
HARHAISEN POTILAAN KOHTAAMINEN
PÄIVYSTYSPOLIKLINIKALLA
AMMATILLISUUTTA TUKEVA RYHMÄKESKUSTELU



Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Lahdensivu, kevät 2017

Markus Nurkkala & Vili-Vernerin Vanhala

Markus Nurkkala & Vili-Vernerin Vanhala



LAHDENSIVU
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja

| | | |
|------------------|---|-------------------|
| Tekijät | Markus Nurkkala & Vili-Verner Vanhala | Vuosi 2017 |
| Työn nimi | Harhaisen potilaan kohtaaminen päivystyspoliklinikalla – ammatillisuutta tukeva ryhmäkeskustelu | |

TIIVISTELMÄ

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli järjestää ryhmäkeskustelu erään eteläsuomalaisen päivystyspoliklinikan hoitohenkilökunnalle. Ryhmäkeskustelun aiheena oli harhaisen potilaan kohtaaminen. Lisäksi työssä käsiteltiin yleisesti harhaisuutta ja sen yleisimpiä syitä. Tavoitteena oli lisätä hoitohenkilökunnan tietämystä harhaisen potilaan kohtaamisesta. Työn idea syntyi kiinnostuksen psykiatriseen hoitotyöhön yhdistyessä halun vaikuttaa potilaan kohtaamiseen päivystyspoliklinikalla. Opinnäytetyö päädyttiin toteuttamaan toiminnallisena, jotta se pystyisi tarjoamaan jotain konkreettista tilaajaorganisaation hoitohenkilökunnalle

Opinnäytetyön teoriaosuudessa perehdyttiin erilaisiin psykiatrisiin sairauksiin sekä niiden aiheuttamiin erityispiirteisiin kyseisten potilaiden kohtamisessa. Teoriatieto kerättiin hakemalle tietoa verkkotietokannoista kuten Cinahl, Medic, Google Scholar sekä Melinda. Lisäksi tietoa haettiin manuaalisesti aihetta käsittelevistä kirjoista ja muista tieteellisistä julkaisuista ja alan lehdistä.

Toiminnallinen osuus järjestettiin yhteistyöorganisaation tiloissa ja heille käytettävissä olevan ajan puitteissa. Ryhmäkeskusteluun oli varattu aikaa 60 minuuttia, joka hieman ylittyi heränneiden kysymysten vuoksi. Varsinaisen opinnäytetyön lisäksi toiminnallista osuutta varten tehty PowerPoint-esitys jätetään tilaajaorganisaation käyttöön.

Keskustelutilanteesta kerättiin suullinen palaute. Aihe koettiin tärkeäksi päivystyspoliklinikan hoitohenkilökunnan ammatillisen kasvun ja ajankoh-taisuutensa ansiosta. Palautteesta ilmeni myös, että vastaavanlaiselle ammatilliselle koulutukselle olisi tarvetta jatkossakin. Mielenterveyden häiriöistä on edelleen liikkeellä luuloja ja stereotypioita. Tämä opinnäytetyö tehtiin osaltaan näitä hälventämään ja mahdollistamaan myös tällä potilasryhmälle heidän ansaitsemansa kohtelu.

Avainsanat Akuuttihoito, harha-aistimukset, psykiatrinen potilas, potilaan kohtaaminen.

Sivut 20 s. + liitteet 6 s.

LAHDENSIVU

Degree programme in nursing

Nurse

Authors Markus Nurkkala & Vili-Vernerri Vanhala **Year** 2017

Subject of Bachelor's thesis Encountering delusional patient in emergency department
– professionalism supporting group discussion

ABSTRACT

The purpose of this practice based theses was to organize a group conversation for nursing staff in a certain hospital emergency room in southern Finland. Topic for this group conversation was encountering delusional patient. Presentation also covered delusion as a symptom and most common reasons producing them. Purpose was to increase staff's knowledge concerning delusional patient encounters. Idea for this came from shared interest towards psychiatric care and will to impact patient encounters in emergency rooms. Theses was implemented as practice based, so it could offer something concrete to its orderer.

For the theory part of this theses, knowledge of different kinds of psychiatric sicknesses and their special characteristics affecting patient encountering was gathered. Majority of information came from internet databases such as Cinahl, Medic, Google Scholar and Melinda. A manual search was also made from books, scientific publications and magazines of this field.

Practical part of the theses was organized in the employer's facilities within their time limits. The duration was set to be 60 minutes, which actually had to be stretched a bit due questions risen. PowerPoint presentation was made to accompany the authors and it will be handed for use in the employing organization, along with the written part.

Feedback was collected in the end of the presentation. The topic was found current and important for its role in professional growth. Feedback also showed that there is a need for work like this. Assumptions and prejudice still label mental disorders harshly. This thesis hopefully clears that image a bit and helps patients in need of psychiatric help get the care that they deserve.

Keywords Emergency medicine, delusion, psychiatric patient, patient encountering.

Pages 20 p. + appendices 6 p.

SISÄLLYS

| | | |
|---------|--|----|
| 1 | JOHDANTO..... | 1 |
| 2 | OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS..... | 2 |
| 3 | OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄ JA TIEDONHAKU | 2 |
| 3.1 | Toiminnallinen opinnäytetyö | 2 |
| 3.2 | Tiedonhaku..... | 3 |
| 4 | MIELENTERVEYS | 3 |
| 4.1 | Skitsofrenia..... | 4 |
| 4.2 | Kaksisuuntainen mielialahäiriö | 5 |
| 4.3 | Masennus..... | 6 |
| 4.4 | Persoonallisuushäiriöt | 7 |
| 4.5 | Päihteet ja mielenterveys..... | 8 |
| 5 | POTILAAN KOHTAAMINEN | 8 |
| 5.1 | Aggressiivinen potilas | 9 |
| 5.2 | Masentunut ja itsetuhoinen potilas | 11 |
| 5.3 | Päihtynyt potilas | 11 |
| 5.4 | Psykoottinen potilas | 12 |
| 6 | PÄIVYSTYSPOLIKLINIKKA..... | 13 |
| 7 | AMMATILLISUUTTA TUKEVA RYHMÄKESKUSTELU | 14 |
| 8 | HARHAISEN POTILAAN KOHTAAMINEN – RYHMÄKESKUSTELU | 14 |
| 8.1 | Opinnäytetyöprosessi | 14 |
| 8.2 | Arviointi | 15 |
| 9 | EETTISYYS, LUOTETTAVUUS JA POHDINTA | 16 |
| | LÄHTEET | 18 |
| Liite 1 | PowerPoint-esitys mielenterveyden häiriöistä ja harhaisen potilaan kohtaamisesta | |

1 JOHDANTO

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen mukaan mielenterveyden häiriö on yleisnimitys, jolla voidaan kuvata erilaisia psykiatrisia häiriöitä. Tälle oireyhtymälle ominaisia ovat kliinisesti merkittävät psyykkiset oireet, jotka aiheuttavat kärsimystä ja haittaa. Vakavimmillaan häiriöt voivat aiheuttaa merkittävää toimintakyvyn ja elämänlaadun heikkenemistä. (THL 2015a.)

Mielenterveyshäiriöön sairastuu vuosittain 1,5 % suomalaisista. Jopa viidennes suomalaisista sairastaa jotain mielenterveyden häiriötä. Mielenterveysongelmasta kärsivän henkilön kohtaaminen on usein pelottavaa, mahdollisesti voidaan pelätä menettävänsä oma mielentasapaino. Tietämyksen lisääntyminen on muuttanut suhtautumista ymmärtäväisemmäksi. Elämä voi mielenterveyshäiriöstä huolimatta olla laadukasta ja pitkää sekä vakavastakin psykiatrisesta sairaudesta voi parantua. (Huttunen 2015.)

Päivystyspoliklinikka vastaanottaa akuuttia hoitoa vaativia potilaita ja oireiden kirjo on hyvin laaja. Merkittävällä osalla näistä potilaista on somaattisten vaivojen taustalla tai ohella psykiatrisia ongelmia. Opinnäytetyö keskittyy näiden potilaiden kohtaamiseen ja on toteutettu yhteistyössä erään etelä-suomalaisen keskussairaalan päivystyspoliklinikan kanssa. Erityisen haasteelliseksi yhteistyöorganisaatiossamme koettiin harhaisen potilaan kohtaaminen ja hoitaminen ja siksi työ on rajattu käsittelemään tätä aihetta.

Harhaisuudella tarkoitetaan ajoittaista todellisuudentajun häiriintymistä eli ulkopuolelta tulevan tiedon virheellistä, vääristynyttä tai harhaista tulkintaa. Harhaisuuden taustalla voi olla fyysinen syy, kuten aivokasvain, psyykinen ongelma tai sairaus, esimerkiksi skitsofrenia, mutta myös päihteet.

Opinnäytetyössä käytämme päivystyspoliklinikan palvelunkäyttäjistä sanaa potilas tai mielenterveyspotilas. Opinnäytetyön kirjallinen osuus käsittelee lyhyesti yleisimmät mielenterveysongelmat ja tarkastelee niitä potilaan kohtaamisen kannalta. Toiminnallisena osana toteutimme yhteistyöorganisaatiomme henkilökunnalle ammatillisuutta tukevan ryhmäkeskustelun harhaisen potilaan kohtaamisesta.

Opinnäytetyö on suunnattu erityisesti päivystyspoliklinikalla työskentelevälle hoitohenkilökunnalle, mutta soveltuvin osin sitä voi hyödyntää kuka tahansa mielenterveyspotilaita kohtaava henkilö. Keskeiset käsitteet työssämme ovat akuuttihoitotyö, harha-aistimukset, psykiatrinen potilas sekä potilaan kohtaaminen.

2 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS

Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä hoitohenkilökunnan ymmärrystä harhaisen potilaan kohtaamisesta, rohkaista heitä sekä tarjota keinoja parempaan kohtaamiseen. Koska mielenterveyspotilaat ovat merkittävä asiakasryhmä päivystyspoliklinikalla, heidän erityistarpeensa tulisi ottaa huomioon. Päivystyksessä työskentelevien hoitajien somaattisen akuuttihoidon erityisosaamisen tueksi tarvitaan jatkossa todennäköisesti yhä enenevässä määrin psykiatrasta osaamista.

Opinnäytetyön tarkoitus on osaltaan lieventää mielenterveyden häiriöihin liittyviä negatiivisia ennako-oletuksia sekä madaltaa hoitohenkilökunnan kynnystä avoimesti kohdata psykiatrinen potilas. Suuri osa virheellisistä mielikuvista ja stereotyyppioista voitaisiin kumota faktaan perustuvan tiedon avulla. Opinnäytetyössä käytetään tutkimukseen perustuvaa tietoa, josta on olemassa näyttöä.

Toiminnallisen osuuden toteutus tapahtui järjestämällä yhteistyöorganisaatiomme hoitohenkilökunnalle ammatillisuutta tukeva ryhmäkeskustelu. Keskustelun tueksi tehtiin PowerPoint-esitys, joka on opinnäytetyön liitteenä 1. Ryhmäkeskustelua varten etsittiin teoretietoaa mielenterveyshäiriöistä, potilaan kohtaamisesta, ryhmäkeskustelusta sekä akuuttihoidosta.

3 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄ JA TIEDONHAKU

Työn luonteeksi valittiin toiminnallinen opinnäytetyö. Toiminnallinen opinnäytetyö palvelee työelämän tarpeita ja mahdollistaa tekijöiden paneutumisen konkreettisen ongelman ratkaisemiseksi. Se voi olla tarkoituksesta riippuen esimerkiksi kirja, ohje, sähköinen tuotos, näyttely tai toimintasuunnitelma. Työn on tärkeä perustua ammatilliselle tietopohjalle. Opinnäytetyön toiminnallinen osuus on ammatillisuutta tukevan keskustelutilanteen toteuttaminen päivystyspoliklinikan hoitajille. (HAMK 2016, 5.)

3.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallinen opinnäytetyö rakentuu kahdesta osasta, toiminnallisesta ja kirjallisesta. Toiminnallinen osuus yksin ei riitä täyttämään ammattikorkeakoulun asettamia vaatimuksia opinnäytetyölle. Toiminnallisuus on työn keskiössä, mutta se vaatii tuekseen teoreettisen osuuden, jossa osoitetaan tekijän kykyä käyttää alan olemassa olevaa tietoa ja perustella toiminnallisen osuuden ratkaisut niiden näkökulmasta. (HAMK 2016, 5; Vilkkä & Airaksinen 2003, 41–42.)

Teoreettisen viitekehyksen lisäksi kirjallinen osuus sisältää opinnäytetyöraportin, joka tarinan tavoin kuvaa työ etenemistä vaihe vaiheelta. Raportti perustelee tehtyjä ratkaisuja ja valaisee niiden taustoja, käy läpi työn kokemat muutokset ja toimii tutkimuksellisenä analyysinä. (Vilkkä ym. 2003, 82–92.)

Toiminnallisessa opinnäytetyössä on tärkeää, että kirjallinen osuus, myös raportti ja produktio, ovat osana samaa jatkumoa. Teksti on vuorovaikutuksessa lähteiden ja lukijan kanssa, työn sisältö perustellaan sekä peilataan pohjatietoon ja arvioidaan lähteiden kautta. Hyvin perusteltu ja aktiivisesti lähteidensä kanssa vuorovaikuttava työ tekee tuloksistaan helpommin hyväksyttäviä sekä lisää luotettavuutta. (Vilka ym. 2004, 79–81.)

3.2 Tiedonhaku

Tiedonhaku toteutettiin etsimällä verkkotietokannoista Cinahl, Medic, Google Scholar sekä Melinda suomenkielisillä hakusanoilla "mielenterveyspotilas", "potilaan kohtaaminen", "mielenterveyspotilaan kohtaaminen", "päivystyspoliklinikka", "ensiapu" ja englanniksi termeillä "patient encounter", "mental health patient", "emergency room". Lisäksi tietoa kerättiin manuaalisesti teemaa käsittelevistä kirjoista sekä alan muusta kirjallisuudesta, kuten *Hoitotyö-lehdestä*. Tiedon luotettavuuden varmistamiseksi asetettiin julkaisujen ikärajaksi kymmenen vuotta. Lähteet koostuvat joltain poikkeuksia lukuun ottamatta tieteellisistä julkaisuista.

Tiedonhaun ehtona oli lähdemateriaalin käyttöoikeus kokonaisuudessaan, eli niin sanottuna full-text-formaattina. Lisäksi tiedon tuli olla maksuttomasti tekijöiden saatavilla. Haun tuottamista tuloksista opinnäytetyöhön valittiin sisällön perusteella 35 tieteellistä, viranomais- tai muuten tekijöiden luotettavaksi arvioimaa julkaisua.

Apuna käytettiin Hämeen ammattikorkeakoulun informaattikkoa sekä ohjaavaa opettajaa, jotka sekä ohjeistivat konkreettisesti hakuprosessissa että auttoivat rajaamaan hakua ja viitoittivat tietä oikeiden hakutermien luo.

4 MIELENTERVEYS

Terveysjärjestö World Health Organization (2014) määrittelee mielenterveyden tilaksi, jossa yksilö hahmottaa oman potentiaalinsa, selviää normaalin arjen stressistä, pystyy tuottoisasti työskentelemään sekä osallistumaan yhteisönsä toimintaan.

Käsitteen ”normaali” sisältö määräytyy usein ulkoisten tekijöiden, kuten kulttuurin ja yleisten normien määrittämien, yleisesti hyväksytyjen, toimintamallien mukaan. Myös tiede pyrkii korostamaan ulkopuolisen arvioinnin, eli objektiivisuuden merkitystä. (Schubert 2007, 76.)

Mielenterveys muodostuu neljästä osa-alueesta:

- yksilölliset tekijät ja kokemukset
- sosiaalinen tuki ja vuorovaikutussuhteet
- yhteiskunnalliset rakenteet ja resurssit
- kulttuuriset arvot

Mielenterveys ei ole pelkästään yksilön sisäinen asia, siihen vaikuttavat lisäksi laajemmat yhteiskunnalliset ja kulttuuriset teemat. Arkielämässä ilmenevät reaktiot ja mielenterveyden järkkyminen, esimerkiksi menetytilanteessa ovat osa elämää. Myöskään arjessa ilmeneviä ristiriitoja yksilö omien tai muiden ihmisten vakaumusten tai mielipiteiden välillä ei voida diagnosoida mielenterveyshäiriöiksi. (Noppari, Kiiltomäki & Pesonen 2007, 19; THL 2015a.)

Mielenterveyttä tutkittaessa ei voida turvautua pelkästään mittaustulosten antamiin normiarvoihin; ennen diagnoosin antamista on tarkasteltava potilasta tämän omassa sosiaalisessa ryhmässä. Ihmisten muodostamat sosiaaliset ryhmät luovat keskenään kuvan siitä mikä on hyväksyttyä, käsityksen oikeasta ja väärästä, eli normaalista ja epänormaalista. (Schubert 2007, 76.)

Mielenterveydelle keskeistä on kyky tarkastella sekä tulkita ympäristöään, ja tarvittaessa pystyä muokkaamaan joko ympäristöä vastaamaan omiin tarpeisiinsa tai sopeuttaa toimintatapojaan vastaamaan ympäristön vaatimuksia. Mielenterveyden järkkyminen tarkoittaa yleensä koherenssin tunteen, eli kokemuksen elämän hallinnasta järkkymistä. (Noppari ym. 2007, 18.)

Elämässä koetut vastoinkäymiset voivat järkyttää psyykeen tasapainoa, tämän tunnistaminen ja hoitaminen ovat tärkeitä. Laadukas hoito voi auttaa vakavastakin mielenterveyden häiriöstä kärsivää elämään tyydyttää elämää. Mielenterveysongelmia hoitaessa kokonaisvaltainen ihmiskäsitys auttaa tarkastelemaan psyykeen ja kehon vuorovaikutusta – miten mielenterveyden häiriöt heijastuvat kehoon ja somaattiset ongelmat puolestaan jaksamiseen ja hyvinvointiin. (Noppari ym. 2007, 20; THL 2015a.)

4.1 Skitsofrenia

Skitsofrenia on vakava psyykkinen sairaus joka alkaa usein varhaisella aikuisiällä, mutta skitsofreniaan voi sairastua jo alle 10-vuotiaana ja yli 50-vuotiaana. Skitsofreniassa todellisuudentaju ja toimintakyky heikkenevät. (Hietaharju & Nuutila 2010, 59.)

Skitsofrenian oireet voidaan jaotella erilaisiin luokkiin; positiivisiin oireisiin kuuluvat muun muassa harhaluulot, aistiharhat, hajanainen käyttäytyminen ja puheen hajanaisuus. Positiivisiksi oireiksi luokitellaan ne oireet jotka ovat ikään kuin ylimääräisiä verrattuna terveeseen ihmiseen, kuten harhat. Negatiivisiin oireisiin luokitellaan oireet, jotka voidaan ajatella puutteena verrattuna terveeseen ihmiseen. Negatiivisina oireina pidetään muun muassa tunteiden latistumista, puheen köyhtymistä, anhedoniaa ja apaattisuutta. (Hietaharju & Nuutila 2010, 61–62.)

Skitsofrenian oireet voidaan vielä luokitella taudin kulun mukaan ennakkooireisiin, akuuttivaiheen oireisiin ja jälkioireisiin. Ennakkooireita ovat usein masennus, ahdistus, itsetuhoiset ajatukset, käyttäytymisen muutokset, unihäiriöt ja pakkoajatukset. Osa skitsofreniaa sairastavista potilaista tuntee omat ennakkooireensa ja niiden ilmaantuessa osaavat hakea apua ajoissa.

Ennako-oireita seuraavat akuuttivaiheen oireet ovat usein positiivisia oireita ja ne näkyvät selvästi. Skitsofrenian akuuttivaiheessa potilaat ovat usein psykoottisia jolloin heidän todellisuuden taju ja toimintakyky heikenevät nopeasti. Akuuttivaiheen kesto on yksilöllistä. (Hietaharju & Nuutila 2010, 62.)

Akuuttivaihetta seuraa niin sanottu tasaantumisvaihe, jolloin oireet ovat usein negatiivisia. Tasaantumisvaiheessa psykoosi saattaa uusiutua herkästi ja siksi erilaisia laukaisevia tekijöitä tulee välttää. Tässä vaiheessa potilaat ovat usein jo kotihoidossa hyvän avohoidon turvin. Tasaantumisvaihe saattaa kestää useita kuukausia, jonka jälkeen usein tulee vakaa vaihe. Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus 2015.)

Skitsofrenian hoidon tavoitteena on oireiden poistuminen ja estää psykoosit sekä ylläpitää potilaan toimintakykyä. Skitsofrenian hoitoon on tarjolla paljon erilaisia lääkkeitä. Skitsofreniaa sairastavan potilaan hoitosuhde tulee olla pitkäkestoinen, ymmärtäväinen sekä luottamuksellinen. Psykoosien ehkäisyssä potilaan rooli nousee esiin muuan muassa ennako-oireista tunnistamalla ja hakeutumalla hoitoon mahdollisimman pian ennako-oireiden ilmettyä. Skitsofrenia potilaan ennustetta huonontaa sairaudentunnottomuus. (Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus 2015.)

4.2 Kaksisuuntainen mielialahäiriö

Kuten Hietaharjun ja Nuutilan (2010, 46–47) teoksesta käy ilmi, kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön kuuluu mania- ja depressiovaiheita. Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavan potilaan mieliala vaihtelee vauhdikkaasta maniasta syvään depressioon. Mania- ja depressiovaiheiden välillä on usein oireettomia jaksoja.

Hietaharju ja Nuutila (2010, 47) toteavat myös, että kaksisuuntainen mielialahäiriö on vahvasti perinnöllinen sairaus. Yleisimmin sairaus todetaan melko nuorena 15–35 vuoden iässä. Sairauden puhkeamista edeltää usein fyysinen tai psykologinen rasite. Kaksisuuntainen mielialahäiriö alkaa usein lievemmillä ensioireilla, kuten hypomanialla tai lievällä depressiolla.

Kaksisuuntainen mielialahäiriö luokitellaan ICD-10-tautiluokituksessa kahteen alakategoriaan:

- I tyypissä potilaalla on depressio- ja maniavaiheita tai sekamuotoisia jaksoja joko erikseen tai toisiinsa liittyvinä.
- II tyypissä potilaalla on depressio- ja hypomaniavaiheita. Jos potilaalla todetaan mania, niin se muuttaa sairauden I tyypiksi. (Hietaharju & Nuutila 2010, 47.)

Depressiovaiheen oireet ovat samanlaisia kuin tavallisessa masennuksessa. Esimerkkejä näistä ovat muun muassa väsymys, masentunut mieliala, anhedonia eli kyvyttömyys tuntea mielihyvää, ruokahaluttomuus ja toivottomuus (Hietaharju & Nuutila 2010, 47). Kaksisuuntaisen mielialahäiriön

depressiovaihe kestää usein pidempään kuin mania- tai hypomaniavaihe. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusvaiheet saattavat olla resistenttejä lääkehoidolle. (Huttunen 2014.)

Maniavaihe alkaa usein yllättäen ja johtaa yleensä psykiatriseen osastohoitoon. Maniassa potilaan itsetunto kohenee ja hän kokee kykenevänsä kaikkeen. Potilaalle mania tuntuu mukavammalta kuin depressiovaihe. Manian huomaavat yleensä läheiset muuttuneena käyttäytymisenä, kuten rahan käytön lisääntymisenä, levottomuutena, unettomuutena ja lisääntyneenä sukupuolisena halukkuutena. Maniaan saattaa liittyä myös psykoottisia piirteitä, jotka esimerkiksi näkyvät grandioottisina harhoina ja paranoidisuutena. (Hietaharju & Nuutila 2010, 48–49.)

Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastava henkilö olisi hyvä saada hoidon piiriin heti varhaisten oireiden ilmentyessä. Täten sairausjaksojen uusiutumiseen ja kestoon voidaan olennaisesti vaikuttaa. Vakavasta tai psykoottisesta maniavaiheesta kärsivä henkilö ei välttämättä itse tunnista hoidon tarvetta ja tällöin hänet tulisi lähivuorokausina toimittaa yhteisymmärryksessä tai tahdonvastaisesti sairaalahoitoon. (Huttunen 2015.)

Lääkehoitona kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön käytetään usein mielialaa tasaavia sekä psykoosilääkkeitä. Sairaudesta kärsivän henkilön taudinkuvaan ei välttämättä tarvitse kuulua psykoottisia jaksoja, jotta hän hyötyisi psykoosilääkityksestä. (Huttunen 2015.)

Masennusjaksojen hoito eroaa kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä muista masennustiloista siten, että lääkehoitona on yleensä ketiapiinia sekä mielialantasaajia. Normaaleja masennuslääkkeitä voidaan käyttää, mutta yleensä yhdessä psykoosi- tai mielialaa tasaavan lääkeyhdistelmän kanssa. Yksin masennuslääkkeen käyttö voi mahdollisesti laukaista maniatilan tai lyhentää sairausjaksojen väliä. Terapiahoidolla puolestaan pyritään tukemaan sairauden hallintaa, tunnistamaan masennus tai mania jaksolle tyypillisiä esioireita sekä ylläpitämään toimintakykyä. (Huttunen 2015.)

4.3 Masennus

Masennuksen tyypillinen kulku alkaa esivaiheesta, jota seuraa oireiden vähittäinen paheneminen. Masennuksen vakavuuden määrittävät oireiden vakavuus ja tilan kesto. Masennuspotilaiden päihteiden käyttöön on myös hyvä kiinnittää huomiota, sillä runsaasti päihteitä käyttävät henkilöt kärsivät usein masennuksesta ja toisaalta masentuneet turvautuvat usein päihteisiin. Terveys 2000 tutkimuksessa arvioitiin, että noin 25–50 % masennuspotilaista on kärsinyt elämässään myös päihdeongelmasta. (Niemelä, 2011, 265.)

Lisäksi masennukseen liittyy usein myös muita ongelmia, kuten persoonallisuus- ja ahdistuneisuushäiriötä sekä somaattisia sairauksia. Masennukseen liittyvä itsemurhariski on myös oleellisesti kohonnut, normaaliväestöön verrattuna jopa 20-kertainen (Heiskanen, Tuulari & Huttunen 2011, 13–14).

Itsetuhoisuus jaetaan kahteen luokkaan, suoraan ja epäsuoraan. Epäsuoralla tarkoitetaan sellaista toimintaa, jossa potilas esimerkiksi ottaa tarpeettomia, henkeä uhkaavia riskejä, laiminlyö fyysisen sairautensa hoitoa tai käyttää holtittomasti päihteitä. Siirtyminen suoraan itsetuhoisuuteen tulisi aina herättää vakavaa huolta henkilön tilanteesta. Suora itsetuhoisuus käsittää itsensä vahingoittamisen, itsemurha-ajatukset ja vakavimmillaan itsemurhan. (Lönnqvist 2011, 316.)

Varsinaista masennusta ennen ihminen kärsii usein esioireista. Oireiden kesto voi vaihdella viikoista kuukausiin ja ne voivat olla paitsi psyykkisiä, myös fyysisiä. Masennuksen ydinoireet näyttäytyvät yleensä jo esivaiheessa. Näitä ovat muun muassa mielialan lasku, ahdistuneisuus, uupuneisuus ja mielihyvän puutos. Esimerkkejä ruumiillisista oireista ovat toistuvat päänsäryt, puristava tunne rinnassa tai selittämättömät säryt muualla kehossa. (Heiskanen ym. 2011, 10.)

Masennusta hoidetaan sen vakavuuden perusteella. Lievässä masennuksessa saattavat yksilön omat toimet riittää, mutta keskivaikeassa ja vaikeassa masennuksessa on hyvä hakeutua ammattilaisen autettavaksi. Masennuksen syntyyn vaikuttavat yleensä yksilölliset tekijät ja tästä syystä myös hoito olisi hyvä räätälöidä vastaamaan potilaan tarpeisiin. Pääpiirteiltään hoitolinjat ovat kuitenkin hyvin samankaltaisia. Hoitomuotona keskivaikeassa ja vaikeassa masennuksessa on usein yhdistelmä terapiaa ja mielialäläkitystä. (Heiskanen ym. 2011, 13.)

Yleisesti voidaan todeta, että masennuksesta toipumisen kannalta varhainen puuttuminen on oleellista. Tällöin oireet ovat yleensä vielä lieviä, hoito lyhempi ja resurssien tarve vähäisempi. Varhaisesta puuttumisesta hyötyvät sekä auttaja että autettava.

4.4 Persoonallisuushäiriöt

Ihmisen sairastaessa persoonallisuushäiriötä, katsotaan psykeen vaurioituneen jo hyvin vanhaisessa vaiheessa, jo aikana ennen kielen kehittymistä. Tästä syystä ahdistuksen käsittelykyky ja minän puolustuskeinot ovat ajalta jolloin kehitys lakkasi. Tällaisia varhaisia puolustusmekanismeja ovat muun muassa kieltäminen ja projektio. (Heikkinen-Peltonen, Innamaa & Virta 2014, 133.)

Persoonallisuushäiriön määrittelemisen kannalta keskeistä on nuorella iällä alkanut, systemaattinen ja joustamaton kokemisen tai käyttäytymisen tapa, joka aiheuttaa henkilölle kärsimystä tai muutoin hankaloittaa hänen elämänsä. Persoonallisuushäiriöiden tyypillisiä ilmenemismuotoja ovat ongelmat omien ja toisten tunteiden tai ajatusten tulkinnan sekä havainnoinnin suhteen, tunneilmausten hallinnan vaikeudet, käytöksen impulsiivisuus tai puutokset normaaleissa vuorovaikutuskyvyissä. Nämä ongelmat ilmenevät yleensä henkilökohtaisena kärsimyksenä ja ongelmina sosiaalisissa suhteissa. Muut mielenterveyden oireet sekä elämänkriisit tulee korjata ennen persoonallisuusproblematiikan arviointia. (Huttunen 2014; Mielenterveystalo n.d.; Räsänen n.d.)

On tärkeä erottaa persoonallisuushäiriö persoonallisuuden muutoksesta. Jälkimmäisellä selitetään aikuisiällä tapahtunutta muutosta, jonka taustalla voi olla esimerkiksi psykiatrinen sairaus tai aivovamma. Persoonallisuushäiriö on luonteeltaan kehityksellinen ja sen juuret sijaitsevat vähintään varhaisessa aikuisuudessa, mutta yleensä oireet ovat olleet havaittavissa jo aiemmin. (Huttunen 2014.)

4.5 Päähteet ja mielenterveys

Päihdeongelmat ovat merkittävän yleisiä mielenterveys sairauksista kärsivien keskuudessa. Psykykkistä pahaa oloa pyritään lievittämään alkoholilla ja huumeilla tai päihteiden käyttö on saanut henkisen tasapainon järkkymään. Yleisiä päihdeongelman kanssa kulkevia mielenterveysdiagnooseja ovat masennus, ahdistuneisuushäiriö sekä persoonallisuushäiriö. (Partanen, Holmberg, Inkinen, Kurki & Salo-Chydenius 2015, 347.)

Mikäli mielenterveyshäiriötä sairastavalla ihmisellä diagnosoidaan myös päihdeongelma, puhutaan kaksoisdiagnoosista. Nykyään kuitenkin usein törmätään jo kolmois- tai monidiagnooseihinkin potilaiden kärsiessä myös vakavista somaattisista sairauksista, kuten HIV, sydän- tai hengityselinsairaus. (Lappalainen-Lehto, Romu & Taskinen 2008, 124.)

5 POTILAAN KOHTAAMINEN

Eettiseltä näkökannalta katsottuna on hoitajan velvollisuus tarjota jokaiselle tarvitsevalle hyvää hoitoa. Potilaan kohdalla tämä tarkoittaa kunnioittavaa ja tasa-arvoista kohtelua. Kunnioittava kohtelu sisältää potilaan inhimillisen kohtaamisen. (Sarvimäki ym. 2009, 79-82.)

Kohtaaminen on pitkälti vuorovaikutusta, joka koostuu sanattomasta ja sanallisesta viestinnästä. Sanattomalla eli nonverbaalilla viestinnällä on keskeinen merkitys ihmisten välisessä viestinnässä. Tutkimukset viittaavat jopa 90 %:n vuorovaikutuksesta saattavan olla sanattomaan viestintään perustuvaa. Nonverbaali viestintä käsittää puheen sävyn ja rytmin, sanojen painotukset, kehon ja kasvojen elkeet sekä keskustelijoiden väliset seikat, kuten etäisyyden, katseen ja kosketuksen. Sanallisen viestinnän osuutta ei kuitenkaan sovi unohtaa ja onkin tärkeä ottaa esimerkiksi sanavalinnat huomioon erilaisissa vuorovaikutustilanteissa. (Kiviniemi, Läksy, Matinlauri, Nevalainen, Ruotsalainen, Seppänen & Vuokila-Oikonen 2007, 76–77.)

Potilaan kohtaaminen on yksi hoitotyön tärkeimmistä osaamisvaatimuksista. Jopa niin tärkeä, että sitä usein pidetään itsestäänselvyytenä. Vaikka ihmisen kohtaamista voi opiskella loputtomasti, jokainen tilanne on kuitenkin ainutkertainen ja täten siihen täydellisesti valmistautuminenkin on mahdollista. Tärkeintä on säilyttää mieli ja aistit avoimina. (Mäkisalo-Roponen 2011, 7.)

Suuri osa ihmisistä kokee mielenterveysongelmista puhumisen vaikeaksi, vaikka niiden esiintyvyys onkin verrattain yleistä. Mielenterveysongelmiin liittyvä stigma eli häpeäleima eristää ihmisen ja vaikuttaa negatiivisesti tämän itsetuntoon. Hyvä kohtaaminen voi olla avain hälventää tätä stigmaa ja muuttaa asenteita, jotka ihmiset liittävät mielenterveysongelmiin. (Wahlbeck 2014.)

Hoitotyön eettiset vaatimukset heijastavat aikaansa, mutta perustalla on aina ollut pyrkimys hyvän hoidon tarjoamisesta niille, jotka sairaanhoitoa tarvitsevat. Muuttuvassa yhteiskunnassa, tieteen ja tekniikan kehittyessä, on hoitotyössä tärkeä säilyttää eettinen näkökulma. Hoidon eettisen onnistumisen kannalta taas on tärkeä kunnioittaa toista ihmistä. Itsemääräämisoikeus, tasa-arvo sekä oikeus hyvään hoitoon ovat vain sanahelinää, jos ne eivät näy hoitajan tavassa toimia ja tehdä työtään. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 9–13.)

Hoitotyössä dialogin eli keskustelun perustana on yleensä jompikumpi eettisen dialogin muodoista: ongelmaa ratkaiseva tai reflektioiva, eli tajuntaa laajentava. Keskustelulle tärkeää ei ole vastauksen löytäminen tai oikea näkökulma, vaan avoimet aistit. Toisaalta tulee huomioida ja yrittää ymmärtää katsontakantoja, jotka poikkeavat omistaan, mutta samalla pyrkiä välttämään hätäisiä johtopäätöksiä. (Sarvimäki ym. 2009, 185-187.)

Onnistuakseen eettinen dialogi vaatii kuitenkin tiettyjen muiden edellytysten täyttymistä. Keskustelijoiden välillä tulisi vallita keskinäinen kunnioitus sekä itsekunnioitus ja omanarvontunto. Lisäksi heillä tulisi olla yhteinen pyrkimys yhteisymmärryksestä. Tämä luo kilpailuvapaan ilmapiirin, jossa kumpikaan ei pyri voittamaan toista. Rationaalisuus puolestaan auttaa keskittymään ongelmaan ja pitäytymään järkiperusteissa, menemättä henkilökohtaisuuksiin. Keskustelijoilta vaaditaan lisäksi avointa mieltä, vastavuoroisuutta ja kykyä sietää erilaisuutta. Dialogi vaatii osallistumista sekä sitoutumista ja joskus keskustelijoiden täytyy tehdä töitä pitääkseen dialogia yllä. Ammatillisessa dialogissa esimerkiksi hoitajan ja potilaan välillä vastuu yllämainituista on kuitenkin enemmän ammatillisella. (Sarvimäki ym. 2009, 185-187.)

5.1 Aggressiivinen potilas

Aggressiivisuus tarkoittaa käytöstä, joka vahingoittaa tai uhkaa muita tai itseä. Se ei tarkoita samaa kuin väkivaltaisuus, vaan väkivalta on sen ilmenemismuoto. Aggressiivisuus kuuluu ihmisen normaaliin tunneskaalaan ja sitä koetaan erilaisissa tilanteissa. Aggressiivisuus voidaan kohdentaa joko itseensä tai ulkopuolisiin tekijöihin. Aggressioon puolestaan käsittää niin vihamieliset tunteet, kuin teotkin. (Kiviniemi, ym. 2007, 125-126.)

Aggressiivisen käyttäytymisen synnystä on useita eri selitysteorioita. Sen taustalla voi olla biologisia- ja ympäristötekijöitä sekä päihkeitä tai psyykkisiä sairauksia. Biologisina aggressiivisuuden tekijöinä voi olla muun muassa aivovamma tai muu elimellinen syy, kuten aivokasvain. Ympäristötekijöinä voidaan mainita sosioekonominen asema sekä eri kulttuuritaustat.

Päihteet taas saattavat laukaista väkivaltaisen käyttäytymisen, koska ne heikentävät itsehillintää ja kykyä kontrolloida omaa toimintaa. (Kivimäki ym. 2007, 127-128.)

Psyykkisiin sairauksiin liittyy kohonnut riski käyttäytyä aggressiivisesti. Esimerkiksi psykiatrisista kriminaalipotilaista noin 70 prosenttia on paranoidista skitsofreniaa sairastavia. Masentunut potilas taas saattaa helposti kokea arvottomuutta ja itseinhoa, jolloin aggressiivisuus kohdistuu helposti potilaaseen itseensä. (Kivimäki ym. 2007, 127-128.)

Väkivaltatilanteilla on tutkimuskirjallisuuden mukaan vuorovaikutuksellinen luonne. Tämän vuoksi hoitohenkilökunnalla on mahdollisuus yrittää ohjata tilannetta rauhanomaisempaan suuntaan. Tietenkään aina hoitajan antama panostus tilanteeseen ei riitä ja tilanne saattaa edetä fyysiseksi väkivallaksi. Väkivaltatilanne käynnistyy, kun vastapuoli tekee uhkauksen tai teon, jota hoitohenkilöstö ei voi hyväksyä. Tilanteen eskaloituminen ei välttämättä tarvitse sanoja, vaan voi olla myös sanatonta viestintää, kuten liikkeitä, ilmeitä tai eleitä. (Hyyti ym. 2014, 131.)

Aggressiivisen potilaan tunnusmerkkejä ovat fyysinen ja psyykinen levottomuus ja kiihtyneisyys. Potilas ei välttämättä kykene sanallisesti selittämään asiaansa tai on tyytymätön saamaansa hoitoon tai vastaukseen. Itsehallinnan menettäminen näkyy usein voimakkaina ja ääripäästä toiseen menevänä mielialanvaihteluna. Varsinkin psyykkisestä sairaudesta kärsivä potilas voi olla ahdistunut, pelokas tai itkuinen. Nämä voimakkaasti koetut tunteet voivat kanavoitua aggressiivisuudeksi. Hoitohenkilökunnan tulisi reagoida potilaan tunteeseen ja tarjota ratkaisua ennen tilanteen eskaloitumista. (Hyyti ym. 2014, 131-132.)

Epäsuorassa aggressiivisuudessa potilas voi takertua hoitajana sanoihin tai hylätä hoitajan tarjoamat ratkaisuehdotukset. Monesti tällaisessa tilanteessa potilas on ehdoton, kiroilee, esittää syytöksiä ja on epäluuloinen hoitohenkilökuntaa kohtaan. Epäsuora aggressio kiihdyttää potilasta entisestään ja ruokkii jo olemassa olevaa aggression tunnetta. (Hyyti ym. 2014, 132.)

Jos potilaan uhkaukset kohdistuvat tiettyyn henkilöön, kasvaa mahdollisuus aggression kehittymiseen väkivallaksi. Fyysisen hyökkäyksen tunnusmerkkejä ovat hyökkäyskohdan etsiminen, ilmeen kiristyminen ja kasvojen punakkuuden häviäminen. Voimakas stressi johtaa putkinäköön, jolloin ihminen havainnoi ainoastaan edessä olevaltaan kapealta alueelta. Jos uhkaus on yksilöity ja tarkoin suunniteltu, niin sitä suurempi on uhkauksen toteutumisen mahdollisuus. (Hyyti ym. 2014, 132.)

Jos hoitaja joutuu tilanteeseen, jossa potilas käyttää fyysistä väkivaltaa, tulee hänen miettiä toimintakäytäntöään: jääkö hän tilanteeseen, poistuuko hän vai hälyttääkö lisääpua. Jos tilanne eskaloituu siten, ettei hoitaja pääse irrottautumaan potilaan otteesta, on hänellä rikosoikeudellinen oikeus puolustautua. (Hyyti ym. 2014, 135.)

5.2 Masentunut ja itsetuhoinen potilas

Masennus on terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL 2015b) tilastojen mukaan Suomen yleisin mielenterveyshäiriö, johon sairastuu jossain elämänsä vaiheessa jopa viidennes väestöstä. Masennuksen tunnistaminen ei kuitenkaan ole yksinkertainen tehtävä ja siksi osa masennuspotilaista ei ole hoidon piirissä. Masentunut saattaa hakeutua hoitoon somaattisten vaivojen takia, jolloin hoitohenkilökunnan vastuu masennuksen tunnistajana kasvaa.

Masennukseen liittyy vahvasti kokemus voimavarojen vähyydestä. Kanssakäymis haluttomuuden syynä voi olla jaksamisen puute, kokemus turhuudesta tai ajatus tarpeettomuudesta. Täten vetovastuu kommunikaatiosta on usein vastapuolella – hoitajalla. Masentuneen ihmisen kokemus hyväksynnästä, kuulluksi ja nähdyksi tulemisesta sekä vakavasti otetuksi tulemisesta ovat potilaalle hyvin tärkeitä ja hoitajan tulisi pyrkiä niitä tukemaan. Hyvään hoitoon liittyy lisäksi ymmärrys kokemuksen merkityksestä potilaalle itselleen. (Noppi ym. 2007, 198.)

Masennukseen liittyy usein toive kuolemasta. Tämä ei kuitenkaan aina tarkoita potilaalla olevan vielä ajatuksia itsemurhasta. Hoitajan on hyvä puntaroida potilaan itsemurhariskin korkeus tapauskohtaisesti. Itsemurhayrityksen taustalla on usein mielenterveyden häiriö. Etenkin masennus lisää itsemurhariskiä merkittävästi. Tärkein yksittäinen riskitekijä on aiempi itsemurhayritys. (THL 2015b.)

On virheellisesti ajateltu, ettei vakavasti itsemurhaa suunnitteleva puhu aikeistaan. Itsetuhoisuutta arvioidessa tulisi haastateltavalta kysyä suoraan, onko tällä itsemurha-ajatuksia tai suunnitelmaa itsemurhan toteuttamiseksi. Itsemurha-ajatuksista keskusteleminen ei lisää itsemurhariskiä. Kaikkiin ajatuksiin itsensä vahingoittamisesta tulisi suhtautua vakavasti ja huolen herätessä ohjata henkilö avun piiriin. Potilaan tuodessa ilmi itsemurha-ajatuksia tai toiveen kuolemasta, on hoitajan hyvä muistaa niiden olevan paitsi aihe huoleen, myös merkki luottamuksesta ja toiveesta tulla autetuksi. (Linnqvist 2011, 317; THL 2015b.)

5.3 Päihtynyt potilas

Päivystyksen asiakkaaksi saavutaan harvemmin varsinaisen päihtymyksen vuoksi. Syynä on yleensä päihteiden käyttöön liittyvä tapaturma, myrkytystila tai akuutti sairastuminen, kuten haimatulehdus. Lisäksi itsemurhayritykset ovat usein toteutettu alkoholin tai huumeiden vaikutuksen alaisena. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 160)

Päihteiden käyttö vaikuttaa ihmisen psyykkiseen tilaan, mutta sillä ei kuitenkaan aina ole vaikutusta psyykkisen sairauden oireisiin. Psykiatrissa arviota ei voida tehdä päihtyneestä potilaasta, mutta tämä ei estä vieroitushoidon tai akuutin mielenterveyden häiriön hoidon aloittamista. Lisäksi potilaan somaattisiin hoidontarpeisiin, kuten tapaturman aiheuttamiin vammoihin on vastattava. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 160)

Akuutisti päihtyneen potilaan kohdalla on tärkeintä saada tilanne tasaantumaan. Joissain tapauksissa hoitohenkilökunta voi tarvita vartijan tai poliisin avustusta. Päihtyneen potilaan tilanne on kuitenkin nykyohjeiden mukaan arvioitava ensiavun vastaanotolla ennen kuin poliisi voi mahdollisesti ottaa asiakkaan säilöön selviämään. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 160)

5.4 Psykoottinen potilas

Psykoosilla tarkoitetaan vakavaa todellisuudentajun häiriintymistä. Oireina ilmenee usein harhaluuloja, aistiharhoja, puheen hajanaisuutta tai epätavallista käytöstä. Aistiharhat ja harhaluulot ovat psykoosin keskeisimpiä oireita. Psykoottinen potilas on usein ahdistunut, neuvoton, hämmentynyt tai pelokas. (Cullberg 2005, 41–68; Hyyti, Kauppila, Koskelainen & Rantaescola 2014, 112.)

Harhaluulo eli deluusio tarkoittaa, että henkilön todellisuudentaju poikkeaa selvästi siitä, mitä ympäristö pitää ilmeisenä. Harhaluuloinen potilas voi esimerkiksi luulla, että muut ihmiset kykenevät lukemaan hänen ajatuksiaan ja jakamaan niitä muille. Aistiharha eli hallusinaatio tarkoittaa, että potilas voi kuulla tai nähdä asioita, joita muut ympärillä olevat ihmiset eivät havaitse. Hallusinaatiot voivat esiintyä myös erilaisina hajuina tai kehon tuntemuksina. Psykoottiselle potilaalle harha-aistimukset ovat todellisen tuntuksia, vaikka ne eivät muille ihmisille ilmenisivätkään. Tämän vuoksi potilaan kokemuksia ei tule vähätellä ja niihin tulisi suhtautua neutraalisti. (Hyyti ym. 2014, 112.)

Psykoottisuus ei itsessään lisää potilaan aggressiivisuutta mutta saattaa hankaloittaa potilaan kohtaamista muuten. Psykoottiseen ihmiseen saattaa olla vaikea luoda kontaktia tai ylläpitää sitä. Potilas, joka kärsii harhaisuudesta, saattaa kohdistaa aggressiivisuutta lähes kehen tahansa. Tämän takia hoitajan tulee pyrkiä aktiivisesti selvittämään harhojen sisältöä, jotta arvaamattomiin tilanteisiin voidaan ennalta varautua. Harhojensa takia potilas voi olla myös pelokas. Pelko saattaa ilmetä aggressiivisuutena silloin, kun sen tehtävä on pitää muut ihmiset loitolla. (Hyyti ym. 2014, 113.)

Psykoottisen potilaan lähestymisen on hyvä tapahtua edestäpäin niin, että potilas huomaa hoitajan. Takaapäin tai yllättäen lähestyttäessä on vaarana, että potilas pelästyy hoitajaa ja saattaa täten toimia arvaamattomasti. Potilaan ja hoitajan välinen distanssi tulee myös huomioida tapauskohtaisesti. Hoitajan tulee puhua potilaalle rauhallisesti ja selkeästi ja toistaa, jos on ilmeistä, ettei potilas ymmärtänyt kuulemaansa. Hoitajan on tärkeä luoda tapaamisesta kiireettömän ja turvallisen oloinen sekä toimia harkitusti ja luottamusta herättäen. (Hyyti ym. 2014, 113.)

Katsekontaktiin tulisi kiinnittää huomiota. Potilas saattaa kokea pitkän ja suoran katsekontaktin haastavaksi ja epämiellyttäväksi. Hoitajan antaessa kehotuksia, tai jos potilaan halutaan tekevän jotain, kannattaa hoitajan koittaa puhua potilaalle yleisellä tasolla ja olla viemättä kehotuksia henkilökohtaiselle tasolle. Potilasta kannattaa myös puhutella etunimellä, sillä tämä voi

rauhottaa tilannetta ja tuoda potilaan ajatuksia todenmukaisimmiksi. (Hyyti ym. 2014, 113–114.)

Potilaan harhoja ei hoitajan kannata oikaista tai todentaa. Harhoihin ei kannata myöskään puuttua, elleivät ne koske paikalla olevaa hoitohenkilöstöä. Potilaan kysyessä, kuulevatko muut samoja ääniä tai näkevätkö samoja asioita kuin hän, kannattaa hoitajan vastata: ”Nämä asiat tuntuvat todellisilta sinulle, mutta itse en niitä havaitse.” (Hyyti ym. 2014, 114.)

Harhaista potilasta ei tule uhkailla hoitotoimenpiteillä, kuten lepositeillä tai eristämällä. Potilas saattaa tuntea turvallisuutensa uhatuksi ja voi tällöin puolustautua. Hoitajan tulee kuunnella potilaan toiveita ja mahdollisuuksien mukaan toteuttaa niitä. Potilaan toiveissa ja tekemisissä tulee ottaa huomioon turvallisuusseikat sekä päivystyspoliklinikan säännöt. Sovituista asioista kiinni pitäminen estää harhaluuloisten ajatusten syntymistä hoitavaa tahoja kohtaan. (Hyyti ym. 2014, 114; Kuisma ym. 2008, 481.)

6 PÄIVYSTYSPOLIKLINIKKA

Sairaalan päivystykseen hakeudutaan äkillisen ja usein yllättävän sairastumisen tai tapaturman vuoksi. Päivystyspoliklinikalla on suuri merkitys siinä, millaisen kuvan potilas saa sairaalasta ja tämän tarjoamista palveluista. Päivystyspoliklinikalla saadun hoidon jälkeen hoito yleensä jatkuu sairaalan vuodeosastolla tai potilaan kotona. (Holmström, Kuisma & Portan 2008, 40.)

Akuutisti sairastuneet tai loukkaantuneet potilaat kulkevat vuodeosastoille päivystyspoliklinikan kautta. Hoito päivystyspoliklinikalla on ajallisesti lyhyttä, mutta tehokasta. Potilaista tehdään tullessa systemaattinen tilan arvio, jotta potilaat pääsevät hoitoon kiireellisyysjärjestyksessä. Kiireellisyysluokituksen käyttöönotto on tuonut potilaat samanarvoiseen asemaan hoidon pääsyn suhteen sekä auttanut sairaalaa potilasmäärien hallinnassa sekä resurssien kohdentamisessa. (Holmström ym. 2008, 41–42.)

Hoitoprosessi päivystyspoliklinikalla sisältää potilaan välittömän hoidontarpeen määrittämisen, mahdollisimman nopean diagnosoinnin, hoidon aloittamisen sekä potilaan jatkohoidon järjestämisen. Päivystyspotilaan hoitaminen on nopeaa ja vaatii usein nopeita päätöksiä. Tämän vuoksi päivystyspoliklinikalla työskentelevän sairaanhoitajan keskeisimpiä valmiuksia on kyky tehdä ripeitä päätöksiä. Lisäksi hoitajalta vaaditaan jatkuvaa potilaan tilan arviointikykyä, kykyä opastaa ja ohjata potilaita sekä halua ja kykyä toimia niin yksin kuin yhdessä moniammatillisen työryhmän kanssa. (Nummelin 2009; Holmström ym. 2008, 41–42.)

Tiivistäen voidaan sanoa, että päivystyspoliklinikalla toiminta on ennustamatonta ja potilasmäärät vaihtelevia. Päivystysyksikkö on osa potilaan hoitopolkua ja sen tarkoitus on taata potilaalle hyvä akuuttivaiheen hoito. Päivystyspoliklinikalla hoidetaan useiden erikoisalojen potilaita, joten henkilöstön tulee omata laaja tieto hoito- sekä lääketieteestä.

7 AMMATILLISUUTTA TUKEVA RYHMÄKESKUSTELU

Ihmiselle ryhmässä keskusteleminen on luonteva tapa oppia, jakaa tietoa toisten kanssa, ja pohtia sekä arvioida käsityksiä ja ajatuksia. Oppimista tukevassa keskustelussa on tavoite, mutta siinä ei välttämättä päädytä mihinkään lopputulokseen. Kun keskustelu on tavoitteellista, ryhmän ohjaaja auttaa keskustelijoita kysymyksillä oikeaan suuntaan. (Kaukkila & Lehtonen 2007, 12; Eskelä-Haapanen, Hannula & Lepola 2015, 15.)

Hyvässä keskustelussa kaikki saavat osallistua, kaikkia kuunnellaan, ja osapuolet auttavat toinen toistaan. Kun ryhmä on toimiva, sen kesken vallitsee luottamuksen ilmapiiri. Kenenkään ei siis tarvitse pelätä sanomisiaan. Lisäksi kaikki osapuolet voivat näyttää tunteitaan, sekä antaa ja saada kritiikkiä. Ryhmäkeskustelussa tärkeää on dialogisuus, eli vuoropuhelu. Sen avulla voidaan esimerkiksi muuttaa totuttuja ajatusmalleja ja asenteita. (Kaukkila & Lehtonen 2007, 13, 37; Eskelä-Haapanen ym. 2015, 15.)

Ohjaajan tehtävänä ryhmäkeskustelussa on innostaa keskustelijoita kertomaan ajatuksiaan ja mielipiteitään. Tarkentavilla kysymyksillä saadaan keskustelijat pohtimaan perusteluja ajatuksilleen. Oppimista tukevassa keskustelussa tavoitteena on myös itseohjautuvuus: keskustelun edetessä ryhmäläiset ottavat yhä enemmän vastuuta keskustelusta, jolloin ohjaajan rooli pienenee. (Eskelä-Haapanen ym. 2015, 16.)

8 HARHAISEN POTILAAN KOHTAAMINEN – RYHMÄKESKUSTELU

Opinnäytetyön toiminnallinen osuus eli ryhmäkeskustelu rakennettiin kirjallisen osuuden pohjalta. Ryhmäkeskustelun tueksi luotiin PowerPoint-esitys, johon koottiin tilaajan taholta keskeisiksi koetut aiheet. Hyytin ym. (2014) ”Haastavat asiakastilanteet – väkivalta työssä” osoittautui erittäin laadukkaaksi teokseksi tukemaan juuri esimerkiksi opinnäytetyössämme läpikäydyn potilaskohtaamisen kaltaisissa tilanteissa.

Esityksen läpikäymiseksi laadittiin ohjeellinen ajankäytön suunnitelma jaksettamaan ja varmistamaan materiaalin tasapainoista läpikäyntiä. Aikataulu laadittiin ohjeelliseksi, koska heräävän keskustelun määrää ei ennalta voinut arvioida.

8.1 Opinnäytetyöprosessi

Opinnäytetyön prosessi lähti liikkeelle ideasta yhdistää tekijöidensä mielenkiinnon kohteet yhden otsikon alle. Tämä onnistui luontaisimmin käsittelemällä ensimmäiselle mieluista asiakasryhmää toisen miljöössä. Tämän ideologian pohjalta kehittyi ajatus työotsikosta ”mielenterveyspotilas ensiavussa”. Työn teemaksi tarkentui hyvin nopeasti potilaan kohtaaminen.

Aluksi opinnäytetyön tarkoitus oli kartoittaa sairaanhoitajien kokemuksia mielenterveyspotilaan kohtaamisesta ja pyrkiä tarjoamaan pohja mahdollisille jatkotutkimuksille aiheesta. Tässä kohtaa työn teossa koitti kuitenkin pidempi hiljainen vaihe, jonka aikana myös näkökulma muuttui. Yhdessä ohjaavan opettajan sekä yhteistyöorganisaation kanssa päädyttiin kirjallisen katsauksen sijaan toiminnalliseen opinnäytetyöhön, koska sen koettiin palvelevan paremmin työelämälähtöisyydellään tilaajaansa sekä täten ammattikorkeakoulun opinnäytetyön tarkoitusta.

Työn sisältö ja luonne muuttuivat paljon prosessin aikana. Lopullinen työ onkin siten tavallaan tiivistelmä laajemmasta kokonaisuudesta. Miltään osin ei kuitenkaan tehty työ valunut hukkaan, vaan harjaannutti tekijöitä tiedonhaussa sekä vahvisti käsitystä oleellisen ja epäoleellisen erosta.

Tiedonhaun opinnäytetyötä varten teimme Hämeenlinnan ammattikorkeakoulun ja kaupungin kirjastojen aineistoista, sekä verkkotietokannoista, kuten PubMed, Cinahl sekä Google Scholar. Lähdemateriaalin ikähaarukaksi asetettiin kymmenen vuotta. Tarkastetussa työssä tulee kuitenkin olemaan joitain yli kymmenen vuotta sitten julkaistuja artikkeleja tai teoksia, koska ne ovat mukaanottohetkellä mahtuneet ikähaarukkaan, mutta opinnäytetyön valmistumisen viivästyttyä näennäisesti vanhentuneet. Lähteiden tarjoaman tiedon ollessa edelleen pätevää, ei niitä koettu tarpeelliseksi korvata.

8.2 Arviointi

Ryhmäkeskustelun lopuksi läsnäolijoilta pyydettiin suullisesti palautetta tilanteesta sekä siitä, miten hyödylliseksi he kokivat saamansa tiedon. Hoitohenkilökunta koki saaneensa paljon uusia näkökulmia ja jo aiemmin oli käynyt ilmi, että suuri osa esille nostetuista seikoista ei ollut entuudestaan heille tuttuja. Mielenterveyden häiriötä sairastavan potilaan kohtaaminen koettiin usein pelottavaksi juuri sen arvaamattomuuden vuoksi. Henkilökunta toivoi lisää tämän kaltaista koulutusta, jotta he saisivat lisää varmuutta kohdata potilas sekä tietoa jonka avulla arvioida ja mahdollisesti ennakoida vuorovaikutustilanteen kulkua.

Opinnäytetyö koki valmistuakseen useita muutoksia sekä luonteensa että sisällön osalta. Työn toiminnallisuus oli osin tekijöidensä tiedostamaton toive, mutta merkittävimmin siihen vaikutti ohjaava opettaja. Lopputulosta tarkastellessaan ei voi olla tuntematta tyytyväisyyttä ja kiitollisuutta siitä, että saimme olla tarjoamassa tuleville kollegoillemme konkreettisia keinoja kohdata mielenterveyspotilaita, pelkän kirjallisen tuotoksen sijaan. Tämä tunne lienee olevan varsinkin tekijöilleen tärkein onnistumisen mittari.

9 EETTISYYS, LUOTETTAVUUS JA POHDINTA

Tutkimuskohteiden ihmisarvon mukaista on toteuttaa työ vapaaehtoisuuden pohjalta. Plagointia, eli toisten tai itsemme aikaisemmin tekemän työn omanamme uudelleen esittämistä ei työssä ole. Yleisellä tasolla etiikka käsittelee ihmisen käsitystä hyvästä ja pahasta, jotta taas tutkimustyötä voidaan pitää eettisesti hyvänä, tulee noudattaa hyvän tutkimuksen käytäntöjä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 23–27.)

Työtä varten ei tarvinnut hakea tutkimuslupaa, koska se oli toiminnallinen eikä täten vaatinut tiedonkeruuta osallistujilta. Keskusteluun osallistuminen oli hoitajille vapaaehtoista. Työn suunnitteluun on osallistunut yhteistyöorganisaation päivystyspoliklinikan osastonhoitaja, jonka kautta on saatu keskusteluyhteys myös osaston muuhun henkilökuntaan. Täten työn vastaanottaja on saanut vaikuttaa opinnäytetyön sisältöön koko sen prosessin ajan.

Työssämme käytimme luotettavia ja asiantuntevia tutkimuksia ja tietokirjallisuutta. Näiltä osin työssämme on lähdemerkinnät ja asianmukainen lähdeluettelo, josta kuka tahansa voi varmistaa asiasisällön paikkansapitävyyden sekä sen ettemme ole tekstiä plagioineet.

Opinnäytetyötä aloittaessamme kaipasimme itse lisää tietoa mielenterveyspotilaan kohtaamisesta. Olemme molemmat nyt kuitenkin työskennelleet yli kaksi vuotta psykiatrisessa sairaanhoidossa. Tänä aikana omat valmiutemme ja tietämyksemme aiheesta ovat lisääntyneet valtavasti. Suurelta osin tästä on kiittäminen opinnäytetyöprosessia, joka pakotti meidät etsimään ja opiskelemaan aiheeseen liittyvää teoretietoa. Huomasimme, ettemme halua työn palvelevan vain tekijöitään etappina valmistumiseen. Ohjaavalla opettajallamme heräsi ajatus muokata opinnäytetyö toiminnalliseksi, osin kenties kuvastaakseen enemmän tekijöitään, mutta toisaalta jotta siitä hyötyisivät myös muut.

Opinnäytetyön valmistuminen koki useita viivästyksiä tekijöidensä siviilielämän mullistusten seurauksena. Kokonaisuudessaan teimme töitä vaihtelevalla tahdilla lähes kaksi ja puoli vuotta. Alkuinnostuksen laannuttua kirjallinen osuus polki pitkään paikallaan, kuin odottaen uutta näkökulmaa, jonka toiminnallisuuden mukaantulo meille tarjosi. Suuri kiitos kuuluu myös tilaajaorganisaatiolle, joka mahdollisti muutoksen.

Molemmat opinnäytetyön tekijät työskentelevät täysipäiväisesti psykiatrisella osastolla. Mielenterveyden häiriöiden hoito ja psykiatriset potilaat ovat työmme perusta. Harhat ja kanssakäymisen ongelmat ovat lähes päivittäin arjessamme läsnä. Opinnäytetyö avasi silmämme ymmärtämään, etteivät nämä ole muualla tavallisia. Esimerkiksi opinnäytetyön vastaanottava päivystyspolikliininen osasto kohtaa lähes päivittäin mielenterveyden häiriöstä kärsivän potilaan. Silti tietämys psykiatrian alueesta vaikuttaa lähinnä sivuhuomiolta, somaattisen osaamisen vallatessa leijonanosuuden teoretiedosta ja -taidosta. Prosessin edetessä selkeni entisestään, että työelämälähtöiselle, käytännönläheiselle ja konkreettisia työkaluja tarjoavalle koulutuk-

selle on tilausta. Tämä opinnäytetyö ei varmasti ole ensimmäinen joka pyrkii tarpeeseen vastaamaan, kuitenkin uusia näkökulmia tullaan aina tarvitsemaan. Varsinkin jos mielenterveyden häiriöistä kärsivien osuus potilasmateriaalissa jatkaa kasvuaan.

Mielenterveyspotilas ei välttämättä koe maailmaa kuten muut ihmiset. Hänen kanssaan asioiva hoitaja voi kokea tämän tuntemattomuuden pelottavana. Myös oma epävarmuus tekee etäämmälle pyrkimisestä helppoa. Pyrimme opinnäytetyöllämme hieman hälventämään tätä epätietoisuuden verhoa. Opinnäytetyö tähtää parempaan potilaskohtamiseen sekä hoitajan, että potilaan kannalta. Tekijöinä koemme, että työllämme on merkitystä jo silloin, jos saamme avarrettua opinnäytetyömme vastaanottavan osaston hoitohenkilökunnan käsitystä psykiatrisesta potilaasta. Kenties antamaan keinoja potilaan käytöksen ymmärtämiseen ja täten tilanteen parempaan arviointiin ja valmistautumiseen.

Usein mielenterveyden häiriö saa ihmisen vetäytymään ja sulkeutumaan. Ongelmista ei juuri puhut ennen kuin on pakko tai poikkeava käytös kiinnittää tarpeeksi huomiota. Yksi syy vetäytymiseen on mielenterveyshäiriöihin liittyvä ikävä leimaantuminen, stigma sekä stereotypioihin nojaavat asenteet. Sairastuneet myös kokevat edellä mainittujen asioiden olevan isoimpia esteitä toipumiselle (Mielenterveyden keskusliitto n.d.).

Mielenterveys on alati läsnä ihmisen elämässä, kuten myös sen häiriöt. Psykiatristen sairauksien kantamaa häpeäleimaa on mahdollista hälventää tiedon ja ymmärryksen lisäämisen avulla. Toivomme, että opinnäytetyöstä on apua kaikille niille, jotka kokevat mielenterveyspotilaan kohdatessaan epävarmuutta tai muuten tahtovat tällä alueella ammatillisuuttaan kehittää.

LÄHTEET

- Cullberg, J. (2005). *Psykosit – kokoava näkökulma*. Helsinki: Therapeiasäätiö.
- Eskelä-Haapanen, S., Hannula, M. & Lepola, M. (2015). *Puhe pulppuaan! - Oppimista tukeva keskustelu*. Jyväskylä: PS-kustannus.
- HAMK (2016). Hämeen ammattikorkeakoulun Opinnäytetyöopas. HAMK intranet.
- Heikkinen-Peltonen, R., Innamaa, M. & Virta, M. (2014). *Mieli ja terveys*. Helsinki: Edita.
- Heiskanen, T., Tuulari, J. & Huttunen, M. (2011) Masennuksen monet ulottuvuudet. Teoksessa Heiskanen, T., Huttunen, M. & Tuulari, J. (toim.) *Masennus*. Helsinki: Duodecim, 8–15.
- Hietaharju, P. & Nuutila, M. (2010). *Käytännön mielenterveystyö*. Helsinki: Tammi.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. (2007). *Tutki ja kirjoita*. Helsinki: Otavan Kirjapaino Oy.
- Holmström, P., Kuisma, M. & Porthan, K. (2008). *Ensihoito*. Helsinki: Tammi.
- Huttunen, M. O. (2015). Kaksisuuntainen (maanis-depressiivinen) mielialahäiriö. Duodecim. Viitattu 4.3.2015. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00378
- Huttunen, M. O. (2015). Mielenterveyden häiriöt. Terveyskirjasto. Viitattu 6.1.2017. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00002
- Huttunen, M. O. (2014). Persoonallisuushäiriöt. Duodecim. Viitattu 16.12.2015 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00407
- Hyyti, J., Kauppila, J., Koskelainen, M. & Rantaeskola, S. (2014). *Haastavat asiakastilanteet – väkivalta työssä*. Helsinki: Talentum Media Oy.
- Kaukkila, V. & Lehtonen, E. (2007). *Ryhmästä enemmän- Käsikirja ryhmänohjaajan taitoja tarvitsevalle*. Helsinki: SMS-tuotanto Oy.
- Kiviniemi, L., Läksy, M., Matinlauri, T., Nevalainen, K., Ruotsalainen, K., Seppänen, U. & Vuokila-Oikkonen, P. (2007). *Minä mielenterveystyön tekijänä*. Helsinki: Edita.

Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus. (2015). Suomalaisen lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Psykiatriayhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 3.3.2015. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi35050>

Lappalainen-Lehto, R., Romu, M. & Taskinen, M. (2008). *Haasteena päihdeet - Ammatillisen päihdetyön perusteita*. Helsinki: WSOY.

Lönnqvist, J. (2011). Itsemurhat ja masennus. Teoksessa Heiskanen, T., Huttunen, M. & Tuulari, J. (toim.) *Masennus*. Helsinki: Duodecim, 316–326.

Mielenterveyden keskusliitto (n.d.). Käsitteitä mielenterveydestä. Viitattu 8.1.2017. <http://mtkl.fi/tietoa-mielenterveydesta/kasitteita-mielenterveydesta/>

Mielenterveystalo.fi (n.d.). Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Viitattu 5.1.2015. <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/Tietopankki/Diagnoosi-tietohaku/F60-69/F60/Pages/default.aspx>

Mäkisalo-Roponen, M. (2011). *Vuorovaikutustaidot sosiaali- ja terveysalalla*. Helsinki: Tammi.

Niemelä, S. (2011). Päihdeongelman ja masennuksen samanaikaisuus. Teoksessa Heiskanen, T., Huttunen, M. & Tuulari, J. (toim.) *Masennus*. Helsinki: Duodecim, 265–266.

Noppari, E., Kiiltomäki, A. & Pesonen, A. (2007). *Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa*. Helsinki: Tammi.

Nummelin, M. (2009). Päivystyspoliklinikalla aloittavan sairaanhoitajan tiedon tarve. Turun yliopisto. Hoitotiede. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma. Viitattu 7.10.2016. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201101171072>

Partanen, A., Holmberg J., Inkinen, M., Kurki, M. & Salo-Chydenius, S. (2015). *Päihdehoitotyö*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Räsänen, P. (n.d.). Persoonallisuushäiriöt: luonnetta vai luonnevikaa? *Terve.fi*. Viitattu 8.11.2016. <http://www.terve.fi/persoonallisuushairiot/persoonallisuushairiot-luonnetta-vai-luonnevikaa>

Salokangas, R. (2004). Aistiharha – neurologinen vai psykiatrinen häiriö? *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*. Viitattu 15.11.2016. <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2004/17/duo94491>

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

Schubert, C. (2007). *Monikulttuurisuus mielenterveystyössä*. Helsinki: Edita.

THL (2015b). Itsetuhoisuus. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 26.9.2016. <https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/keinoja-mielenterveyden-edistamiseen/time-out-aikalisa-elamaraiteilleen/aikalisaohjaajien-materiaalipaketti/mielenterveys/itsetuhoisuus>

THL (2015a). Mielenterveyshäiriöt. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 6.1.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot>

Vilka, H. & Airaksinen, T. (2003). *Toiminnallinen opinnäytetyö*. Helsinki: Tammi.

Wahlbeck, K. (2014). Kohtaaminen haastaa mielenterveysongelmien stigmaa. Suomen Mielenterveysseura. Viitattu 10.10.2016. <http://www.mielenterveysseura.fi/fi/mielenterveys/mielenterveyden-h%C3%A4iri%C3%B6t/kohtaaminen-haastaa-mielenterveysongelmien-stigmaa>

World Health Organization 2014. Mental health: a state of well-being. Viitattu 12.10.2016. http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en

POWERPOINT ESITYS MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖISTÄ JA HARHAISEN POTILAAN KOHTAAMISESTA



HARHAISUUS

- Aistiharha, eli *hallusinaatio*
→ näkö-, kuulo-, haju tai makuharha
- Harhaluulo, eli *deluusio*
→ esimerkiksi epärealistiset ajatukset tai uskomukset
(taustalla usein kokemuksen tai havainnon virheellinen tulkinta)
- Tukevat usein yhdessä asiakkaan harhaista todellisuutta
→ Harhaluulo selittää muuten mahdottomana pidetyn aistiharhan

HAMK - HÄMEEN AMMATTIKORKEAKOULU

HARHAISUUDEN SYYT

- Harhoja esiintyy mm. seuraavissa 1) *psykkisissä sairauksissa*:
 - Skitsofrenia → harhat hyvinkin kaukana todellisuudesta
 - Skitsoaffektiivinen häiriö
 - Psykoottistasoinen masennus → tulevaisuuden mahdollisuuksien hämärtyminen/pelkojen moninkertaistuminen
 - Psykoosiipirteinen persoonallisuushäiriö

HAMK - HÄMEEN AMMATTIKORKEAKOULU

HARHAISUUDEN SYYT

- Myös 2) *elimelliset ongelmat* voivat aiheuttaa harhoja
- Elimellisen harhan aiheuttaa yleensä neurologinen sairaus, kuten:
 - Aivokasvain
 - Alzheimer
 - Epilepsia
 - Narkolepsia

HAMK - HÄMEEN AMMATTIKORKEAKOULU

HARHAISUUDEN SYYT

- Viimeinen merkittävä harhaisuutta aiheuttava tekijä on 3) *päihteet*:
 - Delirium tremens, eli juoppohulluus voi saada aikaan harhoja
 - Psykoaktiiviset, eli keskushermoston toimintaan vaikuttavat aineet (eli huumeet)
→ mahdollisesti sekä käytön aikaisena vaikutuksena, että vieroitusoireena
 - Eritysmainintana *kannabis*
→ voi laukaista paranoidisen psykoosin + kohottaa riskiä sairastua skitsofreniaan

HAMK - HÄMEEN AMMATTIKORKEAKOULU

HARHAINEN POTILAS

- Aistiharha ja harhaluulo usein käsi kädessä
- Tyypillisimpiä harhojen muotoja ovat:
 - Suhteuttamisharhat → rakentuvat ns. merkityselämysten ympärille
 - Väinöharha → pelko jonkun tai jonkin (ihminen, olio, järjestä jne.) väinön kohteena olemisesta
 - Grandioottiset harhat → epärealistinen ylivertauuden kokemus ja toisten vähättely (vrt. jumaluuskompleksi)

HAMK - HÄMEEN AMMATTIKORKEAKOULU

HARHAISEN POTILAAN KOHTAAMINEN

- Kontaktiin saaminen ja ylläpito mahdollisesti vaikeaa
- Kommunikatio *rauhallista ja selkeää* → mahdollisuuksien mukaan varmistus siitä, että potilas ymmärtää
- Harhaisuus itsessään ei lisää aggressiivisuutta, mutta harhojen ohjaama henkilö voi olla aggressiivinen ja arvaamaton

HAMK - HÄMEEN AMMATTIKORKEAKOULU

- **Neutraali suhtautuminen** harhoihin → kokemuksia ei tule vähätellä
 - Harhoja ei tarvitse oikeista tai todentaa, elleivät ne koske läsnä olevia henkilöitä
 - Kohtaamisesta mahdollisimman **turvallinen ja kiireetön tilanne**
 - Potilasta tulee **lähestyä edestä** → ei yllättäen
 - Toimintaan puuttuminen ohjeilla ja kehotuksilla → ei puututa henkilökohtaisella tasolla, käsketä tai uhata
- HAMK - HÄMEEN AMMATTIKORKEAKOULU
- **Kuunnellaan** potilaan toiveet ja **mukaillaan** mahdollisuuksien salliessa

LÄHTEET:

- Holmström, P., Kuisma, M. & Porthan, K. 2008. Ensihoito. Helsinki: Tammi.
- Huttunen, M. 2015. Harhaluulo (delusio). Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 16.11.2016. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00372
- Huttunen, M. 2015. Lyhytkestoinen psykoosi. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 16.11.2016. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00387
- Huttunen, M. 2015. Juoppohulluus (F10.4). Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 16.11.2016. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00376
- Hyyti, J., Kauppila, J., Koskelainen, M. & Rantaeskola, S. 2014. Haastavat asiakastilanteet – väkivalta työssä. Helsinki: Talentum Media Oy.
- Salokangas, R. 2004. Aistiharha – neurologinen vai psykiatrinen häiriö? Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Viitattu 15.11.2016. <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2004/17/duo94491>

