



MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEPOTILAAN KOHTAAMINEN PÄIVYSTYSPOLIKLINIKALLA SAIRAAHOITAJIEN KOKEMANA

Salla Simpura

Opinnäytetyö
Huhtikuu 2011
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Tampereen ammattikorkeakoulu

TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU
Tampere University of Applied Sciences

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

SIMPURA, SALLA: Mielenterveys- ja päihdepotilaan kohtaaminen päivystyspoliklinikalla sairaanhoitajan kokemana.

Opinnäytetyö 41s., liitteet 9s.
Huhtikuu 2011

Psykiatristen potilaiden laitoshoitopaikkoja on vähennetty merkittävästi, mutta samanaikaisesti avohoidon palvelut eivät ole lisääntyneet. Tämä on lisännyt psykiatrisia potilaita perusterveydenhuollossa. Suomessa alkoholikäyttö lisääntyy vuosi vuodelta ja päihtyneitä potilaita hoidetaan paljon päivystyspoliiklinikoilla.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajien kokemuksia mielen-terveys- ja päihdepotilaan kohtaamisesta sairaalan päivystyspoliiklinikalla. Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä sairaanhoitajien valmiuksia mielen-terveys- ja päihdepotilaan kohtaamiseen.

Tutkimusmenetelmänä opinnäytetyössä käytettiin kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää. Tutkimusaineisto kerättiin teemahaastattelulla haastatteleamalla neljää sairaalan päivystyspoliiklinikalla työskentelevää sairaanhoitajaa. Haastattelusta saatu aineisto analysoitiin sisällön analyysin menetelmällä.

Opinnäytetyön tulokset osoittivat, että mielen-terveyspotilaita kohdatessaan sairaanhoitajat kokevat lähinnä neutraaleja tunteita. Päihdepotilaan kohtaaminen herätti sairaanhoitajissa negatiivisia tunteita. Sairaanhoitajat kokivat pääosin, että heidän valmiutensa mielen-terveys- ja päihdepotilaan kohtaamiseen ovat heikot. Sairaanhoitajat kokivat, että valmiuksia mielen-terveys- ja päihdepotilaan kohtaamiseen voisi kehittää koulutusta lisäämällä.

Asiasanat: Mielenterveyspotilas, päihdepotilas, potilaan kohtaaminen, sairaanhoitaja, päivystyspoliiklinikka

ABSTRACT

Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Health Care
Nursing

SIMPURA, SALLA: Facing Patients of Mental Health and Substance Abuse in an
Emergency Department, Experienced by Nurses

Thesis 41 p., appendices 9 p.
April 2011

The number of patient beds in psychiatric institutions has been significantly reduced, but simultaneously outpatient services have not been increased. This has increased the number of mental health patients in primary health care. In Finland, the use of alcohol is increasing year by year, and substance abuse patients are often treated in emergency department.

The purpose of this thesis was to find out about nurses' experiences of facing a mental health patient or a substance abuse patient in the emergency department. The aim of this thesis was to increase nurses' ability to face mental health patients and substance abuse patients.

The research method used in this thesis was a qualitative one. The data was collected by interviewing four nurses of the emergency department. The data from the interviews was analyzed by using content analysis.

The results of this thesis showed that nurses experienced mainly neutral emotions when facing a mental health patient. The facing of a substance abuse patient aroused negative emotions among the nurses. Nurses mainly felt that their abilities to face a mental health patient or a substance abuse patient were poor. Nurses experienced that the abilities to face a mental health patient or a substance abuse patient could be increased by training.

Keywords: Mental health patient, substance abuse patient, facing the patient, nurse, emergency department

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 TAVOITE, TARKOITUS JA TEHTÄVÄT	7
3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	8
3.1 Potilaan kohtaaminen	8
3.1.1 Mielenterveyspotilaan kohtaaminen	9
3.1.2 Päihdeongelmaisen potilaan kohtaaminen	13
3.1.3 Kaksoisdiagnoosipotilaan kohtaaminen	14
3.2 Päivystyspoliklinikka	14
4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	16
4.1 Tutkimusmenetelmä	16
4.2 Haastateltavat ja aineiston hankinta	16
4.3 Aineiston analysointi	18
5 TULOKSET	20
5.1 Mielenterveys- ja päihdepotilaan kohtaaminen sairaanhoitajan kokemana ..	20
5.1.1 Mielenterveyspotilaan kohtaaminen sairaanhoitajan kokemana	20
5.1.2 Päihdepotilaan kohtaaminen sairaanhoitajan kokemana	21
5.2 Haasteet kohtaamistilanteessa	23
5.3 Keinot kohtaamistilanteessa	25
5.4 Valmiuksien kehittäminen	28
5.5 Yhteenveto tutkimustuloksista	28
6 POHDINTA	30
6.1 Luotettavuus	30
6.2 Eettisyys	31
6.3 Tulosten tarkastelu	32
7 JOHTOPÄÄTÖKSET	35
7.1 Kehittämisehdotukset	35
7.2 Jatkotutkimusehdotukset	36

LÄHTEET

LIITTEET

1 JOHDANTO

Psykiatristen potilaiden laitospeskeisen hoitojärjestelmän purkaminen on vähentänyt psykiatrisia laitospaikkoja merkittävästi, mutta kuitenkin samanaikaisesti avohoidon vahvistaminen ei ole toteutunut (Koponen & Sillanpää 2005, 395). Avohoidon lisääntyessä mielenterveyspotilaat perusterveydenhuollossa ovat lisääntyneet ja Koposen ja Sillanpään (2005) mukaan psykiatristen päivystyspalveluiden tarve on kasvanut.

Suomessa alkoholinkulutus on lisääntynyt viime vuosina, ja päihdeongelmat ovat yleistyneet. Suomalaisten alkoholin kokonaiskulutus on lisääntynyt vuodesta 2005 vuoteen 2008 noin 15 prosenttia. Tämä tarkoittaa alkoholin käytön lisääntymistä asukasta kohti noin 1,6 litralla (Mäkelä, Mustonen & Tigerstedt 2010, 15.) Tässä opinnäytetyössä päihdepotilaalla tarkoitetaan alkoholin suurkuluttajaa, huumeet ja muut päihdyttävät aineet on rajattu aiheen ulkopuolelle. Alkoholin suurkuluttajalla tarkoitetaan henkilöä, joka on juonut kauan ja niin suuria määriä, että alkoholin käyttö on riski terveydelle (Koponen & Sillanpää 2005, 380). Alkoholin pitkäaikainen suurkulutus aiheuttaa kroonisia haittoja, kun taas lyhytaikainen suurkulutus aiheuttaa akuutteja haittoja, kuten loukkaantumisia.

Suomessa myös kaksoisdiagnoosipotilaiden määrä on kasvamassa. Kaksoisdiagnoosilla tarkoitetaan päihdehäiriön lisäksi vähintään yhden mielenterveyden häiriön samanaikaista esiintymistä. (Aalto 2007;123:1293.) Tässä opinnäytetyössä kaksoisdiagnoosipotilaalla tarkoitetaan potilasta, jolla on samanaikaisesti sekä alkoholiongelma että mielenterveyden häiriö.

Pirkanmaan alueella psykiatrian päivystys toimii Nokialla Pitkänien psykiatrisessa sairaalassa. Päivystykseen mentäessä potilaalla täytyy olla lääkärin lähete, jonka potilaat saavat terveyskeskuksesta tai psykiatrian erikoislääkäriltä. THL:n tilaston (2008) mukaan vuonna 2008 terveydenhuoltoalueella mielenterveyskäyntejä oli yhteensä noin 1800 kappaletta. Kyseisessä sairaalassa toimii ympärivuorokautinen päivystys sairaalan ensiapupoliklinikan tiloissa.

Opiskeluaikanani olen työskennellyt mielenterveyskuntoutujille tarkoitetussa yksityisessä palvelukodissa. Useilla palvelukodin mielenterveyskuntoutujalla on taustalla myös päihteitä, yleisimmin alkoholin suurkulutusta. Olen muutaman kerran ollut mielenterveyspotilaan saattajana päivystyspoliklinikalla mielenterveystoimiston ollessa suljettuna.

Ensisijaisesti avohoidon psykiatriset potilaat hakevat apua akuutteihin mielenterveyden ongelmiin oman kunnan mielenterveystoimistosta, mutta esimerkiksi viikonloppuisin, iltaisin ja öisin mielenterveystoimisto on suljettuna. Usein potilaiden ongelmat pahenevatkin ilta- ja yöaikaan tai viikonloppuisin, joten näin ollen potilaat hakeutuvat päivystyspoliklinikoille hoitoon (Rasimus 2002, 15-16). Rasimuksen (2002, 16) mukaan myös psykiatristen potilaiden päihteidenkäyttö aiheuttaa arvaamattomia tilanteita.

Hoitajien asenteita ja suhtautumista mielenterveyspotilaisiin on tutkittu melko vähän, etenkin somaattisella puolella. Päihdepotilaisiin suhtautumista on tutkittu enemmän. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata sairaalan päivystyspoliklinikalla työskentelevien sairaanhoitajien valmiuksia kohdata mielenterveys- ja päihdepotilas. Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä sairaanhoitajien valmiuksia kohdata mielenterveys- ja päihdepotilas.

Tutkimusmenetelmänä käytin teemahaastattelua. Haastatteluista saatu aineisto litteroitiin, jonka jälkeen aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällön analyysillä. Haastattelut nauhoitettiin haastateltujen suostumuksella. Opinnäytetyö julkaistaan sähköisessä ammattikorkeakoulujen opinnäytetyökirjasto Theseuksessa. Yhteistyötahona opinnäytetyössä on Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri saa opinnäytetyön oikeudet käyttöönsä työn valmistuttua.

2 TAVOITE, TARKOITUS JA TEHTÄVÄT

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata sairaanhoitajien kokemuksia mielenterveys- ja päihdepotilaan kohtaamisesta sairaalan päivystyspoliklinikalla.

Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä sairaanhoitajien valmiuksia kohdata mielenterveys- ja päihdepotilas.

Opinnäytetyön tutkimuskysymyksiä ovat:

1. Millaisena sairaanhoitajat kokevat mielenterveys- ja päihdepotilaan kohtaamisen?
2. Mitä haasteita mielenterveys- ja päihdepotilaan kohtaamisessa on sairaanhoitajille?
3. Minkälaisia keinoja sairaanhoitajilla on kohdata mielenterveys- ja päihdepotilas?
4. Kuinka sairaanhoitajien valmiuksia kohdata mielenterveys- ja päihdepotilas voisi kehittää?

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Sairaanhoitajien valmiuksia kohdata mielenterveyspotilas on tutkittu melko vähän. Kaappola ja Luoto (2009), sekä Korkeamäki ja Varjus (2006), tutkivat opinnäytetoissaan sairaanhoitajien valmiuksia kohdata mielenterveyspotilas somaattisella osastolla. Ranne (2007), on tutkinut hoitajien asenteita mielenterveyspotilaita kohtaan psykiatrisissa sairaaloissa. Rasimus (2002), tutki hoitajien kokemaa turvattomuutta ja väkivaltaa sairaalan päivystyspoliklinikalla. Sairaanhoitajien valmiuksia päihdepotilaan kohtaamiseen on tutkittu enemmän, esimerkiksi Ritson (1999) ja Elonen (2008) tutkivat hoitohenkilökunnan asenteita päihteidenkäyttäjiä kohtaan. Tutkimuksia kaksoisdiagnoosipotilaan kohtaamisesta on melko vähän.

3.1 Potilaan kohtaaminen

Sairaanhoitajan eettisissä ohjeissa (1996) sairaanhoitajaa veloitetaan kohtaamaan potilas arvokkaana ihmisenä, ottaen huomioon yksilön arvot, vakaumuksen ja tavat. Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (1992) sanotaan, että potilasta on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan.

Mattilan (2001) mukaan kohtaaminen on vuorovaikutuksen alkamista. Potilaan ja hoitajan välisen vuorovaikutussuhteen ensimmäisessä vaiheessa korostuvat kohtaamisen myönteisyys ja turvallisuus. Tämä sisältää sekä tulotilanteen kokemisen, että hoitosuhteen alkamisen. (Mattila 2001, 60–61.) Vuorovaikutus voidaan jakaa ilmaisun perusteella sanattomaan ja sanalliseen eli verbaaliseen vuorovaikutukseen. Sanattomaan vuorovaikutukseen sisältyy esimerkiksi ilmeet ja eleet. Sanaton ja sanallinen viestintä voivat olla ristiriidassa keskenään. Työntekijä ja asiakas rakentavat yhdessä yksilöllisen vuorovaikutussuhteen, koska jokainen asiakas on erilainen. Vuorovaikutus voi hajota esimerkiksi silloin, kun joudutaan toimimaan vastoin asiakkaan tahtoa. (Vilén, Leppämäki & Ekström, 2008, 20.) Vuorovaikutus-

taitojen kehittäminen on mahdollista ja tärkeä osa ammatillista osaamista (Silvennoinen 2004, 17).

Asenteilla on merkittävä vaikutus hoidon onnistumiseen yksilöllisiin elintapoihin liittyvissä sairauksissa, kuten esimerkiksi päihteiden käytössä (Holmberg, Hirschovits, Kylmänen & Agge, 2008, 258). Gordon Allport (1954) määritteli asenteet opituiksi taipumuksiksi ajatella, tuntea ja käyttäytyä erilaisella tavalla tiettyä kohdetta kohtaan. Asenteiden kehittyminen liittyy ihmisen omiin elämänkokemuksiin, arvo maailmaan ja ympäröivään kulttuuriin (Holmberg ym. 2008, 258). Erwinin (2005,12) mukaan asenteet pohjautuvat kokemuksiin, eivätkä asenteet voi olla synnynnäisesti positiivisia tai negatiivisia tiettyjä asioita tai ryhmiä kohtaan.

3.1.1 Mielenterveyspotilaan kohtaaminen

Mielenterveys-käsitettä on määritelty monin eri tavoin, määritelmät muuttuvat ajan myötä ja ne ovat kulttuurisidonnaisia (Punkanen 2008, 9). Mielenterveyttä on määritelty muun muassa älyllisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilaksi, jossa yksilö ymmärtää omat kykynsä ja pystyy toimimaan normaaleissa stressitilanteissa. Mielellään terve ihminen pystyy myös työskentelemään tuloksellisesti ja toimimaan yhteisönsä jäsenenä (WHO 2007). Mielenterveyslaissa (1990) on mielenterveystyö määritelty yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämiseksi sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveyshäiriöiden ehkäisemiseksi, parantamiseksi ja lievittämiseksi.

Koposen & Sillanpään (2005) mukaan haastavaksi mielenterveyspotilaan kohtaamisen päivystyksessä tekee se, että usein he hakeutuvat hoitoon jonkin somaattisen ongelman vuoksi. Hoitohenkilökunta voi hahmottaa oireet eri tavalla kuin potilas. Esimerkiksi depressiiviset potilaat voivat ilmentää depressiivisyyttään somaattisin oirein, koska somaattiset oireet ovat usein hyväksyttävämpiä (Kokko 1999, 76). Myös ennakkoluulot mielenterveysongelmia kohtaan voivat aiheuttaa sen, että potilas yrittää salata psyykkisen häiriön olemassaolon (Koponen & Sillanpää 2005,

395). Mielenterveyslaissa (1990) säädetään, että potilaan itsemääräämisoikeutta saa rajoittaa vain siinä määrin, kuin sairauden hoito, potilaan turvallisuus tai toisen henkilön turvallisuus vaatii. Itsemääräämisoikeuden rajoittamiseksi tehdyt toimenpiteet täytyy suorittaa mahdollisimman turvallisesti ja niin, että potilaan ihmisarvoa kunnioitetaan. Lisäksi itsemääräämisoikeutta rajoittaessa täytyy ottaa huomioon potilaan sairaalassaolon peruste. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.)

Kansanterveydellisesti merkittävämpiä ja tavallisimpia mielenterveyshäiriöitä ovat mielialahäiriöt, ahdistuneisuushäiriöt, päihdehäiriöt, persoonallisuushäiriöt ja psykoottiset häiriöt (Pirkola & Sohlman, 2005, 4). Tässä opinnäytetyössä määritellään edellä mainitut mielenterveyshäiriöt ja erityispiirteet kutakin kyseistä mielenterveyshäiriötä sairastavan kohtaamisessa.

Masennuksen eli depression Käypä Hoito-suosituksen (2009) mukaan masennus on luonteeltaan oireyhtymä, johon liittyy yli kaksi viikkoa kestänyt jatkuva mielialan alhaisuus, kiinnostuksen ja mielihyvän katoaminen ja voimavarojen vähyyys sekä poikkeuksellisen väsynyt olo. Masennuksen oireet voivat olla sekä psyykkisiä, että fyysisiä. Masennuksen psyykkisiä oireita ovat esimerkiksi keskittymiskyvyn tai muistin heikentyminen, ärtyneisyys ja kuolemanajatukset. Fyysisiä oireita ovat esimerkiksi vatsakivut, päänsärky, lihasjännitys, ruokahalun muutos se fyysinen lamaantuneisuus tai kiihtyneisyys. (Heiskanen, Salonen & Sassi, 2007, 133.) ICD-10:n eli WHO:n kansainvälisen tautiluokitusjärjestelmän mukaan masennustilat jaetaan oireiden mukaan lieviin, keskivaikeisiin ja vaikeisiin. Lievät ja keskivaikeat masennustilat eivät välttämättä paljastu potilaan olemuksesta, mutta vaikeissa ja psykoottisissa masennustiloissa potilaan käytös muuttuu huomattavasti (Noppari, Kiiltomäki & Pesonen 2007, 56).

Masentuneen potilaan kohtaamisessa hoitajan on tärkeää antaa potilaalle tilaa ilmaista masennustaan, tunnistaa se ja eläytyä siihen (Punkanen 2008, 121). Masennuspotilaan hoitoa edesauttaa myönteinen suhtautuminen siihen (Heiskanen ym. 2007, 134). Usein depressiivinen asiakas herättää hoitajissa epävarmuuden tunteita sekä pelkoa siitä, että he eivät omaa riittävää taitoa hoitaa potilasta oikein (Kokko 1999, 106).

Skitsofrenia voidaan jakaa sisällöltään positiivisiin ja negatiivisiin oireisiin. Positiivisia oireita ovat aistiharhat, harhaluulot sekä puheen ja käyttäytymisen hajanaisuus. Negatiivisiksi oireiksi luokitellaan tunteiden latistuminen, puheen köyhtyminen, tahdottomuus ja kyvyttömyys tuntea mielihyvää. (Käypä hoito 2008.) Skitsofrenian akuuttivaiheessa tulisi kiinnittää erityistä huomiota hoitoympäristön turvallisuuteen, toiminnan jäsentyneisyyteen ja virikkeiden rajoittamiseen (Noppari ym. 2007, 96). Koska skitsofreniaa sairastavien potilaiden sairaudentunto on usein puutteellinen, hoitomyönteisyys voi olla heikentynyt. Jos skitsofreniaa sairastava kokee voimakkaita harhoja, voi hän olla myös aggressiivinen. Kiihtyneessä tilassa olevan potilaan hoidossa on tärkeää, että potilasta ei jätetä yksin, ja yritetään kääntää keskustelua normaaleihin asioihin. (Heiskanen ym. 2007, 149.)

Psykoosi on tila, jossa potilaan todellisuudentaju on häiriintynyt (Koponen & Sillanpää 2008, 396). Hoitamattomina psykoosit voivat pitkittyä ja jopa kroonistua (Heiskanen ym. 2007, 149). Psykoottisen potilaan kohtaamisessa ensisijaista on psykoottisuuden tunnistaminen. Kun sisäinen maailma on kaoottinen, ihminen käyttäytyy kaoottisesti. Psykoottisen potilaan kohtaamisessa kiireetön hoitoympäristö ja turvalliset kohtaamiset ovat tärkeitä. Toisaalta myös sopiva välimatka eli distanssi potilaaseen on tärkeää kohdatessa psykoottista potilasta. (Punkanen, 2008, 107.)

WHO (1986) on suositellut itsemurhayrityksen kriteeriksi määritelmää, jonka mukaan ihminen on vapaaehtoisesti kohdistanut itseensä vahingollisen teon, josta seuraa fyysisen hoidon tarve. Punkasen (2008) mukaan runsaalla 90 % itsemurhan tehneistä on teon hetkellä ollut vakava psyykkinen häiriö, puolella depressio ja tyypillisesti taustalla on joko skitsofrenia tai alkoholismi. Itsemurhaa kymmenen kertaa tavallisempi on itsemurhayritys. Itsemurhayritys on useammin kyseessä persoonallisuushäiriöitä sairastavilla, kuin esimerkiksi skitsofreenikoilla ja alkoholisteilla. Kohdatessa itsemurhaa suunnittelevan potilaan, hoitajan on oltava asiallinen ja ammatillinen ja vältettävä ennakoasenteita. Itsemurhaa jo yrittäneen potilaan kohtaamisessa hoitajan on oltava aktiivinen, ohjaava ja määrätietoinen. Potilaan turvallisuuteen tulee kiinnittää erityistä huomiota. (Punkanen 2008, 125–126.)

Persoonallisuushäiriöt ovat pitkäkestoisia toimintamalleja, jotka haittaavat ihmisen sopeutumista ympäristöön. Sisäiset kokemus- ja käyttäytymismallit poikkeavat selkeästi ympäristön normeista. Ihmisen tietyt luonteenpiirteet korostuvat niin paljon, että niistä on jatkuvaa haittaa, eikä ihminen välttämättä itse tunnista oireitaan. (Noppari ym. 2007, 82.) Persoonallisuushäiriö ei aiheuta ihmiselle sairaudentuntoa, sillä persoonallisuushäiriötä sairastava ihminen pitää oireitaan ja käyttäytymistään osaa omaa itseään. Persoonallisuushäiriöisen ihmisen kohtaamisessa on tärkeää olla rehellinen ja realistinen. (Heiskanen ym. 2007, 116.)

Psykiatrisia potilaita hoidettaessa on oltava aina tietoinen väkivallan mahdollisuudesta. Väkivaltaisen käytöksen uhkaa lisää alentunut aggressiokynnys esimerkiksi alkoholin, huumeiden, lääkkeiden tai jonkin fyysisen tekijän takia. (Punkanen 2008, 136.) Potilaan väkivalta voi kohdistua kaikkeen hänen ympäristössään olevaan, eli olla suuntaamatonta aggressiivisuutta. Aggressiivisuus voi kohdistua myös hoitohenkilökuntaan. (Castrén, ym. 2008, 621.)

Punkasen (2008) mukaan aggressiivisen potilaan kohtaamisessa on tärkeää olla koko ajan puhekontaktissa, olla määrätietoinen, puhutella potilasta hänen omalla nimellään ja palkita myönteistä käyttäytymistä. (Punkanen 2008, 138–139.) Myös Vilén ym. (2008, 125) korostaa, että potilasta täytyy mahdollisuuksien mukaan puhutella nimellä, koska silloin hän tuntee itsensä yksilöksi tuntemattoman asiakkaan sijasta. Jos esimerkiksi päihtynyt potilas käyttäytyy aggressiivisesti, hänelle on puhuttava selkeästi ja ymmärrettävästi, sekä vedottava hänessä olevaan aikuiseen (Punkanen 2008, 138–139). Aggressiivista asiakasta täytyy lähestyä varovasti, myös oma poistumisreitti tilasta täytyy varmistaa. Aggressiivisesti käyttäytyvää asiakasta kannattaa kuunnella, koska silloin voi saada tärkeää tietoa hänen kiihtymyksensä syistä. Näin myös potilaan rauhoittaminen voi onnistua paremmin. (Vilén ym. 2008, 123–125.)

3.1.2 Päihdeongelmaisen potilaan kohtaaminen

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM 2006:65) on kehittänyt ohjeet päihtyneen henkilön akuuttihoitoon. Ohjeiden tarkoituksena on selventää ja yhdenmukaistaa päihtyneen ihmisen hoitoa ja kohtaamista. Keskeisinä asioina ohjeessa mainitaan se, että asiakkaan päihtymystila ei saa estää häntä saamasta asianmukaista hoitoa ja kohtelua, eikä päihtymystila saa estää hoidon tarpeen arviointia ja hoidon järjestämistä. Lisäksi mainitaan, että terveydenhuollon päivystykseen hakeutuneen henkilön hoidon tarve on arvioitava terveydenhuollossa. (STM 2006:65)

Päihdeongelmaisen potilaan kohtaamisessa on tärkeää, että sairaanhoitaja suhtautuu päihteidenkäyttäjään kunnioittavasti, hyväksyvästi, myönteisesti ja myötäelävästi (Havio, Inkinen & Partanen 2009, 24). Päihteiden vaikutuksen alaisena olevaan potilaaseen täytyy suhtautua rauhallisesti ja asiallisesti, sekä hoitohenkilökunnan on omattava riittävät tiedot päihteistä ja niiden vaikutuksista. Myös rehellisyys, johdonmukaisuus ja luotettavuus ovat tärkeitä asioita päihdepotilaan kohtaamisessa. Päihtynyttä potilasta kohdatessa rauhallinen ja asiallinen käyttäytyminen on hoitosuhteen luomisen perusta. (Koponen & Sillanpää 2009, 383–384.) Alkoholi-ongelmaisen hoidon Käypä hoito-suosituksen (2011) mukaan hoitavan henkilön hyvät vuorovaikutustaidot ilmeisesti vaikuttavat hoitotulokseen. Tämän takia hoitavan henkilön on hyvä arvioida omia vuorovaikutustaitojaan ja pyrkiä kehittämään niitä. (Käypä hoito 2011.)

Alkoholin suurkuluttaja pyrkii usein tietämättään tai tietoisesti selittämään oireiden syyksi jonkin muun asian kuin alkoholin. Tällaisissa tilanteissa hoitohenkilökunnan on rohkeasti keskusteltava potilaan kanssa alkoholin käytöstä. (Koponen & Sillanpää 2009, 387.) Päihdeongelman esille saaminen potilaan kanssa keskustellessa vaatii hienotunteisuutta ja päättäväisyyttä, sekä tietoa päihdeongelmien oireista ja ilmenemismuodoista (Käypä hoito 2011).

3.1.3 Kaksoisdiagnoosipotilaan kohtaaminen

Kaksoisdiagnoosi-käsitteellä viitataan komorbiditeettiin eli monihäiriöisyyteen. Silloin potilaalla on samanaikaisesti sekä päihdehäiriö, että vähintään yksi mielenterveyden häiriö. Kaksoisdiagnoosipotilailla esiintyvä mielenterveyden häiriö on yleensä riippumaton päihteiden välittömistä vaikutuksista. Regier, Farmer & Rae ym. (1990) ovat selvittäneet kaksoisdiagnoosien yleisyyttä 1990-luvulla yhdysvaltalaisessa ECA-tutkimuksessa (Epidemiologic Catchment Area). Tutkimuksessa haastateltiin yli 20 000:ta henkilöä. Tutkimuksessa todettiin, että päihdeongelman diagnostiset kriteerit täyttyivät 17 prosentilla, ja osuus oli 29 prosenttia niiden joukossa, joilla oli jokin mielenterveyden häiriö. Eri mielenterveyden häiriöiden kohdalla luvut vaihtelivat, mutta esimerkiksi skitsofreniaa tai kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavien kohdalla todettiin, että noin puolet heistä tulee olemaan kaksoisdiagnoosipotilaita jossain elämänsä vaiheessa. (Regier ym.1990;264, 2516–2517.) Sutisen (2005) mukaan kaksoisdiagnoosipotilas voi käyttäytyä provokatiivisesti ja aggressiivisesti. Kohtaamistilanteessa on tärkeää antaa potilaalle aikaa, olla empaattinen ja kohdattava potilas ihmisenä. On tärkeää, että hoitaja pyrkii työskentelemään potilaan persoonallisuuden terveiden puolten kanssa. (Sutinen 2005, 4.)

3.2 Päivystyspoliklinikka

Päivystyksen perustehtävä on henkeä ja terveyttä äkillisesti uhkaavan vaaran torjuminen. Sairauden vakavuus määrittää hoidon kiireellisyyden, päivystyksellisyyden ja hätätapauksen luonteen. (Koponen & Sillanpää 2009, 21.) Castrénin ym. (2008) mukaan päivystys-käsitteellä tarkoitetaan hätätapausten välitöntä hoitoa ja kiireellistä potilaiden polikliinista hoitoa. Ensisijainen tavoite päivystyspoliklinikalla on potilaan nopea diagnosointi, jonka avulla voidaan järjestää potilaan jatkohoitoon pääsy (Castrén ym. 2008, 60).

Sairaalassa toimii päivystys ensiapupoliklinikan tiloissa, joissa ensiapu ja kiireellinen hoito toimivat ympärivuorokautisesti. Sairaalan päivystyksessä ja erikoissai-

raanhoidon poliklinikoilla työskentelee yhteensä 12 sairaanhoitajaa ja viisi perustai lähihoitajaa. Sairaanhoitajat työskentelevät päivystyksen lisäksi siis myös erikoissairaanhoidon poliklinikoilla. Päivystyksessä aamuvuorossa työskentelee kaksi hoitajaa ja iltavuorossa kaksi hoitajaa. Sekä aamu- että iltavuorossa vähintään toisen hoitajista on oltava sairaanhoitaja. Öisin päivystyksessä valvotaan yksin, ja yövuorossa oleva hoitaja on aina sairaanhoitaja. Öisin päivystyspoliklinikalla on sairaanhoitajan lisäksi päivystävä lääkäri, ja vuodeosastoilta saa lisäapua tarvittaessa. Myös vartija on saatavilla vartiointipalvelusta soittamalla tai hälyttämällä. Sairaalan päivystyspoliklinikan tiloissa ei ole eristyshuonetta, mutta tilapäisesti, esimerkiksi öisin, potilaita voidaan sijoittaa esimerkiksi toimenpidehuoneisiin.

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyössä haastateltiin neljää sairaalan päivystyspoliklinikan sairaanhoitajaa. Yhteispäivystyksen apulaisosastonhoitaja valitsi 12 sairaanhoitajasta neljä kappaletta haastateltaviksi. Kaikilla haastateltavilla oli takana useampi vuosi työkokemusta sairaanhoitajana. Haastateltavia olisi ollut mahdollista valita enemmän, mikä tiedon määrä olisi jäänyt vähäiseksi.

4.1 Tutkimusmenetelmä

Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus on menetelmä, jonka lähtökohtana on ihminen ja todellisen elämän kuvaaminen. Laadullisessa tutkimuksessa kohdetta pyritään tutkimaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti, ja tavoitteena on löytää tosiasioita, tiettyyn aikaan ja paikkaan rajoittuen. Näin ollen kvalitatiivisen tutkimuksen tulokset ovat ainutlaatuisia. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 161.) Tässä opinnäytetyössä tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajien kokemuksia mielenterveys- ja päihdepotilaan kohtaamisesta päivystyspoliklinikalla, joten laadullinen tutkimus sopi opinnäytetyön tarkoitukseen hyvin. Opinnäytetyössä oltiin kiinnostuneita asioista, joita ei voi mitata määrällisesti. Opinnäytetyössä pyrittiin kuvaamaan todellista elämää ja kokemuksia.

4.2 Haastateltavat ja aineiston hankinta

Tutkimuksessa haastateltiin neljää sairaalan päivystyspoliklinikan sairaanhoitajaa. Laadullisessa tutkimuksessa kohdejoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti, ei sattumanvaraisesti (Hirsjärvi & Hurme, 2000, 155). Opinnäytetyön haastatteluihin osallistuvat sairaanhoitajat valitsi apulaisosastonhoitaja. Apulaisosastonhoitaja osasi parhaiten valita haastateltavat tarkoituksenmukaisesti, jotta tiedonantajat an-

taisivat haastattelijalle mahdollisimman paljon tietoa tutkittavasta aiheesta. Kaikilla haastateltavaksi valituilla sairaanhoitajilla oli useampi vuosi työkokemusta hoitoalalta.

Tutkimusaineisto kerättiin teemahaastatteluilla eli puolistrukturoiduilla haastatteluil-la, runko teemahaastattelua varten on liitteenä (Liite 1). Laadullisessa tutkimukses-sa suositaan metodeja, joissa tutkittavien näkökulmat pääsevät esille (Hirsjärvi & Hurme 2000, 160). Tutkimuksessa käytettiin yksilöhaastattelua. Yksilöhaastattelun etuna on, että toiset henkilöt eivät osallistu keskusteluun eivätkä näin ollen voi vai-kuttaa siihen. Haittana yksilöhaastattelussa voi olla se, että haastateltava on irti normitilanteestaan, ja voi kiinnittää liikaa huomiota tutkijaan ja tutkijan kysymyksiin. (Routio 2005.) Haastattelussa paneudutaan tiettyihin teemoihin, joita varten tee-mahaastattelulle laaditaan runko (Hirsjärvi & Hurme 2000, 47–48). Hirsjärven ja Hurmeen (2000) mukaan teemahaastattelun etuna on, että lähes kaikkia yksilön kokemuksia, uskomuksia, ajatuksia ja tunteita voidaan tutkia teemahaastattelun menetelmällä. Tämän takia teemahaastattelu sopi hyvin aineistokeruumenetel-mäksi tähän opinnäytetyöhön.

Haastattelussa käytettävät kysymykset esitettiin kuudella sairaanhoitajaopiskeli-jalla. Näin lisättiin haastattelukysymyksiä luotettavuutta ja testattiin teemahaastat-telurungon toimivuutta. Teemahaastattelurunkoon oli valmiiksi mietitty mahdollisia tarkentavia lisäkysymyksiä, joka lisää tutkimuksen luotettavuutta (Hirsjärvi & Hur-me 2000, 184). Teemahaastattelurunkoon ei tarvinnut tehdä muutoksia ennen var-sinaista haastattelutilannetta.

Haastatteluun osallistuminen oli vapaaehtoista. Ennen haastattelutilanteita haasta-teltaville toimitettiin suostumuslomake (Liite 3), jossa he kirjallisesti ilmaisivat suos-tumuksensa haastatteluun ja sen nauhoittamiseen. Tuloksia raportoitaessa varmis-tetaan, ettei haastateltavien henkilöllisyys paljastu eikä haastateltavia pysty tunnis-tamaan aineistosta. Haastateltava voi missä tahansa tutkimusprosessin vaiheessa jättäytyä pois tutkimuksesta.

Teemahaastattelut toteutettiin helmikuussa 2011 kyseisen sairaalan tiloissa. Haastattelut olivat kestoaltaan keskimäärin puoli tuntia, aikaa yhteen haastatteluun oli varattu tunti. Tulosten esittely tapahtuu kyseisen sairaalan yhteispäivystyksen osastokokouksessa opinnäytetyön valmistuttua huhtikuussa 2011. Opinnäytetyö julkaistaan sähköisessä opinnäytetyökirjasto Theseuksessa. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri saa opinnäytetyön oikeudet käyttöönsä työn valmistuttua.

4.3 Aineiston analysointi

Tutkimusaineisto tulee litteroida mahdollisimman pian keruuvaiheen jälkeen. Näin tutkimusaineisto on tuoretta ja tutkija inspiroitunut, sekä mahdollisia epäselvyyksiä tai puutteita haastattelumateriaaleissa on helpompi täydentää (Hirsjärvi & Hurme 2000, 135). Haastatteluista saatu tutkimusaineisto litteroitiin, eli kirjoitettiin sanasta sanaan heti keruuvaiheen jälkeen. Puhtaaksi kirjoitettua tekstiä kertyi 40 sivua.

Aineisto analysoitiin induktiivisella eli aineistolähtöisellä sisällönanalyysin menetelmällä. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä on tarkoituksena tiivistää aineisto niin, että tutkittavaa asiaa voidaan kuvailla lyhyesti ja yleistettävästi (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 23). Hirsjärven ym. (2009) mukaan kvalitatiivisessa tutkimuksessa on tarkoitus paljastaa odottamattomia seikkoja, joten aineistoa on syytä tarkastella yksityiskohtaisesti. Tutkija ei laadullisessa tutkimuksessa määrää sitä, mikä on tärkeää.

Aineistolähtöisen sisällönanalyysin ensimmäinen vaihe on pelkistäminen, jossa keskitytään pelkistämään aineiston alkuperäisiä ilmauksia. Sisällönanalyysin haasteena on pelkistää aineistosta ilmaukset niin, että ne kuvaavat mahdollisimman luotettavasti tutkittavaa asiaa (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 26). Aineistosta alleviivattiin ne alkuperäisilmaukset, jotka parhaiten vastasivat tutkimuskysymyksiin.

Toinen vaihe aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä on klusterointi eli ryhmittely. Litteroidusta aineistosta esiin nostetut alkuperäisilmaukset käydään läpi tarkasti, sekä etsitään samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. (Tuomi & Sarajärvi, 2002, 112–113.) Tässä opinnäytetyössä etsittiin aineistosta samankaltaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Litteroitu aineisto luettiin useaan kertaan läpi. Vähitellen tekstistä alettiin etsiä haastatteluissa toistuvia samankaltaisia asioita. Nämä samankaltaisuudet ryhmiteltiin tutkimuskysymyksen perusteella eri luokkiin. Luokat nimettiin luokan sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Luokitteluvaiheessa yksittäiset tekijät sisältyvät yleisimpiin käsitteisiin, jolloin aineisto tiivistyy (Tuomi ym. 2002, 112–113).

Kolmas vaihe aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä on abstrahointi. Abstrahointivaiheessa samansisältöiset luokat yhdistetään, jolloin yläluokat saadaan muodostettua. (Latvala ym. 2001, 23–29.) Tässä opinnäytetyössä analysoinnin perusteella muodostui yksi pääluokka ja neljä yläluokkaa.

5 TULOKSET

Analysoinnin tuloksena muodostui pääkategoria ja neljä yläkategoriaa. Pääkategoriana on mielenterveys- ja päihdepotilaan kohtaaminen päivystyspoliklinikalla sairaanhoitajan kokemana. Yläkategoriat ovat sairaanhoitajan tunteet kohtaamistilanteessa, haasteet kohtaamistilanteessa, keinot kohtaamistilanteessa sekä valmiuksien kehittäminen. Analysoinnin apuna ja tulosten havainnollistamiseksi käytettiin käsitekarttoja, jotka esitellään liitteissä 4,5,6 ja 7. Tutkimuksen luotettavuuden lisäämiseksi tulosten esittelyyn on liitetty suoria lainauksia haastatteluista.

5.1 Mielenterveys- ja päihdepotilaan kohtaaminen sairaanhoitajan kokemana

Sairaanhoitajien kokemukseen sekä mielenterveys- että päihdepotilaan kohtaamisesta vaikuttavat olennaisesti kohtaamistilanteessa heräävät tunteet. Sairaanhoitajien mahdolliset ennakko-asenteet ja negatiiviset tunteet potilasta kohtaan joko vaikuttavat, tai eivät vaikuta kohtaamistilanteessa. Mielenterveyspotilaan kohtaamisessa sairaanhoitajien tunteet ovat lähinnä neutraaleja, mutta vaativat mielenterveyspotilaat herättävät sairaanhoitajissa myös negatiivisia tunteita. Päihdepotilaan kohtaamisessa tunteet ovat negatiivisia.

5.1.1 Mielenterveyspotilaan kohtaaminen sairaanhoitajan kokemana

Sairaanhoitajat kokivat mielenterveyspotilaan kohtaamisen pääasiassa työhön kuuluvana, normaalina asiana. Mielenterveyspotilaat eivät herättäneet sairaanhoitajien keskuudessa erityisiä tunteita, suurin osa sairaanhoitajista koki kohtaamisen olevan neutraalia. Mielenterveyspotilaat kohdataan pääasiassa tasa-arvoisesti muiden potilaiden kanssa. Osa sairaanhoitajista koki, että mielenterveyspotilaat kohdataan

rutiininomaisesti ja hoidetaan mahdollisimman nopeasti. Aggressiiviset, vaativat ja aikaa vievät mielenterveyspotilaat herättivät myös negatiivisia tunteita.

”...se kohtaaminen on kuten kehenkä muuhun tahansa...”

”Ne hoidetaan niinku alta pois...”

”...tämmösiä hyvin vaativia ja semmosia vähän niinku päälle käyviäkin, et joutuu vähän hammasta puremaan...”

Valmiudet mielenterveyspotilaan kohtaamiseen sairaanhoitajat kokevat pääasiassa melko hyvänä. Osa sairaanhoitajista koki, että valmiuksia kohtaamistilanteessa voisi myös kehittää. Mielenterveyspotilaiden kohdalla usein hoidetaan vain tarpeellinen ja somaattisen vaivan hoitaminen koettiin helpommaksi kuin psyykkisen.

”...henkisiin asioihin ei niin hyvät valmiudet...”

”Hoidetaan se asia mikä on sillä hetkellä päällimmäisenä...”

”Ehkä sen fyysisen tilan huomioiminen on helpompaa kuin sen psyykkisen tilan...”

5.1.2 Päihdepotilaan kohtaaminen sairaanhoitajan kokemana

Päihdepotilaan kohtaamisen sairaanhoitajat kokevat myös työhön kuuluvana, normaalina asiana. Kuitenkin päihdepotilaan kohtaaminen herättää enemmän negatiivisia tunteita kuin mielenterveyspotilaan kohtaaminen. Erityisesti katkaisuhoidopotilaat, jotka olivat olleet hoidossa jo useamman kerran, herättävät sairaanhoitajissa turhautumista. Sairaanhoitajat kokivat, että tehty työ menee hukkaan, ja näin ollen motivaatio päihdepotilaan hoitamiseen ja kohtaamiseen ei ole paras mahdollinen.

”...että se työ menee niinku hukkaan...”

”...haluaa katkolle ja sit jatkolle...”

”...jossain määrin turhauttavaa...”

Sairaanhoitajat kokivat myös olevansa pessimistisiä päihdepotilaita hoitaessaan. Erityisesti katkaisuhoidotilaiden kanssa sairaanhoitajat kokivat olevansa pessimistisiä, eivätkä uskoneet heidän mahdollisuuksiinsa tai motivaatioonsa parantua alkoholismista.

”...et ne ei haluakaan raitistua...”

”...se usko on menny...”

”...suhtautuu et ei onnistu...”

”...jonkin verran oon semmonen pessimisti...”

Osa sairaanhoitajista koki, että kohtaamistilanteeseen vaikuttavat myös ennakkosenteet päihdepotilaita kohtaan. Usein katkaisuhoidossa käyvät potilaat olivat vaikuttaneet heidän suhtautumiseensa myös muiden katkaisuhoidotilaiden mahdollisuuksiin parantua.

”...kyl se vähän on niinku leviny muihinki...”

”...kun tietää sen lopputuloksen niin...”

”...asenteita on, taustalla...”

Päihdepotilaiden kohtaaminen herätti sairaanhoitajissa myös suuttumusta ja hermostumista. Sairaanhoitajat kokivat, että varsinkin vaativat ja aikaa vievät päihdepotilaat veivät aikaa muilta potilailta, joka herätti suuttumuksen tunteita päihdepotilaita kohtaan.

”...semmosta hermostumistakin...”

”...joutuu kyllä vähän hammasta puremaan...”

Sairaanhoitajien mukaan he eivät kuitenkaan anna suuttumuksen tai hermostumisen vaikuttaa kohtaamistilanteessa, vaan pyrkivät säilyttämään ammatillisuutensa. Ennakko-asenteiden herättämät tunteet eivät nouse esiin kohtaamistilanteessa.

”...tunteet pysyy ainakin taka-alalla...”

”...kyl se ammatillisuus sillä lailla, sitä kyllä yrittää säilyttää...”

5.2 Haasteet kohtaamistilanteessa

Sekä yksilöstä että ympäristöstä johtuvat haasteet tekivät kohtaamistilanteen mielen-terveys- ja päihdepotilaan kanssa haastavaksi. Yksilöstä johtuviksi haasteiksi sairaanhoitajat mainitsivat riittämättömyden tunteen, negatiivisuuden sekä kommunikoinnin vaikeuden. Ympäristöstä johtuviksi haasteiksi sairaanhoitajat kokivat turvattomuuden öisin sekä jatkohoidon huonon järjestämisen.

Riittämättömyden tunne kohtaamistilanteessa liittyi heikkoihin valmiuksiin kohdata mielen-terveys- ja päihdepotilas. Heikot valmiudet aiheuttivat myös sen, että tilanteet olivat raskaita ja kuluttavia.

”... ei oo mitään annettavaa...”

”...ei oo välttämättä niinku tarjota sille ihmiselle mitään...”

”... meillä ne eväät on aika huonot...”

”...ei oo tietoa, niin sitten omalla tunteellansa pelaa sillon...”

Sairaanhoitajat kokivat valmiutensa riittämättömiksi etenkin äkillisissä kriisitilanteissa. Tiedonpuute siitä, miten äkillisissä kriisitilanteissa toimitaan, teki mielenterveys- ja päihdepotilaan kohtaamisesta haastavaa. Sairaanhoitajat kokivat tarvitsevansa lisätietoa äkillisissä kriisitilanteissa toimimiseen.

”...ei oo sanoja millä sä pystyt lohduttamaan...”

”...miten toimitaan ja missä vaiheessa otetaan yhteyttä kriisiryhmään...”

Negatiiviset tunteet kohtaamistilanteessa tekivät mielenterveys- ja päihdepotilaan kohtaamisen haastavaksi. Mielenterveys- ja päihdepotilaan vaativa, jopa aggressiivinen käyttäytyminen herätti sairaanhoitajissa negatiivisia tunteita, jotka haittasivat kohtaamistilannetta. Mielenterveys- ja päihdeongelmien käsittely ja kohtaaminen koettiin vaikeaksi.

”...vaikeita asioita käsitellä...”

”...jollakin lailla kielteinen suhtautumistapa...”

”...se on niin vaikee asia ehkä kohdata...”

Kommunikointi mielenterveys- ja päihdepotilaan kanssa teki sairaanhoitajien mielestä kohtaamistilanteesta haastavan. Myös kiire vaikutti siihen, että yhteyttä mielenterveys- tai päihdepotilaaseen oli hankala luoda. Sairaanhoitajat kokivat, että mielenterveys- ja päihdepotilaan kohtaamiseen tarvitsee aikaa. Kiireellisessä ympäristössä kommunikointi vaikeutuu.

”...että saa yhteyden siihen potilaaseen...”

”...ei ihmisen mieli äkkiä aukene, kun on kiire...”

Osa sairaanhoitajista koki olonsa turvattomaksi öisin, koska yöllä valvottiin yksin. Turvattomuus yöllä vaikutti kohtaamistilanteeseen negatiivisella tavalla. Sairaanhoitajat kokivat, että mielenterveys- ja päihdepotilaan kohtaaminen öisin on joskus pelottavaakin, minkä takia kohtaaminen on vaikeampaa kuin päivällä.

”...kun on siellä yksin...”

”...pelottavampaa, kohdata se yöllä yksin...”

”...kun sulla ei oo ketään siinä vieressä...”

Haastavaksi mielenterveys- ja päihdepotilaan kohtaamisessa sairaanhoitajat kokivat myös sen, että jatkohoidon järjestäminen oli huonoa. Tämä vaikutti kohtaamistilanteessa, koska mielenterveys- ja päihdepotilaalle ei ollut välttämättä tarjota sopivaa jatkohoitopaikkaa. Sairaanhoitajien mielestä jatkohoitopaikkojen vähyys vaikutti myös siihen, että potilaiden päällimmäinen ongelma hoidettiin, jonka jälkeen heidät kotiutettiin.

”...jatkohoidosta huolehtiminen...”

”...kun niille olis se paikka...”

”...me ei saada potilaalle hoitopaikkaa...”

5.3 Keinot kohtaamistilanteessa

Sairaanhoitajien keinoina mielenterveys- ja päihdepotilaan kohtaamistilanteessa olivat heidän omat vuorovaikutustaitonsa sekä työympäristö. Sairaanhoitajien omia vuorovaikutustaitoja olivat rauhallisuus, ennakointi sekä potilaan kanssa keskustelu. Työympäristö oli apuna kohtaamistilanteessa apuvoimien sekä teknisten apuvälineiden kautta.

Mielenterveys- ja päihdepotilasta kohdatessa sairaanhoitajat olivat rauhallisia. Rauhallisuus edesauttoi luottamuksellisen ilmapiirin syntyä ja rauhoitti potilasta tarvittaessa. Mielenterveys- ja päihdepotilaan kohtaamisessa myös varovaisuus korostui.

”...en pyri niinku omalla käytökselläni provosoimaan sitä...”

”...malttaa mielensä...”

”...ei saa hermostuu taikka syyttää potilasta...”

”...vähän varovaisemmin lähtee siihen...”

”...pyrin olemaan rauhallinen...”

Mahdollisten uhkatilanteiden ennakointi auttoi sairaanhoitajia mielenterveys- ja päihdepotilaan kohtaamisessa. Potilaan tarkkailu ja varovainen lähestyminen olivat osa tilanteiden ennakointia. Arvaamattomien potilaiden kohdalla sairaanhoitajat varmistivat helpot poistumistiet sekä valvoivat potilasta tarkasti.

”...vähän kattoo sitä ihmistä, et minkälaisella mielellä se on...”

”...mistäpäin ja mitenkä meet potilasta kohti ja mitä puhut...”

”...pyrin niinku ennakoimaan sen tilanteen...”

”...et se on silmän alla se potilas...”

Keskustelu oli osa sairaanhoitajien omia vuorovaikutuskeinoja mielenterveys- ja päihdepotilaan kohtaamisessa. Potilaaseen suhtauduttiin ystävällisesti. Keskustelemalla voidaan sekä rauhoitella, että kääntää potilaan ajatukset toisaalle tarpeen

niin vaatiessa. Sairaanhoitajat kokivat, että mielenterveys- ja päihdepotilaan kanssa keskustelu arkipäiväisistä asioista auttoi kohtaamistilanteessa.

”...nätisti koittaa sanoa...”

”...et puhus muista asioista...”

”...juttelemista niinku asioista ja ihmisistä...”

Keinoina kohtaamistilanteessa mielenterveys- ja päihdepotilaan kanssa sairaanhoitajat käyttivät myös työympäristön keinoja. Apuvoimia kutsuttiin kohtaamistilanteeseen joko ennaltaehkäisevästi, turvaksi tai tarpeen vaatiessa. Apuvoimiksi laskettiin työkaverit, vartija ja poliisi. Työpari loi turvaa kohtaamistilanteeseen.

”...toinen työpari, et kyllähän se sit luo sitä turvaa...”

”...otetaan siihen kaveria sitten...”

”...sitä vartijaa käytetään...”

Kohtaamistilanteessa keinoina sairaanhoitajat käyttivät myös teknisiä apuvälineitä. Apuvälineitä olivat esimerkiksi turvaranneke, puhelin ja pippurisumute. Tekniset apuvälineet olivat käytössä uhkaavissa tilanteissa. Osa sairaanhoitajista käytti esimerkiksi turvarannekettä öisin, mutta sairaanhoitajat eivät kokeneet niiden lisäävän turvallisuuden tunnetta. Tekniset apuvälineet eivät sairaanhoitajien mielestä korvaa työkaverin luomaa turvallisuuden tunnetta öisin.

”...on sit se pippurisumute...”

”...on turvaranneke, ja pidän sitä kyllä...”

”...turvarannekkeen ja puhelimen varassa...”

5.4 Valmiuksien kehittäminen

Sairaanhoitajat kokivat, että heidän valmiuksiaan kohdata mielenterveys- ja päihdepotilas voisi lisätä lisäkoulutuksella ja jatkohoidon kehittämisellä. Koulutukseen liittyivät asiantuntijuuden lisääminen, sekä mielenterveys- ja päihdeongelmiin liittyvä koulutus. Kukaan sairaanhoitajista ei tuonut esille, että mielenterveys- ja päihdeongelmia täytyisi huomioida enemmän sairaanhoitajakoulutuksessa. Jatkohoidon kehittämiseen liittyivät myös nykyisten jatkohoitopaikkojen tiedottaminen henkilökunnalle sekä käytäntöjen yhtenäistäminen liittyen jatkohoidon järjestämiseen.

Sairaanhoitajat kokivat, että lisäkoulutus mielenterveys- ja päihdeongelmien osalta olisi tarpeellista ja auttaisi valmiuksien lisäämisessä kohtaamistilanteessa. Myös asiantuntijuutta mielenterveys- ja päihdeongelmista kaivattiin.

”...tämmöistä kurssia ja koulutusta...”

”...vaikeita asioita käsitellä, niihin nyt vähiten saa semmosta tietoa...”

”...koulutusta järjestää enemmän...”

”...asiantuntijuutta tuoda sinne enemmän...”

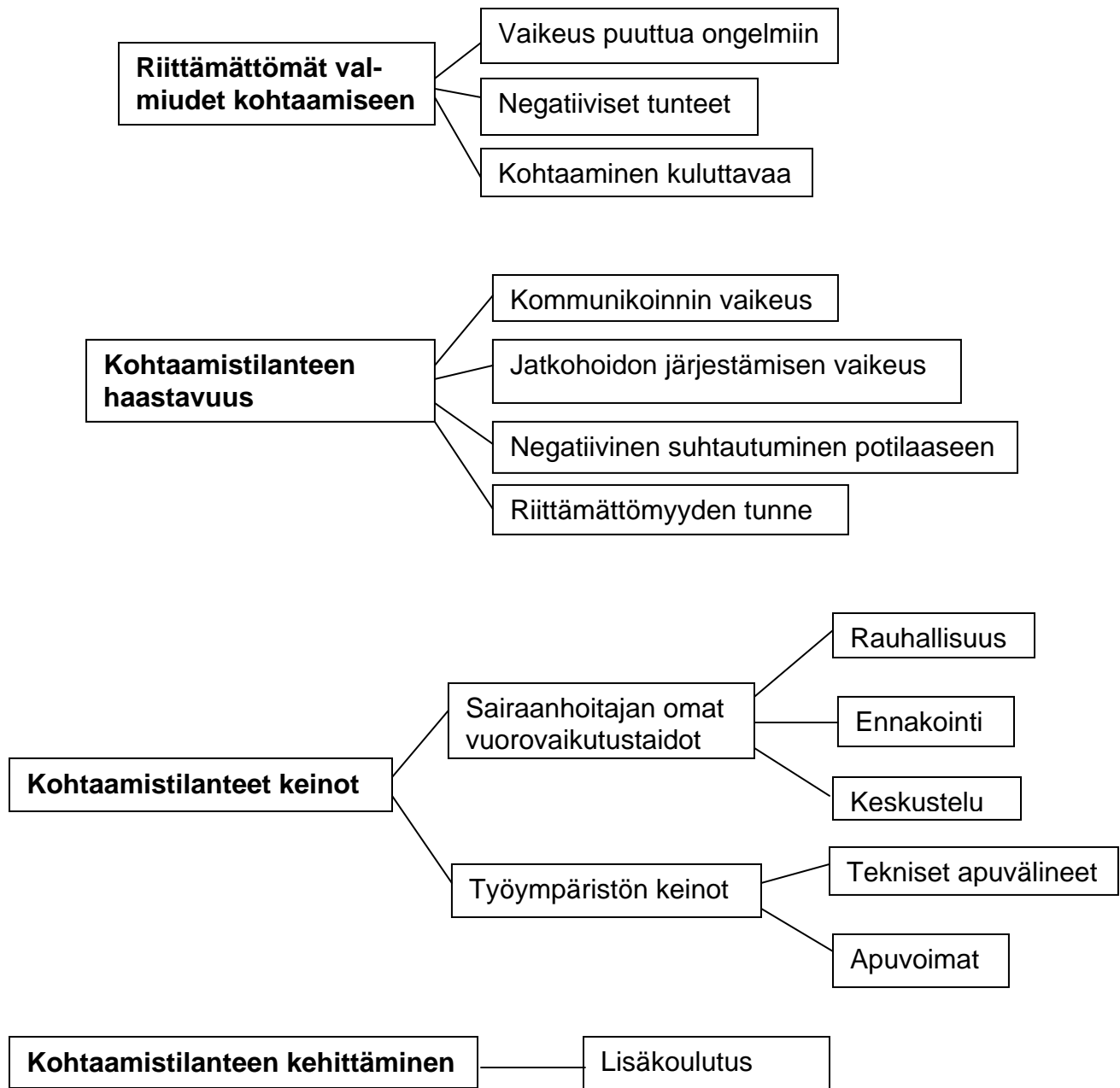
”...ihan lähtee näistä konkreettisista tilanteista...”

”...ehkä haluais jotain tukea, miten toimitaan...”

5.5 Yhteenveto tutkimustuloksista

Tutkimustulokset osoittivat, että sairaanhoitajien valmiudet mielenterveys- ja päihdepotilaan kohtaamiseen ovat riittämättömät. Sairaanhoitajilta puuttuivat keinot painautua mielenterveys- ja päihdepotilaan ongelmiin syvemmin. Heikot valmiudet ai-

heuttivat myös sen, että sairaanhoitajat kokivat etenkin päihdepotilaita kohdattaessaan negatiivisia tunteita. Mielensterveys- ja päihdepotilaan kohtaaminen oli myös kuluttavaa heikoista valmiuksista johtuen. Vaikeimmaksi kohtaamistilanteessa koettiin kommunikoinnin vaikeus, jatkohoidon järjestämisen vaikeus, negatiivinen suhtautuminen potilaaseen sekä riittämättömyyden tunne. Sairaanhoitajilla oli useita erilaisia keinoja mielensterveys- ja päihdepotilaan kohtaamiseen. Valmiuksien kehittämiseksi sairaanhoitajat kokivat lisäkoulutuksen olevan tarpeellista.



Kaavio 1. Yhteenveto tutkimustuloksista

6 POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajien kokemuksia mielenterveys- ja päihdepotilaan kohtaamisesta. Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä sairaanhoitajien valmiuksia kohdata mielenterveys- ja päihdepotilas. Haastatteluista saatu materiaali antoi kattavan kuvan sairaanhoitajan kokemuksista mielenterveys- ja päihdepotilaan kohtaamisesta sekä sairaanhoitajien valmiuksista kohtaamistilanteessa. Tutkimuksessa saatiin vastaukset kaikkiin tutkimuskysymyksiin.

6.1 Luotettavuus

Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuutta lisää se, että tutkimuksen toteuttamisesta annetaan tarkka selostus (Hirsjärvi ym. 2000, 227). Tässä opinnäytetyössä on pyritty käsittelemään luotettavuutta kunkin tutkimuksen vaiheen kohdalla.

Opinnäytetyön luotettavuuden lisäämiseksi teemahaastattelurunko testattiin ennen varsinaisia haastatteluja. Testauksella varmistettiin kysymysten ymmärrettävyys ja kysymysten sopivuus tutkimustehtäviä ajatellen. Tässä opinnäytetyössä ei tarvinnut tehdä muutoksia teemahaastattelurunkoon ennen varsinaisia haastattelutilanteita. Luotettavuutta lisää myös se, että teemahaastattelurunkoon oli valmiiksi mietitty tarkentavia kysymyksiä. Haastateltavat neljä sairaanhoitajaa eli tiedonantajat valittiin tarkoituksenmukaisesti, joka lisää tutkimuksen luotettavuutta. Kaikki haastateltavat sairaanhoitajat omasivat useamman vuoden työkokemusta sairaanhoitajana.

Haastattelujen aikana kirjoitettiin ylös huomioita haastateltavien eleistä ja ilmeistä, jotka otettiin huomioon tutkimusaineistoa analysoitaessa. Haastatteluista saatu aineisto litteroitiin heti haastattelujen jälkeen. Näin osaltaan lisättiin myös opinnäytetyön luotettavuutta.

Tutkimusaineiston analyysivaiheessa aineisto luokiteltiin, ja luotettavuuden lisäämiseksi sekä tulosten havainnollistamisen avuksi luokittelut ovat nähtävissä liitteissä 4, 5, 6 ja 7. Tuloksia tulkittaessa haastatteluista on otettu nähtäviksi suoria lainauksia, jotka lisäävät myös tutkimuksen luotettavuutta. Lainaukset on valittu niin, että haastateltavaa ei pysty tunnistamaan lainauksista.

Laadullisessa tutkimuksessa tuloksiksi voi saada vain ehdollisia selityksiä, jotka rajoittuvat aikaan ja paikkaan (Hirsjärvi ym. 2000, 157). Lisäksi opinnäytetyöhön osallistuvien sairaanhoitajien määrä oli pieni. Kyseisen sairaalan päivystyksessä ja erikoissairaanhoidon poliklinikoilla työskentelee yhteisenä henkilökuntana yhteensä 12 sairaanhoitajaa. Näin ollen opinnäytetyön luotettavuutta tarkasteltaessa voidaan sanoa, että tulokset eivät ole yleistettävissä laajasti.

Opinnäytetyön tulosten luotettavuutta heikensi haastattelijan kokemattomuus. Jokaista haastattelua kohden oli varattu yksi tunti aikaa, mutta haastattelut kestivät keskimäärin puoli tuntia haastattelua kohden. Kuitenkin haastatteluista saatiin runsaasti käyttökelpoista materiaalia. Kahdessa haastattelussa ulkoisina häiriötekijöinä olivat haastattelun aikana tilan läpi kävelleet ulkopuoliset ihmiset.

6.2 Eettisyys

Tutkimuksen eettisyyttä tarkasteltaessa on tärkeää, että tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti. Opetusministeriön asettama Tutkimuseettinen neuvottelukunta on laatinut menettelyohjeet (2002) hyvästä tieteellisestä käytännöstä ja sen loukkausten käsittelemisestä. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu, että tutkija noudattaa tutkimustyössään rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta. Tutkimuksessa sovelletaan tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisestä kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Tutkimuksen tulosten julkaisuvaiheessa toteutetaan avoimuutta. Tutkimuksessa otetaan muiden tutkijoiden työt asianmukaisella tavalla huomioon, niitä kunnioittaen ja antamalla niille kuuluvan arvon. (Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisu, 2002.)

Opinnäytetyön haastatteluille anottiin lupa Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä. Haastattelut kohdistuivat pelkästään sairaanhoitajiin, joten eettisen toimikunnan lausunto ei ollut tarpeellinen.

Haastatteluihin osallistuminen oli vapaaehtoista. Haastateltaville lähetettiin ennen haastattelua saatekirje (Liite 2), jossa kerrottiin tarpeellinen tieto tutkimuksesta sekä haastateltavien oikeuksista. Tutkimuksen luotettavuuden kannalta on tärkeää, että haastateltavat saavat tutkimuksesta tietoa vain sen verran, kun on tarpeellista. Haastateltaville sairaanhoitajille lähetettiin myös allekirjoitettavaksi suostumuslomake (Liite 3), jonka he toimittivat haastatteluun mukanaan. Suostumuslomakkeessa haastateltavat antoivat myös luvan haastattelun nauhoittamiseen. Haastateltavien henkilöllisyys ei paljastu missään vaiheessa tutkimusta.

Opinnäytetyössä käytetyt tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmät ovat tieteellisen tutkimuksen kriteerit täyttäviä. Haastatteluista saatu aineisto kirjoitettiin puhtaaksi sanasta sanaan, ja myös analyysivaihe toteutettiin tarkasti. Tulokset raportoidaan rehellisesti, ja lukijalle havainnollistetaan, miten tuloksiin on päädytty (Liite 4, 5, 6, 7 ja 8). Opinnäytetyössä käytetyt lähteet on merkitty tarkasti lähdeluetteloon, ja tutkimuksessa on käytetty ensisijaisia lähteitä.

6.3 Tulosten tarkastelu

Tässä opinnäytetyössä mielenterveyspotilaita kohdatessaan sairaanhoitajat olivat neutraaleja, kohtaaminen oli tasa-arvoista ja rutiininomaista. Myös Poikkimäki (2004) toteaa tutkimuksessaan, että sairaanhoitajat pyrkivät kohtelevaan mielenterveyspotilaita tasa-arvoisesti muihin potilaisiin nähden. Päihdepotilaita kohdatessaan sairaanhoitajat kokivat negatiivisia tunteita (Maasalo & Pitkäpaasi 2010, 30; Elonen 2008, 23; Vadlamudi ym. 2008, 290–298; Alin & Matilainen, 2005; Pillon & Laranjeira 2005, 175–80). Negatiivisia tunteita olivat esimerkiksi turhautuminen, suuttumus ja ennakko-asenteet.

Haastavaksi mielenterveys- ja päihdepotilaan kohtaamisen tekivät sekä yksilöstä että ympäristöstä johtuvat haasteet. Yksilöstä johtuvia haasteita olivat negatiivisuus, riittämättömyyden tunne sekä kommunikointivaikeudet. Riittämättömyyden tunne oli yhteydessä sairaanhoitajien heikkoihin valmiuksiin kohdata mielenterveys- ja päihdepotilas. Ympäristöstä aiheutuvia haasteita olivat sairaanhoitajien turvattomuus öisin ja jatkohoidon järjestämisen ongelmat.

Negatiiviset asenteet kohtaamisessa voivat pahimmassa tapauksessa estää potilasta saamasta asianmukaista hoitoa. Negatiiviset asenteet voivat johtua tietämättömyydestä, avuttomuudesta ja pelosta. (Hyvönen 2004, 67,141;Heiskanen ym. 2007, 114.) Mielenterveysongelmiin liittyy paljon väärää tietoa, ennakkoluuloja ja asenteita. Leimaaminen ja hylkääminen aiheuttavat mielenterveyspotilaille lisäkärsimystä (Heiskanen ym. 2007, 114). Tässä opinnäytetyössä tuli esille negatiivisia tunteita ja ennako-asenteita etenkin päihdepotilaita kohtaan. Haastateltavien sairaanhoitajien mukaan negatiivisten tunteiden ja ennako-asenteiden ei kuitenkaan anneta vaikuttaa kohtaamistilanteessa.

Sairaanhoitajien keinoja kohtaamistilanteessa olivat työympäristön keinot sekä sairaanhoitajien omat vuorovaikutustaidot. Alkoholiongelmaisen kohtaamisessa hoitavan henkilön vuorovaikutustaidot vaikuttavat ilmeisesti hoitotulokseen, ja hoitavan henkilön olisikin hyvä arvioida omia vuorovaikutustaitojaan ja pyrkiä kehittämään niitä (Käypä hoito 2011). Työympäristön keinoja olivat apuvoimat sekä tekniset apuvälineet. Sairaanhoitajat eivät kuitenkaan kokeneet, että tekniset apuvälineet loisivat turvallisuuden tunnetta haastavissa kohtaamistilanteissa. Sairaanhoitajien omiin vuorovaikutuskeinoihin kuuluivat keskustelu, rauhallisuus sekä tilanteiden ennakointi.

Sairaanhoitajien keinoja mielenterveys- ja päihdepotilaan kohtaamisessa voisi kehittää koulutuksella. Sairaanhoitajat kokivat tarvitsevansa lisäkoulutusta mielenterveys- ja päihdeongelmista. Keinoja mielenterveys- ja päihdepotilaan kohtaamiseen voisi lisätä myös tuomalla asiantuntijuutta mielenterveys- ja päihdeongelmista toimipaikkaan. Pillon ja Laranjeira (2005) tutkivat päihdekoulutuksen vaikuttavuutta

päihteidenkäyttäjien hoitoon ja hoitohenkilökunnan asenteisiin päihteidenkäyttäjiä kohtaan. He toteavat tutkimuksessaan, että päivystyspoliklinikalla työskentelevät sairaanhoitajat tarvitsevat alkoholiongelmista enemmän tietoa, kuin mitä peruskoulutus antaa. (Pillon & Laranjeira, 2005, 175–80.) Myös Neuvo ja Rajamäki (2009) toteavat opinnäytetyössään, että koulutuksen avulla hoitajat voivat oppia ymmärtämään paremmin päihteiden käyttäjien todellisuutta ja saavat näin enemmän itsevarmuutta hoitaessaan päihteidenkäyttäjiä. Koulutuksella voitaisiin lisätä myös positiivisuutta hoitajien asenteisiin päihdeongelmaisen hoitoa kohtaan. (Neuvo & Rajamäki, 2009, 21; Vadlamudi ym. 2008, 290–298.)

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Sairaanhoitajat kokivat, että mielenterveyspotilaan kohtaamisessa heidän tunteensa olivat neutraaleja. Mielenterveyspotilaita kohdellaan tasa-arvoisesti, kuten muitakin potilaita. Mielenterveyspotilaiden kohtaaminen oli myös rutiininomaista. Sairaanhoitajilla oli ennako-asenteita päihdepotilaita kohtaan. Päihdepotilaan kohtaaminen tuntui turhautavalta, osa sairaanhoitajista koki kohtaamistilanteessa myös suuttumuksen tunteita.

Hoitotyön kehittämisen kannalta opinnäytetyön tuloksista on syytä huomioida, että mielenterveyspotilaisiin suhtautuminen on lähinnä neutraalia, kun taas päihdepotilaiden kohtaaminen herättää negatiivisia tunteita. Opinnäytetyö ei varsinaisesti tuottanut uutta tietoa hoitotyön kehittämisen kannalta. Aiemmissä tutkimuksissa esimerkiksi päihdepotilaan kohtaamisesta on todettu, että sairaanhoitajat tarvitsevat lisää koulutusta päihdeongelmista (Pillon & Laranjeira 2005, 175–80). Lisäkoulutuksen tarpeellisuus voidaan todeta myös tämän opinnäytetyön tulosten pohjalta. Hoitotyön kehittämisen kannalta olennaista olisi, että huomioitaisiin mielenterveys- ja päihdepotilaiden koko ajan lisääntyvä määrä ja lisättäisiin koulutusta mielenterveys- ja päihdeongelmista. Näin parannettaisiin sekä hoitajien työssä jaksamista, että mielenterveys- ja päihdepotilaiden saaman hoidon laatua ja tuloksellisuutta.

7.1 Kehittämisehdotukset

Sairaanhoitajien valmiudet mielenterveys- ja päihdepotilaan kohtaamiseen olivat riittämättömiä. Valmiuksia tulisi lisätä koulutuksella. Sairaanhoitajat kokivat kohtaamistilanteessa riittämättömyyden tunnetta, joka oli yhteydessä heikkoihin valmiuksiin kohtaamistilanteessa.

Koulutuksen lisääminen mielenterveys- ja päihdeongelmista olisi tärkeää sairaanhoitajien tietojen ja taitojen lisäämiseksi. Päivystyspoliklinikan työntekijöille on tarjolla useita erilaisia koulutuksia, mutta lisäkoulutukset erityisesti mielenterveys- ja

päihdeongelmista olisi tarpeen. Koulutuksella voitaisiin myös poistaa mahdollisia ennakoasenteita mielenterveys- ja päihdepotilaita kohtaan. Myös mielenterveys- ja päihdepotilaiden jatkohoidon selvittäminen olisi tärkeää.

7.2 Jatkotutkimusehdotukset

Jatkotutkimusehdotuksena on selvittää mielenterveys- ja päihdepotilaiden kokemuksia kohtaamistilanteista hoitohenkilökunnan kanssa päivystyspoliklinikalla. Tärkeä tutkimuskohde olisi myös sairaanhoitajien kokemukset päihdepotilaista, erityisesti katkaisuhoidopotilaista perusterveydenhuollossa.

LÄHTEET

Aalto, M. 2007. Päihdehäiriö ja samanaikainen muu mielenterveyden häiriö - kaksoisdiagnoosin hoidollinen haaste. *Duodecim*. 127;123:1293-8.

Alin Sonja & Matilainen Laura 2005. Päihdepotilaan hoito selviämishoitoasemalla sairaanhoitajien kuvaamana. *Opinnäytetyö*. Helsingin Ammattikorkeakoulu Stadia.

Castrén, M., Aalto, S., Rantala, E., Sopanen, P., Westergård, A. 2008. Ensihoidosta päivystyspoliklinikalle. Helsinki: WSOY.

Elonen, A-K. 2008. Sairaanhoitajien asenteita kohdattaessa päihtynyt potilas terveyskeskuspäivystyksessä. *Opinnäytetyö*. Satakunnan ammattikorkeakoulu.

Erwin, P. 2005. Asenteet ja niihin vaikuttaminen. Helsinki: WSOY.

Havio, M., Inkinen, M., Partanen, A. (toim.). 2009. Päihdehoitotyö. Helsinki: Tammi.

Heiskanen, T., Salonen, K., Sassi, P. 2007. Mielenterveyden ensiapukirja. Helsinki: Suomen mielenterveysseura.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

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

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

Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. 2002. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisu. <http://pro.tsv.fi/tenk/JulkaisutjaOhjeet/htkfi.pdf>. Viitattu 27.3.2011.

Hyvönen, S. 2004. Moniulotteista ja moniammatillista yhteistyötä muutosten keskellä. Tutkimus perusterveydenhuollon mielenterveystyöstä. Akateeminen väitöskirja. Hoitotieteen laitos, Tampereen yliopisto.

Kaappola, J. & Luoto, J. 2009. Mielenterveyspotilaan kohtaaminen sisätautiosastolla sairaanhoitajien kokemana. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma, Hämeen ammattikorkeakoulu.

Kokko, M. 1999. Nähdä, kuulla ja ymmärtää. Perusterveydenhoidossa toimivien hoitajien käsityksiä depressiosta ja sen hoidosta. Hoitotieteen ja terveydenhallinnon laitos. Oulun yliopisto.

Koponen, L. & Sillanpää, K. (toim.). 2005. Potilaan hoito päivystyksessä. Jyväskylä: Tammi.

Korkeamäki, A., Varjus, K. 2006. Somaattisten osastojen hoitajien valmiudet kohdata mielenterveyspotilas. Opinnäytetyö. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Porin yksikkö.

Käypä hoito-suositus 7.2.2011. Alkoholiongelmaisen hoito. Duodecim.

Käypä hoito-suositus 1.10.2009. Masennus (depressio). Duodecim.

Käypä hoito-suositus 1.1.2008. Skitsofrenia. Duodecim.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Viitattu 6.1.2011.

Latvala, E., Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen S., Nikkonen, M. (toim.): Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki:WSOY.

Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M., Partonen T. (toim.). 2001. Psykiatria, 2. uud. p. Duodecim. Hämeenlinna.

Maasalo, L., Pitkäpaasi, P. 2010. Sairaanhoidajien kokemukset päihdehoitotyöstä - asenteiden, työnohjauksen ja koulutuksen merkitys. Opinnäytetyö. Turun ammatti-korkeakoulu.

Mattila, L-R. 2001. Vahvistumista ja tunnekokemuksen jakamista. Potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta kuvaavan käsitejärjestelmän kehittäminen. Väitöskirja. Tampereen yliopisto.

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. Viitattu 8.10.2010 ja 6.1.2011.

Mäkelä, P., Mustonen, H., Tigerstedt, C. (toim.). Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisu 2010. Suomi juo: Suomalaisten alkoholinkäyttö ja sen muutokset 1968-2008. Viitattu 13.10.2010

Neuvo, L-L., Rajamäki, H. 2009. Hoitajien asenteet päihteiden käyttäjiä kohtaan hoitotyössä – Kirjallisuuskatsaus. Opinnäytetyö. Metropolia-ammattikorkeakoulu.

Noppiari, E., Kiiltomäki, A., Pesonen, A. 2007. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Helsinki: Tammi.

Pillon, S., Laranjeira R. 2005. Formal education and nurses' attitudes towards alcohol and alcoholism in a Brazilian sample. Sao Paulo Medical Journal. 7;123(4):175-80.

Pirkola, S., Sohlman, B. 2005. Mielenterveysatlas. Helsinki: Stakes.

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

Punkanen, T. 2008. Mielen terveystyö ammattina. Jyväskylä: Tammi.

Ranne, P. 2007. Hoitajien asenteet mielisairautta ja mielen terveystilaita kohtaan. Pro Gradu. Hoitotieteen laitos, Kuopion yliopisto.

Rasmus, M. 2002. Turvattomuus työtoverina. Turvattomuus ja väkivalta sairaalan päivystyspoliklinikalla. Kuopio. Kuopion yliopiston painatuskeskus.

Regier, D., Farmer, M., Rae, D., Locke, B., Keith, B., Judd, L., Godwin, F. 1990. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. JAMA 1990;264:2511-8.

Ritson, E. 1999. Alcohol, drugs and stigma. International Journal Of Clinical Practice. 1999, 53(7):549-51.

Routio, P. 2005. Kyselevät tutkimustavat. Verkkodokumentti. Viitattu 8.1.2011.

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. 1996. Viitattu 6.1.2011.

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

STM 2006. Päihtyneen henkilön akuuttihoito- sosiaali- ja terveysministeriön ohjeet. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:65. <http://www.stm.fi>. Viitattu 11.1.11

Sutinen, T. 2005. Kaksoisdiagnoosi – Haasteet silloin kun asiakkaana on psykiatriesta häiriöstä kärsivä päihdeongelmainen – Mitä hoidolta vaaditaan tavallista enemmän. <http://www.halko.fi/koulutukset/2005/2d/2dkoulutus.htm>. Verkkodokumentti. Turku. Viitattu 7.4.2011.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisu 2008. Mielenterveyskäynnit terveyskeskuksittain, liitetaulukko 7. Viitattu 8.10.2010

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

Vadlamudi, R., Adams, S., Hogan, B., Wu, T., Wahid, Z. 2008. Nurses' attitudes, beliefs and confidence levels regarding care for those who abuse alcohol: Impact of educational intervention. *Nurse Educational In Practice*. 8(4):290-298.

Vilén, M., Leppämäki, P., Ekström, L. 2008. Vuorovaikutuksellinen tukeminen. 3., uudistettu painos. Helsinki:WSOY.

WHO 2007. Mental Health. Viitattu 8.10.2010

WHO 1990. International Classification Of Diseases (ICD), ICD-10. Viitattu 13.10.2010

RUNKO TEEMAHAASTATTELUA VARTEN

KOKEMUS KOHTAAMISTILANTEESTA

- Kuinka usein kohtaatte työssänne mielenterveys/päihdepotilaita (alkoholi)? / Minkälaisia mielenterveys/päihdepotilaita?
- Kohtaatteko työssänne kaksoisdiagnoosipotilaita? (Samanaikainen päihdeongelma ja mielenterveyden häiriö)
- Minkälaisia kokemuksia teillä on mielenterveyspotilaan kohtaamisesta?
 - o Minkälaisia tunteita kohtaaminen on herättänyt?
- Minkälaisia kokemuksia teillä on päihdepotilaan kohtaamisesta?
 - o Minkälaisia tunteita kohtaaminen on herättänyt?
- Miten mielenterveyspotilaan/päihdepotilaan kohtaaminen eroaa muiden potilaiden kohtaamisesta?
- Liittyykö mielenterveyspotilaan/päihdepotilaan kohtaamiseen joitain erityispiirteitä?
 - o Mikä kohtaamisessa on tärkeää?
- Millaisena koette valmiutenne kohdata mielenterveyspotilas/päihdepotilas?
 - o Mitä valmiudet pitävät sisällään, mitä niihin kuuluu?

MAHDOLLISET HAASTEET KOHTAAMISTILANTEESSA

- Onko mielenterveyspotilaan/päihdepotilaan kohtaamisessa jotain haastavaa?
 - o Miten kohtaamistilanteen haastavuus ilmenee?
- Minkä koette erityisen haastavaksi?

TOIMINTA KOHTAAMISTILANTEESSA

- Onko toimintanne erilaista kohdatessanne mielenterveys/päihdepotilaan verrattuna muihin potilaisiin?
 - o Jos on, miksi luulette näin olevan?

(jatkuu)

- Onko teillä jotain konkreettisia keinoja apuna, kun olette vuorovaikutustilanteessa haastavan mielenterveys/päihdepotilaan kanssa?
- Miten toimitte haastavassa tilanteessa?

KOHTAAMISTILANTEEN KEHITTÄMINEN

- Miten valmiuksianne kohdata mielenterveyspotilas/päihdepotilas voisi kehittää?
- Mikä on lisännyt/Onko jokin lisännyt valmiuksianne kohdata mielenterveyspotilas/päihdepotilas?

SAATEKIRJE

4.1.2011

Hei!

Olen kolmannen vuoden sairaanhoitajaopiskelija Tampereen ammattikorkeakoulussa. Tällä hetkellä teen opinnäytetyötä, jonka aiheena on mielenterveys- ja päihdepotilaan kohtaaminen päivystyspoliklinikalla sairaanhoitajan kokemana. Opinnäytetyö tehdään sairaalan päivystyspoliklinikan sairaanhoitajia haastattelemalla.

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää sairaanhoitajien kokemuksia mielenterveys- ja päihdepotilaan kohtaamisesta päivystyspoliklinikalla sekä kuvailla sairaanhoitajien valmiuksia mielenterveys- ja päihdepotilaan kohtaamiseen. Opinnäytetyöni tavoitteena on lisätä ja kehittää sairaanhoitajien valmiuksia kohdata mielenterveys- ja päihdepotilas päivystyspoliklinikalla.

Tutkimus toteutetaan haastattelemalla 3-4 sairaanhoitajaa sairaalan päivystyspoliklinikalta. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista, eikä tutkittavaa pysty tunnistamaan tutkimustuloksista. Tutkijaa sitoo vaitiolovelvollisuus. Haastateltavan on mahdollista jättäytyä pois tutkimuksesta missä tahansa tutkimuksen vaiheessa.

Varsinainen haastattelu vie aikaa noin tunnin ja haastattelu nauhoitetaan. Haastatteluihin suostutaan kirjallisella lomakkeella. Haastattelu suoritetaan työajalla sairaalan tiloissa. Nauhat hävitetään

Sairanhoitajan omat kokemukset ovat tärkeitä hoitotyön kehittämisen kannalta. Toivonkin, että opinnäytetyöni avulla mielenterveys- ja päihdepotilaan kohtaamista päivystyspoliklinikalla voidaan kehittää. Jos Teillä on jotain kysyttävää opinnäytetyöhöni liittyen, vastaan mielelläni kysymyksiinne.

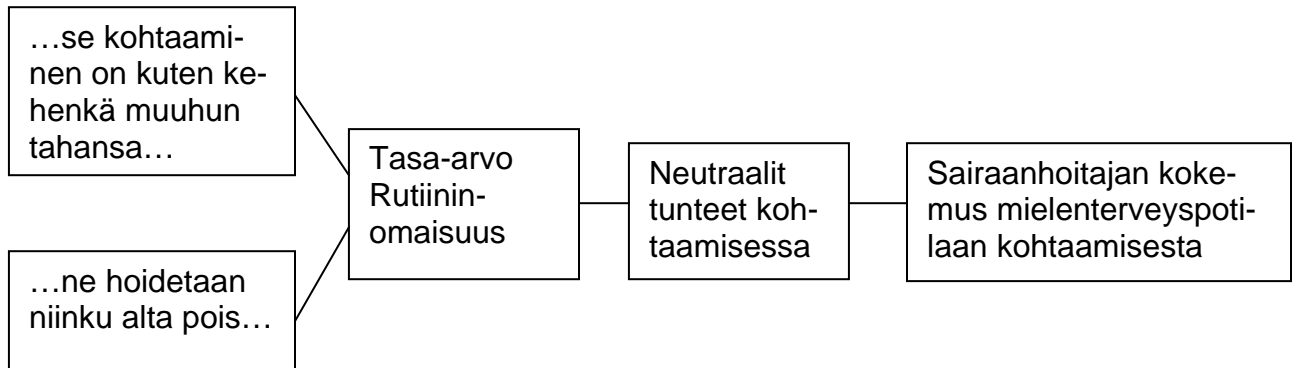
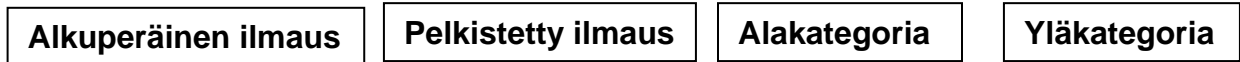
Salla Simpura
salla.simpura@piramk.fi
0XX-XXXXXXX

SUOSTUMUSLOMAKE

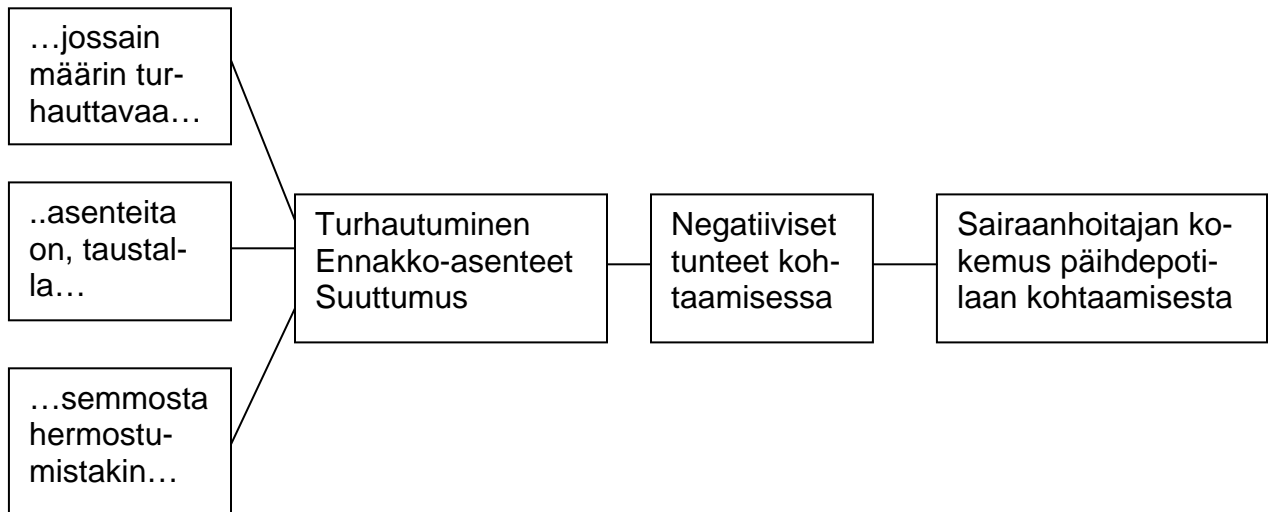
Osallistun Salla Simpuran tutkimukseen, jossa tutkitaan mielenterveys- ja päihdepotilaan kohtaamista päivystyspoliklinikalla sairaanhoitajan kokemana. Suostun myös siihen, että tutkimukseen liittyvä haastattelu nauhoitetaan.

Paikka ja aika

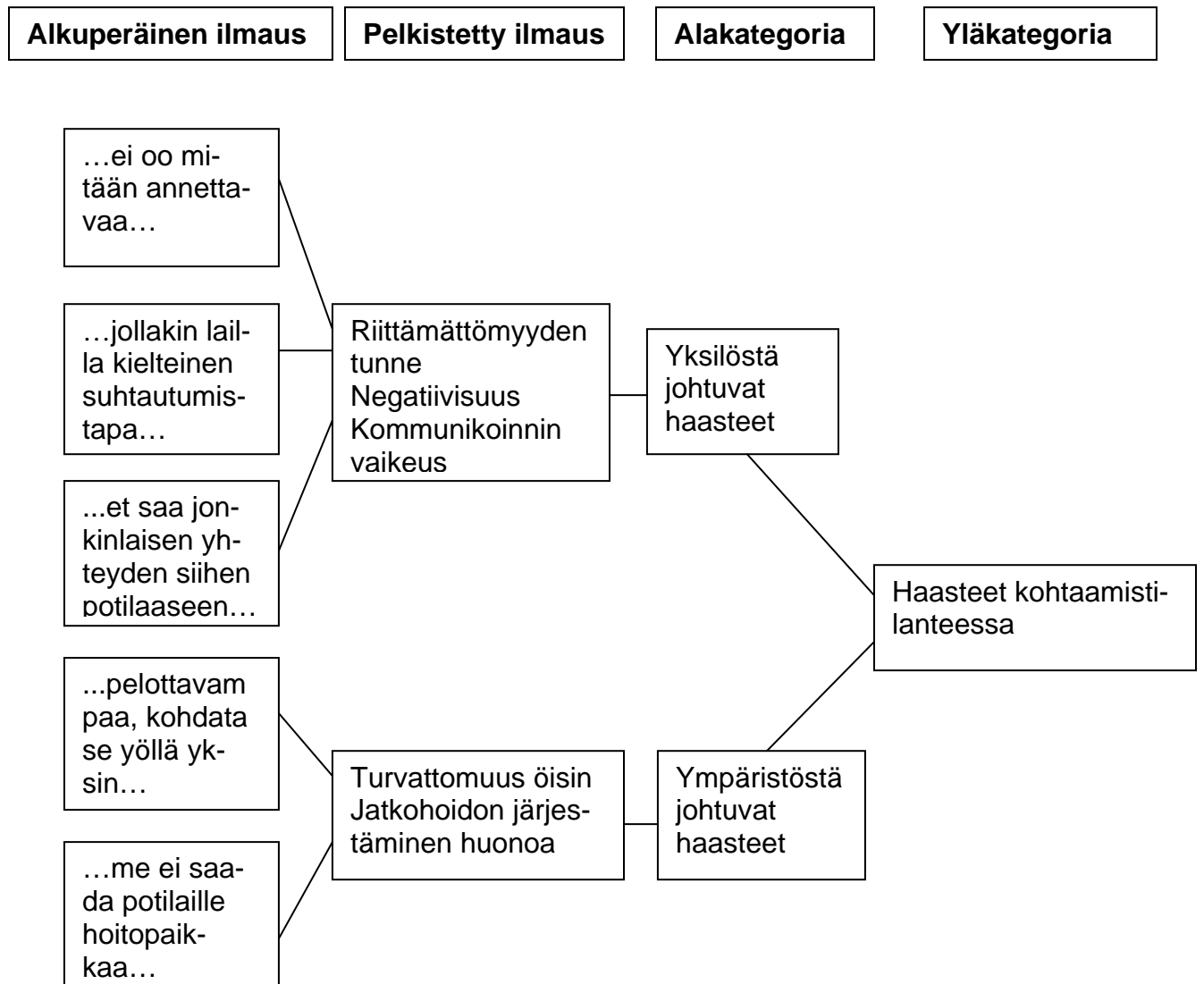
Haastateltavan allekirjoitus



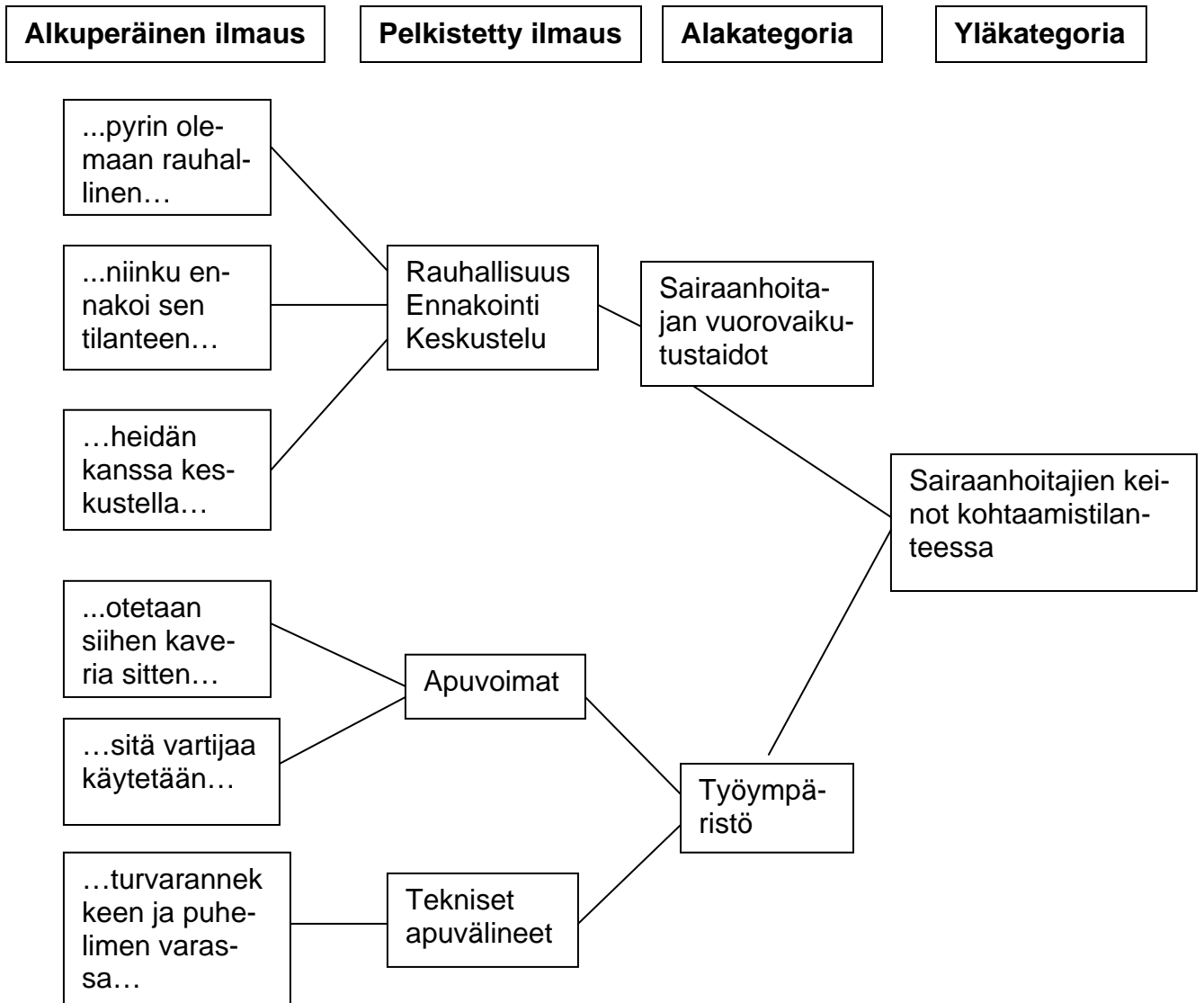
Kaavio 2. Millaisena sairaanhoitajat kokevat mielenterveyspotilaan kohtaamisen?



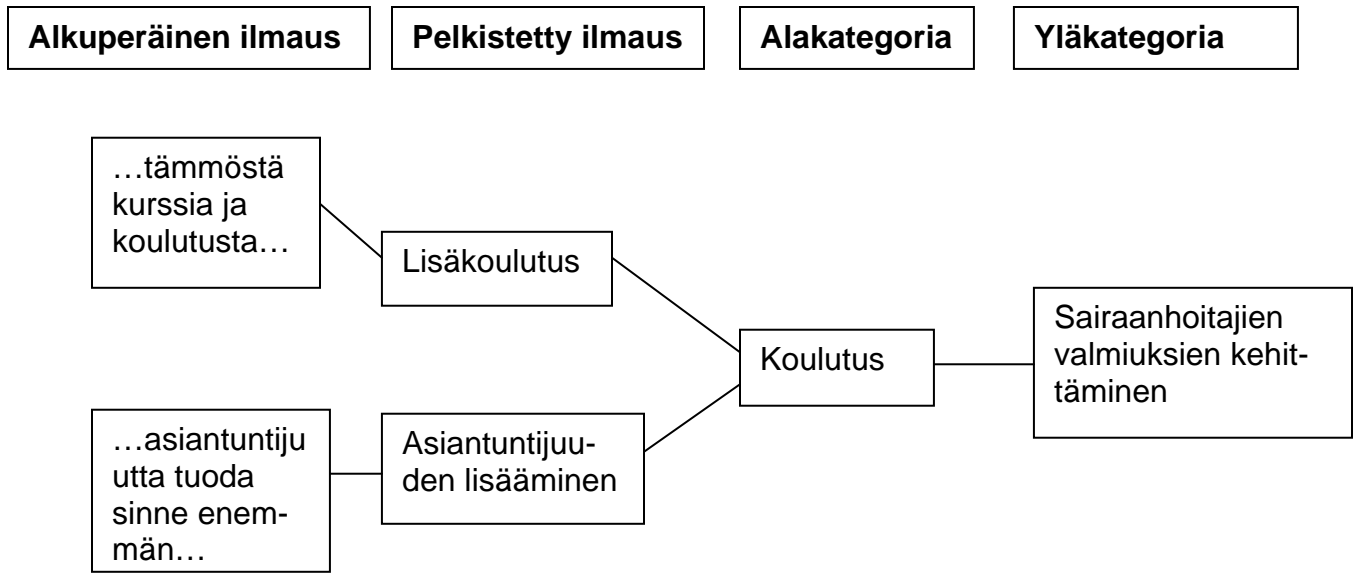
Kaavio 3. Millaisena sairaanhoitajat kokevat päihdepotilaan kohtaamisen?



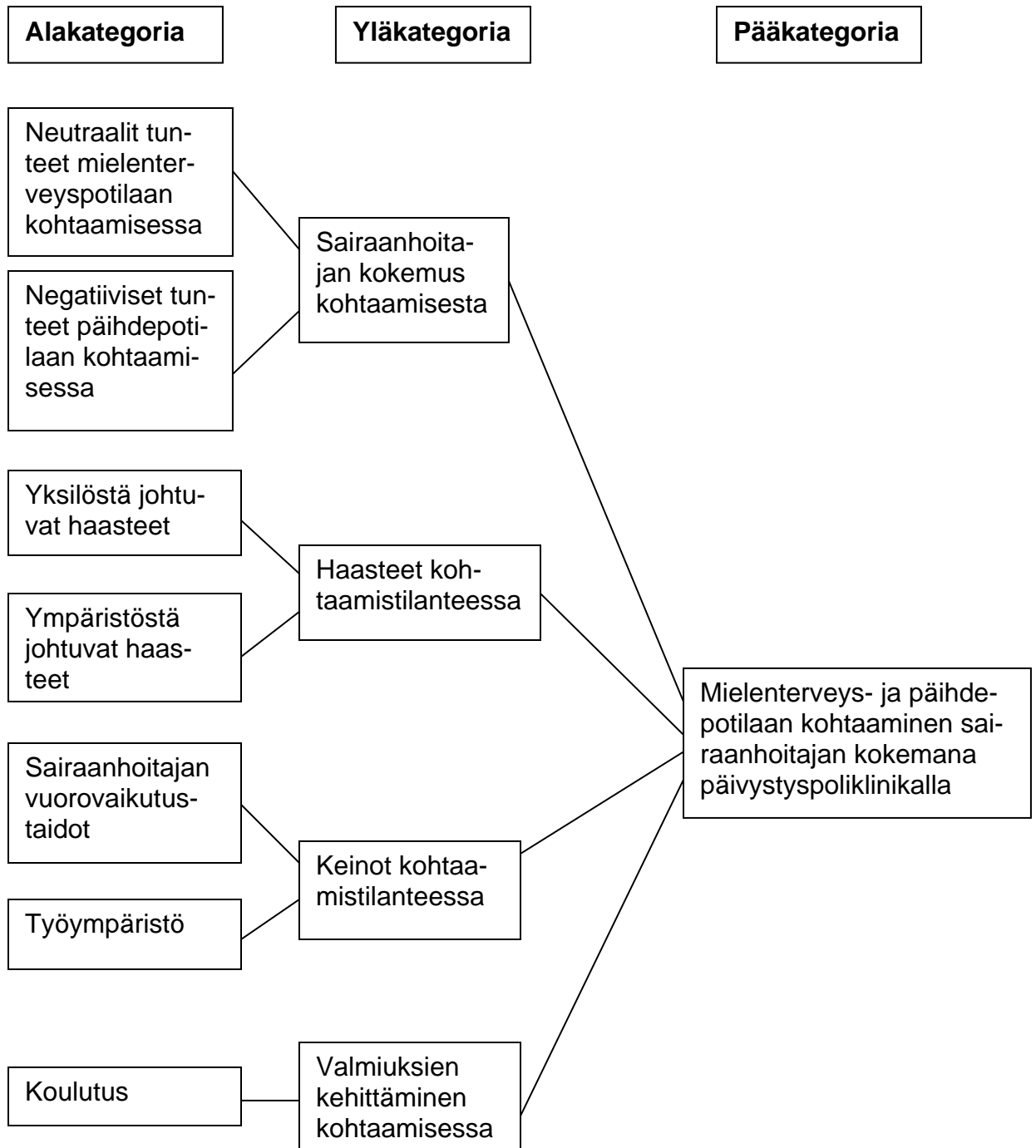
Kaavio 4. Mitä haasteita kohtaamistilanteessa on sairaanhoitajille?



Kaavio 5. Mitä keinoja sairaanhoitajilla on kohtaamistilanteessa?



Kaavio 6. Miten sairaanhoitajien valmiuksia voisi kehittää?



Kaavio 7. Mielenterveys- ja päihdepotilaan kohtaaminen sairaanhoitajien kokemana.