



# **MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖTÄ SAIRASTAVIEN LEIMAUTUMINEN SOMAATTISESSA HOITOTYÖSSÄ**

**Kirjallisuuskatsaus**

Sanna Laiho

Opinnäytetyö  
Maaliskuu 2015  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyö

## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyö

LAIHO SANNA:

Mielenterveyden häiriötä sairastavien leimautuminen somaattisessa hoitotyössä  
Kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö 56 sivua, joista liitteitä 12 sivua  
Maaliskuu 2015

---

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää kirjallisuuskatsauksen avulla leimautumista mielenterveyden häiriötä sairastavan potilaan somaattisessa hoitotyössä. Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Tampereen ammattikorkeakoulun kanssa. Haku suoritettiin seuraavista elektronisista tietokannoista: Medic, CINAHL with Full Text (EBSCOhost), Cochrane Library, Pubmed sekä Journals@Ovid. Hoitotiede- sekä Tutkiva hoitotyö -lehtien arkistot käytiin manuaalisesti läpi. Yhteensä viisi kansainvälistä tutkimusta valittiin mukaan kirjallisuuskatsaukseen. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Tutkimukset osoittivat, että somaattisilla osastoilla hoitajilla ilmeni negatiivisia asenteita mielenterveyden häiriötä sairastavia kohtaan. Hoitajilla esiintyi uskomuksia, että mielenterveyden häiriön syynä olisi esimerkiksi oma tahto tai itsekurin puute. Mielenterveyden häiriötä sairastavat nähtiin vaativana potilasryhmänä, joka vie kohtuuttomasti hoitajien aikaa. Hoitajat pitivät mielenterveyden häiriötä sairastavia arvaamattomina, vaarallisina ja riskinä muille potilaille.

Kirjallisuuslähteiden ja tutkimusten mukaan sairaanhoitajien ja muun väestön asenteet ja tunteet mielenterveyden häiriötä sairastavia kohtaan ovat yhteneviä. Asenteet ovat stereotyyppisiä ja mielenterveyden häiriötä sairastavat herättävät ihmisissä pelkoa. Myös ajatuksia arvaamattomuudesta ja aggressiivisuudesta esiintyy. Kun leimautuminen vaikuttaa hoidon laatuun ja aiheuttaa torjuntaa, ei potilaiden empaattinen kohtaaminen ja kokonaisvaltainen hoito voi silloin toteutua. Tiedon lisäämisellä voisi olla mahdollista vaikuttaa sairaanhoitajien leimaaviin asenteisiin mielenterveyden häiriötä kohtaan.

Kirjallisuuskatsauksen perusteella voidaan todeta, että olisi tärkeää kartoittaa Suomessa somaattisilla osastoilla työskentelevien sairaanhoitajien asenteita mielenterveyden häiriötä sairastavia kohtaan. Jatkossa voitaisiin tutkia suomalaisissa ammattikorkeakouluisissa mielenterveyden häiriöihin liittyvän sekä teoreettisen opetuksen että käytännön jakson vaikutusta terveystieteen opiskelijoiden asenteisiin. Olisi tärkeää myös pohtia käytännön keinoja leimaavien asenteiden vähentämiseksi sekä opiskelijoiden että jo valmistuneiden sairaanhoitajien keskuudessa.

---

Asiasanat: mielenterveys, mielenterveyden häiriöt, leimautuminen, hoitotyö

## **ABSTRACT**

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Tampere University of Applied Sciences  
Degree Programme in Nursing and Health care  
Nursing

SANNA LAIHO:  
Stigmatization of Mentally Ill Patients in Somatic Nursing  
Literature review

Bachelor's thesis 56 pages, appendices 12 pages  
March 2015

---

The purpose of this study was to research stigmatization in somatic care of patients who are suffering from mental disorders. This study was conducted in cooperation with Tampere University of Applied Sciences. Literature review was used as the method of information retrieval. The data was analyzed using content analysis.

The study sample consisted of five reports and all of them were international. The results suggest that stigmatization occurs in somatic health care settings towards patients who are suffering from mental health problems. A significant number of professional nurses had a negative and stereotyped perception of the patients. Nurses experienced fear and perception of danger when interacting with patients with mental illnesses.

This theme is understudied area in Finland and further research is required. It would be important to study what kind of attitudes Finnish nurses working in somatic wards have towards mentally ill patients. It would be significant to consider how to reduce stigmatization of patients who are suffering from mental health problems.

---

Key words: mental health, mentally ill, mental disorders, stigmatization

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE .....	7
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT .....	8
3.1	Mielenterveys.....	9
3.2	Mielenterveyden häiriöt .....	10
3.3	Mielenterveyden häiriötä sairastava somaattisessa hoitotyössä .....	12
3.4	Mielenterveyden häiriötä sairastavien leimautuminen .....	13
3.5	Laadukas hoitotyö.....	17
3.5.1	Hyvän tekeminen ja haitan välttäminen.....	17
3.5.2	Sairaanhoitajan eettinen osaaminen .....	18
3.5.3	Vuorovaikutus hoitotyössä.....	21
4	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN .....	23
4.1	Kirjallisuuskatsaus tiedonkeruun menetelmänä.....	23
4.2	Kirjallisuuskatsaus teoreettiseen tietoon painottuvassa opinnäytetyössä .....	24
4.3	Alkuperäistutkimusten laadun arviointi.....	27
4.4	Aineistolähtöinen sisällönanalyysi .....	29
5	TULOKSET .....	30
5.1	Mielenterveyden häiriöihin liittyvät negatiiviset asenteet ja ennakkoluulot .....	30
5.2	Mielenterveyden häiriöiden syyt ja parantumismahdollisuudet .....	31
5.3	Mielenterveyden häiriöt somaattisen hoitotyön taakkana .....	31
6	POHDINTA.....	33
6.1	Johtopäätökset ja tulosten tarkastelu.....	33
6.2	Kehittämishaasteet .....	35
6.3	Eettisyys ja luotettavuus .....	36
6.4	Opinnäytetyön prosessin pohdinta.....	37
	LÄHTEET.....	39
	LIITTEET.....	45
	Liite 1. Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset .....	45
	Liite 2. Kvantitatiivisen tutkimuksen laatukriteerit.....	47
	Liite 3. Kvalitatiivisen tutkimuksen laatukriteerit.....	48
	Liite 4. Kirjallisuuskatsauksen laatukriteerit.....	49
	Liite 5. Sisällönanalyysin eteneminen.....	50
	Liite 6. Opinnäytetyöhön valitut tutkimukset.....	53

## 1 JOHDANTO

Mielenterveyden häiriöitä sairastaa joka viides suomalainen aikuinen (Joukamaa, Lönnqvist & Suvisaari 2011, 630). Vuosittain 1,5 prosenttia suomalaisista sairastuu mielen­terveyden häiriöön (Huttunen 2008, 14). Vuoteen 2020 mennessä, masennuksen on arvioitu olevan länsimaissa suurin sairauden aiheuttaja (European Commission 2005, 4). Työkyvyttömyyseläkkeistä yli puolet on myönnetty mielen­terveyden häiriöitä sairastaville (Halme 2012, 104).

Sosiaali- ja terveysministeriön (2006, 18) selvityksen mukaan mielen­terveyden häiriöihin liittyy somaattista oheissairastamista, kuten diabetesta, astmaa ja sydän- ja veren­kiertosairauksia. Jokainen sairaanhoitaja kohtaa mielen­terveyden häiriötä sairastavia potilaita ja käsittelee näiden potilaiden hoitoa koskevia eettisiä kysymyksiä (Kuhanen ym. 2010, 54).

Ennakkoluulojen ja leimautumisen vähentämiseen ei ole kiinnitetty riittävästi huomiota hoitoalan työntekijöiden keskuudessa. Lisäämällä tietoa mielen­terveyden häiriöistä ja niihin liittyvistä asenteista, voidaan vähentää potilaiden leimautumista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 27, 32.) Leimautuminen on ihmisen mitätöimistä esimerkiksi jonkun tietyn piirteen vuoksi, joka on yhteiskunnassa häpeällinen tai paheksuttu (Hinshaw 2006, 24). Sairaanhoitajan tulee toiminnallaan pyrkiä leimautumisen estämiseksi ja vähentämiseksi (Kuhanen ym. 2010, 55).

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista sisältää potilaan hoitoon ja kohteluun liittyvät tärkeimmät oikeudelliset perusteet (Etene 2001). Lain (785/1992) mukaan jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon. Potilaan hoito on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785). Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) pyrkii takaamaan sairaanhoitajan eettisten ohjeiden toteutumisen (Leino-Kilpi, Kulju & Stolt 2012, 53,59). Sairaanhoitajan eettiset ohjeet tukevat sairaanhoitajia, terveydenhoitajia, kättilöitä ja ensihoitajia eettisessä päätöksenteossa heidän päivittäisessä työssään. Ohjeiden kautta ilmenee sairaanhoitajien perustehtävä yhteiskunnassa ja työn periaatteet. (Sairaanhoitajaliitto 2014.)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää kirjallisuuskatsauksena leimautumista mielen-  
terveyden häiriötä sairastavan potilaan somaattisessa hoitotyössä. Opinnäytetyö tehtiin  
yhteistyössä Tampereen ammattikorkeakoulun kanssa. Rajasin työni käsittelemään ai-  
kuisten, yli 18-vuotiaiden, somaattista sairaanhoitoa. Valitsin aiheen, koska olen kiin-  
nostunut hoitotyön etiikasta ja tasa-arvoisen hoidon toteutumisesta ja tekijöistä, jotka  
siihen vaikuttavat.

## **2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE**

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää kirjallisuuskatsauksena leimautumista mielen-  
terveyden häiriötä sairastavan potilaan somaattisessa hoitotyössä.

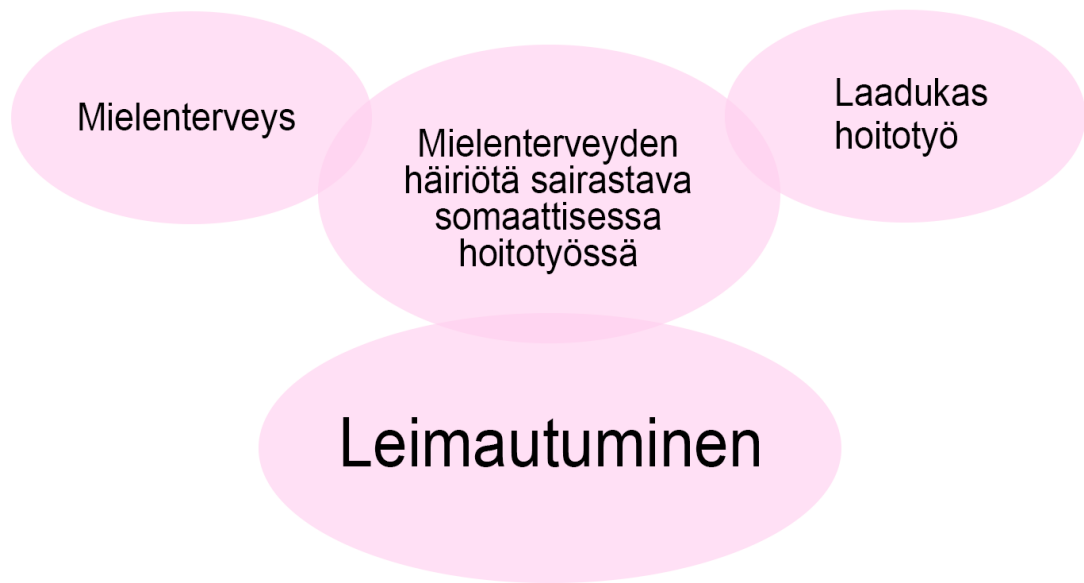
Opinnäytetyön tehtävät:

1. Miten mielenterveys määritellään?
2. Miten mielenterveyden häiriöt määritellään?
3. Miten leimautuminen ilmenee somaattisessa hoitotyössä?

Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä terveysalan opiskelijoiden tietoutta mielenterveyden  
häiriötä sairastavan leimautumisesta hoitotyössä.

### 3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyöni teoreettisina lähtökohtina ovat mielenterveys, mielenterveyden häiriöt, mielenterveyden häiriötä sairastava somaattisessa hoitotyössä, leimautuminen ja laadukas hoitotyö (kuvio 1). Olen valinnut ne opinnäytetyöhöni kirjallisuuden ja työelämäta- paamisen perusteella.



KUVIO 1. Opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat

Sairaanhoitajien osaamisalueisiin kuuluu kymmenen osa-alueita, joista yksi on hoitotyön eettisyys ja ammatillisuus (Eriksson, Merasto & Korhonen 2014). Hoitotyön eettisyys on tämän opinnäytetyön näkökulmana. Laadukasta hoitamista käsittelen hyvän tekemisen ja haitan välttämisen, eettisyyden sekä vuorovaikutuksen kautta.

Mielenterveyttä ja mielenterveyden häiriöitä käsittelen yleisesti, eikä häiriöitä esitellä tässä opinnäytetyössä laajemmin. Opinnäytetyössä käytetään termiä mielenterveyden häiriötä sairastava, koska Mielenterveyden keskusliitto suosittelee sen käyttöä, eikä esimerkiksi vanhahtavan mielisairas-termin käyttöä (Mielenterveyden keskusliiton www-sivut 2014). Mielenterveyden häiriötä sairastavien leimautumista käsittelen sekä yleisesti että hoitotyön näkökulmasta.



### 3.1 Mielen terveys

Mielen terveyden käsite on monimuotoinen ja suhteellinen, jokainen itse määrittelee mielen terveytensä tilan (Toivio & Nordling 2013, 60). Ei ole olemassa tiettyä rajaa mielen terveyden tai – sairauden välillä (Varcarolis & Trubowitz 2009, 12). World health organizationin (WHO) (2014) mukaan ”mielen terveys on hyvinvoinnin tila, jossa yksilö ymmärtää omat kykynsä, sopeutuu arkielämän tavanomaisiin haasteisiin, stressiin, kykenee työskentelemään tuottavasti ja hyödyllisesti sekä kykenee antamaan oman panoksensa yhteiskunnalle”. Hyvinvoinnin perusta on positiivinen mielen terveys, eikä terveyttä ole ilman mielen terveyttä (Kuhanen ym. 2010, 17; WHO 2014). Yhteiskunnassa kansalaisten hyvä mielen terveys edistää hyvinvointia, solidaarisuutta ja yhdenvertaisuutta (European Commission 2005, 4). Mielen terveys on osa kansanterveyttä ja sitä tulee vahvistaa ja vaalia (Kuhanen ym. 2010, 17).

Kun ihminen on mieleltään terve, hän on tyytyväinen, joustava ja sopeutumiskykyinen (Lönqvist & Lehtonen 2011, 12). Ihmisellä on optimistinen elämänasenne ja kokemus siitä, että omaan elämään voi vaikuttaa. Tärkeä osa-alue on kyky solmia, kehittää ja ylläpitää ihmissuhteita. (Kuhanen ym. 2010, 17–18.) Mielen terveys ei ole ongelmien ja häiriöiden täydellistä puuttumista, vaan ihmisen kykyä selviytyä työelämän ja ympäristön vaatimuksista, joita hän elämässään kohtaa (Vilkko-Riihelä 2001, 548).

Mielen terveyden kehittymiseen vaikuttavat muun muassa perimä, äidin raskaudenaikainen terveydentila, varhainen vuorovaikutus, elämän kokemukset ja sosiaalinen verkosto (Toivio & Nordling 2013, 60). Mielen terveys ei ole pysyvä tila, vaan se vaihtelee kuten muukin terveydentila (Kuhanen ym. 2010, 18). Mielen terveyteen vaikuttavat sisäiset ja ulkoiset suojaavat tekijät. Sisäisiä suojaavia tekijöitä ovat esimerkiksi hyväksytyksi tulemisen tunne, ongelmanratkaisutaidot ja myönteiset varhaiset ihmissuhteet. Ulkoisia suojaavia tekijöitä ovat esimerkiksi sosiaalinen tuki, turvallinen elinympäristö, koulutusmahdollisuudet ja työ. (Varcarolis & Trubowitz 2009, 17; Toivio & Nordling 2013, 60, 62–63.)

Käsitteenä mielen terveys on myös normatiivinen. Yhteiskunnan käyttäytymisnormit määrittelevät sen, miten käyttäytyään sosiaalisesti hyväksyttävästi. (Toivio & Nordling 2013, 61.) Käyttäytymisnormit ovat kulttuurisidonnaisia, joten käyttäytyminen, joka jossain kulttuurissa liitetään mielen terveyden häiriöihin, voi toisessa kulttuurissa olla

normaalia. Laki on vahvin normi, jossa määrätään se, miten toimitaan, kun ihmisellä todetaan mielenterveyden häiriö. (Toivio & Nordling 2013, 61.) Tahdosta riippumattomasta hoidosta määrätään Mielenterveyslaissa (1990/1116).

### 3.2 Mielenterveyden häiriöt

Mielenterveyden häiriöiden historiaan liittyy ylliuonnollisia selitysmalleja, joissa mielenterveyden häiriöiden ajateltiin johtuvan esimerkiksi demoneista. Tämä johti mielenterveyden häiriöitä sairastavien kivityksiin, eristämiseen ja piilottamiseen. (Korkeila 2011, 21.) Lääketieteen isä Hippokrates oli sitä mieltä, että mielenterveyden häiriöiden syyt olivat fyysisiä. Kuitenkin vasta vuonna 1808 saksalainen professori Reil käytti ensimmäisen kerran termiä psykiatria. Reil pyrki järjestelmällisesti vähentämään mielenterveyden häiriöihin liittyvää häpeäleimaa. (Korkeila 2011, 21–22.)

Suomessa ensimmäinen psykiatrinen sairaala perustettiin vuonna 1755 Seilin saarelle lähelle Turkuja ja se toimi vuoteen 1962 asti (Lönnqvist & Lehtonen 2011, 20). Häiriöiden parantamisessa käytettiin keinoja, joilla vähennettiin ärsytystä aivoista, esimerkiksi erilaiset fyysiset terapiat, kuten lämpöhoito (Shorter 2005, 31). Ennen lääkehoidon käyttöönottoa 1940–1960-luvuilla Suomessa käytettiin hoitomuotona psykokirurgiaa, kuten kyseenalaisen maineen saanutta lobotomiaa (Salminen 2012, 4042).

Psykoosilääkkeitä alettiin käyttää 1950-luvun puolessa välissä ja masennuslääkkeitä saman vuosikymmenen lopussa (Lönnqvist & Lehtonen 2011, 19). Ensimmäinen bentodiatsepiineihin kuuluva rauhoittava lääke valium tuli markkinoille vuonna 1963 (Shorter 2005, 371). 1960-luvulla psykokirurgian määrät romahtivat ja lääkehoidon myötä sen käyttö loppui 1970-luvun puolivälissä (Salminen 2012, 4043).

Nykyään mielenterveystyötä tekevät monet tahot, kuten sairaalat, terveyskeskukset, perheneuvolat ja monet järjestöt (Vilkkö-Riihelä 2001, 584). Mielenterveyden häiriötä sairastava voi olla omista asioistaan vastuussa oleva, tehdä kumppanina yhteistyötä asiiantuntijoiden kanssa sekä edustaa potilaita vertaisasiantuntijana (Lönnqvist & Lehtonen 2011, 16).

Mielenterveyden häiriöihin kuuluu psyykkisiä oireita, jotka muodostavat erilaisia oireyhtymiä. Tautiluokituksessa jokaisella häiriöllä on oma diagnoosi ja diagnoosinumero. (Lönqvist & Lehtonen 2011, 12.) Mielenterveyden häiriöihin kuuluvat psykoosit, elimellisten aivosairauksien ja kemiallisten aineiden aiheuttamat oireyhtymät, älyllinen kehitysvammaisuus, mielialahäiriöt, erilaiset pelot ja ahdistuneisuushäiriöt, seksuaalihäiriöt, käyttäytymiseen ja persoonallisuuteen liittyvät häiriöt sekä päihdehäiriöt (Lönqvist & Lehtonen 2011, 13). Häiriöt tuovat ihmisille kärsimystä ja ahdistusta sekä heikentävät kykyä tehdä työtä ja toimia sosiaalisissa suhteissa. Osa häiriöistä on lieviä ja ihminen kykenee elämään melko normaalisti ja tekemään työtä. (Vilkko-Riihelä 2001, 550; 583.)

Mielenterveyden häiriöt voidaan myös jakaa eksternalisoiviin eli ulospäin suuntautuviin tai internalisoiviin eli sisäänpäin kääntyviin häiriöihin. Eksternalisoivissa häiriöissä, esimerkiksi käytös- ja päihdehäiriöissä, esiintyy usein käyttäytymistä, josta on haittaa ihmisen itsensä lisäksi myös muille. (Suvisaari 2013, 1487.) Internalisoivissa häiriöissä korostuvat sisäinen kärsimys ja vetäytyminen. Tällaisia häiriöitä ovat masennus- ja ahdistuneisuushäiriöt. (Suvisaari 2013, 1487.)

Mielenterveyden häiriöön sairastumiseen liittyy altistavia tekijöitä, joita ovat esimerkiksi perinnölliset tekijät, varhaislapsuuden kokemukset, perheympäristö, koulutus sekä työllisyys. Niiden lisäksi sairastumiseen tarvitaan yleensä laukaiseva tekijä, esimerkiksi suuri elämän muutos, ennen kuin psyykkinen oireilu alkaa. (Toivio & Nordling 2013, 64.) Huttusen (2008) mukaan mielenterveyden häiriöiden taustalla esiintyy erilaisia psyykelle sietämättömiä tunnetiloja, kuten pelkoa, ahdistusta tai vihaa.

Mielenterveyden häiriöt eivät ole tahdonalaisia, eikä niistä voi parantua tahdonvoimalla tai ryhdistäytymällä (Huttunen 2008). Suomessa lievät ja keskivaikeat mielenterveyden häiriöt pyritään hoitamaan perusterveydenhuollossa. Vaikeat ja monihäiriöiset potilaat hoidetaan psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. (Joukamaa, Lönqvist & Suvisaari 2011, 638.) Lääkehoito on yksi osa mielenterveyden häiriötä sairastavan hoitoa (Kuhnenen ym. 2010, 253). Psykenlääkkeet jaetaan depressiolääkkeisiin, mielialan tasaajiin, anksiolyytteihin, unilääkkeisiin ja antipsykootteihin. (Partonen, Lönqvist & Syvälahti 2011, 730). Lääkehoidon tarkoituksena on lievittää oireita sekä parantaa toimintakykyä (Toivio & Nordling 2013, 266).

Mielenterveyshäiriöitä hoidetaan myös psykologisilla keinoilla, esimerkiksi psykoterapialla (Lönnqvist & Lehtonen 2011, 14). Lääkehoito yhdistettynä erilaisiin terapiaihin ja muihin psykososiaalisiin hoitomuotoihin lievittävät sairauden oireita sekä parantavat sairauden ennustetta (Kuhanen ym. 2010, 253). Psykoterapiassa tarkoituksena on vaikuttaa oppimiseen, sopeutumiseen ja elämän hallintaan, sekä pyritään tarkastelemaan sisäisiä merkityksiä ja muuttamaan niitä (Lönnqvist & Lehtonen 2011, 14). Kansaneläkelaitos korvaa 16–67-vuotiaille kuntoutuspsykoterapiaa, jos työ- tai opiskelukyky on uhattuna mielenterveyden häiriön takia. (Kansaneläkelaitoksen www-sivut 2014). Vertaistukiryhmiä käytetään mielenterveyden häiriöiden hoidossa. Niiden tarkoituksena voi olla esimerkiksi oireiden ja stressinhallinta. (Toivio & Nordling 2013, 306.)

### **3.3 Mielenterveyden häiriötä sairastava somaattisessa hoitotyössä**

Mielenterveystyö ulottuu yhteiskunnan kaikille sektoreille. Sitä tehdään perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa, kouluissa, työpaikoilla, lastensuojelussa ja kolmannen sektorin toimijoiden kanssa. (Kuhanen ym. 2010, 26.) Suurin osa mielenterveyshäiriöistä kohdataan terveyskeskuksissa ja työterveyshuollossa. Valtaosa perusterveydenhuollossa hoidettavista mielenterveyden häiriöistä on ahdistuneisuus- tai mielialahäiriöitä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 13, 16.)

Mielenterveyden häiriötä sairastavilla voi olla akuutteja ongelmia, joita hoidetaan aluksi ensiavussa, esimerkiksi itsemurhayritykset. Muita tällaisia tiloja ovat akuutti psykoosi tai sekavuus. (Alaja ym. 2010.) Akuutteja ongelmia aiheuttavat myös psyykenlääkkeet, jotka voivat aiheuttaa erityisesti vanhuspotilaille ongelmia, kuten esimerkiksi hyponatremiaa tai deliriumin (Alanen, Lahtela & Leinonen 2010; Laurila 2014).

Akuuttitilanteiden lisäksi mielenterveyden häiriötä sairastavilla on muuta väestöä enemmän kroonisia somaattisia sairauksia ja he kuolevat keskimääräistä aikaisemmin (Etene 2010, 16; Hardy 2013, 25). Skitsofreniapotilaiden elinikä voi olla 20 prosenttia lyhyempi kuin muun väestön (Salokangas 2009, 505). Masennusta ja skitsofreniaa sairastavilla on enemmän diabetesta, syöpää ja hengityselinsairauksia (Etene 2010, 16; Hardy 2013, 25). Ylipaino, huono ruokavalio, liikkumattomuus, tupakointi, alkoholin käyttö ja huumeiden käyttö ovat yleisiä ongelmia (Collins, Tranter & Irvine 2011, 639; Hardy 2013, 25). Uudempiin antipsykootteihin liittyy metabolisia haittavaikutuksia,

esimerkiksi painonnousua sekä maksan toimintahäiriöitä (Kuhanen ym. 2010, 256–259). Suun terveydentila voi olla heikko (Etene 2010, 16). Mielenterveyden häiriötä sairastavat käyvät harvemmin hampaiden tarkastuksissa kuin muu väestö ja erityisesti skitsofreniaa sairastavat miehet laiminlyövät suunhoitoaan (Persson, Axelius, Söderfeldt & Östman 2009, 263).

Vaikeaa mielenterveyden häiriötä, kuten esimerkiksi skitsofreniaa, sairastavan kokonaisvaltaiseen hoitoon tulisi kiinnittää erityistä huomiota (Saari 2005, 39; Etene 2010, 16). Mielenterveyden häiriötä sairastavan aloitekyky ei välttämättä riitä oman terveyden edistämiseen ja hoitoon hakeutuminen voi viivästyä. Viivästyminen voi aiheuttaa myös se, ettei henkilöä kuunnella tai uskota. (Etene 2010, 16.) Työttömyys, eläkkeellä olo ja köyhyys estävät esimerkiksi työterveyspalveluihin pääsemisen, jolloin säännöllisiä terveystarkastuksia ei ole (Salokangas 2009, 510).

Britannian National Institute for Health Care Excellence – organisaatio edistää toimintaa, jossa vakavasti mielenterveyden häiriöisille järjestettäisiin vuosittainen terveystarkastus, kuten usein muillekin pitkäaikaissairauksia sairastaville. Terveystarkastuksessa olisi mahdollista käydä läpi muun muassa elämäntapoja ja laboratoriokokeita. (Hardy 2013, 24–25.) Korkeilan (2013, 2044) mukaan mielenterveyden häiriötä sairastavien lisääntyneen somaattisen sairastamisen vähentämiseksi tulisi kartoittaa lääkehoitojen haittavaikutuksia, järjestää elintapoihin liittyviä interventioita sekä yleistä terveydentilaa seurata säännöllisesti. Psykiatrin ja terveydenhoitajan yhteistyö voisi olla Korkeilan (2013, 2045) mukaan mahdollista, jotta potilaan kokonaisvaltainen hoito toteutuisi.

### **3.4 Mielenterveyden häiriötä sairastavien leimautuminen**

Leimautumisesta käytetään myös termiä häpeäleima sekä vieraskielistä termiä stigma. Stigma-sana on alun perin Kreikasta ja se viittaa kehoon poltettuun tai viillettyyn merkkiin, joka kertoo kantajansa moraalisesta poikkeavuudesta ja siitä, että merkin kantajaa tulisi vältellä. Termeihin sisältyy ennakkoluuloja, mustavalkoista ajattelua sekä syrjintää. Jo antiikin Kreikassa mielenterveyden häiriöt aiheuttivat häpeää ja suurin osa sairastuneista kivitettiin, murhattiin tai piilotettiin. (Korkeila 2011, 20–21.)

Leimaamista esiintyy myös nykypäivänä. Mielenterveyden keskusliiton mielenterveysbarometrissa selvisi (2013, 1), että 23 prosenttia suomalaisista ei halua olla tekemisissä mielenterveyden häiriöitä sairastavien ihmisten kanssa. Mielenterveyden häiriötä sairastavista 44 prosenttia kokee tulevansa leimatuksi sairautensa vuoksi (Mielenterveyden keskusliitto 2013, 1). Koulutus ja sosioekonominen asema vaikuttavat suoraan ihmisten asenteisiin. Korkeampi koulutus tai sosioekonominen asema vaikuttavat positiivisesti asenteisiin mielenterveyden häiriöitä sairastavia kohtaan. Asenteisiin vaikuttavat myös ikä ja sukupuoli; vanhemmilla ihmisillä ja miehillä on yleensä negatiivisemmat asenteet. (Wahlbeck & Aromaa 2011, 96–98.) Mielenterveysbarometrin (2013,1) mukaan myös alle 25-vuotiailla esiintyy negatiivisia asenteita mielenterveyden häiriöitä kohtaan. Niitä on selitetty lähivuosina tapahtuneilla koulutragedioilla (Mielenterveyden keskusliitto 2013, 1).

Tieto mielenterveyden häiriöistä on usein yksipuolista ja vääristynyttä sekä median uutisoinnin muokkaamaa. Leimaavat tunteet ovat negatiivisia, torjuvia ja niihin sisältyy pelkoa. (Toivio & Nordling 2013, 361–362; Hinshaw 2006, 117.) Leimaaminen johtaa stereotypioihin, jolloin koko ryhmän edustajat erotetaan ”normaaleista” (Lönnqvist & Lehtonen 2011, 16).

Erityisesti vaikeimpiin mielenterveyden häiriöihin voi liittyä outoa käyttäytymistä, joka saattaa herättää automaattisesti pelkovasteita (Korkeila 2011, 24). Klassiset antipsykootit aiheuttavat usein kiusallisia ja näkyviä haittavaikutuksia, kuten jäykkyyttä, lihastoiminnan liikavilkkausta, kasvojen alueen pakkoliikkeitä sekä vapinaa (Kuhanen ym. 2010, 257). Myös psyykenlääke Litium saattaa aiheuttaa kiusallista lihasten nykinää (Pikkarainen & Ylinen 2009, 3686).

Mielenterveyden häiriöihin liitetään usein väkivallan mahdollisuus ja se herättää ihmisissä pelkoa (El-Badri & Mellso 2007, 198). Mielenterveyden häiriöihin liittyvä aito vaara on yleensä seurausta päihteiden käytöstä ja impulsiivisuudesta (Korkeila 2011, 20). Vaikka hoidossa keskitytään nykyään erityisesti avohoitoon, väkivalta ei ole lisääntynyt (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 15). Psykoottinen henkilö tekee henkirikoksen pääasiassa ensimmäisessä psykoosissaan ennen hoidon aloittamista (Korkeila 2011, 20). Nuorilla eniten väkivaltaista käyttäytymistä lisäävä mielenterveyden häiriö on persoonallisuushäiriö. Mielenterveyden häiriötä sairastavilla väkivaltaisen käyttäytymisen taustalla saattaa myös olla seksuaalista hyväksikäyttöä, perheväkivaltaa ja vanhempien

runsasta päihteiden käyttöä. (Kaltiala-Heino, Ritakallio & Lindberg 2008.) Kuitenkaan edes vakavat mielenterveyden häiriöt eivät yksinään ennusta potilaan väkivaltaista käyttäytymistä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012). Aistiessaan väkivallan mahdollisuuden on kuitenkin tärkeää olla varovainen ja huomioida oma turvallisuus (Castrén, Korte & Myllyrinne 2012).

Mielenterveyden häiriöihin liittyy ajatuksia siitä, että mielenterveyden häiriötä sairastava on luulosairas. Esiintyy myös oletuksia, ettei sairaudesta voi parantua. (Huttunen 2008; Mielenterveyden keskusliiton www-sivut 2014.) El-Badrin ja Mellsopin (2007, 196) mukaan ilmenee myös ajattelua, että mielenterveyden häiriötä sairastavan pitäisi madaltaa odotuksia saavutuksistaan elämässä. Useimpiin mielenterveyden häiriöihin on saatavilla vaikuttavaa hoitoa ja täysipainoinen eläminen on siis mahdollista, vaikka sairaus asettaa omat rajoituksensa. (Huttunen 2008; Mielenterveyden keskusliiton www-sivut 2014.)

Leimaaminen voi suuntautua myös ihmiseen itseensä, jolloin hän kohdistaa itseensä toisten kielteisiä käsityksiä ja vääristyneitä mielikuvia (Korkeila 2011, 23; Wahlbeck & Aromaa 2011, 94). Tällöin epävarmuus, masentuneisuus ja pettyminen itseen lisääntyvät sekä motivoituminen yrittämiseen vähenee (Anttonen 2011, 112). Sairautta ei uskalta paljastaa, koska pelätään, että ihmisten mielipide saattaisi tällöin muuttua negatiiviseen suuntaan (El-Badri & Mellsop 2007, 196). Leimaantuessaan ihminen voi alkaa välttää tilanteita, joissa hän pelkää tulevansa leimatuksi, kuten esimerkiksi opiskelua, työnhakua tai hoitoon hakeutumista (Isohanni ym. 2011, 131; Wahlbeck & Aromaa 2011, 95). Mielenterveyden häiriötä sairastavan voi olla hankala vuokrata asuntoa tai saada työtä, vaikka olisi täysin hakukelpoinen (El-Badri & Mellsop 2007, 196, 199; Hinshaw 2006, 130). Tällöin vaarana on sosiaalinen ja taloudellinen syrjäytyminen (Toivio & Nordling 2013, 360).

Leimaaminen voi myös ulottua ihmisiin, jotka ovat tekemisissä leimattuihin ryhmiin, esimerkiksi perheenjäseniin (Hinshaw 2006, 24). Häiriötä voidaan pitää ihmisen omana tai läheisten syynä ja tällöin muiden tuki ei olisi oikeutettua. Voidaan myös ajatella, ettei häiriötä sairastava kykene huolehtimaan omista asioistaan, jolloin ratkaisuja tehdään henkilön puolesta. (Korkeila 2011, 23; Hinshaw 2006, 129.) Sairauden taakan lisäksi mielenterveyden häiriötä sairastava joutuu siis kärsimään myös leimautumisesta (Wahlbeck & Aromaa 2011, 90).

Leimautumisen katsotaan olevan yksi keskeinen syy siihen, jos mielenterveyden häiriötä sairastava ei hae hoitoa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 31; El-Badri & Mellsop 2007, 199). Terveystieteiden työntekijöiden kielteiset asenteet voivat vaikuttaa mielenterveyden häiriöiden tunnistamiseen (Vuorilehto ym. 2014, 109). Leimaavissa asenteissa näkyy taidottomuus ja kokemuksen puute mielenterveyden häiriöistä. Leimautuminen vaikuttaa potilaan saaman hoidon laatuun (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 31.) Rooman yliopistollisessa sairaalassa tutkittiin psykiatristen sairaanhoitajien, lääkäreiden ja lääketieteen opiskelijoiden leimaavia asenteita skitsofreniapotilaita kohtaan ja selvisi, että jokaisessa ryhmässä esiintyy negatiivisia asenteita. Erityisesti lääketieteen opiskelijat pitivät skitsofreniapotilaita vaarallisina ja arvaamattomina. (Serafini ym. 2010, 580–583.)

Leimaaviin asenteisiin voidaan jo sairaanhoitajaopintojen aikana vaikuttaa ja tutkimukset osoittavat, että erityisesti mielenterveyden häiriöiden hoitoon keskittyvä harjoittelujakso on tärkeä positiivisten asenteiden lisäämisessä (Happel, Robins & Gough 2008, 532-534; Romem ym. 2007, 399–402; Ketola & Stein 2013, 31). Harjoittelujakson avulla pelko mielenterveyden häiriötä sairastavia kohtaan vähenee ja halu hoitaa heitä lisääntyy (Romem ym. 2007, 399–402; Ketola & Stein 2013, 31). Leimaavien asenteiden vähentäminen ei kuulu pelkästään hoitotyön tutkijoille, vaan tärkeässä osassa ovat myös käytännön hoitotyötä tekevät sairaanhoitajat ja heidän asenteensa. Hoitajat voivat esimerkiksi jakaa leimautumista vähentävää tietoa julkisesti. (Pinto-Foltz & Logsdon 2009, 35.)

Mielenterveyden häiriötä sairastaviin liittyviä negatiivisia asenteita tulisi kyseenalaistaa, jotta leimautuminen vähenisi (Vuorela & Aalto 2011, 36). Huttusen (2008) mukaan tieto vähentää ennakkoluuloja. Yhteiskunnassa voidaan negatiivisiin asenteisiin vaikuttaa anti-stigma-kampanjoilla sekä kontakteilla mielenterveyden häiriötä sairastaviin ihmisiin (Aromaa 2011). Media sekä kokemusasiantuntijat ovat myös tärkeässä roolissa häpeäleiman vähentämisessä (Vuorela & Aalto 2011, 36).



### 3.5 Laadukas hoitotyö

#### 3.5.1 Hyvän tekeminen ja haitan välttäminen

Hoitotyön tavoitteena on hyvän tekeminen ja haitan välttäminen. Hyvään hoitoon kuuluu potilaan inhimillinen ja yksilöllinen kohtelu, suvaitsevaisuus ja ihmisarvon kunnioittaminen. (Royal College of Nursing 2010; Etene 2012, 6.) Yhdenvertaisuuslaissa (21/2004) määrätään, että ”ketään ei saa syrjiä iän, etnisen tai kansallisen alkuperän, kansalaisuuden, kielen, uskonnon, vakaumuksen, mielipiteen, terveydentilan, vammaisuuden, sukupuolisen suuntautumisen tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella”. Jokaisella on oikeus tarvitsemaansa hoitoon (Etene 2012, 6).

Holistisen eli kokonaisvaltaisen ihmiskäsityksen mukaan ihminen on monimutkainen kokonaisuus, jossa yhdistyy ihmisen fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen puoli (Milner 2003, 4). Sairaanhoitajan tulee nähdä potilas kokonaisuutena ja yrittää ymmärtää se, miten nämä eri alueet vaikuttavat toisiinsa (Kozier ym. 2008, 64). Tasa-arvoinen ja kunnioittavan hoidon toteutumiseksi, tulee sairaanhoitajan hyväksyä myös erilaisuus. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 26; Halme 2012, 103,109.)

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin mukaan hyvä hoito perustuu luottamukseen ja potilaan kuunteluun. Sairaanhoitopiiri on laatinut eettiset periaatteet, joiden tarkoituksena on toimia hyvän hoidon tukena. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2014, 4,6.)

Potilaalla on oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon sekä siihen liittyvään kohteluun ja tiedonsaantiin.
Potilaan hoidossa kunnioitetaan tietosuojaa.
Potilas on asiantuntevassa ja luotettavassa hoidossa, tulee ymmärretyksi ja hyväksytyksi.
Potilaille turvataan tasa-arvoinen oikeus hyvään hoitoon ja palveluun.
Työyhteisöjen työskentelyn keskeinen periaate on toisen ihmisen arvostaminen ja toisista välittäminen.
Työntekijöitä rohkaistaan toimimaan potilaan hoidon parhaaksi sekä kehittämään omaa työtään ja työyhteisöään.
Toiminta täyttää yhteiskunnan eettiset odotukset ja lainsäädännön velvoitteet sekä kestävän kehityksen periaatteet.

KUVIO 2. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin eettisiä periaatteita (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2014, 4–5)

Potilas odottaa kohteliasta ja ystävällistä kohtelua ja ongelmien ottamista vakavasti. On tärkeä huomioida potilaan tietosuoja, jotta yksityiset asiat eivät leviä asiaankuulumattomien tietoon. (Vuorilehto, Larri, Kurki & Hätönen 2014, 58.)

Haavoittuvuus on osa ihmisyyttä. Siihen kuuluu kaksi ulottuvuutta, sekä ruumiillinen että henkinen. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 14.) Omalla toiminnallaan ei saa vahingoittaa ihmistä, joka tarvitsee hoitotyötä. Hoitaja voi vahingoittaa potilasta fyysisesti, psyykkisesti tai sosiaalisesti. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 118, 123.) Fyysinen vahinko voi syntyä esimerkiksi kovakouraisen käsittelyn tai huonon fyysisen hoidon takia. Psyykinen vahinko voi olla seurausta uhkailusta, moittimisesta tai loukkauksista ja aiheuttaa potilaalle huolta, pelkoa tai turvattomuutta. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 123, 127.) Sosiaalinen vahinko voi ilmetä ongelmina potilaan sosiaalisissa kontakteissa, jos hoitaja ei esimerkiksi kerro omaisen viestejä potilaalle (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 123, 127–128). Potilaan kohtelu epäasiallisesti on yksi kaltoinkohtelun muoto (Mäkisalo-Ropponen 2012, 175).

Erityishuomiota tarvitsevat haavoittuvat asiakkaat (Etene 2012b, 6). Mielenterveyden häiriöt lisäävät ihmisen haavoittuvuutta (Vuorilehto ym. 2014, 56). Sairaanhoidajan tulee toiminnallaan pyrkiä edistämään erilaisuuden ymmärtämistä ja suvaitsevaisuutta yhteiskunnassa. Haasteena ovat esimerkiksi mielenterveyden häiriöihin liittyvät asenteet. (Kuhanen ym. 2010, 55.)

### **3.5.2 Sairaanhoidajan eettinen osaaminen**

Eettisyys ilmenee sosiaali- ja terveydenhuollossa jokaisella tasolla, niin työnantajan päätöksissä kuin työilmapiirissäkin (Etene 2012, 6). Olisi tärkeää, että sairaanhoitaja pyrki ymmärtämään eettisiä ongelmia ja kehittäisi kykyään vastata niihin asianmukaisesti (Edwards 2009, 7-8). Mielenterveyden häiriötä sairastava voi olla elämäntilanteensa vuoksi haavoittuvainen ja altis vaikutuksille. Siksi on erityisen tärkeää, että sairaanhoitaja noudattaa oman alansa eettisiä periaatteita ja suosituksia. (Kiviniemi ym. 2014, 32.)

Arvot luovat toiminnalle eettisen perustan (Molander 2014, 28). Arvo on englanniksi value, joka tulee latinan sanoista valeo ja valere, jotka merkitsevät, että jollakin on arvoa ja merkitystä (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 38). Henkilökohtaiset arvot ovat yksilöllisiä uskomuksia, asenteita, normeja ja ideoita, jotka ohjaavat päätöksiä, käytöstä ja sitä, miten ihminen kokee elämän. Jokaisella sairaanhoitajalla on henkilökohtainen arvojärjestelmä, johon vaikuttaa hoitajan kasvatus, kulttuuri, koulutus, elämäkokemukset sekä uskonnolliset ja poliittiset käsitykset. (Fry & Johnstone 2005, 9.)

Arvot muuttuvat koko ajan ja ohjaavat ihmisten toimintaa ja asenteita, vaikka sitä ei tiedostaisikaan (Juujärvi ym. 2007, 36; Kuokkanen 2012, 67). Hoitotyön ensisijaisina arvopäämäärinä pidetään terveyttä, hyvinvointia ja inhimillistä kasvua. Niiden saavuttamiseen vaaditaan ihmisen itsemääräämisoikeuden kunnioittamista, tasa-arvoa, oikeudenmukaisuutta, rehellisyyttä ja luotettavuutta. (Halme 2012, 102.) Asenteet ovat yksilön tapa ajatella, käyttäytyä ja tuntea. Niillä on aina jokin kohde ja ne voivat olla positiivisia, negatiivisia tai neutraaleja ja voivat kehittyä ajan kuluessa. (Juujärvi ym. 2007, 36; Kozier ym. 2008, 41.)

Etiikka juontuu kreikan kielen ethos-sanasta, joka tarkoittaa mielenlaatua tai vakiintunutta tapaa. Moraali juontuu latinan mos-sanasta, joka merkitsee tapaa tai käyttäytymistä. (Molander 2014, 19.) Moraalilla viitataan yleensä käytännöllisempään toimintaan ja etiikalla teoreettisempaan tasoon (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 37). Etiikka voidaan jakaa henkilökohtaiseen, ryhmän ja filosofiseen etiikkaan. Etiikka henkilökohtaisella tasolla viittaa käsityksiin ja uskomuksiin, joita ihmisellä on eettisiä ongelmia kohtaan. (Edwards 2009, 3.) Käsitykset ja uskomukset juontavat juurensa moraalista informaatiosta, jota saadaan useista eri lähteistä, esimerkiksi vanhemmilta, opettajilta, uskonnoista ja mediasta. Filosofinen etiikka keskittyy eettisiin teorioihin. (Edwards 2009, 4.)

Hoitotyön pohja on yleisesti hyväksytyissä arvoissa ja eettisissä periaatteissa (Halme 2012, 101). Eettisiä ohjeita voidaan kutsua ryhmän etiikaksi, koska ne ovat virallisia lausuntoja siitä, minkä mukaisesti ryhmän jäsenten odotetaan käyttäytyvän. Tällaisia ryhmiä ovat esimerkiksi sairaanhoitajat ja lääkärit. (Juujärvi, Myyry & Pessa 2007, 13; Edwards 2009, 4.) Sairaanhoitajan eettiset ohjeet tukevat sairaanhoitajia, terveydenhoitajia, kättilöitä ja ensihoitajia eettisessä päätöksenteossa heidän päivittäisessä työssään. Ohjeiden kautta ilmenee sairaanhoitajien perustehtävä yhteiskunnassa ja työn periaat-

teet. (Sairaanhoitajaliitto 2014.) Eettisillä ohjeilla pyritään eettisesti hyvään ja oikeaan. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) pyrkii takaamaan eettisten ohjeiden toteutumisen. (Leino-Kilpi, Kulju & Stolt 2012, 53,59.) Eettisten ohjeiden opetuksella pyritään ohjaamaan sairaanhoitajaopiskelijoita oman ammattikunnan arvoperustaan (Leino-Kilpi ym. 2012, 59).

Eettisen osaamisen edellytyksenä on kyky havainnoida eettisiä tilanteita ja kysymyksiä sekä pohtia niitä (Kuhanen ym. 2010, 55). Eettiseen toimintaan liitetään käsite ”eettinen sensitiivisyys”. Eettisesti sensitiivinen ihminen hahmottaa tilanteiden eettiset piirteet ja kiinnittää huomiota eettisesti ongelmallisiin tilanteisiin. (Edwards 2009, 9-10; Kuokkanen 2012, 66; Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 94.) Ilman eettistä herkkyyttä eettistä toimintaa ei ole käytännössä olemassa (Juujärvi ym. 2007, 24). Eettisesti sensitiivinen sairaanhoitaja huomioi ja pohtii eteen tulevia arvostirriitä, kuuntelee omaatuntoaan ja pyrkii siihen, ettei tekisi valintojaan rutiinomaisesti kiireestä huolimatta. Empatia ja omatunto ovat yhteydessä eettiseen herkkyyteen. Huono omatunto syntyy, kun kokee oman toimintansa epäeettisenä. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 96-97.) Empatia on kyky ymmärtää toisten ihmisten tunteita sekä taitoa olla vuorovaikutuksessa niiden kanssa (Molander 2014, 26). Empatiaan kuuluu myönteisyys, ymmärrys ja kunnioittaminen toista kohtaan (Juujärvi ym. 2007, 85; Kiviniemi ym. 2014, 111). Eettinen sensitiivisyys on myös puuttumista työtoverin epäeettiseen toimintaan (Molander 2014, 46).

Eettisesti ongelmallisissa tilanteissa ei ole varmuutta siitä, mikä toimintavaihtoehto olisi eniten oikein tai paras (Molander 2014, 31). Eettisessä ongelmassa on yleensä myös useampia ratkaisumahdollisuuksia, mutta kaikki vaikuttavat huonoilta (Kuokkanen 2012, 67). Eettisen ongelman luonne on aina arvoperustainen. Tällöin kaksi tai useampi eettinen periaate on ristiriidassa keskenään. (Kuokkanen 2012, 67.) Eettisten ongelmien kokemista voidaan vaikuttaa johtamiskäytännöillä ja työn organisoinnilla (Kuokkanen 2012, 72). Hoitotyön johtaja luo eettistä ilmapiiriä muun muassa keskustelemalla eettisistä ongelmista osastotunneilla. Eettisen ilmapiirin muodostumiseen vaikuttavat työyhteisössä työskentelevien hoitajien mielipiteet ja käyttäytyminen. (Poikkeus & Leino-Kilpi 2012, 90.) Toisaalta hoitajan eettinen osaaminen näkyy työyhteisön ilmapiirissä (Poikkeus & Leino-Kilpi 2012, 90–91).

### 3.5.3 Vuorovaikutus hoitotyössä

Sairaanhoitaja tekee ihmissuhdetyötä, jolloin tärkeä työväline on hoitajan oma persoona (Mäkisalo-Ropponen 2012, 60). Hoitotyössä vaaditaan hyviä vuorovaikutustaitoja, kykyä arvostavaan suhtautumiseen sekä auttamisen halua jokaista asiakasta kohtaan. Vuorovaikutuksen tulisi olla arvostavaa ja inhimillistä (Etene 2012, 6). Ammatilliseen käyttäytymiseen kuuluu ystävällisyys ja kunnioitus potilasta kohtaan myös silloin, kun on turhautunut (Vuorilehto ym. 2014, 58).

Sanallinen vuorovaikutus on vain noin 10–25 prosenttia kaikesta viestinnästä (Mäkisalo-Ropponen 2012, 178; Väisänen, Niemelä & Suua 2009, 28). Puhe on tärkeä osa hoitotyötä, sen avulla lohdutetaan, vähennetään ahdistusta ja vahvistetaan luottamusta hoitohenkilökuntaan (Hopia, Heinonen & Liimatainen 2012, 18). Sanaton vuorovaikutus on noin 70–90 prosenttia vuorovaikutuksesta ja se on aina pääosassa ja alkaa jo ennen keskustelua (Mäkisalo-Ropponen 2012, 178; Kiviniemi ym. 2014, 75). Ensivaikutelma syntyy nopeasti ja siihen vaikuttaa muun muassa miten tervehditään ja miten katsotaan toista silmiin. Ihmiset ovat tarkkoja toisten tunteiden lukemisessa. Sanattomaan viestintään kuuluvat keskusteluetäisyys, koskettaminen, katsominen, ruumiin liikkeet, eleet ja pukeutuminen. (Väisänen ym. 2009, 28.) Haastavissa tilanteissa, joissa potilas ei kykene puhumaan, kuten esimerkiksi intuboituna, sairaanhoitajan tulee kyetä ymmärtämään potilaan tarpeita ilman sanallista vuorovaikutusta (Varcarolis 2009, 88).

Koskettaminen voi olla hoitavaa tai kärsimystä aiheuttavaa. Kosketuksen kautta voi välittyä turvallisuus, tuki, empatia tai viha ja halveksunta. (Mäkisalo-Ropponen 2012, 178.) Hiljaisuus voi viestiä välittämistä tai mitätöimistä. Välittävää se on, kun sairaanhoitaja on surevan ihmisen rinnalla hiljaa. Mitätöivää se on taas silloin, kun sairaanhoitaja ei puhu hoitotilanteissa mitään. (Mäkisalo-Ropponen 2012, 179; Hopia ym. 2012, 18.) Ruumiin liikkeet voivat viestiä kiirettä tai rauhallisuutta. Rauhallinen työskentely saa potilaan tuntemaan itsensä levollisemmaksi. (Mäkisalo-Ropponen 2012, 179.)

Eettinen sensitiivisyys edellyttää sekä sanallisen että sanattoman viestinnän huomiointia sekä avoimuutta ympäristöstä tuleville asioille (Kuokkanen 2012, 66). Jos hoitajalta puuttuu tämä sensitiivisyys, hän ei välttämättä huomaa potilaan kaikkia tarpeita (Edwards 2009, 10). Erityisesti akuuttitilanteissa mielenterveyden häiriötä sairastavan kanssa vuorovaikutus voi olla haastavaa, koska potilas voi olla ahdistunut, peloissaan,

levoton tai päihteiden vaikutuksen alaisena. Tällaisissa tilanteissa vuorovaikutuksesta olisi tärkeää huomioida rauhallisuus. (Castrén, Korte & Myllyrinne 2012.) Potilaan kuunteleminen keskeyttämättä on erittäin tärkeää ja se on osa vuorovaikutusta (Castrén, Korte & Myllyrinne 2012; Kiviniemi ym. 2014, 90). Sairaanhoidaja voi kuunnella potilasta empaattisesti, jolloin pyritään ymmärtämään potilaan käsityksiä ja näkökantoja asioista. Tällöin huomioidaan myös potilaan sanaton viestintä. Potilaan kuunteleminen ilman todellista kuulemista estää tavoittamasta potilaan sanoman merkitystä. (Kiviniemi ym. 2014, 90.)

## 4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

### 4.1 Kirjallisuuskatsaus tiedonkeruun menetelmänä

Kirjallisuuskatsauksissa pyritään etsimään, arvioimaan ja referoimaan olemassa olevia tutkimuksia käytäntöön (Parahoo 2006, 134). Kirjallisuuskatsaukset (käytetään myös nimitystä systemaattinen kirjallisuuskatsaus) ovat sekundaaritutkimuksia ja ne eroavat toisista kirjallisuuskatsauksista siten, että tutkimukset valitaan, analysoidaan ja yhdistetään huolellisesti. Jokainen vaihe määritellään ja kirjataan tarkasti, jotta virheet voidaan minimoida ja katsaus voidaan toistaa. (Johansson 2007, 3; Parahoo 2006, 134.) Siten voidaan arvioida myös tulosten luotettavuutta (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 54).

Kirjallisuuskatsauksessa voi olla vaiheita seitsemästä yhdeksään (Johansson 2007, 5). Kuviossa on esitelty kirjallisuuskatsauksen 8 vaihetta.

1. muodostetaan kysymys, tavoite ja tarkoitus
2. määritetään termit tai käsitteet
3. asetetaan sisäänotto- ja poissulkukriteerit
4. etsitään tutkimuksia
5. valitaan tutkimukset katsaukseen
6. arvioidaan näyttö
7. yhdistetään näyttö
8. tehdään johtopäätökset ja kehittämissuhteet

KUVIO 3. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet (Parahoo 2006, 137)

Aluksi tehdään tutkimussuunnitelma, josta ilmenee tutkimuskysymykset (Johansson 2007, 6). Tutkimuskysymysten tulee olla mahdollisimman selkeät ja niitä voi olla enemmän kuin yksi (Parahoo 2006, 137). Kun tutkimuskysymykset on asetettu, valitaan menetelmät kirjallisuuskatsauksen tekoon. Menetelmiin kuuluu hakutermin määrittäminen ja tietokantojen valinta. (Johansson 2007, 6.)

Hakutermit muodostetaan yhdistämällä vapaasanahakua ja esimerkiksi MeSH- tai YSA-asiasanoja, joita yhdistellään Boolean operaattoreiden (AND, OR, NOT) avulla (Khan, Kunz, Kleijnen & Antes 2011, 26; Tähtinen 2007, 19–20). Tarjolla ei ole tietokantaa,

joka kattaisi kaikki hoitoalan julkaisut. Tämän takia kirjallisuuskatsauksessa tulee käyttää useita tietokantoja. (Khan ym. 2011, 24.) Tampereen ammattikorkeakoulussa käytävissä olevia tietokantoja ovat esimerkiksi CINAHL, Cochrane Library, Journals@Ovid ja PubMed.

Kirjallisuuskatsauksessa asetetaan sisäänotto- ja poissulkukriteerit ja ne kuvataan tarkasti ja täsmällisesti (Johansson 2007, 6; Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 48). Vaikka haun tuloksena saattaa olla valtava määrä otsikoita ja abstrakteja, tulee ne käydä läpi. Otsikoiden ja abstraktien perusteella päätetään sisäänottokriteerien mukaisesti, mitkä tutkimuksista valitaan analysoitavaksi. (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 51; Parahoo 2006, 140.)

#### 4.2 Kirjallisuuskatsaus teoreettiseen tietoon painottuvassa opinnäytetyössä

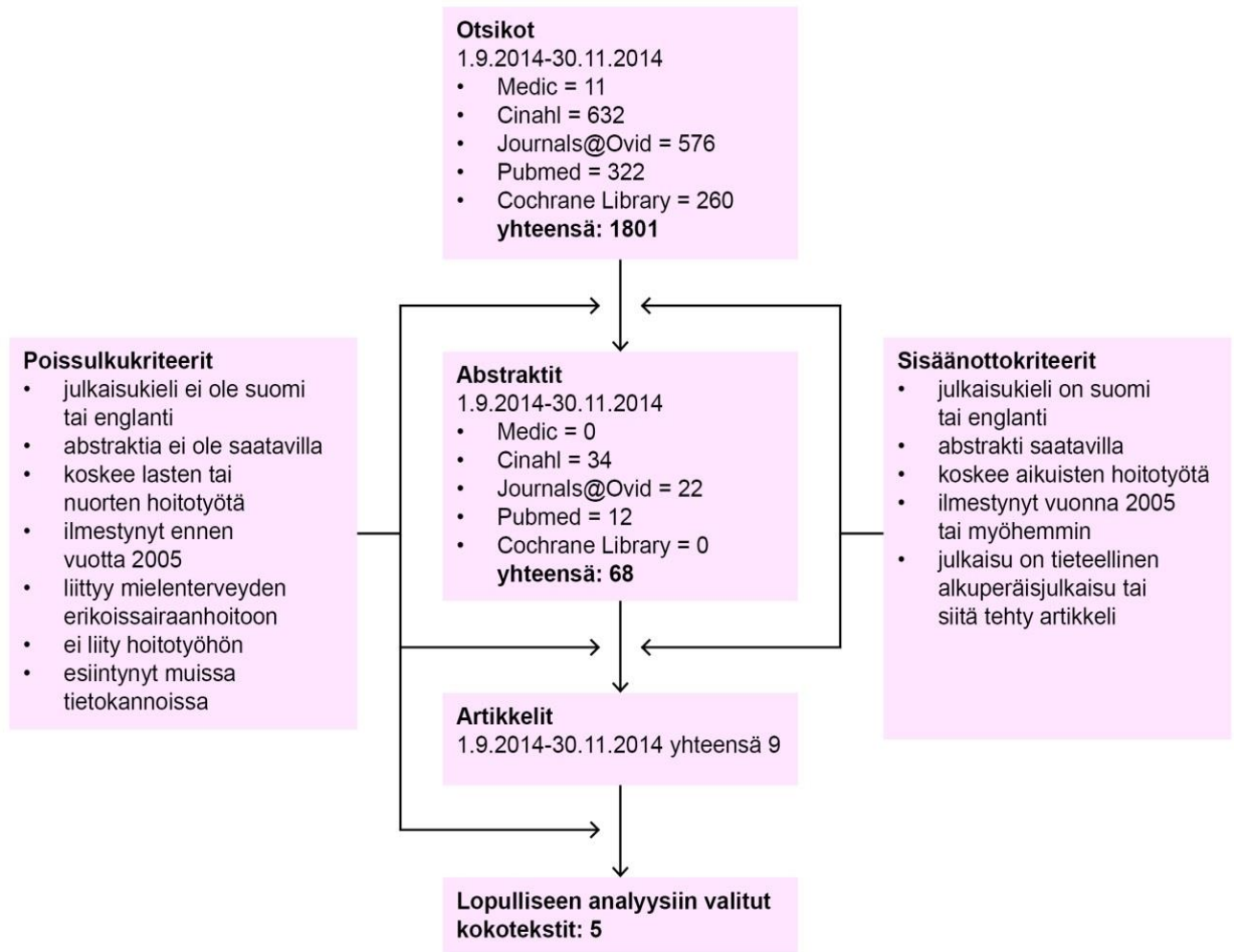
Tämän opinnäytetyön tiedonkeruu toteutettiin kirjallisuuskatsauksena. Hakusainoina käytettiin YSA-asiasanoja ”mielenterveyshäiriöt”, ”mielenterveysongelmat”, ”leimautuminen”, ”stigmat”, ”sairaanhoitajat” ja ”hoitotyö”. MeSH-asiasanoja ovat ”mentally ill”, ”mental disorders”, ”stigmatization”, ”nurses” ja ”nursing”.

Tietokanta	Hakusanat
Cinahl, Journals@Ovid, Pubmed, Cochrane Library & Medic	mentally ill OR mental disorders AND stigmatization AND nursing, mentally ill OR mental disorders AND stigmatization AND nurses
Medic	mielenterveyshäi* AND leimautu*, mielenterveyshäi* AND leimautu* AND sairaanhoi*, mielenterveyshäi* AND leimautu* AND hoitotyö*, mielenterveyshäi* AND stigma* AND hoitotyö*, mielenterveyshäi* AND stigma* AND sairaanhoi*, mielenterveysongel* AND leimautu*, mielenterveysongel* AND leimautu* AND sairaanhoi*, mielenterveysongel* AND stigma* AND hoitotyö*, mielenterveyshäi* AND stigma*, mielenterveyshäi* AND stigma* AND sairaanhoi*

KUVIO 4. Tietokannoissa käytetyt hakusanat



Toteutin haun syys-marraskuussa 2014 ja ne kattoivat vuodet 2005–2014. Suoritin haun seuraavista elektronisista tietokannoista: Medic, CINAHL with Full Text (EBSCOhost), Cochrane Library, Pubmed sekä Journals@Ovid. Kävin Hoitotiede sekä Tutkiva hoitotyö -lehtien arkistot vuosilta 2005–2014 manuaalisesti läpi. Rajasin haun tietokannoissa niin, että abstraktit olivat saatavilla. Tilasin kaksi tutkimusta Tampereen ammattikorkeakoulun kirjaston kaukopalvelun kautta. Kirjallisuuskatsauksen hakuprosessi on esitetty seuraavassa kuviossa, josta käy ilmi myös sisäänotto- ja poissulkukriteerit.



KUVIO 5. Tutkimuksen eteneminen tietokannoissa

Tietokannoista löytyi hakusanoilla yhteensä 1801 tutkimusta ja artikkelia, joista 5 valikoitui mukaan kirjallisuuskatsaukseen. CINAHL-tietokannasta löytyi 2 tutkimusta, Journals@Ovid-tietokannasta valikoitui 1 tutkimus ja Pubmed-tietokanta tuotti 2 kriteerit täyttävää tutkimusta mukaan kirjallisuuskatsaukseen.

Haku kotimaisesta Medic-tietokannasta ei tuottanut relevantteja tuloksia, kuten eivät myöskään *Hoitotiede*-lehden (2005–2014) ja *Tutkiva Hoitotyö* – lehden (2005–2014) selaus manuaalisesti. Suurin osa tietokannoissa esiintyneistä aihetta koskevista tutkimuksista rajautui pois siksi, että ne edustivat mielenterveyden erikoissairaanhoidoa tai eivät lainkaan hoitotyötä. Otsikoiden ja abstraktien perusteella mukaan valitsin yhdeksän tutkimusta, mutta tutkimusten lukemisen jälkeen huomasin, että vain viisi niistä käsitteli mielenterveyden häiriötä sairastavien somaattista hoitotyötä. Alla taulukossa valitsemani tutkimukset, joista tarkemmat tiedot ovat liitteenä (Liite 2).

Björkman, Angelman & Jönsson (2008)	Attitudes towards people with mental illness: a cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care
Lethoba, Netswera & Rankhumise (2006)	How professional nurses in a general hospital setting perceive mentally ill patients
MacNeela, Scott, Treacy & O'Mahony (2012)	A risk to himself: attitudes towards psychiatric patients and choice of psychosocial strategies among nurses in medical-surgical units
Poggenpoel, Myburgh & Morare (2011)	Registered nurses' experiences of interaction with patients with mental health challenges in medical wards in Johannesburg
Ross & Goldner (2009)	Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession: a review of the literature

KUVIO 6. Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset

### 4.3 Alkuperäistutkimusten laadun arviointi

Ennen aineiston analyysiä tulee arvioida tutkimusten laatu. Laadun arviointiin on kehitetty erilaisia työkaluja. (Parahoo 2006, 137; Moule & Goodman 2009, 256.) Käytin jokaiselle metodille sopivia laatukriteerejä arvioinnissa apuna niin, että laatukriteerin täytyessä sai yhden pisteen. Laadun arvionnissa tulee päättää minimilaatutaso, joka vaaditaan analysointiin otettavilta tutkimuksilta (Kontio & Johansson 2007, 101). Päätin minimilaatutasoksi sen, että kriteereistä vähintään 50 prosenttia täytyisi.

Kvantitatiivisten tutkimusten laadun arviointiin käytin soveltaen Kontion ja Johanssonin (2007, 104) laatimia kriteereitä (mukaeltu Van Tulder ym. 1997). Laatukriteereiden maksimipistemäärä on yhdeksän pistettä (Liite 2). Björkmanin, Angelmanin ja Jönssonin (2008) tutkimus sai viisi pistettä yhdeksästä. Satunnaistamisesta, sokkouttamisesta tai katoaineiston käsittelystä ei ollut mainintaa. Lethoban, Netsweran ja Rankhumisen (2006) kvantitatiivinen tutkimus sai kuusi pistettä yhdeksästä. Pisteitä väheni, koska sokkouttamista ei ollut suoritettu eikä katoaineiston käsittelystä ollut mainintaa. Myöskään keskiarvoa ja keskihajontaa ei ollut raportoitu.

Kvalitatiivisten tutkimusten laatua arvioin käyttämällä Suomen sairaanhoitajaliiton laatukriteereitä (Kontio & Johansson 2007, 106). Kriteereitä on kahdeksantoista, joka on maksimipistemäärä (Liite 3). Macneelan ym. (2012) tutkimus sai kolmetoista pistettä kahdeksastatoista. Tutkimuksen aineiston sisällön riittävyttä ei ollut arvioitu. Tutkijat eivät olleet nimenneet kriteereitä, joiden peusteella he olisivat arvioineet luotettavuutta. Aineiston tai menetelmien triangulaatiota ei käytetty. Myöskään eettisiä kysymyksiä ei ollut käsitelty. Tutkijat eivät olleet pitäneet päiväkirjaa tai kirjoittaneet muistiinpanoja tutkimuksen kulusta. Aineiston käsittely ja analyysin päävaiheet oli kuvattu tarkasti. Poggenpoelen, Myburghin ja Moraren (2011) tutkimus sai kuusitoista pistettä kahdeksastatoista. Aineiston riittävyttä ei ollut arvioitu, eikä aineiston tai menetelmien triangulaatiota ollut käytetty. Eettisiä kysymyksiä ja luotettavuutta oli pohdittu huolellisesti.

Kirjallisuuskatsauksen arvioin soveltaen Pölkin ym. (2012) artikkelissa esiintyviä arviointikriteerejä. Maksimipistemäärä on seitsemän pistettä (Liite 4). Rossin ja Goldnerin kirjallisuuskatsaus (2009) sai pisteitä kaksi seitsemästä. Kirjallisuuskatsauksessa ei ollut perusteltu tai kuvattu analyysimenetelmää. Tutkijoiden määrää analyysissä ei mainittu. Myöskään kirjallisuuskatsauksen heikkouksia tai vahvuuksia ei käsitelty. Katsauksessa

oli keskitytty lähinnä tulosten esittämiseen. Tutkimuksen tarkoitus ja tulokset kuitenkin vastasivat opinnäytetyöni kysymyksiin, joten päätin jättää kirjallisuuskatsauksen mukaan analyysiin, vaikka 50 prosenttia kriteereistä ei täyttynytkään. Hakusanat ja tiedokannat oli myös esitetty selkeästi.

Alkuperäistutkimus	Pisteet	Laatukriteerit
Björkman, Angelman & Jönsson (2008). Attitudes towards people with mental illness: a cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care	5/9 55%	Kvantitatiivisen tutkimuksen laatukriteerit (Liite 2)
Lethoba, Netswera & Rankhumise (2006) How professional nurses in a general hospital setting perceive mentally ill patients	6/9 67%	Kvantitatiivisen tutkimuksen laatukriteerit (Liite 2)
MacNeela, Scott, Treacy & O'Mahony (2012) A risk to himself: attitudes towards psychiatric patients and choice of psychosocial strategies among nurses in medical-surgical units	13/18 72%	Suomen sairaanhoitajaliiton kvalitatiivisen tutkimuksen laatukriteerit (Liite 3)
Poggenpoel, Myburgh & Morare (2011) Registered nurses' experiences of interaction with patients with mental health challenges in medical wards in Johannesburg	16/18 89%	Suomen sairaanhoitajaliiton kvalitatiivisen tutkimuksen laatukriteerit (Liite 3)
Ross & Goldner (2009) Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession: a review of the literature	2/7 28%	Kirjallisuuskatsauksen laadun arviointimenetelmä (Liite 4)

KUVIO 7. Alkuperäistutkimusten laadun arviointi

#### 4.4 Aineistolähtöinen sisällönanalyysi

Aineistolähtöiseen sisällönanalyysiin kuuluu tutkimusaineiston pelkistäminen. Tutkimusaineistosta poistetaan kaikki epäolennainen ja aineisto tiivistetään tai pilkotaan osiin. (Vilka 2007, 140) Aluksi tutkimuksia luetaan tarkkaan läpi, jotta kaikki olennainen huomataan. Tekstistä voidaan alleviivata kaikki se, mikä vastaa tutkimuskysymyksiin. (Ross 2012, 115.) Tutkimuskysymykset ohjaavat tiivistämistä. Tiivistämisen jälkeen tutkimusaineisto ryhmitellään, esimerkiksi ominaisuuksien, piirteiden tai käsitysten mukaan. (Polit & Beck 2008, 465; Ross 2012, 116;121.)

Tässä opinnäytetyössä luin tutkimukset useaan kertaan läpi, jonka jälkeen alleviivasin kaiken sen, mikä vastasi tutkimuskysymykseen. Tämän jälkeen kirjoitin sanat ja lauseet tiivistetyksi ylös niin, että kaikki olennainen säilyi. Tutkimuksissa kielenä oli englanti, mutta tiivistäessä käänsin sanat ja virkkeet suoraan suomeksi. Lopuksi ryhmittelin pelkistetyt ilmaukset alaluokkiin. Ryhmät nimetään sisältöä kuvaavilla ”kattokäsitteillä” (Vilka 2007, 140; Polit & Beck 2008, 465–466).

Yhdistin alaluokat pääluokkiin ja tutkimuksista saatiin lopulta kolme pääluokkaa, joista syntyivät otsikot tulososaan: mielenterveyden häiriöihin liittyvät negatiiviset asenteet ja ennakkoluulot, mielenterveyden häiriöiden syyt ja parantumismahdollisuudet, mielenterveyden häiriöt somaattisen hoitotyön taakkana (Liite 5). Tulos-osiossa pyritään mukaan valituista tutkimuksista tekemään lukijaystävällinen tiivistelmä (Flinkman & Salanterä 2007, 94).

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Pääluokka	Yläluokka
Mielenterveyden häiriötä sairastavia pidetään vaarallisina, arvaamattomina, väkivaltaisina ja outoina	Potilaalla negatiivisia ja uhkaavia ominaisuuksia	Mielenterveyden häiriöihin liittyvät negatiiviset asenteet ja ennakkoluulot	Mielenterveyden häiriötä sairastavan leimautuminen somaattisessa hoitotyössä
Hoitajat ajattelevat, että muiden potilaiden hoitoa laiminlyödään mielenterveyden häiriötä sairastavien potilaiden takia	Muiden potilaiden laiminlyöminen ja muun hoidon häiriintyminen	Mielenterveyden häiriötä sairastava somaattisen hoidon taakkana	

KUVIO 8. Esimerkki tutkimusten sisällönanalyysistä

## 5 TULOKSET

### 5.1 Mielen terveyden häiriöihin liittyvät negatiiviset asenteet ja ennakkoluulot

Mielen terveyden häiriöihin liittyvä stigma voi vaikeuttaa somaattisen hoidon saamista. Hoitohenkilökunta pitää usein kaikenlaisia somaattisiakin huolia vain oireena mielen terveyden häiriöstä. (Ross & Goldner 2009, 560.) Ilmeni kuitenkin, että ahdistuksen syytä saatetaan selvittää vitaalielintoimintojen tarkkailulla ja potilaan henkinen puoli jätetään huomioimatta (MacNeela ym. 2012, 206).

Vaikka hoitajat ajattelivat, että mielen terveyden hoitaminen on osa kokonaisvaltaista hoitoa, niin negatiivisia asenteita ja stereotyyppisiä uskomuksia esiintyi siitä huolimatta. Hoitajat ajattelivat, että mielen terveyden häiriötä sairastavat ovat vaarallisia, arvaamattomia, pelottavia, väkivaltaisia ja outoja. (Ross & Goldner 2009, 560; Björkman ym. 2008, 172; MacNeela ym. 2012, 205; Poggenpoel ym. 2011, 952.) Hoitajien mielestä potilas voi olla riski muille (MacNeela ym. 2012, 205). Osaa potilaista pidettiin haavoittuvina ja yksinäisinä. Tällaista potilasta pidettiin myös tasapainottomana ja häntä saatettiin kohdella kuin lasta. (MacNeela ym. 2012, 205.) Erityisesti skitsofrenia herätti ajatuksia vaarallisuudesta ja arvaamattomuudesta (Björkman ym. 2008, 172). Tällaiset ajatukset aiheuttivat hoitajissa pelkäävää käytöstä, joka taas vaikutti siihen, etteivät hoitajat kyenneet kokonaisvaltaisesti hoitamaan mielen terveyden häiriötä sairastavaa (Ross & Goldner 2009, 560; Poggenpoel ym. 2011, 954).

Hoitajien mielestä mielen terveyden häiriötä sairastaville potilaille oli vaikea puhua (Björkman ym. 2008, 175; Poggenpoel ym. 2011, 955). Erityisesti alle 25-vuotiaat hoitajat ajattelivat, että mielen terveyden häiriötä sairastavan kanssa ei voi muodostaa terapeutista suhdetta. Samanlaista ajattelua esiintyi kuitenkin kaikissa ikäluokissa. (Lethoban ym. 2006, 7.) Hoitajat ajattelivat, että he voivat tehdä tai sanoa jotain, joka laukaisisi mielen terveyden häiriötä sairastavassa kontrolloimatonta aggressiivista käytöstä. (Ross & Goldner 2009, 560.) Lethoban ym. (2006, 7) tutkimuksessa kävi ilmi, että osa hoitajista ajatteli olevan sopivaa huutaa mielen terveyden häiriötä sairastavalle ihmiselle. Turhautuminen oli oikeutettu selitys hoitajan maltin menetykseen (Poggenpoel ym. 2011, 954).

Hoitajien mukaan mielenterveyden häiriötä sairastavat eivät välttämättä välitä siitä, mitä he näyttävät (Lethoban ym. 2006, 9). Ilmeni, etteivät hoitajat usko siihen, että mielenterveyden häiriötä sairastava voisi ystävystyä muiden somaattisella osastolla olevien kanssa. Heitä pidettiin tylyinä muille osaston potilaille. (Lethoban ym. 2006, 9-10.) Väkivaltaa muita potilaita kohtaan pidettiin mahdollisena (MacNeela ym. 2012, 205). Osa hoitajista uskoi, että mielenterveyden häiriöt voivat aiheutua noituudesta (Lethoban ym. 2006, 7).

## **5.2 Mielenterveyden häiriöiden syyt ja parantumismahdollisuudet**

Useat hoitajat olivat sitä mieltä, että mielenterveyden häiriöön sairastumiseen vaikuttaa moraalinen heikkous, oma tahto, luonne, laiskuus sekä itsekurin ja kontrollin puute. Häiriöitä ei välttämättä uskota todeksi, vaan hoitajat kuvittelivat, että ihminen voi tekeytyä sairaaksi (Ross & Goldner 2009, 561.) Tällaiset uskomukset lisäsivät leimaantumista ja negatiivisia asenteita (Ross & Goldner 2009, 561).

Björkmanin ym. (2008, 172) mukaan hoitajat syyttivät erityisesti vaikeaa depressiota sairastavia potilaita sairaudestaan. Skitsofreniaa, paniikki- ja syömishäiriötä sairastavia syytettiin vähemmän sairaudestaan. Erityisesti skitsofreniasta hoitajat ajattelivat, ettei siitä koskaan parane. (Björkman ym. 2008, 172.)

## **5.3 Mielenterveyden häiriöt somaattisen hoitotyön taakkana**

Useat hoitajat olivat sitä mieltä, että mielenterveyden häiriötä sairastavan psykiatrinen hoito ei kuulu heille ja he haluaisivat hoitaa vain fyysisesti sairaita ihmisiä (Ross & Goldner 2009, 561–562; Poggenpoel ym. 2011, 954). Hoitajat ajattelivat, ettei mielenterveyden häiriötä sairastavan paikka ole somaattisella osastolla, vaan psykiatrisella osastolla (Poggenpoel ym. 2011, 955). Mielenterveyden häiriötä sairastavia pidettiin vaativina ja aikaa vievinä potilaina, jotka eivät kuuntele hoitajia (Björkman ym. 2008, 172; Lethoban ym. 2006, 9; MacNeela ym. 2012, 205–206). Hoitajien mielestä heitä pitää valvoa koko ajan. Tämä aiheutti hoitajissa turhautumista, varsinkin, koska hoitajat kokevat, ettei työntekijöitä tai osaamista ole tarpeeksi. (Poggenpoel ym. 2011, 952.)

Hoitajat pitivät mahdollisena, että potilas saattaa karata tai ei noudata sääntöjä, esimerkiksi lähtee osastolta juuri silloin, kun hänelle pitäisi antaa lääkettä. Hoitajat pelkäsivät tällaista käytöstä etukäteen ja ovat huolissaan potilaasta ja muista osastolla olevista. (MacNeela ym. 2012, 205–206; Poggenpoel ym. 2011, 953–955.)

Hoitajien mielestä mielenterveyden häiriöitä sairastava haluaa olla huomion keskipisteenä ja saattaa esimerkiksi yhtäkkiä riisuutua. Hoitajat pelkäsivät, että potilaat voisivat vaeltaa rauhattomasti osastolla, jolloin hoitajien on hankala kontrolloida heitä. (Lethoban ym. 2006, 7.) Yleisesti hoitajat ajattelivat, että mielenterveyden häiriötä sairastavan kanssa on vaikea tulla toimeen. Heidät nähtiin häiriönä ja esteenä hoitajien päivittäisille toimille sekä muiden potilaiden huomioonille. (Poggenpoel ym. 2011, 953–954.)

Hoitajat ajattelivat, että heillä on parempaakin ja rakentavampaa tekemistä terveydenhuollon resursseilla, kuten hoitaa sellaista, joka ”oikeasti sairas ja hoitoa tarvitseva”. Potilaan mielen ja ruumiin tarpeet erotetaan ja kokonaisvaltainen hoito on mahdotonta (Ross & Goldner 2009, 562). Hoitajat eivät välttämättä ymmärtäneet sitä, mikä potilaan todellinen ongelma on ja mielenterveyden häiriöitä pidettiin vaikeana käytöksenä (Poggenpoel ym. 2011, 953).

Ilmeni, että hoitajissa herää vihamielisyyttä, kun he hoitavat itsemurhaa yrittänyttä potilasta. Se nähtiin kallisarvoisten terveydenhuollon resurssien tuhlaamisena. Tällaiset ajatukset aiheuttivat halventavaa käytöstä, jolloin potilaan hätää ei huomiota ollenkaan. (Ross & Goldner 2009, 561.) Osa hoitajista oli sitä mieltä, että potilaan itsemurha on ainoa vaihtoehto ongelmien hoitamiseen (Lethoban ym. 2006, 8).



## 6 POHDINTA

### 6.1 Johtopäätökset ja tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää kirjallisuuskatsauksena leimautumista mielen-terveyden häiriötä sairastavan potilaan somaattisessa hoitotyössä. Kriteerit täyttäviä tutkimuksia löytyi viisi. Vaikka tutkimuksia löytyi toivottua vähemmän, vastasivat tulokset hyvin opinnäytetyön tehtävään, jossa selvitin sitä, miten leimautuminen ilmenee mielen-terveyden häiriötä sairastavan potilaan somaattisessa hoitotyössä. Tuloksista sain seuraavat johtopäätökset.

- Somaattisilla osastoilla hoitajilla ilmeni negatiivisia asenteita ja stereotyyppioita mielen-terveyden häiriötä sairastavia kohtaan
- Hoitajilla esiintyi uskomuksia, että mielen-terveyden häiriön syynä olisi esimerkiksi luonne, moraalinen heikkous tai itsekurin puute
- Somaattisilla osastoilla mielen-terveyden häiriötä sairastava nähtiin vaativana potilasryhmänä, joka vie kohtuuttomasti hoitajien aikaa
- Hoitajat pelkäsivät, etteivät kykene kontrolloimaan mielen-terveyden häiriötä sairastavia ja pitivät heitä arvaamattomina, vaarallisina ja riskinä muille potilaille

Kaikissa tutkimuksissa somaattisten osastojen hoitajilla esiintyi negatiivisia asenteita mielen-terveyden häiriötä sairastavia kohtaan, kuten Serafinin ym. (2010, 580–583) mukaan esiintyi myös psykiatrisilla sairaanhoitajilla, lääkäreillä ja lääketieteen opiskelijoilakin. Hoitajissa heräsi negatiivisia leimaavia tunteita, kuten turhautumista ja vihaa. Asenteet olivat myös samankaltaisia kuin muullakin väestöllä; mielen-terveyden häiriötä voidaan pitää luulosairautena ja niistä parantumista epätodennäköisenä (Mielen-terveyden keskusliiton www-sivut 2014).

Tutkimuksista ilmeni, että hoitajat ajattelivat mielen-terveyden häiriöiden olevan muun muassa moraalinen heikkoutta, omaa tahtoa tai itsekurin puutetta ja niistä voi syyttää ihmistä itseään. (Björkman ym. 2008, 172; Ross & Goldner 2009, 561.) Osa hoitajista piti paranemista mahdottomana ja potilaan itsemurhaa saatettiin pitää ainoana ”hoitokeinona” (Lethoban ym. 2006, 8; Björkman ym. 2008, 172). Samankaltaisia ajatuksia esiin-

tyy myös muulla väestöllä (Huttunen 2008; Mielenterveyden keskusliiton www-sivut 2014).

Erilaiset pelot, muun muassa pelot aggressiivisuudesta tai muunlaisen kontrollin menettämistä, aiheuttivat sen, etteivät hoitajat mielellään hoida mielenterveyden häiriötä sairastavan somaattisia ongelmia. Hoitajat pelkäsivät myös muiden potilaiden puolesta. (Ross & Goldner 2009, 560; Björkman ym. 2008, 172; MacNeela ym. 2012, 205; Poggenpoel ym. 2011, 952.) Muunkin väestön lailla (El-Badri & Mellsop 2007, 198), kommunikointia mielenterveyden häiriötä sairastavien kanssa pidettiin vaikeana. Hoitajat pelkäsivät tekemisillään tai sanomisillaan laukaisevansa aggressiivista kontrolloimattomuutta käytöstä. (Lethoban ym. 2006, 7; Björkman ym. 2008, 175; Ross & Goldner 2009, 560; Poggenpoel ym. 2011, 955; MacNeela ym. 2012, 205–206.)

Opinnäytetyön kirjallisuuslähteiden ja tutkimusten mukaan sairaanhoitajien ja muun väestön asenteet ja tunteet mielenterveyden häiriötä sairastavia kohtaan ovat yhteneviä. Asenteet ovat stereotyyppisiä ja mielenterveyden häiriötä sairastavat herättävät pelkoa sekä ajatuksia arvaamattomuudesta ja aggressiivisuudesta. Kuitenkaan kaikki mielenterveyden häiriöt eivät altista aggressiivisuudelle, eivätkä häiriöt yksinään ennusta väkivaltaista käyttäytymistä (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2012). Joskus pelko voi kuitenkin olla aiheellista ja omasta turvallisuudesta on tärkeä huolehtia (Castrén ym. 2012). Esimerkiksi silloin, kun mielenterveyden häiriöihin liittyy päihteiden käyttöä (Korkeila 2011, 20).

Hoitajat toivoivat, että mielenterveyden häiriötä sairastavien somaattiset ongelmat hoidettaisiin jossain muualla ja he hoitaisivat mieluiten vain ihmisten fyysisiä ongelmia (Ross & Goldner 2009, 561–562; Poggenpoel ym. 2011, 954). Sairaanhoitajien eettisten ohjeiden mukaan (1996) ”sairaanhoitaja auttaa kaikenikäisiä ihmisiä erilaisissa elämäntilanteissa ja toimii tehtävässään oikeudenmukaisesti”. Hoitaja ei voi valikoida potilaita, joita haluaisi hoitaa, vaan myös Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrää sen, että potilaalla on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaudenhoitoon (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785).

Mielenterveyden häiriötä sairastavia pidettiin aikaa vievinä potilaina, jotka vaativat valvontaa (Björkman ym. 2008, 172; Lethoban ym. 2006, 9; MacNeela ym. 2012, 205–206). Potilaille on kuitenkin turvattava tasa-arvoinen oikeus hyvään hoitoon ja palve-

luun (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2014, 4-5). Potilaille on moniulotteisia fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia ongelmia. Sairaanhoitaja ei voi erottaa näitä osia toisistaan, vaan potilas tulee hoitaa kokonaisuutena ja yrittää ymmärtää se, miten nämä eri alueet vaikuttavat toisiinsa (Kozier ym. 2008, 64).

Sairaanhoitajaopiskelijoiden asenteisiin vaikuttaa positiivisesti mielenterveyden häiriöihin liittyvä harjoittelujakso (Happel ym. 2008, 532-534; Romem ym. 2007, 399-402; Ketola & Stein 2013, 31). Kuitenkin valmistuneilla sairaanhoitajilla esiintyy negatiivisia asenteita ja ennakkoluuloja edelleen. Kun leimautuminen vaikuttaa hoidon laatuun ja aiheuttavaa torjuntaa, ei potilaiden empaattinen kohtaaminen ja kokonaisvaltainen hoito voi silloin toteutua (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 31; Toivio & Nordling 2013, 361-362). Juujärven ym. (2007, 36) ja Kozierin ym. (2008, 41) mukaan asenteet kehittyvät ajan kuluessa, niitä voi siis muuttaa. Sosiaali- ja terveysministeriön (2006, 31) mukaan leimaavissa asenteissa näkyy taidottomuus ja kokemuksen puute mielenterveyden häiriöistä. Huttusen (2008) mukaan tiedolla voidaan vaikuttaa asenteisiin. Tiedon lisäämisellä voisi olla mahdollista vaikuttaa sairaanhoitajien leimaaviin asenteisiin mielenterveyden häiriöitä sairastavia kohtaan.

## **6.2 Kehittämishaasteet**

Tämä opinnäytetyö soveltuu Tampereen ammattikorkeakoulun hoitotyön opiskelijoiden käyttöön. Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä terveysalan opiskelijoiden tietoutta mielenterveyden häiriötä sairastavan leimautumisesta hoitotyössä. Opinnäytetyöstä on hyötyä myös valmiille sairaanhoitajille, jotka työskentelevät somaattisessa hoitotyössä. Opinnäytetyön avulla voi arvioida tarvetta lisätiedolle esimerkiksi mielenterveyden häiriöistä.

Kirjallisuuskatsaukseen ei löytynyt yhtään suomalaista tutkimusta, joka olisi sopinut sisäänottokriteereihin. Kirjallisuuskatsauksen perusteella voidaan todeta, että olisi tärkeää kartoittaa myös Suomessa somaattisilla osastoilla työskentelevien sairaanhoitajien asenteita ja mahdollisia ennakkoluuloja mielenterveyden häiriötä sairastavia kohtaan. Myös halukkuutta hoitaa mielenterveyden häiriötä sairastavien somaattisia ongelmia olisi tärkeä selvittää.

Jatkossa voitaisiin tutkia sitä, miten suomalaisissa ammattikorkeakouluissa mielenterveyden häiriöihin liittyvä teoreettinen sekä käytännön jakso vaikuttaa terveysalan opiskelijoiden ajatuksiin ja asenteisiin mielenterveyden häiriötä sairastavia kohtaan. Olisi tärkeää myös pohtia käytännön keinoja leimaavien asenteiden vähentämiseen sekä opiskelijoiden että jo valmistuneiden sairaanhoitajien keskuudessa.

### 6.3 Eettisyys ja luotettavuus

Hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti tämä opinnäytetyö on tehty huolellisesti ja tarkasti. Tutkimuslupa on hankittu Tampereen ammattikorkeakoululta asianmukaisesti. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.) Luotettavuutta lisää se, että kirjallisuuskatsaus on suunniteltu huolellisesti ja kaikki vaiheet kirjattu tarkasti ylös. Tutkimusstrategia eli hakutermit, hakuprosessi sekä sisäänotto- ja poissulkukriteerit on ilmoitettu selkeästi ja rehellisesti, jotta haku voitaisiin tarvittaessa toistaa. (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 53.)

Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset on esitelty taulukossa, josta käy ilmi tutkijat, maa, aihe, tutkimuksen tarkoitus, metodi ja tulokset (Liite 1). Kiinnittämällä huomiota alkuperäistutkimusten laatuun pyritään lisäämään luotettavuutta (Stolt & Routasalo 2007, 62). Alkuperäistutkimusten laatu on arvioitu käyttäen alkuperäistutkimusten menetelmille sopivia kriteereitä (Parahoo 2006, 137). Laadun arvioinnin pisteet on esitelty ja olen raportoinut pisteiden menetyksen syyt. Kvantitatiiviset ja kvalitatiiviset tutkimukset saivat kohtuulliset pisteet laadunarvioinnissa, pisteet vaihtelivat 55–89 prosentin välillä (kuvio 7). Opinnäytetyöhön valittu kirjallisuuskatsaus sai pisteitä vain kaksi kuudesta, eikä sen luotettavuutta ja toistettavuutta voi täysin taata, koska muun muassa analyysiä tai heikkouksia ei ollut raportoitu.

Luotettavuuden lisäämiseksi olen esittänyt alkuperäistutkimusten analysoinnin ja tulokset tarkasti (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 54). Sisällönanalyysi on esitelty kokonaisuudessaan liitteenä (Liite 5).

Lähdemerkinnät on kirjoitettu tarkasti alkuperäiset tutkijat ja kirjoittajat huomioiden (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012). Myös muut opinnäytetyössä käytetyt tutkimukset on koottu taulukkoon (Liite 6). Pääasiallisesti opinnäytetyössä käytetyt lähteet

eivät ole yli kymmenen vuotta vanhoja. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan mukaan (2012) rahoituslähteet tulee ilmoittaa. Ainoat kulut tässä opinnäytetyössä ovat liittyneet tulostamiseen ja ne tekijä on maksanut itse.

Luotettavuutta heikentää se, että opinnäytetyö on tehty yksin, vaikka luotettavuuden parantamiseksi kirjallisuuskatsauksiin suositellaankin vähintään kahta tekijää (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 46; Moule & Goodman 2009, 257). Kaksi tekijää vähentää valikoitumisharhaa (Pölkki ym. 2012, 337). Kieliharha on mahdollinen, koska tutkimuksia etsittiin vain suomen- ja englanninkielisinä. Ideaalia olisi, että kirjallisuuskatsaukseen valittaisiin kaikilla eri kielillä kirjoitetut tutkimukset, mutta käytössä olevien resurssien vuoksi se ei ollut mahdollista. (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 46;53.) Muulla kielellä kirjoitettuja tutkimuksia tai artikkeleita ei kuitenkaan tullut hakuprosessissa esille.

#### **6.4 Opinnäytetyön prosessin pohdinta**

Opinnäytetyö toteutui muuten suunnitelman mukaisesti, mutta suoritin hakuprosessin syys-marraskuussa, vaikka alun perin ajattelin, että syyskuussa kaikki tietokannat olisi jo käyty läpi. Opinnäytetyön tekemiseen on ollut riittävästi aikaa. Olen käynyt säännöllisesti ohjauksessa koko opinnäytetyöprosessin ajan. Idea-, suunnitelma- ja käsikirjoitusseminaarit ovat rytmittäneet koko prosessia ja helpottaneet aikataulussa pysymistä.

Kirjallisuuskatsaukseen löytyi mielenterveyden häiriöiden somaattiseen hoitotyöhön liittyvää tutkimustietoa vähän, vaikka käytin useita tietokantoja. Tutkimustietoa löytyi aluksi kohtuullisesti, mutta vain pieni osa täytti valintakriteerit. Tutkimuksista, jotka otin mukaan kirjallisuuskatsaukseen, ilmeni samansuuntaisia tuloksia.

Opinnäytetyöprosessi on tehnyt kirjallisuuskatsauksen tutkimusmetodin selkeämmäksi. Koko prosessin aikana seminaarityöskentely on tullut tutummaksi. Tutkimusmetodien opiskelu ja opinnäytetyöprosessi helpottaa hakeutumista hoitotieteen opintoihin tulevaisuudessa. Opinnäytetyön myötä tutkitun tiedon löytäminen helpottuu ja muuttuu arkipäiväisemmäksi myös käytännön hoitotyössä.

Opinnäytetyön tekeminen on opettanut paljon aihepiireistä, joita olen työssäni käsitellyt. Sairaanhoidajaopintojen aikana ei ole käsitelty leimautumis-aihetta, joten kaikki tieto

siitä on tarpeen. Aihe on erittäin kiinnostava ja sen avulla on voinut pohtia omia asenteita ja tunteitaan mielenterveyden häiriöitä kohtaan. Omia subjektiivisia asenteitaan voi helposti toteuttaa ilman syvempää pohdintaa. Asenteiden käsittely voi olla vaikeaa, mutta sitä helpottaisi avoin keskustelu esimerkiksi opintojen aikana tai työpaikalla.

## LÄHTEET

Alaja, R., Ahonen, J., Erkkilä, E.-P., Harjula, V., Kiviniemi, P., Klemettilä, J.-P., Kuusinen, P., Laine-Aro, M., Lilja, R., Palo-Oja, T., Salmela, P. & Vanhala, A. 2010. Mielenterveys- ja päihdepotilaan päivystysketju. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Luettu 21.1.2015.

Alanen, H.-M., Lahtela, J. & Leinonen, E. 2011. Psykykläkkeiden aiheuttama hyponatremia tavallista ikääntyneillä. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 127 (4), 406-13.

Anttonen, S. 2011. Hyvää elämää leimasta huolimatta. Teoksessa Korkeila, J., Joutsenniemi, K., Sailas, E. & Oksanen J. (toim.) Irti häpeäleimasta. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Aromaa, E. 2011. Leimaaviin asenteisiin vaikuttaminen. Terveysportti. Luettu 4.9.2014.

Björkman, T., Angelman, T. & Jönsson, M. 2008. Attitudes towards people with mental illness: a cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 22 (2), 170-7.

Castrén, M., Korte, H. & Myllyrinne, K. 2012. Mielenterveyden erityislanteita. Luettu 21.1.2015.

Collins, E., Tranter, S. & Irvine, F. 2011. The physical health of the seriously mentally ill: an overview of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 19, 638-646.

Edwards, S.T. 2009. *Nursing Ethics. A Principle-Based Approach*. Hampshire: Palgrave Macmillan.

El-Badri, S. & Mellisop, G. 2007. Stigma and quality of life as experienced by people with mental illness. *Australasian Psychiatry* 15 (3), 195-200.

Eriksson, E., Merasto, M. & Korhonen, T. 2014. Sairaanhoidajakoulutuksen osaamisen tulevaisuus –hanke. Luettu 4.1.2015. [http://minedu.fi/export/sites/default/OPM/Tapahtumakalenteri/2014/03/Liitteet/Sh-koulutuksen\\_tulevaisuus\\_esitys\\_OKM\\_110314.pdf](http://minedu.fi/export/sites/default/OPM/Tapahtumakalenteri/2014/03/Liitteet/Sh-koulutuksen_tulevaisuus_esitys_OKM_110314.pdf)

Etene. 2001. Terveysthuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Etene-julkaisuja 1.

Etene. 2010. Mielenterveysetiikka. Sinulla ja minulla on moraalinen vastuu. Etene-julkaisuja 25.

Etene. 2012. Etiikan tila sosiaali- ja terveysalalla. Etene-julkaisuja 35.

European Commission. 2005. Green paper. Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union.

Flinkman, M. & Salanterä, S. 2007. Integroitu katsaus – eri metodeilla tehdyn tutkimuksen yhdistäminen katsauksessa. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R.-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja.

Fry, S.T. & Johnstone, M-J. 2005. Ethics in Nursing Practice. A Guide to Ethical Decision Making. Oxford: Blackwell Science Ltd.

Halme, S.-L. 2012. Asiakkaan ainutkertaisuus ja tasa-arvo. Teoksessa Ranta, I. (toim.) Sairaanhoidajan eettiset pelisäännöt. Hoitotyön vuosikirja 2012. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Happel, B., Robins, A. & Gough, K. 2008. Developing more positive attitudes towards mental health nursing in undergraduate students: part 2-the impact of theory and clinical experience. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 15, 527-536.

Hardy, S. 2013. Physical health checks for people with severe mental illness. Primary health care 23 (10), 24-26.

Hinshaw, S.P. 2006. Mark of Shame: Stigma of Mental Illness and an Agenda for Change. Oxford: Oxford University Press.

Hopia, H., Heinonen, J. & Liimatainen, L. 2012. Sairaanhoidajan eettinen osaaminen. Teoksessa Ranta, I. (toim.) Sairaanhoidajan eettiset pelisäännöt. Hoitotyön vuosikirja 2012. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Huttunen, M.O. 2008. Lääkkeet mielen hoidossa. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Isohanni, M., Suvisaari, J., Koponen, H., Kiesepää, T. & Lönnqvist, J. 2011. Skitsofrenia. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Johansson, K. 2007. Kirjallisuuskatsaukset – Huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R.-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja.

Joukamaa, M., Lönnqvist, J. & Suvisaari, J. 2011. Mielenterveyden häiriöiden yleisyys ja hoidon tarve. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Juujärvi, S., Myyry, L. & Pessa, K. 2007. Eettinen herkkyys ammatillisessa toiminnassa. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Kaltiala-Heino, R., Ritakallio, M. & Lindberg, N. 2008. Nuorten mielenterveyden häiriöt ja väkivaltainen käyttäytyminen. Suomen Lääkärilehti 63 (49), 4321-4329.

Kansaneläkelaitos. 2014. Kuntoutuspsykoterapia. Päivitetty 11.6.2014. Luettu 19.8.2014. [http://www.kela.fi/tyoikaisille\\_kuntoutuspsykoterapia](http://www.kela.fi/tyoikaisille_kuntoutuspsykoterapia)



Ketola, J. & Stein, J. V. 2013. Psychiatric clinical course strengthens the student-patient relationships of baccalaureate nursing students. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 20 (1), 23-34.

Khan, K., Kunz, R., Kleijnen, J. & Antes, G. 2011. *Systematic Reviews to Support Evidence based Medicine. How to Review and Apply Findings of Healthcare Research*. London: Hodder Arnold.

Kiviniemi, L., Läksy, M.L., Matinlauri, T., Nevalainen, K., Ruotsalainen, K., Seppänen, U.-M. & Vuokila-Oikkonen, P. 2014. *Minä mielenterveystyön tekijänä*. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Kontio, E. & Johansson, K. 2007. Systemaattinen tarkastelu alkuperäistutkimuksien laatuun. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R.-L. (toim.) *Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen*. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja.

Korkeila, J. 2011. Mitä häpeäleima on? Teoksessa Korkeila, J., Joutsenniemi, K., Sailas, E. & Oksanen J. (toim.) *Irti häpeäleimasta*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Korkeila, J. 2013. Psykoosin varhaisvaihe ja somaattiset sairaudet. *Suomen lääkärilehti* 68 (34), 2041-2045.

Kozier, B., Glenora, E., Berman, A., Snyder, S., Lake, R. & Harvey, S. 2008. *Fundamentals of nursing. Concepts, process and practice*. Harlow: Pearson Education Limited.

Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2010. *Mielenterveys-hoitotyö*. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kuokkanen, L. 2012. Sairaanhoidajan eettinen stressi. Teoksessa Ranta, I. (toim.) *Sairaanhoidajan eettiset pelisäännöt. Hoitotyön vuosikirja 2012*. Helsinki: Suomen sairaanhoidajaliitto ry.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Laurila, J. 2014. *Sekava vanhus. Lääkärin käsikirja*. Luettu 21.1.2015.

Leino-Kilpi, H., Kulju, K. & Stolt, M. 2012. Eettiset ohjeet hoitotyössä. Teoksessa Ranta, I. (toim.) *Sairaanhoidajan eettiset pelisäännöt. Hoitotyön vuosikirja 2012*. Helsinki: Suomen sairaanhoidajaliitto ry.

Lethoba, KG., Netswera, FG. & Rankhumise, E. 2006. How professional nurses in a general hospital setting perceive mentally ill patients. *Curationis* 29 (4), 4-11.

Lönnqvist, J. & Lehtonen, J. 2011. *Psykiatria ja mielenterveys*. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) *Psykiatria*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

MacNeela, P., Scott, PA., Treacy, M. & O'Mahony, R. 2012. A risk to himself: attitudes towards psychiatric patients and choice of psychosocial strategies among nurses in medical-surgical units. *Research in Nursing & Health* 35 (2), 200-13.

Mattila, K.-P. 2007. Arvostava kohtaaminen. Arjessa, auttamistyössä ja työyhteisössä. Jyväskylä: PS-kustannus.

Mielenterveyslaki. 14.12.1990/1116.

Mielenterveyden keskusliitto. 2013. Mielenterveysbarometri. Luettu 26.9.2014. <http://mtkl.fi/wp-content/uploads/2014/04/Barometri+2013+yhteenveto.pdf>

Mielenterveyden keskusliiton www-sivut. Käsitteitä mielenterveydestä. Luettu 24.11.2014. <http://mtkl.fi/tietoa-mielenterveydesta/kasitteita-mielenterveydesta/>

Milner, J. 2003. Compassionate care nursing with meaning: Incorporating holism into nursing practice. *Chart, Journal of Illinois Nursing* 100 (6), 4-6.

Molander, G. 2014. Hoidanko oikein? Jyväskylä: PS-kustannus.

Moule, P. & Goodman, M. 2009. Nursing research. An introduction. Los Angeles: Sage Publications Inc.

Mäkisalo-Ropponen, M. 2012. Vuorovaikutustaidot sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Parahoo, K. 2006. Nursing Research. Principles, Process and Issues. New York: Palgrave Macmillan.

Partonen, T., Lönnqvist, J. & Syvälahti, E. 2011. Biologiset hoidot. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) *Psykiatria*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Persson, K., Axtelius, B., Söderfeldt, B. & Östman, M. 2009. Monitoring oral health and dental attendance in an outpatient psychiatric population. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 16, 263-271.

Pikkarainen, E. & Ylinen, J. 2009. TULE-oireet voivat olla myös lääkkeen haittavaikutus. *Suomen lääkäri* 64 (43), 3682-3686.

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. 2014. Potilaan hyvä hoito. Luettu 28.11.2014.

Pinto-Foltz, M. D. & Logsdon, M. C. 2009. Reducing Stigma Related to Mental Disorders: Initiatives, Interventions, and Recommendations for Nursing. *Archives of Psychiatric Nursing* 23 (1), 32-40.

Poggenpoel, M., Myburgh, CP. & Morare, MN. 2011. Registered nurses' experiences of interaction with patients with mental health challenges in medical wards in Johannesburg. *Journal of Nursing Management* 19 (7), 950-8.

Poikkeus, T. & Leino-Kilpi, H. 2012. Miten hoitotyön johtaja voi tukea eettistä osaamista. Teoksessa Ranta, I. (toim.) *Sairaanhoitajan eettiset pelisäännöt*. Hoitotyön vuosikirja 2012. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

- Polit, D.F. & Beck, C.T. 2008. *Nursing Research. Appraising Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Pudas-Tähkä, S.-M. & Axelin, A. 2007. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen rajaaminen, hakutermit ja abstraktien arviointi. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R.-L. (toim.) *Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen*. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja.
- Pölkki, T., Kanste, O., Elo, S., Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2012. Järjestelmällisten kirjallisuuskatsausten metodologinen laatu: katsaus kansainvälisiin ja kansallisiin hoitotieteen julkaisuihin vuodelta 2009-2010. *Hoitotiede* 24 (4), 335-348.
- Romem, P., Anson, O., Kanat-Maymon, Y. & Moisa, R. 2007. Reshaping Student's Attitudes Toward Individuals with Mental Illness Through a Clinical Nursing Clerkship. *Journal of Nursing Education* 47 (9), 396-402.
- Ross, C.A & Goldner, M. 2009. Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession: a review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 16 (6), 558-567.
- Ross, T. 2012. *A survival guide for health research methods*. Berkshire: Open University Press.
- Royal College of Nursing. 2010. *The Principles of Nursing Practice*. Luettu 28.11.2014. [http://www.rcn.org.uk/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0011/349499/003863.pdf](http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0011/349499/003863.pdf)
- Saari, K. 2005. *Hyperlipidemia and metabolic syndrome in schizophrenia*. Oulun yliopisto. Lääketieteen laitos. Väitöskirja.
- Sairaanhoitajaliitto. 2014. *Sairaanhoitajan eettiset ohjeet*. <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>
- Salminen, V. 2010. Kun vaihtoehtoja ei ollut – lobotomia suomalaisessa psykiatriassa. *Suomen lääkirilehti* 65 (48), 4042-4043.
- Salokangas, R. 2009. Skitsofreniapotilaan somaattiset sairaudet. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 125 (5), 505-512.
- Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. 2009. *Hoitotyön etiikka*. Suom. Nieminen, P. Helsinki: Edita Publishing.
- Serafini, G., Pompili, M., Haghghat, R., Pucci, D., Pastina, M., Lester, D., Angeletti, G., Tatarelli, R. & Girardi, P. 2010. Stigmatization of schizophrenia as perceived by nurses, medical doctors, medical students and patients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 18, 576-585.
- Shorter, E. 2005. *Psykiatrian historia*. Suom. Salomaa, E. Helsinki: Hakapaino. Alkuperäisteos 1997.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Psykiatrian opetuksen kehittämistarpeet perusterveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 32. Helsinki: Yliopistopaino Kustannus.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Mielenterveyden häiriöt eivät yksinään lisää väkivaltaisuutta. Luettu 21.1.2015.

Stolt, M. & Routasalo, M. 2007. Tutkimusartikkelin valinta ja käsittely. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R.-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja.

Suvisaari, J. 2013. Mielenterveyshäiriöiden esiintyvyyden sukupuolierot. Suomen Lääkärilehti 68 (20), 1487-1492.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2012. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Raportti 68.

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

Tähtinen, H. 2007. Systemaattinen tiedonhaku hoitotieteen näkökulmasta. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R.-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja.

Yhdenvertaisuuslaki 20.1.2004/21.

Varcarolis, E. M. & Trubowitz, J. 2009. Mental Health and Mental Illness. Teoksessa Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing. A Communication Approach to Evidence-Based Care. St. Louis: Saunders Elsevier.

Vilkka, H. 2007. Tutki ja kehitä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vilkko-Riihelä, A. 2001. Psyhyke. Psykologian käsikirja. Helsinki: WSOY.

Vuorela, M. & Aalto, I. 2011. Häpeäleima tekee elämästä raskaan. Teoksessa Korkeila, J., Joutsenniemi, K., Sailas, E. & Oksanen J. (toim.) Irti häpeäleimasta. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

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

Väisänen, L., Niemelä, M. & Suua, P. 2009. Sanat työssä. Vuorovaikutus ammattitaitona. Helsinki: Kirjapaja.

Wahlbeck, K. & Aromaa, E. 2011. Research on stigma related to mental disorders in Finland: a systematic literature review. Psychiatria Fennica 42, 87-109.

World health organization. 2014. Mental Health: Strengthening our response. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>

## LIITTEET

## Liite 1. Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset

(aakkosjärjestyksessä)

1(2)

Tutkimus	Tarkoitus	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Björkman, Angelman &amp; Jönsson, 2008.</p> <p>Attitudes towards people with mental illness: a cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care.</p> <p>Ruotsi</p>	<p>Tutkia somaattisessa ja psykiatrisessa ympäristössä työskentelevien hoitajien asenteita, joita esiintyy mielenterveyden häiriötä sairastavia kohtaan.</p>	<p>Määrällinen tutkimus</p> <p>n=120, joista 69 työskenteli somaattisella osastolla</p>	<p>Somaattisessa hoitotyössä työskentelevillä on negatiivisempia asenteita mielenterveyden häiriötä sairastavia kohtaan kuin psykiatrisessa hoitotyössä työskentelevillä.</p>
<p>Lethoba, Netswera &amp; Rankhumise, 2006.</p> <p>How professional nurses in a general hospital setting perceive mentally ill patients.</p> <p>Etelä-Afrikka</p>	<p>Kuvata hoitajien mielipiteitä mielenterveyden häiriötä sairastavien hoitamisesta somaattisella osastolla.</p>	<p>Määrällinen tutkimus</p> <p>n=124</p>	<p>Suurella osalla hoitajista oli negatiivisia ja stereotyyppisiä asenteita mielenterveyden häiriötä sairastavia potilaita kohtaan.</p>
<p>MacNeela, Scott, Treacy &amp; O'Mahony, 2012.</p> <p>A risk to himself: attitudes towards psychiatric patients and choice of psychosocial strategies among nurses in medical-surgical units.</p> <p>Irlanti</p>	<p>Tutkia hoitajien asenteita mielenterveyden häiriötä sairastavien potilaiden hoitamiseen somaattisessa hoitotyössä.</p>	<p>Laadullinen tutkimus</p> <p>n=13</p>	<p>Hoitajien asenteet eivät olleet potilaskeskeisiä, vaan enemmän stereotyyppisiä.</p>

(jatkuu)

Tutkimus	Tarkoitus	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Poggenpoel, Myburgh &amp; Morare, 2011.</p> <p>Registered nurses' experiences of interaction with patients with mental health challenges in medical wards in Johannesburg.</p> <p>Etelä-Afrikka</p>	<p>Tutkia ja kuvata hoitajien kokemuksia vuorovaikutuksesta mielenterveyden häiriötä sairastavien kanssa somaattisella osastolla.</p>	<p>Laadullinen tutkimus</p> <p>n=8</p>	<p>Hoitajat kokevat turhautumista, pelkoa ja aistivat vaa- raa silloin, kun ovat tekemisissä mielenterveyden häiriötä sairastavan potilaan kanssa.</p>
<p>Ross &amp; Goldner, 2009.</p> <p>Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession: a review of the literature.</p>	<p>Tarkastella olemassa olevia tutkimuksia mielenterveyden häiriöihin liittyvästä leimautumisesta, negatiivisista asenteista sekä syrjinnästä hoitotyön näkökulmasta.</p>	<p>Kirjallisuuskatsaus</p>	<p>Somaattisessa hoitotyössä hoitajilla on negatiivisia asenteita (pelkoa, syytöksiä, vihamielisyyttä) mielenterveyden häiriötä sairastavia kohtaan, jotka vaikuttavat hoitotyöhön.</p>

## Liite 2. Kvantitatiivisen tutkimuksen laatukriteerit

Kontion ja Johanssonin (2007, 104) mukailut (mukailtu Van Tulder ym. 1997) laatukriteerit kvantitatiiviseen tutkimukseen.

Metodologinen tarkastelukohta	Kyllä	Ei
Voima-analyysi on sisällytetty		
Osallistujien tutkimukseen hankkiminen raportoitu		
Hypoteesit esitetty		
Satunnaistaminen on suoritettu		
Kaikki satunnaistetut osallistajat ovat aineistossa mukana		
Sokkouttaminen on suoritettu		
a. osallistuja		
b. intervention toteuttaja		
c. henkilökunta		
d. tutkija		
e. aineistonkerääjä		
Raportoitu tutkimuksen keskeyttäneet		
Katoaineiston käsittely		
Keskiarvot ja keskihajonnat ovat raportoitu		

## Liite 3. Kvalitatiivisen tutkimuksen laatukriteerit

Suomen sairaanhoitajaliiton laatukriteerit (Kontio &amp; Johansson 2007, 106).

	Kyllä	Ei	Ei tietoa
<b>Tutkimusten tausta ja tarkoitus</b>			
Onko tutkittava ilmiö määritelty selkeästi?			
Onko tutkimuksen aihe perusteltu kirjallisuuskatsauksen avulla sisällöllisesti, menetelmällisesti ja eettisesti ja onko se riittävän innovatiivinen?			
Onko tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimustehtävät määritelty selkeästi?			
<b>Aineisto ja menetelmät</b>			
Ovatko aineistonkeruumenetelmät ja –konteksti perusteltu ja kuvattu riittävän yksityiskohtaisesti?			
Sovelтуuko aineiston keruumenetelmä tutkittavaan ilmiöön ja tutkimukseen osallistujille?			
Onko aineiston keruu kuvattu?			
Onko aineisto kerätty henkilöiltä, joilla on tietoa tutkittavasta ilmiöstä?			
Onko aineiston sisällön riittävyttä arvioitu (saturaatio)?			
Onko aineiston käsittely ja analyysin päävaiheet kuvattu?			
Sovelтуuko valittu analyysimenetelmä tutkittavaan ilmiöön?			
<b>Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys</b>			
Tutkija on nimennyt kriteerit, joiden perusteella hän on arvioinut tutkimuksen luotettavuutta			
Tutkimuksessa on käytetty aineiston tai menetelmien triangulaatiota lisäämään luotettavuutta			
Tutkija on pohtinut huolellisesti eettisiä kysymyksiä (mm. tietoinen suostumus)			
Tutkimukseen osallistuneet ovat arvioineet tutkimustuloksia ja vahvistaneet tulosten vastaavuuden kokemuksiinsa; tai lukija voi tunnistaa ja ymmärtää tulokset			
Tutkija on pitänyt päiväkirjaa tai kirjoittanut muistiinpanoja tutkimuksen kulusta			
<b>Tulokset ja johtopäätökset</b>			
Tuloksilla on uutuusarvoa ja merkitystä hoitotyön kehittämiseen			
Tulokset on esitelty selkeästi, loogisesti ja rikkaasti ja niiden antia on verrattu aikaisempiin tutkimuksiin			
Tutkimuksen johtopäätökset perustuvat tuloksiin ja ovat hyödynnettävissä			



#### Liite 4. Kirjallisuuskatsauksen laatukriteerit

Soveltaen Pölkin, Kansteen, Elon, Kääriäisen ja Kyngään (2012) käyttämiä kriteereitä kirjallisuuskatsausten laadun arviointiin.

Analyysin ja luotettavuuden kuvaus	Kyllä	Ei
Analyysimenetelmä kuvattu		
Analyysi kuvattu yksityiskohtaisesti		
Perustelut valitulle analyysille		
Tutkijoiden määrä analyysissä mainittu		
Viitattujen lähteiden määrä		
Heikkoudet mainittu (kirjallisuuden haku ja valinta, laadunarviointi, analyysi ja katsauksen tulokset)		
Vahvuudet mainittu (kirjallisuuden haku ja valinta, laadunarviointi, analyysi ja katsauksen tulokset)		

## Liite 5. Sisällönanalyysin eteneminen

1(3)

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Päälouokka	Yläluokka
Mielenterveyden häiriötä sairastavia pidetään vaarallisina, arvaamattomina, väkivaltaisina ja outoina	Potilaalla negatiivisia ja uhkaavia ominaisuuksia	Mielenterveyden häiriöihin liittyvät negatiiviset asenteet ja ennakkoluulot	Mielenterveyden häiriötä sairastavien leimautuminen somaattisessa hoitotyössä
Mielenterveyden häiriötä sairastavat haluavat olla huomion keskipisteenä			
Mielenterveyden häiriötä sairastavat eivät välitä miltä he näyttävät			
Mielenterveyden häiriötä sairastavat ovat tyljä			
Mielenterveyden häiriötä sairastavat ovat haavoittuvaisia			
Mielenterveyden häiriötä sairastavat eivät noudata sääntöjä, eivät kuuntele, voivat karata ja ovat vaarallisia			
Mielenterveyden häiriötä sairastavat voivat esimerkiksi tupakoida osastolla ja olla siten vaaraksi muille			
Mielenterveyden häiriötä sairastava on yksinäinen ja ahdistunut osastolla			
Mielenterveyden häiriötä sairastavat ovat hankalia, eivätkä ole yhteistyökkyisiä			
Mielenterveyden häiriötä sairastavat herättävät pelkoa			
Mielenterveyden häiriötä sairastavat ovat verbaalisesti aggressiivisia			
Mielenterveyden häiriötä sairastava voi hyökätä hoitajan kimppuun			
Potilaalle voi sanoa tai tehdä ”väärän asian”, joka suututtaa hänet ja aiheuttaa kontrolloimatonta käytöstä			

(jatkuu)

2(3)

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Pääluokka	Yläluokka
Mielenterveyden häiriöitä sairastavat eivät parane hoitamalla ja heitä tulee syyttää sairaudestaan	Hoitajien näkökulma mielen- terveyden häiriöiden aiheuttajiin ja parantumismahdollisuu- teen	Mielenterveyden häiriöiden syyt ja parantumismahdollisuudet	Mielenterveyden häiriöitä sairastavien leimautuminen somaattisessa hoitotyössä
Mielenterveyden häiriö voi johtua noituudesta			
Itsemurha on mahdollinen vastaus tai hoitokeino häiriöön			
Mielenterveyden häiriöitä sairastavat eivät parane			
Mielenterveyden häiriö johtuu persoonasta, omasta halusta, laiskuudesta, moraalinen heikkoudesta, itsekontrollin puutteesta			
Terveystieteiden varoista haaskataan niihin, jotka haluavat kuolla			
Mielenterveyden häiriö on potilaan oma syy			
Mielenterveyden häiriöitä sairastavien on vaikeuksia saada hoitoa somaattisiin ongelmiin			
Mielenterveyden häiriöitä sairastavat eivät parane hoitamalla ja heitä tulee syyttää sairaudestaan			
Mielenterveyden häiriö voi johtua noituudesta			
Itsemurha on mahdollinen vastaus tai hoitokeino häiriöön			
Mielenterveyden häiriöitä sairastavat eivät parane			
Mielenterveyden häiriö johtuu persoonasta, omasta halusta, laiskuudesta, moraalinen heikkoudesta, itsekontrollin puutteesta			

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Pääluokka	Yläluokka
Hoitajat ajattelevat, että muiden potilaiden hoito laiminlyödään mielenterveyden häiriötä sairastavien potilaiden takia	Muiden potilaiden laiminlyöminen ja muun hoidon häiriintyminen	Mielenterveyden häiriötä sairastava soomaattisen hoidon taakana	Mielenterveyden häiriötä sairastavien leimautuminen somaattisessa hoitotyössä
Hoitajilla on parempaa tekemistä kuin hoitaa mielenterveyden häiriötä sairastavia			
Hoitajilla ei ole aikaa hoitaa heitä			
Mielenterveyden häiriötä sairastava on vaativa potilas			
Mielenterveyden häiriötä sairastavan hoitaminen herättää hoitajissa turhautumista ja vihan tunteita			
Mielenterveyden häiriötä sairastavat potilaat ovat este päivittäisille rutiineille			
Mielenterveyden häiriötä sairastava pitäisi hoitaa muualla			
Heidän hoitamisensa on aikaa vievää			
Hoitajat haluavat hoitaa vain fyysisiä sairauksia			
Mielenterveyden häiriöt eivät kuulu hoitajien työhön			
Hoitajat ajattelevat, että muiden potilaiden hoito laiminlyödään mielenterveyden häiriötä sairastavien potilaiden takia			
Hoitajilla on parempaa tekemistä kuin hoitaa mielenterveyden häiriötä sairastavia			
Hoitajilla ei ole aikaa hoitaa heitä			

## Liite 6. Opinnäytetyöhön valitut tutkimukset

(aakkosjärjestyksessä)

1(4)

Tutkimus	Tarkoitus	Menetelmä	Keskeiset tulokset
El-Badri & Mellsop, 2007.  Stigma and quality of life as experienced by people with mental illness.	Määrittää, miten paljon uusiseelantilaiset mielenterveyshäiriötä sairastavat kohtaavat leimaantumista ja syrjintää sekä tutkia heidän tyytyväisyytään elämänlaatuunsa.	Määrällinen tutkimus  n=100	Suurin osa osallistuneista oli kokenut leimaantumista ja syrjintää monenlaisissa yhteyksissä, esimerkiksi hakiessaan asuntoa, koulu- tai työpaikkaa.  Monet olivat tyytymättömiä elämänlaatuunsa useilla elämän eri osa-alueilla, esimerkiksi ihmissuhteissa, elämäntavoissa sekä taloudessa.
Happel, Robins & Gough, 2008.  Developing more positive attitudes towards mental health nursing in undergraduate students: part 2-the impact of theory and clinical experience.	Selvittää, miten teoria ja harjoittelujaksot vaikuttavat sairaanhoitajaopiskelijoiden asenteisiin mielenterveyden häiriötä sairastavia kohtaan.	Määrällinen tutkimus  n=148	Tutkimus osoitti, että teoria- tiedolla ja harjoittelujaksolla on positiivista vaikutusta sairaanhoitajaopiskelijoiden asenteisiin mielenterveyden häiriötä sairastavia kohtaan.

(jatkuu)

Tutkimus	Tarkoitus	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Ketola &amp; Stein, 2013.</p> <p>Psychiatric clinical course strengthens the student-patient relationships of baccalaureate nursing students.</p>	<p>Selvittää sairaanhoidajaopiskelijoiden odotuksia ennen mielenterveyden häiriöihin liittyvää harjoittelua sekä selvittää heidän ajatuksiaan harjoittelun jälkeen.</p>	<p>Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen tutkimus</p> <p>n= 67</p>	<p>Ennen harjoittelujaksoa opiskelijoilla esiintyi negatiivisia tunteita, esimerkiksi pelkoa. Harjoittelujakson jälkeen pelko ja ennakkoluuloiset tunteet olivat vähentyneet.</p>
<p>Persson, Axtelius, Söderfeldt &amp; Östman, 2009.</p> <p>Monitoring oral health and dental attendance in an outpatient psychiatric population.</p>	<p>Kuvata mielenterveyden häiriötä sairastavien avohoitopotilaiden osallistumista suun terveydenhuoltoon.</p>	<p>Määrällinen tutkimus</p> <p>n=113</p>	<p>Mielenterveyden häiriötä sairastavat eivät käy yhtä säännöllisesti hammastarkastuksissa kuin muu väestö. Erityisesti skitsofreniaa sairastavat miehet laiminlyövät suunhoitoaan.</p>
<p>Romem, Anson, Kanat-Maymon &amp; Moisa, 2007.</p> <p>Reshaping Student's Attitudes Toward Individuals with Mental Illness Through a Clinical Nursing Clerkship.</p>	<p>Arvioida, miten mielenterveyden häiriöiden hoitoon keskittyvä harjoittelujakso vaikuttaa sairaanhoitajaopiskelijoiden asenteisiin mielenterveyden häiriötä sairastavia kohtaan.</p>	<p>Määrällinen tutkimus</p> <p>n=126</p>	<p>Harjoittelujakson jälkeen opiskelijat olivat myötätuntoisempia mielenterveyden häiriötä sairastavia kohtaan. Opiskelijat eivät pelänneet mielenterveyden häiriötä sairastavia niin paljon kuin aikaisemmin. Opiskelijat olivat tietoisempia asenteistaan.</p>

Tutkimus	Tarkoitus	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Saari, 2005.</p> <p>Hyperlipidemia and metabolic syndrome in schizophrenia.</p>	<p>Arvioida hyperlipidemian ja metabolisen oireyhtymän esiintymistä skitsofreniaa sairastavilla sekä löytää spesifejä syitä metabolisen oireyhtymän, hyperlipidemian ja skitsofrenian yhdessäilmenemiseen.</p>	<p>Määrällinen tutkimus</p> <p>n=8468</p>	<p>Skitsofreniaa sairastavilla ja antipsykootteja käyttävillä on kohonnut riski sairastua hyperlipidemiaan ja metaboliseen oireyhtymään. Säännöllinen painon, verenpaineen, seerumin rasva-arvojen sekä glukoosiarvojen seuranta on tärkeää.</p>
<p>Serafini, Pompili, Haghghat, Pucci, Pastina, Lester, Angeletti, Tatarelli, &amp; Girardi, 2010.</p> <p>Stigmatization of schizophrenia as perceived by nurses, medical doctors, medical students and patients.</p> <p>Italia</p>	<p>Tutkia, miten skitsofrenian mieltäminen geneettiseksi tai ympäristöperäiseksi sairaudeksi vaikuttaa asenteisiin. Tarkoituksena oli myös selvittää, miten leimaavat asenteet esiintyvät kohdejoukossa.</p>	<p>Määrällinen tutkimus</p> <p>n=202</p> <p>50 lääketieteen opiskelijaa, 50 lääkäriä, 50 psykiatrista sairaanhoitajaa ja 52 muuta mielenterveyden häiriötä sairastavaa</p>	<p>Suurin osa osallistujista uskoi, että skitsofrenian syy on geneettinen. Suurin osa lääketieteen opiskelijoista ja psykiatrisista sairaanhoitajista uskoi, että syy on ympäristöperäinen. Erityisesti lääketieteen opiskelijoilla oli leimaavia asenteita skitsofreniaa sairastavia kohtaan.</p>

Tutkimus	Tarkoitus	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Wahlbeck &amp; Aromaa, 2011. Research on stigma related to mental disorders in Finland: a systematic literature review.</p> <p>Suomi</p>	<p>Tarkoituksena kartoittaa Suomessa tehtyjä mielenterveyden häiriöiden leimaantumiseen liittyviä tutkimuksia.</p>	<p>Kirjallisuuskatsaus</p>	<p>Suomessa on tapahtunut positiivista kehitystä vuosien aikana. Mielenterveyden häiriöiden hyväksyntä on lisääntynyt ja usko siihen, että voi elää täyttä elämää mielenterveyden häiriöstä huolimatta.</p>