KEMI-TORNION AMMATTIKORKEAKOULU

SOSIAALI- JA TERVEYSALA

POTILAIDEN KOKEMUKSIA LEPOSIDEHOIDON VAIKUTUKSISTA

OPINNÄYTETYÖ

Arto Nikkilä & Hannu Vainionpää

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja (AMK)

Kemi 2011

TIIVISTELMÄ

KEMI-TORNION AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysala
Hoitotyön koulutusohjelma
ARTO NIKKILÄ & HANNU VAINIONPÄÄ:
POTILAIDEN KOKEMUKSIA LEPOSIDEHOIDON VAIKUTUKSISTA

Opinnäytetyö, 29 sivua ja 3 liitettä

Ohjaajat: Elli Peteri ja Anne Puro

18.4.2011

Asiasanat: psykiatrinen potilas, tahdosta riippumaton hoito, leposidehoito.

Jos henkilö on sairas psyykkisesti ja hän on psykiatrisen sairaalahoidon asiakkaana, häntä kutsutaan psykiatriseksi potilaaksi. Psyykkinen oireilu voi ilmetä monella tapaa. Psyykeen häiriintymiselle on tyypillistä elämänlaadun heikkeneminen, toimintakyvyn menettäminen, epämääräinen oireilu ja kärsimys. Tahdosta riippumaton hoito tarkoittaa laajassa mittakaavassa tapahtuvaa potilaan tahdonvastaista hoitoa. Tällaisia ovat muun muassa potilaan määrääminen hoitoon vasten hänen omaa tahtoaan ja kokonaisvaltainen hoito, joka potilaalle annetaan hänen omasta mielipiteestään riippumatta. Tahdosta riippumaton hoito koostuu erilaisista tahdosta riippumattomista hoitotoimenpiteistä, pakkotoimista, joilla tarkoitetaan kaikkia niitä yksittäisiä hoitotoimenpiteitä, joita tehdään ilman potilaan omaa tahtoa. Leposide-eristyksessä potilas sidotaan sänkyyn kiinni keskivartalostaan ja raajoistaan.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla minkälaisena potilaat kokevat leposidehoidon vaikutuksen. Tavoitteena on hyödyntää tutkimuksen tuloksia hoitotyön kehittämisessä Oulun kaupungin vaativan hoidon osasto 3:lla.

Aineisto kerättiin Oulun kaupungin sosiaali- ja terveystoimen VHO 3:n potilastietojärjestelmästä, johon hoitohenkilökunta on kirjannut potilaiden kokemukset saamansa leposidehoidon vaikutuksesta PSYTURVA-kaavakkeelle. Otantana on vuonna 2009 VHO 3:lla toteutuneet leposidehoidot, joita oli 29 kappaletta. Tutkimus on laadullinen ja analyysimenetelmänä on sisällön analyysi.

Tulosten perusteella suurin osa potilaista koki saamansa leposidehoidon vaikuttaneen positiivisesti hänen vointiinsa. Osa potilaista koki, ettei leposidehoito vaikuttanut heidän vointiinsa lainkaan. Kiinnitimme huomiota siihen, että joissain tapauksissa PSYTURVA-kaavakkeelle ei ollut kirjattu potilaan kommenttia lainkaan, tai kirjatut kommentit eivät liittyneet kysyttyyn asiaan.

ABSTRACT

KEMI-TORNIO UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES
Social Services and Health Care
Degree Programme in Nursing
ARTO NIKKILÄ & HANNU VAINIONPÄÄ:
PATIENTS' EXPERIENCES OF THE EFFECTS OF LIMB RESTRAINT TREATMENT

Bachelor's Thesis, 29 pages and 3 appendices
Advisors: Elli Peteri and Anne Puro
18.4.2011

Keywords: psychiatric patient, involuntary treatment, limb restraint treatment.

When a person is mentally ill and is receiving treatment on a psychiatric ward, one is called psychiatric inpatient. Psychiatric disorders may occur in various ways. Typically psychiatric disorders cause deterioration of quality of life, loss of activities of daily living, indefinite symptoms and suffering. Involuntary treatment means treatment against the will of the individual on a large scale. These are for example compulsory hospitalization and comprehensive treatment which is given regardless of patients own will. In limb restraint treatment the patient is bound to bed from body and limbs.

The purpose of this study is to describe how the patients' experience the effects of limb restraint treatment. The goal of this study is to use the results of this study to develop nursing at psychiatric inpatient ward III for challenging patients in the city of Oulu.

The material for this study was collected from the patient information system of the social and health care services of the city of Oulu. In which the nurses log the patients' experiences of the limb restraint treatment's effects. This research's study sample is all the limb restraint treatments during year 2009 at psychiatric ward III. This research is qualitative, and the analysis method is content analysis.

The main result indicates that most of the patients experience that the limb restraint treatment effects are positive on their health. Some of the patients experienced that the limb restraint treatment didn't have any effect on their health what so ever. We noticed that in some cases the nurses hadn't logged the patient's experience at all, or the patient's answer didn't fit the question.

SISÄLLYSLUETTELO

1 JOHDANTO 5
2 Psykiatrinen potilas ja tahdosta riippumaton hoito 6
2.1 Psykiatrinen potilas 6
2.2 Psykiatrista hoitotyötä ohjaava lainsäädäntö 6
2.3 Tahdosta riippumaton hoito 7
2.4 Pakkohoito psykiatrisella osastolla 8
2.5 Leposide-eristys 9
2.6 Pakkohoidon eettiset näkökulmat 10
3 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN 12
3.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustehtävä 12
3.2 Tutkimusmenetelmän kuvaus 12
3.3 Tutkimuksen kohderyhmä ja kohderyhmän valinta 13
3.4 Aineiston keräys 13
3.5 Aineiston analyysi 14
4 TUTKIMUSTULOKSET 16
4.1 Positiivisesti vointiin vaikuttaneet leposidehoidot 16
4.2 Leposidehoidolla ei vaikutusta vointiin 17
4.3 Muut kommentit 18
5 JOHTOPÄÄTÖKSIÄ 19
5.1 Tutkimuksen luotettavuus 21
5.2 Tutkimuksen eettiset näkökohdat 21
6 POHDINTA 23
LÄHTEET 25
LIITTEET 27

1 JOHDANTO

Psykiatrisen potilaan leposide-eristämisellä tarkoitetaan sitä, että tahdosta riippumattomassa hoidossa oleva potilas siirretään erilliseen leposidehuoneeseen. Leposide-eristyksessä potilas sidotaan vuoteeseen kiinni raajoistaan ja keskivartalostaan, vuode on kiinnitetty tukevasti lattiaan. Leposide-eristys on niin sanottu kaksinkertainen eristys.

Leposidehoito vaikuttaa sekä potilaaseen että hoitajaan monella tavalla. Potilas saattaa tuntea tulleensa rangaistuksi, hoitajatkaan eivät pidä pakkohoitotoimista, mutta hyväksyvät ne työhönsä kuuluvina. Leposidehoitoja käsiteltiin mediassa vuoden 2010 aikana kiivaasti. Mediassa julkituotujen käsitteiden mukaan potilaat kokevat pakkotoimet aina ahdistavina ja rangaistuksina (Berner, 2010.) Lisäksi tuli esille, että potilaiden mielestä pakkotoimet ovat hoitajien mielivaltaa. Aiheen valintaan vaikutti Alice Keski-Valkaman väitöstyö, jossa käsitellään pakkotoimia Suomen mielisairaaloissa. Tämän tutkimuksen tulosten mukaan potilaat kokevat pääsääntöisesti leposidehoidon negatiivisena, jopa rangaistuksena (Keski-Valkama 2010, 44.)

Opinnäytetyössämme on tarkoituksena selvittää millaisia kokemuksia potilailla on leposidehoidon vaikutuksista psykiatrisella vaativan hoidon osastolla 3. Potilaiden kokemuksia kuvaillaan 29 potilaan antamien kommenttien perusteella.

Meidän esiymmärryksemme mukaan suuri osa leposidehoidossa olleista potilaista kokee hyötyneensä leposidehoidosta. Opinnäytetyön aihe kiinnostaa molempia, koska leposidehoitoa ja sen vaikutuksia on tutkittu vähän, ja se on ollut mediassa aktiivisesti esillä viime vuoden aikana.

Tutkimusaihe nousi ajankohtaiseksi myös sen vuoksi, että molemmat opinnäytetyön tekijät työskentelevät psykiatrisella suljetulla vuodeosastolla.

Tutkimuksemme tuloksia voidaan hyödyntää hoitotyön kehittämisen kohteita määriteltäessä.

2 PSYKIATRINEN POTILAS JA TAHDOSTA RIIPPUMATON HOITO

2.1 Psykiatrinen potilas

Jos henkilö on sairas psyykkisesti ja hän on psykiatrisen sairaalahoidon asiakkaana, häntä kutsutaan psykiatriseksi potilaaksi. Psyykkinen oireilu voi ilmetä monella tapaa. Psyykeen häiriintymiselle on tyypillistä elämänlaadun heikkeneminen, toimintakyvyn menettäminen, epämääräinen oireilu ja kärsimys. (Lönnqvist & Heikkinen & Henriksson & Marttunen & Partonen 2007, 14-18.)

Mielenterveys on psyykkisiä toimintoja tukeva voimavara. Mielenterveyden avulla ihminen voi ohjata elämäänsä. Mielenterveydellä tarkoitetaan muun muassa itsetuntoa, elinvoimaisuutta, elämän hallintaa, henkistä vastustuskykyä, hyvää toimintakykyä sekä kykyä luoda ihmissuhteita. Yksilötasolla mielenterveys tarkoittaa hyvinvoinnin kokemista. Mielenterveys ilmenee kiinnostuksina, valmiuksina, ihanteina, käsityksenä elämästä ja tulevaisuuteen suuntautumisena. (Mielenterveyden edistäminen 2007).

Mielenterveyden häiriöt voivat ilmetä eri tavoilla. Vaikeudet ovat usein jokapäiväisiä, ne uhkaavat henkistä hyvinvointia ja painavat mieltä. Mielenterveyden häiriöitä ja sairauksia pyritään määrittelemään mahdollisimman selkeästi. Ne ryhmitellään niille tyypillisten oireiden mukaan. (Huttunen 2008).

Vuoden 2008 aikana psykiatrisissa laitoksissa oli hoidossa yhteensä 32 140 potilasta. Puolet potilaista oli miehiä, puolet naisia. Potilaiden yhteenlasketun iän keskiarvo oli 42 vuotta. Hoitojakson pituus oli keskimäärin 34 vuorokautta. (Forsström & Pelanteri 2010, 1-2).

2.2 Psykiatrista hoitotyötä ohjaava lainsäädäntö

Suomen perustuslain 7§:ssä (1999) sanotaan, että jokaisella on oikeus henkilökohtaiseen vapauteen ja koskemattomuuteen. Lisäksi laissa sanotaan, että henkikohtaiseen koskemattomuuteen ei saa puuttua eikä vapautta saa riistää ilman laillista perustetta. Perustuslaki antaa mahdollisuuden puuttua yksilön vapauteen ja

koskemattomuuteen, jos siihen on laissa säädetty laillisesti hyväksytty peruste. (Suomen perustuslaki 1999).

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 6 § (1992) määrittää, että potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas kuitenkin kieltäytyy tietyistä hoidoista tai hoitotoimenpiteestä, tulisi häntä hoitaa yhteisymmärryksessä jollain muulla lääketieteellisesti hyväksytyllä hoitotavalla. Tämä laki antaa potilaalle oikeuden päättää mitä hoitoja hänelle annetaan ja mitä hoitotoimenpiteitä hänelle suoritetaan. Tähän itsemääräämiseen liittyy kuitenkin ongelmallisia tilanteita, joissa potilaan oikeutta päättää omasta hoidosta täytyy puntaroida laajemmassa mittakaavassa. Tällöin itsemääräämisen absoluuttinen toteutuminen ei aina tule kysymykseen. Tällaisia tilanteita ovat muun muassa potilaan halu tappaa itsensä, lapsipotilaat ja mielenterveydeltään sairaat potilaat. (Laki potilaan oikeuksista 1992).

Lainsäädäntö kontrolloi tarkasti psyykkisesti sairaan oman tahdon vastaisesti suoritettuja toimenpiteitä. Vapauden rajoittamista ja pakkotoimien käyttöä hoidon aikana pyritään vähentämään. Pakkotoimia joudutaan kuitenkin käyttämään, niin potilaan auttamiseksi kuin häiritsevän käyttäytymisen hillitsemiseksikin. (Kaltiala-Heino ym. 1997, 435.)

YK:n ihmisoikeuksien julistuksen kolmannessa artiklassa sanotaan, että kullakin yksilöllä on oikeus elämään, vapauteen ja henkilökohtaiseen turvallisuuteen. Mielenterveyslain antamin valtuuksin lääkäri voi kuitenkin riittävin perustein kumota aiemmin mainitut lait ja ihmisoikeuksien julistuksen. (YK:n ihmisoikeuksien yleismaailmallinen julistus 1948).

2.3 Tahdosta riippumaton hoito

Tahdosta riippumaton hoito tarkoittaa laajassa mittakaavassa tapahtuvaa potilaan tahdonvastaista hoitoa. Tällaisia ovat muun muassa potilaan määrääminen hoitoon vasten hänen omaa tahtoaan ja kokonaisvaltainen hoito, joka potilaalle annetaan hänen omasta mielipiteestään riippumatta. Tahdosta riippumaton hoito koostuu erilaisista tahdosta riippumattomista hoitotoimenpiteistä, pakkotoimista, joilla tarkoitetaan kaikkia niitä yksittäisiä hoitotoimenpiteitä, joita tehdään ilman potilaan omaa tahtoa. Tällaisia ovat esimerkiksi liikkumisen rajoittaminen, yhteydenpidon rajoittaminen,

pakkolääkitseminen, sitominen, eristäminen, omaisuuden haltuunotto, turvallisuustarkastus ja omaisuuden tarkastaminen. Arkikielessä usein käytetään termiä pakkohoito. Pakkohoito-termin käyttöä on vähennetty sen sisältämän negatiivisen latauksen vuoksi. Nykyään käytetäänkin virallista nimitystä tahdosta riippumaton hoito. (Salovaara & Immonen & Tyybäkinoja 1997, 10).

Lainsäädäntö kontrolloi tarkasti psyykkisesti sairaan oman tahdon vastaisesti suoritettuja toimenpiteitä. Vapauden rajoittamista ja pakkotoimien käyttöä hoidon aikana pyritään vähentämään. Pakkotoimia joudutaan kuitenkin käyttämään, niin potilaan auttamiseksi, kuin häiritsevän käyttäytymisen hillitsemiseksikin. (Kaltiala-Heino & Laippala 1997, 435.)

Mielenterveyslaki (14.12.1990/1116, 22e § 21.12.2001/1423) sallii eristämisen ja muut pakkotoimet, jos potilas on asetettu tarkkailuun tai hänet on määrätty tahdosta riippumattomaan hoitoon. Tarkkailuun asettaminen ja tahdosta riippumattomaan hoitoon määrääminen vaatii sen, että potilas on todettu mielisairaaksi. Pakkotoimia potilaaseen saa kohdistaa vain siinä määrin, kuin sairauden hoito tai potilaan tai toisen henkilön turvallisuus välttämättä vaatii. (Ala-aho, Hakko & Saarento 2003, 1969; Kaltiala-Heino & Välimäki 1999, 8.)

Mielenterveyslain mukaan henkilö voidaan määrätä tahdosta riippumattomaan hoitoon vain, jos hänet todetaan mielisairaaksi. Lisäksi täytyy olla olettamus, että hänen mielisairautensa pahenisi olennaisesti, jos häntä ei toimiteta hoitoon tai se vaarantaisi vakavasti hänen taikka muiden terveyttä tai turvallisuutta. Lisäksi muiden mielenterveyspalveluiden tulee olla riittämättömiä tai ne eivät sovellu käytettäviksi. (Mielenterveyslaki 1990, 8§).

2.4 Pakkohoito psykiatrisella osastolla

Psykiatrisessa sairaalassa tulisi olla pakkohoitokeinojen käyttämiseen selkeä laitoskohtainen linja ja ohjeistus. Potilasta tulee ohjata suullisesti ennen kuin fyysisiin rajoitustoimiin ryhdytään. (Kaltiala-Heino ym. 1999, 11.) Pakkohoitotoimia ovat kaikki ne toimet, joita joudutaan tekemään potilaalle pakolla hoidollisin tavoittein. Näitä ovat esimerkiksi pakkosyöttäminen, pakkopukeminen, pakkopeseminen, pakkolääkitseminen ja eristäminen. Kaikki muut keinot tulee olla käytetty ennen pakkotoimiin ryhtymistä.

Pakkohoitotoimenpiteisiin joudutaan useimmin tilanteissa, joissa potilas on aggressiivinen ja uhkaava. (Punkanen 2001, 88).

Pakkoa ja rajoituksia perustellaan potilaan hoitamisella ja suojelemisella sekä muiden suojelemisella. Pakkoa käytetään potilaan auttamiseksi, ja sillä pyritään estämään potilaan itsetuhoista käyttäymistä. Ajatellaan, että potilas ei voi itse ottaa vastuuta käyttäytymisensä seurauksista, koska mielisairaus vahingoittaa hänen arvostelukykyään. Niinpä henkilökunnan on ehkäistävä potilasta vahingoittamasta itseään tai muita ja autettava potilasta palaamaan terveyteen, tarvittaessa pakolla. (Kaltiala-Heino 1999, 107-108.) Hoitajien asettamat rajat luovat potilaalle turvallisuudentunnetta, ja potilas usein kokee ne välittämisenä (Lindström 1988, 104-105.)

2.5 Leposide-eristys

Mielenterveyslakia tarkennettiin vuonna 2002. Kun potilas on määrätty eristettäväksi tai sidottavaksi, on hänelle samalla asetettava vastuuhoitaja, joka huolehtii siitä, että potilas saa toimenpiteen aikana riittävän hoidon ja huolenpidon ja mahdollisuuden keskustella hoitohenkilökunnan kanssa. Sidotun potilaan tilaa tulee seurata jatkuvasti siten, että henkilökunta on potilaaseen näkö- ja kuuloyhteydessä. Jos eristys jatkuu yli 12 tuntia, tai sitominen yli 8 tuntia, on ilmoitettava potilaan edunvalvojalle tai edustajalle. Potilaiden eristämisistä ja sitomisista on tehtävä ilmoitus aluehallintokeskukseen kahden viikon välein. (Mielenterveyslaki 22f § 21.12.2001/1423.)

Leposidehoito on tavoitteellista toimintaa. Eristämisessä vuorovaikutus potilaan kanssa on tärkeässä roolissa, potilas kokee läsnäolon ja keskustelut tärkeiksi, vaikkakin hän saattaa kokea sen myös provosoivana jos hän on mielestään eristettynä ”oikeudettomasti”. Vuorovaikutukseen tulee pyrkiä, mutta ei pakottaa. (Leposidehoito-ohjeet 2010, 2)

Leposide-eristyksessä potilas sidotaan sänkyyn kiinni erityisvalmisteisilla leveillä nahkaremmeillä, jotta hän ei pääse liikkumaan. Potilas sidotaan kiinni keskivartalostaan, käsistään ja jaloistaan, joissain tapauksista jokin raajoista voidaan jättää sitomatta. Leposide-eristyksen aikana hoitajalla tulee olla esteetön näkö- ja kuuloyhteys potilaaseen koko ajan, leposide-eristys onkin niin sanottu kaksinkertainen eristys. (Salovaara ym. 1997, 8; Sariola ym. 1997, 266.)

Potilas voidaan määrätä leposide-eristykseen jos hän on tarkkailussa tai hoidossa tahdosta riippumatta. Potilaalle voidaan aloittaa leposide-eristys myös siinä tapauksessa, että hän on tullut vapaaehtoiseen hoitoon, mutta voinnin huonontuessa hänet on jouduttu asettamaan tarkkailuun. Tarkkailuun asettamiseen kesken hoidon on samat kriteetit kuin tarkkailulähetteen laatimiseen. Esimieslääkäri vahvistaa aina tarkkailuun asettamisen. Leposidehoidon aikana täytetään eristämisseurantalomaketta, johon kirjataan kaikki eristämisen aikana annettu lääkitys, tehdyt toimenpiteet, käytetty leposidesidonta, wc:ssä käynnit sekä annettu ravinto ja nesteet. Lomakkeesta tulee myös käydä ilmi vuorossa olevan vastuuhoitajan nimi. (Leposidehoito-ohjeet 2010, 1-4)

Leposide-eristyksen tulisi perustua tilannekohtaiseen harkintaan. Potilaan kanssa keskusteleminen tai lääkeannoksen suurentaminen saattavat rauhoittaa tilannetta, jos kyseessä on yliaktiivinen, ahdistunut tai pelokas potilas. Jollekin potilaalle henkilökunta saattaa ehdottaa esimerkiksi liikuntaa tai valvottua ulkoilua, jos hänet tunnetaan hyvin. Väkivaltaisesti, uhkaavasti tai hallitsemattomasti käyttäytyvän potilaan kanssa tarvitaan usein selkeitä toimia uhkaavan tilanteen rauhoittamiseksi, myös muiden potilaiden ja henkilökunnan turvallisuuden vuoksi. Monesti lyhyt rauhoittumisaika eristyshuoneessa auttaa potilasta hallitsemaan itsensä taas paremmin. Tätä tuetaan usein rauhoittavalla lääkityksellä. (Hietanen & Henriksson 2002, 6.)

2.6 Pakkohoidon eettiset näkökulmat

Pakkohoitotoimenpiteet ovat eettisesti epämiellyttäviä, ja niihin ei saa ryhtyä ilman riittäviä perusteluja. Riittävin perustein voidaan leposidehoitoa pitää moraalisesti hyväksyttävänä. Lainsäädäntö ja viranomaisten ohjeet ovat sellaisia erikoisperusteluita, joiden perusteella pakkohoitotoimenpiteitä voidaan pitää oikeutettuina. Ihmisen itsemääräämisoikeuteen, koskemattomuuteen ja vapauteen puuttuminen herättää tunteita sekä potilaissa että hoitajissa. Eristäminen on hoitotoimenpiteenä radikaali, se herättää hoitajissa tunteita ja mielipiteitä. Näiden tunteiden tiedostaminen saattaa auttaa hoitajia toimimaan moraalisesti oikein eristystilanteissa. Yhteiskunnan etiikka voidaan arvioida pitkälti sen perusteella, miten se kohtelee heikoimmassa asemassa olevia ihmisiä, ja miten se kunnioittaa heidän itsearvoaan. (Voutilainen 1986, 16.)

Mielenterveystyössä pyritään siihen, että jokainen ihminen pääsee oman ongelmansa kannalta tarkoituksenmukaiseen hoitoon. Hoito toteutetaan ensisijaisesti avohoitona, mutta tarvittaessa ihmisen on päästävä psykiatriseen sairaalahoitoon. Mielenterveystyössä on aina peruslähtökohtana ihmisen itsemääräämisoikeus ja vapaaehtoisuus sekä hänen toiveidensa ja mielipiteidensä kunnioitus. Näiden periaatteiden mukaisesti ei voida aina toimia. Varsinkaan silloin, kun potilas ei itse koe olevansa sairas, kun hän on yhteistyökyvytön, eikä hänellä ole realistista kuvaa ongelmiensa vaikeusasteesta ja hoidon tarpeesta. (Kuhanen & Oittinen & Kanerva & Seuri & Schubert 2010, 69.)

Yksilön henkilökohtaiseen koskemattomuuteen ja vapauteen puuttuminen tulee aina perustua lakiin. Tahdosta riippumattoman hoidon edellytyksistä säädetään mielenterveyslaissa. Tahdosta riippumattomaan hoitoon määrätyn henkilön oikeusturva on Suomessa todettu riittämättömäksi. Muutoksenhakuprosessi tällaisessa tilanteessa kestää yleensä hallinto-oikeudessa kuukausia. Muissa Euroopan maissa vaaditaan tuomioistuimen päätös, kun henkilö määrätään psykiatriseen hoitoon. Vuonna 2008 Euroopan neuvosto on suositellut, että Suomessa pitäisi parantaa psykiatrisen potilaan oikeusturvaa. (Kuhanen ym. 2010, 69-73.)

Potilaan ollessa psykoottinen, hänen maailmansa on niin hajanainen, ettei hänen ja muiden turvallisuutta voida taata muutoin kuin rajoittamalla hänen vapauttaan. Potilas tarvitsee turvalliset rajat, joiden avulla hän voi koostua sisäisesti. Eristämishoitoon määrätty potilas on jatkuvasti tehostetussa hoidossa, ja sen aikana hänen fyysisestä ja psyykkisestä hyvinvoinnistaan huolehditaan erityisen hyvin. Eristäminen ei saa koskaan olla rankaisutoimenpide. (Kuhanen ym. 2010, 75-77.)

Psykoottisesti sairas yksilö voi harjoittaa, ymmärtämättään, voimakasta vallankäyttöä häiritessään muiden ympärillä olevien elämää. Psykoottinen käytös voi vaikuttaa muiden lähellä olevien ihmisten vointiin. Ympäristö puolestaan yrittää pakottaa yksilön takaisin hyväksyttäviin toimintatapoihin. Nämä keskinäiset jännitykset synnyttävät ahdistusta ja vihamielisyyttä ja tekevät elämän vaikeammaksi osallisille. (Sariola ym. 1997, 248.)

3 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

3.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustehtävä

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla, minkälaisena potilaat kokevat leposidehoidon vaikutuksen. Tavoitteena on hyödyntää tutkimuksen tuloksia hoitotyön kehittämisessä Oulun kaupungin vaativan hoidon osasto 3:lla.

Tutkimustehtävä:

Miten potilaat kuvaavat saamansa leposidehoiton vaikutuksia?

3.2 Tutkimusmenetelmän kuvaus

Tämä opinnäytetyö on lähestymistavaltaan laadullinen. Laadullisessa tutkimuksessa on tavoitteena ymmärtää tutkimuskohdetta. (Hirsjärvi & Remes & Sajavaara 2001, 168.) Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen. Todellinen elämä koostuu eri osa-alueista, eikä näitä alueita voi mielivaltaisesti pirstoa osiin. Eri tapahtumien keskinäisistä suhteista voidaan löytää monenlaisia yhteyksiä, sillä tapahtumat muovaavat toinen toistaan. Laadullisessa tutkimuksessa kohdetta pyritään kuvaamaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. (Hirsjärvi & Remes & Sajavaara 2009, 161.)

Karkeimmillaan laadullinen tutkimus ymmärretään yksinkertaisesti aineiston muodon kuvaukseksi. Tällaiseen aineistoon voidaan soveltaa eri lukutapoja, myös numeraalisia. Kun kysymyksessä on kokemusperäisen ilmiön tutkiminen, on työkaluina pidettävä laadullisia menetelmiä ja kohdeilmiön käsitteellisten pohdintojen merkityksiä on korostettava. Laadullisen tutkimuksen tunnusmerkkejä voivat olla esimerkiksi: aineistonkeruumenetelmä, tutkittavien näkökulma, harkinnanvarainen tai teoreettinen näkökulma, aineiston laadullis- induktiivinen analyysi, tutkimuksen tyylilaji ja tulosten esitystapa, tutkijan asema ja narratiivisuus. (Eskola & Suoranta 1998, 13-15.)

Mielestämme laadullinen, eli kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä soveltuu tähän tutkimukseen, koska tarkoituksena on kuvailla potilaiden kokemuksia ja kuvauksia leposidehoidon vaikutuksista. Potilaiden kuvaukset ovat hoitajien kirjaamia.

3.3 Tutkimuksen kohderyhmä ja kohderyhmän valinta

Laadullisessa tutkimuksessa keskitytään myös varsin pieneen määrään tapauksia ja niitä pyritään analysoimaan mahdollisimman perusteellisesti. Laadullisessa tutkimuksessa aineiston laatu on tärkeämpi tieteellisyyden kriteeri kuin määrä. Harkinnanvarainen otanta perustuu tutkijan kykyyn luoda tutkimukseen vahva teoreettinen pohja. (Eskola & Suoranta 1998, 18.)

Laadullisessa tutkimuksessa aineistoa voidaan pitää riittävän laajana silloin, kun samat asiat alkavat kertautua. On siis olemassa tietty määrä aineistoa, johon perustuen tulos on teoreettisesti merkittävä. (Hirsjärvi ym. 2009, 182.)

Tutkimuksen kohderyhmänä on Oulun kaupungin vaativan hoidonosasto 3:n vuonna 2009 leposide-eristetyt potilaat. Vaativan hoidon osasto 3:lla potilaat ovat täysi-ikäisiä ja suurimmalla osalla potilaista on perussairautena skitsofrenia. Osaston potilaat ovat usein moniongelmaisia. Potilaiden hoito osastolle kestää yleensä kuukausia.

Tutkimustamme varten toimitimme tutkimuslupahakemuksen ja tutkimussuunnitelman Oulun kaupungin sosiaali- ja terveystoimen palvelujohtaja Arja Heikkiselle 2.2.2011. Tutkimusluvan saimme 28.3.2011 (Liite 1).

Luvan saatuamme keräsimme tutkimusaineiston Oulun kaupungin sosiaali- ja terveystoimen Effica- potilastietojärjestelmästä.

3.4 Aineiston keräys

Laadullisella aineistolla tarkoitetaan aineistoa, joka on ilmiasultaan tekstiä. Teksti voi olla syntynyt tutkijasta riippuen tai riippumatta. Aineistona voi yhtä hyvin käyttää yleisönosastokirjoituksia tai erimuotoisia haastatteluja ja havainnointia. (Eskola & Suoranta 1998, 15.)

Laadullisen tutkimuksen yleisimpiä aineistonkeruumenetelmiä ovat haastattelu, kysely, havainnointi ja erilaisiin dokumentteihin perustuva tieto. Niitä voidaan käyttää kaikkia rinnakkain, erikseen tai eritavoin yhdistelemällä. (Tuomi & Sarajärvi 2006, 73.)

Erilaisilla haastattelumuodoilla pystytään tutkimaan ilmiöitä ja hakemaan vastauksia erilaisiin ongelmiin. Tällaisia haastattelumuotoja ovat lomake-, teema- ja

syvähaastattelu. Näiden haastattelujen ero perustuu haastattelun pohjana olevan tutkimuksen strukturoinnin asteeseen. Lomakehaastattelulla kerätyn aineiston avulla voidaan testata hypoteesia ja kerätty aineisto voidaan helposti kvantifioida. Lomakehaastattelua käytetään usein siksi, että pelätään kyselyllä toteutettavalla aineistonkeruulla vastausprosentin jäävän alhaiseksi. Lomakehaastattelussa ei voida kysyä mitä tahansa mikä olisi mukava tai hyödyllistä tietää, vaan siinä kysytään tutkimuksen kannalta merkityksellisiä kysymyksiä. Kysymyksille pitää löytää perustelu tutkimuksen viitekehyksestä. (Tuomi & Sarajärvi 2006, 76-77.)

Tutkimuksen aineisto kerättiin Oulun kaupungin vaativan hoidon osasto 3:n, myöhemmin VHO3, Effica -potilastietojärjestelmään kirjatuista potilaiden antamista palautteista. Potilastietojärjestelmässä on erillinen turvahoitokaavake, joka täytyy täyttää jokaisesta suoritetusta pakkohoitotoimenpiteestä. Turvahoitokaavakkeessa on kohta, johon tulee merkitä potilaan oma kuvaus pakkohoitotoimenpiteen vaikutuksista. Otannaksi valittiin kaikki vuoden 2009 toteutuneet leposidehoidot, joita oli kyseisenä vuonna 29 kappaletta.

3.5 Aineiston analyysi

Tutkimusaineiston analysointiin käytettiin sisällönanalyysiä. Sisällönanalyysillä voidaan analysoida sekä kirjoitettua että suullista kommunikaatiota. Sisällönanalyysin avulla voidaan tarkastella asioiden ja tapahtumien merkityksiä, yhteyksiä ja seurauksia. Sisällönanalyysillä tarkoitetaan aineiston tiivistämistä niin, että tutkittavaa ilmiötä voidaan lyhyesti ja yleistävästi kuvailla. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 4.)

Sisällön analyysissä voi edetä kahdella tavalla joko induktiivisesti tai deduktiivisesti. Induktiivinen analyysi on aineistolähtöinen ja deduktiivinen analyysi lähestyy aineistoa aikaisempaan käsitejärjestelmään perustuen. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5.) Induktiivisen analyysin tavoitteena on paljastaa mahdollisia odottamattomia seikkoja. Lähtökohtana on aineiston yksityiskohtainen tarkistelu, eikä niinkään teorioiden tai hypoteesien testaaminen. Induktiivisessa analyysissä aineisto määrää sen, mikä on tärkeää, ei tutkija. (Hirsjärvi ym. 2001, 155.)

Opinnäytetyössämme käytetty lähestymistapa on induktiivinen. Induktio etenee yksityiskohdista kohti yleistyksiä. Induktio on verrattavissa hypoteesien muodostamiseen tutkittavan aineiston pohjalta. Induktiivisen analyysin tärkein vaihe on

kerätyn materiaalin järjestäminen siten, että siitä voidaan muodostaa merkityksellisiä luokitteluja, ominaisuuksia ja ulottuvuuksia. (Grönfors 1985, 31.)

Deduktiolla tarkoitetaan päättelyä, joka tunnettujen tosiasioiden pohjalta viedään yksityiskohtiin (Grönfors 1985, 27). Deduktiivista sisällön analyysia ohjaa teema, käsitekartta tai malli, joka perustuu aikaisempaan tietoon. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 7).

Sisällönanalyysi etenee vaiheittain: aineistoon tutustuminen, analyysiyksikön valinta, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu, aineiston tulkinta ja sisällönanalyysin luotettavuuden arviointi. Aineisto jaetaan analyysiyksiksiköihin ja niitä tarkastellaan suhteessa tulkittavaan ilmiöön. Analyysiyksikön määrittäminen on olennainen tehtävä ennen analyysiprosesson aloittamista ja sen määrittelyssä ratkaisevat tutkimustehtävä ja aineiston laatu. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5.)

Aluksi tutustuimme potilaiden antamiin kommentteihin, jotka ovat kirjattuna PSYTURVA-kaavakkeella (liite 2), näin saimme käsityksen aineiston sisällöstä. Erottelimme aineistosta potilaiden kokemukset leposidehoidon vaikutuksista siten, onko leposidehoidosta ollut apua, ei ole ollut apua tai ei ole ollut vaikutusta vointiin.

Sisällönanalyysin ensimmäinen vaihe on pelkistäminen, jossa aineistolta kysytään tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä ja karsitaan epäolennaiset asiat pois. Vastaukset kirjoitetaan aineiston termein. Tämän jälkeen ryhmitellään aineisto. Ryhmittelyssä etsitään ilmaisujen yhtäläisyyksiä ja erilaisuuksia. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään samaan luokkaan ja sille annetaan kuvaava nimi. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5-6.)

Analyysiyksiköksi valitsimme asiakokonaisuutta kuvaavat maininnat, joita saattoivat olla yksittäinen sana tai kokonainen lause. Käsittelimme aineiston yksi kommentti kerrallaan. Käsittelimme aineistosta esiin nousseet kokemukset leposidehoidon vaikutuksista. Aluksi kirjoitimme potilaiden kokemukset sellaisenaan. Alkuperäisistä kommenteista teimme pelkistettyjä ilmaisuja. Pelkistämisen jälkeen etsimme ilmaisuista samankaltaisuuksia ja ryhmittelimme ne yhteen omiksi kategorioikseen. Kolmas sisällönanalyysivaihe on abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Tässä vaiheessa yhdistetään samansisältöisiä kategorioita. Opinnäytetyössämme pelkistetyt kategoriat ovat *Positiiviset vaikutukset* ja *Ei auttanut/Ei vaikutusta vointiin*. Kaikki pelkistetyt kategoriat on esitelty liitteessä 3.

Esimerkki

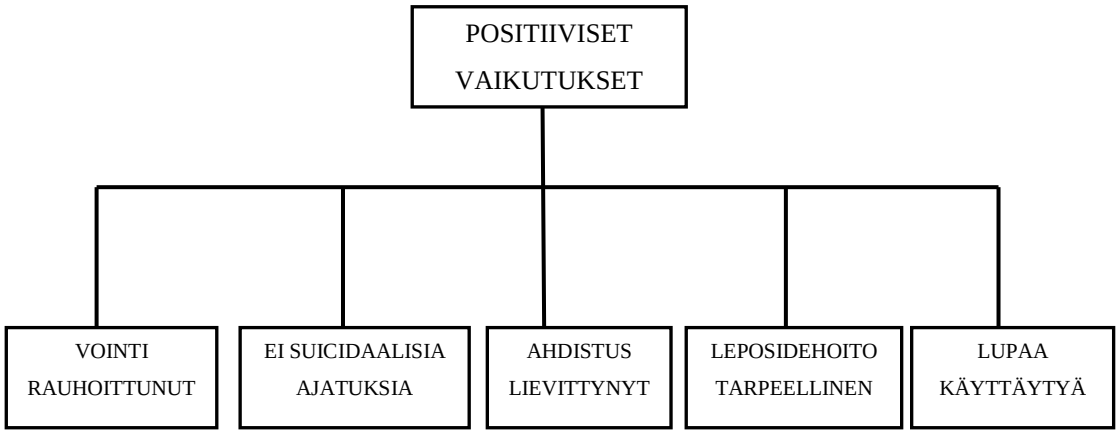
Kategoria: Positiiviset vaikutukset

Ilmaisuja: ahdistus lievittynyt, vointi rauhoittunut, suicidaalisuus vähentynyt/ lievittynyt

4 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimustulokset olemme jaotelleet sen mukaan, miten leposidehoito on vaikuttanut vointiin. Käsittelemme tutkimustuloksia analyysin tuloksena syntyneiden kategorioiden mukaisesti. Kaikkiin leposidehoitoihin liittyen PSYTURVA-lehdelle ei ollut kirjoitettu potilaan kommentteja hänen saamansa hoidon vaikutuksista, ja joiden kommenttien perusteella ei voitu analysoida hoidon vaikutusta.

4.1 Positiivisesti vointiin vaikuttaneet leposidehoidot

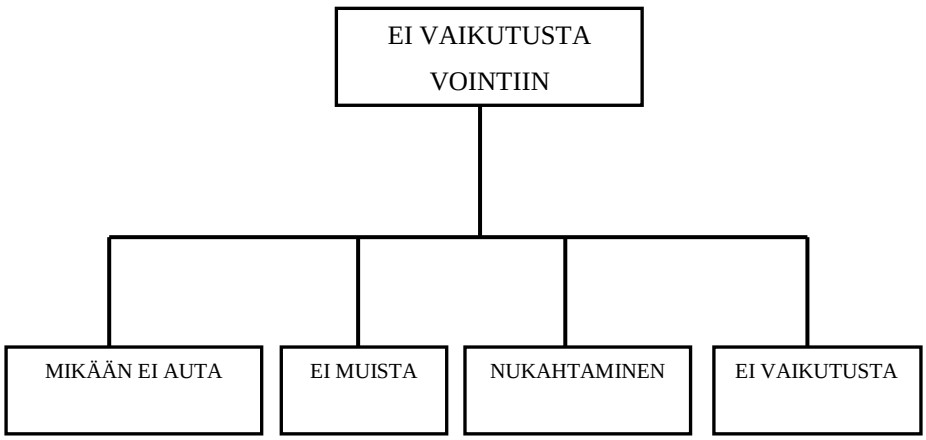


Potilaiden kuvauksissa leposidehoidon positiivisista vaikutuksista nousi usean potilaan kohdalla esiin psyykkisen voinnin rauhoittuminen. Potilaat kertoivat myös suicidaalisten ajatusten vähenemisestä ja moni lupasi, ettei tule vahingoittamaan itseään. Näihin liittyy myös lupaus käyttäytyä asiallisesti osastolla. Vastauksissa tuli esiin myös

se, että leposidehoito oli vaikuttanut ahdistusta vähentävästi. Potilaat kokivat saamansa leposidehoidon tarpeelliseksi.

Lupaan käyttäytyä asiallisesti osaston puolella.
Vointi rauhoittunut, ei suicidaalisia ajatuksia.
En toistaiseksi vahingoita itseäni.
Olo rauhoittunut, lupaan, etten vahingota itseäni.
Leposidehoidosta oli hyötyä, olo rauhoittui.
Potilas koki sitomisen tarpeelliseksi.
Olo rauhallinen.
Olo helpompi, ahdistuneisuus lievempi.
Rauhoittava vaikutus.
Leposidehoito oli tarpeellinen.
Olin levoton, pystyin rauhoittumaan lepositeissä.

4.2 Leposidehoidolla ei vaikutusta vointiin



Osa potilaista koki, ettei leposidehoidosta ollut hyötyä, tai sillä ei ollut vaikutusta vointiin. Osa potilaista kertoi, ettei muista tilannetta kovin hyvin. Toiset kertoivat suoraan, ettei annetulla hoidolla ole ollut vaikutusta psyykkiseen vointiin. Jotkut taas kertoivat, ettei leposidehoidosta ollut muuta hyötyä, kuin nukahtaminen. Osalla potilaista oli myös kokemus, että mikään ei auta.

Toteaa, ettei muista tilannetta kovin hyvin.
Muuta hyötyä leposidehoidosta ei ollut, kuin sai unenpäästä kiinni.
Ei vaikutusta vointiin.
Mikään ei auta.

4.3 Muut kommentit

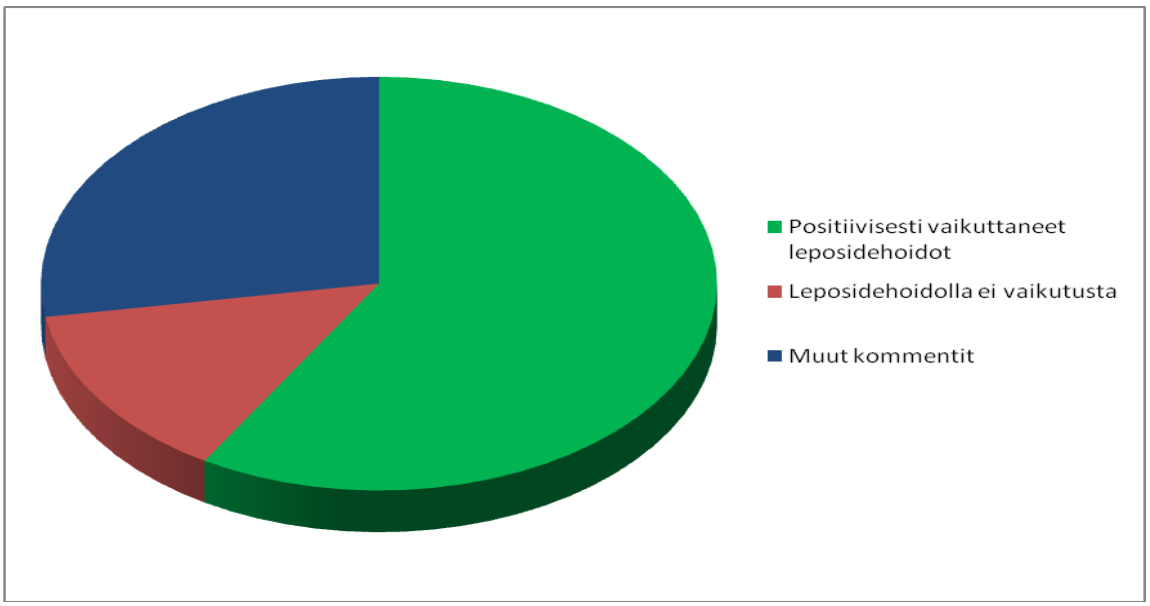
Näihin leposidehoitoihin liittyviä kommentteja ei ole kirjattu tai niitä pystynyt analysoimaan tämän tutkimustehtävän osalta. Jotkut potilaista vastauksissaan leposidehoitoon johtaneita syitä, eikä leposidehoidon vaikutusta. Osalta potilaista puuttui kirjattu kommentti leposidehoidon vaikutuksesta kokonaan. Ja osa potilaista oli ollut niin unisia, ettei heiltä siinä tilanteessa oltu saatu adekvaattia vastausta. Osassa vastauksista ei kyetty analysoimaan, kuvataanko siinä leposidehoidon vaikutusta vai potilaan yleistä psyykkistä vointia.

> *Potilas pettynyt, ettei kyennyt vastustamaan ”pirun ääntä”, joka käskee itseään vahingoittamaan.*
> *”Auttoiko leposidehoito?” Potilas mumisi lyhyesti.*
> *Potilas uninen, ei kommentoi.*
> *Mieliala matala.*

5 JOHTOPÄÄTÖKSIÄ

Opinnäytetyömme tutkimustulosten perusteella tarkastelemme leposidehoitojen vaikutuksia potilaiden näkökulmasta sekä pohdimme, miten hoitotyötä voitaisiin kehittää VHO 3:lla. Lisäksi peilaamme tutkimuksemme tuloksia Alice Keski-Valkaman tutkimuksen tuloksiin. Tutkimustulokset olemme jaotelleet potilaiden kommenttien perusteella positiivisesti vointiin vaikuttaneisiin leposidehoitoihin sekä leposidehoitoihin joista potilaat eivät kokeneet saaneensa hyötyä. Kolmanneksi ryhmäksi nousivat kommentit, joissa ei ollut vastattu kysymykseen, tai kommenttia ei ollut kirjattu lainkaan. Tulosten pohdinnan jälkeen tarkastelemme tutkimuksen eettisyyttä, luotettavuutta ja esitämme jatkotutkimusehdotuksia.

Kuviossa 1 on esitetty potilaiden kommenttien jakautuminen. Suurin osa, noin kaksi kolmasosaa, potilaista koki saamansa leposidehoidon vaikuttaneen positiivisesti hänen vointiinsa. Eli ainakin näissä tapauksissa leposide-eristys on ollut potilaan hoidon kannalta tarpeellinen ja potilaalle positiivinen kokemus. Koska suurin osa potilaista kokee saamansa leposidehoidon auttavana ja rauhoittavana, sitä voidaan pitää hyvänä hoitomuotona sitä tarvitseville potilaille. Leposidehoito lisää turvallisuutta sekä yksilö, että yhteisötasolla sekä potilaalle itselleen, että muille potilaille ja hoitohenkilökunnalle. Vaikka leposidehoito herättää ristiriitaisia tunteita sekä potilaissa, että henkilökunnassa, koska siinä puututaan henkilön koskemattomuuteen ja itsemääräämisoikeuteen, sitä voidaan pitää oikein käytettynä positiivisesti vaikuttavana hoitomuotona.



Kuvio 1: Kommenttien jakautuminen.

Vain pieni osa (4/29) potilaista koki, ettei leposidehoidolla ollut vaikutusta vointiin. Yhdessäkään potilaan antamassa kommentissa ei tullut esiin, että leposidehoito olisi vaikuttanut negatiivisesti potilaan vointiin. Kaikki tähän kategoriaan sopivat kommentit nostivat esiin sen, että näissä tapauksissa leposidehoidolla ei ollut mitään vaikutusta potilaan vointiin. Näissä tapauksissa voidaan päätellä, että leposidehoito on ollut potilaan mielestä tarpeeton hoitotoimenpide, ja näin ollen se on voinut tuoda esiin negatiivisia tunteita, esimerkiksi kokemuksen rangaistuksesta. Aina ennen kuin leposidehoito aloitetaan, täytyy varmistaa, että muut hoitotyön keinot on käytetty ja ne ovat riittämättömiä. Tutkimuksessamme emme tarkastelleet leposidehoitoon johtaneita syitä, emmekä ennakoivia hoitotyönkeinoja ennen leposidehoidon aloittamista. Tästä syystä emme voi tässä tutkimuksessa pohtia, miksi potilaat kokivat leposidehoidot vaikutuksettomiksi.

Noin kolmasosassa (8/29) tapauksista kommenteista ei voitu päätellä leposidehoidon vaikutuksesta vointiin, tai kommentti oli jäänyt kirjaamatta. Näiden tapausten perusteella nousee esiin hoitotyön kirjaamisen koulutuksen tarve, koska näissä kommenteissa meidän mielestämme ei ollut kysytty/kirjattu sitä asiaa jota PSYTURVA-kaavakkeen kysymyksellä halutaan saada selville. Hoidon laadun ja vaikuttavuuden sekä hoitotyön kehittämisen kannalta tulisi kiinnittää enemmän huomiota, mitä ja miten asiat kirjataan potilastietojärjestelmiin. Meidän mielestämme PSYTURVA-kaavakkeen tarkoitus on niin potilaan oikeuksien ja turvallisuuden takaaminen sekä hoidon laadun kehittäminen, jolloin potilas saa hyvää, laadukasta ja vaikuttavaa hoitoa.

Keski-Valkaman tutkimustulokset tuovat esiin, että potilaat kokevat saamansa leposidehoidon negatiivisena. Meidän tutkimuksemme perusteella suurin osa potilaista koki saamansa leposidehoidon vaikuttaneen auttavasti sen hetkiseen tilanteeseen, ja täten voimme päätellä, että leposidehoito on koettu pääsääntöisesti positiivisena. Tutkimustamme edeltänyt esiymmärrys osoittautui oikeaksi, mutta tätä tutkimusta ei voida täysin verrata Keski-Valkaman tutkimukseen, koska sen laajuus ja tutkimusmenetelmät poikkeavat suuresti omasta tutkimuksestamme. Voidaan pohtia olisiko meidän tutkimuksessamme tutkimustulos muuttunut, jos olisimme esimerkiksi haastatelleet tai tehneet kysymyskaavakkeen potilaille jonkin ajan kuluttua leposidehoidon päättymisestä.

5.1 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuuden kulmakivenä on se, että tutkija tulkitsee vastaajan kirjoitukset niin kuin ne on kirjoitettu, eikä lisää niihin omia tulkintojaan. (Syrjälä & Ahonen & Syrjäläinen & Saari 1996, 129 -130). Tutkimusta tehdessään tutkija joutuu tekemään useita johtopäätöksiä ja niitä tehdessään tutkija joutuu aina miettimään niiden eettisyyttä. (Eskola & Suoranta 2003, 52.)

Tutkimuksessa pyritään välttämään virheiden syntymistä, silti luotettavuus ja pätevyys voivat vaihdella. Tutkimuksen reliaabelius, eli luotettavuus, tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta. Tutkimustulokset eivät siis voi olla sattumanvaraisia. Jos kaksi tutkijaa päätyy samanlaiseen tulokseen, voidaan tutkimusta pitää luotettavana. Jos samaa henkilöä tutkitaan kahdella eri tutkimuskerralla ja saadaan sama tulos, voidaan tutkimus todeta luotettavaksi. (Hirsjärvi ym. 2009, 231.)

Erityisesti laadullisessa tutkimuksessa tutkija joutuu pohtimaan tekemiään ratkaisuja ja näin ottamaan kantaa sekä analyysin kattavuuteen, että tekemänsä työn luotettavuuteen. Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on tutkijan avoin subjektiviteetti, ja sen myöntäminen, että tutkija on tutkimuksensa keskeinen tutkimusväline. Laadullisessa tutkimuksessa pääasiallinen luotettavuuden mittari onkin tutkija itse. Ja näin ollen luotettavuuden arviointi koskee koko tutkimusprosessia. (Eskola & Suoranta 1998, 209-212.)

Tässä tutkimuksessa luotettavuuteen vaikuttaa se, miten hoitohenkilökunta on kirjannut potilaan kommentit potilastietojärjestelmään.

5.2 Tutkimuksen eettiset näkökohdat

Tutkimuksen ja etiikan yhteys on kahtalainen. Toisaalta tutkimuksen tulokset vaikuttavat eettisiin ratkaisuihin, toisaalta taas eettiset kannat vaikuttavat tutkijan työssään tekemiin ratkaisuihin. (Tuomi & Sarajärvi 2006, 122-213.)

Hoitotyön tutkimusta tehdessään tutkija joutuu miettimään ja arvioimaan, onko tutkimus eettisesti luotettavasti tehty. Tehdäkseen tutkimusta tutkijan on tunnettava tutkittavien oikeudet. Eettisten ratkaisuiden merkitys nousee erityisen keskeiseen

asemaan silloin, kun tutkimuksen kohteena on inhimillinen toiminta ja ihmisiä käytetään tietolähteinä. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 284-285.)

Tutkimusetiikassa on kyse siitä, miten eettisesti hyvää ja luotettavaa tutkimusta tehdään. Erillistä tutkimusetiikkaa ei siinä mielessä ole, etteivätkö muutakin yhteiskuntaa koskevat eettiset kysymykset koskisi myös tutkijoita. Kuitenkin tutkimusetiikkaa voidaan pitää erillisenä sillä perusteella, että tietyt eettiset ongelmat ja niiden ratkaisut toteutuvat ainoastaan tieteellistä tutkimusta tehdessä, eivät juurikaan muualla yhteiskunnassa. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 285-286.)

Tutkimusta tehdessä tulee ottaa huomioon seuraavia eettisiä kysymyksiä: tutkimus ei saa vahingoittaa fyysisesti, psyykkisesti eikä sosiaalisesti tutkittavaa, tutkimuksen hyötyä ja haittaa on verrattava keskenään, tutkimuksen on oltava vapaaehtoista siihen osallistuville, vastuu on tutkimuksen johtajalla ja kokeellisessa tutkimuksessa on tiedostettava mm. se milloin tutkittavia voi manipuloida ja onko toimenpide eettisesti oikein. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 27.)

Ihmisen itsemääräämisoikeuteen, vapauteen ja koskemattomuuteen puuttuminen herättää tunteita ihmisissä. Leposide-eristäminen on hoitotoimenpiteenä radikaali ja se herättää ristiriitaisia tunteita oikein käytettynäkin sekä potilaissa, että hoitohenkilökunnassa.

Yhteiskuntaa arvioidaan eettisesti sen perusteella miten se kunnioittaa ja suojelee kaikkein heikoimmassa asemassa olevia yksilöitään ja heidän ihmisarvoaan. Leposidehoitoa ei saa toteuttaa ilman riittäviä moraalisia ja eettisiä erikoisperusteluja. Asiaa koskevia ammatillisia kannanottoja, lainsäädäntöä ja viranomaisten ohjeita voidaan pitää tällaisina erikoisperusteluina.

Tutkimus annetaan Oulun kaupungin sosiaali- ja terveystoimen käyttöön. Pidämme tärkeänä saattaa sosiaali- ja terveystoimen tietoon potilaiden kokemukset leposidehoidon vaikutuksista sekä hoitotyön kehittämisen tarpeista.

Tämä tutkimus tehtiin käsittelemällä ainoastaan potilastietoja, tutkimuksessa ei ilmene henkilötietoja potilaista, eikä henkilökunnasta.

6 POHDINTA

Leposidehoito on raskas ja vaativa hoitotoimenpide sekä potilaalle, että hoitohenkilökunnalle. Leposidehoitoa säätelevät erilaiset lait ja asetukset. Siihen vaikuttavat myös hoitohenkilökunnan arvot, asenteet ja eettiset näkökulmat. Ja nämä voivat olla hoitajilla erilaiset. Potilaalle leposidehoitoa annettaessa tulee ottaa huomioon eri lait ja asetukset sekä hoito-organisaation omat ohjeet, tärkeää on myös hoitotyönperiaatteiden ja ihmisarvon kunnioittaminen.

Opinnäytetyötä tehdessämme olemme esittämään asiat totuudenmukaisesti mitään salaamatta ja vääristelemättä. Olemme käyttäneet työssämme paljon uusia lähteitä, jotta tieto olisi mahdollisimman tuoretta. Lähteinä olemme käyttäneet vain niitä, jotka olemme arvioineet luotettaviksi.

Opinnäytetyön tehtäväksemme valitsimme aiheen, joka tuntui meistä molemmista mielenkiintoiselta. Lisäksi meillä molemmilla oli aiempaa kokemusta psykiatrisesta hoitotyöstä ja siihen liittyvistä hoitotoimenpiteistä. Koimme, että tämä osa psykiatrista hoitotyötä on tärkeä ja vähän tutkittu alue.

Opinnäytetyön tekeminen oli mielenkiintoista ja haastavaa. Tuoreimman tiedon hankkiminen oli paikoitellen vaikeaa. Aikataulu meinasi pettää, koska tutkimuslupahakemuksen käsittely vei odotettua kauemmin aikaa. Meille molemmille sopi kuitenkin hyvin, että tekeminen jäi viime tinkaan, eikä sitä todennäköisesti aiemmin olisi kuitenkaan tullut tehtyä.

Ennen yhteisen opinnäytetyön tekemistä olimme kumpikin jo aloittaneet oman tutkimustyön tekemistä, mutta se ei kummallakaan edennyt. Tästä syystä päätimmekin yhdistää voimamme ja aloitimme yhteisen projektimme tammikuussa 2011. Pikavauhdilla saimme tutkimussuunnitelman hyväksyttävään kuntoon jo tammikuun loppupuolella. Tutkimuslupahakemuksen toimitimme helmikuun alussa Oulun kaupungille. Tutkimuslupaa odotellessa kirjoitimme teoriaosuutta valmiimmaksi. Tutkimuslupa tuli yllättäen vasta maaliskuun lopussa, jolloin aloimme kerätä tutkimusaineistoa. Tutkimusaineisto analysoitiin ja kirjoitettiin auki heti kun yhteistä aikaa löytyi.

Työn tekemisen mielekkyyttä lisäsi myös meidän oma arviomme, että hoitotyössä voisi olla leposidehoitotyön osalta kehittämistä. Tutkimuksemme tuloksena nousi esiin

yllättäen seikka, että hoitajalta on jäänyt kirjaamatta potilaskertomukseen sellaisia asioita, jotka siihen jo lain mukaan tulisi kirjata. Tähän olisi hyvä puuttua, jotta potilaan oikeudet sekä myös hoitajien omat oikeudet olisivat turvattuja. Vanha totuus sairaalassa kuuluu, että ”Se mitä ei ole kirjattu, sitä ei ole tehty.”

Jatkossa olisi hyvä tutkia leposide-eristykseen johtaneita tilanteita ja millaisia ennakoivia hoitotoimenpiteitä niissä on käytetty. Lisäksi olisi hyvä tutkia eroavatko potilaiden ja hoitohenkilökunnan kokemukset leposidehoidon vaikutuksista toisistaan.

LÄHTEET

Ala-aho, Sirkka & Hakko, Helinä & Saarento, Outi 2003. Vastentahtoisten eristämisten vähentäminen psykiatrisilla osastoilla. Alkuperäistutkimus. Duodecim 119. 1970.

Berner, Anna-Sofia 2010. Hoitohenkilökunnan asenteet vievät potilaan lepositeisiin. Helsingin Sanomat 22.8.2010. Tulostettu 28.1.2011 <http://www.hs.fi/kotimaa/artikkeli/Hoitohenkil%C3%B6kunnan+asenteet+viev%C3%A4t+potilaan+lepositeisiin/1135259527818>

Eskola, Jari & Suoranta, Juha 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 2. Painos. Gummerus kirjapaino Oy, Jyväskylä.

Eskola, Jari & Suoranta, Juha 2003. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 6. Painos. Gummerus kirjapaino Oy, Jyväskylä.

Forsström, Jari & Pelanteri, Simo 2010. Psykiatrian erikoisalan laitoshoito 2008. STAKES, Tilastoraportti.

Grönfors, M 1985. Kvalitatiiviset kenttätyömenetelmät. WSOY, Juva.

Hietanen, Seppo & Henriksson, Markus 2002. Kiihtynyt psykoottinen potilas. Suomalainen lääkäriseura Duodecim.

Hirsjärvi, Sirkka & Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2001. Tutki ja kirjoita. Tammi, Helsinki.

Hirsjärvi, Sirkka & Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2009. Tutki ja kirjoita. Tammi, Hämeenlinna.

Huttunen, Matti 2008. Mielenterveyden häiriöt. Tulostettu 24.1.2011 < http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00002>

Kaltiala-Heino, Riittakerttu & Laippala, Pekka 1997. Pakkotoimet ja rajoitukset psykiatrisessa sairaalahoidossa. Suomen Lääkärilehti. 5. 435-439.

Kaltiala-Heino, Riittakerttu & Välimäki, Maritta 1999. Rajoitetaanko rajoittamista – eristys ja lepositeet psykiatrisessa hoidossa. Tampereen yliopisto, Terveystieteenlaitos. Julkaisu.

Keski-Valkama, Alice 2010. The Use of Seclusion and Mechanical Restraint in Psychiatry - A Persistent Challenge over Time 2010. Tampereen Yliopisto, Terveystieteen laitos. Väitöskirja.

Kyngäs, H & Vanhanen, L 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 1 (11), 3-11.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992. 1.3.1993/785.

Leino-Kilpi, Helena & Välimäki, Maritta 2003. Etiikka hoitotyössä. WSOY, Juva.

Lindström Unni 1988. Psykiatrisen hoito-opin perusteet. Sairaanhoitajien koulutussäätiö. Karisto Oy, Hämeenlinna.

Leposidehoito-ohjeet 2010. Oulun kaupunki, mielenterveyspalvelut, laitoshoito. Tuloste tekijöiden hallussa.

Lönnqvist, Jouko & Heikkinen, Martti & Henriksson, Markus & Marttunen, Mauri & Partonen, Timo 2007. Psykiatria. 5.-6. painos. Duodecim, Helsinki.

Mielenterveyden edistäminen 2007. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tulostettu 24.1.2011 < http://groups.stakes.fi/MTR/FI/mtervedistaminen.htm>

Mielenterveyslaki 1990. 14.12.1990/1116.

Paunonen, Marita & Vehviläinen-Julkunen, Katri 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY, Juva.

Punkanen, Tiina 2001. Mielenterveystyö ammattina. Tammi, Helsinki.

Salovaara, Inkeri & Immonen, Sirkku & Tyybäkinoja, Mauri 1997. Koppiin ja kahleisiin? Psykiatrisen potilaan eristäminen laitoksissa. Printway Oy, Vantaa.

Sariola, Esa & Ojanen, Markku 1997. Hoito vai pakkohoito. Miten autan skitsofreniapotilasta. Otava, Keuruu.

Suomen perustuslaki 1999. 11.6.1999/731.

Syrjälä, Leena & Ahonen, Sirkka & Syrjäläinen, Eija & Saari, Seppo 1996. Laadullisen tutkimuksen työtapoja. Kirjapaino Oy West Point, Rauma.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2006. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Gummerus kirjapaino Oy, Jyväskylä.

Voutilainen, Paavo 1986. Pakkohoito ja eettiset periaatteet. Mielenterveys 4 (25), 16.

YK:n yleismaailmallinen ihmisoikeuksien julistus 1948. Yhdistyneet kansakunnat.

LIITTEET

Liite 1

KEMI-TORNION AMMATTIKORKEAKOULU
Terveysalan koulutusyksikkö

OPINNÄYTETYÖN AINEISTON KERUUN LUPA-ANOMUS

1. Luvan anoja	Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun terveysalan koulutusyksikön opiskelija/t Arto Nikkilä Hannu Voinionpää
2. Opinnäytetyön aihe	Potilaiden kokemuksia lepositekoidosta
3. Opinnäytetyön tarkoitus	Kuvailla potilaiden kokemuksia lepositekoidosta
4. Opinnäytetyössä tarvittava aineisto	Effi-kysely PSYTUK-koordinaattorin kautta "Haastattelu potilaaseen: Potilaan arvio (muodossa 2010)
5. Aineiston keruumenetelmät	Ottamalla yhtä miltä on kiriatteu PSYTUP-koordinaattorille. Potilaan arvio haidon vaikutuksista
6. Aineiston keruun suunniteltu ajankohta	Helmi - maaliskuu 2011
7. Opinnäytetyön arvioitu valmistumisaika	.04/11
8. Opinnäytetyön suunnitelma on hyväksytty	KEMI-TORNION AMMATTIKORKEAKOULU, terveysalan koulutusyksikkö 1 päivänä Helm kuuta 2011
9. Allekirjoitukset	Opinnäytetyön ohjaaja [signature] Opinnäytetyön tekijä/tekijät, osoite ja puhelinnumero [signature] [signature]

Lupa tutkimustyöhön

myönnetty hakemuksen mukaisena ☒ OPISKELIJAN ON TOIMITETTAVA
myönnetty korjauksin ☐ VALMIS OPINNÄYTETYÖ
hakemus hylätty ☐ SOSIAALI- JA TERVEYSTOIMEN KÄYTTÖÖN

päiväys § 132 28.3.2011

allekirjoitukset [signature]

Palvelujohtaja Arja Heikkinen
Mielenterveys- ja sosiaalipalvelut

c:/terveys/103/pohjia: opet aineiston lupa

Liite 2

Oulun kaupunki Sos. ja terveystoimi

Sivu 1

Psykiatrian yksikkö

TURVAHOITO

Osasto _____

Henkilötunnus _____

Nimi _____ Ikä ____ v.

- [ ] Sitominen (500)
- [ ] Tahdonvastaisesti toteutettu hoitotoimenpide (100)
- [ ] Hoidollinen kiinnipitäminen (300)
- [ ] Eristäminen muista potilaista (400)
- [ ] Omaisuuden ja lähetysten tarkastaminen (700)
- [ ] Henkilötarkastus ja -katsastus (800)
- [ ] Tehostettu hoito

Tilannekuvaus turvahoitoon johtaneista syistä ja perustelut turvahoitomuodon valinnalle:

Hoitomuodot, joita käytetty ennen turvahoitoa:

Turvahoidon aloitukseen osallistuneet työntekijät:

Vastuuhoitajat:

Potilaan psyykkinen tila:

Diagnoosi:

Potilaan somaattinen tila:

Hoidon määrännyt lääkäri:

Hoito alkoi Klo

Ilmoitus edunvalvojalle tai laillisille edustajalle, kun sitomista on kestänyt yli 8 tuntia tai eristäminen muista potilaista yli 12 tuntia

Hoidon kesto:

Hoidon vaikutus potilaaseen:

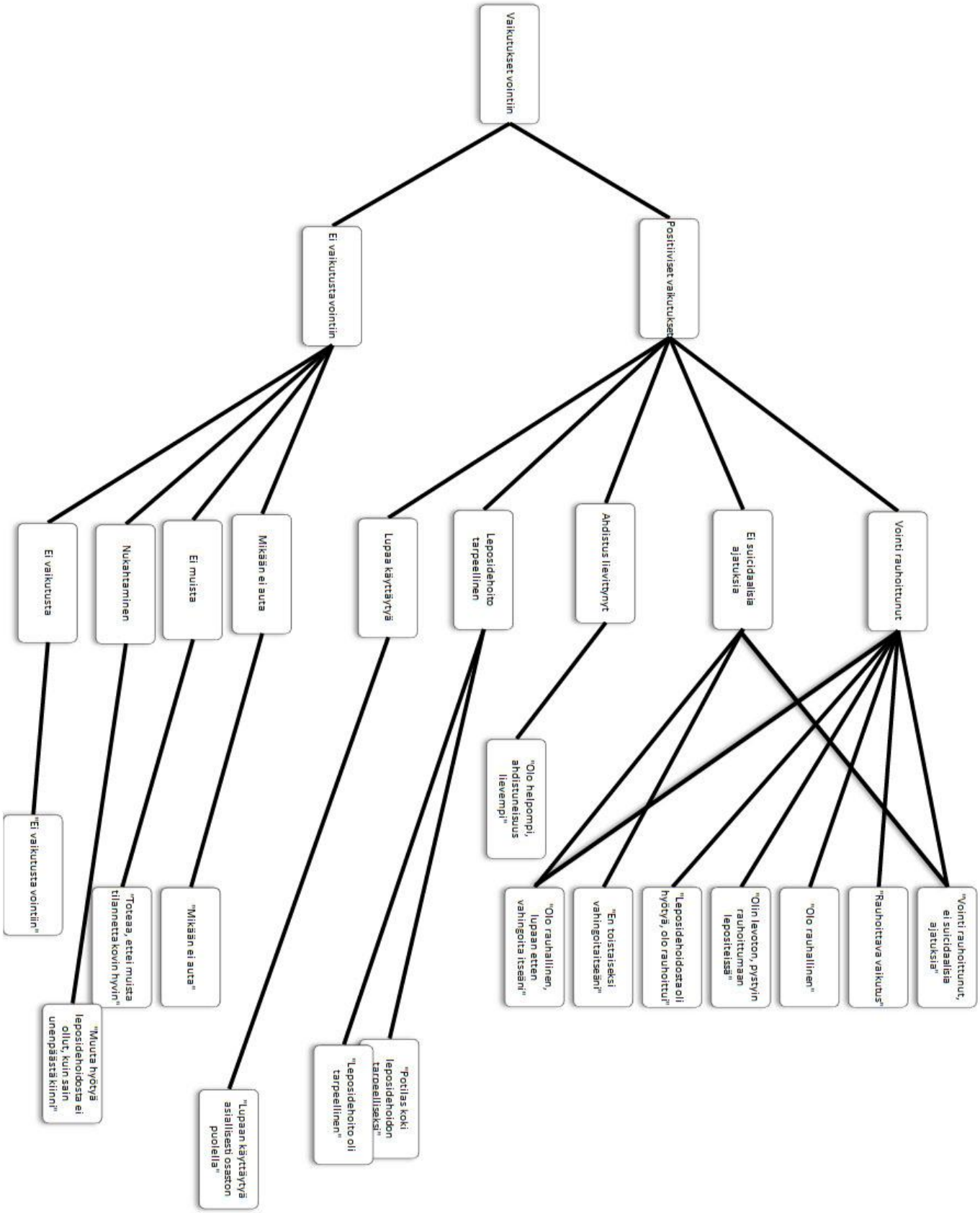
Potilaan arvio:

Hoitajan arvio:

Hoidon lopettamispäätöksen tehnyt lääkäri:

Hoito päättyi Klo

Liite 3


Vaikutukset vointiin
Positiiviset vaikutukset
Ei vaikutusta vointiin
Vointi rauhoittunut
Ei suicidaalisia ajatuksia
Ahdistus lievittynyt
Leposidehoito tarpeellinen
Lupaa käyttäytyä
Mikään ei auta
Ei muista
Nukahtaminen
Ei vaikutusta
"Vointi rauhoittunut, ei suicidaalisia ajatuksia"
"Rauhoittava vaikutus"
"Olo rauhallinen"
"Olin levoton, pystyin rauhoittumaan lepositeissä"
"Leposidehoidosta oli hyötyä, olo rauhoittui"
"En toistaiseksi vahingoitaisiani"
"Olo rauhallinen, lupaan etten vahingoita itseäni"
"Olo helpompi, ahdistuneisuus lievempi"
"Potilas koki leposidehoidon tarpeelliseksi"
"Leposidehoito oli tarpeellinen"
"Lupaan käyttäytyä asiallisesti osaston puolella"
"Mikään ei auta"
"Toteaa, ettei muista tilannetta kovin hyvin"
"Muuta hyötyä leposidehoidosta ei ollut, kuin sain unenpäästä kiinni"
"Ei vaikutusta vointiin"