

APUA AHDISTUKSEEN

Sairaanhoitajien käyttämät
psykoterapeuttiset menetelmät

Hanna Rapo
Opinnäytetyö, syksy 2015
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Rapo, Hanna. Apua ahdistukseen, sairaanhoitajien käyttämät psykoterapeuttiset menetelmät. Helsinki, syksy 2015, 40 sivua.

Diakonia-ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja (AMK).

Ahdistuneisuus, kuten stressikin, on ihmiselle normaali tunnetila. Normaalin ja hoitoa vaativan ahdistuneisuuden raja on kuitenkin häilyvä. Pitkittyessään ahdistuneisuus voi rajoittaa ihmisen tavallista elämää hyvin paljon. Ahdistuneisuus on yksi yleisimmistä psyykkisistä oireista ja vaikka ahdistuneisuus on oire, on sitä usein hoidettava itsenäisenä sairautena sen toimintakykyä heikentävän vaikutuksen vuoksi. Hoitomuotoina ahdistuneisuuteen käytetään muun muassa masennuslääkitystä sekä psykoterapiaa.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata, millaisia psykoterapeuttisia menetelmiä erikoissairaanhoidossa olevat sairaanhoitajat käyttävät, kun he hoitavat ahdistuneita potilaita. Lisäksi tavoitteena oli kehittää psykoterapeuttisten menetelmien käyttöä tuomalla niitä laajempaan tietoisuuteen ja näin ollen parantaa ahdistuneiden potilaiden hoitoa avohoidossa. Tutkimuskysymys opinnäytetyössä oli: Mitä psykoterapeuttisia menetelmiä sairaanhoitajat oman kokemuksensa mukaan käyttävät hoitaessaan ahdistuneita potilaita?

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena terveystutkimuksena ja aineisto kerättiin hoitotyötä tekeviltä sairaanhoitajilta Helsingissä Sturenkadun psykiatrian poliklinikalta. Sairaanhoitajille kerrottiin sekä henkilökohtaisesti että kirjallisesti opinnäytetyön aiheesta sekä tarkoituksesta ja heitä pyydettiin kirjoittamaan vapaa-muotoisesti käyttämistään psykoterapeuttisista menetelmistä. Sairaanhoitajilta saatu aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä.

Aineiston perusteella sairaanhoitajien käyttämiksi psykoterapeuttisiksi menetelmiksi muodostuivat hoitosuhde, tietoinen läsnäolo, rentoutuminen, psykoedukaatio ja psykodynaamisen ajattelun tukeminen. Näiden lisäksi sairaanhoitajat käyttivät yksittäisiä menetelmiä, kuten pyysivät potilaita pitämään ajatuspäiväkirjaa ahdistavista ajatuksista tai pitämään huolihetkiä. Lisäksi sairaanhoitajat kävivät myös potilaiden kanssa läpi huoliajatuksia muun muassa kyseenalais-tamalla niitä.

Asiasanasto: mielenterveys, mielenterveystyö, ahdistuneisuus, ahdistuneisuuden hoito, psykoterapeuttiset menetelmät, laadullinen tutkimus

ABSTRACT

Rapo, Hanna. Relieving anxiety: Psychotherapeutic methods used in nursing. Helsinki, autumn 2015, 40 pages.

Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing and Health Care.

Like stress, anxiety is a normal human emotion. The line between normal anxiety and one that requires treatment is not always easy to distinguish. Prolonged anxiety can be very constricting to the suffering person's everyday life. Despite being one of the most common psychological symptoms, anxiety is often treated as an independent illness due to its restricting effects on the sufferer. Common forms of treating anxiety include antidepressants and psychotherapy.

The purpose of this study was to establish the psychotherapeutic methods specialised health care nurses have at their disposal when treating anxiety patients. Moreover, the aim was to develop the use of psychotherapeutic methods, increase awareness of the methods and thus improve the outpatient care of anxiety patients.

The thesis was carried out as a qualitative health research and the data was collected from health care nurses of Sturenkatu psychiatry outpatient clinic in Helsinki, Finland. The topic and the purpose of the thesis were told to the nurses both in person and in writing and they were asked to write informally about the psychotherapeutic methods they use in nursing. The resulting material was then analysed through content analysis. The research question of the thesis was: From their personal experience, what psychotherapeutic methods nurses use to treat anxiety patients?

Based on the received material, the psychotherapeutic methods used by nurses were identified as the treatment relationship, mindfulness, relaxation, psychoeducation and the support of psychodynamic thinking. In addition to these, nurses used individual methods, such as asking the patient to keep journal of their anxious thoughts and concerns. The nurses also talked through the anxious thoughts and concerns with the patient, questioning them if needed.

Keywords: mental health, mental health work, anxiety, anxiety treatment, psychotherapeutic methods, qualitative research

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	5
2 MIELENTERVEYSTYÖ	6
3 AHDISTUNEISUUS	9
3.1 Tavallisimmat ahdistuneisuushäiriöt	9
3.2 Ahdistuneisuuden oireita	10
3.3 Ahdistuneisuuden hoito	12
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYS	15
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN.....	16
5.1 Tutkimusympäristö	16
5.2 Aineiston keruu ja analyysimenetelmät.....	17
5.3 Eettisyys ja luotettavuus.....	18
6 TUTKIMUSAINEISTON ESITTELY	20
7 TULOSTEN TARKASTELUA.....	24
7.1 Hoitosuhde	24
7.2 Tietoinen läsnäolo	26
7.3 Rentoutuminen	27
7.4 Psykoedukaatio	27
7.5 Psykodynaaminen ajattelu	28
7.6 Yksittäisiä menetelmiä.....	29
8 POHDINTA	31
8.1 Johtopäätöksiä	31
8.2 Ammatillinen kasvu	34
LÄHTEET	36

1 JOHDANTO

Tunteet ovat automaattisia reaktioita sisältä tai ulkoa tuleviin ärsykkeisiin ja ne koetaan usein joko kielteisinä tai myönteisinä. Myönteisiä tunteita ovat muun muassa ilo ja rakkaus, kun taas kielteisiä tunteita ovat viha ja pelko. Lisäksi on olemassa niin sanottuja moraalisia tunteita, kuten häpeä ja syyllisyys. Tunteiden avulla ymmärrämme sekä itseämme että toisiamme. Tunteet ovat keskeisessä asemassa jokapäiväistä elämäämme, sillä ne ohjaavat toimintaamme ja vaikuttavat sekä mielialaamme että toimintavireyteen. Lisäksi tunteet saavat aikaan fysiologisia muutoksia kehossamme. Vaikka pääsääntöisesti tunnemme ja koemme tunteemme tietoisesti, ohjaavat toimintaamme myös tiedostamattomat tunteet. Näiden tunteiden tiedostamista voimme opetella. Mielenterveyteen kuuluu olennaisena osana tunne-elämän tasapaino (Kiviniemi ym. 2014, 16).

Ahdistuneisuus, kuten stressikin, on ihmiselle normaali tunnetila. Ahdistuneisuuden katsotaan suojaavan ihmistä vaarallisilta tilanteilta, ja useimmille ahdistuneisuus on hetkellinen, ohimenevä tila. Ahdistuneisuus on yksi yleisimmistä psyykkisistä oireista ja pitkittyessään ahdistuneisuus voi rajoittaa ihmisen normaalia sosiaalista sekä psyykkistä toimintakykyä. Normaalin ja hoitoa vaativan ahdistuneisuuden raja on häilyvä. Alkoholin ja muiden päihteiden liiakäytön taustana on usein ahdistuneisuus tai pelot. Vaikka ahdistuneisuus on oire, on sitä kuitenkin usein hoidettava itsenäisenä sairautena sen toimintakykyä heikentävän vaikutuksen vuoksi. Tehokkain hoitomuoto ahdistuneisuuteen on psykoterapia. Psykoterapian lisäksi oireita lieventämään tarvitaan usein lääkehoitoa, joista masennuslääkkeet ovat viime aikoina kasvattaneet suosiotaan, etenkin pidempiaikaisen ahdistuneisuuden hoidossa. (Huttunen 2008, 169.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata, mitä psykoterapeuttisia menetelmiä sairaanhoitajat käyttävät psykiatrian poliklinikalla, kun he hoitavat ahdistuneita potilaita. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää psykoterapeuttisten menetelmien käyttöä tuomalla niitä laajempaan tietoisuuteen ja näin ollen parantaa ahdistuneiden potilaiden hoitoa avohoidossa.

2 MIELENTERVEYSTYÖ

Mielenterveystyöhön kuuluu kaikki se toiminta mitä tehdään ihmisen mielenterveyden ja toimintakyvyn parantamiseksi. Keskeistä psykiatrisen potilaan hoidossa ja auttamisessa on luottamuksellisen hoitosuhteen luominen ja ylläpitäminen. Hoidon onnistumisen kannalta on myös tärkeää, että hoitosuhde on vuorovaikutteista. Psykiatrisen potilaan hoito on kokonaisvaltaista ja hoitoon osallistuvat terveydenhuollon eri ammattiryhmät yhdessä potilaan kanssa. Samalla kun mielenterveydelliset ongelmat ovat tulleet yhä monimuotoisemmiksi, on mielenterveyspalvelujen tarve kasvanut. Sairaanhoidajalta mielenterveysongelmisten asiakkaiden ja heidän läheisten kohtaaminen vaatii laaja-alaista psykiatrisen hoitotyön asiantuntijuutta. (Warro 2015.)

Mielenterveyslain (1990) mukaan mielenterveystyöllä tarkoitetaan yksilön toimintakyvyn, persoonallisen kasvun sekä psyykkisen hyvinvoinnin edistämistä. Lisäksi lain mukaan mielenterveystyöhön kuuluu mielisairauksien ja muiden mielenterveydenhäiriöiden ehkäiseminen, parantaminen sekä lievittäminen. Käsitteenä mielenterveystyö on hyvin laaja sisältäen mielenterveyden laaja-alaista edistämistä sekä niin mielenterveyden häiriöiden ehkäisyä, hoitoa kuin kuntoutustakin. (Lehtinen & Taipale 2005.)

Mielenterveystyössä käytetään sanaa hoitosuhde kuvaamaan hoitajan ja potilaan välistä yhteistyösuhdetta. Hoitosuhteen luominen on psykiatriassa edellytys hoidon onnistumiselle, vaikka sen luominen ei useinkaan ole ongelmaton. Potilas joudutaan usein motivoimaan ottamaan hoitoa vastaan, mikä on haastavaa ja sairaanhoidajalta ammattitaitoa vaativaa. Potilaan motivaation puute ei saa olla este hoidolle, vaan se on nähtävä pikemminkin hoitosuhteen alkamisen haasteena. (Rajala 1994, 3.) Motivaation on katsottu olevan hyvän hoidon tulos, ei sen edellytys (Hirschovits 2008, 28). Puuttumattomuus potilaan tilanteeseen osoittaa sairaanhoidajalta piittaamattomuutta, eikä näin ollen vastaa sairaanhoidajan ammatin edellytyksiä (Sairaanhoidajien eettiset ohjeet 2014).

Hoitosuhde on hoitajan ja potilaan tekemää vastuullista yhteistyötä, jossa on yhdessä sovitut tavoitteet joihin yhdessä pyritään. Psyykkiset häiriöt ovat usein kehityksen häiriöitä ja käynnistämällä psyykkisiä kehitysprosesseja psykoterapeuttisessa hoitosuhteessa pyritään saamaan aikaan pysähtyneen kehityksen jatkuminen tai vääristyneen kehityksen korjaaminen. Hoitosuhteen on perustuttava luottamuksellisuuteen ja turvallisuuteen, jotta siinä voidaan rauhassa käsitellä erilaisia tunteita. (Rajala 1994, 3.) Hoitosuhde eroaa ystävyysuhteesta siinä, että hoitosuhde on ammatillinen yhdensuuntainen suhde, kun taas ystävyysuuhde on kahdensuuntainen. Yksi hoitosuhteen perusedellytyksistä on rajojen ylläpitäminen. Työntekijä tietää potilaasta henkilökohtaisia asioita, joita potilas ei tiedä työntekijästä. Hoitosuhteessa työntekijän tehtäviin kuuluu ottaa vastaan potilaan pettymyksestä aiheutuvia reaktioita provosoitumatta niistä itse. (Kiviniemi ym. 2014, 30–31.)

Tavoitteena mielenterveystyössä voidaan sanoa olevan potilaan kehitys ja parempi itseymmärrys. Hoitosuhdetyöskentely on potilaslähtöistä työskentelyä, jossa pyritään vastaamaan potilaan tarpeisiin. Yksinkertaistetusti sanottuna hoitosuhteessa työntekijä tarjoaa potilaalle paikan ja ajan lisäksi ihmisen, jonka kanssa potilas voi työstää ajatuksiaan ja kokemuksiaan. Koska hoitosuhteen tulee perustua potilaan tarpeisiin, on hoitosuhteessa olevan työntekijän oltava tietoinen omista motiiveistaan, jotta yhteistyön taustalla eivät ole työntekijän omat tarpeet. Hoitosuhdetyöskentely on kuitenkin vuorovaikutteista työskentelyä, jossa parhaimmillaan sekä potilas että työntekijä molemmat kehittyvät ja kasvavat vuorovaikutusprosessin aikana. (Kiviniemi ym. 2014, 12, 14, 21, 24.)

Hoitosuhteessa on tärkeää olla vahvasti ja empaattisesti läsnä potilaan kanssa. Työntekijä ei ole hoitosuhteessa vain havaitsija vaan myös osallistuja potilaalle hyvin henkilökohtaisessa vuorovaikutusprosessissa. Parasta tukea potilaalle työntekijä osoittaa myötäelävällä, kuuntelevalla ja aktiivisella otteella. Ahdistu-neelle potilaalle annetaan tukea kertomalla potilaalle hänen oireistoonsa liittyvää tietoa sekä lieventämällä potilaan oireeseen liittyviä häpeän ja alemmuuden tunteita. (Tamminen ym. 2010, 27.)

Oman mielenterveyden hyvinvointiin voi vaikuttaa terveellisillä elintavoilla. Valvominen, liiallinen alkoholin käyttö, epäterveellinen ja epäsäännöllinen syöminen sekä vähäinen liikunta voivat kaikki lisätä mielenterveyden ongelmia. Oman terveyden laiminlyöminen ja mielenterveyden ongelmat voivat muodostaa keuhon, jossa toista seuraa usein toinen. Huonot elintavat lisäävät mielenterveyden ongelmia ja mielenterveysongelmainen usein laiminlyö terveellisiä elintapoja. Alkoholin liikkakäyttö lisää tutkitusti masennus- ja ahdistusoireita. (Vuorilehto, Larri, Kurki & Hätönen 2014, 32, 34.)

3 AHDISTUNEISUUS

Ahdistuneisuudella kuvataan henkilön kokemaa levottomuutta, sisäistä jännittyneisyyttä, paniikin tai kauhun tunnetta. Kokemuksena se muistuttaa hyvin paljon pelon kaltaista tunnetilaa. (Isometsä 2003, 196.) Molemmat sekä ahdistus että pelko ovat hälytysmerkkejä, ahdistus tuntemattomasta ja pelko tunnetusta uhasta (Tamminen 2010, 24). Kaikki edellä mainitut tunnetilat ovat ihmiselle normaaleja tunnetiloja, mutta pahimmillaan ne rajoittavat yksilön tavallista elämää hyvin paljon (Isometsä 2003, 196). Ahdistuneisuudesta puhutaan häiriönä silloin kun ahdistuneisuus on pitkäaikaista, voimakasta sekä toimintakykyä rajoittavaa. Normaalin ahdistuneisuuden ja hoitoa vaativan ahdistuneisuuden ero on hyvin häilyvä. Tärkeänä rajana voidaan pitää henkilön omaa kokemusta sekä toiminta- ja työkyvyn säilymistä tai sen menettämistä. (Koponen & Lepola 2013.)

3.1 Tavallisimmat ahdistuneisuushäiriöt

Keskeisiä diagnostisia tiloja ahdistuneisuushäiriöissä ovat sosiaalisten tilanteiden pelko, paniikkihäiriö, määräkohteiset pelot eli fobiat, pakko-oireinen häiriö ja yleistynyt ahdistuneisuushäiriö (Isometsä 2003, 196). Lisäksi ahdistuneisuutta saattavat aiheuttaa monet muut mielenterveydenhäiriöt, traumaperäinen stressireaktio sekä somaattiset sairaudet ja unettomuus (Koponen & Lepola 2013).

Sosiaalisten tilanteiden pelko on mielenterveyden häiriö, jossa keskeistä on sosiaalisten tilanteiden tuottama voimakas ahdistuneisuus ja tästä johtuva välttämiskäyttäytyminen. Sosiaalisten tilanteiden pelosta kärsiville henkilöille ilmaantuu tilanteen kroonistuessa usein muita mielenterveydellisiä häiriöitä, kuten masennustiloja tai päihdeongelmia. Paniikkihäiriössä taas on kyse toistuvien erittäin voimakkaiden ahdistuskohtausten eli niin kutsuttujen paniikkikohtausten toistuva esiintyminen. Toistuvien kohtausten takia henkilö voi alkaa pelkäämään tilanteita, joissa paniikkikohtausta voi tulla. (Isometsä 2003, 197, 210.)

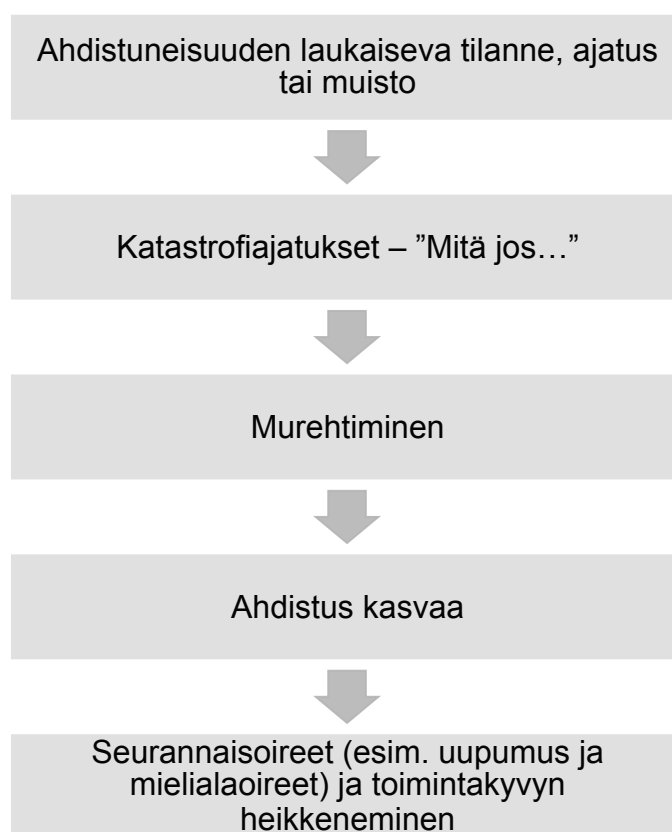
Fobiat puolestaan ovat varsin yleisiä mielenterveyden häiriöitä. Fobia eli pelko kohdistuu johonkin sinänsä vaarattomaan kohteeseen. Henkilö usein tiedostaa pelkonsa järjettömyyden, mutta ei kykene hallitsemaan pelkoaan ja siitä aiheutuvaa ahdistusta. (Isometsä 2003, 218.) Pakko-oireisessa häiriössä keskeisimmät oireet ovat pakkoajatukset ja pakkotoiminnot. Pakkoajatukset ovat pakonomaisesti mieleen tulevia, epämiellyttäviä ahdistavia ajatuksia, joita henkilö ei kykene poistamaan mielestään. Pakkotoiminnot puolestaan ovat rituaalinomaista toimintaa, jotka liittyvät tavallisesti tarkistamiseen tai peseytymiseen. Pakkotoiminnoilla henkilö yrittää lievittää pakkoajatusten tuomaa ahdistusta. (Koponen 2003, 230–231.) Yleistyneestä ahdistuneisuushäiriöstä puhutaan usein silloin kun ahdistuneisuus on jatkuvaa ja pitkäaikaista eikä ahdistuneisuudelle löydy muuta selittävää tekijää (Huttunen 2014).

3.2 Ahdistuneisuuden oireita

Huolestuminen ja murehtiminen ovat osa normaalia elämää. Ajan myötä murehtiminen ja huolestuneisuus voivat ylisuuret mittasuhteet saatuaan kehittyä krooniseksi sairaudeksi, jota kutsutaan yleistyneeksi ahdistuneisuudeksi tai yleistyneeksi tuskaisuudeksi. Yleistyneessä ahdistuneisuushäiriössä tyypillinen oire on juuri murehtiminen. Pitkittynyt jatkuva murehtiminen vie aikaa sekä energiaa elämän muilta osa-alueilta, aiheuttaa univaikeuksia ja jännittyneisyyttä sekä altistaa eristäytymiselle ja kasvattaa riskiä päihteiden liikakäytölle. Tutkimusten mukaan yleistyneestä ahdistuneisuushäiriöstä kärsivät käyttävät myös paljon terveydenhuollon palveluja, etsiessään syytä fyysisille tuntemuksilleen ja oireilleen. Usein tausta-ajatuksena on pelko vakavasta fyysisestä sairaudesta. (Castrén, Dunderfelt-Lövegren, Setälä & Saarni 2015, 127, 129.)

Pitkäaikainen ahdistuneisuus vaikuttaa myös henkilön ajatteluun. Ahdistunut kokee liiallista huolestuneisuutta, hänellä voi olla keskittymisvaikeuksia ja hän murehtii asioita normaalia enemmän. Lisäksi hänellä saattaa olla epärealistisia pelkoja omasta ja läheistensä turvallisuudesta ja terveydestä. (Mielenterveystalo i.a.) Yleistyneen ahdistuneisuushäiriöön liittyvä murehtiminen poikkeaa normaalista murehtimisesta siinä, että murehtiminen on pitkäaikaista ja kuormitta-

vaa. Murehtiminen ei myöskään ole normaalin kaltaista hyödyllistä huolien poh-
timista eikä johda ratkaisevaan lopputulokseen. Päinvastoin jatkuva murehtimi-
nen ylläpitää oireita ja ruokkii näin itse itseään. (Castrén ym. 2015, 129.) Kuvi-
ossa 1 on käyty läpi yleistyneen ahdistuneisuushäiriön kognitiivista mallintamis-
ta.



KUVIO 1. Yleistyneen ahdistuneisuushäiriön kognitiivinen mallintaminen (Karu-
kivi & Haapasalo-Pesu 2012, 952)

Ahdistuneisuus aiheuttaa psyykkisten tuntemusten lisäksi henkilölle myös fyysi-
siä oireita. Näitä oireita ovat muun muassa sydämentykytys, hikoilu, pahoin-
vointi, punastuminen ja vapina sekä tukehtumisen tunne. (Isometsä 2003, 211.)
Ahdistuneisuus voi aiheuttaa myös fyysistä kipua, kuten lihassärkyä, päänsär-
kyä sekä huimausta ja väsymystä (Koponen & Lepola 2013). Lisäksi henkilöllä
voi ilmetä jännittyneisyyttä, levottomuutta ja uniongelmia (Mielenterveystalo i.a).
Alkoholin ja muiden päihteiden liikakäytön syynä ovat usein ahdistuneisuus ja
pelot (Huttunen 2008, 165). Ajatusvääristymät ja fyysiset oireet voivat johtaa
sosiaalisiin ongelmiin ja aiheuttaa toimintakyvynlaskua (Mielenterveystalo i.a).

3.3 Ahdistuneisuuden hoito

Ahdistuneisuuden hoitoon ei ole olemassa Käypä hoito -suositusta, sen sijaan esimerkiksi traumaperäisten stressihäiriöiden Käypä hoito -suosituksissa viitataan psykoterapeuttisiin hoitoihin ahdistuneisuuden hoidossa (Käypä hoito 2014a). Lisäksi unettomuuden hoitoon on Käypä hoito -suositus, jossa suositellaan psykoterapeuttisten menetelmien käyttöä osana unettomuuden sekä unettomuudesta aiheutuvan ahdistuneisuuden hoitoa (Käypä hoito 2008). Pitkittyneessä tai hyvin voimakkaassa ahdistuneisuudessa ahdistuneisuuden luonne ja taustatekijät tulee selvittää. Ahdistuneisuuden arvioon ja hyvään hoitoon kuuluu asioiden perusteellinen tarkastelu, syy-seuraussuhteiden selvittely ja uudelleen hahmottaminen sekä tunteiden erittely. Hoitomuotoina ahdistuneisuuteen käytetään muun muassa psykoterapiaa, erityisesti kognitiivisesti suuntautunutta, sekä masennuslääkitystä. (Koponen & Lepola 2013.)

Ahdistunut henkilö havaitsee ja tulkitsee erilaisia asioita ja uhkia tavallista herkemmin. Lisäksi ahdistunut henkilö saattaa pitää erilaisia kehon tuntemuksia tai tilanteita vaarallisina, vaikka ne eivät sitä todellisuudessa olisi. Ahdistuksen kognitiivisessa psykoterapiassa pyritään puuttumaan juuri näihin ylivirittyneisiin tulkintoihin erilaisista tilanteista ja kokemuksista. (Gilbert 2015.) Ahdistuksen lääkehoidossa käytetään masennuslääkityksen lisäksi myös bentsodiatsepiineja, psykoosilääkkeitä (Huttunen 2008, 165) sekä beetasalpaajia, joita käytetään fyysisten oireiden, kuten sydämen tykytysten, hoitoon (Isometsä 2003, 218). Bentsodiatsepiineja käytetään yleensä alkuvaiheessa, eivätkä ne ole koskaan ensisijaisia lääkkeitä hoidettaessa pitkittyntä ahdistuneisuutta niiden riippuvuutta aiheuttavien ominaisuuksien vuoksi (Seuri 2013, 287). Rentoutumisella, ravinnolla sekä käytetyillä nautintoaineilla on myös merkitystä ahdistuneisuuden hoidossa. Lisäksi säännöllisellä liikunnalla on havaittu olevan suotuisia vaikutuksia ahdistusoireiden vähentämiseksi. (Huttunen 2008, 167, 177, 186.)

Ahdistuneisuuden hoitoon on olemassa erillisiä omahoito-ohjeita. Yksi tällainen omahoito-ohje löytyy Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) ylläpitämästä Mielenterveystalo-verkkopalvelusta. Verkkopalvelusta löytyy Omahoito ja oppaat -osio, jossa on ohjeita ahdistuksen omahoitoon. Omahoidon ohjeisiin

kuuluu muun muassa ongelmaratkaisutaitojen opettelua sekä liikunnan ja rentoutumisen yhteensovittamista. (Mielenterveystalo i.a.)

Kohtalaisen ja vaikean ahdistuneisuuden hoitoon ei useinkaan pelkkä omahoito riitä, vaan lisäksi tarvitaan ammattilaisten apua. Psykoterapia on yleinen hoitomuoto ahdistuneisuuden hoidossa. Psykoterapiassa voi käydä joko omakustanteisesti tai Kelan tukemana. Kelan tukema kuntoutuspsykoterapia on tarkoitettu 16–67 -vuotiaille, joiden työ- tai opiskelukyky on mielenterveyden häiriön vuoksi uhattuna. Nuorempien psykoterapian tarpeesta vastaa julkinen terveydenhuolto. Kelan tukemaan psykoterapiaan hakevalla tulee olla lääkärin kirjoittama B-lausunto, joka sisältää psykiatrin arvion diagnoosista ja kuntoutustarpeesta. Lisäksi potilaalla tulee olla vähintään kolme (3) kuukautta jatkunut hoitosuhde diagnoosin saamisen jälkeen, johon sisältyy tarpeellinen psykiatrinen, psykoterapeuttinen ja lääketieteellinen tutkimus ja hoito. (Kela 2015.)

Psykoterapiaa annetaan joko yksilö- tai ryhmäterapiana (Isometsä 2003, 215). Psykoterapia voi olla pidempi aikaista, kestäen 2–3 vuotta tai lyhytaikaista, koostuen 10–15 tapaamiskerrasta, jolloin puhutaan lyhytterapiasta (Holmberg & Kähkönen 2013). Kognitiivisessa psykoterapiassa pyritään mielikuvaharjoittelun avulla sekä kognitiivisella restrukturoinnilla muuttamaan henkilön tapaa kokea ja ajatella ahdistavia tilanteita (Isometsä 2003, 215–216). Kognitiivinen restrukturointi eli sanallinen kyseenalaistaminen on osoittautunut yhdessä altistuksen kanssa tutkimusten mukaan lupaavaksi hoitomuodoksi sosiaalisten pelkojen hoidossa (Ranta 2010). Sosiaalisten tilanteiden pelkojen hoidossa asteittainen altistaminen ahdistaville tilanteille kuuluu myös oleellisena osana terapiaan (Holmberg & Kähkönen 2009).

Kognitiivisen psykoterapian peruslähtökohtana on kognitioiden eli tunteiden, uskomusten, ajatusten, mielikuvien ja käyttäytymisen välinen yhteys. Asiat siinä eivät vaikuta meihin, vaan se millainen käsitys meillä on asioista. Kognitiivisessa psykoterapiassa on tarkoituksena kiinnittää potilaan huomio havainnoimaan sitä mitä hänessä tapahtuu kulloisessakin tilanteessa. Minkälaisia mielikuvia hänellä on tilanteesta, mitä hän ajattelee, millaisia tunteita se hänessä herättää ja millaista käyttäytymistä niihin liittyy. (Holmberg & Kähkönen 2006.)

Psykoterapian ja psykoterapeuttisten menetelmien avulla pyritään muokkaamaan ajatuksia joustavampaan suuntaan ja saada näin ollen aikaan muutosta myös tunnekokemuksessa. (Gilbert 2014.)

Psykoterapiaa antava psykoterapeutti on nimikesuojattu ammattihenkilön ammattinimike ja psykoterapiaa saa antaa vain asianmukaisen koulutuksen käynyt henkilö (Valvira 2014). Sen sijaan psykoterapiasta otettuja menetelmiä käytetään myös muiden terveydenhuoltoammattilaisten, kuten sairaanhoitajien, tekemänä hoidettaessa mielenterveydellisistä ongelmista kärsiviä henkilöitä (Warro 2015).

Psykoterapeutti Soili Kajaste (2008) on kirjoittanut kognitiivisista menetelmistä unettomuuden hoidossa Käypä hoito -suositukseen. Hänen mukaansa kognitiiviset menetelmät ovat selkeitä ja järkeenkäyviä, joita perusterveydenhuollon henkilöstö oppii helposti käyttämään. Yksi psykoterapeuttinen menetelmä, jota käytetään unettomuuden hoidossa on niin sanottu huolihetki. Siinä unettomuudesta kärsivä henkilö kirjoittaa päivittäin paperille kaikki mielessä pyörivät huolet sekä keskeneräiset asiat, joiden merkitystä, pelkoja ja ratkaisukeinoja tutkitaan. Myös erilaiset harjoitusohjelmat ovat psykoterapeuttisia menetelmiä. Harjoitusohjelmiin kuuluu pelkoja ylläpitävien ajatusmallien läpikäynti sekä ajatusmallien kyseenalaistaminen. Tällaisia harjoitusohjelmia on kehitelty muun muassa lennoppeloista kärsivien hoidoksi. (Huttunen 2008, 168–169.)

Suomalaisen lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Akatemian tekemän Konsensuslauselman (2006, 5) mukaan terveydenhuollossa on käytössä sellaisia psykoterapeuttisia menetelmiä, jotka voivat olla hyödyllisiä. Soveltamisalan suppeuden, tutkimusnäytön puutteen tai teorian kapeuden vuoksi näitä ei kuitenkaan voida pitää itsenäisinä psykoterapioina. Vaikka asiakkaille annettava hyödyllinen ohjaus ja neuvonta sekä monet kuntouttavat ja muut toiminnot eivät yleensä täytä psykoterapialle asetettavia vaatimuksia, voidaan niitä kuitenkin pitää konsensuslauselman mukaan vaikutuksiltaan psykoterapeuttisina. Lisäksi lauselmassa todetaan, että kliinisten käytäntöjen kehittyminen sekä psykoterapiatutkimus saattavat tulevaisuudessa johtaa tarpeeseen muuttaa psykoterapioiden kriteerejä.

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYS

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata, millaisia psykoterapeuttisia menetelmiä erikoissairaanhoidossa olevilla sairaanhoitajilla on oman kokemuksensa mukaan käytössään, kun he hoitavat ahdistuneita potilaita.

Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää psykoterapeuttisten menetelmien käyttöä tuomalla niitä laajempaan tietoisuuteen. Lisäksi opinnäytetyöllä on tavoitteena lisätä tietoa ahdistuneisuudesta, muun muassa käymällä läpi ahdistuneisuuden aiheuttamia psyykkisiä ja fyysisiä oireita sekä kertomalla erilaisista hoitomuodoista ahdistuneisuuden hoidossa. Yleisen tiedon lisääntymisen myötä, sekä ahdistuneisuudesta että psykoterapeuttisista menetelmistä ahdistuneisuuden hoidossa, tavoitteena on parantaa ahdistuneiden potilaiden saamaa hoitoa.

Tutkimuskysymys opinnäytetyössä oli: Mitä psykoterapeuttisia menetelmiä sairaanhoitajat oman kokemuksensa mukaan käyttävät hoitaessaan ahdistuneita potilaita?

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena terveystutkimuksena. Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen ja tutkittavaa ilmiötä pyritään lähestymään kokonaisvaltaisesti. Laadullisen tutkimuksen tarkoitus ei ole vain todentaa olemassa olevaa tietoa vaan pikemminkin löytää ja paljastaa tosiasioita. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 151.) Laadullisessa tutkimuksessa on yleensä vähän osallistujia, joskus vain yksi. Laadullinen tutkimus on nimensä mukaisesti kiinnostunut tutkittavan asian laadusta, ei sen määrästä. Suuri osallistujamäärä ei takaa laadullisempaa tulosta, vaan aineisto saattaa niin sanotusti kylläntyä, kun uudet osallistujat eivät tuota tutkimuksen kannalta uutta tietoa tutkittavaan asiaan. Toisaalta liian vähäinen osallistujamäärä saattaa aiheuttaa sen, että tutkittava aineisto on riittämätöntä. (Kylmä & Juvakka 2007, 27.)

5.1 Tutkimusympäristö

Opinnäytetyön aineisto kerättiin Sturenkadun psykiatrian poliklinikalta. Sturenkadun psykiatrian poliklinikan osastonhoitajan kanssa keskusteltiin etukäteen opinnäytetyöstä ja hän suhtautui siihen myönteisesti. Tämän jälkeen Helsingin kaupungilta anottiin tutkimuslupa aineiston keräämiseksi poliklinikalta.

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena keräämällä kokemusperäistä tietoa niiltä sairaanhoitajilta, jotka työssään kohtaavat ja hoitavat ahdistuneita potilaita. Sturenkadun psykiatrian poliklinikka on jaettu häiriökohtaisiin työryhmiin ja työryhmä 5, jolle aineiston kerääminen kohdennettiin, on ahdistuneisuus- ja erityishäiriöidentifyöryhmä. Muut työryhmät poliklinikalla ovat akuuttityöryhmä, psykoosiitiimi sekä psykiatrinen kotikuntoutus.

5.2 Aineiston keruu ja analyysimenetelmät

Tutkimusaineisto kerättiin psykiatrian poliklinikalla hoitotyötä tekevilta sairaanhoitajilta. Suoritin sairaanhoitajaopintoihin kuuluvan syventävän työharjoittelun Sturenkadun psykiatrian poliklinikalla keväällä 2015 ja esittelin opinnäytetyönaiheen sekä tutkimustarkoituksen henkilökohtaisesti siellä työskenteleville sairaanhoitajille. Sairaanhoitajia pyydettiin kirjoittamaan vapaamuotoisesti niistä psykoterapeuttista menetelmistä, joita he käyttävät työssään hoitaessaan ahdistuneita potilaita. Kun tutkimuslupa oli saatu Helsingin kaupungilta, poliklinikalle vietiin kahdeksi viikoksi suljettu laatikko, jonne sairaanhoitajat saivat kirjoittamansa aineiston palauttaa. Aineisto kerättiin nimettömänä ja hävitettiin tutkimustulosten analysoinnin jälkeen. Aineiston kirjoittaminen oli sairaanhoitajille vapaaehtoista.

Opinnäytetyöhön saatu aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä, joka on perusanalyysimenetelmä laadullisissa tutkimuksissa. Sisällönanalyysin tarkoituksena on saada kuvaus tutkittavasta asiasta pelkistetyssä ja tiiviissä muodossa kadottamatta kuitenkaan asian sisältöä. Pelkkä tutkittavan asian kuvaaminen ei kuitenkaan riitä, vaan tutkittavasta asiasta on myös pyrittävä tekemään johtopäätöksiä. Sisällönanalyysin avulla hajanaiseen aineistoon luodaan selkeyttä, jotta johtopäätökset tutkittavasta asiasta olisivat luotettavia ja selkeitä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103, 108.) Tämän opinnäytetyön perusteella tehdyt johtopäätökset on esitetty luvussa 8.1.

Sisällönanalyysi perustuu joko aineistolähtöiseen eli induktiiviseen päättelyyn tai teorialähtöiseen eli deduktiiviseen päättelyyn. Päättelyä ohjaa tutkimuskysymyksen asettelu sekä tutkimuksen tarkoitus, ja analyysissä haetaan vastausta tutkimuksen tehtäviin sekä tutkimuksen tarkoituksiin. Analyysissä ei tarvitse analysoida kaikkea aineistosta saatavaa tietoa. Induktiivisessa päättelyssä aineiston analysoija yhdistää tutkittavan asian laajemmaksi kokonaisuudeksi tekemällä havaintoja yksittäisistä tapahtumista. Induktiivisessa sisällönanalyysissä luokitellaan tekstin sanoja sekä niistä muodostuvia ilmaisuja niiden teoreettisten merkitysten pohjalta. (Kylmä & Juvakka 2007, 22–23, 112–113.) Tässä opinnäytetyössä aineisto analysoitiin induktiivisesti.

Induktiivinen aineiston analyysi voidaan luokitella kolmivaiheiseksi prosessiksi, jossa ensimmäisessä vaiheessa aineisto pelkistetään, toisessa vaiheessa aineisto ryhmitellään ja lopuksi aineistosta luodaan teoreettiset käsitteet. Ensimmäisessä vaiheessa eli pelkistämässä aineistosta rajataan pois tutkimukselle epäolennainen tieto. Pelkistäminen voi olla myös tiedon tiivistämistä tai pilkkomista osiin. Aineiston ryhmittelyvaiheessa aineistosta etsitään samankaltaisuuksia ja/tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Ryhmittelyssä aineisto tiivistyy yksittäisten tekijöiden sulautuessa yleisempiin käsitteisiin. Viimeisessä vaiheessa erotetaan tutkimuksen kannalta merkityksellinen tieto ja tämän tiedon perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–111.) Tässä opinnäytetyössä sairaanhoitajilta kerätystä aineistosta etsittiin ensin yksittäisiltä vastaajilta saatuja menetelmiä. Sen jälkeen menetelmiä vertailtiin keskenään vastaajien kesken ja menetelmiä yhdisteltiin laajemmiksi kokonaisuuksiksi. Lopuksi löydettyjä menetelmiä verrattiin teoriasta löydettyyn tietoon.

5.3 Eettisyys ja luotettavuus

Alku eettiselle tutkimukselle on hyvässä tutkimussuunnitelmassa. Eettisyys näkyy myös valitussa tutkimusasetelmassa sekä siinä kuinka prosessista ja tutkimustuloksista puhutaan. Lisäksi eettisyys näkyy tutkimustyössä muun muassa kriittisenä suhtautumisena saatuun ja löydettyyn aineistoon. (Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä 2010, 11–12.) Opinnäytetyön eettisyys tulee näkyviin myös tutkimuksen luotettavuudessa ja siinä kuinka laadukkaasti suunniteltu tutkimus suoritetaan. Vaikka kyseessä on laadullinen tutkimus, se ei kuitenkaan ole tae tutkimuksen laadukkuudesta. Eettinen sitoutuneisuus johtaa hyvää tutkimusta. Pelkkä sopivan tutkimusasetelman löytyminen tai hyvin tehty raportointi eivät siis yksin riitä, vaan eettisyyteen täytyy sitoutua. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 127.)

Kaikkiin tutkimuksiin kuuluu tutkimuksen luotettavuuden ja pätevyyden arviointia. Luotettavuus tutkimukseen saadaan, kun tutkimus on toistettavissa. Toistettavuuden takaa hyvin tehty raportointi, jossa on tutkijan tarkka kuvaus käytetyistä menetelmistä ja toteutuksesta. (Hirsjärvi ym. 2004, 216–217.)

Tässä opinnäytetyössä tutkimusaineisto kerättiin hoitotyötä tekevilta sairaanhoitajilta ja niin kuin laadulliseen terveystutkimukseen kuuluu, kuvaa se todellista tilannetta siitä, kuinka sairaanhoitajat oman kokemuksensa mukaan käyttävät psykoterapeuttisia menetelmiä psykiatrian poliklinikalla. Aineiston kerääminen kohdennettiin työryhmälle, jossa hoidetaan erityisesti ahdistuneita potilaita. Tutkimusaineiston luotettavuuteen vaikuttaa myös, kuinka paljon sairaanhoitajat ovat valmiita kertomaan omasta työstään, työskentelytavoistaan ja työn sisällöstä ulkopuoliselle henkilölle. Tutkimustuloksen luotettavuuteen vaikutti myös käsite psykoterapeuttinen menetelmä, koska psykoterapeuttiselle menetelmälle ei ole olemassa selvää määritelmää. Luotettavuus ja eettisyys opinnäytetyössä näkyy myös saadun aineiston käsittelyssä. Aineisto kerättiin anonyymisti ja siihen osallistuminen oli sairaanhoitajille vapaaehtoista. Sisällönanalyysin jälkeen saatu tutkimusaineisto hävitettiin.

6 TUTKIMUSAINEISTON ESITTELY

Sairaanhoitajilta saatu aineisto oli sisällöltään hyvin yhteneväistä. Vastaajat kertoivat usein samasta asiasta hieman eri sanoin ja käsittein. Vastaajat olivat vastauksissaan hyvin keskittyneet vastaamaan pyydettyyn asiaan, eli nimenomaan psykoterapiassa käytettyihin menetelmiin. Näin ollen vastausmateriaaleista ei tarvinnut jättää juuri mitään pois. Lisäksi saatu aineisto pohjautui paljolti kognitiivisessa psykoterapiassa käytettyihin menetelmiin.

Vastaajat kertoivat käyttämistään menetelmistään erilaajuisesti. Joistakin menetelmistä kerrottiin paljon ja perusteltiin, miksi juuri se menetelmä on hyvä ahdistuneisuuden hoidossa. Joistakin menetelmistä vain todettiin esimerkiksi, että sitä käytetään erityisesti hoidon alkuvaiheessa.

Tässä opinnäytetyössä aineisto on jaoteltu kuuteen eri menetelmään, joista viisi oli selkeimmin eroteltavissa toisistaan. Nämä menetelmät ovat hoitosuhde, tietoinen läsnäolo, rentoutuminen, psykoedukaatio sekä psykodynaamisen ajattelun tukeminen. Kuudenteen kohtaan koottiin ahdistusta aiheuttavien ajatusten kartoittamiseen ja muuttamiseen liittyviä yksittäisiä menetelmiä. Mitään yksiselitteistä menetelmää ahdistuksen hoitoon ei vastaajien mukaan ole olemassa, vaan ahdistuneisuuden hoidossa, kuten muidenkin mielenterveyden häiriöiden hoidossa, korostuu kokonaisuuden hoitaminen. Sairaanhoitajilta saadut vastaukset sekä keskeiset ajatukset näistä menetelmistä on esitetty taulukossa 1.

TAULUKKO 1.

Sairaanhoitajien käyttämät psykoterapeuttiset menetelmät	
Hoitosuhde	<ul style="list-style-type: none"> • Edellytys hoidolle • Tavoitteellista toimintaa
Tietoinen läsnäolo	<ul style="list-style-type: none"> • Vähentää murehtimista • Auttaa keskittymään nykyhetkeen • Auttaa rentoutumaan
Rentoutuminen	<ul style="list-style-type: none"> • Toimii vastavaikuttajana ahdistuksen aiheuttamiin fyysisiin oireisiin • Auttaa suuntaamaan ajatukset nykyhetkeen
Psykoedukaatio	<ul style="list-style-type: none"> • Tietoa sairaudesta • Lisää ymmärrystä sairautta kohtaan
Psykodynaaminen ajattelu	<ul style="list-style-type: none"> • Auttaa potilasta ymmärtämään mahdolliset kehitykselliset seikat menneisyydessä
Yksittäisiä menetelmiä: <ul style="list-style-type: none"> • Ajatuspäiväkirja • Huolihetki • Huoliajatusten kyseenalaistaminen • Käsitteellistäminen 	<ul style="list-style-type: none"> • Auttavat potilasta ja sairaanhoitajaa hahmottamaan mikä mahdollisesti aiheuttaa ahdistusta • Konkretisoi ahdistusta, jolloin sitä on helpompi työstää • Hallinnan tunteen lisääntyminen • Ajatusvääristymien oikominen • Asioiden nimeäminen

Vastaajilla korostui hyvän hoitosuhteen merkitys vahvasti. Hoitosuhde on vastaajien mukaan perusedellytys sille, että muita hoitomuotoja ahdistuneen potilaan auttamiseksi voidaan käyttää. Vastaajat kokivat, että heidän on auttajina luotava riittävän turvallinen ja empaattinen ilmapiiri, jotta siinä voidaan käsitellä vaikeita asioita ja hoito näin ollen tuottaisi tulosta.

Vastaajien mukaan ahdistunut henkilö havainnoi herkästi negatiivisesti asioita ja tapahtumia, mikä saa hänet huolestumaan ja ahdistumaan entistä enemmän. Tämän kehän katkaisemiseksi vastaajat kokivat voivansa auttaa ahdistunutta potilasta tietoinen läsnäolo -harjoituksilla. Tietoinen läsnäolo -harjoitusten avulla potilasta tuettiin olemaan läsnä tässä hetkessä ja hyväksymään tämä hetki juuri sellaisena kuin se on ilman minkäänlaista arvostelua. Vastaajien mukaan tietoinen läsnäolo -harjoituksilla on mahdollista kehittää omaa kykyään tunnistaa ajatuksiaan, tunteitaan sekä hallita niitä. Lisäksi harjoitukset kehittävät keskittymiskykyä, suorituskykyä, kivun sietokykyä ja mielialojen sekä vireystilan säätelykykyä. Tietoinen läsnäolo voi suuntautua aisteihin (mitä näemme, kuulemme, maistamme, kosketamme), sisäiseen maailmaan (ajatuksiin ja mielikuviin) ja sisäisiin tuntemuksiin.

Rentoutumisharjoitukset vastaajat myös kokivat hyväksi ja tärkeäksi menetelmäksi ahdistuksenhallintakeinona. Rentoutumisella koettiin vastaajasta riippuen olevan kaksi eri tarkoitusta. Ensimmäiseksi se liittyy nykyhetkessä elämiseen. Rentoutunut henkilö elää helpommin tätä hetkeä, kuin jännittynyt ja hermostunut henkilö. Toisekseen rentoutuminen on tärkeää sen kehollisten vaikutustensa vuoksi. Rentoutumisen on tarkoitus toimia niin sanotusti ahdistuksen kehollisten tuntemusten vastavaikuttajana. Rentoutuminen laskee sydämen sykettä sekä alentaa verenpainetta ja muun muassa tasaa hengitystä.

Yksi vastaajista kertoi antavansa potilaille erityisesti hoidon alkuvaiheessa psyykoedukaatiota, jotta potilas tietää, millaisia erilaisia oireita ahdistuneisuus voi aiheuttaa, kuinka oireiden kanssa pärjää ja millainen ennuste sairaudella on.

Psykodynaaminen ajattelu, jota käytettiin ahdistuspotilaita hoidettaessa perustuu psykodynaamiseen terapiaan, jonka mukaan henkilön nykyiseen kokemusa maailmaan vaikuttaa hänen menneisyydessään kokemansa asiat. Psykodynaamisen ajattelun tavoitteena on saada potilas ymmärtämään ne kehityopsykologiset tekijät hänen elämässään, jotka saattavat laukaista ahdistuksen. Ahdistuneisuus voi olla potilaalle hyvin epämääräistä, jolloin oman menneisyyden tutkiminen ja tarkastelu ammattihenkilön kanssa voi selventää ahdistuksen laukaivevia tekijöitä.

Vastaajien mukaan ahdistuneisuuteen liittyy usein huolestuneita ja hälyttäviä ajatuksia. Tällaiset huoliajatuksset ovat välittömiä, ennalta arvaamattomia ja epäloogisia ajatuksia kohdistuen tavallisesti itseen, muihin tai tulevaisuuteen. Tämänkaltaisilla ajatusvääristymillä ei useinkaan ole mitään todellisuus pohjaa, vaan tyypillisesti nämä vain pitävät yllä henkilön kokemaan jännittyneisyyttä ja voimistavat henkilön kokemaa ahdistusta. Ajatusvääristymiä esiintyy erityisesti potilailla, joilla on pelkoja sosiaalisten tilanteiden kanssa. Vastaajien mukaan yleisiä ajatusvääristymiä ovat liioitteleminen, yliyleistäminen, katastrofin maalailu, positiivisen unohtaminen, täytyminen (täytyy/pitää/pakko) ja mustavalkoajattelu sekä ajatusten lukeminen. Tämänkaltaisia epämiellyttäviä ajatuksia vastaajat kertoivat pyrkivänsä vähentämään kyseenalaistamalla näitä ajatuksia.

Asioiden nimeäminen eli käsitteellistäminen koettiin hyväksi hallinnantunteen lisääjäksi. Ahdistus on usein tunteena suuri, epämääräinen möykky potilaalle. Näin ollen ahdistusta aletaan keskustellen purkamaan pala palalta osiin ja nimeämään ahdistusta aiheuttavia syitä, jotta potilas saisi ahdistuksestaan paremmin hallinnantunteen. Ahdistavien ajatusten ja huoliajatusten kartoittamiseksi vastaajien mukaan ajatuspäiväkirjan pitäminen on hyvä ja konkreettinen menetelmä. Ajatuspäiväkirjan pitäminen selkeyttää ahdistusta aiheuttavia asioita niin potilaalle kuin hoitajallekin. Myös huolihetken pitäminen nousi esiin vastausmateriaalista. Huolihetki-menetelmää käsitellään luvuissa 3.3 ja 7.6.

7 TULOSTEN TARKASTELUA

Tässä opinnäytetyössä on käytetty tulosten tarkastelun tukena ja vertailun kohteena kognitiivisen psykoterapian mallia. Kuten jo aikaisemmin on todettu, ei ahdistuneisuuden hoitoon toistaiseksi ole olemassa Käypä hoito -suositusta. Eri lähteiden mukaan erilaisista psykoterapiamuodoista erityisesti kognitiivinen psykoterapia on osoittautunut hyväksi ja tehokkaaksi hoitomuodoksi ahdistuneisuuden hoidossa (Laine & Ylijokuri 2008, 120; Holmberg & Kähkönen 2009; Holmberg & Kähkönen 2013). Kognitiivisen psykoterapian lisäksi käytetään myös kognitiivis-behavioraalista lähestymistapaa (Isometsä 2003, 225). Hoitamattomina ahdistushäiriöillä on taipumus muuttua depressioiksi (Tamminen 2010, 25). Myös depression Käypä hoito -suosituksissa suositetaan kognitiivisen psykoterapian käyttöä masennuksen hoidossa (Käypä hoito 2014b).

7.1 Hoitosuhde

Ahdistuneen potilaan hoitamisen onnistumisen edellytys on hyvässä ja toimivassa hoitosuhteessa, jota kognitiivisessa psykoterapiassa nimitetään myös yhteistyösuhdeksi. Ilman toimivaa hoitosuhdetta vaikeiden asioiden käsittely ei onnistu. Tämä kävi ilmi myös tutkimusmateriaalista, jossa vastaajat muun muassa kertoivat, että potilaalle on tärkeää osoittaa, että juuri tämä aika sairaanhoitajan kanssa on tarkoitettu hänelle ja hänen asioiden käsittelyyn.

Hoitosuhdetyöskentely on tavoitteellista työskentelyä, jossa yhdessä potilaan kanssa asetetaan usein varsin konkreettiset tavoitteet, joihin yhdessä pyritään. Jotta hoito onnistuisi, tulee potilaalla olla tunne, että häntä kuunnellaan ja kunnioitetaan. Potilaan on myös ymmärrettävä, että hoito on hänen parhaakseen, vaikka se ei aina siltä potilaasta tuntuisikaan. Hoitosuhde on määräaikainen yhteistyösuhde, jossa tavoitteellinen työskentely ja konkreettiset tavoitteet luovat hoitosuhteeseen selkeyttä. Nämä puolestaan luovat hoitosuhteeseen ennakoitavuutta sekä turvallisuuden tunnetta. (Vuorilehto ym. 2014, 66–67.)

Hoitosuhteen varsinainen väline on dialoginen keskustelu, jolla tarkoitetaan kuuntelevaa keskustelua. Usein ahdistunut potilas tietää oman ahdistuksensa taustalla olevat syyt, joita voivat olla esimerkiksi ongelmat parisuhteessa tai stressaava työtilanne. Empaattisen henkilön kanssa keskusteltaessa oma tilanne usein jäsentyy ja ahdistusta aiheuttaviin asioihin voi löytyä ratkaisuja. Dialogisessa keskustelussa otetaan kummankin, sekä hoitajan että potilaan, näkemys tasapuolisesti huomioon. Hoitosuhteessa dialogi on avointa keskustelua, jossa pyritään löytämään yhteinen ymmärrys potilaan tilanteesta. Potilaan sanotaan olevan oman tilanteensa paras asiantuntija, ja tähän potilaan näkemykseen omasta tilanteestaan hoitaja tuo oman ammatillisen näkemyksensä ja tietämyksensä. Hyvässä hoitosuhteessa ei hoitajan eikä potilaan näkemys ole ainoa oikea, vaan hyvään lopputulokseen johtavat molempien vaihtoehdotiset näkemykset. (Vuorilehto ym. 2014, 65–68, 149.)

Kognitiivisessa psykoterapiassa sokraattinen työote on keskeisessä asemassa terapiaa. Termillä sokraattinen dialogi kuvataan sellaista työskentelyotetta, jossa terapeutti pyrkii kysymyksiensä avulla herättämään potilasta itseään omien johtopäätösten tekemiseen sekä pyrkii rohkaisemaan potilasta itsenäiseen ajatteluun. Tavoitteena on edesauttaa potilaan omien oivallusten syntymistä sekä tukea itseymmärryksen kasvamiseen. (Hakanen 2008, 17.) Sokraattisen dialogin kaltaiseen keskusteluun tulisi pyrkiä myös psykiatrian poliklinikalla sairaanhoitajan ja potilaan välisissä tapaamisissa.

Tamminen ym. (2010, 26) käyttävät kirjassaan termiä ”psykoterapeuttinen ilmasto” kuvaamaan sellaisen hoitosuhteen ilmapiiriä, joka on tukea antava ja jossa annetaan oireistoon liittyvää tietoa sekä lievennetään oireista johtuvia häpeän ja alemmuuden tunteita. Tällaisessa hoitosuhteessa ollaan vahvasti ja empaattisesta läsnä potilaan kanssa. Vastaajat korostivat hoitosuhteen merkitystä ahdistuksen hoidossa. Potilaalle on tultava tunne, että tämä aika on juuri häntä varten. Kognitiivisessa psykoterapiassa puhutaan terapeuttisesta vuorovaikutuksesta, johon empatia vahvasti liittyy (Kuusinen 2008, 41).

7.2 Tietoinen läsnäolo

Ahdistuneelle henkilölle tyypillinen oire on tulevaisuuden murehtiminen, toisin kuin masentuneelle, joka murehtii usein menneitä asioita. Ahdistunut ihminen pyritään saamaan keskittymään tässä ja nyt -hetkeen tulevaisuuden murehtimisen sijaan. Tämän asian kuvaamiseen vastaajat käyttivät erilaisia nimityksiä. Yksi vastaajista kertoi käyttävänsä aikaikkunatekniikkaa, jossa omat ajatukset pyritään kaventamaan nykyhetkeen. Kohdistamalla ajatukset nykyhetkeen pyritään samalla hyväksymään menneisyyden virheet eikä kanneta huolta tulevas-ta. Ollaan tässä ja nyt. Osa vastaajista käytti mindfulness-termiä kuvaamaan olemista läsnä juuri tässä hetkessä ja hyväksymään se sellaisena kuin se on, ilman minkäänlaista arvostelua.

Mindfulness-sanalle ei ole vakiintunut suomenkielistä vastinetta, vaan eri läh-teissä sitä kutsutaan eri nimillä, kuten tietoinen läsnäolo (Silverton 2012), tietoi-suustaidot (Vuorilehto ym. 2014, 43), ajattelevaisuus ja hyväksyvä tietoinen läsnäolo (Hakanen 2008, 33). Tässä opinnäytetyössä käytetään termiä tietoinen läsnäolo kuvaamaan englanninkielistä sanaa mindfulness.

Tietoinen läsnäolo on lähestymistapa, josta on tutkimusten mukaan apua usei-siin erilaisiin vaivoihin, kuten masennukseen ja ahdistuneisuuteen (Silverton 2012, 7). Tietoinen läsnäolo on enemmän kuin pelkkää rentoutumista tai mielen tyhjentämistä ajatuksista. Se on aktiivista havainnointia omasta itsestä ja ympä-ristöstä. (Hakanen 2008, 33; Vuorilehto ym. 2014, 44.) Tietoisien läsnäolon tar-koituksena on kohdata todellisuus sellaisena kuin se on. Tarkkaavaisuus kiinni-tetään tavoitteellisesti meneillä olevaan hetkeen eikä sitä pyritä muuttamaan, vaan se hyväksytään sellaisenaan. (Hakanen 2008, 33; Silverton 2012, 100.) Tällainen pysähtyminen asioiden ja ilmiöiden äärelle auttaa käsittelemään vai-keita asioita ilman, että kuluttaisimme turhaan voimavaroja tosiasioiden vastus-tamiseen, muuttamiseen tai kieltämiseen (Vuorilehto 2014, 43–44).

7.3 Rentoutuminen

Rentoutumisharjoituksia sairaanhoitajat pitivät erilailla. Osa sairaanhoitajista keskittyi pelkästään hengitysharjoituksiin esimerkiksi 5-5-5-tekniikalla, jossa vedetään syvään henkeä, pidetään hengitystä ja puhalletaan hitaasti ulos tehden viiden sekunnin ajan jokaista vaihetta. Toiset sairaanhoitajat tekivät rentoutusharjoituksia potilaiden kanssa rentouttaen vartalon isoja lihaksia. Rentoutumisharjoitusten hyödyllisyyttä perusteltiin ahdistuksen aiheuttamilla fyysisillä oireilla, kuten jännittyneisyyden helpottamisella. Vastaajien mukaan rentoutumisharjoituksia tulisi harjoitella myös silloin, kun on rauhallinen, jotta ahdistuneena ollessaan rentoutumistaidot olisivat valmiina.

Ahdistuneisuuden hoidossa rentoutumisella ei tarkoiteta vain rauhallista oleskelyä sohvalla, vaan sillä tarkoitetaan säännöllisesti päivittäin tapahtuvaa syvärentoutusta. Tällaisella syvärentoutumisella on tarkoitus saada elimistö sellaiseen fysiologiseen tilaan, joka on vastakohta sille kuinka elimistö reagoi esimerkiksi stressiin. Syvärentoutuneena hengitys hidastuu, lihasjännitys vähenee, sydämen syke ja verenpaine laskevat ja ääreisverenkierto vilkastuu. Päivittäisten rentoutumisharjoitusten seurauksena ahdistuneisuus usein lievenee ja levollinen olo lisääntyy. Olo on virkeämpi ja keskittymiskyky parempi. Rentoutumisella on myös positiivisia vaikutuksia unenlaatuun, väsymyksen ja ärtyneisyyden vähentämiseen sekä stressinsietokyvyn kasvamiseen. (Bourne 2000, 57–58.) Rentoutuneen potilaan on helpompi käsitellä ahdistusta aiheuttavia ajatuksia ja asioita (Vuorilehto ym. 2014, 151).

7.4 Psykoedukaatio

Yksi psykoterapeuttinen menetelmä, jota vastaajat kertoivat käyttävänsä oli psykoedukaatio. Psykoedukaatio on menetelmä, joka on alkuun kehitelty psykoosiin sairastuneiden avuksi, mutta se soveltuu hyvin myös muiden mielenterveydenhäiriöiden (Mielenterveystalo i.a) muun muassa masennuksen (Käypä hoito 2014b) ja nuorten ahdistuneisuushäiriöiden hoitoon (Ranta 2008, 381). Psykoedukaatiosta käytetään myös nimityksiä koulutuksellinen terapia (Mielen-

terveystalo i.a) ja potilasopetus (Käypä hoito 2014b). Psykoedukaation tarkoituksena on antaa potilaalle ja hänen omaisilleen tietoa sairaudesta, sen luonteesta, hoidosta ja hoitoennusteesta sekä tukea potilasta ja hänen omaisiaan sairaudesta selviytymisessä (Vuorilehto ym. 2014, 261). Tavoitteena psykoedukaatiolla on parantaa potilaan ja hänen omaistensa ymmärrystä sairautentilasta ja parantaa potilaan elämänlaatua sekä potilaan kykyä hallita sairauttaan (Kanerva, Kuhanen, Oittinen & Schubert 2013, 95).

Lähtökohtana psykoedukaatiossa on ajatus siitä, että työskenneltäessä yhdessä potilaan ja hänen omaisten kanssa potilaan sairauden kulkuun voidaan vaikuttaa. Kyse ei ole pelkästä luennon pitämisestä sairaudesta potilaalle, vaan se on enemmänkin vuorovaikutuksellista keskustelua, jossa yhdessä tarkastellaan tilannetta, vaihdellaan havaintoja ja etsitään ymmärrystä tilanteeseen. (Kanerva ym. 2013, 94–95.) Psykoedukaatiossa on tärkeää antaa tietoa sairaudesta niin, että potilas ymmärtää saamansa tiedon (Vuorilehto 2014, 130). Psykoedukaatio ei ole yksittäinen keskusteluhetki, vaan se kuuluu olennaisena osana potilaan kokonaisvaltaiseen hoitoon ja sitä annetaan tarpeen mukaan koko hoidon ajan.

7.5 Psykodynaaminen ajattelu

Ahdistuksen syntymekanismiin vastaajat pyrkivät vaikuttamaan psykodynaamisen ajattelun avulla. Psykodynaamisessa lähestymistavassa potilasta autetaan tunnistamaan ahdistuksen laukaisevia tekijöitä ja tukemaan potilasta ymmärtämään mahdolliset kehityspsykologiset rasitteet elämässään sekä vahvistamaan potilaan voimavaroja ahdistusta vastaan. Psykodynaaminen lähestymistapa pohjautuu Sigmund Freudin kehittämään psykoanalyysiin (Tamminen 2010, 58; Kiviniemi ym. 2014, 38). Peruslähtökohtana psykodynaamisessa lähestymistavassa on varhaislapsuuden kokemukset ja minän tiedostamattoman osan yhteys mielenterveyteen sekä sen häiriöihin (Kiviniemi ym. 2014, 38). Tavoitteena psykodynaamisessa terapiassa on syventää potilaan itseymmärrystä (Vastamo.fi i.a).

Psykoanalyttisen teorian mukaan ihmisen ongelmien lähtökohtana ovat varhaisessa lapsuudessa koetut ristiriidat. Nämä negatiivisiksi koetut konfliktit, jotka henkilö on sulkenut pois mielestään, aiheuttavat henkilölle myöhemmässä elämänvaiheessa psyykkisiä ongelmia, muun muassa ahdistusta ja pelkotiloja. (Kiviniemi ym. 2014, 38–39.) Myös kognitiivisessa psykoterapiassa paneudutaan lapsuudessa saatuihin kokemuksiin. Näitä lapsuudessa opittuja peruskomuksia tarkastellaan ja tutkitaan millaisiin varhaisiin kokemuksiin uskomukset ovat yhteydessä. (Karila & Holmberg 2008, 53.)

7.6 Yksittäisiä menetelmiä

Aineistossa vastaajat käyttivät sanaa nimeäminen kuvaamaan psykoterapiassa käytettyä termiä käsitteellistäminen. Käsitteellistämällä tarkoitetaan ongelman nimeämistä, olettamusta siitä mikä potilaalla on ongelmana. Kun ongelmasta on jokin käsitys, on sitä helpompi alkaa työstämään. Työskentelyn edetessä käsitys ongelmasta voi täydentyä tai muuttua. Käsitteellistäminen usein auttaa potilasta ja työntekijää hahmottamaan sitä mikä on vialla sekä vähentää potilaan kokemaa psyykkistä stressiä. Käsitteellistäminen voi olla hyvin yksityiskohtaista, kuten oirekehä-mallin tekemistä tai isompi kokonaisuus, jossa käydään laajasti läpi ongelman taustaa ja sen vaikutusta tähänhetkisiin vaikeuksiin. Oirekehä-malli on kaavio, jossa on neljä osa-aluetta. Nämä neljä osa-aluetta, ajatukset, mieliala ja tunteet, käyttäytyminen sekä fyysiset tuntemukset, ovat kaikki keskenään vaikutuksissa toistensa kanssa. Oirekehämallin avulla pyritään saada potilas ymmärtämään tilanne kokonaisuutena ja näin ollen saamaan potilaalle parempi hallinnantunne tilanteesta. (Karila & Holmberg 2008, 50–51.) Oirekehämallin tekeminen ei noussut esille sairaanhoitajilta saadusta aineistosta.

Huolihetken pitäminen taas on osoittautunut tehokkaaksi menetelmäksi erityisesti unettomuuden hoidossa. Huolihetkestä käytetään myös nimitystä murehtimisaika. Käytännössä se toteutetaan varaamalla rauhallinen ja häiriötön paikka ja aika, jolloin mielessä pyörivät huolet ja murheet kirjataan paperille. Jokaisesta huolesta myös kirjataan, miksi se on niin tärkeä ja mitä sille voi tehdä. Oleellista huolihetken pitämisessä ei ole siinä, mitä paperille kirjoitetaan, vaan

siinä, että kirjoittaminen selkeyttää ajatuksia, jolloin niiden pohtiminen on helpompaa. (Kajaste 2008, 343.) Aineistossa vastaajat eivät tuoneet esiin käyttävänsä tätä menetelmää juuri unettomuuden hoidossa, vaan yleisesti ahdistuneisuuden hoidossa. Samankaltainen kirjoittamiseen liittyvä menetelmä on päiväkirjan pitäminen, josta vastaajat käyttivät sanaa ajatuspäiväkirja. Päiväkirjaan potilas kirjoittaa ongelmallisiksi kokemiaan asioita sekä käy läpi millaisia ajatuksia tuli mieleen, mitä tunteita ongelmalliseksi koettu asia herätti ja mitä potilas teki tai olisi halunnut tehdä. (Karila 2008, 85.)

Aineistossa sairaanhoitajat kuvailivat ahdistuneilla potilailla olevan usein niin sanottuja ajatusvääristymiä. Näitä ajatusvääristymiä vastaajat pyrkivät muuttamaan kyseenalaistamalla näitä mustavalkoajatuksia. Luvussa 6 on lueteltu yleisiä ajatusvääristymiä. Tällaisia ajatusvääristymiä meillä kaikilla on toisinaan, toisilla usein voimakkaampina kuin toisilla. Anneli Vainio (2009) artikkelissaan Oikea asenne käy läpi ajatusvääristymiä kipupotilaiden kohdalla. Artikkelissa puhutaan sisäisestä puheesta, jolla tarkoitetaan suhtautumistapaa asioihin. Sisäinen puhe voi olla joko negatiivista tai positiivista, ja usein ne ruokkivat itse itseään. Näin ollen negatiivinen ajattelu ei vastaa todellista tilannetta, vaan on negatiivisen tunnetilan aikaansaamaa.

8 POHDINTA

Ahdistuneisuuden oirekuva on monimuotoinen ja moniulotteinen. Lisäksi haastavuutta sen hoitamiseen tuo ahdistuneisuuden tahdosta riippumattoman luonne. Mahdollisesti juuri tästä syystä ahdistuneisuus on alidiagnosoitu ja sitä myöten alihoidettu mielenterveydenhäiriö. Ahdistuneisuuden tunnistamiseen ja hoitoon tulisi kiinnittää enemmän huomioita sekä inhimillisistä että taloudellisista syistä. Sama huomion kiinnittäminen ja panostus, mikä somatiikan puolella on ymmärretty kivun hoidon merkityksestä fyysisten sairauksien hoidossa, tulisi tapahtua myös ahdistuneiden potilaiden hoidossa.

8.1 Johtopäätöksiä

Tähän opinnäytetyöhön on koottu yhteen ne psykoterapeuttiset menetelmät, jotka nousivat esiin erikoissairaanhoidosta kerätystä aineistosta. Psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa erilaiset ahdistuksenhallintakeinot ovat paljolti tuttuja, mutta sielläkin eri yksiköissä voi olla hyötyä tässä tutkimuksessa esille tuotujen menetelmien keskinäisestä vertailusta. Perusterveydenhuollossa ja kouluterveydenhuollossa työskenteleville hoitajille opinnäytetyön tiedoista, yleisesti ahdistuneisuudesta, ahdistuneisuuden aiheuttamista oireista ja hoitomuodoista sekä tutkimuksen tuloksista, löytyy varmasti hyödyllistä tietoa, jota soveltaa omassa työssään.

Koska kyse on ihmisen mielestä, ei mielenterveyden häiriöiden hoito ei ole yksiselitteistä. Tämä korostuu kaikissa psykiatristen sairauksien hoidossa, mutta erityisesti ahdistuneisuuden hoidossa. Hyvä hoitosuhde on lähtökohtana kaikelle hoidolle, mutta hyvää hoitosuhdetta ei saavuteta hetkessä, vaan sen kehittymiselle on annettava aikaa. Koska ahdistuksen ollessa pääsääntöisesti oire, on hoidon yksilöllisyys erityisen tärkeää. Tämä voi olla myös syynä siihen miksi ahdistuneisuuden hoidosta ei ole olemassa Käypä hoito -suositusta. Psykoottisuudesta aiheutuvaa ahdistuneisuutta on lähestyttävä ja hoidettava erilailla, kuin esimerkiksi fyysisestä sairaudesta johtuvaa ahdistuneisuutta tai masen-

nuksesta johtuvaa ahdistuneisuutta. Myös päihteidenkäyttäjät työssään kohtaavan sairaanhoitajan on hyvä pitää mielessään, että päihteiden liikakäytön taustalla on usein ahdistuneisuus.

Lääkehoidolla on oma osuutensa ahdistuneisuuden hoidossa, mutta pelkkään lääkehoitoon turvautuminen ei riitä, sillä lääkkeet eivät poista ahdistuneisuutta ja sen aiheuttajaa pysyvästi. Myös yksittäiset psykoterapeuttiset menetelmät ovat yksinään riittämättömiä ahdistuspotilaita hoidettaessa. Kyse on kokonaisuuden hoitamisesta, jossa unen, ravinnon, liikunnan, rentoutuksen ja virikkeiden sopivalla määrällä on jokaisella oma osuutensa. Psykoterapeuttisten menetelmien käyttö on sairaanhoitajalta ammattitaitoa vaativaa. Menetelmien ymmärtäminen ja hallinta tuo varmuutta ahdistuneen potilaan kohtaamiseen. Vaikka ahdistuneisuudesta, sen hoidosta ja omahoidosta on hyvin saatavilla tietoa, ei ahdistunut henkilö useinkaan juuri ahdistuneisuutensa vuoksi kykene tekemään harjoituksia oma-aloitteisesti ja säännöllisesti ilman ulkopuolista tukea. Sairaanhoitajan ammattitaitoon kuuluu arvioida millaisesta hoidosta tai menetelmästä ahdistunut potilas hyötyisi eniten.

Psykoterapeuttisten menetelmien avulla pyritään vähentämään potilaiden ahdistuneisuusherkkyyttä ja epävarmuudentunnetta sekä parantamaan potilaiden kykyä hallita ahdistuneisuuttaan sekä vaikeita tilanteita. Kognitiivisessa psykoterapiassa keskeisenä ajatuksena on, että asiat ja tapahtumat eivät sinällään vaikuta meihin, vaan se kuinka suhtaudumme niihin. Näin ollen kognitiivisessa psykoterapiassa pyritään opettamaan ajattelemaan asioita niin, että ne aiheuttavat vähemmän stressiä. Tämän tiedon valossa ajatusten kyseenalaistaminen ja ääneen ihmettely voivat saada aikaan muutoksen myös tunnekokemuksessa. Ahdistuneen potilaan hoidossa ei hoitosuhteen merkitystä voi liikaa korostaa. Ahdistuneisuuden taustalla voi olla erilaisia, joskus traumaattisiakin tekijöitä, joista keskusteleminen vaatii turvallisen ja luotettavan ilmapiirin. Sairaanhoitajan on omalla rauhallisuudellaan kyettävä välittämään rauhallinen tunne myös potilaalle. Ahdistunut henkilö ei useinkaan kykene sisäistämään kuulemaansa heti, vaan tarvitsee asioiden kertausta, ja omaksuminen uusiin toimintatapoihin vie oman aikansa. Asioiden läpikäyminen, mitä ahdistuneisuus on ja mitä se

potilaalle aiheuttaa niin psyykkisesti kuin fyysisestikin, lisää potilaan hallinnan tunnetta ja auttaa käsittelemään ahdistusta tunteena.

Tutkimusaineistossa yllätti, kuinka hyvin ja laajasti erikoissairaanhoidossa työskentelevät sairaanhoitajat käyttivät psykoterapiasta otettuja menetelmiä työskennellessään psykiatristen potilaiden kanssa. Opinnäytetyöprosessin aikana selvisikin, että Helsingin kaupunki on systemaattisesti toimipaikkakouluttanut työntekijöitään juuri kognitiivisen mallin mukaisesti. Tämä näkyi saadun aineiston monipuolisuudessa ja keskittymisessä juuri kognitiivisiin psykoterapeuttisiin menetelmiin. Tämä tieto huomioiden olisi kiinnostavaa tietää millaisia alueellisia eroja psykoterapeuttisten menetelmien käytössä on Suomessa. Kuinka paljon toimintatavat riippuvat työntekijästä ja kuinka paljon ne ovat riippuvaisia organisaatiosta, esimerkiksi työnantajan tarjoaman koulutuksen kautta? Kuinka työnantajat seuraavat työntekijöidensä työskentelytapoja ja jakavatko työntekijät hyviksi havaitsemiaan työskentelytapoja keskenään? Jatkotutkimusaiheina voisi tulla kysymykseen laajempi tutkimus psykoterapeuttisten menetelmien käytöstä sekä niiden hyödyllisyydestä mielenterveystyössä.

Psykologian lisensiaatti Seppo Anttosen (2008, 324) mukaan kognitiivisessa psykoterapiassa on käytössä yksittäisiä työskentelymenetelmiä, joiden käyttö saattaa tuntua houkuttelevalta tietyn ongelman hoidossa, mutta joiden käyttö on lyhyen aikavälin toimintaa. Ahdistuneen potilaan hoidossa psykoterapian heikkous on kuitenkin siinä, ettei se tavoita kaikkia psykoterapiaa tarvitsevia. Osa potilaista ei halua tai kykene osallistumaan intensiiviseen psykoterapiaan. Psykoterapiaan pääsyyn on omat vaikeutensa, ja jotta psykoterapiasta saisi parhaan mahdollisen avun, on potilaan oltava suhteellisen hyvässä psyykkisessä kunnossa psykoterapiaan hakeutuessa. Itse psykoterapiaan hakeutuminen on myös raskas prosessi, joka voi ahdistuneesta potilaasta tuntua ylitsepääsemättömän vaikealta. Lisäksi psykoterapia on kallista, johon useimmilla ei ole taloudellisia mahdollisuuksia ilman esimerkiksi yhteiskunnan tukea. Vaikka psykoterapia on tutkimuksissa osoittautunut tehokkaaksi hoitomuodoksi, mitään takeita ei ole kuitenkaan olemassa sille, että psykoterapian läpi käytyään potilas olisi ahdistusoireistaan vapaa. Siksi psykoterapiasta otettujen menetelmien käytöllä

on oma paikkansa ja tarpeellisuutensa osana hyvää psykiatristen potilaiden hoitoa.

8.2 Ammatillinen kasvu

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia millaisia psykoterapeuttisia menetelmiä sairaanhoitajat oman kokemuksensa mukaan käyttävät työssään. Idean opinnäytetyöhön sain psykiatrian poliklinikalla työskentelevän sairaanhoitajan lausahduksesta, jossa hän totesi, ettei hän anna terapiaa, vaan käyttää terapeuttisia menetelmiä hoitaessaan potilaita. Kiinnitin lausahdukseen huomioita ja jäin pohtimaan mitä nämä terapeuttiset menetelmät ovat. Lopullisesti idea aiheesta kypsyi keskusteltuani terveysasemalla työskentelevän terveydenhoitajan kanssa. Keskustelussa terveydenhoitaja kertoi, ettei hän oikein tiedä kuinka auttaa ahdistuneita asiakkaita, joita hän tapaa terveysasemalla kertomansa mukaan paljon. Vaikka olen työskennellyt pitkään mielenterveystyössä, ei itsellenikään ole yksiselitteistä, kuinka ahdistunutta potilasta hoidetaan ei-lääkkeellisin menetelmin riittävän hyvin.

Kognitiivisen psykoterapian ja yleensäkin psykoterapian hyödyllisyydestä ahdistuneisuuden ja etenkin masentuneisuuden hoidossa löytyi runsaasti tutkimustietoa. Opinnäytetyötä tehdessäni en kuitenkaan löytänyt yhtään relevanttia suomen- tai englanninkielistä tutkimusta, jossa olisi keskitytty nimenomaan sairaanhoitajien käyttämiin psykoterapeuttisiin menetelmiin. Heikkoon hakutulokseen psykoterapeuttisista menetelmistä saattoi vaikuttaa se, ettei englanninkielisestä termistä psykoterapeuttinen menetelmä ollut varmuutta. Löydetyt englanninkieliset hakutulokset koskivat poikkeuksetta varsinaista psykoterapiaa, mutta ei psykoterapiasta otettuja menetelmiä. Myös suomenkieliset hakutulokset koskivat pitkälti psykoterapiaa, mutta joitakin mainintoja psykoterapeuttisista menetelmistä kuitenkin löytyi. Ranta ym. (2015, 1259) Suomen Lääkärilehdessä olleessa katsauksessa totesivat, että vaikuttavia psykoterapeuttisia menetelmiä kliinisessä käytössä on, mutta niistä puuttuu tutkimusnäyttö. Samaan tulokseen tulivat jo Konsensuslausuman (2006) psykoterapiasta kirjoittaneet.

Haastetta opinnäytetyön tekemiseen toi virallisen määritelmän puuttuminen siitä, mikä on psykoterapeuttinen menetelmä. Aineiston analysointi ja perehtyminen psykoterapiaa käsittelevään kirjallisuuteen on opettanut paljon psykoterapiasta ja psykoterapeuttisista menetelmistä. Opinnäytetyötä tehdessä on oma ymmärrykseni ja tietämykseni ahdistuneisuuden hoidosta lisääntynyt paljon. Koen saaneeni konkreettista apua ahdistuneen potilaan kohtaamiseen ja hoitamiseen, perehtyessäni niin tutkimusaineistoon kuin kognitiiviseen psykoterapiaan. Jatkossa työskennellessäni mielenterveyspotilaiden parissa, tulen kiinnittämään entistä enemmän huomioita potilaiden kokemaan ahdistuneisuuteen, sen huomioimiseen ja hoitoon.

LÄHTEET

- Anttonen, Seppo 2008. Psykoosit. Teoksessa Seppo Kähkönen, Irma Karila, Nils Holmberg (toim.) Kognitiivinen psykoterapia. Hämeenlinna: Duodecim, 309–331.
- Bourne, Edmund J. 2000. Vapaaksi ahdistuksesta –työkirja paniikista ja peloista kärsiville. Vantaa: Rikurex.
- Castrén, Sari; Dunderfelt-Lövegren Eeva; Setälä, Sanna & Saarni, Suoma 2015. Tunnista murehtija: yleistynyttä ahdistuneisuushäiriötä voidaan hoitaa. Suomen Lääkärilehti 3–4/2015 vsk 70, 127–131.
- Gilbert, Sara 2014. Mitä on kognitiivinen psykoterapia? Kognitiivisen psykoterapian yhdistys. Viitattu 8.12.2014.
http://www.kognitiivinenpsykoterapia.fi/?page_id=4
- Gilbert, Sara 2015. Ahdistuksen kognitiivinen psykoterapia. Kognitiivisen psykoterapian yhdistys. Viitattu 2.9.2015.
http://www.kognitiivinenpsykoterapia.fi/?page_id=4
- Hakanen, Armi 2008. Kognitiivisen psykoterapian luonne ja kehityshistoria. Teoksessa Seppo Kähkönen, Irma Karila, Nils Holmberg (toim.) Kognitiivinen psykoterapia. Hämeenlinna: Duodecim, 17–34.
- Hirschovits, Tanja 2008. Riippuvuus ilmiönä. Teoksessa Jan Holmberg, Tanja Hirschovits, Petri Kylmänen, Eva Agge (toim.) Tämä potilas kuuluu meille. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 27–48.
- Hirsjärvi Sirkka; Remes, Pirkko; Sajavaara, Paula 2004. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Holmberg, Nils & Kähkönen, Seppo 2006. Kognitiivisen psykoterapian perusperiaatteet ja käyttö mielialahäiriöissä. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 16.10.2015.
http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/haku;jsessionid=8043C408EC88B36D586A3465C870689C?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_lifecycle=0&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_p_frompage=uusinnumero&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo95606

- Holmberg, Nils & Kähkönen, Seppo 2009. Sosiaalisten tilanteiden pelon ja yleistyneen ahdistuneisuushäiriön kognitiivinen psykoterapia. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim. Viitattu 12.12.2014.
http://www.terveysportti.fi.anna.diak.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo98300&p_haku=.%20Sosiaalisten%20tilanteiden%20pelon%20ja%20yleistyneen%20ahdistuneisuush%C3%A4iri%C3%B6n%20kognitiivinen%20psykoterapia
- Holmberg, Nils & Kähkönen, Seppo 2013. Kognitiivinen psykoterapia. Lääkäriin käsikirja. Viitattu 2.9.2015.
http://www.terveysportti.fi.anna.diak.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=poh00025&p_haku=ahdistus
- Huttunen, Matti 2014. Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö. Terveyskirjasto. Viitattu 9.11.2015.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00555
- Huttunen, Matti O. 2008. Lääkkeet mielen hoidossa. Helsinki: Duodecim.
- Isometsä, Erkki 2003. Ahdistuneisuushäiriöt. Teoksessa Jouko Lönnqvist, Martti Heikkinen, Markus Henriksson, Mauri Marttunen, Timo Partonen (toim.) Psykiatria. Hämeenlinna: Duodecim, 196–229.
- Kajaste, Soili 2008. Kognitiiviset menetelmät kroonisen unettomuuden hoidossa. Käypä hoito -suositukset. Viitattu 8.12.2014.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix01074&suositusid=hoi50067>
- Kanerva, Anne; Kuhanen, Carita; Oittinen, Pirkko & Schubert, Carla 2013. Lähestymistapoja mielenterveyshoitotyöhön. Teoksessa Carita Kuhanen, Pirkko Oittinen, Anne Kanerva, Tarja Seuri & Carla Schubert Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 93–151.
- Karila, Irma 2008. Masennushäiriöt. Teoksessa Seppo Kähkönen, Irma Karila, Nils Holmberg (toim.) Kognitiivinen psykoterapia. Hämeenlinna: Duodecim, 71–96.
- Karila, Irma & Holmberg, Nils 2008. Käsitteellistäminen ja keskeiset työtavat. Teoksessa Seppo Kähkönen, Irma Karila, Nils Holmberg (toim.) Kognitiivinen psykoterapia. Hämeenlinna: Duodecim, 50–70.

- Karukivi, Max & Haapasalo-Pesu, Kirsi-Maria 2012. Nuorten yleistyneen ahdistuneisuushäiriön hoito. Suomen Lääkärilehti 12/2012 vsk 67, 949–954.
- Kiviniemi, Liisa; Läksy, Marja-Liisa; Matinlauri, Timo; Nevalainen, Kaija; Ruotsalainen, Kari; Seppänen, Ulla-Maija & Vuokila-Oikkonen, Päivi 2014. Minä mielenterveystyön tekijänä. Porvoo: Bookwell Oy.
- Kela 2015. Kuntoutuspsykoterapia. Viitattu 25.8.2015.
<http://www.kela.fi/kuntoutuspsykoterapia>
- Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä 2010. Opas Diakonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä varten. Tampere: Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Koponen, Hannu 2003. Pakko-oireiset häiriöt. Teoksessa Jouko Lönnqvist, Martti Heikkinen, Markus Henriksson, Mauri Marttunen, Timo Partonen (toim.) Psykiatria. Hämeenlinna: Duodecim, 230–243.
- Koponen, Hannu & Lepola, Ulla 2013. Ahdistuneisuushäiriö. Lääkärin käsikirja. Viitattu 7.12.2014.
http://www.terveysportti.fi.anna.diak.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00851&p_haku=ahdistu*
- Konsensuslausuma 2006. Psykoterapia. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Akatemia. Viitattu 7.5.2015.
<http://www.duodecim.fi/kotisivut/docs/f1474374480/lausuma06.pdf>
- Kuusinen, Kirsti-Liisa 2008. Terapeuttinen vuorovaikutus. Teoksessa Seppo Kähkönen, Irma Karila & Nils, Holmberg (toim.) Kognitiivinen psykoterapia. Hämeenlinna: Duodecim, 39–49.
- Kylmä, Jari & Juvakka, Taru 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Käypä hoito 2008. Unettomuus. Viitattu 16.9.2015.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50067>
- Käypä hoito 2014a. Traumaperäinen stressihäiriö. Viitattu 16.9.2015.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50080>
- Käypä hoito 2014b. Depressio. Viitattu 2.9.2015.
[http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50023#](http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50023#T4)

- Laine, Teijo & Ylijukuri, Virpi 2008. Yleistynyt ahdistuneisuus. Teoksessa Seppo Kähkönen, Irma Karila, Nils Holberg (toim.) Kognitiivinen psykoterapia. Hämeenlinna: Duodecim, 120–134.
- Lehtinen, Ville & Taipale, Vappu 2005. Mielenterveystyö ja psykiatrinen sairaanhoito. Terveyskirjasto. Viitattu 7.5.2015.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00054
- Mielenterveyslaki 1990/1116, 14.12.1990. Viitattu 14.12.2014.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>
- Mielenterveystalo i.a. Ahdistuksen omahoito. Viitattu 9.11.2015.
https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/itsehoito/ahdistuksen_omahoito/Pages/osio1.aspx
- Rajala, Riitta 1994. Mikä on hoitosuhde. Teoksessa Mauri Ranta ja Helena Kari (toim.) Hoitosuhteen peruskurssi. Kuopio: Kuopion yliopistollisen sairaalan monistamo, 3–6.
- Ranta, Klaus 2008. Nuorten kognitiivinen psykoterapia. Teoksessa Seppo Kähkönen, Irma Karila, Nils Holmberg (toim.) Kognitiivinen psykoterapia. Hämeenlinna: Duodecim, 376–395.
- Ranta, Klaus 2010. Kognitiivis-behavioraaliset terapiamallit ja työskentely riskoireisten nuorten kanssa. Viitattu 14.12.2014
http://www.vartsu.fi/attachments/File/Koulutusmateriaali/032010/Klaus_Ranta_Vartsu_11_3_10_jaet.pdf
- Ranta, Klaus; Gergov, Vera; Tainio, Veli-Matti; Lindberg, Nina; Strandholm, Thea; Ehrling, Leena & Marttunen, Mauri 2015. Psykoterapeuttisten hoitomuotojen vaikuttavuus nuorten ahdistuneisuushäiriöissä. Suomen Lääkärilehti, 18/2015 vsk 70, 1253–1259.
- Sairaanhoitajien eettiset ohjeet 2014. Viitattu 14.12.2014.
<https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>
- Seuri, Tarja 2013. Lääkehoito mielenterveystyössä. Teoksessa Carita Kuhanen, Pirkko Oittinen, Anne Kanerva, Seuri, Tarja & Carla Schubert Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 256–300.

- Silverton, Sarah 2012. Mindfulness : tietoisien läsnäolon läpimurto : vallankumouksellinen tapa kohdata kiire, stressi, ahdistus ja masennus. Helsinki: Schildts & Söderströms.
- Tamminen, Tapani; Pylkkänen, Kari; Rechadt, Merja; Saarinen, Päivi & Taajamaa, Bruno 2010. Psykoterapiat. Klaukkala: Recallmed Oy.
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Vainio, Anneli 2009. Oikea asenne. Kivunhallinta. Viitattu 21.10.2015.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00100
- Valvira 2014. Ammattioikeudet. Viitattu 12.12.2014.
<http://www.valvira.fi/luvat/ammattioikeudet>
- Vastaamo.fi i.a. Psykodynaaminen terapia. Viitattu 19.9.2015.
<https://vastaamo.fi/psykoterapia/psykodynaaminen-terapia>
- Vuorilehto, Maria; Larri, Tuulevi; Kurki, Marjo; Hätönen, Heli 2014. Uudistuva mielenterveystyö. Helsinki: Fioca Oy.
- Warro, Harri 2015. Osastonhoitaja, Idän psykiatrian poliklinikka. Henkilökohtainen tiedonanto Helsingissä 19.10.2015.