, J. & Kassam-Adams, N. 2003. Posttraumatic stress disorder and injury. *Pediatric Emergency Medicine*. 2003. 4 ,2, 148-155.

Gartlehner G, Forneris C, Brownley K, Gaynes, M, Sonis, J, Coker-Schwimmer, E, Jonas, D, Greenblatt, A, Wilkins, T, Woodell, & Lohr, K. 2013. Interventions for the prevention of posttraumatic stress disorder (PTSD) in adults after exposure to psychological trauma. Agency for Healthcare Research and Quality. *Comparative Effectiveness Reviews*, No. 109.

Glasper, A. 2015. Help, care and support during a mental health crisis. *British Journal of Nursing*. 24, 18, 930-931.

Hamari, L & Niela-Vilén, H. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. 2016. Teoksessa Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Toim. Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. Turku: Turun yliopisto.

Hammarlund, C.-O. 2004. Kriisikeskustelu. Kriisituki, jälkipuinti, stressin ja konfliktien käsittely. Pieksämäki: RT-print.

Hedrenius, S. & Johansson, S. 2016. Kriisituki – ensiapua onnettomuuksien, katastrofien ja järkyttävien tapahtumien käsittelyyn. Tallinna: Tietosanoma.

Henriksson, M., Isoaho, R., Laukkala, T., Ponteva, M., Punamäki, R-L. & Wahlbeck, K. 2014. Traumaperäinen stressihäiriö. Käypä hoito -suositus. Julk. 17.12.2014. Duodecim. Viitattu 3.12.2016. <http://www.kaypahoito.fi/KH2014-suositukset-portlet/Tulosta?id=hoi50080>

Hibberd R., Elwood LS., Galovski TE. Risk and protective factors for posttraumatic stress disorder, prolonged grief, and depression in survivors of the violent death of a loved one. Journal of Loss & Trauma, 15, 5, 426-447. Viitattu 18.9.2016. <https://janet.finna.fi>, Ebsco host.

Hirsjärvi, S & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytöntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Huttunen, M. 2015a. Dissosiaatiohäiriö (ajatusten, tunteiden, tekojen ym. erillisyyys). Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 1.12.2016. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00360

Huttunen, M. 2015b. Masennustilat eli depressiot. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 14.12.2016. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00538&p_hakusana=dsm-iv

Kangasnemi, M. & Pölkki, T. 2016. Aineiston käsittely: Kirjallisuuskatsauksen ydin. Teoksessa Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Toim. Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. Turku: Turun yliopisto.

Karjalainen, M. & Takanen, S. 2016. Kriisikeskus Mobilen kriisityöntekijöitä. Luento

Jyväskylän ammattikorkeakoululla 22.3.2016.

Kriisityöntekijöiden asiantuntijahaastattelu. 2016. Kriisikeskus Mobile. Jyväskylä. 26.4.2016.

Kriisityöntekijöille tehty kysely. 2016. Kriisikeskus Mobile. Jyväskylä. 5.-12.12.2016.

Kumpulainen, R. 2006. Konginkankaan suuronnettomuus. Tapaustutkimus psykososiaalisten palveluiden toimivuudesta. Kansaneläkelaitos. Sosiaali- ja terveysturvan selosteita.

Kuula, A. 2006. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Lasalarie, M. 2016. Ensihoitaja. Keski-Pohjanmaan ensihoitokeskus. Henkilökohtainen tiedonanto. 28.2.2016.

Latvala, P. 2010. Traumaattisessa kriisissä olevan ihmisen kohtaaminen ensihoidossa. Opinnäytetyö. Vaasan ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala. Viitattu 10.5.2016. <https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/22286/Piia%20Latvala.pdf?sequence=2>

Lehtiö, L. & Johansson, E. 2016. Järjestelmällinen tiedonhaku hoitotieteessä. Teoksessa Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Toim. Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. Turku: Turun yliopisto.

Lemetti, T. & Ylönen, M. 2016. Kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusartikkelien arviointi. Teoksessa Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Toim. Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. Turku: Turun yliopisto.

Lindberg, K. & Renvall, M. 2014. Koska äiti tulee takaisin? Lapsen kohtaaminen ensihoidossa omaisen sairastuessa. Opinnäytetyö. Turun ammattikorkeakoulu. Viitattu 10.5.2016. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/80890/Renvall_Marianne%20Lindberg_Kati.pdf?sequence=1

L417/2007. Lastensuojelulaki. Ilmoitusvelvollisuus. Valtion säädöstietopankki Finlex, ajantasainen lainsäädäntö. Viitattu 21.2.2016. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2011/20110746>

L340/2011. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalveluista. Ensihoitopalvelun yksiköt ja henkilöstö. Valtion säädöstietopankki Finlex, ajantasainen lainsäädäntö. Viitattu 5.5.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110340>

L340/2011. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalveluista. Ensihoidon kii-reellisyyssluokat. Valtion säädöstietopankki Finlex, ajantasainen lainsäädäntö. Viitattu 5.5.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110340>

L1326/2010 Terveydenhuoltolaki. Ensihoitopalvelun sisältö. Valtion säädöstietopankki Finlex, ajantasainen lainsäädäntö. Viitattu 5.5.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Lääperi, P. 2016. Resilienssi auttaa vastoinkäymisissä. *Tunne & Mieli*, 1, 14-15.

Mäkelä, L & Salinen, A. 2009. Vainajan omaisen kohtaaminen ensihoidossa. Opinän-näytetyö. Metropolia ammattikorkeakoulu. <http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/4216/opinnaytetyo.pdf?sequence=1>

National Child Traumatic Stress network ja National Center of PTSD: Psychological First Aid. 2006. Field Operations Guide. 2. painos. Opas verkossa osoitteessa http://www.nctsn.org/sites/default/files/pfa/english/1-psyfirstaid_final_complete_manual.pdf

Pakolaisten asemaa koskeva yleissopimus 77/1968. Valtion säädöstietopankki Finlex, valtiosopimukset. Viitattu 15.11.2016. http://www.finlex.fi/fi/sopimukset/sopsteksti/1968/19680077/19680077_2

Pojjula, S. 2007. Lapsi ja kriisi. Selviytymisen tukeminen. Helsinki: Kirjapaja.

Kiiltomäki, A. & Muma, P. 2007. Tässä ja nyt. Sairaanhoitaja tekee kriisityötä. Helsinki: Sairaanhoidajaliitto.

Ponteva, M. 2016. Lääkärin käsikirja. Äkillinen stressireaktio ja traumaperäinen stressihäiriö. Terveysportti. Viitattu 6.10.2016. <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.jamk.fi:2048/dtk/ltk/koti>

Psychosocial interventions – A hand book. 2010. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies Reference Centre for Psychosocial Support. Kööpenhamina. Verkkojulkaisu osoitteessa: http://pscentre.org/wp-content/uploads/PSI-Handbook_EN_July10.pdf

Psykykinen trauma. 2016. Traumaterapiakeskus ry. Viitattu 7.5.2016. <http://www.traumaterapiakeskus.com/18>

Pulkkinen, S. & Vesanen, P. 2014. Sairaanhoidajan käsikirja. Traumaattinen kriisi. Terveystieteen tutkimuskeskus. Viitattu 5.10.2016. <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.jamk.fi:2048/dtk/shk/koti>

Right here, right now – help, care and support during a mental health crisis 2015. Care Quality Commission. Viitattu 28.9.2016. https://www.cqc.org.uk/sites/default/files/20150611_righthere_mhcrisiscare_summary_3.pdf

Saari, S. 2012. Kuin salama kirkkaalta taivaalta. Kriisit ja niistä selviytyminen. Keuruu: Otava.

Saari, S., Kantanen I., Kämäräinen L., Parviainen K., Valoaho S., & Yli-Pirilä P. 2009. Hädän hetkellä - psyykkisen ensiavun opas. Suomen Punainen Risti. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino

Salminen, A., 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasa: Vaasan yliopisto. Viitattu 16.9.2016. http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf

Soite. 2017. Terveyspalvelut. Ensihoitokeskus. Viitattu 15.1.2017. <http://www.soite.fi/sivu/ensihoidopalvelut>

Sosiaali- ja terveyspalvelut. Ensihoito. N.d. Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://stm.fi/ensihoito>

Terveystieteiden tutkimuskeskus. Sote -uudistus. Sote -palvelujen integraatio. 8.5.2016. <https://www.thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/sote-palveluiden-integraatio> Viitattu 15.11.2016.

Traumaattisten tilanteiden psykososiaalinen tuki ja palvelut. Opas kunnille ja kuntayhtymille. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Helsinki: Yliopistopaino.

Turunen, T. 2017. Kriisityön uudet tuulet -luento. Sisältönä tutkimustiedon, suositusten ja kliinisen kokemuksen yhdistäminen siihen, miten järkyttyneistä yksilöitä ja yhteisöjä tuetaan turvallisesti. Jyväskylässä 10.2.2017.

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan laatimat eettiset periaatteet. N.d. Artikkelit Tutkimuseettisen neuvottelukunnan sivustolla. Viitattu 9.5.2016.
<http://www.tenk.fi/fi/eettinen-ennakkoarviointi-ihmistieteissä/eettiset-periaatteet>

Vainikainen Mari-Pauliina 2010. Akuutin kriisityön vaikuttavuus tutkimusnäytön valossa. *Psykologia*, 45, 1, 51-68.

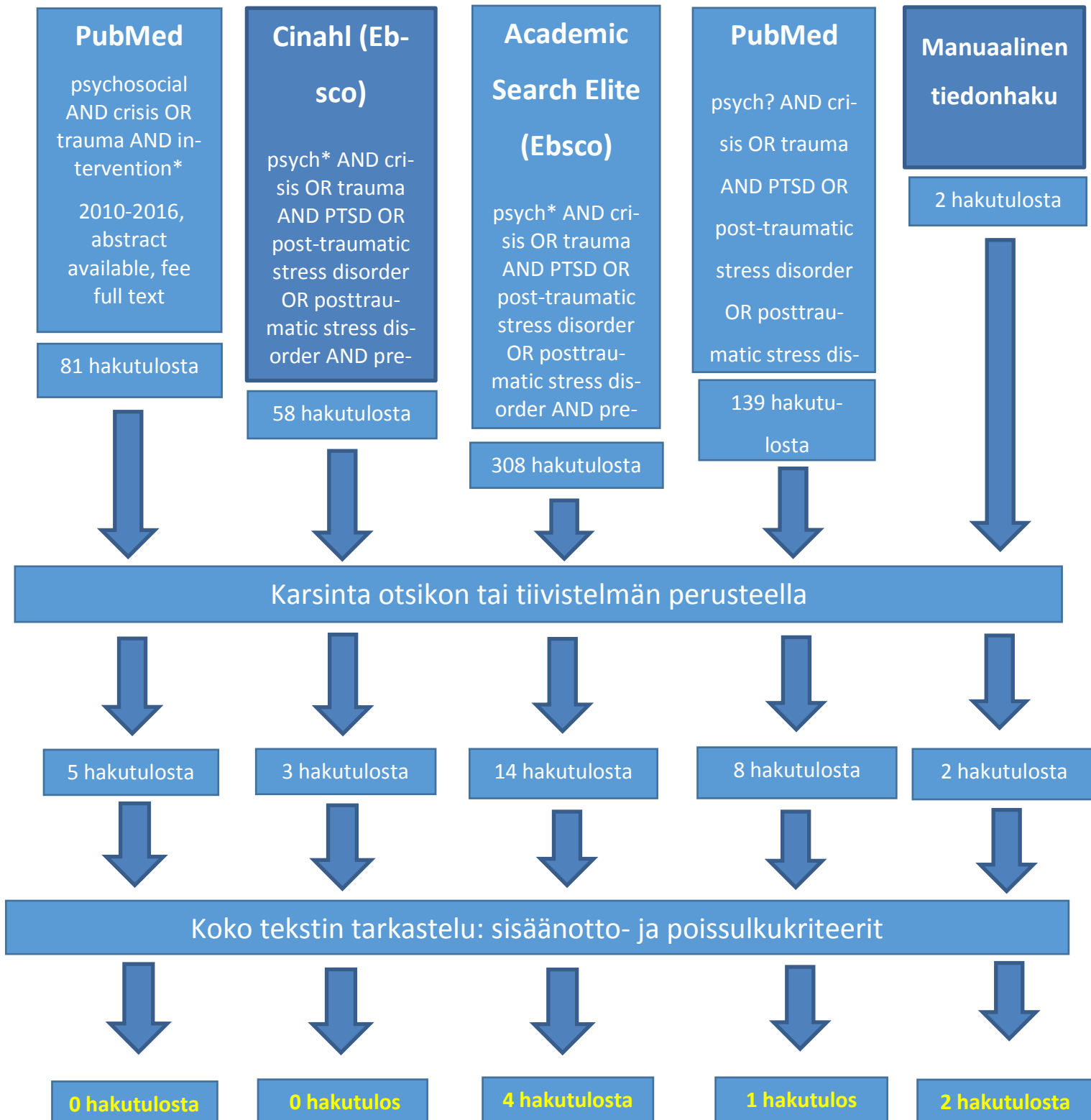
Valkeapää, K. 2016. Tutkimusaineiston valinta systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa. Teoksessa *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä*. Toim. Stolt, M., Axelin, A. & Suho-
nen, R. Turku: Turun yliopisto.

Verharen, L. 2015. Psychosocial needs of relatives of trauma patients. *Health and Social Work*, 40, 3, 233-238.

Westman, K. 2016. Rikosuhridirektiivi -koulutus. Jyväskylässä 30.11.2016.

Liitteet

Liite 1 Aineiston haku ja valintaprosessi



Liite 2. Narratiivisen kirjallisuuskatsauksen menetelmällä valittu analysoitava aineisto ja keskeisimmät tulokset

Tutkimuksen tiedot: tutkijain nimi, julkaisu-vuosi, tutkimuksen nimi, julkaisija, maa ja tietokanta	Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja käytetyt menetelmät	Keskeisimmät tulokset kirjallisuuskatsauksen tutkimuskysymysten näkökulmasta
<p>Hetzel-Riggin MD, Roby RP. 2011.</p> <p>Trauma type and gender effects on PTSD, general distress, and peritraumatic dissociation.</p> <p>Journal of Loss & Trauma. Vol. 18, No 1, 2013, s. 41-53.</p> <p>Yhdysvallat.</p> <p>Sähköinen tietokanta Academic Search Elite.</p>	<p>Tutkimuksessa tutkittiin traumatyyppien ja kokijan sukupuolen riippumattomia ja toisiinsa vaikuttavia seurauksia suhteessa posttraumaattisen stressihäiriön syntyyn, yleiseen psykopatologiaan ja traumaattisen tapahtuman aikana ilmenevään dissosiaatioon.</p> <p>N=1503 yliopisto-opiskelijaa, jotka ovat kokeneet luonnonkatastrofin, läheisen menetyksen tai lähisuhdeväkivaltaa.</p> <p>Tutkimus toteutettiin verkkokyselynä keskilännessä sijaitsevassa yliopistossa Yhdysvalloissa.</p> <p>Vastaajien kokemien traumojen luokittelussa käytettiin DSM-IV-TR -luokittelua (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ja TLEQ -kyselyä (Traumatic life events questionnaire).</p>	<ul style="list-style-type: none"> Lähisuhdeväkivallan uhrin, henkilöt, joilla on monilukuisen traumahistoria sekä naiset raportoivat enemmän posttraumaattisen stressihäiriön oireita ja trauman aikana ilmennytä dissosiaatiota kuin muut traumaryhmittä (luonnonkatastrofin tai läheisen menetyksen kokeneet, yksittäisen trauman kokeneet tai miehet).
<p>Haagsma, J., Patka, P., Polinder, S., Ringburg, A., Schipper, I., van Beeck, E. & van Lieshout, E. 2012.</p> <p>Prevalence rate, predictors and long-term course of probable posttraumatic stress disorder after major trauma: A prospective cohort study.</p> <p>BMC Psychiatry. 2012, Vol. 12, No. 1, s. 236-244.</p> <p>Alankomaat.</p> <p>Sähköinen tietokanta Academic Search Elite.</p>	<p>Tutkimuksen ensimmäisenä tavoitteena oli määrittää posttraumaattista stressihäiriötä ennustavia tekijöitä ja sairastuvuuden määrää vakavan trauman jälkeen huomioiden myös ennen sairaalaan pääsyä annettavan (Emergency Medical Service vrt. ensihoito) hoidon merkitys.</p> <p>Toinen tavoite oli arvioida posttraumaattiseen stressihäiriöön sairastumisen ja ulkoisten tekijöiden (sosio-demograafisten tekijöiden, fyysisten vammojen sekä saatua tai puuttunutta hoitoa ennen sairaalaan pääsyä) (Emergency Medical Service vrt. ensihoito) yhteyttä pidemmällä aikavälillä.</p> <p>Prospektiivinen kohorttitutkimus.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Naissukupuoli ja fyysisten sairauksien yhteisesiintyminen olivat tärkeimmät posttraumaattista stressihäiriötä ennustavat tekijät ensimmäisen vuoden seurannassa. Pään vammat ja muut vakavat vammat ennustivat posttraumaattista stressihäiriötä toisen vuoden seurannassa. Posttraumaattisen stressihäiriön ennaltaehkäisy, varhainen tunnistaminen ja hoito tärkeää.

	<p>N=332 vakavan trauman kokenutta, joiden ISS -luku (Injury Severity Score) vähintään 16.</p> <p>Tietoa kerättiin sairaalan potilastietorekistereistä ja potilaiden omien itsearviointien avulla, jotka sisälsivät IES -asteikon (Impact of Event Scale), jolla mitattiin mahdollisia posttraumaattisen stressin oireita.</p>	
<p>Dithole K, Thupayagale-Tshweneagae G, Mgtshini T. 2013.</p> <p>Posttraumatic stress disorder among spouses of patients discharged from the intensive care unit after six months.</p> <p>Mental Health Nursing. Vol.34, No, 1, 2013, s. 30-35</p> <p>Botswana & Etelä-Afrikka.</p> <p>Sähköinen tietokanta Academic Search Elite.</p>	<p>Tutkimuksessa tutkittiin tehohoidossa olevien potilaiden puolisoitten kokemuksia Botswanan pääkaupungissa sijaitsevassa sairaalassa.</p> <p>N=28, joista 17 naista ja 11 miestä.</p> <p>Toteutettiin haastattelemalla PTSD Checklist-Specific Scale:n avulla selvitetiin psykiatristen oireiden esiintymistä. DSM-IV -luokittelua (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) käytettiin oireiden aiheuttamien haittojen luokitteluun.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 57,1% puolisoista raportoi posttraumaattisen stressihäiriön oireita kuusi kuukautta sen jälkeen, kun puoliso oli kotiutettu teho-osastolta ja 50% puolisoista raportoi toistuvia ajatuksia ja unia tapahtumasta, ambulanssin tulo ja hoitoon vieminen erikseen mainittuna. • Potilaiden läheisten posttraumaattista stressihäiriötä ennaltaehkäisevät toimenpiteet ja aikainen havaitseminen tärkeää. • Potilaan läheisen ahdistusta lieventää, kun hoitaja selittää läheiselle mitä ollaan tekemässä; selittää esimerkiksi mitä välineitä käytetään. • Traumakokemuksen vähentämiseksi läheisille tulisi olla ohjausta heti potilaan siirtyessä sairaalaan, sairaalassa olon aikana, sekä vähintään kuuden kuukauden ajan tapahtuman jälkeen.
<p>Wei, Y., Wang, L., Wang, R., Cao., Shi, Z. & Zhang, J. 2013.</p> <p>Prevalence and predictors of posttraumatic stress disorder among Chinese youths after an earthquake.</p> <p>Social Behavior & Personality: an international journal. 2013, Vol. 41, No 10, s. 1613-1624.</p> <p>Kiina.</p> <p>Sähköinen tietokanta Academic Search Elite.</p>	<p>Tutkimuksessa tutkittiin posttraumaattiseen stressihäiriöön sairastuvuutta ja sitä ennustavia tekijöitä Kiinassa tapahtuneen maanjäristyksen jälkeen nuorten keskuudessa.</p> <p>N=753 9-18 -vuotiasta oppilasta.</p> <p>Määrällinen kyselytutkimus.</p> <p>Posttraumaattisen stressihäiriön löytämiseksi käytössä oli Los Angeles PTSD Reaction Index.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tärkeimmät yksittäiset posttraumaattista stressihäiriötä ennustavat tekijät olivat naissukupuoli, toisen ihmisen kuoleman näkeminen ja derealisaation kokeminen tapahtuman aikana. • Derealisaatio nousi tärkeimmäksi posttraumaattisen stressihäiriön ennustajaksi peritraumaattisten tunteiden (pelko, avuttomuus, inho, suru, sekaannus) joukosta.

<p>Pillai L, Aigalikal S, Vishwasrao SM, Husainy S. 2010.</p> <p>Can we predict intensive care relatives at risk for posttraumatic stress disorder?</p> <p>Indian J Crit Care Med. 2010, Vol. 14, No. 2, s. 83-87.</p> <p>Intia.</p> <p>Sähköinen tietokanta PubMed.</p>	<p>Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää tehohoidossa olevien potilaan läheisten riskiä saada posttraumaattisen stressihäiriön oireita.</p> <p>Seurantatutkimus</p> <p>N=166</p> <p>Potilaan ollessa sairaalahoidossa läheisten kokeman ahdistuksen mittaamiseen käytettiin HAD asteikkoa (Hospital Anxiety and Depression Scale) ja alttiutta posttraumaattiseen stressihäiriöön IES-R mittaria (Impact of Event Scale Revised).</p> <p>Tulokset kerättiin viiden päivän kuluttua sairaalahoidon alkamisesta, sekä kahden kuukauden jälkeen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Läheisen kuolema hoidon aikana nosti merkittävästi sekä HAD ja IES-R mittausten tuloksia sekä ensimmäisessä että toisessa mittauksessa. • Ainoa tilastollisesti merkittävä posttraumaattista stressihäiriötä ennustava tekijä oli HAD -asteikolla mitattu pistemäärä 11 tai sitä suurempi. • Potilaan ja läheisen suhteen (vaihtoehtoina sisarus, lapsi, puoliso, vanhempi tai muu) merkitystä posttraumaattisen stressihäiriön oireita tutkiessa saatiin selville, että IES-R mittauksessa suurimman pistemäärän saivat potilaan vanhemmat. • Läheisen ohjaamisella voi olla läheisen psyykkistä oireilua ennaltaehkäisevä vaikutus.
--	---	--

Liite 3. Manuaalisella haulla valittu aineisto ja keskeisimmät tulokset

Aineiston tiedot: tekijät, julkaisuvuosi, julkaisun nimi, julkaisija	Julkaisun tarkoitus, tavoite ja käytetyt menetelmät	Keskeisimmät tulokset kirjallisuuskatsauksen tutkimuskysymysten näkökulmasta
<p>Henriksson, M., Isoaho, R., Laukkala, T., Ponteava, M., Punamäki, R-L. & Wahlbeck, K. 2014.</p> <p>Traumaperäinen stressihäiriö.</p> <p>Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettaman työryhmän</p>	<p>Tarkoituksena on ollut laatia hoitosuosituksen pääosin terveydenhuollon, sairaanhoidon ja sosiaalihuollon henkilöstölle, muille psykososiaalista tukea antaville ammattiryhmille ja traumaattisissa tilanteissa auttajina toimiville.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Posttraumaattisen stressihäiriön seulontaa tai ennustettavuutta koskeissa tutkimuksissa on yleensä esiintynyt alkuvaiheen häiriönä akuutti stressihäiriö (ASD) eikä akuutti stressireaktio (ADR). • Akuutin stressihäiriön oireita ovat mm. tapahtuman pakottava uudelleen kokeminen, dissosiativiset oireet, mielialan lasku, välttämiskäyttäytyminen ja ylivielys. • Posttraumaattiseen stressihäiriöön mahdollisesti johtavia tekijöitä ovat traumaattisen tilanteen kokeminen tai näkeminen, johon sisältyy kuolema, vakava loukkaantuminen tai sellaisen uhka, onnettomuuden tai väkivallan seurausten näkeminen useita kertoja. • Myös yllättävä tiedon saaminen lähiomaisen tai ystävän kuolemasta voi johtaa posttraumaattisen stressihäiriön ilmaantumiseen. • Posttraumaattisen stressihäiriön syntyminen ei edellytä mitään erityistä alttiutta, mutta käytännössä on havaittu joidenkin tekijöiden lisäävän häiriön ilmaantumisen todennäköisyyttä. Todennäköisyyttä lisäävät tekijät:

<p>laatima Käypä hoito -suositus. Duodecim.</p>	<p>Menetelmämänä systemaattinen kirjallisuuskatsaus.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Aikaisemmat mielenterveyden häiriöt, jotka voivat heikentää kykyä sopeutua stressin vaikutuksiin. ○ Aiempi stressihäiriö tai stressihäiriön etiologisen kriteerin täyttävän tapahtuman kokeminen. ○ Aikaisemmat erityisen rasittavat elämäkokemukset. ○ Puutteellinen sosiaalinen verkosto ja kuormittava elämäntilanne. ○ Naissukupuoli. ○ Tapahtuman poikkeavan suuri vaikutus. ● Mielenterveyden häiriöiden esiintyvyyttä prosentteina tapahtumissa, joissa ensihoitajat voivat kohdata potilaan läheisiä: <ul style="list-style-type: none"> ○ Erityisen vaikea onnettomuus, joka on aiheuttanut pitkäkestoista fyysistä stressiä: 80-90% ○ Erittäin vaikeat sotakokemukset/sotavankeus: 50-80%. ○ Suuronnettomuus (ihmisen toiminnasta aiheutunut): 15-40%. ○ Suuronnettomuus (luonnon aiheuttama): 10-30%. ● Välittömästi traumaattisen tapahtuman jälkeen toteutettujen interventioiden vaikutuksista posttraumaattista stressihäiriötä ehkäisevänä tekijänä ei ole laadukkaita tutkimuksia. ● Ensihoitovaiheessa pyritään stressivasteiden rauhoittamiseen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Tarjoamalla inhimillinen ja tunkeilematon kontakti. ○ Huolehtimalla fyysisistä ja psyykkisistä perustarpeista. ○ Tarjoamalla tietoa stressireaktioista. ○ Tarjoamalla välitön turva ja huolehtimalla jatkuvan turvan saannista järjestämällä yhteys perheeseen, muuhun luonnolliseen tukiverkostoon ja tukea tarjoaviin paikallisiin tahoihin. ○ Rauhoittamalla emotionaalisesti ylikuormittuneita henkilöitä. ○ Vastaamalla välittömiin tarpeisiin ja huolenaiheisiin tarjoamalla tarvittaessa käytännöllisiä neuvoja. ○ Yhdistämällä uhrin tukea tarjoaviin tahoihin mahdollisen jatkohoidon tarpeen selvittämiseksi.
---	--	---

<p>National Child Traumatic Stress</p>	<p>Kenttätöön kehitetty henkisen ensiavun opas, jonka tarkoituksena on</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Anna tuettavalle se tieto, mitä tapahtuneesta on. Kerro myös, mikäli tietoa ei vielä ole. Kerro, mitä sen hankkimiseksi ollaan sillä hetkellä konkreettisesti tekemässä, kysy, kuinka ja milloin tuettava haluaa saada lisätietoja. Luo tunnetta siitä, että yhteiskunta pyörii edelleen ja asioiden eteen tehdään jotain.
--	--	--

<p>network & National Center of PTSD 2006.</p> <p>Psychological First Aid: Field Operations Guide.</p> <p>Yhdysvallat.</p>	<p>tarjota näyttöön perustuvaa tietoa lasten, nuorten aikuisten ja perheiden auttamiseen kriisitilanteissa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Älä anna turhaa toivoa. • Kerro läheiden kuolemasta konkreettisesti ja yksinkertaisesti. Tiedon voi joutua toistamaan. Käytä kuolleesta joko nimeä tai viittaa häneen esimerkiksi läheisen vaimona tai tyttärenä. • Mikäli läheinen on lapsi, kuuntele erityisen tarkkaan mahdolliset kysymykset ja vakuuta, että lapsi ei ole voinut aiheuttaa kuolemaa. Kerro myös lapselle rehellisesti, ellet tiedä vastausta. • Keskitytään välittömiin käytännön tarpeisiin. • Ei tunteiden työstämistä akuuttivaiheessa. • Lyhyissäkin kohtaamisissa rauhallinen, huolehtiva läsnäolo on merkityksellistä. • Tilanteen vakavuuden ja normaalista poikkeavuuden toteaminen. • Valmistaudu vastaanottamaan rauhallisesti voimakkaita tunteita. Normalisoi, eli kerro reaktioiden olevan tilanteesta johtuvia, normaaleja reagoititapoja. Hillitöntä itkua kohdatessa kerro myös sen olevan normaalia, älä pyri lopettamaan sitä, vaan ota reaktio vastaan rauhallisesti ja myötätuntoisesti. • Älä tuo esiin omia tunteita. Osoita, että yrität ymmärtää tuettavaa. • Tiedustele rauhallisesti ja painostamatta voitko auttaa jossain. Huomioi, ettei tuettavalle tule tunne, että häntä pidetään avuttomana. Kunnioita yksilön omia toimintatapoja. • Suhtaudu fyysiseen kontaktiin herkkyydellä; joillekin on todella rauhoittavaa päästä fyysiseen kontaktiin, mutta jotkut voivat taustasta ja tilanteesta riippuen kokea sen ahdistavana. Kyynärpään ja ranteen välinen alue on useille ”neutraali”, jota koskettamalla voi aistia henkilön tarpeen fyysiseen kontaktiin tai sen torjumisen. • Biologisen stressitilan katkaiseminen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Huolehdi tuettava turvalliseen paikkaan ja kerro mitä hänen auttamiseksi tehdään. Huolehdi erityisesti ilman huoltajaa olevista lapsista! Mikäli lapsen sisaruksia paikalla, pyri pitämään heidät yhdessä. ○ Huolehdi, ettei läheinen altistu tilanteelle pahemmin; suojaaminen loukkaantuneiden näkemiseltä, muille kerrottavien suru-uutisten kuulemiselta, valokuvaamiselta tai toimittajien kysymyksiltä ja sivusta seuraajilta. ○ Tue menetetyn kontrollin palautumista; mikäli mahdollista, anna tuettavan auttaa esimerkiksi pitelemällä uhrin kättä tai näyttämällä tietä pelastusajoneuvoille. Se voi palauttaa tunnetta kontrollista, oman elämän hallittavuudesta ja rauhoittaa. ○ Kysy täsmällisesti, mikä tuettavaa huolettaa. Usein aiheet ovat konkreettisia ja saadessaan vastauksen kysymykseen, ongelma tuntuu hallittavammalta kokonaisuudelta. Mikäli et osaa vastata, päättäkää miten vastauksen voi saada. • Anna tietoa menehtyneistä huolehtimisesta, kuten siitä, mihin heidät viedään ja keneltä voi kysyä lisätietoja.
--	---	---

		<ul style="list-style-type: none"> • Kiinnitä erityistä huomiota vammaisiin ja sairaisiin; tuentarpeen tunnistaminen voi olla muita haasteellisempaa, vaikka he tarvitsevat usein apua kaikkein eniten. • Tunnista yli- ja alireagoivat henkilöt (voimakkaasti itkevät, hyperventiloivat, voimakkaasti levottomat ja ahdistuneet & poissaolevat, ”tyhjällä katseella” reagoivat, kysymyksiin ja ohjeisiin epäasianmukaisesti vastaavat, tekemiselle omistautuneet, passiiviset) <ul style="list-style-type: none"> ○ Voi olla merkki esimerkiksi desorientaatiosta. ○ Tärkeintä on rauhoittaa ihmistä omalla rauhallisuudella. ○ Huomioi, että tässä vaiheessa katsekontakti voidaan joissain tilanteissa kokea painostavana. ○ Vie henkilö rauhalliseen paikkaan ja ota selvää reaktioiden syistä; selvitä onko taustalla esimerkiksi akuutti huoli tai hankaluus ymmärtää mitä on tapahtunut ja auta mikäli mahdollista. ○ Auta siirtämään huomio nykyhetkeen, mikäli henkilö vaikuttaa poissaolevalta, pyydä kuuntelemaan ja katsomaan sinuun, kysy, tietääkö hän, kuka on, missä on ja mitä tapahtuu pyytämällä kuvailemaan ympäristöä ja kertomalla, missä olette. ○ Mikäli henkilö vaikuttaa edelleen poissaolevalta, voit pyytää lupaa kokeilla maadoittamista. (Katso ohjeet liitteestä 6). ○ Tue kokemusta siitä, että tilanne on hallinnassa ja tuettava on turvassa. ○ Kehotukset, kuten ”rauhoitu” tai ”ryhdistäydy” lisäävät stressiä, tunnetta ulkopuolisuudesta ja siitä, ettei tule kuulluksi. ○ Mikäli desorientaatio ei lieviydy, on erityisen tärkeä, ettei ihmistä jätetä yksin. • Anna tietoa stressireaktioista ja kerro, että ne ovat normaaleja. • Kerro, mitä tukea on saatavilla.
--	--	---

Liite 4. Asiantuntijahaastatteluista saadut vastaukset teemoittain.

Psykososiaalisen tuen tarpeessa olevan läheisen tunnistaminen/ Posttraumaattisen stressihäiriön riskiä lisäävät tekijät	Miten posttraumaattisen stressihäiriön syntymistä voidaan ehkäistä ensihoitotilanteessa	Läheisen ohjaaminen
<ul style="list-style-type: none"> • Lamaantuminen, vihamielisyys ja torjuminen. Tunnista myös ”reipasokki”; he tarvitsevat tukea yhtälailla, vaikka ulospäin vaikuttavat pärjääviltä. • Mikäli läheisellä on järkytyksestä johtuvia fyysisiä oireita. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kertomalla läheiselle, mitä potilaalle on tehty ja miksi, jotta läheinen ei jää epä-tietoisuuteen. Käyttämällä läheisen ymmärtämiä sanoja. • Antamalla vain oleellinen tieto, sillä sokissa olevan on hankala omaksua suurta tietomäärää. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tuen piiriin ohjaamisen tulisi olla aktiivista, ei vain ”kortti käteen”. Tehokkainta olisi pyytää lupa välittää läheisen tiedot tukipalveluihin, joista voitaisiin olla läheiseen yhteydessä.

<ul style="list-style-type: none"> • Itsemurhariskissä olevat. Mikäli pienikin epäily, kysy asiasta suoraan. • Riski on sitä suurempi, mitä läheisempi potilas ja läheinen ovat. • Potilaan äkillinen sairaskohtaus voi olla traumaattinen myös läheiselle. • Elvytystilanteen näkeminen voi lisätä riskiä. • Mikäli läheistä ei kohdata lainkaan. • Aiemmat traumaattiset kokemukset, erityisesti vähän aikaa sitten tapahtuneet muut menetykset. • Mikäli läheisellä kuolee samalla kerralla tai lyhyen ajan sisällä useampi läheinen, perheenjäsen tai tuttu. • Omat läheltä piti -tilanteet. • Päihde- ja mielenterveysongelmaiset, joilla on elämäntilanteen vuoksi heikompi kyky käsitellä traumaa, ja joiden sosiaaliset verkostot heikot. • Vammaisten ja sairaiden tuen tarvetta voi olla haasteellista tunnistaa, vaikka he tarvitsevat usein eniten tukea. 	<ul style="list-style-type: none"> • Jos läheinen on lapsi, käyttämällä lapsen ikätason mukaista kieltä, kannustamalla aikuisia kertomaan lapsille ikätason mukaisesti, mutta rehellisesti tapahtuneesta. • Varmistamalla, että läheiselle ei jää tapahtuneesta syyllinen tunne. • Kouluttamalla ensihoitajat kriisityön perusosaamisella, jotta sokki- ja reaktiovaiheen oireet ovat tuttuja ja niihin osataan vastata oikealla tavalla. • Lyhytkin läheisen kohtaaminen, rehellinen ja aito huomioiminen, on tärkeää. • Kunnioittamalla toisen kotia. • Avustaa kutsumaan paikalle joku läheinen. Jos mahdollista, odottamalla, että paikalle tulee joku läheisen tueksi, ettei jää yksin. • Auttaa tarvittaessa päätöksen teossa käytännön asioita koskien. Sokissa yksinkertaisetenkin päätösten tekeminen voi olla hankalaa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Avun hakemista ei tulisi koskaan jättää sokissa olevan ihmisen vastuulle. • Kannustaa avun vastaanottamiseen normaalina käytöntonä. • Kriisityön ja trauman ymmärrys mahdollistaa luonnollisesti oikeanlaisen ohjaamisen.
--	---	---

Lähde: Kriisikeskus Mobilen kriisityöntekijöiden haastattelut 16.4.2016 ja 2.12.2016.

Liite 5. Kaikki tulokset tiivistettynä teemoittain

<p>Posttraumaattisen stressihäiriön riskiä lisäävät tekijät/Kuinka tunnistaa psykososiaalisen tuen tarpeessa oleva läheinen</p>	<p>Miten posttraumaattisen stressihäiriön syntymistä voidaan ehkäistä ensihoitotilanteessa</p>	<p>Läheisen ohjaaminen</p>
--	---	-----------------------------------

<ul style="list-style-type: none"> • Lähisuhdeväkivallalle altistuminen. • Naiset tilastollisesti suuremmissa riskissä. • Henkilöt, joilla monilukuinen traumahistoria. • Toisen ihmisen kuoleman näkeminen. • Derealisaatio traumaattisen tapahtuman aikana. • Samanaikaiset fyysiset vammat tai sairaudet. • Mikäli riskiä ei tunnusteta ajoissa ja läheistä ei ohjata jatkoavun piiriin, kasvaa. • Se, että potilas on läheisen lapsi. • Alkuvaiheen häiriönä on akuutti stressihäiriö (ASD), jonka oireita ovat mm. tapahtuman pakottava uudelleen kokeminen, dissosiatiiiviset oireet, mielialan lasku, välttämiskäyttäytyminen ja ylivilitys. • Traumaattisen tilanteen kokeminen tai näkeminen, johon sisältyy kuolema, vakava loukkaantuminen tai sellaisen uhka. • Onnettomuuden tai väkivallan seurausten näkeminen useita kertoja. • Aikaisemmat mielenterveyden häiriöt (voi heikentää kykyä sopeutua stressin vaikutuksiin). • Aiempi stressihäiriö tai stressihäiriön etiologisen kriteerin täyttävän tapahtuman kokeminen. • Aikaisemmat erityisen rasittavat elämäkokemukset. • Puutteellinen sosiaalinen verkosto ja kuormittava elämäntilanne. • Tapahtuman poikkeavan suuri vaikutus. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ahdistusta lieventää, kun hoitaja selittää läheiselle mitä ollaan tekemässä (selittää esimerkiksi mitä välineitä käytetään). • Tarjoamalla inhimillinen ja tunkeilematon kontakti. • Huolehtimalla perustarpeista (fyysisistä ja psyykkisistä). • Tarjoamalla tietoa stressireaktioista. • Tarjoamalla välitön turva ja huolehtia jatkuvan turvan saannista huolehtimalla yhteys perheeseen, muuhun luonnolliseen tukiverkoston ja tukea tarjoaviin paikallisiin tahoihin. • Rauhoittamalla emotionaalisesti ylikuormittuneita henkilöitä. • Vastaamalla välittömiin tarpeisiin ja huolenaiheisiin tarjoamalla tarvittaessa käytännöllisiä neuvoja. • Antamalla läheiselle se tieto, mikä tapahtumneesta sillä hetkellä tiedetään ja kertomalla mitä asioiden eteen ollaan tekemässä. • Lyhyissäkin kohtaamisissa rauhallinen, huolehtiva läsnäolo on erityisen tärkeää. • Välttämällä <i>turhan</i> toivon antamista. • Kertomalla läheisen kuolemasta konkreettisesti ja yksinkertaisesti. Toistamalla tiedon tarvittaessa ja käyttämällä kuolleesta joko nimeä tai viittaamalla häneen esimerkiksi läheisen vaimona tai tyttärenä. • Mikäli läheinen on lapsi, kuuntelemalla erityisen tarkkaan mahdolliset kysymykset, kertomalla lapselle rehellisesti ellet tiedä vastausta ja vakuutamalla, että lapsi ei ole voinut aiheuttaa kuolemaa. • Keskittymällä tuettavan välittömiin käytännön tarpeisiin. • Olemalla painostamatta tunteiden työstämistä akuuttivaiheessa. • Toteamalla ääneen tilanteen vakavuus ja normaalista poikkeavuus. 	<ul style="list-style-type: none"> • Läheisen ohjaaminen heti potilaan siirtyessä sairaalaan, sairaalassa olon aikana, sekä vähintään kuuden kuukauden ajan tapahtuman jälkeen. Jatkoapuun pääsystä huolehtiminen. • Kerrottava, mitä apua on saatavilla. • Huolehdittava, että uhrin yhdistetään tukea tarjoaviin tahoihin mahdollisen jatkohoidon tarpeen selvittämiseksi. • Tuen piiriin ohjaamisen tulisi olla aktiivista. Tehokkainta olisi pyytää lupa välittää läheisen tiedot tukipalveluihin, joista voitaisiin olla läheiseen yhteydessä → avun hakemista ei tulisi koskaan jättää sokkisen ihmisen vastuulle • Kannustaa avun vastaanottamiseen kertomalla sen olevan normaali käytäntö. • Tiedon antaminen siitä, kuinka menehtyneestä huolehditaan; muun muassa mihin viedään ja keneltä saa lisätietoja. • Kriisityön ja trauman ymmärrys mahdollistaa luonnollisesti oikeanlaisen ohjaamisen
--	---	---

<ul style="list-style-type: none"> • Erityisen vaikea onnettomuus, joka aiheuttanut pitkäkestoista fyysistä stressiä: sairastuvuus 80-90% . • Erittäin vaikeat sotakokemukset/so-tavankeus: sairastuvuus 50-80% . • Suuronnettomuus (ihmisen toimin-nasta aiheutunut): sairastuvuus 15-40%. • Vammaisten ja sairaiden tuen tarpeen tunnistaminen voi olla muita haasteellisempaa, vaikka he tarvitsevat usein apua kaikkein eniten. • Yli- ja alireagoivat usein suurim-massa riskissä. • Lamaantumisen, vihamielisyyden ja torjumisen. Tunnista myös ”reipas-sokki”; tarvitsevat tukea yhtäläillä, vaikka ulospäin vaikuttavat pärjää-viltä. • Mikäli läheisellä on järkytyksestä johtuvia fyysisiä oireita. • Itsemurhariskissä oleva. Mikäli pie-niki epäily, kysy suoraan. • Potilaan äkillinen sairaskohtaus voi olla traumaattinen myös läheiselle. • Elvytystilanteen näkeminen voi li-sätä riskiä. • Mikäli läheistä ei kohdata lainkaan. • Aiemmat traumaattiset kokemuk-set, erityisesti vähän aikaa sitten ta-pahtuneet muut menetykset. • Mikäli läheisellä kuolee samalla ker-taa tai lyhyen ajan sisällä useampi läheinen, perheenjäse, tuttu • Omat läheltä piti -tilanteet • Päihde ja mt – ongelmaiset, joilla elämäntilanteen vuoksi heikompi kyky käsitellä traumaa ja sosiaaliset verkostot heikommat. 	<ul style="list-style-type: none"> • Normalisoimalla stressireaktioita ja ker-tomalla, että reaktiot ovat luonnollinen tapa reagoida järkyttävään tapahtumaan. • Valmistautumalla vastaanottamaan rau-hallisesti voimakkaita tunteita ja normali-soimalla niitä. Hillitöntä itkua kohdatessa kerromalla myös sen olevan normaalia, pyrkimättä lopettamaan sitä vaan otta-malla reaktio vastaan rauhallisesti ja myötätuntoisesti. • Olemalla tuomatta esiin omia tunteita. Osoittamalla että yrität ymmärtää tuet-tavaa. • Tiedustelemalla rauhallisesti ja painosta-matta, voitko auttaa jossain sekä huomi-oimalla, ettei tuettavalle tule tunne siitä, että häntä pidetään avuttomana. Kunni-oitamalla yksilön omia toimintatapoja. • Suhtautumalla fyysiseen kontaktiin herk-kyydellä; joillekin on todella rauhoittavaa päästä fyysiseen kontaktiin, mutta jotkut voivat taustasta ja tilanteesta riippuen kokea sen ahdistavana. Kynnärpään ja ranteen välinen alue on useille ihmisille ”neutraali” ja sitä koskettamalla voi aistia henkilön tarpeen tai fyysisen kontaktin torjumisen. • Biologisen stressitilan katkaiseminen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Huolehtimalla tuettava turvalliseen paikkaan ja kertomalla, mitä hänen auttamiseksi tehdään. On tärkeää kiinnittää erityishuomiota ilman huol-tajaa oleviin lapsiin! Mikäli lapsen si-saruksia on paikalla, pyri pitämään heidät yhdessä. ○ Varmistamalla, ettei läheinen altistu tilanteelle pahemmin; suojaa louk-kaantuneiden näkemiseltä, muille kerrottavien suru-uutisten kuulemi-selta, valokuvaamiselta tai toimitta-jien kysymyksiltä ja sivusta seuraajilta. ○ Tukemalla menetetyn kontrollin pa-lautumista; mikäli mahdollista, anna tuettavan auttaa esimerkiksi pitele-mällä uhrin kättä tai näyttämällä tietä pelastusajoneuvoille. Se voi pa-lauttaa tunnetta kontrollista, oman elämän hallittavuudesta ja rauhoittaa 	
--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Kysymällä täsmällisesti, mikä tuettava huolettaa. Usein aiheet ovat konkreettisia ja saadessaan vastauksen kysymykseen, ongelma tuntuu hallittavammalta kokonaisuudelta. Mikäli et osaa vastata, miettikää, miten vastauksen voi saada. ● Yli- ja alireagoivien (mahdollisesti desorientoituneiden henkilöiden) tunnistaminen ja auttaminen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Tärkeintä on rauhoittaa henkilö/henkilöt omalla rauhallisuudella. ○ Huomioi, että tässä vaiheessa katsekontakti voidaan joissain tilanteissa kokea painostavana. ○ Vie henkilö rauhalliseen paikkaan ja ota selvää reaktioiden syistä; selvitä onko taustalla esim. akuutti huoli tai hankaluus ymmärtää, mitä on tapahtunut. Auta mikäli mahdollista. ○ Auta siirtämään fokus nykyhetkeen. Mikäli henkilö vaikuttaa poissaolevalta, pyydä kuuntelemaan ja katsomaan sinuun, kysy, tietääkö hän kuka on, missä on ja mitä tapahtuu. Pyytämällä kuvailemaan ympäristöä ja kertomalla missä olette. ○ Mikäli henkilö vaikuttaa edelleen poissaolevalta, voit pyytää lupaa kokeilla maadoittamista. (Katso ohjeet liitteestä 6) ○ Tue kokemusta siitä, että tilanne on hallinnassa ja tuettava on turvassa. ○ Kehotukset kuten ”rauhoitu” tai ”ryhdistäydy” lisäävät stressiä, tunnetta ulkopuolisuudesta ja siitä, ettei tule kuulluksi. ○ Mikäli desorientaatio ei lieviy, on erityisen tärkeää, ettei ihmistä jätetä yksin. ● Kertomalla läheiselle, mitä potilaalle on tehty ja miksi, jotta läheinen ei jää epä-tietoisuuteen. Käyttämällä läheisen ymmärtämiä sanoja. ● Antamalla vain oleellinen tieto, sillä sokissa olevan on hankala omaksua suurta tietomäärää. 	
--	---	--

	<ul style="list-style-type: none">• Jos läheinen on lapsi, käyttämällä lapsen ikätason mukaista kieltä, kannustamalla aikuisia kertomaan lapsille ikätason mukaisesti, mutta rehellisesti tapahtuneesta.• Varmistamalla, että läheiselle ei jää tapahtuneesta syyllinen tunne.• Kouluttamalla ensihoitajat kriisityön perusosaamisella, jotta sokki- ja reaktiovaiheen oireet ovat tuttuja ja niihin osataan vastata oikealla tavalla.• Lyhytkin läheisen kohtaaminen (rehellinen ja aito huomioiminen) tärkeää.• Kunnioittamalla toisen kotia.• Avustaa kutsumaan paikalle joku läheinen. Jos mahdollista, odottamalla, että paikalle tulee joku läheisen tueksi, ettei jää yksin.• Auttaa tarvittaessa päätöksen teossa käytännön asioita koskien, koska sokissa yksinkertaistenkin päätösten tekeminen voi olla hankalaa.	
--	---	--

Punaisella merkityt tulokset Käypä hoito -suosituksesta.

Läheisen tukeminen ensihoitotilanteessa

Ensihoitotilanne voi olla myös potilaan läheiselle traumaattinen kokemus. Noin kolmasosa tarvitsee kokemuksesta selviytyäkseen psykososiaalista tukea. On hankala ennustaa, ketkä läheisistä kuuluvat tähän ryhmään, sillä tuen tarpeen syntymiseen vaikuttavat itse tapahtuman lisäksi taustatekijät, kuten läheisen aikaisemmat traumakokemukset tai oma läheltä piti-tilanne.

Eryteisesti jatkotuen tarpeen tunnistaminen ja avun piiriin ohjaaminen voi vähentää läheisen riskiä kehittää mielenterveyshäiriö, kuten esimerkiksi posttraumaattinen stressihäiriö. Läheisen reagoimista tilanteeseen on hyvä havainnoida herkästi, jotta avun tarvitsijoille voidaan tarjota heidän tarvitsemaansa tukea. Vaikka jokaisen reagoiminen on yksilöllistä, voidaan nimetä tiettyjä tekijöitä, jotka ennustavat jatkoavun tarvetta.

Kiinnitä erityistä huomiota

- Läheisiin, jotka ovat **nähneet potilaan kuoleman**
- Läheisiin, joilla itsellä fyysistä tai psyykkistä **toimintakyvyn vajetta**
- **Lapsiin** erityisesti, jos potilas on lapsen huoltaja
- **Vanhempien** tuen tarpeeseen, jos potilas on heidän lapsensa
- **Yli- ja alireagoiviin** läheisiin, tunnista myös ”reipassokki” ja desorientaatio
- **Lähisuhdeväkivaltatilanteessa** tai muussa **väkivaltatilanteessa** mukana olleisiin
→ Ohjaaminen Rikosuhripäivystykseen! Tarjoa apua myös väkivallan tekijälle.

Lyhytkin kohtaaminen, läheisen huomioiminen ja tuen tarpeen kartoittaminen voivat olla erittäin merkitseviä omaisen akuutin stressitilan lievittämiseksi ja tilanteen aiheuttamien stressireaktioiden helpottamiseksi. Hoitohenkilökunta voi pienillä huomioilla vaikuttaa siihen, kuinka tilanne koetaan. Tyhjät sanat ja tavanomaiset fraasit voivat pahentaa tilannetta. Paras tapa on olla aidosti läsnä, kestää tarvittaessa hiljaisuutta ja ottaa vastaan läheisen reaktiot. Sokkireaktioiden normalisointi koetaan usein erityisen helpottavana.

Läheisen kohtaamisessa tärkeää

- Läheisen ahdistusta voi lievittää **kertomalla toimenpiteistä**; mitä potilaalle ollaan tekemässä ja miksi
- Antaa läheiselle se **tieto, mitä tapahtuneesta sillä hetkellä** tiedetään ja kertoa, **mitä asioiden eteen ollaan tekemässä**
- **Välttää** antamasta **turhaa toivoa**
- **Kertoa potilaan kuolemasta konkreettisesti ja yksinkertaisesti**, toistamalla tieto tarvittaessa
- Käyttää kuolleesta joko nimeä tai viitata häneen läheisen ja potilaan suhteeseen viitaten, esim. läheisen tyttärenä tai vaimona

- **Varmistaa, ettei läheiselle jää tunnetta, että hän olisi syyllinen** potilaan kuolemaan erityisesti, jos läheinen on lapsi
- Huolehtia järkyttyneen läheisen **fyysisistä ja psyykkisistä perustarpeista**
- Tarjota **tietoa stressireaktioista** ja kertoa, että ne ovat **normaaleja** reagoititapoja
- **Suhtautua fyysiseen kontaktiin herkkyydellä**; joillekin todella rauhoittavaa päästä fyysiseen kontaktiin, jotkut voivat taustasta ja tilanteesta riippuen kokea sen ahdistavana
→ Kynnärpään ja ranteen välinen on alue useille ”neutraali”, jota koskettamalla voi aistia henkilön tarpeen tai fyysisen kontaktin torjumisen
- **Vastaanottaa rauhallisesti kaikenlaiset reaktiot**, pyrkimättä estää niitä ja luomalla läheiselle tunne, että kestät hänen reaktionsa
- **Ei tunteiden työstämistä** akuuttivaiheessa
- Tunnistamalla **itsemurhariskissä** olevat → Mikäli pienikin epäily, **kysy asiasta suoraan**
- **Tiedustella** rauhallisesti ja painostamatta, **voitko auttaa** jossain. Huomioiden, ettei läheiselle tule tunne, että häntä pidetään avuttomana, mikä puolestaan voi lisätä stressiä
- Toisaalta **auttaa tarvittaessa päätöksenteossa** käytännön asioita koskien → sokissa yksinkertaistenkin päätösten tekeminen voi olla hankalaa
- Jos läheinen vaikuttaa **desorientoituneelta** → ks. desorientoituneen henkilön rauhoittaminen

Oikein ajoitettu psykososiaalinen tuki helpottaa akuutteja stressireaktioita ja ennaltaehkäisee mielenterveyshäiriöiden syntymistä. Ensihoitajat ovat ratkaisevassa asemassa tuentarpeen havaitsemisessa ja jatkoapuun ohjaamisessa.

Läheisen ohjaaminen

- Tiedon antaminen siitä, kuinka menehtyneestä huolehditaan → mihin viedään, keltä lisätietoja ym.
- **Aktiivinen tuen piiriin ohjaaminen** → Tehokkainta pyytää lupa välittää läheisen tiedot tukipalveluihin, joista voidaan olla läheiseen yhteydessä
- Tarjoamalla **tietoa stressireaktioista ja avuntarjoajista suullisesti ja kirjallisesti**
- **Avun hakemista ei tule koskaan jättää sokkisen ihmisen vastuulle**
- Kannustaminen **avun vastaanottamiseen normaalina käytäntönä**

Desorientoituneen henkilön auttaminen

- Tärkeintä **rauhottaa ihmistä omalla rauhallisuudella.**
- Vie henkilö **rauhalliseen paikkaan** ja **ota selvää reaktioiden syistä**; selvitä onko taustalla esim. akuutti huoli tai hankaluus ymmärtää, mitä tapahtunut. Auta mikäli mahdollista.
- Auta siirtämään **fokus nykyhetkeen**, mikäli henkilö vaikuttaa poissaolevalta, **pyydä kuuntelemaan ja katsomaan sinuun**. Kysy, tietääkö hän kuka on, missä on ja mitä tapahtuu **pyytämällä kuvailemaan ympäristöä** ja kertomalla, missä olette.
- Mikäli henkilö vaikuttaa edelleen poissaolevalta, **voit pyytää lupaa kokeilla** ”harjoitusta joka voi auttaa”, eli **maadoittamista**:
 Pyydä hengittämään syvään, nimeämään viisi ei-stressaavaa asiaa, jotka hän voi nähdä, kuulla ja tuntea, käykää asiat yksi kerrallaan läpi, pyydä hengittämään uudelleen rauhallisesti syvään. Lapsilla asioiden sijaan voi pyytää etsimään ympäristöstä eri värejä kysymällä, ”missä näet punaista” ym.
- Tue kokemusta siitä, että **tilanne on hallinnassa** ja **tuettava on turvassa**
- Kehotukset kuten ”rauhoitu” tai ”ryhdistäydy” lisäävät stressiä, tunnetta ulkopuolisuudesta ja siitä, ettei tule kuulluksi.
- **Mikäli desorientaatio ei lieviy, on erityisen tärkeä, ettei ihmistä jätetä yksin.**

Läheisen tukeminen ensihoitotilanteessa

Kiinnitä erityistä huomiota

- Läheisiin, jotka ovat **nähneet potilaan kuoleman**
- Läheisiin, joilla itsellä fyysistä tai psyykkistä **toimintakyvyn vajetta**
- **Lapsiin** erityisesti, jos potilas on lapsen huoltaja
- **Vanhempien** tuen tarpeeseen, jos potilas on heidän lapsensa
- **Yli- ja alireagoiviin** läheisiin, tunnista myös ”reipassokki” ja desorientaatio
- **Lähisuhdeväkivaltatilanteessa** tai muussa **väkivaltatilanteessa** mukana olleisiin
→ Ohjaaminen Rikosuhripäivystykseen! Tarjoa apua myös väkivallan tekijälle

Läheisen kohtaamisessa tärkeää

- Läheisen ahdistusta voi lievittää **kertomalla toimenpiteistä**; mitä potilaalle ollaan tekemässä ja miksi
- Antaa läheiselle se **tieto, mitä tapahtuneesta sillä hetkellä** tiedetään ja kertoa, **mitä asioiden eteen ollaan tekemässä**
- **Välttää** antamasta **turhaa toivoa**
- **Kertoa potilaan kuolemasta konkreettisesti ja yksinkertaisesti**, toistamalla tieto tarvittaessa
- Käyttää kuolleesta joko nimeä tai viitata häneen läheisen ja potilaan suhteeseen viitaten, esim. läheisen tyttärenä tai vaimona
- **Varmistaa, ettei läheiselle jää tunnetta, että hän olisi syyllinen** potilaan kuolemaan erityisesti, jos läheinen on lapsi
- Huolehtia järkyttyneen läheisen **fyysisistä ja psyykkisistä perustarpeista**
- Tarjota **tietoa stressireaktioista** ja kertoa että ne ovat **normaaleja** reagoititapoja
- **Suhtautua fyysiseen kontaktiin herkkyydellä**; joillekin todella rauhoittavaa päästä fyysiseen kontaktiin, jotkut voivat taustasta ja tilanteesta riippuen kokea sen ahdistavana
→ Kynnärpään ja ranteen välinen alue useille ”neutraali”, jota koskettamalla voi aistia henkilön tarpeen tai fyysisen kontaktin torjumisen
- **Vastaanottaa rauhallisesti kaikenlaiset reaktiot**, pyrkimättä estää niitä ja luomalla läheiselle tunne, että kestät hänen reaktionsa

- **Ei tunteiden työstämistä** akuuttivaiheessa
- Tunnistamalla **itsemurhariskissä** olevat → Mikäli pienikin epäily, **kysy asiasta suoraan**
- **Tiedustella** rauhallisesti ja painostamatta, **voitko auttaa** jossain → huomioiden, ettei läheiselle tule tunne, että häntä pidetään avuttomana, mikä puolestaan voi lisätä stressiä
- Toisaalta **auttaa tarvittaessa päätöksenteossa** käytännön asioita koskien → sokissa yksinkertaistenkin päätösten tekeminen voi olla hankalaa
- Jos läheinen vaikuttaa **desorientoituneelta** → rauhoita ja varmista, ettei läheinen jää yksin

Läheisen ohjaaminen

- Tiedon antaminen siitä, kuinka menehtyneestä huolehditaan → mihin viedään, keneltä lisätietoja ym.
 - **Aktiivinen tuen piiriin ohjaaminen** → Tehokkainta pyytää lupa välittää läheisen tiedot tukipalveluihin, joista voidaan olla läheiseen yhteydessä
 - Tarjoamalla **tietoa stressireaktioista ja avuntarjoajista suullisesti ja kirjallisesti**
 - **Avun hakemista ei tule koskaan jättää sokkisen ihmisen vastuulle**
 - Kannustaminen **avun vastaanottamiseen normaalina käytäntönä**
- Lyhytkin kohtaaminen, läheisen huomioiminen ja tuen tarpeen kartoittaminen voivat olla erittäin merkitseviä.
- Ensihoitajat ovat ratkaisevassa asemassa läheisen tuentarpeen havaitsemisessa ja jatkoapuun ohjaamisessa.

Mikäli tilanteeseen liittyy alaikäisiä lapsia, ota yhteys sosiaalipäivystäjään!

Muita tahoja, joista läheiselle voi pyytää apua

Virka-aikana terveyskeskukset, virka-ajan ulkopuolella yhteispäivystys

Kokkolan ensi- ja turvakoti Aina, 044- 336 0056 (24h) Perhe- ja lähisuhdeväkivallasta kärsiville aikuisille tai lapsille. Tarjoaa apua myös väkivallan tekijölle.

RaiskauskeskusTukinainen, 0800-97899 (valtakunnallinen). Ma-to klo 9-15, viikonloppuna ja pyhinä klo 15-21. Tarjoaa konsultaatiota myös ammattilaisille.

Läheiselle jätettävässä ohjeessa kerrottu laajemmin tukea tarjoavista tahoista, joista läheinen voi itse hakea tukea.