

PSYKOOSIN ENSIOIREIDEN TUNNISTAMINEN
PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA

Elisa Korkala, Martti Mömmö

& Susanna Ollikainen

Opinnäytetyö, syksy 2009

Diakonia-ammattikorkeakoulu,

Diak Pohjoinen, Oulu

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Korkala Elisa, Mömmö Martti & Ollikainen Susanna. Psykoosin ensioireiden tunnistaminen perusterveydenhuollossa, Syksy 2009, 46s., 2 liitettä. Diakonia-Ammattikorkeakoulu, Diak Pohjoinen. Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja (AMK).

Tutkimukset osoittavat, että psykoosin varhainen tunnistaminen ja hoidon aloittaminen lisäävät psykoosista paranemisen ennustetta. Tämän vuoksi psykoosi on tunnistettava mahdollisimman varhain. Psykoosiin sairastuessa ihmisen todellisuudentaju hämärtyy eikä hän kykene tekemään eroa todellisuuden ja mielikuvituksen välille.

Monilla psykoosiin sairastuvista ihmisistä ilmenee psykoosin ensioireita kuukausien, jopa vuosien ajan ennen psykoosin puhkeamista. Enemmistö ensioireisista potilaista hakeutuu lääkärin vastaanotolle, mutta heidän oireilunsa luonne ei ole helposti tunnistettavissa. Aiemmin tehdyissä tutkimuksissa on todettu, että ihmiset ovat yrittäneet hakea apua oireisiinsa useita kertoja ennen kuin asianmukainen hoito oli järjestetty.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata perusterveydenhuollon henkilöstön valmiuksia kohdata ja tunnistaa psykoottinen ihminen. Opinnäytetyön lähestymistapa oli laadullinen. Opinnäytetyön aineisto kerättiin keväällä 2009 kyselylomakkeen avulla. Vastajat olivat Länsi-Pohjan keskussairaalan päivystyksessä ja Kemin terveyskeskuksen päivystyksessä työskenteleviä sairaanhoitajia ja lähihoitajia. Aineisto analysoitiin deduktiivisella sisällön analyysillä.

Kaikilla kyselyyn vastanneilla hoitajilla heräsi huoli potilaan psyykkisestä terveydentilasta, vaikka hoitajilla oli vaihteleva kyky tunnistaa psykoosin oireita. Hoitajat kiinnittivät huomiota kuvatussa potilasesimerkissä selkeästi havaittavissa oleviin oireisiin, kuten huutamiseen, itkuisuuteen, levottomuuteen ja pelkoon. Psykoottinen potilas herätti hoitajissa myös pelonsekaisia tunteita, jotka hoitajien mukaan johtuivat ammattitaidon ja resurssien puutteesta.

Asiasanat: Mielenterveystyö, perusterveydenhuolto, psykoosit, tunnistaminen, ensioireet

ABSTRACT

Korkala Elisa, Mömmö Martti & Ollikainen Susanna. Recognition of first symptoms of psychosis in basic health care, autumn 2009, 46p., 2 appendices. Language: Finnish. Diaconia University of Applied Sciences. Oulu North. Degree Programme in Health Care, Nurse.

Researches show that early recognition of psychosis and initiation of treatment add to the prognosis of recovering in psychosis. Because of this, psychosis has to be recognized as early as possible. When falling ill in psychosis a person's sense of reality gets confused and the person cannot make a difference between the reality and imagination. The purpose of the present thesis was to describe the nurses' ability to encounter and recognize patient who has symptoms of psychosis.

For many people, before falling ill in psychosis, appear psychotic pre-symptoms months or even years before falling ill in psychosis. The majority of the patients who have pre-symptoms seek to doctor's appointment but their symptoms are not easily recognizable. The research done earlier has shown that patients have tried to seek help to their symptoms many times before the proper treatment has been organized.

The method of the scholarly thesis was qualitative. The research material was gathered with help of questionnaires in spring 2009. Nurses and practical nurses who answered the questionnaire were from Länsi-Pohja central hospital and Kemi health center (Finland). The material was analyzed by using a deductive content analysis.

All nurses who answered the questionnaire expressed a concern of the patient's mental health, even if the nurses' abilities to recognize the symptoms of psychosis were variable. In the questionnaire the nurses paid attention to the patient's clearly detectable symptoms such as yelling, crying, agitation and fear. A psychotic patient arose feelings of fear among the nurses. They were caused by lack of professional skills and resources.

Keywords: mental health work, basic health care, psychosis, recognition, pre-symptoms

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 MIELENTERVEYSTYÖ PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA	6
2.1 Mielenterveyden edistäminen	7
3 PSYKOOSIN ENSIOIREIDEN TUNNISTAMISEN LÄHTÖKOHDAT.....	9
3.1 Psykoosin ensioireiden tunnistaminen	9
3.2 Psykoosin ensioireiden varhaisen tunnistamisen merkitys	12
3.3 Psykoosi eri lähestymistapojen mukaan.....	14
4 PSYKOOTTISEN POTILAAN HOITOTYÖ	16
4.1 Psykoottisen potilaan kohtaaminen ja vuorovaikutus	18
5 OPINÄYTETYÖN TARKOITUS, TUTKIMUSKYSYMYKSET JA	21
TAVOITTEET	21
6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	22
6.1 Opinnäytetyön tutkimusympäristö	23
6.2 Laadullinen tutkimus.....	23
6.3 Aineiston analysointi.....	24
7 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	25
7.1 Perusterveydenhuollon hoitohenkilökunnan valmiudet tunnistaa psykoottinen potilas	25
7.2 Perusterveydenhuollon hoitohenkilökunnan valmiudet kohdata psykoottinen potilas	26
7.3 Perusterveydenhuollon hoitohenkilökunnan kokemuksia psykoottisen potilaan kohtaamisesta	26
7.4 Kehittämishaasteet perusterveydenhuollon hoitohenkilökunnalle.....	27
8 JOHTOPÄÄTÖKSET	29
8.1 Jatkotutkimushaasteet	30
9 POHDINTA	31
9.1 Eettisyys	33
9.2 Luotettavuus	34
LÄHTEET	36
LIITTEET	39
LIITE 1 Perusterveydenhuollon yksiköihin lähetettävä kyselylomake	39
LIITE 2 Kopiot tutkimusluvista	42

1 JOHDANTO

Psykoottisiksi oireiksi luetaan harhaluuloisuus, aistiharhat, hajanainen puhe tai käytös. Psykoottinen henkilö on vakuuttunut sairaalloisten kokemustensa todenperäisyydestä. Psykoosin varhainen tunnistaminen tapahtuu yleensä perusterveydenhuollossa. Kuitenkin psykoosiin sairastuneen diagnostiikka ja hoidon aloittaminen kuuluvat psykiatriseen erikoissairaanhoidon.

Perusterveydenhuollon tehtävänä on edistää, ennaltaehkäistä ja hoitaa ihmisten terveyttä. Yleensä psyykkisesti sairastumassa oleva ihminen hakeutuu ensimmäisenä perusterveydenhuollon piiriin ja silloin hoitohenkilöstöllä tulisi olla tietämystä mielenterveyden häiriöistä. Perusterveydenhuollossa työskentelevä henkilöstö on avainasemassa, kun puhutaan psykoosin varhaisesta tunnistamisesta ja hoidon varhaisesta aloittamisesta. Heidän tulisi osata puuttua tilanteeseen ja ohjata tarvittaessa potilas eteenpäin hoitoon.

Osallistuimme Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin projektiin psykoosipotilaiden hoidon kehittämisestä. Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin kehittämishankkeen tarkoituksena on tehdä hoitotyönsuositus ensikertaa psykoosiin sairastuneen ja ennako-oireisen potilaan varhaisesta tunnistamisesta ja tarpeenmukaisesta hoitotyöstä. Projektin tavoitteena on tuottaa hoitohenkilökunnan käyttöön näyttöön perustuvia keinoja ja välineitä tunnistaa ja hoitaa ensi kertaa psykoosiin sairastunutta potilasta yhteistyössä perheen ja verkoston kanssa avohoidon piirissä.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata perusterveydenhuollon henkilöstön valmiuksia kohdata ja tunnistaa psykoottinen ihminen. Opinnäytetyön tavoitteena on edistää perusterveydenhuollon henkilöstön tietämystä psykoosista ja psykoosin ensioireiden tunnistamisesta sekä mielenterveysongelmaisen kohtaamisesta. Toteutimme opinnäytetyön toiminnallisen osan kyselylomakkeen avulla (LIITE 1). Hoitajille luotiin potilasesimerkki psykoottisesta potilaasta, johon liitettiin kysymyksiä. Hoitajat vastasivat kyselylomakkeeseen pareittain, mikä analysoitiin deduktiivisella sisällönanalyysillä.

2 MIELENTERVEYSTYÖ PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA

Mielenterveystyö on mielenterveislain määritelmän mukaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisen kasvun edistämistä. Siihen kuuluu myös, mielisairauksien ehkäiseminen, parantaminen ja lievittäminen. (Mielenterveislaki 14.12.1990/1116.) Perusterveydenhuollossa tehtävä mielenterveystyö katsotaan tärkeimmäksi osaksi mielenterveystyön kokonaisuutta, minkä vuoksi sitä on kehitettävä. Perusterveydenhuollon tehtävänä on ennaltaehkäistä ja edistää mielenterveyttä sekä huolehtia tavallisimpien mielenterveyden häiriöiden tunnistamisesta, hoidosta ja kuntoutuksesta. Perusterveydenhuollon mielenterveystyön toteuttamista voidaan kehittää henkilöstöä kouluttamalla, vahvistamalla kunnan sisällä olevia tukirakenteita, tiedottamalla mielenterveyspalvelujen saatavuudesta sekä vaikuttamalla eri tahojen päätöksentekoon. (Lehtinen & Taipale 2005.)

Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa antaa hyvän lähtökohdan asiakaslähtöiseen hoitotyöhön, kun mielenterveys ajatellaan dynaamisena ja positiivisena ihmisen ominaisuutena. Mielenterveyden lähtökohta auttaa perusterveydenhuollon työntekijää toimimaan niin, että hän uskoo työssään ihmisen selviytymiseen. Ihmisen yksilöllisyys, terveys, ympäristö ja hoitotyön toiminnot ovat asiakaslähtöisen toteutumisen kulmakiviä. (Immonen 2005, 21-22.)

Perusterveydenhuollon kentässä asioi myös psykiatrisia potilaita eri ikäryhmistä, mikä aiheuttaa haastetta perusterveydenhuollon työntekijöille. Tällä potilasryhmällä stressinsietokyky on alentunut ja he ovat usein hoitokielteisiä. Akuutissa tilanteessa psykiatrisen potilaan on vaikea sitoutua hoitoon ja hoitosysteemiin. Tämä potilasryhmä käyttää monenlaisia sosiaali- ja terveystalvveluja ja heille on haasteellista löytää tarpeenmukaisia palveluja, joita he sitoutuisivat käyttämään. (Salokangas, Stengård, Honkonen, Koivisto & Saarinen 2000, 177-178.)

Pitkäaikaisten psykiatristen potilaiden hoidon tarve kasvaa edelleen. Tämä edellyttää henkilökunnan erityisosaamista kokonaisvaltaisen terveyden näkökulmasta myös perusterveydenhuollossa työskenteleviltä. Tärkeää on myös tehdä tiivistä yhteistyötä

perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalitoimen välillä. (Perälä, Grönroos & Sarvi 2006.)

2.1 Mielen terveyden edistäminen

Mielen terveyden edistäminen on kaikkea toimintaa, jonka tavoitteena on tukea mielen terveyttä. Mielen terveys ei ole vain sairauden puuttumista, vaan se on yksilön voimavara. Mielen terveydellä tarkoitetaan yksilön elämänhallintaa, tervettä itsetuntoa, elinvoimaisuutta ja henkistä vastustuskykyä. Tärkeimpiä mielen terveyden tunnusmerkkejä ovat hyvä toimintakyky ja kyky luoda ihmissuhteita. Tästä käytetään myös käsitettä positiivinen mielen terveys, mikä onkin tasapainoisen elämän perusta. Tämä mahdollistaa yksilön jaksamaan arjessa ja kestämaan vastoinkäymisiä sekä selviytymään niistä. (Mielen terveyden edistäminen 2007.) Mielen terveyttä voidaan perusterveydenhuollon kentällä edistää monin eri keinoin. Näitä keinoja ovat yksilö ja perheneuvonta, kriisiapu, syrjäytymisen ehkäisy ja erilaiset tukimuodot, kuten ystäväpalvelu, perhekoulut sekä sosiaalisten taitojen opettaminen. (Lehtinen & Taipale 2005.)

Mielen terveyden edistämisen tarkoituksena on vahvistaa sekä vähentää mielen terveyttä kuormittavia tekijöitä (Kansanterveyslaitos 2004). Mielen terveyttä kuormittavat muun muassa taloudellinen kehitys, työelämän muutokset, perhepoliittiset ratkaisut, yhdyskunta- ja liikennesuunnittelu, kulttuuriset mahdollisuudet ja maailmapoliittiset uhkat. Mielisairauksien yhteiskunnalliset seuraukset, kuten eristäytyminen, perheensisäinen syllisyys, perheen ulkopuolisiin kontakteihin liittyvä salailu, sairaan kaventuvat mahdollisuudet työelämässä ja yhteiskunnassa sekä ulkopuolisten osoittama vieroksunta luovat synkän kuvan yksilön selviämisestä yhteiskunnassamme. (Mielen terveyden edistäminen 2006.)

Ehkäisevä psykiatria pyrkii *pimaaripreventioon* eli ehkäisemään mielen terveyden häiriöiden synnyn ja sitä kautta vähentämään sairastuvuutta. Mielisairauksien mahdollisimman varhaisen havaitsemisen eli *sekundaariprevention* avulla pyritään vähentämään sairaustapausten määrää sekä vähentämään sairaudesta aiheutuvaa haittaa yksilölle sekä yhteiskunnalle. Tämän merkitys on suuri, koska myöhään aloitettu hoito

heikentää yksilön paranemisen ennustetta ja pahimmassa tapauksessa vakavat mielisairaudet saattavat pahentua ja pitkittyä sekä täten huonontaa yksilön toimintakykyä. *Tertiääriprevention* eli hoidon ja kuntoutuksen tarkoitus on vähentää mielenterveyden häiriöstä johtuvaa toimintakyvyn alenemista ja haittaa yksilölle niin, että yksilö pystyisi elämään mahdollisimman laadukasta elämää sairautensa kanssa. (Kansanterveyslaitos 2004)

3 PSYKOOSIN ENSIOIREIDEN TUNNISTAMISEN LÄHTÖKOHDAT

Psykoosi on ihmisen toimintakykyyn laaja-alaisesti vaikuttava mielenterveydenhäiriö, joka aiheuttaa haittaa ihmiselle itselleen sekä hänen lähipiirilleen. Psykoosi aiheuttaa ihmiselle harhaluuloisuutta ja harha-aistimuksia, mitkä vaikuttavat ihmiseen yksilöllisellä tavalla. Ihminen saattaa olla pitkään omassa psykoottisessa maailmassaan, ennen kuin joku lähipiirin tai terveydenhuollon henkilö huomaa kyseisen sairauden puhkeamisen. (Lönnqvist, Heikkinen, Henriksson, Marttunen & Partonen 2007, 140.) Psykoottisten häiriöiden elinaikainen esiintyvyys suomalaisessa väestössä on 3,5 prosenttia (Perälä ym. 2007). Skitsofrenian esiintyvyys normaaliväestössä on 1:100 (French & Morrison 2008, 27).

Psykoottisiksi oireiksi luetaan harhaluuloisuus, aistiharhat, hajanainen puhe tai käytös. Psykoottinen henkilö on vakuuttunut sairaalloisten kokemustensa todenperäisyydestä. Näiden psykoosille spesifisten oireiden lisäksi psykoosipotilaalla ilmenee epäspesifisiä oireita, kuten ahdistuneisuutta, masentuneisuutta, levottomuutta, aggressiivisuutta tai ihmissuhteista vetäytymistä, väsyneisyyttä, aloitekyvyttömyyttä, mitkä voivat peittää alleen psykoosin spesifisemmät oireet. Usein psykoosipotilaan psykososiaalinen toimintakyky on vakavasti häiriintynyt. Toimintakyvyn alenema ilmenee useimmin ihmissuhteista vetäytymisenä tai riitaisuutena ihmissuhteissa, opiskelu- tai työkyvyn heikkenemisenä, jopa henkilökohtaisen hygienian ja perustarpeiden, kuten ruokailun laiminlyömisinä. (Salokangas 2006.)

3.1 Psykoosin ensioireiden tunnistaminen

Psykoosiin liittyvä hallitsematon minuus sisältää emotionaalisen, fyysisen minän muuttumisen ja itsehallinnan menetyksen tunteen. Emotionaalisesti se tarkoittaa sitä, että ”minä” on muuttunut sairauden myötä. Fyysisesti minän muuttumisen tunne merkitsee kokonaisvaltaista fyysistä uupumusta, unettomuutta, fyysisten elintoimintojen muuttumisen tunnetta ja erilaisia kipuja. (Koivisto 2003.)

Ensipsykoosiin sairastuneen diagnostiikka ja hoidon aloittaminen kuuluvat psykiatriseen erikoissairaanhoidon. Psykoosin ensioireet voivat kestää muutamista päivistä jopa vuosiin. Useimmiten ennen ensimmäistä psykoosia edeltävät ensioireet esiintyvät aluksi depressiivisinä, sitten negatiivisina ja lopuksi positiivisina oireina ja ovat kestoaltaan yleensä pidempiä kuin seuraavista tulevista psykoosijaksoista varoittavat oireet. Aikaisemmin ennen varsinaista psykoosijaksoa voi esiintyä itseä tai ympäristöä koskevia outouden ja muuntumisen tuntemuksia. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä 2008.)

Useimmilla psykoosiin sairastuvista esiintyy jo ennen varsinaista psykoosia ensioireita usean kuukauden ajan. Ensioireet jaetaan epäspesifisiin oireisiin, spesifisiin subjektiivisiin kokemuksiin ja lieväästeisiin tai lyhyen aikaa kestäviin psykoottisiin oireisiin. Enemmistö ensioireisista potilaista hakeutuu lääkärin vastaanotolle, mutta heidän oireilunsa luonne ei ole helposti tunnistettavissa. (Salokangas 2006.) Psykoosin spesifisissä ensioireissa voidaan erottaa kolme pääryhmää, joita ovat perusoireet, lievät tai lyhytaikaiset psykoottiset oireet sekä geneettiseen riskiin liittyvä toimintakyvyn heikkeneminen. Näitä oireita voi esiintyä useampia samanaikaisesti. (Salokangas & Suomela 2004.)

Perusoireilla tarkoitetaan ihmisen omia häiriökokemuksia, joita ulkopuoliset eivät havaitse. Tällaisia perusoireita ovat ajattelussa ilmenevät häiriöt. Tunne, että mieleen tunkeutuu vieraita ajatuksia, omat ajatukset katoavat äkillisesti mielestä, ajatuksiin vaikutetaan ulkoa päin, ajatuksista häviää tarkoitus tai ajatukset hajoavat. Voi syntyä myös tunne, että ympäristö jotenkin oudosti muuttuu ja siinä tapahtuvat asiat kohdistuvat itseän, toisten puhe voi tulla vaikeasti käsitettäväksi ja itse juuttuu herkästi pikkuasioiden tai yksityiskohtien pohdiskeluun. Äkillisesti voi ilmetä häiriöitä oman ruumiin liikkeissä sekä ilmeitä, asentoa ja eleitä on vaikea hallita. Esineet voivat näyttää luonnottoman pieniltä, etäällä olevilta tai luonnottoman suurilta tai henkilö voi kuulla lyhytaikaisesti outoja ääniä, kuten suhinaa, kolahduksia ja kuisketta vailla selvää äänen aiheuttajaa. (Salokangas & Suomela 2004.)

Perusoireet kestävät yleensä lyhyehkön ajan. Niitä voi ilmetä vuosia ennen psykoosin puhkeamista, jopa ennen kuin ilmenee mitään varsinaisia oireita, eikä niiden perusteella voida tarkkaan arvioida, onko psykoosi tulossa lähitulevaisuudessa vai vasta vuosien

päästä. Sen sijaan pitemmällä aikavälillä huomattavan suuri osa perusoireita kärsineistä, psykiatriseen hoitoon tulleista sairastuu psykoosiin. Kun oireet ovat olleet jo niin vaikeita, että henkilö on menettänyt todellisuudentajunsa, vaikka oire onkin kestänyt kerrallaan vain korkeintaan muutaman tunnin, on psykoosiin sairastumisen riski lähimmän vuoden aikana jo noin 40 %. (Salokangas & Suomela 2004.)

Lähempänä psykoosin puhkeamista ensioireet muuttuvat pidempään jatkuviksi tai voimakkaammiksi. Psykoosiin sairastumisen riski on jo varsin suuri esimerkiksi avohoitoon hakeutuneella potilaalla, jolla on lähikuukausien aikana ilmennyt viikkojen ajan lieväästeisiä psykoottisia tai niitä läheneviä oireita, kuten aistiharhoja tai -hairahduksia, seuraamisen ja vainoamisen tunnetta, itsen tai ympäristön muuttumisen tunnetta. (Salokangas & Suomela 2004.)

Skitsofreenista psykoosia edeltäneitä oireita ja sairaudenmerkkejä ovat neuroottiset oireet, ahdistuneisuus, levottomuus, vihaisuus, ärtyneisyys, mielialaoireet, masennus, kyvyttömyys kokea nautintoa, syyllisyys, itsetuhoiset ajatukset, mielialan heilahtelu, tahtoelämän muutokset, apaattisuus, heikentynyt libido, ikävystyneisyys, mielenkiinnon puute, väsyneisyys, energiattomuus, kognitiiviset muutokset, huomiokyvyn heikkeneminen, keskittymiskyvyttömyys, ajatuksiin vaipuminen, päiväuneksunta, ajatusten salpautuminen, heikentynyt käsitteellinen ajattelu, fyysiset oireet, ruumiilliset vaivat, ruokahaluttomuus, laihtuminen, unihäiriöt, pakkoajatukset ja -toiminnot, lisääntynyt sensitiivisyys ihmissuhteissa, muuntunut itsen ja ympäristön kokeminen, liikkeiden muuttuminen, puheen poikkeavuudet, havainto vääristymät, epäileväisyys, muuntuneet affektit, käyttäytymisen muutokset, koulunkäynnin ja työnteon sekä muiden toimintojen heikkeneminen, vetäytyminen sosiaalisista suhteista, impulsiivisuus, outo tai kummallinen käyttäytyminen tai aggressiivinen ja häiritsevä käyttäytyminen. (Salokangas & Suomela 2004.)

Judge ym. tutkivat, mikä oli laukaisevana tekijänä avun hakemiselle psykoosin ensioireiden ilmetessä. Tutkimuksessa tuli ilmi, että vanhempien havaitsemia yleisimpiä käytösmuutoksia lapsissaan olivat eristäytyminen ja kontaktin välttäminen perheessä. Esille tuli myös persoonan muutoksia, aggressiivisuutta, outoa käytöstä, hajanaista ajattelua, äänten kuulemista, outoja uskomuksia, itsetuhoisuutta, paranoidisia ajatuksia, sekavaa ajattelua ja aineiden väärinkäyttöä. (Judge, Perkins, Nieri & Penn 2005.) Etheridgen ym. tutkimuksessa tutkittiin palveluiden muuttamista sopiviksi

psykoosin tunnistamista varten. Vähemmän kuin puolet tutkimukseen osallistujista huomasivat ensiksi itse muutoksia heidän ajattelussaan tai käytöksessään. Muutoksen tunnistaja oli useimmiten heidän huoltajansa. (Etheridge, Yarrow & Peet 2003.)

Akuuttia psykoosia ei yleensä ole vaikea tunnistaa, koska oireet tulevat tuolloin selkeästi esille. Hitaasti kehittyvä psykoosi antaa enemmän haastetta sen tunnistamiseen, koska ennakkovaihe voi olla hyvin monimuotoinen ja vaihteleva. Oireet saattavat välillä olla vahvempia ja toisella hetkellä niitä ei välttämättä ole ollenkaan. Lisäksi sairastunut saattaa suhtautua epäilevästi ympäristöönsä ja myös läheisiinsä sekä peittää oireitaan. (Salokangas 2006.)

3.2 Psykoosin ensioireiden varhaisen tunnistamisen merkitys

Psykoosiin sairastutaan tyypillisimmin 20–30 vuoden iässä. Tämän ajanjakson aikana nuoret usein itsenäistyvät, luovat ihmissuhteita ja omaa perhettä sekä omaa uraansa. Näistä elämän mukanaan tuomista haasteista kehittyvä stressi ja siihen liittyvät unihäiriöt voivat edesauttaa psykoosin laukeamista. (French & Morrison 2008, 23.)

Varhaisen tunnistamisen kannalta on tärkeää, että psykoosi huomataan ja hoidetaan mahdollisimman varhain. On todettu, että hoidon aloittaminen mahdollisimman pian psykoosin ensioireiden ilmenemisen jälkeen antaa paremman ennusteen. Tutkimuksissa on käynyt ilmi, että psykoosin ensioireiden ilmenemisestä tutkimuksen ja hoidon aloittamiseen on ollut keskimäärin 1–2 vuotta. Pitkään jatkuvalla hoitamattomalla psykoosilla voi olla haitallisia vaikutuksia keskushermostoon. Monissa tutkimuksissa on tullut ilmi, että hoitamattoman psykoosivaiheen kesto korreloi skitsofrenian huonoon ennusteeseen. (Suomen Psykiatriayhdistys ry 2001.)

Ensimmäiseen psykoosin sairastuneet kärsivät usein kuukausia tai vuosia ennen kuin heidän tilansa huomataan tai hoidetaan. Hoidon viivästyminen johtaa tutkitusti huonoon hoidolliseen lopputulokseen. Varhainen väliintulo psykooseissa on omaksuttu skitsofrenian hoidon ohjeissa, koska on tärkeää tunnistaa tekijät, jotka aiheuttavat hoidon viivästyksen. (Judge ym. 2005.)

Judgen ym. Yhdysvalloissa tehdyssä tutkimuksessa kymmenessä potilastapauksessa muutokset käyttäytymisessä huomasivat ensimmäisenä sukulainen, viidessä potilas itse, kolmessa opettaja sekä yhdessä tapauksista ystävä ja yleislääkäri. Aika ensioireiden alkamisesta hoitoon pääsyyn kesti 1-3 vuotta. Syy, miksi hoitoon ei hakeuduttu aikaisemmin, oli tiedonpuute, häpeä, pelko, leimaantuminen, epätietoisuus minne ottaa yhteyttä, uskomus ongelmien poistumiseen itsestään, nujertunut tunne, sairaudentunnottomuus tai potilas oli liian sairas hakeakseen apua. Keskimäärin potilaat olivat yhteydessä kolmeen ammattilaiseen ennen psykiatrilta pääsyä, kuten yleislääkäriin, koulun terveydenhoitajaan ja psykologiin tai poliisiin. (Judge ym. 2005.)

Etheridgen ym. Englannissa tehdyssä tutkimuksessa aika, joka kesti perheessä ensioireiden tunnistamiseen ensioireiden puhkeamisesta, oli keskimäärin 7,8 kuukautta ja ensimmäisen ongelmien havaitsemisen jälkeen päästä asianmukaisen hoidon piiriin kesti keskimäärin 14,4 kuukautta. Avun tarpeelle yleisin laukaiseva tekijä oli psykoottisten oireiden paheneminen tai voimistuminen, mitä seurasivat itsetuhoiset ajatukset. Kummatkaan ensioireet tai negatiiviset oireet eivät olleet alullepanija hoitoon hakeutumiselle. Aggressiivinen käytös itseä tai muita kohtaan esiintyi 15 kertaa joukon esimerkeissä. Useimmiten raportoitu este hoidolle oli potilaiden, perheiden, viranomaisten ja mielenterveyspalvelujen tuottajien epäonnistuminen huomata oireiden läsnäolo tai todellisia aktiivisia oireita. Toiseksi yleisin este hoidolle oli huomata, mistä hakea apua ja kolmas oli taloudellisten resurssien, vakuutuksen tai kuljetuksen puute sairaalaan. Ymmärtämyksen puute potilailla, häpeä psykiatrisen hoidon ympärillä ja kulttuuriset ja kielelliset esteet olivat vähemmän raportoituja esteitä hoitoon hakeutumiselle. (Etheridge ym. 2003.)

Hoitoviiveen merkitys korostuu, kun puhutaan psykoosin aiheuttamista psykologisista ja sosiaalisista kehitysviivästymistä. Nämä voivat johtua suoraan psykoosin aiheuttamasta vetäytymisestä tai psykoosin yhteydessä esiintyvistä sosiaalisesta ahdistuneisuudesta. Näiden asioiden vuoksi olisi myös hyvä, että psykoosi tunnistettaisiin mahdollisimman varhain, jotta sairastuminen ei vaikuttaisi suuresti ihmisen ympärillä olevaan sosiaaliseen verkostoon tai yksilöön itseensä. (French & Morrison 2008, 23.) Avun hakeminen voi katketa tiedon puutteeseen ja epäystävällisiin ammattilaisiin, koska psykoosin ensioireiden tunnistaminen voi olla vaikeaa koulutetuille ryhmille (Etheridge ym. 2003).

Tutkimukset ovat osoittaneet, että hoitoviiveen pidetessä paranemisen ennuste huonontuu. Hoitoviiveen minimointi parantaa psykoosiin sairastuneen ihmisen kuntoutumisen ennustetta. Tämä olisi eduksi myös sairastuneen lähiverkoston ja hoitavan tahon kannalta. Tutkimuksissa on myös osoitettu, että ihmiset ovat yrittäneet hakea apua oireisiinsa useita kertoja, ennen kuin asian mukainen hoito oli järjestetty. Tämä osoittaa myös sen, että jos oireisiin ei tartuta varhaisvaiheessa tilanne hankaloituu entisestään ja pääsee kriisiytymään. Tutkimuksen mukaan on todettu, että psykoosin luonne vaikuttaa suoraan hoitoviiveeseen. Se voi aiheuttaa sairastuneelle haluttomuutta puhua ongelmastaan. Toisaalta tähänkin asiaan vaikuttaa myös leimaantumisen pelko. (French & Morrison 2008, 21-22.)

3.3 Psykoosi eri lähestymistapojen mukaan

Psykoosia voidaan kuvata myös eri lähestymistapojen mukaan, mitä ovat biologinen, psykologinen ja sosiaalinen lähestymistapa. Mielenterveyden häiriöitä ja psykoosia tarkastellaan eri näkökulmien mukaan eri tieteen aloilla. *Biologinen lähestymistapa* tutkii psykoosin somaattista ja kehollista näkökulmaa, esimerkiksi perinnöllisyyttä ja geneettisiä muutoksia aivoissa. Tämä tieteenala selittää myös erilaisista somaattisista syistä johtuvia psykooseja, kuten esimerkiksi vanhuksilla virtsatieinfektio saattaa aiheuttaa ohimeneviä psykoottisia oireita. *Sosiaalinen lähestymistapa* selittää mielenterveysongelmaa yhteiskunnallisena ilmiönä. Tämä näkökulma hakee myös syitä sairastumiseen yksilön sosiaalisista verkostoista, kuten lapsuuden kokemuksista ja mahdollisista traumaista. *Psykologinen lähestymistapa* tutkii ihmisen mielensisäistä maailmaa ja sen muutoksia, kuten vuorovaikutusta, oppimista ja mielikuvitusta. Tämän lähestymistavan mukaan voidaan psykoterapeuttisilla hoitomuodoilla korjata tai kehittää ihmisen psyykkisessä kehityksessä tapahtuneita kehityspoikkeamia, kuten skitsofrenia-potilas voi opetella elämään sairauden oireiden kanssa. (Lepola, Koponen, Leinonen, Joukama, Isohanni & Hakola 2002, 21-25.)

Nykykäsityksen mukaan katsotaan, että edellä mainituista lähestymistavoista ei yksittäin ole juuri hyötyä psykoosin hoidossa. Eri tieteenalojen tutkijat ovat kuitenkin tehneet suuria läpimurtoja ja tutkimushavaintoja. *Integroiva lähestymistapa* yhdistää

nämä edellä mainitut lähestymistavat toisiinsa tarpeen mukaan, mikä on potilaan hoidon kannalta parempi vaihtoehto. Silloin pystytään sulkemaan pois erilaisia vaihtoehtoja, joista psykoosi ei johdu ja selvittämään sen alkuperää tarkemmin Integroivassa lähestymistavassa yhdistetään eri tieteenalojen tutkimuksia potilaan tarpeen mukaan. *Biopsykosiaalinen lähestymistapa* on taustalla, kun hoidetaan pitkäaikaisia mielenterveydenhäiriöitä tai psykooseja, esimerkiksi skitsofreniaa. Tämä lähestymistapa ei pilko ihmisen toimintakykyisyyttä, vaan tarkastelee sitä kokonaisuutena. (Lepola ym. 2002, 25-26.)

4 PSYKOOTTISEN POTILAAN HOITOTYÖ

Psykoosin kokonaisvaltainen hoitotyö jaetaan ennaltaehkäisevään, akuuttiin ja jälkihoidolliseen hoitotyöhön. Psykoosipotilaan hoitotyö on paljon muutakin kuin sairauden hoitamista. Se on aineellisten, sosiaalisten ja henkisten asioiden kokonaisvaltaista hoitoa. Potilaan kokonaisvaltaisessa hoidossa pyritään huomioimaan ja tunnistamaan itse psykoosiin liittyvät hoidon tarpeet. Tällöin otetaan huomioon myös muut tämän hetkistä toimintakykyään alentavat hoidon tarpeet, joihin pyritään vastaamaan tilanteen vaatimalla tavalla. (Uttula 2006.)

Psykiatrisen potilaan hoito perustuu vapaaehtoisuuteen ja itsemääräämisoikeuden kunnioittamiseen. Aina näitä periaatteita ei kuitenkaan pystytä noudattamaan, vaan joudutaan rajoittamaan potilaan itsemääräämisoikeutta. Tähän on kuitenkin säädetty tarkat lakipykälät, joiden mukaan tulee toimia, kun puututaan potilaan itsemääräämisoikeuteen. Mikäli potilas on sairautentunnon, yhteistyökyvyn, kykenemätön huolehtimaan itsestään ja hoidon tarpeessa, hänet voidaan mielenterveyslain nojalla toimittaa vastentahtoiseen sairaalahoitoon. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.)

Psykoosipotilasta hoidettaessa psykiatrisella osastolla terapioita ja interventioita pidetään tärkeinä ja merkittävinä, kun ne tapahtuvat yksilöllisesti potilaan tarpeita vastaavina. Myös omahoitajan kanssa käydyt keskustelut sekä ryhmäkeskustelut ovat tärkeitä potilaan hoidossa, koska ne auttavat potilasta jäsentämään omaa tilannettaan ja ilmaisemaan itseään. Tärkeää hoidon etenemisen kannalta on potilaan oma aktiivisuus sekä toisilta potilailta saatu anti. (Koivisto 2003.)

Psykiatrisen hoidon ja sitä kautta myös psykoosin hoidon tuloksellisuuteen vaikuttavat potilaan hoidolle asetetut tavoitteet ja niiden saavuttaminen. Tutkimuksen mukaan hoidon tuloksellisuus on tilanteen helpottumista, pärjäämistä, toimintakykyä ja hyvää oloa. Tähän vaikuttavat elämäntilanne, hoitoympäristö, sosiaalinen verkosto, hoitajan ammattitaito, hoidon suunnitelmallisuus ja monipuolinen eri hoitomenetelmien käyttö. (Tiri 2001.)

Terapeuttinen suhde perustuu positiiviseen tunteensiirtoon ja sen käyttöön toivotun lopputuloksen saamiseksi. Hoitajan itsetuntemus on tärkeää hyvän hoitosuhteen luomiselle. Humanistisen ihmiskäsityksen mukaan terapeuttinen yhteistyösuhde perustuu lämpimän, empaattisen ja positiivisen ilmapiirin luomiseen, missä hoitajan keskeinen tehtävä on läsnäolo. Tämänäköinen hoitosuhde luo mahdollisuudet muutoksille terapiasuhteen aikana. (Hewitt & Coffey 2005.)

Tutkimustulosten mukaan terapeuttisen suhteen toimivuus vaikuttaa potilaan hoitomyöntyvyyteen. Mikäli potilaan ja hoitajan välinen yhteistyösuhde on toimiva, hänen hoitonsa tulokset ovat paremmat. Pelkkä terapeuttinen suhde ei kuitenkaan tutkimusten mukaan tuottanut toivottua lopputulosta. Potilaat kokivat myös, että positiivinen hoitosuhde hoitajan kanssa lisää hoidon tuloksellisuutta ja motivaatiota hoitoon sitoutumiseen. Heidän kokemustensa mukaan yhteistyösuhteessa oli tärkeintä hoitajan kyky samaistua potilaan ongelmiin keskusteluissa ja osoittaa empatiakykyä. (Hewitt & Coffey 2005.)

Yksilöterapia antaa asiakkaalle mahdollisuuden purkaa tunteitaan ja ajatuksiaan sekä käsitellä vaikealle tuntuviakin asioita. Perheterapia antaa perheelle mahdollisuuden osallistua perheenjäsenensä hoitoon ja siten helpottaa perheen tilannetta. Perheterapiassa perhe saa myös tietoa omaisensa sairaudesta ja sen vaiheista. Ryhmäterapia parantaa yksilön ilmisuhdetaitoja sekä antaa mahdollisuuden vertaistuelle. Toimintaterapian tarkoituksena on luoda asiakkaalle hyvää oloa onnistumisen kokemusten kautta. (Tiri 2001.)

Psykoosin hoidossa potilaan perhe on tärkeä yhteistyökumppani. Perheellä on paljon tietoa potilaan elämästä ja hänen vahvuuksistaan, joita voidaan käyttää apuna potilaan hoidossa. Psykoosissa olevan ihmisen terveitä toimintakyvyn alueita tukien voidaan hoitaa myös psykoosia ja auttaa potilasta selviämään arjessa ohjaamalla häntä käyttämään vahvuuksiaan. Vahvuuksia voidaan käyttää myös terapiamuotona, jonka avulla pystytään käymään läpi vaikeitakin tilanteita ja asioita. Hoidon jatkuvuuden ja luottamuksen syntymisen sekä säilymisen kannalta on hyvä, että hoitavat henkilöt pysyvät samana koko hoidon ajan. (Seikkula & Alakare 2004.)

Ammatillisessa yhteistyösuhteessa tavoitteena on dialogiin perustuva keskustelu, jossa korostuvat ilmaistun asian tarkastelu eri näkökulmista ja kuuntelu. Työntekijän tehtävänä on kuunnella asiakkaan tuottamaa kertomusta ja tehdä tarkentavia kysymyksiä sekä auttaa asiakasta oivaltamaan kertomukseensa liittyviä uusia näkökulmia. Työntekijän ja asiakkaan vuorovaikutus on vuoropuhelua ja vuorokuuntelua, jossa työntekijä auttaa asiakasta mahdollisten keskeneräisten asioiden puhumisessa. (Kiviniemi ym. 2007, 83-84.)

Dialogisen hoitomallin tarkoituksena on edistää sekä ylläpitää potilaan terveyttä ja hyvinvointia. Psykiatrisen avoimen dialogin hoitomallin peruseriaatteita ovat hoidon nopea aloittaminen, omaisten ja muiden läheisten osallistuminen hoitoon, kokeneen työryhmän vastuun ottaminen hoidosta ja epävarmuuden sietäminen. Hoito on asiakkaiden muuttuvien tarpeiden mukaista. Verkostokeskeinen työskentely ja avoin dialogi hoitokokouksissa tarkoittavat sitä, että jokainen osallistuja tulee kuulluksi ja ymmärretyksi. (Seikkula & Alakare 2004.)

Tätä hoitomallia ei ole suunniteltu pelkästään psykoottisten ongelmien kohtaamiseen, vaan sitä voidaan soveltaa kaikenlaisiin kriisitilanteisiin. Hoito pyritään aloittamaan mahdollisimman varhain ja ensimmäinen hoitokokous pyritään pitämään vuorokauden kuluessa yhteydenotosta, riippuen asian kiireellisyydestä. Työryhmään kuuluu asiakkaan ja hänen omaistensa lisäksi kaksi tai kolme hoitavan tahon edustajaa, esimerkiksi hoitaja ja lääkäri. Hoidon suunnittelussa pyritään siihen, että vastaanottavasta työryhmästä vähintään yksi säilyy asiakkaan hoidossa koko hoidon ajan, riippumatta siitä onko asiakas sairaalassa vai avohoidossa. (Seikkula & Alakare 2004.)

4.1 Psykoottisen potilaan kohtaaminen ja vuorovaikutus

Ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa sanattomalla ilmaisulla ja viestinnällä on keskeinen osuus, sillä vuorovaikutuksesta 70-90 prosenttia on sanatonta. Asiaa laajemmin määriteltäessä siihen kuuluvat myös puheen ilmaisun sisällä havaittavia tekijöitä, kuten äänen voimakkuus ja perustaaajuus, puheen rytmi ja kesto, puhevirheet ja tauot. On tärkeää huomioida sanojen valinnassa ja vuorovaikutuksessa ihmisten

kanssa, että sanojen avulla välitetyt viestit voivat pohjimmiltaan tarkoittaa ja merkitä eri ihmisille eri asioita. (Kiviniemi ym. 2007, 76-77.)

Ammatillisen keskustelun tavoitteena on asiakkaan tarpeiden, elämäntilanteen ja ongelmien kartoitus sekä ratkaisujen ja voimavarojen luominen, löytämien tai esiin tuominen. Ahdistavasta ja masentavasta asiasta tai pahasta olostu puhuminen auttaa asiakasta jäsentämään ja konkretisoimaan tunnetilaansa, koska jo asian sanoiksi pukeminen lievittää tunnetta. (Kiviniemi ym. 2007, 77-81.)

Vuorovaikutuksellinen hoitosuhde omahoitajan kanssa muodostuu siten, että potilaalle puhutaan ja annetaan kokemus kuulluksi tulemisesta. Tärkeää on realiteetteihin tukeutuva keskustelu sekä keskustelussa tulisi käyttää selkeitä, konkreettisia ja yksiselitteisiä lauseita. Sopimuksista tulisi pitää kiinni sekä puhua tosiasioita. Harhoista ei kiistellä, mutta ei mennä niihin mukaankaan. Harhoja voi kyseenalaistaa varovasti puhumalla potilaan omasta kokemusmaailmasta ja tuomalla tosiasioita harhojen rinnalle. Potilaalle on annettava riittävästi tilaa ja yksityisyys tulisi huomioida. Hoitosuhteessa tärkeää on rauha, kiireettömyys ja turvallisuus. Potilasta ei tulisi jättää yksin. (Kauppila 2008.)

Empaattinen kuuntelu tarkoittaa, että työntekijä luopuu arvioimasta asiakkaan sanoja tai puhetta eikä anna sen hämmentää tai häiritä häntä. Työntekijä pyrkii ymmärtämään asiakkaan käsityksiä ja hänen näkökulmiinsa sisältyviä asioita sekä huomioi myös asiakkaan sanattoman viestinnän ja vastaa omassa puheessaan näihin. Sanattomassa viestinnässä on tärkeää sanojen, ilmeiden ja eleiden tasapaino sekä katsekontakti puhujien välillä, sillä empaattisessa kuuntelussa työntekijä osoittaa empaattisuutta puhujan tunteita ja ajatuksia kohtaan. Työntekijän ammattitaitoa on omien tunteiden tiedostaminen ja viivästyttäminen, jotta voi kohdistaa huomionsa asiakkaan tunteisiin ja kuuntelemiseen. (Kiviniemi ym. 2007, 89-91.)

Mielenterveystyön ominaisena piirteenä pidetään sitä, että työntekijän keskeinen työväline on oma itse. Puhutaan oman persoonan tai minän tietoisesta käytöstä, joka tarkoittaa sosiaali- ja terveydenhuollossa ammattilaisen toteuttavan ammatillisia roolejaan ja ymmärtävän ammatilliseen yhteistyösuhteeseen, itsen, asiakkaaseen sekä tilanteeseen vaikuttavia tekijöitä. Työntekijän tulisi olla valmis ottamaan vastaan

emotionaalista räsitystä yhteistyösuhteen mahdollistamiseksi asiakkaan kanssa, jossa asiakas voi tutkia itseään, tarkastella kokemuksiinsa ja tunteitaan. Mielenterveytyön ammatillinen yhteistyösuhde on usein intiimi, jossa työntekijän on vältettävä omien tunteidensa ja persoonallisten reaktioidensa esiin tuomista. (Kiviniemi ym. 2007, 9-13.)

Mielenterveysalalla työntekijältä edellytetään psykologista oivalluskykyä, jolla tarkoitetaan työntekijän tietoista omien tunteiden reflektiota sekä kiinnostusta jakaa ja reflektoida ajatuksiinsa ja kokemuksiinsa toisten kanssa. Ammatilliseen osaamiseen kuuluvat teoreettisen tiedon sekä osaamisen lisäksi kyky tiedostaa omat tunteensa ja havaita toisten tunteita. Työntekijän kyvyttömyys omien tunteiden tunnistamiseen ja erittelemiseen voi johtaa asiakkaan jäämiseen yksin omien tunteidensa kanssa. Jos ihminen ei ymmärrä tunteitaan, ne hallitsevat häntä. (Kiviniemi ym. 2007, 14–20.)

Nina Kilcku on tutkinut väitöksessään muun muassa psykoottisen potilaan kohtaamista. Hän jakaa potilaan kohtaamisen vuorovaikutukselliseen ja tiedolliseen kohtaamiseen. Väitöksessään hän korostaa kohtaamisen kokemuksen ja sitä kautta luottamuksen syntymisen merkitystä. Hoitajan avoimuus ja erilaisten tunteiden kohtaaminen sekä näiden tunteiden sietäminen parantavat myös luottamuksellisen hoitosuhteen syntymistä, mikä on hyvän hoitosuhteen syntymisen perusta. Psykoosiin sairastuminen herättää potilaassa ja hänen läheisissään erilaisia tunteita. Näiden tunteiden kohtaaminen ja läpi käyminen ovat tärkeä osa potilaan kohtaamista. Tehdyn tutkimuksen mukaan nämä tunteet olivat hyvin erilaisia, kuten häpeää, surua, pettymystä, epävarmuutta ja syyllisyyttä. Näiden tunteiden kuuleminen ja kohtaaminen lisäävät kokemusta avun saamisesta sekä kuulluksi tulemisesta. Varsinkin silloin, kun potilas hakeutuu ensimmäistä kertaa hoidon piiriin, potilaan ja hänen läheistensä odotukset avun saamisesta ovat korkealla. (Kilcku 2008, 94-95, 97.)

Kilckun tekemän tutkimuksen mukaan toimivan yhteistyösuhteen edellytyksenä oli molemminpuolinen avoimuus. Tällöin potilaan tilanteesta puhuttiin selkeästi ja avoimesti. Keskustelussa ja potilaan haastattelussa kuunteleminen ja kuulluksi tulemisen kokemuksen syntyminen vahvistivat edelleen luottamuksen syntymistä. Kyseisen tutkimuksen mukaan avoimuus ja kuulluksi tulemisen tunne lisäsi myös turvallisuuden tunnetta. (Kilcku 2008, 96.)

5 OPINÄYTETYÖN TARKOITUS, TUTKIMUSKYSYMYKSET JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata perusterveydenhuollossa työskentelevän hoitohenkilöstön taitoja kohdata ja tunnistaa psykoottinen potilas.

Tutkimuskysymykset

1. Millaiset valmiudet perusterveydenhuollon hoitohenkilökunnalla on tunnistaa psykoosin ensioireet?
2. Millaiset valmiudet perusterveydenhuollon hoitohenkilökunnalla on kohdata psykoosin ensioireista kärsivä potilas?
3. Miten perusterveydenhuollon hoitohenkilökunta kokee psykoottisen potilaan?

Opinnäytetyön tavoitteena on edistää perusterveydenhuollon henkilöstön tietämystä psykoosista ja psykoosin ensioireiden tunnistamisesta sekä mielenterveysongelman kohtamisesta.

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyön suunnitteluvaiheessa muodostui käsitys opinnäytetyön aiheesta ja perehdyttiin psykoosin ensioireisiin ja niiden tunnistamiseen tarkemmin. Opinnäytetyö tehtiin osana Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin projektia ensi kertaa psykoosiin sairastuneen ja ennako-oireisen potilaan varhaisesta tunnistamisesta ja tarpeenmukaisesta hoitotyöstä. Opinnäytetyön suunnitelma oli valmis joulukuussa 2008, joka esitettiin tammikuussa seminaarissa. Suunnitelmassa oli määritelty tutkimusympäristö, tutkimuskysymykset ja opinnäytetyön kulku.

Opinnäytetyössä arvioitiin kyselylomakkeen avulla hoitajien ammattitaitoa tunnistaa psykoottinen potilas. Kyselylomakkeessa oli tapausesimerkki, jonka avulla pyrittiin hakemaan vastauksia tutkimuskysymyksiin. Ennen kyselylomakkeiden viemistä käytäntöön, työyhteisölle pidettiin osastotunti 17.2.2009 opinnäytetyöstä. Osastotunnille osallistui kymmenkunta hoitajaa. Osastotuntia varten valmistettiin Powerpoint-esitys, jossa käytiin läpi opinnäytetyön tavoitteet, tarkoitus ja tutkimuskysymykset sekä esiteltiin kyselylomake hoitohenkilökunnalle.

Alun perin oli suunniteltu, että kyselylomakkeet olisivat hoitajien täytettävänä 16.2–17.3.2009 välisen ajan, mutta vastauksien vähyden vuoksi vastausaikaa jouduttiin jatkamaan kahteen eri otteeseen. Lisääjän jälkeen vastauksia kertyi kuitenkin yhteensä 7 kyselylomaketta ja 13 vastaajaa. Palautuslaatikko haettiin osastolta pois 17.4.2009. Kyselylomakkeet analysoitiin loppukevään 2009 aikana.

Opinnäytetyön raportti kirjoitettiin syksyllä 2009. Raportissa käydään läpi opinnäytetyön tulokset ja siihen liittyvää teoriaa. Opinnäytetyön tulokset käytiin esittelemässä Länsi-Pohjan keskussairaalan yhteispäivystyksessä 21.10.2009. Valmis opinnäytetyö esitettiin seminaarissa 10.11.2009.

6.1 Opinnäytetyön tutkimusympäristö

Tutkimus toteutettiin keväällä 2009 Länsi-Pohjan keskussairaalan päivystyksessä sekä Kemin terveyskeskuksen päivystyksessä. Tutkimukseen osallistuneet hoitajat olivat koulutukseltaan sairaanhoitajia ja lähi- tai perushoitajia, jotka työskentelevät päivittäin erilaisen sairauksien parissa päivystyksessä. Hoitajien työnkuvaan kuuluvat terveyden edistämisen ja sairauden hoidon lisäksi potilasohjaus. Hoitajat, jotka työskentelevät yhteispäivystyksessä, hoitavat lähinnä somaattisia sairauksia. On myös tilanteita, jolloin ihmisen mielenterveys on järkkynyt tai hän on jo sairastunut psyykkisesti. Tällaisten tilanteiden huomioiminen päivystyksessä on myös osa hoitajien työtä

6.2 Laadullinen tutkimus

Laadullinen tutkimus tarkastelee ihmisen kokemusta tai asian merkityksellisyyttä. Merkityskokonaisuudet ovat tällöin ihmiseen kohdistuvia tapahtumia, kuten toimintaa, ajatuksia tai päämääriä. Tällä tavoin pystytään selvittämään ihmisjoukon tai yksilön kokemus tapahtuneesta asiasta. Laadullisen tutkimuksen tavoitteena ei ole totuuden löytäminen vaan ilmiön kokemuksen ymmärtäminen ja sen tulkinta. Laadullisessa tutkimuksessa tutkimuksen kohde on kuin arvoitus, jota pyritään ratkaisemaan ja saamaan sitä kautta ymmärrystä. Laadullisen tutkimuksen tulkitseminen ja tätä kautta arvoituksen ratkaisemisen avulla luodaan malleja, ohjeita, toimintaperiaatteita ja kuvauksia tutkittavasta asiasta. (Vilka 2005, 97-98.)

Suunniteltaessa laadullista tutkimusta tulee ottaa huomioon, että laadullisen tutkimuksen tutkimusaineiston määrällä ei niinkään ole väliä, vaan millaista aineisto on. Aineiston tulisi olla siis riittävän kattavaa vastatakseen tutkittavaan kysymykseen. Tällöin tavoitteena on, että tutkimusaineisto on apuna asian ymmärtämisessä. (Vilka 2005, 126.)

6.3 Aineiston analysointi

Kyselylomakkeiden avulla saatu aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä, mikä tarkoittaa tutkimuksessa saadun aineiston kuvantamista sanallisesti. Sisällönanalyysissä aineisto jaetaan yksiköihin ja luokitellaan numerojärjestykseen. Yksiköt asetetaan sarakkeeseen pystysuoraan, johon lisätään pystyriviin sisältöluokat. Sisältöluokkiin merkitään kaikista havaintoyksikköä koskevat ja sisältöluokkaan kuuluvat havainnot numeerisesti. Sisällönanalyysillä pyritään muodostamaan vastaus, joka kuvaa aineistoa ja joka on kaikkein tyypillisin suhteessa aineistoon. (Vilka 2005, 139-140.)

Tutkimukseen osallistui Länsi-Pohjan keskussairaalan päivystyksestä sekä Kemin terveyskeskuksen päivystyksestä 13 hoitajaa vastaamalla kyselylomakkeeseen työpareittain. Yksi hoitaja oli vastannut yksin kyseiseen lomakkeeseen. Kyseisissä työyksiköissä työskentelee noin 30 hoitajaa.

7 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

7.1 Perusterveydenhuollon hoitohenkilökunnan valmiudet tunnistaa psykoottinen potilas

Länsi-Pohjan keskussairaalan päivystyksessä sekä Kemin terveyskeskuksen päivystyksessä tehdyn kyselyn (LIITE 1) mukaan kaikilla kyselyyn vastanneilla hoitajilla heräsi huoli potilaan psyykkisestä terveydentilasta ja heillä on valmiuksia toimia kohdatessa psykoottinen potilas.

Hoitajien vastauksissa oli vaihtelevia eroja. Keskimäärin hoitajat tunnistivat 4 oiretta 9 psykoosiin viittaavasta oireesta. Keskiarvoon vaikuttaa huomattavasti kahden hoitajaparin heikompi oireiden tunnistaminen, jotka olivat huomioineet ainoastaan pari näkyvää oiretta. Suurin osa hoitajista kiinnitti huomiota kuvatussa potilasesimerkissä vain ulospäin näkyviin seikkoihin, kuten kiihtyneisyyteen, itkuisuuteen, levottomuuteen ja pelkoon. Osa hoitajista osasi ajatella asiaa laajemmin ja olivat miettineet selkeästi potilaan koko tarinaa. Tällöin hoitaja oli poiminut tekstistä oireita, jotka eivät suoraan tapaamishetkellä olleet näkyvissä, kuten kivuttomuus, puheen rönsyily, paranoidinen ajattelu ja unettomuus. Seuraavassa on kolme esimerkkiä hoitajien vastauksista psykoottisen potilaan tunnistamisesta:

”Hysteriaan! Lukenut yötä päivää eikä ole juuri nukkunut. Onko jo harhoja kun pelkää isälleen tapahtuvan jotain?”

”Huutaminen, kivuttomuus, unettomuus, vilkuilee ympärilleen, stressaantunut, todellisuuden ja mielikuvitusmaailman sekoittuminen”

”Pelokkuus, äkillinen mielialavaihtelu, hermostuneisuus, itkuisuus, pelko, että isälle sattuu jotain, puheen rönsyily, ympärilleen vilkuilu”

7.2 Perusterveydenhuollon hoitohenkilökunnan valmiudet kohdata psykoottinen potilas

Kyselylomakkeista saatujen tulosten jälkeen voidaan todeta, että hoitajien kyky kohdata psykoottinen potilas oli melko hyvä. Kaikilla hoitajilla oli valmiuksia toimia kohdatessaan psykoottisia potilaita. Kaikissa vastauksissa hoitajat pyrkivät toimimaan rauhallisesti ja keskustelemaan potilaan kanssa sekä ymmärsivät kuuntelemisen merkityksen. Osa hoitajista pyrki myös luomaan turvallisuuden tunnetta olemalla potilaan lähellä jättämättä häntä yksin. Suurin osa hoitajista ohjasi potilaan psyykkisen tilan arvioon, esimerkiksi lääkärin vastaanotolle. Seuraavassa on kolme esimerkkiä hoitajien vastauksista valmiuksista kohdata psykoottinen potilas:

”Myös psyykkiseen vointiin tulee aina kiinnittää huomiota. Hoitajan pitäisi keskustella potilaan kanssa varovasti ja saada ensin luottamus heräämään. Potilaan avautumisesta ja luottamuksesta riippuen hänelle tulee mainita avoimesti hoitajan huoli psyykkisestä voinnista ja pyrkiä tarjoamaan potilaalle keskusteluapua, ohjaamalla hänet psykiatrian puolelle; hoitaja, MTT, psykologi jne.”

”Ei ainakaan jättää yksin. Eikä päästää pois vastaanotolta, puuttumatta muihin ongelmiin, kuuntelu, rauhoittelu, keskustelu. Lääkäriin yhteys, asiaa ei saa jättää huomiotta.”

”Tarviiko potilas psyk.hoitoa, MTT-nuorisopsyk.?”

7.3 Perusterveydenhuollon hoitohenkilökunnan kokemuksia psykoottisen potilaan kohtaamisesta

Psykoottinen potilas herätti vastaajaryhmässä suurimmaksi osaksi negatiivisia tunteita, joita vastaajaryhmä perusteli lähinnä tiedon ja kokemuksen puuttumisella. Resurssin puutteesta johtuva ahdistus nousi kaikissa kyselylomakkeissa esille jossain määrin. Neljällä vastaajareista heräsi pelontunteita, kohdistuen omaan ja muiden potilaiden turvallisuuteen. Osa hoitajista todella pelkäsi ja koki, että psykoottisen potilaan kanssa

on oltava varuillaan. Hoitajat pohtivat, miten psykoottisiin potilaisiin pitäisi suhtautua, millaisia psykoosin oireet ovat ja mitä potilaan kanssa voi keskustella. Yksi vastaajapari toi esille myös myötähäpeän tunteen potilasta kohtaan. Seuraavassa on kolme esimerkkiä hoitajien vastauksista kokemuksista psykoottisen potilaan kohtaamisesta:

”arvaamattomia, tilanteet muuttuu nopeasti, vaatii useamman hoitajan paikalle, joskus virkavaltaa turvaamaan potilaiden ja henkilökunnan turvallisuuden”

”arvaamattomia, ajan ja paikan ja tapahtumien taju hämärtynyt, perusasiat hukassa”

”psykoottinen potilas herättää pelkoa, myötähäpeää, avuton olo, tunne, että ei osaa toimia/auttaa, empatiaa”

7.4 Kehittämishaasteet perusterveydenhuollon hoitohenkilökunnalle

Saaduista vastuksista tuli ilmi, että hoitajat ovat välillä tekemisissä psykoottisesti oireilevien potilaiden kanssa. Päivystykseen tulee potilaita, jotka käyttäytyvät aggressiivisesti ja ovat uhkaavia, mistä johtuen hoitajille olisi hyvä järjestää koulutusta, missä käitäisiin läpi perusasioita psykoottisen potilaan kohtaamisesta, tunnistamisesta ja hoidosta. Hoitajat kokivat itse tarvitsevansa lisää tietoa psykoosista, psykoosin ensioireista, sen tunnistamisesta ja hoidosta.

Syksyllä 2009 järjestettiin osastotunti kyselyyn osallistuneiden yksikköjen henkilökunnalle, missä käsiteltiin opinnäytetyön tuloksia, psykoosin hoitoa ja tunnistamista. Tuolloin käytiin läpi myös mahdolliset hoitopaikat ja yhteistyökumppanit. Seuraavassa kolme esimerkkiä hoitajien vastauksista:

”toisinaan poliklinikalle tulee psykoottisia potilaita”

”kaikki tieto tarpeen, koulutuksen paikka”

”miten kohdata psykoottinen potilas, jottei sitä heti hermostuta? mitä voi jutella”

8 JOHTOPÄÄTÖKSET

Opinnäytetyön johtopäätökset ovat samassa järjestyksessä, kuin opinnäytetyön tutkimuskysymykset on aiemmin esitetty. Johtopäätöksissä käsitellään hoitohenkilökunnan ammatillisia valmiuksia kohdata ja tunnistaa psykoottinen potilas sekä minkälaisia tunteita psykoottinen potilas hoitajissa herättää.

Perusterveydenhuollon hoitohenkilöstön kyky tunnistaa psykoosin oireet olivat vaihtelevia. Hoitohenkilöstö tunnisti keskimäärin neljä oiretta yhdeksästä psykoottisen potilaan oireesta, joita olivat kiihtyneisyys, itkuisuus, levottomuus ja pelko. Osalta hoitajista löytyi ammattitaitoa kiinnittää huomiota kivuttomuuteen, puheen rönsyilyyn, paranoidiseen ajatteluun ja unettomuuteen. Kaikille hoitajille heräsi kuitenkin huoli potilaan psyykkisestä terveydentilasta.

Perusteterveydenhuollon hoitohenkilöstö kohtaa työssään psykoosiin sairastuneita potilaita. Hoitajat kokivat, että heillä ei ole riittävästi tietoa psykoosista, sen oireista sekä psykoottisen potilaan kohtaamisesta. Hoitohenkilökunta kaipaa lisää tietoa myös psykoottisen potilaan hoidosta ja siitä, mihin psykoottinen potilas tulee ohjata jatkohoitoon. Hoitajien ammattitaito kohdata psykoottinen potilas oli melko hyvä. Kaikilla hoitajilla oli valmiuksia toimia kohdatessaan psykoottisia potilaita.

Psykoottinen potilas herätti hoitajissa enimmäkseen negatiivisia tunteita, kuten pelkoa, häpeää sekä avuttomuuden ja epävarmuuden tunnetta. Hoitajat kokivat, että psykoottisen potilaan kohtaamisessa on oltava varuillaan. Vain yksi vastaajapari koki empatiaa potilasta kohtaan.

8.1 Jatkotutkimushaasteet

Vastaavanlaisen kyselytutkimuksen voisi teettää muissa perusterveydenhuollon yksiköissä. Tutkimustuloksia voisi hyödyntää esimerkiksi hoitoalan koulutuksen kehittämisessä tai yksikön ammatillisen kasvun tukena. Tutkimusta voisi tehdä myös valmistuvan sairaanhoitajan näkökulmasta, missä tutkittaisiin opetuksen vaikutusta sairaanhoitajan valmiuksiin tunnistaa ja kohdata psykoottinen potilas tai yleensä mielenterveydenhäiriöstä kärsivä potilas.

9 POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla perusterveydenhuollon henkilöstön valmiuksia tunnistaa ja kohdata psykoottinen potilas. Opinnäytetyö oli osana Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin projektia psykoosipotilaan hoidon kehittämisestä. Opinnäytetyö toteutettiin Länsi-Pohjan keskussairaalan päivystyksessä ja Kemin terveyskeskuksen päivystyksessä. Henkilökunnalle tehtiin kyselylomake, joka sisälsi psykoottisesti käyttäytyvän ihmisen potilasesimerkin.

Hoitajat tunnistivat selkeästi esille tulevia psykoosin oireita ja kaikille vastaajille heräsi huoli potilaan psyykkisestä terveydentilasta. Kuitenkin enemmän ammattitaitoa vaativammat psykoosin oireet jäivät suurimmalta osalta hoitajista tunnistamatta. Kun potilaan psyykinen tila ei ole vielä niin huono ja psykoosi ei ole vielä puhjennut, niin psykoosi voi jäädä tunnistamatta. Hoitajilla on kuitenkin teoriassa tietoa siitä, miten psykoottisen potilaan kanssa tulisi toimia. Psykoottinen potilas aiheuttaa hoitajissa tunnetiloja, jotka saattavat vaikuttaa siihen, että tarpeen mukaisen hoidon saaminen viivästyy.

Opinnäytetyössä käytetyn kyselylomakkeen avulla saatiin tietoa hoitajien kyvystä tunnistaa ja kohdata psykoottinen potilas. Kokko Marjo on tehnyt vuonna 1999 väitöskirjansa perusterveydenhuollon henkilöstön käsityksistä ja kokemuksista depressiivisen potilaan kohtaamisesta. Hänen väitöskirjassaan tulee esille samantyyppisiä asioita masentuneen potilaan kohtaamisesta kuin opinnäytetyössä saadussa aineistossa. (Kokko 1999, 144-145.) Opinnäytetyössä hoitajat toivat esille, että he kohtaavat työssään psykoottisia potilaita. Hoitajat kokivat, että heillä ei ole riittävästi tietoa psykoosista, sen oireista ja psykoottisen potilaan kohtaamisesta. Myös Kokon tutkimuksessa tulee esille, että perusterveydenhuollon henkilöstöllä ei ole riittävästi ammatillisia valmiuksia mielenterveystyöhön perusterveydenhuollossa.

Opinnäytetyön tulosten mukaan hoitajilla on jonkin verran tietoa psykoosista ja sen oireista. Hoitajien kyky tunnistaa psykoottinen potilas oli kuitenkin vaihtelevaa. Aiemmin tehtyjen tutkimustulosten mukaan psykoosin varhainen tunnistaminen ja

hoidon nopea aloittaminen paransi psykoosista parantumisen ennustetta, minkä vuoksi olisi tärkeää, että perusterveydenhuollon henkilökunta pystyy tunnistamaan psykoottisen potilaan. Kokko kuvaa tutkimukseensa osallistuneiden hoitajien valmiuksia hyviksi tunnistaa depressio ja sen oireet. Hänen tutkimuksensa mukaan hoitajien käsitys depressioin hoidosta oli epämääräinen. (Kokko 1999, 144-145.) Opinnäytätetyssä saadusta aineistosta käy ilmi, että hoitohenkilökunta kaipaa lisää tietoa myös psykoosin hoidosta ja siitä mihin psykoottinen potilas tulisi ohjata jatkohoitoon.

Kukaan hoitajista ei kyseenalaistanut potilaan päihteettömyyttä tai ajatellut voiko esille tulevat oireet johtua muusta kuin psykoosista. Esimerkiksi aivokasvain voi aiheuttaa psykoosin oireita. Opinnäytetyön pohjalta heräsi erilaisia kysymyksiä, kuten mistä johtuu, että perusterveydenhuollossa työskentelevät henkilöt kokevat psykoottisen potilaan pelottavaksi ja hämmentäväksi, vaikka hoitajan koulutuksessa käydään läpi mielenterveysongelmia ja niiden hoitoa? Onko niin, että vuosien saatossa opitut asiat unohtuvat vai, että koulutuksessa läpikäyty tieto ei ole riittävää?

Kyselylomakkeen avulla saatiin myös tietoa psykoottisen potilaan kohtaamiseen liittyvistä tunteista. Osa vastaajaryhmästä kuvasi pelkäävänsä ja he kokivat, että psykoottisen potilaan kohtaamisessa on oltava varuillaan. Kokon tutkimuksen mukaan hoitajat kokivat muun muassa epävarmuutta ja turhautumista kohdatessaan masentuneita potilaita. Kuitenkin hoitajat kokivat työn masentuneiden potilaiden kanssa antoisana, mutta vaikeana. (Kokko 1999, 102.) Opinnäytetyön aineiston mukaan psykoottinen potilas herätti hoitajissa pelon lisäksi muun muassa häpeää, avuttomuutta, empatiaa ja epävarmuutta. Kilkku on tutkimuksessaan todennut, että psykoosiin sairastunut potilas ja hänen omaisensa tuntevat häpeää, surua, pettymystä, epävarmuutta ja syyllisyyttä (Kilkku 2008).

Yksi vastaajapari toi esille myös myötähäpeän tunteen potilasta kohtaan. Useissa tutkimuksissa on todettu, että yleensä psykoottisesti oireileva potilas ja hänen omaisensa kokevat häpeäntunnetta sairaudesta ja sen oireista. Hämmentävää opinnäytetyön tuloksissa on, kun psykoottinen oireilu herättää hoitajassa häpeän tunnetta potilaan käytöksestä. Hoitajalla pitäisi olla tietämystä sairauksista ja

ammattitaitoa, että hän pystyy perustelemaan potilaan käytöstä hänen sairautensa kautta.

Hoitajien tietämystä voitaisiin lisätä erilaisten koulutusten ja kurssimateriaalin avulla tai hoitajille voitaisiin järjestää työajan puitteissa aikaa perehtyä internetistä löytyvään materiaaliin. Hoitajan oma aktiivisuus oman tiedon lisäämisessä ja tietojen päivittämisessä on hyvin tärkeää sekä muiden mielenterveyden häiriöiden tunnistaminen ja hoito olisivat asioita, joita tällaisessa koulutuksessa olisi hyvä tuoda esille. Myös yhteistyön tiivistäminen psykiatrisen erikoissairaanhoidon kanssa voisi helpottaa perusterveydenhuollon puolella työskentelevien hoitajien työntekoa.

Psykiatrasta asiantuntijuutta voitaisiin lisätä perusterveydenhuollon kentille, kun työryhmässä olisi mielenterveyspuolelle kouluttautunut henkilö. Tämä voisi parantaa psykoottisten potilaiden varhaista tunnistamista ja nopeaa hoidon aloittamista. Tuolloin pystyttäisiin hoitamaan lievempiä mielenterveydenhäiriöitä perusterveydenhuollon kentällä tehokkaammin, jolloin todennäköisesti säästettäisiin terveydenhuollon kustannuksissa. Tällöin ei näissä tapauksissa tarvitsisi toimittaa potilasta kalliin erikoissairaanhoidon piiriin.

9.1 Eettisyys

Tutkimuksen eettiset ongelmakohdat voivat liittyä esimerkiksi tutkimuslupaan, tutkimusaineiston keruuseen, tutkimuskohteen hyväksikäyttöön, osallistumiseen tai tutkimuksesta tiedottamiseen. Tutkimuksessa tulee noudattaa ihmisarvon kunnioittamisen periaatetta, jonka mukaan on väärin aiheuttaa vahinkoa tai loukata tutkittavaa riippumatta tutkimuksen tarkoituksesta. Tutkittaville täytyy tehdä selväksi tutkimuksesta heille tuleva hyöty tai haitta, sekä turvata heidän yksityisyytensä ja tutkimuksen luottamuksellisuus ja johtamatta harhaan. Kaikille tutkimukseen osallistuville pitää antaa riittävä informaatio tutkimuksen luonteesta ja tavoitteesta sekä korostaa vastaamisen vapaaehtoisuutta. (Eskola & Suoranta 2003, 52, 56.)

Tietoja käsiteltäessä ja julkistaessa kaksi keskeistä periaatetta ovat luottamuksellisuus ja anonymiteetti. Periaatteena on myös oltava, että henkilöllisyyden paljastuminen

tehdään mahdollisimman vaikeaksi. Tutkijalta vaaditaan ennen kaikkea ammattitaitoa tunnistaa ja välttää eettiset ongelmat etukäteen. (Eskola & Suoranta 2003, 56-57, 59.)

Opinnäytetyössä ei paljasteta kenenkään hoitajan henkilöllisyyttä. Kyselylomakkeeseen luotu potilasesimerkki on keksitty ja esimerkissä käytetyn potilaan tietoja ei ole otettu mistään potilastietokannasta, joten vaitiolovelvollisuutta ei rikota. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa hoitajien osaamista psykoosista ja näin ollen vastata hoitajien tarpeisiin.

Laadullisessa tutkimuksessa aineiston koolla ei ole välitöntä vaikutusta ja merkitystä tutkimuksen onnistumiselle. Aineiston kokoa määriteltäessä ei ole olemassa sääntöjä. Aineiston tehtävä on olla tutkijan apuna rakennettaessa tutkittavaa ilmiötä ymmärrettäväksi. Laadullisessa tutkimuksessa aineiston määrä on tutkimuskohtainen, vastauksia tarvitaan juuri sen verran kuin se aiheen kannalta on välttämätöntä. (Eskola & Suoranta 2003, 61-62.)

9.2 Luotettavuus

Opinnäytetyön aineisto on yleistettävissä Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin alueelle, mutta se ei ole yleistettävissä muualle Suomeen. Tämän tutkimuksen tuloksiin on voinut vaikuttaa Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirissä oleva avoimen dialogin hoitomalli, joka edesauttaa yhteistyötä erikoisalojen välillä.

Lähtökohtana laadulliselle tutkimukselle on tutkijan avoin subjektiviteetti ja sen myöntäminen, että tutkija itse on tutkimuksen keskeinen tutkimusväline. Laadullisen tutkimuksen keskeisin luotettavuuden kriteeri on tutkija itse ja siksi luotettavuuden arviointi koskee koko tutkimusprosessia. Uskottavuus luotettavuuden kriteerinä tarkoittaa sitä, että vastaako tutkijan käsitteellistyksensä ja tulkintansa tutkittavien käsityksiä. Varmuutta tutkimukseen tuodaan ottamalla huomioon tutkijan ennakkoletukset. Vahvistuvuudella tarkoitetaan sitä, että saadut tulokset saavat tukea toisista vastaavaa ilmiötä tarkastelleista tutkimuksista. Tutkimuksen arvioinnin taustalla on sen

sisältämien väitteiden perusteltavuudesta ja totuudenmukaisuudesta. (Eskola & Suoranta 2003, 210-212.)

Laadullisessa tutkimuksessa tärkeänä pidetään kertoa tutkimustekstissä mahdollisimman tarkkaan siitä, mitä aineistonkeräyksessä ja sen jälkeen on tapahtunut. Realistisessa luotettavuusnäkemyksessä käytetään validiteetin eli pätevyyden käsitettä, joka jaetaan sisäiseen ja ulkoiseen validiteettiin. Sisäinen validiteetti tarkoittaa tutkimuksen teoreettisten ja käsitteellisten määrittelyjen yhteensopivuutta. Ulkoinen validiteetti viittaa tehtyjen tulkintojen ja johtopäätösten sekä aineiston välisen suhteen pätevyyteen. Realistiseen luotettavuusnäkemykseen kuuluu myös reliabiliteetti, jolla tarkoitetaan sitä, että tutkimus ei sisällä ristiriitaisuuksia. (Eskola ym. 2003, 213.) Mittarit ja menetelmät eivät aina vastaa sitä, jota tutkija tutkii. Esimerkiksi kyselylomakkeiden kysymyksiin saadaan vastaukset, mutta vastaajat ovat voineet käsittää kysymykset aivan erilailla kuin tutkija itse. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 216-217.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta kohentaa tutkijan tarkka kuvaus tutkimuksen toteuttamisesta. Tarkkuutta vaaditaan tutkimuksen jokaisessa vaiheessa. Aineiston tuottamisen olosuhteet tulisi kertoa selvästi ja totuudenmukaisesti. (Hirsjärvi ym. 2004, 217.)

Opinnäytetyön luotattavuuteen vaikutti se, että hoitajien vastaukset olivat samansuuntaisia esimerkiksi psykoosin tunnistamisessa ja millaisia tunteita psykoottinen potilas heissä aiheutti. Saadut vastaukset raportoimme muuttamatta niitä. Luotettavuuden lisäämiseksi kirjoitimme suoria lainauksia kyselylomakkeessa saaduista hoitajien vastauksista. Opinnäytetyön tuloksiin vaikuttivat huomattavasti kahden hoitajaparin heikompi oireiden tunnistaminen. He olivat kiinnittäneen huomiota ainoastaan pariin näkyvään oireeseen. Vastaajaryhmä tiesi opinnäytetyön aiheen ja täten pystyivät päättelemään, minkä tyyppisiä vastauksia tulisi antaa. Kerättävää aineistoa olisi voinut tulla enemmän ja se olisi voinut olla erilaista, jos vastaaja ryhmälle ei olisi kerrottu opinnäytetyön aiheesta.

LÄHTEET

- Eskola, Jari & Suoranta, Juha 2003. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Etheridge, Yarrow & Peet 2003. Pathways to care in first episode psychosis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2004, 11, 125-128.
- French, Paul & Morrison, Anthony 2008. Psykoosin varhaisoireet, tunnistaminen ja kongnitiivinen psykoterapia. Duodecim.
- Hewitt, Janice & Coffey, Michael 2005. Therapeutic working relationships with people with schizophrenia: Literature review *journal of advanced nursing*.
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2004. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Hirvonen, Jussi & Salokangas, Raimo 2007. Skitsofrenia. Lääkärin käsikirja. Viitattu 21.11.2008 www.terveysportti.fi
- Immonen, Tuula 2005. Kehittävä asiantuntia yhteistyö mielenterveystyön suunnitteluvälineenä. *Stakes Aiheita 15/ 2005* viitattu 12.11.2009 <http://www.stakes.fi/NR/rdonlyres/6A97CBC2-F081-4064-A979-9957354C472E/0/Kehitt%C3%A4v%C3%A4asiantuntijayhteisty%C3%B6.pdf>
- Judge, Abigail; Perkins, Diana; Nieri, Jennifer & Penn, David 2005. Pathways to care in first episode psychosis: A pilot study on help-seeking participants and barriers to care. *Journal of Mental Health*, October 2005; 14(5): 465-469.
- Kansanterveyslaitos 2004. Viitattu 25.2.2009 http://www.ktl.fi/portal/suomi/osastot/mao/tutkimus/mielenterveystutkimus/itsetuhokayttaytyminen_ ja_itsemurhien_ ehkaisy/i tsetuhokayttaytyminen/itsemurhat/mielenterveyden_edistaminen
- Kauppila, Tarja 2008. Psykoottisen potilaan hoito. Sairaanhoidajan käsikirja. Viitattu 12.5.2009 www.terveysportti.fi
- Kilkku, Nina 2008. Potilasopetus psykoosipotilaan hoidossa. Tampereen yliopisto. Väitöskirja. Viitattu 8.7.2008 <http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-7492-7.pdf>
- Kiviniemi, Liisa; Läksy, Marja-Liisa; Matinlauri, Timo; Nevalainen, Kaija; Ruotsalainen Kari; Seppänen; Ulla-Maija & Vuokila-Oikonen, Päivi

2007. Minä mielenterveystyön tekijänä. Helsinki: Edita Prima Oy
- Koivisto, Kaisa 2003. Koettu hallitsematon minuus psykoottisen potilaan hoitotyön lähtökohdaksi. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Väitöskirja. Viitattu 6.5.2009
<http://herkules.oulu.fi/isbn951427007X/html/index.html>
- Kokko, Marjo 1999. Nähdä, kuulla ja ymmärtää. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos ja psykiatrian klinikka. Väitöskirja.
- Kuokkanen, Ritva; Kiviranta, Mervi; Määttänen, Jukka & Ockenström, Leena 2005. Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä. Opas Diakonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä varten. Helsinki: Multiprint Oy.
- Lehtinen, Ville & Taipale, Vappu 2005. Mielenterveystyö ja psykiatrinen sairaanhoito. Suomalaisten terveys. Viitattu 20.11.2008
www.terveyskirjasto.fi
- Lepola, Ulla; Koponen, Hannu; Leinonen, Esa; Joukama, Matti; Isohanni, Matti & Hakola, Panu 2002. Psykiatria. Porvoo: WSOY. Lönnqvist, Jouko; Heikkinen, Martti; Henriksson, Markus; Marttunen, Mauri & Partonen, Timo 2007. Psykiatria. Helsinki: Kustannut Oy Duodecim.
- Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin henkilökunta, kyselylomake 17.4.2009
- Mielenterveyden edistäminen. Stakes 2007. Viitattu 20.11.2008.
<http://groups.stakes.fi/MTR/FI/mtervedistaminen.htm>
- Mielenterveyden edistäminen. Stakes 2006. Viitattu 25.2.2009
<http://info.stakes.fi/mielekaselama/FI/mielenterveydenedistaminen/edistaminen.htm>
- Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. Viitattu 12.11.2009
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>
- Noppiari, Eija; Kiiltomäki, Aliisa & Pesonen, Arja 2007. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.
- Perälä, Jonna; Suvisaari Jaana; Saarni, Samuli; Kuoppasalmi, Kimmo; Isometsä, Erkki; Pirkola, Sami; Paartonen, Simo; Tuulio-Henriksson, Annamari; Hintikka, Jukka; Kiesepä, Tuula; Härkänen, Tommi; Koskinen, Seppo & Lönnqvist, Jouko 2007. Psykoottisten häiriöiden esiintyvyys Suomessa.

- Aikakauskirja Duodecim, 2007; 123(2):137-8. Viitattu 25.10.2009.
www.terveysportti.fi
- Perälä, Marja-Leena; Grönroos, Eija & Sarvi, Anu 2006. Kotihoidon henkilöstön työ ja hyvinvointi. Stakes. Raportteja. 8/2006 viitattu 12.11.2009
<http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R8-2006-VERKKO.pdf>
- Salokangas, Raimo; Stengård, Eija; Honkonen, Teija; Koivisto, Anna-Maija & Saarinen, Soile 2000. Sairaalasta yhteiskuntaan. Seuranta tutkimus sairaalasta kotiuttamisen vaikutuksista skitsofreniapotilaan elämään ja hoitotilanteeseen. Stakes. Raportteja 248. Helsinki.
- Salokangas, Raimo & Suomela, Tanja 2004. Psykoosin varhaistunnistaminen ja ensi vaiheen hoito. Lääkärilehti. Viitattu 14.4.2009. www.terveysportti.fi.
- Salokangas, Raimo 2006. Psykoosipotilaan tunnistaminen perusterveydenhuollossa. Lääkärilehti. Viitattu 21.11.2008 www.terveysportti.fi
- Seikkula, Jaakko & Alakare, Birgitta 2004. Avoin dialogi: Vaihtoehtoinen näkökulma psykiatrisessa hoitojärjestelmässä. Duodecim. Viitattu 23.9.2008. www.terveysportti.fi
- Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä 2008. Skitsofrenia. Käypä hoito. Viitattu 4.5.2009. www.terveysportti.fi
- Suomen Psykiatriayhdistys ry 2001. Skitsofrenia. Duodecim. Viitattu 4.5.2009. www.terveysportti.fi
- Tiri, Helmi 2001. Psykiatrisen hoidon tuloksellisuus. Potilaiden, omaisten, työntekijöiden ja päättäjien käsityksiä psykiatrisen hoidon tuloksellisuudesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Hoitotiede Vol. 13 no 2/-01
- Uttula, Aila 2006. Psykoosipotilaan hoito avohoidossa tehostetun psykiatrisen kotisairaanhoidon hoitajien kuvaamana. Tampereen yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -työ. Viitattu 4.5.2009. <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu00827.pdf>
- Vilka, Hanna 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Otavan kirjapaino.

LIITTEET

LIITE 1 Perusterveydenhuollon yksiköihin lähetettävä kyselylomake

Vastaaja 1

Koulutus_____ Valmistumisvuosi_____ Ikä_____

Vastaaja 2

Koulutus_____ Valmistumisvuosi_____ Ikä_____

Tapausesimerkki

Vastaanotollesi tulee 18-vuotias itkuinen ja pelokas tyttö. Hän on kaatunut liikuntatunnilla oikean kätensä päälle ja ranteen iho on tummunut ja turvoksissa. Tyttö on ikäänsä ja kehitystasoonsa nähden siististi pukeutunut. Kuvauksen jälkeen ranteesta löytyy murtuma ja se joudutaan kipsaamaan. Sinun kertoessasi tytölle tulevasta toimenpiteestä tyttö alkaa puhua vuolaasti tulevista yo-kirjoituksista. Tyttö alkaa huutaa vastaanotollasi äänekkäästi ja sanoo, että kättä ei voi kipsata, koska hänen täytyy selvittää kirjoituksista. Tyttö huitoo oikealla kädellä ja kolauttaa sen vahingossa seinään. Et huomaa, että se olisi käynyt kipeää.

Tilanteen rauhoituttua tyttö on alakuloinen ja silmät punoittavat itkemisestä. Keskustelet tytön kanssa ja kysyt miksi tämä hermostui. Tyttö kertoo, että ei halua kirjoitusten siirtyvän tämän takia, koska hän on lukenut yötä päivää viimeisen kuukauden ajan. Tyttö kertoo asuvansa äitinsä kanssa kahdestaan, koska vanhemmat ovat eronneet noin vuosi sitten. Keskustelussa käy ilmi että tytön isä asuu toisella paikkakunnalla. Tyttö pelkää, että isälle on tapahtumassa jotain pahaa ja peruuttamatonta. Äiti käy kolmivuorotöissä ja tyttö joutuu olemaan paljon yksin kotona. Tyttö kertoo nukkuvansa yössä korkeintaan kolme tuntia. Keskustelussa tytön puhe rönsoilee ja hyppii asiasta toiseen, jolloin joudut palauttamaan tytön useita kertoja keskustelun aiheeseen. Saatat tytön toimenpidehuoneeseen ja ohjaat hänet istumaan

penkille sekä pyydät odottamaan hetken. Kun lähdet kävelemään takaisin työpisteeseesi, katsot taaksesi ja huomaat kuinka tyttö vilkuilee oudosti ympärilleen.

Mihin kiinnität huomiota tytön käytöksessä?

Miten hoitajan tulisi toimia tällaisessa potilastilanteessa?

Millaisia kokemuksia teillä on psykoottisista potilaista?

Millaisia tunteita psykoottinen potilas herättää?

Millaista tietoa kaipaisitte kehittääksenne ammattitaitoanne kohdata ja tunnistaa psykoottinen potilas?

LIITE 2 Kopiot tutkimusluvista