



# Mielenterveyshoitotyön osaamisen tärkeys kirurgisilla vuodeosastoilla - Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Uliana Asipenko & Sara Juvonen

Laurea-ammattikorkeakoulu

## **Mielenterveyshoitotyön osaamisen tärkeys kirurgisilla vuode- osastoilla - kuvaileva kirjallisuuskatsaus**

Uliana Asipenko & Sara Juvonen  
Sairaanhoitaja, AMK  
Opinnäytetyö  
Joulukuu, 2023

Uliana Asipenko, Sara Juvonen

**Mielenterveyshoitotyön osaamisen tärkeys kirurgisilla vuodeosastoilla - Kuvaileva kirjallisuuskatsaus**

Vuosi

2023

Sivumäärä

39

Tässä opinnäytetyössä tutkittiin hoitohenkilökunnan vuorovaikutusta mielenterveyspotilaiden kanssa kirurgisilla vuodeosastoilla. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata mielenterveyspotilaan kanssa tarvittavaa vuorovaikutusosaamista kirurgisella vuodeosastolla. Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä hoitohenkilökunnan tietoa mielenterveyden häiriöistä ja syventää heidän vuorovaikutusosaamistansa mielenterveyspotilaan kanssa kirurgisilla vuodeosastoilla. Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena.

Tutkimuskysymyksiä muodostui kaksi ja ne ovat: ”Millaista on kirurgisten vuodeosastojen hoitohenkilökunnan vuorovaikutus mielenterveyspotilaan kanssa?” ja ”Millaista on hyvä vuorovaikutus hoitohenkilökunnan ja somaattisesti sairastuneen mielenterveyspotilaan välillä?”. Katsauksen lähdeaineistot valittiin EbscoHost ja ProQuest -tietokannoista. Aineistona on käytetty neljää englanninkielistä tutkimusartikkelia ja tutkimusaineiston analysoinnissa käytettiin sisällyslönnälyä ja luokittelua. Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys koostuu teoriasta vuorovaikutuksesta ja neljästä mielenterveyden häiriöstä.

Tutkimuksen tuloksista selviää, että kirurgisten vuodeosastojen hoitohenkilökunta tarvitsee vuorovaikutusosaamisen lisäämistä työskennellessään mielenterveyspotilaan kanssa. Kaikissa tutkimuksissa tuli esiin mielenterveyspotilaiden leimaaminen, tuomitseminen, syrjintä tai ennakoasenteet heitä kohtaan. Hoitohenkilökunnalla on haasteita ymmärtää mielenterveyspotilaita ja heiltä puuttuu kykyä kohdata mielenterveyspotilaat ammatillisesti. Mielenterveyspotilaiden tulisi saada samanlaista hoitoa kuin muidenkin potilaiden, mutta myös mielenterveys tulisi ottaa hoitotyössä huomioon.

Jatkotutkimusehdotuksena olisi tutkia miten mielenterveyspotilaat Suomessa kokevat hoitohenkilökunnan vuorovaikutuksen kirurgisilla osastoilla, miten kirurgisten osastojen hoitohenkilökunta Suomessa kokee vuorovaikutuksen mielenterveyspotilaiden kanssa ja miten hoitohenkilökunnan ennakoasenteet vaikuttavat mielenterveyspotilaiden lääkehoitoon kirurgisilla osastoilla.

Asiasanat: hoitohenkilökunta, mielenterveys, mielenterveyden häiriöt, kirurginen vuodeosasto, vuorovaikutus

Uliana Asipenko, Sara Juvonen

**The importance of mental health nursing competence on surgery wards - a descriptive literature review**

Year 2023

Pages 39

This thesis studied how healthcare staff interact with mental health patients on surgery wards. The purpose of the thesis was to describe the interaction skills needed to care for mental health patients on surgery wards. The goal was to increase the healthcare staff's knowledge of mental health issues and to enhance their interaction skills with mental health patients on surgery wards. This thesis was made as a literature review.

The thesis discussed what kind of interactions the surgery ward's healthcare staff had with their mental health patients and what is good interaction between the healthcare staff and somatically ill mental health patients. Sources for the review were selected using EbscoHost and ProQuest databases. Four English research articles were used as data and analyzed using content analysis. The theoretical framework for this thesis was formed on theory on interaction and four mental health disorders.

The results of this thesis showed that the surgery ward's healthcare staff needs more interaction skills when working with mental health patients. In all the studies referred to there were mentions of the stigmatization of mental health patients and judgement, discrimination or biases against them. The healthcare staff had trouble understanding mental health patients and they lacked the skills to confront mental health patients professionally. Mental health patients should receive similar treatment as other patients, but mental health issues should be taken into consideration in the care.

Further research could be to discuss how mental health patients in Finland experience their interactions with surgical ward staff, how surgical ward staff in Finland experience interactions with mental health patients and how healthcare staffs' biases influence mental health patients' medical care on surgical wards.

Keywords: Healthcare staff, mental health, mental health disorders, surgery ward, interaction

## Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Vuorovaikutus mielenterveyspotilaan kanssa.....	7
3	Mielenterveys ja mielenterveyden häiriöitä.....	8
3.1	Ahdistuneisuushäiriöt.....	8
3.2	Masennus .....	10
3.3	Skitsofrenia .....	11
3.4	Unettomuus .....	12
4	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset .....	13
5	Kirjallisuuskatsaus menetelmänä .....	13
5.1	Tiedonhaku.....	15
5.2	Tiedonhaun kuvaus.....	16
5.3	Katsaukseen valittujen artikkeleiden kuvaus .....	17
5.4	Aineiston analysointi.....	18
6	Tulokset .....	19
6.1	Mielenterveyden huomioimatta jättäminen.....	20
6.2	Sosiaalisen kanssakäymisen haasteet.....	20
6.3	Hoitohenkilökunnan kielteinen asenne mielenterveyspotilaita kohtaan .....	21
6.4	Vuorovaikutuksessa mielenterveyttä heikentävät tekijät .....	21
6.5	Vuorovaikutuksessa mielenterveyttä vahvistavat tekijät.....	22
6.6	Emotionaalisen tuen merkitys.....	22
7	Pohdinta .....	23
7.1	Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset .....	23
7.2	Eettisyys .....	25
7.3	Luotettavuus.....	26
7.4	Työelämäkumppanilta saadun arvioinnin kuvaus .....	27
7.5	Jatkotutkimusideat .....	27
	Kuviot .....	33
	Taulukot .....	33

## 1 Johdanto

Kirurgiselle vuodeosastolle voi joutua ihminen, joka sairastaa mielenterveyden häiriötä. Kirurgiselle vuodeosastolle joutuessaan ihminen tarvitsee positiivista mielenterveyttä ja psyykkistä selviytymiskykyä eli resilienssiä. Kuten Kuhanen & Kanerva (2013, 174) teoksessaan kertovat, hoitajan rooli ja ammatillisuus mahdollistavat sen, että potilaan selviytymiskeinot ja voimavarat otetaan huomioon. Mielenterveys merkitsee ihmiselle kuin talon kivijalkaa. Talo tarvitsee tukevan kivijalan, joka auttaa taloa kestämään ja pysymään pystyssä kaikkina vuoden aikoina. Mielenterveys on ihmisen elämän kivijalka, joka tukee arjessa ja vastoinkäymisissä. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2013, 12.)

Vuorovaikutus potilaan ja hoitajan välillä on välttämätöntä hyvän hoidon kannalta. Vuorovaikutuksen kautta muodostuu yhteisymmärrys, joka on tärkeä osa sujuvaa potilaslähtöistä hoitoa. Potilaan ja hoitajan välistä vuorovaikutusta ohjaavat hoitajan omat asenteet, arvot, ihmiskäsitys sekä eettiset ja hoitotyön periaatteet. Vuorovaikutuksen tulee olla dialogista eli vastavuoroista ja molemminpuolista, mikä edellyttää hoitajalta potilaan hyväksymistä ja kiinnostusta tätä kohtaan. Koska mielenterveyspotilaat kohtaavat usein ennakkoluuloja ongelmiansa vuoksi, on tärkeää, että he tulevat ymmärretyiksi ja kuulluiksi sekä saavat kokea olevansa merkityksellisiä ihmisinä. (Kuhanen & Kanerva 2013, 153-158.)

Opinnäytetyön työelämäkumppani HUS:n mukaan tämä aihe on tärkeä ja heille tarpeellinen. Opinnäytetyön myötä halutaan syventää hoitohenkilökunnan vuorovaikutusosaamista mielenterveyspotilaiden kanssa ja parantaa mielenterveyspotilaiden kokonaisvaltaista hoitoa kirurgisilla vuodeosastoilla. Työelämäkumppanin yksikkö saa käyttöönsä opinnäytetyön tulosten perusteella tehdyn posterin, jonka tarkoituksena on auttaa hoitajia vuorovaikutusosaamisen syventämisessä.

Luotettavista lähteistä kootussa teoreettisessa viitekehyksessä perehdytään opinnäytetyön keskeiseen aiheeseen. Tässä opinnäytetyössä tutkimuksen keskeiset käsitteet ovat hoitohenkilökunta, mielenterveys, kirurginen vuodeosasto ja vuorovaikutus. Opinnäytetyön tekijät rajoittivat hoitohenkilökunnan tarkoittamaan tässä tekstissä sairaanhoitajia, lähihoitajia ja lääkäreitä.

## 2 Vuorovaikutus mielenterveyspotilaan kanssa

Vuorovaikutuksella tarkoitetaan hoitajan ja potilaan välistä dialogista vuorovaikutusta. Vuorovaikutusosaaminen on tärkeää osaamista hoitotyössä ja potilaankohtamisessa. Vuorovaikutusosaamisella on eri ulottuvuudet. Vuorovaikutusosaaminen jaetaan kolmeen luokkaan: substanssiosaamiseen, prosessiosaamiseen ja vuorovaikutusosaamiseen. Substanssiosaaminen sisältää tietoja ja taitoja. Hoitajan on osattava hoidollisia menetelmiä, sairautta ja sen hoitoa sekä keskeisten teorioiden hallitsemista. Prosessiosaaminen sisältää taitoja liittyen prosessien edistämiseen. Vuorovaikutuksen prosessiosaamisessa korostuu asioiden vieminen eteenpäin, kehittäminen, ohjaukselliset taidot, hoito- ja palveluprosessin suunnittelu sekä prosessien dokumentointi. Vuorovaikutusosaaminen sisältää taitoja liittyen suhteiden luomiseen sekä potilaan, hänen läheistensä ja kollegan kommunikaatioon. Vuorovaikutusosaamisen tärkeimmät taidot ovat viestinnän selkeys, tarkkuus, ymmärrettävyys ja dialogisuus sekä tehokkuus että tarkoituksenmukaisuus. (Mönkkönen 2018, 7-37.)

Hoitajan vuorovaikutustaidot, kyky kohdata potilasta arvokkaana yksilönä sekä potilaan erilaisuuden ymmärtäminen ja hyväksyminen korostuvat paljon hoitotyössä. Vuorovaikutus on tärkeää potilaan ja hoitajan kohtaamisissa. Taidot, ominaisuudet, lait ja säädökset ohjaavat hoitajaa ja hoitotyötä. Näiden lisäksi hoitotyötä ja hoitajaa ohjaavat eettiset ohjeet, moraalit, arvot, asenteet ja kulttuuritietämys. Hoitotyössä vuorovaikutus on yksi keino, jonka avulla potilas voi tulla ymmärrettävämmäksi. Jotta saavutetaan yhteisymmärrys, hoitajan ja potilaan pitää ymmärtää keskustelua samalla tavalla ja myös tunnetasolla. Empatia on osa hyvää vuorovaikutusta. Empatialla tarkoitetaan myötätuntoisuutta sekä toisen tunteiden ja niiden merkityksen ymmärtämistä. Hyvä vuorovaikutus sisältää molempien osapuolten avoimuutta ja luottamusta. (Laurila, Raatikainen, Simuna & Tikkala 2017.)

Lääkärin ja potilaan vuorovaikutussuhde on ehdottoman tärkeää kaikissa hoitosuhteissa, mutta erityisesti työskenneltäessä mielenterveyspotilaiden kanssa. Sen lisäksi, että potilaat odottavat lääketieteen asiantuntemusta, he haluavat myös ymmärtävän ja terapeuttisen ihmisen sekä kiintymystä. Lääkärillä tulee olla riittävästi itsetuntemusta ja traumatietoutta, mikä auttaa häntä luomaan intersubjektiiivisen tilan potilaan ja itsensä välille. Lääkäriltä edellytetään taitoja itsereflektointiin, kuten eettisten periaatteidensa pohtimiseen ja valtasuhteensa tarkasteluun. Näiden taitojen puuttuessa lääkärin vuorovaikutus voi olla jäykkää ja etäistä tai yliempaattista, suorastaan kaoottista. (Maanmieli & Sarvela 2022, 156.)

Hoitotyössä yksi tärkeimmistä viestintämuodoista on sanaton viestintä. Viestijän kehonkieli voi kertoa toiselle hänen tunteistaan, asenteistaan ja tarkoituksestaan. Selkeä ääntäminen, rauhallinen puhe ja sopiva äänenvoimakkuus vaikuttavat miellyttävällä tavalla toiselle. Sanatomalla viestinnällä hoitaja voi joko parantaa tai pahentaa hoitajan ja potilaan välistä suhdetta. (Mattila, Ruusunen & Uola 2006, 49-51.) Vuorovaikutuksessa kuunteleminen ja toisen

mielipiteiden ottaminen huomioon on tärkeää (Alajärvi, Hägg, Kärkkäinen, Leveelahti, Vallisaari, Vuorio & Yli-Kerttula 2014, 173-204).

### 3 Mielenterveys ja mielenterveyden häiriöitä

Mielenterveydestä puhuttaessa ihmiset ajattelevat helposti vain sen negatiivisia puolia, mielenterveyden häiriöitä. On kuitenkin olemassa myös positiivista mielenterveyttä, johon kuuluu kokemus hyvinvoinnista. Lisäksi positiiviseen mielenterveyteen sisältyy ongelmaratkaisutaitoja, tyytyväisyyttä itseensä, itseluottamusta ja itsetuntoa, optimistista elämänasennetta, kokemusta omaan elämään vaikuttamisesta, kykyä kohdata vastoinkäymisiä sekä kykyä muodostaa ja ylläpitää ihmissuhteita. Positiivinen mielenterveys on voimavara, jonka avulla ihminen voi elää mielekkäästi ja täysipainoisesti. Ihmisen elinolosuhteiden ja elämäntilanteen muuttuessa voi myös kokemus omasta mielenterveydestä muuttua. Voimavarojen vähenemisestä ja pahoinvoinnin lisääntymisestä ei kuitenkaan automaattisesti aiheudu mielenterveyden häiriöitä. (Kuhanen 2013, 17-19.)

Mielenterveyden häiriöstä voidaan puhua silloin, kun oireet tuottavat ihmiselle kärsimystä ja rajoittavat hänen toimintakykyään ja selviytymismahdollisuuksiaan päivittäin. Vakavimmillaan mielenterveyden häiriöt lamauttavat ihmisen täysin ja sulkevat tämän yhteiskunnan ulkopuolelle. Suomalaisten yleisimpiä mielenterveyden häiriöitä ovat ahdistuneisuushäiriöt, mielialahäiriöt, persoonallisuushäiriöt, päihdehäiriöt sekä skitsofrenia ja muut psykoottiset häiriöt. (Hietaharju & Nuuttila 2016, 30.)

Koska erilaisia mielenterveyden häiriöitä on todella paljon, valittiin tähän opinnäytetyöhön niistä ehkä yleisimmät ja merkittävimmät. Tässä työssä käsitellään tarkemmin paniikkihäiriötä, yleistynyttä ahdistuneisuushäiriötä, masennusta, skitsofreniaa ja unettomuutta. Persoonallisuushäiriöt on jätetty tästä työstä pois, koska raja normaalina pidetyn ja persoonallisuushäiriöisen käytöksen välillä ei ole suoraviivainen, ja stressitilanteessa kaikilla ihmisillä voi esiintyä eri persoonallisuushäiriöille tyypillistä käyttäytymistä (Huttunen 2018). Myös päihdehäiriöt on jätetty pois tästä työstä, koska potilaita ohjataan olemaan vähintään 24 tuntia ilman päihteitä ennen leikkausta ja esimerkiksi alkoholin runsas käyttö voi estää leikkaukseen pääsyn (TYKS 2023; KSSHHP 2023, 8; Terveyskylä 2018).

#### 3.1 Ahdistuneisuushäiriöt

Ahdistuneisuushäiriöt ovat yleisimpiä mielenterveyden häiriöitä. Jopa 25 % väestöstä kärsii ahdistuneisuushäiriöistä jossain vaiheessa elämäänsä. (Lepola, Koponen & Leinonen 2005, 77.) Ahdistuneisuushäiriöt aiheuttavat voimakasta ja jatkuvaa ahdistuneisuutta ja huolia sekä rajoittaa psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä. Lisäksi fyysisiä oireita esiintyy ahdistuneisuushäiriöistä kärsivillä henkilöillä. Näitä oireita ovat sydämentykytys, hengenahdistus, hikoilu,



vapina, päänsärky tai vatsavaivat. (Vähäkylä 2021, 135-136.) Ahdistuneisuushäiriöitä hoidetaan erilaisella psykoterapialla, lääkehoidolla tai näiden yhdistelmällä. Hoitomenetelmän valinta on tapauskohtaista. (Isometsä, Koponen & Taiminen 2017, 294-328.) Varsinaista syytä ahdistuneisuushäiriöihin ei tiedetä, mutta monet eri tekijät, kuten perimä, aivoissa kemiallinen epätasapaino, ympäristötekijät, stressi tai traumaattiset tapahtumat saattavat aiheuttaa ahdistuneisuushäiriötä. (Lepola, Koponen & Leinonen 2008, 78-79.)

Ahdistuneisuushäiriöt voidaan jakaa kahteen ryhmään: fobiseen ahdistuneisuushäiriöön ja muihin ahdistuneisuushäiriöihin (Lönqvist 2017, 73-74). Fobiseen ahdistuneisuushäiriöön kuuluu agorafobia eli julkisten paikkojen pelko, sosiaalinen fobia eli sosiaalisten tilanteiden pelko, yksittäiset pelot, määrittämätön ahdistuneisuushäiriö ja muu pelko-oireinen ahdistuneisuushäiriö. Muihin ahdistuneisuushäiriöihin kuuluu paniikkihäiriö, yleistynyt ahdistuneisuushäiriö, ahdistus- ja masennustilan yhdistelmä, kemiallisesta aineesta tai lääkkeestä johtuva ahdistuneisuushäiriö, somaattisen sairauden indusoima ahdistuneisuushäiriö sekä spesifinen kulttuuriin liittyvä ahdistuneisuushäiriö ja määrittämätön ahdistuneisuushäiriö. (Lepola ym. 2008, 78.)

Paniikkihäiriö on yksi häiriö ahdistuneisuushäiriöistä. Se saattaa alkaa yleensä nuoruudessa tai varhaisaikuisuudessa. (Lepola ym. 2008, 84-85.) Paniikkihäiriöksi kutsutaan toistuvia paniikki-kohtauksia ja se vaikuttaa vakavasti henkilön elämään. Paniikkikohtaukset vaikuttavat rajoittavasti psyykkisiin ja sosiaalisiin toimintakykyihin. (Vähäkylä 2021, 139.) Paniikkikohtauksen yleisimpiä oireita ovat yhtäkkiä alkava voimakas pelko ja epämukava olo. Paniikkikohtauksista kärsivällä henkilöllä on vaikeuksia hengittäessä, rintatuntemuksia ja kiihtynyttä sykettä. (Lönqvist 2017, 74.) Näiden oireiden lisäksi henkilöllä, joka kärsii paniikkihäiriöstä, saattaa ilmetä tukehtumisen tai kuristumisen tunnetta, huimausta, vapinaa, hikoilua, pahoinvointia, epätodellisuuden tunnetta, nipistelyä tai puutumista jaloissa tai käsissä, kuumia tai kylmiä aaltoja sekä kuoleman pelkoa. (Toivio & Nordling 2013, 170-171.) Jopa 1,7-3,7 % väestöstä elämänsä aikana kärsii paniikkihäiriöstä ja jopa 13-23 %:lla väestöstä saattaa ilmetä paniikki-kohtauksia ilman paniikkihäiriötä (Vähäkylä 2021, 140). Paniikkihäiriö ilmenee yleisemmin naisilla kuin miehillä. Sairastuneista paranee jopa 40-50 %. Syitä paniikkihäiriöille on monia. Paniikkihäiriön syyt ja altistamistekijät voidaan jakaa neljään ryhmään, joita ovat pitkäaikaiset altistavat syyt, biologiset syyt, lyhytaikaiset paniikkihäiriön käynnistävät tekijät ja paniikkihäiriötä kannustavat tekijät. Paniikkihäiriö on aina hoidettava. Hoitomenetelmiin kuuluu lääkehoito, psykoterapia, lääkkeettömät keinot tai niiden yhdistelmä. (Toivio & Nordling 2013, 170-171.)

Tavallinen ahdistuneisuushäiriö on yleistynyt ahdistuneisuushäiriö, jota esiintyy usein samanaikaisesti esimerkiksi paniikkihäiriön kanssa. 4-7 % väestöstä kärsii tästä häiriöstä. Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö alkaa yleensä lapsena tai nuorena, mutta voi alkaa minkä ikäisenä tahansa ja on myös vanhuksilla yleinen häiriö. Tässä häiriössä ahdistuneisuus ei ole

kohtauksellista, kuten paniikkihäiriössä, vaan se on pitkäaikainen ja jatkuva tila, joka laskee toimintakykyä ja vaatii huomattavaa hoitoa. (Lepola ym. 2005, 91-93.) Pitkäaikainen ahdistuneisuustila kestää yli puoli vuotta ja henkilön on vaikea ottaa haltuun omaa huolestuneisuutta. Yleistyneen ahdistuneisuushäiriöiden yleisimpiä oireita ovat levottomuus, jännitys, väsymys, keskittymisvaikeus ja ärtyneisyys. Henkilöllä, jolla on diagnosoitu ahdistuneisuushäiriö, saattaa olla univaikeuksia. (Lönngqvist 2017, 74.) Yleistyneeseen ahdistuneisuushäiriöön saattaa liittyä myös fyysisiä oireita, kuten päänsärkyä, vatsakipuja, sydämentykytystä, rytmihäiriötä, huimausta, käsien vapinaa sekä muita lihasjännitykseen liittyviä oireita. Stressaavat elämäntapahtumat, aikaisemmat kokemukset, kasvatus ympäristö ja ihmissuhteet saattavat aiheuttaa yleistynyttä ahdistuneisuushäiriötä. Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö on vaikea hoitaa, koska kyseessä ei ole tiettyä kohdetta vaan jatkuva ja pitkäaikainen tila elämässä. (Toivio & Nordling 2013, 169.)

### 3.2 Masennus

Psykkisistä sairauksista myös masennushäiriöt ovat yleisiä. Masennusta esiintyy väestössä 3-6 %:lla. Masennuksen yleisimpiä oireita ovat mielialan lasku, mielihyvän ja mielenkiinnon kokemisen loppuminen sekä energian lasku, joka aiheuttaa aktiivisuuden heikkenemistä ja väsymistä. Muita oireita ovat alentunut itsetunto ja -luottamus, arvottomuuden ja syyllisyyden tunteet, keskittymisvaikeudet, ruokahalun väheneminen, unihäiriöt sekä itsetuhoiset ajatukset tai teot. Myös ahdistuneisuus ja tuskainen olo ovat osa oirekuva. (Leinonen 2005, 62-66.) Lisäksi masennukseen voi liittyä kognitiivisia oireita, kuten toiminnan ohjauksen vaikeutta sekä muisti- ja keskittymisongelmia. Masennus vaikuttaa potilaan jokaiseen elämänsalueeseen vieden häneltä kaikki voimavarat. Masentunut potilas voi myös kokea, että ympäristö suhtautuu häneen negatiivisesti, koska hän vaikuttaa haluttomalta, passiiviselta ja ärtyneeltä. Nämä negatiiviset kokemukset voivat voimistaa masentuneen ajatuksia entisestään. (Kanerva, Kuhanen & Seuri 2013, 209.)

Masennuksen vaikeusaste voidaan jakaa kolmeen: lievä, kohtalainen tai vaikea masennus. Lievässä masennuksessa potilaalla on yleensä kaksi tai kolme masennusoiretta ja hänellä on hie- man haasteita päivittäisissä toimissaan. Kohtalaisessa masennuksessa masennusoireita on yleensä neljä tai enemmän, ja ne vaikuttavat merkittävästi potilaan elämään, kuten työhön ja sosiaalisiin suhteisiin. Vaikeassa masennuksessa potilaalla on usein itsetuhoisia ajatuksia ja hänen on lähes mahdoton jatkaa työtään tai sosiaalista kanssakäymistä. Myös syyllisyyden ja arvottomuuden tunteet sekä somaattiset oireet, kuten mielihyvän kokemuksen loppuminen ovat yleisiä. (Leinonen 2005, 64-65.)

Masentuneen potilaan hoidossa tärkeimpiä asioita ovat luottamuksellisuus ja hoidon jatku- vuus. Kuulluksi ja ymmärretyksi tuleminen on potilaalle tärkeää. Potilaan hoidolle tulee va- rata riittävästi aikaa. Hoitajan ei tule tehdä asioita potilaan puolesta, eikä toisaalta olla liian

vaativa potilasta kohtaan. Potilaan tulisi saada ajallaan apua juuri sen verran kuin tarvitsee, mutta samalla saada kokemus itsenäisestä selviytymisestä. Tämä on potilaalle toiveikkuutta herättävää ja toipumista tukevaa. Toivottomuuden ollessa yksi masennuksen oireista, on hoitajalla tärkeä rooli lisätä potilaan toiveikkuutta, joka taas lisää potilaan selviytymiskeinoja. Masentuneelle potilaalle normaalin vuorokausirytmien noudattaminen ja mielekäs tekeminen on tärkeää. Potilaan kanssa voi suunnitella viikko-ohjelman ja kannustimena potilaalle tämän kanssa voi tehdä sopimuksen esimerkiksi riittävästä liikunnasta ja rentoutumisesta. (Kanerva ym. 2013, 210-213.) Masennusta sairastavaa potilasta tulee tarkkailla riittävän tiheästi ja itsemurhariskiä tulee arvioida toistuvasti (Leinonen 2005, 66).

### 3.3 Skitsofrenia

Skitsofreniaa pidetään yhtenä vaikeimmista mielenterveyden häiriöistä niin potilaan, perheen kuin koko yhteiskunnankin kannalta. Skitsofrenian yleisyys Suomessa on yli 1 %. Skitsofreniassa todellisuudentaju heikkenee, mikä tarkoittaa sitä, että ihminen kokee aistiharhat todellisina aistihavaintoina. Aistiharhoja voi esiintyä minkä tahansa aistin toiminnassa, mutta kuuloharhat ovat sairaudelle tyypillisiä. Potilas siis kuulee ihmisen puhetta, joka yleensä kommentoi mitä potilas tekee, kiusaa, syyttää tai uhkailee tätä. Aistiharhoja voi esiintyä suurimman osan päivästä. Toinen tunnusomainen oire on harhaluulot, jotka yleensä ovat yhteydessä aistiharhoihin. Harhaluulot saattavat olla eriskummallisia eli potilaalla voi olla omituinen kokemus hänen ajatuksiensa vaikuttamisesta tai lukemisesta. Myös vainoharhaluulot ovat tyypillisiä. Lisäksi skitsofreniaan liittyy ennakko-oireita, joita voivat olla toimintakyvyn lasku, ahdistuneisuus, epäluuloisuus, eristäytyminen ja unihäiriöt. Muita skitsofrenian oireita voivat olla ajatusvääristymät, uudissanat sekä sekava tai hajanainen puhe. Skitsofrenian oireet voidaan jakaa positiivisiin ja negatiivisiin oireisiin. Positiivisilla oireilla tarkoitetaan edellä mainittuja aistiharhoja ja harhaluuloja. Negatiivisilla oireilla tarkoitetaan passiivisuutta, puheen sisällön köyhtymistä, sosiaalista vetäytymistä ja tunteiden latistumista. (Isohanni & Joukamaa 2005, 37-44.)

Skitsofrenia on kroonistuessaan invalidisoiva ja persoonaa muuttava sairaus. Skitsofrenia voi aiheuttaa häiriöitä loogisessa päättelykyvyssä, keskittymiskyvyssä, todellisuudentajussa, tunteiden säätelyssä ja käsitteenmuodostuskyvyssä. Loogisen päättelykyvyn häiriöön liittyy se, että uusista tilanteista puuttuu toimintamalli. Tästä seuraa ahdistusta, avuttomuutta, epävarmuutta ja outouden tunnetta. Potilaalta puuttuu kyky yleistää, joten asiayhteydet ovat satunnaisia, eikä ulkomaailma jäsennny. Potilaan kuntoutuminen voi olla haastavaa, koska sairaalassa opittu asia ei välttämättä siirry kotiin. Keskittymiskyvyn häiriöön liittyy asioiden tärkeysjärjestyksen ymmärtämisen puuttuminen. Tämä aiheuttaa sitä, että potilas ei tiedä mistä tekemisestä pitäisi aloittaa ja asiat jäävät kesken. Todellisuudentajun häiriöön liittyy vaikeus erottaa sisäiset ja ulkoiset havainnot toisistaan. Tämän vuoksi tärkeää on rauhallinen ja turvallinen hoitoympäristö sekä konkreettinen ja selkeä toiminta. Tunteiden säätelyn häiriöön

liittyy vihan, masentuneisuuden ja hädän tunteita. Potilaalla voi olla kokemuksia kaoottisesta ja sekavasta vuorovaikutuksesta ihmisten kanssa. Näin ollen tunteiden säätelyn häiriö ei itsessään ole psykoottista vaan negatiivisten kokemusten vaikutusta. Käsitteenmuodostuskyvyn häiriöön liittyy mielikuvituksen ja huumorintajun menettämistä, ja kirjaimellisuuden tilalle tuloa. Tämän vuoksi sananlaskujen ja sanontojen ymmärtäminen on hankalaa. Lisäksi katoavat mielihyvän kokeminen ja empaattisuus. (Hietaharju & Nuuttila 2016, 93-94.)

Hoidon lähtökohtana on luottamuksen saaminen ja ensikontakti on tärkeää. Potilaan välittömään kohtaamiseen tulee panostaa, ja hoitajan tulee olla rehellinen ja empaattinen. Hoitajan rooli on luoda toivoa, että tilanne selkiytyy. Skitsofreniassa psykoosi ja ahdistuneisuus ovat voineet aiheuttaa kognitiivisia vaikeuksia muistissa, tarkkaavaisuudessa ja toiminnan ohjauksessa. Potilaalta tulee varmistaa asian ymmärtäminen ja muistia tulee tukea esimerkiksi kirjallisella materiaalilla ja kertaamalla. (Kanerva ym. 2013, 195, 204.) Skitsofreniaan liittyvä taantumisen voi haitata potilaan huolehtimista omasta hygieniastaan, terveydestään tai turvallisuudestaan. Skitsofreniapotilaiden somaattinen hoito on tärkeää, koska heillä on huomattavia terveystarpeita, heidän somaattinen sairastuneisuutensa on lisääntynyt ja riski ennenaikaiselle kuolemalle on kohonnut. (Isohanni & Joukamaa 2005, 45, 49.)

### 3.4 Unettomuus

Unihäiriöt ovat niin yleisiä, että melkein puolet aikuisista kärsii niistä. Usein unihäiriö on oire jostain, kuten ahdistuneisuudesta tai masennuksesta. Yleisin unihäiriö on unettomuus, josta kärsii 10-50 % aikuisväestöstä. Unettomuus voidaan jakaa kolmeen tyyppiin: katkonaiseen nukkumiseen, liian aikaiseen aamuhäämiseen ja vaikeuteen nukahtaa illalla. Unen puutteesta voi aiheutua keskittymisvaikeuksia, ärtyneisyyttä ja uneliaisuutta sekä pitkään jatkuaan aistiharhoja. (Lepola & Koponen 2005, 165-167.)

Yleisin unettomuuden muoto on psykofysiologinen eli toiminnallinen unettomuus. Tämä voidaan jakaa akuuttiin ja krooniseen muotoon. Akuuttiin toiminnalliseen unettomuuteen vaikuttaa elämäntilanteet, kuten menetykset, muutokset perheessä tai työelämässä, tai matkustelu. Usein akuutti unettomuus paranee itsestään tai lyhytaikaisella lääkityksellä. Kroonista toiminnallista unettomuutta on vaikeampi hoitaa. Unilääkkeet eivät auta, vaan ne voivat päinvastoin pahentaa unettomuutta aiheuttamalla vieroitusoireita. Sen sijaan hyviä tuloksia on saatu oppimisterapialla, jonka mukaan muun muassa hallitaan uniärsykkeitä, käytetään rentoutusmenetelmiä ja rajoitetaan vuoteessa oloaika. (Lepola & Koponen 2005, 167-168.)

Tavallisia unihäiriöiden aiheuttajia ovat mielenterveyden häiriöt, kuten psykoosit ja masennus. Myös ahdistuneisuushäiriöihin liittyy unihäiriöitä, kuten yöllisiä paniikkikohtauksia. Ahdistuneisuuden vakavuus tuleekin tutkia ja hoitaa asianmukaisesti. Unettomuutta voi aiheuttaa myös elimelliset sairaudet, kuten krooniset keuhkosairaudet, sydämen vajaatoiminta, sepelvaltimotauti, kilpirauhasen liikatoiminta, eturauhasen liikakasvu, kutistunut virtsarakko,

neurologiset sairaudet, aivoverenkierron häiriöt sekä kipu ja särky. Elimellisen sairauden aiheuttamalle unettomuudelle on tyypillisempää yölliset heräämiset kuin nukahtamisvaikeus. Lisäksi lääkehoito voi häiritä unta. Unettomuutta voi aiheuttaa useissa särkylääkkeissä oleva kofeiini, verenpainelääkkeet, lääkkeiden antikolinergiset haittavaikutukset ja bentsodiatsepiinien äkillinen lopettaminen. (Lepola & Koponen 2005, 168-174.)

#### 4 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata mielenterveyspotilaan kanssa tarvittavaa vuorovaikutusosaamista kirurgisella vuodeosastolla.

Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä hoitohenkilökunnan tietoa mielenterveyden häiriöistä ja syventää heidän vuorovaikutusosaamistansa mielenterveyspotilaan kanssa kirurgisilla vuodeosastoilla.

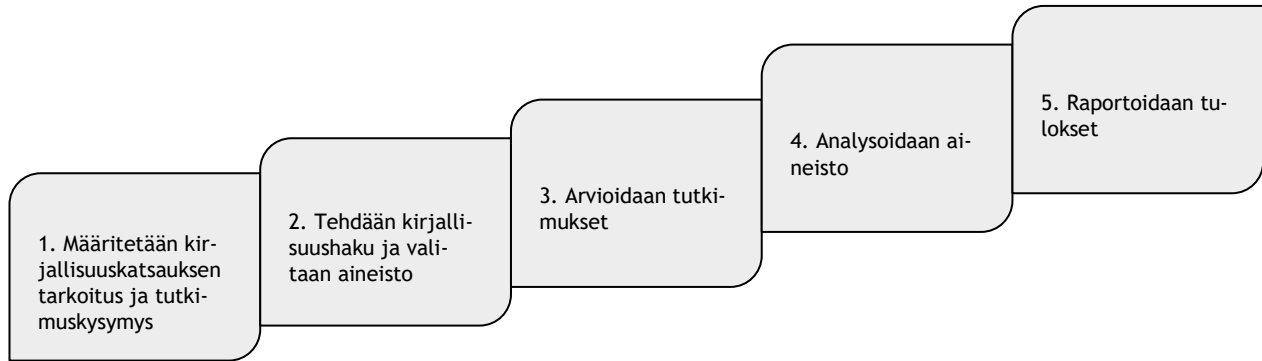
Tutkimuskysymyksiä muodostui kaksi:

- Millaista on kirurgisten vuodeosastojen hoitohenkilökunnan vuorovaikutus mielenterveyspotilaan kanssa?
- Millaista on hyvä vuorovaikutus hoitohenkilökunnan ja somaattisesti sairastuneen mielenterveyspotilaan välillä?

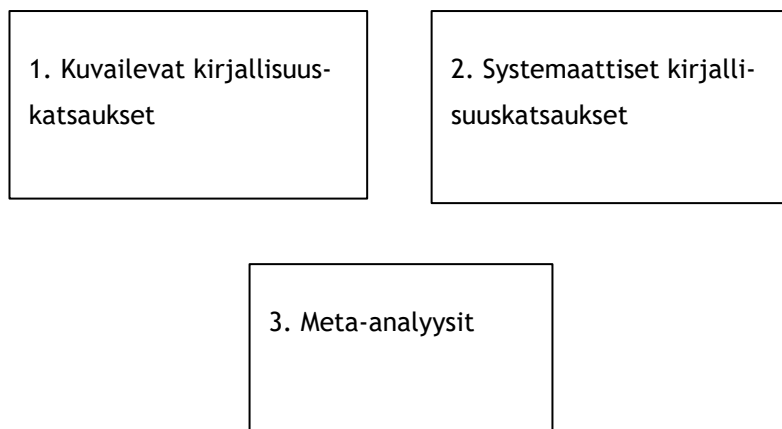
#### 5 Kirjallisuuskatsaus menetelmänä

Kirjallisuuskatsauksella tarkoitetaan tieteellistä menetelmää, jossa etsitään vastaukset tiettyyn tutkimuskysymykseen keräämällä, arvioimalla ja analysoimalla olemassa olevaa kirjallisuutta tietyltä tutkimusalueelta tai aiheesta. Kirjallisuuskatsaus on hyödyllinen tutkimustyössä. (Aveyard 2010, 2-4.) Kirjallisuuskatsauksen avulla lukija ymmärtää koko käytettävissä olevan tutkimuksen kokonaisuuden tietystä aiheesta sekä tutkimusten vahvuuksia ja heikkouksia. Kirjallisuuskatsauksen arvoa ei voi koskaan aliarvioida. (Rhoades 2011, 61-71.) Kirjallisuuskatsauksen avulla tutkija voi kehittää olemassa olevaa teoriaa, arvioida ja rakentaa uutta teoriaa ja kokonaiskuvaa tietystä asiasta, tunnistaa ongelmia ja kuvata tietyn teorian kehitystä (Salminen 2011, 1-5). Silloin, kun halutaan muodostaa kokonaiskuva tietystä aiheesta, on kirjallisuuskatsaus keskeinen menetelmä. Kirjallisuuskatsauksen tehtävistä tärkein on tieteenalan teoreettisen ymmärryksen ja käsitteistön kehittäminen. Lisäksi kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan tunnistaa ongelmia valitussa kohdeilmiossa. (Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 4-7.)

Kuviossa 1 on kirjallisuuskatsauksen vaiheet Stoltin ym. (2016, 24-32) mukaan. Kirjallisuuskatsaukset jaetaan kolmeen tyyppiin. Kuviossa 2 näkyy kirjallisuuskatsauksen tyypittely Salmisen ym. (2011, 6) mukaan.



Kuvio 1: Kirjallisuuskatsauksen vaiheet



Kuvio 2: Kirjallisuuskatsauksen tyypittely

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on tutkimuksellinen lähestymistapa, joka on yksi suosituimmista kirjallisuuskatsauksista. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa kootaan, kuvaillaan ja analysoidaan aiempia tutkimuksia, artikkeleita, kirjoja ja muita lähteitä, jotka liittyvät ja vastaavat tiettyyn tutkimuskysymykseen. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen vaiheet jaetaan neljään ryhmään, joita ovat tutkimuskysymyksen laatiminen, aineiston valitseminen, kuvailun muodostaminen ja tuloksen tarkasteleminen. Kirjallisuuskatsauksessa noudatetaan tutkimusetiikkaa ja tuotetaan luotettavaa tietoa. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla yritetään saada kokonaiskuva tutkittavasta ilmiöstä ja löytää uusia tuloksia tai erilaisia näkökulmia tutkittavaan ilmiöön. (Kangasniemi, Utriainen, Ahonen, Jääskeläinen & Liikanen 2013, 291-294.)

Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa valittua aineistoa ohjaa tutkimuskysymys. Aineiston valinnan edetessä selvitetään, onko valittu aineisto sopiva, riittävä ja vastaako se tutkimuskysymykseen. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa aineistojen valinnassa on tärkeä ottaa

huomioon aikaisempien tutkimuksien sisältöä. Aineiston valinnan vaiheessa käynnistyy kuvailun muodostaminen. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa kuvailun rakentamisvaihe on menettelyn ydin. Kuvailun rakentamisvaiheessa valituista aineistoista etsitään sopivia tutkimukseen määrällisiä asioita, joita ryhmitellään sisällön mukaisesti kokonaisuudeksi. Tulosten tarkasteleminen on kuvailevan kirjallisuuskatsauksen viimeinen vaihe, jossa kootaan ja tiivistetään keskeiset tulokset sekä pohditaan tuotettuja tuloksia. Tässä vaiheessa voidaan kritisoida tutkimuskysymyksiä, hahmottaa tutkimuksen nykytilaa ja tulevaisuuden haasteita sekä ehdottaa jatkotutkimusideoita ja tehdä johtopäätöksiä. (Kangasniemi ym. 2013, 294-299.)

## 5.1 Tiedonhaku

Tämä opinnäytetyö on toteutettu kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Tutkimuskysymykset ”Millaista on kirurgisten vuodeosastojen hoitohenkilökunnan vuorovaikutus mielenterveyspotilaan kanssa?” ja ”Millaista on hyvä vuorovaikutus hoitohenkilökunnan ja somaattisesti sairastuneen mielenterveyspotilaan välillä?” ovat selkeitä ja tietoa haettiin eri tietokannoista samankaltaisilla rajauksilla.

Opinnäytetyön tekijät ottivat ylös päivämäärät, milloin ja mistä haut tehtiin sekä mitä hakusanoja ja rajoituksia käytettiin. Haut tehtiin ProQuest, Google Scholar ja EbscoHost -tietokannoista viitenä päivänä, jotka olivat 2.5., 5.5., 9.5., 10.5 ja 16.5.2023.

Sisäänotto- ja poissulkukriteerit määriteltiin ennen haun aloittamista, mutta niitä jouduttiin muokkaamaan tiedonhaun yhteydessä (Taulukko 1). Aineiston tuli olla julkaistu viimeisen 15 vuoden aikana ja sen tuli olla vertaisarvioitua. Lähdeaineistoksi valittiin ainoastaan tutkimuksia, eikä näin ollen kirjallisuuskatsauksia otettu mukaan.

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Artikkeli julkaistu suomeksi tai englanniksi	Julkaistu muulla kielellä
Vertaisarvioitu	Ei vertaisarvioitu
Vastaa ainakin toiseen tutkimuskysymykseen	Ei vastaa kumpaankaan tutkimuskysymykseen
Artikkelit, jotka ovat saatavilla Laurea-ammattikorkeakoulun tiedonhakupalveluiden tai Google Scholarin kautta	Artikkelit, jotka eivät ole saatavilla Laurea-ammattikorkeakoulun tiedonhakupalveluiden tai Google Scholarin kautta
Julkaistu viimeisen 15 vuoden aikana (2008-2023)	Julkaistu ennen vuotta 2008
Tutkimus	Kirjallisuuskatsaus
Ilmainen ja koko teksti saatavilla	Maksullinen

Taulukko 1: Sisäänottokriteerit

## 5.2 Tiedonhaun kuvaus

Tätä katsausta varten artikkeleita haettiin ProQuestista, EbscoHost -yhdistelmähausta ja Google Scholarista. Haut tehtiin 2.5., 5.5., 9.5., 10.5. ja 16.5.2023. Opinnäytetyön tekijät käyttivät eri päivinä eri tietokantoja sekä eri hakusanoja ja sanayhdistelmiä.

Kaikissa ProQuest-hauissa käytettiin samaa tarkennettua hakua ja valittiin vertaisarvioidut tieteelliset artikkelit, joissa oli saatavilla koko teksti. Vuosirajaukseksi laitettiin 2008-2023 ja tekstin kieleksi valittiin englanti ja suomi. ProQuestissa käytettiin seuraavia hakusanayhdistelmiä:

*(mental health patient) AND (surgery patient) AND postoperative AND (mental illness) AND experience*

Hakutuloksia tuli 6 669, joista otsikon perusteella opinnäytetyön tekijät valitsivat 18 artikkelia. Luettuaan tiivistelmän, artikkeleita valikoitui kahdeksan ja syvennyttyään koko tekstiin artikkeleita valittiin yksi.

*self-harm AND mental health AND surgery AND burns AND skin graft*

Tällä hakusanayhdistelmällä tuloksia tuli yhteensä 74, joista opinnäytetyön tekijät valitsivat otsikon, tiivistelmän ja koko tekstin perusteella yhden osuvan artikkelin.

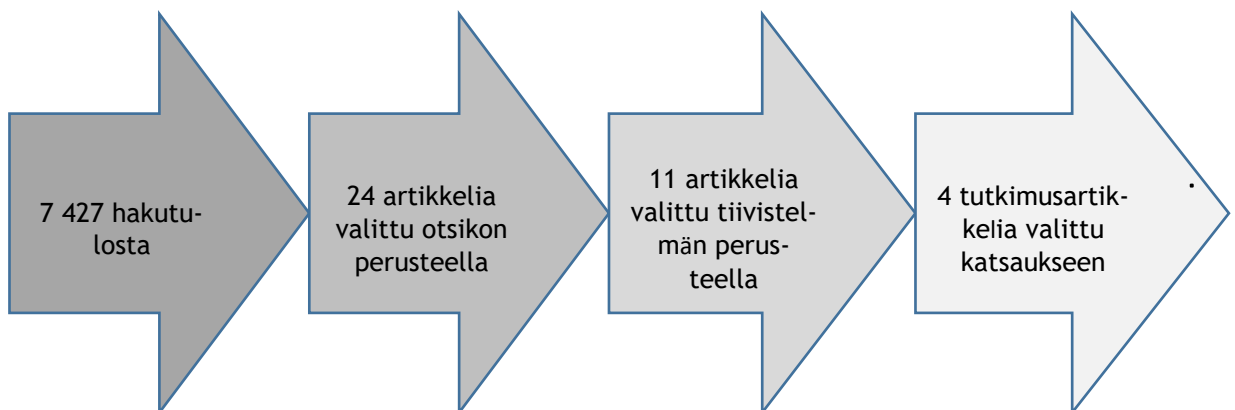
EBSCOhost hauissa käytettiin lähes kaikkia samoja hakusanoja kuin ProQuestin hauissa. Opinnäytetyön tekijät etsivät englanninkielisiä tieteellisiä tutkimuksia, joissa on koko teksti saatavilla, jotka ovat vertaisarvioituja ja julkaistu vuonna 2008-2023. EBSCOhost -yhdistelmähaussa käytettiin seuraavia hakusanoja:

*surgery patients or surgical patients AND mental health or mental illness or mental disorder or psychiatric illness AND experiences or perceptions or attitudes or views or feelings or qualitative or perspective AND encounter or meeting or experience*

Näillä hakusanoilla ja tarkennetulla haulla tuloksia tuli 684. Otsikon perusteella valittiin viisi tutkimusartikkelia, joista tiivistelmän perusteella valittiin kaksi artikkelia. Syvennyttyään molempiin tutkimusartikkeleihin opinnäytetyön tekijät päättivät, että koko tekstin perusteella molemmat sopivat tähän kirjallisuuskatsaukseen. Haussa rajattiin pois myös ne tulokset, jotka olivat jo tarkemmassa tarkastelussa ProQuestin haun myötä.

Kuviossa 3 näkyy tutkimusartikkelin valinnan eteneminen tässä työssä.





Kuvio 3: Tutkimusartikkelin valinnan eteneminen

### 5.3 Katsaukseen valittujen artikkeleiden kuvaus

Tähän kirjallisuuskatsaukseen valittiin 4 tutkimusartikkelia, jotka ovat tässä kappaleessa jaoteltu tietokannan mukaan. Kuvauksessa on kirjoittajat, vuosiluku ja maa sekä lyhyesti tutkimuksen tarkoitus ja tulokset.

#### ProQuest

*McBride, Solomon, Lambert, O'Shannassy, Yates, Isbester & Glozier. 2021. Australia. Surgical experience for patients with serious mental illness: a qualitative study.* Tässä tutkimuksessa kuvattiin ja ymmärrettiin leikkauskokemuksia potilaiden, joilla on vakavia mielenterveyden häiriöitä, näkökulmasta. Tuloksena tuli esiin neljä pääteemaa: mielenterveyden häiriöiden puutteellinen tunnistaminen, potilaan ja lääkärin välinen vuorovaikutus todella vaihtelevaa, hoito keskittyi vain postoperatiiviseen hoitoon ja osallistujien parannusehdotukset hoitoon.

*Heyward-Chaplin, Shepherd, Arya & O'Boyle. 2018. Iso-Britannia. Audit of healthcare professionals' attitudes towards patients who self-harm and adherence to national guidance in a UK burns and plastic surgery department.* Tutkimuksen tavoitteena oli tutkia palovamma- ja plastiikkakirurgian osastoilla työskentelevän henkilökunnan asenteita sekä nykyisen käytännön noudattamista kansallisten ohjeiden suhteen. Tutkimuksen tulokset osoittivat, että suurimmalla osalla terveydenhuollon ammattilaisista on positiivinen asenne itseään vahingoittaneita kohtaan. Kuitenkin joillakuilla terveydenhuollon ammattilaisilla oli negatiivisia asenteita. Lisäksi tutkimus osoitti, että potilaat, joilla on itsetuhoisia ajatuksia, saavat kirurgisia hoitoja harvemmin kuin potilaat, jotka ovat loukkaantuneet vahingossa.

## EbscoHost

*Zolnierrek & Clingerman. 2012. Yhdysvallat. A Medical-Surgical Nurse's Perceptions of Caring for a Person With Severe Mental Illness.* Tässä tutkimuksessa haastateltiin lääketieteelliskirurgista sairaanhoitajaa ja selvitettiin hänen käsityksiänsä vakavista mielenterveyden häiriöistä kärsivien potilaiden hoidosta. Haastattelun perusteella nousi esiin neljä pääteemaa: jännitys, epä mukavuus, henkilökohtaisen tyytyväisyyden puute ja vaikeus.

*Avery, Schreier & Swanson. 2020. Yhdysvallat. A complex population: Nurse's professional preparedness to care for medical-surgical patients with mental illness.* Tässä tutkimuksessa arvioitiin hoitotyön valmiuden komponentteja mielenterveyspotilaiden hoidon tarjoamiseksi ja tutkittiin niiden muuttujien ominaisuuksia, jotka liittyvät useammin hoitotyön valmiuksiin ja ennustavat sitä. Tutkimuksen tulokset osoittavat, että mentoroinnin, hoidon tiheyden ja täydennyskoulutuksen yhdistelmä lisäävät merkittävästi sairaanhoitajien valmiuksia hoitaa mielenterveyspotilaita.

## 5.4 Aineiston analysointi

Sisällönanalyysi on menetelmä, jota käytetään laadullisissa tutkimuksissa (Kyngäs, Elo, Pölkki, Kääriäinen & Kanste 2011). Tiivistetty kuvaus tutkittavasta asiasta saadaan sisällönanalyysin avulla (Tuomi & Sarajärvi 2018, 117). Kirjallisuuskatsauksessa aineiston analyysia tehdään joko kvalitatiivisella tai kvantitatiivisella tavalla. Kvalitatiivisessa sisällönanalyysissa tutkitaan sisältöä, ei sisällön esiintymistiheyttä. Kvalitatiivisessa sisällönanalyysissa tutkimusaineiston analyysi ei ole viimeinen vaihe tutkimuksessa, vaan tutkimuksen kulku sisältää aineiston keräämisen ja analysoinnin vuorovaikutusta. Kvantitatiivisessa sisällönanalyysissa tutkimusaineistoista löydettyjä tietoja, ilmaisuja, sanoja ja teemoja analysoidaan tilastollisena ilmiönä. (Seitamaa-Hakkarainen 2014.)

Milesin ja Hubermanin (1994) mukaan aineiston analysoinnin vaiheisiin kuuluu pelkistäminen, ryhmittely sekä teoreettisten käsitteiden luominen. Pelkistämisvaiheessa aineistoista otetaan pois kaikki, joka ei ole olennaista tutkimuksille. Sen jälkeen tiivistetään sisältöä tai pilkotaan osiin. Seuraavaksi listataan allekkain kaikki löydettyt ja alleviivatut pelkistetyt ilmaukset. Aineiston sisällön pelkistämisen jälkeen siirrytään seuraavaan vaiheeseen, jota kutsutaan ryhmittelyksi. Tässä vaiheessa käydään tarkasti listattuja ilmauksia ja etsitään samankaltaisia tai erilaisia kuvaavia käsitteitä. Väitteistä muodostuu ryhmät, kun kaikki samankaltaisuudet ja eroavaisuudet on löydetty. Alaluokat muodostuvat, kun väitteet yhdistetään eri luokiksi. Sen jälkeen yhdistetään alaluokat, joista muodostuu yläluokka. Yläluokkien yhdistämisellä muodostuu pääluokka. Aineiston analysoinnin viimeistä vaihetta kutsutaan käsitteellistämiseksi. Tässä vaiheessa luodaan teoreettisia käsitteitä. Ryhmittely kuuluu myös käsitteellistämisen

vaiheeseen. Käsitteellistämisessä yhdistetään luokituksia jatkuvasti, niin kauan kuin se on mahdollista. Todella tärkeää on, että aineiston alkuperäisdatan merkitys säilyy koko aineiston analyysin aikana. (Tuomi & Sarajarvi 2018, 122-126.)

Tässä opinnäytetyössä aineiston analysointi tehtiin luokittelun avulla. Opinnäytetyön tekijät pelkistivät tutkimuksista esiin nostetut ilmaukset samalla, kun niitä hahmoteltiin taulukoihin. Ensin opinnäytetyön tekijät sijoittivat pelkistetyt ilmaukset alaluokkiin, minkä jälkeen muodostettiin yläluokat. Pääluokat muodostuivat sen jälkeen, kun samankaltaiset yläluokat oli yhdistetty. Taulukossa 2 on esimerkki, miten luokittelua tehtiin tässä työssä.

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Hoitaja käyttää huumoria	Huumori vaikuttaa myönteisesti potilaisiin	Emotionaalinen tuki on merkittävää
Huumori lievittää ahdistuneisuutta		
Huumori vähentää mielen-terveyden häiriön oireita		
Huumori parantaa leikkaus-kokemusta		
Hoitajan vitsit kevensivät tunnelmaa		
Empatian ilmaisemista arvostettiin	Hyvä vuorovaikutus on myötätuntoista	
Mielenterveyspotilas tuntee hoitajan myötätunnon häntä kohtaan		
Suurin osa palovammakirurgeista oli myötätuntoisia itsetuhoisia potilaita kohtaan		

Taulukko 2: Esimerkki sisällönanalyysistä

## 6 Tulokset

Tutkimuksista nousi esiin kuusi pääluokkaa, joista neljä vastaa ensimmäiseen tutkimuskysymykseen ”Millaista on kirurgisten vuodeosastojen hoitohenkilökunnan vuorovaikutus mielen-terveyspotilaan kanssa?” ja kaksi toiseen tutkimuskysymykseen ”Millaista on hyvä vuorovaikutus hoitohenkilökunnan ja somaattisesti sairastuneen mielen-terveyspotilaan välillä?”. Ensimmäiseen tutkimuskysymykseen vastaavat pääluokat ovat mielen-terveyden huomioimatta jättäminen, vuorovaikutuksen mielen-terveyttä heikentävät tekijät, hoitohenkilökunnan kielteinen asenne mielen-terveyspotilaita kohtaan ja sosiaalisen kanssakäymisen haasteet. Toiseen tutkimuskysymykseen vastaavat pääluokat ovat vuorovaikutuksen mielen-terveyttä vahvistavat tekijät ja emotionaalisen tuen merkitys.

## 6.1 Mielenterveyden huomioimatta jättäminen

Ensimmäiseksi pääluokaksi muodostui mielenterveyden huomioimatta jättäminen. Ensimmäinen pääluokka sisältää kolme yläluokkaa: hoitohenkilökunta keskittyy fyysiseen terveyteen, potilaiden mielenterveyden häiriöitä ei juuri koskaan otettu huomioon ja mielenterveyttä ei otettu huomioon kotiuttamisessa. McBride, Solomon, Lambert, O'Shannassy, Yates, Isbester ja Glozier (2021, 3-4) toteavat tutkimuksessaan, että suurin osa hoitohenkilökunnasta keskittyy kuntoutukseen, kivunlievitykseen, haavanhoitoon, kroonisiin sairauksiin ja lääketieteelliseen tai kliiniseen puoleen eikä mielenterveyspuoleen.

McBriden ym. (2021, 5) tutkimuksen mukaan monet kirurgit jättävät mielenterveyden häiriöt huomiotta. Tässä tutkimuksessa vakavista mielenterveyden häiriöistä kärsivät potilaat kertovat, että kirurgit eivät kysy heiltä mielenterveyden häiriöihin liittyvistä tilanteista eivätkä potilaat uskalla kysyä kirurgilta mitään liittyen omaan mielenterveyteensä.

Heyward-Chaplinin, Shepherdin, Aryan ja O'Boyleen (2018) sekä McBriden ym. (2021) tutkimuksissa ilmenee, että potilaiden mielenterveyden häiriöitä ei juuri koskaan oteta huomioon. Monet kirurgit huolehtivat potilaan mielenterveysasioista ja kyselevät potilailta heidän mielenterveydestään vähän. Mielenterveyspotilaat kertovat, että leikkaushoidossa heidän mielenterveytensä jätetään huomioimatta. Hoitajat eivät kiinnitä juuri lainkaan huomiota potilaiden mielenterveyden hoitoon, vaikka jotkut heistä ilmaisevat näkyvästi ahdistuneisuutta (McBride ym. 2021, 3). McBride ym. (2021) kertovat, että vakavista mielenterveyden häiriöistä kärsivien potilaiden mielestä kirurgiassa on erittäin kiireinen ympäristö, joten hoitajilla ei ole aikaa keskustella mielenterveyden häiriöihin liittyvistä asioista.

McBriden ym. (2021) tutkimuksessa tulee esiin, että mielenterveyttä ei oteta huomioon myöskään kotiuttamisessa. Tutkimus kertoo, että vakavasta mielenterveyden häiriöstä kärsivät potilaat eivät saa riittävästi ohjeita mitä tehdä, jos mielialassa tapahtuu muutoksia tai mitä tapahtuu kotiutumisen jälkeen. Monet mielenterveyspotilaat kokevat, että mielenterveyden häiriöt alkoivat vasta kun he lähtivät sairaalasta. (McBride ym. 2021, 5.)

## 6.2 Sosiaalisen kanssakäymisen haasteet

Vuorovaikutus ei ole yhdenmukaista. McBride ym. (2021) toteavat tutkimuksessaan, että mielenterveyspotilaan ja hoitajan välinen vuorovaikutus on vaihtelevaa. Vakavista mielenterveyden häiriöistä kärsivien potilaiden mukaan vuorovaikutus eri hoitajien kanssa vaikuttaa negatiivisesti heidän mielenterveyteensä (McBride ym. 2021, 5). Vakavista mielenterveyden häiriöistä kärsivien potilaiden mielestä sosiaalinen hyvinvointi heikentyy, jos kommunikaatio muuttuu sosiaaliseksi etäisyydeksi (Avery, Schreier & Swanson 2020, 2) ja kun hoitajat kysyvät toistuvia kysymyksiä (McBride ym. 2021, 7). McBriden ym. (2021, 2) tutkimuksessa ilmenee, että mielenterveyspotilaat kokevat kohtaavansa sosiaalisia haasteita.

### 6.3 Hoitohenkilökunnan kielteinen asenne mielenterveyspotilaita kohtaan

Avery ym. (2020) toteavat tutkimuksessaan, että hoitohenkilökunta leimaa mielenterveyspotilaita. Monet sairaanhoitajat kirurgisessa hoitoympäristössä eivät ole valmistautuneita monimutkaisuuksiin potilaan hoidossa, minkä takia he taipuvat leimaamaan mielenterveyspotilaita "vaikeiksi" ja vuorovaikutus hoitajan ja potilaan välillä muuttuu leimaavaksi (Avery ym. 2020, 2). Heyward-Chaplinin ym. (2018, 2) tutkimuksessa sairaanhoitajan näkökulman perusteella käy ilmi, että itsetuhoisia potilaita on vaikea hoitaa. Zolnierekin ja Clingermanin (2012, 227) tutkimuksessa tutkija McDonald ja muut (2003) ehdottavat, että sairaanhoitajat saattavat leimata potilaita, jotka saavat mielenterveysdiagnoosin.

Mielenterveyspotilaat kokevat syrjintää. Averyn ym. (2020, 2) tutkimuksessa ilmenee, että valmistautumattoman hoitajan kommunikaatio muuttuu syrjinnäksi. Mielenterveyspotilaat kertovat, että syrjintä on läsnä leikkauskäytännössä (McBride ym. 2021, 7). McBriden ym. (2021, 2) tutkimus osoittaa, että mielenterveyspotilaat kokevat jäävänsä ulkopuolelle.

McBriden ym. (2021, 5) ja Heyward-Chaplinin ym. (2018, 2) kertoivat tutkimuksissa, että hoitohenkilökunta tuomitsee mielenterveyspotilaita. Vakavista mielenterveyden häiriöistä kärsivät potilaat kertovat, että hoitajien viestintätyylit sisältävät tuomitsevuutta (McBride, 2021, 5). Heyward-Chaplinin ym. (2018, 2) tutkimuksessa ilmenee, että potilaat, joilla on itsetuhoisuutta, saavat tuomitsevia kommentteja terveydenhuollon ammattilaisilta. Ennakkoasenteet mielenterveyspotilaita kohtaan vaikuttavat hoitoon. Monet mielenterveyspotilaat kertoivat, että ennakoluulot ovat edelleen läsnä leikkauskäytännöissä (McBride ym. 2021, 7). Zolnierekin ja Clingermanin (2012, 227) tutkimuksessa käy ilmi, että sairaanhoitajat saattavat suunnitella erilaisen reagoinnin mielenterveyspotilaisiin.

### 6.4 Vuorovaikutuksessa mielenterveyttä heikentävät tekijät

Mielenterveyspotilaat eivät saa samanarvoista hoitoa kuin muut potilaat. Heyward-Chaplinin ym. (2018, 2-7) tutkimuksessa ilmenee, että kirurgit ovat vähemmän motivoituneita auttamaan itsetuhoisia potilaita. Itsetuhoisten potilaiden kirurgista hoitoa ei ymmärretä, vaan ajatellaan, että potilaat kuitenkin peukaloisivat hoidettuja haavoja ja että kirurgista hoitoa tulisi tarjota vain elämän pelastamiseksi. Osa kirurgeista ei halua tarjota kirurgisia toimenpiteitä itsetuhoisille potilaille tai on sitä mieltä, että niitä tulisi tarjota vain rajoitettu määrä. Zolnierek & Clingerman (2012, 227) kertovat tutkimuksessaan, että sairaanhoitajat välttelevät mielenterveyspotilaiden hoitoa.

Hoitohenkilökunta kokee, että mielenterveyspotilaita on vaikea ymmärtää (Zolnierek & Clingerman 2012, 231; Avery ym. 2020, 2; Heyward-Chaplinin ym. 2018, 6) ja heitä kohtaan on vaikea olla empaattinen (Heyward-Chaplinin ym. 2018, 6). Myös potilaat kokevat, että kirurgit eivät ymmärrä heitä (McBride ym. 2021, 5).

Mielenterveyspotilaiden kanssa ei käytetä riittävästi aikaa. Zolnierekin & Clingermanin (2012, 231) tutkimuksessa ilmenee, että mielenterveyspotilaat jätetään viimeiseksi, koska heidän koetaan vievän paljon aikaa ja vaivaa. McBriden ym. (2021, 5) tutkimuksessa potilaat kokivat, että hoitajat ovat kärsimättömiä ja kirurgit käyvät potilaan luona nopeasti kysyen vain yhden kysymyksen.

#### 6.5 Vuorovaikutuksessa mielenterveyttä vahvistavat tekijät

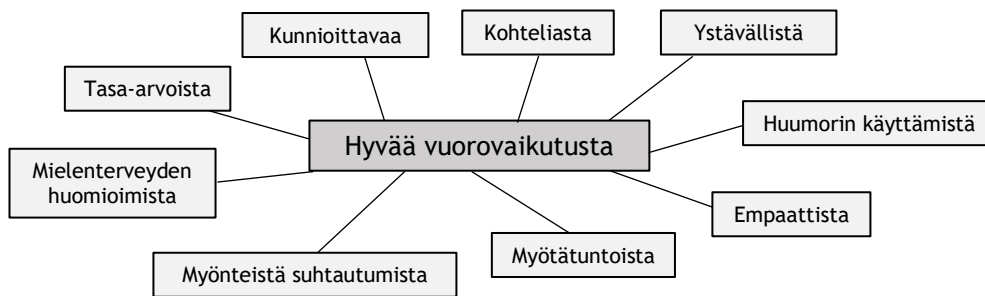
Mielenterveyspotilaiden tulisi saada samanlaista hoitoa kuin muidenkin potilaiden (Avery ym. 2020, 2, 6; McBride ym. 2021, 5). Potilaat haluavat tulla kohdatuiksi normaalisti ja kohdelluksi samalla tavalla kuin muut potilaat. Potilas on mielissään kuullessaan, että hoitaja puhuu hänelle samalla tavalla kuin vieressä olevan potilaan kanssa. Kuitenkin potilaat haluavat, että hoitohenkilökunta ottaa huomioon heidän mielenterveyden häiriönsä ja niihin liittyvät haasteet. Tämän koetaan parantavan vuorovaikutusta. Potilaat haluavat, että hoitajat huomioivat mielenterveyden häiriöihin liittyviä asioita keskustelemalla. Tämä auttaa potilaita tuntemaan olonsa vähemmän ulkopuoliseksi leikkausympäristössä. (McBride ym. 2021, 5-7.)

Suurin osa hoitohenkilökunnasta suhtautuu myönteisesti itsetuhoisiin potilaisiin. Kirurgeista ne, joilla on enemmän kokemusta suhtautuvat vähemmän arvostelevasti itsetuhoisia potilaita kohtaan. Hoitohenkilökunta suhtautuu itsetuhoisiin potilaisiin samalla tavalla kuin muihin potilaisiin. He ovat sitä mieltä, että heitä tulee kohdella samalla kunnioituksella ja yksityisyydellä kuin muita potilaita. Lisäksi moni hoitohenkilökunnasta hoitaa jokaista itsetuhoisen potilaan tapausta yksilöllisesti omana kokonaisuutena. (Heyward-Chaplin ym. 2018, 2-5.) Myös mielenterveyden häiriötä sairastava potilas haluaa, että hoitajat ovat kunnioittavia, kohtelaita ja ystävällisiä (McBride ym. 2021, 7).

#### 6.6 Emotionaalisen tuen merkitys

Huumori koetaan hyvänä työkaluna. Potilaat kokevat, että huumori lievittää heidän ahdistuneisuuttaan, vähentää heidän mielenterveyden häiriöiden oireitaan ja parantaa heidän leikkaukokemustaan. Vitsien koetaan keventävän tunnelmaa. Lisäksi potilaat arvostavat, kun hoitajat ilmaisevat heille empatiaa ja myötätuntoa. (McBride ym. 2021, 5.) Suurin osa kirurgeista on myötätuntoisia itsetuhoisia potilaita kohtaan (Heyward-Chaplin ym. 2018, 3).

Kuviossa 4 näkyy, millaista on hyvä vuorovaikutus.



Kuvio 4: Hyvää vuorovaikutusta

## 7 Pohdinta

Ihmisestä puhutaan psykofyysisenä kokonaisuutena ja potilaan kokonaisvaltaista hoitoa pidetään tärkeänä. Potilaiden mielenterveyttä ei kuitenkaan otettu kirurgisella vuodeosastolla huomioon. Potilailla oli diagnosoituja mielenterveyden häiriöitä, mutta potilaiden luona käytiin nopeasti tekemässä vain pakolliset hoitotoimet. Potilaat saattoivat viettää osastolla useita päiviä, jopa viikkoja. Tämän opinnäytetyön myötä mielenterveyden ja sen huomioimisen tärkeys tulee toivottavasti vielä enemmän näkyvämmäksi.

Tässä kirjallisuuskatsauksessa saadut tulokset yllättivät. Kaikissa tutkimuksissa on maininta mielenterveyspotilaiden leimaamisesta, tuomitsemisesta, syrjinnästä tai ennakoasenteista heitä kohtaan. Oli tiedossa, että mielenterveyden häiriöihin liittyy edelleen stigmaa, mutta opinnäytetyön tekijöillä oli silti odotus erilaisista tuloksista. Hoitoalan koulutuksessa opetetaan potilaiden kunnioittavaa, tasa-arvoista ja arvostavaa hoitoa. Saatujen tulosten mukaan on kuitenkin edelleen tämän tietyn potilasryhmän syrjintää, aliarvostusta, huonoa kohtelua ja epäymmärrystä. Pitääkö koulussa puhua enemmän vuorovaikutuksesta ja vuorovaikutusosaamisen tärkeydestä tuleville hoitajille sekä lisätä opintosuunnitelmaan lisää tunteja liittyen eettisiin periaatteisiin?

Opinnäytetyön tekijät tekivät tutkimusten tulosten perusteella visuaalisen posterin tukielin- ja plastiikkakirurgisen vuodeosaston hoitohenkilökunnan käyttöön. Tavoitteena on, että posterin avulla hoitohenkilökunta syventää vuorovaikutusosaamistaan mielenterveyspotilaiden kanssa. Opinnäytetyön tekijät pyrkivät sisällyttämään posteriin tärkeimmät asiat, joita hoitohenkilökunta voi hyödyntää omassa työssään. Tämän opinnäytetyön posteria saa käyttää myös muissa toimintayksiköissä.

### 7.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata mielenterveyspotilaan kanssa tarvittavaa vuorovaikutusosaamista kirurgisella vuodeosastolla. Tavoitteena oli lisätä hoitohenkilökunnan

tietoa mielenterveyden häiriöistä ja syventää heidän vuorovaikutusosaamistansa mielenterveyspotilaan kanssa kirurgisilla vuodeosastoilla. Opinnäytetyön tutkimuskysymykset olivat: ”Millaista on kirurgisten vuodeosastojen hoitohenkilökunnan vuorovaikutus mielenterveyspotilaan kanssa?” ja ”Millaista on hyvä vuorovaikutus hoitohenkilökunnan ja somaattisesti sairastuneen mielenterveyspotilaan välillä?”. Kaikista tulosten pääluokista ei saatu perusteellista tekstiä, koska useat tutkimuskysymyksiin vastanneet kohdat olivat yksittäisiä lauseita. Tämän vuoksi tulokset ovat jääneet joiltain osin pintapuolisiksi. Vuorovaikutuksesta mielenterveyspotilaan kanssa kirurgisella vuodeosastolla tehtyjä tutkimuksia ei ollut saatavilla suomen kielellä.

Tutkimusten tulosten perusteella on kuitenkin selvää, että kirurgisten vuodeosastojen hoitohenkilökunta tarvitsee vuorovaikutusosaamisen lisäämistä työskennellessään mielenterveyspotilaan kanssa. Kaikissa tutkimuksissa on maininta mielenterveyspotilaiden leimaamisesta, tuomitsemisesta, syrjinnästä tai ennakoasenteista heitä kohtaan. Kolmessa neljästä tutkimuksesta nousee esille se, että hoitohenkilökunta kokee vaikeuksia ymmärtää mielenterveyspotilaita. Yhden tutkimuksen mukaan myös potilaat kokevat, että heitä ei ymmärretä. Tämä on merkittävää, koska tämän opinnäytetyön tavoitteena olikin lisätä hoitohenkilökunnan tietoa mielenterveyden häiriöistä ja sitä kautta auttaa hoitohenkilökuntaa ymmärtämään mielenterveyspotilaita paremmin. Kahden tutkimuksen tuloksissa näkyy, että mielenterveyspotilaan ja hoitohenkilökunnan välinen vuorovaikutus on vaihtelevaa. Mielenterveyspotilailla on sosiaalisia haasteita ja hoitohenkilökunnalta puuttuu kykyä kohdata mielenterveyspotilaita ammatillisesti.

Kolmen tutkimuksen tulosten mukaan mielenterveyspotilaiden tulisi saada samanlaista hoitoa kuin muidenkin potilaiden, heihin tulisi suhtautua samalla tavalla tai heitä tulisi kohdella samalla tavalla kuin muita potilaita. Tutkimusten tulosten perusteella voidaan myös sanoa, että mielenterveyspotilaiden hoitoa ei tulisi vältellä vaan heidän hoitoonsa tulisi käyttää aikaa ja olla kärsivällisiä.

Kahdessa neljästä tutkimuksesta selvisi, että mielenterveys jätettiin huomioimatta sekä sairaalaympäristössä että kotiuttamisessa. Saatu tulos täsmää opinnäytetyön tekijän tekemään havaintoon työharjoittelussa plastiikkakirurgian vuodeosastolla. Monilla potilailla oli diagnosoituja mielenterveyden häiriöitä, kuten ahdistuneisuutta ja masentuneisuutta, mutta hoitajat eivät ottaneet niitä hoitotyössä huomioon.

Tiedonhakua tehdessään opinnäytetyön tekijät löysivät Taylor Riffelin ja Shu-Ping Chenin tekemän kirjallisuuskatsauksen ”Stigma in healthcare? Exploring the knowledge, attitudes, and behavioural responses of healthcare professionals and students toward individuals with mental illnesses”, jota ei valittu tähän työhön aineistoksi sen ollessa kirjallisuuskatsaus. Riffelin ja Chenin (2020) saamat tulokset kuitenkin täsmäävät tämän opinnäytetyön saatujen tulosten



kanssa, joten ne haluttiin nostaa esille luotettavuuden lisäämiseksi. Riffelin ja Chenin (2020) katsauksessa tarkasteltiin terveydenhuollon ammattilaisten ja opiskelijoiden tietoja, asenteita ja käyttäytymistä mielenterveyspotilaita kohtaan. Tutkimuksessa käytettiin 14 tieteellistä artikkelia, joissa oli mukana 302 terveydenhuollon ammattilaisia ja 27 opiskelijaa.

Syrjintä, stereotyypit ja leimaaminen mielenterveyspotilaita kohtaan ovat läsnä myös Riffelin ja Chenin (2020) tuloksissa. Eräs terveydenhuollon ammattilainen kertoi, että potilaiden lääketieteellisiä tarpeita oli jätetty huomioimatta mielenterveyden häiriön pelkäämisen vuoksi. Mielenterveyspotilaat kokevat usein itsensä aliarvostetuiksi ja sivuutetuiksi. Mielenterveyspotilaat tuntevat usein jäävänsä päätöksenteon ulkopuolelle, saavansa riittämätöntä tietoa sairaudestaan, kohtaavansa pitkiä odotusaikoja hoidon hakemisessa sekä kohtaavansa halventavaa tai leimaavaa kielenkäyttöä terveydenhuollon ammattilaiselta. Hoitohenkilökunnan tietämättömyys, riittämätön koulutus, epävarmuus, sosiaalinen etäisyys potilailta ja pelko heikentävät hoitajan ja potilaan välistä vuorovaikutusta. (Riffel & Chen 2020, 1104-1105, 1110-1116.)

Riffelin ja Chenin (2020) kirjallisuuskatsauksen tulokset vastaavat myös tämän opinnäytetyön tutkimuskysymykseen ”Millaista on hyvä vuorovaikutus hoitohenkilökunnan ja somaattisesti sairastuneen mielenterveyspotilaan välillä?”. Monet terveydenhuollon ammattilaiset korostivat empatian merkitystä ja he pyrkivät ymmärtämään mielenterveyspotilaiden kokemuksia. Hyvä vuorovaikutus on kunnioittavaa ja arvokasta. (Riffel & Chen 2020, 1110-1111.)

## 7.2 Eettisyys

Opinnäytetyön prosessi ja sen tulokset ovat luotettavia ja eettisesti hyväksyttäviä, silloin kun opinnäytetyöprosessi suoritetaan vaaditulla tavalla. Luotettavan tutkimusetiikan keskeisiin periaatteisiin kuuluu rehellisyys ja huolellisuus, avoimuus ja vastuullisuus, itsemääräämisoikeus ja ihmisarvot, tekijöiden kunnioittaminen, yksityisyyden suojaaminen ja salassapitovelvollisuus sekä riskien ja haittojen ennaltaehkäiseminen. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6-7.)

EU:n tietosuoja-asetus, tietosuojalaki, laki potilaan asemasta ja oikeuksista, laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista, tekijänoikeuslaki, laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta, hallintolaki ja oikeus yksityisyyden suojaan ohjaavat opinnäytetyöprosessia (Arene ry 2019, 11-13). Opinnäytetyön tekijät vastaavat itse työn eettisyydestä. Yhteistyökumppanin on hyväksyttävä, että opinnäytetyöprosessissa on noudatettu tutkimuskäytännön periaatteita, ammattieettisiä ohjeita ja lainsäädäntöä (Arene ry 2019, 17-18).

Opinnäytetyössä kunnioitettiin toisten tekemiä tutkimuksia merkitsemällä lähteet huolellisesti. Tutkimuksen tekemiseen ei tarvinnut hakea tutkimuslupaa Laurea-ammattikorkeakoululta, koska opinnäytetyö tehtiin kirjallisuuskatsauksena. Tutkimusta varten ei haastateltu

hoitohenkilökuntaa eikä potilaita, joten tutkimuksen valmistuttua hävitettävää materiaalia ei ole. Aineistona on käytetty aikaisempia tutkimuksia, joten tästä kirjallisuuskatsauksesta ei ole tunnistettavissa yksittäisiä henkilöitä.

Eettisyyttä tässä tutkimuksessa on varmistanut, että aineiston valintaan on käytetty vain luotettavia lähteitä ja aineisto on valittu tarkasti. Opinnäytetyöhön ei olla plagioitu muiden tekstejä, vaan lähdeviitteet ja -luettelo on tehty asianmukaisesti.

Eettisyyttä voi heikentää se, että opinnäytetyössä käsitellään haavoittuvaa potilasryhmää ja aihe voi olla sensitiivinen niin potilaiden kuin hoitohenkilökunnankin näkökulmasta. Opinnäytetyö on pyritty tekemään niin, että siinä ei käytetä esimerkiksi sanoja tai ilmaisuja, joiden voidaan ajatella loukkaavan jotakuta. Opinnäytetyötä tehdessä on pidetty mielessä se, että työ tulee olemaan julkinen ja kuka tahansa pääsee lukemaan sitä. Lisäksi opinnäytetyön perusteella tehty posterit tulee näkyville työelämäkumppani HUS:n yksikköön, jossa posterin voi nähdä niin hoitohenkilökunta kuin potilaatkin.

### 7.3 Luotettavuus

Opinnäytetyön luotettavuutta varmistaa se, että tieteenalan hallinta on hyvää. Huolellinen tulee olla niin tutkimuksen suorittamisessa kuin tulosten säilyttämisessä ja raportoinnissa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 8.) Urgund-plagiaatintunnustusjärjestelmän avulla arvioidaan valmiin opinnäytetyön luotettavuutta (Arene ry 2019, 7).

Opinnäytetyön tekijät varasivat riittävästi aikaa opinnäytetyön tekemiseen ja perehtyivät perusteellisesti opinnäytetyön aiheeseen, mikä lisää luotettavuutta. Teoreettisen viitekehyksen lähteet on valittu huolellisesti sekä lähdeviitteet ja -luettelo on merkitty asianmukaisesti. Näin ollen tietojen tarkastaminen onnistuu helposti. Käytetyt lähteet merkittiin Laurea-ammattikorkeakoulun ohjeiden mukaisesti. Opinnäytetyön tekemisen aikana opinnäytetyön tekijät pitivät mielessään tutkimuksen tarkoituksen, tavoitteen ja tutkimuskysymykset.

Opinnäytetyön aineisto on valittu huolellisesti, mutta tähän katsaukseen ei ole huomioitu kaikkia mahdollisia vuorovaikutusta mielensterveystilasta kanssa käsitteleviä tai sivuavia tutkimuksia. Tietokannat, hakusanat, rajaukset ja päivämäärät merkittiin hakutaulukkoon, jotta haut voitiin toistaa mahdollisimman samanlaisena tarvittaessa. Työhön valittiin vain vertaisarvioituja tieteellisiä tutkimuksia, eikä siis näin ollen työssä ole käytetty opinnäytetöitä, kandidatuksia tai pro graduja. Opinnäytetyön tekijät perehtyivät tutkimuksiin tahoillaan ja vertasivat molempien saamia tuloksia, että ne täsmäsivät. Myös tutkimuksien suomentamisen tekivät kumpikin ja suomennoksia vertailtiin, että asia oli ymmärretty samalla tavalla.

Koska opinnäytetyön tekijöitä on ollut kaksi, on aiheen objektiivinen tulkinta onnistunut helpommin. Opinnäytetyön tekijöiden on ollut kuitenkin tarpeellista reflektoida tulkintojaan,

koska opinnäytetyön aihe perustuu heidän omiin kokemuksiinsa. On ollut tärkeää saada tutkimuksessa näkyviin myös ne tulokset, jotka ovat olleet ristiriidassa opinnäytetyön tekijöiden kokemusten kanssa.

Luotettavuutta heikentää se, että tutkimuksia on hyvin niukka määrä. Opinnäytetyön tekijät kuitenkin vertasivat saamiaan tuloksia löytämäänsä laajaan metaetnografiaan saaden samankaltaisia tuloksia. Luotettavuuteen vaikuttaa myös se, että opinnäytetyön tekijät olivat ensikertalaisia tutkimuksen tekemisessä.

#### 7.4 Työelämäkumppanilta saadun arvioinnin kuvaus

Työelämäkumppanin kanssa oli sovittu, että opinnäytetyön tekijät ottavat yhteyttä tarvittaessa sekä lähettävät lopullisen tuotoksen luettavaksi ja tarkistettavaksi sähköpostilla. Opinnäytetyön tekijät ottivat tarpeen mukaan yhteyttä tukielin- ja plastiikkakirurgian kliniseen opettajaan ja vastaanottivat ohjausta. Valmis posterit palautettiin sovituksessa aikataulussa ja työelämäkumppani antoi palautteen posterista. Yhteistyö työelämäkumppanin kanssa sujui erinomaisesti.

Työelämäkumppani antoi palautteen Laurea-ammattikorkeakoulun valmiilla Työelämän palaute -lomakkeella. Työelämäkumppani koki yhteistyön opinnäytetyön tekijöiden kanssa saumattomaksi. Opinnäytetyön tekijät ottivat ohjauksen hyvin vastaan ja toteuttivat posterin sovituksessa aikataulussa. Työelämäkumppanin mielestä posterissa ei tullut esille uutta tai odottamatonta tietoa, mutta posterit on hyvä muistutus ja kertaus tärkeästä asiasta henkilökunnalle. Työelämäkumppanin mielestä tehty posterit on hyvä ja käyttökelpoinen. Kirurgisten osastojen henkilökunta hyödyntää posteria omassa työssään esimerkiksi materiaalina osastotunnilla tai sijoitettuna yksikön seinälle.

Opinnäytetyön tekijöiden mielestä saatu palaute on asiallinen ja hyvä. Liitteenä 3 on opinnäytetyöstä tehty posterit ja liitteenä 4 työelämäkumppanilta saatu palaute.

#### 7.5 Jatkotutkimusideat

Kaikki löydetty tutkimukset olivat englanninkielisiä ja tehty Australiassa, Yhdysvalloissa ja Iso-Britanniassa. Suomessa on tehty hyvin niukasti tutkimuksia, jotka liittyvät mielenterveyshoitotyön osaamisen tärkeyteen kirurgisilla osastoilla. Saadut tulokset vuorovaikutuksesta mielenterveyspotilaiden kanssa kertovat tilanteesta muualta kuin Suomesta. Opinnäytetyön tekijöiden mielestä olisi merkityksellistä tutkia miten mielenterveyspotilaat Suomessa kokevat hoitohenkilökunnan vuorovaikutuksen kirurgisilla osastoilla ja miten kirurgisten osastojen hoitohenkilökunta Suomessa kokee vuorovaikutuksen mielenterveyspotilaiden kanssa, jotta nähtäisiin mikä tilanne on Suomessa. Yhdessä tutkimuksessa ilmeni, että huumorin käytöllä vuorovaikutuksessa on positiivisia vaikutuksia mielenterveyspotilaiden kokemukseen hoidosta

kirurgisella vuodeosastolla. Opinnäytetyön tekijöiden mielestä olisi hyvä tutkia enemmän huumorin käytön merkitystä mielenterveyspotilaan hoidossa. Lisäksi opinnäytetyön tekijöitä kiinnostaisi, miten hoitohenkilökunnan ennakoasenteet vaikuttavat mielenterveyspotilaiden lääkehoitoon kirurgisilla osastoilla. Tämän opinnäytetyön tulosten perusteella olisi tärkeää tutkia myös millä keinoilla hoitohenkilökunnan ja mielenterveyspotilaan välistä vuorovaikutusta voitaisiin parantaa.

Jatkotutkimusideat
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Miten mielenterveyspotilaat Suomessa kokevat hoitohenkilökunnan vuorovaikutuksen kirurgisilla osastoilla?</li> <li>- Miten kirurgisten osastojen hoitohenkilökunta Suomessa kokee vuorovaikutuksen mielenterveyspotilaiden kanssa?</li> <li>- Millainen merkitys huumorin käytöllä on mielenterveyspotilaiden hoitoon?</li> <li>- Miten hoitohenkilökunnan ennakoasenteet vaikuttavat mielenterveyspotilaiden lääkehoitoon kirurgisilla osastoilla?</li> <li>- Millä keinoilla hoitohenkilökunnan ja mielenterveyspotilaiden välistä vuorovaikutusta voitaisiin parantaa?</li> </ul>

Taulukko 3: Jatkotutkimusideat

## Lähteet

### Painetut

Alajärvi, K., Hägg, M., Kärkkäinen, V., Leveelahti, S., Vallisaari, M., Vuorio, P. & Yli-Kerttula, M. 2014. Ammattilainen viestii. 1. painos. Helsinki: Sanoma Pro, 173-204.

Hietaharju, P. & Nuuttila, M. 2016. Käytännön mielenterveystyö. 4. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro, 30, 93-94.

Isohanni, M. & Joukamaa, M. 2005. Skitsofrenia. Teoksessa Lepola, U., Koponen, H., Leinonen, E., Joukamaa, M., Isohanni, M. & Hakola, P. 2005. Psykiatria. 1.-2. painos. Helsinki: WSOY, 37-49.

Isometsä, E., Koponen, H. & Taiminen, T. 2017. Ahdistuneisuushäiriöt. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M., Partonen, T. (toimittajat). 2017. Psykiatria.12. Uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 294-328.

Kanerva, A., Kuhanen, C. & Seuri, T. 2013. Keskeisimmät mielenterveyden häiriöt ja hoitotyö. Teoksessa Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2013. Mielenterveyshoitotyö. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro, 195, 204, 209-213.

Kuhanen, C. 2013. Mielenterveys ja mielenterveyshoitotyö. Teoksessa Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2013. Mielenterveyshoitotyö. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro, 17-19.

Kuhanen, C. & Kanerva, A. 2013. Potilaan ja hoitajan hoidollinen yhteistyösuhde. Teoksessa Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2013. Mielenterveyshoitotyö. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro, 153-158, 174.

Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2013. Mielenterveyshoitotyö. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro, 12.

Leinonen, E. 2005. Mielialahäiriöt. Teoksessa Lepola, U., Koponen, H., Leinonen, E., Joukamaa, M., Isohanni, M. & Hakola, P. 2005. Psykiatria. 1.-2. painos. Helsinki: WSOY, 62-66.

Lepola, U. & Koponen, H. 2005. Unihäiriöt. Teoksessa Lepola, U., Koponen, H., Leinonen, E., Joukamaa, M., Isohanni, M. & Hakola, P. 2005. Psykiatria. 1.-2. painos. Helsinki: WSOY, 165-174.

Lepola, U., Koponen, H. & Leinonen, E. 2005. Ahdistuneisuushäiriöt. Teoksessa Lepola, U., Koponen, H., Leinonen, E., Joukamaa, M., Isohanni, M. & Hakola, P. 2005. Psykiatria. 1.-2. painos. Helsinki: WSOY, 77, 91-93.

Lepola, U., Koponen, H. & Leinonen, E. 2008. Ahdistuneisuushäiriöt. Teoksessa Lepola, U., Koponen, H., Leinonen, E., Joukamaa, M., Isohanni, M. & Hakola, P. 2008. Psykiatria. 1.-3. painos. Helsinki: WSOY, 78-79, 84-85.

Lönnqvist, J. 2017. Mielenterveyden häiriöiden diagnostiikka ja luokittelu. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M., Partonen, T. (toimittajat). 2017. Psykiatria. 12. Uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 73-74.

Maanmieli, K. & Sarvela, K. 2022. Yhteinen mieli: traumatietoutta mielenterveystyöhön. Basam Books, 156.

Mattila, H., Ruusunen, T. & Uola, K. 2006. Viestinnän työkaluja AMK-opiskelijalle. 1. painos. Helsinki. WSOY Oppimateriaalit, 49-51.

Mönkkönen, K. 2018. Vuorovaikutus asiakastyössä. Asiakkaan kohtaaminen sosiaali- ja terveysalalla. Tallinna: Gaudeamus, 7-37.

Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun Yliopisto. 2. korjattu painos. Turku: Grano, 4-7, 24-32.

Toivio, T. & Nordling, E. 2013. Mielenterveyden psykologia. 3. uudistettu painos. Porvoo: Edita Publishing, 169, 170-171.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 117, 122-126.

Vähäkylä, L. 2021. Sairastunut mieli. Kuinka sen kanssa voi elää ja selviytyä. Tallinna: Gaudeamus, 135-136, 139-140.

## Sähköiset

Arene ry. 2019. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset, 7, 11-13, 17-18. Viitattu 1.11.2023. <https://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTIKORKEAKOULUJEN%20OPINN%C3%84YTET%C3%96IDEN%20EETTISET%20SUOSITUKSET%202020.pdf?t=1578480382>

Avery, J., Schreier, A. & Swanson, M. 2020. A complex population: Nurse's professional preparedness to care for medical-surgical patients with mental illness, 1-4. Viitattu 15.8.2023. [A complex population: Nurse's professional preparedness to care for medical-surgical patients with mental illness - ScienceDirect \(laurea.fi\)](#)

Aveyard, H. 2010. Doing a literature review in Health and Social care. A practical guide. 2. painos. E-kirja. Glasgow: Bell and Bain. Viitattu 30.6.2023.

Heyward-Chaplin, J., Shepherd, L., Arya, R. & O'Boyle, C. 2018. Audit of healthcare professionals' attitudes towards patients who self-harm and adherence to national guidance in a UK burns and plastic surgery department, 1-7. Viitattu 15.8.2023. [Audit of healthcare professionals' attitudes towards patients who self-harm and adherence to national guidance in a UK burns and plastic surgery department - Jessica Heyward-Chaplin, Laura Shepherd, Reza Arya, Ciaran P O'Boyle, 2018 \(sagepub.com\)](#)

Huttunen, M. 2018. Persoonallisuushäiriöt. Terveyskirjasto. Viitattu 20.4.2023. [Persoonallisuushäiriöt - Terveyskirjasto](#)

Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S-M., Pietilä, A-M., Jääskeläinen, P. Liikanen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsennettyyn tietoon. Hoitotiede 2013, 25 (4), 291-299. Viitattu 30.6.2023. [128286-Artikkelin teksti-273828-1-10-20230330.pdf](#)

Kyngäs, H., Elo, S., Pölkki, T., Kääriäinen, M. & Kanste, O. 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Hoitotiede. Verkkodokumentti. Viitattu 10.8.2023. [Sisällönanalyysi-suomalaisessa-hoitotieteellisessä-tutkimuksessa.pdf \(researchgate.net\)](#)

Laurila M., Raatikainen T., Simuna. J & Tikkala E. 2017. Ammatillinen vuorovaikutus ja eettisyys hoitotyössä. Viitattu 2.5.2023. <https://blogi.eoppimispalvelut.fi/mata-joel/2017/12/05/monikulttuurisuus/>

McBride, K., Solomon, M., Lambert, T., O'Shannassy, S., Yates, C., Isbester, J. & Glozier, N. 2021. Surgical experience for patients with serious mental illness: a qualitative study, 2-7. Viitattu 15.8.2023. [Surgical experience for patients with serious mental illness: a qualitative study | BMC Psychiatry | Full Text \(biomedcentral.com\)](#)

Opas polven tekonivelleikkaukseen tulevalle. 2023. KSSH, 8. Viitattu 20.4.2023. [polvi\\_tekonivel-opas.pdf \(kssh.fi\)](#)

Potilasopas: polven tekonivelleikkaus. 2023. TYKS. Viitattu 20.4.2023. [Potilasopas: polven tekonivelleikkaus | TYKS](#)

Rhoades, E. 2011. Teoksessa. Donne, V., Flipsen, P., Kobosko, J., Zalewska, M. & Rhoades, E. 2011. Literature Reviews. The Volta Review. Volume 111(1), 61-71. Viitattu 30.6.2023 <https://www.agbell.org/Portals/26/VoltaReview/111-1.pdf>

- Riffel, T. & Chen, S. 2020. Stigma in healthcare? Exploring the knowledge, attitudes, and behavioural responses of healthcare professionals and students toward individuals with mental illnesses, 1104-1105, 1110-1116. Viitattu 18.8.2023. [Stigma in Healthcare? Exploring the Knowledge, Attitudes, and Behavioural Responses of Healthcare Professionals and Students toward Individuals with Mental Illnesses - ProQuest Central - ProQuest](#)
- Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus: Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisu. Viitattu 30.6.2023. [Microsoft Word - Opetusjulk. 62, lopull. \(uwasa.fi\)](#)
- Seitamaa-Hakkarainen, P. 2014. Kvalitatiivinen sisällönanalyysi. Helsinki: Metodix. Viitattu 16.8.2023. [Piritta Seitamaa-Hakkarainen: Kvalitatiivinen sisällönanalyysi - METHODIX](#)
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa, 6-8. Viitattu 21.3.2023. [HTK\\_ohje\\_2012.pdf \(tenk.fi\)](#)
- Valmistautuminen selkäleikkaukseen. 2018. Terveyskylä. Viitattu 20.4.2023. [Valmistautuminen selkäleikkaukseen | Niveltalo | Terveyskylä.fi \(terveyskyla.fi\)](#)
- Zolnierek, C. & Clingerman, E. 2012. Yhdysvallat. A Medical-Surgical Nurse's Perceptions of Caring for a Person With Severe Mental Illness, 227, 231. Viitattu 15.8.2023. [\(PDF\) A Medical-Surgical Nurse's Perceptions of Caring for a Person With Severe Mental Illness \(researchgate.net\)](#)



## Kuviot

Kuvio 1: Kirjallisuuskatsauksen vaiheet .....	14
Kuvio 2: Kirjallisuuskatsauksen tyypittely.....	14
Kuvio 3: Tutkimusartikkelin valinnan eteneminen .....	17
Kuvio 4: Hyvää vuorovaikutusta .....	23

## Taulukot

Taulukko 1: Sisäänottokriteerit.....	15
Taulukko 2: Esimerkki sisällönanalyysistä .....	19
Taulukko 3: Jatkotutkimusideat .....	28

## Liitteet

Liite 1: Hakutaulukko .....	34
Liite 2: Opinnäytetyön tekijöiden taulukko.....	35
Liite 3: Posterit .....	38
Liite 4: Työelämäkumppanin palaute .....	39

Liite 1: Hakutaulukko

Tietokanta	Rajaukset	Hakusanat	Hakutulosten määrä	Otsikon perusteella valittu	Tiivistelmän perusteella valittu	Koko tekstin perusteella
ProQuest	Full text, Peer reviewed, Scholarly journals, 2008-2023, english & finnish	(mental health patient) AND (surgery patient) AND post-operative AND (mental illness) AND experience	6 669	18	8	1
		self-harm AND mental health AND surgery AND burns AND skin graft	74	1	1	1
EBSCOhost	Full Text, Peer Reviewed, 2008-2023, Academic Journals, english	surgery patients or surgical patients AND mental health or mental illness or mental disorder or psychiatric illness AND experiences or	684	5	2	2

		perceptions or attitudes or views or feelings or qualitative or perspective AND encounter or meeting or experience				
		yhteensä	7 427	24	11	4

Liite 2: Opinnäytetyön tekijöiden taulukko

Tutkimuksen nimi	Tutkimuksen tekijät, julkaisuvuosi ja paikka	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto keruu	Tulokset
Surgical experience for patients with serious mental illness: a qualitative study	Kate E. McBride, Michael J. Solomon, Tim Lambert, Sarah O'Shannassy, Catherine Yates, Jemima Isbester and Nick Glozier. 2021. Australia.	Kuvata ja ymmärtää paremmin leikkauskokemuksia potilaiden, joilla on vakavia mielen terveyden häiriöitä, näkökulmasta.	N=10, haastattelu. Tutkimukseen osallistuneilla vakavia mielen terveyden ongelmia.	Nousi esiin neljä pääteemaa: mielen terveyden häiriöiden puutteellinen tunnistaminen, potilaan ja lääkärin välinen vuorovaikutus todella vaihtelevaa, hoito keskittyi vain postoperatiiviseen hoitoon, osallistujien parannusehdotukset hoitoon.

A Medical-Surgical Nurse's Perceptions of Caring for a Person With Severe Mental Illness	Cindy Diamond Zolnierak and Evelyn M. Clingerman. 2012. Yhdysvalat.	Selvittää lääketieteelliskirurgisen sairaanhoidajan käsityksiä vakavista mielenlenterveyden häiriöistä kärsivien potilaiden hoidosta.	N=1, haastattelu. Osallistuja oli sairaanhoidaja lääketieteelliskirurgisessa yksikössä.	Nousi esiin neljä pääteemaa: jännitys, epä-mukavuus, henkilökohtaisen tyytyväisyyden puute ja vaikeus.
A complex population: Nurse's professional preparedness to care for medical-surgical patients with mental illness	Jeanette Avery, Ann Schreier & Ivin Swanson. 2020. Yhdysvalat.	Arvioida hoitotyön valmiuden komponentteja mielenlenterveyspotilaiden hoidon tarjoamiseksi ja tutkia niiden muuttujien ominaisuuksia, jotka liittyvät useammin hoitotyön valmiuksiin ja ennustavat sitä.	N=260. Osallistujat olivat sairaanhoitajia eri yksiköissä.	Tämä tutkimus osoitti, että mentoroinnin, hoidon tiheyden ja täydennyskoulutuksen yhdistelmä lisäävät merkittävästi sairaanhoidajien valmiuksia hoitaa mielenlenterveyspotilaita.
Audit of healthcare professionals' attitudes towards patients who self-harm and adherence to national guidance in a UK burns and plastic surgery department	Jessica Heyward-Chaplin, Laura Shepherd, Reza Arya & Ciaran P O'Boyle. 2018. Iso-Britannia.	Määrittää terveydenhuollon ammattilaisten asenteet kansallisia ohjeita kohtaan ja niiden noudattaminen palovamma- ja plastiikkakirurgian osastolla itsetuhoisia potilaita kohtaan.	N=59, kyselylomake. Osallistujat olivat palovamma- ja plastiikkakirurgisen osaston hoitohenkilökuntaa.	Tutkimus osoitti, että suurimmalla osalla terveydenhuollon ammattilaisista on positiivinen asenne itseään vahingoittaneita kohtaan. Kuitenkin joillakuilla terveydenhuollon ammattilaisilla oli negatiivisia asenteita.

				Lisäksi tutkimus osoitti, että potilaat, joilla on itsetuhoisia ajatuksia, saavat kirurgisia hoitoja harvemmin kuin potilaat, jotka ovat loukkaantuneet vahingossa.
--	--	--	--	---



## Liite 4: Työelämäkumppanin palaute



**AMMATTIKORKEAKOULU**  
University of Applied Sciences

## Työelämän palaute

8.12.2015/ba

Hyvä työelämän edustaja

Kiitos, että tarjositte Laurea-ammattikorkeakoulun opiskelijalle/opiskelijoille mahdollisuuden tehdä opinnäytetyö yrityksenne/organisaatioonne. Työelämän kehittäminen on tärkeä osa opinnäytetöidemme arvioinnissa. Pyydämmekin näkemystänne.

Yrityksen/organisaation nimi	HUS Tukielin- ja plastiikkakirurgia
Työelämän edustajan/Arvioijan nimi ja tehtävänimike	Netta Pohjamies, kliininen opettaja, hoitotyö
Opinnäytetyön ohjaaja yrityksessä/organisaatiossa	Netta Pohjamies, kliininen opettaja, hoitotyö
Opinnäytetyön tekijä/t	Sara Juvonen ja Uliana Asipenko
Miten yrityksenne/organisaationne hyödyntää tehtyä opinnäytetyötä? Opinnäytetyöstä tehty posterit tulee yksiköidemme käyttöön esim. sijoitettuna yksikön tiloihin tai materiaalina esim. osastotunnille.	
Mitä uutta ja/tai odottamatonta tuli esille opinnäytetyöprosessin aikana tai tuloksissa? Uutta ja odottamatonta ei tullut esille prosessissa tai tuloksissa. Tulos on kuitenkin hyvä muistutus ja kertaus tärkeästä asiasta.	
Miten kuvailisitte yhteistyötä opinnäytetyöntekijän/-tekijöiden kanssa? Yhteistyö on sujunut saumattomasti opinnäytetyöntekijöiden kanssa. He ovat ottaneet ohjauksen hyvin vastaan ja toteuttaneet opinnäytetyön tuotoksen sovitussa aikataulussa. Ja lopputulos oli hyvä ja käyttökelpoinen. Kiitos.	

Haluaisitteko jatkossakin tarjota opiskelijoillemme opinnäytetyön aiheita tai harjoittelupaikkoja? Miten haluaisitte kehittää yrityksenne/organisaationne ja Laurea-ammattikorkeakoulun yhteistyötä?  Ilman muuta haluamme jatkaa yhteistyötä tarjoamalla ja keskustelemalla opinnäytetöiden aiheista..	
--	--

Paikka ja päivämäärä	
Työelämän edustajan/arvioijan allekirjoitus	
Nimenselvennys	
Voitte palauttaa lomakkeen myös ilman allekirjoitusta sähköpostilla joko suoraan koulun ohjaajalle tai opinnäytetyöntekijälle, joka välittää viestin ohjaajalleen siten, että viestiketjusta näkyy allekirjoittajan sähköpostiosoite.	