

”JOTENKIN KUN PUHUU TOISTEN KANSSA, SE PARANTAA ITSETUNTOA”

**Potilaiden ja hoitajien näkemyksiä mielenterveyshoitotyön auttamismenetelmistä
ja kehittämishaasteista psykiatrisella osastolla**

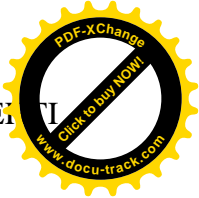
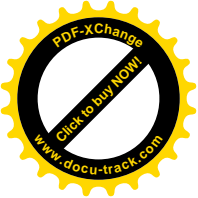
Laura Lemmetyinen
Piia Päijänen

Opinnäytetyö
Syyskuu 2006

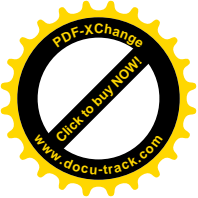


**JYVÄSKYLÄN
AMMATTIKORKEAKOULU**

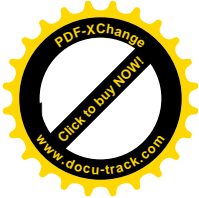
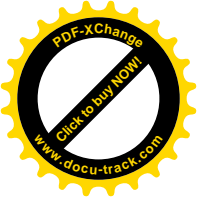
Sosiaali- ja terveysala



Tekijä(t) Lemmetyinen Laura Päijänen Piia	Julkaisun laji Opinnäytetyö	
	Sivumäärä 54 + 9	Julkaisun kieli suomi
	Luottamuksellisuus <input type="checkbox"/> Salainen _____ saakka	
Työn nimi ”Jotenkin kun puhuu toisten kanssa, se parantaa itsetuntoa” Potilaiden ja hoitohenkilökunnan näkemyksiä hoitotyön auttamismenetelmistä psykiatrisella osastolla		
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) Pirkko Oittinen ja Anne Kanerva		
Toimeksiantaja(t)		
Tiivistelmä <p>Psykoosit ovat merkittävä osuus mielenterveysongelmista. Niiden kansanterveydellinen ja –taloudellinen merkitys on huomattava. Varhaisella puuttumisella, oikealla diagnostiikalla ja tehokkailla, laadukkailla ja inhimillisillä hoitotyön auttamismenetelmillä voidaan päästä ansiokkaiisiin tuloksiin psykoosipotilaiden akuuttivaiheen hoidossa. Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa ja kuvata potilaiden ja hoitohenkilökunnan näkemyksiä hoitotyössä käytettävistä hoitotyön auttamismenetelmistä ja niihin liittyvistä kehittämishaasteista akuutilla psykoosiosastolla. Tutkimus on myös osa yhteistyöosaston omaa kehittämishanketta ja tutkimuksen tarkoituksena on tuoda siihen syvyyttä potilaiden näkökulman avulla. Näin tutkimus konkretisoi yhteistyöosaston hoitohenkilökunnan käyttämiä hoitotyön auttamismenetelmiä.</p> <p>Tutkimus on laadullinen. Sen aineisto koostui kuuden potilaan haastatteluista sekä seitsemän hoitohenkilökuntaan kuuluvan hoitajan kyselylomakkeen vastaussisällöstä. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyyysillä.</p> <p>Potilaat kertoivat kohdallaan käytetyn sosiaalisia, toiminnallisia ja fyysisiä hoitotyön auttamismenetelmiä. Näistä tärkeimpinä nousivat keskustelut hoitajien kanssa, avun saaminen käytännön ongelmiin, rajoittaminen sekä lääkehoidon turvaaminen. Henkilökunta kuvasi käyttämiään hoitotyön auttamismenetelmiä keskusteluna, kuunteluna, tukemisena, auttamisena päivittäisissä askareissa sekä rajoittamisena.</p> <p>Hoitotyön auttamismenetelmien kehittämishaasteina potilaat näkivät sosiaalisia ja toiminnallisia muutostarpeita. Potilaat toivoivat, että palautetta annettaisiin ystävälliseen sävyyn potilasta loukkaamatta. Lisäksi osastolle kaivattiin lisää tekemistä. Hoitohenkilökunta toivoi kehittämistä yhdenmukaisten hoitomallien suunnitelluksi sekä koulutuksen lisäämisen. Lisäksi kaivattiin enemmän osastolla olemista, mikä tukee potilaiden kuntoutumista.</p> <p>Tutkimus auttaa yhteistyöosastomme kehittämishanketta ja tuo siihen lisää syvyyttä potilaiden näkökulman avulla.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Mielenterveyshoitotyö, psykoosi, akuuttihoito, hoitotyön auttamismenetelmät, hoitotyön auttamismenetelmien kehittämishaasteet, mielenterveyshoitotyön laatuvaatimukset, yhteistyöosaston kehittämishanke		
Muut tiedot		

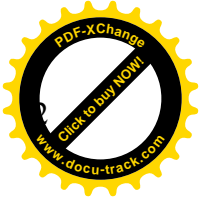
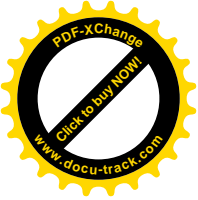


Author(s) Lemmetyinen Laura Päijänen Piia	Type of Publication Bachelor's Thesis	
	Pages 54 + 9	Language Finnish
	Confidential <input type="checkbox"/> Until _____	
Title "Somehow when I talk with someone, it razes self confidence" The visions of the treatment and the development affirmation in a psychiatric department according patients and personnel		
Degree Programme Degree Programme of Nursing		
Tutor(s) Pirkko Oittinen and Anne Kanerva		
Assigned by		
Abstract <p>Psychoses make a mature deal of the mental problems. They are significant for our national economy and - health. We can reach deserving achievements with early interference and with effective, high-class and humanitarian treatment when it comes to the acute treatment of psychosis. The meaning of this research was to collect and describe the information of the treatment that the patients have had in the psychiatric department and about the treatment that the personnel use in their daily work, and to collect the information about how the patients and personnel would want to develop the treatment in the department. This research is also part of the co-operation department's own development project and the meaning of this research is also to deepen the project with the patients' standpoint.</p> <p>This research is qualitative. Data for the research was collected from six patients' interview and from question form from seven persons of personnel. The data was analysed by using inductive content analysis.</p> <p>The patients told that the treatment that they had included social, functional and physical elements. The most important of these were conversation with the personnel, getting help for the daily problems, restriction and taking care of the medical treatment. The personnel described the treatment that they use are conversational, listening, supporting, helping in daily activity and the patients' restriction.</p> <p>According the patients the development challenges included getting feedback in a positive way without hurting patient's feelings. They also wished to get more activities to the department. The personnel needed a similar way to treat the patients. They also wanted to increase the time using with patients. Personnel also wanted to get more education to support the work they do.</p> <p>This research helps our co-operation department's development project and deepens it with the perspective of the patients.</p>		
Keywords Mental treatment, psychosis, acute care, development challenges, affirmation for the quality of mental care, co-operation department's project.		
Miscellaneous		



SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	2
2 MIELENTERVEYSTYÖN LÄHTÖKOHDAT	4
2.1 Mielenterveys käsitteenä	4
2.2 Mielenterveystyö ja mielenterveystyö käsitteinä	5
2.3 Hoitotyön auttamismenetelmät käsitteenä.....	5
2.4 Mielenterveystyön laadun parantaminen yhteistyöosaston kehittämishankkeena.....	6
3 PSYKOOSIPOTILAAN AKUUTTIVAIHEEN HOITOTYÖ.....	8
3.1 Psykoosi käsitteenä	8
3.2 Psykoosin akuuttivaiheen hoitotyö	9
3.3 Sosiaaliset hoitotyön auttamismenetelmät.....	9
3.4 Toiminnalliset hoitotyön auttamismenetelmät.....	11
3.5 Fyysiset hoitotyön auttamismenetelmät	12
3.6 Tiedon antaminen hoitotyön auttamismenetelmänä.....	13
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	14
4.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset	14
4.2 Tutkimusmenetelmä	14
4.2.1 Tutkimuksen kohderyhmä ja tutkimusaineiston kerääminen.....	15
4.2.2 Aineiston keruu ja analysointi.....	18
5 TUTKIMUSTULOKSET	20
5.1 Yhteistyöosastolla käytettävät hoitotyön auttamismenetelmät.....	20
5.1.1 Sosiaaliset hoitotyön auttamismenetelmät	20
5.1.2 Toiminnalliset hoitotyön auttamismenetelmät	24
5.1.3 Fyysiset hoitotyön auttamismenetelmät.....	26
5.2 Hoitotyön auttamismenetelmien kehittämishaasteet.....	27
5.2.1 Sosiaaliset hoitotyön auttamismenetelmät kehittämishaasteena	27
5.2.2 Toiminnalliset hoitotyön auttamismenetelmät kehittämishaasteena	28
6 POHDINTA.....	31
6.1 Tutkimustulosten arviointia: hoitotyön auttamismenetelmät	31
6.1.1 Sosiaaliset hoitotyön auttamismenetelmät	31
6.1.2 Toiminnalliset hoitotyön auttamismenetelmät	33
6.1.3 Fyysiset hoitotyön auttamismenetelmät.....	34
6.2 Tutkimustulosten arviointia: Hoitotyön auttamismenetelmien kehittämishaasteet	35
6.2.1 Sosiaaliset hoitotyön auttamismenetelmät	35
6.2.2 Toiminnalliset hoitotyön auttamismenetelmät	36
6.2.3 Fyysiset hoitotyön auttamismenetelmät.....	37
6.3 Tutkimuksen luotettavuuden arviointi.....	37
6.4 Tutkimuksen eettisyyden arviointi.....	40
6.5 Tulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet.....	42
6.6 Opinnäytetyö oppimiskokemuksena	44

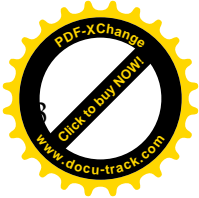
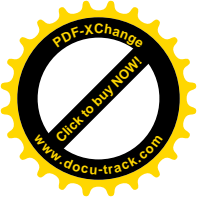


1 JOHDANTO

Akuutissa psykoosissa ihmisen psyyke hajoaa siten, että todellisuudentaju katoaa. Psykoottinen ihminen ei kykene erottamaan omasta impulssimaailmastaan tulevia ärsykeitä ulkomaailmasta tuleviin, jolloin mielikuvitus ja todellisuus sekoittuvat. Akuutin psykoosin hoidossa tavoitteina ovat potilaan todellisuudentajun palaaminen, sairauden aiheuttamien vaikeiden tuntemusten ja kokemusten helpottuminen sekä psykoosista kuntoutuminen. Hoitotyön auttamismenetelmistä tavoitteisiin pyritään pääsemään realiteetteihin perustuvan, mutta kuuntelevan, potilaan maailmasta käsin lähtevän kyseenalaistavan vuorovaikutussuhteen kautta. Jatkohoidon huolellinen järjestäminen takaa hoidon jatkuvuuden. (Kauppila 2000.)

Suomessa on pitkä perinne psykoosien tutkimuksessa. 1990-luvulta lähtien on tuolloin perustetussa Stakesissa (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus) nähty tarvetta jatkaa valtakunnallisella tasolla skitsofreenisten psykoosien hoidon kehittämistutkimusta. 1980-luvun Valtakunnallisen skitsofreniaprojektin pohjalta syntyi API (akuutin psykoosin integroitu hoito) – projekti, jonka tarkoituksena on kehitellä mahdollisimman monipuolista psykoosin hoitomallia. Nykykäsityksen mukaan psykoosi ei ole pelkkä biologisten mekanismien häiriö, vaan se on häiriö myös yksilön psykologisessa kokemusmaailmassa ja vuorovaikutuskentässä. Tämän vuoksi hoitotyön auttamismenetelmissä tulisi huomioida kokonaisuus. (Aaltonen, Koffert, Ahonen & Lehtinen 2000.)

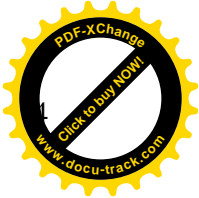
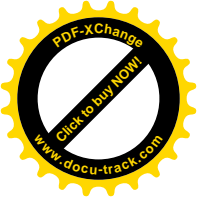
Mielenterveysongelmat aiheuttavat raskaan ja kasvavan taakan, joka aiheuttaa huomattavat kustannukset yhteiskunnalle. (Mielenterveystyö Euroopassa 2004). Psykoosien ja skitsofrenian kansanterveydellinen ja -taloudellinen merkitys on suurempi kuin minkään muun mielenterveydenhäiriön ryhmä. Tämä johtuu siitä, että ne alkavat usein nuorella iällä ja johtavat helposti kroonistumiseen ja työkyvyn menettämiseen. Sairaalakustannusten osuus psykiatrisen erikoissairaanhoidon kokonaiskustannuksista on noin 80 %, vaikka psykiatrisia vuodepaikkoja on vähennetty rajusti ja avohoidon voimavaroja samanaikaisesti lisätty. (Aaltonen ym. 2000.) Varhaisella tunnistamisella ja puuttumisella, kunnollisella diagnostiikalla ja tehokkaita hoitotyön auttamismenetelmiä sisältävällä akuuttihoitolla voidaan lisätä



mielenterveystyön laatua ja näin estää sairauden kroonistumista, potilaan laitostumista ja syrjäytymistä sekä toistuvia sairaalahoitoja. (Mielekäs elämä. Mielenterveyspalvelujen kehittämissuositukset 2000.) Perinteisesti mielenterveysongelmien kasvuun on pyritty vastaamaan lisäämällä erityisiä tukitoimia ja psykiatrista hoitoa. Näiden toimien lisäksi on syytä kiinnittää huomiota yhteisvastuuseen. Mielenterveyden tukea ei tule ulkoistaa pelkästään erityisammattiryhmille tai erityistoimenpiteisiin. Henkisen hyvinvoinnin edistäminen on arjen tukea ja yhteisvastuullista toimintaa. (Sauri 2006.)

Tämä opinnäytetyö on tehty psykiatrisen sairaalan suljetulta akuuttiosastolta, jonka pääasiallisina potilaina ovat toistuvasti psykoosiin sairastuneet ihmiset. Osastolla on oma kehittämishanke nimeltään ”Hoitotyön menetelmien kehittäminen osastolla”. Sen tarkoituksena on saada nykyisten hoitotyön laatuvaatimusten pohjalta käytännön hoitotyöhön laatua, selkeyttä ja yhdenmukaisuutta päivittämällä lääkehoidon rinnalle sellaisia mielenterveystyön auttamismenetelmiä, jotka palvelevat potilaiden akuutin vaiheen kuntoutumista jo olemassa olevia hoitotyön auttamismenetelmiä tehokkaammin.

Opinnäytetyömme on laadullinen tutkimus, jonka tarkoituksena on kartoittaa ja kuvata sekä potilaiden että hoitohenkilökunnan näkemyksiä ja kehittämisajatuksia yhteistyöosastolla käytettävistä hoitotyön auttamismenetelmistä. Potilaita kerättiin tietoa teemahaastattelun ja hoitohenkilökunnalta puolistrukturoidun kyselylomakkeen avulla. Lisäksi opinnäytetyön tarkoituksena on tukea osaston omaa kehittämishanketta tuomalla siihen syvyyttä potilaiden näkökulman avulla. Opinnäytetyöstä saadut tulokset myös konkretisoivat niitä hoitotyön auttamismenetelmiä, joita hoitohenkilökunnalla on käytössään.

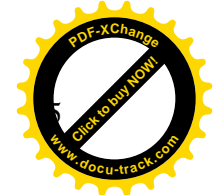
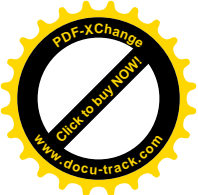


2 MIELENTERVEYSTYÖN LÄHTÖKOHDAT

2.1 Mielenterveys käsitteenä

Mielenterveyden määritellään Suomen kielen sanakirjassa olevan psyykkistä hyvinvointia ja riittävää sopeutumista sosiaaliseen ja muuhun ympäristöön. (Uusi suomen kielen sanakirja 1998). Mielenterveys on olennainen osa ihmisen psyykkistä, fyysistä ja sosiaalista terveyttä. Sen määrittelyyn vaikuttavat monet tekijät, kuten aikakausi, kulttuuri, yhteiskunnan normit ja lainsäädäntö sekä ihmisten omat tarpeet. (Salonen 2006.) Mielenterveys nähdään myös erottamattomana osana koko kansanterveyttä, jolla on merkittävä vaikutus kansakuntiin ja niiden inhimilliseen, sosiaaliseen ja taloudelliseen pääomaan. Siksi on välttämätöntä, että mielenterveys ja mielenterveyden edistäminen sisällytetään kaikkiin kansanterveysstrategioihin. (Mielenterveystyö Euroopassa 2004.)

Mielenterveys on perusolemukseltaan vuorovaikutusilmiö, johon myös perheellä ja muilla pienyhteisöillä on vaikutuksensa. Yksilön mielenterveys nähdään psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen ulottuvuuden välisten vuorovaikutusprosessien synnyttämästä, jatkuvasti muuttuvasta ja koko elämänkaaren ajan jatkuvasta prosessista. Tässä prosessissa vaiheet seuraavat toisiaan ja edellisten vaiheiden kehitys vaikuttaa seuraavaan. Mielenterveys vaikuttaa yksilön itsetuntoon, hänen kykyynsä muodostaa kestäviä ihmissuhteita ja toimia sosiaalisessa elämässä, hänen työkykyynsä ja luovuuteensa. (Alanen 2003.) "Mielenterveys on kyky rakastaa ja kyky tehdä työtä." (Freud).



2.2 Mielenterveystyö ja mielenterveystyö käsitteinä

Mielenterveystyöllä tarkoitetaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveyden häiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä.

(Mielenterveystyölaki, 1 §:n 2 momentti). Mielenterveystyöhön kuuluvat yhtä lailla mielenterveyden edistäminen kuin mielenterveysongelmien hoitaminenkin.

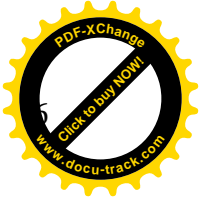
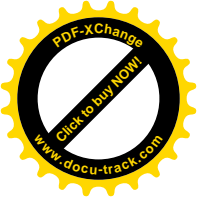
(Mielenterveystyö Euroopassa 2004.) Mielenterveystyön organisoimista ja toteutusta säätelevät lait, asetukset, suunnitelmat ja suositukset. Näitä ovat mielenterveystyölaki, mielenterveysasetus ja erikoissairaanhoitolaki. (Saarelainen, Stengård & Vuori-Kemilä 2003.)

Mielenterveystyö kuvaa laaja-alaisesti mielenterveystyön hoidollista näkökulmaa. Kirjallisuudessa mielenterveystyötä ja psykiatrista hoitotyötä käytetään usein tarkoittamaan samaa käsitettä. Aikaisemmin mielenterveystyö on perustunut ensisijaisesti muiden tieteenalojen tietoon mielenterveysongelmista ja ihmisten hoitamisesta, mutta viimevuosien aikana on mukaan tullut menetelmiltään erilaisia terapioita, esimerkiksi psykoedukatiivinen lähestymistapa sekä erilaiset perheterapiat. (Linnainmaa 1999.) Mielenterveystyön auttamismenetelmistä keskeisiä ovat vuorovaikutus ja yhteistoiminnallisuus. (Lindström 1995; Miettinen 1994; Åstedt- Kurki & Paavilainen 1999).

2.3 Hoitotyön auttamismenetelmät käsitteenä

Hoitotyön auttamismenetelmillä tarkoitetaan niitä menetelmiä, joita hoitotyön henkilöstö pääasiassa käyttää ja joiden tarkoituksena on auttaa ihmistä edistämään terveyttään ja tulemaan toimeen sairautensa sekä sen aiheuttamien rajoitusten kanssa. Hoitotyön auttamismenetelmät vaihtelevat ihmisen terveydentilan, toimintakyvyn, elämänsäkaaren, -tilanteen ja ympäristön mukaan. (Partanen & Perälä 2000.)

Hoitotyön auttamismenetelmiä tarvitaan silloin, kun potilas ei itse kykene suoriutumaan päivittäisistä toiminnoista. Hoitotyön auttamismenetelmillä pyritään parantamaan potilaan vointia siten, että potilaan kohdalla käytetyt hoitotyön



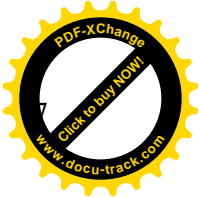
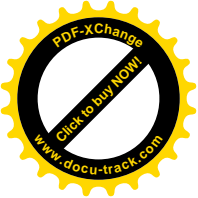
auttamismenetelmät valitaan hänen sairautensa vuoksi ja hänen parastaan ajatellen. Hoitotyön auttamismenetelmien tulee olla eettisesti hyväksytyjä, turvallisia ja mahdollisimman kivuttomia. (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2002.)

2.4 Mielenterveyshoitotyön laadun parantaminen yhteistyöosaston kehittämishankkeena

Jokaisen EU:n jäsenvaltion tulee kehittää oma mielenterveysstrategiansa olennaisena osana laaja-alaista kansanterveyspolitiikkaa, ottaen huomioon maan sosiaaliset ja kulttuuriset olosuhteet. Mielenterveys tulisi huomioida kaikissa toimintalinjoissa sekä kaikilla tasoilla ja sektoreilla. Mielenterveyden edistämässä on saavutettavissa merkittävää lisäarvoa tehostamalla yhteistyötä EU:n jäsenvaltioiden ja muiden Euroopan maiden kesken sekä myös maailman laajuisesti. (Mielenterveystyö Euroopassa 2004.)

Mielenterveystyön linjaukset Euroopassa Vihreän kirjan mukaan ovat koko väestön mielenterveyden edistäminen, psyykkisen pahoinvoinnin ennaltaehkäisemiseksi toimiminen, mielenterveysongelmaisten ja psyykkisesti vajaakuntoisten oikeuksien ja ihmisarvon suojeleminen sekä Euroopan unionin laajuisen tiedotus-, tutkimus- ja tietämysjärjestelmän kehittäminen. (Mielenterveystyö Euroopassa 2004; Mielenterveystyön linjaukset Euroopassa 2005.) Mielenterveystyön laatusuosituksen mukaan potilaalle tulisi taata perustuslaillisten oikeuksien toteutuminen (yhdenvertaisuus, henkilökohtainen vapaus ja koskemattomuus sekä sosiaaliturva). Lisäksi hoitotyössä huolehditaan eettisten periaatteiden ja potilaan oikeuksien käytännön toimivuudesta. Hoitotyön auttamismenetelmistä tähän pyritään toivon ja luottamuksen ylläpitämisellä vaikeuksista selviytymiseen ja kuntoutumiseen. Potilaalla itsellä tulisi olla mahdollisuus osallistua aktiivisesti omaan hoitoonsa yhdessä lähiverkostonsa kanssa. (Mielenterveystyön laatusuositus 2001.)

Pohjana yhteistyöosastomme kehittämishankkeelle ovat nykyiset mielenterveyshoitotyön laadun kehittämisen vaatimukset. Yhteistyöosaston hoitotyön auttamismenetelmiä lähdettiin kehittämään potilaan oikeuksien kautta. Näistä tärkeimpinä nousevat potilaiden oikeus turvallisuuteen ja koskemattomuuteen, oikeus säännölliseen ulkoiluun voinnin salliessa, oikeus yörauhaan ja säännölliseen



ruokailuun, oikeus tavata päivittäin vuorohoitajansa, oikeus yhteydenpitoon sekä oikeus omista tarpeista lähtevään ja yksilöllisesti suunniteltuun sekä suunnitelman mukaisesti toteutettuun hoitoon.

Potilaan kohtelun ja tiedonsaannin parantaminen ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen ovat ajankohtaisia mielenterveyshoitotyön kehittämishaasteita. On hoitotyön etiikan mukaista hoitaa potilaat yhteistyössä henkilökunnan ja potilaan kesken. Hoidon lähtökohtana on ihmisarvon kunnioittaminen, potilaan itsemääräämisoikeus ja yksilölliset hoitosuunnitelmat. Merkittävää on, että hoito on perhekeskeistä ja omatoimisuuteen kannustava. (Poikkimäki 2004.)

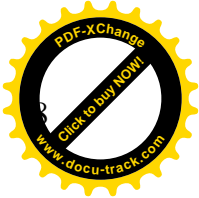
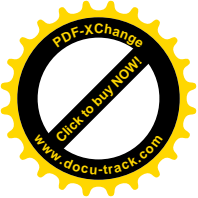
Mielenterveyden edistämiseksi ja hoitamiseksi on käytettävissä tehokkaita, näyttöön perustuvia hoitotyön auttamismenetelmiä. (Mielenterveystyö Euroopassa 2004.)

Yhteistyöosastomme kehittämishankkeessa potilaiden perusoikeuksien pohjalta suunniteltiin kehiteltäviä hoitotyön auttamismenetelmiä ja yhdessä mietittyjä toimintamalleja, joiden toteutumista arvioitiin toisessa kehittämispäivässä.

Yhteistyöosastomme kehittämishankkeen tarkoituksena on käydä läpi käytössä olevia hoitotyön auttamismenetelmiä ja keskustelemalla löytää toimenpiteitä kehittämishaasteiden ratkaisemiseksi.

Tutkimuksemme aikana kehittämishankkeen tiimoilta kokoonnuttiin kaksi kertaa: ensimmäisellä kerralla asiaan perehtynyt työryhmä esitteli koko osaston työryhmän keskustelujen pohjalta nousseita hoitotyön auttamismenetelmien kehittämishaasteita ja toisella kerralla arvioitiin tehtyjen muutosten toimivuutta käytännössä.

Hoitohenkilökunta jatkaa hoitotyön auttamismenetelmien laadun kehittämistä työryhmissä kuukausittain. Ryhmät kehittävät mm. tiettyjen sairaustyyppien täsmällisempiä hoitomalleja.



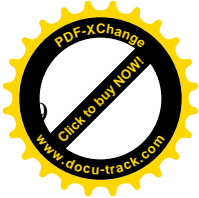
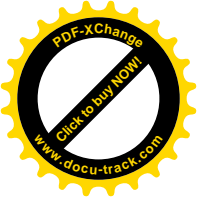
3 PSYKOOSIPOTILAAN AKUUTTIVAIHEEN HOITOTYÖ

3.1 Psykoosi käsitteenä

Psykoosi on yhteinen nimitys mielenterveyden häiriöille, joissa todellisuudentaju vääristyy karkealla tavalla siten, että henkilöllä on vaikeuksia erottaa mikä on todellisuutta ja mikä ei. Psykooseissa ovat keskeisinä oireina aistiharhat eli hallusinaatiot, harhaluulot eli deluusiot sekä muutoin karkeasti vääristyneet tulkinnat ulkoisesta todellisuudesta. (Forsman, Furman & Saarela 1989; Kansanterveyslaitos 2005.) Psykoottinen potilas saattaa kokea vaikutuselämyksiä, jolloin hän ajattelee, että hänen ajatuksiinsa vaikutetaan ulkopuolelta käsin. Lisäksi potilaalla saattaa esiintyä haju-, maku-, kuulo- ja näköharhoja. (Kauppila 2000.) Vaikeiden psykoottisten ajatusten vuoksi potilas on usein pelokas ja saattaa olla aggressiivinen. Psykoottinen häiriö ei kuitenkaan vaikuta välttämättä kaikkeen psyykkiseen toimintaan, vaan henkilö voi suoriutua joillakin toiminnan alueilla myös normaalilla tavalla. (Kansanterveyslaitos 2005.)

Yleisesti ottaen kuka tahansa voi sairastua psykoosiin, joskin geneettinen alttius vaikuttaa tähän. Nykykäsityksen mukaan pohjan psykoosialttiuden kehittymiselle muodostavat aivojen rakenteelliset ja toiminnalliset poikkeavuudet sekä psyykkiset persoonallisuuden kehityshäiriöt. Tehokkailla, jatkuvasti kehittyvillä ja inhimillistyneillä hoitotyön auttamismenetelmillä psykoosista voi parantua ja kuntoutua. (Achté & Tamminen 1997.)

Akuutin psykoosin kesto vaihtelee useimmiten muutamasta päivästä muutamaan kuukauteen. Jotkut psykoosit uusiutuvat toistuvasti esimerkiksi erityisen stressaavissa elämänvaiheissa, toiset taas paranevat täysin eikä psykoosi koskaan uusiudu. Potilas on kuitenkin altis saamaan uuden psykoosin, joten psykososiaalisten stressitekijöiden välttäminen olisi tärkeää. Potilas tarvitseekin tässä vaiheessa tukea, jotta hän pystyisi sopeutumaan sairautensa uuteen vaiheeseen. (Skitsofrenian käypä hoito-suositus 2001.)



3.2 Psykoosin akuuttivaiheen hoitotyö

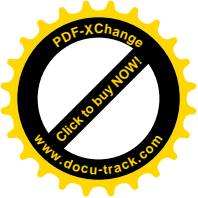
Valtakunnallisen akuutin psykoosin integroidun hoidon projektin alustavissa tuloksissa korostetaan psykoottisen potilaan hoidon varhaista aloittamista, mikä parantaa huomattavasti psykoosin ennustetta. Hoidon alkuvaihe vaatii erityisesti aktiivisuutta ja nopeaa reagointia. (Saarelainen ym. 2003; Skitsofrenian käypä hoito-suositus 2001.)

Psykoosipotilaan hoidossa monimuotoisella, laajasti hoitotyön auttamismenetelmiä sisältävällä lähestymistavalla saadaan parhaimpia tuloksia potilaan kuntoutumisen kannalta. Tässä olennaista on, että hoito on potilaan tarpeista lähtöisin sopivaksi muokattu hoitomalli, joka sisältää hoitotyön auttamismenetelmistä mm. psykoedukatiivisen lähestymistavan, perheinterventiot, oireiden hallinnan, toiminnallisen rakenteen, sosiaalisten taitojen harjoittelun, kuntoutuksen sekä lääkehoidon. (Kivinen & Røyks 2001.)

Keskeisiä ydinalueita mielenterveyshoitotyön auttamismenetelmistä ovat vuorovaikutus ja yhteistoiminnallisuus. Tämä pitää sisällään hoitotyön toiminnoista potilaan ja hänen läheistensä neuvonnan ja ohjauksen, keskustelut eri konteksteissa, hoidon koordinoinnin, emotionaalisen tuen, tiedon antamisen, huolenpidon, ymmärryksen ja tietoisuuden lisäämisen. (Linnström 1995; Miettinen 1994; Åstedt-Kurki & Paavilainen 1999.)

3.3 Sosiaaliset hoitotyön auttamismenetelmät

Psykoottisen tilan lievittäminen määritellään psykoosin hoidon akuuttivaiheen päätavoitteeksi, jolloin hoitotyön auttamismenetelmistä painotetaan hoidollisen vuorovaikutuksen synnyttämistä. Potilaan kanssa käytävissä keskusteluissa panostetaan vuorovaikutuksellisuuteen, jolloin molemmat osapuolet – sekä hoitaja että potilas – ovat puhujina ja kuulijoina. (Ahlfors 1992; Haarakangas & Seikkula 1999; Latvala 1998; Skitsofrenian käypä hoito-suositus 2001.) Hoitoprosessissa keskeisiä hoitotyön auttamismenetelmiä ovat vuoropuhelun ja luottamuksellisuuden synnyttäminen, yksilöllisyyden tukeminen, molemminpuolinen kunnioittaminen sekä potilaan voimavarojen tukeminen. (Ahlfors 1992; Haarakangas & Seikkula 1999;

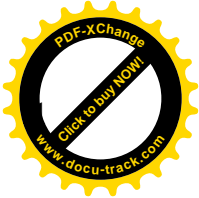
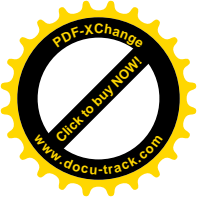


Kokko 2004; Latvala 1998; Ranta 2005; Niskanen 2001; Skitsofrenian käypä hoito-suositus 2001; Varis 2005). Potilaan tuska ja hätä otetaan vastaan, mutta myös konkretisoidaan tilannetta ja jaetaan tietoa. Henkilökunnan antama yksilöllinen tuki lisää potilaan tunnetta hoitoympäristön turvallisuudesta, selkeydestä ja jäsentyneisyydestä sekä parantaa akuuttivaiheen hoitotuloksia. (Ahlfors 1992; Haarakangas & Seikkula 1999; Latvala 1998; Skitsofrenian käypä hoito-suositus 2001.)

Peplau on kuvannut mielenterveyshoitotyön auttamismenetelmistä ensisijaiseksi puhumisen, joka voidaan toteuttaa joko epävirallisesti tai suunnitelluissa yksilö-, ryhmä- tai perhetapaamisissa. Näissä tilanteissa mahdollistuu terapeutin työskentely, kuten potilaan auttaminen opettamisen kautta. Keskustelun lisäksi Peplau korostaa potilaan kuuntelua ja häneltä kyselyä tärkeänä osana hoitotyön auttamismenetelmiä. (Linnainmaa 1999.) Syrjäpalon (2006) tutkimuksessa keskustelua arvostettiin myös vertaistuellisesti saatuna sekä omahoitajuuden kautta.

Sairaalahoidossa ensimmäinen viikko on merkityksellinen potilaan merkityskokemusten vastaanottamisen ja auttamistyön liikkeelle lähdön kannalta. Omaisten mukana olo jo hoidon alkuvaiheessa on tärkeää, sillä se lisää potilaiden kokemaa turvaa ja itsenä säilymisen tunnetta tuttuudellaan ja ymmärryksellä asioiden hoidosta. Lisäksi potilas tarvitsee rauhaa, kiireettömyyttä, tilanteen realisoimista sekä henkilökohtaista tilaa yksin olemisen ja kokemusten jakamisen vuorottelussa. Alkuvaiheessa on tärkeää ottaa potilaan merkityskokemukset todesta. Tuolloin annetaan tunne, että potilasta autetaan juuri hänen kokemuksensa pohjalta tässä ja nyt. Myös haavoittuvuudelta suojaaminen on tärkeää psyykkisesti huonokuntoisessa tilassa, jolloin minuuden hallitsemattomuuden tuntemukset ovat akuuteimmillaan. (Ahlfors 1992; Cullberg 1999; Koivisto 2003.)

Yksilön psykososiaalisten taitojen kohenemista pyritään parantamaan ohjauksen avulla. (Mielenterveystyö Euroopassa 2004). Psykoedukaatio on yksi hoitotyön auttamismenetelmä, jonka tarkoituksena on antaa tietoa, ohjata ja tukea sairastuneen lisäksi hänen lähiverkostoaan. Tavoitteena on lisätä ymmärrystä sairaudesta ja lieventää sen aiheuttamaa traumaattista kokemista. Ohjaamisen tarvetta mielenterveyshoitotyössä perustellaan Bergin ja Johanssonin (2003) teoksessa



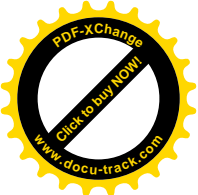
Nymanin ja Stengårdin (2001) tutkimustulosten valossa, joiden mukaan 38 % omaisista masentuu perheenjäsenen sairastuttua psyykkisesti.

3.4 Toiminnalliset hoitotyön auttamismenetelmät

Potilaan toimintakykyä tulisi vahvistaa ja ylläpitää auttamalla potilasta hyödyntämään omia resurssejaan, vahvistamaan selviytymisstrategioitaan, ylläpitämään toivoa sekä asettamaan tavoitteita ja suuntaamaan tulevaisuuteen. (Kohonen 2004.) Hoitotyön auttamismenetelmistä potilaan kanssa yhdessä tekeminen auttaa yhteyden saamisessa potilaaseen. Tämä yhteinen toiminta voi olla yhdessä harrastamista tai elämisen taitoihin liittyvää toimintaa. Itsensä toteuttaminen psykiatrisessa hoidossa edistää potilaan toipumista. Tässä keskeistä on potilaan mahdollisuus säilyttää yhteys harrastuksiin hoidossa ollessaan. (Keskinen 1997.)

Akuuttiosaston potilasaines määrittelee sen, että osa potilaista tulee sairaalahoitoon tarkkailulähetteellä. Jos potilasta on hoidettava tahdosta riippumatta, noudatetaan mielenterveyslain säädöksiä. (L 17.8.1992/785). Kuosmanen teoksessa esitellyissä Kaltiala-Heinon & Laippalan (1997), Paunion (2000a) ja Välimäen ym. (2001) tutkimuksissa todetaan, että rajoittaminen kuuluu psykiatriseen hoitotyöhön. Päätös tahdosta riippumattomasta hoidosta on yleisin rajoittamisen muotoja. Tällaisen hoidon aikana erilaisia rajoituksia ovat eristäminen lepositeisiin tai huoneeseen, fyysinen kiinnipitäminen, pakkolääkitys, potilaan yhteydenpidon rajoittaminen ulkomaailmaan, liikkumisen rajoittaminen sekä lomakiellot. (Kuosmanen 2003).

Sairaalassa tulisi olla selkeä laitoskohtainen linja pakkotoimien käyttämisestä. Fyysisiin rajoitustoimiin ei saa ryhtyä ennen suullista palautetta. Pakkotoimien määrän ja laadun tulee olla suhteessa tavoiteltaviin päämääriin. (Holopainen, Jokinen & Välimäki 2000.) Useiden eri tutkimusten mukaan rajoittamis- ja eristämistilanteet kuitenkin auttavat potilasta kontrolloimaan käyttäytymistään. Tämä parantaa psyykkistä vointia ja vähentää potilaan oireita. (Urponen 1995; Välimäki ym. 2001.)



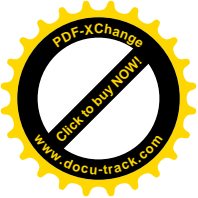
3.5 Fyysiset hoitotyön auttamismenetelmät

Potilaan fyysisestä hyvinvoinnista huolehtiminen on tärkeä mielenterveyshoitotyön auttamismenetelmä. Psykoosin hoidossa on tarvittaessa kiinnitettävä huomiota konkreettisen tuen tarjoamiseen, kuten nukkumisen, aterioinnin sekä muiden arkipäivän asioiden turvaamiseen. Potilaan ulkoisesta turvallisuudesta ja perustarpeista huolehtimisesta tulee tärkeä osa hoitotyötä. (Ahlfors 1992; Saarelainen ym. 2003.)

Psykoosin akuuttivaiheen sairaalahoidossa tärkeää on turvallinen, toiminnaltaan selkeä ja ennakoitavissa oleva hoitoyhteisö, jossa vältetään virikkeiden liiallista määrää. (Skitsofrenian käypä hoito-suositus 2001). Syrjäpalon (2006) tutkimuksessa potilaiden omat hoidon arvostukset liittyivät nimenomaan hoidollisiin hoitotyön auttamismenetelmiin, kuten sairauden tutkimiseen, perushoittoon, lääkitykseen ja terapiahoitoon.

Potilaan fyysisyyttä tukeviin hoitotyön auttamismenetelmiin voidaan katsoa myös lääkehoidon toteuttaminen. Skitsofrenian käypä hoito-suosituksen (2001) mukaan antipsykoottinen lääkehoito vähentää merkittävästi akuutin psykoosin oireita ja uusia sairausjaksoja. Myös mm. Ahlfors (1992), Alanen (2003) ja Kauppila (2000) tuovat tutkimuksissaan esille lääkehoidon merkityksen psykoottisen potilaan hoidossa. Lievittäessään potilaan ahdistuneisuutta lääkehoito saattaa luoda paremmat edellytykset tavoitteellisille keskusteluille. Cullberg (1999) taas uskoo, että kaikilla psykooseilla on hyvät mahdollisuudet parantua itsestään, jos ihmiselle sallitaan suotuisat olosuhteet. Hän toteaa, ettei psykoosilla ole mitään biologista korrelaattia, vaan se voidaan määritellä vain psykologis-fenomenologisesti.

Lääkityksen yhdistäminen psykososiaalisten hoitotyön auttamismenetelmien kanssa näyttää parantavan potilaan sosiaalista toimintakykyä ja edistävän hänen selviytymistään yhteiskunnassa. Lääkehoidon vaikutus psykooseihin on kuitenkin ennen kaikkea oireita vähentävä, ei niiden alkuperää poistava. Psykoosipotilaan riittävässä kuntoutuksessa tulisi huomioida ehdottomasti myös monitahoinen hoito, johon kuuluvat sekä yksilö- että perheterapia, yhteisöhoito ja kuntoutus. Muuta hoitoa tukien on lääkityksellä merkityksensä erityisesti akuutin vaiheen psykoosin hoidossa,



jolloin se hillitsee sairauden oireita ja helpottaa potilaan oloa. (Ahlfors 1992; Alanen 2003; Kauppila 2000; Skitsofrenian käypä hoito-suositus 2001.)

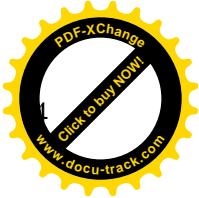
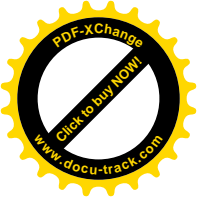
3.6 Tiedon antaminen hoitotyön auttamismenetelmänä

Potilaalle on annettava selvyys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päättäessä hänen hoitamisestaan. Terveydenhuollon ammattihenkilöstön on annettava tietoa siten, että potilas ymmärtää riittävästi sen sisällön. (Sosiaali- ja terveystieteiden lakitieto 2003.)

Potilaat ovat arvioineet tietojen saannin terveydentilastaan tärkeimmäksi oikeudekseen. Tämän lisäksi potilailla on tiedonsaantia koskevia odotuksia. Tutkimuksissa potilaiden kokemukset kuitenkin osoittavat, että psykiatristen potilaiden osallistuminen omaan hoitoonsa on edelleen riittämätöntä. Potilaan ja hoitohenkilökunnan välinen yhteistyösuhde on asiantuntijajohtoista, hoitohenkilökunta ei anna riittävästi tietoa oma-aloitteisesti tai antaa sitä väärään aikaan. Potilaan perheenjäsenet eivät myöskään saa tarvittavaa tietoa terveydenhuollosta liittyen potilaan hoitoon, sairauden luonteeseen, hoitovaihtoehtoihin, lääkitykseen ja jatkohoitoon. (Hätönen 2005; Latvala 1998; Lönnqvist ym. 2000; Keskinen 2005; Mäki & Valkonen 2002; Paunonen 1999; Nikkonen 2000.)

Kansainvälisiä tutkimuksia on tehty psykiatrisen hoidon nykytilassa. Niissä yhteneväinen ajatus on, että psykiatrisen painopisteen siirtyessä avohoitoon ja sairaalahoidon muuttuessa lyhytkestoiseksi tarvitaan erilaisia yksilöllisiä vaihtoehtoja potilaiden selviytymisen tukemisessa. Tällöin psykiatrisen hoitotyön haasteena on erityisesti yhteistyö potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Yhteistyössä keskeistä on potilaan aktiivinen osallistuminen omaan hoitoonsa. (Puusti 2000).

Poikkimäki (2004) selvitti tutkimuksessaan potilaiden ajatuksia siitä, kuinka he voisivat vielä enemmän osallistua oman hoitonsa päätöksentekoon ja toteutukseen. Potilaat kokivat, että heille tulisi antaa enemmän tietoa mahdollisuudesta osallistua



omaan hoitoonsa. Osa potilaista kuitenkin koki, ettei heillä ole mahdollisuuksia päättää omasta hoidostaan, vaan helpompaa on jättää päätöksenteko henkilökunnan vastuulle.

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

4.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset

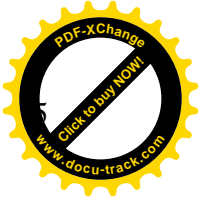
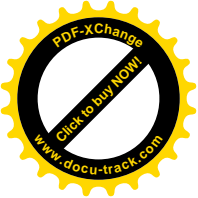
Tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa ja kuvata sekä potilaiden että hoitohenkilökunnan näkemyksiä ja kehittämisajatuksia osastolla käytettävistä hoitotyön auttamismenetelmistä. Lisäksi tutkimuksen tarkoituksena on tukea osaston kehittämishanketta tuomalla siihen syvyyttä potilaiden näkökulman avulla ja konkretisoimalla niitä hoitotyön auttamismenetelmiä, joita osastolla on käytössä.

Tutkimuskysymykset:

1. Mitkä ovat potilaiden näkemykset osastohoidon aikana käytetyistä hoitotyön auttamismenetelmistä?
2. Mitkä ovat hoitohenkilökunnan näkemykset osastolla käytettävistä hoitotyön auttamismenetelmistä?
3. Mitä kehittämisajatuksia potilailla ja hoitohenkilökunnalla on hoitotyön auttamismenetelmien kehittämiseksi?

4.2 Tutkimusmenetelmä

Tämä opinnäytetyö on laadullinen tutkimus. Lähtökohtana laadullisessa tutkimuksessa on todellisen elämän kuvaaminen. Tähän sisältyy ajatus, että todellisuus on moninainen. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään tutkimaan kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Tiedon keruussa suositaan ihmiseltä saatua



tietoa. Tutkija luottaa pikemmin havaintoihinsa ja keskusteluihin tutkittaviensa kanssa kuin mittausvälineillä hankittuun tietoon. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1998.)

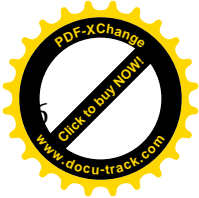
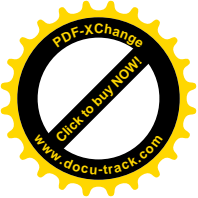
Laadullinen tutkimusmenetelmä sopii hyvin tutkimukseen, joka haluaa ymmärtää tutkittavaa asiaa sellaisena, kuin ihmiset itse sen näkevät. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997; Åstedt-Kurki & Nieminen 1997.) Laadullisessa tutkimuksessa tutkittavat kertovat tutkittavaan ilmiöön liittyvistä kokemuksistaan esimerkiksi haastattelun avulla. (Åstedt-Kurki & Nieminen 1997.)

Laadullinen tutkimus on perusteltu menetelmä tässä työssä, koska keräämme tietoa yksilöiden henkilökohtaisista kokemuksista ja näkemyksistä sekä kuvaamme niitä. Tässä tutkimuksessa kerättiin tietoa osaston potilailta siitä, mitä hoitotyön auttamismenetelmiä heidän kohdallaan on käytetty sekä selvitettiin auttamismenetelmiin liittyviä kehittämisajatuksia. Lisäksi tutkimukseen kerättiin tietoa osaston hoitohenkilökunnalta niistä hoitotyön auttamismenetelmistä, joita he käyttävät päivittäisessä hoitotyössään ja siitä, mitä kehittämishaasteita he näkevät hoitotyön auttamismenetelmien kohdalla olevan. Tutkimustulosten pohjalta kuvataan niitä tekijöitä, joita vastauksissa nousee esille.

4.2.1 Tutkimuksen kohderyhmä ja tutkimusaineiston kerääminen

Laadullinen tutkimus ei tähtää tilastollisiin yleistyksiin, vaan siinä pyritään mm. kuvaamaan jotain ilmiötä tai tapahtumaa, ymmärtämään tiettyä toimintaa tai antamaan teoreettisesti mielekäs tulkinta jollekin ilmiölle. Siksi on tärkeää, että henkilöt, joilta tietoa kerätään, tietävät tutkittavasta asiasta mahdollisimman paljon tai heillä on kokemusta asiasta. Siitä syystä tutkimuksen kohderyhmän valinnan tulee olla harkittua eikä sattumanvaraista. (Tuomi & Sarajärvi 2002.)

Kohderyhmän koko voi vaihdella tutkimuksen tarkoituksen ja aineistonkeruutavan mukaan muutamasta henkilöstä muutama kymmeneen. Aineiston sanotaan olevan riittävä, kun samat asiat alkavat kertautua eikä lisäaineisto enää tuo ilmiöstä olennaista uutta tietoa. (Åstedt-Kurki & Nieminen 1997.)



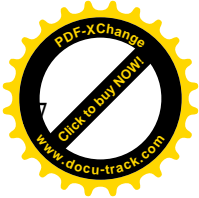
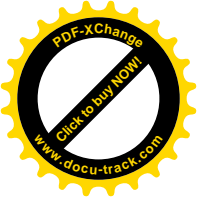
Tutkimuksen kohderyhmä olivat ne osaston potilaat, joilla oli vähintään kaksi aiempaa sairaalajaksoa ennen kyseistä hoitoa sekä koko osaston hoitohenkilökunta. Potilaiden kohdalla kohderyhmän rajaaminen oli perusteltua, koska osaston pääasiallinen potilaskunta on toistuvasti psykoosiin sairastuneita ihmisiä. Avoimen psykoottisia potilaita ei valittu haastateltaviksi, sillä se olisi vähentänyt sekä tutkimuksen luotettavuutta että loukannut potilaiden itsemääräämisoikeutta. Potilaista koostuvaan kohderyhmään valikoitui kuusi henkilöä.

Osastolla työskentelee 20 vakituista hoitotyöntekijää, joista 15 on sairaanhoitajia ja viisi mielenterveys- ja lähihoitajia. Kaikkien hoitotyötä tekevien toivottiin osallistuvan tutkimukseen huolimatta siitä, onko kyseessä sijainen vai vakituinen työntekijä. Hoitohenkilökunnasta kyselyyn vastasi seitsemän henkilöä.

Tutkimusaineiston keruu toteutettiin potilailta teemahaastattelulla ja hoitohenkilökunnalta kyselylomakkein. (Liite 1 ja 2.) Lupa tutkimuksen tekemiseen kysyttiin osastonhoitajalta. (Liite 3.) Paikalla oli myös ylihoitaja, joka antoi suullisen luvan opinnäytetyön tekemiseen osastolla osastonhoitajan allekirjoittaessa lupahakemuksen. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja kyselyihin vastattiin nimettöminä. Työpaikalla tai sairaalassa tapahtuvaan haastatteluun on etukäteen pyydettävä tarvittava lupa. (Kvalitatiivinen tutkimus 2006).

Teemahaastattelu (puolistrukturoitu haastattelu) on vapaamuotoinen haastattelu tietyistä aihepiireistä. Siinä pyritään etenemään keskustelun kautta. Haastattelu kohdennetaan tiettyihin teemoihin, eli useampia aihepiirejä on määritetty, mutta kysymyksillä aihepiirien sisällä ei ole tarkkaa muotoa. (Kvalitatiivinen tutkimus 2006.) Potilaat haastateltiin puolistrukturoidun haastattelumallin mukaan, joka sisälsi kaksi teema-aluetta. Teemahaastattelu koettiin parhaaksi vaihtoehdoksi, koska selkeät teemat helpottivat potilaiden vastaamista ja näin he ymmärsivät paremmin kysymysten merkityksen. Teemahaastattelun avulla ei kuitenkaan rajattu liikaa aihetta, jolla pyrittiin saamaan mahdollisimman monipuolisia vastauksia esille. Kysymysten ymmärtämisen helpottamiseksi potilailta kysyttiin hoitotyön auttamismenetelmien sijaan sitä, mitä *hoidollisia keinoja* heidän hoidossaan on käytetty.

Potilaat haastateltiin, jolloin kysymysten ja vastausten tarkempi esittäminen mahdollistui paikan päällä. Näin kyettiin pienentämään tulkinnanvaraisuutta.



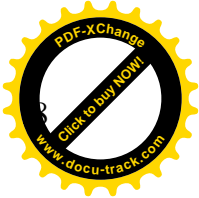
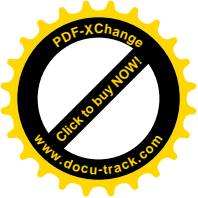
Metsämuurosen (2003) mukaan teemahaastattelua käyttämällä haastattelijalla on mahdollisuus rohkaista haastateltavaa tarkentamaan vastaustaan.

Haastattelu on tutkijan ohjaama, ennalta suunniteltu keskustelu. Ihmisiä haastatellaan, koska ollaan kiinnostuneita heidän elämästään ja ajatuksistaan. Haastatteluja voidaan tehdä monin eri tavoin. Yleisesti haastatteluihin liitetään kuitenkin ajatus vapaista vastauksista. Juuri tämä erottaa haastattelut kyselytutkimuksesta. Haastatteluja pidetäänkin hyvänä tutkimusmenetelmänä silloin, kun pyritään saamaan tietoa vähän tunnetuista ja kartoittamattomista aiheista, jolloin tutkijan on vaikea ennakoida vastausten suuntia. Haastatteluissa tutkittavat henkilöt saavat aktiivisen roolin. Heidän annetaan tuoda heitä koskevia asioita varsin vapaasti esille. (Yhdyskuntasuunnitelman tutkimus ja koulutuskeskus 2006.)

Potilaille kerrottiin henkilökohtaisesti käynnissä olevasta tutkimuksesta ja siihen osallistumisen mahdollisuudesta. Heille kerrottiin anonymisuojusta sekä tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta. Mikäli joku ei sillä hetkellä ollut halukas kyselyyn osallistumaan, hänelle tarjottiin mahdollisuutta palata asiaan myöhemmin.

Potilaiden haastattelut suoritettiin kahden kuukauden aikana. Yhden potilaan haastatteluun käytettävä aika oli noin puolesta tunnista yhteen tuntiin riippuen potilaan omasta jaksamisesta. Haastattelut suoritettiin potilashuoneissa lukittujen ovien takana siten, että paikalla oli vain potilas ja haastattelija. Haastattelutilanteessa pyritään kahdenkeskiseen keskusteluun vastaajan kanssa. Se mahdollistaa, että vastaaja uskaltaa esittää rohkeammin näkemyksiään kysytystä aiheesta. (Kvalitatiivinen tutkimus 2006). Haastattelutilanne järjestettiin sellaiseen aikaan, ettei haastateltavilla ollut samanaikaisesti suunniteltua ohjelmaa, hoitoneuvotteluita tai ruokailuja. Haastattelijana toimi osastolla työskentelevä osapuoli.

Potilaiden vastaukset kirjoitettiin suoraan paperille sellaisenaan sitä mukaa, kun he niihin vastasivat. Kysymyksiä ja vastauksia tarkennettiin tarpeen mukaan, mutta vältettiin ohjaamasta potilaiden vastauksia. Haastattelutilanteissa osa potilaista olisi toivonut haastattelijan kommentointia vastauksiin, mutta tästä kieltäydettiin perustelemalla, ettei haastattelija ole tilanteessa hoitajan roolissa. Haastattelija ei saa



ottaa kantaa esittämiinsä kysymyksiin, vaikka vastaaja sitä häneltä tiedustelisikin (Kvalitatiivinen tutkimus 2006).

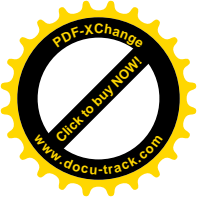
Hoitohenkilökunnalta saatu aineisto kerättiin puolistrukturoidulla kyselylomakkeella, jossa oli lisäksi yksi avoin kysymys. He saivat aikaa vastata neljä viikkoa. Puolistrukturoitu kyselylomake valittiin tutkimusmenetelmäksi siksi, että vastauksissa olisi yhtenäisempi runko. Puolistrukturoitu kyselylomake sisälsi kuusi kysymystä.

Kyselylomakkeet jaettiin iltapäiväraportilla, ja niitä jätettiin osastolle yhtä monta kuin osastolla on hoitotyöntekijöitä. Samassa yhteydessä kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta, vastaajien anonyymisuojusta sekä vastausten tärkeydestä tutkimukselle. Niille hoitotyöntekijöille, jotka eivät olleet työvuorossa, annettiin kaavakkeet heidän omiin lokeroihinsa. Jokaiselle hoitotyöntekijälle laitettiin myös sähköpostia aiheesta.

4.2.2 Aineiston keruu ja analysointi

Tutkimuksessamme aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä. Prosessi eteni induktiivisen eli aineistolähtöisen analyysin mukaan. Sisällönanalyysi on paljon käytetty menetelmä hoitotieteellisissä tutkimuksissa. Sen avulla voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Sisällönanalyysi on keino järjestää, kuvailla ja kvantifioida tutkittavaa ilmiötä. Sillä voidaan analysoida kirjoitettua ja suullista kommunikaatiota ja jonka avulla voidaan tarkastella asioiden merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä. Tutkimuksen tuloksena raportoidaan muodostetut kategoriat ja niiden sisällöt eli mitä kategorioilla tarkoitetaan. Aineiston suorilla lainauksilla voidaan lisätä raportin luotettavuutta ja osoittaa lukijalle luokittelun alkuperä. (Kyngäs & Vanhanen 1999; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003.)

Oleennaista sisällönanalyysissä on erottaa tutkimusaineistosta samankaltaisuudet ja erilaisuudet. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003). Sisällönanalyysillä pyritään saamaan kuvaus tutkittavasta ilmiöstä tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Ennen analysoinnin aloittamista tulee päättää, analysoidaanko vain se, mikä on selvästi ilmaistu dokumenteissa vai käsitelläkö myös piilossa olevia viestejä. (Kyngäs & Vanhanen 1999.) Tässä tutkimuksessa on analysoitu vain selvästi ilmaistuja viestejä

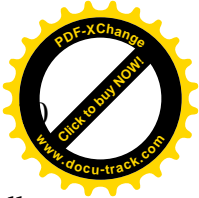
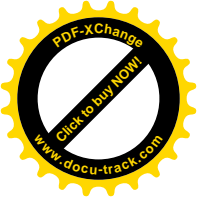


eli sitä, mitä potilaat ovat itse kertoneet ja sitä, mitä hoitohenkilökunta on henkilökohtaisesti vastannut. Tämä lisää tutkimuksemme luotettavuutta.

Haastatteluaineiston analyysiin ei ole olemassa valmista mallia. Ensimmäinen askel on haastatteluaineiston purkaminen analysoitavaan muotoon, eli muistiinpanojen puhtaaksikirjoittaminen. Vastaukset on kirjoitettava sellaisenaan (esim. murreilmauksia ja kiro sanoja ei muuteta eikä jätetä pois). (Yhdyskuntasuunnitelman tutkimus ja koulutuskeskus 2006, Kvalitatiivinen tutkimus 2006.) Potilaiden haastattelusta tehdyt muistiinpanot kirjoitettiin puhtaaksi, jonka jälkeen analyysi eteni sisällön erittelyn mukaan.

Aineistoa lähdettiin analysoimaan lukemalla potilaiden ja hoitohenkilökunnan vastaukset läpi pariin kertaan kokonaisuudessaan. Ennen analyysiprosessin aloittamista on olennaista määritellä käytettävä analyysiyksikkö. Analyysiyksikkö voi olla aineiston yksikkö eli sana, lause, lauseen osa, ajatuskokonaisuus tai sanayhdistelmä. Aineiston analyysissä ensimmäinen vaihe on pelkistäminen. Aineistoa pystytään pelkistämään kysymällä aineistolta esimerkiksi tutkimustehtävän mukaista kysymystä. Pelkistetyt ilmaisut eli aineistosta löytyvät vastaukset kirjataan aineiston termein (Kyngäs & Vanhanen 1999; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003.) Tässä tutkimuksessa käytettiin analyysiyksikkönä lausetta tai lauseen osaa. Nämä tiivistettiin pelkistetyiksi ilmaisuiksi, johon haettiin vastausta aineistolta tutkimuskysymyksellä hoitotyön auttamismenetelmistä potilaiden ja hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Pelkistetyt ilmaukset kirjattiin ylös erilliselle paperille aineiston termein. Niitä olivat esimerkiksi tukeminen jokapäiväisissä askareissa, keskustelut potilaan kanssa ja ohjaaminen vuorovaikutustilanteessa.

Sisällönanalyysin seuraava vaihe on aineiston ryhmittely. Tässä vaiheessa on kysymys pelkistettyjen ilmaisujen erilaisuuksien ja yhtäläisyyksien etsimisestä. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään samaksi luokaksi ja annetaan sille sen sisältöä kuvaava nimi. Näitä nimitetään alakategorialuokiksi. (Kyngäs & Vanhanen 1999; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003). Tässä vaiheessa jaettiin ryhmiin ne pelkistetyt vastaukset, jotka ilmaisivat samaa asiaa. Sen perusteella ne luokiteltiin alakategorialuokkiin. Näille luokille etsittiin yhdistävä nimitys pelkistetyistä ilmauksista. Niitä olivat esimerkiksi tukeminen, ohjaaminen ja vuorovaikutus.



Tämän jälkeen pohdittiin, mitkä alakategorialuokat kuuluvat yhteen, jonka perusteella pystyttiin luomaan yläkategorialuokat. Esimerkiksi vuorovaikutus, ohjaaminen ja tukeminen ovat alakategorialuokkia, jotka yhdistettiin yläkategorialuokaksi sosiaaliset hoitotyön auttamismenetelmät. Tätä kutsutaan aineistolähtöisessä sisällön analyysissä aineiston abstrahoinniksi, joka on analyysiprosessin kolmas vaihe.

Yläkategorialuokalle annetaan sellainen nimi, joka kuvaa hyvin sisältöä eli niitä alakategorioita, joista se on muodostettu (Kyngäs & Vanhanen 1999; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003). Näiden prosessien jälkeen nimettiin pääkategorialuokka. Samalla prosessilla analysoitiin kaikki tutkimuskysymykset. Tutkimusaineistomme kategorioinnit ovat liitteenä opinnäytetyössämme. (Liite 4-7.)

5 TUTKIMUSTULOKSET

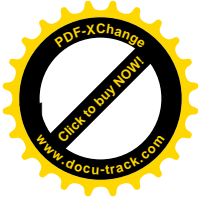
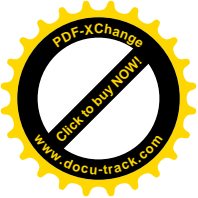
Saman otsikon alla ovat ensin potilaiden vastaukset ja sen jälkeen hoitohenkilökunnan, mikäli molempien vastaukset saman kategorian alle kuuluivat. Tutkimuskysymysten vastaukset on jaettu nimiensä mukaan käytettäviin hoitotyön auttamismenetelmiin sekä niiden kehittämisaatuksiin.

Yläkategoriat on luokiteltu sosiaalisiin, toiminnallisiin ja fyysisiin auttamismenetelmiin aineiston analyysin pohjalta. Alakategoriat esitetään tuloksissamme tummennettuina teksteinä. Sulkujen sisällä ovat ne tekijät, jotka kuuluvat alakategorioiden sisälle. Lainausten edellä käytetään joko kirjainta P ilmaisemaan potilaiden näkemyksiä tai H kuvaamaan henkilökunnan vastauksia.

5.1 Yhteistyösastolla käytettävät hoitotyön auttamismenetelmät

5.1.1 Sosiaaliset hoitotyön auttamismenetelmät

Vuorovaikutus (= keskustelu, vertaistuki, yhteistyösuhde, oman persoonan antaminen). Potilaat kertoivat saaneensa hoitajilta keskustelua, josta he kokivat



saaneensa paljon apua. Vaikka he kokivat henkilökunnalla olevan ajoittain kiireitä, tunsivat he silti saaneensa keskustella päivittäin ja aina, kun siltä tuntui. Tärkeäksi koettiin myös muilta potilailta saatu vertaistuki.

P: ”Noista puhekavereista oon saanu tosi paljon apua, potilaista ja hoitajista. Yks erityinen keskustelu avas lukkoja mun sisältä, kun hoitaja vaan kuunteli pitkään ku mä puhuin eikä sanonu sanaakaan. Mulla tuli puhetta tulvana ja se niinku vaan kuunteli. Mä sain sanottua ihan sellasia asioita, joita en muistanukkaan.”

Se, että jokaisella potilaalla on määritelty omahoitaja ja vuorohoitaja, lisää varmuutta siitä, että aina on joku juuri häntä varten.

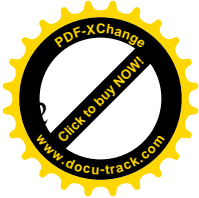
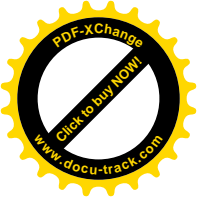
P: ”Mulle oli merkittävintä luottamussuhde oman hoitajan kanssa. On jotenkin helppo puhua, kun tuntee et se oikeesti välittää. Sen luottamuksen kautta mä sit aloin vähitellen hyväksymään lääkitykset ja senkin, et ehkä mulla on joku juttu, joku sairaus kai.”

Potilaat pitivät luottamuksellista suhdetta hoitohenkilökuntaan tärkeänä tekijänä hoidon onnistumiselle. Lisäksi potilaat painottivat, että heidät huomioitaisiin yksilönä ja heidän oma, kotoaan peräisin oleva kulttuuritaustansa on otettu huomioon.

P: ”On tärkeää, että potilas voisi luottaa hoitajan vilpittömyyteen. Sitten potilaan yksilöllistäminen on tärkeää, mun kohdalla tarkoittaa sitä, että sain hoitaa lääkityksen omaan tahtiin. Sitten erilaisten ihmisten tukeminen, että saa olla oma itsensä.”

Hoitohenkilökunnan kaikissa vastauksissa painotettiin potilaan kanssa keskustelua erilaisin tukikeinoin hoitotyön auttamismenetelmänä. Potilaalle tarjotaan mahdollisuutta keskusteluihin ja pyritään luottamukselliseen keskusteluun omahoitajasuhteessa. Potilasta kannustetaan keskusteluihin ja rohkaistaan puhumaan vaikeistakin asioista.

H: ”Keskustelu on hyvä, auttaa ymmärtämään potilaan tilannetta paremmin (niin potilas itse kuin hoitaja) ja antaa potilaalle mahdollisuuden oppia uutta, joka tukee pärjäämistä.”



Tutkimuksessamme työntekijän oman persoonansa antaminen hoitoon mukaan mainittiin myös hoitotyön auttamismenetelmäksi. Lisäksi esille tuotiin turvallisuuden ja luotettavuuden luomisen hoitosuhteessa.

H: ”Realiteettina oleminen ja eheän persoonan tarjoaminen malliksi.”

H: ”Olemalla ´vain ihminen´ hoitajan roolista huolimatta, unohtamatta kuitenkaan vastuuta ja jämäptiyyttä, auttaa paremmin kuin ´lepsuilu´, potilaan mieliksi oleminen tai ylhäältä saneleminen ilman perusteluja.”

Tutkimuksessamme vuorovaikutuksellisuutta pyritään tukemaan ohjaamalla potilasta vuorovaikutustilanteessa, antamalla palautetta potilaalle, pyrkimällä sopimaan asioista, kuuntelemalla, mitkä ovat potilaiden omia mielipiteitä tai kokemuksia keskusteltaessa. Henkilökunnan vastauksissa painotettiin, että vuorovaikutustilanteessa hoitaja pyrkii yhteistyöhön potilaan kanssa. Hänen tehtävänä on tunnistaa potilaan tarpeet ja sitä kautta pyrkiä keskustelemaan potilaan kanssa eriasteisilla tasoilla.

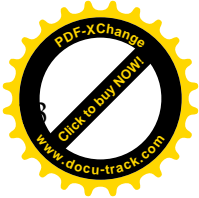
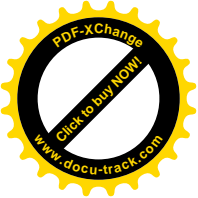
H: ”... voi olla eritasoista esim. kahdenkeskiset keskustelut, rupattelut arkiasioista...”

Ohjaaminen (= kirjallinen materiaali, päivittäisissä askareissa ohjaaminen, psykoedukaatio). Haastatelluista potilaista yksi oli saanut kirjallista materiaalia omaan sairauteensa ja lääkitykseensä liittyen. Henkilökunnan vastauksista kävi ilmi, että materiaalia hoidon tueksi löytyy suhteellisen kattavasti, mutta sen käyttö hoitotyön auttamismenetelmien tukena riippuu potilaan voinnista ja hoitajan omasta halukkuudesta niitä käyttää.

P: ”Lääke-esitteitä ja tietobrosyyreita sain, niihin olenkin tutustunut. Olen lkenut niitä sillei omaan tilanteeseeni verraten.”

H: ”...jonkun verran tulee käytettyä, riippuen siitä millainen potilas on ja sopiiko hänen kanssaan työskentelyyn (kuinka kykenee tietoa vastaanottamaan ja käsittelemään).”

Hoitohenkilökunnan vastauksissa esitettiin, että kaikki lähtee siitä arvioinnista, mitä potilas kykenee tekemään itse ja mitkä ovat potilaan tarpeet. Arvioinnissa



huomioidaan kaikki potilaat yksilöllisesti, jolloin työntekijä ohjaa potilasta hänen tarpeistaan riippuen. Potilaan tukeminen ja ohjaaminen päivittäisissä askareissa oli yksi henkilökunnan käyttämistä auttamismenetelmistä. Siihen sisältyi kannustus ja ohjaus, joka edistäisi potilaan omatoimisuutta päivittäisissä toiminnoissa.

H: ”Kannustetaan ja ohjataan toimimaan omatoimisesti päivittäisissä toiminnoissa, ylläpitämään olemassa olevia taitoja. Tarvittaessa tehdään yhdessä.”

H: ”...tukeminen hoitaa itse puhelut asioiden hoitotilanteissa...”

Psykoedukaatio tuotiin esille hoitohenkilökunnan vastauksissa hoitotyön auttamismenetelmänä. Tavoitteena on saada potilas ja perhe ymmärtämään sairautta ja stressitekijöitä paremmin, jolloin sairaalahoidoiltakin saatetaan välttyä. Palkitsevaa on, kun omaiset ja potilas antavat tästä positiivista palautetta.

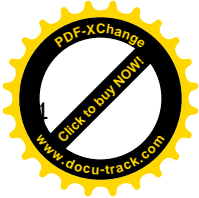
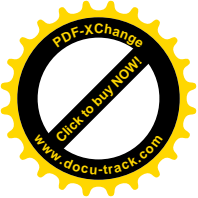
H: ”Psykoedukatiivinen työskentely potilaan ja perheen kanssa, on palkitsevaa, kun potilas ja perhe ymmärtää sairautta, stressitekijöitä ym. paremmin ja pystyy ehkäisemään sairaalahoidon, omaiset ja potilaat ovat myös antaneet hyvää palautetta.”

Tukeminen. Hoitohenkilökunnan vastauksista kävi ilmi, että potilaita tuetaan sosiaaliseen kanssakäymiseen sekä muiden potilaiden kanssa että sairaalan ulkopuolella oltaessa. Vastauksissa mainittiin myös tukeminen arjessa selviytymiseen sekä sairauden kanssa toimeen tulemiseen. Lisäksi potilaita tuetaan osallistumaan toiminnallisiin ryhmiin, minkä kautta turvataan potilaan toimintakykyä.

H: ”Tukeminen sosiaaliseen kanssakäymiseen potilasyhteisössä.”

H: ”Tukea niin selviytymisessä arjessa kuin oman sairauden suhteen tarvitaan.”

Verkostotyön toteuttaminen (= moniammatillisuus, perhehoitotyö). Vastauksissa tuli esille moniammatillisen yhteisön hyödyntäminen potilaan hoidossa. Näitä ovat esim. hoitoneuvottelut, palaverit, osastokokoukset ja aamunavaukset. Myös ryhmiin osallistuminen mainittiin, joita ovat erilaiset toiminnalliset ryhmät sairaalassa ja sen ulkopuolella. Sairaalan ulkopuolisesta toiminnasta oli nimetty retket.



H: ”Tarvittaessa toimintaterapiaa, askartelua, liikunnanohjaajan ja fysioterapeutin palveluja, keskusteluja papin kanssa ... hoitoneuvottelut tarpeen mukaan, omaiset ja avohoito mukaan.”

Hoitohenkilökunnasta muutama otti esille myös perhehoitotyön merkityksen potilaan hoidossa.

H: ”Perhehoitotyön toteuttaminen kuuluu osastomme työtapoihin. Otamme perheet mukaan jos vain potilas antaa luvan.”

5.1.2 Toiminnalliset hoitotyön auttamismenetelmät

Rajoittaminen. Osa haastatelluista potilaista ei voinut hyväksyä sisähoitoa, kun taas joillekin sisällä oleminen luo turvaa ja rauhoittaa psyykkistä vointia. Osaston säännöt koettiin toisinaan liian tiukoiksi, eikä niissä ollut ajateltu potilaiden yksilöllisyyttä.

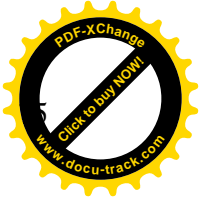
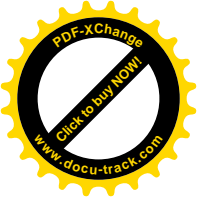
P: ”Vapaudet on tuntunut hyvältä, kun niitä on lopulta saanu. Jouduin olemaan sisällä niin pitkään.”

P: ”Tuntuu hyvältä kun saa osallistua noihin sairaalan ohjattuihin toimintoihini. Oon saanu uutta intoa askartelusta ja sit oon käynyt retkillä.”

Osa potilaista kuvasi vastauksissaan epämiellyttävänä sen, kun hoitohenkilökunta rajoittaa heidän toimintaansa. Osa kuitenkin koki, että jälkeenpäin katsottuna rajoittaminen oli aiheellista ja ulkoapäin tullessaan se helpotti oloa silloin, kun itse ei kyennyt tilaansa kontrolloimaan.

P: ”Mun on niin kauheen vaikee joskus hillitä puhetta. Etenkin silloin ku tulin tänne sairaalaan. Oli ihan kauheeta ku oli pakko vaan puhua ja puhua. Sit ku ne hoitajat sanokin et ole hiljaa välillä ja tavallaan pakosti vaimens mut. Se oli tosi helpottavaa silloin.”

P: ”Olisin alussa osallistunut kaikkeen toimintaan mut hoitajat ei antanu mun lähteä kaikkeen mukaan ja se oli kyllä hyvä niin. En mä olis pystynyt keskittyy mihkään.”



Hoitohenkilökunnan vastauksissa rajoitusten muotoja on monenlaisia. Vastauksissa tuli ilmi mm. yhteydenpidon rajoitukset, sopimukset osastolla olemisesta, sisähoito, ulkona liikkumisen rajoitukset, joka tarkoittaa, että se on ajallinen tai vain hoitajan kanssa mahdollista, sanallinen rajoittaminen, tupakoinnin rajoittaminen, sairaalavaatteisiin siirtyminen sekä henkilökohtaisten tavaroiden säilyttäminen osaston lukkokaapissa.

H: ”MT laki (mielenterveyslaki, tekijöiden huom.) antaa omat oikeutensa rajoittaa, jonka puitteissa voimme liikkumista, puhelimen käyttöä ym. rajoittaa.”

Hoitohenkilökunnan vastauksissa koettiin hyödyllisiksi auttamismenetelmiksi erityisesti potilaan rajoittaminen hoidon alkuvaiheessa. Hoitohenkilökunnan kokemusten mukaan se antaa pohjan hoidon jatkumiselle eikä psyykkisesti huonokuntoisen vointi notkahda hoidon aikana.

H: ”Psykoottiselle selkeät hoitolinjat ja rajat.”

H: ”Rajoittaminen hoidon alussa koostaa potilasta ja antaa pohjaa hoidon jatkumiselle.”

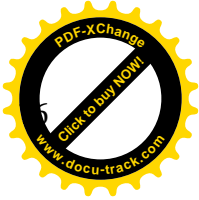
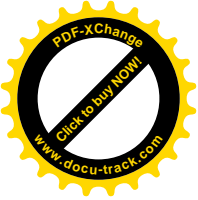
Eristys on yksi rajoittamisen keinoista. Se mielletään äärimmäiseksi ja viimeiseksi keinoksi rajoittaa potilasta, ja sen käyttöä määrittelee mielenterveyslaki.

Hoitohenkilökunnan vastauksissa selvennettiin, että tarpeesta riippuen eristys voidaan toteuttaa joko eristyshuoneessa avoimin tai suljetuin ovin.

H: ”Äärimmäisin keino on eristys.”

Yhdessä tekeminen (= käytännön asioiden hoito, ajan vietto). Potilaat kokivat saaneensa apua käytännön asioiden, kuten pankki- ja kauppa-asioiden hoitamiseen. Hoitohenkilökunta vastasi auttavansa potilaita mm. yhteydenpidossa omaisiin sekä avohoitokontaktin solmimisessa.

P: ”Ollaan käyty hoitamassa mun käytännön asioita niinku laskuja maksettu ja mun kotonakin käyty. Ne auttaa, kun ei tarte sit miettiä niitä käytännön ongelmia jotka ulkomaailmassa odottaa vaan saa olla rauhassa sairaalassa ja hoitaa itteensä.”



Hoitohenkilökunnan vastauksissa tuli ilmi, että potilaan kanssa yhdessä tekeminen miellettiin tärkeäksi tekijäksi sairaalahoidossa. Käytännössä tämä tarkoittaa esimerkiksi yhdessä potilaan kanssa musiikin kuuntelemista tai television katselemista. Arkielämän askareiden hoitaminen yhdessä potilaan kanssa nousi henkilökunnan vastauksissa esille. Siihen kuuluivat mm. ulkoilu, kaupassa ja potilaan kotona käynnit ja raha-asioiden hoitaminen. Hoitohenkilökunnan vastauksissa tuli esille myös tutustumiskäynnit uusiin hoitopaikkoihin ja hoitopaikkoihin mukaan tuleminen.

H: ”Teen yhdessä potilaan kanssa esim. käymme kävelyllä, kaupassa, hoidamme raha-asioita, puheluita ym. kaikkia arkipäivän elämän asioita.”

5.1.3 Fyysiset hoitotyön auttamismenetelmät

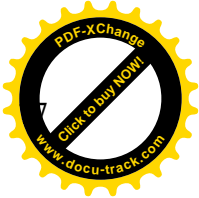
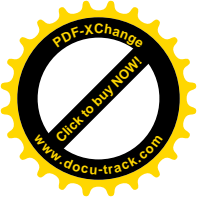
Perustarpeista huolehtiminen(= pesut/pesuissa auttaminen, unen ja levon turvaaminen, ruokailuihin osallistumisen huolehtiminen). Osa potilaista tunnisti konkreettisen fyysisen tilan huomioimisen hoitotyön auttamismenetelmäksi. Se, että joku huolehtii silloin, kun itse ei pysty, koettiin merkityksellisenä tekijänä jälkeensä ajateltuna. Toiselle annettiin pesuapua, toinen huolehdittiin olemaan levossa enemmän kuin potilas itse olisi tuolloin viihtynyt.

P: ”Enhän mä silloin aluks oikein huolehtinut suihkuista tai muista. Kyl mua patistettiin pesulle... Sillon se ärsytti mut olihan ne ihan oikeessa.”

P: ”No ... se kans on auttanut kun on saanu riittävästi levätä. Vauhtia oli niin paljon ettei olis tullu ite huolehdittua. Täällä ne pakotti ottamaan rauhallisemmin. Yöllä ei saa alkaa touhuta mitään.”

Hoitohenkilökunta piti riittävää unen ja levon saantia hoidon peruspilareina ja ne esiintyivätkin melkein kaikissa vastauksissa. Hyvä ravitsemus, puhtaus ja nautintojen tarjoaminen miellettiin tärkeiksi perustarpeiksi, joiden tyydyttämisestä hoitajien pitää huolehtia hoitotyössä.

H: ”Kaikkein tärkein on yöuni.”



H: ”Huolehditaan, että potilaat saavat ruokaa ja juomaa sopivasti, ohjataan pesuissa ja vaatteiden vaihdossa.”

Tarvittaessa potilasta hoidetaan konkreettisesti syöttämällä tai pesemällä. Pyrkimyksenä on päästä pikkuhiljaa siihen, että potilas pystyy ottamaan vastuun itsestään ja olemaan omatoiminen. Hoitajan tehtävänä on myös antaa aikaa ja olla saatavilla tarpeen mukaan.

H: ”Tarvittaessa tehdään puolesta, jos/kun ei pysty itse huolehtimaan.”

Lääkehoidon toteuttaminen(= oikeiden lääkkeiden löytyminen, lääkehoito muiden hoitotyön auttamismenetelmien rinnalla). Potilaiden kertoman mukaan lääkehoito oli keskusteltujen lisäksi merkittävä auttava elementti heidän hoidossaan. Lääkkeet auttavat keskustelujen rinnalla saamaan selkeyttä tilanteeseen ja konkreettisesti lääkkeet selvittävät ajatuksia.

P: ”Oon saanu oikeet lääkkeet. Ja sit ku mä vielä oon oppinu, et tartten ne lääkkeet kotonakin.”

Lääkehoito yhtenä hoitotyön auttamismenetelmänä tuli esille hoitohenkilökunnan vastauksissa. Lääkehoidosta oli mainittu, että se tukee muiden, varsinaisten hoitotyön auttamismenetelmien käyttöä.

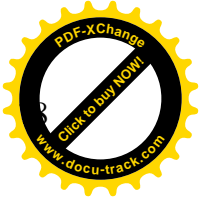
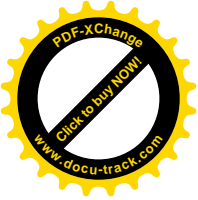
H: ”Hoitotyön menetelmien apuna lääketieteellisiä kuten lääkehoito...tukee hoitotyön menetelmien käyttöä.”

5.2 Hoitotyön auttamismenetelmien kehittämishaasteet

5.2.1 Sosiaaliset hoitotyön auttamismenetelmät kehittämishaasteena

Ystävällinen kohtelu(= positiivisen/negatiivisen palautteen saaminen).

Haastatellut potilaat toivat esiin vuorovaikutussuhteen merkityksen hoitajien ja potilaiden yhteistyössä. Väärinymmärryksi tulemisen tunne rasitti luottamuksen syntymistä. Hoitajien potilaille antama negatiivinen palaute koettiin nöyryyttävänä,



etenkin jos palaute annettiin muiden potilaiden läsnä ollessa. Positiivista palautetta toivottiin enemmän.

P: ”Positiivista palautetta saisi antaa enemmän, ja huomaa; jo pelkkä hymy voi olla palaute potilaalle!”

P: ”Palautetta ei tarvitsisi antaa niin negatiiviseen sävyyn, että se loukkaa potilasta. Jos muutkin potilaat tekee väärin, tuntuu pahalta, että yksin saa haukut niskaan. Ja kaikkien muiden edessä.”

5.2.2 Toiminnalliset hoitotyön auttamismenetelmät kehittämishaasteena

Toiminnan lisääminen (= suunniteltu ohjelma, osaston sääntöjen löysentäminen, apu käytännön toimiin, henkilökunnan oleminen osastolla). Osastolla kuljeskelu tuntui monen potilaan mielestä turhauttavalta ja lisäsi ahdistusta. Useampi potilas koki, että osastolla lähes kaikenlainen toiminta on kiellettyä, ja osastolla oleminen tuntuikin tylsältä.

P: ” Toimintaa saisi olla enemmän, koska aika käy pitkäksi oleskellessa.”

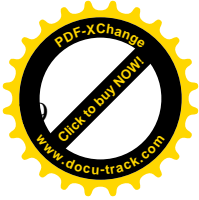
Potilaat toivoivat enemmän apua käytännön toimiin, koska useilla heistä on rajoitteita joko fyysisessä tai psyykkisessä toimintakyvyssä.

P: ”Apua saisi antaa enemmän käytännön ongelmiin, kuten sängyn petaamiseen, jos potilas ei siihen itse pysty.”

Osa potilaista piti rajoituksia ja osaston sääntöjä liian tiukkoina, eikä niiden yhteyttä hoitoon aina ymmärretty. Yksittäisillä potilailla oli ajatuksena, että henkilökunta kiusaa tiukoilla säännöillä ja rajoituksilla tiettyjä potilaita henkilökohtaisesti

P: ”Tuntitupakat pois ehdottomasti. Kyllä aikuinen ihminen osaa tupakkansa polttaa kun siltä tuntuu.”

P: ”Miksköhän mä joutuin olemaan sisähoidossa niin pitkään vaikka kaikilla muilla oli vapaat ulkoilut?”



P: ”Kahvikaapin tulisi olla aina auki, joisin kahvia vaikka kolmen aikaan yöllä, jos siltä tuntuis. Niin ku kotonakin.”

Hoitohenkilökunta halusi lisätä potilaiden kanssa olemista yhteisissä tiloissa, koska sen merkitys hoidossa on suuri. Hoitajan läsnäolo rauhoittaa potilaita ja luo turvallisuuden tunnetta. Se on myös hyvä mahdollisuus vuorovaikutukselliseen hoitotyöhön.

P: ”Potilaiden kanssa oleminen yleisissä tiloissa on vielä liian vähäistä, sen merkitystä tulee korostaa ja siihen panostaa.”

Selkeämmät toimintamallit(= yhtenäiset hoitolinjat, hoitomallit).

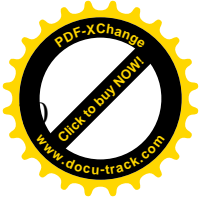
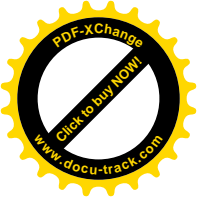
Hoitohenkilökunnasta osan mielestä auttamismenetelmät eivät ole yhteneväisiä tai yleisesti tiedostetaan yhteiset auttamismenetelmät, mutta ei kuitenkaan toteuteta niitä. Vastanneista osa toteaa, että jokainen tekee omalla tyylillään töitä ja menetelmien painotus riippuu siitä. Eli vaikka kirjalliset ja yhdenmukaiset ohjeet olisivatkin olemassa, jokaisen työntekijän persoona vaikuttaa siihen miten näitä menetelmiä toteutetaan. Muutamassa vastauksessa ollaan sitä mieltä, että osa työntekijöistä on sitoutumattomia hoitotyön auttamismenetelmien kehittämispäiviltä nousseiden uusien hoitotyön auttamismenetelmien käyttöönoton suhteen ja vastuu siirretään helposti toiselle työntekijälle.

H: ”Olemassa olevia menetelmiä olisi hyvä selkiyttää, saada ne toimimaan kunnolla, johdonmukaisesti.”

H: ”... vastuullisuus puuttuu osalla henk. kuntaa ja ajatellaan ´kyllä joku hoitaa´ → loukkaannutaan, jos asia nostetaan esille.”

H: ”Panostusta ja jatkuvaa kertausta: yhteisesti sovituista asioista kiinni pitäminen ja niiden mukaan toimiminen (itsestään selvyydet eivät toimi ellen minä itse omalta osaltani niistä huolehdi).”

Hoitohenkilökunnan vastauksista nousi esiin, että kehitteillä on uusia toimintamalleja esimerkiksi päihde- ja dementiapotilaan hoidon toteuttamiseksi. Osa hoitohenkilökunnasta suhtautuu luottavaisin mielin kehitystyöhön, osa vastanneista on neutraalimpia eikä lähde arvioimaan mitä uudistukset tuovat mukanaan.



H: ”Joskus on onnistuneita kehittämisideoita, mitkä otetaan kokeiluun ja ne jäävät elämään pysyvästi (sitoutuminen on yllättävää...)”

H: ”Hoitomalleja eri sairauksiin, mikä on tekeillä.”

Osa hoitohenkilökunnasta haluaisi selkeyttä ja tiivistystä olemassa oleviin hoitotyön auttamismenetelmiin ja sääntöihin. Potilaan tulovaiheen selkeyttäminen, ja yleisesti hoidon saaminen johdonmukaiseksi kokonaisuudeksi herätti uudistustoiveita osastolle. Näin saataisiin enemmän tavoitteellisuutta potilaiden hoitoon.

H: ”Selkeyttää/tiivistää potilaan osastolle tulovaihetta (1-2 viikkoa).”

H: ”Toivoisin myös, että kehittäisimme hoitajaksoja ”napakammiksi” esim. strukturoidummiksi jaksoiksi, joissa olisi tavoitteellisuus selkeämpi.”

Koulutuksen lisääminen ja tiedon jakaminen. Hoitohenkilökunnan vastauksissa nousi esille se, että osastolle kaivataan lisää koulutuksia (esim. psykoedukaatiosta) sekä koulutuksista saadun tiedon jakamista jokaiselle potilaan hoitoon osallistuvalla työntekijällä keskusteluin ja erilaisin materiaalein. Näin kaikki työntekijät saisivat mahdollisuuden soveltaa opittua tietoa käytännön hoitotyöhön.

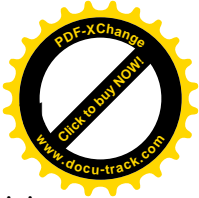
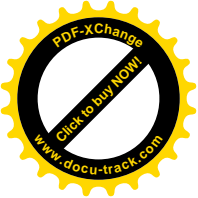
H: ”Henkilökunnalla pitkiä koulutuksia ”käypähoitoja” ym. , niistä saatuja menetelmiä yleiseen keskusteluun ja kaikille tiedoksi, kokeiluun ja soveltamaan arkipäivän työhön (joskus tuntuu siltä, että tieto jää vain osallistujien kokemukseksi eikä siitä hyödy koko työyhteisö).”

H: ”Psykoedukaatiota pitäisi lisätä, vaatisi myös aiheeseen liittyvän koulutuksen.”

Hoidollisten keinojen kehittäminen(= hoitotyön painotus, potilaiden omatoimisuuden tukeminen, sairaalasta ulospäin suuntautuva hoitotyö).

Hoitohenkilökunta toivoi hoidollisten keinojen kehittämistä. Vastauksista ilmeni, että hoitohenkilökunnan tulisi olla tietoisia käyttämistään hoitotyönauttamismenetelmistä, jotta sovituista asioista voitaisiin pitää kiinni. Hoitohenkilökunta toivoo myös enemmän panostusta potilaiden kannustamisessa omatoimisuuteen.

H: ”...enemmän hoidollisten kuin lääketieteellisten keinojen miettimistä.”



Lisäksi hoitohenkilökunta kaipaa sairaalan ulkopuolelle ulottuvaa työtä, mikä turvaisi paremmin potilaiden kotiutumisen tai jatkohoidon. Tällä hetkellä kotiinpäin suuntautuva hoitotyö on vielä liian vähäistä.

H: ”Haluaisin panostaa vielä enemmän ulospäin sairaalasta. Tekeminen ja toiminta auttavat potilasta, nyt on ollut pidempään vähäistä kotiin suuntautuva hoitotyö.”

6 POHDINTA

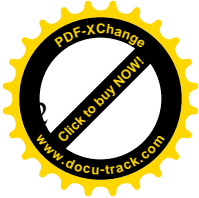
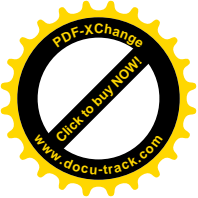
Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää ja kuvata osastolla käytettäviä hoitotyön auttamismenetelmiä ja niihin liittyviä kehittämisajatuksia. Aikaisemmat tutkimukset (mm. Kohonen 2004, Koivisto 2003, Kokko 2004, Ranta 2005, Varis 2005 ym.) ovat kartoittaneet mm. potilaiden tyytyväisyyttä hoitoonsa sekä sitä, mitkä hoitotyön auttamismenetelmät vaikuttavat potilaiden hoidon onnistumiseen ja hoitotyön laatuun psykiatrisessa hoitotyössä.

Seuraavissa kappaleissa pohditaan tutkimustuloksia potilaiden ja hoitohenkilökunnan vastauksien pohjalta sekä mietitään niiden yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia. Lisäksi pohditaan niiden merkitystä aiempien tutkimusten valossa. Pohdimme myös tutkimuksen luotettavuutta, eettisyyttä, tulosten hyödynnettävyyttä käytäntöön sekä mahdollisia jatkotutkimusaiheita.

6.1 Tutkimustulosten arviointia: hoitotyön auttamismenetelmät

6.1.1 Sosiaaliset hoitotyön auttamismenetelmät

Vuorovaikutus. Potilaista ja hoitohenkilökunnasta jokainen piti keskustelua ja kuuntelua yhtenä tärkeimmistä hoitotyön auttamismenetelmistä. Tätä painotetaan myös mm. Kohosen (2004), Kokon (2004) ja Variksen (2005) tutkimuksissa, joiden mukaan keskusteleminen on yksi keino vahvistaa potilaan itseluottamusta ja antaa toivoa tulevaisuuteen. Oleellista keskustelussa on vastuullinen ja aktiivinen



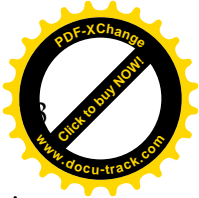
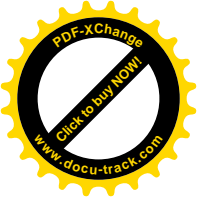
kuunteleminen sekä hyväksyvä ja kunnioitettava kommunikointi. Mahdollisuus kysyä työntekijältä neuvoa, työntekijän osoittama kiinnostus potilaan asioihin, kannustava ja ymmärtävä suhtautuminen sekä totutun toimintatavan kyseenalaistaminen olivat hoitoa edistäviä hoitotyön auttamismenetelmiä potilaiden kokemusten perusteella.

Tutkimustuloksemme osoittavat, että sekä potilaat että hoitohenkilökunta arvostavat hoidossa luottamuksellista yhteistyösuhdetta. Potilaat arvostavat luottamuksellista omahoitajasuhdetta, kun taas hoitajat pyrkivät olemaan luottamuksen synnyttäjiä. Myös Kohosen (2004), Koiviston (2003), Rannan (2005) ja Niskasén (2001) tutkimuksissa korostetaan luottamuksellisen yhteistyön merkitystä. Tähän kuuluvat mm. potilaan hyväksytyksi tuleminen ja hoitohenkilökunnan todellinen ja aito läsnäolo, joilla on merkitystä potilaan ongelmien käsittelyssä.

Tutkimuksessamme hoitohenkilökunnan vastauksista käy ilmi, että oman eheän persoonan antaminen hoitoon nähdään yhtenä hoitotyön auttamismenetelmänä. Ajatusta tukee myös Latvalan (1998) tutkimus, jossa viitataan Peplaun (1952) ja Kingin (1992) ajatukseen hoitajan ja potilaan välisen vuorovaikutussuhteen merkityksestä potilaan selviytymisen tukemisessa. Tässä hoitosuhteessa hoitaja käyttää omaa persoonaansa työvälineenä, auttamisen välineenä.

Tutkimuksessamme mainitaan, että potilaiden keskuudessa käydään läpi omia vointiin ja hoitoon liittyviä asioita. Hoitajan kanssa käydyt keskustelut ovat erilaisia kuin seurusteluhetket potilaiden kesken. Potilaiden keskuudessa uskalletaan käydä läpi myös hoidon suhteen kriittisiäkin mielipiteitä. Puusti (2000) viittaa samaan ajatukseen toteamalla, että potilaiden toisilleen antama vertaistuki koetaan tärkeänä. Hänen tutkimustuloksensa osoittavat, että potilaat perehdyttävät toisiaan osaston toimintoihin ja jakavat kokemuksiaan osastolla oloon liittyvissä asioissa. Potilaiden kuvaukset osoittavat, että kokemusten jakaminen vahvistaa tunnetta, ettei ole yksin asioidensa kanssa eikä ainut, jolla on vaikeaa.

Ohjaaminen. Tutkimuksessamme hoitohenkilökunta käyttää ohjausta monessa merkityksessä potilaan hoidossa yhtenä auttamismenetelmänä. Potilaita ohjataan mm. jokapäiväisissä askareissa ja vuorovaikutuksellisuudessa. Potilaita kannustetaan omatoimisuuteen, kun tiedostetaan potilaan tarpeet ja voimavarat. Yhtenä ohjaamisen



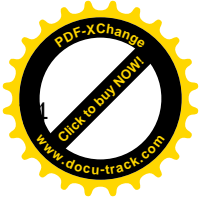
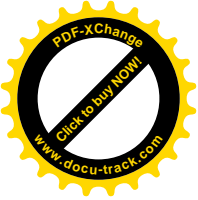
muotona pidetään tiedon antamista potilaille ja heidän omaisilleen mm. sairaudesta ja sen hoidosta. Ajatusta tuetaan myös Rannan (2005) teoksessa käytetyissä Lindströmin (1995), Miettisen (1994), Pitkäsen ym. (2002) ja Åstedt-Kurkisen ja Paavilaisen (1999) tutkimuksissa, joissa kaikissa sekä potilaan että perheiden ohjaamista pidetään yhtenä psykiatrisen hoitotyön keskeisenä ydinalueena.

Verkostotyö auttamismenetelmänä. Tutkimuksessamme hoitohenkilökunnan vastauksissa hoitokokoukset, neuvottelut ja erilainen moniammatillinen yhteistyö koettiin hoitotyön auttamismenetelmien muodoksi. Mielenterveyshoitotyössä pyritään verkostotyöhön. Samaa ajatusta painotetaan Rannan (2005) teoksessa Isohannin (1986) ja Qvretveitin (1995) tutkimustuloksissa, joiden mukaan potilaan hoidon laatua pystytään parantamaan hyvin toimivalla tiimityöllä.

6.1.2 Toiminnalliset hoitotyön auttamismenetelmät

Rajoittaminen. Tutkimuksessamme potilaat ja hoitohenkilökunta mainitsivat rajoittamisen yhdeksi hoitotyön auttamismenetelmäksi. Kaksi potilasta koki rajaamisen kohdallaan hyödylliseksi. Ulkopuolelta tuleva oman toiminnan rajaaminen psykoottisessa mielentilassa koettiin turvalliseksi silloin, kun omat voimat eivät riittäneet toimintaa hallitsemaan. Puustin (2000) tutkimuksessa näkökulmaa perustellaan siten, että suljettu osasto on jo kokemuksena potilaalle turvallinen. Se, että henkilökunta on läsnä, lisää osaltaan turvallisuuden tunnetta. Selkeät rajat, jotka karkeimmillaan ovat suljetut ovet, pitävät potilaat kasassa, kun omat edellytykset rajata olemistaan ovat hetkellisesti hämärtyneet tai heikentyneet.

Tutkimuksessamme kävi ilmi, että varsinkin hoidon alussa henkilökunta kokee rajoittamisen hyvänä hoitotyön auttamismenetelmänä, koska se parantaa vakavasti sairaan potilaan hoidon jatkuvuutta ja antaa pohjan hoidolle. Hoitohenkilökunnan vastauksissa hoitajat painottivat, että rajoituksissa noudatetaan mielenterveystieteen antamia ohjeita. Myös Kuosmanen (2003) ajattelee vapauden rajoittamisen olevan psykiatrisessa hoitotyössä jokapäiväistä. Hoitotyöntekijöiden tulee kuitenkin tiedostaa vastuunsa rajoittamisen päätöksenteossa, toteutuksessa ja seurannassa, vaikka pääasiallinen vastuu päätöksenteossa on lääkäreillä.



Toiminnallisuus. Osa haastatelluista potilaista koki osaston sisällä tai ulkopuolella järjestettävän toiminnan kuntouttavana ja mieltä virkistävänä. Tuolloin säilyy kosketus myös ulkomaailmaan ja päiviin tulee vaihtelua. Myös hoitohenkilökunta mainitsi toiminnalliset ryhmät osana potilaiden hoitoa. Kokonkin (2004) tutkimuksessa toimintaa pidettiin tärkeänä osana päivittäisen rytmin tukemista.

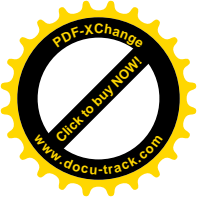
Yhdessä tekeminen. Monella osastolle saapuneista potilaista oman elämän hallinta on heikentynyt, mikä näkyy esimerkiksi maksamattomina laskuina ja kauppa-asioiden hoitamisen vaikeutena. Tutkimuksessamme sekä potilaat että hoitohenkilökunta pitivät tärkeänä hoitotyön auttamismenetelmänä käytännön asioiden yhdessä hoitamista. Kuitenkin hoitohenkilökunnan vastauksissa tuotiin esille myös potilaan vastuuttamisen ja omatoimisuuden varmistamisen näkökulmaa. Tämä tukee potilaan kuntoutumista ja pärjäämistä pidemmällä aikavälillä paremmin kuin liika puolesta tekeminen ja passivoitumisen tukeminen.

Ristaniemi (2005) viittaa teoksessaan Latvalan (1996) tutkimukseen, jossa tuodaan esille yhteistoiminnallisuus hoitotyön peruspilarina. Yhteistoiminnallisuutta kuvaa potilaan aktiivinen osallistuminen hoidon tarpeen ja tavoitteen määrittelyssä. Tuolloin potilas pystyy olemaan omassa hoidossaan aktiivinen toimija ja vastuunkantaja. (Ristaniemi 2005.)

6.1.3 Fyysiset hoitotyön auttamismenetelmät

Perustarpeista huolehtiminen. Potilaiden vastauksissa fyysisen tukemisen merkitys korostui silloin, kun sen itsenäinen hoitaminen oli syystä tai toisesta heikentynyt. Käytännön apu mm. pesuissa koettiin merkityksellisenä. Kuitenkaan fyysistä tukemista ei suurin osa potilaista kokenut kohdallaan käytettävän. Hoitohenkilökunnan vastauksista ilmeni, että potilaita kannustetaan omatoimisuuteen, mutta tarvittaessa autetaan tai tehdään puolesta.

Hoitohenkilökunta piti unen ja levon tarvetta tärkeänä potilaan hoidossa. Uni on ihmiselle välttämätön, koska sen aikana elimistö korjaa ja rakentaa itseään. Uni on välttämätön solujen uusiutumiselle, kuona-aineiden poistumiselle sekä hivenaineiden



ja hormonien kiertokululle. Uni edistää myös oppimista ja sen aikana aivot jäsentävät ja toteuttavat muistitoimintoja. (Tampereen opiskeluterveydenhuolto 2006.)

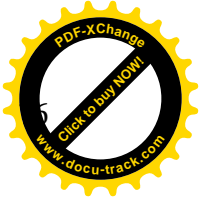
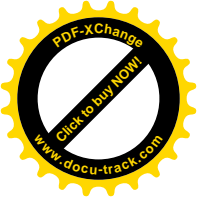
Hoitohenkilökunta huolehtii potilaiden ravinnon, puhtauden ja nautinnon toteutumisesta päivittäisessä hoitotyössä. Viime vuosien tutkimus on osoittanut, että ravitsemus on yhä tärkeämpi tekijä terveyden ylläpidossa ja sairauksien ehkäisyssä. (Kansanterveyslaitos 2006).

Lääkehoito. Jokainen haastattelumme osallistunut potilas toi esille lääkehoidon merkityksen osana onnistunutta hoitoa. Osalle löytyi hoidon aikana sopiva lääkitys, osa huomasi sairaalassaoloaikanaan lääkkeen merkityksen voinnilleen. Hoitohenkilökunnan vastauksissa tuli esille, että lääkehoito tukee muita auttamismenetelmiä. Lääkehoidon toteuttaminen ei yksistään auta potilaan kuntoutumista, vaan sen tulisi kulkea rinta rinnan muiden hoitotyön auttamismenetelmien kanssa. Myös Alanen (2003), Ahlfors (1992), Kokko (2004) ja Niskanen (2004) ottavat kantaa teoksissaan psykoosin lääkehoitoon. Se nähdään lähinnä muun hoidon vaikuttavuutta tukevana hoitotyön auttamismenetelmänä. Teoksissa esille nostetaan oikeanlaisen lääkehoidon aloittaminen ja lääkehoidon turvaaminen. Teoksissa psykiatriseen asiantuntijuuteen liitetään vahvasti myös lääkkeiden jakaminen ja niiden vaikutusten seuraaminen.

6.2 Tutkimustulosten arviointia: Hoitotyön auttamismenetelmien kehittämishaasteet

6.2.1 Sosiaaliset hoitotyön auttamismenetelmät

Ystävällinen kohtelu. Osa potilaista koki, ettei hoitajien kohtelu ole aina potilasta kunnioittavaa. Pahaa mieltä aiheutui mm. siitä, kun hoitaja antoi negatiivista palautetta muiden potilaiden kuullen. Myös Syrjäpalon (2006) tutkimuksessa käy ilmi, että pakottaminen hoitoon, alistetuksi tuleminen kokemus, ympäristöstä johtuvat pelot ja yksityisen tilan puute koettiin potilaiden keskuudessa kaikista vaikeimpina asioina. Poikkimäki (2004) ja Varis (2005) lisäävät tutkimuksissaan, että hoitotyön auttamismenetelmistä potilaslähtöisen hoitosuhteen luominen, potilaiden asiallinen



kohtelu ja yksilöllisten tarpeiden huomioiminen on merkityksellistä potilaan kuntoutumiselle.

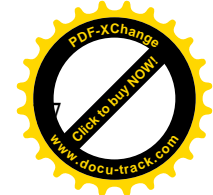
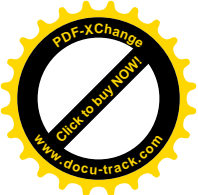
6.2.2 Toiminnalliset hoitotyön auttamismenetelmät

Toiminnan lisääminen. Tutkimustuloksissamme näkyy, että potilaat kaipaavat osastolle lisää toimintaa. Tämä näkyy erityisesti silloin, kun potilaalla ei ole mahdollisuutta osallistua osaston ulkopuoliseen toimintaan. Samaan tulokseen on tullut Puusti (2000), joka kuvaa henkilökunnan määrän ja taloudellisten menojen supistusten johtaneen siihen, ettei päivittäistä ohjelmaa ole saatavilla riittävästi. Aika käy pitkäksi, kun se kuluu osaston seinien sisäpuolella omien ajatustensa kanssa. Myös Mielosen (2000) ja Variksen (2005) tutkimuksiin osallistuneet potilaat olivat tyytymättömiä osastolla ja sairaalassa järjestettävään toimintaan, jota toivottiin lisää.

Rajoittaminen. Tutkimustuloksemme osoittavat, että osa potilaista koki rajoituksia olevan liikaa osaston sääntöihin liittyen. Omasta kotoaan tulleet potilaat kokivat hankalana sen, että säännöt poikkesivat osittain kovastikin kotona totutuista tavoista. Joustavuutta ei henkilökunnan puolelta tavattu, vaan sääntöjen noudattamista vaadittiin täsmällisesti. Myös Variksen (2005) tutkimukseen osallistuneet potilaat kokivat, että hoitohenkilökunta käytti liikaa valtaa ja sairaalahoito sisälsi liikaa rajoituksia.

Selkeämmät toimintamallit. Hoitohenkilökunnan vastauksissa ilmeni tarve yhtenäistää hoidollisia toimintamalleja. Puustin (2000) tutkimuksessa tuetaan ajatusta, sillä tulosten mukaan potilaat kokivat, että selkeät linjaukset omilla hoitajilla helpottivat asioiden käsittelemistä yhdessä, mutta mikäli omahoitajat olivat eri linjoilla hoidon suhteen, sekoitti se potilaan ymmärtämistä hoitoonsa liittyvissä asioissa.

Hoitohenkilökunta toivoi myös napakampia ja johdonmukaisempia hoitajaksoja potilaille. Tulovaiheen selkiyttäminen antaisi hoidolle hyvän pohjan. Variksen (2005) tutkimustulokset tukevat tätä näkemystä. Siinä tuli esille, että potilaat olivat eniten



tyytyväisiä tulotilanteessa henkilökunnan joustavaan toimintaan vastaanottotilanteessa sekä tilanteen turvallisuuteen heidän tullessa hoitoon.

6.2.3 Fyysiset hoitotyön auttamismenetelmät

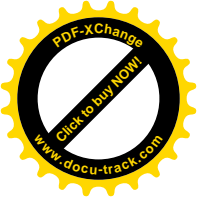
Tutkimuksessamme eivät potilaat eivätkä hoitohenkilökunta tuoneet kehittämisehdotuksia fyysisten auttamismenetelmien kehittämiseksi. Sen sijaan Mielosen (2000) tutkimuksessa kyselyyn vastanneet potilaat olivat sitä mieltä, että somaattisten ongelmien hoitaminen psykiatrisessa sairaalassa takkuili ja tutkimuksiin pääsyä joutui odottamaan kauan.

6.3 Tutkimuksen luotettavuuden arviointi

Psykiatristen potilaiden osalta vapaaehtoisuus edellyttää, että potilas on ajan ja paikan mukaan orientoitunut, kykenee kommunikoimaan ja on tietoinen tutkimuksen tarkoituksesta. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992.) Tutkimuksen luotettavuutta pyrittiin lisäämään siten, että haastateltaville kerrottiin ennen haastattelun aloittamista, ettei tutkimukseen osallistuminen vaikuta heidän hoitoonsa. Tämä seikka oli oleellinen asia tuoda esille, sillä osa haastateltavista epäili antaa kriittistä palautetta siinä pelossa, että se pidentää heidän hoitoaikaansa tai vaikeuttaa muuten heidän osastolla olemistaan. Haastateltavia informoitiin siitä, ettei hoitohenkilökunnalle tiedoteta sitä, ketkä potilaista ovat tutkimukseen osallistuneet.

Vastaukset luettiin potilaille haastattelun lopuksi, jolloin heillä oli mahdollisuus korjata vastauksiaan. Varsinaisesti muuta keskustelua asian tiimoilta ei käyty, eikä vastauksia käyty läpi arvioimalla niiden sisältöä, vaikka osa potilaista niin toivoikin.

Haastattelun luotettavuutta pohtiessa tulee miettiä myös sitä, että osasto on myös haastattelijan työpaikka. Tätä asiaa käytiin läpi haastateltavien potilaiden kanssa siten, että heille kerrottiin työn liittyvän haastattelijan opintoihin eikä hänen työhönsä. Heitä rohkaistiin ilmaisemaan myös kehittämishaasteita muistuttamalla, että kyseessä on tutkimus, jonka avulla akuuttihoitoa pyritään kehittämään.



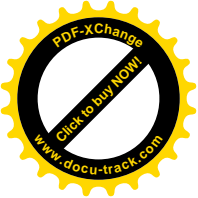
Hoitohenkilökunnan kohdalla tutkimuksen luotettavuutta tarkasteltaessa on mietittävä myös sitä, vaikuttaako annetuissa vastauksissa halu antaa osastosta tietynlainen kuva ulkopuolisille ihmisille. Toisaalta tällä ei ole merkitystä, koska osasto on mukana anonymisti. Lisäksi hoitohenkilökunnalla oli tiedossa, että tutkimuksen tarkoituksena on antaa syventävää tietoa heidän kehittämisprojektinsa rinnalle. Tästä puolestaan voi olla apua osaston auttamismenetelmien kehittämistyössä. Heille kerrottiin, että tutkimus on tarkoitettu pääasiassa hoitohenkilökunnan avuksi osastolle.

Hoitohenkilökunnan vastauksien luotettavuutta pohtiessa ajatus on, että jokainen hoitotyön ammattilainen on velvollinen vastaamaan rehellisesti kehittääkseen hoitotyötä niin yleisesti kuin oman yksikkönsä eduksi. Ammatissa toimivan sairaanhoitajan velvollisuutena on kehittää jatkuvasti ammattitaitoaan. Samassa hoitoyhteisössä työskentelevät sairaanhoitajat vastaavat yhdessä siitä, että hoitotyön laatu on mahdollisimman hyvä ja että sitä parannetaan jatkuvasti. (Sairaanhoitajan eettiset ohjeet 1996.)

Laadullisen tutkimuksen pääasioita ovat henkilöiden, paikkojen ja tapahtumien kuvaukset. Tutkimuksen luotettavuutta turvataan kuvaamalla tarkasti tutkimuksen kaikkia eri vaiheita. Keskeistä on myös luokittelujen tekeminen ja niiden perustelut. (Hirsjärvi ym. 1997.)

Tutkimuksemme eteneminen on kuvattu raportissa yksityiskohtaisesti. Luotettavuutta lisää se, että aineistoa on analysoimassa kaksi ihmistä, eli opinnäytetyön molemmat tekijät. Näin tulkinnanvaraisuus pienenee, kun analyysin aikana käydään jatkuvaa ja avointa keskustelua. Tutkimuksen luotettavuutta lisää myös se, ettemme käyttäneen mitään tiettyä viitekehystä pohtiessamme tutkimuskysymyksiä tai analysoidessamme niitä. Olemme tutkijoina kokemattomia, jolloin tietyn viitekehysten mielessä pitäminen olisi saattanut ohjata ajatuksiamme ja tahtomattamme olisimme saattaneet valikoida tutkimuksen vastauksista sellaiset seikat, jotka osuvat kyseiseen ajattelumalliin.

Lähteiden luotettavuutta on mietittävä tarkasteltaessa koko tutkimuksen luotettavuutta. Olemme pyrkineet ottamaan lähteiksi mahdollisimman uusia ja käytettyjä tutkimuksia, kirjoja ja lehtiä. Sähköisiä lähteitä käyttäessämme olemme kiinnittäneet



huomiota sivujen käytön yleisyyteen sekä siihen, että sivuilta löytyvät tarvittavat tiedot tekijästä ja julkaisuvuodesta. Lähteitä tarkasteltaessa olemme myös miettineet, kuinka monen tutkijan näkökulma samassa teoksessa vaikuttaa. Näkökulmat vaihtuvat ja hoitotyö kehittyy sitä mukaa. Tämä mietittäessä on lähdettävä siitä, että luottaa sen hetkiseen näkökulmiin, jotka ovat pinnalla.

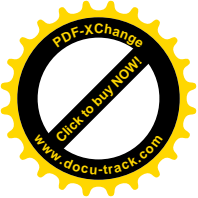
Haastattelija on itse töissä yhteistyöosastolla. Tämä saattaa olla tutkimuksen kannalta sen luotettavuutta lisäävä tai vähentävä tekijä. Haastattelijan ollessa potilaille tuttu on heidän helppo kertoa ajatuksiaan ja kokemuksiaan ilman alkututustumista. Toisaalta asetelma saattaa aiheuttaa sen, että erityisesti omat potilaat eivät uskalla antaa kritiikkiä hoidon suhteen pelätessään sen vaikuttavan joko hoitosuhteeseen tai hoitoon.

Kun kyseessä on psykoosia sairastavia potilaita, on heidän psyykkisen vointinsa arviointi haasteellista tutkimuksen kannalta. Sopivia haastateltavia mietittiin yhdessä muun työryhmän kanssa ja loppuvalinta perustui haastattelijan omaan arvioon sen perusteella, että oli osastolla ollut työssä ja potilaat olivat tuttuja.

Psykoottisen potilaan tunneskaala saattaa vaihdella yhden päivän aikana. Mikäli potilas on tullut ennen haastattelua esimerkiksi rajatuksi, saattaa hänen ajatuksensa hoidon suhteen olla erilaiset kuin sellaisella, joka on juuri lähdössä kotilomalle. Tämän vuoksi haastattelu pyrittiin tekemään sellaiseen aikaan, joka on potilaalle mahdollisimman neutraali.

Haastateltaviksi valikoituivat sellaiset potilaat, joiden psyykkinen vointi mahdollisti tutkimukseen osallistumisen. Heidän tuli olla sellaisessa voinnissa, että hoidon arvioiminen oli mahdollista ja että he ymmärsivät, mistä tutkimuksessa on kyse.

Hoitohenkilökunnan kanssa käytiin tutkimuksen tarkoitus ja kyselylomakkeen sisältö läpi. Hoitohenkilökunnalla oli neljä viikkoa aikaa täyttää kyselylomake. Tämä tuo lisää luotettavuutta, sillä aikaa oli runsaasti käytettävissä vastauksia mietittäessä eikä vastatessa tarvinnut hätiköidä.



Kehittämiprojektin tiimoilta hoitohenkilökunta on tietoinen osastolla tapahtuviin hoitotyön auttamismenetelmien muutoksiin. Lääkehoidon osuus vastauksissa on vähäistä. Tieto siitä, että sen rinnalle kehitellään uusia auttamismenetelmiä, mahdollisesti tiedostettiin vastatessa kyselylomakkeeseen.

Tutkimuksen luotettavuutta tarkasteltaessa on mietittävä vaikuttaako hoitohenkilökunnan vastauksiin se, että toinen tutkija on töissä osastolla. Korostamme, että tässä työssä esille nostamamme asiat ovat täysin tutkimuksesta nousseita päätelmiä. Jotta niissä ei näkyisi osastolla työskentelevän osapuolen henkilökohtainen näkemys, on kaikki työn vaiheet käsitelty molempien tutkijoiden voimin.

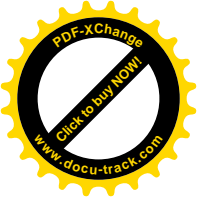
Hoitohenkilökunnasta kyselylomakkeeseen vastasi seitsemän työntekijää 20:sta. Tutkimustulokset olisivat saattaneet olla erilaiset, mikäli kaikki hoitotyöntekijät olisivat kyselylomakkeeseen vastanneet. Potilaista haastateltiin kuutta (6) henkilöä.

6.4 Tutkimuksen eettisyyden arviointi

Tutkimuksen eettiset kysymykset ovat tärkeitä niissä tieteissä, joissa tutkitaan inhimillistä toimintaa, kuten hoitotieteessä (Vehviläinen-Julkunen 1998). Jokaiselta haastateltavalta kysyttiin heidän halukkuutensa osallistua haastateltavaksi tutkimukseen. Heille kerrottiin myös tutkimuksen tarkoitus ja se, että valmis työ on julkinen.

Tutkimuksen eettisissä kysymyksissä tulee pohtia tutkijan ja tutkimuksen kohteena olevaan organisaatioon liittyvät kysymykset, tutkijan ja tutkittavien väliseen suhteeseen liittyvät kysymykset ja aineistoon liittyvät kysymykset. Tutkijan ja organisaatioon väliseen suhteeseen liittyy tutkimusluvan saaminen ja tutkittavien suojeleminen. Tutkijan ja tutkittavien suhde on tärkeä, koska tutkittavilla on oikeus tietää, mitä heille tapahtuu, jos he osallistuvat tutkimukseen. (Vuokila-Oikkonen 2002.)

Tutkimuksesta ei saa aiheutua vahinkoa siihen osallistuville (Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 1999). Vuokila-Oikkosen (2002) mukaan psykiatriset potilaat ja heidän



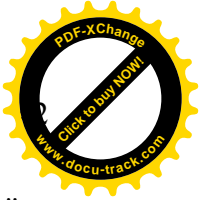
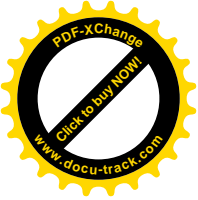
läheisensä ovat tutkimusjoukkona haavoittuva ryhmä. Siksi haastattelemamme potilaat eivät saaneet olla avoimen psykoottisia, vaan heidän hoitonsa oli loppusuoralla. Heille kuvattiin tarkasti tutkimuksen tarkoitus ja merkitys sekä kerrottiin, minne valmis työ tulee esille.

Psykiatriset potilaat kykenevät tekemään päätöksiä oman hoitonsa suhteen, mutta heillä voi olla vaikeuksia ymmärtää tutkimukseen liittyviä yksityiskohtia. (Koivisto ym. 2001.) Jokaiseen tutkimukseen osallistuvan potilaan kanssa käytiin huolellisesti läpi tutkimukseen liittyvät kysymykset sekä painotettiin tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuutta. Heille korostettiin myös sitä, että tutkimus ei ole osa hoitoa. Potilaiden kuntoa osallistumiseen arvioitiin yhdessä osastonhoitajan ja muiden työntekijöiden kanssa. Myös hoitohenkilökunnalle kerrottiin, että vastaaminen on vapaaehtoista, mutta erittäin toivottavaa.

Tutkimukseen osallistujien anonymiteetti säilytettiin koko prosessin ajan siten, että raportissa ei esiintynyt mitään, mikä olisi paljastanut tutkittavien henkilöllisyydet. Tutkimusaineisto on ainoastaan tutkijoiden käytössä ja sitä säilytetään lukollisessa kaapissa siten, ettei sillä ole mahdollisuutta joutua ulkopuolisten käsiin. Aineisto hävitetään tutkimuksen valmistumisen jälkeen saattamalla kirjallinen aineisto paperisilppuriin.

Tutkijan eettinen vastuu korostuu erityisesti sellaisissa tutkimuksissa, joissa tutkimus kohdistuu ihmisen henkilökohtaisiin kokemuksiin ja joissa käytetään menetelmiä, jotka edellyttävät intensiivistä dialogia tutkijan ja tutkittavan välillä (Vehviläinen-Julkunen 1996). Tutkimuksessa, jossa käytetään muistitietoa, tutkijan eettisen ajattelun tulee näkyä koko tutkimusprosessin läpi, koska tutkija etenee haastatteluissa ihmisen subjektiiviseen elämismailmaan. Tutkimuksemme perustui luottamuksellisuuteen, joka tarkoittaa tässä tutkimuksessa sitä, että haastateltaville annettiin mahdollisuus nimettömyyteen. Myös hoitohenkilökunnalle kerrottiin, että kyselylomakkeen vastaukset käsitellään nimettöminä ja luottamuksellisesti.

Tutkimus perustui koko tutkimusprosessin aikana avoimuuteen ja rehellisyyteen. Haastateltaville kerrottiin rehellisesti tutkimuksen aiheesta ja tarkoituksesta. Lisäksi haastateltavia kehoitettiin kysymään rohkeasti, jos jokin asia jäi askarruttamaan.



Hoitohenkilökunnalla oli myös mahdollisuus kysyä kyselylomakkeen teosta tai siinä olevista kysymyksistä lisää.

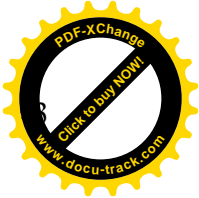
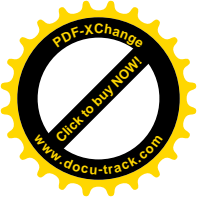
6.5 Tulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet

Tutkimustulostemme pohjalta voidaan todeta, että potilaat arvostavat hoidossaan keskustelua hoitajien kanssa. Hoitajan läsnäolo ja luottamuksellinen yhteistyösuhde luovat potilaalle turvallisuuden tunteen. Osaston kehittämishankkeen myötä hoitajien läsnäoloa osastolla on lisätty, mikä mahdollisesti näkyy jo tutkimustuloksissamme.

Potilaat toivovat enemmän toimintaa osastolla. Tässä tulee kuitenkin miettiä osaston potilasainesta, joista moni on hoidossa tahdosta riippumattomalla hoitopäätöksellä. Potilaan tilanteesta riippuen hänelle suunnitellaan joko ohjattua tai itsenäistä toimintaa. Toisinaan potilaan vointi saattaa olla sellainen, että kaikki ylimääräinen toiminta hidastaa tai jopa estää hänen kuntoutumisensa. Tutkimuksemme osoittaa, että kaikki potilaat eivät ymmärrä sitä, miksi toiminta on hänen kohdallaan kielletty. Riittävä ja huolellinen perustelu auttaisi mahdollisesti potilasta ymmärtämään rajoitukset omassa hoidossaan. Kuitenkin tulee muistaa osaston potilasaineen olevan toisinaan sellainen, etteivät perustelut akuuttivaiheessa välttämättä riitä potilaalle.

Palautteen saaminen hoitajilta koetaan merkitykselliseksi. Positiivisen palautteen saaminen on tärkeää, sillä sairaalan sääntöihin oppiminen vaatii aikaa erityisesti kun kyseessä on psykoottinen potilas. Potilaat toivovat, että negatiivinen palaute annettaisiin kahden kesken potilasta kunnioittaen. Haastattelusta nousi esille ajatus, että rakentava ja ystävällissävytteisesti annettu palaute tukee potilaan itsetuntoa.

Tutkimuksemme tulokset osoittavat, että käytössä olevat hoitotyön auttamismenetelmät eivät ole kaikilta osin täysin yhteneväiset osaston hoitohenkilökunnan välillä. Samaan tulokseen tultiin jo osaston kehittämispäivillä, joiden myötä parannusta asiaan alettiin kehitellä. Tähän saattaa tulla muutosta täsmennettyjen hoitomallien vakiinnutettua paikkansa hoitotyön auttamismenetelmien käytössä.

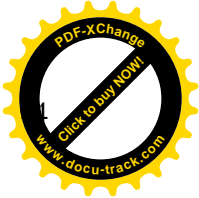
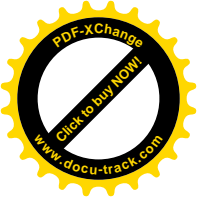


Psykoedukatiivinen työskentelymalli on tutkimusten valossa hyväksi koettu myös psykoottisten potilaiden kohdalla. Hoitohenkilökunnan haastattelutuloksetkin antoivat viitettä siitä, että kyseiselle toimintamallille olisi tarvetta osastolla. Kuitenkin koettiin, ettei tietämystä ole riittävästi, eikä tieto koulutuksiin osallistuneilta kulje riittävän hyvin niille, jotka eivät ole niihin osallistuneet. Tähän panostaminen olisi hyödyllinen jatkohaaste, sillä se hyödyttäisi hoitohenkilökunnan yhdenmukaista työskentelyä, potilaiden oman sairauden tuntemista ja lähipiirin jaksamista sairastuneen rinnalla.

Tutkimuksessamme perhehoitotyö mainittiin hoitotyön auttamismenetelmänä muutamissa hoitajien vastauksista, potilaista kukaan ei maininnut siitä. Mm. Rannan teoksessa Latvalan (1998), Nikkosen (2000) ja Paunosen (1999) tutkimukset tuovat esille, että perhehoitotyö on tärkeä osa psykiatrista hoitotyötä. Siitäkin huolimatta lukemattomilla palautekyselyillä ja tutkimusten avulla on saatu tietoa, etteivät potilaan läheiset ja omaisen ole päässeet kovinkaan paljoa osallistumaan hoidon eri vaiheisiin, vaikka heidän merkityksensä potilaana olevan ihmisen hoidossa on merkittävää. (Ranta 2005)

Rannan teoksessa esitellyistä Friedmanin (1998), Latvalan (1998), Paunosen ja Vehviläinen-Julkusen (1999) ja Pitkäsen ym.(2002) tutkimuksista käy ilmi, että omaisia kuuntelemalla voidaan potilaasta saada laajempi kuva kuin vain kuuntelemalla itseään. Koska potilaan kyky kuvata omaa tilaansa sairastumisen akuutissa vaiheessa voi olla hyvinkin rajoittunut, omaisilta saadun tiedon merkitys korostuu. (Ranta 2005.)

Tutkimuksemme tuloksiin nojaten voisi osaston kehittämispäivillä ottaa aiheeksi perhehoitotyön merkityksen pohtimisen potilaan hoidossa. Tuolloin voitaisiin kartoittaa sitä, kuinka paljon perhetyö näkyy osaston työskentelyssä ja olisiko sitä tarvetta lisätä. Tähän voisi kuulua myös koulutuksellisen tilaisuuden järjestäminen asian tiimoilta. Tutkimusten avulla on kerätty tietoa niistä asioista, joista potilaiden perheenjäsenet tai läheiset haluaisivat olla tietoisia. Näitä ovat mm. potilaan hoitoon liittyvät asiat, sairauden luonne, hoitovaihtoehdot, lääkitykset ja potilaan voinnin seuranta jatkohoidon kannalta. (Keskinen 2005.) Osaston potilaiden omaisilta voisi pyytää palautetta siitä, kuinka he ovat saaneet osallistua läheisensä hoitoon ja kuinka he ovat sen kokeneet.



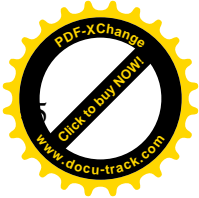
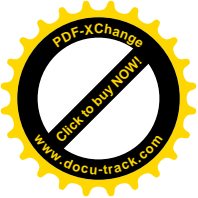
Jatkotutkimusaiheena voisi olla kehittämishankkeen myötä tulleiden uusien täsmällisempien hoitomallien näkyminen hoitotyössä. Aiheesta voisi tutkia esimerkiksi sitä, näkyykö kehiteltyjen hoitomallien käyttö hoitotyön auttamismenetelmissä ja jos, niin miten.

Hoitohenkilökunnan vastauksissa painotettiin myös avohoitokontaktien tukemista. Honkonen, Koivisto, Salokangas, Stengård ja Saarinen (2000) tuovat esille näkökulman, jonka mukaan sairaaloiden akuuttiosastoille kerääntyy potilaita, joilla ei ole tarkoituksenmukaista hoitokontaktia avohoidossa. Sairaansijojen vähennyksen myötä avohoitoon panostetaan voimakkaasti. Tästä johtuen avohoidon rakenne on muuttunut siten, että on kehitetty uusia työryhmiä ongelma-alueittain. Murrosten keskellä myös sairaalahoitoon tulee väistämättä muutoksia, joka saattaa näkyä mm. potilastyytyväisyydessä. Mikäli muutokset tapahtuvat joustavasti ja siten, että henkilökunta on sisäistänyt uuden rakenteen toiminnan, saattaa tämä parhaimmillaan vähentää sairaalahoidon tarvetta ja parantaa potilaan pärjäämistä kotona avohoidon ja siihen liittyvien uudistusten turvin. Muutosten vakiinnuttua olisi mielenkiintoista tutkia, miten ne näkyvät psykoosi potilaiden arjessa, sairaalahoidon tarpeessa ja hoitotyön auttamismenetelmissä.

6.6 Opinnäytetyö oppimiskokemuksena

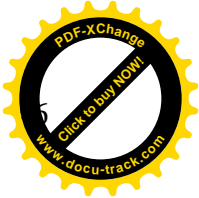
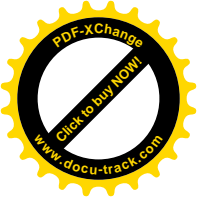
Opinnäytetyön tekeminen on ollut haasteellinen mutta opettavainen kokemus. Tutkimustyön alkeet on tullut väistämättäkin opeteltua, vaikei se ole aivan helppoa ollutkaan. Haastattelu on haasteellinen, mutta laadullisen tutkimuksen kannalta hyvin informoiva tiedonhankintakeino. Haastattelun rungon kehittäminen vaatii aikaa ja miettimistä, samoin kuin haastattelun eettisyyden ja luotettavuuden etukäteen tehtävä pohtiminen. Haastattelulomakkeen laatiminen on niin ikään vaativa prosessi, johon tulisikin varata aikaa. Jotta vastaukset olisivat monipuolisia ja laajoja, tulee kysymysten asettelun olla mahdollisimman vähän vastaajaa johdatteleva.

Henkilökohtaiset tavoitteemme työn toteuttamiselle ovat täyttyneet jopa odotettua paremmin. Oman alan tutkiminen on erittäin antoisa kokemus ja luo henkilökohtaiselle ammatilliselle kasvulle uutta perspektiiviä. Tutkitun tiedon



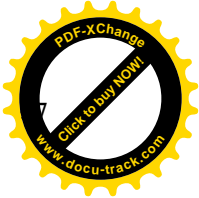
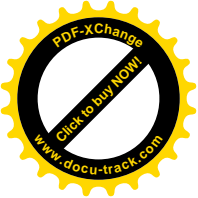
etsiminen, sen kriittinen tutkiminen ja hyödyntäminen käytännön työssä ovat tulleet tutummaksi.

Opinnäytetyötä tehdessä on syventänyt tietojaan tutkimuksen tekemisestä, mistä on tulevaisuudessa varmasti hyötyä monellakin saralla. Työelämässä tehdään entistä enemmän kehittämishankkeita, tutkimuksia ja kyselyitä, joissa tarvitaan opinnäytetyön prosessin myötä kehittyneitä taitoja. Oma pohdinta sekä työn tarkasteleminen kriittisesti ja monipuolisesti on kasvanut opinnäytetyön tekemisen myötä. Työtä tehdessä on myös joutunut myöntämään itselleen, ettei kaikkea voi tehdä ensimmäisellä kerralla oikein. Alkuvaiheessa tehdyt hyvät ideat osoittautuvatkin työn edetessä huonommiksi ja koko prosessin ajan työstä löytyy parannettavaa. Ajan käytön suunnittelu on hyvä tehdä alusta lähtien. Näin pysytään aikataulussa ja työ etenee mallikkaasti.



LÄHTEET

- Aaltonen, J., Koffert, T., Ahonen, J. & Lehtinen, V. 2000. Skitsofrenian tarpeenmukainen hoito on ryhmätyötä. Raportti Akuutin psykoosin integroitu hoito – projektin tuottamista hoitoperiaatteista. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Achté, K. & Tamminen, T. 1997. Psykoosi ja sen hoito. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Alanen, Y. 2003. Mielenterveys uusiutuvana voimavarana. Helsinki: Yliopistopaino.
- Ahlfors, L. 1992. Psykiatrinen auttamistyö. Teoksessa L. Ahlfors, M. Saarikoski & I. Sova (toim.). Psykiatrinen auttamistyö. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Berg, L. & Johansson, M. 2003. Psykoedukaation työkirja. Psykkisesti sairastuneen ja hänen perheensä/tukiryhmänsä kanssa toteutettava ohjaus. Lievestuore: ER-Paino Oy.
- Cullberg, J. 1999. Psykoosihoidon parantavia ja parantumista estäviä tekijöitä. Teoksessa K. Haarakangas & J. Seikkula. (toim.). Psykoosi- uuteen hoitokäytäntöön. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Forsman, H., Furman, B. & Saarela, T. 1989. Mielenterveysongelmat ja psykiatrian suuntauksset. Juva: WSOY.
- Haarakangas, K. & Seikkula, J. 1999. Psykoosi- uuteen hoitokäytäntöön. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Hirsjärvi S. & Remes P. & Sajavaara P. 1998. Tutki ja kirjoita. Tampere. Tammerpaino Oy.
- Holopainen, A., Jokinen, M. & Välimäki, M. 2000. Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa. Juva: WS Bookwell Oy.



Honkonen, T., Koivisto, A-M., Saarinen, S., Salokangas, R. & Stengård, E. 2000. Sairaalasta yhteiskuntaan. Seurantatutkimus sairaalasta kotiuttamisen vaikutuksista skitsofreniapotilaan elämään ja hoitotilanteeseen. STAKES. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Hätönen, H. 2005. Tiedonsaanti psykiatrisessa sairaalahoidossa – mielenterveyspotilaan näkökulma. Pro-gradu tutkielma. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos, lääketieteellinen tiedekunta.

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2002. Hoitamisen taito. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Kansanterveyslaitos 1996-2006. Viitattu 5.9.2006.

http://www.ktl.fi/portal/suomi/osiot/tietoa_terveydesta/elintavat/ravitsemus/

Kauppila, T. 2000. Sairaanhoidajan käsikirja. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

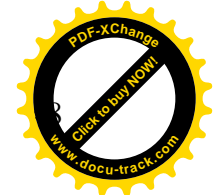
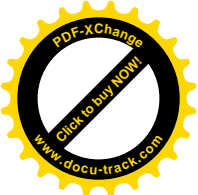
Keskinen, K. 2005. Omaiset vastaanottotilanteessa Seinäjoen keskussairaalan psykiatrian poliklinikalla ja osastolla 10. Opinnäytetyö. Seinäjoen ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysala, hoitotyön koulutusohjelma.

Keskinen, T. 1997. Psykiatrinen hoitotyö. Teoksessa R-L Heikkinen & T. Laine. (toim.). Hoitava kohtaaminen. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Kivinen, P. & Røyks, R. 2001. Kognitiivinen psykoterapia. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Kohonen, M. 2004. Toivoa vahvistavat hoitotyön auttamismenetelmät – metasynteesi kirjallisuudessa ja tutkimuksista. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta.

Koivisto, K. 2003. Koettu hallitsematon minuus psykoottisen potilaan hoitotyön lähtökohdaksi. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos, psykiatrian klinikka.



Kokko, S. 2004, Mielenterveystoimiston asiakkaiden ja työntekijöiden käsityksiä hyvästä mielenterveystyöstä. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.

Kuosmanen, L. 2003. Vapauden rajoittaminen psykiatrisessa sairaalahoidossa: Potilaan näkökulma. Pro-gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta.

Kvalitatiivinen tutkimus. 2006. Kasvatustieteellinen tiedekunta. Viitattu 20.9.2006.
<http://www.mm.helsinki.fi/users/niskanen/kotu/tulkinta.htm>

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede-lehti, Vol.11, no 1/99.

Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 488/1999. Viitattu 30.6.2006.
<http://www.finleks.fi>.

L 17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Helsinki:Edita.

Latvala, E., Visuri, T. & Janhonen, S. Psykiatrinen hoitotyö. 1996. Juva: Werner Söderström Oy.

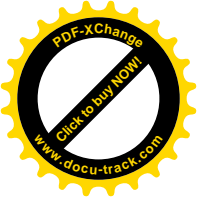
Latvala, E. 1998. Potilaslähtöinen psykiatrinen hoitotyö laitossympäristössä. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa S. Janhonen & M. Nikkonen (toim.). Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WS Bookwell Oy.

Linnainmaa, P. 1999. Mielenterveystyö ja opetus – matkalla kohti muutosta. Mielenterveystyön opettajat ja ylihoitajat ry. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Lönnqvist, J. 2000. Psykiatria. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Metsämuuronen, J. 2003. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Jyväskylä: Gummerus.



Mielekäs elämä. Mielenterveyspalveluiden kehittämissuositukset. 2000. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Mielenterveyslaki, 1§:n 2 momentti.

Mielenterveyspalveluiden laatusuositus 2001. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 2001:14.

Mielenterveystyö Euroopassa. 2004. J. Lavikainen, E. Lahtinen & V. Lehtinen (toim.). Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä. Helsinki:Edita Prima Oy.

Mielenterveystyön linjaukset euroopassa. 2005.

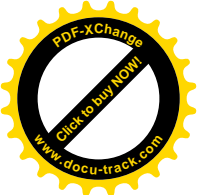
Mielonen, M. 2000. Psykiatrinen hoito: Mistä ja mihin suuntaan? Oulun yliopistollisen sairaalan psykiatrian klinikan muutoksen historia ja sen arviointi. Psykiatrian klinikka. Oulun yliopisto.

Mäki, T. & Valkonen, R. 2002. Potilaan itsemääräämisoikeus ja osastonhoitajan toiminta. Pro gradu-tutkielma. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.

Nikkonen, A. 2000. Omaisnäkökulma Visalan sairaalan ja avohoidon mielenterveyspalvelujen laatuun. Oulun yliopisto. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 5/2000.

Niskanen, S. Psykiatrisen sairaalan suljetun osaston kulttuuri henkilökunnan tulkitsemana. Tapaustutkimus psykiatrisen sairaalan suljetulla osastolla. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden ja -talouden laitos.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen tarkoitus ja merkitys. Teoksessa M. Paunonen & K. Vehviläinen-Julkunen (toim.). Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.



Paunonen, M., Åstedt-Kurki, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1999. Tulevaisuuden kehittämissuuntia perhehoitotyössä ja sen koulutuksessa. Porvoo: WSOY.

Partanen, P. & Perälä, M-L. 2000. Hoitotyön vuosikirja 2001. Näyttöön perustuva hoitotyö. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Poikkimäki, I. 2004. Ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämisoikeus ja yksityisyys potilaan hoidossa. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta, hoitotieteen laitos.

Puusti, A. 2000. Potilaiden kokemuksia ja odotuksia psykiatrisesta osastohoidosta. Pro gradu-tutkielma. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulun yliopisto.

Ranta, T. 2005. Perhehoitotyön toteutuminen uuden potilaan tulovaiheessa. Perhehoitotyön käytännön kehittämistyö Seinäjoen keskussairaalan akuuttipsykiatrian yksiköissä 2002-2004. Julkaisusarja B:Raportit. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri.

Ristaniemi, T. 2005. Psykiatrisen sairaalan ”armahtava todellisuus”? Asiakaslähtöisyys psykiatrisen sairaalan kuntoutuspotilaan kokemana. Kuntouttavan sosiaalityön ammatillinen lisensiaatin tutkimus. Helsingin yliopisto, valtiotieteiden tiedekunta, yhteiskuntapolitiikan laitos.

Saarelainen, R., Stengård, E. & Vuori-Kemilä A. 2003. Mielenterveys- ja päihdehoitotyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. Porvoo: WSOY.

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. 2006. Suomen sairaanhoitajaliitto Ry. Viitattu 12.8.2006.

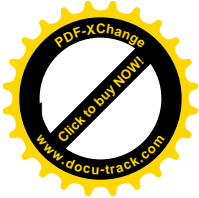
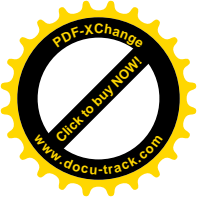
http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_ty/ohjeita_ja_suosituksia/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/

Salonen, K. Suomen mielenterveysseura. Viitattu 30.6.2006.

http://www.mielenterveysseura.fi/mieli_info.asp?main=Mit%E4%20mielenterveys%20on

Skitsofrenian käypä hoito-suositus. 2001. Viitattu 23.6.2006.

<http://www.kaypahoito.fi/kh/kaypahoito?suositus=hoi35050>



Sosiaali- ja terveystieteen lakitieto 2003.

Syrjäpalo, K. 2006. Arvot ja arvostukset psykiatrisessa hoidossa. Henkilökunnan ja potilaiden näkemyksiä hoidon nykytilasta. Väitöskirja. Oulun yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta, Psykiatrian klinikka.

Tampereen opiskeluterveydenhuolto. 2006. Päivitetty 1.9.2006. Viitattu 5.9.2006.
<http://www.tampere.fi/opiskeluterveys/useinkysyttya/uni.html>.

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

Urponen, A. 1995. Psykiatrisen potilaan kokemuksia eristämisestä. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos.

Uusi suomen kielen sanakirja. 1998. Gummerus.

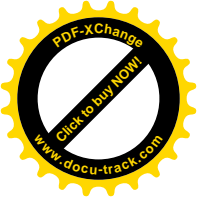
Varis, U. 2005. Potilastyytyväisyys aikuispsykiatrisessa sairaalahoidossa. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto, hoitotiede: hoitotyön johtaminen, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta.

Vehviläinen-Julkunen, K. & Paunonen, M. 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen tarkoitus ja merkitys. Teoksessa M. Paunonen & K. Vehviläinen-Julkunen (toim.). Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.

Vuokila-Oikkonen, P. 2002. Akuutin psykiatrisen osastohoidon yhteistyöneuvottelun keskustelussa rakentuvat kertomukset. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitoksen tutkimuskeskus. Psykiatrian klinikka.

Yhdyskuntasuunnitelmien tutkimus ja koulutuskeskus. 2006. Viitattu 20.9.2006.
<http://www.tkk.fi/Yksikot/YTK/koulutus/metodikortti/Haastattelu.html>

Åstedt-Kurki, P. & Nieminen, H. 1997. Fenomenologisen tutkimuksen peruskysymykset hoitotieteessä. Teoksessa M. Paunonen & K. Vehviläinen-Julkunen (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.



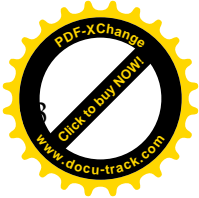
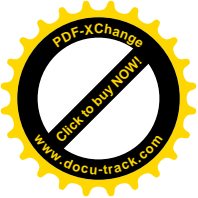
LIITTEET

Liite 1.

Potilaiden haastattelukysymykset

1. Mitä hoidollisia keinoja kohdallanne on käytetty osastohoitonne aikana?

2. Mitä kehittämisajatuksia teille tulee osaston hoidollisten keinojen parantamiseksi?



Liite 2.

Kyselylomake hoitohenkilökunnalle

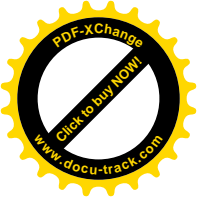
1. Hoitotyön auttamismenetelmät

- Onko teillä käytössänne potilaan sosiaalisuutta/vuorovaikutuksellisuutta tukevia hoitotyön auttamismenetelmiä? Jos, niin mitä?

- Onko teillä käytössänne potilaan fyysisyyttä tukevia/perustarpeiden tyydytyksestä huolehtivia hoitotyön auttamismenetelmiä? Jos, niin mitä?

- Onko teillä käytössänne potilaan toiminnallisuutta tukevia hoitotyön auttamismenetelmiä? Jos, niin mitä?

- Onko teillä jotain potilaan rajoittamiseen liittyviä hoitotyön auttamismenetelmiä? Jos, niin mitä?



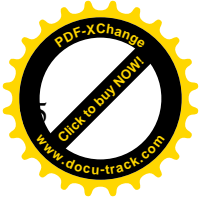
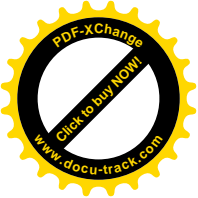
2. Mitä muita hoitotyön auttamismenetelmiä teillä on käytössänne?

3. Ovatko hoitotyön auttamismenetelmät henkilökunnalle yhdenmukaiset? Onko niiden käytöstä ohjeistusta?

4. Käytättekö työssänne kirjallista materiaalia potilaan hoidon tueksi? Jos, niin mitä ja miten?

5. Mitä kehittämishaasteita näette hoitotyön auttamismenetelmien suhteen? Miksi?

6. Onko osaston oma kehittämishanke näkynyt käytännön hoitotyössä? Jos, niin miten?



Liite 4. Mitä hoitotyön auttamismenetelmiä potilaiden hoidossa on käytetty?

Pelkistetyt ilmaisut

- Keskusteltu
- Kuunneltu

- Lääkkeitä

- pesuista huolehtiminen
- Levon turvaaminen

- Vapauksia annettu
- Rajattu liikaa tekemistä ja puhumista
- Autettu päivittäisissä asioissa (kauppa, pankki, raha-asiat)

Alakategoriat

- vuorovaikutus

- lääkehoito

- perustarpeista huolehtiminen

- rajoittaminen

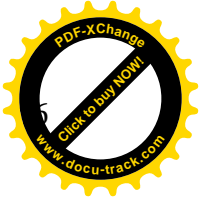
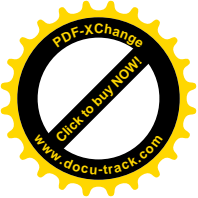
- yhdessä tekeminen

Yläkategoriat

- sosiaaliset hoitotyön auttamismenetelmät

- fyysiset hoitotyön auttamismenetelmät

- toiminnalliset hoitotyön auttamismenetelmät



Liite 5. Mitä hoitotyön auttamismenetelmiä hoitohenkilökunta käyttää hoitotyössään?

Pelkistetyt ilmaisut

- Keskustelut
- Neuvottelu
- Kuunteleminen
- kontaktin ottaminen
- oman persoonan anto hoitoon
- rohkaiseminen keskusteluun

- muistuttaminen sovitusta asioista
- psykoedukatiivinen työskentely
- Ohjaaminen tarpeista riippuen
- Ohjaus omatoimisuuteen
- ohjaus peseytymiseen
- ohjaus vaatteiden vaihdossa
- ohjaus perustarpeiden saannissa
- ohjaus vuorovaikutustilanteissa
- ohjaaminen päivän askareissa

- tukeminen sosiaaliseen kanssakäymiseen
- tukeminen tarvittaessa
- tukeminen selviytyä arjessa
- tukea sairaudesta selviytymiseen
- tukea pot. osall. toim. ryhmiin
- potilaan tukeminen asioiden omat. hoitoon
- tukeminen päivän askareissa

- hoitoneuvottelut
- osastokokoukset
- aamunavaukset
- erilaiset ryhmät
- ryhmien ohjaaminen ja osallistuminen
- perhehoitotyön toteuttaminen
- fysioterapia
- toimintaterapia
- askartelu
- liikunnanohjaaja
- pappi
- testaukset

Alakategoriat

- vuorovaikutus

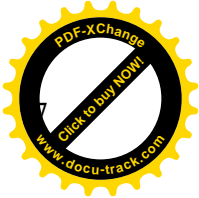
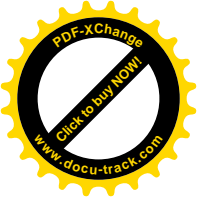
- ohjaaminen

- tukeminen

- verkostyo auttamismenetelmänä

Yläkategoriat

- sosiaaliset hoitotyön auttamismenetelmät



Pelkistetyt ilmaiset

- rajaaminen
- yhdessä asioiden hoitaminen
- yhdessä asioiden sopiminen potilaan kanssa
- yhteistyö potilaan kanssa
- yhdessä tekeminen
- auttaminen toimissa
- autetaan perustarpeiden saannissa
- auttaminen riippuen potilaan perustarpeista
- auttaminen yhteydenpidossa omaisiin/avohoitoon

- lääkehoito
- lääkehoidon toteutus ja sen seuranta

- ulkoilu yhdessä pot.kanssa
- huolehtiminen ruoan saannista
- huolehtiminen puhtaudesta
- huolehtiminen levosta
- huolehtiminen peseytymisestä
- huolehtiminen puhtaudesta

Alakategoriat

- rajoittaminen
- yhdessä tekeminen ja auttaminen

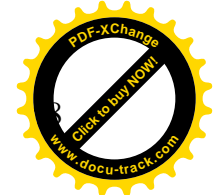
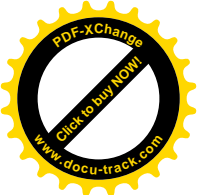
- lääkehoito

- perustarpeista huolehtiminen

Yläkategoriat

- toiminnalliset hoitotyön auttamismenetelmät

- Fyysiset hoitotyön auttamismenetelmät



Liite 6. Mitä potilaat muuttaisivat hoidossaan?

Pelkistetyt ilmaisut

- Ystävällisen palautteen antaminen
- Enemmän aikaa potilaille
- Enemmän tukemista päiv.toim.
- Enemmän tukemista itselliseen olemiseen

- Lisää toimintaa
- Enemmän vapauksia

Alakategoriat

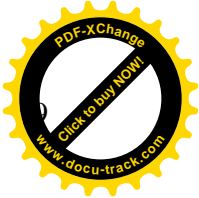
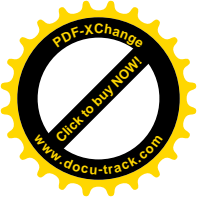
- Ystävällinen kohtelu
- tukeminen

- Toiminnan lisääminen

Yläkategoriat

- sosiaaliset hoitotyön auttamismenetelmät kehittämishaasteena

- toiminnalliset hoitotyön auttamismenetelmät kehittämishaasteena



Liite 7. Mitä kehittämishaasteita hoitohenkilökunta näkee?

Pelkistetyt ilmaisut

- auttamismenetelmien selkiyttäminen
- selkeämmät hoitolinjat
- osastolle tulovaiheen selkiyttäminen
- hoitajaksojen kehittäminen napakimmiksi
- hoitomallit eri sairauksiin

- hoidollisten (ei lääkinn.) keinojen miettiminen
- sovitusta asioista kiinnittäminen
- kannustetaan omatoimisuuteen
- panostus ulospäin sairaalasta

- psykoedukaation lisääminen (koulutus)
- koulutuksista saatu tieto käytäntöön kaikille

Alakategoriat

- selkeämmät toimintamallit

- hoidollisten keinojen parantaminen

- koulutuksen lisääminen ja tiedon jakaminen

Yläkategoriat

- toiminnalliset hoitotyön auttamismenetelmät kehittämishaasteena