
**MIELENTERVEYSPOTILAAN KOHTAAMINEN
SISÄTAUTIOSASTOLLA SAIRAANHOITAJIEN
KOKEMANA**




Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Hämeen ammattikorkeakoulu
2.11.2009

Jaana Kaappola ja Janica Luoto



Hoitotyön koulutusohjelma
Wahreninkatu 11
30100 FORSSA

Työn nimi Mielenterveyspotilaan kohtaaminen sisätautiosastolla sairaan-
hoitajien kokemana

Tekijä Jaana Kaappola Janica Luoto

Ohjaava opettaja TtM, Kirsi Puhtimäki

Hyväksytty _____._____.20____

Hyväksyjä

FORSSA
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

Tekijä

Jaana Kaappola ja Janica Luoto

Vuosi 2009

Työn nimi

Mielenterveyspotilaan kohtaaminen sisätautiosastolla sairaanhoitajien kokemana

TIIVISTELMÄ

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla sairaanhoitajien kokemuksia mielenterveyspotilaan kohtaamisesta Forssan sairaalan sisätautiosasto kahdella. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tuloksia, joiden avulla voidaan kehittää sairaanhoitajien valmiuksia kohdata mielenterveyspotilas. Opinnäytetyö tehtiin Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymän sisätautiosasto kahdelle.

Tutkimus toteutettiin kvalitatiivista tutkimusmenetelmää käyttäen. Tutkimusaineisto kerättiin teemahaastattelun avulla haastattelemalla kahdeksaa osastolla työskentelevää sairaanhoitajaa. Teemahaastattelukysymysten avulla selvitettiin, millaisia kokemuksia sairaanhoitajilla on mielenterveyspotilaan kohtaamisesta sisätautiosastolla. Tutkimusaineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysimenetelmällä.

Tutkimustulosten mukaan mielenterveyspotilaiden tunnistettavuus oli haasteellista. Mielenterveysongelmia pidettiin kuitenkin yleisinä. Sairaanhoitajien aiemmat kokemukset mielenterveyspotilaiden kohtaamisesta olivat sekä negatiivisia että positiivisia. Sairaanhoitajien omat tunteet, arvot ja asenteet vaikuttivat mielenterveyspotilaan kohtaamiseen. Suurin osa haastatelluista pyrki kohtelemaan mielenterveyspotilaita tasavertaisesti muihin potilaisiin nähden. Sairaanhoitajien oma ammatillisuus, persoona sekä luottamuksellisuus yhdessä työympäristön kanssa vaikuttivat vuorovaikutuksen syntyyn ja onnistumiseen. Työkokemuksen koettiin edistävän vuorovaikutuksen onnistumista.

Mielenterveyspotilaan arvostamiseen kuuluivat potilaan kunnioittaminen ihmisenä ja yksilönä. Tasavertaisuutta muihin potilaisiin nähden pidettiin tärkeänä. Vaitiolovelvollisuus korostui mielenterveyspotilaan hoitamisessa. Sairaanhoitajien arvot, asenteet, ennakkoluulot, haluttomuus hoitaa ja toivottomuuden näkeminen vaikuttivat mielenterveyspotilaan hyväksymiseen ja haluun hoitaa häntä.

Avainsanat Mielenterveys, potilaan kohtaaminen, vuorovaikutus, arvot, asenteet
Sivut 33 s. + liitteet 7s.

Forssa
Degree Programme in Nursing
Registered Nurse (AMK)

Author Jaana Kaappola and Janica Luoto **Year** 2009

Subject of Bachelor's thesis Facing of Mental Health Patient in Medical Ward Experienced by Nurses

ABSTRACT

The purpose of this thesis was to describe nurses' experiences of facing a mental health patient on Medical Ward 2 in Forssa Hospital. The aim was also to produce results to help develop nurses' readiness to face a mental health patient. This thesis was commissioned by Medical Ward 2 in Forssa Hospital.

The methods used were qualitative. Research material was collected by theme interview. Eight nurses working on Medical Ward 2 were interviewed. The theme interview questions revealed, what kind of experiences the nurses had of facing a mental health patient on the medical ward. The material was analysed by inductive content analysis.

The conclusion was that recognizing a mental health patient is challenging. However, mental health problems were considered common. Previous experiences of nurses were both negative and positive. Nurses' own feelings, values and attitudes had an effect on how they faced the mental health patient. Majority of respondents tried to treat mental health patients as any other patients. Nurses' own occupationality, personality and confidentiality together with the environment affected the interaction. The nurses saw that work experience advanced the success of interaction.

The respect of patient as a human being and an individual is based on reverence of a mental health patient. Equality between mental health patients and other patients was important. Professional confidentiality was highlighted when nurses took care of mental health patients. Nurses' values, attitudes, prejudices, unwillingness to care and hopelessness had an effect on how nurses accepted and wanted to take care of a mental health patient.

Keywords Mental health, facing the patient, interaction, values, attitudes

Pages 33 p. + appendices 7p.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	MIELENTERVEYSPOTILAAN KOHTAAMINEN.....	2
2.1	Mielenterveys	2
2.2	Potilaan kohtaaminen	4
2.3	Vuorovaikutus.....	5
2.4	Arvot	6
2.5	Asenteet	8
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	10
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	11
4.1	Tutkimusmenetelmä.....	11
4.2	Kohderyhmä ja aineiston hankinta.....	12
4.3	Aineiston analysointi.....	13
4.4	Aineiston raportointi	14
4.5	Tutkimuksen eettisyys.....	15
5	TUTKIMUKSEN TULOKSET	16
5.1	Mielenterveyspotilaan kohtaaminen sairaanhoitajien kokemana	16
5.2	Sairaanhoitajien kokemus mielenterveyspotilaan kohtaamisesta	16
5.3	Sairaanhoitajien vuorovaikutustaidot.....	17
5.4	Sairaanhoitajien arvot ja asenteet.....	19
6	POHDINTA	22
6.1	Tutkimuksen luotettavuus	22
6.2	Tulosten tarkastelu	22
6.3	Johtopäätökset.....	25
6.4	Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimusehdotukset	26
	LÄHTEET	27
LIITE 1	Saatekirje	
LIITE 2	Suostumuslomake	
LIITE 3	Teemahaastattelun runko	
LIITE 4	Kaavio 1	
LIITE 5	Kaavio 2	
LIITE 6	Kaavio 3	
LIITE 7	Kaavio 4	

1 JOHDANTO

Mielenterveys on hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja selviytymisen edellytys (Harjajärvi, Pirkola & Wahlbeck 2006, 13). Mielenterveysongelmat ja häiriöt ovat lisääntyneet koko 2000-luvun ajan (Aromaa, Gould, Hytti & Koskinen 2005, 141–142). Nykyään somaattisilla osastoilla hoidetaan yhä enemmän mielenterveysongelmista kärsiviä potilaita somaattisen sairauden vuoksi (Brinn 2000, 32).

Psykiatrasta ja somaattista hoitoa on pitkään annettu omissa yksiköissään erillään toisistaan. Tämän vuoksi somaattisilla osastoilla työskentelevillä sairaanhoitajilla on puutteelliset taidot hoitaa mielenterveyspotilaita. Psykiatrisen ja somaattisen hoidon yhdentymisellä on pyritty vähentämään mielenterveyspotilaisiin kohdistuvaa leimautumista ja epätasa-arvoista kohtelua. (Harjajärvi ym. 2006, 17.) Ihmisiin, joilla on mielenterveysongelma tai -häiriö, suhtaudutaan kuitenkin edelleen kielteisesti (Markham 2003, 595). Hoito, jota mielenterveyspotilaat saavat somaattisiin sairauksiinsa, on edelleen kyseenalaista (Suvisaari ym. 2003; Iltanen 2006; Holmberg, Hirschovits, Kylmänen ja Agge 2008, 78).

Suomessa aihetta ei ole aiemmin tutkittu samalta näkökannalta. Ranne (2007) tutki hoitajien asenteita mielisairautta ja mielenterveyspotilaita kohtaan. Tutkimus kohdistui viiden suomalaisen psykiatrisen sairaalan akuuttiosastoilla työskenteleviin sairaanhoitajiin. Aiempaa tutkimusta ei kuitenkaan ollut sairaanhoitajien kokemuksista mielenterveyspotilaita kohtaan somaattisella osastolla. Chanin ja Chengin (2001, 434) mukaan somaattisella osastolla työskentelevät sairaanhoitajat kuitenkin kohtaavat ja hoitavat myös mielenterveyspotilaita.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla sairaanhoitajien kokemuksia mielenterveyspotilaan kohtaamisesta sisätautiosastolla. Lisäksi haluttiin selvittää sairaanhoitajien vuorovaikutuskeinoja, arvoja ja asenteita mielenterveyspotilaan kohtaamisessa. Tutkimus tehtiin Forssan sairaalan sisätautiosasto kahdelle. Osastolla pidettiin tarpeellisena selvittää sairaanhoitajien kokemuksia mielenterveyspotilaan kohtaamisesta. Tutkimuksen tavoitteena on kehittää sairaanhoitajien valmiuksia kohdata mielenterveyspotilas sisätautiosastolla.

2 MIELENTERVEYSPOTILAAN KOHTAAMINEN

Mielenterveys-käsitteellä tarkoitetaan älyllisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilaa, jossa yksilö ymmärtää omat kykynsä, pystyy toimimaan elämän normaaleissa stressitilanteissa, pystyy työskentelemään tuloksellisesti ja pystyy toimimaan yhteisönsä jäsenenä (WHO 1999). Mielenterveys voidaan määritellä myös Freudin tavoin kykynä rakastaa ja tehdä työtä (Vuori-Kemilä, Stengård, Saarelainen & Annala 2007, 8). Mielenterveysongelmalla tarkoitetaan tilaa, joka vaikuttaa heikentävästi ihmisen ajatteluun, tunteisiin ja toimintakykyyn. Mielenterveyshäiriö on diagnostinen termi, jolla tarkoitetaan mielenterveysongelmasta kärsivää ihmistä (Johnstone 2001, 203). Kahden ihmisen keskinäisessä kohtaamisessa täytyy huomioida toinen yksilönä ja ainutlaatuisena persoonana. Jahren Kristoffersenin ja Nortvedtin (2006, 159) mukaan kohtaamisessa täytyy huomioida kaikki ihmisen tarpeet ja sen tulee rakentua potilaan kokemukselle tilanteesta.

2.1 Mielenterveys

Mielenterveyteen kuuluu niin psyykinen, fyysinen, sosiaalinen kuin henkinen ulottuvuus. Mielenterveyteen vaikuttavat monet eri tekijät, kuten yksilölliset tekijät eli ihmisen geeniperimä. (Heiskanen, Salonen & Sassi 2006, 17; Lehtonen & Lönnqvist 2007, 27; Toivio & Nordling 2009, 84.) Välimäen, Holopaisen ja Jokisen (2000, 25–26) mukaan mielenterveyteen kuuluu myös ihmisen oman itsensä tunteminen ja realistinen käsitys itsestä sekä hyvä itsetunto ja itsearvostus. Heiskanen ym. (2006, 17–18) mukaan myös sosiaaliset ja vuorovaikutukselliset tekijät, kuten perhe ja ystävät vaikuttavat ihmisen mielenterveyden kehitykseen. Friisin, Seppäsen ja Mannosen (2004) mukaan perhe kasvuympäristönä on ihmisen kehityksen kannalta tärkein myöhempään elämään vaikuttava tekijä (Friis, Seppänen & Mannonen 2004, 17). Lisäksi yhteiskunnan rakenteelliset tekijät, kuten koulutus ja työmahdollisuudet vaikuttavat. Suuri merkitys on myös ihmisen oman elinpiirin kulttuurisilla arvoilla eli miten ihmistä ympäröivä yhteiskunta suhtautuu mielenterveyteen. Kaikki nämä edellä mainitut tekijät ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa keskenään ja vaikuttavat mielenterveyden kehittymiseen. (Heiskanen ym. 2006, 114; Huttunen 2007, 214; Lönnqvist ym. 2007, 27.)

Mielenterveyteen vaikuttaa myös ihmisen kyky ihmissuhteisiin ja toisista välittämiseen. Lisäksi halu ja pyrkimys inhimilliseen vuorovaikutukseen toisten ihmisten kanssa sekä taito ilmaista tunteitaan ovat osoitus mielenterveyden tasapainosta. Myös ihmisen kyky työntekoon sekä omien etujensa valvomiseen muodostavat yhdessä ihmisen mielen hyvinvoinnin perustan. (Heiskanen ym. 2006, 114.) Mielenterveysongelmat näkyvät kokonaisvaltaisesti ihmisen elämässä, joten opiskelu, työskentely ja muu elämä saattavat vaikeutua (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 216). Ihmisen psyykinen sopeutumiskyky kuormittuu paljon nykypäivän muutoksien tapahtuessa nopeasti. Mielenterveysongelmat kasautuvat eikä niiden käsittelyyn ja purkamiseen jää riittävästi aikaa. Mielenterveysongelmien luonne ja kirjo kasvaa koko ajan. Mielenterveysongelmat ovat eräs suurimmista kansan-

terveysongelmista (Eskola 2007, 39, 41). Väestötutkimusten perusteella on kuitenkin osoitettu, että mielenterveyspotilaita alihoidetaan ja vain noin puolet heistä on hoidon piirissä. (Noppari, Kiiltomäki & Pesonen 2007, 51.)

Mielenterveyden häiriöihin kuuluu laajasisältöisesti monenlaisia psyykkisiä häiriöitä (Noppari ym. 2007, 46). Mielenterveyden häiriöön liittyy yksilön kärsimys, toiminnan vajavuus tai suurentunut kuoleman, kivun tai toiminnan vajavuuden riski. Siihen voi liittyä myös vapauden menetys. (Lönnqvist 2007, 50.) Mielenterveyden häiriölle voidaan antaa tautinimike eli diagnoosi. Suomessa on käytössä Maailman terveysjärjestön ICD-tautiluokitus, josta käytetään uusinta ICD-10-versiota. Siihen sisältyy kymmenen diagnostista pääluokkaa. Yleisimmät mielenterveyden häiriöt ovat skitsofrenia, mielialahäiriöt, ahdistuneisuushäiriöt sekä persoonallisuushäiriöt. (Noppari ym. 2007, 46, 51.)

Skitsofrenia on psykoosiksi luokiteltava mielenterveyden häiriö. Skitsofrenialle tyypillisiä oireita ovat aistiharhat, harhaluulot ja käyttäytymisen hajanaisuus. Lisäksi siihen kuuluu tunteiden latistuminen, puheen köyhtyminen sekä tahdottomuus. Skitsofreniaa sairastavien oireet vaihtelevat ja usein ne myös vaihtuvat elämänkaaren mukaan. Tavallisesti oireet kestävät vuosia tai vuosikymmeniä. Skitsofreniaa sairastavalla ihmisellä on vaikeuksia keskeisissä mielen toiminnoissa, kuten luovassa ajattelussa, ihmissuhteiden luomisessa sekä omien ajatuksien ja tunteiden ilmaisussa. Skitsofrenialle tyypillisenä on pidetty mielen toimintojen pirstoutumista. Tästä syystä skitsofreniaan liittyy huomattava työ- ja toimintakyvyn aleneminen. (Isohanni, Honkonen, Vartiainen & Lönnqvist 2007, 73; Toivio & Nordling 2009, 119.)

Mielialahäiriöillä tarkoitetaan tässä tutkimuksessa masennushäiriötä sekä kaksisuuntaista mielialahäiriötä. Niissä tyypillistä ovat muutokset ihmisen tunnetilassa sekä toimintakyvyssä. (Noppari ym. 2007, 52.) Masennuksella voidaan tarkoittaa ohimenevää masentunutta tunnetilaa, masentunutta mielialaa tai masennusoireyhtymää eli depressiota. Masennusoireyhtymät ovat mielenterveyden häiriöitä. Tavallisesti ne erotellaan oireiden perusteella lieviin, keskivaikeisiin ja vaikeisiin. Masennukseen liittyy joukko sille tyypillisiä oireita, kuten masentunut mieliala, keskittymiskyvyn puute sekä itsetuhoinen käytös. Masennuksen vaikeustasosta riippuen ihmisen toimintakyky on joko heikentynyt tai kokonaan estynyt. (Isometsä 2007, 157–159; Toivio & Nordling 2009, 104.)

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön perusoire on mielialan suuri vaihtelu mielialan kohoamisesta eli maniasta masentuneisuuteen. Se on jaoteltu tyyppin 1 ja tyyppin 2 muotoihin. Tyyppissä 1 ihmisellä on mania ja masennusjaksoja tai sekamuotoisia jaksoja. Tyyppissä 2 ihmisellä on masennus ja hypomaniajaksoja, mutta ei maanisia jaksoja. (Isometsä 2007, 196; Noppari ym. 2007, 63; Toivio & Nordling 2009, 128–129.)

Ahdistuneisuushäiriötä tarkoitetaan silloin, kun ahdistuneisuus on voimakasta, pitkäkestoista ja psyykkistä sekä sosiaalista toimintakykyä rajoittavaa. Ahdistuneisuushäiriöt ovat pitkäkestoisia. (Isometsä 2007, 223.) Ah-

distuneisuuden tunteeseen liittyy myös muita oireita, kuten välttämättömyiskäyttäytymistä, pelonsekaisia ajatuksia ja pakkotoimintoja. (Isometsä 2007, 223; Noppari ym. 2007, 76; Toivio & Nordling 2009, 95.)

Persoonallisuushäiriöt ovat ihmiseen juurtuneita, pitkäaikaisia sekä joustamattomia käyttäytymismalleja. Ne ilmenevät haitallisina monissa eri elämäntilanteissa. Persoonallisuushäiriöstä kärsivä ihminen ei itse koe kärsivänsä häiriöstä. Sen sijaan lähiympäristö usein kokee hänen käyttäytymisen häiritsevänä ja ongelmallisena. Osalla persoonallisuushäiriöön liittyy henkilökohtaista kärsimystä sekä ongelmia sosiaalisissa suhteissa ja toimintakyvyssä. (Marttunen, Eronen & Henriksson 2007, 517, 520; Noppari ym. 2007, 82.)

2.2 Potilaan kohtaaminen

Ihmisten väliset suhteet muokkaavat meitä lapsuudesta alkaen ja vaikuttavat elämäämme erilaisten kokemusten kautta (Jahren Kristoffersen & Nortvedt 2006, 140). Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785) määrittelee, miten terveydenhuollon ammattilaisten, mukaan lukien sairaanhoitajien tulee kohdella potilasta. Laissa määritellään muun muassa, että jokaisella henkilöllä on oikeus saada hoitoa ilman syrjintää hänen terveydentilansa vaatimalla tavalla, käytössä olevien terveydenhuollon resurssin puitteissa. Mielenterveyslaissa (14.12.1990/1116) velvoitetaan huomioimaan potilaan itsemääräämisoikeus sekä muut perusoikeudet, joita saa rajoittaa vain siinä määrin kuin sairauden hoito, potilaan itsensä tai toisen henkilön turvallisuuden takaaminen niin vaatii.

Potilaan kohtaaminen tarkoittaa ihmisen kohtelemista ainutkertaisena yksilönä, jolla on oma menneisyytensä ja kokemuksensa tämänhetkisestä tilanteestaan ja tulevaisuudestaan (Jahren Kristoffersen & Nortvedt 2006, 157). Potilaan ja hoitajan välisessä hoitosuhteessa vaikuttavat molempien osapuolten sen hetkinen elämäntilanne, kasvatus, koulutus, asenteet ja ihmiskäsitys (Mäkelä, Ruokonen & Tuomikoski, 2001, 18). Hummelvoll ja Severinsson (2001, 163) toteavatkin, että hyvä hoito vaatii hoitajalta henkilökohtaista perehtymistä hoitaja-potilassuhteeseen, jotta mahdollistetaan potilaan paluu arkeen. Kohtaamiseen kuuluu myös potilaan yksilöllisten tarpeiden huomioiminen. Mönkkösen (2007, 14) mukaan potilaskeskeisyydellä tarkoitetaan sitä, että potilas ottaa osaa hoidon suunnitteluun. Potilasta hoitavalla henkilökunnalla ja potilaalla tulee olla yhdenmukainen käsitys siitä, mitä hoidolla tavoitellaan, jotta hoitosuhde onnistuisi (Mäkelä ym. 2001, 17). Hoitajan tulee kohdata potilas ymmärtäen, että tilanne voi olla uusi potilaalle, vaikka hoitaja olisi tehnyt samat työvaiheet useita kertoja (Jahren Kristoffersen & Nortvedt 2006, 158). Hoitajan tulee ymmärtää, että potilas elää sen hetkistä elämäntilannettaan irti tavallisesta elämästään. Hoitaja tuo potilaan käyttöön oman ammattitaitonsa auttaakseen potilasta selviytymään uudesta tilanteesta. (Mäkelä ym. 2001, 17.) Sairaanhoitajilla tulee olla riittävät ammatilliset valmiudet kohdata mielenterveyspotilaita (Eskola & Karila, 2007, 207).

Hoitajan tulee pyrkiä kohtaamaan potilas kiireettömästi, etenkin ensimmäisellä tapaamiskerralla, jotta potilaalle syntyy myönteinen kuva hoitaja-

potilassuhteesta (Sundman 2000, 178; Jahren Kristoffersen & Nortvedt 2006, 158). Onnistunut yhteistyö hoitosuhteessa hoitajan ja potilaan välillä edellyttää aikaa ja jatkuvuutta (Mäkelä ym. 2001, 19). Empatia eli hoitajan kyky eläytyä toisen ihmisen tilanteeseen ja ymmärtää häntä hänen omista lähtökohdistaan vaikuttaa potilaan kohtaamiseen (Silvennoinen 2004, 59; Kauppila 2005, 24; Jahren Kristoffersen & Nortvedt 2006, 139; Kiviniemi ym. 2007, 111). Empaattisessa käyttäytymisessä ilmenevät sairaanhoitajan omat moraaliset taidot (Heikkinen & Mellin 2003). Hoitotyössä auttamisen eettisyys perustuu kriittiseen ajatteluun, hoitajan ja potilaan väliseen dialogiin ja hoitajan kykyyn ymmärtää useiden ajattelutapojen olemassaolo (Mönkkönen 2007, 33–34).

Sairanhoitajan ja potilaan välisen suhteen ei pitäisi pohjautua henkilökehämiaan, koska siinä on kyse hoitosuhteesta. Potilaalla on oikeus hoitoon riippumatta persoonallisuudestaan tai sairauksistaan. (Aahren Kristoffersen & Nortvedt 2006, 144.) Ihmistä ympäröivä tila vaikuttaa ihmisten väliseen viestintään. Kaikki hoitotyön toiminnot tapahtuvat lähellä toista ihmistä. Tämän vuoksi tilan käytöllä on merkitystä hoitajan ja potilaan välisessä kommunikaatiossa. Hoitajan kehonkieli kertoo hoitajan asennoitumisesta potilaaseen. Avoin asento kertoo suhtautumisesta toiseen ilman pelkoa. Suljettu asento, jossa kädet ovat ristissä ja jalat yhdessä, kertoo puolustautuvasta asennoitumisesta toista ihmistä kohtaan. (Pöllänen 2006.)

2.3 Vuorovaikutus

Vuorovaikutus on kahden tai useamman ihmisen välinen molemminpuolinen vaikutussuhde, jossa pyritään tunneyhteyden luomiseen (Pöllänen 2006; Repo & Nuutinen 2005, 9). Keskinäisen viestinnän perusteella ihminen tekee päätelmiä siitä, millaisia toiset ihmiset ovat (Silvennoinen 2004, 18). Vuorovaikutus voi ilmetä monin eri tavoin. Se voi olla valtaa, yhteistyötä tai yhteisesti päätettyjä sopimuksia ja sääntörakennelmia. (Mönkkönen 2007, 15.) Vuorovaikutuksessa ihminen tekee kokoajan havaintoja, tulkitsee niitä ja luo niille eri merkityksiä (Silvennoinen 2004, 28). Onnistunut vuorovaikutus edellyttää toisen ihmisen odotusten ymmärtämistä sekä keskinäistä luottamusta (Kauppila 2005, 20, 70; Kyngäs & Hentinen 2008, 17).

Vuorovaikutuskeinoja on sekä verbaalisia että non-verbaalisia (Pöllänen 2006; Holmberg ym. 2008, 274). Verbaalisella eli sanallisella viestinnällä tarkoitetaan tunteiden ja ajatusten ilmaisua sanoin. Puhumalla saadaan omat tunteet ja ajatukset kuulluiksi sekä samalla havaitaan mitä toiset haluavat sanoillaan ilmaista. (Pöllänen 2006.) Ihmisen puhetyyli paljastaa usein keskustelijoiden keskinäisen läheisyyden ja valtasuhteen toisiinsa. Vuorovaikutussuhteessa enemmän valtaa omaavan osapuolen on todettu puhuvan yleensä enemmän. (Himberg & Jauhiainen 2000, 84.)

Pöllänen (2006) mukaan non-verbaalisen vuorovaikutuksen eli sanattoman viestinnän keinoina käytetään eleitä, ilmeitä, kuuntelua, kehon asentoja sekä kosketusta. Suurin osa ihmisten välisestä vuorovaikutuksesta on sanaton. Ihmisen kehonkieli viestii kiinnostuksesta toista ihmistä kohtaan. Ihminen pystyy viestittämään paljon kasvojensa eri ilmeillä. Tietyntylaiset

kasvojen ilmeet havaitaan nopeammin kuin muu viestintä. (Pöllänen 2006.) Eleet ja ilmeet usein paljastavat ihmisestä enemmän kuin hänen sanansa (Kauppila 2005, 20, 33). Pöllänen (2006) mukaan hymyllä tai hymyttömyydellä ihminen voi viestiä hyväksyntää tai torjuntaa. Katse on myös tehokas sanattoman viestinnän muoto. Katseen kääntämisenä muualle kuulija voi osoittaa kiinnostumattomuutta ja turhautumista puhujaa kohtaan. Vuorovaikutuksen onnistumiseen vaikuttaa ihmisen kuuntelemisen taidot.

Hoitotyössä vuorovaikutussuhde tarkoittaa hoitajan ja potilaan välistä tasavertaista yhteistoimintaa, jossa molemmat osapuolet tuovat näkemyksensä esille (Mattila 2001, 66; Pöllänen 2006; Kyngäs & Hentinen 2008, 17). Hoitajat ovat alkaneet varoa tuomasta esiin omia näkökantojaan, jotta eivät vaikuttaisi potilaan mielipiteisiin (Mönkkönen 2007, 80). Vuorovaikutustilanteissa potilaat tarkkailevat hoitajien sanatonta viestintää ja saamansa vaikutelman perusteella mukauttavat omaa toimintaansa (Mattila 2001, 67). Hyvän vuorovaikutuksen on todettu edesauttavan potilaan paranemista ja puutteellisen vuorovaikutuksen päinvastoin heikentävän paranemista (Hemsley ym. 2001, 828; Mattila 2001, 73).

Pöllänen (2006) mukaan hoitajan kuunnellessa potilasta, hän viestii halusta ymmärtää ja hyväksyä potilas, jolloin potilaan on helpompi keskittyä huolehtimaan itsestään. Kuuntelemisen perustana on muista ihmisistä ja heidän asioistaan kiinnostunut asenne. Tämän vuoksi hoitajan on tärkeä kuunnella, mitä potilaalla on sanottavana. Kosketuksella voidaan viestiä sellaisia asioita, joista ihmisen on vaikea puhua sanoin. Hoitajan tapa koskettaa kertoo hänen asenteestaan potilasta kohtaan. Kosketus voi ilmaista ymmärrystä ja hyväksyntää potilasta kohtaan. Hoitajan kosketus voi lisätä potilaan ja hoitajan välistä vuorovaikutusta sekä potilaan myönteistä asennoitumista hoitajaan. Kosketuksella on suuri merkitys ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa.

Sanattomalla viestinnällä on vuorovaikutustilanteessa tärkeämpi merkitys kuin verbaalisella, koska eleillä, ilmeillä sekä asennoilla on suurempi vaikutus etenkin silloin, kun potilas on kiihtynyt (Holmberg ym. 2008, 274). Eleet ilmentävät ihmisen tuntemuksia, kuten esimerkiksi potilaan ahdistus voidaan havaita levottomuutena, edestakaisin kävelynä tai muina sanattomina viesteinä (Pöllänen 2006). Hoitajan hiljaisuus antaa potilaalle mahdollisuuden rauhoittumiseen ja tunteiden ilmaisuun (Mäkelä ym. 2001, 33). Tilanteet, joissa kohdataan psyykkisesti sairas potilas tai joudutaan rajoittamaan potilaan itsemääräämisoikeutta, voivat kehittyä uhkaaviksi. Tämän vuoksi on tärkeää kiinnittää huomiota, millä tavalla potilaalle välitetään tietoa. Hoitajan tulee olla avoin ja rehellinen kaikessa toiminnassaan. Epämääräiset lupaukset lisäävät potilaan epätietoisuutta, jolloin ärsytyskynnys madaltuu. (Holmberg ym. 2008, 274.)

2.4 Arvot

Arvot ovat abstrakteja käsityksiä, joita ihminen pitää hyvinä ja tavoittelemisen arvoisina. Ne ilmaisevat, mikä on hyvää ja pahaa, oikein ja väärin. Ihmisen arvomaailma ohjaa hänen elämänsä, toimintaansa ja pyrkimyksi-

ään. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 59; Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 38.) Arvot luovat eettisen toiminnan perustan. Arvot käsittävät kaiken sen, mikä ihmiselle on pohjimmiltaan arvokasta. (Poikkimäki 2004.)

Ettinen neuvottelukunta (ETENE 2001) on kehittänyt terveydenhuollon yhteisen arvopohjan, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Eettiset periaatteet perustuvat yhteisiin arvoihin. Lähtökohtana on ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, ihmiselämän vaaliminen ja terveyden edistäminen. (ETENE 2001; Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 149; Poikkimäki 2004; Lauri 2006, 40; Sauri 2007, 213.) Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan (Poikkimäki 2004; Suhonen 2007; Louhiala & Launis 2009, 42). Salassapitovelvollisuuden merkitystä korostetaan. Potilaalle annetaan kaikki ne tiedot, jotka ovat merkityksellisiä hoidosta päättäessä. Potilasta on kohdeltava siten, että hänen ihmisarvoaan ei loukata ja hänen henkilökohtaista vakaumustaan ja yksityiselämäänsä kunnioitetaan. (ETENE 2001; Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 149; Louhiala & Launis 2009, 30,65.)

Terveydenhuollon eettisissä periaatteissa määritellään kuusi kohtaa, joiden tulee toteutua potilaan hoidossa. Ensimmäisenä on potilaan oikeus hyvään hoitoon. Potilaalla on oikeus saada hoitoa ilman kohtuuttomia viiveitä. Potilaan tulee kokea olevansa asiantuntevissa käsissä ja tulevansa hyvin kohdelluksi. Toisena on ihmisarvon kunnioitus eli jokaisella ihmisellä on yhtäläinen ihmisarvo. Potilaan kunnioittamiseen kuuluu inhimillinen kohtelu, luottamuksellisuus ja yksityisyyden suoja. Potilaalle tulee olla rehellinen ja antaa hänelle hänen hoitoaan koskevat tarvittavat tiedot sekä edistää hänen itsemääräämisoikeuttaan. (ETENE 2001; Mönkkönen 2007, 34; Noppari ym. 2007, 152–153; Valvira 2009.)

Kolmantena kohtana on itsemääräämisoikeus eli potilaalla on oikeus päättää omista asioistaan oman elämäntarkoituksensa mukaisesti. Potilaalla on oikeus osallistua hoitoaan koskevaan päätöksentekoon ja hänelle on annettava riittävästi tietoa sairaudesta ja sen hoidosta. (ETENE 2001; Mönkkönen 2007, 34; Mattila 2008, 27; Valvira 2009.) Neljäntenä on oikeudenmukaisuus eli kaikki potilaat hoidetaan samojen periaatteiden mukaisesti. Tasa-arvo liittyy kiinteästi ihmisarvon kunnioittamiseen. Potilaan saamaan hoitoon ei saa vaikuttaa hänen ikänsä, sukupuolensa, sairautensa, etninen taustansa tai sosiaalinen asemansa. (ETENE 2001; Mönkkönen 2007, 34; Mattila 2008, 27; Kangasniemi 2008, 33; Valvira 2009.)

Viidentenä kohtana on hyvä ammattitaito ja hyvinvointia edistävä ilmapiiri. Oman ammattitaidon ylläpitäminen ja kehittäminen on jokaisen terveydenhuollossa työskentelevän oikeus ja velvollisuus. Hyvinvointia edistävä ilmapiiri syntyy kun kaikki tähtäävät omassa työssään yhteisesti hyväksytyihin arvoihin. Tämä edellyttää johtavilta henkilöiltä oikeudenmukaista ja kannustavaa työtapaa. Kuudentena on yhteistyö ja keskinäinen arvonanto. Työntekijöiltä vaaditaan yhteistyötä eettisten näkökohtien, resurssien hallinnan ja tehokkuuden tasapainottamiseksi. Työntekijöiden tulee pyrkiä arvostamaan toisten ammattitaitoa ja osaamista. (ETENE 2001; Mönkkönen 2007, 34.)

Sairaanhoitajan työtä ohjaavat sairaanhoitajan eettiset ohjeet (1996). Sairaanhoitajan eettisiin ohjeisiin kuuluu elämän säilyttäminen, kärsimyksen lievittäminen ja terveyden edistäminen (Lauri 2006, 38). Hoitajan ja potilaan välisessä hoitosuhteessa auttavan vuorovaikutuksen keskeisinä piirteinä ovat kunnioitus, hyväksyntä, luottamus, avoimuus, aitous ja vastavuoroisuus. Sairaanhoitajan ensisijainen tavoite on potilaan terveyden edistäminen ja oikeuksien kunnioittaminen (Sundman 2000, 140). Potilaan kunnioittaminen on auttamista hänen omista lähtökohdistaan ja voimavaroistaan käsin. (Pöllänen 2006; Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 25.) Hoitotyössä hoitajalta edellytetään eläytymiskykyä potilaan tilanteeseen ja empatiaa potilasta kohtaan (Jahren Kristoffersen, Nortvedt & Skaug 2006, 23). Hoitotyössä arvot eivät ole näkyviä, vaan ne ilmenevät ihmisen toiminnassa. Hoitajan henkilökohtaiset arvot luovat perustan sille, kuinka hän toimii omassa työssään. Hoitotyössä on vaikea osoittaa, millaiset arvot ja periaatteet yksittäisellä hoitajalla ovat, koska nämä ovat usein tiedostamattomia (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 60, 220).

Sairaanhoitajan omat arvot ja ihmiskäsitys ilmenevät tavassa kohdata potilas ja työskennellä yhteistyössä hänen kanssaan. Potilaan kunnioittaminen ihmisenä ja kiinnostus hänen asioitaan kohtaan sekä halu auttaa ovat osoitus hoitajan omasta arvomaailmasta. Hoitotyössä hoidon perustana on potilaan koskemattomuuden ja ihmisarvon kunnioittaminen. Voidakseen kunnioittaa potilasta hoitajan täytyy nähdä hänet ainutkertaisena yksilönä, jolla on omat ajatuksensa, tunteensa ja mielipiteensä. Hoitajan on tärkeää toimia siten kuin puhuu, koska teot ja käyttäytyminen ilmaisevat arvoja kaikkein vahvimmin. (Jahren Kristoffersen & Nortvedt 2006, 157,163; Jahren Kristoffersen ym. 2006, 25, 27.)

Hoitajan ja potilaan keskinäinen luottamus ja toisen ihmisyyden ymmärtäminen ovat edellytys hoidon onnistumiselle (Kankare 2004, 56; Kiviniemi ym. 2007, 105; Mattila 2008, 23). Hoitajan ja potilaan välillä tulee vallita luottamus ja hoitajan tulee tehdä työnsä parhaalla osaamallaan tavalla (Mattila 2008, 24). Kiviniemen ym. (2007, 107) mukaan toivolla on tärkeä merkitys hoitajan ja potilaan välisessä kohtaamisessa. Raatikaisen (2004) mukaan luottamuksellista hoitosuhdetta kuvastaa toisen arvostaminen, myötäeläminen, rehellisyys ja potilaan luottamus hoitajan ammattipätevyyteen. Hoitajalla tulee säilyä luottamus potilaan mahdollisuuksiin toipua tai parantua sairaudestaan myös silloin, kun potilaan tulevaisuus on epävarma. (Raatikainen 2004, 87.) Toivon ylläpitäminen ja hoitajan usko potilaan selviytymiseen ovat tärkeitä. Hoitajan on tärkeää kuulla potilasta ja löytää toivo pienistäkin asioista. Toivo luo potilaalle uskoa itseensä ja selviytymiseensä. (Kiviniemi ym. 2007, 109.)

2.5 Asenteet

Asenteella tarkoitetaan henkilön myönteistä tai kielteistä suhtautumista asioihin (Chan & Cheng 2001, 435). Asenteet koostuvat tiedon lisäksi tunteista, mieltymyksistä, sympatiasta, uskomuksista ja epäilyksistä. Asenteiden kehittyminen on yhteydessä henkilön omiin kokemuksiin, arvomaailmaan sekä ympäröivään kulttuuriin. (Seppä 2003, 91.) Asenteet voivat olla joko tietoisia tai tiedostamattomia (Ranne 2007). Asenteet kehittyvät jo

varhain lapsuudessa (Seppä 2003, 91). Aikuistuuessa elämäkokemukset, yhteiskunta ja erityisesti media vaikuttavat asenteiden muodostumiseen. Asenteet ovat opittuja, joten niitä voi muuttaa ja niistä voi päästä irti. Asenteiden muuttuminen voi näin ollen muuttaa myös ihmisen käyttäytymistä. (Chan & Cheng 2001, 436.) Yhteiskunnassa suhtaudutaan edelleen negatiivisesti ihmisiin, jotka kärsivät mielenterveys häiriöistä ja mielenterveysongelmista (Johnstone 2001, 200).

Hoitohenkilökunnalla saattaa olla kielteisiä asenteita mielenterveysongelmista kärsiviä potilaita kohtaan. Tämä saattaa aiheuttaa eettisiä ongelmia potilaan hoidossa. Kielteiset asenteet eivät aina ilmene suoraan. Ne voivat näkyä esimerkiksi niin, että hoitaja tekee potilasta koskevia päätöksiä potilaan tietämättä. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 219.) Hoitohenkilökunnan tulee välttää omien asenteidensa ja odotustensa välittymistä potilaille (Hugo 2001, 419–420), jotta ne eivät vaikuta potilaan omaan suhtautumiseen ja hoidon onnistumiseen.

Terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa ilmenee erilaisia ennakkoluuloja ja kielteisiä asenteita mielenterveyspotilaita kohtaan (Holmberg ym. 2008, 77). Tämä vaikuttaa negatiivisesti hoitohenkilökunnan työskentelyyn kyseisten potilaiden kanssa. Ranteen (2007) mukaan mielenterveysongelmiin liittyvien monien oireiden vuoksi mielenterveyspotilaisiin kohdistuu paljon ennakoasenteita. Hoitajien asenteet mielenterveyspotilaita kohtaan vaikuttavat siihen, millaista hoitoa potilaat saavat ja kuinka tehokasta hoito on.

Mielenterveysongelmat leimaavat edelleen niistä kärsiviä ihmisiä ja johtavat heidän syrjintään (Lavikainen, Lahtinen & Lehtinen 2004). Ihmisten asenteet ja ennakkoluulot vaikuttavat mielenterveysongelmaisen itsearvostuksen ja itsevarmuuden heikentymiseen. Näin ollen ne voivat vaikuttaa mielenterveysongelmaisen syrjäytymiseen (Ranne 2007).

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimus tehtiin Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymän sisätautiosasto kahdelle. Tarkoituksena oli kuvailla mielenterveyspotilaan kohtaamista sairaanhoitajien kokemana sisätautiosastolla. Tutkimuksella haluttiin selvittää myös sairaanhoitajien vuorovaikutuskeinoja, arvoja ja asenteita mielenterveyspotilaan kohtaamisessa. Tutkimuksen tavoitteena oli auttaa kehittämään sairaanhoitajien valmiuksia kohdata mielenterveyspotilaita sisätautiosastolla.

Tutkimuksella haluttiin vastauksia seuraaviin tutkimustehtäviin:

1. Miten sairaanhoitajat kokevat mielenterveyspotilaan kohtaamisen?
2. Millaisia vuorovaikutuskeinoja sairaanhoitajilla on mielenterveyspotilaan kohtaamiseen?
3. Millä tavalla sairaanhoitajien arvot ja asenteet vaikuttavat mielenterveyspotilaan kohtaamiseen?

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tutkimus tehtiin Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymän sisätautiosasto kahdelle. Tarkoituksena oli kuvata mielenterveyspotilaan kohtaamista sairaanhoitajien kokemana. Tutkimus toteutettiin kvalitatiivista tutkimusmenetelmää käyttäen. Tutkimusaineisto kerättiin teemahaastattelun avulla, haastatteleamalla kahdeksaa sisätautiosasto kahdella työskentelevää sairaanhoitajaa. Teemahaastattelun avulla selvitettiin millaisia kokemuksia sairaanhoitajilla on mielenterveyspotilaan kohtaamisesta sisätautiosastolla. Tutkimusaineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

4.1 Tutkimusmenetelmä

Kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa pyritään kokonaisvaltaiseen tiedon hankintaan ja aineisto kerätään todellisissa tilanteissa. Kvalitatiivinen tutkimus perustuu induktiiviseen eli aineistolähtöiseen prosessiin. Siinä tutkija etenee yksittäisestä yleiseen tietoon eli kokoaa yksittäisten tutkimushenkilöiden kokemukset yhteen ja vertaa niitä aikaisempaan tutkittuun tietoon. (Hirsjärvi & Hurme 2004, 25; Hirsjärvi, Remes & Saja-vaara 2007, 157.) Haastattelu valitaan aineistonkeruumenetelmäksi silloin, kun tutkittava henkilö nähdään tutkimustilanteen subjektina. Tutkittava tuo itselleen merkityksellisiä asioita esille haastattelun aihepiiriin liittyen ja toimii aktiivisena osapuolena. Haastattelu sopii myös silloin, kun aiheesta on ennestään vähän tietoa tai halutaan syventää aikaisempaa tietoa. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 74; Hirsjärvi & Hurme 2004, 34; Hirsjärvi ym. 2007, 200.)

Teemahaastattelussa eli puolistrukturoidussa haastattelussa tutkimus kohdentuu tiettyihin ennalta valittuihin teemoihin, joita tutkitaan. Haastattelussa olennaista on tutkijan ja tutkittavan välinen vuorovaikutus. Tutkittava kuvaa omin sanoin kokemusmaailmaansa, josta tutkija tekee omia tulokintojaan. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 77; Hirsjärvi & Hurme 2004, 47–48.) Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua. Teemahaastattelu valittiin tutkimusmenetelmäksi siksi, että sairaanhoitajilla oletettiin olevan kokemukseen perustuvaa tietoa tutkittavasta aiheesta. Tällöin haastattelijalla oli mahdollisuus esittää lisäkysymyksiä ja näin varmistaa mahdollisimman monipuolisen aineiston saaminen. Teemahaastattelun teemat muodostettiin aikaisemmista tutkimuksista. Hirsjärven ym. (2007) mukaan teemahaastattelussa haastattelun aihepiirit eli teema-alueet ovat tiedossa (Liite 3), mutta kysymysten tarkkaa muotoa ja järjestystä ei ole määrätty. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 77–78; Hirsjärvi ym. 2007, 203.)

Tekemällä laadukkaan haastattelurungon tutkija voi pyrkiä vaikuttamaan ennalta haastatteluaineiston laatuun. Tärkeää on myös pohtia etukäteen, mitä teemoja voidaan syventää ja miettiä valmiiksi apukysymyksiä. Tutkijan on tärkeää käydä läpi haastatteluja haastatteluaiheessa, jotta mahdolliset puutteet haastateltavien vastauksissa huomataan ajoissa. Myös teknisestä välineistöstä, kuten nauhurista huolehtiminen on tärkeää. (Hirsjärvi & Hurme 2004, 184.) Ennen haastattelujen alkua nauhurin toimivuus sekä

nauhurin oikea sijoittelu haastattelutilanteessa tarkistettiin. Haastattelun päätyttyä tarkistettiin, että tallennin nauhoitti.

4.2 Kohderyhmä ja aineiston hankinta

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei ole tarkkaan määrätty tutkimusjoukon kokoa. Tutkijan tulee miettiä valitessaan tutkittavien määrää, miten monta on välttämätöntä valita, jotta saadaan riittävästi tietoa tutkittavasta aiheesta. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 87; Hirsjärvi & Hurme 2004, 58; Hirsjärvi ym. 2007, 177.) Tutkimuksen kohderyhmän muodostivat sisätautiosasto kahden sairaanhoitajat (N=15), joihin kuuluivat niin vakituiset kuin vakituiset sijaiset. Heistä arvottiin sopiva otos, joka suhteutettiin tutkimuksen kokoon ja aikatauluun. Tutkimuksen kohderyhmä koostui kahdeksasta Forssan sairaalan sisätautiosasto kahdella työskentelevästä sairaanhoitajasta.

Osaston kiinnostus osallistua tutkimukseen varmistettiin osastonhoitajalta ennen tutkimusluvan hakemista. Osastolla keskitytään sisätautipotilaiden hoitamiseen sekä erityisesti sydän- ja verisuonitautien hoitoon. Osastolla on 21 potilaspaikkaa sekä neljäpaikkainen valvontayksikkö. Potilasvaihtuvuus osastolla on suurta ja suurin osa hoidettavista potilaista on iäkkäitä henkilöitä. Osalla potilaista on jokin mielenterveyshäiriön diagnoosi, kuten skitsofrenia, kaksisuuntainen mielialahäiriö, masennus tai jokin demensian eri muodoista. Osastolla hoidetaan myös itsemurhaa yrittäneitä potilaita, jotka ovat välittömän somaattisen sekä psykiatrisen hoidon tarpeessa.

Ennen haastattelujen aloittamista osastolle vietiin saatekirje (Liite 1), jossa kerrottiin tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja toteutussuunnitelma. Tarkoituksena oli tiedottaa sairaanhoitajille mahdollisuudesta osallistua kyseiseen tutkimukseen. Tutkimusjoukko valittiin arpomalla, jotta tutkimukseen ei valikoidu tietynlaisia vastaajia. Osastonhoitaja tulosti osaston kaikista sairaanhoitajista nimilistan ja listasta leikattiin nimet erilleen. Koriin laitettiin nimilaput, joista valittiin kahdeksan ensimmäistä haastateltavaa arpomalla. Osastonhoitaja sekoitti nimilaput, joista lähihoitaja nosti järjestyksen. Arvonnan suorittamista valvoi yksi osaston sairaanhoitajista. Arvonnan jälkeen osastolle jätettiin esille nimilista, josta ilmeni arvottu järjestys. Samalla osastolle jätettiin suostumuslomakkeita allekirjoitettavaksi haastatteluun arvotuille. Kahdeksasta ensimmäisestä arvotusta osallistujasta yksi kieltäytyi ja yksi perui suostumuksensa jälkikäteen. Nimilistan seuraavat kaksi vuorossa ollutta sairaanhoitajaa suostuivat haastatteluun kahden kieltäytyneen tilalle.

Toinen tutkimuksen tekijöistä osallistui osastolla pidettyyn osastotuntiin, jolla hän kertoi tutkimuksen taustasta, tarkoituksesta ja toteutuksesta. Tällöin sairaanhoitajilla oli mahdollisuus kysyä tutkimukseen liittyvistä asioista ja ilmoittaa suostumuksestaan haastatteluun. Kenelläkään tutkimukseen osallistuneista sairaanhoitajista ei ollut kysyttävää aiheeseen liittyen. Teemahaastattelurunko esitettiin sisätautiosasto kahden osastonhoitajalla ennen haastattelujen aloittamista. Esitetauksella pyrittiin tarkastamaan kysymysten ymmärrettävyys ja havaitsemaan mahdolliset väärinymmär-

rykset. Osastonhoitajan mielestä kysymykset olivat selkeitä ja aihealueeseen sopivia. Näin ollen teemahaastattelurunko pysyi ennallaan ja kysymysten muoto sekä järjestys samana. Toisen teeman neljäs kysymys jätettiin neljässä haastattelussa esittämättä, koska sairaanhoitajat vastasivat kysymykseen jo edellisessä kysymyksessä. Teemahaastattelurunko on työn lopussa liitteenä (Liite 3).

Tutkimusaineisto kerättiin sairaanhoitajilta teemahaastattelulla helmimaaliskuussa 2009. Haastatteluun osallistuneet saivat valita haastattelupaikan itse. Seitsemän ensimmäistä haastattelua suoritettiin sairaalassa sisätautiosasto kahden osastonhoitajan työhuoneessa. Kahdeksas haastattelu suoritettiin Hämeen ammattikorkeakoulun tiloissa. Haastattelukysymysten teemat muodostuivat mielenterveyspotilaan kohtaamisesta, vuorovaikutuskeinoista, arvoista ja asenteista. Haastateltavia sairaanhoitajia pyydettiin kertomaan ensin asioista niin, kuin ne toteutuvat heidän työssään. Tämän jälkeen haluttiin vielä tietää miten asiat heidän mielestään pitäisi toteutua. Haastattelut olivat yksilöhaastatteluja. Haastattelu toteutettiin siten, että toinen haastattelijä esitti pääkysymykset haastateltavalle. Toinen haastattelijä seurasi haastattelun kulkua ja esitti tarvittavat lisäkysymykset. Haastattelut nauhoitettiin haastateltavien suostumuksella ja aukikirjoitettiin sanataarkasti. Haastattelutilanteen ilmapiiri, haastateltavan pohtimiseen kuluneet tauot, haastattelijoiden omat tuntemukset sekä sanaton viestintä kirjattiin muistiin. Aineistoa kertyi yhteensä 38 paperiarkkia.

4.3 Aineiston analysointi

Tutkimusaineisto analysoitiin induktiivisen eli aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla. Tämä menetelmä valittiin, koska se sopi parhaiten kyseisen tutkimuksen tarkoitukseen. Sisällönanalyysi on tekstianalyysia, jossa tarkastellaan jo valmiiksi tekstimuotoisia tai sellaiseksi muutettuja aineistoja. Aineiston analysoiminen aloitettiin lukemalla aineisto läpi useaan kertaan. Sisällönanalyysia käyttäen pyrittiin analysoimaan aineistoa systemaattisesti ja objektiivisesti. Sillä pyrittiin saamaan kuvaus tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Menetelmää käyttäen aineisto saadaan järjestetyksi johtopäätösten tekoa varten. Aineistoa analysoitaessa korostuvat tutkijan omat taidot, arvostukset ja oivalluskyky. (ks. Janhonen & Nikkonen 2001, 36; Tuomi & Sarajärvi 2002, 105.)

Haastattelun avulla kerätty aineisto kuvaa tutkittavaa ilmiötä. Analyysin tarkoituksena on luoda sanallinen kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. Sisällönanalyysin avulla on tarkoitus järjestellä aineisto tiiviiseen ja selkeään muotoon siten, että haastateltavien ajatukset käyvät ilmi. Sisällönanalyysin avulla pyritään muodostamaan tutkittavasta ilmiöstä tiivistetty kuvaus, joka kytkee tulokset ilmiön laajempaan kontekstiin. (Janhonen & Nikkonen 2001, 23; Tuomi & Sarajärvi 2002, 105,110.) Hajanaisesta aineistosta pyritään muodostamaan selkeä ja yhtenäinen kokonaisuus. Sisällönanalyysissä aineisto ensin hajotetaan osiin, käsitteellistetään ja kootaan uudestaan loogiseksi kokonaisuudeksi, josta tutkimustulokset nousevat esille. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 110; Hirsjärvi & Hurme 2004, 144.)

Aineistolähtöiseen sisällönanalyysiin kuuluu kolme vaihetta. Nämä ovat aineiston redusointi eli pelkistäminen, aineiston klusterointi eli ryhmittely ja abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Sisällönanalyysin eteneminen esitetään työn lopussa löytyvistä taulukoista (Liite 4, 5 ja 6.) Sisällönanalyysissä haasteena on, kuinka tutkija pystyy pelkistämään aineiston niin, että se kuvaa mahdollisimman tarkasti tutkittavaa ilmiötä. Aineiston pelkistämässä kaikki tutkimukselle epäoleellinen karsitaan pois. Pelkistäminen voi olla tutkittavalta saadun tiedon tiivistämistä tai pilkkomista osiin, jolloin pelkistämistä ohjaa tutkimustehtävä. (Janhonen & Nikkonen 2001, 26, 28, 36; Tuomi & Sarajärvi 2002, 110–112.) Litteroidusta aineistosta alleviivattiin ne sanat ja lauseet, jotka antoivat vastauksen tutkimustehtäviin. Jokaiselle tutkimustehtävälle valittiin oma väri, jolla aineistoa alleviivattiin.

Aineiston ryhmittelyssä aineistosta alleviivatut alkuperäisilmaukset käydään läpi tarkasti. Aineistosta etsitään joko samankaltaisuuksia tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Tutkimuksessa voi etsiä myös molempia käsitteitä. Tutkimuksessa päädyttiin etsimään samankaltaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Samaa asiaa tarkoittavat käsitteet ryhmiteltiin ja koottiin erilliselle paperille pelkistettyinä ilmauksina. Ilmausten kohdalle merkittiin numero osoittamaan kuinka monessa haastattelussa ilmaus oli esiintynyt. Samaa asiaa kuvaavista pelkistetyistä ilmauksista yhdistettiin yhtenäisiä kokonaisuuksia. Sen jälkeen niistä muodostettiin alakategorioita. Alakategoriat ryhmiteltiin niin, että samansisältöiset yhdistettiin ja niitä yhdistävän asian perusteella nimettiin yläkategoria. Tämän jälkeen ala- ja yläkategorioita verrattiin alkuperäisaineistoon ja tarkistettiin, että ne vastasivat tutkimuksen tarkoitusta. (ks. Janhonen & Nikkonen 2001, 23, 28–29; Tuomi & Sarajärvi 2002, 112; Hirsjärvi & Hurme 2004, 147–149.) Aineistosta nimetyt yläkategoriat yhdistettiin ja niistä muodostettiin pääkategoria (Liite 7.)

Abstrahointi on prosessi, jossa tutkija muodostaa yleiskäsitteiden avulla kuvauksen tutkimastaan kohteesta. Aineiston teoreettisten käsitteiden luomisessa aineistosta erotellaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja valinnan pohjalta muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Tutkimuksessa verrattiin teoriaa ja omia johtopäätöksiä kerättyyn alkuperäisaineistoon uutta teoriaa muodostettaessa. Tutkimustuloksissa kuvataan luokittelujen pohjalta muodostetut käsitteet ja kategoriat sekä niiden sisällöt. Johtopäätösten tekemisessä pyrittiin ymmärtämään tutkittavia heidän omasta näkökulmastaan. (ks. Janhonen & Nikkonen 2001, 29; Tuomi & Sarajärvi 2002, 112–115; Hirsjärvi & Hurme 2004, 149–150.)

4.4 Aineiston raportointi

Tutkimustulokset voidaan raportoida sekä suullisesti että kirjallisesti. Ennen aineiston keruuta tehdystä tutkimussuunnitelmassa selviää tutkimusaikataulu ja aineiston raportointiajankohta. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyritään tuomaan esille aineiston monipuolisuus ja rikkaus tuloksia raportoitaessa. Raportoinnissa pyritään kertomaan millaisia tuloksia haastattelujen perusteella on saatu. Tutkimusaineisto tulee organisoida niin, että ulkopuoliset ymmärtävät tulokset ja kuvaus vastaa mahdollisimman hyvin

tutkittavien ajatuksia ja kokemusmaailmaa. Saadut tutkimustulokset suhteutetaan teoriaan ja aikaisempiin tutkimuksiin. (Hirsjärvi & Hurme 2004, 191–193; Hirsjärvi ym. 2007, 232–235.)

4.5 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuseetiikkaa koskevat kysymykset voidaan jakaa kahteen ryhmään. Ne ovat tiedonhankintaan ja tutkittavien suojaan koskevat säännöt sekä tutkijan vastuu tulosten rehellisestä raportoinnista. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 26.) Tutkimuseettiset ongelmat liittyvät pääasiassa tutkimustoimintaan, kuten tutkimukseen osallistuvien informoimiseen, aineiston keräämisessä ja analyysivaiheessa käytettävien menetelmien luotettavuuteen sekä anonymiteetti ongelmiin (Janhonen & Nikkonen 2001, 36–37; Tuomi & Sarajärvi 2002, 125). Tutkimukseen osallistuvilla ei saa koitua vahinkoa tutkimuksen teosta. (Helsingin julistus 1964; Tuomi & Sarajärvi 2002, 128.) Tutkimukselle anottiin kirjalliset luvat käytänteiden mukaisesti Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymän yhtymäjohtajalta. Eettisen toimikunnan lausuntoa ei tarvittu, koska tutkimus ei kohdistunut potilaisiin.

Tutkimukseen osallistuminen perustui vapaaehtoisuuteen ja ennen tutkimusta sairaanhoitajilta kerättiin tietoinen suostumus haastatteluun ja sen nauhoittamiseen (ks. Hirsjärvi & Hurme 2004, 20; Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 27). Suostumus vahvistettiin suostumuslomakkeella (Liite 2). Tutkittavat voivat kieltää itseään koskevan aineiston käytön tutkimusaineistona tutkimuksen kaikissa vaiheissa. Tutkittavalla on oikeus tietää edellä mainitut oikeutensa. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 128.) Yksi tutkimukseen valikoituneista sairaanhoitajista kieltäytyi osallistumasta. Toinen sairaanhoitaja kieltäytyi luvan annettuaan.

Tutkittavien henkilöllisyys ei paljastu missään vaiheessa tutkimusta. Lisäksi tutkittaville annetaan tutkimuksesta riittävästi tietoa, jotta he tietävät mihin ovat osallistumassa. (Hirsjärvi & Hurme 2004, 20; Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 29–30.) Tutkimukseen valikoituneet sairaanhoitajat saivat tutustua teemahaastattelurunkoon etukäteen niin halutesaan. Tutkittaville selvitettiin tutkimuksen tavoitteet, käytettävät menetelmät ja mahdolliset riskit (ks. Tuomi & Sarajärvi 2002, 128).

Tutkimus tulee toteuttaa huolellisesti ja tarkkuutta noudattaen (Hirsjärvi ym. 2007, 24–26). Tutkimuksen suunnittelu, toteutus ja tulosten raportointi tapahtui yksityiskohtaisesti ja asetettujen vaatimusten mukaisesti. Tutkimusaineisto käsiteltiin niin, että tutkittavien henkilöllisyys ei paljastunut missään vaiheessa tutkimusta (ks. Tuomi & Sarajärvi 2002, 129). Tutkimuksen eettisyyttä vähentää tutkimuksessa käytettävien menetelmien huolimaton käyttö ja tulosten puutteellinen raportointi. Lähdeviitteet merkittiin asianmukaisesti niin, että alkuperäiset tutkijat kävivät ilmi. Tutkimustuloksia arvioitiin rehellisesti. (ks. Tuomi & Sarajärvi 2002, 130; Hirsjärvi ym. 2007, 26–27.)

5 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Analysoinnin perusteella sairaanhoitajien haastatteluista muodostui yksi pääkategoria ja neljä yläkategoriaa, jotka olivat sairaanhoitajien yksilöllinen kokeminen, sairaanhoitajien ammatillisuus ja persoona, työympäristö sekä sairaanhoitajien toiminta. Tulosten luotettavuuden lisäämiseksi esillä on myös suoria lainauksia tutkittavien haastatteluista. Liitteissä 4, 5, 6 ja 7 esitellään analysoinnin tuloksena syntyneet kategoriat.

5.1 Mielenterveyspotilaan kohtaaminen sairaanhoitajien kokemana

Mielenterveyspotilaan kohtaamiseen liittyy sairaanhoitajien kokemus kohtaamistilanteesta. Sairaanhoitajat kokivat mielenterveyspotilaan kohtaamisen monin eri tavoin. Sairaanhoitajien kokemukseen kohtaamistilanteessa vaikuttivat heidän vuorovaikutustaitonsa sekä työympäristö. Lisäksi kokemukseen vaikutti sairaanhoitajien arvot ja asenteet.

5.2 Sairaanhoitajien kokemus mielenterveyspotilaan kohtaamisesta

Sairaanhoitajien mukaan mielenterveyspotilaan kohtaamiseen liittyy mielenterveyspotilaiden vaikea tunnistettavuus. Osalla potilaista saattoi olla mielenterveysongelmia, mutta heillä ei välttämättä ollut diagnosoitua sairautta. Mielenterveysongelmia pidettiin kuitenkin yleisinä. Mielenterveyspotilaan kohtaamiseen liittyy paljon negatiivisia tunteita, kuten ärtyneisyyttä, riittämättömyyden tunnetta sekä turhautumista. Aikaisemmat kokemukset vaikuttavat sekä positiivisesti että negatiivisesti. Mielenterveyspotilaan saama kohtelu liittyy kiinteästi sairaanhoitajien omiin tunteisiin, arvoihin ja asenteisiin.

Mielenterveyspotilaiden vaikea tunnistettavuus tarkoitti sitä, että sairaanhoitajat eivät aina tieneet kenellä potilaalla on mielenterveysongelmia. Tästä syystä sairaanhoitajat eivät välttämättä tiedostaneet edes hoitaneensa potilasta, jolla on mielenterveysongelmia. Sairaanhoitajat kokivat, että mielenterveysongelmat ovat yleisiä niillä potilailla, joita hoidetaan sisätautiosastolla. Mielenterveyspotilaita koetaan olevan paljon suhteessa koko potilasmäärään.

”Tää onkin hyvä kysymys, et kuka on mielenterveyspotilas?”

”No aika paljon meillä käy, siis osastolla on mielenterveyspotilaita, siis kellä on joku mielenterveyssairaus siä takana...”

Mielenterveyspotilaan kohtaaminen herätti sairaanhoitajissa paljon negatiivisia tunteita. Mielenterveyspotilaiden poikkeava käytös herätti ärtyneisyyttä etenkin silloin, kun se aiheutti häiriötä tai ylimääräistä työtä. Sairaanhoitajat kokivat riittämättömyyden tunnetta silloin, kun eivät mielestään osanneet vastata mielenterveyspotilaan tarpeisiin. Turhautumista he-

rätti mielenterveyspotilaiden jatkuva hoitokierre eli potilaat saapuivat osastolle yhä uudelleen samasta syystä saamastaan hoidosta huolimatta.

”...jossain määrin voi tuottaa ehkä joskus ärtymystäkin, ettei puhuta samast asiast.”

”...vähän semmosta riittämättömyyden tunnetta ja tietysti välillä itekin sil-lain ahdistuu...”

Sairaanhoitajien aikaisemmat kokemukset vaikuttivat sekä positiivisesti että negatiivisesti mielenterveyspotilaiden kohtaamiseen. Mielenterveyspotilas oli helpompi kohdata, mikäli sairaanhoitajalla oli kokemusta aiemmasta vastaavasta tilanteesta. Kokemuksen myötä sairaanhoitajien ymmärrys ja empatia mielenterveyspotilasta kohtaan usein lisääntyi. Toisaalta niiden potilaiden kohdalla, jotka palasivat yhä uudelleen saamastaan hoidosta huolimatta, aiheuttivat sairaanhoitajissa negatiivisia tunteita.

”...näin pitkään ku on tehny töitä niin, empatia on lisääntyny valtavasti, mutta et niinku osaa mennä niinku sen ihmisen nahan sisään ja ajatella, että mitä se tuntee.”

Sairaanhoitajan omat tunteet, arvot ja asenteet vaikuttavat siihen millaista kohtelua mielenterveyspotilaat saavat. Suurin osa sairaanhoitajista pyrki kohtelemaan mielenterveyspotilaita tasa-arvoisesti muihin potilaisiin nähden. Ammatillisuutta korostettiin mielenterveyspotilaan kohtaamisessa ja hoitamisessa. Mielenterveyspotilaat saattoivat kuitenkin leimautua hankaliksi hoidettaviksi, oman käyttäytymisensä tai sairaanhoitajan ennako-asenteiden vuoksi.

”...ketään ei jätetä sen takia hoitamatta, et on joku sairaus...”

”...ehkä he saattaa jollakin tavalla niinku en tiedä voisko leimautua...”

5.3 Sairaanhoitajien vuorovaikutustaidot

Sairaanhoitajien vuorovaikutustaidot vaikuttivat siihen, millaisia sanallisen ja sanattoman vuorovaikutuksen keinoja heillä oli käytettävissään. Sairaanhoitajan vuorovaikutustaidot vaikuttivat yhdessä työympäristön kanssa siihen, millaiset puitteet sairaanhoitajalla oli vuorovaikutukseen mielenterveyspotilaan kanssa. Vuorovaikutustaidot ja työympäristö vaikuttivat myös siihen, miten sairaanhoitaja toimii vuorovaikutustilanteessa mielenterveyspotilaan kanssa.

Sairaanhoitajat kokivat sanallisen vuorovaikutuksen eli puhumisen mielenterveyspotilaan kanssa ensisijaisen tärkeäksi. Sairaanhoitajien mielestä oli tärkeää, että hoitaja ja potilas pystyivät puhumaan etenkin hoidon kannalta oleellisista asioista. Sanattoman vuorovaikutuksen keskeiseksi osaksi nousi sairaanhoitajan taito kuunnella, mitä mielenterveyspotilaalla on kerrottavanaan. Sairaanhoitajan tulee havaita myös mielenterveyspotilaan ilmeet ja eleet, koska ne kertovat paljon mielenterveyspotilaan mielentilasta

enemmän kuin sanat. Sairaanhoitajalla tulee olla myös tilannetajua ymmärtää, miten mielenterveyspotilas tulee kohdata yksilönä.

”...semmosta niinku tilannetajua, että miten jossakin tilanteessa sitten ketkin kohtaa...”

”Monenlaiset viestit kulkee välillä sanattomasti...”

Osa sairaanhoitajista kokivat vuorovaikutustaitonsa riittävinä ja osa riittämättöminä. Toisten mielestä mielenterveyspotilaille oli helppo puhua ja toimia yhteistyössä heidän kanssaan. Osa koki vuorovaikutustaitonsa puutteellisina, eivätkä näin ollen uskoneet kykenevänsä riittävään vuorovaikutukseen mielenterveyspotilaiden kanssa.

”...on helppo kohdata mielenterveysongelmista kärsiviä ihmisiä.”

”...tosi vajavaisina, siin menee itekin vähän sillain lukkoon...”

Ympäristö ja sairaanhoitajan tapa toimia vaikutti suuresti sairaanhoitajan ja mielenterveyspotilaan välisen vuorovaikutuksen syntyyn ja onnistumiseen. Työkokemus koettiin vuorovaikutusta edistävänä sekä estävänä tekijänä. Pitkän työkokemuksen myötä sairaanhoitajalla saattoi olla kokemusta aiemmasta vastaavanlaisesta tilanteesta, joten sairaanhoitaja kykeni toimimaan tilanteessa luontevammin. Sairaanhoitaja tiesi, millä tavalla asioista tuli puhua mielenterveyspotilaan kanssa ja mihin asioihin tulisi kiinnittää huomiota. Toisaalta sairaanhoitajan aiemmat negatiiviset kokemukset, kuten mielenterveyspotilaan aggressiivisen käyttäytymisen kohtaaminen, saattoivat toimia estävinä tekijöinä vuorovaikutuksen syntymiselle.

”...jos on pitkä työkokemus, niin kyllähän siinä on tullu nähtyä ja koettua kaikennäköistä...”

”...ellei nyt satu esimerkiksi töissä hirveen rankkoja kokemuksia...”

Sairaanhoitajan omat asenteet vaikuttivat paljon vuorovaikutuksen syntyyn ja onnistumiseen. Sairaanhoitajan positiivinen ja ennakkoluuloton suhtautuminen mielenterveyspotilaaseen edesauttoi keskinäistä vuorovaikutusta. Sairaanhoitajan myönteinen asennoituminen välittyi mielenterveyspotilaalle ja näin ollen edesauttoi potilasta kertomaan omista tuntemuksistaan. Sairaanhoitajan asenteiden ollessa negatiiviset ei sairaanhoitaja välttämättä ollut edes kiinnostunut potilaasta ja tämän tilanteesta. Tällöin vuorovaikutus ei päässyt kunnolla edes syntymään tai jäi hyvin pintapuoliseksi.

”...itellä ei saa olla minkäänlaisia ennakkoasenteita...”

”...onhan siin paljon semmosia potilaita, jotka niinku suoraan sanoen tökkii...”

Sairaanhoitajan ja mielenterveyspotilaan välinen luottamuksellisuus oli erityisen tärkeä vuorovaikutuksen syntymisen ja onnistumisen kannalta. Sairaanhoitajien mielestä potilaan tulee kyetä luottamaan, että hoitaja ymmärtää häntä ja toimii potilasta varten. Etenkin sairaanhoitajien salassapitovelvollisuus koettiin tärkeäksi osaksi luottamuksen syntyä.

”...semmonen luottamuksellisuus, et potilas tuntee että hän voi luottaa tohon ihmiseen, ehkä se on niinku mun mielestä ainakin se tärkein...”

Ympäristöllä oli suuri vaikutus vuorovaikutuksen syntyyn ja onnistumiseen. Rauhallisessa ympäristössä sairaanhoitaja pystyi paremmin sanalliseen vuorovaikutukseen mielenterveyspotilaan kanssa. Tällöin sairaanhoitajan oli helpompi havaita ja tulkita myös potilaan sanattomia viestejä. Rauhaton ympäristö toimi päinvastoin estävänä tekijänä vuorovaikutukselle. Kolmen hengen huoneessa häiritsevänä tekijänä toimi usein toiset potilaat ja heidän omaisensa. Huonepaikan puuttuminen häiritsi vuorovaikutusta potilaspaikan sijaitessa käytävällä osaston yleisen hälinän vuoksi. Toistuvat keskeytykset, kuten puhelimen soiminen häiritsi myös vuorovaikutusta.

”No juuri tää ympäristö on muuten yks tämmönen asia, että pitäis osastolla olla aina semmonen suht rauhallinen se ympäristö...”

”...jos ei oo oikein sellasia hyviä fyysisiä puitteita...”

Sairaanhoitajan ja mielenterveyspotilaan väliseen vuorovaikutukseen vaikutti myös sairaanhoitajalla käytettävissä oleva yhteinen aika potilaan kanssa. Vuorovaikutusta edesauttoi se, että sairaanhoitajalla oli riittävästi aikaa perehtyä mielenterveyspotilaan tilanteeseen. Sairaanhoitajan oli tärkeää myös kuunnella, mitä mielenterveyspotilaalla oli kerrottavanaan. Tällöin sairaanhoitaja pystyi paremmin vastaamaan mielenterveyspotilaan tarpeisiin. Usein kiire kuitenkin toimi estävänä tekijänä vuorovaikutukselle ja näin ollen mielenterveyspotilas jäi liian vähälle huomiolle.

”...että olis sitä aikaa...”

”...kohtaaminen on vähän semmosta jotenkin hankalaa ku tietää, että niille pitäis olla paljon aikaa ja meillä ei välttämättä oo sitä aikaa...”

5.4 Sairaanhoitajien arvot ja asenteet

Sairaanhoitajan arvoja ja asenteita kuvastaa hänen tapansa arvostaa mielenterveyspotilasta yksilönä sekä suhteessa hoitajaan ja muihin potilaisiin. Sairaanhoitaja joko hyväksyy mielenterveyspotilaan tai ei, riippuen sairaanhoitajan asenteista. Asenteet vaikuttavat myös sairaanhoitajan haluun tai haluttomuuteen hoitaa mielenterveyspotilasta.

Sairaanhoitajien mielestä mielenterveyspotilaan arvostaminen muodostui potilaan kunnioittamisesta ihmisenä ja ainutkertaisena yksilönä. Mielenterveyspotilaan itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa etenkin myös silloin, kun sitä pitää potilaan ja muiden turvallisuuden tai hoidon onnistumi-

sen vuoksi rajata. Mielenterveyspotilaan tasavertaisuus muihin potilaisiin ja hoitohenkilökuntaan nähden koettiin tärkeäksi. Mielenterveyspotilas tulee nähdä yksilönä ja sairaanhoitajien tulee ymmärtää, että tilanne on potilaalle ainutkertainen kokemus. Sairaanhoitajan vaitiolovelvollisuus korostuu mielenterveyspotilaan hoidossa.

”...toisen ihmisen kunnioittaminen on varmaan ihan ykköstärkeä asia...”

”...samat arvot kaikilla muillakin ihmisillä, että se on niinku ihmisen itsemääräämisen kunnioittaminen ja hänen ihmisyytensä kunnioittaminen ja että ihminen pitäis aina yksilönä ajatella...”

Mielenterveyspotilaan hyväksyminen tai hyväksymättömyys riippui sairaanhoitajan asenteista mielenterveysongelmia kohtaan. Sairaanhoitajan asennoituessa positiivisesti, mielenterveyspotilas nähtiin potilaana muiden joukossa ja häntä hoidettiin tasavertaisesti muihin potilaisiin nähden. Tällöin mielenterveyspotilaan kohtaaminen ei tuottanut sairaanhoitajalle asenteellisia ongelmia. Mikäli sairaanhoitajan asenteet olivat negatiiviset, koettiin mielenterveyspotilas hankalaksi ja se saattoi herättää sairaanhoitajissa muun muassa turhautumista ja kiukkua. Tästä syystä sairaanhoitaja saattoi toivoa mielenterveyspotilaan hoidon siirtyvän psykiatriselle osastolle. Sairaanhoitajilla oli sekä positiivisia että negatiivisia asenteita mielenterveyspotilaita kohtaan. Sairaanhoitajien asenteet heijastuivat suoraan heidän toimintaansa. Osa sairaanhoitajista koki, että heillä ei ole ennakoasenteita ja he kohtaavat mielenterveyspotilaat kuten muutkin potilaat. Osan mielestä mielenterveysongelmista puhutaan nykyään enemmän ja sairastavuudesta on tullut hyväksyttävämpää kuin aikaisemmin. Muutamien sairaanhoitajien mielestä negatiivisia asenteita on edelleen paljon sekä sairaanhoitajilla että muulla hoitohenkilökunnalla, mutta niistä vaietaan. Osa sairaanhoitajista kertoi suhtautuvansa negatiivisesti mielenterveyspotilaisiin ja se näkyi omassa toiminnassa, muun muassa välttelevänä käyttäytymisenä mielenterveyspotilasta kohtaan. Sairaanhoitajat saattoivat myös toivoa mielenterveyspotilaan hoidon siirtyvän pois osastolta psykiatriselle osastolle.

”Että on jo ennalta-asennoitunu jotenkin...”

”Voi vaikuttaa tietysti negatiivisestikin, jos on itsellä niinku sen suuntasia asenteita, että on esimerkiks aikaisemmista hoitosuhteista jotain huonoja kokemuksia niin saattaa siirtyä sit seuraaviinkin hoitosuhteisiin.”

Sairaanhoitajan haluun tai haluttomuuteen hoitaa mielenterveyspotilasta vaikutti hänen arvonsa, ennakkoluulonsa, haluttomuus hoitaa sekä toivottomuuden näkeminen mielenterveyspotilaan tilanteessa. Osa sairaanhoitajista koki kohtaavansa kaikki mielenterveyspotilaat ennakkoluulottomasti ja kohtelevansa heitä tasa-arvoisesti muihin potilaisiin nähden. Osalla sairaanhoitajista oli ennakkoluuloja ja he tunsivat haluttomuutta hoitaa mielenterveyspotilaita, koska heidät koettiin hankaliksi kohdata psyykkisten ongelmien vuoksi. Toivottomuutta sairaanhoitajissa herätti se, että mielenterveyspotilailla oli usein monenlaisia ongelmia somaattisen sairautensa lisäksi. Tästä syystä sairaanhoitajat kokivat, että eivät kyenneet tarjoa-

maan riittävää apua mielenterveyspotilaille. Heidän asennoitumisensa ei myöskään ollut toiveikas mielenterveyspotilaiden terveydentilan parantumisen suhteen.

”...jos joku niinku vaatii vaatimalla itellensä hoitoo ja huomioo ja kaikkee niin silloin kyllä musta tuntuu, että niille tulee vähemmän annettua ehkä sitä kuitenkin...”

”...että on vähän niinku toivoton tapaus, niin sitten vaan niinku koittaa päästä jotenkin eteenpäin tilanteesta, eikä niinku lähde taisteleen tuulimyllyjä vastaan toiveikkaasti, että sitä vaan niinku totee tilanteen, että näin on ja sillä siisti...”

6 POHDINTA

Pohdinnassa käsitellään ensin tutkimuksen luotettavuutta ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Tämän jälkeen tarkastellaan tutkimuksen tuloksia suhteessa aiempiin tutkimuksiin ja pohditaan mahdollisia syitä saatuihin tuloksiin. Lopuksi esitetään mielenterveyspotilaan kohtaamiseen liittyviä kehittämisehdotuksia ja jatkotutkimusehdotuksia.

6.1 Tutkimuksen luotettavuus

Laadullisessa tutkimuksessa on tärkeää, että kerrotaan tarkasti, mitä tutkimuksessa on tehty ja miten saatuihin tuloksiin on päädytty. Tutkimuksen alussa haastateltaville annettiin riittävästi tietoa tutkimuksesta, mutta vain siinä määrin, ettei se vaikuttanut tutkimuksen luotettavuuteen (ks. Hirsjärvi & Hurme 2004, 20; Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 30). Tutkimuksen eri vaiheiden toteuttamisesta löytyy tarkka kuvaus luotettavuuden lisäämiseksi. Keskeiseksi nousevat kuvaus henkilöistä, paikoista ja tapahtumista. Validius eli luotettavuus merkitsee kuvauksen ja siihen liitettyjen selitysten ja tulkintojen yhteensopivuutta. (Hirsjärvi ym. 2007, 231–232.)

Tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että teemahaastattelurunko esitettiin ennen varsinaisia haastatteluja. Esitestauksella varmistettiin, että kysymykset olivat ymmärrettäviä ja vastasivat tutkimuksen tehtäviä. Litterointi tehtiin heti haastattelujen jälkeen mikä lisää myös luotettavuutta. Tutkijoiden tekemät havainnot haastatteluista kirjattiin muistiin. Tutkijoita oli kaksi, jolloin saatua aineistoa analysoi kaksi henkilöä ja tulokset ovat näin ollen syvällisemmin pohdittuja ja luotettavampia. Tutkimus kohdistui osittain sairaanhoitajien asenteisiin, joita on vaikea tutkia. Tämän vuoksi tulosten luotettavuutta tulee pohtia, ovatko sairaanhoitajat vastanneet kuten he todella ajattelevat vai kuten heidän oletettiin vastaavan. Todellisten asenteiden tiedostaminen sekä niiden myöntäminen voi olla hankalaa. (ks. Hellzén, Lind, Dahl & Hellzén 2005, 13; Ranne 2007.)

Tutkimuksen otos oli pieni, eivätkä tulokset ole yleistettävissä laajemmalti. Hirsjärven ym. (2007, 227) mukaan reliabiliteettiä eli tutkimustulosten toistettavuutta ei voida laadullisessa tutkimuksessa mitata, koska käsitellyt tapaukset ovat ainutlaatuisia ja aineistoa tulkitaan ilman hypoteeseja. Saatua tutkimusaineistoa oli monipuolista ja sairaanhoitajat kertoivat käytännön esimerkkejä tutkimuksen teemoihin liittyen. Luotettavuutta lisää se, että sisällönanalyysin eri vaiheet eli kategorioiden muodostuminen kerrottiin tarkasti. Luotettavuuden lisäämiseksi tuloksiin on liitetty suoria lainauksia haastatteluista.

6.2 Tulosten tarkastelu

Tässä tutkimuksessa kuvailtiin mielenterveyspotilaan kohtaamista sairaanhoitajien kokemana sisätautiosastolla. Sairanhoitajat kokivat, että

mielenterveyspotilaita on vaikea tunnistaa, mutta mielenterveysongelmat ovat kuitenkin yleisiä. Sairaanhoitajien mielestä osastolla hoidettiin etenkin skitsofreenikoita, masentuneita ja itsemurhaa yrittäneitä potilaita. He mielsivät myös dementian mielenterveyssairaudeksi. Psykiatrinen diagnoosi miellettiin usein negatiiviseksi. (Kauppila 2000; Björkman, Angelman & Jönsson 2008, 171). Sairaanhoitajilla oli negatiivisia tunteita, liittyen mielenterveyspotilaan kohtaamiseen (Silfer, Lauri & Leino-Kilpi 1993; Björkman ym. 2008, 170). Sairaanhoitajien negatiivisia tunteita olivat ärtyneisyys, riittämättömyys ja turhautuminen, kuten myös Hellzén ym. (2005, 12) sekä Sharrock (2006, 10) tutkimuksissaan toteavat. Hugo (2001, 424) toteaa, että sairaanhoitajien tunteet perustuvat heidän aiempiin kokemuksiinsa. Mavundlan (2000, 1577) mukaan sairaanhoitajissa aiheuttaa turhautumista heidän taitojen puute auttaa mielenterveyspotilasta.

Aikaisemmat positiiviset kokemukset vaikuttivat myönteisesti sairaanhoitajien kokemukseen mielenterveyspotilaan kohtaamisesta. Sairaanhoitajat kokivat, että mielenterveyspotilas oli helpompi kohdata ja heidän oma ymmärryksensä sekä empatiansa kasvoivat. Aikaisemmilla kokemuksilla oli myös negatiivisia vaikutuksia, kuten Ranne (2007) tutkimuksessaan myös toteaa. Sairaanhoitajat kokivat kyllästymistä kohdatessaan samoja mielenterveyspotilaita yhä uudelleen. Sairaanhoitajien aiemmat kokemukset vaikuttivat myös heidän kykyynsä kohdata mielenterveyspotilas ja siihen, miten he kohtelivat mielenterveyspotilaita. Ranne (2007) toteaa myös, että sairaanhoitajien aikaisemmat kokemukset vaikuttavat mielenterveyspotilaan kohtaamiseen. Osa sairaanhoitajista kertoi kohtelevansa mielenterveyspotilaita tasa-arvoisesti ja ammatillisesti. Myös Poikkimäki (2004) toteaa tutkimuksessaan, että suurin osa sairaanhoitajista pyrki kohtelemaan mielenterveyspotilaita tasa-arvoisesti muihin potilaisiin nähden. Kuitenkin muutama sairaanhoitaja kertoi kohtelevansa mielenterveyspotilaita niin, että he saattavat leimautua. Kauppilan (2000) mukaan mielenterveyspotilaan hankala käyttäytyminen voi johtaa leimautumiseen. Lehestö, Koivunen ja Jaakkola (2004, 95–96) toteavat, että mielenterveysongelmista kärsiviä ihmisiä ei tule kuitenkaan leimata automaattisesti.

Sairaanhoitajien vuorovaikutustaidot ja työympäristö vaikuttivat mielenterveyspotilaan kohtaamiseen sisätautiosastolla. Sairaanhoitajien mielestä heidän sanallisiin ja sanattomiin vuorovaikutustaitoihin kuuluivat puhuminen, kuunteleminen, tilannetaju, eleet ja ilmeet. Sairaanhoitajat kokivat vuorovaikutustaitonsa joko riittävinä tai riittämättöminä. Eskolan ja Paloposken (2001) tutkimuksessa sairaanhoitajat arvioivat vuorovaikutustaitonsa huonosti hallituista erittäin hyviin taitoihin. Hemsleyn ym. (2001, 833) tutkimuksessa sairaanhoitajien vuorovaikutustaidoissa oli puutteita. Sundmanin (2000, 139) mukaan sairaanhoitajien puutteet vuorovaikutus- ja hoitotaidoissa johtuivat peruskoulutuksen puutteellisuudesta ja hajanaisuudesta. Kairan (2002) mukaan sairaanhoitajat puolestaan kokivat vuorovaikutustaitonsa hyväksi, joka on ristiriidassa tämän tutkimuksen tulosten kanssa. Björkmanin ym. (2008, 172) mukaan sairaanhoitajien on vaikeinta puhua potilaille, jotka sairastavat skitsofreniaa, masennusta tai dementiaa.

Sairaanhoitajien vuorovaikutustaidot ja työympäristö vaikuttivat sairaanhoitajien tapaan toimia. Sairaanhoitajien tapaan toimia vaikuttivat heidän

työkokemuksensa, asenteensa sekä heidän ja mielenterveyspotilaan välinen luottamuksellisuus. Hugo (2001, 419) ja Ranne (2007) toteavat, että sairaanhoitajat perustivat asenteensa aiempaan työkokemukseen. Sairaanhoitajien asenteisiin vaikutti myös muiden työtovereiden asenteet mielenterveyspotilaita kohtaan (Sharrock 2006, 13; Ranne 2007). Lisäksi työympäristöllä ja erityisesti käytettävissä olevalla ajalla koettiin olevan merkitystä. Iltasen (2006) mukaan fyysiset tilat, paikkapula ja käytettävissä olevat resurssit olivat riittämättömiä potilaan hyvän hoidon toteuttamiseksi. Tuloksista ilmeni, että sairaanhoitajilla oli usein kiire, jolloin mielenterveyspotilas jäi liian vähälle huomiolle. Poikkimäki (2004) ja Sharrock (2006, 12–13) toteavat tutkimuksissaan, että hoitohenkilökunnalle jäi aikaa vain välttämättömiin tehtäviin potilaan hoidossa. Sairaanhoitajilla ei ollut aikaa keskustella mielenterveyspotilaiden kanssa (Mavundla 2000, 1575). Kiireinen ympäristö vaikutti sairaanhoitajien asenteisiin lisäten niiden negatiivisuutta (Sharrock 2006, 13).

Sairaanhoitajien arvot ja asenteet vaikuttivat siihen, miten sairaanhoitajat arvostivat potilasta. Sairaanhoitajien mielestä mielenterveyspotilaan arvostamiseen kuului potilaan kunnioittaminen, itsemääräämisoikeuden toteuttaminen sekä potilaiden tasavertainen kohtelu. Lisäksi potilaan yksilöllisyyden kunnioittaminen, ymmärtäminen sekä vaitiolovelvollisuus kuuluivat mielenterveyspotilaan kunnioittamiseen. Eskolan ja Paloposken (2001) mukaan sairaanhoitajat arvioivat hallitsevansa potilaan kunnioittamisen parhaiten. Iltanen (2006) toteaa sairaanhoitajien päinvastoin hallitsevan heikosti potilaan kunnioittamisen ja itsemääräämisoikeuden toteuttamisen. Sharrockin (2006,9) ja Brinnin (2000, 32) mukaan sisätauti-kirurgisella osastolla työskentelevät sairaanhoitajat eivät kuitenkaan tiedosta mielenterveyspotilaiden tarpeita ja oikeuksia hyvään hoitoon. Björkmanin ym. (2008, 171) mukaan mielenterveyspotilaat kokivat, että heitä kohdeltiin epäkunnioittavasti ja he joutuivat odottamaan hoitoa muita potilaita pidempään. Potilaat kokivat, että heitä ei arvosteta ja heidän yksilöllisyytään ei huomioitu (Coyle & Williams 2001, 452–453; Elonen 2003). Kauppilan (2000) ja Iltasen (2006) mukaan sairaanhoitajat ilmensivät negatiivisia tunteitaan jättämällä potilaan huomiotta tai ottamatta potilasta vakavasti.

Sairaanhoitajien arvot ja asenteet vaikuttivat myös potilaan hyväksymiseen tai hyväksymättömyyteen. Hellzén ym. (2005, 13) ja Ranne (2007) toteavat, että sairaanhoitajien asenteet vaikuttavat siihen, millaista hoitoa potilaat saavat. Mielenterveyspotilaan hyväksymistä edistivät sairaanhoitajien positiiviset asenteet, joita negatiiviset asenteet puolestaan estivät. Sairaanhoitajien negatiiviset asenteet vaikeuttavat hoitosuhteen muodostumista ja vähentävät sairaanhoitajien kykyä hoitaa mielenterveyspotilaita (Chan & Cheng 2001, 434). Ranteen (2007) mukaan negatiiviset asenteet olivat yhteydessä tiedon puutteeseen. Björkman ym. (2008, 173) toteavat, että somaattisella osastolla työskentelevillä sairaanhoitajilla on negatiivisemmat asenteet mielenterveyspotilasta kohtaan kuin psykiatrisilla sairaanhoitajilla.

Sairaanhoitajien arvot ja asenteet vaikuttivat sairaanhoitajien haluun tai haluttomuuteen hoitaa mielenterveyspotilasta. Mikäli sairaanhoitajien ar-

vot ja asenteet olivat positiiviset, hän halusi hoitaa mielenterveyspotilasta tasa-arvoisesti. Sairaanhoitajien arvojen ja asenteiden ollessa negatiiviset, heidän ennakkoluulonsa, haluttomuutensa hoitaa ja toivottomuuden näkeminen potilaan tilanteessa vaikuttivat mielenterveyspotilaan kohtamiseen. Korkeilan (2006) ja Markhamin (2003, 596) mukaan negatiiviset ja leimaavat asenteet vaikuttavat mielenterveyspotilaiden saamaan kohteluun ja hoitoon sekä lisäävät potilaan kärsimystä. Hoitohenkilökunnan ja mielenterveyspotilaan välinen suora vuorovaikutuskontakti vähensi mielenterveysongelmiin liittyviä ennakkoluuloja (Madianos, Priami, Aleviopoulos, Koukia & Rogakou 2005, 174). Sisätauti-kirurgisella osastolla työskentelevät sairaanhoitajat kokivat ammattitaitonsa hoitaa mielenterveyspotilaita puutteelliseksi, jonka vuoksi he olivat haluttomia hoitaa mielenterveyspotilaita (Sharrock 2006, 12). Lisäksi sairaanhoitajien työkokemus lisäsi haluttomuutta hoitaa. (Silfer ym. 1993; Sharrock 2006, 13.) Ranne (2007) ja Kauppila (2000) toteavat kuitenkin, että työkokemuksen myötä sairaanhoitajien ymmärrys ja empatia voivat lisääntyä. Näin ollen vanhemmilla hoitajilla voi olla positiivisempia asenteita mielenterveyspotilaita kohtaan kuin nuoremmilla hoitajilla.

6.3 Johtopäätökset

Sairaanhoitajat kokivat, että mielenterveyspotilaan kohtamiseen sisätautiosastolla vaikuttivat heidän kokemuksensa, vuorovaikutustaitonsa, työympäristönsä, arvonsa ja asenteensa. Sairaanhoitajilla oli enemmän negatiivisia kuin positiivisia kokemuksia mielenterveyspotilaan kohtamisesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Sharrockin (2006, 9) mukaan sairaanhoitajat, jotka työskentelevät sisätauti-kirurgisella osastolla eivät luota omiin taitoihinsa hoitaa mielenterveyspotilasta. Itseluottamuksen ja puutteellisten tietojen vuoksi sairaanhoitajilla on vaikeuksia kohdata mielenterveyspotilas. Muutama tutkimukseen osallistuneista sairaanhoitajista toi esille, että lisäkoulutuksen tarve psykiatrian osalta olisi tarpeellinen. Sairaanhoitajien negatiivisten kokemusten pohjalta voidaan todeta, että koulutuksen tarve on ilmeinen. Mielenterveyspotilaan kohtaamista ja hoitoa voidaan kehittää kiinnittämällä huomiota psykiatrisen opetuksen lisäämiseen peruskoulutuksessa (Lehtinen & Taipale 2005, 365) ja jatkokoulutuksessa.

Kiireiseen työympäristöön tulisi puuttua, koska kiire vaikuttaa estävästi mielenterveyspotilaan saamaan hoitoon. Lisäksi sairaanhoitajien arvoihin ja asenteisiin tulisi kiinnittää huomiota, koska negatiiviset asenteet saattavat leimata mielenterveyspotilaan ja vaikuttaa annettuun hoitoon. Koulutuksella voidaan vaikuttaa positiivisesti sairaanhoitajien asenteisiin ja mielenterveyspotilaiden leimautumisen vähenemiseen (Hugo 2001, 424; Ranne 2007). Mielenterveysongelmien lisääntyessä on tärkeää, että ihmisten asenteita saataisiin muutettua positiivisemmiksi. Sairaanhoitajilla on tärkeä asema asenteiden muuttamisessa positiivisemmiksi mielenterveyspotilaita kohtaan (Björkman ym. 2008, 171).

6.4 Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimusehdotukset

Tarpeellista olisi kehittää sairaanhoitajien valmiuksia kohdata mielenterveyspotilas. Keinona olisi muun muassa psykiatrisen opetuksen lisääminen peruskoulutuksessa. Lisäksi säännöllinen jatkokoulutus myös psykiatrian osalta olisi tarpeellinen somaattisessa hoitotyössä. Psykiatristen sairaanhoitajien ja sisätautiosastolla työskentelevien sairaanhoitajien välisen konsultoinnin kehittäminen on myös tärkeää. Työympäristöä tulisi kehittää kiirettömämmäksi, koska kiire vaikuttaa suuresti mielenterveyspotilaan saamaan hoitoon.

Jatkotutkimusehdotus on selvittää mielenterveyspotilaiden ja heidän omaistensa kokemuksia sairaanhoitajien taidoista kohdata mielenterveyspotilas sisätautiosastolla. Erityisesti mielenterveyspotilaiden näkökulma olisi tärkeä, koska he ovat ensisijainen tiedonlähde. Olisi tärkeää selvittää myös sairaanhoitajien arvoja ja asenteita laajemmin.

LÄHTEET

- Aromaa, A., Gould, R., Hytti, H. & Koskinen, S. 2005. Toimintakyky, työkyky ja sairauden sosiaaliset seuraukset. Teoksesta Aromaa, A., Huttunen, J., Koskinen, S. & Teperi, J. (toim.) Suomalaisen terveys. Saarijärvi: Saarijärven Offset Oy, 141–142.
- Björkman, T., Angelman, T. & Jönsson, M. 2008. Attitudes towards people with mental illness: a cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care. *Nordic College of Caring Science, Scand J Caring Sci*, 22, 170–177.
- Brinn, F. 2000. Patients with mental illness: general nurses' attitudes and expectations. *Nursing Standard* 14(27), 32–36.
- Chan, S. & Cheng, B-S. 2001. Creating positive attitudes: the effects of knowledge and clinical experience of psychiatry in student nurse education. *Nurse Education Today*, 21, 434–443.
- Coyle, J. & Williams, B. 2001. Valuing people as individuals: development of an instrument through a survey of person-centredness in secondary care. *Journal of Advanced Nursing*, 36 (3), 450–459.
- Elonen, M. 2003. Asiakaslähtöinen hoitotyö sisätautien ja kirurgian yksiköissä. Pro Gradu. Hoitotieteen laitos, Turun Yliopisto.
- Eskola, J. 2007. Mielenterveystyö ja yhteiskunnan muutos. Teoksesta Eskola, J. & Karila, A. (toim.) 2007. Mielekäs Suomi. Näkökulmia mielenterveystyöhön. Helsinki: Edita Prima Oy, 14–44.
- Eskola, J. & Karila, A. 2007. Kiteytyksiä. Teoksesta Eskola, J. & Karila, A. (toim.) 2007. Mielekäs Suomi. Näkökulmia mielenterveystyöhön. Helsinki: Edita Prima Oy, 205–207.
- Eskola, N. & Paloposki, S. 2001. Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen. Pro Gradu, Hoitotieteen laitos, Tampereen yliopisto.
- ETENE-julkaisuja 2001. Terveystuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Viitattu 25.3.2009. <http://www.etene.org/dokumentit/EteneFIN.pdf>
- Friis, L., Seppänen, R. & Mannonen, M. 2004. Lasten ja nuorten mielenterveystyö. Helsinki: WSOY.
- Harjajärvi, M., Pirkola, S. & Wahlbeck, K. 2006. Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa. Helsinki: Kuntatalon paino.

Heikkinen, E. & Mellin, P. 2003. Sairaanhoitajien empatiakyky heidän itsensä arvioimana. Pro Gradu. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos, Oulun yliopisto.

Heiskanen, T., Salonen, K. & Sassi, P. 2006. Mielenterveyden ensiapukirja. Helsinki: StarOffset Oy.

Hellzén, M., Lind, I., Dahl, A. & Hellzén, O. 2005. Psychiatric nurses' attitudes towards identified inpatients as measured by the semantic differential technique. *Nordic College of Caring Sciences, Scand J Caring Sci*, 19, 12–19.

Helsingin julistus 1964. Lääkäriliitto. Viitattu 26.3.2009. <http://www.laakariliitto.fi/etiikka/helsinginjulistus.html>

Hemsley, B., Sigafos, J., Balandin, S., Forbes, R., Taylor, C., Green, V. & Parmenter, T. 2001. Nursing the patient with severe communication impairment. *Journal of Advanced Nursing* 35 (6), 827–835.

Himberg, L. & Jauhiainen, R. 2000. Suhteita - Minä, me ja muut. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2004. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Holmberg, J., Hirschovits, T., Kylmänen, P. & Agge, E. (toim.) 2008. Tämä potilas kuuluu meille. Sairaanhoitaja tekee mielenterveys- ja päihdehoitotyötä. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Hugo, M. 2001. Mental Health professionals' attitudes towards people who have experienced a mental health disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 419-425.

Hummelvoll, J. & Severinsson, E. 2001. Coping with everyday reality: Mental health professionals' reflections on the care provided in an acute psychiatric ward. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 10, 156–166.

Huttunen, J. 2007. Mielenterveys on yhteiskunnan voimavara. Teoksesta Eskola, J. & Karila, A. (toim.) 2007. Mielekäs Suomi. Näkökulmia mielenterveystyöhön. Helsinki: Edita Prima Oy, 214–215.

Isohanni, M., Honkonen, T., Vartiainen, H. & Lönnqvist, J. 2007. Skitsofrenia. Teoksesta Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) *Psykiatria*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 73.

Isometsä, E. 2007. Masennushäiriöt. Teoksesta Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) *Psykiatria*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 157–159.

Isometsä, E. 2007. Kaksisuuntaiset mielialahäiriöt. Teoksesta Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) *Psykiatria*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 196.

Isometsä, E. 2007. Paniikkihäiriö. Teoksesta Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) *Psykiatria*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 223.

Jahren Kristoffersen, N. & Nortvedt, F. 2006. Sairaanhoitajan ja potilaan välinen suhde. Teoksesta Jahren Kristoffersen, N., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (toim.) 2006. *Hoitotyön perusteet*. Tanska: Narayana Press, 139–188.

Jahren Kristoffersen, N., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (toim.) 2006. *Hoitotyöstä*. Teoksesta Jahren Kristoffersen, N., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (toim.) 2006. *Hoitotyön perusteet*. Tanska: Narayana Press, 15–29.

Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) 2001. *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. Juva: WS Bookwell Oy.

Johnstone, M-J. 2001. Stigma, social justice and the rights of the mentally ill: Challenging the status quo. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 10, 200–209.

Kaira, A-M. 2002. *Sairaanhoitajan ammattitaito sairaanhoitajien itsensä ja osastonhoitajien arvioimana*. Pro Gradu. Hoitotieteen laitos, Turun yliopisto.

Kangasniemi, M. 2008. Tasa-arvo – moniulotteinen hoitotyön etiikan käsite. *Tutkiva hoitotyö*, 6, 32–37.

Kankare, H. 2004. Lähimmäisenrakkaus – silta kanssaihmisyyteen. Teoksesta Kankare, H., Hautala-Jylhä, P-L. & Munnukka, T. (toim.) 2004. *Lähimmäisenrakkauden puolustus - uusvanha näkökulma hoitotyöhön*. Helsinki: Edita, 56–72.

Kauppila, P. 2000. *Hoitajien kuvauksia hankalista potilaista ja kielteisistä tunteista*. Pro Gradu. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos, Oulun yliopisto.

Kauppila, R. 2005. *Vuorovaikutus- ja sosiaaliset taidot*. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Kiviniemi, L., Läksy, M-L., Matinlauri, T., Nevalainen, K., Ruotsalainen, K., Seppänen, U-M. & Vuokila-Oikonen, P. 2007. *Minä mielenterveys työn tekijänä*. Helsinki: Edita Prima Oy.

Korkeila, J. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:32. Psykiatrian opetuksen kehittämistarpeet perusterveydenhuollossa. Viitattu 6.9.2009.

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=D_LF3668.pdf&title=Psykiatrian_opetuksen_kehittamistarpeet_perusterveydenhuollossa_fi.pdf

Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2008. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Viitattu 25.3.2009. www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785

Lauri, S. 2006. Hoitotyön ydinosaaminen ja oppiminen. Porvoo: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Lavikainen, J., Lahtinen, E. & Lehtinen, V. (toim.) Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:17. Mielenterveystyö Euroopassa. Viitattu 30.3.2009.

http://www.stm.fi/julkaisut/selvityksia-sarja/nayta/_julkaisu/1058805#fi

Lehestö, M., Koivunen, O. & Jaakkola, H. 2004. Hoitajan turva. Helsinki: Edita Prima Oy.

Lehtinen, V. & Taipale, V. 2005. Mielenterveystyö ja psykiatrinen sairaanhoito. Teoksesta Aromaa, A., Huttunen, J., Koskinen, S. & Teperi, J. (toim.) Suomalaisten terveys. Saarijärvi: Saarijärven Offset Oy, 365.

Lehtonen, J. & Lönnqvist, J. 2007. Mielenterveys. Teoksesta Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 26.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2003. Etiikka hoitotyössä. Juva: WSOY.

Louhiala, P. & Launis, V. 2009. Parantamisen ja hoitamisen etiikka. Helsinki: Edita Prima Oy.

Lönnqvist, J. 2007. Mielenterveyden häiriöiden luokittelu ja diagnostiikka. Teoksesta Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 50.

Madianos, M., Priami, M., Aleviopoulos, G., Koukia, E. & Rogakou, E. 2005. Nursing students attitude change towards mental illness and psychiatric case recognition after a clerkship in psychiatry. *Issues in Mental Health Nursing*, 26, 169-183.

Markham, D. 2003. Attitudes towards patients with a diagnosis of 'borderline' personality disorder: Social rejection and dangerousness. *Journal of Mental Health*, 12 (6), 595-612.

Marttunen, M., Eronen, M. & Henriksson, M. 2007. Persoonallisuushäiriöt. Teoksesta Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 517, 520.

Mattila, K-P. 2008. Arvostava kohtaaminen arjessa, auttamistyössä ja työyhteisössä. Juva: WS Bookwell Oy.

Mattila, L-R. 2001. Vahvistumista ja tunnekokemuksen jakamista. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy Juvenes Print.

Mavundla T. 2000. Professional nurses' perception of nursing mentally ill people in a general hospital setting. Journal of Advanced Nursing, 32 (6), 1569–1578.

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. Viitattu 25.3.2009. www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116

Mäkelä, A., Ruokonen, T. & Tuomikoski, M. 2001. Hoitosuhdetyöskentely. Vantaa: Tummavuoren kirjapaino Oy.

Mönkkönen, K. 2007. Vuorovaikutus: Dialoginen asiakastyö. Helsinki: Edita Prima Oy.

Noppiari, E., Kiiltomäki, A. & Pesonen, A. 2007. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2006. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.

Poikkimäki, I. 2004. Ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämisoikeus ja yksityisyys potilaan hoidossa. Pro Gradu. Hoitotieteen laitos, Tampereen yliopisto.

Pöllänen, H. 2006. Vuorovaikutus hoitotyössä-hoitajan kommunikaatiomenetelmät ja sisältö. Pro Gradu. Hoitotieteen laitos, Kuopion yliopisto.

Raatikainen, R. 2004. Luottamus hoitosuhteessa. Teoksesta Kankare, H., Hautala-Jylhä, P-L. & Munnukka, T. (toim.) 2004. Lähimmäisenrakkauksen puolustus - uusvanha näkökulma hoitotyöhön. Helsinki: Edita, 87–102.

Ranne, P. 2007. Hoitajien asenteet mielisairautta ja mielenterveyspotilaita kohtaan. Pro Gradu. Hoitotieteen laitos, Turun yliopisto.

Repo, I. & Nuutinen, T. 2005. Viestintätaito. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. 1996. Viitattu 25.3.2009. http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_ty_o_ja_hoitoty_o/sairaanhoitajan_ty_o/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/

Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. 2009. Hoitotyön etiikka. Helsinki: Edita.

Sauri, P. 2007. Ihmisarvoa kunnioittaen. Teoksesta Eskola, J. & Karila, A. (toim.) 2007. Mielekäs Suomi. Näkökulmia mielenterveystyöhön. Helsinki: Edita Prima Oy, 212–213.

Seppä, K. 2003. Asenteet. Teoksesta Salaspuro, M., Kiiänmaa, K. & Seppä, K. (toim.) 2003. Päihdelääketiede. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 91–94.

Sharrock, J. 2006. Competence in providing mental health care: a grounded theory analysis of nurses' experiences. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 24 (2), 9–15.

Silfver, P., Lauri, S. & Leino-Kilpi, H. 1993. Hankala potilas-kuka hän on? Empiirinen tutkimus hoitohenkilökunnan käsityksistä. Tutkimuksia ja raportteja. Hoitotieteen laitos, Turun yliopisto.

Silvennoinen, M. 2004. Vuorovaikutuksen avaimet. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Suhonen, J. 2007. Psykiatrisen potilaan itsemääräämisoikeuden toteutuminen sairaalahoidon aikana: haastattelututkimus potilaiden kokemuksista. Pro Gradu. Hoitotieteen laitos, Tampereen yliopisto.

Sundman, E. (toim.) 2000. Potilaan asema ja oikeudet. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Suvisaari, J., Ukkola, J., Saarni, S., Pirkola, S., Isometsä, E., Lönnqvist, J., Koskinen, S., Reunanen, A. & Heliövaara, M. 2003. Vakavaa mielenterveyshäiriötä sairastavien somaattinen terveydentila ja somaattisiin sairauksiin saatu hoito. Viitattu 4.9.2009. <http://www.terveys2000.fi/js/52020.html>

Toivio, T. & Nordling, E. 2009. Mielenterveyden psykologia. Tampere: Esa Print.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Valvira 2009. Potilaan keskeisimmät oikeudet. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Viitattu 4.5.2009. http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/potilaan_oikeudet

Vuori-Kemilä, A., Stengård, E., Saarelainen, R. & Annala, T. 2007. Mielenterveys ja päihdetyö: Yhteistyötä ja kumppanuutta. Helsinki: WSOY.

Välimäki, M., Holopainen, A. & Jokinen, M. 2000. Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa. Juva: WS Bookwell Oy.

WHO 1999. Mental health. Viitattu 25.3.2009.
http://www.who.int/mental_health/en/

SAATEKIRJE

Forssassa 12.12.2008

Hei!

Olemme sairaanhoitaja-opiskelijoita Hämeen ammattikorkeakoulusta Forssan yksiköstä. Tällä hetkellä olemme tekemässä opinnäytetyötä. Opinnäytetyömme aiheena on Mielenterveyspotilaan kohtaaminen sisätautiosastolla sairaanhoitajien kokemana. Tutkimus kohdistuu sisätautiosasto kahden sairaanhoitajille.

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata mielenterveyspotilaan kohtaamista sisätautiosastolla sairaanhoitajien kokemana. Tutkimuksella haluamme selvittää myös sairaanhoitajien vuorovaikutuskeinoja, arvoja ja asenteita mielenterveyspotilaan kohtaamisessa. Tutkimuksen tavoitteena on kehittää sairaanhoitajien valmiuksia kohdata mielenterveyspotilas sisätautiosastolla.

Tutkimustamme varten haastattelemme sisätautiosasto kahden kahdeksaa sairaanhoitajaa. Tiedustelemme nyt Teidän halukkuuttanne osallistua tutkimukseemme. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja osallistumisenne voitte perua suostumuksenne jälkeenkin. Tutkimus on luottamuksellinen ja meitä sitoo vaitiolovelvollisuus. Valmiissa tutkimuksessa Teitä ei pystytä tunnistamaan tutkimustuloksista.

Haastattelu vie aikaa noin tunnin ja haastattelu voidaan toteuttaa työaikana. Mikäli haluatte, niin haastattelu voidaan toteuttaa myös Teidän vapaa-ajallanne. Tällöin haastattelu voidaan suorittaa Hämeen ammattikorkeakoululla Kehräämöllä tai sisätautiosasto kahden tiloissa. Ajankohdasta ja paikasta voimme sopia yhdessä.

Meille on hyvin tärkeää, että Te osallistuisitte tutkimukseemme. Sairaanhoitajien näkökulma on ensiarvoisen tärkeää hoitotyön kehittämisen kannalta. Olemme valmiita vastaamaan kysymyksiinne, mikäli Teillä on jotain kysyttävää tutkimukseen liittyen. Alla on yhteystietomme kyseistä tarkoitusta varten.

Jaana Kaappola
Urheilukentänkatu 3
30100 FORSSA
040-70 926 70

Janica Luoto
Koivusaarenkatu 8
30420 FORSSA
040-83 621 96

SUOSTUMUSLOMAKE

Osallistun Jaana Kaappolan ja Janica Luodon tutkimukseen, joka käsittelee mielenterveyspotilaan kohtaamista sisätautiosastolla sairaanhoitajien kokemana. Samalla annan suostumukseni nauhoittaa haastattelun.

Paikka ja aika

Haastatteluun osallistuvan allekirjoitus

TEEMAHAASTATTELUN RUNKO

❖ MIELENTERVEYSPOTILAAN KOHTAAMINEN

- Millaisia kokemuksia teillä on mielenterveyspotilaan kohtaamisesta?
- Millaisia tunteita kohtaaminen teissä herätti?
- Kuvailenko tarkemmin?
- Miten aikaisemmat kokemukset ovat vaikuttaneet tapaanne kohdata mielenterveyspotilas?
- Kerrotko, mitä mielenterveyspotilaan kohtaamiseen mielestänne sisältyy?
- Mitä mielenterveyspotilaan kohtaamiseen yleisesti kuuluu; tasavertaisuus muihin potilaisiin sekä hoitohenkilökuntaan nähden, leimaamattomuus, itsemääräämisoikeus, kokonaisvaltaisuus?
- Miten tämä näkyy teidän toiminnassanne?

❖ VUOROVAIKUTUSKEINOT

- Millaisia vuorovaikutuskeinoja teillä on kohdata mielenterveyspotilas?
- Kuvaile millaisina koette vuorovaikutuskeinonne?
- Kerrotko tarkemmin?
- Kerrotko, mitkä tekijät mielestänne vaikuttavat edistävästi vuorovaikutuksen syntyyn ja onnistumiseen?
- Kerrotko, mitkä tekijät mielestänne vaikuttavat estävästi vuorovaikutuksen syntyyn ja onnistumiseen?
- Työkokemus?

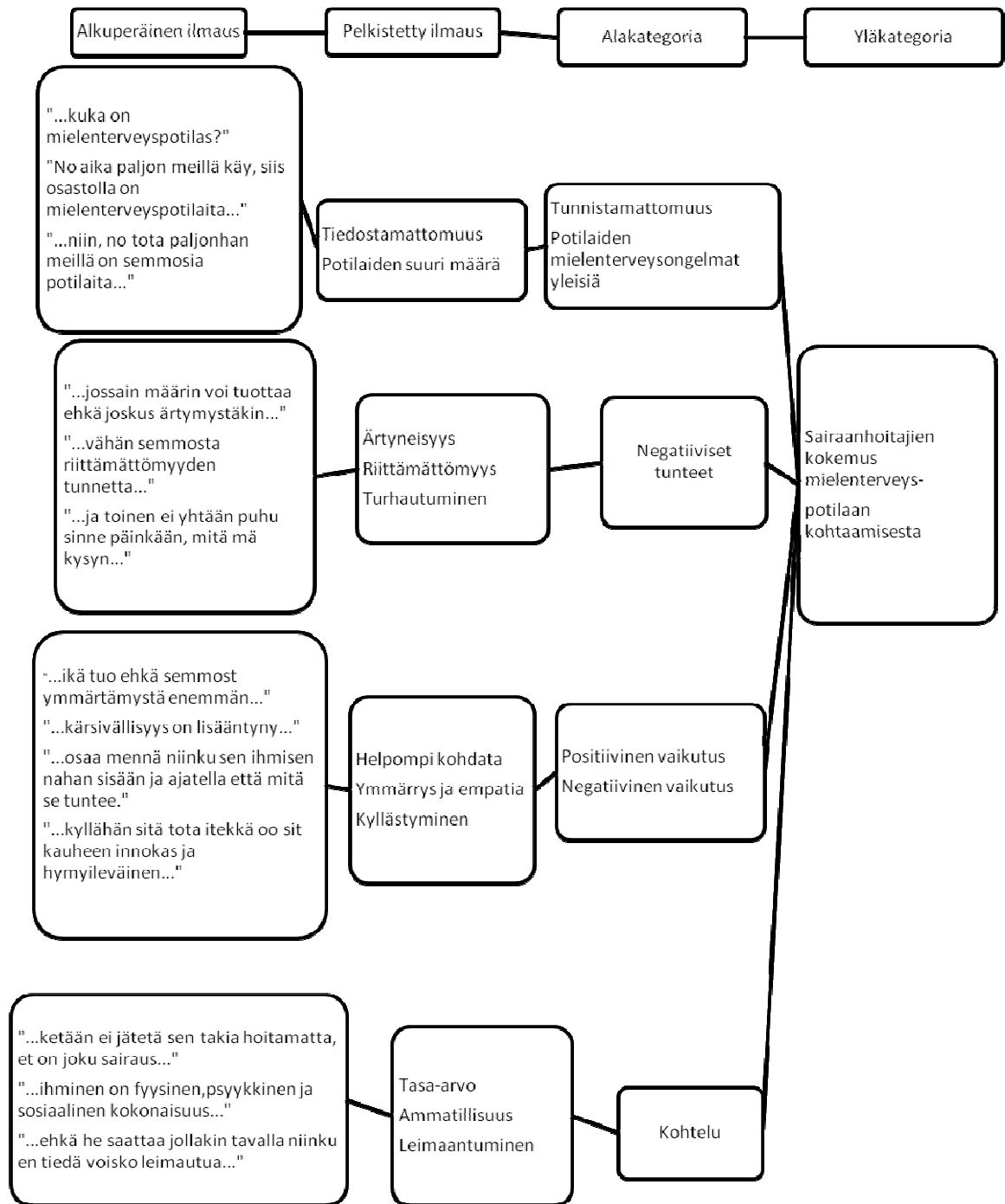
❖ ARVOT

- Millaisia arvoja pidätte tärkeinä kohdatessanne mielenterveyspotilaan?
- Kerrotko, miten omat arvonne vaikuttavat mielenterveyspotilaan kohtaamiseen?
- Edistääkö/ehkäiseekö kohtaamista?
- Millaisia arvoja sairaanhoitajalla tulisi olla mielenterveyspotilaan kohdatessaan?

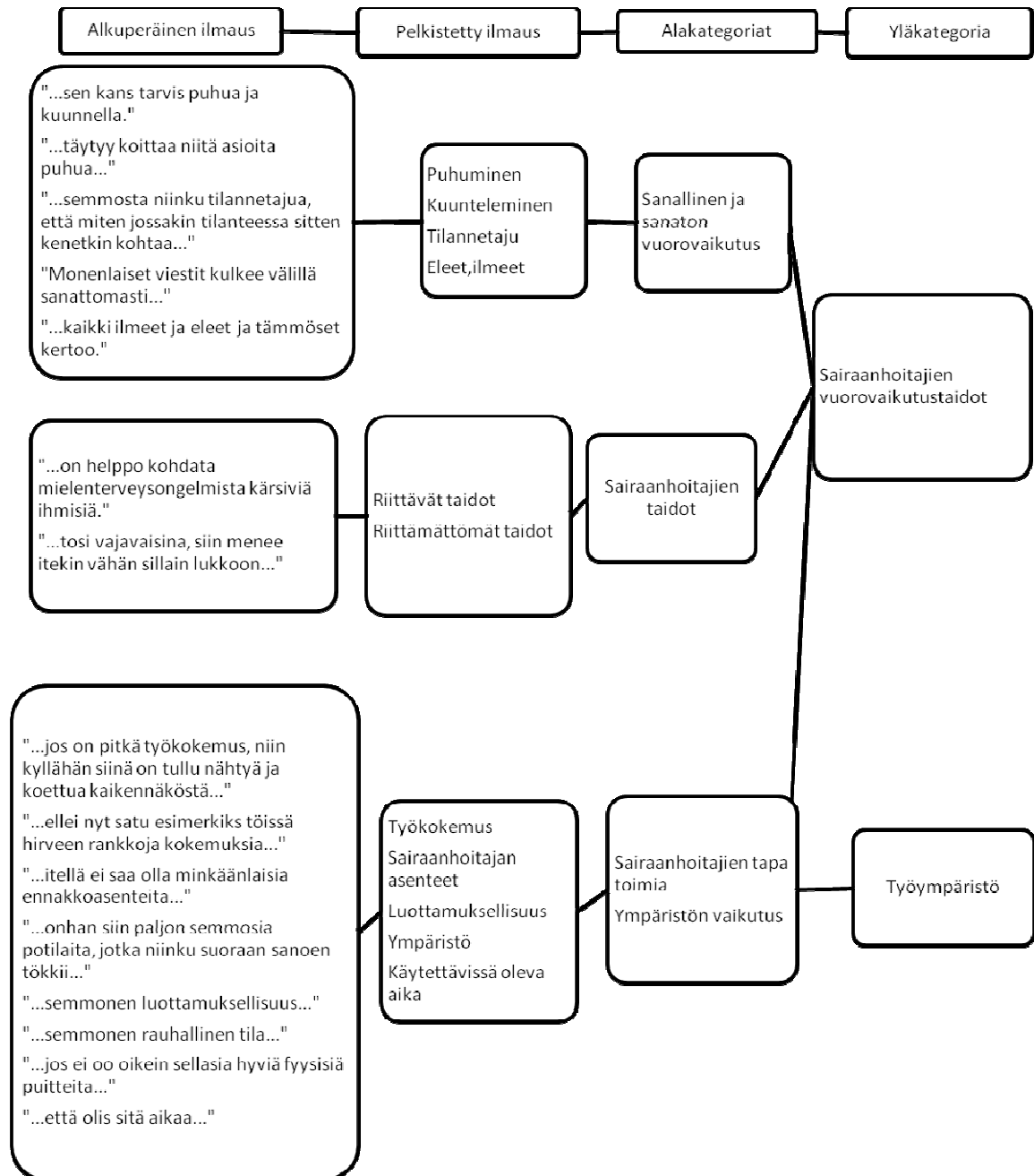
❖ ASENTEET

- Miten asenteet vaikuttavat mielenterveyspotilaan kohtaamiseen?
- Millaisia asenteita teillä on mielenterveyspotilaita kohtaan?
- Miten asenteet vaikuttavat mielenterveyspotilaan kohtaamiseenne?
- Miten asenteenne ilmenevät mielenterveyspotilaan kohdatessanne?
- Ilmeinä, eleinä, toimintana?

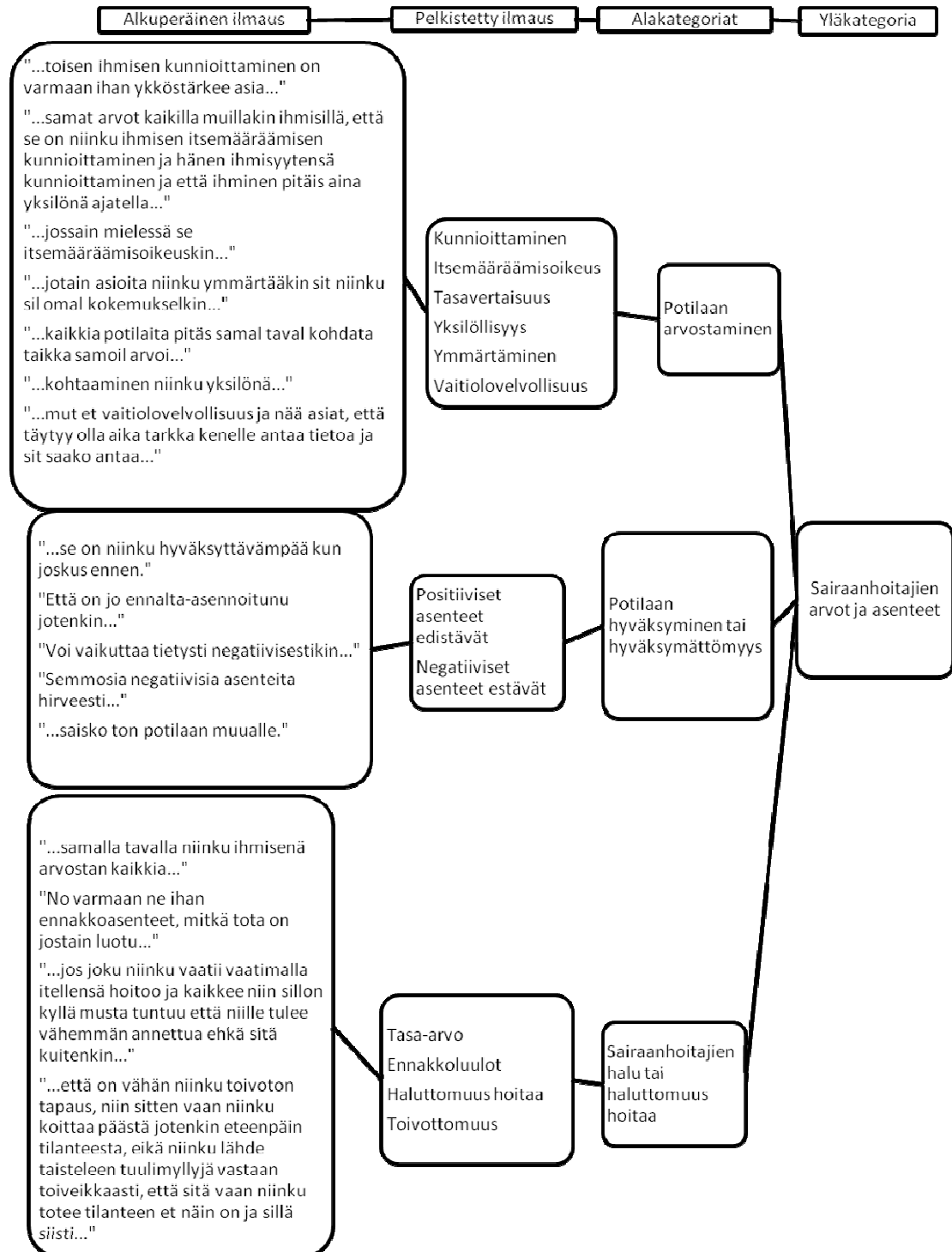
Kaavio 1. Miten sairaanhoitajat kokevat mielenterveyspotilaan kohtaamisen? LIITE 4



Kaavio 2. Millaisia vuorovaikutuskeinoja sairaanhoitajalla on mielenterveyspotilaan kohtaamiseen?



Kaavio 3. Millä tavalla sairaanhoitajien arvot ja asenteet vaikuttavat mielenterveyspotilaan kohtamiseen?



Kaavio 4. Mielenterveyspotilaan kohtaaminen sairaanhoitajien kokemana sisätautiosastolla.

