



**SAVONIA**

OPINNÄYTETYÖ - AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO  
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

# TRAUMAPERÄINEN STRESSIHÄIRIÖ - itsenäisen opiskelun oppimateriaali verkko-oppimisympäristö Moodlessa

TEKIJÄ/T: Jenni Kiukkonen  
Heli Väänänen

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala			
Koulutusohjelma/Tutkinto-ohjelma Sairaanhoitajan tutkinto-ohjelma			
Työn tekijä(t) Jenni Kiukkonen ja Heli Väänänen			
Työn nimi Traumaperäinen stressihäiriö - itsenäisen opiskelun oppimateriaali verkko-oppimisympäristö Moodlessa			
Päiväys	28.5.2019	Sivumäärä/Liitteet	54/4
Ohjaaja(t) Lehtori Jukka Aho			
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Savonia-ammattikorkeakoulu, mielenterveys- ja päihdehoitotyön opettajat			
<p>Tiivistelmä</p> <p>Opinnäytetyössä suunniteltiin, pilotoitiin sekä arvioitiin itsenäisen opiskelun oppimateriaali traumaperäisestä stressihäiriöstä verkko-oppimisympäristö Moodleen. Oppimateriaali kuuluu osaksi hoitotyön koulutusohjelmien Mielenterveys- ja päihdetyön opintojaksoa. Traumaperäinen stressihäiriö on mielenterveyden häiriö, joka ei lukeudu päivittäiseen elämään kuuluvaksi tunnereaktioksi, mutta voi kehittyä kenelle tahansa traumaattisen tapahtuman kokeneelle. Traumaperäinen stressihäiriö voi puhjeta viikkojen, kuukausien tai jopa vuosien kuluttua tapahtumasta.</p> <p>Traumaperäinen stressihäiriö on melko tavanomainen mielenterveyden häiriö, jonka tunnistamisessa terveydenhuollon ammattilaisilla on todettu olevan puutteita. Traumaperäisen stressihäiriön oikea-aikaisella tunnistamisella ja hoitamisella voidaan kuitenkin ehkäistä merkittävää toimintakyvyn heikkenemistä sekä haitallisia terveysvaikutuksia. Tästä syystä traumaperäisen stressihäiriön tunnistaminen on tärkeä osa myös sairaanhoitajien työtä.</p> <p>Kehittämistyön tarkoituksena oli tuottaa oppimateriaali sairaanhoitajaopiskelijoiden itsenäiseen opiskeluun Moodle-oppimisympäristössä. Tavoitteena oli lisätä sairaanhoitajien tietoisuutta ja ymmärrystä traumaperäisestä stressihäiriöstä sekä sen hoito- ja auttamismenetelmistä. Opinnäytetyö toteutettiin kehittämistyönä, jonka tilaajana toimi Savonia-ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö oli suunnattu sairaanhoitajaopiskelijoiden ammattiopintoihin Mielenterveys- ja päihdetyön opintojakson yhdeksi osa-alueeksi, mutta se pilotoitiin ja arvioitiin Mielenterveys- ja päihdehoitotyön valinnaisten ammattiopintojen sairaanhoitajaopiskelijoilla.</p> <p>Oppimateriaalista kerättiin sekä kirjallista että suullista palautetta tilaajalta ja sairaanhoitajaopiskelijoilta valinnaisista ammattiopinnoista Mielenterveys- ja päihdehoitotyö eri toimintaympäristöissä -opintojaksolta. Oppimateriaalia pidettiin onnistuneena, kattavana, opettavaisena sekä sairaanhoitajaopiskelijoille Mielenterveys- ja päihdetyön ammattiopintoihin soveltuvana. Näin ollen oppimateriaalia voidaan jatkossa hyödyntää jo sairaanhoitajien ammattiopinnoissa. Tulevaisuudessa oppimateriaalia voitaisiin kehittää niin, että oppimateriaaliin voisi yhdistää syvämpiin opiskeluun tarkoitettua oppimateriaalia aktiivisille opiskelijoille sekä sisällyttää materiaaliin mahdollisuuksien mukaan opetustunteja aiheesta.</p>			
Avainsanat traumaperäinen stressihäiriö, traumaperäinen stressireaktio, posttraumaattinen stressireaktio, mielenterveyden häiriöt, oppimateriaali			

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme in Nursing			
Author(s) Jenni Kiukkonen and Heli Väänänen			
Title of Thesis Post-traumatic stress disorder - learning material for independent studying in the Moodle learning environment			
Date	28.5.2019	Pages/Appendices	54/4
Supervisor(s) Senior Lecturer Jukka Aho			
Client Organisation /Partners Savonia University of Applied Sciences, mental health and substance abuse teachers			
<p>Abstract</p> <p>The purpose of the thesis was to plan, pilot and assess an independent learning material about post-traumatic stress disorder for the use of Savonia University of Applied Sciences. Post-traumatic stress disorder is a mental disorder. The emotional reaction does not belong to everyday life, but can develop in anyone's life, after a traumatic event. Post-traumatic stress disorder can develop after weeks, months or even years after the traumatic event.</p> <p>Post-traumatic stress disorder is quite a normal mental disorder, which health care professionals have difficulties to identify. Timely identification and action can significantly prevent degradation of functional ability and harmful influence on health. That is why it is a very important part of a nurse's job to recognize the symptoms of post-traumatic stress disorder.</p> <p>The purpose of the development work was to produce learning material for independent studying of nursing students in the Moodle learning environment. The aim of the thesis was to raise nurses' knowledge and understanding of post-traumatic stress disorder and also to implement methods and treatment. The thesis was carried out as a development work. The client organization of the thesis was Savonia University of Applied Sciences. In this thesis, the learning material was planned for nursing students' professional studies of mental health and substance abuse work in the "Mental Health and Substance Abuse Nursing" –module, but it was piloted within nursing students' elective occupational studies of mental health and substance abuse work.</p> <p>Written and oral feedback was collected on the learning material from the client organisation as well as from the nursing students in the elective professional studies of mental health and substance abuse work in the "Operational environment of Mental Health and Substance Abuse Nursing" –module. The learning material was considered successful, comprehensive, educational and suitable as nursing students' professional studies of mental health and substance abuse work in the "Mental Health and Substance Abuse Nursing" –module. Therefore this learning material should also be a part of a nurse's professional studies. A potential for further development is to develop this studying material to combine it with profound educational material for active students and, as far as possible, include lessons about post-traumatic stress disorder.</p>			
Keywords post-traumatic stress disorder, post traumatic stress reaction, mental disorders, learning material			

## SISÄLTÖ

1	JOHDANTO .....	5
2	TRAUMAPERÄINEN STRESSIHÄIRIÖ.....	7
2.1	Esiintyvyys .....	9
2.2	Oireet .....	10
2.3	Diagnosointi .....	13
2.4	Traumaperäinen stressihäiriö lapsilla ja nuorilla .....	16
2.5	Hoitosuositukset Suomessa .....	18
2.5.1	Psykososiaalinen tuki.....	19
2.5.2	Psykoterapia .....	20
2.5.3	EMDR -hoitomenetelmä .....	20
2.5.4	Lääkehoito .....	21
2.5.5	Lasten ja nuorten hoitosuositukset Suomessa .....	22
2.6	Traumaperäisen stressihäiriön tunnistaminen terveydenhuollossa .....	23
2.7	Muiden psykiatristen sairauksien poissulkeminen .....	24
3	OPPIMISMENETELMÄT OPPIMATERIAALISSA.....	26
3.1	Verkko-opetus .....	27
3.2	Oppimistehtävä.....	28
3.3	Ryhmätyöskentely .....	28
3.4	Case-opetus .....	29
3.5	Kysymykset oppimisen tukena .....	30
3.6	Tietotesti.....	31
4	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN KEHITTÄMISTYÖNÄ .....	32
4.1	Opinnäytetyön etenemisen vaiheet.....	32
4.2	Oppimateriaalin suunnittelu.....	36
4.3	Oppimateriaalin arviointi .....	38
5	POHDINTA.....	41
5.1	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus.....	43
5.2	Ammatillinen kehittyminen .....	45
5.3	Jatkokehittämissuositukset .....	48
	LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT.....	49
	LIITE 1 PALAUTEKYSELY	

## 1 JOHDANTO

Traumaperäinen stressihäiriö jää usein diagnosoimatta perusterveydenhuollossa. Syynä tähän voi olla terveydenhuollon henkilöstön puutteellinen kyky tunnistaa ja erottaa traumaperäinen stressihäiriö muista mielenterveyden häiriöistä. (Haikonen ja Kataja 2004, 314–317.) Williamsin (2017, 621) mukaan traumaperäisen stressihäiriön tunnistaminen ja oikea-aikainen hoito voivat vähentää haitallisia terveysvaikutuksia sekä toimintakyvyn heikkenemistä. Ilman tehokasta hoitoa, traumaperäinen stressihäiriö voi aiheuttaa huomattavaa kärsimystä, heikentää toimintakykyä tai jopa kroonistua (Traumaperäinen stressihäiriö: Käypä hoito -suositus 2014). Kuten myös Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785, 3 §) määrittää: ”Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon.”

Traumaperäinen stressihäiriö on mielenterveyden häiriö, joka voi kehittyä poikkeuksellisen uhkavasta tilanteesta tai tapahtumasta ja joka todennäköisesti aiheuttaisi kärsimystä kenelle tahansa (Fry 2016; Henriksson ja Lönnqvist 2017b; Ponteva 2016). Tällainen tapahtuma voi olla esimerkiksi onnettomuus, elämänmuutos, luonnonkatastrofi, kaltoinkohtelu, terroriteot, sota tai kidutus (Antervo 2017, 133; Dowst-Mayo 2015, 36). Traumaperäinen stressihäiriö voi puhjeta heti traumaattisen tapahtuman jälkeen äkillisenä stressireaktiona, mutta myös ilman äkillistä stressireaktiota viikkojen, kuukausien tai vuosien kuluttua tapahtumasta (Henriksson ja Lönnqvist 2017a).

Traumaperäinen stressihäiriö voidaan diagnosoida oireiden kestänyt vähintään kuukauden. Oireet voivat ilmetä muun muassa toimintakyvyn heikkenemisenä ja menetyksenä, elämänilon menettämisenä sekä merkittävänä elämän kapeutumisenä. Lisäksi traumaperäinen stressihäiriö voi ilmetä jatkuvana valppaana olona, säikkymisenä ja säpsähtelynä, jännittyneisyytenä, univaikeuksina sekä trauman uudelleen kokemisen oireina. (Antervo 2017, 136.)

Traumaperäistä stressihäiriötä voi esiintyä kenellä tahansa traumaattisen tapahtuman kokeneella (Huttunen 2017g; Garcia, Davenport ja Mansoor 2017, 36; Parekh 2017). Suomessa traumaperäisen stressihäiriön esiintyvyys vuoden aikana on arvioitu olevan 0,5 prosenttia. Tätä voidaan selittää sillä, että Suomessa traumaperäisiä stressireaktioita aiheuttavia tilanteita tapahtuu vuosittain ainakin 100 000 henkilölle. Näistä tapauksista arviolta 20–30 prosentille kehittyy traumaperäinen stressihäiriö. (Traumaperäinen stressihäiriö: Käypä hoito -suositus 2014.) Paljon traumaattisia tapahtumia kohdanneilla henkilöillä, kuten pakolaisilla tai sodan uhreilla traumaperäisen stressihäiriön esiintyvyyden on arvioitu olevan 15–90 prosentin luokkaa ja näin ollen sitä on arvioitu esiintyvän muuta väestöä enemmän. (Henriksson ja Lönnqvist 2017b.)

Sairaanhoitajat ovat terveydenhuollon ammattilaisia, joiden tulee ylläpitää väestön terveyttä sekä osata parhaansa mukaan auttaa eri-ikäisiä potilaita erilaisissa elämäntilanteissa. Sairaanhoitajan tehtäviin kuuluu väestön terveyden edistäminen ja ylläpitäminen, erilaisten sairauksien ehkäiseminen sekä kärsimysten lievittäminen. Sairaanhoitajan työtehtävät ovat monipuolisia ja vaativat tarkkuutta sekä huolellisuutta. Työtehtäviin kuuluu muun muassa potilaan ja läheisten neuvontaa, ohjaamista,

tukemista, tutkimusten tekemistä, hoitotyötä, lääkehoitoa, hoitotyön suunnittelua ja hoidon vaikutavuuden seuranta. (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala ja Vuorinen 2015, 18–19, 465.)

Traumaperäisen stressihäiriön käsittely Savonia-ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijoiden Mielenterveys- ja päihdetyön ammattiopinnoissa on aiemmin ollut vähäistä aiheen laajuuteen nähden. Mielenterveys- ja päihdetyön ammattiopinnoissa kriisi- ja traumateeman opetukseen on varattu yhteensä neljä tuntia, josta traumaperäisen stressihäiriön käsittelyyn on varattu aikaa suhteellisen vähän. Tästä syystä oppimateriaalille on koettu olevan tarvetta. Opinnäytetyön tarkoituksena on suunnitella ja tuottaa opinnäytetyön tilaajalle Savonia-ammattikorkeakoululle opetuskäyttöön suunnattu ajankohtainen ja kattava itsenäisen opiskelun oppimateriaali, joka suoritetaan verkko-oppimisympäristö Moodlessa. Oppimateriaali on tarkoitettu osaksi Mielenterveys- ja päihdetyön sairaanhoitajaopiskelijoiden ammattiopintoja, mutta kokonaisuus pilotoidaan ja arvioidaan Mielenterveys- ja päihdehoitotyön valinnaisten ammattiopintojen sairaanhoitajaopiskelijoilla.

Oppimateriaaliin etsimme kriittisesti näyttöön perustuvaa, ajankohtaista ja luotettavaa tietoa traumaperäisestä stressihäiriöstä, traumaperäisen stressihäiriön tunnistamisesta, kuvaamme eroja muihin mielenterveyden häiriöihin sekä tuomme julki traumaperäisen stressihäiriön Käypä hoito -suosituksen mukaisia hoitomenetelmiä Suomessa. Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä tulevien sairaanhoitajien valmiuksia ymmärtää mitä traumaperäinen stressihäiriö on, lisätä valmiuksia tunnistaa traumaperäinen stressihäiriö ja erottaa traumaperäinen stressihäiriö muista mielenterveyden häiriöistä sekä lisätä tietoisuutta traumaperäisen stressihäiriön hoito- ja auttamismenetelmistä.

## 2 TRAUMAPERÄINEN STRESSIHÄIRIÖ

Traumaperäinen stressihäiriö eli englanniksi post-traumatic stress disorder (PTSD) kuuluu ICD - tautiluokituksen mukaisesti mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt -luokkaan (F43.1.) (Komulainen 2011, 264). Tarkemmin määriteltynä traumaperäinen stressihäiriö kuuluu mielenterveyden häiriöihin (Henriksson ja Huttunen 2000). Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (2015) mukaan mielenterveyshäiriöt voidaan diagnosoida joko Maailman terveysjärjestön WHO:n kehittämän ICD - tautiluokitusjärjestelmän tai Yhdysvaltojen psykiatriyhdistyksen APA:n kehittämän DSM - tautiluokitusjärjestelmän mukaisesti. Suomessa mielenterveyshäiriöt diagnosoidaan ICD-10 - tautiluokitusjärjestelmän mukaisesti (Isometsä ja Paunio 2013, 1702).

Mielenterveyden häiriö -nimikettä käytetään kuvaamaan erilaisia psykiatrisia häiriöitä. Kyse on oireyhtymistä, jotka aiheuttavat erilaisia psyykkisiä oireita. Mielenterveyden häiriöitä sairastavan henkilön tunteet, ajatukset, mieliala ja käytös voivat vaikeuttaa merkittävästi normaalia elämää, kuten päivittäistä toimintakykyä. (Huttunen 2017c; Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2015.) Normaalit päivittäiseen elämään kuuluvat psyykkiset tilat tai reaktiot eivät lukeudu mielenterveyden häiriöihin. Mielenterveyden häiriöihin ei lukeudu myöskään henkilön menetystilanteessa kohtaama normaali suru tai muu normaaliksi tulkittava tunnereaktio. (Lönngqvist ja Lehtonen 2017.)

Traumaperäinen stressihäiriö ei lukeudu normaaliin päivittäiseen elämään kuuluvaksi psyykkiseksi tilaksi tai tunnereaktioksi. Traumaperäinen stressihäiriö voi sen sijaan kehittyä erityisen uhkaavasta, järkyttävästä tai tuhoisasta tilanteesta tai tapahtumasta. Tilanne tai tapahtuma on usein sellainen, mikä todennäköisesti aikaansaa suurta ahdistuneisuutta tai muuta psyykkistä tuskaa kenelle tahansa. Tällaisia tilanteita tai tapahtumia voidaan kutsua traumaattisiksi tapahtumiksi. (Fry 2016; Henriksson ja Lönngqvist 2017b.)

Trauma voi olla joko fyysinen tai psyykinen. Psyykinen trauma syntyy, kun ihmisen kokemus tapahtumasta ylittää tietyn sietokyvyn rajan eikä ihminen kykene käsittelemään tapahtumaa (Haravuori, Marttunen ja Viheriälä 2016). Psyykinen trauma syntyy usein odottamattomien ja äkillisten tapahtumien seurauksena (Emdr s.a; Henriksson ja Lönngqvist 2017b). Traumatyyppit voidaan jakaa 1-tyyppin ja 2-tyyppin traumoihin. 1-tyyppin trauma syntyy yksittäisestä traumaattisesta tapahtumasta, kun taas 2-tyyppin trauma syntyy useammista traumaattisista tapahtumista tai toistuvasta traumasta. (Kirvesmäki, Kiviluoma ja Rantanen 2018.)

Traumaattisina tapahtumina voidaan pitää esimerkiksi sotaa, pahoinpitelyä, seksuaalista väkivaltaa, ryöstöä, kidnappausta, vangiksi joutumista, kidutusta, terrori-iskuja, vangitsemista, perheväkivaltaa, liikenneonnettomuutta, luonnonkatastrofia tai hyväksikäyttöä lapsena (Dowst-Mayo 2015, 36; Huttunen 2017g; Parekh 2017). National Institute Of Mental Healthin (2016) mukaan traumaperäinen stressihäiriö voi kehittyä lisäksi esimerkiksi läheisen kuolemasta tai pelkästä läheltä piti -tilanteesta. Traumaattista tapahtumaa ei voida kuitenkaan tarkkaan rajata tai määritellä kulttuurien ja ajankohden välisten eroavaisuuksien vuoksi (Henriksson ja Lönngqvist 2017b; Larivaara 2009). Kuukausia tai vuosia jatkuva pitkäkestoinen traumakokemus voi altistaa kompleksiselle traumaperäiselle stressihäiriölle.

riölle (complex post-traumatic stress disorder, C-PTSD). Traumaperäisen stressihäiriön diagnoosi kuvaa ainoastaan oireet, jotka ovat aiheutuneet yksittäisistä traumaattisista tapahtumista. Tämän vuoksi on luotu tarkennus, kompleksinen traumaperäinen stressihäiriö, joka kuvastaa pitkäkestoisen traumatisoitumisen oireita. Kompleksisella traumaperäisellä stressihäiriöllä ei ole vielä virallista diagnoosia ja sen vuoksi sen esiintyvyyttä on vaikea arvioida. (Haravuori ja Marttunen 2016, 11). Uuteen ICD-11 -tautiluokitukseen tullaan kuitenkin lisäämään kompleksisen traumaperäisen stressihäiriön diagnoosi. (Traumaperäinen stressihäiriö: Käypä hoito -suositus 2014). Kompleksisessa traumaperäisessä stressihäiriössä on useita oireita, jotka aiheuttavat muutoksia minäkuvaan, persoonallisuuteen sekä henkilön stressin sietokykyyn. Kyseessä on oireyhtymä, joka on tavanomainen kauan traumaattisissa olosuhteissa eläneille henkilölle. (Haravuori ja Marttunen 2016, 11.)

Yhdistävänä tekijänä kaikkiin traumaattisiin tapahtumiin liittyy usein pelko. Traumaattisen tapahtuman aikana pelko laukaisee monia muutoksia elimistössä, joiden on tarkoitus auttaa puolustautumaan vaaralta tai välttämään se kokonaan. Yksi näistä reaktioista on "fight or flight" eli taistele tai pakene -reaktio, joka suojelee henkilöä traumaattisen tapahtuman aikana. (National Institute of Mental Health 2016.) Fight or flight -reaktio liittyy koetun uhan aiheuttamaan motoriseen pakovalmiuteen. Pakovalmiutta voidaan selittää aivokuvauksilla, joissa on havaittu verenkierron lisääntyneen motoriikkaa säätelevillä alueilla. (Sandström 2010, 239–241). Verrattuna fight or flight -reaktioon, vähemmän tunnettu reaktio on nimeltään freeze -reaktio. Freeze eli jähmettyminen ilmenee taas silloin, kun ihminen kokee keinottomuutta ja voimattomuutta toivottomassa tilanteessa ja jolloin taistelua tai pakenemista ei koeta mahdolliseksi. (Seltzer 2015.)

Yllä mainitut reaktiot ilmenevät traumaattisen tapahtuman aikana, mutta traumaperäistä stressihäiriötä sairastava voi tuntea pelkoa, kauhua ja avuttomuuden tunnetta tapahtuman jälkeenkin (Sandström 2010, 239). Traumaperäistä stressihäiriötä sairastava voi tuntea olevansa stressaantunut tai peloissaan silloinkin kun vaaraa ei ole (Antervo 2017, 135; National Institute of Mental Health 2016). Tämä selittyy sillä, että traumaperäisessä stressihäiriössä psyykinen trauma on aiheuttanut vakavan ja jatkuvan emotionaalisen reaktiotilan ja elimistö toimiikin, kuten se olisi jatkuvassa hälytystilassa. Jatkuvassa hälytystilassa eläminen taas voi aiheuttaa aggressiivisuutta, ärtyneisyyttä ja unettomuutta ja vaikeuttaa näin ollen normaalia elämää. (Sandström 2010, 239.)

Kaiken kaikkiaan lähes jokainen kokee erilaisia reaktioita trauman jälkeen, mutta useimmat toipuvat niistä luonnollisesti. Heillä, joilla oireet jatkuvat pidempään, voidaan mahdollisesti diagnosoida traumaperäinen stressihäiriö. (National Institute of Mental Health 2016.) Henrikssonin ja Lönnqvistin (2017b) mukaan traumaperäisen stressihäiriön merkittävimpana oireena on se, ettei henkilö ole toipunut pelosta tai järkytyksestä vaan oireet ovat pitkittyneet, ikään kuin jääneet päälle. Osa henkilöistä toipuu traumaperäisestä stressihäiriöstä kuuden kuukauden kuluessa tapahtumasta, osalla oireet kestävät kuukausista vuosikymmeniin ja osalla tila voi jopa kroonistua (Henriksson ja Lönnqvist 2017b; National Institute of Mental Health 2016).

Traumaperäisen stressihäiriön kehittymiseen ja kroonistumiseen voivat vaikuttaa tapahtumaa edeltävät ja tapahtuman jälkeiset tekijät (Henriksson ja Lönnqvist 2017b). Traumaperäisen stressihäiriön



kehittymisen riskiä voivat lisätä muun muassa erityisen järkyttävä tapahtuma, tapahtuman aikaiset dissosiaatio-oireet, aiemmat mielenterveyden häiriöt, naissukupuoli, matala koulutustaso, aiemmat traumakokemukset, riittävän tuen puute sekä toistuva altistuminen vakaville tapahtumille. (Korkeila ja Törmä 2010, 2647). Näiden lisäksi myös autonomisen hermoston aktivoituminen eli esimerkiksi hikoilu, verenpaineen kohoaminen ja sydämen tykytys tapahtuman aikana lisäävät riskiä traumaperäisen stressihäiriön kehittymiseen (Huttunen 2017g).

Kaiken kaikkiaan ihmiset ovat aina kärsineet traumaattisista tapahtumista, mutta traumaperäinen stressihäiriö on diagnosoitu ICD- ja DSM -tautiluokituksien mukaisesti vasta 1980-luvulta alkaen (Larivaara 2009). Aiemmin traumaperäinen stressihäiriö on tunnettu useilla eri termeillä. Traumaperäistä stressihäiriötä on aiempina vuosikymmeninä kutsuttu muun muassa traumaperäiseksi neuroosiksi. (Henriksson ja Lönnqvist 2017a.) Traumaperäistä stressihäiriötä on kutsuttu myös termillä "shell shock". Tätä termiä on esiintynyt ensimmäisen maailmansodan aikaan. (Parekh 2017.) Shell shock eli kilpi tai kuori shokki on vuonna 1915 Charles Myersin määrittelemä termi, mikä kuvasi sotilaita jotka tahattomasti itkivät, pelkäsivät, tärisivät ja joille jäi pysyviä muistikuvia sodan tapahtumista (Joseph 2011). Traumaperäinen stressihäiriö on tunnettu myös nimityksellä "combat fatigue". Combat fatigue eli taistelu väsymystä on esiintynyt toisen maailmansodan jälkeen. Traumaperäistä stressihäiriötä ei kuitenkaan esiinny ainoastaan sodassa olleilla veteraaneilla. (Parekh 2017.)

## 2.1 Esiintyvyys

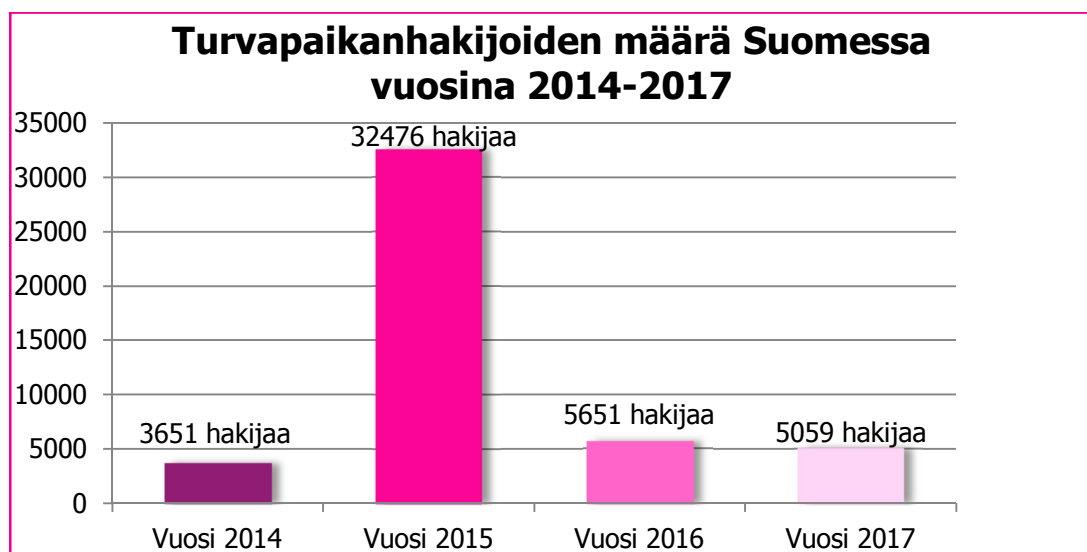
Henrikssonin ja Lönnqvistin (2017a) mukaan traumaperäinen stressihäiriö voi puhjeta heti traumaattisen tapahtuman jälkeen äkillisenä stressireaktiona, mutta myös ilman äkillistä stressireaktiota viikkojen, kuukausien tai vuosien kuluttua tapahtumasta. Tyypillisesti traumaperäinen stressihäiriö kuitenkin puhkeaa kuuden kuukauden sisällä tapahtumasta. Dows-Mayo (2015, 36), Huttunen (2017g) ja Parekh (2017) ovat taas sitä mieltä, että yleensä oireet kehittyvät kolmen kuukauden jälkeen tapahtumasta, mutta joskus ne voivat ilmaantua vasta vuosien jälkeenkin. Esiintymät vaihtelevat kuitenkin aina yksilöllisesti (Dows-Mayo 2015).

Näkemykset traumaperäisen stressihäiriön esiintyvyydestä vaihtelevat suuresti. Tutkimusten mukaan traumaperäistä stressihäiriötä esiintyy kuitenkin ainakin noin viidellä prosentilla ihmisistä jossain vaiheessa elämää. Voimakkaiden traumaattisten tapahtumien keskuudessa, traumaperäisen stressihäiriön esiintyvyys on taas yleisempää. (Huttunen 2017g.) Ditlevsen ja Elklitin (2012) tekemän tutkimuksen mukaan traumaperäisen stressihäiriön esiintyvyys on naisilla kaksi kertaa suurempaa kuin miehillä. Henrikssonin ja Lönnqvistin (2017b) mukaan tämä selittyy osin sillä, että naiset altistuvat seksuaaliselle väkivallalle miehiä useammin.

Suomessa on arvioitu, että traumaperäisen stressihäiriön laukaisevien tekijöiden täyttäviä stressitilanteita tapahtuu ainakin 100 000 suomalaiselle. On myös arvioitu, että 20–30 prosenttia traumaattisen tapahtuman kohdanneista henkilöistä sairastuu traumaperäiseen stressihäiriöön. Tämän pohjalta Suomessa traumaperäisen stressihäiriön esiintyvyyden on arvioitu olevan vuoden aikana 0,5 prosentin luokkaa. (Traumaperäinen stressihäiriö: Käypä hoito-suositus 2014.) Kun taas verrattuna

masennukseen, masennuksen yleisyyden on arvioitu Suomessa olevan aikuisväestöllä vuoden aikana noin viisi prosenttia (Depressio: Käypä hoito -suositus 2016; Huttunen 2017a). Yhdysvalloissa taas traumaperäinen stressihäiriö koskettaa 8 prosenttia kansalaisista (Garcia, Davenport ja Mansoor 2017, 36). Suurin osa heistä on veteraaneja, poliiseja, palomiehiä sekä ensiapuhenkilöstöä (Dowst-Mayo 2015, 34, 36, 38).

Suomessa maahanmuuttajille tehdyn tutkimuksen mukaan traumaattisia tapahtumia esiintyi pakolaistaustaisista maahanmuuttajista 57–78 prosentilla (Traumaperäinen stressihäiriö: Käypä hoito -suositus 2014). Turvapaikanhakijoiden määrä Suomessa on vaihdellut 2000-luvulla noin 1500–6000 turvapaikanhakijan välillä. Kuviossa 1 on kuvattu turvapaikan hakijoiden määrää Suomessa vuosina 2014–2017. Vuonna 2014 turvapaikanhakijoita oli 3651. Turvapaikanhakijoiden määrä kuitenkin kasvoi vuonna 2015 maailmalla laajalle levinneen pakolaiskriisin johdosta, jolloin Suomeen saapui turvapaikanhakijoita ennätysellinen määrä 32 476 henkilöä. Vuonna 2016 turvapaikkaa Suomesta haki 5 651 henkilöä ja vuonna 2017 hakijoita oli 5 059 henkilöä (Maahanmuuttovirasto 2018). YK:n pakolaisjärjestön mukaan vuonna 2016 Suomessa asui 18 401 pakolaista tai kansainvälisen suojelun tarpeen vuoksi oleskeluluvan saanutta henkilöä (Suomen pakolaisapua s.a.).



KUVIO 1. Turvapaikanhakijoiden määrä Suomessa vuosina 2014–2017. (Mukaihen Maahanmuuttovirasto 2018).

## 2.2 Oireet

Suurin osa ihmisistä kokee elämässään traumaattisia tapahtumia, mutta yleensä reaktiot ja paraneminen niistä on lyhytaikaista (Plazacic 2017, 11). Oireet traumaattisen tapahtuman jälkeen eivät ole tahdonalaisia, vaan elimistön reaktioita tapahtumaan. Noin puolella traumaattisen tapahtuman kokeneista henkilöistä oireet lievittyvät tai katoavat itsestään noin muutaman kuukauden kuluessa tapahtumasta. (Huttunen 2017g.) Kaikille hankalan järkytyksen läpikäyneille ei kuitenkaan ilmene traumaperäisiä stressioireita (Sandström 2010, 239–241). Heillä, joilla oireet eivät katoa voi mahdollisesti kehittyä traumaperäinen stressihäiriö (National Institute of Mental Health 2016).

Traumaperäistä stressihäiriötä voi edeltää akuutti stressireaktio tai akuutti stressihäiriö. Akuutti stressireaktio (ICD-10, F43.0) ja akuutti stressihäiriö (DSM-5) ovat seurauksia äkillisestä ja voimakkaasta traumaattisesta ja epätavallisesta kokemuksesta. Äkillisen traumakokemuksen jälkeen 50–90 prosenttia onnettomuudessa mukana olleista saavat lyhytkestoisen stressi shokin, joka muistuttaa akuutin stressireaktion oirekuvaa. Akuutin stressireaktion omaavat eivät kuitenkaan välttämättä myöhemmin sairastu traumaperäiseen stressihäiriöön. (Ponteva 2016.) Traumaperäinen stressihäiriö: Käypä hoito -suosituksen (2014) mukaan akuutti stressireaktio (ASR) mahdollisesti poistetaan uudesta ICD-11 -tautiluokituksesta, koska se sotketaan useasti traumakokemuksen jälkeen syntyvään normaaliin kriisireaktioon, jolle ei tarvita erillistä diagnoosia.

Akuutti stressireaktio ja akuutti stressihäiriö luokitellaan oireiden keston mukaan. Akuutissa stressireaktiossa oireet ilmaantuvat tunnin kuluessa tapahtuneesta sekä kestävät enintään kahdeksan tuntia (kuvio 2), mikäli on kyse ohimenevästä altistuksesta. Pitkä kestoisemmassa altistuksessa oireet vähenevät viimeistään 48 tunnin kuluessa. (Aronen ja Suomalainen 2016; Korkeila ja Törmä 2010, 2646.) Akuutin stressireaktion keskeisimpiin oireisiin kuuluu turtuneisuus, huumaantuneisuus, akuutit ahdistuneisuusoireet ja huomiokyvyn kaventuminen. Akuutin stressireaktion kokenutta henkilöä ei tule jättää yksin ensimmäisen vuorokauden aikana henkilön alentuneen toimintakyvyn takia. Henkilö olisi hyvä tavata seuraavien 3-6 viikon aikana muutaman kerran niin, että tunnistettaisiin mahdollisesti alkava pidempikestoisen traumaperäinen stressihäiriö. (Henriksson ja Lönnqvist 2017c.)

Akuutti stressihäiriö ilmenee neljän viikon kuluessa traumaattisesta kokemuksesta. Oireet kestävät vähintään 48 tuntia ja enintään neljä viikkoa (kuvio 2). (Korkeila ja törmä 2010, 2646.) Oireet ovat pääsääntöisesti samoja mitä akuutissa stressireaktiossa, mutta näiden lisäksi esiintyy dissosiativisia oireita (Ponteva 2016). Traumaperäistä stressihäiriötä edeltää usein akuutti stressihäiriö (Aronen ja Suomalainen 2016).

Akuutti stressireaktio (ASR) F43.0	Akuutti stressihäiriö (ASD)	Traumaperäinen stressihäiriö F43.1
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Oireiden alkaminen: tunnin kuluessa tapahtuneesta</li> <li>•Oireiden kesto: korkeintaan 8 tuntia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Oireiden alkaminen: 4 viikon kuluessa tapahtuneesta</li> <li>•Oireiden kesto: vähintään 2 vuorokautta, korkeintaan 4 viikkoa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Oireiden alkaminen: 4 viikon - 6 kuukauden kuluessa tapahtuneesta</li> <li>•Oireiden kesto: vähintään 1 kuukausi</li> </ul>

KUVIO 2. Akuutti stressireaktio, akuutti stressihäiriö ja traumaperäinen stressihäiriö. (Mukaiillen Aronen ja Suomalainen 2016; Henriksson ja Lönnqvist 2017b; Huttunen 2017g; Korkeila ja Törmä 2010, 2646.)

Traumaperäisen stressihäiriö oireiden tulee ilmetä aikaisintaan neljän viikon kuluttua ja kuuden kuukauden sisällä traumaattisesta tapahtumasta sekä kestää vähintäänkin yhden kuukauden ajan (kuvio 2) (Henriksson ja Lönnqvist 2017b; Huttunen 2017g). Traumaperäisen stressihäiriön oireet voidaan

jaotella ICD -tautiluokituksen mukaisesti kolmeen pääryhmään. Traumaperäisen stressihäiriön ensimmäiseen oirepääryhmään kuuluu tyypillisimpänä trauman uudelleen kokemisen oireet. Traumaattinen tapahtuma voi palata mieleen tyypillisesti tuntemuksina, toistuvina painajaisunina tai takaamina (flashback-tiloina) eli pakonomaisina ajatuksina tapahtumasta. (Antervo 2017, 136; Henriksson ja Lönnqvist 2017b; Huttunen 2017g; Ponteva 2016.) Takaumat tuntuvat yleensä hyvin todellisilta. Takaumat voivat olla esimerkiksi voimakkaita muistikuvia tapahtuneesta, aistimuksia tai erilaisia kehon tuntemuksia. (Antervo 2017, 134–135.) Nämä aistiharhat sekoittuvat menneeseen tapahtumaan ja seurauksena voi esiintyä harhaluuloja ja –kokemuksia (Huttunen 2017d). Esimerkiksi auto-onnettomuudessa ollut henkilö voi onnettomuuden jälkeen tuntea haistavansa polttoaineen hajun tai luulla kuulevansa törmäyksen ääniä. (Antervo 2017, 134–135).

Toiseen traumaperäisen stressihäiriön oirepääryhmään kuuluu välttämiskäyttäytyminen. Traumaattisen tapahtuman kokeneella tapahtumasta muistuttavat asiat voivat lisätä ahdistuneisuutta ja ahdistuneisuus taas voi lisätä välttämiskäyttäytymistä. Välttämiskäyttäytymisen seurauksena henkilö pyrkii välttämään kaikkia tapahtumasta muistuttavia ajatuksia, tunteita, asioita, paikkoja, toimintoja, muistoja ja keskusteluja. Vaikeassa traumaperäisessä stressihäiriössä välttämiskäyttäytyminen voi johtaa toimintakyvyn heikkenemiseen ja menetykseen, elämän ilon menettämiseen ja merkittävään elämän kapeutumiseen. (Antervo 2017, 136; Henriksson ja Lönnqvist 2017a; Huttunen 2017g.) Pontevan (2016) mukaan välttämiskäyttäytymiseen voi liittyä myös kykenemättömyys muistaa keskeisiä asioita tapahtumasta.

Kolmanteen oirepääryhmään kuuluu kohonnut vireystila ja reaktiivisuus. Kohonneen vireystilan oireisiin kuuluu jatkuva valppaana olo, säikkyminen ja säpsähtely, jännittyneisyys sekä univaikeudet. (Antervo 2017, 136; Ponteva 2016.) Kohonneeseen vireystilaan ja reaktiivisuuteen liittyvät vahvasti myös erilaiset unihäiriöt. Unihäiriöihin kuuluvat yölliset heräilyt, painajaisunet, nukahtamisvaikeudet ja unessa pysymisen vaikeudet. Lisäksi kohonnut vireystila sekä tapahtumaan liittyvät mielikuvat voivat ilmetä autonomisen hermoston oireiluna, kuten säpsähtelynä, sydämentykytyksenä tai paniikkikohtausten kaltaisina oireina. Traumaperäinen stressihäiriö onkin joskus tunnistettu sydämen rytmihäiriötä tutkittaessa. (Henriksson ja Lönnqvist 2017a; Huttunen 2017f.)

Antervon (2017, 136) mukaan nykyisin ollaan sitä mieltä, että traumaperäinen stressihäiriö voi oireilla sekä ylivireysoirein että alivireysoirein, vaikkei alivireysoire sinällään kuulukaan traumaperäisen stressihäiriön diagnostisiin kriteereihin. Alivireysoireisiin kuuluu toimintakyvyttömyyttä, väsymystä, tunteiden latistuneisuutta, voimattomuutta sekä kykenemättömyyttä ajatella ja puhua. Traumaperäistä stressihäiriötä sairastavalla etenkin puheen tuoton alueen toiminta on heikentynyt. Tämä on merkki siitä, että kielellisellä tasolla ei käsitellä traumaattisia muistoja, vaan enemmänkin pelkoa tuottavissa limbisissä rakenteissa. Limbiset rakenteet säätelevät muun muassa tunnetiloja ja yhdistävät eri tunnetiloja fyysisiin kokemuksiin. Aivokuvauksissa on havaittu myös, että traumaperäistä stressihäiriötä sairastavalla verenkierto on epänormaalin vähäistä alueilla jotka osallistuvat tunteiden säätelyyn ja emotionaaliseen tuntemukseen. (Sandström 2010, 239–241.)

Traumaperäisen stressihäiriön oireisiin voivat kuulua myös mielialan muutokset ja kognitiivinen heikentyminen. Kognitiiviset toiminnot ovat tiedon käsittelyyn liittyvää toimintaa kuten tiedon vastaanottoa, tiedon käyttöä ja sen säilyttämistä. (Tuulio-Henriksson 2016.) Kognitiivinen heikentyminen tarkoittaa tajunnan sisältöön kuuluvaa, tiedolliseen ja ymmärtämiseen liittyvää heikentymistä (Terveyskirjasto 2017a). Muutokset voivat oireilla kiinnostuksen vähentymisenä, muistivaikeuksina, erilaisina vääristyminä, turtumuksena, vieraantumisen tunteena ja itsesyytöksinä, jotka muistuttavat masennuksen oireita (Henriksson ja Lönnqvist 2017b). Jos traumaattinen tapahtumana on ollut kidutus tai raiskaus, liittyy siihen usein häpeää tai itseinhoa (Henriksson ja Lönnqvist 2017a). Traumatisoituneilla ihmisillä voidaan todeta myös ruumiillisia eli somaattisia oireita. Somaattisia oireita voivat olla muun muassa kipu, vatsavaivat sekä epämiellyttävät kehon tuntemukset. (Antervo 2017, 136–137.)

### 2.3 Diagnosointi

Traumaperäisen stressihäiriön diagnoosin määrittämisen ajankohta on vähintään neljä viikkoa traumaattisesta tapahtumasta. Traumaperäisen stressihäiriön diagnostiikkaan kuuluu keskeisten oireiden läpikäyminen, oireiden etenemisen aikataulun selvittäminen ja potilaan haastattelu. Haastattelun syvällisyys ja laajuus määräytyy potilaan oireiden mukaan. Yleensä haastattelumenetelmänä käytetään psykiatrista ensihaastattelukäytäntöä. Haastattelussa tulee kuitenkin tarkkaan harkita traumaattiseen tapahtumaan liittyvien tunteiden kyselemisestä. (Traumaperäinen stressihäiriö: Käypä hoito -suositus 2014.)

Potilaan oireiden kartoittamiseen apuna voidaan käyttää standardoituja kyselylomakkeita. Tähän tarkoitukseen on kehitetty erilaisia kyselylomakkeita, jotka pohjautuvat potilaan itsearviointiin. Lomakkeiden on oltava lyhyitä ja helposti tulkittavia, jotta ne toimisivat myös perusterveydenhuollossa. Liian aikainen traumaperäisen stressihäiriön seulonta voi kuitenkin tuottaa liikaa vääriä positiivisia tuloksia ja suositus seulonnan ajankohdaksi onkin aikaisintaan kuukausi traumaattisesta tapahtumasta. Muutamia käyttökelpoisia kyselylomakkeita on muun muassa Trauma Screening Questionnaire (TSQ), PTSD – checklist (PCL-C 7) ja The Impact of Event Scale (IES-22). (Traumaperäinen stressihäiriö: Käypä hoito -suositus 2014.)

Kyselylomakkeiden pohjalta traumaperäisen stressihäiriön kriteerien täytyessä, tulee seulontaan yhdistää lääkärin toteuttama potilaan kliininen arviointi sekä ohjata potilas oikeaoppiseen hoitoon. Täsmällisempiä diagnostisia ja pidempiaikaisia hoitopäätöksiä on kuitenkin parempi tehdä vasta, kun aikaa traumaattisesta tapahtumasta on kulunut yli kuusi kuukautta. Traumaperäisen stressihäiriön diagnosoimiseksi ei kuitenkaan suositella mitään tiettyjä laboratoriotutkimuksia. (Traumaperäinen stressihäiriö: Käypä hoito -suositus 2014.)

Traumaperäinen stressihäiriö voidaan diagnosoida sekä ICD -tautiluokitusjärjestelmän, että DSM -tautiluokitusjärjestelmän mukaisesti. Suomessa käytössä on ICD -tautiluokitusjärjestelmä. Traumaperäinen stressihäiriö: Käypä hoito -suosituksen (2014) mukaan traumaperäisen stressihäiriön diagnosoimiseksi ei ole käytännössä merkitystä, käytetäänkö WHO:n ICD -tautiluokitusta tai DSM -

tautiluokitusta. Luokituksissa on jonkin verran eroavaisuuksia, mutta käytännössä ne eivät ole ristiriidassa keskenään. Molemmista luokituksista on etunsa potilaan oireiden arvioimisessa. (Henriksson ja Lönnqvist 2017a.)

Suomessa käytössä oleva ICD -tautiluokitusjärjestelmä on kansainvälisen World Health Organization eli WHO:n luokituspainos (World Health Organization s.a.). ICD-10 -tautiluokitusjärjestelmä on ollut Suomessa käytössä 15 vuotta ja ICD-10 on kolmas julkaistu suomalainen painos. ICD -tautiluokitusjärjestelmän alkuperäinen tarkoitus on ollut sairastavuuden ja kuolemansyiden tilastointi, mutta se on laajentunut kattamaan myös kliiniset, potilaan hoitoon liittyvät käyttötarkoitukset. (Komulainen 2011, 3.)

Traumaperäinen stressihäiriö diagnosoidaan ICD-10 -tautiluokitusjärjestelmän mukaan seuraavien kriteerien mukaisesti: henkilö on kohdannut erityisen uhkaavan lyhyt- tai pitkäaikaisen tilanteen tai tapahtuman, joka todennäköisesti tuottaisi henkistä ahdistusta kenelle tahansa. Tämän lisäksi henkilöllä ilmenee jokin seuraavista: jatkuvia muistikuvia, painajaisia, takautumia tai ahdistuneisuutta tapahtumasta muistuttavista asioista. Henkilö myös välttelee tapahtumasta muistuttavia asioita ja olosuhteita. Näiden lisäksi henkilöllä ilmenee vähintäänkin toinen seuraavista: kyvyttömyys muistaa keskeisiä asioita tapahtumasta tai osasta siitä tai henkilöllä on jatkuvia ylivireyden ja psyykkisen herkimisen oireita vähintään kaksi seuraavista: varuillaan olo ja liiallinen valppaus, jatkuva säpsähtely, ärtymys ja suuttumukset, keskittymisvaikeudet tai unettomuus. (Henriksson ja Lönnqvist 2017b.)

Traumaperäinen stressihäiriö voidaan diagnosoida, kun oireet ovat kaikkien oirepääryhmien osalta kestäneet haittaavalla tavalla yli kuukauden (kuvio 3) (Henriksson ja Lönnqvist 2017b; Huttunen 2017g). Häiriön kriteerit täyttyvät, kun oireet ilmenevät kuuden kuukauden sisällä traumaattisesta tapahtumasta. Joissakin tapauksissa myös myöhemmin ilmenneet oireet voidaan tulkita kuuluvan traumaperäiseen stressihäiriöön. (Henriksson ja Lönnqvist 2017b.) Pontevan (2016) mukaan tapahtuman ja oireiden alkamisen välinen aika ei saisi ylittää kuutta kuukautta, koska tämän jälkeen syy-yhteys on vaikeasti todettavissa.

### Oireiden kesto: yli kuukausi

- Henkilö on kohdannut poikkeuksellisen traumaattisen tilanteen.
- Tapahtumaan liittyen ilmenee jokin seuraavista: jatkuvia muistikuvia, takautumia, painajaisia tai ahdistuneisuutta.
- Välttämiskäyttäytyminen, liittyen tapahtumasta muistuttaviin asioihin.
- Toinen seuraavista:
  - A. Tapahtumaan liittyvien asioiden muistamattomuus osittain tai kokonaan
  - B. Henkilöllä on ylivireyden oireista vähintään kaksi: unettomuus, ärtymys, keskittymisvaikeudet, lisääntynyt valppaus ja jatkuva säpsähtely.
- Häiriön kriteerit täyttyvät, kun oireet ilmenevät 2-4 kuuden kuukauden sisällä traumaattisesta tapahtumasta.

KUVIO 3. Diagnostiset kriteerit ICD-10 mukaisesti. (Henriksson ja Lönnqvist 2017b; Huttunen 2017g).

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) on diagnostinen ja tilastollinen käsikirja mielenterveyshäiriöistä. DSM on yli 10 vuotta sitten suunniteltu opas, joka tarjoaa tukea kansainvälisille asiantuntijoille kaikissa mielenterveyteen liittyvissä näkökulmissa. (American Psychiatric Association 2018.) DSM-5 mukaan traumaperäisen stressihäiriön diagnostiset kriteerit ovat seuraavat: henkilö on kohdannut vakavan loukkaantumisen, seksuaalista väkivaltaa, kuoleman tai uhkaavan kuoleman. Tapahtuma on ollut vähintään yhdenmukainen seuraavista: jatkuvaa tai rajua altistumista tapahtuman sietämättömille yksityiskohdille, toiseen henkilöön kohdistuvan traumaattisen tapahtuman näkeminen, välitön trauman kokeminen tai tieto ystävälle tai läheiselle tapahtuvasta traumaattisesta tapahtumasta. Jos tapahtuma on ollut kuolema tai uhkaava kuolema, tapahtuman tulee olla tapaturmainen ja väkivaltainen. (Henriksson ja Lönnqvist 2017b.)

Toinen diagnostinen kriteeri on uudelleen kokemisen oireet. Tällöin tapahtuma koetaan yhä uudelleen ja uudelleen vähintään yhdellä tai useammalla tavalla: sietämättöminä, pakonomaisesti mieleen palautuvina ja ahdistavina mielikuvina tapahtumasta tai jatkuvina ja ahdistavina unina tai dissosiativisina reaktioina esimerkiksi takaumina tai voimakkaana ja pitkäkestoisena ahdistuksena tapahtumasta muistuttavia asioita kohtaan tai merkittävänä fysiologisina eli elintoimintoihin liittyvinä reaktioina tapahtumasta muistuttaviin asioihin. (Henriksson ja Lönnqvist 2017b.)

Kolmantena diagnostisena kriteerinä esiintyy välttämiskäyttäytyminen. Välttämiskäyttäytyminen ilmenee jatkuvana tapahtumasta muistuttavien asioiden välttämisenä. Välttämisen tulee ilmetä joko tapahtumasta muistuttavien tunteiden, ajatusten ja muistojen välttämisenä tai tapahtumasta muistuttavien tilanteiden, ihmisten, paikkojen ja toimintojen välttämisenä. (Henriksson ja Lönnqvist 2017b.)

Neljänten diagnostiseen kriteeriin kuuluu trauman jälkeen alkavia tai pahenevia mielialan ja kognition muutoksia vähintäänkin kaksi. Näitä muutoksia ovat: kyvyttömyys muistaa merkittäviä asioita tapahtumasta, muuttumaton negatiivinen käsitys itsestä, muista ja maailmasta, vääristyneet ajatukset tapahtumasta, tapahtuman syistä ja seurauksista sekä muiden syyttely tai itsesyytökset, muuttumaton negatiivinen tunnetila, etäännyminen ja vieraantuminen muista, kiinnostuksen väheneminen ennen tärkeisiin asioihin sekä kyvyttömyys osoittaa positiivisia tunteita. (Henriksson ja Lönnqvist 2017b.)

Viidennen diagnostiseen kriteeriin kuuluu tapahtuman jälkeen ilmeneviä reaktiivisuuden ja kohonneen vireystilan oireita tai niiden pahenemista. Oireita tulee olla vähintään kaksi tai enemmän. Näitä oireita ovat: unihäiriöt, säikkyminen, liiallinen varuillaanolo, keskittymisvaikeudet, piittaamattomuus ja itsetuhoinen käytös. (Henriksson ja Lönnqvist 2017b.)

Kaikkien yllä mainittujen oireiden tulee kestää vähintään yhden kuukauden ajan (kuvio 4). Lisäksi häiriön tulee aiheuttaa henkilölle kliinisesti huomattavaa kärsimystä tai haittaa sekä henkilökohtaisessa elämässä että työelämässä. Traumaperäinen stressihäiriö on pystyttävä erottamaan muista sairauksista ja lääkkeiden tai päihteiden käytön vaikutuksista. Traumaperäinen stressihäiriö on vii-

västyneesti alkanut jos diagnostiset kriteerit täyttyvät vasta kuuden kuukauden jälkeen tapahtumasta. (Henriksson ja Lönnqvist 2017b.)

### Oireiden kesto: yli kuukausi

- Henkilö on kohdannut vakavan loukkaantumisen, seksuaalista väkivaltaa, kuoleman tai uhkaavan kuoleman.
- Tapahtuman uudelleen kokeminen.
- Tapahtumasta muistuttavien asioiden välttäminen.
- Trauman jälkeisiä alkavia tai pahenevia mielialan ja kognition muutoksia.
- Reaktiivisuuden ja kohonneen vireystilan oireita tai niiden pahenemista.
- Häiriön tulee aiheuttaa henkilölle kliinisesti huomattavaa kärsimystä tai haittaa sekä henkilökohtaisessa- että työelämässä.
- Häiriön erottaminen muista sairauksista ja lääkkeiden tai päihteiden käytön vaikutuksista.

KUVIO 4. Traumaperäisen stressihäiriön diagnostiset kriteerit DSM-5 mukaisesti. (Henriksson ja Lönnqvist 2017b.)

## 2.4 Traumaperäinen stressihäiriö lapsilla ja nuorilla

Lapsen mieli on vielä hauras ja psyykkisesti kehittyvä, mikä traumatisoituu herkemmin kuin aikuisella. Mitä pienempi lapsi on, sitä vahvemmin traumaattinen kokemus vaikuttaa lapseen. Etenkin pienet lapset ja vauvat kuuluvat riskiryhmään, jotka ovat herkempiä traumatisoitumaan. Lapsen fyysinen tai psyykinen kaltoinkohtelu kasvuperheessä voi laukaista traumaperäisen stressihäiriön. Lisäksi lapsena tapahtuneesta traumatisoitumisesta voi seurata traumaperäisen stressihäiriön kroonistuminen ja kompleksoituminen. (Antervo 2017, 133; Viheriälä ja Rutanen 2010, 126.)

Lapsilla voi olla hyvin vahvoja reaktioita traumaattiseen tapahtumaan, mutta heidän oireensa voivat kuitenkin olla hyvin erilaisia kuin aikuisilla (National Institute of Mental Health 2016). Lasten oireet voivat ilmetä hyvin monimuotoisesti esimerkiksi somaattisina vaivoina, painajaisina, nukahtamiseen liittyvinä ongelmina, itkuisuutena, pelokkuutena, keskittymisvaikeutena, levottomuutena, käytösongelmina, uusien taitojen unohtumisena, taantumisena, eroahdistuksena sekä erilaisina jälkinä kuten mustelmina. Oireet ilmenevät lapsilla yleensä uusina tai pitkään jatkuneina. (Aronen ja Suomalainen 2016.)

Lapsilla voi esiintyä myös tyypillisiä traumaperäisen stressihäiriön oireita voimakkaan traumaattisen kokemuksen jälkeen. Oireet voivat ilmetä takaumina, välttämiskäyttäytymisenä, turtumisena ja yliviireystilan oirein. Oireita voi esiintyä myös silloin, kun traumaperäisen stressihäiriön diagnostiset kriteerit eivät täyty. Vaikeat tai jatkuvat traumakokemukset voivat haitata lapsen kokonaiskehittymistä ja terveyttä muuttamalla stressin säätelyyn vaikuttavien hormonien, geenien sekä aivojen välittäjä-



aineiden toimintaa. Muutokset heikentävät lapsen tunteiden ja käyttäytymisen säätelyä, sosiaalisten taitojen kehittymistä sekä muistitoimintoja. Nämä muutokset voivat näkyä lapsessa käyttäytymisen hallinnan puutteellisuutena, keskittymisvaikeutena, oppimisvaikeuksina, ahdistuneisuutena, aggressiivisuutena, pelkona, itsetunnon laskuna, masentuneisuutena, luottamuksen puutteena sekä somaattisina oireina. (Aronen ja Suomalainen 2016.)

DSM -tautiluokitukseen on luotu omat kehitystasoon paremmin soveltuvat diagnostiset kriteerit alle 6-vuotiaille ja yli 6-vuotiaille lapsille. Kriteerien tarkoitus on ottaa paremmin huomioon lasten traumakokemuksiin liittyvät oireet. (Aronen ja Suomalainen 2016.) Alle 6-vuotiailla lapsilla oireet voivat ilmetä sängyn kasteluna jo kuivaksi oppimisen jälkeen, puheen tuottamisen unohtamisena tai puhekyvyttömyytenä, toistuvana tapahtuman läpikäymisenä leikin aikana tai erityisenä takertuvuutena omaan vanhempaan tai muuhun aikuiseseen (National Institute of Mental Health 2016).

DSM-5 mukaan alle 6-vuotiailla lapsilla traumaperäisen stressihäiriön diagnostiset kriteerit täyttyvät, kun lapsi on altistunut traumaattiselle tapahtumalle, lapsella on yksi tai useampi trauman uudelleen kokemisen oire, lapsella on yksi tai useampi negatiivinen muutos kognitiossa tai välttämiskäyttäytymistä sekä lapsella on vähintään kaksi oiretta liittyen kohonneeseen vireystilaan. Diagnoosin määrittämiseksi oireiden tulee kestää vähintään kuukauden ajan. (Phoenix Australia s.a.b.)

Yli 6-vuotiailla lapsilla traumaperäinen stressihäiriö voidaan diagnosoida traumaattisen tapahtuman kokemisen lisäksi, silloin kun oireina ovat: yksi tai useampi trauman uudelleen kokemisen oire, välttämiskäyttäytyminen, vähintään kaksi negatiivista muutosta mielialassa tai kognitiossa ja vähintään kaksi oiretta liittyen kohonneeseen vireystilaan. Näidenkin oireiden tulee kestää vähintään kuukauden ajan, jotta traumaperäinen stressihäiriö voidaan diagnosoida. (Phoenix Australia s.a.b.)

Nuorilla traumaperäisen stressihäiriön oireet eivät juuri poikkea aikuisten oireista. Traumaperäiseen stressihäiriöön kuuluvat ylivireystilan oireet saattavat nuorilla ilmetä impulsiivisena riskikäyttäytymisenä. Nuoren oireet voivat olla monimuotoisia ja näyttäytyä muun muassa käytöshäiriöinä, mielialanvaihteluina, voimakkaina ahdistusoireina, itsetuhoisuutena ja päihteiden käyttönä. Nuoret ovat herkempiä oireilemaan jos tapahtuma on ollut läheisen kaltoinkohtelu, seksuaalinen hyväksikäyttö tai vanhempiin kohdistuva uhkailu, loukkaantuminen tai kuolema. Luonnonkatastrofit tai suuronnettomuudet eivät juuri tuota nuorille oireita, mikäli tapahtuma ei kosketa heitä tai heidän läheisiään. (Aronen ja Suomalainen 2016.)

Traumaattisen tapahtuman jälkeen nuoruusiän psyykinen kehitys voi häiriintyä tai keskeytyä jolloin nuoruusiän kehitystehtävät vaikeutuvat. Kehitystehtäviin kuuluu oman identiteetin vahvistuminen, persoonallisuuden kehittyminen, itsenäistyminen sekä oman seksuaalisuuden vahvistuminen. Näistä seuraa yleensä pitkään jatkuvia vaikutuksia aikuisiän mielenterveyteen. (Aronen ja Suomalainen 2016.) Ensijaisesti lapsena tai nuorena, mutta myös aikuisena koetusta traumaattisesta tapahtumasta voi seurata myös erilaisia dissosiativisia häiriöitä. Dissosiativiset häiriöt voivat ilmetä muun muassa ajatusten, tunteiden ja tekojen erillisyytenä tai hajanaisuutena. (Huttunen 2017g.)

Lasten ja nuorten traumaperäisen stressihäiriön oireiden oikea aikainen tunnistaminen mahdollistaa tarvittavan hoidon oikea aikaisen aloittamisen. Taustalla voi olla myös selvitettävä stressitilanne, joka voi vaatia lastensuojelullisia keinoja. Oireista tulisi aina kysyä lapselta tai nuorelta, mutta myös vanhemmilta, mahdollisimman neutraaliin sävyyn. Lasten ja nuorten diagnoosin määrittämisessä tulee ottaa huomioon riskitekijöiden kertyminen, muiden samanaikaisesti esiintyvien häiriöiden sekä kroonisen traumatisoitumisen mahdollisuus. Diagnoosin määrittämistä voi hankaloittaa lapsen tai nuoren puhumattomuus sekä kokemusten kieltäminen. (Aronen ja Suomalainen 2016.)

## 2.5 Hoitosuositukset Suomessa

Traumaattisen tapahtuman jälkeen tilanteen alkuselvittelyihin tulee varata riittävästi aikaa. Erityistä huomiota tulee kiinnittää erityisryhmiin, kuten lapsiin ja jo ennen tapahtumaa psyykkisesti tai fyysisesti sairaisiin. Alkuselvittelyihin varataan aikaa riittävästi siksi, jotta tapahtuma voidaan käydä potilaan kanssa rauhassa läpi. Jos potilas ei ole valmis keskustelemaan tilanteesta, häntä ei tule painostaa. Tapahtuman jälkeen tärkeintä on diagnosointi, fyysisten vammojen hoito, turvallisen ympäristön luominen sekä tiedon jakaminen potilaalle. Nämä lisäävät potilaan turvallisuuden tunnetta ja ovat osana psykososiaalista tukea antavaa hoitoa (kuvio 5). (Traumaperäinen stressihäiriö: Käypä hoito -suositus 2014.)

Potilaalle tulee tapahtuman jälkeen järjestää seuranta sekä keskustelumahdollisuus kriisiapuun perehtyneen henkilön kanssa esimerkiksi terveyskeskuksessa tai työterveyshuollossa. Tämän on todettu auttavan potilaita, joilla oireet ovat lieviä, sekä henkilöitä, joilla traumaperäinen stressireaktio on kehittymässä traumaperäiseksi stressihäiriöksi. Kertaistuntona toteutettavan psykologisen jälkipuinnin eli debriefingin ei ole todettu olevan traumaperäisen stressihäiriön hoidon kannalta riittävää. Kertaluonteinen debriefing ei myöskään estä traumaperäisen stressihäiriön kehittymistä, vaan voi jopa johtaa stressioireiden lisääntymiseen. (Traumaperäinen stressihäiriö: Käypä hoito -suositus 2014.)

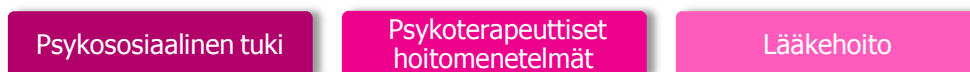
Lieviä ja lyhytaikaisia 1-2 kuukautta kestäneitä traumaperäisen stressihäiriön oireita voidaan hoitaa perusterveydenhuollossa, työterveyshuollossa tai opiskelijaterveydenhuollossa psykiatrisen konsultaation tukemana. Lisäksi oireita voidaan hoitaa esimerkiksi kuntoutusyksikössä, mikäli hoitohenkilökunnalla on siihen riittävä lisäkoulutus. Hoito on yleensä avohoitoa, mutta jos hoidon alussa tarvitaan tutkimuksia esimerkiksi toimintakyvyn laskun, monihäiriöisten tai vaikeiden oireiden vuoksi, hoito voidaan aloittaa sairaalassa. (Henriksson ja Lönnqvist 2017b; Traumaperäinen stressihäiriö: Käypä hoito -suositus 2014.) Jos oireet ovat hyvin voimakkaita, pitkittyneitä tai hoitoon reagoimattomia tulee lähiviikkojen aikana kääntyä psykologin, psykiatrin tai muiden traumaperäisen stressihäiriön hoitoon erikoistuneiden hoitoyksiköiden puoleen. (Huttunen 2017g; Henriksson ja Lönnqvist 2017b; Traumaperäinen stressihäiriö: Käypä hoito -suositus 2014.)

Traumaperäisen stressihäiriö ensisijaisena hoitomuotona pidetään psykoterapeuttisia hoitomenetelmiä, mutta psykoterapian sijaan voidaan käyttää myös lääkitystä tai näiden hoitomenetelmien yhdistelmiä (kuvio 5.). Hoitomenetelmä valitaan aina potilaskohtaisesti ottaen huomioon potilaan oireet, oireiden keston ja potilaan omat toiveet. Psykoterapiaa ei voida kuitenkaan toteuttaa, mikäli henki-

löllä on samanaikaisia muita psyykkisiä häiriöitä, kuten vaikeaa masennusta tai päihderiippuvuutta. Ennen psykoterapia aloitusta on siis hoidettava mahdolliset muut psyykkiset häiriöt. (Henriksson ja Lönnqvist 2017b; Traumaperäinen stressihäiriö: Käypä hoito -suositus 2014.)

Traumaperäisen stressihäiriön hoidossa voidaan käyttää useita erilaisia psykoterapeuttisia hoitomenetelmiä (Huttunen 2017g, Traumaperäinen stressihäiriö: Käypä hoito -suositus 2014). Tutkimuksissa on todettu, että traumakeskeiset terapiat olisivat mahdollisesta tehokkaampia kuin terapiat, jotka eivät ole traumakeskeisiä. (Traumaperäinen stressihäiriö: Käypä hoito -suositus 2014.) Dyregrovin (2013) mukaan traumakeskeinen terapia keskittyy konkreettisiin ongelmiin. Terapiamuotoina voivat olla esimerkiksi altistusterapia, kognitiivinen käyttäytymisterapia, EMDR tai muut menetelmät. Traumakeskeisessä terapiassa käsitellään ajatuksia, kuvitelmia, muistoja, turtumusta, välttämiskäyttäytymistä ja ylivireystilan oireita. Traumakeskeistä kognitiivista käyttäytymisterapiaa on mahdollista järjestää sekä yksilö- että ryhmämuotoisena.

Yli kolme kuukautta ja pidempään jatkuneiden oireiden hoidossa on kognitiivinen käyttäytymisterapia sekä EMDR -menetelmä ovat tehokkaaksi havaittuja hoitomuotoja. Vähäisten tutkimusten vuoksi psykodynaamisen psykoterapian, tukea antavan neuvonnan ja hypnoosihoidon tehokkuudesta ei ole varmuutta. Jos alkuvaiheen hoidot eivät ole potilaalle riittäviä, tulee hänelle tarjota tehokkaita psykoterapian hoitomenetelmiä. (Traumaperäinen stressihäiriö: Käypä hoito -suositus 2014.) Henrikssonin ja Lönnqvistin (2017b) mukaan traumaperäisen stressihäiriön kesto näyttäisi olevan lyhyempää heillä, jotka ovat saaneet hoitoa kun taas heillä, jotka ovat jääneet ilman hoitoa.



KUVIO 5. Traumaperäisen stressihäiriön hoitomenetelmät. (Henriksson ja Lönnqvist 2017b; Traumaperäinen stressihäiriö: Käypä hoito -suositus 2014.)

### 2.5.1 Psykososiaalinen tuki

Kaksi kolmasosaa ihmisistä toipuu järkyttävistä tapahtumista omin voimin ja läheistensä tuella, ilman ulkopuolista ammattiapua. Kuitenkin monien järkyttävien tapahtumien jälkeen järkytyksen tunnistaminen ja ammattiavun saaminen on usein tarpeellista. Psykososiaalisen tuen tarpeen arvioinnissa erityishuomioon tulee aina muistaa ottaa lapset ja nuoret. Psykososiaalista tukea tarvitaan yleensä myös silloin, jos tapahtuma on koskettanut koko perhettä tai jopa suurempaa yhteisöä. Lisäksi psykososiaalista tukea voivat tarvita myös sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöt sekä muut tapahtumassa auttaneet henkilöt. (Henriksson ja Lönnqvist 2017a.)

Psykososiaalisen tuen ja palvelujen järjestäminen on Suomessa lakisääteistä sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa. Psykososiaalinen tuki on psyykkisestä, sosiaalisesta ja hengellisestä tuesta muodostuva kokonaisuus, jonka tavoitteena on ehkäistä ja lievittää traumaattisesta tapahtumasta seu-

ranneita psyykkisiä ja sosiaalisia seuraamuksia. Psykososiaalinen toiminta on moniammatillista yhteistyötä hoitohenkilöstön, lääkäreiden, psykologien sekä sosiaalityöntekijöiden välillä. (Henriksson ja Lönnqvist 2017a.)

Psykososiaalisen tuen määrä määritellään trauman sekä oireiden vaikeuden perusteella. Tapahtuman jälkeistä psykososiaalista tukea ja palveluja jatketaan tarpeen vaatiessa. Psykososiaalista tukea saavat myös henkilöt, joille on jo aloitettu traumaperäisen stressihäiriön lääkehoito. Psykososiaalisen tuen lisäksi osa potilaista voi tarvita kriisipsykiatrista ja kriisipsykologista apua. Havainnoivien tutkimusten perusteella on päätelty, että mielenterveyden häiriöt liittyvät muun muassa sosiaalisten tukitoimien vähäisyyteen. (Traumaperäinen stressihäiriö: Käypä hoito -suositus 2014.)

### 2.5.2 Psykoterapia

Psykoterapia on terveydenhuollon järjestämää tavoitteellista toimintaa, jota voi antaa psykoterapiaan pätevöitynyt psykoterapeutti. Psykoterapiaa voidaan antaa henkilöille, joilla on psyykinen häiriö tai jokin muu psykoterapialla autettavissa oleva ongelma. Psykoterapeutti auttaa henkilöitä muokkaamaan haitallisia ajatuksia, tunteita, asenteita ja käyttäytymistä. Psykoterapian tavoitteena on lisätä psyykkistä terveyttä ja toimintakykyä, vähentää tai poistaa psyykkisiä häiriöitä ja niihin liittyviä ongelmia, tukea psyykkistä kasvua sekä kehitystä ja vahvistaa henkilön omia valmiuksia ratkaista ongelmiaan. (Lönnqvist ja Marttunen 2017, 779–780.) Huttusen (2017f) mukaan psykoterapian tavoitteena on tunnistaa, muokata uudelleen sekä poistaa oireita muodostavia ajatus- ja toimintamalleja, lisätä potilaan tietoisuutta oireita ylläpitävistä ajatuksista ja toimintamalleista sekä löytää tilalle uusia toimivia toimintamalleja suhtautua itseensä sekä muihin.

Yksi traumaperäisen stressihäiriön hoitoon käytettävistä psykoterapian hoitomuodoista on kognitiivinen käyttäytymisterapia (KKT). Kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa käsitellään ihmisen menettelyä ja käyttäytymistä, eli ihmisen toimintaa ja ajattelua erilaisissa ongelmanratkaisutilanteissa. Kognitiivisen käyttäytymisterapian tavoitteena on opettaa potilaalle uusia toimivampia ajattelu- ja toimintatapoja ongelmatilanteista selviämiseksi. (Tuomisto ja Lappalainen 2015, 84, 92, 99.)

Kognitiivinen käyttäytymisterapia etenee tyypillisesti ensin potilaan tilanteen selvittelyllä ja käyttäytymisanalyysillä sitten tavoitteiden pohdinnalla, tavoitteiden määrittelyllä, sopimuksen laatimisella, hoitotoimenpiteillä ja potilaan seurannalla. Kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan kuuluvia tyypillisiä piirteitä ovat tavoitteellinen työskentelytapa, keskittyminen nykyisiin ongelmiin ja niiden ratkaisemiseen, harjoitus- ja kotitehtävien käyttö, yksilöllisesti suunniteltu hoito, terapeutin suhde, hoitomenetelmien avoimuus, eettisyys ja terapian tuloksellisuuden arviointi. (Tuomisto ja Lappalainen 2015, 84, 100.)

### 2.5.3 EMDR -hoitomenetelmä

EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) eli silmänliikkeillä poisheristäminen ja uudelleen prosessointi on tehokas traumaterapian hoitomenetelmä, jonka toimintamekanismia ei kui-

tenkaan täysin tunnetta. Menetelmän avulla voidaan käsitellä nykyisiä hankalia tilanteita sekä aikaisempia hankalia kokemuksia, ajatuksia ja tuntemuksia. EMDR -menetelmän avulla hankalat muistot alkavat muotoutua uudelleen ja niiden käsittely helpottuu. EMDR -menetelmän on todettu olevan tehokas hoitomuoto etenkin yksittäisten traumaattisen kokemuksen uudelleenprosessoisissa, mutta menetelmää voidaan käyttää myös yhtenä hoitokeinona kompleksisen trauman psykoterapiaprosessissa. (Kauppi ja Turunen 2016.) Erityisesti EMDR -menetelmää käytetään traumaperäisen stressihäiriön hoidossa (Suokas-Cunliffe 2015, 159).

EMDR -menetelmässä voidaan käyttää kaksisivuisia ärsykeitä, kuten puolelta toiselle vaihtuvia silmänliikkeitä, ääniä tai taputuksia. EMDR -menetelmää voidaan verrata REM-unessa tapahtuviin nopeisiin silmänliikkeisiin, jonka aikana silmät liikkuvat nopeasti puolelta toiselle. EMDR -menetelmä mukaillee siis luonnollista, unessa tapahtuvaa keinoa käydä läpi elämystodellisuuden liittyviä muistoja. (Kauppi ja Turunen 2016.) EMDR -menetelmässä potilasta voidaan esimerkiksi pyytää keskittymään traumaan liittyviin negatiivisiin ajatuksiin, tunteisiin ja kehon tuntemuksiin, samalla kun potilas seuraa silmillään terapeutin sormen liikettä näkökenttensä yli 20–30 sekunnin ajan tai pidempään. Tapahtuma voidaan toistaa useampaan kertaan. EMDR -menetelmässä on useampia hoitoelementtejä, jotka ovat verrattavissa kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan. (Phoenix Australia a.s.b.)

EMDR on jaettavissa kahdeksaan eri vaiheeseen. Ensimmäiseen vaiheeseen kuuluu tapauksen käsitteellistäminen ja terapeutin hoitosuunnitelman tekeminen. Toiseen vaiheeseen kuuluu potilaan vakauttaminen ja valmistaminen tulevaan trauma-työskentelyyn. Vaiheissa 3-8 keskitytään lähestymään ja käsittelemään traumaattisia muistoja, jotka ovat tämänhetkisten ongelmien ydin. EMDR -menetelmä on todettu hyvin tehokkaaksi menetelmäksi traumaperäisen stressihäiriön hoitoon ja tätä menetelmää pidetäänkin yhtenä tärkeimpänä hoitovaihtoehtona traumaperäisen stressihäiriön hoidossa. Kroonistuneeseen traumaperäiseen stressihäiriöön EMDR ei kuitenkaan ole ensisijainen hoitovaihtoehto. EMDR -menetelmän on tutkimuksissa todettu olevan vaikuttavampi hoitomuoto traumaperäisen stressihäiriön hoitoon, kuin aktiiviseen kuunteluun perustuvien hoitomuotojen. Näin on todettu olevan etenkin yksittäisten traumojen hoidossa. EMDR:llä ei ole todettu olevan haittavaikutuksia. (PsyJuridica Oy 2014.)

#### 2.5.4 Lääkehoito

Lääkehoito on toissijainen hoitomuoto traumaperäisen stressihäiriön hoidossa. Ensisijaisena hoitona käytetään psykososiaalista hoitoa, kuten esimerkiksi kognitiivista psykoterapiaa. Lääkehoitoa pidetään aiheellisena silloin, kun psykoterapia ei auta tai silloin kun traumaperäistä stressihäiriötä sairastavan oireet ovat voimakkaita tai aiheuttavat jatkuvaa toimintakyvyn alenemista. (Henriksson ja Lönnqvist 2017 b; Huttunen 2017g; Koek 2017, 18; Phoenix Australia s.a.b; Traumaperäinen stressihäiriö: Käypä hoito-suositus 2014.)

Traumaperäisen stressihäiriön hoidossa ensisijaisia lääkkeitä ovat SSRI-masennuslääkkeet. SSRI-lääkkeet ovat masennuslääkkeitä, joita kutsutaan selektiivisiksi serotoniinin takaisinoton estäjiksi.

(Henriksson ja Lönnqvist 2017b; Huttunen 2017g; Phoenix Australia, s.a a; Traumaperäinen stressihäiriö: Käypä hoito-suositus 2014.) SSRI-lääkkeistä tehokkaimmiksi on todettu paroksetiini ja sertraliini (Henriksson ja Lönnqvist 2017b; Koek 2017, 17; Traumaperäinen stressihäiriö: Käypä hoito -suositus 2014). Trisyklisiä masennuslääkkeitä käytetään toissijaisena vaihtoehtona traumaperäisen stressihäiriön hoitoon, niiden haittavaikutusten vuoksi. SNRI- eli serotoniinin ja noradrenaliinin takaisinoton estäjiin kuuluvalla venlafaksiinilla on todettu olevan tehokas vaikutus traumaperäisen stressihäiriön hoidossa. SNRI-lääkkeisiin kuuluvaa mirtatsapiinia käytetään väsyttävän vaikutuksen vuoksi traumaperäisen stressihäiriön unettomuuden hoidossa. (Henriksson ja Lönnqvist 2017b; Traumaperäinen stressihäiriö: Käypä hoito -suositus 2014.) SNRI-lääkkeet ovat serotoniinin ja noradrenaliinin takaisinoton estäjiä (Huttunen 2017b).

Masennuslääkityksen aloitus tehdään hitaasti annosta nostamalla. Masennuslääkityksen vaikutus alkaa traumaperäisen stressihäiriön oireiden hoidossa hitaammin, kuin masennuksen hoidossa. Todellinen hoitovaste on näkyvässä vasta 6-8 viikon jälkeen, jonka jälkeen voidaan vasta arvioida lääkkeen tehokkuutta. Jos hoitovastetta ei jollekin masennuslääkkeille löydy, niin on perusteltua kokeilla yhtä tai kahta toisen ryhmän masennuslääkettä, ennen kuin masennuslääkityksestä luovutaan kokonaan. Tutkimusnäyttö osoittaa, että sopiva masennuslääke edesauttaa psykoterapian toteuttamista. (Henriksson ja Lönnqvist 2017b; Traumaperäinen stressihäiriö: Käypä hoito -suositus 2014.)

Bentsodiatsepiineja ei suositella käytettäväksi traumaperäisen stressihäiriön hoidossa kuin ainoastaan tilanteissa, joissa hoidetaan lyhytaikaisesti kärsimystä ja ahdistuneisuutta. Bentsodiatsepiinin käytöstä traumaperäisen stressihäiriön hoitoon ei ole löydetty hoitovastetta. Lisäksi bentsodiatsepiinin pitkäaikaiskäyttöön liittyy huomattava riippuvuuden syntymisen riski. Psykoosilääkkeitä kuten risperidonia, olantsapiinia ja ketiapiinia on käytetty traumaperäisen stressihäiriön oireiden lievittämiseen yhdistettynä muuhun psykiatrisen hoidon lääkehoitoon. Psykoosilääkkeitä ei kuitenkaan pidetä ensisijaisena traumaperäisen stressihäiriön lääkehoitossa sen niukan näytön vuoksi. (Henriksson ja Lönnqvist 2017b; Traumaperäinen stressihäiriö: Käypä hoito -suositus 2014.)

### 2.5.5 Lasten ja nuorten hoitosuositukset Suomessa

Psykologista jälkipuintia eli debriefingiä ei suositella lapsille ja nuorille, koska tästä ei ole osoitettu olevan hyötyä traumaperäisen stressihäiriön ehkäisemisessä, vaan sen on todettu olevan jopa haitallista (Haravuori, Suomalainen, Turunen ja Viheriälä 2016). Traumaperäinen stressihäiriö: Käypä hoito -suosituksen (2014) mukaan heti traumaattisen tapahtuman jälkeen tapahtuvaa yhden istunnon debriefing ei ole suositeltavaa, koska sen vaikuttavuudesta ei ole varmuutta. Sen sijaan suositeltavaa on, että vanhemmat osallistuisivat lasten hoitoon mahdollisuuksien mukaan. Lapsia ja vanhempia tulee tukea riittävästi ja kertoa traumasta sekä trauman vaikutuksista, lapsen kehitysvaihe huomioon ottaen. Traumaperäisen stressihäiriön oireet ja mahdolliset oireiden muutokset tulee tutkia tarkkaan, osana yksilöllistä seuranta. Traumaperäistä stressihäiriötä voi esiintyä kaikenikäisillä lapsilla, vaikkei tutkimustietoa aiheesta alle 7-vuotiailla juuri ole.

7–18-vuotiailla lapsilla ja nuorilla traumakeskeisen kognitiivisen käyttäytymisterapian on todettu olevan ilmeisen vaikuttava hoitomenetelmä. Psykodynaamisen terapian ja leikkiterapian vaikutuksista ei ole lasten ja nuorten hoidosta riittävää tutkimusnäyttöä. Rentoutuksen, stressinhallinnan ja aktiivisen kuuntelun tehokkuudesta ei ole myöskään varmuutta. Rutiinimaisella tuella on todettu olevan riittämätön vaikutus traumaperäisen stressihäiriön oireiden hoidossa. Sen sijaan 8-9 hoitotapaamista kestävä kognitiivista käyttäytymisterapiaa suositellaan yli 7-vuotiaille lapsille, joilla on vaikeita traumaperäisen stressihäiriön oireita ja joilla on kuukauden kuluessa traumaattisesta tapahtumasta diagnosoitu traumaperäinen stressihäiriö. Kognitiivista käyttäytymisterapiaa suositellaan myös kroonista traumaperäistä stressihäiriötä sairastaville. Terapian kesto määräytyy käsiteltävän trauman ja lapsen kehitystason mukaisesti. (Haapasalo-Pesu ja Karukivi 2016; Traumaperäinen stressihäiriö: Käypä hoito -suositus 2014.)

EMDR -menetelmää suositellaan lasten ja nuorten traumaperäisen stressihäiriön hoitomenetelmäksi. EMDR -menetelmä voidaan käyttää sekä yksittäisen traumaattisen tapahtuman, että kroonistuneen traumaperäisen stressihäiriön hoidossa, mutta sitä ei suositella käytettäväksi trauman akuuttivaiheessa. Lääkehoitoa ei suositella lasten ja nuorten traumaperäisen stressihäiriön hoitoon. Ainoastaan tilanteissa, joissa psykoterapialla ei ole saavutettu haluttua vastetta, voidaan lääkehoidon aloitusta harkita. Tällöin ensisijaisena lääkkeenä pidetään SSRI-lääkkeitä. (Haapasalo-Pesu ja Karukivi 2016; Traumaperäinen stressihäiriö: Käypä hoito -suositus 2014.)

## 2.6 Traumaperäisen stressihäiriön tunnistaminen terveydenhuollossa

Sairaanhoitajat ovat terveydenhuollon ammattilaisia, joiden tulee parhaansa mukaan osata auttaa eri-ikäisiä yksilöitä, perheitä ja yhteisöjä erilaisissa elämäntilanteissa. Sairaanhoitajan tulee tukea ja auttaa potilaita, omaisia ja läheisiä. Sairaanhoitajan tehtäviin kuuluu edistää ja ylläpitää väestön terveyttä, ehkäistä erilaisia sairauksia sekä helpottaa kärsimystä. Sairaanhoitajan tehtävä on myös kuunnella potilasta ja edistää potilaan hyvää oloa. Sairaanhoitajan työtehtävät ovat monipuolisia ja työ vaatii tarkkuutta sekä huolellisuutta. Työtehtäviin kuuluu muun muassa potilaan neuvontaa, ohjaamista, tukemista, tutkimusten tekemistä, hoitotyötä, lääkehoitoa, hoitotyön suunnittelua ja hoidon vaikuttavuuden seuranta. (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala ja Vuorinen 2015, 18–19, 465).

Sairaanhoitajien työtehtäviin kuuluu olennaisesti myös tunnistaa ja auttaa mielenterveyden häiriöitä sairastavia. Mielenterveyden häiriöstä kärsii joka neljäs suomalainen. Suomessa on tutkittu, että jopa noin puolet mielenterveyden häiriöistä jää tunnistamatta perusterveydenhuollossa. (Suvisaari, Joukamaa ja Lönnqvist 2017a.) Mielenterveyden häiriöt ja päihdeongelmat ovat kansanterveysongelma ja Suomessa suurin syy työkyvyttömyyseläkkeelle jäämiseen on mielenterveyden häiriöt. Vain viidesosa mielenterveyden häiriötä sairastavista saa riittävää psykiatrista hoitoa ja jopa puolet jää kokonaan ilman hoitoa. Suurin osa mielenterveyden häiriöistä kohdataan peruspalveluissa, jossa olisi tärkeää osata tunnistaa ajoissa mahdolliset mielenterveyden ongelmat. (Suvisaari, Joukamaa ja Lönnqvist 2017b.) Traumaperäiset stressireaktiot ja traumaperäinen stressihäiriö ovat melko tavan-

omaisia mielenterveyden häiriöitä, joita esiintyy kaikenikäisillä ja jotka tulee osata tunnistaa kaikkialla terveydenhuollossa (Traumaperäinen stressihäiriö: Käypä hoito -suositus 2014).

Williams (2017, 619), Haikonen ja Kataja (2004, 314–317) pitävät traumaperäisen stressihäiriön tunnistamista ja hoitoa haasteena koko terveydenhuoltojärjestelmälle. Perusterveydenhuollossa traumaperäinen stressihäiriö jää usein tunnistamatta. Syynä tähän pidetään terveydenhuollon puutteellista kykyä tunnistaa traumaperäisen stressihäiriön oireita muista mielenterveyshäiriöistä. Syynä voi olla potilaiden traumahistorian selvittämättömyys ja se etteivät potilaat yleensä itse osaa yhdistää oireitaan traumaattiseen tapahtumaan. Myös potilaan mielialan muutokset ja kognitiiviset muutokset voivat vaikuttaa niin, että henkilö hakeutuu hoitoon viiveellä ja ettei hän tunnista oireidensa johtuvan traumaattisesta tapahtumasta. (Henriksson ja Lönnqvist 2017a.)

Traumaperäisen stressihäiriön tunnistamiseksi terveydenhuollon ammattilaisten on tärkeää tietää, mitä henkilölle on tapahtunut ja miten tapahtuma on muuttanut hänen vointiaan. Henkilö ei yleensä itse tunnista kärsivänsä traumaperäisestä stressihäiriöstä, vaan voi hakea apua esimerkiksi unettomuuteen tai ahdistusoireisiin. (Henriksson ja Lönnqvist 2017a.) Lisäksi traumatisoituneilla henkilöillä voi esiintyä somaattisia oireita, joita he eivät itse osaa aina yhdistää traumaattiseen tapahtumaan. Oireita ei voida hoitaa tai parantaa lääketieteellisin keinoin, jos lääketieteellistä syytä ei löydetä. (Antervo 2017, 136–137.)

## 2.7 Muiden psykiatristen sairauksien poissulkeminen

Suurimmalla osalla traumaperäistä stressihäiriötä sairastavista on myös jonkin muu häiriö, kuten mielialahäiriö tai alkoholismi ja kahden yhtäaikaisen mielenterveyden häiriön esiintyminenkään ei ole epätavallista (Ponteva 2016). Tällöin jokaiselle häiriölle tulee asettaa oma diagnoosinsa. (Henriksson ja Lönnqvist 2017a.) Lönnqvistin (2017) mukaan traumaperäisen stressihäiriön oireet ovat usein hyvin samankaltaiset kuin monissa ahdistuneisuushäiriöissä ja muissa mielialahäiriöissä. Näin ollen osa traumaperäistä stressihäiriötä sairastavista diagnosoidaan usein masennukseksi, somatisaatiohäiriöksi tai muuksi ahdistuneisuushäiriöksi (Larivaara 2009).

Traumaperäisissä tiloissa voi esiintyä paniikkikohtauksen kaltaisia oireita (Huttunen 2017e). Traumaperäinen stressihäiriö tulee erottaa muun muassa paniikkihäiriöstä, dissosiaatiohäiriöstä, määräkohtaisesta pelkohäiriöstä, trauman jälkeisestä pitkittyneestä masennusreaktiosta sekä yleistyneestä ahdistuneisuushäiriöstä ilman stressitapahtuman vaikutusta. Lisäksi traumaperäinen stressihäiriö tulee erottaa stressialtistuksen aiheuttamasta muusta uusiutuneesta psyykkisestä häiriöstä, sopeutumishäiriöistä, muista vaikean stressin reaktioista sekä autonomista ylivireyttä aiheuttavista fyysisistä syistä (kuvio 6). Autonomista ylivireyttä aiheuttavia fyysisiä syitä voivat olla muun muassa aivovamma, kilpirauhasen liikatoiminta, stimulanttien käyttö, adrenaliinin tai kortisolien liikatuotanto, joidenkin psykoaktiivisten aineiden aiheuttamat myrkytykset sekä joidenkin psyykenlääkkeiden vieritusvaiheet. (Traumaperäinen stressihäiriö: Käypä hoito -suositus 2014.)



Traumaperäisen stressihäiriön erotusdiagnostiikkaan kuuluu potilaan huolellinen haastattelu, oireiden kartoitus, kliininen psykologin tutkimus sekä autonomista ylivireyttä aiheuttavien fyysisten syiden poissuljenta (Traumaperäinen stressihäiriö: Käypä hoito -suositus 2014). Erotusdiagnostiikassa tulee ottaa huomioon myös se, että jos henkilö on ennen traumaattista tapahtumaa kärsinyt mielen-terveyshäiriöistä, voi traumaattinen tapahtuma pahentaa aiempaa sairautta ilman traumaperäisen stressihäiriön syntymistä (Henriksson ja Lönnqvist 2017a).

#### Traumaperäinen stressihäiriö tulee osata erottaa:

- Masennustiloista
- Somatisaatiohäiriöstä
- Erilaisista ahdistuneisuushäiriöistä
- Paniikkihäiriöstä
- Dissosiaatiohäiriöstä
- Määräkohtaisesta pelkohäiriöstä
- Sopeutumishäiriöstä
- Erilaisista stressireaktioista
- Muista psyykkisistä häiriöistä
- Fyysisistä syistä

KUVIO 6. Traumaperäisen stressihäiriön erottaminen. (Traumaperäinen stressihäiriö: Käypä hoito -suositus 2014.)

### 3 OPPIMISMENETELMÄT OPPIMATERIAALISSA

Opettaminen on tavoitteellista ja vuorovaikutuksellista toimintaa, jonka tavoitteena on opiskelijoiden laadullinen ja syvälinen oppiminen sekä yksilöllinen kehittyminen. Opettamista ohjaa opetussuunnitelma, josta ilmenee oppimiselle asetetut tavoitteet. Näin ollen opetussuunnitelma ohjaa koko koulutuksellista toimintaa. Laadukas opettaminen ei vielä kuitenkaan takaa opiskelijoiden oppimista, vaan oppiminen vaatii opiskelijoilta omaa aktiivisuutta eli opiskelua. Opiskelu perustuu vuorovaikutukseen opiskeltavien asioiden ja opiskelijoiden välillä, jonka tavoitteena oppiminen on. Opiskelijoiden oppiminen rakentuu sille miten paljon opiskelijat käyttävät aikaa sekä resursseja opiskeluun. Koska oppiminen toteutuu opiskelijoiden itsenäisen ajattelun avulla, opiskelijoiden syvälinen oppiminen mahdollistuu silloin, kun opiskelijat varaavat opiskeluun riittävästi aikaa. (Hyppönen ja Lindén 2009, 11.)

Opetussuunnitelman mukaisesti opiskelu on opiskelijoille määritettyjen osaamistavoitteiden saavuttamista. Oppiminen voidaan määritellä tiedon, taidon, asenteiden sekä ymmärtämisen kehittymisenä. Vaikka opettajan ja opiskelijoiden keskinäisen kanssakäymisen päämääränä on opiskelijoiden oppiminen, opettaja pystyy vaikuttamaan opiskelijoiden oppimiseen vain vähän. Oppiminen on toisin sanottuna tulosta opiskelijoiden omasta opiskelusta eikä opettamisesta. Erilaisia opetuskäytäntöjä käytetään kuitenkin, jotta saataisiin opiskelijat saavuttamaan opiskeluprosessissa tavoitteeksi asetetut vaatimukset. (Hyppönen ja Lindén 2009, 11.)

Hyppösen ja Lindénin (2009, 11) mukaan oppiminen pohjautuu hyvin suunniteltuun opintojaksoon. Opintojakson valmisteleminen tulee aloittaa määrittelemällä opiskelijoille osaamistavoitteet. Osaamistavoitteet ohjaavat opintojakson kulkua, ovat pohjana oppimiselle sekä toimivat arvioinnin pohjana. Osaamistavoitteita määriteltäessä on hyvä huomioida opiskelijoiden taustat, ymmärryksen taso sekä osaamisen lähtökohta. Osaamistavoitteiden päämääränä opiskelijoille on saavuttaa laadukasta oppimista. Tavoitteiden toteutumiseksi osaamistavoitteista, opetusmenetelmistä, sekä arviointimenetelmistä pyritään laatimaan toisiaan täydentävä kokonaisuus. Opetus- ja arviointimenetelmien tulee olla sellaisia, että ne kannustavat opiskelijoita sitoutumaan opiskeluun sekä kannustavat opiskelijoita tavoitteiden saavuttamiseen.

Määritettyjen tavoitteiden saavuttamista arvioidaan erilaisilla arviointimenetelmillä. Opintojakson onnistumisen kannalta tärkeää on, että opettaminen on tarkoituksenmukaista ja johdonmukaista sekä määritetyt osaamistavoitteet ovat saavutettavissa. Opetussuunnitelmassa opintojakson suunnittelua määrittävät myös opintojaksolle määritelty tuntimäärä. Tuntimäärä muun muassa määrittelee opetustapojen ja eri työskentelytapojen määrän opintojakson sisällä. (Hyppönen ja Lindén 2009, 11–12.)

Savonia-ammattikorkeakoulun (2018a) mukaan sairaanhoitajan tutkinto-ohjelman opetussuunnitelman tavoitteena on laaja-alainen ja vahva kliinisen hoitotyön, kehittämisen, tiedon soveltamisen ja arvioinnin osaaminen sekä valmius jatkuvaan oppimiseen. Sairaanhoitajan osaaminen rakentuu yleisistä kompetensseista sekä sairaanhoitajien oman alan tiedollisesta ja taidollisesta osaamisesta. Sairaanhoitajien tiedollinen ja taidollinen osaaminen rakentuu seuraavista ammatillisista kompetens-

seista: asiakaslähtöisyys, hoitotyön eettisyys ja ammatillisuus, johtaminen ja yrittäjyys, sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristö, kliininen hoitotyö, ohjaus- ja opetusosaaminen, terveyden- ja toimintakyvyn edistäminen sekä sosiaali- ja terveystalvelujen laatu ja turvallisuus.

Yhteiskunnassa ja työelämässä monilta työntekijöiltä kuten sairaanhoitajilta odotetaan itseohjautuvuutta, ongelmanratkaisutaitoja ja luovia sosiaalisia vuorovaikutustaitoja. Sairaanhoitajaopiskelijoiden onkin tärkeää jo opiskeluaikana ymmärtää oman aktiivisuuden merkitys. Tämä auttaa opiskelijoita orientoitumaan työelämään. Sairaanhoitajan ammatillista kasvua on muun muassa uusien asioiden oppiminen, asianmukaisen tiedon kartuttaminen sekä taitojen vahvistaminen. Sairaanhoitajan ammatillinen kasvu alkaa opintojen alusta ja jatkuu koko työiän. (Rautava-Nurmi ym. 2015, 18–19.)

### 3.1 Verkko-opetus

Verkko-opetus voi olla hyvin monimuotoista. Verkko-opetus ei ole aikaan ja paikkaan sidonnaista ja mahdollistaa sen, että opiskelu voi tapahtua missä ja milloin vain. Verkko-opetuksen käyttöön ei ole yhtä ainoaa oikeaa tapaa, vaan verkkoa voidaan käyttää esimerkiksi yhteydenpitoon tai erilaisten opetusmateriaalien jakamiseen. (Verkko-opettajan nettiopas 2007.) Verkko-opetusmateriaaliin kuuluu yleensä ainakin kurssin kuvaus, tehtävät sekä ohjeet. Verkko-opetusmateriaali voi sisältää tekstiä, ääntä, erilaisia kuvia, liikkuvaa kuvaa sekä kolmiulotteisia menetelmiä. Verkko-opetus voidaan karkeasti jaotella kolmeen eri ryhmään: verkossa tapahtuvaan itseopiskeluun, monimuoto-opetukseen sekä verkon tukemaan lähiopetukseen. (Kalliala 2002, 14, 20.)

Verkossa tapahtuvan itsenäisen opiskelun pohjaksi verkkoon voidaan luoda itseopiskelupaketti, jonka avulla opiskelijat itsenäisesti opiskelevat. Itsenäisen opiskelun ansiosta jokainen opiskelija voi edetä omaan tahtiinsa. Tässä opetusmenetelmässä opettajan rooli korostuu. Opettajan on osattava laatia materiaali joka ohjaa, testaa ja antaa palautetta opiskelijoille. Toinen verkko-opetusmenetelmä on monimuoto-opetus. Monimuoto-opetus voi olla joko osittain tai kokonaan verkossa tapahtuvaa. Monimuoto-opetus sisältää lähiopetusta, etäopetusta sekä itsenäistä opiskelua. Monimuoto-opetuksessa lähiopetusta on useimmiten vähemmän ja tarvittaessa lähiopetus voidaan järjestää esimerkiksi videoyhteydellä. Kolmantena verkko-opetusmenetelmänä on verkon tukema lähiopetus. Tässä opetusmenetelmässä verkko liitetään lähiopetukseen. Verkon tukemassa lähiopetuksessa perinteiset opetusmenetelmät ja -materiaalit sekä verkko toimivat toisiaan tukien. Opetusmateriaali voi esimerkiksi olla verkossa, josta niitä voidaan katsoa ennen opetusta, yhdessä lähiopetustunneilla tai opetuksen jälkeen. (Kalliala 2002, 20, 23, 27.)

Verkko-opetuksen etuna on joustavuus sekä toisilta oppiminen tehtävien ja erilaisten ajatusten kautta. Verkko-opetuksen haasteena voidaan pitää sitä, että opiskelijoilta sekä opettajalta vaaditaan tietyn tasoista tietoteknisiä taitoja. Lisäksi verkko-oppimisympäristöstä tulee saada tehtyä selkeä kokonaisuus, mikä tukee opiskelijoille laadittuja tavoitteita. Opiskelijat voivat myös kokea verkko-opetuksen haasteena kontaktien puutteen ja näin ollen tuntea olevansa yksin opintojensa kanssa. Siksi verkko-opetuksessa opiskelijoita onkin ohjeistettava ja tuettava riittävästi. (Hyppönen ja Lindén

2009, 54.) Näin ollen opettajan rooli korostuu. Opettajan tulee osata toimia ohjaajana, tukijana, ongelmien ratkojana sekä palautteen antajana. (Kalliala 2002, 23.)

### 3.2 Oppimistehtävä

Laadukkaan oppimistehtävän suunnitteleminen voi viedä runsaasti aikaa. Oppimistehtävän ohjeistus tulee ilmaista selkeästi ja täsmällisesti. Oppimistehtävän ohjeistusta suositellaan laadittavaksi kirjalliseen muotoon. Selkeässä oppimistehtävän ohjeistuksessa ilmenevät ainakin seuraavat asiat: tavoite eli mitä on tarkoitus oppia, tehtäväksiänto eli mitä on tarkoitus tehdä, aika eli kauanko tehtävän tekemiseen on aikaa ja milloin tehtävä tulee palauttaa, tehtävän tekijät eli tehdäänkö tehtävä yksin, pareittain vai ryhmässä sekä raportointi eli miten tehtävä käsitellään tai raportoidaan. (Mykrä ja Hätönen 2008, 16.)

Hyvä oppimistehtävä on mielekäs, täsmällinen, selkeä, kunnolla ohjeistettu, oppimisprosessissa oikea aikainen, avaa tehtävän tarkoituksen ja merkityksen, on suoritettavissa oleva, oikein mitoitettu, vaikeustasoltaan sopiva, käsittää teorian ja käytännön yhteyden, vaatii opetusmateriaaliin tarkastelua ja tiedon soveltamista sekä sulautuu opetuskokonaisuuteen ja aiemmin opittuun tietoon. (Mykrä ja Hätönen 2008, 16.) Oppimistehtävät ovat osa opetusmateriaalia, johon opiskeltavaa asiaa hyödynnetään. Tehtävien vaatimat tiedot pohjautuvat opetusmateriaaliin. Tämä voi olla jo aiemmin opitun kertaamista tai uuden oppimista. Yleensä opiskelijat tutustuvat opetusmateriaaliin ennen tehtävien aloitusta ja soveltavat oppimaansa tehtäviin, mutta opiskelijat voivat myös valita itselleen luontevimmin tavan edetä. (Kalliala 2002, 51.)

Oppimistehtävän voi tehdä yksi, pareittain tai ryhmässä. Oppimistehtävän avulla perehdytään opittavana olevaan asiaan tai hyödynnetään jo aiemmin opittua tietoa käytäntöön. Parhaassa tapauksessa oppimistehtävä on teorian ja käytännön yhdistämistä, josta syntyy opiskelijalle ahaa-elämyksiä. Oppimistehtävät mahdollistavat opiskelijan osaamisen arvioimisen sekä tiedossa olevien aukkoja löytymisen. Ristiriidat voivat herättää opiskelijassa motivaatiota, intoa oppia lisää sekä tunnetta tiedon lisäämisen tarpeellisuudesta. (Mykrä ja Hätönen 2008, 15.)

### 3.3 Ryhmätyöskentely

Ryhmätyöskentelyllä tarkoitetaan opiskelijoiden kesken tapahtuvaa yhteistä työskentelemistä tavoitteiden saavuttamiseksi. Ryhmätyöskentelyn on todettu olevan toimiva oppimismuoto, joka tukee opiskelijoiden aktiivista roolia. Ryhmätyötä suunniteltaessa huomiota tulee kiinnittää ryhmätyön valmisteluun, työskentelytapaan, ohjeistukseen, tavoitteisiin, raportointiin, yhteydenpitoon, ongelmatilanteissa toimimiseen sekä arviointiin. Opiskelijoilla voi olla ryhmän sisällä erilaisia vastuualueita sekä rooleja mikä mahdollistaa opiskelijoiden syvällisen oppimisen sekä laadukkaiden ratkaisujen löytämisen. Ryhmätehtävän onnistumiseen vaikuttavat muun muassa selkeä tehtävänanto sekä opiskelijoiden omistautuminen tehtävän tekemiseen. (Hyppönen ja Lindén 2009, 26, 39.)

Ryhmätyöskentelyssä oppilaat työskentelevät pareittain tai suuremmissa ryhmissä. Ryhmätyöskentelyn etuina on muilta oppiminen sekä palautteen saaminen omasta osaamisesta ja oppimisesta. Ryhmätyöskentelyssä voidaan selvittää ja ratkaista laajojakin oppimistehtäviä, joita yksin tehtäessä olisi vaikeaa tai jopa mahdotonta ratkaista. Toimivassa ryhmätyöskentelyssä ryhmän jäsenet saavat toisiltaan tukea, voimaa sekä asiantuntijuutta. Ryhmätyöskentelyssä kaikki ryhmän jäsenet pääsevät osallistumaan opiskeltavan asian työstämiseen sekä sen pohdintaan. (Mykrä ja Hätönen 2008, 35.)

Ryhmän koko vaikuttaa siihen, miten ryhmän jäsenet osallistuvat keskusteluun. Pienessä ryhmässä kaikki jäsenet osallistuvat keskusteluun helpommin, kuin suuressa ryhmässä. Esimerkiksi 3-6 hengen ryhmässä kaikki puhuvat, kun taas 7-10 hengen ryhmässä miltei kaikki puhuvat, yksi tai kaksi ei puhu lainkaan ja hiljaisimmat ovat vähemmän äänessä ja taas 11–18 hengen ryhmissä viisi tai kuusi henkilöä puhuu paljon ja kolme tai neljä henkilöä puhuu vain aika ajoin. Ryhmätyöskentely vaatii osallistujilta muiden näkökulmien kunnioittamista, kuuntelemista sekä omien näkökulmien arvostamista ja esiintuomista. Ryhmätyön toimiessa kaikki ryhmän jäsenet uskaltavat, voivat ja haluavat työskennellä tasavertaisesti ryhmän jäsenenä. (Mykrä ja Hätönen 2008, 35–36.)

### 3.4 Case-opetus

Case-opetus eli tapausopetus on opetusmenetelmä, jossa opiskelijat tarkastelevat esimerkki eli case-tapausta. Case-tapauksesta pyritään luomaan mahdollisimman todellisen tilanteen kaltainen. Hyvä case-tapaus on tarkoituksen mukainen, tiivistelmä todellisesta tai todellisuutta vastaavasta tilanteesta tai tapahtumasta. Lisäksi hyvä case-tapaus sisältää tarpeeksi asiantietoa ratkaisun saavuttamiseksi, sisältää sekä epäselviä tai hämmentäviä tietoja sekä selkeitä tai jopa ristiriitaisia tietoja, jotka innostavat opiskelijaa ongelmien pohtimiseen ja mahdollisimman monipuoliseen oppimiseen. (Mykrä ja Hätönen 2008, 62.)

Case-opetuksessa opiskelija hyödyntää aiempia kokemuksiaan tai aiemmin oppimaansa tietoa. Case-opetuksessa esimerkkitapausta tutkitaan monista eri näkökulmista. Case-opetuksessa opiskelijalta tai ryhmältä vaaditaan ratkaisujen tekemistä, päätöksenteko- ja analysointitaitoja. Case-opetuksen avulla voidaan kehittää opiskelijoiden analysointitaitoja, luovuutta, soveltamiskykyä, kommunikointitaitoja, sosiaalisia taitoja sekä itsearviointitaitoja. Case-opetusmenetelmää käytetään usein hoitoalalla, mutta myös lääketieteessä, liike-elämässä ja juridiikassa. (Mykrä ja Hätönen 2008, 60–61.)

Case-opetuksessa on hoitoalalla laajalti käytössä ja se vaatii opiskelijaa arvioimaan, analysoimaan, käsitteellistämään ja keskustelemaan erilaisista käytännöistä sekä ratkaisemaan hoitotyöhön liittyviä ongelmia. Case-opetusmenetelmää pidetään hyvin tehokkaana opetusmenetelmänä, koska se on ongelmanratkaisuun ja vuorovaikutukseen tavoitteleva menetelmä. Menetelmä vaatii opiskelijalta kriittistä ajattelua, tiedon käsittelytaitoja, yhteistyötaitoja, kommunikointitaitoja sekä kykyä asettua toisen ihmisen asemaan ja edesauttaa opiskelijan itseohjautuvuutta sekä auttaa opiskelijaa yhdistämään teorian ja käytännön toisiinsa. (Hanhilampi, Heikkilä ja Salminen 2014, 11–13.)

Case-tapauksen hyvä valmistelu on ehdotonta onnistuneen opetuksen kannalta. Lisäksi tapauksen on oltava tilanteeseen sopiva. Hyvin tehty tarina helpottaa opiskelijan aktiivista oppimista. Case-opetusmenetelmän avulla opeteltavasta tapauksesta saa todellisen kuvan ja näin ollen opittu asia jää opiskelijan pitkäkestoiseen muistiin. Case-opetuksessa opiskelijat voivat toimia joko yksin tai ryhmässä. Ryhmässä tapahtuva keskustelu mahdollistaa uusien näkökulmien syntyminen. Menetelmä johdattaa opiskelijan etsimään tietoa aiheesta ja esittämään kysymyksiä. Mielenkiintoinen case-tapaus johdattaa opiskelijat yhteiseen keskusteluun ja ryhmässä toimimiseen. Case-tapauksissa ei ole yleensä yhtä ja ainoa ratkaisua ja näin ollen se rohkaisee opiskelijaa tiedonhakuun ja tiedon analysointiin, erilaisten näkökulmien huomioimisen ja eri vaihtoehtojen punnitsemisen. (Hanhilampi, Heikkilä ja Salminen 2014, 11–13.)

### 3.5 Kysymykset oppimisen tukena

Kysymysten esittäjänä voi toimia joko opettaja tai opiskelijat. Kysymyksiä voidaan esittää myös opiskelijoiden välillä. Laadukkaiden kysymysten luominen vaatii osaamista. Hyvien kysymysten luominen edellyttää kysymysten olevan selkeitä, pohdintaa herättäviä, ei itseään toistavia, kiinnostusta herättäviä ja laadullisia. Kysymysten avulla voidaan saada selville opiskelijoiden oman ymmärryksen ja oppimisen taso. (Hyppönen ja Lindén 2009, 43.)

Kysymykset oppimisen eri vaiheissa ovat helppo ja luonteva tapa edistää syvällistä oppimista. Kysymysten avulla opiskelija joutuu pohtimaan asioita itse aktiivisesti. Erityisesti avoimet kysymykset ovat ajattelua aktivoivia. Avoimiin kysymyksiin opiskelija kirjaa vapaamuotoisesti oman vastauksena, joihin vastatessa ei ole oikeaa ja oikein rajattua vastausta vaan vastaukset ovat kaikilta yhtä arvokkaita. (Mykrä ja Hätönen 2008, 22–23.)

Kysymysten tavoitteena voi olla muun muassa opiskelijan motivoiminen, aktivointi, kokonaisuuden hahmottaminen, mielipiteiden ja käsitysten esille tuominen sekä kokemuksen ja tiedon kartoitus. Kysymysten tulee olla selkeitä ja täsmällisiä. Kysymykset eivät saa olla opiskelijalle liian helppoja eivätkä liian vaikeita. Periaatteena kysymyksille on kysyä yhtä asiaa kerrallaan. Kysymyksiin voidaan vastata joko yksin, pareittain tai ryhmässä. (Mykrä ja Hätönen 2008, 23–24.)

Kysymykset edesauttavat erilaisten ryhmien välisen keskustelun syntymiselle. Keskustelu taas kehittää toisten mielipiteiden huomioimista, omien ajatusten ja mielipiteiden esiin tuomista, keskustelutaitojen kehittymistä, muilta oppimista, asioiden tarkastelua eri näkökulmista sekä yhdessä tapahtuva ongelmien ratkaisukykyä. Keskustelun onnistumiseksi aiheen tulee olla kaikille tuttu. Onnistuneen keskustelun tavoitteena voi olla muun muassa ratkaisuun pääseminen, erilaisten mielipiteiden esittäminen tai tilanteen tarkastelu. (Hyppönen ja Lindén 2009, 44.)

### 3.6 Tietotesti

Tietotestillä eli tentillä on pitkät perinteet opiskelijoiden oppimisen mittarina ja se on yksi yleisimmin käytetyistä arviointimenetelmistä. Arviointimenetelmän lisäksi tietotesti on myös hyvä oppimistilanne. Perinteisesti tietotesti tehdään suljetussa tilassa ja rajallisessa ajassa, mutta tietotesti voidaan toteuttaa myös verkossa. Tällöin testi ei ole paikkaan sidonnainen ja näin ollen opiskelijat voivat tehdä tentin samaan aikaan valitsemassaan paikassa. (Hyppönen ja Lindén 2009, 72, 73, 75.)

Tietotestissä haetaan tiettyjä asioita, joita opiskelijoiden tulee osata. Perinteisessä tietotestissä opiskelijoille ei ole lähteitä tai materiaalia käytössään vaan he vastaavan kysymyksiin tietonsa ja muistinsa perusteella. (Hyppönen ja Lindén 2009, 72, 73.) Tietotestin teko vaatii testin tekijältä hyvää aihealueen hallintaa. Testin tulee soveltua valitulle kohderyhmälle. Testin tekijöiden kielitaito tulee myös ottaa huomioon. Ennen tietotestin tekoa tulee tehdä suunnitelma aihealueen kattavuudesta, vaikeusasteesta, rakenteesta ja arviointimenetelmästä. (Murtola, Junnila ja Salminen 2011, 88.)

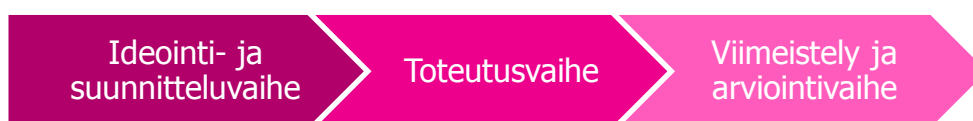
Tietotestin vahvuutena on sen helppo toteutus, joka ei vaadi testin laatijalta paljon aikaa. Tietotestissä myös opiskelijoiden vastausten vertaileminen on helppoa. Puolueeton vastausten vertailu on mahdollista etenkin sellaisissa suljetuissa kysymyksissä, joissa on vain yksi oikea vastaus. Toisaalta perinteinen tietotesti voi edistää opiskelijoiden asioiden ulkoaopetteluja ja näin ollen oppiminen on pinnallista. Siksi perinteinen tietotesti ei aina anna luotettavaa kuvaa opiskelijoiden tietotasosta ja osaamisesta. Tämän lisäksi monia opiskelijoita testitilanne voi ahdistaa joka taas voi johtaa epäonnistumiseen testissä. Haasteena tietotestin käytössä on myös se, etteivät opiskelijat useinkaan saa palautetta tekemästään testistä ja eivät näin ollen saa tietoa siitä missä heidän tulisi kehittyä. Tämä voi aiheuttaa opiskelijoissa turhautumista. (Hyppönen ja Lindén 2009, 73.)

## 4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN KEHITTÄMISTYÖNÄ

Opinnäytetyö on osa ammattikorkeakoulututkintoja Valtioneuvoston asetuksen (1129/2014 § 2) mukaisesti. Opinnäytetyöhön kuuluu 15 opintopistettä eli se vastaa 405 työtuntia. Opinnäytetyön tekeminen on luovaa, suunniteltua ja tavoitteellista toimintaa. Opinnäytetyön tekemiseen kuuluu muun muassa pohdiskelua, ideointia, onnistumisen iloa, oivalluksia, turhautumista sekä epävarmuutta. (Savonia-ammattikorkeakoulu 2017b.) Savonia-ammattikorkeakoulun (2018c) mukaan opinnäytetyön voidaan tehdä joko tutkimuksellisenä opinnäytetyönä, produktiona, koostettuna opinnäytetyönä tai kehittämistyönä.

Opinnäytetyömme on kehittämistyö. Kehittämistyöhön kuuluu Savonia-ammattikorkeakoulun (2017a) mukaan suunnittelu, toteutus, arviointi sekä kehittämistarpeet, jotka esitetään raportointimuodossa. Kehittämistyö voi esimerkiksi olla tuote, palvelu, ohjattua toimintaa, työmenetelmä, prosessi, ohje- tai oppimateriaali tai digitaalinen aineisto. Heikkilän, Jokisen ja Nurmelan (2008, 21, 23, 58) mukaan kehittämistyö on toimintaa, jonka tarkoituksena on kehittää vanhoja tai luoda uusia menetelmiä tai palveluja ja jonka tavoitteena on positiivinen kehittyminen eli muutos parempaan.

Kehittämistyön vaiheisiin kuuluvat ideointi, esisuunnittelu, suunnittelu, käynnistysvaihe, toteutusvaihe, päättäminen, arviointi sekä käyttöönotto. Käytännössä vaiheet voivat kulkea limittäin ja selkeää rajaa niiden välillä voi olla vaikea erottaa. Vaiheiden välillä voidaankin joutua kulkemaan edestakaisin. Kehittämistyön prosessi on kuitenkin helpompi ymmärtää, kun se jaetaan erilaisiin vaiheisiin. Näin ollen vaiheet muodostavat tavoitteellisen kokonaisuuden, jonka seurauksena on mahdollista saavuttaa tavoiteltu lopputulos. (Heikkilä, Jokinen ja Nurmela 2008, 21, 23, 58.) Opinnäytetyösämme kuvaamme opinnäytetyömme vaiheet ideointi- ja suunnitteluvaiheena, työn toteutusvaiheena sekä viimeistely- ja arviointivaiheena Heikkilää, Jokista ja Nurmela mukailen (kuvio 7).



KUVIO 7. Opinnäytetyön vaiheet. (Mukaihen Heikkilää, Jokelaa ja Nurmela 2008, 21, 23, 58.)

### 4.1 Opinnäytetyön etenemisen vaiheet

Opinnäytetyö on Savonia-ammattikorkeakoulun (2018c) mukaan prosessi, joka koostuu eri vaiheista. Opinnäytetyön tekemisen vaiheisiin kuuluvat ideointi- ja suunnitteluvaihe, toteutus- ja viimeistelyvaihe. Nämä vaiheet sisältävät opinnäytetyön infoon osallistumisen, aiheen valinnan ja aihekuvauksen tekemisen, työsuunnitelman työstämisen, opinnäytetyön tekemisen, opinnäytetyön esittämisen, kypsyysnäytteen sekä opinnäytetyön julkaisemisen.

Opinnäytetyömme tekeminen alkoi ideointi- ja suunnitteluvaiheella syksyllä 2017. Halusimme tehdä opinnäytetyömme aiheesta joka kiinnosti molempia ja siksi päätimme tehdä opinnäytetyömme aiheesta, joka liittyisi mielenterveyshoitotyöhön. Sopivaa ja molemmille mielekästä opinnäytetyön ai-



hetta pidimme tärkeänä osana opinnäytetyön etenemisen sekä oman motivaation ylläpidon kannalta. Tätä aihevalintaa pidimme myös hyvänä pohjana valinnaisille opinnoillemme Mielen terveys- ja päihdehoitotyö eri toimintaympäristöissä -opintojaksolla.

Loppuvuodesta 2017 aloimme etsiä meitä kiinnostavaa valmista opinnäytetyön aihetta erilaisista aihepankeista. Koska meitä kiinnostavaa valmista aihetta ei löytynyt, aloimme etsiä tietoa erilaisista mielen terveyden häiriöistä. Joulukuussa 2017 opinnäytetyön aiheeksi muodostui lopulta molempia kiinnostava aihe ”Traumaperäinen stressihäiriö”. Pidimme aihetta mielenkiintoisena, ajankohtaisena ja lisääntyvänä ilmiönä sekä itselle vielä melko tuntemattomana mielen terveyden häiriönä. Pidimme aihetta ajankohtaisena muun muassa siksi, koska traumataustaiset turvapaikanhakijat ovat viime vuosina lisääntyneet maanlaajuisesti.

Tammikuussa 2018 osallistuimme opinnäytetyön infoon. Tämän jälkeen ja opinnäytetyön aiheen ollessa selvillä, aloimme miettiä opinnäytetyön toteutustapaa. Ajatuksena oli toteuttaa opinnäytetyö kirjallisuuskatsauksena sekä etsiä opinnäytetyölle sopiva tilaaja. Seuraavaksi osallistuimme aihetyöpajoihin. Aihetyöpajoista saimme idean ottaa yhteyttä Savonia-ammattikorkeakoulun mielen terveys- ja päihdetyön lehtoriin ja opinnäytetyömme ideaan suhtauduttiin positiivisesti.

Alkuvuodesta 2018 aloimme kartoittaa opinnäytetyön lähdeaineistoa ja kirjoittamaan aihekuvausta, jonka saimme valmiiksi helmikuussa 2018. Hyväksytyin aihekuvauksen lähetimme Savonia-ammattikorkeakoulun mielen terveys- ja päihdetyön lehtorille. Aihekuvauksen pohjalta sovimme yhdessä, että opinnäytetyö tehtäisiin kirjallisuuskatsauksen sijaan kehittämistyönä ja jonka tilaajana toimisi Savonia-ammattikorkeakoulu. Helmikuussa pidimme ensimmäisen palaverin tilaajan edustajan kanssa. Palaverissa sovimme, että kehittämistyön tuotoksena suunniteltaisiin Savonia-ammattikorkeakoulun käyttöön itsenäisen opiskelun oppimateriaali, joka sisältäisi myös opetustunnit.

Maaliskuussa 2018 aloimme kirjoittaa työsuunnitelmaa Google Docs:in avulla. Työsuunnitelmaan kirjoitimme sillä ajatuksella, että voisimme hyödyntää teoriaosiota myös lopullisessa raportissamme. Heikkilän, Jokisen ja Nurmelan (2008, 68–70) mukaan työsuunnitelma on tärkeä osa opinnäytetyötä, koska työsuunnitelma ohjaa koko opinnäytetyön prosessia ja luo kehykset koko opinnäytetyölle. Hyvässä työsuunnitelmassa ilmenevät muun muassa työn tarkoitus, tavoitteet, aikataulut sekä mahdolliset kustannukset. Lisäksi työsuunnitelman tekemiseen kuului opinnäytetyön sisällön, otsikoiden, oppimateriaalin toteutustavan suunnittelua, teorian tiedon hakua, aiheen rajausta, SWOT-analyysi sekä lähdeaineiston kartoittamista.

Ennen lähdeaineiston kartoittamista, on tärkeää ymmärtää tietolähteiden tausta sekä laatu, koska tieteellisen tiedon sekä arkitiedon välillä on eroa. Hirsjärven, Remeksen ja Sajasvaaran (2009, 18–20) mukaan tieteellinen tieto perustuu aiempien tutkimusten varaan, on puolueetonta ja se on pysyvä tarvittaessa toistamaan ja tieteellisin menetelmin perustelemaan. Lisäksi tieteellinen tieto on julkista tietoa. Tieteellistä tietoa haetaan tyypillisesti esimerkiksi erilaisista tietokannoista, joista haettua tietoa on saatavilla. Tietokannoista etsittävä tieto voi olla muun muassa tekstiä, erilaisia tilas-

toja tai kuvia. Onnistuakseen tiedonhaussa tiedonhakijan tulee osata valita oikeanlainen hakustrategia sekä muotoilla oikeanlainen sana tai hakulauseke. (Savolainen 2016, 2.) Tietoa voidaan etsiä myös luotettavilta internet-sivustoilta. Yleensä luotettavilla internet-sivustoilla ilmenee tietoa tekijöistä ja julkaisijoista, sivun luomispäivä sekä sivujen päivityspäivä. Luotettavilla sivustoilla ei myöskään mainosteta tai myydä mitään ja ne on tehty usein tiedotus- tai opetustarkoitusta varten. (Helmet 2017.)

Tietoa lähdeaineiston kartoittamiseksi etsimme luotettavista ja tieteellisistä tietokannoista, internet-sivustoilta sekä mahdollisimman uusista ja ajankohtaisista alan kirjoista. Lähteenä käytimme esimerkiksi seuraavia tietokantoja: Savonia-Finna, Medic, Oppiportti, Terveysportti, Google Scholar, PubMed, Cinahl Complete ja Joanna Briggs Institute. Medic:stä käytimme seitsemän artikkelia, Oppiportista neljätoista artikkelia, Terveysportista seitsemän artikkelia, Google Scholarista kolmetoista artikkelia, PudMed:sta kaksi artikkelia, Cinahl Complete:sta kahdeksan artikkelia ja JBI Joanna Briggs Institute:sta kaksi artikkelia. Käyttämistämme artikkeleista neljä löytyi useammasta tietokannasta ja loput löytyivät ainoastaan yhdestä tietokannasta. Tieteellisiä artikkeleita ja tutkimuksia aiheesta löytyi siis melko vähän.

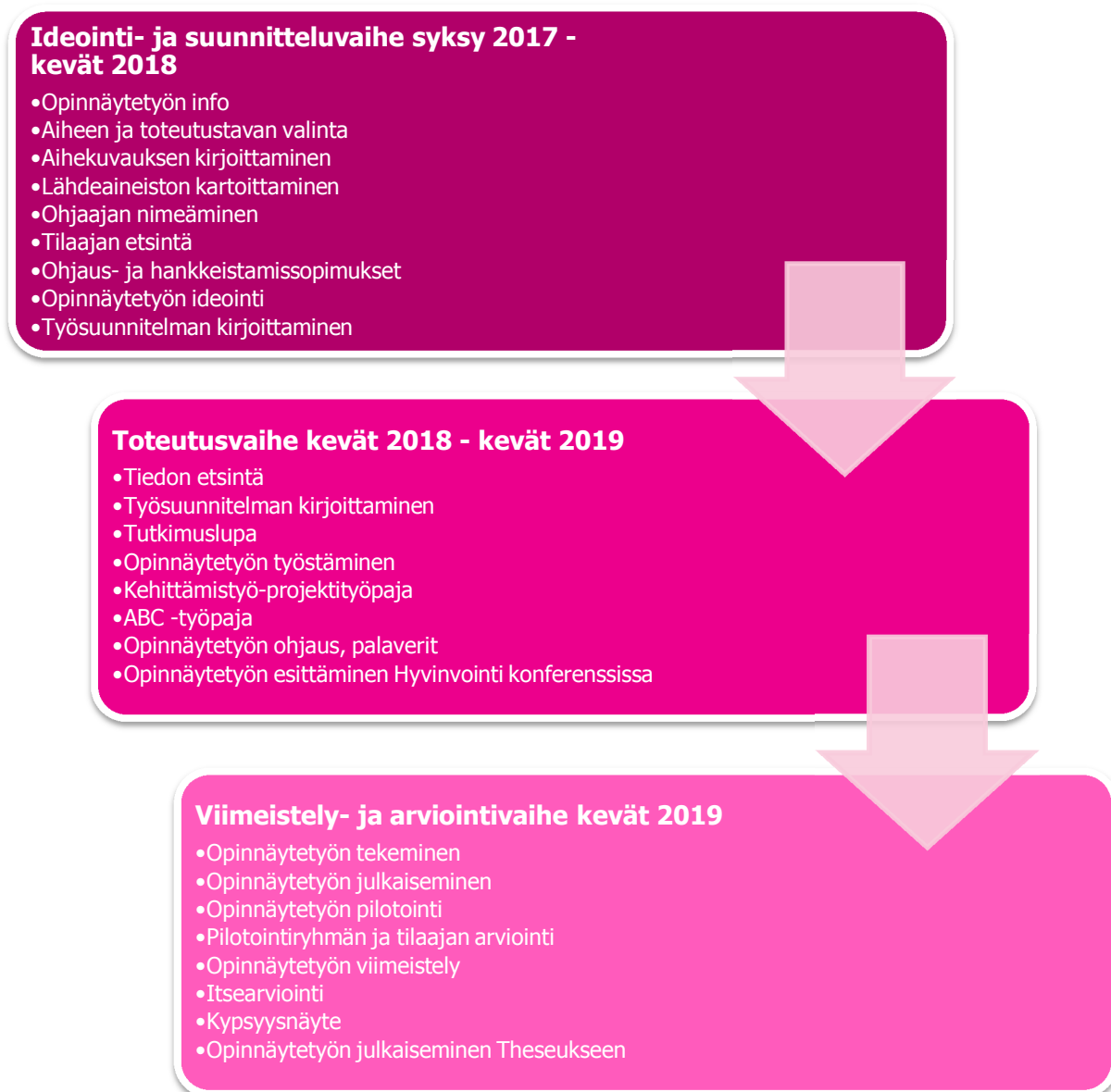
Hakusanoina käytimme muun muassa yksittäisiä sanoja sekä erilaisia sanojen yhdistelmiä kuten: "Traumaperäinen stressihäiriö", "Trauma", "Trauma AND kokemukset", "Psykoterapiat", "Traumaperäinen stressihäiriö AND hoito", "Posttraumaattiset stressihäiriöt AND diagnoosi", "Mielenterveyden häiriöt" "Stressireaktiot", "Emdr", "Ptd", "Post-traumatic stress disorder", "Stress disorder, post traumatic", "Stress disorders, post-traumatic AND Treatment", "Stress disorders, post-traumatic AND Therapy", "Stress disorders, post-traumatic AND Medicine" ja "Stress disorders, post-traumatic AND patient". Oppimateriaalin teoriaosioon etsimme tietoa myös kirjallisuudesta, kuten esimerkiksi kirjoista: Psykiatria, Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria, Potilas, perhe ja perusterveydenhuolto sekä Psykoterapiat.

Opinnäytetyön prosessin aikana pidimme useita palavereita työn tilaajan edustajan kanssa. Suunnittelu palavereita tilaajan edustajan kanssa oli yhdeksän. Palavereissa suunnittelimme muun muassa yhdessä oppimateriaalin sisältöä. Aiemmasta suunnitelmasta poiketen, päädyimme tekemään oppimateriaalin Mielenterveys- ja päihdetyön perusopintoihin sen sijaan, että oppimateriaali olisi tehty Mielenterveys- ja päihdetyön valinnaisiin opintoihin. Päätöksen perustelimme sillä, että traumaperäistä stressihäiriötä sairastavan voi kohdata eri terveydenhuollon toimintayksiköissä eikä vain yksiköissä, jotka työskentelevät mielenterveyden häiriöiden parissa. Oppimateriaali pilotoitiin Mielenterveys- ja päihdehoitotyön valinnaisten ammattiopintojen sairaanhoitajaopiskelijoilla. Tämä päätös tehtiin siksi, että mielestämme valinnaisten ammattiopintojen opiskelijoilla on laajempi näkemys ja osaaminen arvioida oppimateriaalia ja sen toimivuutta sekä vertailupohjaa erilaisista opetusmenetelmistä. Tilaajan edustaja hyväksyi tekemämme valinnan.

Huhtikuussa 2018 täytimme opinnäytetyön ohjaus- ja hankkeistamissopimukset Savonia-ammattikorkeakoulun kanssa. Työsuunnitelmamme hyväksyttiin toukokuun lopussa. Työsuunnitelman hyväksymisen jälkeen haimme Savonia-ammattikorkeakoulun vararehtorilta virallista tutkimus-

lupaa opinnäytetyöllemme, joka myönnettiin elokuussa. Kesällä pidimme opinnäytetyön tekemisestä taukoa ja jatkoimme aktiivisesti opinnäytetyön parissa taas elokuussa. Elokuussa siirsimme valmiista työsuunnitelmasta teoriaosion varsinaiseen raporttiin, jonka sisältöä viimeistelimme ja täydensimme. Lisäsimme raporttiin myös taulukoita sekä kuvia havainnollistamaan tekstiä. Uusia ajatuksia ja neuvoja opinnäytetyömme tekemiseen haimme kehittämistyö-projektityöpajasta, joka järjestettiin syyskuussa. Kehittämistyö-projektityöpajasta saimme muun muassa uusia ideoita oppimateriaaliin suunnitteluun.

Tammikuussa 2019 osallistuimme ABC-työpajaan. ABC-työpajasta saimme neuvoja raportin kieliasuun ja lähteiden oikeaoppiseen merkitsemiseen. Opinnäytetyön viimeistely tehtiin keväällä 2019. Oppimateriaali pilotoitiin Mielenterveys- ja päihdehoitotyön valinnaisten ammattiopintojen sairaanhoitajaopiskelijoilla keväällä 2019, jonka yhteydessä kerättiin myös palautetta oppimateriaalista. Opinnäytetyö esiteltiin hyvinvointikonferenssissa huhtikuussa 2019. Opinnäytetyön raporttia viimeistelimme maaliskuulta toukokuulle 2019. Toukokuussa 2019 teimme kypsyysnäytteen ja opinnäytetyön itsearviointin. Toukokuussa 2019 opinnäytetyö myös julkaistiin Theseukseen. Alla kuviossa 8 esitämme opinnäytetyöprosessin etenemisen vaiheet.



KUVIO 8. Opinnäytetyön etenemisen vaiheet.

#### 4.2 Oppimateriaalin suunnittelu

Oppimateriaali suunniteltiin sairaanhoitajaopiskelijoille Mielenterveys- päihdehoitotyön ammattio-  
pintoihin. Opinnäytetyön ja samalla koko oppimateriaalin tavoitteiksi määrittelimme seuraavat tavoit-  
teet: oppimateriaalin tavoitteena on lisätä tulevien sairaanhoitajien valmiuksia ymmärtää mitä tra-  
umaperäinen stressihäiriö on, lisätä valmiuksia tunnistaa traumaperäinen stressihäiriö ja erottaa  
traumaperäinen stressihäiriö muista mielenterveyden häiriöistä sekä lisätä tietoisuutta traumaperäi-  
sen stressihäiriön hoito- ja auttamismenetelmistä.

Nämä oppimateriaalille määrittelemämme tavoitteet olivat yhteydessä muun muassa seuraaviin Mie-  
lenterveys- ja päihdetyö -opintojakson tavoitteisiin: opintojakson suoritettuaan opiskelija osaa analy-  
soida kirjallisuuteen perustuen mielenterveyshäiriöihin, päihteiden käyttöön ja näiden hoitoon liitty-  
viä eettisiä haasteita, osaa analysoida omia käsityksiä ja asenteita, osaa käyttää mielenterveys- ja  
päihdetyön näyttöä ja tutkimusta päätöksenteossa ja työskentelyssä, osaa kuvata moniammatillisen

tiimi- ja verkostotyön merkitystä sekä osaa nimetä tavallisimmat lasten, nuorten ja aikuisten mielen-terveyshäiriöt ja niiden keskeiset tutkimus- ja hoitomenetelmät.

Oppimateriaalia ohjaavien tavoitteiden ollessa selvillä seuraavana vaiheena oli oppimateriaalin suunnittelu. Oppimateriaalin suunnitteluvaiheessa opinnäytetyön tilaaja toi ilmi, että opetusresurssit opetustuntien osalta ovat rajalliset. Näin ollen oppimateriaali toivottiin toteutettavaksi kokonaisuudessaan itsenäisen opiskelun muodossa verkko-oppimisympäristö Moodleen.

Oppimateriaalin sisältöä lähdimme suunnittelemaan laajan teorian tiedon haun jälkeen. Oppimateriaalista pyrittiin tekemään kattava, selkeä, opettava, tavoitteellinen sekä riittävän haastava kokonaisuus. Ennen oppimateriaalin sisällön suunnittelua, perehdyimme opinnäytetyön aiheeseen hyvin laajasti, koska halusimme luoda hyvän tietopohjan aiheesta sekä selvittää erilaisia käsitteitä. Kattavan teorian tiedon pohjalta aloimme jäsentämään ja rajaamaan tietoa oppimateriaalin sekä Mielen-terveys- ja päihdetyön opintojakson tavoitteiden mukaiseksi. Tämän teorian tiedon pohjalta muodostui myös raporttimme teoriaosio.

Oppimateriaali koostui verkko-oppimisympäristöön Moodleen luodusta PowerPoint -oppimateriaalista, case -ryhmätehtävästä, tietotestistä, anonymisti kerätystä palautekyselystä (liite 1) sekä suullisesta palautteesta. Oppimateriaalin tekemisen vaiheisiin kuului oppimateriaalin suunnittelu, testaus, esittelemine, pilotointi sekä lopuksi oppimateriaalin arviointi. Oppimateriaalin suunnittelun aloitimme maaliskuussa 2018. Tilaajan toiveita kuunnellen oppimateriaali päätettiin toteuttaa kokonaan verkko-opiskeluna ja jättää opetustunnit kokonaisuudesta pois. Syksyllä 2018 aloimme työstämään oppimateriaalia verkko-oppimisympäristö Moodleen.

Opetusmenetelminä käytimme verkko-opetusta, ryhmätyöskentelyä, kyselevää opetusta sekä case- eli tapausopetusta. Oppimisen arviointina käytimme tietotestiä, johon laadimme yhteensä 30 kysymystä. Näistä yhdeksän oli monivalintakysymystä, yksi yhdistelmäkysymys sekä 20 erilaista väittämää. Tietotesti sisälsi 20 kysymystä, jotka arvottiin sattumanvaraisessa järjestyksessä. Oppimateriaalissa käsiteltiin PowerPointin, artikkeleiden ja videoiden avulla muun muassa traumaperäistä stressihäiriötä, oireita, yleisyyttä, erotusdiagnoosiikkaa sekä traumaperäisen stressihäiriön hoitokeinoja. PowerPoint -esitykseen lisäsimme esimerkkejä erilaisista hoitokeinoista, joista kysyimme neuvoa useilta mielen-terveystyön ammattilaisilta. Lopulta päädyimme käyttämään PowerPoint -esityksessä psykiatrian erikoislääkäriltä saatuja esimerkkejä hoitokeinoista.

Huomioimme oppimateriaalissamme myös erilaiset opiskelijoiden oppimistavat ja lisäsimme tämän vuoksi PowerPoint -esitykseen muun muassa itse nauhoittamiamme äänitiedostoja sekä kuvia havainnollistamaan esitystä. Laineen, Salervon, Sivenin ja Välimäen (2012, 9, 42) mukaan erilaisten opiskelutapojen kunnioittaminen lisää opiskelun mielekkyyttä ja opiskelujen edistymistä. Lisäksi tuloksellisen oppimisen saavuttamiseksi opiskelijaa vaaditaan asettamaan omat päämäärät ja tavoitteet. Hyvän opiskelijan tuntee siitä, että hän hallitsee, suunnittelee sekä arvioi omaa toimintaansa sekä tuntee oman oppimistyylinsä. Ideaalitalanteessa opiskelijalla olisi myös mahdollisuus valita oma oppimistapansa.

Oppimistavat voidaankin jakaa neljään tyyppiin: kinesteettiseen oppijaan, taktiilliseen oppijaan, visuaaliseen oppijaan sekä auditiiviseen oppijaan. Kinesteettinen oppija oppii kaikilla aisteilla, taktiillinen oppija oppii sanattoman viestinnän avulla, visuaalinen oppija oppii näkemällä ja auditiivinen oppija taas kuuntelemalla. On myös todettu, että uusia asioita opitaan parhaiten useampia oppimistapoja yhdistämällä. (Laine, Salervo, Siven ja Välimäki 2012, 41–42, 44–47.)

### 4.3 Oppimateriaalin arviointi

Oppimateriaali julkaistiin pilotoitavaksi tammikuussa 2019. Pilotointiin kuului oppimateriaalin suorittaminen kokonaisuudessaan. Tähän sisältyi myös opiskelijoiden täyttämä kirjallisen palautteen antaminen. Palautekyselyyn (liite 1) kuului seitsemän kysymystä: ”Oliko oppimateriaalin ohjeistus riittävä ja selkeä?”, ”Oliko muu materiaali riittävän selkeää ja kattavaa?”, ”Millaisena koit oppimateriaalin vaikeustason?”, ”Millaisena koit oppimateriaalin vaikeustason?”, ”Mitä uutta opit? Millä tavalla voit jatkossa hyödyntää oppimaasi?”, ”Mitä parannusehdotuksia sinulla on oppimateriaaliin liittyen tai mitä olisit kaivannut lisää?”, ”Mitä hyvää oppimateriaalissa mielestäsi oli?” ja ”Vapaamuotoinen palaute oppimateriaalista.”

Oppimateriaalin pilotoinnin jälkeen keräsimme myös suullista palautetta oppimateriaalista. Suullisesta palautteesta kävi ilmi, että oppimateriaali oli opiskelijoiden mielestä selkeä ja että opintomateriaalia oli kurssilla sopivasti. Osalle opiskelijoista aihe oli nimenä tuttu, mutta muuten aiheena tuntematon. Case -tehtävää opiskelijat pitivät hyvänä ja oppimateriaalia pidettiin sopivana Mielenterveys- ja päihdetyön ammattiopintoihin. Lisäksi yksittäisen opiskelijan toiveena oli, että Mielenterveys- ja päihdetyön kurssialueelta olisi suora linkki oppimateriaaliin, koska pilotointivaiheessa linkki kurssialueelle lähetettiin opiskelijoille vain sähköpostin välityksellä.

Opiskelijoiden antaman kirjallisen palautteen perusteella oppimateriaalin ohjeistusta pidettiin selkeänä ja riittävänä. Oppimateriaalin vaikeustasosta oltiin useaa eri mieltä, osa koki vaikeustason riittävän haastavana ja osa taas helpohkona. Oppimateriaalia pidettiin kuitenkin kaiken kaikkiaan hyvin tehtynä, tiiviinä, ytimekkäänä, kattavana ja hyvin onnistuneena kokonaisuutena. Oppimateriaalissa pidettiin hyvänä muun muassa sen selkeää kokonaisuutta, tiivistä monipuolista tietoa aiheesta, case -tehtävää sekä selkeää PowerPointia, jota oli täydennetty äänitteillä.

Osa opiskelijoista olisi kaivannut itsenäisen verkko-opiskelun lisäksi opetustuntia aiheesta sekä osa toivoi ryhmätehtävän tekemistä yksilötehtävänä. Oppimateriaalia pidettiin hyvänä, selkeänä ja kattavana. Lisäksi opiskelijat olivat sitä mieltä, että tarvittavaa tietoa löytyi helposti monesta eri lähteestä. Opiskelijoiden palautteen perusteella kävi ilmi, että oppimateriaalin suorittamisen jälkeen opiskelijoilla on tulevaisuudessa paremmat mahdollisuudet ymmärtää mitä traumaperäinen stressihäiriö on, huomioida potilaiden traumatausta, tunnistaa traumaperäisen stressihäiriön oireita sekä erottaa traumaperäinen stressihäiriö muista mielenterveyden häiriöistä.

Opiskelijat kokivat oppineensa kokonaisuudessaan lisää traumaperäisestä stressihäiriöstä sekä traumaperäisen stressihäiriön tunnistamisesta ja hoitomenetelmistä. Osalle opiskelijoista aihe oli täysin tuntematon ja osalle opiskelijoista aihe taas toimi hyvänä kertauksena. Opiskelijat kokivat myös, että he voivat käyttää oppimaansa tulevaisuudessa työelämässään sairaanhoitajana. Seuraavaksi alla muutamia suoria lainauksia opiskelijoiden palautteesta:

”Tietotestistä jäi mieleen monia asioita.”

”...materiaalia oli todella paljon ja oli mukavaa, että siellä oli myös katsottavaa ja kuunneltavaa luetavan materiaalin lisäksi. Olen huomannut itselleni videomuotoisen materiaalin toimivan hyvin.”

”...materiaalia oli sopivasti. Suurempaa määrää ei mielestäni tarvitse, sillä jo ensimmäinen PowerPoint oli kattava.”

”Melko helppona. Toisaalta kokonaisuus myös haastoi miettimään eikä ollut vain faktojen monotonista toistamista.”

”Koko aihealue oli uutta. Voin hyödyntää oppimaani työssä.”

”Opin lisää traumaperäisen stressihäiriön ilmenemismuodoista. Voin työssäni kiinnittää huomiota oireisiin ja sitä kautta kysellä potilaalta esim. onko tapahtunut jotain sellaista, mikä voisi selittää oireet.”

”Opin, että jatkossa muistan kysyä asiakkaalta/potilaalta, onko hänelle tapahtunut mahdollisesti jostain mieltä järkyttäneitä tai isoa tapahtumaa. Muistan, että somaattisten syiden takana saattaa olla PTSD.”

Saimme myös tilaajalta hyvää palautetta oppimateriaalista. Tilaajan palautteesta kävi ilmi, että oppimateriaali oli tilaajan toiveita vastaava sekä että oppimateriaalia voidaan jatkossa hyödyntää Savonia-ammattikorkeakoulun opinnoissa. Tilaaja arvioi tuotostamme seuraavasti:

”Työn tekijät ovat kunnioittaneet tilaajan toiveita prosessin alusta alkaen. Tuotoksen tekemisen aikana he ovat kysyneet ja pyytäneet ohjausta riittävästi, eli esimerkiksi pedagogisiin asioihin liittyviä ratkaisuja ei ole tehty liian itsenäisesti. Tätä pidän tärkeänä, jotta työssä ei ole tarvinnut tehdä muokkauksia ikään kuin turhaan tehdyn työn vuoksi. Pedagogiset ratkaisut ovat täsmällisiä ja sopivia; oppimateriaalin suorittavan opiskelijan ajankäyttöarvio on neljä tuntia, joka on realistinen ja toiveiden mukainen. Kuitenkin lyhyehköön aikaan on mahduttettu erilaisia oppimismenetelmiä. Oppimistavoitteiden laajuus, sisällöt ja menetelmät ovat linjassa toisiinsa.”

”Oppimismenetelmissä ei ole suurta innovatiivisuutta, joskaan sitä ei tilaaja erityisesti toivonutkaan. Oppiminen perustuu sekä itsenäiseen että pienryhmätyöskentelyyn. Laaditut oppimismateriaalit ovat tarkat, loogisesti etenevät ja mukana on myös teoriaa konkretisoivia caseja. Vaikka oppiminen ta-

pahtuu paljon itsenäisesti, tekijät osallistuivat myös vuorovaikutteiseen opetukseen antamalla tarkkan, laajan palautteen opiskelijoille suoritetuista ryhmätehtävistä. Se tukee oppimista myös tunneta-solla.”

”Oppimateriaalin soveltuvuus kohderyhmälle (syvällisyys ajatellen opintojen vaihdetta) vaikuttaa so-pivalta ja näin myös pilottiryhmä kommentoi. Hyvin aktiivisille oppijoille suunnattuja syvällisempään oppimiseen houkuttelevia oppimismateriaalia tms. voisi toteutuksessa olla enemmän.”

”Työntekijät näkivät vaivaa selviytyäkseen haasteista (esim case:n saaminen, yhteydenotot asian-tuntijoihin), tätä arvostan ja olen tietoinen siitä, mitä on tehty. Tämäkin osoittaa korkean ammatilli-sen asenteen työn tekemiseen, kunnianhimoisuuden suoritukseen. Tuotos vastaa tilaajan toiveita ja muodostaa jatkossa pedagogisesti ja sisällöllisesti sopivan osion Mielenterveys- ja päihdehoitotyön perusopintoihin. Erittäin hyvä tuotos ja yhteistyö.”

Oppimateriaalista saadun palautteen perusteella koemme, että onnistuimme luomaan hyvän, katta-van ja tilaajan toiveita ja toimeksiantoa vastaavan oppimateriaalin. Myös opiskelijoilta saadun pa-lautteen perusteella pidimme oppimateriaalia onnistuneena. Koemme, että oppimateriaalista saatiin luotua mielekäs ja opiskelijaystävällinen, koska pystyimme hyödyntämään oppimateriaalin suunnitte-lussa omia kokemuksiamme ja näkemyksiämme aiemmista kursseista. Kaiken kaikkiaan olemme tyy-tyväisiä tuotokseemme, koska koemme että tuotoksesta on jatkossa hyötyä Savonia-ammattikorkeakoulun opinnoissa.



## 5 POHDINTA

Pidimme opinnäytetyömme aihetta tärkeänä, koska traumaperäisen stressihäiriön tunnistamisessa terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa on todettu olevan puutteita. (Williams 2017, 619; Haikonen ja Kataja 2004, 314–317). Lisäksi pidämme aihetta tärkeänä siksi, koska sairaanhoitajat voivat kohdata traumaperäistä stressihäiriötä sairastavan henkilön missä tahansa terveydenhuollon palveluyksikössä työskennellessään. Sairaanhoitajan ovat terveydenhuollon ammattilaisia, jotka voivat työskennellä kaikkialla missä tehdään mielenterveyttä ehkäisevää, edistävää, korjaavaa ja hoitavaa mielenterveys- ja päihdetyötä. Sairaanhoitajat voivat toimia muun muassa yksityisellä, julkisella tai järjestösektorilla tai itsenäisenä asiantuntijana omalla asiantuntijuusalallaan. (Holmberg 2016, 197.) Näin ollen sairaanhoitajat voivat olla ensimmäisiä, jotka kohtaavat traumaperäistä stressihäiriötä sairastavan ja tästä syystä hoitopolku voi alkaa juuri sairaanhoitajan kautta.

Mielenterveyden häiriön tullessa ilmi, sairaanhoitajilta vaaditaan taitoja löytää tilanteeseen ratkaisu mahdollisimman varhain, parempien hoitotulosten saavuttamiseksi (Holmberg 2016, 10). Tämän vuoksi sairaanhoitajat ovat avainasemassa traumaperäisen stressihäiriön varhaisessa tunnistamisessa sekä jatkohoidon piirin ohjaamisessa. Sairaanhoitajilla tulee olla aitoa kiinnostusta, tietoa ja ymmärrystä potilasta kohtaan, jotta potilaan oireita voidaan lievittää kunnes kohdennettua apua on saatavilla.

Sairaanhoitajat ovat tärkeässä roolissa myös traumaattisia tapahtumia kokeneiden maahanmuuttajien kokemusten tunnistamisessa sekä heidän auttamisessaan. Maahanmuuttajien määrän kasvaessa maassamme myös paljon vakavia traumoja kokeneiden henkilöiden määrä Suomessa nousee. Näin ollen on mahdollista, että myös traumaperäisen stressihäiriön esiintyvyys Suomessa kasvaa. Henrikssonin ja Lönnqvistin (2017b) mukaan on tutkittu, että paljon traumaattisia tapahtumia kohdanneilla henkilöillä traumaperäisen stressihäiriön esiintyminen on yleisempää. Suomessa asuvista maahanmuuttajista 57–78 prosenttia on tutkimusten mukaan kokenut traumaattisia tapahtumia (Traumaperäinen stressihäiriö: Käypä hoito suositus 2014).

Traumaperäisen stressihäiriön mahdollinen kasvu Suomessa luo lisää paineita terveydenhuollon ammattilaisille tunnistaa traumaperäinen stressihäiriö. On myös todettu, että traumaperäisen stressihäiriön oikea-aikaisella tunnistamisella ja hoitamisella voidaan vähentää muun muassa toimintakyvyn heikkenemistä sekä muita haitallisia terveysvaikutuksia (Williams 2017, 621). Tämän opinnäytetyön tekijöinä toivomme, että tulevaisuudessa kaikilla sairaanhoitajaopiskelijoilla olisi mahdollisuus opiskella traumatisoitumisesta ja siitä seuranneista pitkäaikaisreaktioista jo Mielenterveys- ja päihdehoitotyön ammattiopinnoissa. Näin ollen tulevaisuudessa sairaanhoitajilla olisi mahdollisesti paremmat mahdollisuudet tunnistaa traumatisoituminen ja siitä seuranneet traumareaktiot aiempaa paremmin.

Suhteutettuna opinnäytetyöhön varattuun aikaan, työmäärään ja resursseihin rajasimme tietoisesti opinnäytetyön aiheen traumaperäisen stressihäiriön esiintyvyyteen, oireisiin, diagnosointiin ja hoitomuotoihin jotka koskivat lapsia, nuoria ja aikuisia. Näin ollen pystyimme perehtymään aiheeseen riit-

tävän laajasti sekä tekemään laadukkaan opinnäytetyön. Jätimme tarkoituksella opinnäytetyön ulkopuolelle iäkkäiden ja erityisryhmien traumaperäisen stressihäiriön käsittelyn myös siksi, koska tietoa aiheesta löytyi vain vähän.

Traumaperäisen stressihäiriön diagnosoimiseksi voidaan käyttää sekä ICD -tautiluokitusjärjestelmää, että DSM -tautiluokitusjärjestelmää. Suomessa käytössä olevan ICD -tautiluokitusjärjestelmän mukaisia traumaperäisen stressihäiriön diagnostisia kriteerejä läpi käydessämme huomasimme, ettei kyseiseen tautiluokitusjärjestelmään ole tehty omia diagnostisia kriteerejä lapsille ja aikuisille. DSM-5 -tautiluokitusjärjestelmästä taas löytyvät diagnostiset kriteerit erikseen sekä lapsille että aikuisille. Tämän vuoksi pidimme tärkeänä käydä opinnäytetyössämme läpi myös DSM-5 -tautiluokitusjärjestelmän diagnostiset kriteerit.

Traumaperäiset stressireaktiot ja traumaperäinen stressihäiriö ovat melko tavanomaisia mielenterveyden häiriöitä, jotka tulee osata tunnistaa kaikkialla terveydenhuollossa ja joita esiintyy kaikenikäisillä (Traumaperäinen stressihäiriö: Käypä hoito-suositus 2014). Traumaperäisen stressihäiriön esiintyvyydestä tietoa etsiessämme huomasimme, että vertailukelpoista tietoa eri maiden esiintyvyydestä löytyi melko vähän. Huomasimme, että myös Suomessa traumaperäisen stressihäiriön esiintyvyydestä löytyi tietoa niukasti ja esiintyvyys perustuu arvioihin. Tämän vuoksi tarkkaa lukua traumaperäisen stressihäiriön esiintyvyydestä Suomessa ei ole, mutta esiintyvyyden on arvioitu olevan 0,5 prosentin luokkaa. (Traumaperäinen stressihäiriö: Käypä hoito suositus 2014).

Traumaperäisen stressihäiriön hoitomenetelmistä löytyi eroavaisuuksia eri maiden välillä. Tämän vuoksi päädyimme rajaamaan ja etsimään tietoa ainoastaan Suomessa käytössä olevista hoitomenetelmistä. Lähteitä läpi käydessä huomasimme, että Suomessakin hoitomenetelmissä on eroavaisuuksia ja näin ollen päätimme tarkentaa rajausta edelleen. Päädyimme käyttämään opinnäytetyössä Traumaperäisen stressihäiriön Käypä hoito -suosituksen mukaisia hoitomenetelmiä jotka ovat terveydenhuollon ammattilaisille tarkoitettuja tutkimusnäyttöön perustuvia hoitosuosituksia. Tämä päätös tehtiin siksi, koska Suomessa terveydenhuollon ammattilaisten työ perustuu tutkimusnäyttöön perustuvaan tietoon (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala ja Vuorinen 2015, 50).

Hoitokeinoja läpi käydessä tutkimme myös debriefingin käyttöä traumaperäisen stressihäiriön yhtenä hoitokeinona. Debriefingin käytöstä löysimme joitakin toistensa kanssa ristiriitaisia kirjoituksia ja näkemyksiä. Etenkin vanhemmissa lähteissä debriefingin käyttöä pidettiin ristiriitaisena. Osassa näistä lähteistä tuettiin ajatusta siitä, että traumaattisen tapahtuman jälkeinen välitön debriefing voi auttaa vähentämään ja ehkäisemään jälkioireita (Larivaara 2009; Pasternack 2004). Monista lähteistä kävi kuitenkin ilmi, että debriefingin käyttö traumaperäisen stressihäiriön hoitokeinona ei tutkimusten mukaan ehkäise häiriön syntymistä ja siitä on todettu aiheutuvan jopa haittavaikutuksia. (Traumaperäinen stressihäiriö: Käypä hoito -suositus 2014; Wahlbeck 2009; Wahlbeck 2014).

On myös todettu, että potilas voi olla tyytyväinen hoitokeinona debriefingiin, mutta siitä ei ole välttämättä ole hänelle terveyshyötyä. (Wahlbeck, Churchill, Wessley, Bisson ja Rose 2005.) Tämä ristiriitaisuus yllätti opinnäytetyön tekijät. Näiden näkemuserojen vuoksi päätimme pitäytyä tämänkin

hoitokeinon kohdalla hoitolinjauksessamme. Päätimme pitäytyä rajauksessa myös siksi, koska mielestämme aihealue olisi laajentunut liikaa opinnäytetyömme aiheen ulkopuolelle jos olisimme lähteneet kirjoittamaan asiasta enemmän.

Oppimateriaalia tehdessä otimme huomioon myös opiskelijoiden erilaiset oppimistavat. Suunnitelimme verkko-oppimisympäristön siten, että se sisältäisi erilaisia oppimistapoja tukevaa materiaalia, kuten videoita, kuvia, erilaisia artikkeleja, PowerPoint -esitystä ja äänitiedostoja. Äänitiedostojen tekemisen huomasimme olevan paljon enemmän aikaa vievää ja haastavampaa kuin alun perin uskoimme. Äänitiedostoja nauhoitimme useaan kertaan uudestaan. Lisäksi eri nauhoituksia kuunnellessa huomasimme, että äänenlaatu oli erilainen eri tietokoneiden kautta nauhoittaessa. Lopuksi päätimme nauhoittaa äänitiedostot vain yhdellä tietokoneella.

## 5.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyön eettisyyttä ja luotettavuutta tulisi tarkastella jo opinnäytetyön suunnitteluvaiheessa, jotta työn on mahdollista edetä eettisesti oikeaan suuntaan. Eettisiä periaatteita ovat muun muassa oikeudenmukaisuus, vastuulliset ratkaisut, hyvän tekeminen ja vahingon välttäminen. Eettisyyttä edistää suvaitsevaisuus, vastuun ottaminen omasta sekä yhteisestä tekemisestä, toisten kuunteleminen ja kunnioittaminen, tuotoksen ja arvioiden läpinäkyvyys, sitoutuminen yhteiseen tekemiseen, eettisesti oikeat valinnat sekä luottamus. Eettisyyttä taas rikkoo toisten aliarvioiminen, tekstin plagiointi, pelkän oman edun tavoittelu sekä luottamuksen rikkominen. (Turun yliopisto s.a.)

Savonia-ammattikorkeakoulun (2018b) mukaan opinnäytetyössä eettisyys koskee sovittujen asioiden noudattamista, yhteisiä aikatauluja sekä aiheen rajauksen noudattamista. Eettisyys liittyy myös aiheen valintaan, aineiston keräämiseen, aineiston analysointiin, aineiston säilyttämiseen, lähteiden valitsemiseen, oikeaoppiseen raportointiin, sopimuksiin sekä rehellisyyteen. Rehellisyyttä taas rikkoo muun muassa puutteellinen tai harhaanjohtava raportointi, muiden osallistujien osuuden vähättely sekä muiden tekstien plagiointi. Opinnäytetyön rehellisyyden ja luotettavuuden lisäämiseksi opinnäytetyö onkin tarkastettu Turnit -ohjelmalla plagioinnin estämiseksi.

Heikkilän, Jokisen ja Nurmelan (2008, 44) mukaan kehittämistyössä kehittämiskohteen valinta on ensimmäinen eettinen kysymys. Kehittämiskohteen ja aiheen valinnassa pitää huomioida työn hyödynnettävyys ja tarpeellisuus, oikea kohderyhmä sekä tekijöiden mielenkiinto ja innostus aiheeseen. Mielestämme kehittämistyömme aihe oli valittu eettisestä näkökulmasta katsottuna hyvin, koska Savonia-ammattikorkeakoulun mukaan kyseiselle työlle oli tarvetta. Palautteen perusteella kehittämistyö oli tarpeellinen ja onnistunut. Onnistunut aiheen valinta ilmeni myös molempien kirjoittajien motivoituneisuutena työn tekemiseen koko opinnäytetyön prosessin ajan.

Kehittämistyöhön liittyen huomioon tuli ottaa myös kehittämistyön oikeudelliset kysymykset kuten tekijöiden oikeudet, kehittämistyön tuotoksen omistusoikeudet sekä tilaajan ja organisaation eettiset käytännöt ja säännöt (Ojasalo, Moilanen ja Ritalahti 2014, 49–50). Työn oikeudellisiin kysymyksiin liittyen laadimme oppimateriaalista käyttöoikeussopimuksen Savonia-ammattikorkeakoulun kanssa

jossa sovimme, että oppimateriaalia voidaan jatkossa pitkäaikaissäilyttää, muuttaa, hyödyntää sekä käyttää veloituksetta Savonia-ammattikorkeakoulun opinnoissa.

Eettisiä periaatteita ja sääntöjä noudattaen laadimme opinnäytetyön prosessin alussa ohjaus- ja hankkeistamissopimuksen. Eettisiä periaatteisiin kuuluen kunnioitimme myös prosessin aikana tilaajan ideoita, toiveita, näkökulmia, sovittuja aikatauluja sekä raportoimme myös työmme etenemisestä tiiviisti. Koko opinnäytetyön prosessin ajan teimme säännöllisesti muistiinpanoja sekä pyysimme säännöllisesti palautetta ja ohjausta opinnäytetyön tekemiseen omalta opinnäytetyön ohjaajaltamme ja tilaajan edustajalta sekä hyödynsimme opinnäytetyön prosessissa opinnäytetyöpajoja. Opinnäytetyössä syntyneet aineistot olemme säilöneet myös huolellisesti koko opinnäytetyön prosessin ajan.

Opinnäytetyötä tehdessä noudatimme tarkasti Savonia-ammattikorkeakoulun laatimia opinnäytetyön ohjeita. Kiinnitimme huomiota muun muassa raportointiin, lähdeviitteiden ja lähdeluettelon ohjeiden mukaiseen merkitsemiseen, aineiston asianmukaiseen referoimiseen, lähdekritiikkiin ja kriittiseen ajatteluun. Lähdekritiikillä tarkoitetaan tietolähteiden luotettavuuden arviointia (Helmet 2017), kun taas kriittinen ajattelu kuvaa tiedon luotettavuuden arviointia, asioiden eri puolien vertailua, vahvuuksien ja heikkouksien puntaroimista sekä tiedon merkityksen arviointia (Ojasalo, Moilanen ja Ritalahti 2014, 32).

Lähteitä pyrimme käyttämään laajasti. Lähteinä pyrimme käyttämään mahdollisimman ajankohtaista tietoa sekä erilaisia kansainvälisiä lähteitä, koska tämä lisäsi mielestämme oppimateriaalin käyttöikää sekä luotettavuutta. Käytimme työssämme lähteenä paljon erilaisia ja luotettavia internet-sivustoja, koska etsinnöistä huolimatta rajatusta aihealueestamme löytyi vain vähän tieteellisiä artikkeleita sekä varsinaisia tutkimuksia. Tutkimukset joita aiheesta löysimme, olivat tarkasti rajattuja tutkimuksia. Näissä tutkimuksissa käsiteltiin esimerkiksi traumaperäisen stressihäiriön esiintyvyyttä veteraaneilla ja yksittäisten hoitokeinojen kuten esimerkiksi kannabiksen lääkekäytön tai musiikkiterapian vaikutavuutta traumaperäisen stressihäiriön hoidossa. Koimme, että kyseiset tutkimukset menivät opinnäytetyön aihealueen ulkopuolelle.

Tietoa etsiessämme ja läpi käydessämme tarkastimme lähteistä muun muassa julkaisuvuoden, kirjoittajan sekä mahdolliset kirjoittajan sidonnaisuudet. Pääsääntöisesti lähdeaineistomme ovat alle kymmenen vuotta vanhoja. Tiedon vähyyden vuoksi, jouduimme kuitenkin käyttämään joitakin yli 10 vuotta vanhojakin lähteitä. Vanhempia lähteitä käytettäessä varmistimme kuitenkin tiedon olevan laadukasta ja ajan tasalla olevaa.

Lähteiden luotettavuuden varmistamiseksi pyrimme käyttämään opinnäytetyössämme lähteitä, joissa toistuivat samat kirjoittajat. Samojen ja asiantuntijoiksi tunnustettujen kirjoittajien toistuminen artikkeleissa tai teoksissa lisää lähdemateriaalin luotettavuutta. Lisäksi samojen kirjoittajien toistuminen luo uskottavuutta sille, että kirjoittajalla on tunnettavuutta sekä auktoriteettia kyseisellä alalla. Lähteiden luotettavuuteen vaikuttaa myös kirjoittajan asema ja hänen suhteensa tekstin aiheeseen. Luotettavuuteen liittyy vahvasti myös tekstin sisältö, sanavalinnat, kieliasu, kohderyhmä sekä julkai-

sumuoto. Internet-lähteet ovat nykyaikaisia lähteitä ja niitä voidaankin käyttää myös lähdekritisesti oppinnäytetyön lähteenä. (Hakala 2004 92–95.)

Saadaksemme oppinnäytetyöllemme kattavan teoriapohjan pyrimme käsittelemään oppinnäytetyömme aihetta laajasti ja monesta eri näkökulmasta. Tämän kattavan teorian pohjalta teimme oppimateriaalin Moodleen. Oppimateriaaliin sisällytimme PowerPoint tiedoston lisäksi kaksi eri osoitetta verkkosivustoille, kolme videota sekä standardoituja kyselylomakkeita. Näiden lähteiden luotettavuuden ja laadun varmistimme vertaamalla videoiden ja verkkosivustojen sisältöä omiin luotettaviin lähteisiimme.

Sisällytimme Moodleen ja materiaaliin yllä mainittujen lähteiden lisäksi myös kuvia. Kuvat ovat teoksia, jonka uudelleen käyttöä määrittelee tekijänoikeuslaki. Tekijänoikeuslaissa sanotaan, että kirjallisen tai taiteellisen teoksen luoneella on tekijänoikeus teokseensa. Lain mukaan teos voi olla muun muassa elokuva, valokuva, kirjallinen tai suullinen esitys, sävellys, näyttämöteos, kuvataideteos tai piirustus ja tällaisia aineistoja ei saa käyttää ilman lupaa. (Tekijänoikeuslaki 8.7.1961/404, 1 §.) Oppinnäytetyön tuotoksessa eli oppimateriaalissa käytettyjen valokuvien uudelleen käyttöoikeus on varmistettu.

## 5.2 Ammatillinen kehittyminen

Ammatillinen kehittyminen voidaan nähdä oppimisprosessina, jonka aikana hankitaan tietoja, taitoja ja kykyjä tulevaisuuden muuttuviin ammattitaidon vaatimuksiin. Oppimisprosessiin kuuluu ammatillisen identiteetin muuttuminen, joka muokkaa opiskelijan käyttäytymistä ja kehittää käsitteellistä ajattelua. (Leskelä 2005, 62–63.) Savonia-ammattikorkeakoulun (2018c) mukaan oppinnäytetyön tavoitteena on auttaa opiskelijaa kehittymään valitsemallaan aihealueella, oppia etsimään luotettavaa ja näyttöön perustuvaa tietoa sekä kehittää opiskelijan valmiuksia hyödyntää tietoaan ja taitojaan ammattipintoihin liittyvissä asiantuntijatehtävissä.

Oppinnäytetyö tekeminen oli molemmista tekijöistä pitkä, haastava sekä opettavainen prosessi, jonka avulla opimme miten kehittämistyö toteutetaan oikeaoppista järjestystä noudattaen, eli edeten ideointi-, aloitus-, suunnittelu-, ja toteutusvaiheesta arviointiin. Oppinnäytetyön suunnitteluvaiheeseen kuului SWOT-analyysin määrittely. Määrittelimme SWOT-analyysin avulla omat vahvuutemme, heikkouksemme, mahdollisuutemme sekä uhkamme oppinnäytetyön suhteen. SWOT-analyysissa vahvuuk-siamme arvioimme olevan: sitoutuminen, innostuneisuus, mielekäs ja ajankohtainen aihe, työn kokeminen tarpeelliseksi, englannin kielen taito, hyvät yhteistyötaidot sekä motivaatio.

Heikkouksiamme arvioimme olevan epävarmuus, tieteellisen tekstin tuottamisen vaikeus, sopivien lähteiden löytäminen, teorian rajaaminen sekä kokemattomuus opettamisesta. Mahdollisuuksi-na näimme oman ammatillisen kasvun, uuden tiedon lisääntymisen, tulevien sairaanhoitajien tiedon lisäämisen sekä oppimateriaalin hyödynnettävyyden tulevaisuudessa. Uhkina taas koimme ajankäytön ja aikataulussa pysymisen koulunkäynnin ja työn ohella sekä oman jaksamisen.

SWOT-analyysin määrittelemiemme uhkien lisäksi opinnäytetyön prosessiin kuului myös erilaisia haasteita, joista yksi oli oppimateriaalin luominen verkko-oppimisympäristö Moodleen. Haastavaksi koimme tämän siksi ettei tekijöillä ollut aiempaa kokemusta verkko-opetuksesta tai verkko-oppimisympäristön luomisesta. Näin ollen verkko-opiskelu ympäristön saaminen toimivaksi kokonaisuudeksi vei paljon aikaa. Käytimme paljon aikaa myös verkko-oppimisympäristön ulkoasun viimeistelyyn ja oppimateriaalin visuaaliseen ulkonäköön, jotta saimme oppimateriaalista mahdollisimman selkeän ja opiskelijoita kiinnostavan.

Vaikeuksia tuotti myös molempien opinnäytetyön tekijöiden aikataulujen yhteensovittaminen. Aikataulujen yhteensovittamiseen haasteita toi muun muassa molempien töiden, opiskelun ja perheen sekä muun vapaa-ajan yhteensovittaminen. Opinnäytetyön etenemiseksi hyödynsimmekin reaaliaikaista Google Docs:a. Google Docs:n avulla opinnäytetyö eteni joustavasti, koska molemmat tekijät voivat työstää opinnäytetyötä omien aikataulujensa mukaisesti. Google Docs:n lisäksi hyödynsimme Zoom -sovellusta. Zoom -etäyhteyden avulla saimme pohdittua opinnäytetyön eri osioita yhdessä reaaliaikaisesti läpi.

Opinnäytetyö oli ammatillisesti kasvattava prosessi, joka vaati tekijöiltä paljon aikaa ja työtä. Olimme koko opinnäytetyön prosessin ajan melko itsekriittisiä ja vaadimmekin opinnäytetyöltämme paljon. Teimme raporttia hyvin huolellisesti koko opinnäytetyön ajan sekä kehityimme kirjoittamisessa. Opinnäytetyön prosessi onkin opettanut tekijöitä asettamaan asiat tärkeysjärjestykseen, sietämään keskeneräisyyttä, kehittämään käsitteellistä ajattelua, asettamaan erilaisia päämääriä ja tavoitteita sekä huomioimaan ja kunnioittamaan muiden mielipiteitä ja ajatuksia entistä paremmin. Näitä ominaisuuksia pidämmekin tärkeänä osana sairaanhoitajan ammatillisuutta.

Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen rakentuu yhdeksästä kompetenssista, joita ovat: asiakaslähtöisyys, hoitotyön eettisyys ja ammatillisuus, johtaminen ja yrittäjyys, sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristö, kliininen hoitotyö, näyttöön perustuva toiminta ja päätöksenteko, ohjaus- ja opetusosaaminen, terveyden ja toimintakyvyn edistäminen sekä sosiaali- ja terveystalvelujen laatu ja turvallisuus (Savonia-ammattikorkeakoulu 2018a). Opinnäytetyön prosessin aikana, olemme päässeet kehittämään ja syventämään osaamistamme useiden edellä mainittujen kompetenssien kohdalla.

Näistä kompetensseista hoitotyön eettisyyteen ja ammatillisuuteen kuuluvat muun muassa eettisten periaatteiden mukaan toimiminen ja ammatillisuus, toisten kunnioittaminen sekä lakien noudattaminen. Eettisiin periaatteisiin ja ammatillisuuteen kuuluvat myös oman osaamisen arviointi ja kehittäminen sekä osaaminen työskennellä erilaisissa työryhmissä, tiimeissä ja verkostoissa. (Eriksson, Korhonen, Merasto ja Moisio 2015, 36–37.) Opinnäytetyön prosessin aikana olemme oppineet toimimaan eettisten periaatteiden mukaisesti, ammatillisesti ja toisia kunnioittavasti.

Johtamisen ja yrittäjyyden kehittyminen opinnäytetyön prosessin aikana näyttäytyy muun muassa siinä, että olemme oppineet arvioimaan omia resurssejamme, priorisoimaan työtehtäviä sekä vastuuta ja ymmärtämään vastuamme. Lisäksi olemme oppineet toimimaan työyhteisötaitojen mukai-

sesti ja johtamaan omaa toimintaamme opinnäytetyön prosessissa. Näyttöön perustuvassa toiminnassa ja päätöksenteossa sairaanhoitajalta taas vaaditaan muun muassa taitoa osata hakea tietoa eri tietokannoista, taitoa osata hyödyntää ja arvioida tieteellistä tietoa kriittisesti, kyetä ratkaisemaan ongelmia ja ristiriitoja, tarkastella omaa osaamistaan kriittisesti sekä käyttämään hoitotieteellistä tietoa päätöksensä tukena (Eriksson, Korhonen, Merasto ja Moisio 2015, 39–42). Olemmekin opinnäytetyön myötä oppineet käyttämään laajalti erilaisia tietokantoja, oppineet etsimään luotettavaa tietoa sekä oppineet lähdekriittisyyttä.

Kliinisen hoitotyön kompetenssiin taas kuuluu osata muun muassa arvioida hoidon tarvetta, hallita keskeisimpiä toimenpiteitä ja tutkimusmenetelmiä. Mielestämme sairaanhoitajalla onkin tärkeä rooli traumaperäisen stressihäiriön tunnistamisessa, erottamisessa ja hoitamisessa. Sairanhoitajan tulee osata tunnistaa traumaperäisen stressihäiriön oireita, käyttää keskeisimpiä hoito- ja auttamismenetelmiä sekä tehdä päätöksiä.

Opinnäytetyön prosessin aikana olemme myös oppineet opetuksen lähtökohdista, toteuttaneet opetusta ja ohjausta, suunnitelleet ja arvioineet omaa opetustamme ja ohjaustamme sekä tuottaneet uutta oppimateriaalia. Olemme myös oppineet terveyden ja toimintakyvyn edistämisestä. Terveyden ja toimintakyvyn edistämiseen kuuluu esimerkiksi varhainen toimintakyvyn vajavuuksiin puuttuminen, terveyttä ja toimintakykyä heikentävien riskitekijöiden ymmärtäminen ja ehkäiseminen, varhainen puuttuminen sekä terveyden ja toimintakyvyn edistämisen suunnittelu, toteuttaminen ja arviointi (Savonia-ammattikorkeakoulu 2018a). Opinnäytetyön prosessi onkin opettanut ymmärtämään miten tärkeää riskitekijöiden huomioiminen, varhainen puuttuminen ja toimintakyvyn edistäminen sekä varhainen traumaperäisen stressihäiriön tunnistaminen ovat. Opinnäytetyö on lisännyt tekijöiden tietoisuutta ja ymmärrystä traumaperäisestä stressihäiriöstä kokonaisvaltaisesti ja koemme, että olemme opinnäytetyön aikana kehittyneet valitsemaillamme aihealueella.

Sairanhoitajan ammatillisten kompetenssien kehittymisen lisäksi opinnäytetyön prosessi auttoi tekijöitä kehittämään yhteistyötaitoja työelämään. Pyrimme koko prosessin ajan huomioimaan työn tilaajan toiveet, ideat ja ajatukset oppimateriaaliin liittyen. Opinnäytetyön prosessi sujuikin mielestämme joustavasti, sovittujen aikataulujen mukaisesti sekä hyvässä ja tiiviissä yhteistyössä työn tilaajan kanssa. Opinnäytetyön tekemisen myötä tekijöillä onkin tulevaisuudessa paremmat valmiudet seuraaviin kehittämis- tutkimus- ja hanketöihin.

Lopulta voimme todeta opinnäytetyön prosessin sujuneen mielestämme melko hyvin. Suunnitteluvaiheessa määrittelemämme mahdollisuudet täyttyivät oman ammatillisen osaamisen kasvun osalta, traumaperäisen stressihäiriön tiedon lisääntymisen osalta sekä traumaperäisen stressihäiriön tunnistamisen osalta. Toivomme, että opinnäytetyöstämme on hyötyä tulevaisuudessa sekä itsellemme, opiskelijoille sekä muille aiheesta kiinnostuneille. Lisäksi koemme, että meillä on tulevaisuudessa mahdollisesti paremmat mahdollisuudet osata ohjata traumaperäistä stressihäiriötä sairastava oikeanlaisen avun piiriin ja että voimme omalla tietämyksellämme lisätä muiden hoitotyön ammattilaisten ymmärrystä ja tietoa aiheesta. Koemme, että jos kirjoittaisimme opinnäytetyön nyt uudelleen, se

olisi helpompi prosessi, kun ymmärrämme kokonaisuudessaan mitä opinnäytetyön prosessi sisältää sekä minkälaista paneutumista se tekijöiltään vaatii.

### 5.3 Jatkokehittämissuositukset

Oppimateriaalista tilaajalta saadun palautteen perusteella kävi ilmi, että oppimateriaalissa voisi olla lisää syvällisempään opiskeluun tarkoitettua materiaalia aktiivisille opiskelijoille. Opiskelijoilta saadussa palautteessa oli toiveena, että jatkossa oppimateriaaliin voisi mahdollisuuksien mukaan sisällyttää opetusta. Opinnäytetyön tekijöiden kehittämisehdotuksena olisikin, että oppimateriaaliin voisi tulevaisuudessa yhdistää esimerkiksi asiantuntijoiden luentoja tai mahdollisesti kokemuskouluttaja kertomaan aiheesta enemmän. Näin ollen oppimateriaalista voisi saada vieläkin kattavamman ja monipuolisemman. Myös esimerkiksi erilaisia taitopajoja voisi hyödyntää opetuksessa. Taitopajoissa voitaisiin esimerkiksi harjoitella traumaattisen tapahtuman kohdanneen henkilön kohtaamista.

Opinnäytetyössämme kävimme melko pintapuolisesti läpi lasten ja nuorten traumaperäistä stressihäiriötä. Oppimateriaaliin voisikin mahdollisuuksien mukaan lisätä konkreettiset esimerkit lasten ja nuorten traumaperäisen stressihäiriön kulusta sekä hoitokeinoista. Oppimateriaaliin voisi yhdistää myös esimerkiksi opetustunnin aiheesta. Kehittämissideana toivomme, että jatkossa lasten ja nuorten traumatisoitumista ja traumaperäisen stressihäiriön hoitokeinoja voitaisiin käydä laajemmin läpi. Traumaattisen tapahtuman kohdanneen lapsen ja nuoren kohtaaminen ja traumataustan tunnistamisen koemme myös tärkeäksi aiheeksi käsitellä, koska traumaperäinen stressihäiriö voi kehittyä jo hyvin varhaisessa vaiheessa lapsuutta tai nuoruutta. Opinnäytetyössämme emme erityisesti kiinnittäneet huomiota myöskään ikäihmisillä esiintyvään traumaperäiseen stressihäiriöön tai siihen mahdollisiin liittyviin erityispiirteisiin. Näin ollen ikäihmisten traumaperäisen stressihäiriön oireita ja hoitokeinoja voisikin jatkossa tutkia ja käsitellä enemmän.

Opinnäytetyössä käsitelimme vain Suomessa käytössä olevat hoitomenetelmät. Jos opinnäytetyön tekemiseen olisi ollut enemmän aikaa ja resursseja, olisimme voineet käydä läpi erilaisia hoitokeinoja ja tunnistamista myös kansainvälisesti. Näin ollen eri maiden hoitokeinoja olisi pystynyt vertailemaan keskenään sekä tutkimaan mitkä hoitokeinot ovat eri maissa käytössä ja mitkä näistä hoitokeinoista ovat tehokkaimmiksi todettuja. Lisäksi tähän olisi voinut liittää tietokannoista etsittyjä tutkimuksia hoitokeinoista sekä niiden vaikuttavuudesta.



## LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION 2018. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2018-03-16.] Saatavissa:

<https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>

ANTERVO, Arja 2017. Traumatisoituminen ja olemisen sietämättömyys. Finnanest [verkkolehti] 50 (2), 133–137. [Viitattu 2018-01-21.] Saatavissa:

[http://www.finnanest.fi/files/antervo\\_traumatisoituminen.pdf](http://www.finnanest.fi/files/antervo_traumatisoituminen.pdf)

ARONEN, Eeva ja SUOMALAINEN, Laura 2016. Akuutin stressireaktion/häiriön ja traumaperäisen stressihäiriön diagnoosi ja kliininen kuva [verkkokirja]. [Viitattu 2018-03-12.] Saatavissa:

[http://www.oppiporssi.fi/op/ljn01901/do?p\\_haku=traumaper%C3%A4inen%20stressih%C3%A4iri%C3%B6#q=traumaper%C3%A4inen%20stressih%C3%A4iri%C3%B6](http://www.oppiporssi.fi/op/ljn01901/do?p_haku=traumaper%C3%A4inen%20stressih%C3%A4iri%C3%B6#q=traumaper%C3%A4inen%20stressih%C3%A4iri%C3%B6)

DEPRESSIO: KÄYPÄ HOITO –SUOSITUS 2016. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2018-04-11.] Saatavissa:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50023#s18>

DITLEVSEN, Daniel N ja ELKLIT, Ask 2012. Gender, trauma type, and PTSD prevalence: a re-analysis of 18 nordic convenience samples [verkkodokumentti]. [Viitattu 2018-04-21.] Saatavissa:

<https://annals-general-psychiatry.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1744-859X-11-26>

DOWST-MAYO, Lisa 2015. Patients with Post-Traumatic Stress Disorder. RDH [verkkolehti] 35(10), 34–94. [Viitattu 2018-02-27.] Saatavissa:

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=0&sid=c9ac7a2f-e3bd-4ad0-ac1b-a917463a4622%40pdc-v-sessmgr01&bdata=Jmxhbm9Zmkmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=113300207&db=ccm>

DYREGROV, Atle 2013. SURUN JA TRAUMAN VUOROVAIKUTUS – PÄÄTELMÄ SUREVIEN AUTTAMI-SEEN [verkkodokumentti]. [Viitattu 2018-04-27.] Saatavissa: [http://www.surut.fi/surutfi\\_wp/wp-content/uploads/2017/03/Atle-keynote-suomennettu.pdf](http://www.surut.fi/surutfi_wp/wp-content/uploads/2017/03/Atle-keynote-suomennettu.pdf)

EMDR s.a. Trauma [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2018-04-22.] Saatavissa:

<http://www.emdr.fi/trauma.html>

ERIKSSON, Elina, KORHONEN, Teija, MERASTO, Merja ja MOISIO, Eeva-Liisa 2015. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen – Sairaanhoidajakoulutuksen tulevaisuus -hanke [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2019-04-23.] Saatavissa:

<https://www.epressi.com/media/userfiles/15014/1442254031/loppuraportti-sairaanhoidajan-ammattillinen-osaaminen.pdf>

FRY, Mandy 2016. Post traumatic stress disorder. Practice Nurse [verkkolehti] 09536612, Vol. 46, 2. [Viitattu 2018-02-27.] Saatavissa:

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=8&sid=c4668d23-53f7-4199-a2a3-57f2575d5a4f%40sessionmgr104&bdata=Jmxhbm9Zmkmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=113300207&db=ccm>

GARCIA, Jessica C., DAVENPORT, Todd E. ja MANSOOR, Jim K. 2017. Exercise for Posttraumatic Stress Disorder: Systematic Review and Critical Synthesis of the Literature. Orthopaedic Practice [verkkolehti] Vol. 29; 1:17, 36–43. [Viitattu 2018-02-27.] Saatavissa:

<http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.savonia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&sid=9393b06f-fcda-4d1e-ae4d-db3ed1b8bb8e%40sdc-v-sessmgr05>

HAAPASALO-PESU, Kirsi-Maaria ja KARUKIVI, Max 2016. SSRI-lääkkeet [verkkokirja]. [Viitattu 2018-04-19.] Saatavissa: [http://www.oppiporssi.fi/op/ljn04702/do?p\\_haku=ssri-l%C3%A4%C3%A4kkeet#q=ssri-l%C3%A4%C3%A4kkeet](http://www.oppiporssi.fi/op/ljn04702/do?p_haku=ssri-l%C3%A4%C3%A4kkeet#q=ssri-l%C3%A4%C3%A4kkeet)

- HAIKONEN, Minna ja KATAJA, Hannele 2004. Traumaperäinen stressihäiriö (PTSD)- työterveyshuollon näkökulma. Työterveyslääkäri [verkkolehti] 22(3), 314–317 [Viitattu 2018-04-12.] Saatavissa: [http://www.ebm-guidelines.com/dtk/hpt/avaa?p\\_artikkeli=ttl00143](http://www.ebm-guidelines.com/dtk/hpt/avaa?p_artikkeli=ttl00143)
- HAKALA, Juha T. 2004. Opinnäyteopas ammattikorkeakouluille. 2. painos. Helsinki: Gaudeamus.
- HANHILAMPI, Nina, HEIKKILÄ, Kristiina ja SALMINEN, Leena 2014. CASE - OPPIJAKESKEINEN MENETELMÄ TERVEYSALALLA. Julkaisussa: SALMINEN, Leena (toim.) Näyttöön perustuva opettaminen ja ohjaaminen vol. 2. Turku: Turun yliopisto, 11–17.
- HARAVUORI, Henna, SUOMALAINEN, Laura, TURUNEN, Tuija ja VIHRIÄL, Liisa 2016. Traumaperäisen stressihäiriön (PTSD) ehkäisy oireettomilla henkilöillä [verkkokirja]. [Viitattu 2018-04-19.] Saatavissa: [http://www.oppiportti.fi/op/ljn05709/do?p\\_haku=Traumaper%C3%A4isen%20stressih%C3%A4iri%C3%B6n%20ehk%C3%A4isy#q=Traumaper%C3%A4isen%20stressih%C3%A4iri%C3%B6n%20ehk%C3%A4isy](http://www.oppiportti.fi/op/ljn05709/do?p_haku=Traumaper%C3%A4isen%20stressih%C3%A4iri%C3%B6n%20ehk%C3%A4isy#q=Traumaper%C3%A4isen%20stressih%C3%A4iri%C3%B6n%20ehk%C3%A4isy)
- HARAVUORI, Henna ja MARTTUNEN, Mauri 2016. Something old, something new: disorders specifically th associated with stress in the ICD 11 revision [verkkodokumentti]. Julkaisussa: PARTONEN, Timo (toim.) Psychiatria Fennica 2016 47 ANNUAL VOLUME. Helsinki: Foundation for Psychiatric Research, 9-16. [Viitattu 2018-02-22.] Saatavissa: [http://www.psykiatriantutkimussaatio.fi/uploads/files/ART1\\_2016.pdf](http://www.psykiatriantutkimussaatio.fi/uploads/files/ART1_2016.pdf)
- HARAVUORI, Henna, MARTTUNEN, Mauri ja VIHRIÄLÄ, Liisa 2016. Traumaattiset kokemukset [verkkokirja]. [Viitattu 2019-01-18.] Saatavissa: [http://www.oppiportti.fi/op/ljn00308/do?p\\_haku=psykkinen%20trauma#s2](http://www.oppiportti.fi/op/ljn00308/do?p_haku=psykkinen%20trauma#s2)
- HEIKKILÄ, Asta, JOKINEN, Pirkko ja NURMELA, Tiina 2008. Tutkiva kehittäminen. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- HELMET 2017. Tunnista luotettava tieto [verkkopublication]. [Viitattu 2018-12-17.] Saatavissa: [http://www.helmet.fi/fi-FI/Lapset/Tiedonhaku/Tunnista\\_luotettava\\_tieto](http://www.helmet.fi/fi-FI/Lapset/Tiedonhaku/Tunnista_luotettava_tieto)
- HENRIKSSON, Markus ja HUTTUNEN, Matti 2000. Järkytyksen lukkiutuminen: traumaperäinen stressihäiriö. lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim [verkkolehti] 116(20), 2255–2257. [Viitattu 2018-04-11.] saatavissa: <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2000/20/duo91827>
- HENRIKSSON, Markus ja LÖNNQVIST, Jouko 2017a. Psykkiset kriisit [verkkokirja]. [Viitattu 2017-04-25.] Saatavissa: [http://www.oppiportti.fi/op/pkr01102/do?p\\_haku=psykkiset%20kriisit#q=psykkiset%20kriisit](http://www.oppiportti.fi/op/pkr01102/do?p_haku=psykkiset%20kriisit#q=psykkiset%20kriisit)
- HENRIKSSON, Markus ja LÖNNQVIST, Jouko 2017b. Traumaperäinen stressihäiriö [verkkokirja]. [Viitattu 2018-01-27.] Saatavissa: [http://www.oppiportti.fi/op/pkr01106/do?p\\_haku=traumaper%C3%A4inen%20stressih%C3%A4iri%C3%B6#q=traumaper%C3%A4inen%20stressih%C3%A4iri%C3%B6](http://www.oppiportti.fi/op/pkr01106/do?p_haku=traumaper%C3%A4inen%20stressih%C3%A4iri%C3%B6#q=traumaper%C3%A4inen%20stressih%C3%A4iri%C3%B6)
- HENRIKSSON, Markus ja LÖNNQVIST, Jouko 2017c. Äkillinen stressireaktio [verkkodokumentti]. [Viitattu 2018-03-26] saatavissa: [http://www.oppiportti.fi/op/pkr01105/do?p\\_haku=akuutti%20stressireaktio#q=akuutti%20stressireaktio](http://www.oppiportti.fi/op/pkr01105/do?p_haku=akuutti%20stressireaktio#q=akuutti%20stressireaktio)
- HIRSJÄRVI, Sirkka, REMES, Pirkko ja SAJAVAARA, Paula 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.
- HOLMBERG, Jan 2016. Hoitajana mielenterveys- ja päihdetyössä. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- HUTTUNEN, Matti 2017a. Masennus [verkkokirja]. [Viitattu 2018-03-19.] Saatavissa: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00389](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00389)
- HUTTUNEN, Matti 2017b. Masennustilojen hoidossa käytettävät lääkkeet [verkkokirja]. [Viitattu 2018-04-18.] Saatavissa: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=lam00039&p\\_hakusana=SNRI](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00039&p_hakusana=SNRI)

- HUTTUNEN, Matti 2017c. Mielenterveyden häiriöt [verkkokirja]. [Viitattu 2018-03-26.] Saatavissa: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=lam00002](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00002)
- HUTTUNEN, Matti 2017d. Mitä ovat psykoottiset tilat? [verkkokirja]. [Viitattu 2018-03-19.] Saatavissa: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=lam00025](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00025)
- HUTTUNEN, Matti 2017e. Paniikkikohtaus [verkkokirja]. [Viitattu 2018-03-25.] Saatavissa: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00405](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00405)
- HUTTUNEN, Matti 2017f. Psykoterapiat [verkkokirja]. [Viitattu 2018-08-20.] Saatavissa: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=lam00004&p\\_hakusana=psykoterapia](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00004&p_hakusana=psykoterapia)
- HUTTUNEN, Matti 2017g. Traumaperäinen stressihäiriö [verkkokirja]. [Viitattu 2018-01-27.] Saatavissa: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00526](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00526)
- HYPPÖNEN, Olli ja LINDÉN Satu 2009. OPETTAJAN KÄSIKIRJA – OPINTOJAKSOJEN RAKENTEET, OPETUSMENETELMÄT JA ARVIOINTI [verkkokirja]. Espoo: Teknillinen korkeakoulu Opetuksen ja opiskelun tuki. [Viitattu 2018-09-10.] Saatavissa: <https://aaltoodoc.aalto.fi/bitstream/handle/123456789/4670/isbn9789522480637.pdf?sequence=1>
- ISOMETSÄ, Erkki ja PAUNIO, Tiina 2013. DSM-5 valmistui viimein. Lääkärilehti [verkkolehti] 23, vsk 68, 1702. [Viitattu 2018-04-12] saatavissa: <http://www.laakarilehti.fi/ajassa/paakirjoitukset/dsm-5-valmistui-viimein/>
- JOSEPH, Stephen 2011. Is Shell Shock the Same as PTSD? [verkkolehti]. [Viitattu 2018-03-15.] Saatavissa: <https://www.psychologytoday.com/blog/what-doesnt-kill-us/201111/is-shell-shock-the-same-ptsd>
- KALLIALA, Eija 2002. Verkko-opettamisen käsikirja. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- KAUPPI, Anne ja TURUNEN, Tuija 2016. Silmänliiketerapia EMDR, traumakeskeinen kognitiivinen käyttäytymisterapia TF-CBT ja narratiivinen altistusterapia NET [verkkokirja]. [Viitattu 2018-10-05.] Saatavissa: [http://www.oppiportti.fi/op/ljn03605/do?p\\_haku=emdr#q=emdr](http://www.oppiportti.fi/op/ljn03605/do?p_haku=emdr#q=emdr)
- KIRVESMÄKI, Sini, KIVILUOMA, Kirsi ja RANTANEN, Elina 2018. Trauma 1- traumatisoitumisen synty ja vaikutukset [verkkodokumentti]. [Viitattu 2018-01-18.] Saatavissa: [http://www.epshp.fi/files/10111/Trauma\\_1.pdf](http://www.epshp.fi/files/10111/Trauma_1.pdf)
- KOEK, Ralph 2017. Treatment-resistant PTSD. Psychiatric Times [verkkolehti]. 17–19 [Viitattu 2018-04-18.] Saatavissa: <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.savonia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=95079fd1-a7f2-499b-9a6f-894569c4cff0%40sessionmgr4009>
- KOMULAINEN, Jorma 2011. Tautiluokitus ICD-10 Klassifikation av sjukdomar [verkkojulkaisu]. 3. uudistettu painos. Mikkeli: StMichel Print. [Viitattu 2018-03-19.] Saatavissa: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80324/15c30d65-2b96-41d7-aca8-1a05aa8a0a19.pdf?sequence=1>
- KORKEILA, Katariina ja TÖRMÄ, Maija 2010. Psykkisesti traumatisoitunut potilas yleislääkärin vastaanotolla – diagnosoi, tue ja seuraa. Duodecim [verkkolehti] 126, 2645–2653. [Viitattu 2018-03-12.] Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.savonia.fi/xmedia/duo/duo99181.pdf>
- LAINE, Anne, SALERVO, Pirjo, SIVEN, Tuula ja VÄLIMÄKI, Päivi 2012. Opi ammattiin. 4. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- LARIVAARA, Pekka 2009. Traumaperäinen stressihäiriö [verkkokirja]. [Viitattu 2018-04-19.] Saatavissa: [https://www.oppiportti.fi/op/ppp00154/do?p\\_haku=traumaper%C3%A4inen%20stressih%C3%A4iri%C3%B6#q=traumaper%C3%A4inen%20stressih%C3%A4iri%C3%B6](https://www.oppiportti.fi/op/ppp00154/do?p_haku=traumaper%C3%A4inen%20stressih%C3%A4iri%C3%B6#q=traumaper%C3%A4inen%20stressih%C3%A4iri%C3%B6)

- LESKELÄ, Jori 2005. Mentorointi aikuisopiskelijan ammatillisen kehittymisen tukena [verkkodokumentti]. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy - Juvenes Print. [Viitattu 2018-10-21]. Saatavissa: <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67361/951-44-5923-7.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- LÖNNQVIST, Jouko 2017. Ahdistuneisuushäiriöt [verkkokirja]. [Viitattu 2018-03-19.] Saatavissa: [http://www.oppiportti.fi/op/pkr00307/do?p\\_haku=ahdistuneisuush%C3%A4iri%C3%B6#T7](http://www.oppiportti.fi/op/pkr00307/do?p_haku=ahdistuneisuush%C3%A4iri%C3%B6#T7)
- LÖNNQVIST, Jouko ja LEHTONEN, Johannes 2017. Psykiatria ja mielenterveyden häiriöt [verkkokirja]. [Viitattu 2018-03-18.] Saatavissa: [https://www.oppiportti.fi/op/pkr00102/do?p\\_haku=Psykiatria%20ja%20mielenterveyden%20h%C3%A4iri%C3%B6t#q=Psykiatria%20ja%20mielenterveyden%20h%C3%A4iri%C3%B6t](https://www.oppiportti.fi/op/pkr00102/do?p_haku=Psykiatria%20ja%20mielenterveyden%20h%C3%A4iri%C3%B6t#q=Psykiatria%20ja%20mielenterveyden%20h%C3%A4iri%C3%B6t)
- LÖNNQVIST, Jouko ja MARTTUNEN, Mauri 2017. Psykiatristen häiriöiden psykoterapeuttinen hoito. Julkaisussa: LÖNNQVIST, Jouko, HENRIKSSON, Markus, MARTTUNEN, Mauri ja PATRONEN, Timo (toim.) Psykiatria. 12. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 779–786.
- MAAHANMUUTTOVIRASTO 2018. Vuoden 2017 tilastot: Turvapaikanhakijoita selvästi edellisvuosia vähemmän – ensimmäisen hakemuksen jätti reilut 2 100 hakijaa [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2018-04-27.] Saatavissa: [https://migri.fi/artikkeli/-/asset\\_publisher/vuoden-2017-tilastot-turvapaikanhakijoita-selvasti-edellisvuosia-vahemman-ensimmaisen-hakemuksen-jatti-reilut-2-100-hakijaa](https://migri.fi/artikkeli/-/asset_publisher/vuoden-2017-tilastot-turvapaikanhakijoita-selvasti-edellisvuosia-vahemman-ensimmaisen-hakemuksen-jatti-reilut-2-100-hakijaa)
- MURTOLA, Laura-Maria, JUNNILA, Riina ja SALMINEN, Leena 2011. Tietotesti terveystieteen koulutuksessa ja hoitotyössä. Julkaisussa: JUNNILA, Riina, KOSKINEN, Sanna, STOLT, Minna ja SALMINEN, Leena (toim.) Näyttöön perustuva opettaminen ja ohjaaminen. Sarja A62. Turku: Turun yliopisto, 82–92.
- MYKRÄ, Tarja ja HÄTÖNEN Heljä (Toim.) 2008. Opas opetusmenetelmistä. Helsinki: Edita Prima Oy.
- NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH 2016 [verkkajulkaisu]. Post-Traumatic Stress Disorder. [Viitattu 2018-03-23.] Saatavissa: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/post-traumatic-stress-disorder-ptsd/index.shtml>
- OJASALO, Katri, MOILANEN, Teemu ja RITALAHTI Jarmo 2014. Kehittämistyön menetelmät: uudenlaista osaamista liiketoimintaan. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro.
- PASTERNAK, Iris 2004. Psykologinen jälkipuinti eli debriefing – kiistanalainen käytäntö edelleen. Työterveyslääkäri [verkkolehti] 22(3), 324–325. [Viitattu 2019-03-21.] Saatavissa: [http://www.ebm-guidelines.com/dtk/shk/avaa?p\\_artikkeli=ttl00139](http://www.ebm-guidelines.com/dtk/shk/avaa?p_artikkeli=ttl00139)
- PAREKH, Ranna 2017. What Is Posttraumatic Stress Disorder? [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2018-02-27.] Saatavissa: <https://www.psychiatry.org/patients-families/ptsd/what-is-ptsd>
- PHOENIX AUSTRALIA s.a a. Effective treatments for PTSD are available. Medication, either alone or in combination with counselling, can help [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2018-04-18.] Saatavissa: <http://phoenixaustralia.org/recovery/treatment-options/ptsd-medication/>
- PHOENIX AUSTRALIA s.a b. Five to 10 per cent of people will suffer from posttraumatic stress disorder (PTSD) at some point in their lives [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2018-03-17.] Saatavissa: <http://phoenixaustralia.org/resources/ptsd-guidelines/>
- PLAZACIC, Vesna 2017. Living with POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER. Abilities [verkkolehti] (108), 10–14. [Viitattu 2018-02-27.] Saatavissa: <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.savonia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=25&sid=33dad752-6be7-4a4c-8282-283e88a0fa22%40pdc-v-sessmgr02>
- PONTEVA, Matti 2016. Äkillinen stressireaktio ja traumaperäinen stressihäiriö [verkkokirja]. [Viitattu 2018-03-13.] Saatavissa: [http://www.terveysportti.fi.ezproxy.savonia.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=ykt00855&p\\_haku=debriefing](http://www.terveysportti.fi.ezproxy.savonia.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00855&p_haku=debriefing)
- PSYJURIDICA OY 2014. EMDR-terapia [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2018-04-21.] Saatavissa: <https://emdrterapia.fi/>

- RAUTAVA-NURMI, Hanna, WESTERGÅRD, Airi, HENTTONEN, Tarja, OJALA, Mirja, VUORINEN, Sinikka 2015. Hoitotyön taidot ja toiminnot. 4. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- SANDSTRÖM, Marita 2010. Psykye ja aivotoiminta. Neurofysiologinen näkökulma. Helsinki: WSOY.
- SAVOLAINEN, Reijo 2016. Tiedonhankintatutkimuksen lähtökohtia [verkkodokumentti]. [Viitattu 2018-12-17.] Saatavissa: [http://www.uta.fi/sis/iti/valintakoeteos/Tiedonhankinta\\_2016.pdf](http://www.uta.fi/sis/iti/valintakoeteos/Tiedonhankinta_2016.pdf)
- SAVONIA-AMMATTIKORKEAKOULU 2018a. Opetussuunnitelmat [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2018-05-29.] Saatavissa: <http://portal.savonia.fi/amk/fi/opiskelijalle/opetussuunnitelmat?yks=KS&krtid=999&tab=2>
- SAVONIA-AMMATTIKORKEAKOULU 2018b. Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2018-05-01.] Saatavissa: <https://reppu.savonia.fi/opinnaytetyo/amktutkinnot/Sivut/eettisyys-ja-luotettavuus.aspx>
- SAVONIA-AMMATTIKORKEAKOULU 2018c. Opinnäytetyö (amk-tutkinnot) [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2018-05-29.] Saatavissa: <https://reppu.savonia.fi/opinnaytetyo/amktutkinnot/Sivut/default.aspx>
- SAVONIA-AMMATTIKORKEAKOULU 2017a. Opinnäytetyön aihe [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2018-05-29.] Saatavissa: <https://reppu.savonia.fi/opinnaytetyo/amktutkinnot/Sivut/Aiheenvalinta.aspx>
- SAVONIA-AMMATTIKORKEAKOULU 2017b. Opinnäytetyön tekemisen vaiheet [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2018-04-29.] Saatavissa: <https://reppu.savonia.fi/opinnaytetyo/amktutkinnot/Sivut/Eteneminen.aspx>
- SELTZER, Leon F. 2015. Trauma and the Freeze Response: Good, Bad, or Both? [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2018-09-10.] Saatavissa: <https://www.psychologytoday.com/us/blog/evolution-the-self/201507/trauma-and-the-freeze-response-good-bad-or-both>
- SUOKAS-CUNLIFFE, Anne 2015. Traumapsykoterapian käytännöt ja erityispiirteet. Julkaisussa: HUTTUNEN, Matti O. ja KALSKA, Hely (toim.) Psykoterapiat. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 150–159.
- SUOMEN PAKOLAISAPU s.a. Pakolaisuus Suomessa [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2018-04-28.] Saatavissa: <https://pakolaisapu.fi/pakolaisuus/pakolaisuus-suomessa/>
- SUVISAARI, Jaana, JOUKAMAA, Matti ja LÖNNQVIST Jouko 2017a. Mielenterveyden häiriöiden esiintyvyys perusterveydenhuollossa [verkkokirja]. [Viitattu 2018-03-18.] Saatavissa: <http://www.oppiporssi.fi/op/pkr02605/do>
- SUVISAARI, Jaana, JOUKAMAA, Matti ja LÖNNQVIST Jouko 2017b. Mielenterveyden häiriöiden yleisyys ja hoidon tarve [verkkokirja]. [Viitattu 2018-03-18.] Saatavissa: <http://www.oppiporssi.fi/op/pkr02600/do>
- TEKIJÄNOIKEUSLAKI. 8.7.1961/404. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2018-12-17.] Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1961/19610404#L5P49a>
- TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN LAITOS 2015. Mielenterveyshäiriöt [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2018-03-18.] Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot>
- TERVEYSKIRJASTO 2017a. Kognitiivinen [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2018-03-19.] Saatavissa: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=Ilt01656&p\\_hakusana=kognitiivinen](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=Ilt01656&p_hakusana=kognitiivinen)
- TRAUMAPERÄINEN STRESSIHÄIRIÖ: KÄYPÄ HOITO -SUOSITUS 2014. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2018-03-16.] Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus;jsessionid=5D5AB67828F0A3E94A8E61ADFB6CA4EC?id=hoi50080#NaN>
- TUOMISTO, Martti T. ja LAPPALAINEN, Raimo 2015. Kognitiivinen käyttäytymisterapia. Julkaisussa: HUTTUNEN, Matti O ja KALSKA, Hely (toim.) Psykoterapiat. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 83–105.

TURUN YLIOPISTO. s.a. Eettisyys. [Viitattu 2018-02-21.] Saatavissa:

<https://www.utu.fi/fi/yksikot/tse/tietoa/arvot/eettisyys/Sivut/home.aspx>

TUULIO-HENRIKSSON, Annamari 2016. Kognitiivisen toimintakyvyn arviointi väestötutkimuksissa [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2018-03-19.] Saatavissa: <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/suositus/16/>

VERKKO-OPETTAJAN NETTIOPAS 2007. Verkko-opetuksen monet muodot [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2018-05-13.] Saatavissa: <http://lukiot.tampere.fi/seututarjotin/vopas/index.php?sivu=3>

VIHERIÄLÄ, Liisa ja RUTANEN, Mervi 2010. Lapsen psyykkisen trauman hoito. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim [verkkokirja] 126(22), 2671–2677. [Viitattu 2018-09-15] Saatavissa: <https://www-duodecimlehti-fi.ezproxy.savonia.fi/duo99180>

WAHLBECK, Kristian, CHURCHILL, Rachel, WESSLEY, Simon, BISSON, Jonathan I ja ROSE, Suzanna 2005. Onko psykologinen jälkipuinti arvioinnin yläpuolella? Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim [verkkolehti] 121(22), 2461–2463. [Viitattu 2019-03-21.] Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo95352>

WAHLBECK, Kristian 2009. Psykologisen jälkipuinnin haitat [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2019-03-21.] Saatavissa:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus;jsessionid=297BFEEA360D24713F4854D2A443E061?id=nak06923>

WAHLBECK, Kristian 2014. Traumaperäisen stressihäiriön ehkäisy [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2019-03-21.] Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nak06920>

WILLIAMS, Adrienne A. 2017. Posttraumatic stress disorder: Often missed in primary care. Journal of Family Practice [verkkolehti] v.66. n.10, 618–623. [Viitattu 2018-02-24.] Saatavissa:

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=55&sid=902290bb-9192-4c26-a703-228775f459cd%40sessionmgr101>

## LIITE 1 PALAUTEKYSELY

<b>Kysymys</b>	<b>Vastaukset</b>
<b>Oliko oppimateriaalin ohjeistus riittävä ja selkeä?</b>	<p>Oli, kokonaisuus oli sopivan lyhyt ja ytimekäs.</p> <p>Kyllä</p> <p>Oli selkeä ja riittävä.</p> <p>Kyllä oli</p> <p>Oli selkeä kokonaisuus.</p> <p>Kyllä</p> <p>Kyllä oli</p> <p>Selkeä ohjeistus</p> <p>Kyllä oli. Ohjeista ei jäänyt mikään epäselväksi</p> <p>Oli. Tehtävät löytyivät helposti ja ne olivat selkeiyä</p> <p>...materiaali oli oikean selkeä ja tietoa oli riittävästi.</p> <p>Kyllä</p> <p>Kyllä oli.</p> <p>Ei ollut. olisi voinut liittää suoraan mt- ja päihdetyönkurssiin.</p> <p>Ohjeistusoli ainakin minulle riittävän selkeä. Ohjeistusta oli sopivasti.</p> <p>Kyllä oli</p> <p>Kyllä</p> <p>Kyllä</p>
<b>Oliko muu materiaali riittävän selkeää ja kattavaa?</b>	<p>Kyllä. Power pointit hyviä</p> <p>Kyllä</p> <p>kyllä</p> <p>Kyllä oli</p> <p>Kyllä oli, mutta omalla koneella en kuullut ääniä PowerPointeissa</p> <p>Oli.</p> <p>...materiaalia oli sopivasti. Suurempaa määrää ei mielestäni tarvitse, sillä jo ensimmäinen Powerpoint oli kattava.</p> <p>...materiaali oli hyvää! Powerpoint oli kattava, mutta välillä sekava.</p> <p>Kyllä</p> <p>...materiaali oli riittävästi selkeä ja kattava?</p> <p>...materiaalit olivat hyvä niistä löytyi tarvittavat tiedot ja myös uutta mielenkiintoista tietoa.</p> <p>Kyllä. Tieto löytyi helposti monesta lähteestä</p> <p>...materiaalia oli todella paljon ja oli mukavaa, että siellä oli myös katsottavaa ja kuunneltavaa luettavan materiaalin lisäksi. Olen huomannut itselleni videomuotoisen materiaalin toimivan hyvin.</p> <p>Oli riittävän kattava ja myös selkeä</p> <p>Kyllä</p> <p>Kyllä</p> <p>kaikilla ei äänet kuuluneet omista laitteista</p> <p>...materiaalia oli tarpeeksi.</p>

<b>Millaisena koit oppimateriaalin vaikeustason?</b>	<p>Helppohko Keskitasoa</p> <p>Melko helppona. Toisaalta kokonaisuus myös haastoi miettimään eikä ollut vain faktojen monotonista toistamista</p> <p>Ei kovin vaikea, mutta paljon asiaa sisältävä kokonaisuus. Materiaaliin täytyy palata myöhemmin, sillä kaikkea ei ehdi ottaa haltuun kerralla. Tietoa aiheesta oli löydetty hyvin.</p> <p>Aika Helppo, hyvää materiaalia tukena Sopivan haastava. Sopiva</p> <p>Mikä vaikeustasolla haluatte mitata? Teksti Ymmärtäminen? Vai tieto ymmärtäminen. Vastaukseni, ymmärrän tietoa hyvin helposti.</p> <p>Ei ollut liian vaikea Riittävän haastava.</p> <p>Jos arvioidaan numeroilla 1-10 niin vastasin 6, koska aihe oli melko uusi minulle Sopiva Sopiva</p> <p>Sopivan vaikea, ei liian helppo</p> <p>Mielestäni vaikeustaso oli sopiva. Oli mukava oppia uutta, ilman suorituspainetta.</p> <p>Ei nyt helppo, mutta ei super vaikeakaan. keksitasoa.</p> <p>Helppo, aihe aiemmin tuttu</p>
<b>Mitä uutta opit? Millä tavalla voit jatkossa hyödyntää oppimaasi?</b>	<p>Traumaperäisestä stressireaktiosta sai hyvin kattavaa tietoa, joka varmasti hyödyttää myös jatkossa</p> <p>Kertausta oireista</p> <p>Traumaperäinen stressihäiriö itsessään oli tärkeä asia, josta sain tarvittavaa tietoa työhöni.</p> <p>Opin traumaperäisestä stressireaktiosta, milloin sellainen voi syntyä ja miten sellaista kärsivää hoidetaan.</p> <p>Lisää traumaperäisestä stressihäiriöstä ja sen tunnistamisesta ja hoidosta</p> <p>Tieto taito postraumaattisista stressireaktioista yleensäkin. Ymmärtää nyt paremmin kuinka monen vaivan takana sekin voi olla.</p> <p>Aiheesta oppu paljon ja varmasti voi hyödyntää tulevaisuudessa sh:n työssä.</p> <p>Tullut jonkun uutta tietoa kuten: diagnosi luokitus, lääkehoito.</p> <p>Opin lisää traumaperäisen stressihäiriön ilmenemismuodoista. Voin työssäni kiinnittää huomiota oireisiin ja sitä kautta kysellä potilaalta esim. onko tapahtunut jotain sellaista, mikä voisi selittää oireet.</p> <p>Sain lisää tietoa PTSD:stä ja sen hoitomuodoista. Uskon että eri traumataustaisia potilaita tulee vastaan työssäni ja voin näin käyttää tietoa työssäni</p>



Opin, että jatkossa muistan kysyä asiakkaalta/potilaalta, onko hänelle tapahtunut mahdollisesti jotain mieltä järkyttäneitä tai isoa tapahtumaa. Muistan, että somaattisten syiden takana saattaa olla PTSD.

Opin traumaperäisen stressihäiriön kokonaisuudessa ja pystyn nyt huomioimaan sen tulevassa työssäni sairaanhoitajana.

stressireaktiosta

Perustietoa kattavasti traumaperäisestä stressistä

Hyvä kertaus traumaperäisestä stressihäiriöstä

Melkolailla kaikki tieto mitä sain materiaalista ja kokeen teossa itselleni oli uutta. Tätä tulee varmasti hyödynnettyä tulevassa työssä, joka toivottavasti on mielenterveys ja päihdetyötä

Voin käyttää oppimaani kaikkialla terveydenhuollossa, sillä ei voi tietää milloin asiakkaalla olisi jonkinsortin stressireaktio.

Koko aihealue oli uutta. Voin hyödyntää oppimaani työssä

**Mitä parannusehdotuksia sinulla on oppimateriaaliin liittyen tai mitä olisit kaivannut lisää?**

Joku teoriatunti aiheesta?

Opetusta

Lyhyempi määrä tietoa. On ollut hyvin liika niitä.

...kokonaisuus oli hyvä näin.

-

Case tehtävä voisi olla yksilötehtävä

tämä osio olisi voinut liittää suoraan mt- ja päihdetyönkurssiin. Kun ainakin itse en lue sähköpostia edes viikottain.

Minusta tämä oli hyvä!

Hyvä kokonaisuus

Kokonaisuuteen olisi ehkä vielä voinut lisätä n. tunnin mittaisen luennon aiheesta, jolloin olisi ollut mahdollisuus kysellä lisää.

En olisi kaivannut mitään

Eipä tule äkkiä mieleen

Minusta oli hyvä ja monipuolinen kokonaisuus

Powerpointin jäsentelyä selkeämmäksi.

-

Ei ole ehdotuksia.

Ryhmätehtävä olisi voinut olla yksilötehtävä.

En mitään

**Mitä hyvää oppimateriaalissa mielestäsi oli?**

Selkeä kokonaisuus. Ei liian laaja.

Napakka tietopaketti PTSD:stä

Syvempää faktatietoa tehokkaasti esitettynä

Ryhmä tehtävä case tapauksena oli mukavaa vaihtelua

PowerPoint esitykset oli hyvät kun niitä oli täydennetty äänitteillä!

Ennenkaikeksi selkeys ja ytimekkyys. Ei turhia juttuja.

Hyvät ja asialliset lähteet

Tietotestistä jäi mieleen monia asioita.

Ei liikaa tekemistä ja tietoa vaan sopivasti

Tentti hyvä

Case tehtävä ja materiaali.

**Vapaamuotoinen palaute  
oppimateriaalista:**

Selkeä kokonaisuus  
selkeät powerpoint diat.

Selkeä tietoa.

Riittävän selkeä ja "napakka" kokonaisuus

Monipuolinen tieto aiheesta, mielenkiintoinen materiaali, hyviä käytännönläheisiä esimerkkejä.

suhteellisen nopeasti suoritettu

Lyhyt ja selkeä

ihän ok kurssi

Hyvä kokonaisuus kaiken kaikkiaan.

Selkeä kokonaisuus. Paljon tietoa.

Hyvä kokonaisuus

Hyvä tietoisku

-

Hyvä kokonaisuus.

Hyvä ja kattava kokonaisuus.

Tietotesti oli hyvin rakennettu, ehkä jopa liian helppo mielestäni

Hyvin tehty työ. Opiskelijan varten tehty työ. Jukalle ei tarvitse enää

tehdä mitään, ku vain näytä muille opiskelijalle opinto/opetus materiaali.

Opettajalle helpotusta! Opiskelijalle hyvä arvosana.

Hyvin tehty, kiitos!

Hienosti tehty kokonaisuus.

Hyvä kokonaisuus ryhmätehtävineen ja tenttineen.

Selkeä kokonaisuus, ei vaatinut liikaa aikaa.

-

Hyvä kattava kokonaisuus

Kiitos, tää oli mukavaa vaihtelua.

Hyvin järjestetty, kattava ja selkeä.