

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma

Jaakko Kouvonen
Tero Venäläinen

DISSOSIAATIOHÄIRIÖ - opintomateriaalia sairaanhoitajaopiskelijoille

Opinnäytetyö
Maaliskuu 2017



Karelia
AMMATTIKORKEAKOULU

OPINNÄYTETYÖ
Helmikuu 2017
Hoitotyön koulutusohjelma

Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
p. 050 405 4816

Tekijät

Jaakko Kouvonen, Tero Venäläinen

Nimeke

Dissosiaatiohäiriö – opintomateriaalia sairaanhoitajaopiskelijoille

Toimeksiantaja

Karelia - ammattikorkeakoulu

Tiivistelmä

Suomessa yhä useampi mielenterveyspotilas saa diagnoosin dissosiaatiohäiriöstä. Se syntyy nuorella iällä koetun trauman seurauksena. Syntyyn vaikuttaa nuoresta iästä johtuva kyvyttömyys käsitellä traumaa sekä sosiaalisen tuen puute. Sairauden diagnosoiminen voi olla hankalaa, ja se voi kestää useita vuosia. Moniosaiset fyysiset ja psyykkiset oireet sekä fyysinen oireilu ilman somaattista syytä hankaloittavat hoitoa ja diagnosoimista. Hoitosuhde vaatii usein pitkäaikaista työtä ja hyvää luottamussuhdetta työntekijän ja hoidettavan välillä.

Opinnäytetyön tarkoitus on lisätä tietoisuutta dissosiaatiohäiriöstä Karelia ammattikorkeakoulun hoitotyön opiskelijoille. Opinnäytetyön tehtävä oli tuottaa opintomateriaalia PowerPoint-muodossa. Opintomateriaalia suunniteltiin käytettäväksi lisämateriaalina mielenterveys- ja päihdehoitotyön kursseilla.

Opintomateriaalissa kuvataan dissosiaatiohäiriön yleisimmät oireet ja niiden tunnistaminen sekä häiriön syntyyn vaikuttavat tekijät. Lisäksi työssä otetaan esille dissosiaatiohäiriöön liittyviä muita tekijöitä. PowerPointistä on tehty mahdollisimman selkeä, jota on helppo lukea. Opinnäytetyö tehtiin etsimällä tutkittua tietoa dissosiaatiohäiriöstä, ja dissosiaatiohäiriön vaikutuksista häiriöstä kärsivän elämään. Näiden tietojen perusteella kokosimme PowerPointin, jossa dissosiaatiohäiriö on käsitelty tiivistetyssä muodossa. Tarkoituksena antaa mahdollisemman tehokas tietopaketti dissosiaatiohäiriöstä. Jatkokehittämismahdollisuutena on opintomateriaalin laajentaminen dissosiaatiohäiriöstä kiinnostuneille.

Kieli

suomi

Sivuja 32

Liitteet 1

Liitesivumäärä 1

Asiasanat

trauma, dissosiaatiohäiriö, varhaislapsuuden herkkä aika



Karelia
AMMATTIKORKEAKOULU

THESIS
February 2017
Degree Programme in Nursing

Tikkarinne 9
FI 80200 JOENSUU
FINLAND
Tel. +358 50 405 4816

Authors

Jaakko Kouvonen, Tero Venäläinen

Title

Dissociative Disorder – Educational Material for Nursing Students

Commissioned by

Karelia University of Applied Sciences

Abstract

In Finland, an increasing number of mental health patients are diagnosed with a dissociative disorder. It is caused by a trauma experienced at a young age. The development of the dissociative disorder is affected by a person's inability to process the trauma due to the young age and the lack of social support. The complexity of physical and mental symptoms as well as having physical symptoms without any somatic cause makes it difficult to diagnose the disorder and to provide a treatment for it. The nurse-patient relationship often requires a long-term process and a good nurse-patient rapport.

The purpose of this thesis, commissioned by the Karelia University of Applied Sciences, was to increase nursing students' knowledge of the dissociative disorder. The educational material in the form of PowerPoint Presentation was designed to be used as additional educational material in a course on Mental Health and Substance Abuse Nursing.

The thesis was carried out by searching for researched data on the dissociative disorder and its symptoms. Based on this information, the PowerPoint Presentation was created including the most common symptoms of the dissociative disorder and their identification, and the factors that contribute to the development of the disorder. The purpose was to provide the most effective information package on the dissociative disorder. This educational material could be further developed in the future.

Language

Finnish

Pages 32

Appendices 1

Pages of Appendices 1

Keywords

trauma, dissociative disorder, delicate period of early childhood

Sisältö

1	Johdanto	5
2	Dissosiaatiohäiriö ja sen synty	6
2.1	Dissosiaatiohäiriö.....	6
2.2	Kiintymyssuhde.....	7
2.3	Traumatisoituminen	9
2.4	Dissosiaatiohäiriön synty ja varhaislapsuuden herkkä aika	10
3	Dissosiaatiohäiriön tunnistaminen ja oireet.....	12
4	Muita dissosiaatiohäiriöön liittyviä tekijöitä	17
4.1	Unihäiriöt.....	17
4.2	Lääkkeiden ja päihteiden väärinkäyttö	18
4.3	Ihmissuhdeongelmat.....	18
4.4	Tuntemukset omaa kehoa kohtaan.....	19
4.5	Fyysisen kunnon merkitys	20
5	Dissosiaatiohäiriöisen vakauttaminen ja hoitohenkilökunnan rooli vakauden luomisessa.....	21
6	Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävä.....	23
7	Toiminnallisen opinnäytetyön toteutus	23
7.1	Toiminnallinen opinnäytetyö	23
7.2	Opintomateriaalin suunnittelu, toteutus ja arviointi.....	25
8	Pohdinta.....	27
8.1	Toiminnallisen opinnäytetyön prosessi	27
8.2	Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys.....	28
8.3	Ammatillinen kasvu	30
8.4	Opinnäytetyön jatkokehittämismahdollisuudet	31
	Lähteet.....	32

Liitteet

- Liite 1 Opinnäytetyön toimeksiantosopimus

1 Johdanto

Dissosiaatiohäiriö on yhä yleistävämpi diagnoosi terveydenhuollon piirissä. Sitä on aikaisemmin kutsuttu konversiohäiriöksi, mutta virallinen nimi sairaudelle on nykyisin dissosiaatiohäiriö. Sen syntyyn vaikuttaa traumatisoituminen lapsuus- ja nuoruusajan varhaisessa ja herkässä kehitysvaiheessa. Sairauden oireet ovat moniosaisia. Ihminen voi oireilla sekä fyysisesti että henkisesti, ja oireet voivat johtua myös ei somaattisista syistä.

Dissosiaatiohäiriön taustalla on usein hyväksikäyttöä (83 prosentilla) ja fyysistä väkivaltaa 75 prosentilla. Dissosiaatiohäiriö on 4–9 kertaa yleisempää naisilla kuin miehillä. (Lauerma 2002.) Dissosiaatiohäiriöstä kärsii 0,4–1 prosenttia normaaliväestöstä ja psykiatrisessa hoidossa olevista 5–21 prosenttia. Dissosiaatiohäiriö on kuitenkin varsin yleinen, mutta sitä tunnistetaan hyvin heikosti. Syynä tähän on se, että dissosiaatiohäiriöön liittyy muitakin psykiatrisia oireita tai oireet muistuttavat niitä. Siksi on vaarana, että oireet diagnosoidaan monesti väärin. Dissosiaatiohäiriöinen potilas on yleensä noin seitsemän vuotta hoidon piirissä ja saanut kolme ”epäiltyä” taudinmääritystä, ennen kuin saadaan oikea diagnoosi. (Trauma ja Dissosiaatio 2014a.)

Valitsimme dissosiaatiohäiriöön muutamien vaihtoehtojen jälkeen. Ajatus syntyi mielenterveys- ja päihdeharjoittelun aikana ja sen jälkeen. Kohtasimme dissosiaatiohäiriöisiä henkilöitä harjoittelun aikana, ja sairaudesta meillä ei siis ollut aikaisempaa kokemusta. Näin ollen päätimme hieman selvittää asiaa ja oppia aiheesta opinnäytetyön kirjoittamisen ohella. Tässä vaiheessa meillä molemmilla oli vielä ideana syventyä mielenterveystyöhön, jossa tieto tästä asiasta olisi varmasti tärkeää työn kannalta. Lähtökohtana meillä oli siis ”puhdas pöytä”, jos näin voidaan sanoa: Ei tietoa asiasta ja materiaalia oli vain kaksi kirjaa, joista aloimme tutustua vähitellen aiheeseen internetlähteiden lisäksi. Saimme toimeksiannon Karelia-ammattikorkeakoululta. Opinnäytetyöstämme on toiminnallinen, koska teemme myös PowerPointin koululle opintomateriaaliksi. Toivom-

me, että opintomateriaalista olisi hyötyä tulevilla opiskelijoille mielenterveys- ja päihdehoitotyön työssä. Aiheemme on rajattu varsinaiseen dissosiaatiohäiriöön.

2 Dissosiaatiohäiriö ja sen synty

2.1 Dissosiaatiohäiriö

Dissosiaatiohäiriö on pääasiassa lapsilla ja nuorilla esiintyvä psykiatrinen sairaus. Sen oireet ovat tyypillisesti myös konversiohäiriöön kuuluvia. (Moilanen, Räsänen, Tamminen, Almagvist, Piha & Kumpulainen 2004, 431.) Konversiohäiriöt ovat ruumiillisia oireita, joille ei löydy suoraan somaattista syytä, vaan niiden ajatellaan johtuvan psyykkisistä seikoista (Huttunen 2015b). Oireet voivat olla monimuotoisia, mutta tyypillisimpinä hoitoon hakeutumisen syinä on potilaan ahdistuneisuus, masentuneisuus tai niihin liittyvät itsetuhoiset ajatukset. (Suokas-Cunliffe & Van Der Hart 2016).

Dissosiaatiohäiriö voi olla pitkäaikaisen traumatisoitumisen seurauksena myös rakenteellinen, jolloin oirekuva usein on laajempi ja oireet vakavampia. Rakenteelliselle dissosiaatiohäiriön synnylle onkin tyypillistä pitkäaikainen kaltoinkohtelu. (Suokas-Cunliffe & Van Der Hart 2016.) Kun trauma ei pääse yhdistymään nuoren henkilöhistoriaan, se jakautuu niin sanottuun lajin säilymisen ja yksilön elonjäämisen rakenteiden kesken. Tästä syntyy rakenteellinen dissosiaatiohäiriö. (Trauma ja Dissosiaatio 2014b.)

Dissosiaatiohäiriö voi myös aiheuttaa voimakkaita somaattisia tai neurologisia oireita, esimerkiksi osittaista halvaantumista tai ruumiinosien tunnottomuutta. Fyysisten oireiden ajatellaan johtuvan ahdistuneisuuden muuttumisesta fyysisiksi oireiksi. (Moilanen, Räsänen, Tamminen, Almagvist, Piha & Kumpulainen 2004, 431.) Traumaattiset kokemukset voivat lisätä myös riskiä erilaisille terveysongelmille (Kendall & Klest 2009, 129).

Traumatisoituminen on suurin tekijä dissosiaatiohäiriön synnyssä. Varsinkin varhaislapsuuden herkässä vaiheessa koettu trauma on usein laukaisemassa dissosiaatiohäiriötä. (Trauma ja Dissosiaatio 2014a.) Hyväksikäyttö tai fyysinen väkivalta ovat tyypillisimpiä traumatisoitumisen syitä (Lauerma 2002). Dissosiaatiohäiriöön altistavat myös trauman käsittelemättömyys ja aikuisten tuen puute trauman jälkeen. Lapsi voi alkaa kieltää tapahtuneen, joko häpeästä asiaan liittyen tai tietämättömyydestä asioiden käsittelyä kohtaan. (Trauma ja Dissosiaatio 2014a.)

2.2 Kiintymyssuhde

Kiintymissuhdeteorian tarkoitus on yrittää ymmärtää ja kuvata varhaisten ihmissuhteiden vaikutuksia myöhempään kehitykseen. Tämä tapahtuu aikajanalla päiväkodin ja koulun kavereista aina aikuisiän parisuhteisiin ja vanhuuteen. Teoriassa kuvataan, millä tavoin ja millaisissa olosuhteissa ihmiset hakevat toisista ihmisistä turvaa sekä läheisyyttä. Sillä voidaan myös tutkia, kuinka ihmiset reagoivat todellisiin ja kuviteltuihin vaaratilanteisiin sekä millaisia oletuksia ihmisillä on toisista ihmisistä, itsestään ja vuorovaikutussuhteistaan. Kiintymyssuhdeteorialla sekä sen sovellutuksilla voidaan kartoittaa, miten aikaisemmat kokemukset voivat vaikuttaa elämän myöhempään ajankohtaan ja kuinka paljon kokemukset merkitsevät psyykkisten häiriöiden kannalta. Varsin hyödylliseksi teoria on osoittautunut lapsia koskevissa tutkimuksissa. Tällaisia tapauksia ovat esimerkiksi ne lapset, jotka ovat eläneet vaarallisissa ja turvattomissa oloissa tai lasten kiintymyssuhteet ovat muuten rikkoutuneet. (Sinkkonen & Kalland, 2001, 7–9.)

Kiintyminen tapahtuu vähitellen enimmäkseen positiivisin tuntein lapsen eri kehitysvaiheessa, mutta heti elämän ensimmäiset kuukaudet ovat erittäin tärkeitä. Vuorovaikutuksen perusta syntyy lapsen ensimmäisenä elinvuotena. Kiintyminen pohjautuu loppujen lopuksi vanhemman kykyyn kohdata lapsensa tarpeet ja huomioida ne. Riittävän kyvykäs ja mahdollisimman nopea tunteiden ilmaisu lapsen vanhempien puolelta luo mahdollisuuden vastavuoroisen kommunikoinnin kehittymisen sekä on yhteydessä kypsyvään keskushermoston kehitykseen.

(Pihko 2012, 162-163; Sinkkonen 1999, 20.) Lapsen turvallinen kiintymissuhde, on älyllisen kehittymisen perusehto (Becker-Weidman 2008, 43).

Kiintymissuhdeteoria kertoo, miten mielensisäiset skeemat ja työskentelymallit muodostuvat varhaisissa ihmissuhteissa vastaamaan elämän peruskysymyksiin. Näiden avustamana lapsi päättää, olisiko hän rakastettu, keihin lapsi voi luottaa hädän tullessa tai voiko hän luottaa muihin ihmisiin. Jos lapsi on kiintynyt turvallisesti, lapsi kokee, että hän tulee rakastetuksi täysin omana itsenään tarvitsematta kokea suorituspainetta. Lapsi luottaa myös omien vanhempien läsnäoloon, hyvyteen ja herkkyyteen. Lapsi uskaltaa turvautua hädän hetkellä hoitajaan sekä kykenee ilmaisemaan kielteisiä ja myönteisiä tunteita, ja lapsi rohkenee myös tutkia ympäristöä. Vanhempien väheksyessä lapsen tarpeita, ollessa arvaamattomia ja etäisiä, lapsi itse yrittää ratkaista epäluottamuksen ja pettymyksen takertumalla vanhempaan tai sitten vetäytymällä vuorovaikutuksesta. Lapsi, joka on kiintynyt välttelevästi vanhempiinsa, käyttää omia neuvoja, koska lapsen luottamus hoitajan ymmärrykseen, herkkyyteen ja tyydyttää lapsen tarpeita on olematon. Lapsi joka taas sitten kiintynyt ristiriitaisesti, tarrautuu vanhempiin saavuttamatta välittämisen ja turvallisuuden tunnetta. (Sinkkonen & Kalland 2011, 111–112.)

Disorganoitunut kiintymyssuhde on vakiintuneiden kiintymyssuhteiden puuttumista. Kiintymyssuhteessa vanhempi toimii lapselle samanaikaisesti pelonlähteenä ja myös läheisenä kiintymyksen kohteena. Lapsen elämässä disorganoitunut kiintymyssuhde voi olla ensimmäinen merkki lapsen dissosiaatiohäiriön syntymisessä. (Suokas-Cunliffe & Van Der Hart 2016.)

Kiintymyssuhdeteoriassa käydään läpi muutakin kuin lapsen riskitekijöitä elämässä. Jos lapsi on kiintynyt pelokkaasti omaan vanhempansa, se ei tarkoita välttämättä, että lapsi ei voisi kiintyä turvallisesti kehenkään. Turvallinen kiintymyssuhde ei kuitenkaan anna sataprosenttista suojaa elämän vaaroilta (Sinkkonen & Kalland 2001, 9.)

2.3 Traumatisoituminen

Ihminen voi traumatisoitua psyykkisesti mistä tahansa uhkaavaksi kokemastaan tilanteesta. Tapahtumat ovat yleensä poikkeuksellisen voimakkaita ja henkilön päivittäistä elämää ravistelevia tilanteita. (Traumaterapiakeskus ry 2016.) Lapsuuden epävarmat kasvuolosuhteet vaarantavat terveen psyykkisen kehityksen ja altistavat hermoston haavoittuvuudelle ja näin trauman synnylle (Sanström 2010, 240). Uhkaavista tilanteista syntyneet traumat voivat muuttaa henkilön käyttäytymistä, ne voivat laukaista erilaisia tunnereaktioita ja aiheuttaa traumatisoituneelle myös erilaisia fyysisiä oireita. Suuri osa traumaattisten tilanteiden kokeneista kärsii myös jossakin vaiheessa erilaisista traumaperäisistä stressireaktioista. Nämä reaktiot ilmenevät usein ylivireystiloina, jolloin tapahtumia ei saa pois mielestä, sekä sellaisten tilanteiden välttelyä jotka muistuttavat traumasta ja trauman läpikäymistä kerta toisensa jälkeen. (Moilanen ym, 2004, 431.) Pitkäaikainen oireilu diagnosoidaan posttraumaattiseksi stressireaktioksi, jos oireilu on jatkunut yli kuukauden. Posttraumaattisen stressireaktion ajatellaan muuttuvan krooniseksi, jos se kestää yli kolme kuukautta. (Sandström 2010, 239.)

Traumat voidaan luokitella kahteen luokkaan. Ensimmäisen luokan trauma on yksittäisestä traumaattisesta kokemuksesta koostuva. Näitä kokemuksia voivat olla esimerkiksi läheisen perheenjäsenen kuolema, suuronnettomuus tai yksittäisen väkivaltaisen tilanteen kohtaaminen, kuten ryöstön tai pahoinpitelyn kokeminen. Toisen luokan traumaiksi luokitellaan tilanteet, jossa henkilö on useita kertoja kohdannut traumatisoivia tilanteita tai traumatisoivat tilanteet ovat kestoltaan olleet pitkiä. Näitä tilanteita ovat esimerkiksi koulukiusaaminen, perheväkivalta tai insesti. (Traumaterapiakeskus ry 2016.) On myös esitetty, että perimällä on altistava vaikutus trauman syntyyn (Sanström 2010, 240.).

Traumaattisten tilanteiden kohtaaminen voi ylittää lasten psyykkisen sietokyvyn, jolloin lapsi voi traumatisoitua. Traumaattisten tilanteiden tapahtuessa vanhempien ja perheen merkitys lapselle on tärkeä. Perheen tuella lapsi voi selviytyä traumasta. Osa traumatisoituneista lapsista voi saada oireita pitkänkin ajan kuluessa tapahtuneesta. Nämä oireet voivat heikentää lapsen toimintakykyä ja näin

uhata lapsen normaalia kehitystä. (Tampereen yliopistollinen keskussairaala 2015.)

2.4 Dissosiaatiohäiriön synty ja varhaislapsuuden herkkä aika

Dissosiaation syntyyn vaikuttaa yleensä lapsena koettu vakava trauma. Ajankohtana on usein lapsen herkkä kehitymisjakso 5–8 vuoden iässä, mutta myös varhaisessa nuoruudessa koettu trauma voi johtaa dissosiaatiohäiriöön. Syitä, jotka voivat johtaa yleensä dissosiaatiohäiriön kehittymiseen, ovat sota, fyysinen pahoinpitely, seksuaalinen hyväksikäyttö, emotionaalinen laiminlyönti, perheväkivalta, kidutus ja kidnappaus sekä lääketieteelliset toimenpiteet, jotka toistuvat jatkuvasti ja pitkään, eikä lasta ole riittävästi valmisteltu niitä varten. Lapsilla on mahdollisuus selvitä raskaistakin kokemuksistaan, jos he saavat lähiympäristöstä oikeanlaista turvaa ja tukea. Lapsella dissosiaatiohäiriön kehittyminen johtuukin monesti tuen puutteesta ja trauman kieltämisestä ja häpeästä. (Trauma ja Dissosiaatio 2014a.) Jatkuva, usein tapahtuva stressitekijä, kuten lapsen kaltoinkohtelu vaikuttaa uhreihin hyvin haitallisesti. Traumatisoituminen jota on jatkunut jo pitkään, on keskeinen tekijä rakenteellisen dissosiaatiohäiriön kompleksisten muotojen kehitykselle. (Trauma ja Dissosiaatio 2014a.)

Puutteellinen tai lähes kokonaan kadonnut sosiaalinen tuki on merkittävä riskitekijä traumaperäisten häiriöiden kehityksen kannalta. Tätä voidaan soveltaa erityisesti lapsiin, koska lapset ovat hyvin riippuvaisia vanhempiensa sosiaalisesta tuesta ja hankalien tapahtumien integroimisesta aikuisiin. Yksilön kannalta lohdutus, hoiva ja tuki ovat tärkeitä asioita, kun ajatellaan ihmisen psyykkisen suorituskyvyn ylläpitämistä ja kehittymistä (Hart, Nijenhuis & Kathy 2006, 24.)

Kun ihminen kokee traumaattisia asioita, nämä kokemukset ovat yleensä äärimmäisen negatiivisia. Kokemukset voivat olla kontrolloimattomia, intensiivisiä, ennakoimattomia ja äkillisiä. Jos ihminen kokee väkivaltaa tai kokee muuten fyysisesti hengenvaaraa, se on traumatisoivampaa kuin muunlaiset tapahtumat,

jotka kuormittavat paljon, esimerkiksi. luonnonmullistukset. (Suokas-Cunliffe & Van Der Hart 2016.)

Joskus elämässä tapahtuu asioita, jotka eivät ole suoranaisesti hengenvaarallisia, mutta kuitenkin menetetään kiintymyssuhde. Jos käy niin, että osapuoli johon on kiintymyssuhde, hylkää, on myös tässä traumatisoitumisen vaara olemassa. Nämä tekijät vaikuttavat lapsiin, joihin on kohdistunut väkivaltaa. Lapsen väkivaltaiseen kohteluun liittyy yleensä lapsen tarpeiden laiminlyönti. Tätä voi tapahtua myös aikuisten välillä. Laiminlyönti on myös traumatisoivaa, kun läheiset ihmiset jättävät antamatta psyykkistä ja fyysistä hoivaa, tai he eivät anna vahvistavia kokemuksia tai rauhoita lasta. Nämä kokemukset ovat lapsilla kehityksen edellytys. (Suokas-Cunliffe & Van Der Hart 2016.)

Rakenteelliselle dissosiaatiolle ihminen on herkimmillään lapsena, johtuen siitä, että lapsen persoonallisuus on integroimaton. Kokemuksen yhdistämisessä tarvittavat aivoalueet ovat vielä kehittymättömiä. (esimerkiksi. hippokampus ja prefrontaalinen aivokuori). Lapsen elämässä aikuisen rooli on tärkeä traumaattisten asioiden käsittelyssä ja sen merkitys on myös tärkeä lapsen tunteiden säätelyssä (Suokas-Cunliffe & Van Der Hart 2016).

Lapsi tarvitsee aikuista tuekseen mieltä vahvasti järkyttävissä asioissa ja tilanteissa. Tällöin nousee kiintymyssuhteen jatkuvuus ja laatu vahvasti esille. Jos ja kun lapsi sitten joutuu syystä tai toisesta turvautumaan aikuiseen tai aikuisiin, jotka luovat lapselle traumaattisempia ja uhkaavampia tilanteita, muodostuu vanhemman tai vanhempien ja lapsen välille disorganisoitunut kiintymyssuhde. Tämä voi osaltaan edesauttaa myöhemmin kehittyvää dissosiationhäiriötä lapselle. (Suokas-Cunliffe & Van Der Hart 2016.) Disorganisoitunut kiintymyssuhde on yleensä lapsilla, joiden huoltaja toimii yhtä aikaa pelon ja turvan tuojana (Petersson 2016, 5).

Lapsuusajan kompleksinen traumatisoituminen viittaa yleensä kotona tapahtuneeseen ja jopa vuosia kestäneeseen väkivaltaan, laiminlyöntiin tai seksuaaliseen hyväksikäyttöön. Vanhemmat, joista lapsi on riippuvainen, tuottavat lapselle usein suurta uhkaa, suurempaa kuin kukaan muu. Hyväksikäyttö ja

laiminlyönti, jotka kohdistuvat lapseen, tekevät suurta vahinkoa lapsen persoonallisuuden kehitykselle. Tästä ovat seurauksena yleensä vaikeudet seksuaalisuhteissa, kyvyttömyys säädellä vireystilaa, itsensä vahingoittaminen, itsetuhoisuus, muutokset tietoisuudessa, korostunut riskinotto, muutokset huomiokyvyssä ja minäkäsityksessä, pysyvä tunne vahingoittumisesta ja tehotomuus. Traumatisoitunut voi uhriutua uudelleen elämänsä aikana ja voi myös menettää luottamuksensa muihin ihmisiin. Jotkut traumatisoituneet voivat samaistua pahantekijään ja jatkavat pahan tekemistä muille ihmisille. Epätoivo ja toivottomuus ovat yleisiä traumatisoituneen elämässä. Jos lapsi on traumatisoitunut vanhempien kaltoinkohtelun takia, traumatisoituneilla lapsilla esiintyy yleisesti seksuaalisia oireita, ruoansulatusoireita, sydän- ja keuhko-oireita, kroonista kipua sekä **somatoformisia** dissosiaatio-oireita. (Suokas-Cunliffe & Van Der Hart 2016.) Somatoformisilla oireella tarkoitetaan oireita joka viittaa ruumiilliseen tai elimelliseen sairauteen, mutta yksikään tutkittu tai tunnettu ruumiillinen sairaus ei pysty selittämään ilmiön oireita tai oireiden voimakkuutta. (Huttunen 2015b).

Lapsi, joka on traumatisoitunut vakavasti perheessään eikä konkreettista ulospääsyä tilanteesta ole, säätelee tunnetilojaan tietämättään kehittämällä autohypnoottisia keinoja poistua kehosta tai vahingoittamalla itseään. Edellä mainitut keinot siirtyvät negatiiviseen käyttöön myöhemmin kodin ulkopuolelle esimerkiksi kaveripiirissä ja koulumaailmassa ja näin ollen sosiaalinen kehitys voi vaikeutua välttelevien selviytymiskeinojen takia. Vakavat dissosiaatiohäiriöt ovat yleensä seurausta varhaisesta ja pitkään kestäneestä traumatisoitumisesta ja niiden luonne on yleensä krooninen (Suokas-Cunliffe & Van Der Hart 2016.)

3 Dissosiaatiohäiriön tunnistaminen ja oireet

Ihminen, jolla on dissosiaatiohäiriö ja joka päätyy hakemaan hoitoa, ei hakeudu hoitoon yleensä trauman tai dissosiaatio-oireiden takia. Yleensä hänellä on ihmissuhdeongelmia, ahdistusta, itsetuhoisuutta, masennusta, henkilöstä tehty

lastensuojeluilmoitus, väkivallalle altistuminen, väkivaltaisuutta tai selittämättömiä somaattisia ongelmia. Dissosiaatiohäiriöön kuuluvia oireita ovat myös toistuvat päänsäryt, unissakävely, painajaiset, voimakas kivunsieto sekä selittämättömät somaattiset oireet. (Suokas-Cunliffe & Van Der Hart 2016.) Somaattisten oireiden ja itsemurhien välillä on nähty yhteys dissosiaatiohäiriössä (Öztürk & Sar 2008). Kyseenalaistaminen kuuluu myös dissosiaatioon, ovatko kaikki pahat asiat todellakin tapahtuneet vai onko tapahtumat olleet mielikuvista (Suokas-Cunliffe & Van Der Hart 2016).

Ongelmia oman identiteetin hahmottamisessa, muistivaikeudet, jotka liittyvät omaan elämänkertaan, derealisaatio ja depersonalisaatio-oireet ovat dissosiaatiohäiriön ydinoireita. Kaikissa dissosiaatiohäiriöissä **amnesia eli muistinmenetys** on yleistä. Muistinmenetyksen laajuus vaihtelee. Osalla muistinmenetys koskee menneisyyttä, ja osa ei muista asioita, jotka ovat tapahtuneet lähiaikoina, vaikka itse on ollut mukana. (Lauerma 2002.)

Ihmiseltä joka kärsii dissosiaatiohäiriöstä, puuttuu kronologinen tarina lapsuudesta. Hän voi kadottaa aikaa omissa tekemisissään niin, ettei hän muista edes tehneensä niitä asioita. Transsitilaan menemällä voidaan rajoittaa tietoisuutta, tapa joka on jo opittu lapsena. Tämä on keino päästä pois sietämättömästä tilanteesta, ja samalla se kertoo vakavasta dissosiaatiohäiriöstä. Hänellä voi olla kokemuksia oman kehonsa ulkopuolella leijumisesta sekä kehosta irtautumisesta. Potilas voi myös tuntea tai kokea, ettei keho kuulu hänelle tai kehoa ei ole edes olemassa. Mielialan nopeat vaihtelut voivat johtua persoonan osan vaihtumisesta, jotka eivät ole nykytilanteeseen sopivia. (Suokas-Cunliffe & Van de Hart 2016.)

Osa dissosiaatiohäiriöstä kärsivistä potilaista kertoo tunteneensa niin sanottua vierauden tunnetta. He muistavat aikaisempia muistoja ja tapahtumia sekä ovat tietoisia senhetkisistä tunteistaan ja ajatuksistaan. Kuitenkin häiriötä sairastava ei pysty yhdistämään niitä itseensä, vaan ajattelee, etteivät ne kuulu hänelle. Osa tuntee, että heissä on useampi kuin yksi identiteetti tai persoona. Nämä identiteetit voivat puhua omilla äänillään, niillä voi olla jokaisella omat nimensä

tai ne voivat muuten erota toisistaan erilaisilla piirteillään. (Boon, Steele & Vander Hart 2011, 13.)

Jokainen identiteetti pystyy luomaan oman tarkan ja yksilöllisen kuvan itselleen. Lisäksi se voi luoda myös muista identiteeteistä erovia kuvia ympäröivästä maailmasta ja muista ihmisistä. Näiden eri identiteettien luomat erilaiset maailmat ja ympäristöt ja sen myötä tunteiden ja ajatuksien eroavaisuus saavat dissosiaatiohäiriötä sairastavan ihmisen tuntemaan itsensä epävarmaksi. Hän ei tiedä, kuka on tai mitä tuntee. Hänen kuvansa ajatuksistaan, haluistaan ja koko elämästä on sekaisin. (Boon ym, 2011, 13.)

Identiteettiongelmat ovat yksi oire dissosiaatiohäiriöstä kärsivän elämässä. Hän kertoo menettäneensä muistoja tai tuntemuksia liittyen menneisiin aikoihin. Asiat, jotka ennen ovat voineet olla kirkkaasti muistissa, eivät enää millään palaudu häiriötä sairastavan mieleen tai ainakin muistot tuntuvat kaukaisilta. Dissosiaatiohäiriöstä kärsivä kertoo myös menettävänsä joskus kyvyn tuntea erilaisia aistimuksia tai tunteita. Hänestä tulee osittain tunneköyhä tai kyvytön tuntemaan mitään emotionaalisia tunteita. Myös muiden tunteiden, kuten fyysisten tuntemusten, reaktio heikkenee. Dissosiaatiohäiriötä sairastava kuvailee olevansa tällöin turta kaikenlaisille tunteille ja oloille. Tuntemus ei ole pysyvä, eikä se johdu mistään lääketieteellisestä tai neurologisesta syystä. Tuntemuksen aiheuttaa henkilön erillisten persoonallisuuksien osien toiminta. Turtuminen voi olla lisäksi näennäistä, koska henkilön toinen persoona voi tuntea tuntemukset hyvinkin voimakkaana, vaikka toinen persoona ei näin tuntisikaan. (Boon ym, 2011, 14.)

Dissosiaatiohäiriöstä kärsivillä todetaan myös usein amnesiaa eli muistinmenetyksiä. Nämä muistinmenetykset eivät ole normaaliin huonomuistisuuteen liittyviä asioita, vaan henkilöllä voi olla erimerkiksi pitkiä pätkiä elämässään, josta hän ei muista mitään. Henkilö voi myös muistaa hyvin tapahtumia, mutta yksittäiset merkittävät seikat jotka olisivat muistamisen kannalta merkittäviä jäävät pimementoon. Dissosiaatiostahäiriöstä kärsivä voi myös yhdistellä muistoihinsa muiden kertomia asioita tapahtuneista, vaikka ei näitä asioita itse muistaisikaan tai ei olisi varma tapahtuneesta. Henkilöllä voi olla myös pelko muistella asioita,

mitkä omalta osaltaan vaikeuttaa asioiden muistiin palauttamista. (Boon ym, 2011, 14.)

Muistinmenetykset voivat olla menneisyyden lisäksi myös nykyisyyteen liittyviä. Tätä kutsutaan ajan kadottamiseksi. Henkilö voi huomata äkkiä olevansa jossakin paikassa ja olevansa tietämätön, miten on sinne joutunut. Hän ei myöskään kykene muistamaan mitä on esimerkiksi edeltävinä tunteina tai päivinä tehnyt. Dissosiaatiohäiriötä sairastava voi yhdistellä tapahtuneita muistoiksi, esimerkiksi huomattaessaan konkreettisesti tehneensä asioita, vaikka ei muistakaan näitä tapahtumia itse. (Boon ym, 2011, 14.)

Dissosiaatiohäiriöisistä osa tuntee kehosta vieraantumisen tuntemuksia. Häiriötä sairastava kuvailee esimerkiksi katselevansa kehonsa ulkopuolelta mitä hän tekee tai kertoo tapahtuneista kuin olisi nähnyt unta, kuitenkaan itse olematta paikalla tai voimatta puuttua tapahtuneeseen millään tavalla. Näitä kehosta vieraantumisen oireita kutsutaan **depersonalisaatio-oireiksi**, ja niiden tehtävä on välttää tai säädellä henkilön ylivoimaisia kokemuksia tai tunteita, joihin hänellä ei ole muita tarvittavia toimintatapoja. Oireet voivat olla henkilölle joko väliaikaisia tai pahimmassa tapauksessa pysyviä. (Boon ym, 2011, 15.)

Henkilö joka sairastaa dissosiaatiohäiriötä, tuntee myös tietyissä tapauksissa tutun ympäristön tai henkilöt vieraiksi. Hän ei esimerkiksi tunnista omaa kotiaan kodiksi tai muista henkilöitä, vaikka heidän äänensä olisivatkin tuttuja. Ihmisten puhe voi tuntua kaukaiselta, vaikka henkilöt juttelisivat aivan kasvotusten. Ympäristöstä vieraantumisen oireista käytetään termiä **derealisaatio**. Oire on liittäminen ainakin osittain persoonallisuuden osien kanssa, jotka elävät sillä hetkellä henkilön trauman aikaa ja sekoittavat näin nykyisyyden ja menneisyyden ja kokevat siksi ajan ja paikan vieraaksi. Tämä aiheuttaa usein dissosiaatiohäiriöstä kärsiville hämmennystä nykyhetkessä. (Boon ym, 2011, 15.)

Dissosiaatiohäiriöstä kärsivien yhtenä oireena on usein dissosiaatiosta johtuvan mielenosan tunkeutuminen henkilön senhetkiseen hallitsevaan mielenosaan. Tunkeutuminen tapahtuu henkilön kaikilla kokemuksen alueilla, kuten ajatuksissa, ideoissa, havainnoissa, toiveissa, tarpeissa, liikkumisessa, käyttäytymisessä

tai muistoissa. Tunkeutuminen voi olla äkillinen reaktio ja se ilmestyy henkilölle aivan yllättäen. Dissosiaatiohäiriöstä kärsivillä tunkeutumien on yleensä menneisyyden traumaattisen muiston takauma. Takauma tuo tullessaan esimerkiksi tunteita, ajatuksia, kipuja tai muita tuntemuksia, jotka eivät ole kuitenkaan lääketieteelliseltä näkökannalta selitettävissä. Henkilö voi tuntea myös vieraan henkilön tai hänelle outojen voimien ottavan fyysisen vallan hänestä. Nämä vieraat äännet voivat arvostella, riidellä tai esimerkiksi haukkua dissosiaatiohäiriöstä kärsivää henkilöä. Näiden liiallisten kokemusten synnyn voi yhdistää usein henkilön kokemaan stressiin. Ne voivat olla joko ohimeneviä tai pysyviä riippuen henkilön tilasta. (Boon, Steele ym, 2011,16–17.)

Dissosiaatiohäiriöstä kärsivän oireina ovat usein erilaiset ajan vääristymät. Henkilön käsitys ajan kulusta on vääristynyt, ja hän kokevat ajan kuluvan joko liian nopeasti tai hitaasti. Dissosiaatiohäiriöstä kärsivä voi tuntea esimerkiksi tunnin tuntuvan kokonaiselta päivältä, tai hän ei huomaa ajan vain kuluvan ja koko päivän jo vierähtäneen. Ajan- ja paikantajun hahmottamisen ongelmat tiettyillä persoonallisuuden osilla voivat olla yleisiä, ja tämän vuoksi henkilö ymmärtää olevansa vielä menneessä ajassa. (Boon ym, 2011,15.)

Dissosiaatiohäiriöön kuuluu myös erilaisia tietoisuuden tilojen muutoksia. Näitä muutoksia voivat olla voimakas unohtelu, ajankulun arvioimisen vaikeus, tarkkaivaisuushäiriöt, läsnäolotuntemuksen puuttuminen ja voimakkaat uppoutumiset tiettyyn aiheeseen tai paikkaan, jotka heikentävät henkilön elämänlaatua. Nämä oireet ovat tyypillisiä myös muille mielenterveyshäiriöille, mutta dissosiaatiohäiriössä on tyypillistä, että oireet ovat vaikeita ja häiritsevät merkittävästi henkilön päivittäistä elämää. (Boon ym, 2011,17.)

Depersonalisaatio ja derealisaatio-oireet ovat tuntemuksia, joihin liittyvät ympäröivän maailman hahmottamisongelmat ja oman kehon henkisten prosessien ongelmat. Oman kehon ja henkisten prosessien häiriötä kutsutaan depersonalisaatioksi. (Lauerma 2002.) Kokemus minkä yhteydessä henkilö kokee identiteettin, persoonallisuuden, ympäristön ja ruumiinsa muuttuneen niin, että ne tuntuivat vierailta tai eivät ole entisen kaltaisia. Kokemukseen liittyy vahvasti muita oireita, esimerkiksi aivojen toiminnan lamautuminen, keskittymisvaikeudet ja

mielialan muutos. Tätä kokemusta sanotaan depersonalisaatioksi. Tähän kokemukseen liittyy vahvasti myös kolme muuta käsitettä, makropisa, mikropsia sekä derealisaatio. Derealisaatio on sitä kuin ihminen tuntee ulkoisen maailman outona tai muuten epätodellisena. Makropisa tarkoittaa sitä, että dissosiaatiohäiriöinen näkee esineet ja ympäristön isona. Mikropissa henkilö kokee samat asiat pienenä. (Huttunen 2015b.)

4 Muita dissosiaatiohäiriöön liittyviä tekijöitä

4.1 Unihäiriöt

Dissosiaatiohäiriöstä kärsivillä on erilaisia uniongelmiä. Uniongelmat johtuvat joko fysiologisista tai dissosiaavisten osien aiheuttamista syistä. Jatkuvat uniongelmat aiheuttavat väsymystä sekä henkisesti että fyysisesti. (Boon ym, 2011, 80.) Traumatisoituminen voi siis vaikuttaa uneen ja lisätä näin kiputiloja. Kivulla ja traumalla on todettu olevan selkeä yhteys toisiinsa. (Kendall & Klest 2009, 131.) Tämä aiheuttaa henkilölle energiatason laskua ja ajattelun vaikeutumista. Unihäiriöt alkavat näin heikentää henkilön yleistilaa ja paranemista. Uniongelmien syyt ovat harvoin yksiselitteisiä ja ne johtuvat yleensä monesta eri yhtäaikaisesta tekijästä. (Boon ym, 2011, 80.)

Yleisempiä uniongelmiä dissosiaatiohäiriöstä kärsiville on painajaiset, unissakävely, yökastelu, häiriintynyt uni-valve-rytmi ja paniikkikohtaukset yön aikana. Eri-laiset takaumatunteet, jalkojen levottomuus, uniapnea, narkolepsia, harhanäyt, hampaiden narskuttelu, heräämisen vaikeus joko itsenäisesti tai toisen henkilön herättämänä tai uneen vaipuminen pelkotilojen vuoksi. Myös dissosiativisten osien toiminta yöaikana on yleistä ja se johtaa omalta osaltansa henkilön väsymystilaan hereillä ollessa. (Boon, Steele & Van der hart, 2011, 80–82.)

Syitä unettomuuteen voi olla trauman aiheuttama unettomuus, jossa henkilö alkaa illan tullessa käsitellä tapahtumia ja saa ikävät muistot ”nousemaan pintaan”. Myös traumojen aiheuttamat painajaiset saavat henkilön välttelemään

nukkumaan menoa ja näin aiheuttaa univajetta. Unettomuuden voi aiheuttaa myös dissosiaatiohäiriötä sairastavan toinen persoona, joka ottaa yöllä vallan henkilöstä. Toinen persoona haluaa ottaa yöllä itselleen oman ajan, ja näin dissosiaatiohäiriöstä kärsivä voi aamulla herättyään huomata tehneensä yöllä asioita, joista ei itse ole tietoinen ja joiden tapahtumista ei muuten muista. Päihteiden käyttö ja muiden piristävien aineiden liiallinen käyttö voivat myös johtaa kierteeseen, jossa henkilö ei saa nukuttua ja alkaa kärsiä univajeesta. Myös liian vähäinen liikkuminen ja päiväsaikaan nukkuminen johtavat usein unettomuuteen yöllä. Yhtenä syynä uniongelmiin pidetään myös masennusta tai ahdistushäiriötä tai niiden yhteisvaikutusta, joka estää henkilöä nukahtamasta. (Boon ym, 2011, 80–82.)

4.2 Lääkkeiden ja päihteiden väärinkäyttö

Dissosiaatiostahäiriöstä kärsivillä on usein lääkkeiden ja päihteiden väärinkäyttöä. Näillä aineilla pyritään saamaan tukahdutettua henkisen tuskautumisen tunteita. Aineiden käytöllä henkilö voi myös pyrkiä hakemaan rentoutta tai puuduttaakseen muuten itsenä ahdistavalta maailmalta. Päihteiden käytön aiheuttama euforinen olo on usein väliaikaista, ja se pikemminkin vaikeuttaa henkilön paranemista pitkällä tähtäimellä. Yhtenä suurena ongelmana itse lääkitykselle onkin riski joutua päihderiippuvuuteen. Osalla henkilöistä heidän dissosiaattiset osat käyttävät päihteitä, ja näin henkilö voi olla jopa itse täysin tiedostamaton mahdollisesta päihteiden väärinkäytöstä ja päihdeongelmasta. (Boon ym, 2011, 115.)

4.3 Ihmissuhdeongelmat

Ihmissuhteiden luominen on usein dissosiaatiohäiriöstä kärsiville hankalaa. Trauma on aiheuttanut dissosiaatiohäiriöiselle usein erilaisia häpeän ja syyllisyyden tunteita, joiden jakaminen muiden lähipiirissä olevien ihmisten kanssa on hankalaa. (Punamäki 2010, 134–137.) Parisuhteisiin ja ihmissuhdetaitoihin traumailla on vaikutusta lisätä esimerkiksi avioeroja (Kendall & Klest 2009, 132).

Dissosiaatiohäiriötä sairastava voi joutua helposti syrjityksi tai kiusatuksi, koska muut eivät ymmärrä trauman seurauksena tulleita erilaisia sairauden oireita. Oireista kärsivää nuorta voidaan pitää muiden nuorten osalta pelottavana ja outona ja tämän takia nuori joutuu helposti kiusatuksi. (Punamäki, 2010,134–137.)

Intiimien ja eroottisten suhteiden muodostaminen tulee usein ongelmaksi dissosiaatiohäiriötä sairastavalle. Trauman luomat kammottavat muistot aktivoituvat usein ihmisen herkistyessä. Tämän vuoksi sairaudesta kärsivä pyrkii puuduttamaan ja jopa kieltämään tunteensa, jottei joutuisi kohtamaan traumaansa yhä uudelleen. Voimakkaat mielentilojen muutokset ja epäluottamus ihmisiin vaikeuttaa näin syvien ihmissuhteiden luomista. (Punamäki, 2010,134–137.)

4.4 Tuntemukset omaa kehoa kohtaan

Osalla dissosiaatiohäiriöstä kärsivistä on vahvoja tuntemuksia omaa kehoaan kohtaan. He tai heidän persoonallisuutensa osa tuntee kehon vastenmieliseksi. Kehosta tulee syy, miksi henkilö ajattelee ihmisten olevan pitämättä hänestä. Dissosiaatiohäiriöstä kärsivä ei pysty tuntemaan fyysistä oloaan mukavaksi ja hän pyrkii välttelemään asentoja ja liikkeitä, jotka mahdollisesti laukaisevat epämiellyttävät tuntemukset. (Boon ym, 2011, 112–113.)

Dissosiaatiohäiriöiset ovat kohdanneet usein elämässään kaltoinkohtelua. Sen vuoksi nämä ihmiset tuntevat henkistä tuskaa, mutta myös fyysistä kipua. Henkinen tuska voi aiheuttaa dissosiaatiohäiriötä sairastavalle myös fyysisiä tuntemuksia. Nämä tuntemukset voivat olla hyvinkin voimakkaita, ja kehoon tutustumisen sijaan henkilö voi vältellä kaikkia mahdollisia tilanteita, joissa voisi joutua tarkempaan tutustumiseen kehoonsa kanssa. (Boon ym, 2011, 112–113.)

Osa dissosiaatiohäiriöstä kärsivistä ajattelee, että juuri heidän kehonsa heikkous on aiheuttanut tilanteet, jossa he eivät ole pystyneet puolustautumaan hyväksikäyttäjää vastaan. Tämä johtuu usein yhden persoonallisuuden osan ajatusmaailmasta, jonka mukaan uhri itse on syyllinen tapahtuneeseen, vaikka

oikeasti uhri olisi ollut liian pieni edes estääkseen tapahtuman. (Boon ym, 2011, 112–113.)

Tietyissä tapauksissa uhria on ennen hyväksikäyttöä kutsuttu kauniiksi. Tästä syystä uhri pitää sattunutta omana syynään, koska on ollut liian kaunis tai koska ajattelee naisten olevan kauniita ja hyväksikäytön kohdistuvan näin yksiselitteisesti naisiin. Tästä syystä uhri oppii tuntemaan vihaan omaa naiseuttaan tai kauneuttaan kohtaan. (Boon ym, 2011, 113.)

4.5 Fyysisen kunnan merkitys

Dissosiaatiohäiriöisen on usein vaikea pitää huolta fyysisestä kunnostaan, koska psyykkiset voimavarat ovat heikot ja myös siksi, että keho tuntuu erilliseltä osalta jonka kuntoon ei jaksakaan panostaa. Hyvä fyysinen kunto on kuitenkin osaltaan tukemassa myös psyykkistä terveyttä, ja siksi sen edistäminen olisi tärkeää. Lapsena ja nuorena kaltoin kohdelluiksi tulleet tuntevat kehonsa vieraaksi ja usein myös vastenmieliseksi. He yrittävät vältellä kehoonsa liittyviä asioita mahdollisimman pitkälle, koska oma keho voi myös pelottaa heitä. Dissosiaatioisen kehon ja mielen hyväksyminen ja niiden yhteyden ymmärtäminen auttavat osaltaan hoidossa ja lopulta paranemisessa. Tämä on kuitenkin pitkä prosessi joka vie aikaa, mutta on tärkeä tavoite paranemisen kannalta. (Boon ym, 2011, 112.)

Osalla dissosiaatiohäiriöisistä ei nuoruudessa ole opetettu ollenkaan huolehtimaan terveydestään. Heidän kasvatustaan on laiminlyöty, eikä heille ole opetettu esimerkiksi terveellisisistä elämäntavoista huolehtimista. He eivät välttämättä tiedä, mitä on terveellinen syöminen, tai mikä vaikutus liikunnalla on terveyteen. Näille lapsena ja nuorena laiminlyödyille voi olla täysin vierasta lääkärillä tai hammaslääkärillä käynti tai sairauksien oireiden tunnistaminen ja hoidon hakeminen. Näiden taitojen opettelu vaatii potilaalta pitkäjänteisyyttä, mutta omaa kehoaan kuuntelemalla ja opiskelemalla he voivat oppia pitämään huolta terveydestään. (Boon ym, 2011, 112.)

5 Dissosiaatiohäiriöisen vakauttaminen ja hoitohenkilökunnan rooli vakauden luomisessa

Yleisesti trauman hoito on jaettu kolmeen eri vaiheeseen. Nämä vaiheet ovat trauman vakauttaminen, käsittelyvaihe ja uudelleensuuntautumisvaihe. Hoito alkaa trauman vakauttamisvaiheella, jossa potilaan nykyhetken havainnot ja traumatisoitumisen aikaiset havainnot pyritään erittelemään toisistaan. Trauma-psykoterapeutti pyrkii saamaan potilaan vireystilan sellaiseksi, että potilaan ajattelu ja havainnointi pysyvät mahdollisimman normaalina, jotta tämä kykenee havainnoimaan ympäristöä. Yksittäisten traumojen kohdalla hoitohenkilökunnan tehtävänä on potilaan nykyhetkeen saaminen. Tämä tapahtuu kehollisilla ja havainnointiin perustuvien harjoitteiden avulla. (Kalskas & Huttunen 2012,141–142.)

Dissosiaatiohäiriöisen elämän vakauttaminen on parantumisen kannalta yksi tärkeimmistä tavoitteista. Henkilön ympäristön pitää olla turvallinen ja lähipiirin sellainen, ettei potilas joudu enää kohtaamaan pelkoa elämässään. Tällaisen ympäristön luominen on ensiarvoisen tärkeää, myös otettaessa huomioon hoitohenkilökunnan rooli dissosiaatiohäiriöisen hoitotyössä. Hoitohenkilökunnan täytyy keskustella myös häiriöstä kärsivän kanssa siitä, mitkä asiat hän tuntee elämässään uhaksi ja myös siitä, miten hän omalla toiminnallaan ja käytöksellään pystyisi luomaan itsellensä turvallisemman ympäristön ja tulevaisuuden. (Boon ym, 2011, 69.)

Usein varhaisessa nuoruudessa traumatisoituneilla puuttuu kokonaan kokemussisäisestä turvallisuuden tunteesta. Tämä johtuu siitä, että heillä ei ole mahdollisesti ollut yhtään turvallista läheistä tai ympäristöä, jossa heidän sisäinen turvallisuuden tunteensa olisi kehittynyt normaalisti. Tämän vuoksi traumatisoinut henkilö voi tuntea turvallisenkin paikan turvattomaksi, kun kokemusta turvallisuuden tunteesta ei ole päässyt muodostumaan missään hänen elämänsä vaiheessa. Dissosiaatiohäiriöisen olisi tärkeä saavuttaa ulkoisen turvallisuuden

tunne, jotta keho pääsisi rentoutumaan ja mahdollisuus sisäisen turvallisuuden tunteen luomiseen pääsisi alkamaan. (Boon ym, 2011, 69.)

Sisäisen turvallisuuden saavuttaminen onnistuu esimerkiksi luomalla kuvitteellisia turvapaikkoja. Nämä sisäiset turvapaikat ovat paikkoja, joissa henkilön mielen osat pystyvät tuntemaan olonsa turvalliseksi ja pystyvät rentoutumaan. Tällaiset turvapaikat ovat aina vapaana, jos mielen osa tuntee olonsa uhatuksi tai ympäristön uhkaavaksi. Kuvitellut turvapaikat ovat esimerkiksi kauniita ja miellyttäviä paikkoja, jotka ovat syrjäisiä tai suljettuja muilta ihmisiltä tai mielen osilta. Turvapaikka voi esimerkiksi olla kaunis niitty tai turvallinen luola, johon mieli pääsee tarvittaessa turvaan. Turvapaikat ovat sellaisia, että ilman henkilön antamaa lupaa niihin ei mielen muilla persoonilla ole mahdollista mennä. (Boon ym, 2011, 70–71.)

Turvapaikka voi myös olla konkreettinen paikka, esimerkiksi kotona oleva huone tai nurkka, jossa henkilö pystyy rentoutumaan. Turvapaikassa voi olla myös tuttuja ja turvallisia esineitä, jotka saavat henkilön tuntemaan olonsa turvalliseksi. Osalla henkilöistä tällainen fyysisesti olemassa oleva paikka on ainoa paikka, jossa he tuntevat olonsa turvalliseksi ja pystyvät rentoutumaan. (Boon ym, 2011, 70–72.)

Traumatisoituneille pyritään myös opettamaan heidän oman autonomisen hermostonsa toimintaa ja pyrkimään siihen, että traumasta kärsivä saa säädelyä omaa vireystilansa niin, että se pysyisi niin kutsutun siedettävyyssikkunan sisällä. Tällöin henkilön ajattelu ja havainnointi ovat vielä mahdollista. Tässä tilassa, jossa traumatisoitunut ei ole yli- tai alivireystilassa, asioiden havainnointi mahdollistuu ja päästään käsittelyvaiheeseen. (Kalskas & Huttunen 2012, 142.)

Käsittelyvaiheessa traumatisoitunut pyritään saamaan tilaan, jossa hän on sekä nykyisyydessä että myös traumatisoitumisen hetkessä. Jos henkilö ei saavuta tätä tilaa, vaan elää esimerkiksi traumaa yhä uudestaan, hän ainoastaan johtaa itseään pelokkaammaksi traumaansa kohtaan, eikä pysty saavuttamaan paranemisen kannalta tärkeää käsittelyvaihetta. Käsittelyvaihe ei poista traumatisoituneen surua tai pelkotiiloja, mutta se auttaa häntä hyväksymään tapahtuneen ja

näin edesauttaa surun tai pelkotilojen kohtaamisessa ja asioiden käsittelyssä. (Kalskas & Huttunen 2012, 145–146.)

Viimeinen vaihe on traumatisoituneen uudelleen suuntautuminen nykyhetkeen. Tässä vaiheessa traumat on käsitelty ja traumatisoitunut pyritään saamaan tilaan, jossa hän ei katkeroituisi aikaisempaan elämäänsä tai siihen, mitä hän olisi voinut saavuttaa, jos olisi elänyt niin sanotun turvallisen ja tasapainoisen elämän traumatisoituneen ajan sijasta. Traumatisoitunut yritetään saada ajattelemaan asiat positiivisen kautta ja pohdiskelemaan niitä asioita, mitkä ovat hänen elämässään menneet hyvin tai muuten onnistuneet. Tämä vaihe voi kestää pitkään ja vaatia hoitohenkilökunnalta pitkäjänteistä työtä traumatisoituneen eteen, jotta tämä pääsee irti katkerasta ajattelumallista ja elämään normaalia tasapainoista arkea. (Kalskas & Huttunen, 2012 147–149.)

6 Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävä

Opinnäytetyömme tarkoitus on lisätä hoitotyön opiskelijoiden tietoisuutta dissosiaatiohäiriöstä. Tehtävänä on tuottaa opintomateriaalia dissosiaatiohäiriöstä ja siihen liittyvistä tekijöistä Karelia - ammattikorkeakoululle.

7 Toiminnallisen opinnäytetyön toteutus

7.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Airaksisen ja Vilkan (2003, 23) mukaan toiminnallisen opinnäytetyön työstäminen alkaa aiheen pohdinnasta. Aihealueen kannattaa pohjautua opinnäytetyöntekijöiden omiin mielenkiinnonkohteisiin. Työn olisi myös hyvä olla ajan hermoilla oleva aihe ja toimeksiantajaa palveleva.

Toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tapahtuma tai asia, joihin ihmiset olisivat halukkaita osallistumaan. Henkilöt tai ryhmät joille tapahtuma tehdään, määräävät etukäteen työn aiheen. Tämän vuoksi työn määrittäminen ja sen tietyn kohderyhmän päättäminen tarkasti on tärkeää. Opinnäytetyössä kohderyhmän päättämisessä käytetään toimeksiantajan toiveita tai tavoitteita (Airaksinen & Vilkkä 2003, 38–40.)

Tutkimukselliselle opinnäytetyölle on vaihtoehtona toiminnallinen opinnäytetyö. Jos tarkastellaan toiminnallista opinnäytetyötä ammatillisesta näkökulmasta, pyrkii toiminnallinen opinnäytetyö käytännössä työn ohjeistamiseen, toiminnan järjeistämiseen sekä järjestämiseen ja opastamiseen. Alasta riippuen tuotoksena tai tuloksena voisi olla esimerkiksi turvallisuusohjeistus tai perehdyttämisopas. Toiminnallinen opinnäytetyö ammattikorkeakoulussa tulisi olla toteutettuna tutkimuksellisella asenteella. Sen pitäisi olla myös käytännön- ja työelämälähtöinen ja opinnäytetyöntekijän tulee hallita tietoja ja taitoja riittävällä tasolla. Koulutusohjelman opinnoista kumpuava hyvä idea voisi olla toiminnallisen opinnäytetyön aihe. Opinnäytetyön tekijä tai tekijät kykenevät sisäistämään taitoja sekä tietoja aiheesta ja luomaan kontakteja työelämän parissa. Opinnäytetyöllä tulee olla suositusten mukaan toimeksiantaja. Opinnäytetyön, jolla on toimeksianto, on huomattu kehittävä opiskelijan ammatillista kasvua, vastuuntuntoa ja harjaannuttavan projektityöskentelyyn. Tavoitteena toiminnallisessa opinnäytetyössä on tehdä tapahtuma, ohjeistus toiminnan helpottamiseksi tai tuote. Kohderyhmä on syytä määrittää tarkasti, koska tuotteen sisältö ratkaisee sen, millaiselle ryhmälle idea on suunniteltu. (Vilkkä & Airaksinen 2003 9 – 10, 1617, 38–40.)

Toiminnallinen opinnäytetyö koostuu kahdesta osasta, tuotoksesta eli produktista sekä raportista. Laadukas opinnäytetyö muotoutuu prosessin kautta vähitellen, ollen johdonmukainen sekä yhtenäinen kirjallinen esitys produktion valmistuksen ja suunnittelun vaiheista. Tuotoksen tekstissä on otettava huomioon kohderyhmä ja tekstiosuudessa tulisi soveltaa kirjoitustyyliä, joka puhuttelee kohderyhmää. Kieliasun valintaan vaikuttaa kohderyhmän tieto aiheesta sekä tuotoksen käyttö tarkoitus. Tekstin toimivuuden arvioimisessa olisi hyvä pyytää palautetta kohderyhmältä ja toimeksiantajalta. Parannusehdotukset sekä pa-

laute ovat tärkeässä asemassa, kun tuotoksesta pyritään saamaan mahdollisen sopiva kyseiselle kohderyhmälle. (Vilka & Airaksinen 2003, 6566, 129.)

Toiminnallisessa opinnäytetyössä on kehittävä ja tutkiva tarkoitus. Toiminnallisen opinnäytetyön tutkivan tarkoituksen tulee erottua opinnäytetyöstä. Tämä tarkoittaa silloin sitä, että opinnäytetyö pohjautuu tutkittuun tietoon. Jos opinnäytetyö tehdään parityöskentelynä, on laadittava selvä työnjako ja noudatettava sitä. (Airaksinen & Vilka 2003, 51–56.)

Työssämme pyrimme siihen, että työ jaettaisiin mahdollisemman tasapuolisesti. Teoriatietoa haettiin pääsääntöisesti kirjoista, jotka lainasimme kriisikeskukselta ja ammattikorkeakoulun kirjastosta. Etsimme tietoa myös internetsivuilta. Kumpikin opinnäytetyöntekijöistä osallistui tiiviisti tiedonhakuun. Yleensä työt teimme parityöskentelynä. Tämä auttoi tekstin muokkaamisessa ja asioiden esittäminen oli tällöin yhtenäiseen näkemykseen pohjautuvaa.

7.2 Opintomateriaalin suunnittelu, toteutus ja arviointi

Toiminnallisen opinnäytetyön valitseminen omaksi opinnäytetyöksemme oli selkeä valinta. Koska olemme kumpikin käytännönläheisiä ihmisiä, päätimme yksimielisesti, että opinnäytetyö on toiminnallinen. Olemme tutustuneet dissosiaatiohäiriöön aiemmin harjoittelussa, ja sen pohjalta toiminnallisen opinnäytetyön tekeminen tuntuu hyvältä idealta.

Suunnitellessa PowerPoint-esitystä on huomioitava esityksen tarkoitus, yleisö ja esitystilanne. On hyvä tiedostaa, keitä varten esitys tehdään ja mikä on kuulijoiden tieto ja kiinnostus aiheesta. Tekijöiden täytyy pitää huolta, että he tietävät onko esityksen tarkoitus inspiroida, vakuuttaa vai opettaa kuulijakuntaa. Huomioon otettavia asioita ovat myös kuulijoiden määrä, käytettävissä oleva esitysaika sekä esitystilanteen merkityksellisyys. Näiden kaikkien asioiden käsitteleminen ennen esitystä on hyvin tärkeää. (Heat 2008, 19 - 20.)

Kysyimme toimeksiantajan edustajalta, millaisen opintomateriaalin toimeksiantaja haluaisi aiheeseen liittyen. Keskustelimme myös, kuinka pitkä esityksen pitäisi olla. Saimme varsin ”vapaat kädet” tuottaa esitys, mutta yhtenä ohjeena oli, että työ olisi selkeää, helposti luettava ja se ei saisi olla liian pitkä. Aloimme siis miettiä esityksen kohderyhmän tietotaitotasoa aiheesta ja siihen liittyvistä tekijöistä. Lisäksi halusimme huomioida, mitä kohderyhmän tulisi erityisesti tietää dissosiaatiohäiriöön liittyvistä tekijöistä, osalla sairaanhoitajaopiskelijoista eli kohderyhmällä voi olla kokemusta tai teoriatietoa aiheesta, mutta aiheen ajankohtaisuuden vuoksi ja sen vaikeaselkoisuuden takia työstä olisi hyötyä.

Toteutimme opintomateriaalia dissosiaatiohäiriöstä hyödyntämällä Microsoft Office PowerPoint 2013- ohjelmaa. Saimme idean PowerPoint–diasarjan tekemisestä, kun toimeksianto Karelia - ammattikorkeakoululta dissosiaatiohäiriöstä varmistui. Yhtenä vaihtoehtona olisi ollut myös Prezi-esitysgrafiikka ohjelman hyödyntäminen työn toteutuksessa, mutta yhdenvertaisten opetusmateriaalien vuoksi päädyimme käyttämään jo yleisesti käytössä olevaa PowerPoint –ohjelmaa. PowerPoint–esityksemme on selkeä ja tiivistetty yhteenveto dissosiaatiohäiriöstä ja siihen liittyvistä tekijöistä.

Opetuskäytössä ja seminaareissa on laajalti käytössä PowerPoint–diaesitykset. Esityksen tärkein lähtökohta on sen selkeys ja helppolukuisuus. Hyväksi fontiksi voidaan luokitella esimerkiksi Arial, koska sen katsotaan erottuvan taustasta hyvin. Fonttikoko tulee olla myös riittävän kokoinen, jotta teksti olisi selkeästi luettavissa. Diassa ei saa olla liian paljon tekstiä ja siinä pitää tarkentaa asiasanoja. Diojen pitää olla yhtenäisiä. Näin vältetään epäloogiselta ja sotkuiselta muodolta. (Helsingin yliopisto 2014.)

PowerPointin kirjoitimme fontilla Century Gothic. Varsinaisen asiatekstin kirjoitimme koolta 20 ja pääotsikoissa käytimme kokoa 40. Valitsimme dioihin tärkeimmät asiat ja avasimme vaikeimpia termejä, jotta tekstistä tulisi ymmärrettävää. Jotta esitys olisi selkeää ja silmää miellyttävä, käytimme vain muutamaa pääväriä.

Tekemämme opintomateriaali, joka esiteltiin lähes kokonaan seminaarissa, sai kiitosta vaikean asian selkeyttämisen johdosta. Siksi koimme onnistuneemme opintomateriaalin tuottamisessa sen sisällön ja ulkoasun osalta. Kirjallinen osuus opinnäytetyöstä olisi voinut olla selkeämpi, jos lauseet olisivat saatu tiivistettyä lyhyemmiksi ja selkeämmäksi kokonaisuudeksi. Loppujen lopuksi tuotos eli opintomateriaali on onnistunut, joka nostaa opinnäytetyömme arvoa, sekä aiheemme vaativuus ja harvinaisuus. Teimme suullisen kyselyn tuotoksen ulkoasusta sekä sen sisällöstä muille sairaanhoitajaopiskelijoille. Kyselyyn osallistui kuusi opiskelijaa.

Tuloksena saimme seuraavia kommentteja: Selkeä kokonaisuus, paljon asiaa yhdessä diassa, hankala aihe, itsekin tekemällä voi tulla ihan hyvä.

Mielestämme paras palaute oli, kun muiden sairaanhoitajaopiskelijoiden mielestä tuotoksemme helpotti ymmärtämään opinnäytetyömme sisältöä. Jouduimme käyttämään kuitenkin paljon aikaa työmme muokkaamiseen niin, että toimeksiantajamme edustaja hyväksyi tuotoksemme. Vaikka saimme tuotoksemme ”valmiiksi”, tuntui siltä kuin sitä voisi muokata yhä uudestaan ja uudestaan. Ehkä se kertoo kuinka rajattoman paljon asiaa voisi käsitellä eri tavoin ja eri näkökulmista. Tämä onkin seikka, joka on hyvä huomioida jatkokehittämisessä, mahdollisuudet ovat todella laajat tuotoksen suhteen.

8 Pohdinta

8.1 Toiminnallisen opinnäytetyön prosessi

Opinnäytetyöprojekti lähti liikkeelle kevättalvella 2015. Mietimme aikamme aiheita ja mielenterveys- ja päihdehoitotyön pohjalta päädyimme nykyiseen aiheeseemme, dissosiaatiohäiriöön. Se, että teemme opinnäytetyön parityönä, oli päätetty jo etukäteen. Toimeksiantajamme on Karelia - ammattikorkeakoulu, jonne teemme opintomateriaalia dissosiaatiohäiriöstä. Opinnäytetyötä tekevät opiskelijat jaettiin muutaman hengen ryhmiin, ja ryhmät kokoontuivat aika ajoin ohjaavan opettajan johdolla tarkastelemaan opinnäytetyön etenemistä.

Opinnäytetyön infopäivänä laadimme aikataulun työllemme, mutta laadittu aikataulu ei pitänyt paikkansa, vaan aikataulu pitkittyi huomattavasti. Keväällä 2016 aloimme kirjoittaa ensimmäisiä rivejä työtämme, tietopohjana kaksi kirjaa, jotka käsittelevät aihettamme. Alun perin suunnitelman piti valmistua ennen kesälomaa, mutta toisin kävi. Kesäloman alettua työt alkoivat tahoillamme, joten opinnäytetyön kirjoittaminen pysähtyi kesän ajaksi. Syksyn tullessa ja koulun alkaessa aloimme sitten paneutua hieman aktiivisemmin opinnäytetyön tekemiseen. Hetken työskenneltyämme, saimme suunnitelmamme hyväksytysti läpi ja pääsimme kirjoittamaan varsinaista opinnäytetyötä. Tämä vaihe oli lokakuussa 2016.

Toiminallisen osuuden eli PowerPointin kirjoittaminen alkoi joulukuussa 2016. Päätimme syksyllä, että joululomalla alamme tehdä toiminnallista osuutta kaikessa rauhassa ajatuksen kanssa, ilman että muut koulutehtävät tai oppitunnit häiritsevät työtämme. Joulukuun lopulla toiminallisen osuuden PowerPoint-tuotos oli tehty. Esittelimme työmme seminaarissa helmikuussa 2017.

8.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksellisen opinnäytetyön suunnitelmassa selvitetään aiotun tutkimuksen luotettavuus menetelmäkijallisuutta hyödyntäen. Toiminnallista opinnäytetyötä suunnitteleva voi hyödyntää laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnin kriteereitä. Suunnitelmassa esitetään opinnäytetyön toteuttamiseen liittyvät eettiset kysymykset. (Tutkimusetinen neuvottelukunta 2014.)

Opinnäytetyön raporttiosuutta kirjoitettaessa tulee noudattaa tieteellisen kirjoittamisen tyyliä ja periaatteita (Karelia - ammattikorkeakoulu 2015). Jotta tieteellinen tutkimus olisi luotettava, on noudatettava selkeää tieteellistä käytäntöä. Tällä tarkoitetaan sitä, että tutkimusta kirjoitettaessa noudatetaan tiedeyhteisössä tunnustettuja toimintakeinoja, kuten rehellisyyttä, tarkkuutta ja huolellisuutta. Myös tiedonhankintamenetelmien ja muiden tekemää työtä arvostetaan oikeilla

lähdeviitteillä. Tutkimuksen pitää olla luonteeltaan eettistä, avointa ja vapaasti arvioitavissa. (Tutkimusetinen neuvottelukunta 2014.)

Tieteellinen toiminta perustuu aina eettiseen tutkimukseen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211). Tutkijan on huomioitava monia siihen liittyviä eettisiä kysymyksiä työstäessään tutkimusta. Eettisiksi peruskysymyksiksi voidaan luokitella karkeasti kysymys oikeasta ja väärästä. Myös kysymys hyvästä ja pahasta kuuluu hyvän tieteellisen tutkimuksen ytimeen. Hyvän tutkimuksen tunnistaa siitä, että se toteuttaa eettisesti hyvää tieteellistä toimintatapaa. Periaatteiden tunteminen ja niiden toteuttaminen kuuluvat jokaisen tutkijan vastuulle. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 23.) Tutkimusaineiston keruuseen pitää erityisesti kohdistaa huomiota. Tällöin saadaan taattua tutkimukseen liittyvien henkilöiden kunnioittavuuden ja arvostuksen säilyminen läpi tutkimuksen. (Eerikson, Isola, Kyngäs, Leino- Kilpi, Lindström, Paavilainen, Pietilä, Salanterä, Vehviläinen-Julkunen, & Åsted-Kurki 2012, 26.)

Opinnäytetyössä käytettyjä lähteitä tarkastelimme kriittisesti monesta eri näkökulmasta. Pyrimme käyttämään alkuperäisiä lähteitä, mutta huomasimme pian, ettei se ollut juurikaan mahdollista. Alkuperäiset lähteet olivat lähes poikkeuksetta englanninkielisiä ja lisäksi maksullisia. Lähteet, joita käytimme, oli käännetty jo valmiiksi englanninkielisistä alkuperäislähteistä. Useimmiten lähteissä toistuivat samat kirjoittajat, koska aihe on varsin uusi ja aiheeseen perehtyneet tutkijakunta on varsin pieni. Mielestämme tämä heikentää lähteiden luotettavuutta. Luotettavuutta voi laskea, jos kirjoittajan tekstit ovat eri teoksissa ristiriidassa toisiinsa. Toisaalta lähteiden luotettavuutta voi lisätä se, jos kirjoittaja edustaa ammattikuntansa puolesta aiheeseen liittyvää asiantuntemusta. Opinnäyttyömme on kaikille avoin. Opinnäytetyö julkaistaan Theseus- palvelussa, jossa se on kaikkien luettavissa. Mielestämme opinnäytetyössämme on noudatettu hyvää etiikkaa.

Tieteelliseksi varkaudeksi eli plagioinniksi kutsutaan sellaista tekstin tuottoa, jossa tuottaja on ollut toinen tekijä, mutta jonka osuutta ei tunnusteta työn misään osassa, vaan pidetään tekijän omana tekstinä. Plagiointi voidaan välttää niin, että alkuperäisen tekijän tiedot tulevat tekstissä esille. Nämä tiedot ovat

esimerkiksi, kuka tekstin on laatinut ja milloin. Se tarkoittaa, että tekstiin merkitään selkeästi, mihin lähteeseen teksti pohjautuu ja mistä se on lainattu. (Hirsjärvi ym. 2009, 118,122.) Jotta varmistutaan, ettei plagiointia tapahdu opinnäytetyöissä, Karelia – ammattikorkeakoulussa käytetään URKUND-ohjelmaa, jolla teksti ja sen lähteet pystytään tarkastamaan. (Karelia - ammattikorkeakoulun opinnäytetyöryhmä 2016, 33).

Tarkasteltuamme opinnäytetyötämme lopputulos on mielestämme tyydyttävä. Aiheen monialaisuuden ja hankaluuden vuoksi työn muotoileminen selkeäksi ja helposti luettavaksi kokonaisuudeksi muodostui varsin haastavaksi. Onnistuimme kuitenkin mielestämme hyvin tuomaan dissosiaatiohäiriöön liittyvät ydinasiat esille. Pienenä miinuksena voimme pitää työssämme osittain esiintyvää heikkoa synteisiä. Synteisiin heikkouteen vaikuttaa ulkomaisten lähteiden maksullisuus ja aiheen eroavaisuus kotimaiseen kirjallisuuteen verrattuna.

Lähdeviitteet on tässä opinnäytetyössä merkitty Karelia - ammattikorkeakoulun opinnäytetyön ohjeiden mukaan. Opinnäytetyötä ei ole kopioitu suoraan kenenkään aikaisemmin kirjoittamasta tekstistä, ja tekstin pohjalta tehty Powerpoint on tekijöiden itse tuottama.

8.3 Ammatillinen kasvu

Opinnäytetyömme oli tiivistä yhteistyötä parin kanssa, vain hetkittäin työskentelimme yksin. Opinnäytetyöprosessi kasvatti parityöskentelyn sujuvuutta. Suunnittelun aikana oletimme aikataulujen pitävän, mutta huomasimme hyvin äkkiä, etteivät aikataulut pitäneet. Aikataulut on kuitenkin hyvin tärkeä osa tämän tyyppistä projektia, joten niihin kannattaa panostaa. Otimme molemmat vastuuta asioista, ja luottamus toisen osaamiseen kasvoi projektin edetessä.

Suunnitelmallisuuden puute oli opinnäytetyössämme suuri puute. Teimme montaa asiaa yhtä aikaa, emmekä saneet mitään kunnolla valmiiksi. Tästä syystä meillä oli monta keskeneräistä tuotosta tekeillä. Tämä suuntaus jatkui alusta loppuun. Tämä oli suurin virhe projektissamme.

Ammatillinen osaaminen kehittyy samaan aikaan, kun tekstiä luettiin monta kertaa ja asiaan paneuduttiin yhä syvemmin. Näin huomasimme, kuinka vaikeaselkoinen opinnäytetyön aiheemme on. Toisaalta ammatillinen kasvu jäi kaikkien sääntöjen, asetusten, pilkkujen ja muun opinnäytetyöhön liittyvien asioiden varjoon.

Tiedonhankinta oli myös haastava asia projektissamme. Aiheemme on Suomessa varsin ”lapsen kengissä” edelleen, joten suomenkieliset lähteet käsittelivätkin lähes poikkeuksetta samoja asioita. Ammatilliseen kasvuun kuuluisi ottaa rohkeasti selvää englanninkielisistä lähteistä ja kääntää niitä suomeksi.

8.4 Opinnäytetyön jatkokehittämismahdollisuudet

Opinnäytetyömme tuotosta eli opintomateriaalia tulisi käyttää, tai ainakin toivomus olisi, että sitä käytettäisiin, sairaanhoitajien koulutuksessa Karelia - ammattikorkeakoulussa. Aihe on kuitenkin sellainen, että sen kohtaa varmasti jossain vaiheessa työharjoittelua ja viimeistään työelämässä, jos suuntautuu psykiatrian puolelle.

Missä muualla tai missä muodossa opintomateriaalimme voisi käyttää? Aiheemme on kuitenkin niin laaja-alainen ja opinnäytetyö kattaa siitä vain ”pinta-raapaisun”, niin emme näe PowerPointia sen laajemmassa käytössä kuin Karelian – ammattikorkeakoulun yhtenä suuntaa antavana oppimismateriaalina.

Jatkokehittelynä PowerPointin suhteen voisi olla, jos joku opiskelijaryhmä voisi täydentää Power Point - esitystä ja näin ollen innostuisi etsimään uutta tietoa dissosiaatiohäiriöstä.

Lähteet

- Becker-Weidman, A. 2008. Vuorovaikutteinen kehityopsykoterapia. Tampere: PT-kustannus.
- Belt, R., Haapakoski, M., Kouvo, A., Punamäki, R.-L., Schön, R & Silven, M. K.2011. Varhaiset ihmissuhteet Polku lapsen suotuisen kehitykseen. Saarijärvi: Saarijärven Offiset Oy.
- Boon, S., Steele, K. & Van der Hart, O. 2011. Traumaperäisen dissosiaatiohäiriön vakauttaminen. Oulu: Traumaterapiakeskus.
- Eerikson, K., Isola, A., Kyngäs, H., Leino-Kilpi, H., Lidström, U., Paavilainen, E., Pietilä, A.-M., Salanterä, S., Vehviläinen-Julkunen, K. & Åstedt-Kurki, P. 2012. Hoitotiede. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Hart, O., Nijenhuis, E. & Kathy, S. 2006. Vainottu mieli. Oulu: Traumaterapiakeskus.
- Heath, P. 2008. Power to Your Point. A Practical Guide to the Creation of Effective PowerPoint® Presentations. Tampere: Amk Publishing.
- Helsingin yliopisto. 2014. Hyvän esityksen piirteitä – ja mitä kannattaa välttää. http://www.med.helsinki.fi/tuke/tiedostot/tipsntricks/Hyva_ja_huono_esitys_files/frame.htm. 20.12.2016.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Huttunen, M. 2015a. Itsensä epätodelliseksi ja vieraaksi tunteminen (depersonalisaatio). Duodecim Terveyskirjasto. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00359. 16.12.2016.
- Huttunen, M. 2015b. Konversiohäiriö. Duodecim. Terveyskirjasto. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00380. 17.8.2016.
- Kalskas, H. & Huttunen, 2012. Psykoterapiat. Porvoo: Kustannus Oy Duodecim.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: SanomaPro Oy.
- Karelia - ammattikorkeakoulu. 2015. Opinnäytetyöohje. <https://student.karelia.fi/fi/opinnot/oppari/PublishingImages/Sivut/default/Opinn%C3%A4ytety%C3%B6n%20ohje.pdf>. 10.8.2016
- Kendall-Tackett, K. & Klest, B. 2009. Causal Mechanisms and Multidirectional Pathways Between Trauma, Dissociation, and Health. Journal of Trauma & Dissociation. http://www.isst-d.org/downloads/kendall-tackett_%26_klest_causal_mechanisms.pdf.12.12.2016.
- Lauerma, H. 2002. Dissosiaatiohäiriöt ja niiden hoito. Duodecim Terveyskirjasto. <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo93238.pdf>. 15.9.2016.
- Lönnqvist, J., Henriksson, M & Marttunen, M., Partonen, K. 2011. Psykiatria Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Moilanen, I., Räsänen, E., Tamminen, T., Almgvist, F., Piha, J.& Kumpulainen, K. 2004. Lasten ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Kustannus oy Duodecim.
- Pettersson, P. 2016 Lapsi matkalla eheämmäksi ja elävämmäksi. https://asiakas.kotisivukone.com/files/ttkeskus.palvelee.fi/tiedostot/lapsi_matkalla_eheammaksi_ja_elavammaksi.pdf. 12.12.2016.
- Pihko, H. 2012. Kaltarinkohtelun vaikutus kehittyviin aivoihin. Teoksessa Söderholm, A.& Kivitie-Kallio (toim.) 2012. Lapsen kaltarinkohtelu. Porvoo. Duodecim.

- Sanström, M. 2010 Psykye ja aivotoiminta Neurofysiologinen näkökulma. Porvoo: WSOYpro.
- Sinkkonen, J. 1999. Lapsen psyykinen kehitys. Teoksessa Sinkkonen, J. & Pihlaja, P. (toim.) Ulos umpikujasta. Miten auttaa tunnehäiriöistä lasta? Porvoo: WSOY.
- Sinkkonen, J. & Kalland, M. 2001. Varhaiset ihmissuhteet ja niiden häiriintyminen. Vantaa: Tummavuoren kirjapaino Oy.
- Sinkkonen, J & Kalland, M. 2011. Varhaislapsuuden tunnesiteet ja niiden suojeleminen. Helsinki: WSOYpro OY.
- Suokas-Cunliffe, A. & Van Der Hart, O. 2016. Dissosiaatiohäiriö – varhaisen, jatkuvan traumatisoitumisen pitkäaikaisseuraamus. Duodecim. <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2006/16/duo95941>. 20.11.2016.
- Trauma ja Dissosiaatio. 2014a. Mitä ovat vakavat Dissosiaatiohäiriöt? Traumajadissosiaatiohäiriö.fi. <http://traumajadissosiaatio.fi/vakavat-dissosiaatiohairiot/> 15.9. 2016.
- Trauma ja Dissosiaatio. 2014b. Persoonan rakenteellinen dissosiaatio. Traumajadissosiaatiohäiriö.fi. <http://traumajadissosiaatio.fi/persoonan-rakenteellinen-dissosiaatio/>. 15.9.2016.
- Tampereen yliopistollinen keskussairaala. 2015. Lasten psyykinen trauma. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. http://www.pshp.fi/fi-FI/Palvelut/Lastenpsykiatria/Lapsen_psykinen_trauma. 8.9.2016.
- Traumaterapiakeskus ry. 2016. Psyykinen trauma. Traumaterapiakeskus. <http://www.traumaterapiakeskus.com/18>. 18.9.2016.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2014. Hyvä tieteellinen käytäntö. <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanta>. 18.8.2016.
- Vilka, H. & Airaksinen T. 2003. Toiminallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.
- Öztürk, E. & Sar, V. 2008. Somatization as a predictor of suicidal ideation in dissociative disorders. Pshyciatry and Clinical Neurosciences. <http://onlinelibrary.wiley.com/wol1/doi/10.1111/j.1440-1819.2008.01865.x/full>. 12.12.2016.

Opinnäytetyön toimeksiantosopimus



OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

Toimeksiantaja	
Organisaation nimi:	KARELIA AMMATTIKORKEAKOULU
Toimeksiantajan edustaja:	SUSANNA ROSELL
Osoite:	TIEKKARINKIE 3 80200 JOENSUU
Puhelinnumero:	050 - 773 8458
Sähköposti:	SUSANNA.ROSELL@KARELIA.FI

Opiskelijan/opiskelijoiden tiedot	
Koulutusohjelma:	HOTITTÄMÄN KOULUTUSOHJELMA
Opiskelijanumero(t) ja nimi(et):	1400062 / 1400089 JAAKKO KOIVOLINEN / TERO VELJÄLÄINEN
Puhelinnumero:	050 - 4922087 044 - 516453
Sähköposti:	JAAKKO.KOIVOLINEN@EDU.KARELIA.FI TERO.E.VELJELAINEN@EDU.KARELIA.FI

Toimeksiannon kuvaus	
Aihe	Dissosiaatiohäiriö
Toteutusmuoto	Opintomateriaali
Aikataulu	Elokuu 2016 - Huhtikuu 2017
Kustannusarvio ja kustannusvastuu	0€

Toimeksiantajan sitoumukset	
OPINNÄYTETYÖN OHJAUS JA YHTENYYS	

Opiskelijan sitoumukset	
OPINTOMATERIAALIN TUOTTAMISEN KUUVUUTAA KARELIALLE MATERIAALIN KÄYTTÖ- JA MUOKKAUSOIKEUDET.	

Opinnäytetyön ohjaus Karelia-amk:ssa	
Ohjaaja(t):	LAPPALAINEN MINNA

Opinnäytetyön julkisuus	
Opinnäytetyö on julkinen asiakirja ja se voidaan julkaista Theseus-verkkokirjastossa.	

Allekirjoitukset	
Päiväys 28.11.2016	Opiskelijan allekirjoitus ja nimenselvennys TERO VELJÄLÄINEN JAAKKO KOIVOLINEN
Päiväys	Toimeksiantajan edustajan allekirjoitus ja nimenselvennys Susanna Rosell toimialajohtaja
Päiväys 28.11.2016	Opinnäytetyön ohjaajan allekirjoitus ja nimenselvennys MINNA LAPPALAINEN