

Miten sairaanhoitajat ja lähihoitajat huomioivat työssään mielenterveyspotilaiden riskin sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin?

Vilja Lankinen ja Ida Virto
Opinnäytetyö, syksy 2016
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Terveysalan koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Lankinen, Vilja & Virto, Ida. Miten sairaanhoitajat ja lähihoitajat huomioivat työssään mielenterveyspotilaiden riskin sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin? Helsinki, syksy 2016, 56 s., 2 liitettä. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja (AMK)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa psykiatrian poliklinikoiden sairaanhoitajien ja lähihoitajien kokemusta siitä, osaavatko he tunnistaa sydän- ja verisuonisairauksien oireita. Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää miten sairaanhoitajat ja lähihoitajat huomioivat työssään mielenterveyspotilaiden riskin sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin ja kokevatko he tarvitsevansa lisäkoulutusta. Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Helsingin kaupungin psykiatria- ja päihdekeskusten kanssa. Opinnäytetyön aihe on valittu vastaamaan työelämän tarpeita.

Tutkimusmenetelmäksi valittiin kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä. Kysely toteutettiin verkkokyselynä Webropol -ohjelman avulla. Opinnäytetyön otos käsitti yhteensä 117 sairaanhoitajaa ja lähihoitajaa, joista kyselyyn vastasi 53 sairaanhoitajaa ja lähihoitajaa. Vastausaikaa kyselylle oli kolme viikkoa kevään 2016 aikana. Vastaaajaprosentiksi muodostui 45,3.

Opinnäytetyön tulokset osoittivat, ettei psykiatrian poliklinikoiden sairaanhoitajilla ja lähihoitajilla ole riittävää tietoa sydän- ja verisuonisairauksista ja niiden oireista. Eniten vastaajat kokivat osaavansa tunnistaa sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöitä. Vähiten tietämystä vastaajilla oli psyykelääkkeiden vaikutuksista sydän- ja verisuonisairauksiin. Tulokset osoittivat myös, että lisäkoulutusta ei ole ollut riittävästi tarjolla ja vastaajat toivoisivat saavansa lisäkoulutusta ammatillisuutensa kehittämiseksi ja potilaiden kokonaisvaltaisemman hoidon tueksi.

Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää lisäkoulutuksen sisällön suunnittelussa ja toteutuksessa. Lisäksi tuloksia ja kyselylomaketta voidaan käyttää jatkotutkimuksen toteuttamisessa. Opinnäytetyö on esitelty työelämän yhteistyökumppaneille.

Asiasanat: Sairaanhoitajat, lähihoitajat, sydän- ja verisuonitaudit, mielenterveyshäiriöt, sairaanhoitajan osaamiskartoitus.

ABSTRACT

Lankinen, Vilja and Virto, Ida.

A study of nurses' competence on identifying the symptoms of cardiovascular diseases in the psychiatric outpatient clinics. 56p, 2 appendices. Language: Finnish. Autumn 2016. Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing.

Degree: Nurse.

The purpose of this thesis was to map out nurses' and practical nurses' experiences of their ability to identify the symptoms of cardiovascular diseases in psychiatric outpatient clinics. The aim was to find out how nurses and practical nurses notice the mental health patients' risk of getting cardiovascular diseases and do they think that they need further education. This thesis was made in cooperation with the city of Helsinki psychiatric outpatient clinics.

The research method was quantitative and the data was collected via a web-survey utilizing the Webropol-program. The sample was 117 nurses and practical nurses, of which 53 answered the questionnaire. The response time was three weeks during the spring of 2016. The response rate was 45, 3 percent.

The results indicated that nurses and practical nurses who work in the psychiatric outpatient clinics stated that they do not have sufficient knowledge of cardiovascular diseases and their symptoms. The responders experienced most competence in recognizing the risk factors for cardiovascular diseases. The responders had least knowledge about the effects of antipsychotics on cardiovascular diseases. The results indicated also that further education has not been sufficiently available, and the responders would hope to get more education to develop their professionalism and to support the holistic care of patients.

Keywords: Psychiatric nurses, practical nurses, cardiovascular diseases, psychiatric diseases, nursing know-how

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 MIELENTERVEYSTYÖSTÄ JA PSYKIATRISESTA AVOHOIDOSTA	8
3 YLEISIMMÄT PSYKKISET SAIRAUDET	11
3.1. Depressio	12
3.2 Kaksisuuntainen mielialahäiriö	13
3.3 Psykoosi	14
3.4 Skitsofrenia.....	14
4 YLEISIMMÄT SYDÄN- JA VERISUONISAIRAUDET	16
4.1 Sepelvaltimotauti	17
4.2 Sydämen vajaatoiminta	18
4.3 Korkea verenpaine	19
4.4 Metabolinen oireyhtymä	19
5 PSYKKENLÄÄKKEET	21
6 SAIRAAHOITAJAN OSAAMISVAATIMUKSET	24
7 OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET	27
8 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	28
8.1. Opinnäytetyön toteutus.....	28
8.2 Yhteistyökumppani	29
10 JOHTOPÄÄTÖKSET	42
11 POHDINTA	46
11.1 Opinnäytetyön eettisyys	47
11.2 Opinnäytetyön luotettavuus.....	48
11.3 Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimukset.....	50
LÄHTEET	52
LIITE 1: Saatekirje	57

LIITE 2: Kyselylomake 59

1 JOHDANTO

Psyykkisessä ja fyysisessä sairastamisessa on selvä ero, mutta kuntoutuksen kannalta näiden kahden tausta-ajattelu on samankaltaista. Kuten fyysisen sairauden kuntoutuksessa myös psyykkisessä kuntoutuksessa tulee huomioida sairauden aiheuttamat haitat suoriutumisella eri elämänalueilla ja huomioida monipuoliset tukipalvelut. Psykiatrisen sairauden johdosta ihmisen toimintakyvyn lasku rajoittaa tämän normaalielämässä suoriutumista ja johtaa lopulta vajaakuntoisuuteen aivan kuten fyysisissä sairauksissakin. Yhdistävä tekijä psykiatristen ja fyysisten sairauksien kuntoutuksissa on myös epätietoisuus toimintakyvyn täydellisestä palautumisesta. (Lähteenlahti 2008.)

Psykiatristen sairauksien yhteydessä voi esiintyä fyysisiä sairauksia. Toisaalta taas fyysiset sairaudet saattavat aiheuttaa psyykkistä oireilua. Mielenterveyshäiriöistä kärsivien ihmisten fyysiset oireet tulkitaan liian helposti psyykkisperäisiksi, jolloin ne saattavat jäädä tutkimatta. (Huttunen 2008.) Mielenterveyden häiriöt ovat usein pitkäaikaisia, oireiltaan moninaisia ja laajasti toimintakykyyn vaikuttavia. Hoidossa on otettava huomioon kokonaisuus elämänlaadun parantamiseksi. Elämänlaadun parantaminen onkin hyvä psykiatrisen hoidon tavoite, sillä sen ideana on huomioida potilaan psyykinen, fyysinen ja sosiaalinen kokonaisuus. (Saarni & Pirkkola 2010.) Psykyenlääkkeitä syövien ihmisten terveydentilaa tulee myös seurata säännöllisesti näiden fyysisistä kuntoa heikentävien vaikutusten vuoksi (Huttunen 2008).

Opinnäytetyö keskittyi näiden ongelmien kautta hoitotyössä oleviin sairaanhoitajiin ja lähihoitajiin. Kuinka he kokevat voivansa avohoidon paineessa vastata mielenterveyslain (1990/1116) asettamiin vaatimukseen mielenterveyshoidosta? Opinnäytetyö ja sen työkaluksi luotu tutkimuskysely on rajattu sydän- ja verisuonisairauksiin. Tavoitteena oli saada selville, kokevatko poliklinikoiden sairaanhoitajat ja lähihoitajat puutteita tiedoissaan koskien sydän- ja verisuonisairauksia. Tulokset vahvistavat hypoteesin, että suuri osa vastaajista haluaisi lisäkoulutusta liittyen sydän- ja verisuonisairauksiin.

Mielenterveyden häiriöt aiheuttavat suuren taakan sekä yksilölle että yhteiskunnalle aiheuttaen suoria ja epäsuoria kustannuksia (Pelkonen & Korpi 2014). Tästä syystä opinnäytetyö on hyvinkin ajankohtainen. Varmistamalla psykiatristen sairaanhoitajien ja lähihoitajien somaattista osaamista, voidaan sydän- ja verisuonisairauksien riskit havaita ja oireisiin reagoida aiemmin.

2 MIELENTERVEYSTYÖSTÄ JA PSYKIATRISESTA AVOHOIDOSTA

Mielenterveyslaki määrittää, mitä mielenterveystyö on. Lain mukaan mielenterveystyöllä tarkoitetaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveydenhäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä sekä määrittää mielenterveysongelmista kärsiville henkilöille heille annettavat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. Lisäksi mielenterveystyöhön kuuluu väestön elinolosuhteiden kehittäminen siten, että elinolosuhteet ehkäisevät ennalta mielenterveydenhäiriöiden syntyä, edistävät mielenterveystyötä ja tukevat mielenterveyspalvelujen järjestämistä. (Mielenterveyslaki 1990/1116.)

Kunta on velvoitettu järjestämään alueensa asukkaille tarpeellisen mielenterveystyön, johon kuuluu ohjaus ja neuvonta sekä tarpeenmukainen yksilön ja perheen psykososiaalinen tuki; yksilön ja yhteisön psykososiaalisen tuen yhteensovittaminen äkillisissä järkyttävissä tilanteissa ja mielenterveyspalvelut, joilla tarkoitetaan mielenterveydenhäiriöiden tutkimusta, hoitoa ja lääkinnällistä kuntoutusta. (Terveydenhuoltolaki 2010/1326.)

Kunta tai kuntayhtymä huolehtii mielenterveyspalveluiden järjestämisestä. Ensimmäisestään palvelut järjestetään avopalveluina. (Mielenterveyslaki 1990/1116.) Myös kansainvälinen suuntaus psykiatrisessa hoidossa on avohoitokeskeisyys, mutta jokainen maa on toteuttanut siirtymisen avopalveluihin omassa tahdissaan. Esimerkiksi Yhdysvalloissa siirtyminen on alkanut jo 1950-luvulla, jolloin sen mahdollistivat ensimmäiset kehitetyt psykoosilääkkeet. Avohoidon suuntaan on myös ajanut sosiaaliturvajärjestelmien kehittyminen, psykiatristen laitosten purku ja siten mielenterveyspotilaiden näkyvyys ja muun väestön herkistyminen potilaiden hoidon tarpeelle. Avohoidon toteutumista on kuitenkin hankaloittanut se, etteivät taloudelliset voimavarat ole seuranneet potilaita toivotusti. (Korkeila 2009.)

Jyrki Korkeilan (2009) artikkelin "Mikä on hyvä tapa järjestää psykiatrista avohoidoa?" mukaan työ avohoidossa näyttää vaativan yksilön sopeutumiskykyä

enemmän kuin sairaalatyö. On todettu, että työuupumus on avohoidossa yleisempää kuin osastolla. Työolosuhteissa koetaan avohoidossa enemmän ongelmia, ja ne liittyvät työn pakkotahtisuuteen, huonoihin työolosuhteisiin ja paperitöiden määrään. Avohoidon työryhmien nopea kehittyminen edellyttää riittävää yksikkökokoja, hyviä työolosuhteita ja mahdollisuutta syventää taitoja erikoistumalla psykiatristen häiriöryhmien hoitoon. (Korkeila 2009.)

Ruotsissa Tanskassa psykiatristen laitospaikkojen vähentäminen lisäsi skitsofreniapotilaiden kuolleisuutta. Suomessa avohoitoon siirtymisen jälkeen ei ole ollut havaittu vastaavaa potilaiden kuolleisuuden lisääntymistä, mutta esimerkiksi skitsofreniapotilaiden itsemurhakuolleisuus on edelleen suurta. Suomessa esiintyy myös suuria alueellisia eroja skitsofreniapotilaiden kuolleisuudessa ja vaikka tämän ryhmän kuolleisuus sydän- ja verisuonisairauksiin on vähentynyt, on skitsofreniaa sairastavien ja yleisväestön välinen kuilu vuosien mittaan kasvanut. (Korkeila 2009.)

Psykiatrista hoitojärjestelmää mitataan usein karkeilla osoittimilla. Muun muassa mittaamalla kuolleisuutta, itsemurhia ja sairaalahoitoon palaamista. Avohoitopainotteisen hoitojärjestelmän arviointiin on tehty huomattavan vähän laadukkaita tutkimuksia ja saadut tutkimustulokset on etupäässä ristiriitaisia. Oleellista avohoitopalveluiden kehittämisessä on pyrkimys luoda dynaaminen ja nopeasti kehittyvä hoitopalveluketju. Tämä tavoite on kuitenkin kyseenalaista, mikäli hoitojärjestelmän periaatteena on potilaiden saaman terveyshyödyn sijaan kustannuksien hallinta. (Korkeila 2009.)

Avohoidon kehittämisen tulisikin keskittyä potilaskohtaiseen sekä organisaatioiden väliseen hoidon jatkuvuuteen. Kuitenkin on hyvä ymmärtää, ettei avohoito ole sellaisenaan hoitoa, vaan hoidon toteuttamistapa. Avohoito sellaisenaan ei ole sairaalaa halvempi vaihtoehto ja tulisikin välttää liian optimistista kuvaa siitä, miten helppoa potilaspaikkoja on korvata muilla palveluilla. Avohoito edellyttää koko väestöön suuntautuvaa työtä potilaiden leimaantumisen ehkäisemiseksi. (Korkeila 2009.)

Taulukosta 1 näkee aikuisten mielenterveyden avohoitokäynnit vuosina 2000, 2005 ja 2010 Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä. Vuodesta 2000 vuoteen 2005 käyntien määrät kasvoivat. Vuodesta 2005 vuoteen 2010 käyntien määrät puolestaan laskivat. (Sotka.net 2016)

TAULUKKO 1. Aikuisten mielenterveyden avohoitokäynnit / 1 000 18 vuotta täyttänyttä.

	2000	2005	2010
Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri	319,6	372,6	356,0

3 YLEISIMMÄT PSYKKISET SAIRAUDET

Toisin kuin esimerkiksi sydän- ja verisuonisairauksissa, mielenterveyden häiriöiden tautiluokituksiin ei liity yhteyttä häiriöiden etiologiaan. Tästä johtuen psykiatriassa diagnostiikan, hoidon ja kuntoutuksen yhteys on varsin ohut. (Pylkkänen 2008.) Vaikka mielenterveyden häiriöistä asiakasta seurataan usein tiiviisti ja kokonaisvaltaisesti, jäävät hänen somaattiset oireensa helposti diagnosoidumatta. Tähän syynä voi olla muun muassa oireiden leimautuminen psyykenlääkkeiden haittavaikutuksiksi tai niiden yleistäminen psyykkiseksi oireiluksi. Somaattiset ja psykiatriset sairaudet voivat myös esiintyä rinnakkain tai toinen voi saada alkunsa toisesta. (Huttunen 2008.)

Tutkimukset osoittavat, että psyykkisistä sairauksista kärsivät sairastavat tavallista enemmän sydän- ja verisuonisairauksia. Psyykkisistä sairauksista kärsivät myös tupakoivat ja kuluttavat alkoholia enemmän normaaliväestöön verrattuna, mikä nostaa sairastavuuden riskiä. Vuonna 2012 sydäninfarkti- ja sepelvaltimotautikohtauksia oli kaikissa ikäluokissa yhteensä 21 769, joista miesten osuus oli runsas puolet. Sydän ja verisuonisairaudet ovat merkittävä kansanterveydellinen ongelma ja aiheuttavat hieman alle puolet työikäisten kuolemista Suomessa. Näin sydän- ja verisuonisairaudet muodostavatkin suurimman yksittäisen kuolinsyiden ryhmän. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2014a.)

Psykoosisairauksiin, kuten esimerkiksi skitsofreniaan, liittyy usein somaattisia terveysriskejä. Kolmella neljästä skitsofreniaa sairastavasta potilaasta on jokin somaattinen sairaus, ja näillä potilailla on suuri riski kuolla sydän- ja verisuonisairauksiin. Heidän diagnosointinsa on hitaampaa heikentyneen kiputunnon vuoksi. On myös näyttöä, että psykoosipotilaita ei hoideta yhtä hyvin kuin muuta väestöä eivätkä he saa samanlaista kuntoutusta kuin muut sydän- ja verisuonisairauksista kärsivät potilaat. (Valtonen, Valkonen-Korhonen & Viinamäki 2012.) Samanlaisia tuloksia on myös saatu kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavilla, joilla esiintyy muuta väestöä enemmän sydän- ja verisuonisairauksien lisäksi verenpainetauti sekä metabolista oireyhtymää (Käypähoito 2013). Alla on referenssinä yleisimpiä mielenterveyshäiriöitä.

3.1. Depressio

Kaikista sairauksista depressio on yksi suurimpia kansanterveysongelmia Suomessa ja mielenterveyden häiriöistäkin yksi keskeisimmistä. Jopa 5 % aikuisista kärsii masennustilasta vuoden aikana. Keskeisiä riskitekijöitä ovat altistavat persoonallisuuden piirteet sekä peritty haavoittuvuus. Myös lapsuuden traumaattiset kokemukset sekä ajankohtaiset suuret elämänmuutokset altistavat masennusoireilulle. (Isometsä 2014.)

Keskeisiä masennuksen tunnusmerkkejä ovat masentunut mieliala, mielihyvän menetys sekä väsymys. Masennuksen tunne kuuluu kuitenkin hetkellisenä jokaisen normaaliin elämään, etenkin erilaisten menetysten ja pettymysten kokemuksiin. Masennus on pienissä määrin myös hyödyllinen tunne, koska se motivoi etsimään ratkaisuja ongelmiin ja luopumaan toivottomilta tuntuvista tavoitteista. Kuitenkin lievemmissä masennustiloissa potilaan toimintakyky voikin olla kohtalaisen hyvä ja masennuksesta kertoa vain totisuus ja itkuherkkyys. Vaikeissa masennustiloissa potilaan normaali käytös usein muuttuu rajusti. Potilas on psykomotorisesti jähmeä ja ilmeetön. Toisaalta potilas voi myös olla kiihtynyt, levoton ja tuskainen. (Isometsä 2014.)

Depressio saattaa aiheuttaa myös fyysisiä tuntemuksia kuten särky- ja kiputiloja. Somaattiset oireet ovat usein dominoivia ja masennus saattaa ensimmäisen lääkärikäynnin yhteydessä jäädä diagnosoimatta. Naiset tuntevat depression yhteydessä enemmän somaattisia kiputiloja kuin miehet. (Kapfhammer 2006)

Depressiota voidaan ainakin teoriassa ennaltaehkäistä liikkumalla säännöllisesti, luopumalla liiasta stressistä, välttämällä päihteiden liikakäyttöä sekä ylläpitämällä tärkeitä ihmissuhteita. Terveystieteissä olisi tärkeää tunnistaa masennustiloja jo aikaisessa vaiheessa ja niiden hoidossa kiinnittää huomiota hoidon laatuun sekä vaikuttavuuteen. Näillä tekijöillä voitaisiin ennen kaikkea ennaltaehkäistä depression vakavia seurauksia kuten psykososiaalista toimintakyvyttömyyttä sekä itsemurhia. (Isometsä 2014.)

3.2 Kaksisuuntainen mielialahäiriö

Kaksisuuntaisen mielenterveyshäiriön periytyvyys vaihtelee tutkimuksissa 60–90% välillä, joten sen heritabiliteetin, eli periytyvyyden, voidaan katsoa olevan suuri. Yleensä sairaus alkaa nuoruusiässä tai nuorella aikuisella. Siinä vaihtelevat maaniset, depressiiviset ja sekamuotoiset jaksot, jotka vaihtelevat yksilöllisesti. Kaksisuuntaisen mielenterveydenhäiriön oirekuvaan kuuluukin jaksottaisia hypomania- tai maniajaksoja sekä masennusjaksoja. Nämä jaksot voivat esiintyä yksittäin tai monivaihteittaisina. Kaksisuuntainen mielenterveyshäiriö jaetaan kahteen päämuotoon. Tyyppi I käsittää kaikkia edellä mainittuja jaksoja. Tyyppi II puolestaan hypomania ja masennusjaksoja, mutta varsinaiset maniat puuttuvat. (Isometsä 2014.)

Kaksisuuntaisen mielenterveydenhäiriön diagnoosilla on suuri merkitys potilaan myöhemmälle elämälle. Tärkeää diagnosoinnissa onkin tunnistaa hypomaniapotilaan normaalista psyykkisestä toiminnasta poikkeavina pitkäkestoisina ajanjaksoina, jolloin hän on käyttäytynyt itselleen epätyypillisellä tavalla. Mania muuttaa ihmisen käytöstä puolestaan hyvinkin räikeästi ja saattaa kestää jopa viikkojen ajan. Useimmiten maniajakso päättyy vasta psykiatriseen sairaalahoitoon toimittamiseen, mutta manian kliininen kuva on voi myös vaihdella. Maniassa potilaan mieliala on useimmiten euforinen, mutta se voi myös olla voimakkaan ärtyisä. Kun puhutaan psykoottisesta maniasta, liittyvät vauhtiin vielä harhaluulot ja -aistimukset. (Isometsä 2014.)

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusjaksoja ei pystytä erottamaan tavallisesta masennuksesta, koska näiden oirekuva on samanlainen. Sekamuotoisissa jaksoissa hypomania-, mania- ja masennusoireet vaihtelevat nopeasti tai voivat esiintyä jopa samanaikaisesti. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön akuuttihoiossa tärkeintä on tunnistaa mikä sairauden vaihe on meneillään ja sen mukaan määritellä hoidon tarve. (Isometsä 2014.)

3.3 Psykoosi

Psykoottisiin oireisiin kuuluvat erilaiset aistiharhat ja harhaluulot. Lievinä tai ohimenevinä oireiluinä nämä eivät yksinään tarkoita psykoosisairautta. Varsinaisessa psykoosissa psykoottisella oireilulla tulee olla riittävä ajallinen kesto ja kullekin häiriölle sovitut diagnoosikriteerit. Joidenkin lääkkeiden ja päihteiden käytön seurauksena voi sairastua psykoosiin, mutta psykoosi voi myös olla suora seuraus ruumiillisesta sairaudesta tai sellaisen hoidosta. Tyypillisin psykoosisairaus on skitsofrenia. Akuutista, ohimenevästä ja lyhytkestoisesta psykoosista esimerkkinä toimivat synnytyksen jälkeiset psykoosit. (Suvisaari, Lönnqvist, Isohanni, Kiesepä, Koponen & Hietala 2014.)

Psykoosipotilaat tarvitsevat yksilöllisen hoitosuunnitelman, vaikkakin psykoosien hoidot noudattavat monia yhteisiä hoitoperiaatteita eritoten lääkehoidon osalta. Keskeistä psykoosipotilaiden hoidossa on myös psykoosiriskissä ja jo sairastuneiden varhainen tunnistaminen ja aktiivisen hoidon aloitus. Tärkeää on myös ennaltaehkäistä psykoosin mahdollinen uusiutuminen. Eri psykoosityypeille on kuitenkin laadittu omat tarkemmat hoitosuosituksensa. (Suvisaari ym. 2014.)

3.4 Skitsofrenia

Skitsofrenia etenee usein hitaasti jopa vuosia kestäneiden, usein epäspesifien, esioireiden kautta varsinaiseen psykoosiin. Depression ja skitsofrenian esioireet ovat hyvin samankaltaisia: ahdistuneisuus, mielialan lasku, keskittymisvaikeudet sekä väsymys. Skitsofrenian oireisiin kuuluu myös havaintokyvyn, ajatustoiminnan, käyttäytymisen ja tunne-elämän häiriöitä. Psykoottistasoiset oireilut kuten aistiharhat ja epäluulo ilmenevät vasta lähempänä psykoosin puhkeamista. Usein skitsofreniaan sairastuneella ilmenee myös ongelmia esimerkiksi ihmissuhteissa, työssä, opinnoissaan tai itsestään huolehtimisessa. Toimintakyky heikkenee usein jollain edellä mainituista osa-alueista huomattavasti. (Suvisaari, Lönnqvist, Isohanni, Kiesepä, Koponen, Hietala 2014.)

Skitsofrenian oireet on perinteisesti jaettu positiivisiin ja negatiivisiin oireisiin. Positiiviset oireet kuvastavat normaalien psyykkisten toimintojen näkyvää häiriintymistä, esimerkiksi aistiharhat. Negatiiviset oireet ilmenevät taas näiden toimintojen heikentymisenä tai puuttumisena, esimerkiksi tahdottomuus ja tunteiden latistuminen. Näiden lisäksi skitsofreniaan liittyy usein joukko disorganisaatio-oireita kuten hajanainen puhe ja käytös sekä epäsopiva tunneilmaisu. Skitsofreniaan kuuluu toistuvat psykoosijaksot, joista potilas paranee täysin tai vain osin. (Suvisaari, Lönnqvist, Isohanni, Kiesepää, Koponen, Hietala 2014.)

4 YLEISIMMÄT SYDÄN- JA VERISUONISAIRAUDET

Sydän- ja verisuonisairaudet kuuluvat suomalaisten merkittävimpiin kansansairauksiin. Siksi niiden ennaltaehkäisy, hoito ja kuntoutus ovat erittäin tärkeitä kuolleisuuden vähentämisessä sekä potilaiden toimintakyvyn ja elämänlaadun parantamiseksi. (Rantala & Perhonen 2015.) Yleisimpiä sydän- ja verisuonisairauksia ovat sepelvaltimotauti, sydämen vajaatoiminta, verenpainetauti ja aivo-verenkiertohäiriöt. Suurin yksittäinen riskitekijä sydän- ja verisuonisairauksien synnylle ovat perintötekijät. Myös ravinnon rasvapitoisuus, erityisesti rasvan laatu, suolan liikakäyttö ja veren korkea kolesterolipitoisuus nostavat riskiä sydän- ja verisuonisairauksille. Muita riskitekijöitä ovat tupakointi, kohonnut verenpaine, ylipaino ja korkea ikä. Miehillä riski sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin on naisia korkeampi. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016a.)

Sydän- ja verisuonisairaudet aiheuttavat yhteiskunnalle merkittäviä kustannuksia, joista iso osa muodostuu lääkekuluista (Mäkijärvi 2014). Jos riskit tiedostetaan, on helpompi ehkäistä sairauksia ja näin pienentää sairauden aiheuttamia kustannuksia ja kuolemantapauksia (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015). Merkittävää on myös, että sydän- ja verisuonisairauksien ilmaantuvuudessa ja kuolleisuudessa on huomattavat alueelliset, mutta myös sosioekonomiset erot. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014a.)

Riskitekijöiden syntyyn voi vaikuttaa omilla elintavoillaan. Ensisijaisen tärkeää on välttää ylipainoa, suolan ja alkoholin liikakäyttöä sekä harrastaa liikuntaa säännöllisesti. Myös tupakoinnin lopettaminen sekä tyydyttyneiden rasvojen korvaaminen monitydyttymättömillä rasvoilla vähentävät suuresti riskiä sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin. Tavoitteena sydän- ja verisuonisairauksien ennaltaehkäisyssä ovat verenpainearvot alle 120/80 ja kolesterolin alle 5mmol/L. Korkean sydän- ja verisuonisairausriskin vuoksi joudutaan usein kuitenkin turvautumaan lääkitykseen näiden arvojen saavuttamiseksi ja ylläpitämiseksi. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016a.)

On hyvä huomioida, että somaattista sairautta kärsivillä depressio on tavanomainen mielenterveysongelma, mutta toisaalta depressio lisää kuolleisuutta sydän- ja verisuonisairauksiin (Käypähoito 2014). Masennuksen ja sepelvaltimotaudin yhteydestä on nykyisin myös tutkimusnäyttöä ja jo masennusoireiden on todettu lisäävän kuolleisuutta sydäninfarktiin. Depressio vaikuttaa sydämeen muun muassa vähentämällä sen sykevaihtelua altistaen sydämen rytmihäiriöille. Näin ollen voidaan katsoa, että masentuneen ihmisen sydän saattaa kirjaimellisesti särkyä. (Luutonen 2007.)

Sepelvaltimopotilaiden masennus jää usein alidiagnosoiduksi näiden kahden sairauden aiheuttamien oireiden päällekkäisyyksien vuoksi. Tästä johtuen myös sepelvaltimopotilaiden masennuksen hoito jää usein vajavaiseksi, mikä vaikuttaa alentavasti potilaiden elämänlaatuun. On viitteitä siitä, että masennuksen hoidolla voidaan vaikuttaa sepelvaltimotaudin ennusteeseen, ja erityisesti SSRI-lääkkeiden yhteyttä pienentyneeseen sydänkuolleisuuteen on tutkittu. (Luutonen 2007.) Alla on referenssinä yleisimpiä sydän- ja verisuonisairauksia oireineen.

4.1 Sepelvaltimotauti

Jo lapsuusaikana ihmiselle alkaa kertyä LDL-kolesterolia sepelvaltimoihin, jotka iän myötä lisääntyvät muodostaen aina suurempia ateroskleroottisia muutoksia. Ateroskleroosin muodostuminen suurten ja keskisuurten valtimoiden sisäkerrokseen on yksi sepelvaltimotaudin keskeisistä oireista. Sepelvaltimotaudin riski kasvaa, mitä nopeammin nämä muutokset yksilölle kehittyvät. (Kovanen & Pentikäinen 2016.)

Sepelvaltimotaudin syntyyn vaikuttavat elämäntavat, kuten tupakointi, ravinnon laatu sekä rasvan määrä ja verenpaine. Taudin riskitekijöitä, joihin yksilö ei voi vaikuttaa, ovat perimä, ikä ja sukupuoli (Kovanen & Pentikäinen 2016). Sepelvaltimotauti ilmenee muun muassa sydänlihaksen kuoliona, sydäninfarktina ja rasisusrintakipuna. Kliinisesti terveellä ihmisellä taudin ensimmäinen oire voi olla äkkikuolema. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015.)

4.2 Sydämen vajaatoiminta

Sydämen vajaatoiminnan yleisimmät syyt ovat sepelvaltimotauti ja verenpainetauti (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2015). Suomalaisista jopa 1-2 %:lla on sydämen vajaatoiminta. Noin puolet näistä potilaista sairastavat sepelvaltimotautia, kun taas yli puolet verenpainetauti. Sepelvaltimotauti voi johtaa sydämen vajaatoimintaan akuutisti sydäninfarktin yhteydessä tai vasta sen jälkeen. Pitkään kestänyt iskemia voi johtaa sydänlihaksen rappeutumiseen ja aiheuttaa toimintahäiriöitä ilman varsinaista infarktia. Akuuttiin sydämen vajaatoimintaan voi periaatteessa johtaa mikä tahansa sydämen toimintaan vaikuttava sairaus. Kroonisen vajaatoiminnan syntyyn liittyy yleensä jokin laukaiseva tekijä, jonka tunnistaminen on ensisijaisen tärkeää hoidon oikein kohdistamisen kannalta. (Kovanen & Pentikäinen 2016.)

Sydämen vajaatoiminnassa on kyse sydämen kammioiden kyvyttömyydestä supistua, laajentua tai täyttyä lepovaiheen aikana. Usein vaurio on sydämen vasemmalla puolella. Oikean kammion vajaatoiminta johtuu yleensä kroonisesta keuhkosairaudesta, uusiutuvasta keuhkoveritulpasta tai oikea kammiota vaurioittavasta sydäninfarktista. Sydämen vajaatoiminnassa on hyvin usein kyse systolisen ja diastolisen toimintahäiriön yhdistelmästä. (Kovanen & Pentikäinen 2016.)

Oireina ilmenee muun muassa hengenahdistusta ja lihasväsymystä, joiden seurauksena potilaiden fyysinen suorituskyky usein laskee. Sydämen minuuttitilavuuden laskiessa sydämen vajaatoiminnan seurauksena, munuaisten verenkierto heikkenee ja vettä ja natriumia kertyy elimistöön. Myös eteis- ja kammioperäiset rytmihäiriöt ovat tyypillisiä. Sydämen vajaatoimintaan liittyykin melko yleinen äkkikuoleman riski, sen aiheuttamien hengenvaarallisten kammiorytmioiden vuoksi. (Kovanen & Pentikäinen 2016.)

4.3 Korkea verenpaine

Verenpaineen ollessa normaalia korkeampi, kutsutaan sitä kohonneeksi verenpaineeksi eli hypertensioksi. Kohonnut verenpaine on joko primaarista eli essentiaalista tai sekundaarista eli jostain syystä johtuvaa hypertensiota. Prosentuaalisesti näistä enemmän esiintyy primaarista hypertensiota, sekundaarista vain noin 5-10 % kaikista kohonneen verenpaine diagnosoimista saaneista. Jopa 50 % tapauksista vaikuttavat perintötekijät ja kohonnutta verenpainetta sairastavan sisaruksella on yli kolminkertainen hypertensioriski muuhun väestöön verrattuna. Kuitenkaan ei ole yksiselitteistä, mikä sairastuvuus johtuu geneettisistä syistä ja mikä elämäntavoista. Kohonneen verenpaineen diagnosointi perustuu huolellisesti toistettuihin verenpaineen mittauksiin. Potilaiden hoito pyrkii normalisoimaan verenpainetasoa ja samalla vähentämään muiden sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöiden syntyä. (Kantola & Niiranen 2016.)

Sydämen joutuessa käyttämään enemmän energiaa veren pumppaukseen, verisuonten lisääntyneen vastuksen vuoksi, verenpaine kohoaa. Vähitellen hypertensioon liittyy myös sydämen ja verisuonten toiminnan ja jopa rakenteiden muutoksia. Nämä muutokset voivat ajan kuluessa johtaa ennenaikaiseen kuoleisuuteen. On kuitenkin tärkeä muistaa, ettei kohonnut verenpaine ole varsinaisen sairauden oire, vaan oire, joka altistaa sairauden kehittymiselle. Optimaalinen verenpaine on < 120/80 mmHg ja suomalaisista tälle tasolle ylittää naisista 29 % ja miehistä 12 %. Miljoona suomalaista käytti verenpainetta alentavaa lääkettä vuonna 2012. (Kantola & Niiranen 2016.)

4.4 Metabolinen oireyhtymä

Metaboliseen oireyhtymään kuuluu liuta oireita, jotka esiintyvät yhdessä niin usein, ettei sattumalle jää sijaa. Tällaisia oireita ovat muun muassa insuliiniresistenssi, vatsaonteloon kertyvä ylimääräinen viskeraalinen rasva ja ektooppinen rasvoittuminen. Myös dyslipidemia, kohonnut verenpaine ja lihavuus ovat yleisiä metabolisen oireyhtymän oireita. Toistaiseksi on epäselvää onko insuliiniresistenssi metabolisen oireyhtymän itsenäinen etiologinen oire, vai muiden

oireiden seurausta. Kuitenkin sen tiedetään korreloivan voimakkaasti viskeraalisen rasvan määrän kanssa. Metabolisen oireyhtymän ominaisuudet lisäävät riskiä sairastua diabetekseen, ateroskleroottiseen valtimosairauteen sekä muihin sairauksiin. Hieman epätarkka arvio viskeraalisen rasvan määrästä saadaan hyvin käytännönläheisellä ja helpolla menetelmällä, eli vyötärönympäryksen mittauksella. Suuri vyötärönympäryys kertoo keskivartalolihavuudesta, mikä kertoo korkean viskeraalisen rasvan määrästä. (Kovanen & Pentikäinen 2016.)

5 PSYYKENLÄÄKKEET

Klooripromatsiini on ensimmäinen varsinainen psykoosilääke ja on ollut käytössä jo 1950-luvulta asti. Sen käyttö laajeni hyvin nopeasti ja sen katsotaankin toimineen ensi sysäyksenä 1950- ja 1960-luvuilla tapahtuneeseen mielisairaaloiden tyhjenemiseen. Vaikkakin psykoosilääkkeitä kritisoitiin alkuun rajustikin, ikään kuin ”kemiallisina pakkopaitoina”, on niillä vielä nykypäivänäkin erittäin tärkeä asema erilaisten mielenterveyden häiriöiden hoidossa. Seuraava psykoosilääke, haloperidoli, löydettiin noin 10 vuotta klooripromatsiinin jälkeen. (Pelkonen & Korpi 2014.)

Seuraava suuri muutos psykoosilääkkeiden kehityksessä oli ensimmäinen epätyypillinen psykoosilääke klotsapiini. Se tuli Euroopassa markkinoille 1970-luvulla. Se erosi perinteisistä psykoosilääkkeistä haittavaikutusprofiililtaan, koska ei aiheuttanut ekstrapyramidaalioireita juuri lainkaan. Sen sijaan klotsapiinin haittavaikutuksiin kuuluu muita hankalia haittoja, joista johtuen sitä ei suositella käytettävän ennen, kuin vähintään kahden muun psykoosilääkkeen vastetta on kokeiltu. Klotsapiinin vakaviin haittoihin kuuluu muun muassa agranulosytoosi, jonka vuoksi potilaita tulee seurata verenkuvaa säännöllisesti verikokein. Nykyisin klotsapiinin tiedetään myös olevan erittäin tehokas erityisesti vaikeahoitoisille ja negatiivisista oireista kärsiville potilaille. (Pelkonen & Korpi 2014.)

Nykyisin käytössä on paljon muitakin epätyypillisiä psykoosilääkkeitä. Muun muassa risperidoni, olantsapiini, ketiapiini ja aripipratsoli. Näistä aripipratsoli on yksi uusimpia psykoosilääkkeitä ja sillä on varsin vähän kiusallisia haittavaikutuksia. Aripipratsolin käyttöön ei liity painonnousua, sydämen johtumisajan pidentymistä eikä ekstrapyramidaalioireita. (Pelkonen & Korpi 2014.)

Taulukossa 2 on vertailtu tavallisimpien psykoosilääkkeiden haittoja. Taulukosta on nähtävissä, että haloperidoli, ketiapiini, klotsapiini ja olantsapiini aiheuttavat sydänvaikutuksia. Lisäksi painonnousua aiheuttavat ketiapiini, klotsapiini, olantsapiini, perfenatsiini ja rispironi. (Koponen & Lönnqvist 2001)

TAULUKKO 2. Tavallisimpien psykoosilääkkeiden haittojen vertailua.

Lääke	Väsymys	Painon nousu	Sydän vaikutukset
Aripipratsoli	0	0	0
Haloperidoli	0	0	0 - +
Ketiapiini	0 - ++	++	+
Klotsapiini	+++	+++	++
Olantsapiini	+	+++	0 - +
Perfenatsiini	+	+	0
Risperidoni	+	+ -	0

Masennuslääkkeiden tavoitteena on kohottaa potilaan mielialaa ja vähentää masentuneisuutta. Masennuslääkkeet voidaan jakaa trisyklisiin, serotoniinin takaisinoton estäjiin eli SSRI-lääkkeisiin ja muihin masennuslääkkeisiin, joilla kaikilla on sama päämäärä, mutta hieman erilaiset vaikutusmekanismit potilaan mielialan kohottamiseksi. (Pelkonen & Korpi 2014).

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön lääkehoidossa keskeisessä asemassa on litium, joka tavallisesti luetaan masennuslääkkeiden joukkoon. Litium estää ja lieventää äärimmäisiä mielialan vaihteluja, jotka ovat kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä kärsivälle potilaalle varsin tyypillisiä. Muita kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön käytetyistä lääkkeistä ovat muun muassa monet epilepsialääkkeet sekä osa epätyypillisistä psykoosilääkkeistä. (Pelkonen & Korpi 2014.)

Unihäiriöiden, ahdistuneisuuden ja tuskaisuuden hoidossa tehokkaaksi lääkeaineryhmäksi on todettu bentsodiatsepiinit. Ensimmäinen bentsodiatsepiini, klooridiatsepoksidi, tuli käyttöön vuonna 1961, jonka jälkeen ne syrjäyttivät muut rauhoittavat ja unilääkkeet. Eri bentsodiatsepiinit eroavat reseptoriaffiniteetin eli voimakkuutensa suhteen. Lyhytvaikutteisia bentsodiatsepiineja suositaan nukahtamisvaikeuksien vuoksi, pitkävaikutteiset taas ovat parempia yöheräilyn ja aamuyön valvomisen hoitoon. Erityisesti diatsepaami on bentodiatsepiineista hyvin monikäyttöinen. Diatsepaamia käytetään epileptisten kohtausten laukai-

semisessä, lihasrelaksanttina, alkoholivieroitusoireiden hoidossa sekä pienimuotoisissa toimenpiteissä rauhoittavana lääkkeenä. Bentsodiatsepiinit ovat tavallisesti hyvin siedettyjä ja ne aiheuttavat vain vähän somaattisia haittoja, mutta niiden pitkäaikaiseen käyttöön liittyy riski fyysisestä riippuvuudesta ja lopettamisen jälkeisistä vieroitusoireista. (Pelkonen & Korpi 2014.)

Osa sekä perinteisistä että epätyypillisistä psykoosilääkkeistä aiheuttaakin merkittävää painonnousua. Epätyypillisistä psykoosilääkkeistä klotsapiini ja olantsapiini ovat tässä suhteessa selvästi ongelmallisimmat. Ketiapiini ja risperidoni aiheuttavat merkittävää painonnousua harvemmin ja tsiprasidonin, sertindolin sekä aripipratsolin käyttöön liittyy taas selkeästi vähäinen tai lähes olematon painonnousu. (Huttunen 2015b.) Noin kolmasosalla psykoosilääkkeillä hoitetuista skitsofreenikoista on metabolinen oireyhtymä. (Pelkonen & Korpi 2014.)

Masennuslääkkeet voivat laskea etenkin iäkkäiden verenpainetta. Pystyasennossa esiintyvä epätavallisen matala verenpaine voi olla vaarallinen, sillä se aiheuttaa kaatumisia ja loukkaantumisia. Erityisesti trisykliset masennuslääkkeet, mianseriini, mirtatsapiini ja tratsodoni aiheuttavat epätavallisen matalaa verenpainetta. Trisyklisistä masennuslääkkeistä nortriptyliini on tässä suhteessa turvallisin. Trisykliset masennuslääkkeet voivat myös hidastaa sydänlihaksen ärsyksen johtumisnopeutta. Tämän takia trisyklisiä masennuslääkkeitä ei suositella sydämen haarakatkoksesta kärsiville. (Huttunen 2015a.)

Psykoosilääkkeistä suoria haittavaikutuksia sydän- ja verenkiertoelimistölle aiheuttavat ainakin klotsapiini, risperidoni ja haloperidoli. Klotsapiinin yksi harvinaisista, mutta vakavista haittavaikutuksista on sydänlihaksen tulehdus, joka voi olla hengenvaarallinen. Sydänlihaksen tulehdus havaitaan usein pian klotsapiinihoidon aloituksen jälkeen. Oireina esiintyy hengenahdistusta ja sydänoireita. Sydänsairailla potilailla klotsapiinin käyttö vaatii erityistä varovaisuutta. (Huttunen 2015b.) Risperidoni voi aiheuttaa sydämen eteisvärinää, johtumiskatkoksia, hidasta sydämen sykettä ja sydämentykyttelyä (Lääkeinfo 2014). Neuroleptit, fentiatsiinijohdokset, butyrofenonijohdokset ja piperidiinijohdokset puolestaan pidentää sydämen QT-aikaa, joka tulee huomioida lääkitystä aloitettaessa erityisesti potilailla, joilla QT-ajan tautitiloja on havaittu. (Yli-Mäyry 2014)

6 SAIRAAHOITAJAN OSAAMISVAATIMUKSET

Linnainmaa (2006) toteaa Pro Gradu -tutkielmassaan, että psykiatrisella sairaanhoitajalla tulee olla tietämystä myös somaattisista sairauksista ja lääkkeistä. Koska mielenterveyden häiriöt vaikuttavat asiakkaiden jokapäiväisessä elämässä ja toimissa, tulee sairaanhoitajilla olla valmius antaa tukea elämän kaikissa osa-alueissa. Psykiatrisessa hoitotyössä korostuu hoitaja-potilassuhde, jonka perustana ovat empatia ja aitous sekä sairaanhoitajan kyky tunnistaa asiakkaan tuen tarpeet sekä asiakkaan voimavaroja. Jane Purdy (2013) on tullut siihen johtopäätökseen, että näiden lisäksi psykiatrisen sairaanhoitajan tulee myös pystyä tukemaan potilasta positiiviseen ajatteluun ja positiivisiin tunteisiin kroonisen sairauksien välttämiseksi ja niiden hoitokeinona.

Laki velvoittaa kuntaa ja sairaanhoitopiiriä palkkaamaan riittävästi terveydenhuollon ammattilaista. Sama laki velvoittaa hoito- ja toimintatapojen kehittämistä. Laki velvoittaa asianmukaiset toimitilat ja toimintavälineet toimenpiteiden suorittamiseen. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2010/1326.) Terveystieteiden tutkimuskeskuksen perusvalikoimaan kuuluvat lain mukaan sairauksien ennaltaehkäisy, sairauden toteamiseksi tehtävät tutkimukset sekä taudinmääritys, hoito ja kuntoutus. Kuten myös terveydenhuoltolaki sanoo, perusterveydenhuollon on vastattava potilaan hoidon kokonaisuuden yhteensovittamista ja terveydenhuollon toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Palvelut on järjestettävä ja oltava saavutettavissa yhdenvertaisesti koko alueellaan. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2010/1326.)

Lain mukaan sairauksien ehkäisyä tukeva terveysneuvonta on sisällytettävä kaikkiin terveydenhuollon palveluihin. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen ja terveydenhuollon tarkoituksena on tukea työ- ja toimintakykyä ja sairauksien ehkäisyä sekä edistettävä mielenterveyttä ja elämäntilannetta. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2010/1326.)

Sairaanhoitajien eettiset ohjeet ohjeistavat hoitajia kehittämään ammattitaitoaan ja edistämään ja ylläpitämään väestön terveyttä (Sairaanhoitajaliitto 1996). Myös laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (1994/559) ohjaa sairaanhoitajia

jatkuvaan ammatilliseen kehittymiseen. Lain mukaan sairaanhoitaja on velvollinen ylläpitämään ja kehittämään ammattitoiminnan edellyttämiä tietoja ja taitoja sekä seuraamaan toimintaansa koskevia säännöksiä ja määräyksiä. Työnantaja puolestaan huolehtii siitä, että terveydenhuollon ammattihenkilö osallistuu tarvittavaan ammatilliseen täydennyskoulutukseen tai muihin ammatillista kehitystä tukeviin menetelmiin.

Sairaanhoitajien opinnot pitävät sisällään lain mukaan perus- ja ammattiopintoja, vapaasti valittavia opintoja, ammattitaitoa edistävää harjoittelua ja opinnäyte-työn. Opintojen laajuus on 210 opintopistettä, joista harjoittelun osuus on vähintään 30 opintopistettä. Lisäksi sairaanhoitajan tulee täyttää Euroopan unionin lainsäädännön asettamat vaatimukset. (Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluista 129/2014) Tämän lisäksi Diakonia-ammattikorkeakoulu tarkentaa opiskelijoiden opiskelevan käden taitoja ja erilaisten terveys- ja hyvinvointihaasteiden kohtaamista ja auttamista. Sairaanhoitajana toimiminen ja työssä kehittyminen edellyttävät käytännöllisiä perustietoja ja -taitoja sekä teoretietoutta. (Diakonia-ammattikorkeakoulu i.a..)

Sairaanhoitajaliitto on määrittänyt sairaanhoitajille kollegiaalisuusohjeet (Sairaanhoitajaliitto 2014), joiden tarkoitus on tukea sairaanhoitajien ammatillista työskentelyä ja tähdätä potilaan parhaaseen mahdolliseen hoitoon. Ohjeiden mukaan sairaanhoitaja tunnistaa ja tunnustaa sekä oman että kollegan osaamisen. He konsultoivat kollegoitaan vastavuoroisesti. Vastuu, päätösvalta ja tehtävät jaetaan kollegoiden kesken tasapuolisesti ja kohtuullisesti. Sairaanhoitaja tukee kollegoitaan työtehtävissä ja päätöksenteossa ja puuttuu kollegan toimintaan, jos se uhkaa potilasturvallisuutta.

Sairaanhoitajan päämääränä on terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä sairaiden parantaminen ja heidän kärsimystensä lievittäminen. Työssään sairaanhoitajan on sovellettava yleisesti hyväksytyjä ja kokemusperäisiä perusteltuja menettelytapoja koulutuksensa mukaisesti. Menettelytapoja on jatkuvasti pyrittävä täydentämään. Hoitajan on huomioitava potilaalle koituvat hyödyt ja haitat ja osattava arvioida ne. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559.)

Terveyden edistäminen määritellään myös kansanterveyslailla ja se on osa kansanterveystyötä. Ihmisen hyvinvointiin vaikuttavat elintavat ja elinympäristö. Liikunta ja terveellinen ruokavalio ovat perusta hyvinvoinnille. Ne ehkäisevät sairauksia, lisäävät toimintakykyä ja parantavat terveyttä. Kannustamalla ihmisiä terveellisempiin elämäntapoihin voidaan vähentää sydän- ja verisuonisairauksien määrää. (Sosiaali- ja terveysministeriö i.a..) Eri väestöryhmien ja eri alueilla asuvien ihmisten tarpeet tulisi tunnistaa terveyden edistämisen oikean kohdentamisen vuoksi. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016b) Elintapoihin liittyvien terveysongelmien riskiä voidaan alentaa ja sairastavuutta vähentää 20–40 %. Terveyttä voidaan edistää ennaltaehkäisevästi. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014b.)

Vaikka opinnäytetyössä on huomioitu myös lähihoitajat, ei heidän osaamiseensa ole teoreettiselta kannalta syvennytty. Lähihoitajien osaamisvaatimuksia ei ole pohdittu, koska opinnäytetyö tehdään hoitotyön koulutusohjelmaa varten. Työ antaa hyvän pohjan tutkia myös lähihoitajien osaamista.

7 OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoitus oli kartoittaa psykiatrian poliklinikoiden sairaanhoitajien ja lähihoitajien omaa kokemusta siitä, millaiset tiedot heillä on sydän- ja verisuonisairauksista. Opinnäytetyössä selvitetään kokevatko sairaanhoitajat ja lähihoitajat osaavansa huomioida sydän- ja verisuonisairauksien riskin potilailleen. Opinnäytetyön tavoitteena oli parantaa sairaanhoitajien ja lähihoitajien valmiutta tunnistaa ja kohdata sydän- ja verisuonisairauksia sairastavia mielenterveyspotilaita. Mielenterveyspotilaat tarvitsevat säännöllistä ja yksilöllistä terveydentilan seuranta (Koponen & Lappalainen 2015).

Opinnäytetyön tutkimusongelma:

Onko sairaanhoitajilla ja lähihoitajilla riittävästi tietoa potilaidensa sydän- ja verisuonisairauksia?

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset:

1. Miten sairaanhoitajat ja lähihoitajat huomioivat työssään mielenterveyspotilaiden riskin sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin?
2. Kokevatko sairaanhoitajat ja lähihoitajat kaipaavansa lisäkoulutusta sydän- ja verisuonisairauksien tunnistamiseen?

8 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

8.1. Opinnäytetyön toteutus

Opinnäytetyön tutkimustulosten keruumenetelmäksi on valittu määrällinen menetelmä. Suuri otos antaa paremman näytön siitä, kokevatko sairaanhoitajat ja lähihoitajat puutteita tiedoissaan sydän- ja verisuonisairauksista. Ottamalla kaikki Helsingin psykiatrian poliklinikat mukaan opinnäytetyöhön, tulevat esiin myös mahdolliset aluekohtaiset erot. Aluekohtaisilla eroilla on merkitystä mahdollisten jatko- ja kehittämisprojektien kannalta.

Määrällinen eli kvantitatiivinen tutkimus on tilastollinen menetelmä, joka pyrkii antamaan kysymyksiin vastauksia lukumäärin. Tutkimuksellisesti on tärkeää, että kvantitatiivisessa tutkimuksessa on riittävän suuri otos. Tutkimusmenetelmää voidaan käyttää myös pienempiin ryhmiin, mutta raportointikäytännöt ovat silloin erilaiset. Kvantitatiivisen tutkimuksen aineiston tulee olla esitettävissä numeerisessa muodossa ja tutkimuksen suorittaja toimii havainnoitsijana, ei osallistujana. Määrällisen tutkimuksen analysointi on matemaattista ja tilastollista. Vaikka määrällisin menetelmin vastauksia saadaan runsaasti, vaatii niiden oikeanlainen tulkinta tutkimuskohteen tuntemista ja tuekseen teoriaa ollakseen tieteellinen tutkimus. (Tuomi 2007, 95.)

Kyselylomake (liite 2) on luotu tutkimusongelman ja tutkimuskysymysten pohjalta. Kyselyn alussa on tiedusteltu vastaajien ikää, työvuosia sekä mahdollista työkokemusta somaattisesta hoitotyöstä. Näillä kysymyksillä on luotu vertailupohja saatujen vastausten kartoitukseen. Muita vastaajien tunnistetietoja ei opinnäytetyötä varten kysytty. Tällaisten yksinkertaisten kysymysten sijoittelu kyselyyn saattaa lisätä motivaatiota kyselyn loppuun saattamisessa. Yhteistyökumppanin toiveesta kyselylomakkeeseen on lisätty monivalintakysymyksiä tarkentamaan tulosta. Kyselylomakkeen on tarkastanut neljällä sairaanhoitajaopiskelijalla, joilta saatu palaute oli positiivista.

Kysely on toteutettu Webpropol-ohjelman kautta. Kyselylinkki on lähetetty Pohjoisen psykiatrian poliklinikan ylihoitajalle, joka puolestaan välitti linkin poliklinikoiden osastonhoitajille. Osastonhoitajat välittivät kyselyn lopulta sairaanhoitajille ja lähihoitajille. Vastausaikaa kyselyyn vastaamiseen oli kolme viikkoa, jonka puolesta välissä on lähetetty muistutusviesti kyselyyn vastaamisesta. Alhaisen vastausprosentin vuoksi vastausaikaa kyselylle jatkettiin viikolla ja vastaajille lähetettiin uusi muistutusviesti.

8.2 Yhteistyökumppani

Opinnäytetyön perusjoukko oli Helsingin kaupungin psykiatria- ja päihdekeskusten psykiatrian poliklinikoiden sairaanhoitajat ja lähihoitajat. Poliklinikat tarjoavat neuvontaa sekä psykiatrista tutkimusta, hoitoa ja kuntoutusta helsinkiläisille. Psykiatrian poliklinikoille hakeudutaan lääkärin läheteellä. Hoito poliklinikalla alkaa tutkimus- ja arviointikäynneillä, jonka jälkeen potilaalle annetaan hoitosuositus tai sovitaan hoidon jatkumisesta psykiatrian poliklinikalla. (Helsingin kaupunki 2015).

Psykiatrian poliklinikoita on Helsingissä neljä kappaletta: etelän, idän, lännen ja pohjoisen. Opinnäytetyön otos käsitti näiden kaikkien neljän poliklinikan sairaanhoitajat sekä lähihoitajat, joita oli yhteensä 117. Yhteistyöhenkilönä opinnäytetyölle toimi Pohjoisen psykiatrian poliklinikan ylihoitaja Kati Sinivuori. Tutkimusluvan ehtona oli, että opinnäytetyön tuloksien esittelyä on tarjottava kaikille yhteistyökumppaneille eli tässä tapauksessa neljälle psykiatrian poliklinikalle.

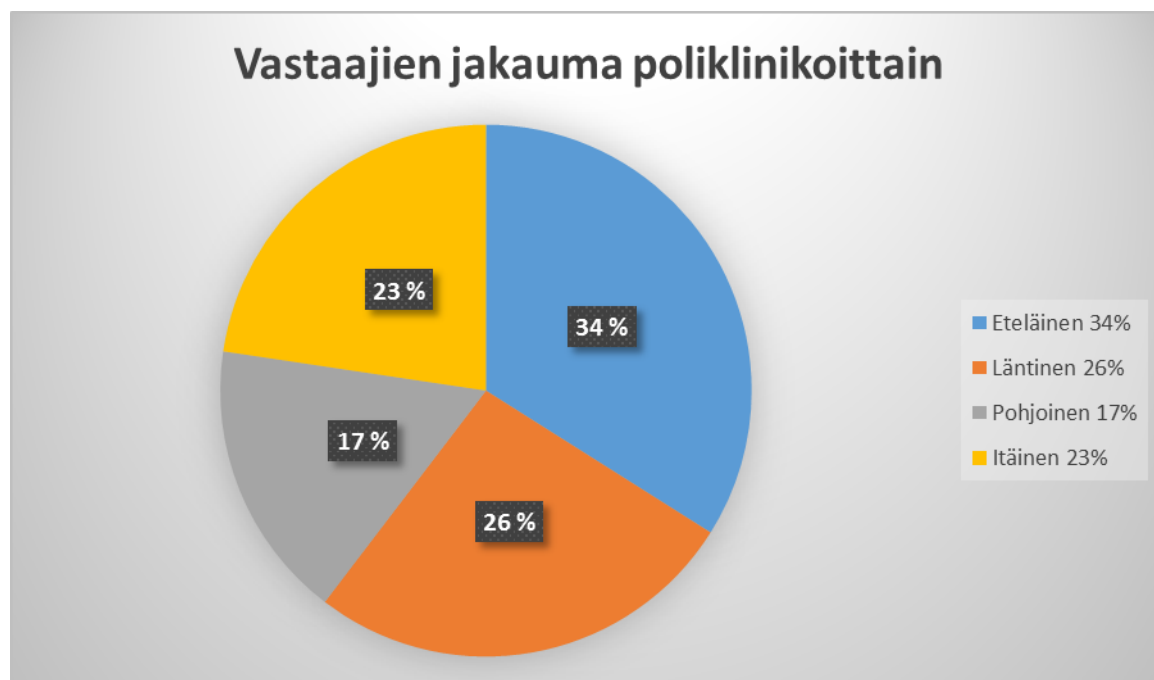
Taulukosta 3 on nähtävissä psykiatrian poliklinikoiden sairaanhoitajien ja lähihoitajien jakauma alueittain. Helsingin kaupungin psykiatrian poliklinikoilla työskentelee yhteensä 89 sairaanhoitajaa ja 28 lähihoitajaa. Eniten sairaanhoitajia ja lähihoitajia on etelän toimipisteellä.

Taulukko 3. Psykiatria- ja päihdekeskusten psykiatrian poliklinikoiden sairaanhoitajien ja lähihoitajien vakanssit

Psykiatrian poliklinikka	Sairaanhoitajat	Lähihoitajat
Etelä	28	10
Itä	24	6
Länsi	14	6
Pohjoinen	23	6
Yhteensä	89	28

9 TULOKSET

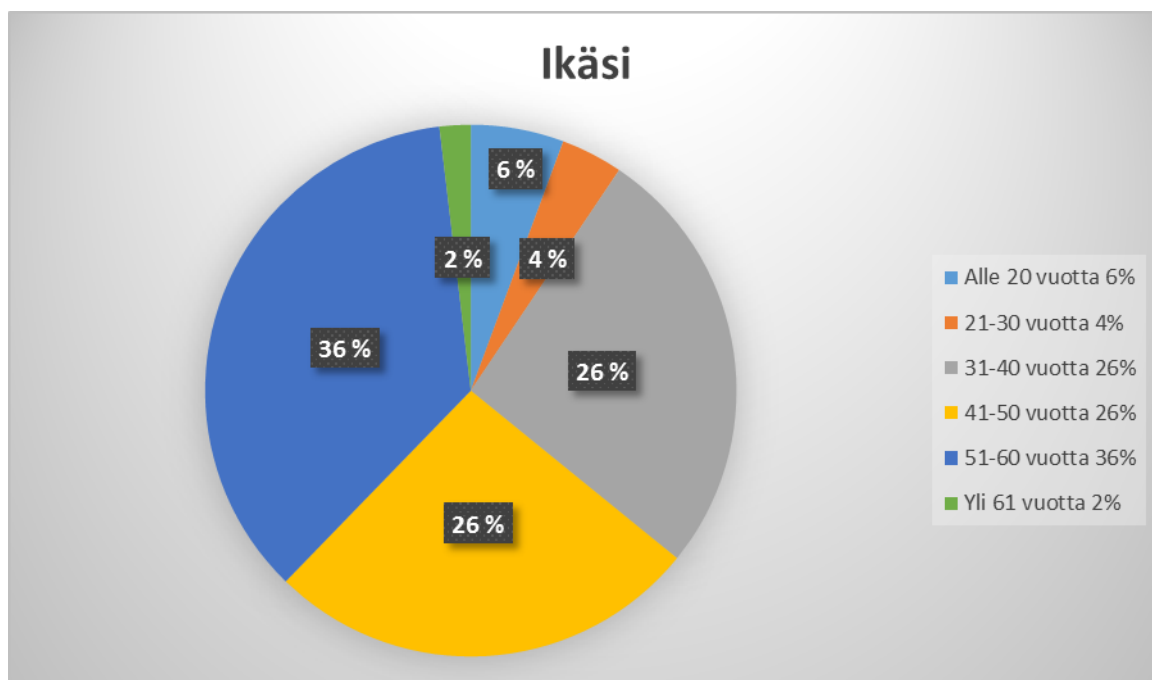
1. Minkä psykiatrian poliklinikan työntekijä olet?



KUVIO 1. Vastaajien jakautuminen poliklinikoittain.

Kysymykset 1-5 käsittelivät kyselyyn vastanneiden taustatietoja kuten toimipistettä, ikää, koulutusta ja työkokemusta. Kyselyyn vastattiin kaikista toimipisteistä seuraavan laisesti: Eteläisen psykiatrian poliklinikalta kyselyyn vastasi 14 hoitajaa, joka on 34 % kaikista vastaajista. Potentiaalisia vastaajia olisi ollut 38 etelään poliklinikalla. Lännessä vastasi 14 hoitajaa 20 hoitajasta. Lännen osuus on 26 % kaikista vastaajista. Idän 30 hoitajasta vastasi 12, mikä on 23 % kaikista vastanneista. Pohjoisen psykiatrian poliklinikan työntekijöistä kyselyyn vastasi 9 hoitajaa 29 hoitajasta. Kaikista vastanneista pohjoisen poliklinikan osuus oli 17 %.

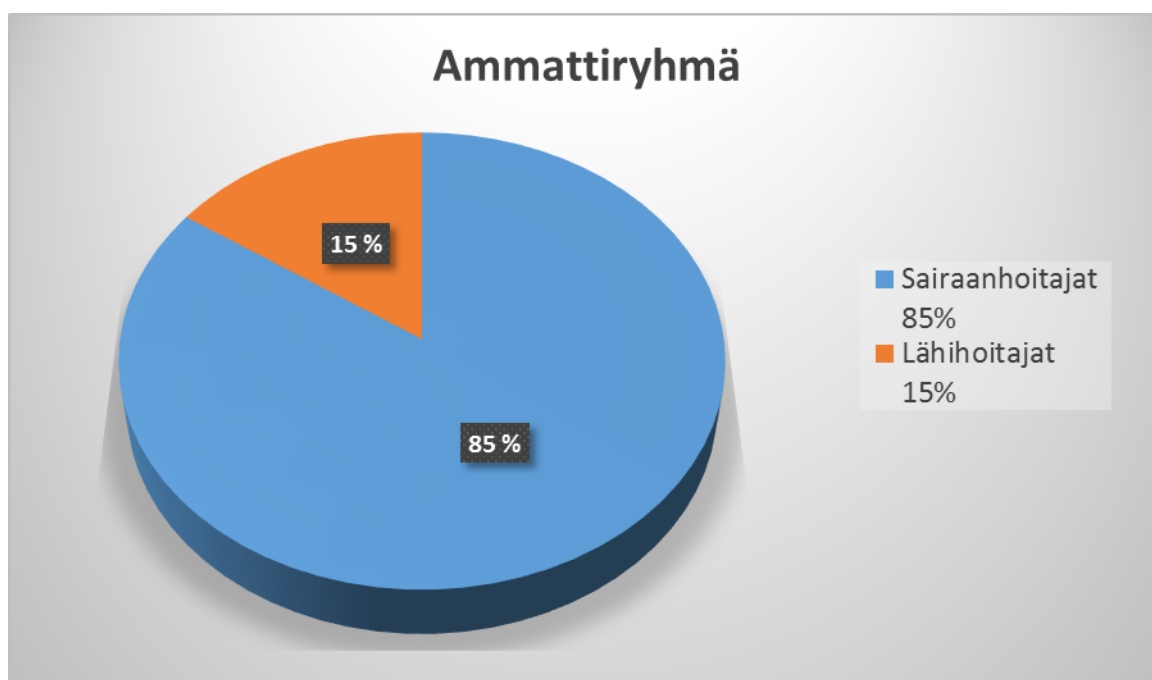
2. Ikäsi?



KUVIO 2. Vastaajien ikä.

Vastaajien ikäjakauma oli alle 20-vuotiaista yli 61-vuotiaaseen. Suurin osa vastaajista ($n=19$) oli iältään 51–60 vuotta. 31–40-vuotiaiden ja 41–50-vuotiaiden ryhmistä vastaajia oli yhteensä 28. Vähiten vastaajia oli alle 20-vuotiaissa ($n=3$), 21–30-vuotiaissa ($n=2$) ja yli 61-vuotiaissa ($n=1$). Kaikista vastaajista ($n=52$) 44 oli sairaanhoitajia ja 8 lähihoitajia

3. Oletko sairaanhoitaja vai lähihoitaja?



KUVIO 3. Vastaajien ammattiryhmä.

Kuviossa 3 on nähtävissä sairaanhoitajien ja lähihoitajien ammattiryhmien jakauma. Kyselyyn vastanneista 85 % oli sairaanhoitajia ja 15 % lähihoitajia.

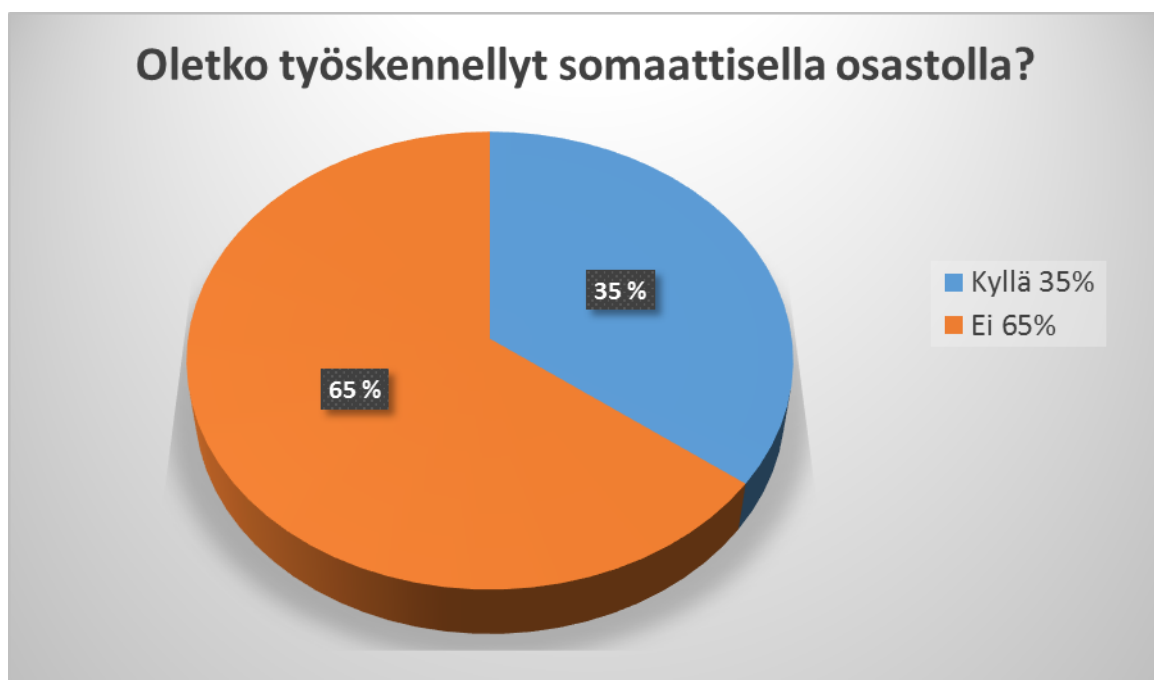
4. Kuinka monta vuotta olet toiminut sairaanhoitajana/lähihoitajana?



KUVIO 4. Vastaajien työkokemus.

Suurin osa vastaajista (n=15) oli toiminut sairaanhoitajana tai lähihoitajana yli 21 vuotta. 11 vastaajaa puolestaan oli toiminut tehtävissä 16–20 vuotta ja 12 vastaajaa 11–15 vuotta. Kuusi-kymmenen vuotta alalla oli työskennellyt 10 sairaanhoitajaa ja lähihoitajaa. Alle vuoden hoitotehtävissä vastaajista oli ollut kaksi hoitajaa ja 1-5 vuotta kolme hoitajaa.

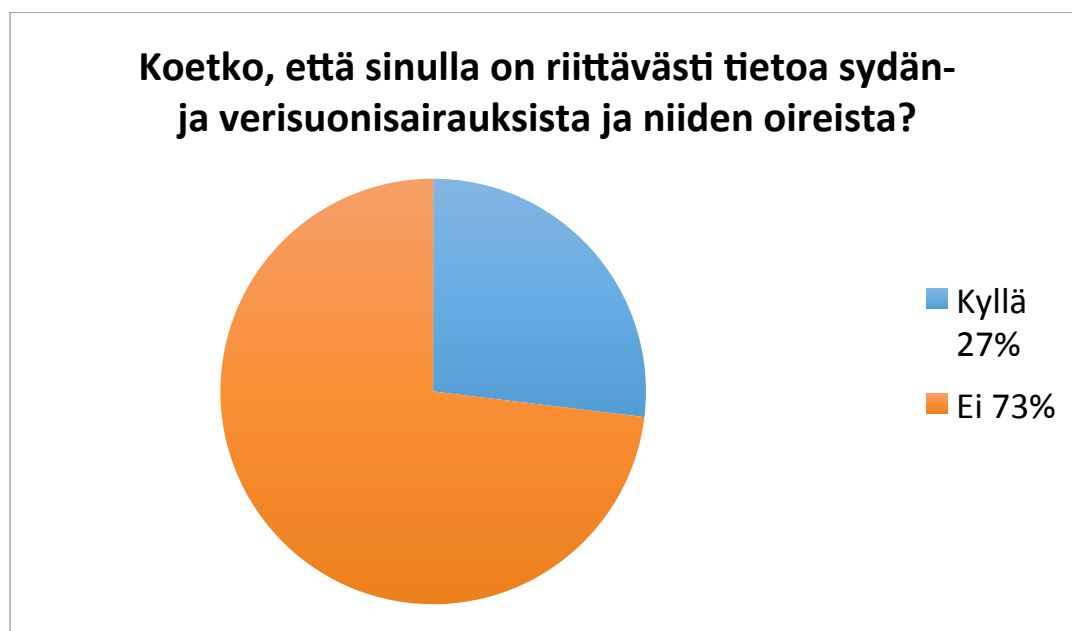
5. Oletko työskennellyt somaattisella osastolla? Jos vastasit kyllä, minkälaisella osastolla ja kuinka monta vuotta?



KUVIO 5. Vastaajien somaattisen kokemuksen kartoitus.

Suurin osa vastaajista (n=33) ei ole työskennellyt somaattisella osastolla. Somaattisella osastolla on työskennellyt 18 vastaajaa.

6. Koetko, että sinulla on riittävästi tietoa sydän- ja verisuonisairauksista ja niiden oireista?



KUVIO 6. Vastaajien kokemus tiedoista sydän- ja verisuonisairauksia koskien.

Suurin osa vastaajista (n=38) vastasi, ettei koe omaavansa riittävästi tietoa sydän- ja verisuonisairauksista ja niiden oireista. 14 vastaajaa koki omaavansa riittävän tiedon.

Enemmistö (n=39) vastaajista ei koe omaavansa riittävästi tietoa psyykenlääkkeiden ja muiden lääkkeiden vaikutuksista sydän- ja verisuonielimistölle. 10 vastaajaa koki jo omaavansa riittävästi tietoa aiheesta.

7. Alla väittämiä koskien sydän- ja verisuonisairauksia.



KUVIO 7. Sydän- ja verisuonisairauksiin liittyviä väittämiä.

Vastaajista suurin osa (n=34) vastasi omaavansa vähän tietoa niistä psyykenlääkkeistä, jotka nostavat riskiä sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin. Neljä vastaajaa ei kokenut tietävänsä riskeistä tarpeeksi ja 15 vastaajaa koki omaavansa aiheesta vahvaa tietoa.

Enemmistö (n= 35) omaa vahvaa tietoa tekijöistä, jotka nostavat sydän- ja verisuonisairauksien riskiä. Yksi vastaajaa koki, ettei omaa tietoa ja 17 vastaajaa koki omaavansa vähän tietoa.

Suurin osa vastaajista (n=38) kysyy asiakkaalta heidän fyysisestä terveydentilastaan käynnin yhteydessä. 13 vastaajaa valitsi vaihtoehdon kaksi ja kaksi vastaajaa vaihtoehdon yksi.

8. Alla väittämiä asiakkaan terveydentilan kartoittamisesta



KUVIO 8. Väittämiä terveydentilan kartoituksesta.

Vastaajista enemmistö (n=51) kysyy asiakkailta heidän alkoholinkäytöstään. 2 vastaajaa ei kysy alkoholin käytöstä. Enemmistö vastaajista (n=48) kysyy asiakkaan tupakoinnista. 5 vastaajaa ei kysy asiakkaan tupakoinnista. Vastaajista enemmistö (n=38) mittaa asiakkaan verenpaineen ainakin kerran vuodessa. 15 vastaajaa ei mittaa asiakkaan verenpainetta vuosittain. Asiakkaan painon mittaa 37 vastaajaa. 16 vastaajaa ei mittaa painoa vuosittain.

Seuraan potilaisen perusmittauksia verenpaine, paino, vyötärö 2-3 vuodessa. Jos potilas tarvitsee tukea esim. painon pudotukseen, seuraan tiuhemmin ja samalla opastan ruokaympyrässä. -Vastaaja

9. Koetko, että sinulla on riittävästi tietoa psyykenlääkkeiden ja muiden lääkkeiden vaikutuksesta sydän- ja verenkiertoelimistölle?



KUVIO 9. Vastaajien jakautuminen riittävästä tiedosta psyykelääkkeiden vaikutuksesta sydän- ja verenkiertoelimistölle.

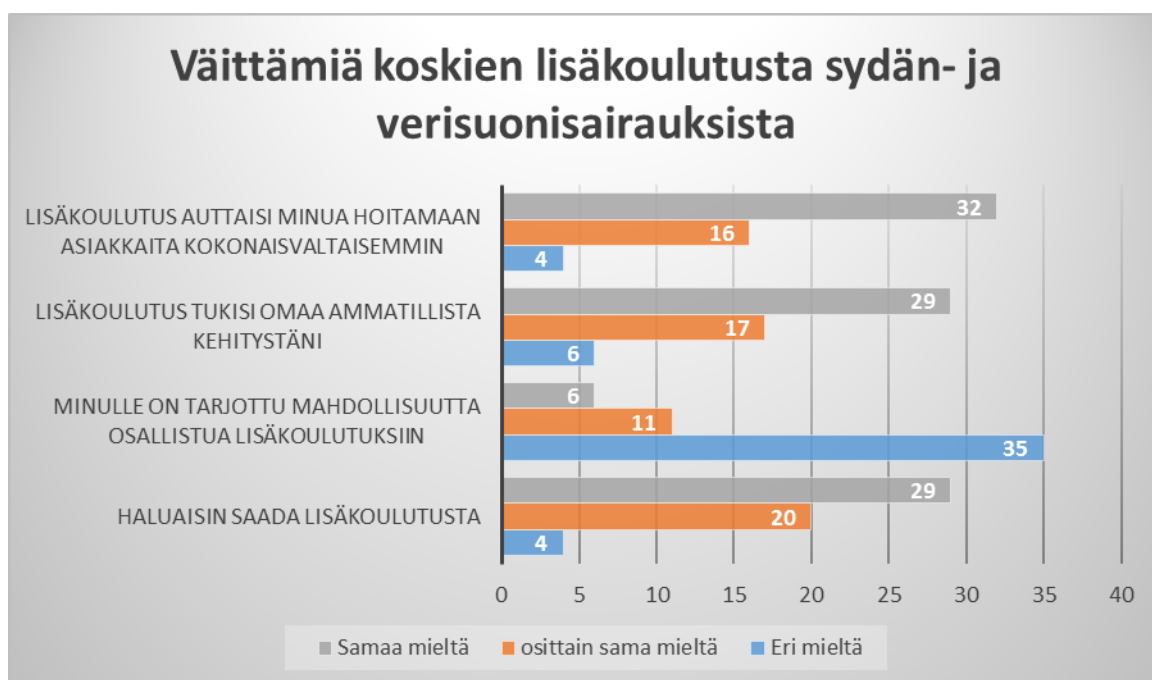
Enemmistö vastaajista (n=29) on samaa mieltä siitä, että he haluaisivat saada lisäkoulutusta sydän- ja verisuonisairauksista. 20 vastaajaa on samaa mieltä ja 4 vastaajaa on eri mieltä.

35 vastaajaa on eri mieltä väittämän 2 kanssa, jossa kysytään onko heille tarjottu mahdollisuutta osallistua lisäkoulutuksiin. 11 vastaajaa on osittain samaa mieltä ja 6 vastaajaa samaa mieltä, että heille on tarjottu mahdollisuutta osallistua lisäkoulutuksiin.

29 vastaajaa on samaa mieltä, että lisäkoulutus tukisi heidän ammatillista kehitystään. 17 vastaajaa on osittain samaa mieltä ja kuusi vastaajaa eri mieltä.

32 vastaajaa on samaa mieltä, että lisäkoulutus auttaisi heitä hoitamaan potilaita kokonaisvaltaisemmin. 16 vastaajaa on osittain samaa mieltä ja 4 vastaajaa eri mieltä.

10. Alla väittämiä koskien lisäkoulutusta sydän- ja verisuonisairauksista.



KUVIO 10. Väittämiä lisäkoulutuksen tarpeesta.

11. Jäikö jotain oleellista kysymättä? Onko jotain osaamista, josta olisit halunnut kertoa meille? Sana on vapaa.

Erittäin tarpeellinen. Tutkimustietoa tarvitaan, jotta pt:t saavat parempaa hoitoa kun hoitotyötä ja hoitajien osaamista kehitetään.

Toivoisin täsmä koulutusta esim. antipsykoottien vaikutuksista

Millainen hoitomotivaatio psyykkisesti ongelmallisella henkilöllä/potilaalla on hoitaa fyysistä puoltaan? Kokeeko potilas tarvitsevänsä siinä hoitajan/työntekijän apua?

Mahd. lisäkoulutus saisi mielellään olla suunnattu käsittelemään potilaita, joilla on psy sairaus, esim sch. Uusi taustatieto meidän potilasryhmistä olisi mielenkiintoista, hoito, ohjaus yms seikat voivat olla joltain osin erilaista kuin muulle väestölle.

Ohjaan potilaita helpostikin terveysasemalle lisätarkistuksiin/tutkimuksiin tai ainakin terv.hoitajan arvioitavaksi, jos itselläni herää huolta. En katso tarpeelliseksi, että meidän kaikkien on osattava kaikki asiat, mutta edelleenohjaustaito täytyy olla.

Seuraan potilaisen perusmittauksia verenpaine, paino, vyötärö 2-3 vuodessa. Jos potilas tarvitsee tukea esim. painon pudotukseen, seuraan tiuhemmin ja samalla opastan ruokaympyrässä.

12. Onko kysely mielestäsi ajankohtainen?



KUVIO 12. Kyselyn ajankohtaisuus.

10 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimuksen perusteella vastaajilla ei ole riittävästi tietoa sydän- ja verisuonisairauksista ja niiden oireista. Tästä huolimatta heillä on tietoa eri riskitekijöistä ja riskiä nostavista psyykenlääkkeistä. He myös kysyvät asiakkaiden terveydentilasta käyntien aikana. Vastaajista suurin osa kysyi myös asiakkaiden elintavoista, kuten alkoholin käytöstä ja tupakoinnista. Suurempaa hajontaa vastaajien välillä oli kohdissa, joissa kysytään verenpaineen ja painon mittaamista kerran vuodessa.

TAULUKKO 4. Vastaajien kokemuksia omista tiedoistaan sydän- ja verisuonisairauksien oireista ja vastaajien asiakkailleen tekemistä näitä oireita kartoittavista tutkimuksista.

	Kyllä	Ei
Koetko, että sinulla on riittävästi tietoa sydän- ja verisuonisairauksien oireista?	14	38
Mittaaan asiakkaan verenpaineen ainakin kerran vuodessa	38	15
Mittaaan asiakkaan painon kerran vuodessa	37	16

Hajonnasta huolimatta, suurin osa vastasi mittaavansa painon ja verenpaineen vähintään kerran vuodessa. Riskitekijöiden tunnistamisesta ja somaattisten tutkimusten toteuttamisesta huolimatta enemmistö vastaajista ei kokenut omaavansa riittävästi tietoa psyykenlääkkeiden ja muiden lääkkeiden vaikutuksista

sydän- ja verisuonielimistöille. Tähän he toivoivat erityisesti lisäkoulutusta. Lisäkoulutuksen vastaajat kokivat tukevan omaa ammatillista kehitystä sekä auttavan hoitamaan potilaita kokonaisvaltaisemmin. Vastaajien mukaan mahdollisuutta osallistua lisäkoulutukseen ei juurikaan ole ollut.

Ymmärrän, että kysely koskee vain pientä osaa somaattisesta osaamisesta (psyykelääkkeet ja sydän- ja verenkiertoelimistö). Jos miettii lisäkoulutusta tai oman ammatillisen kehityksen lisäämistä, niin sitten koulutuksen sisältö pitäisi olla huomattavasti laajempi kuin vain sydän- ja verisuonisairaudet (esimerkiksi psykiatriassa tulee vastaan mielestäni aika paljon harvinaisia sairauksia, erilaisia vammautumisia, kipupotilaita, neurologisia sairauksia ja toki muutenkin somaattisesti sairaita). Kokonaisvaltaiseen osaamiseen liittyisi siis muutakin kuin vain lääkkeet ja yksi sairausryhmä. Toki on tarpeen tietää hoitajienkin erotusdiagnostisia sairauksia psyykepotilaita ja lääkkeitä ja niiden vaikutuksista pitäisi tietää paljon ja pysyä ajan tasalla kun uusia lääkkeitä tulee koko ajan lisää - vastaaja

Erityisesti tämä vastaus vahvistaa hypoteesia, että psykiatriset hoitajat kaipaisivat lisäkoulutusta monista eri somatiikan sairauksista. Rajasimme opinnäytetyömme koskemaan vain sydän- ja verisuonisairauksia, jotta se vastaisi enemmän opinnäytetyön laajuutta. Tämän kuten muutaman muunkin kannustavan palautteen pohjalta herää vahva tarve lisätutkimuksille sekä koulutuksille. Suurin osa vastaajista koki opinnäytetyön myös ajankohtaiseksi.

WHO (2013) määrittää Euroopan mielenterveystyön toimintasuunnitelmassaan suositukset mielenterveyspotilaiden somaattisen hoidon toteutukselle. Suunnitelmassa pyritään saamaan mielenterveysongelmista kärsivien ihmisten elinajanodote vastaamaan muun väestön ikä- ja sukupuolivakioitua elinajanodotetta sekä varmistamaan heidän pääsynsä fyysistä terveyttä hoitavien palveluiden piiriin. Vakavaa mielenterveyshäiriötä sairastavien ihmisten elinajanodotteen arvioidaan olevan 20–30 vuotta alhaisempi kuin muun väestön. Kuolleisuus johtuu huonosta fyysisestä terveydentilasta. Tietysti epäterveelliset elämäntavat ja tietyt psyykelääkkeet ovat osa syy tälle huonolle fyysiselle tervey-

dentilalle, mutta myös terveystalveluiden saavutettavuus, tuottaminen ja käyttö vaikuttavat eröihin muun väestön ja mielen-terveyshäiriötä sairastavien kuolleisuudessa. (WHO 2013.)

Mielen-terveyshäiriötä sairastavien fyysiseen hoitoon pääsyä ja erityisesti jatko-
hoitoon ohjausta tulisi parantaa. (WHO 2013.) Lain mukaan sairauksien ehkäi-
syä tukeva terveysneuvonta on sisällytettävä kaikkiin terveydenhuollon palve-
luihin. Näin ollen voidaan tulkita, että myös psykiatrian poliklinikoille kuuluisi
sairauksia ehkäisevä terveysneuvonta. Tällaista neuvontaa olisi muun muassa
painon ja verenpaineen mittaaminen sekä elintapojen kartoittaminen. (Tervey-
denhuoltolaki 2010/1326.) WHO:n toimintasuunnitelma ohjeistaa myös mielen-
terveyspalveluiden tarjoajia arvioimaan säännöllisesti kroonista somaattista sai-
rautta sairastavien ihmisten mielen-terveyden tilaa. Lisäksi se kehottaa toteutta-
maan fyysisen terveyden arviointia mielen-terveyden palveluissa. Tavoitteena
toimintasuunnitelmalla on tunnistaa somaattista sairautta sairastavien asiakkai-
den mielen-terveysongelmat ja hoitaa ne asianmukaisella tavalla, ja ohjata hei-
dät asianmukaiseen jatkohoitoon. (WHO 2013.)

*Ohjaan potilaita helpostikin terveysasemalle lisätarkistuk-
siin/tutkimuksiin tai ainakin terv.hoitajan arvioitavaksi, jos itselläni
herää huolta. En katso tarpeelliseksi, että meidän kaikkien on osat-
tava kaikki asiat, mutta edellohjaustaito täytyy olla. -Vastaaja*

Laki velvoittaa kuntaa ja sairaanhoitopiiriä palkkaamaan riittävästi terveyden-
huollon ammattilaista. Tästä on tulkittavissa, että sairaanhoitajia tulisi olla niin
paljon, että heillä on aikaa suorittaa somaattisia toimenpiteitä. Laki velvoittaa
asianmukaiset toimitilat ja toimintavälineet toimenpiteiden suorittamiseen. (Ter-
veydenhuoltolaki 2010/1326.) Jokaisessa sairaalassa ja poliklinikassa tulee olla
oma järjestelmä ja indikaattoreita, joilla seurata mielen-terveyspotilaiden tervey-
dentilaa ja mahdollisia lääkeyksen haittavaikutuksia (WHO 2013). Voidaan siis
tulkita, että jokaisesta toimipisteestä tulisi löytyä esimerkiksi verenpainemittari,
mittanauha vyötärön ympäryksen mittaamiseen somaattisen seurannan toteut-
tamiseen.

Tuloksista selvisi, että suurin osa vastaajista toteuttaa verenpaineen ja painon seurantaan vuosittain. WHO:n (2013) suosituksen mukaan mielenterveyspotilaiden ohjaukseen ja hoito-ohjelmiin tulisi sisällyttää elintapamuutoksiin kannustaminen. Kyselyn tuloksista käy ilmi, että kyselyyn vastaajat toteuttavat tätä kyselemällä potilaiden elintavoista. Edellä mainituilla toimenpiteillä voidaan ennaltaehkäistä riskiä saada liitännäissairautena sydän- tai verisuonisairaus (Käypähoito 2014).

Vastaajien tuntemus psyykenlääkkeiden haitoista sydän- ja verisuonisairauksien synnylle oli kyselyn mukaan puutteellinen. Lääkäri tapaa harvoin potilasta poliklinikalla, jolloin sairaanhoitajat ja lähihoitajat ovat tärkeässä asemassa tunnistamassa psyykenlääkkeiden aiheuttamia oireita. Tästä syystä olisi tärkeää tarjota koulutusta lääkkeiden haittavaikutusten tietämyksestä. Suuri osa niistä, jotka vastasivat omaavansa vähän tietoa psyykenlääkkeiden vaikutuksista sydän- ja verisuonisairauksien synnylle, toivoivat saavansa lisäkoulutusta. Eräs vastaaja erityisesti toivoi saavansa täsmäkoulutusta antipsykoottien vaikutuksista ja toinen koki tärkeänä saada päivityskoulutusta ylipäätensä lääkkeitä, koska markkinoilla on jatkuvasti uusia lääkkeitä.

Somaattisilla osastoilla työskennelleiden ja pelkästään psykiatrian puolella työskennelleiden vastaajien osaamisessa ei ollut huomattavia eroja. Kummastakin ryhmästä löytyi vastaajia, jotka eivät kokeneet omaavansa riittävästi tietoa sairauksien tunnistamiseen ja jotka toivoivat lisäkoulutusta. Suoranaista yhteyttä ei ollut nähtävissä myöskään näiden vastaajien kokemuksiin opinnäytetyön ajankohtaisuudesta.

Vastaajilta on kysytty opinnäytetyön ajankohtaisuutta. Se, kokevatko vastaajat kyselyn ajankohtaiseksi kertoo siitä kuinka nopeasti tutkimustuloksiin olisi hyvä vastata. Vastaajista suurin osa koki opinnäytetyön aiheen ajankohtaiseksi. Tästä voidaan päätellä, että lisäkoulutusta sydän- ja verisuonisairauksista toivottaisiin pikaisesti.

11 POHDINTA

Opinnäytetyön tulokset esiteltiin työelämäyhteistyökumppaneille heidän toiveestaan. Kentältä saatu palaute oli positiivista ja keskustelua herättävää. Keskustelussa nostettiin esiin psykiatristen sairaanhoitajien kohtaamaa vähättelyä somaattista osaamistaan kohtaan. Alun perin idea opinnäytetyölle on lähtenyt juurista samasta ajatuksesta.

Palautteen perusteella nostattakoon myös esiin ”riittävästi”-sanon käyttö kyselylomakkeessa. Herää kysymys, mikä on riittävä osaamista? Vastajat ovat tulkinneet tämän yksilöllisesti, joten on epäselvää mikä on riittävästi-sanon subjektiivinen merkitys kullekin vastaajalle. On huomioitava mahdollisuus, että vastaajista osa vaatii itseltään enemmän kuin työtehtävä edellyttää ja näin ollen ovat vastanneet osaamistaan vähätellen. Toiset vastaajista ovat saattaneet jättää riittävästi-sanon huomioimatta ja pohtineet kysymystä suurpiirteisemmin.

Kyselylomake on tehty tutkimusongelmien perusteella eikä sen luomiseen ole käytetty teoreettisia lähteitä. Työelämätahon kanssa yhdessä luotu kyselylomake antoi vastaukset tutkimusongelmaan ja –kysymyksiin. Teoriapohja olisi voinut antaa tarkempia vastuksia ja monipuolisempia tulkintoja. Teoriatiedon avulla olisi myös voitu välttää kyselylomakkeessa ilmenneitä virheitä. Todetut virheet esiintyivät kysymysten asetteluissa ja annetuissa vastausvaihtoehdoissa.

Tulokset olivat ennakoitavissa hoitotyössä vallitsevan psykiatrian ja somatiikan välisen kuilun vuoksi. Verrattuna somatiikkaan, psykiatria on hyvin spesifinen osa-alue, jolloin osaaminen keskittyy kapeaan siivuun hoitotyöstä. Tästä syystä on erittäin tärkeää tutkia, minkälaiseksi sairaanhoitajat ja lähihoitajat kokevat oman osaamisensa ja kartoittaa millä osa-alueilla he kokevat puutteita. Näin voidaan suunnitella kohdennetumpaa lisäkoulutusta. Opinnäytetyön pohjalta työelämätaho suunnittelee lisäkoulutusten sisältöä.

Opinnäytetyön aihe on valittu yhteisen mielenkiinnon pohjalta. Tästä syystä opinnäytetyöprosessi oli luontevaa ja inspiroivaa. Yhteistyö toimi sekä työelämätahon kanssa että opinnäytetyön tekijöiden välillä sujuvasti. Opinnäytetyö valmistui aikataulun puitteissa ja oli sisällöltään kaikki osapuolia miellyttävä.

11.1 Opinnäytetyön eettisyys

Eettisen käytäntöön kuuluu myös muiden tutkimusten ja niiden tekijöiden kunnioittaminen sekä oikeaoppinen viitteiden käyttö aiemmin tehtyihin tutkimuksiin. Tutkimuksen tulokset ja menetelmät tulee kirjata ja raportoida huolellisesti eivätkä ne saa olla harhaanjohtavia. Tutkimuksen tulokset tulee säilyttää oikeaoppisesti niin, ettei kukaan ulkopuolinen pääse niihin käsiksi. (Tuomi 2007, 146.)

Kaikki ihmisillä tehtävä tutkimus riippuu tutkimuslaitoksen eettisen toimikunnan hyväksymisestä. Vastuu tieteellisen käytännön noudattamisesta, tutkimuksen rehellisyydestä ja vilpittömyydestä on tutkimuksen tekijöillä. Opinnäytetyössä opettajat ovat vastuussa oppilaittensa tekemistä ratkaisuista, jotka koskevat tutkimukseen liittyviä eettisiä kysymyksiä. (Tuomi 2007, 145–149.)

Ennen kyselyn toteuttamista Helsingin kaupungilta on haettu tutkimuslupa. Eettisen toimikunnan lausuntoa opinnäytetyölle ei tarvittu, koska opinnäytetyö ei käsitellyt potilaita. Saatekirjeessä (liite 1) on kerrottu opinnäytetyötä koskevat tiedot, jotta vastaajat ovat tietoisia, mihin he ovat osallistumassa. Ketään ei ole veloitettu vastaamaan ja kyselyn on voinut lopettaa kesken. Ainoastaan taustatietoja koskevat kysymykset ovat olleet pakollisia.

Kyselyyn vastattiin anonyyminä eikä saatuja tietoja pysty yhdistämään vastaajiin tai näkemään kuka kyselyyn on vastannut. Kukaan ulkopuolinen ei pääse lukemaan yksittäisen henkilön vastauksia lukuun ottamatta kirjallisia esimerkkejä, jotka vastaajat ovat voineet jättää liittyen muutamiin kysymyksiin. Vastauksia ei voi yhdistää tiettyihin henkilöihin. Aineisto säilytetään Webropolissa ja hävitetään tutkimuksen valmistuttua. Kysymykset eivätkä saatekirje ole johdattelevia

eikä niiden tulisi vaikuttaa vastaajien motivaatioon tai rehellisyyteen vastata. Opinnäytetyössä on pyritty noudattamaan tutkimuksen tekijöiltä odotettavaa eettistä toimintaa.

11.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Määrällisessä tutkimuksessa luotettavuutta kuvataan käsitteillä validiteetti ja reliabiliteetti. Kokonaisluotettavuuteen vaikuttavat myös käsittelyvirheet, mittausvirheet, peitto- ja katovirheet ja otantavirheet. Validius viittaa aina tutkimuksen teoriaan ja käsitteisiin. Se kuvaa, missä määrin on onnistuttu mittaamaan se, mitä oli tarkoitus mitata. Opinnäytetyössä tämä tarkoittaa sitä, miten onnistuneita kysymykset ovat ja voidaanko niiden avulla ratkaista tutkimusongelma. Reliabiliteetilla tarkoitetaan tulosten pysyvyyttä ja toistettavuutta. Pysyykö tulos samana, vaikka mittaus uudistetaan useampaan kertaan ja voidaanko mittaus toista muissa tutkimuksissa ja tilanteissa? (Tuomi 2007, 149–150.)

Opinnäytetyön validiteetti on luotettava. Tutkimuskysymyksiin ja tutkimusongelmaa on saatu vastaukset. Tutkimusongelmaamme onko sairaanhoitajilla ja lähihoitajilla riittävästi tietoa koskien potilaidensa sydän- ja verisuonisairauksia saimme vastauksen, ettei enemmistöllä ole riittävästi tietoa asiakkaiden sydän- ja verisuonisairauksista. Ensimmäinen tutkimuskysymys oli miten sairaanhoitajat ja lähihoitajat huomioivat työssään mielenterveyspotilaiden riskin sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin. Vastaajista suurin osa mittaa verenpaineen, painon ja vyötärönympäryksen säännöllisesti. He myös kysyvät potilaiden elinta-voista, joilla saattaa olla yhteys sydän- ja verisuonisairauksiin. Toinen tutkimuskysymys oli kokevatko sairaanhoitajat ja lähihoitajat kaipaavansa lisäkoulutusta sydän- ja verisuonisairauksien tunnistamiseen. Vastaajista suurin osa kaipasi lisäkoulutusta.

Opinnäytetyön reliabiliteetti on melko luotettava. Enemmistön kanta huomioiden voidaan olettaa, että tulos pysyisi samana, mikäli mittaus suoritettaisiin uudestaan. On huomioitava, että vastaajaprosentti oli alle puolet, joten jos seuraavalla kerralla vastaamatta jättäneet vastaisivat niiden sijaan, jotka tässä kyselyllä

ovat vastanneet, voisi tulos olla poikkeava. Kysely voidaan toistaa myös muissa tutkimuksissa ja tilanteissa samalla konseptilla. Kyselyn toteuttaminen esimerkiksi osastolla olisi ajankohtainen.

Tutkimuksen tekijöiden tulee selvittää osallistujille tutkimuksen tavoitteet, menetelmät ja mahdolliset riskit. Tutkimukseen osallistuminen tulee olla vapaaehtoista ja on varmistettava, että he tietävät, mistä tutkimuksessa on kyse. Osallistujien oikeudet ja hyvinvointi on turvattava eikä se saa aiheuttaa vahinkoa. Ongelmat on otettava etukäteen huomioon. Tutkimustietojen on oltava luottamuksellista, tietoa ei luovuteta ulkopuolisille eikä tietoa käytetä muuhun kuin luvattuun tarkoitukseen. Osallistujien on jäätävä nimettömiksi, elleivät he ole antaneet lupaa identiteettinsä paljastamiseksi. Tutkijoiden on noudatettava lupaamiaan sopimuksia, eikä tutkimuksen rehellisyyttä tule vaarantaa. (Tuomi 2007, 145–146.)

Saatekirjeessä (liite 1) on kerrottu osallistujille opinnäytetyön tavoitteet ja menetelmät. Mahdollisia riskejä kyselyn toteuttamiseen ei liittynyt. Kyselyyn osallistuminen on ollut vapaaehtoista ja se ei ole aiheuttanut kenellekään vahinkoa. Mahdollinen ongelman aiheuttaja on hoitajien ajankäyttö. Tästä syystä kyselystä on pyritty tekemään mahdollisimman lyhyt ja helppo, jotta vastaaminen veisi mahdollisimman vähän aikaa työpäivästä ja että kynnys vastata ei ole liian suuri. Kyselystä saatua tietoa ei luovuteta ulkopuolisille eikä sitä käytetä muuhun tarkoitukseen kuin siihen, mihin sen on kerrottu tulevan käytetyksi. Kysely on toteutettu anonyyminä eikä siihen vastanneiden identiteettiä paljasteta. Opinnäytetyöprosessin aikana on noudatettu luvattuja sopimuksia eikä opinnäytetyön rehellisyyttä ole vaarannettu.

Opinnäytetyön luotettavuuteen vaikuttaa vastaajaprosentti, joka tässä työssä oli 45,3 %. Kyselyn toteutuksen ajankohta sijoittui lomakautteen, mikä on saattanut vaikuttaa vastaajamäärään. Vastaajamäärään on saattanut vaikuttaa myös mahdollinen kiire poliklinikoilla, mutta kuitenkin suurin osa vastaajista koki kyselyn ajankohtaiseksi. 38 kyselyn vastaanottajaa avasi kyselyn lähettämättä vastausta. Vastaajamäärään on saattanut vaikuttaa myös se, että kysely ei ensimmä-

mäisenä päivänä auennut kaikille vastaajille ja kyselyn puolesta välissä vastaajat saivat virheellisen linkin lomakkeen täyttämiseen.

Tässä opinnäytetyössä luotettavuutta vähensivät inhimilliset vastausvirheet ja väärin muotoiltu vastausvaihtoehto. Kyselyn kohdassa 7 väittämä kolme on muotoiltu väärin annettuihin kysymyksiin verrattuna, joten vastausten luotettavuus on epäselvä. Ei voida varmaksi sanoa, miten jokainen vastaaja on tulkinut kyseisen väittämän ja tyylin vastata väittämään. Yksi vastaajista ilmoitti ikänsä ilmoittamiinsa työvuosiin nähden epärealistisesti. Somaattista työhistoriaa on kysytty kyllä- tai ei- kysymyksellä. Kysymyksen perään on jätetty vapaata tilaa, johon sai selvittää somaattista taustaa tarkemmin. Kaksi vastanneista vastasivat tähän vapaaseen kenttään pelkillä numeroilla: 1 ja 5. Lukujen voi olettaa olleen vuodet, jonka vastaajat ovat työskennelleet somaattisella osastolla, mutta epäselvyyden vuoksi nämä on jätetty huomioimatta tuloksia esittelyssä. Muita luotettavuuteen vaikuttavia epäselvyyksiä ei ole havaittu.

11.3 Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimukset

Kyselylomakkeessa oli vapaakenttä mahdollista palautetta varten. Eräs vastaaja kertoi opinnäytetyön olevan erittäin tarpeellinen. Hänen mukaansa hoitotyön ja hoitajien osaamisen kehittämisen myötä potilaat saavat parempaa hoitoa. Toinen vastaaja toivoi lisäkoulutusten olevan suunnattu käsittelemään potilaita, joilla on tietty psykiatrinen sairaus. Koulutuksen tulisi käsitellä niitä seikkoja, jotka poikkeavat hoidossa verrattaessa muuhun väestöön. Ehdotuksia lisäkysymyksille, joita kyselyssä olisi voinut kysyä, koskivat potilaan omaa hoitomotiivaatio ja potilaiden omaa kokemusta avuntarpeesta. Koska aihe koettiin tärkeäksi, voisi työn pohjalta toteuttaa jatkotutkimuksia. Edellä mainitut kysymykset ovat oleellisia esittää hyvän hoidon toteuttamiseksi ja kehittämiseksi.

Yksi vastaaja toivoi lisäkoulutuksen koskevan kokonaisvaltaisemmin somaattista osaamista eikä pelkästään sydän- ja verisuonisairauksia. Teemu Koivulan (2012) tekemä opinnäytetyö käsittelee psykiatristen sairaanhoitajien somaattista osaamista kokonaisuudessaan. Koivulan työ antaa hyvän pohjan lähteä täs-

mentämään psykiatristen sairaanhoitajien osaamista somatiikan puolella. Somaattinen osaaminen tutkimuskohteena on laaja, joten olisi tarpeen täsmentää somaattinen osaaminen spesifisimpiin sairauksiin.

Opinnäytetyö antaa hyvän mittarin jatkotutkimusten suorittamiseen. Tulosten pohjalta on myös hyvä lähteä toteuttamaan ja suunnittelemaan koulutusta ja sen sisältöä. Opinnäytetyön perusteella koulutus olisi hyvä suunnata lääkehoitoon. Saaduista tuloksista voi päätellä, että tutkimuksia tarvitaan myös muiden somaattisten sairauksien tunnistamisen osalta. Vastaava tutkimus olisi aiheellista toteuttaa myös nuorisopsykiatrian poliklinikalla.

LÄHTEET

- Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010. Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä. Opas Diakonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä varten. C, Katsauksia ja aineistoja 17. Verkkojulkaisuna:
<http://www.diak.fi/opiskelu/opinnaytetyo/Documents/Kohti%20tutkiva%20ammattikäytänää.pdf>.
- Diakonia-ammattikorkeakoulu. Sairaanhoidtaja. Sairaanhoidtaja on ihmisen lähellä. Viitattu 16.4.2016
<http://www.diak.fi/hakijalle/Hakeminen%20koulutukseen/Koulutusohjelmat/hoitoty%C3%B6n%20koulutusohjelma/Sivut/Hoitoty%C3%B6n-suuntautmisvaihtoehdo.aspx>
- Helsingin kaupunki 2015. Psykiatrian poliklinikat. Viitattu 16.4.2016
<http://www.hel.fi/www/Helsinki/fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/mielenterveys-ja-paihdepalvelut/mielenterveys/poliklinikat/>
- Huttunen, Matti 2015a. Masennuslääkkeiden haittavaikutukset. Viitattu 8.8.2016
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00042
- Huttunen, Matti 2015b. Psykoosilääkkeiden haittavaikutukset. Viitattu 24.7.2016
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00033
- Huttunen, Matti O. 2008. Psykkiset ja somaattiset sairaudet. Viitattu 27.9.2015
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00007
- Isometsä, Erkki 2014. Depressiiviset häiriöt. Teoksessa Jouko Lönnqvist, Markus Henriksson, Mauri Marttunen & Timo Partonen Psykiatria. Helsinki: Duodecim. Verkkojulkaisu. Viitattu 14.11.2016.
<http://www.oppiportti.fi/op/pkr00700/do>
- Kantola, Ilkka & Niiranen, Teemu 2016. Hypertensio. Teoksessa Juhani Airaksinen, Katriina Aalto-Setälä, Juha Hartikainen, Heikki Huikuri, Mika Laine, Jyri Lommi, Pekka Raatikainen & Antti Saraste Kardiologia.

- Helsinki: Duodecim. Verkkojulkaisuna. Viitattu 14.11.2016
<http://www.oppiportti.fi/op/kar01166/do>
- Kapfhammer, Hans-Peter 2006. Somatic symptoms in depression. Dialogues Clin Neurosci. Viitattu 23.11.2016
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181769/>
- Koivula, Teemu 2015. Psykiatristen hoitajien valmiudet somaattisen hoitotyön toteuttamiseen Peijaksen sairaalassa. Opinnäytetyö. Laurea Tikkurila.
- Koponen Hannu & Lönnqvist Jouko 2001. Psykoosilääkkeet. Hoidon periaatteet. Kapseli 29. Tampere: Lääkelaitos ja Kela. Edita.
- Koponen, Hannu & Lappalainen, Jarmo 2015. Mielenterveyspotilaan somaattinen terveys. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 3.12.2015
http://www.terveysportti.fi.anna.diak.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo12166&p_haku=Mielenterveyspotilaan%20somaattinen%20terveys
- Korkeila, Jyrki 2009. Mikä on hyvä tapa järjestää psykiatrissa avohoitoa? Duodecimin artikkeli. Viitattu 7.10.2015
http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo98399
- Kovanen, Petri; Pentikäinen, Markku 2016. Ateroskleroosin kehittyminen. Teoksessa Juhani Airaksinen, Katriina Aalto-Setälä, Juha Hartikainen, Heikki Huikuri, Mika Laine, Jyri Lommi, Pekka Raatikainen & Antti Saraste Kardiologia. Helsinki: Duodecim. Verkkojulkaisuna. Viitattu 25.7.2016 <http://www.oppiportti.fi/op/kar01066/do>
- Käypähoito 2013. Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Viitattu 3.12.2015
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50076>
- Käypähoito 2014. Kohonnut verenpaine. Viitattu 14.9.2016
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus;jsessionid=B521C017D2C6BD26D2085B0D8E839EA8?id=hoi04010#NaN>
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994. Viitattu 21.1.2016
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

- Linnainmaa, Pirjo 2006. Ammatillinen kasvu psykiatriseksi sairaanhoitajaksi mielenterveystyöhön syventävissä opinnoissa. Pro Gradu – tutkielma. Tampereen yliopisto.
- Luutonen; Sinikka 2007. Sydän ja masennus. Viitattu 17.7.2016
<http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo96644.pdf>
- Lähteenlahti, Yrjö 2008. Psykiatrisen kuntoutuksen käsitteistöä. Viitattu 15.5.2016
<http://www.oppiportti.fi/op/kun00167/do#q=mielenterveystyö>
- Lääkeinfo 2014. Risperidon Orion. Viitattu 8.8.2016
http://laakeinfo.fi/Medicine.aspx?m=20202&d=3098809&i=ORION+PHAR-MA_RISPERIDON+ORION_RISPERIDON+ORION+tabletti%2C+kalvop%3%A4%3%A4llysteinen+0%2C5+mg%2C+1+mg%2C+2+mg%2C+3+mg%2C+4+mg
- Mielenterveyslaki 1990/1116. Viitattu 16.4.2016
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>
- Pelkonen, Olavi & Korpi, Esa R. 2014. Mielenterveyden lääkehoidon periaatteet. Teoksessa Olavi Pelkonen, Heikki Ruskoaho, Jukka Hakkola, Risto Huupponen, Ewen MacDonald, Eeva Moilanen, Markku Pasanen, Mika Scheinin ja Kirsi Vähäkangas Lääketieteellinen farmakologia ja toksologia. Helsinki: Duodecim. Verkkojulkaisuna. Viitattu 24.7.2016 <http://www.oppiportti.fi/op/lft00118/do>
- Purdy, Jana 2013. Chronic Physical Illness: A Psychophysiological Approach for Chronic Physical Illness. Yale journal of biology and medicine. Viitattu 23.11.2016
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3584492/>
- Pylkkänen, Kari 2008. Kuntoutus ja mielenterveyden markkinat. Viitattu 15.5.2016
<http://www.oppiportti.fi/op/kun00149/do#q=mielenterveystyö>
- Rantala, Maire; Perhonen, Merja 2015. Sydän- ja verisuonitaudit. Viitattu 15.5.2016
http://www.terveysportti.fi/dtk/tyt/koti?p_artikkeli=fys00023&p_haku=sydän

- Saarni, Samuli I. & Pirkola, Sami 2010. Psykiatristen potilaiden elämänlaatu. Viitattu 27.9.2015.
http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo99105
- Sairaanhoitajaliitto 1996. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Verkkodokumentti.
http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_ty_o_ja_hoitotyön/sairaanhoitajan_ty_o/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/
- Sairaanhoitajaliitto 2014. Sairaanhoitajan kollegiaalisuusohjeet. Viitattu 4.10.2015 <https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2014/10/Sairaanhoitajien-kollegiaalisuusohjeet.pdf>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Terveyden edistäminen. Viitattu 16.4.2016
<http://stm.fi/terveyden-edistaminen>
- Sotka.net 2016. Aikuisten mielenterveyden avohoitokäynnit. Viitattu 19.9.2016
https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=s_Y1BgA=®i-on=s7YMtDbOAgA=&year=sy4rszbW0zUFAA==&gender=t&abs=f&color=f
- Suvisaari; Jaana, Isohanni; Matti, Kieseppä; Tuula, Koponen; Hannu, Hietala; Jarmo & Lönnqvist; Jouko 2014. Teoksessa Jouko Lönnqvist, Markus Henriksson, Mauri Marttunen & Timo Partonen Psykiatria. Helsinki: Duodecim. Verkkojulkaisuna. Viitattu 10.6.2016
<http://www.oppiportti.fi/op/pkr00512/do>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014a. Sydän ja verisuonitautien yleisyys. Viitattu 15.4.2016 <https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/sydan-ja-verisuonitaudit/sydan-ja-verisuonitautien-yleisyys>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014b. Terveyden edistäminen. Vaikutukset- ja vaikuttavuus. Viitattu 15.4.2016 <https://www.thl.fi/fi/web/terveyden-edistaminen/perustelut/vaikutukset-ja-vaikuttavuus>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015. Sydän- ja verisuonitaudit. Viitattu 15.4.2016 <https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/sydan-ja-verisuonitaudit>

- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016a. Sydän- ja verisuonitautien riskitekijät ja ehkäisy. Viitattu 15.4.2016
<https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/sydan-ja-verisuonitaudit/sydan-ja-verisuonitautien-riskitekijat-ja-ehkaisy>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016b. Terveyden edistäminen. Perustelut. Viitattu 15.4.2016 <https://www.thl.fi/fi/web/terveyden-edistaminen/perustelut>
- Terveydenhuoltolaki 2010/1326. Viitattu 19.9.2016
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- Tuomi, Jouni 2007. Tutki ja lue. Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. Helsinki: Tammi.
- Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluista 1129/2014. Viitattu 16.4.2016
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141129?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=sairaanhoitaja>
- Valtonen, Paula; Valkonen-Korhonen, Minna & Viinamäki, Heimo 2012. Sydämen sykevaihtelu ja psykoosisairaus. S. 1490-1493a. Suomen lääkärilehti 19/12. Viitattu 10.6.2016 <http://docplayer.fi/2550471-Sydamen-sykevaihtelu-ja-psykoosisairaus.html>
- WHO 2013. Euroopan mielenterveyden toimintasuunnitelma. Viitattu 30.8.2016
https://www.thl.fi/documents/10531/115966/Euroopan_mielenterveyden_toimintasuunnitelma_LOPULLINEN.pdf
- Yli-Mäyry, Sinikka 2014. QT-oireyhtymät. Sydänsairaudet. Viitattu 8.8.2016
http://www.ebm-guidelines.com/dtk/syd/avaa?p_artikkeli=syd00322

LIITE 1: Saatekirje

SAATEKIRJE

Hyvä sairaanhoitaja/lähihoitaja,

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Diakonia-ammattikorkeakoulusta ja teemme opin-
näytetyönä tutkimuksen psykiatrian poliklinikoiden sairaanhoitajien ja lähihoitajien
tiedoista sydän- ja verisuonisairauksista. Tutkimus koskee kaikkia Helsingin psykiatrian
poliklinikoiden sairaanhoitajia ja lähihoitajia.

Tutkimuskysymyksemme ovat:

- Onko sairaanhoitajilla ja lähihoitajilla riittävästi tietoa koskien potilaidensa sydän- ja verisuonisairauksia?
- Miten sairaanhoitajat ja lähihoitajat huomioivat työssään mielenterveys-
potilaiden riskin sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin?
- Kokevatko sairaanhoitajat ja lähihoitajat kaipaavansa lisäkoulutusta sydän- ja verisuonisairauksien tunnistamiseen?

Ohessa saatte linkin kyselyymme.. Kyselyyn vastataan sähköisesti Webropolin kautta. Aikaa vastaamiseen kuluu noin 10-15 minuuttia. Kyselyyn vastataan anonyymisti ja se on vapaaehtoista. Tulokset julkaistaan Theseus-tietokannassa.

Vastausaikaa kyselylle on kaksi viikkoa. Toivomme, että mahdollisimman moni osallistuu tutkimukseen, jotta saamme mahdollisimman luotettavan ja todenmukaisen tuloksen. Tulokset antavat pohjan lisätutkimuksille ja niiden tarpeellisuudelle!

Ystävällisin terveisin,

Vilja Lankinen ja Ida Peltari

LIITE 2: Kyselylomake

Kysely lähi- ja sairaanhoitajille mielenterveyspotilaiden sydän- ja verisuonisairauksien tunnistamisesta

1. Minkä psykiatrian poliklinikan työntekijä olet? *

- Itä
- Länsi
- Etelä
- Pohjoinen

2. Ikäsi *

- alle 20 vuotta
- 21-30 vuotta
- 31-40 vuotta
- 41-50 vuotta
- 51-60 vuotta
- yli 61 vuotta

3. Oletko sairaanhoitaja vai lähihoitaja? *

- Sairaanhoitaja
- Lähihoitaja

4. Kuinka monta vuotta olet toiminut sairaanhoitajana/lähihoitajana? *

- Alle 1 vuosi

- 1-5 vuotta
- 6-10 vuotta
- 11-15 vuotta
- 16-20 vuotta
- yli 21 vuotta

5. Oletko työskennellyt somaattisella osastolla? Jos vastasit kyllä, minkälaisella osastolla ja kuinka monta vuotta?

- Kyllä _____
- Ei

6. Koetko, että sinulla on riittävästi tietoa sydän- ja verisuonisairauksista ja niiden oireista?

- Kyllä
- Ei

7. Alla väittämiä koskien sydän- ja verisuonisairauksia. 1 = ei tietoa, 2 = vähän tietoa ja 3 = vahvaa tietoa.

- | | 1 | 2 | 3 |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1 Tiedän mitkä psyykenlääkkeet lisäävät riskiä sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2 Osaan mitata verenpaineen oikein | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3 Tiedän mitkä tekijät nostavat sydän- ja verisuonisairauksien riskiä | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4 Kysyn asiakkailta heidän fyysisestä terveydentilastaan käynnin yhteydessä | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

5 Seuraan tarvittaessa asiakkaan painoa

○ ○ ○

8. Koetko, että sinulla on riittävästi tietoa psyykenlääkkeiden ja muiden lääkkeiden vaikutuksesta sydän- ja verenkiertoelimistölle?

Kyllä

Ei

9. Alla väittämiä koskien lisäkoulutusta sydän- ja verisuonisairauksista. 1= eri mieltä, 2 = osittain samaa mieltä ja 3 = samaa mieltä.

1 2 3

1 Haluaisin saada lisäkoulutusta

○ ○ ○

2 Minulle on tarjottu mahdollisuutta osallistua lisäkoulutuksiin

○ ○ ○

3 Lisäkoulutus tukisi omaa ammatillista kehitystäni

○ ○ ○

4 Lisäkoulutus auttaisi minua hoitamaan potilaita kokonaisvaltaisesti

○ ○ ○

10. Jäikö jotain oleellista kysymättä? Onko jotain osaamista, josta olisit halunnut kertoa meille? Sana on vapaa.

11. Onko kysely mielestäsi ajankohtainen?

Kyllä

Ei