

Somaattisen terveyden huomioiminen psykiatrisessa avohoidossa

Sairaanhoitajien kokemuksia somaattisen hoitotyön osaamisesta

Marjo Huttunen, Minna Koivisto & Katri Konki

Opinnäytetyö

29.11.2012

Ammattikorkeakoulututkinto

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma	
Työn tekijä(t) Marjo Huttunen, Minna Koivisto & Katri Konki	
Työn nimi Somaattisen terveyden huomioiminen psykiatrisessa avohoidossa – Sairaanhoidtajien kokemuksia somaattisen hoitotyön osaamisesta	
Päiväys	29.11.2012
Sivumäärä/Liitteet	42/ 1
Ohjaaja(t) Lehtori, FT Marja Silén-Lipponen	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Kuopion psykiatrian keskus	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Somaattisen terveyden huomiointi psykiatrisessa avohoidossa on ajankohtaista, koska on ymmärretty, että psyykkisesti sairailta potilailla esiintyy somaattisia sairauksia muuta väestöä enemmän. Psyykkisesti sairaiden potilaiden somaattisten sairauksien hoitoon on alettu kiinnittää entistä enemmän huomiota ja sen myötä on todettu psykiatrista hoitotyötä tekevien somaattisen hoitotyön osaamisessa olevan kehitettävää. Somaattisen ja psyykkisen terveyden yhteyden ja syy-seuraussuhteiden ymmärtäminen on välttämätöntä potilaan kokonaisvaltaisen hoidon takaamiseksi.</p> <p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata sairaanhoidtajien kokemuksia somaattisen hoitotyön osaamisesta psykiatrisessa avohoidossa. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa sairaanhoidtajien somaattisen hoitotyön osaamisen vahvuuksista ja mahdollisista kehittämiskohteista, jotta sairaanhoidtajien ammatillista osaamista voidaan ylläpitää ja tarvittaessa kehittää aikaisempaa paremmaksi somaattisten sairauksien hoidossa.</p> <p>Tutkimus oli laadullinen ja aineiston keruu toteutettiin ryhmähaastatteluna. Haastatteluun osallistui neljä Kuopion psykiatrian keskuksen sairaanhoidtajaa. Aineiston analysoinnissa käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyyysiä.</p> <p>Tulosten mukaan tärkeintä psyykkisesti sairaan potilaan hoitamisessa oli kokonaisvaltaisuus. Tulosten pohjalta pääluokiksi muodostuivat sairaanhoidajan toimenkuva, potilaan elämänhallinnan tukeminen, potilaan ohjaaminen, moniammatillinen yhteistyö ja sairaanhoidajan ammatillisen osaamisen ylläpitäminen. Ohjaaminen oli merkityksellinen keino somaattisten sairauksien hoitamisessa ja potilaan elämänhallinnan tukemisessa. Sairaanhoidtajien työnkuva oli varsin itsenäinen. He työskentelivät myös osana tärkeäksi koettua moniammatillista työryhmää, joka toi monipuolista osaamista potilaan somaattisen terveyden huomiointiin. Koulutukset tukivat sairaanhoidtajien ammatillista osaamista ja sen ylläpitämistä.</p> <p>Jatkossa olisi tarpeen tuottaa kirjallista ohjemateriaalia helpottamaan psyykkistä hoitotyötä tekeviä sairaanhoidtajia arvioimaan potilaan somaattista terveyttä jo hoidon varhaisessa vaiheessa.</p>	
Avainsanat psykiatrinen hoitotyö, somaattinen hoitotyö, sairaanhoidtaja, ammatillinen osaaminen	

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme of Nursing			
Author(s) Marjo Huttunen, Minna Koivisto & Katri Konki			
Title of Thesis The observation of the somatic health in psychiatric outpatient care – nurses’ experiences of the somatic nursing competence.			
Date	29.11.2012	Pages/Appendices	42/1
Supervisor(s) Senior lecturer, PhD Marja Silén-Lipponen			
Client Organisation /Partners Kuopio Psychiatric Center			
<p>Abstract</p> <p>Observation of the somatic health in psychiatric outpatient care is topical, because it has been understood that somatic diseases occur among the mentally ill patients more than among the general population. The mentally ill patients with somatic diseases are in the need to pay more attention and so it has been found that somatic nursing skills of the psychiatric nurses to be developed. The connection and the cause-effect relationship of the somatic and mental health is essential to understand if you want to ensure the patient's comprehensive care.</p> <p>The purpose of the study was to describe the experiences of somatic nursing competence of the nurses among psychiatric outpatients. The aim of the study was to provide information of the somatic nursing competence and the potential areas for improvement so that nurses’ professional skills can be maintained and, where appropriate, to develop better in somatic diseases.</p> <p>The study was qualitative and the data was collected by a group interview. Four of Kuopio Psychiatric Center nurses were interviewed. The data were analyzed by the inductive content analysis.</p> <p>The results show that the most important thing in treating the mentally ill patient was holistic. The main categories were the nurses' job picture, the patient's life control support, patient counseling, multi-professional co-operation and the maintainance of the nurses’ professional skills. Counseling was a meaningful basis for somatic diseases and in the patient’s life control support. Nurses' job description was quite independent. They also worked as a part of the experienced multi-professional team, which brought versatile skills considering the patient's somatic health. The maintenance of the professional skills of the nurses was supported by training.</p> <p>The recommendation for further study is to develope litterary instructions, which would help mental nurses performing nursing assessment of the patient's somatic health immediately at the beginning of the care.</p>			
Keywords psychiatric nursing, somatic nursing, nurse, professional competence			

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO.....	6
2	PSYKKINEN SAIRAUUS	8
2.1	Psykoosisairaudet	8
2.2	Mielialahäiriöt.....	9
2.3	Psykkisesti sairaan potilaan hoito.....	10
3	PSYKKISESTI SAIRAAAN POTILAAN SOMAATTINEN SAIRASTAVUUS	12
3.1	Psykkisten ja somaattisten sairauksien yhteys	12
3.2	Psykkisen sairauden aiheuttama toimintakykyyn heikkeneminen	13
3.3	Psykkisesti sairaan potilaan somaattisen hoidon toteutus.....	13
4	SAIRAAHOITAJAN AMMATILLINEN OSAAMINEN	15
4.1	Ammatillisen osaamisen määrittely.....	15
4.2	Psykiatrisessa hoitotyössä työskentelevän sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen	16
5	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET	18
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	19
6.1	Tutkimuksen kohderyhmä	19
6.2	Ryhmähaastattelu.....	19
6.3	Laadullinen sisällönanalyysi	20
7	TUTKIMUKSEN TULOKSET	22
7.1	Sairanhoitajan toimenkuva.....	22
7.2	Potilaan elämänhallinnan tukeminen.....	24
7.3	Potilaan ohjaaminen	25
7.4	Moniammatillinen yhteistyö	26
7.5	Sairanhoitajan ammatillisen osaamisen ylläpitäminen	27
8	POHDINTA	30
8.1	Tutkimuksen eettisyys.....	30
8.2	Tutkimuksen luotettavuus	30
8.3	Tutkimuksen tulosten tarkastelu	32
8.4	Oman oppimisen arviointi ja ammatillinen kasvu.....	34
8.5	Johtopäätökset ja jatkotutkimussuositukset	35
	LÄHTEET	37

LIITTEET

Liite 1 Teemahaastattelurunko

1 JOHDANTO

Psykykinen sairaus heikentää ihmisen psyykkistä, fyysistä ja sosiaalista toimintakykyä, mikä vaikeuttaa ihmisen selviytymistä arkipäivän toiminnoista. Psykkiset sairaudet ovat usein yhteydessä myös epäedullisiin elintapoihin, kuten tupakointiin ja päihteiden käyttöön sekä vähäiseen liikuntaan ja siitä johtuvaan ylipainoon. Siten psyykkiset sairaudet myös lisäävät somaattista sairastavuutta. Psykkisesti sairaan ihmisen voi olla vaikeaa huolehtia omatoimisesti asioista, joita somaattisen terveyden ylläpitäminen edellyttää. Somaattisen terveyden ylläpito vaatii ihmiseltä muun muassa kykyä noudattaa annettuja ohjeita ja halua huolehtia itsestään jokapäiväisessä elämässä. (Isohanni, Suvisaari, Koponen, Kieseppä & Lönnqvist 2011, 84–85; Seppi 2011, 13.) Käytämme opinnäytetyössämme käsitettä potilas. Potilas on terveyden- ja sairaanhoitopalveluja käyttävä henkilö (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785).

Psykiatrisen hoitohenkilöstön näkökulmaa psyykkisesti sairaan potilaan kohtaamisesta kuvasivat Hoffrenin ja Lahtelan (2000) ja Porraksen (2008) tutkimukset, joiden mukaan psyykkisen tilan seurantaan liittyi aina myös somaattisen tilan seuranta ja arviointi. Sairaanhoitajat tunnistivat somaattisen sairauden oireita ja voinnissa tapahtuvia muutoksia ja potilaille annettiin elämänhallintaa ja terveitä elämäntapoja edistäviä ohjeita. Koulutusta kuitenkin kaivattiin, koska joskus somaattiset sairaudet pääsivät etenemään liian pitkälle, ilman että niihin puututtiin. (Hoffren & Lahtela 2000, 27–28; Porras 2008, 29–30.)

Potilaan kokonaistilannetta on tärkeä seurata siellä, missä potilas käy säännöllisesti hoidossa. Psykiatrisessa avohoidossa keskitytään usein vain psyykkisen sairautteen ja lääkitykseen, jolloin somaattisen terveyden huomiointi saattaa jäädä toisarvoiseksi asiaksi. Somaattisen terveyden huomiointiin psykiatrisessa avohoidossa on tärkeää kiinnittää huomiota, jotta somaattisia sairauksia voidaan ehkäistä, seurata ja hoitaa riittävän ajoissa. Somaattisen sairauden hoidon laiminlyöntejä voi myös aiheuttaa potilaan oireiden tulkitseminen psyykkisen sairauden oireiksi, jolloin tarpeenmukaisen hoidon aloittaminen saattaa viivästyä ja sairaudet voivat edetä huomaamatta pitkälle. (Seppi 2011, 12–15.)

Tutkimuksemme tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajien kokemuksia somaattisen hoitotyön osaamisesta psykiatrisessa avohoidossa. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa sairaanhoitajien somaattisen hoitotyön osaamisen vahvuuksista ja mahdol-

lisistä kehittämiskohteista, jotta sairaanhoitajien ammatillista osaamista voidaan ylläpitää ja tarvittaessa kehittää aikaisempaa paremmaksi myös somaattisten sairauksien hoidossa.

Opinnäytetyömme toimeksiantaja oli Kuopion psykiatrian keskus. Tutkimus toteutettiin ryhmähaastatteluna, johon osallistui neljä sairaanhoitajaa. Toimeksiantaja sai tietoa sairaanhoitajien somaattisen hoitotyön osaamisesta ja siihen liittyvästä koulutustarpeesta.

Tavoitteenamme oli oppia laadullisen tutkimuksen tutkimusprosessi niin teoriassa kuin käytännössä. Lisäksi tavoitteenamme oli soveltaa sairaanhoitajakoulutuksemme saatua tietoa psykiatrisesta ja somaattisesta hoitotyöstä opinnäytetyöhön. Sairaanhoitajan työssä voimme soveltaa tietoa kaikkien potilaiden kohdalla ja ymmärtää potilaan hoito kokonaisuutena sen sijaan, että otettaisiin huomioon vain hoitotulosy.

2 PSYKKINEN SAIRAUUS

Psyykkisellä sairaudella tarkoitetaan mielenterveyden häiriötä. Jokaiselle psyykkiselle sairaudelle on olemassa oma nimikkeensä sekä diagnoosi, johon sisältyy sairaudelle ominaisia piirteitä, kuten keskeiset oireet, sairauden kesto ja kulku sekä sairauden aiheuttamat haitat. Psyykkisiä sairauksia ovat esimerkiksi psykoosit, mielialahäiriöt, erilaiset pelot ja ahdistuneisuushäiriöt, unihäiriöt, syömishäiriöt, käyttäytymiseen ja persoonallisuuteen liittyvät häiriöt sekä päihdehäiriöt. Näihin sairauksiin liittyy usein toimintakyvyn menetystä, elämänlaadun heikkenemistä sekä eri tavoin koettua kärsimystä. (Lönqvist & Lehtonen 2011, 12–13.) Seuraavaksi kuvaamme yleisimpiä psykoosisairauksia ja mielialahäiriöitä.

2.1 Psykoosisairaudet

Psykoosisairaudet ovat merkittävä kansanterveydellinen ongelma. Psykoosisairauksista tarkastelemme skitsofreniaa, joka on yleisin psykoosisairaus. Psykoosit Suomessa 2012 –tutkimuksen mukaan skitsofrenian elinaikainen esiintyvyys on 1 %. Tarkastelemme myös skitsoaffektivista häiriötä, jonka esiintyvyys on noin kolmasosa skitsofrenian esiintyvyydestä. Kaikkien näiden sairauksien hoito toteutetaan ensisijaisesti avohoidossa. (Suvisaari ym. 2012, 677.)

Skitsofrenia on yksi yleisimmistä psyykkisistä sairauksista ja sitä sairastaa yli 50 000 suomalaista. Vuosittain noin viisi kymmenestä tuhannesta sairastuu siihen ensimmäistä kertaa. Sairaus puhkeaa joko äkillisesti tai vähitellen. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2009, 188.) Skitsofreniaan sairastuvat etenkin nuoret aikuiset ja työikäiset. Suurin osa sairastuvista on 16–25-vuotiaita. (Heiskanen, Salonen & Sassi 2006, 147.)

Skitsofreniaan liittyy aina todellisuuden tajun häiriöitä, joita ovat pääasiassa aistiharhat (hallusinaatiot) ja harhaluulot (deluusiot). Tavallisimpia aistiharhoja ovat kuuloharhat, mutta harhoja voi olla kaikkien aistien alueella. Skitsofrenia vaikuttaa haitallisesti kognitiivisiin ja emotionaalisiin toimintoihin sekä käyttäytymiseen. Tyypillisiä oireita ovat puheen ja käyttäytymisen hajanaisuus sekä niin sanottu negatiiviset oireet, joita ovat tunneilmaisun latistuminen, puheen köyhtyminen ja tahdottomuus. Mikään yksittäinen oire ei ole kuitenkaan itsessään määritelmä skitsofrenialle. (Isohanni ym. 2011, 70–71.)

Skitsoaffektiivinen häiriö on psykoosisairaus, jonka oireet sopivat sekä skitsofreniaan että kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön, mutta erotetaan kuitenkin omaksi sairaudeksi. Tyypillistä skitsoaffektiiviselle häiriölle ovat toistuvat mielialahäiriöjaksot ja psykoosijaksot. Sairauden alkuvaiheessa psykoosioireet hallitsevat, jonka jälkeen vakavat mielialaoireet voivat kestää useita kuukausia. Kummallekin jaksolle tyypilliset oireet voivat kuitenkin esiintyä joko yksinään tai yhtäaikaisesti. Mielialahäiriöjaksoilla tarkoitetaan vakavan masennuksen tai maanisuuden jaksoja. Psykoosijaksoilla henkilöllä on skitsofreniallekin tyypillisiä oireita kuten harhaluuloja, kuuloharjoja ja hajanaista puhetta. Henkilöllä on siis samanaikaisesti piirteitä mielialahäiriöstä ja skitsofreniasta, mutta kummankaan sairauden kriteerit eivät erikseen täyty. (Kuhanen ym. 2010, 188; Lönnqvist & Suvisaari 2011, 138–139.)

2.2 Mielialahäiriöt

Mielialahäiriöt ovat keskeisin mielenterveyshäiriöiden ryhmä. Mielialahäiriöistä tarkastelemme masennusta ja kaksisuuntaista mielialahäiriötä. Erityisesti masennus on merkittävä kansanterveydellinen ongelma, koska se on yksi yleisimmistä toimintakyvyn heikkenemisen syistä. Masennusta sairastaa 5–6 % suomalaisista ja se voi liittyä myös joihinkin somaattisiin sairauksiin. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön eli bipolaarihäiriön elinaikainen esiintyvyys on 1–1,6 %. Häiriöön liittyy somaattista sairastavuutta enemmän kuin keskimäärin koko väestöllä. (Kuhanen ym. 2010, 201–203; Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2009.)

Masennus voi olla ohimenevä tunnetila, mutta tilan pitkittyessä kyseessä on mielenterveydenhäiriö, joka vaatii hoitoa. Useamman oireen jatkuessa vähintään kaksi viikkoa, voidaan puhua masennuksesta. Oireita ovat mielialanlasku, ahdistuneisuus, aloitekyvyttömyys, mielihyvätunteen katoaminen, ruokahaluttomuus, unihäiriöt, syyllisyyden ja arvottomuuden tunne ja toivottomuus. Masentuneen toimintakyky on alentunut, jolloin henkilöllä voi olla vaikeuksia huolehtia itsestään ja arkipäivän asioista. (Kuhanen ym. 2010, 201–202.)

Masennus voi olla pitkäaikaista tai se voi ilmetä lyhyinä ja toistuvina jaksoina. Sen moniasteisuus ja –muotoisuus vaikeuttavat sairauden tunnistamista ja hoidon tarpeen arviointia. Masennustiloja ovat lievä, keskivaikea, vaikea ja psykoottinen masennus. Itsemurhariski kohoaa etenkin vakavassa ja psykoottistasoisessa tilassa. Masennusta hoidetaan sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa, ensisijaisesti avohoidossa. (Kuhanen ym. 2010, 201–202; Pulkkinen & Vesänen 2010b, 614–615.)

Kaksisuuntainen mielialahäiriö jaetaan I ja II tyyppiin. Tyypissä I ilmenee maanisia jaksoja ja masennusjaksoja tai näiden sekamuotoja ja tyypissä II ilmenee hypomaanisia ja masennusjaksoja. Molemmissa tyypeissä vallitsevia ovat masennusjaksot. Mania ilmenee aktiivisuuden voimakkaana lisääntymisenä ja henkilö tuntee silloin voivansa hyvin. Mieliala ja itsetunto kohoavat voimakkaasti. Mania voi kestää parista viikosta useaan kuukauteen ja vaatii vaikea-asteisena sairaalahoitoa. Maniajaksoa voi seurata masennusvaihe, jolloin henkilö kokee muun muassa sosiaalista häpeää ja syyllisyyttä. Tähän liittyy suurentunut itsemurhariski. (Pulkkinen & Vesanen 2010a, 623.)

2.3 Psyykkisesti sairaan potilaan hoito

Psykiatrinen hoitotyö on osa mielenterveystyötä. Mielenterveystyöhön sisältyvät mielenterveyden edistäminen sekä mielenterveyden häiriöiden ehkäisy, hoito ja kuntoutus. (Toivanen 2011, 10.) Mielenterveyslain (1990/1116) mukaan mielenterveystyöllä tarkoitetaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisen kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveyden häiriöiden ehkäisemistä, lievittämistä ja parantamista (Mielenterveyslaki 1990/1116).

Psykiatrisen sairaanhoidon toteutusta ohjaa erikoissairaanhoitolaki ja hoidon sisältöä säännökset mielenterveyslaissa. Laissa on säännöksiä muun muassa mielenterveyshäiriöiden ennaltaehkäisystä, psykiatrisesta avohoidosta, psykiatrisesta sairaalahoidosta ja sairaalaan lähettämisestä sekä yksityiskohtaiset säännökset tahdosta riippumattomasta hoidosta. (Mielenterveyslaki 1990/1116; Moring 2012.)

Mielenterveyslain (1990/1116) mukaan avohoidon tulisi olla ensisijainen hoitomuoto mielenterveyshäiriöistä kärsivän potilaan hoidossa (Mielenterveyslaki 1990/1116). Psykiatrista sairaalahoitoa toteutetaan sairaalassa psykiatrisella osastolla sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa. Avohoito toteutuu kunnasta riippuen psykiatrisen poliklinikassa, mielenterveystoimistossa ja psykiatriaajohtoisessa tai muun mielenterveyshäiriöihin perehtyneen lääkärin johtamassa mielenterveysyksikössä. Lisäksi avohoito toteutuu näiden lisäksi yhteistyössä erilaisten kunnallisten ja yksityisten kuntouttavien yksiköiden kanssa. Avohoidossa potilas asuu omassa kodissaan tai vastaavassa kuntouttavaa toimintaa järjestävässä yksikössä (kuntoutuskodit, pienkodit, tukiasunnot). Kotikäynnit liittyvät oleellisena osana avohoitoon. (Skitsofrenian Käypä hoito –suositus 2008.)

Mielenterveyspalveluiden järjestäminen avohoidossa palvelee potilaita yksilöllisesti ja tukee potilaan voimavaroja. Ensisijainen hoitopaikka on perusterveydenhuollon peruspalveluissa ja tarvittaessa perusterveydenhuollon erityispalvelujen ja erikoissairaanhoidon järjestämässä avohoidossa. Avohoidon palveluita on esimerkiksi päivätoiminnan järjestäminen. Osallistumismahdollisuuksien ja mielekkään tekemisen järjestäminen on mielenterveyshäiriöistä kärsivälle henkilölle ensiarvoisen tärkeää. (Kuhanen ym. 2010, 180–181.)

Akuutin psykoosin hoito voi vaatia lyhytaikaista sairaalahoitoa, varsinkin silloin, jos potilas on itsetuhoinen tai käyttäytymistä ohjaavat voimakkaat aistiharhat ja harhaluulot. (Moring 2012; Oy H. Lundbeck Ab. 2012a.) Sairaalahoito vaatii aina vapaaehtoisuuteen pohjautuvan (B1-lähete) tai tarkkailulähetteen (M1-lähete). Vapaaehtoista lähetettä käytetään silloin, kun kriteerit sairaalahoitoon ovat täytyneet ja potilas on yhteistyökykyinen. Lähettäminen sairaalaan tulisi olla suunniteltua ja toteutua osana potilaan kokonaishoitoa. (Moring 2012.)

Tahdosta riippumaton hoito toteutetaan aina sairaalassa. Täysi-ikäinen henkilö voidaan määrätä sairaalahoitoon vasten hänen tahtoaan, jos henkilöllä on mielisairaus ja sairauden vuoksi hän voi vaarantaa vakavasti omaa ja toisen henkilön terveyttä ja turvallisuutta. Syynä voi olla lisäksi se, että hoitaminen avohoidossa ei sovellu käytettäväksi tai hoito katsotaan riittämättömäksi. (Lönqvist, Pylkkänen & Moring 2011, 641, 644; Mielenterveyslaki 1990/1116.)

3 PSYKKISESTI SAIRAAAN POTILAAN SOMAATTINEN SAIRASTAVUUS

Somaattinen sairaus tarkoittaa ruumiillista tai elimellistä eli fyysistä sairautta (Toivonen 2011, 11). Somaattiset sairaudet ovat tavallisempia mielenterveydenhäiriöistä kärsivillä ja heillä on todettu olevan huonompi somaattinen terveydentila verrattuna muuhun väestöön. Skitsofreniaa sairastavilla epäterveellinen ruokavalio, liikunnanpuute ja tupakointi edesauttavat diabeteksen ja sydän- ja verisuonisairauksien syntyä sekä aiheuttavat painon nousua. Masentuneella hormonaaliset tekijät ja vähentynyt liikunta lisäävät edellä mainittujen sairauksien riskiä. Muun muassa näiden somaattisten sairauksien ennaltaehkäisy ja hoito edellyttävät potilaalta kykyä hoitaa omatoimisesti omaa terveyttään. (Huttunen 2010, 15; Iacovides & Siamouli 2008, 417, 419; Seppi 2011, 12–15.)

3.1 Psyykkisten ja somaattisten sairauksien yhteys

Psyykkisten ja somaattisten sairauksien yhteys ja syy-seuraussuhteet ovat moninaisia. Esimerkiksi vakava somaattinen sairaus aiheuttaa masennusta ainakin jossain sairauden vaiheessa. Somaattisten sairauksien hoidossa käytettävät lääkkeet vaikuttavat mielialaan ja mielenterveyden häiriöiden hoidossa käytettävillä lääkkeillä voi olla sivuvaikutuksia, jotka voivat pahentaa somaattisten sairauksien oireita tai sekoittaa somaattisten sairauksien oireisiin. Kroonisen kivun ja masentuneisuuden välistä yhteyttä ei voida yksiselitteisesti selittää. Tutkimuksissa ei ole pystytty osoittamaan, että masennus aiheuttaisi kipua tai kipu masennusta. Kuitenkin psyykkisillä tekijöillä on vaikutusta pitkittyneeseen kipuun ja ne voivat ylläpitää kroonista kipua. Erään tutkimuksen mukaan kroonisesta kivusta kärsivillä potilaista 20–70 prosentilla esiintyy masentuneisuutta ja riski sairastua vakavaan mielenterveyden häiriöön on kolminkertainen muuhun väestöön verrattuna. (Eloranta 2002; Huttunen 2010, 12, 16; Lönnqvist & Lehtonen 2011, 17.)

Psyykkiset sairaudet ovat usein yhteydessä epäedullisiin elintapoihin kuten tupakointiin ja päihteiden käyttöön sekä vähäiseen liikuntaan ja siitä johtuvaan ylipainoon. Alkoholi- ja päihderiippuvuutta esiintyy sitä yleisemmin mitä useampia mielenterveyden häiriöitä henkilöllä on. Erityisesti päihteiden ongelmakäyttöä esiintyy ahdistuneisuushäiriötä, masennusta tai persoonallisuushäiriötä sairastavilla. Monet psyykkisten sairauksien hoitoon käytettävät lääkkeet, erityisesti psykoosilääkkeet, aiheuttavat painon nousua ja rasva- ja sokeriaineenvaihdunnan häiriötä. (Korkeila & Korkeila 2008, 275–280.)

3.2 Psyykkisen sairauden aiheuttama toimintakykyyn heikkeneminen

Psyykkinen sairaus heikentää ihmisen psyykkistä, fyysistä ja sosiaalista toimintakykyä. Psyykkisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan tiedon vastaanottoa, käsittelyä ja kykyä tuntea sekä muodostaa käsityksiä ympärillä olevasta maailmasta. Lisäksi muisti, oppiminen, kommunikaatio ja ajattelu ovat psyykkisen toimintakyvyn osa-alueita. Näitä kutsutaan kognitiivisiksi toiminnoiksi. Sosiaalisella toimintakyvyllä tarkoitetaan sitä, että ihminen pystyy olemaan vuorovaikutuksessa toisten ihmisten kanssa ja toimimaan erilaisissa yhteisöissä. Siihen liittyy myös kyky suoriutua erilaisista sosiaalisista rooleista ja kyky toimia yhteiskunnan jäsenenä. Sosiaalisen toimintakyvyn puute vaikeuttaa myös kuntoutumista sekä saattaa heikentää elämänlaatua. Fyysinen toimintakyky on elimistön kyky suoriutua fyysistä ponnistelua vaativista tehtävistä ja siihen liittyy oleellisesti fyysinen kunto ja suorituskyky. Etenkin psykoosipotilailla liikunnan puute johtaa helposti fyysisen kunnan huononemiseen. Kaikkien edellä mainittujen toimintakyvyn osa-alueiden heikkeneminen vaikeuttaa ihmisen selviytymistä arkipäivän toiminnoista, esimerkiksi kotitöistä, puhtaudesta ja ravitsemuksesta huolehtimisesta sekä raha-asioiden hoitamisesta. (Isohanni ym. 2011, 70–71; Oy H. Lundbeck Ab. 2012b.)

3.3 Psyykkisesti sairaan potilaan somaattisen hoidon toteutus

Psykiatristen potilaiden avohoidossa tulee huomioida yksilön somaattinen terveydentila ja huolehtia asianmukaisen hoidon toteutumisesta. Sairaanhoidaja seuraa potilaiden vointia viikoittain, lääkäri yleensä harvemmin. He tekevät yhteistyötä potilaan somaattisen tilan seurannassa. Sairaanhoidaja on lähinnä potilasta, jolloin hän tekee huomioita potilaan somaattisesta tilasta ja tarvittaessa osaa puuttua oireisiin sekä ohjata potilasta. Hän myös valvoo potilaan etua ja välittää tietoa potilaan tilasta muille työryhmän jäsenille. (Lönngqvist & Lehtonen 2011, 17; Porras 2008, 5.)

Ihmisen tulee olla suhteellisen hyväkuntoinen, jotta hän osaa ja jaksaa hoitaa sairauksiaan. Erilaisten sairauksien hoito vaatii yksilöltä aktiivista toimintaa, melko hyviä kognitiivisia taitoja ja kykyä noudattaa annettuja hoito-ohjeita. Psykiatriset potilaat eivät välttämättä kykene sellaiseen itseohjautuvuuteen, jota tällaisessa tilanteessa vaaditaan. Hoitoon hakeutumista ja seurannan toteutumista haittaavia tekijöitä voivat olla yleisen toimintakyvyn heikentyminen, eristäytyneisyys, oireiden tunnistamattomuus, kivun kokemuksen heikentyminen ja psykoottisten oireiden aiheuttama vaikeus kuvata omaa tilannetta ja oireita sekä myös vähävaraisuus. Vakavia psykiatrisia häi-

riöitä kärsivillä somaattiset sairaudet voivat edetä huomaamatta pitkälle ja tarpeen mukaisen hoidon aloittaminen saattaa kestää, koska potilaan oireet tulkitaan usein psyykkisen sairauden oireiksi. Hoffrenin ja Lahtelan (2000) tutkimuksessa sairaanhoitajat tunnistivat somaattisesta sairaudesta johtuvat oireet, mutta siitä huolimatta somaattisen sairauden annettiin kehittyä liian pitkälle, ennen kuin kukaan puuttui potilaan tilanteeseen. Toisaalta, vaikka sairaus todettaisiin, voi potilaan hoitoon sitoutuminen olla heikkoa, jos potilaalla on vaikeuksia huolehtia itsestään ja sairaudestaan. (Hoffren & Lahtela 2000, 27; Isohanni ym. 2011, 84–85; Seppi 2011, 12–15.)

Sepin (2011) mukaan vastuu potilaan hoidosta kokonaisuudessaan tulisi olla siellä, missä potilas käy säännöllisesti hoidossa. Valitettavan usein psykiatrisessa avohoidossa keskitytään ainoastaan potilaan psykiatriseen hoitoon ja lääkkitykseen. Sairaanhoitajat ja psykiatrit hoitavat oman osuutensa potilaan psyykkisen tilan hoitamisessa, jolloin vastuuta potilaan somaattisten sairauksien hoidosta ei ole varsinaisesti kenelläkään. Kovinkaan suuria muutoksia ei tarvitsisi tehdä, jotta kaikki terveysalan ammattilaiset alkaisivat seurata potilaan yleisvointia ja ottaa aikaisempaa paremmin huomioon potilaan kokonaistilanteen ja fyysiset oireet. Oireiden varhainen toteaminen, somaattisten sairauksien ennaltaehkäisy ja seuranta sekä potilaan ohjaus ja motivointi lisäävät mielenterveyspotilaan elämänlaatua. Mielenterveyden häiriöitä sairastavilla tupakka-, paino- ja liikuntainterventioilla eli varhaisella puuttumisella on saatu rohkaisevia tuloksia. Esimerkiksi masennuspotilailla liikunta vähensi masennusoireita sekä edisti toimintakykyä ja somaattista terveyttä. (Korkeila & Korkeila 2008, 275–280; Seppi 2011, 12–15.)

4 SAIRAANHOITAJAN AMMATILLINEN OSAAMINEN

Osaaminen muodostuu tiedoista, taidoista, kokemuksista, asenteista ja kontakteista, joita ihminen tarvitsee suoriutuakseen tehtävistään taitavasti ja onnistuneesti. Se on konkreettista ja tehokasta käytännön toimintaa, tehtävästä suoriutumista ja halua kehittää itseään. Osaamiseen vaikuttavat koulutustausta, työ, ammatilliset käytännöt, ikä ja työkokemus. Osaaminen kehittyy tietoa yhdistelemällä ja käyttämällä. (Eskola & Paloposki 2001, 12–14; Männikkö 2011, 11; Porras 2008, 4.)

4.1 Ammatillisen osaamisen määrittely

Ammatillinen osaaminen on teoreettisen tiedon ja käytännön taitojen kokonaisuus, johon liittyy työntekijän itsenäinen kyky ratkaista työtilanteissa ilmeneviä ongelmia. Ammatilliseen osaamiseen kuuluu riittävä pätevyys täyttää tehtävälle asetetut vaatimukset, ammatillinen käyttäytyminen ja kyky hyödyntää kokemuksia. Itsearviointin taito ja kriittinen suhtautuminen tietoon sekä asenteet, arvot ja tunteet ovat osa ammatillista pätevyyttä. (Eskola & Paloposki 2001, 14, 15–17; Hildén 2002, 34.)

Hoitotyössä sairaanhoitajalta vaaditaan monipuolista osaamista. Porras (2008) ryhmittelee hoitotyön ammatillisen osaamisen viiteen ryhmään, joita ovat hoitotyön taidot, hoitotyön tiedot, vuorovaikutustaidot, hoitajaan liittyvät ominaisuudet ja uudistustaidot. (Porras 2008, 4.) Eskola ja Paloposken (2001) tutkimuksessa ja Savonia-ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelman opetussuunnitelmassa (2012) esiintyviä sairaanhoitajan ammatillisen osaamisen osa-alueita ovat teoreettinen tieto, kliininen hoitotyö, terveyttä edistävä toiminta, ohjaus-, opetus- ja vuorovaikutustaidot, yhteistyö- ja johtamistaidot sekä eettinen, laillinen ja yhteiskunnallinen toiminta. (Eskola & Paloposki 2001, 12–14; Terveysala Kuopio, sairaanhoitaja (AMK) opetussuunnitelma, syksy 2012.)

Ammatillisen osaamisen osa-alueet korostuvat eri tavoin eri hoitotyön alueilla. Tähän vaikuttavat muun muassa potilaan yksilöllinen tarve ja motivoituminen hoitoon sekä sairaanhoitajan työnkuva ja työympäristö. Esimerkiksi kirurgisella osastolla kliinisen hoitotyön taitoja tärkeämpää potilaalle saattaa kuitenkin olla hoitajan ja potilaan välinen hyvä vuorovaikutussuhde.

4.2 Psykiatrisessa hoitotyössä työskentelevän sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen

Psykiatrisessa avohoidossa työskentelevän sairaanhoitajan työnkuva on laaja ja ammatilliseen osaamiseen kohdistuu paljon vaatimuksia, koska mielenterveyden häiriöitä sairastavilla henkilöillä on yhä enemmän monia yhtäaikaista ongelmia. Sairaanhoitajalta vaaditaan hyvää ammatillista osaamista kokonaisvaltaisen hoidon toteuttamiseksi. Olennaisesti tähän kuuluu potilaan tukeminen sairauden kohtaamisessa, sairauden aiheuttamien rajojen pohtiminen yhdessä potilaan kanssa sekä potilaan ohjaaminen voimavarojen löytämisessä ja elämänhallinnassa. (Porras 2008, 7-8.)

Porras (2008) löysi tutkimuksessaan sairaanhoitajan psykiatrisen hoitotyön osaamisesta viisi osa-aluetta: vuorovaikutuksellinen hoitosuhde, hoitajan henkilökohtaiset ominaisuudet, ohjaava ja kuntouttava ote hoitotyössä, työryhmän rooli ja tehtävä sekä potilaslähtöisyys hoitotyössä. Näistä erityisesti painottuu vuorovaikutuksellinen, potilaan tarpeista lähtevä hoitosuhde, joka voi muodostua merkittäväksi asiaksi psyykkisesti sairaan potilaan elämässä. Hoitajan ja potilaan välisen hyvän vuorovaikutuksen perusta ovat hoitajan henkilökohtaiset ominaisuudet kuten kyky empatiaan, joustavuus, stressin- ja paineensietokyky sekä itsenäisen päätöksenteon taito. (Porras 2008, 9-11.)

Psykiatrinen hoitotyö on moniammatillisessa ryhmässä työskentelyä, mikä tukee yksittäisen hoitajan osaamista ja työssäjaksamista. Ohjaava ja kuntouttava hoitotyön ote toteutuu potilaan elämänhallinnan tukemisena ja kannustamisena omien voimavarojen käyttöön. Eskolan ja Paloposken (2001) sekä Heikkilän, Aholan, Kankkusen, Meretojan ja Suomisen (2007) tutkimuksissa kävi ilmi, että psykiatrista hoitotyötä tekeville sairaanhoitajilla oli paremmat ohjaus- ja opetustaidot sekä vuorovaikutustaidot kuin muilla hoitotyön aloilla työskentelevillä. (Eskola & Paloposki 2001, 25, 61–63; Heikkilä ym. 2007, 7; Porras 2008, 9-11.)

Välimäki, Holopainen ja Jokinen (2000) totesivat, että psykiatrisessa hoitotyössä sairaanhoitajan ammattitaidolta vaaditaan myös kykyä toimia yksilö- ja ryhmätasolla. Yksilötasolla sairaanhoitajan tärkein taito on potilaan tasavertainen, kuunteleva kohtaaminen, mihin potilaan diagnoosi ei saa vaikuttaa. Hoitotyön ammattilaiselta vaaditaan kykyä ymmärtää potilasta kokonaisuutena ja vastaanottaa ja tulkita potilaiden viestejä. Ryhmätasolla tärkeimpiä ovat ihmissuhde- ja viestintätaidot, joita sairaanhoitaja tarvitsee työskennellessään kollegojensa ja muiden ammattiryhmien kanssa.

Tällaisia ihmissuhdetaitoja sairaanhoitaja hankkii koko työuransa ajan. (Välimäki ym. 2000, 20–21.)

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajien kokemuksia somaattisen hoitotyön osaamisesta psykiatrisessa avohoidossa. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa sairaanhoitajien somaattisen hoitotyön osaamisen vahvuuksista ja mahdollisista kehittämiskohteista, jotta sairaanhoitajien ammatillista osaamista voidaan ylläpitää ja tarvittaessa kehittää aikaisempaa paremmaksi somaattisten sairauksien hoidossa.

Tutkimuksessa pyrittiin saamaan vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

Millaiseksi sairaanhoitajat kokevat oman somaattisen hoitotyön osaamisensa?

Miten sairaanhoitajat huomioivat ja hoitavat potilaan somaattisia sairauksia?

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Tutkimuksessa käytimme kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää. Laadullisella tutkimuksen avulla tarkastellaan ihmisten omakohtaisia kokemuksia, näkemyksiä ja käsityksiä. Kokemuksista ja käsityksistä luodaan tulkintoja tutkittavasta aiheesta. Valitsimme laadullisen tutkimusmenetelmän, koska tutkittavasta aiheesta oli aikaisempaa tutkimustietoa vähän ja tarkoituksenamme oli tuottaa uutta tietoa. (Kankkunen-Vehviläinen 2009, 49–50, 57; Kylmä & Juvakka 2007, 30; Vilka 2005, 98.)

6.1 Tutkimuksen kohderyhmä

Tutkimuksemme kohderyhmä oli Kuopion psykiatrian keskuksen sairaanhoitajat. Kuopion psykiatrian keskus on Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin ja Kuopion kaupungin yhteinen palvelukeskus, jossa hoidetaan kaikki psykiatrisen avohoidon palveluja tarvitsevat kuopiolaiset aikuiset sekä muut sairaanhoitopiiriin kuuluvat potilaat. Psykiatrian keskus tarjoaa tutkimusta, hoitoa ja kuntoutusta 20–64 -vuotiaille. Palvelut vaativat aina lähetteen. Palveluja ovat muun muassa vastaanottopalvelut, psykologiset tutkimukset, erilaiset terapiamuodot, lääkehoito, tehostettu avohoito ja kuntoutus sekä tuetun asumisen palvelut. (Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri 2012.)

Tutkimuksessamme haastattelimme neljää Kuopion psykiatrian keskuksessa työskentelevää sairaanhoitajaa. Haastateltavat olivat työskennelleet sairaanhoitajina muutamasta vuodesta kymmeneen vuosiin. Osa oli työskennellyt pelkästään psykiatriassa hoitotyössä ja toisilla oli kokemusta myös somaattisesta hoitotyöstä. Osa sairaanhoitajista teki potilastyötä mielialahäiriötiimissä, jossa potilaat olivat lähinnä masennuspotilaita. Potilailta esiintyi masennuksen lisäksi muun muassa ahdistuneisuushäiriöitä ja päihdeongelmia. Osa hoitajista toimi psykoosiryhmässä, jossa potilaina oli muun muassa skitsofreniaa sairastavia ja akuutisti psykoosiin sairastuneita. Sairaanhoitajien koulutustaustat olivat erilaisia, heillä oli muun muassa psykiatrian erikoistumisopintoja, psykoterapeutin koulutusta sekä työkokemusta päihdehoitotyöstä, lastensuojelutyöstä ja kriisityöstä.

6.2 Ryhmähaastattelu

Tutkimuksemme tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajien omakohtaisia kokemuksia somaattisen hoitotyön osaamisesta, minkä vuoksi valitsimme aineistonkeruumenetelmäksi haastattelun. Haastattelu on vuorovaikutustilanne

tutkijan ja tutkittavan välillä, josta tutkija hankkii tarvittavaa tietoa. Haastattelu sopi tutkimukseemme, koska aiheestamme somaattisen terveyden huomioimisesta psykiatrisessa avohoidossa ei ollut paljoakaan aikaisempaa tietoa, joten tarvittiin tietoa sairaanhoitajien omakohtaisista kokemuksista. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 24-35.)

Tutkimuksessamme haastattelu toteutettiin ryhmähaastatteluna. Ryhmähaastattelu on paljon informaatiota antava tiedonkeruumenetelmä ja se voidaan toteuttaa usealla eri tavalla. Valitsimme teemahaastattelun, koska se mahdollistaa vapaamuotoisen keskustelun ja osallistujat voivat tuottaa monipuolista tietoa annetuista teemoista. Teemahaastattelussa ohjasimme ryhmää keskustelemaan haastattelurunkoa apuna käyttäen. Teemojen määrä ja tarkkuus oli mietittävä etukäteen, jotta haastattelusta ei tulisi pinnallinen tai ettei teemojen sisältö jäisi epäselväksi. (Pötsönen & Pennanen, 1998, 1-3.) Koskisen ja Jokisen (2001) mukaan ideaaliksi ryhmäkooksi ryhmähaastatteluun on kuvattu neljästä kuuteen henkilöä. Tätä suuremmissa ryhmässä voi esiintyä ryhmädynamiikkaan ja ajankäyttöön liittyviä ongelmia. (Koskinen & Jokinen 2001, 305.) Suuressa ryhmässä hiljaisemmat ryhmän jäsenet voivat jäädä taka-alalle ja haastattelu-aikaa tulisi varata enemmän.

Tutkimuksessamme ryhmähaastattelulla tarkoitettiin ryhmässä tapahtuvaa ja haastattelijoiden ylläpitämää keskustelua etukäteen laaditun teemahaastattelurungon pohjalta. Teemoina (Liite 1) olivat potilaan somaattisen terveyden huomioiminen, potilaan somaattisten sairauksien hoitaminen ja sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen. Osallistujat saivat teemahaastattelurungon noin kaksi viikkoa ennen haastattelua, jolloin he saivat tutustua teemoihin ennalta. Haastattelu toteutettiin yhdellä kerralla. Toimimme kaikki kolme opinnäytetyöntekijää haastattelijoina ja ylläpidimme keskustelua yhdessä.

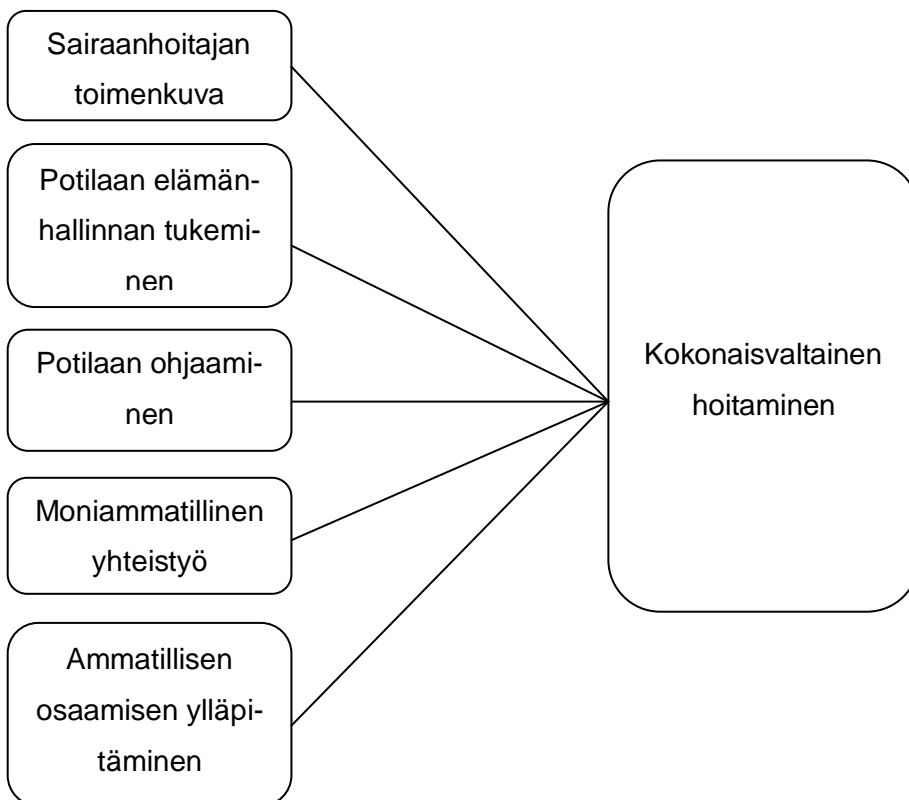
6.3 Laadullinen sisällönanalyysi

Haastatteluista saamastamme tutkimusaineistoista teimme sisällönanalyysin aineistolähtöisesti eli induktiivisesti. Tuomi ja Sarajärvi (2009) kuvaavat sisällönanalyysin etenemisen vaiheittain. Ensimmäiseksi haastattelut kuunnellaan ja aukikirjoitetaan, sen jälkeen aineistoon tutustutaan ja etsitään pelkistettyä ilmaisuja tutkimuskysymysten ohjaamana. Pelkistykset listataan ja niistä etsitään samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia tutkimuskysymysten mukaisesti. Pelkistetyt ilmaukset yhdistetään alaluokiksi. Alaluokista muotoillaan yläluokkia ja lopuksi yläluokista muodostetaan koava käsite. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–109.)

Käytimme Tuomen ja Sarajärven (2009) mallia sisällönanalyysin tekemiseen. Ensimmäisessä vaiheessa jaotimme tutkimusaineiston kolmeen osaan kolmen tutkijan kesken. Kukin tutkija kuunteli, aukikirjoitti ja pelkisti aineiston. Pelkistämistä ohjasi tutkimuksemme tavoite ja tutkimuskysymykset. Tavoitteenamme oli tiedon tuottaminen sairaanhoitajien somaattisen hoitotyön osaamisen vahvuuksista ja mahdollisista kehittämiskohteista. Tutkimuskysymyksemme olivat: millaiseksi sairaanhoitajat kokevat oman somaattisen hoitotyön osaamisensa ja miten sairaanhoitajat huomioivat ja hoitavat potilaan somaattisia sairauksia. Seuraavaksi yhdistimme aineiston kokonaisuudeksi ja ryhdyimme tarkastelemaan aineistoa kokonaisuutena. Muodostimme alaluokkia ryhmittelemällä aineistosta esille nousevien aiheiden mukaan. Tämän jälkeen yhdistimme alaluokat pääluokiksi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–109.) Pääluokiksi muodostuivat sairaanhoitajan toimenkuva, potilaan elämänhallinnan tukeminen, potilaan ohjaaminen, moniammatillinen yhteistyö ja sairaanhoitajan ammatillisen osaamisen ylläpitäminen. Lopuksi muodostamistamme viidestä pääluokasta syntyi yhdistäväksi luokaksi kokonaisvaltainen hoito.

7 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Seuraavassa kuvaamme tutkimuksemme tuloksia sairaanhoitajien kokemuksista somaattisen hoitotyön osaamisesta. Pääluokiksi muodostuivat sairaanhoitajan toimenkuva, potilaan elämähallinnan tukeminen, potilaan ohjaaminen, moniammatillinen yhteistyö ja ammatillisen osaamisen ylläpitäminen. Yhdistäväksi luokaksi aineistostamme muodostui kokonaisvaltainen hoitaminen (kuvio 1). Tulosten kuvausten lomassa on kursivoilla osoitettu sairaanhoitajien ajatuksia suorina lainauksina.



Kuvio 1. Kokonaisvaltainen hoitaminen.

7.1 Sairaanhoitajan toimenkuva

Sairaanhoitajien mielestä kiinnostus oli tärkeää kohdistaa ihmiseen kokonaisuutena. He huomioivat potilaan kokonaisterveyttä jo heti lähetteen pohjalta, ensitapaamisella sekä hoitosuhteen jatkuessa. Somaattista terveyttä huomioitiin jatkuvasti ja vaikka kaikkea somaattisista sairauksista ei tarvinnutkaan tietää, niin oli oltava valppaana kaikissa potilaan terveyttä koskevissa asioissa. Sairaanhoitajan toimenkuvan alaluokiksi muodostuivat itsenäinen toimenkuva ja lääkehoidon osaaminen.

Itsenäinen toimenkuva. Sairaanhoidajat kokivat somaattisen hoitotyön osaamisen vahvaksi ja riittäväksi työnkuvaansa nähden, aikaisemmasta työkokemuksesta riippumatta. Sairaanhoidajien toimenkuva oli varsin itsenäinen, vaikka he olivat osan ammattilaisista työryhmää. He tapasivat potilaita vastaanotollaan ja olivat niin sanotusti lähinnä potilasta. Sairaanhoidajat kokivat, että heidän tärkein tehtävänsä potilaan somaattisen terveyden hoitamisessa oli oireiden tunnistaminen. Minkäänlaista yhteistä ohjeistusta somaattisen terveydentilan kartoittamiseen ei ollut, vaan jokainen sairaanhoitaja toimi oman kokemuksensa ja arviointikykyensä mukaan. Kliininen hoitotyön osaaminen, kuten kädentaidot, arvioitiin heikoiksi, mutta myös tarpeettomiksi.

Mä aattelin et se painopiste pitääkin olla näin kun se meillä on eli se huomiointi on etusijalla, somaattisten sairauksien hoitaminen ei kuitenkaan oo mejän spesialiteetti ja huomioidaan se yleisterveys.

Tärkeää oli myös potilaan ohjaaminen sekä lähettäminen asianmukaiseen hoitoon. Tämä vaati palvelujärjestelmän tuntemusta ja tietämystä siitä, mikä asia kuului erikoissairaanhoidon ja mikä oli perusterveydenhuollossa hoidettava terveydellinen asia. Sairaanhoidajat kokivat, että heillä oli tarpeeksi tietämystä terveydenhuollon palvelujärjestelmästä, jolloin potilaan ohjaaminen eteenpäin muiden terveydenhuollon palveluiden pariin oli heistä helppoa.

Sairaanhoitaja oli se henkilö, joka teki huomioita potilaan voinnista, konsultoi tarvittaessa työryhmää ja ohjasi potilasta eteenpäin muihin terveydenhuollon palveluihin. He keskustelivat potilaan kanssa, mutta hoitivat potilasta myös yhdessä. Osa sairaanhoitajista piti työssä mukana myös kuntoutuksen näkökulman ja toteutti potilastapaamisia esimerkiksi liikunnan merkeissä. Tämä teki potilastapaamisista vapaamuotoisia ja luontevia vastaanotolla tapaamiseen verrattuna.

Tehhään monipuolisesti niinkun sitä havainnointia, itsen äärellä olemisen arviointia ja fiilistelyä ja muuta tämmöstä. Tavallaan uusia maise-mia myöskin niinkun tavallaan sinne omaan itseän avataan.

Sairaanhoidajat korostivat, että potilaan hoitoa koskevat päätökset tehtiin aina yhdessä potilaan kanssa. Päätöksenteossa sairaanhoitajat toimivat myös yhteistyössä muiden työryhmän jäsenten, ensisijaisesti lääkärin, kanssa. He ohjasivat potilaita psykiatrian keskuksen lääkärille tai terveyskeskuksen lääkärille. Sairaanhoidajat kokivat yhteistyön lääkärin kanssa toimivaksi. Lääkärit tukivat heidän näkemyksiään ja ohjasivat potilaita hyvin eteenpäin tutkimuksiin. He tekivät potilaille lähetteitä esimer-

kiksi laboratorionkokeisiin tai neurologisiin tutkimuksiin, joilla selvitettiin johtuivatko potilaan oireet psyykkisestä vai somaattisesta sairaudesta. Sairaanhoidajat tekivät hoitajaläheteitä esimerkiksi kipupoliklinikalle ja ravitsemusterapeutille ja kokivat, että siitä syntyi toimiva potilaan tilanteen ja tarpeet huomioiva yhteistyö.

Sillä tavalla ollaan kyllä aika herkillä korvilla kyllä niinku näissä läsnä. Että kokonaisvaltasuus on mun mielestä semmonen kans, että se on olemassa näissä meidän prosesseissa.

Sairaanhoidajat nostivat esille hoitajien keskinäisen yhteistyön kehittämisen ja mahdollisen perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa työskentelevien hoitajien konsultoinnin lisäämisen. Tällä hetkellä sairaanhoidajat kokivat yhteydenpidon muihin yksiköihin olevan lähinnä ajanvarausta, ei niinkään sisällöllistä ajatustenvaihtoa, mitä sairaanhoidajat olisivat toivoneet lisää työnsä tueksi.

Lääkehoidon osaaminen. Sairaanhoidajan toimenkuvaan kuului myös lääkehoidon osaaminen. Sairaanhoidajat kokivat, ettei heidän tarvinnut osata lääkehoitoon liittyviä kädentaitoja, mutta heidän tuli ymmärtää muun muassa lääkkeiden vaikutuksia potilaan kokonaisterveuteen. Sairaanhoidajien mukaan psyykenlääkkeillä oli paljon sivuvaikutuksia. Ne altistivat esimerkiksi suun sairauksille, koska ne aiheuttavat suun kuivumista. Psyykenlääkkeet lisäsivät myös ruokahalua, joten ravitsemusneuvonta oli merkittävä osa lääkehoitoa. Lääkitysten aloittamisen jälkeen oli tärkeää seurata lääkkeen vastetta ja sivuvaikutuksia ja koska lääkkeet aiheuttivat somaattisiakin vaivoja, oli sairaanhoidajan tunnistettava ne ja osattava reagoida ajoissa. Potilailta seurattiin lääkkeen aloituksen jälkeen muun muassa veren rasva-arvoja säännöllisillä laboratorionkokeilla.

7.2 Potilaan elämänhallinnan tukeminen

Elämänhallinta oli ihmisen terveyden kannalta merkityksellinen asia. Epäsäännöllinen elämä ja oman elämän hallitsemattomuus saattoivat alentaa sekä psyykkistä että fyysistä hyvinvointia. Potilaan elämänhallinnan tukemisen alaluokiksi muodostuivat säännönmukainen elämä, potilaan omien rajojen tunnistaminen ja potilaan leimautuminen.

Säännönmukainen elämä. Potilaan hoidossa tavoiteltiin sitä, että potilas elää mahdollisimman säännönmukaista elämää riippumatta siitä, mikä diagnoosi hänelle on asetettu. Sairaanhoidajat tukivat potilaita tavalliseen elämänhallintaan, johon kuului

normaali ja säännöllinen vuorokausirytmii ja ateriarytmii sekä levon ja toiminnan vuorottelu sopivalla tavalla. Potilaan pitäessä huolta arjen rakenteestaan, hän huolehtii samalla kokonaisterveydestään. Riippumatta sairaudesta, näistä asioista keskusteltiin kaikkien potilaiden kanssa, koska ne vaikuttivat psyykkiseen jaksamiseen.

..ei se oo mikään high tech –juttu, et ihan semmoset normaalit asiat, mitkä sopii esimerkiksi diabetespotilaalle tai astmapotilaalle, että mikä tahansa fyysinenkin sairaus, niin sama elämänhallinta palvelee sitä mielen hyvinvointia, mikä saattaa joskus potilaatkin yllättää et onks tää näin yksinkertasta.

Potilaan omien rajojen tunnistaminen. Sairaanhoidajat nostivat esille myös potilaan omien rajojen tunnistamisen. Sairastumisen ennaltaehkäisyn kannalta potilaan tuli ottaa huomioon fyysinen ja psyykkinen jaksamisensa. Itsensä kuormittaminen ja uupuminen saattoivat altistaa somaattisille sairauksille, joten potilaan piti tunnistaa omat voimavaransa.

Se mikä saa ihmisen kropan voimaan hyvin niin yleensä saa myös mielen voimaan hyvin.

Potilaan leimautuminen. Psyykkinen sairaus leimasi edelleen ihmistä ja se vaikeutti osallistumista erilaisiin aktiviteetteihin muiden ihmisten keskuudessa. Potilaat kokivat psyykkiset sairaudet kiusallisina ja ikävinä. Sairaanhoidajien mielestä psyykkisten sairauksien tulisi olla yhtäläillä keskusteltavia ja arkipäiväisiä kuin somaattisten sairauksien.

7.3 Potilaan ohjaaminen

Potilaan ohjaaminen koettiin merkitykselliseksi keinoksi somaattisten sairauksien hoitamisessa. Erityisesti ohjauksen merkitys korostui avohoidossa, jossa potilaalta odotettiin paljon myös omia valmiuksia hoitaa somaattista sairauttaan. Ohjaamisen alaluokiksi muodostuivat motivointi, yksilöllisyys ja palautteen antaminen.

Motivointi. Ohjaamisen keinona sairaanhoidajat käyttivät motivointia. Motivointi korostui itsehoidossa, lääkeshoidossa ja tutkimukseen ohjautumisessa. Itsehoidossa ohjaaminen tarkoitti esimerkiksi sitä, että potilas ohjautui huolehtimaan itsenäisesti arkipäivään kuuluvista asioista. Lääkehoidon ohjaamisen tavoite oli muun muassa saada potilas sitoutumaan lääkehoitoon. Tutkimukseen ohjautumisella sairaanhoidajat tarkoit-

tivat tutkimusohjeiden antamista ja varmistamista, että potilas ymmärsi noudattaa ohjetta. He kannustivat potilaitaan mahdollisimman aktiiviseen elämäntapaan ja ohjasivat potilaita osallistumaan erilaisiin liikunta- ja kuntoutusryhmiin sekä järjestötoimintaan. Sairaanhoitajat lähtivät tutustumiskäynnille yhdessä potilaan kanssa, jos se oli potilaalle yksin vaikeaa. Heidän mukaan motivoinnin tärkeimpänä tavoitteena oli potilaan voimaannuttaminen eli että potilas löysi ja tunnisti itse voimavarojaan huolehtiakseen kokonaisterveydestään.

Yksilöllisyys. Potilasta ohjattiin yksilöllisesti, jolloin potilaan oma kiinnostus somaattisen terveyden hoitoon vaikutti ohjaamiseen ja ohjausmenetelmiin. Potilaan psyykensä sairaus vaikutti itsehoitovalmiuksiin, erityisesti potilaan omaan haluun ja motivaatioon hoitaa terveyttään. Potilaan tiedon käsittelyn puutteet tekivät ohjaamisesta haasteellista. Varsinkin pitkään skitsofreniaa sairastaneita potilaita oli hankala motivoita somaattisen terveyden hoidossa, koska potilaan tarkkaavaisuus, keskittyminen ja muistin toiminta olivat alentuneet. Silloin kun potilaan kyky hoitaa itseään oli vähäinen, sairaanhoitajan rooli potilaan tukemisessa ja kannustamisessa korostui. Sairaanhoitajat kertoivat myönteisiä kokemuksia siitä, miten potilaan kiinnostus terveytensä hoitoon heräsi hoitosuhteen aikana. Potilas kiinnostui itsensä hoidosta ja otti vastuuta sekä psyykkisestä että somaattisesta hyvinvoinnistaan.

Jos potilas on sinut sairauksiensa kanssa, niin mun mielestä se ohjaaminen hoitoon ja palvelujen piiriin on huomattavan paljon helpompaa.

Palautteen antaminen. Sairaanhoitajat antoivat potilailleen kiittävää ja konkreettista palautetta. He kiittivät potilasta jo pelkästä ajatuksesta esimerkiksi lenkille lähtemiseen. Sairaanhoitajien mielestä positiivisen palautteen antaminen jo pienestäkin edistymisestä koettiin hyväksi.

Se on todella se kannustus ja kiitos, mikä toimii ihan parhaiten.

7.4 Moniammatillinen yhteistyö

Moniammatillisuus oli tärkeä tekijä onnistuneessa potilaan kokonaisvaltaisessa hoitamisessa. Sairaanhoitajat hyödynsivät työssään työryhmän monipuolista osaamista. Moniammatillisen yhteistyön alaluokiksi muodostuivat moniammatillinen työryhmä ja kolmas sektori.

Moniammatillinen työryhmä. Moniammatillinen työryhmä tuki potilaan somaattisten sairauksien hoitamista ja psykiatrisessa avohoidossa työskentelevien tiimityötä. Kuopion psykiatrian keskuksessa toimialue oli jaettu pohjoiseen ja eteläiseen alueeseen. Molemmilla alueilla työskenteli kolme työryhmää: kaksi mielialaryhmää ja yksi psykoosityöryhmä. Työryhmässä oli taustoiltaan erilaisia ihmisiä ja sen myötä paljon erilaista osaamista, jota voi hyödyntää somaattisten sairauksien hoidossa. Nämä moniammatilliset työryhmät koostuivat vaihtelevasti sairaanhoitajista, psykiatrian erikoislääkäreistä ja psykiatriaan erikoistuvista lääkäreistä, psykologeista, sosiaalityöntekijästä ja kuntoutusohjaajasta. Vaihtelevasti mukana olivat myös toimintaterapeutti ja fysioterapeutti. Sairaanhoitajilla oli mahdollisuus konsultoida myös muuta terapiakoulutettua henkilökuntaa, esimerkiksi seksuaaliterapeutteja ja ravitsemusterapeutteja. Uutena ammattiryhmän työryhmään tulivat yleislääketieteeseen erikoistuvat lääkärit, joilla oli vahvuutena erityisesti somaattinen terveys, siihen liittyvät kädentaidot ja vankka palvelujärjestelmän tuntemus.

Mua mietityttää että potilas on tuonu esille tällasia oireita, et tuleeks teille mieleen että mihin tää vois liittyä. Mikä ois sit se asianmukanen hoito sille oireistolle, koska tiimissä on sitä osaamista yleensä hyvin monenlaista ja erityisalueita.

Kolmas sektori. Sairaanhoitajat tekivät yhteistyötä myös kolmannen sektorin kanssa. Potilaalle kerrottiin erilaisista järjestöistä, yhdistyksistä ja ryhmistä, joiden toimintaan oli mahdollista osallistua. Sairaanhoitajien kokemuksen mukaan näistä kolmannen sektorin palveluista saadulla vertaistuellalla oli positiivinen vaikutus potilaan terveyteen. Joskus he kävivät yhdessä potilaan kanssa tutustumassa kyseisiin paikkoihin.

Oon ottanu esille myöskin näitä ihan somatiikan puolen järjestöjä, on diabetesyhdistystä, selkäyhdistystä, sydänyhdistystä, ihan mitä tahansa, on käyty reumajärjestöön tutustumassa ja ihmiset löytää ihan uudenlaisia elämänpolkuja niistä. Sillä vertaistuellalla on ihan mahottoman hieno vaikutus näihin immeisiin, kun pääsee sitä yhteisyyttä jakamaan.

7.5 Sairaanhoitajan ammatillisen osaamisen ylläpitäminen

Ammatillisen osaamisen ylläpitämisessä tärkeimpiä seikkoja olivat sairaanhoitajan oma aktiivisuus tiedonhankinnassa ja kouluttautuminen. Sairaanhoitajat kokivat, että tietojen päivittäminen ja ajan tasalla pysyminen oli haasteellinen osa heidän työtään.

Ammatillisen osaamisen ylläpitämisen alaluokiksi muodostuivat sairaanhoitajan aktiivisuus ja vastuu sekä koulutukset.

Sairaanhoitajan aktiivisuus ja vastuu. Psykiatrisessa avohoidossa työskentelevät sairaanhoitajat kokivat myös somaattisen hoitotyön osaamisen ammatillisesti tärkeänä osa-alueena. Vaikka sairaanhoitajien työn pääpaino oli psykiatrisessa hoitotyössä, tuli heidän osata tunnistaa myös potilaan somaattiseen terveyteen liittyviä asioita ja tarvittaessa ohjata potilasta eteenpäin. Potilaiden yleisimmistä somaattisista sairauksista sairaanhoitajat toivat esille muun muassa diabeteksen, tuki- ja liikuntaelinsairaudet, metabolisen oireyhtymän, syömishäiriöt ja suun sairaudet.

Sairaanhoitajien mielestä vastuu ammatillisen osaamisen ylläpitämisestä oli heillä itsellään ja se kuului heistä alan luonteeseen. Oma aktiivisuus ja halu kehittää itseään olivat keskeisiä tekijöitä ammatillisen osaamisen ylläpitämisessä. Somaattisen hoitotyöhön liittyvät tiedot ja taidot unohtuivat helposti, sillä sairaanhoitajat eivät käyttäneet niitä työssään säännöllisesti. He kokivat, että nykypäivänä ajan tasalla pysyminen ja tietojen päivittäminen olivat erityisen haasteellista. Vahvuutena etenkin nuoremmat sairaanhoitajat pitivät tiedonhankintataitoja. Vanhemmat sairaanhoitajat arvostivat nuorempien hoitajien tiedonhankinta- ja tietoteknisiä taitoja. Nuoret sairaanhoitajat puolestaan arvostivat vanhempien hoitajien työkokemusta, jota he itsekin pystyivät hyödyntämään työssään. Tarpeelliseksi koettiin myös erilaisista ajankohtaisista somaattista terveyttä koskevista tutkimuksista ja hankkeista saatu tieto.

Tämä ammatti on sillä tavalla sitova, että pitää ihan jonkin verran itsekin perehtyä ilman mitään erillistä täydennyskoulutusprosessia. Pitää ite olla kartalla mitä tällä hetkellä tapahtuu terveydenhuollossa, mitenkä koko ajan muuttuu.

Koulutukset. Sairaanhoitajat olivat sitä mieltä, että koulutuksista saatu tieto vahvisti ammatillista osaamista. Heillä oli mahdollisuus vapaasti osallistua erilaisiin koulutuksiin, mutta vastuu niihin ilmoittautumisesta ja osallistumisesta oli sairaanhoitajilla itsellään, ei työnantajalla.

Osa sairaanhoitajista oli osallistunut somaattista terveyttä käsitteleviin koulutuksiin ja kokivat ne tarpeellisina. Kouluttautumisen tärkeimmäksi ammatillista osaamista vahvistavaksi keinoksi mainittiin potilasohjauksen kehittäminen esimerkiksi erilaisia ohjausmenetelmiä opettelemalla. Sairaanhoitajista osan mukaan erityisesti somaattista

terveyttä käsittelevää koulutusta ei heille oltu tarjottu eivätkä he kokeneet sitä erityisen tarpeellisena.

Osa sairaanhoitajista kuitenkin toivoi koulutusta somaattisten sairauksien huomioimisesta, jotta saisivat lisävarmuutta tunnistaa ja tarttua mahdollisiin esille nouseviin somaattisiin ongelmiin. Toivottuja koulutusaiheita olivat epäedulliset elintavat, somaattisille sairauksille altistavat tekijät ja somaattisten sairauksien fyysisten oireiden ilmeneminen. Lisäksi koettiin myös tarvetta saada objektiivista tietoa psyykenlääkkeistä ja muun muassa niiden vaikutuksesta somaattiseen terveyteen.

Et semmosta et sä saisit tietoa, sä osaisit niinku jollakin tavalla ravitsemus ja tämmöset, niinku tarttua ja huomioida sen, että jos on jotakin tääntyyppistä niin se saattaa sitte altistaa jollekin muulle.

8 POHDINTA

Tässä luvussa kuvaamme ensin tutkimuksen eettisyyttä ja luotettavuutta. Sen jälkeen tarkastelemme tutkimuksen tuloksia ja arvioimme omaa oppimista sekä ammatillista kasvua. Lopuksi esitämme johtopäätökset ja jatkotutkimussuositukset.

8.1 Tutkimuksen eettisyys

Sairaanhoitajat osallistuivat tutkimukseemme vapaaehtoisesti. He saivat tietoa tutkimuksestamme osastonhoitajalta, joka oli yhteyshenkilömme. Lisäksi osallistujille lähetettiin sähköpostitse saatekirje, missä kerrottiin tutkimuksen tarkoitus ja tavoite, tutkimusmenetelmä ja tutkimuksesta saatava hyöty. Sairaanhoitajat olivat tutustuneet saatekirjeeseen ennen haastattelua ja olivat siten selvillä tutkimuksen luonteesta ja siitä mihin he olivat osallistumassa. Tämän jälkeen he allekirjoittivat kirjallisen suostumuksen haastattelun nauhoittamisesta ennen haastattelun aloittamista. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009, 178.)

Tutkimuksemme yhtenä eettisenä lähtökohtana oli haastateltavien henkilöiden henkilöllisyyden salassapito. Salassapito koskee myös heidän tutkimuksessa antamia tietoa. Saatua tutkimustietoa ei ole luovutettu kenellekään ulkopuoliselle. Haastateltavat henkilöt pysyivät nimettöminä koko tutkimusprosessin ajan eikä heitä voi tunnistaa tästä raportista, sillä tutkimuksen kohderyhmä on mainittu ainoastaan organisaatiossa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 179–180.)

Tutkittava aihe oli merkityksellinen, koska sairaanhoitajien ammatillista osaamista ei ole tutkittu tästä näkökulmasta aiemmin. Tutkimuksemme antoi uutta tietoa siitä, miten sairaanhoitajat kokevat osaamisensa somaattisen hoitotyön alueella. Merkitykselliseksi aiheen tekee myös sen ajankohtaisuus, koska psykiatristen potilaiden kokonaisuhoitoon on tarvetta kiinnittää aikaisempaa enemmän huomiota. Hoidossa tulisi kiinnittää huomioita potilaan hoitamiseen kokonaisvaltaisesti niin, etteivät somaattisen sairauden oireet jäisi huomiotta psykiatrisen hoitotyön tekijöiltä.

8.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen tiedonantajat olivat Kuopion psykiatrian keskuksen neljä sairaanhoitajaa. Olimme yhteydessä osastonhoitajaan, joka välitti tietoa tutkimuksestamme. Tiedonantajat osallistuivat vapaaehtoisesti tutkimukseemme saatuaan tiedon osaston-

hoitajalta. Tutkijat eivät olleet missään vaiheessa suoraan yhteydessä haastateltaviin ennen varsinaista haastatteluajankohtaa.

Keräsimme aineiston haastattelemalla kohdehenkilöitä yhden kerran. Tarkoituksenamme oli järjestää useampi haastattelutilaisuus, jolloin haastateltaviakin olisi ollut nykyistä enemmän. Päädyimme yhteen haastattelukertaan ja neljään haastateltavaan, koska saimme riittävästi hyvää tutkimusaineistoa. Haastattelun toteutimme ryhmähaastatteluna, jolloin haastattelutilanteessa olivat neljä Kuopion psykiatrian keskuksen sairaanhoitajaa ja me kolme tutkijaa. Haastattelu toteutettiin Kuopion psykiatrian keskuksen kokoushuoneessa, jossa haastattelutilanne oli rauhallinen eikä ulkopuolisia häiriötekijöitä ilmennyt.

Haastateltavat saivat teemahaastattelurungon sähköpostitse tutustuttavaksi noin kaksi viikkoa ennen haastattelua. Haastattelurungossa olivat teemat ja apukysymykset esiteltynä. Pohdimme, rajasiko tämä liikaa aihealueista syntyvää keskustelua, sillä haastateltavat osin vastasivat ikään kuin teemoihin ja apukysymyksiin, jolloin vapaa keskustelu jäi vähemmälle. Jos haastatteluja olisi järjestetty lisää, olisimme todennäköisesti toimineet toisin. Oლისimme antaneet karkean teemahaastattelurungon haastateltaville ja apukysymykset olisivat olleet vain tutkijoille. Kokemattomina tutkijoina turvauduimme hiukan liian tarkkaan ennalta tehtyyn haastattelurunkoon.

Ryhmähaastattelu menetelmänä toimi tutkimuksessamme hyvin ja haastateltavat täydensivät toisiaan haastatteluhetkellä. Yhden haastateltavan kommentti herätti toisessa ajatuksia, jotka tulivat haastattelussa julki osin vähäsanaisesti, osin rikkaasti. Kaikki sairaanhoitajat osallistuivat keskusteluun aktiivisesti ja he pysyivät pääosin teema-alueiden rajoissa. Keskustelu oli pääosin tuotteliasta. Vaikeita tulkitsemisen kannalta olivat monisanaiset ja pitkät vastaukset sekä kesken jääneet lauseet. (Hirsjärvi & Hurme, 2009, 117.)

Sisällönanalyysin kuvasimme raportissa mahdollisimman tarkasti. Tulkintamme ovat selkeästi luettavissa raportissamme ja julkaisimme työn tulokset totuudenmukaisesti. Raportissa tekstin seassa on suoria lainauksia tutkimusaineistostamme, jotta ne antavat lukijalle mahdollisuuden seurata aineiston laatua ja lisäävät näin myös luotettavuutta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160–161.)

8.3 Tutkimuksen tulosten tarkastelu

Hoffrenin ja Lahtelan (2000) tekemässä tutkimuksessa kävi ilmi, että psyykkisesti sairaan potilaan somaattiseen tilaan on kiinnitetty huomiota jo 1990-luvulla, mutta vain rajallisesti (Hoffren & Lahtela 2000, 2). Nykypäivänä psykiatrisessa hoitotyössä on kuitenkin ymmärretty kokonaisvaltaisuuden suuri merkitys ja somaattisiin sairauksiin on alettu kiinnittää yhä enemmän huomiota (Seppi 2011, 12). Tutkimuksia on tehty tästä näkökulmasta edelleen vähän, joten tutkimusaiheemme oli tärkeä ja ajan-kohtainen. Tutkimuksemme toi uutta tietoa psykiatrista hoitotyötä tekevien sairaanhoitajien somaattisen hoitotyön osaamisesta ja kehittämistarpeista.

Tutkimuksemme tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajien kokemuksia somaattisen hoitotyön osaamisesta psykiatrisessa avohoidossa. Tulosten mukaan tärkeintä psyykkisesti sairaan potilaan hoitamisessa oli kokonaisvaltaisuus, mikä tarkoitti potilaan terveyden kaikkien osa-alueiden huomioimista ja hoitamista. Kokonaisvaltaisuuteen kuului esimerkiksi psyykinen, fyysinen ja sosiaalinen toimintakyky sekä sairauksien ennaltaehkäisy. Myös Arvidssonin, Löfgrenin ja Fridlundin (2000) sekä Poraksen (2008) mukaan kokonaisvaltaiseen hoitoon sisältyi fyysisiä, sosiaalisia, emotionaalisia ja älyllisiä osa-alueita. Potilaan psyykkisen tilan seurantaan ja arviointiin liittyi aina myös somaattisen tilan seuranta. (Arvidsson ym. 2000; Porras 2008, 29–30.)

Ohjaaminen korostui ja se koettiin keskeiseksi asiaksi erityisesti somaattisten sairauksien hoidossa. Hildénin (2002) mukaan ohjaamistaidot ovat välttämättömiä hoitotyössä, koska ohjaaminen kuuluu kaikkeen potilaan hoitoon. Ohjauksen laatuun voi heikentävästi vaikuttaa muuan muassa kiire ja tiedonpuute. (Hildén 2002, 57–58.) Tässä tutkimuksessa sairaanhoitajat kokivat somaattisen hoitotyön osaamisensa vahvaksi ja heillä oli riittävät tiedot ja taidot hoitaa, huomioida ja arvioida potilaan somaattisia sairauksia psykiatrisessa avohoidossa. Heillä oli myös paljon tietoa ja tuntemusta terveydenhuollon palvelujärjestelmästä ja monista kolmannen sektorin yhdistyksistä. Näitä tietoja apuna käyttäen he ohjasivat potilaita tarvittaessa muiden terveydenhuollon palvelujen piiriin. Sairaanhoitajien työkokemus ja erikoistumiskoulutukset saattoivat vaikuttaa heidän hyvään palvelujärjestelmän tuntemiseen sekä osaamiseen huomioida potilaan somaattista terveyttä. Tutkimuksessamme ei tullut ilmi, että sairaanhoitajilla olisi ollut työssään kiire, jonka vuoksi esimerkiksi potilaan ohjaaminen tai somaattisen sairauden huomiointi olisi jäänyt vähäiseksi. Tämä on myönteinen asia ja saattaa kuvastaa Kuopion psykiatrian keskuksessa työn suunnittelun oikeaa mitoitusta.

Porraksen (2008) tutkimuksessa hoitajat auttoivat potilasta elämänsä hallinnassa ohjaamalla ja tukemalla potilaita hyödyntämään vahvoja puoliaan ja voimavarojaan (Porras 2008, 30). Myös meidän tutkimuksemme mukaan sairaanhoitajat pitivät tärkeänä potilaan elämänhallinnan tukemista. He ohjasivat potilaita säännölliseen ja normaaliin arjen rakenteeseen, jotka myös edistivät potilaan elämänlaatua. Saarnin ja Pirkolan (2010) mukaan psykiatrisessa hoidossa korostuu elämänlaadun tavoittelu, koska mielenterveyden häiriöt ovat pitkäkestoisia ja oireiltaan moninaisia sekä vaikuttavat laajasti potilaan toimintakykyyn ja elämään. Elämänlaatua heikentävät yhtälailla vakava pitkäaikainen somaattinen sairaus kuin yleinen mielenterveyden häiriökin. (Saarni & Pirkola 2010.)

Sairaanhoitajat arvostivat moniammatillista työryhmää, jossa eri ammattiryhmän edustajat toivat tietämystään erityisesti somaattisten sairauksien hoitoon. Myös Hildén (2002) korosti moniammatillisen yhteistyön merkitystä potilaan kokonaisuhoiton onnistumisessa. Parhaan mahdollisen hoidon takaamiseksi tarvittiin monen ammattiryhmän asiantuntijuutta. (Hildén 2002, 24–25.)

Tulosten mukaan sairaanhoitajilla ei ollut ennakoasenteita potilaita eikä heidän sairauksiaan kohtaan, oli kyse sitten psyykkisestä tai somaattisesta sairaudesta. Hoitajat olivat sen sijaan huolissaan siitä, että yhteiskunnassa on edelleen vallalla kielteisiä asenteita psyykkisesti sairaita kohtaan. Tätä käsitystä tukee myös Kaappolan ja Luodon (2009) tutkimus, jonka mukaan sisätautiosastolla työskentelevillä hoitajilla oli ennakkoluuloja psykiatrista potilasta kohtaan. Hoitajien oma epävarmuus ja kokemattomuus vaikuttivat työskentelyyn ja potilaan saamaan hoidon laatuun. (Kaappola & Luoto 2009, 17).

Hoffrenin ja Lahtelan (2000) tutkimuksessa psykiatrista hoitotyötä tekevät sairaanhoitajat kokivat, että psyykkisesti sairaan potilaan somaattiseen terveyteen kiinnitettiin tarpeeksi huomiota. Kuitenkin koulutusta kaivattiin muun muassa aineenvaihduntahäiriöihin ja tartuntatauteihin. (Hoffren & Lahtela 2000, 28.) Tässä tutkimuksessa ilmeni samantyyppisiä tuloksia. Sairaanhoitajilla itsellään oli vastuu ammatillisen osaamisen ylläpitämisestä ja sitä tuki muun muassa koulutuksista saatu tieto. Tietojen päivittäminen ja ajan tasalla pysyminen erityisesti somaattisiin sairauksiin liittyen koettiin haasteelliseksi. Kuitenkin osallistuminen somaattisen hoitotyön koulutuksiin oli vähäistä, koska sairaanhoitajat hakeutuivat mieluummin psykiatriseen hoitotyöhön liittyviin koulutuksiin.

8.4 Oman oppimisen arviointi ja ammatillinen kasvu

Opetusministeriön (2006) mukaan sairaanhoitaja (AMK) on hoitotyön toteuttaja ja kehittäjä. Sairaanhoitaja toimii itsenäisesti hoitotyön asiantuntijana ja tuo asiantunteumuksen moniammatilliseen yhteistyöhön. Hän toteuttaa potilaan kokonaisuhoitoa lääkärin ohjeiden mukaisesti. Hoitotyötä ja sairaanhoitajan toimintaa ohjaavat arvot, eettiset periaatteet, säädökset ja ohjeet. Sairaanhoitaja käyttää ammatillisessa päätöksenteossa hoitotieteeseen pohjautuvaa tietoperustaa. (Opetusministeriö 2006, 64.)

Opinnäytetyö oli haastava projekti, joka vaati jokaisen ryhmän jäsenen työpanoksen. Teimme yhdessä suunnitelman työn aikataulusta ja työn etenemisestä. Suunnitelma hieman muuttui matkan varrella, mutta kaikesta huolimatta meillä oli yhdenmukaiset tavoitteet työn etenemisestä ja valmistumisesta. Tekijöiden välinen yhteistyö toimi hyvin ja työnjako oli melko tasapuolinen. Teimme opinnäytetyötä osittain tahoillamme, mutta keskustelimme kuitenkin jatkuvasti aiheista ja sisällöistä. Tulosten kirjoittamisvaiheessa teimme tiiviisti yhteistyötä, jotta tulosten tulkinnat olivat yhdenmukaisia. Luimme toistemme kirjoittamia tekstejä ja muokkasimme niitä yhdessä, jotta työn kirjallinen ilmaisu olisi yhtenevä.

Mietimme aiheen rajaamisen järkevyyttä useasti tutkimusprosessin aikana. Olisimme voineet rajata psyykkiset sairaudet vain yhteen sairauteen, esimerkiksi skitsofreniaan. Jätimme rajauksen kuitenkin tekemättä, koska halusimme tarkastella yleisesti somaattisten sairauksien huomiointia psyykkisesti sairailta potilailla sekä sitä millaiseksi psykiatrissa hoitotyötä tekevät sairaanhoitajat kokevat oman osaamisensa somaattisten sairauksien osalta.

Teimme laadullista tutkimusta ensimmäistä kertaa. Opimme opinnäytetyöprosessin aikana laadullisesta tutkimuksesta ja ryhmähaastattelusta menetelminä ja niiden toteuttamisesta. Aineistonkeruumenetelmänä ryhmähaastattelu oli kaikille uutta. Saimme kokemuksen toimia vetäjinä haastattelutilanteessa ja opimme ohjaamaan haastattelua sekä hallitsemaan ajankäyttöä. Haastattelijoina toimiessamme huomioimme ja tuimme toisiamme. Haastattelu eteni sujuvasti ja haastattelijoina osallistuimme keskusteluun siinä määrin, kun se oli tarpeen. Jos olisimme pitäneet toisen haastattelun, olisimme todennäköisesti tehneet tarkemman jaon haastattelijoiden kesken ja toisaalta toisella kertaa meillä olisi ollut kokemusta, jota olisimme edelleen hyödyntäneet. Opinnäytetyöprosessin aikana opimme myös etsimään ja käyttämään tutkimuksiin perustuvaa tietoa sekä ajattelemaan kriittisesti lähteitä ja omaa työtä lukiessam-

me. Dokumentointitaitomme kehittyivät ja erityisesti opimme kirjoittamaan tieteellistä tekstiä.

Tutkimuksessamme saimme tietoa sairaanhoitajien osaamisesta. Voimme hyödyntää tätä näkökulmaa sairaanhoitajan työssä esimerkiksi arvioidessamme omaa osaamisestamme tulevaisuudessa. Opinnäytetyömme ansiosta ymmärrämme aikaisempaa paremmin potilaan kokonaisvaltaisen hoidon käsitteenä sekä käytännössä ja voimme hyödyntää sitä sairaanhoitajan työssä, riippumatta millaisia tai missä potilaita hoitamme.

Opinnäytetyöprosessissa onnistunutta oli yhteistyö eri tahojen välillä. Yhteistyö ohjaavan opettajan kanssa oli sujuvaa ja saimme opettajalta kannustusta ja ohjeita työmme kaikissa vaiheissa. Yhteistyö ja yhteydenpito toimeksiantajaamme olivat sujuvaa ja joustavaa. Toimeksiantaja oli kiinnostunut työmme etenemisestä ja toiminta oli avointa ja luontevaa. Esittelemme tutkimuksemme tulokset toimeksiantajalle joulukuussa 2012.

Olemme varsin tyytyväisiä opinnäytetyöhömmä sekä omaan kehittymiseemme työn edetessä. Prosessi oli pitkä ja vaati vastuunottoa työn tekemisestä ja sisällöstä. Stressinsietokykymme parani varsinkin työn toteutus- ja viimeistelyvaiheessa. Olemme tehneet opinnäytetyömme parhaalla mahdollisella tavalla jo olemassaolevaan tutkimustietoon pohjaten ja pääsimme opinnäytetyöllemme asettamiin tavoitteisiin.

8.5 Johtopäätökset ja jatkotutkimussuositukset

Tämän tutkimuksen tulokset somaattisten sairauksien huomioinnista psykiatrisessa avohoidossa olivat pääosin myönteisiä. Tulosten mukaan sairaanhoitajat kokivat somaattisen hoitotyön osaamisensa hyväksi ja tämä edesauttoi potilaan kokonaisvaltaisen hoidon toteutumista. Kuitenkin kehitettäviäkin aiheita ilmeni.

Somaattisten sairauksien huomiointi psykiatrisessa avohoidossa koettiin hyväksi, mutta sairaanhoitajilla ei ollut yhteinäistä ohjetta siitä, miten somaattisia sairauksia tulisi kartoittaa ja arvioida psykiatrisessa avohoidossa. Jatkossa olisi tarpeellista koota kirjallinen ohjeistus, joka auttaisi psykiatrista hoitotyötä tekeviä sairaanhoitajia arvioimaan potilaan somaattista terveyttä jo heti hoidon alussa. Ohjeistuksen myötä potilaiden hoito voisi olla yhdenmukaisempaa ja kokonaisvaltaisempaa.

Tulostemme mukaan psykiatrisessa avohoidossa työskentelevillä sairaanhoitajilla ei ollut ennakoasenteita potilaita tai heidän sairauksia kohtaan ja potilaita hoidettiin kokonaisvaltaisesti. Kuitenkin kävi ilmi, että yhteiskunnassa psyykkisesti sairas potilas leimautuu sairautensa vuoksi, mikä kertoo ennakoasenteiden olemassaolosta. Psyykkisesti sairaan potilaan kohtaamisesta somaattisessa hoitotyössä on tehty tutkimuksia ja niiden mukaan sairaanhoitajien kokemus ja tieto psyykkisistä sairauksista on vähäistä. Näiden tekijöiden vuoksi potilaan kokonaisvaltainen hoito saattaa kärsiä. Tuloksissamme tuli ilmi, että koulutukset vahvistavat ammatillista osaamista, joten jatkossa myös somaattista hoitotyötä tekeville sairaanhoitajille olisi tarpeen järjestää koulutusta psyykkisesti sairaan potilaan kohtaamisesta ja hoidosta.

LÄHTEET

- Arvidsson, B., Löfgren, H. & Fridlund, B. 2000. Psychiatric nurses' conceptions of how group supervision in nursing care influences their professional competence [verkkodokumentti]. *Journal of Nursing Management* 8, 175-185 [viitattu 23.11.2012].
Saataavissa: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=301fe695-a03d-48f3-af28-2824ba4bf307%40sessionmgr113&vid=2&hid=107>.
- Eloranta, M-B. 2002. *Krooninen kipu osana elämää* [verkkodokumentti]. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta [viitattu 27.11.2012].
Saataavissa: <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu00136.pdf>.
- Eskola, N. & Paloposki, S. 2001. *Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen. Ammattikorkeakoulusta valmistuneen sairaanhoitajan arvio ammatillisesta osaamisestaan ja sairaanhoitajan ammatilliseen osaamiseen yhteydessä olevat tekijät*. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta.
- Heikkilä, A., Ahola, N., Kankkunen, P., Meretoja, R. & Suominen, T. 2007. Sairaanhoitajien ammatillinen pätevyys sisätauti-, kirurgian ja psykiatrian toimintaympäristössä [verkkodokumentti]. *Hoitotiede* 1, 3-11 [viitattu 23.11.2012].
Saataavissa: https://www.uef.fi/c/document_library/get_file?uuid=1ebc8aa2-db24-45b0-8979-4692dc5d4aff&groupId=78409.
- Heiskanen, T., Salonen, K. & Sassi, P. 2006. *Mielenterveyden ensiapukirja*. Suomen mielenterveysseura. Helsinki: SMS-Tuotanto Oy.
- Hildén, R. 2002. *Ammatillinen osaaminen hoitotyössä*. Helsinki: Tammi.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2010. *Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Gaudeamus University Press Oy Yliopistokustannus.
- Hoffren, P-L. & Lahtela, K. 2000. *Psykiatrisen potilaan kohtaaminen. Sairaanhoitajien näkemyksiä psykiatrisen potilaan saamasta somaattisesta hoidosta*. Opinnäytetyö. Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu. Terveystieteiden koulutusyksikkö.
- Huttunen, J. 2010. Mielen ja kehon sairaudet kietoutuvat toisiinsa. *Mielenterveys* 2, 12-16.
- Iacovides, A. & Siamouli, M. 2008. Comorbid mental and somatic disorders: an epidemiological perspective. *Current Opinion in Psychiatry* 21, 417-421.

Isohanni, M., Suvisaari, J., Koponen, H., Kiesepää, T. & Lönnqvist J. 2011. Skitsofrenia. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) *Psykiatria*. 9. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 70–133.

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

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. *Tutkimus hoitotieteessä*. Helsinki: WSOYpro Oy.

Korkeila, K. & Korkeila, J. 2008. Elämäntavat ja mielenterveyden häiriöt. Mielenterveyspotilaan somaattista sairastavuutta on mahdollista vähentää muuttamalla elintapoja. *Lääkärilehti* 4, 275–280.

Koskinen, L. & Jokinen, P. 2001. Ryhmähaastattelu aineistonkeruumenetelmänä – haastattelijoiden kokemuksia. *Hoitotiede* 6, 301–309.

Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2010. *Mielenterveyshoitotyö*. 1. painos. Helsinki: WSOYpro.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. *Laadullinen terveystutkimus*. Helsinki: Edita Prima Oy.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785. Finlex 2011. Ajantasainen lainsäädäntö. 17.8.1992 [verkkosivu]. [Viitattu 27.11.2012]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>.

Lönnqvist, J. & Lehtonen, J. 2011. Psykiatria ja mielenterveys. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) *Psykiatria*. 9. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 12–31.

Lönnqvist, J., Pylkkänen, K. & Moring, J. 2011. Hoitoon ohjaaminen. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) *Psykiatria*. 9. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 641–657.

Lönnqvist, J. & Suvisaari, J. 2011. Muut psykoosit. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) *Psykiatria*. 9. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 134–153.

Mielenterveyslaki 1990/1116. Finlex 2010. Ajantasainen lainsäädäntö. 14.12.1990 [verkkosivu]. [Viitattu 28.3.12]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>.

Moring, J. 2012. *Psykiatriseen sairaalaan lähettäminen* [verkkosivu]. [Viitattu 25.2.2012]. Saatavissa:

http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Psykiatriseen_sairaalaan_l%C3%A4hett%C3%A4minen.

Männikkö, H. 2011. *Vastavalmistuneen sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen - Mitä viime vuosien suomalainen tutkimus kertoo?* Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Hoitotyö. Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala.

Opetusministeriö. 2006. *Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopinnot* [verkkodokumentti]. Opetusministerin työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006: 24 [viitattu 22.11.2012.]. Saatavissa:

<http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf>.

Oy H. Lundbeck Ab. 2012a. *Hoito ja kuntoutus yhä useammin psykiatrista avohoitoa* [verkkosivu]. [Viitattu 7.11.2012]. Saatavissa: <http://www.skitsofreniainfo.fi/hoito/hoito-ja-kuntoutus-yhae-useammin-psykiatrista-avohoitoa>.

Oy H. Lundbeck Ab. 2012b. *Skitsofrenia vaikuttaa sairastuneen toimintakykyyn* [verkkosivu]. [Viitattu 26.2.2012]. Saatavissa: http://www.skitsofreniainfo.fi/selviytyminen-arjesta/Skitsofrenia_vaikuttaa_sairastuneen_toimintakykyyn.

Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri. 2012. *Hoito ja kuntoutus* [verkkosivu]. [Viitattu 7.11.2012]. Saatavissa: <http://www.psshp.fi/default.asp?link=5645.5>.

Porras, M. 2008. *Hoitohenkilöstön ammatillinen osaaminen aikuispsykiatrian vuodeosastoilla Kanta-Hämeen keskussairaalassa*. Pro gradu- tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Pulkkinen, S. & Vesänen, P. 2010a. Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Teoksessa Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E. & Rasimus, M. (toim.). *Sairaanhoitajan käsikirja*. 5. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim. 623–624.

Pulkkinen, S. & Vesänen, P. 2010b. Masentuneen potilaan hoito. Teoksessa Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E. & Rasimus, M. (toim.). *Sairaanhoitajan käsikirja*. 5. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim. 614–616.

Pötsönen, R. & Pennanen, P. 1998. Ryhmähaastattelu ja sen käyttömahdollisuudet terveystutkimuksessa. Teoksessa Pötsönen, R. & Välimaa, R.(toim.)

Ryhmähaastattelu laadullisen terveystutkimuksen menetelmänä. Jyväskylän yliopisto, 1–16.

Saarni, S. & Pirkola, S. 2010. *Psykiatristen potilaiden elämänlaatu* [verkkosivu]. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim [viitattu 22.11.2012]. Saatavissa: http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/etusivu?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column1&p_p_col_count=1&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_spage=%2Fportal_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo99105.

Seppi, P. 2011. Psykiatrisen potilaan fyysisestä terveydestä huolehdittava. *Mielenterveys* 3, 12–15.

Skitsofrenian Käypä hoito -suositus 2008 [verkkosivu]. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim [viitattu 26.2.2012]. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi35050>.

Suvisaari, J., Perälä, J., Viertiö, S., Saarni, S., Tuulio-Henriksson, A., Partti, K., Saarni, S., Suokas, J. & Lönnqvist J. 2012. Psykoosien esiintyvyys ja alueellinen vaihtelu Suomessa. *Suomen Lääkärilehti* 9, 677–683.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2009. *Mielenterveys* [verkkosivu]. [Viitattu 26.11.2012]. Saatavissa: http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/terveys_ja_sairaudet/mielenterveys/.

Terveysala Kuopio, sairaanhoitaja (AMK) opetussuunnitelma, syksy 2012. Savonia-ammattikorkeakoulu.

Toivanen, S. 2011. *Simulaatio opetusmenetelmänä hoitotyön täydennyskoulutuksessa – ryhmähaastattelu psykiatrisille sairaanhoitajille*. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Helsinki: Tammi.

Vilka, H. 2005. *Tutki ja kehitä*. Helsinki: Tammi.

Välimäki, M., Holopainen, A. & Jokinen, M. 2000. *Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa*. 1. painos. Helsinki: WSOY.

TEEMAHAASTATTELURUNKO

Potilaan somaattisen terveyden huomioiminen

- Millä tavoin keskustelet, otat selvää tai osoitat kiinnostusta potilaan somaattisesta terveydestä?
- Miten voit sairaanhoitajana ennaltaehkäistä potilaan somaattisia sairauksia tai edistää somaattista terveyttä?
- Millaisia itsenäisiä, hoitoa koskevia päätöksiä sairaanhoitajana teet potilaan somaattisen terveyden suhteen?

Potilaan somaattisten sairauksien hoitaminen

- Mitä somaattisia sairauksia on hoitamillasi potilailla?
- Miten hoidat ja ohjaat potilasta ko. sairauksissa?
- Millaisia yhtenäisiä hoitokäytäntöjä teillä on työyksikössänne somaattisten sairauksien hoitoon liittyen?

Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen

- Millaiseksi koet oman osaamisesi somaattisista sairauksista ja oireiden tunnistamisesta?
 - Mitkä ovat vahvuutesi ja mahdolliset kehittämisalueesi?
- Toivoisitko saavasi ammatillista osaamistasi tukevaa koulutusta somaattisen terveyden ja sairauksien hoidon suhteen?
 - Millaista?
 - Onko sinulle tarjottu työurasi aikana mahdollisuus osallistua koulutuksiin?
- Millaisia yhtenäisiä somaattisia sairauksia koskevia hoitokäytäntöjä ja ohjeistuksia voit hyödyntää työssäsi?
 - Helpottavatko ne toimintaasi?
- Millaisia malleja somaattisten sairauksien hoitokäytännöistä toivoisit työsi tueksi?

