



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Potilaan osallisuus ja osallistaminen hoitoonsa psykiatrian suljetuilla osastoilla

Alm, Janita
Salmela, Marie

2016 Laurea

Laurea-ammattikorkeakoulu

Potilaan osallisuus ja osallistaminen hoitoonsa
psykiatrian suljetuilla osastoilla

Janita Alm, Marie Salmela
Opinnäytetyö
Hoitotyön koulutusohjelma
Helmikuu, 2016

Janita Alm, Marie Salmela

Potilaan osallisuus ja osallistaminen omaan hoitoonsa psykiatrian suljetuilla osastoilla

Vuosi 2016 Sivumäärä 62

Tutkimus liittyy osana HUS HYKS Psykiatrian projektiä. Psykiatrian projekti mallintaa Turun yliopiston, HUS:n ja Työsuojelurahaston 2012 - 2013 hanketta Hoitajien työn hallinta psykiatrisen potilaan väkivaltatilanteissa. Tämä opinnäytetyö on määrällinen havainnointitutkimus, jossa selvitetään potilaan osallisuutta omaan hoitoonsa, sekä potilaan osallistamista hoitoon suljetulla psykiatrisella osastolla.

Potilaan osallisuudella tarkoitetaan sitä, että potilas on aktiivinen omassa hoidossaan ja mukana hoidon suunnittelussa, päätöksenteossa ja arvioinnissa. Osallisuus on osallistumista laajempi käsite. Osallisuuteen tarvitaan kolme tekijää: osallistuminen, toiminta ja vaikuttaminen.

Potilaiden osallisuus ja sitoutuminen hoitoonsa helpottavat pitkällä tähtäimellä henkilökunnan työskentelyä, sillä hoitoon sitoutuneet potilaat ovat aktiivisempia ja motivoituneempia hoitoonsa. Yhteistyö potilaiden kanssa tukee potilaan osallisuutta ja lisää aktiivista päätöksentekoa. Kun suunnittelussa ovat mukana juuri ne osapuolet, joita asia koskee, se lisää motivaatiota toimia yhteisen päämäärän hyväksi ja lisää sitoutumista toiminnan kehittämiseen.

Tutkimustuloksista voidaan päätellä, että potilaat ovat jossain määrin osallisena omaan hoitoonsa säännöllisesti, kuitenkin potilaat voisivat ajoittain olla enemmän osallisia ja heitä tulisi myös aktiivisemmin osallistaa omaan hoitoonsa. Potilaille täytyisi siis luoda enemmän aitoja vuorovaikutustilanteita hoitohenkilökunnan kanssa. Mitä enemmän hoitohenkilökunta ja potilaat ovat vuorovaikutuksessa keskenään, sitä enemmän potilaiden on mahdollista olla osallisena omaan hoitoonsa, ja tämän tutkimuksen tulosten mukaan näin tapahtuukin.

Asiasanat: potilaan osallisuus, osallistaminen, psykiatrinen hoitotyö, pakkokeinot, väkivallan ennaltaehkäisy

Janita Alm, Marie Salmela

Patient involvement and participation in their own treatment in psychiatric closed wards

Year	2016	Pages	62
------	------	-------	----

The thesis is a part of a HUS HYKS Psychiatric project. Turku University, HUS and Work Environment conducted a project called: Nurses' work management at psychiatric patient violence situations in years 2012 - 2013. This thesis is based on that project. The thesis itself is a quantitative observational study which charts whether the patient is getting involved in his/her own treatment in general and in closed psychiatric wards, in particular.

Patient involvement means that the patient is an active part of his/her own care and involved in the planning, decision-making and the evaluation of treatment. Involvement is a larger concept than participation. Three factors are required in patient involvement: participation, action and influence.

Patients' involvement and commitment to their own care will simplify the staff's work in the long run, because patients who are committed to and involved in their own treatment are more active and motivated in their own care. When precisely those parties that the issue concerns participate in the decision-making, it increases the motivation to act for the common goal as well as commitment to develop the functions of a ward.

The results of this thesis indicate that the patients are regularly involved to some extent in their treatment. The patients could occasionally be more involved in their own treatment and the nursing staff should create more authentic interaction situations for the patients. The more the patients and the nursing staff interact with each other the more the patients participate in their own care. This thesis results indicate that patients are more involved in their treatment when they interact more with the nursing staff.

Keywords: Patient inclusion, inclusion, psychiatric nursing, coercive measures, prevention of violence

Sisällys

Johdanto.....	7
1 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	9
2 Väkivaltaisuus.....	10
2.1 Aggressiivisuus	10
2.2 Aggression varhaiset merkit	11
2.3 Vakivaltatilanteisiin johtaneita syitä sairaanhoidossa.....	12
3 Pakkotoimien esiintyvyys	12
3.1 Tahdosta riippumaton hoito.....	13
3.2 Pakkotoimet.....	13
4 Väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisy.....	15
4.1 Väkivaltatilanteiden tunnistus	16
4.2 Väkivallan ennaltaehkäisyyn tarvittavia tekijöitä.....	17
4.3 Vuorovaikutus väkivallan ennaltaehkäisyssä	18
4.3.1 Potilaan osallisuus.....	19
4.3.2 De-eskalaatio.....	20
4.3.3 Transaktioanalyysi	21
4.3.4 Vuorovaikutus ja sen merkitys hoitosuhteessa ja potilaan osallisuudessa.....	22
5 Hoitajien työolosuhteiden vaikutus työn ja hoidon laatuun.....	23
6 Havainnointi tutkimusmenetelmänä	24
6.1 Havainnointitutkimusaineiston keruu ja kohdejoukko.....	25
6.2 Havainnointiaineiston analysointi	26
7 Opinnäytetyön tulokset ja julkaiseminen.....	28
8 Opinnäytetyön tulokset	28
8.1 Opinnäytetyö tulosten tarkastelu	28
8.2 Aineiston analyysi	30
9 Pohdinta	32
10 Tutkimuksen eettisyys	34
11 Luotettavuus	37
11.1 Havainnoinnin luotettavuus	37
11.2 Opinnäytetyön refleksiivisyys	39
11.3 Tutkimustulosten uskottavuus	40
11.4 Tutkimuksen siirrettävyys	40
12 Jatkokehitysehdotukset osastoille ja loppusanat	41
Lähteet	42
Liitteet.....	46
Liite 1. Interventiomalli hyökkäävän käyttäytymisen varalle (Chou ym. 1996).....	46
Liite 2. Balesin vuorovaikutuksen prosessianalyysitaulukko. (Bales 1951).....	47

Liite 3. Potilaan osallisuuden havainnointi	48
Liite 4. Saatekirje henkilökunnalle, potilaille sekä omaisille, suomenkielinen	49
Liite 5. Saatekirje henkilökunnalle, potilaille sekä omaisille, ruotsinkielinen.....	50
Liite 6. Opinnäytetyön tulokset kuvioina	51

Johdanto

Psykiatrinen hoitotyö on mielenterveyttä edistävää ja tukevaa vuorovaikutuksellista toimintaa. Tämän lisäksi psykiatriseen hoitotyöhön kuuluvat myös ne tiedolliset, taidolliset ja asenteelliset valmiudet, joiden avulla hoitotyöntekijä kykenee auttamaan vakavista psyykkisistä häiriöistä kärsiviä ihmisiä sekä heidän läheisiä että omaisiaan. (Holopainen & Välimäki 2000, 13 - 14.)

Mielenterveyden häiriöihin kuuluu psyykkisiä oireita, jotka muodostavat erilaisia oireyhtymiä. Tautiluokituksessa jokaisella häiriöllä on oma diagnoosi. Mielenterveyden häiriöitä ovat psykoosit, elimellisten aivosairauksien ja kemiallisten aineiden aiheuttamat oireyhtymät, älyllinen kehitysvammaisuus, mielialahäiriöt, erilaiset pelot ja ahdistuneisuushäiriöt, poikkeavat psyykkiset reaktiot, unihäiriöt, syömishäiriöt, seksuaalihäiriöt, käyttäytymiseen ja persoonallisuuteen liittyvät häiriöt sekä päihdehäiriöt. Mielenterveyden häiriöihin liittyy toimintakyvyn menetystä, omakohtaista kärsimystä sekä elämänlaadun heikkenemistä. Mielenterveys on kuitenkin aina suhteellinen asia: kukaan ei ole täysin sairas eikä kokonaan terve. Vaikeastikin häiriintynyt potilas kykenee normaaliin toimintaan omilla asioissaan monilla elämän alueilla. (Lönqvist & Lehtonen 2011, 12 - 14.)

Psykiatriseen hoitoon päätyneistä potilaista melkein kolmannes päätyvät sinne tahdostaan riippumatta (Lönqvist, Moring, Pylkkänen & Vuorilehto 2011, 752). Mielenterveyslain mukaan henkilö voidaan määrätä tahdostaan riippumatta psykiatriseen sairaalahoitoon, kun hänen todetaan olevan mielisairas ja hän on mielisairautensa vuoksi hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen mielisairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuuttaan tai muiden ihmisten terveyttä tai turvallisuutta. (Mielenterveyslaki. 8§.)

Hyvä psykiatrinen hoitaminen perustuu potilaan ja hoitajan yhteistyölle. Potilaan ja hoitajan välistä yhteistyötä voidaan nimittää psykiatrisen hoitotyön ydinosaksi (Kuhanen, Oittinen & Kanerva 2010, 31). Potilaan ja hoitajan välinen yhteistyösuhde on vastavuoroista toimintaa, ja se edellyttää toisen ihmisen hyväksymistä, kuuntelemista sekä ajatuksien, tunteiden ja toiveiden jakamista (Jokinen & Räsänen 2000, 46). Potilasta on hoidettava parhain mahdollisin, eettisesti hyväksyttävien ja lain edellyttämien keinoin. Näyttöön perustuvan tiedon avulla pyritään vastaamaan niihin kysymyksiin, joita potilaan ongelmat herättävät. Yleinen tieteellinen tieto on sovellettava potilaan ainutkertaisiin ongelmiin. Tämä on mahdollista vain, jos potilaan ominaisuudet ja ongelmat ymmärretään oikein. (Lönqvist & Lehtonen 2011, 12 - 15.)

Potilaiden osallisuus ja sitoutuminen hoitoonsa helpottavat pitkällä tähtäimellä henkilökunnan työskentelyä, sillä hoitoon sitoutuneet potilaat ovat aktiivisempia ja motivoituneempia hoitoonsa. Yhteistyö potilaiden kanssa tukee potilaan osallisuutta ja lisää aktiivista päätöksentekoa. Kun suunnittelussa ovat mukana juuri ne osapuolet joita asia koskee, se lisää motivaatioita toimia yhteisen päämäärän hyväksi ja lisää sitoutumista toiminnan kehittämiseen. Tämä lisää hoitajien työn hallinnan tunnetta, mikä on yhteydessä työn laatuun. (Välimäki ym. 2013, 95 - 96.)

Pakkotoimien sekä väkivaltatilanteiden vähentämiseksi aihetta on syytä tutkia. Aiemman tutkimustiedon perusteella tiedetään, että potilaan osallisuudella omaan hoitoonsa on merkittävä vaikutus väkivaltatilanteiden esiintyvyyteen. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma on asettanut tavoitteeksi vähentää pakon käyttöä 40 % vuoteen 2015 mennessä (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma, STM 2009). HUS:n projektissa keskeisenä tavoitteena on potilashoidossa pakkotoimien vähentäminen potilaiden osallisuutta omaan hoitoonsa ja hoitajien työhyvinvointia lisäämällä. Näin ollen tutkimus tulee palvelemaan projektia suoraan. Tutkimuksen avulla selvitetään potilaiden osallisuutta omaan hoitoonsa ja potilaiden osallistamista omaan hoitoonsa. Havainnointitutkimuksen tulokset kuvaavat havainnoitavien osastojen tilannetta siitä, kuinka aktiivisesti potilaita osallistetaan omaan hoitoonsa ja kuinka aktiivisesti potilaat ovat osallisia omaan hoitoonsa. Havainnoinnin perusteella voidaan nostaa esille asioita, joita hoitohenkilökunta sekä muu henkilökunta eivät ole huomanneet. Tämän jälkeen tutkimustuloksia voidaan käyttää edistämään potilaiden osallisuutta hoitoon, hoitajien työolosuhteita sekä ennaltaehkäisemään väkivaltatilanteita. Tutkimus voi myös nostaa esiin uutta tietoa aiheeseen liittyen.

Aikaisempaa tutkimustietoa aiheesta on niukasti, viime vuosina on julkaistu muutamia kirjallisuuskatsauksia jotka ovat myös olleet opinnäytetöitä. Välimäen ym. (2013) teettämä hanke Hoitajien työnhallinta psykiatrisen potilaan väkivaltatilanteissa - on tuonut selvästi esille tarpeen muuttaa psykiatrisen hoitotyön toimintatapoja väkivaltatilanteiden ehkäisemiseksi. HUS:n projektissa painotetaan Välimäen ym. (2013) tutkimuksen pohjalta potilaan osallisuutta ja sillä on suuri vaikutus väkivaltatilanteiden esiintyvyyteen. Laitila (2010) toteaa tutkimuksessaan: ”Erityistä huomiota tulee kiinnittää osallisuuden mahdollisuuksiin vastentahtoisessa hoidossa, riittävään tiedonsaantiin sekä aitojen valinnan- ja vaikutusmahdollisuuksien olemassaoloon.” Laitila (2010) mainitsee myös, että potilaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä on tunnustettu arvo ja tavoite, mutta aikaisempien tutkimusten mukaan sen käytännön toteutumisessa on edelleen puutteita.

1 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena on määrällisen havainnointimenetelmän avulla selvittää potilaiden osallisuutta, suunnittelua ja arviointia omaan hoitoonsa sekä potilaiden osallistamista hoitoon suljetulla psykiatrisella osastolla. Opinnäytetyö on osana HUS HYKS Psykiatrian projektia. Projekti mallintaa Turun yliopiston, HUS:n ja Työsuojelurahaston 2012 - 2013 hanketta Hoitajien työn hallinta psykiatrisen potilaan väkivaltatilanteissa. Projekti toteutetaan vuosina 2014 - 2015. HUS:n projektin tavoitteina on potilaiden osallisuuden vahvistaminen ja hoitajien työhyvinvoinnin lisääminen ja sen seurauksena pakkotoimien väheneminen. Hoitajien työn hallinta psykiatrisen potilaan väkivaltatilanteissa -projektista (2013) nousi esille paljon uutta tietoa siitä kuinka väkivaltatilanteita voidaan ehkäistä ja näin ollen kohentaa hoitajien työolosuhteita. Potilaiden ja henkilökunnan yhteistyö ja erityisesti potilaiden osallisuus nousi keskeiseksi ja tärkeäksi asiaksi (Välimäki ym. 2013, 7 - 9).

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan lisätä potilaan osallisuutta ja sen seurauksena vähentää väkivaltatilanteita ja pakkotoimia, sekä lisätä hoitajien työhyvinvointia. HUS:n Psykiatriaan kuuluva projekti, johon tämä opinnäytetyö liittyy, on alkanut jo vuonna 2014 ja tässä vaiheessa jo tiedetään väkivaltatilanteiden vähentyneen. Tämän työn tutkimusasetelmaa ohjaa potilaslähtöisyys ja aihe on valittu korostaen potilaan asemaa, osallisuutta ja oikeutta saada hyvää hoitoa.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Osallistaako potilaan hoitaja potilaan omaan hoitoonsa?
2. Onko potilas aktiivisena osapuolena osallisena omassa hoidossaan?
3. Otetaanko potilaan omat kehitysehdotukset, suunnittelut ja arvioinnit huomioon hoidossa?

2 Väkivaltaisuus

Väkivallalla tarkoitetaan fyysistä vahingoittamista joka kohdistuu toiseen ihmiseen, mutta myös loukkaavat sekä uhkaavat sanat ja vihamielisyys joka ei ole epäsuoraa ovat osa väkivaltaa. Väkivalta sekä aggressio ovat normaaleja reaktioita vaikeissa ristiriitatilanteissa, ja ihminen on usein turhautunut sekä pyrkii sen vuoksi selviytymään tilanteesta olemalla aggressiivinen. Ihminen käyttää väkivaltaa reaktiona, jossa hän ei koe että tilanteesta selvittäisiin muulla tavalla. (Vahtera 2011, 2.)

Väkivallan sekä aggressiivisuuden yhdistää muun muassa käyttäytymisen hyökkävyys, tahallisuus, loukkaavuus tai häiritsevyys. Molempia käsitteitä voidaan käyttää samaa tarkoittaen eri tilanteissa. Kuitenkin väkivaltaisuus on lähinnä ihmiseen kohdistuvaa fyysisen voiman käyttöä tai uhkaamista, ja siitä voi seurata jopa kuolema, fyysinen tai psyykinen vamma, kehityksen häiriintyminen tai perustarpeiden tyydyttämättä jääminen. Se vaikuttaa yksilön hyvinvointiin sekä elämänlaatuun, ja voi olla myös epäsuoraa jolloin halutaan hallita toisen ihmisen tahtoa, tarpeita ja toiveita itsemääräämisoikeutta loukkaamalla. (Keiski 2008, 2 - 3.)

Väkivaltaista käyttäytymistä edeltävästi tapahtuu usein syyttävää tai solvaavaa kielenkäyttöä, äänen korottamista, kiihtynyttä mielentilaa tai jopa pelkoa. Fyysisesti motorinen levottomuus on paljastavin merkki. Myös hiljentynyt ja vetäytynyt ihminen saattaa olla väkivaltainen, ja toisaalta taas voi olla, ettei väkivaltaa ennakoikukaan. (Louhela & Saarinen 2006, 16.)

Hoitohenkilökunnalla terveydenhuollon ja sairaanhoidon alalla on selvästi suurempi riski joutua väkivallan kohteeksi kuin muilla aloilla. Suurin riski on mielenterveyshoitajilla. Tyypillinen väkivaltatilanne hoitotyössä on tilanne, jossa potilas psykoosin tai päihteiden vaikutuksen alaisena käyttäytyy aggressiivisesti uhkaillen tai riehuen. Terveystieteiden ammattijärjestö Tehy ry on kartoittanut jäsentensä työssä kohtaamaa väkivaltaa 1999. Tulosten mukaan joka kolmas hoitaja on kokenut työssään fyysistä väkivaltaa tai sillä uhkaamista. Yli puolet hoitohenkilökunnasta oli myös kokenut sanallista uhkaamista työssään. Nuorilla ja vähän kokemusta omaavilla on suurempi riski joutua väkivallan kohteeksi ja varsinkin nuorilla miespuolisilla hoitajilla (Välimäki ym. 2013, 60; Louhela & Saarinen 2006, 12.)

2.1 Aggressiivisuus

Sana aggressiivisuus kuvaa enemmän emotionaalista tai välineellistä käyttäytymistä. Tunteisiin kohdistuvan aggressiivisuuden laukaisevat yleensä loukkaukset, hyökkäykset ja vihan tunteet toimii yleensä tarpeena purkaa. Välineellisen aggressiivisuuden voi aiheuttaa esimerkiksi kilpailutilanne, ja se voi olla myös reaktiivista tai proaktiivista. Nuori tai kehittymätön ihminen voi käyttää enemmän fyysistä väkivaltaa, jos hänen sosiaaliset taitonsa ei riitä muuhun

pahan olon purkamiskeinoon. Jos ihminen käyttäytyy väkivaltaisesti, se voi olla merkki siitä että hän haluaa epätoivoisesti yrittää jäsentää omaa olemassaoloaan. Ihminen voi purkaa siemättömissä oloiloissa paha oloa väkivaltaisella käyttäytymisellä, jolloin hän saa kokemuksen omasta olemassaolostaan. Väkivaltainen ihminen ei ole kykeneväinen käsittelemään tunteitaan muulla tavalla kuin vahingoittavalla toiminnalla. Aggressiivisuus voi kuitenkin olla myös vihaiisuutta tai vihamielisyyttä, ja se on silloin passiivisaggressiivista asennetta muita ihmisiä kohtaan tarkoituksena vahingoittaa toista. Aggressiivinen käyttäytyminen on potilaan yritys kokea itsensä olemassa olevaksi. (Keiski 2008, 3,8.)

2.2 Aggression varhaiset merkit

Potilaan hyökkävään käyttäytymisen riskien tunnistamiseksi on hyvä miettiä, mitkä siihen voisi mahdollisesti johtaa ja mitkä asiat voivat olla aihe tai syy aggressiiviseen käyttäytymiseen. Potilaan diagnoosi, väkivaltahistoria, mahdollinen sekavuus ja levottomuus tai harhaisuus sekä alhainen impulssikontrolloivat voivat olla aggressiivisen ja väkivaltaiseen käyttäytymiseen johtavia syitä. Kaikki nuo edellä mainitut aiheet korostuvat myös ympäristön vaikutuksista. Jos potilaalla ei ole yksityisyyttä, tai tilassa on paljon ärsykeitä ja rauhattomuutta sekä provokaatioita voi aggressio nousta pintaan. Vuorovaikutuksen ongelmat hoitajien ja potilaiden välillä joihin kuuluu mahdolliset hoitohenkilökunnan asettamat rajat taikka hoitajien asenteet (hyvä/paha hoitaja) voivat olla myös aiheena hyökkävälle käyttäytymiselle. Myös jos hoitaja ei ole ennestään tuttu, voi potilas kokea tilanteen epämiellyttävänä ja ahdistavana mikä voi edesauttaa aggression esiintymistä. (Chou 1996, 30; Keiski 2008, 5.) (Liite 1.)

Aggressiivisuus voi nousta potilaille esiin mekaanisen, kemiallisen tai fyysisen rajoittamisen seurauksena. Vuorovaikutustilanteissa, joissa potilas kokee että hoitaja ei pysty ymmärtämään potilaan kokemusta voi potilaassa herätä aggressiivisuuden tunteita. Potilaiden kertomana aggressiivisuuden voi nähdä hermostumisena, kun taas hoitajien mielestä se on yleensä ennakoimatonta sekä sairaudesta johtuvaa käyttäytymistä. Hoitajat eivät yleensä tunnista provokaation merkitystä aggressiivisuuden synnyssä yhtä hyvin kuin potilaat. Se että potilas ympäristötekijöiden vaikuttamana kokee menettävänsä oman reviiirinsä, oikeutensa osallistua hoitoaan koskeviin päätöksentekoihin, lääkitään oman tahtonsa vastaisesti tai liikkumistaan rajoitetaan kuuluu aggressiivisuutta provosoiviin tekijöihin hoidossa. (Keiski 2008, 9.)

Kuitenkin aggressiivinen purkaus voidaan nähdä myös mahdollisuutena muodostaa hoitajalle sekä potilaalle rakentava kokemus. Hoitaja pystyy näin ollen ymmärtämään paremmin potilaan turhautumista ja pelkoja, jotka voivat johtua joko vieraasta ympäristöstä tai itsemääräämisoikeuden rajoittamisen kokemuksesta. (Keiski 2006, 5.)

2.3 Vakivaltatilanteisiin johtaneita syitä sairaanhoidossa

Hoitohenkilökuntaa on paljolti haastateltu siitä, mitkä heidän mielestään on niitä tekijöitä jotka laukaisevat väkivaltatilanteita. Näitä tekijöitä psykiatristen hoitohenkilökunnan vastausten perusteella ovat vastentahtoinen sairaalaan lähettäminen, vastentahtoinen hoitotoimenpide, rajoittaminen, sopimuksen pettäminen ja hoitajan ammatillisuuden puuttuminen. Uhkauksia tai väkivaltaa edeltää aina konflikti. Se on tilanne, jossa toinen osapuoli tuntee itsensä rajoitetuksi ja turhautuneeksi toisen toimesta. Henkilökunta ei välttämättä edes tiedosta potilaan kokemaa konfliktia. (Louhela & Saarinen 2006, 14.)

Eräässä tutkimuksessa päivystyspoliklinikan henkilökunnasta lähes puolet oli sitä mieltä että henkilökunta provosoi omalla käyttäytymisellään potilaita paljon. Henkinen väsymys koettiin riskiksi työssä, sillä väsynyt työntekijä ei hallitse kaikissa tilanteissa omaa käyttäytymistään tarpeeksi. Sellainen ilmapiiri jossa voi ilmaista myös heikkoutensa ehkäisee stressiä. Siis myös hoitajat voivat osaltaan olla provosoivia ja jopa aggressiivisia, sillä hoitotyön tekeminen on vaativaa ja stressaavaa. (Louhela & Saarinen 2006, 14.)

Stressi on yleisesti ehkä yleisin väkivallan riskitekijä. Myös potilaat ovat hoitotilanteissa stressaantuneita, pitkät odotukset ja kipu ovat stressitekijöitä somaattisella puolella, kun taas psykiatrisella puolella stressaavaa voi olla vuorovaikutuksen kuilu, matala sosioekonominen asema ja vieroitus. Toisaalta, etenkin alkoholipotilaiden ja mielenterveyspotilaiden kohdalla asetetaan joskus turhaan ennakkoluuloja, jolloin väkivallan uhkaa liioitellaan. Myös ennakkoluulot ovat stressaavia tekijöitä. (Louhela & Saarinen 2006, 16.)

3 Pakkotoimien esiintyvyys

Raunion ja Rädyn (2015, 10) psykiatrian erikoisalalan julkaisussa on tietoa tahdosta riippumattomasta hoidosta ja pakkotoimien käytöstä psykiatrisen hoidon aikana (tahdosta riippumattomat hoitopäivät sekä eristys, leposide, tahdonvastainen injektio, fyysinen kiinnipitäminen). Tilastoissa on tarkasteltu vuoden aikana alkaneita hoitajaksoja. Vuonna 2013 tilastojen mukaan kaikkiaan tahdosta riippumattomia laitoshoidon päiviä oli 8 033. Tahdosta riippumattomalla läheteellä (M1-lähete) hoitoon tuli vuoden aikana 8 339 potilasta, 29 % kaikista potilaista. M1-lahetteiden määrä on laskenut kuitenkin 27 % vuodesta 2005 lähtien. Potilaista oli 1 513 eristetty (6,1 %), leposide oli ollut 773:lla (3,1 %), tahdonvastainen injektio oli annettu 772:lle (3,1 %) ja kiinnipitämisen oli kokenut 424 potilasta (1,7 %).

Pakkotoimien määrässä on ollut eroja eri sairaanhoitopiirien välillä, mikä ei kuitenkaan selity yksinomaan mielisairauksien ja vakavien mielenterveyshäiriöiden esiintyvyyden eroilla. Kuitenkin sairaaloiden välinen työnjako esim. vaikeahoitoisten potilaiden osalta vaikuttaa pakon

käyttöön, ajatellaan silti että alueellisiin eroihin vaikuttanevat edelleen enemmän yksiköiden paikalliset, hallinnolliset ja organisatoriset seikat. (Raunio & Rätty 2015, 11.)

Raunio ja Rätty (2015, 11) mukaan alle 13-vuotiailla potilailla ei tahdosta riippumatonta hoitoa juuri ollut vuonna 2013, kuitenkin fyysistä kiinnipitämistä käytettiin 189 kertaa alle 13-vuotiaille potilaille. 26 prosentilla 13 - 17 -vuotiaista potilaista oli hoitajakson aikana tahdosta riippumattomia hoitopäiviä, ja muita pakkotoimia käytettiin ikäryhmässä verrattain vähän. M1-lähetteellä ikäryhmästä vuonna 2013 tuli vuodeosastohoitoon 559 potilasta, joka on 26 % ikäryhmän potilaista.

Mikäli potilas oli hoidossa skitsofrenian, skitsotyyppisen häiriön tai harhaluuloisuushäiriön (F20 - 29) takia, tahdosta riippumattomia hoitokeinoja jouduttiin käyttämään eniten. Pakko-päiviä oli myös potilasmäärään suhteutettuna paljon aivo-oireyhtymien vuoksi hoidossa olevilla, vaikka tämä potilasryhmä on kuitenkin verrattain pieni. Myös tahdosta riippumattomalla lähetteellä hoitoon tulleilla potilailla oli runsaasti pakkopäiviä. Pakkopäivillä tarkoitetaan päivää, jonka aikana on jouduttu käyttämään pakkotoimeja tai pakkotoimia (Raunio & Rätty 2015, 11.)

3.1 Tahdosta riippumaton hoito

Tahdosta riippumattomalla hoidolla tarkoitetaan sitä, että mielenterveyslain mukaan psykiatrisissa sairaaloissa henkilö voidaan määrätä sairaalahoitoon vain, jos ehdot täyttyvät. Potilaan todetaan olevan psyykkisesti sairas ja hoitoon toimittamatta jättäminen pahentaisi hänen psyykkistä sairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuuttaan tai muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta sekä muut mielenterveyspalvelujen vaihtoehdot eivät sovellu käytettäväksi tai ovat riittämättömiä. (Raunio & Rätty 2013, 15.)

Alaikäinen voidaan määrätä tahdosta riippumatta psykiatriseen sairaalahoitoon myös, jos hän vakavan mielenterveydenhäiriön vuoksi on hoidon tarpeessa niin, että hoitoon toimittamatta jättäminen pahentaisi hänen sairauttaan tai vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuuttaan tai muiden henkilöiden terveyttä ja turvallisuutta, eivätkä mitkään muut mielenterveyspalvelut sovellu käytettäväksi. (Mielenterveyslaki. 8§.)

3.2 Pakkotoimet

Pakkotoimilla tarkoitetaan tahdosta riippumatta suoritettuja hoito- tai tutkimustoimenpiteitä, jotka on säädetty mielenterveyslaissa. Psykiatrian lisätiedoissa ilmoitetaan pakkotoimina tahdosta riippumaton hoito, eristäminen, lepositeiden käyttö, tahdonvastaisen injektio lääkeytyksen käyttö sekä fyysinen kiinni pitäminen. (Raunio & Rätty 2013, 15.)

Fyysisissä keinoissa *voimankäytöllä* tarkoitetaan sitä että hoitajat estävät väkivaltaista potilasta vahingoittamasta itseään tai muita potilaita, pitelemällä potilasta otteessaan. *Sitomisella* tarkoitetaan potilaan kiinnittämistä esim. vöillä tai remmeillä vuoteeseen eristyshuoneessa siten, että hänen kehonsa liikkeet estyvät. Keino on käytössä useissa eri maissa, vaikka sitä on pidetty hoitajien sekä potilaiden mielestä epäeettisenä tapana. Sitomiseen liittyy myös riski vahingoittua, eikä sen vaikuttavuudesta ole selkeää näyttöä. Sekä potilaat että hoitajat haluavat tutkimusten mukaan välttää sitomisen käyttöä. *Eristämisellä* tarkoitetaan potilaan sulkemista lukittuun huoneeseen, ja sitä käytetään melko laajasti psykiatrisessa hoidossa. Siitä ei kuitenkaan ole juurikaan näyttöä vaikuttavuudesta ennaltaehkäisyyn väkivaltatilanteisiin. (Välimäki ym. 2013, 23 - 24.)

Lääkitys- ja havainnointimenetelmiä edustavat potilaan *erityistarkkailu* ja *tarvittava lääkitys*. Näitä menetelmiä käytetään eniten potilailla jotka ovat taipuvaisia itsemurhayritykseen tai pyrkivät vahingoittamaan itseään. *Erytistarkkailulla* tarkoitetaan potilaan säännöllistä tarkkailua läheiseltä etäisyydeltä, ja se voi olla jatkuvaa tai jaksottaista. Erytistarkkailua on kuvattu myös ei-terapeuttiseksi menetelmäksi, koska potilaat saattavat kokea sen tunkeilevana ja ikävänä, sekä lisätä joillain aggressiivisuutta. (Välimäki ym. 2013, 24 - 25.)

Potilasta saadaan kieltää poistumasta sairaalan alueelta tai hoitoyksikön tiloista, ja jos potilas poistuu ilman lupaa tai luvan saatuaan jättää palaamatta voidaan hänet noutaa takaisin sairaalaan. Poistumisen estämiseksi tai hänen siirtämiseksi saa hoitohenkilökunta käyttää tarpeellisia voimakeinoja, joita voidaan pitää puolustettavina. Hoitava lääkäri hoitoyksikössä päättää potilaan liikkumisvapauden rajoittamisesta. Potilaan sairaalassa olon syy on otettava huomioon voimakeinojen puolustettavuutta arvioidessa. Myös potilaan poistumisesta aiheutuva vaara sekä muut tilanteen kokonaisarvosteluun vaikuttavat seikat. (Mielenterveyslaki. 22§.)

Potilas saadaan eristää vasten tahtoaan muista potilasta jos hänen käyttäytymisensä tai uhkauksensa perusteella vahingoittaisi itseään tai muita, jos potilas käyttäytymisellään vakavasti vaikeuttaa muiden potilaiden hoitoa tai vakavasti vaarantaa omaa turvallisuuttaan tai todennäköisesti vahingoittaa omaisuutta merkittävästi taikka potilaan eristäminen on välttämätöntä muusta erittäin painavasta hoidollisesta syystä. Eristetylle potilaalle on annettava soveltuva vaatetus. Jos potilaan käyttäytyminen on uhkaavaa ja muita tai itseään vahingoittavaa, on hoitohenkilökunnalla oikeus potilaan kiinnipitämiseen tämän eristämiseksi ja asiasta on välittömästi ilmoitettava potilasta hoitavalle lääkärille. Potilas on myös lupa sitoa vyöllä tai muulla vastaavalla tavalla, elleivät muut toimenpiteet ole riittäviä. Eristämisestä ja sitomisesta päättää potilasta hoitava lääkäri suorittamansa tutkimuksen perusteella, ja kiireellisissä tapauksissa hoitohenkilökuntaan kuuluva saa väliaikaisesti eristää tai sitoa potilaan, jonka jälkeen asiasta ilmoitetaan välittömästi lääkärille. (Mielenterveyslaki. 22§.)

Kiinnipitäminen, eristäminen tai sidottuna pitäminen on lopetettava heti kun se ei ole enää välttämätöntä. Hoitavan lääkärin on arvioitava eristetyn tai sidotun potilaan tila niin usein kuin tämän terveydentila edellyttää sekä päätettävä jatkamisesta tai lopettamisesta. Kun potilas määrätään eristettäväksi tai sidottavaksi, täytyy hänelle määrätä vastuuhoitaja jonka tulee huolehtia siitä, että potilas saa toimenpiteen aikana riittävän hoidon ja huolenpidon ja mahdollisuuden keskustella hoitohenkilökunnan kanssa. Sidotun tai alaikäisen potilaan tilaa on seurattava jatkuvasti siten, että hoitohenkilökunta on näkö- ja kuuloyhteydessä potilaaseen. (Mielenterveyslaki. 22§.)

Pakkotoimenpiteisiin liittyy komplikaatioriskejä kuten verenkiertohäiriöitä, luurankolihashen häiriöitä, munuais- ja hermovaurioita ja raajahalvauksia, pahimmillaan jopa kuolemantapauksia. Potilaat ovat kertoneet kokeneensa eristämisen ja sitomisen pääasiassa kielteisenä ja traumaattisena tapahtumana, rangaistuksena tai jopa kidutuksena. Myös hoitajat ovat kuvanneet pakkotoimet henkisesti raskaiksi ja eettisesti vaikeiksi toimenpiteiksi. (Välimäki ym. 2013, 11.)

4 Väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisy

Väkivalta on aina ollut läsnä ihmisten elämässä. Se ei tarkoita sitä, että sitä täytyisi *hyväksyä*. Väkivaltaisuuden taustalla on aina jokin tekijä: päihiteisiin, asenteisiin, käyttäytymishäiriöihin, mielenterveys sairauksiin liittyviä tekijöitä tai sosioekonomisiin, sosiaalisiin, elämäntilanteisiin, poliittisiin mielipiteisiin tai uskontoon liittyviä tekijöitä. Joka tapauksessa ne ovat muutettavissa, tai niihin voidaan vaikuttaa. (NICE 2015.)

Potilaan väkivaltaiseen käyttäytymiseen vaikuttavia tekijöitä sekä niiden tehokkaaseen ennaltaehkäisyyn ja hallintaan soveltuvia menetelmiä ei edelleenkään tunneta täysin. Käytössä olevat voidaan ryhmitellä eri tavoin. Fyysiset menetelmät on lueteltu kappaleessa 4.2. Rauhoittamis- ja vetäytymismenetelmiä ovat muun muassa eristäminen, de-eskalaatiomenetelmät, interventiot, aikalisä sekä potilaan lähettäminen intensiiviseen hoitoon. (Välimäki ym. 2013, 23.)

Viimeaikoina tutkimukset ovat keskittyneet henkilöiden mielisairauteen ja sen tunnistamiseen ja hoitoon, eikä niinkään hoitosuhteessa tapahtuvaan vuorovaikutukseen. Potilaiden ja hoitohenkilökunnan sosiaaliseen kuiluun olisi hyvä kiinnittää huomiota, sillä se voi mahdollistaa konfliktin ja väkivaltatilanteita. Yleisesti tiedetään paljon vähemmän kuin pitäisi väkivallan syntyyn johtaneista kontekstuaalisista taustatekijöistä ja hoitohenkilökunnan ja potilaiden välisistä suhteista ja vuorovaikutuksesta. Lisäksi tiedämme hyvin vähän väkivallan primaari-preventiosta. Nykyinen kirjallisuus kuitenkin tukee varhaista tunnistamista ja päihdeongel-

mien hoitoa. Etenkin mielisairaiden ihmisten päihdeongelmat ja niiden hoito ja hallinta nähdään ensisijaisena keinona väkivallan ennaltaehkäisyyn. (Stuart 2003.)

Konkreettiset toimet henkilökunnalta ja vaihtoehtoisten toimintatapojen miettiminen ja käyttäminen ovat oleellisia väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyyn toteuttamiseksi. On tärkeää oppia tunnistamaan potilaiden väkivaltaa laukaisevia tekijöitä. Tällaisia laukaisevia tekijöitä voivat olla mm. huone- ja sidontaeristykseen joutuminen. Myös tietyt rutiinitapahtumat kuten raporttiajat osastoilla voivat olla laukaisevia tekijöitä. Osastojen toiminnassa olisi hyvä pyrkiä ennaltaehkäisemään väkivaltatilanteiden syntymistä sekä miettimään vaihtoehtoisia toimintatapoja riskitilanteiden välttämiseksi. (Välimäki ym. 2013, 97.)

Välimäen ym. (2013) tutkimuksessa mainittiin myös, että resurssitekijät, hoitajien suuri työ määrä (sairauspoissaolot), hoitajien ja potilaiden vuorovaikutuksen laatu, potilaiden hoitotyytymättömyys sekä tilanteet, joissa potilaita kiellettiin tai rajoitettiin, oli suorassa yhteydessä väkivaltatilanteiden esiintyvyyteen ja hoitajien työhyvinvointiin. Konfliktitilanteet ovat juurikin niitä tilanteita mistä voi kehittyä väkivaltatilanteita (Louhela & Saarinen, 2006. 14). Henkilökuntaan kohdistuvia koulutusinterventioita olisi siis myös potilaan aggressiivisen käyttäytymisen ennaltaehkäisyyn. Tutkimuksissa on havaittu koulutusinterventioiden jälkeinen väkivaltatilanteiden ja pakkokeinojen väheneminen. (Välimäki ym. 2013, 25.)

Organisaation johdon on myös osallistuttava tiiviisti käytännön kehittämishankkeisiin hoitotyössä. Tämä auttaa organisaatiossa tapahtuvaa tiedonkulkua ja hyvien käytäntöjen leviämistä. Kehittämistoimenpiteissä on tärkeää kuunnella potilaiden ja henkilöstön ajatuksia ja erilaisia näkökulmia asioista päätettäessä. Potilaita ja henkilöstöä tulee rohkaista tekemään kehittämis ehdotuksia. (Välimäki ym. 2013, 100.)

4.1 Väkivaltatilanteiden tunnistus

Potilaan väkivaltariskin arviointien merkitys on korostunut nykyisin terveydenhuollossa. Arviointimenetelmien jotka ovat standardoituja, voidaan seurata potilaan vointia sekä saada syvällistä tietoa potilaasta ja varmistaa arvioinnin yhteneväisyys eri mittauskerroilla ja eri mittajien tekemänä. Riskiarvioinnin tulosten pitäisi toisaalta olla osa potilaasta tehtävää kokonaisarviota, eikä päätelmiä potilaan väkivaltaisuudesta voi tehdä pelkkään riskiarviointimenetelmään perustuen. Riskinhallintamenetelmien käytön täytyy olla suunnitelmallista ja liittyä kiinteästi potilaan tilan kokonaisarvioon, jolloin voidaan parhaiten ennaltaehkäistä potilaan väkivaltaista käytöstä terveydenhuollossa. (Välimäki ym. 2013, 25.)

Riskiarviossa käytettäviä työmenetelmiä on kehitetty esimerkiksi yleis- ja oikeuspsykiatrian yksiköissä ja avohoidossa, ja se tehdään yleensä seuraamalla potilaan käyttäytymistä sairaas-

lahoidon aikana. Potilaan sairauskertomukseen merkittyjä tietoja käytetään myös väkivaltaisuuden riskiarviointiin, jonka tavoitteena on joko ennustaa väkivaltariskin esiintymistä pitkällä aikavälillä potilaan kotiuduttua sairaalasta. Vaihtoehtoisesti tavoitteena on etsiä todennäköisyyttä siihen, että potilas käyttäytyy väkivaltaisesti sairaalassa lyhyellä aikavälillä. Lyhyen aikavälin arvioinnin hyötyinä on arvioitu olevan arvioinnin nopeus, helppokäyttöisyys, soveltuminen hoitajien käyttöön sekä mahdollisten eristysaikojen lyheneminen. Riskinarviointimenetelmien jotka ovat pitkiä, soveltuvat esimerkiksi hoidon edistymisen seurantaan ja arviointityökaluksi siirrettäessä oikeuspsykiatrisia potilaita vähemmän valvottuihin yksiköihin. Avohoidossa menetelmät ovat myös käyttökelpoisia ja informatiivisia. Käyttöön voidaan ottaa erilaisia riskiarviointi mittareita. (Välimäki ym. 2013, 25 - 26.)

4.2 Väkivallan ennaltaehkäisyyn tarvittavia tekijöitä

Oppimisen kulttuurin omaksumalla psykiatriset osastot voisivat saavuttaa jotain positiivista uutta. Voitaisiin kriittisesti pohtia, että antaisimmekin yhtä paljon huomiota ihmisoikeuksille kuin tänä päivänä annamme turvallisuudelle. Kun potilaita hoidettaisiin enemmän yksilöllisesti, eikä niinkään diagnoosin perusteella, sekä keskityttäisiin huolellisesti hoitoon, voitaisiin päästä potilas - hoitohenkilökunta asettelusta enemmänkin tiimityöskentely luontoiseen tilaan, jossa kaikilla osapuolilla olisi sama tavoite: mielenterveys. Tällaisella ajattelun muutoksella voi olla positiivisia vaikutuksia väkivaltatilanteiden esiintyvyyteen. Kuitenkin tällaisten laaja-alaisten ajattelutapojen ja asenteiden muutokset ovat hitaita ja haasteellisia, varsinkin jos menneisydessä potilailla on huonoja kokemuksia hoitohenkilökunnasta tai toisinpäin. Muutos potilaan osallisuutta edistävään toimintaan ja yhteistyö myönteisempään hoitotyöhön on kuitenkin täysin mahdollista. (NICE 2015.)

Hoitolaitoksissa vallitseva ilmapiiri ja yhteisökulttuuri ovat merkityksellisiä potilaiden väkivaltaiselle käyttäytymiselle. Heikko johtajuus, puutteellinen motivaatio ja kommunikointi ovat tavallisia niillä osastoilla, joilla väkivaltaa esiintyy. Väkivaltaisuutta ehkäisee työyhteisön tehtävän selkeä määrittely ja yhteinen hoitoideologia. Hyvä työilmapiiri ja väkivallan ehkäiseminen vaatii riittävää henkilöstömitoitusta. (Louhela & Saarinen 2006, 16.)

Henkilökuntaa tulisi kouluttaa jotta väkivaltaa pystyttäisiin ennakoimaan ja vähentämään. Koulutuksen painopiste tulisi olla nimenomaan vuorovaikutustaidoissa sekä psykososiaalisissa menetelmissä jotta rajoittavia toimenpiteitä voitaisiin välttää. Koulutuksen tulisi tuoda esille kuinka voidaan ymmärtää mielenterveysongelmien, väkivallan ja aggression uhkien suhdetta. Koulutusten tulisi opettaa taitoja arvioida miksi käyttäytymisestä on todennäköisesti tullut väkivaltaista tai aggressiivista, eli olisi osattava ottaa huomioon potilaan henkilötiedot ja -taustat, henkinen ja fyysinen elinympäristö sekä sosiaaliset, kommunikatiiviset ja toiminnalliset käyttäytymiseen liittyvät tekijät. Koulutuksen tulisi tarjota työkaluja vähentämään tai

välttämään väkivaltaa ja aggressiota kun se syntyy tai mieluiten jo ennen esimerkiksi de-eskalaatio menetelmin sekä työkaluja toteuttaa rajoittavia menetelmiä turvallisesti kun niitä tarvitaan. Toki myös rajoittavien toimenpiteiden kouluttaminen on äärimmäisen tärkeää jotta ne toteutettaisiin mahdollisimman turvallisella tavalla. Koulutustilaisuuksissa tulisi kuitenkin painottaa, että rajoittavat toimenpiteet ovat ne viimeiset keinot. (NICE 2015.)

Resurssitekijät ovat yksi iso aihealue, jolla vaikuttaisi olevan suuri vaikutus väkivaltatilanteiden esiintyvyyteen. Näitä tekijöitä ovat osaston tilanteen epätasapaino, epävarmuus potilaan hoidosta, hoitoympäristö ja sen suunnittelu, hoitotyön suunnittelu, työperäinen stressi, resurssipuute, työilmapiiri, työnohjauksen puute ja organisaatiojärjestelmän oikeudenmukaisuus. (Välimäki ym. 2013, 23 - 29.)

4.3 Vuorovaikutus väkivallan ennaltaehkäisyssä

Hyvä hoitosuhde perustuu aitoon vuorovaikutukseen ja kohtaamiseen. Kohtaaminen on vuorovaikutuksen alkamista (Mattila 2001, 60). Potilaan ja hoitajan hoitosuhteessa vahvistuminen ja tunnekokemuksen jakaminen on merkittävimpiä vuorovaikutusta vahvistavia ja edistäviä tekijöitä. Myös kohtaamisen myönteisyys ja turvallisuus edistää vuorovaikutusta, ja toisen osapuolen hyväksyntä etenkin henkilökunnan puolelta edistää myönteisyyttä ja turvallisuutta. Muita vahvistavia ja edistäviä tekijöitä ovat aloitteellisuus ja luottamus yhteistyössä, potilaan ja hoitajan läheisyys, välittämisen kokeminen sekä vuorovaikutusta tukeva ympäristö. Kun potilas kokee turvallisuuden tunnetta, on osallisena hoitoonsa ja tietää mitä hoidossaan tapahtuu, on otettu iso askel kohti toimivaa vuorovaikutusta ja luottamusta. Hoitajan potilaslähtöinen toiminta eli potilaan omien tarpeiden mukainen ja potilasta kuunteleva vuorovaikutus on hyvän psykiatrisen hoitotyön edellytys. (Mattila 2001, 5.)

Kommunikaatio on kahden henkilön välistä vuorovaikutusta, ja merkityksellistä molemmille osapuolille vain silloin, kun he havaitsevat toisensa, reagoivat toisiinsa ja ajattelevat viestivänsä keskenään. Aiemmissa tutkimuksissa on havaittu, että sairaanhoitajien antamassa tuessa potilaille on eriteltävissä kuusi luokkaa: läsnäolo, jakaminen, toipumisen osoittaminen, huumorin käyttö, arvostuksen osoittaminen ja suora rohkaisu. Hoitajilla saattaa olla vaikeuksia ilmaista tukeaan masentuneille ja ahdistuneille potilaille. Helpompaa on antaa tukea selkäläisille potilaille, jotka viestivät hyvin. (Mattila 2001, 26 - 27.)

Aggressiivisen tapauksen voi nähdä vuorovaikutteisena prosessina, jonka tarkoituksena on ymmärtää kuinka potilas näkee tilanteen aiheutuneen sekä tunteiden ja käyttäytymisen tuloksen. Hyvät viestintä- ja kommunikaatiotaidot sisältävät henkilökunnalta taidon olla myös tietoisia omasta sanattomasta ja sanallisesta käyttäytymisestä esimerkiksi kehon asento, kat-

se kontakti, äänen sävy, selkeän kielen käyttö, potilaan läheisyys sekä rauhoittavan kosketuksen välttely jotka kaikki voidaan kokea provosoivana hoitajan puolelta. (Davison 2005, 365.)

Sosiaalisella väliin tulemisella, välittämällä vuorovaikutuksellisin keinoin kutsutaan interventioksi. Ennen väkivaltaista purkautumista voidaan interventio-tyyppisiä toimenpiteitä kohdistaa potilaaseen. Interventioin pyritään vähentämään pelkoa, turvattomuutta ja ahdistusta sekä rajoittamaan vihanpurkausta. Mitä varhaisemmassa vaiheessa potilaan käyttäytymisessä tapahtuviin muutoksiin puututaan, sitä paremmin voidaan väkivaltatilanteita ennaltaehkäistä. Tärkeää on tarjota potilaan tarpeita vastaavia toimenpiteitä tarjoamalla hänelle mahdollisimman hyvä sekä rauhallinen ympäristö ja olo. Hyvänä keinona voidaan pitää potilaslähtöisyyttä ja potilaan osallistamista arvioidessa potilaan omia tarpeita. (Louhela & Saarinen 2006, 21.)

4.3.1 Potilaan osallisuus

Potilaan osallisuudella tarkoitetaan sitä, että potilas on aktiivinen osa omaa hoitoaan ja mukana hoidon suunnittelussa, päätöksenteossa ja arvioinnissa. Osallisuus on osallistumista laajempi käsite. Potilaan osallistuminen saattaa joskus olla luonteeltaan passiivista, mitä osallisuus ei ole. Osallisuus on osallistumista laajempi ja vastavuoroisempi ilmiö. Osallisuuteen tarvitaan kolme tekijää: osallistuminen, toiminta ja vaikuttaminen. Osallisuus voidaan jaotella tiedon saamisen oikeuteen, suunnitteluun osallistumiseen, päätöksentekovaltaan ja omaan toimintaan. Tiedon saaminen ja päätöksentekoon osallistuminen ovat oleellinen osa osallisuutta. Jotta potilaan osallisuus voisi käytännössä toteutua, tarvitaan siihen hyvä hoitosuhde henkilökuntaan, dialogisuutta ja kysymysten esittämistä, informaation ja tiedon saantia sekä vastuunottamista potilaan puolelta. Eli myös vuorovaikutuksella on potilaan osallisuuden kannalta paljon merkitystä. Osallisuuden voidaan sanoa myös olevan vuorovaikutuksen tasavertaisuutta, mielipiteiden ilmaisua ja yhteistä päätöksentekoa. Potilaan osallistuminen sairaanhoitajan näkökulmasta on vastavuoroinen prosessi, jota voidaan kuvata yhteisenä neuvotteluna. Sen perustana ovat vuorovaikutustaidot, terapeuttinen ja voimavarakeskeinen lähestymistapa ja vaikutusmahdollisuudet. (Laitila 2010, 9; Kettunen & Kivinen 2012, 41.)

Potilaiden osallisuus ja sitoutuminen hoitoonsa helpottavat pitkällä tähtäimellä henkilökunnan työskentelyä, sillä hoitoon sitoutuneet potilaat ovat aktiivisempia ja motivoituneempia hoitoonsa. Yhteistyö potilaiden kanssa tukee potilaan osallisuutta ja lisää aktiivista päätöksentekoa. Kun suunnittelussa ovat mukana juuri ne osapuolet joita asia koskee, se lisää motivaatiota toimia yhteisen päämäärän hyväksi ja lisää sitoutumista toiminnan kehittämiseen. Tämä lisää hoitajien työn hallinnan tunnetta, mikä on yhteydessä työn laatuun. (Välimäki ym. 2013, 95 - 96.)

Väkivaltatilannetta edeltää aina konflikti. Konfliktitilanteessa hoitohenkilökunta ei aina välttämättä tunnista konfliktia. Konfliktitilanteessa tunteet helposti sivuuttavat rationaalisuuden. Autonomian ja tilanteen hallinnan tunne estää itsessään ahdistuneisuutta ja vihaa sekä potilaissa että hoitohenkilökunnassa. Potilaat ovat kokeneet, ettei heillä ole ollut mahdollisuutta päättää omista hoitoon liittyvistä asioistaan. Autonomian ja itsemääräämisoikeuden rajoittaminen ovat olleet merkittäviä aggressiivisuuden provosoivia tekijöitä. Siksi potilaan osallisuus ja osallistaminen omaan hoitoonsa on viimeaikoina saanut aivan toisenlaisen ja tärkeän merkityksen etenkin psykiatrisessa hoitotyössä. (Louhela & Saarinen 2006, 17; Keiski 2008, 5.)

4.3.2 De-eskalaatio

De-eskalaatio menetelmillä tarkoitetaan sitä että hoitohenkilökunta tunnistaa varhaiset merkit levottomuudesta, ärsytyksestä, vihasta ja aggressiosta. Lisäksi on tärkeää että hoitohenkilökunta ymmärtää todennäköiset syyt aggressioon tai väkivaltaan. Tilanteissa joissa potilas on aggressiivinen tai väkivaltainen tulisi hoitohenkilökunnan tunnistaa varhaiset merkit väkivaltaisesta käyttäytymisestä sekä käyttää tekniikoita, joilla voidaan lieventää konflikteja ja häiriötekijöitä. Näitä tekniikoita ovat rentoutumista ja edistävät sekä rauhoittavat menetelmät, kuten esimerkiksi de-eskalaatio. (NICE 2015.)

De-eskalaatio on ollut ihmiskunnan historiassa aggressiivisuuden ja väkivaltaisuuden neuvotte- lu- ja konfliktien ratkaisukeino. Se voi tulla erityisesti esiin esimerkiksi sisarkateudessa ja perheen jäsenien kesken. Esimerkiksi kun nuorempi lapsi menettää malttinsa, voi vanhempi lapsi saada hänet rauhoittumaan puheellaan. De-eskalaatio on ollut mielenterveystyössä työkaluna jo useita vuosia, ja on käytössä hoitajilla heidän jokapäiväisessä työssään. Taitoa on harjoitettu pitkään mielenterveyshoitotyön opetuksessa, sillä se on iso osa terapeutista hoitosuhdetta. (Cownin ym. 2003, 65.)

Sanallinen de-eskalaatio voi toimia tilanteissa joissa ei ole visuaalista pois pääsyä tilanteesta. Esimerkkinä voi olla kriisipuhelun soittaminen, jossa hoitaja voi rauhoittaa potilaan äänellä ja sanoillaan. Sanallista de-eskalaatiota on määritelty ”monimutkaisena terapeuttisena vuorovaikutteisena prosessina” jossa saadaan potilas pois häiriintyneestä, hermostuneesta tunnetilasta. (Cowan ym. 2003, 65 - 66.)

Hyvän de-eskalaatio taidon osaaminen edellyttää tekniikoiden koulutusta ja harjoittelua, sekä käsitystä ja ymmärrystä aggressiosta ja sen hallinnasta. De-eskalaatio koostuu sanallisesta ja ei-sanallisesta kommunikaatiosta sekä ongelman ratkaisu taktiikoista joiden tarkoituksena on helpottaa yhteistyötä. (Davison 2005, 365.)

Psykiatriassa rauhoittamis- ja vetäytymismenetelmiin kuuluvalla *de-eskalaatiomenetelmillä* pyritään ennakoimaan aggressiivisen käyttäytymisen oireita sekä havainnoida aggression merkkejä. Uhkaava tilanne pyritään rauhoittamaan vuorovaikutuksellisin keinoin, ja menetelmä pohjautuu kommunikaatioteoriaan. Siinä korostuu hoitajan sekä potilaan välinen terapeuttiin suhde. Myös kehittymässä oleva aggressiivinen tilanne voidaan purkaa de-eskalaatio menetelmin. *Aikalisällä* tarkoitetaan potilaan rauhoittumista yksin lukitsemattomassa huoneessa. Se ei perustu pakonkäyttöön, vaan potilaan sekä henkilökunnan yhteiseen sopimukseen. Aikalisä on hyväksyttävämpi menetelmä kuin eristäminen ja sitä voidaan käyttää joskus eristämisen sijasta. (Välimäki ym. 2013, 24.)

Kun työntekijä kohtaa väkivaltaisen potilaan, tulisi hänen esitellä itsensä henkilönä joka voi ratkaista ongelman kuuntelijana eikä rajoittajana. Useita erilaisia keinoja voidaan käyttää yhteistyössä välineenä jotta potilas voisi löytää vaihtoehdoisen ratkaisun ongelmaansa. Aggressiivisissa tai väkivaltaisissa tilanteissa de-eskalaatiota käytetään verbaalisilla ja fyysisillä empatian ilmauksilla ilman vastakkain asetteluja, jotka perustuvat kunnioitukseen. (Davison 2005, 365.)

4.3.3 Transaktioanalyysi

Transaktioanalyysin juuret ovat psykiatri Eric Bernen 1952-1972 vuosien välillä julkaisemissa teoksissa persoonallisuus- ja vuorovaikutusteoria. Sen perustana toimii kolmiosainen Vanhempi-Aikuinen-Lapsi-minä tiloihin perustuva jako, jotka viittaavat käyttäytymisen, ajattelemisen ja tuntemuksen tapoihin. Näiden minä tilojen välillä tapahtuvat ihmisten vuorovaikutukselliset transaktiot, ja ne voivat olla luonteeltaan täydentyviä, risteytyviä tai salattuja. Transaktiota on hyödynnetty niin terapia työssä kuin opetus- ja kasvatustyössä sekä johtamis- ja kommunikaatio koulutuksessa. (Mikkonen 2006, 328.)

Bernen teorian mukaan ihmiset eivät kohtaa yleensä toisiaan ”välittömästi”, vaan esimerkiksi toisen ihmisen vanhempi (minätila) voi moittia toisen lasta, lapsi kiukutella toisen vanhemmalle. Vuorovaikutuskuviot, jotka ovat piintyneitä ihmisiin voivat muuttua erilaisimmiksi itseään toistaviksi ”peileiksi” ja aiheuttaa haittaa kaikille vuorovaikutuksessa oleville osapuolille. Ihmiset ovat transaktioanalyysin mukaan tehneet jo varhaisessa vaiheessa tulkintoja ja päätöksiä itsestään, muista ihmisistä sekä elämästä ylipäätään. Nämä tulkinnat joihin liittyy kielteisiä tunteita, ajatuksia sekä käyttäytymistä voivat estää ihmistä tekemästä todellisuuteen perustuvia ratkaisuja parhaalla mahdollisella tavalla. Analyysi on samaan aikaan persoonallisuusteoria sekä psykoterapeuttinen lähestymistapa vuorovaikutuksellisiin ongelmiin. (Mikkonen 2006, 328.)

Bernin transaktioanalyysin mukaan vuorovaikutustilanteissa ihmisten väliset transaktiot voivat olla luonteeltaan täydentyviä, risteytyviä tai salattuja. Täydentyvässä transaktiossa kahden toisiaan täydentävän minä tilan välillä ärsykeeseen vastataan symmetrisesti eikä viestintä katkea itse transaktiosta johtuen. Risteytyvässä tilassa ärsyke ja vastaus eivät ole symmetrisiä, ja ärsyke on vastaanottajan kannalta odottamaton sekä siten johtaa usein viestinnän keskeytymiseen. Risteytyvät transaktiot aiheuttavat usein väärinymmärryksiä, konflikteja ja stressiä molemmille vuorovaikutuksessa oleville osapuolille. Risteytyviä transaktioita on esimerkiksi Luonnollinen Lapsi - Aikuinen taikka Aikuinen - Kontrolloiva Vanhempi yhtälö. Risteytyvät transaktiot voivat kuitenkin olla myös keino hallita vuorovaikutusta jolloin esimerkiksi vihainen sekä hoitoonsa tyytymätön potilas toimii Kontrolloivan Vanhemman minätilassa, voi rauhoittua rauhallisen ja järkevän Aikuisen puheesta. Salatuissa transaktioissa vuorovaikutustilanteessa yksilö sanoo toista, mutta ei tarkoita sitä. Transaktiot ilmenevät yleensä yksilön tapana hävetä, tai peitellä Lapsen ja Vanhemman minätiloista nousevia haluja tai tunteita. (Mikkonen 2006, 333 - 334.)

4.3.4 Vuorovaikutus ja sen merkitys hoitosuhteessa ja potilaan osallisuudessa

Vahvistuminen, luottamus yhteistyössä, aloitteellisuus sekä vuorovaikutuksen ympäristö ovat kaikki kategorioita jotka yhdistävät potilaan osallisuuden. Potilaan osallisuuden myötä vuorovaikutus potilaan ja hoitajan välillä voi kehittyä yhteistyökumppanuudeksi. Tämä vaatii sen, että luodaan myös potilaalle myönteinen ilmapiiri, luodaan aitoja vaikuttamisen mahdollisuuksia, annetaan hoidosta tietoa sekä sen, että hoitaja on potilaalle läheinen ja myönteinen. (Mattila 2001, 83.)

Osallisuus toteutuu käytännössä kun potilas tuo hoitotilanteeseen omakohtaiset tietonsa ja hoitohenkilökunta omat ammatilliset tietonsa. Ammattihenkilöt määrittelevät ja toteuttavat hoidon samalla kun potilas on tietoinen vaihtoehdoista ja vaikutuksista ja pystyy tekemään valintoja ja päätöksiä niiden perusteella. Osallisuus ei vähennä hoitohenkilökunnan asiantuntijuutta, vaan johtaa yhteistyöhön, kumppanuuteen ja niin tasavertaiseen ihmissuhteeseen potilaan ja hoitohenkilöstön välillä kuin hoitotilanteessa on mahdollista. (Kujala 2003, 142.)

Toimiva vuorovaikutus vahvistaa potilaan toimintakykyä ja osallisuutta. Potilaan osallisuuden ja kohtaamisen peruselementit tiivistyvät neljän K-kirjaimen sisälle: kielenkäyttö, kiireettömyys, kuunteleminen ja kokonaisvaltaisuus (Palomäki 2012, 119 - 121). Kaikkein tärkeintä on aito kiinnostus omaan hoitoonsa osallisesta potilaasta. Osallisuus antaa kokemuksia siitä, että tulee kuulluksi, omat mielipiteet ja ajatukset ovat arvokkaita ja asioihin voi vaikuttaa. Osallisuus voimaannuttaa, lisää vaikuttamisen ja toimimisen halua, saa potilaat sitoutumaan hoitoonsa paremmin ja parantaa päätöksentekoa. (Välimäki ym. 2013, 93; THL 2013.)

Aina potilas ei halua olla osallisena hoitoonsa. Sairauden luonne ja vakavuus, sekä potilaiden henkilökohtaiset ominaisuudet ja suhteet ammattilaisiin luonnollisesti vaikuttavat haluun olla osallinen. Tutkimusten mukaan sairaalahoidon aikana potilaat eivät saa riittävästi tietoa hoidostaan ja sairaudestaan tai saatu tieto ei ole yksilöllistä. Hoitotilanteissa vuorovaikutuksellisuus ja ilmapiirissä olisi potilasarvioiden mukaan parannettavaa. Hoitohenkilökunta tarvitsee koulutusta hoitotyössä tapahtuvaan vuorovaikutukseen. Koulutuksen on osoitettu vaikuttavan potilastyytyväisyyteen arvioidessa vuorovaikutuksen onnistumisessa. (Zibulski 2014, 8.)

5 Hoitajien työolosuhteiden vaikutus työn ja hoidon laatuun

Työhyvinvointi on osa yksilön kokonaishyvinvointia, ja se on kokonaisvaltaista sekä vaikuttaa työntekijän suoriin työssä, työn laatuun ja tehokkuuteen. Työhyvinvointia tarkastellaan yleensä sen puuttumisen näkökulmasta, mitkä voivat olla työperäistä stressiä aiheuttavia tekijöitä. Työperäinen stressi voi vaikuttaa hoidon laatuun, aiheuttaa sairaspöissaoloja sekä työn lopettamista. Työn vaatimuksilla on usein yhteyttä sairaanhoitajien hyvinvointiin ja ne koostuvat usein työtahdistusta, työn ajoituksesta, vaihtelevuudesta, määrästä sekä luonteesta. Eri-tyisesti aika- sekä työpaine ennustavat usein hoitajien emotionaalista uupumista ja voivat aiheuttaa sairaanhoitajille ahdistusta. Työolosuhteiden muutoksilla on myös vaikutusta hoitajien työhyvinvointiin. (Syvänen 2008, 5.)

Väkivalta jota hoitajat kohtaavat työssään, voidaan rinnastaa äkillisiin traumaattisiin kokemuksiin, joissa suurin osa ihmisistä toimii vaistonvaraisesti, automaattisesti, opittujen mallien mukaisesti ja ilman voimakkaita tuntemuksia. Tunteet nousevat usein vasta väkivaltatilanteen jälkeen hyvin voimakkaina, kokea fyysistä kipua sekä vapinaa ja olla shokissa. Uhri voi toisaalta kokea olevansa myös hyvin energinen ja olevansa valmis jatkamaan töitään. Väkivallan uhri voi pitemmällä aikavälillä kokea posttraumaattisia stressioireita vasta viikkojen tai kuukausien jälkeen, jotka voivat aiheuttaa psyykkistä kärsimystä sekä vaikuttaa myös työkykyyn sekä työssä viihtymiseen. Oireina voi näkyä esimerkiksi ristiriitaiset tuntemukset, ahdistuneisuus, levottomuus, syyllisyyden tunto, viha sekä pelko. Lisäksi masennusta, toivottomuutta, vaikeuksia nukkua, väkivaltaisista painajaisista, keskittymisvaikeuksia ja sosiaalisista suhteista eristäytymistä saattaa esiintyä kun uhri kärsii posttraumaattisista oireista. (Pitkänen 2003, 9 - 10.)

Fyysinen uhka joka tulee potilaalta, aiheuttaa hoitajille vakavia psyykkisiä oireita mutta jo uhka väkivallasta tai sanallinen väkivalta voi aiheuttaa posttraumaattisia stressioireita. Tutkimusten mukaan potilaan taholta tulleet sanalliset loukkaukset tai uhkailut aiheuttivat noin puolella hoitajista ahdistusta, arvottomuuden tunnetta tai järkytystä. Hoitajat ovat kertoneet loukkauksien vaikuttavan työsuoritukseen ja työmoraalin laskuun. Myös työssä tehtyjen vir-

heiden määrä hoitajien kokemusten mukaan lisääntyä väkivaltakokemuksien myötä. (Pitkänen 2003, 10; Välimäki ym. 2013, 12.)

On havaittu, että hoitajien asenteilla ja terapeuttisen ilmapiirin puuttumisella on yhteys psykiatrisen hoidon laatuun. Stressi, loppuun palaminen ja sosiaalisen tuen puute ovat merkkejä kielteisestä työilmapiiristä. Stressitilanteita aiheuttavat suuri potilasvaihtuvuus, työn määrä ja heikko johtaminen, jotka johtavat edelleen huonoon työmoraaliin (Välimäki ym. 2013, 12). Hoitajat kokevat joskus vaikeaksi sitoutua aggressiivisen potilaan hoitoon, tällöin asioiden tarkastelu potilaan näkökulmasta ei mahdollistu ja potilaat eivät tule ymmärretyksi vuorovai-
kutustilanteissa, mikä taas osaltaan lisää aggressiivisuutta (Keiski 2006, 6).

Jos hoitaja joutuu väkivallan uhriksi työssään, on tärkeää että organisaatio auttaa työntekijöitä selviytymään kokemuksistaan vaikka selviytyminen kuitenkin yksilöllistä. Henkilöiden erilaiset reaktiot äkilliseen traumaattiseen tilanteeseen voivat liittyä erilaisiin selviytymisstrategioihin tai sosiaaliseen tukeen jota löytyy valmiina. On myös tärkeää huomioida työntekijät, jotka ovat olleet tilanteessa mukana ja hallitsemassa sen kulkua. Väkivalta työpaikalla ei vaikuta vain uhriin, sillä muut työntekijät voivat ajatella tilannetta omalle kohdalleen tai miksi eivät onnistuneet tilannetta estämään. Tilanne voi myös vaikuttaa työntekijöihin jotka eivät tapahtumassa olleet paikalla, sekä uhrin perheenjäsenet on hyvä ottaa huomioon. (Pitkänen 2003, 11.)

6 Havainnointi tutkimusmenetelmänä

Tämä tutkimus toteutettiin käyttäen aineistonkeruussa tarkkailevaa määrällistä havainnointia. Havainnoinnilla tarkoitetaan tarkkaa metodologiaa, jolla viitataan siihen että tarkkailija katsoo jotakin kohti, aistii. Havainnointimenetelmää käytettäessä tulee ottaa huomioon suunnittelussa ja toteutuksessa erinäisiä asioita. Tutkijan omat tunteet ja tuntemukset ovat aina mukana havainnoinnissa ja tätä on tärkeä pohtia kirjoitettaessa tutkimuksen luotettavuudesta. Tutkimushavainnointi on aina kokonaisvaltaista ihmisten ja ilmiöiden aistimista. (Vilkka 2006, 5 - 9, 57.)

Jotta havainnoista saataisiin mahdollisimman tarkkoja ja tieteellisiä, tulee havainnointi olla hyvin suunniteltua, johdonmukaista ja järjestelmällistä. Ensisijaisesti havaitsemisessa on kyse ymmärtämisestä, väärinymmärrys heikentää selkeästi tutkimuksen luotettavuutta. Tutkijan omat esitiedot vaikuttavat aina ymmärrykseen. Tärkeää olisi varmistaa että tutkija on ymmärtänyt ympäristössä tapahtuneiden havaintojen oikeellisuuden. Tutkimuksen edetessä voi siis esittää täsmentäviä kysymyksiä tutkittaville, tässä tapauksessa kuitenkin vain hoitohenkilökunnalle. (Vilkka 2006, 5 - 10.)

Sosiologiasta on tuttu ns. Hawthorne-efekti: sosiaaliset tekijät, tässä tapauksessa havainnointitutkimuksen teko, vaikuttavat myönteisesti ihmisten käyttäytymiseen. Esimerkiksi työnteon tehostuminen ei ole riippuvaista siitä, miten työt organisoidaan uudelleen, vaan siitä, että jokin sosiaalinen tekijä, esim. organisaation johto kiinnittää myönteisellä tavalla huomiota työntekijöihin. (Louhiala 2002.)

Havainnointi tehtiin kahdella psykiatrisella suljetulla osastolla, jossa opinnäytetyön tekijät, toinen toisella osastolla, havainnointi kaavakkeiden avulla keräsivät aineistoa opinnäytetyötä varten. Kaavakkeita täytettiin yhteensä kolme päivässä, jaettuna aikaloikiin seuraavasti: 8-10, 10-12 sekä 12-14. Havainnointi kesti viiden päivän ajan klo 8-14 aika välillä. Opinnäytetyön havainnointi vaihe tapahtui osastolla potilaiden yleisissä oleskelutiloissa, sekä hoitajien kansliassa ja muutamassa hoitokokouksessa. Havainnointi kaavakkeita täytettiin tukkimiehen kirjanpidolla, eikä potilaita tai hoitajia yksilöity kaavakkeisiin työtä varten. Opinnäytetyön tekijät kävivät läpi kaavakkeet ennen havainnointia, sekä sopivat selkeät, yhteiset linjat kaavakkeen täyttämistä varten jotta opinnäytetyö olisi mahdollisimman luotettava.

6.1 Havainnointitutkimusaineiston keruu ja kohdejoukko

Aineiston keruu tapahtui suljetuilla päihde- ja psykiatrisilla osastoilla, joissa tutkitaan ja hoidetaan potilaita, joilla on vakava mielenterveydenhäiriö ja samanaikaisesti päihderiippuvuus, ns. kaksoisdiagnoosipotilaita. Osastot tarjoavat intensiivistä, tarvittaessa suljettua psykiatrista sairaalahoitoa. Osastoilla hoidetaan muun muassa ensipsykoosia sairastavia ja muuten erityisosaamista vaativia potilaita.

Konkreettinen aineiston keruu tapahtui viiden päivän ajan, jolloin yksi sairaanhoitajaopiskelija ja kerrallaan havainnoi yhdellä osastolla, toinen toisella. Varsinainen havainnointi suoritettiin osastojen yleisissä tiloissa, kuten yleiset oleskelutilat, aamukokoustila, toimintahuoneet ja osaston kanslia. Opinnäytetyön tekijät havainnoivat myös muutamaa hoitokokousta. Aineiston keruussa käytettiin Robert F. Balesin 1950-luvulla kehittämää vuorovaikutuksen prosessi-analyysi kaaviota, jota käytettiin myös analyysivaiheessa aineistoa analysoidessa tukena (Liite 2). Aineistoa kerättiin myös tutkijoiden laatimalla ennalta suunnitellulla strukturoidulla havainnointikohteiden kaavakkeella. Tähän tutkijat merkitsivät tutkijoiden kesken ennalta sovittuja ja suunniteltuja ja tarkkaan mietittyjä havaintoja liittyen potilaan osallisuuteen hoitoonsa ja osallistamiseen hoitoon (Liite 3). Aineiston keruussa siis käytettiin sekä Balesin kehittämää vuorovaikutuksen prosessianalyysia että tutkijoiden tekemää potilaan osallisuutta mittaavaa havainnointikaavaketta, sillä myös vuorovaikutuksella ja etenkin sen luonteella, myönteinen tai kielteinen, voidaan olettaa olevan merkitystä ratkaisevasti potilaan osallisuuteen. Aineiston keruussa molempia kaavakkeita (Liite 2 ja 3) käytettiin noin kahden tunnin

ajan, jolloin päästiin vertailemaan eri ajankohtina tapahtuvaa hoitotyötä toisiin ajankohtiin. (Kettunen & Kivinen 2012, 41.)

Opinnäytetyöhön osallistuvat valittiin osastolla kyseisenä ajankohtana olevista henkilöistä. Jokainen hoitohenkilökuntaan kuuluva sekä jokainen potilas osastolla sai kirjallisen tiedotteen tutkimuksesta. Tiedotteessa, sekä suomen- että ruotsinkielinen riippuen potilaan äidinkielestä, (Liite 4 & 5) tuli esille lyhyt kuvaus tutkimuksen tarkoituksesta sekä tieto siitä, ettei kenenkään henkilötietoja rekisteröidä millään tavalla tai minnekään ja että tutkijaa sitoo vaitiolovelvollisuus. Tiedotteessa selostettiin myös, että yksityishenkilöllä (potilaalla) sekä hoitohenkilökuntaan kuuluvalla on täysi oikeus kieltäytyä tutkimuksesta. Suostumukset tutkimukseen osallistumisesta kerättiin jokaiselta potilaalta suullisesti yhteistyössä hoitohenkilökunnan kanssa. Psykiatriset potilaat kyseisillä osastoilla saattavat olla niin huonossa psyykkisessä voinnissa, etteivät he ole itse välttämättä kykeneviä arvioimaan tutkimukseen osallistumisen merkitystä, jolloin tutkijoiden täytyi jättää kyseinen potilas tutkimuksen ulkopuolelle. Tutkijat keräsivät potilaiden suostumukset jokaiselta potilaalta henkilökohtaisesti yhdessä osaston hoitajan kanssa, jolloin ei aiheutettu potilaille ryhmäpaineen vaikutusta. Tuttu hoitaja ymmärtää paremmin kuin tutkijat potilaan oireita. Hoitaja pystyi siis paremmin kertomaan potilaalle tutkimuksen tarkoituksista tavalla, jonka myös potilas todennäköisemmin ymmärsi. Mikäli potilas kieltäytyi tutkimukseen osallistumisesta, tarkoitti se, että kyseisen potilaan kohdalla tutkimus keskeytyi kokonaan, eli häntä ei havainnoitu lainkaan.

Tutkijoiden tulee kiinnittää erityistä huomioita omaan käyttäytymiseen osastolla, jonka tulee olla mahdollisimman neutraalia ja luonnollista. Merkintöjä ja havainnoinnin dokumentointia tulee pyrkiä tehdä niin, että se on mahdollisimman huomaamatonta. (Vilka 2006, 68.)

6.2 Havainnointiaineiston analysointi

Tutkimusaineisto ei ole vastaus tutkimusongelmaan. Tutkimusaineisto kertoo vain siitä, mitä ihmiset tekivät, sanoivat tai mitä he kuvasivat ja kirjoittivat. Havaintojen suora kuvaaminen on tutkimusaineiston dokumentointia, mikä itsessään voi olla jo mielenkiintoista, mutta ei ole tutkimuksen kannalta oleellista. Analysoidessa tutkimustuloksia havaintoja ryhmitellään ja yhdistellään johtolangoiksi, joista voidaan tehdä tulkinta. (Vilka 2006, 81.)

Tutkimuksen analysoinnissa käytetään yleisesti havainnointitutkimuksissa käytettyä analysointimenetelmää. Konkreettisesti analysointi tapahtuu niin, että tutkimuskohteesta tehdään havaintoja, joista eritellään raakahavaintoja yhdistelemällä eri aineistot keskenään. Myös teorioista tulee tehdä havaintoja joita sitten käytetään apuna raakahavaintojen tulkitsemisessa. Tämän jälkeen saadaan ratkaisu, tulos tai kuvaus jonka oletetaan pätevän koko tutkimusai-

neistoon. Tutkijan omien esitietojen sekä havaintojen kriittinen tarkastelu ovat oleellisessa asemassa aineiston analysoinnissa. (Vilka 2006, 89.)

Bales'in (1951) vuorovaikutuksen prosessianalyysi (Interaction Process Analyses, IPA) on kvantitatiivinen vuorovaikutuksen analyysimenetelmä, jonka analyysikategoriat ovat vakiot. IPA:ssa analyysiyksiköt, eli esimerkiksi puheenvuorot tai lausumat, sijoitetaan johonkin kahdestatoista analyysikategoriasta sen perusteella, ovatko ne positiivisia sosioemotionaalisen tason toimintoja (esim. ystävällisyyden osoittaminen tai samanmielisyyden ilmaiseminen), tehtäväkeskeisiä, ajatusten tai mielipiteiden esittämiseen liittyviä (esim. ehdotusten tekeminen, tiedon jakaminen), tehtäväkeskeisiä, ajatusten ja mielipiteiden hakemiseen liittyviä (esim. tiedon tai mielipiteen pyytäminen) tai negatiivisia sosioemotionaalisen tason (esim. jännittyneisyyden ja epäystävällisyyden osoittaminen) toimintoja. Tulosten perusteella pyritään määrittelemään, miten ryhmän jäsenet viestivät toisilleen, millaisia osallistumistapoja tai -rooleja heillä on, miten kunkin jäsenen persoonallisuus heijastuu ryhmän vuorovaikutukseen ja miten yksilölliset roolit ja toimintatavat vaikuttavat koko ryhmän toimintaan. Analyysi on siis yksilö- lähtöistä, mutta johtopäätökset voidaan nostaa ryhmätasolle. (Laapotti & Valkonen 2011, 52 - 53.)

Ryhmän vuorovaikutusta voidaan analysoida käyttäen niin sanottua kvantitatiivista vuorovaikutusanalyysia. Kvantitatiivinen vuorovaikutusanalyysi ei ole mikään yhtenäinen analyysimenetelmä, vaan pikemminkin laaja kirjo erilaisia, usein tutkimuskohtaisesti luotuja, analyysitapoja, joiden avulla havainnoidaan erilaisia vuorovaikutuksen piirteitä. Havainnot kvantifioidaan, jotta voidaan selvittää havaittujen piirteiden suhdetta muihin ryhmän työskentelyn kannalta olennaisiin muuttujiin, kuten ryhmän kokoon ja koostumukseen tai tuloksellisuuteen, tässä tapauksessa potilaan osallisuuteen. Kvantitatiivisessa vuorovaikutusanalyysissa keskustelu koodataan analyysiyksiköihin ja nämä yksiköt sijoitetaan valittuihin analyysikategorioihin. Tässä tapauksessa havainnot taulukoidaan tai kvantifioidaan niin, että voidaan verrata havainnot vuorovaikutuksesta suhteessa potilaan osallisuuteen vertailemalla päivien (N=5) eri ajan-kohtien (N= 4, aamu, aamupäivä, keskipäivä ja iltapäivä) tapahtumia. Näin saadaan analysoitua onko potilas osallisena omaan hoitoonsa ja kuinka vuorovaikutus ja ajankohta siihen mahdollisesti vaikuttavat. (Laapotti & Valkonen 2011, 52 - 53.)

Havainnoinnin tuloksia avatessa laskimme kaavakkeista miten paljon potilas osallistui tai miten hoitaja osallisti potilasta, sekä vastasiko potilas hoitajan osallistamiseen tai hoitaja potilaan aloitteeseen osallistua. Vertailimme päiviä toisiinsa sekä havainnointi aikoja, ja päivän ohjelmaa joka vaikutti havainnoinnin tuloksiin. Lisäksi otimme huomioon sen kuinka paljon hoitajia oli työvuoroissa ja vaikuttiko se havainnointi tuloksiin. Otimme myös huomioon havainnointi tuloksen luotettavuuteen liittyvät seikat, kuten havainnoitsijoiden tapa tehdä havainnointia tai ympäristössä tapahtuvat asiat jotka voisivat vaikuttaa tuloksiin. Analysoimme

tuloksia siis kaavakkeen merkintöjen mukaan sekä oman tietämyksemme ja tutkimusympäristön mukaan.

7 Opinnäytetyön tulokset ja julkaiseminen

Opinnäytetyö on hyödyksi osastoille ja myös HUS:n projektille. Tutkimus selvittää osallistetaan potilaita omaan hoitoonsa ja ovatko potilaat osallisina omassa hoidossaan. Tämän tiedon perusteella voidaan kehittää toimintaa edelleen ja ennaltaehkäistä pakkokeinoja ja väkivaltatilanteita entistä paremmin sekä parantaa hoitohenkilökunnan työolosuhteita. Havainnoinnin perusteella voi myös tulla esille uusia keinoja, joilla potilaan osallisuutta voidaan parantaa. Opinnäytetyö julkaistaan sähköisenä Theseus-julkaisuarkistossa. Lisäksi opinnäytetyön tekijöiden toimittama loppuraportti tallennetaan Tieto-järjestelmään. Julkaisuvaiheessa opinnäytetyön tekijät pitävät tutkimukseen osallistuneille osastoille osastokokouksen, jotta tutkimuksen tulokset saavuttavat myös hoitohenkilökunnan. On myös oleellista raportoida tuloksista potilaille esimerkiksi yhteisökokouksessa, jossa tutkimukseen osallistuneilla potilaila on mahdollisuus tulla kuuntelemaan. Tutkimustulokset esitellään mahdollisuuksien mukaan HUS:n projektin edustajille.

8 Opinnäytetyön tulokset

Tutkimustulokset ovat kerätty kahdelta eri psykiatriselta suljetulta osastolta, osasto A ja osasto B. Tutkimustuloksista voidaan yleisesti ottaen huomata että ajoittain potilaat ovat josain määrin osallisia omaan hoitoonsa. Selkeä tutkimustulos on myös se, että mitä enemmän kommunikaatiota ja vuorovaikutusta hoitajien ja potilaiden välillä oli, sitä enemmän potilaita osallistetaan omaan hoitoonsa ja potilaat ovat osallisia omaan hoitoonsa. Lisäksi tutkimustuloksista käy selkeästi ilmi, ettei osallistaminen ja potilaiden osallisuus ole kuin poikkeustapauksissa kokonaisvaltaista. Kokonaisvaltaisuudella tarkoitetaan sitä että potilaat ovat osana hoidon suunnittelua, arviointia ja päätöksentekoa. Lisäksi kokonaisvaltaisessa osallisuudessa osapuolet antavat keskustelussa toisilleen tilaa ja ovat läsnä, kokemuksia hoitoon liittyen jaetaan aktiivisesti puolin ja toisin. Havainnot jaettiin havaintotutkimusta tehdessä eri aikaloikiin (8-10, 10-12, 12-14). Tuloksista käy ilmi että hoitajat osallistavat potilaita eniten aamupäivällä klo 8-10. Klo 10-12 ja 12-14 aikaväleillä osallistaminen ja osallisuus on vaihtelevaa, mutta kuitenkin aina vähäisempää kuin aamulla klo 8-10. Potilaat ovat taas ajallisesti hyvin vaihtelevasti omasta aloitteestaan osallisia hoitoonsa. Tuloksista ei käy ilmi yksittäisen potilaan osallisuus omaan hoitoonsa, sillä tulokset kertovat aina 2h aikajaksoissa keskimäärin 12 potilaan vuorovaikutuksellisista havainnoista.

8.1 Opinnäytetyö tulosten tarkastelu

Kuvioissa 1-4 on tarkasteltu sekä potilaiden että hoitajien vastausprosentteja. Hoitajien vastausprosentti tulee siitä kuinka aktiivisesti hoitajat vastaavat potilaiden aloitteisiin olla osallisenä omaan hoitoonsa. Potilaiden vastausprosentti tulee siitä kuinka aktiivisesti potilaat vastaavat hoitajien aloitteisiin osallistaa potilaita omaan hoitoonsa. Kuviossa 1 nähdään että potilaat osastolla A vastasivat pienimmillään 71 % hoitajien aloitteisiin ja keskiarvo oli 94 %, mediaani on 100 %. Kuviossa 2 nähdään että hoitajat osastolla A vastasivat alimmillaan 75 % potilaiden aloitteisiin ja keskiarvo oli 91 %, mediaani 100 %. Kuviossa 3 potilaat osastolla B vastasivat alimmillaan 21 % hoitajien aloitteisiin ja keskiarvo oli 61 % ja mediaani 64,5 %. Kuviossa 4 hoitajat osastolla B vastasivat alimmillaan 0 % keskiarvon ollessa 71 %. (Liite 6.)

Vastausprosentti toisen osapuolen osallistamisyhteyksiin ei suinkaan kerro aina osallisuuden tai osallistamisen kokonaisvaltaisuudesta, ainoastaan sen kuinka usein kumpikin osapuoli vastasi toisen osapuolen osallistamisyhteyksiin. Osallisuuden kokonaisvaltaisuuden prosentti tarkoittaa sitä onko hoidon osallistaminen tai potilaan osallisuus ollut prosentuaalisesti kuinka kokonaisvaltaista, eli onko potilas ollut osallisena hoidon arviointia, hoidon päätöksentekoa, tiedonantoa ja suunnittelua. Kuvioissa 5 - 8 on tarkasteltu kuinka osallisuus on kokonaisvaltaisuudessaan toteutunut. Eli kuvioiden prosenttimäärät kertovat suoraan onko potilas ollut joko omasta aloitteestaan tai hoitajan aloitteesta todella osallinen omaan hoitoonsa. 100 % kuvaa sitä että kahden tunnin aikana potilaat ovat olleet osana arviointia, suunnittelua ja päätöksentekoa. Tosin kahden tunnin aikana on havainnointu keskimäärin 12 potilasta joten tulos ei kerro yksittäisen potilaan osallisuudesta. Hoitajien osallistamana potilaat ovat ajoittain olleet 100 % osallisia, omasta aloitteestaan potilaat ovat olleet osallisia ylimillään n. 90 %. Alimmillaan osallisuuden kokonaisvaltainen prosentti oli 17 %, jolloin ei voida sanoa että potilaat olisivat 2h aikana olleet kovin osallisia hoitoonsa. (Liite 6.)

Kuvioissa 8 ja 9 on tarkasteltu hoitajien aloitteita osallistaa potilaita omaan hoitoonsa ja osallistamisen kokonaisvaltaisuusprosentin korrelaatioita keskenään. Kuviossa 8 eli Osasto A:n korrelaatio oli 0,63 eli tekijät korreloivat keskenään jonkin verran. Kuviossa 9 eli Osasto B:n korrelaatio oli 0,82 eli tekijät korreloi keskenään vahvasti. Kuvioissa 10 ja 11 on tarkasteltu potilaiden aloitteita olla osallisena omaan hoitoonsa ja osallisuuden kokonaisvaltaisuusprosentin korrelaatioita keskenään. Kuviossa 11 eli Osasto A:n korrelaatio oli 0,57 eli tekijät korreloi heikommin keskenään. Kuviossa 11 eli Osasto B:n korrelaatio oli 0,84 eli tekijät korreloi vahvasti keskenään. Tästä voidaan siis päätellä ainakin se, että kun hoitajat osallistavat potilaita he osallistavat kokonaisvaltaisesti potilaita omaan hoitoonsa, mutta vaikka potilaidenkin omasta aloitteesta on myös korrelaatiota havaittavissa, niin potilaat eivät välttämättä ole tietoisia siitä miten olla osallisena omaan hoitoonsa tai sitten eivät ole motivoituneita siihen tai heille ei ole annettu mahdollisuutta siihen. (Liite 6.)

Kuvioissa 12 - 15 on tarkasteltu vastausprosenttien (Joko potilaiden vastausprosentti hoitajien aloitteisiin osallistaa potilaita omaan hoitoonsa tai sitten hoitajien vastausprosenttia potilaiden aloitteisiin olla osallisena omaan hoitoonsa) ja osallisuuden kokonaisvaltaisuuden prosentuaalisen tuloksen korrelaatioita. Kuviossa 12 eli Osasto A:n hoitajien vastausprosentin ja kokonaisvaltaisuusprosentin korrelaatio oli 0,009 eli tekijät eivät korreloi. Taulukossa 13 eli osasto A:n potilaiden vastausprosentin ja kokonaisvaltaisuuden prosentin korrelaatio oli 0,48. Kuviossa 14 eli osasto B:n hoitajien vastausprosentin ja kokonaisvaltaisuusprosentin korrelaatio oli -0,63. Kuviossa 15 eli osasto B:n potilaiden vastausprosentin ja kokonaisvaltaisuusprosentin korrelaatio oli 0,71. (Liite 6.)

Myöskään hoitajien aloitteesta potilaan kokonaisvaltainen osallisuus ja potilaiden aloitteesta potilaan kokonaisvaltainen osallisuus eivät korreloi keskenään kummallakaan osastolla (Osasto A korrelaatio -0,0865, Osasto B korrelaatio 0,332342). Tämä tulos osoittaa selkeästi sen, etteivät potilaat ole omasta aloitteestaan osallisia omaan hoitoonsa, mikä tukee edellisiä korrelaatiotarkasteluja ja päätelmiä siitä, että hoitajien osallistamana potilaat ovat jossain määrin osallisia omaan hoitoonsa, mutta harvemmin omasta aloitteestaan. (Liite 6.)

Kuvioissa 16 - 29 nähdään pelkistetysti eri osastojen ja eri aikojen havainnot määrällisesti. Selkeästi aamulla klo 8-10 hoitajat aktiivisimmin osallistivat potilaita omaan hoitoonsa. Eniten havaintoja tähän aikaan oli kirjattu 43 päivässä, vähiten taas 12. Klo 10-12 taas oli eniten kirjattu havaintoja päivässä 29 ja vähiten 4. Klo 12-14 oli kirjattu eniten 36 havaintoa päivässä ja vähiten taas 4. Klo 10-12 ja 12-14 olivat selkeästi aamuja hiljaisempia hoitajien aloitteita tarkastellessa, tosin poikkeuksiakin oli. Potilaiden aktiivisuus olla osallisena omaa hoitoaan taas vaihteli suuresti. Eniten kahden tunnin aikana kirjattuja havaintoja oli 18 ja vähiten taas 0. (Liite 6.)

Kuviossa 30 näkyy kuinka vuorovaikutuksen pääluokat ovat viikon ajalta jakautuneet. Pääluokkia ovat myönteinen vuorovaikutus, vastausyritykset, kysymykset ja kielteinen vuorovaikutus. Pääpaino vuorovaikutuksessa oli myönteisessä vuorovaikutuksessa ja vastausyrityksissä molemmilla osastoilla sekä potilaiden että hoitohenkilökunnan osalta koko viikon ajalta. Tutkijat selvittivät myös korreloiko hoitajien myönteisyys potilaiden myönteisyyden kanssa, tulos osastolta A oli 0,97 ja osastola B 0,81. Voidaan siis vahvasti olettaa, että mitä myönteisempiä hoitajat ovat vuorovaikutuksessaan, sitä myönteisempiä myös potilaat ovat. Myönteisellä vuorovaikutuksella luodaan ympäristöä, missä potilaiden on mahdollisuus tulla hyväksytyksi, missä heidän on todennäköisempää luoda luottava ja turvallinen hoitosuhde hoitohenkilökunnan kanssa ja missä edistetään potilaiden osallisuutta. (Liite 6.)

8.2 Aineiston analyysi

Tutkimusaineistossa on tarkasteltu vastausprosentteja, sekä hoitajien vastauksia potilaiden aloitteisiin olla osallisena omaan hoitoonsa että potilaiden vastauksia hoitajien aloitteisiin osallistaa potilaat omaan hoitoonsa. Ajoittain vastausprosentit ovat puolin ja toisin 100 %, kuitenkin paljon enemmän on tuloksia joissa tulos ei ole 100 %. Osaltaan se että tulos on alle 100 % potilaiden puolesta voi selittää se, että paljon suunnitellaan ja arvioidaan hoitoa kansliassa hoitohenkilökunnan kesken jonne potilailla ei luonnollisesti ole mahdollista päästä. Tällaista suunnittelua ja arviointia toki tarvitaan myös, mutta tutkijoiden tarkasteltua tutkimustuloksia niin hoidon arviointia, suunnittelua ja päätöksen tekoa voisi tapahtua ajoittain selkeästi nykyistä paljon enemmän suoraan potilaiden kanssa. Vaikka vastausprosentit olisivatkin ajoittain 100 %, niin se ei aina kerro siitä onko vuorovaikutus ollut kokonaisvaltaisesti osallistavaa.

Osallisuuden kokonaisvaltaisuuden prosenttia tarkastellessa (eli onko potilas ollut osallisena hoidon arviointia, päätöksen tekoa, tiedon antoa ja suunnittelua) vain kahtena päivänä viikossa on tutkijat havainnoineet että potilaat olisivat kokonaisvaltaisesti osallisia oman hoitoonsa. Tätä arvoa tarkastellessa voidaan päätellä että osa hoitajista ovat tietoisia siitä, mitä potilaan osallisuus tarkoittaa ja mitä se edellyttää ja he myöskin toimivat hoitotilanteissa sen mukaisesti. Potilaiden osalta taas ei voida päätellä näin, sillä potilaat eivät koskaan omasta aloitteestaan viikon aikana olleet kokonaisvaltaisesti osana omaa hoitoaan. Tämä voi pitkälti johtua siitä että, potilas ei ole tietoinen siitä mitä osallisuus tarkoittaa, tai sitten potilas ei ole motivoitunut olemaan osallisena omaa hoitoaan tai hänelle ei tarjota siihen mahdollisuutta. Potilaan osallisuus siis on voimakkaasti riippuvaista hoitajan toiminnasta. Se, annetaanko potilaalle mahdollisuus olla oikeasti osallinen omaan hoitoonsa, on osallisuuden kannalta merkittävää ja tarpeellista.

Tätä tukee myös korrelaatio tarkastelu hoitajien tekemien aloitteiden määrien ja potilaiden tekemien määrien kesken. Eli mitä enemmän hoitajat tekivät aloitteita potilaiden osallistamiseksi omaan hoitoonsa, sitä enemmän potilaat itse myös tekivät aloitteita ollakseen osallisia omaan hoitoonsa. Tosin korrelaatioluvut eivät olleet niin vahvoja, mutta kuitenkin viittasivat korrelaation olemassaoloon. (Osasto A korrelaatioluku 0,48 ja osasto B korrelaatioluku 0,48).

Samaa tulosta on havaittavista kun tarkastellaan osallisuuden kokonaisvaltaisuuden prosentin ja hoitajien ja potilaiden osallistamisaloitteiden määrien korrelaatioita keskenään. Kun hoitajat osallistavat potilaita, he osallistavat kokonaisvaltaisesti potilaita omaan hoitoonsa, mutta vaikka potilaiden omasta aloitteesta on myös korrelaatiota havaittavissa niin selkeästi potilaat eivät ole tietoisia siitä, miten olla osallisena omaan hoitoonsa tai sitten eivät ole motivoituneita siihen tai heillä ei ole siihen mahdollisuutta.

Tutkimustulosten mukaan selkeästi aamulla klo 8-10 hoitajat aktiivisimmin osallistavat potilaita omaan hoitoonsa. Tätä voi selittää osaltaan se että aamuisin osastolla oli paljon tapahtumia esim. aamupala, lääkkeiden jako, aamukokous. Klo 10-12 ja 12-14 olivat selkeästi aamuja hiljaisempia hoitajien aloitteita tarkastellessa, tosin poikkeuksiakin oli. Tämä voi johtua siitä, että näihin aikoihin yleensä osastolla pidetään hoitokokouksia sekä hoitokeskusteluja, jolloin luonnollisesti kaikki hoitajat eivät ole kaikkien potilaiden saatavilla. Potilaiden aktiivisuus olla osallisena omaa hoitoaan vaihteli suuresti, joka voi selittyä sillä että potilaat ovat yksilöitä ja toiset haluavat nukkua pidempään mahdollisesti, ja osallisuus on yksilöstä itseltään ja häntä hoitavasta henkilöstöstä ja sen aikatauluista riippuvaista.

Ajoittain potilaat ovat osallisia omaan hoitoonsa, varsinkin aamupäivisin yleisissä tiloissa. Toisinaan muina aikoina taas voitaisiin potilaita osallistaa huomattavasti nykyistä paremmin. Muutamana päivänä oli henkilöstössä alimitoitusta, ja resurssitekijät ovatkin oleellinen asia osallisuuden toteutumisen kannalta.

Hoitokokouksia ei taulukoitu tässä tutkimuksessa sen tarkemmin, sillä tilastollisesti ei olla kiinnostuneita yksittäisen potilaan tai hoitajan tuloksista ja lisäksi on tärkeää vaalia salassapitoa. Hoitokeskustelut ja hoitokokoukset ovat paikkoja joissa selkeästi potilailla on aito mahdollisuus todella vaikuttaa hoitoon, siihen liittyvään päätöksentekoon ja sen arviointiin. Osallinen potilas uskaltaa arvioida myös kriittisesti hoitoa ja osallinen potilas aktiivisesti kommunikoi hoitohenkilökunnan kanssa hoitokokouksessa. Mielenterveyspotilaat selkeästi tarvitsevat paljon vuorovaikutuksellista tukea hoitohenkilökunnalta ollakseen osallisia omaan hoitoonsa. Uskallus ja motivaatio olla osallisena paljolti perustuu luottamukseen ja siksi luottamuksen syntymisen eteen täytyy hoitohenkilökunnan tehdä todella töitä, ilman riittävää vuorovaikutusta sitä ei voi syntyä. Toisinaan hoitokokouksissa annetaan potilaille mahdollisuus vaikuttaa, mutta toisaalta saattaa eri asia yhteyksissä unohtua kysyä potilaan omaa mielipidettä tai ajatusta. Ne potilaat joilta aktiivisesti kyseltiin mielipiteitä ja arvioita olivat selkeästi muita enemmän osallisena omaan hoitoonsa hoitokokouksissa tulosten perusteella.

9 Pohdinta

Yhteenvetona vuorovaikutuksesta väkivalta tilanteissa täytyy kiteyttää, että ennen kaikkea vuorovaikutustaidot korostuvat konflikti tilanteissa ja niistä seuraavista väkivalta- ja aggressio tilanteista. Kun hoitohenkilökunta tiedostaa mahdollisen oman vajavaisuutensa kohdata tai ymmärtää mielenterveys - tai päihdepotilasta on mahdollisuus kasvaa ja päästä ymmärryksen tasolle. On tärkeää myös tiedostaa hoitosuhteessa vallitseva kommunikaation ja vuorovaikutuksen merkitys mm. turvallisuuden tunteeseen, luottamukseen ja myönteisyyteen. Tällöin on mahdollisuus oppia uusia toimintatapoja väkivalta- ja aggressio tilanteissa. Vielä kun toiminta

kääntyy potilaslähtöiseksi, potilaan taustoja ymmärtäväksi toiminnaksi sekä stressitekijöistä tiedostavaksi olemukseksi on mahdollista välttää osa väkivaltaan johtaneista tilanteista ja kääntää konfliktit kasvun paikoiksi sekä henkilökunnalle että potilaille.

Myös osallisuuden kannalta vuorovaikutus, ja se esiintyykö sitä potilaiden ja hoitohenkilökunnan välillä hoitokokousten ulkopuolella, on erittäin olennainen asia. Hoitoon osallistamiseen kuuluu hoitokokousten, lääkityksen ja omahoitaja keskustelujen lisäksi arkipäiväinen hoitajan ja potilaan välinen vuorovaikutus, joka koostuu muustakin kuin itse hoidosta. Vuorovaikutuksella luodaan hoitosuhdetta ja mahdollisuutta sille, että potilas tulee hyväksytyksi omana itsenään, jolloin siis luodaan pohjaa potilaan luottamukselle. Luottamus on oleellinen avain puolin ja toisin osallisuuden syntymiseksi. Potilaan ja hoitajan välisestä luottamuksesta hoitajan on helppo tukea potilasta luomaan parempaa itseluottamusta. Myönteisellä vuorovaikutuksella edesautetaan tätä. Osallistavalla toiminnalla on väkivaltatilanteita ennaltaehkäisevä vaikutus. Vuorovaikutus jää usein herkästi hyvin pintapuoleiseksi, jolloin vaikeiden asioiden puheeksi ottaminen voi olla hankalaa. Osastolla tarvitaan rutiineja, potilaatkin tarvitsevat rutiineja, jotta heidän vuorokausirytmensä säilyy ja edistyy. Vuorovaikutuksen ei kuitenkaan tarvitse olla rutiininomaista.

Osallisuus ei vähennä hoitohenkilökunnan asiantuntijuutta, vaan johtaa yhteistyöhön, kumpuunpuuteen ja niin tasavertaiseen ihmissuhteeseen potilaan ja hoitohenkilöstön välillä kuin hoitotilanteessa on mahdollista (Kujala 2003, 142). Toimiva vuorovaikutus vahvistaa potilaan toimintakykyä ja osallisuutta (Palomäki 2012, 119 - 121). Kaikkein tärkeintä on aito kiinnostus omaan hoitoonsa osallisesta potilaasta. Osallisuus antaa kokemuksia siitä, että tulee kuulluksi, omat mielipiteet ja ajatukset ovat arvokkaita ja asioihin voi vaikuttaa. Osallisuus voimaannuttaa, lisää vaikuttamisen ja toimimisen halua, saa potilaat sitoutumaan hoitoonsa paremmin ja parantaa päätöksentekoa. (Välimäki ym. 2013, 93; THL 2013.)

Opinnäytetyön tuloksista voidaan päätellä, että säännöllisesti potilaat ovat jossain määrin osallisena omaan hoitoonsa. Tutkimustuloksista nähdään, että hoitajat säännöllisesti tekivät aloitteita potilaiden osallistamiseksi. Vuorovaikutusta voidaan tulosten perusteella kuvata myönteinen- painoiseksi. Määrällisesti on vaikea arvioida, kuinka paljon osallisuutta tulisi tutkimustuloksista ilmetä. Vaihtelua oli päivien, aikojen ja osastojen välillä rutkasti, mikä kieli siitä, että voisi olla täysin mahdollista, että potilaat voisivat ajoittain olla enemmän osallisia omaan hoitoonsa. Tutkijat ovat yhteisymmärryksessä siitä, että potilaita tulisi aktiivisemmin osallistaa omaan hoitoonsa ja että potilaille täytyisi luoda enemmän aitoja vuorovaikutustilanteita hoitohenkilökunnan kanssa. Mitä enemmän hoitohenkilökunta ja potilaat ovat vuorovaikutuksessa keskenään, sitä enemmän potilaiden on mahdollista olla osallisena omaan hoitoonsa, ja tämän tutkimuksen tulosten mukaan ovatkin. Potilaan osallisuus siis on voimak-

kaasti riippuvaista hoitajan toiminnasta. Se, annetaanko potilaalle mahdollisuus olla oikeasti osallinen omaan hoitoonsa, on osallisuuden kannalta merkittävää ja tarpeellista.

Mahdolliset lisäkoulutukset potilaan osallistamisesta hoitajille voisivat edesauttaa potilaiden osallisuutta osastoilla, missä teoreettisesti käytäisiin läpi osallisuuden ja osallistamisen tärkeydestä potilaan hoidon kannalta sekä mahdollisten väkivaltilanteiden ja hoitajien työhyvinvoinnin kannalta. Koulutuksessa on tärkeää ottaa myös hoitajien omat kokemukset siitä, mitkä keinot erilaisilla potilasryhmillä toimii, näin saadaan ns. piilotieto siirtymään hoitajalta toiselle. Myös potilaita tulisi valistaa esim. psykoedukaation muodossa siitä mitä osallisuus on ja mikä sen merkitys on. Kun potilas on tietoinen osallisuuden tasoista ja omasta osallisuudestaan, hänen on enemmän mahdollista olla kokonaisvaltaisesti osallisena omaan hoitoonsa. Tarjoamalla potilaalle tietoa ja mahdollisuutta osallisuuteen tuetaan myös potilaan itsemääräämisoikeutta.

Olisi siis myös hyvä keskustella ja kuulla potilaita asiaan liittyen, mitkä tekijät vaikuttavat motivoivasti siihen, että haluaa olla osana hoitoa, ja mitkä tekijät siihen vaikuttavat negatiivisesti. Potilaiden ajatukset tai ehdotukset siitä, miten he kokevat osallistamisen ja osallisuuden sekä kehitysehdotukset saattavat osoittautua hyödylliseksi. On paljon psykiatrisia potilaita, jotka ovat täysin kykeneväisiä vaikuttamaan omaan hoitoonsa. Toisinaan potilaan sairautunnottomuus tai huono henkinen hyvinvointi vaikuttaa niin, ettei edes ole mahdollista kuulla potilaan omia kehitysehdotuksia. On myös hyväksyttävää, mikäli potilaalla ei ole kehitysehdotuksia antaa. Aina potilas ei halua olla osallisena hoitoonsa. Sairauden luonne ja vakavuus, sekä potilaiden henkilökohtaiset ominaisuudet ja suhteet ammattilaisiin luonnollisesti vaikuttavat haluun olla osallinen. Tässä onkin hoitohenkilökunnan vuorovaikutustaidoille haastetta. Hoitohenkilökunta tarvitseekin koulutusta hoitotyössä tapahtuvaan vuorovaikutukseen. Koulutuksen on osoitettu vaikuttavan potilastyytyväisyyteen arvioidessa vuorovaikutuksen onnistumisessa. (Zibulski 2014, 8.)

10 Tutkimuksen eettisyys

Hyvän toiminnan kriteerinä voi pitää sitä, että sallitaan itsellemme vain sellaisia tekoja, jotka voitaisiin hyväksyä myös jonkun muun tekeminä ja että kohdeltaisiin asiakkaita ja työtovereita ja muita kanssaihmiä tavalla, jotka hyväksyttäisiin omien läheisten kohteluna. Käytännössä on aina muistettava, että on kysymys ihmisestä. (ETENE 2011, 32.)

On eettisesti perusteltua tutkia sitä osallistetaanko potilasta omaan hoitoonsa ja onko potilas aktiivisena osallisena omassa hoidossaan, sillä näillä tekijöillä on suora vaikutus pakkokeino-

jen käyttöön vähentävästi ja hoitajien työhyvinvointiin nostavasti. Pakkokeinoja vähentämällä tuetaan potilaiden itsemäärämisoikeutta.

Suomen laissa on määritelty, että ”tutkimuksessa tulee kunnioittaa ihmisarvon loukkaamattomuuden periaatetta” ja ”lääketieteellisessä tutkimuksessa tutkittavan etu ja hyvinvointi on aina asetettava tieteen ja yhteiskunnan etujen edelle” (Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta, 3§). ”Tutkittavalle mahdollisesti aiheutuvat riskit ja haitat on pyrittävä ehkäisemään”.

”Tutkittavan saa asettaa alttiiksi vain sellaisille toimenpiteille, joista odotettavissa oleva terveydellinen tai tieteellinen hyöty on selvästi suurempi kuin tutkittavalle mahdollisesti aiheutuvat riskit ja haitat”. (Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta, 4§.)

Psykiatrisen potilaan hoitoa tutkittaessa on aina muistettava, että tutkimuskohde on haavoittuva. Etenkin psykoottisissa sairauksissa aistiharhat saattavat tuottaa psykiatriselle potilaalle haittaa, sillä harhat voivat tuoda potilaalle sen tunteen, että häntä tarkkaillaan ja tämä voi aiheuttaa tutkittavassa epäilyjä tutkimuksen tarkoituksesta. Hyvällä tiedottamisella pyritään poissulkemaan ja ennaltaehkäisemään näitä tuntemuksia. Kuitenkaan tätä ei voida kokonaan poissulkea, ja on muistettava että harhaisuuden vuoksi myös esim. itse hoito saattaa vaikeutua. Kuitenkin pakkokeinojen vähentäminen on erittäin oleellisessa osassa potilaan onnistunutta hoitoa. Hoitajien työssäjaksaminen kärsii väkivaltatilanteista ja sen uhasta merkittävästi (Välimäki ym. 2013, 12). Tämä taas vaikuttaa suoraan siihen, kuinka aktiivisesti potilaita esim. osallistetaan omaan hoitoonsa. Hoitajat kokevat joskus vaikeaksi sitoutua aggressiivisen potilaan hoitoon (Keiski 2006, 6). Kun potilaita vähennetysti osallisestaan hoitoon, on se taas suoraan yhteydessä väkivaltatilanteiden suhteelliseen nousuun jolloin noidankehä on valmis. Hoitajien madaltunut työmoraali aiheuttaa myös sen, että asioiden tarkastelu potilaan näkökulmasta ei mahdollistu ja potilaat eivät tule ymmärretyksi vuorovaikutustilanteissa, mikä sekä taas osaltaan lisää aggressiivisuutta (Keiski 2006, 6). Edellä mainituista syistä voidaan olettaa tämän tutkimuksen hyötyjen olevan suuremmat kuin haittojen. Lisäksi potilaiden kanssa voidaan keskustella heidän niin halutessaan tutkimuksesta, jolla on myös tutkimuksesta aiheutuviin haittoihin vähentävä vaikutus.

Psykiatrisen hoitotyö on eettisesti ongelmallista ja usein jopa terveydenhuollon eettisten arvojen törmäysalue. Siinä joudutaan tekemisiin ristiriitaisten arvojen kanssa sekä yksilön vapautta ja itsemäärämisoikeutta rajoittavien toimien kanssa. Yksilöllisyyden korostamisella yhteiskunnassamme on ollut paljon myönteisiä vaikutuksia terveydenhuoltoon ja nykyiset ohjeistukset perustuvat pitkälti tähän yksilön ihmisarvon kunnioitukseen. Näitä ohjeita on kuitenkin vaikea tulkita ja noudattaa mielenterveyshoitotyössä ja vaatii paljon ajattelua sekä tulkintaa, jolloin ongelmien ja eettisten vääristymien mahdollisuus nousee. Ongelmia tuo myös hoitajien ja psykiatrien kaksoisrooli, jolloin he samalla toimivat lain täyttönä panijoina, rajoittajina sekä auktoriteettina ja toisaalta terapeutteina, kuuntelijoina ja auttajina. Tällöin

ei ole mahdollista noudattaa täysin hoitajille asetettuja sairaanhoitajien eettisiä ohjeita, kunnioittaa potilaan päätösvaltaa ja rakentaa luottamuksellista hoitosuhdetta. (Hämäläinen & Reiman 2007, 3.)

Eettiset tutkimusongelmat tulevat eteen myös aineiston analysoinnissa, ja tutkimustulosten julkaisemisessa, sekä salassapitoasioissa. Tämä erityisesti nousee keskeiseksi asiaksi tutkittaessa psykiatrisia potilaita, sillä psykiatriset sairaudet vaikuttavat potilaiden käyttäytymiseen erityisen herkästi ja tutkijoiden läsnäolo voi siis vääristää potilaiden luonnollista käyttäytymistä paljonkin. (Vilka 2006, 59 - 64.)

Hyvän tieteellisen tavan noudattaminen edellyttää, että tutkimusaineistoa ei kerätä ilman tutkittavien suostumusta ja lisäksi hyvällä tutkimuksen tiedottamisella tutkimuskohteelle saavutetaan helpommin tutkimuskohteen jäsenten luottamus. Tutkimus käsittelee tutkimuskohteille arkaluontoisia asioita, joten on tutkijoiden noudatettava tarkasti henkilötietolakia ja salassapitovelvollisuutta. Opinnäytetyössä ei tulla määrittelemään tarkemmin osastoja eikä sairaalaa. Tällä tiedolla ei ole tutkimustulosten julkaisemisen kannalta mitään oleellista merkitystä, ainoastaan puhutaan kyseessä olevasta sairaanhoitopiiristä ja tulosyksiköstä. Saatekirjeessä tullaan myös mainitsemaan, jotta potilaat sekä hoitajat ovat tietoisia siitä, että heitä ei voida missään vaiheessa tunnistaa. Oleellista salassapidon säilyttämiseksi on muistaa, että tutkijan on oltava alati tietoinen omasta roolistaan, esitiedoistaan, puheistaan ja asenteistaan tutkimuskohteessa. Tutkijan on kunnioitettava ihmisten yksityisyyttä. Myös tutkimuksen kirjoitustyyliin on kiinnitettävä huomiota, sillä tutkija on vastuussa aina myös suuren yleisön asenteista ja suhtautumisesta tutkimukseen. (Vilka 2007, 56 - 57.)

Havainnointi tutkimusta tehtäessä tutkijat kävivät osastoilla kertomassa tulevasta havainnointi tutkimuksesta sekä siitä missä, milloin ja miten tutkimusta tehdään osaston potilaille sekä henkilökunnalle. Tutkimuksesta jätettiin myös informaatio lomakkeet osaston yleisiin tiloihin sekä hoitajien kahvihuoneeseen. Tilaisuudessa tiedotettiin potilaita sekä henkilökuntaa siitä, että ketään ei tutkimuksesta pysty tunnistamaan eikä tarkoituksena ole eritellä ketään yksilönä. Mahdollisuudesta kieltäytyä tutkimukseen osallistumisesta tiedotettiin myös selkeästi ja säännöllisesti eettisesti laadukkaana toiminnan varmistamiseksi. Ensimmäisenä tutkimuspäivänä potilaita informoitiin tutkimuksen alkamisesta sekä mahdollisuudesta kysyä mieltä askaruttavista asioista tutkimukseen liittyen jokaisena viitenä tutkimuspäivänä.

Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite tähtäsivät eettisesti merkittävän tiedon tuottamiseen ja sen hyödynnettävyyden lisäämiseen. Psykiatrinen sairaus tai päihdeongelma vie ihmiseltä paljon voimia sekä heikentää motivaatiota ja omaa aloitekykyä, joten potilaan osallistaminen omaan hoitoonsa on eettisesti tärkeä osa hoitoa sekä sitä, että potilas itse myös haluaa ja saa osallistua hoitoon. On eettistä potilaan kannalta että hän saa olla vaikuttamassa omaan hoi-

toonsa liittyvissä asioissa, ja että häntä informoidaan hoitoon liittyvissä asioissa ja hänen mielipiteitään otetaan huomioon säännöllisesti huomioon. Kuitenkin psykiatrisessa hoitotyössä merkittävä eettinen ongelma on potilaan omat ajatusvääristymät ja huono henkinen hyvinvointi, joiden vuoksi osallisuus omaan hoitoonsa ei ole mahdollista tai hyväksi hänelle. Silloin hoitohenkilökunnan on toimittava eettisesti potilaan hoidon kannalta parhaalla mahdollisella tavalla.

Havainnointitutkimusta tehdessä osastoilla kävi ilmi potilaan osallistamista sekä osallisuutta, joka kuitenkin jäi ajoittain vain puhe- ja ajatustasolle. Psykiatrisessa hoitotyössä potilaan osallistaminen tuntuu olevan vielä melko vähäistä ja siinä on vielä runsaasti kehitettävää. Vaikka asiassa on paljon ristiriitoja eettisesti ajatellen, on potilaan osallistaminen omaan hoitoonsa kuitenkin jokaisen ihmisarvollinen oikeus johon tulisi kiinnittää huomiota enemmän.

Opinnäytetyön aihe toi paljon eettisiä ongelmia mieleen myös tekijöiden kannalta. Se, onko potilas kykenevä kieltäytymään tutkimukseen osallistumisesta sekä tuoko se oikeanlaisia tuloksia osastolta. Se, että kokivat potilaat tutkimuksen liian lähellä hoitoaan tai että heitä tarkkaillaan. Kuitenkin myös hoitajien ”arviointi” kollegana toi myös eettisesti ongelmallisia mietteitä, vaikkakin tutkimuksen tarkoituksena se ei ollut. Kaikki osastoilla tekevät merkittävää ja tärkeää työtä ammattitaidolla, ja opinnäytetyön tarkoitus voi helposti näyttää siltä että sitä aliarvioidaan. Hoitotyö erityisesti psykiatrisella osastolla ei ole niin mustavalkoista, vaan siinä on paljon eri osa tekijöitä jotka kyseiseen tutkimaamme asiaankin vaikuttaa.

11 Luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuudelle ei ole olemassa niin selkeitä yleisesti hyväksytyjä arviointiperusteita kuin määrälliselle tutkimukselle. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan kuitenkin arvioida arvioimalla tutkimusaineiston keruuta, tässä tapauksessa havainnointimenetelmää, aineiston analysointia sekä tutkimuksen raportointia. Tutkimuksen raportoinnin luotettavuutta arvioidessa voidaan käyttää erilaisia arviointikriteerejä kuten; uskottavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. (Kinnunen 2008, 35.)

11.1 Havainnoinnin luotettavuus

On tärkeää, että havainnointi tapahtuu tutkimuskohteen luonnollisessa ympäristössä. Asiayhteydestään irrallaan oleva havainto ei ole luotettava tutkimuksessa. Tämän tutkimuksen luotettavuutta siis ehdottomasti lisää se, että tutkijat havainnoivat psykiatrista hoitotyötä psykiatrisella osastolla. Tällöin havainnot ovat peräisin luonnollisesta ympäristöstä. Havaintojen teko täytyy olla tietoista ja sen tulee pohjautua teoreettiseen tietoon. Havainnoinnissa tapahtuu väistämättä valikointia, ja se voi tutkimuksen kannalta olla joko positiivista tai negatiivista. Tietoinen valikointi tehdään teorian avulla ja on olennaista jotta tutkitaan tutkimusongelman kannalta olennaisia asioita. Luotettavan havainnon tekeminen ei ole tutkimuksessa ongelma vaan lähtökohta. Lisäksi luotettavuutta lisää se, että käytetään tutkimusmetodeja, joilla tieteessä on yleisesti päästy mahdollisimman luotettaviin havaintoihin. Strukturoitu havainnointimenetelmä on yleisesti käytetty menetelmä havainnointitutkimuksissa, ja koska luokittelut tässä tutkimuksessa käytetyssä havainnointikaavakkeessa perustuvat tutkittuun tietoon voidaan olettaa havaintojen olevan luotettavia. Kuitenkin se, että havainnointi suoritetaan niin lyhyessä ajassa, eli viikon ajan, madaltaa tutkimuksen luotettavuutta jonkin verran, sillä havainnointimenetelmää käytettäessä olisi olennaista käyttää siihen paljon aikaa, jolloin myöskin se että, tutkijat vaikuttavat tutkittaviin positiivisesti (Hawthorne-efekti) maldaltuisi. (Vilkka 2006, 11 - 14.)

Tutkimushavaintojen tuottaminen edellyttää havainnoijalta havainnointikoulutusta. Varsinkin strukturoitua havainnointimenetelmää tulee osata jo ennen havainnointiaineiston keräämistä luokittelumallien laatiminen. Havainnoista tulee muodostaa sellainen luokitusten verkko, joka ei ole niin isosilmäinen, että havainnot jäisivät paljastumatta. Samanaikaisesti luokitusten pitäisi olla eri luokat poissulkeva. Tutkijan ei ikinä pitäisi joutua tilanteeseen, ettei hän tiedä mihin luokkaan tehty havainto kuuluu. Siksi testasimme strukturoidut havainnointikaavakkeet ennakkoon. Huomasimme varhaisessa vaiheessa, että potilaan osallisuus- havainnointikaavakkeessa (Liite 3) oli yksi luokka joka vastasi toista, ja täten poistimme ko. luokan. Lisäksi huomasimme, että haastavaksi käy monien papereiden vaihtelu havainnoinnin aikana, joten pienensimme ruutuja mahdollisimman paljon jotta saamme molemmat havainnointikaavakkeet yhdelle arkille. (Vilkka 2006, 16 - 17.)

Vaikka ennen havainnoinnin alkua testasimme molemmat mittarit käytännössä ja kävimme läpi tutkimuskaavakkeen sekä sovimme yhteisen linjat sen suhteen, luotettavuutta vähentää kuitenkin se, että eroavuuksia väistämättä tulee molempien tutkijoiden väliltä havaintoihin. Lisäksi myös tutkijoiden vireystila joka mahdollisesti vaikutti havainnoitaviin asioihin ja siihen että joitakin asioita jäi huomaamatta, vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen. Luotettavuutta vähentää myös se missä tutkija havainnointiaan suoritti, ollessaan kansliassa tai yleisissä tiloissa, voi olla että toisessa paikassa havainnointiin liittyviä asioita tapahtui juuri tuolloin tutkijan ollessa toisessa paikassa.

11.2 Opinnäytetyön refleksiivisyys

Tutkijan on oltava alati tietoinen itsestään tehdessään havainnointitutkimusta. Tutkijan omat ennakoasenteet ja esitiedot vaikuttavat itse havainnointiin sekä aineiston analysointiin.

Oleellista on olla kriittinen tutkimuksen jokaisessa vaiheessa siitä, miksi on havainnut jotain tai miksi on tullut johonkin tiettyyn päätelmään. Lisäksi havainnointi tutkimusmenetelmänä edellyttää tutkijalta älyllistä sitoutumista, uskoa omaan tekemiseen ja vastuuta. (Vilka 2006, 57). Tämä on samalla myös refleksiivisyyttä, joka siis edellyttää tutkijalta tietoisuutta lähtökohdistaan. Tutkijan tulee arvioida läpi tutkimusprosessin sitä kuinka hän vaikuttaa aineistoonsa (Kinnunen 2008, 36).

Väärinymmärryksellä voidaan herkästi analysointivaiheessa madaltaa tutkimuksen luotettavuutta. Tämä on ennaltaehkäistävässä hyvällä havainnoinnin suunnittelulla sekä aineiston analysoinnin suunnittelulla. Tutkijan on myös koko ajan tiedostettava, että hän vaikuttaa tutkimuskohteensa luonnolliseen arkeen ja tämä vaikuttaa osin myös tutkimustuloksiin sekä näin ollen vaikuttaa myös tutkimuksen luotettavuuteen. Myös tutkijoiden omat ennakkokäsitykset ja ajatukset ohjaavat havainnointia. Suunnitteluvaiheessa täytyy tarkkaan pohtia havainnointikohteet johdonmukaisiksi ja järjestelmällisiksi jotta tutkijoiden omat ennakkokäsitykset ja ajatukset saataisiin mahdollisimman hyvin eliminoitua ja havainnointitutkimuksella saadaan mahdollisimman tieteellistä tulosta aikaiseksi. (Vilka 2006, 58 - 64.)

Tutkijoiden lähtökohdat luonnollisesti vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen, sillä tutkimuksen tekijät ovat tekemässä tieteellistä tutkimusta ensimmäistä kertaa joka tavallaan madaltaa tutkimuksen luotettavuutta. Lisäksi vaikka havainnointikaavakkeen käyttöä on testattu ja harjoiteltu tarvittaisiin havainnointitutkimusta tehdessä paljon aikaa havainnoinnin koulutukseen jotta havainnointi olisi täysin luotettavaa.

Tutkimusta tehtäessä tutkijat pohtivat luotettavuuteen liittyen sitä, miten ympäristön sekä tutkijoiden vireystila ja omat ajatusmallit ja ennakkokäsitykset mahdollisesti vähensivät tuloksien luotettavuutta. Huomioon on otettava myös se mahdollisuus, että hoitajat sekä potilaat käyttäytyivät normaalia arkeaan poikkeavalla tavalla tutkijan läsnä ollessa, eikä näin ollen voida olettaa kaikkien tutkimustulosten olevan täysin luotettavia. Havainnointi ympäristössä vilkkaimmilla hetkillä saattoi tapahtua paljonkin vuorovaikutusta sekä osallisuutta ja osallistumista mikä myös saattoi vaikuttaa tutkimustulosten luotettavuuteen, ja siihen tuliko kaikki havainnot huomioitua. Tutkijat ovat kuitenkin pyrkineet parhaaseen mahdolliseen tulokseen kouluttautumalla etukäteen kuinka havainnointitutkimusta tehdään, joka taas osaltaan lisää tutkimuksen luotettavuutta.

11.3 Tutkimustulosten uskottavuus

Tutkimuksessa tulisi osoittaa sekä tutkimuksen että tulosten uskottavuus. Tutkijan on varmistettava, että tutkimustulokset vastaavat sitä todellisuutta, mikä osastoilla ilmeni havainnointia tehdessä. Testaamalla strukturoidut havainnointi mittarit etukäteen sekä harjoittelemalla niiden käyttöä yhdessä ennen varsinaista havainnointia on tässä opinnäytetyössä tavoiteltu uskottavuutta ja tutkimustulosten luotettavuutta. Näin voidaan poissulkea mahdollisimman paljon sitä, että eri tutkijat luokittelisivat havainnot eri luokituksiin. Strukturoidut havainnointikaavakkeet ja niiden luokitukset perustuvat teoreettiseen viitekehukseen, ei tutkijoiden omiin ennakkokäsityksiin. (Kinnunen 2008, 36.)

Uskottavuutta vähentää se, että keskiviikon tutkimustuloksia analysoidessa huomattiin tutkimustuloksissa selvästi virheellinen tulos joka vaikuttaa tutkimustulosten luotettavuuteen. Havainnointitutkimus tapahtui pääsääntöisesti yleisissä tiloissa, mikä vähentää myös uskottavuutta siltä osin, että tutkimusta ei tehty eettisten syiden takia tilanteissa joissa hoitaja keskusteli potilaan kanssa potilaan huoneessa. Kaikki osastolla tapahtuva vuorovaikutus ei näin ollen luonnollisesti tullut tutkimukseen osaksi. Kuitenkin muutamassa hoitokokouksessa ja omahoitajakeskustelussa mukana oleminen lisäsi luotettavuutta. Luotettavuuteen otettava myös huomioon se, että tutkimusaika painottui aamu- ja aamupäivä aikoihin joten kello 14 jälkeen tapahtuvaa vuorovaikutusta tutkimustuloksiin ei tullut, ja se vaikuttaa uskottavuuteen sekä tutkimustuloksiin myös sen kannalta että potilaat saattoivat aamupalan jälkeen mennä vielä huoneisiin nukkuman eikä vuorovaikutustilanteita ollut tuolloin niin paljoa.

11.4 Tutkimuksen siirrettävyys

Tutkimuksen siirrettävyydellä tarkoitetaan sitä, että tutkimuksessa saadut tulokset voidaan siirtää muihin vastaaviin tilanteisiin. Jotta voidaan arvioida siirrettävyyttä, täytyy tutkijoiden antaa tarpeeksi kuvailevaa tietoa käytetyistä havainnointimenetelmistä ja analysointimenetelmistä, sekä itse tutkimuskohteesta. Tässä tutkimuksessa erityisen tärkeää on vaalia salassapitovelvollisuutta, jolloin muuta kuvailevaa tietoa tutkimuskohteesta ei voida antaa, kuin että kyseessä on psykiatrinen suljettu osasto ja kohdistuu potilaisiin ja henkilökuntaan. Tosin jo tämä kuvailee kohdetta kattavasti, ja on siksi täysin mahdollista toteuttaa tutkimus uudelleen. Lisäksi tutkimuksessa käytetyistä menetelmistä, eli strukturoidusta havainnoinnista sekä kvalitatiivisesta vuorovaikutuksen analysoinnista on kirjoitettu kattavasti kappaleessa 6, joka myös mahdollistaa tutkimuksen siirrettävyyttä. (Kinnunen 2008, 36.) Teoreettista viitekehystä tehdessä pyrittiin valitsemaan mahdollisimman paljon tuoretta tutkittua tietoa yliopistolliselta tasolta lisäämään tutkimuksen luotettavuutta. Lisäksi pyrittiin käyttämään myös mahdollisuuksien ja mahdollisimman paljon ulkomaalaisia lähteitä.

12 Jatkokehitysehdotukset osastoille ja loppusanat

Havainnoinnin sekä tutkimustulosten tekemisen jälkeen mietimme yhdessä, minkälaisia vaihtoehtoja osallisuuden sekä osallistamisen kehittämiseksi olisi. Monet keinot ovat varmasti jo osittain tai kokonaan osastojen arjessa tai eivät sovellu kaikille osastoille tai sen potilaille. Tärkeintä kuitenkin olisi kiinnittää huomiota osallisuuteen sekä osallistumiseen ja löytää osastolle oma tapa toimia sekä kehittää sitä, niin potilaiden kuin hoitajienkin hyvinvoinnin vuoksi. Molempien osapuolien kuunteleminen ja kehitysehdotukset ovat tärkeitä. Seuraavassa pohdimme hieman mahdollisia vaihtoehtoja osallisuuden ja osallistumisen kehittämiseen.

Toivottavaa olisi luoda yleiseen tilaan (olohuone) luonnollisia vuorovaikutustilanteita hoitajien ja potilaiden välille. Esim. valita päivittäin teema mistä keskustella, järjestää jotakin luonnollista arjenomaista tekemistä. Tekemisten ja vuorovaikutustilanteiden tulisi jollain lailla olla eri mieltymyksiä houkuttelevia, näin luodaan matalaa osallistumisen kynnyksiä. Tällä tavoin luodaan aitoja vuorovaikutustilanteita, joissa potilaiden on helppo keskustella, mikä taas helpottaa hoidollisesti potilaan kynnyksiä olla osallisena omaa hoitoaan. Hyvällä vuorovaikutussuhteella on hoitoon paljon hyviä vaikutuksia. Tekemisen ei tarvitse olla niinkään suurta että se vaatii ryhmämuodon, sillä tutkijat huomasivat havainnoissaan, että ryhmiin osallistuminen on potilaiden kannalta olemassa melko suuri kynnys.

Potilaita olisi hyvä aktiivisemmin osallistaa ryhmiin, osastoilla on meneillään paljon hyviä ryhmiä mutta valitettavasti osallistujamäärät on kovin vähäisiä. Henkilökunnan kouluttaminen sekä hoitajien kanssa yhdessä keskustelu siitä, millä keinoin osallisuutta ja osallistumista voitaisiin omalla osastolla kehittää. Psykoedukaation muodossa tuoda potilaille itselleen ilmi, mitä osallisuus omaan hoitoonsa tarkoittaa ja miksi se on merkityksellistä. Näin voidaan tuoda osallisuudesta asioita potilaiden tietoisuuteen, mikä taas osaltaan ainakin mahdollistaa jollei jopa lisää potilaiden osallisuutta omaan hoitoonsa.

Opinnäytetyö on melko pieni tutkimus, ja kyseisestä asiasta olisi voinut tehdä isommankin projektin. Pitempi aikainen, useammalla osastolla sekä kokemusasiantuntijoiden ja hoitajien haastattelu lisätutkimuksena voisi olla aiheellista. Lisäksi jos hoitajia koulutettaisiin, sekä potilaita informoitaisiin ja myös osaltaan koulutettaisiin osallisuudesta, olisi mielenkiintoista tietää muuttuvatko tulokset sen jälkeen.

Haluamme vielä kiittää molempia tutkimukseen osallistuneita osastoja ja niiden hoitohenkilökuntaa sekä potilaita siitä että saimme suorittaa tutkimuksen. Lisäksi haluamme kiittää HUS:n Psykiatrian projektia siitä, että saimme suorittaa opinnäytetyön yhteistyössä projektin kanssa.

Lähteet

Bales R.F, Interaction process analysis. A method for the study of small groups. 1951. Cambridge. Addison-Wesley Press.

Chou K-R., Kaas M., Richie M. 1996 Assaultive behavior in geriatric patients. Journal of Gerontological Nursing 22 (11).

Davison, E. S. 2003. The management of violence in general psychiatry. Advances in psychiatric treatment. Royal college of psychiatrists. Viitattu 15.10.2015.

<http://www.chrysm-associates.co.uk/psf/images/violenceArticleSophieDavison2005.pdf>

ETENE. 2011. Helsinki. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 2.2.2015.

http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=63023&name=DLFE-2903.pdf

Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta. 2004. Viitattu 21.3.2015.

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990488>.

Hautamäki, J. & Sillanpää, H. 2009. Hoitajien kokemuksia väkivaltaisen psykiatrisen potilaan kohtaamisesta. Vaasan ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Viitattu 14.3.2015.

https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/5402/Hautamaki_Sillanpaa.pdf.pdf

Holopainen, A. & Välimäki, M. 2000. Psykiatrisen hoitotyö - kykyä vastata muutosten tuomiin haasteisiin. Teoksessa Psykiatrisen hoitotyö muutoksessa. FINNA. WS Bookwell Oy. 10-14

HUS Strategia. 2012. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Viitattu. 20.3.2015.

[http://www.hus.fi/hus-tietoa/hallinto-ja-](http://www.hus.fi/hus-tietoa/hallinto-ja-paatoksenteke/hallinto/strategia/Documents/HUS%20strategia%202012-2016.pdf)

[paatoksenteke/hallinto/strategia/Documents/HUS%20strategia%202012-2016.pdf](http://www.hus.fi/hus-tietoa/hallinto-ja-paatoksenteke/hallinto/strategia/Documents/HUS%20strategia%202012-2016.pdf)

Hämäläinen, L. & Reiman, M. 2007. Hoitajien mielipiteitä tahdosta riippumattoman hoidon eettisyydestä. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Viitattu 14.3.2015

https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/19014/jamk_1198067425_2.pdf?sequence=2

International Journal Of Mental Health Nursing. 2003. De-escalating aggression and violence in the mental health setting.

Jokinen, M. & Räsänen, K. 2000. Keskeiset mielenterveyden häiriöt. Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa. Toim.Välimäki, M., Holopainen, A., Jokinen, M. & Verner Söderström Oy. Juva. WS bookwell Oy.

Keiski, P. 2008. Potilaan kokemus omasta aggressiivisuudesta psykiatrisessa osastohoidossa. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteenlaitos. Progradu tutkielma.

Kettunen, T. Kivinen, T. 2012. Osallisuus hoitotyön kehittämisen suunnannäyttäjänä. Tutkiva Hoitotyö. Hoitotieteen aikakauslehti 4, 41.

Kinnunen, A-L. 2008. Masentuneen ikäihmisen kokemuksia kotihoidolta saamastaan tuesta ja avusta. Opinnäytetyö. Hoitotyö. Pohjois-Karjalan Ammattikorkeakoulu. Viitattu 28.10.2015. http://www.karelia.fi/julkaisut/sahkoinenjulkaisu/Kinnunen_opinnaytetyo.pdf

Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2010. Mielenterveyshoitotyö. 1. p. Helsinki. WSOYpro Oy.

Kujala, E. 2003. Asiakaslähtöinen laadunhallinnan malli. Tilastolliseen prosessin ohjaukseen perustuva sovellus terveystieteeseen. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto.

Laapotti, T. & Valkonen, T. 2011. Katsaus ryhmän vuorovaikutuksen analysointimenetelmiin. Artikkelit tutkimushankkeesta Vuorovaikutusosaaminen virtuaalitiimeissä. Rahoitus: Suomen Akatemia. Jyväskylän Yliopisto. Viitattu 27.10.2015. https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/37222/Valkonen_Laapotti.pdf?sequence=1

Laitila, M. 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Hoitotieteen laitos. Terveystieteiden tiedekunta. Itä-Suomen yliopisto. Kuopio. Viitattu 7.4.2015. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0224-5/urn_isbn_978-952-61-0224-5.pdf.

Louhela S. & Saarinen S., 2006. Väkivalta terveydenhuollon eri toimialoilla. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Viitattu 14.10.2015. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/93623/gradu01194.pdf?sequence=1>

Louhiala, P. 2002. Potilaiden rekrytointi lääketutkimukseen - lumelääkkeen käytön ongelmia. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Viitattu 23.3.2015. http://duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&viewType=viewArticle&tunnus=duo92891&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_auth=

Lönnqvist, J. & Lehtonen, J. 2011. Psykiatria ja mielenterveys. Teoksessa Psykiatria, Toim. Lönnqvist, J. Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim. 12-13.

Lönnqvist, J., Moring, J., Pylkkänen, K. & Vuorilehto, M. 2011. Suomalainen hoitojärjestelmä. Teoksessa Psykiatria. Toim. Lönnqvist, J. Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim. 752-765.

Mattila, R-L. Vahvistumista ja tunnekokemuksen jakamista. Potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta kuvaavan käsitejärjestelmän kehittäminen. 2001. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto.

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. 2012. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. STM. Viitattu 2.2.2016.

<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/103109/978-952-00-3382-8.pdf?sequence=1>

Mielenterveyslaki, 1990/1116. Viitattu 13.10.2015.

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

Mikkonen, J. 2006. Transaktioanalyysi persoonallisuus ja vuorovaikutusteorianä. Psykologia 05/06. Viitattu 15.10.2015.

http://mikkonen.kapsi.fi/archive/Mikkonen_J-TA-FINAL-Psykologia-5-06.pdf

NICE, 2015. Guidance on helping NHS staff to deal with violence and aggression from patients. The National Institute for Health and Care Excellence. UK. Viitattu 14.10.2015.

<https://www.nice.org.uk/news/press-and-media/nice-guidance-on-helping-nhs-staff-to-deal-with-violence-and-aggression-from-patients>

Osallisuus. 2015. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisu. Viitattu 13.10.2015.

<https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/hyvinvointi/osallisuus>

Palomäki, S. 2012. Asiakkaiden osallisuus kuntoutustutkimusprosessissa - Asiakkaiden kokemuksia osallisuudesta ja kuntoutustutkimuksen oikea-aikaisuudesta. Lisensiaatintutkimus. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Tampereen yliopisto.

Pitkänen, A. 2003. Potilaiden hoitajiin kohdistama väkivalta psykiatrisessa hoitotyössä. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto. Viitattu 14.10.2015.

<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/90604/gradu00243.pdf?sequence=1>

Rainio, J. & Rätty, T. 2015. Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2013. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. Viitattu 13.10.2015.

https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125570/Tr02_15_fi_sv_en.pdf?sequence=8

Stuart H. 2003. Violence and mental illness: an overview. World Psychiatry. National Center for Biotechnology Information. U.S. National Library of Medicine. Rockville Pike, Bethesda Maryland. USA. 121-124.

Syvänen, U. 2008. Palautekäytännöt työhyvinvoinnin tukena perioperatiivisessa hoitotyössä. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Viitattu 14.10.2015.

<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/79661/gradu03027.pdf?sequence=1>

Vahtera, S. 2011. Väkivalta- ja uhkatilanteet hoitotyössä. HAMK. Hoitotyönkoulutusohjelma. Viitattu 14.10.2015.

<http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/26255/VahteraSatu.pdf?sequence=2>

Vilkka, H. 2006. Tutki ja havainnoi. Helsinki: Tammi.

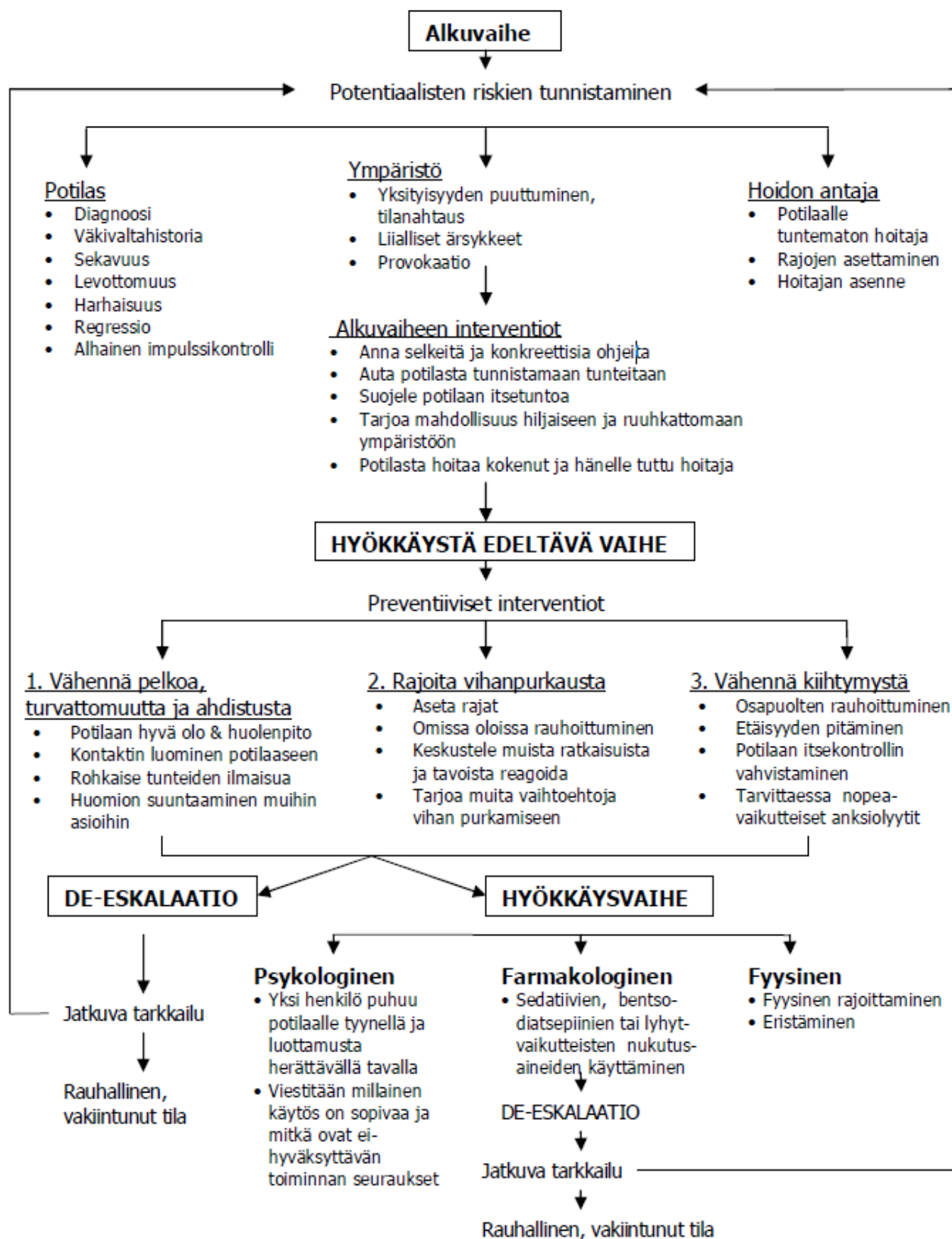
Välimäki, M. Lantta, T. Anttila, M. Pekurinen, V. Alhonkosti, M. Suvanne, T. Laine, A. Kannisto, K. & Kontio, R. 2013. Hoitajien työnhallinta psykiatrisen potilaan väkivaltatilanteissa. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Zibulski, K. 2014. Potilaiden arviointeja hoidon laadusta terveystieteiden tutkimuskeskuksella. Hoitotieteen laitos. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 15.10.2015.

http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20140596/urn_nbn_fi_uef-20140596.pdf

Liitteet

Liite 1. Interventiomalli hyökkävään käyttäytymisen varalle (Chou ym. 1996)



Liite 2. Balesin vuorovaikutuksen prosessionalyysitaulukko. (Bales 1951)

Pääluokat	Osa-alueet	Havainnot (käytä tukkimiehen kirjanpitoa)
Tunne-alue: myönteinen	1. Osoittaa yhteenkuuluvuutta: nostaa toisen statusta, auttaa, palkitsee	
	2. Lieventää jännitystä: laskee leikkiä, kertoo vitsejä, nauraa, näyttää tyytyväiseltä	
	3. On samaa mieltä: hyväksyy vaieten, ymmärtää, kannattaa, myöntyy	
Tehtäväalue: vastausyritykset	4. Tekee ehdotuksen: ohjaa keskustelua toisen itsenäisyyden huomioiden	
	5. Esittää mielipiteen: arvion, analyysin, ilmaisee tunteen, toiveen	
	6. Antaa neuvon: informoi, toistaa, selvittää, vahvistaa, tekee yhteenvedon	
Tehtäväalue: kysymykset	7. Kysyy neuvoa: informaatiota, toistoa, vahvistusta	
	8. Kysyy mielipidettä: arviota, analyysia, tunteen ilmaisua	
	9. Pyytää ehdotusta: ohjausta, mahdollisia toimintatapoja	
Tunnealue: kielteinen	10. On eri mieltä: torjuu vaieten, esiintyy muodollisesti, ei auta	
	11. Osoittaa jännittyneisyyttä: pyytää apua, vetäytyy	
	12. Osoittaa vihamielisyyttä: alentaa toisen statusta, puolustautuu, mahtailee	

Liite 3. Potilaan osallisuuden havainnointi

Potilas oli osana...	Havainnot hoitajan aloitteesta (Joko tukkimiehen kirjanpito tai muutamien sanoin)	Potilas vastasi hoitajan aloitteeseen (+ tai - merkit)	Havainnoit potilaan omasta aloitteesta (Joko tukkimiehen kirjanpito tai muutamien sanoin)	Hoitaja vastasi potilaan aloitteeseen (+ tai - merkit)
Hoidon suunnittelua				
Hoitoon liittyvässä päätöksenteossa				
Hoidon arviointia				
Hoitoa (esim. viikkosuunnitelma jne.)				
Vaikuttamassa omaan hoitoonsa				
Tiedonantoa				

Liite 4. Saatekirje henkilökunnalle, potilaille sekä omaisille, suomenkielinen

Arvoisa potilaamme,

Olette ollut hoidossa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä (HUS) HYKS Psykiatrisella osastolla X. Hoitoon ja siihen liittyviin tehtäviin perustuen otamme Teihin yhteyttä tutkimustarkoituksessa. HUS:ssa on annettu lupa suorittaa terveydenhuollon ammattiopintoihin kuuluva opinnäytteenä tarkoitettu tutkimus: Potilaan osallisuus ja osallistaminen hoitoonsa psykiatrian suljetuilla osastoilla. Tutkimus liittyy osana HUS HYKS Psykiatrian projektia. Projektin tavoitteina on potilaiden osallisuuden vahvistaminen ja hoitajien työhyvinvoinnin lisääminen ja sen seurauksena pakkotoimien vähentäminen. Tämän tutkimuksen suorittajana ovat sairaanhoitajaopiskelijat Janita Alm ja Marie Sjöberg Laurea-ammattikorkeakoulusta. Kutsumme Teitä osallistumaan tähän tutkimukseen. Sen vuoksi kerromme seuraavassa tarkemmin, miten tutkimukseen voi osallistua.

Tulemme syksyn 2015 aikana 5 päiväksi osastolle havainnoimaan päivittäistä arkea osaston yleisissä tiloissa, kansliassa ja päiväsalissa. Tulemme osallistumaan myös joihinkin satunnaisesti valittuihin hoitokokouksiin kuitenkin osallistumatta hoitoonne tai siihen liittyvään päätöksentekoon. Lopullisessa tutkimuksessa ei tulla julkaisemaan kenenkään henkilötietoja, ko. osastoa, diagnooseja eikä mitään, mistä pystyttäisiin tunnistamaan yksityisiä henkilöitä. Tarkoituksena on havainnoida osaston arkea sekä henkilökunnan ja potilaiden välistä vuorovaikutusta. Kaikki tutkimuksen aikana kerättävät tiedot käsitellään luottamuksellisesti ilman henkilöllisyyttä.

Tähän tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Tutkimusluvut kerätään suullisesti potilailta osastolla. Tutkimukseen osallistumisesta voi siis myös kieltäytyä, jolloin kieltäytyneenä henkilöä ei havainnoida lainkaan tutkimuksen aikana vaikka muuten havainnointi olisi osastolla käynnissä. Osallistuminen tai osallistumatta jättäminen ei vaikuta hoitoonne HUS:ssa nyt tai tulevaisuudessa.

Lisätietoja tutkimuksesta sekä tutkittavien oikeuksista voitte saada seuraavilta:

Marie Sjöberg, sairaanhoitajaopiskelija. marie.sjoberg@laurea.fi

Janita Alm, sairaanhoitajaopiskelija. janita.alm@laurea.fi

Hoitavan lääkärin / Tutkimusluvan myöntävän henkilön allekirjoitus ja päiväys

Liite 5. Saatekirje henkilökunnalle, potilaille sekä omaisille, ruotsinkielinen

Ärade patient,

Ni håller på att få vård inom Helsingfors on Nylands sjukvårdsdistrikt HNS, HUCS på en psykiatrisk avdelning. Vi kontaktar Er inom forskningsändamål. HNS har gett tillstånd till att genomföra examenarbete inom sjukvårdliga studier som en forskning kallad: Patient integration och delaktighet i den psykiatriska vården i slutna vårdavdelningar. Forskningen är en del av HNS HUCS Psykiatrisk projekt. Syftet i projekten är att öka patienternas deltagande i vården och att öka vårdpersonalens välbefinnande inom arbetet, och som resultat av dessa minska tvångsåtgärder inom den psykiatriska vården. Forskningen genomförs av sjuksköterska studenter Janita Alm och Marie Sjöberg. Vi inbjuder Er att delta i denna forskning. Vi berättar mera i följande om hur Ni kan delta i forskningen.

Under hösten 2015 kommer vi att besöka avdelningen för fem dagar för att följa det dagliga livet på avdelningen i allmänna utrymmen som kansliet och dagrummet och interaktion mellan patienter och vårdpersonalen. Vi kommer också att delta slumpmässigt i några av de patienternas vård möten som deltagit i forskningen, dock utan att delta i vården eller i beslutfattande i Er vård. I den slutliga forskningen kommer det inte att publiceras någons personliga uppgifter, diagnoser eller någonting som man kunde identifiera individerna av.

Deltagandet i denna forskning är helt frivilligt. Man får alltså vägra delta i studien. Personer som inte vill delta i forskningen kommer då inte att bli observerade även om forskningen är annars pågående på avdelningen. Forskningstillstånd av patienter samlas in muntligt. Deltagande eller icke-deltagande kommer inte att påverka Er vård på HNS nu eller i framtiden.

För mera information om forskningen, samt rättigheter av personer som forskas, kan Ni kontakta följande:

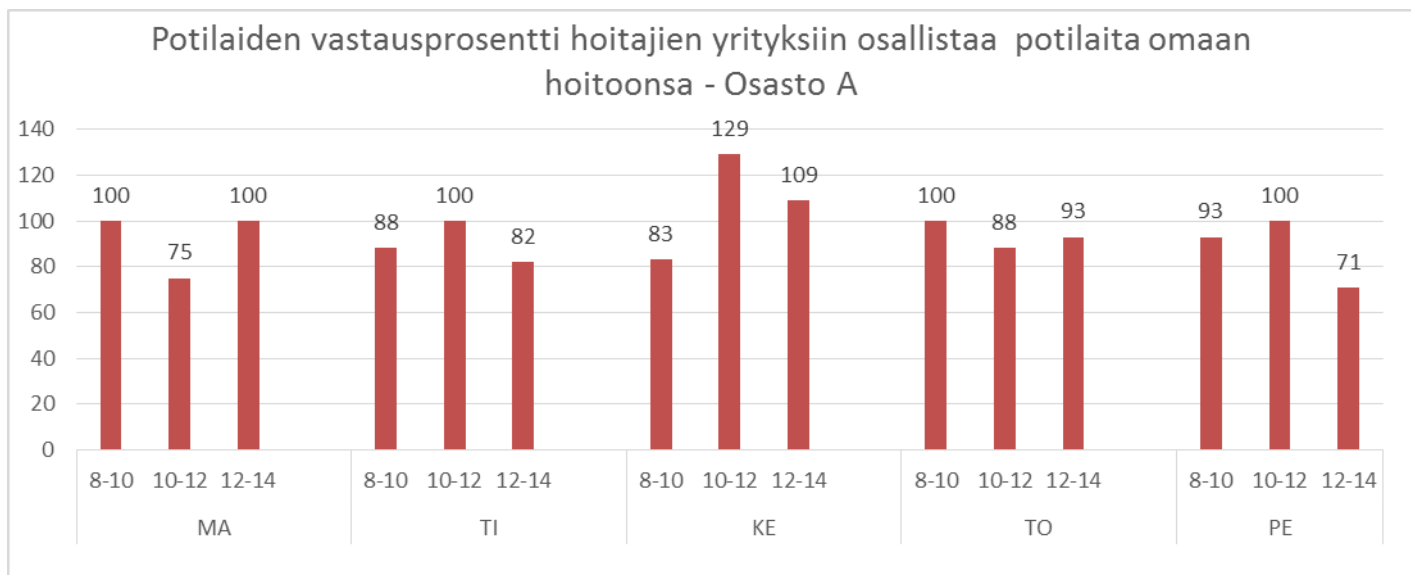
Marie Sjöberg, sjuksköterska studerande.
marie.sjoberg@laurea.fi

Janita Alm, sjuksköterska studerande.
janita.alm@laurea.fi

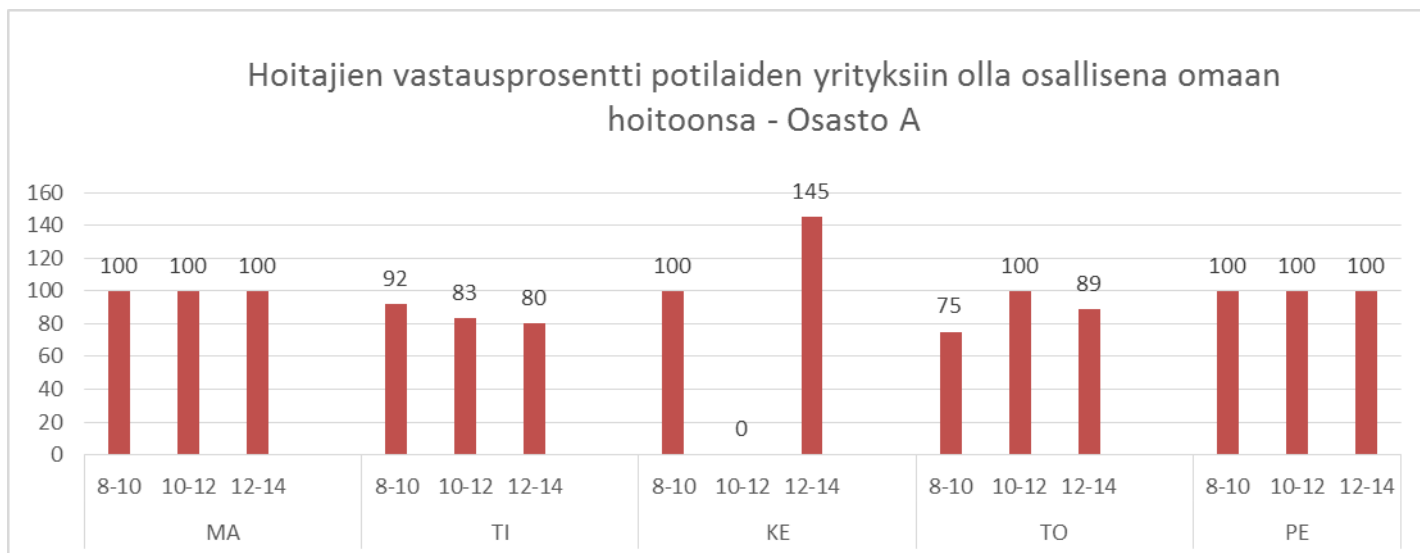
Den behandlande läkaren / Forskningstillståndets bemyndigande personens underskrift och datum

Liite 6. Opinnäytetyön tulokset kuvioina

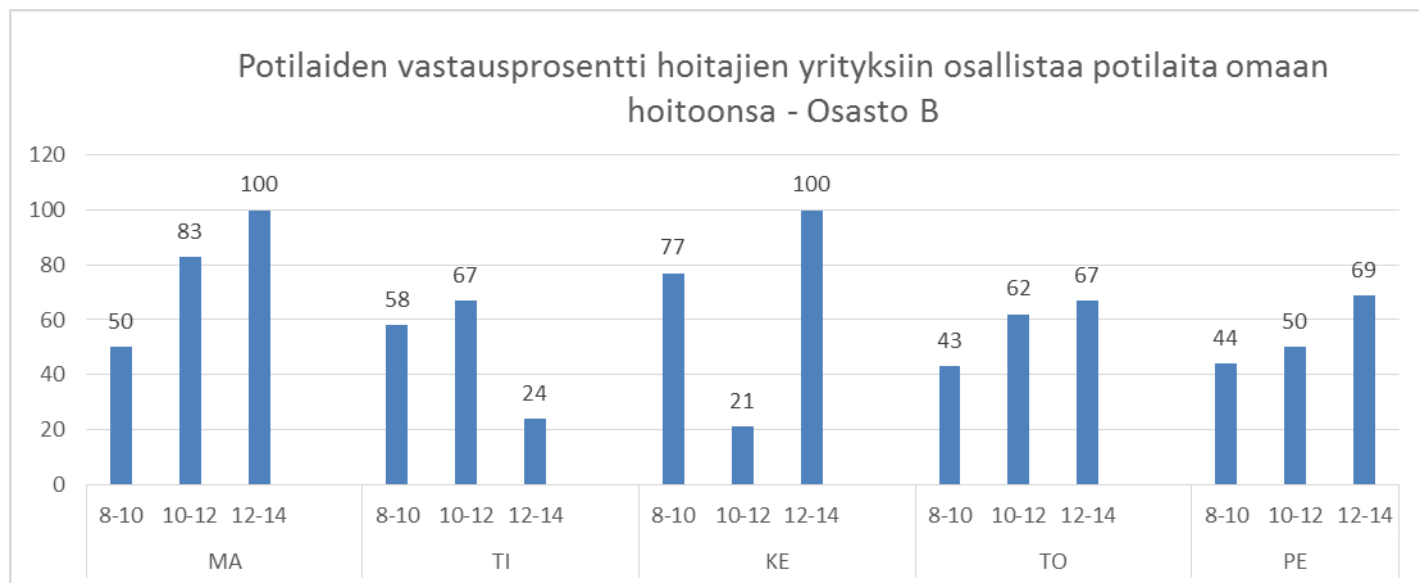
Kuvio 1. Potilaiden vastausprosentti hoitajien yrityksiin osallistaa potilaita omaan hoitoonsa - Osasto A



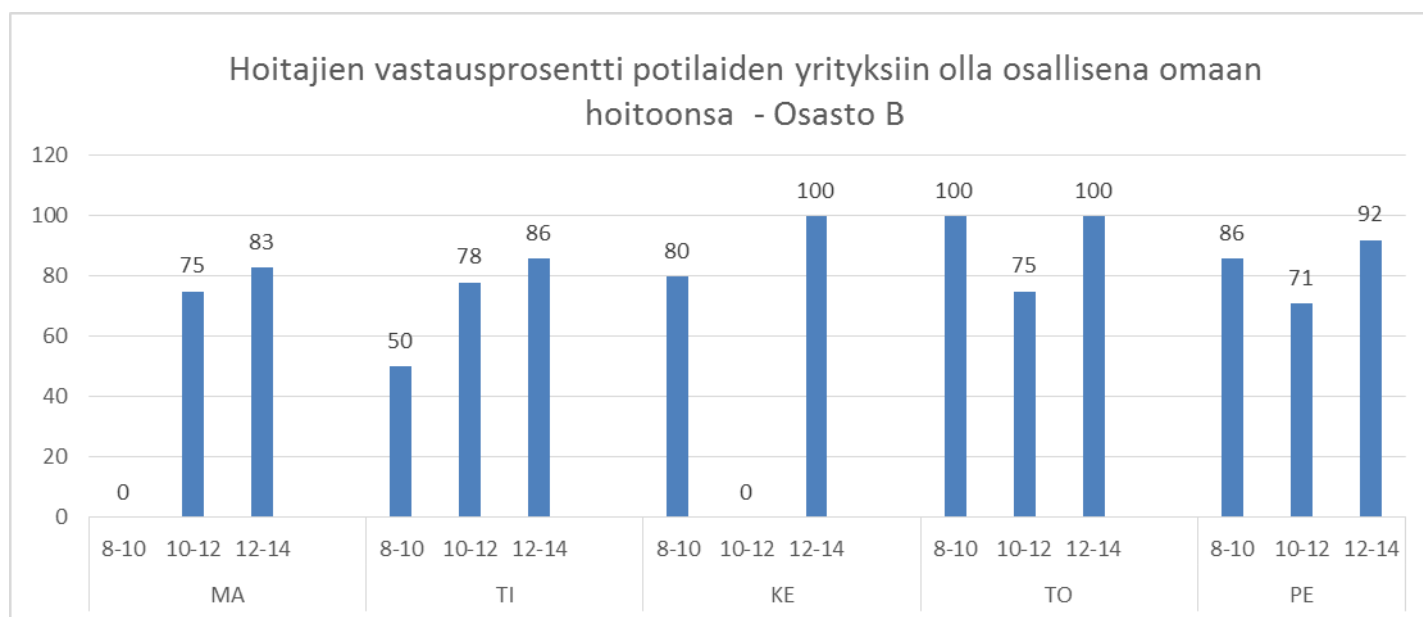
Kuvio 2. Hoitajien vastausprosentti potilaiden yrityksiin olla osallisena omaan hoitoonsa - Osasto A



Kuvio 3. Potilaiden vastausprosentti hoitajien yrityksiin osallistaa potilaita omaan hoitoonsa - Osasto B

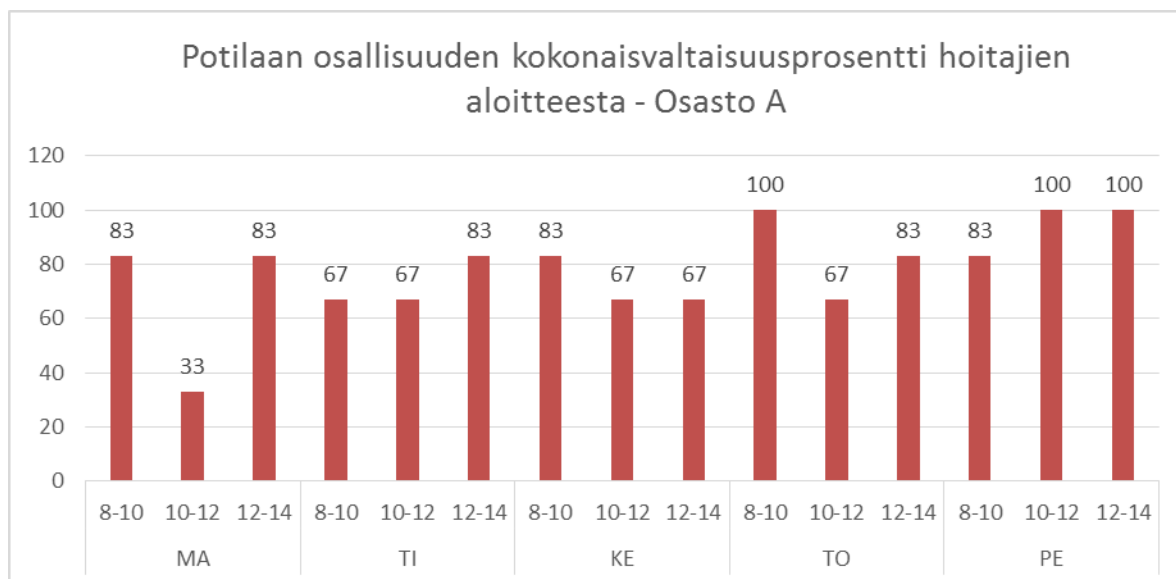


Kuvio 4. Hoitajien vastausprosentti potilaiden yrityksiin olla osallisena omaan hoitoonsa - Osasto B

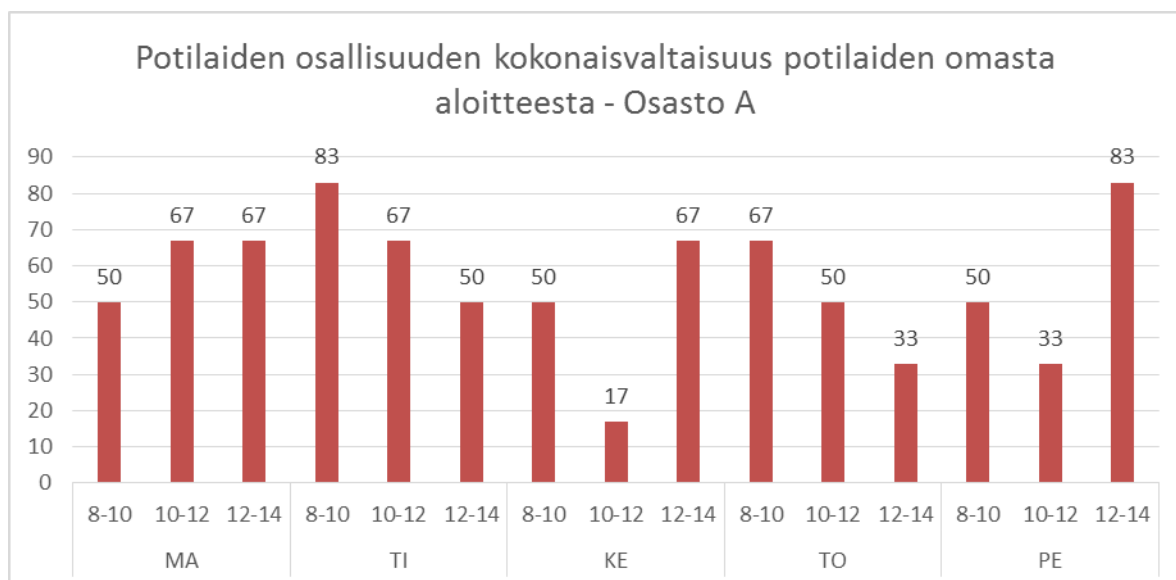


Kuviot 5 - 8

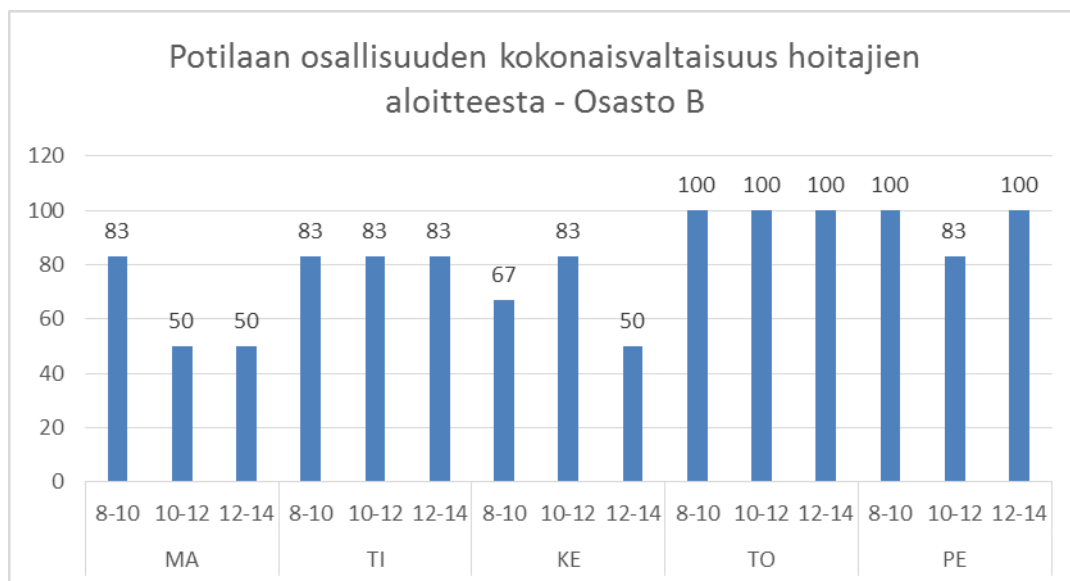
Kuvioissa 5 - 8 on tarkasteltu kuinka osallisuus on kokonaisvaltaisuudessaan ko. osastolla prosentuaalisesti toteutunut.



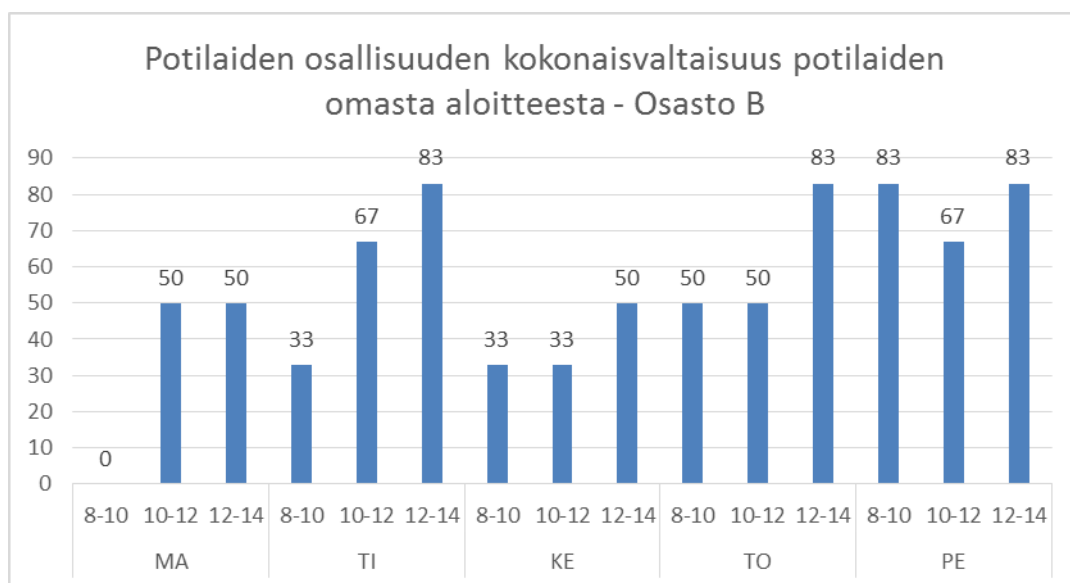
Kuvio 5. Potilaan osallisuuden kokonaisvaltaisuusprosentti hoitajien aloitteesta - Osasto A



Kuvio 6. Potilaiden osallisuuden kokonaisvaltaisuus potilaiden omasta aloitteesta - Osasto B

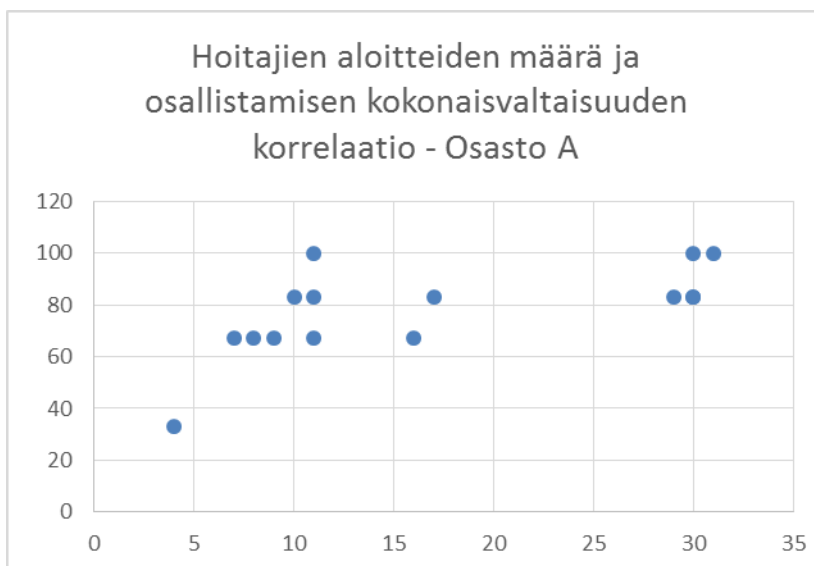


Kuvio 7. Potilaiden osallisuuden kokonaisvaltaisuus hoitajien aloitteesta - Osasto B

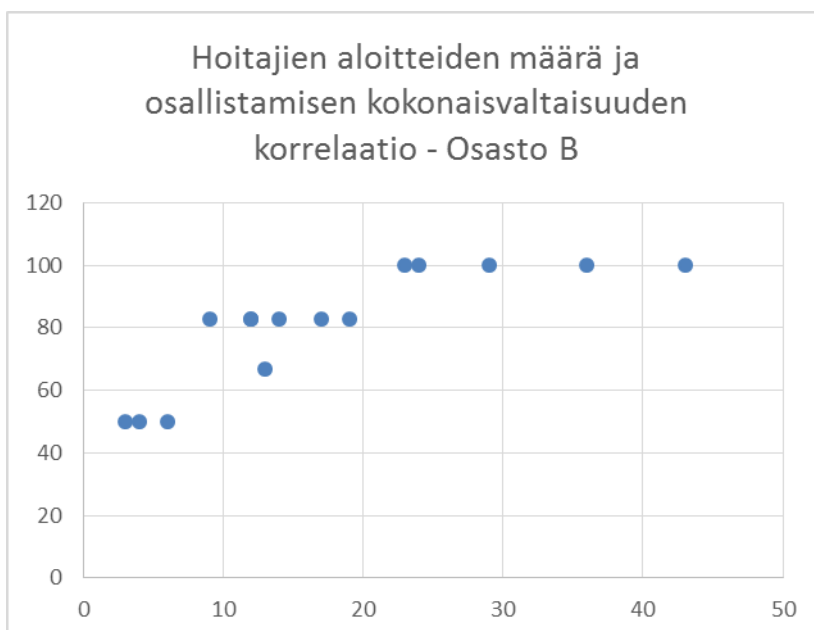


Kuvioissa 8 ja 9 on tarkasteltu hoitajien aloitteita osallistaa potilaita omaan hoitoonsa ja osallistamisen kokonaisvaltaisuusprosentin korrelaatioita keskenään.

Kuvio 8 Korrelaatio 0,6308

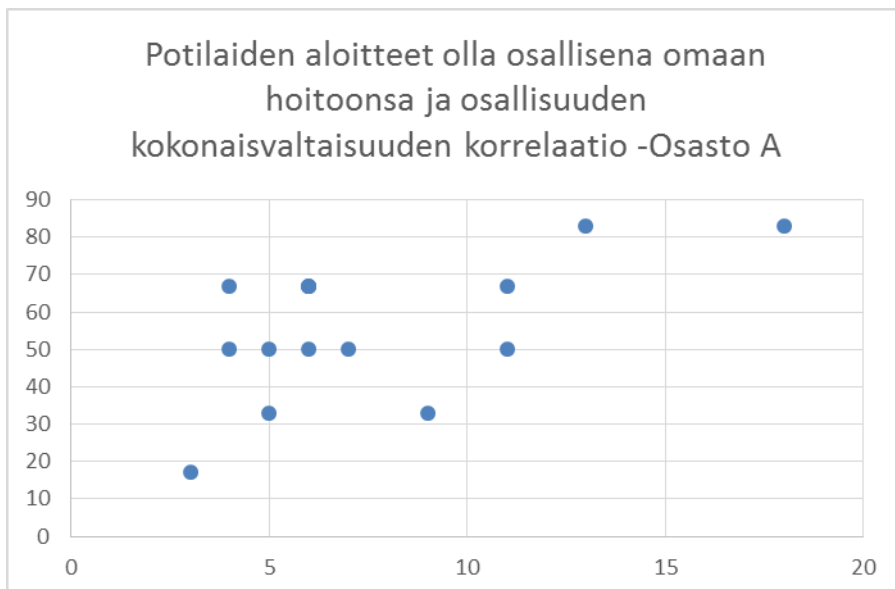


Kuvio 9 Korrelaatio 0,8294

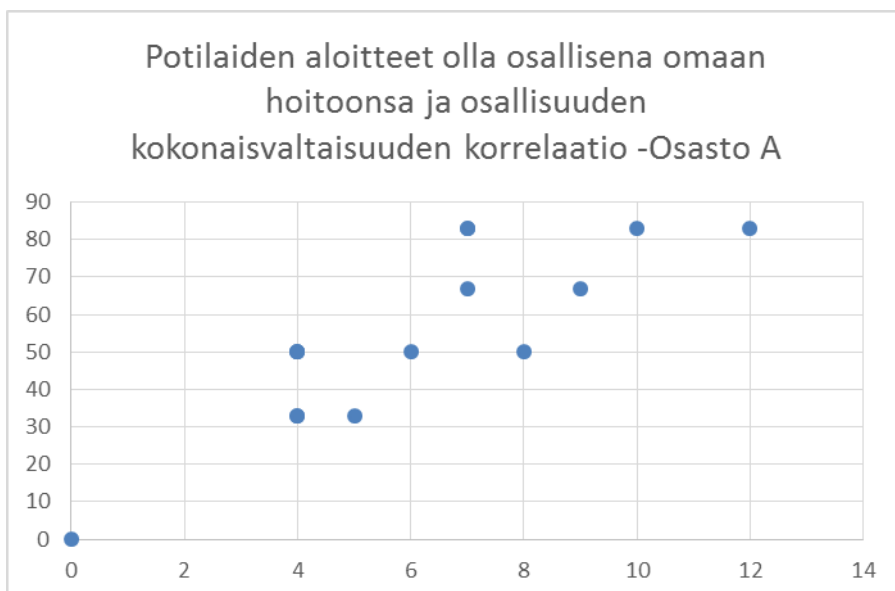


Kuvioissa 10 ja 11 on tarkasteltu potilaiden aloitteita olla osallisena omaan hoitoonsa ja osallisuuden kokonaisvaltaisuusprosentin korrelaatioita keskenään.

Kuvio 10 Korrelaatio 0,57357



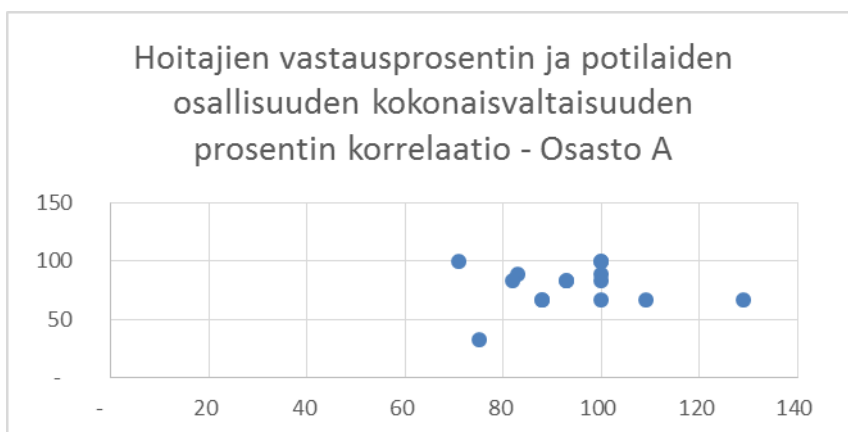
Kuvio 11 Korrelaatio 0,8438



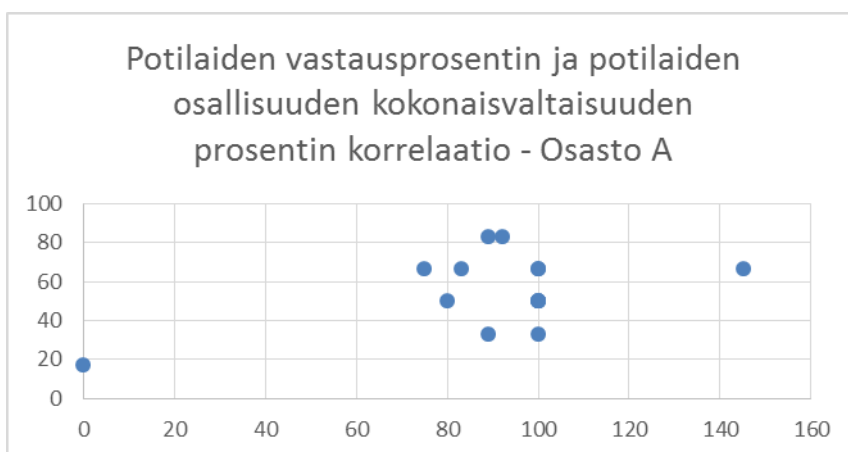
Kuviot 12 - 15

Kuvioissa 12 - 15 on tarkasteltu vastausprosenttien (Joko potilaiden vastauprosentti hoitajien aloitteisiin osallistaa potilaita omaan hoitoonsa tai sitten hoitajien vastauprosenttia potilaiden aloitteisiin olla osallisena omaan hoitoonsa) ja osallisuuden kokonaisvaltaisuuden prosentuaalisen tuloksen korrelaatioita.

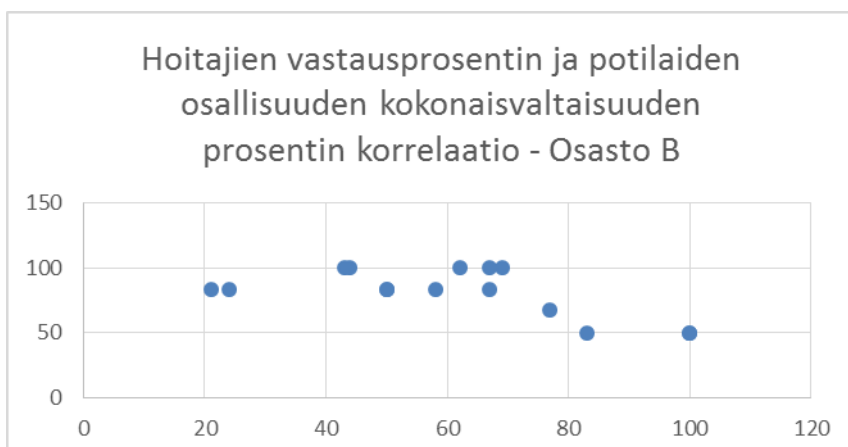
Kuvio 12, Korrelaatio 0,0094148



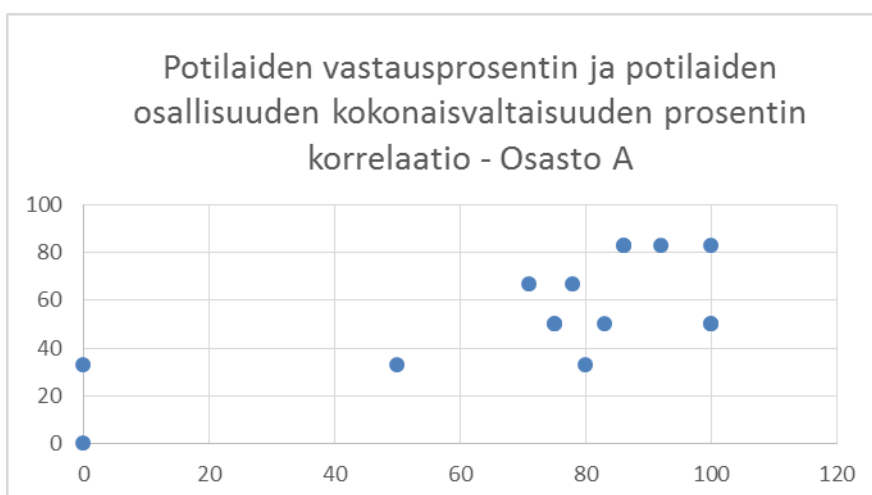
Kuvio 13, Korrelaatio 0,486893



Kuvio 14, Korrelaatio -0,6316

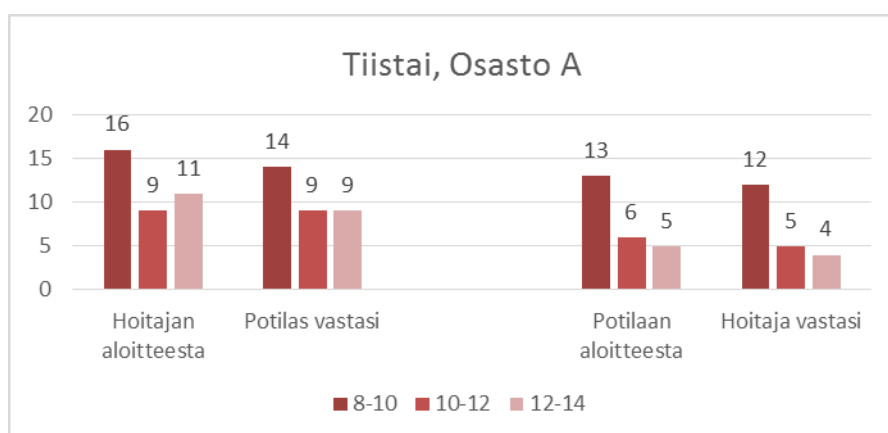
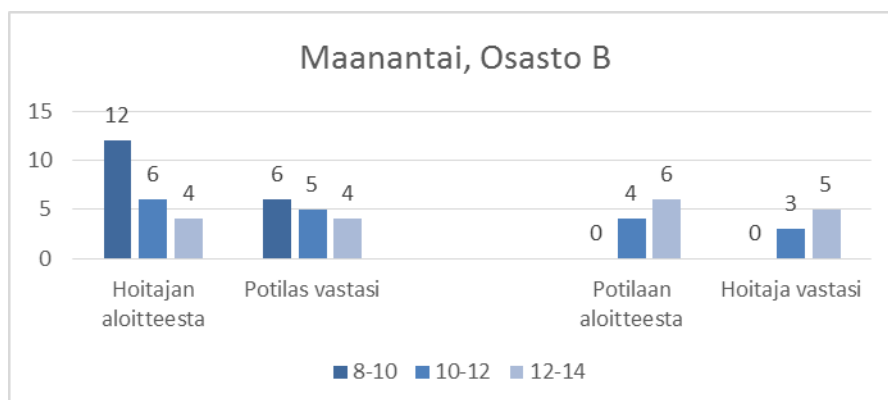
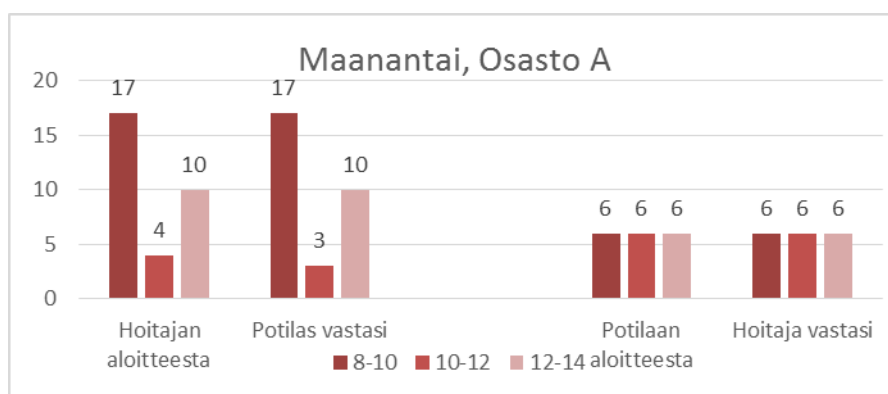


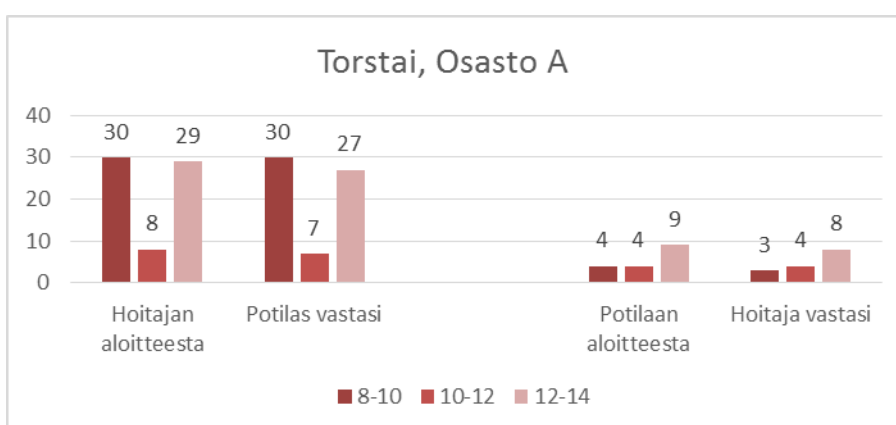
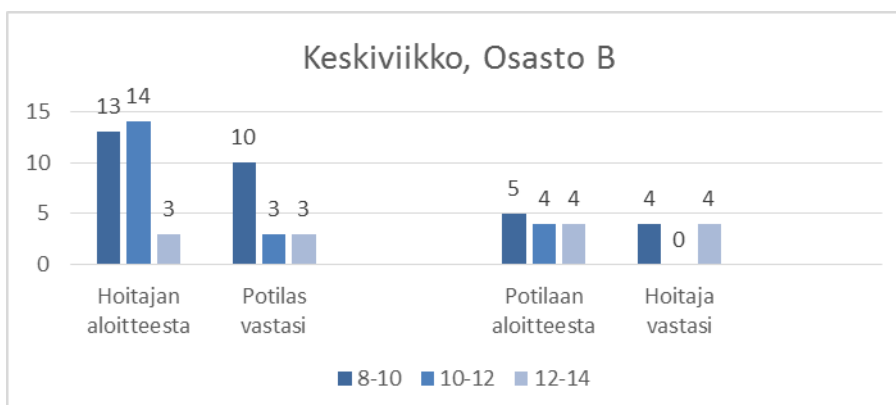
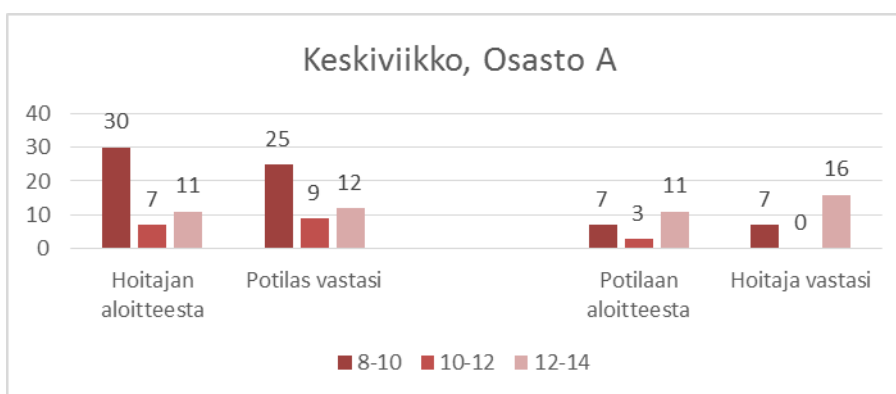
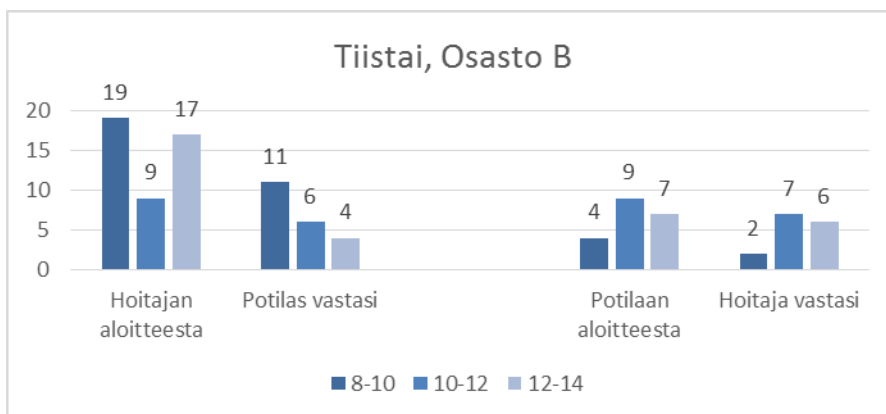
Kuvio 15, Korrelaatio 0,71809

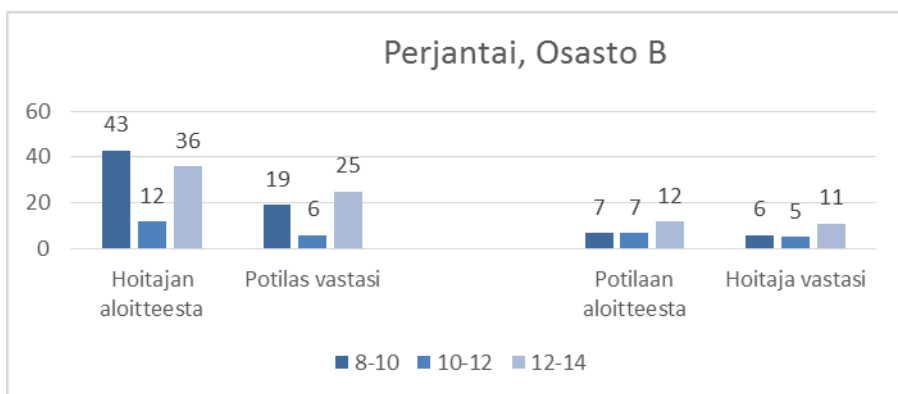
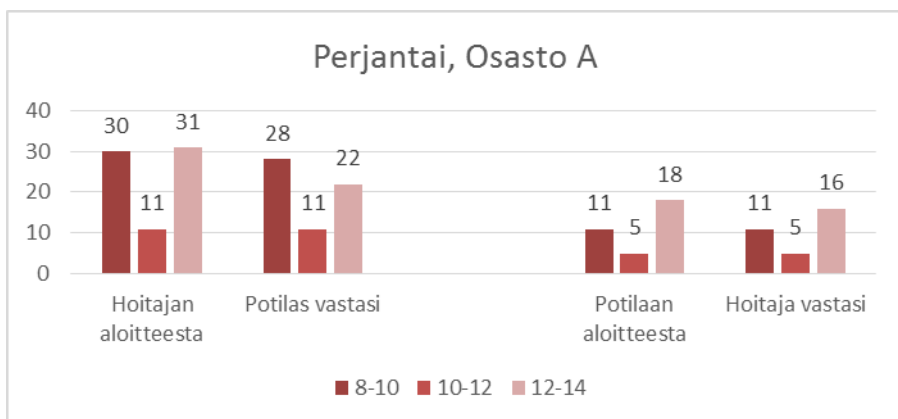
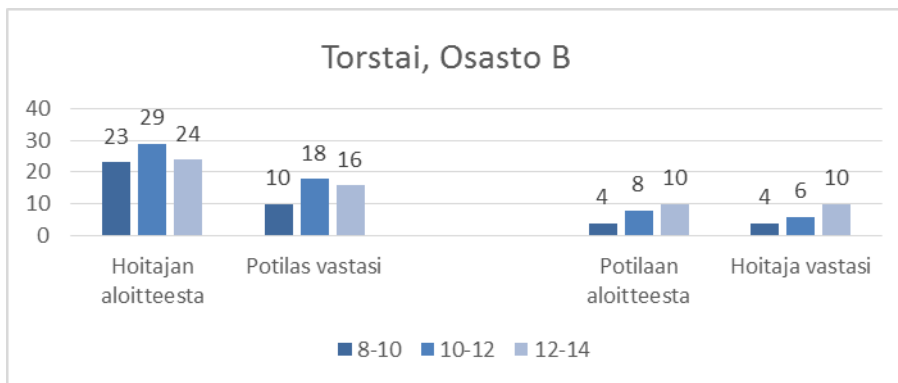


Kuviot 16 - 29. Osastot A ja B maanantaista perjantaihin.

Jokaisessa kuviossa on eriteltynä havainnot määrällisesti kummastakin osastosta ja eri ajan-kohtina. Lisäksi havainnot on kussakin kuviossa jäsennetty erilleen niin, että vasemmassa laidassa näkyy havaintojen määrät hoitajan aloitteesta osallistaa potilaita ja niiden palkkien vieressä potilaiden vastaukset näihin aloitteisiin. Oikeassa laidassa on havaintojen määrät potilaiden omasta aloitteesta olla osallisena omaan hoitoonsa ja niiden vieressä hoitajien vastausten määrät näihin aloitteisiin.







Kuvio 30. Vuorovaikutus luokkien esiintyvyyden osastoilla viikon ajalta

