



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Jannina Kontkanen ja Noora Ojaniemi

HOITAJIEN KOKEMUKSIA
PERSONALLISUUSHÄIRIÖISEN
POTILAAN HOIDOSTA
VANHAN VAASAN SAIRAALASSA

Sosiaali- ja terveysala
2020

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Jannina Kontkanen & Noora Ojaniemi
Opinnäytetyön nimi	Hoitajien kokemuksia persoonallisuushäiriöisen potilaan hoidosta Vanhan Vaasan sairaalassa
Vuosi	2020
Kieli	suomi
Sivumäärä	69 + 1 liite
Ohjaaja	Anne Puska

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää hoitajien kokemuksia persoonallisuushäiriöisen potilaan hoidosta oikeuspsykiatrisessa sairaalassa. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa kokemukseräistä tietoa, jota voidaan hyödyntää suunniteltaessa ja kartoitettaessa hoitohenkilökunnan lisäkoulutuksen ja tuen tarvetta persoonallisuushäiriöisen potilaan hoitotyöhön.

Tutkimuksessa käytettiin kvalitatiivista lähestymistapaa. Tutkimuksessa haastatettiin seitsemää (7) hoitajaa avoimilla teemahaastatteluilla. Saatu aineisto analysoitiin induktiivisen sisällönanalyysin avulla. Tutkimuksen teoreettinen viitekehys rakentuu seuraavien käsitteiden ympärille: persoonallisuushäiriö, epävakaa persoonallisuushäiriö, epäsosiaalinen persoonallisuushäiriö ja oikeuspsykiatria.

Tämän tutkimuksen perusteella voidaan todeta, että persoonallisuushäiriöisen potilaan hoitotyö koetaan hyvin haastavaksi. Hoitotyötä hankaloittavat useat eri ongelmatekijät, jotka on tunnistettava ja huomioitava: persoonallisuushäiriöiset potilaat vievät runsaasti hoitajaresursseja, väkivallan uhka on jatkuvasti läsnä, häiriö on usein pysyvä, potilaat moniongelmaisista sekä vuorovaikutuksessa ja hoitosuhteen rakentamisessa esiintyy paljon ongelmia. Hoitovasteen saavuttaminen on vaikeaa ja toteutuessaankin vaatii paljon aikaa ja resursseja. Tulosten mukaan työtä helpottavia tekijöitä ovat toimiva työyhteisö ja hyvä työilmapiiri. Hoitajan kykyä itse-reflektioon pidettiin tärkeänä tekijänä ja sillä koettiin olevan merkittävä vaikutus hoitajan työssäjaksamiseen. Hyödylliseksi avuksi koettiin myös työnohjaus ja asiantuntijaluennot. Lisäksi voidaan todeta, että hoitotyötä helpottavat hoitajan kokemus ja asiantuntijuus. Tutkimuksessa ilmeni persoonallisuushäiriön kehittymisen olevan monisyinen prosessi ja tehdäkseen laadukasta hoitotyötä on hoitajan ymmärrettävä syyt häiriön taustalla.

Avainsanat	persoonallisuushäiriö, epävakaa persoonallisuushäiriö, epäsosiaalinen persoonallisuushäiriö, oikeuspsykiatria
------------	---

ABSTRACT

Author	Jannina Kontkanen, Noora Ojaniemi
Title	Nurses' Experiences on the Treatment of Patients with Personality Disorders in Vanha Vaasa Hospital
Year	2020
Language	Finnish
Pages	69 + 1 Appendix
Name of Supervisor	Anne Puska

The purpose of this research was to describe nurses' experiences on the treatment of patients with personality disorders in a forensic psychiatric hospital. The aim of the research was to gain empirical information which can be used when planning further education for nursing staff and finding out the need of support in psychiatric nursing of the patients with personality disorders.

The research was conducted using a qualitative method, and seven (7) nurses were interviewed using a theme interview method. Content analysis method was used to analyze the collected material. The theoretical basis of the research is built on the following concepts: personality disorder, borderline personality disorder, antisocial personality disorder, and forensic psychiatry.

It can be concluded that the treatment of patients with personality disorders is very challenging. There are several different factors that complicate the nursing. These factors must be recognized and taken into consideration. The patients with personality disorders require lots of nursing resources. The threat of violence always exists, the disorder is often permanent, and the patients usually have multiple problems. Interacting and building a nurse-patient relationship with a person suffering from a personality disorder is often problematic. There are difficulties in achieving significant treatment results and even when they are achieved it usually takes a lot of time and resources. The results of this research conclude that a functioning work community and a good work atmosphere make the treatment easier, as well as the nurse's work experience and expertise. The nurse's ability for self-reflection was considered to be an important trait and a significant factor in the nurse's ability to cope with workload. Professional guidance and lectures given by specialists were also considered useful. The research results also conclude that the formation of a personality disorder is a result of several different factors. In order to be able to provide high quality nursing, a nurse has to comprehend the reasons behind the disorder.

Keywords	Personality disorder, borderline personality disorder, antisocial personality disorder, forensic psychiatry
----------	---

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	TUTKIMUKSEN TAUSTA	7
2	OIKEUSPSYKIATRIA.....	9
2.1	Oikeuspsykiatrinen hoito	9
2.2	Vanhan Vaasan sairaala	11
3	PERSONALLISUUSHÄIRIÖT	13
3.1	Epäsosiaalinen persoonallisuushäiriö	15
3.2	Epävakaa persoonallisuushäiriö.....	18
3.3	Personallisuushäiriöisen potilaan hoitotyö	21
3.3.1	Lohkominen eli splittaaminen (”splitting”)	23
3.3.2	Lääkehoito.....	24
3.3.3	Hoitajien jaksaminen.....	24
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	26
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	27
6	TYÖN AIKATAULU	30
7	TUTKIMUKSEN TULOKSET.....	31
7.1	Hoitajien kokemuksia persoonallisuushäiriöisen potilaan hoidosta Vanhan Vaasan sairaalassa	31
7.1.1	Personallisuushäiriöiden esiintyminen.....	31
7.1.2	Personallisuushäiriön muodostuminen	32
7.1.3	Hoitovasteen saavuttaminen.....	33
7.1.4	Personallisuushäiriöisen hoitotyötä hankaloittavat tekijät.....	36
7.1.5	Personallisuushäiriöisen hoitotyötä helpottavat tekijät.....	45
8	POHDINTA.....	53
8.1	Tulosten tarkastelu	53
8.2	Tutkimuksen eettisyys	58
8.3	Tutkimuksen luotettavuus	61

8.4 Tutkimus oppimisprosessina.....	64
8.5 Jatkotutkimusaiheita ja johtopäätöksiä	65
LÄHTEET	67

KUVIOLUETTELO

Kuvio 1. Oikeuspsykiatrinen prosessi Suomessa (Eronen ym. 2012).	11
Kuvio 2. Hoitajien kokemuksia persoonallisuushäiriöisen potilaan hoidosta Vanhan Vaasan sairaalassa.	52

LIITELUETTELO

LIITE 1. Saatekirje	
----------------------------	--

1 TUTKIMUKSEN TAUSTA

Kumpikin tämän tutkimuksen tekijöistä on jo pitkään ollut kiinnostunut psykiatriasta hoitotyöstä. Kun elokuussa 2019 tarjoutui tilaisuus tehdä opinnäytetyö Vanhan Vaasan sairaalaan, otettiin haaste tietenkin vastaan. Opinnäytetyön aihe oli heti tiedossa, mutta sitä piti vielä tarkentaa ja rajata yhdessä kohdeorganisaation kanssa. Vanhan Vaasan sairaala halusi saada tietoa siitä, millaiseksi heidän organisaatiossaan hoitajat kokevat persoonallisuushäiriöisen potilaan hoitamisen. Näin syntyi opinnäytetyön aihe otsikolla ”Hoitajien kokemuksia persoonallisuushäiriöisen potilaan hoidosta Vanhan Vaasan sairaalassa”. Tutkimuksesta saatua tietoa Vanhan Vaasan sairaala voi hyödyntää esimerkiksi suunnitellessaan hoitohenkilökunnan lisäkoulutuksen ja tuen tarvetta persoonallisuushäiriöisen potilaan hoitotyössä.

Persoonallisuushäiriö on mielenterveyden häiriö, jolle ei ole yhtä yksittäistä syytä. Sitä on vaikea määritellä yhdellä lauseella, vaan aihe vaatii tarkempaa perehtymistä. Psykiatrian erikoislääkäri Matti Huttunen (Terveysportti 2018) kuvaa häiriötä lyhyesti näin: *”Persoonallisuushäiriöiden olennainen piirre on jo nuorella iällä ilmennyt ja itsepäisen jäykkä kokemisen tai käyttäytymisen tapa, joka aiheuttaa henkilölle kärsimystä tai on hänelle muuten haitallinen.”* Persoonallisuushäiriöitä on useita erilaisia ja tässä opinnäytetyössä keskitytään yksityiskohtaisemmin epävakaaseen ja epäsosiaaliseen persoonallisuushäiriöön.

Tarkkaa lukua persoonallisuushäiriöiden esiintyvyydestä on vaikea löytää. On arvioitu, että jostakin persoonallisuushäiriöstä kärsii 5–15 % aikuisista. (Huttunen 2018.) Terveysportin (2018) mukaan epävakaan persoonallisuushäiriön esiintyvyyden koko väestössä on n. 0,7 %. Perusterveydenhuollon potilaista jopa 6 %, psykiatrisen avohoidon potilaista 10 % ja psykiatrisista sairaalapotilaista 20 % saattaa sairastaa epävakaata persoonallisuushäiriötä. Epäsosiaalisen persoonallisuushäiriön esiintyvyydeksi taas on arvioitu väestössä 2–3 % (Ovaskainen 2013, 22). Whippin, Korhosen, Raevuoren, Heikkilän, Pulkkisen, Rosen, Kaprion ja Vuoksimaan 2018 valmistuneessa tutkimuksessa todetaan vankeinhoidossa epäsosiaalista persoonallisuushäiriötä tavattavan useammalla kuin 40 %:lla vangeista ja jopa 60 %:iin saakka. Persoonallisuushäiriöt ovat siis merkittäviä mielenterveyden häiriöitä, joita esiintyy

paljon psykiatrisessa laitoshoidossa olevilla potilailla, kuten myös tutkimuksen kohdeorganisaatiossa.

Tämän kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen teoria rakentuu olennaisesti seuraavien käsitteiden ympärille: persoonallisuushäiriö, epävakaata persoonallisuushäiriö ja epäsosiaalinen persoonallisuushäiriö. Teoreettisen viitekehyksen luomista varten tutkimuksen tekijät ovat perehtyneet aiheen lähdekirjallisuuteen ja internet-materiaaliin. Tiedonhaku on tehty myös eri tietokannoista (Medic, Cinahl, PubMed ja JBI). Myöhemmin tässä työssä Vanhan Vaasan sairaalasta käytetään lyhennettä VVS.

2 OIKEUSPSYKIATRIA

Oikeuspsykiatria tutkii mielenterveyshäiriöiden vaikutusta ihmisen käyttäytymiseen, psyykkisten häiriöiden ja poikkeavuuksien tuottamia ongelmia lakeja sovellettaessa sekä parhaita tapoja ehkäistä ja hoitaa rikollista ja etenkin väkivaltaista käyttäytymistä. Oikeuspsykiatrisen tutkimuksen tarkoitus on myös kartoittaa kaikki mahdolliset riskitekijät, jotka ovat liitoksissa väkivaltaiseen tai rikolliseen käyttäytymiseen. Tutkimustulosten pohjalta psyykkisten häiriöiden vaikutus käyttäytymisessä huomioidaan lainsäädäntöä kehitettäessä. Oikeuspsykiatria siis vaikuttaa lainsäädäntöön. (University of Eastern Finland 2019.)

Käytännön tason terveydenhuollossa oikeuspsykiatria tutkii sekä hoitaa psyykkisesti sairaita henkilöitä. Käytännön tehtävät jaotellaan oikeuspsykiatriassa kolmeen osa-alueeseen. **Rikosoikeudellinen oikeuspsykiatria** arvioi mielentilatutkimusten kautta rikoksesta syytettyjen syyntakeisuutta. **Hallinnollisen oikeuspsykiatrian** kenttä on mielenterveyslakiin, päihdehuoltolakiin ja kehitysvammalakiin linkittyvä tahdosta riippumaton hoito. **Siviilioikeuspsykiatrian** pääasiallinen tehtävä on oikeustoimikelpoisuuden arvioiminen liittyen testamentin tekoon, edunvalvojan määräämiseen ja vajaavaltaiseksi julistamiseen. (University of Eastern Finland 2019.)

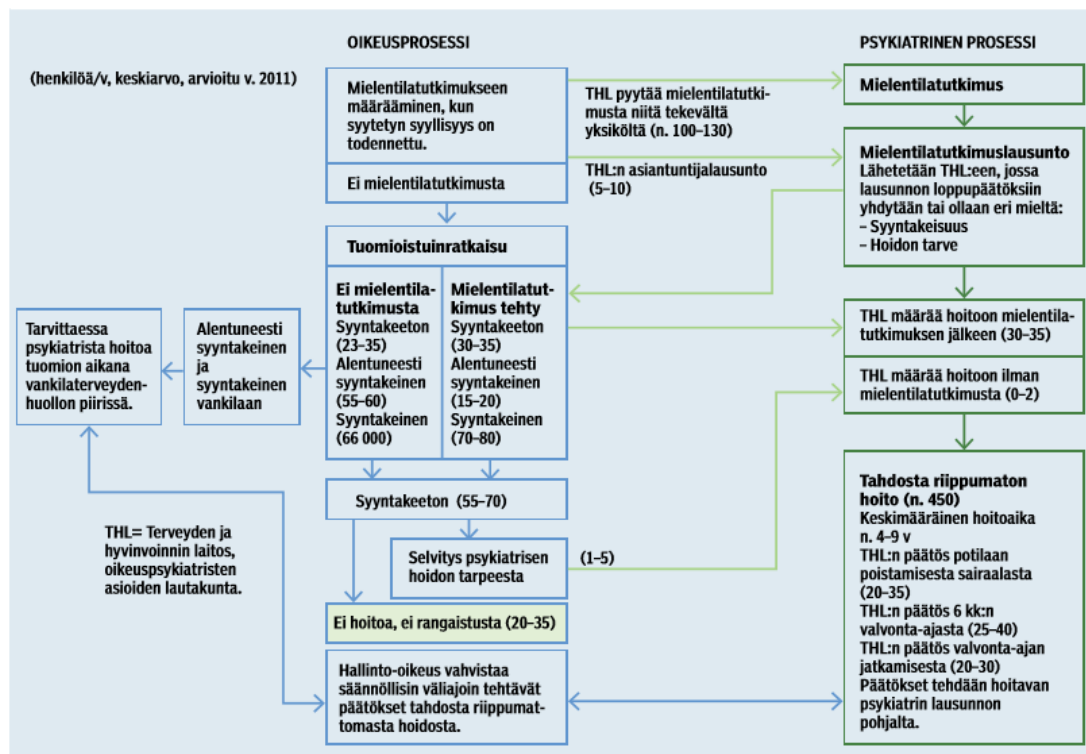
2.1 Oikeuspsykiatrinen hoito

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) oikeuspsykiatristen asioiden lautakunta päättää henkilön määräämisestä tahdosta riippumattomaan psykiatriseen sairaalahoitoon, mikäli tähän on edellytykset mielentilatutkimuksen perusteella (THL 2019 a). Mielentilatutkimus kestää useimmiten noin kaksi kuukautta. THL määrää tutkimuspaikan. (THL 2019 b.) Tuomioistuin määrää mielentilatutkimuksen teettämisen, mikäli mielentilan tutkimiseen löytyy perusteet. Käytännössä kaikkein vakaviin rikoksiin syyllistyneiden mielentila tutkitaan. Vakaviin rikoksiin lukeutuvat henkirikokset, väkivaltarikokset, seksuaalirikokset sekä tuhotyöt. Lopullisen päätöksen syyntakeisuudesta antaa aina tuomioistuin. (Eronen, Seppänen & Kotilainen 2012.) Mielentilatutkimuksessa annetaan moniammatillisen työryhmän havaintojen perusteella näkemys rikoksesta syytetyn, epäillyn tai tuomitun syyntakeisuudesta rikoksen tekohetkellä. Kantaa otetaan myös tutkittavan hoidon

tarpeeseen mielentilatutkimuksen päättyessä. (THL 2019 b.) Suomessa mielentilatutkimukset ovat tarkasti strukturoituja, laaja-alaisia ja ne tehdään aina sairaalasuhteissa; valtaosa valtion kahdessa mielisairaalassa eli Vanhan Vaasan sairaalassa tai Kuopion Niuvanniemen sairaalassa. Tuomioistuimen on pyydettävä mielentilatutkimuksen yhteydessä oikeuspsykiatrista vaarallisuusarviota tutkittavasta, mikäli tuomioistuin harkitsee päätöstä koko rangaistusajan suorittamisesta vankilassa. Kun rangaistusaikansa vankilassa suorittamiseen määrätyn henkilön rangaistuksesta on suoritettu viisi kuudesosaa ja hän anoo pääsemistä ehdonalaiseen vapauteen, on Helsingin hovioikeuden myös tällöin pyydettävä vaarallisuusarviota henkilöstä. (Eronen ym. 2012.)

Hoitavan sairaalan esityksen pohjalta oikeuspsykiatristen asioiden lautakunta päättää hoidon lopettamisesta (THL 2019 a). Terveystieteiden tutkimuskeskus ohjaa oikeuspsykiatristen potilaiden hoitoa. Valtion mielisairaaloihin määrätty henkilöt ovat yleensä vakavasti sairaita ja heidän elämäntilanteensa hyvin hankalia. Näiden kahden tekijän tuloksena hoitoajat ovat tavallisesti pitkiä. Hoitoon määrättyjen teot ovat saattaneet kohdistua lähipiiriin, mikä hankaloittaa kotipaikkakunnalle paluuta. Jatkohoitoa vaikeuttaa myös useimpien hoitoon määrättyjen kärsiminen vaikeista päihdeongelmista. Lisäksi hoidettavien lähipiiri voi muodostua rikolliseen käyttäytymiseen taipuvaisista yksilöistä. (Eronen ym. 2012.)

THL:n luvalla henkilö voi päästä niin kutsutulle valvonta-ajalle ennen psykiatrisen sairaalahoidon päättymistä. Valvonta-ajalla henkilöä valvoo sairaanhoitopiirin toimintayksikkö. Päätös valvonta-ajasta tehdään puoleksi vuodeksi kerrallaan ja tänä aikana päätös tahdosta riippumattomasta hoidosta on vielä voimassa. (Eronen ym. 2012.) Mainitun kaltaisen valvotun avohoitojakson pohjalta on tarkoitus arvioida potilaan selviytymiskykyä ilman sairaalahoitoa, mikä vaikuttaa päätökseen tahdosta riippumattoman sairaalahoidon lopettamisesta (THL 2019 a). Seuraavassa on havainnollistettu Suomen oikeuspsykiatrista järjestelmää yksityiskohtaisemmin (Kuvio 1).



Kuvio 1. Oikeuspsykiatrisen prosessi Suomessa (Eronen ym. 2012).

2.2 Vanhan Vaasan sairaala

Vanhan Vaasan sairaala on oikeuspsykiatrisen sekä vaarallisen tai vaikeahoitoisen statuksen saaneiden potilaiden hoitoon erikoistunut valtion sairaala. Hoito on moniammatillista ja kokonaisvaltaista ja sen perustana toimii lainsäädäntö, käypähoito-ohjeet, kansalliset hoito- ja laatusuosituksen sekä sairaalan yhteiset arvot: ihmisarvon kunnioittaminen, potilaslähtöisyys, yhteistyö, yhdenvertaisuus sekä konkonaistaloudellisuus. Sairaalassa on kymmenen eri osastoa: kolme vastaanotto- ja mielentilatutkimusosastoa miehille, yksi vastaanotto- ja mielentilatutkimusosasto naisille, yksi hoito- ja kuntoutusosasto miespotilaille, yksi hoito- ja kuntoutusosasto sekä nais- että miespotilaille, yksi kuntoutusosasto sekä nais- että miespotilaille, yksi avoin kuntoutusosasto miespotilaille sekä yksi avoin kuntoutusosasto nais- ja miespotilaille. Potilaiden sijoittuminen osastoille määräytyy potilaan voinnin ja kuntoutumisessa etenemisen perusteella (VVS 2019). Tämän opinnäytetyön valmistumishetkellä sairaalassa oli lisäksi yksi väliaikaisosasto miespotilaille.

Osastohoidon ulkopuolella VVS tarjoaa toiminnallista kuntoutusta, mitä voidaan pitää olennaisena osana potilaan kokonaishoitoa. Toiminta suunnitellaan potilas-kohtaisesti ja toiminnassa kehittymisen myötä siirrytään haastavampien tehtävien pariin. Kuntouttavalla toiminnalla halutaan auttaa potilasta hyödyntämään jo olemassa olevia voimavaroja sekä taitoja ja myös löytämään uusia. Toiminnalla tuetaan potilaiden säännöllistä päivärytmiä ja tuodaan vaihtelua päivien sisältöön. Kuntouttava toiminta myös tuo mahdollisuuden ihmissuhde- ja vuorovaikutustaitojen kehittämiseen, onnistumisen kokemuksiin, toimintakyvyn säilyttämiseen sekä itsetunnon vahvistumiseen. (VVS 2019.)

Sairaalassa toimii kiertävä työnohjaaja, joka tarjoaa myös suljetuilla osastoilla oleville potilaille mahdollisuuden osallistua kuntouttavaan toimintaan silloin, kun potilaalla itsellään ei ole mahdollisuutta poistua osastolta. Tällöin toiminta tapahtuu pienemmissä ryhmissä askartelun ja käsitöiden parissa, ja näiden kautta potilaalla on mahdollisuus myöhemmin siirtyä osastojen ulkopuolisiin työpisteisiin. Kuntoutusosastoilla on käytössä toimintaryhmät, joissa potilaat saavat vuorotellen ottaa vastuun osaston siisteydestä ja ruokahuollosta. Osastojen ulkopuolinen työtoiminta tapahtuu työpisteillä, jotka ovat pajaryhmä, puutyö, askartelu, käsityö ja ulkotyö. Sairaalan alueella toimii myymälä, jossa myydään työpisteillä potilastyönä tehtyjä tuotteita. Toimintaterapia, fysioterapia, liikunta ja kuntoutusohjaus ovat osa toiminnallista kuntoutusta. (VVS 2019.)

Sairaalassa toimii Potilaiden tuki ry., joka tukee potilaiden opiskelua ja harrastustoimintaa sekä mahdollistaa potilaiden osallistumisen tapahtumien järjestämiseen vertaistoimijoiden roolissa. Potilaiden virkistystoimintaa yhdistys tukee esim. palkintojen lahjoittamisella sairaalan tapahtumiin, joululahjojen hankkimisella potilaille sekä lahjoittamalla täytekakun 50-, 60-, 70- ja 80-vuotispäiväänsä viettäville potilaille. Arpajaisten ja tapahtumien järjestäminen sekä lahjoitusten vastaanottaminen rahoittaa yhdistyksen toimintaa. Yhdistyksen asioista vastaa johtokunta eli kuusi jäsentä, kaksi varajäsentä sekä puheenjohtaja. (VVS 2019.)

3 PERSONALLISUUSHÄIRIÖT

Persoonallisuushäiriöt aiheuttavat yksilölle jäykän ja itsepintaisen käyttäytymisen tai kokemisen tavan tuottaen kärsimystä tai merkittävää haittaa (Huttunen 2018). Psykodynaaminen teoria pitää persoonallisuushäiriöitä luonneneurooseina, joita poteville henkilöille on tyypillistä heijastaa kokemansa ongelmat ympäristöön ratkaisuun pyrkimisen sijaan (Repo-Tiihonen & Hallikainen 2018). Persoonallisuushäiriötyypistä riippuen haasteena voivat olla voimakkaat tai vaisut tunneilmaisut, omien tai toisten ajatusten ja tunteiden tulkitsemis- tai havainnointitapa, impulsiivisuusalttius käytöksessä sekä ongelmat vuorovaikutuskyvyssä. (Huttunen 2018.) Yksilön persoonallisuuden piirteiden muodostumiseen vaikuttavat perimä sekä ympäristön vaikutuksille altistuminen. Persoonallisuuden piirteet muodostuvat yksilökohtaisesta pysyvästä tavasta kokea ja hahmottaa itseä, muita sekä ympäröivää maailmaa. Persoonallisuushäiriöpotilaalla impulssikontrollin tai tunteiden säätely on häiriintynyt, mikä usein aiheuttaa vaikeuksia sosiaalisissa suhteissa etenkin vastavuoroisuutta ajatellen. Häiriöstä kärsivälle on omien vuorovaikutussuhteittensa sekä kehityshistoriansa tuloksena muodostunut minuutta suojaavia selviytymismekanismeja. Hänen tapansa käyttäytyä vuorovaikutustilanteissa on toimivin käyttäytymismalli, jonka hän on tähän mennessä oppinut. (Melartin & Koivisto 2010.) Tällaisen ajatellaankin olevan yksilön keino yksinäisyyden tai ihmissuhteiden tuottamien ahdistavien tunteiden hallintaan tai välttämiseen (Huttunen 2018).

Normaalina pidetyn ja persoonallisuushäiriön värittämän käyttäytymisen välistä rajaan pidetään häilyvänä. Stressin tai muun paineen alaisuudessa myös psyykkisesti terve ihminen usein käyttäytyy tai kokee persoonallisuushäiriötä potevan ihmisen tavoin. (Huttunen 2018.) Yleensä persoonallisuushäiriöt ovat havaittavissa jo nuoruudessa tai viimeistään aikuisuuden alkutaipaleella. Persoonallisuushäiriöiden on todettu ilmenevän useammin naispuolisilla henkilöillä. (Terveysportti 2019.) Niiden syntyyn vaikuttavat ainakin perinnölliset ja sikiöajan tekijät, vanhempien käytökseen liittyvät tekijät sekä lapsuuden kokemukset ja traumat. On arvioitu, että jostakin persoonallisuushäiriöstä kärsii 5–15 % aikuisista. (Huttunen 2018.) Hoitoon hakeudutaan itse persoonallisuushäiriön vuoksi hyvin harvoin. Tavallisesti hoitoon hakeutumisen syynä ovat liitännäisongelmat, esimerkiksi päihdeongelma

tai masennus. (Terveysportti 2019.) Persoonallisuushäiriöpotilaiden sairaustaakkaa voidaan verrata hankaliin somaattisiin sairauksiin (Epävakaata persoonallisuus: Käypä hoito -suositus 2015).

Persoonallisuushäiriöt jaotellaan APA:n (American Psychiatric Association) DSM-5-tautiluokituksen (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) mukaan kolmeen pääryhmään. Tautiluokitus eroaa jokseenkin Suomessa käytettävästä ICD-10-tautiluokituksesta (International Classification of Diseases). (APA 2020; Terveysportti 2019; THL 2011.) DSM-5-tautiluokituksen mukaiset pääryhmät ovat:

A-ryhmä: persoonallisuushäiriölle tyypillistä on outo tai erikoinen käyttäytyminen. Ryhmään kuuluvat eristäytyvä, epäluuloinen ja psykoosi- ja skitsotyyppinen) persoonallisuus (Terveysportti 2019).

B-ryhmä: persoonallisuushäiriölle tyypillistä on, että impulsiivisuus tai tunne-elämän epävakaas määrittelee käyttäytymistä. Ryhmään kuuluvat epävakaata, epäsosiaalinen, huomionhakuinen ja narsistinen persoonallisuus (Terveysportti 2019).

C-ryhmä: persoonallisuushäiriölle on tyypillistä, että pelko tai ahdistus rajoittavat toimimista. Ryhmään kuuluvat riippuvainen, estynyt ja pakko-oireinen (vaativa) persoonallisuus (Terveysportti 2019).

On tavallista, että yksilöllä ilmenee yhtä aikaa piirteitä monesta eri persoonallisuushäiriöstä. Miesten keskuudessa yleisimpiä ovat epäluuloinen, narsistinen, epäsosiaalinen ja pakko-oireinen persoonallisuushäiriö, kun naisilla taas epävakaata, riippuvainen ja huomionhakuinen persoonallisuus. (Huttunen 2018.)

Persoonallisuushäiriöiden historia kulkee Suomessa löyhästi käsikädessä entisaikojen laajemman psykopatiamääritelmän kanssa. Terveen ja sairaan mielen väliset rajatilat määriteltiin 1900-luvun alussa psykopatiaksi. Nämä rajatilat vastaavat nykyajan persoonallisuushäiriöitä. Psykopatiakäsitteen sijaan alettiin puhumaan luonnevivoista vuonna 1969, jolloin psykopatiadiagnoosi poistui käytöstä. Sittemmin luonnevivojen tilalle on tullut käsite persoonallisuushäiriöt. (Parhi & Lauerma 2016, 2089.) Oikeuspsykiatriassa psykopatia-termi on vakiintuneessa käytössä, vaikkei se esiinny virallisissa tautiluokituksissa itsenäisenä diagnoosinaan (Ovaskainen 2013,

4). Entisaikojen mielentilatutkimuksissa psykopaateista huomattava osa todettiin alentuneesti syyntakeisiksi, sillä heidän katsottiin olevan täyttä ymmärrystä vailla. Usein tämä lyhensi rikosoikeudellista tuomiota. Nykyään modernein menetelmin todettu psykopaattisuus voi jopa pidentää rangaistusta. Diagnoosit eivät automaattisesti vaikuta päätökseen syyntakeisuudesta, mutta skitsoidi, paranoidinen ja psykoosi-aihteinen persoonallisuushäiriö usein lyhentää rangaistusta. (Parhi & Lauerma 2016, 2089, 2095.)

3.1 Epäsosiaalinen persoonallisuushäiriö

Epäsosiaalisessa persoonallisuushäiriössä yhteiskunnassa vallitsevien sosiaalisten normien ja henkilön käyttäytymisen välillä on usein räikeä ristiriita (Repo-Tiihonen 2018). Katsauksessaan Repo-Tiihonen ja Hallikainen (2016) toteavat psykopatian olevan epäsosiaalisen persoonallisuushäiriön äärimuoto, ja näitä kahta termiä onkin varhaisessa tutkimuskirjallisuudessa käytetty toistensa synonyymeina. Historiassa psykopatiakäsité piti sisällään huomattavasti enemmän kuin nykykäsityksen mukaan, mutta jo muinoin siihen liittyi *antisocialis*-muoto, joka vastasi pitkälti nykyaikaista diagnoosia epäsosiaalisesta persoonallisuushäiriöstä (Parhi & Lauerma 2016, 2089). Nykyään vallitsee käsitys, jonka mukaan epäsosiaalinen persoonallisuushäiriö usein painottuu joko impulsiivisuuteen käyttäytymisessä tai ihmissuhteita ja tunne-elämää värittäviin psykopaattisina pidettyihin piirteisiin. Käsityksen mukaan on epätodennäköistä, että epäsosiaalinen persoonallisuushäiriö olisi yhtä kuin psykopatia. Kaikki epäsosiaalista persoonallisuushäiriötä potevat eivät siis ole psykopaatteja ja päinvastoin (Ovaskainen 2013, 4). Psykopaattisina piirteinä pidetään ainakin manipulatiivisuutta, röyhkeyttä, empatiakyvyttömyyttä, pelottomuutta, kyvyttömyyttä tuntea syyllisyyttä tai katumusta sekä välinpitämättömyyttä toisten oikeuksia ja tunteita kohtaan (Repo-Tiihonen & Hallikainen 2016; Repo-Tiihonen 2018). Yleistä epäsosiaaliselle persoonallisuushäiriölle ovat lisäksi taipumus pitkästyminen, ärsyyntymiseen, aggressiivisuuteen, väkivaltaisuuteen sekä heikko toleranssi sietää turhautumista, tunneköyhyys ja toisaalta voimakkaat tunnereaktiot, impulsiivisuus sekä ahdistus (Ovaskainen 2013, 11–12). Repo-Tiihosen (2018) mukaan voi kuitenkin ilmetä myös ahdistuksen ja positiivisten tunteiden puutetta. Häiriöstä kärsivälle yksilölle tyypillisiä ominaisuuksia ovat myös yleinen

vastuuttomuus, pinnallinen charmi, korkea kynnys kokea kaivattua jännitystä ja sadistiset, aggressiiviset teot.

Tutkimuksessaan Whipp, Korhonen, Raevuori, Heikkilä, Pulkkinen, Rose, Kaprio ja Vuoksima (2018) toteavat perusväestöstä epäsosiaalista persoonallisuushäiriötä tavattavan noin neljällä prosentilla, josta miesten osuus on kolme, kun taas vankiloissa häiriö on todella yleinen: sitä tavataan useammalla kuin 40 %:lla vangeista ja jopa 60 %:iin saakka. Perusväestössä epäsosiaalisen persoonallisuushäiriön arvellaan ilmenevän 2–3 %:lla. Huomattavasti tavallisempaa häiriön ilmeneminen on siis rikoksia tehneillä, mutta myös päihderiippuvaisilla. (Ovaskainen 2013, 11, 22.) Kaikki häiriötä potevat eivät kuitenkaan ole rikollisia, eivätkä kaikki rikolliset täytä epäsosiaalisen persoonallisuushäiriödiagnoosin kriteereitä (Repo-Tiihonen 2018).

Epäsosiaalisella nuorella voidaan usein havaita ikätasoaan harvempi syketaajuus kestävyysharjoittelun puuttumisesta huolimatta ja myös hikoilun puuttumista (Repo-Tiihonen ja Hallikainen 2016). Whippin ja kumppaneiden (2018) tutkimuksessa tuodaan esille, että ainakin 12- ja 14-vuotiaiden aggressiivisuus usein ennustaa etenkin miespuolisilla epäsosiaalisen persoonallisuushäiriön kehittymistä. DSM-5-tautiluokitus sisältääkin ennen 15. ikävuotta alkaneen käyttäytymishäiriöoireilun, mihin kuuluu vastuuttomuutta ja piittaamattomuutta toisten turvallisuudesta ja terveydestä, hyötymistarkoituksessa petkuttamista ja varastamista, valehtelua, eläinten kiduttamista ja poissaoloja koulusta tai kotoa luvatta (Repo-Tiihonen 2018). Ovaskainen (2013, 14) mainitsee tutkielmassaan lapsuusiän tarkkaavaisuus- ja ylivilkkaushäiriö ADHD:n, unissakävelyn ja vuoteenkastelun persoonallisuushäiriön kehittymistä ennustaviksi tekijöiksi. Lisäksi lapsuudessa koetun pahoinpitelyn, muiden perheensisäisten ongelmien ja sosioekonomisen statuksen on todettu edesauttavan epäsosiaalisen persoonallisuushäiriön ilmenemistä. Häiriön taustalla voi luonteenpiirteistä olla jännityshakuisuutta, kontrollinpuutetta sekä pelottomuutta ja biologisista piirteistä serotonergisia eroavuuksia, etuaivolohkon vajaatoimintaa sekä toiminnanohjauksen hankaluutta. Epäsosiaalisen persoonallisuushäiriön diagnoosin voi saada 18 vuotta täyttänyt niin DSM-5:n kuin ICD-10:kin mukaan. ICD-10:ssä lapsuusiän käytöshäiriöt ovat täydentävä tieto. Häiriökäyttäytyminen siis usein alkaa jo ennen murrosikää ja jatkuu pitkän matkaa aikuisiälle.

(Repo-Tiihonen 2018.) Ovaskainen (2013, 6) kuitenkin tekee eron läpi elämän jatkuvan ja aikuisuuteen rajoittuvan tautimuodon välille.

Usein epäsosiaalisesta persoonallisuushäiriöstä kärsivien aikuisiän ennuste on varsin surkea. Heillä ilmenee muitakin mielenterveyden häiriöitä sekä paljon palvelujen käyttämistä, rikollisuutta, päihdeongelmia, vaikeuksia ihmissuhteissa ja useat heistä kokevat väkivaltaisen kuoleman aikaisessa vaiheessa elämäänsä. (Repo-Tiihonen 2018.) Epäsosiaalinen ja epävakaat persoonallisuushäiriöt ovat merkittäviä altistavia tekijöitä alkoholismille. Olennainen osa epäsosiaalista persoonallisuushäiriötä on usein aggressiivisuus, joka häiriöstä kärsivällä on impulsiivista ja reaktiivista tietynlaisissa tilanteissa ilmenevää käyttäytymistä. Aggressiivisuuden riskiä kasvattavat fyysiset poikkeavuudet ja synnytyskomplikaatiot yhdessä yksinhuoltajuuden, matalan koulutustason tai perheen huonon taloudellisen tilanteen kanssa. (Ovaskainen 2013, 12, 14.) Ongelmia lisää myös häiriöstä kärsivän täydellinen tai lähes täydellinen kyvyttömyys oppia palautteesta ja etenkin rangaistuksista. Toisinaan mielihyvän tunteen saavuttaminen vaatii muiden nöyryyttämistä, loukkauksista, mitätöimistä tai dominointia. (Repo-Tiihonen & Hallikainen 2016; Repo-Tiihonen 2018.) Lisäksi epäsosiaalinen henkilö on usein taipuvainen syyttelemään muita tai kaunistelemaan järkeistyksin puolustelemaan käyttäytymistään, sillä häiriöstä kärsivä ei aina piittaa totuudesta. Kuitenkin 30–45 -vuotiaista jopa 80 %:lla vaikea ongelmakäyttäytyminen vähenee merkittävästi. Stressitilanteet tosin usein nostavat vanhoja käyttäytymismalleja pintaan. (Ovaskainen 2013, 14–16; Repo-Tiihonen 2018.)

Virallista hoitosuositusta epäsosiaaliseen persoonallisuushäiriöön ei ole. Häiriössä yksilöiden väliset erot saattavat olla suuria, ja diagnoosi mielletäänkin kuvailevaksi. Pyrittäessä pitkäaikaiseen epäsosiaalisen häiriön haittojen ehkäisyyn olisi kannattavinta ja vaikuttavinta kohdistaa tukitoimenpiteitä jo suurimman riskin lapsiin, sillä he todennäköisesti tulevat aiheuttamaan yhteiskunnalle suurimmat kustannukset. (Repo-Tiihonen & Hallikainen 2016.) Siinä vaiheessa on jo todella vaikea säästää vaikeuksilta, kun epäsosiaalinen persoonallisuushäiriö on päässyt ympäristön tukemana kehittymään (Ovaskainen 2013, 3). Valitettavan selvää on, että etenkin voimakkaasti psykopatiapiirteisen epäsosiaalisen persoonallisuushäiriön

tuloksellisesta hoidosta ei juurikaan ole kokemusperäistä tai tutkimuksellista tietoa (Repo-Tiihonen ja Hallikainen 2016).

3.2 Epävakaata persoonallisuushäiriö

Epävakaassa persoonallisuushäiriössä (DSM-5:ssa rajatilapersonallisuushäiriö) tunne-elämän epävakaas, käyttäytymisen säätelyn häiriö ja ihmissuhteiden ongelmat ovat kolme keskeisintä oiretta. Häiriöstä kärsivä voi kokea minuutensa avuttomaksi, voimattomaksi, huonoksi tai pahaksi, haavoittuvaksi, epähyväksyttäväksi, puutteelliseksi ja muut ihmiset hylkääviksi ja vaarallisiksi. Tunteet usein määrittelevät käyttäytymistä korostuneesti, jolloin käyttäytyminen on epävakaata ja vaihtelevaa. Tyypillistä on voimakas häpeän tunne etenkin tilanteissa, joissa epävakaas kokee tullessa torjutuksi. Tällaisissa tilanteissa henkilö reagoi muihin kohdistetulla vihan tunteella, mutta myös häiriön oireet voivat vahvistua. Epävakaata persoonallisuus on vaikea häiriö, joka pahimmillaan horjuttaa merkittävästi potilaan toimintakykyä. Tunteiden säätelyvaikeus ja intensiivinen psyykinen kärsimys ovat sairauden pääsisältö. Vähäinkin ärsyke voi aiheuttaa tunnereaktion, joka viipyy tavallista huomattavasti pitempään. (Melartin & Koivisto 2010; Epävakaata persoonallisuus: Käypä hoito -suositus 2015.)

Korkeilan (2018) mukaan häiriöön usein liittyy itsemurhalla uhkailua ja itsetuhoista käyttäytymistä, kuten lääkkeiden yliannostuksia tai viiltelyä. Itseä vahingoittavalla käyttäytymisellä on ahdistusta lievittävä funktio. Korkeila (2018) kirjoittaa, ettei itsetuhoisessa käyttäytymisessä tavallisesti ole vakavaa kuolemanaietta, kun taas epävakaan persoonallisuushäiriön Käypä hoito -suositus (2015) varoittaa häiriöstä kärsivän itsemurhariskin olevan merkittävä. Epävakaat mieltävät maailman pahanthahtoiseksi ja kokevat vähemmän onnellisuutta. Tähän kuitenkin vaikuttaa persoonallisuushäiriön vakavuusaste. (Keinänen 2013.) Häiriöstä kärsivän negatiiviset tunteet vaimenevat hitaasti ja voimakkaita tunteita on vaikea hyväksyä. Voimakkaan intensiiviset tunnekokemukset voivat myös aiheuttaa potilaassa pelkoa. Potilaan mielialat saattavat vaihdella päivittäin autonomisesti tai tilanteesta riippuen, ja ympäristö vaikuttaa mielialaan herkästi. Lisäksi epävakaassa persoonallisuudessa ilmeneviä oireita ovat häiriöt minäkokemuksessa ja impulssikontrollissa,

epäjohdonmukaisuus, huono sitoutumiskyky, korostunut sosiaalisten roolien merkitys, puutteellisuus jatkuvuuden tunteessa, ruoan ahmiminen, päihteiden käyttö, pelihimo ja holtiton seksuaalisuus. (Epävakaata persoonallisuus: Käypä hoito -suositus 2015.)

Epävakaan persoonallisuushäiriön esiintyvyydeksi on väestössä arvioitu 0,7 %, psykiatrisessa avohoidossa 10 %, psykiatrisessa sairaalahoidossa 20 % ja perusterveydenhuollossakin 6 % (Korkeila 2018). Aivojen rakenteiden sekä toiminnan poikkeavuudet ja neuropsykologian häiriöt ovat liitoksissa epävakauteen. Myös lyhytkestoisia, ajoittaisia psykoottisävytteisiä oireita, kuten epäluuloisia ajatuksia ja dissosiativisia oireita voi ilmetä. Varsinaisia psykoosijaksoja ilmenee etenkin yhtäaikaaisesti päihde- ja mielialahäiriöstä kärsivillä. Häiriöön liittyy paljon niin psykiatrisia kuin somaattisiakin oheissairauksia (Epävakaata persoonallisuus: Käypä hoito -suositus 2015.) Psykiatriset ja somaattiset sairaudet myös altistavat häiriön synnylle yhdessä perinnöllisten tekijöiden kanssa (Korkeila 2018). Altistavia tekijöitä ovat myös huono sosioekonominen asema, raskauden ajan komplikaatiot ja äidin tupakoiminen. Epävakaan persoonallisuushäiriön olennaisia oireita voi ilmetä jo aikaisessa vaiheessa kehitystä. (Epävakaata persoonallisuus: Käypä hoito -suositus 2015.)

Vaikka nykyään ajatellaan, että epävakaata persoonallisuushäiriö voi syntyä myös ilman traumatekijöitä, on häiriöstä kärsivillä todettu terveitä verrokkeja enemmän lapsuuden traumoja ja he ovat usein kokeneet haitallista vanhemmuutta, ja kiintymyssuhteet ovat olleet turvattomia (Keinänen 2013). Kasvuympäristössä tunteiden näyttäminen ei mahdollisesti ole ollut sallittua. Häiriötä poteva voi kokea voimakkaitakin tunteita ja puhua niistä niiden kuitenkaan näkymättä ulospäin, esimerkiksi ilmeinä. Sanaton viestintä on kanssakäymisessä olennainen osa, joten muut saattavat tulkita vähäeleisyyttä väärin. Tällöin häiriöstä kärsivän tarpeet eivät tule kohdatuiksi, kun muut eivät osaa reagoida niihin sopivalla tavalla. Useat häiriöstä kärsivät kokevat, etteivät saa osakseen tarpeeksi kontaktia ja emotionaalista tukea, mikä myös osaltaan on liitoksissa vuorovaikutussuhteiden ongelmiin. (Melartin & Koivisto 2010.) Epävakaiden persoonien ihmissuhteet ovat tavallista useammin vihamielisiä, mihin vaikuttaa epävakaan virheellinen tapa ajatusten ja tunteiden

tunnistamisessa ja tarkastelussa. Epävakailla on negatiivinen käsitys muista ihmisistä ja oletukset muiden mielentiloista ovat usein ylimitoitettuja. Epävakaan empatiakyky voi silti olla parempi kuin perusväestöllä, mutta harkintaan perustuvat valmiudet taas huonommat. (Keinänen 2013; Epävakaa persoonallisuus: Käypä hoito -suositus 2015.) Epävakaa voi väliaikaisesti menettää mentalisaatiokykynsä, eli kykynsä pohtia omaa sekä jonkun muun kokemusta ja näkökulmaa, etenkin ihmissuhteisiin liitoksissa olevan stressin yhteydessä. Mentalisaatiokyvyn murtuessa sanojen ja ajatusten merkitys on häviävän pieni. Tällöin häiriöstä kärsivälle hänen oma kokemuksensa on ainut olemassa oleva totuus. Hän ei pysty näkemään, että toiset voivat kokea asian eri tavalla, ja ainoastaan konkreettisten lopputulosten perusteella arvioi toisten aikomuksia. (Melartin & Koivisto 2010.)

Etenkin traumaattiset lapsuudenkokemukset saattavat aiheuttaa kiintymyssuhteen sisäistämisen estymisen ja tunteiden sekä ajatusten tunnistamiskyvyn kehittymättä jäämisen. Tunnekokemisen vihamielisyys voi tällöin ottaa vallan potilaan mielessä. (Keinänen 2013.) Emotionaalinen laiminlyönti voi olla yhteydessä korostuneeseen herkkyyteen hylätyksi tulemisen kokemuksille (Epävakaa persoonallisuus: Käypä hoito -suositus 2015). Kun epävakaalla ei ole turvallisen kiintymyssuhteen kautta kykyä tunnistaa ja tarkastella ajatuksiaan ja tunteitaan eikä siten tarpeeksi valmiuksia sisäisten impulssiensa (kuten halut, tarpeet ja toiveet) käsittelemiseksi, tunteet usein räjähtävät esille vihamielisenä toimintana, yksilön kykenemättä siihen harkinnanvaraisesti vaikuttamaan. Tämä selittää epävakaan persoonallisuushäiriön keskiössä olevia oireita, eli impulsiivisuutta sekä epävakautta tunteissa ja vuorovaikutussuhteissa. (Keinänen 2013.)

Epävakaudesta kärsivän tapa suhtautua tunteisiinsa aiheuttaa vaikeuksia enemmän kuin vahvat tunteet itsessään. Tuomitsevat ajatukset itsestä (”olen sääliittävä epäonnistuja, kun olen jälleen surullinen”) usein aiheuttavat tunteiden muuttumisen kriiseiksi tai masennukseksi. Tuomitsevuus kasvattaa tunteiden voimakkuutta ja saa aikaan sekundaarisia tunteita, esimerkiksi itseinhoa ja häpeää. Sekundaariset tunteet saavat aikaan lisää kriisejä, eivätkä ne enää liity siihen alkuperäiseen tekijään, joka ongelman on aiheuttanut. Tämän takia häiriön hoidossa on olennaista

myötätuntoinen suhtautuminen ja se, että potilas ottaa itsensä todesta. (Melartin & Koivisto 2010.)

Epävakaan persoonallisuushäiriön ennusteen ajatellaan olevan hyvä. Kymmenen vuoden kuluttua ainoastaan pienellä osalla diagnostiset kriteerit enää täyttyvät. Myös iän karttuessa oireet alkavat helpottua (Korkeila 2018). Epävakaan persoonallisuushäiriön lieventyminen on tyypillistä, ja lieventymisvaihe on tavallisesti pysyvä. Epävakaat toipuvat häiriön oireista nopeammin kuin heidän toimintakykynsä palautuu. Tunne-elämän ailahtelevuus ja impulsiivisuus ovat oireista hitaimmin helpottuvia, kun taas nopeimmin helpottuvat minäkuvan häilyväisyys ja itsetuhoisuus. Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä toipumista hidastava tekijä on masennus. (Epävakaata persoonallisuus: Käypä hoito -suositus 2015.)

3.3 Persoonallisuushäiriöisen potilaan hoitotyö

Persoonallisuushäiriöiden ajatellaan olevan todella vaikeita tai mahdottomia hoitaa (Ovaskainen 2013, 16). Melartin ja Koivisto (2010) ovat koonneet katsaukseensa useita menetelmiä, jotka auttavat persoonallisuushäiriöisen potilaan kohtaamisessa ja parhaimmillaan myös pitkän aikavälin hoidossa. Ammattihenkilöä kehoitetaan perustamaan sanomansa potilaan yksilölliseen kokemukseen potilaan tilannetta kuvaailtaessa. Hoidon tavoitteet tulisi päättää yksityiskohtaisesti yhdessä potilaan kanssa ja mieluiten tämän omiin käyttäytymismalleihin perustuen. Voi olla hyödyksi, mikäli tavoitteet saadaan positiivisiin raameihin. Kun potilas kokee epätoivoa, on vähällä palata entisiin käyttäytymismalleihinsa tai hoidossa ilmenee muuta ongelmallista voi yhdessä laadituista tavoitteista tällöin olla merkittävä hyöty. Hoidon tavoitteet tulisi kuitenkin päättää realistisesti ja muistaa, että hoito vaatii paljon ongelmien ristiriitaisuuksien ja monimutkaisuuden kestämistä sekä muutoksen työläyden hyväksymistä. Ongelmanratkaisun harjoittelemisen, uudet taidot ja pienetkin pystyvyyden kokemukset auttavat näkemään entisten haitallisten käyttäytymismallien läpi. Hoitosuhteen ongelmakohtiin olisi hyvä tarttua heti niiden ilmetessä.

Epäsosiaalista persoonallisuushäiriötä potevan kohtaamisessa hyödyllisimpiä keinoja ovat myötäelävä rauhallisuus, käytännönläheinen ote hoitoon sekä joustaminen. Todennäköisesti potilas joutuu saamaan usein osakseen torumista,

haukkuja, maltin menettämistä ja muita vastaavia reaktioita, joten rankaisemisesta ei ole hyötyä. (Repo-Tiihonen 2018.) Terapiamuodoista nykyhetken kohdennetut ja tarkemmin strukturoidut voivat auttaa potilaan sopeutumista yhteiskunnan normeihin. Epäsosiaaliset eivät kykene normaalilla tavalla tunnistamaan muiden tarpeita, aikomuksia ja uskomuksia. Tämä aiheuttaa väärintulkintoja, mistä saattaa seurata kokemus itsensä nolaamisesta, jolloin persoonallisuushäiriöinen puolustautuu käyttämällä väkivaltaa tai pyrkimyksellä toisen henkilön hallitsemiseen. Mentalisaatiopohjainen terapia voi auttaa keskittymään omiin ajatuksiin, mikä taas voi auttaa välttämään väkivaltaa ja kontrollointiyrityksiä. Rikoksiin syyllistyneiden, psyykkisesti vaikeasti sairaiden kohdalla kognitiivis-behavioraalisen terapian muokattu ohjelma on osoittautunut pelkkää laitos- ja lääkehoitoa tehokkaammaksi. (Ovaskainen 2013, 20–21.) Batemanin, O’Connellin, Lorenzinin, Gardnerin ja Fonagyn (2016) tutkimuksessa todettiin, että vaikka epäsosiaalinen ja epävaka persoonallisuushäiriö ovat ominaisuuksiltaan osittain lähes toistensa vastakohtat, mentalisaatiopohjaisesta terapiasta on hyötyä kummankin häiriön hoitamisessa.

Persoonallisuushäiriöihin liittyy runsaasti häpeää ja pelkoa, jotka aiheuttavat erilaisia estymiä. Potilaan välttämässä tekemästä jotain itselleen hyödyllistä on syytä tutkia, liittyykö muutoksen välttämiseen pelkoa, haluttomuutta vai osaamattomuutta. Asiasta voi kysyä potilaalta itseltään. Potilasta tulisi auttaa sietämään ja käsittelemään hankalia tunteita. Hänen olisi hyvä saada onnistumisen kokemuksia jokaisesta kerrasta, kun hän jättää turvautumatta entisiin käyttäytymismalleihinsa, esimerkiksi viiltelyyn. Etenkin **epävakaasta persoonallisuushäiriöstä** kärsivän kanssa validaatio on tärkein työväline. Validaatiossa potilaan käyttäytymisestä ja puheesta poimitaan ne asiat, jotka ovat ymmärrettäviä sekä päteviä, jolloin tämä ilmaistaan potilaalle selkeästi. (Melartin & Koivisto 2010.) Epävakaan persoonallisuushäiriön päähoitomuodot ovat dialektinen käyttäytymisterapia (DKT), kognitiiviset terapiat, mentalisaatioterapia sekä transferenssifokusoitunut terapia. Eri terapioiden voidaan käyttää potilaan tarpeisiin räätälöidyn kunkin toipumisvaiheen mukaisesti. Myös perheterapia saattaa joskus olla avuksi. Oikeanlainen hoito parantaa toimintakykyä, vauhdittaa oireiden lievenemistä sekä laskee itsetuhoisuutta. (Korkeila 2018.) Toisaalta hoitotulokset jäävät usein laihoiksi potilaan elämäntapojen

ollessa sairauksille altistavia ja terveystalvelujen käytön ollessa runsasta (Epävakaata persoonallisuus: Käypä hoito -suositus 2015).

Usein hoitajan avoimuus ja suoruus on hyvä asia. Tarvittaessa potilaalle voi olla hyödyllistä viestittää henkilökohtaisella ja käytännönläheisellä tasolla, kuinka hänen käyttäytymisensä vaikuttaa hoitajaan. Esimerkiksi: ”Kun huudat minulle tuolla tavalla, en pysty kuulemaan mitä sinulla oikein on asiaa, kun päässäni pyörii vain, että haluaisin sinun lopettavan huutamisen. Huomaan sinun kärsivän kovasti, mutta kun ilmaiset asian tuolla tavalla, minulle tulee tarve perääntyä luotasi, vaikka taidat tarvita nyt jotain aivan päinvastaista.” (Melartin & Koivisto 2010.)

3.3.1 Lohkominen eli splittaaminen (”splitting”)

Lohkomisessa eli splittaamisessa ihmisen käsitys itsestään ja toisista on mustavalkoista ja vaihtelee hyvän ja pahan välillä. Myönteisiksi ja kielteisiksi koetut ominaisuudet on hankalaa tai lähes mahdotonta yhdistää koostuneiksi mielikuviksi. (Karvinen & Laurila 2014.)

Vaikeissa tapauksissa splittaamisen katsotaan liittyvän persoonan epävakauteen, joka on tulosta häiriöistä varhaisiän kiintymyssuhteissa ja tämän myötä kyvyttömyydestä muodostaa johdonmukaisia ja realistisia käsityksiä itsestä ja muista. Voimakasta taipumusta splittaamiseen omaavilla yksilöillä on tavallisesti kaoottisia ja epävakaata ihmissuhteita, sillä he perustavat käsityksensä toisesta ihmisestä siihen, täyttääkö tämä heidän tarpeensa tietyssä hetkessä. Tässä hetkessä splittaamiseen taipuva yksilö ei kykene ottamaan huomioon ympäröiviä olosuhteita tai historiaa. Empiirinen tutkimus kuitenkin osoittaa splittaamisen esiintymisen myös normatiivisen, ei-kliinisen otoksen keskuudessa, etenkin turvattoman kiintymyssuhteen omaavien yksilöiden keskuudessa. Näyttö splittaamisen laajasta käyttämisestä saa pohtimaan oletusta, jonka mukaan psyykinen terveys edellyttäisi täydellistä yhdentymistä. Psykoanalyttikot ovat kritisoineet ajatusta siitä, että itsen ja muiden eri osasten täydellinen yhdistäminen olisi mahdollista, tai edes toivottua. He ovat jopa väittäneet mielikuvan yhtenäisestä itsestä olevan psykologinen ansa, jossa itsestä tehdään muutokseen sopeutumaton. (Trub 2016.) Tutkimuksessaan Trub (2016) mainitsee psykoanalyttikko Sternin, joka mieltää minuuden muodostuvan

monimuotoisista yksilöllisistä, kognitiivisista ja tunneperäisistä osista, jotka tulevat esiin eri tilanteissa tai ihmissuhteissa. Trubin tutkimuksessa tuodaan esille myös psykoanalyttikko Brombergin näkemys, jonka mukaan tervettä ja itsetietoista käyttäytymistä luonnehtii yhteys moninaisiin ja ainutlaatuisiin tapoihin olla olemassa ja vuorovaikutuksessa muiden kanssa menettämättä yhteyttä minuuden osiin, jotka eivät ole toiminnassa tai joista ihminen ei välttämättä edes ole tietoinen tässä hetkessä. Näissä puitteissa patologinen tai huonosti sopeutuva splittaaminen voidaan nähdä oman itsen tiettyjen osien äärimmäisenä torjumisena jonkin muun minuuden osan ohjatessa käyttäytymistä, kun taas terveemmässä ja sopeutuvammassa splittaamisen muodossa voidaan kokea väliaikaista irrallisuutta tietyistä tunteista ja vaiuttimista omassa itsessä. (Trub 2016.)

3.3.2 Lääkehoito

Epäsosiaalisessa persoonallisuushäiriössä yksittäistapaukset ovat antaneet näyttöä toisen polven psykoosilääkkeiden tehoavuudesta. Aggressiivisuutta ja impulsiivisuutta voidaan kokeilla hoitaa SSRI-lääkkeillä ja valproaatilla. (Repo-Tiihonen 2018.) Lääkevaste vaihtelee yksilöiden välillä (Ovaskainen 2013, 18).

Epävakaan persoonallisuushäiriön lääkehoitoa pohdittaessa tulee ottaa huomioon kohonnut lääkkeiden avulla suoritettavan itsemurhan ja myös kuolemanaikeeltaan vähäisen itsemurhayritysten riski, lääkeriippuvuuden ja päihteiden käytön riski, omaehtoisuus lääkehoidon suhteen sekä muut potilaan sairaudet. Antipsykootteista, mielialaa tasaavista lääkkeistä, SSRI-lääkkeistä ja joissain tapauksissa okskarbatsepiinista saattaa olla apua häiriön hoidossa. Bentsodiatsepiinien käyttöä ei suositella, sillä ne voivat aiheuttaa riippuvuutta tai impulssikontrollin heikkene- mistä. (Epävakaa persoonallisuus: Käypä hoito -suositus 2015.) Häiriöön kuuluu monenlaisia psyykkisiä oireita, jolloin yritykset lievittää niitä kaikkia voivat johtaa ei-toivottuun monilääkitykseen (Korkeila 2018).

3.3.3 Hoitajien jaksaminen

Hoitajan oma impulsiivinen reagoiminen, uupumus ja ärtymys vähenevät, kun tämä on tietoinen rajoistaan. Hoitajan tulisi pohtia, millaista käyttäytymistä hän ei

potilaalta hyväksy ja millaiset rupeamat hän on halukas ottamaan vastaan. Haastavia tilanteita aiheutuu usein potilaan vihaisuuden, aggressiivisuuden, epäsosiaalisuuden tai itsetuhoisuuden seurauksena, ja näissä tilanteissa potilas ja ammattilainen ovat kumpikin uupuneessa ja haavoittuvassa tilassa. Tällöin on suurentunut riski siihen, että hoitaja toimii hoitoa haittaavalla tavalla. Näissä tilanteissa olisi tarpeen pysähtyä ja ikään kuin astua mielessään askel taaksepäin. Tilanteen tapahtumia tulisi pyrkiä tarkastelemaan tavallaan ylhäältä päin, jolloin avautuu mahdollisuus ottaa selvää, mihin tilanteessa itse reagoi. Hoitajassa heräävien kielteisten vastatunteiden tai toimintamallien ymmärtäminen, kohtaaminen ja käsittely on tarpeellista. On tavallista, että potilaan sanat tai toiminta ovat osuneet hoitajan omaan herkkään kohtaan, aiheuttaneet avuttomuuden kokemuksen, oman ammattitaidon kyseenalaistamisen tai syyllisyyden tunteen. Työnohjaus on hyvä apuväline hoitajan tunteiden ja ajatusten käsittelyyn persoonallisuushäiriöisen potilaan hoitotyön yhteydessä. (Melartin & Koivisto 2010; Repo-Tiihonen 2018.)

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää hoitohenkilökunnan kokemuksia persoonallisuushäiriöisen potilaan hoidosta Vanhan Vaasan sairaalassa. Tarkoituksena oli kuvailla, mikä tekee hoitamisesta haasteellista sekä millaista koulutusta ja millaisia työkaluja hoitohenkilöstö käytännön työhönsä mahdollisesti tarvitsee. Avainasemassa ovat hoitajien kokemukset jokapäiväisestä käytännön hoitotyöstä.

Tämän tutkimuksen tavoitteena on lisätä tietoa siitä, millaista on persoonallisuushäiriöisen potilaan hoitotyö. Tavoitteena on tämän tutkimustiedon avulla antaa arvokasta tietoa persoonallisuushäiriöisen potilaan hoitamisesta sairaalan johdolle, lääkäreille ja hoitohenkilöstölle. Tutkimuksesta saatua tietoa voidaan hyödyntää, kun mietitään hoitohenkilökunnan lisäkoulutuksen ja tuen tarvetta persoonallisuushäiriöisen potilaan hoitotyöhön.

Tutkimuskysymys:

Millainen on hoitajien kokemus persoonallisuushäiriöisen potilaan hoitotyöstä?

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Kohderyhmä

Tämän tutkimuksen kohderyhmänä olivat VVS:n hoitajat. Tutkimukseen osallistuvilta hoitajilta edellytettiin vähintään viiden vuoden hoitokokemusta psykiatrisen potilaan hoitotyöstä.

Aineiston kerääminen

Aineisto kerättiin yhden yksilö- ja kolmen parihaastattelun avulla. Haastattelut suoritettiin VVS:ssa, kahden osaston vierailuhuoneessa, yhden osaston kansliassa sekä hallintolan palaveritilassa. VVS:n osastonhoitajat/apulaisosastonhoitajat valitsivat tutkimukseen osallistuneet hoitajat. Haastattelut oli alunperin tarkoitus suorittaa yhden päivän aikana työntekijöiden työajalla, mutta käytännön syistä haastattelut jaettiin neljälle eri päivälle. Yhdelle haastattelulle varattiin aikaa n. 45 minuuttia. Haastatteluja suoritettiin, kunnes aineisto saturoitui eli haastatteluilla ei enää saatu tutkimukseen uutta tietoa. Haastattelut tallennettiin tutkijoiden matkapuhelinnauhureiden avulla.

Aineiston analysointi

Sisällönanalyysi on yleinen kvalitatiivisen tutkimuksen analyysimenetelmä. Tällä menetelmällä voidaan analysoida erilaisia aineistoja ja samalla myös kuvata niitä. Tavoitteena on tutkittavan ilmiön laaja, mutta tiivis esittäminen, jonka tuloksena syntyy käsiteluokituksia, -järjestelmiä, malleja tai käsitekarttoja. Sisällönanalyysin vahvuuksia ovat muun muassa sisällöllinen sensitiivisyys ja tutkimusasetelman joustavuus. Sisällönanalyysin käytön haasteet liittyvät usein siihen, että sen käyttö voi olla odotetumpaa monimutkaisempaa, sillä sisällönanalyysi ei ole kovinkaan formuloitua. Tämä säännöttömyys pakottaa tutkijan ajattelemaan ja tekemään joutopäätökset itsenäisesti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2013, 165-167.)

Sisällönanalyysi voidaan jakaa joko **induktiiviseen** eli aineistolähtöiseen analyysiin tai **deduktiiviseen** eli teorialähtöiseen analyysiin. Tässä tutkimuksessa aineiston analyysiin käytettiin induktiivista sisällönanalyysia. Induktiivisessa

sisällönanalyysissä sanoja luokitellaan niiden teoreettisen merkityksen perusteella. Tämä perustuu induktiiviseen päättelyyn, jota tutkimuksen ongelmanasettelu tai tutkimuskysymys ohjaa. Induktiivista sisällönanalyysiä käytetään usein silloin, jos tutkittavasta asiasta ei juurikaan ole tietoa olemassa. Luokitukset luodaan aineistosta tutkimuskysymysten ohjaamina. Tavoitteena on luoda tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus siten, etteivät aikaisemmat havainnot, tiedot tai teoriat ohjaa sisällönanalyysiä. Analyysin aluksi on määriteltävä analyysiyksikkö, joka voi olla esimerkiksi yksittäinen sana, lause, lausuma tai usean lauseen ajatuskokonaisuus. Määrittystä ohjaavat tutkimustehtävä ja aineiston laatu. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2013, 167; Tuomi & Sarajärvi 2018, 122.)

Miles ja Huberman (1994) jakavat induktiivinen sisällönanalyysiprosessin kolmeen eri vaiheeseen:

1. aineiston redusointi eli pelkistäminen
2. aineiston klusterointi eli ryhmittely
3. abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen

Yksinkertaistaen voidaan sanoa, että sisällönanalyysiprosessissa kerätty aineisto aluksi hajotetaan osiin, sitten se käsitteellistetään ja tämän jälkeen kootaan uudelleen uudella tavalla loogiseksi kokonaisuudeksi. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122.)

Tässä tutkimuksessa aineiston keräämisen jälkeen haastattelut litteroitiin eli auki kirjoitettiin sana sanalta Word-ohjelmalla. Litteroitua aineistoa kertyi 48 sivua ja 16 774 sanaa fontin ollessa Times New Roman ja koon ollessa 12. Riviväli oli 1,5 ja reunukset ylhäällä, alhaalla ja oikealla 3 cm sekä vasemmalla 4 cm. Litteroitu aineisto pelkistettiin eli kirjoitettiin puhtaaksi siten, että siitä poistettiin kaikki ylimääräinen, kuten täytesanat ja ilmaisut, joita puhekielessä esiintyy. Pelkistettyä aineistoa luettiin läpi useasti. Tutkimuskysymys ohjasi vahvasti analyysiyksikön valintaa: analyysiyksikkönä oli lause tai useamman lauseen muodostama ajatuskokonaisuus. Pelkistykset ryhmiteltiin eli pelkistetyistä materiaalista etsittiin samankaltaisuuksia. Pelkistykset sijoitettiin Word-taulukkoon ja niistä muodostettiin 18 alakategoriaa (= alaluokka). Alakategorioiden yhdistämisen jälkeen muodostettiin 5 yläkategoriaa (= yläluokka), jotka koottiin yhdistävän tekijän alle. Lopuksi

taulukosta poistettiin pelkistykset ja siihen jätettiin ainoastaan alakategoriat, yläkategoriat ja yhdistävä tekijä. Pelkistyksiä hyödynnettiin myöhemmin tulosten kirjoitusvaiheessa.

Aineiston säilytys ja hävitys

Aineistoa säilytettiin ainoastaan tutkimuksen tekijöiden hallussa. Nauhoitettu aineisto hävitettiin heti sen litteroinnin jälkeen. Litteroitu aineisto tuhottiin tutkimuksen valmistuttua.

Tulosten raportointi

Tulokset raportoitiin ja esiteltiin opinnäytetyöseminaarissa sekä kohdeorganisaation tiloissa. Opinnäytetyö julkaistiin Theseus.fi-opinnäytetyöjulkaisuarkistossa. Tutkimusraportissa käytettiin kohdeorganisaation nimeä, mutta tutkimukseen osallistuvien nimiä ei siinä julkaistu.

Odotuksia organisaatiolle

Organisaatiolta tutkijat toivoivat saavansa käyttöön tilan, jossa haastattelut voitiin suorittaa tutkimukseen osallistuvien hoitajien työajalla. Tämä toteutui kohdeorganisaation toimesta.

6 TYÖN AIKATAULU

Tutkimusprosessi etenee tiettyjen vaiheiden mukaisesti. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen (2013) jakavat sen käsitteelliseen ja empiiriseen vaiheeseen. Käsitteellisessä vaiheessa valitaan ja rajataan tutkimusaihe, laaditaan kirjallisuuskatsaus, tutustutaan kontekstiin ja laaditaan teoreettinen tausta tutkimukselle. Myös tutkimusasetelman määrittäminen sisältyy tähän vaiheeseen. Tutkimusasetelmassa määritetään tutkimuksen otos ja konteksti eli mikä on se joukko, jota aiotaan tutkia ja mikä on se ympäristö, jossa tutkimus tehdään. Myös menetelmävalinnat ovat osa tutkimusasetelmaa. Menetelmävalinnoilla tarkoitetaan niitä menetelmiä, joilla aineisto on tarkoitus hankkia. Empiiriseen vaiheeseen sisältyy aineiston keruu, tallennus ja analysointi sekä tulosten tulkinta ja niiden raportointi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2013, 83-84.)

Tutkimusaiheen valinta tehtiin loppukesästä 2019. Tutkimusaihetta määriteltiin ja rajattiin syyskuussa 2019 yhdessä VVS:n johtavan ylihoitajan kanssa. Tässä yhteydessä määriteltiin myös tutkimuksen otos, konteksti ja menetelmät. Tutustuminen persoonallisuushäiriöiden teorian tietoon aloitettiin heti, kun tutkimusaihe oli valittu. Teoreettisen viitekehysten rakentaminen aloitettiin tutkijoiden perehtyessä teorian tietoon. Teoreettinen viitekehys valmistui vuoden 2019 loppupuolella.

Aineisto kerättiin marras- ja joulukuussa 2019 sekä tammikuussa 2020. Aineiston analysointi aloitettiin, kun aineisto oli tallennettu ja litteroitu eli tammikuussa 2020. Tulosten tulkinta ja raportointi toteutettiin alkukevään ja -syksyn välisenä aikana. Valmis opinnäytetyö esitettiin ja julkaistiin lokakuussa 2020.

7 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tämän tutkimuksen tuloksissa käsitellään hoitajien kokemuksia persoonallisuushäiriöisen potilaan hoitotyöstä Vanhan Vaasan sairaalassa. Aineiston analysointia ja tulosten kategoriointia on havainnollistettu kuviolla (Kuvio 2). Lisäksi tuloksissa käytetään alkuperäisilmaisuja tekstiä rikastuttamaan.

7.1 Hoitajien kokemuksia persoonallisuushäiriöisen potilaan hoidosta Vanhan Vaasan sairaalassa

Hoitajien kokemukset persoonallisuushäiriöisen potilaan hoidosta Vanhan Vaasan sairaalassa jakautuvat viiteen yläkategoriaan: Persoonallisuushäiriöiden esiintyminen, Persoonallisuushäiriön muodostuminen, Hoitovasteen saavuttaminen, Persoonallisuushäiriöisen hoitotyötä hankaloittavat tekijät ja Persoonallisuushäiriöisen hoitotyötä helpottavat tekijät (Kuvio 2).

7.1.1 Persoonallisuushäiriöiden esiintyminen

Yläkategoria Persoonallisuushäiriön esiintyminen muodostuu alakategorioista Persoonallisuushäiriöt nykyään yleisiä ja Epäsosiaalinen ja epävakaa persoonallisuushäiriö yleisimpiä sairaalassa (Kuvio 2).

Persoonallisuushäiriöt nykyään yleisiä. Hoitajien vastauksista ilmeni persoonallisuushäiriöistä ilmenevän erilaisia muotoja ja yksilöstä riippuen häiriön piirteiden tulevan toisilla potilailla selvemmin esiin kuin toisilla. Hoitajat totesivat kolmella neljästä potilaasta ja mielentilatutkittavasta olevan jokin persoonallisuushäiriö. Miespotilailla persoonallisuushäiriön olemassaolo huomataan yleensä selvemmin kuin naispotilailla. Erilaisia persoonallisuushäiriöitä koettiin olevan paljon ja persoonallisuushäiriödiagnoosien määrän koettiin kasvaneen viime vuosien aikana huomattavasti. Diagnoosien määrän odotetaan edelleen kasvavan lähivuosien ja lähivuosikymmenten aikana.

Epäsosiaalinen ja epävakaa persoonallisuushäiriö yleisimpiä sairaalassa. Hoitajien haastatteluissa ilmenneiden vastausten perusteella epäsosiaalinen persoonallisuus on yleisin persoonallisuushäiriö sairaalassa. Se aiheuttaa aggressiivisuutta ja

toimimattomia sosiaalisia käyttäytymismalleja. Toisena eniten esiintyvänä persoonallisuushäiriönä nimettiin epävakaata persoonallisuushäiriötä. Epävakaan persoonallisuushäiriön koettiin tulevan parhaiten esille naispotilaiden keskuudessa, vaikka sitä esiintyy myös miehillä. Samassa potilaassa voi tulla esille epävakauteen liittyvää tunteiden vaihtelua sekä antisosiaalisia piirteitä. Hoitajat totesivat myös, että potilaalla voi olla samanaikaisesti piirteitä monestakin eri persoonallisuushäiriöstä, kuten narsistisesta, epävakaasta ja epäsosiaalisesta persoonallisuushäiriöstä. Persoonallisuushäiriöiden koettiin olevan usein liitoksissa narsistiseen persoonallisuushäiriöön. Toisaalta hoitajat kuvasivat persoonallisuushäiriöisillä potilailla esiintyvän usein narsistista käytöstä, vaikka varsinainen diagnoosi ei olisikaan narsistinen persoonallisuushäiriö. Psykiatristen sairauksien yhteydessä on yleinen myös eristäytyvä, skitsoidityyppinen persoonallisuushäiriö.

Haastateltavien kokemusten mukaan persoonallisuushäiriön diagnosointi voi olla vaikeaa. Diagnostiset kriteerit eivät ole aivan yksiselitteiset. Voi olla hankalaa määrittää, mikä on normaalia käytöstä ja mistä niin sanotusti alkaa persoonallisuushäiriön raja. Hoitajien mukaan laitoshoidossa olevilla potilailla persoonallisuushäiriö on kuitenkin usein vahva ja lääketieteellisesti määritelty.

7.1.2 Persoonallisuushäiriön muodostuminen

Yläkategoriaa Persoonallisuushäiriön muodostuminen on selitetty alakategoriolla Kasvuympäristö ja traumat (Kuvio 2).

Kasvuympäristö ja traumat. Hoitajat kuvasivat persoonallisuushäiriön olevan defensi, jonka muodostumisen taustalla on traumoja ja syy, jonka vuoksi persoonallisuushäiriöinen on joutunut menneisyydessään puolustautumaan ikävällä tavalla ja käyttäytyy nykyisyydessä hankalasti. Lapsuudessaan hän ei ole tullut nähdyksi eikä hänen tarpeisiinsa ole vastattu. Mikäli henkilö on kokenut lapsuudessaan hylkäämistä, joutuu hän kehittämään oman (= vääristyneen) toimintamallin selviytyäkseen. Usein tällainen malli on olla kova. Hoitajat pitivät persoonallisuushäiriöitä nopeasti kasvavana ongelmana. Yksittäistä syytä tähän todettiin olevan vaikea löytää, mutta kasvatukselliset tekijät, kuten rajojen puuttuminen, voivat vaikuttaa diagnoosien määrän kasvuun. Hoitajat toivat esille, että kasvatuksen puute ja se, että

nykylapset kokevat heillä olevan vain oikeuksia eikä lainkaan velvollisuuksia voi aikaansaada vääristyneitä ajatusmalleja. Persoonallisuushäiriöihin on vaikeaa vaikuttaa, sillä opitut käyttäytymismallit ovat hyvin syvällä ja osa ihmisen persoonaa.

7.1.3 Hoitovasteen saavuttaminen

Yläkategoria hoitovasteen saavuttaminen muodostuu alakategorioista Persoonallisuushäiriöisen potilaan hoitokäytännöt, Yhteisöhoito, Terapiat, Lääkehoito ja Potilaalta vaadittavat tekijät hoitovasteen saavuttamiseksi (Kuvio 2). Haastateltavien kokemusten mukaan persoonallisuushäiriöisen hoidossa suunnitelmat eivät juuri koskaan toteudu ilman konflikteja.

Persoonallisuushäiriöisen potilaan hoitokäytännöt. Hoitajat nimesivät hoitotyössä tärkeiksi asioiksi persoonallisuushäiriöisen kokemuksen ymmärretyksi tulemisesta ja siitä, että hänestä välitetään. Suoraan nykyhetken ongelmakäyttäytymiseen pureutumisen sijaan yhteistyötä koettiin saatavan paremmin aikaan, kun hoidossa lähdetään purkamaan ongelmakäyttäytymistä niistä asioista, jotka ovat siihen aikoinaan johtaneet. Hoitajat kokivat persoonallisuushäiriöisten tarvitsevan paljon tukea, esimerkin näyttämistä sekä toistoja. Hoitaja näyttää omalla käytöksellään persoonallisuushäiriöiselle esimerkkiä. Aika ja muiden esimerkin näkeminen sen suhteen, kuinka toisia kohdellaan, on potilaalle opettavaa. Rutiininomaista ei-toivotun käytöksen esiin nostamista ja vaihtoehtoihin käyttäytymismalleihin ohjaamista pidettiin tärkeänä. Haastateltavat korostivat, että pelkkä huonon käyttäytymisen osoittaminen ei ole riittävää, vaan hoitajan tulee myös tarjota potilaalle vaihtoehtoja huonolle käyttäytymiselle. Ongelmat on hyvä nostaa esiin kaunistelematta sellaisina kuin ne ovat. Peilinä toimiminen ja rooliharjoitusten tekeminen suostuvaisen ja prosessissaan pitkällä olevan persoonallisuushäiriöisen kanssa nähtiin tehokkaana. Peiliharjoituksessa voidaan ottaa esimerkki potilaan käyttäytymisestä ja toimia potilasta kohtaan samalla tavalla.

Ongelma-alueiden kartoittaminen, elämänjanan tekeminen, ongelmatilanteiden ketjuttaminen ja näiden tilanteiden läpikäyminen potilaan kanssa koettiin hyviksi keinoiksi. On hyvä pohtia esimerkiksi, miksi jossain tilanteessa potilastoverista tuntui pahalta, vaikkei persoonallisuushäiriöisestä itsestään tuntunut. Hoitajat

mielsivät tärkeäksi opettaa potilaita selviytymään ihmissuhteissaan myös sairaalan ulkopuolella, jottei elämä olisi jatkuvaa vuoristorataa ja ”tulipalojen sammuttelua”, vaan hyviä aikoja olisi enemmän kuin huonoja. Uudelleen siltojen rakentaminen omaisiin ja tarpeellisen tiedon jakaminen persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan omaisille nähtiin osana hyvää omaistyötä. Omaisille kerrotaan, ettei potilas ilkeyttään käyttäydy tietyllä tavalla, vaan se johtuu tietyistä tekijöistä. Myös hyvää yhteistyötä yhteistyökumppaneiden, kuten kuntoutuskotien kanssa pidettiin tärkeänä. Yhteistyökumppaneiden kanssa tulee nostaa esiin keskustelua potilaan persoonallisuushäiriöstä.

Hoitajat kokivat persoonallisuushäiriön tyypin määrittelevän, millaista päivittäinen hoitotyö on. Esimerkiksi epäsosiaalisesta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan kanssa edetään päivittäisissä toimissa hitaasti ja varovaisesti. Asioita tehdään tällöin rauhallisesti ja hidastetusti. Tämä huomioidaan erityisesti silloin, jos potilas on impulsiivinen. Tavoitteita asetetaan maltillisesti ja edetään potilaalle sopivaan tahtiin. Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan hoitotyössä taas korostuu taitojen opettelu eri arkipäivän tilanteissa. Näitä taitoja opetellaan toistojen kautta. Tätä varten on olemassa tarkat hoito-ohjeet.

Muun mielisairauden lääkehoitoa, kuten myös liikkumista, ruokavaliota sekä haavoittuvuustekijöiden minimointia (esim. tarpeeksi ruokaa ja unta, hygienian hoitaminen) pidettiin potilaita auttavina tekijöinä. Liikunta raittiissa ilmassa rauhoittaa ja rentouttaa erityisesti persoonallisuushäiriöisen mielen käymistilaa. Ruokavalio tukee hyvinvointia. Hoitajat totesivat, että huono ruokavalio, vähän unta ja paljon sokeria sekoittaa kenen tahansa mielen.

Hoitajat kokivat, että työskentely persoonallisuushäiriöisten potilaiden kanssa on tuonut lisäymmärrystä siihen, että kyseiset häiriöt eivät aina ole pysyviä, vaan häiriöstä kärsivän oireita ja kärsimystä voidaan tehokkaasti lievittää tai jopa poistaa eri hoito-ohjelmien avulla. Nämä hoito-ohjelmat ovat vuosien varrella kehittyneet valtavasti.

”Rutiinit ja samat toimintatavat ovat tärkeitä kaikkien potilaiden kanssa, mutta etenkin persoonallisuushäiriöisten kanssa on tärkeää tuoda esille

ikävä käytös, mutta myös antaa keinoja rakentavampaan käyttäytymiseen. Pelkkä ei-toimivan käytöksen esiin nostaminen ei riitä, vaan hoitohenkilökunnan tulee myös olla valmis antamaan vaihtoehtoja. Tärkeintä on, että halutaan antaa keinoja ihmissuhteissa selviytymiseksi, potilas tulee kuuluksi ja kokee itsestään välitettävän.”

Yhteisöhoito. Hoitajien mukaan yhteisöhoito, yhteisön rutiinit ja muiden kanssa eläminen on hyvää harjoitusta persoonallisuushäiriöpotilaille sosiaalisten taitojen opettelussa. Persoonallisuushäiriöstä ja mielisairaudesta kärsiville potilaille on sairaalassa monia ryhmiä, joiden nähtiin palvelevan potilaiden sosiaalisten taitojen kehittymistä. Eri tilanteiden harjoittelu, retket ja esimerkiksi kauppaan meneminen opettavat. Ryhmätilanteet ovat hyviä muiden huomioimisen opettelemisessa, sillä tällöin ei voida toimia yhden ihmisen toiveiden pohjalta.

Terapiat. Hoitajien kokemusten mukaan persoonallisuushäiriöinen saa elämänsä aikana paljon negatiivista palautetta poikkeavan sosiaalisen käyttäytymisensä vuoksi. Dialektisen käyttäytymisterapian (DKT) koettiin antavan potilaille keinoja positiivisen kautta. Hyväksynnän ja kehujen kautta ihmisen käytös alkaa muuttumaan. Ikävää palautetta annetaan vain tarvittaessa, ja silloinkin positiivisen kautta. DKT on suunniteltu epävakaille ja sitä voidaan käyttää, vaikka potilas olisi huonosakin kunnossa. Potilaan täytyy kuitenkin olla halukas terapiaan, jotta siitä olisi hyötyä. DKT:n katsottiin soveltuvan monelle, sillä siinä on monta erilaista osiota. DKT:n lisäksi kaiken muunkin terapian nähtiin olevan persoonallisuushäiriöiselle avuksi. Myös epäsosiaaliset voivat hyötyä DKT:stä tai DKT-tyyppisestä hoidosta. Hoitajat nostivat esille, että DKT-tyyppistä toimintaa suoritetaan paljon normaali-osastotyössä, vaikkei sitä aina tulla ajatelleeksi. Muiden huomioimisen opettaminen on olennainen osa tätä.

Toisaalta haastatteluissa tuli ilmi, että esimerkiksi työpisteessä käyminen säännöllisesti ja/tai pitkäaikaisesti voi olla persoonallisuushäiriöiselle hankalaa, sillä muiden siellä olevien kanssa tulee herkästi riitoja. Tähän vaikuttaa myös epäluuloisuus muita kohtaan, esimerkiksi heidän sanomisiinsa liittyen. Ryhmässä persoonallisuushäiriöinen voi myös olla hyvin hallitseva ja äänekäs. Potilas voi yhteiseksi tarkoitettusta ajasta kuluttaa suurimman osan omien asioidensa ja mielipiteidensä julki

tuomiseen. Terapiatyöskentelyn ajateltiin joidenkin persoonallisuushäiriöisten kohdalla siis olevan todennäköisesti tehokkainta yksilömuotoisena.

Lääkehoito. Lääkityksen toimimattomuuden koettiin hankaloittavan persoonallisuushäiriön hoitoa hoidon alkuvaiheessa. Hoitajien kokemusten mukaan psykoosisairauksiin voidaan usein vaikuttaa tehokkaasti lääkityksellä, jolla esimerkiksi skitsofreniapotilaan harhat saadaan hyvin kuriin. Persoonallisuushäiriöihin lääkitys ei kuitenkaan koskaan auta täysin parantavasti.

Potilaalta vaadittavat tekijät hoitovasteen saavuttamiseksi. Hoitajat totesivat, että persoonallisuushäiriön käsittelemiseksi ja uusien käyttäytymismallien oppimiseksi potilaan on tiedostettava oman käyttäytymisensä ja reagointinsa ongelmallisuus. Jos potilas tiedostaa ongelmansa ja ymmärtää sen seuraukset, voidaan asiaa työstää tämän kanssa ja opetella uusia taitoja käyttäytymisen hallintaa varten.

"Jotta persoonallisuushäiriöihin voidaan vaikuttaa, vaati se potilaalta sen, että tämä oivaltaa oman tilanteensa ja ymmärtää omien toimintamallien olevan vääristyneitä. Ilman tätä oivallusta ei pystytä häiriöön vaikuttamaan, ei psykofarmakologisesti tai psykoterapeuttisesti."

7.1.4 Persoonallisuushäiriöisen hoitotyötä hankaloittavat tekijät

Yläkategoria Persoonallisuushäiriöisen hoitotyötä hankaloittavat tekijät muodostuu alakategorioista Häiriön pysyvyys, Jäykkä, toimimaton käyttäytymismalli, Manipulaatio, vallankäyttö, uhkailu, Valitusten tekeminen, Turvallisuus ja väkivallan uhka, Moniongelmaiset potilaat, Splittaaminen, Hoitosuhteen rakentamisen haastavuus, Vuorovaikutuksen ongelmat ja Kokonaisvaltainen vaikutus osastoyhteisön ilmapiiriin (Kuvio 2).

Häiriön pysyvyys. Hoitajien vastauksista ilmeni, että persoonallisuushäiriö on usein varsin pysyvä häiriö. Hoitajat kuvasivat, että kuitenkin potilaan kärsimystä voidaan lieventää ja käyttäytymistä muuttaa esimerkiksi psykoedukaation ja terapian keinoin, mutta häiriötä ei lähes koskaan voida täysin poistaa. Persoonallisuushäiriöisen potilaan hoitotyössä on joskus hyväksyttävä, että kaikkia potilaita ei voida auttaa. Hoitajat myös kuvasivat, että vaikka hankalia luonteenpiirteitä ei voidakaan täysin

poistaa, tuo ikääntyminen usein helpotusta potilaan oireisiin ja tämän käytös alkaa sen myötä rauhoittumaan.

”Tällaista persoonallisuushäiriöisen jäykkää ajattelu- ja toimintamallia on vaikeaa lähteä muuttamaan. Siihen voidaan yrittää vaikuttaa esim. psyykoedukaatiolla ja kognitiivisella käyttäytymisterapialla. Monesti kuitenkin näillä ei saada merkittävää muutosta potilaaseen.”

Jäykkä, toimimaton käyttäytymismalli. Haastateltavien vastauksissa nousi esille, että persoonallisuushäiriöinen potilas käyttäytyy usein tietyn käyttäytymismallin mukaan. Tämän mallin he kuvaavat olevan hyvin jäykkä ja toimimaton sekä johtavan säännöllisesti vaikeisiin ristiriitatilanteisiin. Lisäksi he kuvaavat, että persoonallisuushäiriöisen potilaan jäykkä käyttäytymismalli ilmenee itsekeskeisyytenä ja muista piittaamattomuutena ja että persoonallisuushäiriöiset myös saattavat loukkaantua erityisen herkästi. Hoitajien mukaan persoonallisuushäiriöisellä potilaalla on usein huonot sosiaaliset taidot ja tämän takia potilas joutuu monesti konfliktitilanteisiin sekä yhteiskunnan toiminnoissa että osastoyhteisössä. Vastauksissa myös korostui, että persoonallisuushäiriöinen potilas voi olla jopa täysin sairaudentunton, mikä tekee hoitotyöstä entistä haastavampaa. Persoonallisuushäiriöinen potilas ei useinkaan pysty arvioimaan omaa toimintaansa realistisesti: tämä ei kykene näkemään vikaa omassa käyttäytymisessään, vaan syyt ristiriitatilanteisiin löytyvät aina potilaasta itsestään riippumattomista tekijöistä, tämän itsensä ulkopuolelta. Hoitajat kuvasivat, että esimerkiksi sellaiset sosiaaliset perustaidot, kuten vaikkapa anteeksipyyttäminen, kuunteleminen ja silmiin katsominen erityisesti tunnerikkaissa tilanteissa voivat olla persoonallisuushäiriöiselle potilaalle todella haastavia tai jopa mahdottomia, harjoittelusta huolimatta.

Manipulaatio, vallankäyttö, uhkailu. Persoonallisuushäiriöisen potilaan ongelma-käyttäytymisen koettiin käytännössä näkyvän monin eri tavoin. Persoonallisuushäiriöinen potilas voi esimerkiksi manipuloida tai hyväksikäyttää heikompa. Haastateluissa tuli useasti esille, että persoonallisuushäiriöiselle on tyypillistä etsiä hoitajien ”heikointa kohtaa” saadakseen haluamansa, ja käytännön työssään hoitajat joutuvat usein selvittämään manipulaatio- ja vallankäyttötilanteita osastolla. Persoonallisuushäiriöstä kärsivällä voi olla taipumus pyrkiä saamaan itselleen kaikki

mahdolliset ylimääräiset etuudet keinolla millä hyvänsä, oli se sitten esimerkiksi ruokaa, vapautta tai jotain muuta. Taipumus nähtiin mahdollisesti tiedostamattomana toimintana.

Hoitajien kokemusten mukaan persoonallisuushäiriöisen potilaan suhtautuminen hoitajaan riippuu siitä, mitkä ovat milloinkin potilaan tarkoitusperät. Potilaan yhtäkkisesti kehuessa hoitajaa esimerkiksi osaston parhaaksi hoitajaksi koettiin tavalliseksi, että potilaalla on jokin taka-ajatus. Mikäli mielistely ei tuota tulosta, saattaa potilas seuraavaksi kokeilla kiristämistä. Jollei tämäkään tehoa, päädytään yleensä riitatilanteeseen, jossa potilas tyypillisesti alkaa nimittelemään hoitajia. Tavoitteisiinsa pyrkivän potilaan painostuksen koettiin olevan joskus todella voimakasta ja taitavaa, mikä saattaa aiheuttaa kokemattomassa hoitajassa epävarmuutta ja periksi antamisen potilaan vaatimuksille. Erityisen haastavana nähtäisiin tilanne, jossa kokemattoman hoitajan ensimmäinen omapotilas kärsisi persoonallisuushäiriöstä. Haastateltavat totesivat painostuksen olevan välillä kokeneellekin hoitajalle hyvin haastavaa. Hoitajien uhkailun esimerkiksi valitusten tekemisellä ajateltiin olevan melko tyypillistä. Uhkailu saattaa vaikuttaa kokemattoman ja epävarman hoitajan työhyvinvointiin ja saada tämän pohtimaan omaa jaksamista. Persoonallisuushäiriöstä kärsivällä voi olla tapana myös vaatia osastonhoitajaa nimittämään hänelle uudet omahoitajat, mikä nähtiin eräänlaisena ”pelaamisena”.

Haastateltavat kokivat tavalliseksi, että hoitajan äänenvoimakkuus voi lopulta nousta tai puheen sävy muuttua jämäkäksi tilanteessa, jossa potilaan kanssa on koko työvuoro käyty keskustelua samasta aiheesta. Persoonallisuushäiriöinen voi antaa palautetta hoitajan käyttäytymisestä, esimerkiksi kohonneesta äänenvoimakkuudesta. Hoitajan ei kuitenkaan tulisi liikaa pohtia potilaan antamaa palautetta, sillä se on myös potilaan keino pyrkiä manipuloimaan hoitajaa.

Vaikeasti persoonallisuushäiriöiset, etenkin antisosiaaliset potilaat nähtiin taitavina löytämään yhteisön heikoin lenkki², johon he pyrkivät vaikuttamaan eri manipulaation ja uhkailun keinoin saadakseen haluamansa. Tämä koettiin todella kuluttavana ja loppuun palamisen riskin nähtiin tällöin olevan suuri. Hoitajat kokivat persoonallisuushäiriöisten olevan myös taitavia lukemaan hoitajien persoonia ja

työskentelytapoja. Osastoyhteisössä ongelmalliseksi koettiin persoonallisuushäiriöinen potilas, joka on yhtäaikaisesti äärimmäisen antisosiaalinen, tai jopa psykoopaattinen, sekä älykäs. Tällainen potilas saa usein ihmiset toimimaan haluamallaan tavalla. Usein tämä perustuu pelkoon. Potilas voi uhata hoitajaa henkilökohtaisesti. Vaikeimmaksi koettiin tilanteet, joissa potilas uhkaa vahingoittaa hoitajan perhettä. Nämä tilanteet ovat äärimmäisen vaikeita, niistä on mahdotonta olla välittämättä ja tällöin hoitajan on vaikeaa pysyä ammatillisena. Hoitajat kertoivat joskus myös kuulevansa potilailta, kun joku toinen potilas on tehnyt hoitohenkilökuntaan kohdistuvan tappouhkauksen. Vaikka onkin mahdotonta sanoa pitävätkö nämä paikkaansa, on niiden kuuleminen kuitenkin hoitajille henkisesti raskasta ja herättää uhkauksen kohteena olevassa monia ajatuksia sekä vaikeuttaa ammattimaista suhtautumista uhkauksen esittäneeseen potilaaseen. Hoitajien mielestä on hyvä, että he tietävät mitä osastolla on milloinkin meneillään, mutta toisaalta tällaisesta uhkauksesta olisi kuitenkin mieluummin tietämättä.

”Potilaat osaavat myös lukea eri hoitajien persoonia ja työskentelytapoja, ja yrittävät ohjailla näitä toimimaan omien halujensa mukaisesti. Jos esimerkiksi hoitaja on arka ja näyttää pelkävän, potilas saattaa huutaa tälle ja siten saada hoitajan toimimaan omien halujensa mukaan. Jos taas toinen hoitaja ei näytä lainkaan pelkävän, saattaa persoonallisuushäiriöinen potilas sivuuttaa tämän täysin ja olla puhumatta tälle mitään. Hieman epävarmaa hoitajaa voidaan lähestyä diplomaattisesti tunnustellen ja katsoen, mitä tuleman pitää.”

Valitusten tekeminen. Hoitajat näkivät valitusten tekemisellä uhkailun eräänlaisena psykologisena aseena, jonka avulla potilas on mahdollisesti menneisyudessa päässyt lähemmäs jotakin tavoitettaan. Persoonallisuushäiriöinen kokee usein omahoitajat huonoimpina mahdollisina hoitajina, jolloin mahdollinen valitusten tekemisen tavoite on hoitajien irtisanominen tai uusien omahoitajien saaminen. Potilaan voimavaroilla ja muiden psyykkisten sairauksien oireilulla on vaikutusta siihen, jääkö uhkaaminen valituksen tekemisestä uhkauksen tasolle, vai viekö potilas asiaa eteenpäin. Potilaan psyykkinen vointi vaikuttaa myös valitusten sisältöön. Potilaan ajateltiin tekevän valituksen usein hillityssä mielentilassa tietäen, ettei voi käyttää siinä epäasiallista tekstiä. Ylilyöntejä voi tulla pikemminkin keskusteluissa, kun

potilas ei saa haluamaansa, jolloin potilas suuttuu ja saattaa käyttää hyvinkin ikävää kieltä.

Hoitajat listasivat, että potilaan tekemien valitusten tutkiminen ei johda mihinkään, kun hoitaja on potilaan väitteistä huolimatta pysynyt kannassaan ja totuudessa, huolehtinut raportoinnista sekä noudattanut lakia. Tällöin potilas huomaa, että painostuksesta huolimatta hoitaja ei murru eikä valituksen tekeminen tuota tulosta. Hoitajat kokivat, että persoonallisuushäiriöisen potilaan näkökulmasta valituksen tekeminen saattaa olla perusteltua esimerkiksi sen suhteen, miksi hän haluaisi hoitohenkilökunnan toimivan toisella tavalla.

Hoitohenkilökunta ei tiedä paljonko valituksia heistä on tehty, sillä ne eivät yleensä palaudu osastolle. Joihinkin valitukseen potilas voi saada vastineen lääkäreiltä, mutta useimmiten hän on pettynyt saamaansa vastaukseen ja tuo esille kritiikkiä myös vastineen kirjoittajaa kohtaan. Persoonallisuushäiriöiset vaativat uusilta lääkäreiltä jatkuvasti keskusteluja ja esittävät runsaasti toiveita. Hoitajien kokemusten mukaan paine lääkäreitä kohtaan on yleensäkin persoonallisuushäiriöisten osalta kova. Potilaat tekevät todennäköisesti lääkäreistä valituksia enemmän ja esittävät heille myös tappouhkauksia enemmän kuin hoitajille. Persoonallisuushäiriöinen saattaa voimakkaasti painostaa erityisesti uusia lääkäreitä omien tavoitteidensa saavuttamiseksi. Tehdessään valituksen esimerkiksi osastonlääkäristä potilas saattaa tuoda luonnoksen valituksesta omahoitajan nähtäväksi.

Turvallisuus ja väkivallan uhka. Hoitajien vastauksista ilmeni, että persoonallisuushäiriöisen potilaan hoitotyössä turvallisuuden huomioiminen on erityisen tärkeää. He toivat esille, että väkivaltatilanteiden esiintymisen uhka on aina olemassa. Yleisestä turvallisuudesta huolehtiminen on kaikkien yhteinen asia: ketään ei jätetä riskitilanteisiin yksin ja etenkin naishoitajien turvallisuudesta huolehditaan erityisen huolellisesti. Hoitajat kuvasivat väkivaltatilanteiden riskin kasvavan erityisesti silloin, jos potilaalla on persoonallisuushäiriön lisäksi kognitiivisia ongelmia sekä jos persoonallisuushäiriöinen potilas on hyvin älykäs ja vahva persoona, joka onnistuu manipuloimaan etenkin itseään kognitiivisesti heikompia potilastovereitaan mukaan toimintaansa.

Hoitajien vastauksissa nousi esille, että yöt ovat riskiaikaa, sillä henkilökuntaa on vähemmän paikalla verrattuna päiväsaikaan. Myös se nähtiin ongelmallisena, että nykyään persoonallisuushäiriöiset potilaat ovat aiempaa nuorempia ja toisaalta kauan alalla olleet mieshoitajat ikääntyvät, mikä tuo mukanaan omat fyysiset rajoitteensa. Tämän yhtälön hoitajat kuvasivat voivan aiheuttaa raakojakin väkivaltilanteita. Hoitajat kuvasivat vastauksissaan, että henkilökunta voi omalla käytöksellään vaikuttaa väkivaltilanteiden syntymiseen ja minimoida niiden riskiä erityisesti siten, että pystyy olemaan ammatillinen hoitotilanteissa eikä esimerkiksi ajaudu väittelyyn impulsiivisesti käyttäytyvän potilaan kanssa. Lisäksi he arvioivat, että hoitajalta vaaditaan tietynlaista arviointikykyä: on osattava tunnistaa riskitilanteita, jotka saattavat kärjistyä väkivaltilanteiksi. Tällaisia tilanteita ovat esimerkiksi tilanteet, joissa potilas joutuu sietämään pettymyksiä tai käsittelemään vaikeita tunteitaan. Hoitajan on tärkeää osata rauhoittaa potilasta omalla käytöksellään eikä määräämisellään provosoida tämän käytöstä. Lisäksi hoitajat totesivat vastauksissaan, että joskus viisain väkivallan ehkäisykeino on hoitajan poistuminen paikalta. Kaiken kaikkiaan vastauksista ilmeni, että väkivaltilanteet ovat harvinaisia, mutta esiintyessään ne ovat nykyään raaempia kuin aikaisemmin.

”Raa’an väkivallan toteutuminen onkin suurin riskitekijä persoonallisuushäiriöisen potilaan hoitotyössä.”

Moniongelmaiset potilaat. Haastatteluista ilmeni, että persoonallisuushäiriöisen potilaan hoitotyöhön lisähaasteita tuo se, jos potilas kärsii persoonallisuushäiriön lisäksi myös psykoosisairaudesta. Hoitajat kuvasivat usein olevan tilanteita, joissa hoitaja ei pysty erottamaan johtuuko potilaan käyttäytyminen persoonallisuushäiriöstä vai psyykkisestä sairaudesta, kuten esimerkiksi skitsofreniasta. Hoitajat myös kertoivat, että niin sanottuja kolmoisdiagnoosipotilaita on paljon ja tällaisten potilaiden hoitotyö on haastavaa. Kolmoisdiagnoosipotilaille hoitajat tarkoittivat potilaita, joilla on sekä psykoosisairaus, persoonallisuushäiriö että päihdeongelma. Hoitajien mukaan olennaista ei ole tietää tarkasti, mikä diagnoosi potilaan käyttäytymisen aiheuttaa, vaan tärkeämpää on nähdä ihminen kokonaisuutena. He kuitenkin tarkensivat, että diagnoosit ja niiden vaikutus potilaan käyttäytymiseen on hyvä olla tiedossa, mutta ne eivät liiaksi saa ohjata suhtautumista potilaaseen. Hoitajat

kuvasivat, että psykoosisairauksista esimerkiksi skitsofrenia voi aiheuttaa epäluuloisuutta, samoin persoonallisuushäiriö. Potilaan epäluuloisuus vaikeuttaa hoitotyötä esimerkiksi siten, että potilas ei halua osallistua omahoitajakeskusteluun, sillä pelkää siinä piilevän jonkin taka-ajatuksen. Näin ollen hoitotyö vaikeutuu, mutta olennaista ei ole tietää, johtuuko tämä hoitotyötä vaikeuttava epäluuloisuus persoonallisuushäiriöstä vai psykoosisairaudesta, vai molemmista.

”Ei ole olennaisinta tietää, mikä oire/käyttäytyminen johtuu psykoosisairaudesta, mikä persoonallisuushäiriöstä ja mikä päihdetaustasta. Ihminen kokonaisuutena on tärkein. Kuitenkin on hyvä tiedostaa nämä mahdolliset taustavaikuttajat.”

”Haastavaa on sellaisen potilaan hoitotyö, jolla on yhtäaikaisesti vaikea psykoosisairaus ja äärimmäisen vaikea persoonallisuushäiriö.”

Splittaaminen. Hoitajat kokivat persoonallisuushäiriöpotilaat osaston raskaimpina hoidettavina splittaamisen vuoksi. Usein persoonallisuushäiriöiset pyrkivät splittaamaan henkilökuntaa ja muita potilaita. On tärkeää olla lähtemättä tähän mukaan ja suojata muitakin ikävältä käytökseltä. Etenkin antisosiaalisesta persoonallisuushäiriöstä kärsivät pyrkivät voimakkaasti manipuloimaan henkilökuntaa ja jakamaan hoitajat ”hyviin” ja ”huonoihin” (= splittaaminen). Kaikki hoitajat ovat yksilöitä ja jokaisella on oma persoonallinen työskentelytapansa. Osa henkilökunnasta reagoi ja vastaa huomionhakuisen potilaan tarpeisiin nopeammin kuin toiset ja tällöin potilas saattaa jakaa hoitajat niin sanottuihin hyviin ja huonoihin hoitajiin. Nämä niin sanotut huonot hoitajat saavat persoonallisuushäiriöisiltä paljon syyttelyä osakseen.

Hoitajien kokemusten mukaan persoonallisuushäiriöinen saattaa mieluummin osallistua keskusteluun yhden hoitajan kanssa kerrallaan kuin esim. kummankin omahoitajan kanssa samanaikaisesti, sillä tällöin kaikki olisivat perillä sopimuksista ja sanotuista asioista; splittaaminen vaikeutuisi huomattavasti.

Hoitosuhteen rakentamisen haastavuus. Hoitajat kuvasivat vastauksissa, että pysyvän ja toimivan hoitosuhteen rakentaminen persoonallisuushäiriöisen potilaan kanssa voi olla äärimmäisen haastavaa. He kertoivat, että persoonallisuushäiriöiset potilaat ovat raskashoitoisia ja tämän takia vaihtavatkin usein osastoa: samalla vaihtuu myös hoitohenkilökunta ja tämä saattaa entisestään voimistaa potilaan

splittaustaipumusta ja siten vaikeuttaa tämän hoitoa. Vastauksista ilmeni, että persoonallisuushäiriöisen potilaan hoitotyössä on jatkuvasti arvioitava potilaan mielialaa ja päivän aikaisempia kommunikaatiotilanteita. He kuvasivat hoidon olevan jatkuvaa potilaan mielialan tunnustelua: jos esimerkiksi omahoitajakeskustelu aloitettaisiin potilaan ollessa ”väärässä mielentilassa”, saattaisi keskustelu jäädä kokonaan käymättä tai päättyä siihen, että potilas riitaantuisi hoitajan kanssa ja poistuisi mielenosoituksellisesti paikalta. Hoitajat kuvasivatkin persoonallisuushäiriöisen potilaan olevan usein herkkä loukkaantumaan ja riitaantumaan, jos asiat eivät etene tämän toivomalla tavalla. Ihan tavalliset arkipäivän asiat voivat aiheuttaa persoonallisuushäiriöisessä potilaassa suuren tunnereaktion ja pilata tämän koko päivän. Usein on vaikea arvioida, mikä on paras omahoitajien lukumäärä käymään keskusteluja persoonallisuushäiriöisen potilaan kanssa: kahden hoitajan läsnäolo saattaa saada potilaan tuntemaan itsensä altavastaajaksi ja silloin keskustelu ei etene. Jos omahoitajatiimissä on 3-4 hoitajaa, voi se johtaa siihen, että potilas tekee yhdestä hoitajasta niin sanotun hyvän hoitajan ja haluaa asioida vain tämän kanssa. Tällaisessa tiimissä tulisikin hoitajien mukaan olla vahvoja persoonia ja tarkasti sovitut yhteiset linjat.

”Vaikeasti oireilevan potilaan kanssa voi olla haastavaa saada omahoitajakeskustelut ja yksilöterapiat toimiviksi. Potilas saattaa toistuvasti riitaantua hoitajien kanssa ja poistua tilanteista mielenosoituksellisesti ovia paisuen, kun keskustelu ei etene hänen haluamallaan tavalla.”

”Hoitosuhteeseen pääseminen potilaan kanssa voi olla todella haastavaa. Äärimmäisen vaikeasti persoonaltaan oireilevien potilaiden omahoitaja vaihtuukin hyvin usein. Hoitosuhdetta yritetään rakentaa eri näkökulmista katsoen.”

Vuorovaikutuksen ongelmat. Tutkimuksesta ilmeni, että kommunikaatio ja vuorovaikutus persoonallisuushäiriöisen potilaan kanssa voi olla hyvinkin haastavaa. Hoitajat kertoivat, että vuorovaikutus persoonallisuushäiriöisen potilaan kanssa sisältää monesti runsaasti epänormaaleja vuorovaikutuksen elementtejä. Persoonallisuushäiriöisen potilaan kanssa on paljon taistelua ja väärinkäsityksiä. He nimittelevät usein hoitajia herjaavilla nimillä ja kommunikoivat näille kiroten. Keskusteluissa myös ilmenee usein paljon syyttelyä hoitajia kohtaan ja keskustelut etenevät

hitaasti tai eivät etene ollenkaan. Hoitajat kokivat, että vaikeasti persoonaltaan oi-reileva potilas voi vaikuttaa koko henkilökunnan harmoniaan, ja erimielisyyksiä henkilökunnan välille voi syntyä ainoastaan yhden hoitosuhteen takia.

”Persoonallisuushäiriöisten potilaiden kanssa on paljon taistelua, vääntöä ja väärinkäsityksiä. Esimerkiksi neutraaleihin kehotuksiin suhtaudutaan ne-gatiivisesti ja hieman paranoidisesti.”

Kokonaisvaltainen vaikutus osastoyhteisön ilmapiiriin. Tutkimuksesta ilmeni, että persoonallisuushäiriöiset potilaat vaikuttavat voimakkaasti koko osaston toi-mintaan ja ilmapiiriin, niin toisiin potilaisiin kuin henkilökuntaankin. Hoitajat ku-vasivat useita erilaisia ongelmatilanteita.

Persoonallisuushäiriöiset potilaat eivät monestikaan välitä yhteisesti sovitusta säännöistä vaan rikkovat niitä toistuvasti. Tämä luonnollisesti aiheuttaa ärtymystä potilastovereissa ja he vaativatkin hoitajilta perusteluja, miksi yhteiset säännöt eivät koske kaikkia osaston potilaita. Hoitajat myös kertoivat, että persoonallisuushäiri-öisen potilaan käytös osastoyhteisössä voi olla toisten potilaiden mielestä pelotta-vaa, jolloin he alkavat pelonsekaisesti kunnioittaa tätä. Persoonallisuushäiriöisen potilaan potilastoverit saattavat pelätä tosissaan ja heiltä voi mennä paljon voima-varoja tällaisen potilaan välttelyyn. Toiset potilaat saattavat myös ahdistua persoo-nallisuushäiriöisen potilaan käytöksestä ja vetäytyä omiin oloihinsa pois osastoyh-teisöstä tai he poistuvat joistain tietyistä tilanteista nopeasti. Lisäksi hoitajat kertoi-vat, että persoonallisuushäiriöisen potilaan käytös voi olla korostuneen huomion-hakuista ja potilas saattaa itkeä tai ulvoa ylikorostuneesti esimerkiksi tilanteissa, joissa tätä joudutaan rajoittamaan, ja tämä voi aiheuttaa ristiriitatilanteita osastoyh-teisössä.

Hoitajat kuvasivat haastavaksi myös tilanteen, jossa osastolla on useampi saman-suuntaisesta persoonallisuushäiriöstä kärsivä potilas. Tällöin nämä saattavat hakeu-tua toistensa seuraan ja tällaisten ”kuppikuntien” syntyminen vaikuttaa työyhteis-öön ja muihin potilaisiin. Toisaalta hoitajat myös arvelivat, että jos osastolla olisi ainoastaan samantyyppisestä häiriöstä kärsiviä potilaita, ei yksi potilas ehkä pääsisi yhtä helposti dominoimaan osastoyhteisöä. Hoitajat kertoivat, että kaiken kaikkiaan

persoonallisuushäiriöiset potilaat vaikuttavat voimakkaasti koko yhteisön toimintaan. Etenkin vaikeahoitoisimmat persoonallisuushäiriöiset vaativat jatkuvasti hoitajien huomiota ja työllistävät näitä jatkuvasti kysymyksillään ja tarpeillaan. He kuvasivat uhkana olevan, että aremmat ja hiljaisemmat potilaat jäävät vähemmälle huomiolle. Jokaisen hoitajan on tiedostettava tämä ja pyrittävä huomioimaan osaston kaikki potilaat tasapuolisesti.

”Osasto-olosuhteissa persoonallisuushäiriöinen potilas usein vaikuttaa käytöksellään voimakkaasti muihin potilaisiin. Tämä aiheuttaa potilasyhteisössä mm. jännitteitä ja hämmennystä. Tällöin on tärkeää tiedostaa asia ja huomioida kaikki potilaat.”

”Osastoyhteisössä on kaikille samat säännöt. Persoonallisuushäiriöinen potilas ei kuitenkaan näitä noudata. Tämä ymmärrettävästi herättää muissa potilaissa vastustusta, ja he ymmärrettävästi haluavat hoitohenkilökunnalta perusteluja sille, miksi jonkun ei tarvitse noudattaa yhteisiä sääntöjä.”

”Vaikeimmin hoidettavat potilaat vaativat paljon hoitajaresursseja ja nimenomaan kokenutta henkilökuntaa.”

7.1.5 Persoonallisuushäiriöisen hoitotyötä helpottavat tekijät

Yläkategoria Persoonallisuushäiriöisen hoitotyötä helpottavat tekijät muodostuu alakategorioista Hoitajan asiantuntijuus ja ammatillisuus, Pysyvyys ja selkeät linjaukset, Riittävä työnohjaus, Lisäkoulutus, Työyhteisön hyvä ilmapiiri ja toimiva yhteistyö ja Hoitajalta vaadittavat ominaisuudet (Kuvio 2).

Hoitajan asiantuntijuus ja ammatillisuus. Hoitajien vastauksista ilmeni, että persoonallisuushäiriöisen potilaan hoitotyössä joutuu jatkuvasti tilanteisiin, joissa on reflektoitava sekä omaa ammatillisuutta ja omia tunteita että potilaan sairautta ja käyttäytymistä. Vastauksissa korostui, että persoonallisuushäiriöiset potilaat herättävät jatkuvasti hoitajassa useita eri tunteita, joita on kyettävä refleктоimaan itsensä kanssa. Esimerkiksi ylimielisesti käyttäytyvä potilas saattaa herättää hoitajassa suuttumusta, kirosanon kera haukkuva potilas raivoa ja jatkuvilla vaatimuksilla työllistävä potilas voi saada hoitajan uupumaan työmäärän alla. Myös jatkuva valitusten tekemisellä uhkailu voi saada hoitajan pelkäämään ja muuttamaan käytöstään. Hoitajien mukaan persoonallisuushäiriöiset potilaat myös ovat taitavia

manipuloimaan ja he osaavat taitavasti vedota hoitajan tunteisiin. On tärkeää osata tunnistaa itsessään kaikenlaiset hoitotyössä syntyvät tunteet ja käsitellä ne itsensä kanssa. Tunteiden käsittelemättömyys lisää hoitajan kuormittuneisuutta ja voi joutaa pahimmillaan jopa uupumiseen.

Tutkimuksessa ilmeni, että hoitajalta vaaditaan ammattitaitoa, ammatillisuutta ja kykyä pysyä linjauksissa potilaan käyttäytymisestä huolimatta. Lisäksi he pitivät tärkeänä, että hoitaja ymmärtää persoonallisuushäiriön psykopatologiaa ja tuntee siten persoonallisuushäiriöisen potilaan käyttäytymismallin ja osaa ennakoida tämän käyttäytymistä. On tärkeää ymmärtää potilaan hankalan käyttäytymisen olevan osa tämän sairautta eikä potilas näin ollen tahallaan käyttäydy hankalasti. Toisaalta mitä tahansa käytöstä potilaalta ei kuitenkaan tarvitse sietää, ja onkin tärkeää arvioida myös omaa jaksamista ja työkykyä. Hoitajien mukaan ammattitaitoinen hoitaja osaa tunnistaa itsessään väsymisen merkit ja pyytää tilapäisesti pois sellaisen potilaan hoitotyöstä, joka uhkaa tehdä hoitajan käyttäytymisestä epäammattimaista. Hoitajat kuvasivat persoonallisuushäiriöisen potilaan hoitotyössä välillä esiintyvän tällaisia tilanteita, ja että on inhimillistä väsyä. Ammattitaitoista taas on tunnistaa oma kuormittuminen ja etsiä ratkaisua tilanteeseen puhumalla asiasta esimerkiksi työnohjauksessa.

Hoitajat kertoivat pitkästä työkokemuksesta olevan hyötyä persoonallisuushäiriöisten potilaiden hoitotyössä. Kokemus tuo hoitajalle varmuutta esimerkiksi tilanteisiin, joissa potilas uhkaa tekevänsä valituksen hoitajasta. Kokeneella hoitajalla on tällaisissa tilanteissa varmuutta seistä päätöksiensä takana ja hän pystyy perustelemaan toimintansa perustuvan hoitosuositukseen. Kokemus tuo hoitajien mukaan hoitotilanteisiin kykyä pysyä rauhallisena ja suhtautua potilaaseen neutraalisti ja kannustavasti.

”Persoonallisuushäiriöisen potilaan hoitaminen on kaikille hyvin vaikeaa. Tällaisen potilaan hoitaminen herättää hoitajassa paljon erilaisia tunteita, joita on jatkuvasti reflektoitava ja käsiteltävä itsensä kanssa... Persoonallisuushäiriöisen potilaan hoitotyö voisi olla helpompaa, jos ei tarvitsisi jatkuvasti käsitellä eri tilanteiden herättämiä omia tunteitaan.”

”Työkokemus antaa varmuutta siitä, ettei ole toiminut lain tai hoitosuosustusten vastaisesti, mikä luo turvaa tilanteisiin, joissa potilas uhkailee valitusten tekemisellä. Varmuus auttaa suhtautumaan potilaaseen neutraalisti ja viestimään hänelle, että tämänkin asian äärellä ollaan yhdessä.”

”Psykiatrisessa hoitotyössä on kyettävä tarkastelemaan omia tunteita, työkykyä ja ammatillisuutta, jottei hoitaja ajautuisi ilkeään, alistavaan tai epäammatilliseen käyttäytymiseen.”

Pysyvyys ja selkeät linjaukset. Tutkimuksessa ilmeni, että työyhteisössä jokaisen hoitajan olisi hyvä olla tietoinen, kuinka kukin persoonallisuushäiriöinen potilas kussakin tilanteessa käyttäytyy ja että näitä tilanteita varten tulisi laatia yhteiset, selkeät hoitolinjaukset ja ohjeet kuinka toimia. Vastauksissa korostui, että persoonallisuushäiriöisen potilaan hoitotyössä on erittäin tärkeää, että hoitolinjaukset ovat selkeät ja että jokainen hoitaja noudattaa niitä. Isossa organisaatiossa tämä on joskus haasteellista: persoonallisuushäiriöisen potilaan hoitotyössä esiintyy välillä tilanteita, joissa joku hoitaja ei noudata yhteisesti sovittuja hoitolinjauksia. Tämän seurauksena potilaan kanssa joudutaan niin sanotusti aloittamaan alusta, mikä vaikeuttaa hoitotyötä.

Hoitajien mukaan on ensiarvoisen tärkeää, että kommunikaatio hoitohenkilökunnan välillä toimii hyvin. Tämä korostuu etenkin omahoitajaparityöskentelyssä. Omahoitajaparin yhteiset linjaukset puhuttujen ja luvattujen asioiden sekä hoidossa etenemisen suhteen helpottavat hoitotyötä. Omahoitajapari tuntee oman potilaansa parhaiten ja osaa tunnistaa, jos potilas yrittää esimerkiksi väärillä sovittuja asioita. Hoitajat myös kertoivat, että persoonallisuushäiriöisen potilaan hoitotyötä helpottaa se, että omahoitajapari pysyy pitkään samana. Tällöin potilas tietää omahoitajiensa kannat asioihin. Jos taas omahoitajaparityöskentely ei toimi eikä sovitusta pidetä kiinni, aiheuttaa se parin välille erimielisyyksiä ja asiat jäävät herkemmin tekemättä, kuin toimivassa omahoitajaparityöskentelyssä.

Hoitajat kertoivat olevan olemassa osastoja, joilla hoidetaan ainoastaan niin kutsuttuja kolmoisdiagnoosipotilaita. He kuvailivat tällaisilla osastoilla olevan yhteiset, selkeät toimintamallit ja tavoitteet ja tämän auttavan jokapäiväisessä hoitotyössä toimimista ja sen vähentävän osaltaan työn kuormittavuutta. He uskoivat tämän

auttavan myös potilasta: tällaisessa vahvan yhteisen toimintamallin osastolla esimerkiksi toisen potilaan manipulaatio vaikeutuisi. Lisäksi he arvelivat, että jos potilaalla olisi potilastoverinaan ainoastaan henkilöitä, joiden käytös olisi samankaltaista kuin omakin käytös, voisi se auttaa potilasta paremmin sopeutumaan tilanteeseensa.

”Hoidossa tärkeitä asioita ovat pysyvyys, selkeät linjaukset, jämäkkyys ja sopimuksista kiinni pitäminen.”

”Omahoitajien pysyminen pitkään samoina helpottaa hoitosuhdetta. Pitkässä hoitosuhteessa potilas tietää omahoitajaparin kannat asioihin. Uudelle omahoitajalle potilas saattaa esittää jatkuvasti kysymyksiä ja vaatimuksia.”

”On tärkeää, että omahoitajaparityöskentely toimii ja molemmat pitävät sovitusta kiinni. Jos näin ei ole, aiheuttaa se erimielisyyksiä parin välillä ja johtaa helposti siihen, että asiat jäävät tekemättä, eikä yhteisiä tavoitteita saavuteta.”

Riittävä työnohjaus ja lisäkoulutus. Hoitajat pitivät tärkeänä, että työnantaja tarjoaa työntekijöilleen sekä henkilökohtaista että ryhmämuotoista työnohjausta. Hoitajien mukaan jokainen työntekijä on oma persoonansa ja työskentelee omalla tyylillään ja näin ollen jokaisella on myös erilainen tarve työnohjaukselle: toiset kaipaavat enemmän keskustelua ja työnohjausta kuin toiset. Tarpeesta riippumatta työnohjaus koettiin tärkeäksi, työssä jaksamista lisääväksi työkaluksi. Työnohjauksen tarpeen kerrottiin korostuvan tilanteissa, joissa hoidettava on erittäin vaativa ja erilaisia tunteita herättävä potilas.

Hoitajat kokivat hoitajien psykoedukaation merkityksen olevan suuri, sillä sen avulla he kykenevät entistä paremmin ymmärtämään persoonallisuushäiriön psykopatologiaa. Tämän ymmärtäminen taas auttaa hoitajaa oppimaan persoonallisuushäiriöisen tyypillisiä käyttäytymismalleja ja siten saavan uusia lähestymistapoja hoitotyöhön. Hoitajat kertoivat heillä olevan mahdollisuus osallistua erilaisiin koulutuksiin (KKT-, DKT-, ART- ja CRT-koulutuksiin), mutta he kaipaaisivat lisäkoulutusta persoonallisuushäiriöisen potilaan hoitotyöhön. Heidän oli kuitenkin vaikea määritellä millaista tämän koulutuksen tulisi olla.

Hoitajat totesivat vastauksissaan, että hoitajan tietotaso ja kokemus määrittelevät sen, millaista lisäkoulutuksen tulisi olla. Hoitajat pitivät sairauksiin liittyvän perustiedon hankkimisen kuuluvan jokaisen hoitajan omalle vastuulle. Sen kertaaminen esimerkiksi erilasten ammattiluentojen muodossa koettiin kuitenkin tärkeäksi etenkin kokemattomille hoitajille. Myös syvällisempää tietoa asiasta haluttaisiin, esimerkiksi luentojen ja koulutuspäivien muodossa. Vastauksista ilmeni, että itse opiskeltu teoriatieto yhdistettynä käytännön työhön on hyvä tapa kehittyä ja oppia lisää. Myös työvuosien mukana karttuva kokemus auttaa paremmin ymmärtämään tarjottavien koulutuksien sisältöjä. Tärkeänä tiedonsaannin ja oppimisen kanavana pidettiin myös työyhteisön moniammatillisia keskustelutilaisuuksia.

”Perustiedon hankkiminen sairauksiin liittyen on jokaisen hoitajan omalla vastuulla, mutta sitä on hyvä palautella mieleen esimerkiksi luentojen avulla. Kokeneiden psykologien, lääkäreiden ja hoitajienkin luennot avaavat nuorempien hoitajien ymmärrystä työhön. Hoitajien työnohjaus; ryhmä- ja yksilötyönohjaus on tärkeää hoidon toteuttamisessa.”

”Kokemuksen kautta koulutuksesta saa enemmän irti, kuin jos olisi vain luenut persoonallisuushäiriöistä kirjasta. Sekä kokemus että teoriatieto ovat tärkeitä.”

”Myös lääkärin, kokeneen kollegan ja työryhmän kanssa keskustelu ja hoitoon liittyvien asioiden pohtiminen on kouluttautumista.”

Työyhteisön hyvä ilmapiiri ja toimiva yhteistyö. Tutkimuksessa ilmeni, että hoitajat kokivat omassa työyhteisössään olevan hyvä ilmapiiri ja yhteistyön kollegoiden välillä toimivan. Hoitajat pitivät toimivaa työyhteisöä korvaamattoman tärkeänä ja kokivat se auttavan työssäjaksamisessa. Hoitajien mukaan hyvässä työyhteisössä kollegoiden kesken vallitsee hyvä yhteishenki ja asiat pystytään jakamaan ja läpikäymään avoimesti ja helposti. Lisäksi hoitajat kuvasivat, että hyvässä työyhteisössä on sekä miehiä että naisia. Hyvän työyhteisön jäsenet tietävät yhteiset tavoitteet ja toimivat yhteistyössä niiden saavuttamiseksi. Hoitajat täsmensivät, että on tärkeää pystyä jättämään työasiat työpaikalle. Tätä helpottaa toimiva työyhteisö, jonka kesken voidaan käsitellä kaikki työasiat; työyhteisö ymmärtää parhaiten ja toimii ikään kuin työntekijän vertaistukena.

”Työyhteisön tuki on korvaamattoman tärkeää. Toimiva työyhteisö auttaa jaksamaan työssä.”

”Hyvässä työyhteisössä on hyvä yhteishenki ja kaikki toimivat hyvässä yhteistyössä yhteisten tavoitteiden saavuttamiseksi. Hyvässä työyhteisössä on sekä miehiä että naisia. Hyvän työyhteisön jäseniä yhdistää (ainakin osittain) samanlainen huumorintaju ja ajatusmaailma. Edellä mainitut seikat ovat tärkeitä työssäjaksamisen kannalta.”

Hoitajalta vaadittavat ominaisuudet. Hoitajien vastauksista kävi ilmi, että persoonallisuushäiriöisen potilaan hoitotyössä hoitajalta vaaditaan tiettyjä ominaisuuksia, jotta työssä pärjäisi ja että siinä jaksaisi. Persoonallisuushäiriöisen potilaan hoitotyössä on tärkeää olla jämällä ja osata perustella, miksi osasto-olosuhteissa toimitaan sääntöjen mukaisesti. Hoitajan on myös ymmärrettävä ja muistettava jokapäiväisessä hoitotyössä, että potilaalla on sairaus, joka vaikuttaa tämän käyttäytymiseen.

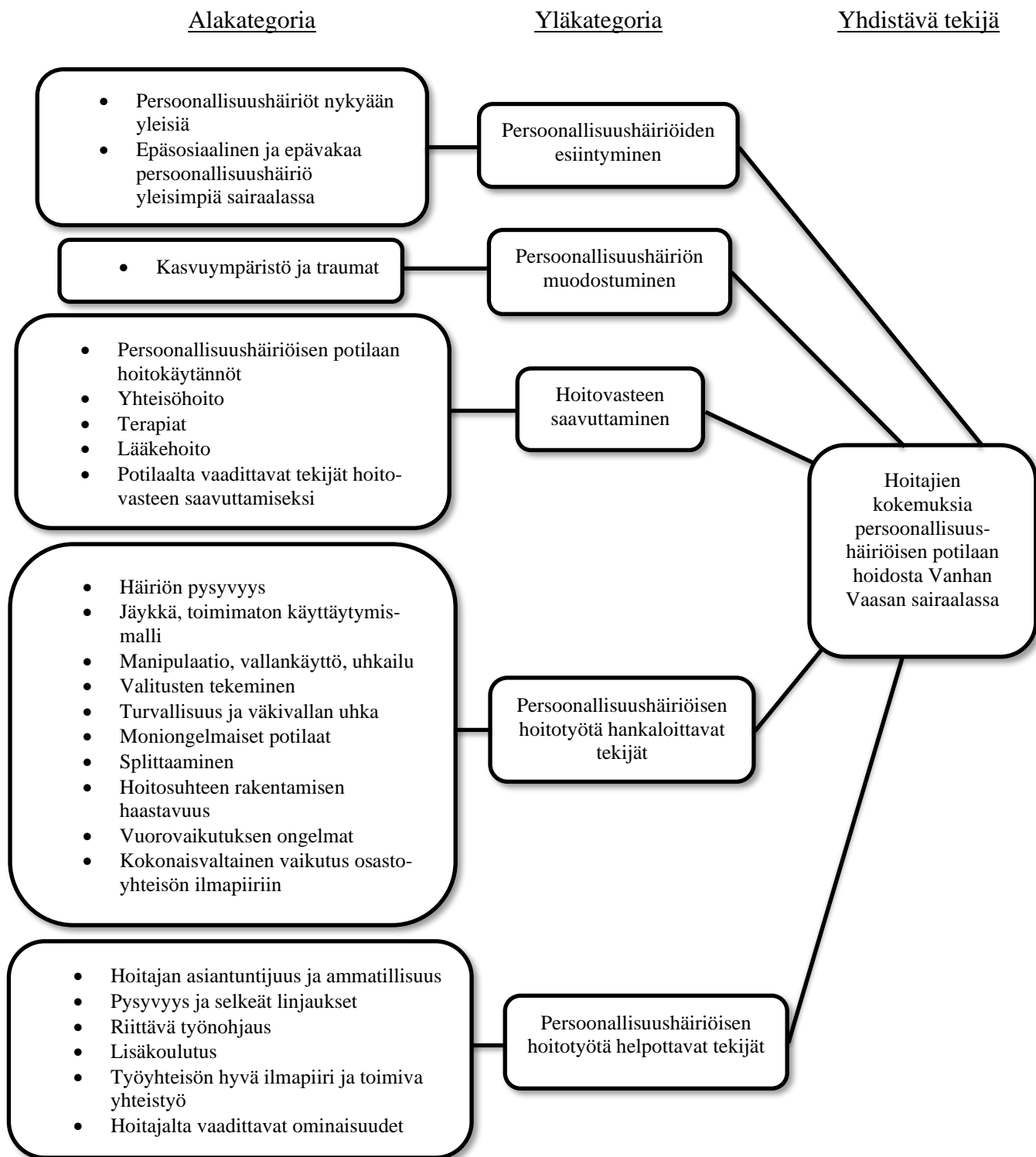
Hoitajan on kyettävä asettamaan persoonallisuushäiriöiselle potilaalle rajat ja sanomaan tarvittaessa ei. Hoitajan myös täytyy pystyä pysymään sanojensa takana ja pitämään kantansa potilaan lukuisista käännäntämisyriytyksistä huolimatta. Sairaalo-olosuhteissa potilaalle joudutaan usein antamaan kieltävä vastaus. Tästä potilas saattaa hermostua ja puhua hoitajalle hyvinkin loukkaavaan ja ikävään sävyyn. Hoitajan on pystyttävä ottamaan nämä purkaukset vastaan ammattimaisesti ja olemaan ottamatta ikäviä sanoja henkilökohtaisesti.

Tutkimuksessa ilmeni, että hoitajan on kyettävä jatkuvasti reflektoimaan omia tunteitaan ja käyttäytymistään. Hoitajat myös arvelivat, että oikein herkän naisen voisi olla vaikea jaksaa persoonallisuushäiriöisen potilaan hoitotyössä samoin kuin henkilön, joka ei pysty jakamaan mieltä painavia asioita työyhteisön kesken.

Sairaalassa työskennellessä on ymmärrettävä, että päivittäisessä hoitotyössä päästään harvoin varsinaisesti loistaviin hoitotuloksiin hyvästä hoidosta huolimatta. Hoitajat kertoivat tämän johtuvan potilasmateriaalista, ja yleensä ennen VVS:aan siirtymistä potilaalle onkin kokeiltu kaikkia muita mahdollisia hoitomalleja. Hoitajien vastauksista ilmeni myös, että hoitotyössä pärjätäkseen on hoitajalta löydettävä aitoa kiinnostusta ja halua hoitaa persoonallisuushäiriöisiä potilaita.

”Ulkopuolinen voisi käsittää omahoitajan ja persoonallisuushäiriöisen välisen keskustelun huutamisena, mutta joskus hoitajan on pakko korottaa ääntään, jotta päästään potilaan puhevoimakuuden yli ja tilannetta rauhoittamaan. Tilanteen rauhoittaminen vaatii usein hoitajalta luonteen voimakkuutta. Potilaan kanssa ei saa kuitenkaan lähteä huutokilpailuun; jos potilas huutaa, hoitaja ei voi sitä tehdä. Potilaan toistellessa samaa asiaa hoitaja voi kuitenkin painokkaammin tehdä selväksi, että asia on loppuun käsitelty, eikä hänen kantansa tule muuttumaan.”

”On tärkeää, että henkilökunnalla on aito kiinnostus ja motivaatio hoitaa persoonallisuushäiriöisiä potilaita.”



Kuvio 2. Hoitajien kokemuksia persoonallisuushäiriöisen potilaan hoidosta Vanhan Vaasan sairaalassa.

8 POHDINTA

Pohdintaosiossa pohditaan tutkimuksen tuloksia, eettisyyttä ja luotettavuutta sekä tarkastellaan tutkimusta oppimisprosessin näkökulmasta ja tuodaan esille mahdollisia jatkotutkimusaiheita.

8.1 Tulosten tarkastelu

Tässä tutkimuksessa tutkimuskysymys oli: Millainen on hoitajien kokemus persoonallisuushäiriöisen potilaan hoitotyöstä Vanhan Vaasan sairaalassa? Haastatteluvastauksissa ilmeni, että persoonallisuushäiriöisen potilaan hoitotyö koetaan hyvin haastavaksi ja siinä on tavallisesti mukana useita ongelmatekijöitä, jotka on tunnistettava ja huomioitava. Persoonallisuushäiriöiden koettiin oikeuspsykiatrisessa sairaalassa olevan useimmiten melko pysyviä häiriöitä ja niihin nivoutuvan käytöksen olevan impulsiivista. Vuorovaikutustaidot ovat tavallisesti häiriön vaikutuksesta selvästi heikommat kuin terveillä verrokeilla ja hoitosuhteen rakentaminen voi olla vaikeaa. Persoonallisuushäiriöinen vie paljon hoitotyön resursseja ja pahimmassa tapauksessa aikaa muiden potilaiden hoidosta. Väkivallan uhka on tekijä, jonka koettiin tulevan kohdeorganisaatiossa vahvasti esille. Etenkin näissä tilanteissa, jälkipuinnissa ja yleisestikin persoonallisuushäiriöisen hoidossa katsottiin tärkeäksi hoitajan kyky itsereflektioon. Tärkeänä pidettiin myös työyhteisön toimivuutta ja hyvää ilmapiiriä, jolloin sopiminen yhteisistä linjauksista potilaiden hoidon suhteen sekä kollegiaalinen tuki edistävät potilaiden hoitoa ja hoitajien jaksamista. Ulkopuolelta tulevaksi hyödylliseksi avuksi koettiin työnohjaus sekä asiantuntijaluennot.

Tutkimukseen haastateltiin seitsemää hoitajaa, jotka olivat työskennelleet psykiatrian parissa vähintään viisi vuotta. Haastatteluaineistossa tapahtui paljon saturoitumista, joten otannan katsottiin olevan riittävä tutkimusta varten. Tutkimuksessa löytyi runsaasti yhteneväisyyksiä aiempiin tutkimustuloksiin verrattaessa, etenkin Huttusen, Korkeilan, Melartinin & Koiviston, Repo-Tiihosen & Hallikaisen, Trubin sekä Ovaskaisen tutkimuksiin peilaten. Vaikka yhteneväisyyttä löytyi merkittävästi, on tällä tutkimuksella vain yksi tietty kohdeorganisaatio, joten tulokset ovat täysin yleistettävissä ainoastaan sinne.

Tässä tutkimuksessa haastatellut hoitajat totesivat, että potilaalla voi olla samanaikaisesti piirteitä esimerkiksi narsistisesta, epävakaasta ja epäsosiaalisesta persoonallisuushäiriöstä, ja että samassa potilaassa voi tulla esille sekä epävakauteen liittyvää tunteiden vaihtelua että antisosiaalisia piirteitä. Haastatellut nimesivätkin sairaalan yleisimmiksi persoonallisuushäiriöiksi epäsosiaalisen ja epävakaan persoonallisuushäiriön. Tutkimuksessa miespotilailla yleisesti persoonallisuushäiriön olemassaolo koettiin huomattavan yleensä selvemmin kuin naispotilailla, mutta epävakaan persoonallisuushäiriön koettiin tulevan parhaiten esille naispotilaiden keskuudessa, vaikka sitä esiintyy myös miehillä. Myös Huttusen (2018) mukaan on tavallista, että yksilöllä ilmenee yhtä aikaa piirteitä monesta eri persoonallisuushäiriöstä. Huttunen toteaaakin epävakaan persoonallisuushäiriön olevan yksi yleisimmistä naisilla esiintyvistä persoonallisuushäiriöistä. Terveystieteen (2019) mukaan myös yleisesti persoonallisuushäiriöiden on todettu ilmenevän useammin naispuolisilla henkilöillä. Mielenkiintoista oli, että tässä tutkimuksessa tuli esille hoitajien kokemus siitä, että persoonallisuushäiriöt ovat usein liitoksissa narsistiseen persoonallisuushäiriöön ja että persoonallisuushäiriöisillä esiintyy usein narsistista käytöstä, vaikka varsinainen diagnoosi ei olisikaan narsistinen persoonallisuushäiriö. Lisäksi kohdeorganisaatiossa merkittävä rooli on psykoosisairauksilla, jotka usein ilmenevät yhtä aikaa persoonallisuushäiriön kanssa.

Haastatellut tässä tutkimuksessa kokivat persoonallisuushäiriön tyyppin määrittelevän, millaista päivittäinen hoitotyö on. Tutkimuksessaan Huttunen (2018) onkin kirjoittanut, että persoonallisuushäiriötyypistä riippuen haasteena voivat olla voimakkaat tai vaisut tunneilmaisut, omien tai toisten ajatusten ja tunteiden tulkitsemis- tai havainnointitapa, impulsiivisuusalttius käytöksessä sekä ongelmat vuorovaikutuskyvyssä.

Epäsosiaalisesta persoonallisuushäiriöstä puhuttaessa haastateltavat toivat merkittävänä tekijänä esiin potilaiden aggressiivisuuden sekä toimimattomat sosiaaliset käyttäytymismallit. Ovaskainen ja Repo-Tiihonen ovat tutkimuksissaan useasti maininneet epäsosiaalisesta persoonallisuushäiriöstä kärsivien aggressiotaipumuksen, sekä taipumuksen pitkästyminen, ärsyyntymiseen, väkivaltaisuuteen ja myös tunneköyhyyden, heikon toleranssin sietää turhautumista ja toisaalta voimakkaat

tunnereaktiot, impulsiivisuuden sekä ahdistuksen (Ovaskainen 2013). Repo-Tiihosen (2018) mukaan häiriöstä kärsivälle yksilölle tyypillisiä ominaisuuksia ovat myös yleinen vastuuttomuus, pinnallinen charmi, korkea kynnyks kokea kaivattua jännitystä ja sadistiset, aggressiiviset teot. Kaikkien edellä mainittujen voidaan olettaa olevan vähintäänkin osasyinä hoitajien haastatteluissa esiin tuomiin epäsosiaalisesta persoonallisuushäiriöstä kärsivien toimimattomiin sosiaalisiin käyttäytymismalleihin, ja täten osaltaan tukevan hoitajien kokemusta asiasta. Toisaalta haastatteltujen hoitajien puhuessa yleisesti persoonallisuushäiriöistä ja luetellessa näihin sopivia piirteitä, sopivat hoitajien esille tuomat piirteet usein aiemman tutkimustiedon valossa spesifisti epäsosiaalisen persoonallisuushäiriön oireiksi.

Kuten Huttunen (2018) aiemmin, myös tähän tutkimukseen osallistuneet hoitajat kokivat hankalaksi määrittää normaalina pidetyn käytöksen ja persoonallisuushäiriön rajaa. Huttunen (2018) on tutkimuksessaan todennut stressin tai muun paineen alaisuudessa myös psyykkisesti terveen ihmisen usein käyttäytyvän tai kokevan persoonallisuushäiriötä potevan ihmisen tavoin. Tässä tutkimuksessa tulee esille, että stressitilanteessa myös persoonallisuushäiriöisen oireet korostuvat.

Tähän tutkimukseen osallistuneet toivat esille samoja persoonallisuushäiriön muodostumiseen vaikuttavia tekijöitä, kuin muun muassa Melartin & Koivisto (2010). Näitä tekijöitä ovat esimerkiksi erilaiset traumat, kasvatukselliset tekijät sekä hylkäämisen kokemukset ja tarpeiden täyttymättömyys lapsuudessa. Aiemmat tutkimukset ovat sopusoinnussa tämän tutkimuksen kanssa senkin suhteen, että persoonallisuushäiriön katsottiin olevan minuutta suojaava defensi. Toisaalta hoitajat toivat esille, että kasvatuksen puute ja se, että nykylapset kokevat heillä olevan vain oikeuksia eikä lainkaan velvollisuuksia voi aikaansaada vääristyneitä ajatusmalleja, jotka mahdollisesti vaikuttavat persoonallisuushäiriön muodostumiseen.

Tämän tutkimuksen tulokset ovat yhteneväisiä tietyiltä osin esimerkiksi Melartinin & Koiviston (2010) aiempien tutkimustulosten kanssa sen suhteen, että persoonallisuushäiriöihin katsottiin olevan vaikeaa vaikuttaa, sillä opitut käyttäytymismallit ovat yksilössä hyvin syvällä ja osa persoonaa. Ne siis koettiin melko pysyviksi häiriöiksi. Toisaalta pysyvyydestä puhuttaessa Melartin & Koivisto (2010) puhuvat

persoonallisuuden piirteiden pysyvyydestä, eivätkä varsinaisesti persoonallisuushäiriöistä. Esiin nousi sekä tässä että vanhemmissa tutkimuksissa persoonallisuushäiriöisen kohtaamiseen ja hoitoon olevan olemassa monia erilaisia keinoja ja terapeutoita, joilla on mahdollista saada aikaan positiivista muutosta vanhoihin käyttäytymismalleihin. Toisaalta hoitajat siis kokivat, että työskentely persoonallisuushäiriöisten potilaiden kanssa toi lisäymmärrystä siihen, että kyseiset häiriöt eivät aina ole pysyviä, vaan häiriöstä kärsivän oireita ja kärsimystä voidaan tehokkaasti lievittää tai jopa poistaa eri hoito-ohjelmien avulla. Hoito-ohjelmien katsottiin vuosien varrella kehittyneen merkittävästi. Tämän tutkimuksen tuloksissa on siis omalla tavallaan ristiriitaisuutta sen suhteen, että toisaalta persoonallisuushäiriöt katsottiin melko pysyviksi häiriöiksi ja hyvin hankaliksi vaikuttaa ja hoitaa, mutta toisaalta koettiin, että oikeanlaisen hoidon ja terapioiden avulla voidaan saada merkittäviäkin hoitotuloksia aikaan. Voidaan kuitenkin pohtia, ovatko nämä kaksi näkemystä millään tavalla toisensa poissulkevia.

Haastateltavat kokivat yhteistyössä persoonallisuushäiriöstä kärsivän kanssa hyväksi tavaksi nostaa ongelmat esiin sellaisina kuin ne ovat. Peilinä toimiminen ja rooliharjoitusten tekeminen suostuvaisen ja prosessissaan pitkällä olevan persoonallisuushäiriöisen kanssa nähtiin tehokkaana keinona. Melartinin & Koiviston (2010) tutkimus tukee hoitajien kokemusta todeten, että usein hoitajan avoimuus ja suoruus on hyvä asia, ja että tarvittaessa potilaalle voi olla hyödyllistä viestittää henkilökohtaisella sekä käytännönläheisellä tasolla, kuinka hänen käyttäytymisensä vaikuttaa hoitajaan.

Sekä tässä että esimerkiksi Korkeilan (2018) tutkimuksessa on mainittu hyödyllisinä terapioina dialektinen käyttäytymisterapia (DKT) ja muut kognitiiviset terapiat. Tässä tutkimuksessa hoitajat totesivat kaiken muunkin terapian olevan persoonallisuushäiriöiselle avuksi, ja erittelivätkin useita sairaalassa tarjottavia terapia-muotoja. Haastateltavat nostivat esille, että DKT-tyyppistä toimintaa tehdään paljon normaaliosastotyössä lähes huomaamatta. Muiden huomioimisen opettaminen on olennainen osa tätä. Toisaalta hoitajat toivat esille, että joskus persoonallisuushäiriöisen toimiminen ryhmässä ei onnistu esimerkiksi epäluuloisuuden takia tai siksi, että persoonallisuushäiriöinen vie äänekkyydellään ja omilla asioillaan suuren

osan yhteiseksi tarkoitettu ajasta. Tosin muiden huomioimista todennäköisesti oppii vain seurassa ja oikeissa tilanteissa harjoittelemalla, mutta osastoyhteisössä eläessään potilaiden täytyy joka tapauksessa harjoitella tätä henkilökunnan ohjaamana päivittäin.

Haastateltujen hoitajien kokemusten mukaan persoonallisuushäiriöisellä on usein tietty käyttäytymismalli, joka on hyvin jäykkä ja toimimaton sekä johtaa säännöllisesti vaikeisiin ristiriitatilanteisiin. Huttusen (2018) tutkimustulokset tukevat hoitajien kokemuksia todeten persoonallisuushäiriöiden aiheuttavan yksilölle jäykän ja itsepintaisen käyttäytymisen tai kokemisen tavan, tuottaen kärsimystä tai merkittävää haittaa. Hoitajien kokemusten mukaan persoonallisuushäiriöinen ei juurikaan kykene arvioimaan omaa toimintaansa realistisesti, vaan löytää syyt ongelmatilanteisiin aina itsensä ulkopuolelta. Repo-Tiihonen & Hallikainen (2018) ovatkin kirjoittaneet persoonallisuushäiriöiselle olevan tyypillistä heijastaa kokemansa ongelmat ympäristöön ratkaisuun pyrkimisen sijaan.

Haastatellut nostivat splittaamisen esille yhtenä merkittävimpana persoonallisuushäiriöisten hoidon kuormittavuuteen vaikuttavana tekijänä. Jokaisen hoitajan todettiin olevan yksilö ja työskentelevän persoonallisella tavallaan. Osa henkilökunnasta reagoi ja vastaa huomionhakuisen potilaan tarpeisiin nopeammin kuin toiset ja tällöin potilas saattaa jakaa hoitajat niin sanottuihin ”hyviin” ja ”huonoihin” hoitajiin. ”Huonot” hoitajat saavat persoonallisuushäiriöisiltä paljon syytelyä osakseen. Trub (2016) onkin tutkimuksessaan todennut, että splittaamiseen taipuvainen yksilö perustaa käsityksensä toisesta ihmisestä siihen, täyttääkö tämä hänen tarpeensa tiettyssä hetkessä. Tässä hetkessä splittaamiseen taipuva yksilö ei kykene ottamaan huomioon ympäröiviä olosuhteita tai historiaa.

Haastateltavat toivat useasti esille, että tavallisesti vuorovaikutus persoonallisuushäiriöisen kanssa sisältää runsaasti epänormaaleja elementtejä. Väitettä tukevat tiiviisti muun muassa Huttusen, Keinäsen sekä Melartinin & Koiviston aiemmat tutkimustulokset. Melartin & Koivisto (2010) ovat avanneet vuorovaikutusongelmien taustaa toteamalla, että persoonallisuushäiriöisen tapa käyttäytyä

vuorovaikutustilanteissa on valitettavasti toimivin käyttäytymismalli, jonka hän on tähän mennessä oppinut.

Sekä tähän tutkimukseen haastatellut että esimerkiksi Melartin & Koivisto sekä Repo-Tiihonen korostavat hoitajan itsereflektion tärkeyttä persoonallisuushäiriöisen hoitotyössä. Tällöin omien rajojen tiedostaminen, omien reaktioiden syiden eli itsessä heräävien kielteisten vastatunteiden tai toimintamallien ymmärtäminen, kohtaaminen ja käsittely on hyödyllistä. Tämän tutkimuksen tulokset olivat yhteisiä viimeksi mainittujen tutkimustulosten kanssa myös sen suhteen, että työnohjausta pidettiin hoitajien jaksamisen kannalta erittäin tärkeänä työkaluna. Tässä tutkimuksessa haastatellut erittelivät, että sekä yksilö- että ryhmämuotoinen työnohjaus on tärkeää. Haastatellut mainitsivat myös asiantuntijaluennot sekä moniammatilliset keskustelutilaisuudet. Lisäksi merkityksellisenä persoonallisuushäiriöiden psykopatologian ymmärtämisen kannalta mainittiin hoitajien psykoedukaatio. Toisaalta hoitajat antoivat paljon painoarvoa hoitajien itsenäisesti hankkimalle tiedolle psykiatriin sairauksiin liittyen. Tutkimukseen haastatellut hoitajat pitivät myös hyvää työilmapiiriä todella tärkeänä persoonallisuushäiriöisen hoitotyötä helpottavana tekijänä, joten tähän lienee sairaalassa jatkossakin syytä panostaa huolellisesti.

Lisäksi tässä tutkimuksessa tuotiin esille persoonallisuushäiriöisen hoitoon liittyviä huomioitavia tekijöitä, joita ei aiemmissa tutkimuksissa yhtä merkittävästi käsitelty. Tämä liittyyneen omalta osaltaan kohdeorganisaation erityislaatuisuuteen. Näitä tekijöitä olivat muun muassa manipulaatio, painostaminen, valitusten tekeminen sekä turvallisuus ja väkivallan uhka. Vaikka erityisesti epäsosiaalisen persoonallisuushäiriön ilmenemistä kuvaillessa aggressiivisuus ja rikollisuus nousivat aiemmissäkin tutkimuksissa esille, korostuvat ne tämän tutkimuksen kohdeorganisaatiossa.

8.2 Tutkimuksen eettisyys

Hoitotieteen tutkimusta tutkineiden Kankkusen & Julkunen-Vehviläisen (2013, 211) mukaan tutkimuksen eettisyys on kaiken tieteellisen toiminnan perusta ja sen on toimittava kaiken hoitotieteellisen tutkimuksen ohjaajana.

Eettisten ratkaisujen merkitys on erityisen tärkeää, kun tutkitaan inhimillistä toimintaa ja käytetään ihmisiä tietolähteinä. Tutkimusetiikalla tarkoitetaan sitä, että tehdään eettisesti hyvää ja luotettavaa tutkimusta. Tutkimusetiikkaa säätelevät useat eri normit, kannanotot sekä lainsäädäntö. (Leino-Kilpi & Välimäki, 2009, 285-286.)

Kankkunen & Julkunen-Vehviläinen (2013, 223) ovat määritelleet hoitotieteellisen tutkimuksen eettiset lähtökohdat seuraavasti:

- *Potilaiden ja asiakkaiden itsemääräämisoikeus*
- *Osallistumisen vapaaehtoisuus*
- *Tietoinen suostumus*
- *Oikeudenmukaisuus*
- *Anonymiteetti*
- *Haavoittuvat ryhmät*
- *Lapset tutkimukseen osallistujina*
- *Tutkimuslupa*

Tässä tutkimuksessa tutkittavana kohteena olivat hoitajat. Tämän takia tässä tutkimuksessa eettisistä lähtökohdista ei käsitelty haavoittuvia ryhmiä eikä lapsia tutkimukseen osallistujina. Leino-Kilven & Välimäen (2009, 291) mukaan hoitajan ollessa tutkimuksen kohteena on tällä samat tutkittavan oikeudet kuin potilaillakin. Näin ollen hoitajan on saatava itse päättää, osallistuuko tutkimukseen vapaaehtoisesti eikä vaikkapa siksi, että kokisi sen velvollisuudekseen. Näin turvataan **itsemääräämisoikeuden ja osallistumisen vapaaehtoisuuden toteutuminen**. (Kankkunen & Julkunen-Vehviläinen, 2013, 219.)

Tutkittavan on oltava täysin tietoinen sen tutkimuksen luonteesta, johon on osallistumassa. Tällä tarkoitetaan sitä, että osallistuminen perustuu **tietoiseen suostumukseen**. Tutkittavan on myös tiedettävä, että voi koska tahansa keskeyttää tutkimukseen osallistumisensa. Lisäksi tutkittavalla on oltava tieto siitä, miten aineisto säilytetään ja tulokset julkaistaan. Hyvä tapa informoida tutkimukseen osallistuvia

on saatekirje, jossa nämä edellä mainitut seikat tuodaan tutkittavan tiedoksi. (Kankkunen & Julkunen-Vehviläinen, 2013, 219.)

Oikeudenmukaisuudella tarkoitetaan tutkimustyössä sitä, että tutkittavaksi valikoituvat ovat tasa-arvoisia. Otoksen tulisi perustua satunnaisuuteen. Aina näin ei ole, vaan päätöksen tutkimukseen osallistumisesta voi tehdä joku toinen henkilö. (Kankkunen & Julkunen-Vehviläinen, 2013, 221.)

Myös **anonymiteetti** on huomioitava eettisesti laadukkaassa tutkimustyössä. Keskeistä on se, ettei tutkimustietoja luovuteta ulkopuolisille. Aineisto säilytetään siten, ettei ulkopuolisilla ole mahdollisuutta päästä siihen käsiksi. Aineistoa kuvattaessa on käytettävä sellaisia luokitteluja ja ilmaisuja, joista ei voi tunnistaa tutkimukseen osallistuvia. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tulosten raportoinnissa käytetään usein alkuperäisilmauksia ja tällöin esimerkiksi murre sanojen käyttöä tuleekin harkita tarkoin anonymiteetin säilymisen turvaamiseksi. Tämä on erityisen tärkeää silloin, kun kyseessä on pieni aineisto. (Kankkunen & Julkunen-Vehviläinen, 2013, 221.)

Käytännöt vaihtelevat organisaatioittain, mutta yleensä hoitotieteen tutkimuksen **tutkimuslupa** haetaan ylihoitajalta tai johtavalta lääkäriltä. Tässä yhteydessä on hyvä myös varmistaa, saako kohdeorganisaation nimi näkyä tutkimusraportissa. Hoitohenkilöstön ollessa tutkimuksen kohteena, lausuntoa eettiseltä toimikunnalta ei tarvita. Tällöin riittävät tutkimuslupa ja tutkimukseen osallistuvan suostumus. (Kankkunen & Julkunen-Vehviläinen, 2013, 222.)

Tähän tutkimukseen osallistuville hoitajille lähetettiin saatekirje ennen haastattelujen suorittamista. Saatekirjeessä oli huomioitu tutkimuksen kannalta olennaiset eettiset lähtökohdat. Saatekirjeessä mainittiin, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja osallistumisen voi keskeyttää koska tahansa. Siitä ilmeni, kuinka aineisto kerätään, miten sitä säilytetään ja miten tulokset julkaistaan. Saatekirjeessä kerrottiin haastateltaville, että heidän yksityisyyttään kunnioitetaan eikä ulkopuoliselle luovuteta haastattelumateriaaleja. Tietoisesti suostumukseksi katsottiin osallistuminen tutkimukseen. Tutkimuslupa työhön haettiin asianmukaisesti VVS:n

ylihoitajalta. Tutkimussuunnitelman avulla varmistettiin, että tutkimuksessa saadaan käyttää kohdeorganisaation nimeä.

Tässä työssä oikeudenmukaisuuden eettinen lähtökohta ei täysin toteutunut, koska otos ei perustunut satunnaisuuteen vaan haastateltavat valittiin kohdeorganisaation toimesta. Näin toimittiin siksi, että tutkimuksen tekijöiden olisi ollut lähes mahdotonta itse määrittää satunnaista otosta. Tällä kuitenkin ei liene vaikutusta tutkimustuloksiin.

Työn tekijät tekivät tutkimusta tutkimussuunnitelmansa mukaisesti. Haastattelut nauhoitettiin matkapuhelimien nauhureilla ja tallenteet poistettiin heti, kun ne oli saatu litteroitua. Litteroinnit tehtiin siten, että niistä jätettiin pois kaikki sellaiset yksityiskohdat, jotka voisivat liittää haastattelut kohdeorganisaatioon. Tämä tehtiin tiedon säilytystä ajatellen. Kaikki tutkimuksella kerätty materiaali poistettiin heti tutkimusraportin valmistuttua. Työn tekijät säilyttivät materiaaleja siten, ettei kukaan ulkopuolinen pääsyt niihin käsiksi. Tutkimusraportissa käytettävät lainaukset eivät ole suoria lainauksia, vaan ne on valittu pelkistetyistä aineistosta eli esimerkiksi murre sanat ja muut ilmaisut, jotka voisivat paljastaa jotain haastateltavasta, on poistettu. Otannan koon takia ei haastateltavien sukupuolia mainittu tutkimusraportissa. Myös tällä haluttiin suojata haastateltavien anonymiteettiä.

Tutkimuksessa, jossa haastatellaan hoitajia, on eettiset näkökohdat huomioitava erityisen tarkasti. Työn tekijät perehtyivät jo prosessin alkuvaiheessa hoitotyön tutkimuksen eettisiin lähtökohtiin. Työssä ei ole käytetty plagiointia ja kaiken lainatun tekstin lähdeviittaukset on ilmoitettu asianmukaisella tavalla. Voidaan siis todeta, että tässä työssä eettiset näkökohdat on huomioitu hyvän tutkimusetiikan mukaisesti.

8.3 Tutkimuksen luotettavuus

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta on usein pohdittu huolestuneeseen sävyyn eri lähteissä. Yhtenä uhkatekijänä pidetään holistista harhaluuloa (*holistic fallacy*). Tällä tarkoitetaan sitä, että tutkimusprosessin edetessä tutkija vakuuttuu oman työskentelynsä virheettömyydestä ja siitä, että hänen tekemänsä tulkinta

tutkimustuloksista on oikea, vaikka näin ei ole. Tämä ilmenee usein silloin kun tutkija työskentelee yksin eikä saa tutkijakollegaltaan tukea tutkimusprosessiin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2013, 197.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella monella eri tavalla. Kuitenkin kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidessa arvioinnin perustana käytetään usein Cuban ja Lincolnin (1981 ja 1985) esittämiä kriteereitä, joita ovat **uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus**. Luotettavuutta arvioidessa täytyy huomioida koko tutkimusprosessi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2013, 197.)

Uskottavuudella tarkoitetaan sitä, että tulokset on kuvattu mahdollisimman tarkasti siten, että lukijalle muodostuu selkeä käsitys, kuinka analyysi on tehty. Uskottavuutta kuvaa myös se, kuinka hyvin aineisto ja analyysi vastaavat tutkimuskysymykseen. Jotta tutkimus olisi luotettava, on tutkijan täytynyt pystyä kuvaamaan analyysinsä mahdollisimman tarkasti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2013, 198.)

Siirrettävyydellä tarkoitetaan sitä, kuinka hyvin tutkimustulokset soveltuisivat siirrettäväksi johonkin toiseen tutkimusympäristöön. Jotta siirrettävyys voidaan varmistaa, vaatii se perusteellista tutkimusympäristön kuvausta sekä osallistujien valinnan ja taustojen selvittämistä. Lisäksi se vaatii, että tutkimusraportissa on kuvattu aineiston keruu ja analyysi mahdollisimman tarkasti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2013, 198.)

Riippuvuus eli refleksiivisyys luotettavuuden arviointimenetelmänä tarkoittaa, että tutkija arvioi, kuinka hän itse mahdollisesti vaikuttaa tekemäänsä tutkimukseen. **Vahvistettavuus** edellyttää sellaista prosessin kirjaamista, että toinen tutkija voi seurata prosessin kulkua pääpiirteittäin. Laadullisessa tutkimuksessa kuitenkin toinen tutkija ei välttämättä päädy samaan tulkintaan samasta aineistosta. (Kylmä & Juvakka, 2007, 129.)

Tässä tutkimuksessa on pyritty työskentelemään mahdollisimman rehellisesti jokaisessa työvaiheessa ja tutkimuksen luotettavuuden näkökulma on huomioitu

prosessin alusta asti. Lienee kuitenkin syytä tähdentää, että kummallekin tutkijalle induktiivinen sisällönanalyysi menetelmänä oli uusi ja vaati paljon taustatyön tekemistä. Taustatyön tekemisestä huolimatta prosessin aikana nousi esille seikkoja, jotka olisi pitänyt huomioida perusteellisemmin. Tästä esimerkkinä ovat haastattelut. Kummankin työn tekijän kokemus haastattelemisesta oli vähäinen ja haastattelujen läpivieminen kehittyi haastatteluja tehdessä. Koehaastatteluja olisi siis voitu tehdä useampia ennen varsinaisia haastatteluja. Haastattelut olivat kuitenkin avoimia haastatteluja ja näin ollen haastateltavia ei ohjailtu valmiilla kysymyksillä, joten haastattelijoiden kokemattomuus tuskin vaikutti tutkimustuloksiin merkittävästi tai lainkaan.

Tutkimuksen työvaiheista aineiston luokittelu oli haastavaa juuri kokemuksen puutteen vuoksi. Tähän vaiheeseen saatiin tukea ja neuvoja päättötyön ohjaajalta. Lienee mahdollista, että luokittelu olisi voinut olla toisenlainen, jos tutkimuksen tekijöillä olisi ollut enemmän kokemusta tutkimustyöstä ja varsinkin induktiivisen sisällönanalyysin käyttämisestä analyysimenetelmänä. Vaikka luokittelusta olisikin muodostunut erilainen, työn tekijät uskovat, että samat asiat olisivat nousseet esille – vain eri luokkien alle. Juuri tämä vahvistettavuustekijä onkin Cuban ja Lincolnin (1981 ja 1985) mukaan ongelmallinen laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointikriteeri, koska todellisuuksia voi syntyä useita ja tämä laadullisessa tutkimuksessa kuitenkin hyväksytään. Työn uskottavuutta lisää se seikka, että tutkimustulokset on pyritty kirjoittamaan mahdollisimman laajasti ja rehellisesti totuutta vääristelemättä. Lisäksi tutkimustulokset vastaavat tutkimuskysymykseen.

Työn luotettavuuteen positiivisesti vaikuttanee se, että tutkijoita työssä oli kaksi. Tämä ainakin pienensi holistisen harhaluulon toteutumisen mahdollisuutta. Työn tekijät kuuntelivat nauhoitteita läpi useasti sekä lukivat litteroituja tekstejä moneen kertaan sekä itsenäisesti että yhdessä. Ajatuksia ja näkökulmia aiheisiin vaihdettiin aktiivisesti ja työn tekijät kokevatkin saaneensa toinen toisiltaan äärettömän tärkeää perspektiiviä ajatuksilleen. Ajateltaessa työn refleksiivisyyttä arvioimiskriteerinä voidaan todeta, että tutkimus on tehty asianmukaisesti tutkimusprotokollan mukaisesti eikä työn tekijöiden ennakkokäsitysten aiheesta ole annettu vaikuttaa tutkimustuloksiin.

Luotettavuutta arvioitaessa voidaan miettiä myös sitä seikkaa, että kohdeorganisaatio valitsi haastateltavat eikä otos näin ollen perustunut satunnaisuuteen. Jotta otos olisi ollut satunnainen olisi se vaatinut sellaista taustaselvitystä ja toimenpiteitä, joita tämän työn tekemiseen varatut resurssit eivät olisi mahdollistaneet. Voidaan kuitenkin pohtia, onko tällä järjestelyllä vaikutusta tutkimuksen luotettavuuteen.

Arvioitaessa tutkimuksen siirrettävyyttä voitaneen mainita, että tutkimus ei täysin ole siirrettävissä toiseen kontekstiin. Tämä johtuu siitä, että oikeuspsykiatrinen sairaala ympäristönä on hyvin poikkeuksellinen omine erikoispiirteineen eivätkä sen olosuhteet ole toistettavissa perusterveydenhoidon yksiköissä eivätkä myöskään psykiatrisen erikoissairaanhoidon yksiköissä. Näin ollen tutkimustuloksia voidaan soveltaa vain kohdeorganisaatiossa toimittaessa.

Työn luotettavuutta arvioitaessa on mainittava, että koko prosessia helpotti perusteellisesti tehty tutkimussuunnitelma. Jo ennen sen tekoa teorian tietoon perehdyttiin syvällisesti. Kaiken kaikkiaan voidaan todeta, että tutkimusprosessissa on huomioitu luotettavuutta lisäävät tekijät ja pyritty toimimaan siten, että tutkimus on luotettava.

8.4 Tutkimus oppimisprosessina

Tämän opinnäytetyön tekeminen on ollut antoisaa ja opettavaista. Työn aihe oli mielenkiintoinen ja inspiroi työn tekemiseen. Opinnäytetyöprosessi on opettanut työn tekijöille suunnitelmallisuutta, aikatauluttamista ja pitkäjännitteisyyttä sekä myös syventävää tietoa persoonallisuushäiriöistä ja itse tutkimuksen tekemiseen liittyvästä teorian tiedosta. Työn tekijöiden tiedonhaku taidot kehittyivät ja induktiivinen sisällönanalyysi menetelmänä tuli tutuksi työskentelyn aikana. Tämä aineiston analysointimenetelmä opetti kriittistä ajattelua, mutta ohjasi samalla tekijöitä luottamaan omiin ratkaisuihin ja päätelmiinsä. Tekijät oppivat kuinka tutkimuksella saatua aineistoa yhdistetään tutkittuun teorian tietoon. Tärkeää oli myös ymmärtää, että opinnäytetyö on prosessi, jossa jokaiselle vaiheelle on annettava oma aikansa.

Molemmat opinnäytetyön tekijät suuntaavat opinnoissaan mielenterveyshoitotyöhön ja tämän opinnäytetyön tekeminen on antanut arvokasta tietoa käytännön

hoitotyöstä. Erityisesti voidaan mainita, että opinnäytetyön tekijät oppivat kuinka tärkeä itsereflektion kyky on mielenterveystyötä tekevälle hoitajalle ja kuinka tämä vaikuttaa työssä jaksamiseen positiivisesti. Lisäksi haastateltavien vankka asiantuntijuus, työkokemus sekä selkeä kiinnostus ihmistä ja laadukasta hoitotyötä kohtaan sai tutkijat entistäkin motivoituneemmiksi psykiatria suuntautumiseen, etsimään tutkittua tietoa psykiatriaan liittyen ja tulemaan itsekin mahdollisimman hyväksi hoitajiksi.

Keväällä 2020 Suomessa elettiin täysin uudessa tilanteessa koronaviruspandemian sulkiessa yhteiskuntamme normaalit toiminnot lähes täysin. Nämä poikkeusolot vaikuttivat myös opinnäytetyön tekijöiden opiskeluaikatauluun, ja tämän takia opinnäytetyön valmistuminen viivästyi noin puoli vuotta suunnitellusta.

Opinnäytetyön tekijöitä ilahdutti kohdeorganisaation myönteinen suhtautuminen opinnäytetyön tekemiseen. Yhteistyö kohdeorganisaation kanssa sujui hyvin koko tutkimusprosessin ajan. Yhteyshenkilö oli hyvin tavoitettavissa ja tiedonkulku toimi moitteettomasti. Kohdeorganisaatio myös järjesti tutkijoiden käyttöön näiden toivomat tilat.

Opinnäytetyön ohjaaja on ollut suureksi avuksi työn tekijöille. Yhteistyö oli toimivaa ja sovitut asiat pitivät. Ohjaaja oli hyvin tavoitettavissa. Tämä myös perehtyi tuotettuun opinnäytetyömateriaaliin perusteellisesti ja antoi tekijöille rakentavaa palautetta. Opinnäytetyön tekijöiden saama ohjaus oli ammattitaitoista ja ongelmiin saatiin ratkaisu aina sellaista tarvittaessa.

8.5 Jatkotutkimusaiheita ja johtopäätöksiä

Tämä tutkimus vastasi ydinkysymykseensä ja ainakin tarkensi, ellei lisännyt tietoutta hoitajien kokemuksista persoonallisuushäiriöisen potilaan hoitotyöstä Vanhan Vaasan sairaalassa liittyen muun muassa hoitotyön haastavuuden synnyttäviin tekijöihin sekä lisäkoulutuksen ja -työkalujen tarpeeseen. Jo entuudestaan on varmasti ollut tiedossa, että persoonallisuushäiriöisen hoitotyö on haastavaa, mutta tästä oli mielenkiintoista nostaa näkyviin yksityiskohtia hoitajien vankan kokemustiedon kautta. Tutkimus ei välttämättä varsinaisesti tuonut uutta tietoa

lisäkoulutuksen tarpeeseen liittyen, mutta mahdollisesti auttaa kohdentamaan tai painottamaan henkilökunnan osaamista ja jaksamista tukevia toimia mahdollisimman hyödyttävästi. Tutkimus toi hyvin esille työyhteisön ilmapiiriin panostamisen tärkeyden laadukkaan hoitotyön, turvallisuusnäkökulman sekä yksilön osaamisen ja jaksamisen tukemisen kannalta. Tutkimuksen kautta päästään tarkastelemaan hoitotyön ominaisuuksia päivittäin persoonallisuushäiriöisiä kohtaavien näkökulmasta, jolla tulisi olla erityistä painoarvoa hoitoa ja lisäkoulutusta kehitettäessä.

Kuten jo aiemmin todettiin, tämä tutkimus toteutettiin oikeuspsykiatrisessa sairaalassa, joten tutkimuksen olosuhteet ja tulokset eivät ole täydellisesti toistettavissa esimerkiksi muissa psykiatrisen erikoissairaanhoidon tai perusterveydenhuollon yksiköissä. Oikeuspsykiatriseen sairaalaan tullaan esimerkiksi jostakin sairaanhoitopiiriin yksiköstä vaarallisen tai vaikeahoitoisen potilaan statuksella, kun sairaanhoitopiiriin resurssit eivät täytä potilaan hoidon vaatimuksia, tai esimerkiksi vankilasta mielentilatutkimukseen, jonka jälkeen THL:n oikeuspsykiatristen asioiden lautakunnan päätöksellä voidaan jäädä sairaalaan oikeuspsykiatriseksi potilaaksi. Oikeuspsykiatrisessa sairaalassa turvallisuusnäkökulma otetaan erityisen tarkasti huomioon. Usein oikeuspsykiatrisilla potilailla esiintyy persoonallisuushäiriön kanssa yhtä aikaa psykoosisairaus ja jonkinasteinen päihdeongelma, jotka tuovat omat haasteensa myös persoonallisuushäiriön hoitoon. Tutkimuksen kohdeorganisaation voidaan siis todeta olevan erityispiirteitä omaava sairaala, jonka toiminta eroaa useimmista muista psykiatrisen sairaanhoidon yksiköistä.

Jatkotutkimusaiheina voisivat hyödyllisiä olla seuraavat: hoitosuhteen rakentamista ja ylläpitämistä tukevat tekijät persoonallisuushäiriöpotilaiden kanssa sekä kolmoisdiagnoosipotilaiden hoidon erityispiirteet, kun kyseessä on nimenomaan persoonallisuushäiriöstä, psykoosisairaudesta ja päihdeongelmasta kärsivä potilas.

LÄHTEET

- APA. 2020. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Viitattu 20.9.2020. <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
- Bateman, A., O’Connell, J., Lorenzini, N., Gardner, T. & Fonagy, P. 2016. A randomised controlled trial of mentalization-based treatment versus structured clinical management for patients with comorbid borderline personality disorder and antisocial personality disorder. *BMC Psychiatry*. Biomed Central. Viitattu 20.11.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5006360/>
- Epävakaata persoonallisuushäiriö. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Psykiatriayhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen lääkäriseura Duodecim, 2015. Viitattu 10.11.2019. <http://www.kaypahoito.fi>
- Eronen, M., Seppänen, A. & Kotilainen, I. 2012. Oikeuspsykiatrinen hoito ja arviointi Suomessa. Tieteessä. Teoksessa Suomen Lääkärilehti. Nro 23. Vsk 67. 1823–1826. Katsausartikkeli.
- Huttunen, M. 2018. Persoonallisuushäiriöt. Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto – Duodecim. Viitattu 20.9.2019. <http://www.terveyskirjasto.fi>
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, T. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki. Sanoma Pro Oy.
- Karvinen, C. & Laurila, J. 2014. Defenssit ja itsetuhoisuus nuorilla osastopotiilailla. Laurea-ammattikorkeakoulu. Laurea Tikkurila. 17. Hoitotyön koulutusohjelma. Viitattu 8.6.2020. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/85577/Karvinen_Camilla_Laurila_Joanna.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Keinänen, M. 2013. Epävakaan persoonallisuuden psykososiaaliset riskitekijät. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö. Duodecim. Vol 129, No 11. 1167–1171. Katsausartikkeli. Suomalainen lääkäriseura Duodecim ry. Helsinki.
- Korkeila, J. 2018. Epävakaata persoonallisuushäiriö. Lääkäriin käsikirja. Duodecim Terveysportti. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 10.11.2019. <https://www.terveysportti.fi>. (Maksullinen tietokanta).
- Kylmä, J. & Juvakka T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki. Edita Prima Oy.
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2009. Etiikka hoitotyössä. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Melartin, T. & Koivisto, M. 2010. Hoito takkuua, lääkäri väsy. Persoonallisuushäiriöinen potilas vastaanotolla. *Duodecim*. Vol. 126, No. 20. 2389–2398. Katsausartikkeli. Suomalainen lääkäriseura Duodecim ry. Helsinki.

Ovaskainen, P. 2013. Epäsosiaalinen persoonallisuushäiriö ja sen hoito. Tutkielma. Lääketieteen koulutusohjelma. Psykiatrian oppiaine. 3–4, 6, 11–12, 14–16, 18, 20–22. Terveystieteiden tiedekunta. Itä-Suomen yliopisto.

Parhi, K. & Lauerma, H. 2016. Psykopatiakäsitteen muuttunut rooli oikeuspsykiatriassa. Lääketieteellinen aikakauskirja *Duodecim*. Nro 22. 2089–2097. Katsausartikkeli. Viitattu 23.10.2019. <https://www.duodecimlehti.fi>. (Maksullinen tietokanta).

Repo-Tiihonen, E. 2018. Epäsosiaalinen persoonallisuushäiriö. Lääkäriin käsikirja. *Duodecim Terveysportti*. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 23.10.2019. <https://www.terveysportti.fi>. (Maksullinen tietokanta).

Repo-Tiihonen, E. & Hallikainen, T. 2016. Epäsosiaalinen persoonallisuushäiriö. Lääketieteellinen aikakauskirja *Duodecim*. Nro 2. Katsausartikkeli. Viitattu 23.10.2019. <https://www.duodecimlehti.fi>. (Maksullinen tietokanta).

Terveysportti. 2019. Persoonallisuushäiriöt – Pikatietoa. Lääkäriin käsikirja. *Duodecim Terveysportti*. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 5.10.2019. <https://www.terveysportti.fi>. (Maksullinen tietokanta).

THL. 2011. Tautiluokitus ICD-10. Julkari. STM:n hallinnonalan avoin julkaisusarkisto. Viitattu 20.9.2020. <https://www.julkari.fi/handle/10024/80324>

THL 2019 a. Oikeuspsykiatrinen hoito. THL tekee päätöksen hoitoon tai erityishuoltoon määräämisestä, hoidon lopettamisesta ja avohoitojaksoista. Viitattu 5.10.2019. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyspalvelut/oikeuspsykiatria/oikeuspsykiatrinen-hoito>

THL 2019 b. Mielentilatutkimukset. THL vastaanottaa tutkimuspyynnöt, päättää tutkimuspaikan, myöntää mahdollisen jatkoajan ja käsittelee lausunnot. Viitattu 9.10.2019. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyspalvelut/oikeuspsykiatria/mielentilatutkimukset>

Trub, L. 2016. A Portrait of the Self in the Digital Age: Attachment, Splitting, and Self-Concealment in Online and Offline Self-Presentation. 2, 3. *Psychoanalytic Psychology*. Viitattu 8.6.2020. https://www.researchgate.net/profile/Leora_Trub/publication/309443790_A_Portrait_of_the_Self_in_the_Digital_Age_Attachment_Splitting_and_Self-Concealment_in_Online_and_Offline_Self-Presentation/links/5880f63d4585150dde3f3ab8/A-Portrait-of-the-Self-in-the-Digital-Age-Attachment-Splitting-and-Self-Concealment-in-Online-and-Offline-Self-Presentation.pdf

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

University of Eastern Finland. 2019. Oikeuspsykiatria. Kliinisen lääketieteen yksikkö. Viitattu 24.9.2019. <https://www.uef.fi/web/kliinisenlaaketieteenyksikko/oikeuspsykiatria>

VVS. 2019. Vanhan Vaasan sairaala/Gamla Vasa sjukhus. Viitattu 10.10.2019. <http://www.vvs.fi>

Whipp, A. M., Korhonen, T., Raevuori, A., Heikkilä, K., Pulkkinen, L., Rose, R. J., Kaprio, J. & Vuoksimaa, E. 2018. Early adolescent aggression predicts antisocial personality disorder in young adults: a population-based study. 341–350. *European Child and Adolescent Psychiatry*.

LIITE 1.

Saatekirje

Hyvä haastateltava,

kiitos suostumuksestanne osallistua haastateltavaksemme. Vastauksenne antavat ensiarvoisen tärkeää kokemustietoa tutkimukseemme. Opiskelemme sairaanhoitajiksi ja tämä tutkimus "Hoitajien kokemuksia persoonallisuushäiriöisen potilaan hoidosta Vanhan Vaasan Sairaalassa" on opinnäytetyömme.

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla, millainen on hoitajien kokemus persoonallisuushäiriöisen potilaan hoitotyöstä Vanhan Vaasan Sairaalassa. Tutkimuksesta saatua tietoa voidaan hyödyntää mietittäessä hoitohenkilökunnan lisäkoulutuksen ja tuen tarvetta persoonallisuushäiriöisen potilaan hoitotyöhön.

Keräämme tiedot yksilö-, pari- tai ryhmähaastatteluiden avulla. Nauhoitamme haastattelut matkapuhelintemme nauhureilla voidaksemme jälkikäteen palata haastatteluihin kirjoittaessamme opinnäytetyöraporttia. Tuhoamme äänitteet heti, kun olemme saaneet ne litteroitua. Litteroidut tiedostot tuhoamme heti, kun opinnäytetyö on valmistunut.

Haluamme kunnioittaa yksityisyyttänne. Tämä tarkoittaa sitä, että teitä ei voida tunnistaa lopullisesta opinnäytetyöstä. Valmis opinnäytetyö julkaistaan Theseus.fi-opinnäytetyöjulkaisuarkistossa. Tutkimusraportissa käytetään kohdeorganisaation nimeä, mutta tutkimukseen osallistuvien nimiä ei siinä julkaista.

Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista. Voitte koska tahansa keskeyttää tutkimukseen osallistumisen.

Opinnäytetyön ohjaajana toimii lehtori Anne Puska.

Ystävällisin terveisin,

Jannina Kontkanen (sähköposti: jannina.kontkanen@vvs.fi)

Noora Ojaniemi (sähköposti: e1700075@edu.vamk.fi)