



# Mielenterveystyössä olevien sairaanhoitajien kokemuksia potilaan itsemurhasta - kirjalli- suuskatsaus

Aleksandra Mutshipule, Marleen Koskinen

2021 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

# Mielenterveystyössä olevien sairaanhoitajien kokemuksia potilaan itsemurhasta - kirjallisuuskatsaus

Mutshipule, A. & Koskinen, M.  
Sairaanhoitajakoulutus  
Opinnäytetyö  
12/2021

Sairaanhoitaja  
(AMK)

Aleksandra Mutshipule, Marleen Koskinen

**Mielenterveystyössä olevien sairaanhoitajien kokemuksia potilaan itsemurhasta - kirjallisuuskatsaus**

Vuosi 2021 Sivumäärä 51

---

Potilaan itsemurha psykiatrisen hoitosuhteen aikana aiheuttaa sairaanhoitajille erilaisia tunne-elämän reaktioita. Sairaanhoitajien kokemukset voivat heijastua niin ammatilliseen identiteettiin kuin henkilökohtaiseen elämään. Pahimmillaan potilaan itsemurha voi olla traumatisoiva tapahtuma sairaanhoitajille. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata, minkälaisia kokemuksia sairaanhoitajilla on psykiatrisen potilaan itsemurhasta psyykkisen hyvinvoinnin näkökulmasta. Tavoitteena oli kuvailevan kirjallisuuskatsauksen menetelmää hyödyntäen tuoda esille tutkimustietoa tekijöistä, joihin tulisi kiinnittää huomiota sairaanhoitajien psyykkisen hyvinvoinnin lisäämiseksi potilaan tehdessä itsemurhan hoitosuhteen aikana. Opinnäytetyötämme voidaan hyödyntää psykiatrisessa hoitotyössä tuomalla tutkimustietoa esille, miten vastaavat tilanteet voivat heijastua sairaanhoitajien psyykkiseen hyvinvointiin ja miten sairaanhoitajien jaksamista voidaan tukea.

Tässä opinnäytetyössä kuvailimme kirjallisuuskatsauksen avulla sairaanhoitajien kokemuksia psykiatrisessa hoidossa olevan potilaan tehdessä itsemurhan. Tutkimuksia haettiin erilaisista tietokannoista: ProQuest, Cinahl EBSCO, Medic, Google Scholar sekä PubMed. Opinnäytetyöhömmme valikoitui viisi tutkimusta, jotka liittyvät sairaanhoitajien kokemuksiin potilaan itsemurhan tapahtuessa hoidon aikana. Tuloksia tarkastelimme psyykkisen hyvinvoinnin näkökulmasta. Saadut tulokset analysoitiin induktiivisen sisällönanalyysin avulla. Tutkimustulosten pohjalta voitiin todeta, että potilaan ja hoitajan välisen hoitosuhteen intensiivisyys, vastuu potilaasta kuolinhetkellä ja hoitosuhteen pituus ovat keskeisiä tekijöitä, jotka heijastuvat ammattilaisen reaktion voimakkuuteen potilaan tehdessä itsemurhan. Traumaattisen, negatiivisena koetun reaktion vakavuutta lisää näin ollen potilaan ja hoitajan välinen läheinen hoitosuhde. Jos sairaanhoitaja ei tunne potilasta hyvin, ei ole ollut läheisissä tekemisissä potilaan kanssa tai ei ole ollut suuressa roolissa potilaan hoidosta, tunnereaktio oli todennäköisesti heikompi. Tutkimustulosten pohjalta voitiin todeta, että sairaanhoitajan ja potilaan välinen läheinen terapeutin suhteen laatu ennustaa eniten tuen tarvetta. Organisaatiolla on suuri rooli sairaanhoitajan tukemisessa.

Asiasanat: potilaan itsemurha, psykiatria, mielenterveystyö, sairaanhoitajan psyykinen hyvinvointi

Aleksandra Mutshipule, Marleen Koskinen

**Nurses' experiences of patient suicide while working with mental health patients - a literature review**

Year	2021	Pages	51
------	------	-------	----

---

The suicide of a patient during their psychiatric treatment relationship causes nurses a variety of emotional reactions. Nurses' experiences can be reflected in both professional identity and personal life. At worst, a patient's suicide can be a traumatic event for nurses. The purpose of the thesis was to describe the experiences that nurses have of suicide in a psychiatric patient from the perspective of mental well-being. The aim of the descriptive literature review method was to highlight research data on factors that should be considered to increase the mental well-being of nurses when a patient commits suicide during a treatment relationship. This thesis can be utilized in psychiatric nursing by presenting research data on how similar situations can be reflected in the mental well-being of nurses and how nurses' resilience can be supported.

In this thesis, the authors used a literature review to describe the experiences of nurses when a patient in psychiatric care commits suicide. Studies were retrieved from various databases: ProQuest, Cinahl EBSCO, Medic, Google Scholar, and PubMed. Five studies related to the nurses' experiences of patient suicide during their treatment were selected for this thesis. The authors looked at the results from the perspective of mental well-being. The obtained results were analyzed by inductive content analysis. Based on the results of the study, it was concluded that the intensity of the treatment relationship between the patient and the caregiver, the responsibility of the patient at the time of death, and the length of the treatment relationship are key factors in the professional response to suicide. The severity of a traumatic, negative reaction is thus increased by the close relationship between the patient and the caregiver. If the nurse does not know the patient well, has not been in close contact with the patient, or has not played a major role in the patient's care, the emotional response was likely to be weaker. Based on the results of the study, it was concluded that the close quality of the therapeutic relationship between the nurse and the patient is the most predictive of the need for support. The organization play a key role to play in supporting the nurse.

Keywords: patient suicide, psychiatry, mental health work, nurse's mental well-being

## Sisällys

1	Psykiatria .....	7
1.1	Psykiatrinen hoito .....	7
2	Mielenterveystyö .....	8
2.1	Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa.....	8
2.2	Mielenterveystyö erikoissairaanhoidossa.....	9
2.3	Kolmannen sektorin palvelut mielenterveystyössä .....	10
2.4	Sairaanhoitajan ammatillisuus mielenterveystyössä .....	10
3	Itsemurha ja psykiatriset häiriöt .....	11
3.1	Potilaan itsemurha .....	12
4	Sairaanhoitajan psyykinen hyvinvointi .....	13
4.1	Stressireaktion kehittyminen .....	14
4.2	Akuutin- ja traumaperäisen stressin kokeminen hoitotyössä .....	14
4.3	Myötätuntostressi ja myötätuntuupumus.....	15
4.4	Sijaistraumatisoituminen.....	16
4.5	Traumaattinen kriisi ja sen etenemisvaiheet .....	17
4.5.1	Oirekartoituslomake IER-S.....	18
4.6	Työnohjaus psyykkisen hyvinvoinnin tukena .....	18
5	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys .....	19
6	Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä .....	19
6.1	Aineiston haku ja valinta .....	21
6.2	Aineiston hakuprosessi .....	22
6.3	Tutkimusaineiston esittely.....	25
6.4	Tulosten analysointi .....	26
7	Kirjallisuuskatsauksen tulokset.....	29
7.1	Sairaanhoitajien taustatekijät heijastuvat psyykkisen reaktion voimakkuuteen...30	
7.2	Sairaanhoitajien tuen saaminen heijastuu psyykkisen kokemuksen voimakkuuteen31	
7.3	Sairaanhoitajien erilaiset tuntemukset lisäävät stressireaktion riskiä .....	32
8	Johtopäätökset ja pohdinta.....	33
9	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys .....	36
	Lähteet.....	39
	Taulukot .....	44
	Liitteet .....	45

## Johdanto

Itsemurha on yksi yleisimpiä kuolinsyitä. Maailmassa tehdään yli 800 000 itsemurhaa vuosittain tilastojen mukaan. Itsemurha kuuluu 20 yleisimmän kuolinsyyn joukkoon. (Yhdistyneet kansakunnat 2020.) Potilas voi tehdä itsemurhan osastohoidon aikana tai kotilomallaan. Potilas voi tehdä itsemurhan huolimatta siitä, onko hän sairaalan tai omaisen valvonnassa. (Aaltonen ym. 2016, 821-822.) Yleisin mielenterveyden häiriö itsemurhan taustalla on masennus ja yli 60 % itsemurhan tehneistä länsimaissa on kärsinyt eriasteisista masennusoireyhtymistä (Kuhanen ym. 2013, 138, 242). Suurin osa psykiatrisissa sairaaloissa tapahtuvista itsemurhista liittyy skitsofreenisiin psykooseihin (Heilä 2000).

Mielenterveyden häiriöitä tutkitaan sekä hoidetaan psykiatriassa. Tavallisia syitä psykiatriseen sairaalahoitoon ohjautumisen taustalla ovat potilaan elämäntilannekriisit, pitkittynyt vaikea masennus, psykoosi ja psykoosisairaus, vaikeat persoonallisuushäiriöt sekä itsetuhoisuus. (Mielenterveystalo 2021.) Itsemurhien ja psykiatristen häiriöiden yhteys on suuri (The World Health Organization 2021).

Sairaanhoitajat psykiatriassa altistuvat todennäköisesti potilaiden kuolemille työuransa aikana. Potilaan itsemurhan kokeminen on haastavaa ja monimutkaista. Potilaan itsemurhakuolema ja sen vaikutus sairaanhoitajiin niin ammatillisesti kuin henkilökohtaisestikin voi herättää erilaisia tunteita. (Morrissey & Higgins 2021.) Itsetuhoisten potilaiden hoito aiheuttaa osalle henkilökunnasta kuormittumista työssä sekä voimakkaita tunnereaktioita (Suominen & Valtonen 2011). Traumasta aiheutuneet stressioireet voivat joskus olla niin pitkäaikaisia tai voimakkaita, että ne johtavat työkyvyttömyyteen tai uudelleenkouluttautumiseen (Huttunen 2018;2). Liiallinen stressi voi aiheuttaa työuupumusta tai loppuunpalamista (Holmberg 2016, 205).

Tämä opinnäytetyö on kuvaileva kirjallisuuskatsaus sairaanhoitajien kokemuksista potilaan tehdessä itsemurhan mielenterveystyössä. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata, minkälaisia kokemuksia sairaanhoitajilla on psykiatrisen potilaan itsemurhasta psyykkisen hyvinvoinnin näkökulmasta. Opinnäytetyössä perehdytään alan kirjallisuuteen ja tuodaan esille tutkimustietoa tekijöistä, joihin tulisi kiinnittää huomiota sairaanhoitajien psyykkisen hyvinvoinnin lisäämiseksi potilaan tehdessä itsemurhan hoitosuhteen aikana. Psyykkisen hyvinvoinnin tukeminen ehkäisee työuupumusta sekä vähentää hoitajien henkistä kuormaa.

## 1 Psykiatria

Mielenterveyden häiriöitä tutkitaan sekä hoidetaan psykiatriassa (Mielenterveystalo 2021). Psykiatriset häiriöt tulee erottaa muista kehoon liittyvistä häiriöistä sekä neurologisten sairauksien oireista (Tays 2021). Suomessa yleisin työkyvyttömyyden tekijä 20-40-vuotiailla on erilaiset mielenterveyden häiriöt. Erityisesti vaikeat masennukset, ahdistuneisuus- ja sopeutumishäiriöt ovat olleet nousussa 1990-luvulta lähtien. (Hietaharju & Nuutila 2016, 16.)

Psykiatria on haastava erikoisosaamisen ala. Psykiatrian harjoittamisessa korostuu avoimuus ammattiasioiden hoitamisessa ja avoimuus lisää potilaan luottamusta hoitohenkilökuntaa ja hoitojärjestelmää kohtaan. Psykiatrinen potilas on psykiatrian asiantuntijoiden kanssa yhteistyökumppani ja potilas voi olla myös tarvittaessa muita potilaita edustava vertaisasiantuntija. Nykyään ajatellaan, että psykiatrinen ottaa vastuuta myös itse hoidostaan. Terveystieteiden tutkimusten mukaan työntehtäjän pätevä ammattitaito on hyvän yhteistyön edellytys potilaan kanssa. (Lönngqvist & Lehtonen 2021, 16.)

### 1.1 Psykiatrinen hoito

Psykiatrisessa hoidossa hoidetaan mielenterveyden häiriöitä. Mielenterveyshäiriöihin luokitellaan psykoottiset häiriöt, mielialahäiriöt, ahdistuneisuushäiriöt, päihdehäiriöt ja persoonallisuushäiriöt. (Mielenterveystalo 2021.) Psykiatriseen hoitoon tullaan lääkärin läheteellä. Psykiatrinen hoito on usein avohoitoa tai lyhytkestoista sairaalahoitoa. Suurin osa hoidoista kuitenkin toteutuu avohoitona psykiatrian poliklinikoilla. Tavallisia syitä psykiatriseen sairaalahoitoon ohjautumisen taustalla ovat potilaan elämäntilannekriisit, pitkittynyt vaikea masennus, psykoosi ja psykoosisairaus, vaikeat persoonallisuushäiriöt sekä itsetuhoisuus. (Mielenterveystalo 2021.) Potilaat, jotka saapuvat hoitoon, oireilevat esimerkiksi aistiharhojen, harhaluulojen, ahdistuneisuuden tai masentuneisuuden vuoksi (Tays 2021). Psykiatrinen hoito perustuu hoitosuunnitelmaan, joka tehdään tutkimuksen perusteella. Sekä tutkimus että hoito tapahtuvat moniammatillisessa yhteistyössä hyödyntäen sekä soveltaen tutkimukseen ja näyttöön perustuvia hoitomenetelmiä. (Mielenterveystalo 2021.)

Potilaat tarvitsevat sairaalahoitoa usein silloin kuin sairauden oireet pahenevat, kuten potilaan psykoottisissa häiriöissä, jolloin henkilön todellisuudentaju on selkeästi häiriintynyt. Itsetuhoiset potilaat sekä potilaat, jotka eivät kykene huolehtimaan itsestään psyykkisen tilanteensa vuoksi saattavat tarvita sairaalahoitoa. Joskus sairaalahoitoa tarvitaan sairauden alkuvaiheessa. (Tays 2021.) Joskus potilaat joutuvat tahdosta riippumattomaan sairaalahoitoon. Tahdosta riippumattomalla sairaalahoidolla tarkoitetaan mielenterveyslain mukaista hoitoa, jolloin henkilö määrätään sairaalahoitoon tiettyjen kriteerien täytyessä, vaikka hän itse ei sitä kokisi tarvitsevänsä. (Huttunen 2018;1.)

Psykiatriseen hoitoon liittyy akuutin hoidon osalta potilaan toimintakyvyn palauttaminen ja nopea kärsimyksen lievitys. Akuutin hoidon pääpainona on löytää sopiva lääkitys ja antaa tukea keskustelussa. Keskustelumuotona käytetään supportiivista eli kannattelevaa psykoterapiaa. Jatkohoitoon potilas pääsee voimien parannuttua. Jatkohoidolla pyritään saavutetun voimien ylläpitämiseen ja uusien sairausjaksojen ennaltaehkäisyyn. (Mind House 2021.)

## 2 Mielenterveystyö

Mielenterveys on laaja, vaikeasti määriteltävä käsite, joka pyritään määrittelemään mielen sairauden kautta. Ihminen, joka kykenee selviytymään arjesta itsenäisesti, kuten ihmissuh-teista, työstä ja vapaa-ajasta niin, että toiset ihmiset eivät siitä kärsi katsotaan olevan mie-  
leltään terve. Voidaan myös ajatella mieleltään terveeseen ihmisen kykenevän toimimaan yhteis-  
kunnan normien mukaisesti. Mielenterveys muuttuu elämän mittaan siihen vaikuttavien eri  
tekijöiden kautta. Laajasti ajatellen mielenterveyttä voidaan heijastaa ihmisen hyvinvointiin  
ja henkiseen toimintakykyyn. (Hietaharju & Nuutila 2016, 9.)

Mielenterveystyöhön kuuluu mielenterveyttä edistävä ja ehkäisevä työ sekä eri mielen-  
terveyspalvelut. Tavoitteena mielenterveystyössä on vahvistaa mielenterveyttä. Mielenterveys-  
työhön kuuluu myös mielenterveyttä vaarantavien tekijöiden vähentäminen. (Sosiaali- ja ter-  
veysministeriö 2021.) Mielenterveyshoitotyö on sairaanhoitajan itsenäistä, vastuullisesti to-  
teutettua potilaslähtöistä hoitotyötä. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2013,  
12.)

Kokonaisvaltainen mielenterveystyö sisältää havainnointia, havaintojen analysointia sekä toi-  
mintaa, jotka liittyvät hoitotieteeseen, lääketieteeseen, psykologiaan ja sosiaalitieteisiin.  
Mielenterveystyöhön osallistuvat monet terveys- ja sosiaalialan asiantuntijat. Potilas ja hänen  
läheisensä myös osallistuvat mielenterveystyöhön asiantuntijoiden kanssa. Mielenterveystyö-  
hön voi osallistua mahdollisesti myös muut kokemusasiantuntijat. (Kuhanen ym. 2013,  
5.) Mielenterveyslaki määrittää, että kunnan on järjestettävä mielenterveyspalvelut sisällöl-  
tään ja laajuudeltaan esiintyvän tarpeen mukaan kunnassa. (Hietaharju & Nuutila 2016, 13.)

### 2.1 Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa

Perusterveydenhuollon mielenterveystyön tarkoituksena on koko väestöön kohdistuva mielen-  
terveystyö huomioiden ihmisen ominaisuudet ja turvallisuuden tunteen säilyttämisen. Perus-  
terveydenhuollon tehtäviin kuuluu mielenterveyden ennaltaehkäisy, mielenterveysongelmien  
tunnistaminen ja hoito. Potilaan lähettäminen jatkohoitoon kuuluu myös perusterveydenhuol-  
lon tehtäviin, kuten erikoissairaanhoidon lähettäminen. Perusterveydenhuollossa voidaan  
toteuttaa myös psykiatrisen potilaan jatkohoitoa. Mielenterveyden häiriöissä ensisijaisesti



hakeudutaan oman terveyskeskuksen tai työterveyshuollon piiriin. Terveyskeskuksessa tai työterveyshuollossa arvioidaan henkilön avun tarve ja lähetetään tarvittaessa jatkohoitoon. (Hietaharju & Nuutila 2016, 16.)

Psykiatrisen avohoidon keskusta kutsutaan mielenterveystoimistoksi. Mielenterveystoimiston tehtäviin kuuluu rakentava ja ehkäisevä mielenterveystyö hoito- ja kuntoutustoimintoinen. Mielenterveystoimisto tekee myös yhteistyötä muiden eri sektoreiden kanssa. Mielenterveystoimiston tavoitteena on nopean ja riittävän sekä asiantuntevan avun tarjoaminen mielenterveyteen liittyvissä haasteissa ja kriiseissä. Mielenterveystoimisto toteuttaa hoitoon liittyviä tutkimuksia ja arviointeja. Heidän tehtävänä on myös toteuttaa pitkäaikaispotilaiden toiminnallista kuntoutusta ja sosiaalisia vuorovaikutustaitoja. Tarvittaessa mielenterveyden toimistossa huolehditaan yksilön lääkehoidosta. (Hietaharju & Nuutila 2016, 17.)

## 2.2 Mielenterveystyö erikoissairaanhoidossa

Erikoissairaanhoidolla on keskeinen rooli psykiatrisessa hoidossa. Erikoissairaanhoidossa toimii erilaisia toimintayksiköitä, kuten yleis-, lasten- ja nuorisopsykiatrian osastoja jatkuen geropsykiatriin osastoihin asti. Osastohoidon tarkoituksena on mielenterveystoimistojen sekä perusterveydenhuollon työn tukeminen. Psykiatriset sairaalat ovat erikoistuneet vakavista mielenterveyden häiriöistä kärsivien ihmisten hoitoon. Sairaalassa olon syinä potilaalla voi olla esimerkiksi masennus, itsemurhariski, jokin vaikea-asteinen ahdistuneisuushäiriö tai psykoottisuus. Potilasta pyritään pitämään sairaalassa vain välttämättömän ajan. Lyhyt hoitoaika sairaalassa estää potilaan laitostumista sekä edistää kuntoutumista ja on myös yhteiskunnallisesti taloudellista. Potilasta pyritään pitämään kiinni myös ulkomaailmassa. (Hietaharju & Nuutila 2016, 18-19.)

Psykiatrisessa sairaalassa on eri yksiköitä, jotka jaetaan suljettuihin- ja avo-osastoihin. Suljetulla osastolla olevat potilaat ovat psyykkiseltä voinniltaan huonokuntoisempia. Suljetulla osastolla ovet pidetään lukossa, jolloin niistä pääsee kulkemaan tarvittaessa vain henkilökunnan avulla tai seurassa. Suljetulla osastolla voi olla potilaita, jotka ovat mahdollisesti vaaraksi itselleen tai muille. Avo-osastolla puolestaan ovet eivät ole lukossa, jolloin potilaat ja vieraat voivat liikkua vapaasti, ennalta sovitusti. (Hietaharju & Nuutila 2016, 19.)

Psykiatrisia poliklinikoita erikoissairaanhoidossa kutsutaan avohoidoksi. Poliklinikat jakautuvat nuorisopsykiatriaan, lastenpsykiatriaan ja yleispsykiatriaan. Avohoidossa potilasta tutkitaan itsenäisesti, kuitenkin tarpeen vaatiessa potilas saa sieltä lähetteen osastohoitoon. Tarvittaessa poliklinikat toimivat myös terapia- ja jatkohoitopaikkana. (Hietaharju & Nuutila 2016, 20.)

### 2.3 Kolmannen sektorin palvelut mielenterveystyössä

Kolmannen sektorin mielenterveyspalveluja tarvitaan, kun henkilö ei enää tarvitse laitoshoidoa mutta ei pärjää itsenäisesti omassa asunnossa. Mielenterveyspalveluita järjestävät erilaiset säätiöt, yksityisyrittäjät, potilasjärjestöt ja yhteisöt. Asuminen hoito- tai tukikodissa voi olla pysyvää tai väliaikaisratkaisu ennen omaan kotiin siirtymistä. (Hietaharju & Nuutila 2016, 21.)

Päivätoimintakeskuksen palvelut kuuluvat myös kolmannen sektorin palveluihin, jonka tavoitteena on tukea ja edistää mielenterveyskuntoutujien omatoimisuutta, aktiivisuutta ja sosiaalisia taitoja. Päivätoiminnan tarkoituksena on tarjota yhteisöön henkilölle yhteisöön kuulumista sekä tukea arkea mielekkäällä tekemisellä. Päivätoiminta on osa jatkohoitoa, johon tullaan lähetteellä. Toimintakeskuksessa voi olla myös vertaistukea. Keskuksessa harjoitellaan myös itsenäisen elämän taitoja, kuten ruoanlaittoa ja itsestä huolehtimisen taitoja. (Hietaharju & Nuutila 2016, 21.)

### 2.4 Sairaanhoidajan ammatillisuus mielenterveystyössä

Sairaanhoidaja tarvitsee erilaista tietoa työskennellessään potilaiden ja perheiden kanssa. Osa tästä tiedosta perustuu hänen omaan elämäkokemuksensa, jota kutsutaan arkijärjeksi. Omista kriiseistä selviytyminen ja oman henkilökohtaisen kehityksen läpikäyminen auttaa ymmärtämään paremmin muiden vaikeuksia ja kärsimyksiä. Arkijärki ei ole subjektiivista tietoa, eikä sen vuoksi ole yleistettävissä. Se, kuinka itse on selvinnyt rankoista kokemuksista, ei välttämättä sovi toiselle, joten oman tiedon käyttämisestä tulee harkita huolellisesti. Hoitotyössä käytetty tieto tulee olla tutkittuun tietoon perustuvaa, jonka hoitaja oppii koulutuksessaan. Hoitajan ja potilaan välisessä suhteessa pyritään ymmärtämään potilasta ja tukemaan hänen tietoista puoltaan. Hoitajan vastuulla on, ettei hän tee omia tulkintoja, vaan johtopäätökset päätetään yhdessä potilaan kanssa. (Heikkinen-Peltonen, Innamaa & Virta 2019, 56.)

Hoitajan ja potilaan kohdatessa molemmat osapuolet kokevat erilaisia tunteita, jolloin tunteet, jotka aiheuttavat mielikuvia ohjaavat heidän toimintaansa. Tällöin ajatukset, tunteet ja toiminta ovat liittyneet yhteen. Mielenterveystyön tavoitteena on saada aikaan myönteisiä muutoksia potilaassa. Myönteisiä muutoksia ovat potilaan psyykkisen tasapainon saaminen tai toimintakyvyn lisääntyminen. Hoitajan on hyvä oppia ymmärtämään potilasta oman ajattelun ja oivalluksen kautta. Jotta hoitaja tähän kykenee, hänen on pystyttävä kohtaamaan potilas aidosti ja olemaan läsnä sekä sitoutua vuorovaikutukseen myös tunnetasolla. Joskus sekä omat, että asiakkaan tunteet saattavat saada aikaan uhkaavan vaikutuksen, eikä niihin ole silloin helppoa suhtautua avoimin mielin. Hoitajan tulisi kuitenkin uskaltautua olla lähellä potilasta, kokematta potilaan tunteita uhkaavana. (Heikkinen-Peltonen ym. 2019, 56-60.)

Sairaanhoitaja vastavalmistuttuaan saattaa kokea haastavaksi teorian tiedon ja käytännön yhdistämisen, koska teorian tiedon merkitys saattaa olla joskus vaikeasti tunnistettavissa. Hoitajan ammatillinen kehittyminen jatkuu läpi työuran. Oleellista on pyrkiä kehittämään omaa ammattitaitoa ja saada siihen motivaatiota. Ammatillisella kehittämisellä tarkoitetaan yksilön persoonallisuuden kehittymistä sekä ammatillisen toiminnan syventymistä ja laajentamista. Ihminen kasvaa ammatillisesti kun tieto, taito ja tunne kohtaavat. Ammatillinen kasvu pääsee vauhtiin toimivan työyhteisön avulla, jossa työntekijän omaa osaamista ja kehittymistä arvioidaan. Ammatillisen kasvun periaatteena on myös oma henkinen hyvinvointi ja tasapaino niin yksityiselämässä kuin työpaikalla. (Heikkinen-Peltonen ym. 2019, 56-61.)

### 3 Itsemurha ja psykiatriset häiriöt

Itsemurha tarkoittaa itsensä tarkoituksellista tappamista (Cambridge Dictionary 2021). Itsemurha on yksi yleisimpiä kuolinsyitä. Maailmassa tehdään yli 800 000 itsemurhaa vuosittain tilastojen mukaan, mikä tarkoittaa, että itsemurhia tehdään maailmanlaajuisesti joka 40. sekunti. Määrä on todennäköisesti suurempi, sillä joissakin maissa itsemurhia kirjataan virheellisesti tapaturmaksi tai raportoidaan muuksi kuolinsyiksi. Itsemurha on 20 yleisimmän kuolinsyyn joukossa. (Yhdistyneet kansakunnat 2020.)

Suomessa vuoden 2019 aikana 746 henkilöä teki itsemurhan. Määrä on 64 henkilöä vähemmän kuin tätä edeltävänä vuonna. Suomessa itsemurhien määrä oli suurimmillaan vuonna 1990, jolloin itsemurhien määrä oli yli 1500 henkilöä vuodessa, jonka jälkeen itsemurhakuolleisuus on pienentynyt merkittävästi. Vuonna 2019 kolme neljästä itsemurhan tehneistä olivat miehiä, ja keski-ikä sekä miehillä että naisilla oli 47 vuotta. Kaikkiaan Suomessa vuoden 2019 miesten kuolemansyistä 2 prosenttia oli itsemurha ja naisten kuolemansyistä 1 prosentti oli itsemurha. Ikäluokissa 15-64-vuotiaiden kuolinsyynä itsemurha taas oli 8 prosenttia kaikista kuolemansyistä, kun taas yli 75-vuotiaiden kuolinsyytilastossa itsemurha oli reilusti alle prosentin. Ikääntyneiden kuolemansyistä itsemurhien osuus oli hyvin pieni. (Tilastokeskus 2020.)

Itsetuhoiset ajatukset ovat suhteellisen yleisiä. Joka kymmenes aikuinen on ajatellut viimeksi kuluneen vuoden aikana itsemurhaa. Nämä ajatukset yleensä korostuvat, kun ihmisellä on psyykkistä kuormittumista, elämän vaikeuksia ja stressiä. Itsemurhaan päätyminen on usein pitkän kehityksen lopputulos elämäntilanteen kuormittuneisuuden kasautumisesta. Laukaiseva tekijä konkretisoi ajatukset itsemurhasta suunnitelmaksi johtaen itsemurhayritykseen. Osa itsemurhan tehneistä on yrittänyt viestittää ympäristölle jollain tavoin itsemurha-aikeistaan. Ensimmäiseen itsemurhayritykseen kuolee noin 50 % yrittäneistä. (Kuhanen ym. 2013, 242.)

Itsemurhan ja psykiatrisen häiriöiden yhteys on suuri. Erityisesti masennusta ja alkoholin käyttöä esiintyy suurella osalla itsemurhan tehneillä ihmisillä. (The World Health Organization 2021.) Yleisin mielenterveyden häiriö itsemurhan taustalla on masennus ja yli 60 % itsemurhan

tehneistä länsimaissa on kärsinyt eriasteisista masennusoireyhtymistä. Päihdeongelmat ovat toiseksi yleisin itsemurhan riskiryhmä ja kolmanneksi suurin ryhmä ovat persoonallisuushäiriöiset potilaat. (Kuhanen ym. 2013, 138, 242.) Suurin osa psykiatrisissa sairaaloissa itsemurhista liittyy skitsofreenisiin psykooseihin (Heilä 2000).

Itsemurhan tehneistä noin puolet on ollut päihteiden vaikutuksen alaisena, iäkkäillä henkilöillä on usein lisäksi jokin vakava tai krooninen somaattinen sairaus (Suomen lääkäriliitto 2021). Itsemurhariskiä lisää aikaisemmat yritykset, lähiomaisen itsemurha sekä syvä toivottomuus. Itsemurhaan liittyviä muita syitä ovat psykososiaaliset rasitetekijät. Näitä ovat viimeaikaiset elämäntapahtumat, jotka liittyvät erityisesti muutoksiin ihmissuhteissa ja sosiaalisissa rooleissa. Näitä voi olla esimerkiksi työpaikan menetys, ero tai somaattinen sairastuminen. (Kuhanen ym. 2013, 138, 242.)

### 3.1 Potilaan itsemurha

Potilas voi tehdä itsemurhan osastohoidon aikana tai kotilomallaan. Potilas voi tehdä itsemurhan huolimatta siitä, onko hän sairaalan tai omaisen valvonnassa. (Aaltonen ym. 2016, 821-822.) Sairaalaolosuhteet eivät sinällään estä itsemurhia, mutta antavat mahdollisuuden havainnointiin, suojaan ja intensiiviseen hoitoon (Aaltonen ym. 2016, s. 821-822). Sairaalahoidossa olevien mielenterveyspotilaiden itsemurhariskissä ei ole merkitystä, ovatko osastot suljettuja vai avoimia. Suljettuja ovia perustellaan yleisesti turvallisuussyillä. (Huber ym. 2016.)

Todennäköisyys, että potilas tekee itsemurhan sairaalahoidossa, on nykyään 1-3 itsemurhaa tuhatta potilasta kohden. Itsemurhan vaara on vieläkin suurempi yksiköissä, joissa on runsaasti riskipotilaita. Suurin riski ajoittuu sairaalahoidon aivan alkuun. Hoidossa tapahtuvien muutosten ajankohtaan ja sairaalahoidon jälkeen erityisesti muutaman viikon jälkeen riski potilaan itsemurhan todennäköisyyteen suurenee huomattavasti. Sairaalaolosuhteissa tulisi kiinnittää nykyistäkin enemmän huomiota, että sairaalasta ei voisi hypätä korkealta, hirttäytyä tai hukuttautua sekä varmistaa, ettei potilaalla olisi hallussaan suuria lääkeannoksia tai muita itsemurhavälineitä. (Aaltonen ym. 2016, 821-822.)

Potilaan itsemurha tulisi ottaa tarkastelun kohteeksi systemaattisesti sen tapahduttua hoidon aikana. Hoitohenkilökunnalle tulee tarjota yhteisen ammatillisen keskustelun lisäksi myös työnohjausta ja hoitoa, mikäli tilanne on ollut erityisen traumaattinen. Tapahtuman kieltäminen ja kapseloiminen on haitallista kaikille osapuolille. (Aaltonen ym. 2016, 821-822.)

#### 4 Sairaanhoidajan psyykinen hyvinvointi

Tietyt ihmisryhmät altistuvat ammattinsa vuoksi traumatapahtumille enemmän kuin toiset. Näitä ovat esimerkiksi terveydenhoitoalan henkilöstö. (Tarnanen, Laukkala & Haravuori 2020.) Traumasta aiheutuneet stressioireet voivat joskus olla niin pitkäaikaisia tai voimakkaita, että ne johtavat työkyvyttömyyteen tai uudelleen kouluttautumiseen (Huttunen 2018;2).

Äkillinen ja järkyttävä tapahtuma työpaikalla voi olla traumaattinen ja psyykkisesti kuormittava. Mikäli asioita ei käsittele, ne vaivaavat mieltä ja vie ajatuksia pois työnteosta. Käsittelemätön, järkyttävä tapahtuma syö sairaanhoidajan energiaa ja työtehoa. Pitkällä aikavälillä käsittelemätön ja negatiivinen tunnekuormaa kasvaa. Näin ollen tunnekuorma heikentää omaa ja työyhteisön jaksamista. Kuormittavien tilanteiden kohtaaminen vaikeutuu, jos edellisiä tilanteita ei olla käsitelty. (Sairaanhoidajat.fi 2021.) Hoitotyöntekijä altistuu toistuvasti työssään niin traumaattisten tapahtumien, myötätuntuupumuksen kuin ahdistuksen vaikutuksille. Mielenterveyshoitotyössä potilaan elämäntapahtumien aiheuttamien vaikutusten käsitteleminen ja tilanteen normalisointi on jo itsessään haastavaa ja stressaavaa, jolloin mielenterveyshoitajan mieli voi alkaa synketä voimakkaan stressin seurauksena. (Holmberg 2016, 206.)

Itsetuhoisten potilaiden hoito aiheuttaa osalle henkilökunnasta kuormittumista työssä sekä voimakkaita tunnereaktioita (Suominen & Valtonen 2011). Liiallinen, ja jatkuva stressi voi aiheuttaa työuupumusta tai loppuunpalamista etenkin, jos stressistä ei kykene palautumaan. Loppuunpalaminen tarkoittaa kroonista stressioireyhtymää, joka on liiallisen pitkästä altistuksesta stressille, emotionaalisesti vaativille työtilanteille sekä jatkuvalla uhan tunteelle. (Holmberg 2016, 205.)

Mielenterveys- ja päihdehoitotyössä onnistuminen riippuu hoitotyöntekijän jaksamisesta hoitajan työssä ja kuinka motivoitunut hän on tekemään sitä. Työstressiä kertyy liikaa, mikäli työntekijän tai työyhteisön voimavarat ja keinot eivät riitä työn vaatimuksista, haasteista, tai uhista selviytymiseen. (Holmberg 2016, 204.) Haavoittuvuus lisääntyy hoitohenkilöstöllä, jotka ovat joutuneet altistumaan raskaille kokemuksille hoitotyössä. Jos tapahtumat jäävät käsittelemättä, sairaspotilaat lisääntyvät ja sairausjaksot pitenevät. Hoitohenkilökunnan kärsimyksen lisäksi yhteiskunnalle aiheutuu suuria kustannuksia pitkien sairauslomien ja varhaiseläkkeiden lisääntyessä. Tutkimukset ovat osoittaneet oikeanlaisen ja pätevän kriisi-intervention myönteiset vaikutukset. Kriisi-interventiot ovat hyvin perusteltuja lääketieteellisesti, eettisesti sekä taloudellisista näkökulmista. (Hammarlund 2010, 118.) Kriisi-interventiolla tarkoitetaan tilanteeseen puuttumista ja hoidon käynnistämistä henkilölle, joka on psyykkisessä kriisissä (Duodecim 2016).

#### 4.1 Stressireaktion kehittyminen

Stressi syntyy henkilön ja ympäristön välisessä vuorovaikutuksessa, jolloin ihminen kokee tulehansa loukatuksi, uhatuksi tai vahingoitetuksi. Stressi syntyy usein tilanteissa, jonka henkilö kokee tärkeänä. Stressi voi olla pahimmillaan tuhoavaa. Henkilön ja ympäristön välinen suhde, yksilön erilaiset ominaisuudet sekä ympäristö tulee ottaa huomioon määriteltäessä stressiä. Ihmisen stressin käsittely on tärkeää erityisesti hänen itsensä kannalta. Stressi on eräänlainen kriisi, josta henkilön on tarkoitus selviytyä tietoisesti. Selviytymisprosessi vaikuttaa niin sosiaaliseen, fyysiseen, kuin psyykkiseen terveyteenkin. Selviytymisprosessia voidaan kuvata samalaiseksi kuin suruprosessia, joka on pitkään kestävä ja erilaisia selviytymiskeinoja vaativa. (Marjamäki 2007, 16-17.)

Stressireaktio kehittyy traumaattisen tapahtuman jälkeen, jossa henkilö joutuu kohtaamaan jonkun kuoleman, vakavan loukkaantumiseen tai johonkin uhkaan liittyvän asian. Tilanne aiheuttaa voimakasta pelon, kauhun tai avuttomuuden tunnetta. Autonomisen hermoston aktivoituminen tapahtuman yhteydessä ja heti sen jälkeen kuten sydämentykytys, verenpaineen nousu ja hikoilu lisäävät traumaperäisen stressihäiriön kehittymisen riskiä. (Huttunen 2018;2.)

#### 4.2 Akuutin- ja traumaperäisen stressin kokeminen hoitotyössä

Akuutti- ja traumaperäinen stressireaktio alkaa kehittymään, kun henkilö näkee tai kokee traumaattisen tapahtuman, jonka seurauksena on fyysisen koskemattomuuden vaarantuminen. Vastaavia tilanteita voi olla kuolemaan liittyvä tapahtuma, vakavaan loukkaantumiseen tai johonkin uhkaan liittyvä tapahtuma. (Huttunen 2018;2.)

Akuutissa stressissä oireet alkavat noin tunnin kuluttua tapahtuneesta ja lievittyvät usein muutamassa päivässä. Traumaperäisessä stressihäiriössä taas henkilö on kokenut poikkeuksellisen järkyttävän tapahtuman tai sen uhan, joka aiheuttaisi mitä todennäköisemmin ahdistusta kenelle tahansa. Jatkuvat ja ahdistavat muistikuvat sekä takaumat ja painajaiset ovat oireita. Traumaperäisen stressihäiriön tutkimisessa voidaan käyttää oirekartoituslomaketta. (Tarnanen ym. 2020.) Traumaperäisen stressihäiriön diagnoosiin vaaditaan tyypillisten oireiden kestävän vähintään kuukauden ajan. Alle kuukauden ajan kestävät oireet traumaattiseen kokemukseen liittyen liittyvät akuuttiin stressihäiriöön. (Huttunen 2018;2.)

Akuuttiin stressireaktioon enintään muutaman päivän poissaolo töistä voi olla tarpeen. Vaikea traumaperäinen stressihäiriö taas voi heikentää työkykyä pitkäaikaisesti ja huomattavasti. Hoidon tukena voidaan käyttää kuntoutusta, jota toteutetaan samoin periaattein kuin muissakin psykiatrisissa sairauksissa. (Tarnanen ym. 2020.)

Traumaperäisen stressireaktion kehittymiseen ei välttämättä tarvita kokemusta omasta hen-  
genvaarasta. Tieto toiseen ihmiseen kohdistuvasta traumaattisesta kokemuksesta, kuten lä-  
heisen tai tuttavän henkeä uhkaavasta tilanteesta tai sen näkemisestä voi kehittyä traumape-  
räinen stressihäiriö. Traumaperäisen stressihäiriön oireet eivät ole tahdonalaisia, ja ne ovat  
tietyllä lailla luonnollisia elimistön ja mielen reaktioita uhkaavaan tapahtumaan. (Huttunen  
2018;2.)

Traumaperäisestä stressihäiriöstä kärsivä ihminen pyrkii usein välttämään traumaattisesta  
tapahtumasta muistuttavia asioita ja torjuu muistot tapahtumasta tietoisuudestaan. Välttä-  
miskäyttäytymiseen voi liittyä myös niin keskustelujen välttely traumaattisesta asiasta, kuin  
toimintojen ja paikkojen välttely, jotka tuovat tapahtuman mieleen. Näin ollen voi tapahtua  
sosiaalista eristäytymistä sekä tunteiden kokemisen ja niiden ilmaisemisen kyvyissä voi tapah-  
tuvia kaventumista. Rauhallinen ja ymmärtävä suhde oireiden ilmenemiseen ja niiden jatku-  
miseen vähentää sosiaalisen vieraantumisen ja eristymisen vaaraa. (Huttunen 2018;2.)

Traumaattiset muistot ja mielikuvat voivat aiheuttaa jatkuvaa varuillaanoloa. Varuillaanolo  
voi ilmetä nukahtamisvaikeuksina, ärtyneisyytenä, keskittymisvaikeuksina sekä pienistäkin  
asioista säikähtelynä. Oireet ja oirekuva vaihtelevat suuresti henkilöstä toiseen. (Huttunen  
2018;2.)

Kuormittavuuden kokemiseen vaikuttaa ennen kaikkea tapahtuman luonne ja järkyttävyys.  
Kuormittavuuden kokemukseen liittyy myös henkilöön itseensä vaikuttavat tekijät. Esimerkiksi  
mahdolliset aiemmat traumaattiset tapahtumat, sopeutumiskyky sekä psyykkisten voimavaro-  
jen riittämättömyys ovat tällaisia tekijöitä. (YTHS 2019.)

#### 4.3 Myötätuntostressi ja myötätuntouupumus

Myötätuntostressi ja myötätuntouupumus ovat käsitteenä erilaisia, niitä voidaan kuvata suku-  
laiskäsitteinä. Käsitteet eroavat toisistaan henkisen kuormittumisen aste-eroina. Myötätunto-  
stressi aktivoi työntekijää, mutta seuraus pitkään jatkuneelle stressille on myötätuntouupu-  
mus. Myötätuntouupumusta voidaan kuvata loppuunpalamisena. (Nissanen 2012, 25.)

Henkistä tasapainoa järkyttävissä tilanteissa hoitotyöntekijän työhön kuuluu myötätunnon  
osoittaminen. Hoidettavan ihmisen kokemaan traumaan liittyvä tieto sekä tunteet siirtyvät  
herkästi hoitotyöntekijään. Ihminen samaistuu ja osallistuu tavallaan toisen ihmisen toimin-  
taan ja tunnetiloihin tahtomattaan. Mielenterveys- ja päihdehäiriötä sairastavien ihmisten  
hoitotyön kuuluu vaikeiden asioiden kuunteleminen ja vastaanottaminen. (Holmberg 2016,  
206.)

Henkilö, jonka työnkuvaan liittyy elämän tragedioita, on riskissä altistua myötätuntostressiin.  
Myötätuntostressiä kuvaillaan emotionaaliseksi stressiksi. Myötätuntostressillä tarkoitetaan,

kun asiakkaan kertomuksista siirtyy murheita työntekijän omaan mieleen. Myötätuntostressi on työperäinen olotila, jossa asiakkaan traumaattiset ja vaikeat kokemukset aiheuttavat henkistä kuormitusta työntekijässä. Henkinen kuormittuminen on osa työtä, kuitenkin on tärkeää nähdä, että kuormittumisessa on kyse myötätuntoisuudesta, joka myös takaa asiakkaalle laadullisen kohtaamisen. Haastavat kertomukset ja tilanteet lisäävät ymmärrystä, mutta samalla ne kuormittavat työntekijäänsä. (Nissanen 2012, 30-31.)

Myötätuntouupumusta kuvataan pitkään kehittyvällä myötätuntostressillä. Myötätuntouupuminen tarkoittaa samaa kuin työuupuminen, mutta se liittyy vain työn emotionaalisiin haasteisiin eikä siihen vaikuta työntekijän oma persoonallisuus, ammatillinen tietotaito eikä oma henkilöhistoria. Myötätuntouupumus kehittyy, jos työntekijä ei kykene palautumaan emotionaalista stressistä. (Nissanen 2012, 25.)

Auttamisen edellytyksiä ovat empatia ja samaistuminen. Näin ollen auttaja altistuu emotionaalisesti työssään. Myötätuntouupumus ilmenee esimerkiksi nukkumisvaikeuksina, kipuna ja ahdistuneisuutena. (THL 2021.) Auttamistyössä myötätuntouupuminen on yksi työuupumuksen osatekijä. Työuupumus ei ole sairaus itsessään, mutta se voi altistaa työntekijän erilaisille stressiperäisille somaattisille sairauksille. Näitä ovat esimerkiksi unihäiriöt, keskittymisvaikeudet, muistiongelmien, ahdistus, masennus sekä päihdehäiriöt. (Holmberg 2016, 205-206.)

Myötätuntouupumus ja myötätuntostressi kuvaa yhdessä sijaistraumatisoitumisen kanssa ilmiötä, jossa asiakkaan traumaattiset ja vaikeat kokemukset siirtyvät työntekijälle tai työyhteisölle. Nämä aiheuttavat henkistä kuormitusta. Auttamistyön ammattilainen käyttää empatian ja samaistumisen kykyä työvälineenään. Näiden työvälineiden avulla ammattilainen voi samaistua asiakkaan asemaan ja saamaan yhteyden häneen. (THL 2021.)

#### 4.4 Sijaistraumatisoituminen

Sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijät, kuten mielenterveyshoitajat ovat riskissä altistua sijaistraumatisoitumiselle. Ammatillaiset saattavat kokea myötäelävänsä läsnäolollaan potilaan traumaattisia tapahtumia. Traumoja tunnetaan usein oman kehon osa-alueilla. Myötäeläminen voi ilmetä ruumiillisena kuin henkisenäkin oireiluna ja saattaa vaikuttaa korkeimmitaan koko elämänasenteen muuttumiseen. Sijaistraumatisoituminen altistaa myös työuupumukselle ja pitkille sairauslomille. (Rothschild & Rand 2010.)

Työssään ammattilainen ei välttämättä kykene kuvittelemaan asiakkaan kertomusta tilanteen ulkopuolelta vaan valitsee sen sijaan asiakkaan näkökulman. Hän astuu niin ikään kuin asiakkaan saappaisiin ja näkee tilanteen hänen silmissään. Tämän seurauksena heillä on alttius tuntea samanlaisia fyysisiä- sekä psyykkisiä tunteita kuin asiakaskin. Työntekijällä olisi tarpeen erottaa asiakkaan kokemukset ja tunteet omista tunteistaan, mutta joskus kyky eläytyä



asiakkaan kokemiin tilanteisiin tapahtuu vahvemmin, jolloin riski sijaistraumatisoitumiselle kasvaa. (Rothschild & Rand 2010, 185.)

Ammattilainen kriisi- tai auttamistyössä ei voi välttyä kokonaan sijaistraumatisoitumisen vaikutuksilta. Sijaistraumatisoituminen ilmenee masennuksena ja ahdistuksena, elämän näköalatomuutena, yli- tai alireagoitina töissä, painajaisunina, kyynisyytenä, työkyvyn ja motivaation heikentymisenä, oman hyvinvoinnin laiminlyömisinä, fyysisinä oireina, kuten päänsärkynä, eristäytymisenä sekä minäkäsityksen muuttumisena negatiivisemmaksi. (Välitä! Seksuaaliväkivaltatyö 2021.)

#### 4.5 Traumaattinen kriisi ja sen etenemisvaiheet

Traumaattista kriisiä voidaan kuvailla tunnejärkytyksenä, joka on seurausta yllättävästä ja voimakkaasta tapahtumasta. Traumaattiseen kriisiin liittyy henkilön voimakas ja hetkellinen järkytys, johon henkilön omat voimavarat eivät kykene riittämään. (Hammarlund 2010, 99.)

Traumaattinen kriisi etenee useimmiten neljän vaiheen kautta. Kriisin eri vaiheet ei kuitenkaan noudata sääntöjä eikä jakoa pystytä tarkkaan seuraamaan. Vaiheiden ryhmittely auttaa kuitenkin ymmärtämään ja käsittelemään kriisiä. Kriisin keston ja voimakkuuteen vaikuttaa useat tekijät, kuten stressitekijän laatu, voimakkuus ja henkilön aiemmat traumat ja psyykinen herkkyys. Psykkistä reaktiota kriisissä lieventää kriisiin joutuneen henkilön psyykinen vahvuus, koulutus ja aiemmin koetut läpikäyneet tilanteet. Perheen, ystävien ja muun lähiverkoston tuella on myös suuri merkitys kriisin käsittelemisessä. (Hammarlund 2010, 99.)

Traumaattisen kriisin vaihteita ovat sokkivaihe, reaktiovaihe, käsittelyvaihe sekä uudelleen suuntautumisen vaihe. Sokkivaihe alkaa heti traumaattisen tapahtuman jälkeen, eikä ihminen kykene vielä käsittelemään tapahtunutta. Trauman kokenut saattaa lamaantua täysin tai käyttäytyä mekaanisesti. (YTHS 2019.) Ihminen ei kykene tiedostamaan olevansa sokissa, koska ei kykene hallitsemaan tilaansa. Sokissa ihmisen tietoisuuden tila on muuttunut. (Hammarlund 2010, 100.) Voimakas kiihtymystila on mahdollista sokissa olevalle ihmiselle. (YTHS 2019.) Sokkivaihe voi kestää muutamasta minuutista useampaan vuorokauteen. (Hammarlund 2010, 100.)

Reaktiovaiheessa henkilö alkaa muodostaa vähitellen käsitystä tapahtuneesta. Tapahtuma palaa usein mieleen muistikuvina. (YTHS 2019.) Reaktiovaiheessa esiin voi tulla myös henkilön piileviä ja pidätettyjä tunteita. (Hammarlund 2010, 101.) Ihmisellä on usein myös tarve puhua tapahtuneesta uudelleen ja uudelleen. Tähän vaiheeseen liittyy yleensä unettomuutta, pelkoa, ahdistuneisuutta, syyllisyyden tunnetta, sekä fyysisiä oireita. (YTHS 2019.)

Käsittelyvaiheessa traumaattinen tapahtuma aletaan ymmärtämään ja ihminen on valmis kohtaamaan sen. Tässä vaiheessa ihminen voi kärsiä muisti- ja keskittymisvaikeuksista, ärtynei-

sydestä, sosiaalisesta vetäytyneisyydestä. Käsittelyvaiheen jälkeisessä viimeisessä vaiheessa uudelleen suuntautumisen vaiheessa tapahtunut alkaa vähitellen muuttua osaksi omaa elämää ja kokemuksesi omasta itsestä. Tapahtunut ei pyöri mielessä enää jatkuvasti. (YTHS 2019.)

#### 4.5.1 Oirekartoituslomake IER-S

IER-S oirekartoituslomake (The Impact of Event Scale -Revised) on tarkoitettu tietyn traumaattiseksi koetun tapahtuman oireiden kartoitukseen. IER-S-lomakkeessa on otettu huomioon kolme traumaperäisen stressihäiriön oirekokonaisuutta. IER-S-lomake on 22-kohtainen kysely. Lomake ei vastaa posttraumaattisen stressin diagnoosikriteereitä, vaan posttraumaattisen stressihäiriön diagnosoiminen vaatii aina oman diagnostisen haastattelun. (Haravuori 2021)

IER-S tulokset koostuvat kolmesta alaluokasta, jotka ovat tunkeutuminen, välttäminen ja hermostuneisuus. Tunkeutumiseen kuuluvat kysymykset häiritsevistä ajatuksista, painajaisista, tunkeilevista tunteista ja kuvista, dissosiativisesta uudelleen kokemisesta. Välttämiseen kuuluvat reagoitakyvyn turruttaminen, tunteiden, tilanteiden ja ajattelun välttäminen. Hermostuneisuus -osioon kuuluu kysely vihaisuudesta, ärtyneisyydestä, keskittymisvaikeuksista sekä lisääntyneestä valppaudesta ja säikkydestä. Kokonaispistemäärä tulee oireiden vakavuuden perusteella, joka antaa viitteitä posttraumaattisesta stressistä. Pisteytyksessä kysymyksistä saa pisteitä oireiden perusteella; 0p = ei oireita, 1p = vähän oireita, 2p = kohtalaiset oireet, 3p = paljon oireita, 4p = erittäin paljon oireita. (NovoPsych 2021.)

#### 4.6 Työnohjaus psyykkisen hyvinvoinnin tukena

Mielenterveyslaki velvoittaa järjestämään työnohjausta mielenterveyspalvelujen antajille (Portaankorva 2021). Työnohjauksella hoitotyössä tarkoitetaan oman suuntauksen kokeneeman kollegan tai asiantuntijan antamaa ohjausta ja tukea työongelmien käsittelyssä sekä oman työn arvioinnissa, ja tarvittaessa erilaisten toimenpiteiden suunnittelussa. Työnohjausta tarvitaan erityisesti asiakas- ja potilassuhteiden käsittelyssä. Työnohjaus voi olla säännöllistä ja jatkuvaa, tapahtua työaikana tai työajan ulkopuolella. (Heikkinen-Peltomaa ym. 2019, 62.)

Lähtökohtana työnohjaukselle on, että työntekijä on kiinnostunut omaa työtään ja sen kehittämistä kohtaan (Heikkinen-Peltomaa ym. 2019, 63). Työnohjaus tapahtuu joko yksilö- tai ryhmäohjauksena. Työnohjaus on työohjattavan ja työohjaajan välinen prosessi. (THL 2021.) Työnohjaus on oman työn, työolosuhteiden, ammatti-identiteetin sekä työhön liittyvien tunteiden sekä mielikuvien luottamuksellista tutkimista ja työstämistä. Työnohjaus eroaa mento- roinnista ja tutoroinnista niin, että ohjattava tuo esille käsiteltävät asiat omien tarpeidensa

pohjalta. Siinä tavoitteena on tukea ammattilaista työhön liittyvien tilanteiden ja tunnelmien käsittelyllä, joka lisää ymmärrystä. (Portaankorva 2021.)

Ihmisten kanssa vuorovaikutuksellinen työskentely herättää työntekijässä usein sellaisia ajatuksia, tunteita ja reaktioita, joiden jatkokäsittelystä työntekijä saa hyötyä. On tarkoituksenmukaista, että ammattilaiset saa työnsä vaativuuteen nähden työnohjausta työnantajan kustantamana. Työnohjaus toimii myös ammattilaisen työn kehittämispäikkana. Tämän kautta usein myös työn laatu paranee. (THL 2021.)

Työnohjauksen sisällön liittyessä potilaan hoitoprosessiin, työnohjauksessa pyritään havaitsemaan potilaan herättämät tai siirtämät tunteet ja erottamaan ne omista tunteista. Myös itässä heräviä vastatunteita tunnistetaan työnohjauksen avulla. Vuorovaikutuksessa syntyviä tunteita havainnoimalla saadaan parhaimmillaan tärkeitä oivalluksia potilaan tilanteeseen sekä omiin reagoititapoihin. (Portaankorva 2021.)

## 5 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata, minkälaisia kokemuksia sairaanhoitajilla on psykiatrisen potilaan itsemurhasta psyykkisen hyvinvoinnin näkökulmasta. Tavoitteena on kuvailevan kirjallisuuskatsauksen menetelmää hyödyntäen tuoda esille tutkimustietoa tekijöistä, joihin tulisi kiinnittää huomiota sairaanhoitajien psyykkisen hyvinvoinnin lisäämiseksi potilaan tehdessä itsemurhan hoitosuhteen aikana. Psyykkisen hyvinvoinnin tukeminen puolestaan ehkäisee työuupumista sekä vähentää henkistä kuormaa. Opinnäytetyötämme voidaan hyödyntää psykiatrisessa hoitotyössä tuomalla tutkimustietoa esille, miten vastaavat tilanteet voivat heijastua sairaanhoitajien psyykkiseen hyvinvointiin.

### Tutkimuskysymys

*Millaisia kokemuksia sairaanhoitajilla on psykiatrisen potilaan itsemurhasta psyykkisen hyvinvoinnin näkökulmasta?*

## 6 Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä

Tämä opinnäytetyö toteutetaan kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Kuvailevalla kirjallisuuskatsauksella tarkoitetaan aikaisemman tutkimustiedon kuvaamista. Aiemman tutkimustiedon avulla voidaan kehittää jo olemassa olevaa teoriaa sekä rakentaa uutta teoriaa. Kirjallisuuskatsauksen käyttö on viime vuosikymmenien aikana yleistynyt hoitotieteessä. Lisääntyneen kiinnostuksen taustalla on näyttöön perustuvan menetelmän vahvistuminen. Tutkimusmenetelmää käytetään, kun tarkoituksena on etsiä kysymyksiin vastauksia, kuten mitä ilmiöstä

tiedetään tai mitkä ovat ilmiön keskeiset käsitteet sekä niiden väliset suhteet. (Kangasniemi, Utriainen, Ahonen, Pietilä, Jääskeläinen & Liikanen 2013, 294.)

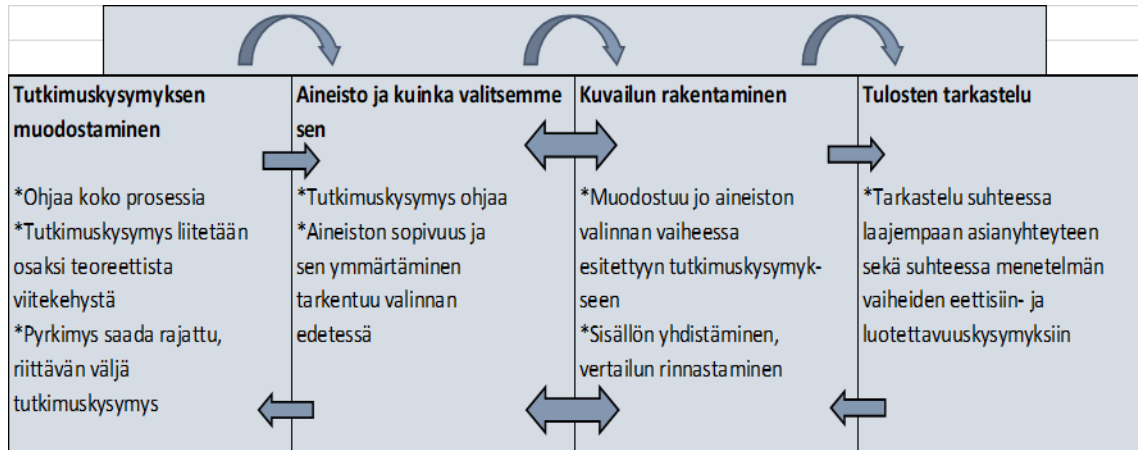
Ari Salmisen (2011) mukaan kirjallisuuskatsauksen tavoitteena voi olla jo olemassa olevan tiedon kehittäminen ja uuden teorian rakentaminen. Kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan myös arvioida teoriaa ja pyrkiä tunnistamaan ongelma sekä rakentaa kokonaiskuva tietystä asiakokonaisuudesta. Kirjallisuuskatsaus tarjoaa myös mahdollisuuden tietyn teorian kehityksellisen kuvaamisen historiallisesti. (Salminen 2011, 3-4.)

Tässä opinnäytetyössä menetelmää käytetään teoreettisen tiedon esittämiseen ja ongelmien tunnistamiseen. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on monipuolinen ja käyttökelpoinen menetelmä monenlaisiin tarkoituksiin (Kangasniemi ym. 2013, 294). Kuvaileva kirjallisuuskatsaus voidaan jakaa kolmeen päätyyppiin, jotka jakautuvat seuraavasti; kuvaileva kirjallisuuskatsaus, systemaattinen kirjallisuuskatsaus sekä meta-analyysi. Yleisin muoto on kuvaileva kirjallisuuskatsaus, koska se on tutkimusmetodina toimiva ja yleiskatsauksellinen. (Salminen 2011, 6.)

Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa on kahta eri tyyppiä; narratiivinen ja integroiva. Integroiva yhdistyy systemaattisesta ja narratiivisesta kirjallisuuskatsauksesta ja aineistoa tarkastellaan kriittisesti osana metodologiaa. Systemaattisella kirjallisuuskatsauksella puolestaan tarkoitetaan tiivistelmää aiempien tutkimusten olennaisesta sisällöstä, jolla kartoitetaan keskustelua ja poimitaan tieteellisiä tuloksia ja tärkeitä tutkimuksia. Kuitenkin vaihteittain kuvattu integroiva kirjallisuuskatsaus ei eroa systemaattisesta katsauksesta juurikaan. Salmisen mukaan Integroiva kirjallisuuskatsaus taas eroaa narratiivisesta kriittisen arvioinnin perusteiden. Integroivalla tutkimusmenetelmällä voidaan sisällyttää aineistoon materiaalia monipuolisemmin. Näin ollen saadaan laajempi kuvaus tutkittavasta asiasta. Narratiivinen kirjallisuuskatsaus on vapaamuotoisempi menetelmä. (Salminen 2011, 8.)

Narratiivinen kirjallisuuskatsaus on metodeista kevyin. Narratiivisen kirjallisuuskatsauksen avulla pystytään antamaan laajaa tietoa tutkimusaiheesta. Tämä on samalla lukijalle helppolukuinen. Toteutumistapaa kuvataan yleiskatsauksena, joka on prosessiltaan laaja ja tarkoituksena on tiivistää olemassa olevia tutkimuksia. Kirjallisuuskatsauksen yhteenveto tehdään ytimekkäästi ja johdonmukaisesti. Narratiivisella menetelmällä ajantasaisesti tutkustietoa, mutta ei rakenneta analyttistä tulosta. (Salminen 2011, 7.)

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tutkimusprosessia ohjaa tutkimuskysymys. Tutkimuskysymyksen takia sitä voidaan tarkastella yhdestä tai useammasta näkökulmasta. Rajausta ja spesifointi on myös edellytyksenä onnistuneelle tutkimuskysymykselle. (Kangasniemi ym. 2013, 295.) Tässä opinnäytetyössä tutkimuskysymys kuvataan täsmällisenä ja rajattuna, jotta ilmiötä pystytään kuvaamaan mahdollisimman syvällisesti. Seuraavassa taulukossa (Taulukko1) kuvataan kirjallisuuskatsauksen vaiheet tiivistettynä.



Taulukko 1. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen vaiheet sisältäen erityispiirteet (mukailen; Kangasniemi ym. 2013, 294.)

Tämä opinnäytetyö esitellään narratiivisella kirjallisuuskatsauksella. Valitsimme narratiivisen kirjallisuuskatsauksen, koska se on metodeista kevyin ja lukijalle helppolukuinen. Tavoitteena on kuitenkin antaa lukijalle kattavasti tietoa jo tutkitusta aiheesta. Opinnäytetyön avulla kuvataan aikaisempaan tutkimustietoon pohjaten potilaan itsemurhan merkitystä sairaanhoidajien psyykkiseen hyvinvointiin. Kirjallisuuskatsausta tehdessä kävimme läpi eri tietokannoista kansainvälisiä ja kansallisia tutkimuksia, jonka avulla saamme tietoa paljonko aihetta, on jo tutkittu ja millaisia tutkimusmenetelmiä on käytetty.

## 6.1 Aineiston haku ja valinta

Tutkimuskysymys ohjaa aineiston hakuja kirjallisuuskatsauksessa. Tarkoitus on löytää mahdollisimman ajanmukainen aineisto, johon vastataan. Aineisto valitaan ja analysoidaan aina aineistolähtöisesti. Valinta ja analysointi tapahtuu pääpiirteittäin samanaikaisesti. Aineistoksi valitaan tutkimuksia, joita heijastetaan tutkimuskysymykseen vastaamiseen. Vastauksissa pyritään täsmentämään, jäsentämään, kritisoimaan tai avaamaan tutkimuskysymystä ja niiden edustamista suhteessa muuhun kirjallisuuteen. Valittu aineisto voi erota menetelmällisesti toisistaan. Aineistossa voi olla erilainen lähestymistapa, tieteenalat ja julkaisujen ajankohdat. Tutkimuskysymyksen laajuus määrittää myös aineiston määrän. (Kangasniemi ym. 2013, 295.)

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen aineiston valinta haetaan tieteellisesti asianmukaisista lähteistä. Aineiston keskeinen peruste on sen sisältö ja sisällön heijastaminen muuhun aineistoon, jotka valikoituvat. Tärkeäksi rooliksi nousee valitun aineiston vastavuoroinen harkinta suhteessa tutkimuskysymykseen, jolloin valitun aineiston hakuja ohjaa tutkimuskysymys. (Kangasniemi ym. 2013, 296.)

## 6.2 Aineiston hakuprosessi

Tässä kappaleessa esitellään opinnäytetyön aineiston hakuprosessi. Hakuprosessin esittelyllä pyritään näyttämään ja lisäämään opinnäytetyön luotettavuutta. Lisäksi hakuprosessin esittelyllä osoitetaan haun toistettavuus.

Käytimme apuna eksplisiittistä tiedonhakumenetelmää, jonka tarkoituksena on kuvata kirjallisuuden valinta tarkasti. Aineiston haut tehtiin manuaalisesti valituista sähköisistä eri tietokannoista ja tutkimusaineisto rajataan ajan ja kielen mukaisesti. Eksplisiittistä tiedonhakumenetelmää käyttäessä voidaan tarvittaessa soveltaa hakukriteereitä hakuprosessin aikana, jos sillä on merkitystä tutkimuskysymykseen vastaamisen kannalta. Kirjallisuuskatsauksen valikoituneen aineiston keskeisin peruste on sisältö ja sen suhde muuhun valittuun aineistoon. (Kangasniemi ym. 2013, 295-296.)

Eksplisiittiseen tiedonhakuprosessiin kuuluu sisään- ja poissulku kriteerien määrittäminen, joka käydään läpi tarkemmin alla olevan taulukon mukaisesti. Käytimme erilaisia hakusanoja ja teimme alustavia hakuja koko syksyn 2021 ajan erilaisista tietokannoista. Rajasimme haisua tuloksia niin, että ne olivat korkeintaan 10 vuotta vanhoja ja ne olivat tieteellisiä artikkeleita. Lisäksi hakuehtoihin laitoimme, että koko teksti on luettavissa ilmaiseksi. Aineiston sisään- ja poissulkukriteerit on kuvattu tarkemmin taulukossa. (Taulukko 1). Hakujen jälkeen valitsimme otsikoiden perusteella tutkimuskysymykseen mahdollisimman hyvin vastaavat tutkimukset. Näistä luimme ensin tiivistelmät, ja jos tiivistelmä näytti siltä, että se saattaisi vastata tutkimuskysymykseen, meni koko tutkimus tarkasteluun. Lopulliseksi aineistoksi päättyi viisi tutkimusartikkelia. Nämä viisi lähdetä vastasivat mielestämme parhaiten tutkimuskysymykseemme.

#### Sisäänottokriteerit

- Julkaisuvuosi 2011-2021
- Tutkimukset, jotka koskevat sairaanhoitajia
- Tieteelliset tutkimukset ja tieteelliset artikkelit
- Potilaan itsemurhaan liittyvät tutkimukset
- Tutkimukset, jossa hoitohenkilökunta on kokenut potilaan itsemurhan
- Hoitohenkilökunnan kokemuksiin liittyvät tutkimukset
- Suomen- tai englanninkieliset
- Artikkelit luettavissa ilmaiseksi

#### Poissulkukriteerit

- Aiemmin kuin 2011 julkaistu
- Tutkimukset, jotka eivät koske sairaanhoitajia
- Ei- tieteelliset tutkimukset ja artikkelit
- Tutkimukset, joihin ei liity potilaan itsemurha
- Tutkimukset, joissa hoitohenkilökunta ei ole kokenut itsemurhaa
- Tutkimukset, joissa ei käsitellä kokemuksia
- Ei suomen- tai englanninkieliset
- Maksulliset artikkelit

Taulukko 2. Sisäänotto ja poissulkukriteerit.

Joistakin tietokannoista löytyi samoilla hakusanoilla ja -kriteereillä todella niukasti tai liian laajasti tutkimuksia. Näin ollen jouduimme kokeilemaan hieman erilaisia versioita eri hakukannoissa. Opinnäytetyössämme oli kaksi eri tekijää ja haimme tutkimuksia yhdessä käyttäen Zoom-yhteyttä tietokoneella, jolloin etsimme yhdessä samoilla hakusanoilla tutkimuksia eri tietokannoista ja kokeilimme erilaisia hakusanoja. Näin tutkimusten hakusanat olimme pohjineet yhdessä, että haut eivät eroaisi toisistaan liikaa. Valitsimme kyseiset tietokannat mukaan niiden luotettavuuden takia, ja niistä löytyi eniten aiheeseemme sopivia tutkimuksia. Tietokannat MEDIC, PubMed, ProQuest sekä EBSCO ovat Laurean käyttäjätunnuksilla toimivia, joten kyseisistä tietokannoista sai suurimman osan tutkimuksista auki maksutta. Tietokannosta löytyi laajasti artikkeleita. Kokeilimme myös muita Laurean käyttöoikeudellisia tietokantoja, joissa haut eivät tuottaneet tulosta. Käytimme apunamme Laurean kahta eri tiedonhaun opettajaa. Osallistuimme toisen tiedonhaun opettajan tiedonhaun tunnille ja kävimme yksituisesti sähköpostiviestikeskusteluja molempien opettajien kanssa.

ProQuest -tietokannasta löytyi hakusanoilla ”patient\* suicide” AND (”mental health nurse\*” experience\* OR impact\* OR reaction\*) AND well-being-hakutermein 125 tulosta. Näistä tuloksista valitsimme seitsemän tutkimusta lähempään tarkasteluun otsikon perusteella. Näistä kaksi luimme kokonaan ja yksi valikoitui tutkimukseemme luettuamme tutkimukset läpi. Toinen tulosta tuottava haku ProQuestissä oli: impact ”inpatient suicide” psychiatric nurses. Saimme näillä hakusanoilla 46 tulosta, joista kaksi pääsi lähempään tarkasteluun tiivistelmän

perusteella ja sitä kautta kokolukuun. Näistä toinen valikoitui tutkimukseemme. Kolmas haku, joka tuotti tulosta oli: medical staff\* experience AND "patient suicide". Tämä tuotti 144 hakutulosta, joista otsikon perusteella 5 valikoitui ja sitä kautta kokolukuun. Näistä yksi valittiin osaksi lopullista opinnäytetyötämme. Neljäs tuottava haku ProQuestissä sisälsi sanat: "inpatient suicide" AND experiences. Tämä haku tuotti 134 tulosta, otsikon perusteella 3 pääsi lähempään tarkasteluun ja tiivistelmän jälkeen kokolukuun. Näistä yksi pääsi osaksi lopullista opinnäytetyötämme.

EBSCO-tietokanta tuotti myös tulosta. Saimme yhden tutkimuksen opinnäytetyöhömmme hakusanoilla: mental health nurse\* experience AND patient OR client AND suicide. Tämä haku tuotti 59 tulosta, joista valitsimme viisi lähempään tarkasteluun otsikon perusteella. Kokoluukuun pääsi kaksi tutkimusta, joista toinen valikoitui opinnäytetyöhömmme. Toinen EBSCO-tietokanta, jossa käytimme hakusanoja "patient\*suicide" AND "mental health nurse\*"experience\* OR impact\* OR reaction tuotti 7 tulosta, joista 1 pääsi lähempään tarkasteluun. Tämä ei kuitenkaan valikoitunut lopulliseen työhön.

Google Scholar -hakukoneeseen laitoimme lukuisia hakutermejä, joista mikään ei tuottanut niinkään tulosta. Ainoastaan yksi artikkeli pääsi lähempään tarkasteluun tämän hakukoneen kautta hakusanoilla: psychiatric nurse\* "secondary traumatic stress" AND "patient suicide". Tämä tuotti 67 hakutulosta, joista yksi oli aiheitamme lähellä. Tämä ei kuitenkaan valikoitunut lopulliseen opinnäytetyöhön.

PUBMED-tietokannassa hakutuloksia tuotti parhaiten: "patient suicide" AND "impact or experience nurse". Tämä tuotti 17 hakutulosta, joista 2 pääsi lähempään tarkasteluun tiivistelmän pohjalta. Näistä kuitenkin kumpikaan ei valikoitunut tutkimukseksi opinnäytetyöhömmme.

MEDICistä ei löytynyt mitään huolimatta lukuisista hakusanoista. Hakusanat olivat laajempia ja joustavampia kuin muissa hakukoneissa lopulta, sillä tietoa ei tuntunut löytyvän lainkaan. Käytimme esimerkiksi hakusanoja "patient\* suicide\*" AND nurse\* experience. Lopulta hylkäsimme tämän tietokannan, sillä siitä ei löytynyt lainkaan artikkeleita.



ProQuest	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. "patient* suicide" AND ("mental health nurse*" experience* OR impact* OR reaction*) AND well-being</li> <li>2. impact "inpatient suicide" psychiatric nurses</li> <li>3. medical staff* experience AND "patient suicide"</li> <li>4. "inpatient suicide" AND experiences</li> </ol>
EBSCO	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. mental health nurse* experience AND patient OR client AND suicide</li> <li>2. "patient*suicide" AND "mental health nurse*" experience* OR impact* OR reaction</li> </ol>
Google Scholar	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. psychiatric nurse* "secondary traumatic stress" AND "patient suicide"</li> </ol>
PUBMED	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. "patient suicide" AND "impact or experience nurse"</li> </ol>
MediC	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. "patient* suicide*" AND nurse* experience</li> </ol>

Taulukko 3. Tietokannat ja hakusanat.

### 6.3 Tutkimusaineiston esittely

Opinnäytetyöhömmme valikoitui viisi tutkimusta. Tutkimuksista on kolme määrällistä ja kaksi laadullista. Tutkimuksista kolme on tehty Isossa-Britanniassa. Yksi tutkimuksista on tehty Sveitsissä ja julkaistu Lontoossa. Yksi tutkimuksista on tehty Japanissa ja se on julkaistu Lontoossa.

Ensimmäisessä valitsemassamme tutkimuksessa tutkitaan potilaan itsemurhan jälkeistä stressiä yhteyttä mielenterveyden ammattilaiseen, sekä reaktion yhteyttä ammattiryhmään. Tutkimus on kvantitatiivinen eli määrällinen. Tutkimus on julkaistu vuonna 2015, joka toteutettiin Sveitsin ranskankielisessä osassa laitossympäristössä tai yksityisvastaanotoilla työskentelevältä henkilökunnalta. Osallistujat olivat täyttäneet kyselylomakkeen ja ammattilaisten profiilit tunnistettiin klusterianalyysin avulla. Tutkimuksessa kuvataan potilaan itsemurhaa mielenterveysalan ammattilaisille ammatilliseksi vaaraksi sekä tapahtumaksi, joka laukaisee mitä todennäköisemmin stressireaktioita. Tarkoituksena tutkimuksessa oli tunnistaa tyypilliset eri ammattiryhmien profiilit ja niiden yhteys reaktioihin potilaan itsemurhan jälkeisen stressireaktion vakavuuden ehkäisemiseksi. Tutkimukseen osallistui noin 666 mielenterveyden ammattilaista, joista 39,6 % on sairaanhoitajia. (Dolores, Heeb, Gulfi & Gutjahr 2015;1)

Toisessa tutkimuksessa tutkitaan psykiatrisen sairaalahoidon tai psykiatrisen osastohoidon aikana tapahtuneen potilaan itsemurhan vaikutusta sairaanhoitajiin sekä sairaanhoitajien tuen tarvetta tapahtuman jälkeen ja se on julkaistu vuonna 2011 Lontoossa. Tutkimus on kvantitatiivinen. Tutkimus on toteutettu kyselyllä, joka annettiin 531 psykiatriselle sairaanhoitajalle, jotka työskentelivät psykiatrisella vuodeosastolla. Kysely oli itse raportoitava ja

siinä oli mukana asteikkomittari, millä mitattiin, miten tapahtuma on vaikuttanut sairaanhoitajaan. (Takahashi, Chida, Nakamura, Akasaka, Yaki, Koeda, Takusari, Otsuka & Sakai 2011.)

Kolmas tutkimus on julkaistu vuonna 2021 ja se koskee psykiatrisia sairaanhoitajia. Tutkimuksessa on haastateltu 33 psykiatrista sairaanhoitajaa. Tutkimus on kvalitatiivinen eli laadullinen. Tutkimuksessa tutkitaan sairaanhoitajien reaktioita potilaan itsemurhaan ja itsemurhan vaikutusta sairaanhoitajaan. Tutkimus toteutettiin sekundaarisella analyysillä, ja tutkimukseen sisältyi puolirakenteellinen haastattelu. Haastattelu analysoitiin maadoitettua teoriaa käyttäen. Ne sairaanhoitajat, jotka olivat kokeneet potilaan kuoleman itsemurhalla, analysoitiin uudelleen käyttäen temaattista sisällönanalyysiä. (Morrissey & Higgins 2021.)

Neljäs tutkimus on suunnattu mielenterveyden ammattilaisille, jotka olivat kohdanneet potilaan itsemurhan tai itsemurhayrityksen. Tutkimus on kvalitatiivinen. Tutkimus käsittelee henkilökunnan kokemuksia ja käsityksiä suisidaalisen potilaan kanssa työskentelystä psykiatrisessa sairaalahoidossa. Suurin osa tutkimukseen vastaajista on sairaanhoitajia. Tutkimus on julkaistu vuonna 2017 Lontoossa. Tutkimus on toteutettu laadullisesti, jota ohjasi temaattinen analyysi puolirakenteisista haastatteluista. Kyselyyn osallistui 20 mielenterveyden ammattilaista. (Awenat, Haddock, Gooding, Pratt, Peters & Shaw-Nunez 2017.)

Viides ja viimeinen tutkimus on julkaistu vuonna 2015 Brightonissa ja se koskee mielenterveysalan ammattilaisia. Tutkimus on kvantitatiivinen. Tutkimus on samojen tekijöiden tekemä tutkimus, kuin ensimmäinen valitsemamme tutkimus. Tämä tutkimus syventyy eri ammattiryhmien profiileihin potilaan itsemurhien jälkeen ja työpaikan käytännön muutoksiin. Tutkimus on tehty keräämällä tietoa kirjallisilla kyselylomakkeilla ranskankielisessä Sveitsissä työskenteleviltä 713 eri mielenterveysammattilaiselta, jotka työskentelevät laitosympäristössä tai yksityisvastaanotoilla. Vastaajista 38,4 % oli sairaanhoitajia. (Dolores, Heeb, Gulfi & Gutjahr 2015;2.)

#### 6.4 Tulosten analysointi

Tulosten analysoinnissa käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Aineistolähtöisellä tarkoitetaan tutkimuksen pääpainon olevan aineistossa, tarkoittaen analyysiyksiköt eivät määrity ennalta ja teorian rakentaminen muodostuu aineiston mukaisesti (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122). Aineistolähtöisyydessä analyysimenetelmässä aineistossa pysyminen, ennakkokäsitysten ja teorioiden poissulkeminen sekä järjestelmällisyys on itsekkuria vaativaa (Saarinen-Kauppinen & Puusniekka 2006).

Aineistolähtöinen sisällönanalyysi jaetaan kolmeen eri vaiheeseen. Vaiheet jakautuvat seuraavasti; resudointi eli pelkistämisvaihe, klusterointi eli ryhmittely, jolloin apuna käytetään

pelkistettyjä ilmaisuja ja alaluokkien muodostamista. Kolmas vaihe koostuu abstrahoinnista, jolla tarkoitetaan käsitteellistämistä. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 123.)

Kun aineisto on kerätty, jatketaan pelkistämisvaiheeseen. Ensin pelkistettiin alkuperäisilmaisut, jolla tarkoitetaan redusointia. Redusointivaiheen tarkoituksena on karsia aineistosta kaikki epäoleellinen tieto pois. Tutkimuskysymys ohjaa tätä aineiston karsimista. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 123.) Aineiston redusoinnissa eli pelkistysvaiheessa etsittiin lauseita, jotka vastasivat mahdollisimman hyvin tutkimuskysymykseen. Lauseet pelkistettiin alkuperäisilmausujen mukaisesti sekä tulostettiin paperiversiona, jolloin lajittelu oli helpompaa. Tulosteet sisälsivät alkuperäisilmaisun ja pelkistykseen. Käytimme alkuperäisilmaisuissa sekä pelkistyksessä värikodeja erottelemaan tutkimukset, jotta pystyimme jälkeinpäin yhdistää ne oikeisiin tutkimuksiin.

Seuraava vaihe pelkistämisen jälkeen on klusterointi, joka tarkoittaa ryhmittelyä. Ryhmittelyvaiheessa aineistosta etsitään erilaisuuksia ja yhtäläisyyksiä (Janhonen & Nikkonen 2001, 28). Ryhmittelyä seuraa pelkistetty ilmaus ja alaluokkien muodostaminen (Tuomi & Sarajärvi 2018, 124). Samaa tarkoittavat lauseet yhdistettiin samaksi luokaksi ja annettiin sisältöä kuvaava nimi. Tässä työssä klusteroinnin apuna käytimme post it -lappuja. Ryhmittelyn aikana muodostui kahdeksan alaluokkaa: läheinen terapeutin suhde potilaan kanssa lisää psyykkisen reaktion voimakkuutta, aiemmat henkilökohtaiset kokemukset itsemurhasta lisäävät kokemuksen emotionaalisuutta, yksilön ominaisuudet heijastuvat psyykkiseen kokemukseen heikentävästi tai vahventavasti, läheinen hoitosuhde potilaan kanssa ennustaa enemmän tuen tarvetta, läheisten ja kollegoiden antama tuki tuo lohtua suruun, posttraumaattisen stressin oireet lisääntyvät, itsemurhasta syyttämisen pelko lisää stressiä ja ammatti-identiteetti heikkenee.

Klusterointivaiheen jälkeen seuraa abstrahointivaihe eli käsitteellistäminen, jolla tarkoitetaan aineiston yhdistämistä samansisältöisiin luokkiin (Janhonen & Nikkonen 2001, 29). Käsitteellistämisen tarkoituksena on muodostaa käsitteiden avulla kuvaus tutkittavasta ilmiöstä ja muodostaa aineistosta yläluokkia. Näin ollen teoriaa ja johtopäätöksiä verrataan alkuperäisaineistoon samalla kun teoria muodostuu. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 127.) Samansisältöiset alaluokat jaoteltiin kolmeen yläluokkaan. Yläluokiksi muodostui sairaanhoitajien taustatekijät heijastuvat psyykkisen reaktion voimakkuuteen, sairaanhoitajien tuen saaminen heijastuu psyykkisen kokemuksen voimakkuuteen ja sairaanhoitajien erilaiset tuntemukset lisäävät stressireaktioiden riskiä.

Ennen aineiston analysointia päätetään analyysiyksikkö. Analyysiyksikön määrittäminen ennen prosessin aloittamista on olennaista, koska sen määrittää aineiston laadun ja tutkimustehtävän. Analyysiyksikkö voi olla joko sana, lause tai dokumentti. (Janhonen & Nikkonen 2001, 25.) Tässä opinnäytetyössä käytetään analyysiyksikkönä lausetta.

Käytimme opinnäytetyössä induktiivista sisällönanalyysiä. Aineisto analysoitiin vertailemalla tutkimuksia sekä etsimällä aineistosta yhtäläisyyksiä ja eroja. Aineisto luettiin läpi ja suo-

mennettiin kokonaisuudessaan, joka helpotti aineiston ymmärtämistä. Tutkimusten analysoinnissa perehdyttiin aineiston tuloksiin.

Läheinen terapeuttiivinen suhde potilaan kanssa lisää psyykkisen reaktion voimakkuutta - alaluokka rakennettiin tuloksista, joissa puhuttiin potilaan kanssa hoitosuhteen läheisyydestä ja miten se heijastui kokemuksiin. Aiemmat henkilökohtaiset kokemukset itsemurhasta lisäävät kokemuksen emotionaalisuutta -alaluokka muodostui kokemuksista, missä sairaanhoitajien henkilökohtainen kokemus heijastui tapaan, millä tavalla sairaanhoitajat kokivat potilaan itsemurhan. Alaluokka yksilön ominaisuudet heijastuvat psyykkiseen kokemukseen heikentävästi tai vahventavasti rakentui sairaanhoitajien henkilökohtaisista ominaisuuksista, esimerkiksi miten vastaajien ikä vaikutti kokemukseen. Läheinen hoitosuhde potilaan kanssa ennustaa enemmän tuen tarvetta yhdistyi ne kokemukset, mitkä viittasivat sairaanhoitajien tuen tarpeeseen tai sen saamiseen. Läheisten ja kollegoiden antama tuki toi lohtua suruun - alaluokkaan kerättiin kokemuksia, jotka tutkimustuloksissa viittasivat surua hälventäviin seikoihin. Posttraumaattisen stressin oireet lisääntyvät -alaluokkaan taas koottiin tulokset, jotka kohdistuivat sairaanhoitajien reagoititapaan tunnereaktioiden näkökulmasta. Pelko itsemurhasta syyttämisestä lisää stressiä -alaluokka muodostui tutkimustuloksissa ilmenevistä sairaanhoitajien huolista, joutuvatko he syyllistämisen kohteeksi potilaan tehdessä itsemurhan. Ammatti-identiteetti heikkenee -alaluokka muodostui tuloksista, joissa sairaanhoitajat kokivat ammatti-identiteetin muutoksia potilaan itsemurhan jälkeen.

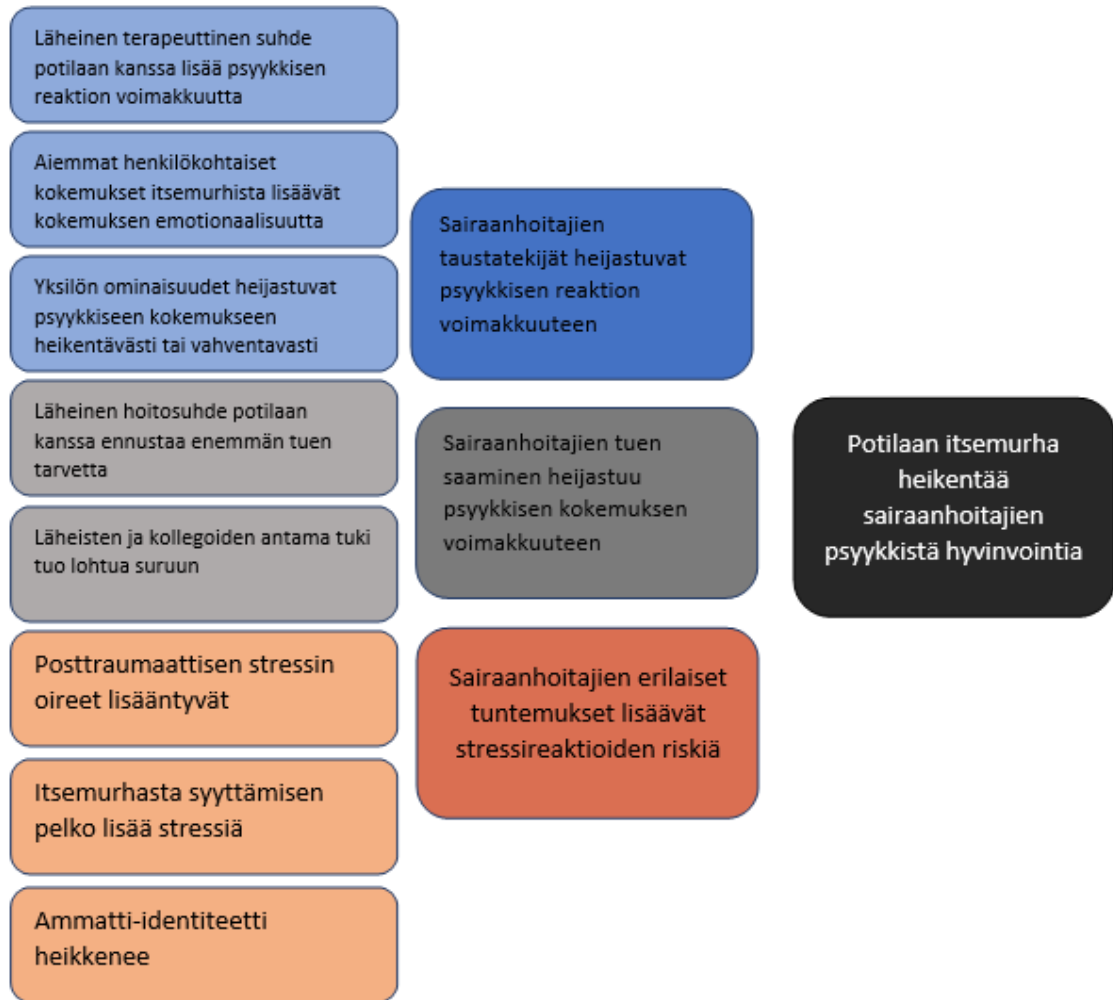
Sairanhoitajien taustatekijät heijastuvat psyykkisen reaktion voimakkuuteen -yläluokan taivitteena oli kuvata tekijöitä, jotka ovat olleet taustalla ennen itsemurhan tapahtumista ja heijastuvat sairaanhoitajien kokemuksiin. Sairanhoitajien tuen saaminen heijastuu psyykkisen kokemuksen voimakkuuteen -yläluokka kerättiin alaluokista, jotka liittyivät kokemuksiin sairaanhoitajien tarvitsemasta ja saamasta tuesta. Sairanhoitajien erilaiset tuntemukset lisäävät stressireaktioiden riskiä -yläluokka muodostui alaluokista, jotka liittyivät sairaanhoitajien tunteisiin tai reagoititapaan potilaan itsemurhan jälkeen. Seuraavassa taulukossa (Taulukko 4.) on esimerkki analyysivaiheen etenemisestä.

Alkuperäisilmaisu	Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
"Participant's distress related to the nature of the therapeutic relationship"	Terapeuttisen suhteen luonne liittyy ammattilaisen kokemaaan kärsimykseen	Läheinen terapeuttinen suhde potilaan kanssa lisää psyykkisen reaktion voimakkuutta	Sairaanhoitajien taustatekijät heijastuvat psyykkisen reaktion voimakkuuteen	Potilaan itsemurha heikentää sairaanhoitajien psyykkistä hyvinvointia
"The client's suicide also reminded some participants of their own family member by suicide"	Itsemurha muistutti oman perheenjäsenen itsemurhasta	Aiemmat henkilökohtaiset kokemukset itsemurhasta lisäävät kokemuksen emotionaalisuutta		

Taulukko 4. Esimerkki analyysivaiheen etenemisestä.

## 7 Kirjallisuuskatsauksen tulokset

Tämän kirjallisuuskatsauksen tuloksista muodostui pääluokka; potilaan itsemurha heikentää sairaanhoitajien psyykkistä hyvinvointia. Pääluokka jaettiin kolmeen yläluokkaan; sairaanhoitajien taustatekijät heijastuvat psyykkisen reaktion voimakkuuteen, sairaanhoitajien tuen saaminen heijastuu psyykkisen kokemuksen voimakkuuteen ja sairaanhoitajien erilaiset tuntemukset lisäävät stressireaktioiden riskiä. Sairaanhoitajien taustatekijät heijastuvat psyykkisen reaktion voimakkuuteen jaettiin kolmeen alaluokkaan, läheinen terapeuttinen suhde potilaan kanssa lisää psyykkisen reaktion voimakkuutta, aiemmat henkilökohtaiset kokemukset itsemurhasta lisäävät kokemuksen emotionaalisuutta ja yksilön ominaisuudet heijastuvat psyykkiseen kokemukseen heikentävästi tai vahventavasti. Sairaanhoitajien tuen saaminen heijastuu psyykkisen kokemuksen voimakkuuteen jaettiin edelleen kahteen alaluokkaan läheinen hoitosuhde potilaan kanssa ennustaa enemmän tuen tarvetta ja läheisten ja kollegoiden antama tuki tuo lohtua suruun. Sairaanhoitajien erilaiset tuntemukset lisäävät stressireaktioiden riskiä jaettiin myös kolmeen alaluokkaan, posttraumaattisen stressin oireet lisääntyvät, itsemurhasta syyttämisen pelko lisää stressiä ja ammatti-identiteetti heikkenee. Seuraavassa taulukossa, (Taulukko 5.) esittelemme tulokset. Yläluokat ja alaluokat eroteltiin värikoodein.



Taulukko 5. Tutkimustulokset

### 7.1 Sairaanhoitajien taustatekijät heijastuvat psyykkisen reaktion voimakkuuteen

Tutkimuksissa nousi esille erilaisia tekijöitä taustalla, mitkä olivat yhteydessä siihen, kuinka voimakkaasti sairaanhoitajat reagoivat potilaan itsemurhaan. Taustatekijöillä tarkoitetaan tekijöitä esimerkiksi sairaanhoitajien henkilökohtaisen elämän taustalla ja millainen potilaan ja hoitajan välinen yhteistyösuhde oli. Taustatekijöiksi myös katsottiin esimerkiksi sairaanhoitajien henkilökohtaiset ominaisuudet, kuten ikä ja työkokemus.

Hoitajan ja potilaan välinen hoitosuhde vaikuttaa hoitohenkilökunnan kokemuksiin potilaan tehdessä itsemurhan. Suhteen kesto, emotionaalinen läheisyys ja hoitajan vastuu ovat yhteydessä kokemuksen vakavuuteen. Aiemmat hoitajan kokemat itsemurhat myös ovat yhteydessä kokemukseen ja seuraamusten vakavuuteen. (Dolores ym. 2015;1.) Terapeutin suhteen luonne liittyy ammattilaisen kokemaan ahdistukseen (Morrissey & Higgins 2021).

Heikko potilassuhde lieventää hoitajan reaktiota potilaan itsemurhaan, kun taas vahva potilassuhde ja potilaan kuolinhetkellä yhteydessä olo ennustaa eniten tuen tarvetta sekä isoimpia reaktioita. Laitosympäristössä koetaan usein eniten tuen riittämättömyyttä, vaikka potilassuhde olisikin heikompi. (Dolores ym. 2015;2.)

Koko henkilökunta ei koe välttämättä yhtä voimakkaita tunteita. Taustatietojen merkitys sairaanhoitajien kokemusten voimakkuuteen psyykkisesti näkyy eri tavoin. Esimerkiksi sairaanhoitajan ja potilaan läheisyys vaikuttaa kokemuksen tuntemiseen. Sairaanhoitajan löytäessä kuolleen potilaan kokemus voi olla psyykkisesti rankempi. Mikäli sairaanhoitaja on saanut koulutusta organisaatiolta jo aiemmin vastaavien tilanteiden varalta, voi olla, että kokemus ei ole yhtä järkyttävä, koska siihen on osattu jollain tavalla varautua.

Itsemurha toi myös mieleen joidenkin sairaanhoitajien omia henkilökohtaisia kokemuksia, jos sairaanhoitajan perheenjäsen tai ystävä oli kuollut itsemurhan seurauksena (Morrissey & Higgins 2021). Henkilökohtaiset kokemukset lisäsivät potilaan itsemurhakuolemasta aiheutuneen kokemuksen emotionaalisuutta, vaikka tapahtuneesta olisi kulunut useita vuosia (Awenat ym. Haddock 2017).

Tutkimustuloksissa kävi ilmi, että nuorempi henkilöstö pelkäsi eniten, että on aiheuttanut vahinkoa potilaalle. Nuorempi henkilöstö myös pelkäsi eniten seurauksia itselleen potilaan itsemurhan jälkeen. (Awenat ym. 2017.) Tuen tarvetta vähensi tutkimuksen mukaan korkeampi ikä ja pidempi työkokemus (Gulfi ym. 2015; 2).

## 7.2 Sairaanhoitajien tuen saaminen heijastuu psyykkisen kokemuksen voimakkuuteen

Sairaanhoitajien saadun tuen riittävyttä koettiin eri tavoin. Tutkimuksissa ilmeni, että tuen saaminen oli tärkeä tekijä kokemuksesta toipumisessa. Taustatekijät myös heijastuivat tuen tarpeeseen.

Hoitohenkilökunnan kokemuksiin vaikutti ammattituen saaminen, mikäli he sitä tarvitsivat. Tutkimuksien tulokset viittaavat, että työntekijöiden hyvä koulutus vastaaviin tilanteisiin ja tarvittava tuki traumaattiseen tilanteeseen vähentää henkilökuntaan vaikuttavia stressireaktioita. Henkilökunta, joka ei saanut riittävää tukea, sai vakavampia jälkioireita. (Dolores ym. 2015; 1.)

Tutkimuksessa sairaanhoitajat kertoivat, että aika auttoi surun laantumisessa. Lisäksi sairaanhoitajat kokivat, että perheen, ystävien tai kollegoiden kanssa puhuminen toivat lohtua sairaanhoitajien kokemaan suruun. Vertaistuki koettiin tärkeänä esimerkiksi kollegoilta. Osa vastaajista koki, että tiimin jäsenet tukivat toisiaan hyvin ja siitä oli vastaajille apua. (Morrissey & Higgins 2021.)

Morrissey & Higginsin (2021) tutkimuksen tuloksissa korostui tarjotun tuen ja ohjauksen puute. Tutkimuksessa esimiesten herkkyyden puute sairaanhoitajan kokemille tunteille viesti siitä, että emotionaalisuus ei kuuluisi hoitotyöhön tai potilaan ja hoitajan väliseen suhteeseen. Tämä on kuitenkin tavallaan paradoksi, koska myötätuntouupumuksesta puhutaan hoitajan työssä ja se on käsitteenä jo olemassa. Tutkimuksen mukaan monet osallistujat jäivät yksin surunsa kanssa organisaation osalta. Osallistujien perhe ja kollegat tukivat tarpeen mukaan osallistujia.

Vertaistuen tärkeyttä tulisi siis korostaa työyhteisössä potilaan itsemurhan tapahtuessa. Sitäkin voi saada kahdella tavalla, joko niin että työyhteisön jäsenet välittävät aidosti asiasta tai toisaalta vertaistukea voi saada vanhemman tai kokeneemman kollegan antamalla tuella, joka pohjautuu pitkään kokemukseen. Pahimmassa tapauksessa vertaistuen puute voi olla myös merkki huonosta työilmapiiristä.

Awenat ym. (2017) tutkimuksessa korostui se, että potilaan itsemurha voi vaikuttaa ammattilaiseen pitkäaikaisesti sekä henkilökohtaisella että ammatillisella tasolla. Jälkiseurausten käsittely vaikuttaa sairaanhoitajien kokemuksiin psyykkisellä tasolla. Tutkimuksessa ilmeni, että korkeat työvaatimukset ja huono tuki voivat vaikuttaa osaltaan psykiatrisen osaston yleisen henkilöstön moraalin alhaisuuteen. Näin ollen voidaan siis päätellä, että organisaatio voisi hyötyä tukemisesta muun muassa työmoraaalin vahvistumisella henkilökunnan tarpeiden mukaisesti.

Tuloksista voidaan päätellä, että mikäli työntekijä ei saa organisaation kautta tukea, voi olla, että työntekijällä ei ole myöskään itsellään tukiverkostoa asian käsittelemiseen. Näin työntekijä jää ainakin aivan omilleen tunteidensa kanssa. Tämä voi johtaa negatiivisiin seuraamuksiin sairaanhoitajien psyykkiselle hyvinvoinnille.

### 7.3 Sairaanhoitajien erilaiset tuntemukset lisäävät stressireaktioiden riskiä

Traumaperäisen stressin oireita ilmeni sairaanhoitajilla potilaan itsemurhan jälkeen. Ammatti-identiteetin heikentyminen oli myös negatiivinen seuraus, jotkut sairaanhoitajat kokivat. Sairaanhoitajilla ilmeni epäluottamusta organisaatiota ja työkavereita kohtaan, joka näkyi pelkona siitä, että heitä syytettäisiin jollain tavalla potilaan kuolemasta.

Sairaanhoitajat kokivat empatiaa kuolleen perhettä kohtaan. Osa sairaanhoitajista oli myös tutustunut itsemurhan tehneen potilaan perheeseen, ja uutisten kuullessa sairaanhoitajat ajattelivat heti perheen kokemaa surua ja menetystä. Samalla osallistujat olivat huolissaan siitä, että perhe saattaisi syyttää heitä. Tutkimuksessa myös nousi esiin syyllisyyden tunne itsemurhan tehneen lapsen pettämisestä, koska potilasta ei pystytty pitämään elossa. (Morrissey & Higgins 2021.)



Sairaanhoitajien itsesyytökset voivat johtaa heitä kyseenalaistamaan pätevyyttään sairaanhoitajana sekä huolestumaan siitä, voisivatko heidän kollegansa tai organisaation johtajat syyttää heitä jollain tavalla (Morrissey & Higgins 2021). Tutkimuksissa nousi esiin, että osallistujat kokivat toisinaan organisaation etsivän syyllistä potilaan itsemurhaan. Lisäksi osa osallistujista kertoi pelkäävänsä jälkiseuraamuksia tapahtuneelle, kuten potkujen saamista. (Awenat ym. 2017.)

Huoli organisaation, kollegoiden tai perheen syytöksistä ei tutkimuksissa saanut pohjaa, että niin oikeasti olisi tapahtunut usein tai että niin tulisi tapahtumaan. Sitä kuvattiin vain sairaanhoitajien pelkona. Tähän voisi auttaa myös organisaation osoittama tuki, että sairaanhoitajalla ei olisi olo, että jää yksin tunteidensa kanssa. Mikäli organisaatiolta ei saa tarpeeksi tukea, on mahdollista, että jotkut sairaanhoitajat alkavat ajattelemaan asiaa niin, että heille koituu jotain jälkiseuraamuksia potilaan itsemurhasta.

Tutkimuksessa I-ERS -oiremittarin avulla kyseltiin sairaanhoitajien stressioireilua potilaan itsemurhan jälkeen. Jokainen I-ERS -mittarin stressioireesta sai pisteitä sairaanhoitajilta. Sairaanhoitajilla potilaan itsemurha kohotti riskiä saada traumaperäinen stressihäiriö eli PTSD, englanniksi post-traumatic stress disorder. Vastaaajista 13,7% olivat vaarassa posttraumaattiseen stressihäiriöön. Erityisesti takautuvat muistot olivat korostuneet vastaaajilla, että itsemurha palasi toistuvasti mieleen. Muistikuvia ponnahti 20,2% vastaaajien mieleen välillä. Nukkumisvaikeuksia koettiin jonkin verran, kuitenkin vakavia säännöllistä ongelmaa tai nukahtamisvaikeutta koettiin vain vähän. 18,2% kertoi välttelevänsä välillä tapahtunutta muistuttavia asioita. Ylivireisyys ja säpsähtely myös korostui tuloksissa, 21,6% vastaaajista kokivat tätä hieman. 31,5% Tunsivat olevansa välillä valveutuneempi tai tarkkaavaisempi tapahtuman jälkeen. Osa vastaaajista myös tunsivat hieman myös fyysisiä oireita tapahtuneen jälkeen (13%), kuten sydämentykytystä, pahoinvointia hikoilua ja hengitysvaikeuksia. (Takahashi ym. 2011.)

Potilaan itsemurha mielenterveyshoitotyössä mitä ilmeisemmin voi olla traumaattinen tapahtuma sairaanhoitajalle. Takahashi ym. (2011) tutkimuksen mukaan posttraumaattinen stressihäiriö PTSD kuvataan tuloksissa vakavimpana oireena, ja kohonnut riski saada PTSD tulisi ottaa huomioon.

## 8 Johtopäätökset ja pohdinta

Opinnäytetyöprosessimme edetessä pyörittelimme aihetta ja se vaihtuikin muutaman kerran prosessin aikana. Opinnäytetyöhömmä valikoitunut aihe kuitenkin kiinnosti molempia, joten päätimme ottaa kyseisen aiheen alustavien hakujen jälkeen, varmistuttua että aiheesta on tutkimuksia olemassa. Tutkimuskysymyksiä oli ensin kaksi, joista toinen otettiin pois opinnäytetyömme edetessä. Saimme vastauksia tutkimuskysymykseemme. Toinen tutkimuskysymys ”sairaanhoitajien kokemuksiin vaikuttavat tekijät” näkyi tuloksissa. Tämä kuitenkin kävi mie-

lestämme hyvin yhteen nykyisen tutkimuskysymyksen kanssa, ja koimme toisen kysymyksen olevan tarpeeton.

Laaksosen, Matikaisen, Hahtelan, Korhosen & Mäkipään (2011, 66-69) kollegiaalisuuteen kuuluu vertaiselta saatu rehellinen palaute, kollegoiden keskinäinen tuki ja avunanto. Tiedon jakaminen on tärkeää jatkuvasti muuttuvassa työympäristössä. Myös kokenut hoitaja voi oppia nuoremmalta kollegaltaan, jos suhde on dialoginen ja kollegiaalinen. Tutkimuksissa korostui kokeneemman kollegan antama tuki nuoremmalle henkilökunnalle.

Mentorointi on Tekniikan akateemiset TEK (2021) järjestön mukaan luottamuksellinen keskustelusuhde, jossa perinteisessä muodossa työelämässä pidempään ollut henkilö on mentori, joka antaa toiselle työntekijälle ammatillista tukea ja vinkkejä. Käänteinen mentorointi taas tarkoittaa nuoremmen, kokemattomamman henkilön antamaa sparrausta kokeneemmalle henkilölle. Mentorointipari voi olla myös tasavertainen ilman perinteistä mentorointiasettelmaa, jossa jaetaan osaamista kokemuksista yhdessä. Tutkimuksissa tuli esiin, että vanhemman henkilökunnan kokemus suojaaa sairaanhoitajaa negatiivisilta vaikutuksilta psyykkiseen hyvinvointiin. Tämä ei siis tarkoita, että nuorempi kollega olisi huonompi hoitaja, vaikka hänellä ei ole vielä yhtä paljon kokemusta kuin vanhemmalla kollegalla.

Kollegiaalisuus on siis myös esimiesten voimavara, sillä osaamista edistetään verkostoitumalla ja tiedon jakamisella. Näin ollen on selvää, että esimiesten tehtävä on myös kollegiaalisuuden lisääminen, sillä johtamisen näkökulmasta kollegiaalisuus on tärkeä voimavara työyhteisössä. Se, miten kiinnostunut esimies on alaisista välisistä suhteista, vaihtelee varmasti yksiköissä. Tutkimuksissa korostuikin vertaistuen tärkeys kollegoilta kriisin tapahtuessa.

On hyvä muistaa potilas-hoitajasuhteen ainutkertaisuus. Jokaisella hoitajalla on erilainen kontakti potilaan kanssa. Toiselle yhteistyökyvytön potilas voi olla taas toiselle hoitajalle aivan erilainen käytökseltään, ja heillä voi olla ainutlaatuinen yhteys. Selvää siis tällaisessa tilanteessa on, että edellä mainituissa tapauksissa potilaan kuolema koskettaa enemmän sairaanhoitajaa, kenen kanssa hänellä on ollut hyvä yhteistyösuhde. Kuitenkaan sairaanhoitajan ei ole täytynyt olla välttämättä edes paljoa vastuussa potilaasta, mutta itsemurha voi silti koskettaa häntä. Tämän vuoksi tulisi siis kuunnella jokaista työyhteisön jäsentä, eikä ainoastaan potilaassa eniten vastuussa olevia hoitajia.

Traumaperäisen stressihäiriön oireiden kuvataan olevan luonnollisia reaktioita uhkaavaan tapahtumaan. Se, että tilanne eskaloituu akuutista stressireaktiosta traumaperäiseksi stressihäiriöksi, on mahdollista sairaanhoitajalla kriisin käsittelemättömyyden seurauksena. Trauman vaiheisiin kuuluu, että reaktiovaiheessa ihmiselle tulee tarve puhua uudelleen ja uudelleen tapahtuneesta. Miten tämä voidaan turvata, että sairaanhoitaja pääsee puhumaan asiasta tarpeeksi? Tässä vaiheessa myös kuvataan fyysisiä ahdistuneisuusoireita ja unettomuutta. Voisi ajatella, että tässä vaiheessa ihminen tarvitsee ulkopuolista apua kaikkein eniten. Mikäli sairaanhoitajalla ei ole tällaista tukiverkostoa kotona, kelle voi puhua ja työpaikalla ilmapiiri

on sellainen, ettei tapahtuneesta uskalla tai halua puhua, asia voisi kuulua esimerkiksi työterveydenhuoltoon. Organisaatiossa olisi hyvä olla mahdollisuus myös muuhun ulkopuoliseen apuun.

Nuikan akateemisessa väitöskirjassa (2002, 21) kerrotaan työn kuormittavuuden vaihtelevuudesta työn sisällöstä, työympäristöstä, työntekijän yksilöllisistä ominaisuuksista sekä työkokemuksesta riippuen ja se voidaan jakaa psyykkiseen ja fyysiseen kuormittavuuteen teoreettisesti. Psyykkinen kuormittuneisuus voi olla lyhyt- tai pitkäaikaista, tunnistettavissa psyykkisinä, epämääräisinä somaattisina oireina, työsuorituksen muutoksina tai käyttäytymisen häiriöinä.

Lukiessa Nuikan väitöskirjaa (2002, 21) psyykkisen kuormittumisen oireet kuulostavat samalta kuin akuutin- tai traumaperäisen stressihäiriön oireet. Psyykkisen kuormittumisen ja traumaperäisen stressin välillä on kuitenkin se ero, että traumaperäinen stressi vaatii traumaattisen tilanteen ja niin sanotusti normaali työn psyykkinen kuormittavuus ei vaadi erinäistä traumatilannetta. Näin voidaan siis ajatella, että traumaattinen tilanne on sairaanhoitajalle suuri psyykkisesti kuormittava tilanne työssä.

Opinnäytetyötämme voitaisiin hyödyntää esimerkiksi psykiatrisessa hoitotyössä tuomalla tutkimustietoa esille, miten vastaavat tilanteet voivat heijastua sairaanhoitajien psyykkiseen hyvinvointiin. Organisaatio voisi hyötyä pohtimalla opinnäytetyömme pohjalta omia toimintatapojaan yksiköissä. Samalla hoitohenkilöstö voisi hyötyä opinnäytetyömme tutkimustuloksista erilaisten näkökulmien saamiseen, kuten kollegoiden mahdollisiin psyykkisiin reaktioihin, mitä ei välttämättä muuten ajattelisi tai ymmärtäisi.

Sairaanhoitajien kokemuksia potilaan tehdessä itsemurhan psykiatrisessa hoidossa on tutkittu suhteellisen vähän verraten esimerkiksi psykiatrien tai lääkärin kokemuksiin. Taulukko 5 antaa tiivistetyt vastaukset tutkimuskysymykseemme, joka antaa kuitenkin suurpiirteisen kuvan sairaanhoitajien kokemuksista. Tutkimustietoa koottaessa yhteen tieto oli jokseenkin hajanaista, vaikka tutkimuksissa nousi samoja asioita esille. Tutkimuksissa oli esillä sairaanhoitajien kokemuksia, mutta tutkimustulokset eivät antaneet mahdollisuutta kokoaville johtopäätöksille siitä, millaista on yleisesti vaikuttava tukeminen, mikä palvelisi yleisesti kaikkia sairaanhoitajia kriisitilanteissa. Sairaanhoitajan taustatekijöiden ja yksilön ominaisuuksien perusteella tuen on oltava tarvelähtöistä. Jatkotutkimusaiheena voisi olla esimerkiksi organisaation resurssit ja asenteet sairaanhoitajien kriiseihin.

Valitsemamme tutkimusmenetelmä palveli tämän opinnäytetyön tarkoitusta hyvin. Tuloksia kirjoittaessamme yllätyimme, miten paljon sairaanhoitajilla on epäilyksiä ja pelkoja organisaatiota ja kollegoita kohtaan. Yllättävän paljon nousi esille sairaanhoitajien epäluottamus, että työkaveriinkin voisi tukeutua, tai heidät ymmärrettäisiin väärin.

On olennaisen tärkeää, että organisaatiossa on mahdollisuus avoimeen keskusteluun potilaan tehdessä itsemurhan. Potilaansa itsemurhan kokeneen sairaanhoitajan ei pidä jäädä yksin työyhteisössään. Jos näin on, johtuuko se siitä, että sairaanhoitajan ammattitaidon katsotaan olevan riittävä tällaisen asian käsittelemiseen? Luotetaanko siihen joskus liikaa, että ammatillaiset pärjäävät omien tietojen ja taitojen avulla? Näihin kysymyksiin voisi saada myös vastauksia edellä mainitusta jatkotutkimusehdotuksesta.

## 9 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on koota jo olemassa olevaa tutkimustietoa. Tutkimuksen hyödyllisyys tulee esille kuvailtaessa ongelmatilanteen taustaa tai kehitystä. Kirjallisuuskatsauksessa voidaan kuvata myös teoreettista tai käsitteellistä taustaa sekä yhdistää eri tutkimusalueita. Kirjallisuuskatsauksen tekijät ovat aiheeseen perehtyneet huolella. Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on antaa kokonaiskuva aiheesta. Lukijan on hyvä muistaa, että tutkimuksen rakentaminen on tehty tekijän omasta näkökulmasta. Lukija ei kykene arvioimaan tutkimuksen käsittelyprosessia ja hakuja, joita tutkimukseen on käytetty. Takeita ei ole, että nämä olisi kuvailtu tarkasti. Lukijan on luotettava tutkimuksen tekijöiden asiantuntemukseen ja käsittelyyn, joka voi johtaa haasteellisuuteen kriittisen arvioinnin osalta (Johansson, Axelin, Stolt & Ääri 2007, 4.)

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen luotettavuuden taustalla on aineiston perusteellinen kuvaus. Aineistovalinnan roolissa on tärkeää raportoida prosessin vaiheet ja perusteet huolellisesti. Tutkijan heikko raportointi puolestaan vähentää tutkimuksen luotettavuutta. Luotettavuutta lisää täsmällisesti valittu tutkimuskysymys, jota heijastetaan alkuperäistutkimuksiin. Jos aineistoa ei olla valittu huolella voidaan aineiston analysoinnin perusteella tehdyt johtopäätökset kyseenalaistaa. (Johansson ym. 2007, 47.) Kangasniemen ym. (2013, 298) mukaan alkupe-  
räistutkimukset olisi hyvä tehdä kahden tutkijan toimesta.

Tutkimuksen tekijän on tärkeä hahmottaa työn eri vaiheet ja edetä määrätietoisesti vaihe vaiheelta. Koko tutkimusprosessia ohjaa hyvin tehty suunnitelma, ja täsmällisesti rajattu tutkimuskysymys vie kirjallisuuskatsauksen tarpeeksi kapealle alueelle. Ilman tarkasti selitettyä tutkimuskysymystä ei ole mahdollista löytää myöskään vastauksia. (Johansson ym. 2007, 47.)

Tutkimuskysymys oli selkeä ja rajattu huolellisesti, joka helpotti aineiston tarkastelua ja tämä puolestaan lisää opinnäytetyön luotettavuutta. Opinnäytetyön aineisto pyritään valitsemaan mahdollisimman tarkasti heijastaen tutkimuskysymykseen. Tutkimusprosessi on tiivistetty taulukkoon (Taulukko 1.) Aineistonvalinnan eri vaiheet raportoimme selkeästi ja yksityiskohtaisesti. Aineistovalinnassa käytimme apuna taulukkoa (Taulukko 4.), jolloin prosessin koko vaihe on lukijan helpompi hahmottaa.

Tämän opinnäytetyön suunnittelu tapahtui johdonmukaisesti tutkittua tietoa hyödyntäen. Työn etenemisessä hyödynsimme alan kirjallisuutta. Opinnäytetyön huolellisesti tehty suunnitelma auttoi kirjallisuuskatsauksen etenemistä vaihe vaiheelta. Kirjallisuuskatsauksen tuloksissa vastasimme huolellisesti tutkimuskysymykseen. Tulokset raportoimme selkeästi vaihe vaiheelta, jolloin lukijan on helppo ymmärtää lukemaansa.

Opinnäytetyössämme ei ollut yhteistyökumppania, joten emme tarvinneet tutkimuslupaa tutkimuksen tekemiseen. Työmme eettisyys näyttäytyi aiheen valitsemisena eettisten periaatteiden mukaisesti sekä aiheen tutkimista luotettavien lähteiden kautta. Opinnäytetyön aiheesta löytyi tietoa jonkin verran. Tutkimuksia löytyi enemmän esimerkiksi aiheesta miten perhe on kokenut omaisen itsemurhan, kuin yksinomaan sairaanhoitajien kokemuksista. Psykiatrien tai lääkäreiden kokemuksista löytyi myös enemmän tutkimuksia. Tutkimuksissamme on ollut joko pelkästään sairaanhoitajien kokemuksia tai hoitohenkilökunnan kokemuksia, joissa on merkittävä osuus sairaanhoitajia. Tässä työssä olemme aina maininneet alkuperäisen lähteen asianmukaisesti Laurean viittausohjeistuksia noudattaen.

Tutkimuskysymykseen on vastattu tässä työssä luotettavien tietolähteiden avulla. Tietoa on haettu enimmäkseen yhdessä, mutta työtä on tehty myös yksin ennalta sovittujen tehtävienantojen mukaisesti. Olemme katsooneet yhdessä toisen tekemän yksilötyön ja muokanneet ne opinnäytetyöhön sopivammaksi niin, että teksti on molempien mielestä tarpeeksi laadukasta ja epäolennaiset tiedot karsittiin pois. Tutkimustulokset käytiin läpi useasti ja sisällönanalyysi tehtiin kahteen kertaan, joista toisella kerralla saimme selkeämmän ja luotettavamman sisällönanalyysin, vaikka tulokset eivät muuttuneet juurikaan. Välissä lähetimme ohjaavalle opettajalle analyysin ja saimme ohjausta sisällönanalyysin tekemiseen luotettavammin.

Opinnäytetyömme luotettavuutta heikentää meidän ensikertalaisuutemme tehdä oikeaa tutkimusta. Kirjallisuuskatsaus menetelmänä oli molemmille täysin vieras ennen opinnäytetyön aloitusta. Tutkimukset olivat englanninkielisiä, joka ei ole meidän kummankaan äidinkieli. Tämä osaltaan voi vähentää luotettavuutta, vaikka olemme molemmat käyneet läpi tutkimuksia ja kääntäneet niitä yhdessä sekä käyttäneet apunamme henkilöitä, keillä englannin kielen osaaminen on kiitettävää tasoa.

Luotettavuutta puolestaan lisää kirjallisuuskatsauksen laatiminen kahdestaan vedoten Kangasniemen ym. (2013, 298) tekstiin, jonka mukaan alkuperäistutkimukset olisi hyvä tehdä kahden tutkijan toimesta luotettavuuden lisäämiseksi. Sisällönanalyysin olisimme laatineet jälkeen päin ajateltuna eri tavalla. Tätä kirjoittaessa olisimme kokeneet paremmaksi muodostaa enemmän yläluokkia sisällönanalyysiin, kuitenkin aikataulu opinnäytetyön tekemisessä tuli vastaan ja koimme tarpeelliseksi päättää tämä työ meidän aikataulujen mukaisesti. Etenkin sisällönanalyysin luominen vaatii tutkijalta paljon aikaa, jotta ala-, ylä- ja pääluokka vastaavat mahdollisimman hyvin tutkimuskysymykseen. Kangasniemi ym. (2013, 296,) mukaan tär-

keäksi rooliksi nousee valitun aineiston heijastuminen tutkimuskysymykseen koko prosessin ajan. Ajanpuutteen vuoksi luotettavuus kärsi sisällönanalyysin rakentamisvaiheessa hieman.

## Lähteet

### Painetut

Hammarlund, C-O. 2010. Kriisikeskustelu. 2., päivitetty painos. Helsinki: Tietosanoma OY.

Heikkinen-Peltonen, R., Innamaa, M. & Virta, M. 2019. Mieli ja terveys. 6., uudistettu painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Hietaharju, P. & Nuutila, M. 2016. Käytännön mielenterveystyö. 4., Uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Holmberg, J. 2016. Hoitajan mielenterveys- ja päihdehoitotyössä. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Janhonen, K., Nikkonen, M. 2011. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Oulu: Oulun Kanavaranta.

Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Turun yliopisto.

Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2013. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Laaksonen, K., Matikainen, A., Hahtela, N., Korhonen, T. & Mäkipää, S. 2011. Sairaanhoidaja asiantuntijana. Helsinki: Fioca Oy.

Marjamäki, M. 2007. Seurantatutkimus itsemurhan tehneiden henkilöiden puolisoiden selviytymisprosessissa. Turku: Turun yliopisto.

Rothschild, B., & Rand, M. 2010. Apua auttajalle. Helsinki.

Tuomi, J. & Sarasjärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu painos. 2013. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

### Sähköiset

Aaltonen, L., Ekelund, J., Kinnunen, M., Lönnqvist, J., Mustajoki, P. & Roine, R. 2016. Potilaan itsemurha hoitosuhteen aikana on aina haittatapahtuma. Viitattu 17.9.2021.

[https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/231249/SLL112016\\_821.pdf?sequence=1](https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/231249/SLL112016_821.pdf?sequence=1)

Ammattilaisen sijaistraumatisoituminen 2021. Välitä! Seksuaaliväkivaltatyö. Viitattu 6.10.2021. [Ammattilaisen sijaistraumatisoituminen - Setlementti Tampere ry / Välitä! Seksuaaliväkivaltatyö \(seksuaalivakivalta.fi\)](https://www.ammattilaisen.sijaistraumatisoituminen-setlementti-tampere-ry/valeta-seksuaalivakivalta-fi)

Awenat, Y., Haddock, G., Gooding, P., Pratt, D., Peters, S. & Shaw-Nunez, E. 2017. Staff experiences and perceptions of working with in-patients who are suicidal: qualitative analysis. The British Journal of Psychiatry 2017. Viitattu 20.10.2021. <https://www.proquest.com/central/docview/2315615698/fulltextPDF/1C63B0AEC67943A8PQ/1?accountid=12003>

Cambridge Dictionary. 2021. Suicide. Viitattu 12.11.2021. <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/suicide>

Dolores, A., Heeb, J-L., Gulfi, A. & Gutjahr, E. 2015;1. Stress reactions after a patient suicide and their relations to the profile of mental health professionals. DMC Psychiatry. Viitattu 20.10.2021. <https://www.proquest.com/central/docview/1779860728/99690856EB1E4561PQ/1?accountid=12003>

Dolores, A., Heeb, J-L., Gulfi, A. & Gutjahr, E. 2015;2. Professional reactions and changes in practice following patient suicide: what do we know about mental health professionals' profiles? Emerland Publishing. Viitattu 20.10.2021. <https://www.proquest.com/central/docview/1716884452/fulltextPDF/B93BAC322EE34B2APQ/1?accountid=12003>

Haravuori, H. 2020. Oirekartoituslomake The Impact of Event Scale -Revised (IES-R). Käypä hoito. Viitattu 6.10.2021. [Oirekartoituslomake The Impact of Event Scale -Revised \(IES-R\) \(kaypahoito.fi\)](https://www.oirekartoituslomake-the-impact-of-event-scale-revised-ies-r-kaypahoito-fi)

Heilä, H. 2000. Miten skitsofreniaa sairastavan itsemurhariskiä vähennetään? Duodecim lehti. Viitattu 14.9.2021. <https://www.duodecimlehti.fi/duo91394>  
<https://elektra-helsinki-fi.nelli.laurea.fi/se/h/0786-5686/25/4/kuvailev.pdf>

Huber, C., Schneeberger, A., Kowalinski, E., Fröhlich, D., Von Felten, S. & Walter, M. 28.7.2016. Suicide risk and absconding in psychiatric hospitals with and without open door policies: a 15-year, observational study. Science direct. Viitattu 19.9.2021. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30168-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30168-7)

Huttunen, M. 2018;1. Tahdosta riippumaton hoito. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 16.11.2021. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00512#s3>



Huttunen, M. 2018;2. Traumaperäinen stressihäiriö. Duodecim. Viitattu 8.11.2021.

<https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00526>

Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S.-M., Pietilä, A.-M., Jääskeläinen, P. & Liikanen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus - eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon.

Hoitotiede. 25 (4), 291-301. Viitattu 20.9.2021. <https://elektra-helsinki->

[fi.nelli.laurea.fi/se/h/0786-5686/25/4/kuvailev.pdf](https://elektra-helsinki-fi.nelli.laurea.fi/se/h/0786-5686/25/4/kuvailev.pdf)

Lehtonen, J. & Lönnqvist, J. 2021. Psykiatria ja mielenterveys. Viitattu 10.11.2021. <fi->

[le:///C:/Users/Omistaja/Downloads/6400\\_esittely.pdf](le:///C:/Users/Omistaja/Downloads/6400_esittely.pdf)

Mielenterveystalo. 2021. Psykiatria. Viitattu 16.9.2021.

<https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/Tietopankki/Mielenterveyspalvelut/Pages/Psykiatria.aspx>

Mind House. 2021. Psykiatrinen hoito. Viitattu 16.11.2021. <https://mindhouse.fi/psykiatrinen-hoito/>

Morrissey, J. & Higgins, A. 2021. When my worse fear happened”: Mental health nurses’ responses to the death of a client through suicide. Wiley. Viitattu 20.10.2021.

<https://onlinelibrary-wiley-com.nelli.laurea.fi/doi/epdf/10.1111/jpm.12765>

Nuikka, M-L. 2002. Sairaanhoidajien kuormittuminen hoitotilanteissa. Tampere. Viitattu 9.11.2021.

<https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/67168/951-44-5262-3.pdf?sequence=1>

Portaankorva, M-L. 2021. Työnohjaus tutuksi. Lääkärilehti. Viitattu 6.10.2021.

<https://www.laakarilehti.fi/tyossa/tyonohjaus-tutuksi?public=067966e8c6b7cd3e1f2c1cb9cf4acc2f>

Saarinen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV- Aineisto ja teorialähtöisyys. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 19.9.2021.

[https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L2\\_3\\_2\\_3.html](https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L2_3_2_3.html)

Sairaanhoidajat.fi. 2021. - Psykososiaalisen jaksamisen tukeminen - Keinoja tukea psykososiaalista jaksamista työpaikalla. Viitattu 16.9.2021.

<https://sairaanhoidajat.fi/tyohyvinvointi/psykososiaalisen-jaksamisen-tukeminen/>

Salminen, A. 2011. Mikä on kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteisiin sovelluksiin. Vaasan yliopisto. Viitattu 17.7.2021.

[https://osuva.uwasa.fi/bitstream/handle/10024/7961/isbn\\_978-952-476-349-3.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://osuva.uwasa.fi/bitstream/handle/10024/7961/isbn_978-952-476-349-3.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2021. Mielenterveyspalvelut. Viitattu 11.11.2021.

<https://stm.fi/mielenterveyspalvelut>

Suomen lääkäriliitto. 2021. Itsetuhokäyttäjymisen tunnistaminen ja ehkäisy. Viitattu

19.9.2021. <https://www.laakariliitto.fi/laakarin-etiikka/mielenterveys-paihde-ja-muistisairaat-potilaat/itsetuhokayttaytymisen-tunnistaminen-ja-ehkaisy/>

Suominen, K. & Valtonen, H. 2011. Itseään vahingoittavan potilaan psykiatrinen hoito. Lääkä-

rilehti. Viitattu 19.9.2021. <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/paakirjoitukset/itseaan-vahingoittavan-potilaan-psykiatrinen-hoito/>

Takahashi, C., Chida, F., Nakamura, H., Akasaka, H., Yaki, J., Koeda, A., Takusari, E., Otsuka, K. & Sakai, A. 2011. The impact of inpatient suicide on psychiatric nurses and their need for support. DMV Psychiatry. Viitattu 20.10.2021.

<https://www.proquest.com/central/docview/902189745/abstract/7A74D8D0A1224298PQ/1?accountid=12003>

Tarnanen, K., Laukkala, T. & Haravuori, H. 2020. Traumaperäiset stressireaktiot- ja häiriöt. Käypä hoito. Viitattu 9.11.2021.

<https://www.kaypahoito.fi/khp00086>

Tays. 2021. Psykiatria. Viitattu 16.11.2021 <https://www.tays.fi/fi-FI/Palvelut/Psykiatria>

Tekniikan akateemiset TEK. 2021. Mentorointi. Viitattu 15.11.2021.

<https://www.tek.fi/fi/palvelut-ja-edut/tyonhaku-ja-ura/mentorointi>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2021. Myötätuntouupumus ja työnohjaus. Viitattu

6.10.2021. <https://thl.fi/fi/web/maahanmuutto-ja-kulttuurinen-moninaisuus/tyontueksi/hyvia-kaytantoja/myotatuntouupumus-ja-tyonohjaus>

Terveyskirjasto. 2016. Kriisi-interventio. Lääketieteen sanasto. Duodecim. Viitattu

16.11.2021. <https://www.terveyskirjasto.fi/ltt01773>

The Impact of Event Scale - Revised (IES-R) 2021. Novopsych. Viitattu 6.10.2021. [The Impact](https://www.novopsych.com/en/ies-r/)

[of Event Scale - Revised \(IES-R\) - NovoPsych](https://www.novopsych.com/en/ies-r/)

Tilastokeskus. 2021. Kuolemansyyt 2019. Viitattu

12.11.2021. [https://www.stat.fi/til/ksyyt/2019/ksyyt\\_2019\\_2020-12-14\\_kat\\_001\\_fi.html](https://www.stat.fi/til/ksyyt/2019/ksyyt_2019_2020-12-14_kat_001_fi.html)

World Health Organization. 2021. Suicide. Viitattu 10.11.2021. [https://www.who.int/news-](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide)

[room/fact-sheets/detail/suicide](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide)

Yhdistyneet kansakunnat. 2020. Itsemurha joka 40. sekunti. Viitattu

12.11.2021. <https://unric.org/fi/itsemurha-joka-40-sekunti/>

Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö. 2019. Psykkiset traumat. Viitattu 8.11.2021.

<https://www.yths.fi/terveystietopankki/psykkiset-traumat/>

Taulukot

Taulukko 1. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen vaiheet .....	21
Taulukko 2. Sisäänotto ja poissulkukriteerit. ....	23
Taulukko 3. Tietokannat ja hakusanat .....	25
Taulukko 4. Esimerkki analyysivaiheen etenemisestä. ....	29
Taulukko 5. Tutkimustulokset .....	30

## Liitteet

Liite 1: Tutkimusten haut .....	46
Liite 2: Tiivistelmä käytetyistä artikkeleista .....	48

Liite 1: Tutkimusten haut

A = Hakusanojen tulokset

B = Otsikon perusteella valikoidut

C = Tiivistelmän perusteella valikoidut

D = Koko tekstin mukaan valikoidut

E = Opinnäytetyöhön valikoituneet

Tietokannat	Hakusanat	Rajaukset	A	B	C	D	E
ProQuest	"patient* suicide" AND ("mental health nurse*" experience* OR impact* OR reac- tion*) AND well- being	Schorarly journals  Full text	125	7		2	1
ProQuest	impact "inpatient suicide" psychiatric nurses	Schorarly journals  2010-2021	46		2	2	1
ProQuest	medical staff* ex- perience AND "pa- tient suicide	Schorarly journals  2010-2021	144	5		5	1
ProQuest	"inpatient suicide" AND experiences	Schorarly journals  2010-2021	134	3	3	3	1
ESBCO	mental health nurse* experience AND patient OR client AND suicide	2011-2021	59		5	2	1

ESBCO	"patient* suicide*" AND nurse* experience	Abstract available Full text 2010-2021	7	1			0
Google Scholar	psychiatric nurse* "secondary traumatic stress" AND "patient suicide"	2011-2021	67			1	0
PUBMED	"patient suicide" AND "impact or experience nurse"	Abstract free Full text 2011-2021	17		2		0
MEDIC	"patient* suicide*" AND nurse* experience		0	0	0	0	0

## Liite 2: Tiivistelmä käytetyistä artikkeleista

### Artikkeli 1

Artikkelin nimi ja julkaisuvuosi: Stress reactions after a patient suicide and their relations to the profile of mental health professionals, 2015 (Dolores ym. 2015; 1).

Tekijät: Dolores, Angela; Gulfi, Alida; Gutjahr, Elisabeth; Heeb, Jean-Luc.

Tutkimuksen tarkoitus: Tutkia potilaan itsemurhan jälkeistä stressiä yhteyttä mielenterveyden ammattilaiseen, sekä reaktion yhteyttä ammattiryhmään. (Dolores ym. 2015; 1.)

Aineiston keruumenetelmä: Osallistujille lähetettiin itsetäytettävä kyselylomake, jossa oli mukana IESR-lomake. Klusterianalyysin avulla identifioitiin ammattilaiset. (Dolores ym. 2015; 1.)

Osallistujamäärä: 666 (Dolores ym. 2015; 1).

Aineiston analysointi: Tiedot analysoitiin tilastollisella menettelyllä. Tietoja analysoitiin SPSS:n versiolla 19.0 [15]. Analysointiin kuului kuvaus, vastaajien ryhmittely sekä alaryhmien luonnehdinta. (Dolores ym. 2015; 1.)

Keskeiset tulokset: Ammattilaisen ja potilaan välinen suhde, itsemurhalle altistumisen voimakkuus ja tuen saaminen ja koulutus selittivät ammattilaisten stressireaktion vakavuutta. Henkilökunta, johon itsemurha ei vaikuttanut paljoa, oli ominaista, että he olivat ennakoineet itsemurhaa tai saaneet tukea, tai he eivät olleet läheisiä potilaan kanssa, tai eivät olleet tekemisissä potilaan kanssa kuolinhetkellä. Kohtalaiselle reaktiolle ominaista oli, että hoitaja oli vastuussa potilaasta ja oli läheinen potilaan kanssa. Vakavia reaktioita oli silloin, kun hoitaja oli läheinen potilaan kanssa eivätkä saaneet tukea, vaikka yli puolet hakivat tukea. (Dolores ym. 2015; 1.)

### Artikkeli 2

Artikkelin nimi ja julkaisuvuosi: The impact of inpatient suicide on psychiatric nurses and their need for support, 2011 (Takahashi ym. 2011).

Tekijät: Akasaka, Hiroshi; Chida, Fuminori; Nakamura, Hikaru; Yagi, Junko. Koeda, Atsuhiko; Otsuka, Kotaro; Sakai, Akio; Takusari, Eri; Takahashi, Chizuko.



Tutkimuksen tarkoitus: Tutkia psykiatrisen sairaalahoidon tai psykiatrisen osastohoidon aikana tapahtuneen potilaan itsemurhan vaikutusta sairaanhoitajiin sekä sairaanhoitajien tuen tarvetta (Takahashi ym. 2011).

Aineiston keruumenetelmä: Anonyymi, itse raportoitava paperinen kyselylomake, joka annettiin 531 psykiatriselle sairaanhoitajalle. Sisälsi tapahtuman IESR-asteikon. Kysely sisälsi kyselyn hoitajan käsityksen itsemurhasta, käsityksen potilaan itsemurhasta, kyselyn tukijärjestelmistä hoitajille sekä kerättiin osallistujien tietoja. (Takahashi ym. 2011.)

Osallistujamäärä: 531 (Takahashi ym. 2011).

Aineiston analyysi: Tilastollinen analyysi tehtiin käyttäen IBM SPSS Statistics -ohjelmistoa (versio 16J, SPSS Japan Inc., Tokio, Japani). (Takahashi ym. 2011.)

Keskeiset tulokset: Suuririskisten osuus saada posttraumaattinen stressihäiriö PTSD oli 13,7 % vastaajista, 15,8 % sai mielenterveyshoito-ohjeita itselleen itsemurhatapahtumanjälkeen. Sairaalaseminaareihin osallistui vain vähän sairaanhoitajia, jotka koskivat potilaan itsemurhien ehkäisyä tai mielenterveyshoitoa. Itsemurhalle altistuneet sairaanhoitajat kärsivät tulosten mukaan merkittävästä henkisestä ahdingosta. (Takahashi ym. 2011.)

### **Artikkeli 3**

Artikkelin nimi ja julkaisuvuosi: "When my worse fear happened": Mental health nurses' responses to the death of a client through suicide, 2021 (Morrissey & Higgins 2021).

Tekijät: Morrissey, Jean; Higgins, Agnes.

Tutkimuksen tarkoitus: Tutkimuksessa tutkitaan sairaanhoitajien reaktioita potilaan itsemurhaan ja itsemurhan vaikutusta sairaanhoitajaan (Morrissey & Higgins 2021).

Aineiston keruumenetelmä: Sekundaarinen analyysi jo olemassa olevasta tiedosta, johon sisältyy 33 psykiatrisen sairaanhoitajan puolirakenteellinen haastattelu. Jokainen haastattelu kesti noin 60 minuuttia. Näistä 10 oli kokenut potilaan itsemurhan, joiden vastaukset analysoitiin temaattisen analysoinnin avulla uudelleen. (Morrissey & Higgins 2021.)

Osallistujat: 10 (Morrissey & Higgins 2021).

Aineiston analysointi: Kirjoittajat analysoivat äänitettyjä haastatteluja. Käytettiin Braunin ja Clarkin kuusivaiheista temaattista analyysikehystä (2006) ohjaamaan tietojen analysointiprosessia. Ensin tehtiin data-analyysi, jonka jälkeen toinen tekijä tulkitsi tietoja ja koodausprosessia kriittisenä kollegana. Tutkittiin dialogisen prosessin kautta vaihtoehtoisia selityksiä ja muuttujia.

Keskeiset tulokset: Tuloksissa korostuu tuen ja ohjauksen puute potilaan itsemurhakuoleman jälkeen. Potilaan itsemurhan jälkeen voi sairaanhoitajalle jäädä suuri taakka, mikäli hoitaja ei saa tarpeeksi tukea ja ohjausta. Sairaanhoitajat saattoivat ottaa tietoisesti itsemurhan jälkeen potilaisiin etäisyyttä, joka voi heikentää kliinisen työn laatua ja tehokkuutta sekä voi vaikuttaa tiimiin. (Morrissey & Higgins 2021.)

#### **Artikkeli 4**

Artikkelin nimi ja julkaisuvuosi: Staff experiences and perceptions of working with in-patients who are suicidal: qualitative analysis, 2017 (Awenat ym. 2017).

Tekijät: Awenat Yvonne; Peters, Sarah; Shaw-Nunez, Emma; Gooding, Patricia; Pratt, Daniel; Kolja, Gillian

Tutkimuksen tarkoitus: Tutkia henkilökunnan kokemuksia ja käsityksiä suisidaalisen potilaan kanssa työskentelystä psykiatrisessa sairaalahoitossa (Awenat ym. 2017).

Aineiston keruumenetelmä: Laadullinen puolirakennehaastattelu NHS:n mielenterveysäitiön työntekijöiltä Pohjois-Englannissa, jotka työskentelivät psykiatristen potilaiden kanssa. Haastattelut nauhoitettiin ja transkriboitiin. (Awenat ym. 2017.)

Osallistujamäärä: 33 (Awenat ym. 2017).

Aineiston analysointi: Temaattinen analyysi, jokainen transkriptio luettiin useaan kertaan, jonka jälkeen ne koodattiin manuaalisesti ja lopulta klusteroitiin sekä muodostettiin teemat rivikoodien synteesin perusteella. Analysointiryhmä koostui akateemisista tutkijoista sekä lääkäreistä, joilla oli omaa kokemusta psykiatrisesta hoitotyöstä sekä itsetuhoisuudesta. (Awenat ym. 2017.)

Keskeiset tulokset: Havaittiin kolme erilaista teemaa; itsemurhakokemukset, itsetuhoisuuden käsitteellistäminen sekä itsemurhasta puhuminen. Käsitys itsetuhoisuudesta vaihteli, osa henkilöstöstä koki, että itsetuhoisuus on väistämätön ominaisuus mitä ei voi estää, joka osaltaan johtaa itsetuhoisuudesta puhumattomuuteen potilaan kanssa. Erilaiset käsitykset vaikuttivat hoitoon. Mitä enemmän henkilökunta altistui potilaan itsetuhoiselle käyttäytymiselle, sitä enemmän se ”normalisoi” sitä työssään. Toistuva altistuminen itsetuhoisuudelle lisäsi työntekijöiden sairauspoissaoloja ja loppuunpalamista sekä heikensi työmoraaalia. (Awenat ym. 2017.)

## Artikkeli 5

Artikkelin nimi ja julkaisuvuosi: Professional reactions and changes in practice following patient suicide: what do we know about mental health professionals' profiles? 2015 (Dolores ym. 2015;2).

Tekijät: Dolores, Angela; Gulfi, Alida; Gutjahr, Elisabeth; Heeb, Jean-Luc.

Tutkimuksen tarkoitus: Tutkimus syventyy eri mielenterveysammattiryhmien profiileihin ja ammatillisiin seurauksiin potilaan itsemurhien jälkeen sekä työpaikan käytännön muutoksiin (Dolores ym. 2015;2).

Aineiston keruumenetelmä: Tiedot on kerätty kahdesta tutkimuksesta, jonka jälkeen on valittu niistä 713 yhteensopivaa hoitoalan ammattilaista tutkimukseen. Valituille on lähetetty kirjallinen 60 kysymyksen kyselylomake, joka sisälsi kysymyksiä ja asteikkoja, miten itsemurha on vaikuttanut ammattilaiseen. (Dolores ym. 2015;2.)

Osallistujamäärä: 713 (Dolores ym. 2015;2).

Aineiston analysointi: Klusterianalyysin avulla havaittiin neljä erilaista profiilia. Profiilit perustuivat mielenterveysalan ammattilaisten yksilöllisiin & ammatillisiin ominaisuuksiin sekä potilassuhteisiin. Tilastollisiin analyysit tehtiin käyttämällä SPSS:n versiota 19.0 (SPSS, 2010). Samanlaiset ammattilaiset ominaisuuksiltaan ryhmiteltiin samaan alaryhmään. (Dolores ym. 2015;2.)

Keskeiset tulokset: Noin puolet mielenterveyden ammattilaisista koki olevansa vastuussa potilaan itsemurhasta. Mielenterveysalan ammattilaiset raportoivat eniten alhaisesta tai kohtalaisesta ammatillisesta reaktiosta potilaan itsemurhaan seuraavan kuukauden aikana pitkäaikaisen emotionaalisen vaikutuksen asteikon avulla. Reaktioiden voimakkuus väheni ajan myötä. Amatillisten käytäntöjen vaikutusasteikon mukaan ammatillisiin reaktioihin liittyi vain vähän muutoksia työympäristössä ja työkäytännöissä. (Dolores ym. 2015;2.)