

**SOMATISOIVAN POTILAAN KOHTAAMINEN
PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA**

–Sairaanhoitajan kokemana



Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Sairaanhoitaja, Valkeakoski

kevät 2021

Niina Jauhojärvi, Emmi Rostedt-Soini

Sairaanhoitaja

Tiivistelmä

Valkeakoski

Tekijät	Niina Jauhojärvi, Emmi Rostedt-Soini	Vuosi 2021
Työn nimi	Somatisoivan potilaan kohtaaminen perusterveydenhuollossa	
Ohjaajat	Marika Ahonen, Anne Suvitie	

TIIVISTELMÄ

Somatisoiva potilas käyttää runsaasti terveydenhuollon palveluita, mikä voi näkyä myös toistuvina osastojaksoina perusterveydenhuollossa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia perusterveydenhuollossa työskentelevien sairaanhoitajien subjektiivista kokemusta ja osaamista somatisoivan potilaan hoitotyöstä. Tavoitteena oli kartoittaa, millaiseksi sairaanhoitajat kokevat osaamisensa somatisoivan potilaan hoidossa, sekä mahdollisen lisäkoulutuksen tarpeen.

Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisena, eli laadullisena tutkimustyönä.

Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin verkossa toteutettua kyselyhaastattelua, joka koostui pääosin avoimista kysymyksistä. Kyselyyn vastasi 26 tiedonantajaa, jotka toimivat sairaanhoitajina perusterveydenhuollossa. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä.

Tutkimustulosten perusteella somatisoiva potilas koettiin haastavana potilasryhmänä kohdata, ja lisäkoulutukselle nähtiin tarvetta. Tämän opinnäytetyön jatkotutkimusaihe voisi olla työnohjauksen tai lisäkoulutuksen toteuttaminen perusterveydenhuollon yksikköön hoitotyön näkökulmasta.

Avainsanat Somatisaatio, hoitotyö, perusterveydenhuolto

Sivut 41 sivua ja liitteitä 1 sivu

Authors	Niina Jauhojärvi, Emmi Rostedt-Soini	Year 2021
Subject	Encountering a Somatizing Patient in Primary Health Care – Experiences of Nurses	
Supervisors	Marika Ahonen, Anne Suvitie	

ABSTRACT

Somatizing is a common and universal phenomenon, and it affects the quality of life and disability of people. It generates high costs for health care system, not to mention the individual suffering for people who somatize.

The purpose of this Bachelor's thesis was to study how registered nurses who work in primary health care assess their competence to encounter a somatizing patient. The aim of this thesis was to survey nurses' professional skills in care for a somatizing patient. This Bachelor's thesis was carried out as a qualitative study. Collection of material was conducted with e-survey, using mainly open questions. Collected data were analyzed using inductive content analysis. There were two research questions: "What are the aspects of encountering a somatizing patient?" and "Do the registered nurses need an add-on-education or a clinical supervision in encountering a somatizing patient?"

The competencies of registered nurses were evaluated in somatizing patient care work. Knowledge on somatization were rated good, but nurses require education and clinical supervision to increase their proficiency to encounter a somatizing patient.

Keywords Somatizing, primary health care, nursing, encountering

Pages 41 pages and appendices 1 page

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Somatisaation määritelmä	2
3	Psykosomatiikka	3
3.1	Psykosomatiikka lääketieteen alana	4
3.2	Psykosomatiikka mukana kehittyvässä terveydenhuoltojärjestelmässä.....	4
4	Somatoformiset häiriöt	5
4.1	Dissosiaatio- eli konversiohäiriö	7
4.2	Hypokondrinen häiriö	8
4.3	Pitkäaikainen kipuoireyhtymä	9
4.4	Somatisaatiohäiriö	10
5	Somatisoivan potilaan hoito perusterveydenhuollossa.....	11
6	Biopsykososiaalinen lähestymistapa hoitotyössä	12
7	Hoidon jatkuvuus.....	14
8	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	15
9	Opinnäytetyön toteutus	16
9.1	Opinnäytetyön prosessi	16
9.2	Kvalitatiivinen tutkimus	17
9.3	Tiedonhaku.....	17
9.4	Kysely aineistonkeruumenetelmänä.....	18
9.5	Induktiivinen aineistoanalyysi.....	18
10	Opinnäytetyön tulokset.....	19
10.1	Kyselyyn vastanneiden taustatiedot	22
10.2	Mielikuvat somatisoivasta potilaasta	23
10.3	Somatisaation määrittely	25
10.4	Somatisaation tunnistamisen työkalut	26
10.5	Somatisaation puheeksiotto potilaan kanssa	27
10.6	Somatisoivan potilaan ohjaus terveyden edistämisen näkökulmasta	28
10.7	Somatisoivan potilaan hoitosuunnitelma	29
10.8	Somatisoivan potilaan hoitoisuus	29
10.9	Somatisoivan potilaan hoitovastuu	30
10.10	Työnohjauksen ja lisäkoulutuksen tarve somatisoivan potilaan hoidossa....	32
11	Pohdinta	32
11.1	Tulosten tarkastelu	33

11.2 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset	36
11.3 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus.....	37
Lähteet.....	39

Kuvat, taulukot ja kaavat

Kuva 1. Kulttuurillisen kompetenssin osa-alueet (THL, 2021).....	5
Kuva 2. Tarkoitus, tavoite ja hyödynnettävyys.....	16
Kuva 3. Tiedonantajien koulutusjakauma.	23
Kuva 4. Tiedonantajien työkokemus vuosissa.....	23
Kuva 5. Somatisoivan potilaan hoitovastuun jakautuminen kyselyn pohjalta.....	31

Liitteet

Liite 1	Kyselyn kysymykset
---------	--------------------

1 Johdanto

Somatisoivalla potilaalla tarkoitetaan potilasta, jonka psyykkinen tila oireilee erilaisin ruumiillisin oirein. Näitä oireita yhdistää se, ettei oireita selittäviä syitä löydetä lääketieteen keinoin. (Leppävuori & Räsänen, 2020)

Potilaan oireiden olemassaolon, niiden subjektiivisen voimakkuuden tai niiden aiheuttamien toimintakykyä heikentäviä tekijöitä ei pidä kyseenalaistaa, vaikka somaattisten löydösten ja oireiden välillä ei löydy selvää yhdistävää tekijää. Oireet ja tuntemukset ovat potilaalle todellisia, ja näiden oireiden vuoksi hän on hakeutunut avun piiriin. (Leppävuori & Räsänen, 2017, s. 1337) Psykosomatiikka tutkii mielenterveyden ja somaattisten sairauksien yhteyksiä ja tämän myötä psykosomaattisen oireilun diagnostiikka kehittyy ja somatisoivan potilaan oirekuva selkeytyy (Joukamaa, 2017, ss. 385–386).

Somatisoiva potilas hakee apua kokemiinsa oireisiin somaattisista tutkimuksista. Käyntien määrä on kytköksissä somatisoivan häiriön laatuun, suurimmalle osalle riittää yksittäinen käynti, mutta häiriön ollessa vaikeampi, käynnit ovat toistuvia. Oireet esiintyvät usein useammassa eri elinryhmässä, ja heikentävät merkittävästi potilaan toimintakykyä, mutta oireisiin ei ole liitettävissä elimellistä sairautta. (Leppävuori & Räsänen, 2017, s. 1337)

Somatisointi on liitetty terveystalouden järjestelmän kasvaneisiin kustannuksiin, sillä somatisointiin saattaa liittyä edellä mainittujen useiden terveydenhuollon käyntien lisäksi työkyvyttömyyttä ja toistuvia diagnostisia toimenpiteitä (Groß ym., 2016, ss. 23–30).

Opinnäytetyön aiheena on selvittää sairaanhoitajien koettu valmius kohdata somatisoiva potilas perusterveydenhuollossa. Opinnäytetyön aihevalinta on valikoitunut työelämäkokemuksemme perusteella ja omien mielenkiinnon kohteidemme ohjaamina. Olemme alan töissämme havainneet sairaanhoitajien vaikeuden kohdata mielenterveyden häiriöitä sairastava potilas muussa kuin alan ilmeisessä ympäristössä, kuten mielenterveys- tai päihdekuntoutuksessa, ja halusimme tutkia aihetta sairaanhoitajan näkökulmasta. Tämän lisäksi aiheesta ei ole juuri tuoretta tutkimusta, eikä somatisoivalle potilaalle ole tällä hetkellä Käypä hoito -suositusta (Läksy & Räsänen, 2019, s. 440).

Opinnäytetyössä kartoitettiin somatisoivan potilaan hoitoa sairaanhoitajan näkökulmasta. Olemme asettaneet tutkimuskysymyksiksi ”Millaisia osa-alueita somatisoivan potilaan kohtaamiseen liittyy?” sekä ”Onko sairaanhoitajilla tarvetta lisäkoulutukselle tai työnohjaukselle somatisoivan potilaan kohtaamisessa?”. Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa sairaanhoitajien itsensä kokemaa valmiutta kohdata somatisoiva potilas. Tutkimusta voi hyödyntää esimerkiksi perusterveydenhuollon sairaanhoitajien työnohjauksen ja koulutuksen suunnittelussa.

2 Somatisaation määritelmä

Jo 1900-luvun alkupuolella määritteli Wilhelm Stekel ensimmäistä kertaa somatisaatio-käsitteen, missä somatisaatio kuvattiin prosessina, jossa fyysisen oirekuvan aiheuttaa neuroosi. Nykyajassa tuo määritelmä on lähellä konversio-käsitettä, joka on vain yksi ilmiö somatisaation sisällä. (Läksy & Räsänen, 2019, s. 429)

Somatisaatio käsitteelle on nykyisin kolme eri määritelmää. Laajin näistä on deskriptiivinen, mikä ei ota etiologiaan kantaa, vaan se käsittää kaiken ja käytännössä kaikilla ihmisillä joskus ilmenevän toiminnallisen oireilun tai sairauden pelon. Somatisaatio on ilmiö, joka voi ilmetä kaikissa psykiatrisissa häiriöissä ja fyysisissä sairauksissa ja olla osana kenen tahansa elämää. Lääketieteelliseksi ongelmaksi somatisaatio tulee vasta, kun potilas hakee toistuvasti apua oireisiinsa eivätkä tutkimukset saa potilasta vakuuttuneeksi niiden viattomuudesta. Lievemmissä muodoissa asianmukaiset ja usein vähäisetkin somaattiset tutkimukset riittävät rauhoittamaan potilaan, mutta vaikeimmissa muodoissa somatisaatio-oireet voivat viedä potilaan toimintakyvyn kokonaan ja johtaa toistuviin somaattisiin tutkimuksiin ja selvittelyihin. Somatisoiva potilas ei tunnista oireisiin liittyviä psyykkisiä stressitekijöitä. (Läksy & Räsänen, 2019, s. 429)

Somatisaatio on määritelty myös rajatummin, koskien hoitoon hakeutuvien potilaiden taipumusta kokea ja kommunikoida somaattisella hädällä tai oireella. Oireilua eivät kuitenkaan selitä patologiset löydökset, mutta potilaalla on tarve löytää syy fyysisestä sairaudesta ja hakea niihin lääketieteellistä apua. Lääketieteellisesti selittämättömien oireiden (Medically Unexplained Symptoms, MUS) määritelmä on myös tämän määritelmän kanssa hyvin samankaltainen. Oireet on määritelty voimakkuudeltaan vaihteleviksi ja

pitkäaikaisiksi ruumiillisiksi oireiksi, joista aiheutuu usein toimintakyvyn alenemista eikä oireille löydy selvää orgaanista syytä. Psykiatristen häiriöiden mahdollisuutta oireiden takana ei poissuljeta. (Läksy & Räsänen, 2019, s. 429)

Yleisesti käytetyimmän määritelmän mukaan somatisaatio on psykologinen puolustusmekanismi tai psykodynaamiselta pohjalta nouseva ilmiö, jossa psyykinen ahdistuneisuus ja sen hallinta aiheuttavat somaattista sairautta muistuttavia oireita. Tämä määritelmä sopii niin lieviin kuin vaikeisiin oireisiin, mutta selittää toiminnallisista oireista vain niin sanotut psyykkisperäiset oireet. Psykodynaamisesti tarkasteltuna potilas tarvitsee tämän somatisaatio-oireen psyykkisen tilan takia, mutta tarve on potilaalle yleensä tiedostamaton. Yksi tärkeä tehtävä somatisaatio-oireella on myös tuoda psyykkisen avun tarve julki, vaikka tarve esiintyykin kätkeytyneenä. Somatisaatioissa ei siis ole kyse simulaatiosta, millä tarkoitetaan tahallista oireiden tuottamista tai näyttelemistä, ja millä tavoitellaan tietoisesti jotakin hyötyä. (Läksy & Räsänen, 2019, ss. 429–430)

Suomessa terveystieteiden suurkäyttäjän määritelmä on vähintään kahdeksan vastaanottokäyntiä yleislääkärillä vuodessa. Terveystieteiden runsas ja pitkään jatkunut käyttö on yleistä somatisaatio-oireista kärsiville. Taustalla on potilaan elämäntilanteeseen vaikuttava psykofyysinen sopeutumisen häiriö, joka ilmenee somaattisin oirein. Selvää syy-yhteyttä ei voida osoittaa, oireiden samanaikaisuus tukee kuitenkin teoriaa, että psykososiaalinen rasitus kuormittaa myös somaattista terveyttä. Keskittymällä perusteellisesti selvittämään toistuviin käynteihin johtaneen ongelman syy, sekä räätälöimällä yksilöllinen hoitosuunnitelma, johon niin ammattilainen kuin potilas itse sitoutuu, voi edesauttaa päivystys- ja sairaalakierteen katkeamiseen. (Isohanhi ym., 2019, s. 57; Lehtonen, 2019, s. 22)

3 Psykosomatiikka

Psykosomatiikka on lääketieteen alue, joka tutkii mielenterveyden ja somaattisten sairauksien yhteyksiä (Joukamaa & Mattila, 2017, s. 606). Mielen ja kehon välinen yhteys on osa ihmisen rakennetta, niin terve kuin häiriintynyt kehon ja mielen yhteys kuuluvat psykosomatiikkaan. Mieli on erottamaton osa kehon toimintaa, mutta sillä on myös itsenäinen terveys, jota ei kehon kautta voi ymmärtää. Kehon toiminnot eivät suoraan

määrää mielen sisältöä vaan mielen kehitys ja muotoutuminen tapahtuu koko eliniän ajan vuorovaikutuksen myötä, vaikuttaen niin normaaliin kuin häiriintyneeseen mielen toimintaan. (Lehtonen, 2019, s. 21)

3.1 Psykosomatiikka lääketieteen alana

Psykkisten ongelmien ja oireiden yhteys ruumiillisiin sairauksiin sekä psykkisten häiriöiden ilmeneminen somaattisena oireiluna vaikeuttavat psykosomaattisen oireilun diagnoosinimikkeiden löytämistä. Psykosomaattisten häiriöiden käsitteet ovat muuttuneet usein psykiatrian kehittyessä ja tulevat muuttumaan tulevaisuudessa lääketieteen kehittyessä. (Joukamaa, 2017, ss. 385–386)

Sairauksien etiologian monimuotoisuutta on alettu korostaa psykosomaattisen sairauskäsitteen sijaan. Psykosomaattisen sairauden sijaan psykososiaaliset tekijät huomioidaan niin sairauksien etiologiassa ja puhkeamisessa kuin sairauden kulussa ja toipumisessa. (Joukamaa & Mattila, 2017, s. 607)

3.2 Psykosomatiikka mukana kehittyvässä terveydenhuoltojärjestelmässä

Suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä kehittyy jatkuvasti, yhteiskunnassa ja kulttuurissa tapahtuvat muutokset vaikuttavat yleiskuvaan terveydestä ja psykosomaattisten tekijöiden osuudesta siihen. Terveydenhuollon uudistusten tulisi tukea psykosomaattisen yhteyden huomioonottoa lääketieteessä. Patologiseen sairauteen tai oireiluun, kuin myös somatisaatioon, liittyvien tunteiden kohtaamisessa psykososiaalinen lähestymistapa on tärkeässä asemassa potilaan kokonaisvaltaisessa hoidossa. (Lehtonen, 2019, s. 29)

Terveyshoitojärjestelmämme pilkkoo terveyspalvelut erikoisaloihin, jolloin hoidossa keskitytään tiettyyn rajattuun oireeseen tai sairauteen, minkä seurauksena potilaan biopsykososiaalinen eli psyykkisfyysisosiaalinen kokonaiskuva voi jäädä varjoon. Lehtosen (2019, s. 29) mukaan hoitoon hakeutumiseen vaikuttavat terveystiedon helppo saatavuus verkosta, sekä ihmisten avoimempi terveysongelmien julkituonti entiseen verraten. Nämä tekijät osaltaan vaikuttavat myös hoitokeinojen lisääntymiseen sekä kansalaisten vastuuttamiseen oman terveyden ylläpitämiseksi. Valinnanvapaus

terveydenhuoltopalveluissa nähdään tärkeänä ja kansalaisten omaehtoisuutta lisäävänä, tällöin myös henkilökohtainen kokonaisterveyden hallinta jää enemmän jokaisen omalle vastuulle. Somatisoivan potilaan runsas terveystalveluiden käyttö voi jakautua usealle eri hoitavalle taholle, jolloin kokonaisvaltainen hoito ei välttämättä toteudu.

Terveydenhuoltojärjestelmässä näkyy tänä päivänä yhä enemmän monikulttuurisuus, joka vaatii sekä terveydenhuollon järjestelmältä että sen toimijoilta kykyä vastata monikulttuurisuuden tarpeisiin. Kulttuurillinen kompetenssi tarkoittaa erilaisten kulttuuritaustojen ymmärtämistä ja kunnioittamista, ja pyrkimystä sallivaan, syrjimättömään yhteiskuntaan. Yksilötason kohtaamisen lisäksi kulttuurillinen kompetenssi tarkoittaa esimerkiksi terveystalveluiden saatavuutta tai tavoitettavuutta, niin että ne huomioivat eri taustojen merkityksen ja erilaiset vaatimukset. Sairaanhoidajan kulttuurillinen kompetenssi sisältää kulttuurillisen tiedostamisen, ammattitaidon, kohtaamisen sekä motivaation, ja sen että omaa toimintaa arvioidaan näiden tekijöiden kautta suhteessa toisen kulttuurin arvoihin tai tapoihin ja tätä havainnollistaa Kuva 1. (THL, 2021) Somatisaation on todettu olevan universaali ilmiö, jota ilmenee erilaisissa kulttuureissa, mutta se on kuitenkin yleisempää maahanmuuttajataustaisilla henkilöillä (Kerkkänen & Säävälä, 2015, s. 18).

Kuva 1. Kulttuurillisen kompetenssin osa-alueet (THL, 2021)



4 Somatoformiset häiriöt

Elimellisoireisella eli somatoformisella häiriöllä tarkoitetaan psyykkisiä häiriötä, joiden oirekuva viittaa ruumiilliseen sairauteen ja potilaan fyysinen oireilu on toistuvaa, mutta

potilaan kuvaamat somaattiset oireet tai oireiden vahvuus eivät selity somaattisella sairaudella. Tämä edellyttää perusteltuja tutkimuksia ruumiillisen sairauden ja muun psyykkisen häiriön poissulkemiseksi. On myös muistettava, ettei somatoforminen häiriö poissulje samanaikaista somaattista sairautta. Jos ruumiillisesti koetut oireet johtuvat psyykkisistä häiriöstä, yleisemmin masennusoireyhtymästä tai ahdistuneisuushäiriöstä, ei somatoformisen häiriön diagnoosia aseteta. Poissulkukriteerien lisäksi somatoformisen häiriön diagnoosi edellyttää tyypillisten oireiden tai piirteiden toteamista. (Joukamaa, 2017, ss. 386–387)

Tietoa somatoformisten häiriöiden epidemiologiasta, kulusta ja hoidosta on vähän, kuten myös luotettavista näyttöön perustuvista tutkimuksista. Somatoformisten häiriöiden etiologiaa ei tunneta, mutta viitteitä geneettisten tekijöiden, lapsuuden ihmissuhdeilmapiirin ja oppimekanismien merkityksestä häiriöiden synnylle on empiirisessä tutkimuksessa todettu. (Joukamaa, 2017, ss. 386–387)

Somatoformisille häiriöille tyypillistä ovat toistuva fyysinen oireilu sekä jatkuva pyrkiminen somaattisiin tutkimuksiin, vaikka löydökset ovat kerta toisensa jälkeen normaaleja. Tutkimuksissa voi myös ilmetä fyysinen sairaus, mikä ei kuitenkaan selitä oireiden määrää ja luonnetta, eikä potilaan ahdistusta ja keskittymistä oireisiin. Vaikka oirekuvan puhkeamiseen ja pitkittymiseen olisi liitettävissä psykososiaalinen kuormitus, ei potilas ole valmis keskustelemaan psykologisten taustatekijöiden mahdollisuudesta oireisiin. (Läksy & Räsänen, 2019, s. 435)

Hoitovastuu somaattisista tutkimuksista ja hoitomenetelmistä säilyy perusterveydenhuollossa hoitavalla lääkärillä potilaan kokemien somaattisen oireiden vuoksi ja koska tämä harvoin mieltää oireidensa aiheuttajaksi psykososiaalisia tekijöitä. Terveyspalveluiden käytössä voi ilmetä lääkärin vaihtamista, katkeilevia hoitosuhteita eri hoitotahoilla sekä turvautumista erilaisiin ns. vaihtoehtohoitoihin. Oireiden luonteen vuoksi potilaat harvoin hakevat apua psykiatialta, vaan keskittävät terveyspalveluiden käytön perusterveydenhuollon ja somaattisten erikoisalojen hoitopisteisiin. Somatisoivan potilaan hoidollisuutta kuormittaa tämän loputtomalta tuntuvat pyynnöt somaattisista tutkimuksista. Lääkärin tehtävänä on määrätä riittävät tutkimukset somaattisten sairauksien

poissulkemiseksi, joiden lähtökohtana on lääkärin tekemät havainnot ja löydökset, ei pelkästään potilaan vaatimukset. (Joukamaa, 2017, ss. 386–387)

Potilasohjauksessa on tärkeää tuoda esille usko potilaan oireisiin tai kipuun ja lähestyä tätä biopsykososiaalisesti, kieltämättä oireita, mutta samalla ohjaten keskustelua psykososiaalisiin tekijöihin, mitkä somatisoinnin taustalla vahvana vaikuttavat. Hoidon yhtenä tavoitteena on saada potilas hyväksymään psykososiaalisten tekijöiden osallisuus oireiluissa ja vasta tässä vaiheessa psykiatrisen hoidon liittäminen hoitosuunnitelmaan on ajankohtaista. Joukamaa (2017, s. 387) nostaa esiin Käypä hoito -suositusten puuttumisen somatoformisissa häiriöissä, mutta häiriöiden hoidon lähtökohtana on tunnistaa ajoissa oireiden alkuperä ja hoidon perustana on pitkäjänteinen ja luottamuksellinen hoitosuhde potilaan ja hoitavan tahon välillä. Potilaan kokemat oireet ovat aina todellisia, eikä niiden kyseenalaistaminen ole eettisesti oikein.

4.1 Dissosiaatio- eli konversiohäiriö

Dissosiaatio- eli konversiohäiriötä pidetään somatoformisena häiriönä vaikkakin se ICD-10-tautiluokituksessa on omana sairausryhmänään F44. Dissosiaatiohäiriölle tunnusomaista on motoristen tai sensoristen toimintojen heikentyminen tai puutokset sekä kohtaukset, joiden esiintymisajankohta on rinnastettavissa psykososiaalisiin stressitekijöihin. Oireiden taustalla on useimmiten oma tai läheisen sairaus, tavallisimpia oireita ovat tuntopuutokset, halvaus, erilaiset kohtaukset, äänen katoaminen ja näkökenttäpuutokset. Potilas voi pystyä säätelemään oireita jonkin verran eri tilanteissa, mutta ei tietoisesti kontrolloimaan niitä. Tässäkään häiriössä potilas ei tunnista oireiden psyykkistä alkuperää vaan mieltää oireet somaattisiksi. (Läksy & Räsänen, 2019, ss. 433–434)

Dissosiaatiohäiriön oirekuva on usein hyvin epätyypillinen, epäjohdonmukaisesti somaattisissa tutkimuksissa ilmenevä, ja toisinaan fysiologisesti mahdoton. Varman somaattisen sairauden poissulkemiseksi dissosiaatiohäiriö usein vaatii kliiniset neurologiset tutkimukset. Potilaan tarkkailu tilanteissa, missä potilas ei tiedä hänen toimintaansa havainnoitavan, antaa usein hyödyllistä tietoa potilaan toimintakyvystä. Tämä voi vaatia osastojaksoa, jolloin tarkkaileminen tapahtuu vuorokauden ympäri. (Läksy & Räsänen, 2019, s. 434)

Dissosiaatiohäiriön hoidossa ratkaisevaa on saada potilas vakuuttuneeksi oireiden vaarattomuudesta sekä niiden helpottumisesta, koska tutkimustuloksissa ei ole löytynyt oireita aiheuttavaa vauriota. On kuitenkin muistettava oireiden todellisuus potilaalle, eikä tätä kokemusta pidä mitätöidä. Luottamuksellisen hoitosuhteen luomiseksi tärkeää on kuunnella potilasta, tuoda esiin oireiden vaarattomuus sekä avartaa potilasta näkemään psykososiaaliset tekijät oireilun takana. Tyypillistä dissosioivalle potilaalle on oireiden vahvistuminen raskaammista psyykkisistä tekijöistä puhuttaessa, tällöin tulee tilanne rauhoittaa siirtymällä kevyempiin puheenaiheisiin sen sijaan, että reagoisi potilaan somaattiseen hätätilaan. Tämä edellyttää hoitavalta taholta potilaan tuntemista sekä somaattisen sairauden poissulkeneita tutkimuksia. (Läksy & Räsänen, 2019, ss. 434–435)

Dissosioivan potilaan taustaan liitetään tavallisesti traumaattiset kokemukset potilaan lapsuudessa tai nuoruudessa (Huttunen, 2018). Terveystieteiden tutkimuksessa työkentelevän tulisi kiinnittää huomiota traumojen vaikutus potilaaseen osana työtään, tätä kutsutaan traumainformoiduksi hoitamiseksi. Traumainformoitu hoitaminen muodostuu kolmesta osa-alueesta. Potilaan taustalla vaikuttavat elämäntapahtumat huomioidaan, hoitohenkilökunnan tulee tehdä määritellyt tehtävänsä näistä tekijöistä huolimatta, ja pyritään välttämään vaikeiksi koettujen kokemusten vaikuttamista potilaan vointiin. On tärkeää, ettei tilanne projisoidu hoitohenkilökuntaan niin, että sillä olisi vaikutusta auttajan jaksamiseen. (Pelkonen & Sarvela, 2020, ss. 264–265)

4.2 Hypokondrinen häiriö

Hypokondrinen häiriö F45.2 kuuluu ICD-10-tautiluokituksessa somatoformisiin häiriöihin. Hypokondrista häiriötä sairastavalla esiintyy vahvaa pelkoa ja huolestuneisuutta vakavasta somaattisesta sairaudesta. Hypokondriaa voi esiintyä oireena myös muissa mielenterveyden häiriöissä, erityisesti yleistyneessä ahdistuneisuushäiriössä, masennuksessa ja skitsofreniassa. Ensisijainen puhdas hypokondria on harvinaisempaa kuin masennusoireyhtymään tai ahdistuneisuushäiriöihin liittyvä hypokondrisuus. (Joukamaa, 2017, ss. 392–393)

Hypokondriassa somaattiset oireet ovat vähäisempiä kuin somatisaatiohäiriössä.

Somatisaatiohäiriössä potilaan huomio kiinnittyy koettuihin oireisiin ja niistä aiheutuvaan

haittaan, kun taas hypokondriassa ilmenee huoli ruumiillisen sairauden mahdollisuudesta ja siitä aiheutuvista seuraamuksista. (Joukamaa, 2017, s. 393)

Potilaalle tunnusomaista on itsensä tarkkaileminen, somaattisten oireiden etsiminen itsestään ja elimistön tavallisten reaktioiden, tuntemusten ja lievienkin oireiden väärintulkintaa. Tavallisesti potilas tarkkailee yhden tai korkeintaan kahden elimen tai elinjärjestelmän toimintaa. Potilaalle on muodostunut pakkomieltainen ajatus ja pelko vakavasta, yleensä etenevästä, ruumiillisesta sairaudesta ja tätä on jatkunut vähintään puoli vuotta. Lääketieteelliset tutkimukset tai lausunnot eivät vakuuta potilasta pelon aiheettomuudesta eivätkä poista sitä. Potilaan aikaisemmin sairastettu vaikea ruumiillinen sairaus tai läheisen sairaus tai kuolema voivat toimia altistavana tekijänä hypokondriselle häiriölle. (Joukamaa, 2017, ss. 392–393)

Somatoformisissa häiriöissä tyypillistä on runsas terveystalvuiden käyttö somatiikalla, hoitohistoria on pitkä ja katkeileva, eikä hypokondrista häiriötä sairastavan tunnusmerkit tästä poikkea. Somatisoivan potilaan kokiessa oireensa somaattisiksi, ei tällä ilmene psykiatrista sairaudentuntoa. Tämän vuoksi kerrottaessa psykososiaalisten tekijöiden mahdollisesta vaikutuksesta oireiluun, kokee potilas tämän loukkaavana ja sairaudentuntoa vähättelevänä. (Joukamaa, 2017, s. 393)

4.3 Pitkäaikainen kipuoireyhtymä

Pitkäaikainen kipuoireyhtymä F45.4 kuuluu myös somatoformisiin häiriöihin. Kipua esiintyy myös muissa somatoformisissa häiriöissä, mutta erotuksena pitkäaikaiseen kipuoireyhtymään niissä kipu ei ole hallitsevana oireena ja päähuomion kohteena. Pitkäaikaisessa kipuoireyhtymässä kipu on jatkunut vähintään puoli vuotta, se on heikentänyt toimintakykyä huomattavasti, mutta kivulle ei tutkimuksista huolimatta ole löydetty selittävää tekijää. Elimellisten löydösten puuttuminen ei poista potilaan kokemaa todellista kivun tunnetta. (Läksy & Räsänen, 2019, s. 438)

Pitkäaikaisessa kipuoireyhtymässä on konversiohäiriön kanssa samanlaiset hoitolinjat. Potilas on saatava vakuuttuneeksi oireiden helpottamisesta vähitellen, mistä osoituksena on orgaanisen vaurion puuttuminen. Kroonisen kivun oheissairauksina esiintyy usein

masennusta ja ahdistuneisuutta, näiden asianmukainen huomioiminen on osa kipupotilaan hoitoa. Poiketen muista somatoformisista häiriöistä, pitkäaikaisesta kipuoireyhtymästä kärsivä potilas useimmiten ymmärtää ja hyväksyy mielialan ja kivun yhteyden. Muista häiriöistä poiketen on lääkkeiden käyttö yleisempää tässä oireyhtymässä, mutta lääkitystä tärkeämpää on löytää lääkkeettömät keinot tukemaan potilaan selviämistä arjessa. (Läksy & Räsänen, 2019, s. 438)

4.4 Somatisaatiohäiriö

Somatisaatiohäiriö F45.0 kuuluu ICD-10-tautiluokituksessa somatoformisiin häiriöihin. Se on aiemmin tunnettu nimikkeillä hysteria ja Briquet'n häiriö ja sen diagnostiset kriteerit ovat ajan myötä vaihdelleet, tästä syystä tarkkaa tietoa on vähän tarjolla.

Terveystieteiden tutkimusten suurkäyttäjistä huomattavan suuri osa kärsii somatisaatiohäiriöstä, sen tunnistaminen on haastavaa niin lääkäreille kuin itse potilaallekin. (Joukamaa, 2017, ss. 387–388) Somatisaatiohäiriö on pitkäaikainen häiriö, joka alkaa yleensä jo nuorena aikuisiässä, ja jonka vaikeusaste vaihtelee ajan kuluessa. Häiriöstä harvoin paranee, mutta ajan kuluessa sen mahdollinen muuntuminen joksikin muuksi psyykkiseksi häiriöksi on mahdollista. (Joukamaa, 2017, s. 391) Lääkäriltä diagnoosin asettaminen vaatii potilaan perusteellisia somaattisia tutkimuksia sekä psykiatrista arviota. Sairaanhoidajan havainnot potilaasta, keskustelut tämän kanssa sekä tutustuminen potilaaseen tukevat moniammatillista hoitotyötä.

Somatisaatiohäiriön tunnusomaisia merkkejä ovat tavallisesti useita vuosia kestäneet erilaiset ruumiilliset oireet, mitkä ovat yleensä moninaisia ja toistuvia. Rungon perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palvelujen käyttö sekä katkeileva hoitohistoria antavat merkkiä somatisaatiohäiriöstä. Somatisoiva potilas usein turhautuu, kun somaattista sairautta ei oireille löydy, ja tyytymättömyys näkyy hoitavan tahon vaihtamisella tai hoitoon sitoutumattomuutena. Potilaalla myös usein on taustalla useampia somaattisia tutkimuksia, joissa ei patologisesti selittävää ole löydetty, mahdollisesti eri leikkauksia ja usein runsasta särkylääkkeiden käyttöä. Potilaan kokemat oireet ovat vahvoja ja pitkään jatkuneina ne vaikuttavat kokonaisvaltaisesti toimintakykyä madaltavasti. (Joukamaa, 2017, s. 388)

5 Somatisoivan potilaan hoito perusterveydenhuollossa

Yleisten hoitosuositusten mukaan somatisoivan potilaan ensisijainen hoitopaikka on perusterveydenhuollossa yleislääkärillä. Vaikeimmissa somatisaation muodoissa potilaat ohjautuvat myös erikoissairaanhoidon vaikean hoitoresistentin oirekuvan ja potilaan vaatimusten vuoksi. Somatisoivan potilaan vakuuttamiseksi oireiden vaarattomuudesta, sekä somaattisen sairauden poissulkemiseksi, voidaan myös tarvita useamman erikoisalan yhteistoimintaa ja tutkimuksia. (Läksy & Räsänen, 2019, s. 443)

Somatisoiva potilas mieltää oireet fyysisestä sairaudesta johtuviksi, vaikka tutkimuksissa ei löydy selittävää tekijää oireille. Somatisoivien potilaiden hoidossa on yleisiä periaatteita Käypä hoito -suositusten puuttuessa. Somatisoivan potilaan hoidossa kokonaisvaltainen hoitotyö korostuu, kun potilaan sairauskäsityksen korjaamiseksi on tämä saatava sisäistämään mielen ja kehon vaikutus oireisiin, tällöin potilas huomioidaan biopsykososiaalisena kokonaisuutena. (Läksy & Räsänen, 2019, s. 440) Somatisoivilla potilailla on myös usein vaikeuksia ilmaista tarpeitaan ymmärrettävästi. Potilaat voivat kertoa monisanaisesti oireistaan, mutta hoitajana on hyvä kiinnittää huomiota potilaan kertomassa yksinkertaistamiseen, taukoihin kertomuksessa, ylidramatisointiin tai liialliseen yleistyksen. (Kneisl & Trigoboff, 2014, s. 408)

Somatisoiva potilas hakeutuu usein päivystykseen kokemiensa oireiden, kivun tai pelon vuoksi, mistä tämä usein siirtyy, joko erikoissairaanhoidon kautta tai suoraan, perusterveydenhuollon osastolle seurantaan vähintään muutamaksi päiväksi. Somatisoivan potilaan hoidossa tärkeää on luoda luottamuksellinen ja pitkäjänteinen hoitosuhde potilaaseen. Tämä onnistuu järjestämällä tälle säännölliset vastaanottokäynnit joko lääkärille tai sairaanhoitajalle oireiden ja voinnin seuraamiseksi, jolloin käynneillä voidaan paneutua psykososiaalisiinkin tarpeisiin, kun hoitoon hakeutuminen ei tapahdu vain päivystyksellisenä tietyn oireen tai sairauden poissulkemiseksi. Tällä voitaisiin estää toistuva päivystyksellinen hoitoon hakeutuminen sekä osastoseurantaa vaativat hoitajaksot. (Läksy & Räsänen, 2019, s. 440)

Potilaan oireiden mitätöimiselle tai niiden olemassaolon kyseenalaistamiselle ei koskaan ole tarvetta, koska oireet ovat potilaalle todellisia, eikä subjektiivista tuntemusta voida

objektiivisesti todentaa. Kuvantamistutkimusten perusteella aivot voivat aktivoitua toiminnallisista oireista samalla tavalla kuin elimellisistäkin oireista, joten tuntemukset ovat hyvinkin aitoja. Oireiden kyseenalaistamisen sijaan keskustelu potilaan kanssa, psykososiaalisen tilanteen selvittäminen sekä terveystiedon vahvistaminen tukevat potilasta vakuuttamaan oireiden vaarattomuudesta tai sairaudettomuudesta. (Läksy & Räsänen, 2019, s. 440)

Suomessa ei ole vakiintunutta käytäntöä mittareiden tai kaavakkeiden käytöstä somatisoivien potilaiden tunnistamiseksi. Kansainvälisissä tutkimuksissa suositeltiin esimerkiksi PHQ-15- ja 4DSQ-lomakkeiden käyttöä somatisaation mahdollisuuden kartoittamiseksi. PHQ-15-lomake pitää sisällään neljä osa-aluetta: somatoformiset häiriöt, masennuksen, paniikkihäiriön ja potilaan toiminnan, joista viitatussa tutkimuksessa on tarkasteltu osa-alueista ensimmäistä. Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ) pitää niin ikään sisällään neljä osa-aluetta, jossa huomioidaan somatisointia koskeva osuus. (Dijkstra-Kerstena ym., 2017, ss. 44, 56)

Somatisaatiossa ilmenee usein ahdistuneisuutta sekä masennusta, mitkä ovat merkkejä psykososiaalisesta kuormittumisesta. Psykososiaalisten tekijöiden puheeksi ottaminen voi saada potilaan loukkaantumaan ajatuksesta, ettei hänen oireitaan oteta todesta. Psykososiaalisten tekijöiden näkeminen on tärkeää potilaan hoitoon sitoutumisessa sekä oireiden kanssa toimeen tulemisessa. Somatisaation todentamiseen tarvitaan somaattisten tutkimusten lisäksi myös psykiatristen sairauksien poissulku. Potilaan tulee kuitenkin olla valmis käsittelemään oireitaan kehon ja mielen yhteytenä, ja psykiatrisen hoidon tulee olla potilaan hyväksymää. Potilaan hoito ei psykiatrisenkaan hoidon astuessa kuvaan poistu perusterveydenhuollosta vaan täydentää potilaan kokonaisvaltaista hoitosuhdetta. (Läksy & Räsänen, 2019, s. 440)

6 Biopsykososiaalinen lähestymistapa hoitotyössä

Ihminen on psyykinen, fyysinen ja sosiaalinen kokonaisuus, biopsykososiaalisessa lähestymistavassa potilas otetaan huomioon kokonaisvaltaisesti näiltä kaikilta osa-alueilta. Ihmisen biologinen osa koostuu fysiologiasta, patologiasta, rakenteista ja kehon toiminnasta. Psykologinen näkökulma sisältää ajatukset, emootiot sekä käyttäytymisen, kun taas

sosiaalinen rakentuu sosioekonomisesta asemasta, rooleista, osallistumisesta, sosiaalisesta vuorovaikutuksesta, kulttuuritekijöistä, työstä, perheestä, taloudesta ja elämäntavoista. (Holopainen, 2020, s. 64)

Terveyspalvelut on pilkottu erikoisosaamisaloihin, mikä osaltaan vaikuttaa tapaan huomioida potilas keskittyen tämän oireeseen tai sairauteen. Perusterveydenhuollon vahvuus on kokonaisvaltainen tutkiminen, seuranta sekä hoitaminen ja biopsykososiaalisen lähestymistavan pyrkimys on ymmärtää potilaan subjektiivinen kokemus oleellisena osatekijänä oireiden tai sairauden esiintyessä, vaikuttajana hoidon tuloksellisuuteen sekä inhimillisen hoidon toteuttamisena. (Holopainen, 2020, s. 64)

Hoitotyössä keskittyessämme sairauksien tai oireiden hoitoon, tulisi meidän keskittyä myös terveydenhoito ja hyvinvointi huomioiden tukemaan potilaiden voimavaroja sekä vahvuuksia. Potilaan kohtaaminen biopsykososiaalisesti edellyttää ammattihenkilöiltä vahvaa tietämystä kehon ja mielen yhteydestä, jotta potilastyössä huomiointi, hoito sekä ohjaus ovat perusteltua ja saa myös potilaan ymmärtämään tämän yhteyden merkityksen omaan terveydentilaansa. Somatisaatio vaikeimmissa muodoissa ei ole parannettavissa, vaan potilas on tuettava tulemaan toimeen oireidensa kanssa. Tähän tulokseen pääsemiseksi ei ammattihenkilön rooli voi olla parantaja tai korjaaja, vaan mahdollistaja, oivalluttaja ja tukija, joka tukee potilasta löytämään keinot selvitä sairautensa kanssa. (Holopainen, 2020, s. 67)

Työnohjauksen tai täydennyskoulutuksen hyödyntäminen biopsykososiaalisessa lähestymistavassa mahdollistaisi niin yksilön, kuin työyhteisön, mahdollisimman laadukkaan hoidon toteuttamisen. Psykiatrian alalla työnohjaus on ollut käytössä pitkään, ja vähitellen se on laajentunut myös somatiikan alalle. Työnohjauksen tarkoituksena on edistää työntekijän ammatillista ja yksilöllistä kehittymistä työyhteisön jäsenenä. Työnohjaus perustuu omaehtoisuuteen, luottamukseen ja on luonteeltaan prosessinomaista. (Laaksonen & Ollila, 2017, ss. 193–196)

Täydennyskoulutuksen tavoitteena on työyhteisön tukeminen sekä työn kehittyminen, tämän suunnittelussa on hyvä hyödyntää työnohjausta. Tutkimustulosten valossa työnohjauksen vaikutus näkyy myönteisenä yhteistyön kehittymisenä työyhteisössä,

erilaisten ongelmaratkaisukeinojen löytymisessä sekä vuorovaikutustaitojen täsmentymisessä. Myös työntekijöiden omien vahvuuksien käyttö on lisääntynyt työnohjauksen tuoman itsetuntemuksen myötä. (Laaksonen & Ollila, 2017, ss. 193–196)

7 Hoidon jatkuvuus

Somatisoivan potilaan Käypä hoito -suositusten puuttuessa voi hyödyntää psykosomaattisen potilaan hoidossa käytettäviä suosituksia. Perusterveydenhuollon osastojaksot ovat ajallisesti rajallisia, mutta luottamuksellisen hoitosuhteen luominen potilaaseen käynnistyy jo tästä hetkestä jatkuen avohoidon puolella.

Hoitotuloksen kannalta hoitosuhteen tulisi olla luottamuksellinen, säännöllinen sekä pitkäjänteinen. Potilaan oma käsitys sekä kokemus oireista on hyväksyttävä ja otettava vakavasti, jotta luottamus hoitosuhteessa syntyy. On tärkeää välittää potilaalle tunne, että hoitava henkilö on avoimesti kiinnostunut hänen tuntemuksistaan ja tätä kautta ohjata hoitotilannetta potilaan pelkojen sekä muiden oireiden herättämien mielikuvien tarkasteluun. Hoitosuhteen ylläpitämiseksi on tärkeää, ettei hoitaja sanoita potilaan kokemusta tai tunnetta, vaan potilasta autetaan tunnistamaan psyykkisen ahdistuneisuuden yhteys kehon reaktioihin. (Pulkkinen & Vesänen, 2017)

Somatiikkaan verraten mielenterveyttä tukeva hoitotyö on pitkäkestoista ja vuorovaikutuksessa nähtävä muutos voi olla vähäistä eikä potilas välttämättä ilmaise helpotusta. Keskeneräisyys ja epävarmuus ovat vahvasti osana hoitosuhteessa, ja näiden sietäminen on edellytys hoitohenkilökunnalta. Sairaanhoidajan kokemus on merkityksellinen tekijä hoitosuhteessa. Sairaanhoidajan ammatilliseen osaamiseen, koulutukseen ja työkokemukseen liittyvä osaamista kuvaava termi on narratiivinen kompetenssi. Narratiivinen kompetenssi tarkoittaa sairaanhoidajan työssä kykyä asettaa kysymykset, havainnoida ja antaa ohjeistuksia, jotka kiinnittyvät potilaan kertomaan. (Huovila, 2019, s. 159; Pulkkinen & Vesänen, 2017)

Potilaan voimavarojen sekä selviytymiskeinojen tukeminen ja vahvistaminen ovat tärkeitä hoitosuhteessa. Myös potilaan käyttämiin vaihtoehtohoitoihin on syytä suhtautua avoimesti ja joustavasti, huomioiden kuitenkin samalla näiden terveyttä tukevat lähtökohdat.

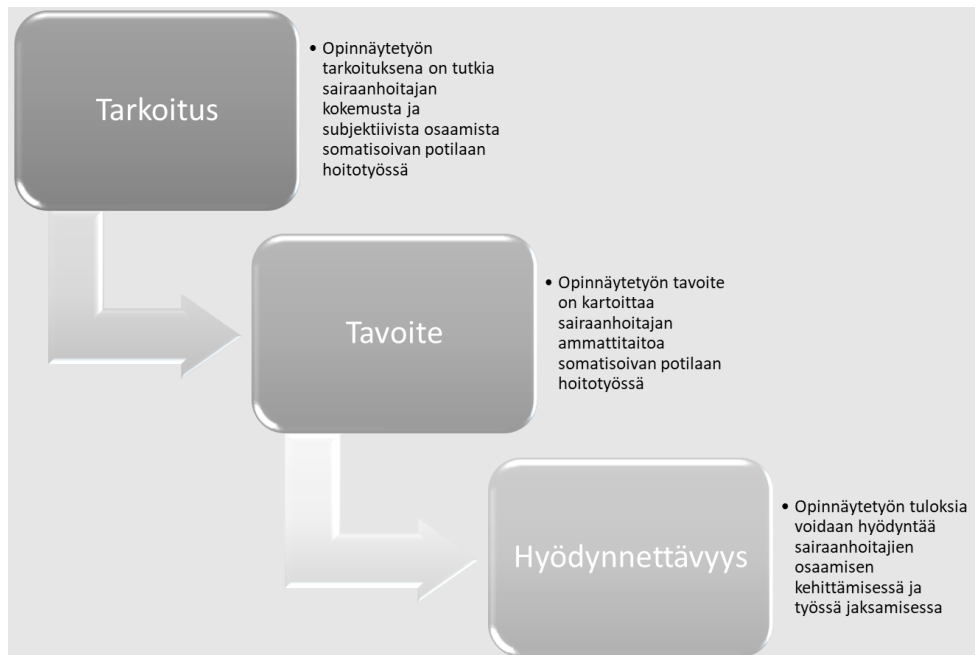
Hoitajalla on oltava ammattieettistä taitoa tuoda esille terveydenhoidollinen näkökanta tukeakseen potilaansa terveyskäyttäytymistä. Hoitotyö edistyy pienin askelin ja toisinaan ei ollenkaan, joten pienten muutosten arvostus ja näiden esille tuominen potilaalle tukee rakentavaa hoitosuhdetta. Hoitotyö on potilaslähtöistä ja tavoitteena on löytää potilasta vahvistavat ja tukevat hoitomenetelmät, esimerkiksi rentoutuskeinot tai liikuntamuodot. Terveyden edistämisen ohjauksessa huomioidaan esimerkiksi terveellinen ruokavalio, fyysisen aktiivisuuden ja levon oikea suhde sekä unen riittävyyden arviointi. (Pulkkinen & Vesanen, 2017; Kneisl & Trigoboff, 2014, s. 410)

Potilaan ohjauksessa tulee huomioida stressin ja fyysisten oireiden yhteys potilaan vointiin, ja opettaa potilaalle tämän yhteyden tarkkailua. Potilaalle kerrotaan hälyttävät oireet, joista tulee olla yhteydessä hoitavaan tahoon. Hoidossa tulee huomioida myös potilaan omaiset tai läheiset, erityisesti jos heillä arvellaan olevan osuutta potilaan oireiluun tai jos potilaan sairaus kuormittaa huomattavasti perhettä. Hoidon tarpeen arviointi sekä hoitoonohjaus ovat osana hoitosuhdetyöskentelyä, moniammatillisuus sekä katkeamaton hoitoketju tukevat potilaan kuntoutumista. Potilaalle tulee perustella jatkohoidon merkitys hoidon kannalta. (Pulkkinen & Vesanen, 2017; Kneisl & Trigoboff, 2014, s. 410)

8 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia perusterveydenhuollossa työskentelevien sairaanhoitajien kokemuksia somatisoivan potilaan hoitotyöstä ja heidän subjektiivista osaamistaan. Opinnäytetyön tavoitteena on kartoittaa, millaiseksi perusterveydenhuollossa työskentelevät sairaanhoitajat kokevat osaamisensa somatisoivan potilaan hoidossa. Opinnäytetyön tuloksia voi hyödyntää esimerkiksi perusterveydenhuollon henkilökunnan koulutusten suunnittelussa. Kuva 2 kuvaa opinnäytetyön tarkoitusta, tavoitetta ja hyödynnettävyyttä. Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat ”Millaisia osa-alueita somatisoivan potilaan kohtaamiseen liittyy?” ja ”Onko sairaanhoitajilla tarvetta lisäkoulutukselle tai työnohjaukselle somatisoivan potilaan kohtaamisessa?”.

Kuva 2. Tarkoitus, tavoite ja hyödynnettävyys



9 Opinnäytetyön toteutus

Opinnäytetyön aihe syntyi tekijöiden mielenkiinnosta kartoittaa sairaanhoitajien kokemusta sekä ammattiosaamista somatisoivan potilaan kohtaamisesta perusterveydenhuollossa. Tutkimuksellinen opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisista eli laadullisista lähtökohdista, koska haluttiin tuoda sairaanhoitajien subjektiivinen näkökulma esille.

9.1 Opinnäytetyön prosessi

Opinnäytetyöprosessi alkoi keväällä 2020 etsimällä sopivaa aihetta opinnäytetyölle. Aiheen löytymisen jälkeen samana keväänä suunniteltiin opinnäytetyön ääriviivoja luomalla alustava teoriapohja työlle. Tutkimuksellinen opinnäytetyö toteutettiin laadullisella tutkimusotteella. Tutkimusmenetelmä valikoitui nopeasti prosessin alkuvaiheessa, kun opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja alustava tutkimuskysymys saatiin määriteltyä. Opinnäytetyösuunnitelma esitettiin syksyllä 2020.

Toteutusvaiheessa aineistoa kerättiin verkkokyselyn avulla. Verkkokysely avattiin joulukuussa 2020 ja suljettiin kahden viikon jälkeen kyselyn saavuttaessa riittävän vastausmäärän. Tätä vaihetta seurasi aineiston analyysi, analysointiin varattiin runsaasti

aikaa ja se kesti joulukuusta 2020 maaliskuulle 2021. Väliseminaari pidettiin maaliskuussa 2021. Väliseminaariin tutkimustuloksia oli esimerkein auki kirjoitettuna muutama, ja näiden tulkinta jatkui väliseminaarin jälkeen.

Viimeistelyvaiheessa opinnäytetyön rakennetta ja ulkoasua muokattiin saadun ohjauksen mukaisesti ennen tarkistukseen lähettämistä. Loppuseminaarin ajankohdaksi valikoitui huhtikuu 2021 ja se toteutettiin esittelemällä työ Hämeen ammattikorkeakoulun toisen vuoden sairaanhoitajaopiskelijoille.

9.2 Kvalitatiivinen tutkimus

Opinnäytetyö toteutettiin laadullista eli kvalitatiivista menetelmää käyttäen. Laadullinen tutkimus kuvaa rajallisen tutkimusjoukon näkemyksiä käsiteltävästä aiheesta, ja sen perusteella tarkoituksena on saada tietoa tutkittavasta ilmiöstä yksilön (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2013, ss. 66–67; Kylmä & Juvakka, 2014, s. 26), tässä tutkimuksessa sairaanhoitajien, näkökulmasta. Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on kerätä kokonaisvaltaista tietoa tutkittavasta aiheesta (Hirsimäki ym., 2013, s. 160)

Laadullinen tutkimusmenetelmä valikoitui työväliseksi, koska tutkittavasta aiheesta ei ole sairaanhoitajien näkökulmasta juuri aiempaa tutkimusta. Laadullisessa tutkimuksen toteutuksessa suositaan avoimia menetelmiä, joissa vastaajan näkökulma pääsee laajasti esille. Avoimia menetelmiä ovat esimerkiksi erilaiset haastattelun muodot, kuten yksilö- tai ryhmähaastattelut. (Kylmä & Juvakka, 2014, ss. 27, 78)

9.3 Tiedonhaku

Opinnäytetyössä päädyttiin käsittelemään aikuisten somatisointia ja sairauksia, joissa keskeisenä oireena on somatisointi. Käsiteltävät sairaudet täsmentyivät aineiston keräämisen ja sisällön analyysin myötä ja tiedonhakua kohdistettiin näiden vaiheiden jälkeen.

Lähteiden perustana käytettiin kotimaista ammatti- ja tieteellistä kirjallisuutta. Tiedonhakua tehdessä tutustuttiin myös erilaisiin tietokantoihin, kuten PubMed, Medic, Cinahl ja Joanna

Briggs Institute. Kartoitusta tehtiin myös Google Scholarin avulla. Hakusanoina käytettiin somatization/somatisation, usein yhdistettynä hakusanaan nursing, sekä erilaisia oppinäytetyössä esiteltyjä aihepiirejä hakuja tarkentamassa. Tietokantahauissa rajattiin materiaalien julkaisuajankohta vuosiin 2011–2021, valittiin vertaisarvioidut lähteet ja kokoteksti-valinta. Lähdemateriaalia etsittiin englannin ja suomen kielellä. Lähdemateriaalin sopivuutta arvioitiin sen siirrettävyydellä suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmään. Lähteiden valintaa suoritettiin sen perusteella, miten hyvin ne vastasivat tutkimuskysymyksiin. Konkreettisesti tämä tapahtui tutustumalla lähteen otsikointiin ja tiivistelmään ja tekemällä valinta sen perusteella. Liian tarkka rajaus, esimerkiksi kohderyhmään tai lääketieteelliseen sairauteen päädyttiin jättämään pois.

Aineiston luotettavuutta arvioitiin esimerkiksi materiaalin siirrettävyydellä omaan tutkimukseemme nähden. Kirjoittajien taustojen ja käyttämien lähteiden perusteella arvioitiin lähdeaineiston luotettavuutta. Tämän arvioinnin tuloksena päädyttiin pitämään lähteitä luotettavina.

9.4 Kysely aineistonkeruumenetelmänä

Oppinäytetyön aineistonkeruumenetelmänä käytettiin internet-pohjaista kyselyhaastattelua. Haastattelun kysymykset koostuivat pääosin avoimista kysymyksistä. Kysely toteutettiin Webropol-kyselynä joulukuussa 2020. Ennen kyselyn avaamista se koevastattiin ulkopuolisen testaajan toimesta. Näin varmistuttiin, että kysymykset olivat ymmärrettäviä ja lomakkeen tekninen toiminta sujuvaa.

Kyselyn tuloksena saatiin kattava aineisto analysoitavaksi. Kyselyn tuottaman aineiston riittävyttä arvioitiin aineiston saturoitumisella. Saturoituminen tarkoittaa, että vastaukset alkavat toistua, ja niiden pohjalta on mahdollista muodostaa tutkittavasta aiheesta teoreettista pohjaa (Sarajärvi & Tuomi, 2018, s. 99).

9.5 Induktiivinen aineistoanalyysi

Induktiivisen analyysin tarkoituksena on luoda käsiteltävästä aiheesta teoreettinen pohja. Analyysi perustuu kerättyyn aineistoon, ja sitä ohjaa tutkimuskysymys. Analyysin vaiheisiin

kuuluu aineiston pelkistäminen, ryhmittely sekä ala- ja yläkategorioiden muodostaminen. Ala- ja yläkategoriat muodostetaan induktiivisen päättelyn keinoin. Ala- ja yläkategorioiden avulla määritellään pääkategoria, joka vastaa puolestaan tutkimuskysymyksiin. Aineiston induktiivisella analyysillä saadaan käsiteltävästä aiheesta laaja, mutta ytimekäs otanta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2013, ss. 166–167; Kylmä & Juvakka, 2014, ss. 112–113, 116–117) Induktiivisessa sisällön analyysissä sen tulokset voivat muokata teoreettista viitekehystä (Kylmä & Juvakka, 2014, s. 112).

Sisällön analyysi alkoi tutustumalla kyselyn avulla kerättyyn aineistoon. Sairaanhoidajien antamia vastauksia kutsutaan alkuperäisilmauksiksi. Alkuperäisilmaukset pelkistettiin ja jaettiin merkityksien perusteella pienempiin osiin. Aineiston pelkistämisen jälkeen materiaalista poimittiin yhteneviä ilmiöitä tai tekijöitä, ja näistä ilmauksista muodostettiin ryhmiä induktiivisen päättelyn keinoin. Toisiinsa liittyvistä pelkistetyistä ilmauksista muodostettiin alaluokkia ja näiden muodostamisen jälkeen edettiin yläluokkien kokoamiseen. Konkreettisesti työskentely ja ryhmittely toteutettiin aluksi tulostamalla aineisto ja yhdistelemällä ryhmiä. Esityön jälkeen analyysin työstämistä jatkettiin Excel-ohjelmassa. Aineisto myös värikoodattiin, jotta aineistoon olisi mahdollisuus palata myöhemmin, ja löytää alkuperäinen ilmaus niin halutessaan.

Analyysin aiempiin vaiheisiin palattiin myös analyysin edetessä oikeiden johtopäätösten varmistamiseksi. Tähän vaiheeseen analyysissä käytettiin eniten aikaa, jotta aineisto ohjaisi päättelyä ja tulkintaa ja johtopäätösten tekeminen olisi mahdollisimman vähän tutkijalähtöistä. Sisällönanalyysissä pidettiin tärkeänä, että molemmat tutkijat olivat samaa mieltä tehdyistä johtopäätöksistä ja tämän vuoksi analyysia tehtiin parityöskentelynä.

10 Opinnäytetyön tulokset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia sairaanhoidajien kokemusta ja subjektiivista osaamista somatisoivan potilaan hoitotyöstä. Kyselyn avulla etsimme vastauksia tutkimuskysymyksiin ”Millaisia osa-alueita somatisoivan potilaan kohtaamiseen liittyy?” sekä ”Onko sairaanhoidajilla tarvetta lisäkoulutukselle tai työnohjaukselle somatisoivan potilaan kohtaamisessa?”.

Tutkimuskysymykseen etsittiin vastausta yhdeksän aineistosta kerätyn osa-alueen eli yläluokan avulla. Nämä yläluokat nimettiin: sairaanhoitajien mielikuvat somatisaatiosta, somatisaation määrittely, somatisaation tunnistamisen työkalut, somatisaation puheeksiotto potilaan kanssa, somatisoivan potilaan ohjaus terveyden edistämisen näkökulmasta, somatisoivan potilaan hoitosuunnitelma, somatisoivan potilaan hoitoisuus, somatisoivan potilaan hoitovastuu ja työnohjauksen ja lisäkoulutuksen tarve somatisoivan potilaan hoidossa. Näiden osa-alueiden avulla arvioimme sairaanhoitajien kokemaa osaamista. Tutkimuksen sisällönanalyysejä kuvaavat analyysikaaviot (Taulukko 1, Taulukko 2).

Taulukko 1. Somatisoivan potilaan kohtaaminen.

Pääluokka	Yläluokka	Alaluokka
Somatisoivan potilaan kohtaaminen	Mielikuvat somatisoivasta potilaasta	Haastava hoitoisuus Somatisaatiolla vähätellään potilaan oireita Somaattisen sairauden poissulkeminen Oireet potilaalle todellisia Hoitotyön tarjoama hoito ei vastaa tarvetta Runsas tai toistuva terveyspalveluiden käyttö Korostunut huoli omasta terveydestä Oireille ei löydy somaattista syytä Psyykkiset tekijät oireiden taustalla
	Somatisaation määrittely	Psyykkiset tekijät oireiden taustalla Oireille ei löydy patologista selitystä Oireiden vaihtelevuus tai epämääräisyys Potilaan usko somaattiseen sairauteen Oireita ei pysty nyky lääketieteen avulla selvittämään
	Somatisaation tunnistamisen työkalut	Työkalut ovat vähäisiä tai niitä ei ole Hoitajan ammatillinen osaaminen ja ominaisuudet Potilaan esitietojen kerääminen Hoitosuhdetyöskentely Yhteistyö eri ammattiryhmien kanssa Vitaalit ja eri mittarit Sairaanhoitaja ei voi tunnistaa somatisaatiota
	Somatisaation puheeksiotto potilaan kanssa	Hoitajan ymmärrys potilaan oireita kohtaan Avoin ja tutkimustuloksiin pohjaava keskustelu Somatisaation puheeksiotto oireiden seurannan kautta Lääkäri ottaa somatisaation puheeksi Hienovaraisesti tunnereaktiot huomioiden Puheeksi otossa ei korosteta somatisaatiota terminä Somatisaatiota ei oteta puheeksi potilaan kanssa tai puheeksiotto koetaan vaikeaksi
	Somatisoivan potilaan ohjaus terveyden edistämisen näkökulmasta	Ohjaus potilaslähtöistä Omahoidon ohjaaminen Keskustelu ja havainnointi Potilaan ohjaus myönteisen kautta Potilaan ohjaaminen jatkohoitoon Elintapaohjaus
	Somatisoivan potilaan hoitosuunnitelma	Potilaan oireiden seuranta Hoitojakson tavoitteet Jatkohoidon varmistaminen Potilaslähtöisyys Moniammatillisuuden toteutuminen
	Somatisoivan potilaan hoitoisuus	Haasteellinen Terveyspalveluiden resursseja kuormittava Hoitohenkilökunnan ennakoajatukset voivat vaikuttaa kokemukseen potilaan hoitaisuudesta Potilaiden hoitoisuus yksilöllinen Hoitajan vähäinen tai puuttuva kokemus Hoitajan myönteiset kokemukset somatisoivan potilaan hoidosta
	Somatisoivan potilaan hoitovastuu	Perusterveydenhuollon yleislääketieteen alalle Perusterveydenhuollon mielenterveyspalveluiden alalle Erikoissairaanhoidon somatiikan alalle Erikoissairaanhoidon psykiatrian alalle
	Työnohjauksen tai lisäkoulutuksen tarve somatisoivan potilaan hoidossa	Työnohjaus tarpeellinen Lisäkoulutus tarpeellinen Ei tarvetta tai toivetta lisäkoulutukselle. Somatisaatiota toivotaan käsiteltäväksi jo opiskeluiden aikana

Alaluokkien muodostamisen jälkeen niille etsitään kokoava yläluokka (Kankkunen & Vehviläinen & Julkunen, 2013, s. 169). Tässä opinnäytetyössä yläluokat on muodostettu haastattelukysymyksiä aihepiireistä yhdistelemällä ja päättelemällä. Analyysin lopullisessa vaiheessa alaluokkia oli 53 ja yläluokkia 9. Ala- ja yläluokat kuvaavat somatisoivan potilaan kohtaamisen osa-alueita, joista muodostui analyysin pääluokka (Taulukko 1). Näiden osa-alueiden katsotaan kuvaavan opinnäytetyön tutkimuskysymyksiä, joilla haluttiin selvittää somatisoivan potilaan kohtaamisen osa-alueita sekä sairaanhoitajien lisäkoulutuksen tai työnohjauksen tarvetta. Analyysin etenemistä kuvaa Taulukko 2, jossa esimerkiksi on nostettu yksi analyysin alaluokista sekä siihen johtaneet pelkistetyt ilmaukset. Taulukossa kuvataan myös sairaanhoitajien antamat vastaukset eli alkuperäisilmaukset.

Taulukko 2. Esimerkki analyysin etenemisestä yläluokassa "Sairaanhoitajan työkalut somatisaation tunnistamiseksi"

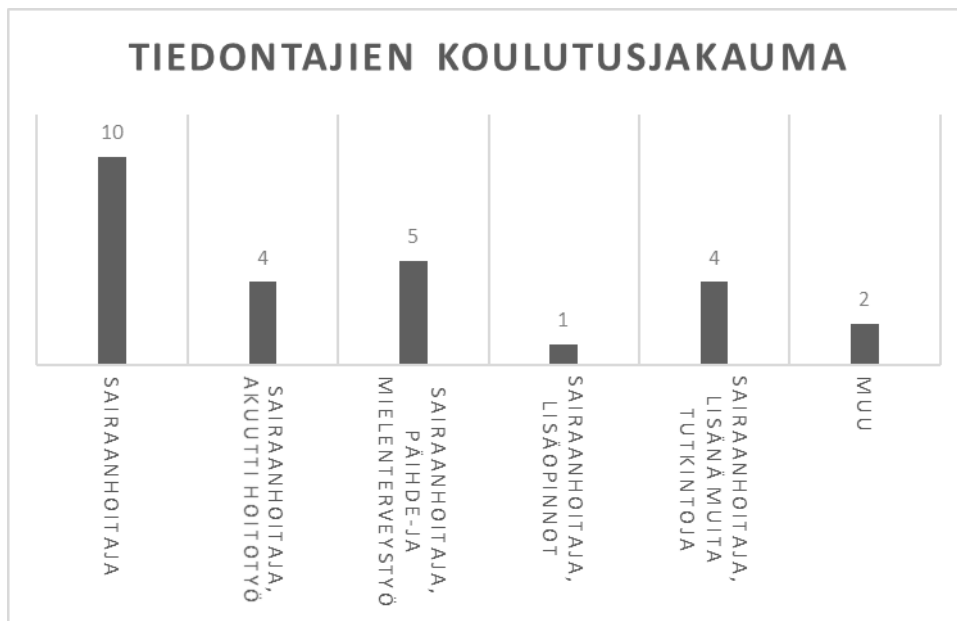
Esimerkki alaluokasta	Esimerkki pelkistetyistä ilmauksesta	Esimerkki alkuperäisilmauksesta
Somatisaation tunnistamisen työkaluja	Vitaalien seuranta	"Vitaalien seuranta, tutkimukset ja ennen kaikkea potilaan haastattelu ja kokonaistilanteen selvitys, että mitä kaikkea sielä taustalla on. "
	Tutkimukset	"Eipä oikein muuta kuin omat hoksottimet ja vitaalimittaukset."
	Tarkat tutkimukset mahdollisen sairauden poissulkemiseksi.	"--Sen (somatisaation) tunnistaminen potilaan haastattelua ja tarkkoja tutkimuksia. "
	Kyselylomakkeet, kuten BDI (Beckin depressioasteikko) tai BAI (Beckin ahdistuskyselylomake)	"Mittaristoja, kuten BDI, BAI. Jälkimmäisessä on paljon kuvattu ahdistuksen aiheuttamia somaattisia oireita. "
	Fysiologiset tutkimukset ja havainnot	"Lähinnä työkokemus, kokenempien hoitajien ja lääkärin ja psyk. hoitajan kanssa asian pohtiminen, fysiologiset tutkimukset ja havainnot. Potilaan haastattelu ja aiempien oireiden selvittäminen. "
	Palpaatio	
	Eri mittarit	
News-pisteiden laskeminen	"Kuuntelu, palpaatio, eri mittarit, news- pisteytys"	

10.1 Kyselyyn vastanneiden taustatiedot

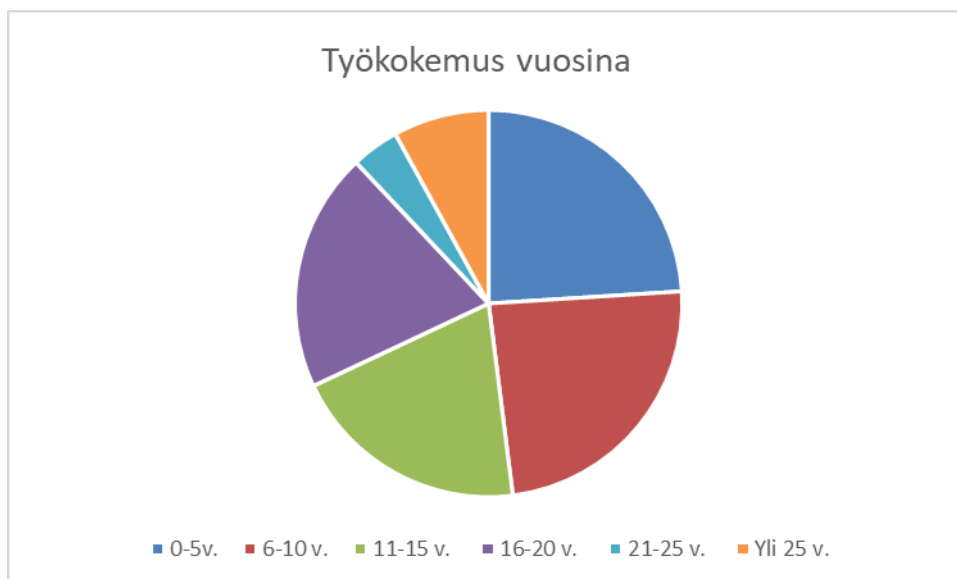
Kysely kohdistettiin perusterveydenhuollon sairaanhoitajille. Tutkimuksessa haluttiin kartoittaa sellaisten sairaanhoitajien koettua osaamista, jotka kohtaavat työssään somatisoivia potilaita. Toisaalta ristiriita muodostuu juuri hoitoympäristöstä – somaattisessa terveydenhuollossa hoidetaan tavallisesti potilaita, joilla on somaattinen sairaus oireilunsa takana. Tämä luo avoimista kysymyksistä koostetulle kyselylle näkökulman tutkimukseen.

Kyselyssä oli yhteensä 14 kysymystä. Kyselyn kaksi ensimmäistä kysymystä olivat kvantitatiivisia ja näiden kysymysten tarkoituksena oli kartoittaa tiedonantajien koulutusta sekä työvuosia (Kuva 3, Kuva 4). Suurin osa vastaajista oli koulutukseltaan sairaanhoitaja ilman erikoistumis- tai lisäkoulutusta. Vastaajien työkokemusta mitatessa vastaukset jakautuivat tasaisesti. Enintään viisi vuotta ja kuudesta kymmeneen vuotta työskennelleet sairaanhoitajat muodostivat vastausten perusteella enemmistön. Kyselyn painotus oli avoimissa kysymyksissä, joita oli myös määrällisesti eniten, 11 kappaletta. Yksi kysymyksistä oli monivalintakysymys, jossa sai valita useamman vaihtoehdon ja tehty valinta piti perustella omin sanoin. Kyselyyn vastasi 26 sairaanhoitajaa. Jokaisen vastaajan tuli vastata taustatietokysymyksiin, muihin kysymyksiin vastaaminen oli vapaaehtoista. Tästä huolimatta vastauksia saatiin jokaiseen kysymykseen riittävästi. Verkkokyselyyn vastanneista ei kerätty muuta henkilökohtaista tietoa koulutustiedon ja työkokemuksen lisäksi.

Kuva 3. Tiedonantajien koulutusjakauma.



Kuva 4. Tiedonantajien työkokemus vuosissa.



10.2 Mielikuvat somatisoivasta potilaasta

Kyselyn kolmannen ja neljännen kysymyksen avulla haluttiin selvittää, kuinka sairaanhoitajat tunnistavat mahdollista somatisaatiota työssään, ja millaisia ajatuksia he liittävät somatisaatioon. Osa vastaajista lähestyi kysymystä somatisaation liittyvistä mielikuvista

somatisaation määritelmän kautta. Vastauksissa tuotiin ilmi somatisaatiota sekä psyykkisen alkuperän kautta että potilaana, jonka oireille ei löydy lääketieteellistä syytä.

Somatisoivan potilaan kerrottiin olevan huolissaan omasta terveydestään. Tähän liitettiin esimerkiksi korostunut terveyden itsetarkastelu tai -lääkitys. Tietyt potilaan ominaisuudet tai käytös herättivät tiedonantajille ajatuksen somatisaation mahdollisuudesta. Somatisoivien potilaiden uskottiin esimerkiksi haluavan huomiota oireillaan. Potilaan tyytymättömyys perusterveydenhuoltoon oli yksi tekijä, joka yhdistettiin myös somatisointiin. Potilaiden ominaisuuksiin liitettiin usko somaattisen sairauden olemassaolosta, ja toisaalta potilaan mainittiin itse tiedostavan oman somatisaationsa.

Sairaanhoitajan näkökulmasta nostettiin esiin potilaan kohtaamisen merkitys terveydenhuollon kontekstissa. Vastauksissa korostettiin potilaan kokemusten todellisuutta. Sairaanhoitajat pohtivat vastauksissaan myös syytä somaattiselle oireilulle. Vastauksissa somatisaatiota selitettiin psyykkisten tekijöiden kautta. Sairaanhoitajat etsivät potilaan historiasta psyykkistä taustaa tai mahdollista psyykkistä rasisitusta oireilun taustalla. Psykososiaalisia tekijöitä oireilun taustalla etsittiin potilaan taustatiedoista.

-- Mm. Yksinäisyys ja turvattomuus, jotka usein taustalla. Myös huono itsetuntemus ja tieteellisen tiedon puute lisäävät riskiä somatisointiin.

Sairaanhoitajat eivät halunneet unohtaa somaattisen sairauden mahdollisuutta potilasta hoitaessaan. Pidettiin tärkeänä, että potilaille tehdään riittävät tutkimukset somaattisen sairauden pois sulkemiseksi ja tarvittaessa lähete jatkotutkimuksiin potilaan oirekuva huomioiden.

Monessa vastauksessa somatisoivien potilaiden hoito miellettiin haastavaksi erilaisista syistä. Kokemus potilaan haastavuudesta perustui esimerkiksi ajatukselle somatisaation tunnistamisen vaikeudesta tai sille, että potilaita pidettiin kuormittavina. Toisinaan potilaan hoitaminen herätti negatiivisia tunteita hoitajassa. Vastauksissa nousi esiin myös ennakkoluuloja. Osassa vastauksista sairaanhoitaja tiedosti omia asenteitaan, osassa taas pohdittiin ennakkoluulojen vaikutusta potilaan hoitoon. Osa sairaanhoitajista koki, että somatisaatio terminä vähättelee potilasta. Se aiheutti sairaanhoitajalla kielteisiä tunteita tai ajatuksen, ettei somatisaatio ole todellinen lääketieteellinen tila.

Sairaanhoitajat toivat esiin hoidon tarpeen epäsuhdan tarjottuun hoitoon nähden. Hoitajien mielestä riittämätön hoito ilmeni runsaina, toistuvina tai epätarkoituksen mukaisina terveyspalveluiden käyttöinä. Myös potilaan hoitohistoria tai sairastavuus saattoi herättää ajatuksen potilaan somatisaatiosta.

-- (Potilaat) Tulevat osastolle syystä x, kotiutetaan parin päivän sisällä ja tulevat sitten viikon päästä uudestaan syystä y ja taas kotiutetaan hetken päästä jne. Näiden yhä uudestaan ja uudestaan kotiutettavien karusellipotilaiden hoitaminen on pitkän päälle turhauttavaa, koska heitä ei hoideta kokonaan, vaan hoidetaan aina se seuraus, ei syytä.

10.3 Somatisaation määrittely

Kyselyssä haluttiin selvittää, kuinka sairaanhoitajat määrittelevät somatisaation. Tämän kysymyksen tarkoituksena oli saada tietoa, millainen tietopohja hoitajilla tutkittavasta aiheesta. Valtaosa kyselyyn vastanneista sairaanhoitajista piti somatisaatiota psyykkisestä syystä johtuvana somaattisena oireiluna. Psykososiaalisia tekijöitä, kuten kuormittavaa elämäntilannetta, pidettiin altistavina tekijöinä somatisoinnille.

Oire, tunne, hätä sanoitetaan fyysiseksi tuntemukseksi, kivuksi tai epämääräiseksi oloksi.

Osa sairaanhoitajista lähestyi somatisaation määritelmää potilaan kokemien oireiden kautta. Vastauksissa mainittiin potilaan oireiden vaihtelevan tai olevan epämääräisiä, kun kyse on somatisoinnista. Sairaanhoitajat toivat vastauksissaan esiin, että potilas uskoo vahvasti somaattiseen sairauteen oireilun takana. Käsitettä lähestyttiin myös oireilun patologisen syyn puuttumisen näkökulmasta. Potilasta on näissä tilanteissa tutkittu terveydenhuollossa, jolloin oireiden fyysinen syy on tutkimuksista huolimatta jäänyt selviämättä.

Potilaan oireille ei löydy selittävää syytä, vaivat ei selittyvät lääketieteellisellä menetelmällä tai sairaudella.

Sairaanhoitajista vähemmistö kritisoi tai suhtautui varauksella somatisaation käsitteeseen. Osa sairaanhoitajista toi ilmi epäluuloa somatisaation käsitettä kohtaan. Todettiin myös, että kaikkia sairauksia ei nyky lääketieteen avulla pystytä vielä diagnosoimaan.

10.4 Somatisaation tunnistamisen työkalut

Sairaanhoitajat kokivat, että somatisaation tunnistamisen työkalut ovat vähäisiä tai niitä ei ole ollenkaan. Muutamissa vastauksissa tuotiin myös julki, ettei sairaanhoitaja voi tunnistaa somatisaatiota. Todettiin, että somatisaation tunnistaminen vaatii tarkkoja tutkimuksia ja haastatteluja.

Sairaanhoitajat toivat vastauksissaan esille hoitajan ominaisuuksia, jotka sairaanhoitajien mukaan helpottavat somatisaation tunnistamista. Näitä olivat mm. tunneälykyys, sosiaalinen omatunto, vahva, empaattinen ja arvostava työote, sekä "tuntosarvet". Pidettiin tärkeänä, ettei hoitaja ei aliarvioi potilaan kokemuksia, haluaa aidosti kohdata ja kuunnella potilasta, omaa hyvät vuorovaikutustaidot ja luo rauhallisen ilmapiirin kohtaamisissaan potilaan kanssa. Mainittiin myös hoitajan ammatillinen kokemus somatisaation tunnistamisen työkaluna.

-- Vahva, empaattinen ja arvostava työote suhteessa potilaaseen on usein paras keino päästä somatisaation jäljille.

Sairaanhoitajat pitivät potilaan huolellista haastattelua ja taustaan tutustumista tärkeänä. Esitietojen perusteella tiedonantajat etsivät tietoa esimerkiksi potilaan aiemmasta hoitohistoriasta ja terveystietojen käytöstä.

Potilaan somaattisen statuksen selvittäminen, potilaan haastattelu asiasta ja psyykkisen voimien arviointi. Selvittää potilaan taustatiedot, onko viitteitä jostakin somaattisesta ongelmasta, käyttääkö potilas paljon terveydenhuollon palveluita mukaan lukien yksityinen puoli jonkin ongelman selvittämiseen.

Sairaanhoitajat nostivat vastauksissaan esille hoitosuhteen potilaan kanssa olennaiseksi tunnistamisen välineeksi. Vuorovaikutuksen ajateltiin somatisaation olevan keskeinen menetelmä somatisaation tunnistamiseksi. Vastauksissa sairaanhoitajat korostivat eri

ammattiryhmien yhteistyötä. Useat sairaanhoitajat pitivät moniammatillista yhteistyötä tärkeänä.

Sairaanhoitajat nimesivät tunnistamisen työvälineiksi kyselyssä mm. palpaation, news-pisteiden laskemisen, elintoimintojen mittauksen, seurannan ja havainnoinnin.

Kyselylomakkeiden ja erilaisten mittarien, kuten Beckin ahdistuslomakekyselyn, käyttö mainittiin vastauksissa. Jatkotutkimukset somaattisen sairauden poissulkemiseksi auttavat sairaanhoitajien mukaan somatisaation tunnistamisessa.

10.5 Somatisaation puheeksiotto potilaan kanssa

Potilastyöskentelytaitojen kartoittamiseen kysymykseksi valikoitui somatisaation puheeksiotto potilaan kanssa. Sairaanhoitajat kokivat somatisaation puheeksioton vaikeana, koska vastassa oli usein potilaan vahvat tunnereaktiot. Aihetta lähestyttiin hienovaraisesti, potilaan tunnereaktiot huomioiden sekä ymmärryksellä potilaan kokemia oireita kohtaan. Puheeksiotto koettiin jopa niin vaikeana, että se jätettiin toteuttamatta kokonaan tai jätettiin pelkästään lääkärin tehtäväksi.

Asia on vaikea tuoda esille, potilaan kanssa pitää olla hyvin hienovarainen.

Potilaan realiteettien vahvistaminen koettiin tärkeänä osana puheeksiottoa.

Tutkimustuloksiin pohjaava avoin keskustelu potilaan kanssa nähtiin hoitosuhdetta vahvistavana tekijänä, jolloin somatisaation puheeksiotto tapahtui oireiden seurannan kautta. Tällöin potilaalle vahvistui ajatus siitä, että hänen oireensa otetaan todesta, saa asiallista hoitoa eikä jätetä hoitamatta.

Suoraan keskustelen asiasta potilaan kanssa. Usein ensin korostamalla sitä, että potilas on itsensä paras asiantuntija. Realiteetit ja faktat tehdyistä tutkimuksista käydään yhdessä potilaan kanssa läpi ja poissuljetaan siten mahdollisia vaivoja/sairauksia. Yhdessä sovitaan pot. kanssa, että pidetään seurantalinja, jossa potilaalla velvollisuus raportoida muutoksista dokumentoinnin vuoksi ja hoitajalla velvollisuus kuunnella.

10.6 Somatisoivan potilaan ohjaus terveyden edistämisen näkökulmasta

Terveyttä edistävä ohjaus on merkittävä osa sairaanhoitajan työnkuvaan. Tässä osa-alueessa kartoitettiin sairaanhoitajien keinoja ohjata potilasta terveyttä edistävällä tavalla.

Sairaanhoitajat korostivat ohjaustilanteissa potilaslähtöistä ohjausta keskittyen potilaan omiin voimavaroihin. Useammassa vastauksessa lähestyttiin ohjaamista potilaan lähtökohdista käsin ja yhdessä hänen kanssaan.

Ohjaan kertomaan avoimesti tuntemuksistaan, painotan muutenkin sitä, että on avoin ja rehellinen. Painotan asiakkaalle, että aina voi olla yhteydessä, ja kysyä asioista, jotka mietityttää. Monesti somatisointi vähenee jo tiedolla, että tietää mihin on tarv. yhteydessä. Ohjaan myös omaseurantaa, mm. tekniikoita, miten voi tutkia ja tiedustella toimiiko keho normaalisti.

Sairaanhoitajat mainitsivat omahoidon ohjaamisen potilaalle. Potilaan omahoidon ohjauksessa koettiin tärkeänä vahvistaa terveystietoa sekä ohjata potilasta oireiden omaseurannassa kokonaisvaltaisen voinnin huomioimisena. Omahoidon ohjaamisen keinoiksi nimettiin mm. potilaan elämän positiivisten asioiden etsiminen ja niiden vahvistaminen sekä lääkkeettömät oireiden ja kivun hallintamenetelmät.

Pääasialliseksi potilasohjauksen keinoksi nostettiin keskustelu potilaan kanssa. Myös ympäristön havainnointi potilaalle, potilaan havainnointi ja kannustaminen näkyi kerätyssä aineistossa. Sairaanhoitajat kokivat, että onnistunut potilaan ohjaus tapahtui positiivisista lähtökohdista. Myönteisen kautta tapahtuva potilasohjaus koettiin luottamuksellista hoitosuhdetta rakentavana, kun ohjaus tapahtuu keskustellen avoimesti sekä kannustaen potilasta. Myönteinen ohjaustyyli koettiin rakentavaksi myös välittäessä potilaalle terveystietoa. Elintapaohjaus terveyttä tukevana tekijänä koettiin tärkeänä jokaisen potilaan kohdalla, tässäkin potilasta kuunnellen ja tämän kokonaisvointi huomioiden.

Moralisoida ei saa eikä olla terveysterroristi.

Potilaiden hoidossa nostettiin esiin myös hoitajakson tai tapaamisen jälkeinen hoito. Sairaanhoitajat kiinnittivät huomiota potilaan hoidon jatkuvuuteen selvittämällä potilaan

tulevat kontrollikäynnit tai muun jatkohoidon. Tämä tapahtui esimerkiksi potilasohjauksen keinoin. Sairaanhoitajat ehdottivat erityisesti psykiatrisen sairaanhoitajan käyntejä potilaalle.

10.7 Somatisoivan potilaan hoitosuunnitelma

Tahdoimme myös selvittää, kuinka somatisoivan potilaan hoitosuunnitelma rakentuu osastojaksolla, mitä siinä sairaanhoitajan näkökulmasta tulisi ottaa huomioon. Vastaukset rakentuivat potilaslähtöisyys huomioiden potilaan oireiden seurannan, hoitajakson tavoitteiden ja jatkohoidon varmistamisen ympärille moniammatillisuutta hyödyntäen.

Hoitosuunnitelman potilaslähtöinen laatiminen sekä yhtenäisten hoitolinjojen vetäminen ja niistä sopiminen, niin moniammatillisesti kuin potilaan kanssa, toimivat kulmakivenä hoidon tavoitteelliselle toteutumiselle. Somaattisten oireiden lisäksi oireiden seurannassa huomioitiin myös psyykkisen tilan seuranta ja hoitajakson tavoitteissa oireiden lievittymisen lisäksi psyykkisen tilan helpottuminen. Psykiatrisen sairaanhoitajan osallistuminen hoitoon koettiin tarpeellisena osana kokonaisvaltaista hoitoa.

Kipujen, mielialan ja psyyken seuranta. Potilas kuitenkin käyttää useita terveydenhuollon palveluita, joten yhteneväiset linjat olis hyvä olla.

10.8 Somatisoivan potilaan hoitoisuus

Somatisoivan potilaan hoitoisuutta selvitettiin keräämällä sairaanhoitajan kokemuksia. Haluttiin selvittää, kuinka sairaanhoitajat arvioivat somatisoivan potilaan hoitoisuutta.

Potilaan hoitoisuus koettiin hoitajien kesken eri tavoin. Vastaukset olivat tavallisimmin lyhyitä, mutta näissä tuotiin enemmän esiin käytännön hoitotyötä. Osa sairaanhoitajista koki potilaiden hoitoisuuden yksilölliseksi ja osa kuvasi kokemuksia somatisoivan potilaan hoitotyöstä myönteisiksi. Sairaanhoitajilla oli ennakoajatuksia somatisoivan potilaan hoidosta. Vastauksissa tiedostettiin omia ja muiden sairaanhoitajien ennakkoluuloja tätä potilasryhmää kohtaan. Useampi sairaanhoitajista koki, että käytännön kokemus somatisaatiosta on vähäistä tai puuttuu kokonaan. Nämä vastaukset oli ilmaistu muutamalla sanalla.

Toki jos työpaikalla kaikki jo tuntevat "Lotan" ja tietävät juuri hänet "siksi vaikeaksi potilaaksi", niin silloin saatan ajatella häntä kuormittavaksi.

Somatisaation mainittiin kuormittavan terveyspalvelujen resursseja. Sairaanhoidajat toivat esiin, että somatisaation koettiin olevan yleistä ja potilaiden käyttävän runsaasti terveyspalveluja. Potilaiden koettiin vaativan tutkimuksia ja potilailla oli useampia oireita. Potilaiden kuvailtiin myös jäävän vaille tarvitsemaansa hoitoa.

Somatisoivan potilaan hoitoisuus koettiin haastavaksi. Hoidon koettiin olevan aikaa vievää ja potilaiden vaativan runsaasti tukea. Useampi sairaanhoitaja koki riittämättömyyttä potilaan hoidossa. Tähän liittyi myös epävarmuutta somatisoivan potilaan tunnistamisessa. Sairaanhoidajat toivat vastauksissaan esille potilaan vaikeuden sitoutua hoitoon.

Vievät aikaa, turhauttaa. Mitä sanotkin, kimpoaa takaisin. Vaikea keskustella / saada muutosta näkökulmiin.

10.9 Somatisoivan potilaan hoitovastuu

Osana kyselyä selvitettiin sairaanhoitajien näkökulma somatisoivan potilaan hoitovastuusta oireiden moninaisuuden sekä hoidollisuuden vuoksi. Kysymys oli rajattu kvantitatiiviseen muotoon ja vaati vastauksen lisäksi avoimen perustelun. Vaihtoehtoista sai valita joko yhden tai useamman sopivaksi nähdyn hoitotahon. Sairaanhoidajat linjasivat somatisoivan potilaan hoitovastuuta niin perusterveydenhuoltoon jakautuen joko yleislääketieteen tai mielenterveyspalveluiden alalle kuin erikoissairaanhoidon alalle, joko kokonaan tai patologisen tai psyykkisen sairauden poissulkemiseksi. Tulosten jakautumista havainnollistaa Kuva 5.

Perusterveydenhuollon yleislääketieteen alalle kuuluvuutta perusteltiin somaattisten tutkimusten sekä somaattisen sairauden poissulkemisen vuoksi. Seurannan toteuttaminen yleislääketieteen puolella nähtiin tärkeänä potilaan kokemien oireiden vuoksi. Hoitavaksi tahoksi määriteltiin mielenterveyspalvelut haastavimpien potilaiden psyykkisen tuen tarpeen vuoksi. Moniammatillinen yhteistyö nähtiin myös ratkaisevana tekijänä potilaan onnistuneessa hoidossa. Psykososiaalisten taustatekijöiden selvittäminen oireiden taustalla

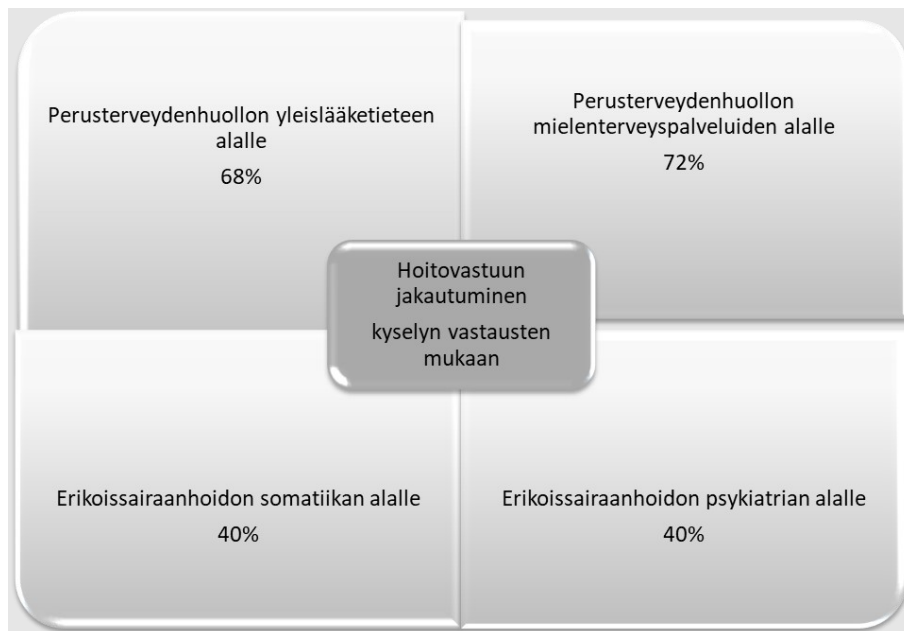
sekä potilaan voimavaralähtöinen ohjaaminen nähtiin tapahtuvaksi mielenterveyspalveluiden puolella.

Potilaasta täytyy tutkia, että vaiva todella on somaattinen, ja joskus vaatii myös seurantakäyntejä. Myös vaivan muuttuessa vaaditaan aina tutkimuksia, että vaiva ei johdu somaattisesta ongelmasta.

Perusterveydenhuollon yleislääketieteen resursseja ei koettu riittäväksi potilaan tutkimuksissa, minkä vuoksi hoitovastuu linjattiin erikoissairaanhoidon somatiikan alalle, jotta potilaalle voidaan tehdä riittävät tutkimukset somaattisen sairauden poissulkemiseksi. Erikoissairaanhoidon psykiatrian alan hoitovastuuksi koettiin vaikeahoitoisimmat potilaat näiden hoidon tarpeen vaatiessa erikoisosaamista psykiatriselta puolelta sekä moniammatillisen hoidon takaamiseksi.

Somaattiset syyt suljettava pois, ja jos yleislääkäri ei pysty tekemään sitä, niin se on tutkittava erikoissairaanhoidonhoidossa.

Kuva 5. Somatisoivan potilaan hoitovastuun jakautuminen kyselyn pohjalta.



10.10 Työnohjauksen ja lisäkoulutuksen tarve somatisoivan potilaan hoidossa

Ajatus mahdollisesta lisäkoulutuksesta tai työnohjauksesta otettiin hyvin vastaan sairaanhoitajien keskuudessa. Sairaanhoitajat kokivat, että hyötyisivät niin työnohjauksesta kuin lisäkoulutuksestakin. Moni sairaanhoitajista koki joko oman tai kollegoiden osaamisen riittämättömäksi. Vastauksista kävi ilmi, että sairaanhoitajat kaipasivat koulutusta erityisesti potilaan kohtaamiseen ja somatisaation tunnistamiseen ja hoitotyöhön. Työnohjaus koettiin tarpeelliseksi ja sairaanhoitajat näkivät työnohjauksen mahdollisuutena kehittyä ammatillisesti. Perusterveydenhuollon potilastyön haasteisiin toivottiin myös mielenterveysalan osaamista ja mahdollista koulutusta.

--Meillä ei ole terveyskeskuksessa mitään työnohjausta, joten se olisi enemmän kuin tervetullutta.

Lisäkoulutus olisi tarpeen, monet ei tiedä mitä ko. konteksti sisältää. Lisää näkemyksiä siihen, kuinka kohdata potilas ja tukea häntä.

Yksittäisissä vastauksissa todettiin myös, ettei koe koulutusta tarpeelliseksi. Eräs sairaanhoitaja toivoi, että somatisaatiosta puhuttaisiin jo ammattiin opiskellessa.

11 Pohdinta

Vastauksien perusteella somatisointi on aihe, joka herättää monia erilaisia tunteita. Opinnäyteyössä haluttiin korostaa somatisoinnin olevan potilaalle todellista ja potilaan kohtaamisen merkittävyyttä. Aiheen käsittelemisellä sekä tietoisuuden lisäämisellä on myös tarkoituksena vähentää somatisoivan potilaan stigmaa, ja saada sairaudelle neutraali sävy. Aihe on tärkeä ja vaikutti siihen, miksi valitsimme tämän opinnäytetyömme aiheeksi.

Opinnäytetyö on ollut suuri ammatillisen kasvun paikka molemmille tekijöille. Työssä molemmilla tutkijoilla työosuus ja -vastuu ovat jakautuneet tasaisesti. Opinnäytetyön eri vaiheissa ilmenneet ongelmat ratkaistiin yhdessä. Työssä pyrittiin pääosin työskentelemään parina, erityisesti aineistoa analysoidessa. Prosessin aikana sovittiin viikoittain ”katsaus”, jolloin käsiteltiin tehtyä työtä yhdessä. Tämän tarkoituksena oli vertaisarvioida tehtyä työtä,

ja varmistua siitä, että työ etenee molemmille tutkijoille sopivalla tavalla. Molempien tutkijoiden prosessiin sisältyi lisäksi itsenäistä työskentelyä. Tämä oli sekä luotettavuutta lisäävä tekijä että käytännössä molempien työtä helpottava asia.

Opinnäytetyön tulokset tukevat niin tarkoituksen kuin tavoitteen saavuttamista. Tulosten perusteella somatisoiva potilas on tuttu näky perusterveydenhuollon yksiköissä, mutta yhtenäiset hoitolinjat, työkalut sekä jatkohoidon toteutus somatisoivan potilaan hoidossa ovat vielä vähäiset. Somatisoivan potilaan kokonaisvaltainen hoito ja psykososiaalisten tekijöiden huomioiminen oireiden takana ohjaa sairaanhoitajia työssään.

Perusterveydenhuollossa nähtiin kuitenkin resurssien sekä psykiatrisen osaamisen vähyyks suurimpina haasteina somatisoivan potilaan hoidossa. Työnohjaus ja lisäkoulutus mahdollistaisivat sairaanhoitajien ammattitaidon kehittymisen sekä turvaisivat tämän potilasryhmän laadukkaan hoidon.

11.1 Tulosten tarkastelu

Somatisoiva potilas herätti sairaanhoitajissa erilaisia mielikuvia. Vastauksissa oli vaihtelevuutta, ja ne toivat esiin eri näkökulmia somatisaatiosta. Sairaanhoitajien vastauksissa yleisimmät mielikuvat olivat runsas terveystalvveluiden käyttö, potilaan oireiden epämääräisyys ja ristiriitaisuus sekä potilaan haastava hoitoisuus. Kneis ja Trigoboffin (2014, s. 407) mukaan hoitajan tulee tiedostaa omat arvoperustansa ja omaa toimintaa ohjaavat uskomuksensa hoitotyötä tehdessään. Hoitajan epätietoisuus näistä tekijöistä voi vaikuttaa sanalliseen ja sanattomaan viestintään vaikeuttaen somatisoivan potilaan hoitotyötä.

Tieteellinen määritelmä somatisaatiolle on psyykkinen oireilu, joka ilmenee erilaisin fyysisin oirein, ilman että oireille löydetään syytä lääketieteen keinoin (Leppävuori & Räsänen, 2020). Kokonaisuudessaan sairaanhoitajilla oli melko selkeä käsitys somatisaation määritelmästä. Somatisaation määritelmää lähestyttiin erilaisista näkökulmista, somatisaatiota kuvailtiin esimerkiksi oireilun patologisen syyn puuttumisen kautta tai psyykkisestä syytä johtuvana oireiluna. Vastauksissa tuotiin esiin lisäksi somatisoinnille altistavia tekijöitä.

Sairaanhoitajista suuri osa koki, että somatisoivan potilaan tunnistamiseksi on vähän työvälineitä saatavilla. Tunnistamisessa osa hoitajista käyttäisi fysiologisia mittauksia tai

erilaisia mittareita. Hoitajan ammatillinen osaaminen tunnistamisen työkaluna nousi esiin useissa vastauksissa. Somatisoivien potilaiden tunnistamiseen ei Suomessa ole vakiintunutta käytäntöä, minkä lisäksi myös Käypä hoito –suositusten puuttuminen vaikeuttaa niin tunnistamista kuin hoidon ohjausta (Dijkstra-Kerstena ym., 2017, ss. 44, 56; Läksy & Räsänen, 2019, s. 440).

Somatisaation puheeksiotto potilaan kanssa jakoi kokemuksia kahtia, tilanne koettiin usein vaikeana. Osalta sairaanhoitajista puuttui tietotaito ottaa asia puheeksi, kun taas toisilla puheeksiotto oli luontevaa potilaan oireiden, tutkimustulosten ja ymmärryksen kautta. Potilaan kohtaaminen biopsykososiaalisesti edellyttää ammattihenkilöiltä vahvaa tietämystä kehon ja mielen yhteydestä, jotta potilastyössä huomiointi, hoito sekä ohjaus ovat perusteltuja ja saavat potilaan ymmärtämään tämän yhteyden merkityksen omaan terveydentilaansa (Holopainen, 2020, s. 67).

Terveyden edistämisen ohjauksessa vastaukset jakautuivat tasaisesti. Sairaanhoitajat olivat kuvanneet vastauksissaan niitä tekijöitä, joita mainitaan terveysneuvonnassa vaikuttavuuden tekijöinä, kuten potilaslähtöisyyden sekä positiivisuuden. Elintapaohjauksessa on huomioitava luotettavan terveystiedon välittämisen lisäksi myös tapa, jolla välittää sen potilaalle. Terveystiedon vaikuttavuudessa on kyse siitä, kuinka uskottavasti tieto välitetään potilaalle. Se, kuinka potilas liittyy tämän tiedon omaan tilanteeseensa, kokee sen omakohtaiseksi ja asian oikeaksi, muodostaa tiedolle uskottavan pohjan. (Huovila, 2019, s. 155)

Somatisoivan potilaan hoitosuunnitelmassa nostettiin esiin psyykkisen tilan seuranta, mikä on tärkeä osa somatisoivan potilaan hoitoa. Myös psykiatrisen sairaanhoitajan osallistuminen hoitoon oli osana hoitosuunnitelman moniammatillista toteuttamista. Ellei potilas ole valmis myöntämään oireidensa taustalla olevia psykososiaalisia tekijöitä, voi psykiatrisen avun tarjoamisella olla kielteinenkin vaikutus potilaan luottamuksellisen hoitosuhteen luomiselle (Läksy & Räsänen, 2019, s.440). Tämän vuoksi biopsykososiaalinen lähestymistapa päivittäisessä hoitotyössä voi tuottaa hoitomyönteisempiä tuloksia, koska potilaan tulee olla valmis käsittelemään oireitaan kehon ja mielen yhteytenä, ja psykiatrisen hoidon tulee olla potilaan hyväksymää. (Holopainen, 2020, s. 67)

Somatisoivaa potilasta pidettiin haastavana hoitaa niin yksilötasolla kuin laajemminkin potilaana, joka kuormittaa runsaasti terveydenhuollon resursseja. Osa sairaanhoitajista ilmaisi, että kokemus somatisoivan potilaan hoidosta puuttuu. Kokemus hoidon haastavuudesta voi siis osin selittyä puuttuvalla kokemuksella. Vastauksien perusteella voidaan ajatella, että sairaanhoitajien kokemukseen potilaan hoitoisuudesta vaikuttivat ennakoajatukset, joihin viitattiin aiemmin tässä luvussa. Vastauksissa huomioitiin myös potilaan hoidon yksilöllisyys. Somatisoivan potilaan hoito on pitkäjänteistä ja pienin askelin etenevää. Hoito toteutuu potilaslähtöisesti, potilaan voimavarat huomioiden ja terveystietoa vahvistuen. Sairaanhoitajan ammattieettinen taito ohjata potilasta vahvistaa luottamuksellista hoitosuhdetta. (Pulkkinen & Vesanen, 2017; Kneisl & Trigoboff, 2014, s. 410)

Somatisoivan potilaan hoitovastuu jakoi mielipiteitä niin yleislääketieteen kuin mielenterveyspalveluiden alle, painottuen kuitenkin perusterveydenhuollon alle. Erikoissairaanhoidon palveluiden käyttöä perusteltiin perusterveydenhuollon riittämättömien keinojen tai resurssien avulla, mutta painottaen samalla erikoissairaanhoidon osaamisalaa osana potilaalle kohdistettua hoitoa. Hoidon tulisi tapahtua perusterveydenhuollon yleislääketieteen seurannassa somatisoivan potilaan kokemien somaattisten oireiden vuoksi. Somaattisten sairauksien poissulun jälkeen tulisi perusterveydenhuollon turvata potilaan asianmukainen hoito. Psykiatrisen hoidon lisääminen osaksi hoitosuunnitelmaa tulisi olla hoitoa tukeva linjaus, ei somatiikkaa poissulkeva tekijä (Läksy & Räsänen, 2019, ss. 440–442).

Työnohjauksen ja koulutuksen tarve ja positiivinen asenne näitä kahta kohtaan edustivat valtaosaa sairaanhoitajien mielipiteistä. Yksittäisinä mielipiteinä todettiin myös, että koulutukselle ei ole tarvetta ja toisaalta se, että tietoa somatisaatiosta toivottiin jo opiskeluiden aikana. Laaksonen & Ollilan (2017, ss. 193–196) mukaan perusterveydenhuollon ympäristössä työnohjaus ei ole välttämättä niin vakiintunut käytäntö kuin esimerkiksi mielenterveysalalla, mutta on alkanut yleistyä myös somaattisessa terveydenhuollossa. Työnohjauksella työntekijän ammatillista ja henkilökohtaista kehitystä tuetaan ja vahvistetaan. Työnohjauksella voidaan saavuttaa oivalluksia, lisätä luovaa ajattelua ja valmiuksia kohdata haasteita työssä. Lisäksi työnohjauksella pyritään kehittämään ongelmanratkaisutaitoja, vuorovaikutustaitoja ja myös lisäämään työntekijän

itsetuntemusta. Yksikkökohtaisen täydennyskoulutuksen suunnittelussa on hyvä hyödyntää työnohjauksessa nousseita asioita, jotta se tukisi työryhmää mahdollisimman hyvin hoidon laadun takaamiseksi.

11.2 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Somatisoiva potilas nosti erilaisia mielikuvia sairaanhoitajissa. Potilasryhmä nähtiin haastavana hoitaa ja terveystalvueluita kuormittavana johtuen runsaista päivystyskäynneistä, osastojaksoista sekä tutkimuksista. Sairaanhoitajat mielsivät somatisoivan potilaan hoidon kuormittavana myös hoitolinjojen puuttumisen vuoksi. Sairaanhoitajien määritellesä somatisoivaa potilasta nousi esiin samat asiat, mitkä mielikuvissa jo näyttäytyivät. Sairaanhoitajat osasivat nimetä somatisaation olennaisimpia tunnusmerkkejä. Tuloksissa nousi esiin myös ärtymys somatisaatio-käsitettä kohtaan, tämä nähtiin potilasta vähättelevänä määritelmänä. Ammattitiedon lisääntymisellä voisi saada neutraalimpaa asennoitumista tämän potilasryhmän kohtaamisessa.

Konkreettisten työkalujen puuttuessa somatisoivan potilaan tunnistamisessa tärkeinä tekijöinä nähtiin sairaanhoitajan ammattitaito kohdata potilas, kunnioittava vuorovaikutus, oireiden havainnointi sekä keskustelut potilaan kanssa. Perusmittauksilla sairaanhoitajat pystyvät seuraamaan fysiologisia oireita, mutta koettua tunnetta on haastavaa arvioida ja tämän perusteella todentaa somatisaation mahdollisuutta. Moniammatillinen yhteistyö nähtiin tärkeässä asemassa somatisoivan potilaan kokonaisvaltaisessa hoidossa, jotta potilas tulisi huomioitua mahdollisimman laajasti. Somatisaation puheeksi otto potilaan kanssa koettiin hankalana, koska keinot tai tieto somatisaatiosta olivat vähäiset ja toisaalta myös pelättiin diagnoosin loukkaavan potilaan tunteita tai leimaavan annettavaa hoitoa. Puheeksiotossa hyödynnettiin myös moniammatillista työyhteisöä. Moniammatillisuuden hyödyntäminen somatisoivan potilaan kohtaamisessa tukee niin työntekijän jaksamista kuin potilaan hoitoa.

Somatisoivan potilaan ohjauksessa terveyttä tukien nähtiin tärkeinä potilaan hoitoon osallistuttaminen, omahoidon toteutus sekä jatkohoidon varmistaminen potilaan voinnin tukemiseksi. Myös psykiatrisen sairaanhoitajan osallistuminen potilaan hoitoon nostettiin esiin. Hoitosuunnitelmaa laatiessa somatisoivan potilaan somaattisten oireiden lisäksi

tärkeäksi komponentiksi nousi psyykkisen tilan seuranta ja huomiointi.

Perusterveydenhuollon sairaanhoitajat eivät kokeneet psykiatrasta osaamistaan riittäväksi ja pyrkivät toteuttamaan moniammatillisen hoidon turvin psykiatrisen sairaanhoitajan osallisuuden potilaan hoidossa.

Somatisoivan potilaan hoitoisuus koettiin haastavana ja terveystalveta kuormittavana. Yhtenäisten hoitolinjojen ja -suositusten puuttuminen sekä kokemuksen puutteellisuus näkyvät kuormittavana tekijänä somatisoivan potilaan kohtaamisessa sekä hoidon suunnittelussa. Somatisoivan potilaan hoitovastuu nähtiin kuuluvaksi perusterveydenhuollon yleislääketieteen alalle, minne se asianmukaisesti kuuluukin. Sairaanhoitajat kokivat mielenterveyspalvelut tärkeäksi osaksi potilaan kokonaisvaltaista hoitoa.

Erikoissairaanhoidon palveluiden käyttö nähtiin osana hoitokokonaisuutta niin somaattisten sairauksien poissulkemiseksi kuin psyykkisen tilan tutkimiseksi. Psyykkisten voimavarojen huomioiminen sekä hyödyntäminen ovat tärkeitä osia somatisoivan potilaan hoidossa, ja näiden tulisi toteutua päivittäisessä hoitotyössä.

Sairaanhoitajat kokisivat hyötyvänsä työnohjauksesta sekä lisäkoulutuksesta somatisoivan potilaan kohtaamisessa sekä hoitamisessa ja somatisaation tunnistamisessa. Esiin nostettiin toive mielenterveyspuolelta tulevasta työnohjauksesta sekä lisäkoulutuksesta.

Lisäkoulutusta toivottiin joko omasta tai työyhteisön puolesta ja aihe koettiin tärkeäksi nostaa esiin jo kouluopinnoissa.

Aihe kaipaa lisää tutkimusta somatisoivan potilaan hoidosta ja sairaanhoitajien näkökulmasta, aiheesta kirjoitetun tieteellisen tekstin rinnalle. Jatkotutkimuksia voisi suunnitella sairaanhoitajien koulutuksen ympärille, jotka vastaisivat sairaanhoitajien tarpeisiin lisäkoulutuksesta.

11.3 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK) on julkaissut ”Hyvä tieteellinen käytäntö”-ohjeistuksen ohjaamaan laadukkaan tutkimuksen tekoa. Ohjeessa korostetaan tutkijan rehellisyyttä ja täsmällisyyttä tutkimuksen eri vaiheissa. Tutkimuksessa tulee kiinnittää huomiota eettisesti kestävien ja laadukkaiden tutkimusmenetelmien valintaan ja

asianmukaiseen käyttöön. Laadukkaan tiedonhaun osuuden merkitys mainitaan ohjeessa. Tutkimusprosessia tulisi kuvata avoimesti ja lähdeviittauksissa suositetaan täsmällisyyttä. Tutkimuksen valmistelu tehdään huolellisesti huomioiden tarvittaessa tutkimusluvan hankkiminen ja eettisen pohdinnan tekeminen. Tutkimuksen eri vaiheet raportoidaan ja talletetaan hyväksyttävällä tavalla. Tutkimuksen tekijät tunnistavat vastuunsa ja työnjako on selvä. (TENK, 2012, ss. 6–7)

Kyselyprosessi suunniteltiin niin, ettei vastausten perusteella kykene tunnistamaan vastaajaa tai vastaajan organisaatiota. Opinnäytetyötä varten ei ole kerätty vastaajien henkilötietoja, eikä kerättyjen taustatietojen avulla voi tunnistaa vastaajaa. Kyselyn alustustekstissä oli maininta, mihin tarkoitukseen tietoja kerätään ja käytetään, sekä miten niitä käsitellään. Vastaaminen perustui vapaaehtoisuudelle.

Aineistonkeruun aikana todettiin aineiston toistavan tiettyjä teemoja, ja vastaukset saturoituivat analyysin edetessä. Kyselyyn ei tämän vuoksi määritetty ennalta tarkkaa vastausmäärää, vaan aineiston odotettiin toistavan samoja teemoja, jotta aineistoa voitaisiin pitää mahdollisimman luotettava. Analyysin eri vaiheissa aineistoa tutki ja käsitteli kaksi henkilöä, ja sen analysointiin käytettiin ohjausta.

Lähteinä käytettiin materiaalia, joka sisälsi luotettavaa ja näyttöön perustuvaa tietoa. Pidettiin tärkeänä rajata käytettyjen lähteiden ikää alle 10 vuoteen, jotta opinnäyte vastaisi tämän päivän vaatimuksia. Lähdemateriaalin haluttiin olevan mahdollisimman siirrettävää, joten suuri osa hakutuloksista rajautui pois tiukan tutkimusasetelman tai osallistujamateriaalin vuoksi.

Aiheesta ei ole juuri kotimaista tutkimusta. Myös sairaanhoidollinen näkökulma oli vähäistä. Nämä olivat tekijöitä, jotka vaikuttivat tutkimuksen luotettavuuteen ja monipuolisuuteen.

Lähteet

- Dijkstra-Kersten, S. M.A , Leone, S. S, Mokkink, L. B, Sitnikova, K. Terluin, B. van Marwijk, H. W. J., van der Horst, H. E & van der Wouden, J. C. (2017). Systematic review of measurement properties of questionnaires measuring somatization in primary care patients. *Journal of Psychosomatic Research* 103(12), ss. 42–62.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.10.005>
- Gumz, A., Groß, B., Lau, K., Löwe, B., Shedden-Mora, M.C., Wegscheider, K. (2016). Collaborative stepped care for somatoform disorders: A pre-post-intervention study in primary care. *Journal of Psychosomatic Research* 80 (1), ss. 23–30.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.11.004>
- Hirsimäki, S., Remes, P. & Sajavaara, P. (2013). *Tutki ja kirjoita*. Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Holopainen, R. (2020). Biopsykososiaalinen lähestymistapa. Teoksessa H. Luomajoki (toim.), *Ammattilaisen kipukirja* (ss. 63–74). VK-Kustannus Oy.
- Huovila, J. (2019). Asiantuntija uskottavana terveystiedon välittäjänä. Teoksessa S. Sinikallio (toim.), *Terveiden psykologia* (ss. 153–170). PS-kustannus.
- Huttunen, M. (31.11.2018). *Dissosiaatiohäiriö (ajatusten, tunteiden, tekojen ym. erillisyy).* Kustannus Oy Duodecim. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00360>
- Isohanhi, M., Jääskeläinen, E., Koponen, H., Leppänen, V., Puustinen, R., Saari, K. (2019). Konsultaatio- ja yhteistyöpsykiatria perusterveydenhuollossa ja työterveyshuollossa. Teoksessa L. Viheriälä (toim.), *Yleissairaalapsykiatria* (ss. 55–71). Kustannus Oy Duodecim.
- Joukamaa, M. (2017). Somaattisin oirein ilmenevät häiriöt. Teoksessa T. Partonen (toim.), *Psykiatria* (ss. 385–402). Kustannus Oy Duodecim.
- Joukamaa, M. & Mattila, A. (2017). Psykosomatiikka ja konsultaatiopsykiatria. Teoksessa T. Partonen (toim.), *Psykiatria* (ss. 606–618). Kustannus Oy Duodecim.
- Kankkunen, K. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2013). *Tutkimus hoitotieteessä*. Sanoma Pro Oy.

- Kerkkänen, H. & Säävälä, M. (2015). *Maahanmuuttajien psyykkistä hyvinvointia ja mielenterveyttä edistävät tekijät ja palvelut. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus*. Työ- ja elinkeinoministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-327-008-4>
- Kneisl, C. & Trigoboff, E. (2014). *Contemporary psychiatric-mental health*. Pearson Education Limited.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. (2014). *Laadullinen terveystutkimus*. Edita Publishing Oy.
- Laaksonen, H. & Ollila, S. (2017). *Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa*. Edita.
- Lehtonen, J. (2019). Psykosomaattinen lääketiede. Teoksessa L. Viheriälä (toim.), *Yleissairaalapsykiatria* (ss. 20–29). Kustannus Oy Duodecim.
- Leppävuori A. & Räsänen S. (2017). Psykosomaattisesti oireileva potilas. Teoksessa Alenius H., Atula S., Berghem N., Jousimaa J., Kattainen A., Kunnamo I., Pelttari H. & Teikari M (toim.), *Lääkärin käsikirja*. (ss. 1337–1341). Kustannus Oy Duodecim.
- Leppävuori, A. & Räsänen, S. (2020). Psykosomaattisesti oireileva potilas. *Terveysportti*. Haettu 12.10.2020 osoitteesta <https://www.terveysportti.fi/>
- Läksy, K. & Räsänen, S. (2019). Somatisaatio, toiminnalliset oireet ja häiriöt. Teoksessa L. Viheriälä (toim.), *Yleissairaalapsykiatria* (ss. 427–444). Kustannus Oy Duodecim.
- Pelkonen, A. & Sarvela, K. (2020). Traumainformoitu hoito – läsnäoloa, myötätuntoa ja tunnetaitoja auttajille. Teoksessa E. Auvinen & K. Sarvela (toim.), *Yhteinen kieli – traumatietoisuutta ihmisten kohtaamiseen* (ss. 261–303). Basam Books Oy.
- Pulkkinen, S. & Vesanen, P. (2017). Psykosomaattisesti oireilevan potilaan hoito. *Sairaanhoitajan käsikirja*. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Haettu 20.2.2021 osoitteesta <http://www.terveysportti.fi/>
- Sarajärvi, A. & Tuomi, J. (2018). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- TENK. (14.11.2012). *Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa*. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

THL. (15.3.2021). *Kulttuurisensitiivinen työote*. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.

<https://thl.fi/fi/web/maahanmuutto-ja-kulttuurinen-moninaisuus/tyon-tueksi/hyvia-kaytantoja/kulttuurisensitiivinen-tyoote>

Liite 1: Kyselyn kysymykset

Somatisoivan potilaan kohtaaminen perusterveydenhuollossa

1. Vastaajan koulutus
2. Vastaajan työkokemus vuosissa
3. Mitä ajatuksia sinulla herää, kun puhutaan somatisoivasta potilaasta?
4. Miten määrittelet somatisaation?
5. Mikä potilaassa herättää ajatuksen mahdollisesta somatisaatiosta?
6. Mitä työkaluja sinulla on käytössä somatisaation tunnistamiseksi
7. Miten koet puheeksi ottamisen somatisaation mahdollisuudesta lääkärin kanssa?
8. Kuinka otat puheeksi somatisaation potilaan kanssa?
9. Kuinka ohjaat somatisoivaa potilasta terveyden edistämisen näkökulmasta?
10. Mitä huomioit somatisoivan potilaan hoitosuunnitelmassa?
11. Miten kuvaisit somatisoivan potilaan hoitoisuutta?
12. Kuuluuko somatisoivan potilaan hoitovastuu mielestäsi:
 - Perusterveydenhuollon yleislääketieteen alalle
 - Perusterveydenhuollon mielenterveyspalveluiden alalle
 - Erikoissairaanhoidon somatiikan alalle
 - Erikoissairaanhoidon psykiatrian alalle
13. Millaisia kokemuksia sinulla on somatisoivan potilaan hoidosta?
14. Millaista työnohjausta tai lisäkoulutusta toivoisit somatisoivan potilaan hoidossa?