



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Psykoosipotilaan ohjaus hoitotyössä - kirjallisuuskatsaus

Leppäkoski, Heidi

2016 Laurea



LAUREA Laurea-ammattikorkeakoulu
AMMATTIKORKEAKOULU Laurea Tikkurila
Yhdessä enemmän

Psykoosipotilaan ohjaus hoitotyössä - kirjallisuuskatsaus

Heidi Leppäkoski
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Joulukuu, 2016

Heidi Leppäkoski

Psykoosipotilaan ohjaus hoitotyössä - kirjallisuuskatsaus

Vuosi 2016 Sivumäärä 45

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää millaisia kokemuksia hoitotyöntekijöillä on psykoosipotilaiden ohjaamisesta. Opinnäytetyön tavoitteena oli parantaa ja vahvistaa potilasohjausta sekä selvittää psykoosipotilaan ohjauksen erityispiirteitä. Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä HUS/HYKS Peijaksen sairaalan ja Laurea-ammattikorkeakoulun kanssa, osana Peijaksen sairaalan kliinistä hanketta Potilasohjaus projekti 2015-2016.

Psykiatristen potilaiden hoito on painottumassa avohoitoon. Potilasohjaus toimii keinona tukea psykiatrisia potilaita hoitoonsa ja itsenäiseen elämään. Keskeistä potilasohjauksessa on toiminnan tavoitteellisuus ja toimiva vuorovaikutus. Onnistuneessa potilasohjauksessa potilas nähdään oman elämänsä asiantuntijana. Psykoosilla tarkoitetaan tilaa, jossa yksilö kokee ja havaitsee todellisuutta muista ihmisistä poikkeavalla tavalla. Psykoottisia oireita ovat muun muassa aistiharhat, harhaluulot, käyttäytymisen ja tunne-elämän häiriöt sekä kognitiiviset puutokset.

Opinnäytetyössä käytettiin tutkimusmenetelmänä kirjallisuuskatsausta. Aineistoksi valikoitui seitsemän tutkimusta, jotka analysoitiin sisällönanalyysia mukaillen. Tuloksista nousi esille viisi keskeistä teemaa, jotka olivat psykoosioireiden vaikutus ohjaukseen, ohjaus psykoosisairaudesta, vuorovaikutus ohjauksessa, luottamuksellinen ohjaussuhde ja psykoosipotilaan sähköiset ohjausmenetelmät. Tulosten perusteella voidaan päätellä, että potilaan psykoosioireet, kuten kognitiivisen toimintakyvyn ongelmat ja harha-aistimukset vaikuttavat psykoosipotilaan ohjaukseen. Tärkeä ohjausta edistävä tekijä on luottamuksellinen vuorovaikutussuhde psykoosipotilaan ja hoitajan välillä. Tuloksissa ilmeni, että sähköisiä menetelmiä ollaan kehittämässä psykoosipotilaiden ohjauksen tueksi. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää psykoosipotilaan ohjauksen suunnittelussa ja toteutuksessa.

Asiasanat: psykoosi, potilasohjaus, hoitotyöntekijä

Heidi Leppäkoski

Counselling of a psychosis patient in nursing - literature review

Year	2016	Pages	45
------	------	-------	----

The purpose of this thesis was to describe counselling of a psychosis patient from the nurses' point of view. The aim of this thesis was to improve and validate patient education and describe special features of counselling a psychosis patient. This thesis was a part of clinical patient education project in HUS/HYKS Peijas hospital.

The treatment of psychiatric patients is focusing more in outpatient care. Patient education is a way to support psychiatric patients' commitment to treatment and their ability of independent living. Goal setting and active interaction are central themes of patient education. Patients should be seen as experts of their own lives. Psychosis means a condition where person experiences and observes the surrounding world in a different way than other people. Symptoms of psychosis are hallucinations, delusions, unusual behaviour and changes in cognitive functions.

The research method used in this thesis was literature review. As a result of data searches were seven articles selected to be analysed. The data was analysed using content analysis method. As a result came up five main themes: the impact of psychotic symptoms in patient education, education about psychotic disorder, interaction in patient education, confidential relationship in patient education and information technology based patient education. Based on the results can be drawn a conclusion that psychotic symptoms do effect on patient education. The main contributing factor of patient education is a confidential relationship between psychosis patient and nurse. Information technology based patient education methods are being developed to support patient education. The results of this thesis can be used in planning and executing patient education of psychosis patients in nursing.

Keywords: psychosis, patient education, nursing

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Psykiatrinen hoitotyö.....	7
2.1	Mielenterveyden määritelmä	7
2.2	Mielenterveyshoitotyö.....	7
2.3	Psykiatrinen potilas	8
2.4	Psykoosi ja psykoottiset häiriöt.....	9
3	Potilasohjaus.....	10
3.1	Potilasohjauksen taustatekijät	11
3.2	Hoitajan ja potilaan välinen ohjaussuhde	11
3.3	Hoitajan ja psykoosipotilaan vuorovaikutussuhde.....	12
4	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	13
5	Opinnäytetyön toteutus.....	14
5.1	Kirjallisuuskatsauksen eteneminen	14
5.2	Tiedonhaku	15
5.3	Aineiston analyysi	19
6	Tulokset.....	21
6.1	Psykoosioireiden vaikutus ohjaukseen	23
6.2	Ohjaus psykoosisairaudesta	23
6.3	Vuorovaikutus ohjauksessa	23
6.4	Luottamuksellinen ohjaussuhde	24
6.5	Psykoosipotilaan sähköiset ohjausmenetelmät	24
7	Pohdinta	26
7.1	Luotettavuus ja eettisyys	28
7.2	Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet.....	30
	Lähteet	31
	Kuviot	33
	Taulukot	34
	Liitteet.....	35

1 Johdanto

Mielenterveys ja sen hoito ovat ajankohtaisia tutkimusaiheita, sillä niistä olevaa tietoa päivitetään jatkuvasti. Muun muassa kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman linjaukset ovat: asiakkaan asemaa vahvistetaan, panostetaan ehkäisyyn, palvelut toteutetaan toimivana kokonaisuutena ja ohjauskeinoja kehitetään (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009 - 2015). Väestön ikärakenteen muutos sekä moninaistuvat ongelmat tuovat omat haasteensa hoitoon. Yhteistyö eri hoitotahojen, esimerkiksi mielenterveys- ja päihdepalveluiden sekä somaattisen hoidon välillä korostuu. Varhaisella puuttumisella ja hyvillä hoitokäytänteillä voidaan ehkäistä sairauksien pitkittymistä sekä pidentää potilaiden työuria. (Kanerva, Kuhanen, Oittinen, Schubert & Seuri 2013, 312.)

Suuri osa psykiatrisista potilaista kykenee vähäisellä tuella elämään itsenäisesti. Psykiatrinen hoito on kehittymässä avohoitopainotteisemmaksi toiminnaksi ihmisten keskuuteen, osana muuta terveydenhuoltoa (Henriksson, Lönnqvist, Marttunen & Partonen 2014). Tavoitteena on, että potilaat kykenisivät itsenäiseen ja vastuulliseen elämään. Hoitajan tehtävänä on ohjata, motivoida ja jakaa tietoa potilaalle sekä hänen lähiympäristölleen. Potilasohjauksen keinot kehittyvät ja esimerkiksi informaatioteknologian hyödyntäminen ohjauksessa lisääntyy. Hoitajan työ on entistä itsenäisempää ja tietojen ja taitojen tulee vastata työn haastavuuteen. Mielenterveyshoitotyön osaamista tarvitaan mielenterveyspalveluiden lisäksi esimerkiksi kouluterveydenhuollossa ja neuvolassa. (Kanerva ym. 2013, 312-313.)

Potilasohjaus on keskeinen osa hoitajan työtä. Osana ammatillista toimintaa ohjausta ajatellaan tapahtuvan kaikissa tilanteissa, joissa käydään tavoitteellista keskustelua potilaan ja hoitajan välillä. (Kynäs & Kääriäinen 2006.) Aihe on rajattu koskemaan hoitotyöntekijöiden antamaa potilasohjausta. Ohjausta voidaan ajatella tapahtuvat jokaisessa vuorovaikutteisessa potilaskontaktissa. Hyvällä ohjauksella voidaan vaikuttaa potilaan motivaatioon sitoutua hoitoon, lievittää mahdollisia pelkoja sekä varmistaa hyvän hoidon toteutuminen. Tässä opinnäytetyössä hoitotyöntekijöihin viitataan pääasiassa hoitaja-käsiteellä.

2 Psykiatrinen hoitotyö

2.1 Mielenterveyden määritelmä

Mielenterveys on oleellinen osa yksilöiden ja yhteisöjen hyvinvointia. Mielenterveys edistää ihmisten kokemusta elämän mielekkyydestä ja kyvystä olla tuottavana ja aktiivisena osana yhteiskuntaa. (Euroopan mielenterveysjulistus 2005.) Mielenterveys on erottamaton osa terveyttä. Sitä määrittävät yksilölliset tekijät ja kokemukset, sosiaalinen tuki ja vuorovaikutus, yhteiskunnalliset rakenteet ja resurssit sekä kulttuuriset arvot. Mielenterveyttä voidaan kuvata prosessina, johon vaikuttavat altistavat ja laukaisevat tekijät, yksilön omat voimavarat sekä ympäristö ja saatava sosiaalinen tuki. Sitä voidaan tarkastella kahdesta eri näkökulmasta, positiivisesta tai negatiivisesta. (Lahtinen, Lavikainen & Lehtinen 2004, 32 - 33.) Positiivinen mielenterveys nähdään voimavarana, joka toimii elämän perustana. Positiiviseen mielenterveyteen kuuluu muun muassa ongelmanratkaisutaidot ja koherenssin tunne. (Kanerva ym. 2013, 17.) Negatiiviseen mielenterveyteen sisältyy psyykkiset häiriöt sekä niihin liittyvät oireet ja ongelmat. Mielenterveyden häiriöstä puhutaan, kun psyykkiset oireet ovat pitkäkestoisia, toimintakykyä haittaavia, yksilö ei voi vaikuttaa niihin, eikä ulkoisilla tekijöillä voida selittää niiden ilmenemistä. (Lahtinen ym. 2004, 32.)

2.2 Mielenterveyshoitotyö

Mielenterveyslain (1116/1990) mukaan mielenterveystyö on ”yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveyshäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä”. Mielenterveystyön ensisijainen tavoite on lisätä ihmisten hyvinvointia ja toimintakykyä, hyödyntäen yksilöiden vahvuuksia ja voimavaroja sekä tukea selviytymistä lisäämällä ulkoisia suojaavia tekijöitä (Euroopan mielenterveysjulistus 2005). Mielenterveystyöhön sisältyy mielenterveyshäiriöstä kärsivälle henkilölle annettavat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut, jotka ovat perusteltuja lääketieteellisin syin. Mielenterveystyöhön kuuluu elinympäristön kehittäminen mielenterveyshäiriöitä ehkäiseväksi ja mielenterveystyötä tukevaksi. (L1116/1990.) Terveystyöhuoltolain (L1326/2010) mukaan mielenterveystyöhön kuuluu mielenterveyttä suojaaviin ja vaarantaviin tekijöihin liittyvä ohjaus ja neuvonta, psykososiaalinen tuki sekä mielenterveyspalvelut. Mielenterveystyötä tehdään muun muassa perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa, kouluissa, työpaikoilla, lastensuojelussa sekä potilasjärjestöissä ja kolmannen sektorin toiminnassa. Mielenterveystyötä voidaan toteuttaa yksilö-, perhe- tai ryhmätyöskentelynä. (Kanerva ym. 2013, 26.)

Mielenterveyshoitotyö on pieni osa mielenterveystyötä. Se on hoitajan itsenäisesti ja vastuullisesti toteuttamaa potilaslähtöistä hoitotyötä. Mielenterveyshoitotyötä toteutetaan yksilön,

perheen ja yhteisön voimavaroja tukien ja sen tavoitteena on mielenterveyden edistäminen. (Kanerva ym. 2013, 30.) Mielenterveyshoitotyö perustuu vuorovaikutukseen ja hoitajan on hallittava vuorovaikutuksellisen hoitosuhteen muodostamiseen tarvittavat tiedot ja taidot sekä osattava käyttää omaa persoonaansa työvälineenä. Tietoja ja taitoja tarvitaan myös mielenterveydestä, mielenterveydenhäiriöistä sekä moniammatillisesta työskentelystä. Mielenterveyshoitotyön osaaminen muodostuu koulutuksesta, tutkitusta tiedosta ja kokemuksista. (Ellilä ym. 2009, 24.) Hoitajan vastuulla on potilaan tarpeiden huomiointi sekä hoitotyön suunnittelu, toteutus ja arviointi. Potilaslähtöisessä mielenterveyshoitotyössä potilas on aktiivinen toimija, joka osallistuu hoitonsa suunnitteluun ja toimintaan tuoden esille omat mielipiteensä. Mielenterveyshoitotyö voidaan jakaa lasten, nuorten, aikuisten ja vanhusten mielenterveyshoitotyön osa-alueisiin. (Kanerva ym. 2013, 31-32.)

2.3 Psykiatrinen potilas

Nykyään psykiatrinen potilas nähdään omasta elämästään vastuussa olevana ja asiantuntijoiden kanssa yhteistyötä tekevänä yksilönä. Jotta psykiatrisen potilaan ja hoitohenkilöstön välinen vuorovaikutussuhde olisi avoin ja luottamusta herättävä, vaaditaan hoitotyöntekijöiltä ammattitaitoa ja ammatillista itsetuntoa. Psykkistä sairastamista varjostavat pelottavat oireet, käyttäytymisen muutokset, laitoshoido ja pitkät hoitajakset, tiedon puute sekä julkisuuteen nousseet negatiiviset yksittäistapaukset. Stigma eli kielteinen leima psykiatrisia potilaita ja psykiatrista hoitotyötä kohtaan johtaa helposti stereotypioihin. Toimintakyvyn ja työkyvyn heikkenemisen lisäksi keskeinen huomioitava asia on syrjäytymisen vaara. Stigman vähentämiseksi on jaettava tietoa, muokattava asenteita ja puututtava syrjäytymistä lisäävään käyttäytymiseen. Asenteet psykiatrisia potilaita kohtaan ovat muuttuneet positiivisimmiksi tiedon yleistymisen, uusien hoitomenetelmien ja hoitojen tuloksellisuuden myötä. Jotta psykiatrinen potilas voi osallistua aktiivisena osapuolena hoitoonsa ja hoitoon liittyvään päätöksentekoon, on varmistettava potilaan asianmukainen tiedonsaanti. (Henriksson ym. 2014.)

Mielenterveyden häiriöt eivät ole tarkkarajainen sairausryhmä, vaan ne ilmenevät oireineen eri tavoin. Terveiden ja sairauden välinen raja on häilyvä. Mielenterveyden häiriöt -käsite sisältää erilaiset psyykkiset oireet ja sairaudet. Psykiatriset diagnoosit ovat oireyhtymiä, joille on määritelty oireiden kesto, kulku ja ennuste. Diagnoosien ei ole tarkoitus luokitella ja leimata ihmisiä, vaan auttaa hoidon suunnittelussa ja tavoitteiden määrittelyssä. (Kanerva ym. 2013, 180-181.) Tavalliset psyykkiset tilat, reaktiot tai korostuneet persoonallisuuden piirteet eivät ole mielenterveyden häiriöitä. Diagnostiivisiin mielenterveyden häiriöihin liittyy aina toimintakyvyn ja elämänlaadun heikkenemistä. (Henriksson ym. 2014.)

2.4 Psykoosi ja psykoottiset häiriöt

Psykoosit ovat usein vakavasti toimintakykyä heikentäviä mielenterveyshäiriöitä, joihin sairastuu 3-4 % väestöstä (Heinimaa, Hietala & Suvisaari 2015, 2117). Psykoosi tarkoittaa tilaa, jossa yksilö kokee ja havaitsee todellisuutta muista ihmisistä poikkeavalla tavalla. Esimerkiksi käyttäytyminen tai puhe saattaa muuttua vaikeasti ymmärrettäväksi. Psykoottisia oireita ovat aistiharhat, harhaluulot, käyttäytymisen ja tunne-elämän häiriöt sekä kognitiiviset puutokset. Psykoosiin saattaa liittyä ahdistuneisuutta, unihäiriöitä, pelkotiloja ja epäluuloisuutta. Pitkään jatkuneeseen psykoosiin kuuluu toimintakyvyn lasku, tunne-elämän latistuminen ja eristäytyminen. (Kanerva ym. 2013, 191.) Psykoosialttiuteen ja psykoosin puhkeamiseen vaikuttavat perimä, varhaiset biologiset ja sosiaaliset ympäristötekijät sekä lapsuus- ja nuoruusiän kielteiset sosiaaliset kokemukset. Yleisin psykoosityyppi on skitsofrenia. (Heinimaa ym. 2015, 2117.) Muita psykooseja ovat elimellisperäiset psykoosit, harhaluuloisuushäiriö, lyhytkestoinen tai monimuotoinen psykoottinen tila, skitsoaffektiivinen psykoosi sekä psykoottinen mania tai masennus. (Tampereen yliopistollinen sairaala 2016.)

Psykoosisairauksien hoidossa painopiste on siirtynyt oireiden varhaiseen tunnistamiseen ja hoitoon. Psykoosijaksoa edeltää usein esioirevaihe eli prodromaalivaihe, jolloin psykoosiin sairastumassa oleva henkilö voidaan tunnistaa ennen ensipsykoosin puhkeamista. Varhainen hoito parantaa sairauden ennustetta. (Granö, Lindgren & Therman 2016.) Psykoosin ennakkooireet voivat kestää muutamista päivistä jopa vuosiin. Ennakko-oireina voi olla muun muassa mielialan vaihtelut, levottomuus, keskittymiskyvyn puute, muutokset unessa tai ruokahalussa, oudot havainnot tai ajatukset sekä käyttäytymisen muutokset. (Kanerva ym. 2013, 193.) Ennakko-oireiden tunnistaminen ja alkuvaiheen hoito tapahtuvat pääosin perusterveydenhuollossa. Erikoissairaanhoidon piiriin kuuluvat potilaat, joilla on pitkittynyttä ja vaikeutuvaa oireilua. Psykoottistyyppisten oireiden ilmentyessä hoidetaan sen hetkisiä oireita, ei mahdollista psykoosin riskiä. Psykoosiriskiä arvioidessa on kiinnitettävä huomiota toistuvaan, pahenevaan ja häiritsevään psykoottistyyppiseen oireiluun. Kuitenkin vain harva psykoosiriskikriteerit täyttävistä potilaista sairastuu psykoosiin. (Granö ym. 2016.)

Jokaiselle psykoosityypille on omat hoitosuosituksensa, vaikka ne noudattavat osin yhteisiä hoitoperiaatteita. Psykoosipotilaan hoito suunnitellaan ja toteutetaan aina yksilöllisesti. Psykoosien varhainen havaitseminen ja hoito sekä psykoosien ehkäisy ovat yhä tärkeämmässä roolissa. Skitsofreniassa hoitoperiaatteet voidaan jakaa akuutti-, tasaantumis- ja vakaanvaiheen hoitoon. Akuuttivaiheen hoidossa tavoitteena on psykoottisten oireiden ja käyttäytymisen ongelmien lievittäminen. Hoidon perustana toimii luottamuksellinen yhteistyösuhde. Ensipsykoosin hoito on mahdollista toteuttaa avohoidossa, mutta osalla potilaista akuuttivaiheen hoito vaatii sairaalajaksoa. Hyvä hoitoympäristö on turvallinen ja toiminta on selkeää ja jäsentynyttä. Osastolla ilmapiirin tulisi olla rauhallinen, mutta hoidollisesti aktiivinen. Liiallisten virikkeiden määrää on vältettävä. Akuuttivaihetta seuraa tasaantumisvaihe, jolloin on

olemassa riski psykoosin uusiutumiselle. Tasaantumisvaiheessa skitsofreniapotilaalle ja hänen läheisilleen annetaan tietoa skitsofrenian ennusteesta, hoidosta ja kuntoutuksesta sekä käydään läpi stressitekijöitä, jotka voivat vaikuttaa sairauden kulkuun. Vakaassa vaiheessa hoidon tavoitteena on pitää psykoosioireet poissa sekä vahvistaa potilaan toimintakykyä ja elämänlaatua. (Henriksson ym. 2014.)

3 Potilasohjaus

Ohjaus-käsitteen käyttö hoitotyössä ja hoitotieteessä on runsasta. Käsitteen käyttö ja määritelmä kuitenkin vaihtelevat ja se voidaan nähdä ammatillisena toimintana tai prosessina. (Kyngäs & Kääriäinen 2005, 250 - 251.) Ohjaus-käsitettä on joskus vaikea erottaa sen lähikäsitteistä, joita ovat opetus, neuvonta ja tiedon antaminen. Opetus on suunniteltua toimintaa, jonka tavoitteena on vaikuttaa potilaan käyttäytymiseen. Ohjaus edeltää opetusta ja sen tavoitteena on saada potilas miettimään omia menettelytapojaan ongelman ratkaisemiseksi sekä motivoida potilasta oppimaan. Ohjauksessa, toisin kuin neuvonnassa, hoitaja ei anna suoria neuvoja. Tiedon antamisessa vuorovaikutus on vähäisempää kuin ohjauksessa, opetuksessa ja neuvonnassa sekä kirjallista materiaalia käytetään enemmän. (Kyngäs & Kääriäinen 2006.)

Ohjaustilanteen lähtökohtana on, että hoitaja ja potilas ovat tasavertaisessa asemassa. Ohjaus on yhteistä keskustelua tiedosta ja taidoista sekä selviytymisestä ja sen sisältö lähtee potilaasta itsestään. (Eloranta & Virkki 2011, 19.) Hoitajan rooli on tukea potilasta päätöksenteossa, välttämällä suorien vastausten antamista. Ohjauskeskustelu on suunnitelmallinen ja voi tarvittaessa sisältää myös tiedonantoa. (Hirvonen ym. 2007, 25.) Ohjaus on vuorovaikutuksellista, aktiivista ja tavoitteellista toimintaa, jossa tavoitteiden pohjalta määrittyy ohjauksen sisältö (Kyngäs & Kääriäinen 2005, 255).

Ohjauskeskustelu aloitetaan, sillä että hoitaja ja potilas pohtivat keskustellen potilaan arjen todellisuutta. Yhdessä tarkastellaan potilaan esille nostamia teemoja ja toimintatapoja, miettien niille uusia merkityksiä. Käsitteellistämällä kokemuksia, ajatuksia ja toimintaa, lisätään potilaan tietoisuutta niistä, tarkoituksena mahdollistaa potilaan toiminnan muuttuminen. Hoitaja ja potilas miettivät yhdessä ovatko aiemmat toimintatavat olleet onnistuneita, vai olisiko niitä syytä muuttaa. (Kettunen, Laitinen-Väänänen, Mäkelä & Vänskä 2011, 70.) Ohjauksen tavoitteena on, että potilas ymmärtää hoidon, palvelun ja muutoksen merkityksen sekä kokee, että voi omalla panoksellaan vaikuttaa niihin (Eloranta & Virkki 2011, 20). Ohjaukselle asetetut tavoitteet yritetään saavuttaa auttamalla potilasta löytämään tehokkaampia keinoja käsitellä hyvinvointiin liittyviä asioita. Jokainen ohjausprosessi on erilainen ja se edellyttää hoitajalta oppimista. Jotta ohjaus tukee voimaantumisen tai itseohjautuvuuden kasvua, hoitajan on osattava erottaa prosessin vaiheet ja miten ne vaikuttavat toisiinsa. (Kyngäs & Kääriäinen 2005, 256.)

3.1 Potilasohjauksen taustatekijät

Potilaan taustatekijöiden pohjalta hoitaja muodostaa kuvan todellisuudesta, jossa potilas elää hoitojen aikana. Potilasohjauksen sisältöön ja sen tarpeeseen vaikuttavat sekä potilaan että hoitajan taustatekijät. Taustatekijät voidaan jakaa fyysisiin ja psyykkisiin ominaisuuksiin sekä sosiaalisiin ja muihin ympäristötekijöihin. Potilaan taustatekijöistä fyysisiä ominaisuuksia ovat esimerkiksi ikä ja sukupuoli sekä sairauden kesto, laatu ja sen vaikutus arkielämään. Potilaan fyysiset taustatekijät vaikuttavat myös hänen kykyynsä osallistua ohjaukseen. Hän saattaa vältellä ohjausta, unohtaa asioita tai kieltää niitä. Hoitajan taustatekijöillä, kuten iällä, koulutuksella ja sukupuolella voi olla vaikutusta ohjaukseen asennoitumiseen sekä tarvittaviin tietoihin ja taitoihin. Potilaan psyykkisiä ominaisuuksia, jotka vaikuttavat ohjaukseen ovat motivaatio, terveysuskomukset, aikaisemmat kokemukset, mieltymykset, odotukset ja tarpeet. Lisäksi psyykkisiin ominaisuuksiin lasketaan mukaan potilaan oppimistyylit ja -valmiudet. Potilaan ulkoiset taustatekijät muodostuvat sosiaalisista, kulttuurisista, uskonnollisista ja eettisistä tekijöistä. Hoitajan ja potilaan arvomaailma vaikuttaa siihen miten ohjauksessa käsiteltäviin asioihin suhtaudutaan. Ympäristötekijöitä, jotka vaikuttavat ohjaukseen, ovat ohjaustilanne, sen esteet ja häiriötekijät sekä fyysinen ympäristö ja saatavilla oleva ohjausmateriaali. (Kyngäs & Kääriäinen 2006.)

Onnistuakseen ohjaus vaatii resursseja, joita ovat oikea henkilökuntamitoitus, sopivat tilat sekä hoitotyöntekijöiden ohjausvalmiudet. Vaikka hoitotyöntekijöillä on pääosin hyvät tiedot ja taidot ohjaukseen liittyen sekä asennoituminen potilasohjaukseen on myönteistä, tarvittaisiin lisää tietoa ja taitoa ohjausmenetelmien monipuoliseen hallitsemiseen sekä kuntoutukseen ja itsehoitoon liittyvään ohjaukseen. Ohjausajan riittävyys, tilojen asianmukaisuus ja tarvittavan välineistön saatavuus tulisi varmistaa. Lisäksi ohjauksessa käytettävää tutkimustietoa on oltava saatavilla riittävästi. Onnistuneen ohjauksen edellytyksenä on tavoitteellinen ja potilaslähtöinen yhteistyö. (Kyngäs, Kääriäinen, Torppa & Ukkola 2006, 11 - 12.)

3.2 Hoitajan ja potilaan välinen ohjaussuhde

Hoitajan kykyyn sitouttaa potilasta hoitoon vaikuttavat sekä hoitajan että potilaan motivaatio ja valmiudet. Mikäli potilas ei ole valmis luopumaan omista mieltymyksistään, voi annettu ohjaus olla hyödytöntä. Kaikki potilaat eivät osaa tuoda ohjaustarvettaan itse esille, joten hoitajan tehtävänä on selvittää potilaan käsitys ohjauksen sisällöstä ja tarpeesta. Hoitajan on selvitettävä omaksuuko potilas asioita kielellisesti, visuaalisesti, tekemällä, musiikin tai rytmin avulla, asiakokonaisuuksien tai yksityiskohtien avulla vai ryhmässä. Hoitajalla tulee olla valmiudet valita yhdessä potilaan kanssa sopivat ohjausmenetelmät, taustatekijät huomioiden. Hoitajan tehtävänä on kartoittaa millaisessa roolissa potilaan mielestä omaisten ohjaaminen ja heidän osallistumisensa potilaan tukemiseen ovat. Haasteiksi

potilasohjauksessa saattavat nousta lyhyet hoitoajat ja osittain puutteelliset ohjausresurssit. (Kyngäs & Kääriäinen 2006.)

Ohjaussuhde perustuu vuorovaikutukseen, jonka osa-alueita ovat kohtelu, ymmärtäminen, tukeminen ja yhteistyö (Kyngäs & Kääriäinen 2005, 254). Onnistunut ohjaussuhde on sellainen, jossa potilas ja hoitaja voivat suunnitella yhdessä ohjauksen sisältöä ja ohjausprosessia, saavuttaakseen yhdessä asetetut tavoitteet. Hoitajalla on oltava riittävästi tietoa siitä, mitä ohjaus on, miten ja miksi hän ohjaa sekä millainen on hoitajan ammatillinen vastuu ohjauksessa. (Kyngäs & Kääriäinen 2006.) Potilasohjauksen lähtökohtana on selvittää millaiset ovat potilaan olemassa olevat tiedot, mitä hän haluaa ja mitä hänen pitää tietää sekä millä keinoin hän sisäistää saadun tiedon parhaiten. Ohjauksen onnistumiseksi hoitajalla täytyy olla riittävät taustatiedot potilaasta. Kun hoitajalla ja potilaalla on samat tavoitteet ohjaukselle, se lisää potilaan tyytyväisyyttä ja hoitoon sitoutumista. Hyvä vuorovaikutussuhde on luottamuksellinen ja turvallinen. Hoitajan tulee kunnioittaa potilasta ja tämän itsemääräämisoikeutta sekä osoittaa aitoa kiinnostusta ja arvostusta potilasta kohtaan. (Hirvonen ym. 2007, 47.)

Vastavuoroisen ohjaussuhteen mahdollistamiseksi sekä hoitajan että potilaan on oltava aktiivisessa roolissa. Aktiivisuus ohjauksessa vaatii potilaalta vastuunottoa, joten hoitajan on rohkaistava potilasta vastuullisuuteen. Hoitajalla on aina ammatillinen vastuu ohjauksesta ja ainakin välttämättömät perusasiat on käytävä läpi, riippumatta potilaan aktiivisuudesta. Hoitajan tulee, taustatekijät huomioon ottaen, asettaa yhdessä potilaan kanssa ohjaukselle potilaan elämäntilanteeseen sopivat tavoitteet. Tavoitteiden saavuttamista edesauttaa hoitajan kyky aistia potilaan tilanne, rakentaa luottamuksellinen ohjaussuhde ja valita sopivat ohjausmenetelmät. Ohjausprosessia arvioidaan tavoitteiden mukaisesti ja kirjataan sen vaiheet. (Kyngäs & Kääriäinen 2006.)

3.3 Hoitajan ja psykoosipotilaan vuorovaikutussuhde

Psykoosin akuuttivaiheessa on tärkeää motivoida ja sitouttaa potilasta hoitoonsa. Hoitajan asenteen potilasta kohtaan tulisi olla ystävällinen ja hyväksyvä. Katsekontaktilla on tärkeä merkitys, mutta toisaalta potilas voi kokea sen uhkaavana. Hoitajan kannattaa puhutella potilasta nimellä ja pyytää potilasta itse kertomaan tilanteesta. Positiivisen palautteen ja tuen antaminen ovat keskeisessä asemassa. Psykoosipotilaan harhakuvitelmia ei saa tukea, mutta kuitenkin ymmärtää niiden todellisuudentuntu potilaalle. Turvallisuudentunnetta voi lisätä kuuntelemalla ja olemalla läsnä. (Kanerva ym. 2013, 196.) Toimivassa yhteistyösuhteessa valitsee molemminpuolinen luottamus. Keskustelut ovat avoimia, eikä niissä pelätä ottaa asioita puheeksi. Hoitajalta odotetaan ammatillisuutta, rehellisyyttä, empaattisuutta sekä aitoa kiinnostusta potilasta kohtaan. (Aho 2008, 91.)

Akuuttivaiheessa vuorovaikutustilanteen ympäristön tulisi olla rauhallinen ja turvallinen. Jos mahdollista, läheisen ottaminen tilanteeseen mukaan saattaa lisätä psykoosipotilaan turvallisuudentunnetta. Potilas voi kokea liian fyysisen läheisyyden ja äkilliset liikkeet uhkaavina. Psykoosipotilaalle kannattaa avata tilannetta ja mainita hoitavien henkilöiden vaitiolovelvollisuudesta, erityisesti jos potilas vaikuttaa varautuneelta. Potilaan kanssa ei saa lähteä väittelemään kokemusten todellisuudesta, vaan potilasta voi auttaa jäsentämään tilannetta. Jos potilaan käyttäytyminen on uhkaavaa, kannattaa keskeyttää keskustelu ja tukea potilasta rauhoittumaan. (Mantere 2016.)

4 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää millaisia kokemuksia hoitotyöntekijöillä on psykoosipotilaiden ohjaamisesta. Aihetta tarkasteltiin hoitotyöntekijöiden näkökulmasta, koska psykoosipotilaiden kokemuksista on vähän tutkittua tietoa. Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä HUS/HYKS Peijaksen sairaalan ja Laurea-ammattikorkeakoulun kanssa. Opinnäytetyö oli osa Peijaksen kliinistä hanketta Potilasohjaus projekti 2015-2016. Opinnäytetyön tavoitteena oli parantaa ja vahvistaa potilasohjausta sekä selvittää psykoosipotilaan ohjauksen erityispiirteitä.

Tutkimuskysymys:

1. Millaisia kokemuksia hoitotyöntekijöillä on psykoosipotilaan ohjaamisesta?

5 Opinnäytetyön toteutus

Tämä opinnäytetyö toteutettiin systemaattista kirjallisuuskatsausta mukailleen.

Kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan antaa tietoa jo olemassa olevien tutkimusten perusteella psykoosipotilaiden ohjauksesta. Aihetta tarkasteltiin hoitotyöntekijöiden näkökulmasta.

Kirjallisuuskatsauksen avulla etsitään järjestelmällisesti olemassa olevaa tutkimuskirjallisuutta. Hoitotieteessä kirjallisuuskatsausta käytetään erityisesti hoitosuosituksen tuottamiseen ja parhaan näytön etsimiseen. Kirjallisuuskatsaus etsii vastausta tutkimuskysymykseen yhdistämällä useiden eri tutkimusten tuloksia. Lähtökohtana on tarkasti määritelty tutkimuskysymys ja -menetelmät sekä menettelytavat. (Axelin, Stolt & Suhonen 2016, 13 - 14.)

5.1 Kirjallisuuskatsauksen eteneminen

Kirjallisuuskatsauksen ensimmäinen vaihe on tarkoituksen ja tutkimuskysymyksen määrittäminen. Tutkijalta vaaditaan kiinnostusta tutkittavaan aiheeseen, jotta motivaatiota riittää katsausprosessin tuottamiseen. Katsauksen on oltava objektiivinen, eivätkä tutkijan mahdolliset ennako-oletukset saa vaikuttaa tuloksiin. Tarkoituksen lisäksi tutkijan on valittava kiinnostuksen kohteena olevat käsitteet, kohdejoukko ja interventio. Hyvin määritelty tutkimuskysymys on riittävästi rajattu, kuitenkin niin, että siihen on mahdollisuus vastata olemassa olevan kirjallisuuden pohjalta. Jos tutkimuskysymystä ei rajata tarpeeksi, tutkittavasta aineistosta tulee liian laaja. Kysymyksen rajaukseen vaikuttavat myös käytettävissä olevat resurssit ja tutkijoiden määrä. Tutkimuskysymystä mietittäessä on hyvä tehdä alustavia hakuja, jotta muodostuu näkemys olemassa olevasta tutkimusmateriaalista sekä varmistaa ettei vastaavaa kirjallisuuskatsausta ole juuri tehty. (Axelin ym. 2016, 24 - 25.)

Toinen vaihe kirjallisuuskatsauksessa on kirjallisuushaku ja aineiston valinta. Kirjallisuuskatsauksen tekoon tarvitaan strategia, jotta hakuprosessi ja johtopäätökset ovat luotettavia. Hakuprosessissa on huomioitava, että valitut tutkimukset vastaavat asetettuun tutkimuskysymykseen. Hakuprosessin tavoitteena on löytää kaikki tutkimuskysymykseen vastaava materiaali. Aineiston tulisi koostua pääasiassa alkuperäistutkimuksista. Tietokantahakuja varten on päätettävä hakusanat tai hakulausekkeet sekä sisäänotto- ja poissulkukriteerit. Kun hakustrategia on valmis, siirrytään toteuttamaan hakuprosessia. Ensin tutkimuksia tarkastellaan otsikotasolla, sitten abstraktien kautta ja lopuksi kokoteksteinä. Hakuprosessin tarkka kuvaus on luotettavuuden kannalta erittäin tärkeää, koska tutkimus tulee olla toistettavissa. (Axelin ym. 2016, 25 - 27.)

Tutkimusten arviointi on kolmas vaihe. Tällöin arvioidaan valituista tutkimuksista saadun tiedon kattavuutta ja tulosten edustavuutta. Lisäksi arvioidaan vastaako tutkimuksesta saatu

tieto asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Jokaista katsaukseen valittua tutkimusta arvioidaan erikseen. Arviointi voi olla erillisenä vaiheena tai sen voi sisällyttää valintaprosessiin. Arviointi toteutetaan järjestelmällisesti ja sen voi aloittaa esimerkiksi lajittelemalla erikseen määrälliset ja laadulliset tutkimukset. Tutkimuksista tarkastetaan tutkimuskysymykset, kohdejoukot, otanta- ja satunnaismenetelmät, otoskoot sekä aineisto- ja analyysimenetelmät. Arvioinnissa huomioidaan myös keitä on tutkittu ja miten tutkimukseen osallistuvat on valittu, lopullinen otoskoko sekä tutkimusasetelma. Tutkimuksia voidaan myös arvioida ja kuvailla julkaisuvuoden, kirjoittajan, julkaisuforumin ja julkaisumaan perusteella. Kirjallisuuskatsauksesta on tultava esille käytetyt arviointikriteerit. (Axelin ym. 2016, 28 - 30.)

Neljäs vaihe on aineiston analyysi ja synteesi, joka on tiiviisti yhteydessä tutkimusten arviointiin. Analyysin tarkoituksena on järjestää ja tehdä yhteenvetoja katsaukseen valittujen tutkimusten tuloksista. Ensin kuvataan tutkimusten kirjoittajat, julkaisuvuosi ja -maa, tutkimuksen tarkoitus, asetelma, aineistonkeruumenetelmät, tutkimuksen kohdejoukko, otos, päätulokset, vahvuudet ja heikkoudet. Seuraavaksi perehdytään tutkimusten sisältöön, jonka pohjalta luodaan luokkia, kategorioita tai teemoja. Näiden avulla etsitään tutkimuksista yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia sekä ryhmitellään ja vertaillaan niitä. Erityisen tärkeää on perehtyä tutkimusten tuloksiin ja johtopäätöksiin. Lopuksi analyysissä siirrytään synteessin tekemiseen eli tehdään vertailemalla löytyneistä eroavaisuuksista ja yhtäläisyyksistä johdonmukainen kokonaisuus. Avuksi synteessissä voi käyttää taulukoita ja kuvioita. (Axelin ym. 2016, 30 - 31.)

Viidennessä vaiheessa kirjallisuuskatsaus kirjoitetaan lopulliseen muotoonsa. Raporttiin kirjaetaan kaikki kirjallisuuskatsauksen vaiheet mahdollisimman tarkasti. Raportissa tulee olla vähintään tiivistelmä, tausta, tutkimuskysymykset, menetelmät, hakuprosessi, tiedot mukaan otetuista ja poissuljetuista tutkimuksista, laadun arviointi, tulokset, pohdinta, johtopäätökset, tulosten sovellettavuuden arviointi, jatkotutkimusehdotukset ja lähdeluettelo. Raportissa on pohdittava tulosten hyödynnettävyyttä sekä katsauksen luotettavuutta. Kirjallisuuskatsauksessa saatua näyttöä tulee tarkastella kriittisesti. Tavoitteena on luoda enemmän ymmärrystä tutkittavaan aiheeseen. (Axelin ym. 2016, 32 - 33.)

5.2 Tiedonhaku

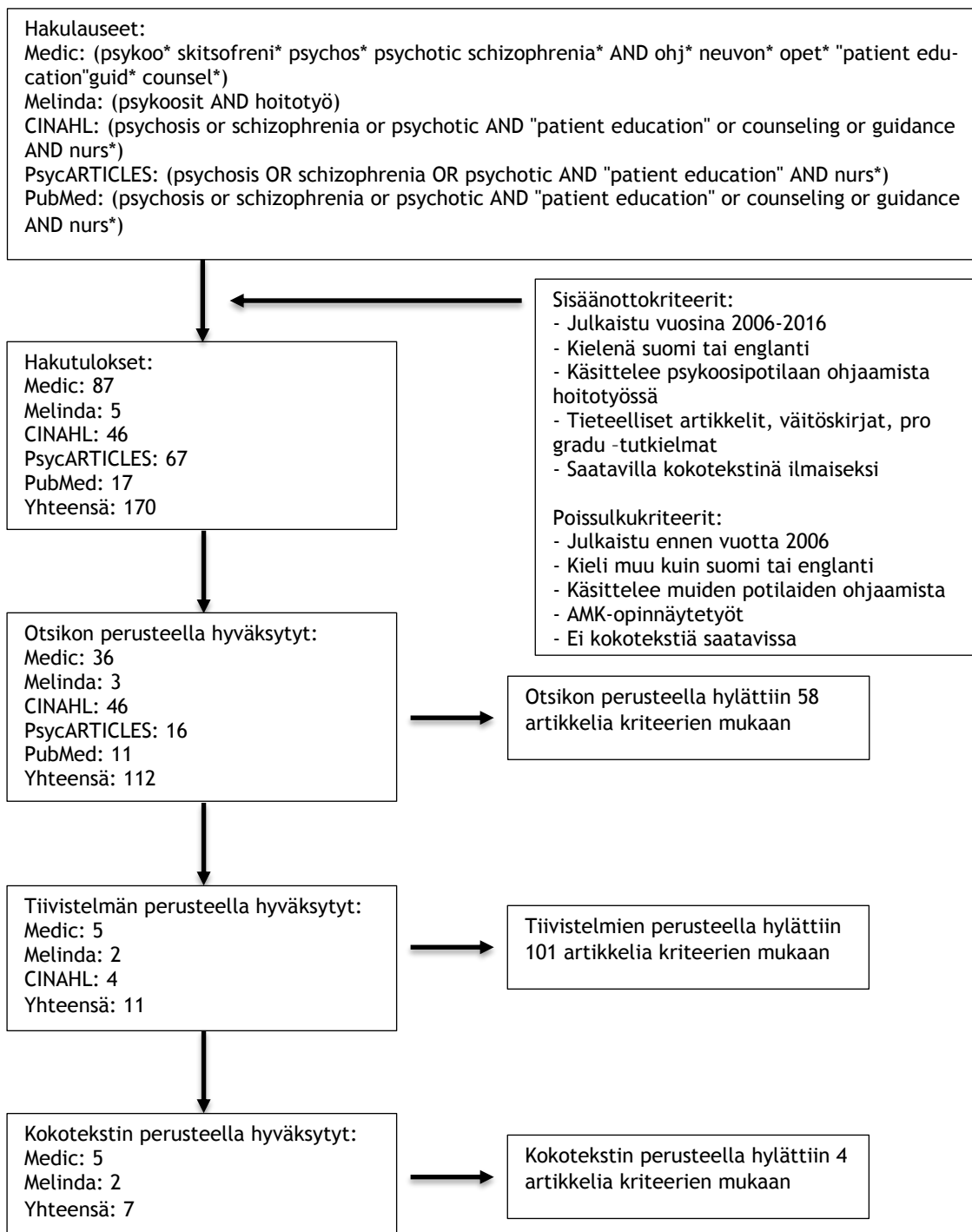
Hakulauseke muodostettiin hakusanoista käyttämällä apuna tiedonhaun perustyökaluja, joita ovat Boolean operaattorit, sulkeet, sanankatkaisut, fraasit ja läheisyysoperaattorit. Boolean operaattoreita on kolme: AND, OR ja NOT. AND-operaattori yhdistää toisiinsa eri hakukokonaisuudet. OR-operaattoria hyödynnetään käytettäessä vaihtoehtoisia sanoja. NOT-operaattorilla voidaan poissulkea hakutuloksista ei haluttu hakukokonaisuus. Katkaisumerkkiä käytetään, jotta saataisiin kerralla haettua myös monikot ja sanajohdannaiset. Katkaisumerkkiä käytettäessä on mietittävä tarkkaan mistä kohti sanan katkaisee ja otettava huomioon sanan taiputusmuodot. Yleisin hoitotieteen tietokannoissa käytettävä katkaisumerkki on asteriski *. Fraasi

on kaksisanainen hakutermi, jossa sanat pysyvät asetetussa järjestyksessä. Yleensä fraasit laitetaan lainausmerkkien sisään. Opinnäytetyötä tehdessä on tietoa haettava useammasta eri tietokannasta, kattavan aineiston löytämiseksi. Tietokannat toimivat hieman toisistaan eroavilla tavoilla, joten hakulauseke on muokattava tietokantaan sopivaksi. (Johansson & Lehtiö 2016, 38 - 42.)

Tiedonhakuun käytettävät tietokannat olivat Medic, Melinda, CINAHL, PsycARTICLES ja PubMed. Kaikki haut toteutettiin käyttämällä tarkennettua hakua. Hakusanoina käytettiin: psykoosi, skitsofrenia, ohjaus, neuvonta, opetus, hoitotyö, psychosis, schizophrenia, patient education, guidance, counseling, nursing (Kuvio 1).

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
tutkimus julkaistu vuosina 2006-2016	tutkimus julkaistu ennen vuotta 2006
tutkimuksen kieli suomi tai englanti	tutkimuksen kieli muu kuin suomi tai englanti
tutkimus käsittelee psykoosipotilaan ohjaamista hoitotyössä	tutkimus käsittelee muiden potilaiden ohjaamista
tieteelliset artikkelit, väitöskirjat, pro gradut	AMK-opinnäytetyöt
tutkimusartikkeli saatavissa ilmaisena ja kokotekstinä	tutkimusartikkeli maksullinen tai ei kokotekstiä saatavissa

Taulukko 1: Sisäänotto- ja poissulkukriteerit



Kuvio 1: Tiedonhakuprosessi

Medic-tietokannan hakulauseessa yhdistettiin kaikki psykoosipotilas-sanan synonyymit ja potilasohjaus-sanan synonyymit. Haussa käytettiin Boolean-operaattoreita apuna, jotta kaikki taitutusmuodot saataisiin mukaan. Hoitotyöntekijöiden näkökulmaa ei haussa rajattu, koska hakutuloksesta olisi tullut liian suppea. Otsikon ja tiivistelmän perusteella rajattiin pois ne artikkelit, jotka eivät vastanneet tutkimuskysymykseen. Skitsofrenia valittiin psykoosin synonyymiksi, koska skitsofrenia on yleisin psykooseista. Otsikkotasolla poissuljettiin kaikki viitteet, jotka eivät käsitelleet mielenterveyden häiriötä, vaan muita sairauksia. Psykiatrisia potilaita tai psykiatrista hoitotyötä käsittelevät artikkelit hyväksyttiin otsikkotasolla. Otsikkotasolla artikkeleita valittiin melko laajasti, ettei yhtään aihetta käsittelevää artikkelia poissuljettaisi. Valinnassa käytettiin apuna myös artikkelien asiasanojen lukemista. Tiivistelmien perusteella artikkeleista oli helpompi saada kokonaiskuva ja selvittää vastaako se tutkimuskysymykseen. Tiivistelmistä poissuljettiin ne, jotka käsitelivät lääkärin työtä, psykoterapiaa, potilaan tai perheen näkökulmaa.

Melinda-tietokannassa haussa käytettiin apuna asiasanoja ja haku rajattiin koskemaan vain opinnäytteitä. Hakutuloksia saatiin viisi, joista poissuljettiin jo Medic-haussa saadut tulokset sekä tutkimus, joka käsittelee perheen kokemuksia.

CINAHL-tietokannassa kaikkien artikkeleiden tiivistelmät luettiin läpi. Valintoja pelkkien otsikoiden perusteella ei tehty lainkaan, vaan todettiin luotettavammaksi ja helpommaksi lukea kaikki tiivistelmät. CINAHL-tietokannan hakutuloksista hylättiin ne, jotka eivät käsitelleet hoitotyöntekijöiden kokemuksia. Lisäksi kaikista artikkeleista, jotka vastasivat melko hyvin tutkittavaan aiheeseen, luettiin läpi lähdeluettelo. Monista artikkeleista luettiin läpi myös tutkimusaineisto, jos sitä ei tarpeeksi selvästi kuvailtu tiivistelmässä. Näin varmistuttiin aiheen rajauksesta. CINAHL-tietokannassa kaikki artikkelit olivat englanninkielisiä, joten myös englannin kielen tulkintavirheitä pyrittiin minimoimaan tiivistelmien lukemisella. Tiivistelmien perusteella valittiin neljä artikkelia kokotekstin lukemiseen, jotka kaikki kuitenkin hylättiin. Artikkelit joko eivät vastanneet tutkimuskysymykseen tai olivat osajulkaisuja väitöskirjoissa, jotka valittiin aineistoon Medic-tietokannan haussa.

PsycARTICLES-tietokannassa hakulauseetta rajattiin hieman enemmän kuin CINAHL-tietokannassa, runsaiden viitetulosten vuoksi. Termit counseling ja guidance jätettiin pois ja potilasohjaukseen viitattiin ainoastaan termillä patient education. Otsikkotasolla valittiin kaikki artikkelit, jotka käsitelivät mielenterveyttä ja liittyivät ohjaukseen. Poissuljettiin ne, jotka käsitelivät muita sairauksia tai mielenterveyshäiriötä, joihin ei liity psykoosia. Mukaan otettiin myös artikkelit, joiden otsikoista ei voitu täysin päätellä mitä aihetta artikkeli käsittelee. Tiivistelmien perusteella poissuljettiin ne artikkelit, jotka eivät käsitelleet hoitotyöntekijöiden kokemuksia. PsycARTICLES-tietokannasta ei tiivistelmien perusteella hyväksytty yhtään artikkelia.

PubMed-tietokannan haussa käytettiin samaa hakulausetta kuin CINAHL-haussa. Otsikoiden perusteella poissuljettiin ne artikkelit, jotka eivät käsitelleet mielenterveyspotilaita tai joissa käsiteltiin perheen tiedonsaantia. Kaikista artikkeleista, joista ei otsikon perusteella pystynyt päättämään mitä se käsittelee, luettiin myös tiivistelmät. Tiivistelmien perusteella poissuljettiin ne artikkelit, joissa tutkimuksen kohteena ei ollut hoitotyöntekijät. Tiivistelmien perusteella PubMed-tietokannasta ei valittu yhtään artikkelia.

5.3 Aineiston analyysi

Tässä opinnäytetyössä aineisto analysoitiin sisällönanalyysiä mukailleen. Analyysi suoritettiin aineiston keruun jälkeen, jotta saatiin selville tutkimuksen tulokset. Tavoitteena oli tuottaa kuvaus tutkittavasta aiheesta tai ilmiöstä tiivistetyssä ja yleisessä muodossa (Kyngäs & Vanhanen 1999, 4). Sisällönanalyysi on systemaattinen analyysimenetelmä, jolla kuvataan kerättyä aineistoa. Laadullisissa tutkimuksissa sisällönanalyysi on perusmenetelmä, jolla voidaan järjestellä ja kuvata aineistoa järjestelmällisesti. Sisällönanalyysi toimii pohjana monille muille laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmistä. Induktiivisessa eli aineistolähtöisessä sisällönanalyysissa aineisto luokitellaan tekstistä löytyvien teemojen kautta. Tärkeää on löytää tekstistä kohdat, jotka vastaavat tutkimuskysymyksiin. Laadullisessa tutkimuksessa on mahdollista, että tutkimuskysymykset tarkentuvat vielä aineistonkeruun ja analyysivaiheissa. Analyysi aloitetaan purkamalla aineisto osiin ja etsimällä sieltä sisällöllisiä yhtäläisyyksiä. Tämän jälkeen aineisto tiivistetään kokonaisuudeksi, joka vastaa tutkimuskysymyksiin. (Juvakka & Kylmä 2012, 112 - 113.)

Aineiston valinnan jälkeen aloitettiin aineiston analyysi. Ensin koottiin tutkijan taulukkoon tutkimuksen tekijät, vuosi, otsikko ja julkaisupaikka, tarkoitus, aineisto ja tutkimusmenetelmä sekä keskeiset tulokset. Taulukkoon valitut tutkimukset luettiin ensin läpi. Valintaprosessia jatkettiin vielä analyysivaiheessa, jotta valitut tutkimusartikkelit varmasti vastasivat asetettuun tutkimuskysymykseen. Analyysivaiheessa pidettiin tiukasti mielessä tutkimuskysymys, ja että tutkijan taulukkoon päätyvä aineisto vastasi nimenomaan hoitotyöntekijöiden kokemuksia. Tutkimuksista rajattiin tulososuus tarkasti niihin kohtiin, joissa voitiin olla varmoja, että on kysymys hoitajan kokemuksista. Esimerkiksi, kun tutkimuksessa oli nivottu yhteen potilaan, läheisen ja hoitajan kokemukset, valittiin vain ne kohdat, jotka oli esitetty hoitajan sanomiksi. Vaikka muissakin kohdissa saattoi olla hoitajan kokemuksia, ei voitu olla varmoja kuka ne todellisuudessa oli kuvaillut. Koska tutkittiin psykoosipotilaan ohjausta, niin potilaan läheisten ohjausta käsittelevät kohdat jätettiin pois. Osaa tutkijan taulukkoon kirjoitetuista tuloksista tiivistettiin jo kirjoitusvaiheessa, kuitenkin sisältöä muuttamatta. Osittain ohjauskäsitteen määrittelyssä oli haasteita. Esimerkiksi hoitosuhteeseen ja vuorovaikutukseen psykoosipotilaan kanssa liittyvät kokemukset hyväksyttiin tuloksiin. Ohjauskäsitettä käytettiin

artikkeleissa hyvin vähän ja potilasopetus hyväksyttiin potilasohjauksen synonyymina. Aineistosta poimittiin asioita, jotka vaikuttavat vuorovaikutussuhteeseen ja erityisesti keskusteluihin psykoosipotilaan ja hoitajan välillä, vaikkei aineistossa keskusteluja oltu määritelty ohjauskeskusteluiksi.

Aineiston kokonaisuuden hahmottamisen jälkeen siirrytään yksityiskohtaiseen analyysiin. Yksityiskohtaisen analyysin vaiheet ovat pelkistäminen, ryhmittely ja abstrahointi. Alkuperäisilmaukset voidaan merkitä suoraan aineistoon, esimerkiksi korostamalla ne tekstistä. Pelkistämävaiheessa alkuperäisilmaukset tiivistetään selkeiksi ilmaisuiksi, niiden sisältöä muuttamatta. (Juvakka & Kylmä 2012, 116 - 117.) Pelkistäminen voi olla tiedon tiivistämistä tai pilkkomista osiin (Sarajärvi & Tuomi 2013, 109 - 111). Analyysivaiheessa poimittiin ja merkittiin korostuskynällä tutkijan taulukkoon kootuista tuloksista ne kohdat, jotka vastasivat tutkimuskysymykseen. Tämän jälkeen kaikki kohdat pelkistettiin ja kirjoitettiin muistilapuille. Erikseen lajiteltiin tutkimukset, jotka käsittelivät sähköisiä potilasopetusmenetelmiä. Tutkimukset lajiteltiin, koska hoitajien kokemukset, jotka liittyivät sähköisiin menetelmiin, eivät olleet sovellettavissa yleisesti potilasohjaukseen.

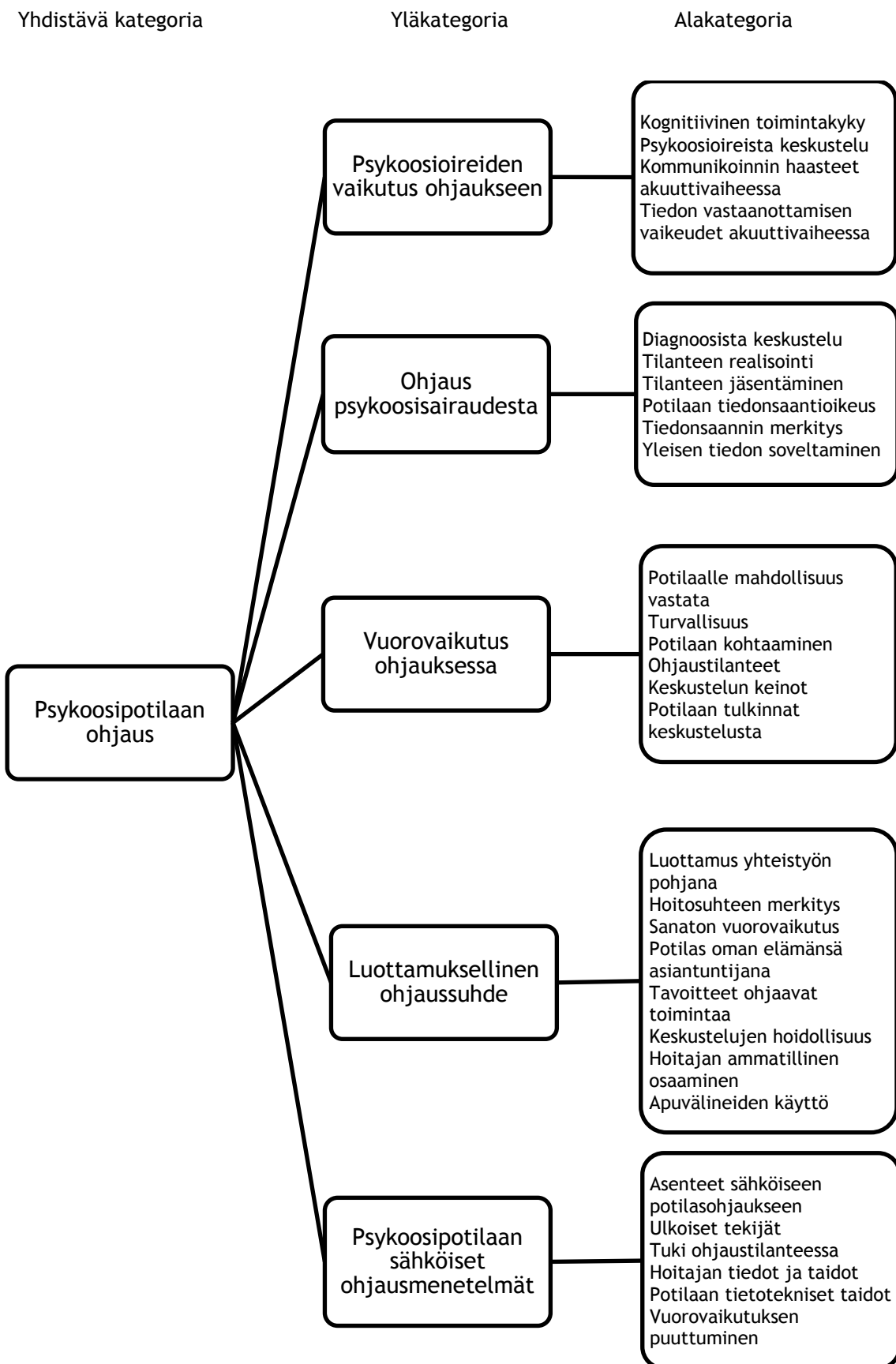
Ryhmittelyssä pelkistetyt ilmaisut kootaan yhteen ja niistä etsitään yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia. Kaikki samaa asiaa käsittelevät pelkistetyt ilmaukset yhdistetään kategorioiksi, jotka nimetään sisällön mukaan. Abstrahointivaiheessa erotetaan tutkimuksen kannalta keskeinen informaatio, jonka perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä. (Sarajärvi & Tuomi 2013, 109 - 111.) Abstrahointia tapahtuu jo pelkistämisen ja ryhmittelyvaiheissa (Juvakka & Kylmä 2012, 119). Abstrahoinnissa yhdistellään luokkia niin pitkälle, kuin se on aineiston sisällön huomioiden mahdollista. Sisällönanalyysi ei kirjallisuuskatsausta tehdessä anna tuloksia, vaan toimii apukeinona tutkimuksissa olevan tiedon tarkastelussa. (Sarajärvi & Tuomi 2013, 111, 124.) Analyysissa samaan aihepiiriin kuuluvat asiat yhdistettiin ja kirjattiin taulukkoon. Pelkistetyt ilmaisut jaettiin alakategorioihin ja edelleen yläkategorioihin.

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetyt ilmaisut	Alakategoria	Yläkategoria	Yhdistävä kategoria
Sairaanhoitajien näkökulmasta pitkät hoitosuhteet ja molemminpuolinen sitoutuminen olivat ensipsykoosipotilaiden hoidossa erittäin tärkeitä	Pitkät hoitosuhteet tärkeitä Molemminpuolinen sitoutuminen tärkeää	Hoitosuhteen merkitys	Luottamuksellinen ohjaussuhde	Psykoosipotilaan ohjaus

Taulukko 2: Esimerkki sisällönanalyysistä

6 Tulokset

Tämän kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli selvittää millaisia kokemuksia hoitotyöntekijöillä on psykoosipotilaiden ohjaamisesta. Aineisto muodostui kolmesta väitöskirjasta, kolmesta pro gradu -tutkielmasta ja yhdestä tutkimusartikkelista hoitotieteellisessä julkaisussa. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysia mukaillen. Vastauksia etsittiin tutkimuskysymyksen: Millaisia kokemuksia hoitotyöntekijöillä on psykoosipotilaan ohjaamisesta? Analyysissa aineistosta muodostui viisi yläkategoriaa: psykoosioireiden vaikutus ohjaukseen, ohjaus psykoosisairaudesta, vuorovaikutus ohjauksessa, luottamuksellinen ohjaussuhde ja psykoosipotilaan sähköiset ohjausmenetelmät (Kuvio 2).



Kuvio 2: Opinnäytetyön tulokset

6.1 Psykoosioireiden vaikutus ohjaukseen

Psykoosioireet, keskustelu oireista, kognitiiviset vaikeudet ja akuuttivaiheen haasteet vaikuttavat psykoosipotilaan ohjaukseen. Hoitajat kokivat potilaan psykoottiset oireet, kuten potilaan kuuloharhat haasteena vuorovaikutukselle. Hoitajia mietityttivät kognitiivisen toimintakyvyn ongelmat. Psykoosioireiden koettiin vaikuttavan muistiin, keskittymiskykyyn sekä ymmärtämiseen. Tärkeää oli ottaa puheeksi potilaan psykoosioireet ja harhat. Hoitajan rooli on kuunnella potilasta, mutta samalla tehdä selväksi, ettei hoitaja jaa potilaan psykoottisia ajatuksia. Akuuttivaiheessa kontaktin luominen koettiin haasteelliseksi, koska psykoosipotilas ei aina kykene keskustelemaan. Tällöin hoitajan on löydettävä uudenlainen tapa kommunikoida. Potilaalle on usein haastavaa ottaa tietoa vastaan akuuttivaiheessa, jolloin tiedon antaminen omaisille koettiin tärkeäksi.

6.2 Ohjaus psykoosisairaudesta

Psykoosisairaudesta ohjaamiseen sisältyy diagnoosin käsitteleminen, tilanteen realisointi ja jäsentäminen sekä potilaan tiedonsaanti. Hoitajien kokemusten mukaan psykoosipotilaan ohjauksessa oli tärkeää diagnoosin puheeksi ottaminen. Potilaan oli tärkeää saada tietää diagnoosinsa ja selitys sille sekä aikaa työstää diagnoosia. Diagnoosin koettiin tuottavan häpeää ja ahdistusta osalle potilaista. Yhdessä potilaan kanssa keskusteltiin hoitoon liittyvistä odotuksista ja niiden mahdollisesta epärealistisuudesta sekä realisoitiin koko tilannetta. Haasteeksi ohjauksessa nousi ennusteeseen liittyvä epävarmuus. Hoitajat kertoivat auttavansa potilasta konkretisoimaan abstrakteja kokemuksia. Yhdessä potilaan kanssa jäsennetään tilannetta ja potilaan sisäistä kaaosta. Hoitaja pyrkii keskustelun kautta ymmärtämään potilaan tilannetta ja tukemaan toimivia osa-alueita.

Hoitajat kokivat, että potilaalla on tiedonsaantioikeus ja että potilaan tiedonsaanti mahdollistaa hoidon toteutumisen. Tiedon antamisella tuetaan potilasta ja mahdollistetaan potilaan itsehoito. Tiedon antaminen nähtiin keinona lievittää potilaan pelkoja ja antaa potilaalle uusia oivalluksia. Hoitajat kävivät yleistä tietoa läpi yhdessä potilaan kanssa ja sovelsivat sitä yksilöllisesti. Erityisesti nuorten potilaiden koettiin hakevan tietoa itsenäisesti internetistä.

6.3 Vuorovaikutus ohjauksessa

Vuorovaikutus ohjaustilanteessa muodostuu potilaan kohtaamisesta ohjaustilanteessa, potilaan huomioimisesta, keskustelun keinojen hyödyntämisestä sekä potilaan tekemien tulkintojen vaikutuksesta. Hoitajien kokemusten mukaan ohjaustilanteessa psykoosipotilas tulisi kohdata rauhallisesti ja näyttää kiinnostusta potilasta kohtaan. Keskustelussa potilaalle annetaan mahdollisuus vastata, antamalla potilaalle riittävästi aikaa ja tilaa vastaamiseen. Keskustelu ajateltiin potilasta tukevana menetelmänä. Keskustelu psykoosipotilaan kanssa pitäisi olla sel-

keää ja johdonmukaista. Puhussa käytetään potilaalle tuttuja termejä ja tarvittaessa toistetaan asioita. Huolellinen vastaaminen on tärkeää, koska psykoosipotilas voi tulkita asioita virheellisesti ja muistaa myös loukkaavat sanat. Potilaan pelot ja häpeä vaikeuttavat ohjausta. Hoitajat kokivat, että potilas hermostuu, jos häntä liikaa painostetaan puhumaan. Hoitajat huomioivat oman turvallisuutensa olemalla varautuneita vieraan potilaan kanssa ja miettivänsä mitä asioita haluavat jakaa omasta elämästään. Hoitajat kokivat, että ohjaustilanteina toimivat myös tutustumiskäynnit, neuvottelut ja tapaamiset.

6.4 Luottamuksellinen ohjaussuhde

Hoitajien mukaan keskeisiä elementtejä ohjaussuhteessa ovat luottamus, potilaan rooli oman elämänsä asiantuntijana, toiminnan tavoitteellisuus ja hoidollisuus sekä hoitajan ammattitaito. Hoitajat kokivat, että luottamus ja kontakti potilaan kanssa toimivat yhteistyön pohjana. Luottamuksen koettiin myös rohkaisevan potilasta puhumaan. Hoitajat ajattelivat potilaan olevan oman elämänsä asiantuntija ja että ohjauksen tulisi keskittyä potilaan asioihin. Keskusteluiden aiheet mietitään yhdessä potilaan kanssa ja huomioidaan ohjauksessa potilaan ongelmat. Ohjaussuhteessa tavoitteet ohjaavat toimintaa ja ne mietitään yhdessä potilaan kanssa. Hoitajat kokivat, että keskustelujen ja hoitajan toiminnan tulisi olla hoidollista. Keskustelumahdollisuuden tarjoaminen nähtiin hoitajan velvollisuutena ja tiedon antamisen ajateltiin viestittävän hoitajan ammattitaidosta. Hoitajan toimintaa ohjasi hoitajan tietämys ja osa hoitajista toivoi päivitystä tietoihinsa. Opetuksellinen osaaminen koettiin haastavana. Hoitajan osaamiseen koettiin kuuluvan myös erilaisten ohjauskeinojen ja apuvälineiden, kuten esitteiden, työkirjojen, videoiden ja ohjelmien käyttö. Kirjaaminen koettiin tärkeäksi, jotta tieto sairaalassa toteutetusta ohjauksesta siirtyisi myös avohoitoon. Lisäksi hoitajat toivoivat enemmän moniammatillista yhteistyötä psykoosipotilaiden hoidossa.

Hoitajat kokivat vuorovaikutuksen työvälineeksi psykoosipotilaan kanssa. Pitkät hoitosuhteet, joissa molemmat osapuolet olivat sitoutuneita, koettiin tärkeiksi. Potilaan puhumattomuuden koettiin vaikeuttavan ohjaussuhdetta ja hoitajan olisi osattava tulkita myös vuorovaikutuksen ei-sanallisia viestejä. Ohjaussuhde on yhteistyötä potilaan kanssa ja hoitajan läsnäolo on tärkeää. Ohjaussuhteessa mahdollistuu myös yksilöidyn tiedon saaminen.

6.5 Psykoosipotilaan sähköiset ohjausmenetelmät

Sähköinen potilasohjausmenetelmä toimi tukikeinona ohjaustilanteessa. Hoitajat kokivat menetelmän olevan laaja tiedonlähde potilaille ja arvioivat järjestelmän myös kannustavaksi, nopeaksi ja perusteelliseksi tiedonlähteeksi. Tärkeänä hoitajat pitivät sitä, että käytetty tieto pohjautuu tutkimuksiin. Sähköinen potilasohjausmenetelmä tukee vuorovaikutuksen syntymistä ja sen avulla syntyy laaja-alaista keskustelua hoitajan ja potilaan välillä. Sähköinen menetelmä tukee käsiteltävässä asiassa pysymistä sekä rohkaisee potilasta

kysymään kysymyksiä. Menetelmän koettiin auttavan hoitajaa huomioimaan myös potilaan voimavarat ja hyvinvoinnin.

Ulkoiset tekijät, jotka vaikuttavat sähköiseen potilasohjaukseen, jakautuvat ohjaustilanteeseen, tietoteknisiin ongelmiin ja resurssien puutteeseen. Hoitajien kokemusten mukaan sähköisen potilasohjauksen käyttöä hankaloittivat tietotekniikkaan liittyvät vaikeudet, kuten laitteiston huono saatavuus tai sen toiminnassa ilmenneet ongelmat. Tietotekniset vaatimukset tekivät ohjaukseen sopivan tilan löytämisen haastavaksi. Hoitajat kokivat, että häiriötön ja rauhallinen ohjaustilanne tukevat sähköistä potilasohjausta. Potilasohjausjärjestelmän käyttö vei hoitajien mielestä liikaa työaika, potilasohjaukseen varattu aika koettiin osittain liian lyhyeksi ja hoitajat kokivat valmistautumisensa potilasohjaustilanteeseen olleen riittämätöntä. Sähköisen järjestelmän vaatima lisäaika ja lisätyö heikensivät hoitajien motivaatiota käyttää järjestelmää.

Hoitajien kokemusten mukaan sähköinen potilasohjausmenetelmä oli potilaille itsenäisesti käytettävä apuväline. Se oli erityisen hyvä potilaille, jotka olivat käyttäneet tietokonetta ja jotka omasivat tietoteknisiä taitoja. Osalla potilaista huonot tietotekniset taidot rajoittivat sähköisen potilasohjausmenetelmän käyttöä. Lisäksi hoitajien kokemusten mukaan menetelmän käytössä on arvioitava potilaan kunto, koska sähköisen potilasohjauksen ei koettu sopivan huonokuntoisille potilaille.

Hoitajat kokivat, että sähköinen potilasohjausmenetelmä toimi apukeinona hoitotyössä. Sen koettiin lisäävän hoitajan ammatillista osaamista sekä olevan hoitajille innovatiivinen mahdollisuus. Yksi sähköisistä potilasohjausmenetelmistä oli internetissä toimiva kysymys-vastauspalsta. Kysymys-vastauspalsta käytettäessä korostui vastausten laatimisessa hoitajien ammatillinen osaaminen. Hoitajat kokivat vastaamisen vaativan laajaa ammattitaitoa ja tietoa sairaudesta. Kysymys-vastauspalsta edellytti uudentyypin toimintatavan opettelua ja sitä kautta lisäsi hoitajien ammatillista osaamista. Haastavaksi kysymys-vastauspalstassa koettiin vastaamiseen liittyvä vastuu sekä yhteisten sopimusten puuttuminen. Vaikka vastausten laatiminen ja tekninen vastaaminen koettiin helpoksi, vastaamista vaikeutti hoitajien kokemattomuus ja kysymysten epämääräisyys. Lääkehoitoon liittyvät kysymykset koettiin myöskin ongelmallisiksi.

Kysymys-vastauspalstan erona muuhun sähköiseen potilasohjaukseen oli sen käyttö nimettömänä sekä suoran potilaskontaktin puuttuminen. Haastavaksi hoitajat kokivat sen, että potilaat olivat ennestään vieraita, mutta toisaalta nimettömyyden ajateltiin helpottavan potilaiden yhteydenottoa. Hoitajat olivat huolissaan vuorovaikutteisen potilassuhteen puuttumisesta ja pelkäsivät sen edistävän potilaiden eristäytymistä arjesta ja yhteiskunnasta sekä virtuaalisen maailman lisäävän paranoidista ajattelua.

Hoitajien kokemusten mukaan potilaiden asenteet sähköistä potilasohjausta kohtaan vaihtelevat. Toisaalta potilaiden asennetta kuvattiin positiiviseksi ja innostuneeksi, toisaalta osa potilaista kertoi hoitajille itse puuttuvasta motivaatiosta. Artikkeleissa tuli ilmi, että myös osa hoitajista oli huonosti motivoituneita käyttämään sähköistä menetelmää. Kuitenkin hoitajat arvioivat sähköisen potilasohjausmenetelmän miellyttäväksi käyttöä.

7 Pohdinta

Psykoosipotilaiden ohjausta hoitotyöntekijöiden näkökulmasta käsitteleviä tutkimuksia on olemassa vähän. Osa psykoosipotilaiden ohjausta käsittelevistä tutkimuksista on tehty tutkien potilaiden näkökulmaa ja osa on liian vanhoja otettavaksi mukaan kirjallisuuskatsaukseen. Mielenterveyshoitotyö tutkimustieto päivittyy jatkuvasti, joten vanhojen tutkimusten rajaaminen pois on perusteltua. Yleisemmin mielenterveyspotilaiden ohjaamisesta löytyy tutkimuksia, mutta silloin aihe olisi ollut liian laaja tutkittavaksi AMK-tason opinnäytetyössä. Osassa aineistoon hyväksytyissä tutkimuksissa on käytetty potilasopetus-termiä, joka tässä opinnäytetyössä on hyväksytty potilasohjaukseen.

Keskeisin psykoosipotilaiden ohjauksen erityispiirre on psykoosioireiden vaikutus ohjaukseen. Psykoosipotilaan oireita, joiden koettiin vaikuttavan ohjaukseen, olivat kognitiivisen toimintakyvyn ongelmat, harhat sekä paranoidiset ajatukset. Näistä erityisesti harhat ja harhaluulot vaikuttavat akuuttivaiheessa ohjaukseen, mutta kognitiiviset ongelmat vaikuttavat pidempään. Juuri kognitiivisen toimintakyvyn ongelmat mietityttivät hoitajia paljon psykoosipotilaiden hoidossa (Kilkku 2008, 104). Psykooseista erityisesti skitsofrenialle ovat tyypillisiä laajalajaiset kognitiiviset häiriöt, kuten prosessointinopeuden hidastuminen ja tapahtumamuistin heikkeneminen. Kognitiiviseen toimintakykyyn liittyy myös kielellisen työmuistin ongelmat, joka voi ilmetä esimerkiksi vaikeutena ymmärtää kuultua. Muistin toimintaan liittyvien vaikeuksien vuoksi, voi olla hyödyllistä ilmaista ohjeistus mahdollisimman selkeästi ja käyttää tukena kirjallisia ohjeita. (Tuulio-Henriksson 2014.) Hyödyllistä voi olla myös tiedon antaminen omaisille akuuttivaiheessa. Psykoottisen potilaan toiminta ja ajatusmaailma voi myös olla hajanainen ja epälooginen (Bergdahl, 34). On huomioitava psykoosioireisiin kuuluvat harhat ja niiden vaikutukset ohjaukseen. Esimerkiksi kuuloharhat heikentävät potilaan kykyä seurata keskustelua ja annettuja ohjeita (Bergdahl, 35). Potilaan puhumattomuuden arvioitiin johtuvan pääosin psykoosisairaudesta (Aho 2008, 75). Psykoottiset oireet voivat myös olla sellaisia, ettei niitä pysty havaitsemaan potilaan käytöksestä. Tällöin hoitajan on luotettava omaan intuitioon, joka herää esimerkiksi potilaan puheista. (Bergdahl 2009, 29 - 30.)

Ohjauksella psykoosisairaudesta on paljon yhteistä psykoedukaation kanssa. Psykoedukaatio on opetuksellinen ja psykoterapeuttinen hoitomenetelmä, jossa tarjotaan potilaalle ja hänen läheisilleen tietoa sairaudesta, hoidosta ja selviytymisestä (Kieseppä & Oksanen 2013). Erona

on kuitenkin, että potilasohjauksessa voidaan käsitellä myös muita kuin sairauteen liittyviä asioita ja lähtökohta on hoidollinen, ei terapeutin. Ohjauksessa psykoosisairaudesta keskeistä on tiedon antaminen, soveltaen tietoa yksilöllisesti potilaan tilanteeseen sekä diagnoosin käsitteleminen yhdessä potilaan kanssa. Diagnoosin työstäminen vie aikaa ja voi aiheuttaa häpeää ja ahdistusta (Kilkku 2008, 98). Myös pelkoja voidaan lievittää antamalla tietoa sairaudesta. Saatavilla on paljon yleisen tason tietoa, joten olisi tärkeää, että hoitotyöntekijät kävisivät yleisen tason tietoa läpi yhdessä psykoosipotilaan kanssa ja soveltaisivat sitä yksilöllisesti. Hyvä asia ohjauksen kannalta on, että potilaat yleensä kertovat löytämästään tiedosta, jolloin tietoa voidaan käsitellä yhdessä (Kilkku 2008, 109). Mielenterveyspotilaiden hoidossa diagnoosikohtaisia potilasohjeita pidetään tärkeinä. Tarvetta olisi kirjallisille mielenterveyshäiriöitä käsitteleville potilasohjeille. (Kaunonen, Mäki, Pitkänen & Salminen 2012, 17 - 18.) Tiedon saaminen voi auttaa myös psykoosipotilasta jäsentämään kokemuksiaan ja saamaan selityksiä oireilleen. Hoitajat kokevat tärkeäksi tilanteen realisoinnin ja jäsentämisen potilaan kanssa (Kilkku 2008, 106). Hoitajan on ymmärrettävä psykoottisten oireiden merkitys potilaalle, mutta samalla tuoda esille realiteetteja potilaan ahdistuneisuuden helpottamiseksi ja turvallisuuden luomiseksi. Tavoitteena ei ole vain poistaa psykoottisia oireita, vaan myös ymmärtää niitä. (Bergdahl, 2009, 31.)

Psykoosipotilaan ohjauksessa vuorovaikutukseen vaikuttavat psykoosioireet. Jokaisessa potilasohjaustilanteessa on keskeistä ohjattavan ja ohjaajan kaksisuuntainen vuorovaikutus, joka rakentuu keskustelun välineiden pohjalle (Kyngäs & Kääriäinen 2005, 254). Vuorovaikutus ohjauksessa on lähtökohtana kaikelle toiminnalle ja työväline toimia psykoosipotilaan kanssa. Psykoosipotilaan kanssa keskustelun tulisi olla mahdollisimman selkeää ja johdonmukaista. Oleellista on asioiden toistaminen tarvittaessa. Psykoosipotilas kohdataan rauhallisesti, rauhoittaen potilaan pelkoja ja ahdistusta. (Bergdahl 2009, 29 - 35.) Hoitajat saattavat vastata potilaan paranoidisten oireiden vuoksi kysymyksiin korostetun huolellisesti, estääkseen väärät tulkinnat (Aho 2008, 36). Vuorovaikutuksessa psykoosipotilaan kanssa hoitajan on huomioitava psykoosin vaikutus potilaan käyttäytymiseen ja hänen tekemiinsä tulkintoihin hoitajasta ja ohjaustilanteesta. Psykoosipotilas voi helposti tulkita hoitajan puheet ja sanattomat viestit väärin. Hoitajalla on myös oltava taitoja tulkita tilannetta. Kun potilas on kykenemätön kommunikoimaan, on hoitajan löydettävä uusi tapa saada potilas kontaktiin (Kilkku 2008, 103). Vuorovaikutukseen vaikuttavat myös potilaan paranoidiset ajatukset. Psykoosipotilas voi suhtautua hoitajiin epäluuloisesti, epäillen heidän toimintansa syitä (Bergdahl 2009, 29).

Luottamuksellisessa ohjaussuhteessa keskeistä on potilaan asiantuntijuus, hoitajan ammatillinen osaaminen sekä toiminnan tavoitteellisuus ja hoidollisuus. Tärkeää toimivan ohjaussuhteen aikaansaamisessa on hoitajan ja psykoosipotilaan välille syntyvä luottamus. Luottamuksen kehittymisen edellytyksenä ovat avoimuus, vastavuoroisuus, turvallisuuden tunne ja mah-

dollisuus yhteistyöhön (Kilkku 2008, 96). Jotta luottamus voi syntyä, on molempien osapuolten oltava aktiivisia toimijoita ohjaussuhteessa. Hoitajien mukaan potilaan paranoidiset psykoosioireet voivat olla esteenä luottamuksellisen yhteistyösuhteen kehittymiselle (Aho 2008, 69). Harhaluuloista johtuen psykoosipotilas voi kyseenalaistaa hoitajan motiivit ja uskoa hoitajan valehtelevan, kun tämä ei myönnä harhojen olevan totta. Hoitajien tavoitteena on paitsi luoda luottamuksellinen hoitosuhde myös vahvistaa potilaan luottamusta tulevaisuuteen. (Bergdahl 2009, 27.)

Psykoosipotilaan sähköiset ohjausmenetelmät jakoivat hoitajien mielipiteitä sekä omasta että potilaan näkökulmasta katsoen. Suurimmaksi haasteeksi koettiin ulkoiset tekijät, kuten tietotekniikan toimivuus ja ajan puute. Psykoosipotilaiden asennetta kuvailtiin positiiviseksi ja innostuneeksi (Räisä 2015, 28). Toisaalta epäiltiin potilaiden motivaatiota jatkaa järjestelmän käyttöä itsenäisesti ja jotkut potilaat ilmoittivat itse puuttuvasta motivaatiosta. Sähköisiin menetelmiin liittyy pelko, että kasvokkain tapahtuva vuorovaikutus vähenisi käytön myötä. (Anttila 2012, 42 - 47). Sähköisen potilasohjauksen tavoitteena on kuitenkin itsehoidon tukeminen tavanomaisen hoidon rinnalla (MieliNet 2016). Psykoosipotilaan sähköiset ohjausmenetelmät tulevat todennäköisesti tulevaisuudessa yleistymään. Selvästi sähköisiin menetelmiin liittyy ennakkoluuloja ja vie aikaa ennen kuin niiden käyttö yleistyy. Sähköisen potilasohjauksen voi ajatella olevan tulevaisuutta ja kaikki keinot, jotka kehittävät potilasohjausta on otettava huomioon. Sähköisen potilasohjauksen etuna on, että se mahdollistaa psykoosipotilaan yksilöllisen tiedon tarpeen ja tietoteknisen osaamisen huomioimisen (Räisä 2015, 27). Verrattuna kirjalliseen materiaaliin sähköisen potilasohjauksen etuna varmasti on sen jatkuva päivittyminen.

Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää kaikilla osastoilla, joissa työskennellään psykoosipotilaiden kanssa. Opinnäytetyössä nousi esille keskeiset teemat, jotka vaikuttavat psykoosipotilaan ohjaukseen. Luottamus ja vuorovaikutus ohjauksessa mainitaan potilasohjauksen yleisessä määritelmässäkin. Aiheen valinta toivottavasti saa aikaan myös sen, että hoitotyöntekijät kiinnittävät entistä enemmän huomiota potilaiden ohjaukseen ja miettivät ohjauksen tarkoitusta. Tutkimustulokset ovat kuitenkin suppeita, joten laajempaa yleistämistä ei niiden perusteella voi tehdä. Tulosten voidaan kuitenkin ajatella antavan suuntaa siitä, mitkä asiat ovat keskeisiä psykoosipotilaan ohjauksessa. Käytännön keinoja tuli esille hyvin vähän, joten niitä voisi erikseen tutkia tai kehittää osastokohtainen toimintamalli ohjauksesta.

7.1 Luotettavuus ja eettisyys

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kriteerit ovat uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. Jotta tutkimus on uskottava, tutkijan tehtävänä on varmistaa, että tutkimustulokset vastaavat tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden käsityksiä tutkittavasta aiheesta. Tutkimuksen uskottavuutta lisää tutkijan riittävä paneutuminen tutkimuskohteeseen,

kuvaus kokemuksista ja valintojen perustelu sekä tutkittavan ilmiön kuvaaminen eri näkökulmista. Vahvistettavuus edellyttää tutkimusprosessin suorittamista ja kirjaamista siten, että toinen tutkija voi seurata prosessia pääpiirteissään. Laadullisen tutkimuksen vahvistettavuuden ongelmana on, että kaksi tutkijaa ei välttämättä päädy samaan tulkintaan, vaikka käytetty aineisto olisi sama. Reflektiivisyys tarkoittaa sitä, että tutkija arvioi, miten hän itse on vaikuttanut tutkimuksen aineiston valintaan, tutkimusprosessiin ja tutkimuksen lähtökohtiin. Siirrettävyydellä tarkoitetaan tutkimuksen tulosten siirrettävyyttä vastaaviin tilanteisiin. (Juvakka & Kylmä 2012, 127 - 129.)

Opinnäytetyössä luotettavuus huomioitiin määrittämällä tarkkaan tutkimuskysymys, jonka perusteella aineisto valittiin. Lisäksi määriteltiin sisäänotto- ja poissulkukriteerit. Hakulauseet ja hakuprosessi kuvattiin täsmällisesti sekä perusteltiin aineiston valintaan liittyvät päätökset. Apuna hakulauseiden valinnassa käytettiin kirjaston informaatikon asiantuntemusta. Hakukoneita valittiin useita, jotta tarjolla olisi sekä suomalaisia että kansainvälisiä tutkimuksia. Luotettavuutta heikensi se, että kirjallisuuskatsausta oli tekemässä vain yksi tutkija. Kuitenkin prosessin aikana kaikkia vaiheita peilattiin myös opinnäytetyön ohjaajan kanssa sekä suunnitelmavaiheen työtä oponoi kaksi muuta sairaanhoidon opiskelijaa. Tiedonhakuprosessia hankaloittivat myös ohjaus-käsitteet epämääräisyys ja tutkimusten vähäisyys psykoosipotilaan ohjauksesta. Tässä opinnäytetyössä ohjausta on käsitelty laajemmin vuorovaikutuksen ja hoitosuhteen näkökulmista, mutta toinen tutkija olisi voinut rajata aiheen eri tavalla. Kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta lisättiin valitsemalla aineisto luotettavista lähteistä. Tässä opinnäytetyössä aineisto muodostui kolmesta väitöskirjasta, kolmesta pro gradu -tutkielmasta ja yhdestä tutkimusartikkelista hoitotieteellisessä julkaisussa. Tulokset on kuvattu tarkasti ja analyysissa artikkeleista poimittiin kaikki kohdat, jotka vastasivat tutkimuskysymykseen ja kuvasivat hoitotyöntekijöiden näkökulmaa. Opinnäytetyöhön tehtiin analyysivaiheessa tutkijan taulukko, johon koottiin tutkimusten tuloksista ne, jotka vastasivat tutkimuskysymykseen. Sisällönanalyysejä mukaileva prosessi on kuvailtu tarkasti ja havainnoitu sitä kuviolla. Tuloksissa on esitelty kaikki esille tulleet kohdat tekemättä omia päätelmiä. Tulokset on esitelty neutraalisti eikä mitään kohtaa ole korostettu.

Luotettavuutta heikensi käytettävien resurssien vähäisyys eli valituksi ei tullut lainkaan maksullista aineistoa ja aikataulujen takia läpikäytävien tutkimusten määrää oli rajattava. Useamman eri näkökulman tuominen aiheeseen lisäisi luotettavuutta. Nyt tutkimus käsittelee vain hoitotyöntekijöiden näkökulmaa, mutta mahdollista olisi myös tutkia aiheetta esimerkiksi psykiatristen potilaiden, heidän omaistensa tai muiden työntekijöiden näkökulmasta.

Eettisyyden kannalta on tärkeää pohtia perusteluja tutkimuksen tekemiselle. Tutkimuksen oikeuttavat perustelut on löydettävä tutkittavan ilmiön tietoperustasta ja siksi se vaatii tutkijalta aiheen hyvää tuntemusta. Tutkimuksesta on oltava myös yhteiskunnallista hyötyä ja sen

tavoitteena on tuottaa uutta tietoa. Terveystutkimuksissa on arvioitava osallistujien haavoittuvuutta sekä tutkittavan ilmiön arkaluontoisuutta. (Juvakka & Kylmä 2012, 144 - 145.) Tämän opinnäytetyön tekeminen oli eettisesti perusteltua, koska tavoitteena oli löytää käytännön hoitotyössä hyödynnettävää tietoa. Kirjallisuuskatsauksessa on hyödynnetty jo olemassa olevia tutkimuksia, jotka on hyväksytty toteutettavaksi eettisestä näkökulmasta. Psykoosipotilaat ovat äärimmäisen haavoittuva ryhmä ja eettisesti on ehkä hyväksyttävämpää tutkia aihetta hoitotyöntekijöiden näkökulmasta. Eettisyyttä arvioitaessa on huomioitava se, että on tutkittu hoitotyöntekijöiden kokemuksia. Tuloksia lukiessa on myös pidettävä mielessä, että potilaan kokemukset eivät antaisi samoja tuloksia.

7.2 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Tämän opinnäytetyön tuottamaa tietoa voidaan pitää merkityksellisenä, sillä se tuotti uutta tietoa psykoosipotilaan ohjauksesta. Opinnäytetyön tulosten pohjalta voidaan esittää seuraavat johtopäätökset:

1. Potilaan psykoosioireet vaikuttavat potilasohjaukseen ja heikentävät psykoosipotilaan kykyä vastaanottaa tietoa.
2. Psykoosipotilaan ohjauksessa on keskeistä luottamuksellinen ja vuorovaikutuksellinen ohjaussuhde.
3. Sähköisten menetelmien käyttö on lisääntynyt psykoosipotilaiden ohjauksessa ja itsehoitossa.

Jatkotutkimuksena voisi toteuttaa haastattelututkimuksen hoitotyöntekijöiden kokemuksista psykoosipotilaan ohjauksesta erityisesti psykoosin akuuttivaiheessa. Tutkimusaiheena voisi olla myös psykoosipotilaan tai psykoosipotilaan läheisten kokemukset hoitotyöntekijän antamasta potilasohjauksesta. Hoitotyöntekijöiden kokemukset mielenterveyspotilaiden ohjauksesta somaattisilla osastoilla olisi myös tutkimuksen arvoinen aihe. Tutkimus kannattaisi suorittaa haastatteluna, mutta otoksen olisi oltava tarpeeksi kattava. Lisäksi ajankohtainen tutkimusaihe olisi kokemusasiantuntijoiden käyttö mielenterveyspotilaiden ohjauksessa.

Lähteet

- Aho, J. 2008. Osastohoidossa olevan psykoosipotilaan ja hoitajan hoitosuhde. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos. Kuopio.
- Anttila, M. 2012. Adoption of information technology based patient education in psychiatric nursing. Väitöskirja. Turun yliopisto, hoitotieteen laitos. Turku.
- Anttila, M., Hätönen, H., Koivunen, M., Kuosmanen, L., Maijala, R., Pitkänen, A. & Välimäki, M. 2011. Internetissä toimivan kysymys-vastauspalstan käyttö skitsofreniaa sairastavan potilaan hoidossa. Tutkiva hoitotyö 4/2011, 32 - 40.
- Axelin, A., Stolt, M. & Suhonen, R. (toim.) 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku: Turun yliopisto.
- Axelin, A., Stolt, M. & Suhonen, R. 2016. Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. Teoksessa Axelin, A., Stolt, M. & Suhonen, R. (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto, 7 - 22.
- Bergdahl, A. 2009. Sairaanhoidajan toiminnan tavoitteet ja toiminta psykoottisen potilaan hoidossa moniammatillisen hoitoryhmän jäsenenä. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos. Kuopio.
- Ellilä, H., Friis, L., Kilku, N., Komppa-Valkama, M., Kuosmanen, L. & Vuokila-Oikkonen, P. 2009. Puntarissa mielenterveyshoitotyön käytäntö, koulutus ja tutkimus Suomessa. Sairaanhoidaja 6-7/2009, 24 - 27.
- Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Tammi.
- Euroopan mielenterveysjulistus. 2005. WHO:n Euroopan ministerikonferenssi mielenterveydestä - Haasteiden kohtaaminen ja ratkaisujen etsiminen. Helsinki.
- Granö, N., Lindgren, M. & Therman, S. 2016. Nuorten psykoottistyyppisten oireiden kliininen merkitys. Katsaus. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 6/2016, 515 - 21.
- Hamari, L. & Niela-Vilén, H. 2016. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Teoksessa Axelin, A., Stolt, M. & Suhonen, R. (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto, 23 - 34.
- Heinimaa, M., Hietala, J. & Suvisaari, J. 2015. Tutkimus on muuttanut käsitystämme psykoosista. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 22/2015, 2117 - 24.
- Henriksson, M., Lönnqvist, J., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.). 2014. Psykiatria [online]. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 2014 (luettu 16.9.2016). Saatavilla Internetissä (vaatii käyttäjätunnuksen): www.oppiportti.fi/op/pkr00105/do
- Hirvonen, E., Johansson, K., Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Porvoo; Helsinki: WSOY.
- Johansson, E. & Lehtiö, L. 2016. Järjestelmällinen tiedonhaku hoitotieteessä. Teoksessa Axelin, A., Stolt, M. & Suhonen, R. (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku: Turun yliopisto, 35 - 55.
- Juvakka, T. & Kylmä, J. 2012. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.
- Kanerva, A., Kuhanen, C., Oittinen, P., Schubert, C. & Seuri, T. 2013. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro.
- Kaunonen, M., Mäki, K., Pitkänen, A. & Salminen, A. 2012. Kirjalliset ohjeet mielenterveyspotilaan tiedonsaannin tukena. Tutkiva hoitotyö 4/2012, 14 - 22.

Kettunen, T., Laitinen-Väänänen, S., Mäkelä, J. & Vänskä, K. 2011. Onnistuuko ohjaus? Sosiaali- ja terveysalan ohjaustyössä kehittyminen. Helsinki: Edita.

Kieseppä, T. & Oksanen, J. 2013. Psykoedukaatio psykoosien hoidossa ja kuntoutuksessa. Katsaus. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 20/2013:2133 - 9. Luettu 22.11.2016. http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo11273&p_haku=psykoedukaatio

Kilkku, N. 2008. Potilasopetus ensipsykoosipotilaan hoidossa: substantiivinen teoria luottamuksen uudelleen rakentumisesta. Väitöskirja. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos. Tampere.

Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2005. Käsiteanalyysi ohjaus-käsitteestä hoitotieteessä. Hoitotiede 5/2005, 250 - 258.

Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006. Ohjaus - tuttu, mutta epäselvä käsite. Viitattu 13.9.2016. <https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/ohjaus-tuttu-mutta-epaselva-kasite/>

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Torppa, K. & Ukkola, L. 2006. Terveystieteiden henkilöstön käsitykset ohjauksesta sairaalassa. Hoitotiede 1/2006, 4 - 13.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 1/1999, 3 - 12.

L1116/1990. Mielen terveyslaki.

L1326/2010. Terveystieteiden laki.

Lahtinen, E., Lavikainen, J. & Lehtinen, V. 2004. Mielen terveystieteiden Euroopassa. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Mantere, O. 2016. Akuutti psykoosi. Lääkärin käsikirja. Luettu 22.11.2016. http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt01694&p_haku=psykoosi

Mielen terveystieteiden ja päihdesuunnitelma 2009-2015: Suunnitelman loppuarviointi ja ohjausryhmän ehdotukset. 2016. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

MieliNet. 2016. Turun yliopisto. Luettu 21.11.2016. <http://edumental.fi/index.php/palvelut/mielinet>

Pitkänen, A. 2010. Improving quality of life of patients with schizophrenia in acute psychiatric wards. Väitöskirja. Turun yliopisto, hoitotieteen laitos. Turku.

Räisä, P. 2015. Psykoosipotilaille tarkoitetun sähköisen potilasopetusmenetelmän levitys ja mielen terveystieteiden ammattilaisten kokemuksia käytöstä. Pro gradu -tutkielma. Turun yliopisto, hoitotieteen laitos. Turku.

Sarajärvi, A. & Tuomi, J. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 11., uudistettu laitos. Vantaa: Tammi

Tampereen yliopistollinen sairaala. 2016. Psykoosien etiologia ja epidemiologia. Luettu 7.10.2016. [http://www.pshp.fi/fi-FI/Ohjeet/Hoitoohjelmat/Psykoosien_hoito/Psykoosien_etiologia_ja_epidemiologia\(29691\)](http://www.pshp.fi/fi-FI/Ohjeet/Hoitoohjelmat/Psykoosien_hoito/Psykoosien_etiologia_ja_epidemiologia(29691))

Tuulio-Henriksson, A. 2014. Kognitiiviset toiminnot vaikeissa psykoottisissa häiriöissä. Katsaus. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 3/2014, 233 - 40. Luettu 18.11.2016. [http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo11478&p_haku=kognitiiviset toiminnot vaikeissa psykoottisissa häiriöissä](http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo11478&p_haku=kognitiiviset_toiminnot_vaikeissa_psykoottisissa_hairioissa)

Kuvat

Kuvio 1: Tiedonhakuprosessi	17
Kuvio 2: Opinnäytetyön tulokset	22

Taulukot

Taulukko 1: Sisäänotto- ja poissulkukriteerit	16
Taulukko 2: Esimerkki sisällönanalyysista	21

Liitteet

Liite 1: Aineistonhaku	36
Liite 2: Tutkijan taulukko	37

Liite 1: Aineistonhaku

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Viitteet	Otsikon perusteella hyväksytyt	Tiivistelmän perusteella hyväksytyt	Hyväksytyt
Medic	psykoo* skitsofreni* psychos* psychotic schizophrenia* AND ohj* neuvon* opet* "patient education" guid* counsel*	2006-2016	85	36	5	5
Melinda	psykoosit AND hoitotyö	2006-2016 Asiasanat Opinnäytteet	5	3	2	2
CINAHL	psychosis or schizophrenia or psychotic AND "patient education" or counseling or guidance AND nurs*	2006-2016 Full Text	46	46	4	0
PsycARTICLES	psychosis OR schizophrenia OR psychotic AND "patient education" AND nurs*	2006-2016 Full text Peer reviewed	67	16	0	0
PubMed	psychosis or schizophrenia or psychotic AND "patient education" or counseling or guidance AND nurs*	2006-2016 Free full text	17	11	0	0

Liite 2: Tutkijan taulukko

Tutkimuksen tekijät, vuosi, otsikko ja paikka	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusmenetelmä ja aineisto	Keskeiset tulokset
<p>Räisä, P. 2015</p> <p>Psykoosipotilaille tarkoitettun sähköisen potilasopetusmenetelmän levitys ja mielen-terveysalan ammattilaisten kokemuksia käytöstä.</p> <p>Turun yliopisto, hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.</p>	<p>Kuvata psykoosipotilaille tarkoitettun sähköisen potilasopetusmenetelmän (Mieli-Net) levitystä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköiden mielenterveystyön ammattilaisten kokemuksia sähköisen potilasopetusmenetelmän käytöstä.</p>	<p>Kuvaileva laadullinen tutkimus. Gibbsin reflektiivisen ajattelun malli.</p> <p>Sähköisen potilasopetusmenetelmän koekäyttäjinä mielenterveystyön ammattilaiset (n=7).</p>	<p>Tyytyväisyyttä koettiin onnistuneen potilasopetuksen jälkeen.</p> <p>Hyväksi potilasopetustilanteissa koettiin rauhallinen ja häiriötön opetustilanne ja tietotekniikan toimivuus. Sähköisen potilasopetusohjelman myötä syntyi keskustelua potilaalle tärkeistä asioista. Potilaan asenne sähköistä potilasopetusmenetelmää kohtaan kuvattiin positiiviseksi ja innostuneeksi.</p> <p>Huonoksi potilasopetustilanteissa koettiin oma riittämätön tutustumisen käsiteltävään osioon ja joissain tilanteissa varattu aika osoittautui liian lyhyeksi. Huonoa oli tietoteknisten laitteiden puuttuminen ja toimivan internet-verkon saatavuus, joka vaikeutti sopivan tilan löytämistä.</p> <p>Koekäyttäjien päätelmien mukaan keskustelussa nousi esiin potilaan tärkeiksi kokemuksia asioita. Potilasopetusohjelman koettiin olevan uusi tapa potilasopetuksen toteuttamiseen ja se tuki käsiteltävän asian äärellä pysymistä. Tärkeänä pidettiin tiedon tutkimukseen pohjautuvuutta.</p>
<p>Anttila, M. 2012</p> <p>Adoption of information technology based patient education in psychiatric nursing.</p> <p>Turun yliopisto, hoitotieteen laitos. Väitöskirja.</p>	<p>Kuvata tietotekniikkaan pohjautuvan, potilaille ja hoitajille kehitetyn potilasopetuksen käyttöönottoa psykiatrisessa hoitotyössä.</p>	<p>Laadullinen tutkimus.</p> <p>Hoitajat (N=76, n=38) arvioivat kokemuksiaan tietotekniikkaan pohjautuvasta potilasopetuksesta vuoden käytön jälkeen.</p>	<p>Potilaiden näkökulmasta hoitajat kokivat, että IT-pohjainen potilasopetus on laaja tiedonlähde. Hoitajat kuvasivat, että IT-pohjainen potilasopetus oli potilaille itsenäisesti käytettävä apuväline ja työkalu, joka rohkaisi heitä kysymään kysymyksiä. Potilasopetusmenetelmä oli käyttökelpoinen erityisesti niille potilaille, jotka olivat</p>

			<p>kokeneita ja taitavia tietokoneen ja Internetin käytössä.</p> <p>Hoitajien näkökulmasta IT-pohjainen potilasopetus oli apukeino hoitotyöhön, joka mahdollisti laaja-alaisen keskustelun potilaan ja hoitajan välillä ja auttoi kiinnittämään huomiota potilaan voimavaroihin ja hyvinvointiin. Se on hoitajille innovatiivinen ja inspiroiva mahdollisuus, joka uudistaa hoitotyötä ja tuo uuden ulottuvuuden hoitajien ammatilliseen osaamiseen. IT-portaali oli kannustava, nopea ja perusteellinen tietolähde ja se oli hoitajista miellyttävä käyttöä.</p> <p>Haittapuolia oli, että jotkut potilaat olivat liian sairaita opetukseen. Hoitajat epäilivät potilaiden motivaatiota käyttää portaali jatkossa ja jotkut potilaat olivat kommentoineet puuttuvasta kiinnostuksesta portaalia kohtaan. Hoitajat arvelivat, että potilaan huonot IT-taidot olivat este potilasopetukselle, eivätkä potilaat oppineet käyttämään portaalia tarpeeksi nopeasti.</p> <p>Hoitajien näkökulmasta haittapuoliksi nousivat vähäiset resurssit, potilasopetus vei liikaa hoitajien työajasta. Tekninen laitteistokaan ei ollut aina saatavilla. Hoitajilla oli negatiivinen asenne potilasopetuksen vaatimaan lisätyöhön ja motivaation puute käyttää portaalia.</p>
<p>Anttila, M., Hätönen, H., Koivunen, M., Kuosmanen, L., Maijala, R., Pitkänen, A. & Välimäki, M.</p> <p>2011</p>	<p>Kuvata hoitohenkilökunnan näkökulmasta internetissä toimivan kysymys-vastauspalstan käyttöä skitsofreniaa sairastavien potilaiden hoidossa.</p>	<p>Seurantatilastot ja kaksivaiheinen ryhmähaastattelu.</p> <p>Aikuisten avosastolla työskentelevät hoitajat (n=10).</p>	<p>Myönteisiksi koettiin vastausten laatimisen ja teknisen vastaamisen helppous, toisaalta se edellyttää taitoja muodostaa ymmärrettävä vastaus potilaalle näkemättä häntä. Uusi toimintatapa edellyttää uudentyypistä perehtymistä, mutta lisää ammatillista osaamista</p>

<p>Internetissä toimivan kysymys-vastauspalstan käyttö skitsofreniaa sairastavan potilaan hoidossa.</p> <p>Tutkiva hoitotyö.</p>	<p>Palsta toimi suljetussa vuorovaikutteisessa portaalissa (MieliNet).</p>		<p>ja tietotasoa. Potilaan nimettömyys mahdollisti sellaisten henkilöiden yhteydenoton, jotka eivät ehkä muuten olisi mielenterveyspalveluja käyttäneet.</p> <p>Suurimmaksi haasteeksi koettiin vastaaminen skitsofreniapotilaiden esittämiin kysymyksiin, koska tutkimukseen osallistuneiden hoitajien ammattitaito painottuu masennuspotilaiden hoitoon. Vastaaminen koettiin vaikeaksi, koska kysymyksiä esittävä henkilö ei ollut hoitajille ennestään tuttu ja kysymykset olivat epämääräisiä. Yhteydenoton ilman hoitajaksoa pelättiin lisäävän potilaan eristäytymistä arjesta ja muusta yhteiskunnasta sekä virtuaalisessa maailmassa toimimisen lisäävän potilaiden paranoidista ajattelua. Ongelmalliseksi koettiin, ettei vastauksista saanut palautetta, eikä ollut potilaan antamaa oheistietoa tai mahdollisuutta tarkentavien kysymysten esittämiseen, vaikka vastaamiseen erityisesti kirjallisesti liittyy vastuuta. Viesteistä ei välitynyt vuorovaikutuksessa tärkeää oheistietoa eikä taustalla olevaa tilannetta. Erityisesti lääkkeisiin ja lääkehoitoon liittyvät kysymykset koettiin ongelmallisiksi. Vastaamiseen liittyviä ongelmia olivat yhteisten sopimusten puute, vastauksissa käytetty kieli, osaston kiinniolo viikonloppuisin ja hoitajien kokemattomuus vastaamisessa.</p>
<p>Pitkänen, A. 2010</p> <p>Improving quality of life of patients with schizophrenia in acute psychiatric wards.</p>	<p>Löytää tekijöitä, jotka edesauttavat skitsofreniaa sairastavien potilaiden elämänlaadun parantamista akuuttipsykiatrian osastoilla.</p>	<p>Tutkimus toteutettiin neljässä vaiheessa, kolmannessa vaiheessa kuvattiin hoitajien (n=29) näkemyksiä elämänlaatua tukevista hoitotyön menetelmistä.</p>	<p>Hoitajien näkökulmasta käytössä olevia potilaiden elämänlaatua tukevia hoitotyön menetelmiä olivat voimaannuttavat, sosiaaliset, aktiivoivat sekä turvallisuuteen ja hoidon suunnitteluun liittyvät menetelmät.</p>

Turun yliopisto, hoitotieteen laitos. Väitöskirja.			<p>Voimaannuttavat menetelmät, joilla hoitajat tukivat potilaita, kuvattiin toimintana, jossa hoitaja näytti kiinnostusta potilasta kohtaan, keskusteli, rohkaisi, antoi tietoa, ylläpiti toivoa ja motivoi potilasta.</p> <p>Hoidon suunnitteluun kuuluivat potilaan hoidon tarpeen arviointi, tietojen kerääminen ja yksilöllisen hoidon suunnittelu.</p>
<p>Bergdahl, A. 2009</p> <p>Sairaanhoitajan toiminnan tavoitteet ja toiminta psykoottisen potilaan hoidossa moniammatillisen hoitoryhmän jäsenenä.</p> <p>Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.</p>	Kuvata sairaanhoitajan toiminnan tavoitteita ja toimintaa psykoottisen potilaan hoidossa moniammatillisen hoitoryhmän jäsenenä.	<p>Laadullinen tutkimus.</p> <p>Ryhmähaastattelut sairaanhoitajilta (n=21).</p>	<p>Vuorovaikutus on työväline toimia psykoottisen potilaan kanssa. Vuorovaikutuksen tapa ja määrä vaihtelevat potilaan tilanteen mukaisesti. Toiminta psykoottisen potilaan kanssa tulisi olla aina hoidollista ja tehdyt ratkaisut hoidollisesti perusteltavissa. Sairaanhoitajat kuvaavat luottamuksen ja turvallisen hoitosuhteen aikaan saamisen olevan edellytys psykoottisen potilaan hyvälle hoitamiselle. Potilaan psykoottiset oireet voivat lisätä potilaan kokemusta siitä, ettei hän tule kuulluksi tai ymmärretyksi. Vuorovaikutuksessa psykoottisen potilaan kanssa voi olla ei-sanallisia viestejä, joita sairaanhoitajan tulisi tulkita ja havaita oikein. Sairaanhoitajat kuvaavat pyrkivänsä luomaan keskustelukontaktin psykoottiseen potilaaseen, mutta varsinkin akuutissa tilanteessa se voi olla hyvin haasteellista. Keskustelukontaktin luominen vaatii potilaan kuulemista ja kuuntelemista. Keskustelussa käytetään potilaalle tuttuja termejä, mahdollisesti samoja sanoja ja vältetään ammattisanastoa. Keskustelun avulla pyritään etsimään ja saamaan ymmärrystä potilaan ajatuksille ja toiminnalle. Ymmärryksen löytäminen voi auttaa löytämään keinoja ratkaista mahdollisia sairastumiseen vaikuttaneita</p>

			<p>stressitekijöitä. Potilaan tilanteen selvittelylle ja tarinan muodostumiselle tulisi antaa tilaa ja aikaa. Potilaalle tulisi välittää viesti, että hänen ajatuksensa ja sanomansa kuullaan, vaikka psykoottisia ajatuksia ei voida hänen kanssaan jakaa. Sairaanhoitajat kuvaavat toimivansa yhteistyössä potilaan kanssa. Potilaan psykoottisuus tulisi huomioida siten, että keskustelu on mahdollisimman selkeää ja johdonmukaista. Potilaalle olisi sairaanhoitajien mukaan jätettävä aikaa ja mahdollisuus vastata. Psykoottiset oireet voivat vaikuttaa potilaan keskittymiskykyyn ja muistin toimintaan. Kuvalliset voivat vaikeuttaa keskustelun tai annettujen ohjeiden seuraamista. Asioiden toistaminen tarvittaessa on oleellista. Sairaanhoitajien kuvausten mukaan psykoottisen potilaan hoitamisessa on tärkeää, että potilas kohdataan rauhallisesti ja ollaan läsnä mahdollisimman paljon. Sairaanhoitajat kuvaavat potilaan selviytymisen tukemista ohjaukseksi ja opettamiseksi. Selviytymisen tukeminen sisältää potilaan terveiden ja toimivien osa-alueiden tukemista ja toisaalta potilaan tilanteeseen liittyvien pulmien huomioimista.</p>
<p>Aho, J. 2008</p> <p>Osastohoidossa olevan psykoosipotilaan ja hoitajan hoitosuhde.</p> <p>Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.</p>	<p>Kuvata hoitosuhdetta ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä psykiatrisessa osastohoidossa olevan psykoosipotilaan ja hoitotyöntekijän näkökulmasta.</p>	<p>Laadullinen tutkimus.</p> <p>Aineisto hankittiin ryhmähaastattelulla hoitotyöntekijöitä (n=8).</p>	<p>Hoitajat pitivät luottamuksen syntymistä tärkeänä koska, että luottamuksen synnyttyä potilas rohkaistuu puhumaan vaikeistakin asioista. Hoitajien mielestä tavoitteiden määrittely oli olennaista, koska se orientoi osallistujia siihen, mitä hoitosuhteessa on tarkoitus tehdä. Tavoitteita ja toimintaa voidaan määrittellä erikseen jokaisella keskustelukerralla. Hoitajien mukaan potilaat voivat toivoa apua epärealistisiin, psykoottisiin</p>

			<p>kokemuksiinsa varsinkin, mikäli he tunnistavat niiden epärealistisuuden. Hoitajat pitivät keskustelumahdollisuuden tarjoamista potilaalle velvollisuutenaan. Hoitajat totesivat keskustelujen sisältönä olevan usein potilaan asiat. Mikäli potilas puhuu oireistaan, tulee niistä keskustella. Hoitajat kertoivat miettivänsä keskustelujen aiheita myös yhdessä potilaan kanssa. Hoitajat yrittävät tuoda keskusteluihin hoidollisuutta. Hoitajien mukaan on tärkeää saada tietoa potilaan oireista. Hoitajat pohtivat, että psykoottinen potilas ei aina pysty keskustelemaan tai kertomaan asioista puhumalla. Potilaan paranooidisten oireiden vuoksi hoitajat vastailivat potilaiden kysymyksiin korostetun huolellisesti. Hoitajat olivat yhtä mieltä siitä, että psykoottinenkin potilas muistaa loukkaavat, komentavat sanat. Psykoosioireiden vuoksi potilas ei aina ymmärrä puhetta tai tulkitsee asioista virheellisesti. Potilaan erilaiset psykoosioireet ja myös potilas, joka ei ole vielä tuttu, ohjasivat hoitajia varautuneeksi ja valppaaksi. Turvallisuuden vuoksi osa hoitajista oli hyvin varovaisia omien asioiden kertomisessa potilaalle. Potilaan puhumattomuus vaikeutti hoitosuhdetta. Hoitajat korostivat, että liian voimakassanainen painostus puhumiseen voi saada potilaan entistä hermostuneemmaksi.</p>
<p>Kilkku, N. 2008 Potilasopetus ensipsykoosipotilaan hoidossa: substantiivinen teoria</p>	<p>Tuottaa aineistolähtöinen teoria potilasopetuksesta ensipsykoosiin sairastuneiden potilaiden hoidossa.</p>	<p>Tutkimusmenetelmänä grounded theory. Aineistonkeruumenetelmänä teemahaastattelu. Sairaanhoitajat (n=5).</p>	<p>Sairaanhoitajien näkökulmasta pitkät hoitosuhteet ja molemminpuolinen sitoutuminen olivat ensipsykoosipotilaiden hoidossa erittäin tärkeitä. Luottamus ja kontaktin luominen ovat yhteistyön pohjana. Skitsofrenia-diagnoosin työstäminen vie</p>

<p>luottamuksen uudelleen rakentumisesta.</p> <p>Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos. Väitöskirja.</p>	<p>Potilasopetusta tarkasteltiin potilaiden, heidän läheistensä ja sairaanhoitajien kokemusten kautta.</p>		<p>aikaa ja siihen liittyy häpeää. Diagnoosin saaminen saattoi myös aiheuttaa ahdistusta potilaalle. Epävarmuutta aiheutti se, että tarkkoja vastauksia ja ennusteita oli mahdoton antaa. Sairaanhoidajalle opetuksellisen osaamisen monipuolinen käyttö asetti erityisen ammatillisen haasteen. Potilaalla voi olla vaikeuksia ottaa tietoa vastaan akuuttipsykoosin vaiheessa ja siksi tiedon antaminen omaisille on tärkeää suullisesti ja kirjallisesti. Pelkojen lievittäminen tiedon avulla saattoi myös tukea esimerkiksi lääkkeitä käyttäen. Tiedon antaminen viestitti hoitavien henkilöiden ammattitaidosta ja osaamisesta ja osaltaan tuki luottamuksen syntymistä. Psykoosin alkuvaiheessa potilas voi olla niin ahdistunut tai uppoutunut psykoottiseen kokemusmaailmaan, ettei pysty ottamaan vastaan mitään tietoa, aina potilas ei pysty edes kommunikoiamaan. Sairaanhoidajien mielestä tällöin tarvitaan uudenlainen tapa kommunikoida, jotta saadaan potilas kontaktiin. Kognitiiviset ongelmat mietityttivät sairaanhoidajia paljon ensipsykosipotilaiden hoidossa. Potilaan olisi tärkeää tietää diagnoosi ja saada siihen selitys. Kirjaaminen koettiin tärkeäksi, jotta tieto siitä on puhuttu sairaalahoidossa, kulkisi myös avohoitoon. Tavoitteet hoidon etenemiselle tehtiin yhdessä potilaan kanssa. Yhteisissä keskusteluissa saattoi tiedon antamisen kautta syntyä potilaalle uusia oivalluksia tilanteeseen. Potilasta pidettiin asiantuntijoina omassa elämässään. Sairaanhoidajan toimintaa ohjasi hänen tietämyksensä ja ymmärryksensä tilanteesta. Psykoosiin</p>
---	--	--	---

			<p>liittyen sairaanhoitajat kokivat tärkeäksi tilanteen realisoinnin ja jäsentämisen yhdessä potilaan kanssa. Opetuksellista osaamista oli yleisen tason tiedon tuominen ja soveltaminen yksilöllisellä tavalla. Erilaisia keinoja ja apuvälineitä tuli osata käyttää hoidon aikana. Oppimis- ja opetustilanteina saattoivat toimia hoidon aikana tehdyt tutustumiskäynnit, neuvottelut ja tapaamiset. Sairaanhoitajat kokivat tekevänsä tilanteen realisointia ja jäsentämistä monesta eri asiasta ja näkökulmasta, muun muassa jäsenettiin potilaan sisäistä kaaosta, käsiteltiin hoitoon kohdistuvia epärealistisia odotuksia sekä keskusteltiin mikä on totta potilaalle, mutta ei muille. Potilasopetuksen tukena käytettiin apuvälineitä: esitteitä, työkirjoja, videoita ja DVD:lle tallennettuja ohjelmia. Väärinymmärrysten vaaran takia yleisen tason tieto käytiin vielä yhdessä läpi. Sairaanhoitajat konkretisoivat abstrakteja kokemuksia potilaalle. Sairaanhoitajat arvioivat, että Internetistä tietoa hakivat enemmän nuoret potilaat. Hyvänä asiana pidettiin, että potilaat yleensä kertoivat muualta löytyneestä tiedosta, jolloin siitä voitiin keskustella ja hoitajatkin kokivat oppivansa uutta. Tilanteeseen liittyvät potilaiden pelot ja häpeä tekevät opetuksesta vaativaa. Sairaanhoitajat kaipasivat lisää erilaista osaamista itselleen ja nykyistä enemmän yhteistyötä esimerkiksi psykologin kanssa potilaiden kognitiivisten ongelmien arvioimiseksi. Jonkin verran sairaanhoitajat kaipasivat omiin tietoihinsa päivitystä. Sairaanhoitajat kokivat, että kyse on sekä potilaan tiedonsaantioikeudesta, että hoidon</p>
--	--	--	---

			<p>mahdollistamisesta tiedon saannin avulla. Käytännöt vaihtelivat, esimerkiksi potilaalta saatettiin aktiivisesti kysyä, tietääkö hän omista potilaskertomustiedoistaan. Sairaanhoidajien toiminnan lähtökohtana oli ajatus siitä, että potilaan tiedon saannilla mahdollistetaan tarvittaessa myös hoitoon hakeutuminen ja itsehoito. Sairaanhoidajat kokivat, että yksilöidymmän tiedon ja vastausten saaminen mahdollistuu hoitosuhteessa.</p>
--	--	--	--