



- OPINNÄYTETYÖ - YLEMPI AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

SAIRAANHOITAJIEN SUHTAUTUMINEN MIELEN- TERVEYDEN HÄIRIÖTÄ SAI- RASTAVIIN POTILAIISIIN SO- MAATTISESSA HOITOTYÖSSÄ

TEKIJÄ: **Tanja Kurki**

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma	
Työn tekijä(t) Tanja Kurki	
Työn nimi Hoitajien suhtautuminen mielenterveyden häiriötä sairastaviin potilaisiin somaattisessa hoitotyössä	
Päiväys 24.3.2017	Sivumäärä/Liitteet 49 / 2 sivua
Ohjaaja(t) Yliopettaja Sirkka-Liisa Halimaa	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t)	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Sairaanhoitajat saavat peruskoulutuksensa pohjalta laajan osaamisen hoitotyön eri osa-alueisiin ja kukin valmistunut sairaanhoitaja suuntautuu työskentelemään eri hoitotyön erikoisaloille. Etenkin erikoissairaanhoidossa erikoisalajaottelu korostuu, mutta hoidettava ihminen, potilas on kuitenkin kokonaisuus. Jokainen sairaanhoitajana työskentelevä kohtaa työssään potilaita, joilla on sekä somaattisia että mielenterveyden sairauksia. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata somaattisessa hoitotyössä toimivien sairaanhoitajien suhtautumista mielenterveydenhäiriötä sairastavaan potilaaseen. Tavoitteena on saada lisätietoa sairaanhoitajien osaamisesta mielenterveydenhäiriöistä, heidän kokemuksistaan potilaiden kohtaamisesta ja tunteista, joita mielenterveyspotilaan hoitaminen herättää. Tutkimuksessa tavoitteena on kartoittaa millaista koulutusta tai lisäosaamista sairaanhoitajat mahdollisesti tarvitsevat. Tutkimusaineisto kerättiin haastattelemalla 14 somaattisessa hoitotyössä Kuopion yliopistollisessa sairaalassa toimivaa sairaanhoitajaa. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.</p> <p>Tutkimustulosten mukaan sairaanhoitajien osaaminen mielenterveydenhäiriötä sairastavan potilaan hoitotyöstä pohjautui sairaanhoitajan peruskoulutuksessa hankittuun osaamiseen ja hoitajat kokivat osaamisensa ohuena ja monin paikoin riittämättömänä. Potilaiden kohtaaminen ja hoitaminen herätti hoitajissa monenlaisia tunteita, joista päälimmäisinä olivat erpävarmuudentunteet oman osaamisen suhteen, negatiiviset tunteet liittyen mielenterveydenhäiriöihin, mutta myös empaattiset tunteet. Sairaanhoitajien suhtautuminen mielenterveydenhäiriötä sairastavan potilaan hoitamiseen tapahtui somaattisen hoitotyön kautta. Hoitajat pohtivat somaattisen hoitamisen liittyviä rajoituksia ja mielenterveydenhäiriötä sairastavan potilaan kykyä itsensä hoitamiseen.</p> <p>Sairaanhoitajat toivoivat lisäkoulutusta vuorovaikutustaitoihin mielenterveydenhäiriötä sairastavan potilaan kohtaamisessa sekä teoriakoulutusta psykiatrisista sairauksista. Hoitajat kehittäisivät mielellään moniammatillista työskentelyä, jossa somaattista ja psykiatrista hoitotyötä yhdistettäisiin. Työnohjauksen saaminen koettiin myös kehittämiskohteeksi mielenterveyspotilaiden hoitamisessa. Tätä tutkimusta voisi hyödyntää somaattisessa hoitotyössä toimivien sairaanhoitajien osaamisen kehittämisessä.</p>	
Avainsanat: Mielenterveys, mielenterveyden häiriöt, leimautuminen, osaaminen, psykiatrisen hoitotyön osaaminen	

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Management and Development Education programme for Healthcare professionals			
Author(s) Tanja Kurki			
Title of Thesis Nurses attitudes in somatic health care toward people who has mental health disorders			
Date	24.3.2017	Pages/Appendices	49 / 2 pages
Supervisor(s) Sirkka-Liisa Halimaa			
Client Organisation /Partners			
<p>Abstract</p> <p>Nurses get wide knowledge about nursing when they graduate from their basic-education and everyone makes their own decision about where they want to work as a nurse. Especially in special health care segmentation by different specialities is highlighted but the patient is always a complete person. In everyday work nurses meet patients who have somatic and mental health problems.</p> <p>The purpose of the study was to describe how nurses in somatic healthcare react when they meet patient who has mental health disorders. Target of the study was to get more knowledge about nurses know-how about psychiatric nursing, their experiences when they have met mental health patients and their emotions what they feel when they take care of patient with mental health disorders. The purpose of the study was to find out what kind of further education nurses need. Research material was collected by interviewing 14 somatic care nurses in Kuopio University Hospital. They were interviewed in groups. The material was analysed by inductive content analysis.</p> <p>According to the research nurses know-how in psychiatric nursing was based on basic education in nursing school. Nurses experiences was that their knowledge about psychiatric nursing was thin and insufficient. Meeting patients with mental health disorders causes different kind of emotions, most common emotions were insecurity, also negative feelings and empathic feelings were reported. Nurses in somatic helath care wanted to take care of somatic problems not so much about mental health problems.</p> <p>Nurses hoped that they could have more education how to meet the patient who have from health disorders and they also need theoretical education about psychiatric diseases. Nurses would like to develop multiprofessional collaboration between somatic and psychiatric nursing. Nurses also want to have supervision of work when they work with mental health patients. To benefit this study would be to develop further education for nurses in somatic healthcare.</p>			
Keywords Mental health, mental health disorders, stigmatizing, know-how, know-how about psychiatric nursing			

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	6
2	MIELENTERVEYTEEN, MIELENTERVEYSHÄIRIÖIHIN JA MIELENTERVEYSHÄIRIÖIDEN HOITAMISEEN LIITTYVÄT KESKEISET KÄSITTEET	7
2.1	Mielenterveys	7
2.2	Mielenterveyden häiriöt	8
2.3	Mielenterveyshäiriötä sairastavien leimautuminen	10
3	SAIRAAHOITAJAN OSAAMINEN MIELENTERVEYSTYÖSSÄ JA POTILAAN KOHTAAMINEN	11
3.1	Henkilöstön osaaminen	13
3.2	Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen	15
3.3.1	Psykiatrisen hoitotyön osaaminen.....	18
4	TUTKIMUSONGELMA	21
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	21
5.1	Tutkimusmenetelmä ja aineiston hankinta	21
5.2	Aineiston hankinta	23
5.3	Aineiston analyysi	24
6	TUTKIMUSTULOKSET	26
6.1	Tulosten tarkastelua.....	26
6.1.1	Haastateltavien taustatiedot	26
6.1.2	Somaattisessa hoitotyössä työskentelevien sairaanhoitajien osaaminen mielenterveydenhoitotyössä	27
6.1.3	Mielenterveydenhäiriötä sairastavan potilaan tunnistaminen somaattisessa hoitotyössä ...	28
6.1.4	Somaattisessa hoitotyössä toimivien sairaanhoitajien suhtautuminen mielenterveydenhäiriötä sairastaviin potilaisiin	28
6.1.5	Ennako-oletukset mielenterveydenhäiriötä sairastavia potilaita kohtaan	29
6.1.6	Mielenterveydenhäiriötä sairastavan potilaan kohtaaminen somaattisessa hoitotyössä	32
6.1.7	Mielenterveydenhäiriötä sairastavan potilaan hoitajissa herättämät tunteet.....	35
6.1.8	Kehittäminen	38
6.1.9	Yhteenveto tutkimustuloksista.....	40
7	POHDINTA.....	42
7.1	Luotettavuus ja eettisyys.....	42
7.2	Oma oppiminen	44

LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT	46
LIITE 1: TEEMAHAASTATTELURUNKO	50
LIITE 2: SAATEKIRJE TUTKIMUKSEEN OSALLISTUVILLE.....	51

1 JOHDANTO

Mielenterveys on keskeinen osa ihmisen terveyttä. Maailman terveysjärjestö WHO määrittelee terveyden fyysiseksi, henkiseksi ja sosiaalseksi hyvinvoinniksi, ei pelkästään sairauden puuttumiseksi (World health organisation 2005, 16). Mielenterveysongelmat ovat Suomessa keskeisimpiä kansanterveysongelmia. Psykoosi- ja depressiolääkkeiden käyttö on lisääntynyt aikavälillä 1994 - 2013 ja Suomessa mielenterveyden ongelmat ovat yleisimpiä työkyvyttömyyden syitä. Vuonna 2013 Suomessa työvyttömyyseläkkeellä olevista 47,2 % oli työkyvyttömyyden syynä mielenterveysongelmat, masennushäiriö on Suomessa hyvin yleinen (THL 2015, 16).

Mielenterveyden häiriötä sairastavilla on usein somaattisia sairauksiakin runsaasti. Mielenterveyden häiriöt ovat yhteydessä useisiin epäedullisiin elämäntapoihin kuten tupakointiin, ylipainoon ja päihteiden käyttöön (Korkeila 2008). Näiden tietojen valossa on selvää, että jokainen terveydenhuoltoalalla työskentelevä hoitaja kohtaa päivittäin tai ainakin viikoittain mielenterveyden häiriötä sairastavan ihmisen. Psykiatriaan erikoistuneet hoitajat ymmärtävät potilaan psyykkisen oireilun, joka voi näyttäytyä hyvin monenlaisessa ilmiasussa. Myös muualla kuin psykiatrian kentällä hoitajat kohtavat mielenterveyden häiriötä sairastavia ihmisiä. Kuinka he suhtautuvat potilaaseen, jonka käyttäytymisestä, oireilusta tai diagnoosista ehkä näkyy mielenterveyden häiriö? Aromaan väitöstutkimus vuodelta 2011 osoittaa, että hoitotyöntekijöillä yleisesti on hyvin yhteneväinen suhtautuminen mielenterveyden häiriötä sairastaviin kuin perusväestöllä. Kohtaamiset ja kontaktit psyykkisiä häiriötä sairastaviin vähensi ihmisten leimaavia asenteita ja pelkoja sekä ennakkoluuloja mielenterveyden häiriötä sairastavia kohtaan (Aromaa 2011).

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää somaattisessa erikoissairaanhoidossa työskentelevien hoitajien suhtautumista mielenterveyden häiriötä sairastaviin potilaisiin. Tutkimuksen alussa kuvaan keskeisiä käsitteitä tutkimukseen liittyen. Tutkimus toteutetaan teemahaastattelun keinoin, ryhmähaastatteluina, haastattelut nauhoitetaan ja litteroidaan. Haastattelun pienryhmissä 14 somaattisessa sairaanhoidossa työskentelevää sairaanhoitajaa ja analysoin tulokset induktiivisella sisällönanalyysillä.

Tutkimuksen tuloksena kuvaan sairaanhoitajien ajatuksia ja suhtautumista mielenterveyden häiriötä sairastavia ihmisiä kohtaan. Tutkimukseni tulokset antavat lisätietoa sairaanhoitajien osaamisen laajuudesta ja mahdollisesta lisäkoulutuksen tarpeesta ja sen suuntaamisesta.

2 MIELENTERVEYTEEN, MIELENTERVEYSHÄIRIÖIHIN JA MIELENTERVEYSHÄIRIÖIDEN HOITAMISEEN LIITTYVÄT KESKEISET KÄSITTEET

Keskeisinä käsitteinä työssäni ovat mielenterveys, mielenterveyden häiriöt, leimautuminen, osaaminen, psykiatrinen osaaminen. Hoitotyöntekijät voivat koulutuksensa aikana valita suunnan ja painopistealueet, joihin he haluavat ammatissaan keskittyä. Kuitenkin hoitajan täytyy kohdata ihminen aina kokonaisena ihmisenä eikä vain keskittyä hoitamaan yhtä osaa ihmisestä tai keskittää huomioon annettuun diagnoosiin. Mielenterveyden häiriöiden tunteminen ja niihin ammatillisesti suhtautuminen tuo lisää osaamista hoitotyöntekijän osaamiskokonaisuuteen ja antaa valmiuksia kohdata ihminen sellaisena kuin hän on, empaattisesti ja avoimesti arvostaen.

2.1 Mielenterveys

Maailman terveysjärjestö WHO määrittelee terveyden fyysiseksi, henkiseksi ja sosiaalisesti hyvinvoinniksi, ei pelkästään sairauden puuttumiseksi. Mielenterveyden WHO määrittelee hyvinvoinnin tilaksi, jossa yksilön ymmärtää oman kyvykkyytensä, tulee toimeen elämän stressitekijöiden kanssa ja pystyy työskentelemään tuottavasti sekä tukemaan yhteisöään omalta osaltaan. Näin tiivistetään mielenterveys-käsitteen ydin useassa kulttuurissa ja yhteydessä. Mielenterveys ei ole staattinen tila vaan se muovautuu ja muuttuu läpi elämän ja ihmisten elämäkokemukset vaikuttavat mielenterveyden kokemukseen (World health organisation 2005, 16).

Mielenterveyshäiriöt ovat keskeisimpiä kansanterveysongelmia sekä kansainvälisesti että Suomessa. Mielenterveyshäiriöt ovat maailmanlaajuisesti lisääntyneet 37 % vuodesta 1990 vuoteen 2010 %. Suurin osa sairastuneista sairastaa masennusta, mutta yksilötasolla kuormittavimmaksi sairaudeksi nousevat psykoosisairaudet. Psykoosisairauksiin käytettävä lääkehoito on Suomessa lisääntynyt vuodesta 1995 vuoteen 2010 hieman, noin 0,3 prosenttiyksikköä, kun masennuslääkkeissä nouseva trendi kaikissa ikäryhmissä on ollut suurta. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013, 14.)

Vuodesta 1994 vuoteen 2013 ulottuvalla ajanjaksolla kaikissa ikäryhmissä masennuslääkkeistä saatujen KELA-korvausten määrä on noussut huomattavasti. Nuorissa nousu on ollut pienintä, noin kahden prosenttiyksikön verran. Työikäisessä aikuisväestössä suurinta masennuslääkkeiden käyttö on ollut vuonna 2011, jolloin 9,5 % 18-64-vuotiaista käytti masennuslääkkeitä. Yli 65 vuotta täyttäneistä vuonna 2011 masennuslääkkeitä käytti jopa 12 %. Suomessa työkyvyttömyyseläkkeellä oli mielenterveydellisistä tai käyttäytymisen häiriön syistä vuonna 2013 47,2 %. Tilastojen mukaan mielenterveydenhäiriön takia eläkettä saa yhä useampi, vaikka työkyvyttömyyseläkkeellä olevien määrä on kokonaisuudessaan vähentynyt (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013, 15.)

Mielenterveyttä ei voi määritellä psyykkisen sairauden puuttumiseksi vaan mielenterveys on keskeinen osa ihmisen terveyttä. WHO korostaa, että ei ole erikseen mielenterveyttä ja fyysistä terveyttä vaan ne ovat toisistaan riippuvaisia. Ne eivät esiinny erikseen. Vakavat somaattiset sairaudet lisäävät riskiä sairastua psyykkisesti ja psyykkisistä sairauksista kärsivillä on usein oheissairauksina so-

maattisia sairauksia. Elinympäristö ja sosiaalinen asema vaikuttavat mielenterveyteen myös (World health organisation 2005, 23).

Psykoanalyysin luoja, Sigmund Freud (1859-1939) määritteli mielenterveyden kyvyksi rakastaa ja tehdä työtä. Erik H. Erikson taas kuvasi mielenterveyttä todellisuudenmukaisena, ehjänä minäkuvaana. Erich Frommin määrittelyssä korostui luovuus ja itsensä toteuttaminen (Vilkko-Riihelä 1999, 549).

Mielenterveyden kehitys alkaa ihmiselämän ensihetkestä alkaen. Aluksi biologiset tekijät ovat korostetussa asemassa. Ravitsemus, turvallisuus, lämpö ja hygienia luovat pohjan, joita vuorovaikutukselliset ihmissuhteet täydentävät. Turvaa ja jatkuvuutta tarjoava varhainen vuorovaikutus vanhemman kanssa on elintärkeää lapselle, jotta hän voi saada kokemuksen ja käsityksen itsestään (Lindberg ym. 2015, 26). Kun ihmisen kehitys etenee, myös tarpeet ja niiden luonne vaihtelevat. Sosiaaliset suhteet ja ympäristötekijät alkavat vaikuttaa voimakkaammin. Biologia, psykologia ja sosiaaliset tekijät kulkevat läpi ihmiselämän vaikuttamassa mielenterveyteen ja sen kokemukseen. (Lehtonen & Lönnqvist 2001, 15).

Mielenterveyden luonne on muuttuva ja myös yksilöstä riippuvainen asia. Mielenterveyttä ei voi todeta laboratorikokein tai kuvantamismenetelmin vaan oleellinen tutkimustyökalu on keskustelu ja haastattelu. Hyvän mielenterveyden tunnusmerkkeinä voidaan pitää kykyä ihmissuhteisiin, rakkautteen ja vuorovaikutukseen sekä asianmukaiseen tunneilmaisuun. Tärkeää on myös kyky työntekoon, päivärytmiin ja sosiaaliseen osallistumiseen sekä oman elämän resurssien hallintaan. Vastoinkäymisten kohdatessa ihmisellä tulisi olla keinoja niiden kohtaamiseen ja hallintaan, tietynlainen joustavuus mieltä kuormittavissa tilanteissa. Ei voi unohtaa myöskään todellisuudentajua, jonka avulla ihminen pystyy erottelamaan todelliset kokemukset epätodellisista ja realiteettien rajat ovat pysyviä (Lehtonen & Lönnqvist 2001, 17)

2.2 Mielenterveyden häiriöt

Mielenterveyden häiriö on kattava käsite monille psykiatrisille sairauksille tai häiriötiloille, joiden vaikeusaste on vaihteleva. Psykkiset oireet ovat tavallisia ja kuuluvat jokaisen ihmisen elämään ajoittain. Häiriöksi ne muuttuvat silloin, kun ne alkavat vaikeuttaa elämää, heikentää toimintakykyä ja elämänlaatua. Normaaleja lieviä oireita, joita jokainen kohtaa on esimerkiksi levottomuus tai lievä ahdistus elämäntilanteen kuormittavuuden vaikutuksesta. Hetkelliset univaikeudet ovat myös tavallisia psyykkisiä reaktioita esimerkiksi stressiä aiheuttavaan työtilanteeseen (Lönnqvist, 2014). Raja terveen reaktion ja sairauden välillä on liukuva, mutta diagnooseihin on olemassa selkeät kriteerit, joiden perusteella voidaan todeta oireiden olevan kliinisesti merkitseviä. Silloin mielenterveyttä uhkaavien oireiden tulee haitata jokapäiväistä selviytymistä ja toimintakyvyn täytyy olla alentunut. (Lehtonen & Lönnqvist 2001, 13).

Psykiatriset sairaudet ovat laaja alue ja mielenterveydenhäiriöitä voidaan jaotella kansainvälisten häiriöluokitusten mukaisesti. Pääluokkia mielenterveydenhäiriöiden määrittelyssä on useita. Päihte-

den käyttöön liittyvät häiriöt luokitellaan omaksi häiriöryhmäkseen. Diagnoosiperusteisesti psykoottiset häiriötä luokitellaan omakseen ja ne sisältävät muun muassa erimuotoiset skitsofreniaryhmän sairaudet. Mielialahäiriötä ovat oma luokkansa, jonne mahtuvat masentuneisuuden eri muodot sekä esimerkiksi kaksisuuntainen mielialahäiriö. Omana luokkana on ahdistuneisuus-, stressiin liittyvät ja elimellisoireiset häiriöt, johon kuuluvat esimerkiksi pakko-oireinen häiriö, ahdistuneisuushäiriö ja dissosiativiset oireilut. Fysiologisiin häiriöihin ja ruumiillisiin tekijöihin liittyvät häiriöt sisältävät taas muun muassa syömishäiriösairaudet. Persoonallisuuden häiriötä on luokiteltu omaksi diagnoosiryhmäkseen. Lisäksi laaja-alaiset kehityshäiriöt että hyperkineettiset häiriöt, kuten ADHD ovat omina pääluokkina häiriöluokituksessa. Mielen terveyden häiriöluokitus sisältää siis valtavasti diagnooseja ja mielen terveyshäiriöiden kirjo onkin laaja ja moniselitteinen (Mielen terveystalo 2017.)

Psykiatrisia tautiluokituksia käytetään apuna mielen terveyshäiriöiden luokittelussa. Maailman terveysjärjestön ICD-luokitus on kehitetty vuonna 1948 ja Amerikan Psykiatryhdistys on kehittänyt oman DSM-järjestelmänsä vuonna 1980. Suomessa käytetään laajasti ICD-10 -luokitusta, joka sisältää psyykkisten häiriöiden diagnostiset kriteerit ja kuvauksen kunkin häiriön tyypillisistä piirteistä. Jokaisella diagnoosilla on myös oma numero- ja kirjainkoodinsa. (Lehtonen & Lönnqvist 2001, 35).

Mielen terveyden häiriö määritellään tautiluokituksissa psykologiseksi, behavioraaliseksi tai käyttäytymiseen merkittävästi vaikuttavaksi toiminnanvajaukseksi, joka ilmenee yksilöllä ja siihen voi liittyä kärsimystä. Mielen terveyden häiriöksi ei voi luokitella odotettavissa oleva reaktio, esim. surureaktio ja kulttuurilliset eroavaisuudet täytyy myös huomioida. ICD-10:n mukaan mielen terveyshäiriöt voidaan jakaa pääluokkiin, joihin kuuluu elimelliset aivo-oireyhtymät, myös lääkkeiden tai päihteiden aiheuttamat. Skitsofrenia ja skitsotyyppinen häiriö sekä harhaluuloisuushäiriö ovat merkittävä luokka. Mielialahäiriöt, joihin masennus ja kaksisuuntainen mielialahäiriökin kuuluvat sekä persoonallisuus- ja käytöshäiriöt ovat luokkina yleisiä. Lisäksi mainitaan fysiologisiin häiriöihin ja ruumiillisiin tekijöihin liittyvälle oirehdinalle oma luokka. Oma luokkansa on myös psyykkisen kehityksen häiriöille ja lapsuus- ja nuoruusiässä alkaville käytös- ja tunnehäiriöille (Lehtonen & Lönnqvist 2001, 37).

Mielen terveyden häiriötä sairastavilla on usein somaattisia sairauksia runsaasti. Mielen terveyden häiriöt ovat yhteydessä useisiin epäedullisiin elämäntapoihin kuten tupakointiin, ylipainoon ja päihteiden käyttöön. Tupakointi on yleisempää mielen terveyden häiriötä sairastavien keskuudessa kuin väestössä keskimäärin. Skitsofrenia potilaat tupakoivat enemmän kuin muita mielen terveyden häiriötä sairastavat (Korkeila 2008).

Päihteiden käyttö on myös muuta väestön yleisempää mielen terveyden häiriötä sairastavien keskuudessa. Etenkin ahdistuneisuus- ja mielialahäiriöistä sekä asosiaalisesta persoonallisuushäiriöstä kärsivien keskuudessa päihteiden käyttö on yleistä. Päihdeongelma mielen terveyden häiriön rinnalla vaikeuttaa hoitoa, heikentää ennustetta, lisää itsemurhariskiä ja hidastaa toipumista (Korkeila 2008). Etenkin antipsykoottiset lääkeaineet vaikuttavat epäedullisesti veren rasva- ja sokeriarvoihin. Metaboliset ongelmat sekä vähäinen liikunta nostavat helposti painoa ja ylipaino on todellinen ongelma mielen terveyshäiriötä sairastavien keskuudessa.

2.3 Mielenterveyshäiriötä sairastavien leimautuminen

Stigma eli leima on alkuperältään kreikkalainen termi. Antiikin Kreikassa jollakin tavoin saastuneille tai epätoivotuille yhteiskunnan jäsenille, kuten orjille ja rikollisille, tehtiin polttamalla tai viiltämällä näkyvä merkki, jonka perusteella muut pystyivät välttelemään heitä. Merkin avulla haluttiin nimenomaan erottaa nämä yksilöt muista ja korostaa heidän erilaisuuttaan. Stigmaan liittyi myös uhka sen tartuttavuudesta, joten nämä leimaa kantavat ihmiset tuli jättää huomiotta (Goffman, 1963, 11). Goffmanin mukaan stigmaan, leimaan läheisesti liittyviä käsitteitä ovat stereotyyppit ja yleistyksen. Hän kategorisoi leimaavia asioita kolmeen tyyppiin, fyysisiin tekijöihin, yksilöllisiin tekijöihin ja heimoihin liittyviin tekijöihin. Yksilöllisiin tekijöihin, jotka voivat ihmistä leimata hän lukee muun muassa heikon tahdon, epäluotettavuuden, jäykät uskomukset. Samaan kategoriaan kuuluvat mielenterveysongelmat, alkoholismi, vankilatausta, työttömyys ja homoseksuaalisuus. Nämä ihmiset kantavat epätoivottua stigmaa, merkkiä, jonka johdosta he eivät ole ”normaaleja” sosiaalisten määritelmien mukaisesti. Ihmiset eivät mielellään ole tekemisissä leimautuneiden ihmisten kanssa, välttelevät heitä ja kääntävät katseensa pois. Leimautumisen kohteeksi joutumiseen liittyy voimakkaasti häpeän tunne. (Goffman, 7).

Phelan ym. määrittivät stigman neljällä toisiinsa liittyvällä komponentilla, jossa ensimmäisenä löydetään merkkejä tai syitä, miksi joku ihminen erottuu merkitsevällä tavalla muista. Seuraavana valtaväestö leimaa määritelmien ihmiset, jotka ovat heidän ympäristöönsä epätoivotuja. Seuraavassa vaiheessa stigmatisoidut ihmiset tai yksilöt ovat eristetty omalle alueelleen. Neljännessä vaiheessa leimatut, stigmatisoidut yksilöt menettävät tasa-arvoisen asemansa muihin nähden ja tämä vaikuttaa heidän oikeuksiinsa politiikassa, taloudellisissa ja sosiaalisissa kysymyksissä (Yang, Phelan ym. 2004).

Useat tutkimukset osoittavat, että leimautuminen, stigmatisaatio, on yleisempää mielenterveyden häiriötä sairastavia kohtaan kuin fyysisiä sairauksia sairastavia kohtaan. Mielenterveyden häiriöistä masennusta sairastavat kohtaavat vähemmän leimaavia asenteita kuin skitsofreniaa sairastavat. Mielenterveysongelmat leimaavat ihmisiä, mutta niidenkin sisällä on omanlaisensa hierarkkinen järjestelmä, jossa skitsofreniaa sairastavat ovat eniten leimautuneita. Mielenterveyden häiriötä sairastavat joutuvat tulemaan toimeen monenlaisten kognitiivisten, psykologisten ja fyysistenkin oireiden kanssa, joita sairaus aiheuttaa. Tämän lisäksi he joutuvat kohtaamaan sosiaalista syrjintää, vaikeuksia saada töitä tai kouluttautua ja asumisjärjestelytkin voivat olla toisinaan ongelmallisia. Nämä tekijät saavat mielenterveyden häiriötä sairastavia ihmisiä välttelemään hoitoon hakeutumista, sillä he eivät halua erottautua muista ihmisistä ja tulla leimatuiksi ”mielenterveyspotilaaksi”. (Aromaa, 2011, 17).

Esa Aromaa teki vuonna 2011 väitöskirjan aiheesta asenteet mielenterveyshäiriötä sairastavia kohtaan. Hän tutki länsisuomalaisten leimaavia asenteita masentuneita kohtaan sekä tekijöitä, joilla leimaamista voitaisiin vähentää. Enemmistö tutkimukseen osallistuneista ei pitänyt masennusta ihmisten omana syynä, mutta asennoitoivat kuitenkin niin, että ihminen on itse vastuullinen omasta toimimisestaan. Tutkimuksessa paljastui vastaajien liittävän monia negatiivisia asioita masennusta sairastaviin ihmisiin. Naiset suhtautuivat vähemmän leimaavasti kuin miehet, korkea koulutus ja ruotsia

äidinkielenään puhuvat suhtautuivat myös positiivisemmin mielenterveysongelmia sairastaviin ihmisiin. Tutkimuksessa todettiin myös, että vastaajien omat kokemukset masennuksesta, joko itse tai lähipiirin sairastamina, vähensi leimaavaa suhtautumista mielenterveysongelmiin (Aromaa, 2011, 43). Irlantilaisen tutkimuksen mukaan korkea koulutus, urbaani asumisympäristö ja korkeampi ikä vaikuttivat stigmaa vähentävästi. Opiskelijat suhtautuivat mielenterveysongelmiin negatiivisemmin, kuin työikäiset (O'Keefe ym. 2015).

Aromaa toteaa väitöskirjassaan, että on riittämätöntä kampanjoida teemalla ”masennus on todellinen sairaus” vaan mukaan tulee liittää tietoa ja ymmärrystä siitä, että masennus ei ole itse aiheutettua ja siitä ei tarvitse selviytyä itsekseen. On mahdollista ja hyödyllistä hakea apua sairauteensa. Aromaamielestä asennemuokkausta tulisi kohdentaa etenkin miehiin ja sellaisiin ihmisiin, joilla ei ole ollut kosketusta mielenterveyden häiriötä sairastaviin. Kontaktit mielenterveyden häiriötä sairastaviin ihmisiin vähentää tutkimuksen mukaan leimaavaa ja syyllistävästä asennoitumista (Aromaa, 2011, 43).

Belgiassa tehtiin vuonna 2014 tutkimus stigamasta hoitotyöntekijöiden näkökulmasta (Sercu ym. 2014). Siinä tutkittiin vaikuttaako stigma mielenterveyden hoitotyön ammattilaisten identiteettiin. Tutkimuksessa todettiin, että mielenterveyden hoitotyössä sairaanhoitajien ammatillinen identiteetti on epämääräisempi kuin yleissairaanhoitajien ja länsimaissa on yleistä negatiivinen asennoituminen mielenterveystyössä toimivia sairaanhoitajia kohtaan. Negatiivinen asennoituminen näkyy myös sairaanhoitajaopiskelijoiden suhtautumisessa. Tutkimuksen mukaan psykiatrisia sairaanhoitajia pidetään neuroottisina, tehottomina ja ammatitaidottomina ja he joutuvat kohtaamaan naureskelua ja vitsailua, kun he kertovat, missä työskentelevät (Sercu ym. 2015).

Sercun ym. tutkimuksen päätelmät olivat, että mielenterveyden hoitotyössä toimivat sairaanhoitajat kohtasivat potilaat empaattisesti, yksilöllisesti, holistisesti ja arvostavasti. Hoitajille oli tärkeää vähentää potilaiden kokemaa leimautumista ja he näkivät potilaat kokonaisina ihmisinä, ei diagnoosin kautta. Etenkin lievempiä mielenterveyden häiriöitä sairastavien kohdalla tämä pyrkimys oli vahva. Sairaanhoitajien etsiessä etenkin uran alussa ammatillista identiteettiään, on tärkeää kiinnittää huomiota stigmatisaatioon, jotta välttyään ennakkoluuloiselta suhtautumiselta. Tämä on tärkeää huomioida myös sairaanhoitajaopiskelijoiden keskuudessa (Sercu ym. 2014).

3 SAIRAANHOITAJAN OSAAMINEN MIELENTERVEYSTYÖSSÄ JA POTILAAN KOHTAAMINEN

Ninni Ihalainen-Tamlander tutki pro gradu- opinnäytteessään vuonna 2015 länsisuomalaisilla terveysasemilla toimivien sairaanhoitajien asenteita mielenterveysasiakkaita kohtaan. Ihalainen-Tamlanderin määrällinen tutkimus osoitti, että perusterveydenhuollossa työskentelevät sairaanhoitajat suhtautuivat empaattisesti mielenterveyden häiriöitä sairastaviin ihmisiin, mutta kannattivat myös pakkoa hoitoon sitoutumisessa. Iäkkäämmät sairaanhoitajat ja psykiatrista lisäosaamista hankkineet hoitajat suhtautuivat ennakkoluulottomammin mielenterveyden häiriöitä sairastaviin asiakkaisiin ja he myös pitivät tätä asiakasryhmää vähemmän pelottavana ja vaarallisena. Ihalainen-Tamlander toteaa myös, että perusterveydenhuollon hoitajille tarvitaan lisäosaamista mielenterveyden häiriöitä

sairastavan ihmisen kohtaamisessa, tämä on tärkeää leiman vähentämiseksi sekä sairastuneen että omaisten osalta (Ihalainen-Tamlander, 2015).

Aromaan väitöskirjassa nousee esiin mielenterveysongelmia sairastavien ihmisten häpeä, pelko leimautumisesta ja syrjinnästä. Aromaan mukaan vain kolmasosa masennusta sairastavista saa hoitoa sairauteensa ja hän pyrki väitöstutkimuksessaan selvittämään mitkä tekijät liittyvät mielenterveyshäiriöiden liian vähäiseen hoitamiseen. Aromaan tutkimuksessa, kuten myös Ihalainen-Tamlanderin (2015) tuli esille, että jos ihmisellä on kokemusta mielenterveydenhäiriöistä, omalta kohdaltaan tai ammatillisesti, suhtautuminen mielenterveyden häiriötä sairastaviin potilaisiin on positiivista ja ymmärtävää (Aromaa 2011). Yhdysvaltalaisen tutkimuksen tulokset osoittivat myös, että ihmiset, joilla on kokemusta mielenterveysongelmista suhtautuvat myönteisemmin ihmisiin, jotka sairastavat mielenterveyden häiriötä. Mielenterveyden ammattilaisista vanhemmat ja kokeneemmat työntekijät suhtautuivat positiivisemmin kuin kokemattomimmat, mutta ammattilaiset suhtautuivat kautta linjan myönteisemmin kuin valtaväestö. Tutkimuksessa ehdotetaan, että mielenterveystyön ammattilaisten asenteisiin tulisi pyrkiä vaikuttamaan heidän ensimmäisinä työvuosinaan, jolloin asenteet ovat varautuneempia kuin kokeneimmilla työntekijöillä. Demografisista tekijöistä positiivisin suhtautuminen amerikkalaisista oli nuorehkoilla, naisilla, valkoihoisilla ja koulututetulla kansanosalla (Stuber ym 2014).

Chambers ym. tutkivat vuonna 2010 viiden eurooppalaisen maan hoitajien asenteita mielenterveydenhäiriötä sairastavia kohtaan ja saivat tuloksiksi yhteneväisiä päätelmiä edellä mainittujen kanssa. Päätelmistä keskeisimpänä oli, että hoitajat suhtautuivat pääsääntöisesti myönteisesti mielenterveyden häiriötä sairastaviin, naishoitajat oli mieshoitajiin verrattuna positiivisempi suhtautuminen. Liettiläiset hoitajat suhtautuivat negatiivisimmin, itäisessä Euroopassa yleisesti suhtaudutaan mielenterveyden häiriöihin leimaavasti ja pelonsekaisesti. Suomalaisilla, italialaisilla ja irlantilaisilla oli hyvin samantyylinen asennoituminen mielenterveyden häiriötä sairastavia kohtaan. Myös heidän tutkimuksensa osoitti, että iältään vanhemmat hoitajat suhtautuivat myönteisemmin kuin nuoremmat hoitajat (Chambers ym. 2010). On saatu tutkimustuloksia, joissa todetaan, että hoitajat, jotka toimivat psykiatrisessa työssä suhtautuvat avoimemmin ja myönteisemmin mielenterveyden häiriötä sairastaviin potilaisiin kuin somaattisessa hoitotyössä työskentelevät hoitajat (Björkman ym. 2008). Somaattisessa hoitotyössä hoitajat suhtautuivat skitsofreniaa sairastaviin potilaisiin negatiivisemmin pitäen potilaita vaarallisina ja arvaamattomina. (Björkman ym. 2008).

Bennett ja Stennett tutkivat jamaikalaisien kolmannen vuoden sairaanhoitajaopiskelijoiden asenteita mielenterveyshäiriötä sairastavia potilaita kohtaan. Sairaanhoitajaopiskelijat asennoituivat negatiivisesti mielenterveyden häiriötä sairastavia potilaita kohtaan. He pitivät potilaita vaarallisina, yhteiskunnallisena riskitekijänä, kylminä (cold-hearted) ja likaisina (dirty). Sairaanhoitajaopiskelijat ajattelivat, että väkivalta on usein seurausta mielenterveysongelmista. Opiskelijat pitivät potilaita myös lapsenomaisina (child-like) ja epäkypsinä. Tutkimuksessa nostetaan esiin myös, että sairaanhoitajaopiskelijoiden negatiivinen asennoituminen vaikuttaa heidän uravalintaansa hoitajaksi valmistuttuaan. Mielenterveyspotilaiden hoitaminen oli vähiten haluttu työkenttä sairaanhoitajaksi valmistumisen jälkeen (Bennett & Stennett 2015).

Svediene ym. tutki vuonna 2009 somaattisilla osastoilla toimivien hoitajien osaamista ja pätevyyttä mielenterveyspotilaiden hoidossa. Tutkimus toteutettiin Klaipedan sairaalassa osastoilla, joissa usein käytettiin psykiatrista konsultaatiota. Tuloksissa tuli ilmi, että somaattisilla osastoilla psykiatrinen osaaminen ei ollut hyvällä tasolla, hoitajat eivät osanneet toimia psykiatrisen hoitamisen periaatteiden mukaisesti ja hoitajilla oli konflikteja potilaiden kanssa. Positiivista oli, että suurin osa hoitajista (75-84 %) suhtautui myönteisesti mielenterveyden häiriötä sairastaviin potilaisiin (Svediene ym 2009).

Australiassa tutkittiin hoitajien asenteita hoitaa mielenterveyden häiriötä sairastavia potilaita yleissairaalassa. Australiassa etenkin maaseudulla mielenterveyspalvelut ovat rajoitetusti saatavilla ja hoitajien mahdollisuus kouluttautua on rajattua. Reed ja Fitzgerald haastattelivat kahden osaston hoitajia, joista toisen osaston hoitajat saivat koulutusta ja apua psykiatriselta hoitajalta. Hoitajien asenteet liittyivät erottamattomasti hoitajien kykyihin hoitaa mielenterveyden häiriötä sairastavia potilaita. Selkeää vastentahtoisuutta hoitaa mielenterveyden häiriötä sairastavia potilaita osoittivat hoitajat, jotka ajattelivat, että ei ole heidän roolinsa mukaista hoitaa näitä potilaita. Osa hoitajista raportoi pelkoa, joka aiheutti potilaiden välttelemistä. Ne hoitajat, jotka saivat koulutusta ja tukea mielenterveyden hoitotyöstä, pitivät potilaiden hoitamista miellyttävänä, innostuttavana ja auttoi heitä näkemään hoitotyön kokonaisvaltaisena. Psykiatrisen hoitajan tuki ja koulutus auttoi hoitajia voittamaan pelkonsa ja tarjoamaan hyvää hoitoa mielenterveyden häiriötä sairastaville potilaille (Reed & Fitzgerald 2005).

3.1 Henkilöstön osaaminen

Yksilöiden osaaminen on organisaatioiden yksi tärkeimmistä pääomista. Monelle organisaatiolle ihmisten hallussa oleva tieto on strateginen kilpailutekijä ja arvo, jonka pohjalle kaikki toiminta rakentuu. Näin on etenkin terveys- ja hoiva-alan organisaatioissa, joissa toiminnan laatu on sidoksissa yksilöiden osaamiseen. Organisaation osaaminen koostuu siis yksilöiden osaamisesta, ei ole olemassa organisaation osaamista ilman yksilöiden sinne tuomaa osaamista. Jokainen organisaatio määrittelee lähtökohdat, joiden avulla se aikoo päästä päämääriinsä ja suunniteltuihin tavoitteisiinsa. Voidaan puhua ydinkyvykkyyksistä tai strategisesta osaamisesta, joka tapauksessa kyse on niistä osaamisen alueista, joissa ei tingitä ja joihin panostetaan (Viitala, 2013, 173).

Organisaatiot joutuvat vastaamaan muuttuviin tilanteisiin alati vaihtuvassa yhteiskunnallisessa tilanteessa. Organisaatioiden on kyettävä uudistumaan ja kehittymään jatkuvasti, jotta sen toiminta voi jatkua. Tästä prosessista puhutaan organisaation oppimisesta, jota voidaan hahmottaa eri tasoin: yksilön, ryhmän, organisaation ja verkoston tasolla. Yksilön oppiminen on aina lähtökohta, mutta yhden ihmisen oppiminen ei vielä riitä muuttamaan osaamisen tasoa vaan tarvitaan ryhmän osaamisen kehittymistä. Ryhmän osaamisen kasvaminen voi mahdollistaa toiminnan muuttamista uudelleenlaiseksi, se voi muuttaa organisaatiokulttuuria ja toimintamalleja. Organisaatiolla on yhteinen muisti, omanlainen toimintakulttuuri, joka on tulosta organisaation tavasta toimia vuosien saatossa, se on

osa organisaation oppimista. Organisaation muistin ilmenemismuotoja ovat muun muassa yhteiset uskomukset, normit, käyttäytymismallit, arvot, kertomukset ja rutiinit (Viitala, 2013, 172).

Organisaatioiden sisällä oppiminen on sosiaalinen tapahtuma. Organisaatioiden ja sen sisällä piennempien yksiköiden toimiminen vaatii usean ihmisen toimimista saman tavoitteen aikaansaamiseksi ja tämä ohjaa yksilöitä ryhmäoppimisen suuntaan. Ryhmässä voidaan hyödyntää yksilöllistä osaamista yhteisen päämäärän saavuttamiseksi, jolloin aikaansaadaan laadullisia hyötyjä (Viitala, 2013, 176). Ryhmän oppiminen vaatii dialogia, joka on olettamusten, mielipiteiden ja tiedon tutkimista, aktiivista kuuntelua, pyrkimystä ymmärtää muiden muiden näkökulmia ja oman kokemuksen kriittistä tarkastelua ja kyseenalaistamista. Ryhmän osaaminen tulisi siirtyä organisaation tason osaamiseksi, jolloin osaaminen muuttuu toimintajärjestelmiksi, rakenteiksi ja tuotteiksi, erilaisiksi konkreettisiksi tuotoksiksi (Viitala, 2013, 178).

Yksilötasolla osaaminen on perusta, jonka varassa hän tekee työtään, onnistuu siinä ja vaikuttaa näin työyhteisössään. Osaaminen määrittää yksilön asemaa työyhteisössä ja uuden oppiminen tuo ihmiselle mielihyvää ja lisää motivaatiota. Työviihtyvyyttä ja työhyvinvointia koskevissa tutkimuksissa on todettu, että ihminen viihtyy työssään sitä paremmin, mitä enemmän hän voi kokea oppivansa uutta ja saa kokea olevansa tarpeellinen työyhteisössään (Työterveyslaitos, 2016). Osaaminen näkyy toiminnan kautta ja eroaa tietämisestä siinä, että tietoa todella sovelletaan käytäntöön. Teoreettinen tietopohja on tärkeää, mutta sitä täytyy osata käyttää käytännön työssä eteen tulevissa tilanteissa. Asiantuntijuus on tieteellisen tiedon hallintaa käytäntöön soveltamisen näkökulmasta. Osaaminen on oppimisprosessin tulos, johon liittyy myös vanhasta poisoppiminen, siten, että vanhat, haitalliset uskomukset tai toimintatavat eivät ohjaa käyttäytymistä (Sydänmaalakka, 2009, 150).

Työelämässä tarvitaan monenlaista osaamista ja sitä on kuvattu muun muassa työelämäkvalifikaatio-käsitteen avulla. Työelämäkvalifikaatiot ovat valmiuksia, joita ihmiset tarvitsevat työssään onnistuakseen. Kyseessä voi olla valmiuksia, jotka ovat kehittyneet työssä oppien, kouluttautumalla, harrastusten kautta. Ne voivat olla myös ihmisen persoonallisia ominaisuuksia. Yleisiä, normatiivisia kvalifikaatioita ovat työelämässä yleisesti tarvittavat ominaisuudet, kuten paineensietokyky, sopeutumiskyky ja päätöksentekokyky. Näitä tarvitaan ammattialasta riippumatta. Ammattikohtaisten kvalifikaatioiden ytimen muodostaa substanssiosaaminen, joka on tietyllä ammattialalla tyypillistä, sisällöllistä osaamista. Esimerkiksi hoitotyöntekijän substanssiosaamista on lääkehoidon osaaminen tai potilasohjaus (Viitala, 2013, 180).

Osaamiseen keskeisesti liittyvänä tekijänä on ihmisen asennoituminen ja motivaatio. Asenne on pysyvämpi kuin motivaatio, joka vaihtelee tilannekohtaisesti ja siihen vaikuttaa ulkoiset tekijät yleensä helpommin kuin asenteeseen (Viitala, 2013, 181). Motivaatio on ihmisen sisäinen tila, johon voi sisältyä erilaisia motiiveja. Ihmisen toiminta on aina motivoitua eli sillä on aina jokin päämäärä. Motivaatio on psyykkisen toiminnan keskeinen alue ja motiivit ovat läheisessä yhteydessä tunteisiin. Kun halutaan selvittää, miksi ihminen tekee jotakin, mikä häntä motivoi, keskiössä on ihmisen omat tulkinnat asioiden tärkeysjärjestyksestä. Motivaatio on suhteessa aina siihen ympäristöön, jossa ihminen kulloinkin toimii (Vilkkö-Riihelä, 1999, 496).

3.2 Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen

Asiantuntijuudella on tyypillistä osaamisen erikoistuminen. Hoitotyöntekijä voi erikoistua esimerkiksi ihotautien hoitotyöhön, jolloin hänen osaamisensa muuttuu spesifiksi erikoitumisensa suuntaan, mutta samalla se kaventaa osaamista ihmisen kokonaisuutta ajatellen. Yhteiskunnan ja ihmisten ongelmat monimutkaistuvat ja koskevat samalla useaa eri osa-aluetta elämässä, jolloin hoitotyöntekijöiltäkin vaaditaan laajaa ja holistista osaamista. Täytyy kyetä purkamaan erilaisia tiukkoja osaamisala-kriteeristöjä ja suuntautua ennemminkin monitieteisesti ja moniammatillisesti, jolloin näkemys ihmisen tilanteeseen on laaja ja koko ihminen tulee huomioitua (Iivanainen ym. 2004, 14).

Ammatillinen osaaminen voidaan määritellä sellaisten toimintojen ja tehtävien osaamiseksi, jotka ovat tyypillisiä alan työelämälle. Puhutaan myös substanssiosaamisesta. Ammatillinen osaaminen on ammattiteorian ja käytännön taitojen integroitunut kokonaisuus, jonka avulla pystytään ratkaisemaan työelämässä eteentulevat tilanteet. Ammatilliseen osaamiseen liittyy myös tunteet, kokemukset, hiljainen tieto ja ongelmanratkaisukyky, jotka auttavat selviytymään käytännön työssä esiintyvissä haasteissa (Iivanainen ym. 2004, 17) .

Terveydenhuollon työntekijöiden koulutuksessa painotetaan ammattihenkilöiden korkeatasoista osaamista, jolla voidaan vastata tämän hetken ja tulevaisuuden terveydenhuollon, terveyden edistämisen ja kuntoutuksen haasteisiin. Koulutuksen tavoitteena on saada terveydenhuollon henkilöstölle valmiudet toteuttaa yhdenvertaista ja potilasturvallista hoitotyötä nyt ja tulevaisuudessa (Opetusministeriö, 2006, 11).

Terveydenhuollon osaajalta edellytetään monikerroksista osaamista. Keskeisinä arvoina hoitotyössä ovat ihmisarvo, terveys, oikeudenmukaisuus, tasa-arvoisuus, vastuullisuus ja vapaus sekä oikeus kasvuun ja kehittymiseen. Terveysalan ammattilaisen on myös kyettävä jatkuvasti uudistumaan ja kehittämään omaa osaamistaan ja oman työyksikkönsä osaamista, oltava motivoitunut ja sitoutunut jatkuvaan kehittämiseen. Terveydenhuollossa osaaminen perustuu alati lisääntyvään teoreettiseen tietoon, käytännölliseen osaamisen soveltamiseen sekä vuorovaikutuksellisuuteen. Merkittävää on, että toiminnan on aina perustuttava näyttöön ja tutkittuun tietoon. Moniammatillisuuden hyödyntäminen on ensiarvoisen tärkeää terveydenhuollon käytännötyössä (Opetusministeriö, 2006, 11).

Hoitotyön asiantuntijat tukevat yksilöitä ja perheitä saavuttamaan ja ylläpitämään terveyttä muuttuvissa olosuhteissa ja toimivat tässä työssä eri toimintaympäristöissä. Hoitotyöntekijät kehittävät ja toteuttavat hoitoa, joka on terveyttä edistävää ja ylläpitävää, sairauksia ehkäisevää ja parantavaa sekä kuntouttavaa. Hoitotyöntekijän toimintaa ohjaavat hoitotyön arvot, eettiset periaatteet, säädökset ja ohjeet. Ammatillisen toiminnan lähtökohtana ovat kulloinkin voimassa oleva lainsäädäntö ja Suomen terveystoimittiset linjaukset (Opetusministeriö, 2006, 11).

Hoitotyöntekijän ammatillinen asiantuntijuus muodostuu useasta eri osa-alueesta, johon kuuluvat, eettinen toiminta, terveyden edistäminen, hoitotyön päätöksenteko, ohjaus ja opetus, yhteistyö, tutkimus- ja kehittämistyö sekä johtaminen, monikulttuurinen hoitotyö, yhteiskunnallinen toiminta, kliininen hoitotyö ja lääkehoito (Opetusministeriö, 2006, 64).

Suomessa sairaanhoitajia kouluttaa yli 20 ammattikorkeakoulua, joissa aloittaa noin 2400 opiskelijaa vuosittain. Näistä 70-80 % valmistuu sairaanhoitajiksi. Sairaanhoitajakoulutus kestää 3,5 vuotta ja sisältää 210 opintopisteen edestä opintoja. Opinnot koostuvat perus- ja ammattiopinnoista, vaihtoehtoisista ammattiopinnoista, ammattitaitoa edistävästä harjoittelusta, opinnäytetyöstä ja kypsyysnäytteestä sekä vapaasti valittavista opinnoista. Koulutus perustuu EU:n direktiiviin, jossa määritellään sairaanhoitajan osaamisen vähimmäisvaatimukset. Direktiivin mukaan koulutuksessa tulee olla vähintään 180 opintopistettä, jotta voi toimia yleissairaanhoitajana. Suomalainen tutkinto on 30 opintopistettä laajempi, kuin Euroopan parlamentin ja neuvoston uudistunut ammattipätevyysdirektiivi vaatii (Erikson ym, 2015, 13).

Sairaanhoitajan ammatti on säännelty eli sen täytyy täyttää tietyt lainsäädännölliset vaatimukset. Sosiaali- ja terveydenhuollon lupaviraston Valvira myöntää sairaanhoitajakoulutuksen hyväksytysti suorittaneille luvan käyttää sairaanhoitaja-nimikettä ja harjoittaa ammattia (Erikson ym., 2015, 14).

Sairaanhoitajan ammatillinen vähimmäisosaaminen muodostuu seuraavista alueista: asiakaslähtöisyys, hoitotyön eettisyys ja ammatillisuus, johtaminen ja yrittäjäyys, kliininen hoitotyö, näyttöön perustuva toiminta ja päätöksenteko, ohjaus- ja opetusosaaminen, terveyden ja toimintakyvyn edistäminen, sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristö sekä sosiaali- ja terveystalouden laatu ja turvallisuus (Erikson ym, 2015, 35).

Asiakaslähtöisyys osa-alueessa sairaanhoitaja toimii yhteistyössä asiakkaan tai potilaan kanssa ja ymmärtää hänen olevansa oman elämänsä asiantuntija. Sairaanhoitaja näkee potilaan tai asiakkaan voimavarat ja pystyy tukemaan häntä sekä lähiverkostoa hoitoon liittyvissä asioissa. Sairaanhoitaja osaa kohdata erilaiset ihmiset ja ei kulttuurista taustaa olevat ihmiset tasa-arvoisesti ja kunnioittaen ja ymmärtää ihmisen elämänsä historia tekijät, jotka vaikuttavat hoitoon. Kohtaaminen ja vuorovaikutus on ammatillista ja hoidollista (Erikson ym, 2015, 36).

Hoitotyön eettisyys ja ammatillisuus on kaiken hoitotyön perusta. Sairaanhoitajan on tunnettava hoitotyön arvot ja eettiset periaatteet ja toimittava niiden mukaisesti. Hoitotyötä ohjaava lainsäädäntö ja eettiset normistot on paitsi tunnettava, niiden toteutumista täytyy myös arvioida, kuinka ne toteutuvat käytännössä ja näkyvät omassa toiminnassa. Sairaanhoitajan ammatillisuus ja hoitotyön asiantuntijuus kuuluvat tähän osa-alueeseen. Sairaanhoitaja osaa toimia erilaisissa työryhmissä oman alansa edustajana ja hänellä on ammatillinen identiteetti sekä hän arvostaa kollegoitaan ja heidän työtään (Erikson ym, 2015, 37).

Johtaminen ja yrittäjäyys osa-alueeseen kuuluu johtamistaidot, sosiaali- ja terveysalan työyhteisötaitot sekä sairaanhoitajan työ ja urakehitys. Sairaanhoitaja ymmärtää johtamisen merkityksen hoito-

työssä ja pystyy toimimaan tiimin vastuuhenkilönä. Johtamisosa-alueeseen kuuluu itsensä johtaminen ja oman työn organisointi sekä potilaan hoidon koordinointi. Sairaanhoidaja on sisäistänyt sisäisen yrittäjyyden käsitteen ja toimii päivittäisessä työssään kustannustietoisesti ja taloudellisesti (Erikson ym, 2015, 38).

Suuri osa sairaanhoidajan ammatillista osaamista on kliinisen hoitotyön osaaminen. Kliinisen hoitotyöosa-alueeseen kuuluvat kaikelle toiminnalle yhteiset alueet, kuten anatomia ja fysiologia, infektioiden torjunta, lääkehoito ja ravitsemus. Lisäksi sairaanhoidaja osaa toteuttaa eri erikoisalojen mukaisista osaamista syventyen siihen erikoisalaan, jossa työskentelee. Erikoisaloja ovat muun muassa sisätaudit, kirurgia, lapset ja nuoret, psykiatria, gerontologia sekä akuutti hoitotyö. Näissä kaikissa erikoisaloissa työskennellessään sairaanhoidaja huomioi potilaan kokonaisuutena, hoitaen ihmistä eikä vain sairautta. Kuitenkin jokaiseen erikoisalaan kuuluu omia erityispiirteitään, joita erikoisala painottaa. Kaikissa erikoisaloissa sairaanhoidaja toteuttaa potilaslähtöistä hoitotyötä, lääkehoitoa, käyttää erilaisia auttamismenetelmiä ja huomioi myös potilaan verkostoa (Erikson ym, 2015, 40).

Sairaanhoidajien työ hoitotyön ammattilaisina perustuu tutkittuun tietoon eli hoitotyö perustuu näyttöön. Näyttöön perustuva hoitotyö on teoriaperusteista, tutkimustietoon nojaavaa ja tutkitun tiedon täsmällistä käyttöä suunniteltaessa potilaan tai potilasryhmien hoitamista tai hoidollista päätöksentekoa. Potilaan tarpeet ja toiveet huomioidaan hoidon suunnittelussa. Näyttöön perustuva hoitotyö lähtee liikkeelle käytännön hoitotyöstä ja sen tavoitteena on löytää potilaalle paras mahdollinen hoito erilaisia, perusteltuja hoitovaihtoehtoja käyttäen. Hoitotyön auttamismenetelmien tulee perustua tutkittuun tietoon (French, 1999, 72-78). Sairaanhoidajan työskennellessä näyttöön perustuvan hoitotyön mukaisesti hän pystyy käyttämään hoitotieteellistä ja muidenkin tieteidenalojen tuottamaa tieteellistä tietoa päätöksenteon pohjana ja kykenee arvioimaan omaa toimintaansa kriittisesti. Sairaanhoidaja osaa lukea tieteellisiä julkaisuja kriittisesti arvioiden sekä hyödyntää tieteellistä tietoa hoitotyön kehittämisessä (Erikson ym, 2015, 42).

Sairaanhoidajan ammatilliseen osaamiseen kuuluu opetus- ja ohjausosaaminen. Sairaanhoidaja ymmärtää ohjauksen ja opetuksen filosofiset, eettiset ja pedagogiset lähtökohdat ja niiden merkityksen toteuttaessaan ohjausta ja opetusta. Sairaanhoidaja hallitsee ohjauksen ja opetuksen työmenetelmänä eri konteksteissa. Hoitaja ohjaa sekä potilasta, omaisia että kollegojaan, mentorointi ja perehdyttäminen kuuluvat opetus- ja ohjausosaamiseen. Ohjauksessa ja opettamisessa sairaanhoidaja käyttää ja hyödyntää tarkoituksenmukaisesti niiden tueksi laadittuja materiaaleja sekä tuottaa uutta materiaalia (Erikson ym, 2015, 43).

Terveyden edistäminen tulisi omaksua hoitotyön lähtökohdaksi. Sosiaali- ja terveysministeriö linjaa, että terveyden edistäminen on yhteiskunnan kaikkien sektoreiden yhteinen asia, ei pelkästään terveydenhuollon. Terveydenhuollon ammattilaiset ovat kuitenkin tekemässä ja edistämässä ruohonjuuritason päätöksiä ohjatessaan ja kohdatessaan potilaita ja asiakkaita. Erveyttä ja hyvinvointia edistävillä toimenpiteillä vaikutetaan suoraan keskeisiin kansansairauksien syihin, ja näin hillitään kustannuksia, jotka seuraavat terveydenhuollon palveluista, sairauspoissaoloista ja varhaisesta eläköitymisestä (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2016).

Sairaanhoitajan ammatillisessa osaamisessa terveyden edistämisellä on keskeinen sija. Sairaanhoitaja tuntee terveyden edistämisen terveystieteellisen ohjauksen ja arvoperustan, lait ja eettiset periaatteet sekä osaa toimia niiden mukaisesti. Väestötasolla sairaanhoitaja osaa arvioida väestön terveydentilaa ja siihen liittyviä tekijöitä ja kykenee tunnistamaan kansanterveysongelmiin vaikuttavia tekijöitä. Käytännön hoitotyössä sairaanhoitaja toteuttaa ja arvioi terveyteen ja toimintakykyyn vaikuttavia interventioita sekä arvioi niiden vaikuttavuutta (Erikson ym, 2015, 44).

Sairaanhoitaja tuntee sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristön. Hoitaja ymmärtää palvelujärjestelmän ja palveluiden tuottamistavat sekä vastuut ja hän ohjaa potilaita tarkoituksenmukaisten palveluiden piiriin. Teknologiaosaaminen kuuluu myös toimintaympäristöosaamiseen (Erikson ym, 2015, 45).

Monet terveydenhuollon organisaatiot käyttävät jotakin urakehitysmallia tai ohjelmaa tukiessaan ja suunnitellessaan hoitotyöntekijöiden kehittymistä kliinisessä työssä. Suosittu malli on Patricia Bennerin kehittämä aloittelijasta asiantuntijaksi –malli, jossa on viisi porrasta. Ammatissa kehitytään viiden askeleen kautta aloittelija kautta edistenyksi aloittelijaksi, siitä päteväksi, jonka jälkeen taitavaksi ja viimein asiantuntijaksi. Mallissa kuvataan sairaanhoitajan toimintaa seitsemällä hoitotyön osaamisalueella: auttaminen, opettaminen ja ohjaaminen, diagnoosi ja tarkkailutehtävät, nopeasti muuttuvien tilanteiden hallinta, hoitotoimenpiteiden ja hoito-ohjelmien hallinta, terveydenhuollon laaduntarkkailu- ja kehittäminen sekä organisatoriset ja työrooliin liittyvät taidot (Suikkala ym. 2004,7.)

Sirpa Tuomi toteaa väitöskirjassaan, että sairaanhoitajan kompetenssia on tutkimuksissa tarkasteltu monista eri näkökulmista sekä koulutuksen tuottamana osaamisena että työssä olevien sairaanhoitajien itsearvioimana osaamisena. Yhteistä näille kaikille on, että kliininen hoitotyö on keskeisin osaamisalue sairaanhoitajilla, toiseksi keskeisin on vuorovaikutus- ja yhteistyöosaaminen sekä potilaan kanssa että moniammatillisessa tiimityössä. Näiden jälkeen tulee sairaanhoitajien eettinen osaaminen, johtaminen ja terveyden edistäminen (Tuomi 2008, 33).

3.3.1 Psykiatrisen hoitotyön osaaminen

Psykiatrisen hoitajan tulee tuntee lakiperusta, jonka pohjalta mielenterveystyötä tehdään. Mielenterveystyön lähtökohtana on mielenterveyslaki, jossa mielenterveystyön määritellään olevan ”yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveydenhäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä” (Mielenterveyslaki 1990, 1 §). Lisäksi mielenterveystyöhön kuuluu väestön elinolosuhteiden kehittäminen siten, että mielenterveyshäiriöiden syntyä ehkäistään ennalta, edistetään mielenterveystyötä sekä tuetaan mielenterveyspalvelujen järjestämistä (Mielenterveyslaki 1990).

Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa valtakunnallisesta mielenterveystyön suunnittelusta, ohjauksesta ja valvonnasta. Mielenterveyspalveluihin kuuluvat ohjaus, neuvonta ja tarpeenmukainen psy-

kososiaalinen tuki, kriisitilanteiden psykososiaalinen tuki, mielenterveyden häiriöiden tutkimus, hoito ja kuntoutus. Kunnan sosiaali- ja terveydenhuolto vastaa mielenterveyspalveluiden järjestämisestä. Mielenterveystyötä ja palveluiden järjestämistä ohjaa terveydenhuoltolaki 1326/2010 ja mielenterveyslaki 1116/199. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015).

Koivisto määrittelee väitöskirjassaan humanistista psykiatrista hoitotyötä ihmisten auttamiseksi ja hoitamiseksi perustuen ihmisten ainutlaatuisista kokemuksista sairauteen ja terveyteen liittyen ja niiden merkityksestä omaan elämäänsä. Hoitotyössä kaikessa on pyrkimys potilaan kanssa vastavuoroisuuteen ja hänen itsekokemuksensa lisääntymiseen. Hoitotyö arvostaa ihmistä kokonaisuutena ja hänen yksilöllisyyttään arvostetaan ja hänen tilanteensa ymmärretään yksilöhistoriallisen ja situationaalisen merkityshistorian kautta (Koivisto 2003, 62).

Psykiatrisessa hoitotyössä potilasta hoidetaan yhteistyössä potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Psykkisiä sairauksia hoidettaessa hoidon tavoitteena on, että potilas saa apua kärsimyksensä ja kykenee jälleen hyödyntämään voimavarojaan elämänsä eri osa-alueilla (Lindberg ym, 2015, 13). Psykiatrisessa hoitotyössä potilaan auttamiseksi erilaisilla terapeuttisilla menetelmillä on merkittävä osuus. Terapeuttisia menetelmiä on erilaisin painotuksin, esimerkiksi perhe-, yksilö-, yhteisö- ja ryhmämenetelmät. Menetelmien käyttö edellyttää niiden käyttäjältä erillisen koulutuksen, sairaanhoitajan peruskoulutus ei niihin anna valmiuksia (Koivisto 2003, 26).

Hyvään psykiatriseen hoitoon sekä avo- että laitoshoidossa kuuluu ajantasainen hoitosuunnitelma. Heti hoidon tarpeen arvioinnista lähtien ja hoitoa aloitettaessa laaditaan potilaalle hoitosuunnitelma. Hoitosuunnitelmassa on oleellista erottaa mitä on tehtävä välittömästi ja mitä tehdään myöhemmin. Hoitosuunnitelmasta käy ilmi hoidon tarve, tavoitteet ja aikataulutus sekä työnjako ja vastuut. Hoitosuunnitelmaa päivitetään jatkuvasti hoidon edetessä (Lönngqvist, 2001, 33).

Useiden Käypä hoito –suositusten mukaisesti hyvään mielenterveyshäiriön hoitoon kuuluu psykoterapeuttinen hoito. Psykoterapeuttiset menetelmät ovat vuorovaikutukseen perustuvia, ammatillisia ja tavoitteellisia menetelmiä. Hoitosuhdetyö on oleellinen osa kuntouttavaa psykiatrista työtä. Hoitosuhteessa vuorovaikutuksessa hoitavan henkilön kanssa pyritään laajentamaan potilaan itsetuntemusta, lisäämään hänen valmiuksiaan tunteiden tunnistamiseen ja kohtaamiseen ja luomaan luottamuksellinen, merkityksellinen ihmissuhde potilaalle. Keskeisenä vaikuttavana tekijänä on havaittu olevan työntekijän ja potilaan luottamuksellinen ja terapeuttinen vuorovaikutus, jossa potilaan kanssa yhdessä pyritään psyykkisen toimintakyvyn kohenemiseen ja oireiden lievittymiseen (Lindberg ym. 2015, 12).

Psykoterapiasuuntauksia on useita ja kaikilla psykoterapiamuodoilla on havaittu olevan yhteisiä, tuloksellisuuteen vaikuttavia tekijöitä. Näistä tekijöistä keskeisin on terapeuttinen vuorovaikutus ja yhteistyösuhde. Muita havaittuja tekijöitä ovat hoitavan henkilön kyky hallita perusosaaminen psykologisesta käsitejärjestelmästä, kyky vahvistaa potilaan myönteisiä odotuksia ja aktiivista osallistumista hoitoprosessiin, edistää luottamuksen tunnetta, tarjota empatiaa ja antaa tukea, jäsentää potilaan elämäntilannetta ja lisätä hänen itsehavaintakykyään (Lindberg ym. 2015, 13).

Psykoedukaatio on psykoterapeuttinen ja opetuksellinen menetelmä, jota käytetään etenkin psykoosiin sairastuneiden potilaiden kanssa työskennellessä. Sillä on vahva tutkimuksellinen näyttö ja Skitsofrenian Käypä hoito – suosituksessa todetaan, että sen tulisi kuulua aina skitsofreniapotilaan hyvään hoitoon ja kuntoutukseen. Psykoedukaatio on tiedon jakamista sairaudesta, sen oireista, hoidosta ja kuntoutumisesta sekä sairastuneille, mutta myös heidän omaisilleen. Vaikuttavimmaksi on todettu nimenomaan psykoedukaatio, jossa otetaan mukaan potilaan perhe ja lähiverkosto (Skitsofrenian käypä hoito –suositus 2008). Psykoedukaation avulla pyritään vähentämään sairauden aiheuttamaa stigmaa, auttamaan potilasta ja läheisiä ymmärtämään sairauteen mahdollisesti johtaneita syitä ja kuinka sen etenemiseen voi vaikuttaa (Kieseppä & Oksanen 2013, 129).

Nina Kilku (2008, 66) kuvaa väitöskirjassaan, jonka aihe oli potilasopetus ensipsykoosin hoidossa, kuinka merkittävää potilaalle ja omaisille on kohtaamisen kokemus. Kohtaamisen kokemus määrittää sen miten toipuminen edistyy, kuinka luottamus itseen palautuu ja toivo paremmasta vahvistuu. Onnistunut kohtaaminen vaatii luottamusta ja sen rakentuminen on sensitiivinen tapahtuma. Hoidon alkuvaiheesta lähtien on tärkeää paneutua kohtaamiseen ja luottamuksen rakentumiseen, jotta potilas voi edetä hoidossaan ja ymmärtää sairauttaan paremmin. Hoidon alkuvaiheessa, jolloin potilas on usein psyykkisesti huonokuntoisessa tilassa turvallisuudentunteen luominen ja potilaan yksilöllisen sisäisen eheyden saavuttaminen vaatii hoitajilta erilaisia interventioita. Potilaan mieli saattaa olla kaoottinen ja sekava, jolloin jatkuva turvallisuuden ja kunnioituksen viestittäminen mahdollistaa sen, että potilaat saavuttavat sisäisen eheyden kokemusta. Hoitajien toiminnassa korostuvat tällöin hoitajien läsnäolo, seuranta, vakuuttelu turvasta, aktiivisuus ja yhdessäolo (Koivisto 2003, 59).

Luottamus itseen, hoitajaan ja palvelujärjestelmään auttaa potilasta sitoutumaan omaan hoitoonsa tulevaisuudessakin. Tämä seikka on ensiarvoisen tärkeää psykoosisairauteen sairastuneen kohdalla. Vastaavasti kohtamattomuuden kokemukset vaikuttavat potilaaseen tulevaisuudessakin luoden epävarmuutta, - luottamusta ja pettymystä (Kilku 2008, 66).

Mielenterveyden häiriöissä lääkehoito on keskeinen osa potilaan hyvää hoitoa. Etenkin vaikeissa mielenterveyden häiriöissä, kuten psykoosissa tai vaikea-asteisessa masennuksessa lääkehoito on välttämätöntä. Potilaan oireita voidaan lisäksi pyrkiä lievittämään muidenkin biologisten hoitojen avulla, kuten ECT (eli sähkö-) -hoidon, magneettistimulaation tai valohoitojen avulla. (Lehtonen & Lönnqvist 2001, 604).

Hoitotyön ammattilaisen täytyy tuntea ja hallita erilaisia hoitomenetelmiä. Biologisten ja psykologisten menetelmien välinen ristiriita näyttää osittain olevan turhaa, sillä psyko-terapian on kuvantamistutkimusten menetelmien osoitettu olevan vaikuttavaa aivojen hermoverk-koihin. Muutoksia on kuvantamistutkimuksissa nähty aivojen limbisissä ja prefrontaalisissa rakenteissa ja niiden aineenvaihdunnassa. Lääkehoitoa usein tarvitaan siihen, että potilas kykenee asettumaan tutkimaan omaa käyttäytymistään ja tunteitaan. (Lindberg ym. 2015, 14). Esimerkiksi masennuksen Käypä hoito – suosituksessa korostetaan sekä hoitosuhteen että lääkehoidon tärkeyttä ja etenkin lievässä ja keskivaikeassa masennuksessa molemmat ovat yhtä tuloksellisia hoitomuotoja. Kaikista tehokkainta on

näiden kahden hoitomuodon yhteiskäyttö. Näytönastekatsaus on A eli siitä on vahvaa tutkimusnäyttöä. (Depression Käypä hoito – suositus, 2014).

Psykiatrisessa hoitotyössä hoitajat kokevat stressiä ja kuormittuneisuutta samoista asioista kuin yleensä työssä koetaan, kuten työntekijäresurssien niukkuudesta, potilaspaikkojen vähyydestä sairaalahoitossa, työn ja vapaa-ajan yhteensovittamisen vaikeudesta. Yleisten stressitekijöiden lisäksi psykiatrisessa hoitotyössä stressiä aiheuttaa väkivallan ja aggressiivisen käyttäytymisen mahdollisuus potilaiden ollessa akuutisti sairaita. Itsemurhamahdollisuuden huomioiminen ja itsemurhariskin arviointi koetaan myös henkisesti kuormittavana. Emotionaalinen turhautuminen aiheuttaa myös stressikokemusta (Currid 2008).

Psykiatriseen hoitotyöhön kuuluu työnohjaus. Mielenterveyslaki ja –asetus edellyttävät mielenterveyspalvelujen tuottajilta toimivaa työnohjausjärjestelmää ja velvoittavat työnohjauksen olevan sisällöltään sellaista, että se edistää henkilöstön valmiuksia antaa tarvittavia mielenterveyspalveluita. Työnohjaus on oleellinen osa psykiatrista hoitotyötä ja koko uran kestäväää ammatillista oppimista ja kehittämistyötä. Työnohjauksessa pyritään työnohjattavan ja –ohjaajan välisen ymmärryksen etsimiseen keskustelun kautta sekä ohjattavan oman havainnan kehittämistä ja reflektiota. Psykiatriassa työnohjauksella on merkittävä vaikutus työstä nousevan tunnekuorman vähentämisessä ja etsittäessä rakentavia tapoja tunteiden käsittelemisessä. (Lindberg ym, 2015, 126).

Työnohjauksen tehtävänä on turvata perustehtävän tekeminen eli potilaan hoitaminen ilman työnte-koä häiritsevää tunnetaakkaa. Tunnetaakan kertyminen ja siirtyminen työyhteisöön ja potilaan hoitamiseen aiheuttaa negatiivisia ilmiöitä työryhmässä ja vaikeuttaa perustehtävän hoitamista. Työnohjauksessa tavoitteena on käsitellä tunnekuormaa rakentavalla tavalla ja tällöin perustehtävä eli potilaan hyvä hoitaminen pysyy pääasosassa jokapäiväisessä työssä. (Lindberg ym, 2015, 131).

4 TUTKIMUSONGELMA

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää somaattisessa erikoissairaanhoidossa toimivien sairaanhoitajien suhtautumista, kun he kohtaavat työssään mielenterveyden häiriötä sairastavan potilaan.

Tutkimusongelmana on, kuinka sairaanhoitajat suhtautuvat työssään kohtaamiinsa mielenterveyden häiriötä sairastaviin potilaisiin.

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

5.1 Tutkimusmenetelmä ja aineiston hankinta

Tämä opinnäytetyö on luonteeltaan kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus, jonka tarkoituksena on kuvata erikoissairaanhoidossa työskentelevien sairaanhoitajien suhtautumista mielenterveyden häiriötä sairastaviin potilaisiin, joita he kohtaavat päivittäisessä työssään.

Laadullisen tutkimuksen suhde teoriapohjaan on mielenkiintoinen. Laadullisessa tutkimuksessa ei useinkaan testata teorian paikkaansapitävyyttä vaan tutkimus on aineistolähtöinen, jolloin aineistosta nousee pikku hiljaa käsitteitä, joilla tutkittavaa ilmiötä kuvataan. Tutkimuksen tekijällä on silti tiedossaan taustateoriaa aineistoa käsitellessään ja analysoidessaan, joten se ohjaa tutkimuksen kulkua. Tutkimuksen tekijällä on kiinnostus tiettyihin teoriasta nouseviin näkökohtiin ja aineiston käsitteellistämisen toivotaan tuovan lisäinformaatiota ja uutta teoriaa tarkasteltavasta ilmiöstä. Tutkijaa kiinnostaa tutkittavien antamat merkitykset tutkittavalle ilmiölle. (Valli & Aaltola, 2015, 78). Induktiivisessa päättelyssä havaintoja tehdään yksittäistapauksista, joita yhdistetään laajemmiksi kokonaisuuksiksi. (Kylmä & Juvakka, 2007, 23).

Tutkimusmenetelmänä on teemahaastattelu, joka toteutettiin Kuopion yliopistollisen sairaalan somaattisessa hoitotyössä työskentelevälle sairaanhoitajalle. Haastateltavat sairaanhoitajat eivät voi olla psykiatrisen hoitotyön ammattilaisia, koska tarkoituksena on selvittää muiden erikoisalojen kuin psykiatriaan erikoituneiden hoitajien suhtautumista mielenterveyden häiriötä sairastaviin potilaisiin. Haastateltavien valinnassa tärkeä kriteeri on, että haastateltavilla on omakohtaista kokemusta mielenterveyden häiriötä sairastavista potilaista. Tämä kriteeri nostetaan esille saatekirjeessä, joka laaditaan haastateltavien hankkimiseksi. Haastattelut toteutetaan ryhmähaastatteluina, kolmen – neljän henkilön ryhmissä. Haastattelut nauhoitetaan, litteroidaan ja analysoidaan sisällönanalyyysillä.

Haastattelua käytetään tutkimusmenetelmänä silloin, kun halutaan tietää haastateltavan ajatuksia, käsityksiä, kokemuksia ja tunteita. Haastattelun avulla pyritään keräämään aineisto, jonka pohjalta voidaan tehdä tutkittavaa ilmiötä koskevia päätelmiä. Haastattelu on päämäärähakuista toimintaa, joka tähtää informaation keräämiseen. Haastattelija on etukäteen paneutunut aiheeseen ja tavoitteena on, että haastattelija saa tutkimusongelmaansa luotettavaa tietoa. Haastattelussa ollaan suorassa kielellisessä vuorovaikutuksessa haastateltavan kanssa, jolloin tiedonhankintaa voidaan suunnata itse haastattelutilanteessa. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 42). Tutkimukseni tutkimusmenetelmäksi valitsin haastattelun siksi, koska haastattelun avulla tutkittavat voivat tuoda itseään ja näkemyksiään esille vapaammin kuin strukturoitua runkoa käyttäen. Haastattelun avulla on mahdollista saada syvempää tietoa tutkittavien suhtautumisesta ja asenteista.

Teemahaastattelussa haastattelu kohdennetaan ennalta mietittyihin teemoihin, joista tutkija ja tutkittava keskustelevat. Teemahaastattelussa ei ole väliä, missä järjestyksessä teemoja käsitellään vaan se, että kaikkiin teemoihin on tutkittavien mahdollista antaa vastaus (Vilkkä 2015, 124). Teemahaastattelun keskeinen ajatus on, että kaikkia yksilön ajatuksia, asenteita, mielipiteitä ja tunteita voidaan tutkia teemahaastattelun avulla. Jokainen yksilö antaa oman merkityksensä kokemalleen asialla ja näiden merkitysten tutkiminen on teemahaastattelun tarkoitus. Teemahaastattelu on niin sanottu puolistrukturoitu haastattelu. Se eroaa strukturoidusta haastattelusta siinä, että teemahaastattelussa ei ole tarkkaan mietittyjä kysymyksiä, jotka tutkittavilta kysytään. Teemahaastattelussa on nimensä mukaisesti kuitenkin päätetty yhteiset aihepiirit eli teema-alueet, jonka pohjalta haastattelu etenee (Hirsjärvi & Hurme 2008, 48).

Teemahaastattelut toteutetaan pienryhmissä, jossa on 3-4 osanottajaa. Ryhmähaastattelua voidaan pitää keskusteluna, jonka tavoite on vapaamuotoinen ja vuorovaikutus avointa. Ryhmämuotoisessa haastattelussa tutkittavat voivat kommentoida avoimesti ja spontaanisti ja he tuottavat näin monipuolista tietoa tutkittavasta aiheesta. Ryhmähaastattelun etuna on, että sen avulla saadaan nopeasti tietoa tutkittavasta ilmiöstä ja tutkittavien voi olla helpompaa suostua haastateltaviksi, kun he saavat ryhmästä tukea. Ryhmähaastattelun avulla on mahdollista saada moniulotteinen kuva tutkittavasta ilmiöstä, koska osallistujien toinen toistensa ajatusten kehittäminen luo uusia kerroksia haastateltavien kerrontaan (Kylmä & Juvakka 2007, 84).

Haasteena ryhmähaastattelussa on huomioida ryhmädynamiikan vaikutukset haastattelutilanteeseen. Ryhmädynamiikka ja valtahierarkia vaikuttavat siihen kuka puhuu ja minkä verran haastattelun aikana. Joskus osallistujille voi tulla paine vastata enemmistön mielipiteen mukaisesti. Tutkijan on osattava pyytää kaikkien tutkittavien kommentteja ja pitää haastattelu teemojen mukaisena (Hirsjärvi & Hurme 2008, 63).

Haastattelun teemat pohjautuivat kirjallisen teoriapohjan tuottamaan tietoon sairaanhoitajien suhtautumisesta mielenterveyden häiriötä sairastaviin potilaisiin. Teemoja valittaessa tutkimusongelman muistaminen on olennaista, sillä tutkimusongelma oikeuttaa erilaisten kysymysten tekemiseen haastattelutilanteessa (Aaltola & Valli 2007, 34.)

Tässä tutkimuksessa teemahaastattelurunko koostui neljästä teemasta ja niitä tarkentavista kysymyksistä, joiden avulla tutkimuskysymyksiin haettiin vastauksia (liite 1). Haastattelun alussa kysyttiin taustatietoja, joita olivat ikä, koulutustausta, työkokemus ja työnkuva. Ensimmäinen varsinaisen teema liittyi sairaanhoitajien kuvaamaan osaamiseen mielenterveyden hoitotyöstä. Toinen teema liittyi suhtautumiseen mielenterveyden häiriötä sairastavaan potilaaseen. Kolmantena teemana oli kohtaaminen mielenterveyden häiriötä sairastavan potilaan kanssa. Siinä selvitettiin millaista on kohdata ihminen, joka sairastaa mielenterveyden häiriötä ja millaisia tunteita kohtaaminen sairaanhoitajassa herättää. Neljäntenä teemana selvitettiin haastateltavien ajatuksia kehittämisestä; kuinka sairaanhoitajien osaamista tulisi kehittää hoidettaessa mielenterveyden häiriötä sairastavaa potilasta ja millaisia koulutustarpeita hoitajilla itsellään on.

5.2 Aineiston hankinta

Tutkimukseen osallistujat valitaan tarkoituksenmukaisuus-periaatteen mukaisesti eli valitut henkilöt tietävät kokemuksellisesti kattavasti tutkittavasta ilmiöstä. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään kuvaamaan millainen ilmiö on tutkimukseen osallistuvien mielestä ja näkökulmasta (Kylmä & Juvakka 2007, 59).

Osallistujiksi tutkimukseeni valitsen Kuopion yliopistollisen sairaalan somaattisten osastojen sairaanhoitajia. Tutkimusluvassa pyysin lupaa haastatella medisiinisen keskuksen sekä naistentautien sairaanhoitajia. Tutkimuslupa-anomuksen lähetin henkilöstöpäällikölle sekä hallintoylihoitajalle, jotka myönsivät tutkimusluvan.

Tutkimusluvan saatuani lähetin saatekirjeen ensin kahdeksan osaston osastonhoitajille, ja pyysin heitä välittämään tietoa tulevasta tutkimuksesta osaston sairaanhoitajille ja kartoittamaan mahdollisia tutkimukseen halukkaita haastateltavia. Samalla pyysin lupaa tulla haastattelemaan halukkaita sairaanhoitajia esimerkiksi osaston osastotunnille tai henkilökunnan yhteiselle ajalle.

Tavoitteena oli järjestää haastattelut hoitajien työajalla, sillä voisi olla merkitystä motivaatioon suosua haastateltavaksi. Mikäli haastattelut olisi jouduttu suorittamaan hoitajien vapaa-ajalla, olisi se saattanut karsia osallistujajoukkoa. Saatekirjeessä on lyhyesti kerrottu tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja käytännön toteutus. Lopussa on omat yhteystietoni, joiden avulla osallistujiksi haluavat voivat ottaa minuun yhteyttä.

Ensimmäisessä vaiheessa kahdelta osastolta löytyi haastateltavat ryhmät. Toisessa ryhmässä oli kolme hoitajaa ja toisessa neljä. Vastausajan päätyttyä lähetin muistutusviestin tutkimuksesta samoille osastonhoitajille, joille ensimmäisessä vaiheessakin sekä neljälle muulle osastonhoitajalle, joita en ollut vielä lähestynyt. Tämän jälkeen sain vielä kaksi ryhmää haastateltavia hoitajia, taas toisessa ryhmässä kolme hoitajaa ja toisessa neljä. Kaikkiaan ryhmähaastatteluihin osallistui 14 sairaanhoitajaa.

Haastattelut toteutettiin sairaanhoitajien työajalla heidän työskentely-yksiköissään. Haastattelujen kesto oli 50 - 70 minuuttia.

5.3 Aineiston analyysi

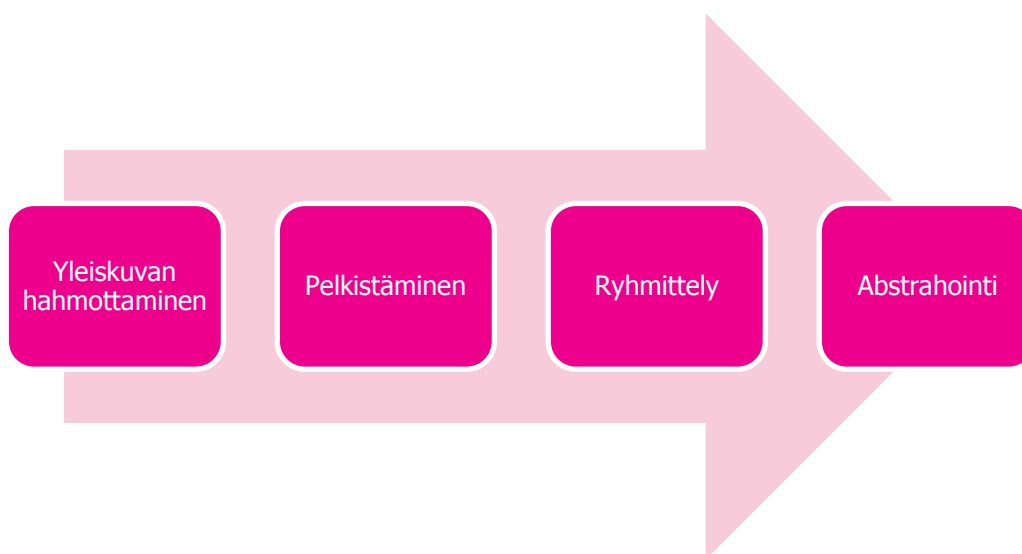
Laadullisessa tutkimuksessa aineisto koostuu sanoista, jotka täytyy saattaa tekstimuotoon, jotta niitä voi käsitellä ja analysoida. Kun aineisto on kerätty ja kirjoitettu tekstiksi se täytyy analysoida, jotta tutkimuksen tulokset saadaan näkyviin. Haastattelut nauhoitetaan ja haastattelujen jälkeen ne litteroidaan eli puretaan tekstinkäsittelyohjelmaa apuna käyttäen mahdollisimman pian. Aineistoa kirjoitettaessa pääsee samalla perehtymään kerättyyn aineistoon ja se tulee tutuksi (Kylmä & Juvakka 2007, 66.). Ryhmähaastattelut olivat kestoltaan 50-70 minuutin mittaisia. Yhden haastattelun purkaminen tekstimuotoon vei aikaa noin neljä tuntia.

Laadullisessa tutkimuksessa aineistoa tarkastellaan sen valossa, mitä se kertoo tutkittavasta ilmiöstä. Aineiston käsittelyn tarkoituksena on aineiston tiivistäminen ja abstraktiotason kohoaminen. Haastatteluaineiston analysoinnin jälkeen siitä on muodostunut tutkittavan ilmiön teoreettinen kuvaus (Kylmä & Juvakka 2007, 66.) Aineisto analysoidaan induktiivisen sisällönanalyysin keinoin eli luokitellaan tekstin sanoja ja ilmauksia niiden teoreettisen merkityksen perusteella. Induktiivinen sisällönanalyysi on aineistolähtöistä ja tässä tutkimuksessa valitsen induktiivisen sisällönanalyysin siksi, että tarkoituksena on saada selville, kuinka sairaanhoitajat suhtautuvat mielenterveyden häiriötä sairastavia potilaita kohdatessaan. Induktiivisessa sisällönanalyysissä on karkeasti jaoteltuna kolme vaihetta: aineiston redusointi eli pelkistäminen, aineiston klusterointi eli ryhmittely ja abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen (Tuomi & Sarajärvi, 2002, 111).

Analyysissa aineistosta pyritään tunnistamaan merkitysyksiköitä, tutkittavaa ilmiötä kuvaavia tekstin osia. Toisin sanoen aineistoa koodataan, jossa koodi on useimmiten sana, lause tai lyhyt fraasi eli merkitysyksikkö. Merkitysyksiköt ovat pohjana pelkistämiseksi, jossa merkitykselliset ilmaukset tiivistetään niin, että niiden olennainen sisältö tulee esiin. Pelkistämisen jälkeen pelkistettyjä ilmauksia vertaillaan ja etsitään sisällöllisesti samankaltaisia ilmauksiksi, jolloin ne voidaan yhdistellä samaan luokkaan. Yhdistämisen jälkeen luokat nimetään. Sisällönanalyysin kolmas vaihe on abstrahointi, jonka avulla saadaan vastaus tutkimusongelmaan (Kylmä & Juvakka 2007, 119.)

Tarkoituksena on, että aineisto kertoo somaattisen erikoissairaanhoidon sairaanhoitajien suhtautumisen tähän potilasryhmään. Analyysissa siis haetaan vastausta tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimusongelmaan. Aineistolta kysytään mitä tämä aineisto kertoo sairaanhoitajien suhtautumisesta mielenterveyden häiriötä sairastaviin potilaisiin.

Aineiston pelkistämisen aloitin heti litteroinnin valmiiksi saatuani. Aineiston pelkistämistä ohjaa tutkimuskysymykset, joiden mukaan koodasin tekstinkäsittelyohjelmaan kysymyksille olennaiset teemat (Tuomi & Sarajärvi, 2002, 112). Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä on neljä päävaihetta. Ne ovat aineiston yleiskuvan hahmottaminen, pelkistäminen, ryhmittely ja abstrahointi (Kylmä & Juvakka 2008, 116).



Haastattelujen litteroinnin jälkeen luin auki kirjoitetun aineiston läpi useaan kertaan, jotta se tuli tutuksi ja jotta pystyin hahmottamaan yleiskuvan koko aineistosta. Pelkistämisen aloitin tutkimuskysymysten pohjalta. Jokaisen tutkimuskysymyksen alle etsin aineistosta siihen liittyvät ilmaukset ja kirjoitin ne ranskalaisin viivoin tutkimuskysymysten alle. Analyysistä aineistosta etsitään merkitysyksiköitä, joita olivat yksittäiset sanat tai lausahdukset. Esimerkiksi kysymykseen miten suhtaudut mielenterveydenhäiriötä sairastavaan potilaaseen pelkistin ilmauksia muotoon "suhtaudun samalla tavalla kuin muihinkin potilaisiin" tai "haluan tukea mielenterveydenhäiriötä sairastavaa potilasta". Tavoitteena oli, että ilmausten todellinen ja olennainen sisältö säilyy. Aineiston alkuperäisilmauksia käytin

tutkimustulosten kuvaamisessa, jolloin ne kertovat haastateltujen todenmukaiset ajatukset kuvaavasti (Kylmä & Juvakka 2008, 117).

Sisällöllisesti samanlaiset pelkistetyt ilmaukset ryhmittelin samaan luokkaan. Etsin siis yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia haastateltujen vastauksista ja ryhmittelin ne omiksi luokikseen. Yhdistämisen jälkeen annoin luokille niitä kuvaavat nimet, joiden oli katettava kaikki sen alle tulevat pelkistetyt ilmaukset. Pelkistämisen ja ryhmittelyvaiheessa on mukana aineiston abstrahointia, jolloin aineistosta rakentuu kuvaus ja vastaus tutkimuksen tarkoitukseen ja tehtävään. Abstrahointivaiheessa samansisältöiset luokat yhdistetään, jolloin saadaan muodostettua yläluokat. Aineistosta rakentuu synteesi, jolloin yksittäisen haastattelun vastauksista rakentuu kuvaus ilmiöstä (Kylmä & Juvakka 2008, 119.)

Esimerkki 1.

Ote alkuperäishaastattelusta	Pelkistetty ilmaus	Ryhmittely luokaksi
...mikä tässä on hyvä vaihtoehto, mikä huono. Siinä semmosta epävarmuutta. Epävarmuuden tunne tulee ainakin....	Epävarmuus oman osaamisen riittävydestä	Epävarmuudentunteet
... teinkö jotakin väärin. Olisinko voinut toimia jotenkin toisin...	Epätietoisuus	

6 TUTKIMUSTULOKSET

6.1 Tulosten tarkastelua

Aineiston analyysin tuloksena muodostuivat vastaukset tutkimuskysymyksiin. Neljä pääluokkaa syntyi sairaanhoitajien vastauksista. Ne muodostuivat sairaanhoitajan osaamisesta, suhtautumisesta ja tunteista ja kehittymisen tarpeesta suhteessa mielenterveydenhäiriötä sairastaviin potilaisiin. Tutkimuksen luotettavuuden lisäämiseksi tulosten tarkasteluun on liitetty suoria lainauksia haastateltujen hoitajien vastauksista.

6.1.1 Haastateltavien taustatiedot

Ryhmähaastatteluihin osallistui yhteensä 14 sairaanhoitajaa, jotka työskentelivät somaattisessa erikoissairaanhoidossa Kuopion yliopistollisesta sairaalassa. Haastateltavia ryhmiä oli neljä, joista kahdessa oli neljä haastateltavaa ja kahdessa ryhmässä kolme haastateltavaa. Haastateltavien keski-ikä oli 38 vuotta. Kymmenellä sairaanhoitajalla oli ammattikorkeakoulutasoinen sairaanhoitajakoulutus, kahdella sairaanhoitajalla oli erikoissairaanhoitajan koulutus ja kahdella vanhamuotoinen sairaanhoitajakoulutus. Kahdella sairaanhoitajalla oli taustalla lähihoitajakoulutus ennen sairaanhoitajaksi kouluttautumista.

Työkokemusta sairaanhoitajilla oli kahdella hoitajalla alle viisi vuotta, kahdella hoitajalla 5-10 vuotta, yhdellä hoitajalla 10–15 vuotta ja viidellä sairaanhoitajalla oli yli 15 vuoden työkokemus sairaanhoitajan työstä. 14 haastateltavasta 11 sairaanhoitajaa oli työskennellyt ainoastaan somaattisessa hoitotyössä, kaksi haastateltavaa oli tehnyt yksittäisiä työvuoroja psykiatrialla ja yksi vastaaja oli työskennellyt kolme vuotta psykiatrisessa hoitotyössä ennen somaattisen hoitotyön alueella siirtymistään.

6.1.2 Somaattisessa hoitotyössä työskentelevien sairaanhoitajien osaaminen mielenterveydenhoitotyössä

Haastattelussa kartoitettiin sairaanhoitajien osaamista mielenterveydenhoitotyöstä. Haastateltavien vastaukset osaamisesta jaoltettiin kolmeen luokkaan, jotka ovat teoreettinen osaaminen sairaanhoitajan peruskoulutuksen pohjalta, työn tuomaa osaamista mielenterveyden hoitotyöstä ja lisäkoulutuksen tuomaa osaamista mielenterveyden hoitotyöstä.

Lähes kaikki vastaajat (N=13) painottivat osaamisensa olevan sairaanhoitajan peruskoulutuksen tuomaa osaamista mielenterveydenhoitotyöstä. Tämä osaaminen oli sekä teoriaopintojen että opiskeluaikojen harjoittelujen tuomaa osaamista. Työn tuomaa mielenterveydenhoitotyön osaamista kuvasi yhteensä seitsemän vastaajaa. Neljä vastaajaa kuvasi osaamista olevan vähän ja osaamisen karttuneen somaattisessa hoitotyössä hoidetuista mielenterveyden häiriötä sairastavista potilaista. Kolmen vastaajan osaaminen oli psykiatrisessa hoitotyössä työskentelyn kautta hankittua.

Lisäopintoja mielenterveydenhoitotyöstä oli hankkinut yksi vastaaja. Kolme vastaajaa kaipasi itselleen lisäosaamista mielenterveydenhoitotyöhön. He kuvasivat osaamistaan ohueksi ja pintapuoliseksi. Kolme vastaajaa ei kaivannut lisäosaamista mielenterveydenhoitotyöhön, koska he kokivat hoitovansa pääsääntöisesti vain potilaan sen hetkistä somaattista sairautta ja mielenterveydenhäiriön hoidon olevan muualla.

Haastateltavilta kysyttiin millaisia mielenterveydenhäiriöitä voi olla ja mikä heidän mielestään mielenterveydenhäiriötä sairastavan potilaan hoitamisessa on tärkeää. Häiriötä vastaajat luettelivat pääasiassa diagnoosien nimillä. Viisi vastaajaa mainitsi psykoosisairaudet, mukaan lukien skitsofrenian. Mielialahäiriöitä nimesi seitsemän vastaajaa, pääosin masennuksen ja kaksisuuntaisen mielialahäiriön. Yksi vastaaja nimesi persoonallisuushäiriöt. Usea vastaaja (N=4) totesi tietävän häiriöistä ne, joita sairaanhoitajan peruskoulutuksessa on opetettu.

Kysymykseen mikä mielenterveydenhäiriötä sairastavan potilaan hoitamisessa on tärkeää, vastaajista neljä totesi mielenterveydenhäiriön huomioimisen somaattisessa hoidossa olevan tärkeää. Keskustelemisen, ajan antamisen ja läsnäolon nimesi tärkeäksi kuusi vastaajaa.

”Ainakin sitä yrittää luoda sitä aikaa ja semmosta rauhallista, että potilas tuntee olevansa tärkeä. Ja sit et ihmisellä, on sillä hoitajalla aikaa sitä varten.”

Kahden vastaajan mielestä sääntöjen ja rajojen asettaminen sekä niistä kiinnipitäminen oli tärkeää mielenterveydenhäiriötä sairastavan potilaan hoitamisessa.

6.1.3 Mielenterveydenhäiriötä sairastavan potilaan tunnistaminen somaattisessa hoitotyössä

Sairaanhoitajat kuvasivat tunnistavansa mielenterveydenhäiriötä sairastavan potilaan hyvin moninai-
silla tavoilla. Suurin osa kuvasi tunnistavansa potilaat käyttäytymisen tai ulkonäön perusteella sekä
havainnoimalla potilasta.

*”No minä siitä käyttäytymisestä, että tulee ihan normitilanteissa hyökkäävä käytös tai tämmöstä,
niin silloin tulee mieleen, että täytyy olla jotakin, niin sitte mää tarkistan, että onko tällä, täytyy olla
jotakin taustalla, että ei normaalisti ihminen käyttäydy noin.”*

*”Kun siinä keskustellee potilaan kanssa, niin tavallaan niistä kysymyksistä tai ite esittää kysymyksiä
jotenkin että onko potilas ymmärtänyt sitä asiaa. Sitten jos jankataan sitä samaa asiaa monta ker-
taa. Et kyllä se tulee siinä sitten esille.”*

*”Kylläpä se ku juttelee sen potilaan kanssa vähä aikaa ja sitte jos se alkaa tuijottelemaan, kylläpä
sen siitä jo alkaa sitte hänen eleistä ja muista, niin äkkiä kyllä paljastuu, että ei ehkä taija olla ihan
kaikki kohillaan. Sitte ku menee kattomaan ja siitä sitte paljastuukin että ahaa, joo, tällähän olikin
sitte jotakin tämmöstä. Tai sitte on just tämmöinen masentunu ja se on tosi itkuherkkä semmonen,
että siitä potilaasta huomaa, että se pillahtaa itkuun herkkään.”*

Sairaanhoitajat mainitsivat mielenterveydenhäiriötä sairastavien potilaiden myös sitoutuvan somaatt-
tisen sairautensa hoitamiseen heikosti.

*”Näkyi ihan sellasessa yleisessä hyvinvoinnissa, että on niinku mieliala maassa, niin ei jaksa pitää
siitä itsensä hoitamisesta kiinni.”*

Hoitajat tunnistivat mielenterveydenhäiriötä lukemalla potilaan esitietoja, lähetteitä tai lääkitystietoja.

*”Ainakin diagnoosista, että ku luetaan taustatietoja, niin sitte siellä lukkee, että ainakin nyt viimes-
tään siitä sitte jos jotakin on todettu.”*

”Luet sieltä tekstistä, että on joku sairaus olemassa.”

Kolme haastateltavaa totesi, että mielenterveydenhäiriö ei näy potilaasta ulospäin.

6.1.4 Somaattisessa hoitotyössä toimivien sairaanhoitajien suhtautuminen mielenterveydenhäiriötä sairastaviin potilaisiin

Haastateltujen sairaanhoitajien suhtautuminen mielenterveydenhäiriötä sairastavaan potilaaseen
voidaan jaotella kolmeen ryhmään. Suurin osa hoitajista kuvasi, että he suhtautuvat mielentervey-
denhäiriötä sairastaviin potilaisiin samalla tavalla kuin muihinkin potilaisiin eikä mielenterveydenhäi-
riö korostu heidän hoitamisessaan erityisesti.

" Minun mielestä ei vaikuta mitenkään. että mehän nyt mennään huoneeseen ja hoidetaan."

" Samalla lailla ku kaikkiin muihinkin. Samalla lailla ne on potilaita ja tiedonjanoisia kuin muutkin."

Toinen ryhmä hoitajista suhtautui mielenkiinnolla mielenterveydenhäiriötä sairastavan potilaan hoitamiseen. Haastateltujen hoitajien mielestä hoitajan rauhallisella käyttäytymisellä, ennakoinnilla ja ajan antamisella on tärkeä merkitys, kun hoidetaan mielenterveydenhäiriötä sairastavaa potilasta. Keskustelun merkitystä painotti myös suurin osa tähän ryhmään kuuluvista hoitajista.

" Että ei ainakaan halua mitenkään sillä tavalla, että tietoisesti syrjiä eikä muuta tavallaan semmosta mittään leimaa tai päinvastoin ehkä aattellee, että sellanen on jotenkin vielä enemmän hädässä tai siis sellanen että tarvii sitä tukkee nimenomaan, että tulis mahdollisimman hyvin autetuksi."

Kolmas ryhmä suhtautui mielenterveydenhäiriötä sairastaviin potilaisiin varautuneesti tai piti heidän hoitamisestaan hankalana. Nämä hoitajat painottivat etäisyyden pitämistä potilaaseen ja sitä, että psyykkinen sairaus tulee olla hoitotasapainossa ennen somaattisen sairauden hoitamista.

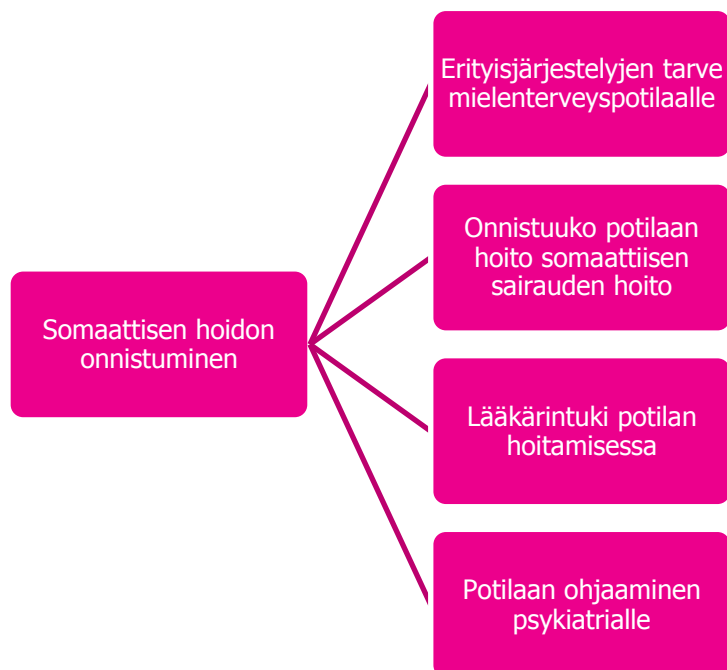
" Jäi siellä psykiatrialla semmonen negatiivinen kokemus, että en halunnu psykiatrian puolelle ollenkaan. "

"Joittenkin potilaitten kohdalla minä peitän nimeni."

" Mä nyt vaan yritän tehdä tätä työtäni tässä."

6.1.5 Ennakko-oletukset mielenterveydenhäiriötä sairastavia potilaita kohtaan

Hoitajilta kysyttiin haastattelussa millaisia ennakko-oletuksia heillä on mielenterveydenhäiriötä sairastavia potilaita kohtaan. Hoitajilla ilmenevät ennakko-oletukset voidaan jakaa kolmeen luokkaan.



Ensimmäisessä luokassa ovat hoitajien ennakkoon pohdinnat siitä, kuinka somaattisen sairauden hoito onnistuu, kun potilas sairastaa myös mielenterveydenhäiriötä. Hoitajat pohtivat käytännönjärjestelyjä osastolla ja mahdollisia erityisjärjestelyjen tarvetta, kun hoitoon tulee mielenterveydenhäiriötä sairastava potilas.

"Mikä meitä kiinnostaa on, että tarvitaanko meidän ryhtyä toimenpiteisiin, tarviiko meidän hommata joku omahoitaja. Sillonhan se on aika hässäkkä meidän osastolle. Sitten meidän pitää varautua, että saadaanko ketään."

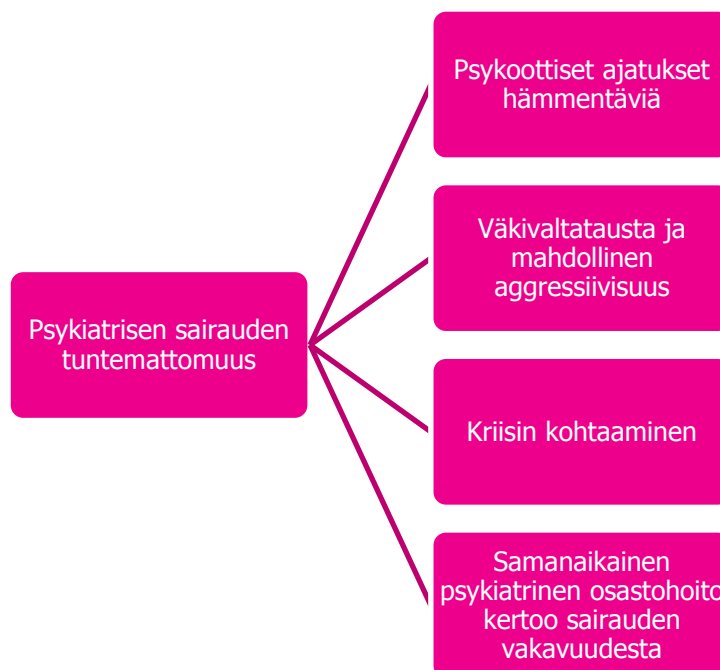
"No sijoittelussa joutuu miettimään kanssa, potilassijoittelun."

Neljäsosa haastatelluista hoitajista korosti lääkärintukea, joka heillä on jatkuvana käytössään. Lääkäriä konsultoitiiin potilaan psyykkisen voinnin huonontuessa ja tärkeänä koettiin, että myös psykiatriaan erikoituneeseen lääkäriin saatiin tarvittaessa yhteys.

"Joissakin tilanteissa on sitten esimerkiksi vaikka lääkäriltä pyydetty ihan tällöinen, että saman tien laittaavat jonkun lähetteen sitten, niin ihan suoraan psykan puolelle."

Etenkin poliklinikkatyössä hoitajat miettivät etukäteen potilaan kykyä ottaa vastaan ohjausta somaattisesti sairaudestaan, kun potilaalla on taustalla mielenterveydenhäiriö. Hoitajat kertoivat panostavansa ohjaukseen ja sen ydinasioiden esiintuomiseen perusteellisemmin mielenterveydenhäiriötä sairastavan potilaan kohdalla kuin muiden potilaiden kohdalla.

”Masentuneesta just että miten se kertaaminen ja kaikki semmonen, yksinkertaisesti jaksako se, jaksako keskittyä asian tämmösen muuhun sairauteen paneutua sitten niin riittävästi.”



Toisena luokkana hoitajien ennako-oletuksissa nousi esiin psykiatrisen sairauden tuntemattomuus hoitajille. Psykoottiset potilaan koettiin hämmentävinä, hoitajat eivät tieneet, miten psykoottiseen potilaaseen tulee suhtautua ja etenkin skitsofreniapotilaan kohtaaminen koettiin ennalta haasteellisena. Skitsofreniapotilaan kohtaamiseen liittyi myös ajatuksia, jotka ohjasivat hoitajan toimintaa, kuten alla olevassa lainauksessa tulee esille katsekontaktin merkitys potilaan kohtaamisessa.

”Semmonen ennakkoajatus, esimerkiksi just vaika skitsofreenikko, kyllä tavallaan, että se olis haasteellisempi se kohtaaminen. ”

”Jossakin oli, että skitsofreniapotilasta ei saa katsoa silmiin.”

Etukäteen hoitajia mietityttävä asia oli myös mielenterveydenhäiriötä sairastavan potilaan mahdollinen väkivaltaisuus, onko potilaalla taustaa väkivalta- tai häiriökäyttäytymisen osalta.

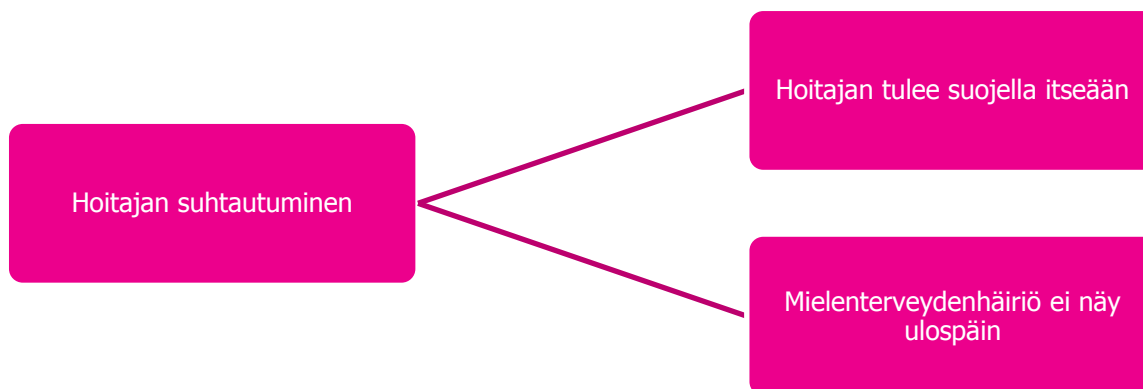
”Onko ollu mittään semmosta häiriökäyttäytymistä.”

”Pahasti oireileva potilas, että sieltä voi tulla jotakin muutakki että voi olla väkivaltaa tai jotaki muutakki, niin silloin minä en todellakkaa lähe, silloin ihan on viisainta lääkäriille jo käyä sanomassa.”

Potilaan ollessa samaan aikaan psykiatrisessa osastohoidossa psykiatrisessa sairaalassa se osan haastatelluista hoitajista mielessä merkitsi sitä, että potilaan psyykinen vointi on huono ja sairaus on hankala ja vakava. Hoitajat antoivat esimerkkejä psykiatrisessa osastohoidossa olevien potilaiden hoidon toteuttamisesta somaattisella osastolla ja he pitivät tärkeänä, turvallisuutta lisäävänä tekijänä, että potilaalla oli psykiatrian puolelta oma hoitaja mukana.

”Että mitä meilläkin on vaikka Niuvasta ollut potilaita niin heillähän on sieltä sitten omat hoitajat mukana. Yks tai joskus jopa kaksikin. Että siinäkin tilanteessa pystyy turvallisesti menemään, että siellä on asiantuntijat sitten paikalla tai jotka tuntee sen potilaan ehkä pitkältikin ajalta.”

”Sitä mieltää, että se on niinku hankalempi se sairaus, jos on sit potilaana tuolla psykiatrian puolella.”



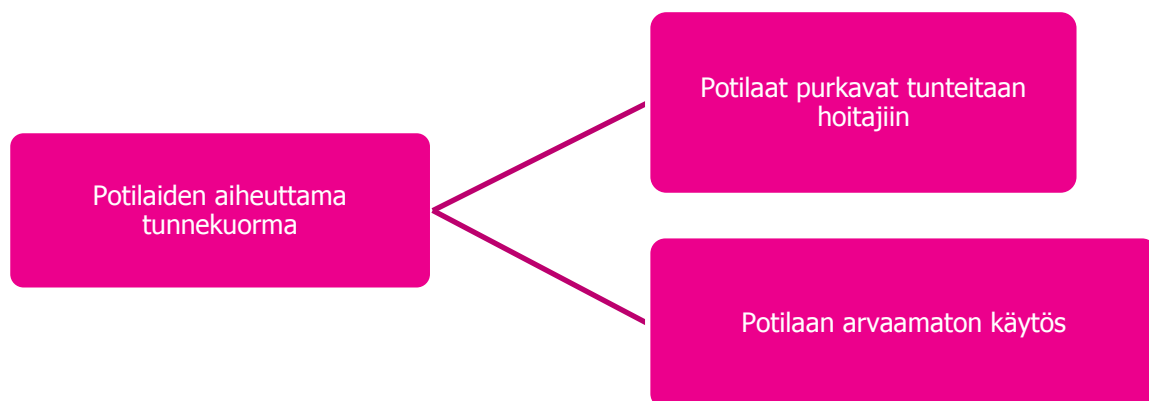
Kolmantena luokkana ennako-oletuksista oli hoitajan ammatillinen suhtautuminen potilaaseen. Hoitajat kuvasivat kuinka he haluavat olla erityisen hyvin valmistautuneita mennessään hoitamaan mielenterveydenhäiriötä sairastavaa potilasta. Hoitajat kuvasivat millaista heidän mielestään on ammatillinen käyttäytyminen kyseessä olevan potilasryhmän kanssa. Mainintoja sai rauhallinen ja kärsivällinen käytös ja potilaan yksityisyyden kunnioittaminen. Usea hoitaja sanoi, että välttämättä potilaat eivät halua heidän kanssaan keskustella mielenterveydenhäiriöstään.

Hoitajat toivat esille myös sen, että potilaasta ei aina näy hänen sairastamansa mielenterveydenhäiriö. Osa hoitajista pit häiriötä yleisinä eikä antanut niiden ohjata ajatteluaan.

6.1.6 Mielenterveydenhäiriötä sairastavan potilaan kohtaaminen somaattisessa hoitotyössä

Ryhmähaastatteluissa hoitajat kertoivat kohtaavansa somaattisessa hoitotyössä toimiessaan paljon mielenterveydenhäiriötä sairastavia potilaita. Hoitajat kuvasivat mielenterveydenhäiriötä sairastavan potilaan kohtaamisen olevan arkipäiväistä, osa kohtasi potilaita päivittäin, osa viikoittain. Kukaan ei kuvannut kohtaamisten olevan harvinaisia.

Hoitajilta kysyttiin millaisia kokemuksia heillä on mielenterveydenhäiriötä sairastavan potilaan hoitamisesta.



Ensimmäisenä luokkana hoitajat nostivat esiin mielenterveydenhäiriötä sairastavien potilaiden aiheuttama tunnekuorma hoitajille. Hoitajat kertoivat pohtivan kuinka jaksavat suhtautua potilaiden hoitajiin kohdistamiin tunteisiin ja kuinka he jaksavat ottaa potilaan tunteita vastaan. Hoitajat kuvasivat mielenterveydenhäiriötä sairastavan potilaan purkavan heihin monenlaisia tunteita ja osalle hoitajista se vaikutti potilaan kohtaamiseen. Osa hoitajista kertoi olevansa työyhteisössään niitä, joille annettiin mielenterveydenhäiriötä sairastavat potilaat hoidettaviksi, koska työyhteisössä kaikki hoitajat eivät halunneet tätä potilasryhmää hoitaa.

"Mee sinä hoitamaan, sulla on pitkä pinna, sä jaksat kuunnella sitä."

"Hoitajiin alkaa purkamaan tai koko sairaalaan tai johonkin lääkäriin saattaa kohdistua se, että ei se osaa mitään."

Haastatelluissa hoitajat toivat esiin haasteellisia potilastapauksia, joiden kanssa toimeen tuleminen vaati potilaan tuntemista ja hänen toiveidensa erityistä huomioimista. Koettiin toisaalta rasittavana, että mielenterveydenhäiriötä sairastavien potilaiden käyttäytymisessä esiintyi joskus vaativuutta, toisaalta oltiin tyytyväisiä, kun osattiin löytää keinoja tilanteissa selviämiseksi. Keskustelu ja rauhallinen ote koettiin keinona selvityä potilaan kanssa eteentulevista haastavista tilanteista.

"Toimitaan silleen sitte, ja sen ku teki, niin hän oli tyytyväinen potilas ja pysty juttelemmaan sitte niitä näitä, ettei hermostunu."

"Onko se niin kauheee, minkähänlainen tää oikein on, niin sitten voi ollakin positiivinen yllätys."

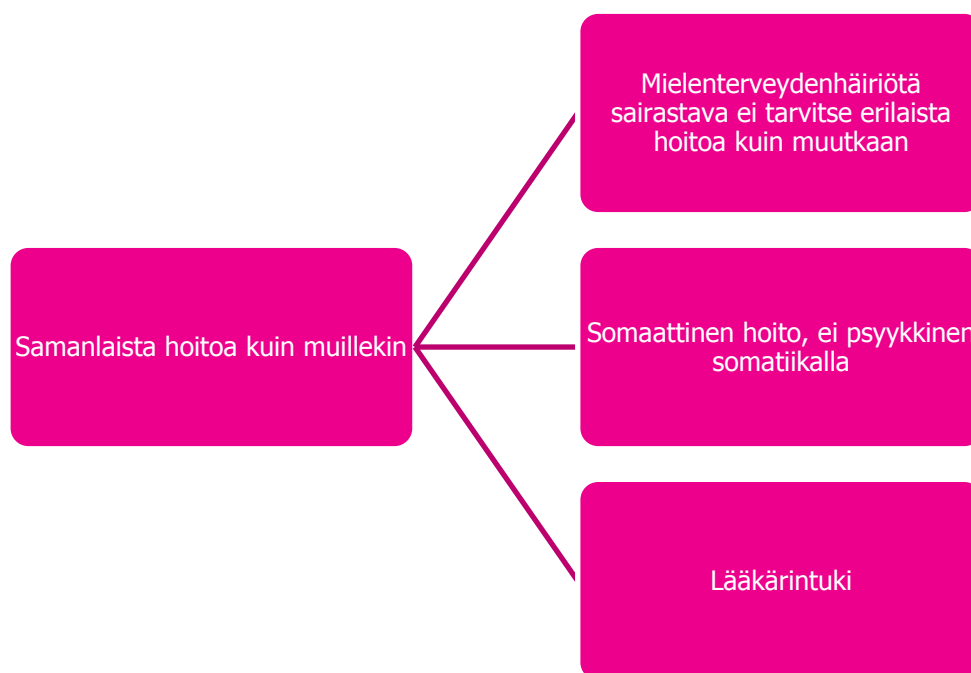
"Purkaus ei oo mitenkään henkilökohtaista vaan se luottaa ja uskaltaa sanoa pahanolon ääneen."

Haastatteluissa hoitajat toivat esille myös ajatuksen, että potilaat ovat usein kiitollisia hoitajien heille antamasta ajasta ja hoitajan rauhallinen kohtaaminen voi olla potilaalle erityisen merkityksellistä. Tällaisissa tilanteissa hoitajat kokivat onnistuneensa potilaan kohtaamisessa ja olivat tyytyväisiä, että heillä oli ollut hetki irroittaa aikaa potilaalle.

”Se saattaa pelastaa vaikka sen päivän, ja pitkänski aikaa, että joku on ymmärtänyt.”

”Kun sillä hoitajalla on sitä aikaa nimenomman, et se järjestää sen ajan, niin se istuu sen potilaan kanssa vähän aikaa ja se potilas vaikka itkee. Niin potilas kun lähtee pois, niin se on sanonu sitä, että kiitos, että sulla oli aikaa. Se ei oo tarvinnu, että no niin tässä on sulle tämä psykiatria, täs on psykiatrisen hoitajan, kriisikeskuksen, auttavan puhelimen kaikki, vaan se et tavallaan se vaan et sul on ollut se aika sillä hetkellä, kun se potilas on ollut surullinen ja se on itkenyt sitä pois, niin sekkin voi olla aika tärkeä juttu.”

Osa hoitajista kertoi kohdanneensa työssään joskus uhkaavia tilanteita tai väkivaltaiseksi eskaloituneita tilanteita. Neljäsosa haastatelluista kertoi joutuneensa kiinnipitotilanteisiin tai muuten rajoittamaan potilasta fyysisesti. Kaksi hoitajaa kertoi nähneensä potilaan käyvän toisen hoitajan päälle ja tämän aiheuttavan jännityneisyyttä mielenterveydenhäiriötä sairastavaa potilasta hoidettaessa.



Toisena näkökulmana haastatteluissa tuli esiin somaattisen hoidon korostaminen. Osa hoitajista nosti vahvasti esiin, että mielenterveydenhäiriötä sairastava potilas ei tarvitse erilaista hoitoa kuin muutkaan potilaat ja somaattisen hoitotyön osastolla tai poliklinikalla hoidetaan vain somaattista sairautta, ei psykiatrista.

”Me ollaan kohtaamisen ammattilaisia, en tiää mitä se psykiatrinen ihminen tarvii erilaista kohtaamista.”

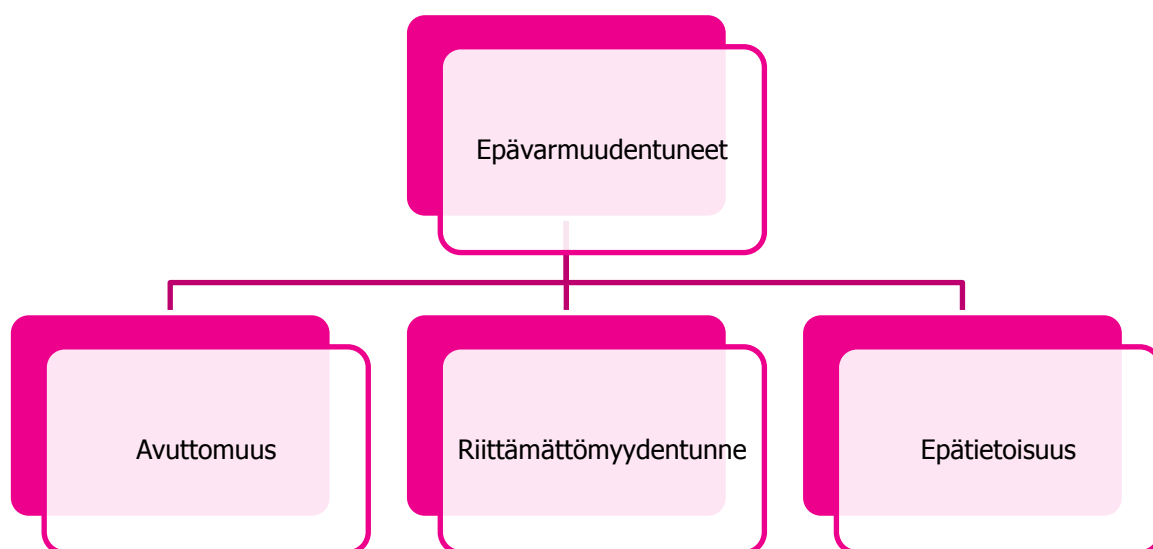
”Hoidetaan niin kuin muitakin.”

Hoitajat kokivat lääkärin tekevän hoitolinjaukset, kuten muidenkin potilaiden kohdalla ja olevan hoitajille taustatuki, jos sellaiselle oli tarvetta.

”Lääkärin rooli on tärkeempi, että hän ottaa ne asiat esille, ei hoitaja.”

”Jos jollekin tulee keskustelutarvetta tai muuta, niin sitten otetaan yhteyttä johonkin, lääkäri tekee konsultaatiopyynnön.”

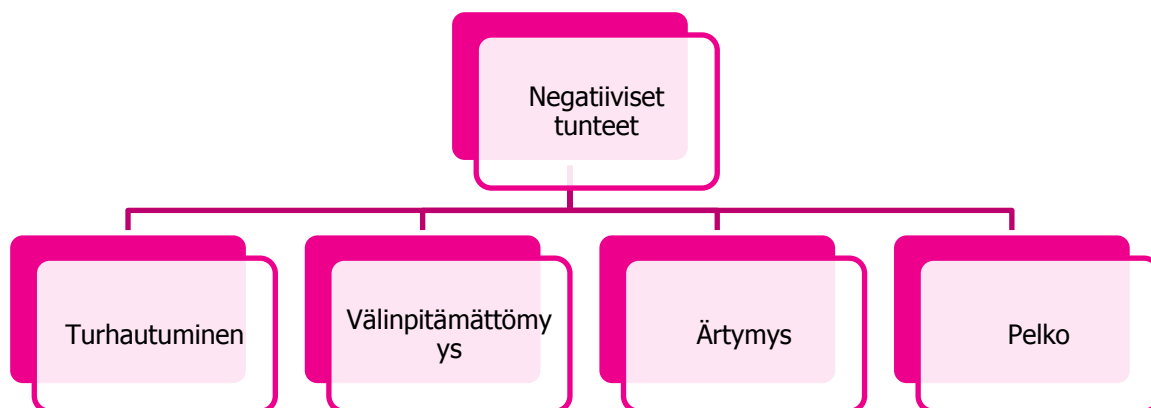
6.1.7 Mielenterveydenhäiriötä sairastavan potilaan hoitajissa herättämät tunteet



Usea somaattisessa hoitotyössä toimiva sairaanhoitaja toi haastattelussa esille mielenterveydenhäiriötä sairastavaa potilasta hoitaessaan epävarmuudentunteita. Hoitajat nostivat esille epäilystä oman ammattitaidon riittävästä, keinottomuudesta auttaa potilasta mielenterveydenhäiriön osalta. Avuttomuudentunteita kuvattiin myös, olisi haluttu auttaa potilasta enemmän, mutta hoitajilla oli tunne, että heillä ei ollut riittävästi työkaluja siihen.

”Että siinä mielessä tulee itelle semmonen vähän epämiellyttävä olo, kun ei oma ammattitaito siinä riitä. Sitten psykiatrian puolella. Että kyllähän itellä on ne omat korvat ja niin kun tossa sanoit just aikaisemmin, että se on rankkaa henkiseltä kannalta itellekin. Täällä kuulee kuitenkin paljon asioita ja täytyy kuunnella ja olla valppaana ja muuta. Että ei oma ammattitaito kuitenkaan riitä siihen.”

Oman jaksamisen rajat koettiin myös huomioitavana asiana. Riittämättömyyden- ja epävarmuudentunne jäi joskus hoitotilanteiden jälkeen mietityttämään hoitajia ja herätti pohdintaa tekikö hoitajana riittävästi ja kaiken mitä potilas tarvitsi. Hoitotilanteiden pohtiminen ja epävarmuus nousi esille suurimman osan haastatelluista hoitajista puheista.



Mielenterveydenhäiriötä sairastavat potilaan herättivät hoitajissa myös negatiiviseksi luokiteltavia tunteita. Turhautuminen, ärtymyksen tunteet ja väsymys hoitaa mielenterveydenhäiriötä sairastavia potilaita korostuivat haastatteluissa. Muutama hoitaja totesi, että voisi työskennellä psykiatrialla, koska ei jaksaisi keskustella ja kuunnella potilaan ajatuksia päivästä toiseen. Tämä kuvautui myös välinpitämättömyytenä mielenterveydenhäiriötä sairastavaa potilasta ja hänen sairauttaan kohtaan. Nämä hoitajat totesivat hoitaneensa potilaita niin paljon, että kiinnostus potilaiden asioita kohtaan on karissut.

"Kymmenen vuotta alalla, herkii kiinnostamasta."

"Ärsyttää ja just turhauttaa ja että mä en jaks."

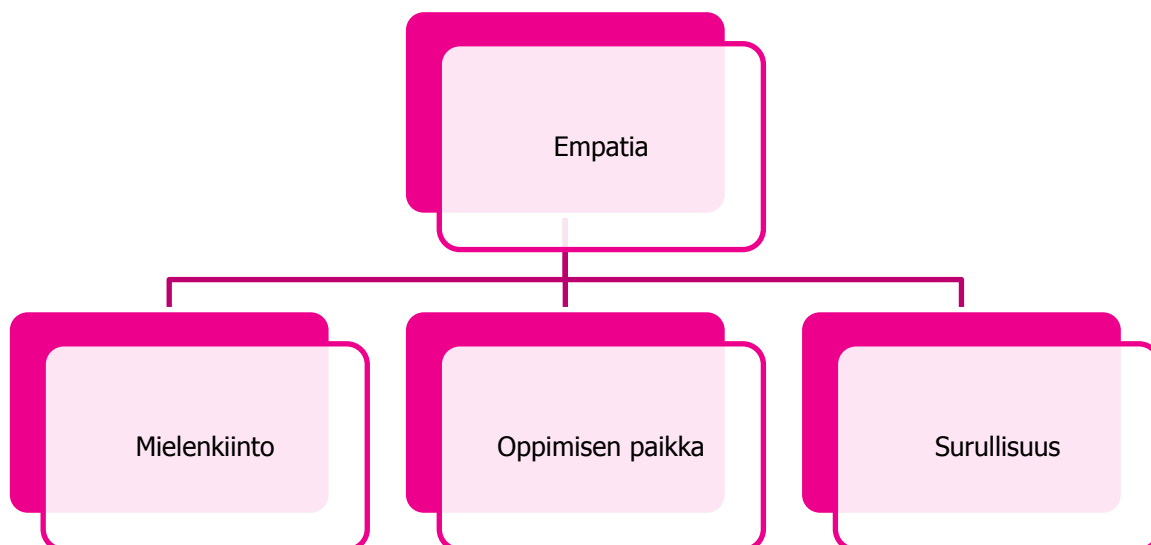
"En jaks kuunnella. Välillä mietin, että apua, jos mulla ois kymmenen tämmöstä potilasta, että mä en vois olla tuolla psykiatrian puolella töissä, kun mä en jaksais kuunnella sitä koko vuoron ajan."

Turhautumisen tunne nousi usein myös keinottomuudesta ja siitä, että koettiin mielenterveyspotilaiden sitoutuvan somaattisen sairautensa hoitamiseen huonosti. Välillä potilaan kannustaminen ja motivoiminen omaan hoitoonsa koettiin raskaana ja omia voimavaroja kuluttavana.

Pelontunteita kertoi kokevansa noin puolet haastatteluihin osallistuvista hoitajista. Hoitajista osa pohti onko potilaalla väkivallantekoa tai uhkaavaa käytöstä ja etenkin Niuvanniemen sairaalasta somaattisen sairauden hoitoon tulevat potilaat aiheuttivat pelkoa. Hoitajia rauhoitti ja toi turvallisuudentunnetta tieto siitä, että potilaalla oli oma hoitaja mukanaan.

"Mitähän se on tehnyt ja tietysti, että käyhän se hoitaja siinä, joka vieressä on, vessassa tai muutam että ei kai ne kävis, jos jotakin ois."

Hoitajat kertoivat omista keinoista suojella itseään, muun muassa peittivät nimensä, että potilas ei sitä nähnyt tai kertoivat, että he eivät koskaan käännä selkäänsä potilaalle, jotka aiheuttavat pelontunteita.



Osa hoitajista suhtautui positiivisesti mielenterveydenhäiriötä sairastavan potilaan hoitamiseen ja tunsivat empatiaa heitä kohtaan. Muutama hoitaja pohti haastatteluissa, että on mielenkiintoista laittaa itsensä likoon ja haastaa itseään vähän tuntemattomallakin alueella. Samat hoitajat kuvasivat pohtivansa myös minkä verran on sopivaa lähteä keskustelemaan syvemmin potilaan kanssa heidän työnkuvassaan. Hoitajat korostivat itsereflektoinnin tärkeyttä tällaisissa tilanteissa.

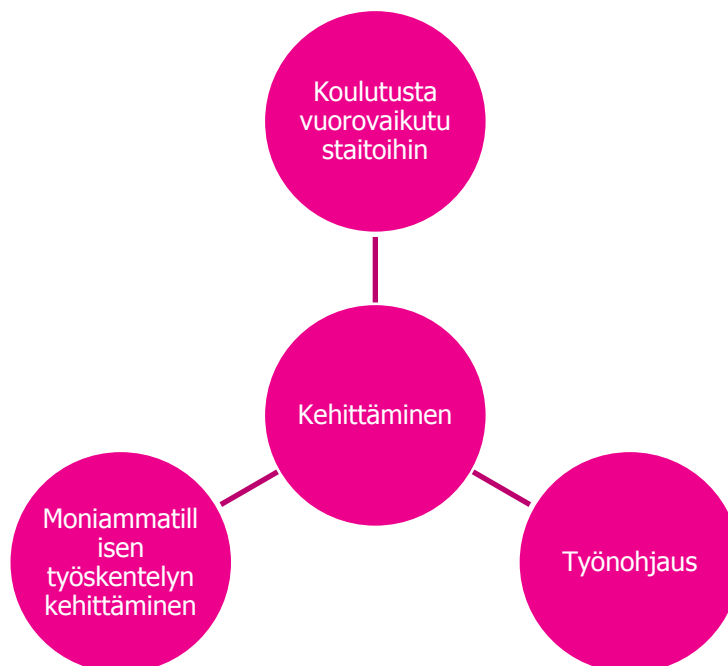
"Että uskaltaa mennä ja kuunnella ja keskustella sen asian mikä on sitten. Sitten jos huomaa, että tää onkin hoidossa tämä asia, lääkäri on jo käynyt potilaan kanssa sitä asiaa läpi niin sitten hän haluaa vaan keskustella siinä. Tämmöstä pohdiskelua kävin siinä minkä verran minä laitan itteni alltiiks siinä. Siinä pitää vaan uskaltaa heittäytyä siihen."

Hoitajat kuvasivat surullisuuden ja säälinkin tunteita potilaita kohtaan. Esiin nousi potilaan kokema taakka, jos potilas sairasti sekä psyyken sairautta että jotain vakavaa somaattista sairautta.

"Jotkut on niin sankareita, ei ne koskaan valita."

Hoitajat käsittelivät hoitotilanteissa nousevia tunteita työyhteisön kesken. Jokainen haastateltu hoitaja kertoi puhuvansa kollegoiden kanssa ja "tuulettavansa tunteitaan". Työyhteisöltä saatava tuki koettiin merkittävänä ja jaksamista lisäävänä tekijänä. Vertaistuen merkitystä korosti suurin osa hoitajista.

6.1.8 Kehittäminen



Haastatteluissa hoitajilta kysyttiin, miten he kehittäisivät sairaanhoitajan osaamista mielenterveydenhäiriötä sairastavan potilaan hoitamisessa ja millaisia taitoja he tarvitsisivat kohdatessaan mielenterveydenhäiriötä sairastavan potilaan. Vastaukset jakautuivat kolmeen alueeseen.

Suuri osa kertoi tarvitsevansa teoreettista lisätietoa ja -osaamista mielenterveydenhäiriöistä ja psykiatrian hoitomuodoista nykypäivänä. Hoitajat kokivat osaamisensa ohuena ja useimmalla pohjana oli sairaanhoitajakoulutuksesta saatu perusosaaminen ja koulutuksestakin oli monella jo monta vuotta aikaa, joten tietojen päivittäminen kiinnosti monia.

”Tuli mieleen heti, että voishan meillä käydä joku puhumassa näistä semmosen läpileikkauksen näistä psykiatrian puolen jutuista mitä meillä on.”

Vielä enemmän hoitajat toivoivat saavansa käytännön työkaluja mielenterveydenhäiriötä sairastavan potilaan kohtaamiseen ja heidän kanssaan keskustelemiseen. Kuten aiemmin potilaiden herättämiä tunteita kartoittavassa kysymyksessä tuli esille, hoitajat kokivat epävarmuutta ja riittämättömyyttä kohdatessaan potilaita. Kehittämisenäkökulma oli hyvin samassa linjassa tämän kanssa, sillä hoitajat toivoisivat saavansa lisävarmuutta lähestymistapaan ja rohkeutta ottaa potilaiden kanssa myös psyykkiset pulmat esille, mikäli ne hoidon kannalta kussakin tilanteessa tuntuisivat tarpeellisilta.

”Ois niinku kättä pidempään tai miten kohtaat jotakin tämmöstä. Ainakin omat varsinaiset tiedot on aika kaukana tai semmosek sairaanhoitajaopiston tiedot. Siinä mielessä kyllä sais olla enemmän. Koska se on ihan varmaan en tiä ihan jokaisessa työssä, meiän työssä, niin onpa vaikka sisätautiosastolla tai kirran osastolla missä vaan, niin joka paikassa kohtaa.”

”Ehkä ne työkalut just niihin sanamuotoihin. Yhden potilaan kohdalla kun hän kun tuolla tavalla reagoi, vanhempi ihminen, niin tota, niin sitten löydettiinkin semmoset sanat siihen. Myöhemmin sitten yritettiin sitä samaa, että jos hän haluais jonkun käynnin tai jonkun keskustelujutun, että kun elämäntilanne on niin kuormittava tällä hetkellä. Kun me saatais jonkunlaista opastusta niihin sanavalintoihin niin siihen lähestymistapaan.”

”Joku ihan mielenterveyspotilaan kohtaaminen tai joku tämäntyyppinen, että sitten siinä käytäs vähän niinku ei pelkästään sitä, että miten te psykiatrian puolella kohtaatte, vaan tarkotan sitä, miten me täällä somaattisella puolella osattas ottaa. Varmaan on, tai en tiedä, onko se eri asia, että potilaalla on skitsofrenia tai syvä depressio, että miten se kohtaaminen, että onko se erilaista. Et sitten mutta et tavallaan pitäskö siinä olla sitten niitä tautitietoja vai oisko se vaan lähinnä se, että miten osattas paremmin ottaa se potilas huomioon.”

Toisena merkittävänä kehittämisen näkökulmana sairaanhoitajat toivat haastattelussa esiin ajatuksen moniammatillisen työskentelyn lisäämisestä somatiikan ja psykiatrian kesken. Hoitajat pohivat haastatetteluissa, että yksiköissä voisi työskennellä psykiatriaan perehtynyt hoitaja, joka tarjoaisi potilaille keskustelua ja mahdollisesti apua elämäntilannekriisien läpikäymiseen, jollainen vakavaan somaattiseen sairauteen sairastuminen usein on. Hoitajat kertoivat potilailla olevan usein tarve puhua ja kertoa tuntemuksistaan ja hoitajat ehdottivat, että tällaisissa tilanteissa olisi luontevaa, jos paikalla olisi heti saatavilla psykiatriaan perehtynyt työntekijä.

”Jos sellasessa ideaalimaailmassa sais elää niin ois hienoo, että teillä olis täällä yksi psykiatrinen hoitaja. Sellanen ulkopuolinen. Sitten se jututtais potilaita ja huomiois sitä puolta. Varmaan ois ihan tarpeellinen just tällöinen elämäntilannekriisijuttuja nämä varsinkin siinä alkuvaiheessa on. Sopeutuminen ja kaikkee, isoja kysymyksiä.”

”Sitä ollaan just pohdittu, voisko ainakin hoidon alussa, kun uutena asiana alkaa nämä hoidot. Kun tähän kuuluu muutakin, ravitsemusterapeuttia, sosiaalityöntekijää, lääkäreitä ja muuta. Niin olla psykiatrian puolen kontakti kanssa heti siitä alusta asti. Ja tällöisillekin potilaille, joille on jo kauan aikaa sitten aloitettu hoidot, niin joku silti vähän kyselis ja jututtais. Niin saattais sieltä nousta pintaan sellasia asioita, joita ei oo täällä lääkäreille tai hoitajille koskaan tuonutkaan julki. Että sitten olis varhaisessa vaiheessa helpompi puuttua niihin psyykkisen puolen ongelmiin. Että jotenkin sais liitettyä siihen sen psykiatrisen puolen tuen kanssa.”

Kolmantena kehittämisen paikkana mielenterveydenhäiriötä sairastavan potilaan hoitamisessa sairaanhoitajat toivat esille työnohjauksen. Sairanhoitajat toivoivat paikkaa, jossa pohtia potilaan hoidon herättämiä tuntemuksia ohjautusti, vaikka moni kävikin tilanteita jälkikäteen läpi työyhteisössään. Silti tuli esille toive työnohjauksesta, jossa olisi aikaa ja tilaa asettua yksittäisten tapausten äärelle ja saada ymmärrystä potilaan herättämille tunteille ja potilaan sairauden problematiikalle. Sairanhoitajat ymmärsivät työnohjauksen toimivan myös koulutuksellisena elementtinä, joka oikein toteutettuna voisi tuoda myös lisäosaamista hoitotyöhön.

”Ainakin se työnohjaus ois varmaan sellanen, mitä ite on monta kertaa kaivannut.”

”Oon ihan sammaa mieltä, että just se työnohjaus ja koulutus ja semmonen, just mitä sanoit, että ois vaikka se psykiatrinen sairaanhoitaja tai psykologi, kenen kanssa vois sitten jutella potilaankin asioista ja sillä tavalla.”

”Työnohjaus ku meilläki on nyt niin paljo muutoksia ollu ja sitte on potilasaineisto hyvin vaativaa.”

”Varmaan just aattelee ku meillä on ainaskin kerran kuukaudessa tiimipalaverit, siihen kututaan kaikki eri tiimin jäsenet, siel on toimintaterapeutit, fysioterapeutit, jos se ois esimerkiks, jos puhutaan vaikka psykologista, psykologi ois siellä mukana. Että tavallaan niinku jos ois mahdollista, jos meillä olis enemmän aikaa siihen, mut et ois tavallaan siinä esimerkiks vois käyä sen psykologin kanssa vaikka jos yksittäinen potilastappaus, eihän niitä nyt tule kymmentä viikossa. Mut et joku yksittäinen vaikka sillon tällön aina käytäs läpi, et miten on kokenut. Et se ois semmonen joku tuttu tyyppi.”

6.1.9 Yhteenvedo tutkimustuloksista

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata kuinka somaattisessa sairaanhoidossa toimivat sairaanhoitajat suhtautuvat mielenterveydenhäiriötä sairastavaan potilaaseen. Tavoitteena oli saada tietoa millaista osaamista somaattisessa sairaanhoidossa työskentelevillä sairaanhoitajilla on mielenterveydenhäiriötä sairastavan potilaan hoitamisesta, millaisekse he kokevat kohtaamisen mielenterveydenhäiriötä sairastavan potilaan kanssa ja ja miten he kehittäisivät sairaanhoitajan osaamista tällä saralla. Tutkimusta varten toteutettiin ryhmähaastattelut (n=14) syksyn 2016 aikana.

Somaattisessa hoitotyössä työskentelevien sairaanhoitajien osaaminen haastattelujen mukaan perustui pääsääntöisesti sairaanhoitajan peruskoulutuksessa saatuun teoriaosaamiseen ja harjoittelujen kautta hankittuun käytännön kokemukseen. Hoitajien osaaminen kuvautui ohueksi ja hoitajat kokivat osaamisensa mielenterveydenhoitotyöstä olevan riittämätöntä. Sairanhoitajat hoitavat arkityössään jatkuvasti potilaita, jotka sairastavat somaattisen sairauden lisäksi mielenterveydenhäiriötä ja osalle hoitajista oman osaamisen puutteet aiheuttivat keinottomuudentunteita. Hoitajat mielsivät psykiatrisen sairauden tuntemattomaksi ja se herätti siksi paljon kysymysmerkkejä hoitajien mielessä. Hoitajat pohtivat konkreettisia ongelmia potilaan hoidossa somaattisella puolella ja myös potilaan psyykkisen sairauden oireita ja taustoja muun muassa väkivallan uhkaa.

Sairanhoitajien suhtautuminen mielenterveydenhäiriötä sairastavaan potilaaseen oli vaihteleva. Osittain hoitajat suhtautuivat mielenkiinnolla potilaisiin ja halusivat auttaa heitä myös mielenterveydellisissä ongelmissa. Osittain sairaanhoitajat korostivat hoitavansa vain somaattista sairautta eivätkä he halunneet paneutua mielenterveydelliseen puoleen. Sairanhoitajat hoitavat mielenterveydenhäiriötä sairastavia potilaita siinä missä muitakin potilaita, kuitenkin hoitajat kertoivat ennako-oletuksistaan ja -ajatuksistaan, joita heillä oli mielenterveydenhäiriötä sairastavia potilaita kohtaan.

Etenkin psykoosisairautta sairastavat potilaat koettiin haasteellisina hoitaa ja masentuneiden potilaiden kognitiiviset kyvyt ohjaustilanteissa epäilyttivät hoitajia.

Mielenterveydenhäiriötä sairastavat potilaat herättivät sairaanhoitajissa monenlaisia tunteita. Potilaiden aiheuttama tunnekuorma koettiin haasteeksi kohdattaessa ja hoidettaessa mielenterveydenhäiriötä sairastavia potilaita. Vahvana tunteena hoitajat toivat esille riittättömyyden ja epävarmuudentunteitaan. Hoitajat pohtivat oman osaamisensa rajoja ja sitä, kuinka tunne oman ammattitaidon riittämättömyydestä aiheutti väsymystä ja avuttomuutta. Tällaiset tunteet saivat hoitajat miettimään hoitotilanteita paljon sen jälkeen, kun hoitotilanteet olivat ohi. Hoitajat pohtivat muun muassa psyytyivätkö he tekemään tarpeeksi potilaan hyväksi ja mitä olisi voinut tehdä vielä enemmän tai paremmin.

Potilaat, joiden mielenterveydenhäiriöt näkyivät somaattisessa hoidossa, aiheuttivat hoitajissa myös negatiivisia tunteita. Hoitajat kertoivat ärtyvänsä ja turhautuvansa potilaisiin ja siihen, jos somaattiseen sairauteen sitoutuminen näyttäytyi heikkona. Hoitajat kertoivat myös jaksamattomuudentunteestaan hoitaessaan mielenterveydenhäiriötä sairastavaa potilasta, he kuvasivat, kuinka eivät jaksaa kuunnella potilasta ja kokivat psykiatrisen hoitotyön itselleen kaukaiselta tuntuvana osa-alueena. Potilaat aiheuttivat myös ahdistusta ja pelkoa sairaanhoitajissa, jotka miettivät potilaan historiaa ja mahdollista aggressiivisuutta.

Sairanhoitajat tunsivat empatiaa mielenterveydenhäiriötä sairastavia potilaita kohtaan. Osa hoitajista kuvasi mielenterveyshäiriöt haasteina ja oppimisen paikkoina itselleen ja ne herättivät mielenkiintoa hoitajissa. Toisaalta hoitajat pohtivat samalla minkä verran on somaattisessa sairaanhoidossa tarpeellista paneutua mielenterveyspuoleen ja milloin kannattaa ohjata potilas eteenpäin psykiatrialle. Empaattisen suhtautumisen alle hoitajat kertoivat tuntevansa joskus myös surullisuutta potilaiden raskaista elämäntilanteista ja ihailevansakin potilaita, jotka jaksoivat usean vakavan sairauden keskellä silti jatkaa eteenpäin.

Sairanhoitajat kehittäisivät osaamistaan mielenterveydenhäiriötä sairastavan potilaan hoitamisessa ja kohtaamisessa kolmella eri tavalla. He toivoivat koulutusta psykiatriasta ja käytännön apuvälineitä mielenterveydenhäiriötä sairastavan potilaan kohtaamiseen. Tämä on hyvin looginen päätelmä sen pohjalta, kun hoitajat kuvasivat epävarmuuden- ja osaamattomuudentunteitaan, että he haluaisivat lisävarmuutta koulutuksen ja konsultaation kautta tilanteisiin, joissa he hoitavat ja kohtaavat mielenterveydenhäiriötä sairastavan ihmisen.

Työnohjausta sairaanhoitajat kaipasivat myös. Arkityö koettiin stressaavana ja kiireisenä ja hoitajat toivoivat, että olisi mahdollisuus tilaisuuteen ja paikkaan, jossa potilaiden herättämiä tunteita ja hoitotilanteita voisi käydä läpi ohjatusti, koulutetun henkilön johdolla. Suurin osa hoitajista kertoi käyttävänsä työyhteisöä ikään kuin tunteiden purkamiskanavana, työtovereille käytiin purkamassa omaa mieltä ja rasittavia tilanteita. Kuitenkin hoitajat toivat esille toiveen järjestetystä työnohjauksesta, joka ei veisi tilaa arkityöltä ja keventäisi tunnekuormaa, että potilasasiat eivät kantautuisi mielessä kotiin työpäivän jälkeen.

Kolmantena kehittämisen osa-alueena sairaanhoitajat toivoivat moniammattisuuden lisäämistä ja psykiatrian tuomista somatiikan käytännön työn yhteyteen. Hoitajien mielestä olisi hyödyllistä, jos somaattisilla osastoilla ja poliklinikoilla työryhmään kuuluisi mielenterveystyön osaajia, jotka voisivat keskustella potilaan kanssa esimerkiksi somaattisen sairauden aiheuttamasta kriisistä. Mielenterveystyöhön erikoistunut hoitaja tai psykologi voisi toimia myös konsultatiivisesti somaattisille hoitajille ja samalla tuoda heille lisäosaamista mielenterveydenhäiriötä sairastavan potilaan kohtaamiseen ja vuorovaikutukseen tämän kanssa.

7 POHDINTA

7.1 Luotettavuus ja eettisyys

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteereinä voidaan käyttää uskottavuutta, vahvistettavuutta, refleksiivisyyttä ja siirrettävyyttä. Uskottavuus tarkoittaa tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutta eli tutkijan tulee varmistaa, että tutkimustulokset vastaavat tutkimukseen osallistuvien henkilöiden käsityksiä tutkittavasta ilmiöstä. Vahvistettavuus kuuluu koko tutkimusprosessiin ja se edellyttää, että toisen tutkijan on voitava seurata tutkimuksen kulkua pääpiirteissään. Laadullisessa tutkimuksessa vahvistettavuus on hieman ongelmallinen kriteeri, sillä toinen tutkija ei välttämättä päädy samaan ratkaisuun samastakaan aineistosta. Toisaalta tämä hyväksytään, sillä todellisuuksia on monia ja erilaiset tulkinnat lisäävät ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä (Kylmä & Juvakka 2007, 128.)

Kolmas luotettavuuskriteeri on refleksiivisyys ja sen edellytys on, että tutkija on tietoinen omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä. Suhtautumista mielenterveyden häiriötä sairastaviin potilaisiin tutkiessani ymmärrän oman viitekehitykseni ja taustani, joka on psykiatrisen hoitotyön puolella. Lähtökohtaisesti olen mielenterveyden häiriötä sairastavien ihmisten puolella ja olen työstänyt työnohjauksissa ja koulutuksissa omia tunteitani, jota työ herättää. Oman taustani en saa antaa näkyä tai kuulua tutkimusta tehdessäni (Kylmä & Juvakka 2007, 129.)

Neljäs kriteeri on siirrettävyys, jolloin tutkimuksen tulokset täytyy pystyä siirtämään muihin vastaaviin tilanteisiin. Tutkimukseeni osallistuvat sairaanhoitajat työskentelevät Kuopion yliopistollisessa sairaalassa ja tutkimustulokset täytyisi olla siirrettävissä muualla erikoissairaanhoidossa työskentelevien sairaanhoitajien suhtautumiseen (Kylmä & Juvakka 2007, 129.)

Laadullisessa eli kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkija on tutkimuksen keskeisin tutkimusväline, jolloin tutkimuksen luotettavuuden arviointi kulkee mukana läpi koko tutkimusprosessin. Tutkimuksen tarkoitus on tuottaa luotettavaa tietoa, johon pyrkiminen alkaa suunniteltaessa tutkimusta ja tehtäessä valintoja tutkimusmenetelmien suhteen. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa puhutaan mittauksen luotettavuudessa, mutta kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkija itse on pääasiällisin tutkimuksen luotettavuuden kriteeri. Näin ollen tutkijan tietoisuutta siitä, mitä on tekemässä, ei liikaa voi korostaa (Eskola & Suoranta, 1998, 210.)

Tutkimuksessani tutkin somaattisessa sairaanhoidossa työskentelevien sairaanhoitajien suhtautumista mielenterveyden häiriötä sairastaviin potilaisiin. Tutkimuksen otsikko jo kuvaa, että somaattisessa sairaanhoidossa työskentelevillä sairaanhoitajilla on jonkunlainen suhtautuminen mielenterveyden häiritötä sairastaviin potilaisiin. Otsikko ei kuitenkaan esitä päätelmiä tai ennako-olettamuksia millainen suhtautuminen on; onko se positiivisesti tai negatiivisesti latautunutta tai jotain siltä väliltä.

Tutkijan tulee olla hypoteesiton eli tutkijalla ei saa olla lukkoon lyötyjä ennako-oletuksia tutkimuskohteesta tai – tuloksista. Tutkimuskysymykset tulee myös asetella neutraalisti ilman oletuksia hoitajien tavasta suhtautua mielenterveyden häiriötä sairastaviin potilaisiin. Tutkimusta tehdessäni minun on koko ajan huomioitava oma taustani ja sen merkitys tutkimuksen tekemiseen, sillä työskentelykenttäni mielenterveyden häiriötä sairastavien potilaiden parissa ei voi olla vaikuttamatta omaan ajatteluuni. Tämä tosiasia täytyy tiedostaa ja muistaa, mutta oma työhistoria tai kokemus ei saa olla rajoittamassa omaa ajatteluani. (Eskola & Suoranta, 1998, 20.)

Tulosten reliabiliutta arvioitaessa on tärkeää arvioida, onko kaikki käytettävissä oleva tieto otettu huomioon, onko tiedot litteroitu oikein ja että tiedot heijastavat mahdollisimman tarkasti tutkittavien arvomaailmaa. Silti haastattelun luonne tutkimusmenetelmänä on sellainen, että tulokset ovat aina seurausta haastattelijan ja haastateltavan yhteistoiminnasta (Hirsjärvi & Hurme 2008, 189.)

Haastateltavien anonymiteetti on turvattava ja haastateltaville tehdään tiettäväksi, että heitä ei tuloksista pysty tunnistamaan. Tutkimushaastattelujen nauhoituksesta kerrotaan etukäteen ja haastateltuja ei kuuntele muut kuin haastattelijat, joka litteroi haastattelut itse. Asianmukaisen informaation antaminen tutkittaville tutkittavasta ilmiöstä on tärkeää. Se tehdään jo ennen haastatteluihin suostumista saatekirjeen muodossa ja haastateltaviksi toivottavat henkilöt saavat päättää osallistuvatko he haastatteluun vai eivät (Hirsjärvi & Hurme 2008, 20). Haastateltavaksi suostuneilta varmistetaan vielä ennen haastattelun alkua, että he edelleen ovat halukkaita haastateltaviksi ja että he ymmärtävät tutkimuksen tarkoituksesta (Vilkkä 2015, 133).

Teemahaastattelussa esiintyy joskus ongelmana suoraan itse asiaan meneminen. Tutkimuksessani haastatteluiden alussa varmistan taustakysymyksin millaisia kokemuksia ja käsityksiä vasten haastateltavat aiheesta puhuvat. Taustatietojen kuvaaminen auttaa minua ymmärtämään millaiset esitiedot haastateltavilla on tutkimastani aiheesta ja mitä vasten he aihetta kuvaavat ja tämä myös lisää luottavuutta, koska pystyn ymmärtämään vastaajia paremmin (Vilkkä 2015, 131.)

Haastateltavien kanssa käytiin haastattelutilanteen alussa läpi tutkimuskysymykset ja keskeiset teemat. Haastattelussa pyrittiin mahdollistamaan haastateltaville tilaa tarkentaa ja korjata kertomaansa heijastamalla heidän kysymyksiään takaisin ja tekemällä tarkentavia kysymyksiä. Tällä tavoin tutkimuksen tekijä voi varmistaa informaation tarkkuutta ja kattavuutta (Hirsjärvi & Hurme 2008).

Tutkimuksen aiheena oli somaattisessa hoitotyössä toimivien sairaanhoitajien suhtautuminen mielenterveydenhäiriötä sairastaviin potilaisiin. Tutkimusaiheen valinta tapahtui todellisen tarpeen ohjajana, sillä aiempaa tutkimusta aiheesta ei juurikaan ole tehty. Tutkimus aiheesta on perusteltua,

sillä sairaanhoitajat kohtaavan työssään jatkuvasti mielenterveydenhäiriötä sairastavia potilaita työskentelivätpä he missä tahansa ja mielenterveyspotilaisiin liitetään edelleen monenlaisia ennakkoluuloja. Tällä tutkimuksella on saatu lisätietoa kuinka somaattisessa erikoissairaanhoidossa toimivat sairaanhoitajat suhtautuvat mielenterveydenhäiriötä sairastavaan potilaaseen ja millaista lisäkoulutusta he työhönsä tarvitsisivat. Tutkimuksessa on sitouduttu tutkimuksen tekemisen eettisiin periaatteisiin, joita ovat rehellisyys, tarkkuus ja avoimuuden sitoutumisen vaatimus (Kylmä & Juvakka, 2007, 146).

Tutkimukseen haettiin Kuopion yliopistillisen sairaalan organisaation yleisten ohjeiden mukainen tutkimuslupa. Tämän jälkeen vastattiin suunnitelmien mukaisesti tutkimuksen tiedottamisesta, osallistujien hankkimisesta ja toteutuksesta. Haastateltavillani oli ennen tutkimukseen osallistumista ja ennen haastattelujen alkua mahdollisuus kysyä tutkimukseen liittyviä asioita. Haastattelujen alussa haastateltaville painotettiin heidän vapaaehtoisuuttaan ja haastattelujen keskeyttämisen mahdollisuutta. Koko tutkimusprosessin ajan työskentely tapahtui itsenäisesti ja aineiston käsittely tapahtui eettisten periaatteiden mukaisesti. Tutkimustuloksista ei voi päätellä yksittäistä haastateltavaa tai heidän työyksikköään.

7.2 Oma oppiminen ja jatkotyöskentely

Opinnäytetyön merkitys on lisätä tietoa somaattisessa hoitotyössä toimivien sairaanhoitajien suhtautumisesta potilaisiin, jotka sairastavat mielenterveyden häiriötä. Saadun tiedon pohjalta on mahdollista suunnitella koulutusta sairaanhoitajille, mikäli tutkimustulokset osoittavat, että sellaista hoitajat tarvitsevat. Tutkimustulokset antavat suunnan, millaista koulutusta kannattaa suunnitella; liittykö se tietoon, vuorovaikutustaitoihin vai ehkä potilaiden kohtaamiseen. Tutkimus antaa tietoa myös koulutusta tarjoaville tahoille, jotka voivat tarjota täsmäkoulutusta tutkimustulosten mukaisesti.

Itse haastattelutilanne voi olla reflektioiva ja herättää sairaanhoitajia pohtimaan omaa suhtautumistaan ja siihen liittyviä tekijöitä. Tutkimustulosten tarkastelu sairaanhoitajien kesken voi antaa heille lisävälineitä oman osaamisen kehittämiseen ja itsereflektointiin. Tiedon saaminen ja osaamisen lisääminen tuo varmuutta ja empaattisuutta mielenterveyttä sairastavan potilaan kohtaamiseen sekä vähentää potilaisiin kohdistuvia ennakoasenteita. Kun hoitotyön ammattilaiset pystyvät kohtaamaan potilaat arvostavasti, empaattisesti ja kokonaisina ihmisinä, potilaiden kokema leimautuminenkin vähenee.

Omalta osaltani opinnäytetyöprosessi on ollut pitkä ja haasteellinenkin. Muuttuvat elämäntilanteet ovat asettaneet haasteita opinnäytetyön toteutumiselle ja tutkimuksen aihe on vaihtunut useamman kerran. Perustyöni psykiatria suuntautuneena sairaanhoitajana vei ajatukset psykiatristen potilaiden pariin, heidän hoitamisensa ja hoidon kehittäminen on itselleni loppumattoman mielenkiinnon lähde. Psykiatristen sairauksien aiheuttamaa leimautumista kuulee ja näkee edelleen etenkin ei-ammattilaisten suhtautumisessa ja itseäni alkoi kiinnostaa kuinka hoitotyön ammattilaiset suhtautuvat mielenterveydenhäiriötä sairastaviin ihmisiin.

Kaikista haastavinta opinnäytetyöprosessissa on ollut ajan löytäminen työn tekemiselle. Kun sitä on löytynyt, on prosessi mennyt eteenpäin hyvin ja jouhevasti ja mielenkiinto tehtävään on säilynyt. Haastattelujen tekeminen oli mielenkiintoista ja keskustelut sairaanhoitajakollegoiden kanssa haastattelutilanteissa olivat antoisia. Oli todella mielenkiintoista kuulla eri erikoisaloilla työskentelevien hoitajien ajatuksia siitä potilasryhmästä, jonka kanssa itse päivittäin työskentelen. Haastattelijana täytyi toimia objektiivisesti ja säilyttää haastattelijan asema, mutta usein oli tarjolla herkullisia aiheita, joista olisi toisessa tilanteessa voinut keskustella paljon pidempäänkin.

Haastattelujen litteroiminen oli hidasta ja välillä turhauttavaakin. Tulosten analysointivaihe taas oli kiinnostava ja tarjosi haastetta ja pohtimista. Sisällönanalyysistä oli löydettävissä paljon hyvää teoria-aineistoa työn tueksi, joten se helpotti työskentelyä. Opinnäytetyön tekeminen on ollut hyvin opettavainen prosessi ja jos nyt lähtisin tähän uudestaan, osaisin välttää monta sudenkuoppaa ja tutkimuksen tekeminen onnistuisi varmasti paremmin. Tekisin työn strukturoidummin, loisin selkeitä taulukoita käyttämistäni tiedonhankintakanavista, tiivistäisin paljon ja ehkä vielä rajaisin tutkimusongelmaa. Koen kuitenkin oppineeni paljon laadullisen tutkimuksen tekemisestä ja itsestänikin työskentelijänä.

Laadullisen tutkimukseni hyöty Kuopion yliopistolliselle sairaalalle voisi olla ainakin koulutuksen suunnittelussa somaattisella puolella toimiville sairaanhoitajille. Tutkimuksen mukaan suurin osa hoitajista on avoimia ja kiinnostuneita oppimaan uutta. He toivoisivat koulutusta käytännönläheisessä muodossa ja juuri heidän omaan työyksikkönsä räätälöiden. Kouluttautuminen ja potilaan parempi kohtaaminen nostaisi hoitotyön laatua KYS:ssa ja toisi hoitajille työhön mielekkyyttä paremman työn hallinnan kautta.

LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT

Aaltola, J., Valli, R. 2007. Ikkunoita tutkimusmetodeihin. WS Bookwell oy. Juva.

Aromaa, E. 2011 Attitudes towards people with mental disorders in a general population in Finland. Väitöskirja. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

Bennett, J., Stennett, R. 2015. Attitudes towards mental illness of nursing students in Baccalaureate programme in Jamaica: a questionnaire survey. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2015, 22, 599-605.

Björkman, T., Angelman, T., Jonsson, M., 2008. Attitudes towards people with mental illness: a cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 22, 170–177.

Chambers, M., Veslemøy, G., Välimäki, M., Rebelo Botelho, M., Scott, A., Staniuliene, V., Zanotti, R. 2010. Nurses' attitudes to mental illness: A comparison of a sample of nurses from five European countries. *International Journal of Nursing Studies* 47 (2010) 350–362.

Currid, T. 2008. Experience of stress in acute mental health nurses. This is an extended version of the article published in *Nursing Times*; 104: 2, 39-40

Depression Käypä hoito –suositus. Julkaistu 29.09.2014. Duodecim.

Eskola, J., Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Gummerrus kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Erikson, E., Korhonen, T., Merasto, M., Moisio, E. 2015. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen – Sairaanhoidajakoulutuksen tulevaisuus –hanke. Ammattikorkeakoulujen terveysalan verkosto ja Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Bookwell. Porvoo.

French, P. 1999. The development of evidence-based nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 29 (1), 72-78.

Goffman, E. 1963. *Stigma - Notes on the Management of Spoiled Identity*. Penguin Books.

Yang L H., Phelan J C., and Collins P. Y.. (2004) Measuring Mental Illness Stigma, *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 30, No. 3.

Hakala, R., Tahvanainen, S., Ikonen, T., Siro, A. 2011. Opetushallitus.

Raportit ja selvitykset 2011:6. Painopaikka: Juvenes Print - Tampereen Yliopistopaino Oy

Hirsjärvi, S., Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Painopaikka Yliopistopaino. Helsinki.

Ihalainen-Tamlander, N. 2015. Terveysasemilla työskentelevien hoitajien asenteet mielenterveysasiakkaita kohtaan. Turun Yliopisto. Hoitotieteenlaitos. Pro gradu-tutkielma.

Kieseppä T., Oksanen J., 2013. Psykoedukaatio psykoosien hoidossa ja kuntoutuksessa. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 2013;129(20):2133-9.

Kilku, N. 2008. Potilasopetus ensipsykoosipotilaiden hoidossa. Substantiivinen teoria luottamuksen uudelleen rakentumisesta. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos. Akateeminen väitöskirja.

Koivisto, K. 2003. Koettu hallitsematon minuu psykoottisen potilaan hoitotyön lähtökohdaksi. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos, Psykiatrian klinikka. Akateeminen väitöskirja.

Korkeila, K., Korkeila J. 2008. Suomen lääkärilehti 4/2008 vsk 63.

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

Lindberg, M., Louheranta, O., Mustonen, K., Salo, O., Stenius, J., 2015. Psykoterapeuttinen hoitosuhde. Duodecim. Helsinki.

Lönnqvist, J. 2005. Duodecim. Terveysportti. Mielenterveyden ongelmat. Luettu 17.1.2016.

Mielenterveyslaki. L116/1990. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2016-03-12]. Saatavissa: <http://finlex.fi/fi/laki/alkup/1990/19901116>.

Mielenterveystalo 2017. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. [Viitattu 2017-03-19]. Saatavissa: <https://www.mielenterveystalo.fi/Pages/default.aspx>.

O'Keeffe, D., Turner, N., Foley, S., Lawlor, E., Kinsella, A., O'Callaghan, E., Clarke., M. 2015. The relationship between mental health literacy regarding schizophrenia and psychiatric stigma in the Republic of Ireland. Journal of Mental Health 25:2, 100-108.

Opetusministeriö. 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopinnot. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24. Koulutus- ja tiedepolitiikan osasto.

Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice. 2005. A Report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and The University of Melbourne.

Reed, F. Fitzgerald, L. 2005. The mixed attitudes of nurse's to caring for people with mental illness in a rural general hospital. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2005 Dec; 14(4):249-57.

Sercu, C., Ricardo, A., Bracke, P. 2014. How does stigma influence mental health nursing identities? An ethnographic study of the meaning of stigma for nursing role identities in two Belgian psychiatric Hospitals. *International Journal of Nursing Studies* 2015; 52: 307-316.

Skitsofrenian Käypä hoito –suositus. Julkaistu 22.01.2015. Duodecim.

Stuber, P., Rocha, A. Christian, Ann., Bruce G. Link, Bruce G. 2014. Conceptions of Mental Illness: Attitudes of Mental Health Professionals and the General Public. *Psychiatric Services*. Volume 65 Issue 4, April 2014, pp. 490-497.

Suikkala, A. (toim.), Miettinen, M., Holopainen, Arja., Montin, L. & Laaksonen, K. 2004. Sairaanhoidajan kliininen urakehitys. Ura- ja kehityssuunnitelman malli ja menetelmät. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Sipoo.

Sydänmaalakka, P. 2009. Älykäs johtajuus. Talentum. Helsinki.

Svediene, L. Jankauskiene, L. Kusleikaite, M. Razbadauskas, A. Competence of general practice nurses caring for patients with mental health problems in the somatic departments. *Medicina (Kaunas)*. 2009;45(10):822-9.

Taanila, A. 2007. Laadullisen aineiston analyysi. Power point-esitys. Kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos. Oulun Yliopisto.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2013. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015. Työpäpaperi 20/2015.

Tuomi, J., Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Gummerrus kirjapaino. Jyväskylä.

Tuomi, S. 2008. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen lasten hoitotyössä. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.

Valli, R., Aaltola, J. 2015. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. PS-kustannus. Juva.

Työterveyslaitoksen Internet-sivut. Päivitetty 26.01.2016. Luettu 31.01.2016.

Viitala, R. 2013. Henkilöstöjohtaminen – strateginen kilpailutekijä. Edita. Helsinki.

Vilka, H.2015. Tutki ja kehittä. Bookwell. Juva.

Vilko-Riihelä, A. 1999. Psyke. Psykologian käsikirja. WSOY. Porvoo.

LIITE 1: TEEMAHAASTATTELURUNKO

Taustatiedot:

- ikä
- koulutustausta
- työkokemus
- työnkuva

Osaaminen

- osaamista sinulla millaista on mielenterveyden hoitotyötyöstä?
- mitä tiedät mielenterveyshäiriöistä?
- millaisia häiriöitä voi olla?
- mikä psykiatrisen potilaan hoitamisessa on tärkeää?

Suhtautuminen

- mistä tunnistat, että hoitamallasi potilaalla on mielenterveydenhäiriö?
- > vaikuttaako se suhtautumiseesi potilaaseen, jos tiedät ennalta, että potilas sairastaa jotakin mielenterveyden häiriötä?
- miten omasta mielestäsi suhtaudut mielenterveyden häiriötä sairastaviin potilaisiin?
- > ohjaako se sinun toimintaasi jollakin tavalla?
- mitä tekijöitä mielenterveyden häiriötä sairastavan potilaan hoitamiseen liittyy?
- minkälaisia ennako-oletuksia sinulla on mielenterveyden häiritötä sairastavista potilaista?

Kohtaaminen

- minkä verran kohtaat työssäsi mielenterveyden häiriötä sairastavia potilaita?
- minkälaisia kokemuksia sinulla on mielenterveyden häiriötä sairastavien potilaiden kohtaamisesta ja hoitamisesta?
- millaista on kohdata mielenterveyden häiriötä sairastavia potilaita?
- millaisia tunteita ja ajatuksia herättää, kun hoidat potilaita, joilla on mielenterveyden häiriö?
- millaisia ajatuksia / tunteita sinulla on sen jälkeen, kun hoitotilanne on ohi?

Kehittäminen

- Miten kehittäisit sairaanhoitajan osaamista mielenterveyden häiriötä sairastavan potilaan hoitamisessa / kohtaamisessa?
- Millaista tietoa / koulutusta / taitoja tarvitsisit mielenterveyden häiriötä sairastavan potilaan kohtaamisessa?

LIITE 2: SAATEKIRJE TUTKIMUKSEEN OSALLISTUVILLE

Hyvä sairaanhoitaja,

Tämä opinnäytetyö toteutetaan Savonia ammattikorkeakoulun ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon, johtamisen ja kehittämisen sosiaali- ja terveysalalla – koulutusohjelman lopputyönä. Ohjaavana opettajana toimii yliopettaja Sirkka-Liisa Halimaa.

Työn tarkoituksena on kuvata sairaanhoitajien suhtautumista mielenterveyden häiriötä sairastaviin potilaisiin somaattisessa hoitotyössä. Mielenterveyden häiriötä ovat yleisiä ja mielenterveyden häiriötä sairastavia potilaita hoidetaan paljon somaattisessa sairaanhoidossakin. Tutkimuksen tavoitteena on kuvata, millaisia ajatuksia hoitajilla, jotka eivät ole erityisesti mielenterveydenhoitotyöhön suuntautuneita, on kohdatessaan mielenterveyden häiriötä sairastavia potilaita. Tavoitteena on kartoittaa myös hoitajien näkemystä osaamisen kehittämisen tarpeesta mielenterveyden hoitotyön osalta.

Tutkimus toteutetaan ryhmähaastatteluina 3-5 hengen ryhmissä työajalla. Haastattelujen kesto on noin tunti. Haastattelut nauhoitetaan nimettöminä ja aineistoa käsittelee vain haastattelun tekijä. Aineiston käsittelyn ja analysoinnin jälkeen aineisto hävitetään ja tulokset esitetään niin, että vastaajien henkilöllisyys ei niistä selviä. Osallistuminen on vapaaehtoista ja osallistumisen saa keskeyttää milloin vain ilman erillistä syytä.

Mikäli haluatte osallistua tutkimukseeni toteutukseen, toivon teidän ilmoittavan siitä minulle sähköpostitse tai puhelimitse X päivämäärään mennessä. Tarvittaessa vastaan kysymyksiinne, mikäli teillä niitä tutkimukseeni liittyen ilmenee.

Ystävällisesti,

Tanja Kurki

sairanhoitaja, YAMK-opiskelija

tanja.kurki@kuh.fi

044 717 XXXX