

Mielenterveyden häiriötä sairastavan potilaan kohtaaminen terveyskeskus- sairaaloiden vuodeosastoilla sairaan- hoitajien kokemana

Elina Peltonen
Hilma Vepsäläinen

Opinnäytetyö
Marraskuu 2018
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Sairaanhoitaja (AMK), hoitotyön koulutusohjelma

Tekijä(t) Peltonen Elina Vepsäläinen Hilma	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK	Päivämäärä Marraskuu 2018
	Sivumäärä 55	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi Mielenterveyden häiriötä sairastavan potilaan kohtaaminen terveyskeskussairaaloiden vuodeosastoilla sairaanhoitajien kokemana		
Tutkinto-ohjelma Hoitotyön koulutusohjelma (AMK)		
Työn ohjaaja(t) Eija Kuisma, Salla Grommi		
Toimeksiantaja(t) Jyväskylän yhteistoiminta-alue (JYTE)		
Tiivistelmä <p>Mielenterveysongelmat ovat kasvava yhteiskunnallinen ongelma Suomessa. Suomalaisista joka viides sairastaa jotakin mielenterveyden häiriötä ja vuosittain 1,5% väestöstä sairastuu johonkin mielenterveyden häiriöön. Mielenterveyden häiriötä sairastavia potilaita kohdataan paljon perusterveydenhuollossa. Mielenterveyden häiriötä sairastavat ovat alttiimpia sairastumaan myös somaattisiin sairauksiin, joihin he saavat heikompaa hoitoa ja menehtyvät aiemmin kuin muu väestö.</p> <p>Opinnäytetyössä käytettiin kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusmenetelmää. Tutkimus toteutettiin Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskussairaaloiden vuodeosastojen sairaanhoitajille. Aineiston keruuta varten luotiin sähköinen kyselylomake. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajien kokemuksia mielenterveyden häiriötä sairastavan potilaan kohtaamisesta sekä omasta ammatillisesta osaamisestaan hoitaa mielenterveyden häiriötä sairastavaa potilasta. Tavoitteena oli kerätä sairaanhoitajien kokemusten kautta kehitysideoita, joiden avulla JYTE:n on mahdollista kehittää sairaanhoitajien osaamista kohdata mielenterveyden häiriötä sairastava potilas vuodeosastoilla.</p> <p>Sairaanhoitajat kohtasivat mielenterveyden häiriötä sairastavia potilaita viikoittain, jopa päivittäin. Vaikka potilaita kohdattiin osastoilla paljon, sairaanhoitajat eivät kokeneet osaamistaan riittäväksi. Tietoa mielenterveyden häiriöstä ja osaamista niiden hoidosta ei ollut tarpeeksi, jotta potilaille olisi voitu tarjota laadukasta hoitoa. Mielenterveyden häiriötä sairastavat potilaat kohdattiin kuten muutkin potilasryhmät, mutta kohtaaminen koettiin haasteellisemmaksi. Aikaa potilaan kohtaamiseen ei jäänyt riittävästi, jotta potilaan mielenterveyden häiriö olisi ehditty huomioimaan somaattisen hoidon ohella. Sairaanhoitajat kokivat tarvitsevansa lisäkoulutusta mielenterveyden häiriötä sairastavan potilaan kohtaamisen ja hoidon helpottamiseksi.</p>		
Avainsanat (asiasanat) mielenterveyden häiriö, sairaanhoitaja, ammatillinen osaaminen, potilaan kohtaaminen		
Muut tiedot (salassa pidettävät liitteet)		

Author(s) Peltonen Elina Vepsäläinen Hilma	Type of publication Bachelor's thesis	Date November 2018 Language of publication: Finnish
	Number of pages 55	Permission for web publication: x
Title of publication Experiences of nurses with mental health patients in the long-stay wards of health care hospitals		
Degree programme Degree Programme in Nursing		
Supervisor(s) Eija Kuisma, Salla Grommi		
Assigned by Jyväskylä Cooperation Area (JYTE)		
Abstract <p>Mental health problems are an increasing social issue in Finland. Every fifth Finnish citizen suffers from mental disorders, and 1.5 % are diagnosed with a mental illness annually. Patients with these disorders are often encountered in the primary health care. Mental health patients are more likely to suffer from somatic diseases for which they receive poorer treatment, thus resulting with a shorter life expectancy.</p> <p>A quantitative research method was used in this thesis. The research process was executed by collecting data from nurses in the long-stay wards of the health centre hospitals in the Jyväskylä Cooperation Area with an online questionnaire created for this specific purpose. The aim of the study was to discover the experiences of nurses in encountering patients with mental disorders as well as their views on their professional competence to treat mentally ill patients. The purpose was to collect development ideas from nurses for enhancing encountering and treating mental health patients.</p> <p>The nurses met patients with mental illnesses weekly or even daily. Despite the frequent encounters, they considered their skills and competence inadequate for treating these patients. Knowledge of mental disorders and skills for their treatment were considered insufficient for providing good quality treatment for the patients.</p> <p>Mental health patients were met equally with other patient groups, but it was perceived as more challenging. Time for treating the mental disorder alongside the somatic treatment was reported to be insufficient. The nurses felt that they needed additional training for encountering and treating patients with mental disorders.</p>		
Keywords Mental disorder, nurse, professional competence, encountering a patient		
Miscellaneous (Confidential information)		

Sisältö

1	Johdanto	3
2	Teoriatausta	4
2.1	Mitä on mielenterveys?.....	4
2.2	Mielenterveyden häiriöt ja somaattinen sairastavuus	5
2.3	Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen.....	11
2.4	Mielenterveyden häiriötä sairastavan potilaan kohtaaminen.....	13
3	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite	15
4	Opinnäytetyön toteutus	16
4.1	Tutkimusmenetelmä	16
4.2	Kohderyhmä	17
4.3	Aineiston keruu ja menetelmä	18
4.4	Aineiston analyysi.....	20
5	Opinnäytetyön tulokset.....	20
5.1	Taustatiedot	20
5.2	Potilaan kohtaaminen sairaanhoitajien kokemana.....	21
5.3	Sairaanhoitajien kokemukset omasta osaamisestaan	28
5.4	Sairaanhoitajien kehitysajat	31
6	Pohdinta.....	33
6.1	Eettisyys ja luotettavuus	33
6.2	Tulosten tarkastelu.....	36
6.3	Johtopäätökset	42
	Lähteet	45
	Liitteet.....	50
	Liite 1. Kysely	50

Kuviot

Kuvio 1 Mielenterveyden häiriötä sairastavien potilaiden kohtaaminen vuodeosastoilla	21
Kuvio 2 "Osastollamme mielenterveyden häiriötä sairastavat potilaat kohdataan samalla tavalla kuin muutkin potilaat."	24
Kuvio 3 "Koen, että mielenterveyden häiriötä sairastavan potilaan kohtaaminen on haastavampaa kuin muiden potilaiden."	24
Kuvio 4 "Koen, että minulla on valmiudet hoitaa eri mielenterveyden häiriötä sairastavia potilaita."	28
Kuvio 5 "Osaan huomioida potilaan mielenterveyden häiriön osana potilaan kokonaisvaltaista hoitoa."	29
Kuvio 6 "Tarvitsen lisäkoulutusta mielenterveyden häiriötä sairastavan potilaan hoitoon."	30
Kuvio 7 "Mielestäni osastomme mielenterveyden häiriötä sairastavien potilaiden hoito on asiantuntevaa."	30

1 Johdanto

Arviolta joka viidennellä suomalaisella on diagnoitavissa oleva mielenterveysongelma (Holmberg 2016, 43). Monet mielenterveyden häiriöt lisäävät riskiä sairastua fyysisiin sairauksiin sekä onnettomuuksien ja kuoleman riski kasvaa (Joukamaa, Lönnqvist & Suvisaari 2011, 630). Jo nuoresta aikuisiästä alkaen mielenterveyden häiriöistä kärsivillä potilailla esiintyy terveydellisiä riskitekijöitä, jolloin somaattinen sairastavuus on yleistä. Tupakoiminen, ruokavalion yksipuolisuus, liikunnan puute sekä lihavuus altistavat sydän- ja verisuonisairauksille, aineenvaihdunnallisille sairauksille sekä syövälle. (Koponen & Lappalainen 2015, 577.)

Psykiatrisista häiriöistä valtaosa hoidetaan - ja tuleekin hoitaa - perusterveydenhuollossa, sillä mielenterveyden häiriöt eivät aina edellytä erikoissairaanhoidon tasoista hoitoa (Korkeila 2006, 29). Toisinaan potilaille voi olla vaikeaa löytää oikeaa hoitopaikkaa, jolloin heidät hoidetaan terveyskeskuksen vuodeosastolla. Myös psykiatriseen erikoissairaanhoidon pääsy voi olla vaikeaa, jonka vuoksi hoito tapahtuu vuodeosastolla. (Anttila 2006, 32,34.)

Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt ovat potilasmäärältään toiseksi suurin tautiryhmä terveyskeskusten vuodeosastoilla ja niiden hoitoon käytetään eniten hoitopäiviä (Stakes 2005, 1). Ahdistuneisuushäiriöistä, masennuksesta tai päihdeongelmista kärsiviä henkilöitä kohdataan peruspalveluissa, joten tavallisimpia mielenterveyden häiriöitä sairastavia potilaita tulee osata auttaa (Suvisaari, Joukamaa, Lönnqvist 2017, 724).

Opinnäytetyö toteutettiin Jyväskylän yhteistoiminta-alueen (JYTE) terveyskeskussairaaloiden vuodeosastojen sairaanhoitajille. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajien kokemuksia mielenterveyden häiriötä sairastavan potilaan kohtaamisesta sekä omasta ammatillisesta osaamisestaan hoitaa mielenterveyden häiriötä sairastavaa potilasta. Tavoitteena oli kerätä sairaanhoitajien kokemusten kautta kehitysideoita, joiden avulla JYTE:n on mahdollista kehittää sairaanhoitajien osaamista kohdata mielenterveyden häiriötä sairastava potilas vuodeosastoilla. Opinnäytetyössä käsitellään vain mielenterveyden häiriöitä sairastavia potilaita, päihdepotilaat on suljettu opinnäytetyön ulkopuolelle.

2 Teoriatausta

Tässä luvussa käsitellään mitä mielenterveys tarkoittaa ja mitkä ovat yleisimpiä mielenterveyden häiriöitä. Luvussa tarkastellaan, miten potilaan mielenterveyttä tulisi huomioida somaattisen hoidon rinnalla kokonaisvaltaisen hoidon näkökulmasta. Luvussa käsitellään myös sairaanhoitajan ammatillista osaamista mielenterveyden häiriötä sairastavan potilaan hoidossa sekä mielenterveyden häiriötä sairastavan potilaan kohtaamista.

2.1 Mitä on mielenterveys?

Mielenterveys ja fyysinen terveys ovat erottamattomassa vuorovaikutuksessa toisiinsa (Hämäläinen, Kanerva, Kuhanen, Schubert & Seuri 2017, 19). Ihmisen hyvinvoinnille ja toimintakyvylle mielenterveys luo perustan. Käsitteenä mielenterveys on laaja-alainen käsite, sillä se sisältää erilaiset mielenterveyden häiriöt ja sairaudet sekä positiivisen mielenterveyden, joka voidaan nähdä kokonaisterveyteen kuuluvana keskeisenä voimavarana. Siihen sisältyy ihmisen fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja henkinen ulottuvuus. Mielenterveys toteutuu ja kehittyy yksilön sisäisten ja ulkoisten vuorovaikutustekijöiden kanssa. (Heikkinen-Peltonen, Innamaa & Virta 2014, 10-11.)

Mielenterveyttä on vaikea määritellä siihen monien vaikuttavien tekijöiden ja elämän mittaan muuttuvan tilan vuoksi. Kun ihminen kykenee selviytymään päivittäisistä toiminnoista, ihmissuhteista, vapaa-ajasta ja työstä siten, ettei ihminen itse eivätkä toiset ympärillä olevat kärsi, on ihminen mieleltään terve. Laajana ja myönteisenä käsitteenä mielenterveys viittaa ihmisen henkiseen toimintakykyyn ja hyvinvointiin, joihin vaikuttavat muun muassa perimä, sosiaaliset ja vuorovaikutukselliset-, biologiset- ja yhteiskunnan rakenteelliset tekijät sekä kulttuuriset arvot. Nämä edellä mainitut tekijät ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa keskenään synnyttäen niin uusia kuin kuluttaen entisiä voimavaroja. Mielenterveys ei siis ole muuttumaton ja pysyvä tila, vaan se vaihtelee olosuhteiden sekä elämäntilanteen mukaan. (Hietaharju & Nuuttila 2010, 12-13.) Onkin olennaista millaisia suojaavia tekijöitä sekä selviytymistä ja jaksamista vahvistavia voimavaroja elämässä on. Mielen tasapainoa ja hyvinvointia tukevia voimavaroja kulutetaan ja käytetään päivittäin, jonka vuoksi niitä on hyvä myös vahvistaa päivittäin. (Erkko & Hannukkala 2018, 29.)

Ihmisen olisi hyvä lisätä sellaisia tekijöitä, jotka suojaavat ja vahvistavat mielenterveyttä, kun taas tekijöitä, jotka ovat mielenterveydelle riskejä, olisi hyvä vähentää sekä pyrkiä poistamaan kokonaan. Mielenterveyttä suojaavat tekijät jaetaan sisäisiin ja ulkoisiin tekijöihin. Ihmisen esimerkiksi pitäessä arjen rytmistä kiinni, syödessä monipuolisesti sekä levätessä riittävästi on todettu voivan paremmin. Omien mieltymysten mukaisia ja mielihyvää tuovien asioiden tekeminen vaikuttaa myös positiivisesti mielenterveyteen. Haavoittavat tekijät heikentävät yksilön hyvinvointia ja terveyttä sekä lisäävät mahdollisuutta sairastua. Useamman haavoittavan tekijän yhdistyessä niiden merkitys kasvaa ja voi jopa moninkertaistua. Apua tulee tarvittaessa uskaltaa pyytää eikä ihmisen tule eristäytyä vaan pitää yhteyttä tuttaviin ja läheisiinsä. On tärkeää säilyttää kiinnostus elämään ja pitää toivoa yllä mielenterveyden kannalta. (Hietaharju & Nuutila 2010, 14-15.)

Mielenterveys ei kuitenkaan tarkoita, ettei elämässä voisi olla ajottaisia negatiivisia tunteita, kuten ahdistusta, alakuloa, riittämättömyyden tunnetta tai diagnosoitua mielenterveyden häiriötä. Tavalliseenkin elämään kuuluvat ihmissuhdeongelmat, työpaineet, rahahuolet, kriisit ja menetykset. (Erkko & Hannukkala 2018, 29.) Kun ihminen kykenee reagoimaan ongelmiin rakentavasti, kutsutaan sitä mielen terveydeksi (Huttunen 2017b).

Ensisijaisena mielenterveysongelmien hoidossa ovat avo- ja terveydenhuollon peruspalvelut (Hämäläinen ym. 2017, 68). Mielenterveystyön tulee kohdistua perusterveydenhuollossa koko väestöön, niin niitä sairastamattomien kuin mielenterveyden häiriöstä kärsivien omatoimisuuden, hyvinvoinnin ja turvallisuuden säilyttämiseksi. Ennaltaehkäisevä mielenterveyshoitotyö on erityisesti perusterveydenhuollon ominta aluetta. Erilaisine toimintamuotoineen, palveluketjun ensimmäisenä palvelutahona perusterveydenhuollon rooli korostuu, sillä keskeisin toimija on terveyskeskus. (Noppari, Kiiltomäki & Pesonen 2007, 124-125.)

2.2 Mielenterveyden häiriöt ja somaattinen sairastavuus

Erilaisille psykiatrisille häiriöille käytetään yleisnimitystä mielenterveyden häiriö. Häiriöt luokitellaan vaikeusasteiden ja oireiden mukaan. Mielenterveyden häiriöt ovat oireyhtymiä, joihin liittyy psyykkisiä oireita, kliinisesti merkitsevää kärsimystä tai

haittaa. Vakavimmillaan häiriöt voivat aiheuttaa subjektiivista kärsimystä, toimintakyvyn ja elämänlaadun heikkenemistä. (THL 2018a.) Mielenterveydenhäiriöt ovat tuki- ja liikuntaelinsairauksien jälkeen toiseksi yleisin väestön pitkäaikaisten sairauksien ja sairauseläkkeiden syy (Heikkinen-Peltonen, Innamaa & Virta 2014, 106). Suomalaisista vuosittain 1,5% sairastuu johonkin mielenterveyden häiriöön ja joka viides sairastaa jotakin mielenterveydenhäiriötä (Huttunen 2017b).

Mielenterveydenhäiriöiden syntyä pohdittaessa eräänä tarkastelunäkökulmana on haavoittuvuus-stressimalli (Hämäläinen ym. 2017, 26). Jokainen ihminen kokee itselleen luonteenomaisella ja yksilöllisellä tavalla elämän muuttuvat tilanteet sekä kriisit. Yksilöllisten tekijöiden lisäksi aikaisemmat elämäkokemukset ja niistä koettu selviytyminen vaikuttavat koettuun elämäntilanteeseen. Nykykäsityksen mukaan suojaavien tekijöiden sekä häiriöille altistavien tekijöiden vaikutuksilla on suuri merkitys yksilölliseen elämäntilanteeseen. Ihmisen stressinsietokykyyn vaikuttavat haavoittuvuuden luonne ja määrä. (Heikkinen-Peltonen, Innamaa & Virta 2014, 12.)

Silloin, kun oireet aiheuttavat henkilölle jokapäiväisessä elämässä kärsimystä, psyykkisen tasapainon heilahtelua, rajoittavat osallistumis- ja selviytymismahdollisuuksia tai työ- ja toimintakykyä, voidaan puhua mielenterveyden häiriöstä. Vakavimmillaan ne voivat eristää ihmisen muusta maailmasta, sulkea yhteiskunnan toimintojen ja sosiaalisten suhteiden ulkopuolelle lamauttaen lähes täysin. (Hietaharju & Nuutila 2010, 31.) Mielenterveyden häiriöiden tunnistaminen ja tarkka määrittäminen on vaikeaa, sillä monet oireet kuuluvat ajoittaisina tavalliseen elämään. Vaikka raja sairauden ja mielenterveyden häiriön välillä onkin liukuva, pyritään eri tyyppiset mielenterveyden häiriöt määrittämään mahdollisimman tarkasti. (Huttunen 2017b.)

Mielenterveyttä on tärkeää huomioida yhteiskunnan kaikilla sektoreilla, sillä se on osa kokonaisvaltaista terveyttä. Jotta kansallisiin haasteisiin vastattaisiin, tarvitaan laajaa huomioimista terveyden edistämisen näkökulmasta sosiaali- ja terveystalouden suunniteltaessa ja tuotettaessa. Kansallisissa strategioissa ja kehittämisessä nousee vahvasti esille terveyden- ja hyvinvoinnin edistäminen sekä ehkäisevä toiminta. (Hämäläinen ym. 2017, 83-84.) Jotta psyykkistä ja fyysistä terveyttä tulisi tarkasteltua kokonaisuutena, kaikilla palvelusektoreilla tulisi olla kokonaisvaltainen ihmiskäsitys mielenterveyspalvelujen perustana. Se helpottaisi kokonaisuuden tarkastelua, sillä

mielenterveysongelmat ja -häiriöt heijastuvat kehoon ja fyysiset vaivat puolestaan psyykkiseen hyvinvointiin ja jaksamiseen. Fyysisen terveyden ohella yksilöllisiä tekijöitä ja kokemuksia määriteltäessä tarvitaan tietoa psyykkisistä sairauksista eli siitä, mikä on mielenterveyden kannalta poikkeavaa ja mikä ei ole poikkeavaa. (Noppi, Kiiltomäki & Pesonen 2007, 20.)

Somaattista oheissairastamista liittyy merkittävässä määrin kaikkiin mielenterveydenhäiriöihin. Yleisimpiä ovat sydän- ja verenkiertosairaudet, astma, diabetes, onkologiset ja neurologiset sairaudet. Monihäiriöisillä potilailla on muita tavallisemmin toimeentulo vaikeuksia, työttömyyttä, avioeroja ja muita sosiaalisia ongelmia. (Korkeila 2006, 18.) Mikäli potilaan fyysisiä oireita tulkitaan psyykkisiksi oireiksi tai lääkkeiden haittavaikutuksiksi, saattavat ne jäädä huomiotta. Mielenterveyden häiriötä sairastavilla on usein somaattisia sairauksia, joiden hoito on riittämätöntä. (Huttunen 2017d.)

Psykiatristen oireiden lisäksi kielteiset terveystottumukset sekä hoitojen haittavaikutukset heikentävät somaattista terveydentilaa lisäten ylikuolleisuuden vaaraa. Tavallisimpia kielteisiä terveystottumuksia ovat epäterveellinen ruokavalio tai vähäinen liikunta. Vähäinen liikunta lisää ylipainon riskiä ja kardiometabolisten sairauksien riski kasvaa, neurologisten lääkkeiden aiheuttamat haitat kuten seksuaalitoimintojen häiriöt ja tupakointiin liittyvät haitat ovat yleisimpiä kielteisiä terveystottumuksia. Mielenterveyden häiriöistä kärsivät tarvitsevat säännöllistä terveydentilan seuranta, jossa otetaan huomioon myös ongelmat, jotka vaikuttavat hoitoon hakeutumiseen sekä niiden toteutumiseen. (Koponen & Lappalainen 2015, 577.) Fyysisen terveydentilan seuranta säännöllisesti on tärkeää, sillä lääkkeiden haittavaikutukset voivat huonontaa fyysistä kuntoa. Psykelääkkeet saattavat väsyttävän vaikutuksensa vuoksi aiheuttaa voimattomuutta, lisätä ruokahalua ja näin ollen lihottaa. Jotkut lääkkeet voivat vähentää vastustuskyvyn kannalta elintärkeiden valkosolujen määrää, lisätä mahalaukun verenvuotoalttiutta ja aiheuttaa tai lisätä hampaiden reikiintymistä sekä tulehduksia. (Huttunen 2017c.)

Mielialahäiriöihin kuuluu erilaiset masennushäiriöt tai kaksisuuntaiset mielialahäiriöt. Kansanterveyden kannalta keskeisimpiä mielenterveyshäiriöitä ovat masennushäiriöt ja ne ovat yksi suurimmista kansanterveysongelmistamme mukaan lukien kaikki sairaudet. Masennustilojen havaitseminen perusterveydenhuollossa on

kansanterveyden kannalta keskeistä. Vakavasta masennustilasta kärsii vuoden aikana ainakin 5 prosenttia aikuisväestöstä. (THL 2018b.) Masentunut mieliala tai selvästi vähentynyt mielihyvä tai mielenkiinto on keskeinen oire masennustiloissa. Oireiden tulee kuitenkin vaivata yhtäjaksoisesti vähintään kahden viikon ajan ja masennustilan diagnosoimiseksi se edellyttää myös muita masennustilalle ominaisia oireita samanaikaisesti, kuten painon laskua, lisääntyntä unen tarvetta tai unettomuutta. (Huttunen 2017a.)

Masennustilan kliininen kuva on monitahoinen, joten perusterveydenhuollossa tulee ottaa huomioon, että useimmiten potilas hakeutuukin hoitoon jonkin fyysisen oireen vuoksi, kuten esimerkiksi kiputilojen, pää- ja vatsasäryn vuoksi. Erityisesti jäännös- eli residuaalioireet perusterveydenhuollon työntekijän tulee tunnistaa. (Noppari, Kiiltomäki & Pesonen 2007,59.) Duodecim (2018) mukaan JAMA Psychiatry-lehdessä (2018) julkaistut tuoreet tutkimustulokset osoittavat, että masennusta ja ahdistuneisuushäiriötä esiintyy tavallista enemmän kilpirauhasen autoimmuunitulehdusta potevilla.

On myös todettu, että kipu on voimakas ärsyke, joka vaikuttaa mielialaan, unenlaatuun, vireyteen ja toimintakykyyn. Jonkin somaattisen sairauden oireena kipu voi aiheuttaa masennusta, kun taas masennus voi toisaalta ilmetä kipuna. Masennus lisää sydän- ja verisuoni sairauksien kuolemanriskiä, joten sillä on yhteys aivohalvaukseen, sydäninfarktiin ja Alzheimerin tautiin. (Tays 2016.)

Kaksisuuntaisissa mielialahäiriöissä eli bipolaarisissa häiriöissä esiintyy mielialanmuutoksia. Mielialahäiriöjaksot eli masennusjaksot, kohonneen mielialan ja toimeliaisuuden jaksot tai niiden erilaiset yhdistelmät ovat tunnuspiirteitä kaksisuuntaisille mielialahäiriöille. Sairausjaksot erottuvat omiksi kokonaisuuksiksi eriasteisina vaihdellen, kuitenkin hallitsevana piirteenä joko masentuneisuus tai maanisuus. Mielialahäiriöjaksoon tyypillisesti sisältyy vähintään yksi maaninen jakso, jossa poikkeavasti ja yltäpäntäisesti mieliala on kohonneena, tavoitesuuntautunut, aktiivinen, energinen tai ärtynyt. (Lönngqvist 2017, 71.) Sairauden tärkein lääkehoidon osa-alue on ylläpito- hoito, johon yleisimmin käytetään Litiumia. Lääkeainepitoisuutta seerumissa seurataan säännöllisesti verikokeiden avulla. Lääkeainepitoisuuden liiallinen määrä seerumissa aiheuttaa munuaisvaurion anurian eli virtsanerityksen puutteen. Samanaikainen nesteentorjuminen, jota useimmiten käytetään sydän- ja verisuonisairauksien

hoidossa, saa litiumin kertymään elimistöön. Pitkäaikaishoidossa lääkeaine saattaa myös aiheuttaa kilpirauhasen vajaatoimintaa, joten kilpirauhasen toimintaa on seurattava. (Noppari ym. 2007, 71-72.)

Kaksisuuntainen mielialahäiriö tulee kuitenkin erottaa masennustiloista, jolloin masennustilaa edeltävästi on esiintynyt hypomaanisia, maanisia tai sekamuotoisia (yhtäaikaista maanisia ja depressiivisiä) oireita ja sairausjaksoja (Käypähoito 2016). Akuuttia maniaa ei kyetä hoitamaan perusterveydenhuollossa, etenkin jos se on potilaan ensimmäinen oireinen jakso. Tällöin hoito edellyttää asianmukaisen lääkityksen aloittamiseksi erikoissairaanhoidotasoista sairaalahoitoa. Potilaat joudutaan perusterveydenhuollosta toimittamaan jatkohoitoon pikaisesti terveydentilan heikkenemisen estämiseksi, joten oireiden huomiointi on tärkeää osana kokonaisvaltaista hoitoa. (Noppari ym. 2007, 68.)

Paniikkihäiriö, julkisten paikkojen pelko, sosiaalisten tilanteiden pelko ja yleistynyt ahdistuneisuushäiriö ovat yleisimpiä ahdistuneisuushäiriöitä (THL 2018c). Mielenterveyden häiriöistä yleisempiä ovat ahdistuneisuushäiriöt, joista yleisimmin kärsii alle 30-vuotiaat tai naiset. Noin joka kymmenennellä väestöstä on todettu olevan jokin ahdistuneisuushäiriö. Tausta on monitekijäinen, mutta perinnöllisten tekijöiden vaikuttaessa taustalla kielteiset elämäntapahtumat edesauttavat ahdistuneisuushäiriöiden syntyyn. (Terve 2018.) Tilapäisenä tunteena ahdistus on kuitenkin täysin normaalia ja jokainen jossakin elämän vaiheessa kokee ahdistusta. Kun ahdistus muuttuu voimakkaaksi ja jatkuvaksi, se vaikuttaa päinvastoin ja lamaannuttaa toimintakykyä. Tyypillisiä ahdistuneisuushäiriöiden oireita ovat univaikeudet tai lisääntynyt unen tarve, keskittymiskyvyttömyys, vaikeus muistaa asioita, pelokkuus, hermostuneisuus ja levottomuus. Fyysiset oireet voivat näkyä muun muassa hikoiluna, sydämentykytyksenä, vapinana, hengenahdistuksena, ahdistuskohtauksena tai jatkuvana epämääräisenä olona. (Mehiläinen 2015.) Sosiaalisten pelkojen- ja pakko-oireiset potilaat ottavat harvoin esille puheissaan oireitaan, jollei niitä terveydenhuollon ammattilainen heiltä nimenomaan kysy (Noppari, Kiiltomäki & Pesonen 2007,59).

Psykoosisairauksista yleisin on skitsofrenia. Se on vakava psykiatrinen sairaus, joka alkaa yleensä nuorella aikuisiällä (Huttunen 2017c). Väestöstä siihen sairastuu 0,5-1,5 prosenttia, ja se puhkeaa joko vähitellen tai äkillisesti. Skitsofrenia on jaoteltu tyyppi-

listen oireiden mukaan eri alatyyppeihin, joista yksi esimerkiksi on paranoidinen skitsofrenia, johon liittyy tyypillisenä oirekuvana epäluuloisuutta, pelokkuutta, aistiharjoja ja arvaamattomuutta. (Hämäläinen ym. 2017, 254-255.) Skitsofrenia on yksi merkittävimmistä psykoottisista tiloista, mutta perusterveydenhuollon mielenterveytyön näkökulmasta myös harhaluuloisuushäiriöt ja psykoosit on syytä ottaa tarkasteluun. Potilaat saattavat kertoa ennen sairauden varsinaista puhkeamista kärsineensä unihäiriöistä, väsymyksestä, ruokahalun muutoksista ja ruumiillisista tuntemuksista, joihin on hyvä kiinnittää huomiota somaattisena oireiluna. (Noppi ym. 2007, 85.)

Kuolleisuus somaattisiin sairauksiin on 2-3 kertainen skitsofreniapotilailla kuin väestöllä keskimäärin. Sydän- ja verisuonitaudit sekä metaboliset sairaudet ovat yleisimpiä somaattisia sairauksia, joita esiintyy kolmella neljästä skitsofreniapotilaasta. Myötävaikuttavia tekijöitä skitsofreniapotilaan runsaaseen somaattiseen sairastavuuteen ovat taudinkuvaan liittyvä negatiivinen oireilu ja kognitiiviset puutosoireet, hoidossa käytettävät lääkkeet, terveyskäyttäytyminen ja potilaiden epäterveelliset elämäntavat sekä hoidon heikompi taso muihin potilaisiin verrattuna muun muassa hoidon viivästymisen vuoksi. (Salokangas 2009, 505-508.)

Kokonaisvaltaisen terveyden näkökulmasta mielenterveyden häiriöiden ja niiden hoitoa ei tule kulttuurissamme ja yhteiskunnassamme aliarvioida, sillä ne aiheuttavat kansantaloudellisia kustannuksia, palveluiden tarvetta, kuolleisuutta, inhimillistä kärsimystä vähentämällä työ- ja toimintakykyä sekä heikentämällä sosiaalista asemaa ja taloudellista toimeentuloa. Suhteessa kaikkiin sairauksiin, mielenterveyden häiriöt seuraamuksineen ovat hyvin yleisiä. (Noppi, Kiiltomäki & Pesonen 2007, 48-49.) Häiriöiden tunnistaminen ja somaattisten häiriöiden poissulkeminen, avo- tai erikoissairaanhoidon tarpeen arviointi ja hoitoonohjaus sekä potilaan erikoissairaanhoidon päättymisen jälkeen hoitovastuun toteuttaminen ovat perusterveydenhuollon perustehtäviä (Noppi ym. 2007, 94).

2.3 Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen

Sairaanhoidajan ydinosaamisen perusta on pysynyt samana vuosikymmenien ajan, vaikka sen sisältö onkin laajentunut ja täsmentynyt tutkimustiedon ansiosta. Hoitotyön perustehtävänä on edelleen auttaa ja tukea ihmisiä heidän sen hetkessä tilaansa sekä ohjata ja opettaa heitä tarjoamalla tietoa terveyden edistämisestä ja ylläpitämisestä sekä sairauden hoitamisesta. Sairaanhoidajan tulee myös tietää ihmisen fysiologisista, psyykkisistä sekä sosiaalisista perustoiminnoista sekä niiden ongelmista. Hoitotyö vaatii myös vuorovaikutus-, kommunikointi- ja kuuntelutaitoja sekä opetus- ja ohjaustaitoja. (Lauri 2007, 99-100.)

Sairaanhoidajan eettiset ohjeet määrittelevät sairaanhoidajan työtä ja toimintaa yhteiskunnassa ja tukevat hoitotyön eettistä päätöksentekoa. Ohjeet avaavat sairaanhoidajan työn tehtäviä ja tavoitteita, vuorovaikutusta potilaan ja hoitajan välillä, ammattitaitoa sekä sairaanhoidajan roolia työtoverina, yhteiskunnallisena vaikuttajana ja ammattikunnan jäsenenä. (Sairaanhoidajaliitto 1996; Sairaanhoidajaliitto 2011, 90.) Sairaanhoidaja edistää ja ylläpitää väestön terveyttä, ehkäisee sairauksia ja pyrkii lievittämään niistä aiheutuvaa kärsimystä. Sairaanhoidaja auttaa erilaisia ihmisiä ja perheitä tukien ja lisäten heidän voimavarojaan ja parantaen heidän elämänlaatuaan. (Sairaanhoidajaliitto 1996.)

Sairaanhoidajan työ on yhteiskunnallinen tehtävä, jonka tarkoituksena on saavuttaa tuloksellinen hoitaminen, joka edellyttää laadukasta koulutusta ja jatkuvaa oman ammatillisuutensa kehittämistä täydennyskoulutusten kautta. Lakien noudattaminen, ihmisarvon kunnioittaminen, oman osaamisen arviointi ja kehittäminen sekä moniammatillinen tiimityöskentely kuuluu sairaanhoidajan osaamiseen. (Erikson, Korhonen, Meratso & Moisio 2015, 37.) Sairaanhoidaja on velvollinen arvioimaan omaa ja muiden pätevyyttä sekä on vastuussa itsensä kehittämisestä. Hoitoyhteisössä sairaanhoidajat tukevat toisiaan potilaan hoitoa koskevassa päätöksenteossa ja ammatillisessa kehittämisessä. (Sairaanhoidajaliitto 1996.)

Mielenterveyshoitotyö perustuu terveyden edistämiseen sekä ehkäisevään mielen-terveystyöhön. Hoitotyön tarkoituksena on auttaa potilasta tunnistamaan ja vahvis-

tamaan tämän voimavaroja. Osaaminen rakentuu terapeutiseen, hoitavaan kohtaamiseen, joka on koko hoitotyön ydin. Mielenterveyshoitotyö edellyttää valmiutta kohdata ihmisen avuntarve, hätä sekä kriisitilanteet. (Havio 2008, 82-83.)

Mielenterveyshoitotyössä sairaanhoitajalta vaaditaan potilaan sekä hänen läheistensä kohtaamista ja hoidollisen vuorovaikutuksen ylläpitoa erilaisissa hoitoympäristöissä. Lähtökohtana on mielenterveyden edistäminen, ennaltaehkäisy ja voimavara-lähtöisyys. Sairaanhoitajan tulee tuntea keskeisimmät mielenterveysongelmat sekä psykiatriset sairaudet sekä psykiatrisen hoitotyön menetelmät. Mielenterveyden vaikutukset sekä yksilöön, että koko perheen hyvinvointiin tulee ymmärtää. Akuutissa kriisissä olevan ihmisen hoito ja tukeminen kuuluu myös sairaanhoitajan vähimmäisosaamiseen. (Erikson, Korhonen, Meratso & Moisio 2015, 40.)

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksessä Mielenterveys Euroopassa (2004) kartoitettiin haasteita, joihin mielenterveyden häiriöiden hoidon tulisi vastata. Selvitys toi esiin kuusi kohtaa, joihin osaamisen tulisi keskittyä. Mielenterveyden häiriöiden puhkeamisen ehkäisyyn voitaisiin vaikuttaa varhaisella puuttumisella ja mielenterveys-häiriöiden tunnistamisella. Ensiapua ja kriisi-interventiota tulisi tarjota akuutissa tilassa tai vakavasti sairastavien kohdalla, jotta kärsimystä voitaisiin lievittää ja tätä kautta estää riskitekijöitä, joita sairauden hoitamatta jättäminen saattaisi aiheuttaa potilaalle ja hänen läheisilleen. Osaamisessa tulisi keskittyä myös mielenterveyden palauttamiseen tai mielenterveyden kohentamiseen tai pahenemisen estoon, mikäli täydellinen toipuminen sairaudesta ei ole mahdollista. Myös sairauden uusiutumista tulisi ehkäistä. (STM 2004, 43.)

Mielenterveyshäiriöisen ihmisen hoidossa sairaanhoitaja toimii itse hoidon työvälineenä. Tämä edellyttää sairaanhoitajalta kykyä hyödyntää omaa ammatillisuuttaan työvälineenä potilaan hoidon aikana. (Holmberg 2016, 89.) Työ vaatii sairaanhoitajalta oman persoonan ja ammatillisen identiteetin tuntemista, omien voimavarojen tunnistamista sekä oman toiminnan arviointikykyä (Havio 2008, 84). Sairaanhoitajan tulee olla tietoinen tekemästään mielenterveystyöstä ja kyettävä selittämään ja perustelemaan työnsä itselleen, hoidettavalle ja hänen läheisilleen sekä työyhteisölle. (Holmberg 2016, 89.)

Sairaanhoitajien osaamista terveyskeskusten vuodeosastoilla on tutkittu vähän (Anttila 2006, 13). Sairaanhoitaja tarvitsee laajaa osaamista monelta eri erikoisalalta, sillä terveyskeskuksissa hoidetaan potilaita kaikilta aloilta (Anttila 2006, 78). Psykiatristen potilaiden hoidossa sairaanhoitajan tulee tietää erilaisista mielenterveyden sairauksista sekä niiden hoidosta. Myös lääkehoidon vaikutuksia ja muita oireita tulee tarkkailla. Mielenterveyspotilaat tarvitsevat paljon hoitajan aikaa, huomiota ja läsnäoloa. Hoitoon kuuluu myös hoidollinen keskustelu, jossa potilasta motivoidaan itsensä hoitamiseen. Usein psykiatriset potilaat sairastavat myös somaattisia sairauksia, jotka tuovat lisähaastetta hoitajan osaamiselle. (Anttila 2006, 34.)

Anttilan (2006, 78) mukaan erikoisalojen osaaminen haastaa sairaanhoitajaa pitämään huolta osaamisestaan, jotta he pystyvät hoitamaan erilaista kuntoutusta vaativia potilaita vuodeosastoilla. Myllymäen & Möttösen (2005) mukaan terveyskeskukset ovat usein erikoissairaaloiden jatkohoitopaikka, jonka vuoksi vuodeosastoilla tullessaan tulevaisuudessa tarvitsemaan yhä enemmän erityisosaamista. (Anttila 2006, 15.) Russellin & Potterin (2002) tutkimuksessa hoitohenkilöstö koki tarvitsevansa enemmän tietoa ja taitoa hoitaa mielenterveyspotilaita.

2.4 Mielenterveyden häiriötä sairastavan potilaan kohtaaminen

Sairaanhoitaja kohtelee ihmistä lähimmäisenään, jolloin potilas kohdataan yksilöllisesti ja hänen tarpeisiinsa vastaten riippumatta potilaan terveysongelmasta, kulttuurista, iästä, sukupuolesta tai yhteiskunnallisesta asemasta. Sairaanhoitaja kohtaa potilaan arvokkaana ihmisenä ottaen huomioon yksilön arvot, vakaumuksen ja tavat. Hoitosuhde potilaan ja sairaanhoitajan välillä perustuu avoimeen vuorovaikutukseen ja molemminpuoliseen luottamukseen. (Sairaanhoitajaliitto 1996).

Ammatillisen kohtaamisen perusta on, että hoitaja tuntee velvollisuutensa potilasta kohtaan ja toimii potilaan hyväksi velvollisuutensa mukaisesti. Hoitajan tulee tuntee arvoperusta, johon ammatillinen kohtaaminen perustuu. (Haho 2013, 5-6.) Hoitajan arvostava ja kiinnostunut asennoituminen potilasta ja hänen asioitaan kohtaan on auttavan vuorovaikutuksen lähtökohta. Tämän taustalla on vankka ammattitaito, oma ammatti-identiteetti sekä persoonalähtöinen kyky ymmärtää toista ihmisistä,

sietää epätäydellisyyttä ja epävarmuutta, jota potilaan kohtaaminen saattaa aiheuttaa. (Valjakka 2007, 51.) Hoitajalla tulee olla kyky pohtia ja tarkastella asioita eri näkökulmista sekä tunnistaa kohtamiseen liittyviä ongelmia ja osata keskustella niistä (Haho 2013, 6). Hoitajan ja potilaan välistä vuorovaikutusta voivat ilmentää kosketus, ilmeet, eleet, sanat ja puhe, hoitaminen, huolehtiminen ja välittäminen, jotka vaikuttavat kohtamiseen välittömästi (Haho 2009).

Potilaan ammatillisen kohtaamisen lähtökohtana on ihmisarvon kunnioittaminen. Hoitajan ammatillisuus, persoona ja kyky luottamuksen luomiseen vaikuttavat potilaan kohtamiseen, vuorovaikutuksen syntyyn sekä sen onnistumiseen. (Hietaharju & Nuuttila 2010, 80-81.) Asiakaskeskeisessä vuorovaikutuksessa asiakas on oman elämänsä ja tilanteensa asiantuntija. Tällöin hoitaja toimii neutraalisti ja myötäilevästi, eikä korosta eriarvoisuutta tai omaa tietämistään potilaan hoidossa. Hoitaja on tasa-vertaisessa vuorovaikutussuhteessa potilaan kanssa ja pyrkii rakentamaan yhteistä ymmärrystä. (Vuorilehto, Larri, Kurki & Hätönen 2014, 55.)

Hoitavalla kohtamisella tarkoitetaan ammatillista ja hoidollista asennoitumista mielenterveyden häiriötä sairastavaan ihmiseen. Kohtamisessa on kyse hoitajan ja potilaan välisestä hoitosuhteesta, jossa hoitajan tulee kohdata potilas aidosti ja ymmärtäen. Hoitajalla tulee olla aito halua auttaa ja tukea potilasta sekä hänen tulee olla motivoitunut potilaan hoitoon. Mielenterveyspotilaan kohtamisessa rehellisyys ja avoimen ilmanpiirin luominen ovat avainasemassa luottamuksellisen vuorovaikutuksen syntymiseksi. (Hietaharju & Nuuttila 2010, 80-81.)

Potilaslähtöisessä mielenterveyshoitotyössä vuorovaikutus sairaanhoitajan ja potilaan välillä on osallistavaa ja vastavuoroista vuoropuhelua, jonka tarkoituksena on hahmottaa ongelmaa tai kokonaisuutta ja etsiä ongelmiin ratkaisua yhdessä. Hoitajan tulee uskoa potilaan osaavan ottaa kantaa omaan hoitoonsa ja osallistua siihen liittyvään päätöksentekoon sekä kunnioittaa potilaan omaa näkökulmaa. Olennaista on motivoida potilas omaan hoitoonsa ja löytää tämän voimavarat, jotta muutos ja hoitoon sitoutuminen mahdollistuu. (Hämäläinen ym. 2017, 140-141.) Mielenterveyspotilaan kohtamiseen vaikuttavat hoitajan omat tunteet, arvot, asenteet ja aiemmat kokemukset mielenterveyspotilaan hoidosta. Taustalla vaikuttavat myös yhteiskun-

nalliset ja kulttuuriset asenteet, jotka usein saattavat olla negatiivisia. Niiden taustalla voi olla tietämättömyys sekä pelko oudosti tai eri tavalla käyttäytyvää ihmistä kohtaan. (Hietaharju & Nuutila 2010, 80.)

Potilaiden omat kokemukset kohdatuksi tulemisesta vaikuttavat vuorovaikutussuhteen ja hoidon toteutumiseen. Vuorovaikutus voi onnistuessaan lisätä potilaan tyytyväisyyttä hoitoon, hoitoon sitoutumista sekä parantaa hoidon tuloksia. Vuorovaikutuksen epäonnistuessa voi potilaan toipumisprosessi hidastua tai pitkittyä turhaan. (Valjakka 2007, 50.) Hoidon yksilöllinen suunnittelu, kuulluksi tuleminen ja kokemus tuesta voivat johtaa parempaan hoitoon sitoutumiseen. Luottamuksen rakentumisella on suuri vaikutus hoidon tuloksellisuuteen. (Pitkälä & Savikko 2007.) Potilaat arvostavat hoitajan syylistämätöntä, ymmärtävää ja ammatillista kohtelua (Holmberg 2016, 91).

Mielenterveyspotilaita kohdataan paljon perusterveydenhuollossa (Korkeila 2006, 29). Myös hoitohenkilökunnan kokemuksen mukaan potilaita kohdataan paljon somaattisilla osastoilla (Russell & Potter 2002). Anttilan (2006) tutkimuksessa potilaan kohtaaminen vuodeosastoilla vaatii sairaanhoitajilta yhteistyöosaamista. Yhteistyössä potilaan ja omaisten kanssa korostuvat sairaanhoitajan vuorovaikutustaidot, kuuntelun ja läsnäolon taidot sekä ajan antaminen. Hoitajan tulisi olla aina saavutettavissa ja valmis kuuntelemaan potilasta. Potilaat luottavat empaattisiin hoitajiin, sillä kokevat tulevansa ymmärretyksi ja välitetyksi ihmisenä. (Anttila 2006, 80-81.)

3 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajien kokemuksia mielenterveyden häiriötä sairastavan potilaan kohtaamisesta sekä omasta ammatillisesta osaamisestaan hoitaa mielenterveyden häiriötä sairastavaa potilasta. Tavoitteena oli kerätä sairaanhoitajien kokemusten kautta kehitysideoita, joiden avulla JYTeN on mahdollista kehittää sairaanhoitajien osaamista kohdata mielenterveyden häiriötä sairastava potilas vuodeosastoilla.

Opinnäytetyön tutkimuskysymyksiä ovat

1. Millaisia kokemuksia sairaanhoitajilla on mielenterveyden häiriötä sairastavan potilaan kohtaamisesta?
2. Millaisia kokemuksia sairaanhoitajilla on omasta ammatillisesta osaamisestaan hoitaa mielenterveyden häiriötä sairastavaa potilasta?

4 Opinnäytetyön toteutus

4.1 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi valittiin kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus, jossa mitataan muuttuvien, eli mitattavien ominaisuuksien, välisiä suhteita ja eroja (Vilka 2007, 13). Määrällisen tutkimuksen avulla pyrittiin saamaan vastauksia kysymyksiin *miksi, miten ja kuinka paljon* sekä selvitettiin prosentteihin ja lukumääriin liittyviä kysymyksiä (Heikkilä 2014). Opinnäytetyössä käsiteltiin aiheeseen liittyvää aiempaa teoriataustaa sekä määriteltiin opinnäytetyön kannalta keskeisimpiä käsitteitä (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2014, 140).

Jyväskylän yhteistoiminta-alueen (JYTE) terveyskeskussairaaloiden vuodeosastojen sairaanhoitajista, eli perusjoukosta, valikoitui tutkimukseen otos, joka edusti koko perusjoukkoa. Opinnäytetyön otanta koostui Kyllön terveyskeskussairaalan vuodeosastoista 1, 2, 4, 5 ja 6 sekä Palokan terveyskeskussairaalan vuodeosastoista 1 ja 2. Otannan ulkopuolelle rajattiin Kyllön osasto 3 mielenterveys- ja päihdeosaamisensa vuoksi. Kohderyhmää rajattiin, sillä haluttiin selvittää niiden sairaanhoitajien kokemuksia, joilla ei ollut erityisosaamista mielenterveyden häiriötä sairastavan potilaan hoidosta. Otoksen, eli valittujen vuodeosastojen sairaanhoitajien, tuli edustaa perusjoukon ominaisuuksia ja ilmenemistapoja. Otannan avulla pyrittiin saamaan kokonaiskuva koko kohderyhmästä. (Vilka 2007, 52-56.)

Opinnäytetyön aineisto kerättiin kyselymittarin avulla. Kyselymittarin avulla saatiin kerättyä sanallinen sekä määrällinen tieto tutkittavasta aiheesta määrälliseen muotoon. (Viikka 2007, 14). Opinnäytetyön mittarina käytettiin sähköistä, standardoitua kyselylomaketta. Standardoidulla kyselylomakkeella jokaiselta sairaanhoitajalta oli mahdollista kysyä samat kysymykset samassa järjestyksessä. (Vilka 2007, 28.)

Kyselomakkeen käyttö soveltui opinnäytetyön mittariksi, sillä kyselyssä selvitettiin sairaanhoitajien mielipiteitä, asenteita, ominaisuuksia ja käyttäytymistä (Hirsjärvi ym. 2014, 197; Vilka 2007, 28). Kysely oli toimiva aineistonkeruumenetelmä, sillä kohderyhmä oli määrältään suuri. Opinnäytetyössä tutkittiin henkilökohtaisia asioita sairaanhoitajien omista kokemuksista, johon kyselylomake soveltui erinomaisesti. (Vilka 2007, 28.) Kyselyn rakenne ja sisältö pyrittiin rakentamaan teoriapohjan sekä tutkimuskysymysten perusteella, jotta se vastaisi parhaalla mahdollisella tavalla juuri sitä, mitä sen oli tarkoituskin mitata.

Kyselylomake muodostui monivalintakysymyksistä, avoimista kysymyksistä sekä väittämistä. Kyselymittarin tarkoituksena oli löytää eroja sairaanhoitajien kokemusten välillä. Erojen löytymiseksi kyselyyn valittiin Likertin asenneasteikko, jolla mitattiin sairaanhoitajien asenteita ja mielipiteitä. (Vilka 2007, 45.) Likertin asteikko on kysymystyyppi, jossa esitetään väittämiä, joihin vastaaja valitsee janelta mielipidettään parhaiten kuvaavan vaihtoehdon. Asteikko oli 5-portainen, jonka skaalan ääripäät olivat ”Täysin samaa mieltä” ja ”Täysin eri mieltä”. (Hirsjärvi ym. 2014, 200.) Likertin asteikon avulla sairaanhoitajille esitettiin väittämiä koskien potilaan kohtaamista ja hoitoa.

Sairaanhoitajien kokemukseräistä tietoa selvitettiin avointen kysymysten kautta, joiden avulla pyrittiin saamaan tukea myös luotuihin valmiisiin vaihtoehtoihin. Kyselystä oli tehty lyhyt ja helposti vastattava, jotta välttyttäisiin mahdolliselta vastauskadolta. Kysymykset oli kuitenkin laitettu pakollisiksi, jolloin jokaiseen kohtaan tuli vastata.

4.2 Kohderyhmä

Opinnäytetyö toteutettiin JYTE:n terveyskeskussairaaloiden vuodeosastojen sairaanhoitajille. Kohderyhmänä oli Jyväskylän yhteistoiminta-alueen (JYTE) Kyllön ja Palokan terveyskeskussairaalat. Puhuttaessa Jyväskylän yhteistoiminta-alueesta käytetään lyhennettä JYTE.

Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskus (JYTE) tuottaa palvelut Jyväskylän, Hankasalmen ja Uuraisten kuntien asukkaille. Yhteistoimintasopimuksen mukaisesti, Jyväskylän kaupunki järjestää kansanterveystyön, siihen kiinteästi liittyvät sosiaalipal-

velut sekä erikoissairaanhoidon palvelut sopimuskuntien alueella. Jyväskylän yhteistoiminta-alueella työskentelee yhteensä 1100 terveydenhuollon ammattilaista. Toiminta perustuu kunta- ja palvelurakennemuutoksen lakiin. (JYTE 2018.)

Kyllön ja Palokan terveystieteiden sairaaloiden vuodeosastoilla hoidetaan lyhytaikaista hoitoa vaativia potilaita. Osastot eroavat toisistaan hoidettavien sairauksien mukaan, mutta kaikilla osastoilla hoidetaan korkeatasoisesti sairaudesta riippumatta terveystieteiden sairaalahoitoa tarvitsevia potilaita. Terveystieteiden sairaaloissa hoidetaan kuntouttavalla työotteella esimerkiksi ortopedisten leikkausten jälkeen kuntoutukseen tulevia potilaita, amputaatio- ja haavapotilaita, sisätauti- ja neurologisia potilaita, psyykkisesti oireilevia ja päihdepotilaita, syöpä- ja sydänpotilaita, saattohoitopotilaita ja geriatria hoitoa tarvitsevia potilaita. (JYTE Terveystieteiden sairaalat 2018.)

Kohderyhmäksi valittiin Kyllön sekä Palokan (JYTE) terveystieteiden sairaaloiden sairaanhoitajat, jotka työskentelivät pääasiassa somaattisia sairauksia hoitavilla osastoilla. Kohderyhmäksi tarkentui Kyllön terveystieteiden sairaalan vuodeosastojen 1, 2, 4, 5 ja 6 sairaanhoitajat sekä Palokan terveystieteiden sairaalan osastojen 1 ja 2 sairaanhoitajat. Kyllön sairaalan osasto 3 jätettiin pois kohderyhmästä mielenterveys- ja päihdeosastamisensa vuoksi.

4.3 Aineiston keruu ja menetelmä

Opinnäytetyön aineisto kerättiin Jyväskylän yhteistoiminta-alueen (JYTE) terveystieteiden sairaaloiden vuodeosastojen sairaanhoitajilta. Opinnäytetyöprosessin alussa selvitettiin JYTE:n palvelupäällikön ja -johtajan kiinnostusta yhteistyöhön opinnäytetyön tiimoilta. Myöntävän vastauksen tultua Jyväskylän kaupungin tutkimuslupahakemus lähetettiin palvelupäällikölle maaliskuussa 2018, joka hyväksyttiin huhtikuussa 2018. Tämän jälkeen järjestettiin tapaaminen palvelujohtajan ja -päällikön sekä osastojen osastonhoitajien kesken, jossa sovittiin yhteisistä pelisäännöistä, aikatauluista ja kyselyn toteuttamisesta osastojen sairaanhoitajille.

Kysely toteutettiin sähköisesti Webropolin kautta. Kyselyyn liitettiin saatekirje, jossa kerrottiin opinnäytetyön aiheesta ja kyselyn sisällöistä. Saatekirjeessä painotettiin kyselyyn vastaamisen vapaaehtoisuutta sekä anonymiutta. Myös aineiston käsittelystä

vain opinnäytetyön käyttöä varten ja hävittämisestä asianmukaisesti mainittiin. Saatekirjeessä kerrottiin myös kyselyyn vastaamiseen vievä aika. Kyselyyn vastanneiden kesken arvottiin myös elokuvalippuja, joilla pyrittiin motivoimaan sairaanhoitajia vastaamaan.

Kyselyssä kartoitettiin sairaanhoitajien kokemuksia mielenterveyden häiriötä sairastavan potilaan kohtaamisesta, kokemuksia heidän omasta ammatillisesta osaamisestaan hoitaa mielenterveyden häiriötä sairastavia potilaita sekä hoitajien kehitysideoita, joiden avulla potilaan kohtaamista, hoitoa sekä hoitajien osaamista voitaisiin kehittää.

Ennen kyselyn toimittamista sovittiin opinnäytetyön esittelytilaisuus jokaiselle osastolle, jotta tieto kyselystä leviäisi mahdollisimman monelle sairaanhoitajalle. Kaikilla seitsemällä osastolla käytiin kertomassa kyselystä sekä vastattiin sairaanhoitajien esille nousseisiin kysymyksiin. Käyntien yhteydessä jaettiin myös kyselyssä mukana oleva saatekirje, joka jätettiin osastojen kahvihuoneiden ilmoitustauluille. Näin pyrittiin tiedottamaan myös sairaanhoitajia, jotka eivät pystyneet osallistumaan esittelyyn.

Kysely esitettiin Kyllön osasto 3:n mielenterveys- ja päihdehoitotyöhön erikoistuneilla sairaanhoitajilla mahdollisten epäselvyyksien ja virheiden vuoksi. Lomakkeen valmistelussa on välttämätöntä kokeilla lomakkeen pilotointia eli esitutkimusta. Tällöin voidaan arvioida lomakkeen toimivuus, ymmärrettävyys sekä löytää mahdolliset virheet. (Hirsjärvi ym. 2014, 203-204.) Esitestauslinkki toimitettiin sähköpostitse osasto 3 osastonhoitajan kautta sairaanhoitajille, jonka kautta he pääsivät esitestaamaan ja antamaan palautetta kyselyluonnoksesta. Esitestaus tuotti vain kaksi vastausta, joten esitestaajiksi pyydettiin myös sairaanhoitajaopiskelijoita. Vastauksia saatiin vain viisi, joten kysely päätettiin julkaista sen hetkisten palautteiden perusteella.

Kyselyn sähköinen linkki toimitettiin kaikille osastonhoitajille toukokuussa 2018. Osastonhoitajat toimittivat kyselyn linkin osastonsa sairaanhoitajien sähköposteihin. Osastonhoitajat ilmoittivat toimittamisen jälkeen lukumäärän, kuinka monelle sai-

raanhoitajalle he kyselylinkin lähettivät, jotta kyselyn vastausprosentti voitiin selvittää. Kysely oli auki kaksi viikkoa, jonka jälkeen se suljettiin. Tuona aikana osastonhoitajia muistuteltiin vielä kyselyn mainostamisesta kullakin osastolla.

4.4 Aineiston analyysi

Määrällisen tutkimuksessa kerätty aineisto muutettiin sellaiseen muotoon, jotta se voitiin käsitellä tilastollisesti. (Vilkkä 2007, 117). Aineisto käytiin läpi ja tarkistettiin. Tarkastamisen yhteydessä ei löytynyt virheitä tai puutteita, joka paransi aineiston laatua ja tutkimustulosten tarkkuutta. (Vilkkä 2007, 117.) Kyselyn jokainen kohta oli pakollinen, jonka vuoksi vastaukset eivät jääneet puutteellisiksi.

Tuloksia kuvattiin numeerisesti, graafisesti ja sanallisesti. Tuloksien ilmaisun tukena käytettiin piirakkakuvioita, jotka antavat yleiskuvan kunkin muuttujan suhteellisesta osuudesta koko aineistoon (Vilkkä 2007, 14, 134). Avointen kysymysten kohdalla käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysiä, jolloin analyysi ja luokittelu perustuvat kerättyyn aineistoon (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Avointen kysymysten aineistoa käsiteltiin luoden teemoja, jotka toistuivat sairaanhoitajien vastauksissa ja niiden tueksi nostettiin lainauksia sairaanhoitajien vastauksista.

Kyselylomake tehtiin sähköisenä Webropol- palvelussa ja toimitettiin sähköpostitse JYTE:n terveystieteiden keskuksen vuodeosastojen 133 sairaanhoitajalle. Kysely tavoitti yhteensä 47 sairaanhoitajaa, vastausprosentiksi saatiin 35%.

5 Opinnäytetyön tulokset

5.1 Taustatiedot

Sairaanhoitajien taustatiedoista selvitettiin ikä, kuinka monta vuotta oli työskennellyt sairaanhoitajana sekä kuinka monta vuotta oli ollut työsuhteessa JYTE:llä.

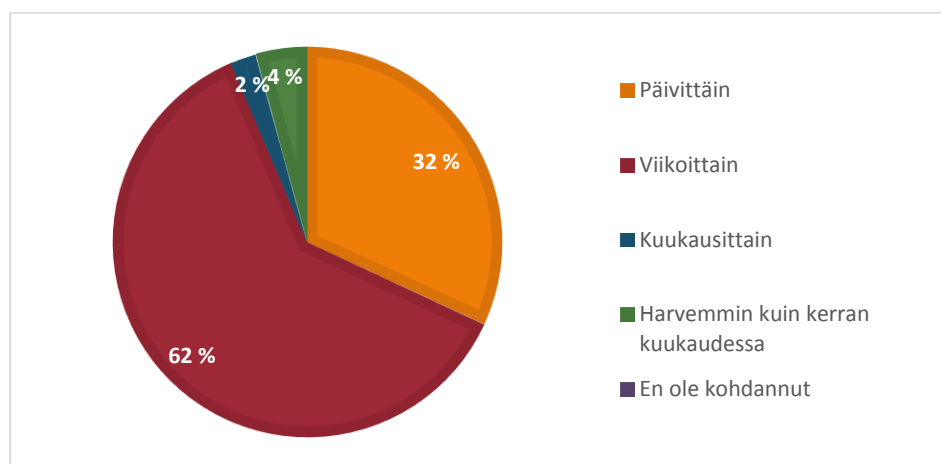
Sairaanhoitajista alle 30 vuotiaita oli 34% (n= 16). 31-40 vuotiaita sairaanhoitajia oli 32 % (n= 15). 41-50 vuotiaita oli 13% (n = 6) . Yli 50 vuotiaita sairaanhoitajia oli 21% (n=10).

Sairaanhoitajista 47 % (n=22) oli työskennellyt sairaanhoitajana 0-5 vuotta, 23 % (n=11) oli työskennellyt 6-10 vuotta. 11-15 vuotta sairaanhoitajan töitä oli tehnyt 9 % (n=4). Yli 15 vuoden työkokemus oli 21 % (n=10) sairaanhoitajista.

Työsuhteessa JYTE:llä 0-5 vuotta oli 56 % (n=26). 6-10 vuotta työsuhteessa oli 22 % (n=10). Sairaanhoitajista 7 % oli ollut työsuhteessa 11-15 vuotta. Yli 15 vuotta työsuhteessa olleita sairaanhoitajia oli 15 % (n=7).

5.2 Potilaan kohtaaminen sairaanhoitajien kokemana

Sairaanhoitajilta haluttiin selvittää, kuinka usein he kohtasivat työssään mielenterveyden häiriötä sairastavan potilaan (Kuvio 1).



Kuvio 1 Mielenterveyden häiriötä sairastavien potilaiden kohtaaminen vuodeosastoilla

Sairaanhoitajilta selvitettiin millaisia tunteita mielenterveyden häiriötä sairastavan potilaan kohtaaminen herättää. 40 % (n=19) sairaanhoitajista koki, ettei kohtaaminen herätä mitään erityisiä tunteita, vaan potilasryhmä kohdataan samalla tavalla kuin muutkin potilaat. Potilaat, joilla on taustalla jokin mielenterveyden häiriö, kohdataan yksilöllisesti ja tapauskohtaisesti. Osa sairaanhoitajista koki oman ammatillisen osaamisensa riittäväksi ja sen vuoksi kohtaaminen ei herättänyt mitään erityisiä tunteita.

Vaikka sairaanhoitajat kokivat, ettei mielenterveyden häiriötä sairastavan potilaan kohtaaminen herätä mitään erityisiä tunteita, nostivat he kuitenkin esille mielenterveyden häiriöiden hoidon olevan haasteellisempaa. Haastavasti käyttäytyvien potilaiden hoito koettiin haasteellisemmaksi ja tapauskohtaisesti tunnettiin tarvetta varovaisuuteen ensikohtaamisella.

"Kohtaan ko. ryhmän potilaat samalla tavalla kuin muutkin potilaat, ei herätä mitään erilaisia tunteita."

"Kohtaan potilaan samalla tavalla kuin kaikki muutkin. Toki jos potilaan käytös on poikkeavaa, laitan sen merkille ja kirjaan asiasta."

Sairaanhoitajista 13% (n=6) koki turhautumisen tunnetta omaa ammatillista osaamista kohtaan. Turhautumisen tunnetta aiheutti monissa myös se, kun aika ei riitä mielenterveyden häiriötä sairastavan potilaan tarvitsemaan keskusteluun. Esille nousi osaston levottomuus sekä puutteelliset ja rauhalliset keskustelupaikat. Koettiin, että somaattisten sairauksien hoitoon erikoistuneilla vuodeosastolla on vaikea auttaa, kun ei ole erityisosaamista tai tarpeeksi perehdytystä potilasryhmän kohtamiseen. Lisäksi koettiin monien somaattisten ongelmien hoidon olevan usein hyvin hoidollista ja aikaa vievää, jolloin mielenterveyden häiriötä sairastavan potilaan sairauden huomiointi jää vähemmälle.

Sairaanhoitajista 13% (n = 6) tunsu lisäksi riittämättömyyden tunnetta omaa ammatillista osaamista kohtaan. Riittämättömyyden tunnetta sairaanhoitajissa aiheutti vähäinen oma koulutus ja mikäli potilaat koettiin vaativiksi ja paljon hoitajia arvosteleviksi, monet sairaanhoitajista kokivat tällöin riittämättömyyttä hoidon onnistumisessa, kun mikään ei auta.

"Agressiiviset, jatkuvaa huomiota vaativat, toistuvasti hoitajia haukkuvat/moittivat potilaat herättää väsymystä, turhautumista, jopa pelkoa/turvattomuutta ja ahdistusta."

"He jäävät usein ilman tarvitsemaansa keskusteluapua, sillä osaston muut potilaat ovat useinkin hoidollisempia. Osasto on myös ajoittain kovin levoton, ei ole rauhallista keskustelupaikkaa tarjolla."

Potilaiden epäasiallinen tai uhkaava käytös aiheutti 9% (n = 4) sairaanhoitajista ärtymyksen tunnetta. Sairaanhoitajat nostivat esille, ettei se koskenut pelkästään potilaita, joilla oli taustalla mielenterveyden häiriö, vaan myös somaattisesti sairastavaa epäasiallisesti käyttäytyvää potilasta. Lisäksi esille nostettiin toistuvasti harhoistaan

puhuvat potilaat, joka aiheuttivat ärtymyksen tunnetta sairaanhoitajissa, kuitenkin potilaille ärtymystä näyttämättä.

Ennalta arvaamaton käytös aiheutti 9% (n=4) sairaanhoitajista pelon tunnetta ja tunnetta siitä, osaako auttaa ja riittääkö oma ammatillinen osaaminen potilaan hoitoon. Avuttomuuden tunne nousi esille 9% (n=4) sairaanhoitajista, mikäli koettiin, ettei ole keinoja auttaa potilasta ja helpottaa potilaan vointia oman puutteellisen osaamisen vuoksi. Lääkehoitoa pidettiin liian suuressa roolissa.

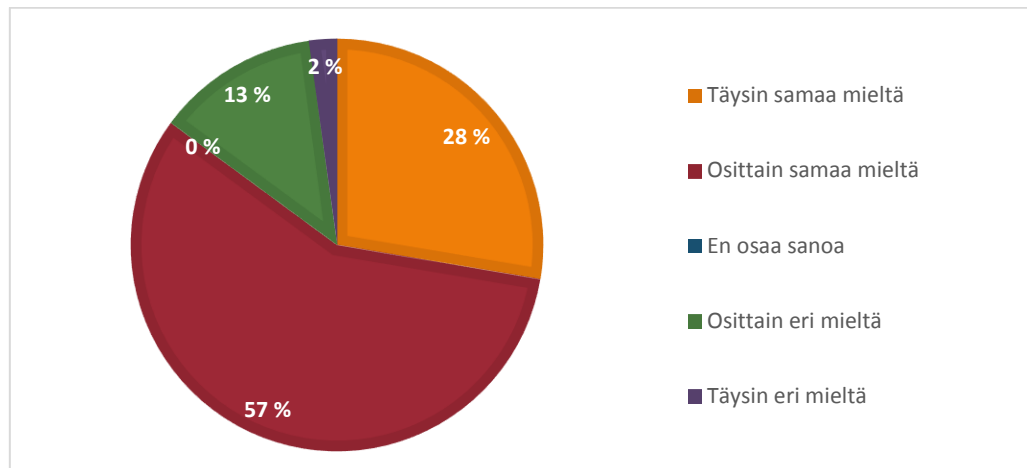
Ahdistuksen tunne ilmeni 9% (n=4) sairaanhoitajista, käsikädessä pelon ja avuttomuuden kanssa. Sairaanhoitajat ajattelivat, että potilas kokee kohtaamisen riittämättömäksi, mikäli hoitajan keinot ovat vähäiset. Yllättävät tilanteet tai käytöshäiriöt aiheuttivat varautuneisuutta (n=3) sairaanhoitajissa.

"Potilaaseen suhtautuu herkästi varautuneesti, vaikka ei välttämättä tarvitsisikaan."

Mielenterveyden häiriötä sairastavan potilaan kohtaaminen aiheutti 6% (n=3) sairaanhoitajista empatian tunnetta. Sairaanhoitajat kokivat halua auttaa, kuunnella ja ymmärtää mielenterveyden häiriötä sairastavan potilaan pahaa oloa. Oma ammatillinen osaaminen herätti 9% (n=4) sairaanhoitajista epävarmuutta ja epätoivoa. Koulutuksen puute koettiin vähäiseksi ja omat valmiudet eivät olleet sairaanhoitajien mielestä riittäviä potilasryhmän tarpeisiin. Lisäksi ilmeni yksittäisiä mainintoja turvattomuuden tunteesta, jännityksestä, huolesta ja mielenkiinnosta potilasryhmää kohtaan.

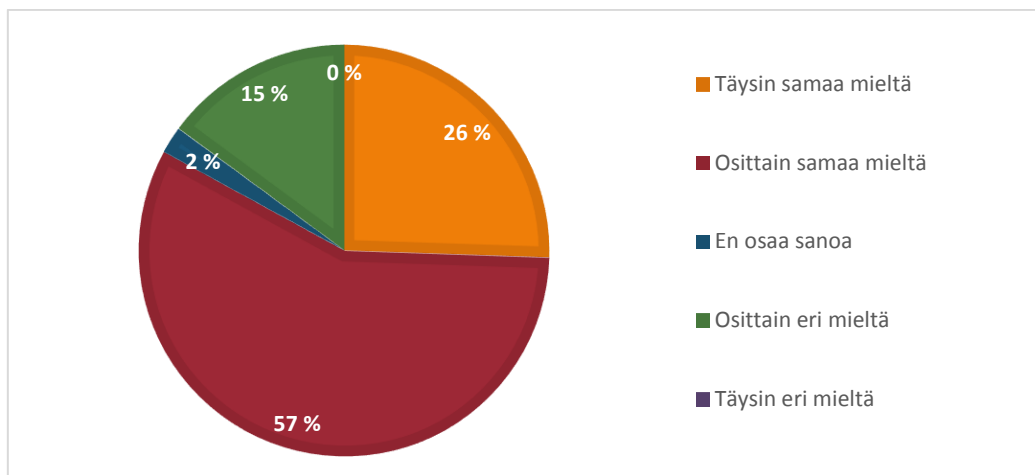
Sairaanhoitajilta selvitettiin kokemuksia potilaan kohtaamisesta väittämien muodossa. Kun kysyttiin, onko sairaanhoitajilla paljon kokemusta mielenterveyden häiriötä sairastavan potilaan kohtaamisesta, 53% (n=25) sairaanhoitajista oli osittain samaa mieltä. Osittain eri mieltä olivat 32% (n=15) sairaanhoitajista. Täysin samaa mieltä oli 9% (n=4), täysin eri mieltä 4% (n=2) sekä en osaa sanoa 2% (n=1) sairaanhoitajista.

Sairaanhoitajilta pyydettiin mielipidettä väittämään "Osastollamme mielenterveyden häiriötä sairastavat potilaat kohdataan samalla tavalla kuin muutkin potilaat" (Kuvio 2).



Kuvio 2 "Osastollamme mielenterveyden häiriötä sairastavat potilaat kohdataan samalla tavalla kuin muutkin potilaat."

Sairaanhoitajilta kysyttiin, kokivatko he mielenterveyden häiriötä sairastavan potilaan kohtaamisen haastavampana kuin muiden potilaiden (Kuvio 3).



Kuvio 3 "Koen, että mielenterveyden häiriötä sairastavan potilaan kohtaaminen on haastavampaa kuin muiden potilaiden."

Väittämässä "Potilaan kohtaamiseen ei jää riittävästi aikaa, jotta mielenterveyden häiriö voitaisiin huomioida somaattisen hoidon yhteydessä" 49% (n=23) sairaanhoitajista olivat täysin samaa mieltä. Sairaanhoitajista 43% (n=20) olivat osittain samaa mieltä, 6% (n=3) oli osittain eri mieltä ja 2% (n=1) sairaanhoitajista ei osannut sanoa.

Väittämässä ”Olen havainnut työpaikalla kielteistä suhtautumista mielenterveyden häiriötä sairastavia potilaita kohtaan” 38% (n= 18) sairaanhoitajista olivat osittain samaa mieltä väittämän kanssa. Toiseksi eniten puolestaan osittain eri mieltä 30% (n= 14), täysin samaa mieltä väittämästä oli 13% (n=6), täysin eri mieltä oli 11% (n=5) sekä 8% (n=4) sairaanhoitajista ei osannut sanoa.

Kysyttäessä, ovatko sairaanhoitajat itse suhtautuneet kielteisesti mielenterveyden häiriötä sairastavaa potilasta kohtaan, 34% (n=16) sairaanhoitajista olivat täysin eri mieltä väittämän kanssa. Osittain eri mieltä olivat 32% (n=15) sairaanhoitajista. Puolestaan väittämän kanssa osittain samaa mieltä olivat 23% (n=11), 9% (n=4) ei osannut sanoa ja 2% (n=1) sairaanhoitajista oli täysin samaa mieltä siitä, että on suhtautunut kielteisesti mielenterveyden häiriötä sairastaviin potilaisiin.

Sairaanhoitajilta kysyttiin, kokevatko he mielenterveyden häiriötä sairastavan potilaan kohtaamisen haastavana. Sairaanhoitajista 87% (n=41) koki kohtaamisen jollain tapaa haastavana. Syyt jaoteltiin vastausten perusteella potilaasta johtuviin sekä hoitajasta itsestään tai työympäristöstä johtuviin haasteisiin.

Potilaasta lähtöisin olevat haasteet keskittyivät pääosin potilaan mielenterveyden häiriön yksilöllisyyteen ja potilaan käyttäytymiseen. Mielenterveyden häiriö toi haasteita sen perusteella, missä tilassa ja kuinka vakava-asteinen potilaan sairastama häiriö oli hoitohetkellä. Erityisesti akuutissa vaiheessa oleva mielenterveyden häiriö koettiin haastavana, sillä kontaktinen saaminen potilaaseen oli vaikeaa ja tunteita vaikea tulkita.

Potilaan käyttäytyminen koettiin haastavaksi erityisesti silloin, kun potilas oli yhteistyökyvytön tai hoitoon sitoutumaton. Potilaat koettiin haastavana myös tarvitsemansa huomion ja intensiivisen reagoitinsa vuoksi.

”Joskus mielenterveyden häiriötä sairastavat ihmiset saavat väärän käsityksen tai tulkitsevat asioita väärällä tavalla. Joutuu olemaan potilaan kohtaamistilanteessa kieli keskellä suuta, harkitsemaan tarkkaan, mitä sanoo ja millä tavalla, ettei potilas käsitä väärin.”

Vaativalle potilaalle rajojen asettaminen tuntui myös haasteelliselta. Potilaan arvaamattomuus tai aggressiivinen käytös aiheutti pelkoa ja epävarmuutta. Myös hoitajaa syyllistävät ja haukkuvat potilaat saivat aikaan turhautumista ja epäluottamusta omaa ammatillista osaamista kohtaan.

Mielenterveyden häiriötä sairastavan potilaan kohtaamisessa koettiin haastavaksi potilaan tarvitsema aika. Tavoitteelliselle keskustelulle ei jäänyt aikaa, jolloin potilaan saattoi olla vaikea avautua havaitessaan hoitajan kiireen. Hoitosuhteen luominen koettiin myös haasteellisena, sillä läsnäololle ja keskustelulle ei koettu olevan potilaan tarvitsemaa aikaa.

”Mielenterveyspotilaat tarvitsivat hoitajan aikaa ja keskustelu-aikaa/läsnäoloa. Hoitajan aika ei vain riitä.”

Sairaanhoitajat kokivat mielenterveyden häiriötä sairastavien potilaiden kohtaamisen haastavaksi myös oman osaamisensa tai työympäristön vuoksi. Suurimmaksi haasteeksi nousivat resurssit. Sairaanhoitajista 43 % (n = 20) oli sitä mieltä, että aika mielenterveyden häiriötä sairastava potilaan kohtaamiseen ei riitä. Oma työ haluttiin hoitaa rauhallisesti ja kiireettömästi, mutta aikaa potilaan kanssa keskusteluun ja läsnäoloon ei koettu olevan riittävästi.

”Koen haastavana, koska kohtaamiseen (keskusteluun ja kuuntelemiseen) ei ole aikaa, mitä taas nämä potilaat erityisesti tarvitsivat.”

”Vaatii paljon aikaa, rauhallista työotetta.”

”Aikaa ei ole tarpeeksi kohtaamiseen (muut työtehtävät painavat päälle). Riittämättömyys tekee usein oloni sellaiseksi, etten pysty/ei ole mahdollisuuksia hoitaa nii hyvin kuin haluaisin hoitotyötä toteuttaa.”

Ajanpuutteen lisäksi hoitajat kokivat osastojen somaattisten potilasryhmien olevan niin vaativia, että mielenterveyden häiriötä sairastavien potilaiden kohdalla läsnäolo ja keskustelu jäivät puuttumaan. Toisaalta hoitajat kokivat, että somaattisen sairauden hoito jätti herkästi taakseen mielenterveyden häiriön hoidon, sillä aikaa riitti vain somaattisten vaivojen hoitoon. Resurssit nousivat esille myös osastojen kiireiden vuoksi: hoitajia koettiin olevan liian vähän, jotta aikaa kohtaamiseen ehdittäisiin järjestää.

”Somaattisen sairauden hoito herkästi jättää taakseen mielenterveyden ongelmat, koska aika ei tunnu riittävän myös sen osan huomiointiin osastolla.”

Sairaanhoitajista 32% (n = 15) koki oman osaamisen puutteen haasteena. Sairaanhoitajat eivät kokeneet koulutustaan ja osaamistaan riittäväksi mielenterveyden häiriötä

sairastavan potilaan kohtaamiseen. Sairaanhoitajat kokivat, etteivät he osanneet tarjota potilaalle parasta mahdollista tukea tai hoitoa, sillä tieto sairauksista ja niiden hoidosta oli riittämätöntä.

”Usein potilaat kaipaisivat keskusteluapua johon aika ei riitä. Ei myöskään ole ammattitaitoa mielenterveyspotilaan hoitamiseen, ei ole riittävää koulutusta.”

”Koen, että en välttämättä osaa tarjota parasta mahdollista tukea/hoitoa potilaalle. Varsinkin kiireisinä päivinä ei aina ole mahdollista olla läsnä ja jutella potilaan kanssa niin paljon kuin haluaisi.”

Mielenterveyshoitotyön toimintatavat koettiin vieraiksi, eikä niihin oltu saatu perehdytystä. Keinottomuus mielenterveyden häiriötä sairastavan potilaan kohtaamisessa ja hoidossa kuvasti monen sairaanhoitajan mielipidettä. Lisäksi osastoilla ei hoitajien mielestä somaattisten hoidon lisäksi ole spesifiä osaamista kohdata ja hoitaa mielenterveyden häiriöitä.

” Ei ole keinoja auttaa, ei tietoa potilasryhmän hoidosta, toisinaan pelkoa potilasta kohtaan.”

”Meidän osastolla painotutaan enemmän vanhustenhoitotyöhön, joten osastollamme ei hirveästi ole spesifiä osaamista mt-potilaan kohtaamisesta”

Sairaanhoitajat eivät tienneet, mistä potilaalle saataisiin lisäapua. Sairaanhoitajat kokivat, ettei heillä ole riittävästi tietoa siitä, mistä tarjota tai hakea potilaalle asiantuntevaa apua osastolle tai osastojakson päättyessä. Sairaanhoitajien omat tunteet, erityisesti pelko ja epävarmuus, aiheuttivat haasteita potilaan kohtaamisessa. Osa hoitajista koki oman kiinnostuksensa olevan vähäistä mielenterveyden häiriöitä sairastavan potilaan hoidossa. Myös asenteet ja ennakkoluulot vaikeuttivat hoitajien ja potilaiden välistä kohtaamista.

”Itse koen joskus kohtaamisen haastavaksi, koska heihin saattaa olla valmiita ennakkoluuloja, joita saanut toisen hoitajan puheista.”

Sairaanhoitajista 11 % (n=5) ei kokenut mielenterveyden häiriötä sairastavan potilaan kohtaamista lainkaan haastavana. Sairaanhoitajien mielestä diagnoosilla ei ole vaikutusta potilaan kohtaamiseen, joten mielenterveyden häiriötä sairastavat potilaat kohdataan kuin muutkin potilaat. Kohtaamista ei koettu haastavana, sillä omalla käytöksellä ja olemuksella oli mahdollista vaikuttaa suuresti kohtaamisen onnistumiseen. Toisaalta todettiin, että potilaan kohtaaminen voi olla haastavaa sairaudesta riippumatta, se ei koske vain mielenterveyden häiriöitä sairastavia

potilaita. Mielenterveyden häiriötä sairastavan potilaan kohtaaminen koettiin myös palkitsevana.

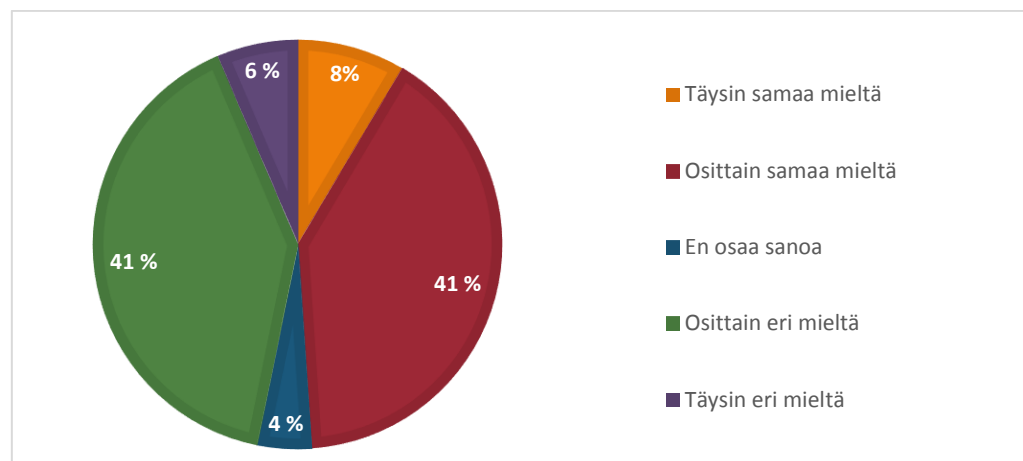
”...on ihan sama, onko potilaalla mielenterveyden häiriö vai ei niin potilaan kohtaaminen voi olla hankalaa.”

”En koe haastavana, koen palkitsevana.”

5.3 Sairaanhoitajien kokemukset omasta osaamisestaan

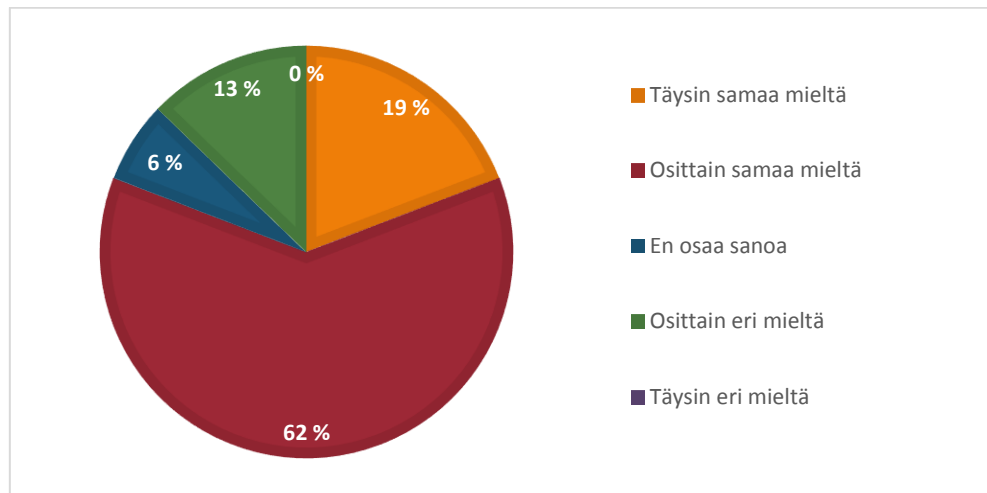
Sairaanhoitajilta selvitettiin heidän omaa kokemustaan mielenterveyden häiriötä sairastavan potilaan hoitoon liittyvillä väittämällä. Sairaanhoitajilta selvitettiin tunnistavatko he erilaisia mielenterveyden häiriöitä. 79% (n=37) sairaanhoitajista oli osittain samaa mieltä väittämän kanssa. Täysin samaa mieltä oli puolestaan 11% (n=5), en osaa sanoa vastasi 6% (n=3) ja osittain eri mieltä 4% (n=2) sairaanhoitajista. Yksikään sairaanhoitajista ei ollut väittämän kanssa täysin eri mieltä.

Sairaanhoitajilta kysyttiin, onko heillä valmiudet hoitaa eri mielenterveyden häiriötä sairastavia potilaita (Kuvio 4).



Kuvio 4 "Koen, että minulla on valmiudet hoitaa eri mielenterveyden häiriöitä sairastavia potilaita."

Väittämässä "Osaan huomioida potilaan mielenterveyden häiriön osana potilaan kokonaisvaltaista hoitoa" selvitettiin sairaanhoitajien kokemuksia kokonaisvaltaisen hoidon toteutumisesta (Kuvio 5).



Kuvio 5 "Osaan huomioida potilaan mielenterveyden häiriön osana potilaan kokonaisvaltaista hoitoa."

Väittämään "Tunnen mielenterveyden häiriötä sairastavan potilaan hoitoon vaikuttavat keskeiset lait" sairaanhoitajista osittain samaa mieltä oli 38% (n=18) sairaanhoitajista ja puolestaan 38% (n=18) olivat osittain eri mieltä. Täysin samaa mieltä oli 13% (n=6), täysin eri mieltä oli 6% (n=3) sekä 4% (n=2) sairaanhoitajista ei osannut sanoa.

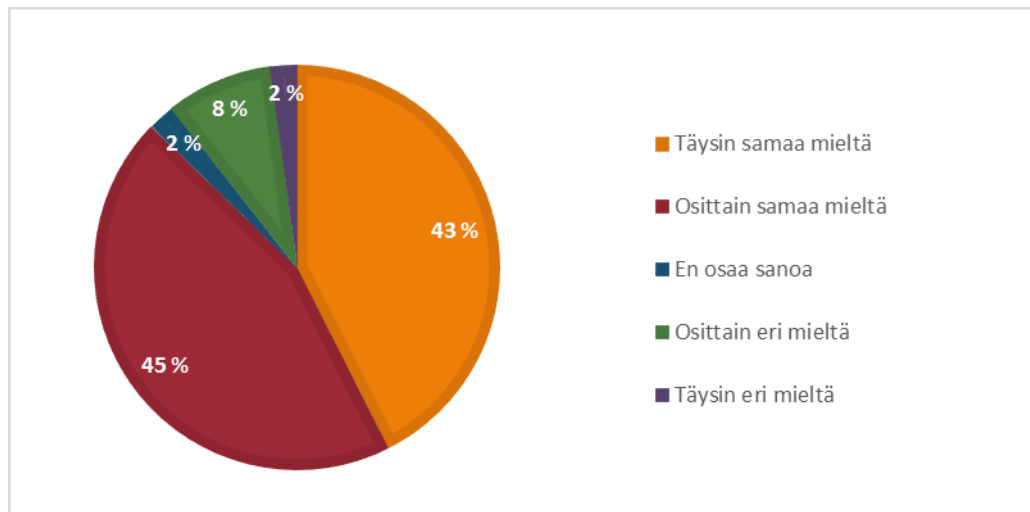
Sairaanhoitajilta kysyttiin kokemusta siitä, onko potilaan psyykkisen terveydentilan huomioiminen somaattisen hoidon ohella helppoa. Sairaanhoitajista 47% (n=22) oli väittämän kanssa osittain eri mieltä. Osittain samaa mieltä väittämän kanssa oli 39% (n=14), täysin eri mieltä 11% (n=5) kun saman verran vastauksia keräsi 11% (n=5) sairaanhoitajista, jotka eivät osanneet sanoa. Täysin samaa mieltä oli 2% (n=1) sairaanhoitajista.

Sairaanhoitajia pyydettiin vastaamaan kokemuksensa mukaisesti erilaisiin väittämiin koskien mielenterveyden häiriötä sairastavan potilaan hoitoa työpaikalla.

Sairaanhoitajilta kysyttiin, kokivatko he tarvitsevansa työhönsä mielenterveyden häiriötä sairastavan potilaan hoitoon liittyen. Sairaanhoitajista 62% (n=29) oli väittämän kanssa täysin tai osittain samaa mieltä, osittain tai täysin eri mieltä oli 23% (n=11) sairaanhoitajista. 15% (n = 7) ei osannut sanoa mielipidettään väittämästä.

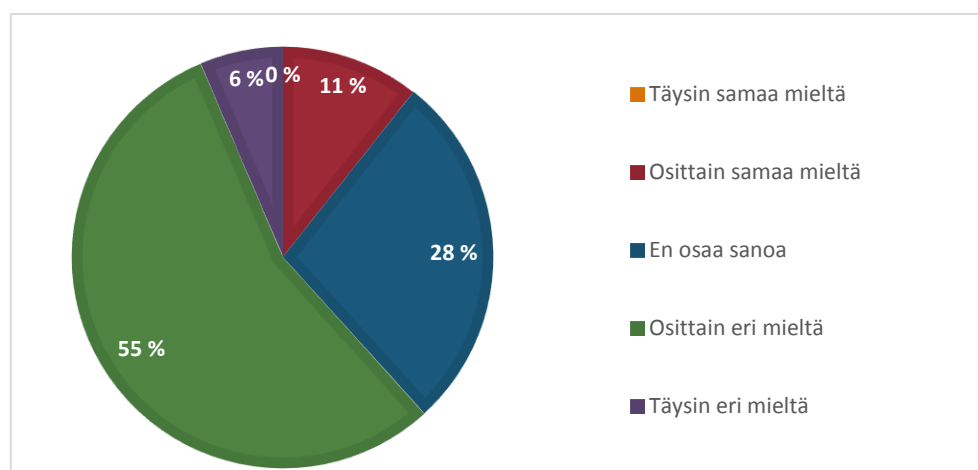
Väittämään "Olen saanut lisäkoulutusta työpaikallani mielenterveyden häiriötä sairastavien potilaiden hoidosta" 85% (n=41) sairaanhoitajista kertoi olevansa osittain tai täysin eri mieltä. 11% (n=5) sairaanhoitajista oli väittämän kanssa täysin

samaa tai osittain samaa mieltä, eli työpaikkakoulutusta koettiin saaneen. 5% (n=2) ei osannut sanoa mielipidettään väittämään.



Kuvio 6 "Tarvitsen lisäkoulutusta mielenterveyden häiriötä sairastavan potilaan hoitoon."

Sairaanhoitajilta kysyttiin, kokivatko he tarvitsevansa lisäkoulutusta mielenterveyden häiriötä sairastavan potilaan hoitoon (Kuvio 6). Väittämä "Mielestäni osastomme mielenterveyden häiriötä sairastavien potilaiden hoito on asiantuntevaa" jakoi mielipiteitä (Kuvio 7).



Kuvio 7 "Mielestäni osastomme mielenterveyden häiriötä sairastavien potilaiden hoito on asiantuntevaa."

Suurin osa hoitajista, 81%, (n=38) oli osittain tai täysin eri mieltä väittämästä, jonka mukaan mielenterveyden häiriötä sairastavat potilaat eivät kuulu terveystieteiden keskuksien vuodeosastoille, joten lisäkouluttaminen ei ole tarpeellista. 13% (n=6) sairaanhoitajista vastasi olevansa väittämän kanssa täysin tai osittain samaa mieltä. 28% (n=13) ei osannut antaa mielipidettään kyseisestä väittämästä.

5.4 Sairaanhoitajien kehitysideat

Viimeiseksi kysyttiin sairaanhoitajien näkemystä siitä, kuinka he kehittäisivät sairaanhoitajien valmiuksia hoitaa mielenterveyden häiriötä sairastavaa potilasta. Kehitysideoita pyydettiin JYTE:n terveystieteiden keskuksien vuodeosastoja ajatellen.

Sairaanhoitajista 91% (n = 43) toi esille lisäkoulutuksen tarpeen. Sairaanhoitajat toivoivat terveystieteiden keskuksien ympäristöön ja tarpeisiin sovellettua koulutusta. Toivottiin uutta, ajantasaista tietoa mielenterveyden häiriötä sairastavien potilaiden kohtaamisesta ja hoidosta. Materiaalin saaminen aiheista koettiin hyödylliseksi, mutta kiireessä niihin ei ehdittäisi kunnolla perehtyä. Sairaanhoitajat toivoivat koulutusten sisältävän mielenterveyden häiriöiden tunnistamista, potilaiden kohtaamista ja erilaisia mielenterveyshoitotyön työskentelymuotoja.

”Mielenterveyden häiriöt ovat kasvava sairausryhmä, jatkuvaa osaamisen päivittämisen puolestakin on tarpeen saada.”

Koulutuksissa haluttaisiin käsitellä mielenterveyden häiriön näyttäytymistä potilaassa ja mitä hoidossa tulisi huomioida. Koulutusten sisältöihin toivottiin myös tietoisuuden lisäämistä mielenterveyden häiriötä sairastavista potilaista hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Myös mielenterveyden häiriöiden lääkityksestä, niin lääkkeellisestä kuin lääkkeettömästäkin hoidosta, toivottiin lisäkoulutusta. Koulutuksien järjestäjiksi, tai osaksi niitä, toivottiin asiantuntijoita. Esimerkiksi psykiatrian akuuttiryhmää ja erilaisia mielenterveyden potilasjärjestöjä toivottiin esittäytymään ja puhumaan aiheesta.

”Toimipaikkakoulutuksia enemmän mielenterveyshäiriöistä, kuinka nämä näyttäytyy ihmisessä, mitä hoidossa tulee huomioida jne. Olisi hyvä myös tarkemmin tietää, mitä mielenterveyspalveluita Jyväskylän seudulla on tarjota.”

Sairaanhoitajista 15% (n= 7) noste esiin resurssien puutteen. Sairaanhoitajat kokivat ajan potilaan kohtaamiseen olemattomana. Aito läsnäolo ja keskustelu jäivät puuttumaan. Kehitysideoina sairaanhoitajat nostivat mahdollisuuden potilaan asioihin perehtymiselle tarjoamalla enemmän aikaa, sillä sairaanhoitajien mukaan kiire esti aidon kohtaamisen ja luottamussuhteen synnyn hoitajan ja potilaan välillä. Henkilökunnan määrää tulisi hoitajien mielestä myös lisätä.

”Enemmän aikaa pitäisi olla potilaan kohtaamiseen. Mielenterveyden häiriötä sairastava potilas tarvitsee inhimillistä kohtaamista ja hänen täytyy saada kokea olonsa turvalliseksi ja hoitajan luottamuksen arvoiseksi. Kiireessä tämän kaiken rakentamiselle ei ole aikaa, vaan mielen hoito jää pintapuoliseksi raapaisuksi ja harmillisen usein kuitataan erilaisilla lääkkeillä.”

11 % (n = 5) sairaanhoitajista nosti esiin myös ”yhteisten pelisääntöjen” puuttumisen. Hoitajat toivoivat mielenterveyden häiriötä sairastavien potilaiden kohtaamiseen ja hoitoon selkeitä, yhteisiä pelisääntöjä, joita kaikki JYTE:n vuodeosastot noudattaisivat osastosta riippumatta. Kehitysideoita ei ollut avattu kovin laajalti, mutta esimerkiksi kirjaukseen toivottiin yhtenäistä linjaa.

Sairaanhoitajat ilmaisivat tietonsa psykiatrian asiantuntijapalveluista olevan hyvin vähäisiä. Potilaan asioiden hoitaminen koettiin haastavaksi, kun tietoa mielenterveyspalveluista ei juurikaan ollut. Kehittääkseen tätä puutetta, hoitajat toivoivat mielenterveyspalveluiden asiantuntijoita (akuuttityöryhmä, vanhuspsykiatrian konsultaatio-ryhmä, erilaiset järjestöt) esittelemään työtehtäviään ja sitä, kuinka vuodeosastojen hoitajat sekä heidän potilaansa voisivat heidän palveluitaan hyödyntää. Tämä helpottaisi hoidon suunnittelua osastolla, avun tarjoamista osaston ulkopuolelta käsin sekä jatkohoidon koordinoitua.

”Lisää koulutusta ja saisi olla joskus koko päiväkoulutusta. Esim. erilaiset liitot voisivat esittäytyä sekä yhdistykset ja muut yhteistyötahot esim. psykiatriset akuutti työryhmät.”

Lisäksi 11% (n = 5) hoitajista koki psykiatrisen konsultaatioavun olevan vaikeasti saatavilla. Usein potilaan täytyi olla huonossa tilassa, jotta konsultaatioapua saatiin. Mahdollisuus psykiatrian asiantuntijan konsultointiin tulisi vastaajien mukaan olla ympärivuorokautisesti, jotta potilasta voitaisiin tulla tarvittaessa katsomaan akuuttissa tilanteessa. Psykiatrisen puolen kanssa toivottiin selkeää yhteistyökuviota. Tämä helpottaisi konsultaatiota sekä potilaan jatkohoidon suunnittelua.

”Psykiatrian konsultaatiot kiven takana, ei saada silloin kun oikeasti on hätä, tulee viivettä, ja potilaan pitää olla todella huonossa kunnossa, että apua saa.”

Osastokohtaista työnohjausta erilaisten potilastapausten puimiseen kaipasi 9% (n = 4) sairaanhoitajista. Sairaanhoitajat kaipasivat yhteistä keskustelua mielenterveyden häiriötä sairastavan potilaan hoito- ja kohtaamistilanteista.

Muita kehitysideoita oli muun muassa omahoitajuuden järjestäminen mielenterveyden häiriötä sairastaville potilaille, työkierrot sekä potilaiden keskittäminen vain tietyille osastoille. Psykelaagikoita koskeva koulutuskokonaisuus toivottiin LOVE-tenttien oheen osaamisen takaamiseksi.

6 Pohdinta

Tässä luvussa vastataan opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin analyysissä esiin nousseiden tulosten perusteella. Luvussa pohditaan myös opinnäytetyön eettisyyttä ja luotettavuutta koko opinnäytetyöprosessin ajalta. Lopuksi tehdään yhteenveto johtopäätöksistä ja esitetään tulosten pohjalta esiin nousseita jatkotutkimusideoita.

6.1 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen teossa on otettava monia tutkimuseettisiä periaatteita huomioon (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2014, 23). Opinnäytetyön aineiston keräämisessä, säilytyksessä ja tulosten esittämisessä noudatettiin hyvää tieteellistä käytäntöä, jotta ne eivät loukanneet kohderyhmää tai tilaajaorganisaatiota (Vilkkä 2007, 90).

Kyselyn kysymysten määrää arvioitiin kriittisesti, jotta kyselyn vastausajasta ei tahattomasti tehty liian pitkää. Tutkijan tehtävänä on suhteessa tutkimuksen haittojen minimointiin maksimoida tutkimuksen hyödyt. (Vilkkä 2007, 90). Ihmisarvoa ja itsemääräämisoikeutta kunnioitettiin antamalla mahdollisuus sairaanhoitajille päättää, haluaako tutkimukseen osallistua. Saatekirjeessä kerrottiin sairaanhoitajille kyselyn tarkoituksesta ja sisällöstä sekä korostettiin kyselyn anonyymiutta ja kerrottiin mahdollisuudesta osallistua arvontaan jättämällä yhteystietonsa. Kun sairaanhoitajat osallistuivat kyselyyn, antoivat he samalla suostumuksen vastausten hyödyntämisestä opinnäytetyötä varten. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2014, 24-25.)

Tutkimuksen aihevalinta tehtiin yhteiskunnallista merkitystä ajatellen. Mielenterveyden häiriöt ovat yleisiä ja monet kärsivät niistä, joten aihe koettiin yhteiskunnallisesti merkittäväksi. Koko tutkimusprosessin aikana noudatettiin erityistä avoimuutta eikä tutkimuksen eri vaiheista ollut mitään salattavaa. Tutkimukselle haettiin tutkimuslupa tutkittavasta organisaatiosta. Tutkimusorganisaation kanssa sovittiin, miten tutkimustulokset esitettiin, sillä tutkittavien suojeleminen on tärkeää. Tutkimuksen kysely luotiin niin, ettei kysymysasetteluissa ollut manipulaatioon viitteitä eikä tutkimuksella tehty ennako-oletuksia tutkimustulosten suhteen. Tuloksia analysoidessa ja julkaishtaessa toteutettiin tieteellisen tiedon luonteeseen kuuluvaa avoimuutta. Tutkimusmateriaali säilytettiin ja hävitettiin asianmukaisella tavalla. (Vilkkä 2007, 99.)

Kvantitatiivisen tutkimusprosessin mukaisesti tutkimusongelma määritettiin, aihealue rajattiin ja asetettiin keskeiset tavoitteet. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa erityisen tärkeää on huolellinen suunnitelma, aiempiin tutkimuksiin ja kirjallisuuteen perehtyminen. Opinnäytetyössä perehdyttiin aihetta käsitteleviin tutkimuksiin sekä teoriatietoon. Teoriataustaa varten pyrittiin hyödyntämään ajankohtaista, tutkittuun tietoon perustuvaa lähdemateriaalia. Lähdekriittisyyttä noudatettiin opinnäytetyön eri vaiheissa. (Heikkilä 2014.)

Kyselyn ymmärrettävyyttä ja luotettavuutta testattiin kyselyn esitestaajilla. Tutkimuksen perusjoukosta kyselyn esitestaajiksi valittiin perustellusti Kyllön terveystieteiden keskeisen yksikön vuodeosaston 3 sairaanhoitajat, mielenterveys- ja päihde-erikoisosaamisen vuoksi. Esitestaus ei tuottanut kuin kaksi vastausta, jonka vuoksi esitestaajiksi valittiin lisäksi hoitoalan opiskelijoita. Esitestaajien palautteiden pohjalta tehtiin kyselyyn tarvittavia muutoksia. Opinnäytetyöprosessin edetessä sairaanhoitajien kehitysideat nousivat yhdeksi työn tärkeimmäksi näkökulmaksi, joten yksi tutkimuskysymys olisi voinut olla myös kehitysideoista. Tässä vaiheessa opinnäytetyöprosessia ei määrällisessä tutkimuksessa kuitenkaan voi enää lisätä tutkimuskysymyksiä, mutta tämä haluttiin nostaa avoimesti ja rehellisesti opinnäytetyöprosessista esille. (Vilkkä 2007, 78.) Luotettavuutta tutkimukselle lisäsi tekijöiden määrä. Kahden tekijän pohdinnan laajuus ja syvällisyys tuo luotettavuutta koko opinnäytetyöprosessin ajalta.

Tutkimuksen validiutta vahvistettiin huolellisella kyselyn suunnittelulla. Yhteneväiset tulokset osoittivat, että kysymykset olivat ymmärrettäviä kaikille vastanneille sairaan-

hoitajille. Muutama yksittäinen väittämä todettiin tarpeettomaksi opinnäytetyön tuloksia läpikäydessä. Ne eivät varsinaisesti antaneet vastauksia tutkimuskysymyksiin tai liittyneet työn tarkoitukseen. Tämä ei kuitenkaan vaikuttanut tutkimuksen luotettavuuteen.

Tutkimuksen reliabiliteetti tarkoittaa, että tutkimuksen tulokset ovat toistuvia, eivät sattumanvaraisia. Tutkimuksen tulokset osoittivat, että valtaosa sairaanhoitajien vastauksista oli yhdenmukaisia ja tuloksista pystyttiin tekemään yhteneviä johtopäätöksiä. Tulosten käsittely tehtiin huolellisesti, jotta tulokset saatiin koottua virheettömästi. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2014, 231.) Vastaajien määrä tutkimuksen otokseen nähden oli luotettava, joten väistämättä tuloksista ilmeni perusjoukon ominaisuuksia enemmän kuin mitä pienemmässä otannassa olisi tullut. Sitä luotettavimmat tulokset ovat mitä suurempi otanta on. (Vilka 2007, 57.)

Kyselytutkimuksen vastaajan rehellisyydestä ei voida olla varmoja, sillä usein vastaajat kaunisteleovat vastauksiaan yleisesti hyväksyttävämpään suuntaan. Sairaanhoitajien rehellisyyttä ei voitu taata, mutta tulokset osoittivat, että sairaanhoitajat uskalsivat myöntää koulutuksen riittämättömyyden, oman ammatillisen osaamisen puutteen, sekä tuoda sitä kautta esille kehitysideoita. Avoimiin kysymyksiin valtaosa sairaanhoitajista oli vastannut useammalla kuin yhdellä lauseella, joten avoimet kysymykset tuottivat hyviä tuloksia. Puutteellisia vastauslomakkeita ei tullut laisinkaan, sillä jokainen kysymys oli vastaajalle pakollinen. (Heikkilä 2014, 9.)

Yhdessä avoimessa kysymyksessä kysyttiin, kokivatko sairaanhoitajat mielenterveyden häiriötä sairastavan potilaan kohtaamisessa jotakin haastavaa. Kysymys on itsessään hieman johdatteleva, joka saattoi vaikuttaa sairaanhoitajien vastauksiin. Kysymyksen asettelu oli kuitenkin tietoinen valinta, sillä kyselyssä haluttiin selvittää myös mahdollisia ongelmakohtia. Kysymyksessä oli mahdollista vastata myös siten, ettei haasteita koettu olevan. Moni sairaanhoitaja vastasikin tällä tavoin, joten voidaan olettaa, ettei kysymyksen asettelu vaikuttanut sairaanhoitajien vastauksiin.

Kysely ei tavoittanut kaikkia sairaanhoitajia, joille kysely toimitettiin, mutta määrällisessä tutkimuksessa vastauskato on hyvin yleinen haitta. Vastauksia saatiin kuitenkin noin kolmasosalta koko JYEn terveyskeskusten vuodeosastojen sairaanhoitajilta,

joka riittää työn tulosten luotettavuuden takaamiseksi. Tuloksia ei voida yleistää koskevaksi kaikkia vuodeosastoilla työskenteleviä sairaanhoitajia, mutta niitä voidaan pitää suuntaa antavina. (Heikkilä 2014, 11.)

Opinnäytetyösuunnitelman mukaisesti työn olisi pitänyt valmistua kesällä 2018, mutta monien muuttujien vuoksi työn valmistuminen viivästyi muutamalla kuukaudella. Opinnäytetyön valmistumisen viivästyminen ei kuitenkaan oleellisesti vaikuttanut työn luotettavuuteen tai tuloksiin. Tilaajaorganisaatio ei asettanut työlle takarajaa, jonka vuoksi viivästyminen ei aiheuttanut ongelmia tilaajallekaan. Opinnäytetyöprosessista tuli pidempi kuin oli suunniteltu, mutta tällöin jäi enemmän aikaa syventää teoriataustaa sekä tutkimustuloksia.

6.2 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajien kokemuksia mielenterveyden häiriötä sairastavan potilaan kohtaamisesta sekä omasta ammatillisesta osaamisestaan hoitaa mielenterveyden häiriötä sairastavaa potilasta. Tavoitteena oli kerätä sairaanhoitajien kokemusten kautta kehitysideoita, joiden avulla JYTen on mahdollista kehittää sairaanhoitajien osaamista kohdata mielenterveyden häiriötä sairastava potilas vuodeosastoilla.

Sairanhoitajat kohtasivat mielenterveyden häiriötä sairastavia potilaita viikoittain, osa jopa päivittäin. Mielenterveyden häiriötä sairastavien potilaiden kohtaaminen ei herättänyt sairaanhoitajissa mitään erityisiä tunteita, mutta esille nousi myöskin negatiivisia tunteita. Tunteet liittyvät usein ulkoiseen tapahtumaan, jonka havaitseminen saa aikaan tunnereaktion (Nummenmaa 2010, 24). Ajan puute aiheutti sairaanhoitajissa turhautumista ja riittämättömyyden tunnetta, mikäli sairaanhoitajat kokivat, ettei potilaiden ollut helppo avautua heille aistiessaan hoitajien kiireen. Potilaan tarvitsemaan keskusteluun ja aitoon läsnäoloon kohdatessa ei koettu olevan riittävästi aikaa. Potilaat arvostavat erityisesti kuulluksi tulemistä, kun hoitaja ehtii kiireestä huolimatta kuunnella heitä. Näille hoitajille potilaat myös kertovat enemmän kokemuksiaan. (Wyder, Bland, Blythe, Matarasso & Crompton 2015). Asiakaslähtöinen voimavarojen tunnistaminen lähtee kuulemisesta ja kuuntelemisesta. Perusterveydenhuollossa työntekijöiltä nopeasti vaihtuvat tilanteet vaativat joskus nopeaakin

reagointia, herkkyyttä kuulla ja nähdä sekä kokea asiakkaan kanssa hänen todellisuus. (Noppari, Kiiltomäki & Pesonen 2007, 35-36.)

Sairaanhoitajat kokivat oman ammattitaidon ja koulutuksen olevan riittämätöntä mielenterveyden häiriötä sairastavan potilaan kohtaamiseen. Se aiheutti sairaanhoitajissa avuttomuuden, riittämättömyyden ja turhautumisen tunnetta. Riittämättömyyden ja pelon tunnetta sairaanhoitajat tunsivat, mikäli potilaan käytös oli epäasiallista, ennalta-arvaamatonta tai uhkaavaa sairaanhoitajia kohtaan. Kun sairaanhoitajat kokivat pelkoa, rajojen asettaminenkin koettiin haasteellisemmaksi. Potilaiden syylistävät tai haukkuvat kommentit aiheuttivat sairaanhoitajissa turhautumista, jolloin epävarmuus omaa ammatillisuutta kohtaan kasvoi. Yllättävät tilanteet, käytöshäiriöt ja potilaan sairauden tilanne sekä oireilu herätti varautuneisuuden tunnetta. Esille kuitenkin nostettiin, että myös somaattisesti sairastavat epäasiallisesti käyttäytyvät potilaat herättivät samoja tunteita niin käyttäytyessään.

Väitöskirjassaan Nuikka (2002) selvitti sairaanhoitajien ylikuormittumista hoitotilanteissa. Sairaanhoitajien kuormittumista aiheutti riittämättömyyden tunne ja kyvyttömyys auttaa potilasta. Nuikan tekemissä haastatteluissa sairaanhoitajat kertoivat, ettei heillä ollut aikaa hoitaa potilaita niin hyvin kuin olisivat halunneet. (Nuikka 2002, 94.) Mikäli sairaanhoitajilla ei ollut keinoja auttaa potilasta tai potilaiden tarpeet eivät täytyneet tunsivat he avuttomuuden ja ahdistuksen tunnetta. Lääkehoidolla koettiin olevan liian suuri rooli, joka herätti myös avuttomuuden tunnetta.

Sairaanhoitajat kohtasivat mielenterveyden häiriötä sairastavat potilaat samalla tavalla kuin muutkin potilaat. Potilaat kokivat hoidon onnistuneempana, kun hoitaja kohtasi potilaat samanarvoisina (Stewart, Burrow, Duckworth, Dhillon, Fife, Kelly, Marsh-Picksley, Massey, O'Sullivan, Qureshi, Wright & Bowers, 2014). Kohtaaminen koettiin kuitenkin haastavammaksi kuin muiden potilasryhmien kohtaaminen. Syyt kohtaamisen haasteellisuuteen jakoutuivat potilaasta johtuviin, työympäristöstä ja hoitajista itsestä johtuviin haasteisiin.

Potilaasta johtuviksi haasteiksi esille nousi, kuinka vakava-asteinen potilaan häiriö hoitohetkellä oli. Hoitosuhteen luominen koettiin haastavana, mikäli potilaan häiriön tila oli akuutissa vaiheessa ja kontaktin saaminen potilaaseen oli vaikeaa. Potilaiden

epäasiallinen käyttäytyminen koettiin silloin haastavana, kun potilaat sitoutuivat hoitoonsa huonosti tai olivat yhteistyökyvyttömiä. Mielenterveyden häiriötä sairastavan potilaan kohtaamisessa haastavaksi erityisesti koettiin potilaan tarvitsema aika. Mielenterveyden häiriötä sairastavan potilaan tarvitsemaan tavoitteelliseen keskusteluun ja läsnäoloon ei koettu olevan riittävästi osastoilla aikaa. Mielenterveyden häiriötä sairastavat potilaat kokivat hoitajan kyvyn kuunnella potilasta vuorovaikutuksen yhdeksi tärkeimmistä tekijöistä (Wyder, Bland, Blythe, Matarasso & Crompton 2015).

Työympäristöstä johtuviksi haasteiksi esille nousi erityisesti osastojen kiire. Sairaanhoidajat halusivat hoitaa työnsä kiireettömästi, mutta he kokivat somaattisesti sairastavien potilasryhmien vievän valtaosan ajasta, jolloin mielenterveyden häiriön huomioiminen somaattisen hoidon ohella jäi taka-alalle. Hoitajia koettiin olevan osastoilla liian vähän, jotta mielenterveyden häiriötä sairastavien potilaiden kohtaamiseen olisi voitu järjestää enemmän aikaa. Nuikan (2002) väitöskirjassa esiin nousi kiiheen vuoksi keskeytyvät hoitotilanteet ja usein olikin pakko tyytyä vain välttämättömyyksiin hoitoon. Työvuoron jälkeen sairaanhoitajilla heräsi huoli, olivatko he muistaneet kaikki tarvittavat ja tärkeät asiat. (Nuikka 2002, 76.)

Ammattilaisen on hyvä olla tietoinen hoitosuhteessa mahdollisista ilmenevistä ongelmista ja haasteista. Osa ongelmista, kuten kiire ja ajanpuute, liittyy usein hoitojärjestelmään tai työpaikan käytäntöihin. Silloin, kun hoitajan tehtäväksi on määritelty lyhytkestoinen hoito mielenterveyden häiriötä sairastavan potilaan perustehtäväkin voi tuntua ongelmalta, kun potilas tarvitsisi tukea ja apua pitkäkestoisesti. (Vuori-lehto, Larri, Kurki & Hätönen, 2014, 69.) Osastoilla oltiin havaittu myös kielteistä suhtautumista mielenterveyden häiriötä sairastavia potilaita kohtaan. Kuitenkaan sairaanhoitajat eivät itse kokeneet suhtautuvansa potilasryhmää kohtaan kielteisesti.

Sairaanhoidajista itsestä johtuviksi haasteiksi sairaanhoitajat nostivat sille oman ammatillisen osaamisen puutteen. Sairaanhoidajat kokivat, että oma ammatillinen taito mielenterveyden häiriötä sairastavien potilaiden hoidosta ja sairauksista oli puutteellista. Mielenterveyshoitotyön yksilölliset erityispiirteet ja toimintatavat koettiin vieraiksi eikä sairaanhoitajat kokeneet sen vuoksi tarjoavansa parasta mahdollista hoitoa potilaille. Sairaanhoidajat olivat myös epävarmoja, minne ohjata tai mistä tarjota jatko- tai avohoitoa osastolta kotiuduttaessa.

Vaikka sairaanhoitajat kokivat mielenterveyden häiriötä sairastavan potilaan kohtaamisessa haasteita, nosti osa sairaanhoitajista esiin, ettei kohtaamista koettu lainkaan haastavana. Sairanhoitajat kokivat, että kohtaaminen voi olla sairaudesta riippumatta haastavaa eikä diagnoosilla ole vaikutusta, sillä jokainen potilas kohdataan samalla tavalla. Mielenterveyden häiriötä sairastavien potilaiden kohtaaminen koettiin palkitsevana ja ajateltiin, että omalla käytöksellä voi myös vaikuttaa kohtaamisen onnistumiseen.

Sairanhoitajien kokemus omasta osaamisestaan hoitaa mielenterveyden häiriötä sairastavia potilaita oli ristiriidassa. Puolet sairaanhoitajista koki osaamisensa puutteellisena mielenterveyden häiriötä sairastavan potilaan hoidossa. Myös Kurki (2017), Juhola (2014) ja Kuru & Pentti (2016) tutkivat opinnäytetyössään sairaanhoitajien kokemuksia mielenterveyden häiriötä sairastavien potilaiden kohtaamisesta somaattisilla vuodeosastoilla. Tulokset olivat yhteneviä tämän opinnäytetyön tulosten kanssa. Sairanhoitajat kokivat epävarmuutta omaa osaamistaan kohtaan. Oma osaaminen koettiin puutteellisena ja riittämättömänä (Kurki 2017; Juhola 2014; Kuru & Pentti 2016).

Toisaalta yhtä suuri osa sairaanhoitajista koki osaamisensa asiantuntevaksi. Kuitenkin oman ammatillisen osaamisen puute nousi vahvasti esiin myös muissa osioissa. Osaamisen puute herätti negatiivisia tunteita kohtaamistilanteissa, teki potilaan kohtaamisesta haastavaa sekä vaikutti potilaan hoidon toteutumiseen. Koettu ammatillisen osaamisen puute nousi esiin tuloksissa useammin kuin koettu ammatillinen osaaminen. Somaattisille osastoille toteutetun tutkimuksen mukaan hoitajien osaaminen ei ollut vaaditulla tasolla mielenterveyden häiriötä sairastavien potilaiden hoidossa. Hoitajat eivät osanneet toimia psykiatrisen hoitotyön periaatteiden mukaisesti. (Svediene, Jankauskienė, Kušleikaitė & Razbadauskas 2009, 828.) Oman osaston sairaanhoitajien osaamisen asiantuntevuus mielenterveyden häiriötä sairastavien potilaiden hoidossa jakoi mielipiteitä. Potilaiden hoito ei sairaanhoitajien kokemuksen mukaan ollut täysin asiantuntevaa. Osa hoitajista ei osannut sanoa mielipidettään.

Sairanhoitajat kokivat osaavansa hoitaa mielenterveyden häiriötä sairastavia potilaita kokonaisvaltaisesti. Psykkisen terveydentilan huomioiminen somaattisen hoidon ohella aiheutti sairaanhoitajien kokemuksissa hajontaa. Sairanhoitajista suurin

osa koki psyykkisen tilan huomioimisen haastavana somaattisen hoidon ohella. Toisaalta sairaanhoitajat kokivat somaattisen ja psyykkisen terveydentilan hoidon yhdistämisen onnistuvan, mutta sitä ei koettu helpoksi. Hoitajat, jotka olivat saaneet tukea ja koulutusta mielenterveyshoitotyöstä, kokivat hoitamisen miellyttävänä ja innostavana. Koulutus ja tuki auttoi hoitajia näkemään hoitotyön kokonaisvaltaisena. (Reep & Fitzgerald 2005.)

Sairaanhoitajien kokemuksen mukaan mielenterveyden häiriötä sairastavien potilaiden hoito kuuluu terveystieteiden sairaaloiden vuodeosastoille, mutta moni sairaanhoitaja ei ilmaissut mielipidettään asiasta. Poggenpoel ym. (2011) totesivat tutkimuksessaan, että sairaanhoitajat hoitaisivat osastoilla mieluummin fyysisesti kuin psyykkisesti sairaita potilaita. Hoitajat kokivat, että osaavan hoitohenkilökunnan puutteen vuoksi mielenterveyden häiriötä sairastavia potilaita tulisi hoitaa osaavammalla osastolla, ei heidän osastollaan. (Poggenpoel, Myburgh & Morare 2011.) Työn tuloksissa nousi myös esiin vastaavia tuloksia. Osa sairaanhoitajista koki, että potilasryhmän hoito ei kuulunut vuodeosastoille, joten he kokivat lisäkoulutautumisen tarpeettomaksi.

Mielenterveyden häiriötä sairastavien potilaiden kohdalla sairaanhoitajat kokivat tarvitsevänsä työnohjausta. Sairaanhoitajien mukaan he eivät olleet saaneet työpaikallaan lisäkoulutusta mielenterveyden häiriötä sairastavien potilaiden hoitoon liittyen. Lähes yksimielisesti sairaanhoitajat kokivat tarvitsevänsä lisäkoulutusta mielenterveyden häiriötä sairastavien potilaiden hoidosta. Perusterveydenhuollon palvelujen hyvä ja itsenäinen toiminta edellyttää asiantuntevuutta ja toimivuutta konsultoinnissa, koulutuksessa ja työnohjauksessa (Korkeila 2006, 29).

Sairaanhoitajat kokivat tarvitsevänsä lisäkoulutusta mielenterveyden häiriötä sairastavien potilaiden kohtaamisesta ja hoidosta. He toivoivat tietoisuuden lisäämistä mielenterveyden häiriöistä ja niiden tunnistamisesta. Koulutusten sisältöjen tulisi sisältää ajankohtaista tietoa mielenterveyden häiriöistä, lääkehoidosta ja erilaisista mielenterveyshoitotyön työskentelymuodoista. Koulutuksien ohella psykiatrian asiantuntijapalvelujen tulisi esittäytyä ja kertoa toimenkuvastaan. Hyvin monessa, samaa aihepiiriä koskevassa opinnäytetyössä sairaanhoitajat nostivat esille lisäkoulutuksen tarpeen. Muun muassa Pentti & Kuru (2016) toivat esiin lisäkoulutuksen tar-

peen mielenterveyden häiriötä sairastavan potilaan hoidosta ja kohtaamisesta. Sairaanhoitajat halusivat tietää enemmän mielenterveyden häiriön vaikutuksista potilaaseen ja tämän elämään. Myös Kara & Palomäki (2016) opinnäytetyössään totesivat sairaanhoitajilla olevan motivaatio kehittää osaamistaan mielenterveyden häiriötä sairastavan potilaan kokonaisvaltaisessa hoidossa, jos koulutusta olisi tarjolla.

Yhteistyötä psykiatrian asiantuntijapalveluiden kanssa tulisi selkiyttää konsultoinnin ja jatkohoidon suunnittelun helpottamiseksi. Sairaanhoitajat kokevat, että somaattisten sekä mielenterveyden yksiköiden välillä tulisi olla enemmän yhteistyötä (Svediene ym. 2009, 827). Hyvin toimivien konsultaatioväylien avulla pystyttäisiin varmistamaan hoidon asianmukaisuus perusterveydenhuollossa (Korkeila 2006, 29).

Työnohjauksellisia keskusteluja tulisi järjestää haastaviksi koetuista mielenterveyden häiriötä sairastavien potilaiden kohtaamis- ja hoitotilanteista osastokohtaisesti hoitajien kesken. Työnohjaus vahvistaa ohjattavan ammatti-identiteettiä, avartaa näkökulmia ja parantaa työntekijän itseluottamusta (Toivio & Nordling 2013, 158).

Mielenterveyden häiriötä sairastavien potilaiden kohdalla tulisi mahdollistaa enemmän aikaa potilaan kohtaamiseen, kuunteluun ja läsnäoloon. Sairaanhoitajilla ei usein ollut mahdollisuutta keskustella potilaiden kanssa, sillä sairaanhoitajalla oli monta potilasta hoidettavaan ja aikaa keskustelulle ei ehtinyt järjestämään (Poikkimäki 2004, 93). Aikaresurssit koettiin riittämättömänä mielenterveyden häiriötä sairastavan potilaan hoidon toteuttamiseen (Kara & Palomäki 2016, 50). Kurun & Pentin (2016) opinnäytetyön tuloksissa nousi esiin yhteneviä tuloksia. Sairaanhoitajat eivät kokeneet aikaa olevan riittävästi keskustella potilaan kanssa. Myös oma ammattitaidon ei koettu olevan riittävää keskusteluun. (Kuru & Pentti 2016, 48.)

Sairaanhoitajien kokemukset omasta osaamisestaan ovat yhteneväisiä heidän kehitysideoidensa kanssa. Sairaanhoitajat tunnistivat oman osaamisensa tason ja arvioivat osaamistaan kriittisesti. He toivat tutkimuksessa esiin osaamisensa puutteellisuu-den ja toivoivat lisäkoulutusta osaamisensa kehittämiseksi, sillä aiempia koulutuksia aiheesta ei oltu järjestetty. Terveysthuollon ammattihenkilöllä on velvollisuus ylläpitää ja kehittää ammattitaitoaan. Työnantajan tulee seurata ammatillista kehittymistä ja luoda edellytykset kehittymiselle tarjoamalla koulutusta tai muita tietoja ja

taitoja ylläpitäviä menetelmiä, jotta ammattihenkilö voisi harjoittaa ammattiaan turvallisesti ja asianmukaisesti. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä 30.12.2015/1659, 18§.)

6.3 Johtopäätökset

Mielenterveyden häiriötä sairastavat potilaat ovat suuri potilasryhmä terveyskeskussairaaloiden vuodeosastoilla. Sairaanhoitajat kohtasivat mielenterveyden häiriötä sairastavia potilaita viikoittain, jopa päivittäin. Sairaanhoitajat kuitenkin kokivat ammatillisen osaamisensa potilaiden hoidossa riittämättömänä. He eivät tienneet mielenterveyden häiriöistä ja niiden hoidosta riittävästi, jotta he olisivat osanneet tarjota potilaalle parasta mahdollista tukea ja hoitoa. Sairaanhoitajat kuitenkin tunnistivat oman osaamisensa tason ja toivat rehellisesti esille osaamisensa puutteellisuuden. He myös näkivät tarpeen oman osaamisensa kehittämiseen ja toivoivat lisäkoulutusta mielenterveyden häiriötä sairastavien potilaiden kohtaamiseen.

Mielenterveyden häiriötä sairastavan potilaan kohtaaminen ei herättänyt sairaanhoitajissa erityisiä tunteita, mutta esiin nousi myös negatiivisia tunteita. Ammatillisen osaamisen puute, potilaan haastava käyttäytyminen ja vähäinen aika potilaan kohtaamiseen aiheutti negatiivisia tunteita. Sairaanhoitajat eivät itse suhtautuneet kielteisesti mielenterveyden häiriötä sairastavaa potilasta kohtaan, mutta olivat havainneet kielteistä suhtautumista työyhteisössä.

Mielenterveyden häiriötä sairastavat potilaat kohdattiin samalla tavoin kuin muutkin vuodeosaston potilaat, mutta kohtaaminen koettiin haasteellisemmaksi. Haastavaksi koettiin mielenterveyden häiriön yksilöllisyys ja häiriön tila hoitohetkellä. Myös potilaan epäasiallinen tai arvaamaton käytös koettiin haastavana. Sairaanhoitajat kokivat, ettei aikaa ollut riittävästi mielenterveyden häiriötä sairastavan potilaan kohtaamiseen. Ajan puutteen vuoksi mielenterveyden häiriön huomiointi jäi usein somaattisen voinnin varjoon. Potilaan tarvitsemalle läsnäololle ja keskustelulle ei koettu jäävän aikaa, sillä somaattisesti sairastavat potilaat veivät valta osan hoitajien ajasta.

Sairaanhoitajat tunnistavat hyvin erilaisia mielenterveyden häiriöitä sekä hoitavat potilaita kokonaisvaltaisesti huomioiden potilaan mielenterveyden sekä somaattisen

terveydentilan. Psykkisen terveydentilan huomioiminen somaattisen hoidon ohella koettiin kuitenkin haastavana, mutta lähes yhtä suuri osa sairaanhoitajista koki psyykkisen ja somaattisen terveydentilan hoidon yhdistäminen onnistuvan, mutta sitä ei kuitenkaan koettu helpoksi.

Tuloksissa ei noussut esiin vain sairaanhoitajien osaamisen puute tai kohtaamiseen ja hoitoon liittyvät haasteet. Sairanhoitajista suuri osa koki ammatillisen osaamisensa olevan asiantuntevaa mielenterveyden häiriötä sairastavien potilaiden hoidossa. Haasteita kohtaamisessa ei juurikaan koettu olevan, vaan työ koettiin palkitsevana. Potilaan kohtaaminen herätti huolta ja halua auttaa sekä empaattista suhtautumista potilasta kohtaan. Kokonaisvaltainen hoito toteutui ja psyykkisen terveydentila huomiointi toteutui somaattisen hoidon ohella. Potilaiden kohtaaminen oli tasavertaista muiden potilasryhmien rinnalla. Mielenterveyden häiriötä sairastavia potilaita ei haluttu yleistää haastavasti käyttäytyväksi potilasryhmäksi, sillä jokaisessa potilasryhmässä koettiin olevan haastavasti käyttäytyviä potilaita. Silti potilaan tarpeisiin ei voitu aina vastata ajanpuutteen vuoksi, vaikka osaamista olikin.

Opinnäytetyön tavoitteena oli nostaa esiin sairaanhoitajien omia kehitysehdotuksia liittyen mielenterveyden häiriötä sairastavien potilaiden kohtaamiseen ja hoitoon. Mielenterveyden häiriötä sairastavia potilaita kohdataan tiiviisti Kyllön sekä Palokan vuodeosastoilla, mutta sairaanhoitajien kokemus omasta ammatillisesta osaamisestaan on riittämätöntä.

Lisäkouluttamiseen tulisi kiinnittää huomiota, jotta sairaanhoitajille voitaisiin jakaa ajankohtaista tietoa, ja vaikuttaa näin hoitotyön laatuun ja vastata potilaiden tarpeisiin. Tätä sairaanhoitajat myös itse toivoivat. Koulutuksissa tulisi jakaa ajankohtaista tietoa mielenterveyden häiriöistä ja niiden hoidosta sekä potilaan kohtaamisesta. Sairanhoitajat toivoivat koulutusten sisältöjen olevan soveltuvia ja suunnattuja juuri vuodeosastojen ympäristöön ja tarpeisiin, joissa ei ole erikoisosaamista mielenterveyden häiriöitä sairastavien potilaiden hoitoon. Myös työnohjauksellisia keskusteluja toivottiin erityisesti mielenterveyden häiriötä sairastavien potilaiden kohdalla, mikäli potilaiden hoito oli sairaanhoitajaa kuormittavaa tai kohtaamisessa oli koettu haasteita.

Sairaanhoitajat toivoivat käytänteiden yhtenäistämistä mielenterveyden häiriötä sairastavien potilaiden kohdalla. Yhtenäiset ohjeet kirjaukseen mainittiin. Myös yhteistyötä asiantuntijapalveluiden kanssa toivottiin selkeämmäksi ja johdonmukaisemmaksi. Sairaanhoitajat kaipasivat myös tietoa asiantuntijapalveluista, jotta sairaanhoitajat voisivat ohjata potilaita paremmin sekä hyödyntää tarjottavia palveluita. Ajan puute koettiin suureksi ongelmakohdaksi. Sairaanhoitajat toivoivat lisää resursseja, jotta mielenterveyden häiriötä sairastavat potilaat saisivat tarvitsemansa keskusteluavun ja kiireettömän läsnäolon.

Opinnäytetyön tuloksissa nousi esille sairaanhoitajien kokemus oman osaamisensa riittämättömyydestä. Tämän vuoksi jatkotutkimusideaksi voitaisiin ehdottaa materiaalipankin kokoamista vuodeosastojen sairaanhoitajille. Materiaalipankki voisi pitää sisällään tietoa erilaisista mielenterveyden häiriöistä ja niiden ilmenemisestä potilaassa sekä tietoa mielenterveyden häiriöiden lääkkeellisestä kuin lääkkeettömästäkin hoidosta. Materiaaliin voisi sisältyä tietoa myös mielenterveyden häiriötä sairastavan potilaan kohtaamisesta sairaanhoitajan näkökulmasta.

Mielenkiintoista olisi selvittää myös mielenterveyden häiriötä sairastavien potilaiden omia kokemuksia kohdatuksi tulemisesta sekä saamastaan hoidon laadusta terveyskeskussairaaloiden vuodeosastoilla. Tätä tutkimalla voitaisiin kehittää potilaslähtöistä hoitotyötä ja sen laatua.

Myös yhteistyö psykiatrian asiantuntijapalveluiden kanssa koettiin haasteellisena. Yhteistyön laatua ja sujuvuutta voitaisiin tutkia sekä terveyskeskussairaaloiden vuodeosastojen että psykiatristen asiantuntijapalveluiden näkökulmasta. Tutkimustulokset hyödyttäisivät yhteistyön kehittämistä sujuvammaksi.

Lähteet

- Ahdistuneisuushäiriöt. 2018c. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 19.10.2018. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/ahdistuneisuushairiot>
- Ahdistus. 2015.Mehiläinen. Viitattu 20.10.2018. <https://www.mehilainen.fi/hyvinvointi/ahdistus>
- Anttila, A. 2006. Sairaanhoidajan osaaminen terveyskeskuksen vuodeosastolla. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto, Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, Hoitotieteen laitos. Hoitotiede: Hoitotyön johtaminen.
- Depressio. 2016. Käypähoito. DUODECIM. Viitattu 20.10.2018. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50023>
- Erikson, E., Korhonen, T., Merasto, M., Moisio, E. 2015. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen. Sairaanhoidajakoulutuksen tulevaisuus –hanke. Ammattikorkeakoulujen terveysalan verkosto ja Suomen sairaanhoidajaliitto ry. Bookwell. Porvoo. Viitattu 13.10.2016. <https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2015/09/Sairaanhoitajan-ammattillinen-osaaminen.pdf>
- Erkko, A. & Hannukkala, M. 2018. Mielenterveys voimaksi. 5. painos. Lahti: Painotalo Plus Digital.
- Haho, A. 2013. Asiakkaan eettinen kohtaaminen. Viesti-lehti. 3/2013. Viitattu 30.10.2018. <https://asiakas.kotisivukone.com/files/ssks.kotisivukone.com/tiedostot/Viesti-lehti/viesti32013.pdf>
- Haho, A. 2009. Asiakkaan ja potilaan kohtaaminen. Sairaanhoidajalehti 8/2009. Sairaanhoidajaliitto. Viitattu 30.10.2018. <https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/asiakkaan-ja-potilaan-kohtaaminen/>
- Havio, M. 2008. Sairaanhoidajan koulutuksen ja työelämän haasteita. Teoksessa Holmberg, J., Hirschoovits, T., Kylmänen, P. & Agge, E. (toim.) 2008. Tämä potilas kuuluu meille. Sairaanhoidaja tekee mielenterveys- ja päihdehoitotyötä. Suomen sairaanhoidajaliitto ry. Helsinki. 82-83.
- Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. Kvantitatiivinen tutkimus. Power-point. Viitattu 3.11.2018. http://www.tilastollinentutkimus.fi/1.TUTKIMUSTUKI/KvantitatiivinenTutkimus.pdf?fbclid=IwAR0Grilxg_d05_CLYbNVGbvUQlevACd2E5JyAxuMrWnENhLfhck3KiyGoE
- Heikkinen-Peltonen, R., Innamaa M., & Virta M. 2014. Mieli ja terveys. 4. uudistettu painos. Porvoo: Edita.
- Hietaharju, P. & Nuuttila, M. 2010. Käytännön mielenterveystyö. Helsinki: Tammi.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2014. Tutki ja kirjoita. Porvoo: Tammi.
- Holmberg, J. 2016. Hoitajana mielenterveys- ja päihdetyössä. 1p.Keuruu: Otava.

- Huttunen, M. 2017a. Masennus. Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto. DUODECIM. Viitattu 5.11.2018. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00389&p_hakusana=masennus
- Huttunen, M.O. 2017b. Mielenterveyden häiriöt. Lääkkeet mielen hoidossa. Terveyskirjasto. DUODECIM. Viitattu 04.11.2018. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00002
- Huttunen, M. 2017c. Skitsofrenia. Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto. DUODECIM. Viitattu 5.11.2018. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00148
- Huttunen, M.O. 2017d. Somaattiset sairaudet psyykkisesti sairaalla. Lääkkeet mielen hoidossa. Terveyskirjasto. DUODECIM. Viitattu 20.10.2018. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00007
- Hämäläinen, K., Kanerva, A., Kuhanen, C., Schubert, C. & Seuri, T. 2017. Mielenterveyshoitotyö. 5., Uud. P. Helsinki: Sanoma Pro.
- Juhola, M. 2014. Psykiatrisen potilaan kohtaaminen sisätautiosastolla. Opinnäytetyö, AMK. Satakunnan ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma. Viitattu 27.10.2018. <http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/77562/oppari.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskus (JYTE). Yhdessä toimien-terveyttä tukien. 2018. Jyväskylän kaupunki. Viitattu 30.5.2018. <http://www.jyvaskyla.fi/sote/jyte>
- JYTE Terveyskeskussairaalat. 2018. Jyväskylän kaupunki. Viitattu 6.3.2018. <http://www.jyvaskyla.fi/terveys/terveyskeskussairaala>
- Joukamaa, M., Lönnqvist, J. & Suvisaari, S. 2011. Mielenterveyden häiriöiden yleisyys ja hoidon tarve. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.). Psykiatria. 9. uud. p. Helsinki: DUODECIM. 630.
- Kara, T. & Palomäki, M. 2016. Mielenterveys osana kokonaisvaltaista hoitotyötä. Perusterveydenhuollon hoitohenkilökunnan osaaminen mielenterveyden huomioiduissa. Opinnäytetyö, AMK. Seinäjoen ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysala, hoitotyön koulutusohjelma. Viitattu 27.10.2018. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/105300/Kara_Taru.pdf.pdf?sequence=1
- Kilpirauhastulehdusta potevilla tavallista enemmän masennusta ja ahdistusoireita. 2018. DUODECIM. Viitattu 19.10.2018. <https://www.duodecim.fi/2018/05/31/kilpirauhastulehdusta-potevilla-tavallista-enemman-masennusta-ja-ahdistusoireita/>
- Koponen, H. & Lappalainen, J. 2015. Mielenterveyspotilaan somaattinen terveys. Psykiatria perusterveydenhuollossa. DUODECIM-lehti. Viitattu 20.10.2018. <http://www.duodecimlehti.fi/api/pdf/duo12166>
- Korkeila, J. 2006. Psykiatrisen opetuksen kehittämistarpeet perusterveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:32. Viitattu 28.10.2018. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/71721/Selv200632.pdf?sequence=1>

- Kurki, T. 2017. Hoitajien suhtautuminen mielenterveyden häiriötä sairastaviin potilaisiin somaattisessa hoitotyössä. Opinnäytetyö, ylempi AMK. Savonia ammattikorkeakoulu, sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala, sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma. Viitattu 27.10.2018. http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/124857/Kurki_Tanja.pdf;jsessionid=73CBC7C2C7D95E8A91DE103C990F3FDF?sequence=1
- Kuru, P. & Pentti, M. 2016. Psykiatrisen potilaan kohtaaminen sisätautiosastoilla. Opinnäytetyö, AMK. Lapin ammattikorkeakoulu, sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala. Viitattu 27.10.2018. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/107184/PenttiM_KuruP.pdf?sequence=1
- Lauri, S. 2007. Hoitotyön ydinosaaminen ja oppiminen. 1p. WSOY.
- Lönngqvist, J. 2017. Mielenterveyden häiriöiden diagnostiikka ja luokittelu. Kaksisuuntaiset mielialahäiriöt. Teoksessa Lönngqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M., & Paronen, T. (toim.). 2017. Psykiatria. 12. uud. p. Helsinki. DUODECIM. 71.
- L 28.6.1994/559. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Viitattu 27.10.2018. <http://www.finlex.fi>, ajantasainen lainsäädäntö.
- Mielenterveyshäiriöt. 2018a. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 13.10.2018. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot>
- Mielenterveystyö Euroopassa. 2004. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:17. Viitattu 20.10.2018. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74011/Selv200417.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Mielialahäiriöt. 2018b. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 13.10.2018 <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/mielialahairiot>
- Noppiari, E., Kiiltomäki, A. & Pesonen, A. 2007. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Vammalan kirjapaino. Tammi.
- Nuikka, M-L. 2002. Sairaanhoidajien kuormittuminen hoitotilanteissa. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Viitattu 28.10.2018. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67168/951-44-5262-3.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Nummenmaa, L. 2010. Tunteiden psykologia. Helsinki. Tammi.
- Pitkälä, K. & Savikko, N. 2007. Potilaan sitoutuminen hoitoon. DUODECIM. Viitattu 20.10.2018. <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2007/4/duo96322>
- Poggenpoel, M., Myburgh, C.P.H. & Morare, M.N. 2011. Registered nurses' experiences of interaction with patients with mental health challenges in medical wards in Johannesburg. Viitattu 27.10.2018. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-2834.2011.01300.x>
- Poikkimäki, I. 2004. Ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämisoikeus ja yksityisyys potilaan hoidossa. Pro-gradu tutkielma. Tampereen yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotieteen laitos. Viitattu 27.10.2018. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/92002/gradu00420.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Reep, F. & Fitzgerald, L. 2005. The mixed attitudes of nurse's to caring for people with mental illness in a rural general hospital. Viitattu 27.10.2018.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1440-0979.2005.00389.x>
- Russel, G . & Potter, L . 2002. Mental health issues in primary healthcare. Viitattu 28.10.2018. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1046/j.1365-2702.2002.00588.x>
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvalitMOTV- Menetelmäopetuksen tietovaranto. Verkkojulkaisu. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 5.11.2018. https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3_2.html
- Sairaanhoitaja asiantuntijana. Hoitotyön vuosikirja 2011. Sairaanhoitajaliitto. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. 1996. Sairaanhoitajaliitto. Viitattu 13.10.2018. <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>
- Salokangas, R. 2009. Skitsofreniapotilaan somaattiset sairaudet. Terveysportti. Viitattu 19.10.2018. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo97889.pdf>
- Somaattiseen sairastamiseen liittyvä masennus. 2016. Tays. Viitattu 20.10.2018. [https://www.tays.fi/fi-FI/Ohjeet/Hoitoohjeet/Psykiatrian_hoitoohjelmat/Masennus/Somaattiseen_sairastamiseen_liittyva_mas\(37729\)](https://www.tays.fi/fi-FI/Ohjeet/Hoitoohjeet/Psykiatrian_hoitoohjelmat/Masennus/Somaattiseen_sairastamiseen_liittyva_mas(37729))
- Stewart, D., Burrow, H., Duckworth, A., Dhillon, J., Fife, S., Kelly, S., Marsh-Picksley, S., Massey, E., O'Sullivan, J., Qureshi, M., Wright, S. & Bowers, L. 2014. Thematic analysis of psychiatric patients' perceptions of nursing staff. Viitattu 20.10.2018. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/inm.12107>
- Suvisaari, J., Joukamaa, M. & Lönnqvist, J. 2017. Mielenterveyden häiriöiden yleisyys ja hoidon tarve. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.). Psykiatria. 12. uud. p. Helsinki: DUODECIM. 724.
- Svediene, I., Jankauskienė, L., Kušleikaitė, M. & Razbadauskas, A. 2009. Competence of general practice nurses caring for patients with mental health problems in the somatic departments. Viitattu 20.10.2018. <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.611.7290&rep=rep1&type=pdf>
- Terveyskeskusten vuodeosastohoito 2004. Stakes. 2005. Tilastotiedote. Viitattu 28.10.2018. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/76783/Tt31_05.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Toivio, T. & Nordling, E. 2013. Mielenterveyden psykologia. Bookwell Oy. Porvoo.
- Vilkkä, H. 2014. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Kustanneosakeyhtiö Tammi. Viitattu 30.10.2018. <http://hanna.vilka.fi/wp-content/uploads/2014/02/Tutki-ja-mittaa.pdf>
- Valjakka, A. 2007. Vuorovaikutus vastaanotolla. Kipupotilaan hoidon perusta. Artikkelit lehdessä Kipuviesti. Suomen kivuntutkimusyhdistyksen jäsenlehti. No. 2,

lokakuu 2007. Viitattu 28.10.2018. <https://docplayer.fi/1705635-Viesti-kipu-no-2-lokakuu-2007-ajankohtaista-kivun-laakehoidosta-kipu-ja-tule-sairaudet-kipukuntoutuksen-kehittamisen-haasteita.html>

Vuorilehto, M., Larri, T., Kurki, M. & Hätönen, H. 2014. Uusiutuva mielenterveystyö. Helsinki: Edita.

Wyder, M., Bland, R., Blythe, A., Matarasso, B. & Crompton, D. 2015. Therapeutic relationships and involuntary treatment orders: Service users' interactions with health-care professionals on the ward. Viitattu 20.10.2018. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/inm.12121>

Yleistietoa ahdistuneisuushäiriöstä. 2018. Terve.fi. Viitattu 19.10.2018. <https://www.terve.fi/artikkelit/ahdistuneisuushairio-yleistietoa>

Liitteet

Liite 1. Kysely

Mielenterveyden häiriötä sairastavan potilaan kohtaaminen sairaanhoitajien kokemana

Hei!

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Jyväskylän ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä aiheesta "Mielenterveyden häiriötä sairastavan potilaan kohtaaminen vuodeosastoilla sairaanhoitajien kokemana".

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata sairaanhoitajien kokemuksia mielenterveyden häiriötä sairastavan potilaan kohtaamisesta. Tavoitteena on selvittää sairaanhoitajien kokemuksia omasta ammatillisesta valmiudestaan hoitaa mielenterveyden häiriötä sairastavaa potilasta. Päällöpotilaat ovat suljettu kyselyn ulkopuolelle. Opinnäytetyö toteutetaan JYTE:n terveyskeskussairaaloiden vuodeosastojen sairaanhoitajille. Saadun tiedon avulla JYTEllä on mahdollista kehittää sairaanhoitajien valmiuksia kohdata mielenterveyden häiriötä sairastava potilas.

Kyselyyn vastaamalla annat suostumuksesi vastauksen käyttämiseen opinnäytetyötä varten. Vastausmateriaaleja käsittelemme luottamuksellisesti. Kyselyyn vastaaminen vie aikaa noin 15 minuuttia. Sinun on mahdollista osallistua myös lehtälippujen arvontaan antamalla yhteystietesi kyselyn lopuksi. Yhteystietojasi ei voi yhdistää vastauksiin.

Vastausaikaa on 11.5.2018 saakka.

Keväisiä terveisiä,
Elina Peltonen & Iilma Vepsäläinen
Lisätietoja: K1635@student.jamk.fi, 040 8419099

Mielenterveyden häiriötä sairastavan potilaan kohtaaminen sairaanhoitajien kokemana

1. Kuinka usein kohtaat työssäsi mielenterveyden häiriötä sairastavan potilaan? *

- Päivittäin
- Viikoittain
- Kuukausittain
- Harvemmin kuin kerran kuukaudessa
- En ole kohdannut

2. Millaisia tunteita mielenterveyden häiriötä sairastavan potilaan kohtaaminen sinussa herättää? *

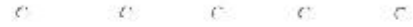
1000 merkkiä jäljellä

3. Kuinka seuraavat väittämät kuvaavat omaa kokemustasi mielenterveyden häiriötä sairastavan potilaan kohtaamisesta? *

	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	En osaa sanoa	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
Minulla on paljon kokemusta mielenterveyden häiriötä sairastavan potilaan kohtaamisesta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osastollamme mielenterveyden häiriötä sairastavat potilaat kohdataan samalla tavalla kuin muutkin potilaat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koen, että mielenterveyden häiriötä sairastavan potilaan kohtaaminen on haastavampaa kuin muiden potilaiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Potilaan kohtaamiseen ei jää riittävästi aikaa, jotta mielenterveyden häiriö voitaisiin huomioida somaattisen hoidon yhteydessä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Olen havainnut työpaikalla kielteistä suhtautumista mielenterveyden häiriötä sairastavia potilaita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

kohtaan

Olen suhtautunut kielteisesti mielenterveyden
häiriötä sairastavaa potilasta kohtaan



4. Koetko mielenterveyden häiriötä sairastavan potilaan kohtaamisen haastavana? Jos koet,
miksi? *

1000 merkkiä jäljellä



Mielenterveyden häiriötä sairastavan potilaan kohtaaminen sairaanhoitajien kokemana

5. Kuinka seuraavat väittämät kuvaavat omaa kokemustasi mielenterveyden häiriötä sairastavan potilaan hoidosta? *

	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	En osaa sanoa	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
Tunnistan erilaisia mielenterveyden häiriöitä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koen, että minulla on valmiudet hoitaa eri mielenterveyden häiriötä sairastavia potilaita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan huomioida potilaan mielenterveyden häiriön osana potilaan kokonaisvaltaista hoitoa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tunnen mielenterveyden häiriötä sairastavan potilaan hoitoon vaikuttavat keskeiset lait	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koen, että potilaan psyykkisen terveydentilan huomioiminen somaattisen hoidon ohella on helppoa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Kuinka seuraavat väittämät kuvaavat omaa kokemustasi mielenterveyden häiriötä sairastavan potilaan hoidosta työpaikalla? *

	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	En osaa sanoa	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
Koen tarvitsevani työnohjausta mielenterveyden häiriötä sairastavan potilaan hoitoon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Olen saanut lisäkoulutusta työpaikallani mielenterveyden häiriötä sairastavien potilaiden hoidosta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tarvitsen lisäkoulutusta mielenterveyden häiriöitä sairastavan potilaan hoitoon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mielestäni osastomme mielenterveyden häiriöitä sairastavien potilaiden hoito on asiantuntevaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mielestäni mielenterveyden häiriöiden hoitaminen ei kuulu osastollemme, joten lisäkouluttautuminen ei ole tarpeellista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Miton kehittäisit sairaanhoitajan valmiuksia hoitaa mielenterveyden häiriötä sairastavaa potilasta JYTE:n terveyskeskussairaaloiden vuodeosastoilla? *

1000 merkkiä jäljellä



Mielenterveyden häiriötä sairastavan potilaan kohtaaminen sairaanhoitajien kokemana

8. Taustatiedot *

Ikä

Kuinka monta vuotta olet tehnyt sairaanhoitajan töitä?

Kuinka monta vuotta olet ollut työsuhteessa JYTELLE?

9. Mikäli haluat osallistua leffalippujen arvontaan, jätäthän yhteystietosi tähän!

Nimi

Puhelinnumero

Sähköposti

