

Taru Kara ja Merja Palomäki

Mielenterveys osana kokonaisvaltaista hoitotyötä

Perusterveydenhuollon hoitohenkilökunnan osaaminen mielenterveyden huomioidussa

Opinnäytetyö

Kevät 2016

SeAMK Sosiaali- ja terveysala

Hoitotyön Tutkinto-ohjelma

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: Sosiaali- ja terveysala

Tutkinto-ohjelma: Hoitotyön koulutusohjelma

Suuntautumisvaihtoehto: Sairaanhoidaja

Tekijä: Taru Kara ja Merja Palomäki

Työn nimi: Mielenterveys osana kokonaisvaltaista hoitotyötä

Ohjaaja: Mari Salminen-Tuomaala TtT, Lehtori ja Tarja Knuutila TtM, Lehtori

Vuosi: 2016

Sivumäärä: 59

Liitteiden lukumäärä: 10

Perusterveydenhuollon vuodeosastoilla hoidetaan yhä enenevästi erilaisia ihmisiä sekä heidän perheitään. Monasti ihmisten hoidon tarpeensa taustalla on mielenterveysongelmia, päihteiden käyttöä ja edellä mainittujen aikaansaamia ongelmallisia perhetilanteita

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa perusterveydenhuollon vuodeosastoilla työskentelevien sairaanhoitajien osaamista mielenterveysasiakkaan kohtaamisessa ja hoidollisessa vuorovaikutuksessa sekä mielenterveyden huomiointia kokonaisvaltaisessa hoidossa. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, minkä perusteella hoitohenkilökunnalle voidaan antaa ohjausta, tukea ja koulutusta parempaan ja hoidollisempaan kohtaamiseen kokonaisvaltaisen hoidon toteuttamisessa.

Tutkimusmenetelmäksi valittiin kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Tutkimus toteutettiin teemahaastatteluna haastattelemalla 4 sairaanhoitajaa, Etelä-Pohjanmaalla sijaitsevilla terveyskeskuksissa. Tutkimusaineisto analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä hakemalla vastauksia tutkimuskysymyksiin.

Tulosten mukaan perusterveyshuollon vuodeosastoilla työskentelevät sairaanhoitajat kokivat omaavansa puutteellisesti tietoa kyetäkseen mielenterveyspotilaan kokonaisvaltaiseen kohtaamiseen ja hoitoon. He kokivat tarvitsevansa lisäkoulutusta usealla osa-alueella. Enemmistö haastatelluista oli motivoitunut osallistumaan koulutuksiin.

Opinnäytetyön tuloksia voidaan jatkossa hyödyntää suunniteltaessa täydennyskoulutusta perusterveydenhuollon henkilökunnalle.

Asiasanat: mielenterveys, psyykinen hyvinvointi, hoidollinen vuorovaikutus, kokonaisvaltainen hoito.

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

Faculty: School of Health Care and Social Work

Degree programme: Bachelor Degree Programme in Nursing

Specialisation: Nurse

Author/s: Taru Kara and Merja Palomäki

Title of thesis: Mental health as apart of holistic health care

Supervisor(s): Mari Salminen – Tuomaala PhD, Senior Lecturer and Tarja Knuuttila MNSc, Senior Lecturer

Year: 2016 Number of pages: 59 Number of appendices: 10

Different kinds of people and their families are increasingly treated in the wards of general medical practice. Often the background in the need for treatment includes mental health problems, abuse of psychoactive substances and problematic situations in the family due to the previously mentioned issues.

The purpose of this thesis was to study the knowledge of nurses when facing customers with mental health problems and their know-how in the interaction of therapy as well as how the mental health issues are taken into account in the holistic nursing in the wards of general medical practise. The overall aim was to produce new information to be used in the supervision, support and education of personnel working in the general medical practise. This would lead to the better and more caring facing of the customers in the accomplishment of holistic nursing.

The method of study was qualitative. The study was performed as theme interviews: Four nurses from health care centres located in Etelä-Pohjanmaa, Finland were interviewed. The results of the study were analysed with inductive analysis of content by searching answers to the questions of study.

According to the analysis, the nurses working in the wards of the general medical practise find their knowledge insufficient for holistic facing and nursing of customers with mental health problems. They thought that a further education in multiple fields would be required. Most of the interviewed nurses were motivated to participate to the further education.

The results of this thesis can be used in the future in the planning of the further education to the personnel working in the general medical practise.

Keywords: Mental health, mental well being, therapy interaction, holistic nursing

SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä.....	1
Thesis abstract.....	2
SISÄLTÖ.....	3
Kuva-, kuvio- taulukkoluetelo.....	5
1 JOHDANTO.....	6
2 KESKEISIÄ MIELENTERVEYSONGELMIA.....	8
2.1 Depressio eli masennus.....	9
2.2 Kaksisuuntainen mielialahäiriö.....	10
2.3 Skitsofrenia ja muut psykoosit.....	12
2.4 Päihderiippuvuus.....	13
3 KOKONAISVALTAINEN HOITOTYÖ.....	15
3.1 Kokonaisvaltainen ihmiskäsitys.....	16
3.2 Psykiatrisen hoitotyön lähestymistavat.....	18
4 MIELENTERVEYSPOTILAAN KOHTAAMINEN PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA.....	22
4.1 Potilaan voimavarojen arvioiminen.....	22
4.1.1 Potilaan tarpeet.....	23
4.1.2 Huolen ja tarpeiden puheeksi ottaminen.....	24
4.2 Yhteistyösuhteen erityiskysymyksiä.....	26
4.3 Mielenterveyshäiriön tunnistaminen perusterveydenhuollossa.....	27
5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET.....	30
6 EMPIIRISEN TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	31
6.1 Tutkimuskohde ja tutkimusmenetelmä.....	31
6.2 Aineiston keruu ja käsittely.....	31
6.3 Aineiston analyysi.....	35
7 TUTKIMUKSEN TULOKSET.....	38
7.1 Perusterveydenhuollon hoitohenkilökunnan mielenterveystyön osaaminen	38
7.2 Henkilökunnan kokemuksia mielenterveyspotilaan hoidosta.....	40

7.3 Mielenterveyspotilaan hoidon toteutus perusterveydenhuollossa	44
7.4 Koulutus, koulutustarpeet ja koulutuksen järjestäminen	47
8 POHDINTA	49
8.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset	49
8.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	52
8.3 Jatkotutkimusaiheet ja kehittämisehdotukset.....	54
8.4 Oman työskentelyn arviointia.....	55
LÄHTEET	56
LIITTEET	59

Kuva-, kuvio- taulukkoluetelo

Kuvio 1. Kokonaisvaltainen eli holistinen ihmiskäsitys.....	17
Kuvio 2. Biopsykososiaalinen malli ihmisestä	21
Taulukko 1. Kansainvälisesti käytettyjä psykiatrisia arviointimittareita.....	29
Taulukko 2. Analyysin kuvaus alkuperäisestä ilmauksesta alaluokkaan...	37
Taulukko 3. Analyysin kuvaus alaluokasta pääluokkaan.....	37
Taulukko 4. Esimerkki induktiivisen sisällönanalyysin etenemisestä alkuperäisilmauksesta alakategoriaan "Mielenterveyspotilaan hoidon toteutus perusterveydenhuollossa"	45
Taulukko 5. Esimerkki induktiivisen sisällönanalyysin etenemisestä alaluokasta pääluokkaan. "Kehitettäviä osa-alueita mielenterveyspotilaan hoidossa" ...	46

1 JOHDANTO

Mielenterveys määritellään hyvinvoinnin tilaksi, jossa yksilö ymmärtää omat kykynsä, sopeutuu arkielämän tavanomaisiin haasteisiin, stressiin, kykenee työskentelemään tuottavasti sekä hyödyllisesti ja antamaan oman panoksensa yhteiskunnalle (WHO 2013). Mielenterveys on oleellinen osa terveyttä. (Lönnqvist ym. 2014, 30.)

Kansallinen mielenterveys – ja päihdesuunnitelma MIELI 2015 toteaa mielenterveys- ja päihdeongelmilla olevan suuri kansanterveydellinen merkitys. Sen suunnitelma linjaa mielenterveys- ja päihdetyötä valtakunnallisella tasolla ensimmäistä kertaa. Suunnitelmassa painotetaan asiakkaan aseman vahvistamista, mielenterveyden ja päihteettömyyden edistämistä, ongelmien ja haittojen ehkäisyä ja hoitoa sekä kaikkien ikäryhmien palvelujen järjestämistä painottaen perus- ja avohoitopalveluja. Uusia keskeisiä linjauksia on matalakynnyksinen yhden oven periaate hoitoon tullessa sosiaali- ja terveystieteissä. (MIELI 2009.)

Psykiatrisen osaamisen tuominen perusterveydenhuoltoon somaattisten sairauksien rinnalle on yksi tämän vuosikymmenen kehityssuunnista. Mielenterveysongelmista kärsivien tiedetään käyttävän muita enemmän terveys - ja sosiaalipalveluita. Heidän elinajanodotteensa on myös muita lyhyempi. Päihteiden runsas käyttö lisää mielenterveysongelmien ja monien somaattisten sairauksien riskiä. Hoitamaton mielenterveys- tai päihdeongelma voi myös vaikeuttaa somaattisesta sairaudesta toipumista. (Niemi ym. 2015.)

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata perusterveydenhuollon hoitohenkilökunnan osaamista mielenterveysasiakkaan kohtaamisessa ja mielenterveyden huomioimista kokonaisvaltaisessa hoidossa.

Lisäksi tarkoituksena on kuvata mahdollisia puutteita hoidossa ja kohtaamisessa sekä tunnistaa kehitettäviä osa-alueita.

Tutkimuksen aineisto kerätään haastattelemalla perusterveydenhuollossa työskenteleviä sairaanhoitajia. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa sisältöä hoitohenkilökun-

nan koulutukseen. Koulutuksen myötä hoitohenkilökunta saisi lisätietoa mielenterveyden häiriöistä ja rohkeutta sekä varmuutta asiakkaan kohtaamiseen. Näin toteutuisi potilaan kokonaisvaltainen hoito ja hoidollinen vuorovaikutus.

Mielenterveyteen liittyvän opetuksen määrä vaihtelee ammattikorkeakouluittain, koska ammattikorkeakoulut vastaavat itsenäisesti opetussuunnitelmien laadinnasta ja opintojen järjestelyistä. Tällöin opetussuunnitelmaan saattaa kuulua mielenterveys- ja päihdehoitotyön opintoja käytännön harjoitteluineen, mutta joissain ammattikorkeakouluissa opinto-ohjelma ei edellytä mielenterveyteen liittyvää opetusta lainkaan tai se voi olla valinnaista opetusta. (Korkeila 2006.)

2 KESKEISIÄ MIELENTERVEYSONGELMIA

Mielenterveyden häiriöt ovat Suomessa yksi keskeisistä kansantaudeistamme. Vuosittain 1,5 % suomalaisista sairastuu johonkin psyykkiseen sairauteen eli mielenterveyden häiriöön ja joka viides sairastaa sitä tälläkin hetkellä. Joka kymmenes, ehkä jopa joka viides henkilö kokee elämänsä varrella ainakin yhden masennusjakson. (Huttunen 2008, 14.)

Mielenterveyden häiriöitä luonnehtivat kliinisesti merkitsevät ja psyykkistä kärsimystä sekä arkielämän normaalia toimintaa haittaavat psyykkiset oireet. Nämä oireet saavat aikaan erilaisia oireyhtymiä. (Lönqvist 2014, 19.)

Yksittäisiä oireita voi olla vaikea alussa erottaa hetkellisestä henkisestä pahoinvoinnista tai ohimenevistä tunnetiloista, kuten pettymystä seuraavasta alakulosta tai ihmissuhdeksiistä johtuvasta ärtymyksestä. Oireiden pitkittyessä ja aiheuttaessa toimintakyvyn laskua ja kärsimystä, ne saattavat viitata johonkin mielenterveyden häiriöön. Lievemmat häiriöt menevät ohi itsestään ja niillä ei ole juurikaan vaikutusta arkielämään. Vaikeimmat mielenterveyshäiriöt voivat viedä ihmisen toimintakyvyn lähes kokonaan ja sulkea sairastuneen ihmisen sosiaalisten suhteiden ja yhteiskunnan toimintojen ulkopuolelle. Joillekin sairauksille on tyypillistä, että sairastunut ei tunne itseään sairaaksi ja näkee kärsimystä tuottavat ongelmat ympäristössään, useimmiten sairastuneet ovat tietoisia tilastaan. (Vuorilehto ym.2014,106.)

Kliinisesti merkityksellisiin mielenterveyden häiriöihin liittyy aina subjektiivista kärsimystä, toimintakyvyn menetystä ja elämän laadun heikkenemistä. (Lönqvist ym.,2014, 20).

Mielenterveyden häiriöitä ovat psykoosit, kaksisuuntaiset mielialahäiriöt, masennustilat, pakko-oireiset häiriöt, ahdistuneisuushäiriöt, unihäiriöt, syömishäiriöt, päihteiden käyttöön liittyvät häiriöt, käyttäytymiseen ja persoonallisuuteen liittyvät häiriöt, seksuaalihäiriöt, poikkeavat psyykkiset reaktiot ja traumaattisiin tilanteisiin liittyvät mielenterveyden häiriöt. Myös elimellisten aivosairauksien ja kemiallisten aineiden aiheuttamat oireyhtymät luokitellaan mielenterveyden häiriöihin. (Lönqvist ym.2014,19.)

Seuraavassa luvussa käsittelemme neljää mielenterveyden häiriötä jotka ovat masennus eli depressio, kaksisuuntainen mielialahäiriö, skitsofrenia ja psykoosit sekä päihderiippuvuus.

2.1 Depressio eli masennus

Tutkimuksen mukaan masennuksesta kärsii n. 5 % suomalaisista. Masennuksen oireita esiintyy 20 - 60 %:lla somaattisesti sairastuneilla. Masennus on nykyään keskeinen kansanterveysongelma ja painopistealue sekä perusterveyshuollon puolella, että myös psykiatrisen erikoissairaanhoidon puolella. Masennustilojen tunnistaminen varhaisessa vaiheessa on tärkeää. (Käypähoito -suositus 2014.) [Viitattu 12.3.2015]

Mielialahäiriöiksi nimitetään sairauksia, joissa oleellisia ovat mielialan muutokset. Depressiosairauksissa mieliala on alavireinen. (Vuorilehto ym.2014, 141). Masentuneesta mielialasta puhuttaessa tarkoitetaan pysyväksi muuttunutta tunnevirettä. Ohimenevän tunteen sijasta on kysymys pitkäaikaisesta tunteesta, joka voi kestää yhtäjaksoisesti päiviä, viikkoja kuukausia jopa vuosia. (Isometsä 2014, 247.)

Depressio on tavallisin mielialahäiriö. Sairastumisen taustalla voi olla perinnöllistä alttiutta sekä lapsuuden ja nuoruuden aikaisia stressitekijöitä tai traumoja. Sairaus saattaa puhjeta kuormittavan elämäntilanteen yhteydessä, elämän muutos-vaiheessa, pitkäaikaisen stressin tai yksinäisyyden laukaisemana. Depressiota esiintyy usein sellaisilla ihmisillä, joiden persoonallisuuteen liittyy toiminta- tai ajattelutapoja, jotka altistavat elämänhallinnan ongelmille tai ihmissuhdeongelmille. (Vuorilehto ym. 2014, 141.)

Masennustilojen ydinoireita ovat masentunut mieliala, jolloin tunnevire on suurimman osan aikaa syvästi masentunut ja alakuloinen. Henkilöllä on suuria vaikeuksia kohdistaa huomioita muihin asioihin. Mielihyvän tunne puuttuu; henkilö ei saa tyydytystä tai koe mielihyvää asioista, jotka ovat sitä aiemmin tuottaneet. Aiemmin kiinnostavat asiat eivät enää kiinnosta. Esiintyy uupumusoireita, potilas kokee olevansa koko ajan väsynyt. Pienikin fyysinen ponnistus tai vähäinen psyykinen aktiivisuus vaatii huomattavasti voimia ja tuntuu raskaalta. Itsearvostuksen tai itseluottamuksen

puuttuminen; luottamus omiin kykyihin ja selviytymiseen on alentunut. Vaikeimmissa tapauksissa ihminen voi kokea itsensä täysin epäonnistuneeksi, kyvyttömäksi ja täysin arvottomaksi. Ihminen on kohtuuttoman itsekriittinen ja voi kokea perustetonta syyllisyyden tunnetta. Ajatukset keskittyvät oman persoonan ja omien tekojen kritiikkiin. Potilas ei kykene keskittymään, hän on epävarma ja epäröivä arkisissa tilanteissa, joissa pitäisi tehdä päätöksiä. Potilaan ajatukset kohdistuvat vahvasti kuolemaan sekä muihin pessimistisiin teemoihin, voi esiintyä itsetuhoisuutta. Masennuspotilaalla voi esiintyä myös psykomotorista hidastuneisuutta, tällöin hän toimii hitaasti ja jähmeästi, ääritapauksissa hän voi olla pysähtynyt. (Isometsä, 2014, 248.) Masennustiloissa voi ilmetä myös painonmuutoksia. Päihdeongelmat ovat masennuspotilaalle tyypillisiä; henkilö hakee helpotusta tilaansa ja pyrkii hoitamaan unettomuutta alkoholin avulla. Masennuksen oirekuvan mukaan vaikeusaste luokitellaan lieviin, keskivaikeisiin, vaikeisiin ja psykoottisiin masennustiloihin. (Kuhanen ym.2013, 206.)

2.2 Kaksisuuntainen mielialahäiriö

Kaksisuuntainen mielialahäiriö on yleensä nuoruusiässä tai nuorella aikuisiällä alkava sairaus. Siihen liittyy depressiivisten, maanisten ja sekamuotoisten jaksojen vaihtelu. (Isometsä, 2014, 221).

Kaksisuuntaista mielialahäiriötä kutsutaan myös bipolaarihäiriöksi. Se on pitkäaikainen ja uusiutuva sairaus, tutkimusten mukaan yksi kymmenestä tärkeimmästä toimintakykyä alentavista sairauksista maailmassa (Whiteford ym. 2013). Perintötekijöillä on selvä merkitys häiriön puhkeamisessa, ja tauti puhkeaa usein murrosiässä tai varhaisaikuisuudessa (Fagiolini ym. 2013). Se eroaa yksisuuntaisesta mielialahäiriöstä eli depressiosta siten, että siihen liittyy sekä masennusjaksoja, että kohonneen mielialan jaksoja eli manioita tai hypomanioita. (Fagiolini ym. 2013; Vuorilehto ym. 2014,145).

Hypomaniaan liittyy selvästi havaittava mielialan nousu ja samanaikainen toimeliaisuuden ja tarmokkuuden kasvu. Hypomaanisen potilaan mieliala on kohonnut tai ärtyisä. Ärtyisyyttä esiintyy jatkuvasti tai vaihtelevasti, korostuen erityisesti tilan-

teissa joissa potilas kohtaa rajoituksia ja esteitä. Toisaalta mieliala voi olla korostuneen hyväntuulinen vuorokausien ajan olosuhteista riippumatta. Toimeliaisuus tai fyysinen rauhattomuus saattaa lisääntyä. Puheliaisuus lisääntyy, hän on vuolaspuheinen ja usein dominoiva keskustelutilanteissa. Potilaalla on tunne ajatustoimintojen nopeutumisesta; uusia ideoita ja ajatuksia syntyy nopeasti ja taukoamatta. Keskitteilykyvyssä on puutteita; potilaalla on vaikeuksia keskittää huomio yhteen asiaan, hän saattaa hyppiä asiasta ja toiminnasta toiseen. Unen tarpeen väheneminen on yksi keskeinen oire. Hän kokee, ettei ehdi nukkua muiden toimintojen vuoksi. Potilas ei koe unta tarpeelliseksi. Seksuaalisuuden ja halukkuuden kasvua esiintyy usein; potilaalla on kiinnostusta seksuaalisten suhteiden luomiseen - usein myös parisuhteen ulkopuolella. Potilas tuhlailee rahoja; hän voi käyttää huomattavia summia tarpeettomienkin tavaroiden hankintaan ja huvituksiin. Hän ottaa riskejä, joita normaalissa mielentilassa ei ole halukas ottamaan. Tuttavuus tai seurallisuus lisääntyy ja potilas ei havaitse tavanomaisia sosiaalisen elämän rajoituksia, tai kiinnitä niihin huomiota. Hän etsii seuraa, toimintaa ja ärsykejä ja luo nopeasti puhekontakteja ja korostuneen tuttavallisesti ja estottomasti näissä tilanteissa. (Isometsä 2014, 222 - 223.) Keskeisinä oireina ovat muutokset tunnetilassa sekä siihen liittyvä muutos toiminnan tasossa. (Lepola ym.2008,61).

Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavalla potilaalla on toistuvia, vähintään kaksi jaksoa, jolloin aktiivisuuden taso ja mieliala ovat merkittävästi häiriintyneet. Maniasta puhutaan, kun mieliala on noussut ja toiminnallisuus lisääntynyt olennaisesti. Potilaalla on maanisen vaiheen lisäksi yleensä vähintään yksi jakso, jonka aikana toimeliaisuus ja mieliala ovat vastaavasti laskeneet. (Lepola ym.2008, 68). Usein kaksisuuntaista mielialahäiriötä hoidetaan aluksi masennuksena, sillä lievästi maanisten jaksojen diagnosointi voi olla haastavaa (Fagiolini ym. 2013).

Maniassa esiintyy samoja oireita kuin hypomaniassa, mutta huomattavasti voimakkaampana. Oireet aiheuttavat potilaalle merkittävää sosiaalista haittaa ja vakavaa toimintakyvyn heikkenemistä. Voimakkaat maniajaksot ovat helpommin tunnistettavissa, koska asiakkaan käyttäytyminen on silmiinpistävän aktiivista. Potilas on fyysisesti rauhaton ja toimeliaisuus lisääntyy, potilas puhuu vuolaasti, taukoamatta ja nopeasti. Puhe syrjähtelee asiasta toiseen, ajatus rientää. Potilas on sosiaalisesti estoton. Unen tarve vähenee. Itsetunto on kohonnut; kuva omasta itsestä voi olla

vahvasti vääristynyt. Maniaan liittyy tyypillisesti kokemus rajattomasta energiasta ja voimavaroista ja muista poikkeuksellisista kyvyistä. (Isometsä 2014, 223). Maanisen vaiheen aikana asiakas voi tuntea erittäin epärealistista ja voimakasta hyvän olon tunnetta useita viikkoja, jopa kuukausia. Maniajaksoihin liittyy usein harkintakyvyn puute. Potilas saattaa tehdä asioita, jotka tuottavat hänelle itselleen ja hänen läheisilleen runsaasti vaikeuksia. Maaninen käytös voi olla myös aggressiivista kiihtymystä. Useimmiten potilas itse ei koe minkään olevan vialla, eikä hän halua ottaa apua vastaan. (Mielenterveysseura.fi 2014). [viitattu 11.3.2015].

2.3 Skitsofrenia ja muut psykoosit

Skitsofreniaa pidetään yhtenä vaikeimmista mielenterveyden häiriöistä. Sairaus puhkeaa yleensä nuorella aikuisiällä. Se on yleisin psykooseiksi eli mielisairauksiksi luokitelluista sairaustiloista. Taudille ominaista ovat erilaiset ajattelun tai havaitsemisen vääristymät eli harhaluulot ja aistiharhat. Oireisiin kuuluu usein myös tunneilmaisujen poikkeavuus tai latistuminen. Oireet voivat vaihdella suuresti eri potilaalla taudin eri vaiheissa. Aistiharhoista eli hallusinaatioista yleisempiä ovat erilaiset kuuloharhat, jotka kommentoivat potilaan käytöstä tai toistavat hänen ajatuksiaan. Äänet voivat olla uhkaavia tai syyttäviä. Toisinaan voi ilmetä myös näköharhoja, harvemmin myös tunto – haju - ja maku-harjoja. Harhaluulot ovat usein itsepäisiä, jäykkiä, perusteettomia uskomuksia, joita henkilö pitää totena. Vainoharhaisille eli paranoidisille harhaluuloille ovat ominaisia perusteettomat ja eriskummalliset pelot vakoiluksi tai vainotuksi tulemisesta. Merkityselämyksissä potilas tulkitsee virheellisesti muiden puheet ja eleet. Hän voi kokea lehtikirjoitusten koskevan häntä. Tuloksena on usein pelonsekainen eristäytyminen sosiaalisista suhteista. Sairauteen voi liittyä myös puheen häiriöt, jolloin puhe voi olla epäloogista tai täysin sekavaa. Puhe voi sisältää omia, ei ymmärrettäviä sanoja. Toisinaan puhe voi olla korostuneen seikkaperäistä, yksityiskohtiin takertuvaa, tunneilmaisultaan ja sisällöltään köyhtynyttä tai saman asian toistamista. Ajatustoiminnan häiriöt voivat johtaa erilaisiin käyttäytymisen ongelmiin. Vaikea-asteinen motivaation ja tahdottomuuden puute voivat johtaa lähes täydelliseen puhumattomuuteen ja liikkumattomuuteen. Tunne-elämän ja tunneilmaisun vaikeudet ovat myös ominaisia. Mielihyvän tunne puuttuu,

joskus myös pelon ja ahdistuneisuuden tunne (Terveyskirjasto 2014.) [Viitattu 20.3.2015]

Skitsofreniaa sairastavalla on usein merkittäviä vaikeuksia monissa mielen toiminnoissa. Hänellä voi olla vaikeuksia ajatella luovasti, solmia ja ylläpitää läheisiä ihmissuhteita ja ilmaista selkeästi tunteita ja ajatuksia. (Suvisaari 2014,137.)

Psykoottiset tilat voivat olla lyhytaikaisia tai pitkäaikaisia. Ne voivat olla myös toistuvan psykiatrisen sairauden vaiheita. Psykoottisia oireita tai vaiheita esiintyy toisinaan myös vakavissa masennustiloissa, manioissa, vanhusten dementioissa sekä päihteiden käytön ja vaikeiden somaattisten sairauksien yhteydessä. (Terveyskirjasto 2014.) [Viitattu 20.3.2015]

Psykoottisia oireita ovat harhaluulot ja aistiharhat. Psykoottisuus ilmenee usein myös ajatuksen ja puheen hajanaisuutena tai outona käyttäytymisenä. Psykoosi voi olla suora seuraus ruumiillisesta sairaudesta tai seuraus jonkin lääkkeen tai päihteen vaikutuksesta. (Lönqvist 2014, 66.)

2.4 Päihderiippuvuus

Alkoholi kuuluu Suomessa juhlimiseen ja vapaa-ajan viettoon. Noin 7 % väestöstä on täysin raittiita. Pieni määrä alkoholia laukaisee jännitystä, se kohottaa mielialaa hetkeksi. Määrän kasvaessa voi tulla väsymys ja alavireisyys, keskittymiskyky ja itsehillintä heikkenevät, joillakin ilmenee aggressiivisuutta. (Vuorilehto ym.2014, 20.)

Päihderiippuvuudesta puhutaan, kun alkoholin tai muun päihdyttävän aineen käyttö on pakonomaista. Päihderiippuvuuden kehittyminen edellyttää toistuvaa päihdyttävän aineenkäyttöä, tämä johtaa riippuvuuteen liittyviin aivo- ja psykososiaalisiin muutoksiin. Riippuvuus ilmenee usein vaikeutena hallita aineen käytön aloitusta, määriä tai lopettamista. Käyttö voi jatkua haitoista huolimatta ja päihteiden käyttö syrjäyttää ainakin osin itsestään huolehtimisen, harrastukset, ihmissuhteet, koulutuksen tai työn. Riippuvuuteen liittyy usein sietokyvyn kasvua käytettyyn aineeseen ja vieroitusoireita käytön loppuessa. Päihderiippuvainen ei useinkaan itse tunnista

tai myönnä riippuvuuden aiheuttamia oireita ja haittoja. (THL 2014.) [Viitattu 29.3.2015]

Päihteiden ongelmakäyttö ja siihen liittyvät terveyshaitat ovat tavallisia. Päihderiippuvuus voi kehittyä eri aineisiin tai useiden aineiden yhdistelmiin (Calderon ym. 2015). Yleisimmin päihtymistarkoituksessa käytetään alkoholia, amfetamiinia, koka-iinia, opiaatteja tai kannabista. Riippuvuudet eri aineisiin muistuttavat toisiaan (THL 2014). Euroopassa noin 35 000 päihteiden ongelmakäyttäjää hakeutui hoidon piiriin vuonna 2011, ja sen arvioidaan edustavan noin 11 % kaikista päihteiden ongelmakäyttäjistä (Calderon ym. 2015). Hoitoa vaikeuttaa se, että useat käyttäjät ovat ns. sekakäyttäjiä, joiden riippuvuus ei rajoitu yhteen aineeseen. Tämä johtaa usein hoidon keskeyttämiseen ja riippuvuuden uusiutumiseen. Lisäksi sekakäyttö on usein yhdistynyt psykiatrisiin sairauksiin, jotka monimutkaistavat riippuvuuden lääkkeellistä hoitoa (Dutra et al 2008).

Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöistä päihdesairauksien kanssa todetaan yleisimmin mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöitä sekä persoonallisuuden ja käyttäytymisen häiriöitä. (Kuoppasalmi ym. 2014,486.) Päihdekäyttö voi lisätä myös tapaturma-vaaraa. Itsemurhayrityksistä suurin osa tapahtuu päihteiden vaikutuksessa. (Lepola ym.2008,219.)

3 KOKONAISVALTAINEN HOITOTYÖ

Terveyttä pidetään ominaisuutena, toimintakykynä, voimavarana, tasapainona, kykyinä sopeutua tai selviytyä. Mielenterveys ja fyysinen terveys ovat toisiinsa vuorovaikutuksessa, niitä ei voi erottaa. (Kuhanen ym. 2013,19.)

Kansanterveystyöllä tarkoitetaan yksilöön, väestöön ja elinympäristöön kohdistuvaa terveyden edistämistä sairauksien ja tapaturmien ehkäisy mukaan lukien sekä yksilön sairaanhoitoa. Kansanterveystyön sisällöstä säädetään terveydenhuoltolaissa (1326/2010). Kansanterveystyöstä voidaan käyttää myös nimitystä perusterveydenhuolto. Terveyskeskuksen sairaansijalle on ensisijaisesti otettava hoidettavaksi potilas, jota sairauden laatu sekä tutkimuksen, hoidon ja lääkinnällisen kuntoutuksen tarve taikka toipilasaste huomioon ottaen voidaan siellä tarkoituksenmukaisesti hoitaa. Kiireellisen laitoksessa järjestettävän sairaanhoidon tarpeessa oleva henkilö on aina otettava terveyskeskuksen sairaansijalle hoidettavaksi tai, mikäli siellä ei voida järjestää tarvittavaa tutkimusta tai hoitoa, ohjattava tai toimitettava asianmukaiseen sairaanhoitolaitokseen. (Kansanterveyslaki) [Viitattu 3.3.15]

Hoitotyön tavoitteena ja periaatteena on potilaan hyvä hoito. Tämä tarkoittaa potilaan oikeutta hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon, kohteluun ja tiedon saantiin. Hyvä hoito perustuu potilaan hyväksymiseen sellaisena kuin hän on, asiantuntevaan, luotettavaan, näyttöön perustuvaan hoitoon, potilaan kuunteluun ja tietosuojan kunnioittamiseen. (Pirkanmaan shp.2013.) [Viitattu 28.3.15]

Yhteistyösuhteessa potilaan ja hoitajan kohtaamisen on oltava potilaan kokonaisvaltaista huomioimista. Kokonaisvaltaisessa kohtaamisessa hoitaja ymmärtää, mitä potilas tarvitsee ja miten häntä voidaan auttaa. Kun potilas kohdataan avoimesti ja aidosti, potilas tulee ymmärretyksi ja kuulluksi. Potilas saa positiivisen kokemuksen merkityksestään ihmisenä. Aito ja avoin kohtaaminen mahdollistavat potilaan muutoksen, kehityksen ja kasvun. (Kuhanen ym. 2013, 157-158.)

Hoitosuhtedetyöskentely tarkoittaa potilaan ja hoitajan välistä vuorovaikutusta. Hoitosuhteessa hoitotyön eettisten arvojen ja periaatteiden muistaminen ja noudattaminen ovat ensiarvoisen tärkeitä. On luotava turvallinen, luotettava, oikeudenmukainen, kunnioittava, luottamuksellinen ja terveys- ja perhekeskeinen hoitosuhde. (Hietaharju ym. 2012, 84.)

Potilaan huomioiminen kokonaisvaltaisesti tarkoittaa potilaan fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen tilanteen huomioimista. (Kuhanen ym. 2013,155). Jokaisessa yksikössä toteutetaan hoitotyön periaatteita jotka näkyvät asiakkaan kohtaamisessa kaikessa toiminnassa ja kaikilla tasoilla. Niitä olisi syytä tarkastella riittävän usein, jotta ne ohjaisivat käytäntöä. (Hietaharju ym. 2012, 84.)

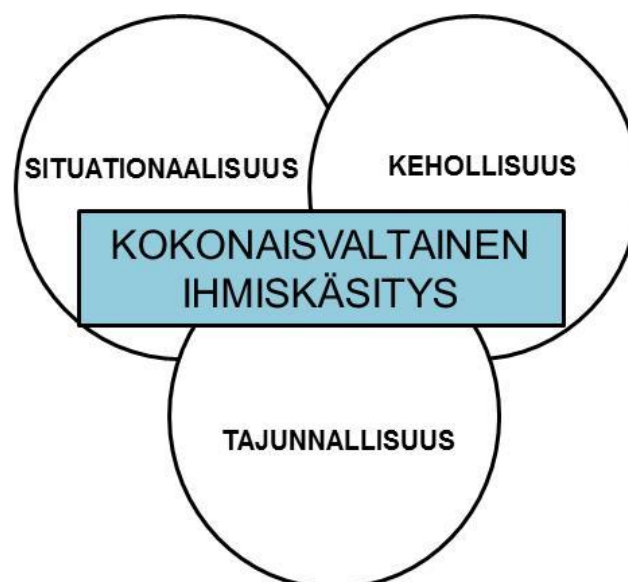
3.1 Kokonaisvaltainen ihmiskäsitys

Ihminen pyritään näkemään kehollisena, ruumiillisena, somaattisena ja biologisena olentona sekä kemiallis-fysikaalisena kokonaisuutena. Näiden näkemysten mukaan ihmistä voidaan lähestyä, ymmärtää ja tutkia luonnontieteen menetelmin. Ihmismielissä ja ihmissuhteissa kuitenkin on jotain ainutlaatuista, tajunnallista, sielullista. Tätä ei kuitenkaan kyetä tavoittamaan, kuvaamaan tai ymmärtämään pelkällä biologisella lähestymistavalla, biologinen lähestymistapa voi selittää osan, mutta ihmismieltä ja sen lainalaisuuksia on kehitetty täydentämään käyttäytymistieteillä, psykologialla ja psykiatrisiin nojautuvilla teoreettisilla malleilla. (Lepola 2002, 21.) Ihmiskäsityksellä pyritään vastaamaan kysymykseen, mikä ihminen pohjimmiltaan on. Siihen vaikuttavat yhteiskunta ja kulttuuri, koulutus, kasvatus, tieto ihmisestä ja ihmisen omat kokemukset. Se sisältää kysymykset ihmisen arvosta, itsemääräämisoikeudesta ja vastuusta. Se paljastaa perusasenteen, mikä sävyttää ihmissuhteita. Työntekijöillä on oma ihmiskäsitys, mihin myös elämäkokemus vaikuttaa, ammatillinen koulutus tarkentaa tietoa ja käsitystä ihmisestä. (Heikkinen-Peltonen 2010, 46.)

Tajunnallisuus tarkoittaa psyykkis - henkistä kokemusmaailmaa, johon kuuluu tunteet, toiveet, elämykset, pettymykset ja mielihyvän kokemukset. Mieli on eräänlainen tajunnan perusyksikkö. Mielet sitoutuvat toisiinsa sisäisten merkityksien kautta

ja muodostavat merkityssuhteita. Merkityssuhteiden avulla ihminen jäsentää elämänpäiriinsä kuuluvia ilmiöitä. Tajunnallisuuden kehityssuuntia voi olla negatiivisia tai positiivisia. Kehollisuus on ihmisen aineellis -organista, konkreettista olemassaoloa, solut, kudokset, elimet ja elinjärjestelmä ovat suhteessa toisiinsa. Kehollisuuden tapahtumia voidaan tutkia. Ihminen kuitenkin ilmentää kehollisesti erilaisia tunnetiloja ja psyykkisiä oireita. Situationaalisuus on ihmisen ainutkertainen elämäntilanne, se koostuu menneisyydestä, nykyisyydestä ja tulevaisuudesta. Se on koko ympäristö, jonka vaikutuksen alaisena ihminen on. Se myös sisältää yksilölliset tekijät, elämäntilanne on aina ainutkertainen. Situaatiion rakennetekijät ja niiden muutokset vaikuttavat siihen, miten ihminen kokee elämänsä ja itsensä. Juuri tästä henkilökohtaisesta situaatiosta määräytyy tajunnallisuuden perusta. Kaikki kolme olemassaolon perusmuotoa ovat läsnä samanaikaisesti ja keskenään vastavuorossa suhteessa. Psyykkisen häiriön ymmärtämiseksi tulee ymmärtää ihmisen kokonaisvaltaisuus ja yksilöllinen kokemusmaailma. (Heikkinen-Peltonen 2010, 48.)

- Situationaalisuus (Ihmisen olemassaolo suhteutettuna elämäntilanteeseen).
- Kehollisuus (Ihmisen olemassaolo suhteutettuna orgaaniseen tapahtumiseen).
- Tajunnallisuus (Ihmisen olemassaolo suhteutettuna kokemiseen). (Noppari ym. 2007,16).



Kuvio 1. Kokonaisvaltainen eli holistinen ihmiskäsitys: Ihmisen olemassaolon perusmuodot Rauhalan (1974, 1988, 2005) mukaan.

3.2 Psykiatrisen hoitotyön lähestymistavat

Lähestymistavoilla on ansionsa ja rajoituksensa ihmismielen ja ihmissuhteiden ymmärtämisessä ja hoidossa. Nykyään pyritään sovittamaan yhteen eri lähestymistapoja. (Lepola 2002, 21.) Mikään lähestymistapa ei yksinään riitä vaan niitä voidaan yhdistellä. Yhteistyösuhteessa on tärkeää lähteä asiakkaan tilanteesta. (Kiviniemi 2007, 37.)

Biologis – geneettinen lähestymistapa on tietoa ihmisestä anatomisena ja fysiologisena kokonaisuutena. Sitä voidaan tarkastella mittausten ja kokeellisten tutkimusten avulla. Keskeiset kiinnostuksen alueet ovat neurotieteet, perinnöllisyys- ja geenitutkimus sekä hermoston välittäjäaineiden tutkimus. Tutkimukset korostavat varhaisen vuorovaikutuksen merkitystä aivojen ja psyykeen kehittymiselle. Lähestymistapa tuo lisätietoa ympäristön, vuorovaikutussuhteiden ja perimän suhteesta kokonaisvaltaisemmin. Tämä antaa tietoa mielenterveyden häiriöitä aiheuttavista elintointojen muutoksista. Tässä hoitomenetelmät kohdistuvat fyysiseen ja keholliseen olemassaoloon. Näitä ovat lääkehoito, sähköhoito, kirkasvalohoito ja psykokirurgiset hoidot. Näkökulma korostuu, kun hoitaja toteuttaa potilaan lääkehoitoa, huolehtii fyysisestä terveydestä, auttaa päivittäisissä toiminnoissa mm. ruokailuissa ja hygieniassa. (Heikkinen - Peltonen 2010, 44.)

Psykodynaamisen lähestymistavan näkökulma perustuu Freudin ja Kleinin psykoanalyttiseen tutkimustyöhön. Psykoanalyysi on psykoterapeuttinen hoitomuoto, mutta myös persoonallisuuden rakennetta ja kehitystä kuvaava teoria. Lähestymistapa on kiinnostunut ihmisen mielensisäisen maailman lainalaisuuksista, mielikuvista ja psyykkisestä kasvusta. Tässä korostuu varhaisten vuorovaikutussuhteiden merkitys persoonallisuuden kehittämisessä ja ennaltaehkäisevä mielenterveystyö. Nähdään, että yksilön tiedostamattomista ristiriidoista ja varhaisen vuorovaikutuksen epäsuotuisuudesta aiheutuvat mielenterveyden ongelmat. Keskeisiä kysymyksiä psykodynaamisen lähestymistavan mukaan on ymmärtää, kuinka traumaattiset kokemukset vaikuttavat ahdistuksen ja pelon syntyyn sekä niiden käsittelyyn. Tämän mukaan mielenterveyden häiriöt ovat psykologisesti ja neurobiologisesti ymmärrettäviä. Ihmisen täytyy ymmärtää ongelmansa ja saada tunteenomainen kosketus ongelmiensa taustaan ennen kuin persoonallisuuden eheytyminen voi alkaa.

Hoitomenetelmiä ovat erilaiset paljastavat tai tukea antavat psykoterapiat. Tämä näkökulma auttaa hoitajaa ymmärtämään ihmisen vuorovaikutussuhteita hänen kehityshistoriansa ja aikaisempien kokemustensa kautta. Yhteistyösuhteessa on keskeistä hoitajan kyky empaattiseen kohtaamiseen ja hoidollisen välimatkan säätelyyn, mutta myös erilaisten tunnereaktioiden merkityksen ymmärtämiseen ja hoidolliseen jäsentämiseen. (Heikkinen-Peltonen 2010, 45.)

Kognitiivinen lähestymistapa perustuu käyttäytymistieteisiin, ihminen nähdään aktiivisena, itseään ohjaavana yksilönä, hän pystyy vaikuttamaan elämäänsä ja toimintaansa. Havaitseminen, oppiminen, muistaminen ja motivaatio ovat tunne-elämän prosesseja, mitkä ovat yhteydessä kognitiivisiin toimintoihin. Hoidossa ja kuntoutuksessa pyritään löytämään ja lisäämään yksilön ja perheen voimavaroja, ongelmanratkaisutaitoja sekä selviytymiskeinoja. Pyritään muuttamaan ihmisen elämää vaikeuttavia ja rajoittavia ajatusmalleja ja uskomuksia. Oppimisen ja harjoittelun kautta vahvistetaan voimavaroja arkipäivän toimiin. (Heikkinen-Peltonen 2010, 45.)

Sosiaalinen ulottuvuus kuuluu systeemiseen lähestymistapaan. Yksilö on osa laajempaa järjestelmää tai ryhmää, jokaisen osan muutos aiheuttaa muutoksen muissakin osissa systeemissä. Perhe on keskeisin erilaisista yhteisöistä. Ongelmien ratkaiseminen vaatii kaikkien yhteisössä olevien panosta. Yhteistyö omaisten ja läheisten kanssa on hoidossa keskeistä sekä hoitomenetelminä perhe-, ryhmä- ja yhteisölliset menetelmät ja verkostotyö. (Heikkinen-Peltonen 2010, 46.)

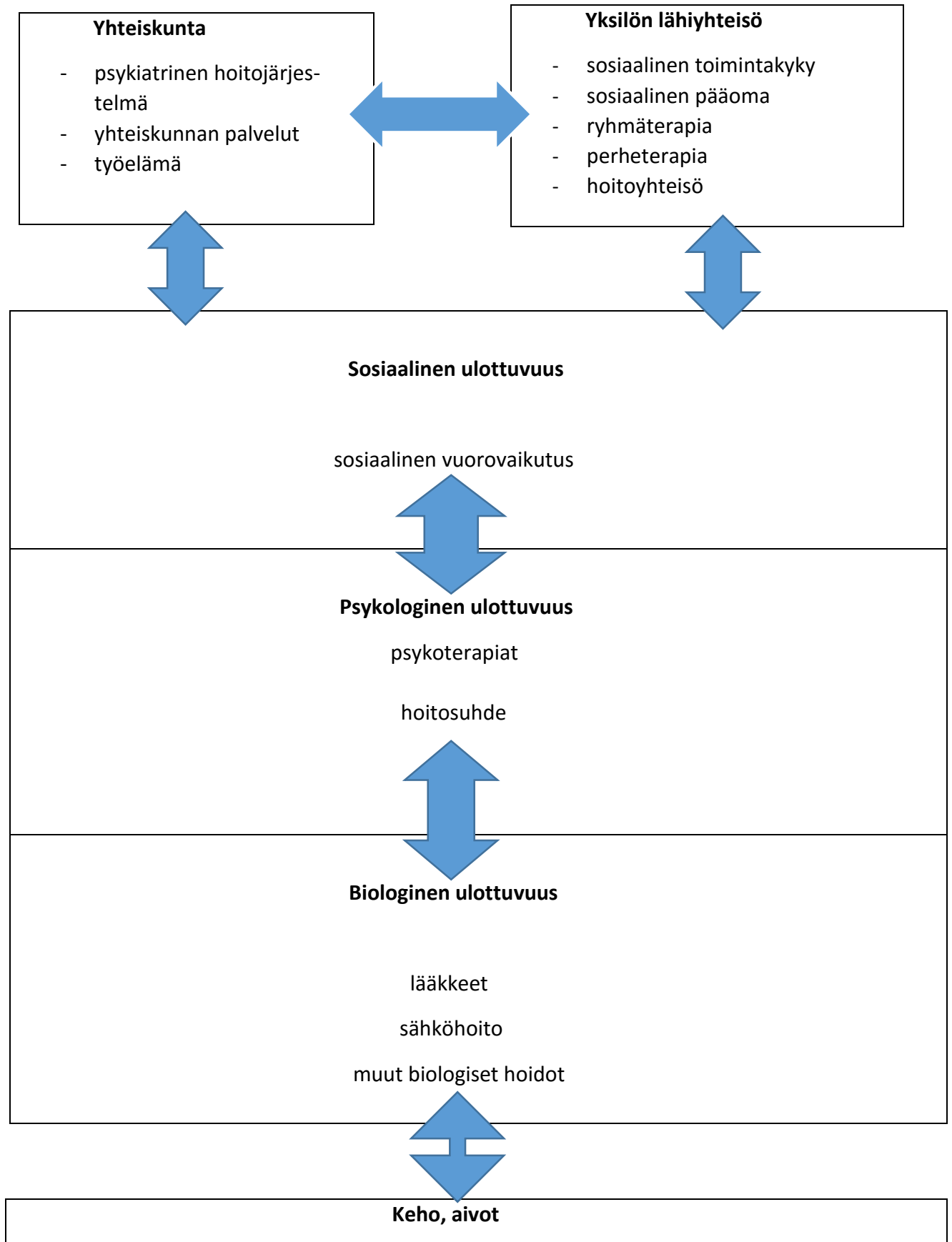
Ihminen on passiivinen ja ympäristön ärsykeitä vastaanottava olento behavioristisen lähestymistavan mukaan. Käyttäytymistä voidaan ohjata ulkoisilla palkkioilla ja rangaistuksilla. Behavioristinen lähestymistapa tukeutuu mittaus- ja havainnointimenetelmiin, pääpaino on ulkoisella ja havaittavalla käyttäytymisellä. Mielenterveys-työn menetelmiä ovat palkitseminen tai palkkiotta jättäminen sekä etuisuuden menettämiseen liittyvä toimintatapa. Psykiatrisessa kuntoutuksessa tehtävän suorittamisesta saa mahdollisuuden edetä seuraavalle kuntoutusportaalle. Tehtävien laiminlyönti taas johtaa epäämiseen ja palaamisen edelliselle kuntoutusportaalle. (Kiviniemi 2007, 37.)

Konstruktivistisen lähestymistavan mukaan ihminen liittyy uudet kokemukset jo aiemmin elettyihin kokemuksiin. Tästä muodostuu ainutkertainen tarina, jonka eri

vaiheet nivoutuvat toisiinsa. Ihmissuhteet, fyysinen ympäristö ja kulttuuri muovaavat ihmistä ja suhtautumistapoja. Lähestymistavan mukaan myös ihminen muo-
vaa ympäristöönsä antamalla sille persoonallisen panoksensa ja luovuutensa. Ei ole yhtä
ainoa totuutta, vaan ihmisten yhdessä konstruoimia totuuksia. Oleellista on vuoro-
vaikutuksessa syntyvä dialogi, vuorovaikutuksen ollessa kerronnallista. Mielenter-
veys muovautuu vuorovaikutuksessa ja siihen vaikuttavat myös fysiologiset tekijät.
Käsitykseen mielenterveydestä vaikuttavat yhteiskunta ja kulttuuri sekä niiden
omaksumat arvot ja normit. Tämä on väljä lähestymistapa mielenterveystyöhön, se
ei poissulje mitään ja työtä määrittävät asiakkaan tarpeet. (Kiviniemi 2007, 39.)

Lait ja säädökset määrittelevät menetelmät, millaisia menetelmiä työntekijät voivat
käyttää potilaan tilanteen arvioimiseksi. Lääkäri voi määrätä otettavaksi verikokeita,
psykologi tekee kehitysarviota, mutta on olemassa yhteisiä arviointimenetelmiä,
muun muassa haastattelut ja havainnointi. Eläytyminen ja vuorovaikutus ovat tär-
keitä taitoja, mitkä auttavat tilanteen arvioinnissa. Nopeat johtopäätökset sen sijaan
eivät kuulu ammattimaiseen toimintaan. (Vilèn 2008, 56.)

Kaikilla lähestymistavoilla on ansionsa ja rajoituksensa ihmismielen ja ihmissuhteiden
ymmärtämisessä sekä hoidossa. Eri lähestymistapoja pyritään sovittamaan yh-
teen biopsykososiaalisen mallin avulla. Seuraavassa kuviossa esitetään kunkin
olottuvuuden keskeiset hoidolliset lähestymistavat (Kuvio 2; Lepola 2002, 22.)



Kuvio 2. Biopsykososiaalinen malli ihmisestä. (Muk. Lepola 2002, 22).

4 MIELENTERVEYSPOTILAAN KOHTAAMINEN PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA

4.1 Potilaan voimavarojen arvioiminen

Potilaalle laaditaan aina tavoitteet voimavarojen ja tarpeiden pohjalta. Yhdessä potilaan kanssa mietitään ja kirjataan ylös sellaisia tarpeita, joihin tulevaisuudessa kiinnitetään enemmän huomiota ja joita kohti voidaan asettaa tavoitteita. Potilaan täytyy ymmärtää, mihin tarpeisiin vastataan ja miksi tavoitteet ovat tärkeitä. Tällä tavoin hän voi sitoutua tavoitteisiinsa. Potilas on itsensä ja ympäristönsä parhain asiantuntija, sen vuoksi työntekijän ei tule nähdä pelkkää teoriaa. Erittäin tärkeää on kohdata potilas yksilönä ja antaa mahdollisuus tuoda vuorovaikutustilanteeseen oma itsensä, eikä pelkkää sairautta tai ongelmaa. Potilaan voimavarat ovat tyydytettyjä tarpeita. Hyvä perusterveys ja riittävän hyvät ja turvalliset elinolosuhteet vaikuttavat jaksamiseen. Aiemman selviytymisen kokemus on tärkeä voimavara. Toisten kokemukset ja tarinat selviytymisestä voivat auttaa omien voimavarojen löytymiseen. Jos voi luottaa omaan jaksamiseen, ihminen kykenee itse etsimään ja löytämään voimavaroja uusivia tekijöitä elämästään. Voimavara on myös se, että uskaltaa hakea ja pyytää apua, silloin kun kokee tarvitsevansa. Voimavarojen löytyminen ei saa johtaa siihen, ettei työntekijä enää näe potilaan tarpeita. Voimavarat määrittelee potilas itse ja niiden ääneen sanominen on tärkeää. (Vilèn 2008, 52.)

Voimavarojen ollessa lopussa ihminen kokee, ettei hänellä ole voimia selviytyä. Tällöin hän tarvitsee entistä enemmän tukea. Ihmisen reagointi ulkoisesti samanlaisisakin elämäntilanteissa voi olla aivan erilaista. Vakavasti sairas voi masentua syvästi, toinen odottaa ympäristöltä tukea, toinen samalla tavoin sairastunut ei välttämättä reagoi millään tavalla. Hoitohenkilökunnalle ja muille ulkopuolisille ihmisille reaktioiden erilaisuus voi olla hyvin hämmentävää. Tarkastelemalla näiden kahden ihmisen reagoimiseen vaikuttavia tekijöitä, saattaa molempien taustoista löytyä erilaisia selittäviä tekijöitä. Ulkoisesta olemuksesta ei voi koskaan tehdä lopullista päätöstä ihmisen todellisista tarpeista tai sisäisestä kokemuksesta. Ulkoisesti rauhallisesti reagoiva voi todellisuudessa reagoida hyvin voimakkaasti esimerkiksi kotona tai omassa sisäisessä maailmassa. Toisinaan ihminen ei vain huomaa hätäänsä tai

ei näe tai ymmärrä sitä. Toiset ympäristössä olevat ihmiset voivat huomata avun tarpeen paremmin ja voivat itse oireilla selkeämmin. Näin voi käydä, jos ihminen yrittää hukuttaa oloaan alkoholiin tai työhön. (Vilèn 2008,56.)

4.1.1 Potilaan tarpeet

Jokaisella Suomessa vakituisesti asuvalla henkilöllä on oikeus saada terveydentilansa edellyttämää hyvää terveyden- ja sairaanhoitoa. Potilasta on kohdeltava niin, että hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan, eikä ihmisarvoa loukata. Potilaan on päästävä kiireelliseen hoitoon nopeasti, jos vammat tai sairaus sitä edellyttää. Potilaalle on annettava oma-aloitteisesti selvitys hänen terveydentilastaan. Hänelle on kerrottava eri hoitovaihtoehdoista, niiden vaikutuksista ja mahdollisista haittavaikutuksista. Tiedot on annettava niin, että potilas ymmärtää niiden sisällön. Tietojen antamisesta on tehtävä merkintä potilasasiakirjoihin. (Valvira 2014) [Viitattu 30.4.2015.]

Potilaalla on itsemääräämisoikeus. Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Hän voi kieltäytyä hoidoista ja toimenpiteistä. Häntä on hoidettava muilla vaihtoehdoilla, jotka hän hyväksyy. Lääkärin on selvitettävä potilaalle ymmärrettävällä tavalla, mitä tapahtuu, jos potilas ei hoitoon tai toimenpiteeseen suostu. (Valvira 2014) [Viitattu 30.4.2015.]

Potilas on oman elämänsä asiantuntija. Hänen kykynsä ja mahdollisuutensa vaikuttaa terveydenhuoltopalveluihin pitäisi olla parempi. Potilas kääntyy terveydenhuollon puoleen, kun hän kokee olevansa palveluiden tarpeessa. Tarpeeseen liittyy monesti odotuksia ja toiveita. Tarpeiden tultua kuulluksi voidaan hänelle tarjota sen mukaista hoitoa. Potilaan merkitys oman tilanteensa, toiveidensa ja tarpeidensa määrittelyssä on tärkeää tunnistaa ja tunnustaa. Potilaan oma kokemus on aina hänelle tosi. Ahdistus ja arkielämän vaikeudet näkyvät toisinaan oireina, joille ei tutkimuksissa löydy elimellistä syytä. Potilaalla on tarve saada helpotusta elämäänsä jollakin tavalla. Terveydenhuollon henkilö voi toimia olkapäänä, kuuntelijana tai muulla tavalla järjestää kevennystä potilaan arkeen. (Etene 2006) [Verkkojulkaisu] [Viitattu 30.4.2015.]

4.1.2 Huolen ja tarpeiden puheeksi ottaminen

Kun työntekijä ottaa puheeksi sellaisen huolen tai tarpeen, jota potilas itse ei ota esille, on tärkeää, miten se otetaan puheeksi ja miten siitä keskustellaan. Työntekijän tuntema pelko tekee ilmapiirin jännittyneeksi. Vaikeiden asioiden auki puhuminen on helpompaa, jos potilas luottaa työntekijään ja tämän kykyyn sietää vaikeita asioita. Kaikilta osapuolilta vaaditaan rohkeutta puhua vaikeista asioista. Kuitenkin yksityisyys on muistettava, ei voi vaatia puhumaan sellaisista asioista, mihin potilas ei ole vielä valmis. Usein syynä on luottamuksen puuttuminen tai ihminen ei luota omiin voimavaroihin käsitellä asiaa. Potilaalle on tärkeää tietää, kenelle kaikille hänen tarpeistaan ja tavoitteistaan tieto menee. Tiimi- ja verkostotyössä on pohdittava, miten tarpeet tuodaan esille, ettei vaitiolovelvollisuutta rikota ja luottamus potilaaseen säilyy. Työntekijän tulee muistaa ihmisen ainutkertaisuus, vaikka olisi työssään kohdannut vaikeita asioita, potilaalle se on aina häntä itseään koskettava rankka kokemus. Joissakin tilanteissa voi herätä epäily, esimerkiksi potilaan runsaasta alkoholinkäytöstä, hänen siitä kertomatta. Tällöin hoitajan on tärkeä pohtia asiaa potilaan näkökulmasta ja yrittää ymmärtää, mitkä syyt voivat aiheuttaa sen, ettei potilas kerro totuutta. (Vilèn 2008, 57.)

Varhainen puuttuminen päihteiden käyttöön vaikuttaa myönteisesti ihmisen terveyteen. Puuttumista voidaan tarvita kerran tai toistuvasti. On tärkeää tunnistaa päihteiden käytön taso, koska hoito ja tukeminen ovat erilaisia eri käyttötasoilla, samalla voidaan seuloa ongelmakäyttäjät ja päihderiippuvaiset. Esim. alkoholi -mini-intervention tehokkuus on osoitettu useissa tutkimuksissa tehokkaaksi, mutta vain harvat lääkärit ja hoitajat tekevät sitä potilailleen. Tällä voitaisiin puuttua ongelmakäyttäjien tottumuksiin, ennen kuin käyttö aiheuttaa ongelmia. Holmbergin (2010) mukaan interventio on osoitettu useissa tutkimuksissa tehokkaaksi työkäisille, siitä huolimatta kansainväliset tutkimukset viittaavat, että vain noin 30 % lääkäreistä ja hoitajista tekevät mini-interventiota. Syiksi 5-15 minuuttia kestävään neuvonnan toteuttamatta jättämiseen on esitetty muun muassa kiirettä, resurssipulaa, koulutusvajetta, selkeiden ohjeiden puutetta, epäuskoa omien taitojensa riittävyteen ja kohderyhmän tunnistamisen vaikeus, sekä terveystieteiden päätösten heikkoa tukea. Lähes kaikki ammattilaiset, jotka eivät mini-interventiota tee, haluaisivat sen tehdä tai tietävät, että se pitäisi tehdä. (Holmberg 2010, 27.)

Suomessa on toteutettu v. 2004 - 2007 sosiaali - ja terveysministeriön tukemaa, alkoholiohjelmaan kuuluvaa valtakunnallista mini-interventioprojektia (VAMP). Ta-voitteena oli vähentää alkoholin kulutusta ja sen terveyshaittoja ja juurruttaa mini-interventio jokaisen perusterveydenhuollon työvälineeksi. Alkoholin riskikäyttöön tai suurkulutukseen riskiehkäisyyn menetelmä mini-interventio on tunnetuin ja sen vai-kuttavuudella terveydenhuollon työntekijän toteuttamana on vahva tutkimuksellinen näyttö. Se on alun perin kehitetty perusterveydenhuollon lääkäreiden ja nykyisin myös sairaanhoitajien työn osaksi. Toimintatapa on sovellettavissa muuallakin kuin terveydenhuollon palveluissa mm. sosiaalitoimessa ja sitä voidaan käyttää myös muita päihteitä kuin alkoholia käyttävien asiakkaiden kanssa. Pelkkä päihteidenkäy-töstä kysyminen ja puheeksi ottaminen on tärkeää, anna tukea ja käytännön väli-neitä omaehtoiseen vähentämiseen, käyttö voi olla turva. Mini-interventio on perus-lähestymistapa, jolla tunnistetaan, arvioidaan ja neuvotaan riskikäyttäjien ja suurku-luttajien lisäksi myös riippuvuudesta kärsiviä, jolloin on aika antaa tietoa päihdehoi-tomahdollisuuksista ja motivoida hoitoon. Keskeistä motivoivassa lähestymista-vassa on, että käsitellään persoonallisella, ei-tuomitsevalla, empaattisella ja itse-määräämisoikeutta kunnioittavalla tavalla. (Havio 2009, 120.)

Reflektiivisyys tarkoittaa omien ja potilaan sisäisten tilojen havainnointia, tunnista-mista, ilmaisua ja suhtautumista niihin, se liittyy erityisesti vuorovaikutukseen. Vuo-rovaikutustapa herättää itsessä ajatuksia, tunteita tai mielikuvia ja näiden pohjalta voi suuntautua vaikuttamaan toisen toimintaan. Reflektoinnista voi olla monenlaista hyötyä. Ajatellaan, että reflektointi osoittaa, että hoitaja on kiinnostunut potilaan ti-lanteesta ja haluaa paneutua siihen. Hoitaja osoittaa kiinnostusta siihen olennai-seen, jota potilas on tuonut esille. Hän haluaa varmistua, onko ymmärtänyt oikein potilaan sanoman. Hoitaja suuntaa huomion olennaisiin puoliin auttaen näin esim. ongelmanratkaisussa. Hoitaja osoittaa, ettei suhtaudu kielteisesti asiaan tai siihen liittyviin tunteisiin, vaan auttaa potilasta tunnistamaan omia tunteitaan. Joissakin ti-lanteissa tunteiden tarkastelu voi auttaa potilasta näkemään tilanteen uudessa va-lossa. (Tiuraniemi 2002.) [Viitattu 3.5.2015.]

4.2 Yhteistyösuhteen erityiskysymyksiä

Aggressiivisuus tarkoittaa muita tai itseä vahingoittavaa tai uhkaavaa käytöstä. Siihen liittyy tunnetilana suuttumus, vihamielisyys ja raivo. Aggressiivisuutta voi esiintyä ristiriitatilanteessa oman ajattelun ja toisen ajattelun välillä. Aggressiivisuuteen johtavat tekijät pyritään tunnistamaan ja mahdollisuuksien mukaan ehkäisemään niitä. Tilannetta edesauttaa, jos ongelmat voidaan ratkaista keskustelemalla. Toisinaan aggressiivisuus on purettava toiminnalla tekemällä potilaan kanssa jotain. Väkivalta ei ole sama kuin aggressiivisuus vaan se on reaktio aggressiivisuuteen. Aggressiivisuuden ilmenemismuotoihin vaikuttavat persoonallisuus, perimä, kokemukset ja yhteiskunta. Aggressiivisuutta voidaan tarkastella ratkaisukeinona ahdistukseen. Se voidaan nähdä normaalina selviytymiskeinona uhkaaviin tai vaikeisiin tilanteisiin, mitä uhatummaksi ihminen itsensä tuntee, sitä aggressiivisemmin tai väkivaltaisemmin hän käyttäytyy. Aggressiivisuudella on myös helppo purkaa turhautuman synnyttämää ahdistusta. Aggressiivisuutta voidaan myös selittää ihmisen biologian, ympäristö- ja tilannetekijöiden, päihteiden, poikkeavuustilojen ja persoonallisuuden avulla. Syy voi olla kromosomipoikkeama, aivoperäinen vamma tai vaurio tai muu elimellinen syy, usein myös iän tuomat ongelmat heikentävät itsehillintää. Verensokerin epätasapainon ja hormonitasapainon vaihteluiden oletetaan myös aiheuttavan aggressiivisuutta, mutta psyykkisen sairauden ja aggressiivisuuden suora yhteyttä ei ole voitu osoittaa. (Kiviniemi 2007, 125.)

Väkivallan ehkäisy on tärkeää, siksi ympäristön turvallisuuteen on kiinnitettävä huomiota. Henkilökunnan koulutus ja työnohjaus ovat olennaista väkivallan ehkäisyssä. Autoritaarisuus, välinpitämättömyys ja suvaitsemattomuus voi edesauttaa aggressiivista käyttäytymistä. Työntekijän on hyvä olla tietoinen omista persoonallisista luonteenpiirteistä ja niiden yhteydestä aggressiiviseen käyttäytymiseen. Työntekijän epävarmuus ja pelokkuus voivat pelottaa potilasta, mikä voi esiintyä aggressiivisena käyttäytymisenä. Hoitajan joustamattomuus joissain tilanteissa, voi lisätä aggressiivista tunnelmaa. Hoitajan työkokemus ja kyky ennakoita väkivaltaa ovat yhteydessä toisiinsa. Työntekijän väsymys ja heikko motivaatio voivat lisätä väkivaltaista käyttäytymistä. Potilaan aggressiivinen kielenkäyttö yleensä ennakoit väkivaltaista käytöstä, työntekijän on tärkeää pyrkiä lopettamaan tilanteen kehittyminen väkivaltaiseksi jo tässä vaiheessa. Olennaista on oikeanlainen kohtaaminen, tilanteesta

kannattaa vetäytyä turvallisesti syyllistämättä ketään. Neutraalisuus on hyvä asia, se ei yleensä provosoi lisäägressiivisuuteen. Pakeneminen on paras vaihtoehto, jos työntekijä ei pysty hallitsemaan tilannetta. Rajat tulee asettaa rakentavasti samalla kunnioittaen potilaan itsemääräämisoikeutta. Empatia liittyy potilaan tilanteen ymmärtämiseen, mutta se ei kuitenkaan tarkoita potilaan käyttäytymisen hyväksymistä. Malttinsa menettänyt rauhoittuu vain rauhallisella puheella. (Kiviniemi 2007, 130.)

Uskonnollisuuden ja hengellisyyden kohtaamisessa on selvää, että vakaumusta on kunnioitettava. Toinen tärkeä asia on pyrkiä neutraalisuuteen suhteessa potilaan edustamiin näkemyksiin. (Kiviniemi 2007, 132.)

Vallan olemassaolo on tärkeää tiedostaa ja se, miten sitä käyttää. Laki määrittelee selkeästi, missä tapauksissa ja miten potilaita voidaan rajoittaa. Mielenterveyslain mukaan ihminen voidaan määrätä hoitoon ainoastaan lääketieteellisin perustein. Kontrolli on vallan toinen ulottuvuus, joka ilmenee pyrkimyksenä vaikuttaa mielipiteeseen, auktoriteettina olemisena, voimana tai manipulaationa. Vallankäytöstä vapaata vuorovaikutussuhdetta ei ole, mutta vallankäyttöä voidaan vähentää tiedostamalla se ja kehittämällä vuorovaikutustaitoja. (Kiviniemi 2007, 142.)

Mikäli havaittavissa on eroottista tai seksuaalista ilmapiiriä, siitä on keskusteltava. Seksuaalinen suhde työntekijän ja potilaan välillä on moraalisesti väärin. Yhteistyösuhde on rajattu koskemaan potilaan hoitoa. Jos suhde muuttuu seksuaaliseksi, ei se enää vastaa asetettuja tavoitteita eikä tarkoitusta. Työntekijän taipumus seksuaalisiin fantasioihin on ilmaus siitä, ettei hän ole omaksunut ammattiin liittyvää etiikkaa, arvoja ja normeja. (Kiviniemi 2007, 146.)

4.3 Mielenterveyshäiriön tunnistaminen perusterveydenhuollossa

Mielenterveyden häiriöiden ehkäisyllä, varhaisella tunnistamisella, toimintakyvyn arvioinnilla ja laadukkaalla hoidolla on kansanterveydellisiä ja taloudellisia vaikutuksia. (Niemelä ym. 2015). Mielenterveyden sairaudet ja häiriöt voivat ilmetä monin eri tavoin ja raja voikin olla vaikea asettaa. (Kuhanen ym. 2013,205.). Haastattelu

on yksi keino määritellä potilaan hoidon tarvetta. Siinä pyydetään potilasta kuvailemaan, mitä on tapahtunut. Näin voidaan ymmärtää hänen tilannettaan, antaa hänelle tukea ja vahvistaa todellisuutta. On hyvä antaa hänen puhua keskeytyksettä ja riittävän pitkään, jotta ajatusten loogisuutta kyetään arvioimaan. Haastattelussa voidaan käyttää avoimia ja suljettuja kysymyksiä. (Kuhanen ym. 2013, 187.) Psykoosia edeltävät usein ennakko-oireet, joita voivat olla ahdistuneisuus, levottomuus, ärtyneisyys, masennus, apaattisuus, mielialan vaihtelut, energian puute, keskittymiskyvyttömyys, ruokahalun muutokset, unihäiriöt. Psykoosia voi edeltää myös potilaan tuntemat oudot kokemukset, epäileväisyys, pakkoajatukset ja toiminnot. Käyttäytyminen voi muuttua ja potilas vetäytyy ihmissuhteista, käytös voi olla outoa, koulunkäynti voi heikentyä. (Kuhanen yms. 2013, 193.) Masennuspotilaan tunnistaminen on hankalaa ja haastattelun lisäksi onkin hyvä käyttää apuna erilaisia arviointimittareita esimerkiksi Beckin masennusoiremittaria (BDI) tai Montgomery-Åsbergin MADRS-mittaria. Alkoholinkäyttö on myös syytä selvittää AUDIT testillä, sillä se vaikeuttaa masennusoireita, heikentää toipumista ja lisää itsemurhariskiä. Masennus voi lisätä alkoholinkäyttöä. (Kuhanen yms.2013, 209- 210.) Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä mielialan jaksottaiset vaihtelut, ylivireys, aktiivisuuden kaudet ja muutokset unen tarpeessa potilaan elämän kaarella antavat lisätietoa mielialaoireista (Kuhanen ym. 2013, 216).

Mielenterveys- ja päihdehäiriöiden tunnistamisen avuksi on olemassa erilaisia arviointimittareita. Näistä mainittakoon BDI (Beck Depression Inventory) MADRS (Depression Rating Scale), joilla kartoitetaan masennuspotilaan tilaa potilaan omana arviointina. Yleisesti käytetään myös AUDIT kyselyä (Alcohol Use Disorders Identification Test), jolla määritellään alkoholin riskikäyttöä. (Lönngqvist 2014,85.) Kaksisuuntaisen mielialahäiriön tunnistamisen avuksi on kehitetty MDQ-seula. Arviointimittarit on esitelty taulukossa 3.

Taulukko 3. Kansainvälisesti käytettyjä psykiatrisia arviointimittareita
(Muk.Lönnqvist ym. 2014)

Psykoottiset oireet	<p>The positive and negative syndrome scale for schizophrenia (PANSSI)</p> <p>Scale for Assessment of negative Symptoms (SANS)</p> <p>Scale for Assessment of positive Symptoms (SAPS)</p>
Masennusoireet	<p>Beck Depression Inventory (BDI), LIITE 1</p> <p>Hamilton Depression Rating Scale(HDRS)</p> <p>Hospital Depression and Anxiety Scale (HADS)</p> <p>Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS), LIITE 2</p> <p>Edinburg Postnatal Depression Scale (EPDS)</p>
Mania	<p>Mood Disorder Questionnaire (MDQ), LIITE 3</p>
Ahdistusoireet	<p>Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)</p> <p>Spielberger State and Trate Anxiety Scale</p> <p>Zung Self Rating Anxiety Scale</p>
Päihteisiin liittyvät häiriöt	<p>Alcohol Use Disorders Indication test (AUDIT), LIITE 4</p> <p>Detecting alcoholism: the CAGE Questionnaire (CAGE)</p> <p>Addiction Severity Index (ASI)</p> <p>Drug Abuse Screening Test (DAST)</p>

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata perusterveydenhuollon hoitohenkilökunnan osaamista mielenterveyspotilaan kohtaamisessa ja mielenterveyden huomioimista kokonaisvaltaisessa hoidossa.

Tulosten perusteella voidaan hoitohenkilökunnalle antaa ohjausta, tukea ja koulutusta parempaan ja hoidollisempaan kohtaamiseen ja kokonaisvaltaiseen hoitotyön toteuttamiseen. Koulutuksen myötä hoitohenkilökunta saisi rohkeutta tuoda esiin epäilyksensä mielenterveyden häiriöstä ja mahdollisesta tarpeesta ohjata potilas erikoissairaanhoidon.

Tutkimustehtävät ovat seuraavat:

- Millaista mielenterveysosaamista perusterveydenhuollon hoitohenkilökunnalla on tällä hetkellä?
- Miten hoitohenkilökunta kokee mielenterveyspotilaan hoidon?
- Miten hoitohenkilökunta toteuttaa mielenterveyspotilaan hoitoa perusterveydenhuollossa?
- Millaista lisäkoulutusta henkilökunta tarvitsee?
- Miten koulutus voidaan järjestää?

6 EMPIIRISEN TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

6.1 Tutkimuskohde ja tutkimusmenetelmä

Tutkimuksen tarkoituksena oli saada tietää, mitä ihminen ajattelee tai miten hän toimii tietyissä tilanteissa. Siten tutkimusmenetelmäksi valittiin teemahaastattelu, joka on laadullisen tutkimuksen yleinen aineistonkeruumenetelmä. Haastattelun eduksi katsottiin sen joustavuus, siinä haastattelija voi toistaa kysymyksen tarvittaessa, selvittää ilmausten sanamuotoa, oikaista väärinkäsityksiä ja käydä keskustelua haastateltavan kanssa. (Tuomi, Sarajärvi 2009, 72–73.) Haastattelijan tehtävänä on välittää kuvaa haastateltavan ajatuksista, tunteista ja kokemuksista. (Hirsjärvi ym. 2011,41).

Laadullisessa tutkimuksessa ei pyritä tilastollisiin yleistyksiin. Tutkimuksissa pyritään kuvaamaan jotain tapahtumaa tai ilmiötä. Pyrkimyksenä on ymmärtää jotain tiettyä toimintaa, antamaan teoreettisesti mielekäs toiminta jollekin ilmiölle. Laadullisessa tutkimuksessa on periaatteessa tärkeää, että henkilöt joilta kerätään tietoa, omaavat kokemusta ja tietävät tutkittavasta asiasta mahdollisimman paljon. Tiedonantajien valinnan olisi oltava harkittua ja tarkoituksen sopivaa. (Tuomi ym. 2009,85.)

Tutkimuskohteeksi valittiin perusterveydenhuollon vuodeosastolla työskentelevät sairaanhoitajat. Haastateltavien taustoista haluttiin tietää ammattinimike, hoitotyön suuntautumismuutokset, työnkuva, työhistoria, kokemus perusterveydenhuollon osastotyöstä. Tutkimus toteutettiin Etelä-Pohjanmaan maakunnassa sijaitsevilla terveyskeskuksissa.

6.2 Aineiston keruu ja käsittely

Lähteinä käytettiin alan kirjallisuutta, sekä tutkimuksia ja korkeakoulukirjaston tietolähteitä. Terveys- ja hyvinvointilaitoksen sivuja, Terveysporttia. Cinalh-, Pubmed-, Melinda-, Aleksis-, ja Medic- tietokantoja. Sanakirjakäännöksiin käytimme Redfoxia ja Terveysporttia.

Opinnäytetyö toteutettiin maakunnan terveyskeskuksissa laadullisena eli kvalitatiivisena tutkimuksena. Haastatteluihin osallistui neljä sairaanhoitajaa, jotka olivat suuntautuneet sisätauti-kirurgiseen hoitotyöhön tai perioperatiiviseen hoitotyöhön. Sairanhoitajilla oli hoitotyön työkokemusta vaihtelevasti muutamasta vuodesta 25 vuoteen. Kaikki hoitajat olivat työskennelleet uransa aikana myös muualla. Työvuosia terveyskeskuksen vuodeosastolla vaihtelevasti 2-20 vuotta. Haastattelut toteutettiin yksilö haastatteluina sairaanhoitajien työpaikalla.

Tutkimushaastattelulla oli tarkoitus ja osallistujaroolit. Haastattelija oli tietämätön osapuoli ja tieto oli haastateltavalla. Haastatteluun ryhdyttiin tutkijan aloitteesta ja hän myös ohjasi ja suuntasi keskustelua tiettyihin aiheisiin. Haastattelijalla oli tiedon intressi, jonka vuoksi hän teki kysymyksiä ja aloitteita, kannusti haastateltavaa vastaamaan ja ohjasi keskustelua sekä fokusoiti sitä tiettyihin teemoihin. Haastattelua ohjasi tavoite. Tilannetta korosti tallennus eli nauhoitus. (Ruusuvuori 2005, 22.)

Haastattelu täytyy aloittaa ja lopettaa tietyillä toimilla. Alussa luotiin yhteistä maaperää ennen siirtymistä varsinaiseen haastatteluun ja sovittiin siitä, milloin keskustelu aloitetaan. Yhteisessä maaperän luomisessa voitiin selvittää oma rooli ja kerrottiin tutkimuksesta ja sen tavoitteista sekä keskustelun tarkoituksesta. Litteroidussa tekstissä tämä ei yleensä näy, koska sen ei katsota kuuluvan haastatteluun. Nauhoituslupa kysytään yleensä vasta ennen haastatteluvaihetta. Haastattelun lopettamistoimintaan kuuluu valmistella haastateltava tilanteen loppumiseen ja sovitaan jatkojen tapahtumista. (Ruusuvuori 2005, 25.)

Haastattelija ei etene lyhyin kysymys – vastaus jaksoin, vaan muotoilee keskustelunuomaisemman tavan. Olivatpa haastattelut strukturoituja tai avoimia, ne olivat aina vuorovaikutustilanteita, joissa haastattelija ja haastateltava toimivat suhteessa toisiinsa ja kaikki aineisto oli osallistujien välisessä vuorovaikutuksessa tuotettua verbaalista materiaalia. (Ruusuvuori 2005, 29.)

Haastateltavan ja haastattelijan välille muodostui luottamuksellinen suhde. Haastattelijan oli kerrottava totuudenmukaisesti haastattelun tarkoitus ja pidettävä saamiinsa tietoja luottamuksellisina sekä varjeltava haastateltavien anonymiteettiä. On myös osoitettava kiinnostusta haastateltavaan ja hänen sanomisiinsa. Luottamuk-

sen synnyttäminen oli tasapainottelua empatian osoittamisen ja yhteisyyden rakentamisen ja toisaalta tilanteen tehtävään ja roolijakoon suuntautumisen välillä. Empatian osoittaminen liittyy tilanteisiin, jossa toinen kertoi ongelmallisista kokemuksistaan. (Ruusuvuori 2005, 41.)

Haastattelijan tehtävä oli kysymysten esittäminen, muut vuorot käsittivät lähinnä jatkamiseen kehottamista tai vastauksen riittävyttä kommentoivia lyhyitä palautteita. Kommentit muotoiltiin neutraaleiksi. Yksinkertainenkin lisäkysymys sai haastateltavan vastaamaan pitemmin ja tarkemmin. (Ruusuvuori 2005, 45.)

Kaikki vuorovaikutustilanteet olivat luonteeltaan tilanteen mukaan muuttuvia, oli mahdotonta pitäytyä tiukoissa etukäteissuunnitelmissa. (Ruusuvuori 2005, 56.)

Teemahaastattelulla on etuna, ettei se sido haastattelua tiettyyn leiriin, kvalitatiiviseen tai kvantitatiiviseen. Se ei myöskään ota kantaa haastattelukertojen määrään tai siihen, miten syväälle aiheen käsittelyssä mennään. Teemahaastattelussa on oleellisinta se, että yksityiskohtaisten kysymysten sijaan haastattelu etenee tiettyjen keskeisten teemojen varassa. Tämä tuo tutkittavien äänen kuuluviin ja vapauttaa pääosin haastattelun tutkijan näkökulmasta. Teemahaastattelu huomioi sen, että ihmisten tulkinnat asioista ja heidän asioille antamansa merkitykset ovat keskeisiä, kuten myös se, että merkitykset syntyvät vuorovaikutuksessa. Teemahaastattelu on puolistrukturoitu menetelmä, koska yksi haastattelun aspekti, haastattelun aihepiirit, teema-alueet ovat kaikille samat. Teemahaastattelussa kysymyksillä ei ole tarkkaa muotoa ja järjestystä. (Hirsjärvi ym. 2011,48.)

Teemahaastattelulle on ominaista se, että samat teemat ja keskeiset kysymykset esitetään kaikille haastateltaville, mutta haastattelun kulku muuttuu haastattelussa ennakoimattomasti. Avoimessa haastattelussa lähtökohtana oli ennalta määräytyt tutkimusteemat, mutta haastattelu eteni avoimesti muistuttaen enemmän vapaata keskustelua kuin kysymys-vastaus -rakennetta. Informoinnissa luvattiin anonymisoida haastateltava, koska aihepiiri oli aika arkaluonteinen, mutta informoinnissa ei käsitelty luottamuksella annettujen tietojen suojaamista, koska haastattelujen sisältö ei sisällä erityisen arkaluonteista tietoa. Käyttötarkoitus rajattiin tutkimukseen ja opetukseen. Aineisto säilytetään arkistossa, jossa pätee tietoturvakäytännöt

ja asetetut käyttöehdot. Luvattiin, että haastateltavien nimiä ei julkaista. (Kuula 2011, 128.)

Jos tutkimuksen aihepiiri olisi koettu liian arkaluonteiseksi haastateltavalle, hän ei ehkä alun alkaenkaan olisi osallistunut tutkimukseen. Yksityisyyttä koskeva rajanveto olisi tapahtunut päätöksenä olla osallistumatta tutkimukseen, mutta joskus haastattelu muuttuu keskustelun aikana arkaluonteiseksi. (Kuula 2011, 136.)

Haastateltavan äänestä muodostuva aineisto on henkilön tunnistavaa, joten siihen pyydettiin erillinen tutkimuslupa organisaation johdolta, johon kirjattiin aineiston käyttötarkoitus, käsittely, käyttäjät, tietoturvaratkaisu ja käyttöehto jatkotutkimuksessa. (Liite 4.) Tallentaminen edellytti suullista lupaa haastateltavalta ja informoinnin, mikä on tallenteen käyttötarkoitus ja missä se säilytetään. Informointi ja tutkimusluvan allekirjoittaminen kuuluivat tutkimuksen hyvään suunnitteluun ja ratkaisivat osan juridisista ja tutkimuseettisistä kysymyksistä aineistonkeruussa. Täten myös suostumukset velvoittivat tutkijaa toimimaan luvatussa tavalla juridisesti ja moraalisesti. (Kuula 2011, 131.)

Kvalitatiivisen aineiston peruserä on, että suorat tunnisteet poistetaan heti, kun aineiston tekninen toimivuus on tarkistettu. Poistamisella vältettiin se mahdollisuus, että joku tutkija myöhemmin kiinnostuisi yksittäisen tutkittavan ajatuksista siinä määrin, että innostuu kysymään kyseiseltä tutkittavalta lisätietoja. Nimien muuttamiset peitenimiksi tehtiin jo litterointivaiheessa. Hyvin tärkeää on käyttää aineistossa samoja nimiä kuin julkaisuotteissa. Erisnimien anonymisoinnissa peitenimi on parempi vaihtoehto kuin nimen poistaminen tai korvaaminen jollain muulla, kuten X-merkillä. Nimen käyttö ihmisistä puhuttaessa säilyttää aineiston sisäisen koherenssin. (Kuula 2011, 214.)

Teemahaastattelun teemat (Liite 5)

Aineisto analysoidaan induktiivisella sisällönanalyysillä hakemalla vastauksia teemoihin.

6.3 Aineiston analyysi

Sisällönanalyysiä käytetään yleisesti laadullisissa tutkimuksissa ja haastattelu on yleisin aineiston keruumenetelmä. Sitä käytetään kuvailemaan tutkittavaa ilmiötä ja onnistuminen edellyttää, että tutkija kykenee pelkistämään aineiston ja muodostamaan siitä käsitteet, jotka kuvaavat tutkittavaa ilmiötä. Induktiivisessa analyysissä edetään aineiston ehdoilla ja tuloksena syntyy abstrahoinnin kautta käsitteitä. Tutkija pystyy kuvailemaan osan prosessista perusteellisesti, mutta osa on tutkijan oivalluksia, joita on vaikea kirjoittaa auki. Tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan laadullisen tutkimuksen kriteerien mukaisesti, joita on useita, mutta yhteistä kriteereille on, että luotettavuuden lisäämiseksi on pyrittävä tarkkaan analyysin raportointiin. Tulee varmistua siitä, ettei suorien lainausten kautta pysty tunnistamaan tutkittavia. Sisällönanalyysin katsotaan soveltuvan oikein hyvin strukturoimattomaan aineistoon. Yleensä mielenkiinto kohdistuu potilaisiin, asiakkaisiin ja terveydenhuollon henkilöstöön. (Kyngäs 2011, 139.)

Analyysitapaa olisi mietittävä jo aineistoa kerätessä. Silloin sitä voidaan hyödyntää jo haastattelua ja litterointia suunniteltaessa. Aineiston käsittelyyn ja analyysiin olisi ryhdyttävämahdollisimman pian haastattelun jälkeen. Aineisto on silloin vielä tuore ja inspiroi tutkijaa. Jos ilmenee, että tietoja on vielä selvennettävä tai täydennettävä, tämä on helpointa tehdä heti haastattelujen jälkeen. Joihinkin ongelmiin on joskus kuitenkin syytä ottaa arjellista etäisyyttä. Yksittäisiä tuloksia olisi pyrittävä katselemaan laajasta perspektiivistä ja kokonaisuuden valossa. (Hirsjärvi ym. 2011,135.)

Tavalliseksi menettelytavaksi esitetään aineiston analysointia aineiston keruun, tulokinnan ja narratiivisen raportoinnin kanssa. Laadullisen analyysin pääpiirteitä voidaan hahmotella seuraavasti:

- Analyysi alkaa jo itse haastatteluvaiheessa. Kun tutkija toteuttaa itse haastattelut, hän voi tehdä havaintoja ilmiöistä niiden esiintyvyyden, toistuvuuden, jakautumisen ja erityistapausten perusteella. Hän voi hahmotella tai tyypitellä malleja syntyneistä havainnoista. Tarvittaessa hän voi kerätä lisää aineistoa tarkistaakseen kehittelemänsä mallin tai hypoteesin.

- Aineisto analysoidaan ”lähellä” aineistoa ja sen kontekstia. Laadullisen tutkimuksen aineisto säilyy sanallisessa muodossa (osittain vielä alkuperäisessä sanallisessa muodossaan).
- Tutkija käyttää induktiivista tai abduktiivista päättelyä. Induktiivisessa päättelyssä on keskeistä aineistolähtöisyys. Abduktiivisessa hänellä on valmiina joi-takin teoreettisia johtoideoita, joita hän pyrkii aineistonsa avulla todenta-maan.
- Analysointitekniikat ovat moninaisia, erilaisia työskentelytapoja on paljon. Laadullisessa tutkimuksessa on vähän standardoituja tekniikoita. Ei ole ole-massa yhtä ehdottomasti muita parempaa tai oikeaa analysointitapaa.

Aloitteleva tutkija voi oppia tutustumalla jo tehtyihin tutkimuksiin ja kehittele-mällä ja kokeilemalla erilaisia ratkaisutapoja. (Hirsjärvi ym. 2011, 136.)

Tutkimushaastattelut nauhoitettiin ja nauhoitettu materiaali kirjoitettiin puhtaaksi eli litteroitiin sana sanalta. Litteroitua tekstiä tuli yhteensä 44 sivua. Tekstin fonttina oli Arial, koko 12, rivivälin ollessa 1,5. Ääninauhat tuhottiin, kun kaikki materiaali oli litteroitu.

Litteroidusta tekstistä etsittiin tutkimuskysymyksiin sopivia ilmaisuja, jotka taulukoi-tiin. Alkuperäisilmaukset käytiin läpi etsien samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia. Samankaltaiset käsitteet ryhmiteltiin ja yhdisteltiin alaluokaksi. Alaluokat yhdisteltiin ja niistä muodostettiin yläluokkia. Nämä yhdisteltiin edelleen ja niistä muodostettiin pääluokat ja luotiin teoreettiset käsitteet. (Tuomi ym. 2009, 109.)

Taulukossa 2 havainnollistava esimerkki analyysin etenemisestä alkuperäisestä ilmauksesta alaluokkaan. Ja taulukossa 3 analyysin eteneminen alaluokasta pääluokkaan.

Taulukko 2. Analyysin kuvaus alkuperäisestä ilmauksesta alaluokkaan

Alkuperäisilmaus	Alakategoria
"Ei saa kontaktia, ei ehdi"	Henkilökunnan kokemuksia mielenterveyspotilaan hoidosta
"Ajattelee, että mikä oikeus minulla on puhua, kun en oo mikään mielenterveyshoitaja"	
"En tiedä mitä voi ja mitä uskalletaan sanoa"	

Taulukko 3. Analyysin kuvaus alaluokasta pääluokkaan

Alakategoria	Pääkategoria
Ei ole riittävästi tietoa mielenterveyden häiriöistä	Tiedollisten vuorovaikutustaitojen puute
Keinot kohtaamiseen puutteelliset	
Ajankäytön resurssit liian vähäiset	
Keskustelut eivät ole rutiinijuttu	

7 TUTKIMUKSEN TULOKSET

7.1 Perusterveydenhuollon hoitohenkilökunnan mielenterveystyön osaaminen

Pääkategoriaksi muodostui: Hoitohenkilökunnan mielenterveysosaaminen. Se sisältää alakategoriat: koulutus ja potilaan kohtaaminen.

Henkilökunnan mielenterveysosaaminen oli sairaanhoitajakoulutuksessa saatua. Mielenterveyden hoitotyön koulutus oli ollut hyvin vähäistä. Harjoittelu opiskeluaikana oli toteutunut vanhuspsykiatrian puolella tai muussa kevyemmässä organisaatiossa, ei niin sanotun raskaan psykiatrian puolelle. Kokemus ja osaaminen olivat hyvin kevyttä. Suurin osa haastatelluista oli ollut työelämässä jo kymmeniä vuosia ja he olivat työskennelleet yksiköissä, joissa oli vain satunnaisesti mielenterveys- ja päihdepotilaita. Osaaminen oli lähinnä käytännön myötä saatua, puhuttiin kanta-pään kautta oppimisesta. Haastateltavat itse eivät kokeneet sitä osaamiseksi.

Opiskeluaikana mitä sai ja se oli vähän. Meidän on vaan pakko pärjätä. En ole koskaan työskennellyt paikassa missä on vaan mielenterveys potilaita.

Ajateltiin, että perusterveyden vuodeosasto on ensisijaisesti tarkoitettu fyysisesti sairaille ihmisille. Useimmiten potilailla on taustalla joku antibiooteilla tai lääkkeillä hoidettava sairaus, joka hoituu rutiinilla. Mielenterveys- ja päihdepotilaat pyrittiin kohtaamaan luontevasti, samalla tavalla kuin muutkin potilaat. Heille kerrottiin tulevista toimenpiteistä ja muusta hoitoon liittyvästä asianmukaisesti. Henkilökunta koki, ettei heillä ole valmiuksia varsinaiseen mielenterveyspotilaiden hoitoon ja hoitavaan kohtaamiseen.

Mielenterveyspotilas tulee yleensä pääsääntöisesti jonkun somaattisen sairauden vuoksi, mutta toisinaan tämä on vain välietappi tänne. Potilas ei pärjää kotona, on pelkoja ja harhoja, ei pääse psykiatriseen päivystykseen ja tulee meille odottamaan joksikin päivää.

Tiedollisten vuorovaikutustaitojen puute nähtiin yhtenä ongelmana. Ajateltiin ettei heillä ole riittävästi tietoa psyykkisestä sairaudesta kysyäksään potilaan tilanteesta

tai ottaakseen jotain asiaa puheeksi. Rohkeus kysyä tai ottaa asioita esille oli puutteellista. Potilaan tehdessä aloitteen, kyettiin kuuntelemaan ja osoitettiin kiinnostusta.

Ajattelee, että mikä oikeus mulla on puhua, kun en ole mikään mielenterveyshoitaja. En tiedä, mitä voi ja mitä uskaltaa sanoa. En uskalla vaikeista asioista puhua - ottaa niitä esille.

Työyhteisön merkitys koettiin voimavarana. Yhteistyö kollegojen kanssa oli hyvää, yhdessä voitiin pohtia ja neuvotella, sekä purkaa erilaisia tilanteita. Toisinaan oli potilaita, jotka puhuttivat tavallista enemmän. Yksi haastateltava kertoi olevansa erityisen kiinnostunut mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoidosta ja toivoi enemmänkin keskustelua hoidosta ja kokemusten vaihtamista henkilökunnan kesken. Osastotunneilla oli mahdollisuus tuoda esiin työhön liittyviä asioita, harvemmin kuitenkin tuotiin esiin ja käsiteltiin potilasasioita. Työnohjausta ei henkilökunnalle ollut säännöllisesti saatavissa. Kehityskeskusteluja toteutettiin säännöllisesti. Nämä todettiin hyväksi; sai luottamuksellisesti, kahden kesken osastonhoitajan kanssa puhua, purkaa ja tuoda esiin, jos oli mieltä painavia asioita.

Työkavereiden kanssa voidaan keskustella, hyvät työkaverit ovat varsinkin näissä tilanteissa tärkeitä. Aina se auttaa, kun saa toisen kanssa puhua. Me kollegat voidaan keskenämme näistä asioista puhua. Apua on, että pystytään tiiminä toimimaan.

Potilas haluttiin ja kyettiin pääsääntöisesti kohtaamaan ystävällisesti, ammatillisesti ja luontevasti. Hoitohenkilökunnassa on erilaisia persoonia ja tapa kohdata potilas on erilainen. Puhetyylit ja toimintatavat voivat olla kovin erilaisia, silti asiallisia. Potilaan kohtaamista helpotti, jos potilas oli ennestään tuttu, saattoi ennakoida miten hän käyttäytyy ja tiesi miten toimia. Ennestään tuntemattomien potilaiden kanssa koettiin epävarmuutta, ei ollut tietoa, miten potilas käyttäytyy, onko harhoja tai mahdollisesti aggressiivista käytöstä. Potilaan sijoittaminen osastolle ajattelutti; piti miettiä, ettei aiheuteta muille potilaille pelkoja tai muuta vaaraa.

Pystytään ammatillisesti kohtaamaan, kukin omalla tavallaan vaihtelevasti. Toiset vaan on siinä parempia kuin toiset. Kohtaamine on hoitajan persoonasta kiinni. Useimmat, potilaat on jo ennestään tuttuja. Tuntemattomien potilaiden kohdalla ei pelkää, sitä on kuitenkin varuillaan ja miettii, onko tilanne sellainen, että täällä pystytään hoitamaan. Voi olla

jotain aggressiivista käytöstä. Meidän potilaat pääsääntöisesti hyvin kilttejä.

Mielenterveys- ja päihdepotilaiden kohdalla tiedostettiin potilaan tarpeet keskusteluun ja kuunteluun. Hoitajat tiesivät ja huomioivat läsnäolon ja läheisyyden vaikutukset potilaan tilanteeseen. Pääsääntöisesti hoitajat kokivat, että potilas oli väärässä hoitopaikassa ja toivoivat oikean hoitopaikan löytymistä mahdollisimman pian. Hoitajilla oli ajatuksena ja toiveena, että joku muu taho osaisi auttaa ja hoitaa potilasta. Osaston tilat koettiin puutteellisiksi keskustelujen toteuttamiseksi. Rauhallista keskustelupaikkaa ei aina saatavissa, yksityisyyttä haluttiin suojata. Potilashuoneissa muiden potilaiden parissa ei haluttu potilaiden yksityisasiota ottaa esille ja niistä puhua. Kiireiseen työtahtiin vedottiin, se oli yksi pidempää kontaktia estävä tekijä.

Ne vaatii juttelua ja kuuntelua, se on hirveän tärkeää niille. Olis tärkeää, että ne pääsisi heti oikeaan hoitopaikkaan, eikä joutuisi tänne kiireiseen ympäristöön. Meillä harvoin on aikaa, vaikka halua olisikin, aina et ehdi. Toisaalta, jos ehdit hetkeksi pysähtyä ja kuunnella ja huomaat, että olet avuksi, silloin kokee onnistumisen tunnetta ja hyvää mieltä.

7.2 Henkilökunnan kokemuksia mielenterveyspotilaan hoidosta

Pääkategoriaksi muodostui: Hoitohenkilökunnan kokemuksia mielenterveyspotilaan hoidosta. Se sisältää alakategoriat: ajatuksia mielenterveys potilaan hoidosta ja henkilökunnan asenteet ja ristiriidat.

Mielenterveyspotilaat koettiin vaikeasti hoidettaviksi, haastaviksi. Koettiin ettei ollut riittävästi tietoa mielenterveyden häiriöistä ja niiden hoidosta. Haastateltavat epäilivät omia kykyjään hoidossa. Henkilökunnalla oli myös positiivisia kokemuksia potilaan hoidosta; joku pysähtyi hetkeksi ja kuunteli potilaan purkausta, potilaan tilanne helpottui ja hoitaja koki onnistumista.

Mielenterveyspotilas tarvitsee oikeanlaista apua. He tarvitsevat enemmän aikaa. Hyvin haastavia potilaita sinänsä. Ne tahtovat olla vaikeampia hoitaa ja työllistävät enemmän. En koe osaavani näistä asioista puhua, potilasta hoitaa. Mennään päivä kerrallaan, kun ei osata. Olen jotenkin kiinnostunut mielenterveys- ja päihdepotilaista, olis mielenkiintoista kouluttautua niihin enemmän.

Kohtaamisen vaikeus tuli esiin. Osa haastatteluun osallistuneista tunsivat, ettei omaa minkäänlaista taitoa hoitaa ja kohdata yleensäkin mielenterveyspotilaita. Erityisen vaikeaksi haastateltavat kokivat psykoottisen tai ahdistuneen potilaan kohtaamisen. Haastateltavat kokivat itsensä empaattiseksi. He tunnistivat itsessään herkkyyden potilaan tunteiden tunnistamisessa ja huomioivansa potilaan tunteet kohtaamistilanteissa. Ahdistunut potilas sai aikaan voimakkaita ahdistuksen tunteita joissakin hoitajissa. Työkokemuksen myötä he olivat oppineet jollakin tapaa hallitsemaan ahdistustaan. Joku koki menevänsä toisinaan liikaakin mukaan, oman jaksamisen vuoksi oli pakko opetella sitä rajaamaan. Hoitajat saattoivat huomioida potilaan tarpeen puhua, rohkeus ottaa asioita esille oli vähäistä.

Ei ole ammattitaitoa kohdata. Näissä tilanteissa koen suurta epävarmuutta. He voivat olla hyvin arveluttavia, kun ei tiedä mitä heidän päänsään liikkuu, ei tiedä mitä on odotettavissa. En pelkää, on kuitenkin ennakkoajatus ja varuillaanolo, jos ei tunne ennestään. Tunteiden kohtaaminen on itselleni hyvin vaikea asia kohtaamisessa, on vaikea auttaa potilasta. Ei tiedä mitä sanoisi, ei niitä tunteita ja ajatuksia voi väheksyä. Ne ovat potilaalle täyttä totta. Siinä on kyllä vaikeassa tilanteessa. Se vaatii aika lailla taitoa ja nimenomaan sitä psykiatrista ammattitaitoa, että osaa kohdata ne ahdistavat tunteet ahdistumatta itse. Ei pysty menemään puhumaan asioista.

Haastateltavat toivat esiin tiedollisten voimavarojen puutteen potilaan kohtaamisessa ja hoidossa. Henkilökunnalla ei ole riittävästi teoriatietoa psykiatrisista sairauksista ja hoidoista. He kokivat vaikeaksi puhua potilaan kanssa sairauteen liittyvistä asioista ja antaa tukea. Mielellään kutsuttiin ulkopuolinen asiantuntija tapamaan potilasta. Potilaan luottamuksen saaminen oli vuorovaikutuksellisen suhteen perusta, ajan puutekin ongelma suhteen luomisessa.

Vuorovaikutussuhde ei tule luonnostaan-kaikkien kanssa ei synkkaa. Ei luoda tietoisesti vuorovaikutussuhdetta. Keskustelut eivät ole rutiinijuttu. Ajattelee, että mikä oikeus mulla on puhua, kun en ole mikään mielenterveydenhoitaja. En tiedä mitä uskaltaa ja voi sanoa, miten suoraan uskallan sanoa ja kysyä.

Suuri potilasmäärä ja kiire koettiin esteeksi potilaan kokonaisvaltaiseen kohtaamiseen, jotkut hoitajat kokivat ristiriitaa, kun eivät ehtineet antaa aikaa sitä tarvitseville ja kuuntelijaa kaipaaville potilaille. Joku hoitajista myönsi, ettei se ole aina ajastakaan kiinni. Kiireen taakse oli helppo piiloutua. Tietyt rutiinit tehdään, ei vaan olla

totuttu siihen, että pidemmät keskustelut potilaan kanssa ovat hoitoa. Keskustelut eivät olleet heille rutiinia. Koettiin, että oli vaikea lähteä puhumaan muusta kuin somaattisesta sairaudesta. Hoitajat tunsivat onnistumista ja mielihyvää, jos potilas antoi palautetta hoitajalle läsnäolosta tai kuuntelemisesta.

Ei saa kontaktia, ei ehdi pysähtymään ja kuuntelemaan. Tulee ristiriita, kun ei ehdi antaa niille sitä, mitä ne oikeasti tarvitsisivat. Olis tärkeää, ettei ne joutuisi tänne kiireen keskelle. Meillä harvoin on aikaa siihen, vaikka halua olisikin, aina et ehdi. Puhuminen ja läsnäolo ovat haastavia, kun monesti on kuitenkin kiire. Yleensä ei ole hirveästi aikaa juttelemiseen, jos joskus ehtii, itse kokee että on avuksi tai potilas sanoo, että on kiva jutella, tuntee itse mielihyvää. Aina ei voi sanoa, että se on ajasta kiinni, ettei ehdi jutella. Sitä on muutakin, ettei kerkiä, vaikka joskus vois ehtiäkin olla sen ihmisen kanssa.

Resurssit koettiin puutteellisiksi. Henkilökuntaa oli liian vähän, potilaita paljon. Potilasvaihtuvuus kohtuullisen nopea. Mielensterveys- ja päihdepotilaiden osastolla oleminen vaati myös pohdintaa huoneisiin sijoitteluissa. Potilaan tilanne vaati toisinaan erityisseurantaa muiden paikallaolijoiden turvallisuuden takaamiseksi. Nämä asiat koettiin hoitoa vaikeuttavana ja muidenkin turvallisuutta uhkaavana tekijänä mielensterveys- ja päihdehoitotyön toteuttamisessa. Vartijan apu tarvittaessa koettiin turvaa antavana tekijänä.

Resursseja pitäisi olla enemmän. Alkutilanne on monesti hankala, varsinkin jos tuntematon potilas. Mielensterveys- ja päihdepotilaat työllistävät enemmän. Tuovat ylimääräistä hässäkkää. Katkolaisten kohdalla miettii, mitä voi tapahtua ennekuin potilas puhaltaa nollat. Rajaaminen ja sitominen rauhoitustilanteissa – hoitaja ei voi itse paeta. On ollut joskus sellaisia tapauksia, että on pyydetty ambulanssi tänne avuksi, yövuorossa kun on vain kaksi hoitajaa, jos on ollut pakko lääkittää. On saatu sieltä sitten lisäväkeä, että on saatu annettua rauhoittava pistos. Nämä tilanteet ovat olleet haasteellisia. Sitten vartijakin on olemassa, jos tarvitaan.

Hoitohenkilökunnan ajatukset mielensterveys- ja päihdepotilaista olivat monin paikoin eriäviä. Varsinaisia ristiriitatilanteita ei kuitenkaan koettu olevan. Hoitajien suhtautuminen mielensterveys- ja päihdepotilaisiin oli erilaista. Potilaiden arvostaminen oli vaihtelevaa. Tämä saattoi näkyä hoidon toteuttamisessa; tehtiin vain se pakollinen.

Raadollisesti ajatellaan – ei olla samalla viivalla, varsinkin näistä päihdeihmisistä. Sekametelisoppaa, lähetetään tänne, kun muut eivät huoli – ovat rumasti sanottuna hylkiöitä. Oman mielipiteen voi pitää – se voi näkyä potilaan hoidossa. Raportoinnissa näkee ristiriidat suhtautumisesta. Kukin omalla tavallaan kohtaa ja suhtautuu heihin.

Perusterveydenhuollon vuodeosasto ei ollut haastateltavien mielestä oikea hoitopaikka mielenterveys- ja päihdepotilaille. Pääsääntöisesti koettiin, etteivät potilaat saaneet apua ja oikeaa asiantuntevaa hoitoa vuodeosastolla. Tieto muista vaihtoehtoisista hoitopaikoista oli hyvin vähäistä. Henkilökunta tiedosti mielenterveyspotilaiden erilaiset hoidolliset tarpeet ja pyrki omalla tavallaan ne huomioimaan.

Kuuluvat erikoissairaanhoidon, tulevat meille, jos jotain fyysistä ongelmaa. Akuuttitilanne hoidetaan. Tarvitsevat oikeanlaista apua; enemmän aikaa, keskustelua ja kuuntelua. Et ehdi antaa aikaa ja tarjota sitä, mitä ne oikeasti tarvitsisi. Toivoisin, että näille potilaille olisi se oikea hoitopaikka, missä saisivat asiantuntevaa hoitoa, ei niin, että joutuvat täällä odottamaan.

Kokonaisvaltaisen hoitotyön toteutumiseen ei useinkaan kyetty. Hoidon toteutuksessa pyrittiin siihen, että rutiinit tulivat aina hoidetuksi. Hoitajat kokivat, että lisätieto psykiatrisista sairauksista olisi välttämätöntä kokonaisvaltaisen hoidon toteutumisessa. Hoitajat tarvitsisivat myös tietoa muista mielenterveys- ja päihdepuolen toimijoista, että osattaisiin ohjata potilaat oikeaan hoitopaikkaan. Kaikkien potilaiden kohdalla annettiin jotain hoitoa, kukaan ei jäänyt hoitamatta.

Akuuttitilanteet hoidetaan tilanteen mukaan. Katkon tavoite ei ole raitistuminen vaan katkon onnistuminen – siihen meidän osuus loppuu. Ei ruveta keskustelemaan, jos ei ole huumorityyppi. Jos saadaan lupa, hommataan aika A-klinikalle tai sieltä tulee joku juttelemaan. Mehän ei mielenterveyspotilaita sillai täällä hoideta. Ei täällä nyt kuitenkaan mielenterveyspotilas aivan hoidotta jää. Se tehdään mitä pystytään.

Henkilökunnalla oli mielenterveys- ja päihdepotilaita kohtaan vahvat ennakkoluulot. Kun oli kyseessä ennestään tuntematon potilas, suhtauduttiin tulijaan jo valmiiksi varauksella. Mielenterveys- ja päihdepotilaiden kohdalla tilanteiden arvaamattomuus toi jännitteitä ja epävarmuutta hoidon toteuttamiseen. Keinot kohdata olivat puutteelliset.

Varauksella suhtaudun. Harhaluuloisuushäiriöinen – voi olla aggressiivinen, totta kai vähän joutuu miettimään. Päihdepotilaat– voi meikäläistä kyllästyttääkin. Tutun potilaan kanssa helpompaa, jos hänen kanssaan ei ole ollut ongelmia. Kyllä siinä aina on jokin ennakkooajatus, ei kuitenkaan pelko. Varsinkin jos potilas ei ole ennestään tuttu; ei tiedä onko jotain aggressiivista käytöstä odotettavissa. Mielensterveyspotilas enempi ajatteluttaa – harhainen potilas voi olla arvaamaton.

7.3 Mielensterveyspotilaan hoidon toteutus perusterveydenhuollossa

Pääkategoriaksi muodostui mielensterveyspotilaan hoidon toteutus perusterveydenhuollossa. Se sisältää alakategoriat: positiivinen hoito mielensterveyspotilaan kannalta, kehitettävät osa-alueet mielensterveyspotilaan hoidossa ja mielensterveyspotilaan hoidossa turvaudutaan.

Positiivisena asiana voitiin nähdä, että hoitohenkilökunta miettii jatkohoitoa, jos sama potilas tulee toistuvasti ja sitä, että potilas on osastolla suojassa myös itseltään. Pyrittiin huomioimaan kokonaisuus, johon kuuluu myös mielensterveyden huomiointi. Olisi hyvä, jos koettaisiin, että mielensterveyteen kiinnitettäisiin huomiota rutiininomaisesti, perustoimenpiteitä tehtäessä.

Taulukossa 4 on esitetty havainnollistava esimerkki sisällönanalyysin eteneminen alkuperäisilmauksesta alakategoriaan: Mielensterveyspotilaan hoidon toteutus perusterveydenhuollossa.

Ettei pärjää kotona tai rupee tekemään jotakin ja hiihtelemään ympäriinsä, nii pitää tulla tänne vähän niin, kun tuulensuojaan.

Ne tahtoo olla semmosia mitkä on niinku vaikeempia ja enemmän työllistä.

Ei sitä voi niinku jättää sillai, että täs on nyt jalka poikki, olkoon niin hullu ku tykkää.

Taulukko 4. Esimerkki induktiivisen sisällönanalyysin etenemisestä alkuperäisilmauksesta alakategoriaan Mielenterveyspotilaan hoidon toteutus perusterveydenhuollossa

Alkuperäisilmaus	Pelkistys	Alakategoria
"Ei tuu mielenterveyspotilaita meille suunnitellusti – eihän me suunnitellusti niitä täällä hoideta"	Mielenterveyttä ei huomioida	Kehitettäviä osa-alueita mielenterveyspotilaan hoidossa
"Se apu annetaan, mikä kuuluu – potilas tullut hoitoon somatiikan takia"	Ei koeta tarvetta huomioida mielenterveyttä	
"Mielenterveyttä en lähde hoitamaan"	Mielenterveyttä ei haluta hoitaa	

Mielenterveyspotilaille annetaan apu minkä vuoksi on tullut osastolle, yleensä se on somaattinen syy. Henkilökunta ei koeta tarvetta, mielenterveyden huomiointiin. Monesti vedottiin resurssien ja ajan puutteeseen, mutta tiedostettiin, että sen taakse on helppo piiloutuakin. Koettiin, että mielenterveysongelmaiset potilaat vievät enemmän aikaa. Jos potilaalla jo joitakin kontakteja mielenterveyspalveluihin, sitä vähemmän mielenterveyttä huomioitiin. Päihteiden käytön puheeksi ottaminen koettiin saarnaamiseksi ja sen takia päihteitä ei puheeksi otettu. Varhainen puuttuminen vaikuttaisi kuitenkin myönteisesti ihmisen terveyteen. Taulukossa 5 on havainnollistava esimerkki induktiivisen sisällönanalyysin etenemisestä alaluokasta pääluokkaan: Kehitettäviä osa-alueita mielenterveyspotilaan hoidossa.

Ihmisillä on kuitenkin masennusta sun muuta taustalla, mut eihän se välttämättä sitte vaikuta millään lailla täällä.

Ei mä itse en rupea sillä lailla saarnaamaan. En siis siitä rupee keskustelemaan....et yleensä lääkäri.

Mielenterveyspotilaat, niin niille pitäs olla joillekin tietyille sellanen aika semmonen pitkä aika ja sitten se on monesti sitä saman jauhamista, se voi meikälaistä kyllästyttääkin. Ei oo sellasia resurssia eikä oo koulutusta. Sitä on niin paljon sitä muuta hommaa, vaikka varmaan monesti sen taakse piiloudutaankin.

Taulukko 5.

Esimerkki induktiivisen sisällönanalyysin etenemisestä alaluokasta pääluokkaan. Kehitettäviä osa-alueita mielenterveyspotilaan hoidossa

Alakategoria	Yläkategoria	Pääkategoria
Mittareiden ja työkalujen puute	Mittareiden ja työkalujen käyttäminen hoidossa	Kehitettävät osa-alueet mielenterveyspotilaan hoidossa
Ei huomioida mielenterveyttä	Mielenterveyden huomioiminen hoidossa	
Ei nähdä tarvetta jatkohoidolle	Jatkohoidon suunnittelu	
Koulutuksen puute	Henkilökunnan koulutus	

Turvauduttiin lääkehoitoon ja lääkärin määräyksiin. Hoitohenkilökunnalla ei ollut riittävästi tietoa keinoista ja työkaluista, mitä voisi itsekkin käyttää. Hoitohenkilökunnalla ei ole rohkeutta olla kontaktissa ja ottaa mielenterveydellisiä asioita esille. Somaattisesti sairastunut ihminen kuitenkin tarvitsisi luotettavan ihmisen jolle voisi puhua huolistaan ja tarpeistaan. Sairastuessaan ihminen tarvitsisi keinon purkaa mahdollista ahdistustaan. Olisi hyvä selvittää ja tiedostaa mikä ahdistuksen aiheuttaa.

Osaston lääkäriin tai päivystävään toki yhteys, he tekevät hoitopäätöksen. Meillä on masennuskaavakkeet, se on melkein kyllä lääkärin määräyksestä.

Jos on hyvin levoton, voi olla, että ei saada semmosia lääkkeitä, ihan voi olla psykoosissa ihminen, että ei saada sitä rauhottumaan, niin sitte tulee sitominen.

Tänne pyydetään mielenterveyshoitajaa, psykologi voi käydä, jos saadaan kiinni, psykiatri ollaan saatu ihan osastolla käymään....no lääkärihän senkin päättää. Tuossa on se mielenterveyspalvelut, että sieltä sitten psykiatria konsultoidaan

7.4 Koulutus, koulutustarpeet ja koulutuksen järjestäminen

Pääkategoriaksi muodostui koulutus, koulutustarpeet ja koulutuksen järjestäminen. Se sisältää alakategoriat: työnantajan ja sairaanhoitajakoulutuksen tarjoama tuki ja tietotaito sekä koulutukset antaisivat käytännön työhön.

Henkilökunnalla ei ole koulutuksia mielenterveys- päihdetyöhön. Tämän alan opit ovat tulleet kantapään kautta ja käytännöstä oppien. Resurssien ja koulutustarjonnan puute koettiin suurimmaksi syyksi, ettei koulutusta saatu. Tarjolla on kyllä riittävästi aiheeseen kuulumattomia koulutuksia. Sairaanhoitaja opintojen aikana riittämätön kosketuspinta käytäntöön sekä mielenterveys- päihdetyön teorian koettiin vähäiseksi. Halua olisi käydä koulutuksissa, että saisi oppia kohtaamiseen ja työvälineitä. Koettiin ettei osata kohdata. Koulutusta haluttaisiin nimenomaan kohtaamiseen.

Ei niinku silla lailla et olis yleisesti kaikille mahdollista osallistua. Työn kautta tulee sellaista tuntumaa asioista. Tulis ehkä enemmän niin kun kiinnitettyä ehkä huomiota siihen semmisiin, on paljon muitakin hoitokeinoja kuin lääkitseminen.

Nimenomaan näitä mielenterveys ja päihdeihmisen kohtaamiseen...siihen me koulutusta tarvittais ilman muuta.

No en mä nyt kyllä oo ajatellu et mä haluaisin sen puolen koulutukseen.....toki sitte, jos ois mahdollisuus olla niin olis mielenkiintoista osallistua ja kuulla vähän. Ei se meidän työssä oo niin näkyvä.

Lisäksi nousi esiin, että kun saataisiin niitä työvälineitä, niin motivaatio hoitaa mielenterveyspotilaita kasvaisi. Hoitajat haluaisivat vaihtoehtoja lääkitsemiselle. Interventiota ei mainittu haastatteluissa ollenkaan, vaikka sen pitäisi olla käytössä valtakunnallisesti perusterveydenhuollossa. Interventio olisi hyvä peruslähestymistapa ja tuki, kun otetaan esiin muun muassa päihteiden käyttö tai potilaan muiden oireiden ja ongelmien kartoittamisessa.

Opiskeluaikana ei ole sitä kosketuspintaa käytäntöön. Ei mulla oo siihen mitään koulutusta, ei mitään Sairaanhoitajakoulutuksessa... ei varmasti.

Kantapään kautta ja siitä kokemuksen myötä. Vois ihan oikeesti käyttääkin niitä työvälineitä.

Ehdotuksena tuli, että järjestettäisiin sarja luentoja. Paikaksi ehdotettiin omaa paikkakuntaa; tällöin myös muut paikkakunnan toimijat ja lähiympäristön muiden terveyspalvelujen tarjoajat voisivat myös osallistua. Ei aina tarvitsisi lähteä kauemmas koulutukseen ja mukaan pääsisi useampi työyksikön edustaja. Osallistujia useammasta yksiköstä ehkä kustannuksetkin olisivat kohtuullisemmat.

Vois ehkä jonkunlaista tsemppiä tuoda, että, jos me saatais niitä koulutuksia näihin asioihin. Että siitä tulis sellasta niinkun jotain potkua ja vinkkiä ja ajatuksia.

Mielenterveysasiat on niin iso oma juttunsa...pitkällisempi juttu.Vois olla useampikin semmonen sarja luentoja. Mää ainakin menisin mielelläni.....siihen saa tästä lähiympäristöstä aika paljon porukkaa samaan.

8 POHDINTA

8.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa perusterveydenhuollon vuodeosastoilla työskentelevien sairaanhoitajien osaamista mielenterveyspotilaan kokonaisvaltaisessa kohtaamisessa ja vuorovaikutuksessa potilaan ollessa siellä hoidossa. Lisäksi tarkoituksena on kuvata mahdollisia puutteita hoidossa ja kohtaamisessa. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka perusteella hoitohenkilökunnalle voitaisiin suunnitella täydenniskoulutuksia.

Käytimme pääasiassa potilas termiä asiakkaan sijaan, koska opinnäytetyömme tehtiin sairaalamaailmassa, jossa on tapana käyttää potilas termiä.

Haastatteluun osallistuneet hoitajat olivat yhtä lukuun ottamatta suuntautuneet sisätautikirurgiseen hoitotyöhön ja työskennelleet sairaanhoitajina perusterveydenhuollossa yli kymmenen vuotta. Varsinaista koulutusta mielenterveyden hoitotyöhön ei kenelläkään ollut. Osaaminen oli työkokemuksen kautta tullutta.

Hoitajat kokivat kohtaavansa potilaat luontevasti ja ammatillisesti. Enemmistö suhtautui ja kohteli heitä tasa-arvoisesti muihin potilaisiin nähden. Kuhasen (2013) mukaan kohtaamisen on oltava potilaan kokonaisvaltaista huomiointia. Hoitaja ymmärtää, mitä potilas tarvitsee ja miten häntä voi auttaa. Potilas tulee ymmärretyksi ja kuulluksi. Hän saa positiivisen kokemuksen merkityksestään ihmisenä. Kaikki hoitajat kokivat mielenterveyspotilaiden hoidon vaativaksi tai erittäin vaativaksi. Akuuttilanteissa varsinkin yövuorot koettiin erityisen haasteelliseksi henkilökunnan vähäisyyden vuoksi. Potilaan harhaisuus ja aggressiivisuus mietitytti, ei ollut tietoa, miten heidän kanssaan toimia. Ennakkoasenteet ennestään tuntematonta mielenterveyspotilasta kohtaan aiheuttivat jännitystä kohtaamiseen ja hoitoon. Heikkinen-Peltosen (2010) mukaan yhteistyösuhteessa on keskeistä hoitajan kyky empaattiseen kohtaamiseen ja hoidollisen välimatkan säätelyyn, kuin myös erilaisten tunne-reaktioiden merkityksen ymmärtämiseen ja hoidolliseen jäsentämiseen. Vilènin

(2008) mukaan työntekijän tuntema pelko voi tehdä ilmapiiriin jännittyneeksi. Kiviniemen (2007) mukaan työntekijän epävarmuudella ja pelokkuudella voi olla potilasta pelottava vaikutus, mikä voi lisätä aggressiivista tunnelmaa.

Aikaresurssit osastotyössä olivat heidän mukaansa riittämättömät kokonaisvaltaisen hoidon toteuttamiseen. Vuodeosaston tilat eivät mahdollistaneet syvällisempää keskustelua kahden kesken, toisaalta koettiin, ettei ole tarvetta, jos potilas oli osastolla somaattisista syistä. Omaa osaamista epäiltiin, eikä hoitajilla aina ollut rohkeutta syvempään keskusteluun, piilouduttiin herkästi kiireen taakse. Hoitajat kokivat suurta epävarmuutta omasta osaamisestaan kohdatessaan potilaiden tunteita. He eivät tieneet mitä uskaltaisivat ja voivat sanoa kohdatessaan psykoottisen tai ahdistuneen potilaan. Vilénin (2008) mukaan olisi erittäin tärkeää kohdata potilas yksilönä ja antaa mahdollisuus tuoda vuorovaikutustilanteeseen oma itsensä, ei pelkkää sairautta tai ongelmaa. Ahdistunut potilas sai aikaan jossain tapauksessa myös hoitajan ahdistumisen, työryhmän tuki oli näissä tapauksissa erittäin tarpeellinen. Varsinaista purkutilaisuutta tai työnohjausta ei näissä tilanteissa ollut saatavissa.

Hoito toteutettiin pääasiassa lääkehoidolla. Lääkärin määräyksestä konsultoitii alan ammattilaisia, jotka kävivät tarvittaessa potilasta tapaamassa. Masennuskaavaketta tai muita vastaavia työvälineitä käytettiin vain lääkärin määräyksestä. Kaikilla haastateltavilla ei ollut työvälineistä mitään tietoa. Lönnqvistin (2014) mukaan mielenterveys- ja päihdehäiriöiden tunnistamiseen on olemassa erilaisia arviointimittareita. Näistä mainittakoon BDI; masennuksen kartoitus, AUDIT; alkoholin riskikäytön kartoitus ja MDQ-seula kaksisuuntaisen mielialahäiriön tunnistamisen tueksi. Osastoilla oli toisinaan ääritilanteita, joissa potilasta jouduttiin rajoittamaan sitomalla. Kiviniemen (2007) mukaan rajat tulee asettaa rakentavasti, kunnioittaen samalla potilaan itsemääräämisoikeutta. Laki määrittelee selkeästi, miten ja missä tapauksissa potilaita voidaan rajoittaa.

Henkilökunta koki potilaiden olevan väärässä hoitopaikassa perusterveydenhuollon vuodeosastolla. Yksi haastateltava oli sitä mieltä, että potilas lähetetään perusterveydenhuoltoon, kun muut eivät huoli. Hoitajien tavoite oli, että potilaat pääsisivät mahdollisimman nopeasti asiantuntevaan hoitoon, oikeaan hoitopaikkaan. Kansanterveyslain mukaan kiireellisen laitoksessa järjestettävän sairaanhoidon tarpeessa

oleva henkilö on aina otettava terveyskeskukseen hoidettavaksi, tai mikäli siellä ei voida toteuttaa tarvittavaa hoitoa tai tutkimusta, toimitettava tai ohjattava asianmukaiseen sairaalahoitoon.

Hoitajat tiedostavat psykiatrisen hoidon erityistarpeet, ja enemmistö haluaisi niitä huomioida. Tieto työkaluista kokonaisvaltaiseen hoitoon puuttui. Muun muassa Mini-interventio olisi peruslähestymistapa, jolla kartoitettaisiin potilaan ongelmia ja oireita. Sen avulla hoitajan olisi helpompi ottaa asioita puheeksi. Varhainen puuttuminen vaikuttaisi myönteisesti potilaiden terveyteen. Holmbergin (2010) mukaan interventiot on todettu tehokkaaksi keinoksi. Vain harvat hoitajat niitä tekevät, vaikka tiedostavatkin niiden tarpeen. Henkilökunta tarvitsisi koulutusta monipuolisesti. Teoriatieta eri sairauksista ja niiden oireista auttaisi ymmärtämään potilasta kokonaisvaltaisemmin. Tietoa lääkehoidon toteutuksen ja seurannan merkityksestä. Konkreettista tietoa potilaan oikeanlaisesta kohtaamisesta kaivattiin. Työvälineitä aggressiivisen potilaan kohtaamiseen ja vaaratilanteissa toimimiseen. Koulutuksista hoitohenkilökunta saisi uusia ideoita ja vinkkejä käytäntöön. Kiviniemen (2007) mukaan mikään psykiatrisen hoitotyön lähestymistapa ei yksin riitä. Koulutus lähestymistavoista antaisi hoitohenkilökunnalle ymmärrystä häiriöiden synnystä ja potilaan uudelleen suuntautumisesta kohti mielekkäämpää elämää.

Mielenterveyden huomiointi pitäisi olla päivittäinen rutiini yleensäkin potilaiden kokonaisvaltaisessa hoidossa. Sitä ei pitäisi arkailla tai pelätä etukäteen. Kaikkiin kysymyksiin ei tarvita vastausta – ei ainakaan heti. Usein pelkkä läheisyys ja kuunteleminen ovat riittävät. Kuhasen (2013) mukaan, mielenterveys ja fyysinen terveys ovat suhteessa toisiinsa, niitä ei voi erottaa. Mielenterveyden häiriöiden ehkäisyllä, tunnistamisella, toimintakyvyn arvioinnilla ja laadukkaalla hoidolla olisi jo kansanterveydellisiä ja taloudellisia vaikutuksia.

Jokainen haastatteluun osallistunut hoitaja oli motivoitunut ottamaan lisäkoulutusta psykiatristen potilaiden kokonaisvaltaiseen kohtaamiseen ja hoitoon, jos sitä olisi tarjolla. Kuhasen (2013) mukaan potilaan kokonaisvaltainen hoito ja huomiointi tarkoittavat potilaan fyysisen, sosiaalisen ja psyykkisen tilanteen huomioimista. Hietaharju (2012) toteaa jokaisen yksikön toteuttavan hoitotyön periaatteita, joka näkyy potilaan kohtaamisessa kaikilla tasoilla ja kaikessa toiminnassa. Niitä olisi syytä tarkastella riittävän usein, jotta ne ohjaisivat käytäntöä.

Koulutusta toivotaan toteutettavaksi lähipaikkakunnille paikan päällä. Koulutus voitaisiin toteuttaa luentosarjana. Lähialueella useita toimijoita, jolle koulutus voitaisiin osoittaa kustannusten säästämiseksi.

8.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Haastateltavista haluttiin tietää toimenkuva ja kauanko on kyseisessä ammatissa toiminut. Tuloksia tulkitessa emme eritelleet eri paikkakuntien vastauksia. Tutkimuksen kannalta on tärkeää, että vastaajilla on omakohtaista kokemusta tutkittavasta asiasta. Tällöin tiedonantajien valinta ei ole satunnaista, vaan harkittua ja tarkoitukseen sopivaa. (Vilkkä 2005, 114.) Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää, suunniteltaessa koulutuksia perusterveydenhuollon hoitohenkilökunnalle.

Kaikkia alkuperäisiä ilmauksia emme käyttäneet taulukossa mahdollisen tunnistettavuuden vuoksi.

Haastatteluaineiston luotettavuus riippuu aineiston laadusta. Jos tallenteiden kuuluvuus on huono, litterointi noudattaa eri sääntöjä alussa tai lopussa, luokittelu on sattumanvaraista, vain osaa haastateltavista on haastateltu, haastatteluaineistoa ei voida sanoa luotettavaksi. (Hirsjärvi ym.2011,185.)

Yleisiä kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnin kriteerejä ovat uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus, lisäksi voidaan puhua myös totuusarvosta, sovellettavuudesta, neutraalisuudesta ja kiinteydestä. (Kankkunen ym.2013,197.) Uskottavuus edellyttää sitä, että tulokset on kuvattu selkeästi, näin lukija ymmärtää, miten analyysi on tehty ja mitkä ovat tutkimuksen rajoitukset ja vahvuudet. Aineiston ja tulosten suhteen kuvaus on tärkeä luotettavuuskysymys. Siirrettävyys tarkoittaa sitä, missä määrin tulokset voisivat olla siirrettävissä johonkin muuhun tutkimusympäristöön eli kontekstiin. Siirrettävyyden varmistamiseksi edellytetään huolellista tutkimusympäristön kuvausta, osallistujien taustojen ja valinnan selvittämistä sekä aineistonkeruun ja analyysin seikkaperäistä kuvausta. Raporteissa esitetään usein suoria lainauksia haastatteluteksteistä. Pyrkimyksenä on antaa lukijalle mahdollisuus pohtia aineiston keruun polkua. Tutkijan on varmistettava

etiikan näkökulmasta, ettei tutkimukseen osallistujia ole tunnistettavissa muun muassa murteen perusteella. Voidaan todeta, että kvalitatiivisessa tutkimuksessa ja sen raportoinnissa on tiettyjen perusasioiden oltava selvillä ja niiden mukaisten tulokintojen on oltava selvästi luettavissa. (Kankkunen ym.2013, 198.)

Koska tutkittavat henkilöt ovat anonymoijia, se lisää tutkijan vapautta. Tutkijan on helpompi käsitellä arkojakin asioita, eikä tarvitse pelätä, että aiheuttaa haittaa tutkitaville. Arkojen ja ristiriitaisten asioiden käsittely helpottuu. Kun luvataan henkilöllisyyden salaaminen, se helpottaa puhumaan avoimesti, rehellisesti ja suoraan. Jos tutkimuskohteena on organisaatio, on välttämättä tuotava esiin kuvaavia piirteitä tutkittavista, näin ollen käytämme kuvauksena asemaa (Mäkinen 2006, 114.)

Jos haastattelut on laadittu niin, etteivät ne anna luotettavia vastauksia, tutkija tuhlaa omia sekä laitoksen resursseja ja käyttää vastaajien aikaa. Kohderyhmä on myös tarkkaan mietittävä, mitä kysytään, kysymysasettelu pitää luotettavuuden vuoksi miettiä tarkasti. Kysymykset tulee olla yksiselitteisiä, eivätkä ne saa olla johdattavia. Ristiriitaisia, monen kysymyksen kysymyksiä pitää välttää. Kysely pitäisi testata skeptisillä ja kriittisillä vastaajilla, näin mahdollisesti välttyttäisiin näiltä virheiltiltä. Kriittinen tarkastelu saattaa avata omia silmiä. (Mäkinen 2006, 93.)

Tutkittavan suojaan kuuluu se, että tutkija informoi osallistujille tutkimuksen tavoitteet, menetelmät ja mahdolliset riskit ymmärrettävästi. Osallistujien vapaaehtoinen suostumus kuuluu suojaan, heillä on myös oikeus kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen, tai he voivat keskeyttää mukana olonsa, milloin tahansa tutkimuksen aikana, he voivat myös kieltää jälkikäteen itseään koskevan aineiston käytön tutkimusaineistona. Tutkijan on aina varmistettava, että osallistuja tietää mistä on kysymys lupautuessaan mukaan tutkimukseen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 131.) Ajatuksena kuitenkin on, että vastaajat valikoituvat vapaaehtoisesti hoitohenkilökunnasta.

Sisäisen etiikan perusvaatimus on, ettemme väärennä tai luo tutkimusaineistoa tyhjästä. Sisäiset säännöt kuuluvat myös tähän, se miten kollegoja alaisia tai ylempiä kohdellaan (Mäkinen 2006, 34.)

Yksi tärkeimmistä eettisistä periaatteista tutkimuksessa liittyy tutkimustulosten oikeellisuuden tarkistamiseen ja niiden yleistettävyyteen ja julkistamiseen. Viimeiseen

asti tulisi koetella luotettavuutta ja ns. yrittää todistaa niiden virheellisyyttä. Tärkeää on kommunikoida kielellä, jota kaikki ymmärtävät (Mäkinen 2006, 102.)

Kukaan ei tiedä, miten paljon tieteellisessä tutkimuksessa esiintyy vilppiä ja epärehellistä toimintaa. Epärehellisyys ja huolimattomuus liittyvät osittain arviointimenetelmään, jossa joku kirjoittajalle anonyymi asiantuntija arvioi tieteellisen julkaisun toimeksiannosta. Vertaisarvioinnissa tieteelliseen aikakauslehteen tarjotut kirjoitukset arvioivat sekä toimitus, että ulkopuoliset asiantuntijat. Menetelmä ei ole aukoton, epäasiallisuudet voivat läpäistä seulan, koska asiantuntijat olettavat, että kirjoittajat toimivat rehellisesti (Mäkinen 2006, 41.)

Yksityisyyden käsitteeseen on läheisesti yhteydessä luottamuksellisuus tutkimusaineiston käsittelyssä eli siis ei levitellä ympäriinsä ihmisten henkilökohtaisia asioita. Luottamuksesta keskustelu on liitettävä osaksi prosessia, pelkkä lupaus ei riitä. Luottamuksellisuus selvitetään ja kuinka se käytännössä taataan. Luottamuksellisuus on tutkijan moraalinen velvollisuus ja se on määrätty laissakin (Mäkinen 2006, 115.)

Ammattieettisessä säännöstössä on kolme tasoa. Ylätasoa pidetään visionäärisenä ja inhimillisenä ohjeistuksena. Toinen taso koskee käyttäytymisensäätöjä ja menettelytapasääntöjä, jossa eettisyyttä käsitellään ammattilaisen tai ammattikunnan kannalta. Kolmas taso sisältää ammattilaisen toimintasäännöt, jossa neuvotaan miten toimia konkreettisissa ongelmatilanteissa (Mäkinen 2006, 167.)

8.3 Jatkotutkimusaiheet ja kehittämissuhteet

Nykysuuntauksen mukaan mielenterveyden ja päihdehoidon laitoshoitopaikkoja vähennetään. Potilaiden hoitoa painotetaan avohoitoon. Tämä tuo tullessaan paineita perusterveydenhuoltoon. Sairaanhoidajien tietotaito ja taito kohdata potilas on tällaisenaan riittämätöntä. Työnantajien tulisi panostaa alan koulutuksiin, fyysisten sairauksien koulutuksen rinnalla. Henkilökunnan kuuleminen ja koulutustarpeiden kartoittaminen olisikin toteutettava säännöllisesti.

Hietaharju (2012) toteaakin jokaisen yksikön toteuttavan hoitotyön periaatteita, joka näkyy asiakkaan kohtaamisessa kaikilla tasoilla ja kaikessa toiminnassa. Niitä olisi syytä tarkastella riittävän usein, jotta ne ohjaisivat käytäntöä.

8.4 Oman työskentelyn arviointia

Kummallakaan meistä ei ollut aikaisempaa kokemusta tieteellisestä tutkimusprojektista. Tutkimusta helpotti se, että meillä molemmilla oli oman työn kautta kokemusta ja kosketuspintaa mielenterveyden hoitotyöhön ja jonkin verran myös perusterveydenhuollon vuodeosastotyöhön.

Prosessin myötä tutkimusmenetelmät ja niihin liittyvät asiat, tulivat tutummaksi ja uskommekin, että seuraava työ sujuisi jo paremmin.

Yhteistyömme projektia tehtäessä sujui hienosti, tapamme ilmaista asioita oli hyvin samanlaista ja kirjoitustyö sujui jouhevasti. Haastetta opinnäytetyön tekemiseen toi se, että olimme molemmat kokoaikaisesti omassa työssämme; työtä kolmessa vuorossa. Siten aikataulujen sovittaminen oli ajoittain haastavaa.

Mielestämme saavutimme tavoitteemme hyvin. Ajatuksemme on, että tähän opinnäytetyöhön tutustumalla perusterveydenhuollon hoitohenkilökunta saisi jonkin verran käsitystä mielenterveyspotilaan kohtaamisesta ja se myös herättäisi työnantajat pohtimaan mahdollisia koulutuksia mielenterveys- ja päihdetyöhön.

Mielestämme sairaanhoitaja opinnoissa olisi tärkeää syventää mielenterveys- ja päihdehoitotyötä, sitä kautta turhat pelot ja ennakkoluulot mielenterveyspotilaista saattaisivat vähentyä.

LÄHTEET

- Depressio 29.9.2014.[Verkkolähde] Käypä hoito: Saatavana: <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus> [viitattu 12.3.2015]
- Dutra, L., Stathopoulou, G., Basden, SL, Leyro, TM., Powers, MB., Otto, MW. 2008. A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *The Amerikan Journal of Psychiatry*, 165,179–187. Saatavana: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Am+J?Psychiatry+165%3A2%2C+February?2008+179?Reviews+and+Overviews+ajp.psychiatryonline.org+A+Meta-Analytic+Review+of+Psykososial+Interventions++for+Substance+Use+Disorders>. <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ajp.2007.06111851>.
- Fagiolini, A., Forgione, R., Maccari, M., Cuomo, A., Morana, B., Dell'Osso, MC., Pellegrini, F., Rossi, A. 2013. Prevalence, chronicity, burden and borders of bipolar disorder. *J Affect Disord* 148: 161-169. Vaatii käyttöoikeuden.
- Fernández-Calderón, D., Fernández, F., Ruiz-Curadod, S., Verdejo-García A., Lozano, OM. 2015. Profiles of substance use disorders in patients of therapeutic communities: Link to social, medical and psychiatric characteristics. *Drug and Alcohol Dependence* 149, 31–39.Vaatii käyttöoikeuden.
- Havio, M., Inkinen, M. & Partanen, A. 2009. Päihdehoitotyö. 5-6.p. Jyväskylä: Tammi.
- Heikkinen – Peltonen, R., Innamaa, M. & Virta, M. 2010. Mieli ja terveys. 1.-3.p. Helsinki: Edita.
- Hietaharju, P., Nuutila, M. 2012. Käytännön mielenterveystyö. Helsinki: Sanoma Pro
- Hirsjärvi, S., Hurme, H., 2011. Tutkimushaastattelu- Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press Oy Yliopistokustannus, HYY yhtymä.
- Holmberg, J. 2010. Päihderiippuvuudesta elämänhallintaan. Helsinki: Edita.
- Huttunen M.O. 2008. Lääkkeet mielen hoidossa. Helsinki: Duodecim.
- Isometsä E. Depressiiviset häiriöt. Teoksessa Lönnqvist J., Henriksson M., Marttunen M., Partonen T. 2014. *Psykiatria*. Helsinki: Duodecim.

- Kiviniemi, L., Läksy, M-L., Matinlauri, T., Nevalainen, K., Ruotsalainen, K., Seppänen, U-M. & Vuokkila-Oikkonen, P. 2007. Minä mielenterveystyöntekijänä. Helsinki: Edita
- Korkeila, J. 2006. Psykiatrian opetuksen kehittämistarpeet perusterveydenhuollossa. Sosiaali – ja terveysministeriön selvityksiä 2006:32. Sosiaali – ja terveysministeriö.
- Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T., Schubert, C.2013. Mielenterveys-hoitotyö. 3.uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kuoppasalmi K., Heinälä P., Lönnqvist J. Päihdehäiriöt. Teoksessa Lönnqvist J., Henriksson M., Marttunen M., Partonen T. 2014. Psykiatria. Helsinki: Duodecim.
- Kyngäs, H., Elo, S., Pölkki, T., Kääriäinen, M. & Kanste, O. 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Hoitotiede 23 (2), 138-148.
- L 28.1.1972/66. Kansanterveyslaki. [verkkolähde] Saatavana: <http://www.finlex.fi/laki/ajantasa/1972> [viitattu 3.3.2015]
- Lepola, U., Koponen, H., Leinonen, E., Joukamaa, M., Isohanni, M. & Hakola, P. 2002. Psykiatria. Helsinki: WSOY.
- Lönnqvist, J. Henriksson, M., Marttinen M., Partonen, T., 2014. Psykiatria. Helsinki: Duodecim.
- Mäkinen, O. 2006. Tutkimuseetiikan ABC. Helsinki: Tammi.
- Niemelä Sonja& Blanco-Sequeiros Sanna: Psykiatrian merkitys korostuu sosiaali- ja terveyspalveluiden yhdistyessä. Duodecim lehti 2015 131:565-6.[Verkkojulkaisu]. Saatavana www.duodecimlehti.fi/web/guest/etusivu/artikkeli?tunnus. [Viitattu 3.5.2015]
- Noppi E., Kiiltomäki A. 2007. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Vammala: Tammi.
- Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. 2005. Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Jyväskylä: Gummerus.
- Skitsofrenia 13.9.2014.[Verkkolähde]. Duodecim Terveyskirjasto: Saatavana <http://www.terveyskirjasto/Skitsofrenia> [viitattu 20.3.2015]
- Suomen mielenterveysseura: Mielenterveyden häiriöt/ Kaksisuuntainen mielialahäiriö 2014. [Verkkolähde] Saatavana: <http://www.mielenterveysseura.fi/fi/mielenterveys/mielenterveydenhäiriöt/kaksisuuntainen-mielialah> [viitattu 11.3.2015]

- Suvisaari J., Isohanni M., Kiesepää T., Koponen H., Hietala J., Lönnqvist J. 2014. Skitsofrenia ja muut psykoosit. Teoksessa Lönnqvist J., Henriksson M., Marttunen M., Partonen T., 2014. Psykiatria. Helsinki: Duodecim.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos: Päihderiippuvuus 2014 [Verkkolähde]. Saatavana <http://www.thl.fi/web/mielenterveys/paihderiippuvuus> [viitattu 26.3.2015]
- Tiuraniemi. J. Reflektiivisyys asiantuntijan työssä. Teoksessa Niemi P. & Keskinen E. (2002). Taitavan toiminnan psykologia. Turun yliopiston psykologian laitoksen julkaisuja, Turku. s.165-195. [Viitattu 3.5.2015]. Saatavana: <http://www.tiuraniemi.fi/Ammaref.pdf>
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Tammi.
- Sosiaali- ja terveysministeriö: Julkaisu 29.8.2006. 18.Etene.Tarve terveydenhuollossa-kuka tai mikä määrittää. [Verkojulkaisu]. Saatavana:www.etene.fi/c/document_library/getfile. [Viitattu 30.4.2015.]
- Valvira 2015: Potilaan oikeudet. [Verkojulkaisu]. Saatavana:http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/potilaan_oikeudet. [Viitattu 30.4.2015.]
- Vilén, M., Leppämäki, P. & Ekström, L. 2008. Vuorovaikutuksellinen tukeminen. 3.p.Helsinki: Wsoy
- Vilkka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Tammi
- Vuorilehto, M., Larri, T., Kurki, M., Hätönen, H. 2014. Uudistuva mielenterveystyö. Helsinki: Edita Prima Oy
- Whiteford, HA., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, AJ., Ferrari, AJ., Erskine, HE, Charlson, FJ., Norman, RE., Flaxman, AD., Johns, N., Burstein, R., Murray, CJ., Vos, T. 2013. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 382:1575-1586. Vaatii käyttöoikeuden.

LIITTEET

Liite 1 BDI

Liite 2 MADRS

Liite 3 MDQ

Liite 4 AUDIT

Liite 5 Teemahaastattelun teemat

Liite 6 Tutkimuslupahakemus

Liite 7 Hoitohenkilökunnan mielenterveystyön osaaminen

Liite 8 Hoitohenkilökunnan kokemuksia mielenterveyspotilaan hoidosta

Liite 9 Mielenterveyspotilaan hoidon toteutus perusterveyshuollon vuodeosastolla

Liite 10 Koulutus, koulutustarpeet ja koulutuksen järjestäminen

Liite 1

1(2)

BDI 21 -masennuskysely

Valitse vaihtoehdoista se, joka kuvastaa oloasi tai tunnettasi parhaiten. Vastaa kaikkiin kysymyksiin. Tarkista vielä lopuksi vastauksesi.

1.

- 0 En ole surullinen.
- 1 Olen surullinen.
- 2 Olen aina alakuloinen ja surullinen.
- 3 Olen niin onneton, että en enää kestä.

2.

- 0 Tulevaisuus ei erityisesti pelota minua.
- 1 Tulevaisuus pelottaa minua.
- 2 Tulevaisuudella ei ole mitään tarjottavaa.
- 3 Tunnen että tulevaisuus on toivoton.

3.

- 0 En tunne epäonnistuneeni.
- 1 Olen epäonnistunut useammin kuin muut ihmiset.
- 2 Mennelsyyteni on sarja epäonnistumisia.
- 3 Olen täysin epäonnistunut ihmisenä.

4.

- 0 Asiat tuottavat minulle edelleen tyydytystä.
- 1 En osaa nauttia asioista kuten ennen.
- 2 En saa tyydytystä mistään.
- 3 Olen tyytymätön ja kylästänyt kaikkeen.

5.

- 0 Minulla ei ole erityisiä syyllisyydentunteita.
- 1 Minulla on usein syyllinen olo.
- 2 Tunnen jatkuvasti syyllisyyttä.
- 3 Tunnen syyllisyyttä suurimman osan ajasta.

6.

- 0 En koe, että minua rangaistaan.
- 1 Uskon, että minua saatetaan rangaista.
- 2 Odotan, että minua rangaistaan.
- 3 Tunnen, että minua rangaistaan.

7.

- 0 En ole pettynyt itseäni.
- 1 Olen pettynyt itseäni.
- 2 Inhoan itseäni.
- 3 Vihaan itseäni.

8.

- 0 Olen yhtä hyvä kuin kuka tahansa.
- 1 Arvostelen heikkouksiani ja virheitäni.
- 2 Moitin itseäni virheistä.
- 3 Moitin itseäni kaikesta, mikä menee pieleen.

9.

- 0 En ole ajatellut tappaa itseäni.
- 1 Olen ajatellut itseni tappamista, mutta en tee sitä.
- 2 Haluaisin tappaa itseni.
- 3 Tappaisin itseni, jos siihen olisi mahdollisuus.

10.

- 0 En itke tavallista enempää.
- 1 En pysty itkemään, vaikka haluaisin.
- 2 Itken nykyisin enemmän kuin ennen.
- 3 Itken nykyisin aina.

11.

- 0 En ole sen ärtyneempi kuin tavallisesti.
- 1 Ärsynnyn nykyään helpommin kuin ennen.
- 2 Tunnen itseni ärtyneeksi koko ajan.
- 3 Aiemmin raivostuttaneet asiat eivät liikuta minua.

12.

- 0 Olen kiinnostunut muista ihmisistä.
- 1 Muut ihmiset kiinnostavat minua enää vähän.
- 2 En ole kiinnostunut muista juuri lainkaan.
- 3 Muut ihmiset eivät kiinnosta minua.

2(2)

13.

- 0 Pystyn tekemään päätöksiä kuten ennen.
 1 Lykkään usein päätöksien tekemistä.
 2 Minun on vaikea tehdä päätöksiä.
 3 En pysty tekemään päätöksiä.

14.

- 0 Mielestäni ulkonäköni ei ole muuttunut.
 1 Näytän vanhalta ja vähemmän viehättävältä.
 2 Ulkonäköni on muuttunut epämiellyttäväksi.
 3 Uskon olevani ruma.

15.

- 0 Työkykyäni on suunnilleen ennallaan.
 1 Työn aloittaminen tuntuu vaikealta.
 2 Minun on pakotettava itseni työhön.
 3 En pysty tekemään työtä.

16.

- 0 Nukun yhtä hyvin kuin ennen.
 1 En nuku yhtä hyvin kuin ennen.
 2 Herään nykyisin 1-2 tuntia liian aikaisin enkä saa unta.
 3 Herään useita tunteja liian aikaisin enkä saa unta.

17.

- 0 En väsy sen nopeammin kuin ennen.
 1 Väsyn nopeammin kuin aikaisemmin.
 2 Väsyn lähes tyhjästä.
 3 Olen liian väsynyt tehdäkseen mitään.

18.

- 0 Ruokahaluni on ennallaan.
 1 Ruokahaluni ei ole niin hyvä kuin ennen.
 2 Minulla ei ole enää lainkaan ruokahalua.
 3 Ruokahaluni on paljon huonompi kuin ennen.

19.

- 0 Painoni on pysynyt suunnilleen ennallaan.
 1 Olen laihtunut yli 3 kiloa.
 2 Olen laihtunut yli 5 kiloa.
 3 Olen laihtunut yli 8 kiloa.

20.

- 0 En ole juuri huolissani terveydestäni.
 1 En pysty ajattelemaan kuin ruumiillisia vaivojani.
 2 Olen huolissani vaivoistani, säryistä jne.
 3 Olen huolissani terveydestäni lähes koko ajan.

21.

- 0 Kiinnostukseni seksiin on pysynyt ennallaan.
 1 Kiinnostukseni seksiin on vähentynyt.
 2 Kiinnostukseni seksiin on vähäistä.
 3 En ole lainkaan kiinnostunut seksistä.

Pisteet yhteensä _____

Testin tulkinnessa voi käyttää seuraavia, suuntaa antavia pisterajoja:

- alle 10 pistettä = ei masennusoireita
 10 - 16 pistettä = lieviä masennusoireita
 17 - 29 pistettä = kohtalaisia masennusoireita
 30 - 63 pistettä = vakavia masennusoireita

Lähde: Aalto ym. Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen.
 Opas ennaltaehkäisevän työn ammattilaisille. THL 2010.

Liite 2

MADRS Montgomery – Åsberg: Depression Rating Scale																													
NIMI	SYNT.AIKA	PÄIVÄYS																											
<p>1. ALENTUNUT MIELIALA (huomioitu)</p> <p>Tarkoittaa emotionaalisen perusvireen alentumista (erotukseksi tilanteesta johtuvista tunnetiloista). Käsittää synkkyyden, raskasmielisyyden ja alakuloisuuden, mitkä käyvät ilmi ilmeistä, asennoista ja liikehinnästä.</p> <p>Arviointi perustuu siihen kuinka ilmeinen alakuloisuus ym. on sekä siihen kuinka helposti potilas on johdateltavissa muihin asioihin.</p> <p>Kohonnut mieliala luokitellaan nolaksi.</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">0</td><td>Neutraali mieliala.</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">1</td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2</td><td>Näyttää koko ajan alakuloiselta, mutta voi tilapäisesti tulla valoisammalle tuulelle.</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">3</td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">4</td><td>Näyttää alakuloiselta ja onnettomalta puheenaiheesta riippumatta.</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">5</td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">6</td><td>Ilmaisee läpikotaista, äärimmäistä synkkyyttä, raskasmielisyyttä tai epätoivoista onnettomuuden tunnetta.</td></tr> </table> <p style="text-align: right;">pisteet 0 – 6 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p>	0	Neutraali mieliala.	1		2	Näyttää koko ajan alakuloiselta, mutta voi tilapäisesti tulla valoisammalle tuulelle.	3		4	Näyttää alakuloiselta ja onnettomalta puheenaiheesta riippumatta.	5		6	Ilmaisee läpikotaista, äärimmäistä synkkyyttä, raskasmielisyyttä tai epätoivoista onnettomuuden tunnetta.	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">0</td><td>Enimmäkseen rauhallinen.</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">1</td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2</td><td>Tilapäisiä epämiellyttävän psyykkisen jännityksen tunteita.</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">3</td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">4</td><td>Jatkuva sisäisen levottomuuden tunne, joka toisinaan kehittyy paniikiksi, joka vain vaivoin on hillittävässä.</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">5</td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">6</td><td>Pitkäaikaisia paniikinomaisia ahdistuskohtauksia. Vallitseva kauhun tunne tai ahdistava kuolemanpelko, jota (potilas) ei yksin pysty hallitsemaan.</td></tr> </table> <p style="text-align: right;">pisteet 0 – 6 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p>	0	Enimmäkseen rauhallinen.	1		2	Tilapäisiä epämiellyttävän psyykkisen jännityksen tunteita.	3		4	Jatkuva sisäisen levottomuuden tunne, joka toisinaan kehittyy paniikiksi, joka vain vaivoin on hillittävässä.	5		6	Pitkäaikaisia paniikinomaisia ahdistuskohtauksia. Vallitseva kauhun tunne tai ahdistava kuolemanpelko, jota (potilas) ei yksin pysty hallitsemaan.
0	Neutraali mieliala.																												
1																													
2	Näyttää koko ajan alakuloiselta, mutta voi tilapäisesti tulla valoisammalle tuulelle.																												
3																													
4	Näyttää alakuloiselta ja onnettomalta puheenaiheesta riippumatta.																												
5																													
6	Ilmaisee läpikotaista, äärimmäistä synkkyyttä, raskasmielisyyttä tai epätoivoista onnettomuuden tunnetta.																												
0	Enimmäkseen rauhallinen.																												
1																													
2	Tilapäisiä epämiellyttävän psyykkisen jännityksen tunteita.																												
3																													
4	Jatkuva sisäisen levottomuuden tunne, joka toisinaan kehittyy paniikiksi, joka vain vaivoin on hillittävässä.																												
5																													
6	Pitkäaikaisia paniikinomaisia ahdistuskohtauksia. Vallitseva kauhun tunne tai ahdistava kuolemanpelko, jota (potilas) ei yksin pysty hallitsemaan.																												
<p>2. ALAKULOISUUS</p> <p>Tarkoittaa masennuksen tunnetta huolimatta siitä näkykö se päällepäin vai ei. Käsittää murheellisuuden, onnettomuuden, raskasmielisyyden, toivottomuuden ja avuttomuuden tunteet.</p> <p>Arviointi perustuu tunteen voimakkuuteen ja kestoon sekä siihen kuinka paljon ulkoiset tekijät vaikuttavat mielentilaan.</p> <p>Kohonnut mieliala luokitellaan nolaksi.</p> <p style="text-align: center;">Neutraali mielentila. Voi tuntea sekä tilapäistä hilpeyttä että apeutta olosuhteiden mukaan, ilman painoa kumpaankaan suuntaan.</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">0</td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">1</td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2</td><td>Enimmäkseen alakuloinen, mutta valoisampiakin hetkiä on välillä.</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">3</td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">4</td><td>Jatkuvasti alakuloinen ja synkkämielinen. Ulkoiset olosuhteet vaikuttavat hyvin vähän mielentilaan.</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">5</td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">6</td><td>Jatkuva, erittäin syvä masennus.</td></tr> </table> <p style="text-align: right;">pisteet 0 – 6 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p>	0		1		2	Enimmäkseen alakuloinen, mutta valoisampiakin hetkiä on välillä.	3		4	Jatkuvasti alakuloinen ja synkkämielinen. Ulkoiset olosuhteet vaikuttavat hyvin vähän mielentilaan.	5		6	Jatkuva, erittäin syvä masennus.	<p>4. VÄHENTYNYT YÖUNI</p> <p>Tarkoittaa lyhentynyttä tai liiaksi keventynyttä unta tavallisiin nukkumatapoihin verrattuna. Lisääntynyt uni luokitellaan nolaksi.</p> <p>Arviointi perustuu siihen kuinka ilmeinen alakuloisuus ym. on sekä siihen kuinka helposti potilas on johdateltavissa muihin asioihin.</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">0</td><td>Nukkuu tavalliseen tapaan.</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">1</td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2</td><td>Kohtuullisia vaikeuksia päästä uneen, tai lyhyempi, pinnallisempi tai rauhattomampi uni kuin tavallisesti.</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">3</td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">4</td><td>Lyhentynyt nukkuma-aika (vähintään kaksi tuntia vähemmän kuin tavallisesti). Herää usein yön aikana myös ilman ulkoisia häiriöitä.</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">5</td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">6</td><td>Nukkuu öisin vähemmän kuin kaksi – kolme tuntia kaikkiaan.</td></tr> </table> <p style="text-align: right;">pisteet 0 – 6 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p>	0	Nukkuu tavalliseen tapaan.	1		2	Kohtuullisia vaikeuksia päästä uneen, tai lyhyempi, pinnallisempi tai rauhattomampi uni kuin tavallisesti.	3		4	Lyhentynyt nukkuma-aika (vähintään kaksi tuntia vähemmän kuin tavallisesti). Herää usein yön aikana myös ilman ulkoisia häiriöitä.	5		6	Nukkuu öisin vähemmän kuin kaksi – kolme tuntia kaikkiaan.
0																													
1																													
2	Enimmäkseen alakuloinen, mutta valoisampiakin hetkiä on välillä.																												
3																													
4	Jatkuvasti alakuloinen ja synkkämielinen. Ulkoiset olosuhteet vaikuttavat hyvin vähän mielentilaan.																												
5																													
6	Jatkuva, erittäin syvä masennus.																												
0	Nukkuu tavalliseen tapaan.																												
1																													
2	Kohtuullisia vaikeuksia päästä uneen, tai lyhyempi, pinnallisempi tai rauhattomampi uni kuin tavallisesti.																												
3																													
4	Lyhentynyt nukkuma-aika (vähintään kaksi tuntia vähemmän kuin tavallisesti). Herää usein yön aikana myös ilman ulkoisia häiriöitä.																												
5																													
6	Nukkuu öisin vähemmän kuin kaksi – kolme tuntia kaikkiaan.																												
<p>3. AHDISTUKSEN TUNTEET</p> <p>Tarkoittaa epämääräistä, psyykkisen pahanolon tunnetta, epämiellyttävää sisäistä jännitystä, ahdistusta, kauhua tai sisäistä levottomuutta, joka voi kehittyä paniikiksi.</p> <p>Arviointi perustuu tunteen voimakkuuteen ja kestoon sekä avun tarpeen suuruuteen.</p> <p>Pidettävä erillään alakuloisuudesta sekä huolestuneisuudesta.</p>	<p>5. VÄHENTYNYT RUOKAHALU</p> <p>Tarkoittaa sitä, että ruokahalu tuntuu huonommalta kuin tavallisesti.</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">0</td><td>Normaali tai lisääntynyt ruokahalu.</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">1</td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2</td><td>Huono ruokahalu.</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">3</td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">4</td><td>Ruokahalu puuttuu melkein kokonaan, ruoka ei maistu: täytyy pakottaa itsensä syömään.</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">5</td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">6</td><td>Ei syö mitään, jollei joku maanittele. Kieltäytyy kokonaan syömästä.</td></tr> </table> <p style="text-align: right;">pisteet 0 – 6 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p>	0	Normaali tai lisääntynyt ruokahalu.	1		2	Huono ruokahalu.	3		4	Ruokahalu puuttuu melkein kokonaan, ruoka ei maistu: täytyy pakottaa itsensä syömään.	5		6	Ei syö mitään, jollei joku maanittele. Kieltäytyy kokonaan syömästä.														
0	Normaali tai lisääntynyt ruokahalu.																												
1																													
2	Huono ruokahalu.																												
3																													
4	Ruokahalu puuttuu melkein kokonaan, ruoka ei maistu: täytyy pakottaa itsensä syömään.																												
5																													
6	Ei syö mitään, jollei joku maanittele. Kieltäytyy kokonaan syömästä.																												

MADRS
Montgomery – Åsberg: Depression Rating Scale

6. KESKITTYMISVAIKEUDET

Tarkoittaa vaikeuksia koota ajatuksensa ja keskittyä. Arviointi perustuu voimakkuuteen, taajuuteen sekä siihen missä määrin eri toiminnot vaikeutuvat.

Pidettävä erillään muistihäiriöistä ja häiriöistä ajatuksen juoksussa.

- | | |
|---|--|
| 0 | Ei keskittymisvaikeuksia. |
| 1 | |
| 2 | Tilapäisiä vaikeuksia pitää ajatukset koossa esim. lukiessa tai televisiota katsellessa. |
| 3 | |
| 4 | Selviä keskittymisvaikeuksia, jotka vaikeuttavat lukemista tai keskustelua. |
| 5 | |
| 6 | Jatkuvia invalidisoivia keskittymisvaikeuksia. |

pisteet 0 – 6

7. ALOITEKYVYTTÖMYYS

Tarkoittaa omakohtaista tunnetta aloitekyvyttömyydestä sekä siitä, että on voitettava vastus ennen kuin voi ryhtyä toimiin.

Pidettävä erillään päättämättömyydestä ja väsymisestä.

- | | |
|---|--|
| 0 | Ei minkäänlaisia vaikeuksia käydä uusiin toimiin käsiksi. |
| 1 | |
| 2 | Lieviä alkuvaikeuksia. |
| 3 | |
| 4 | Vaikea ryhtyä yksinkertaisiinkin rutiinitehtäviin, nämä vaativat suuria ponnistuksia. |
| 5 | |
| 6 | Kyvyn ryhtymään yksinkertaisimpiinkin puuhiin. Ei pysty aloittamaan mitään toimintaa omin neuvoin. |

pisteet 0 – 6

8. VÄHENTYNYT KYKY KOKEA TUNNE-ELÄMYKSIÄ

Tarkoittaa vähentynyttä kiinnostusta ulkomaailmaa tai tavallisesti huvia ja iloa tuottavia toimintoja kohtaan. Subjekttiivinen kyvyttömyys tunnereaktioihin lähiympäristön ihmisiä ja tapahtumia kohtaan.

- | | |
|---|---|
| 0 | Normaalisti kiinnostunut ulkomaailmasta ja toisista ihmisistä. |
| 1 | |
| 2 | Vaikea tuntee huvia siitä mikä tavallisesti kiinnostaa. Vähentynyt kyky suuttua tai ärsyntyä. |
| 3 | |
| 4 | Mielenkiinto ulkomaailmaa kohtaan puuttuu. Ystävät ja tuttavat tuntuvat samantekeviltiltä. |
| 5 | |

- | | |
|---|---|
| 6 | Täysin kyvytön tuntemaan adekvaattia surua tai vihaa. Täydellinen tai tuskallinen välinpitämättömyyden tunne ja kyvyttömyys tuntea mitään edes läheisimpiä ihmisiä kohtaan. |
|---|---|

pisteet 0 – 6

9. DEPRESSIIVINEN AJATUSTEN SISÄLTÖ

Tarkoittaa kaikenlaisia itesyytöksiä, kuvitelmia synnistä ja syyllisyydestä, alemmuudesta ja taloudellisesta perikadosta.

- | | |
|---|--|
| 0 | Ei pessimistisiä ajatuksia. |
| 1 | |
| 2 | Lyhytaikaisia itesyytöksiä ja alemmuudentunteita silloin tällöin. |
| 3 | |
| 4 | Jatkuvia itesyytöksiä. Selkeitä, mutta ei kohtuuttomia mielteitä synnistä tai syyllisyydestä. Selvästi ilmaistu pessimistinen näkemys tulevaisuudesta. |
| 5 | |
| 6 | Absurdeja kuvitelmia taloudellisesta perikadosta ja anteeksiantamattomista synneistä. Absurdeja itesyytöksiä. |

pisteet 0 – 6

10. ELÄMÄÄN KYLLÄSTYNEISYYS JA ITSEMURHA-AJATUKSIA

Tarkoittaa elämään kyllästymistä, kuolemantoiivomuksia, itsemurha-ajatuksia sekä itsemurhavalmisteluja. Mahdolliset itsemurhayritykset eivät sinänsä vaikuta luokitukseen.

- | | |
|---|---|
| 0 | Tavanomainen elämänhalu. Ei itsemurha-ajatuksia. |
| 1 | |
| 2 | Elämään kyllästynyt, mutta ei ollenkaan tai vain epämääräisiä toiveita kuolla. |
| 3 | |
| 4 | Itsemurha-ajatuksia esiintyy, ja itsemurha on ajateltavissa oleva ratkaisu, mutta ilman selkeitä itsemurha-aikeita. |
| 5 | |
| 6 | Selvästi ilmaistuja aikeita tehdä itsemurha tilaisuuden tullen. Aktiivisia itsemurhavalmisteluja. |

pisteet 0 – 6

MUISTIINPANOJA

Liite 3

Potilaan nimi _____ Henkilötunnus _____

Päivämäärä ____ / ____ / 20 _____ Toimipiste _____

Mielialahäiriökysely MDQ

1. Onko Teillä koskaan ollut sellaista ajanjaksoa jolloin ette oikein ollut oma itsenne ja ...

a) tunsitte olonne niin hyväksi tai niin kiihtyneeksi, että muidenkaan mielestä ette ollut oma itsenne, tai olitte niin kiihtynyt, että jouduitte vaikeuksiin?.....

b) olitte niin ärtynyt, että huusitte ihmisille, tai aloititte väittelyjä tai riitoja?.....

c) itseluottamuksenne oli paljon tavallista parempi?.....

d) nukuitte paljon tavallista vähemmän, ettekä tuntenut tarvitsevanne enempää unta?.....

e) olitte paljon puheliaampi tai puhuitte tavallista nopeammin?.....

f) ajatukset kiisivät mielessänne, tai ette saanut kiihtynyttä ajatustoimintaanne rauhoittumaan?.....

g) ulkoiset tapahtumat veivät huomiotanne niin paljon, ettette kyennyt keskittymään tai pysymään kärryllä?.....

h) olitte paljon tavallista energisempi?.....

i) olitte paljon aktiivisempi tai teitte useampia asioita kuin tavallisesti?

j) olitte paljon tavallista sosiaalisempi tai ulospäinsuuntautuneempi, esimerkiksi soittelitte ystäville keskellä yötä?.....

k) olitte paljon tavallista kiinnostuneempi seksistä?.....

l) teitte asioita joita yleensä ette tee tai joita muut ihmiset saattoivat pitää liioiteltuina, hölmöinä tai vaarallisina?.....

m) rahan tuhlaaminen aiheutti Teille tai läheisillenne vaikeuksia?.....

2. Mikäli vastasitte KYLLÄ useampaan kuin yhteen kohtaan ylläolevista, tapahtuiko useampi näistä asioista saman ajanjakson aikana? *Olkaa hyvä ja vastatkaa joko kyllä tai ei.*

3. Kuinka paljon ongelmia ylläolevat asiat aiheuttivat Teille – esimerkiksi ongelmia liittyen perheeseen, rahaan tai virkavaltaan, työkyvyttömyyttä, tai sanaharkkoja ja riitoja? *Olkaa hyvä ja rengastakaa vain yksi vaihtoehto.*

Kyllä	Ei
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 Ei ongelmia 2 Vähäisiä 3 Kohtalaisia 4 Vakavia	

MDQ-seulan tulkintaohje

MDQ-seula on positiivinen, jos:

- kohdassa 1 kyllä-vastauksia on vähintään 7 ja
- kohtaan 2 on vastattu kyllä ja
- kohtaan 3 on vastattu 3 tai 4
(hypomaniassa ongelmat voivat olla lievempiä eli 2)

MDQ-seulan ollessa positiivinen on kaksisuuntaisen mielialahäiriön todennäköisyys psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa seulotuilla ollut noin 40 %. Tällöin on aiheellista varmentaa diagnoosi tarkemman diagnostisen haastattelun avulla.

Lähde: Hirschfeld RM, Williams JB, Spitzer RL ym.

Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: the Mood Disorder Questionnaire.

Am J Psychiatry 2000;157:1873-5

Reprinted with permission from the American Journal of Psychiatry (© 2000). American Psychiatric Association.

Lupa käyttöön saatu 8.9.2008



Alkoholinkäytön riskit (AUDIT)

Käytätkö alkoholia kohtuullisesti, sopivasti vai liikaa? Onko alkoholinkäytöstä sinulle enemmän iloa vai haittaa? Oletko joskus halunnut vähentää juomistasi tai lopettaa sen kokonaan? Voit itse testata ja arvioida omaa juomistasi. Ole hyvä ja rastita lähinnä oikeaa oleva vastaus (suluissa vastauksen pistemäärä).

1. Kuinka usein juot olutta, viiniä tai muita alkoholijuomia? Koeta ottaa mukaan myös ne kerrat, jolloin nautit vain pieniä määriä, esim. pullon keskiolutta tai tilkan viiniä.

- ei koskaan (0)
- noin kerran kuussa tai harvemmin (1)
- 2-4 kertaa kuussa (2)
- 2-3 kertaa viikossa (3)
- 4 kertaa viikossa tai useammin (4)

2. Kuinka monta annosta alkoholia yleensä olet ottanut niinä päivinä, jolloin käytit alkoholia?

- 1-2 annosta (0)
- 3-4 annosta (1)
- 5-6 annosta (2)
- 7-9 annosta (3)
- 10 tai enemmän (4)

3. Kuinka usein olet juonut kerralla kuusi tai useampia annoksia?

- en koskaan (0)
- harvemmin kuin kerran kuussa (1)
- kerran kuussa (2)
- kerran viikossa (3)
- päivittäin tai lähes päivittäin (4)

4. Kuinka usein viime vuoden aikana sinulle kävi niin, että et pystynyt lopettamaan alkoholinkäyttöä, kun aloit ottaa?

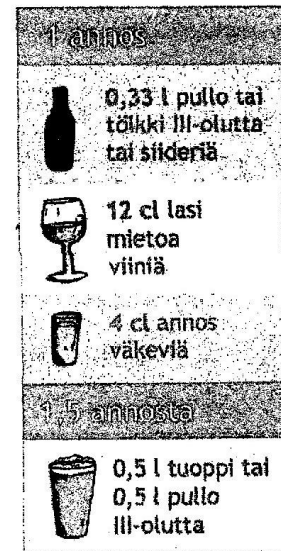
- ei koskaan (0)
- harvemmin kuin kerran kuussa (1)
- kerran kuussa (2)
- kerran viikossa (3)
- päivittäin tai lähes päivittäin (4)

5. Kuinka usein viime vuoden aikana et ole juomisesi vuoksi saanut tehtyä jotain, mikä tavallisesti kuuluu tehtäviksi?

- en koskaan (0)
- harvemmin kuin kerran kuussa (1)
- kerran kuussa (2)
- kerran viikossa (3)
- päivittäin tai lähes päivittäin (4)

6. Kuinka usein viime vuoden aikana runsaan juomisen jälkeen tarvitsit aamulla olutta tai muuta alkoholia päästäksesi paremmin liikkeelle?

- en koskaan (0)
- harvemmin kuin kerran kuussa (1)
- kerran kuussa (2)
- kerran viikossa (3)
- päivittäin tai lähes päivittäin (4)





7. Kuinka usein viime vuoden aikana tunsit syyllisyyttä tai katumusta juomisen jälkeen?

- en koskaan (0)
- harvemmin kuin kerran kuussa (1)
- kerran kuussa (2)
- kerran viikossa (3)
- päivittäin tai lähes päivittäin (4)

8. Kuinka usein viime vuoden aikana sinulle kävi niin, että et juomisen vuoksi pystynyt muistamaan edellisen illan tapahtumia?

- en koskaan (0)
- harvemmin kuin kerran kuussa (1)
- kerran kuussa (2)
- kerran viikossa (3)
- päivittäin tai lähes päivittäin (4)

9. Oletko itse tai onko joku muu satuttanut tai loukannut itseään sinun alkoholinkäyttösi seurauksena?

- ei (0)
- on, mutta ei viimeisen vuoden aikana (2)
- kyllä, viimeisen vuoden aikana (4)

10. Onko joku lähiesi tai ystäväsi, lääkäri tai joku muu ollut huolissaan alkoholinkäytöstäsi tai ehdottanut että vähentäisit juomista?

- ei koskaan (0)
- on, mutta ei viimeisen vuoden aikana (2)
- kyllä, viimeisen vuoden aikana (4)

Liite 5

Teemahaastattelun teemat

1. Haastateltavan taustatiedot
2. Mielenterveyspotilaan kohtaaminen asiakkaana perusterveydenhuollossa
3. Kyky tunnistaa potilaan tunteita
4. Kohtaamisen haasteet
5. Hoitajan pelon tunteet
6. Mielihyvän tunne kohtaamisessa
7. Hoitajan voimavarat
8. Potilaan voimavarat
9. Perusterveydenhuollon hoitohenkilökunnan koulutus ja koulutustarpeet

Liite 6

_____ Johtava hoitaja

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Seinäjoen Ammattikorkeakoulun Ähtärin aikuiskoulutusryhmästä. Teemme opinnäytetyötä aiheesta: Mielenveys osana kokonaisvaltaista hoitotyötä – Perusterveydenhuollon hoitohenkilökunnan osaaminen mielenveyden huomioidussa. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa sisältöä hoitohenkilökunnan koulutukseen.

Pyydämme lupaa saada haastatella kahta ----- terveyskeskuksen sairaalaosastolla työskentelevää sairaanhoitajaa.

Haastattelussa ja aineiston käsittelyssä noudatamme tutkimustyön eettisiä periaatteita ja aineiston käsittely tapahtuu täysin luottamuksellisesti. Haastateltavien nimiä tai toimipaikkaa emme raportissamme mainitse.

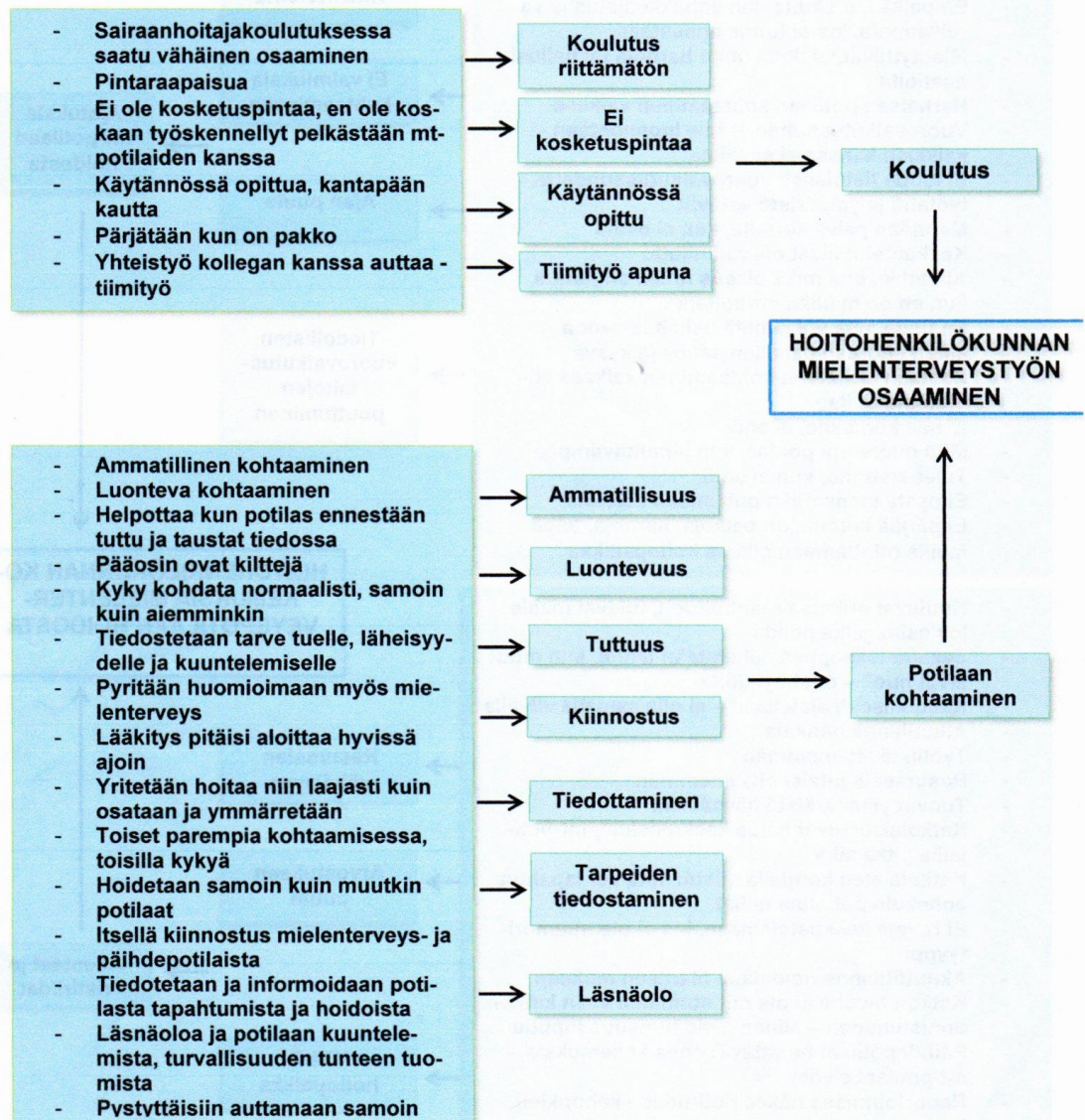
Olemme olleet alustavasti yhteydessä osastonhoitaja _____ asian merkeissä.

Alavudella 27.10.15

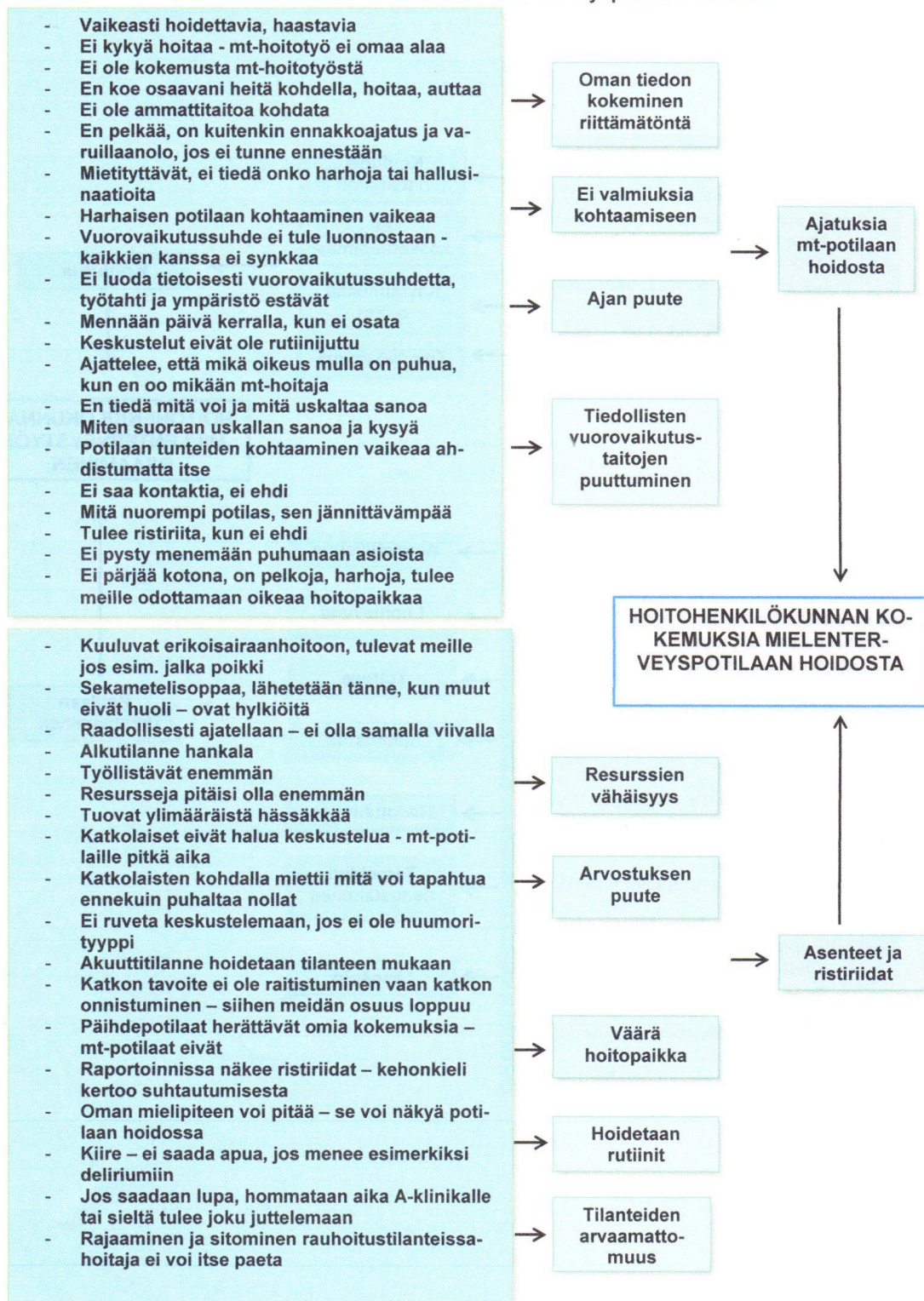
Kunnioitavasti

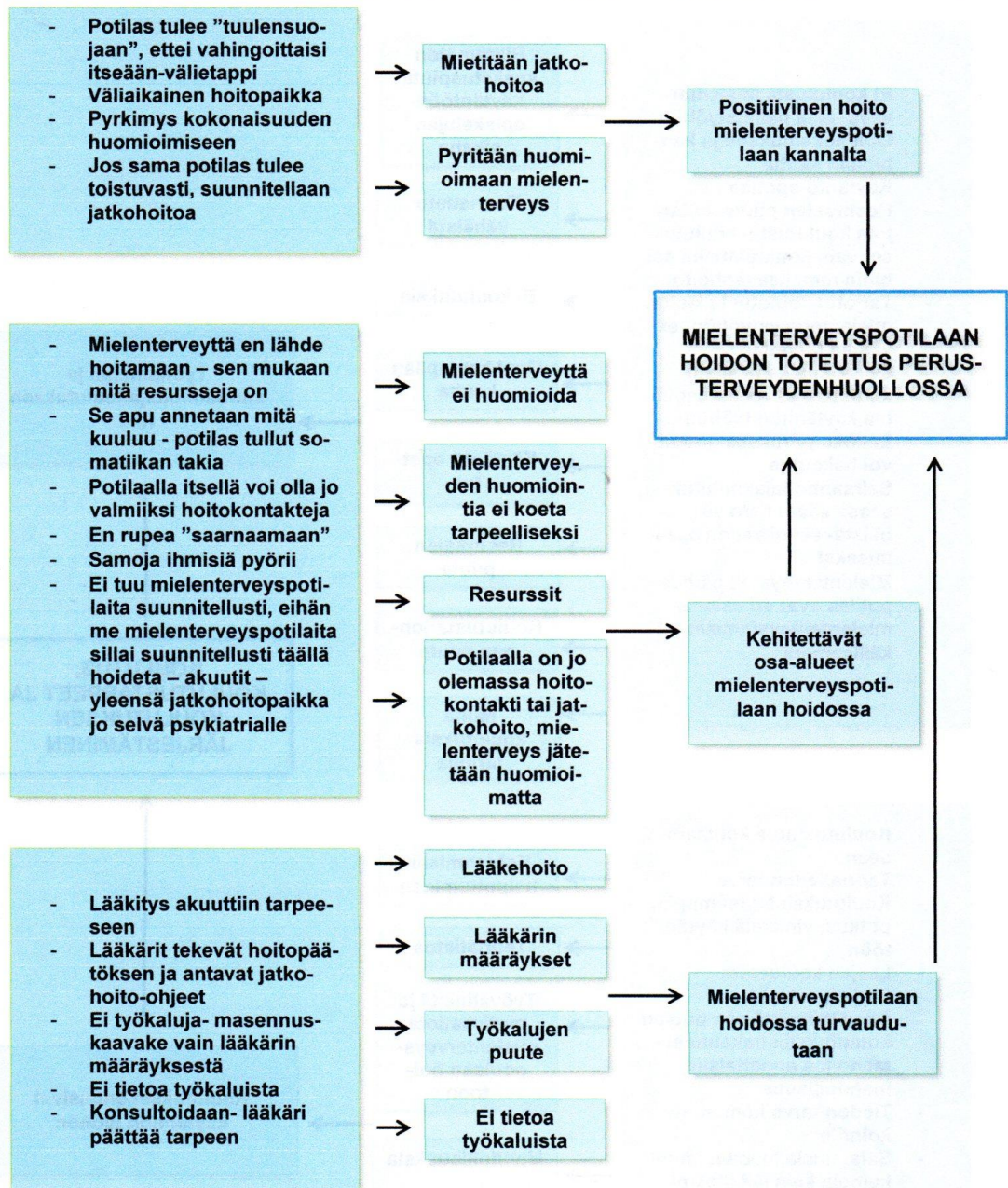
Taru Kara

Merja Palomäki

LIITE 7. Hoitohenkilökunnan mielenterveystyön osaaminen


LIITE 8. Hoitohenkilökunnan kokemuksia mielenterveyspotilaan hoidosta



LIITE 9. Mielenterveyspotilaan hoidon toteutus perusterveydenhuollossa


LIITE 10. Henkilökunnan koulutus, koulutustarpeet ja koulutuksen järjestäminen

