

Marika Hiltunen ja Tapio Pesälä

MIELENTERVEYSPOTILAAN KOHTAAMINEN ENSIHOITOTEHTÄVISSÄ

TUTKIMUS JOKILAAKSOJEN PELASTUSLAITOKSEN ENSIHOITOHENKILÖKUNNALLE

MIELENTERVEYSPOTILAAN KOHTAAMINEN ENSIHOITOTEHTÄVISSÄ

TUTKIMUS JOKILAAKSOJEN PELASTUSLAITOKSEN ENSIHOITOHENKILÖKUNNALLE

Marika Hiltunen &

Tapio Pesälä

Opinnäytetyö

Syksy 2013

Hoitotyön koulutusohjelma

Oulun Seudun Ammattikorkeakoulu

Oulaisten terveysalan yksikkö

TIIVISTELMÄ

Oulun Seudun Ammattikorkeakoulu. Oulaisten terveystalon yksikkö.

Hoitotyön koulutusohjelma. Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto.

Tekijät: Marika Hiltunen & Tapio Pesälä

Opinnäytetyön nimi: Mielenterveyspotilaan kohtaaminen ensihoitotehtävissä. Tutkimus Jokilaaksojen pelastuslaitoksen ensihoitohenkilökunnalle.

Työn ohjaaja: Liisa Kiviniemi

Työn valmistumislukukausi- ja vuosi: Syksy 2013. Sivumäärä: 58

Tutkimuksen tarkoitus oli selvittää, millaisia kokemuksia Jokilaaksojen pelastuslaitoksen ensihoitohenkilökunnalla on mielenterveyspotilaan kohtaamisesta ja millaisia lisäkoulutustarpeita he kokevat tarvitsevansa. Tutkimuksen tavoitteena oli saada kokemukseräistä tietoa Jokilaaksojen perustason ja hoitotason ensihoitohenkilökunnalta. Tutkimuskysymykset olivat seuraavat: Miten Jokilaaksojen pelastuslaitoksen ensihoitohenkilökunta kokee mielenterveyspotilaan kohtaamisen ensihoitotilanteessa ja millaista lisäkoulutuksen tarvetta he kokevat tarvitsevansa mielenterveyspotilaan kohtaamisesta.

Jokilaaksojen pelastuslaitoksen ensihoitohenkilökunta voi hyödyntää tutkimuksen tulokset myöhemmin heidän laatimassaan oppaassa, jossa käsitellään mielenterveyspotilaan kohtaamista ensihoitotehtävissä.

Tutkimus on laadullinen. Aineisto on kerätty kyselylomakkeiden avulla avoimilla kysymyksillä. Kyselyyn vastasi 12 Jokilaaksojen pelastuslaitoksella työskentelevää ensihoitohenkilökunnan jäsentä. Kyselylomakkeet analysoitiin sisällönanalyysin avulla.

Tutkimustuloksista kävi ilmi, että Jokilaaksojen pelastuslaitoksen ensihoitohenkilöstö kohtaa työssään monenlaisia mielenterveysongelmia ja niiden mukanaan tuomia haasteita. Monet heistä kokevat tarvitsevansa lisäkoulutusta mielenterveyspotilaan kohtaamiseen ja hoitoon liittyen. Juuri koulutus ja psykiatrisen alan osaaminen ovat asioita, jotka tuovat heidän työhönsä varmuutta kohtaamistilanteissa. Ensihoitohenkilökunta koki tarpeelliseksi kehittää esimerkiksi moniammatillisen yhteistyön sujuvuutta, sekä potilaan ammatillista kohtaamista.

Asiasanat: Mielenterveys, potilaan kohtaaminen, ensihoito

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences, Oulainen Department of Health Care

Degree Programme in Nursing and Health Care, Option of Nursing

Authors: Marika Hiltunen & Tapio Pesälä

Title of thesis: Encountering mental health patients in emergency nursing: a study for the emergency nursing staff at Jokilaaksot Rescue Department

Supervisor: Liisa Kiviniemi

Term and year when the thesis was submitted: Autumn 2013

Number of pages: 58

The purpose of this study is to explore the experiences of the emergency nursing staff at Jokilaaksot Rescue Department in encountering mental health patients and the further training needs the staff believe that they have. The aim of the study is to obtain empirical data from basic-level and advanced-level emergency nursing staff at Jokilaaksot Rescue Department. The research questions are: How do members of the emergency nursing staff at Jokilaaksot Rescue Department experience encounters with mental health patients in an emergency care situation? What kinds of needs for further training on the subject of encountering mental health patients do they believe they have?

The results of this study can be employed by the emergency nursing staff at Jokilaaksot Rescue Department when preparing staff guidelines on the topic of encountering mental health patients in emergency care situations.

The research data for this qualitative study has been collected by using questionnaires with open-ended questions. The respondents consisted of 12 members of the emergency nursing staff at Jokilaaksot Rescue Department. The analysis method was content analysis.

The results of the study show that the emergency nursing staff at Jokilaaksot Rescue Department face a number of different mental health problems and associated challenges in their work. Many staff members feel that they need further training on the subject of encountering and treating mental health patients. Consequently, training, as well as expertise in psychiatry, are tools that provide them with confidence in patient encounters. The emergency nursing staff find it necessary to improve areas such as the functioning of multi-professional co-operation and professionalism in patient encounters.

Keywords: Mental health, patient encounters, emergency nursing

JOHDANTO	7
2 YLEISIMPIÄ MIELENTERVEYDELLISIÄ ONGELMIA	8
2.1 Masennus	8
2.2 Ahdistuneisuushäiriö	10
2.2.1 Paniikkihäiriö	11
2.3 Psykoottiset häiriöt	12
2.4 Kaksisuuntainen mielialahäiriö	15
3 MIELENTERVEYSPOTILAAN KOHTAAMINEN	17
3.1 Yleistä mielenterveyspotilaan kohtaamisesta	17
3.2 Psykoottisen potilaan kohtaaminen	18
3.3 Masentuneen potilaan kohtaaminen.....	20
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	22
5 TUTKIMUSMETODOLOGIA	23
5.1 Tutkimuksen yhteistyökumppani.....	24
5.2 Aineiston keruumenetelmät	24
5.3 Aineiston analyysi	27
6 TUTKIMUSTULOKSET JA NIIDEN TARKASTELUA	30
6.1 Taustakysymykset.....	30
6.2 Kokemuksia mielenterveyspotilaiden kohtaamisista ensihoitotilanteissa	31
6.3 Ensihoitohenkilökunnan tarvitsema lisätiedon ja koulutuksen tarve mielenterveyspotilaiden kohtaamiseen	34
6.4 Kehittämisehdotuksia tilanteisiin, joissa ensihoitohenkilökunta kohtaa mielenterveyspotilaita	37
6.5 Varmuutta tuovia tekijöitä potilaskohtaamisissa	40
7 TUTKIMUKSEN LOPPUYHTEENVETO	43
7.1 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	43
7.2 Tutkimustulosten hyödyntäminen ja jatkotutkimusehdotukset	45

7.3 Työn tuomat oppimiskokemukset.....	46
LÄHTEET.....	49
LIITE.....	56

JOHDANTO

”Mielenterveys on oleellinen osa terveyttä. Maailman terveysjärjestö WHO on määritellyt terveyden täydellisenä fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilana eikä vain sairauksien tai vammojen puuttumisena” (Heikkinen, Henriksson, Lönqvist, Marttunen & Partonen 2001, 13.) Mielenterveysongelmilla tarkoitetaan psykiatrian ryhmästä erilaisia psyykkisiä oireyhtymiä, joille on yhteistä se, että häiriö vaikuttaa henkilön tunnetasoon ja ajattelukykyyn. (Koskisuu 2004, 11). Mielenterveyden häiriöt ovat tänä päivänä jo merkittävä kansanterveydellinen ongelma ja kansansairauden ryhmä (Mielonen 1996, 1; Ryyänen 2005, 18). Yhteiskunnan muutokset heijastuvat ihmisten hyvinvointiin ja ovat omalta osaltaan aiheuttamassa psyykkistä pahoinvointia. Psyykkisen avun tarve on lisääntynyt ihmisten keskuudessa, ja avun odotetaan olevan entistä monipuolisempaa. Tämä tuo haasteita avun järjestämiselle. (Annala, Saarelainen, Stengård & Vuori- Kemilä 2007, 5.)

Tämä opinnäytetyö kertoo yleisimmistä mielenterveyshäiriöistä ja sairauksista sekä mielenterveyspotilaan kohtaamisesta. Työssä käsitellään ensihoitotyössä näkyviä mielenterveyden ongelmia sekä mielenterveyspotilaan kohtaamista. Valitsimme psykoottisen ja masentuneen potilaan kohtaamisen siksi, koska ensihoitotyössä ne ovat keskeisimpiä avuntarpeen aiheuttavia mielenterveyden ongelmia. Yhä useampi suomalainen joutuu työkyvyttömyyseläkkeelle mielenterveysongelmien vuoksi. Suomen valtio on pyrkinyt omilla toimillaan kehittämään mielenterveystyötä ja on laatinut useita hankkeita mielenterveystyön kehittämiseksi. Hankkeiden avulla ei ole kuitenkaan saatu merkittäviä tuloksia. (Hietaharju & Nuutila 2011, 31; Romakkaniemi 2011, 47.)

Työn teimme yhteistyössä Jokilaaksojen pelastuslaitoksen kanssa. Jokilaaksojen pelastuslaitos pitää tärkeänä arvojensa mukaista mielenterveyspotilaan kohtaamista. Heidän arvonsa ovat: Inhimillisesti, ammatillisesti ja luotettavasti. (Jokilaaksojen pelastuslaitoksen palvelutasopäätös. hakupäivä 23.3.2013.) Tässä tutkimuksessa hankittiin laadullisella tutkimusmenetelmällä vastauksia siihen, millaista koulutusta ja ohjeistusta Jokilaaksojen ensihoitohenkilöstö tarvitsee kohdatessaan mielenterveyspotilaita ensihoitotilanteissa. Tutkimustyön pohjalta Jokilaaksojen pelastuslaitokselle laaditaan myöhemmässä vaiheessa yhteneväinen opas mielenterveyspotilaan kohtaamisesta ja sitä tulevaisuudessa noudatetaan niin ensihoito- kuin ensivastetoiminnassa. Tutkimuksen avulla saadaan myös tärkeää tietoa ensihoitotyöntekijöiden kokemasta lisäkoulutuksen tarpeesta.

2 YLEISIMPIÄ MIELENTERVEYDELLISIÄ ONGELMIA

Tässä teoreettisessa viitekehyksessä käsittelemme ensihoitotilanteissa tyypillisesti näkyviä mielenterveyden ongelmia. Yleisiä ovat masennus, ahdistuneisuushäiriö, paniikkihäiriö ja psykoottiset häiriöt, sekä kaksisuuntainen mielialahäiriö. Teoreettinen viitekehys on valittu tavallisimpien mielenterveysongelmien pohjalta, ja käsittelemme niistä keskeisimpiä asioita. Valitsimme käsiteltävät asiat oman harkinnan mukaisesti. Lisäksi saimme ohjaavalta opettajalta vinkkejä siitä, mitä mielenterveyden ongelmia olisi hyvä käsitellä työssä. Tämän teoriatiedon on tarkoitus tukea tutkimuksen tuloksia ja antaa pohjaa tulkita tutkimustuloksia.

2.1 Masennus

Masennus (depressio) on mielialahäiriöiden ryhmään kuuluva mielenterveyden häiriö, jolle on tyypillistä pitkäaikainen mielialan huomattava lasku, uupumus, itsearvostuksen lasku, "itsesyytökset ja oman minän arvostuksen puute." Masentuneella voi ilmetä myös kuoleman ajatuksia ja toiveita ja sitä kautta itsetuhoisuutta. Unihäiriöitä voi myös esiintyä. Masennus kuuluu terminä myös arkikieleen, joten on tärkeää määritellä se, mitä masennuksella kulloinkin tarkoitetaan. Masennuksella on vaikutuksia ihmisen tunne-elämään ja vaikeimmillaan siihen liittyy psykoottisuutta. (Fogelholm, Nupponen & Vuori 2005, 150; Heikkinen-Peltonen, Innamaa & Virta 2008, 145; Heikkinen, Henriksson, Isometsä, Lönnqvist, Marttunen & Partonen 1999, 119; Huttunen 1996, 40; Kujala, Partonen, Taimela & Vuori 2005, 508).

Lähes jokaisella on jossain vaiheessa vaikeisiin elämäntilanteisiin liittyviä ohimeneviä mielialan laskun tai surun tunteita, mutta suurimmalla osalla tilanne ei pahene sairaudeksi. Varsinaista masennussairautta luonnehtii koettu ja usein muillekin nähtävissä oleva apeuden, alavireisyyden ja toivottomuuden tila, joka häiritsee päivittäistä elämää ja ihmissuhteita. Lisäksi masentunut kokee suurta avuttomuutta suhteessa muihin ihmisiin ja hänen lähiympäristöönsä. (Karila & Kokko 2008, 37.) Masennus voi alkaa nopeasti, jolloin sitä usein edeltää kuukausia jatkuvat ahdistuneisuusoireet ja lievemmät masennusoireet. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 145).

Masennukseen voi liittyä myös somaattista oireilua, kuten hengenahdistusta, sydämen tykyttelyä, hikoilua tai vapinaa. (Aalto, Bäckmand, Haravuori, Lönnqvist, Marttunen, Melartin, Partanen, Partonen, Seppä, Suomalainen, Suokas, Suvisaari, Viertiö & Vuorilehto 2009, 31). Tavallisia oireita ovat myös erilaiset kiputilat, kuten ruuansulatuskanavan vaivat, selkäsäryt ja erityisesti kivut vartalolla, käsissä ja jaloissa, sekä huimaus. (Depressio- tunnistaminen ja hoito 1995, 8 – 9; Suomen akatemian julkaisuja 1/1995).

Mikäli masentuneen mielialan ohella esiintyy myös muita siihen liittyviä oireita, puhutaan masennusoireyhtymästä eli masennustilasta. Masennustilaksi ei yleensä lueta sellaisia tapauksia, joissa oireet ovat normaali reaktio esimerkiksi läheisen ihmisen menetyksessä. Tässä tekstissä termiä masennus käytetään kuvaamaan masennustilaa mielenterveyden häiriönä. (Lönnqvist ym. 1999, 118- 119.)

Masennus on niin yleinen, että sitä voidaan kutsua kansansairaudeksi. Joka viides suomalainen sairastuu siihen elämänsä aikana ja yli puolella heistä se uusiutuu myöhemmin. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 145). Inhimillisen kärsimyksen lisäksi masennus aiheuttaa toimintakyvyn lamaanumista ja muodostaa suuren kansantaloudellisen ongelman. Masennus on yhteiskunnassamme paljon kärsimystä ja taloudellisia menetyksiä aiheuttava kansansairaus. (Masennuksen käypähoitosuositus 2010. Katsottu 18.3.2013). Joillakin se kroonistuu pysyväksi ja näin ollen noin viidesosa jää pysyvästi työkyvyttömäksi. (Lönnqvist ym. 1999, 127). Naisilla sairastuminen on kaksi kertaa yleisempää, kuin miehillä. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 145).

Masennus lisää myös fyysisen sairastavuuden riskiä. Masennuksesta kärsivän ihmisen riski saada esimerkiksi sepelvaltimotauti on muuhun väestöön verrattuna jopa kaksinkolminkertainen. (Depression käypähoitosuositus 2010. Katsottu 18.3.2013). Useissa tutkimuksissa on havaittu, että vakavimmillaan masennus voi johtaa itsemurhaan. (Lönnqvist ym. 1999, 170; Tamminen 2001, 206).

Sairastuminen masennukseen on yleensä seurausta monien – perinnöllisten, biologisten ja ympäristöön liittyvien – tekijöiden yhteisvaikutuksesta. (Lönnqvist ym. 1999, 139). Lapsena koettu henkinen tai fyysinen kaltoin kohtelu ja turvattomuus altistavat masennukselle vielä aikuisiässäkin, erityisesti niillä, joilla on masennukselle altistavia perintötekijöitä ja epäsuotuisat ympäristöolosuhteet. (Masennuksen käypähoitosuositus 2010. Katsottu 18.3.2013). Masennusta laukaisevia elämäntapahtumia voivat olla esimerkiksi avioero, vakava sairaus, omaisen kuolema tai työttömyys. (Valkonen 2007, 37). Pitkäaikainen stressi ja suuret menetykset tärkeissä

ihmissuhteissa ovat altistavina tekijöinä. Pitkäaikainen fyysinen sairaus altistaa myös masennukselle. Ikääntyvillä se johtaa usein henkilökohtaisen autonomian heikkenemiseen, joka edelleen altistaa masennukselle. Ikääntyessä masentuneisuus usein näkyy itsearvostuksen menetyksenä, esimerkiksi kun lapset kasvavat, koti tyhjenee tai puolisoista erkaannutaan syystä tai toisesta. Lapsilla ja nuorilla koulukiusaaminen, hylätyksi tuleminen kokemukset, yksinäisyys ja syrjäytyminen altistavat masennukselle. (Masennuksen käypähoitosuositus 2010, Katsottu 18.3.2013; Hietaharju & Nuutila 2010, 126.)

Masennus on laaja ja vaikeasti rajattava alue. Häirionä se on monimuotoinen ja ilmenee usean tasoisine oireiluin. Masennus vaikuttaa sairastuneen emotionaalisuuteen, ajattelukykyyn ja toimintakykyyn vaikuttaen sitä kautta koko ihmisen hyvinvointiin. (Hietaharju & Nuutila 2010, 127.) Masennus usein sisältää ristiriitaisuuden kokemuksia, elämän ilon katoamista ja häiriöitä yksilössä itsessään, sekä muiden ihmisten välisissä suhteissa. (Annala ym. 2007, 119). Masentuneella ihmisellä saattaa esiintyä ajattelutason vääristymiä, joille masentunut itse ei voi mitään. Näitä on usein vaikea lähimmäisten ymmärtää. (Hietaharju & Nuutila 2010, 127.)

Vaikea masennus voi johtaa itsetuhoajatuksiin. Mitä vaikeammasta masennuksesta on kysymys, sitä todennäköisempää on, että henkilöllä on itsetuhoisia ajatuksia. Pitkään jatkuvat ja voimakkaat itsemurha-ajatukset ovat merkki henkilön vakavasta psyykkisestä pahoinvoinnista ja kuoleman vaarasta. (Heiskanen, Huttunen & Tuulari 2011, 315.)

Kun epäillään henkilön sairastavan vakavaa masennusta, tulee aina selvittää onko henkilöllä ollut itsetuhoisia ajatuksia. Tutkimusten mukaan vain viidesosa masennusta sairastavista kertoi itsemurhasuunnitelmista aikaisemmissa hoitotapaamisissa. "Itsemurha- ajatuksista onkin kysyttävä suoraan jokaiselta hoitoon hakeutuvalla masentuneelta ihmiseltä." Jos tiedetään, että henkilö on tehnyt kuolemaansa liittyviä järjestelyjä, esimerkiksi itsemurhasuunnitelman, on hänelle pyrittävä järjestämään heti psykiatrista ensiapua ja hoitoa. (Heiskanen ym. 2011, 323.)

2.2 Ahdistuneisuushäiriö

Ahdistuneisuus on tunnetila, johon liittyy usein jännitystä, pelkoa, levottomuutta, huolestuneisuutta ja paniikin sekä kauhun kokemuksia. Pelon tai ahdistuneisuuden kokemus on suhteeton todelliseen uhkaan nähden. (Kanerva, Kuhanen, Oittinen, Schubert & Seuri 2010, 219; Lönnqvist ym. 2001, 196). Ajoittaisina pelko ja lievä ahdistuneisuus ovat arkipäiväisiä, kaikkien

elämään kuuluvia tunteita. Kun puhutaan ahdistuneisuushäiriöstä, ahdistuneisuus on voimakasta, pitkäkestoista ja toimintakykyä rajoittavaa. Tällöin ahdistuneisuuden oireet hallitsevat henkilön elämää. (Lönngqvist ym. 2001, 196.) Lievää ahdistuneisuutta voi olla kenellä tahansa, esimerkiksi elämäntilanteeseen liittyen. Jos ahdistuneisuus oireilu tulee vaikeaksi ja hallitsee ihmisen ajatuksia, tai siitä tulee elämää rajoittavaa, on kyse mielenterveyden häiriöstä. (Kanerva ym. 201, 196).

Ahdistuneisuus häiriöt ovat yleisiä mielenterveyden häiriöitä, joilla on suuret vaikutukset ihmisen toimintakykyyn ja elämänlaatuun. "Ahdistuneisuushäiriöt kuuluvat neuroottisiin, stressiin liittyviin ja somatoformisiin psyykkisiin häiriöihin," ja ne vaativat asianmukaista hoitoa. Hoitamattomana häiriö muuttuu usein hankalammaksi oireiltaan ja pitkittyy. Ahdistuneisuushäiriöitä ovat muun muassa; sosiaalisten tilanteiden pelko, paniikkihäiriö ja julkisten paikkojen pelko sekä yleistynyt ahdistuneisuushäiriö. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 137- 141.)

2.2.1 Paniikkihäiriö

Paniikkihäiriö on ahdistuneisuushäiriö, jossa esiintyy toistuvia, voimakkaita ahdistuneisuuskohtauksia, eli paniikkikohtauksia. (Lönngqvist ym. 2001, 197). Paniikkikohtaukset alkavat usein akuutisti. (Henriksson, Lönngqvist, Marttunen & Partonen 2011, 56). Kohtauksiin ei häiriön alkuvaiheessa liity useinkaan ulkoista laukaisevaa tekijää. Kohtausten toistuessa henkilö alkaa usein vältellä tilanteita, joissa kohtauksia voisi esiintyä. Samalla hän usein alkaa vältellä paikkoja, joista voisi olla vaikea päästä pois, mikäli kohtaus yllättäisi. Usein paniikkikohtauksia saava henkilö itse huomaa paikat, missä paniikkikohtauksia tulee helpommin. (Hietaharju & Nuutila 2010, 36; Lönngqvist ym. 2001, 197.)

Paniikkikohtaus alkaa äkillisesti ja kehittyä huippuunsa muutamassa minuutissa. (Lönngqvist ym. 2001, 197). Paniikkikohtaukseen kuuluu erityisesti oireiden kohtauksellisuus. Oireiden alusta kuluu enintään kymmenen minuuttia siihen, kun oireet ovat vaikeimmillaan. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 140.) Paniikkikohtauksia esiintyy monissa ahdistuneisuushäiriöissä. Ruumiilliset sairaudet voivat myötävaikuttaa paniikkikohtauksen syntyyn ja esiintymiseen. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 138- 139.) Paniikkihäiriötä esiintyy kaiken ikäisillä, mutta erityisen paljon nuoruudessa. Häiriötä saattaa esiintyä jo lapsena ennen nuoruusikää. (Hietaharju & Nuutila 2010, 37.)

Paniikkikohtauksessa esiintyy sen luonteeseen tyypillisiä oireita. Oireina ovat; sydämentykytys, hikoilu, tärinä ja vapina, hengen ahdistus ja tukehtumisen tunne, pakokauhu, kuolemisen pelko ja muut voimakkaat pelot, lamaantuminen, erilaiset somaattiset oireilut, ruuansulatuskanavan oireilut, puutumiset ja pistelyt. Oireiden voimakkuus on jokaisella erilainen ja riippuu myös kohtauksen vaikeudesta. (Antony, Heimberg & Ledley 2008, 12; Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 140.) Paperipussiin hengittäminen on yleinen ensiapu paniikkikohtauksen saaneen ihmisen auttamisessa. Tällöin hengitys saadaan tasaantumaan. (Heikkinen- Peltonen ym. 2008, 140.)

Ensimmäinen paniikkikohtaus on pelottava kokemus. Fyysiset oireet kehittyvät nopeasti huippuunsa ja ovat voimakkaita, joten on ymmärrettävää, että useimmat ajattelevat somaattisen sairauden olevan oireidensa taustalla. Kun paniikkikohtauksen kaltaisia oireita lähdetään selvittämään, on tärkeä varmistua ensin, ettei kyseessä ole somaattinen sairaus tai jonkin päihteen tai lääkeaineen laukaisema oireisto. (Henriksson ym. 2011, 223; Lönnqvist ym. 2001, 197.) Erityisesti kilpirauhassairaudet ja muihin sisäeritysrauhasten toimintahäiriöihin ja harvinaisiin rytmihäiriöihin voi liittyä paniikkikohtauksen kaltaisia oireita. Kofeiinipitoisten juomien runsas nauttiminen ja tietyt päihteet ja niiden vieroitusoireet voivat aiheuttaa paniikkikohtauksia. Kun nämä tekijät on poissuljettu, on seuraavaksi selvitettävä, millaisessa tilanteessa henkilö sai oireita aiheuttavan kohtauksen. (Lääkäriseura Duodecim. Hakupäivä 23.3.2013.)

2.3 Psykoottiset häiriöt

Psykoosilla tarkoitetaan todellisuudentajun vakavaa häiriintymistä, joka ilmentyy usein harhaluuloina, aistiharhoina, puheen huomattavana hajanaisuutena tai eriskummallisena käytöksenä. Psykoosiin liittyy voimakasta ahdistuneisuutta, hämmennystä, neuvottomuutta ja stressiä. (Lönnqvist ym. 2011, 134; Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 159.) Kokemus voi olla sairastuneelle hyvin hämmentävä ja outo, ja hänen sisäinen maailmansa tuntuu muuttuvan. Tunteet ja ajattelu muuttuvat erilaisiksi. (Koskisuus 2004, 57.) Psykoosi voi ilmentyä myös somaattisina oireiluina, joiden selvittämiseksi on tehtävä somaattiset tutkimukset. Ammattitaitoinen psykoosin hoitoon perehtynyt psykiatri tekee tilanteessa arvion, mitä somaattisia oireita tulee selvittää tarkemmin. (Isohanni, Larivaara & Winblad 1996, 32).

Psykoosissa ihmisen kokemus todellisuudesta on vääristynyt. (Vuori- Kemilä ym. 2007, 123). Sairastunut tuntee sisäistä epävarmuutta, eikä usein kykene erottamaan, mikä on todellista ja mikä ei ole todellista. (Kilkku 2008, 91). Myös sisäisten ja ulkoisten impulssien erottamiskyky toisistaan on vaikeutunut. Tällöin sairastunut alkaa jäsentää todellisuutta omien sisäisten

impulssien avulla. "Sairastuneen minän eheys" on uhattuna ja olemus voi muuttua hyvin hajanaiseksi. (Vuori- Kemilä ym. 2007, 123.) Tämä näkyy siten, että psykoottinen ihminen kokee ympäristönsä ja itsensä hyvin poikkeavalla tavalla. Hän liittää kuulo ja näköaistimuksiinsa, sekä elämäntapahtumiinsa merkityksiä, joita toisten on vaikeaa ymmärtää ja hyväksyä. (Haarakangas & Seikkula 1999, 164.) Psykoottinen ihminen voi tehdä myös äkillisiä johtopäätöksiä, esimerkiksi omaan elämäänsä liittyen vähäisten ja väärin tulkittujen havaintojen pohjalta. (Hietaharju & Nuutila 2010, 58). Akuutti psykoosi on vakava tilanne ja siihen sairastunut ihminen vaatii usein välitöntä sairaalahoitoa. (Isohanni ym. 1996, 16).

"Psykoosi voidaan nähdä ratkaisuna, ulospääsynä mahdottomasta tilanteesta. Keskeisissä vuorovaikutussuhteissa muodostunut Gordionin solmu aukeaa psykoottisessa käyttäytymisessä. Psykoottisuus voi olla kovahintainen kompromissi elämän tärkeiden äänien ristiriitaisuuden yhteen sovittamisessa." (Haarakangas & Seikkula 1999, 165.) Psykoosi onkin sairaus, jonka voi aikaansaada jokin vaikea elämäntilanne, järkytykset ja traumaattiset kokemukset, somaattinen sairaus tai päihteiden runsas käyttö. Psykoosit ovat varsin yleisiä, sillä niihin sairastuu jopa kolme sadasta nuoresta. (Hietaharju & Nuutila 2010, 58.)

Psykoosia on pyritty ymmärtämään niin sanotun haavoittuvuus- stressimallin avulla ja se on tänä päivänä yksi teoreettinen näkökulma ymmärtää sairauden puhkeamista. (Skitsofrenian käypähoitosuositus 2013, Katsottu 23.3.2013). Biologiset sekä ympäristötekijät vaikuttavat psykoosin syntyyn. Psykoosiin sairastuminen on usein monen eri tekijän yhteen kasautuma. (Gleeson & McGorry 2005, 55.) Psykoottisen ihmisen ymmärrykyky on yleensä normaali ja häntä tulee kohdata kuten ketä tahansa aikuista ihmistä. (Vuori- Kemilä ym. 2007, 123). Psykooseja on monen tyyppisiä ja jokaisen kirjo hieman vaihtelee toisistaan. Kaikkia psykooseja yhdistää kuitenkin samat tyypilliset psykoottiset oireet. Eri psykoosityyppejä ovat lyhykestoinen psykoottinen häiriö, skitsofrenia, harhaluuloisuushäiriö, lapsivuodepsykoosit, skitsoaffektiivinen psykoosi, skitsotyyppinen häiriö. (Hietaharju & Nuutila 2010, 62- 66; Lönnqvist ym. 2001, 57-133.)

Yleensä psykoosia ennakoivat niin sanotut prodromaali-oireet, eli niin sanotut ennakko-oireet. Ennakko-oireet saattavat ilmetä muutoksina tunne-elämässä, esimerkiksi ahdistuneisuutena, masentuneisuutena, ärsyyntyneisyytenä, epäluuloisuutena, turtuneisuutena ja vähentyneenä energisyytenä. Muutoksia voi ilmetä myös ajattelumaailmassa, kuten keskittymis- ja tarkkaavaisuusvaikeuksina, tunteena ympäröivän maailman muuttumisesta, outoina hajuina ja ääninä. Ennakko-oireita voi ilmetä myös käyttäytymisessä. Näitä ovat esimerkiksi ruokahalun

muutokset, univaikeudet, sosiaalinen eristäytyminen, itsensä hoitamisen laiminlyöminen, vaikeudet työssä tai sosiaalisissa rooleissa. (Vuori- Kemilä ym. 2007, 126.) Nämä oireet ennakoivat monesti varsinaista psykoosia ja puhutaan psykoosin ennakko-oireista. (Skitsofrenian käypähoitosuositus 2013. Katsottu 23.3.2013).

Skitsofreniaa pidetään psykoosisairauksista vaikea-asteisimpana ja se on yksi merkittävimmistä psykoottisista sairauksista. Siihen sairastutaan usein nuorella aikuisiällä. Noin yksi prosentti suomalaisista sairastuu skitsofreniaan. Siihen kuuluu ajattelun ja mielen toimintojen vaikea-asteinen häiriintyminen. Tavallisia oireita ovat kuuloharhat, harhaluulot sekä hajanainen ja vaikeasti ymmärrettävä puhe. Myös tunneilmaisuuksia on usein köyhtynyttä. Viime vuosina tehtyjen tutkimusten mukaan sairauden taustalla voi olla raskauden aikana sikiökehityksen aikaiset muutokset aivojen rakenteessa, sekä niiden toiminnassa. (Hietaharju & Nuutila 2010, 59; Lönnqvist ym. 1999, 38.)

Toinen keskeinen häiriö, johon liittyy usein psykoosioireita, on kaksisuuntainen mielialahäiriö (bipolaarinen häiriö, maanis-depressiivinen psykoosi). Tyypillistä kaksisuuntaiselle mielialahäiriölle ovat toisaalta voimakkaasti kohonneen mielialan jaksot, johon usein liittyy myös psykoottisia oireita. Häiriölle on ominaista vuorottelevat mania- ja masennusjaksot. (Lönnqvist ym. 1999, 40.)

Muita yleisiä psykooseja ovat skitsoaffektiivinen häiriö, jolla tarkoitetaan skitsofrenian ja mielialahäiriön eräänlaista välimuotoa. (Hakola, Isohanni, Joukamaa, Koponen, Leinonen & Lepola 2002, 48). Myös psykoottinen depressio kuuluu psykoosisairauksien ryhmään, jossa masennus voi johtaa vaikeaan toimintakyvyttömyyteen. Psykoottisessa depressiossa tavallisia ovat depressiiviset harhaluulot, jolloin henkilö tulkitsee erittäin negatiivisesti menneitä, nykypäivää ja myös tulevaisuuttaan. (Lönnqvist ym. 1999, 121.)

Psykoottisuus voi usein ilmetä myös pelkästään harhaluuloisuutena ilman, että kyseessä olisi skitsofrenia tai muu psykoottistasoinen mielenterveyden häiriö. Psykoottisten oireiden syyt voivat olla myös elimellisiä. Psykoottisuutta saattaa esiintyä esimerkiksi aivosairauksien, endokriinisten häiriöiden, systeemisten sairauksien, infektioiden ja nestetasapainon häiriöiden sekä lääkkeiden ja päihteiden käytön yhteydessä. (Lönnqvist ym. 2011, 150; Raimo & Salonkangas 2007, 18.) Erityisesti on syytä huomioida myös deliriumtyyppiset sekavuustilat sekä dementiaan liittyvä psykoottisuus. Huumepsykooseista yleisimpiä ovat amfetamiinipsykoosit, joihin liittyy usein paranoidisuutta ja myös väkivaltaisuutta. Huumeet (myös kannabis) altistavat psykooseille

ainakin riskiryhmiin kuuluvilla. Alkoholi voi myös laukaista psykoosin. (Lönnqvist ym. 2011, 148-149; Raimo & Salonkangas 2007, 18- 19.)

2.4 Kaksisuuntainen mielialahäiriö

Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä vaihtelevat masennus- mania- ja sekamuotoiset sairausjaksot. Sairaudelle on tyypillistä myös vähäoireiset ja oireettomat jaksot. (Annala ym. 2007, 119; Hietaharju & Nuutila 2010, 46.) Maniavaiheessa henkilön aktiivisuus on kohonnut ja hän tuntee olonsa energiseksi ja voittamattomaksi. Vakavimmillaan tila muuttuu psykoottiseksi. Maniavaihetta seuraa useimmiten syvä masennus. Tällöin potilas on uupunut, voimaton ja alakuloinen. Sekamuotoisessa sairaustyyppissä esiintyy molempien jaksojen oireita nopeasti vuorotellen tai samanaikaisesti. (Annala ym. 2007, 119.)

Äkillisesti alkava maaninen vaihe kestää yleensä kahdesta viikosta viiteen kuukauteen. Maniavaihe on usein syy psykiatriselle sairaalahoidolle. (Hietaharju & Nuutila 2010, 48.) Masennusvaiheet kestävät keskimäärin noin kuusi kuukautta, mutta vanhuksia lukuun ottamatta harvoin yli vuoden. (Kaksisuuntaisen mielialahäiriön käypähoitosuositus 2008, Luettu 23.3.2013).

Maniavaiheessa ja sen lievemmissä muodossa hypomaniassa mieliala kohoaa liiallisesti tai muuttuu kiihtyneeksi ja ärtyneeksi. Myös puheliaisuus lisääntyy ja unen tarve vähenee, ajatustoiminta kiihtyy, toimeliaisuus ja fyysinen rauhattomuus lisääntyvät. (Kaksisuuntaisen mielialahäiriön käypähoitosuositus 2008. Katsottu 20.3.2013.) Lievän hypomanian ja erityisesti maniajaksojen aikana henkilö saattaa käyttäytyä uhkarohkeasti, olla ärtyisä, hakeutua harkitsemattomiin ihmissuhteisiin tai käyttäytyä liikenteessä muista piittaamatta, päätyä seksuaalisesti holtittomiin tekoihin, käyttää päihteitä varomattomasti tai olla talousasioissa harkitsematon. Maniassa toimintakyky usein laskee, mutta suuruuskuvitelmat pyörivät sairastuneen ajatuksissa. (Hietaharju & Nuutila 2010, 48- 49; Punkanen 2001, 119.)

Kaksisuuntainen mielialahäiriö on lähes aina krooninen sairaus, johon yleensä liittyy uusiutuvia sairausjaksoja, niiden välilläkin on usein oireita. Iän myötä masennusoireet lisääntyvät. (Punkanen 2001, 119.) Tutkimusten mukaan kaksisuuntainen mielialahäiriö on periytyvä sairaus. (Hietaharju & Nuutila 2010, 47; Kanerva ym. 2010, 203). Masennusvaiheessa sairastuneella on huomattava riski itsetuhoiseen käyttäytymiseen. (Kaksisuuntaisen mielialahäiriön käypähoitosuositus 2008. Katsottu 20.3.2013).

Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavilla ihmisillä on keskimääräistä enemmän somaattisia sairauksia. (Kanerva ym. 2010, 203). Merkittävimpiä oheissairauksia ovat tyypin 2 diabetes ja

verenkiertoelinten sairaudet. Kuolleisuus sydän ja verenkiertoelinten sairauksiin on lähes kaksinkertainen muuhun väestöön verrattuna. (Kaksisuuntaisen mielialahäiriön käypähoitosuositus 2008, Katsottu 23.3.2013).

3 MIELENTERVEYSPOTILAAN KOHTAAMINEN

Käsitlemme mielenterveyspotilaan kohtaamista keskeisimpien mielenterveydellisten ongelmien osalta ja painottaen sen kahteen keskeisimpään potilasryhmään ensihoitohenkilökunnan näkökulmasta. Keskeisimpinä kohtaamisessa käsiteltävinä asiansoina ovat psykoottisen ja masentuneen potilaan kohtaaminen.

3.1 Yleistä mielenterveyspotilaan kohtaamisesta

Mielenterveyspotilaan kohtaamisessa on aina ensisijaisena lähtökohtana sairastuneen ihmisarvo ja kunnioittaminen, riippumatta potilaan iästä, sukupuolesta, uskonnosta, kulttuurista, käytöksestä sekä muista sairauden tai elämäntilanteen kautta tulevista tekijöistä. (Vuori- Kemilä 2007, 49). Keskustelun muoto tulee olla kunnioittava ja sellainen, joka vahvistaa auttajan sekä autettavan yhteistyötä ja luo pohjan yhteisten ratkaisujen löytymiselle ongelmatilanteissa. (Ahola & Furman 2012, 21). Riippumatta potilaan psyykkisestä tilasta, auttaja puhuttelee ja kohtelee potilasta arvostavasti. Hän perustelee tehtävät ratkaisut ja rajoitukset. Auttavan henkilön tulee osoittaa ymmärrystä ja omista tunteista riippumatta suojella potilaan oman arvon tuntoa mielipahalta. (Vuori- Kemilä 2007, 49.)

Kun osapuolet ovat valmiita ja halukkaita kuuntelemaan ja keskustelemaan avoimesti toisilleen, on kyseessä dialoginen keskustelu. Keskustelu viestii autettavalle, että hänen ilmaisemansa asiat ovat tärkeitä. (Haarakangas 2008, 28.) Kun auttaja pyrkii ymmärtämään sairastuneen elämäntilannetta, käyttäytymistä ja sen taustalla olevia tekijöitä, antaa se auttajalle mahdollisuuden myötätuntoon ja samaistumiseen potilasta kohtaan. Tätä myötäelämisen kykyä ja toisen ihmisen tunteiden tavoittamista kutsutaan empatiaksi. Se syntyy auttajan kyvystä olla avoin autettavalle, sekä omille tunteilleen. (Vuori- Kemilä ym. 2007, 50.)

Tärkeää on hyväksyä mielenterveysautettava omana itsenään ja auttaa häntä tekemään valintoja oman elämänsä suhteen. Autettavalle annetaan myönteistä palautetta ja rohkaistaan häntä puhumaan omista tunteistaan. Autettavan oma tahto auttamistilanteessa ja hoidossa huomioidaan. Potilasta autetaan tunnistamaan omat voimavaransa ja tuetaan löytämään uusia näkökulmia. (Ryynänen 2005, 23- 24.) Kun potilaan itseymmärrys lisääntyy, alkaa myös lisääntyä potilaan toivo paremmasta tulevaisuudesta. Itseymmärrys antaa mahdollisuuksia löytää keinoja

vaikeista tilanteista selviämiseen. Lisäksi itseymmärrys lisää itsetuntoa, helpottaa syyllisyyden taakkaa, sekä lisää henkilön voimaantumista. (Kanerva ym. 2010, 208.)

Mielenterveyspotilaan kohtaamisessa on aina huomioitava eettiset arvokysymykset ja noudatettava eettisyyden periaatteita. Näihin kuuluvat esimerkiksi potilaan itsemääräämisoikeus, hyvinvointi, hyvä asiakaspalvelu, jatkuva itsensä ajan tasalla pitäminen ja kouluttaminen, rehellisyys omassa ammatissaan ja potilaan kohtaamisessa. Palveluissa tulee pyrkiä organisoituaan työskentelyyn ja samalla pyrkiä toteuttamaan työ tehokkaasti. (Kiviniemi, Läksy, Matinlauri, Nevalainen, Ruotsalainen, Seppänen & Vuokila- Oikonen 2007, 35; Leino- Kilpi ym. 2003, 126- 132.)

3.2 Psykoottisen potilaan kohtaaminen

Psykoottisesta henkilöstä saattaa syntyä pirstoutunut ja vääristynyt kuva kun sitä verrataan hänen persoonallisuuteensa ennen psyykkistä sairastumista. Oireiden ilmenemistapa, muoto ja sisältö ovat yksilöllisiä ja heijastavat sairastuneen persoonallisuutta, kokemuksia ja elämäntilannetta. (Tilbury 1994, 50.)

Ymmärretyksi tulemisen kokemus on olennaista. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 164). Puhuttaessa empatiasta, sillä tarkoitetaan kärsimyksen ymmärtämisen kykyä, sekä kykyä ymmärtää autettavaa. (Kiviniemi ym. 2007, 111). Psykoottisen potilaan henkilökohtaisen tuskan, kärsimyksen, sairauden tai trauman jakaminen auttavan ihmisen kanssa on tärkeää. Psykoosiin sairastuneen puhe saattaa muuttua erikoiseksi, kun normaalit käsitteen muodostukset häviävät ja sanat saavat sairastuneelle tärkeitä muotoja. Potilaan kuunteleminen, hänen puheensa hyväksyminen sellaisenaan ja pyrkimys ymmärtää sairastuneen mielenmaailmaa auttavat tilanteessa eteenpäin. Auttajan itse tulisi puhua selkeästi ja ymmärrettävästi. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 164.)

Rauhallinen ja tynnyttävä puhe, sekä selkeät ja lyhyet lauseet jäsentyvät autettavan mieleen helpommin. (Rasku, K & Rasku, T. 2000, 13). Auttajan tulisi ohjata sairastunutta hyvin konkreettisesti ja toiminnan tulee olla selkeää. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 164). Autettava on oman elämänsä asiantuntija, joten hänen kertomukset huomioidaan hoidossa kokonaisvaltaisesti. (Levoska 2007, 16). Vierellä tulee kulkea myös henkisesti. Auttajan ote tulee tällöin olla tasavertainen, kunnioittava ja ihmislähtöinen, vaikka sairastuneen puhetta ja käytöstä ei juuri sillä hetkellä pystyisikään ymmärtämään. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 164.)

Jos kyseessä on harhainen potilas, arvioidaan miten hän havainnoi ympäristöään. Käyttäytykö hän masentuneesti, vauhdikkaasti, pelokkaasti, ahdistuneesti, puolustautuen vai aggressiivisesti. Arvioidaan myös onko potilas yhteistyökykyinen ja pystyykö hän huolehtimaan itsestään. On hyvä arvioida onko potilas esimerkiksi likainen, nälkiintynyt ja onko hänen kotinsa sotkuinen ja huolehtimaton. Kannattaa myös arvioida onko hänellä jo käytössä olevaa kotiapua. (Rasku, K & Rasku, T. 2000. 12.)

Jos vakavasti psyykkisesti sairastunut autettava on harhainen, hänen harhojaan ei tule kiistää. Jos autettava kokee tarvetta puolustautumiseen, hänen harhaiset tunteuksensa saattavat vahvistua. Autettavalle ei tule myöskään osoittaa, että autettavan harhat olisivat todellisuutta, vaan tukea tilanteessa hänen todellisuuden tajua. Autettavan harhoja tulee kuunnella, sillä se voi olla sairastuneen keino tulla toimeen sietämättömässä tilanteessa. Psyykkisesti sairastunut saattaa reagoida eri tilanteisiin hyvin herkästi. (Rasku, K & Rasku, T. 2000, 13.)

Vakavasti psyykkisesti sairastuneen potilaan kohtaamisessa tulee huomioida myös väkivallan mahdollisuus. Tällöin on tärkeää, että auttaja säilyttää rauhallisen ilmapiirin sairastuneen kesken ja vuorovaikutustaidoillaan pyrkii estämään konflikteja sairastuneen kanssa. Aina väkivaltaisia tilanteita ei pystytä ennakoimaan ja estämään. (Kiviniemi ym. 2007, 130; Weizmann-Henelius 1997, 68.) Jos väkivaltilanne tulee eteen, tulee olla selkeä toimintasuunnitelma, kuinka tilanteesta selvittää ja kuinka tilanne jälkikäteen käsitellään. (Weizmann-Henelius 1997, 73). Väkivaltaisesti käyttäytyvän psykoottisen potilaan hoidossa joudutaan usein turvautumaan rauhoittaviin lääkkeisiin potilaan rauhoittamiseksi. (Huttunen 1996, 143).

Potilaan kotona näkyvät lääkepurkit kannattaa myös tarkistaa, sillä niistä voi saada arvokasta tietoa potilaan perussairaudesta, tai mahdollisesta myrkytystilasta. (Castrén, Kinnunen, Paakkonen, Pousi, Seppälä & Väisänen 2002, 551). Kohtaamistilanteessa arvioidaan kokonaisvaltaisesti potilaan vointi ja sen perusteella tehdään arvio hoidon kiireellisyydestä. On hyvä arvioida onko henkilö vaarallinen itselleen tai muille ja kokeeko hän itse olevansa uhattu. Voimakkaasti oireilevalta henkilöltä on myös hyvä selvittää onko hänellä aseita hallussaan. (Rasku, K. Rasku, T 2000, 12- 13.)

Vuorovaikutus on tärkeä osa mielenterveyspotilaan kohtaamista, kaikissa tilanteissa. Vuorovaikutus sisältää aina sanallisen, sekä sanattoman viestinnän. Sanaton viestintä kattaa jopa 70- 90 prosenttia ihmisen viestinnästä. Auttaja ilmaisee itseään sanoilla, eleillä, ilmeillä, katseella, asennoilla ja liikkeillä. Ne antavat informaatiota auttajan tunnetilasta ja ajatuksista

autettavalle henkilölle. Eleiden ja ilmeiden lisäksi on olemassa myös äänen käyttöön liittyvää oheisviestintää. Tätä oheisviestintää ovat äänteet, äänen sointuminen, painotus sekä korkeus. Tärkeää on, että auttaja säilyttää positiivisen, rauhallisen ja rohkaisevan työtteen. Potilas voi tällöin kokea tullessa kuulluksi ja ymmärretyksi. Myös äänen painoista sairastunut voi aistia auttajan tunnetilaa. (Ekström, Leppämäki & Vilen 2002, 20; Kiviniemi ym. 2007, 76; Kuhanen ym. 2010, 235; Weizmann-Henelius 1997, 63.)

Joskus psyykinen sairaus antaa aiheen tahdosta riippumattomalle hoidolle. Tahdosta riippumattoman hoidon tavoitteena on auttaa sairastunutta silloin, jos henkilö ei itse koe olevansa psykiatrisen avun tarpeessa, mutta silti on nähtävissä vakavat psyykkisen sairauden aiheuttamat oireet tai sairastunut on vaaraksi itselle tai muille. (Holopainen, Jokinen & Välimäki 2000, 121.) Mielenterveyslaissa on tarkoin määritelty milloin tahdosta riippumattomaan hoitoon voidaan ryhtyä. (Välimäki ym. 2000, 108). Perusajatus on, että hoidosta sovitaan yhteisymmärryksessä sairastuneen kanssa. On etsittävä sairastuneelle sopivia vaihtoehtoja, jotta hoito saadaan toteutetuksi yhteisymmärryksessä. Hoidossa huomioidaan mahdollisesti myös sairastuneen laillinen edustaja tai lähiomaiset. (Välimäki ym. 2000, 89.)

3.3 Masentuneen potilaan kohtaaminen

Masennusoireisen potilaan tunnistaminen on haasteellista, koska joissakin tapauksissa oireet tulevat ilmi somaattisina oireina, tai fyysinen sairaus voi peittää alleen masennuksen. Fyysinen sairaus voi myös olla syynä masennukseen. Etenkin lievää masennusta voi olla vaikea tunnistaa. Auttajan hyvä vuorovaikutustaito ja kyky luoda luottamuksellinen ilmapiiri auttaa ratkaisemaan tilanteen ja tilanteesta saadaan asianmukainen käsitys. (Haarala, Jääskeläinen, Kilpinen, Panhelainen, Peräkoski, Puukko, Riihimäki, Sundman & Tauriainen 2010, 32.)

Tärkeimmät edellytykset auttamiselle ovat kyky ymmärtää, sekä auttamisen halu autettavaa kohtaan. (Hietaharju & Nuutila 2010, 85). Masentunut tuntee usein itsensä riittämättömäksi, huonoksi ja elämä tuntuu usein hänestä hyvinkin toivottomalle. Usein hän on riippuvainen läheisistään ja tuntee riippuvuutta, avuttomuutta ja häpeää. Vihantunteiden ilmaiseminen voi olla heikentynyttä ja autettava ei pysty ilmaisemaan vihantunteitaan erityisesti läheisissä ihmissuhteissa, eikä kykene useinkaan ottamaan vastaan negatiivista palautetta. Torjutut vihantunteet muuttuvat vihaksi itseään vastaan ja kääntää autettavan ajatuksia katkeruuteen. Masentuneesta ihmisestä voi tulla liian vaativa ja ankara, jolloin syntyy kohtuuttomia syyllisyyden ja häpeän tunteita. Nämä kaikki aiheuttavat haasteita autettavan kohtaamiseen. Masentuneen

auttaminen herättää auttajassa monenlaisia tunteita, suojelushalusta vihaan ja ärsytykseen asti. Auttajan olisi hyvä pitää omat tunteensa hallinnassaan. (Saano 2002, 44.)

Auttajan on tärkeää kohdata mielenterveyshäiriöinen autettava empaattisesti, kiireettömästi, aidosti kuunnellen, luoden turvallinen ja luottamuksellinen ilmapiiri kohtaamistilanteessa. (Haarala ym. 2010, 40). Autettavaa kuunnellaan, jotta hän tuntee itsensä ymmärretyksi. Autettavan psyykkinen huonovointisuus hyväksytään osaksi hänen elämäntilannettaan, ja samalla välitetään autettavalle viestiä, että tilanteesta on mahdollista selvitä. (Huttunen 2002, 32.) Empatia on tärkein, mutta samalla myös vaikein työväline autettavan kohtaamisessa. (Saano 2002, 45). Autettavaa ei tule syyllistää, vaan hänen aikaisemmat ehkä virheellisetkin valintansa nähdään menneinä elämän osa-alueina, ja elämää on mahdollista muuttaa. Auttamistyön lähtökohtana on potilaslähtöisyys. Tilannetta katsotaan aina autettavan näkökulmasta, ei auttajan. (Haarala ym. 2010, 40; Kiviniemi ym. 2007, 35.)

Auttajan on hyvä muistaa kannustaa autettavaa omien läheisten ja ystävien pariin, koska yksin miettiessä asiat saattavat tuntua liian vaikeilta. Pitkäjänteinen potilaan kannustaminen ja potilaan kokema pienikin myönteinen tapahtuma ylläpitää ja antaa uskoa paremmasta tulevaisuudesta. (Isotalus 2003, 80.) Autettavaa kannustetaan myös hienovaraisesti omien harrastusten pariin, ja kerrotaan esimerkiksi liikunnan hyvistä vaikutuksista mielialaan. Yhdessä mietitään elämän stressitekijöitä ja keinoja niiden vähentämiseksi. Kohtaamistilanteessa neuvotaan myös, mistä autettava saa tarvittaessa lisäapua hankalaan olotilaansa. (Saano 2002, 46.)

Tutkimukset ja kokemukset osoittavat sen, että toivon ylläpitäminen, itsetunnon vahvistaminen, selviytymiskeinojen etsiminen, unen turvaaminen, kärsimyksen lievittäminen, huolenpito, lääkehoidon toteuttaminen, hengellisyyden huomioiminen, psykososiaalisen tuen antaminen, turvallisuudesta huolehtiminen, mielihyvän kokemusten edistäminen, ajatteluhäiriöiden tunnistaminen, vertaistuen järjestäminen ja läsnäolo ovat hyviä apukeinoja käytettäväksi mielenterveyshäiriöisten potilaiden kohtaamisissa. (Haarala ym. 2010, 41.) Auttajan asennoituminen on myös oleellinen ja tärkeä tekijä, joka vaikuttaa kohtaamistilanteessa mielenterveyshäiriöisen asiakkaan kanssa. (Liukka 2010, 27). Potilaan arvomaailma tulee huomioida ja hänen hankalatkin tunteet käydään läpi yhteisymmärryksessä rakentavasti. (Haarala. 2010, 42).

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tämän tutkimuksen tarkoitus on selvittää, miten Jokilaaksojen ensihoitohenkilökunta kokee mielenterveyspotilaan kohtaamisen ensihoitotehtävissä, ja mitä lisätietoa ja koulutusta he kokevat mielenterveyspotilaan kohtaamisesta tarvitsevänsä.

Tällä tutkimuksella on tavoitteena saada kerättyä kokemuksia ensihoitohenkilökunnalta mielenterveyspotilaan kohtaamisesta. Tutkimustyön kautta saadaan myös kartoitettua, millaista lisäkoulutustarvetta Jokilaaksojen ensihoitohenkilökunnalla on mielenterveyspotilaan kohtaamisesta. Jokilaaksojen pelastuslaitos hyödyntää tutkimustuloksia ensihoitohenkilökunnalle suunnitellussa oppaassa, joka laaditaan mielenterveyspotilaan kohtaamisesta myöhemmin Jokilaaksojen pelastuslaitoksen toimesta.

Tutkimustehtävät ovat:

- 1) Miten Jokilaaksojen pelastuslaitoksen ensihoitohenkilöstö kokee mielenterveyspotilaan kohtaamisen ensihoitotehtävissä?
- 2) Millaista lisäkoulutustarvetta ensihoitohenkilöstöllä on liittyen mielenterveyspotilaan kohtamiseen ensihoitotehtävissä?

5 TUTKIMUSMETODOLOGIA

Kvalitatiivinen tutkimus sisältää tutkimusongelman ja sen määrittämisen, tutkimuskysymykset ja niiden vastaukset, jotka kerätään aineistonkeruumenetelmiä käyttäen. Kvalitatiivinen tutkimusmuoto on erityisen hyvä tutkimusmuoto silloin, kuin tutkittavasta aiheesta ei suuremmin ole aikaisempaa teoreettista tutkittua tietoa, tai silloin kun halutaan saada tutkittavasta asiasta syvällistä tietoa. Käyttökelpoinen se on myös tilanteissa, joissa halutaan luoda uusia teorioita ja halutaan tutkittavasta asiasta selkeä näkemys. (Kananen 2010, 36- 41.)

Tutkimuksemme on kvalitatiivinen eli laadullinen. Keräsimme tutkimusaineiston kyselylomakkeilla johon tuli avoimet kysymykset. Avoimet kysymykset antavat parhaillaan mahdollisuuden vastaajan omille pohdinnoille ja ajatuksille. Kysymykset eivät saa olla johdattelevia, ja niiden on annettava tilaa myös voimakkaille tunteille. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 201.) Kyselylomake aineistonkeruun menetelmänä on tehokas tapa saada vastauksia valittuihin kysymyksiin ja se säästää tutkijalta aikaa ja vaivaa. (Hirsjärvi ym. 2009, 195.) "Laadullisessa tutkimuksessa aineistosta ei tehdä yleistettäviä päätelmiä, vaan ajatuksena on että yksityisessä toistuu yleinen", eli kuin tutkitaan yksityistä vastausta riittävästi, huomataan mikä ilmiössä toistuu myös yleisellä tasolla. (Hirsjärvi ym. 2009, 182).

Laadullinen tutkimus on hyvä lähtökohta, kun tutkitaan todellisia tilanteita, joita ei pystytä koemielessä järjestämään, eikä tilanteita myöskään pystytä täydellisesti hallitsemaan. (Metsämuuronen 2001, 14). Todellisen elämän kuvaaminen on keskeisessä roolissa laadullisessa tutkimuksessa. (Hirsjärvi ym. 2009, 161). Kvalitatiivisessa tutkimuksessa on keskeistä, että tutkitaan tutkimuskohdetta mahdollisimman perusteellisesti. (Hirsjärvi ym. 2009, 161). Tämän tutkimuksemme tavoite on saada mahdollisimman perusteellisesti tietoa mielenterveys potilaan kohtaamisesta ensihoitotilanteissa. Tutkimusta tehdessä on pidettävä mielessä arvolähtökohdat, jotka ohjaavat käsitystämme tutkittavaa ilmiötä kohtaan. (Hirsjärvi ym. 2009, 161). Tässä yksi syy siihen, miksi päädyimme laadulliseen tutkimukseen. Tutkimuskysymyksiin vastasi Jokilaaksojen pelastuslaitoksen henkilökunnasta eri työntekijät, jotka osallistuvat työssään ensihoito tehtäviin hoitotason ja perustason sairaankuljetuksissa. Joukossa oli sairaanhoitajia, ensihoitajia, lähihoitajia ja lääkintävahtimestareita. Lisäksi joillakin vastanneilla oli pelastajan tutkinto. Tavoitteena meillä oli saada 15 kyselyyn vastaukset. Saimme

vastauksia vastattuina kaksitoista. Tutkimukseen vastaajat vastasivat kysymyksiin anonyymisti, mikä osaltaan lisäsi tämän tutkimuksen luotettavuutta, sekä vastausten rehellisyyttä.

Laadullinen tutkimus on prosessi, jossa aineistonkeruun väline on ”inhimillinen”. Tutkimuksen aineistoa kerää tutkija. Tutkimusaineistoon liittyvät näkökulmat ja tulkinnat kehittyvät tutkijan ajatusmaailmassa hiljalleen tutkimusprosessin edistyessä. Tämä voidaan tulkita oppimistapahtumana, jolloin tutkija ymmärtää tutkimustoimintansa. (Aaltola & Valli 2010, 70.) Laadulliselle tutkimukselle on ominaista, että tutkimustehtävät ja aineistonkeruuseen liittyvät ratkaisut löytävät paikkansa tutkimustyön edetessä. Laadullista tutkimusta voidaan pitää myös siinä mielessä prosessina, että tutkimuksen alueet ei useinkaan ole edeltä pitäen jaoteltavissa selkeästi eri vaiheisiin, vaan vaiheet voivat muuttua tutkimuksen mukana. (Aaltola & Valli 2010, 70.)

5.1 Tutkimuksen yhteistyökumppani

Saimme opinnäytetyön yhteistyökumppaniksi Jokilaaksojen pelastuslaitoksen ja sieltä tutkimuskohderyhmäksemme pelastuslaitoksen ensihoitohenkilökunnan. Tutkimukselle on ollut työtilaus Jokilaaksojen pelastuslaitokselta, koska siellä halutaan kehittää ensihoitohenkilökunnan tarvitsemaa osaamista mielenterveyspotilaan kohtaamisesta. Tutkittava henkilö ei ole aina se, jolle tutkimuksen hyöty kohdistuu, vaan tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää myöhemmissä vaiheissa uusiin autettaviin. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2013, 218.) Tämän tutkimuksen hyöty voi ulottua myös muillekin tahoille, kuin Jokilaaksojen pelastuslaitokselle.

5.2 Aineiston keruumenetelmät

Opinnäytetyömme tutkimusaineiston keräsimme avoimilla kyselylomakkeilla loppukeväästä 2013. Vastaukset saimme vastattuina kesäkuun 2013 alussa. Tutkimuksen suunnitteluvaiheessa suunnittelimme tekevämme kyselyn 15 ensihoitotyöntekijälle. Tutkimukseen osallistui Jokilaaksojen pelastuslaitoksen alaisena työskenteleviä ensihoitotyöntekijöitä eri ammattiryhmistä. Päädyimme viiteentoista vastaajaan, koska oletimme, että näin saisimme tutkimuksen kannalta riittävän aineiston, eikä aineisto laajene liian suureksi analysointia ajatellen. Saimme vastattuina yhteensä 12 kyselylomaketta. Kyselyyn vastanneita me emme nähneet,

emmekä tienneet myöskään heidän sukupuolta. Lisäksi emme tienneet, mistä Jokilaaksojen alueen yksiköistä tutkimukseen oli vastattu. Tutkimuksessa on hyvä pyrkiä tutkittavien anonymiteettiin ja tarkoitus on, että tutkimukseen osallistunut henkilö ei koe haittaa tutkimukseen osallistumisesta tutkimuksen aikana, eikä myöhemmin. (Hirsjärvi ym. 2004, 27.)

Jokilaaksojen pelastuslaitoksen ensihoidon esimies huolehti kyselyn toteutumisesta ja toimitti vastatut lomakkeet tutkimuksen tekijöille, kirjueorissa suljettuina. Tutkimuskyselyyn vastattiin työajalla, jokainen omassa työyksikössään. Kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista. Pelastuslaitoksen ensihoidonesimies pyrki huolehtimaan kyselyyn vastaajien riittävästä määrästä. Kyselyyn vastattiin ensin hieman vastahakoisesti, mutta esihoidonesimies otti vastausten tärkeydellisyyden esille alustensa kanssa, jonka jälkeen saimme vastauksia riittävästi.

Ennen varsinaista tutkimuskyselyiden lähettämistä esitestasimme kyselylomaketta kahdella henkilöllä. Kyselyyn vastasi Oulun seudun ammattikorkeakoulun ensihoitajaopiskelija, sekä sairaanhoitopiirin kenttäjohtaja. Esitestattavat saimme Jokilaaksojen pelastuslaitoksen kautta. Emme tiedä ketä esitestaajat olivat ja he vastasivat kyselyyn työajallaan. Esitestauksessa ilmeni, että laadittu kyselylomake oli toimiva, emmekä muuttaneet sen sisältöä esitestauksen jälkeen. Esitestauksessa saimme hyvät ja kattavat vastaukset. Arvioimme saavamme niiden avulla myös tutkimuskysymyksiin riittävät vastaukset, ja luotimme kyselylomakkeen toimivuuteen.

Tutkimusaineiston keruumenetelmäksi valitsimme avoimet kysymykset, sillä tutkittava aihealue antaa siihen hyvät mahdollisuudet, ja koska tutkimme ilmiötä ja kokemuksia. Kokemusperäiseen tietoon perustuen vastauksiin on helpoin vastata avoimin vastauksin. Avoimilla kysymyksillä tarkoitetaan sellaisia kysymyksiä, joihin ei ole yksiselitteisiä vastauksia. Avoimiin kysymyksiin vastaava henkilö pohtii asiaa laajemmin, ja vastaa omien tuntemuksien ja mielipiteidensä pohjalta. Tällöin vastauksia pidetään "itseraportteina". (Soininen 1995, 114.) Avoimet kysymykset antavat tutkimukseen vastaavalle laajan mahdollisuuden ilmaista omia mielipiteitään. Monivalintatyypiset kysymykset taas antavat tutkijan muokkaamat vastaus vaihtoehdot. (Hirsjärvi ym. 2001, 188.)

Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran (2004, 183.) mukaan laadullisessa tutkimuksessa tutkijoiden ei tarvitse olla läheisessä suhteessa tutkittavan kanssa, vaan he voivat olla etäisiä toisilleen. Tämä tarkoittaa sitä, että tutkimus voidaan hyvin ja laadukkaana toteuttaa kyselyn avulla, jolloin

tutkittava kohde on etäällä tutkijasta. Koemme, että säästimme paljon aikaa, kun päädyimme kyselylomakkeisiin muiden tiedonkeruumenetelmien sijasta. Koimme, että tämä lisäsi myös tutkimuksen tehokkuutta. Myös anonyymiteetti puoltaa kyselylomakkeen valintaa aineistonkeruun menetelmänä. Ajattelimme, että avoimilla kysymyksillä saisimme riittävän perusteelliset ja kattavat vastaukset tutkimuskysymyksiimme. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa on keskeistä, että tutkitaan tutkimuskohdetta mahdollisimman perusteellisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 161.) Laadullisessa tutkimuksessa on hyvä myös, että tutkittavat tietävät tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman paljon, ja heillä olisi myös hyvä olla kokemusta asiasta. (Sarajärvi & Tuomi 2012, 85). Pyrimme käyttämään kyselylomakkeen laatimiseen paljon aikaa ja vaivaa, jotta se palvelisi tutkimuksen tarkoitusta.

Tutkimuskyselylomakkeessa oli kaksi monivalintakysymystä liittyen työntekijän ammattiin ja työkokemukseen. Loput neljä avointa kysymystä liittyivät suoraan tutkimustehtäviin. Pyrimme muotoilemaan kysymykset mahdollisimman selkeiksi, yksinkertaisiksi, sekä sellaisiksi, että saisimme mahdollisimman kattavat vastaukset. Päätelimme saavamme näin riittävät tiedot tutkimuslomakkeiden analysointiin ja vastaukset tutkimuskysymyksiimme. Toimitimme kyselylomakkeet Jokilaaksojen pelastuslaitoksen operatiiviselle johdolle toukokuun puolivälissä 2013. Saimme kyselyt vastauksineen takaisin reilun kahdenviikon kuluttua niiden lähettämisestä. Anonyymiteetin säilymisen turvaamiseksi me päädyimme siihen ratkaisuun, että Jokilaaksojen pelastuslaitoksen operatiivinen johto huolehti kyselyn käytännön toteutumisesta ja sieltä toimitettiin meille valmiiksi vastatut, kirjekuoriin suljetut kyselylomakkeet henkilökohtaisesti. Teimme yhteistyötä tutkimustyön onnistumisen takaamiseksi Jokilaaksojen pelastuslaitoksen ensihoitopäällikön Mirja Annalan sekä palomestarin Sami Hiltusen kanssa. Kiitämme kaikkia kyselyyn vastanneita ja yhteistyötahoja yhteistyöstä.

5.3 Aineiston analyysi

Alkuun perehdyimme analyysin tekemiseen liittyvään kirjallisuuteen ja sieltä kautta aineiston analyysin tekemisen teoriaan. Tutkimustulokset kävimme läpi sisällönanalyysin avulla ja tutkimustulosten analyysin tekeminen oli opinnäytetyön aikaa vievin, ja tavallaan myös haasteellisin vaihe. Käytimme sisällönanalyysiin aikaa kuitenkin suhteellisen vähän, sillä aineisto oli sen verran niukka, että sen analysoiminen ei ollut kovin aikaa vievää, eikä työlästä. Tulokset olivat kuitenkin riittävät analysoitavaksi.

Hoitotyöhön liittyvissä tutkimuksissa käytetään paljon sisällönanalyysia tutkimuksen analyysimenetelmänä. Sisällönanalyysillä järjestetään ja kuvaillaan tutkittavaa asiaa ja ilmiötä. Sisällönanalyysissä asiat tiivistetään ja tuodaan helposti ymmärrettäviksi kokonaisuuksiksi. Sisällönanalyysi voidaan tehdä induktiivisesti tai deduktiivisesti, tai molempia yhdistellen. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3.) Induktiivisessa sisällönanalyysissa analysoidaan aineistoa aineistolähtöisesti. Deduktiivisessa edetään "jostain aiemmasta käsitejärjestelmästä käsin." (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5.) Tutkija määrittelee induktiivisessa, sekä deduktiivisessa sisällönanalyysissa ensimmäisenä analyysiyksikön. Tämän valintaa ohjaa tutkimustehtävä, sekä aineiston laatu. Yleensä analysoidaan yhtä sanaa tai sanayhdistelmää, eli analyysiyksikköä. Analyysiyksikkönä voi olla myös lause, lausuma tai ajatuskokonaisuus. Kun tutkija on määrittänyt analyysiyksikön, hän lukee aineiston useita kertoja läpi. Tällöin hän saa pohjan analyysin teolle. Kun tutkija on perehtynyt riittävästi aineistoon, aineistonanalyysin tekoa ohjaa se, millä tyylillä tutkija haluaa käsitellä tutkittavaa aineistoaan. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5.) Sisällönanalyysin tarkoitus on aina luoda tutkittavasta ilmiöstä selkeä sanallinen kuvaus. Informaatio ei saa sen vaiheissa kadota, vaan aineiston sisältö pyritään käsittelemään niin, että se saadaan tiiviiseen ja selkeään muotoon ollen sisällöltään silti aivan sama. Tämä on tutkijan tärkeää huomioida analyysia tehdessä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108.)

Tuomen ja Sarajärven (2002, 111.) mukaan sisällön analyysi etenee seuraavien sisältöosioiden läpi edeten vaihe vaiheelta:

- Tutkimustulosten lukeminen ja niiden sisältöön tutustuminen
- Pelkistettyjen ilmausten etsintä ja niiden alleviivaus
- Pelkistettyjen ilmausten luettelointi
- Eroavaisuuksien sekä yhtäläisyyksien etsiminen pelkistetyistä luetteloista
- Pelkistettyjen luetteloiden yhdisteleminen ja niiden laittaminen alaluokkiin
- Alaluokkien yhdistely ja niiden jakaminen yläluokkiin
- Yläluokkien yhdistely ja yhteenvedon laatiminen

Alkuperäiset ilmaisut jaotimme alaluokkiin, pääluokkiin ja yläluokkiin. Tutkimuksen kysymyksiä käsitelimme kysymyksittäin, pitäen mielessä tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustehtävä, sekä tutkimuskysymykset.

Kun suunnittelimme kyselylomakkeita, jätimme niihin riittävästi vastaamistilaa ja näin minimoimme sen, että tilanpuutteen vuoksi vastauksiin ei ainakaan jätetä vastaamatta. Tämän ajattelimme myös lisäävän monisanaista vastaamista. Kyselylomakkeet olivat kentällä vastattavina noin kaksi viikkoa. Yllättäen kyselylomakkeisiin oli kuitenkin vastattu melko niukkasanaisesti, lyhyin lausein ja osa vastauksista oli merkityksettömiä. Kuitenkin saimme riittävät ja kattavat vastaukset tutkimustyön kannalta ja olemme tyytyväisiä saamiimme vastauksiin. Kiitämme tutkimukseen vastanneita henkilöitä yhteistyöstä.

Sisällön analyysin tekemisen aloitimme lukemalla huolellisesti tutkimusaineistomme läpi useaan kertaan ja samalla tutustuimme tutkimustuloksiin perusteellisesti, palauttaen aina mielimme tutkimuskysymyksemme. Ensin keräsimme vastauksista tutkimuskysymyksiin liittyvät ilmaisut kysymys kerrallaan jaotellen. Kävimme läpi jokaisen kyselylomakkeen yksitellen, yksittäinen kysymys kerrallaan ja etsimme sieltä pääkohdat. Kun kaikki tutkimustyön kannalta oleellinen alkuperäisilmauksista oli saatu poimittua, siirryimme seuraavaan vaiheeseen jolloin pelkistimme alkuperäiset ilmaukset. Tämän jälkeen ryhmittelimme samaa tarkoittavat pelkistetyt lauseet omiksi ryhmiksi. Ryhmittelemisen jälkeen muodostimme alaluokat, eli alakategoriat. Syntyneiden luokkien nimeäminen oli haasteellinen tehtävä ja se vei aikaa jonkin verran. Erityisen

haasteellista oli saada aikaan sellaiset nimet, jotka vastasivat parhaiten pelkistettyjen ilmausten sisältöä. Lopuksi jaoimme pelkistetyt ilmaukset alaluokkien alle muodostaen niistä taulukot, joista voi nopeasti tulkita tutkimustulokset. Esimerkiksi muodostimme yläluokan: Kokemuksia kohtaamisesta ja siihen liittyen alaluokan: Psykkiset ongelmat ja sen alle pelkistetyt ilmaukset kuten akuuttiin psykoosiin sairastuneet. Toinen esimerkki: Muodostimme yläluokan: Koulutuksen tarve ja sen alle alaluokan: Lääkehoito ja tämän alle lopuksi pelkistetyt ilmaukset esimerkiksi lääkkeiden vaikutukset. Kaikki tutkimustulokset on nähtävissä tässä työssä taulukoina ja lisäksi olemme kirjoittaneet tulokset taulukoiden jälkeen. Näin lukija saa heti kuvan tutkimustuloksista ja se havainnollistaa tulosten tulkintaa.

6 TUTKIMUSTULOKSET JA NIIDEN TARKASTELUA

6.1 Taustakysymykset

Ensimmäisessä kysymyksessä kysyimme haastateltaviemme koulutustaustaa. Laitoimme sen taustakysymykseksi, koska halusimme tietää, mitä eri ammattilaisia kyselyyn vastaa. Emme kuitenkaan syvällisemmin tutki eri ammattiryhmien välisiä eroja vastauksissa, sillä mielestämme se ei ole oleellinen asia tässä tutkimuksessa, eikä se ollut meidän tutkimuksemme tarkoitus. Koulutustarvetta esiintyi kaikissa ammattiryhmissä, mutta realistisimmin lisäkoulutuksen tarvetta tutkimuksen mukaan kokivat tarvitsevansa korkeasti ensihoitotyöhön kouluttautuneet.

Tutkimukseen vastasi 12 Jokilaaksojen pelastuslaitoksen ensihoitohenkilökuntaan kuuluvaa ammattilaista. Heistä neljä oli koulutukseltaan lähihoitajia, kahdella oli lähihoitajan lisäksi pelastajan tutkinto, ja yhdellä vanhemman sammutusmiehen tutkinto. Joukosta löytyi myös kaksi AMK ensihoitajaa, sekä yksi sairaanhoitaja. Lisäksi kyselyyn vastasi kaksi lääkintävahtimestaria.

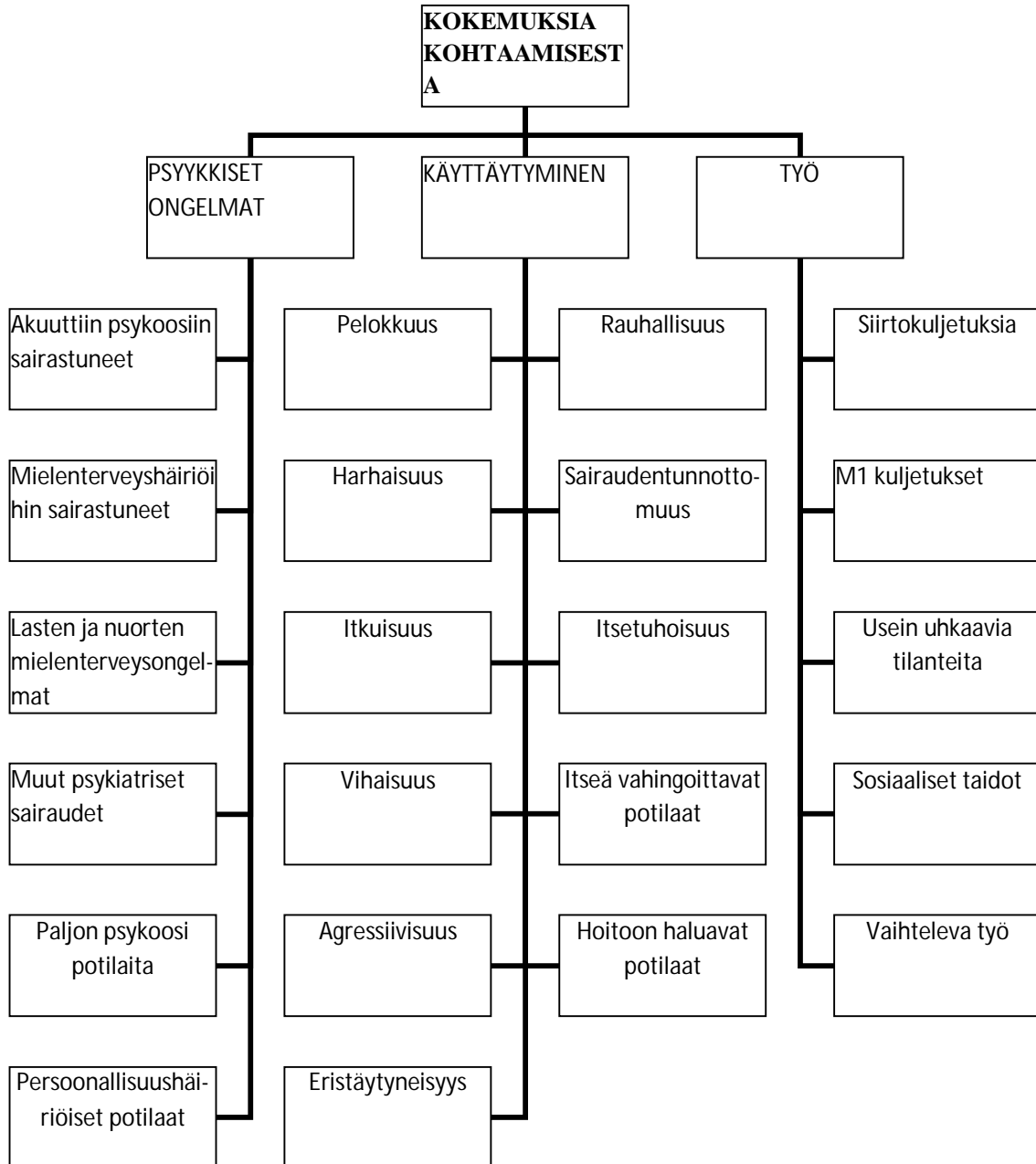
Toisessa kysymyksessä kysyimme vastaajien työkokemuksen pituutta. Halusimme arvioida tuntevatko kaikki alalla työskentelevät, työvuosista riippumatta koulutustarvetta mielenterveyspotilaan kohtaamisesta. Halusimme selvittää, tuovatko työvuodet tarvittavaa kokemusta ensihoitohenkilökunnalle, vai kokevatko he tietojen päivittämisen tärkeänä. Toisaalta pohdimme sitä, mitä vastavalmistuneet alalla työskentelevät ajattelevat koulutustarpeesta. Kokevatko he tarvetta kouluttautua, vai onko tieto vielä muutenkin valmistumisen jäljiltä tuoreessa muistissa. Nämä kysymykset olivat kuitenkin vaan sivukysymyksiä, emmekä niitä analysoi tarkasti tässä opinnäytetyössä.

Ensihoitotyötä tekevät olivat työskennelleet työtehtävissä eripituisia aikoja. Neljä kyselyyn vastanneista oli työskennellyt ensihoitotehtävissä alle viisi vuotta, kaksi oli työskennellyt 5-10 vuotta. Kolmen työkokemus oli kertynyt 10- 15 vuoden ajalta, ja myös kolme vastaajaa oli työskennellyt yli 15 vuotta. Tutkimuksesta ilmeni, että eniten lisäkoulutusta kokivat tarvitsevan alalla 5-10v. sekä 10-15v. työskennelleet henkilöt.

Seuraavaksi käymme läpi tutkimuksen tuloksia, edeten tutkimuksen kyselylomakkeen kysymysasettelun mukaisessa järjestyksessä.

6.2 Kokemuksia mielenterveyspotilaiden kohtaamisesta ensihoitotilanteissa

Millaisia kokemuksia sinulla on mielenterveyspotilaan kohtaamisesta ensihoitotilanteissa? Kerro esimerkkejä.



6.2 KUVIO1

Ensihoitohenkilökunta kokee tutkimuksen mukaan hyvin vaihtelevia tilanteita kohdatessaan mielenterveyspotilaita. Yleensä ottaen mielenterveyspotilaat on kohtaamistilanteissa koettu

pelokkaiksi, ja rauhallisiksi. Tutkimuksessa tuli ilmi, että monen sairauten kuului sairautentunnottomuus, jolloin hoitoon lähtöä oli vaikea ymmärtää. Osa oli törmännyt myös potilaisiin, jotka itse pyysivät hoitoon pääsyä. Tutkimuksessa tuli esille, että ensihoitohenkilökunta kohtasi monesti aggressiivisesti, harhaisesti ja itsetuhoisesti käyttäytyviä potilaita. Vastaajat olivat kohdanneet myös itseään vahingoittaneita potilaita. Ensihoitohenkilöstö oli tuntenut myös oman turvallisuutensa olleen välillä uhattuna työtehtävissään. Myös (Ukonmaanahon 2006, 8.) mukaan aggressiivinen käyttäytyminen voi kohdistua henkilökuntaan. Tuloksista ilmeni, että fyysisen väkivallan uhka koettiin useassa vastauksessa turvallisuutta horjuttavaksi asiaksi ja muutama vastaaja oli kokenut suurta väkivallan uhkaa kohtaamistilanteissa. Tällöin poliisin kanssa yhteistyön sujuminen koettiin tärkeäksi turvallisuutta lisääväksi tekijäksi. Hoitajan ammattitaidottomuus saattaa aiheuttaa pelkoa kohtaamistilanteessa ja pelko saattaa tällöin tarttua myös potilaaseen. Tällöin potilaan pelko saattaa tulla esiin aggressiivisena käytöksenä. (Ukonmaanaho 2006, 7.) Lisäksi koettiin hyvänä turvallisuutta lisäävänä asiana se, että poliisi kutsutaan hätäkeskuksen kautta nykyisin helpommin ensihoitokeikalle. Yksi vastaajista ilmaisi myös tärkeäksi yhteistyön mielenterveyshoitajien kanssa.

"Yleensä ottaen potilaat ovat rauhallisia, pelokkaita, sairautentunnottomia ja ihmettelevät miksi sairaalaan pitäisi lähteä..."

"...Toki on itsetuhoisia, vihaisia ja itkuisia potilaita."

"...Itseään vahingoittaneet tai sillä uhkailevat..."

Ukonmaanahon (2006, 9.) mukaan itsetuhoisuutena esiin tuleva aggressiivinen, tai väkivaltainen käyttäytyminen on hyvin vakava ongelma, joka vaatii auttajalta ammattitaitoisen kohtaamisen, sekä paljon huomiota. Itsetuhoisiin ja väkivaltaisiin potilaisiin oli törmännyt useampi tutkimukseen vastannut henkilö.

"Pari kertaa aggressiivinen mt- potilas, joka ollut uhka myös henkilökunnalle/ensihoitajille"

"...On tullu vastaan puukon kanssa..."

Potilas saattaa lähestyä toista ihmistä jopa aseensa kanssa. Ase voi toimia uhkauksena, tai potilas voi yrittää vahingoittaa sillä toista ihmistä toimiessaan väkivaltaisesti. Mikä tahansa esine, jota käytetään lyömävälineenä, on ase. (Ukonmaanaho 2006, 10.)

Ensihoitohenkilökunta hoitaa työssään erilaisia psyykkisiä sairauksia sairastavia potilaita, kuten paljon psykoosipotilaita, erityisesti akuuttiin psykoosiin sairastuneita. Lisäksi he kohtaavat mielenterveyshäiriöisiä ja persoonallisuushäiriöisiä potilaita. Mielenterveyden häiriöt jaetaan niille ominaisten oireiden perusteella eri ryhmiin. Mielenterveysongelmat voivat ilmetä monin eri tavoin. Mielenterveyden ongelmille ei välttämättä löydy yhteistä selittävää oiretta, vaan oireet voivat vaihdella huomattavasti. (Hietaharju & Nuutila 2011, 31.) Tutkimuksessa tuli esille, että työnkuva sisälsi paljon potilaiden siirtokuljetuksia, esimerkiksi päivystyksestä mielenterveysyksikköön, sekä M1-lähetteen saaneiden potilaiden kuljetuksia. Tutkimuksemme kahdessa vastauksessa mainittiin erikseen ensihoitohenkilökunnan työssä näkyvät lasten ja nuorten mielenterveysongelmat. Yhdessä vastauksessa tuli esille, että mielenterveyspotilaan kohtaamisessa vaaditaan hyvät vuorovaikutukselliset taidot. Kun ihminen tuntee, että hänet on kohdattu empaattisesti ja aidosti, hänelle syntyy tunne että hänestä välitetään ja häntä yritetään auttaa. Työntekijän empaattisuus on avain uusien näkökulmien löytymiselle ja antaa uutta näkökulmaa peilata asioita, ja mahdollistaa hyvän sosiaalisen kohtaamisen. (Romakkaniemi 2011, 238.) Hoitotyön ydin mielenterveyspotilaan auttamisessa on potilaan, ja hoitajan välinen hoitosuhde. Suhteen on oltava luottamuksellinen, jotta potilas voi avautua vaikeista asioistaan, teoistaan, ja tunteistaan. (Hietaharju & Nuutila 2010, 84; Ukonmaanaho. 2006, 10.)

"Tilanteet vaihtelevat laidasta laitaan. Mielenterveyspotilaiden kohtaaminen vaatii

hyvät sosiaaliset taidot."

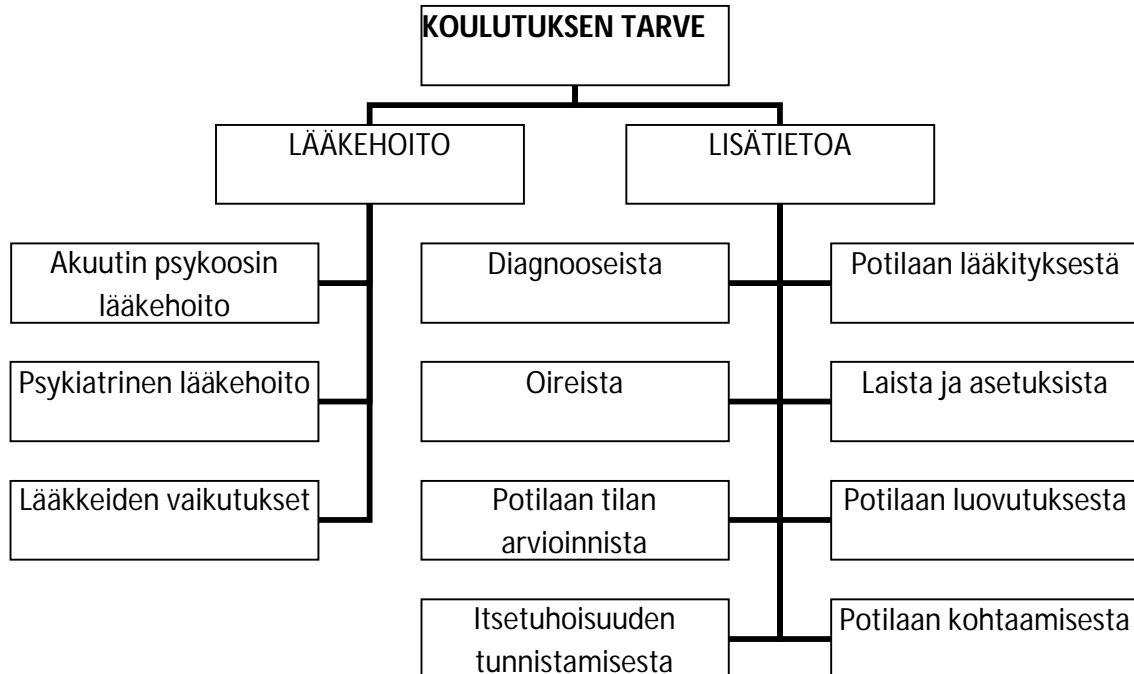
" Lievistä mt- häiriöistä, vakaviin psykooseihin."

" Paljon siirtokuljetuksia päivystyksestä mielenterveys yksikköön."

" M1:llä kuljetettavia"

" Lasten ja nuorten mielenterveysongelmia"

6.3 Ensihoitohenkilökunnan tarvitsema lisätiedon ja koulutuksen tarve mielenterveyspotilaiden kohtaamiseen



6.3 KUVIO2.

Yksi tutkimuskysymys ja tutkimuksen tarkoitus oli saada vastaus siihen, millaista lisäkoulutuksen tarvetta Jokilaaksojen ensihoitohenkilökunnalla on mielenterveyspotilaan kohtaamiseen liittyen. Kysymys oli näin: Millaista tietoa/koulutusta koet tarvitsevasi mielenterveyspotilaiden kohtaamiseen?

Monet kyselyyn vastanneista kokivat hyödyllisenä lisätiedon ja koulutuksen tarpeen mielenterveyspotilaan kohtaamiseen liittyen. Kuusi kyselyyn vastanneista koki selkeää lisätiedon tarvetta aiheeseen liittyen. Viisi kyselyyn vastaajaa ei kokenut tarvetta koulutukselle, ja heistä yksi oli sitä mieltä, että kokemuksella pärjää.

"...Kokemuksella täytyy mennä. Ei siihen hirveesti voi kouluttaa.."

"...En koe tarvitsevani hirveästi koulutusta asiasta.."

"..Potilaan kohtaamiseen lisää tietoa..."

Jos hoitajalla ei ole ammatillisuutta kohtaamistilanteissa, se saattaa provosoida potilaan aggressiivisuutta ja väkivaltaisuutta. Hoitajan käyttäytyminen tällöin toimii laukaisevana tekijänä tilanteen kärjistymiselle, ja voi laukaista väkivaltaisen käyttäytymisen. (Ukonmaanaho 2006, 7.)

Koulutukseen liittyen tuli esille myös kehittämis ehdotus; akuuttilääkehoidon kehittäminen ensihoidossa. Tämä kehittämis ehdotus sisältäisi ativanin ja haloperidolin käyttöönoton akuuttitilanteissa. Maininta oli myös M1- tilanteissa olevasta käytöstä. Koulutus sisältäisi lääkekoulutusta ja lääkkeiden käyttöön ottamisen akuuttitilanteissa. Erityisesti se koettiin tarpeelliseksi psykoottisen, ja aggressiivisesti käyttäytyvän potilaan kohdalla tilanteen rauhoittamiseksi. Aggressiivisesti ja väkivaltaisesti käyttäytyvien potilaiden hoitoon tulisi kiinnittää enemmän huomiota, sekä lisätä hoitohenkilökunnan koulutusta näiden potilaiden kohtaamiseen liittyen. Henkilökunnalla tulisi olla mahdollisuus harjoitella haastavien tilanteiden kohtaamista ja niistä selviytymistä, ja moni vastaajista koki tämän tärkeäksi koulutustarpeeksi. Käytännön harjoitteiden kautta henkilökunnalle tulisi varmuutta ja hallinnantunne lisääntyisi. (Ukonmaanaho 2006, 21.)

"..M1- tilanteissa haloperidolin käyttö?.."

"..esim. Ativanin käyttöä ja sen opetusta tarvittaisiin.."

Lisäksi ensihoitohenkilökunta kokee tarvitsevansa lisää koulutusta psykiatrian puolen eri diagnooseista, oireista ja lääkityksestä. Useassa vastauksessa ilmaistiin koulutustarvetta psykiatrian puolen lääkehoitoon liittyen.

"...Potilaiden diagnooseista, oireista, lääkityksestä.."

Mielenterveyspotilaan kohtaaminen koettiin myös tärkeäksi asiaksi ja siitä koettiin tarvittavan lisäkoulutusta. Lisäksi potilaan tilan arvioinnista, ja itsetuhoisuuden tunnistamisesta haluttiin lisätietoa. Koulutustarvetta tuotiin esille myös itsetuhoisen potilaan kohtaamiseen liittyen. Hoitajien asenne voi näkyä siinä, miten he pystyvät suhtautumaan väkivaltaisesti ja

aggressiivisesti käyttäytyviin potilaisiin. Koulutuksella voidaan antaa lisää tietoa näistä potilaista, sekä muokata mahdollisia asenteita, ja työtapoja. Työntekijät tarvitsevat myös konkreettista tietoa työhönsä siitä, miten tehdä ympäristöstä turvallinen itselle, ja potilaalle haastavissa tilanteissa. (Ukonmaanaho 2006, 12.)

"..Potilaan tilan arviointiin tietoa/ koulutusta.."

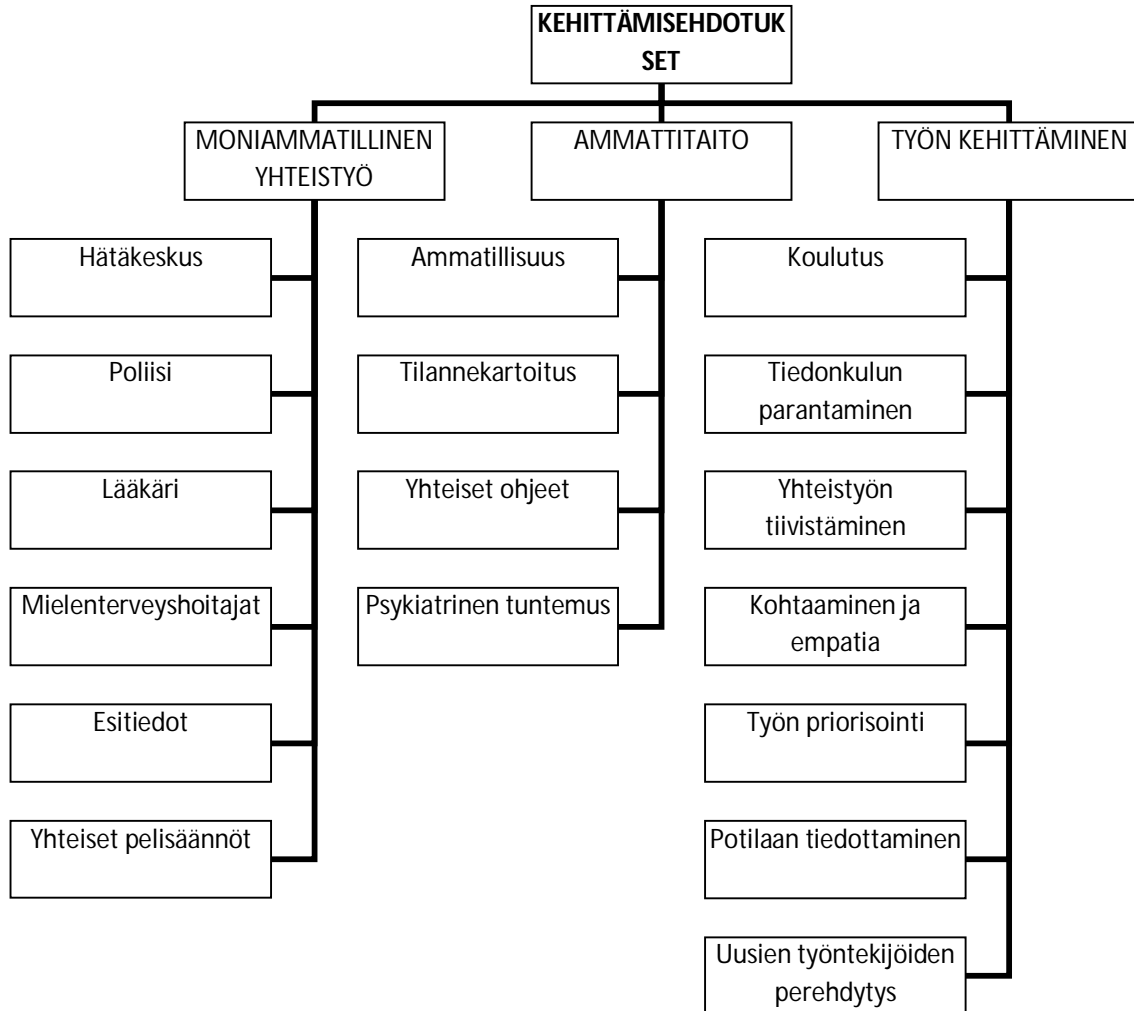
"..Ehkä itsetuhoisuuden tunnistamiseen voisi tietoa lisätä.."

Tietoa haluttiin myös lakiperusteista, jotka ohjaavat ensihoitohenkilökunnan työtä mielenterveyspotilaan hoidossa. Vastaanottavan laitoksen esittämät toiveet koettiin luovutustilanteissa tarpeellisiksi. Potilaiden luovutustilanteista koki muutama kyselyyn vastannut tarvitsevansa lisätietoa.

"..Onko vastaanottavalla laitoksella jotain toiveita, esim. alkutilanne. Onko hyötyä kysellä jotain.."

"..Sinänsä lakiperusteet ja psykiatrisen potilaan kohtaaminen.."

6.4 Kehittämisehdotuksia tilanteisiin, joissa ensihoitohenkilökunta kohtaa mielenterveyspotilaita



6.4 KUVIO 3.

Kyselylomakkeessa kysyttiin seuraava kysymys: Mitä kehittämisehdotuksia sinulla on työtilanteisiin, joissa kohtaat mielenterveyspotilaita ensihoitotilanteissa? Perustele.

Kahdella tutkimukseen vastanneista ei ollut mitään kehittämisehdotuksia. Kaksi vastaajaa oli jättänyt kysymykseen kokonaan vastaamatta. Kahdeksan vastaajaa vastasi kysymykseen erilaisin kehittämisehdotuksin.

Moniammatillisen yhteistyön sujuvuutta haluttiin korostaa eri ammattiryhmien välillä. Kehitettävää koettiin erityisesti poliisin, ja lääkärin kanssa tehtävään yhteistyöhön. Myös yhteistyötä mielenterveyshoitajien kanssa haluttiin tiivistää. Kehitettävää nähtiin hätäkeskuksen tiedonannossa ensihoitohenkilökunnalle. Hyvien esitietojen saaminen koettiin tärkeäksi. Poliisin kanssa tehtävässä yhteistyössä olisi myös kehitettävää, työn sujuvuuden, ja turvallisuuden takaamiseksi. Yhteistyötä haluttaisiin tiivistää, jotta odottelu ajat eivät pääsisi venymään liian pitkiksi. Poliisi on turvaamassa tilannepaikalla sekä ensihoitohenkilökunnan turvallisuutta, mutta sen lisäksi myös potilaan hyvinvointia. Lisäksi koettiin, että lääkärit eivät aina anna tahdosta riippumattoman hoitolähetteen saaneille potilaille riittävästi tietoa ja tähän koettiin tarvittavan parannusta. Moniammatillinen yhteistyö sisältää yhteyksien luomisen, sekä yhteistyön eri ammattiryhmien välillä. Eri ammattilaiset suunnittelevat potilaan hoidosta toimivan kokonaisuuden. Yhteistyön tulee olla tavoitteellista, luottamuksellista, ja jokainen ammattilainen sitoutuu työskentelemään potilaan parhaaksi. (Romakkaniemi 2011, 62.)

Yksi tutkimuskyselyyn vastanneista halusi korostaa potilaan inhimillistä kohtaamista auttamistilanteissa ja halusi tuoda tämän esille kehittämissuhteena. Kyselyssä tuli myös esille auttajien ennakoasenteita mielenterveyspotilaita kohtaan. Vaikka ennakoasenteet mielenterveysongelmia kohtaan ovat nykyaikana lieventyneet, siitä huolimatta niihin liitetään edelleen yleistyksiä, joita yhä toistetaan. Mielenterveyshäiriöinen syrjäytyy yhteiskunnasta helposti, mutta voi tulla myös syrjäytetyksi yhteiskunnan taholta. (Romakkaniemi 2011, 41.)

"Hoidetaan potilasta, ei hankalaa tapausta."

"Taustatietojen saaminen helpommaksi."

Yhteisten pelisääntöjen luominen oli mainittu kehittämissuhteena. Kaksi vastaajista oli sitä mieltä, että olisi hyvä tehdä selkeä ja toimiva ohjeistus siitä, miten mielenterveyspotilas kohdataan. Kaikki ensihoitotyötä tekevät tulisivat toimimaan tällöin samojen ohjeiden mukaisesti.

"Kaikille sama ohjeistus, eli joku kultainen keskitie miten mt-potilas kohdataan ja

miten asiainnissa tulee edetä. Helpottaa työskentelyä."

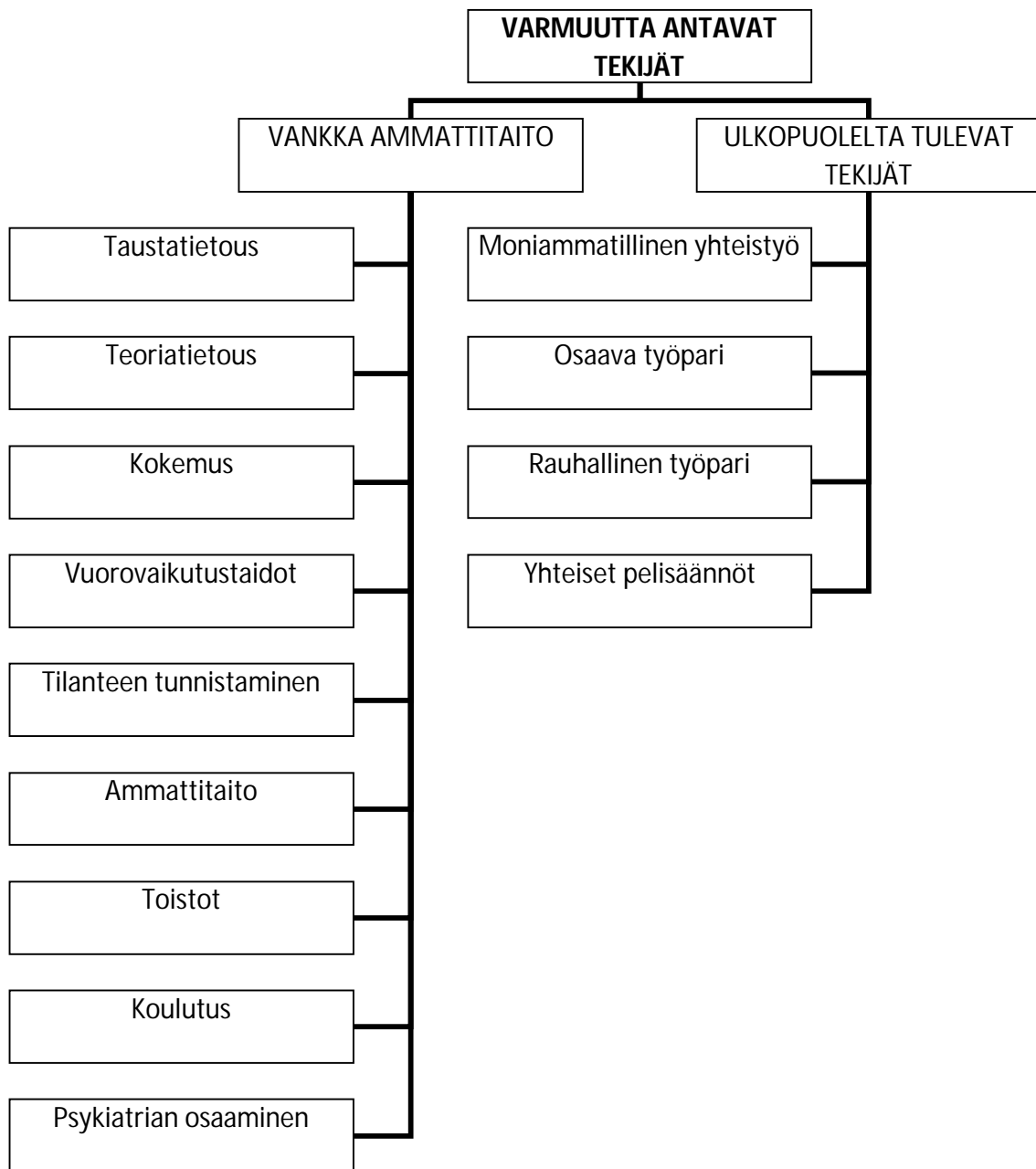
Yksi vastaajista oli sitä mieltä, että uudet sairaankuljettajat tarvitsevat nykyistä enemmän koulutusta mielenterveysongelmista. Mielenterveyshäiriöitä ei voi mittarilla todeta, joihin hän ajattelee uusien sairaankuljettajien liikaa luottavan.

Yhden vastaajan mielestä täytyy edetä tilanteen vaatimalla tavalla. Tilanteet vaihtelevat ja niiden mukaan valitaan toimintasuunnitelma. Mitään tiettyä toimintalinjaa ei mielenterveyspotilaan kohtaamisessa tällöin olisi, vaan vastauksessa tuli esille, että edetään aina tilanteen mukaisesti.

"Tilanteet vaihtelee laidasta laitaan. Mihinkään tiettyyn sabluunaan ei voi tukeutua."

Tutkimuksessa tuli myös esille kehittämissuhteena uusien työntekijöiden hyvä perehdytys ja sen tarpeellisuus. Lisäksi tutkimustuloksista ilmeni, että koulutus, ja psykiatrinen tuntemus koetaan tärkeäksi kehittämisalueeksi ja ne tuotiin esiin vastauksissa.

6.5 Varmuutta tuovia tekijöitä potilaskohtaisissa



6.5 Kuvio 4.

Viimeisessä kysymyksessä kysyimme, mikä auttaa tuntemaan varmuutta kohdatessasi mielenterveyspotilaan ensihoitotehtävissä. Pyysimme myös perusteluja. Vain yksi kahdestatoista vastaajasta jätti vastaamatta kysymykseen.

Kokemus toi varmuutta viidelle vastaajalle työtilanteissa, joissa kohdataan mielenterveyspotilas. Kokemuksen myötä tulevat toistot lisäsivät myös varmuutta. Vuorovaikutustaidot ovat tärkeitä potilaiden kohtaamistilanteissa ja se tuli esille useassa vastauksessa. Tilanteita voi myös ennakoita jo etukäteen, esimerkiksi tarvitaanko poliisia paikalle turvaamaan tilanteen rauhallisuus.

"Yleensä puhumalla pärjää, mutta pitää pystyä tunnistamaan tilanne,

jolloin se ei riitä."

"Tarvittaessa poliisin läsnäolo."

Psykiatrian osaaminen ja koulutus koettiin varmuutta antaviksi tekijöiksi. Vahva ja vankka ammattitaito, teorian tiedon osaaminen psykiatriasta sekä itsellä, että työkaverilla koettiin tärkeäksi. Hyvien taustatietojen saaminen potilaasta helpottaa myös auttajien työskentelyä. Yksi vastaajista koki, että olisi hyvä tietää, miten lääkitys vaikuttaa potilaaseen, esimerkiksi tunnetasolla.

"Psykiatrian vahva osaaminen kenttäensihoidossa. Tausta/ teoria

tietous ko. alasta."

Moniammatillinen yhteistyö esimerkiksi mielenterveystyöntekijöiden, ja muiden viranomaisten kanssa lisäsi varmuuden tunnetta työkentällä. Myös hyvin sujuva ja toimiva yhteistyö työparin kanssa koettiin tärkeäksi. Tuloksista ilmeni, että työparissa arvostettiin kokemusta, koulutusta, rauhallisuutta, sekä yhteisten pelisääntöjen noudattamista.

"Osaava, rauhallinen työpari, joka toimii yhteisten pelisääntöjen mukaan.

Usein tilanteessa uhkaa."

Hoitajan rauhallisuus mielenterveyspotilasta auttaessa on tärkeää. Koko ajan voi arvioida omaa toimintaansa kiinnittämällä huomiota siihen, miten autettava reagoi auttamistilanteissa. Auttajan on myös hyvä olla joustava ja pystyä tarvittaessa tekemään tilanteessa nopeita muutoksia. (Ukonmaanaho 2006, 16.)

7 TUTKIMUKSEN LOPPUYHTEENVETO

Toinen tämän tutkimuksen tekijöistä on erikoistunut sairaanhoitajan opinnoissa sisätauti-kirurgiseen sairaanhoitoon ja toinen suuntautuu tulevaisuudessa opinnoissaan psykiatriseen sairaanhoitoon. Meidän molempien mielenkiinnon kohteena on psykiatrisen sairaanhoito ja kumpaakin kiinnostaa psykiatrisen hoitotyö osa-alueena. Tämän opinnäytetyön avulla olemme syventyneet psykiatrisen sairaanhoidon osaamiseen. Olemme saaneet paljon hyödyllistä oppia ja tietoa tulevaisuuteemme tulevina sairaanhoitajina. Tämä opinnäytetyö on ollut suuri opettaja kaikkine haasteineen ja olemme myös oppineet tärkeitä yhteistyötaitoja tämän työn kautta. Seuraavaksi käsittelemme työssä tutkimuksen loppuyhteenvetoa.

7.1 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Yksi tutkimuksen luotettavuutta mittaava tekijä on aiheen valinta. Aiheen valinta on yksi tärkeistä eettisistä kysymyksistä. (Sarajärvi & Tuomi 2002, 126). Aiheen valinnassa tulee aina miettiä, miksi tutkitaan, mitä tutkitaan ja kenen ehdoilla. Kannattaa myös miettiä onko aihe yhteiskunnallisesti tärkeä. (Hirsjärvi ym. 2004. 26.) Meillä molemmilla on tulevaisuudessa sairaanhoitajina erityinen kiinnostus psykiatrista hoitotyötä kohtaan. Aiheemme mielenterveyspotilaan kohtaaminen ensihoidossa on myös hyvin tärkeä ja ajankohtainen, sillä yhteiskunnassamme esiintyy paljon mielenterveysongelmia, ja tulemme varmasti jatkossa työskentelemään hoitotyön osaajina mielenterveyspotilaiden parissa. On hyvä huolehtia siitä, että ammatti-ihmiset saavat riittävästi tietoa ja koulutusta mielenterveyspotilaan ammatilliseen kohtaamiseen. Tämän vuoksi me halusimme tehdä opinnäytetyön mielenterveyspotilaan kohtaamiseen liittyen. Tämä opinnäytetyö on merkittävä myös somaattiselle puolelle töihin suuntaavalle toiselle tekijälle, sillä psykiatrista hoitotyötä kuuluu osata myös somaattisella puolella. Aiheenvalinnan tarkka miettiminen on myös tärkeää tutkimuksen onnistumisen kannalta.

Kyselylomakkeissa oli avoimet kysymykset Näin kyselyyn vastannut pystyi itse kuvailemaan kokemuksiaan ja tuntemuksiaan paremmin. Tämä on myös oleellinen osa laadullisen tutkimuksen ominaispiirrettä, useinhan se perustuu kokemuseräisen tiedon tuottamiseen. Vastaajat vastasivat nimettömänä kyselyyn omalla työajallaan, jolloin heidän anonymiteetti säilyi hyvin. Tämä on tärkeää, että vastauksiin saa vastata nimettömänä ja näin ilman pelkoa siitä, että

vastaajan henkilöllisyys tulisi tutkijoiden tietoon. Tämä on myös osa eettisyyden huomiointia. Vastaajat sulkivat vastauksensa kirjekuoriin. Vastauspaperit hävitettiin tutkimuksen valmistuttua asianmukaisella tavalla. Myös tulokset käsiteltiin luottamuksellisesti, saattamatta niitä ulkopuolisille ihmisille. Jälkeenpäin mietimme kuitenkin, että haastattelemalla olisimme voineet saada monipuolisemmat vastaukset. Aiheemme on kuitenkin aika kokemuskohtainen joten sen tutkiminen haastattelemalla olisi voinut olla vaivalloisempaa. Aihe voisi olla myös arka vastata suorassa kontaktissa. Tutkimustyötä tehdessä tiedonhankintatapojen tulee olla asianmukaisia, ja tutkittavan henkilön on kyettävä ymmärtämään tutkimukseen osallistumisen merkitys. (Hirsjärvi ym. 2004. 27). Kun laadimme kyselylomaketta, kiinnitimme tähän asiaan huomiota siten, että kerroimme kyselylomakkeisiin lyhyesti, mutta havainnollisesti tutkimuksen merkitys ja tavoite, myös ensihoitohenkilökunnan työn kannalta havainnollistaen. Kyselylomakkeen avulla ajattelimme kuitenkin saavamme enemmän tutkimustuloksia, verrattuna haastatteluun. Tämä oli myös vaikuttamassa siihen, että päädyimme kyselylomakkeeseen. Tutkimuksen luotettavuutta lisää myös se, että testasimme kyselylomaketta ennen varsinaista tutkimusta kahdella Jokilaaksojen pelastuslaitoksen kautta saadulla henkilöllä. Näin saimme tiedon siitä, että kyselylomake on toimiva, ja saimme näin myös hyvät vastaukset analysoitaviksi. Esitestaus osoitti kyselylomakkeen toimivaksi ja emme muuttaneet ennen esitestausta laadittua kyselylomaketta lainkaan.

Tutkimuksemme luotettavuutta lisää myös ohjaavan opettajamme antama palaute ja ohjaus tutkimuksemme eri vaiheissa. Saimme ohjausta ohjaavalta opettajaltamme Liisa Kiviniemeltä. Annoimme myös asiaa eri näkökulmasta tutkineen henkilön tutustua työhömmme, ja myös hänen tutkimustuloksensa ovat olleet samansuuntaisia. Face validateetti on menetelmä, jossa ilmiön tunteva henkilö tutustuu tutkimustuloksiin tulosten luotettavuuden lisäämiseksi. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 10.)

Luotettavuutta tutkimukseemme lisäsi myös lähteiden runsas käyttö. Tutkimuksessa tulisi käyttää luotettavia lähteitä, eli niiden tulisi olla mahdollisimman uusia, sekä laadukkaita. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 289). Etsimme hyvin monipuolisesti tietoa tutkimusaiheestamme. Pyrimme myös käyttämään mahdollisimman uusia saatavilla olevia lähteitä. Kuitenkin, jos arvioimme tiedon olevan muuttumatonta, saatoimme käyttää myös vanhempia lähteitä, sillä uusia lähteitä aiheesta oli yksinomaan vaikea löytää. Lähdemerkinnät teimme opinnäytetyön ohjeiden mukaisesti. Hankimme lähteitä useista eri kirjastoista, ja käytimme paljon aikaa tiedon etsimiseen. Hyödynsimme myös kirjaston palveluja monipuolisesti kirjojen haussa ja hakuja tekivät myös

kirjaston informaattikot yhdessä meidän kanssa. Asianmukaiset lähdemerkinnät ovat myös osa tutkimuksen eettisyyttä, ja tutkijan tulisi monipuolisella lähteiden käytöllä parantaa tutkimuksen eettisyyttä. (Hirsjärvi ym. 2007,26).

Sisällönanalyysia työstäessä pidimme kokoajan mielessämme vastauksien alkuperäisen sisällön, sekä palautimme yhä uudelleen mieliimme vastauksien alkuperäisen muodon. Halusimme näin estää asian merkityksen muuttumisen analysointivaiheessa. Mielestämme tämä on tärkeä jo tutkimuksen luotettavuuden arviointia miettiessä ja tätä asiaa ei voi koskaan liikaa korostaa tutkimustöissä. Lisäksi pyrimme työssä tuomaan esille vain ne tulokset, jotka tulivat esiin useimmissa vastauksissa. Pyrimme myös välttämään työssä asioiden yleistämistä, jotta tutkimustulokset eivät vääristyisi. Tutkimuksen luotettavuutta heikentävänä tekijänä koimme sen, että kummallakaan ei ole aiempaa kokemusta tutkimuksen tekemisestä. Tämä myös aiheutti haasteita työn etenemisessä, ja jouduimme ottamaan paljon selvää asioista työn eri vaiheissa. Sisällönanalyysin tarkka havainnollistaminen työssä oli ohjeena myös meidän analyysin tekemisessä. Tämä on myös osa tutkimuksen luotettavuutta ja lisäksi se on tutkimuksen eettisyyttä parantava tekijä. (Hirsjärvi ym. 2007, 26.)

7.2 Tutkimustulosten hyödyntäminen ja jatkotutkimusehdotukset

Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää Jokilaaksojen pelastuslaitoksella kehitettäessä mielenterveyspotilaan kohtaamista ensihoitotehtävissä. Tuloksista on hyvä katsoa, mitä lisäkoulutusta Jokilaaksojen pelastuslaitoksen ensihoitohenkilökunta kokee tarvitsevansa, sekä myös hyödyntää tutkimustuloksia tulevan oppaan teossa. Opas laaditaan ensihoitohenkilökunnalle ja se sisältää ohjeet mielenterveyspotilaan kohtaamisesta ensihoitotilanteissa. Jokilaaksojen pelastuslaitos pystyy nyt tutkimuksen perusteella, niin halutessaan edelleen kehittämään näiltä osin työntekijöilleen laadukkaamman, turvallisemman ja ammatillisuutta korostavan työympäristön, josta hyötyy niin ensihoitohenkilökunta, mutta myös potilaat. Näin voidaan kehittää mielenterveyspotilaan kohtaamista, mutta myös antaa ammattilaisille valmiuksia kohdata niitä ammatillisesti ja paras ammattitaito hyödyntäen.

Tutkimusta voidaan hyödyntää laajasti terveysalan eri ammattiteissa, joissa kohdataan mielenterveyspotilaita. Tutkimus voi antaa vastauksia mielenterveyspotilaan kohtaamiseen sekä ammattilaisille, että myös omaisille. Mielenterveyspotilaan kohtaamista tulisi mielestämme korostaa, koska sillä on suuri merkitys potilaan hyvinvoinnille ja hoidon sujuvuudelle, mutta ennen

kaikkea hoidon laatuun. Me pohdimme, että tämä asia on hyvin tärkeä myös siksi, että ihmisellä on oikeus hyvään hoitoon kaikista tilanteista riippumatta.

Jatkotutkimushaasteita nousi esille tutkimusta tehdessä useampia. Tässä niistä muutama esimerkki mitä haluamme tuoda esille.

Miten koulutustausta vaikuttaa mielenterveyspotilaiden kohtaamiseen hoitotyössä. Onko koulutustaustalla väliä, kun eri ammattilaiset kohtaavat mielenterveyspotilaita, vai ovatko asenteet koulutustaustasta riippumatta ammatillisia.

Olisiko ensihoitohenkilökunnan vapaammasta potilastietojen saannista enemmän hyötyä, vai kenties haittaa. Tämän asian voisi tarkastella potilaiden, sekä hoitajien näkökulmasta.

Nousi myös esille yksi melko keskeinen ja mielenkiintoinen tutkimuksen kohde. Miten mielenterveyspotilas kohdataan sairaaloiden vuodeosastoilla. Tätä voisi tutkia hoitajan ja potilaan näkökulmista.

Meillä on herännyt tämän tutkimuksen aikana paljon kysymyksiä mielenterveyspotilaan kohtaamiseen ja hoitoon liittyen. Olemme pohtineet niitä yhdessä työtä tehdessä. Meidän mielestä aiheita tulisi tutkia enemmän, sillä asenteissa olisi hyvä saada edelleen aikaan muutosta. Pohdimme juuri sitä, että muutoksen täytyy todennäköisesti ensin tapahtua henkilökunnassa ja sen jälkeen muutos olisi mahdollinen tapahtumaan myös yhteiskunnassa. Kohtaamiseen liittyen tarvittaisiin meidän mielestä lisää koulutusta ja esimerkiksi pohdimme, voitaisiinko asenteisiin ja kohtaamisiin vaikuttaa erilaisten projektien avulla. Myös hoitotyön ammattilaisten koulutuksessa voitaisiin kiinnittää tähän asiaan enemmän huomiota.

7.3 Työn tuomat oppimiskokemukset

Opinnäytetyötä tehdessä opimme hakemaan tietoa eri tiedonlähteistä. Huomasimme, kuinka paljon kirjasto antaa mahdollisuuksia tiedon hankkimiseen ja miten voidaan hyödyntää eri tiedonhakujärjestelmiä ja hankkia tietoa niiden avulla. Opimme tarkastelemaan valmiita tutkimustöitä eri tavalla, kuin ennen, pohtien esimerkiksi niiden luotettavuutta, ikää ja muita tutkimukseen soveltuvuus tekijöitä. Peilasimme myös valmiita tutkimuksia meidän tutkimukseen ja saimme vinkkejä omaan työhön. Osaamme myös tulevaisuudessa hyödyntää niitä paremmin tieto materiaalina sekä opiskelussa, että sairaanhoitajan työssä.

Työn kautta opimme hyvin tarkasti tutkimustyön tekemiseen liittyviä taitoja ja ehkä seuraavan tutkimuksen tekeminen olisikin jo huomattavasti helpompaa. Työn kautta olemme saaneet kirjallisen työn taitoja, sekä hyödyllisiä ammatissa tarvittavia yhteistyötaitoja. Yhdessä tekeminen on antanut mahdollisuuden harjaannuttaa näitä taitoja ja sitä kautta myös valmiuksia tulevaan sairaanhoitajan ammattiin. Tutkimuksen toteutus tapahtui parityöskentelynä. Asumme eri paikkakunnilla, minkä vuoksi teimme myös jonkin verran jaettua yksilö työskentelyä. Tällöin pidimme yhteyttä toisiimme puhelimitse ja sähköpostilla. Aina tarvittaessa kysyimme neuvoa myös ohjaavalta opettajalta. Suurimmaksi osaksi työstimme opinnäytetyötä yhdessä, esimerkiksi jommankumman kotona tai kirjastossa, jonne kummallakin kertyi saman verran matkaa.

Tutkimustyön alkuvaiheessa sovimme aikataulusta, jonka mukaan opinnäytetyö olisi esitettävässä kunnossa syyskuussa 2013. Myöhemmin tarkaksi opinnäytetyön esityspäiväksi varmistui 4.9.2013. Tutkimustyön tekemisen aloitimme maaliskuussa 2013. Olimme molemmat hyvin motivoituneita työn tekemiseen ja se osaltaan edisti työn valmistumista. Aihe kiinnosti kumpaakin tekijää ja se teki työn tekemisestä mieluista. Laadimme myös yhteistuumin tarkan aikataulun, missä pyrimme pysymään. Teimme työtä tiiviisti maaliskuulta 2013 ja koko kevään ja kesän 2013.

Olemme kokeneet, että tämä opinnäytetyön tekeminen on lisännyt ammatillista tietämystä erityisesti mielenterveystyöhön liittyen ja antanut paljon oppia tulevaan sairaanhoitajan työhön ja näin ollen tulevaa työelämää varten. Olemme kasvaneet ammatillisesti opinnäytetyötä tehdessä. Uskomme, että meillä on hyvä tietoperusta kohdata tulevaisuuden työssä mielenterveyspotilaita. Osaamme kohdata heidät tilanteen vaatimalla tavalla ammatillisesti ja työmme on auttanut poistamaan myös ennakoasenteita mielenterveyspotilaita kohtaan. Tämän tutkimuksen tekemisen tuoma tietämys auttaa meitä tulevaisuudessa, kun toimimme sairaanhoitajina omilla erikoistumisaloilla, sillä koemme että psykiatrian puolen osaamisesta on hyötyä kaikkialla sairaanhoitajan ammattia harjoittaessa.

Uskomme, että ensihoitohenkilökunnan mielenkiinto työtämme kohtaan kasvaa, kun he näkevät tutkimustulokset. Olisimme voineet parantaa heidän mielenkiintoaan tutkimustamme kohtaan käymällä esittelemässä heille työtäm henkilökohtaisesti heidän työpaikallaan, ennen varsinaisen tutkimuksen toteuttamista. Jäimme myös miettimään sitä, olisiko tämä lisännyt tutkimukseen liittyen kattavampia vastauksia, sillä olisimme voineet kertoa heille tutkimuksen taustasta ja tarkoituksesta hieman paremmin. Tällä tavoin olisimme ehkä saattaneet saada heidät innokkaammiksi vastaajiksi ja yhteistyöntekijöiksi. Meidän olisi kannattanut myös ehkä korostaa

heidän koulutuksensa tarpeen selvittämistä. Toimme kyselylomakkeessa kuitenkin selkeästi esille sen, että tutkimustulokset hyödynnetään myöhemmin heidän työssä.

Tutkimustyön toteutuksessa tärkeimpänä voimavarana koimme molemmat työparin kanssa asioiden jakamisen. Toistemme tukeminen, sekä kannustaminen antoi paljon puhtia saattaa työ loppuun hyvinkin haastavissa elämäntilanteissa. Väliin oli voimat työn edetessä vähissä, mutta tuimme toisiamme ja kannustimme, jotta työ edistyisi. Kummankin samanaikainen muu opiskelu ja työssä oleminen veivät paljon voimavaroja ja aiheuttivat oman haasteensa työskentelyyn. Kuitenkin pysyimme hyvin aikataulussa ja aikaa työllemme löytyi riittävästi. Myös ohjaava opettaja toimi meille suurena tukena ja kannustuksena. Häneltä saimme paljon apua, sekä neuvoja ja hän oli aina valmis auttamaan. Lisäksi hänen positiivinen asenne auttoi meitä jaksamaan työssä eteenpäin. Koemme tämän työn lisänneen yhteistyötaitoja, joista myös hyödyimme tulevaisuudessa.

LÄHTEET

Aalto, M. Bäckmand, H. Haravuori, H. Lönnqvist, J. Marttunen, M. Melartin, T. Partanen, A. Partonen, T. Seppä, K. Suomalainen, L. Suokas, J. Suvisaari, J. Viertiö, S. & Vuorilehto, M. 2009. Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen: Opas ennaltaehkäisevän työn ammattilaisille. Helsinki: Yliopistopaino.

Aaltola, J. & Valli, R. 2010. Ikkunoita tutkimusmetodeihin. Juva: WS Bookwell Oy.

Ahola, T. & Furman, B. 2012. Ongelmista ratkaisuihin: Lyhytterapian perusteet. Latvia: Livonia Print.

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

Antony, M. Heimberg, R. & Ledley, D. 2008. Pysyvä muutos. Kongnitiivinen käyttäytymisterapia käytännössä. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Castren, M. Kinnunen, A. Paakkonen, H. Pousi, J. Seppälä, J. & Väisänen, O. 2002. Ensihoidon perusteet. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Depressio (online). Käypähoito- suositus, 2010. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura

Depressio – tunnistaminen- ja hoito. 1995. Suomen akatemian julkaisuja 1. Helsinki: Duodecim Oy.

Ekström, L. Leppämäki, P. & Vilen, M. 2002. Vuorovaikutuksellinen tukeminen sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: WSOY.

Fogelholm, M. Nupponen, R. & Vuori, I. 2005. Terveysliikunta. Helsinki: Duodecim Oy.

Gleeson, J. & McGorry, P. 2005. Varhaisen psykoosin psykoterapeuttinen hoito. Helsinki: Edita Prima Oy.

Haarakangas, K. 2008. Parantava puhe: Dialogisuus ihmissuhteissa, mielenterveystyössä- ja psykiatrisessa hoidossa. Helsinki: Magentum Oy.

Haarakangas, K. & Seikkula, J. 1999. Psykoosi: Uuteen hoitokäytäntöön. Tampere: Tammerpaino Oy.

Haarala, M. Jääskeläinen, A. Kilpinen, N. Panhelainen, M. Peräkoski, H. Puukko, O. Riihimäki, K. Sundman, M. & Tauriainen, P. 2010. Masennuksen hoito perusterveydenhuollossa. Vammala: Tammi Oy.

Heikkinen, M. Henriksson, M. Isometsä, E. Lönnqvist, J. Marttunen, M. & Partonen, T. 1999. Psykiatria. Jyväskylä: Gummerus Oy.

Heikkinen, M. Henriksson, M. Lönnqvist, J. Marttunen, M. & Partonen, T. 2001. Psykiatria. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Heikkinen- Peltonen, R. Innamaa, M & Virta, M. 2008. Mieli ja terveys. Helsinki: EDITA.

Heiskanen, T. Huttunen, M. & Tuulari, J. 2011. Masennus. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Henriksson, M. Lönnqvist, J. Marttunen, M. & Partonen, T. 2011. Psykiatria. Keuruu: Otava Oy.

Hietaharju, P. & Nuutila, M. 2010. Käytännön mielenterveystyö. Helsinki: WSOY.

Hirsjärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. Tutki ja kirjoita. 2009. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Hirsjärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä: Gummerus Oy.

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

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

Huttunen, M. 1996. Havaintoja kolmannelta linjalta: Parantamisen tieteestä auttamisen taitoon. Helsinki: Gummerus Oy.

Huttunen, M. 2002. Masennus. Helsinki: Duodecim Oy.

Isohanni, M. Larivaara, P. & Winbland, I. 1996. Perusterveydenhuollon psykiatria. Jyväskylä: Gummerus Oy.

Isotalus, A. 2003. Nuoren kokemus masennuksesta, sen syistä ja hengissä selviämisestä. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulun yliopisto.

Jokilaaksojen pelastuslaitoksen palvelutasopäätös 2010-2013. Luettu 23.3.2013.

Kaksisuuntainen mielialahäiriö (online). Käypähoito- suositus, 2008. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriayhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2008 (viitattu 21.10.2008).

Kananen, J. Opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. 2010. Jyväskylä. Tampereen yliopistopaino Oy.

Kanerva, A. Kuhanen, C. Oittinen, P. Schubert, C. & Seuri, T. 2010. Mielenterveys hoitotyö. Helsinki: WSOY.

Kankkunen, P. & Vehviläinen- Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Karila, I. & Kokko, A-M. 2008. Krooninen masennus, Mitä on tehtävissä?. Porvoo: WS Bookwell (Edita)

Kilkku, N. 2008. Potilasopetus ensipsykoosipotilaan hoidossa. Hoitotieteen laitos. Tampereen Yliopisto.

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

Koskisuu, J. 2004. Oman elämänsä puolesta: Mielenterveyskuntoutujan työkirja. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kujala, U. Partonen, T. Taimela, S. & Vuori, I. 2005. Liikuntalääketiede. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 1/1999, vsk. 11. 3-11. Helsinki: Hoitotieteen tutkimusseura ry.

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

Levoska, M. 2007. Sairaanhoidtajien kokemuksia psykiatrisesta päivystystyöstä. Hoitotieteen- ja terveystieteiden laitos. Oulun yliopisto.

Liukka, M. 2010. Perusterveydenhuollon hoitajien asenteet masennukseen ja sen hoitoon. Hoitotieteen laitos. Itä-Suomen yliopisto.

Lääkäriseura Duodecim. 2013. Paniikkihäiriö. 23.3.2013.
<http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo91894.pdf>

Metsämuuronen, J. Laadullisen tutkimuksen perusteet. 2008. Jyväskylä. Gummerus Oy.

Mielonen, M. 1996. Mielenterveysasiakkaiden hoitoon hakeutuminen. Hoitotieteen laitos. Oulun yliopisto.

Punkanen, T. 2001. Mielenterveys ammattina. Helsinki: Tammi.

Raimo, K. & Salokangas, R 2007. Psykoosille altis potilas: Sosiaali- ja terveysministeriön tutkimuksia. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.

Rasku, K. & Rasku, T. 2000. Harhaisen potilaan kohtaaminen ensihoidossa. Systole 1.2000.

Romakkaniemi, M. 2011. Masennus. Akateeminen väitöskirja. Lapin yliopisto.

Ryynänen, E-M. 2005. Masentuneen potilaan toivo ja sitä tukeva hoito. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.

Sarajärvi, A. & Tuomi, J. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

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

Skitsofrenia (online). Käypähoito- suositus, 2013. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriayhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2013 (Viitattu 14.2.2013).

Soininen, M. 1995. Tieteellisen tutkimuksen perusteet. Turku; Painosalama Oy.
Suomen akatemian julkaisuja, Duodecim 1/1995. Depressio- Tunnistaminen ja hoito. Helsinki: Painatuskeskus

Tamminen, T. 2001. Mielet maasta. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Ukonmaanaho, U. 2006. Hallittu hoidollinen rajoittaminen psykiatrisessa hoitotyössä. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulun yliopisto.

Valkonen, J. 2007. Psykoterapia, masennus ja sisäinen tarina. Helsinki. Kuntoutussäätiön tutkimuksia. Yliopistopaino.

Weizmann- Henelius, G. 1997. Väkivaltaisen ihmisen kohtaaminen. Tampere: Tammer-Paino Oy.

LIITE

KYSELY JOKILAAKSOJEN ENSIHOITONENKILÖKUNNALLE

Hyvä ensihoitotyössä työskentelevä ja yhteistyökumppani!

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Oulun Seudun Ammattikorkeakoulusta, Oulaisten yksiköstä. Olemme tekemässä opinnäytetyönä tutkimustyötä mielenterveyspotilaan kohtaamisesta ensihoitotehtävissä. Teemme tutkimuksen yhteistyönä Jokilaaksojen pelastuslaitoksen kanssa.

Tarkoituksena on selvittää, millaisia kokemuksia teillä on työssänne mielenterveyspotilaan kohtaamisesta. Tutkimuksessa selvitetään myös sitä, millaisia lisäkoulutustarpeita te ensihoitotyössä työskentelevät koette tarvitsevanne mielenterveyspotilaan kohtaamisesta.

Tutkimusta voidaan hyödyntää tulevaisuudessa kun kehitetään Jokilaaksojen pelastuslaitoksen ensihoitotoimintaa. Tutkimusta hyödynnetään mahdollisesti Jokilaaksojen pelastuslaitoksen henkilökunnalle laadittavassa oppaassa, jossa käsitellään mielenterveyspotilaan kohtaamista ensihoitotehtävissä.

Vastauslomakkeita käytämme vain opinnäytetyössämme ja henkilöllisyytenne ei tule esille missään vaiheessa. Kyselyyn vastataan anonyymisti!

Vastaukset käsittelemme luottamuksellisesti ja lopuksi hävitämme ne salassa pidettävien asiakirjojen tavoin.

Kiitos vastauksistanne!

Yhteistyöterveisin: Marika Hiltunen ja Tapio Pesälä

Sairaanhoitajaopiskelijat

1. Millainen koulutus sinulla on? Ympyröi oikea vaihtoehto.

1. Lähihoitaja
2. Ensihoitaja
3. Sairaanhoitaja
4. Muu, mikä?

2. Kuinka kauan olet työskennellyt ensihoitotehtävissä? Ympyröi oikea vaihtoehto.

1. Alle 5 - vuotta
2. 5- 10 – vuotta
3. 10- 15 – vuotta
4. yli 15 - vuotta

3. Millaisia kokemuksia sinulla on mielenterveyspotilaan kohtaamisesta ensihoitotilanteissa? Kerro esimerkkejä.

4. Millaista tietoa/koulutusta koet tarvitsevasi mielenterveyspotilaiden kohtaamiseen?

5. Mitä kehittämissuhteita sinulla on työtilanteisiin jossa kohtaat mielenterveyspotilaita ensihoitotilanteissa? Perustelee.

6. Mikä auttaa tuntemaan varmuutta kohdatessasi mielenterveyspotilaan ensihoitotehtävissäsi? Perustelee vastauksesi.

Kiitos yhteistyöstä!