



**LAUREA**  
AMMATTIKORKEAKOULU  
*Yhdessä enemmän*

# Erään psykiatrisen potilaan kokemus sairaudestaan ja hoidostaan

Eija Kotokorpi, Jasmin Lostedt ja Sari Pietilä

2018 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

## **Erään psykiatrisen potilaan kokemus sairaudestaan ja hoidostaan**

Eija Kotokorpi, Jasmin Lustedt ja  
Sari Pietilä  
Sairaanhoitajakoulutus  
Opinnäytetyö  
Huhtikuu, 2018

Eija Kotokorpi, Jasmin Lostedt ja Sari Pietilä

### Erään psykiatrisen potilaan kokemus sairaudestaan ja hoidostaan

Vuosi 2018 Sivumäärä 55

---

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää erään potilaan kokemuksia sairaudestaan ja saamastaan psykiatrisesta hoidosta. Aineistona oli potilaan vuosien varrella kirjoittamat kirjeet. Tilaajana oli eräs Etelä-Suomessa sijaitseva psykiatrinen sairaala. Opinnäytetyön tavoitteena oli saada potilaan ääni kuuluville ja tuoda esille psykiatrisen hoidon kehittämistarpeita.

Teoriaosuuden taustana käytettiin alan kirjallisuutta, psykiatrisen hoitotyön laatu- ja hoitosuosituksia sekä aikaisempia tutkimuksia psykiatristen potilaiden kokemuksista. Teoriaosassa käsiteltiin psykiatrista hoitotyötä ja psykoosisairauksia sekä hoitosuhdetyöskentelyä prosessina. Opinnäytetyö toteutettiin laadullisella tutkimusmenetelmällä. Analyysimenetelmänä käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysia, jonka avulla aineisto tiivistettiin siten, että tutkittavia asioita voitiin kuvata.

Tuloksista selvisi kokemusten ristiriitaisuus. Toisaalta potilas koki itsensä seesteiseksi ja tasapainoiseksi, sekä saamansa hoidon hyväksi. Toisaalta hän toi esille syyllisyyden ja arvottomuuden tunteita. Hoitohenkilökunnan hän koki toisinaan epäluotettavana ja kohtelun epäasiallisena. Potilaalla oli useita konkreettisia ehdotuksia sekä toiveita. Kehittämisehdotukset oli suunnattu pääasiassa osaston toimintaan, hoitoon ja muiden potilaiden viihtyvyyteen. Toiveet koskivat lähinnä potilasta itseään ja hänen hoitoaan.

Tuloksia voitaisiin hyödyntää lisäämään hoitohenkilökunnan ymmärrystä psyykkisesti sairaan henkilön sisäisestä maailmasta ja kokemuksesta. Aineistosta nousseiden kehitysehdotusten myötä eri hoitotahot voisivat myös pohtia potilaidensa osallistamista hoidon suunnitteluun ja kehittämiseen.

Jatkotutkimuksella olisi mielenkiintoista selvittää, miten hoitajat yleisesti kokevat ja ymmärtävät psyykkisesti sairaita potilaita. Tärkeää olisi myös kuulla hoitajien kokemus siitä, miten hoito- ja laatusuosituksia toteutetaan käytännön hoitotyössä, ja kuinka hyödyllisiksi ne koetaan.

Asiasanat: psykiatrinen hoitotyö, potilaat, skitsofrenia, potilaan kokemus.

Eija Kotokorpi, Jasmin Lostedt ja Sari Pietilä

**A certain psychiatric patient's experience of their illness and care**

Year	2018	Pages	55
------	------	-------	----

---

The purpose of the Bachelor's thesis was to study a certain patient's experiences of their illness and psychiatric care. The data is based on written letters by the patient over the years. This thesis was commissioned by a psychiatric hospital in Southern Finland. The aim of this Bachelor's thesis was to make the patient's voice heard and to bring out the development requirements of psychiatric care. The results of the thesis can be utilized to increase the understanding of nursing staff.

The theory was based on literature, psychiatric nursing quality and treatment recommendations, and previous studies of the experiences of psychiatric patients. In the theory part psychiatric nursing and psychosis illnesses and working on nurse-patient relationship as a process are dealt with. The thesis was carried out by qualitative research method. Data oriented content analysis was used as an analytical method to summarize the material so that the matters to be examined can be described.

The results highlighted the inconsistency of experience. On the other hand, the patient felt serene, balanced and benefited from the care. On the other hand, he raised feelings of guilt and worthlessness. Sometimes, the patient experienced the nursing staff as untrustworthy and that his treatment was inappropriate. The patient had several concrete suggestions and requests. The proposals for development were mainly directed at the operation of the ward, care and other patients' comfort. The requests mainly concerned the patients themselves and their care.

The results could be utilized to increase the understanding of the nursing staff in relation to the internal world and experience of a mentally ill person. The development suggestions could be used by various nursing homes to reflect on the involvement of their patients in the planning and development of care. It would be interesting to see a further study on how nurses feel and understand the mentally ill. It would also be important to hear the nurses' experience on how treatment and quality recommendations are implemented in practical nursing and how useful they are from the nurses' perspective.

Keywords: psychiatric nursing, patients, schizophrenia, patient's experience.

## Sisällys

1	Johdanto .....	7
2	Opinnäytetyön tausta .....	8
2.1	Psykiatrinen hoitotyö.....	8
2.1.1	Etiikka mielenterveystyössä .....	9
2.1.2	Psykiatrinen potilas .....	10
2.2	Psykoosisairaudet .....	11
2.2.1	Skitsofrenia.....	12
2.2.2	Skitsofrenian alatyypit .....	14
2.3	Näyttöön perustuva psykiatrinen hoito .....	14
2.3.1	Hoitosuositukset.....	15
2.3.2	Lääkehoito.....	16
2.4	Hoitotyön menetelmät .....	17
2.4.1	Hoitosuhdetyöskentely .....	17
2.4.2	Hoitosuhteen luominen .....	18
2.4.3	Hoitosuhteen ylläpitäminen .....	20
2.4.4	Hoitosuhteen päättäminen .....	22
2.5	Tahdosta riippumaton psykiatrinen hoito .....	22
2.6	Kokemus käsitteenä .....	24
2.7	Aikaisemmat tutkimukset .....	24
3	Menetelmät.....	26
3.1	Laadullinen tutkimus .....	26
3.2	Sisällönanalyysi laadullisen aineiston analyysimenetelmänä.....	27
3.3	Tutkimusaineiston hankkiminen.....	27
3.4	Aineistolähtöinen sisällönanalyysi .....	28
3.5	Opinnäytetyön toteutus.....	28
4	Tulokset .....	30
4.1	Kokemukset .....	30
4.2	Toiveet.....	32
4.3	Kehittämissuhteet .....	33
4.4	Mielipiteet.....	34
4.5	Kokemusten eroavaisuudet eri vastaanottajatahojen välillä .....	35
5	Pohdinta.....	35
5.1	Tulosten tarkastelu .....	35
5.2	Opinnäytetyön eettisyys .....	38
5.3	Aineistoanalyysin luotettavuuden arviointi ja raportointi .....	39
5.4	Opinnäytetyön tulosten luotettavuuden tarkastelu.....	39

5.4.1	Vahvistettavuus .....	40
5.4.2	Uskottavuus .....	40
5.4.3	Reflektiivisyys .....	41
5.4.4	Siirrettävyys.....	41
6	Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset .....	41
	Lähteet .....	42
	Kuviot .....	45
	Liitteet.....	46

## 1 Johdanto

Kokemus on kokemalla saatua tietoa tai taitoja (Kielitoimiston sanakirja 2017). Ihmiset kokevat oman sairautensa ja hoitonsa yksilöllisesti. Terveystieteiden tutkimuksissa kokemuksen tulevat eri tekijöiden summista. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut tullaan keskittämään yhä enemmän asiakas- ja potilaslähtöisiksi palveluiksi. THL:n laatimassa tutkimuksessa selvisi, että potilaiden parhaimmat kokemukset terveydenhuollon palveluissa tulivat heidän saamastaan kohtelusta. Hoitoon pääseminen ja osallistuminen omaan hoitoon koettiin kaikkein ongelmallisimpana. (Aalto, Vehko, Sinervo, Sainio, Muuri, Elovainio & Pekurinen 2017.)

Skitsofrenian Käypä hoito -suosituksen (2015) sekä Mielenterveyspalvelujen laatusuosituksen (2001) mukaan potilas tulee kohdata yksilönä, ja ottaa mukaan hoidon suunnitteluun yhdessä ammattilaisen kanssa. Näin hoidosta saadaan rakennettua potilaalle itselleen sopiva.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää erään potilaan kokemuksia sairaudestaan ja saamastaan psykiatrisesta hoidosta. Opinnäytetyön tavoitteena oli saada potilaan ääni kuuluville ja tuoda esille psykiatrisen hoidon kehittämistarpeita. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää hoitohenkilökunnan ymmärryksen lisäämiseen. Aineistona käytettiin erään Etelä-Suomessa sijaitsevan sairaalan psykiatrisen osaston potilaan kirjoittamia kirjeitä, sekä aiempaa tutkittua tietoa, suosituksia, asetuksia ja lakeja.

Aihe oli hyvin erilainen verrattuna aiemmin tehtyihin opinnäytetöihin. Aihe oli myös ajankohdainen pohdittaessa hoidon kehittämistä ja henkilökunnan kouluttamista potilaan näkökulmasta. Potilaslähtöisen hoitotyön kehittämisessä on tärkeää tuoda esille potilaan omia kokemuksia ja mielteitä.

## 2 Opinnäytetyön tausta

Toimintaympäristönä ja opinnäytteen tilaajana toimii erään Etelä-Suomessa toimivan sairaalan suljettu psykiatrinen osasto. Osastolla toimitaan omahoitaja-mallin mukaisesti. Potilaalle nimetään hoidon ajaksi omahoitajat, jotka ovat vastuussa potilaan hoidon suunnittelusta, arvioimisesta ja toteuttamisesta. Omahoitajat toimivat moniammatillisessa tiimissä.

Ennen kirjallisen osion työstämistä tapasimme osaston ylihoitajan, jonka kanssa keskustelimme opinnäytetyön tarkoituksesta ja tavoitteista sekä teoriaosuuden sisällöstä. Potilaan diagnoosit tai muu sairaushistoria ei missään vaiheessa tullut opinnäytteen tekijöiden tietoon, mutta tilaajataholta annettiin joitakin vinkkejä teorian sisältöön liittyen. Myöhemmin potilaan tapaaminen, sekä kirjeiden sisältö antoivat myös tutkijoille paljon arvokasta lisätietoa, jonka avulla teoriaosiota pystyttiin vielä myöhemmässä vaiheessa muokkaamaan kontekstiin sopivammaksi. Mitään ei jouduttu poistamaan alkuperäisestä, mutta joitakin oleellisia asioita lisättiin teoriaosioon.

### 2.1 Psykiatrinen hoitotyö

Mielenterveystyö on olennainen osa terveyden- ja sairaanhoitoa. Se on psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä, sekä mielisairauksien ja mielen-terveyden häiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä. Siihen kuuluu olennaisesti väestön elinolosuhteiden kehittäminen siten, että ne omalta osaltaan ehkäisevät mielen-terveyden häiriöiden syntyä, edistävät mielen-terveystyötä ja tukevat mielen-terveyspalveluiden järjestämisessä. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116) Julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja näin edistettävä terveyttä (Perustuslaki 11.6.1999/731). Jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka ovat sillä hetkellä terveydenhuollon käytettävissä (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785).

Kunnan tulee järjestää alueellaan mielen-terveyspalveluja osana kansanterveystyötä. Ne on oltava laajuudeltaan ja sisällöltään sellaisia kuin kunnan tai kuntayhtymän tarve edellyttää, ensisijaisesti kuitenkin avopalveluita niin, että oma-aloitteista hoitoon hakeutumista ja oma-toimisuutta tuetaan. Mielenterveystyön yleinen suunnittelu, ohjaus ja valvonta kuuluvat sosiaali- ja terveysministeriölle. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116)

Psykiatrinen hoitotyö on moniammatillista tiimityötä. Psykiatrian erikoislääkärit: psykiatrit, nuorisopsykiatrit, lastenpsykiatrit ja oikeuspsykiatrit toimivat työryhmässä yhteistyössä psykologien, sairaanhoitajien ja muiden sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden kanssa. Psykiatrian erikoisalalla hoidetaan mielen-terveyden häiriöitä, jotka ovat kliinisesti merkittä-



viä siten, että ne aiheuttavat psyykkistä kärsimystä sekä toimintakyvyn alenemista muodostaen erilaisia oireyhtymiä. Tällaisia mielenterveyden häiriöitä ovat esimerkiksi psykoosit, kaksisuuntaiset mielialahäiriöt, masennustilat, erilaiset ahdistuneisuushäiriöt, käyttäytymiseen ja persoonallisuuteen liittyvät häiriöt, elimellisten aivosairauksien ja kemiallisten aineiden aiheuttamat oireyhtymät, pakko-oireiset häiriöt, poikkeavat psyykkiset reaktiot, traumoihin liittyvät mielenterveyden ongelmat, unihäiriöt, syömishäiriöt, seksuaalihäiriöt sekä päihteiden käyttöön liittyvät häiriöt. (Lönqvist & Lehtonen 2017.)

Psykiatrisen hoitotyön lähtökohtana on tieteellinen tutkimus, jossa tutkitaan aivojen ja mielen rakentumista, sekä ympäristö- ja perintötekijöiden vaikutusta niihin. Hoidon kohteena on aina yksilö, sekä hänen yksilöllinen hoidon tarpeensa. Jotta potilaalle voitaisiin tarjota yksilöllistä, hänen tarpeitaan vastaavaa hoitoa, tulisi hoitavan tahon selvittää riittävän tarkasti hänen mielenterveyden tilansa, elämäntilanteensa ja tulevaisuuden tavoitteensa. Myös potilaan henkilökohtaisilla ominaisuuksilla ja kehityshistorialla on merkitystä hoidon onnistumisessa. Psykiatrista hoitotyötä ohjaavat kansalliset hoitosuosituksiset, sekä luotettava ja puolueeton tieto hoitojen tehokkuudesta ja soveltamisesta käytännön hoitotyössä. (Lönqvist & Lehtonen 2017)

### 2.1.1 Etiikka mielenterveystyössä

Mielenterveystyössä eettistä toimintaa ohjaavat useat erilaiset lait ja asetukset. Ne perustuvat suurelta osin yhteiskunnassa yleisesti vallitseviin arvoihin ja eettisiin käsityksiin. Sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta, ETENE, on laatinut terveydenhuoltoon kaikkia yhteisesti koskevat eettiset suositukset. ETENE:n (2011, 5-7) mukaan ihmisarvon ja perusoikeuksien kunnioittamisen sekä potilaan edun tulee olla kaiken hoito- ja sosiaalityön lähtökohta, kaiken vuorovaikutuksen tulee olla arvostavaa ja inhimillistä, ammatillisesta osaamisesta on huolehdittava ja päätöksenteon on oltava eettistä kaikilla tasoilla.

Hämäläinen ym. (2017, 48, 50) kertovat, että tutkimuksissa on todettu hoitohenkilökunnan tuntevan omaa alaansa koskevaa lainsäädäntöä huonosti, vaikka sen tunteminen mahdollistaisi eettisesti korkeatasoisen hoidon toteuttamisen. Nämä ovat ensiarvoisen tärkeitä ja välttämättömiä asioita nykyaikaisessa psykiatrisessa hoidossa sekä mielenterveyden ylläpitämisessä. Henkilöstön on tiedettävä potilaan oikeudet (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785) ja omat velvollisuutensa ammattihenkilönä (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559). Potilaita on kohdeltava ihmisarvoa loukkaamatta siten, että heidän vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan ja heitä hoidetaan yhteisymmärryksessä heidän kanssaan. Jokaisella ihmisellä on oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon, inhimilliseen kohteluun, tiedonsaantiin ja itsemääräämiseen. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785)

Psykiatrin on tiedostettava lääkärin ammatissa vaadittavat eettiset periaatteet ja velvoitteet. Eettinen toiminta on vastuun ottamista siitä, mikä on kunkin potilaan auttamistyössä oikein ja asianmukaista toimintaa. Lääkärien toimintaa ohjaavat Suomen Lääkäriliiton eettiset ohjeet. Suomalaisia psykiatreja ohjaa sekä Suomen psykiatriayhdistyksen eettinen ohjeistus, että maailman psykiatriayhdistyksen WPA:n hyväksymä ohjeistus (Madrid Declaration on Ethical Standards for Psychiatric Practice 2011), joka on hyvä ohjenuora kaikille psykiatrista hoitotyötä tekeville ammattiryhmille. Suomalaisen maakohtaisen eettisen ohjeistuksen (Suomen Psykiatriyhdistyksen arvot 2017) arvopohjana on Madridin julistus. Kumpikin ohjeistus korostaa potilaan asemaa hoitosuhteessa tasavertaisena yhteistyökumppanina, sekä potilaan oikeutta saada riittävästi tietoa päätöksentekonsa tueksi. (Lönngqvist & Lehtonen 2017.) Sosiaali- ja terveysministeriössä toimii valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta. Sen tehtävänä on käsitellä sosiaali- ja terveysalaan, sekä potilaan ja asiakkaan asemaan liittyviä eettisiä kysymyksiä periaatteelliselta kannalta ja antaa niistä suosituksia (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785).

Mielenterveystyötä tekevien on tärkeää pohtia eettisiä asioita, sillä mielenterveyshäiriöt aiheuttavat runsaasti inhimillistä kärsimystä ja alentavat potilaiden toimintakykyä. Hoitajien mahdollisuus käyttää valtaa kasvaa, mikäli potilas ei ole kykenevä puolustamaan itseään ja ajamaan omaa asiaansa. (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 264-265.)

### 2.1.2 Psykiatrinen potilas

lhannetilanteessa psykiatrinen potilas on asiantuntijoiden kanssa yhteistyössä toimiva tasavertainen kumppani, joka ottaa vastuuta omista asioistaan. Hän voi myös tarvittaessa edustaa potilaita vertaisasiantuntijan roolissa. Avoimuus lisää potilaan luottamusta hoitajia, hoitotoimenpiteitä sekä -järjestelmää kohtaan. Monissa mielenterveyden häiriöissä on tavallista, että potilas kadottaa yhteyden itseensä ja omiin asioihinsa. Yhteistyön luominen tällaisen potilaan kanssa vaatii hoitajalta hyvää ammatillista taitoa ja itsetuntoa. (Lönngqvist & Lehtonen 2017.)

Mielenterveyspotilaiden kohtaama kielteinen leimaaminen ja syrjintä voivat selittyä tiedon puutteella ja yksittäisillä kohu-uutisilla, sekä jokaisen ihmisen epävarmuudella omasta mielenterveyden säilymisestä. Monet oireet, lääkkeiden sivuvaikutukset ja outo käyttäytyminen voivat aiheuttaa pelkoa ja epäluuloja muissa ihmisissä. Kielteisen leimaamisen aiheuttamat pelkistetyt yleistyksiset ja stereotyyppit kohdistuvat potilaiden lisäksi myös työntekijöihin sekä koko mielenterveysalaan. (Lönngqvist & Lehtonen 2017.) Hämäläinen ym. (2017,58,60.) toteavakin, että leimautumisella eli stigmalla ja ennakkoluuloilla on todettu olevan jopa vakavampia seurauksia kuin itse sairaudella. Ne saattavat aiheuttaa lisää mielenterveys- ja päihdeongelmia, työttömyyttä sekä taloudellisia ja terveydellisiä ongelmia. Seurauksena voi olla myös potilaan ja hänen läheistensä eristäytyminen sosiaalisesta elämästä. Myös vakavien mielenterveyshäiriöiden aiheuttama todellinen toiminta- ja työkyvyn aleneminen altistaa potilaan

syrjäytymiselle. Omaisten ja hoitohenkilökunnan lisäksi potilaita tukemassa on potilas- ja omaisjärjestöjä sekä monia muita tasa-arvoa kannattavia tahoja. Syrjinnän vähentäminen vaatii asenteiden muokkaamista jatkuvalla tiedon jakamisella ja syrjivään käyttäytymiseen puuttamalla. (Lönqvist & Lehtonen 2017.)

Yleinen asenne mielenterveyshäiriöitä ja psykiatrisia potilaita kohtaan on muuttunut lyhyessä ajassa myönteisempään suuntaan. Syynä tähän on lisääntynyt tietämys uusista tutkimuksista ja hoitomuodoista. Myönteistä ilmapiiriä ovat lisänneet masennuksen ja ahdistuneisuushäiriön yleistyminen, sekä hyvät tulokset niiden hoidossa. (Lönqvist & Lehtonen 2017.) Myös hoitajien keskuudessa on havaittu kielteisiä asenteita suhteessa potilaisiin, erityisesti päihteiden käyttäjiä kohtaan. Siitä huolimatta heille ei useimmiten ole järjestetty koulutusta asenteisiin liittyen, vaikka tiedetään, että oikeanlainen tieto auttaa muuttamaan asenteita. (Hämäläinen ym. 2017. 59, 61.)

Psykiatrisella potilaalla on oikeus saada asianmukaista tietoa hoidostaan, jotta hän voi antaa suostumuksen hoitoon. Tätä periaatetta tulee noudattaa kaikissa tilanteissa, myös silloin, kun potilas on otettu tahdonvastaiseen hoitoon psykoosin takia. Potilaalta saatu pätevä suostumus hoitoon on hoidon lähtökohta, ja sen saamiseen pitäisi pyrkiä kaikissa olosuhteissa. (Lönqvist & Lehtonen 2017.)

Mielenterveys on suhteellinen käsitys. Moni vakavasta psyykkisestä häiriöstä kärsivä potilas pystyy toimimaan normaalisti monilla elämän osa-alueilla, ja kykenee hoitamaan omia asioitaan. Mikäli psykiatrista potilasta täytyy, poikkeuksellisesti, hoitaa vastoin hänen suostumustaan vakavan terveyttä tai henkeä uhkaavan hätätilanteen takia, on häntä silloinkin hoidettava lain mukaan parhaalla mahdollisella tavalla, ja eettisten periaatteiden mukaisesti. (Lönqvist & Lehtonen 2017.)

## 2.2 Psykoosisairaudet

Psykoosisairaudet ovat joukko mielenterveyden häiriöitä ja sairauksia, joissa henkilön todellisuudentaju on vakavasti häiriintynyt. Oireina voi olla harhaluuloisuus, aistiharhat, puheen hajanaisuus tai eriskummallinen käytös. Henkilön sisäiset ja ulkoa tulevat ärsykkeet sekoittuvat ja aiheuttavat kaoottisen olotilan, eikä hän pysty erottamaan todellisuutta kuvitelmasta. Sairastunut voi esimerkiksi kuulla ääniä, joiden alkuperää hän ei tiedä: ovatko ne hänen itsensä tuottamia vai jonkun muun henkilön puhumia. Oireet voivat aiheuttaa sairastuneessa pelkoa ja tehdä hänen elämästään ennalta arvaamattoman. Oireiden voimakkuus ja kesto vaihtelevat, riippuen siitä, mikä on laukaissut psykoosin. Psykoosissa olevan henkilön hoitaminen on haasteellista, sillä sairastuneelta puuttuu usein sairaudentunto. (Vuorilehto, Larri, Kurki & Hätönen 2014, 168-169; Toivio & Nordling 2013, 195.)

Skitsofrenia on psykoosisairauksista vakavin. Skitsoaffektiivisessä häiriössä henkilöllä on samanaikaisesti skitsofreniaoireita, depressio-oireita tai maniaoireita. Myös harhaluuloisuushäiriössä esiintyy psykoosioireita, mutta siinä henkilön toimintakyky säilyy yleensä melko hyvänä. Psykkisen trauman, kuten esimerkiksi läheisen kuoleman, aiheuttama psykoosi voi kestää muutamasta tunnista muutamaa viikkoon. Psykoosioireita voi esiintyä myös kaksisuuntaisen mielialahäiriön vakavassa masennus- tai manivaiheessa. Depressio itsessäänkin voi aiheuttaa psykoosioireita, samoin kuin jotkut lääkkeet, somaattiset sairaudet, sekä pähteiden käyttö. (Vuorilehto ym. 2014, 168-169; Toivio & Nordling 2013, 195.)

### 2.2.1 Skitsofrenia

Psykoosisairauksista vaikein ja yleisin on skitsofrenia. Siihen sairastutaan yleensä nuorella aikuisiällä, ja sairastuneita on noin yksi prosentti suomalaisista. Skitsofreniasta on tehty havaintoja jo 2000 vuotta sitten, ja sitä on tutkittu paljon. Skitsofrenian hoidossa onkin tapahtunut paljon kehitystä, mutta kaikkia sairastumiseen vaikuttavia tekijöitä ei ole pystytty vielä täysin selvittämään. Skitsofrenian puhkeamiseen vaikuttavat sekä perintötekijät että sairastuneen ympäristö. Nykyteorian mukaan skitsofrenian taustalla on jo sikiövaiheessa alkava aivojen kehityshäiriö. Lapsuus- ja nuoruusiässä sekä varhaisessa aikuisiässä vallitsevat ympäristötekijät voivat pahentaa tätä kehityshäiriötä. Skitsofrenia aiheuttaa häiriöitä aivojen tiedonohjausjärjestelmässä ja vaikeuttaa monia inhimillisiä toimintoja. Sairauden kulku on vaihteleva ja jokaisella omanlaisensa. Siihen vaikuttavat monet tekijät, kuten esimerkiksi yksilölliset oireet, saatavilla oleva hoito, potilaan hoitomotiivatio, läheisten ja muiden ympärillä olevien ihmisten asenteet ja saatavilla oleva tuki. Sairaudesta on tyypillistä toistuvat psykoosijaksot, ja usein sairastunut tarvitseekin pysyvän psykoosilääkityksen. Lääkehoidon rinnalle tarvitaan mahdollisimman nopeasti aloitettua kuntoutusta. Kuntoutus käsittää sairaudesta johtuvien toiminnanvajauksien ja sosiaalisten haittojen ehkäisemistä. Skitsofreniaan sairastuneen työ- ja toimintakyky laskevat merkittävästi, joten siitä aiheutuu huomattavia kustannuksia yhteiskunnalle. (Suvisaari, Isohanni, Kiesepä, Koponen, Hietala & Lönnqvist 2017.)

Sairaus kehittyy pikkuhiljaa, jopa vuosien kuluessa, ja potilailla on usein ennako-oireita jo vuosia ennen varsinaisen sairauden puhkeamista. Skitsofrenia oireet ovat yksilöllisiä, ja ne vaihtelevat laadultaan ja voimakkuudeltaan henkilöstä riippuen. Oireet ja sairauden piirteet voivat muuttua myös vuosien kuluessa. Skitsofrenia oireet ovat yksilöllisiä, ja ne vaihtelevat laadultaan ja voimakkuudeltaan henkilöstä riippuen. Oireet ja sairauden piirteet voivat muuttua myös vuosien kuluessa. Positiivisissa oireissa sairastuneen normaali psyykinen toiminta häiriintyy. Positiivisia oireita ovat aistiharhat, harhaluulot, sekä hajanainen puhe ja käytös. Mikäli normaali psyykinen toiminta on heikentynyt tai puuttuu kokonaan, on kyse negatiivisista oireista. Negatiivisia oireita ovat puheen köyhtyminen, tahdottomuus sekä tunne-elämän latistuminen. (Suvisaari ym. 2017.)

Skitsofreniaa sairastavalla henkilöllä on yleensä toistuvia psykoosijaksoja. Psykoosijaksoista voi parantua osittain tai kokonaan. Psykoosijaksojen lisäksi sairastunut voi kärsiä moninaisista ennakko- ja jälkitilavaiheista. Ennakko- ja jälkitiloissa sairastuneella on yleensä vain negatiivisia oireita. Mahdolliset positiiviset oireet ovat hyvin lieviä. Joillakin potilailla on positiivisia oireita, kuten esimerkiksi kuuloharhoja, jatkuvasti. Ennakko-oireina voi esiintyä esimerkiksi unihäiriöitä, ahdistuneisuutta, eristäytymistä, keskittymis- ja huomiokyvyn heikentymistä, erilaisia käyttäytymishäiriöitä, epäluuloisuutta sekä energian ja motivaation vähentymistä. Ennen ensimmäisen psykoosin puhkeamista henkilöllä voi olla ennakko-oireita muutamasta kuukaudesta jopa usean vuoden ajan. Sairauden uusiutumista edeltävät ennakko-oireet kestävät kuitenkin vain kahdesta neljään viikkoa. Vähitellen henkilöllä alkaa esiintyä psykoosioireita, mikä ennustaa sairauden puhkeamista. Näitä oireita ovat esimerkiksi pakkomielleiset ajatukset, kielen ymmärtämisen vaikeudet, todellisuuden ja kuvitelman erottamisen vaikeus, sekä muutokset minäkuvassa tai oman ruumiin havaitsemisessa. Joskus psykoosi voi alkaa myös ilman minkäänlaisia ennakko-oireita. (Suvisaari ym. 2017.)

Havaintokyvyn häiriöt ilmenevät aistiharhoina eli hallusinaationa, jotka johtuvat potilaan häiriintyneestä todellisuudentajusta. Potilas ei pysty erottamaan todellisia ulkoapäin tulleita aistimuksia omista kuvitteellisista aistimuksistaan. Aistiharhoja ovat kuulo-, näkö-, tunto-, haju- ja makuaistimukset. Kuuloharhat ovat kaikkein yleisimpiä aistiharhoja. Niissä puhe on yleensä sisällöltään uhkaavaa, arvostelevaa tai loukkaavaa. Näköharhoja esiintyy myös toisinaan. (Suvisaari ym. 2017.)

Harhaluulot, eli virheelliset uskomukset, syntyvät, kun potilas tekee virheellisiä tulkintoja havainnoistaan ja kokemuksistaan. Hän pitää tiukasti kiinni omista uskomuksistaan, vaikka ne pystyttäisiin osoittamaan virheellisiksi. Harhaluulot voivat hallita koko potilaan ajatusmaailmaa, ja vaikeuttavat näin hänen sosiaalisia suhteitaan. Potilaan puheessa ja kirjoituksessa voi ilmetä ajatuksen rakenteen ja sisällön häiriöitä. Puhe on epäloogista ja hajanaista, ja siitä on hävinnyt asiayhteys. Vaikeassa skitsofreniassa potilas voi keksiä omia sanoja, tai hän voi alkaa matkia jonkun toisen puhetta. Puhe voi myös olla sisällöltään köyhtynyttä, tai sairastuneen voi vastata kysymyksiin vain yhdellä sanalla. Myös spontaani puhe voi vähentyä tai jäädä kokonaan pois. (Suvisaari ym. 2017.)

Motorisesti ja sosiaalisesti hajanainen käytös hankaloittaa tehtävien toteuttamista järjestelmällisesti sekä suunnitelmallisesti. Potilaan käytös voi olla outoa ja tilanteeseen sopimatonta. Hän voi esimerkiksi matkia toisten liikkeitä tai irvistellä. Arkiaskareista selviytymien on vaikeaa tahdottomuuden, toimintakyvyn puutteen ja omaehtoisen aktiivisuuden puuttumisen takia. (Suvisaari ym. 2017.)

Anhedonia tarkoittaa tilaa, jossa sairastuneen kyky tunkea eri tunnetiloja on alentunut. Hän on kykenemätön tuntemaan mielihyvää tai ahdistusta. Aiemmat mielekkäiltä tuntuneet asiat

eivät tuota enää mielihyvää. Myöskään sosiaaliset suhteet tai monet asiat eivät enää kiinnosta sairastunutta. Sairastunut voi olla kykenemätön ilmaisemaan tunteitaan ilmein, elein, äänen-sävyllään tai katseellaan. Vaihtoehtoisesti tunneilmaisu voi olla tilanteeseen nähden epäsopi-vaa. Sairastunut voi esimerkiksi alkaa nauraa kuullessaan ystävänsä kuolleen. Sairastunut voi alkaa itkeä tai nauraa äkillisesti, tai hän voi yllättäen käyttäytyä aggressiivisesti. Etenkin akuutissa psykoosivaiheessa, ja sen jälkeen, sekä esioirevaiheessa esiintyy yleisesti masennus-oireita. Myös ahdistuneisuus, neuvottomuus, toivottomuus, hämmennys ja voimakas ristirii-taisuus ovat yleisiä. (Suvisaari ym. 2017.)

Monet kärsivät jo ennen ensimmäistä psykoosia muisti-, keskittymis- ja tarkkaavaisuushäiri-öistä. Sairastumisen jälkeen kognitiivinen toimintakyky heikkenee nopeasti. Tämä vaikeuttaa esimerkiksi uusien asioiden oppimista. (Suvisaari ym. 2017.)

### 2.2.2 Skitsofrenian alatyypit

Paranoidiseen skitsofreniaan sairastutaan yleensä vasta aikuisiällä. Siinä oireina esiintyy har-haluuloisuutta sekä kuuloharjoja. Potilaalla ei yleensä ole muita oireita tai niitä on vähän. Paranoidiseen skitsofreniaan sairastuneiden toimintakyky pysyy yleensä parempana, kuin mui-den alatyypin toimintakyky. Hajanaiseen skitsofreniaan sairastutaan yleensä hyvin nuorena. Potilaan puhe ja käyttäytyminen ovat hajanaisia, ja hänen tunnetilansa ovat latistuneita. Epä-asiallista ilmaisu esiintyy myös. Potilaiden ennuste on huonompi, kuin muissa skitsofreniatyy-peissä. Katatoninen skitsofrenia on harvinainen alatyypin. Siinä esiintyy monenlaisia psykomo-torisia häiriöitä, kuten esimerkiksi sopimattomia ilmeitä, kaikupuhetta, kaikukäytöstä sekä maneereja. Jäsentymätön skitsofrenia -alatyypin kuuluvat kaikki ne skitsofrenian tyyppi-oi-reista kärsivät potilaat, jotka eivät sovi mihinkään muuhun luokkaan. Nykyisin skitsofrenian diagnostiikassa pyritään luopumaan luokittelusta. Siksi jäsentymätön skitsofrenia onkin tänä päivänä käytetyin alaluokka. (Suvisaari ym. 2017.)

### 2.3 Näyttöön perustuva psykiatrinen hoito

Jotta hoito olisi vaikuttavaa, sen toteuttamiseksi edellytetään hyvää tieto- ja taitopohjaa. Pelkkä ”mieli ilman aivoja” - tai ”aivot ilman mieltä” -ajattelumalli ei riitä, vaan on osattava yhdistellä ja soveltaa kaikkia osa-alueita, jotka hyödyttävät mielenterveyshäiriöiden hoita-mista. Psykiatrisessa hoidossa kokonaisvaltaisen ihmiskuvan sekä biopsykososiaalisen häiriö-käsityksen ylläpitäminen on tärkeää. Hoito on järjestettävä hyvin sekä yksilötasolla että hoi-tojärjestelmän tasolla, ja koko yhteiskunnassa. (Lönngqvist & Lehtonen 2017.) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785) sanoo, että jokaisella on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon.

Biopsykososiaalisella häiriökäsityksellä tarkoitetaan mallia, jossa toimintarajoitteiden ajatel-laan olevan ihmisen terveyden ja hänen elämäntilanteensa vaatimusten välinen epätasapaino-

tila. Tämän epätasapainon korjaamiseksi ihmisen hoidossa on huomioitava henkilön terveydentilan lisäksi, myös ympäristö- ja yksilötekijät, esimerkiksi henkilön perhe- ja työtilanne, hänen harrastuksensa ja elämäkatsomuksensa, motivaation taso ja saatavilla olevat tuet ja palvelut. (Kokonaisvaltainen biopsykososiaalinen näkökulma 2016.)

Näyttöön perustuvassa psykiatriassa “evidence-based psychiatry” yhdistetään paras käytettävissä oleva psykiatrinen tutkimustieto kliiniseen asiantuntemukseen ja ammattitaitoon sekä potilaan arvoihin; yleinen tieteellinen tieto suhteutetaan potilaan yksilölliseen tilanteeseen. Potilaan ongelmien herättämät kliiniset kysymykset pyritään ratkaisemaan näyttöön perustuvan tiedon avulla. Yksilöllisessä arvioinnissa ja hoidossa pyritään ottamaan huomioon myös henkilöiden väliset biologiset ja psykologiset eroavaisuudet sekä olosuhteiden ainutlaatuisuus. Suomessa on luotu hoitosuosituksia keskeisten psykiatristen ongelmien hoitoon. Näiden kansallisten Käypä hoito -suositusten pohjaksi asiantuntijat ovat arvioineet tiedon luotettavuutta ja hoidon näytön astetta. Käypä hoito -suosituksia ([www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)) päivitetään määrätyin väliajoin uuden tutkimustiedon mukaiseksi. (Lönnqvist & Lehtonen 2017.)

Psykiatrisen hoidon pitäisi perustua tieteellisiin tutkimuksiin todistettuun, uusimpaan saatavilla olevaan tietoon hoidon vaikuttavuudesta. Hoidon lähtökohtana on, että potilasta informoidaan asianmukaisesti suunnitellusta hoidosta ja sen vaikutuksista. Erityisen tärkeää on antaa tietoa hoidon vaikutuksista sairauden ennusteeseen. Potilaan täytyy hyväksyä kaikki hänelle suunnitellut hoidot, ja hänen tulee sitoutua hoitoon riittävästi. (Lönnqvist & Lehtonen 2017.) Lain mukaan potilaalla on tiedonsaantioikeus häntä itseään koskeissa asioissa ja hänelle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, eri hoitovaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista, hoidon merkityksestä sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä asioista joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785). Tahdosta riippumaton hoito voidaan toteuttaa vain lain määrittelemien perusteiden. Hoito pitää toteuttaa noudattaen alan eettisiä periaatteita. Jokaisen potilaan kohdalla on pyrittävä ottamaan huomioon hänen yksilöllinen tilanteensa, ja soveltamaan joustavasti käypä hoito -suosituksia. (Lönnqvist & Lehtonen 2017.)

### 2.3.1 Hoitosuositukset

Ensisijainen skitsofreenikon hoito tapahtuu avohuollossa lääke- ja psykososiaalisen hoidon sekä kuntoutuksen avulla. Kaikkien skitsofrenian vaiheiden hoidossa lääkehoito tulisi yhdistää johonkin terapiamuotoon tai psykososiaalisen tukemisen muotoon sekä taata luottamuksellinen ja mahdollisimman pitkäjänteinen hoitosuhde. (Skitsofrenia 2015.)

On tärkeää pyrkiä tunnistamaan ennakko-oireita ja siten ehkäistä sairauden puhkeaminen. Ennakko-oireita voidaan hoitaa psykoterapialla ja lääkkeinä käytetään esimerkiksi ahdistus- ja mielialalääkkeitä tai pienin annoksin psykoosilääkkeitä. (Skitsofrenia 2015.)

Psykoottisessa akuuttivaiheessa oireita lievitetään sopivan lääkityksen ja turvallisen hoitoympäristön avulla. Hoitoympäristönä voi olla joko avohoito tai psykiatrinen akuuttiosasto. Tasaantumisvaiheessa eli akuuttivaiheen oireiden lievittyessä, lääkehoitoa muutetaan pienimpään, mutta tehokkaimpaan annokseen, mieluummin yhtä valmistetta käyttäen. Psykoosilääkehoito on tärkeää, sillä riski psykoosin uusiutumiseen on korkea. Lääkehoidon lisäksi tarjotaan psykoterapiaa ja ohjataan välttämään stressitekijöitä. Perheen tukeminen ja ottaminen mukaan psykoterapiaan on tärkeää. (Skitsofrenia 2015.)

Vakaan vaiheen hoidossa on tärkeää pitää oireet loitolla ja parantaa potilaan toimintakykyä sekä elämänlaatua. Lääke- ja psykososiaalinen hoito sekä kuntoutus suunnitellaan yksilöllisen tarpeiden mukaan. Hoitomuotoina voi olla kognitiivis-behavioraalinen ryhmäterapia, vertais-tukiryhmä, kognitiivinen kuntoutus tai psykososiaalinen tuki työ- ja opiskelupaikassa. (Skitsofrenia 2015.)

Mielenterveyspalveluiden laatusuosituksen (2001:9) mukaan järjestettävien palveluiden toiminta tulisi vahvistaa asiakkaan omia voimavaroja, selvittää ja tukea hänen psykososiaalisia ongelmia, sekä tunnistaa aikaisessa vaiheessa mielenterveyshäiriöt. Palveluiden tulisi järjestää myös tehokasta hoitoa ja kuntoutusta, hyödyntäen tarjolla olevia resursseja ja osaamista. Asiakkaalla on vastuu omasta terveydestään ja hyvinvoinnistaan. Ammattilaisten tehtävänä on tukea asiakkaan omia voimavaroja, siten tarjota ja kehittää toimintatapoja niiden toteuttamiseen. Ammatillisella tulee olla riittävä valmiutta ja koulutusta tunnistamaan sekä kohtaamaan avun tarvisijoita. Ammatillisella tulee osata toteuttaa hoidon tarpeen arviointia. Asiakkaan tulisi päästä vaivattomasti tarvitsemaansa hoitoon, ja hoito tulisi järjestää ensisijaisesti perusterveydenhuollossa. Jos se ei riitä, tulee asiakas ohjata erikoissairaanhoidon piiriin. Jos avohoidon toimet eivät ole riittäviä tulee potilas ohjata sairaalahoitoon.

Asiakkaalla on oikeus saada tietoa, neuvoja ja tukea, sekä tulla kuulluksi. Hänen tulee saada tietää kuka häntä hoitaa ja kuka on vastuussa hoidosta. Asiakas ja ammattilainen laativat yhdessä kirjallisen hoito- ja kuntoutussuunnitelman. Palveluita ja niiden toimintaa seurataan jatkuvasti sekä tehdään havainnoiteja niiden toiminnasta. Jotta palveluita voitaisiin toteuttaa parhaalla mahdollisella tavalla, on asiakkaiden ja heidän läheistensä palaute arvokasta. (Mielenterveyspalveluiden laatusuositus 2001.)

### 2.3.2 Lääkehoito

Eri mielenterveyshäiriöihin on olemassa erilaisia lääkkeitä. Lääkehoitoa ei tulisi pitää ainoana hoitomuotona, vaan yhdistämällä sen esimerkiksi kuntoutukseen, saadaan kattavampia tuloksia (Mielenterveyden lääkehoidon periaatteet 2017). Lääkehoidossa tavoitteena on aina pienin ja tehokkain mahdollinen annos (Skitsofrenia 2015). Lääkehoitoon liittyy kuitenkin suurta vastustusta ja huonoa hoitomyönteisyyttä potilaiden taholta, lukuun ottamatta bentsodiatse-



piineja (Mielenterveyden lääkehoidon periaatteet 2017). Bentsodiatsepiineja käytetään lievittämään ahdistusta vähentämällä pelon ja häpeän tunteita. Muita vaikutuksia lääkeaineella on väsyttävä, sedatiivinen, vaikutus sekä lihaksia rentouttava, kouristuksia estävä vaikutus (Bentsodiatsepiinit 2017.)

Skitsofrenian syy-seuraus-tutkimuksissa vahvin “työhypoteesi” koskee keskushermoston välittäjäainetta, dopamiini-hormonia. Lääkeaineet, jotka lisäävät dopamiinin vapautumista tai aktivoivat kohderesptoreja lisäämään hormonin eritystä, saavat aikaan tai pahentavat skitsofrenian oireita. Skitsofrenian lääkehoidossa käytetään yleisimmin dopamiiniantagonisteja eli dopamiinin reseptorisalpaajia. Dopamiiniantagonistit estävät dopamiinin erittymistä ja siten tehostavat kognitiivisia toimintoja. (Skitsofrenian etiologia, oireet ja hoito 2017.)

Klooripromatsiini on dopamiiniantagonisti, jonka käyttöaiheita ovat skitsofrenian, manian ja deliriumin hoito, käytetään myös akuuttiin rauhattomuuteen ja kiihtymistilaan. Haittavaikutuksina klooripromatsiinilla on mm. valoyliherkkyys, maksatulehdus, väsymys ja QTc-ajan pidentyminen. (Duodecim Lääketietokanta 2017.)

Levomepromatsiini on myös dopamiiniantagonista, joka salpaa D1-, H1-,  $\alpha$ 1-, muskariini- ja serotoniinireseptoreita. Sen käyttöaiheita on skitsofrenian ja muiden psykoosien hoito. Haittavaikutuksia lääkeaineella on mm. asentohuimaus ja väsymys. (Duodecim Lääketietokanta 2017.)

Risperidoni salpaa selektiivisten välittäjäaineiden, kuten dopamiinin ja serotoniinin, vaikutusta. Lääkeainetta käytetään skitsofrenian ja manian hoitoon, lyhytaikaiseen dementian sekä käytöshäiriöiden hoitoon. Haittavaikutuksina on mm. unettomuus, ahdistuneisuus ja äkilliset liikehäiriöt. (Duodecim Lääketietokanta 2017.)

Klotsapiinin vaikutusmekanismia ei tiedetä kunnolla, mutta se on dopamiiniantagonisti ja se vaikuttaa serotoniinijärjestelmään. Lääkeainetta käytetään skitsofrenian hoidossa, silloin kun sairastunut ei ole saanut tyydyttävää paranemista vähintään kahdesta eri psykoosilääkkeestä, tai muista lääkkeistä on tullut vaikeita neurologisia haittavaikutuksia. Klotsapiinia voidaan käyttää myös Parkinson potilaille, joilla esiintyy psykoosia. Haittavaikutuksia lääkeaineella on monia mm. verenkuvamuutokset, epileptiset kohtaukset, painonnousu, metabolinen oireyhtymä, lisääntynyt syljeneritys ja sydänlihassairaus. (Duodecim Lääketietokanta 2017.)

## 2.4 Hoitotyön menetelmät

### 2.4.1 Hoitosuhdetyöskentely

Mielenterveyshoitotyössä hoitosuhdetyöskentely on keskeinen hoitotyön auttamismenetelmä. Se on hoidon tulosten kannalta terapeutisessa toiminnassa yksi tärkeimmistä tekijöistä. Hoitosuhde on aina potilaan (tai perheen) ja hoitajan välinen ammatillinen vuorovaikutussuhde

ja sen lähtökohtana tulee aina olla potilaan tarpeet. Tällöin puhutaan potilaslähtöisestä hoitotyöstä, jossa olennaista on, että potilas saa itse vaikuttaa omaan hoitoonsa. Siksi on erittäin tärkeää, että potilaalle annetaan mahdollisuus kertoa itsestään ja elämäntilanteestaan, mutta myös siitä mitä toiveita hänellä on hoidon suhteen ja mitkä ovat hänen henkilökohtaiset tavoitteensa. Potilaan hoitoon sitoutuminen on todennäköisesti parempaa, kun hän on saanut itse vaikuttaa sen sisältöön. Vuorovaikutuksellisessa hoitosuhteessa molemmilla osapuolilla on omat tehtävänsä. Potilaan tehtävänä on tuoda esille asioita, joita hän haluaa käsitellä. Hoitajan tehtävänä puolestaan on huolehtia ulkoisista puitteista, aktiivisesta luomisesta, ylläpitämisestä sekä hoitosuhteen oikea-aikaisesta ja turvallisesta päättämisestä. Jokainen hoitosuhde on ainutlaatuinen ja muotoutuu hiljalleen yhteistyön edetessä. (Hämäläinen ym. 2017, 140-142; Vuorilehto ym. 2014, 65-66.)

Mielenterveyshoitotyössä työskennellään aina moniammatillisessa tiimissä. Potilaalla on oma hoitajat jotka huolehtivat päivittäisen hoitotyön toteuttamisesta ja sen kirjaamisesta työvuoron aikana. Omahoitajien ja potilaan ympärille kootaan hoitoryhmä. Se voi koostua esimerkiksi lääkäreistä, psykologista ja sosiaalityöntekijästä. Tarpeen mukaan yhteistyöhön voidaan ottaa mukaan myös muita ammattilaisia kuten fysioterapeutti, toimintaterapeutti ja psykoterapeutti. Jokainen työntekijä tuo tilanteeseen omat tiedot ja taidot. Yhteistyölle ominaista on toisten arvostus ja yhteistoiminnallisuus. Hoitoa suunnitellaankin yhteisissä hoitoneuvotteLUissa, joissa voi olla hoitohenkilökunnan ja potilaan lisäksi mukana myös potilaan läheisiä. (Hämäläinen ym. 2017, 144-146.)

Avohoidossa keskeisiä hoitomenetelmiä ovat yleensä yksilökeskustelut, perhetapaamiset, lääkerohoito ja sen seuranta, potilaan ymmärryksen lisääminen antamalla tietoa sekä erilaiset ryhmät. Akuutissa vaiheessa avohoitoa voidaan tehostaa puhelinsoitoilla poliklinikkakäyntien välillä. Potilaan tukemisessa hyödynnetään myös yhä enenevässä määrin teknologiaa kuten netitterapiaa, mobiilisovelluksia ja verkko-ohjausta. (Hämäläinen ym. 2017, 179.)

Osastohoidon aikana käytettäviä hoitotyön menetelmiä ovat puolestaan läsnäolo, vuorovaikutukseen rohkaiseminen osastoyhteisössä, toimintakyvyn tukeminen ja ohjaus sekä päivittäisissä toimissa avustaminen. Lisäksi autetaan vuorokausirytmien hahmottamisessa, pidetään omahoitajakeskusteluja ja huolehditaan lääkehoidosta. Ulkoilu, sosiaalisten verkostojen ylläpitäminen, ryhmät ja muut toiminnalliset menetelmät ovat niin ikään tärkeä osa osaston päivärytmiä. Kun potilaan sairaus on akuutissa vaiheessa ja psyykinen vointi on huono, voi hoidon päätavoitteena olla esimerkiksi oireiden lievittäminen ja turvallisuudentunteen lisääminen, tai vuorokausirytmien ja yön korjaaminen. (Hämäläinen ym. 2017, 179-180.)

#### 2.4.2 Hoitosuhteen luominen

Toimiva hoitosuhde edellyttää aina molemminpuolista luottamusta sekä potilaan kokonaisvaltaista kohtaamista. Kun potilas kohdataan kokonaisvaltaisesti, voidaan ymmärtää mitä potilas

tarvitsee ja miten häntä voidaan auttaa. Tällöin potilas saa myös kokemuksen siitä, että hän tulee kuulluksi ja ymmärretyksi. Mielenterveyshoitotyössä luottamus korostuu erityisen vahvasti, sillä monilla potilailla voi olla menneisyydessään pettymyksiä ja traumoja sekä kokemuksia luottamuksen rikkoutumisesta. Hoitaja voikin edistää luottamuksen syntymistä luomalla turvallisen ja lämpimän ilmapiirin sekä olemalla ystävällinen, avoin, ja rehellinen. On myös tärkeää, että hoitaja on potilaan kanssa tasavertainen. Hänen tulee olla aidosti läsnä ja kuunneltava potilasta. Onnistuakseen luottamuksen rakentamisessa hoitajalla tulee olla ammattitaitoa ja hyvä tietämys omasta perustehtävästään. Potilaan kanssa on hyvä myös keskustella avoimesti yhteistyösuhteen periaatteista, jotta saavutetaan yhteinen näkemys yhteistyösuhteen sisällöstä. Jos potilas on omatoimisesti hakeutunut hoitoon, lähtökohdat yhteistyölle ovat paremmat. (Hämäläinen ym. 2017, 148-149; Vuorilehto ym. 2014, 67.)

Luottamuksen kehittymiseen vaikuttavat monenlaiset tekijät kuten molempien osapuolten persoonallisuus, ikä, sukupuoli, koulutustausta, arvot, asenteet, ihmiskäsitys, toiveet, odotukset ja aiemmat kokemukset. Siihen voi vaikuttaa oleellisesti myös potilaan sairaudesta johdettu epäluuloisuus tai itsemääräämisoikeuden rajoittamiseen liittyvät tekijät osastohoidossa. Joskus potilaat voivat kokea hoitotoimenpiteet jopa traumaattisina, mikä voi omalta osaltaan heikentää luottamusta sairaalaa sekä hoitavaa henkilökuntaa kohtaan. Silloin asioista on tärkeää puhua avoimesti jälkeen päin, jotta potilaalla on mahdollisuus ymmärtää miksi hänen itsemääräämisoikeuttaan on jouduttu rajoittamaan. Kaiken toiminnan taustalla tulee aina olla ammattieettiset periaatteet ja arvot, sekä lait ja asetukset. Potilaan kanssa yhteistyössä tehty hoito- tai kuntoutussuunnitelma tukee myös omalta osaltaan luottamuksen syntyä, sillä silloin jokainen tietää hoidon tavoitteet ja oman tehtävänsä niiden toteutuksessa. Hoitosuhteen alussa hoitajan on tärkeää ymmärtää, että muutoksen pelko voi aluksi aiheuttaa vastarintaa potilaassa. (Hämäläinen ym. 2017, 142, 148-150.)

Hoitosuunnitelma on yhteenveto asiakkaan yleisestä terveydentilasta, diagnooseista, säännöllisesti käytössä olevista lääkkeistä, sekä tärkeimmät tiedot sen hetkisestä elämäntilanteesta. Hoitosuunnitelmassa tulee olla näkyvillä hoidon tarve, tavoitteet sekä keinot, joilla tavoitteisiin pyritään pääsemään, eli miten hoito toteutetaan käytännössä. Suunnitelmaan tulee selkeästi kirjata myös suunniteltu hoitoaika, sillä selkeä määräaikainen hoitajakso rytmittää hoitosuhdetyöskentelyä. Suunnitelmassa tulee näkyä myös hoidosta vastaavan lääkärin sekä työntekijän ja hänen varalla olevan työntekijän nimet. Asiakkaan on tärkeää tietää myös kaikkien hänen hoitoonsa osallistuvien ammattilaisten tehtävistä ja heidän välisestä yhteistyöstä. Hoitomuodon valinnasta, hoidon aloituksesta ja lopetuksesta vastaa aina lääkäri. Jos asiakkaalla on lapsia, kirjataan suunnitelmaan myös heidän tilanteensa. (Vuorilehto ym. 2014, 66, 128-129.)

Kuntoutussuunnitelma puolestaan laaditaan siten, että se vastaa kuntoutujan sen hetkisiä voimavaroja ja niiden perusteella asiakkaan tuen tarve kuntoutuksen aikana arvioidaan. Kuntoutussuunnitelma keskittyy pitkäjänteiseen toimintakyvyn parantamiseen ja ylläpitämiseen, sekä elämänlaadun kohentamiseen. Siihen voi kuulua myös sosiaalisen tilanteen arvio, joka sisältää mm. toimeentuloon, asumiseen, työhön ja opiskeluun liittyvät asiat. Asiakas itse on avainhenkilö oman kuntoutuksen suunnittelussa. Mitä enemmän hän on saanut itse vaikuttaa ja olla mukana laatimassa tavoitteita sekä valitsemassa keinoja, sitä paremmin hän todennäköisesti niihin myös sitoutuu. Suunnitelmaan kirjataan myös, miten kuntoutumista seurataan ja arvioidaan ja mikä on niiden aikataulu. (Vuorilehto ym. 2014, 128-129.)

#### 2.4.3 Hoitosuhteen ylläpitäminen

Kun luottamuksellinen hoitosuhde on luotu, alkaa niin sanottu työskentelyvaihe. Työskentelyvaiheen suunniteltu pituus määrittelee sen sisältöä ja tavoitteita. Tässä vaiheessa hoitaja työskentelee yhdessä potilaan kanssa siten, että potilaalla on mahdollisuus avoimesti havainnoida elämäänsä, tunteitaan, ajatuksiaan, toimiaan ja pelkojaan. Ensisijainen työskentelymenetelmä on dialogi eli kuunteleva keskustelu. Yhdessä voidaan myös esimerkiksi etsiä keinoja lievittää ahdistusta tai masennusta tai hoitaja voi antaa potilaalle tietoa hänen tarvitsemista asioista, ja siten edistää hänen tervehtymistään tai hoitoon sitoutumistaan. Tällöin puhutaan psykoedukaatiosta. (Hämäläinen ym.2017, 167; Vuorilehto ym. 2014, 67.)

Dialogi on avointa suoraa keskustelua, jonka avulla tavoitellaan yhteisen ymmärryksen syntymistä. Perusajatuksena on se, että voi olla monenlaisia näkemyksiä, jotka eivät ole oikeita tai vääriä, ja ne kaikki voivat johtaa hyviin lopputuloksiin. Keskustelussa hoitajan tehtävänä on ohjata keskustelua kohti yhteisiä tavoitteita, esimerkiksi kysymällä tarkentavia kysymyksiä ja tuomalla esiin uudenlaisia lähestymistapoja sekä näkökantoja. Toisaalta hoitajan on tärkeää myös rohkaista potilasta kertomaan vaikeistakin asioista, mutta kyetä samanaikaisesti ymmärtämään mikä on potilaalle tarpeenmukaista juuri sillä hetkellä. Kunnioittava hoitaja tiedostaa myös sen, että potilaan todellisuus ei välttämättä vastaa hoitajan todellisuutta. Siitä huolimatta on tärkeää, että potilas tulee kuulluksi ja ymmärretyksi. (Hämäläinen ym. 2017, 147,167-168; Vuorilehto ym. 2014, 68-69.)

Dialogisessa kuuntelevassa keskustelussa myötätunto eli empatia, kunnioitus sekä kiinnostus ovat tärkeässä asemassa. Hoitaja voi monin tavoin ilmeillä ja eleillä sekä pienillä sanoilla ilmaista kuuntelevansa ja olevansa kiinnostunut siitä mitä potilas hänelle kertoo. Myötätunto edistää potilaan ja hoitajan välistä yhteistyötä. Hoitajan kokemana se ohjailee hänen ilmeitään, eleitään sekä tunnetta siitä onko keskustelussa tarve edetä vai riittääkö hiljainen potilaan rinnalla oleminen. Tunteiden, sekä pelottavien ja vaikeiden asioiden neutraalilla ja hyväksyvällä kuulemisella on suuri merkitys potilaan kannalta, sillä se luo hänelle toivoa selviytymisestä ja rohkaisee siten avautumaan lisää. Hoitajan tehtävänä on myös tunnistaa omat

tarpeensa ja kiinnostuksen kohteensa antamatta niiden kuitenkin johdatella potilaan puhetta. Hoitajan tulee myös säädellä sekä fyysistä että psyykkistä välimatkaa eli distanssia potilaaseen hoitosuhteen aikana, sillä välimatkan säätely ohjaa potilaan kehitys- ja kasvuprosesseja. Kullekin potilaalle tarpeellisen distanssin tunnistaminen vaatii hoitajalta herkkyyttä. (Hämäläinen ym. 2017, 147, 150-151; Vuorilehto ym. 2014, 68-69.)

Psykoedukaatio on tärkeä osa hoitoa ja kuntoutusta. Sillä tarkoitetaan kaikkea neuvontaa, joka liittyy pitkäaikaisten ja toistuvien mielenterveyshäiriöiden hoitoon, kuntoutukseen ja ennaltaehkäisyyn. Psykoedukaation lähtökohtana on sairauden hyväksyminen ja sen seurausten huomioon ottaminen. Se auttaa potilasta hallitsemaan ja sietämään sairauden oireita. Potilaalle annetaan ymmärrettävää tietoa hänen sairaudestaan, sen yleisyydestä, kulusta sekä enusteesta. Tietoa annetaan myös erilaisista hoitovaihtoehdoista sekä niiden hyödyistä ja haittoista. Potilaan ymmärrys omasta sairaudestaan edistää hänen hoitoon sitoutumistaan. Potilasta opastetaan myös omahoitoon, ja hänen kanssaan käydään läpi sairauden varomerkkejä sekä toimia joihin kannattaa ryhtyä niiden ilmaannuttua. Yhdessä hoitajan kanssa voidaan käydä läpi myös stressinhallintakeinoja. Psykoedukaatiota voidaan järjestää niin yksilöille, ryhmille kuin perheillekin. Toteuttamistapa tulee miettiä jokaisen potilaan kohdalla yksilöllisesti. Sen valintaan voi vaikuttaa esimerkiksi sairauden laatu tai psykoedukaatiota järjestävä taho. (Vuorilehto ym. 2014, 129-131.)

Joskus potilaalla ei välttämättä ole motivaatiota muutokseen, ja hoitajan neuvot menevät hukkaan. Toisen ihmisen motivaatioon voidaan kuitenkin vaikuttaa. Jotta ihminen muuttaisi toimintaansa, täytyisi hänen ensin havaita ristiriita nykyisen toiminnan ja tärkeiden arvojen sekä tavoitteiden välillä. Motivoiva keskustelu on työkalu jonka avulla henkilö itse oivaltaa ongelmat, muutostarpeet sekä muutosvoimat. Keskustelu on asiakeskeistä ja hoitajan tehtävänä on johdatella keskustelua kohti potilaan itsensä määrittämiä muutostavoitteita. Potilaan omalle aktiivisuudelle on kuitenkin annettava riittävästi tilaa. (Vuorilehto ym. 2014, 76.)

Kun potilas on huomannut ristiriidan omien tavoitteiden ja nykyisen toiminnan välillä, hänen uskoa muutoskykyyn vahvistetaan kuitenkin tyrkyttämättä sitä liikaa. Vaikka hän vastustaisi muutosta, annetaan hänelle silloinkin mahdollisuus omiin ratkaisuihin. Muutospuheella kuitenkin yritetään selkiyttää muutoksen mahdollisesti potilaalle tuomia etuja ja haittoja, ja näin vahvistetaan muutoksen puolesta puhuvia asioita. Keskustelussa on tärkeää käyttää avoimia kysymyksiä ja vahvistaa merkityksellisiä asioita refleктоimalla ja toistamalla potilaan puhetta. Yhteenvedojen avulla on helpompaa tarkastella tilannetta kokonaisuutena. Näin potilaan tietoisuus ja hallinnan tunne lisääntyvät. (Vuorilehto ym. 2014, 76-79.)

#### 2.4.4 Hoitosuhteen päättäminen

Hoitosuhteen päättäminen on yhtä tärkeä vaihe kuin sen aloittaminen. Kun hoitosuhteen alussa saadut tavoitteet on saavutettu yhdessä, voidaan alkaa hiljalleen luopua yhteistyösuhdesta. Mitä pidempi hoitosuhde on ollut, sitä pidempi tulisi myös lopetusvaiheen olla. Yhteistyösuhteen lopettamisesta on hyvä keskustella avoimesti, sillä se saattaa aiheuttaa potilaassa vastarintaa, vihaa, pelkoja ja ahdistusta. Vihan tunteet kohdistuvat yleensä hoidon loppumiseen, eivät hoitajaan, mikä on tärkeää ymmärtää. Tunteiden käsittelyyn on hyvä varata riittävästi aikaa. On tärkeää käydä vielä yhdessä läpi yhteistyösuhdetta, sekä tavoitteiden saavuttamista ja muistella yhteistä matkaa. Näin potilas voi saada kokemuksen siitä, että hän saa tukea myös lopetusprosessin aikana. (Vuorilehto ym. 2014, 67-68; Hämäläinen ym. 2017, 168-169.)

Ennen hoitosuhteen katkeamista on tärkeää varmistaa potilaan kotona pärjääminen ja jatko-suunnitelmat. Näin potilas voi kokea olonsa turvalliseksi. Lisäksi potilaan kanssa voidaan vielä kerrata sairastumisen varomerkkejä sekä omahoitoa. Joskus voidaan järjestää myös seuranta-tapaaminen tai -puhelu, esimerkiksi 3-6 kuukauden päähän. Vähintäänkin tulee sopia mihin potilas ottaa yhteyttä, jos vointi huononee. Hoitajan on tärkeää myös pyytää palautetta omasta työstään, jotta hänen on mahdollista kehittää omaa ammattitaitoaan. (Vuorilehto ym. 2014, 67-68; Hämäläinen ym. 2017, 169.)

#### 2.5 Tahdosta riippumaton psykiatrinen hoito

Tahdosta riippumatonta hoitoa ohjaa ja säätelee tarkasti mielenterveyslaki (14.12.1990/1116). Mielenterveyslain nojalla täysi-ikäinen henkilö voidaan määrätä ja toimittaa tahdosta riippumattomaan psykiatriseen sairaalahoitoon, jos seuraavat kolme kriteeriä täyttyvät samanaikaisesti:

1. Henkilö on mielisairas
2. Mielisairauden vuoksi hoitoon toimittamatta jättäminen pahentaisi hänen tilaansa, vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuuttaan tai muiden henkilöiden terveyttä ja turvallisuutta.
3. Kaikki muut mielenterveyspalvelut ovat soveltumattomia tai riittämättömiä

(Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116)

Ensimmäiseksi virkasuhteessa olevan lääkärin tulee tehdä potilaasta tarkkailulähete, joka on hänen allekirjoittama lausunto potilaan tahdosta riippumattoman hoidon tarpeesta. Lääkärin on lähetettävä potilas sairaalaan tutkittavaksi, jos hän tutkimuksensa perusteella toteaa, että tahdosta riippumattomaan hoitoon ottamisen edellytykset ovat todennäköisesti olemassa.

Tutkimuksen yhteydessä on selvitettävä, onko potilaan kotikunnassa tarjolla hoidon tarpeeseen nähden riittäviä ja sopivia palveluita, ellei ole ilmeistä, etteivät muut palvelut sovi käytettäväksi tai ovat riittämättömiä. Lääkäri voi pyytää poliisin virka-apua potilaan toimittamiseksi terveyskeskukseen, sairaalaan tai muuhun sairaanhoidon toimintayksikköön. Sairaalaan tarkkailuun ottaminen edellyttää aikaisintaan kolme päivää aikaisemmin laadittua tarkkailulähetettä. Tämän lisäksi henkilön tarkkailuun ottavassa sairaalassa työskentelevän virka-suhteisen lääkärin tulee katsoa, että tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämisen edellytykset ovat todennäköisesti olemassa. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116)

Viimeistään neljäntenä päivänä tarkkailuun ottamispäivän jälkeen tarkkailusta vastaavan lääkärin on annettava potilaasta kirjallinen tarkkailulausunto, jossa on nähtävillä perusteltu kannanotto tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämisen edellytyksistä. Jos tarkkailuaikana ilmenee, ettei edellytyksiä hoitoon määräämiseen ole, potilaan pitämisestä tarkkailussa on luovuttava välittömästi ja poistettava hänet sairaalasta hänen niin halutessaan. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116)

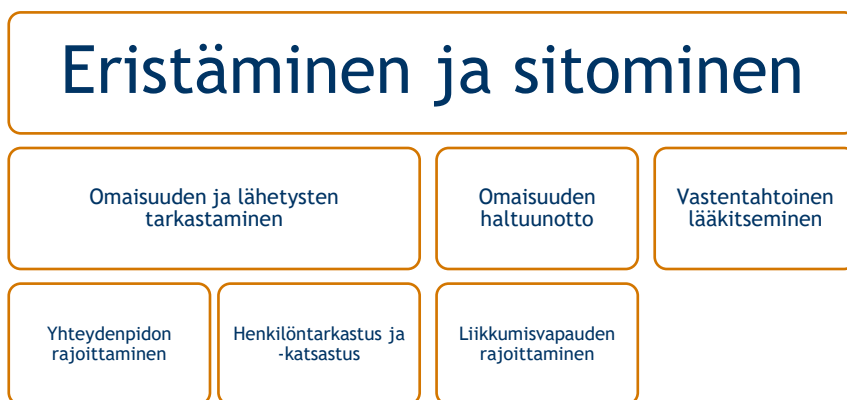
Päätöksen tahdosta riippumattomaan hoitoon ottamisesta tekee sairaalan psykiatrisesta hoidosta vastaava ylilääkäri. Päätös tehdään aina tarkkailulähetteen, tarkkailulausunnon ja sairauskertomuksen perusteella kirjallisesti viimeistään neljäntenä päivänä tarkkailuun ottamisen jälkeen. Päätöksen tulee sisältää perusteltu kannanotto siitä ovatko edellytykset hoitoon määräämiseen tahdosta riippumatta edelleen olemassa. Potilasta on kuultava ennen päätöksentekoa ja lopullinen päätös on annettava hänelle tiedoksi viivyttelöttä. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116)

Tahdosta riippumattomaan hoitoon määrättyä potilasta saadaan pitää hoidossa enintään kolme kuukautta. Jos ennen tämän ajan päättymistä näyttää siltä, että hoidon jatkaminen on välttämätöntä eikä asiasta päästä yhteisymmärrykseen potilaan kanssa, hänestä on tehtävä uusi tarkkailulausunto. Hoidon jatkaminen tai lopettaminen on ratkaistava lääkärin kirjallisella päätöksellä ennen kuin hoitoa on kestänyt kolme kuukautta. Ennen päätöksen tekemistä potilaalle on annettava tiedoksi, että hänellä on oikeus saada myös sairaalan ulkopuolisen, riippumattoman lääkärin tai hänen itse valitsemansa lääkärin arvio ja lausunto hoidon tarpeesta ennen kuin lopullinen päätös mahdollisesta hoidon jatkamisesta tehdään. Potilaan itse järjestämän arvioinnin kustannuksista potilaan tulee itse vastata. Potilaalla on myös oikeus kieltäytyä ulkopuolisesta arviosta. Jos ulkopuolisen lääkärin arvio poikkeaa tarkkailulausunnon johtopäätöksestä, on asia perusteltava tarkkailulausunnon ja lopullisessa päätöksessä. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116)

Jos hoitoa jatketaan, on päätös annettava potilaalle tiedoksi viipymättä ja alistettava heti hallinto-oikeuden vahvistettavaksi. Hoidon jatkamista koskevan päätöksen nojalla potilasta voidaan pitää tahdosta riippumattomassa hoidossa yhtäjaksoisesti enintään kuusi kuukautta.

Tämän jälkeen on selvítettävä uudelleen, ovatko tahdonvastaiseen hoitoon määräämisen edellytykset edelleen olemassa. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116)

Myös tahdosta riippumattoman hoidon aikana potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan ja hoidon toteuttamista varten potilaalle on tehtävä hoitosuunnitelma. Potilaan itsemääräämisoikeutta ja muita oikeuksia tulee rajoittaa vain sen verran kuin sairauden hoito ja potilaan tai muiden henkilöiden turvallisuuden takaaminen vaatii. Perusoikeuksia rajoitetaan vain silloin kun se on välttämätöntä ja perusteltavissa olevaa ja rajoittamisen tavoitteena on potilaan ja henkilökunnan turvallisuuden turvaaminen. Rajoitusten toteuttamisen yhteydessä tulee huomioida potilaan hyvän hoidon turvaaminen. Osastolla on myös oltava kirjalliset lainsäädäntöön perustuvat ohjeet. Rajoitukset kirjataan sekä potilastietoihin että lääninhallitukselle meneviin virallisiin asiakirjoihin. Hoitotoimenpiteistä ja kestosta on kirjattava huolellisesti. (Hämäläinen, Kanerva, Kuhanen, Schubert & Seuri, 2017, 78.) Kuviossa 1 (katso alla) on eritelty tahdosta riippumattomia hoitotoimenpiteitä.



(Hämäläinen ym. 2017, 78)

Kuvio 1: Tahdosta riippumattomia hoitotoimenpiteitä

## 2.6 Kokemus käsitteenä

Kielitoimiston sanakirjan (2017) määritelmän mukaan kokemus on kokemalla saatua tietoa tai taitoa; perehtyneisyyttä, harjaantuneisuutta ja tottumusta, esimerkiksi työssä hankittu käytännön työkokemus, tai säännöllisellä auton ajamisella kartutettu ajokokemus. Kokemus voidaan määritellä myös koetuksi elämykseksi tai tapaukseksi, esimerkiksi hengellinen kokemus, lapsuusajan kokemus tai epämiellyttävä, haavoittava kokemus.

## 2.7 Aikaisemmat tutkimukset

Tutkimustietoa psykiatristen potilaiden kokemuksista sairaudestaan tai saamastaan hoidosta on vaikea löytää. Toisin kuin somaattisista sairauksista, näyttäisi siltä, että psykiatristen potilaiden kokemuksia ei ole juurikaan kartoitettu. Aihe on kuitenkin tärkeä, sillä sairastaessaan



psykkistä sairautta, ihminen on erityisen haavoittuva, eikä aina kykene puolustamaan oikeuksiaan tai vaati-maan ihmisarvoista kohtelua ja laadukasta hyvää hoitoa. Hoitajien ammat-titaidolla ja asenteilla onkin merkittävä rooli psykiatrisen potilaan inhimillisessä ja samanar-voisessa kohtelussa sekä laadukkaan hoidon toteutumisessa.

Suhosen (2007, 53-55) tutkimuksessa kartoitettiin psykiatristen potilaiden kokemuksia itse-määräämisoikeuden toteutumisesta sairaalahoidossa. Tutkimuksen tuloksista selvisi, että poti-laat eivät aina saaneet ystävällistä kohtelua, eivätkä riittävästi tietoa sairaudestaan ja hoito-vaihtoehtoista itsenäisen päätöksenteon tueksi. Hoitohenkilökunnalla ei myöskään aina ollut riittävästi aikaa keskustella potilaan asioista hänen kanssaan. Myöskään potilaiden mielipi-teitä ei aina kuunneltu. Potilaat kokivat kuitenkin, että heidät otettiin useimmiten riittävästi mukaan heidän hoitoaan koskevaan päätöksentekoon, ja itsemääräämisoikeus toteutui kuiten-kin melko hyvin. He olivat myös suurimmalta osin tyytyväisiä saamaansa hoitoon. Potilaat toi-voivat kuitenkin enemmän mahdollisuuksia keskustella hoitohenkilökunnan kanssa ja lisää tie-toa sairaudestaan nimenomaan kahden keskinä keskusteluna, eikä vain esitteiden muo-dossa.

Pitkänen (2010, 45-50) tutki skitsofreniaa sairastavien potilaiden elämänlaatua parantavia te-kijöitä akuuttipsykiatrian osastolla. Myös tässä tutkimuksessa nousi yhdeksi elämänlaatua li-sääväksi tekijäksi hoitajien potilaille antama aika: mielenkiinnon osoittaminen potilaan asioi-hin, keskustelu, tiedon jakaminen ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. Tärkeänä pi-dettiin sitä, että hoitaja tapaa potilaan omaisia ja mahdollistaa potilaalle sosiaaliset kontaktit ja vierailut kotona hoitajakson aikana. Elämänlaatua lisääviä tekijöitä potilaiden mielestä oli-vat myös mahdollisuus käyttää toimintaterapeutin palveluja tai luovia terapiamenetelmiä. Po-tilaat arvostivat myös mahdollisuutta fyysiseen aktiivisuuteen, huvituksiin sekä vanhojen har-rastuksien jatkamiseen osastohoidon aikana. Toinen elämänlaatua lisäävä tekijä potilaiden mielestä oli heidän yksityisyydestä, turvallisuudesta sekä lääkehoidosta huolehtiminen.

Kinnusen (2013, 31-40) kyselytutkimuksessa selvitettiin potilaiden mielipiteitä psykiatrisen hoidon laadusta psykiatrisella poliklinikalla ja vuodeosastolla. Potilaat arvioivat henkilökun-nan ammatillisuuden korkeaksi. Moni koki, että heitä arvostettiin, ja heidät hyväksyttiin omana itsenään, sekä heidän huolia kuunneltiin. Myös henkilökunnan luotettavuus arvioitiin korkealle. Potilaat kokivat, että he voivat puhua luottamuksellisesti asioistaan henkilökun-nalle. Potilaat kokivat saavansa tarpeidensa mukaista ja turvallista hoitoa. Myös potilaiden fyysisistä tarpeista huolehdittiin hyvin. Sen sijaan kipujen ja pelkojen lievittämiseen ei poti-laiden kokemuksen mukaan kiinnitetty tarpeeksi huomiota. Monet kokivat myös, etteivät he saaneet tarpeeksi tietoa sairaudestaan, eikä heidän omaisiaan otettu tarpeeksi huomioon. Myös henkilökuntaa oli potilaiden mielestä liian vähän.

Soinisen tutkimuksessa (2014, 29-32) pakkokeinojen käyttöä hoitomenetelmänä kokeneet potilaat arvioivat yhteistyön henkilökunnan kanssa heikoksi. He kokivat, että heidän mielipiteitään ei huomioitu tarpeeksi, eivätkä he voineet osallistua hoidon tavoitteiden asettamiseen. Potilaiden mielestä heidän huoliaan ei otettu vakavasti. Potilaat kokivat eristämisen ja sitomisen tarpeettomana, eivätkä he kokeneet siitä olevan itselleen hyötyä.

### 3 Menetelmät

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää yhden psykiatrisen pitkäaikaispotilaan kokemuksia saamastaan hoidosta psykiatrisen sairaalan suljetulla osastolla. Opinnäytetyön aineistona käytettiin erään potilaan vuosien varrella hoitohenkilökunnalle, ja johtoportaalte kirjoittamia kirjeitä. Taustamateriaalina käytettiin kirjallisuutta ja suosituksia psykiatrisesta hoitotyöstä sekä aiempia tutkimuksia psykiatristen potilaiden kokemuksista sairaalahoidossa. Opinnäytetyö toteutettiin laadullisella tutkimusmenetelmällä, jonka avulla pyrittiin ymmärtämään potilaan kokemusta ja kirjeistä esiin nousseita hänelle merkityksellisiä asioita. Aineistoksi valikoituneet kirjeet analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalysillä.

Opinnäytetyön tavoitteena oli saada potilaan ääni kuuluville, ja tuoda esille psykiatrisen hoidon kehittämistarpeita. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää psykiatrisen hoitotyön kehittämässä ja hoitohenkilökunnan ymmärryksen lisäämisessä. Tutkimuskysymykset olivat:

1. Millaisia kokemuksia potilaalla on sairaudestaan ja saamastaan hoidosta?
2. Millaisia kehitystarpeita potilas näkee hoidossa?
3. Miten potilaan kokemusta voitaisiin hyödyntää psykiatrisen hoitotyön kehittämässä?
4. Miten kirjeiden sisältö eroaa, kun vastaanottajana on johtoporras/hoitohenkilöstö?

#### 3.1 Laadullinen tutkimus

Laadullisella tutkimuksella tarkoitetaan tutkimusta, jolla pyritään löytämään vastauksia ilmiön ymmärtämiseen käyttämättä jotain tilastollista tai muuta määrällistä keinoa. Laadullinen tutkimus on usein kuvailevaa eli deskriptiivistä. Siinä käytetään sanoja ja lauseita vastauksen löytämiseen. Laadullisella tutkimuksella pyritään tutkimaan yksittäisiä tapauksia, toisin kuin määrällisellä tutkimuksella tapausten joukkoa. Siksi tutkimustulosta ei voida yleistää, sillä se pätee vain käsillä olevaan tutkimuskohteeseen. Laadulliseen tutkimukseen on erilaisia lähestymistapoja, mutta niille kaikille on yhteistä se, että niiden tavoitteena on löytää tutkimusaineistosta toimintatapoja, samanlaisuuksia tai eroavaisuuksia. Valitut tutkimusmenetelmät vaikuttavat saatuihin tutkimustuloksiin. (Kananen 2017, 34-36; Janhonen & Nikkonen 2003, 21.)

Laadullinen tutkimus on kiinnostunut prosesseista ja merkityksistä, siitä miten ihmiset kokevat ja näkevät todellisuuden. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään ymmärtämään syvällisesti

tutkittavaa ilmiötä, ja se tarjoaa uuden tavan ymmärtää ilmiöitä käsittelemällä tapausta perusteellisesti syvyysuunnassa. Laadullinen tutkimus toteutetaan aidossa ympäristössä. Aineiston keräämiseksi tutkija ja tutkittava ovat vuorovaikutussuhteessa. Tutkija kerää ja analysoi tiedon, ja siten tutkittavan kokemukset muuntuvat lopulta tutkimustuloksiksi. Tutkimusaineisto voi olla moninaista, esimerkiksi tekstiä, kuvia tai haastatteluja. Tutkimuksessa kiinnitetään huomiota tutkimuksen kohteiden näkökulmaan ja näkemyksiin, sekä tutkittavan ilmiön merkitykseen tutkittavalle itselleen. Laadullisessa tutkimuksessa aineiston analyysiä tehdään tutkimusprosessin kaikissa vaiheissa, ja se ohjaa omalta osaltaan tutkimus- ja tiedonkeruuprosessia. (Kananen 2017, 34-36.)

### 3.2 Sisällönanalyysi laadullisen aineiston analyysimenetelmänä

Sisällönanalyysin tarkoituksena on tiivistää kerätty aineisto siten, että tutkittavia asioita voidaan lyhyesti ja yleistävästi kuvata, tai että tutkittavien asioiden väliset suhteet saadaan hyvin esille. Analysoitava aineisto voi olla laadullista, kuten esimerkiksi päiväkirjoja, kirjeitä, puheita, raportteja, filmejä tai valokuvia, tai se voi olla kvantitatiivisesti mitattavia muuttujia. Sisällönanalyysin avulla voidaan havainnoida aineistoa ja analysoida sitä systemaattisesti. Olennaista on erotella tutkimusaineistosta samanlaisuudet ja erilaisuudet. Tutkimusaineistoa havainnoivien luokkien täytyy olla toisensa poissulkevia ja yksiselitteisiä. Sanat, fraasit ja mahdolliset muut yksiköt järjestetään samaan kategoriaan niiden merkitysten mukaan, siten, että ne tarkoittavat samaa asiaa. Sisällönanalyysissä on kyse tutkimusaineistossa ilmenevistä merkityksistä, tarkoituksista ja aikomuksista, seurauksista sekä yhteyksistä (Janhonen 2003, 23.)

### 3.3 Tutkimusaineiston hankkiminen

Leino-Kilpi ym. (2012) toteavat, että ihmisiä tutkittaessa tutkimusaineiston luotettavuuden perusta on aina tutkittavien yhteistyöhalu. Aineistoa kerätessä tulee ottaa huomioon tutkittavien ihmisten oikeudet ja kohdeltava heitä rehellisesti ja kunnioittavasti. Tutkittavilta täytyy pyytää suostumus tutkimukseen osallistumiseen. Ennen suostumuksen pyytämistä tutkittaville henkilöille on annettava riittävän monipuolisesti tietoa tutkimuksesta sekä heidän oikeuksistaan ja velvollisuuksistaan. Heillä tulee olla oikeus esittää selventäviä kysymyksiä koko aineistonkeruun ajan. Heillä tulee olla myös oikeus kieltäytyä tutkimuksesta tai keskeyttää se. Heille tulee myös taata, ettei heidän henkilötietonsa paljastu missään tutkimuksen vaiheessa. Tutkimuksen valmistuttua heillä on oikeus saada tietoa tutkimustuloksista. (Leino-Kilpi 2012, 367.)

Tämän opinnäytetyön aineisto oli jo valmiina, eikä näin ollen aineistoa tarvinnut kerätä erikseen. Tutkimusaineistona oli sadat potilaan hoitohenkilökunnalle vuosien varrella kirjoittamat kirjeet.

### 3.4 Aineistolähtöinen sisällönanalyysi

Aineistolähtöisessä analyysissä yritetään luoda tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus. Aineistolähtöinen laadullinen analyysi on kolmivaiheinen prosessi. Ensimmäisessä vaiheessa aineistolta kysytään tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä, eli pelkistetään. Analysoitava aineisto pelkistetään siten, että siitä karsitaan tutkimuksen kannalta epäoleelliset asiat pois. Se voi olla aineiston tiivistämistä tai pilkkomista pienempiin osiin. (Janhonen 2003, 26; Tuomi & Sarajärvi 2009, 95, 108.)

Aineiston pelkistäminen tehdään siten, että auki kirjoitetusta, eli litteroidusta, aineistosta etsitään tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä. Sen jälkeen aineistosta löytyvät pelkistetyt ilmaukset kirjataan aineiston termein. Nämä termit muodostavat analyysiyksiköt. Analyysiyksikkö voi olla yksittäinen sana, lauseen osa tai ajatuskokonaisuus, joka sisältää useita lauseita. Analyysiyksiköiden määrittely ohjaa tutkimustehtävä ja se millainen tutkimusaineisto on luonteeltaan. (Janhonen 2003, 28; Tuomi & Sarajärvi 2009, 109.)

Aineiston ryhmittelyssä eli klusteroinnissa aineistosta nostetut alkuperäisilmaukset käydään läpi, ja niistä etsitään samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Samaa asiaa tarkoittavat ilmaisut ryhmitellään ja yhdistetään samaksi luokaksi, minkä jälkeen ne nimetään luokan sisältöä kuvaavalla nimellä. Ryhmittelyssä voidaan käyttää myös tulkintaa. Luokittelu-yksikkö voi olla tutkittavan asian ominaisuus, piirre tai käsitys. Kun yksittäiset tekijät sisällytetään yleisempiin käsitteisiin, aineisto tiivistyy. Näin luodaan perusta tutkimuskohteen perusrakenteelle, ja saadaan alustavia kuvauksia tutkittavasta ilmiöstä. (Janhonen 2003, 28; Tuomi & Sarajärvi 2009, 110.)

Aineiston abstrahointivaiheessa erotetaan tutkimuksen kannalta oleellinen tieto, jonka pohjalta muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Käsitteellistämisen edetään alkuperäisinformaation kielellisistä ilmauksista teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin. Saman sisältöisten luokkien yhdistämistä jatketaan niin pitkälle, kuin se on aineiston sisällön kannalta mahdollista. Näin saadaan yläluokkia. Tutkija siis muodostaa yleiskäsitteiden pohjalta kuvauksen tutkittavasta asiasta, jolloin teoriaa ja johtopäätöksiä vertaillaan koko prosessin ajan alkuperäis-aineistoon. Kokemukseen perustuva aineisto yhdistetään teoreettisiin käsitteisiin ja tutkimustuloksena esitetään kokemusperäisestä aineistosta laadittu malli, käsitejärjestelmä, käsitteet tai aineistoa kuvaavat teemat. Tämän lisäksi tuloksissa esitetään myös luokittelujen perusteella muodostetut käsitteet tai kategoriat ja niiden sisällöt. Johtopäätöksiä tehdessä tutkija pyrkii ymmärtämään mitä asiat tutkittaville merkitsevät heidän omasta näkökulmastaan analyysin kaikissa vaiheissa. (Janhonen 2003, 29; Tuomi & Sarajärvi 2009, 111-113.)

### 3.5 Opinnäytetyön toteutus

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisella tutkimusmenetelmällä. Aineistona olevia kirjeitä oli satoja, ja ne oli kirjoitettu useiden vuosien kuluessa. Kirjeet oli osoitettu useille eri tahoille

kuten ylilääkäreille, lääkäreille ja hoitajille. Kirjeiden analysoimiseen käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Kirjeitä käsiteltiin ainoastaan sen sairaalan tiloissa, johon ne oli osoitettu.

Opinnäytetyöprosessin alkuvaiheessa oletettiin, että kirjeet olisivat olleet valmiiksi eriteltyinä vastaanottajatahojen mukaan. Kun kirjeiden lukeminen aloitettiin, havaittiin että ne eivät olleet ennako-oletusten mukaisesti järjestyksessä.

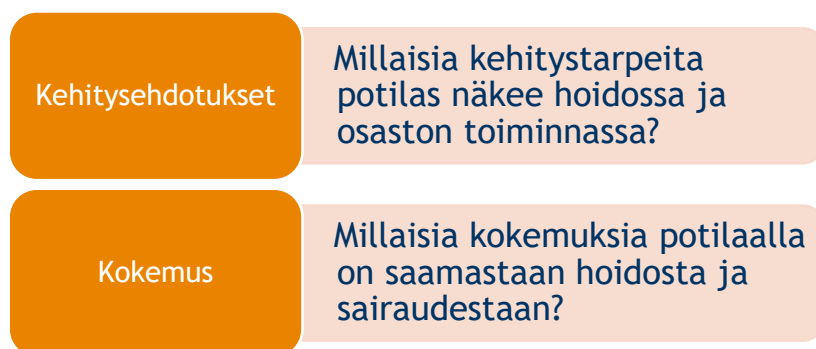
Käsiteltävät kirjeet valikoitiin sen mukaisesti, kenelle ne oli osoitettu. Kirjeitä käytiin läpi niin pitkään, että lopulta saatiin jokaisen vastaanottajan pinoon 25 kirjettä: johtoportaalte, lääkäreille ja hoitajille. Tässä yhteydessä huomattiin, että kirjeitä oli osoitettu myös muille tahoille, kuten edunvalvojalle, palvelujohtajalle, opiskelijalle sekä sihteereille. Osa kirjeistä oli osoitettu myös usealle eri vastaanottajalle. Haasteeksi muodostui ylilääkäreille osoitettujen kirjeiden runsas määrä ja pelkästään hoitajille osoitettujen kirjeiden vähäisyys. Tästä johdun päädyttiin valitsemaan hoitajien kirjepinon myös sellaisia kirjeitä, jotka oli osoitettu usealle eri taholle. Tämä mahdollisti riittävän määrän kirjeitä hoitajien pinoon.

Aineistoa luettiin kirje kirjeeltä päämääränä löytää vastauksia tutkimuskysymyksiin. Kirjeistä analysointiin potilaan kokemuksia sairaudesta ja saamastaan hoidosta, sekä etsittiin mahdollisia kehittämisehdotuksia. Joidenkin kirjeiden sisältö ei ollut opinnäytetyön kannalta oleellista. Kirjeiden lukemista hankaloitti osaltaan myös epäselvä käsiala tai kerronnan hajanaisuus, jolloin asian punaista lankaa oli vaikea löytää. Tällaiset kirjeet poistettiin ja korvattiin uusilla kirjeillä sattumanvaraisesti.

Johtoportaan pinosta poistettiin kolme kirjettä. Yhden kirjeen käsialasta ei saatu selvää, ja kahdessa kirjeessä sisältö ei antanut vastauksia asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Nämä kirjeet korvattiin kolmella uudella, sattumanvaraisesti valitulla, kirjeellä. Lääkäreille osoitettuja kirjeistä kahdeksan kirjettä poistettiin epäoleellisen sisällön vuoksi, ja yksi kirje epäselvän käsialan vuoksi. Yhdeksän uutta kirjettä otettiin tilalle sattumanvaraisesti. Hoitajien kirjeistä poistettiin kuusi kirjettä, joissa ei ollut opinnäytetyön kannalta oleellista sisältöä. Kuusi uutta kirjettä otettiin tilalle.

Aineistosta valittiin lauseita, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin. Valitut lauseet litteroitiin taulukkoon. Litteroinnin jälkeen lauseet muokattiin pelkistetyiksi ilmaisuiksi. Johtoportaalte suunnatuista kirjeistä valitut lauseet merkittiin mustalla fonttivärillä, lääkärin punaisella ja hoitajien sinisellä. Näin tuloksien analysoinnissa pystyttiin vertailemaan kirjeiden sisältöä sekä kirjeiden sisällön eroavaisuuksia eri vastaanottajatahojen mukaisesti. Kun kaikki 75 kirjettä oli analysoitu, lauseet luettiin useaan kertaan läpi ja niistä muodostetut ilmaukset sijoitettiin pääluokkiin. Pääluokkien muodostamiseen vaikutti sekä tutkimuskysymykset että kirjeiden sisältö. Näin saatiin muodostettua neljä pääluokkaa: kehittämisehdotukset, kokemus, toive sekä mielipide (Liite 3).

Ylä- ja alaluokat muodostuivat valittujen lauseiden sekä pelkistettyjen ilmauksien uudelleen läpikäymisen ja pohdinnan tuloksena. Tämän jälkeen luokat nimettiin kuvaamaan tarkemmin niiden sisältöä. Analyysin etenemistä on havainnollistettu kuviossa 2.



Kuvio 1: Pääluokkien muodostuminen tutkimuskysymyksistä

## 4 Tulokset

### 4.1 Kokemukset

Opinnäytetyön yksi keskeisistä tutkimuskysymyksistä oli potilaan kokemus saamastaan hoidosta. Vaikka potilaalla oli sekä hyviä että huonoja kokemuksia saamastaan hoidosta, hän vaikutti kuitenkin olevan kiitollinen siitä. Hänen mielestään hyviä puolia hoidossa olivat hoitosuhteet ja intervallijaksot. Potilas tuntui myös arvostavan ylläkäreitä suuresti: hän kuvasi useissa kirjeissään ylläkäreitä hyväksi. Sen sijaan keskusteluhoito oli ollut potilaan kokemuksen mukaan hyödyttömiä, silloin kun hän oli kokenut itsensä liian sairaaksi. Toisaalta potilas koki, ettei hoitajilla ollut riittävästi aikaa keskusteluun potilaiden kanssa. Myös hoitoympäristö näytti vaikuttavan suuresti potilaan kokemukseen hoidosta, ja pienetkin muutokset rutiineissa aiheuttivat epäluuloisuutta hänessä.

Hoitajilla ei aikaa keskusteluihin, koska joutuvat istumaan liikaa tietokoneen ääressä.

Nyt kello 14 iltapäiväkahvitarjoilupöydän oli kattanut mt. hoitaja, tavallisesti mehu on sinisessä mehukannussa, ettei sitä tarvitsisi aukoa, metallisen kannun kantta, huomatakseen kummassa on ponnasokeroitua mehua.

Olin sairaalassa, siellä oli sekava meininki ja hoitajilla oli ikävä työ.

Kirjeistä nousi esiin myös asioita ja tapahtumia hoidossa, joissa potilas oli mielestään kokenut vääryyttä. Tällaisia kokemuksia olivat esimerkiksi potilaan kokemus siitä, että osaa potilasasiakirjamerkinnöistä oli vääristelty, ja hänestä oli myös levitelty perättömiä asioita. Vaikutti

siltä, että potilas pelkäsi leimatuksi tulemista, minkä vuoksi hän toivoi vääristeltyjen merkin-  
töjen oikaisua.

Väitettiin että minä olen uhkaillut hoitajia ja pelotellut potilaskavereita: se  
kaikki on valhetta.

Klo. 13 raportilla valehdeltiin se asia, että minä olisin ollut väkivaltainen.

En ole sanonut hoitajia epäammattilaisiksi vaan olen pitänyt hoitoa hyvänä.

Monet lääkehoitoon liittyvät asiat aiheuttivat potilaassa pelkoa. Potilas pelkäsi lääkkeiden  
vaikutuksia sekä lääkityksen aiheuttamaa olotilaa. Väärän lääkityksen pelko nousi vahvasti  
esille useissa kirjoituksissa. Potilas kuitenkin kertoi saaneensa mahdollisuuden vaikuttaa esi-  
merkiksi annettavaan lääkemuotoon.

Naissairaanhoitaja sanoi: tabletti tai pistoslääke, en vastannut mitään, hän sei-  
soi miesten takana ja injektioruisku kädessään, hän kysyi Peratsin vai Temesta  
pistos, minä en vastannut mitään, sitten sairaanhoitaja pisti kaksi injektiota oi-  
keaan pakaralihakseen.

Minulle on annettu lääkkeitä, jotka ovat tuhonneet seksuaalisuuteni.

Minulle on määrätty lääkitys joka aiheuttaa dementiaa.

Minä olin osaston takakäytävällä kirjoittamassa tarinoita, yht'äkkiä kynä heltisi  
kädestäni ja läksin pyytämään apua. Lähihoitaja tuli ruokasalin ovelle, hän sa-  
noi: otitko lääkkeen, tabletin, se tabletti oli tarkoitettu Peratsin lääkityksen  
viimeiseksi lääkkeeksi. Sen jälkeen hoipuini ja vaeltelin ympäri hoitajien kans-  
lian ovilla, kävin ja kuljeskelin pitkin osastoa, mutta se johtui siitä, että se yksi  
Peratsin tabletti.

Myös potilaan kokemus sairaudestaan oli yksi opinnäytetyön tärkeistä tutkimuskysymyksistä.  
Potilaan kokemuksen mukaan sairaus ei ole hänen oma syynsä, vaikkakin hän koki epätietoi-  
suutta sairauden alkamisajankohdasta ja syistä. Sairaus aiheutti hänelle muun muassa fyysisiä  
oireita, ihmissuhdeongelmia, pahoja tekoja ja pelkoja vahingoitetuksi tulemisesta. Sairaus oli  
hänen mukaansa myös vaikeuttanut monien asioiden käsittelyä. Väkivaltainen käytös ja pa-  
huus johtuivat myös hänen kokemuksen mukaan sairaudesta, ei hänestä itsestään.

Sairauden takia potilaan kokemus omasta itsestään oli kaksijakoinen. Siitä huolimatta että,  
potilas koki olevansa toipunut ja seesteinen, hän myös syyllisti itseään. Syyllisyys aiheutti hä-  
nelle itsetuhoisia ajatuksia. Potilas vertasi itseään terveisiin ihmisiin ja koki itsensä eri-  
laiseksi. Hän toi kirjeissä esille olevansa ihmisenä arvoton.

Olen toipunut ja tunnen oloni seesteiseksi ja tasapainoiseksi.

Miksi minua ei ihmisenä ollut, oli vain ihmisen kuori, mutta ei sielua.

Pahuus on ollut minussa olemassa 10 vuotta.

Minä syytin itseäni ja ajattelin että hukuttaudun tai laitan pääni junan kiskoille.

Minulla ei pitäisi olla oikeutta näin arvokkaaseen mielisairaalaan, toivon että jos voisitte vaikuttaa, tämä osasto olisi tukikohtani koko loppuelämän.

Elämä jota ei ollutkaan, sen asian ymmärsin kun, tulin pari vuorokaudeksi samaan todellisuuteen terveiden ihmisten kanssa.

Potilaan kokemukset kohtelusta olivat hyvin ristiriitaisia. Toisaalta potilas koki saaneensa inhimillistä kohtelua, ja kuvasi hoitajien pelastaneen hänet. Toisaalta kirjeistä nousi esiin kokemuksia hoitajien epäasiallisesta sekä uhkaavasta käytöksestä. Potilas kuvasi joidenkin hoitajien huutaneen ja käyttäneen aggressiivista äänensävyä. Potilas toi myös esille tapahtumia, joissa koki, ettei tullut ymmärretyksi, sekä koki lääkärin pettäneen lupauksensa.

Lääkäri teki 24h eritysmääräyksen ja lupasi tulla aamulla, muttei tullut.

Sitten tulivat monta mieshoitajaa ja yksi naishoitaja, miehet kävivät päälleni ja painoivat minut patjalleni.

Hoitaja sanoi, sinulle annetaan lääkkeet 20:30, sitten hän sanoi, jos et ota niitä, hän soittaa päivystävälle.

Sielläkin oli hyvä hoito, ikävä asia oli vain se, että minun hoidostani vastasi, joka on asunut monta vuotta Suomessa, mutta hän ei ymmärtänyt monimutkaisia asioita ja määräsi tämän lääkityksen ja vasta lähtöpäivän aamuna hän ymmärsi mistä on kysymys.

#### 4.2 Toiveet

Useissa kirjeissä oli ajatuksia kuolemasta, ja siihen liittyvistä tarkoin kuvatuista konkreettisista toiveista. Toiveet liittyivät muun muassa kuolintapaan sekä -paikkaan. Kirjeistä nousi esiin myös toiveita saattohoidosta sekä kuolinavusta. Kuolema oli selkeästi askarruttanut potilaan mieltä. Kirjeissä mainittiin useita erilaisia kuolintapoja ja -paikkoja.

Kirjeistä välittyi myös vahvasti potilaan halu auttaa muita esimerkiksi elinluovutuksella sekä osallistumalla lääketestaukseen.



Haluan osallistua lasten syöpälääkkeiden testaukseen.

Minulla on kansliassa elintenluovutustestamentti, munuaiset vaurioituivat, maksa on hyvä, en ole käyttänyt alkoholia, haimakin on luovutuskelpoinen, luuydin? Onko muuta luovutettavaa?

Kirjeistä nousi esille toiveita mahdollisuudesta vaikuttaa omaan hoitoonsa. Erityisesti potilas toivoi voivansa vaikuttaa lääkehoitoon. Hän halusi myös vaikuttaa siihen, ketä hänen hoitokouksissaan olisi läsnä ja millaisia asioita siellä käsiteltäisiin. Hevoset vaikuttivat olevan tärkeitä potilaalle, ja hän toivoikin saavansa hevosterapiaa kaksi kertaa viikossa.

Haluan oman yksiön lähellä sairaalaa.

Haluan ikuisen luvan päästä osastolle aina kun tarvitsen.

Lääkitykseen ei saa tehdä muutoksia ennen kuin on järjestetty hoitokokous.

Haluan mahdollisuuden viettää turvallisen vanhuuden ja kaksi viikkoa saattohoitoa.

Toiveista kävi myös ilmi potilaan halu itsenäistyä ja pärjätä omillaan. Samalla hänen mieleensä kuitenkin risteili pelko omillaan pärjäämisestä. Potilas toivoi saavansa oman asunnon ja palkkatyön. Hänellä oli halu tulla toimeen omillaan, mahdollisimman vähäisillä tukitoimilla. Toisaalta potilas toivoi pääsevänsä tutulle osastolle aina tarvittaessa. Hän toivoi myös voivansa viettää turvallisen vanhuuden.

#### 4.3 Kehittämisehdotukset

Potilas kirjoitti hyvin konkreettisia kehittämisehdotuksia henkilöstöön liittyen. Ehdotukset koskivat turvallisuutta, työvuorosuunnittelua sekä työajan seuranta. Potilas halusi parantaa turvallisuutta naishoitajille hankittavilla pippurisumutteilla. Paremmalla työvuorosuunnittelulla hoitajilla olisi enemmän aikaa potilaille. Hoitajien tulisi tehdä säännöllisesti yhteenveto jokaisen potilaan hoidosta. Potilas ehdotti myös kellokorttien käyttöönottoa osastolla.

Väkivalta tilanteet voivat olla vakavia, joten ehdotan kaikille naishoitajille turvahälyttimien lisäksi pippurisumutteet taskuihin.

Työvuorosuunnittelua pitäisi toteuttaa niin, että hoitajilla olisi aikaa järjestää potilaille vähintään 2-4 kertaa viikossa terapeuttisia tapaamisia hoitajan kanssa.

Omahoitajien tulisi tehdä kerran vuodessa yhteenveto potilaan hoidosta ja konaisvaltaisesta terveydestä.

Työvuorosunnittelua pitäisi muuttaa, jotta hoitajilla olisi enemmän aikaa potilaille, eikä olla tietokoneen ääressä.

Myös hoidon sisältöön ja viriketoimintaan liittyviä kehitysehdotuksia oli runsaasti. Tupakointia pitäisi rajata ja viriketoimintaa lisätä. Selkeä jatkohoidon ohjaus oli myös tärkeää potilaan mielestä., Potilas ehdotti valokuvauskerhon ja keskusteluryhmien perustamista sekä hevostherapiea kaikille potilaille. Myös opiskelijat pitäisi ottaa mukaan viriketoiminnan järjestämiseen.

Opiskelijat voisivat järjestää keväällä/kesällä rantasaunaan tilaisuuden.

Osastolle keskusteluryhmiä, jotta potilaille olisi helpompi oppia keskustelemaan.

Kirjeiden joukossa oli piirustuksia, joissa potilas kuvasi tarkasti erilaisia hoitoympäristön tiloja ja niiden sisustusta. Hän ehdotti tupakkahuoneen muuttamista yhden tai kahden hengen huoneeksi. Eristyshuone puolestaan muutettaisiin rauhoittumishuoneeksi. Sairaalan tontille toivottiin rakennettavaksi hevosten maneesia ja katsomoa. Potilas teki myös konkreettisia ehdotuksia osaston remontoimiseksi, ruokailun ja ilmapiirin parantamiseksi.

Tontille maneesi ja katsomo, johon mahtuisi 40 - 50 ihmistä.

Rauhoittumishuone sidontasänky eristyksen tilalle.

Modernissa eristyshuoneessa olisi ovi yhden hengen tupakkahuoneeseen, eristyshuoneessa olisi lepotuoli, sohva, musiikin kuuntelua ja ikkuna osastolle, jotta hoitajat voivat seurata potilaan tilaa.

Osaston ohuet seinät voisi vaihtaa lähimetsän puilla.

Ruokalassa tulisi tarjota suomalaista kotiruokaa, mikä on terveellistä ja edullista, säästämällä rahoilla voisi ostaa Fazerin leipiä ja Valion maitoa.

Niille joilla ei ole varaa ostaa kanttiinista kuin tupakkaa voitaisiin tarjota sokeiritonta mehua ja keksiä aamuisin klo 6:30-7:30 ja iltaisin 21-22.

#### 4.4 Mielenpaineet

Potilaalla oli runsaasti mielenpaineita liittyen hoitajien ammattitaitoon ja rehellisyyteen. Hänen mielestä jotkut hoitajat olivat epärehellisiä tai väärällä alalla. Hän myös epäili hoitajien ammattitaitoa ja viittasi kirjeissään useasti hoitovirhe-epäilyihin. Hän koki, että itsemääräämisoikeuksia rajoitettiin tarpeettomasti. Potilaan mielestä jatkohoidon ohjaus oli puutteellista

tai sitä ei ollut lainkaan. Potilas totesi, ettei hänen mielestään psykoottisia potilaita tulisi hoitaa avohuollossa.

Epäilen hoitovirhettä, koska minulle syötettiin kourallinen lääkkeitä vasten tahtoa.

Näitä hoitajia jotka eivät ole ymmärryksessä, on pantava yövuoroon jatkuvasti tai sairauslomalle, lääkäreiltä voi loppua keinot ja voi tulla tilanne, ettei ole mitään enää tehtävissä, tämä koskee minua.

Jokaisella tulisi olla oikeus laulaa.

Pöytien päällä pitäisi saada pitää omia tavaroitaan.

#### 4.5 Kokemusten eroavaisuudet eri vastaanottajatahojen välillä

Potilaan kertomus saamastaan hoidosta erosi vastaanottajien välillä. Johtoportaalille osoitetuissa kirjeissä potilas kehui hoitoaan. Lääkereille osoitetuissa kirjeissä hän nimesi hoitajia, joihin ei voinut luottaa. Hoitajille osoitetuissa kirjeissä potilas kehui johtoporrasta, kertoi ruutiinien muutoksista sekä hoitajien vähäisestä ajasta potilaiden kanssa.

Myös kokemukset vääryydestä vaihtelivat vastaanottajien välillä. Johtoportaalille sekä hoitajille hän kertoi, ettei ole moittinut hoitajia, vaan piti hoitoa hyvänä. Hoitajille osoitetuissa kirjeissä hän kuitenkin epäili hoitajien ammattitaitoa. Lääkereille sekä hoitajille osoitetuissa kirjeissä hän syyllisti hoitajia vääristä merkinnöistä potilasasiakirjoissa.

Sairauden kokemuksissa oli myös eroja riippuen kirjeiden vastaanottajatahosta. Potilas kertoi hoitajille sairautensa olevan syy etenkin väkivaltaiseen käytökseensä. Lääkereille hän puolestaan kuvaili itseään sairaana ja vertaili itseään muihin. Johtoportaalille osoitetuissa kirjeissä ei ollut vastaavia kokemuksia hänestä itsestään.

## 5 Pohdinta

### 5.1 Tulosten tarkastelu

Tutkimuksen tarkoituksena oli tuoda esille potilaan kokemuksia sairaudestaan ja saamasta hoidosta. Opinnäytetyön tavoitteena oli saada potilaan ääni kuuluville ja tuoda esille psykiatrisen hoidon kehittämistarpeita.

Potilas koki sairautensa ristiriitaisena. Toisaalta hän koki itsensä seesteiseksi ja tasapainoiseksi, ja taas toisaalta tunsi syyllisyyttä ja arvottomuutta. Sairaus vaikutti aiheuttavan kokemuksen potilaasta itsestään erilaisena ihmisenä kuin muut. Potilas ajatteli, että sairaus ei ole hänen syynsä, mutta pelkäsi sairauden aiheuttamaa stigmaa.

Hämäläinen ym. (2017,58,60.) toteavat, että leimautumisella eli stigmalla ja ennakkoluuloilla on todettu olevan jopa vakavampia seurauksia kuin itse sairaudella. Ne saattavat aiheuttaa lisää mielenterveys- ja päihdeongelmia, työttömyyttä sekä taloudellisia ja terveydellisiä ongelmia. Seurauksena voi olla myös potilaan eristäytyminen sosiaalisesta elämästä. Yleinen asenne mielenterveyshäiriöitä ja psykiatrisia potilaita kohtaan on muuttunut lyhyessä ajassa myönteisempään suuntaan. Syynä tähän on lisääntynyt tietämys uusista tutkimuksista ja hoitomuodoista.

Sairaudesta kumpusi potilaan tarve tehdä hyvää muiden ihmisten auttamiseksi, esimerkiksi elinluovutuksilla. Potilas myös koki sairauden vaikeuttaneen hänen ihmissuhteisiinsa ja niiden käsittelyä. Epätietoisuus sairaudesta, sen syistä ja vaikutuksista, saattoi johtua osittain tiedon puutteesta, mikä voi myös selittää potilaan kokemat pelot.

Tiedon puute oli keskeisessä asemassa myös muissa potilaiden kokemuksia kartoittaneissa tutkimuksissa. Suhonen (2007, 53-55) totesi tutkimuksessaan, että riittämätön tiedon saanti sairaudesta ja hoitovaihtoehdoista vaikeutti potilaiden kokemuksen mukaan itsenäistä päätöksentekoa, ja heikensi itsemääräämisoikeuden toteutumista. Pitkäsen (2010, 45-50) tutkimuksessa hoitajien potilaille jakaman tiedon määrä ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen nousivat merkittäviksi potilaan elämänlaatua parantaviksi tekijöiksi. Myös Kinnusen (2013, 31-40) tutkimuksessa potilaat nostivat esiin kokemuksia riittämättömästä tiedon saannista. Kinnunen totesi myös, että potilaiden kokemien pelkojen lievittämiseen ei kiinnitetty riittävästi huomiota. Soininen (2014, 29-32) sai omassa tutkimuksessaan samansuuntaisia tuloksia. Siinä pakkokeinoja hoitomenetelmänä kokeneet potilaat kokivat, ettei heidän mielipiteitään kuunneltu, eivätkä he voineet osallistua hoidon tavoitteiden asettamiseen. He kokivat myös, ettei heidän huoliaan kuunneltu tarpeeksi.

Vuorilehto ym. (2014,129-131) kertovat, että psykoedukaatio on tärkeä osa hoitoa ja kuntoutusta. Sillä tarkoitetaan kaikkea neuvontaa, joka liittyy pitkäaikaisten ja toistuvien mielenterveyshäiriöiden hoitoon, kuntoutukseen ja ennaltaehkäisyyn, ja sen lähtökohtana on sairauden hyväksyminen ja sen seurausten huomioon ottaminen. Se auttaa potilasta hallitsemaan ja sietämään sairauden oireita. Potilaalle annetaan ymmärrettävää tietoa hänen sairaudestaan, sen yleisyydestä, kulusta sekä ennusteesta. Tietoa annetaan myös erilaisista hoitovaihtoehdoista sekä niiden hyödyistä ja haitoista. Potilaan ymmärrys omasta sairaudestaan edistää hänen hoitoon sitoutumistaan.

Kirjeiden perusteella ei voida tietää onko potilas saanut riittävästi tietoa ja ohjausta sairautensa liittyen. Tämän opinnäytetyön kannalta oleellisempaa oli kuitenkin huomata, että potilaan oman kokemuksen mukaan hänellä ei ollut riittävästi tietoa, mikä aiheutti hänelle ahdistusta ja erilaisia pelkoja. Loppujen lopuksi potilas toivoi riippumattomuutta ja mahdollisuutta itsenäiseen elämään. Ristiriitana tälle toiveelle nousi pelko omasta pärjäämisestä,

mikä näkyi potilaan toiveena saada vapaa pääsy osastolle aina tarvittaessa, sekä toiveena löytää oma asunto läheltä sairaalaa. Toive normaalista elämästä, sekä halu auttaa muita saattoihin olla tärkeä tekijä potilaan jaksamiselle ja elämässä kiinni pysymiselle. Kirjeistä kävi kuitenkin ilmi useaan otteeseen kuoleman ajattelemisen ja toive kuolla. Toivon vahvistaminen saattoi olla asia, jossa oli onnistunut potilaan kohdalla. Saattaa myös olla, että tarve kirjoittaa, ja siihen mahdollisuuden luominen ovat omalta osaltaan auttaneet potilasta käsittelemään huoliaan ja pelkojaan, ja näin omalta osaltaan ne ovat voineet auttaa potilasta selviytymään sairautensa kanssa.

Kokemus hoidosta oli myös ristiriitainen. Toisaalta potilas oli kiitollinen saamastaan hoidosta, ja koki hoitosuhteen sekä kohtelun olleen hyvää ja inhimillistä, kun taas toisaalta henkilökunnan epäluotettavuus, huono kohtelu ja ikävä käytös nousi esille useasti kirjeistä. Kirjeistä välittyi arvostus ylilääkäreitä kohtaan. Myös Suhosen tutkimuksessa (2007, 53-55) nousi ristiriitaisia kokemuksia hoidosta. Sen mukaan suurin osa potilaista oli tyytyväisiä saamaansa hoitoon. Potilaat kokivat, että heidät otettiin useimmiten riittävästi mukaan hoidon suunnitteluun ja heitä koskevien päätösten tekoon. Osa potilaista taas koki, että heidän mielipiteitään ei aina kuunneltu, eikä hoitajilla ollut riittävästi aikaa keskustella heidän kanssaan. Kohtelu ei myöskään aina ollut ystävällistä potilaiden mielestä.

Potilaalla oli monenlaisia pelkoja ja niillä näyttäisi olevan vaikutusta hänen kokemukseensa hoidosta. Potilas esimerkiksi pelkäsi vääriä lääkkeitä, myrkytettyä ruokaa, sekä erilaisia fyysisiä sairauksia ja oireita. Kun potilaalla on monia psyykkisiä oireita, voi joskus olla vaikeaa erottaa mitkä fyysisistä oireista ovat todellisia ja mitkä kuviteltuja.

Tähän suuntaan viittaa esimerkiksi Kinnusen (2013, 31-40) tutkimuksessa saadut tulokset. Siinä potilaat kokivat saaneensa tarpeidensa mukaista ja turvallista hoitoa, mutta heidän kipujensa lievittämiseen ei kiinnitetty tarpeeksi huomiota. Suvisaari ja kumppanit (2017) taas toteavat, että skitsofrenia aiheuttaa paljon yksilöllisiä oireita, jotka voivat vaihdella laadultaan ja voimakkuudeltaan henkilöstä riippuen.

Potilaalla oli useita konkreettisia ehdotuksia sekä toiveita. Kehittämisehdotukset suuntautuivat pääasiassa osaston toimintaan, hoitoon ja muiden potilaiden viihtyvyyteen, esimerkiksi työvuorosunnitteluun, fyysiseen ympäristöön, hoidon kehittämiseen ja viriketoiminnan lisäämiseen. Toiveet koskivat lähinnä potilasta itseään ja hänen hoitoaan.

Potilaan toive voida vaikuttaa omaisten osallistumiseen hoitokokouksiin on samansuuntainen Pitkäsen (2010, 45-50) tutkimuksessa saatujen tulosten kanssa. Tutkimuksessa kiinnitettiin huomiota potilaiden viihtyvyyteen ja elämänlaatuun vaikuttaviin asioihin. Tutkimuksessa kävi ilmi, että potilaat kokivat elämänlaatua parantaviksi tekijöiksi muun muassa hoitajien potilaille antaman ajan ja mielenkiinnon osoittamisen potilaiden asioihin. Omaisten mukaan ottaminen hoitoon koettiin myös tärkeäksi. Potilaat toivoivatkin omahoitajan tapaavan potilaan

omaisia, ja mahdollistavan potilaalle sosiaaliset kontaktit ja vierailut kotona hoitojakson aikana. Tärkeänä pidettiin myös mahdollisuutta käyttää toimintaterapeutin palveluja ja luovia terapiamenetelmiä. Mahdollisuus fyysiseen aktiivisuuteen, huvituksiin sekä vanhojen harrastusten jatkamiseen osastohoidon aikana koettiin myös tärkeäksi.

## 5.2 Opinnäytetyön eettisyys

Etiikka on moraalinen näkökulma siihen mikä on hyvää tai pahaa. Eettinen ajattelu on kykyä pohtia omien ja yhteisön arvojen avulla mikä on oikein tai väärin. (Kuula 2011, 21.)

Tutkimusta tehtäessä täytyy ottaa huomioon monia eettisiä kysymyksiä. Tutkimusetiikka määrittelee, miten tehdään eettisesti hyvää ja luotettavaa tutkimusta. Nämä periaatteet ovat yleisesti hyväksytyjä hyviä tieteellisiä käytäntöjä. Tutkimusetiikkaa säätelevät lukuisat kannanotot ja normit, joista tärkeimmät ovat Nürnbergin säännöstö ([www.laakari-liitto.fi/etiikka/nurnberginsaannosto.html](http://www.laakari-liitto.fi/etiikka/nurnberginsaannosto.html)) ja kansainvälinen ihmisoikeuksien julistus ([www.ykliitto.fi](http://www.ykliitto.fi)). Suomessa on myös perustettu tutkimuseettinen neuvottelukunta tutkimuseetiikan laadun takaamiseksi ([www.etene.fi](http://www.etene.fi)). Neuvottelukunta on laatinut tutkimuseettisen ohjeiston. Tutkimusetiikkaa ohjaa lisäksi lainsäädäntö (laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 488/1999, Asetus lääketieteellisestä tutkimuksesta 986/1999). (Leino-Kilpi ym. 2012, 362, 363; Hirvijärvi, Remes & Sajavaara 2009. 23.)

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeiden perusajatus on, että tutkimuksen luotettavuuden ja uskottavuuden varmistaa parhaiten hyvät tieteelliset menettelytavat tutkimusta tehtäessä. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu, että tutkijat noudattavat tieteellisiä toimintatapoja, kuten rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta. Käyttävät tieteellisesti ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus-, raportointi- ja arviointimenetelmiä, sekä noudattavat avoimuutta tulosten julkaisemisessa. Antavat muiden tutkijoiden työlle ja saavutuksille niille kuuluvan arvostuksen ja merkityksen omassa tutkimuksessaan ja sen tuloksia julkaistaessa. (Leino-Kilpi ym. 2012, 364; Kuula 2011, 34, 35.)

Tutkimus on suunniteltava ja toteutettava tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla. Tutkijoiden asema, oikeudet, vastuut ja velvollisuudet sekä tutkimustulosten omistajuutta ja aineistojen säilyttämistä koskevat kysymykset on määritettävä kaikkien osapuolten hyväksymällä tavalla. Rahoituslähteet ja muut sidonnaisuudet on ilmoitettava tutkimukseen osallistuville ja raportoitava tulosten julkaisemisen yhteydessä. Tutkimuksessa on myös noudatettava hyvää hallintokäytäntöä sekä henkilöstö- ja taloushallintoa. (Leino-Kilpi ym. 2012, 364; Kuula 2011, 34, 35.)

Tämä opinnäytetyö toteutettiin hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti. Tutkimuslupa anottiin tutkimuksen tilanteen tahon ylilääkäriltä. Potilaalta pyydettiin kirjallinen suostumus

(Liite 2) hänen kirjoittamiensa kirjeiden sisällön käyttämisestä tämän opinnäytetyön aineistona. Tutkimusaineistoa käsiteltiin ainoastaan niitä säilyttävän hoitotahon tiloissa. Potilaan henkilöllisyys sekä hoitava taho pysyivät salassa koko tutkimusprosessin ajan.

Potilaalle annettiin tiedoksi sekä kirjallisesti että suullisesti hänen oikeutensa keskeyttää osallistuminen missä vaiheessa tahansa. Potilaalle annettiin myös mahdollisuus esittää tarkentavia kysymyksiä opinnäytetyön tekijöille koko tutkimusprosessin ajan. Opinnäytetyön valmistuttua potilas saa tiedon tutkimustuloksista. Tutkimusaineisto hävitettiin opinnäytetyön valmistuttua.

Litteroinnissa huomioitiin potilaan tunnistamattomuus. Muun muassa nimet, osastot, sairaalat, paikkakunnat ja sukupuoli jätettiin pois litteroiduista lauseista.

### 5.3 Aineistoanalyysin luotettavuuden arviointi ja raportointi

Aineiston analyysi voidaan tehdä monin eri tavoin, mutta eettisestä näkökulmasta tarkastellen on tärkeää, että se tehdään tieteellisesti luotettavasti ja hyödyntämällä koko aineistoa. Jotta työntekijä voisi hyödyntää tutkimuksen tuloksia omassa työssään, hänen on pystyttävä arvioimaan analyysin luotettavuutta. (Leino-Kilpi 2012, 369.)

Tutkimusten tulokset on julkaistava tiedeyhteisön arvioitavaksi. Se on yksi tieteen kehittymisen perusedellytys. Tutkimustulosten raportoinnin yleisimpiä virhelähteitä ovat tutkijan ennakkoasenteesta johtuva vääristymä. Suora tietoinen väärennös tapahtuu silloin, kun tutkija tietoisesti muokkaa aineistoa tai tuloksia, käsittelee niitä tuotoshaluisesti tai väärentää niitä. Tutkimustulosten virheellisestä raportoinnista ja julkistamisesta puolestaan on kyse silloin, kun tuloksia jätetään raportoimatta, niitä muutetaan tai raportoidaan valikoidusti. Luotettavinta on raportoida tutkimukset tieteellisinä alkuperäisartikkeleina tiedelehdissä, tai muissa julkaisuissa, joissa on tieteellisesti pätevä arviointimenettely, eli alan pätevien tutkijoiden tekemä kaksoissikkoarviointi. Näin voidaan taata, että tutkimuksen arvioija kiinnittää huomion ensisijaisesti artikkelin tieteelliseen tasoon. (Leino-käytännön mukaisesti (Kilpi 2012, 369-371.)

### 5.4 Opinnäytetyön tulosten luotettavuuden tarkastelu

Tämän opinnäytetyöprosessin aikana toimittiin täysin puolueettomasti. Kenelläkään opinnäytetyön tekijöistä ei ollut aiempaa kontaktia potilaaseen, hoitohenkilökuntaan eikä hoitoympäristöön. Opinnäytetyöprosessin aikana pyrittiin siihen, ettei omat henkilökohtaiset mielipiteet tai aiemmat kokemukset vastaavanlaisista hoitoympäristöistä tai potilasryhmistä vaikuttaisi millään tavalla tulkintaan. Tutkimustulokset antavat suuntaa siitä, miten potilas on kokenut sairautensa ja hoitonsa, ja hänen kokemustaan pyrittiin ymmärtämään puolueettomasti ja neutraalisti koko prosessin ajan.

#### 5.4.1 Vahvistettavuus

Opinnäytetyön prosessin vaiheet on kuvattu järjestelmällisesti. Prosessin aikana on tehty muistiinpanoja kirjeisiin liittyvistä huomioista sekä omista päätelmistä. Lisäksi apuna on käytetty luetteloita ja miellekarttoja luokittelun ja analysoinnin tukena. Aineistoa on käyty läpi useaan eri otteeseen.

Aiemmat tutkimukset vahvistavat tämän opinnäytetyön tulosten tulkintoja. Opinnäytetyön taustalla käytetty aineisto valittiin tarkkaa harkintaa käyttäen. Opinnäytetyön nimestä saadut synonyymit toimivat tiedonhaun perustana. Tiedonhaussa käytettiin luotettavia hakumenetelmiä. Aineistoa etsittiin esimerkiksi alan hoitosuosituksista, Finnasta, EBSCOhost:a, sekä kansalliskirjasto Doriasta. Löydetyt aineistot koottiin tiedonhaun taulukkoon (Liite 1). Tämän jälkeen aineisto käytiin läpi järjestelmällisesti ja sieltä valittiin opinnäytetyön kannalta merkittävät lähteet opinnäytetyön taustaksi. Lähteet koostuivat pro graduista, alan kirjallisuudesta ja artikkeleista, väitöskirjoista, hoito- ja laatusuosituksista sekä voimassa olevasta lainsäädännöstä. Kansainvälisistä lähteistä mukaan otettiin maailman psykiatriayhdistyksen WPA:n hyväksymä Madridin julistus (Madrid Declaration on Ethical Standards for Psychiatric Practice 2011), johon myös Suomen psykiatrisen yhdistyksen eettiset arvot pohjautuvat (Suomen Psykiatriyhdistyksen arvot 2017). Muita opinnäytetyön taustaksi sopivia kansainvälisiä lähteitä ei löydetty. Kansallinen mielenterveyspalveluiden laatusuositus oli vuodelta 2001, mutta koska uudempaa ei ollut saatavilla, sitä käytettiin tämän opinnäytetyön lähteenä.

#### 5.4.2 Uskottavuus

Aineistoa analysoitaessa kaikki opinnäytetyöntekijät olivat paikalla. Tulkintoja tehtäessä näkemykset saattoivat erota opinnäytetyöntekijöiden kesken, mutta lopulliseen yksimieliseen tulkintaan päästiin keskustelemalla ja pohtimalla. Eri näkökulmat toivat uskottavuutta tulosten tarkasteluun.

Uskottavuutta hankaloitti aineiston yksipuolisuus, sekä kokemuksen ja sairauden tarkastelun erottaminen toisistaan. Toisaalta pohdittiin kirjeiden sisällön todenmukaisuutta, ja toisaalta mietittiin, onko sillä opinnäytetyön kannalta merkitystä, kun keskiössä on potilaan kokemus. Uskottavuutta olisi parantanut potilaan sekä hoitohenkilökunnan haastattelemine. Näin ei kuitenkaan tehty, sillä opinnäytetyön tilaajalla oli toteutuksesta selkeä näkemys, jota kunnioitettiin.

Ennen aineistoon tutumista, paneuduttiin huolellisesti aiheeseen liittyviin hoito- ja laatusuosiin. Niiden avulla pyrittiin selvittämään minkälaista laadukkaan mielenterveyshoitotyön tulisi olla. Suosituksiin perehtymällä haluttiin saada vertailupohja potilaan kokemuksille. Myös kirjeiden kirjoittaja tavattiin ennen aineistoon tutustumista. Hänellä oli mahdollisuus kertoa



itsestään ja tuoda esille omia ajatuksia, näkökulmia ja toiveita tähän opinnäytetyöhön liittyen. Samalla potilas tapasi opinnäytetyön tekijät, joka omalta osaltaan synnytti keskinäistä luottamusta. Lisäksi kaikki opinnäytetyöntekijät olivat yhtä mieltä siitä, että oli tärkeää saada kasvot kirjeiden kirjoittajalle. Tämä koettiin helpottavan tarinan ymmärtämistä ja kirjeiden sisältöön eläytymistä. Suunnitteluvaiheessa tavattiin myös työelämänedustaja, jolloin kuultiin tilaajan näkemys työn sisällöstä, tarkoituksesta ja päämäärästä. Yhdessä hiottiin tutkimuskysymykset molempien osapuolien tavoitteisiin peilaten.

#### 5.4.3 Reflektiivisyys

Potilas, henkilökunta sekä hoitoympäristö eivät olleet entuudestaan tuttuja opinnäytetyöntekijöille. Tuloksia analysoitaessa opinnäytetyöntekijöiden aiemmat kokemukset psykiatrisesta hoitotyöstä olivat ainoat mahdolliset tulkintaan vaikuttavat tekijät.

#### 5.4.4 Siirrettävyys

Opinnäytetyön tulokset eivät sellaisenaan ole siirrettävissä. Kyseessä on vain yhden potilaan kokemus sairaudestaan ja saamastaan hoidosta. Kuitenkin tuloksia voidaan verrata aikaisempiin tutkimuksiin, joissa on tutkittu psykiatrisista sairauksista kärsivien potilaiden kokemuksia.

### 6 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Tuloksia voitaisiin hyödyntää lisäämään hoitohenkilökunnan ymmärrystä psyykkisesti sairaan henkilön sisäisestä maailmasta ja kokemuksesta. Tämä voisi osaltaan edistää potilaiden yksilöllisempää kohtaamista, inhimillistä kohtelua ja hoitoa. Tämän opinnäytetyöprosessin aikana nousi esille paljon helposti toteutettavia kehittämissuhteita, joiden myötä eri hoitotahot voisivat pohtia potilaidensa osallistamista hoidon suunnitteluun ja kehittämiseen omista lähtökohdistaan käsin. Hyvänä esimerkkinä tästä on kirjeistä noussut idea rauhoittumishuoneesta.

Olisi mielenkiintoista nähdä jatkotutkimus siitä, miten hoitajat kokevat ja ymmärtävät psyykkisesti sairaita potilaita. Tärkeää olisi myös kuulla hoitajien kokemus siitä, miten hoito- ja laatusuosituksia toteutetaan käytännön hoitotyössä, ja kuinka hyödyllisiksi ne koetaan.

Tämän opinnäytetyön tutkimusaineistona käytettyjä kirjeitä on määrällisesti niin paljon, että niistä olisi jatkossa mahdollista tehdä laajempikin tutkimus.

## Lähteet

### Painetut

Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjaa. 15. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Hämäläinen, K., Kanerva, A., Kuhanen, C., Schubert, C. & Seuri, T. 2017. Mielenterveyshoito-työ. 5. painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Janhonen, S. 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Kananen, J. 2017. Laadullinen tutkimus pro graduna ja opinnäytetyönä. Jyväskylän ammatti-korkeakoulu.

Kinnunen, A. 2013. Potilaiden arviointeja psykiatrisen hoidon laadusta. Kirjallisuuskatsaus. Itä-Suomen yliopisto. Pro-gradu -tutkielma.

Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. 3. painos. Tampere: Vastapaino.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2012. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: Sanoma Pro.

Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. 2017. Psykiatria. 12. painos. Helsinki: Duodecim.

Pitkänen, A. 2010. Improving quality of life of patients with schizophrenia in acute psychiatric wards. Turun yliopisto. Pro gradu -tutkielma.

Soininen, P. 2014. Coercion, perceived care and quality of life among patients in psychiatric hospitals. Turun yliopisto. Pro gradu -tutkielma.

Suhonen, J. 2007. Psykiatrisen potilaan itsemääräämisoikeuden toteutuminen sairaalahoidon aikana - haastattelututkimus potilaiden kokemuksista. Tampereen yliopisto. Pro gradu -tutkielma.

Toivio, T. & Nordling, E. 2013. Mielenterveyden psykologia. Helsinki: Edita.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Vuorilehto, M., Larri, T., Kurki, M. & Hätönen, H. 2014. Uudistuva Mielenterveystyö. Helsinki: Fioca.

### Sähköiset

Aalto, A-M., Vehko, T., Sinervo, T., Sainio, S., Muuri, A., Elovainio, M. & Pekurinen, M. 2017. Terveystieteiden asiakaslähtöisyys: Palvelujen käyttäjien kokemuksia terveystieteiden toiminnasta. THL. Viitattu: 21.10.2017.

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-880-7>

Ammattietiikka työn perustana. 2017. Lääkäriliitto. Viitattu 29.10.2017.

[www.laakariliitto.fi/etiikka/nurnberginsaannosto.html](http://www.laakariliitto.fi/etiikka/nurnberginsaannosto.html)

Duodecim Lääketietokanta. 2017. Helsinki: Duodecim. Viitattu: 28.10.2017.

Bentsodiatsepiinit 2017. Lääketieteellinen farmakologia ja toksikologia. Helsinki: Duodecim. Viitattu: 25.10.2017.

Ihmisoikeudet. 2017. Suomen YK-liitto. Viitattu 29.10.2017.  
<http://www.ykliitto.fi/yk70v/yk/ihmisoikeudet>

Kielitoimiston sanakirja. 2017. Kotimaisten kielten keskus ja Kielikone Oy. Viitattu 15.10.2017.  
<http://www.kielitoimistonsanakirja.fi/netmot.exe?motportal=80>

Kokonaisvaltainen biopsykososiaalinen näkökulma. 2016. THL. Viitattu 18.10.2017.  
<https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/icf-luokitus>

Lönnqvist, J. & Lehtinen, J. 2017. Näyttöön perustuva psykiatrinen hoitotyö. Helsinki: Duodecim. Viitattu 18.10.2017.

Lönnqvist, J. & Lehtinen, J. 2017. Psykiatria ja mielenterveys. Helsinki: Duodecim. Viitattu 18.10.2017.

Lönnqvist, J. & Lehtinen, J. 2017. Psykiatrian eettinen perusta. Helsinki: Duodecim. Viitattu 18.10.2017.

Lönnqvist, J. & Lehtinen, J. 2017. Psykiatrinen potilas. Helsinki: Duodecim. Viitattu 18.10.2017.

Madrid Declaration on Ethical Standards for Psychiatric Practice. 2011. WPA. Viitattu 18.10.2017.  
[http://www.wpanet.org/detail.php?section\\_id=5&content\\_id=48](http://www.wpanet.org/detail.php?section_id=5&content_id=48)

Mielenterveyden lääkehoidon periaatteet 2017. Lääketieteellinen farmakologia ja toksikologia. Duodecim: Helsinki. Viitattu 25.10.2017.

Mielenterveyspalveluiden laatusuositus 2001. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintakieli- ja palveluohjelman (TATO) mielenterveyden valmistelu- ja seurantaryhmän esity. Helsinki. Viitattu: 24.10.2017.  
<https://julkari.fi/bitstream/handle/10024/111122/laatusuositus.pdf?sequence=1>

Skitsofrenia. 2015. Käypä hoito. Viitattu: 21.10.2017.  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi35050>

Skitsofrenian etiologia, oireet ja hoito. 2017. Lääketieteellinen farmakologia ja toksikologia. Duodecim: Helsinki. Viitattu: 25.10.2017.

Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. ETENE-julkaisu 32. 2011. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 23.10.2017.  
<http://etene.fi/documents/1429646/1559058/ETENE-julkaisu+32+Sosiaali-+ja+terveysalan+eettinen+perusta.pdf/13c517e8-6644-4fa5-8c5f-193cfdc9841>

Suomen Psykiatriayhdistyksen arvot. 2017. PSY. Viitattu 18.10.2017.  
<http://www.psy.fi/yhdistys/arvot>

Suvisaari, J., Isohanni, M., Kiesepää, T., Koponen, H., Hietala, J. & Lönnqvist, J. 2017. Mitä skitsofrenia on?. Helsinki: Duodecim. Viitattu 28.10.2017.

Suvisaari, J., Isohanni, M., Kiesepää, T., Koponen, H., Hietala, J. & Lönnqvist, J. 2017. Skitsofrenian kliiniset piirteet. Helsinki: Duodecim. Viitattu 28.10.2017.

Suvisaari, J., Isohanni, M., Kiesepää, T., Koponen, H., Hietala, J. & Lönnqvist, J. 2017. Skitsofrenian diagnoosi. Helsinki: Duodecim. Viitattu 28.10.2017.

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE. 2017. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 29.10.2017.

<http://etene.fi/etusivu>

Lait ja asetukset

Asetus lääketieteellisestä tutkimuksesta 986/1999.

<https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1999/19990986> viitattu 29.10.2017

Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 9.4.1999/488.

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990488> viitattu 25.10.2017

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785> viitattu 25.10.2017

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559.

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559> viitattu 23.10.2017.

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116> viitattu 18.10.2017

Suomen perustuslaki 11.6.1999/731.

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731> viitattu 25.10.2017.

## Kuviot

Kuvio 1: Tahdosta riippumattomia hoitotoimenpiteitä .....	24
Kuvio 2: Pääluokkien muodostuminen tutkimuskysymyksistä .....	30

## Liitteet

Liite 1: Tiedonhaun taulukko .....	47
Liite 2: Suostumuslomake potilaalle.....	51
Liite 3: Luokkien muodostuminen.....	53

Liite 1: Tiedonhaun taulukko

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Tulos	Valinnat
Laurea Finna	psykiatrinen AND potilas AND kokemus	2010-2018	<p>Kirja: Hoidossa vai heitteillä? 2006. Vähäkylä, Leena</p> <p>Kirja: Elämäntarinoista kokemustutkimukseen. 2009. Hyväri, Susanna; Salo, Markku ; Mielenterveyden keskusliitto</p> <p>Kirja: Ihmisoikeudet mielenterveys- ja päihdeyksiöissä kokemusarvioinnin kohteina: ITHACA-hankkeen Suomen raportti, 2011. Salo, Markku</p> <p>Kirja: Toisen maailman kartalla: kirjoituksia psykoosista. 2013. Korvenniemi, Anu, toimittaja. ; Laanti, Kaarina</p>	
Laurea Finna	`psykiatrinen potilas koke- mus`	2007-2017 Kirja	<p>Kokemuksen tutkimus. III. Teoria, käytäntö, tutkija. 2012. Kiviniemi, Liisa; Koivisto, Kaisa; Latomaa, Timo; Merilehto, Milla; Sandelin, Pirkko; Suorsa, Teemu.</p> <p>Kokemalla kohdattu, tutkimalla tulkittu: psykiatrisen osastohoito ja asunnottomien tukipalvelut kokemusarvioinnin kohteena. 2011. Salo, Markku; Hyvärinen, Susanna.</p> <p>Koettu hallitsematon minuus: kokemus psykoosista ja autetuksi tulosta psykiatrisen sairaalahoidon aikana: fenomenologinen lähestymistapa. 2012. Koivisto, Kaisa.</p> <p>Eksistentiaalinen fenomenologia tutkimuksen lähestymistapana: psykiatrisessa hoidossa olleiden nuorten aikuisten kokemusten tutkimus. 2012. Kiviniemi, Liisa.</p> <p>En valinnut tätä sairautta: kokemustietoa mielenterveyden häiriöistä: kokemus tiedoksi - projekti. 2009. Kärkkäinen, Anne.</p> <p>Lukon takana: potilaiden kokemuksia pakosta. 2010. Vaurio, Olli.</p> <p>Hyppy tuntemattomaan. Kokemuksia suljetulta osastolta. 2017. Päiväniemi, Matias.</p>	
Laurea Finna	Psykoosipotilaan hoitosuhde	2007-2017	<p>Pro gradu: Osastohoidossa olevan psykoosipotilaan ja hoitajan hoitosuhde. 2008. Aho, Jukka.</p> <p>Kirja: Kohti vastavuoroisuutta: psykoterapeuttinen hoitosuhde. 2008. Antikainen, Risto; Ranta, Mauri.</p>	

			<p>Kirja: Kuuntele minua: Mielenterveystyön käytännön menetelmiä. 2009. Hentinen, Kirsi; Iija, Aulikki; Mattila, Eija.</p> <p>Kirja: Käytännön mielenterveystyö. 2016. Hietaharju, Päivi; Nuutila, Mervi.</p> <p>Kirja: Mielenterveyshoitotyö. 2017. Hämäläinen, Kaisu; Kanerva, Anne; Kuhanen, Carita; Schubert, Carla; Seuri, Tarja.</p>	
Laurea Finna	<p>Psykiatrisen hoidon laatu</p> <p>Potilaslähtöinen psykiatrisen hoitotyö</p> <p>Mielenterveyspalveluiden laatusuositus</p> <p>Kokemus asiantuntijuu- deksi</p>	2007-2017	<p>Pro gradu: Potilaiden arvioiteja psykiatrisen hoidon laadusta. 2013. Kinnunen, Asko.</p> <p>E-kirja. Pakon käytön vähentäminen ja turvallisuuden lisääminen psykiatrisessa hoidossa. 2016. Makkonen, Pekka; Putkonen, Anu; Korhonen, Jukka; Kuosmanen, Lauri; Kärkkäinen Jukka. THL:n julkaisu.</p> <p>E-kirja. Mielenterveyspalveluiden laatusuositus. 2001. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman (TATO) mielenterveyden valmistelu- ja seurantaryhmä.</p> <p>Kirja: Kuntoutujasta toimijaksi, kokemus asiantuntijuu- deksi. 2013. Falk, Hanna; Kurki, Marjo; Rissanen, Päivi; Kankaanpää, Sini; Sinkkonen, Niina. THL.</p>	
Laurea Finna	<p>Laadullinen tutkimus</p> <p>Laadulliset tutkimusmenetelmät</p> <p>Tutkimusetiik*</p> <p>Psykiatria</p>	2003-2017	<p>Kirja: Laadullinen tutkimus pro graduna ja opinnäytetyönä. 2017. Kananen, Jorma. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.</p> <p>Kirja: Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä : miten kirjoitan kvalitatiivisen opinnäytetyön vaihe vaiheelta. 2014. Kananen, Jorma. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.</p> <p>Kirja: Laadullinen tutkimus 2.0. 2011. Alasuutari, Pertti. Vastapaino.</p> <p>Kirja: Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 2009. Tuomi, Jouni; Sarajärvi, Anneli. Tammi.</p> <p>Kirja: Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2003. Janhonen, Sirpa; Nikkonen, Merja. WSOY.</p> <p>Kirja: Tutkimusetiikka; aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. 2011. Kuula, Arja. Vastapaino.</p> <p>Kirja: Tutkimusetiikan ABC. 2006. Mäkinen, Olli. Tammi.</p> <p>E-kirja: Psykiatria. 2017. Lönnqvist, Jouko; Henriksen, Markus; Marttunen, Mauri; Partonen, Timo; Aalberg, Veikko. Duodecim.</p>	



EBSCOhost	psychiatric AND patient AND ex- perince		<p>How staff and patient experience shapes our perception of spiritual care in a psychiatric setting. Raffay, Julian.</p> <p>Hearing voices: re/presenting the findings of narrative research into patient experience as poems. Stenhouse, R.</p> <p>Service user research in a psychiatric ward -- the patients' experiences. Eriksen KA.</p> <p>Interrelations of psychiatric patient experiences of boredom and mental health. Binnema, D.</p> <p>Being a psychiatric patient in the community -- reclassified as the stigmatized 'other'. Thesen, J.</p>	
Doria kansalliskirjasto	Psychiatric  psychiatric patients' perceptions		<p>Väitöskirja: Personal liberty in Psychiatric care - Towards service user involvement. 2009. Kuosmanen, Lauri.</p> <p>Väitöskirja: Improving quality of life of patients with schizophrenia in acute psychiatric wards. Pitkänen, Anneli. 2010.</p> <p>Väitöskirja: Coercion, perceived care and quality of life among patients in psychiatric hospitals. 2014. Soininen, Päivi.</p>	
Laurea Lohja, kirjasto			<p>Kirja: Tutki ja kirjoita. 1997. Hirsijärvi, Sirkka; Remes, Pirkko; Paula Sajavaara.</p> <p>Kirja: Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 2016. Stolt, Minna; Axelin, Anna; Suhonen, Riitta. Turun yliopisto.</p> <p>Kirja: Mielenterveyden psykologia. 2013. Toivio, Timo; Nordling, Esa. Edita.</p> <p>Kirja: Uudistuva mielenterveystyö. 2014. Vuori-lehto, Maria; Larri, Tuulevi; Kurki, Marjo; Hätönen, Heli; Ranta, Iiri. Fioca.</p>	
Muut	psykiatria  Kokemus  Psykiatrisen potilaan kokemus		<p>Käypä hoito- suositus: Skitsofrenia <a href="http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi35050">http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi35050</a></p> <p>Kielitoimiston sanakirja: Kokemus <a href="http://www.kielitoimistonsanakirja.fi/net-mot.exe?motportal=80">http://www.kielitoimistonsanakirja.fi/net-mot.exe?motportal=80</a></p> <p>Pro gradu: Psykiatrisen potilaan itsemääräämiskeuden toteutuminen sairaalahoidon aikana- haastattelututkimus potilaiden kokemuksia</p>	

			<a href="http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/94159/gradu01546.pdf?sequence=1">http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/94159/gradu01546.pdf?sequence=1</a>	
Manuaalinen	psykiatrisen potilaan kokemus		Hansen, T., Hatling, T., Lidal, E. & Ruud, E. 2004. The user perspective: respected or rejected in mental health care? Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 11. Blackwell Publishing Ltd.	
ProQuest			Artikkeli: Coercion involuntary treatment and quality of mental health care: is there any link?	

## Liite 2: Suostumuslomake potilaalle

Tietoinen suostumus  
Sairaanhoitajaopiskelijat:  
Eija Kotokorpi  
Jasmin Lostedt  
Sari Pietilä

Hoitotyön koulutusohjelma  
Laurea-ammattikorkeakoulu Lohja

## TUTKIMUKSEEN OSALLISTUVAN SUOSTUMUS

Arvoisa potilaamme,

olette ollut hoidossa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä (HUS). Hoitoon ja siihen liittyviin tehtäviin perustuen otamme Teihin yhteyttä tutkimustarkoituksessa.

Haemme HUS:lta lupaa suorittaa terveydenhuollon ammattikorkeakouluopintoihin kuuluva opinnäytteeksi tarkoitettu tutkimus: Erään psykiatrisen potilaan kokemus sairaudestaan ja hoidostaan. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää Teidän kokemuksia saamastanne psykiatrisesta hoidosta, perustuen kirjoittamiinne kirjeisiin. Tarkoituksena on tuoda esille mielipiteitänne hoidon kehittämistarpeista. Tutkimuksen tavoitteena on saada äänenne kuuluviin siten, että tutkimustuloksia voitaisiin hyödyntää hoidon kehittämisessä, sekä henkilökunnan kouluttamisessa.

Pyydämme Teidän suostumustanne saada käyttää Paloniemen sairaalassa olevia kirjeitä tutkimustarkoitukseen. Kirjeitä ei missään tutkimuksen vaiheessa viedä pois Paloniemen sairaalaan tiloista.

Kaikki Teiltä tutkimuksen aikana kerättävät tiedot käsitellään luottamuksellisesti, eikä niitä luovuteta sivullisille. Tutkimuksen kirjallisessa tuotoksessa saattaa esiintyä lainauksia kirjeistänne. Henkilöllisyytenne ei kuitenkaan tule ilmi missään tutkimuksen vaiheessa.

Tähän tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Osallistuminen tai osallistumatta jättäminen ei vaikuta hoitoon HUS:ssa nyt tai tulevaisuudessa. Teillä on oikeus peruuttaa suostumuksenne tähän tutkimukseen milloin tahansa syytä ilmoittamatta.

Olen saanut riittävästi tietoa tutkimuksen tarkoituksesta, tavoitteista sekä toteutuksesta. Olen saanut suullisen esityksen, ja minulla on ollut tilaisuus esittää siitä kysymyksiä sekä tuoda oma näkemykseni esille.  
Suostun tutkimukseen:

---

Suostumuksen antajan allekirjoitus

---

Nimen selvennys

---

Aika ja paikka

---

Eija Kotokorpi

---

Aika ja paikka

---

Jasmin Lostedt

---

Aika ja paikka

---

Sari Pietilä

---

Aika ja paikka

Vastaamme mielellämme Teitä askarruttaviin kysymyksiin kaikissa tutkimuksen vaiheissa.

Yhteistiedot:  
Jasmin Lostedt, Nummentie 6, 08100 Lohja  
Laurea-ammattikorkeakoulu

## Liite 3: Luokkien muodostuminen

PELKISTETTY ILMAUS	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
<p><i>Ei keskusteluhoitoa liian sairaana (keskusteluhoito)</i></p> <p><i>Hoitajilla ei ole aikaa (hoitajien ajankäyttö)</i></p> <p><i>Väärä mehukannu rikkoo rutiineja (rutiinit)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>keskusteluhoito</li> <li>hoitajien ajankäyttö</li> <li>hoitosuhde</li> <li>intervallijaksot</li> <li>lääkäreistä</li> <li>hoitajista</li> <li>rutiinit</li> </ul>	HOIDOSTA	KOKEMUS
<p><i>Annettu lääkkeitä, jotka tuhoavat seksuaalisuuden (pelko vaikutuksesta)</i></p> <p><i>Väärät lääkkeet (pelko väärästä)</i></p> <p><i>Sai mahdollisuuden vaikuttaa lääke-muotoon (mahdollisuus vaikuttaa)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>pelko lääkityksen vaikutuksesta</li> <li>pelko väärästä lääkityksestä</li> <li>pelko lääkityksen aiheuttamasta olotilasta</li> <li>mahdollisuus vaikuttaa</li> </ul>	LÄÄKEHOIDOSTA	
<p><i>Kokemus hoitoympäristöstä</i></p>		HOITOYMPÄRISTÖ	
<p><i>Levitetty perättömiä asioita (perättömien asioiden levittäminen)</i></p> <p><i>Pelkää tietojen vääristämisestä johtuvaa leimautumista väkivaltaiseksi (stigman pelko)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>perättömien asioiden levittäminen</li> <li>virheelliset potilasasiakirjamerkinnät</li> <li>stigman pelko</li> </ul>	VÄÄRYDESTÄ	
<p><i>Kokemus siitä mitä hoitajat ajattelevat hänestä (muiden silmissä)</i></p> <p><i>Kokemus omasta arvosta (ihmisarvo)</i></p> <p><i>Syy-seuraus-suhteiden hakeminen (verrattuna muihin terveisiin ihmisiin)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>parantuneena</li> <li>sairaana</li> <li>verrattuna muihin terveisiin ihmisiin</li> <li>syällisyys</li> <li>ihmisarvo</li> <li>muiden silmissä</li> </ul>	ITSESTÄÄN	
<p><i>Pelko vahingoittamisesta (pelko)</i></p> <p><i>Kokemus sairaana olosta (fyysinen)</i></p> <p><i>Tietämättömyys hoitoon liittyvistä asioista (epätietoisuus)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>vaikutuksesta</li> <li>pelko</li> <li>fyysinen</li> <li>epätietoisuus</li> </ul>	SAIRAUDESTAAN	
<p><i>Pippurisumute</i></p> <p><i>Kellokortit</i></p> <p><i>Työvuorosunnittelut</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>pippurisumute</li> <li>kellokortit</li> <li>työvuorosunnittelut</li> </ul>	HENKILÖSTÖÖN LIITTYVÄT	
<p><i>Hoitoyhteenvedo</i></p>		HOITOYHTEENVETO	

<p><i>Potilaat remontin aikana muualle</i></p> <p><i>Ohuet seinät vaihdetaan lähimetsän puihin</i></p> <p><i>Yhden hengen tupakkahuone</i></p> <p><i>Rauhoittumishuone</i></p>		TILAT	KEHITTÄMIS- EHDOTUKSET
<p><i>Terapeuttiset tapaamiset hoitajien kanssa (hoitomuodot)</i></p> <p><i>Opiskelijoiden järjestämä saunatilaisuus (virikkeet)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• hoitomuodot</li> <li>• virikkeet</li> <li>• rajaaminen</li> <li>• jatkohoito</li> </ul>	HOIDON SISÄLTÖ	
<p><i>Mehut ja keksit potilaalle</i></p> <p><i>Suomalaista ruokaa, joka on terveellistä ja edullista</i></p>		RUOKA	

<p><i>Mahdollisuus turvalliseen vanhuuteen ja saattohoitoon (turvallinen vanhuus, saattohoito)</i></p> <p><i>Haluaa osallistua lasten syöpälääkkeiden testaukseen (osallistuminen lääketestaukseen)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• saattohoito</li> <li>• osallistuminen lääketestaukseen</li> <li>• potilasasiakirjojen oikaisu</li> <li>• tiettyjä ihmisiä tapaamiseen</li> <li>• ruoka</li> <li>• elinluovutus</li> <li>• turvallinen vanhuus</li> </ul>	OMAN TAHDON ILMAISEMINEN	TOIVE
<p><i>Karaokelaitteet (hankinta)</i></p> <p><i>Huonekaverin vaihto (huonetoveri)</i></p> <p><i>Toive päästä aikaisemmin ulos keväällä/kesällä (ulkoilu)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• hankinta</li> <li>• huonetoveri</li> <li>• ulkoilu</li> </ul>	HOITOYMPÄRISTÖ	
<p><i>Hevosterapia 2/vko (hevosterapia)</i></p> <p><i>Ei keskusteluhoitoa liian sairaana (vaikuttaminen)</i></p> <p><i>Toive päästä osastolle aina kun haluaa (osastolle pääsy)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• hevosterapia</li> <li>• vaikuttaminen</li> <li>• osastolle pääsy</li> </ul>	HOITO	
<p><i>Toive palkkatyöstä (palkkatyö)</i></p> <p><i>Halu tulla toimeen omillaan (omillaan tuleminen)</i></p> <p><i>Toive omasta asunnosta (asunto)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• palkkatyö</li> <li>• omillaan tuleminen</li> <li>• asunto</li> </ul>	ITSENÄISTYMINEN	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• tapa</li> <li>• paikka</li> </ul>	KUOLEMA	

<i>Hoitajien luotettavuus</i>		HOITAJIEN LUOTETTAVUUS	MIELIPIIDE
<i>Ei psykoottisia potilaita avohuoltoon (ei psykoottisia potilaita avohuoltoon)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ei psykoottisia potilaita avohuoltoon</li> <li>• jatkohoidon ohjaus</li> </ul>	HOITOPROSESSI	
<i>Jatkohoidon ohjaus</i>			
<i>Oikeus pitää pöydällä omia tavaroita (oikeus pitää pöydillä omia tavaroita)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• oikeus pitää pöydällä omia tavaroita</li> <li>• oikeus laulaa</li> </ul>	ITSEMÄÄRÄMISOIKEUS	
<i>Oikeus laulaa (oikeus laulaa)</i>			