



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Psykoedukaation merkitys psykoosipotilaiden kokemaan syrjintään ja omaan hoitomotivaatioon hoitajien kuvaamana

Vaittinen, Carita

2013 Tikkurila

Laurea-ammattikorkeakoulu
Tikkurila

Psykoedukaation merkitys psykoosipotilaiden kokemaan syrjintään
ja omaan hoitomotivaatioon hoitajien kuvaamana

Carita Vaittinen
Hoitotyönkoulutusohjelma
Opinnäytetyö
Huhtikuu, 2013

Vaittinen Carita

Psykoedukaation merkitys psykoosipotilaiden kohtaamaan syrjintään ja omaan hoitomotiivaatioon hoitajien kuvaamana

Vuosi 2013 Sivumäärä 61

Tämä opinnäytetyö perustuu Laurea-ammattikorkeakoulun, HUS/HYKS Psykiatrian tulosyksikön ja Mielen avain-laadunkehittämishankkeen yhteisiin mielenterveyshoitotyön kehittämisen tarpeisiin. Opinnäytetyö on osa vuosina 2011–2015 toteutettavaa hanketta, ja sen avulla halutaan osaltaan vastata mielenterveyttä edistävien hyvien hoitokäytäntöjen kehittämisen ja niihin liittyvään tiedon lisäämisen tarpeeseen.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata ensipsykoosipotilaisiin kohdistuvaa syrjintää sekä potilailla ilmenevää hoitomotiivaatiota ja sen puutetta. Lisäksi tarkoituksena on selvittää, miten psykoedukaatiota voidaan käyttää apukeinona syrjinnän vähentämiseksi ja hoitomotiivaation lisäämiseksi. Opinnäytetyössä käytettiin laadullista tutkimusmenetelmää, ja tutkimuskysymyksiin hankittiin vastaukset haastattelemalla viittä (N=5) Peijaksen Itäisen kuntoutuspoliklinikan sairaanhoitajaa, jotka työskentelevät ensipsykoosipotilaiden parissa päivittäin. Haastattelut toteutettiin yksilöllisinä teemahaastatteluina ja haastatteluista kertyvä aineisto analysoitiin induktiivisen sisällönanalyysin avulla.

Tulosten perusteella voidaan todeta, että potilaisiin kohdistuvaa syrjintää esiintyy eniten terveydenhuollossa, potilaiden ystäväpiirissä sekä työ- ja opiskeluyhteisöissä. Syrjintää on mahdollista vähentää antamalla kyseisille ryhmille oikeanlaista tietoa sairaudesta ja sen lääkehoidosta sekä tukemalla potilaan normaalia arkea. Potilaiden huono hoitomotiivaatio ilmenee sairauden kieltämisenä, sitoutumisvaikeuksina hoitoon, vastahakoisuutena ja lääkekielteisyytenä. Hoitomotiivaatiota voidaan parantaa antamalla tietoa sairaudesta ja sen lääkityksestä, luomalla hyvä ja luottamuksellinen hoitosuhde potilaan ja hoitajan välille sekä asettamalla hoidolle konkreettisia tavoitteita.

Opinnäytetyöstä saatujen tuloksien perusteella voidaan todeta, että psykoedukaatiolla on mahdollista lisätä potilaiden hyvinvointia huomattavasti, ja siksi sitä tulisi käyttää osana ensipsykoosipotilaiden onnistunutta hoitoa.

Asiasanat, psykoosi, psykoedukaatio, syrjintä, motivaatio, psykoosipotilas

Vaittinen Carita

Significance of psychoeducation to the discrimination and the treatment motivation of psychosis patients as described by nurses

Year	2013	Pages	61
------	------	-------	----

This Bachelor's Thesis is based on quality improvement project between Laurea UAS, the business unit of the HUS/HYKS Psychiatry and The Key to the Mind project (Mielen avain), which aims to develop the common needs of mental health nursing. This thesis is part of the project that is implemented between the years 2011 and 2015 and its purpose is to serve the needs of developing common mental health nursing practices.

The aim of the thesis is to describe the discrimination that first episode psychosis patients often face as well as the motivation and lack of motivation that these patients might have. The other goal is to report how psychoeducation can be used as a tool to decrease discrimination and to increase the patients' treatment motivation. A quality research method was used to find out the results. Five registered nurses (N=5) who work at the outpatient center of Peijas Eastern rehab and work daily with the first episode psychosis patients were interviewed. Interviews were made by using the individual theme interview and the results were analyzed by inductive content analysis.

The results indicate that the patients face discrimination mostly within the health care system, their circle of friends, as well as in work, and study communities. It is possible to decrease the discrimination by giving the right kind of information about the illness and its medication to those groups, and also by supporting the patients' daily life. Lack of motivation in patients can be seen in the denial of the illness, difficulties in committing to the treatment, averseness and the unwillingness of using medication. The motivation can be improved by giving information about the illness and medication to the patients, creating confidential care relationships between nurses and patients and setting concrete goals.

The results of the thesis show also that it is applicable to say that psychoeducation can be used as a tool to increase the wellbeing of the patients and it should be used as a part of successful treatment.

Keywords: psychosis, psychoeducation, discrimination, motivation, psychosis patient

Sisällys

1	Johdanto	7
2	Psykoosin esiintyvyys, oireet ja sairaudelle altistavat tekijät.....	8
3	Psykoedukaation toteuttaminen osana psykoosipotilaan hoitoa	10
3.1	Psykoosipotilaaseen kohdistuva syrjintä	12
3.2	Psykoosipotilaan motivoiminen	13
3.2.1	Transteoreettinen muutosvaihemalli	14
3.2.2	Motivoiva haastattelu.....	15
4	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	15
5	Opinnäytetyön toteutus	16
5.1	Tutkimusongelmat	16
5.2	Tutkimusmenetelmä - laadullinen tutkimus.....	16
5.3	Aineistonkeruumenetelmä - yksilöllinen teemahaastattelu	17
5.4	Aineiston analyysi	18
6	Tulokset	19
6.1	Syrjinnän ilmeneminen psykoosipotilaan arjessa	20
6.1.1	Syrjintä terveydenhuollossa	21
6.1.2	Syrjintä perhe- ja ystäväpiireissä.....	23
6.1.3	Syrjintä työ- ja opiskeluyhteisöissä	25
6.1.4	Syrjinnän puuttuminen ja potilaan tukeminen.....	26
6.2	Psykoedukaatio apukeinona psykoosipotilaiden syrjinnän vähentämiseksi	27
6.2.1	Tiedollinen sisältö.....	27
6.2.2	Tiedonannon keinot.....	28
6.2.3	Tukikeinot	30
6.3	Psykoedukaation vaikutukset psykoosipotilaisiin kohdistuvaan syrjintään.....	31
6.3.1	Muutokset yhteiskunnan suhtautumisessa potilaisiin	31
6.3.2	Lähipiirin asennemuutokset	32
6.3.3	Potilaiden omat kokemukset	33
6.4	Psykoosipotilaiden hoitomotivaatio.....	34
6.4.1	Hoitomotivaation ilmeneminen	35
6.4.2	Hoitomotivaation puutteen ilmeneminen.....	36
6.5	Psykoedukaatio apukeinona psykoosipotilaiden hoitomotivaation lisäämiseksi	38
6.5.1	Tiedon ja tuen antaminen	39
6.5.2	Hyvä hoitosuhde	40
6.5.3	Tavoitteellinen hoito	42
6.6	Psykoedukaation vaikutukset psykoosipotilaiden motivaatioon	43
6.6.1	Suhtautuminen sairauteen.....	44
6.6.2	Potilaiden sosiaaliset suhteet	45

7	Tulosten tarkastelu.....	45
8	Pohdinta ja johtopäätökset.....	49
8.1	Opinnäytetyön eettisyys	50
8.2	Opinnäytetyön luotettavuus.....	52
8.3	Jatkotutkimusehdotukset	54
	Lähteet	55
	Liitteet.....	57
	Liite 1. Opinnäytetyön tutkimuslupa	58
	Liite 2. Haastattelun teemat ja tutkimuskysymykset	60
	Liite 3. Syrjinnän ilmeneminen psykoosipotilaan arjessa - aineiston luokittelu.....	61

1 Johdanto

Psykoedukaatio on tuki- ja opetusmenetelmä, jota käytetään psykoosipotilaan hoitotyössä muiden hoitokeinojen rinnalla. Menetelmän tavoitteena on lisätä potilaan ja hänen läheistensä tietämystä ja ymmärrystä sairaudesta, löytää erilaisia selviytymiskeinoja sairauden kanssa elämiseen sekä vaikuttaa potilaan ja hänen läheistensä käyttäytymiseen ja asenteisiin. Psykoedukaation ideana on kertoa potilaalle ja hänen läheisilleen sairaudesta ja sille ominaisista piirteistä, sairauden mahdollisesta etenemisestä, saatavilla olevista hoitokeinoista sekä terveydenhuollon palveluista. (Johansson 2007:18.) Tutkimusten mukaan psykoedukaation avulla on mahdollista lievittää sairastuneen oireita, edistää toipumista, vähentää sairaalahoitokertojä, lisätä potilaan ja hänen läheistensä tietoa ja sosiaalisia taitoja sekä vähentää heidän kuormittumistaan ja kehittää kotona tapahtuvaa kommunikointia. (Johansson 2007: 18.)

Ensimmäistä kertaa psykoosiin sairastuneelle potilaalle on ominaista sairauteen liittyvä häpeän tunne, syrjäytyminen ja huono motivaatio hoitoon. Tutkimusten mukaan psykoosipotilaat joutuvat kohtaamaan sairauteensa liittyvää syrjintää, joka vaikeuttaa potilaiden elämänlaatua huomattavasti. Potilaat kohtaavat muun muassa pilkkaamista, vieroksumista, sosiaalista eristämistä ja joissain tapauksissa myös hyväksikäyttöä (THL 2011).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää psykoedukaation merkitystä ensipsykoosiin sairastuneen potilaan kohtaamaan syrjintään ja hoitomotivaatioon omaa sairautta kohtaan. Opinnäytetyön avulla selvitetään, miten psykoedukaation avulla voidaan vähentää potilaaseen kohdistuvaa syrjintää ja lisätä potilaan hoitomotivaatiota.

Opinnäytetyö on osa Laurea-ammattikorkeakoulun, HUS/HYKS Psykiatrian tulosityksikön ja Mielien avain - laadunkehittämissanketta. Hankkeen ja sitä kautta tämän opinnäytetyön tehtävänä on osaltaan vastata mielenterveyttä edistävien hyvien hoitokäytäntöjen kehittämisen ja niihin liittyvään tiedon lisäämisen tarpeeseen. Opinnäytetyö on toteutettu yhteistyössä Peijaksen sairaalan Itäisen kuntoutuspoliklinikan kanssa. Opinnäytetyössä käytetty aineisto on kerätty haastatteleamalla viittä Peijaksen Itäisellä kuntoutuspoliklinikalla työskentelevää sairaanhoitajaa ja selvittämällä heidän näkemyksiään psykoedukaation vaikutuksesta ensipsykoosiin sairastuneiden potilaiden hoidossa. Hoitajien haastattelut on toteutettu yksilöllisellä teemahaastattelulla.

2 Psykoosin esiintyvyys, oireet ja sairaudelle altistavat tekijät

Opinnäytetyössä keskeisiä käsitteitä ovat psykoosi, psykoedukaatio, syrjintä ja motivaatio. Seuraavissa kappaleissa on selvitetty näiden käsitysten merkitystä. Tässä kappaleessa on ensin selvitetty psykoosia sairautena ja sairaudelle altistavia tekijöitä. Kappaleessa kolme on määritelty psykoedukaatio sekä kerrottu, kuinka psykoedukaatiota hyödynnetään psykoosipotilaan hoitotyössä. Näiden jälkeen on kerrottu syrjinnästä ja motivaatiosta, joiden huomioiminen on olennaista ensipsykoosipotilaan hoidossa.

Psykooseja esiintyy noin 3,5 prosentilla Suomen väestöstä. Vuonna 2000-2001 toteutetun Terveys 2000-väestötutkimuksen mukaan Pohjois- ja Itä-Suomessa esiintyy eniten psykooseja, kun taas Lounais-Suomessa niiden esiintyvyys on maan pienin. Pohjois-Suomessa psykooseja on kolme kertaa enemmän Lounais-Suomeen verrattuna. Tämän perusteella voidaan olettaa, että psykoosien kehityksellisesti varhaiset riskitekijät ovat alueellisesti kasaantuneet. On kuitenkin otettava huomioon, että tutkimukseen osallistuvien henkilöiden syntymän aikoihin Suomessa on ollut suurempia alueellisia eroja hyvinvoinnissa. (Suvisaari, Perälä, Viertiö, Saarni, Tuulio-Henriksson, Partti, Saarni, Suokas, Lönnqvist 2012.)

Psykoosilla käsitetään haasteellisia mielenterveydenhäiriöitä, joille ominaista on realiteetin eli todellisuudentajun häiriintyminen. Tunnetuin psykoosisairaus on skitsofrenia, ja muita psykoosisairauksia ovat esimerkiksi skitsoaffektiivinen häiriö, harhaluuloisuushäiriö sekä ne kaksisuuntaiset mielialahäiriöt, joiden oirekuvaan liittyy psykoosioireita. (Aho 2008: 6.) Psykoosit ovat mielenterveyden häiriöiden haastavin ryhmä niiden vaikeiden oireiden, hoidettavuuden ja ennustettavuuden näkökulmasta. Psykooseihin liittyy todellisuudentajun vääristymistä, aistitoimintojen vääristymistä heijastavia aistiharhoja eli hallusinaatioita, ajatustoitinnan vääristymisestä johtuvia harhaluuloja eli deluusioita ja muutoinkin vääränlaisia tulkin-toja ulkoisesta todellisuudesta. (Lönnqvist, Heikkinen, Henriksson, Marttunen & Partonen 2010: 55.) Psykoosia sairastavalla voi esiintyä myös ajattelun ja puheen häiriöitä, tunne-elämänhäiriöitä, kognitiivisia puutoksia, ahdistuneisuutta, unihäiriöitä, pelkotiloja sekä epäluuloja. Sairauden kestänyt pitkään on seurauksena usein toimintakyvyn lasku, tunne-elämän latistuminen sekä sosiaalinen eristäytyneisyys. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2010: 187.)

Psykoosin oireet voidaan jakaa ilmaantumisjärjestyksensä mukaan ennakko-oireisiin, akuuttivaiheen oireisiin ja jälkioireisiin. Ennakko-oireiden tunnistaminen on ensiarvoisen tärkeää, jotta itse psykoosi olisi mahdollista välttää. Tunnistaminen on erityisen tärkeää sellaisilla nuorilla, joiden lähisuvussa on esiintynyt psykooseja, ja joiden toimintakyky on alkanut heikentyä, ja joilla voidaan havaita psyykkisiä oireita. Tällaisten nuorten tulisi mennä hoitoon ja tutkimuksiin mahdollisimman pian. Mitä aikaisemmin psykoosi todetaan ja hoidetaan, sitä pa-

remmat mahdollisuudet potilaalla on selviytyä ja välttää uusia psykooseja. Hoito on aloitettava heti psykoosioireiden ilmaantumisen jälkeen, sillä psykoosin pitkittyessä ja hoidon aloittamisen viivästyessä hoitoennuste heikkenee. Ensimmäiseen psykoosiin sairastuneen potilaan diagnostiikka ja hoidon aloitus tapahtuu perusterveydenhuollon sijasta erikoissairaanhoidon piirissä. (Skitsofrenian Käypähoitosuositus 2008.)

Ennako-oireiden kesto voi vaihdella vain muutamasta päivästä useampiin vuosiin. Tyypillisiä ennako-oireita ovat neuroottiset oireet kuten ahdistuneisuus, mielialaoireet kuten masentuneisuus ja mielialan vaihtelu, tahtoelämän muutokset kuten apaattisuus, kognitiiviset muutokset kuten keskittymiskyvyttömyys, fyysiset oireet kuten unihäiriöt, käyttäytymisen muutokset kuten toimintakyvyn heikkeneminen ja ihmissuhteista vetäytyminen, sekä muut oireet kuten havaintojen vääristyminen ja epäileväisyys. (Skitsofrenian Käypähoitosuositus 2008.)

Ensimmäisen psykoosin ollessa kyseessä ennako-oireina esiintyy useimmiten aluksi depressiivisyyttä ja sitten negatiivisia oireita. Negatiivisiin oireisiin kuuluu tunteiden latistumista, puheen köyhtymistä, tahdottomuutta sekä kyvyttömyyttä tuntea mielihyvää. Negatiivisia oireita seuraavat positiiviset oireet. Positiivisilla oireilla käsitetään aistiharhoja ja erityisesti kuuloharhoja, harhaluuloja sekä puheen ja käyttäytymisen hajanaisuutta. Akuuttivaiheessa tyypillisiä oireita ovat positiiviset oireet, ja psykoosin hellittäessä esiintyy jälkioireita, jotka useimmiten sisältävät negatiivisia oireita. (Skitsofrenian Käypähoitosuositus 2008.)

Psykoosiin sairastumista on selitetty haavoittuvuus-stressi-mallilla. Haavoittuvuus-stressi-malli on hyväksytty laajalti mielenterveyshoitotyössä, ja sitä voidaan käyttää muun hoidon apuna sekä avo- että osastohoidossa. (T. de Bruijn 2006: 4220.) Mallin mukaan sairauden puhkeamiseen vaikuttavat henkilön geneettinen alttius sairastua sekä ympäristön aiheuttama stressi. Ei ole kuitenkaan olemassa yhtä yksittäistä potilaan sairastumiseen vaikuttavaa tekijää, vaan sairastuminen on aina useiden eri tekijöiden yhteissumma. (Johansson 2007: 22).

Vielä toistaiseksi ei ole tietoa siitä, kuinka geneettinen herkkyys välittyy. Geneettisen herkkyyden lisäksi sairastumiseen vaikuttavat potilaan henkilökohtaiset ja biologiset ominaisuudet ja ympäristölliset tekijät. Laukaisevia tekijöitä voivat olla potilaan normaaliin kehitykseen liittyvät tekijät sekä poikkeukselliset ja traumaattiset stressitekijät. Sairastumiseen vaikuttavia biologisia ja fysiologisia tekijöitä ovat muun muassa somaattiset sairaudet, erilaisten päihteiden vaikutukset keskushermostoon, aivoperäiset poikkeavuudet - ja traumat sekä aineenvaihdunnan epätasapaino. Psykososiaalisia sairastumiseen vaikuttavia tekijöitä ovat esimerkiksi opitut mallit, kulttuuri, sosiaaliset suhteet, ilmapiiri kotona tai töissä sekä asuminen. Kyseiset psykososiaaliset tekijät voivat joko altistaa sairaudelle tai vastaavasti suojata siltä. Muita sairastumiseen vaikuttavia tekijöitä ovat esimerkiksi taloudellinen tilanne, aikaisemmat

ja nykyiset traumat ja kriisit, sopeutumiskyky, elämäkokemukset sekä persoonallisuus. Myös nämä kaikki voivat tilanteesta riippuen toimia joko altistavina tai suojaavina tekijöinä. (Johansson 2007: 22; O'Connell 2006: 41,42.)

Stressi on yksi psykoosisairaudelle altistumisen avaintekijöistä. Stressi voi muodostua esimerkiksi yksittäisistä elämäntapahtumista, tai se voi kasautua hitaammin pitkällä aikavälillä eri elämänaueilla. On myös ajateltu, että mitä suurempi perinnöllinen alttius ihmisellä on sairastua psykoosiin, sitä vähemmän ulkoisia stressitekijöitä hän sairastumiseensa tarvitsee. (Berg & Suominen 2000: 14.)

Sairastumisen todennäköisyys kasvaa tilanteissa, joissa potilaalla on korkea alttius sairastumiseen ja stressi aiheuttaa fyysisen reaktion potilaassa. On kuitenkin muistettava, että kaikki stressi ei ole haitaksi, vaan haitallisinta on pysyvä ja jatkuva stressi. Stressireaktioon vaikuttavat potilaan kokemukset omasta onnistumisesta ja kyvyistä vastata häneen kohdistuviin haasteisiin. Tutkimusten mukaan yleisimpiä stressin aiheuttajia ovat ihmissuhteisiin liittyvä stressi sekä työhön ja sosiaalisiin tilanteisiin liittyvä stressi, kuten perheen perustaminen, lasten kasvatusta ja työttömyys. Lisäksi kehitysvaiheen kriisit kuten itsenäistyminen ja eläkkeelle jääminen sekä elämäntapahtumiin liittyvä stressi kuten menetykset, onnettomuudet ja avioerot nostavat yksilön stressitasoa. Stressitekijöiden vaikutukseen vaikuttavat potilaan omat kokemukset hänen elämäntapahtumistaan ja niiden merkityksistä. Erilaiset suojaavat tekijät, kuten sosiaalinen tukiverkosto, hoitojärjestelmä, selviytymisstrategiat sekä potilaan ja hänen läheistensä sosiaalinen kyvykyys, voivat vähentää stressitekijöiden vaikutusta. (Johansson 2007: 23.)

3 Psykoedukaation toteuttaminen osana psykoosipotilaan hoitoa

”Psykoedukaatio” -termi käsittää systemaattisen, erilaisista psykoterapeuttisista menetelmistä koostuvan väliintulon, jonka avulla informoidaan potilasta ja hänen läheisiään sairaudesta ja sen hoidosta, sekä varmistetaan ymmärrys heidän omasta vastuustaan sairauden hoitamisessa ja sen kanssa elämisessä (De Sousa, Kurvey & Sonavane 2012: 1). Psykoosipotilaan kohdalla psykoedukaatiolla tarkoitetaan potilasta ja hänen omaisiaan auttavaa menetelmää, jonka tarkoituksena on auttaa sairastunutta sekä hänen läheisiään ymmärtämään sairauden luonnetta, kulkua, tarjolla olevia hoitovaihtoehtoja sekä terveydenhuollon ja kunnallisten palveluiden mahdollisuuksia. Psykoedukaatiota toteutetaan yhteistyössä hoitohenkilökunnan, potilaan ja omaisten kanssa. Tavoitteena on lisätä potilaan ja läheisten ymmärrystä sairaudesta ja muovata heidän ajatuksiaan, asenteitaan ja käyttäytymistään sairautta kohtaan. (Berg & Suominen 2000: 8,14.)

Viimeisen kahden vuosikymmenen ajan on kerätty näyttöä potilaiden perheenjäsenten vaikutuksista potilaaseen, ja tutkimusten mukaan perheenjäsenillä on suuri merkitys potilaiden hyvinvoinnin kannalta. Arviolta 30-65 % potilaista asuu perheenjäsenen kanssa, joka auttaa potilasta tämän sairauden hoidossa. Perheille suunnattu psykoedukaatio vähentää psykoosin uusiutumiseriskiä. Uusiutumiseriski on 15 % niillä potilailla, joiden perheet ovat mukana psykoedukaatiossa, ja 30-40 % niillä potilailla, joiden perheet eivät ole mukana psykoedukaatiossa. Tämän vuoksi on ehdottoman tärkeää, että myös perheenjäsenet saavat koulutusta, ohjausta ja tukea. (Murray-Swank & Dixon 2004: 905-906.) Perheenjäsenestä voidaan käyttää myös nimitystä omainen, huolenpitäjä tai läheinen, sillä psykoedukaatioon osallistuvien "perheenjäsenten" ei tarvitse olla potilaan biologisia sukulaisia, vaan potilaalle itselleen läheisiä ihmisiä. Olennaisinta on potilaan ja hoitoon osallistuvan läheisen luottamuksellinen ja jatkuva, vuorovaikutuksellinen suhde. (Berg & Suominen 2000: 8, 14.)

Psykoedukaatio perustuu jo aiemmin esitettyyn haavoittuvuus-stressi-malliin, jonka mukaan potilaan sairastuminen johtuu biologisen alttiuden ja potilaan elämässä olevan ulkoisen stressin vuorovaikutuksesta. Stressitekijöitä voidaan vähentää erilaisilla suojatekijöillä, kuten selviytymisstrategioilla, potilaan ja hänen perheensä sosiaalisella kyvykkyydellä sekä sosiaalisella tukiverkostolla ja hoitojärjestelmällä. Olennainen osa psykoedukaatiota on myös ajatus siitä, että potilaan perheenjäsenet ja läheiset voivat vaikuttaa sairauden kulkuun tulevaisuudessa. Näin ollen ei etsitä sairastumiseen syyllisiä menneestä, vaan keskitytään nykyhetkeen ja tulevaisuuteen, jossa perhe on tärkeä osa potilasta auttavassa ja sairastumista ehkäisevässä yhteistyöverkostossa. (Berg & Suominen 2000: 14.)

Psykoedukaation kulmakivenä on jaettu asiantuntijuus hoitohenkilökunnan, potilaan ja potilaan läheisten välillä. Heidän yhteisenä päämääränään on miettiä ja löytää ratkaisuja potilaan ja hänen läheistensä tilanteeseen ja ongelmiin. Psykoedukaatiossa otetaan huomioon potilaan ja perheenjäsenten yksilölliset kokemukset. Nämä kokemukset pyritään liittämään hoitotyöhön, ja vastaavasti ajankohtainen lääketieteellinen tieto pyritään liittämään näihin kokemuksiin. (Kuhanen ym. 2010: 90-91.) On tärkeää, että potilaan sosiaalinen ympäristö on selvillä sairaudesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Potilaalle ja tämän läheisille suunnattu psykoedukaatio edesauttaa sairauden hoitamista enemmän kuin pelkkä lääkehoito yksin. (T. de Bruijn 2006: 4219.)

Psykoedukaatiota toteutetaan keskustelemalla vuorovaikutuksellisesti psykoedukaatioon osallistuvien henkilöiden kesken. Keskustelun tarkoituksena on tarkastella potilaan tilannetta, keskustella kokemuksista ja havainnoista ja etsiä ymmärrystä ja selitystä potilaan meneillään olevaan tilanteeseen. Hoitaja ei ole autoritaarinen opettaja eikä asiantuntija, vaan osa vuorovaikutuksellista keskustelua ja työyhteisöä. Yhteistyön kantava voimavara on toivon ylläpitäminen ja positiivinen suhtautuminen tulevaisuuteen. (Kuhanen ym. 2010: 92.)

Psykoedukatioon osallistuvat osapuolet selvittävät yhdessä sairautta ja sen oirekuvaa, selviytymiskeinoja, toipumista ja varomerkkien tunnistamista. Myös sosiaalisten taitojen harjoittelu ja kriisi- tai toimintasuunnitelman tekeminen on tärkeä osa yhteistyötä. Sosiaaliset taidot ovat tärkeitä, sillä kommunikaatio- ja ongelmanratkaisutaidot ovat tärkeässä asemassa selviytymisen tukemisessa. Sairauden puhkeamisesta kertovien varomerkkien ilmaannuttua potilaan ja perheen on taas helpompi toimia kun kriisi- tai toimintasuunnitelma on tehty valmiiksi. (Kuhanen ym. 2010: 92.)

3.1 Psykoosipotilaaseen kohdistuva syrjintä

Psykoosia sairastavat potilaat joutuvat usein kohtaamaan sairauteensa liittyvää syrjintää. Sairauteen liittyy yleistä häpeää sekä suoranaista syrjintää. Tutkimusten mukaan syrjintää esiintyy useilla elämänalueilla mukaan lukien yksityiselämä, sosiaali- ja terveydenhuolto sekä yhteiskunta yleensä. (THL 2011.) Potilaiden voi olla vaikeaa saada töitä, vuokrata asuntoa ja tulla hyväksytyksi samanlaisena ihmisenä kuin muut. He voivat kohdata syrjintää esimerkiksi kadulla kulkiessaan, kun muut ihmiset välttävät katsekontaktia tietäessään heidän sairastavan mielenterveyden häiriötä. (K. Mohr 2003: 302-303.)

Syrjinnän syynä on pääasiassa muiden ihmisten tietämättömyys ja pelko sairaudesta ja sen mahdollisista oireista ja seurauksista. Syrjinnän ja vastarinnan ollessa yleistä, potilaiden häpeä itseään kohtaan kasvaa. He alkavat kuvitella ansaitsevansa alempiarvoista kohtelua ja olevansa huonompia kuin muut. Ajan kuluessa potilaiden ajatukset omasta sääällävyydestä ja toivon menetyksestä kasvavat. (K. Mohr 2003: 302-303.)

Potilaaseen kohdistuvaan syrjintään voidaan vaikuttaa muun muassa varhaisella puuttumisella. Sen tavoitteena on vähentää psykoottisten häiriöiden kroonistumista, antaa ihmisille oikeaa tietoa psykoosisairautena sekä oikaista harhakäsityksiä psykoosiin johtaneista tekijöistä ja psykoosia sairastavien potilaiden käytöksestä. Vakavan mielenterveyshäiriön toteaminen vaikuttaa väkisinkin potilaan minäkäsitykseen. On tärkeää, että sairastunut tunnistaa, suojaa ja integroi oman identiteettinsä eri osia uppoutumatta liikaa potilaana ja sairaana oloon. (Gleeson & McGorry 2005: 148-149.)

Terveydenalan ammattilaiset ovat avainasemassa potilaisiin kohdistuvan syrjinnän ja potilaiden leimautumisen ehkäisemisessä. Heidän tulisi omalla toiminnallaan lisätä ihmisten yleistä tietämystä psykoosisairauksista ja siten vaikuttaa ihmisten asenteisiin ja väärisiin ennakkoluuloihin. (Kiikku 2008: 136.) On kuitenkin näyttöä siitä, että monilla ammattilaisillaakaan ei ole tarpeeksi tietoa mielenterveydensairauksista, ja tämän vuoksi he saattavat osallistua mukana potilaiden syrjinnässä. Mitä enemmän työntekijöillä on tietoa sairaudesta, sitä positiivisemmin ja auttavammin he suhtautuvat potilaisiin. (Gray 2002: 74.)

3.2 Psykoosipotilaan motivoiminen

Potilaiden välittömät reaktiot diagnoosin jälkeen ovat epäusko, häpeä, kauhu, suru ja viha (Gray 2002: 74). Sairastuttuaan henkilö saattaa kokea itsensä erilaiseksi suhteessa muuhun yhteiskuntaan ja muihin ihmisiin. Psykoosisairaus aiheuttaa potilaassa suurta epävarmuutta, ja potilas voi menettää luottamuksen niin omaan itseensä, omaan elämäntilanteeseensa, avun saantiin kuin hoitavaan tahoonkin. Jos potilas ei saa apua ja tukea tilanteeseensa, tilanne voi pahentua, ja potilas on vaarassa jäädä ulos normaalista elämästä ja syrjäytyä koko yhteiskunnasta. (Kilkku 2008: 131, 136.)

Ihmisen motivaatio on nähtävissä tietynlaisena toimintana yksittäisessä tilanteessa sekä vastaavasti koko elämänkaaren aikana. Motivaatiolla on keskeinen asema elämässä tapahtuvissa muutoksissa ja käännekohdissa. Motivaatio voi vaikuttaa muutoksiin tai vastaavasti muutokset voivat vaikuttaa motivaatioon. Motivaatio voi olla joko tietoista tai tiedostamatonta ajattelua ja toimintaa. (Salmela-Aro & Nurmi 2005: 10.)

Motivaatiotutkimuksen tehtävänä on selittää sitä, mikä saa ihmisen käyttäytymään ja toimimaan tietyllä tavalla, mistä ihminen saa energiansa käytökseen ja mikä ohjaa käyttäytymisen suuntaa. Ihmisellä on sekä sisäisiä että ulkoisia motiiveja, jotka vaikuttavat ihmisen toimintaan. Sisäisiin motiiveihin kuuluvat tarpeet, kognitiot sekä tunteet, ja ulkoisia motiiveja ovat ympäristö, sosiaaliset sekä kulttuuriset tekijät. (Reeve 2009: 8.) Motivaatioon sisältyy monia eri ulottuvuuksia kuten sisäisiä mielihaluja sekä ulkoisia paineita ja tavoitteita. Sen esiintyminen on dynaamista ja vaihtelevaa, se muuttuu ajan ja tilanteiden mukana välillä vahvistuen ja välillä heiketen. Sosiaalinen kanssakäyminen on tärkeä osa motivaatiota, sillä motivaatio voidaan nähdä tuloksena yksilön ja muiden ihmisten välisestä vuorovaikutuksesta. (Koski-Jännes, Riittinen & Saarnio 2008: 17-21.)

Ihmisen elämäntilanteet ja elinympäristöt muuttuvat jatkuvasti, ja motiivit ja motivaatio ovat tärkeässä osassa vastoinkäymisistä ja muuttuvista tilanteista selviämässä. Ihmisen on vaikeampaa selviytyä, jos hänellä ei ole motivaatiota eikä motiiveja. Tällöin hän voi tuntea itsensä avuttomaksi ja oman tilanteensa toivottomaksi. Ihminen, joka kokee selviytymisen olevan toivotonta ja mahdotonta, luovuttaa helposti vastoinkäymisten ilmaantuessa. (Reeve 2009: 14.) Motivaatiolla on keskeinen vaikutus ihmisen psyykkiseen hyvinvointiin ja näin ollen psyykkiseen sairauteen ja siitä selviämiseen. Potilaan muuttaessa henkilökohtaisia tavoitteitaan ja sopeuttaessa niitä omaan muuttuneeseen elämäntilanteensa sopivaksi parantaa potilaan psyykkistä hyvinvointiin ja vähentää siten myös masentuneisuutta (Koski-Jännes & Saarnio 2008: 159).

Motivaatiolla on siis keskeinen asema ihmisen sairastuessa. Motivaation puute on usein syynä siihen, että ihminen ei halua aloittaa tai jatkaa hoitoa, ei noudata hoito-ohjeita tai siihen että hoito ei onnistu. Hoitaja voi vaikuttaa hoidettavan potilaansa motivaatioon olemalla ystävällinen, aito, kunnioittava, myönteinen sekä empaattinen. Yksi hoitajan tehtävästä onkin vahvistaa ja lisätä potilaan motivaatiota. Hoitaja voi kannustaa potilasta muutoksen tekemiseen, laatia potilaan kanssa yhdessä muutossuunnitelman, aloittaa suunnitelman toteuttamisen käytännössä ja jatkaa sellaista toimintaa, jolla voidaan ehkäistä potilaan ongelmia. (Koski-Jännes ym. 2008: 17-21.)

3.2.1 Transteoreettinen muutosvaihemalli

Tutkimusten mukaan motivaation vahvistuminen lisää potilaan hoitoon osallistumista ja johdtaa sitä kautta parempaan hoitotulokseen. Motivaatio ja muutos kulkevat käsi kädessä, ja kyseisen ajatuksen pohjalta on kehitetty transteoreettinen muutosvaihemalli. Mallin mukaan motivaatioon liittyy muutosprosessi, joka etenee vaihe vaiheelta. Prosessi koostuu esiharkintavaiheesta, harkintavaiheesta, valmistautumisesta, toimintavaiheesta ja ylläpitovaiheesta. Hoitaja voi osallistua prosessiin ja auttaa potilasta sen jokaisessa vaiheessa. Hoitajan tehtävänä on tukea ja kannustaa potilasta kulloisenkin vaiheen edellyttämällä tavalla. (Koski-Jännes ym. 2008: 28-33.)

Esiharkintavaiheessa oleva potilas ei koe tarvetta muutokseen tai ei usko sen olevan mahdollista omalla kohdallaan. Potilas voi kokea muutoksen mahdottomaksi esimerkiksi aiempien epäonnistuneiden muutosyritysten tai vähäisten voimavarojensa vuoksi. Tällöin hoitaja voi saada potilaan ajattelemaan muutoksen mahdollisuutta ja tarpeellisuutta, ja auttaa potilasta tiedostamaan jo pientenkin elämäntapamuutosten positiiviset vaikutukset omaan terveyteensä. Harkintavaiheessa oleva potilas on aloittanut pohdinnan muutoksesta, sen tarpeellisuudesta ja sen mukanaan tuomista eduista ja haitoista. Hoitaja voi auttaa potilasta punnitsemaan muutoksen aiheuttamia haittoja ja hyötyjä, ja pohtimaan keinoja muutoksen toteuttamiseen. Valmistautumisvaiheessa potilas on päättänyt sitoutua muutoksen tekemiseen, ja potilas laatii toimintasuunnitelman muutoksen toteuttamiseksi ja aloittaa muutoksen vähitellen. Valmistautumisvaiheessa hoitaja on potilaan apuna laatimassa suunnitelmaa ja auttaa potilasta muokkaamaan sitä kokemukseen perustuen. On tärkeää, että hoitaja antaa potilaalle kannustavaa ja positiivista palautetta muutosprosessin edetessä. Potilaan päästessä ylläpitovaiheeseen potilas on sitoutunut muutokseen ja pystyy toimimaan tavalla, joka mahdollistaa muutoksen ja sen ylläpitämisen. Tällöin hoitajan tärkeänä tehtävänä on tukea ja kannustaa potilasta muutosprosessissa sekä antaa positiivista palautetta jo toteutuneesta muutoksesta. (Marttila 2010.)

3.2.2 Motivoiva haastattelu

Yksi motivaatiota lisäävistä keinoista on motivoiva haastattelu. Motivoivan haastattelun tarkoituksena on toimia apukeinona motiiviristiriitojen ratkaisussa, jotka estävät positiivisia ja hyödyllisiä käyttäytymismuutoksia. Jotta potilasta hyödyttävä muutos olisi mahdollista, potilaan on muutoksen vastustelun sijasta ymmärrettävä muutoksen myönteiset vaikutukset ja haluttava muutos itse. (Koski-Jännes ym. 2008: 42.)

Motivoiva haastattelu perustuu vahvistamiseen, avoimiin kysymyksiin, heijastavaan kuunteluun sekä tiivistämiseen. Näitä keinoja on hyvä käyttää muutosprosessin jokaisessa vaiheessa. Vahvistamisella pyritään lisäämään potilaan itsetuntoa ja asiantuntemusta, sekä tunnistamaan ja osoittamaan potilaan vahvuuksia. Vahvistamisen mahdollistuminen edellyttää hoitajalta aitoa kiinnostusta ja arvostusta potilasta kohtaan. Avointen kysymysten käyttö estää kysyjää johdattelemasta keskustelua liikaa. Tällöin potilas saa kertoa tarkemmin ajatuksistaan, tunteistaan ja tilanteestaan, ja hoitaja saa enemmän tietoa potilaasta. Heijastava kuuntelu puolestaan toimii potilaan apuna omien ajatusten ja sisäisten tunteiden selvittämisessä. Heijastavassa kuuntelussa hoitaja kuuntelee ja havainnoi potilasta, ja yrittää sen perusteella ymmärtää, mitä potilas oikeastaan ajattelee. Hoitaja sanoo ajatuksensa ääneen ja näin ollen tarkistaa, onko hän ymmärtänyt oikein. Heijastavan kuuntelun tarkoituksena on selvittää potilaalle tämän tunteita, ajatuksia ja toimintatapoja. Neljäntenä osana motivoivassa haastattelussa on yhteen vetäminen ja tiivistäminen, jonka tarkoituksena on koota yhteen asiat ja ajatukset, joista potilas on haastattelun aikana puhunut. Kokoaminen on hyvä tehdä kulloisenkin teeman yhteydessä, sillä se osoittaa potilaalle että hoitaja on kuunnellut häntä. Tällöin hoitaja voi myös saada potilaan ajattelemaan muutoksen kannalta olennaisia asioita, ja potilas voi korjata hoitajan mahdollisia väärinymmärryksiä. (Koski-Jännes ym. 2008: 50-53.)

4 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää psykoedukaation merkitystä psykoosipotilaan hoitotyössä ja antaa vastaus siihen, kuinka psykoedukaatiolla voidaan vaikuttaa ensipsykoosiin sairastuneeseen potilaaseen kohdistuvaan syrjintään ja potilaan motivaatioon oman sairautensa hoitamisessa. Opinnäytetyön tavoitteena on sellaisen tiedon tuottaminen, joka auttaa ensipsykoosipotilaiden parissa työskenteleviä sairaanhoitajia kehittämään potilaille tarjottavaa psykoedukaatiota ja näin ollen parantamaan potilaiden hyvinvointia ja elämänlaatua.

5 Opinnäytetyön toteutus

Koska opinnäytetyön avulla on haluttu saada selville mahdollisimman tarkkaa, kuvailevaa ja kokemusperäistä tietoa, valittiin tutkimusmenetelmäksi kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimusmenetelmä. Jos menetelmänä olisi käytetty esimerkiksi kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusta, olisi opinnäytetyöstä saatu tietoa voinut jäädä helposti pintapuoliseksi, eivätkä tulokset olisi tuottaneet yhtä tarkkaa tietoa kuin mitä laadullinen tutkimus on mahdollistanut. Tutkimusongelmiin on haluttu hankkia vastaukset haastatteleamalla psykoosipotilaiden parissa työskenteleviä sairaanhoitajia, ja tämän vuoksi haastattelut on toteutettu yhteistyössä Peijaksen Itäisellä kuntoutuspoliklinikalla työskentelevien sairaanhoitajien kanssa. Haastattelumenetelmänä on käytetty yksilöllistä teemahaastattelua, ja tulokset on analysoitu laadullista eli induktiivista sisällönanalyysiä käyttäen. Seuraavissa alakappaleissa on kerrottu tarkemmin opinnäytetyön tutkimuskysymyksistä, valitusta tutkimusmenetelmästä sekä aineiston analysointiprosessista.

5.1 Tutkimusongelmat

Opinnäytetyön tutkimusongelmat pohjautuvat työn alussa esitettävään teoriaosuuteen. Tutkimuskysymysten tarkoituksena on ollut palvella opinnäytetyön tarkoitusta ja tavoitetta mahdollisimman hyvin. Tutkimusongelmia muodostettaessa on otettu huomioon jo olemassa oleva tieto psykoedukaation käytöstä psykoosipotilaiden hoitotyössä. Tämän lisäksi on pohdittu, millaista lisätietoa hoitajat kaipaavat pystyäkseen kehittämään psykoosipotilaiden parissa toteutettavaa psykoedukaatiota ja näin ollen lisäämään potilaiden hyvinvointia. Tutkimusongelmat on rajattu koskemaan potilaiden kohtaamaa syrjintää sekä potilaiden hoitomotivaatiota. Tarkoituksena on ollut selvittää,

1 Miten psykoedukaation avulla voidaan vähentää ensipsykoosipotilaisiin kohdistuvaa syrjintää

2 Miten psykoedukaation avulla voidaan lisätä potilaiden omaa hoitomotivaatiota

5.2 Tutkimusmenetelmä - laadullinen tutkimus

Laadullisen eli kvalitatiivisen terveystutkimuksen tehtävänä on selvittää ihmisten mielikuvia omasta terveydestään ja sen hoitamisesta, sairaana olemisen kokemuksesta ja hoitokäytännöistä mahdollisimman luonnollisissa ja totuudenmukaisissa olosuhteissa. Tutkimuksessa ei käytetä varsinaista, tarkkaa aineiston keruuta eikä aineiston analyysia yksityiskohtaisesti määrittelevää teoriaa. Keskeistä on tutkimukseen osallistuvien henkilöiden subjektiivinen

ja/tai objektiivinen näkemys tutkittavasta ilmiöstä. Tutkimukseen osallistujat ovat henkilöitä, joilla on paras tuntemus ja käsitys tutkittavasta ilmiöstä. Toisin kuin määrällisessä tutkimuksessa, laadullisessa tutkimuksessa tärkeää on aineiston laatu sen määrän sijasta. (Hallila 2003: 24.)

Laadullisen tutkimuksen yleisenä tavoitteena on kuvata todellista elämää, jossa tutkimuskohdetta pyritään tutkimaan mahdollisimman monipuolisesti ja kokonaisvaltaisesti. Tutkimuksessa yritetään löytää ja selvittää tosiasioita jo olemassa olevien väittämien todentamisen sijasta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2003: 152.)

Laadullisessa tutkimuksessa voidaan erottaa tiettyjä tutkimusta ohjaavia piirteitä. Tutkimus on kokonaisvaltaista, jossa tieto hankitaan ja aineisto kootaan luonnollisissa ja aidoissa tilanteissa. Tiedon keruussa suositaan ihmisiä, ja tutkimusmetodina käytetään muun muassa havainnointia ja/tai haastatteluja perinteisten mittausvälineiden sijasta. Erilaisia lomakkeita ja testejä voidaan käyttää tutkimuksen apuna. Tutkimuksessa ei aseta hypoteeseja eikä pyritä testaamaan erilaisia teorioita, vaan tavoitteena on tuottaa uutta, monitahoista ja yksityiskohtaista tietoa. Tutkimukseen osallistuvia henkilöitä ei valita satunnaisotoksella, vaan henkilöt valitaan huolellisesti ja tarkoituksenmukaisesti. (Hirsjärvi ym. 2003: 155.)

Alkuperäinen tutkimussuunnitelma muuttuu usein tutkimuksen edetessä olosuhteiden mukaisesti. Ei ole mahdollista ennakoida kaikkia tutkimusprosessin vaiheita, ja näin ollen suunnittelua ohjaavat väljyys, joustaminen ja yksityiskohtaisen suunnittelun välttäminen. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997: 44-45.) Tutkimusaineistoa käsiteltäessä on otettava huomioon, että jokainen tutkimus on ainutlaatuinen, ja siksi kerättyä aineistoa tulkitaan tapauskohtaisesti (Hirsjärvi ym. 2003: 155).

5.3 Aineistonkeruumenetelmä - yksilöllinen teemahaastattelu

Laadullisessa tutkimuksessa tavallisimpia aineistonkeruumenetelmiä ovat kysely, haastattelu, havainnointi sekä erilaisiin dokumentteihin perustuva tieto (Tuomi & Sarajärvi 2009: 71). Tämän opinnäytetyön aineistonkeruumenetelmäksi on valittu yksilöllinen teemahaastattelu. Teemahaastattelulla tarkoitetaan lomakehaastattelun ja avoimen haastattelun välimuotoa, jossa haastattelun teemat ja aihepiirit on ennalta mietitty, mutta jossa kysymykset eivät ole sanatarkkoja eivätkä ne välttämättä ole tietyssä järjestyksessä (Hirsjärvi ym. 2003: 195). Tässä opinnäytetyössä käytetyn yksilöllisen teemahaastattelun ideana on ollut kysellä haastattelutavilta tiettyihin, tutkimusongelmiin ja etukäteen valittuihin teemoihin liittyviä kysymyksiä, ja niihin mahdollisesti liittyviä aiheita tarkentavia kysymyksiä. Keskeistä ovat olleet haastateltavien omat tulkinnat kyseisistä asioista ja haastateltavien niille antamat merkitykset. (Tuomi & Sarajärvi 2009: 75.)

Tutkimusongelmiin on haluttu saada vastaukset haastattelemalla Peijaksen Itäisen kuntoutuspoliklinikan psykoosiosastolla työskenteleviä sairaanhoitajia. Haastateltavia hoitajia on ollut yhteensä viisi (N=5), ja hoitajat on valittu hoitajien työkokemuksen perusteella. Sairaanhoitajilta on edellytetty vähintään kahden vuoden mittaista työkokemusta psykoedukaation ja psykoosipotilaiden parissa. Jokainen haastatteluun osallistunut henkilö on toiminut sairaanhoitajana vähintään 12 vuoden ajan, ja jokaisella hoitajalla on ollut usean vuoden kokemus psykoosipotilaiden parissa työskentelystä sekä psykoedukaatiosta. Hoitajien työkokemukseen on lukeutunut niin työskentelyä psykoosipoliklinikalla kuin aiemmin akuuttiosastollakin.

Haastattelut on tehty yksilöhaastatteluina hoitajien työaikana. Haastatteluun osallistuminen on ollut täysin vapaaehtoista, ja haastateltavat ovat saaneet tietoa haastattelusta ja opinnäytetyöstä osastonhoitajan välityksellä. Haastattelun teemat ja esitettävät kysymykset ovat koskeneet hoitajien käsityksiä siitä, kuinka psykoedukaatiolla voidaan ehkäistä psykoosipotilaisiin kohdistuvaa syrjintää ja kuinka psykoedukaatiolla on mahdollista vaikuttaa potilaan motivaatioon oman sairautensa hoidossa. Haastattelurunko ja haastattelun teemat on nähtävissä tämän opinnäytetyön liitteessä kaksi.

Haastattelut ovat tapahtuneet 9. ja 10.1.2013 Peijaksen Itäisen psykiatrian poliklinikalla osastonhoitajan huoneessa. Ne on tehty nimettöinä ja niitä on käsitelty luottamuksellisesti. Haastattelut on litteroitu eli kirjoitettu auki haastatteluista seuraavalla viikolla mahdollisten tarkentavien lisäkysymysten vuoksi. Litteroinnin jälkeen haastattelunauhut on tuhottu, ja sen jälkeen kirjallisista haastattelutuloksista on etsitty vastauksia tutkimusongelmiin. Opinnäytetyöntekijä on ainoa henkilö, joka on nähnyt ja käsitellyt kirjallista haastatteluaineistoa.

5.4 Aineiston analyysi

Haastatteluiden ja aineiston tallentamisen jälkeen haastattelut kirjoitetaan puhtaaksi eli litteroidaan. Litterointi on yleensä paras tapa tehdä päätelmiä haastatteluista, kun haastateltavia ei ole ollut useita ja kun haastattelut eivät ole kestäneet pitkään. (Hirsjärvi & Hurme 2001: 138.) Tätä opinnäytetyötä varten on haastateltu viittä (N=5) eri hoitajaa. Haastattelut on litteroitu sanatarkasti, ja litteroimisesta on kertynyt yhteensä 26 sivua aineistoa, kun käytetty fontti on ollut Ariel, fonttikoko 11 ja riviväli 1,5.

Aineistolähtöisen eli induktiivisen analyysin päämääränä on yhdistellä erilaisia käsitteitä, ja saada siten vastaus tutkimusongelmiin. Se voidaan jakaa kolmeen eri vaiheeseen. Näitä ovat aineiston redusointi eli pelkistäminen, aineiston klusterointi eli ryhmittely sekä abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Redusoinnin tarkoituksena on analysoidavan informaation eli datan pelkistäminen niin, että siitä jätetään pois kaikki tutkimuksen kannalta epäolennainen tieto. Aineistosta etsitään tutkimuksen kannalta relevanttia tietoa, joka voidaan

pelkistää lyhyempiin ilmauksiin. Pelkistämällä käsitetään datan tiivistämistä tai osiin pilkkomista. (Tuomi & Sarajärvi 2009: 108-109, 112.)

Tämän jälkeen pelkistetyt ja lyhyet ilmaisut klusteroidaan. Klusteroinnissa nämä pelkistetyt ja lyhyet ilmaisut käydään läpi, ja niistä etsitään eroavaisuuksia ja/tai samankaltaisuuksia. Samaa asiaa tarkoittavat ilmaisut ryhmitellään ja muodostetaan omaksi luokaksi. Kutakin muodostettua luokkaa kuvataan sille sopivalla yläkäsitteellä. Klusteroinnin tarkoituksena on luoda pohja tutkimuskohteen perusrakenteelle ja muodostaa alustavia kuvauksia tutkimusongelmien vastauksista. (Tuomi & Sarajärvi 2009: 110.)

Klusteroinnin jälkeen aineisto abstrahoidaan. Abstrahoinnilla käsitetään tutkimuksen kannalta olennaisen tiedon erottamisen sekä teoreettisten käsitteiden luomisen valikoidun tiedon perusteella. Abstrahoinnissa lähdetään liikkeelle alkuperäisessä informaatioissa käytetyistä kielellisistä ilmauksista ja edetään teoreettisten käsitteiden kautta johtopäätöksiin. Luokitusten yhdistelemistä jatketaan siihen asti kuin se on mahdollista aineiston sisällön näkökulmasta. (Tuomi & Sarajärvi 2009: 111.)

Litteroinnin jälkeen haastattelut luettiin läpi useita kertoja. Analyysiyksikkönä päädyttiin käyttämään lauseenosia ja haastattelumateriaalia tarkasteltiin siinä esiintyvän ilmissisällön näkökulmasta. Päätös analyysiyksikön valinnasta tehdään aina litteroinnin jälkeen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009: 136). Haastatteluiden lukemisen jälkeen aineistosta on etsitty vastauksia tutkimuskysymysten perusteella. Kysymyksiin vastaavat alkuperäisilmaisut on poimittu haastatteluista. Alkuperäisilmaisut on pelkistetty mutta kuitenkin niin, että ne vastaavat alkuperäisilmaisuja mahdollisimman tarkasti. Alkuperäisilmaisuista on etsitty yhtäläisyyksiä ja eroavuuksia, ja ilmaisujen avulla on muodostettu ja nimetty alakategorioita, jotka parhaiten ovat kuvanneet pelkistettyjä ilmauksia. Alakategorioista on puolestaan muodostettu yläkategorioita samalla periaatteella kuin alakategoriat on muodostettu. Yläkategorioista on muodostunut pääkategorioita, ja muodostuneet pääkategoriat on pyritty nimeämään mahdollisimman paljon tutkimuskysymysten mukaisesti. Liitteessä kolme on esimerkki analyysiprosessin etenemisestä. (Liite 3.)

6 Tulokset

Teemahaastatteluiden ja haastatteluaineiston analyysin avulla saatiin paljon hyödyllisiä vastauksia opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin. Tulokset ovat yhteneviä aiempien tutkimustulosten kanssa. Tuloksissa on nähtävissä konkreettista tietoa siitä, millaista syrjintää psykoosipotilaat joutuvat kohtaamaan omassa arjessaan sairautensa vuoksi, ja kuinka psykoosipotilaiden hoitomotivaatio tai sen puute näyttäytyy potilailta. Tuloksista käy ilmi psykoedukaation keinoja, joilla potilaiden kokemaa syrjintää voidaan vähentää, ja joilla potilaiden hoitomotivaatio-

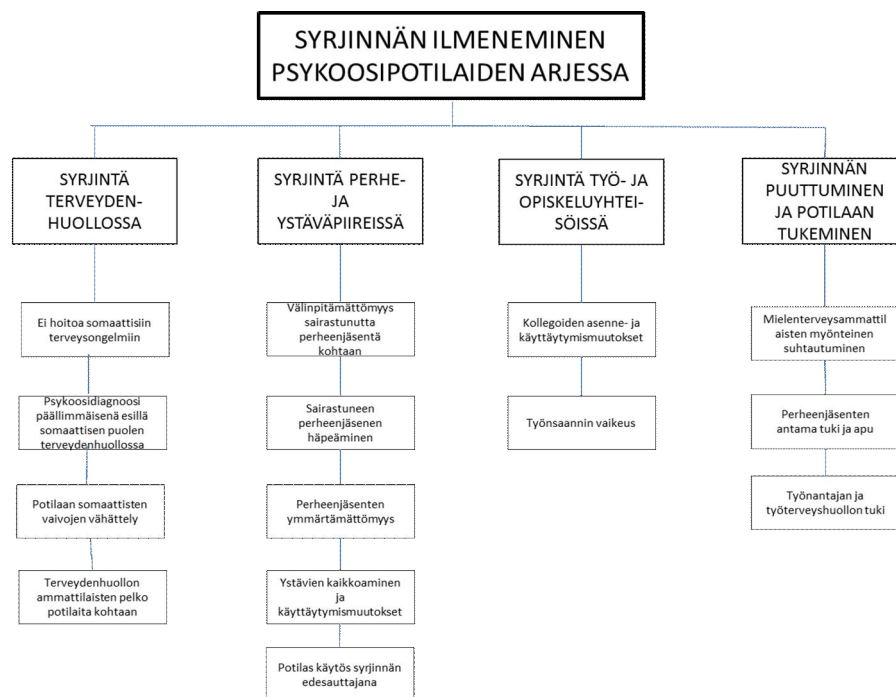
ta voidaan parantaa. Näin ollen tuloksia hyödyntämällä on mahdollista parantaa potilaiden elämänlaatua merkittävästi.

Tulokset on jaettu kuuteen eri pääluokkaan niiden yläluokkien perusteella. Kolme ensimmäistä pääluokkaa käsittelevät psykoosipotilaisiin kohdistuvaa syrjintää ja psykoedukaation käyttöä apukeinona syrjinnän vähentämiseksi. Psykoosipotilaisiin kohdistuvaa syrjintää kuvataan ensimmäisessä pääluokassa "Syrjinnän ilmeneminen psykoosipotilaan arjessa". Psykoedukaation apukeinoja syrjinnän vähentämiseksi kuvataan toisessa pääluokassa "Psykoedukaatio apukeinona psykoosipotilaiden syrjinnän vähentämiseksi", ja kolmannessa pääluokassa, "Psykoedukaation vaikutukset psykoosipotilaisiin kohdistuvaan syrjintään", kuvataan toteutetun psykoedukaation vaikutuksia psykoosipotilaiden syrjinnän vähentämiseksi.

Kolme seuraavaa pääluokkaa kuvaavat psykoosipotilaiden hoitomotivaatiota ja sen puutetta, sekä psykoedukaatiota apukeinona hoitomotivaation lisäämiseksi. Neljäs pääluokka "Psykoosipotilaiden hoitomotivaatio" kuvaa potilailla olevaa hoitomotivaatiota sekä sen puutetta. Seuraava pääluokka, "Psykoedukaatio apukeinona psykoosipotilaiden hoitomotivaation lisäämiseksi", kertoo erilaisista psykoedukaation keinoista, joilla potilaiden hoitomotivaatiota pyritään lisäämään. Kuudes pääluokka "Psykoedukaation vaikutukset psykoosipotilaiden hoitomotivaatioon" kuvaa toteutetun psykoedukaation vaikutuksia potilaiden kohonneeseen hoitomotivaatioon. Alla olevissa kappaleissa on esitelty opinnäytetyön tulokset niiden pääluokkien perusteella kukin pääluokka omana kappaleenaan.

6.1 Syrjinnän ilmeneminen psykoosipotilaan arjessa

Psykoosipotilaisiin kohdistuvan syrjinnän aineistosta erottui kolme syrjintää kuvaavaa yläluokkaa, ja yksi syrjinnän vastaista käytöstä kuvaava yläluokka. Neljä alaluokkaa yhdistettiin yläluokkaan "Syrjintä terveydenhuollossa", viisi alaluokkaa yhdistettiin yläluokkaan "Syrjintä perhe- ja ystäväpiireissä, ja kaksi alaluokkaa yhdistettiin yläluokkaan "Syrjintä työ- ja opiskeluyhteisöissä". Syrjinnän vastaista käytöstä kuvaavaan yläluokkaan "Syrjinnän puuttuminen ja potilaan tukeminen" yhdistettiin kolme alaluokkaa.



Kuvio 1. Syrjinnän ilmeneminen psykoosipotilaiden arjessa

6.1.1 Syrjintä terveydenhuollossa

Syrjintään terveydenhuollossa kuuluivat neljä alaluokkaa nimeltä ”Ei hoitoa somaattisiin terveysongelmiin”, ”Psykoosidiagnoosi päälimmäisenä esillä somaattisen puolen terveydenhuollossa”, ”Potilaan somaattisten vaivojen vähättely” sekä ”Terveystuollon ammattilaisten pelko potilaita kohtaan”.

Ei hoitoa somaattisiin terveysongelmiin. Haastateltavat hoitajat kertoivat, että heidän mielestään potilaisiin kohdistuu syrjintää somaattisessa terveydenhuollossa, ja että potilaat eivät välttämättä pääse aina edes tutkimuksiin fyysisistä oireista huolimatta. Potilaiden on vaikea saada hoitoa ja lääkäriä aikoja. Haastateltavien hoitajien mukaan psykoosidiagnoosin omaavia ja fyysisiä oireita esille tuovia potilaita on jätetty hoitamatta niin ensiavussa kuin ylipäätään koko terveydenhuollossa.

”Nää ihmiset niin ne ei tahdo saada ees niiku perusterveydenhuollosta niinku näitä lääkärin aikoja taikka siis ylipäänsä hoitoa.”

"Jos ensiapuun menee joku hirveiden vatsakipujen kanssa niin katsotaan että siellä lukee että on psykoosi on skitsofreniapotilas eikä ole tehty asialle mitään."

Psykoosidiagnoosi päällimmäisenä esillä somaattisen puolen terveydenhuollossa. Haastattelussa nousi esille hoitajien huoli siitä, että psykoosidiagnoosi on päällimmäisenä esillä terveydenhuollossa myös silloin, kun tarkoituksena on hoitaa potilaiden fyysisiä oireita. Hoitoteksteissä on usein ensimmäisenä maininta skitsofreniadiagnoosista, ja muun kuin psyykkisen puolen diagnoosi alkaa aina psyykkisellä ongelmalla. Somaattisesta oireesta huolimatta ammattihenkilöstö kertoo ensimmäisenä potilaiden sairastavan skitsofreniaa.

"Teksteissä lukee monesti ensimmäisenä että on skitsofreniapotilas..."

"...että kun hän oli aivan eri puolen tutkimuksissa niin miks se alotetaan se teksti jo sillä tavalla että hän, hänellä on joku psyykinen ongelma."

Potilaan somaattisten vaivojen vähättely. Haastateltavat hoitajat kokivat myös, että potilaiden somaattisia oireita ei oteta terveydenhuollossa vakavasti. Ammattihenkilöstö voi vähätellä potilaiden fyysisiä oireita ja pitää niitä heidän harhoinaan. Potilaiden fyysiset vaivat nähdään usein potilaiden omana "pöpinänä", eikä potilaita oteta vakavasti.

"...saattaa niinku vähätellä sitä että onks se ihan todellista vai onks se hänen harhaansa kenties että..."

"Jos he menee hakee apuu johonkin vaivaan niin se on saatettu kuitata sillä että no tää on niinkun psykoosipotilaan pöpinöitä..."

Terveydenhuollon ammattilaisten pelko potilaita kohtaan. Terveydenhuollon ammattilaisten suhtautumisessa kävi ilmi ammattilaisten tiedonpuute. Hoitajien haastattelujen perusteella suuri osa terveysalan ammattilaisista ei tiedä kuinka psykoosipotilaisiin pitäisi suhtautua. Psykoosi koetaan pelottavana asiana terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa.

"...potilas jolla on joku psyyke-diagnoosi niin välillä on hirveen vaikee niinku alottaa sitä keskustelua että kun ei tiedä et mitä sielt saattaa tulla, mitä se potilas sitten vastaa ja mitä siihen osaa ite sitten vastata takasin et..."

"Tuntuu että ihan perusterveydenhuollossakin on semmonen et se on jonkun näkönen pelottava tai vaikee tai outo asia..."

6.1.2 Syrjintä perhe- ja ystäväpiireissä

Perhe- ja ystäväpiireissä esiintyvään syrjintään kuuluivat viisi alaluokkaa nimeltä "Välinpitämättömyys sairastunutta perheenjäsentä kohtaan", "Sairastuneen perheenjäsenen häpeäminen", "Perheenjäsenten ymmärtämättömyys", "Ystävien kaikkoaminen ja käyttäytymismuutokset" sekä "Potilaan käytös syrjinnän edesauttajana".

Välinpitämättömyys sairastunutta perheenjäsentä kohtaan. Hoitajat kokivat, että joissakin psykoosipotilaiden perheissä esiintyy välinpitämättömyyttä. Yksi haastateltavista oli kohdannut nuorisopsykiatrian puolella muutamia perheitä, jotka eivät välittäneet sairaasta perheenjäsenestä vaan hylkäsivät tämän. Lisäksi muutama hoitaja koki, että jotkut perheenjäsenet eivät ota sairautta tosissaan eivätkä välitä siitä.

"...sanotaan että pitääkää hyvänänne, tehkää mitä lystäätte ja pistäkää mihin lystäätte...Et he pesee kätensä tästä...Mut ei onneks paljoo niinku näitä."

"Ei ehkä syrjintää mut sellasta välinpitämättömyyttä, et ei oteta sitä sairautta sellain niin tosissaan, vähän niinkun kädellä viitataan että kyllä tästä selviään ja muuta..."

Sairastuneen perheenjäsenen häpeäminen. Hoitajat kokivat, että joissakin perheissä esiintyy häpeän ja hämmennyksen tunteita, ja että perheet yrittävät salailla sairautta häpeän pelossa. Perheet eivät välttämättä halua perheenjäsenelleen hoitoa tai itselleen apua, sillä he kokevat sen leimaavaksi. Perheissä voi esiintyä puhumattomuutta, ja perheet voivat jättäytyä pois sosiaalisista tilanteista.

"Sellasia vähän niinkun, sellasia hämmennyksen ja häpeän tunteita"

"Semmost niinku salailua voi tulla perheessä et perhe ei niinkun, jotenkin aatellaan et se on jotenkin leimaavaa..."

"Perhepiirissä ja suhteessa ympäristöönkin tulee semmosta tietynlaista häpeilyä ja jättäydytään pois jutuista ja puhumattomuutta..."

Perheen jäsenten ymmärtämättömyys. Hoitajat kertoivat myös, että psykoosipotilaiden perheenjäsenet eivät aina ymmärrä sairauden merkitystä ja sitä mistä oikeasti on kysymys. Perheet eivät aina ymmärrä asioiden vakavuutta.

"Se ei oo välttämät sellasta niin negatiivistakaan vaan se on semmosta et ei vaan niinku ymmärretä mist on kysymys."

"Ei välttämättä ymmärretä et miten vakavista asioista on kysymys..."

Ystävien kaikkoaminen ja käyttäytymismuutokset. Kaikki haastateltavat hoitavat kokivat, että psykoosipotilaat ovat kohdanneet muutoksia ja vastustusta kaverisuhteissa. Kaverit ovat alkaneet vältellä potilaita, suhtautumaan potilaaseen oudosti, lopettaneet vastaamasta puhelimeen, ja kaikonneet ja vältelleet potilaita erityisesti silloin, jos potilaat ovat käyttäytyneet oudosti ja normaalista poiketen.

"Sitähän monet tosiaankin tuo esille että kaverit kaikkoo."

"Jos on käyttäytyny jotenkin omituisesti, niin voi hyvin olla että ei kohta ookaan yhtään kaverii."

"Joku ystävä on ollu ja on soitellu ja ei oo sitten enää vastailtu puhelimeen"

Potilaan käytös syrjinnän edesauttajana. Haastateltavat hoitajat toivat esille myös sen, että potilaat saattavat käyttäytyä itse luotaantyöntävästi. Potilaiden oma käytös voi olla osasyynä ystävien ja kavereiden kaikkoamiseen, ja potilaat voivat olla aloitekyvyttömiä. Potilaat saattavat alkaa eristäytymään ystäväpiiristään omasta tahdostaan, ilman varsinaista heihin kohdistuvaa syrjintää.

”Tietysti osasy on heidän oma käyttäytymisensä siinä psykoosivaiheessa.”

”Mun mielest sekään ei oo ehkä siltä kannalta et ne ystävät ois syrjiny vaan et se on sit enemmän siitä aloitekyvyn puutteesta mikä on tullu sitte.”

”Niinkun siihen sairauteenkin liittyy sellasta et siinä herkästi lähtee semmonen eristäytymis-, yksinäistymiskehitys.”

6.1.3 Syrjintä työ- ja opiskeluyhteisöissä

Yläluokkaan syrjinnästä työ- ja opiskeluyhteisöissä kuului kaksi alaluokkaa nimeltä ”Kollegoiden asenne- ja käyttäytymismuutokset” sekä ”Työnsaannin vaikeus”.

Kollegoiden asenne- ja käyttäytymismuutokset. Haastateltavien hoitajien mukaan opiskelija työkollegoissa on ollut havaittavissa selviä käyttäytymismuutoksia. Potilaiden koulussa olevissa kavereissa sekä opettajissa on ollut havaittavissa asennemuutoksia potilaiden sairastuttua psykoosiin. Psykoosipotilaita aletaan usein kohdella myös työelämässä eri tavalla, ja potilaat joutuvat kohtaamaan ristiriitoja ja ennakkoluuloja työnantajan puolelta.

”Jos he käy vaikka jotain ammatillista koulua ja on se ensipsykoosi tullu niin siellä jos he saattaa kertoa kavereillensä tai vaikka ihan opettajallekin niin sielläkin mun mielestä voi tulla sit sellasta asennoitumista siihen opiskelijaan.”

”Ja onhan se tietenkin työelämässäkin...jos siitä uskaltaa kertoa ääneen..heitä aletaan kohtelevaan eri tavalla.”

Työnsaannin vaikeus. Haastateltavat hoitajat toivat esille psykoosipotilaiden työnsaannin vaikeuden. Psykoosipotilailla on alhaiset toimeentulot ja heidän on vaikea saada töitä psykoosidiagnoosinsa vuoksi. Potilaat jäävät usein työhaastattelussa toiseksi, tai heitä ei edes oteta haastatteluun, jos potilaat mainitsevat sairastavansa psykoosisairautta.

”Näillä ihmisillähän on surkeet toimeentulot..jos on skitsofreniadiagnoosi taikka on psykoosia sairastanu...niin töitähän on hirveen vaikee saada.”

"Jos tossa työhaastattelussa on psykiatriapotilas jolla on psykoositaustaa. Jos on psykoosidiagnoosi niin näähän jää aina toiseksi."

"Näit ei ees oteta haastatteluun ku ne tietysti sanoo sen."

6.1.4 Syrjinnän puuttuminen ja potilaan tukeminen

Haastatteluissa kävi ilmi myös myönteistä suhtautumista psykoosipotilaisiin ja näin ollen syrjinnän vastaista käyttäytymistä. Potilaiden tukemista ja syrjinnän puuttumista kuvaavista tu-loksista muodostui kolme alaluokkaa, jotka ovat "Mielenterveysammattilaisten myönteinen suhtautuminen", "Perheenjäsenten antama tuki ja apu" sekä "Työnantajan ja työterveyshuol-lon tuki".

Mielenterveysammattilaisten myönteinen suhtautuminen. Lähes kaikki haastateltavat hoi-tajat mainitsivat haastattelun aikana, että he eivät koe syrjintää esiintyvän mielenterveys-puolella.

"Siellä niinkun mielenterveyspuolella sitä syrjintää ei oo juurikaan, tai en oo ainakaan semmoseen törmänny"

Perheenjäsenten antama tuki ja apu. Kaikki haastateltavat hoitajat kokivat, että valtaosa sairastuneiden psykoosipotilaiden perheistä on halunnut tukea ja auttaa sairasta perheen-jäsentään, eivätkä ole alkaneet syrjiä tätä.

"Perheet yleensä yrittää ja hirveen paljon yrittää niinku tehdä..."

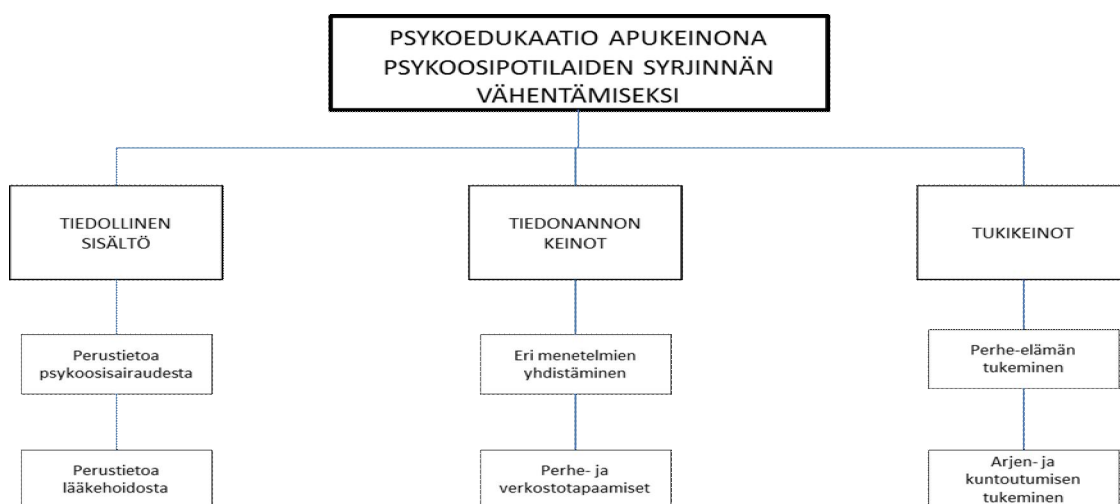
Työnantajan ja työterveyshuollon tuki. Vastaavasti yksi hoitaja toi esille työnantajan posi-tiivista suhtautumista psykoosidiagnoosin omaaviin työntekijöihin, ja työnantajien halua tukea psyykoosipotilaita työelämässä. Hoitajan mukaan työterveyshuolto ja työnantajat voivat myös auttaa potilaita palaamaan työelämään.

"Sitten kun on näitä työelämässä olevia niin heillä sit taas niikö se työterveys-huolto ja työnantajat ni ovat taas sitte mun mielestä hirveen kivasti lähteny"

siihen mukaan tukemaan ja tehty sitä semmosta varhaista polkua, paluuta työelämään porrastetusti..”

6.2 Psykoedukaatio apukeinona psykoosipotilaiden syrjinnän vähentämiseksi

Psykoedukaation apukeinoista psykoosipotilaiden syrjinnän vähentämiseksi muodostui yhteensä kolme eri psykoedukaation keinoja kuvaavaa yläluokkaa. Kaksi alaluokkaa yhdistettiin yläluokkaan ”Tiedollinen sisältö”, kaksi alaluokkaa yhdistettiin yläluokkaan ”Tiedonannon keinot” ja samoin kaksi alaluokkaa yhdistettiin yläluokkaan nimeltä ”Tukikeinot”.



Kuvio 2. Psykoedukaatio apukeinona psykoosipotilaiden syrjinnän vähentämiseksi

6.2.1 Tiedollinen sisältö

Tiedollisen sisällön yläluokkaan sisältyvät alaluokat ”Perustietoa psykoosisairaudesta” sekä ”Perustietoa lääkehoidosta”.

Perustietoa psykoosisairaudesta. Haastateltavat hoitajat kertoivat, että on tärkeää antaa ihmisille tietoa psykoosisairaudesta, sen oireista, sairauden vaikutuksista sekä paranemisesta. Tiedonantaminen olisi hyvä aloittaa heti sairastumisvaiheen alussa, sillä antamalla laajasti asiallista ja tutkittua tietoa pystytään rauhoittamaan uutta ja ikävää tilannetta. Hoitajien mukaan tietoa tulisi antaa niin potilaalle itselleen kuin hänen omaisilleen, läheisilleen, työtovereille, ystäville jne.

"..tietoa tästä sairaudesta, mikä on psykoosisairaus ja mitä on nämä oireet ja miten ne niinku vaikuttaa, miten ne niinku paranee.."

"..aloitettais heti ensikontaktista niinku kertomaan tätä, rauhoittamaan sitä tilannetta"

"..et ihmisil ois tietoa et mikä tää on niin ihmiset vois antaa läheisilleen, omaisilleen ja työpaikoillaan joka paikas sitä asiallista tietoa..tutkittua tietoa.."

Perustietoa lääkehoidosta. Haastateltavat hoitajat kokivat tärkeäksi myös lääkehoidon esille ottamisen ja siitä puhumisen. Lääkehoito on oleellinen osa psykoosisairauden hoitoa, ja siksi sairastuneiden ja heidän läheistensä on tärkeää saada tietoa lääkityksestä ja sen mahdollisuuksista sekä ymmärtää miksi lääkitystä pitäisi syödä. Hoitajien mielestä lääkkeiden mukana tuomista haittavaikutuksista on myös syytä puhua.

"mikä on lääkityksen mahdollisuudet ja miksi lääkitystä pitäisi syödä"

"..tietoa sitten kaikista lääkkeiden tuomista haittavaikutuksista ja muista."

6.2.2 Tiedonannon keinot

Yläluokka tiedonannon keinoista muodostui myös kahdesta alaluokasta. Alaluokkien nimiksi muodostui "Eri menetelmien yhdistäminen" sekä "Perhe- ja verkostotapaamiset".

Eri menetelmien yhdistäminen. Hoitajien mukaan on hyvä antaa sairauteen liittyvää tietoa mahdollisimman paljon sekä mahdollisimman erilaisissa muodoissa. Hoitajat kokevat, että tietoa on annettava erilaisilla menetelmillä ja mahdollisimman monelle eri ihmisille.

"...potilaalle itselleen annetaan tietoa mahdollisimman paljon ja mahdollisimman erilaisissa muodoissa...se on semmonen perusasia mun mielestä..."

"... ihan yksinkertaisuudessaan semmost niinkun tiedon antamista eri menetelmillä..."

"...se annettas niin moninaisena ja niin laajalle alueelle että se tieto olisi hyvin käytettävissä."

Perhe- ja verkostotapaamiset. Haastateltavien hoitajien mukaan perhe- ja verkostotapaamisten avulla pystytään antamaan tietoa sairaudesta sekä potilaille että heidän läheisilleen. Läheiset voivat käsittää keitä tahansa potilaiden elämässä tärkeitä olevia henkilöitä. Valtaosa hoitajista koki perhetapaamiset tärkeimmäksi psykoedukaation keinoksi psykoosipotilaiden kohdalla. Tapaamiset on hyvä aloittaa heti sairastumisvaiheen alussa, ja niissä on mahdollista vastaanottaa läheisten kysymyksiä ja antaa heille tietoa ja vastauksia.

"...perhetapaamisia mitä järjestetään ja siinä annetaan sitten tietoa sairaudesta ihan sille, kaikille, tai oikeastaan niinku itse potilaalle ja sitten kaikille ketä hän haluaa itse kutsuu mukaan..."

"...mun mielestä se on tärkein, et perhetapaamiset, verkostotapaamiset, missä sitä tietoa saa."

"...psykoedukaatio jo sit sille perheelle jo ihan sille potilaan sairastumisvaiheessa..."

"...tiedonsaanti ja sit tavallaan se kysymysten vastaanottaminen sit niiltä läheisiltä ja omaisiltakin, antaa niille mahdollisuus kysyä."

6.2.3 Tukikeinot

Tukikeinojen yläluokkaan lukeutuivat kaksi alaluokkaa nimeltä "Perhe-elämän tukeminen" sekä "Arjen ja kuntoutumisen tukeminen".

Perhe-elämän tukeminen. Haastateltavien hoitajien mukaan on tärkeää opettaa läheisiä tukemaan sairaita perheenjäseniään tai ystäviään. On hyvä selvittää yhdessä erilaisia tukikeinoja, annettava perheille sairauteen liittyvää oikeaa tietoa sekä opettaa perheille sopivia ja toimivia vuorovaikutustaitoja. Hoitajien mielestä perheille on hyvä antaa ohjausta "normaalin arjen pyörittämiseen" ja miettiä, miten perheet parhaiten selviytyvät arjesta perheenä ja miten kukin perheenjäsen selviytyy ja pärjää parhaiten yksilönä.

"...miten läheiset voi tukea mahdollisimman hyvin..."

"...tulis sinne niinkun perheen keskelle niinkun sellasta oikeeta tietoa ja semmosia vaikkapa nyt vuorovaikutustaitoja..."

"...ohjauksen kautta niinkun helpotusta ihan niihin arkisiin asioihin että miten pärjätään, itse pärjätään ja miten pärjätään niinkun perheen kesken"

Arjen- ja kuntoutumisen tukeminen. Pohdittaessa potilaiden omaa arkea ja arjesta selviytymistä sekä kuntoutumisen tukemista hoitajat kokivat tärkeiksi psykoosipotilaiden opiskelu- ja työkuvioiden tukemisen ja mielekkään arjen mahdollistamisen. Haastatteluihin tuli esille tarpeenmukaisen tukijärjestelmän sekä mielekkään toiminnan olemassaolo. Hoitajien mukaan on tärkeää, että potilaat pysyvät elämässä kiinni, heillä on erilaisia tavoitteita ja että he kokevat elämän mielekkääksi sairaudesta huolimatta.

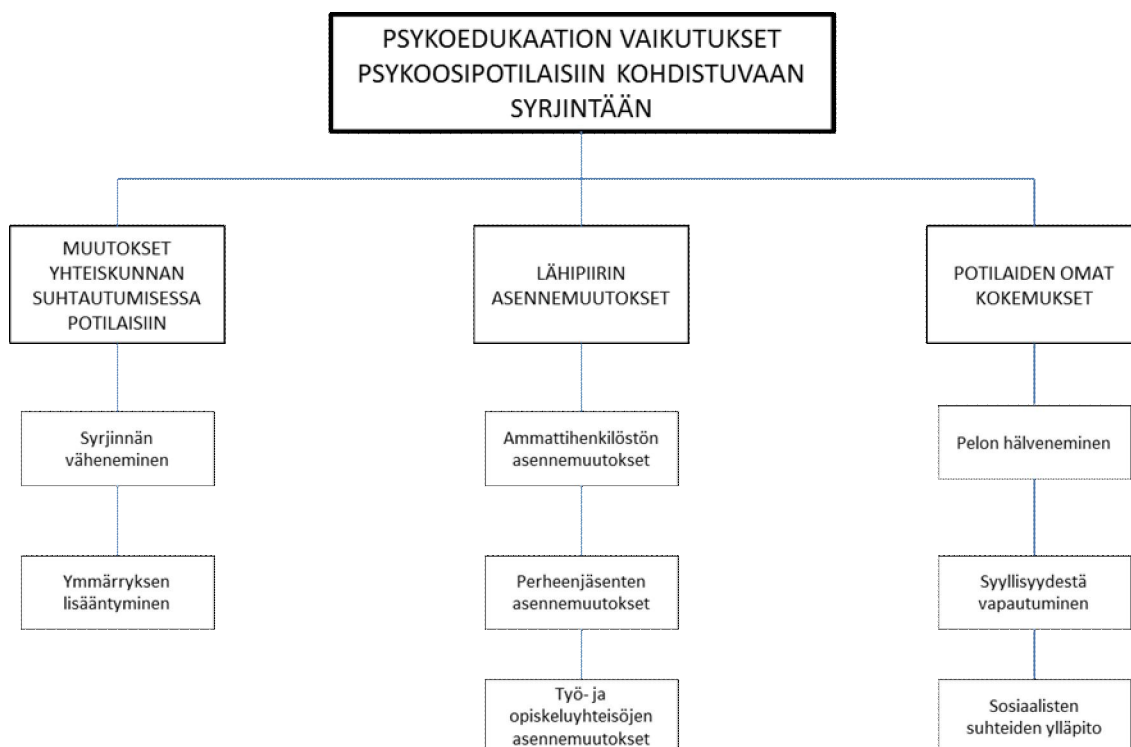
"...tuetaan niitä opiskelukuvioita ja työkuvioita..."

"...jotain muun tyyppistä mielekästä toimintaa elämään..on niinkun sillä lailla elämässä kiinni, jotakin tommosta kuntoutumista tukevaa toimintaa"...rakennetaan ihmiselle sitä tarpeenmukasta tukijärjestelmää."

"... et saatas jotenkin sitä niinkun omien elämäntavoitteiden mukaan niinkun jotenkin sitä hommaa menemään eteenpäin..."

6.3 Psykoedukaation vaikutukset psykoosipotilaisiin kohdistuvaan syrjintään

Kysyttäessä hoitajien kokemuksista toteutuneen psykoedukaation vaikutuksista psykoosipotilaisiin kohdistuvaan syrjintään vastauksista erottui kolme psykoedukaation vaikutuksia kuvaavaa yläluokkaa. Kaksi alaluokkaa yhdistettiin yläluokkaan ”Muutokset yhteiskunnan suhtautumisessa potilaisiin”, kolme alaluokkaa yhdistettiin yläluokkaan ”Lähipiirin asennemuutokset” ja samoin kolme alaluokkaa yhdistettiin yläluokkaan ”Potilaiden omat kokemukset”.



Kuvio 3. Psykoedukaation vaikutukset psykoosipotilaisiin kohdistuvaan syrjintään

6.3.1 Muutokset yhteiskunnan suhtautumisessa potilaisiin

Muutokset yhteiskunnan suhtautumisessa potilaisiin -yläluokka muodostui kahdesta eri alaluokasta nimeltä ”Syrjinnän väheneminen” ja ”Ymmärryksen lisääntyminen”.

Syrjinnän väheneminen. Haastateltavien hoitajien kokemuksen perusteella psykoosipotilaiden syrjintä yhteiskunnassa vähenee sitä mukaan kun ihmisten tietoisuus psykoosisairaudesta ja siitä kuntoutumisesta lisääntyy. Hoitajien mielestä potilaisiin suhtaudutaan paremmin ja heitä syrjitään vähemmän kun ihmisten tietoisuus asiasta kasvaa.

"...mitä enemmän saadaan sitä kuntoutumista näkyviin yhteiskunnassa, niin sitä kautta se syrjintä sitten myös vähenee."

"...sen paremmin ihmisiin niinku suhtaudutaan ja sitä vähemmin niinku syrjitään ja syrjäytymistä tulee..."

Ymmärryksen lisääntyminen. Hoitajien mukaan oleellista on myös sairaudesta puhuminen ja sairauden esille tuominen. Kertomalla omasta tai läheisten sairaudesta sekä puhumalla sairaudesta ja elämästä sairauden kanssa voidaan lisätä ihmisten ymmärrystä sairaudesta.

"...ihmiset varmaan puhuu siitä enemmän ja ihmisillä on tietoo et lähipiirissä jollain on ja silti he käyvät töissä ja opiskelevat ja heillä on perhe ja elävät normaalia arkee."

6.3.2 Lähipiirin asennemuutokset

Yläluokka lähipiirin asennemuutoksista muodostui kolmesta eri alaluokasta. Nämä alaluokat olivat "Ammattihenkilöstön asennemuutokset", "Perheenjäsenten asennemuutokset" ja "Työ- ja opiskeluyhteisöjen asennemuutokset".

Ammattihenkilöstön asennemuutokset. Haastateltavat hoitajat kokivat tärkeäksi terveys- ja hoitoalan ammattilaisten koulutuksen ja heille psykoosisairaudesta puhumisen. Hoitajien mukaan muiden kuin mielenterveyspuolella toimivien ammattilaisten tukeminen ja heidän mahdollisuus konsultoida psykoosipuolella työskenteleviä henkilöitä vaikuttaa selvästi työntekijöiden asenteisiin ja vähentää ennakkoluuloja psykoosipotilaista.

"...kotisairaanhoidaja on seuraavissa tilanteissa pystynyt itsekin suhtautumaan siihen ja selvittämään sitä."

"...lisännyt sitä ymmärrystä että mitä on ollut työterveyshuollon ja muittenkin kanssa palavereita..."

Perheenjäsenten asennemuutokset. Lähes jokainen haastateltava hoitaja toi esille koko perheeseen kohdistuvan psykoedukaation merkityksen. Hoitajien mukaan psykoedukaation

avulla on mahdollista vaikuttaa perheenjäsenten asenteisiin potilasta ja sairautta kohtaan, auttaa perhettä jaksamaan, ymmärtämään potilasta sekä tukemaan tätä.

"...siinä ehkä huomaa sen perheen asennemuutoksen...niin heillä kyllä muuttu se asennoituminen ainakin..."

"...perheen jaksaminen, vanhempien jaksaminen ja suhtautuminen tähän ihmiseen on muuttunu..."

Työ- ja opiskeluyhteisöjen asennemuutokset. Haastatteluissa kävi ilmi psykoedukaation tärkeys myös potilaiden työ- ja opiskeluyhteisöissä. Hoitajat kokevat, että kun työnantaja, työterveyshoitaja, kouluterveydenhoitaja ja/tai opettajat ovat olleet mukana psykoedukaatiossa ja heille on annettu tietoa potilaiden sairaudesta, on heidän suhtautumisensa ja asenteensa potilaita kohtaan muuttuneet positiivisempaan suuntaan. Hoitajien mukaan potilaat ovat esimerkiksi voineet päästä takaisin työ- tai opiskeluelämään ja heidän vointiaan on samanaikaisesti seurattu.

"...verkostossa, missä sielläkin on niinku ollu opettaja ja terveydenhoitaja mukana niin...sekin oli ihan hyödyllinen ja ehkä vähän muutti sit heidänkin asennoitumista siihen potilaan opiskeluun ja käyttäytymiseen."

"...hän pysty palaamaan omaan...sai palata työhönsä..."

6.3.3 Potilaiden omat kokemukset

Yläluokka potilaiden omista kokemuksista muodostui kolmesta eri alaluokasta. Näitä ovat "Pelon hälveneminen", "Syyllisyydestä vapautuminen" sekä "Sosiaalisten suhteiden ylläpito".

Pelon hälveneminen. Hoitajien mukaan psykoedukaation avulla on myös mahdollista helpottaa potilailla ja heidän läheisillään esiintyvää sairauden tuomaa pelkoa, ja siten vähentää mahdollista syrjintää.

"Potilas ja myös omaiset alko ymmärtämään että siinä tilanteessa ei ollut mitään sellaista pelkoo mikä alussa oli..."

Syällisyydestä vapautuminen. Haastateltavien hoitajien mukaan potilaat kokevat usein myös syällisyyttä sairastumisestaan ja tämä saattaa johtaa käytökseen, jolla he itse edesauttavat syrjityksi tulemista. Hoitajat kokevat, että psykoedukaation avulla voidaan ehkäistä tämän tapahtumista.

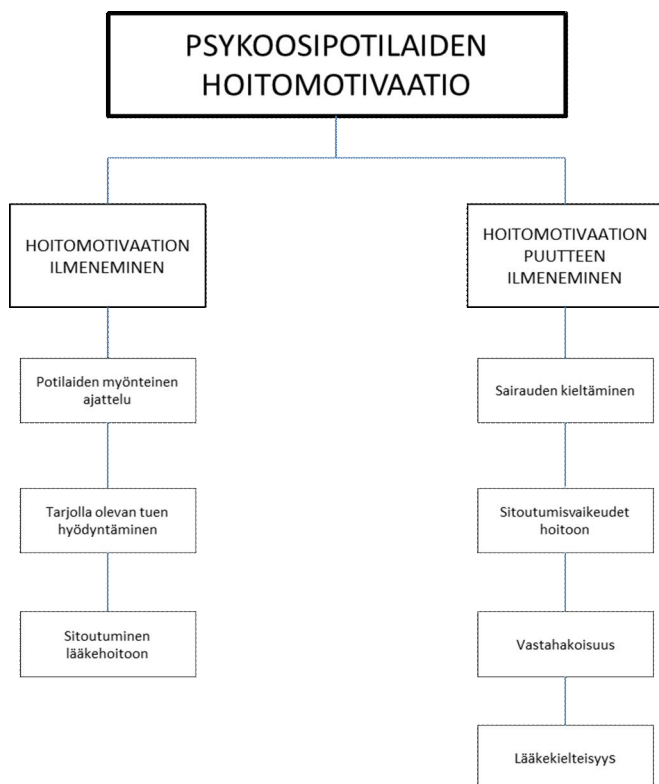
"...päästään jotenkin siitä syällisyys-häpeä asiasta niinkun sitten niin se on aika merkittävää."

Sosiaalisten suhteiden ylläpito. Hoitajat olivat sitä mieltä, että psykoedukaation avulla voidaan auttaa potilaita ylläpitämään sosiaalisia suhteita auttamalla potilaita pärjäämään tavallisessa arjessa, kommunikoimaan sosiaalisissa tilanteissa ja estämällä potilaiden mahdollisesti syrjintää lietsovaa käytöstä.

"...oma voiminen ja oleminen tulee tietoseks niin sitte hän saattaa osata jotenki kommunikoida eri tavalla kavereittensa kanssa ja pärjätä siinä vanhassa tutussa porukassa sit et..."

6.4 Psykoosipotilaiden hoitomotiivaatio

Psykoosipotilaiden motivaatiota kuvaavasta aineistosta oli eroteltavissa kaksi selkeästi potilaiden hoitomotiivaatiota koskevaa yläluokkaa. Kolme hoitomotiivaatiota kuvaavaa alaluokkaa yhdistettiin näistä ensimmäiseen yläluokkaan "Hoitomotiivaation ilmeneminen". Toiseen yläluokkaan, "Hoitomotiivaation puutteen ilmeneminen", yhdistettiin neljä eri motivaation puutteen ilmenemistä kuvaavaa alaluokkaa.



Kuvio 4. Psykoosipotilaiden hoitomotivaatio

6.4.1 Hoitomotivaation ilmeneminen

Hoitomotivaation ilmenemisen yläluokka muodostui kolmesta eri hoitomotivaatiota kuvaavasta alaluokasta. Näitä olivat "Potilaiden myönteinen ajattelu", "Tarjolla olevan tuen hyödyntäminen" sekä "Sitoutuminen lääkehoitoon".

Potilaiden myönteinen ajattelu. Hoitajien mukaan hoitoonsa motivoituneet psykoosipotilaat ajattelevat hoidostaan myönteisesti, kokevat että sairaudesta voi selvitä ja että heidän on mahdollista päästä elämässä eteenpäin. Lisäksi potilaat kokevat että heidän omalla toiminnallaan on merkitystä paranemisen kannalta, ja että he voivat itse vaikuttaa omaan hyvinvointiinsa. Hoitajien mielestä potilailla esiintyy myös innostuneisuutta omaa hoitoa kohtaan.

"...se toivo et nyt tästä voidaan niinkun selvitä ja päästä eteenpäin"

"... ja voi niinkun itekin jotain tehdä sen eteen ja monin tavoin ja, ja sillä että omilla toimilla on merkitystä..."

"...aluks saattaa jotkut olla niinku tosi innostuneita..."

Tarjolla olevan tuen hyödyntäminen. Tarjolla olevan tuen hyödyntämisellä hoitajat tarkoittivat myös perheenjäsenten ja läheisten tarjoamaa tukea, mutta pääosin terveydenhuollon tarjoamia kuntouttavia palveluita, kuten ryhmätoimintaa, keskustelua, vertaisten kuulemista jne. Haastateltavien hoitajien mukaan motivoituneet potilaat kokevat hyötyvänsä erilaisista kuntouttavista palveluista.

"Jos on se oma motivaatio niin silloin pystyy paljon paremmin hyödyntämään näitä kuntouttavia palveluita ja löytämään eväitä ittelleen niistä sitten siihen omaan kuntoutumiseensa"

"... ja sit tietysti hyödyntää niitä mitä tukea on tarjolla."

Sitoutuminen lääkehoitoon. Hoitajat toivat esille myös sitoutumisen lääkehoitoon. Potilailla oleva hoitomotivaatio näyttäytyy myös myönteisenä suhtautumisena ja sitoutumisena lääkehoitoon.

"...sitoutu hirveen hyvin lääkitykseen."

6.4.2 Hoitomotivaation puutteen ilmeneminen

Hoitomotivaation puutteen ilmenemisen yläluokka muodostui neljästä eri alaluokasta nimeltä "Sairauden kieltäminen", "Sitoutumisvaikeudet hoitoon", "Vastahakoisuus" sekä "Lääkekielteisyys".

Sairauden kieltäminen. Haastateltavien hoitajien mukaan osa potilaista kieltää sairastumisensa kokonaan eikä koe tapahtuneella sairaalajaksolla olevan minkäänlaista merkitystä normaaliin elämään. Hoitajat kokevat, että joidenkin potilaiden on vaikea hyväksyä sairastumista ja sairauden mukana tuomia asioita.

"...sit on se ryhmä joka siinä vaihees kieltää nämä et ko niiku et sairastuu et tää on menny ohitte ja, ja et ku lähtee sairaalasta et ja täl ei niiku oo mitään merkitystä."

"...ja on niin vaikea hyväksyä sitä sairastumista ja sen tuomia asioita ylipää-tään."

Sitoutumisvaikeudet hoitoon. Hoitajien mukaan psykoosipotilaiden hoitomotivaation puute näyttäytyy myös sitoutumisvaikeuksina hoitoon. Alkuinnostuksesta ja positiivisesta ajattelusta huolimatta potilaat saattavat kyllästyä hoitoonsa ja he voivat kokea vaikeaksi hoitoon sitoutumisen. Yksi hoitajista toi esille näkökulmaa, jonka mukaan sitoutumisvaikeuksia esiintyy erityisesti nuorilla, alle 30-vuotiaalla ensipsykoosipotilailla. Hänen mukaansa potilaiden vilkas sosiaalinen elämä saattaa hankaloittaa potilaiden hoitoon sitoutumista.

"...jossain vaihees tulee sellanen kyllästyminen et tätäkö tää nyt onkin ja mitenkä kauan tätä jatkuu..."

"...sanotaanko alle kolmekymppisillä voi olla niitä sitoutumisvaikeuksia sitten, ja varsinkin niillä ketkä on sitte semmosessa vilkkaassa sosiaalisessa elämässä..."

Vastahakoisuus. Osa potilaista on haastateltavien mukaan myös hyvin vastahakoisia hoidon suhteen. Vastahakoisuus näyttäytyy siten, että potilaat eivät tule vastaanotolle ollenkaan. On myös mahdollista että he tulevat vastaanotolle, mutta eivät halua olla mukana hoidossa, eivät vastaanota tarjottua apua ja tukea, eivätkä halua kertoa itsestään mitään. Hoitajat kertoivat, että potilaat saattavat myös kieltää tiedonkulun eri terveystalveluiden välillä.

"Hoitomotivaation puute voi näyttäytyy sillä tavalla et potilas ei yksinkertaisesti tuu vastaanotolle ollenkaan..."

"...jos hän nyt sit tulee vastaanotolle niin sitten hän niinkun ei vastaanota mitään, hän ei kerro itsestään mitään."

"...sulkee myös sit ne muut terveystalvelut ulos siit hoidosta, kieltää esimerkiksi tiedonkulun eri terveystalveluiden välillä."

Lääkekielteisyys. Hoitajien mukaan huonosti motivoituneet potilaat laiminlyövät usein lääkkeitä. Jotkut potilaat haluavat itse säädellä lääkitystään, kokeilla pärjäävätkö he ilman lääkkeitä, vastustavat lääkkeitä ja saattavat lopettaa lääkityksen käyttämisen kokonaan. Osa potilaista ei halua käyttää lääkkeitä selvistä oireista huolimatta. Yhden haastateltavan hoitajan mukaan lääkekielteisyyttä esiintyy erityisesti nuoremmilla ensipsykoosipotilailla, kun taas iältään vanhemmat potilaat ovat paremmin sitoutuneita lääkitykseen.

"...hän laiminlyö sitä omaa hoitoansa niinkun esimerkiks lääkettä..."

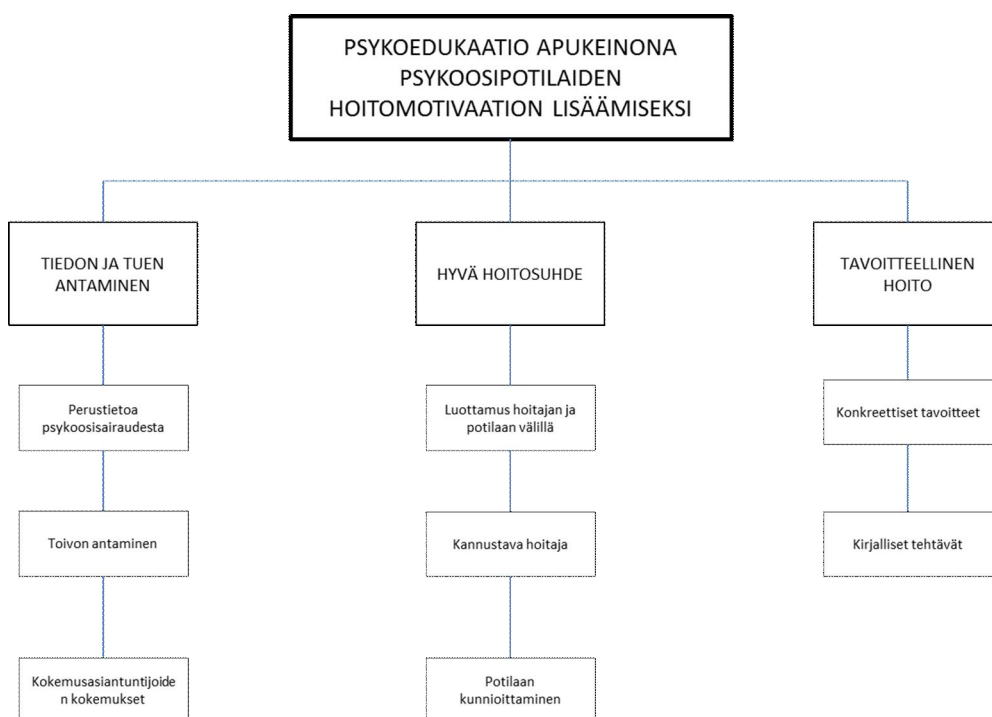
"...halua ite säädellä lääkkeitä ehkä enemmän ja halua kokeilla että pärjääkö ilman lääkkeitä ja vastustaa lääkkeitä ja olla ehkä käyttämättä ollenkaan..."

"...selvästi oireilee mutta ei silti halua käyttää lääkkeitä..."

"...ehkä nuorilla tulee sitä enemmän se, tällaiset lääkekielteisyydet..."

6.5 Psykoedukaatio apukeinona psykoosipotilaiden hoitomotivaation lisäämiseksi

Psykoedukaatiota apukeinona hoitomotivaation lisäämiseksi kuvaava pääluokka koostui yhteensä kolmesta eri yläluokasta. Nämä ovat "Tiedon ja tuen antaminen", "Hyvä hoitosuhde" sekä "Tavoitteellinen hoito". Näistä ensimmäinen muodostui neljästä eri alaluokasta, toinen kolmesta eri alaluokasta ja kolmas kahdesta eri alaluokasta. Seuraavissa kappaleissa on kuvattu kukin yläluokka ja niihin kuuluvat alaluokat.



Kuvio 5. Psykoedukaatio apukeinona psykoosipotilaiden hoitomotivaation lisäämiseksi

6.5.1 Tiedon ja tuen antaminen

Tiedon ja tuen antamisen yläluokka koostui yhteensä kolmesta eri alaluokasta. Nämä ovat "Perustietoa psykoosisairaudesta", "Toivon antaminen", sekä "Kokemusasiantuntijoiden kokemukset".

Perustietoa psykoosisairaudesta. Tiedon antamisella sairaudesta hoitajat tarkoittivat, että potilaita voidaan motivoida keskustelemalla potilaiden kanssa, antamalla tietoa sairaudesta, sen eri vaiheista ja hoidosta. Hoitajien mukaan olennaista on myös perheiden osallistuminen hoitoon ja hoidon suunniteluun.

"No se on ihan siis keskustelua potilaan kanssa, ohjaamista eri asioissa, siis yksinkertaisesti se tiedonantaminen."

"No ehdottomasti se yksilö, ja sille ihmiselle itselleen tästä omasta sairaudestaan ja yleensä tästä sairaudesta ja tota noin sen eri vaiheista ja hoidoista..."

"Ja sitten on perhe ja läheiset ne on niinku ehdottomia semmosia."

Toivon antaminen. Toivon antaminen muodostui tärkeäksi osaksi psykoedukaatiota. Hoitajien mielestä on tärkeää antaa potilaille ja heidän läheisilleen tukea ja auttaa heitä jaksamaan eteenpäin. Heille on annettava oikeaa tietoa ja toivoa tulevaisuudesta. On tärkeää saada heidät ymmärtämään, että psykoosisairaus on sairaus siinä missä mikä tahansa muukin sairaus, ja että sairastuminen psykoosiin ei tarkoita maailmanloppua.

"...semmost tukea ja tsemppausta, et kyl tästä voidaan niinkun eteenpäin mennä."

"...oiketa tietoa ja toivoa..."

"...tuoda sitä tietoa sairaudesta ja sitä semmosta neutraalisuutta et tää on sairaus muiden joukossa..."

"...tuoda perspektiiviä sitä toivoa, et kyllä tästä selvitään, ei tämä mikään maailmanloppu ole..."

Kokemusasiantuntijoiden kokemukset. Haastateltavat hoitajat kokivat, että kokemusasiantuntijoiden kokemukset sairaudesta ja siitä selviytymisestä motivoivat ensipsykoosiin sairastuneita potilaita. Hoitajien mielestä potilaita kannustaa tieto muiden sairastuneiden kamppailusta ja vastoinkäymisistä selviytymisestä. Haastateltavat kokivat, että potilaat ottavat tietoa paremmin vastaan niiltä ihmisiltä, jotka ovat myös sairastaneet psykoosia.

"...kokemusasiantuntijat, et jos heiltä tulis semmosii omakohtasii kokemuksia, et niin mullakin kävi siinä vaiheessa ku olin ollu vaikka puol vuotta hoidossa et muakaan ei yhtään niinku kiinnostanu, mutta sit ku mä vaan jaksoin niin sitte se taas siitä lähti ylöspäin."

"Et jotenkin ite ku mä mietin et jos mulla ois joku sairaus ja ois semmonen ihminen joka ois kokenu samalla tavalla niin jotenki musta tuntuu että se vois olla aika sellanen motivoiva ja kannustava esimerkki."

"Varmaan sit sellasen kanssa keskustelu hoidon alkuvaiheessa et jos on semmonen samantyyppinen tausta tai muu niin voi sitten olla semmonen motivoiva et jos näkee semmosen mallin tai että kuulee et joku toinenkin on selvinny ehkä samanlaisesta."

6.5.2 Hyvä hoitosuhde

Hyvän hoitosuhteen yläluokka muodostui kolmesta eri alaluokasta, jotka ovat "Luottamus hoitajan ja potilaan välillä", "Kannustava hoitaja" sekä "Potilaan kunnioittaminen".

Luottamus hoitajan ja potilaan välillä. Haastatteluiden perusteella hyvään hoitosuhteeseen kuuluvat luottamus potilaan ja hoitajan välillä, kannustava hoitaja sekä potilaan kunnioittaminen. Hoitajien mielestä potilaiden hoitomotivaatioon vaikuttaa potilaan luottamus omaa hoitajaansa kohtaan. Luottamuksen vallitessa potilas pystyy tekemään parempaa yhteistyötä hoitajan kanssa. Hoitajien mukaan potilaan on tärkeää kokea, että hoitaja on häntä varten ja haluaa oikeasti auttaa häntä.

"...et jos se hoitosuhde on hyvä, et siinä hoitosuhteessa on sellanen luottamus ja se yhteistyö niinkun toimii, niin kyllä sillä voidaan vaikuttaa siihen parhaimmillaan..."

"Et sit kun se potilas oppii luottamaan siihen et tää ihminen on niinkun mua varten tässä ja haluaa mulle hyviä asioita niin sitte, sit sitä kautta se voi rakentuu siinä kyllä."

Kannustava hoitaja. Haastateltavien hoitajien mukaan on myös tärkeää, että hoitaja jaksaa kannustaa ja motivoida potilaita. Hoitajat kokivat, että hoitajan on hyvä kertoa potilaalle myös aikaisempia esimerkkitapauksia, joissa ihminen on sairastunut psykoosiin ja selvinnyt elämässään hyvin sairaudesta huolimatta.

"Se hoitajan asennoituminenkin et jos se hoitaja jaksaa olla semmonen kannustava ja tsemppari vähän niinku siinä että kyllä tää tästä menee, et olen nähnyt monta aikasemminkin kenel on käyny samal taval, mä toivoisin ainakin et se motivois eteenpäin".

Potilaan kunnioittaminen. Haastateltavien hoitajien mukaan on tärkeää, että potilaat kokevat hoitoon osallistuvien henkilöiden kunnioittavan heitä. Hoitajien mielestä potilaiden on koettava, että he tulevat kuulluiksi ja heille annetaan tilaa. Näin ollen potilaat pystyvät paremmin vastaanottamaan sairauteen liittyvää tietoa. Hoitajat kokevat, että potilaille on hyvä antaa mahdollisuuksia itse vaikuttaa hoitoon ja hoitoa on hyvä toteuttaa joissain määrin potilaiden ehdoilla. Potilaiden mahdollisuus valita itse oma hoitopolku erilaisista vaihtoehdoista auttaa pitämään hoitomotivaatiota yllä.

"...se et potilas tulee kuulluksi siinä hoitosuhteessa ja et hän saa niinkun tilaa siinä niin et siinä sitten kun se luottamus on syntyny niin se potilas rupee vastaanottamaan sitä tietoo mitä hänelle annetaan."

"Ja osaltaan tietysti sen potilaan ehdoilla meneminen."

"...avohuollossa niin tota antaa niitä erilaisia mahdollisuuksia että minkälaisia hoitopolkuja on käytettävissä et niit on kumminkin niin paljon erilaisia ja pystytään jokaiselle räätälöimään kumminkin omanlaisiaki ratkasuja..."

6.5.3 Tavoitteellinen hoito

Tavoitteellisen hoidon yläluokka koostuu kahdesta tavoitteellista hoitoa kuvaavasta alaluokasta. Näitä ovat "Konkreettiset tavoitteet" sekä "Kirjalliset tehtävät".

Konkreettiset tavoitteet. Hoitajat kokivat, että jokaisella potilaiden ja hoitajien välisellä tapaamisella on hyvä olla jokin idea, ja tapaamisilla on oltava selkeä sisältö, tarkoitus ja tavoitteet. Hoitajien mukaan potilaiden hoitomotivaatiota voidaan lisätä ja ylläpitää myös sanomalla tavoitteet ääneen. Hoitajien ja potilaiden on tärkeää määrittää sellaiset potilaiden tavoitteet, joita he yhdessä haluavat ja voivat työstää.

"...et joka tapaamisella on joku idea ettei sinne tulla vaan sanomaan et mulle kuuluu hyvää ja sitten suurin piirtein et noni voit lähteekin pois, et pitää olla niiku sisältö ja tarkoitus ja tavoitteet."

"Ja ehkä se just se niiku tavoitteiden ääneen sanominen niin sekin on aika tärkeä motivoinnin väline."

"Ja on tietysti hyvä jos yhdessä löydetään sellasia asioita joita voidaan loppupeleissä työstää ja työskennellä ja näin..."

Kirjalliset tehtävät. Haastateltavat kertoivat, että kirjallisia tehtäviä voidaan käyttää joillakin potilailla osana tavoitteellista hoitoa. Hoitajien mukaan osa potilaista pitää lomakkeiden täyttämistä, ja kokee että heidän on helpompaa tavata hoitajaa lomakkeiden avulla. Osa potilaista pitää myös erilaisista kotitehtävistä, esimerkiksi jonkinlaisen päiväkirjan pitämisestä. Kirjalliset tehtävät auttavat potilaita ymmärtämään tapaamisten merkityksen ja sitä kautta motivoitumaan oman sairautensa hoitoon.

Toiset tykkää hirveesti täyttää lomakkeita et se on ainakin semmonen...että kun ne saa ite täyttää jotain paperiin niist on jotenkin helpompi tulla sitte siihen."

"Ja mikä on toisilla et antaa semmosia pieniä kotitehtäviä niinku niitten tapaamisten välille että, esimerkiks jotain päiväkirjan pitämistä... et sil potilaalla niiku ois semmonen tunne että sil on joku tarkoitus miks se tulee sit sen seuraavankin kerran sinne tapaamiselle..."

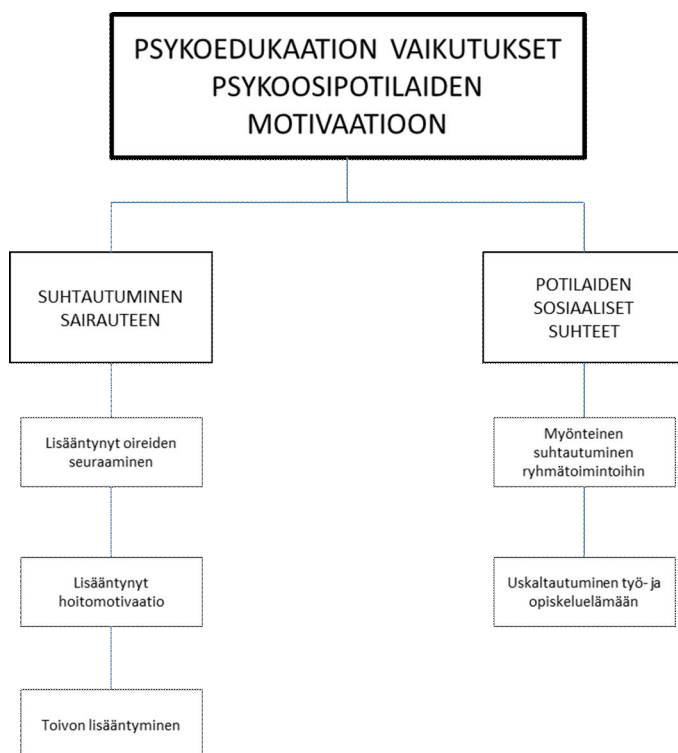
Hoitajien mukaan myös ryhmätoiminta ja ryhmistä saatava vertaistuki on oleellinen osa potilaiden hoitomotivaation ylläpitämistä. Ryhmissä potilaat saavat vertaistukea, kuulevat muiden kokemuksia, saavat mielekästä toimintaa ja huomaavat etteivät he ole yksin sairautensa kanssa.

*”Me uskotaan että sillä ryhmätoiminnalla on monenlaista merkitystä siinä, to-
ta et saa sitä vertaistukea ja psykoedukaatiota ja toimintaa kaikkienkosta...”*

*”Et ryhmässä kuulee kaikki nämä, muita kokemuksia, muitten kokemuksia ja
huomaa ettei olekaan yksin tämän asian kanssa.”*

6.6 Psykoedukaation vaikutukset psykoosipotilaiden motivaatioon

Psykoedukaation vaikutuksia psykoosipotilaiden motivaatioon muodostui kuvaamaan kaksi eri yläluokkaa. Näistä ensimmäinen, ”Suhtautuminen sairauteen”, koostui kolmesta eri alaluokasta. Toinen pääluokka, ”Potilaiden sosiaaliset suhteet” koostui kahdesta siihen liittyvästä alaluokasta. Niihin liittyviä tuloksia on käsitelty kahdessa seuraavassa kappaleessa.



Kuvio 6. Psykoedukaation vaikutukset psykoosipotilaiden motivaatioon

6.6.1 Suhtautuminen sairauteen

Yläluokka suhtautumisesta sairauteen muodostui kolmesta eri alaluokasta. Näitä ovat "Lisääntynyt oireiden seuraaminen", "Lisääntynyt hoitomotivaatio" sekä "Toivon lisääntyminen".

Lisääntynyt oireiden seuraaminen. Haastateltavat hoitajat kertoivat, että psykoedukaation avulla potilaat oppivat tunnistamaan omat sairauden oireensa, varomerkkinsä sekä pitkäaikaisoireensa ja ennakko-oireensa. Hoitajien mukaan potilaat kiinnostuvat seuraamaan omaa vointiaan ja sairauttaan, ja heidän tietonsa sairaudesta lisääntyy.

"...potilaita ketä on esimes oireenhallintakurssin käyny...just sen takia että oppii tunnistamaan ne omat oireensa ja varomerkkinsä ja pitkäaikaisoireet ja ennakko-oireet ja muut että."

"Lähinnä ne kiinnostuu siitä että tota seuraamaan sitä niinku...kun on se tieto niin ihmiset tietää seurata oikeita merkkejä..."

Lisääntynyt hoitomotivaatio. Hoitajien haastatteluissa kävi ilmi, että psykoedukaatiolla avulla potilaat oppivat hoitamaan itseään oikein, he osaavat antaa tietoa myös omaisille ja muille läheisille, ja tuntevat että sairauden kanssa eläminen ei ole täysin toivotonta.

"...osaa hoitaa itseänsä oikein, elikkä sitä omaa hoitoa ja niinkun myöskin antaa muille, omaisille ja läheisille sitä oikeaa tietoa että sitä kautta tulee se motivaatio, että ei tää nyt oo toivotonta."

Toivon lisääntyminen. Hoitajien haastatteluiden perusteella psykoedukaatio vaikuttaa potilaiden hoitomotivaatioon lisäämällä potilaiden toivoa. Psykoedukaation kautta potilaat suhtautuvat sairauteensa neutraalimmin ja saavat lisää toivoa tulevasta.

"...tulee semmonen niinkun neutraalimpi suhtautuminen siihen sairauteen..."

" saa sitä toivoo ja näköaloja eteenpäin, niin sitä kautta se motivaatio pikku hiljaa herää."

6.6.2 Potilaiden sosiaaliset suhteet

Potilaiden sosiaalisten suhteiden yläluokka muodostui alaluokista nimeltä "Myönteinen suhtautuminen ryhmätoimintoihin" ja "Uskaltautuminen työ- ja opiskeluelämään".

Myönteinen suhtautuminen ryhmätoimintoihin. Haastateltavat hoitajat kokivat, että potilaiden suhtautuminen erilaisiin psykoosipotilaille tarkoitettuihin ryhmätoimintoihin muuttuu psykoedukaation myötä. Potilaat uskaltavat lähteä liikkeelle ja mennä erilaisille kursseille ja ryhmiin.

"...uskaltaa tulla niinku ulos ja tänne ja niinku kursseille ja ryhmiin..."

Uskaltautuminen työ- ja opiskeluelämään. Hoitajien mukaan psykoedukaatiolla voidaan vaikuttaa myös potilaiden menestymiseen opiskelu- ja työelämässä. Psykoedukaation avulla potilaat voivat kokea, että he pystyvät toimimaan ryhmässä, he uskaltavat opiskella ja olla muiden ihmisten kanssa. Lisäksi potilaat ovat uskaltaneet asettaa tulevaisuudentavoitteita, he ovat päässeet tavoitteisiinsa ja uskaltaneet hakeutumaan myös haaveammattiinsa.

"...hän näkisi sit ite että hän pystyy toimimaan ryhmässä ja on ehkä kapasiteettia opiskella ja uskaltaa olla muiden kanssa..."

"...pääs niihin tavoitteisiinsa ja sitten uskaltautu hakemaan haavemmattiinsa..."

7 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, kuinka ensipsykoosipotilaisiin kohdistuva syrjintä sekä potilaiden hoitomotivaatio tai sen puute ilmenee potilaiden arjessa. Tarkoituksena oli myös selvittää erilaisia psykoedukaation keinoja, joiden avulla on mahdollista vähentää potilaiden syrjintää ja lisätä heidän hoitomotivaatiotaan. Lisäksi aineiston avulla haluttiin tuoda esiin psykoedukaation vaikutuksia kyseisiin asioihin. Aineistoa kertyi suhteellisen runsaasti ja aineistonluokittelun avulla oli mahdollista saada vastauksia tutkimusongelmiin.

Aineiston mukaan ensipsykoosipotilaat joutuvat kohtaamaan syrjintää useilla eri elämäntilanteissa, joista yleisimmät ovat syrjintä somaattisen puolen terveydenhuollossa, perhe- ja ystä-

väpiirissä sekä työ- ja opiskeluyhteisöissä. Aineistoa tarkasteltaessa kaikkia näitä ryhmiä näyttää yhdistävän tiedonpuute psykoosisairauksista.

Oli jokseenkin yllättävää huomata, että syrjintää tapahtuu myös terveydenhuollossa. Aineiston mukaan terveydenhuollon ammattilaisilla ei ole selvää käsitystä siitä, mitä psykoosisairaudella tarkoitetaan. Psykoosipotilaat jäävät monesti ilman tarvittavaa hoitoa, sillä ammattilaiset ovat epävarmoja ja peloissaan kohdatessaan potilaita. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista kuitenkin edellyttää, että "Jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon" (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992). Tämän vuoksi jatkossa tulisi kiinnittää runsaasti huomiota terveydenhuollon ammattilaisten koulutukseen ja tiedonlisäämiseen psykoosisairauksista.

Aineistossa kävi ilmi niin potilaiden kuin potilaiden perheidenkin kokema häpeä sairauden alkuvaiheessa. Psykoosiin sairastuminen on aina shokki ja elämää mullistava tapahtuma. Aineiston mukaan perheet eivät välttämättä ymmärrä mistä sairaudessa on kyse, he voivat hävetä sairastunutta perheenjäsentään ja kieltää vastaanottamasta hoitoa sekä käyttäytyä välinpitämättömästi. Aiemmissa tutkimuksissa on havaittavissa samanlaisia ilmiöitä. Sairauden kieltäminen on yleistä, ja potilaiden perheenjäsenet saattavat pyrkiä selittämään potilaiden oireita joillain muilla syillä, sekä etsiä mahdollisesti uuden lääkärin toisenlaisen diagnoosin toivossa. Perheissä esiintyy vihan, pettymyksen ja voimattomuuden tunteita. (O'Connell 2006: 42.) Kiviniemen (2008: 77, 84) mukaan psyykkiseen sairauteen voi liittyä myös salailua sekä nuoren potilaan että hänen vanhempiansa toimesta. Kun potilaalla ja hänen perheellään ei ole tarpeeksi sairautta koskevaa tietoa, he kokevat sairastumisen häpeällisenä. Vanhemmat saattavat kieltää lastaan puhumasta sairaudesta ja estää myös tämän avunsaamisen.

Jotta tilanne voisi parantua ja sitä pystyttäisiin rauhoittamaan, tulisi mielenterveysammattilaisten ymmärtää potilaiden ja heidän läheistensä kokema hämmennys ja pelokkuus. Mielenterveysammattilaiset voivat tarjota perheelle lohtua ja suojelua pelottavassa tilanteessa. Olennaista on antaa tarvittavaa, selkeää ja totuudenmukaista tietoa sairaudesta jo heti alkuvaiheessa sekä myöhemmin hoidon edetessä. (Aura 2008: 39; Gavois, Paulsson & Fridlund 2006: 104; Kilku 2008: 128-129.)

Aineistosta kävi ilmi, että ensipsykoosipotilaat tulevat syrjityiksi myös ystäväpiireissä sekä opiskelu- ja työyhteisöissä. Aineiston mukaan potilaiden aikaisemmat ystävät häviävät ja lopettavat yhteydenpidon potilaisiin potilaiden sairastuttua. Lisäksi työ- ja opiskeluyhteisöissä aletaan suhtautua ja asennoita potilaisiin eri tavalla psykoosidiagnoosin jälkeen, ja potilaat kokevat tulevansa syrjityiksi. Kiviniemi (2008: 76) on omassa väitöskirjassaan tuonut esiin potilaiden ja potilaiden kaveripiireissä esiintyvää muutosta. Hänen mukaansa yhteydenpito sai-

rastumista edeltäneisiin kavereihin katkeaa usein sairastumisen myötä. Tästä syystä potilaat kokevat jäävänsä yksin ja tuntevat itsensä yksinäiseksi. Samaisessa tutkimuksessa kävi kuitenkin ilmi, että monet potilaista onnistuvat muodostamaan uusia kaverisuhteita muiden vastaavien elämäkokemusten omaavien henkilöiden kanssa.

Tämän opinnäytetyön aineiston mukaan potilaat itse edesauttavat heihin kohdistuvaa syrjintää ystävä- ja kaveripiireissä. Potilailla esiintyy sairauden mukana tuomaa aloitekyvyn puutetta, eristäytyneisyyttä sekä yksinäistymistä potilaiden omasta tahdosta. Myös Kiviniemi (2008: 74-76.) on saanut samanlaisia tuloksia: Potilaat häpeävät sairastumistaan ja välttelevät muita ihmisiä ja eristäytyvät sen vuoksi. Lisäksi potilailla esiintyy sairaudesta johtuvaa keskittymiskyvyn puutetta, vaikeuksia liikkua ihmisjoukoissa ja potilaat ovat myös poissa koulusta. Sairauden oireet saattavat näkyä päällepäin ja ne voivat herättää huomiota, ja potilas voi kokea pettymyksiä sosiaalisissa suhteissa. Potilaan oma vetäytyminen edesauttaa poisjäämistä työ- ja opiskeluyhteisöistä. Tämän opinnäytetyön mukaan syrjintä lisääntyy erityisesti silloin kun potilas kertoo avoimesti sairaudestaan. Tämä on potilaan kannalta harmillista, sillä opiskelulla ja työssäkäynnillä on suuri merkitys potilaan tulevaisuuden kannalta (Kiviniemi 2008: 80).

Opinnäytetyön mukaan syrjintää on mahdollista vähentää ja välttää lisäämällä ihmisten tietoa psykoosisairauksista ja tukemalla potilaan perhe-elämää sekä tavallista arkea. Yllä mainittiin jo potilaille ja perheille suunnatun tiedon tärkeydestä perheessä esiintyvän syrjinnän ehkäisemiseksi. Tiedonsaaminen on mielenterveyspotilaiden ja heidän läheistensä perustarve, ja tietoa on annettava kirjallisesti ja suullisesti (O'Connell 2006: 42; Kilku 2008: 131). Potilaiden ja heidän perheidensä lisäksi tietoa on annettava myös muille. Aineistossa kävi ilmi tiedonantamisen tarve mahdollisimman laajalle alueelle erilaisia menetelmiä käyttäen. Antamalla oikeanlaista tietoa on mahdollista vaikuttaa potilaiden ympärillä olevien ihmisten asenteisiin sekä muuttaa koko yhteiskunnan asennoitumista ja suhtautumista potilaisiin. Kilku (2008: 136) mukaan ammattilaisilla on mahdollisuus ehkäistä psykoosipotilaiden leimautumista ja syrjäytymistä välittämällä tietoa psykoosisairauksista. Hänen mukaansa myös sairastuneet ja heidän läheisensä toivoisivat ammattilaisten puhuvan sairauksista julkisuudessa aiempaa enemmän, sillä nykyinen media antaa niistä hyvin negatiivisen kuvan. Kilkun tulokset median vaikutuksista kävivät ilmi myös tämän opinnäytetyön aineistossa.

Tarkasteltaessa ensipsykoosipotilaiden hoitomotivaatiota aineistosta kävi ilmi sekä potilailla esiintyvää motivaatiota että sen puutetta. Osa potilaista on motivoituneita hoitoon ja haluaa parantua, kun osa taas vastustelee hoitoa. Hoitomotivaation puuttumisen voisi ajatella olevan suhteellisen normaalia uudessa ja vaikeassa elämäntilanteessa. Aineiston mukaan hoitomotivaation puute voi näyttäytyä muun muassa sairauden kieltämisenä, lääkekielteisyytenä sekä vastahakoisuutena hoitoon. Sairastuttuaan potilaat menettävät luottamuksensa kaikkeen ympärillä olevaan, ja heidän voi siksi olla vaikea luottaa hoitohenkilökuntaan (Kilku 2008: 136).

Tämä on inhimillistä ja normaalia, ja voisi ajatella etteivät vastahakoisuus ja kielteinen suhtautuminen hoitoon ole välttämättä yhteydessä hoitomotivaatioon. Kyseinen käyttäytyminen voisi enemmänkin kertoa potilaalla olevista pelon ja hämmennyksen tunteista.

Selvitettäessä psykoedukaation mahdollisuuksia parantaa potilaiden hoitomotivaatiota, tärkeäksi seikaksi muodostui jälleen tiedonantaminen sairaudesta. Tämän aineiston sekä myös muiden tutkimusten mukaan potilaiden on tärkeää saada tietoa sairauden lisäksi myös erilaisista hoitovaihtoehdoista, ja potilaat haluavat itse osallistua hoitotoimenpiteitä koskeviin päätöksiin (Viitala 2007: 49; Kilkku 2008: 134). Tämän opinnäytetyön sekä muiden aiempien tutkimusten perusteella potilaat vastaanottavat tietoa parhaiten kokemusasiantuntijoiden ja vertaistukihenkilöiden kautta, joilla itsellään on samoja kokemuksia. Mikkonen (2009: 3) määrittää vertaistuen tietona ja tukena, jota saadaan samankaltaisessa elämäntilanteessa olevilta henkilöiltä, ja joka perustuu henkilöiden omiin kokemuksiin. Potilaat kokevat vertaisten omien kokemusten kuulemisen ja vertaisilta saadun ymmärryksen ja rohkaisun tärkeäksi, sekä kokevat voivansa hyötyä vertaisten kokemuksista omia valintoja tehdessään (Kiviniemi 2008: 81).

Muita hoitomotivaatiota lisääviä tekijöitä olivat hyvä hoitosuhde sekä tavoitteellinen hoito. Tämän opinnäytetyön mukaan on tärkeää, että hoitajat kunnioittavat potilaita, ja että heidän välilleen syntyy luottamuksellinen hoitosuhde. Hoitajien on jaksettava kuunnella, kannustaa ja tukea potilaitaan. Aiemmissa tutkimuksissa on tullut esille samanlaisia tuloksia: Hoitajien on kuunneltava potilaita, otetta huomioon potilaiden omat näkökulmat ja kunnioitettava potilaiden itsemääräämisoikeutta. Hoitajien on oltava aidosti kiinnostuneita potilaistaan, kyettävä vastavuoroiseen keskusteluun sekä saatava potilaat vakuuttuneiksi hoitajien ammattitaidosta ja ammatillisesta osaamisesta. Potilaiden on koettava, että hoitajat ottavat heidät ja heidän tarpeensa vakavasti. (Kiviniemi 2008: 80-81; Kilkku 2008: 132-133.) Tämän opinnäytetyön aineistossa kävi ilmi konkreettisten hoitotavoitteiden tarve. Aineiston mukaan on tärkeää, että jokaisella hoitotapaamisella on jokin tarkoitus ja tavoite, ja hoitajat pyrkivät toteuttamaan hoitoa niiden perusteella. Konkreettiset tavoitteet auttavat ylläpitämään hoitomotivaatiota, ja osa potilaista pitää myös kirjallisten kotitehtävien tekemisestä. Voisi kuvitella että tämä olisi lähes itsestään selvää ja hoitoa toteutettaisiin tavoitteellisesti joka paikassa, mutta Kiviniemi (2008: 80) sai tutkimuksessaan erilaisia tuloksia. Hänen tuloksissaan kävi ilmi tavoitteiden epäselvyyttä ja ristiriitoja nuorten aikuisten motivaatiossa. Tutkimus herätti pohtimaan potilaiden kuntoutumisen suunnittelua ja potilaiden osuutta omassa kuntoutuksessaan. On mahdollista, että potilas jää vain passiiviseksi osallistujaksi, jonka tehtävänä on ainoastaan vastata hänelle esitettyihin kysymyksiin.

Tämän opinnäytetyön perusteella ensipsykoosipotilaiden hoitomotivaatio paranee psykoedukaation myötä. Potilaat sitoutuvat sairautensa hoitoon, ovat toiveikkaampia tulevaisuudesta

sekä uskaltavat osallistumaan niin sosiaalisiin tilanteisiin kuin lähtemään mukaan työ- ja opiskelukuvioihinkin. Aiemmissa tutkimuksissa on saatu samanlaisia tuloksia: Potilaiden luottamus palautuu, potilaat voimaantuvat ja kokevat pystyvänsä ottamaan vastuuta omasta itsestään ja hoidostaan sekä suunnittelevat tulevaisuutta. Potilaat alkavat miettiä sairastumisensa myönteisiä seurauksia ja haluavat auttaa myös muita sairastuneita. Sairastumiseen liittyvät kokemukset ja vastoinkäymiset aletaan nähdä voimavaroina, jotka auttavat selviytymään myös tulevista vastoinkäymisistä. Potilaat ovat toiveikkaita tulevaisuuden suhteen ja haluavat usein myös palata takaisin työ- ja opiskeluelämään. Lisäksi potilaat haluavat osallistua erilaisiin kuntouttaviin ryhmätoimintoihin ja pysyä sosiaalisesti aktiivisina. (Kilku 2008: 131; Kiviniemi 2008: 84, 85).

8 Pohdinta ja johtopäätökset

Opinnäytetyön aihe heräsi mielenterveyshoitotyön kehittämisen tarpeista. Sen tarkoituksena oli tuottaa sellaista tietoa, jota hoitajat voivat hyödyntää omassa työssään ja siten tarjota ensipsykoosipotilaille parempaa hoitoa ja auttaa sairaudesta selviämisessä. Työn tekeminen alkoi keväällä 2012 ja kesti yhteensä noin vuoden verran. Koska työtä on tehty kokonaisen vuoden ajan, on se mahdollistanut työssä esitettävän teorian sekä tulosten syvemmän pohtimisen. Lisäksi tekijän harjoittelu Peijaksen Itäisellä kuntoutuspoliklinikalla keväällä 2012 on toiminut hyvänä alustana työn tekemiselle. Harjoittelu on auttanut tekijää ymmärtämään psykoosipotilaita. Potilaiden hoitajia sekä sitä mistä psykoedukaation käytössä on kysymys.

Työn tekeminen osoittautui suhteellisen raskaaksi ja aihe oli laaja. Nyt tutkimusongelmat koskevat yleisesti syrjinnän ja hoitomotivaation ilmenemistä ja psykoedukaation vaikutuksia niihin. Olisi toisaalta ollut viisasta rajata tutkimusongelmat koskemaan ainoastaan syrjintää tai hoitomotivaatiota, ja kartoittaa rajattua aihetta enemmän. Siten olisi ollut mahdollista tarkastella valittua aihetta tarkemmin ja tuottaa siitä vielä tarkempaa tietoa. Toisaalta tämänhetkinen työ tuotti paljon hyödyllisiä tuloksia.

Työn teoriapohja on suhteellisen laaja ja kattava. Psykoosista ja psykoedukaatiosta on saatavilla paljon kattavaa tietoa, mutta syrjintää ja hoitomotivaatiota koskevaa tietoa oli haastavampaa löytää. Lisäksi moni psykoedukaatiota ja psykoosipotilaita koskeva tutkimus käsittelee potilaiden perheille toteutettavaa psykoedukaatiota, sen tärkeyttä ja perheiden tunteuksia. Tässä työssä perheenjäsenille toteutettava psykoedukaatio oli pieni osa suurempaa kokonaisuutta.

Haastatteluaineiston litterointi ja litteroidun materiaalin analysointi vei paljon aikaa. Haastattelut litteroitiin sanatarkasti ja litteroitu aineisto luettiin läpi moneen kertaan, jotta kaikki

oleellinen tieto tulisi poimittua mukaan opinnäytetyöhän. Opinnäytetyön tekijä ei ollut aiemmin tehnyt laadullista tutkimusta eikä myöskään analysoinut aineistoa induktiivisella sisälönanalyysillä. Tästä syystä kaikki oli uutta ja kaikki piti opetella, ja siihen kului paljon aikaa. Aineiston luokittelu oli myös haastavaa, sillä aineistoa oli suhteellisen paljon. Luokittelua ja tuloksia on mahdollista jakaa eri luokkiin usealla eri tavalla. Työn tekijä on päätenyt työssä nyt oleviin luokkiin ja kategorioihin, mutta aineistoa olisi mahdollista analysoida vielä tarkemmin ja syvemmin ja luokitella eri tavalla.

Haastavuudesta huolimatta työn tekeminen on ollut antoisaa ja opettavaista. On ollut hienoa tehdä opinnäytetyö aiheesta, joka on oikeasti tärkeä ja jonka avulla voidaan kehittää psykoosipotilaiden parissa tapahtuvaa hoitotyötä. Vaikka työ on toteutettu haastattelemalla Peijaksen Itäisen kuntoutuspoliklinikan hoitajia, voi sen tuloksia mahdollisesti hyödyntää myös muualla toteutettavassa mielenterveyshoitotyössä. Tehtäessä laadullista tutkimusta näin ei aina tapahdu, sillä tarkoituksena on saada kuvailevaa ja tarkkaa, kokemusperäistä tietoa.

Työn tekeminen on ollut hyvin opettavaista. Sen tekeminen on saanut pohtimaan psykoosipotilaiden arkea ja potilaiden kohtaamia haasteita. Opinnäytetyöprosessin aikana on herännyt myös ajatuksia siitä, millainen on hyvä hoitaja ja miten hoitajan täytyy toimia pystyäkseen auttamaan potilaita mahdollisimman hyvin. Työ on edesauttanut ammatillista kasvua, ja sitä voi varmasti hyödyntää tulevaisuudessa omissa työnteossa mielenterveyspotilaiden parissa.

8.1 Opinnäytetyön eettisyys

Kaikkiin tutkimusprosesseihin kuuluu useita tutkimukseen liittyviä päätöksiä, ja sen vuoksi tutkimuksen tekijän oma etiikka on jatkuvasti koetuksella tutkimusta tehtäessä (Eskola & Suoranta 2008: 52). Tutkijan on pohdittava arvoja, jotka vaikuttavat tutkimusongelmien valintaan ja siten itse tutkimukseen. Tutkijalla on oltava oma näkemyksensä tutkimuksesta, ja tutkimusongelmat on rajattava selkeästi. Tutkija on yhdessä yhteistyöorganisaation kanssa vastuussa tutkimustulosten käytöstä, ja heillä on oltava yhteinen näkemys siitä, mitä tutkimuksessa esille nousevaa tietoa voidaan käyttää ja mitä ei. Tehtäessä hoitotieteellistä tutkimusta tutkijan on selvitettävä tutkimusorganisaation johdon kanssa myös erilaiset tutkimukseen liittyvät lupa-asiat. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998: 28.) Tässä opinnäytetyössä tutkimusongelmana on psykoosipotilaisiin kohdistuva syrjintä ja potilaiden hoitomotivaatio. Opinnäytetyöllä on haluttu selvittää, kuinka psykoedukaatiota voidaan hyödyntää potilaisiin kohdistuvan syrjinnän vähentämiseksi ja potilaiden hoitomotivaation lisäämiseksi. Opinnäytetyö on rajattu koskemaan hoitajien mielipiteitä psykoedukaation vaikutuksista kyseisiin asioihin. Psykoedukaatiota on tutkittu suhteellisen paljon ja siitä on saatavilla runsaasti tietoa, mutta tietoa ja näkökulmaa sen vaikutuksista potilaan motivaatioon ja syrjinnän ehkäisyyn on vain niukasti. Ennen tutkimuksen tekemistä tutkija on lähettänyt tutkimussuunnitelman Hel-

singin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirille ja hakenut heiltä tarvittavan tutkimusluvan. Hyväksytty tutkimuslupahakemus on liitetty tämän opinnäytetyön loppuun (liite 1.).

Tutkijan on pohdittava tutkimusmenetelmien eettisyyttä sekä tutkijan ja tutkimukseen osallistujien välistä suhdetta niin aineiston hankkimisen, analyysin kuin raportoinninkin suhteen. (Kylmä, Vehviläinen-Julkunen & Lähdevirta 2003: 612.). Kaikille tutkimukseen osallistuville henkilöille on annettava tarpeeksi tietoa tutkimuksesta, sen luonteesta ja sen tavoitteista (Eskola & Suoranta 2008: 56). Tutkittavien on saatava tutkimuksesta riittävästi tietoa kuitenkin niin, ettei tiedonanto vaikuta tutkimustuloksiin ja tutkimuksen luotettavuuteen, ja tämän vuoksi tutkimusta tehtäessä tutkittavilla voi ilmetä tiedonantoa koskevia ristiriitoja. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998: 30.) Tässä opinnäytetyössä osastonhoitaja hankki tutkimukseen osallistuvat hoitajat. Hoitajat tiesivät, että haastattelut koskevat psykoosipotilaiden kanssa toteutettavaa psykoedukaatiota, mutta tutkimuksesta ei haluttu antaa enempää tietoa. Jos hoitajille olisi annettu enemmän tietoa, he olisivat voineet alkaa keskustella tutkimuskysymyksistä keskenään, ja se olisi voinut vaikuttaa hoitajien haastatteluihin ja vastauksiin.

Laadullisessa tutkimuksessa on otettava huomioon tutkimuksen eettinen oikeutus ja aiheen arkaluontoisuus. Tutkimuksen eettisyyden kannalta oleellista on itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, tutkimukseen osallistuvien mahdollinen haavoittuvuus, vahingon tuottamisen välttäminen sekä hyvän tekeminen (Kylmä yms. 2003: 612). Nämä kaikki ovat osa ihmisarvon kunnioittamisen periaatetta, jonka mukaan tutkittaville ei saa aiheuttaa vahinkoa eikä häntä saa loukata. Ei myöskään riitä, että tutkittavia ei vahingoiteta. Tutkija ei saa kohdella tutkittavia väärin muullakaan tavalla, kuten loukata tutkittavien arvokkuutta tai ihmisarvoa. Tutkijan on tutkimuksen tarkoituksista huolimatta mietittävä tutkimuksen mahdollisia haittoja ja hyötyjä tutkittavien kannalta. (Eskola & Suoranta 2008: 56-58.) Tässä opinnäytetyössä potilaiden syrjinnän ehkäisy ja motiivointi oman sairauden hoitoon ovat potilaiden elämänlaatua runsaasti parantavia tekijöitä, ja haastateltuja hoitajia tiedotettiin heidän osallistumisensa vapaaehtoisuudesta. He saivat itse päättää osallistumisestaan haastatteluihin, ja heille kerrottiin mahdollisuudesta keskeyttää haastattelu niin halutessaan. Koska aineisto on hankittu haastatteleamalla psykoosipotilaiden hoitajia eikä itse potilaita, aiheen arkaluontoisuus ja osallistujien haavoittuvuus eivät ole olleet esteitä tutkimukselle. Tarkoituksena on ollut tuottaa sellaista tietoa, joka auttaa jatkossa hoitajien ja potilaiden välillä toteutettavaa psykoedukaatiota, ja parantaa näin ollen potilaiden elämänlaatua.

Tutkijan on myös mietittävä, kuinka tutkittavien anonymiteetti ja tutkimuksen luotettavuus varmistetaan. Aina ei ole mahdollista taata täydellistä nimettömyyttä, ja siksi tutkijan on tärkeää olla tekemättä sellaisia tietojen käsittelyn luottamuksellisuuteen liittyviä lupauksia, joita hän ei välttämättä pysty pitämään. (Eskola & Suoranta 2008: 56-58.) Hoitajille kerrot-

tiin, että haastattelut nauhoitetaan, litteroidaan ja että vastaukset käsitellään nimettöminä ilman kenenkään henkilöllisyyden esilletuloa. Heille kerrottiin myös, että tutkimuksen tekijä on ainoa henkilö, joka käsittelee haastatteluja ja tutkittavien vastauksia. Kenelläkään muulla ei ole ollut pääsyä haastatteluaineistoon. Kaikki opinnäytetyössä käytettävät haastattelut on tehty nimettöminä, ja ulkopuolisten ei ole mahdollista tunnistaa haastatteluihin osallistuneita hoitajia.

Julkaistaessa tutkimustuloksensa tutkijan on pyrittävä raportoimaan tutkimustulokset rehellisesti ja avoimesti. Tutkijan on kuitenkin samaan aikaan varmistettava, että tutkittavien tietosuoja on taattu. On otettava huomioon laadullisen tutkimuksen tutkimusraportissa esiintyvät suorat lainaukset, ja varmistettava, että edes tutkittavien lähiympäristö ei tunnista heitä. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998: 31.) Tämän opinnäytetyön tuloksissa eikä itse opinnäytetyössä käy ilmi haastateltavien hoitajien henkilöllisyys, vaan hoitajien anonymiteetti on säilynyt hyvän etiikan mukaisesti.

8.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuudesta ja sen arvioinnista ei ole olemassa yhtä yksittäistä ja oikeaa mielipidettä. Keskeistä on arvio siitä, kuinka todellisuutta vastaavaa tietoa tutkimuksella voidaan tuottaa. Osa tutkijoista on sitä mieltä, että laadullisen tutkimuksen luotettavuutta ei voida arvioida kuten määrällisen tutkimuksen luotettavuutta, sillä laadullinen tutkimus pohjautuu perusoletuksiin todellisuudesta ja tiedosta. (Kylmä ym. 2003: 612-613.)

Tarkasteltaessa laadullisen tutkimuksen luotettavuutta on huomioitava tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuus, vahvistettavuus sekä siirrettävyys. Uskottavuus lisääntyy muun muassa silloin, kun tutkija on tutkittavan ilmiön kanssa tekemisissä riittävän pitkään ja keskustelee tutkimukseen osallistuvien henkilöiden kanssa. (Kylmä ym. 2003: 612-613.) Tässä opinnäytetyössä opinnäytetyön tekijä on pystynyt perehtymään tutkittavaan ilmiöön hyvin ja suhteellisen pitkällä aikavälillä. Tekijä suoritti neljän viikon harjoittelun Peijaksen Itäisen psykiatrian kuntoutuspoliklinikalla huhtikuussa 2012. Poliklinikan asiakkaat ovat pääosin psykoosipotilaita, ja psykoedukaatio on keskeinen työmenetelmä hoitajien ja potilaiden välisessä yhteistyössä. Näin ollen tekijä on saanut käytännön kokemusta psykoedukaation toteutuksesta ja pääsyt tekemään myös omia havaintoja. Harjoittelu ja tutkimusta varten kerätty ja tutkimuksessa käytetty tietoperusta ovat antaneet mahdollisuuden syventyä tutkittavaan ilmiöön paremmin.

Vahvistettavuudella tarkoitetaan tutkimuksen kirjaamista ja raportoimista niin selkeästi, että toisen tutkijan on mahdollista seurata tutkimusta ja sen kulkua pääpiirteissään. Tutkijan on hyvä kertoa tutkimustulosten ja tuloksista muodostamiensa päätelmien lisäksi aineistosta,

jota hän on käyttänyt analyysin perustana. (Kylmä yms. 2003: 613.) Tässä opinnäytetyössä aineiston analyysi on pyritty kuvaamaan mahdollisimman yksityiskohtaisesti ja selkeästi, ja analyysissä on selitetty miten aineiston luokittelu on tapahtunut. Kustakin kategoriasta on annettu myös niitä kuvaavia ja niihin kuuluvia esimerkkilauseita, jotta ulkopuolisten on helppo nähdä analyysin ja tutkimustulosten perustuvan aineistoon. Ymmärtämisen helpottamiseksi opinnäytetyön tekijä on liittänyt opinnäytetyön loppuun taulukon, josta käy ilmi analyysin eteneminen kohdassa psykoosipotilaisiin kohdistuva syrjintä (liite 3.)

Siirrettävyydellä puolestaan tarkoitetaan sitä, että tutkimus on siirrettävissä muihin samankaltaisiin tilanteisiin. Jotta tämä olisi mahdollista, tutkimusentekijän on annettava riittävästi taustatietoa tutkimukseen osallistuneista henkilöistä. (Kylmä ym. 2003: 613.) Tässä opinnäytetyössä on kerrottu missä haastattelut tapahtuivat, missä haastateltavat hoitajat työskentelevät, ja millainen työkokemus heillä on psykoosipotilaiden parissa.

Koska jokaisella haastatteluun osallistuneella hoitajalla on runsas työkokemus psykoosipotilaista ja psykoedukaatiosta, voidaan hoitajien olettaa antavan suhteellisen luotettavia ja mahdollisesti myös yleistettävissä olevia vastauksia. Haastattelutilanne pyrittiin järjestämään rauhalliseksi, ja siksi haastattelut suoritettiin poliklinikan osastonhoitajan työhuoneessa. Koska hoitajat olivat haastattelutilanteessa yksin haastattelijan kanssa, ja koska kukin hoitaja osallistui haastatteluun omasta tahdostaan, voidaan hoitajien olettaa antaneen totuudenmukaisia, rehellisiä ja luotettavia vastauksia ja haluavan edesauttaa potilaiden hyvinvointia. Haastatteluissa haluttiin saada esille haastateltavien omat näkemykset, kokemukset ja mielipiteet haastatteluteemoista. Tämän vuoksi tutkimuskysymyksiä ei rajattu kovin suppeiksi, vaan haastattelu seurasi tiettyjen teemojen ympärillä olevaa haastattelurunkoa.

Yksi ja sama henkilö suoritti haastatteluiden tekemisen, litteroinnin, sekä tulosten kirjaamisen. Tämä voi olla sekä luotettavuutta lisäävä että heikentävä tekijä. Luotettavuus on voinut kärsiä siksi, ettei henkilöllä ole aiempaa kokemusta laadullisen tutkimuksen tekemisestä, vaan henkilön on täytynyt opetella tutkimuksen tekoa samalla kun hän on tehnyt omaa opinnäytetyötään. Laadullisesta tutkimuksesta on kuitenkin saatava paljon tutkimusta kuvaavaa materiaalia. Opinnäytetyöntekijä on perehtynyt aihetta koskevaan kirjallisuuteen, aikaisempiin laadullisiin tutkimuksiin sekä hyödyntänyt oppilaitoksesta saatavaa ohjausta.

Luotettavuus on voinut kärsiä myös siksi, että opinnäytetyöntekijä ei välttämättä ole pystynyt olemaan täysin objektiivinen koko tutkimuksen ajan. Tekijä on pyrkinyt täydelliseen objektiivisuuteen, mutta on mahdollista, että tekijän omat mielipiteet ja esiymmärrys aiheesta ovat saattaneet vaikuttaa tuloksiin. Toisaalta, esiymmärrys aiheesta voi toimia myös luotettavuutta vahvistavana tekijänä. Koska opinnäytetyöntekijällä on ollut paljon taustatietoa aiheesta, on se voinut auttaa häntä ymmärtämään ja tulkitsemaan tutkimustuloksia paremmin. Luotet-

tavuutta lisätäkseen tekijä on litteroinut haastatteluaineiston sanasta sanaan, ja lukenut aineiston läpi useita kertoja, ja pyrkinyt löytämään materiaalista kaiken tutkimuksen kannalta oleellisen tiedon ennen tulosten raportointia.

Tutkimuksen luotettavuuden kannalta tutkimus on oltava vahvistettavissa, millä tarkoitetaan tutkimusprosessin raportointia siten, että myös muut tutkijat voivat ymmärtää tutkimuksen kulun pääpiirteissään. On kuitenkin muistettava, että laadullisessa tutkimuksessa kaksi eri tutkijaa eivät välttämättä päädy tarkalleen samoihin tutkimustuloksiin, sillä tutkimukseen vaikuttavat aina tutkijan omat näkemykset ja mielipiteet sekä ajatus siitä, että on olemassa monia eri todellisuuksia. Näin ollen tutkimustuloksia voidaan tulkita eri tavoilla, ja eri tutkimustulokset puolestaan lisäävät tutkimuskohteen ymmärtämistä. (Kylmä ym. 2003: 612-613.)

Koska hoitajien osallistuminen on ollut vapaaehtoista, voidaan heidän olettaa olevan kiinnostuneita opinnäytetyöstä ja antaneen totuudenmukaisia vastauksia. Opinnäytetyöprosessin, haastatteluprosessin sekä aineiston analysoinnin kulku on pyritty raportoimaan mahdollisimman tarkasti, jotta tällöin myös muut tutkijat voivat ymmärtää sen pääpiirteissään.

8.3 Jatkotutkimusehdotukset

Tässä opinnäytetyössä tuli esille paljon hyödyllisiä psykoedukaation keinoja, joilla voidaan vähentää psykoosipotilaisiin kohdistuvaa syrjintää sekä lisätä potilaiden hoitomotivaatiota. Aineisto kerättiin kuitenkin potilaita hoitavien hoitajien näkökulmasta, ja voisi olla hyödyllistä selvittää myös potilaiden omia henkilökohtaisia kokemuksia ja mielipiteitä. Aineistossa mainittiin myös, että alle 30-vuotiailla näyttäisi olevan enemmän vastahakoisuutta, sitoutumisongelmia hoitoon sekä lääkekielteisyyttä. Näitä olisi myös hyvä tutkia ja miettiä miten nuorempia potilaita voitaisiin motivoida enemmän ja saada kiinnostumaan omasta hoidostaan enemmän.

Terveystieteiden ammattilaisten negatiivinen suhtautuminen psykoosipotilaisiin oli yllättävää ja huolestuttavaa. Ammattilaisilla esiintyy selkeää tiedonpuutetta. Olisi hyödyllistä tutkia eri terveysalan ammattilaisten tietämystä psykoosisairaudesta sekä heidän asenteitaan psykoosipotilaita kohtaan. Tutkimustulosten perusteella olisi mahdollista kehittää keinoja ammattilaisten tiedonlisäämiseksi ja asenteiden muuttamiseksi.

Lähteet

Aura, M. 2008. Aikuispotilaiden läheisten kokemuksia hoitotyöntekijöiltä saadusta tuesta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro-gradu tutkielma.

Aho, J. 2008. Osastohoidossa olevan psykoosipotilaan ja hoitajan hoitosuhde. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro-gradu tutkielma.

Berg, L. & Suominen, U. 2000. Koulutuksellinen perhetyö. Perheterapia 4, 4-29.

De Sousa, A., Kurvey, A. & Sonavane, S. 2012. Family Psychoeducation for Schizophrenia: A Clinical Review. <http://www.mjpsychiatry.org/index.php/mjp/article/viewFile/196/155>. Luettu 22.2.2013.

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere. Vastapaino.

Gavois, H., Paulsson, G. & Fridlund, B. 2006. Mental health professional support in families with a member suffering from severe mental illness: a grounded theory model. Scandinavian Journal of Caring Sciences. 20(1), 102-109.

Gleeson, J.F. M. & McGorry, P. D. 2004. Varhaisen psykoosin terapeuttinen hoito. Helsinki. Edita.

Gray, A. J. 2002. Stigma in psychiatry. Journal of the society of medicine 95, 72-76.

Hallila, L. 2003. Näytön paikka. Tutkimustiedon hyödyntäminen hoitotyössä. N-paino. Lahti.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2003. Tutki ja kirjoita. 6.-9. painos. Helsinki. Tammi.

Johansson, M. 2007. Varhaisen perheohjauksen malli. Kotiosoite 3 -projektin loppuraportti 2003-2006. Omaiset mielenterveystyön tukena Uudenmaan yhdistys ry. Helsinki.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Porvoo: WSOYpro.

Kilkku, N. 2008. Potilasopetus ensipsykoosipotilaan hoidossa. Substantiivinen teoria luottamuksen uudelleen rakentamisesta. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Kiviniemi, L. 2008. Psykiatrisessa hoidossa olleen nuoren aikuisen kokemuksia elämästään ja elämää eteenpäin vievistä asioista. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Koski-Jännes, A., Riittinen, L. & Saarnio, P. 2008. Kohti muutosta. Motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin. Helsinki. Tammi.

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

Kylmä, J., Vehviläinen-Julkunen, K. & Lähdevirta, J. 2003. Laadullinen terveystutkimus - mitä, miten ja miksi? Duodecim 119: 606-15.

K. Mohr, Wanda. 2003. Johnson's psychiatric-Mental Health Nursing. 5th Edition. Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Edita Publishing Oy. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>. Luettu 15.4.2013.

Lönngqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. 2010. Psykiatria. 5.-8. uudistettu painos. Helsinki. Duodecim.

- Marttila, J. 2010. Muutosvalmius. Käypä hoito-suositus. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/.../nix01668>. Luettu 24.4.2012.
- Mikkonen, I. Sairastuneen vertaistuki. 2009. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Murray-Swank, A. & Dixon, L. 2004. Family Psychoeducation as an Evidence-Based Practice. Evidence-Based Practice. CNS Spectrums 12: 905-912.
- O'Connell KL. 2006. Needs of families affected by mental illness. Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services, 44(3), 40-8.
- Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1998. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva. WSOY.
- Reeve, J. 2009. Understanding motivation and emotion. 5th edition. Hoboken, NJ. Wiley.
- Salmela-Aro, K. & Nurmi, J-E. 2005. Mikä meitä liikuttaa. Modernin motivaatiopsykologian perusteet. 2. painos. Keuruu. Otava.
- Skitsofrenian Käypä hoito-suositus. 2008. Duodecim ja Suomen Psykiatriayhdistys ry. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi35050?hakusana=psykoosi>. Luettu 19.2.2012.
- Suvisaari, J., Perälä, J., Viertiö, S., Saarni, S., Tuulio-Henrikssin, A-M., Partti, K., Saarni, S. E., Suokas, J. & Lönnqvist, J. 2012. Psykoosien esiintyvyys ja alueellinen vaihtelu Suomessa. Suomen lääkärilehti, 67, 677.
- T. de Bruijn, T. 2006. Käytännön psykoedukaatiota psykoosipotilaan perheelle. Suomen lääkärilehti 41, 4219-4225.
- Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2011. Skitsofreniaa sairastavat kohtaavat monenlaista syrjintää. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/uutinen?id=26086. Luettu 28.3.2012.
- Tuomi, J. & Sarajarvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki. Tammi.
- Viitala, M-T. 2007. Psykkinen sairaus perheessä - perheenjäsenten kokemuksia arjesta ja selviytymisestä. Pro-gradu tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Liitteet

Liite 1. Opinnäytetyön tutkimuslupa	58
Liite 2. Haastattelun teemat ja tutkimuskysymykset	60
Liite 3. Syrjinnän ilmeneminen psykoosipotilaan arjessa - aineiston luokittelu	

Liite 1. Opinnäytetyön tutkimuslupa

HELSINGIN JA UUDENMAAN
SAIRAANHOITOPIIRI

OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSLUPAHAKEMUS Liite 1

Opinnäytetyön tekijää koskevat tiedot	Suku- ja etunimet <i>Vaithinen Carita Marianna</i>
	Virka/toimi tai oppiarvo/koulutustausta <i>Sairaanhoidon opiskelija</i>
	HUS:n palveluksessa <input type="checkbox"/> Kyllä <input checked="" type="checkbox"/> Ei
	Sähköpostiosoite/puh/gsm [REDACTED]
	Kotiosoite [REDACTED]
	Yliopisto ja laitos/Ammattikorkeakoulu/oppilaitos, jossa opiskelee <i>Laura Ammattikorkeakoulu</i>
Yliopiston laitoksen/Ammattikorkeakoulu/oppilaitoksen osoite <i>Katatie 22 01300 Vantaa</i>	
Opinnäytetyön ohjaaja oppilaitoksessa	Opinnäytetyön ohjaaja(t), ohjaajien oppiarvot ja yhteystiedot (sähköposti/puhelin) <i>Carita Saarikivi, Lehtori, Senior Lecturer, TtM, sh AMK, psykoterapeutti YET</i>
	Opinnäytetyön ohjaaja(t), ohjaajien ilmoitus siitä, onko opinnäytetyön tutkimussuunnitelma hyväksytty esitetyssä muodossa <i>Hyväksytty / Carita Saarikiven ilmoitus sähköpostitse</i>
HUS:n vastuuhenkilöä koskevat tiedot	Suku- ja etunimi/ virka/toimi <i>Lemola Leena / vastanhoitaja</i>
	Työpaikan osoite <i>Hämeen kuntoutuspoliklinikka, Vernissakatu 3, 5. krs 01300 Vantaa</i>
	Sähköpostiosoite/puh/gsm [REDACTED]
Opinnäytetyötä koskevat tiedot	HUS:n tulosalue, tulosyksikkö tai liikelaitos, jossa vastuuhenkilö työskentelee <i>HUS/Peijas kuntoutuspoliklinikka</i>
	Opinnäytetyön nimi julkisessa muodossa <i>Psykoedukaation merkitys psykoosipotilaiden kokemaan syynintään ja omaan hoitomotivaatioon hoitajien kuvaamana</i>
	Lyhyt selostus opinnäytetyön suorittamisesta HUS:ssa julkisessa muodossa (kirjasinkoko 10) <i>Tutkimuksena on selvittää psykoedukaation vaikutusta psykoosipotilaiden hoitotyössä. Tutkimuksessa keskitytään potilaiden hoitomotivaatioon ja potilaiden kokemaan syynintään. Tutkimusmenetelmänä käytetään hoitajien haastattelua.</i>
	Asiasanat (max 5 kpl) <i>Psykoedukaatio, psykoosi, syynintä, hoitomotivaatio</i>
Opinnäytetyön taso <input type="checkbox"/> Lisensiaattitutkinto <input type="checkbox"/> Maisteri tutkinto <input type="checkbox"/> Yliempi AMK tutkinto <input type="checkbox"/> Kandidaatti <input checked="" type="checkbox"/> AMK tutkinto <input type="checkbox"/> Muu, mikä?	Opinnäytetyön tieteenala <input type="checkbox"/> Lääketiede <input type="checkbox"/> Hammaslääketiede <input type="checkbox"/> Hoitotiede <input type="checkbox"/> Terveystieteiden ala <input type="checkbox"/> Muu, mikä?
Opinnäytetyö on osa laajempaa HUS -hanketta? <input type="checkbox"/> Ei <input checked="" type="checkbox"/> Kyllä, mitä? <i>HUS/HYKS Psykiatrian tulosyksikön ja Luolavuonon -laadunkehittäminen</i>	Arvioitu aloituspv. <i>04/2012</i>
Opinnäytetyön suorituspaikat HUS:ssa <input type="checkbox"/> HUS konsernihallinto <input type="checkbox"/> HYKS-sairaanhoidtoalue <input type="checkbox"/> HYKS Medisiininen tulosyksikkö <input type="checkbox"/> HYKS Naisten- ja lastentautien tulosyksikkö <input type="checkbox"/> HYKS Operatiivinen tulosyksikkö <input checked="" type="checkbox"/> HYKS Psykiatrian tulosyksikkö <input type="checkbox"/> Hyvinkään sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> Lohjan sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> Porvoon sairaanhoitoalue	Arvioitu päättymispvm. <i>09/2013</i> <input type="checkbox"/> HUS-Apteekki <input type="checkbox"/> HUS-Desiko <input type="checkbox"/> HUS-Kiinteistöt Oy <input type="checkbox"/> HUS-Logistiikka <input type="checkbox"/> HUS-Lääkintätekniikka <input type="checkbox"/> HUS-Röntgen <input type="checkbox"/> HUS-Servis <input type="checkbox"/> HUS-Tilakeskus <input type="checkbox"/> HUSLAB <input type="checkbox"/> Ravioli <input type="checkbox"/> Uudenmaan sairaalapesula Oy <input type="checkbox"/> Muu, mikä?

Kohderyhmä <input type="checkbox"/> Potilaat <input type="checkbox"/> Omaiset <input checked="" type="checkbox"/> Henkilökunta <input type="checkbox"/> Asiakirjat <input type="checkbox"/> Muu, mikä?		Tutkittavien/havaintoyksikköjen määrä <i>noin 5-7 henkilöä</i>
Aineiston keruun menetelmä <input type="checkbox"/> Kysely <input checked="" type="checkbox"/> Haastattelu <input type="checkbox"/> Havainnointi <input type="checkbox"/> Asiakirja-analyysi <input type="checkbox"/> Muu, mikä?		
HUS:n ulkopuoliset yhteistyötahot		
Aiheuttaako opinnäyte kustannuksia HUS:ille? <input type="checkbox"/> Kyllä (Kustannusarvio ja rahoitussuunnitelma erillisellä liitteellä) <input checked="" type="checkbox"/> Ei (Tutkimusluvan myöntäjä voi vaatia selvitystä tapauskohtaisesti)		Opinnäytetyön hyödyt/vaikutukset HUS:n toimintaan <input type="checkbox"/> Välitön soveltuvuusarvo toimintaan, mihin <input checked="" type="checkbox"/> Ei välitöntä sovellettavuutta
Opinnäytetyön tekijänä sitoudun noudattamaan sairaalan antamia ohjeita ja sääntöjä ja raportoimaan opinnäytetyöni tuloksista tutkimusluvan myöntäjälle. Päiväys <i>28.9.2012</i> <i>Carita Vaithinen</i> Opinnäytetyön tekijä/tekijät nimenselvitys		
Päiväys <i>8.10.2012</i> <i>Leena Lemola</i> HUS:n vastuhenkilö nimenselvitys		

Alla olevaa päätöskohtaa käytetään silloin, kun päätös voidaan antaa lomakepäätöksenä (kts. JYL 1/2010, kohta 4.3)

LOMAKE- PÄÄTÖS	<input checked="" type="checkbox"/> Myönnetään hakemuksen mukaisesti
	<input type="checkbox"/> Myönnetään edellyttäen, että
	<input type="checkbox"/> Hakemus hylätään seuraavin perusteluin *)
	*) Oikaisuvaatimusohje liitteenä
Tutkimusluvan alkamispäivä	Tutkimusluvan päättymispäivä
Päiväys <i>31.10.2012</i> <i>Taina Ala-Nikkola</i> Tutkimusluvan myöntäjä nimenselvitys	Päiväys <i>31.10.2012</i> <i>Taina Ala-Nikkola</i> Tutkimusluvan puoltaja HUS:ssa nimenselvitys
Taina Ala-Nikkola johtava ylilhoitaja	

Tarvittavat liitteet

- Opinnäytetyön suunnitelma ja selostus opinnäytetyön suorittamisesta HUS:ssa
 Aineiston keruulomake
 Kysely/haastattelulomakkeen saatekirje

Lisäksi tarvittaessa

- Opinnäytetyötä suorittava muu henkilöstö
 Kustannusarvio ja rahoitussuunnitelma
 Hakemus tietojen saamiseksi salassa pidettävistä asiakirjoista
 Vaitiolositoumus/ salassapito- ja käyttäjäsitoumus
 Tutkittavan tiedote ja suostumus
 Eettisen toimikunnan lausunto
 STM:n lupa
 Henkilörekisteriseloste

Liite 2. Haastattelun teemat ja tutkimuskysymykset

Syrjintä

- Miten ensipsykoosipotilaisiin kohdistuva syrjintä on ilmennyt potilaiden arjessa?
- Miten ensipsykoosipotilaiden arjessa kohtaamaa syrjintää voidaan vähentää psykoedukaation eri keinoin?
- Miten psykoedukaatio on vaikuttanut ensipsykoosipotilaiden arjessa kohtaamaan syrjintään?

Psykoosipotilaan motivoiminen

- Miten hoitomotivaatio tai sen puute näyttäytyy ensipsykoosipotilailla?
- Miten ensipsykoosipotilaiden hoitomotivaatiota voidaan lisätä psykoedukaation eri keinoin?
- Miten psykoedukaation merkitys näkyy osana psykoosipotilaiden hoitomotivaatiota?

Liite 3. Syrjinnän ilmeneminen psykoosipotilaan arjessa - aineiston luokittelu

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
Ei pääsytä somaattisiin tutkimuksiin	Ei hoitoa somaattisten puolen terveysongelmiin	Psykoosipotilaisiin kohdistuva syrjintä terveydenhuollossa	Syrjinnän ilmeneminen psykoosipotilaan arjessa
Ei lääkäriäkoja eikä hoitoa perusterveydenhuollossa			
Ei ole tutkittu somaattista vaivaa potilaan psykoositaustan vuoksi			
Somaattisen puolen hoitoteksteissä skitsofreniadiagnosi ensimmäisenä esillä	Psykoosidiagnosi päällimmäisenä esillä somaattisen puolen terveydenhuollossa		
Eri puolen tutkimuksissa hoitoteksti alkaa psyykkisellä ongelmalla			
Infarktipotilaan hoitoteksti alkaa skitsofreniamaininnalla			
Vähätellään potilaan somaattisten oireiden todellisuutta	Potilaan somaattisten terveysongelmien vähättely		
Potilaan somaattiset vaivat nähdään psykoosipotilaan pöpinänä			
Potilaita ei oteta vakavasti			
Ammattilaiset kokevat vaikeaksi psykoosipotilaan kanssa kommunikoinnin	Terveydenhuollon ammattilaisten pelko potilaita kohtaan		
Psykoosi koetaan vaikeaksi asiaksi terveydenhuollossa			
Osa perheistä hylkää sairastuneen perheenjäsenen kokonaan	Välinpitämättömyys sairastunutta perheenjäsentä kohtaan		
Perhe ei välitä perheenjäsenen sairaudesta			
Perhe koittaa salailla sairautta häpeän pelossa	Sairastuneen perheenjäsenen häpeäminen		
Perhe ei halua hoitoa koska se on leimaavaa			
Perheellä on hämmennyksen ja häpeän tunteita			
Perhe jättäytyy pois tietyistä tilanteista			
Perhe ei ymmärrä mistä on kyse	Perheenjäsenten ymmärtämättömyys	Syrjintä perhe- ja ystävapiirissä	
Perhe ei ymmärrä asioiden vakavuutta			
Kaverit kaikkoavat	Ystävien kaikkoaminen ja käyttäytymismuutokset		
Kaverit häviävät jos käyttäytyy oudosti			
Kaverit suhtautuu oudosti ja välttelee			
Ystävä ei enää soita eikä vastaa			
Osasyynä oma käytös psykoosivaiheessa	Potilaan käytös syrjinnän edesauttaja		
Ystävät ei syrji vaan potilas on aloitekyvytön			
Potilas syrjäytyy omasta tahdosta			
Koulussa voi tulla sellasta asennoitumista ensipsykoosin jälkeen	Kollegoiden asenne- ja käyttäytymismuutokset		
Työelämässä aletaan kohteellaan eri tavalla			
Ristiriitoja ja ennakkoluuloja työnantajalta			
Näillä ihmisillä on surkeat toimeentulot ja vaikea saada töitä	Työnsaannin vaikeus		
Jos on psykoositaustaa niin työhaastattelussa jää toiseksi			
Ei oteta edes haastatteluun			
Mielenterveyspuolella ei ole syrjintää	Mielenterveysammattilaisten myönteinen suhtautuminen	Syrjinnän puuttuminen ja potilaan tukeminen	
Perheet ei ala syrjimään potilasta	Perheenjäsenten antama tuki ja apu		
Perheet yrittää auttaa potilasta			
Ei syrjintää perheessä	Työnantajan ja työterveyshuollon tuki		
Työterveyshuolto ja työnantajat tukevat paluuta työelämään			