

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 3/2007

”...sain sitä tukea ja luotin koko ajan siihen, että paransin...”

MASENTUNEEN POTILAAN NÄYTTÖÖN PERUSTUVAT HOITOTYÖN MENETELMÄT

– tutkimus ja kehittämistyö masentunutta auttavista hoitotyön menetelmistä

Kirsti Sainola-Rodriguez, Nina Kekkonen ja Timo Pöppönen

Pohjois-Karjalan keskussairaala, Psykiatrian hoitotyön palveluyksikkö

Joensuu 2007

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä
Pohjois-Karjalan keskussairaala, Tieteellinen kirjasto
Tikkamäentie 16
80210 JOENSUU

ISBN 978-952-9793-42-6 (nid.)
ISBN 978-952-9793-43-3 (pdf)
ISSN 1796-2714

Sähköinen julkaisu
http://www.pkssk.fi/tieteellinen_kirjasto/julkaisutoiminta_julkaisuluettelo.html

Kannen kuva: Toiminnallinen kuntoutus, Paihola

Joensuu 2007

Tekijät Kirsti Sainola-Rodriguez, Nina Kekkonen ja Timo Pöppönen		
Julkaisun nimi Masentuneen potilaan näyttöön perustuvat hoitotyön menetelmät - tutkimus ja kehittämistyö masentunutta auttavista hoitotyön menetelmistä		
ISSN: 1796-2714	ISBN 978-952-9793-42-6 (nid.) ISBN 978-952-9793-43-3 (pdf)	Kokonaissivumäärä: 89
Toimintayksikkö: Psykiatrian hoitotyön palveluyksikkö		
Tiivistelmä: Tutkimus ja työyksikön kehittämistyö Ohjaaja: THT, dosentti Irma Kiikkala Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa masentunutta auttavia näyttöön perustuvia psykiatrisen hoitotyön menetelmiä sairaalahoidon aikana. Samalla on tavoitteena lisätä osaston hoitohenkilökunnan tietoisuutta käyttämistään psykiatrisen hoitotyön menetelmistä ja vahvistaa taitoa käyttää näitä menetelmiä hoitosuhdetyöskentelyssä. Näyttöön perustuvia hoitotyön menetelmiä koottiin kotimaisesta alan kirjallisuudesta, tutkimuksista ja masentuneiden kanssa työtä tehneiden hoitotyöntekijöiden kokemusmaailmasta. Tutkimuksia etsittiin hakusanoilla masennus ja hoitotyö tietokannoista ja suomalaisista hoitotieteellisistä julkaisuista. Työssä käytetyt tutkimukset luokiteltiin näytön mukaan tieteellisesti havaittuun näyttöön, hyväksi havaittuun näyttöön ja kokemukseen perustuvaan näyttöön. Suurin osa tutkimuksista oli tieteelliseen näyttöön perustuvia. Työhön valikoituneita näyttöön perustuvia hoitotyön menetelmiä olivat toivon ylläpitäminen, itsetunnon ylläpitäminen, ajattelunhäiriöiden tunnistaminen, läsnäolo, turvallisuudesta huolehtiminen, huolenpito, selviytymiskeinojen etsiminen, perhehoitotyön toteuttaminen, mielihyvän kokeminen, psykososiaalisen tukeminen, hengellisyyden huomiointi, unen turvaaminen, lääkehoidon toteuttaminen, vertaistuen järjestäminen ja kärsimyksen lievittäminen. Näyttöön perustuva työn organisointitapa on omahoitajatyöskentely. Masentuneen hoitamisen lähtökohtina nähdään dialogisuus, intuitio ja yhteistyösuhte. Näyttöön perustuvien hoitotyön menetelmien tärkeyttä ja toteutumista tutkittiin haastattelemalla osastolla olevia masentuneita potilaita (N=14). Hoitotyön menetelmät koettiin pääsääntöisesti tärkeiksi ja niiden koettiin toteutuvan hoidossa hyvin. Eniten eroavuuksia menetelmän tärkeydessä oli nähty hengellisyyden huomioimisen, mielihyvän kokemisen ja perhehoitotyön toteutumisen kohdalla. Eroja menetelmän toteutumisessa hoidon aikana oli ajattelunhäiriöiden huomioimisen ja toivon ylläpitämisen kohdalla. Tärkeys ja toteutuminen hoidossa onnistuivat parhaiten turvallisuudesta huolehtimisen, hengellisyyden huomioimisen ja omahoitajuuden/ yhteistyösuhteen kohdalla.		
Avainsanat: masennus, psykiatrinen hoitotyö, näyttöön perustuva hoitotyö		
Julkaisija Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä Tikkamäentie 16 80210 JOENSUU		Tilausosoite Pohjois-Karjalan keskussairaala Tieteellinen kirjasto Tikkamäentie 16 80210 JOENSUU Puh. 013 171 2045, Faksi. 013 171 2595 S-posti. kirjastopalvelut@pkssk.fi

JULKAISUN LAJI

Alkuperäisjulkaisut

Selvitykset, raportit ja mietinnöt

Audiovisuaaliset tuotteet

JOHDANTO.....	6
1. TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	8
1.1 Masennus hoitotieteellisenä käsitteenä	8
1.2 Käypä hoito- lääketieteellinen näyttö.....	9
1.3 Näyttöön perustuva hoitotyö	11
1.4 Psykiatrisen potilaan hoitotyö ja auttamismenetelmät	13
1.5 Näyttöön perustuva tiedonkeruu tässä tutkimuksessa.....	15
1.6 Tutkimuksellisen näytön esittäminen tässä työssä.....	17
2. TUTKIMUS- JA KEHITTÄMISTYÖN TAVOITTEET JA TYÖN SUORITTAMINEN	18
2.1 Tutkimuksen tavoitteet ja lähtökohdat	18
2.2 Tiedonkeruu tehdyistä tutkimuksista Suomessa	19
2.3 Kysely henkilökunnalle.....	20
2.4 Potilashaastattelut.....	22
2.5 Tutkimusasetelma.....	23
3. MASENTUNEEN AUTTAMISEN LÄHTÖKOHDAT	24
3.1 Omahoitajuus	24
3.2 Dialogisuus.....	28
3.3 Intuitio ja hiljainen tieto	29
3.4 Näyttöön perustuvat hoitotyön menetelmät	32
3.4.1 Toivon ylläpitäminen	32
3.4.2 Itsetunnon ylläpitäminen	34
3.4.3 Ajattelunhäiriöiden tunnistaminen	36
3.4.4 Läsnäolo	37
3.4.5 Turvallisuudesta huolehtiminen	38
3.4.6 Huolenpito.....	39
3.4.7 Selviytymiskeinojen etsiminen	41
3.4.8 Perhehoitotyön toteuttaminen	41
3.4.9 Mielihyvän kokeminen.....	43
3.4.10 Psykososiaalinen tukeminen	44
3.4.11 Hengellisyyden huomiointi	44
3.4.12 Unen turvaaminen	46
3.4.13 Lääkehoidon toteuttaminen	47
3.4.14 Vertaistuen järjestäminen.....	49
3.4.15 Kärsimyksen lievittäminen.....	50
4. YHTEENVETO NÄYTTÖÖN PERUSTUVISTA HOITOTYÖN MENETELMISTÄ.....	52
5. POTILASHAASTATTELUIJEN TULOKSET	53
5.1 Hoitotyön menetelmien tärkeys ja menetelmän toteutuminen osastolla.....	54
6.2 Yhteenveto potilashaastatteluista	58
7. NÄYTTÖÖN PERUSTUVAT HOITOTYÖN MENETELMÄT MASENTUNEEN AUTTAMISEKSI	59
8. POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	60
LIITTEET.....	71
LIITE 1. Yhteenveto käytetyistä tutkimuksista.....	71
LIITE 2. Hoitajien kyselylomake	77
LIITE 3. Masentuneiden haastattelulomake.....	78
LIITE 4. Haastattelututkimuksen tulokset	83
LIITE 5	88

JOHDANTO

Tämä työ sai alkunsa Paiholan sairaalan kriisiosasto 56:n työkehittämispäivässä joulun alla 2004. Tilaisuudessa psykiatrian vastaava ylilääkäri Pekka Ropponen esitteli valtakunnallisia masennuksen Käypä Hoito- suosituksia. Käypä Hoito- suositukset perustuvat lääketieteessä tieteellisesti testattuihin eli näyttöön perustuviin menetelmiin parhaasta mahdollisesta hoidosta ihmisille, joille on asetettu masennus-diagnoosi. Esityksen pohjalta kävimme vilkasta keskustelua ja siellä esitettiin mm. yksi tärkeä kysymys: Miten Käypä Hoito- suosituksissa näkyy *hoitotyön osuus*, myös erityistyöntekijät kysyivät, miten näkyy sosiaalityö tai psykologia? Mitä on näyttöön perustuva masennuksen hoito hoitotyön näkökulmasta?

Näyttöön perustuvan hoitotyön kehittäminen on ollut ajankohtaista ja se on näkynyt mm. Sosiaali- ja terveysministeriön kansallisessa tavoite- ja toimintaohjelmassa vuosille 2004–2007 *Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä* (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003). Ohjelman mukaisesti hoitotyön toimintastrategioiden tulee perustua mm. tutkittuun tietoon vaikuttavista toimintatavoista, asiakaslähtöisyyteen, hoitotyössä toimivien osaamisen kehittämiseen ja moniammatillisen yhteistyön kehittämiseen. Psykiatrinen hoito on hyvin pitkälti moniammatillista tiimityötä. Psykiatrisen hoitotyön *ominta* aluetta on potilaan kohtaamiseen, ymmärtämiseen ja kokonaisvaltaiseen hoitamiseen liittyvät asiat, joissa korostuu potilaan psyykkisen voinnin, terveyden ja selviytymisen tukeminen arkipäivän tilanteissa. Potilaan jokapäiväisistä perustarpeista huolehtiminen, huolenpito ja yhteistyö eri alan ammattilaisten, läheisten, verkostojen ja organisaatioiden välillä on hoitotyöntekijän työtä. Hoitotyöntekijöinä olemme käytännössä eniten suorassa vuorovaikutuksessa potilaan ja tämän läheisten kanssa. Eikö tästä pitäisi olla näyttöä ja eikö tämän kaiken pitäisi näkyä kirjattuna suosituksissa ja ohjeissa?

Meidän työyhteisön mielestä hoitotyön pitää näkyä ja sen olemassaolosta tulee löytyä näyttöä ja jo kyseisessä työkehittämispäivässä sovittiin näyttöön perustuvan hoitotyön tutkimustyöryhmän (NäPe-ryhmä) perustamisesta osastolle. NäPe-työ on ollut toisaalta tutkimusta ja toisaalta työyksikön kehittämistyötä. Työryhmä on kerännyt kotimaisista lähteistä tietoa siitä, miten hoitotyöntekijät auttavat masentuneita potilaitaan; mikä auttaa masentunutta, mitä intuitioon,

kokemukseen ja tutkittuun tietoon perustuvia hoitotyön menetelmiä on olemassa ja mistä masentunut itse kokee hyötyvänsä. Työn tuloksena saatiin esiin 15 masentunutta auttavaa hoitotyön menetelmää, joiden toteutumista ja merkitystä kysyttiin lisäksi haastattelututkimuksessa osastolla olleilta masentuneilta potilailta. Henkilökunnan sitouttaminen ja innostaminen työskentelyyn on ollut työyksikön kehittämistyötä. Henkilökunta on osallistunut kyselyyn ja pohdintaan käyttämistään psykiatrisen hoitotyön menetelmistä ja on tehnyt käsiteanalyyskejä psykiatristen hoitotyön menetelmien käsitteistä ja niitä on opponoitu ja esitelty työryhmälle. Koko työryhmän osallistuminen työskentelyyn on virittänyt kehittävää ja tarkentavaa keskustelua oman työn sisällöstä ja hoitotyön menetelmien merkityksestä.

Hankkeen vaiheita ja sen tuloksia on esitelty osaston yhteisissä työkehittämispäivissä ja palaverissa, psykiatrisen hoitotyön kokouksissa ja digitaalisella hoitotyön kanavalla, työtä on esitelty myös kansallisessa hoitotyön konferenssissa Turussa ja posterit oli esillä vuoden 2007 Sairaanhoitajapäivillä.

Tällä työllä haluamme tuoda esiin psykiatrisen hoitotyön ydinosaamiseen kuuluvia asioita ja kuvata sitä, mitä sairaanhoitajat ja mielenterveyshoitajat tekevät auttaessaan masentunutta potilasta. Monet työssä esiintuodut psykiatrisen hoitotyön keinot eivät ole spesifisti masentuneiden potilaiden auttamismenetelmiä, vaan sopivat hoitotyön interventioiksi monenlaisille potilaille. Masentuneella voi olla hyvinkin yksilölliset tarpeet ja toiveet hoitonsa suhteen, joten tämä työ ei kata kaikkia masentuneen auttamiseen tarvittavia hoitotyön menetelmiä.

Tutkimusraportissa olemme kuvanneet lähes kolmivuotisen monivaiheisen prosessin. Raportissa olemme määritelleet työn kannalta keskeiset käsitteet, tutkimuksen ja kehittämistyön vaiheet ja kuvanneet näyttöön perustuvat hoitotyön menetelmät sekä niihin liittyvät tutkimukset. Lisäksi raportissa on kuvattu potilashaastatteluista saadut tulokset.

Tutkimustyöryhmällä eli NäPe -työryhmällä tarkoitamme sh Nina Kekkosta, sh Timo Pöppöstä ja va oh, THM Kirsti Sainola-Rodriguez'ia ja tämä ryhmä on ollut päävastuussa tutkimustyön suorittamisesta ja raportin kirjoittamisesta. Näpe-työryhmällä on ollut myös vastuuta kehittämistyön etenemisestä osastolla, joskin siitä on ollut vastuussa myös oh Pirkko Jokinen ja

koko työryhmä. Kriisiosasto 56 on kehittämistyön toimintaympäristö, jossa kysely henkilökunnalle ja masentuneiden haastattelut on tehty.

Työn edetessä tuli välttämättömäksi saada hankkeelle ulkopuolinen ohjaaja ja tähän tehtävään lupautui asiantuntijaksi THT, dosentti ja kehittämispäällikkö Irma Kiikkala Stakesista.

Kiitokset ohjaajallemme Irma Kiikkalalle suorasta palautteesta ja kannustavasta yhteistyöstä. Kiitokset myös moniammatilliselle tiimillemme innostuksesta kehittää kanssamme hoitotyötä ja suurimmat kiitokset ja rutistukset tietysti osasto 56:n esimiehelle ja osaston ahkerille ja ammatillisille kollegoille!

1. TUTKIMUKSEN TEORETTISET LÄHTÖKOHDAT

1.1 Masennus hoitotieteellisenä käsitteenä

Masennuksen käsite ei ole yksiselitteinen eikä se sulkeudu yhden merkityksen ympärille (Laine 1997, Siltala 2006); siltikin masennuksesta kärsiviä arvioidaan Suomessa olevan n. 300 000. Lönnqvistin (2006) mukaan mikään tosiasia ei vakuuttavasti viittaa siihen, että masentuneisuus olisi lisääntynyt väestössä. Ajan hengen, elämäntapahtumien paineen ja yhteiskunnallisen elämän katsotaan kuitenkin mielekkäiden haasteiden ohella merkitsevän monille suurta uhkaa ihmisenä olemiselle, josta depression ilmenemisen ja depressioon käytetyn lääkehoidon katsotaan olevan indikaattoreita (Lönnqvist 2006, Siltala 2006).

Hoitotieteessä masennuksen määritelmät korostavat ihmisen subjektiivista kokemusta terveydestään; ihmisen omaa arviointia ja tuntemuksia masentumisesta. Hoitotieteessä masentuneisuutta voidaan lähestyä ainakin kahdesta erilaisesta näkökulmasta, jotka suhteessa masentuneisuuteen ja masentuneen ihmisen hoitamiseen poikkeavat olennaisesti toisistaan. *Loogis-empiristisen* ajattelun mukaan ihmistä tarkastellaan ulkopuolelta objektiivisesti yksittäisiin aistihavaintoihin perustuen ja vapaana arvoista. Kun aistihavaintoja on riittävästi,

niistä katsotaan muodostuvan edustava, luotettava ja yleistettävä kokonaisuus. Tällöin ihminen nähdään fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena kokonaisuutena, jossa hoitotyöntekijät ratkaisevat ongelmia, huolehtivat ihmisten tarpeiden tyydyttämisestä tai palauttavat ihmisen epätasapainoon joutuneet alasyhteimet takaisin harmoniseen tilaan. Päämääränä on korjata ongelmallinen kohta ihmisen mielessä ja ihmisen elimistössä hoitotyön auttamismenetelmien avulla. Masentuneisuus ymmärretään psyykkisellä alueella esiintyväksi häiriöksi, tyydyttämättömien tarpeiden aiheuttamiksi ongelmiksi, vajauksiksi itsehoitokyvyssä sekä sisäisten tai ulkoisten ärsykkeiden ja stressitekijöiden aiheuttamaksi tasapainon häiriöksi (Kiikkala 1996, Kiikkala & Munnukka 1998).

Fenomenologis-eksistentiaalisessa lähestymistavassa on merkityksellistä kokemuksellisuus. Lähestymistavan mukaan ihminen nähdään jakamattomana, ehyenä olentona, joka kehittyy ja monipuolistuu koko elämänsä ajan. Erilaisille kokemuksille annetaan merkityksiä, jotka organisoituvat yksilölliseksi kokemusmaailmaksi. *Hoitotyöntekijä* on rinnalla kulkija, joka on masentuneen ihmisen käytettävissä silloin kun apua tarvitaan. Uuteen elämänvaiheeseen pyritään löytämään yksilöllisiä ja ainutkertaisia ratkaisuja. Hoitotyön päämääränä on ihmisen hyvinvoinnin lisääminen itsetuntemuksen kasvun avulla. Ihminen oppii tunnistamaan itseään kokemusten kautta. Masentuneisuus voidaan tällaisen ajattelun pohjalta nähdä elämän rikkaudeksi ja inhimillisen kasvun ainekeksi. Masennus on olemassaolokokemus, josta ihminen etenee uuteen vaiheeseen omin avuin ja toisten avulla (Kiikkala 1996, 1998).

Kiikkala (1996) tutki masennus-käsitettä mielenterveystyön opettajilta saamansa aineiston pohjalta ja analyysin mukaan masennus nähtiin ennen kaikkea yksilöllisenä ja kokemuksellisenä ilmiönä. Masennus nähtiin kokemuksellisen olemisen eli tunteiden, tiedon, tahdon ja toiminnan ulottuvuuden ristiriitaisuutena, ristiriitaisuutena suhteessa kuolemaan ja elämään, hengellisenä ristiriitaisuutena, fyysisenä häiriönä ja ristiriitaisuutena itsen ja ympäristön välisissä suhteissa. Edelleen Kiikkalan (1996) mukaan elämän eri ulottuvuuksilla tunnistettu ristiriitaisuus on nimettävissä kärsimykseksi ja masennus on yksi kärsimyksen laji.

1.2 Käypä hoito- lääketieteellinen näyttö

Käypä Hoito-suositusten laatimisen perustana on runsaasti tutkittua tietoa ja kontrolloituja kokeellisia tutkimuksia lääketieteellisten hoitojen tuloksista ja vaikuttavuudesta.

Asiantuntijoiden laatimat hoitosuositukset ovat osa näyttöön perustuvaa terveydenhuoltoa, jotka pyrkivät lääkärin toimintana takaamaan potilaalle mahdollisimman hyvää hoitoa ja joilla pyritään vähentämään hoidon vaihtelevuutta. Erikoislääkäriyhdistysten ja Suomalaisen lääkäriseura Duodecimin yhteisenä hankkeena on vuodesta 1997 kirjoitettu ja levitetty käyttöön näyttöön perustuvia Käypä Hoito-suosituksia (Mäkelä 2001). Suositukset ovat diagnoosipohjaisia ja työn tuloksena on syntynyt yli 70 hoitosuositusta ja monia niistä voidaan soveltaa myös hoitotyössä (Ketola ym.) 2004, Nuutinen ym. 2004, Perälä ja Pelkonen 2006).

Psykiatriassa on tehty Käypä hoito- suositukset skitsofreniaa ja depressiota sairastaville aikuispotilaille sekä lasten ja nuorten syömishäiriöihin. Suomen Psykiatriyhdistys ry:n julkaisemat Depression käypä hoito- suositukset viitoittavat masentuneen potilaan hoitoa lääketieteellisestä näkökulmasta ja suositusten mukaan depression hoitamisessa tulisi käyttää

- vaikuttavaksi osoitettua psykoterapiaa
- antidepressiivistä lääkehoitoa
- molempia yhtäaikaaisesti tai
- joissakin tapauksissa kirkasvalo- tai sähköhoitoa

Käypä hoito- suositukset vaikuttavaksi osoitetusta psykoterapiasta perustuvat kokeellisille ryhmävertailuille ja niistä laadituille meta-analyysille. Psykoterapian vaikuttavuustutkimukset ovat joiltain osin kuitenkin hankalammin osoitettavissa näyttöön perustuviksi kuin esimerkiksi lääkehoito, koska psykoterapioilla on ominaisuuksia, joita on vaikea verrata kokeellisen ryhmävertailun menetelmällä (Leiman 2004). Leimasin (2004) mukaan vaikeutena voi olla mm. terapian pitkä kesto ja tästä aiheutuva tutkimuksiin tarvittavien aikajaksojen pituus, potilasryhmien ja vertailuryhmien määrittämisen hankaluus, koska koeryhmien sisäinen vaihtelu on suurta eikä koeryhmille tarjottava psykoterapia ole laadultaan samanlaista; terapeutit ovat yksilöitä. Psykoterapian konsensuslausumassa todetaan kuitenkin yksiselitteisesti, että psykoterapia on vaikuttava hoitomuoto ja että psykoterapia tuottaa tavallisesti vähintään yhtä hyviä tuloksia kuin aktiivinen vertailuhoito kuten esimerkiksi lääkehoito (Konsensuslausuma 2006).

1.3 Näyttöön perustuva hoitotyö

Jenningsin ja Loanin (2001) mukaan näyttöön perustuva lääketiede (EBM=evidence-based medicine) muodostaa pohjan nykyiselle näyttöön perustuvalla liikkeelle. Näyttöön perustuvan toiminnan (EBP=evidence based practice) käsitettä käytetään joskus rinnakkain näyttöön perustuva hoitotyö-käsitteen (EBN=evidence based nursing) kanssa. Kaikissa näyttöön perustuvan toiminnan määritelmässä esiintyy sana ”näyttö” (evidence), mutta toiminnan, asiantuntijuuden ja näytön määrittely muusta kuin tutkimuksesta käsin on kirjavaa. *Näyttöön perustuva hoitotyö* tarkoittaa, että hoitotyö perustuu hoitotieteelliseen tutkittuun tietoon. Näyttöön perustuvasta hoidosta (myös tutkimukseen perustuvasta hoitotyöstä) on puhuttu 1990-luvun puolivälistä alkaen (myös Lauri 2003), kun akateemisen koulutuksen hankkineet hoitajat tulivat mukaan kliniseen hoitotyöhön. Näyttöön perustuva hoito on yläkäsite, johon sisältyvät näyttöön perustuva hoitaminen ja hoitotyö hoitotieteellisestä näkökulmasta (Eriksson ym.) 2000).

Hoitotyön tietoperustan ja toiminnan monimuotoisuus ja laaja-alaisuus asettavat hoitotyön suositusten laatimiselle osittain erilaisia haasteita kuin Käypä Hoito suosituksille (Lauri 2003). Sosiaali- ja terveysministeriön kansallisessa tavoite- ja toimintaohjelmassa vuosille 2004–2007 (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003) asetetaan tavoitteeksi mm. hoitotyön osaamisen näkyvyyden parantamista. Lisäksi yksi keskeisiä hoitotyön toimintastrategioita on hoitotyön vaikuttavuuden parantaminen kehittämällä näyttöön perustuvia käytäntöjä. Näyttöön perustuvassa hoitotyössä ammatillinen asiantuntemus yhdistetään potilaan tarpeisiin, kokemuksiin sekä tutkimuksen tuottamaan tietoon (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003, Perälä 1999).

Leino-Kilpi ja Lauri (2003) määrittelevät näyttöön perustuvan hoitotyön parhaaksi ajan tasalla olevan tiedon arvioimiseksi ja käyttämiseksi yksittäisen potilaan, potilasryhmän tai väestön terveyttä ja hoitoa koskevassa päätöksenteossa ja toiminnan toteutuksessa. Paras ajan tasalla oleva tieto voidaan jakaa Leino-Kilven (2001) mukaan perustietoon ja käyttötietoon. Perustieto voidaan jakaa *tutkimustietoon* ja *kokemusperäiseen tietoon*. Kokemusperäinen tieto on käytännön toiminnan kautta saavutettua intuitiivista tai äänetöntä tietoa ilman että siitä on olemassa tutkittua tietoa. Tutkimustieto ja kokemusperäinen tieto voivat olla sekä hoitotyöntekijän että potilaan tietoa ja joissakin lähteissä potilaan tieto kuvataan omana tiedon lajinaan. Tärkeää hoitotyön kannalta on se, että hoitotyöntekijä osaa yhdistää tutkitun ja

kokemusperäisen tiedon niin, että se näkyy näyttöön perustuvana käytännön toimintana käytännön hoitotyössä potilaan parhaaksi (myös Perälä ja Pelkonen 2006). Hoitotieteellinen evidenssi-käsite on Erikssonin ym. (2000) mukaan moniulotteinen ja siihen sisältyy sekä ulkoinen että sisäinen ulottuvuus. Sisäinen ulottuvuus viittaa hoitamisen substanssiin totuudenmukaisena, luonnollisena, aitona ja oikeana. Näyttöön perustuva hoitaminen edellyttää, että hoitamisen substanssi näkyy hoitajan ajattelussa, eettisessä suhtautumisessa sekä toiminnassa. Perälän ja Pelkosen (2006) mukaan näyttöön perustuva toiminta toisaalta edellyttää, mutta myös vahvistaa työntekijän substanssituntemusta.

Mielonen (2006) tutki erikoissairaanhoidossa työskentelevien psykiatrinen hoitotyöntekijöiden käsityksiä näyttöön perustuvasta hoitotyöstä sekä heidän asenteitaan ja valmiuksiaan tutkimustiedon käyttöön. Asenne tutkimustiedon käyttöön oli jokseenkin myönteinen ja tutkimustiedon arvioitiin auttavan potilasta, mutta 83 % vastanneista näki kuitenkin kokemustiedon tärkeimmäksi tietoperustaksi psykiatrisessa hoitotyössä. Tärkeimpänä tutkimustietoperustana nähtiin lääketieteen alan tieto (64 %), vain 37 % näki hoitotieteellisen tiedon tärkeimpänä. Tutkimustiedon käyttö oli vähäistä (alle 50 %) ja syyksi mainittiin mm. psykiatrisen hoitotieteellisen tutkimuksen vähäisyys ja kiire. Erikssonin (2000) mielestä suhtautuminen hoitotyön tutkimukseen onkin osittain ristiriitaista, koska puuttuu kulttuuri, jossa tutkimusta käytettäisiin luontevana osana hoitotyötä. Kulttuuri ja johtajuus ovat merkittäviä tekijöitä näyttöön perustuvan hoitotyön kehittämisessä (myös Lauri 2005) ja vastaavasti ne ovat esteitä, mikäli johtamis- ja hoitokulttuurin kehittäminen sekä johtajan antama tuki puuttuvat.

Hoitotieteellisen tutkimuksen parissa keskustelua on käyty tutkimuksen tieteenteoreettisesta orientaatiosta ja siitä, miten löydetään hoitotieteellinen lähestymistapa mielenterveyspotilaiden hoitotyöhön (Kiikkala & Munnukka 1998). Psykiatrinen hoitotyön tutkimusote voi olla kvalitatiivinen, kvantitatiivinen tai näiden yhdistelmä, triangulaatio (Välimäki ja Holopainen 2000). Partasen ja Perälän (1997) mukaan kvantitatiivisia tutkimuksia ei voida hoitotyössä pitää tavoitteenakaan ja muunkinlaista tutkimusta tarvitaan, koska hoitotyössä on elementtejä kuten kuunteleminen, lohduttaminen ja välittäminen, joihin ei voida soveltaa mittaamisen periaatteita (myös Leino-Kilpi 2001). Hoitotieteessä tehdään paljon pienimuotoista laadullista tutkimusta, joka usein tuottaa uutta ja merkittävää tietoa näyttöön perustuvan toiminnan pohjaksi (Lauri 2003, Kylmä ym.) 2004). Laadullisen tutkimuksen tuottaman tiedon näytön vahvuutta arvioidaan sekä tutkimuksen luotettavuuden että tuotetun tiedon laadun perusteella. Pearson (2005) mukaan

näyttöön perustuvaa tietoa tulee hyvin suunnitelluista tieteellisistä tutkimuksista, mutta se ei ole ainoa tieto mihin päivittäinen päätöksenteko pohjautuu. Käytännössä päätös voi myös pohjautua potilaalta, hänen läheiseltään tai hoitotyöntekijältä saatuun kokemuseräiseen tietoon ja työyhteisössä vallitseviin käytäntöihin ja normeihin.

1.4 Psykiatrisen potilaan hoitotyö ja auttamismenetelmät

Psykiatrisen potilaan hoitotyö on potilaan sisäisen kasvun tukemista terapeuttisessa vuorovaikutuksessa, sosiaalisten taitojen ja yhteistyötaitojen tukemista, hoitajan persoonallisuuden käyttöä työvälineenä, neuvojen antamista ja opettamista sekä huolenpitoa hoitoyhteisön terapeuttisuudesta (Miettinen 1994). Psykiatrisen potilaan hoitotyössä on olennaista hoitosuhdetyöskentely ja *hoidollinen* asenne (myös Lindström 1988). Itsenäinen työskentely korostuu hoitosuhdetyöskentelyssä, jonka perusteella hoitotyöntekijän on saatava kokonaiskuva potilaan tilanteesta: osattava selvittää potilaan tilanne tarkasti ja tehdä itsenäisiä päätöksiä hoitotilanteen etenemisestä ja tarvittavista hoitotoimenpiteistä. Psykiatrinen hoitotyö sisältää myös lääketieteeseen, psykologiaan, sosiaalitieteisiin jne. perustuvaa toimintaa ja havainnointia (Lindström 1988, Välimäki ja Mäkitalo 2000).

Turkin (1990) tekemän kirja-analyysin mukaan psykiatrisen hoitotyön lähtökohdat sisälsivät sekä *psykoanalyttista* että *eksistentiaalistista* ajattelua. Ristiriitaisuutta tutkimuksen tulosten mukaan oli hoitajan suuntautumisessa potilaaseensa. Kun hoitaja psykoanalyysin mukaisesti edustaa potilaalle menneisyyden henkilöitä, hoitaja ottaa toimintansa lähtökohdaksi suuntautumisen menneisyyteen. Eksistentiaalismin mukaisesti hoitaja on puolestaan tulevaisuuteen suuntautuva, jolloin toiminnan perustana on tulevaisuus. Tutkimuksen mukaan työskentelyn tulisi pohjautua *omaan näkemykseen* terveydestä, ihmisestä, hoitotyöstä ja maailmasta sen vuoksi, että pääosa käytännön psykiatrisesta hoitotyöstä on muuta kuin psykoanalyysin, lääketieteen ja psykologian antamien teorioiden mukaista hoitoa.

Tässä työssä kuvataan masentuneen potilaan auttamismenetelmiä. Auttamismenetelmillä tarkoitetaan menetelmiä, joita hoitotyöntekijät käyttävät tarkoituksenaan auttaa ihmistä edistämään terveyttään, tulemaan toimeen sairautensa kanssa ja sen aiheuttamien raskautusten kanssa tai auttaa ihmistä kuoleman lähestyessä (Miettinen ym.) 2005). Ahlforsin ym. (1992) ja Lindströmin (1988) mukaan hoitotyön auttamismenetelmien tarkoituksena on vaikuttaa ihmisen hyvän edistämiseen ja elämänhallintakyvyn lisäämiseen joko fyysisen olemuksen tai tajunnan

kautta. Psykiatrisessa hoitotyössä korostuvat tajunnan kautta vaikuttavat menetelmät kuten huolenpito, tuen antaminen, rohkeus, lohduttaminen, turvallisuus, toisen asemaan asettuminen ja ajan antaminen. Myös huumorilla on merkitystä. Suoraan tajunnalliseen kokemukseen vaikuttavia väliintuloja ovat kuunteleminen, kysymykset, vastaukset, vaikeneminen, ohjaava/vahvistava väliintulo, ymmärryksen ja realiteettien osoittaminen, itsearvostuksen ja itsetunnon kohentuminen, jatkuvuuden ilmaiseminen, distanssin säätely sekä konkreettisuuden, rauhan ja kiireettömyyden esillä pitäminen. Kehon kautta tapahtuvina interventioina nähdään mm. lääkehoito ja potilaan perushoidosta huolehtimiseen tähtäävät hoitotyön toimenpiteet.

Alaraudanjoki (1987) selvitti psykiatrisen hoitotyön auttamiskeinoja kahdenkeskeisessä vuorovaikutustilanteessa potilaan kanssa; miten erikoissairaanhoitaja auttaa potilasta kahdenkeskeisessä etukäteen sovitussa vuorovaikutustilanteessa. Tutkimustulosten mukaan psykiatrian erikoissairaanhoitajan käyttämistä auttamiskeinoista yli puolet muodostuu hoitotyön auttamiskeinoista, joihin on sisällytetty elementtejä *supportiivisen* psykoterapian toiminnoista. Noin neljännes toiminnasta on *intensiivisen psykoterapian toimintaa* ja loput on luokiteltu ns. yhteisiksi toiminnoiksi. Potilaan tukeminen, potilaan jokapäiväiseen elämään liittyvien asioiden käsittely sekä potilaan opettaminen, ohjaus ja neuvonta muodostuivat suurimmiksi toimintaryhmiksi.

Eroa psykoterapian ja psykiatrisen hoitotyön välillä on pyritty kuvaamaan mm. seuraavasti. Dewaldin (1964, myös Konsensuslausuma 2006) mukaan psykoterapia on tavoitteellinen kahden (tai useamman) yksilön välinen psykologinen prosessi, jossa toinen osapuoli (terapeutti) järjestelmällisesti käyttää asemaansa ja koulutukseensa perustuvia tietoja ja toimenpiteitä pyrkiessään ymmärtämään toisen (potilaan) psyykkisiä kokemuksia, toimintoja ja käyttäytymistä ja vaikuttamaan niihin. Psykoterapia on mielenterveyden ongelman tai häiriön poistamiseen tai lieventämiseen tähtäävää toimintaa ja potilas tulee terapeutin luo saadakseen apua..

Vuorovaikutus eroaa muista kahden ihmisen välisistä suhteista, koska sen perustana olevan terapiasopimuksen luonne on muodollinen, terapeutilla on asiaankuuluva koulutus ja kokemus ja toiminta perustuvat vakiintuneeseen, psykologiseen tietopohjaan. Terveystieteiden tutkimuskeskus (TEO) myöntää hakemuksesta psykoterapeutin ammattinimikkeen käyttöoikeuden ja valvoo sitä. Psykiatrisella sairaanhoitajalla ei ole peruskoulutukseensa liittyen psykoterapian harjoittamiseen tarvittavia valmiuksia eikä ammattinimikettä, vaikka hän voi

käyttää psykoterapeuttisia teorioita pyrkiessään toteuttamaan ammatillisia tavoitteitaan (Lindström 19889).

Hoitotyön menetelmien arviointi on keskeinen keino pyrittäessä kohti näyttöön perustuvaa hoitotyötä ja hoitotyön kirjaamisesta tulisi ilmetä, että käytetyt auttamiskeinot ovat näyttöön perustuvia (Hallilan ja Graeffe 2005). Suomessa hoitotyön menetelmien vaikuttavuudesta on vasta vähän tutkittua tietoa ja nekin kohdistuvat pitkälti aikuisten sairaalapotilaiden hoitomenetelmiin, erityisesti ehkäiseviin menetelmiin (Partanen ja Perälä 1997, myös Pölkki ym.) 2000). Miettisen ym. (2005) mukaan interventioden yhdistäminen hoitotyön käytäntöihin tai menetelmiin, hoidon tuloksiin ja hoitotyön kustannuksiin on vähäistä, koska interventioihin liittyvä sanasto kuten esimerkiksi NIC, Nursing Intervention Classification (McCloskey ja Bulechek 1996) puuttuu. Sähköinen potilaskertomus antaa jatkossa mahdollisuuden luoda strukturoitua sanastoa luokittelemalla hoitotyön tarpeita, toimintoja ja tuloksia, joten myös hoitotyön menetelmien seuranta ja tutkimus helpottuu.

1.5 Näyttöön perustuva tiedonkeruu tässä tutkimuksessa

Tässä työssä näyttöön perustuva hoitotyö nähdään synteessinä monista eri näyttöön perustuvan hoitotyön tiedonlähteistä. Masentuneen potilaan näyttöön perustuvissa hoitotyön menetelmissä on erityisen tärkeää saada kuuluviin myös potilaan kokemukset ja asioille antamansa merkitykset. Rycroft-Malonen ym. (2004) näkee potilaslähtöisen, näyttöön perustuvan hoitotyön muodostuvan neljästä eri tavalla kerätyistä ja saadusta tiedosta ja niin, että jokainen tiedonlähde muodostaa oman systemaattisen tiedonkeruumenetelmänsä. Mukaellen Rycroft-Malonen ym. (2004) näkemystä neljä tiedonkeruumenetelmää on seuraavat:

1. Tutkimus

- tieteellisesti tuotettu laadullinen ja määrällinen tieto
- hermeneuttisen ulottuvuuden korostus (Eriksson ym.) 2000)

2. Kliinisestä kokemuksesta saatu tieto

- kokemuksen ja tiedon esiintuominen (esim. käytännön havainnointi), analysointi, keskustelu, reflektointi, kommentointi, perustelu, todentaminen ja kirjalliseen muotoon saattaminen

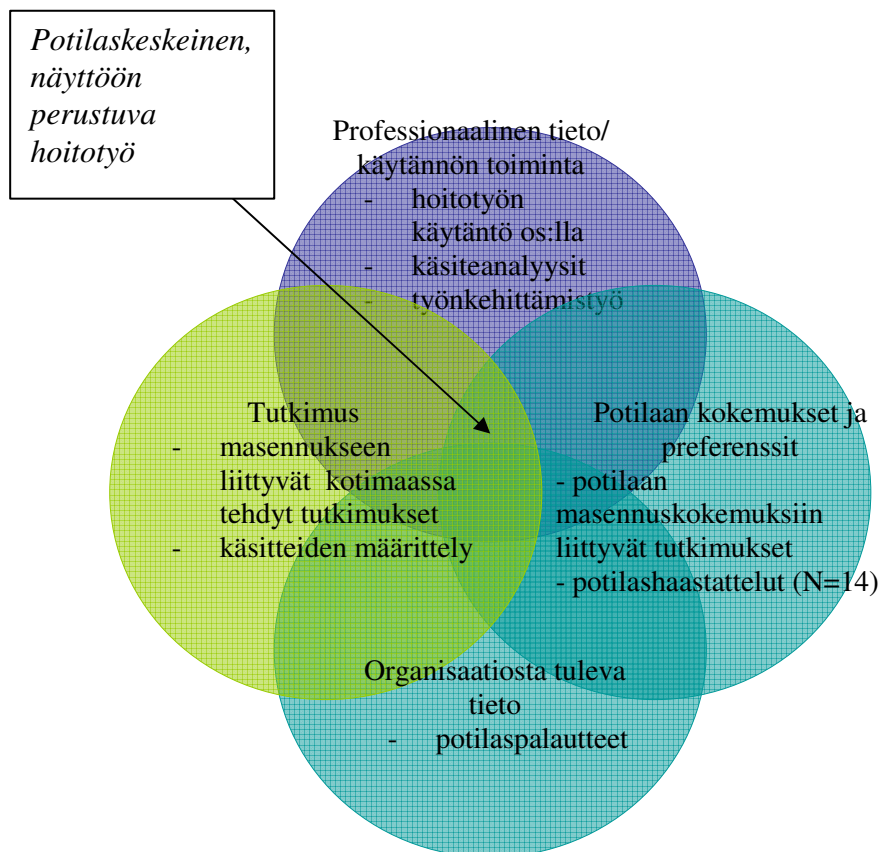
3. Potilailta/asiakkailta saatu tieto

- potilaiden kokemusten pohjalta kerätyt tietokannat ja niiden liittäminen tutkimuksista saatuun tietoon

4. Organisaatiosta tuleva tieto

- auditoinnista ja käyttötilastoista tuleva tieto
- potilaspalautteet
- organisaation strategiat, visiot ja toimintasuunnitelmat ja –kertomukset
- alueelliset ja kansalliset menetelmäohjeet
- verkostot
- organisaation omistajilta saatu palaute

Tässä työssä näyttöön perustuvaa tietoa on kerätty kolmelta tiedonkeruudimensiolta, organisaatiosta tulevaa tietoa ei ole juurikaan käytetty. Kuviossa 1 näkyy työssä käytetyt tiedonkeruumenetelmät.



Kuvio 1. Näyttöön perustuvan hoitotyön tiedonkeruumenetelmät masentuneen potilaan hoidossa (Rycroft & Malone ym. 2004 mukaillen).

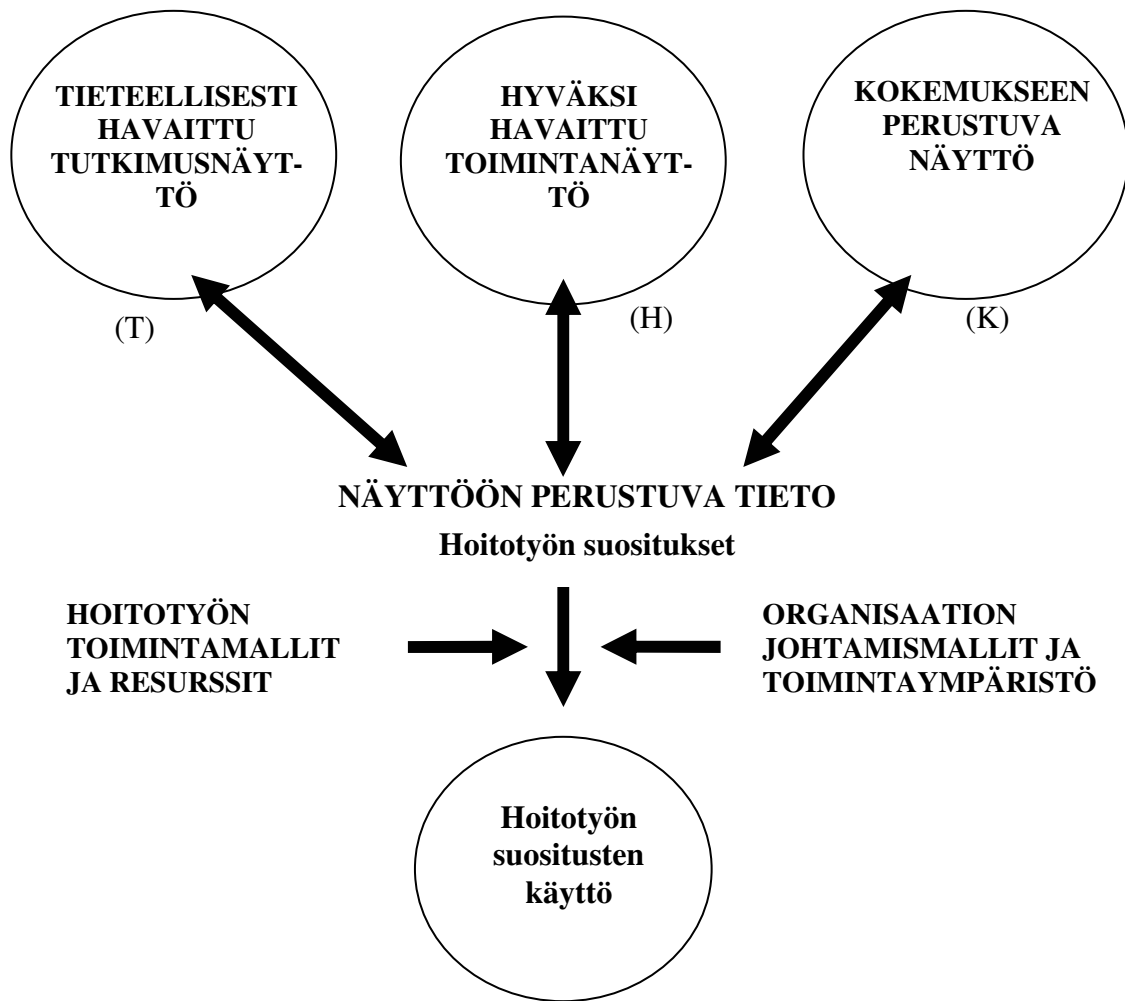
1.6 Tutkimuksellisen näytön esittäminen tässä työssä

Tieteellistä näyttöä voi etsiä eri tietolähteistä kuten kirjoista, alan tieteellisistä julkaisuista, viitetietokannoista, kokoomatietokannoista sekä internetistä (Lauri 2003). Lisäksi näyttöä saadaan hoitosuosituksista, systemoiduista katsauksista, meta-analyyseista ja luotettavista yksittäisistä tutkimuksista. Kaikista hoitotyössä käytetyistä menetelmistä ei ole tutkittua tietoa, jolloin voidaan käyttää asiantuntijoiden tekemiä konsensuslausumia (Perälä & Pelkonen 2006). Tässä työssä tutkimuksellinen näyttö on haettu kotimaisista alkuperäistutkimuksista ja katsauksista. Tutkimukset on jaoteltu Leino-Kilven ja Laurin (2003, myös Leino-Kilpi 2001) kuvaaman tieteellisen näytön tasojen mukaan. Useimmissa näyttöön perustuvaa toimintaa kuvaavissa lähteissä näyttö jaetaan kolmeen tasoon: tutkitun tiedon tuottama näyttö, asiantuntijan (hoitotyöntekijän) kokemuksen kautta saavutettu näyttö sekä potilaan oman tiedon ja toiminnan kautta saavutettu näyttö. Näyttö, johon toiminta, tulos ja sen arviointi perustuu, voidaan Leino-Kilven ja Laurin mukaan jakaa kolmeen pääluokkaan:

1. **Tieteellisesti havaittu tutkimusnäyttö** on vahvin näyttö ja tarkoittaa tutkimuksen avulla, tieteellisin kriteerein saavutettu näyttöä. (T)
2. **Hyväksi havaittu toimintanäyttö** perustuu laadunarviointi- tai kehittämistarkoituksessa kerättyyn tietoon. (H)
3. **Kokemukseen perustuva näyttö** perustuu käytännön kokemuksen kautta todettuun vaikuttavuuteen ja potilaan kokemaan hoidon vaikuttavuuteen. Kokemukseen perustuvan näytön vaikuttavuuden kyseenalaistamista ei tapahdu systemaattisesti joten sen näyttö on heikoin. (K).

Näyttöön perustuvan tiedon perusteella voidaan antaa hoitosuosituksia, jotka yhdistettyinä organisaatiossa oleviin toimintamalleihin ja – ympäristöihin edistävät hoitokäytäntöjen

uudistumista ja kehittymistä.



Kuvio 2. Tieteellisen näytön tasot (Leino-Kilpi & Lauri 2003).

2. TUTKIMUS- JA KEHITTÄMISTYÖN TAVOITTEET JA TYÖN SUORITTAMINEN

2.1 Tutkimuksen tavoitteet ja lähtökohdat

Työn tavoitteena on vastata Kansallisen tavoite- ja toimintaohjelman haasteeseen ”Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä”. Ohjelman tavoitteena on hoitotyön osaamisen

saaminen käyttöön nykyistä paremmin ja hoitotyön vaikuttavuuden parantaminen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003). Ohjelman tavoitteiden toteutumiseksi tämän työn tavoitteena on

1. tuoda näkyväksi näyttöön perustuvia masentunutta auttavia hoitotyön menetelmiä
2. selventää psykiatrisen hoitotyön käsitteitä kyseisten menetelmien osalta
3. ottaa tietoiseen käyttöön näyttöön perustuvat hoitotyön menetelmät työyksikössä
4. oppia näyttöön perustuvaa työskentelytapaa

Tämän työn tavoitteena ei ole ollut koota kaikkia psykiatrisia hoitotyön menetelmiä, jotka masentunutta auttavat eikä tehdä tutkimusta, jota ei voisi soveltaa avuksi käytännön työhön. Kaikkia työn tavoitteita ei myöskään ole osattu työn alussa määritellä, vaan prosessin aikana tavoitteet ovat täsmentyneet ja saaneet uusia muotoja.

2.2 Tiedonkeruu tehdyistä tutkimuksista Suomessa

Lähtökohtana työskentelylle ja hoitotyön menetelmien ”löytymiselle” oli induktio, koska NäPe-työryhmä ryhtyi jäsentämään tätä työtä oman käytännön kokemuksensa kautta. Toisaalta työskentelyssä toteutui myös deduktio, koska ”löydettyjä” hoitotyön menetelmiä jatkossa tutkittiin haastatteleamalla masentuneita.

Aluksi koottiin omat kokemukset masentuneen hoitamisessa käytetyistä hoitotyön menetelmistä. Menetelmiä kertyi yhteensä noin 20. Samalla ryhdyttiin kokoamaan masentuneen hoitamiseen liittyvää kotimaista kirjallisuutta, raportteja ja tutkimuksia. Tutkimuksista ja katsauksista löytyi tukea työryhmän ”löytämille” menetelmille, mutta löytyi myös menetelmiä, joita listalla ei vielä ollut. Tähän raporttiin päätyivät ne hoitotyön menetelmät, joista löytyi tutkimuksellista näyttöä ja/ tai ne oli käytännön hoitotyössä havaittu erityisen merkittäviksi. Menetelmiä löytyi yhteensä 15. Tutkimuksen perusteella saadut näyttöön perustuvat hoitotyön menetelmät toimivat tässä raportissa alaotsakkeina. Raportissa on määritelty menetelmään liittyvä keskeinen käsite lyhyesti ja tehty yhteenveto tehdyistä tutkimuksista.

Lisäksi masentuneen potilaan hoitotyöhön katsottiin liittyvän ilmiöitä, joita ilman hoitotyön on vaikea onnistua ja ne haluttiin määritellä ja ankkuroida tässä työssä masentuneen potilaan

auttamisen lähtökohdiksi. Näitä käsitteitä olivat *masennus hoitotieteellisenä ilmiönä, yhteistyösuhde, omahoitajuus, dialogisuus ja intuitio*.

Tätä tutkimusta varten on haettu kaikki masentuneen potilaan hoitotyön auttamismenetelmiä koskevat artikkelit kolmesta kansallisesta, erikoisalan tieteellisestä referee- lehdestä. Haku tehtiin käymällä läpi lehtien internetistä löytyvät sisällysluettelot.

1. *Hoitotiede*-lehti, yhteensä 19 viitettä
2. *Tutkiva Hoitotyö*-lehti, ei yhtään viitettä.
3. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, ei yhtään viitettä.

Lisäksi on tehty haut kotimaisista, Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin tieteellisen kirjaston tietokannoista Linda, Arto ja Medic hakusanoilla *hoitotyö* ja *masennus*. Medic- haku rajattiin vuosiin 2000–2006 ja haulla löytyi 24 viitettä. Lindan haku aloitettiin vuodesta 1990 ja haulla saatiin 22 viitettä. Artikkelitietokannasta Arto haku tehtiin vuodesta 1990 lähtien ja haulla saatiin yhteensä 9 viitettä. Lisäksi haettiin kotimaisia, omahoitajuutta käsitteleviä tutkimuksia.

Kaikki tähän työhön kerätyt tutkimukset käytiin läpi erikseen ja työssä on yhteenveto hoitotyön menetelmistä, tutkimusten määrästä ja tieteellisen näytön tasosta on (taulukko 1). Tutkimuksista on myös laadittu yhteenveto (liite 1), jossa ilmenee tutkimuksen tekijä, vuosi, tutkimusmenetelmä ja tutkimuksen nimi. Tutkimustyöryhmän jäsenillä on hallussaan tarkemmat tiedot tutkimuksista, opinnäytetöistä ja kartoituksista eli tutkimusvuosi, tutkimuksen tekijä/t, tutkimuksen laatu (kehittämistyö, pro gradu, lisensiaattityö, väitöskirja), tutkimusmenetelmä, otoksen määrä, tutkimuksen tarkoitus, tulokset eli tutkimuksesta löytynyt/löytyneet potilasta auttaneet hoitotyön menetelmät. Sama tutkimus voi olla useamman hoitotyön menetelmän lähteenä, jos tutkimuksessa on näyttöä useammasta hoitotyön menetelmästä. Arvioitu tutkimuksen taso/ näytön aste on sovitun luokituksen mukaisesti (T, H, K) esitetty yhteenvetotaulukossa.

2.3 Kysely henkilökunnalle

Tutkimus oli osa työyksikön kehittämistyötä, joten aluksi haluttiin kartoittaa osaston hoitohenkilökunnan käsityksiä käyttämistään hoitotyön menetelmistä hoitosuhdetyöskentelyssään ja missä asioissa koettiin olevan eniten lisätiedon tarvetta. Kyselyllä haluttiin myös virittää työyhteisöä teemaan ja mietintään psykiatristen hoitotyön menetelmien

tärkeydestä ja merkityksestä omassa työssä. Kyselyyn vastattiin hyvin, vain kolme hoitohenkilökunnasta (N=18) jätti vastaamatta ja kaikki vastanneet olivat paneutuneet hyvin kolmeen asetettuun kysymykseen (liite 2). Henkilökunta toi esiin paljon erilaisia psykiatrisia hoitotyön menetelmiä, yhteensä lähes sata. Jatkotyöskentelyä varten runsas menetelmävalikoima piti luokitella ja luokittelun runkona käytettiin viidestä psykiatrisen hoitotyön oppikirjasta kerättyä koostetta psykiatrisen hoitotyön menetelmistä.

Kirjat olivat:

Schwartz & Shockley (1969): *Sairaanhoitaja ja psykiatrinen potilas*

Lindström (1988): *Psykiatrisen hoito-opin perusteet*

Ahlfors-Saarikoski-Sova (1992): *Psykiatrisen auttamistyö*

Rawlins-Williams-Beck (1993): *Mental Health – Psychiatric Nursing*

Mäkelä-Ruokonen-Tuomikoski (2001): *Hoitosuhdetyöskentely*

Kirjojen perusteella saatiin käyttökelpoinen, mutta ei kattavaa koostetta psykiatrisen hoitotyön menetelmistä, joskin suurin osa henkilökunnan kirjaamista hoitotyön menetelmistä voitiin luokitella kirjoista saadun koosteen mukaisesti. Alla on kuvattu hoitohenkilökunnan esiin tuomat hoitotyön menetelmät ja ne on luokiteltu pääkäsitteiden alle niin, että eniten oli 1. käsitteen alle tulleita menetelmiä, toiseksi eniten 2. käsitteen jne. Kunkin käsitteen alle on kirjattu menetelmät, jotka on luokiteltu kuuluvaksi kyseisen käsitteen alle.

1. *Huolenpito*

- läsnäolo, lohduttaminen, tilan/ ajan antaminen, välittäminen, huomioiminen, ymmärtäminen

2. *Minuuden tukeminen*

- tukeminen, potilaan elämäntilanteen tiedostaminen, voimavarojen kartoittaminen ja kasvattaminen

3. *Tiedon ja ohjeiden antaminen*

- tiedon antaminen, terveystiedon valistus, opettaminen, ohjaaminen, psykoedukaatio

4. *Kuunteleminen*

- aktiivinen kuuntelu

5. *Kuntouttava psykiatrinen hoitotyö*

- toiminnallisuus, ulkoilu, toimintakyvyn ylläpitäminen, päivittäisistä toiminnoista selviytyminen, kaupungissa käynti, virikkeiden järjestäminen

6. *Myönteinen palaute*

- kannustaminen, rohkaisu, motivointi, aktivointi

7. *Hoitosuhde*

- hoitosuhdekeskustelu, hoitosuhde, hoito-, yhteistyösuhteen luominen

8. *Osoittaminen*

- realisointi, osoittaminen

9. *Toivon ylläpitäminen*

10. *Turvallisuuden tunteen luominen*

- luottamus, turvallisuus

Eniten henkilökunta oli kuvannut käyttävänsä läsnäoloa (f=20), tiedon antamista (f=19), kannustamista ja rohkaisua (f=16) ja tukemista (f=13). Menetelmistä valittiin osastolla tehtävien käsiteanalyysien aiheiksi huolenpito, minuuden tukeminen, kuntouttava psykiatrinen hoitotyö, myönteinen palaute/ voimaantuminen, toivon ylläpitäminen, hoitosuhde (yhteistyösuhte) ja listan ulkopuolelta hengellisyyden huomiointi. Henkilökunta toi esiin monenlaisia koulutustarpeita, mutta eniten (f=6) henkilökunta koki tarvitsevansa lisätietoa ”hoitotyön menetelmien syvällisemmästä hallinnasta”.

Henkilökunnan kyselystä tehty hoitotyön menetelmien luokittelu oli monivaiheinen tehtävä ja siitä on lisää kirjallista materiaalia NäPe-työryhmän jäsenillä.

2.4 Potilashaastattelut

Näyttöön perustuvien hoitotyön menetelmien merkitystä ja toteutumista haluttiin lisäksi kartoittaa pienellä potilasaineistolla. Tutkimuksessa haastateltiin osastohoidossa olevia masentuneita potilaita hoitojaksonsa loppuvaiheessa. Haastattelussa käytettiin strukturoitua kyselylomaketta, jonka rungon muodostivat tutkimuksista esiin nousseet hoitotyön menetelmät. Hoitotyön menetelmien merkityksen ja toteutumisen lisäksi kysyttiin yhteistyösuhteen ja dialogisuuden merkitystä hoidossa (liite 3). Jokaisen hoitotyön menetelmän alle koottiin 1-6 lisäauseketta, jolla hoitotyön menetelmää kuvattiin haastateltavalle yhdenmukaisella tavalla. Haastattelussa kysyttiin hoitotyön menetelmän tärkeyttä asteikolla 1-4 (erittäin tärkeä...ei tärkeä) ja hoitotyön toiminnon toteutumista hoidossa asteikolla 1-4 (aina...ei koskaan).

Aineisto kerättiin ”omalta osastolta”, sairaalan kriisiosastolta, jossa hoidettiin mm. masennuksesta kärsiviä potilaita. Tutkimukseen osallistuneiden pääasiallisin hoitoon tulosityy oli masennus, muita taustatietoja ei kysytty. NäPe- työryhmän jäsenet suorittivat kaikki haastattelut. Haastattelija ei toiminut haastateltavansa omahoitajana. Haastattelulomakkeen esitestasi kolme potilasta ja kolme sairaanhoitajaa. Esitestauksen jälkeen haastattelulomakkeeseen tehtiin pieniä muutoksia. Tutkimuslupa saatiin sairaalan ylilääkäriltä (liite 5).

2.5 Tutkimusasetelma

Taulukossa 1 on kuvattu yhteenvetona käytännöstä, tutkimuksesta ja potilailta saatu aineisto tätä työtä varten. *Käytännön kokemuksesta* saatu tieto liittyy työyksikön kehittämistyössä tapahtuneisiin vaiheisiin, *tutkimuksesta* saatu tieto kirjallisuuskatsauksen vaiheisiin ja *potilailta* saatu tieto masentuneille tehdyn haastattelututkimuksen vaiheisiin. Kahdessa ensimmäisessä vaiheessa etsittiin näyttöön perustuvia hoitotyön menetelmiä ja kolmannessa vaiheessa menetelmien merkitystä tutkittiin haastattelemalla masentuneita.

Taulukko 1. Masentuneen näyttöön perustuvat hoitotyön menetelmät – tutkimusasetelma (Rycroft & Malone ym. 2004 mukaillen).

Käytännön kokemus	Tutkimus	Potilailta saatu tieto
Työyksikön kehittämistyö Osaston NäPe-työryhmän toiminta Kysely hk:lle (N=18) Käsiteanalyysit Vertaisarvioinnin välineen käyttöön otto Työnkehittämisspäivät ja työkokoukset	Kirjallisuuskatsaus Aineiston haku (Linda, Arto, Medic, Hoitotiede, Tutkiva Hoitotyö, Sosiaalilääket.aikakauslehti) Yhteenvedot tutkimuksista ja luokittelu (T,H,K) Käsitelmäritelyt Tutkimusraportti	Masentuneiden haastattelut (N=14) Hoitotyön menetelmän tärkeys ja toteutuminen hoitojaksolla Haastattelun tulosten analysointi
<i>Hoitotyön menetelmät</i>	<i>Hoitotyön menetelmät</i>	<i>Tutkiminen</i>

3. MASENTUNEEN AUTTAMISEN LÄHTÖKOHDAT

3.1 Omahoitajuus

Omahoitajuus systemaattisena työskentelytapana liittyy yksilövastuiseen hoitotyöhön (yvht, engl. primary nursing) ja sen kehittymiseen Suomessa 1970- luvun loppupuolelta lähtien. Omahoitajamallin päähuomio on välittömässä hoitaja-potilassuhteessa, jossa omahoitajalla on kokonaisvastuu potilaan hoitotyön suunnittelusta ja toteutuksesta potilaan koko hoitojakson ajan. Yksilövastuiseen hoitotyön periaatteet ovat hoitotyöntekijöiden vastuullisuus, autonomia, koordinointi, kattavuus/ kokonaisvaltaisuus ja näin toteutuessaan hoito näyttäytyy potilaalle yksilöllisenä ja potilaslähtöisenä (Hegyvary 1987).

Yksilövastuinen hoitotyö voidaan nähdä sekä työnjakomallina (omahoitajan toiminta) että toimintafilosofiana. Toimintafilosofiana se liittyy hoitotyön yleisiin filosofisiin lähtökohtiin kuten näkemykseen ihmisen ainutlaatuisuudesta, ihmisarvosta ja yksilön vapaudesta.

Yksilövastuinen hoitotyö nähdään monesti yhtenä tärkeänä vaiheena siirryttäessä kohti ammatillista, professionaalista hoitotyötä (emt.1987), johon liittyy tutkimukseen perustuva hoitotyön käytäntö, kollegiaalinen yhteistyö muiden hoitoon osallistuneiden kanssa ja potilaan edustajana toimiminen.

Yksilövastuiseen hoitotyöhön liittyviä tutkimuksia on tehty Suomessa vuodesta 1985 (Kiikkala 1985) lähtien aina viime vuosiin asti. Tutkimustyöt liittyvät yvht:n kehitysvaiheisiin, yksiköissä tapahtuneisiin työn muutoksiin, työn sisältöihin, hoitajien ja potilaiden näkemyksiin hoidon laadusta. Laakso & Routasalon (1997, 1998) mukaan aihetta on tutkittu kansainvälisesti enemmän hoitohenkilökunnan kuin potilaan tai omaisen näkökulmasta ja ristiriitaisiakin tutkimustuloksia on saatu.

Yksilövastuista hoitotyötä toimintamallina on toteutettu kaikilla erikoisaloilla ja tutkimuksia on pääsääntöisesti tehty somaattisten erikoisalojen yksiköissä. Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja

sosiaalipalvelujen kuntayhtymän strategiassa on tavoitteena, että yli 80 %: lla potilaista on nimetty omahoitaja (Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaali...).

Psykiatrisen potilaan hoitotyössä hoitajan ja potilaan välinen suhde on aina ollut keskeinen. Hoitosuhde perustuu hoitajan ja potilaan väliseen yhteistyöhön, *omahoitajasuhteeseen*, jonka ulottuvuuksia ovat luottamus, välittäminen, empatia ja huolenpito (Latvala ym. 1995). Hoitosuhdetyöskentelyä tarkastellaan uusimpien tutkimusten valossa erityisesti yksilövastuisten hoitotyön käsitteen alla (Mäkelä ym. 2001). Omahoitajuutta psykiatrisessa hoitotyössä on tutkittu melko vähän (Ylihärstilä 1996, Saramäki 1997, Suonsivu 1998 ja Kalasniemi ym. 2002).

Psykiatrisessa hoitotyössä käytetään omahoitajuuden rinnalla myös käsitteitä omahoitajasuhde, auttamissuhde, yhteistyösuhde ja hoitosuhde. Kirjallisuudessa käsitteitä on käytetty vaihtelevasti ja käsitteillä on jonkin verran erilaisia vivahde-eroja. Alla kuvataan lyhyesti näiden käsitteiden eroja.

Auttamissuhde on Ahlfors ym. (1992) mukaan autettavan ja auttajan välinen vuorovaikutussuhde, jossa autettavalla on mahdollisuus puhua itsestään, elämästään, kokemuksistaan, tunteistaan ja ajatuksistaan hoitajalle. Suhteessa olon tarkoituksena on, että autettava vähitellen jäsentää omaa olemassaoloaan, kokemistaan ja reaktioitaan omassa elämässään. Autettava oppii paremmin tuntemaan itseään, positiivisia ja negatiivisia, kehittyneitä ja kehittymättömiä puoliaan sekä niiden merkityssuhteita ja vaikutuksia elämässään. Auttamissuhde on luonteeltaan asymmetrinen, jossa autettava asioineen ja ongelmineen on keskeinen ja auttava henkilö on autettavaa varten (Ahlfors ym. 1992).

Hoitosuhde on vuorovaikutussuhde eli suhteessa olevien ihmisten olemisella, tekemisellä ja sanomisella on vaikutusta toiseen. Mäkelän ym. (2001) mukaan kommunikaatio on hoitosuhteen väline, jolla on tarkoitus saada aikaan muutosta. Potilaan ja hoitajan välinen hoitosuhde on erityinen tapa havaita ja tulla tietoiseksi ihmisenä olemisen yhteydestä. Hoitosuhde eroaa tavallisesta ihmissuhteesta siinä, että se on ammatillinen suhde ja se päättyy, kun potilaan hoidon tarve lakkaa (Iivanainen ym. 1995). Lindströmin (1988) mukaan hoitajan suhdetta potilaaseen kutsutaan hoitosuhteeksi kaikissa hoitamiseen liittyvissä yhteyksissä, vaikka sen toteuttaminen tapahtuisi monella eri tasolla. Sarvimäki-Stenbock-Hult (1990) luonnehtii hoitosuhdetta

huolenpitosuhteeksi, koska suhteessa toinen toimii toisen puolesta. Hoitosuhteeseen liittyvät käsitteet luottamuksesta, vastuusta, aitoudesta, rohkeudesta, myötätunnosta, empatiasta, säälistä, riippuvuudesta ja vallankäytöstä. Hoitosuhteet ovat aina riippuvuussuhteita ja vallankäyttö liittyy kaikkiin riippuvuussuhteisiin. Riippuvuussuhteet voivat olla joko haitallisia tai rakentavia. Rakentavassa riippuvuussuhteessa hoitaja pyrkii edistämään ja tukemaan potilaansa kasvua, kehitystä, itsenäisyyttä sekä omaehtoisuutta (myös Mäkelä ym.2001). Mäkelä ym. (2001) näkee lisäksi hoitosuhteelle luonteenomaisena tietyn intensiteetin, ennustettavuuden, keskinäisen riippuvuuden, vastavuoroisuuden ja sitoutumisen. Kasenin (2002) mukaan hoitosuhde tai kankeammin ilmaistuna ”hoitava hoitosuhde” on hoitotieteen peruskäsitteitä, joskaan kaikki hoitosuhteet eivät ole hoitavia; hoitosuhde muodostuu hoitavaksi vasta kun hoitaja vaalii potilaan arvokkuutta lievittämällä hänen kärsimystään.

Hoitajan toiminta hoitosuhteessa täyttää ammatillisen toiminnan vaatimukset, kun se perustuu tieteellisiin tosiasioihin ja on eettisten periaatteiden mukaista ja esteettistä. Lindströmin (1988) mukaan jatkuvat hoitosuhteet ovat rakenteeltaan ja sisällöltään erilaisia, mutta yhteistä on se, että potilaalla on tiettyä ajanjaksona hoitosuhde yhden ja saman hoitajan kanssa. Hoitosuhde nähdään usein prosessina ja esimerkiksi Peplau (Brophy ym. 1994) jaottelee hoitaja-potilassuhteen orientoitumis-, samastumis-, hyväksikäyttö- ja päätösvaiheeksi. Hoitosuhteen tarkoitus ja ulkoiset muodot on sovittava hoitosuhteen alussa. Sovittuina aikoina työskentely (kiinteät ajat) auttaa potilasta jäsentämään aikaa, lisää turvallisuudentunnetta ja antaa potilaalle mahdollisuuden itse vaikuttaa tilanteisiin ja ajankäyttöön.

Masentuneet potilaat tarvitsevat Alastalo ja Punkkisen (2005) mukaan turvallisen, luottamuksellisen ja pitkäaikaisen hoitosuhteen, jossa paneudutaan aidosti potilaan tilanteeseen. Sairaanhoitajan tapa tehdä työtä masentuneen kanssa luo pohjan auttavalle hoitosuhteelle. Yhteisen kielen löytäminen vuorovaikutuksessa auttaa luottamuksen kasvamisessa niin, että masentunut uskaltautuu yhä syvemmälle omien tunteidensa tutkimiseen.

Salokangas (1997) näkee masennuksen hoidon periaatteet joko yleisinä tai sairauden luonteesta johtuvina. Yleisistä tärkein on *hoitosuhde*, jonka varassa depression hoito aina tapahtuu ja jolla on myös merkittävä itsenäinen psykoterapeuttinen vaikutus (myös Äärelä 2004). Hoitosuhde on luonteeltaan aina yksilöllinen, potilaan tarpeet huomioon ottava *yhteistyösuhte*.

Käsitettä **yhteistyösuhde** ja **yhteistyö** käytetään myös hoitosuhteen rinnalla. Tällöin halutaan korostaa suhteen vastavuoroista luonnetta (Mäkelä ym. 2001). Munnukan (1993) mukaan yhteistyösuhteen lähtökohtana on se, mitä potilas ajattelee, sanoo ja miten toimii. Siihen sisältyvä käsitys ihmisestä ja hänen hoitamisestaan ei perustu ongelmien määrittelyyn ja ammatillisen tietämyksen ensisijaisuuteen, vaan ihmisen ainutkertaisiin ja yksilöllisiin mahdollisuuksiin. Yhteistyösuhteessa on tarkoitus työskennellä potilaan odotusten mukaisesti, koska potilas tekee itse oman elämänsä valinnat ja omahoitaja voi auttaa potilasta niissä. Sarvimäki ja Stenbock-Hultin (1990) mukaan kahden subjektin välinen suhde perustuu erilaisiin suhtautumistapoihin, joista *me-läheistyminen* kuvaa parhaiten hoitajan ja potilaan yhteenkuuluvuutta ja osallisuutta yhteiseen tilanteeseen. He muodostavat kokonaisuuden, johon molemmilla osapuolilla on toisilleen jotakin annettavaa.

Yhteistyösuhteen määritelmä yksilövastuisessa hoitotyössä on Munnukan (1993) väitöskirjassa kuvattu seuraavasti: ”Yksilövastuinen hoitotyö on potilaan, omahoitajan, kahden yhdenvertaisen ihmisen yhteistyösuhde, jossa molemmat työskentelevät potilaan senhetkisen terveyden edistämiseksi. Potilas elää ainutlaatuista elämäntilannettaan ja omahoitaja tuo yhteistyösuhteessa potilaan käyttöön henkilökohtaisen ammatillisuutensa. Yhteistyösuhteessa potilas voi kokea läheisyyttä, turvautua toiseen ihmiseen ja tulla oikeaan aikaan autetuksi. Kahdenkeskisessä suhteessa potilas voi lisätä tietoisuutta itsestään ja näin avautuvien mahdollisuuksien kautta edistää terveyttään ja saada energiaa, jonka avulla hän voi hallita oma elämänsä. Yhteistyö edellyttää aikaa ja jatkuvuutta”.

Kansallinen hoitotyön tavoiteohjelma korostaa toimivaa ja tasavertaista *yhteistyösuhdetta*. Aidon ja tasavertaisen yhteistyösuhteen katsotaan perustuvan ihmisen vapauden ja itsemääräämisoikeuden kunnioittamiseen ja vastavuoroisuuteen. Yksilövastuisen hoitotyön katsotaan edistävän potilaan ja hoitotyöntekijän tasavertaista suhdetta (Perälä 1997).

Tässä työssä käytetään käsitettä **omahoitaja**. Tässä työssä löytyi eniten tutkimuksia *omahoitajan* toiminnasta ja sen merkityksellisyydestä eri hoitotyön ympäristöissä. Kahdeksassa tutkimuksessa oli tutkittu omahoitajuutta psykiatrisessa toimintaympäristössä. Lähes kaikissa psykiatriassa tehdyissä tutkimuksissa omahoitajuus koettiin tärkeimpänä hoitomuotona. Omahoitajan katsottiin toiminnassaan toteuttavan monia tässäkin työssä esiin nostettuja hoitotyön menetelmiä kuten kuunteleminen, tukeminen, kannustus, myönteinen palaute, aito kiinnostus, välittäminen ja

ymmärtäminen. Omahoitajan persoonallisuudella koettiin myös olevan suuri merkitys. Mikäli omahoitajuus ei toteutunut, hoidon kuvattiin olevan tehtävä- tai oirekeskeistä. Omahoitajuuden merkityksen teho väheni hoidon jatkuessa yli kolme kuukautta ja kun hoitajaksoja kertyi useampia. Myös muiden hoitotiimiin kuuluvien jäsenten merkitys oli potilaille suuri.

3.2 Dialogisuus

Sanakirjamääritelmän mukaan (Uusi sivistyssanakirja 1997) kreikan kielen sanalle ”dia logos” on annettu seuraavia merkityksiä ”kaksinpuhelu, keskustelu, vuoropuhelu, keskustelunmuotoinen kirjallinen tuote”. Isaacs (2001) katsoo dialogin tarkoittavan merkitysten virtaamista; kreikankielinen sana dia tarkoittaa ”läpi” kautta ja logos ”sanaa” tai ”merkitystä”. Huhtinen (1996) määrittelee dialogin muodostuvan ”dia” ja ”logos” sanoista, jotka yhteen liitettyinä merkitsevät ”väliinkerättä”. Dialogissa kerätään jotain väliin, jota ei voida saavuttaa yksin: se, mitä väliin kertyy riippuu kerääjien rohkeudesta ja halusta keräämiseen. Lisäksi Huhtisen mukaan dialogissa on kyse omien ennakkoluulojen ja moraalissääntöjen pirstoutumisesta ”väliinkerättävän” saavuttamiseksi.

Varton (1994) mukaan dialogisessa kanssakäymisessä osapuolet tunnustavat toistensa erilaiset lähtökohdat, mutta pyrkivät rakentamaan välilleen yhteisen tilan, jossa he kykenevät ymmärtämään toistensa merkitystä ja syventämään yhteisiä merkityksiä. Dialogisuus edellyttää keskustelun osapuolten joustavuutta ja avointa mieltä sekä kyselevää ja pohtivaa asennetta. Edelleen Seikkulan ja Arnkilin (2005) mukaan dialogisuudessa ei ole keskeistä tekninen osaaminen vaan suhtautumistapa, perusasenne ja ajattelutapa. Hyvässä dialogissa saavutetaan jonkinlainen sisäinen hiljaisuudentila, intensiivinen keskittyminen, jolloin vain sen tilanteen kannalta tarpeellisen aineksen kanssa prosessointi nähdään mahdollisena (Heikkilä ja Heikkilä 2001).

Suomessa on tutkimustuloksia, jotka osoittavat psykiatrisen hoitotyön olevan vielä varsin perinteistä ja autoritaarista eikä vastavuoroisesta ja dialogisesta yhteistyösuhteesta voida puhua. Latvala (1998) tutki potilaslähtöisyyttä psykiatriassa havainnoimalla psykiatrista hoitotyötä laitossympäristössä haastatellen hoitajia, alan opiskelijoita ja psykiatrisia potilaita. Psykiatrisen hoitotyön käytännöstä voitiin tunnistaa erilaisia hoitotyön tyyppejä, jotka nimettiin yhteistoiminnalliseksi, kasvattavaksi ja varmistavaksi hoitotyöksi. Hoitajan yhteistoiminnalliset

taidot olivat edellytyksenä potilaslähtöisen hoitotyön toteutumiselle ja potilaan vastuulliselle osallistumiselle hoitoonsa. Kasvattavan hoitotyön tyypin mukaisesti toimivan hoitajan toimintaa ohjasi ideaalimalli, jolloin potilaalla oli mahdollisuus toimia aktiivisena vastaanottajana. Varmistavan tyypin mukaan toimiva hoitaja nojautuu auktoriteettiin ja potilas oli passiivinen vastaanottaja. Tutkimukseen osallistuneiden hoitajien ja potilaiden lausumista *13 % ilmensi yhteistoiminnallista hoitotyötä, 37 % kasvattavaa ja 50 % varmistavaa hoitotyötä*. Hoitajien ja potilaiden kuvaukset olivat yhdensuuntaisia.

Kokkola ym. (2002) kehitti hankkeessaan asiakaslähtöisen mielenterveyttä edistävän toimintamallin, jonka lähtökohtia olivat ihmisarvo, ihmisen kunnioittaminen ja ihmisestä välittäminen. Asiakaslähtöisyyden katsottiin toteutuvan *dialogisessa vuorovaikutussuhteessa*. Edelleen Kokkolan ym. mukaan asiakaslähtöistä, dialogista vuorovaikutussuhdetta oli kuitenkin vaikea löytää sosiaali- terveysalan työyhteisöistä. Usein dialogi jäi epämääräiseksi käsitteeksi ja dialogiksi saatettiin kutsua mitä tahansa keskustelua, jossa asiakas sai puheenvuoron. Jos ihminen ei koe tulleen kuulluksi hänen omista lähtökohdistaan käsin, hänelle jää kokemus ohitetuksi tulemisesta. Lisäksi tutkimuksessa tulivat esiin monet asiakaslähtöisen työskentelyn esteet kuten vanhat asenteet, organisaatiolähtöinen palvelukulttuuri, yhteistyön ongelmat, kokonaisvastuun puute, tiedonkulun vaikeudet ja johtamisen vaikeudet. Asiakaslähtöisyyden toteutuminen edellyttää muutoksia työskentelytavoissa, johtamisessa ja sektorien välisessä yhteistyössä. Esteet ovat aiemmissakin tutkimuksissa tulleet esiin, mutta muutoksien aikaansaaminen on osoittautunut kuviteltua haasteellisemmaksi. Asiakaslähtöisyys on hyväksytty periaatteeksi paneutumatta pohtimaan, mitä se merkitsee käytännön toimintana; omaa työtä ja toimintatapoja pitäisi kyetä havainnoimaan avoimesti ja rohkeasti.

Myös Pesonen (2005) tuli mielenterveyspalveluja käyttäneiden kokemuksia kartoittaneessa tutkimuksessaan tulokseen, että *osallisuuden* ja läsnäolon kokemus kohtaamisissa oli itsensä hyväksymistä vahvistavaa ja kokemus auttajan liiallisesta osaavuudesta ja täsmällisyydestä on yhteydessä autettavan kokemukseen omasta avuttomuudestaan.

3.3 Intuitio ja hiljainen tieto

Sana *intuitio* on johdettu sanasta *intueri* (lat.), joka tarkoittaa ”nähdä, nähdä sisäisesti, pohtia, pohdiskella” ja sen on sanottu olevan ”välitön oivallus asian olemuksesta”. Sana *intuitiivisesti*

tarkoittaa ”välittömään oivallukseen perustuva, näkemyksellinen”. *Intuitionismi* on käsitys, jossa tietämisen lähteenä ja perustana on intuitio, sisäinen ja välitön oivallus. Intuition käsitteen sisällöllinen merkityskuvaus eri tieteiden kirjallisuudessa ja tutkimusjulkaisuissa rajoittuu yleensä yleisiin intuitiota kuvaaviin määritteisiin: ”Intuitio on kykyä nähdä sisäisesti ja kykyä tietää suoraan käyttämättä rationaalisia prosesseja” tai ”Intuitio on välitön kokonaisuuksien hahmottamiskyky” (Nurminen 2000).

Hiljainen tieto ja intuitio tuottavat käsityksen olennaisesta ja siksi se on merkittävää hoitotyössä. Käsitys olennaisesta ei muodostu hoitotyöntekijälle ainoastaan järjen ja todistusaineiston lähtökohdista, vaan se syntyy sisäisenä tunteena yksilöä arvostavassa kohtaamisessa. Hoitotyössä ilmenevässä hiljaisessa tiedossa on kysymys kyvystä havaita ja tulkita monivivahteisia, ei-sanallisia merkkejä, ihmisten käyttäytymistä tai oman yhteisön sosiaalisia käytäntöjä. Suurin osa tällaisen tiedon vastaanottamisesta, prosessoinnista ja käytöstä on tiedostamatonta ja tapahtuu hiljaisen tiedon alueella. Intuitio tuo tietoisuuteen hiljaisen tiedon, jossa yhdistyvät *objektiivinen tieteellinen tieto, käytännöllinen tieto, kokemustieto ja monimuotoisena julkaistu tietoa*. Kokemustieto osana hiljaista tietoa kehittyy ammatillisena osaamisena sekä elämäkokemuksena ja se muokkaantuu ajallisen, sosiaalisen ja kulttuurisen vuorovaikutuksen kautta (Nurminen 2000).

Intuitiivisen viestinnän perusta on kuunteleminen ja rauhallinen sisäinen läsnäolo. Läsnäolo on sisäinen asenne ja tietoista virittäytymistä käsillä olevaan tilanteeseen. Intuitiivisesti voidaan aistia virittäytyneisyyden tilaa. Toinen ihminen voi katsoa silmiin ja ”puhua mukavia”, mutta jos ihminen ei ole läsnä sisäisesti, tilanne koetaan epämukavaksi tai valheelliseksi. Ihanteellista toimintaa on se, että itse pysyy sisäisesti hiljaa ja tarjoaa toiselle omaa läsnäoloaan. Sisäisen kuuntelemisen tilassa sanat saavat kaikuja ja ideat tulevat vastaanotetuiksi ilman arviointia, kritiikkiä tai vähättelyä. Tämä kuuntelemisen tila on koettu hyvin terapeuttiseksi.

Pienistä fyysisistä eleistä ja ilmeistä voidaan oivaltaa tärkeitä ja merkityksellisiä asioita toisesta ihmisestä: mitä ihminen todella tarkoittaa ja mikä on hänen sisäinen mielenmaailmansa. Ratkaisevat tekijät eivät Dunderfeltin (2001) mukaan löydy pelkästään sanoista ja ilmeistä, vaan niiden kautta välittyvistä merkityksistä, ideoista ja sisäisen läsnäolon laadusta. Tämä vuorovaikutus tapahtuu tasolla, jota kutsutaan intuitiiviseksi viestinnäksi.

Intuitiivinen sisäinen tunne on myös säilyvä ja karttuva, erilaisia tunne-elämyksiä ja aistimuksia aiheuttava sisäisen tunteen prosessi, joka liittyy hoitajien omaan ajatteluun ja käsitykseen olennaisesta. Ajattelun aikana tai lopputuloksena syntyy välähdyksenomainen, välitön käsitys olennaisesta. Toisaalta tunne saattaa myös hävitä tai se peitetään tietoisesti. Vaihtelevana intuitiivinen sisäinen tunne on aistimusten, emootioiden ja rationaalisuuden vuorovaikutusta. Hoitajien on siedettävä epämääräistä tunnetta ja selittämätöntä hiljaisuutta, joka aiheuttaa heissä epäröintiä ja järkipärisen selityksen etsimistä kokemukselle.

Metsämuuronen (1998) sisällyttää intuition hoitotyön perusosaamiseen.

Intuitiivisesti ohjautuva inhimillinen osallistuminen ja hiljaisuudesta tietoisuuteen tulleet kysymykset ovat merkittäviä mm. silloin, kun hoitajien on todella nähtävä, millaista tukea (henkinen, tiedollinen, konkreettinen, hengellinen) potilas ja hänen läheisensä tarvitsevat. Intuitiivisen hoitajan työtä ohjaa sisäinen tahto ja tunne. Hoitaja sallii ihmisen tulla lähelleen ja eläytyy tämän elämäntilanteeseen. Pysähtyminen potilaan luo, itsensä herkistäminen kuulemaan potilasta edesauttaa sisäisen tunteen kehittymistä. Mikäli hoitajat ohittavat potilaan tehtäväkeskeisesti, intuitiivinen sisäinen tunne ei välttämättä kehity. Pinnallinen olotila siirtää intuitiivisuuden taka-alalle, mutta intuitiivinen sisäinen tunne on kuitenkin läsnä hoitajassa. Intuitiivisuus lähtee hoitajista itsestään, omasta itsetuntemuksesta ja itsensä arvostamisesta sisäinen tunne ei välttämättä kehity. Intuitio ei synny ihmisen pinnallisella tasolla vaan syvällä ihmisen sisällä (Nurminen 2000).

Intuitiosta puuttuu yksityiskohtainen tarkkuus, joten sitä ei ole mahdollista saada *mitattavaan* muotoon eikä sitä kyetä myöskään selkeästi sanallisesti kuvaamaan (Nurminen 2000). Intuitioon liittyviä tutkimuksia löytyi *kolme*, kaksi tieteellistä näyttöä olevaa tutkimusta ja yksi tutkintotyö. Tutkimuksien mukaan intuitio mahdollistaa kahden ihmisen kohtaamisessa aidon läsnäolon ja sitä kautta toteutuvan syvällisen ymmärtämisen. Tunteitten kohtaaminen kahden ihmisen välillä mahdollistaa toisen ihmisen tunteiden tunnistamisen. Tuloksien mukaan hoitavan henkilön ja hoidettavan välinen suhde on aina etenevä prosessi, jossa intuitio on läsnä koko ajan, toisinaan hiljaisuutena ja toisinaan aktiivisena toimintana. Hoitajien läsnäolo kuvautui sekä fyysisenä että henkisenä, mutta myös hiljaisuuden sallivana läheisyytenä. Intuitiivinen myötäeläminen näkyi mm. huolen tunteena, herkkävaistoisuutena, herkkyytenä yleensä ja huolehtivaisuuden osoittamisena. Intuitiota kuvaavat ilmaisu ”tunne oikein toimimisesta” tai ”vaisto”. Intuitiossa

yhdistyivät kokemus ja tieto. Intuitio on hoitajan oma tunne, josta on vaikea tarkasti sanoa, mihin se perustuu, mutta joka kuitenkin osoittautui usein oikeaksi ja ohjasi toimintaa.

3.4 Näyttöön perustuvat hoitotyön menetelmät

Seuraavaksi kuvataan kotimaisen kirjallisuus- ja tutkimushaun perusteella näyttöön perustuvat masentunutta auttavat hoitotyön menetelmät. Menetelmään liittyvä käsite on kuvattu kappaleen alussa ja kappaleen lopussa on yhteenveto menetelmään liittyvistä tutkimuksista.

3.4.1 Toivon ylläpitäminen

Suomen kielen perussanakirja (1992) ei määrittele toivoa, mutta määrittelee verbin ”toivoa” synonyymina ”haluta hartaasti, odottaa, että jokin haave, suunnitelma, aie, odotus, toive toivomus toteutuu: suhtautua johonkin toiveikkaasti”. ”Toivomus” – sanan lisämääreenä kuvataan sanoja ”toivonkipinä, toivonpilkahdus, toivonsäde”. Nykysuomen sanakirja (2002) määrittelee toivoa-verbin synonyymeina ”elättää, vaalia toivoa, haluta hartaasti tai odottaa luottavaisesti, että jokin toive, toivomus toteutuu, että joku tapahtuu toiveiden mukaisesti; suhtautua johonkin toiveikkaasti; elää toivossa. Kylmän (1993) mukaan hoitotieteellisessä toivon tutkimuksessa toivoa on kuvattu ”eloisasti ja moniulotteisesti”, osittain selkeästi, mutta osittain jäsentymättömästi ja ristiriitaisesti (myös Kohonen ym.2007). Hoitotieteellisessä tutkimuksessa tulee vahvasti esiin näkemys *toivon välttämättömyydestä* ihmisen hyvinvoinnille.

Suomessa toivon käsitettä ja olemusta on eniten tutkinut FT Jari Kylmä (mm. Kylmä 1988, 1993,1996,1997). Lisäksi Kohosen ym. (2007) julkaisema metasynteesi toivoa vahvistavista auttamismenetelmistä on merkityksellinen käsitteen avautumiselle käytännön työhön. Masennus ja toivottomuus kytkeytyvät toisiinsa ja toivottomuus nähdään yhtenä masennuksen oireena. Se on myös jatkuvasti muuttuva ja avautuva voima, johon ihminen itse tai muut ihmiset voivat vaikuttaa. Toivo on havaittua mahdollisuuden kokemuksesta henkilökohtaisessa tai läheisten elämässä ja se on nähty haluna elää ja sopeutumisena elää omien mahdollisuuksien rajoissa. Tähän mahdollisuuden kokemukseen (myös Parse 1992) liittyvät vapaus, avoimuus ja luottamus itseen, läheisiin, Jumalaan tai muuhun korkeampaan voimaan. Toivo on nimetty tärkeäksi hengelliseksi tarpeeksi (Kohonen ym.2007). Erikssonin (1989) mukaan kristillinen toivo

merkitsee Jumalan lupausta, joka perustuu Jumalan rakkauteen. Toivo liittyy läheisesti kysymyksiin elämän tarkoituksesta ja elämänhalusta.

Toivo on luottamusta siihen, että elämä kantaa, päästään eteenpäin elämässä ja päämäärät toteutuvat: toivo tuo levollisuutta ja valoisuutta tulevaan. Eriksson (1989) toteaa toivon olevan ihmisen kykyä siihen, ettei tämä ole luopunut luottamuksesta nykyhetkeen eikä uskosta tulevaisuuteen. Eriksson korostaa toivon olemusta voimanlähteenä, joka auttaa ihmistä eteenpäin. Toivo voi olla todellisuuden tiedostamisesta johtuvaa ”realistista” toivoa tai se voi olla ”myönteistä” suhtautumista epämääräiseen tulevaisuuteen ja tähän liittyviä odotuksia ja visioita.

Toivoon liittyvä fyysinen ja emotionaalinen *energia* edellyttää energiaa, mutta myös antaa energiaa. Toivo on ihmisen olemuksen ja elämän välttämätön ulottuvuus.

Toivo määritellään hoitotieteellisissä tutkimuksissa myös toivottomuuden ja epätoivon puuttumisena. Kylmän (1993) mukaan toivoon liittyy paljon lähikäsitteitä, joiden suhde toivoon on epäselvä, mm. luottamus nähdään toivon ominaispiirteenä, mutta myös edellytyksenä toivon syntymiselle hoitosuhteessa.

Kylmän (1996;11) mukaan toivon tukeminen tunnistetaan yhdeksi hoitotyön auttamismenetelmäksi, mutta se edellyttää *toivon luonteen ja sen ilmenemismuotojen* ymmärtämistä. Toivon vahvistaminen on Kohosen ym. (2007) mukaan terveyttä edistävä auttamismenetelmä ja erityisesti toivon vahvistamista on korostettu hengellisen hoidon elementtinä. Toivon käyttäminen hoitotyön menetelmänä edellyttää käsitteen syvällistä ymmärtämistä. Tieto ja ymmärrys toivon käsitteen moniulotteisuudesta ja toivoa vahvistavista hoitotyön menetelmistä ohjaa hoitajaa havainnoimaan oikeita asioita potilaassaan ja auttaa hoitajaa käyttämään niitä potilaansa hoidossa. Kohosen ym. (2007) tutkimus vahvistaa käsitystä toivon kokonaisvaltaisesta luonteesta ja toivoa vahvistavien auttamismenetelmien kohdentumiseen ihmisen olemassaolon eri ulottuvuuksiin. *Toivoa vahvistavat* hoitotyön menetelmät ovat Kohosen ym. (2007) laatiman metasynteesin mukaan seuraavat:

1. Luottamuksellisen hoitosuhteen rakentaminen potilaan kanssa
2. Potilaskeskeinen työskenteleminen
3. Keskusteleminen potilaan kanssa

4. Potilaan ja läheisen toivon aktiivinen tukeminen
5. Potilaan ja läheisten tiedon saannin turvaaminen
6. Potilaan omien voimavarojen vahvistaminen
7. Potilaan auttaminen tulevaisuuteen suuntaamisessa ja tavoitteiden asettamisessa
8. Potilaan hengellisyyden tukeminen
9. Potilaan pelkojen vähentäminen
10. Potilaan ja läheisten tukeminen sairauteen ja sen hoitoon sopeutumisessa
11. Potilaan sairauden hoitaminen
12. Potilaan tukeminen sosiaalisten suhteiden ylläpitämisessä
13. Läheisten tukeminen hoitoon osallistumisessa
14. Vertaistuen järjestäminen potilaalle ja omaisille
15. Suojaavan ympäristön järjestäminen

Toivon ylläpitämiseen liittyviä tutkimuksia oli tässä katsauksessa toiseksi eniten ja seitsemässä tutkimuksessa tuli esiin toivon ylläpitämisen tärkeys masentuneen potilaan hoidossa. Toivo nähtiin tärkeänä ulottuvuutena masentuneen hoidossa. Hoidossa oli tärkeää kokea, että elämässä oli toivoa ja saada vahvistusta uskoon elämässä selviytymisestä. Masentuneille toi toivoa hyvin monenlaiset asiat. Useissa tutkimuksissa koettiin, että sosiaaliset suhteet ja merkityksellisen toiminnan löytyminen loivat toivoa. Toivo nähtiin mahdollisuutena muutokseen ja uusien toimintamallien löytymiseen. Hoitosuhde oli tärkeä toivon ylläpitäjä ja myös mahdollistaja muutosten toteutumiselle. Tutkimuksissa tuotiin myös esiin, että toivoa lisääviä ja vähentäviä toimintoja olisi aktiivisesti etsittävä ja tutkittava.

Suomalaisessa hoitotyön toimintoluokituksessa (SHTL versio 2.0) toivon ylläpitäminen hoitotyön toimintona on sisällytetty *turvallisuus*-komponentin alle, pääluokkaan *sisäisen turvallisuuden säilyttäminen* (Suomalainen...2005).

3.4.2 Itsetunnon ylläpitäminen

Yura ja Walsh´n (1992) kirjassa Taylor kuvaa käsitettä ”itsetunto” seuraavasti. Termejä minä (self), minäkäsitys (self-concept) ja itsearvostus (self-esteem) käytetään usein synonyymeinä, joskin eri teoreetikot näkevät niillä olevan tiettyjä eroja. Maslowin tarvehierarkiassa itsearvostuksen tarpeet ovat neljäntenä fysiologisten tarpeiden, turvallisuuden ja rakkauden ja yhteenkuuluvuuden tarpeiden jälkeen. Maslowin mukaan kaikilla ihmisillä on myönteisen

itsearviointin tarve, itsekunnioituksen tai itsearvostuksen tarve ja tarve saada arvostusta muilta. Royn mukaan minäkäsitys on ihmisen omaa itseä koskevien ajatusten ja tunteiden yhdistelmä. Edelleen Royn mukaan minäkäsityksessä on kaksi peruskomponenttia: fyysinen minä ja persoonallinen minä (moraalis-eettinen minä, minän ristiriidattomuus tai eheys ja minä- ihanne). Itsearvostus nähdään minäkäsityksen evaluoivana komponenttina. Puhutaan myös itsekunnioituksesta, itsehyväksynnästä, tai omanarvontunteesta. Gustafssonin (Lindström teoksessa 1988) mukaan käsite, ”minä” (minä olen, minä osaan, minulla on vrt. minä en ole, minä en osaa...) on keskeinen yksilön minä-käsityksen kanssa.

Neljä itsearvostuksen kulmakiveä on Coopersmith'in mukaan (teoksessa Yura ja Walsh 1992, myös Lindström 1988):

1. merkityksellisyys- kokeeko ihminen olevansa rakastettu ja hänelle tärkeiden ihmisten hyväksymä
2. kyvykkyys - miten yksilö suoriutuu tärkeinä pitämistään tehtävistä
3. eettisyys- moraalisten ja eettisten normien saavuttaminen; menestyminen itselle tärkeällä alueella
4. vaikutusvalta tai oman elämänhallinta- missä määrin ihminen pystyy vaikuttamaan omaan ja toisten ihmisten elämään; kyky säilyttää itsearvostus ja tapa reagoida arvovallan menetyksiin.

Heikko itsetunto ilmenee yksilön käyttäytymismalleissa ja niihin vaikuttavissa tekijöissä. Itsearvostus liittyy minäkäsitykseen, se on oman minän arvostamista ja arviointia. Yksilön käsitys omasta kyvystään toimia tavoitteidensa mukaisesti ja saavuttaa tavoitteet on keskeistä itsearvostukselle (Coopersmith 1967 teoksessa Lindström 1988). Keltikangas-Järvinen (1995) liittää itsetuntoon samoja elementtejä; itsetunto on luottamusta omiin kykyihin, itsensä ja toisten arvostamista, itsenäisyyttä oman elämän ratkaisuissa ja epäonnistumisten sietämistä.

Jatkuvassa hoitosuhteessa hoitajasta voi tulla merkityksellinen henkilö, jolloin hoitosuhde on keino, jolla potilaan itsearvostusta voidaan kohentaa. Jatkuvassa hoitosuhteessa hoitajasta voi tulla hyvä objekti ja henkilö, josta potilas välittää. Hoitajan osoittama hyväksyntä, kiinnostus ja arvostus antaa potilaalle mahdollisuuden arvioida itseään uudelleen ja reagoida tunneperäisesti (Lindström 1989). Edelleen Lindströmin (1989) mukaan itsetuntoa voidaan kohentaa seuraavilla hoitotyön toiminnoilla:

- oppiminen
- potilaan autonomian edistäminen

- arvostuksen osoittaminen silloin kun siihen on aihetta
- antamiseen tarvittavien tilaisuuksien tarjoaminen esim. ryhmätilanteissa

Itsetunnon vahvistamiseen liittyi kuusi tutkimusta. Itsetunto nähtiin tärkeänä selviytymistä ennustavana tekijänä ja terveyttä edistävänä voimavarana. Itsetunnon lisääntyminen näkyi monesti valmiutena toipumisen ja terveyden vaatimaan elämänmuutokseen ja sen toteuttamiseen. Itsetuntoa koettiin lisättävän monilla eri hoitotyön toiminnoilla kuten potilaan kokonaisvaltainen hyväksyminen ja arvostaminen, vahvojen puolten tukeminen, toimiminen yksilöllisten kuntoutumistavoitteiden mukaisesti, kannustaminen, sairauden kanssa selviytymisen tukeminen, toimiminen yhdessä kuntoutuksen kanssa, kotona selviytymisen tukeminen, olemassa olevien ihmissuhteiden edistäminen ja yhteyksien edistäminen ulkomailmaan.

Suomalaisen hoitotyön toimintoluokituksessa (SHTL versio 2.0) itsetunnon tasapainon vahvistaminen on *Psyykkinen tasapaino*-komponentin alla, pääluokassa *Minäkuvan muutoksen hoito* (Suomalainen...2005).

3.4.3 Ajattelunhäiriöiden tunnistaminen

Psykiatriassa ”ajatus” määritellään mielikuvien ja käsitteiden liittämisenä toinen toisiinsa kuvittelemalla, käsittämällä, pääättelemällä sekä uusien oivallusten muodostamista näiden avulla. Ajatustoiminnan arvioinnissa huomion kohteena on ajatusprosessi ja ajatussisällöt. Kun ajatukset ilmaistaan puheena, on yleensä olemassa yhteys kustakin mielikuvasta sitä edeltäneeseen. Normaalisti toisiinsa liittyvillä ajatuksilla on looginen ja koherentti järjestys, joka vie johdonmukaisesti ajattelun katkeamatta ja poikkeamatta alkuperäisestä ajatuksesta päämääräajatukselle. Ajatusprosessin vääristyminen voi näkyä ajatuksen lentona, ajatushäiriöinä kuten assosiaatioiden löyhyytenä, yllättävinä assosiaatioina tai ajatusten estymisenä (Achte ym. 1987, Lönnqvist 1999).

Salokankaan (1996) mukaan masentuneella ihmisellä on muuttunut näkemys itsestään ja ympäristöstään. Mielikuvat menneisyydestä, nykyisyydestä ja tulevaisuudesta ovat negatiivisella tavalla vääristyneet. Depressiivinen ihminen kokee menneisyyden täynnä epäonnistumisia ja itsensä huonona tai pahana sekä tulevaisuuden toivottomana ja synkkänä. Masennuksen vakavuuden ja keston katsotaan riippuvan siitä, kuinka paljon henkilön informaation prosessointi

on häiriintynyt. Masennusjaksojen katsotaan jatkuvan niin pitkään kuin masennusjakson taustalla olevat negatiiviset perusolettamukset ovat aktivoituneina. Terapiatyöskentelyssä pyritään muuttamaan potilaan välitöntä ajattelua suhteessa itseän, muihin ja tulevaisuuteen.

Työskentelyssä tunnistetaan ja muutetaan masennuksen taustalla olevia laajempia perusoletuksia ja -uskomuksia (Karila 2003).

Ajattelunhäiriön tunnistamiseen liittyi yksi psykiatrisille potilaille tehty tutkimus.

Haastateltavien mielestä itseän liittyvät oivallukset auttoivat masennuksesta kuntoutumisessa.

Masentuneiden oli vaikeaa arvostaa itseään ja muuttaa itseä koskevat käsitykset myönteisemmiksi: masentuneet syyttivät itseään sairaudestaan ja imivät itseensä negatiivisia asioita.

Ajattelunhäiriöiden tunnistaminen on suomalaisessa hoitotyön toimintoluokituksessa (SHTL versio 2.0) *Psyykinen tasapaino*-komponentin alla pääluokassa *mielenterveyden häiriöiden hoito* (Suomalainen...2005).

3.4.4 Läsnaolo

Munnukan (1993) mukaan potilaat kokevat hellyyden, koskettamisen, hoivaamisen ja lohduttamisen itsestään välittämisenä ja siten läheisyytenä. Parsen (1992) teoriaan perustuvan hoitotyön käytännön keskeinen lähtökohtana on aidosti läsnä oleva hoitaja. Parsen kuvaamana aito läsnäolo on ”erityinen toisen kanssa olemisen tapa, jonka avulla hoitajan on mahdollista todistaa, miten henkilö tai hänen perheensä elävät omien arvojensa mukaisesti”. Parsen mukaan kukin ihminen tuntee ”oman tiensä” syvällä sisimmässään. Hoitajan osallistuminen aitoon läsnäoloon muiden kanssa muistuttaa täydellistä keskittymistä toimintaan, jota rakastaa. Hoitaja tarjoaa läsnäoloaan ehdoitta eikä aidosti läsnä oleva hoitaja ole opas eikä tiennäyttäjää. Sen sijaan hoitaja on innostava tarkkailija, joka rohkaisee yksilöä tarkastelemaan elämäänsä ja sen merkityksellisiä hetkiä. Aidosti läsnä oleva hoitaja osoittaa yksilön eletyn kokemuksen todeksi sellaisena kuin se ilmenee ja on tälle yksilölle todellista (Cody 1992).

Läsnäoloon liittyi kolme tutkimusta, joista yksi oli suunnattu mielenterveyspalveluja käyttäneille. Läsnäolo sellaisenaan nähtiin terveyttä edistävänä. Läsnäolo ja läheisyys liitettiin

yhteen. Läheisyyden kokemiseen kuuluviksi kuvattiin tunteiden ja ajatusten jakaminen, molemminpuolinen avoimuus, läsnäolo ilman sanoja ja koskettaminen. Läheiseksi koetussa hoitosuhteessa hoitajan läsnäolo sai potilaan kokemaan olonsa turvallisiksi. Osallisuuden ja läsnäolon kokemus kohtaamisissa oli itsensä hyväksymistä vahvistavaa.

Suomalaisen hoitotyön toimintoluokituksessa (SHTL versio 2.0) läsnäolo hoitotyön toimintona on *Turvallisuus-*komponentin alla, pääluokassa *Sisäisen turvallisuuden vahvistaminen* (Suomalainen...2005).

3.4.5 Turvallisuudesta huolehtiminen

Turvallisuudella on viisi ulottuvuutta tietoisuus, usko, pysyvyys, intymiteetti ja ulkoinen ja sisäinen varmuus. Tietoisuudessa on keskeistä potilaan ymmärrystä lisäävä toiminta (opettaminen, selittäminen, tulkitseminen jne.). Uskoa edistetään tukemalla potilaan minuutta ja edistämällä potilaan autonomiaa (mm. toivon löytäminen). Intymiteetin kohdalla korostuu potilaan reiviin kunnioittaminen, läheisyys-etäisyys ulottuvuudet. Jatkuva hoitosuhde liittyy pysyvyyteen. Potilaan ulkoiseen varmuuteen liittyy hoitoilmapiiriin ja sisäiseen turvallisuuteen liittyvät kunnioittaminen, minuuden tukeminen, autonomian tukeminen ja neutraalistaminen. Hoitajan läsnäolo, luotettava objektiisuhde ja mahdollisuus kääntyä hoitajan puoleen lisäävät turvallisuuden tunnetta (Hollmerus-Nilsson 1977 kirjassa Lindström 1988). Munnukka (1993) käyttää käsitettä *turvautuminen*, jolla tarkoitetaan ihmisen turvallisuuden tunteen kokemusta suhteessa toiseen ihmiseen, asiaan tai paikkaan.

Turvallisuuden tunteen luomiseen liittyi kaksi tutkimusta, joista toinen oli tehty psykiatrisille potilaille. Tutkimuksessa sekä hoitajat että potilaat näkivät turvallisuuden tunteen luomisen tärkeimpänä psykiatrisen hoitotyön toimintona. Turvallisuuden toteutuminen edellyttää hyväksyntää ja ymmärretyksi tuleminen tunnetta.

Suomalaisen hoitotyön toimintoluokituksessa (SHTL versio 2.0) turvallisuus on omana komponenttinaan ja se on jakautunut pääluokkiin *Sisäisen turvallisuuden vahvistaminen ja Ulkoisen turvallisuuden lisääminen* (Suomalainen...2005).

3.4.6 Huolenpito

Hoitamisen perusfilosofia on humanismissa ja ihmiseen kohdistuva huolenpito ja ihmisarvon kunnioittaminen kuuluvat humanistisiin perusarvoihin (Sarvimäki ja Stenbock-Hult 1990). Erikssonin (1989a) mukaan huolenpito ja potilaasta välittäminen on hoitotyön varsinaista ”hoitavaa tehtävää”. *Huolenpito* tarkoittaa hoivaamista ja se on hoitamisen alkuperäisin muoto, hoitamisen perusta. Toiseen ihmiseen kohdistuva huolenpito merkitsee sitä, että välittää siitä mitä toiselle tapahtuu: toisen kärsimykset ja ilonaiheet koskettavat, ja suhtautumine toiseen on hyvántahtoista. Huolenpito liitetään altruismiin (Sarvimäki-Stenbock-Hult 1990). Watson (Barnhart ym.1994) liittää huolenpidon ja rakkauden; ne ovat alkuperäistä psyykkistä energiaa ja niiden vaaliminen kasvattaa ihmisyyden täyteen mittaansa. Watson näkee, että inhimillisellä tasolla tapahtuva hoitaminen jää monesti teknologian ja institutionaalisten rajoitusten varjoon.

Sarvimäki ja Stenbock-Hultin (1990) kirjassa huolenpito jaetaan yksityiseksi ja ammatilliseksi huolenpidoksi. Luonnollinen huolenpito syntyy spontaanisti ihmisten kesken ja perustuu luonnollisiin tunteisiin kuten rakkauteen ja ystävyYTEEN ja eettinen huolenpito perustuu sen sijaan velvollisuuteen. Hoitajan ammatillinen huolenpito kohdistuu potilaisiin ja se voi olla joko luonnollista tai eettistä. Hoitaja ei pysty luomaan myönteistä tunnesidettä jokaiseen potilaaseen, mutta hoitaja pystyy kehittämään huolenpitoa näitä potilaita kohtaan eettisin perustein. Sarvimäki-Stenbock-Hult (1990) näkee huolenpidon tunnusmerkkeinä toisen kunnioittamisen, huomioon ottamisen ja hyväksymisen.

Yura & Walsh (1992) näkevät huolenpidon (care) paranemisen edellytyksenä. Pitämällä huolta osoitetaan yksilölle, että hän on tärkeä, merkityksellinen ja välittämisen arvoinen. Huolenpitoa on potilaan turvallisuudesta huolehtiminen, ohjeiden antaminen, rajoitusten asettaminen, palkitseminen ja kannustaminen. Huolenpitoa on tukea ihmistä koettelemuksissa, ottaa osaa kärsimyksiin ja auttaa ihmistä kasvamaan.

Huolenpito korostuu psykiatrisessa hoidossa. Sova (1992) puhuu psykiatrisessa hoitotyössä tarvittavasta eläytyvästä huolenpidosta ja keskeisenä nähdään toisen ihmisen asemaan asettuminen ja sen osoittaminen, että hänestä välitetään ja häntä kunnioitetaan. Huolenpito ilmenee asenne-, tunne-, kommunikaatio- ja toiminnallisella tasolla sekä kahdenkeskisissä että

ryhmä- ja yhteisösuhteissa. Potilas, joka ei koe itseään todelliseksi, tarvitsee huolehtimista oman olemassaolonsa tueksi ja omien huolenpitotaipumuksiensa kehittämiseksi. Hoitotoiminnassa keskitytään antamaan tilaa potilaalle; potilaan psyykkistä ja fyysistä reviiriä kunnioitetaan ja potilaan olemassaolo tehdään merkitykselliseksi. Huolenpitoon sisältyy potilaan autonomian ja minuuden tukeminen (Lindström 1988).

Kylmä (1996) näkee *huolenpidolla ja toivolla* yhteisyyttä. Huolenpito toisesta ihmisestä merkitsee toisen ihmisen auttamista kasvuun ja itsensä toteuttamiseen. Se on mahdollista, mikäli hoitotyöntekijä ymmärtää toista ihmistä ja tämän maailmaa. Huolenpito on asettautumista toisen maailmaan, ei ainoastaan sivusta seuraamista. Tällainen huolenpito tapahtuu erityisessä ihmissuhteessa, joka kehittyy vähitellen luottamuksen ja suhteen syvenemisen kautta; perustana on kahden subjektin kohtaaminen, jossa on oleellista tilan antaminen. Kasvun kannalta on tärkeää että dominoimisen, manipuloimisen ja omistamisen sijaan tuetaan toisen kasvua hänen oman kasvuprosessinsa suuntaisesti jotta tämä voi tulla omaksi itsekseen. Kasvamista on myös ihmisen yhä suurempi rehellisyys itseään kohtaan. Toivo on merkittävä tekijä huolenpidossa muuan muassa kärsivällisyyden, rohkeuden, luottamuksen ja tietämisen rinnalla. Myös muut hoitotieteen edustajat liittävät huolenpidon (caring) ja toivon yhteen (Kylmän kirjassa Watson 1985 ja 1988, Benner ja Wrubel 1989, Eriksson 1994).

Huolenpitoa käsiteltiin seitsemässä tieteellisen tason tutkimuksessa. Huolenpitoa ilmaisi potilaiden mielestä välittäminen ts. kokemus siitä, että joku välittää, tilan saaminen, hyväksymisen kokemus ja antautuminen avun kokemiseen. Rakkaus ja aito huolenpito nousivat varsinkin masentuneen potilaan hoidossa keskeisiksi. Hoitajat näkivät huolenpidon potilaasta välittämisenä lohduttamalla, ymmärtämällä, monipuolista tukea antamalla, neuvomalla ja ilmaisemalla mielipiteitä ja auttamalla elämässä eteenpäin. Aidon huolenpidon kokemuksen liittyivät lähellä ja yhteydessä oleminen, oivalliseksi koetun avun saaminen ja vaikeuksien kanssa jaksaminen. Tutkimuksissa tuli myös esiin, että aidon huolenpidon todellinen eläminen hoitotyön käytännössä vaatii entistä parempaa tietoisuutta ilmiöstä, potilaiden kokemusten arvostamisesta ja jatkuvaa yhdessä oppimista.

3.4.7 Selviytymiskeinojen etsiminen

Latvalan (1998) mukaan selviytymisellä voidaan tarkoittaa evoluutioteorian mukaista yksilön mukautumista, joka on hengissä säilymisen ehto kuten esimerkiksi mukautuminen sairauden aiheuttamiin rajoituksiin ja muutoksiin tai tarve ratkaista elämänsä eri vaiheiden kehitystehtäviä. Kehitystehtävien onnistunut ratkaiseminen on edellytyksenä sille, että voi kokea tyytyväisyyttä ja onnistumista. Selviytyminen voidaan myös määritellä yksilön kyvyksi muuttua kognitiivisesti ja toiminnallisesti niin, että hän voi hallita voimavarojaan kuluttavia tai jopa niitä ylittäviä vaatimuksia kuten esimerkiksi ratkoa elämässä eteen tulevia ongelmia. Mielenterveyteen liitetään yksilön kyky sopeutua siihen yhteisöön ja elämänmuotoon, jonka keskellä hän elää. Latvala tarkoittaa psykiatrisessa kontekstissa selviytymisellä ”selviytymistä sairauden kanssa jokapäiväisessä elämässä lähtökohtana potilaan omat voimavarat”.

Selviytymiskeinojen etsiminen tuli esiin viidessä tutkimuksessa ja ne kaikki oli tehty psykiatrisessa toimintaympäristössä. Selviytyminen liitettiin monesti käsitteisiin voimaantumisen (empowerment), toimintakykyisyys, pärjääminen ja elämänhallinta. Psykiatrisen potilaan kohdalla selviytyminen nähtiin omien voimien löytymisenä niin, että selviydyttiin jokapäiväisistä asioista kotona. Masentuneet ihmiset kertoivat erilaisten tekemisten ja toimintojen vahvistavan kokemusta osaamisesta, toimimisesta ja kykenemisestä. Selviytymiskeinojen etsimisen tavoitteena nähtiin kasvava tietoisuus omasta kyvykkyydestä ja tunteiden hallinnasta. Erään näkemyksen mukaan masennustapahtuma itsessään voidaan nähdä selviytymiskeinona, jonka tavoitteena on psyykkisen tasapainon saavuttaminen.

Suomalaisen hoitotyön toimintoluokituksessa (SHTL versio 2.0) selviytyminen on omana komponenttinaan ja se on jakautunut useisiin pääluokkiin, jotka liittyvät potilaan *toimintakykyyn, voimavaroihin, elämänhallintaan ja sopeutumiskykyyn* (Suomalainen...2005).

3.4.8 Perhehoitotyön toteuttaminen

Vaikka perhehoitotyön merkitystä on korostettu jo pitkään, ovat siihen liittyvät käsitteet edelleen epäselviä. Jo perheen määrittely on koettu vaikeaksi (Hakulinen & Paunonen 1994). Viime aikoina on yhä enemmän alettu puhua perheen määrittelystä kulloisenkin tilanteen mukaisesti. Yhä tärkeämmäksi ovat tulleet ihmisten erilaiset kokemukset siitä, mitä perhe kulloinkin merkitsee. Hoitotyössä tämä tarkoittaa potilaan mahdollisuutta määritellä itse, keitä hänen

perheeseensä kuuluu. Tunnesuhteet saattavat potilaan määrittelyssä nousta keskeisemmäksi kuin juridiset tai biologiset suhteet (Paavilainen 2000).

Wrightin ja Leaheyin (1990) sekä Landsberryn ja Richardsin (1992) mukaan perhehoitotyö tarkoittaa sitä, että yksilön ja perheen sekä terveyden ja sairauden väliset yhteydet otetaan huomioon hoitosuunnitelmassa ja hoitoa analysoitaessa. Hoitotyössä tämä on perheen toimivuuden ja terveyden tai sairauden välisten suhteiden selvittämistä. Perhehoitotyön tavoitteena on tukea perheen omia voimavaroja itsehoitoperiaatetta unohtamatta. Tällöin hoitotyö koostuu toiminnoista, jotka vahvistavat perheen voimavaroja ja kykyä vastata erilaisiin muutoksiin (Friedemann 1989, Pelkonen ja Hakulinen 2002).

Åstedt-Kurki ym. (2002) mukaan perhehoitotyö muodostuu kolmesta pääkategoriasta, joihin yläkategoriana kuuluvat seuraavat toiminnot ja alakategoriat

1. *yhdessä toimiminen*; yhdessä suunnittelu, yhdessä toimiminen, yhdessä arviointi ja yhteydenpitäminen
2. *psykkisen hyvinvoinnin turvaaminen*; tukeminen, rohkaiseminen, turvallisuuden luominen, toivon ylläpitäminen, kuuleminen, motivoiminen ja ongelmien käsittely
3. *tiedottaminen*; tiedon antaminen ja tiedon kerääminen.

Lisäksi yläkategorioihin kuului

4. *suunnitellut yhteistapaamiset*; neuvottelut, suunnitellut perhetapaamiset, kotikäynnit, verkostopalaverit, perhehoito
5. *satunnaiset yhteistapaamiset*; satunnaiset tapaamiset ja satunnaiset puhelinkeskustelut ja perheterapian yläkategorian alla perheterapian toteuttaminen

Perhehoitotyöhön liittyviä tutkimuksia oli kaksi ja potilaspalauteraportteja kaksi.

Perhetapaamiset koettiin pääsääntöisesti hyödyllisinä, joskaan kaikki omaiset eivät olleet tietoisia mahdollisuudestaan osallistua hoidon suunnitteluun. Perheen voimavaraisuus on olennaista perhehoitotyössä. Perheen voimavaraisuus tai haavoittuvuus muodostuu voimavarojen ja kuormittavien tekijöiden välisestä suhteesta ja hoitotyöntekijän tehtävä on vahvistaa voimavaroja luottamuksellisessa yhteistyössä. Voimavarojen vahvistamisessa nähdään tärkeänä tietoisuuden lisäämistä, valinnanvapauden kunnioittamista ja aktiivista kuuntelua ja tuen tarjoamista.

Suomalaisen hoitotyön toimintoluokituksessa (SHTL versio 2.0) perhehoitotyö on pääluokkana *selviytyminen* -komponentin alla. Perhehoitotyön alaluokkina on *omaisten ja läheisten tukeminen, omaisten ja läheisten tapaaminen ja yhteys omaisiin tai läheisiin* (Suomalainen...2005).

3.4.9 Mielihyvän kokeminen

Nykysuomen sanakirja määrittelee mielihyvän mieluisuuden, ilon ja tyytyväisyyden tunteena (Nykysuomen sanakirja... 2002). Lindström (1988) liittää mielihyvän tyydytykseen hoitotoimintana. Tyydytys on hoitotoiminto, jonka avulla potilas kokee halua, tyytyväisyyttä ja mielihyvää. Hoitotoiminto on keskeistä potilaalle, joka on taantunut tasolle, jolla rajat oman itseyden ja ulkomaailman välillä ovat epäselvät ja regressio vaikuttaa tuhoisasti itseyteen ja objektimaailmaan. Potilas pystyy toimivaan suhteeseen vain sellaisten objektien kanssa, jotka ovat pelkästään hyviä

Osaston tilat ja yleiset toiminnalliset järjestelyt muodostavat ulkoisen rakenteen psykiatristen potilaan hoidolle. Tilava, valoisa ja viihtyisä osasto vaikuttaa myönteisesti potilaan itsetuntoon ja edistää toipumista. Hoidollisten vuorovaikutusten toteutuminen erilaisissa tilanteissa osastolla palvelee potilaan kokonaisvaltaista hoitoa. Mahdollisimman säännönmukaisesti ja luottamusta herättävällä tavalla toimiva osasto luo potilaalle turvallisuudentunteen, jonka avulla mm. depressiosta toipuminen helpottuu. Depressiopotilaan osastohoidossa voidaan käyttää hyväksi erilaisia sairaalassa tarjolla olevia luovaan ilmaisuun liittyviä terapiamenetelmiä kuten musiikkiterapia, liikunta, erilaiset liikunnalliset tapahtumat ja kirjallisuusterapia. (<http://www.epshp.fi/psy/dep-alue/depress.htm>)

Mielihyvän kokemista oli tutkittu yhdessä masentuneisiin kohdistuvassa tutkimuksessa. Mielihyvää koettiin lähinnä ilon kautta. Ilon kokemisella oli monenkertaiset vaikutukset elämään. Mielialan parantuessa masentuneet kokivat saaneensa enemmän aikaiseksi, itsetuntemus nousi ja mahdollisuuksia aukeni eli toivo heräsi. Luovuuden löytyminen itsestä muodostui ilon lähteeksi masentuneen ihmisen elämässä.

3.4.10 Psykososiaalinen tukeminen

Psykososiaalinen tukeminen on ensisijaisesti asiakkaan omien voimavarojen etsimistä, jotta hän kykenisi selviytymään oman arkensa ja elämänsä kanssa ja ymmärtämään itseään.

Psykososiaalisen tuen tarkoituksena on muutoksen aikaansaaminen suhteessa toisiin ihmisiin, asioihin ja olosuhteisiin. Muutoksen tulisi näkyä tietoisuudessa ja toiminnassa.

Psykososiaalisen tukemisen muotoja ovat mm. arjessa selviytymisen tukeminen, voimavarojen kartoittaminen ja käyttöönotto, verkostotyö (perhekeskeinen työ, vertaisten järjestäminen), kasvun ja kehityksen tukeminen, tukeminen kriisitilanteissa, syrjäytymisen ennaltaehkäisy ja elämänhallinnan tukeminen sekä fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn ylläpitäminen (Kettunen ym. 2002).

Psykososiaaliseen tukemiseen liittyi yksi, masentuneille tehty tutkimus. Tutkimuksessa tuli esiin, että masennuksesta selviytyminen oli yhdessä selviytymistä. Masentuneen kokema sosiaalinen tuki koettiin oleelliseksi masennuksesta selviytymiselle.

Suomalaisessa hoitotyön toimintoluokituksessa (SHTL versio 2.0) psykososiaalinen tukeminen on selviytyminen –komponentin alla pääluokassa *psykososiaalisen kartoituksen laatiminen*. Psykososiaalisen kartoituksen laatimisen alaluokkina on *elinympäristön kartoittaminen, ihmissuhteiden kartoittaminen ja taloudellisten asioiden selvittäminen* (Suomalainen...2005).

3.4.11 Hengellisyys huomiointi

Ihminen kuvataan olentona, jolla on sekä ruumis että henki, joten ruumiillisen terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen tarpeiden ohella ihmisellä on vastaavia henkisiä tai sielullisia tarpeita. Kuten ruumis, myös henki tarvitsee ravintoa ja huolenpitoa säilyäkseen hengissä. Koska ruumis ja henki ovat läheisessä vuorovaikutuksessa keskenään, toisen vahingoittuminen voi vaikuttaa haitallisesti myös toiseen. Henkistä eheyttä ja tasapainoa pidetään olennaisena osana ihmisen hyvinvointia. Fyysinen tai psyykkinen sairaus koettelee usein myös henkistä terveyttä.

Hengellisiä tarpeita ovat kaikki ne tekijät, jotka ovat välttämättömiä ihmisen dynaamisen, henkilökohtaisen Jumala-suhteen luomiseksi ja ylläpitämiseksi. Perinteisesti hengelliset tarpeet on tyydytetty järjestäytyneen uskonnollisen toiminnan kautta. Laajemman henkisyys määritelmän mukaisesti henkisiin tarpeisiin kuuluvat kaikki ne tekijät, jotka ovat tarpeen sen ulottuvuuden elinkykyisyyden tukemisessa, joka herättää ihmisessä halua ylittää aineelliset rajat.

Etniset ja kulttuuriset tekivät voivat vaikuttaa merkittävästi yksilön henkisiin ja hengellisiin tarpeisiin (Yura & Walsh 1992).

Eri uskontojen tuntemuksen ohella hoitajan tulee ymmärtää, miten usko ja henkisyys kehittyvät, jotta he voisivat olla hoidettaviensa apuna ja tukena henkisessä kriisissä. Hoitohenkilökunnan tulisi myös tuntea muita eettisiä tai filosofisia uskomus- ja oppijärjestelmiä, ateismi ja agnostisismi mukaan lukien. Uskonnollisten tarpeiden tarkempaan arviointiin on aihetta, mikäli potilas itse ilmaisee selvästi tarpeensa keskustella asioista ja Yura & Walshin mukaan on myös hoitajia, jotka ovat kykenemättömiä arvioimaan potilaansa uskonnollisia tarpeita. Potilaan uskonnollisten sisältöalueiden esitietojen keräämiseksi Stoll (kirjassa Yura & Walsh 1992) tulisi kartoittaa seuraavat neljä aluetta:

- yksilön käsitys Jumalasta tai jumaluudesta
- yksilön voiman ja toivon lähde
- uskonnon harjoittamisen ja uskonnollisten rituaalien merkitys yksilölle
- yksilön oma näkemys uskonsa ja terveydentilansa välisestä suhteesta

Yura & Walsh liittävät henkiseen tasapainoon myös hengellinen hyvinvoinnin ja tasapainon. Hengellisen tasapainon muutoksiin liittyviä hoitotyön toimintoja ovat potilaan rohkaiseminen ilmaisemaan ajatuksensa ja tunteensa, potilaan kuunteleminen osoittaen huolenpitoa ja hyväksyntää sekä potilaan tukeminen keskustelemaan aina kun se on tarpeen ja tarkoituksenmukaista. Hoitajan on pyrittävä kunnioittamaan ja ymmärtämään potilaan uskonnollista vakaumusta ja toimintaa, vaikka ne poikkeaisivat hoitajan omista käsityksistä. Hengellisten auttajien (sielunhoitaja, pappi, rabbi) puoleen voi kääntyä tarvittaessa. Hengellinen huolenpito on sitä, että inhimillisiä keinoja käyttäen autetaan potilasta ymmärtämään elämänsä tarkoitus, vahvistamaan Jumala-suhdettaan ja arvostamaan ”henkisiä arvoja aineellisen maailman vastakohtana”.

Barbosa da Silvan ja Erikssonin (1994) mielestä ”hengellinen” - sanaa voidaan käyttää merkityksessä ”kulttuuriin liittyvä”, ”eksistentiaalinen” tai ”uskonnollinen”. Käsite hengellinen viittaa kirjoittajien mielestä etymologisessa mielessä johonkin alkuperäiseen, perustavaa laatua olevaan voimaan ihmisessä. ”Sielu” ja ”sielullinen” viittaavat psyykkisiin toimintoihin, kun taas ”hengellinen” viittaa ihmisessä olevaan tuonpuoleiseen (transsendenttiseen) ja primääriseen. Jokainen ihmiskäsitys ja etiikka, joka perustuu siihen, että ihminen käsittää sekä ruumiin, sielun

(=psykyen), että jotakin näiden yläpuolella, ottaa huomioon sen, mitä nimitetään hengelliseksi ulottuvuudeksi (Kierkegaard Barbosa da Silvan ja Erikssonin kirjassa Usko ja Terveys).

Hengellisyden toteutumiseen liittyi viisi tutkimusta ja ne oli tehty psykiatrisille potilaille ja kolme tutkimusta erityisesti masennuksesta kärsiville. Hengellisyteen liitettiin käsitteet uskosta, anteeksi annosta, syyllisyydestä, lohdutuksesta, rakkaudesta, toivosta ja armosta. Kaikki masentuneet tai hoitohenkilökunta ei kokenut hengellisyteen liittyviä asioita terveyttä edistävinä tai voimavaraistavina, mutta ne, jotka kokivat uskon voimavarana, näkivät uskolla ja terveydellä positiivisen yhteyden. Uskon, anteeksiannon ja anteeksi saamisen kautta masentuneet kokivat vapautuvansa ahdistuksesta ja mieltä painavista menneisyyden asioista. Rukoileminen yhdessä ja Raamatun lukeminen koettiin ahdistusta helpottavana. Tutkimuksissa tuli myös esiin, että henkilökunnan tulisi tuntea paremmin hengellisyteen liittyviä asioita.

Suomalaisessa hoitotyön toimintoluokituksessa (SHTL versio 2.0) hengellisten tarpeiden tunnistaminen ja toteutuminen on selviytyminen- komponentin alla pääluokassa *potilaan voimavarojen tukeminen* (Suomalainen...2005).

3.4.12 Unen turvaaminen

Uni ja nukkuminen ovat osittain toistensa synonyymeja. Uni on välttämätön fysiologinen tarve, kun taas nukkuminen on edellytys tämän tarpeen tyydyttämiselle. Unen merkitys ihmiselle on osittain selvittämättä, vaikka tunnetaan melko hyvin mm. unenvaiheet ja unen aikainen aktiivisuus aivoissa. Suurin osa ihmisistä tarvitsee unta 7-9 tuntia yössä, jotta mieli ja ruumis pysyvät tasapainossa ja muisti toimii. Unentarve on yksilöllistä ja ihmiset nukkuvat eripituisia aikoja ja myös unen laatu vaihtelee (Yura & Walsh 1993, Iivanainen ym. 2001)

Nukkuminen on erittäin monimutkainen ja muutoksille herkkä toiminta. Nukkumiseen vaikuttavat fyysiset tekijät mm. fyysinen liikunta vaikuttaa nukkumiseen, samoin ruokien ja juomien nauttiminen. Yksilön psykologinen tila vaikuttaa nukkumiseen; huolet, huolestuneisuus, innostuneisuus ja masennus ovat yleisiä unenhäiritsijöitä samoin sosiaalis-kulttuuriset tekijät, ympäristölliset ja taloudelliset tekijät vaikuttavat uneen. Sairaus tuo monesti mukanaan ainakin ohimeneviä ongelmia nukkumiseen. Virkistävää unta pidetään parantavana, joten hoitotyöntekijän on edistettävä potilaan unta sairaalassa. Hoitotyöntekijän on tiedettävä

potilaan tavanomaiset nukkumistavat ja mahdollinen univaikeus on kartoitettava, analysoitava ja dokumentoitava. Unettomuus jaetaan kolmeen eri tyyppiin; nukahtamisvaikeuteen, liian aikaiseen heräämiseen tai spontaaniin heräämiseen tai näiden tyyppien yhdistelmiin (Roper ym.1993, Iivanainen ym. 2001).

Hoitotyöntekijän on tiedettävä nukahtamista ja nukkumista helpottavia hoitotyön toimenpiteitä liittyen potilashuoneeseen, osastoon ja potilaalle tarjottavaan turvallisuudentunteeseen. Tunteilla ja tuntemuksilla on selvä yhteys nukkumiseen. Potilaat, joilla on kielteisiä tunteita ja psyykkistä ahdistusta, nukkuvat huonommin kuin potilaat, joilla on myönteisiä tunteita ja jotka tuntevat hallitsevan elämäänsä (Iivanainen ym. 2001).

PKSSK:n apteekkitiedotteen mukaan (2007) sairaalassa käytetään toiseksi eniten Tenox –nimistä unilääkettä ja toinenkin unilääke on kahdeksan käytetyimmän lääkkeen joukossa, joten myös lääkityksellä helpotetaan hyvin paljon monen potilaan unta sairaalassa.

Unen turvaamiseen liittyi yksi tutkimus. Unta häiritseviä tekijöitä olivat muut potilaat, yleinen melu, hoitajien toiminta ja kipu. Potilaat tunsivat sairaalassa ollessaan enemmän myönteisiä tuntemuksia kuten luottamusta, tyytyväisyyttä ja turvallisuutta kuin kielteisiä tuntemuksia kuten pelkoa, ahdistusta, masennusta tai epäluottamusta. Potilaat olivat sitä mieltä, että hoitajat antoivat unilääkettä usein. Potilaiden mielestä paras nukkumista edistävä hoitotyön keino oli tieto sairaudesta ja sen hoidosta. Tutkijoiden mielestä hoitajien tulisi pyrkiä vaikuttamaan ympäristön häiriötekijöihin ja potilasta tulisi rohkaista ilmaisemaan ja purkamaan kielteisiä tunteitaan.

Suomalaisessa hoitotyön toimintoluokituksessa (SHTL versio 2.0) uneen liittyvät asiat ovat *aktiviteetti-* komponentin alla ja pääluokassa *uni- ja valvetilan seuranta*. Alaluokkina on kuvattu *unta edistävän ympäristön järjestäminen, nukkumisen määrän ja laadun seuranta, vuorokausirytmin muuttaminen ja vireystilan seuranta* (Suomalainen...2005).

3.4.13 Lääkehoidon toteuttaminen

Lääkehoito on keskeinen lääketieteellinen hoitokeino ja tärkeä osa myös hoitotyön kokonaisuudessa. Hoitotyön näkökulmasta lääkehoitoon kuuluu lääkehoidon toteutus ja lääkehoidon vaikutuksen seuranta (Ahlfors ym.1992). Parhaimmillaan lääkehoito perustuu

potilaan, lääkärin ja lääkehoitoa toteuttavan henkilöstön väliseen yhteistyöhön ja yhteisymmärrykseen lääkityksestä. Lääkäri on vastuussa lääkehoidon aloittamisesta, muutoksista ja lopettamisesta ja hoitohenkilöstö toteuttaa lääkehoitoa ohjeiden ja määräysten mukaisesti (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006). Lääkehoitoa toteuttavan sairaanhoitajan tulee valmistaa lääke tarvittaessa käyttökuntoon ohjeiden mukaisesti ja huolehtia lääkehoidon toteuttamisesta niin, että oikea potilas saa oikean lääkkeen ja annoksen, oikeassa muodossa, oikeana ajankohtana sekä oikeaa annostekniikkaa käyttäen (Lääkelaitoksen ohje 5/2002).

Läkehoidon *vaikuttavuuden* arviointi on tärkeä osa läkehoidon kokonaisuutta. Sairaala- ja laitoshoidossa lääkehoitoa toteuttava hoitaja seuraa potilaan vointia ja havainnoi lääkkeen aiheuttamia mahdollisia sivuvaikutuksia. Läkehoidon toteuttaminen ja vaikuttavuus tulee dokumentoida asianmukaisesti. Lääkehoitoa toteuttavan henkilöstön tulee ymmärtää läkehoidon koko kaari ja osata arvioida potilaan vointia ennen lääkkeen antoa, ymmärtää miksi ja miten lääkettä annetaan sekä seurata lääkkeen vaikutusta potilaan vointiin. Potilaalle on annettava tietoa lääkityksen mahdollisista sivuvaikutuksista (Jokinen & Räsänen 2000, Ritmala-Castren 2006, Sosiaali- ja terveysministeriö 2006).

Psykiatrinen lääkehoito on kehon kautta vaikuttamista. Lääkkeet vaikuttavat biokemiallisesti stimuloiden ja rauhoittaen hermostoa: lääkityksellä syvästi masentunut stimuloituu ja levoton ja tuskainen rauhoittuu. Psykiatrisen potilaan näkemys lääkityksen vaikutuksesta ja merkityksestä voi olla ristiriitaista ja potilas tarvitsee keskustelua, seurantaa ja tietoa lääkkeiden vaikutusmekanismeista. Myös potilaan tarvitseman lisälääkityksen käyttö sairaalaolosuhteissa on yleistä ja se vaatii neuvottelua ja harkintaa (Ahlfors ym. 1992). Masennusta hoidetaan usein läkehoidolla, kun kysymyksessä on keskivaikea tai vaikea masennustila. Sairaalassa hoidettavilla masennuspotilailla on pääsääntöisesti lääkitys sairauteensa. Kaksisuuntainen mielialahäiriö on usein elämänikäinen häiriö, jonka hoitaminen vaatii säännöllistä lääkehoitoa (Syvälahti 1995, Äärelä 2004).

Lääkehoitoa oli tutkittu kolmessa tutkimuksessa. Kaikki tutkimukset oli tehty psykiatrisille potilaille ja kaksi niistä masennuksesta kärsiville. Lääkitys koettiin usein ensisijaisena hoitokeinona, joskin siihen suhteutuminen oli ristiriitaista. Masennuslääkityksen pelättiin aiheuttavan fyysistä ja psyykkistä riippuvuutta ja muuttavan persoonallisuutta. Koettiin, etteivät

masennuslääkkeet ratkaisseet ongelmia, vaan ne autoivat kestämaan ongelmia ja vaikeaa elämäntilannetta paremmin.

Masennuslääkkeiden koettiin myös aiheuttavan runsaasti sivuvaikutuksia.

Suomalaisessa hoitotyön toimintoluokituksessa (versio 2.0) lääkehoidon toteuttaminen pääluokkana on *lääkehoito*-komponentin alla. Alaluokkina on lukuisia lääkityksen toteuttamiseen ja valvontaan liittyviä menetelmiä kuten esimerkiksi *suun kautta annettavan lääkityksen antaminen, injektion antaminen, rokottaminen tai kipupumpulla annettava lääkehoito* (Suomalainen...2005).

3.4.14 Vertaistuen järjestäminen

Vertaistoiminnalla tarkoitetaan joko vapaamuotoisesti tai organisoidusti järjestynyttä keskinäistä apua ja tukea, jossa samassa elämäntilanteessa olevat ihmiset pyrkivät yhdessä ratkaisemaan tai etsimään selviytymiskeinoja ongelmiinsa. Toiminnan lähtökohtana on keskinäinen apu ja tuki. Ammattiauttajat eivät välttämättä ole läsnä toiminnassa ja mukana ollessaan ammattiauttajan rooli on korkeintaan konsultin roolissa (Vuorinen 1998). WHO:n ja erilaisten itsehoitoa käsittelevien tutkimusten määritelmässä korostuu tietoinen päätöksenteko, ihmisen oma aktiivinen toiminta ja vastuu terveydestään, kyky löytää itse ratkaisuja ongelmiinsa sekä itsehoidon elämäntavallinen puoli (emt.).

Vertaistuen merkitystä oli tutkittu yhteensä kuudessa psykiatrisille potilaille kohdistuneessa tutkimuksessa. Viisi tutkimusta oli kohdistunut nimenomaan masentuneisiin potilaisiin.

Vertaistuen koettiin antavan mahdollisuuden jakaa ajatuksia ja kokemuksia muiden kanssa ja se on koettu erityisen merkittäväksi toipumista edistäväksi tekijäksi. Yhteys toisiin masentuneisiin on merkittävää ja koettiin, ettei terve ihminen koskaan voi täysin ymmärtää masentunutta.

Suomalaisessa hoitotyön toimintoluokituksessa (SHTL versio 2.0) vertaistuki on *selviytyminen*-komponentin alla, alaluokkana pääluokassa *potilaan omien voimavarojen tukeminen*, Suomalainen...2005).

3.4.15 Kärsimyksen lievittäminen

Eriksson (1995) määrittelee kärsimys-sanana etymologiaa seuraavasti. Kärsimystä ilmaiseva latinankielen sana on ”passio”. Passio-sana nähdään kärsimyksen perussanana, jota käytetään mm. Jeesuksen kärsimyksestä. Kreikankielen ”pascho” tarkoittaa kärsimyksen kokemista, sietämistä ja voittamista. Kreikan kielen sana ”sympatheo” tarkoittaa yhdessä kärsimistä tai toisen kärsimisen tai myötäelämisen jakamista. Latinan kielen sana ”dolor” ilmaisee fyysistä tuskaa, sisäistä kipua, murhetta, surua, myötäelämistä, piinaa, kidutusta, tuskaa ja nöyryytystä. Käsite ”patient” (potilas) on alun perin tarkoittanut kärsivää eli sitä joka kärsivällisesti sietää ja jaksaa kestää, joskaan käsitettä ei tuolloin yhdistetty sairauteen, vaan ihmiseen, joka kärsi, joutui kestäämään jotakin ja olemaan kärsivällinen. Ruotsinkielen sana ”patient” pohjautuu latinan kielen sanaan ”patiens”, joka merkitsee kärsimystä ja jonka perusmuoto on ”pati”, sietää, kärsii.

Kärsimys kuuluu olemassaoloon samoin kuin ihminen kuuluu yhteen elämän ja kuoleman kanssa (Eriksson 1994, Daly 1997). Kärsimys kuuluu elämään (Sarvimäki ja Stenbock-Hult 1990). Kärsimyksen muodot vaihtelevat, mutta sen olemus on aina läsnä. Kärsimys on pahaa sinänsä, se on pyrittävä poistamaan ja kärsimys liittyy usein sairauteen. Sairas ihminen kärsii usein, mutta kärsiä voidaan myös sairaudesta riippumatta. Jos kärsimys nähdään osana elämää, silloin myös terveydessä on kärsimystä. Kärsimystä tulee sietää, jolloin se tulee myönteiseksi voimavaraksi, kun taas sietämätön kärsimys lamauttaa ja estää yksilön kasvun. Terveys on siedettävää kärsimystä (Eriksson 1994). Franklin (1974) mukaan merkityksellisintä on se, mikä on asenteemme kärsimykseen, mikä on asenteemme, jolla suhtaudumme kärsimykseen. Sarvimäki ja Stenbock-Hult näkevät kärsimyksen edistävän usein ihmisen kehitystä ja kasvua. Laine (1995) näkee masennuksen suurena kärsimyksenä, koska masentuneiden kokemuksissa jo masennuksen kehittyessä kärsimys on ollut vahvasti läsnä. Kärsimyksen ääripäänä masentuneet näkivät kokemuksen oman olemisen hämärtymisenä ja katoamisena, jolloin elämästä tulee voimien äärirajoilla hapuilevaa ajautumista.

Toisaalta Daly’n (1997) mielestä tutkijat ja terveydenhuollon ammattilaiset välttävät kärsimisen ilmiötä ja jättävät sen huomiotta, koska se liittyy omaan olemassaoloon ja haavoittuvuuteen. Toisen ihmisen kärsimisen tunnistaminen ja tutkiminen voi uhata ihmisen integriteettiä ja toisen ihmisen kärsimyksen tunnistaminen voi olla monelle liian tuskallista.

Kärsimyksen lievittäminen edellyttää Erikssonin (1995) mukaan hoitajilta rohkeutta lievittää senhetkistä kärsimystä kysymättä ensin sen syytä, riippumatta siitä, onko ihminen itse aiheuttanut pahan vai onko aiheuttaja ihmisen ulkopuolella olevat, hänestä riippumattomat voimat; ihmisen kärsimystä tulee lievittää. Toiseksi tulee tehdä kaikki voitava pahan aiheuttajan ja syiden poistamiseksi. Kärsimystä voidaan Erikssonin (1995) mukaan lievittää kehittämällä hoitokulttuuria ja sairaalamiljöötä, antamalla potilaan kokea olevansa rakastettu, tunnustettu ja ymmärretty ja antamalla sellaista hoitoa ja suorittamalla sellaisia toimenpiteitä, joita sairaus ja ihminen ainutlaatuisena persoonana tarvitsevat. Hoitokärsimyksen poistamisessa on Erikssonin mukaan kysymys hoitamisen etiikasta ja hyvästä hoidosta. Jos hoitaja tietoisesti pyrkii hyvää hoitamiseen eli hoitamiseen, joka syvimmässä merkityksessään on eettistä ja pohjautuu rakkauteen ja vastuuseen toisesta, hoitokärsimystä voidaan hyvin pitkälle poistaa.

Inhimillisen kärsimyksen lievittäminen on kaikkina aikoina ollut hoitomuotojen ydin ja kärsimyksen ymmärtäminen on hoitotieteessä erittäin tärkeää. Kärsimys antaa hoidolle ominaispiirteensä ja eheytensä ja kaikki hoitomuodot haluavat jollain tavalla lievittää sitä. Inhimillisen kärsimyksen lievittäminen on hoitamisen ydin (Eriksson 1995). Lanaran (1991) mielestä hoitotyön tärkeimpiä, joskin vaikeimpia tehtäviä on lohdutuksen antaminen. Kärsimyksen lieventämiseen ei aina riitä hoitajan läsnäolo, vaan tarvitaan teoriaa, tietoa, teknologia, mutta myös rakastavaa sydäntä. Kärsimyksen kohtaaminen ja lievittäminen vaatii työtä, harjoitusta, opiskelua ja jatkuvaa oman elämän tarkoituksen etsimistä.

Erikssonin (1995) mukaan on olemassa kolmenlaista kärsimystä:

1. sairaudesta johtuva kärsimys, jota koetaan suhteessa sairauteen ja siitä johtuviin toimenpiteisiin
2. hoitokärsimystä, jota koetaan itse hoitotapahtumassa
3. elämisestä johtuvaa kärsimystä, jota koetaan suhteessa omaan ainutkertaiseen elämään, elämiseen ja ei- elämiseen ihmisen tietoisuuteen omasta absoluuttisesta erillisyydestä ja siitä johtuvaan yksinäisyyteen.

Kärsimyksen lievittämiseen liittyi yksi psykiatrisille potilaille suunnattu tutkimusta.

Hoitotyöntekijöiden tulisi ymmärtää kärsimyksen olemassaolo, jotta kärsiminen voidaan sallia potilaalle ja sitä osataan jakaa potilaan kanssa. Luottamuksellinen hoitosuhde, kosketus, myötätunto, rakkaus ja kärsivällisyys lievittävät kärsimystä

4. YHTEENVETO NÄYTTÖÖN PERUSTUVISTA HOITOTYÖN MENETELMISTÄ

Edellä esitetyissä tutkimuksissa ei ole välttämättä tutkittu vain kyseistä psykiatrisen hoitotyön menetelmää, vaan menetelmän merkitys on tullut yhtenä tutkimustuloksena, joten sama tutkimus voi olla lähteenä useamman hoitotyön menetelmän kohdalla.

Taulukko 2. Yhteenveto hoitotyön menetelmistä, tutkimusten määrästä ja tieteellisen näytön tasosta.

Hoitotyön menetelmä	Tutkimusten määrä	Tutkimusten näyttö
Toivon ylläpitäminen	11, joista seitsemän masentuneisiin kohdistunutta tutkimusta	10 (T) 1 (H)
Itsetunnon ylläpitäminen	6, joista viisi psykiatriin potilaisiin, niistä kolme masentuneisiin kohdistuvaa tutkimusta ja yksi kouluikäisille tehty tutkimus	5 (T) 1 (H)
Perhehoitotyön toteuttaminen	3, joista yksi tutkimus tehty hoitohenkilökunnalle, yksi lapsiperheille ja yksi kehittämistyö P-K:n sairaanhoitopiirin psykiatrian klinikassa (potilaspalaute)	2 (T) 1 (H)
Selviytymiskeinojen etsiminen	5, joista kaikki oli tehty psykiatrisille potilaille, joista kaksi masentuneille.	5 (T)
Unen turvaaminen	1, tutkimus tehty sisätautien ja kirurgian vuodeosastoilla	1 (T)
Kärsimyksen lievittäminen	1, tehty psykiatrisille potilaille	1 (T)
Huolenpito	7, kolme tutkimusta tehty psykiatrisille potilaille ja heidän omahoitajille ja toisessa syvähaastateltavana oli yksi masentunut, yksi liittyi yvht:hön, kaksi tutkimusta laitoshoidossa olleille som. potilaille	7 (T)
Lääkehoidon toteuttaminen	3, kaksi tutkimusta on tehty masentuneille ja yksi potilaille, omaisille, työntekijöille ja päättäjille.	3 (T)
Hengellisyys huomioiminen	5, yksi tutkimus tehty mm. psykiatriselle potilaalle, yksi tutkimus pelkästään	5 (T)

	psykiatrisille potilaille ja kolme masentuneille	
Psykososiaalinen tukeminen	1, yksi tutkimus tehty masennuspotilaille	1 (T)
Turvallisuudesta huolehtiminen	2, yksi tutkimus tehty psykiatrisille potilaille ja heidän omahoitajille, toinen liittyi yvht:n	2 (T)
Ajattelunhäiriöiden tunnistaminen	1, tehty masentuneille	1 (T)
Vertaistuen järjestäminen	6, yksi opinnäytetyö masentuneille avohoidossa, yksi syvähaastattelu masentuneelle, kolme tutkimusta masentuneille kuntoutujille ja yksi potilaspalaute	4 (T) 2 (H)
Läsnäolo	3, joista yksi tehty masentuneille	3 (T)
Mielihyvän kokeminen	1, tehty masentuneille potilaille	1 (T)
Omahoitajuus	24, joista psykiatrisessa hoitotyössä toteutettuja 8	18 (T) 6 (H)
Intuitio	3, joista yksi on tehty mielenterveyspalveluja käyttäneille ja yksi psyk. hoitajille	2 (T) 1 (H)

Tieteellisen näytön tasot:

1. *Tieteellisesti havaittu tutkimusnäyttö*; vahvin näyttö, tieteellisin kriteerein saavutettu näyttö. (T)
2. *Hyväksi havaittu toimintanäyttö* perustuu laadunarviointi- tai kehittämistarkoituksessa kerättyyn tietoon. (H)
3. *Kokemukseen perustuva näyttö* perustuu käytännön kokemuksen kautta todettua vaikuttavuutta ja potilaan kokemaa hoidon vaikuttavuutta. Kokemukseen perustuvan näytön vaikuttavuuden kyseenalaistamista ei tapahdu systemaattisesti joten sen näyttö on heikoin.(K).

5. POTILASHAASTATTELUJEN TULOKSET

NäPe-työryhmäläiset haastattelivat yhteensä 14 (N=14) mies- ja naispotilasta, joilla kaikilla oli yhtenä psykiatriseen hoitoon tulemisen syynä masennus. Potilaat olivat iältään 22–70-vuotiaita. Potilaat olivat haastatteluhetkellä hoidossa avo-osastolla ja jokaisen hoito oli kestänyt ainakin kuukauden. Tutkijat haastattelivat kaikki potilaat niin, ettei haastateltava ollut tutkijan oma potilas. Haastatteluun käytettiin strukturoitua kyselylomaketta (liite 3), jossa kukin hoitotyön

menetelmä oli täsmennetty muutamilla alakäsitteillä, joita haastattelijat käyttivät joka haastattelussa. Potilaille selitettiin, että haastatteluun osallistuminen oli vapaaehtoista, mutta kukaan ei kieltäytynyt haastattelusta. Haastattelut sovittiin etukäteen ja haastatteluille varattiin rauhallinen tila osastolla. Haastattelut kestivät n. 20–40 minuuttia. Kaikki haastattelulomakkeet oli täytetty kaikilta osin selkeästi, joten yhtään haastattelulomaketta ei tarvinnut hylätä. Muutama haastateltava kommentoi jotakin suullisesti vastaukseensa liittyen ja kommentit on liitetty kyseisen hoitotyön menetelmän kohdalle tuloksissa.

Tulokset on esitetty frekvensseinä ja menetelmien tärkeyden ja toteutumisen välinen yhteys on esitetty laadullisesti (huono- kohtalainen- hyvä- erittäin hyvä), mutta myös suhdelukuna, vaikka kyseessä oli näin pieni aineisto. Suhdelukujen käytettiin, koska erot olivat kuitenkin melko pieniä, joten suhdelukujen arvot kuvaavat tämän aineiston vivahteet, yleistyksiä niistä ei voi tehdä. Alin arvo kuvasi huonointa vaihtoehtoa eli potilas koki hoitotyön menetelmän erittäin tärkeäksi, mutta se ei koskaan toteutunut osastolla annetussa hoidossa. Ylin arvo kuvasi, että hoitotyön menetelmä oli koettu tärkeäksi ja se oli toteutunut aina osastolla annetussa hoidossa. Eli mitä lähempänä lukua 1 suhdeluku oli, sitä paremmin hoitotyön menetelmän tärkeys ja menetelmän toteutuminen osastolla yhdistyivät. Suhdeluvut arvotettiin seuraavasti:

0.29-0.49	huono
0.50-0.69	kohtalainen
0.70-0.89	hyvä
0.90-1.0	erittäin hyvä

Seuraavaksi kuvataan hoitotyön menetelmät *haastateltujen* tuottamassa *tärkeysjärjestyksessä* ja niiden toteutuminen osastolla *haastateltujen* kokemusten mukaan. Frekvenssit ja suhdeluvut on kuvattu taulukkomuodossa liitteessä 4.

5.1 Hoitotyön menetelmien tärkeys ja menetelmän toteutuminen osastolla

1. Läsnäolo

Läsnäolo täsmennettiin haastattelussa käsitteillä aito läsnäolo, saatavilla olo, ajan antaminen, kuuntelu, turvallisuuden tunteen luominen, kiinnostus ja paneutuminen. Läsnäolo koettiin kaikkein tärkeimmäksi hoitotyön menetelmäksi, 12 vastaajaa koki sen erittäin tärkeäksi ja kaksi tärkeäksi hoitotyön menetelmäksi.

Läsnäolo toteutui hoidossa haastateltavien mielestä *hyvin* (0.80).

2. Itsetunnon ylläpitäminen ja unen turvaaminen

Itsetunnon ylläpitäminen täsmennettiin käsitteillä itsetuntemuksen lisääntyminen, itsearvostus/rohkaus luottamaan omiin kykyihin, palautteen vastaanottaminen, kehityksen vastaanottaminen, onnistumiskokemusten mahdollistaminen, itsenäisyyteen kannustaminen sekä fyysiseen ja psyykkiseen minäkuvaan liittyvät asiat. Itsetunnon ylläpitämiseen liittyvät asiat masennuksen hoidossa koettiin toiseksi tärkeimmäksi asiaksi, kymmenen vastaajaa piti sitä erittäin tärkeänä ja neljä tärkeänä hoitotyön menetelmänä. Itsetunnon ylläpitämistä tukevat hoitotyön toiminnot toteutuivat vastaajien mielestä hoidossa *kohtalaisesti* (0.64).

Unen turvaamista täsmennettiin käsitteillä sairauden vaikutus unen määrään ja – laatuun, unihäiriön hoito (lääkehoito ja muut unta edistävät keinot) sekä unta edistävän ympäristön järjestäminen. Haastatelluista kymmenen koki tämän hoitotyön menetelmän erittäin tärkeäksi ja neljä tärkeäksi. Nukkumiseen liittyvät asiat koettiin toiseksi tärkeimmäksi asiaksi hoidossa. Unen turvaaminen onnistui hoidossa vastaajien mielestä *hyvin* (0.72).

3. Lääkehoidon toteuttaminen ja yhteistyösuhde

Lääkehoidon toteuttamista täsmennettiin käsitteillä lääkehoidon merkitys, sivuoireiden huomiointi sekä tiedonsaanti lääkkeistä. Haastatelluista yhdeksän koki lääkehoidon toteuttamisen erittäin tärkeänä ja viisi tärkeänä. Lääkehoidon toteutuminen onnistui vastaajien mielestä osastolla *erittäin hyvin* (0.90).

Yhteistyösuhde täsmennettiin käsitteillä aito ja tasa-arvoinen kohtaaminen ja omahoitajuuden merkitys ja sen toteutuminen. Haastatelluista yhdeksän koki tämän hoitotyön menetelmän erittäin tärkeäksi ja viisi tärkeäksi. Yhteistyösuhde koettiin myös *erittäin hyvin* onnistuneeksi osa-alueeksi hoidossa (0.95).

4. Toivon ylläpitäminen ja kärsimyksen lievittäminen

Toivon ylläpitämistä täsmennettiin käsitteillä mahdollisuuksien löytäminen ja näkeminen, epävarmuuden sietäminen, tiedonsaanti oireista, hoidosta ja ennusteesta. Kahdeksan haastatelluista koki toivon ylläpitämisen erittäin tärkeänä ja kuusi tärkeänä. Vastaajien mielestä toivon ylläpitäminen onnistui hoidossa *kohtalaisesti* (0.60).

Kärsimyksen lievittäminen täsmennettiin käsitteillä kärsimyksen tunnistaminen, lohdutus, myötätunto sekä välittäminen (rakkaus). Haastatelluista kahdeksan koki mielihyvän kokemisen tärkeimpänä ja kuusi tärkeänä hoitotyön toimintona. Yksi haastatelluista lisäsi, että ”rakkautta ja lohdutusta on vaikea ottaa vastaan”. Kärsimyksen lievittämisessä onnistuttiin vastaajien mielestä *hyvin* (0.74).

5. Mielihyvän kokeminen

Mielihyvän kokemista täsmennettiin käsitteillä mielihyvää tuottavien asioiden löytyminen kuten värit, luonto ja esineet, mielihyvää tuottavien asioiden tekeminen kuten musiikki, taide, pelit, kirjat ja ruokailu. Haastatelluista yhdeksän koki mielihyvän kokemisen erittäin tärkeäksi ja viisi tärkeäksi hoidossaan. Vastaajien mielestä mielihyvän kokemus hoidossa onnistui *kohtalaisesti* (0.63).

6. Dialogisuus

Dialogisuus kuvattiin tasa-arvoisena keskusteluna yksilö- ja yhteisökohtaamisissa samoin kuin tiimi- ja verkostotapaamisissa. Yhdeksän haastatelluista koki dialogisuuden toteutumisen erittäin tärkeänä, neljä tärkeänä ja yksi ei niin kovin tärkeänä hoidossaan. Dialogisuuden kokemukseen osastolla pystyttiin vastaamaan jopa yli potilaiden odotusten eli *erittäin hyvin* (1.05).

7. Turvallisuudesta huolehtiminen

Turvallisuutta täsmennettiin käsitteillä ohjaus, opettaminen, luottamus hoitoon ja yhteistyösuhteeseen sekä yksityisyyden säilyttäminen. Seitsemän haastatelluista koki toivon ylläpitämisen erittäin tärkeänä ja seitsemänä tärkeänä hoitotyön menetelmänä. Turvallisuudesta huolehtiminen vastasi juuri potilaiden odotuksia eli toteutui vastaajien mielestä *erittäin hyvin* (1.0).

8. Selviytymiskeinojen etsiminen

Selviytymiskeinojen etsiminen täsmennettiin käsitteillä omien voimavarojen löytäminen ja käyttöönotto, toimintakykyyn ja elämänhallintaan liittyvät asiat, itsestä huolehtimisen vahvistaminen sekä toiminnallisuuteen liittyvät asiat esim. toiminnallinen kuntoutus. Haastatelluista kahdeksan koki tämän hoitotyön menetelmän erittäin tärkeäksi, viisi tärkeäksi ja

yksi ei kovin tärkeäksi hoitotyön menetelmäksi. Selviytymiskeinojen etsiminen onnistui hoidossa *hyvin* (0.87).

9. Huolenpito

Huolenpitoa täsmennettiin käsitteillä välittäminen, avunantaminen, perustarpeista huolehtiminen kuten ruokailu, liikunta, hygienia ja ulkonäkö, lohduttaminen, tuki, ymmärtäminen, tilan antaminen sekä kokemus hyväksytyksi tulemisesta. Haastatelluista seitsemän koki huolenpidon erittäin tärkeäksi, viisi tärkeäksi ja kaksi ei kovin tärkeäksi hoitotyön menetelmäksi. Myös huolenpidon toteutumisessa onnistuttiin *hyvin* (0.88).

10. Psykososiaalinen tukeminen

Psykososiaalinen tukeminen täsmennettiin käsitteillä taloudelliset asiat, etuudet, sosiaalisten ongelmien selvittely ja järjestely (asunto, opiskelu ym.) Seitsemän haastateltua koki psykososiaalisen tuen erittäin tärkeäksi, neljä tärkeäksi, yksi ei kovin tärkeäksi ja kaksi ei ollenkaan tärkeäksi hoitotyön toiminnoksi. Yksi haastatelluista lisäsi, ettei nähnyt psykososiaalista tukea tärkeänä eikä halunnut niitä palveluja eli hoitotyön menetelmä ”ei toteutunut koskaan”, vaikka niitä olisi ollut tarjolla. Psykososiaalisen tuen tarjoamisessa onnistuttiin vastaajien mielestä *hyvin* (0.87).

11. Vertaistuen järjestäminen

Vertaistukea täsmennettiin käsitteillä muilta potilailta saatu tuki hoidossa, potilas- ja omaisyhdistysten esittely sekä vertaistukiryhmien esittely. Haastatelluista kuusi koki vertaistuen erittäin tärkeäksi, kuusi tärkeäksi ja kaksi ei kovin tärkeäksi hoidossaan. Moni haastatelluista toi esiin, ettei heille oltu esitelty potilas- tai omaisyhdistyksiä. Vertaistuen antamisessa onnistuttiin myös *hyvin* (0.80).

12. Ajattelun häiriöiden tunnistaminen

Ajattelunhäiriöiden tunnistaminen täsmennettiin käsitteillä vääristyneiden ajatusten tunnistaminen ja vääristyneiden ajatuksien kanssa työskentely. Haastatelluista kuusi koki ajattelunhäiriöiden kanssa työskentelyn erittäin tärkeänä, kuusi tärkeänä ja kaksi ei kovin tärkeänä ja kaksi ei ollenkaan tärkeänä. Ajattelunhäiriöiden tunnistamisessa onnistuttiin *kohtalaisesti* (0.52).

13. Perhehoitotyön toteuttaminen

Perhehoitotyön toteuttamista täsmennettiin käsitteillä potilaalle tärkeiden ihmisten/ läheisten määrittely, läheisten mukaanotto hoitoon, potilaan perheen voimavarojen tukeminen, perhetapaamiset, kotikäynnit, yhteydenpito sekä verkostopalaverit. Haastatelluista kuusi koki perhehoitotyön toteuttamisen erittäin tärkeänä, kolme koki sen tärkeänä, kolme ei kovin tärkeänä ja yksi ei lainkaan tärkeänä. Haastatelluista kolme toi esiin, etteivät he halunneetkaan perhettään tavattavan hoidon aikana ja yksi ilmaisi, ettei hänellä ole perhettä. Perhehoitotyön toteutuminen onnistui hoidossa *hyvin* (0.83).

14. Hengellisyiden huomiointi

Hengellisyiden huomiointia täsmennettiin käsitteillä vakaumuksellisuuden merkitys ja huomiointi, anteeksiannon, armon ja syyllisyyden esiintuonti/ läpikäynti yhteistyösuhteessa. Hengellisydestä pari haastateltavaa totesi, että hengellisyttä on ollut tarjolla, mutta haasteltava ei ole sitä halunnut, joten siksi vastaus ”ei ole toteutunut koskaan”. Yksi haastatelluista totesi, ettei hengellisyys hänelle tärkeää eikä ole halunnut sellaisia tilaisuuksia. Hengellisyiden huomiointi korreloi melko täsmällisesti vastaajien toiveisiin eli *erittäin hyvin* (0.98).

6.2 Yhteenveto potilashaastattelusta

Kaikkia masennuksen hoitotyön menetelmiä (15) sekä lisäksi yhteistyösuhdetta ja dialogisuutta koettiin tarvittavan masennuksen hoidossa. Vaihtelua menetelmän tärkeydessä ja sen toteutumisessa hoidon aikana oli jonkin verran. Useat haastateltavat kokivat haastattelussa olleiden hoitotyön menetelmien merkityksen erittäin tärkeäksi masennuksensa hoidossa. *Läsnäolo* koettiin kaikkein tärkeimmäksi hoitotyön menetelmäksi, toiseksi tärkeimmäksi nousivat *itsetunnon lisäämiseen* ja *unen turvaamiseen* liittyvät asiat. Eniten eroavuutta hoitotyön menetelmän tärkeydessä oli hengellisyiden huomioinnin, perhehoitotyön toteuttamisen, vertaistuen ja ajattelunhäiriöiden tunnistamisen kohdalla. Osa haastatelluista koki, ettei kyseinen menetelmä ollut kovin tärkeä tai ollenkaan tärkeässä hoidossa. Haastatelluista kymmenen koki, ettei hengellisyiden huomioiminen ollut kovinkaan tai ollenkaan tärkeää hoidossa.

Hoitotyön menetelmien toteutumisessa hoidon aikana oli myös eroja eikä osastolla kyetty vastaamaan kaikkien hoitotyön menetelmien kohdalla potilaiden kokemukseen hoitotyön

menetelmän tärkeydestä. Pääsääntöisesti kuitenkin haastateltavat kokivat saaneensa hyvin hoitoa niillä osa-alueilla, jotka he kokivat tärkeiksi. Huonoimmin henkilökunta pystyi vastaamaan ajatuksenhäiriöiden tunnistamisen, toivon ja itsetunnon ylläpitämisen ja mielihyvän kokemisen alueilla. Kaikki nämä hoitotyön menetelmät olivat haastatelluille tärkeitä tai erittäin tärkeitä, mutta hoidossa niihin oli kyetty vastaamaan pääsääntöisesti vain useimmiten tai joskus.

Tämän haastattelun primääri tavoite ei ollut löytää tärkeintä masentuneen potilaan hoitotyön menetelmää vaan saada käsitys erilaisten hoitotyön menetelmien merkityksestä masentuneen potilaan hoidossa ja löytää kehityskohteita henkilökunnan hoitosuhdetyöskentelyyn masentuneen potilaansa kanssa. Jokaisella masentuneella on omat *yksilölliset* tarpeensa ja toiveensa, joihin hoitojakson aikana olisi kyettävä vastaamaan ja joista omahoitajan olisi oltava tietoinen. Haastateltavat suhtautuivat tutkimukseen myönteisesti ja kannustavasti. Monen hoitotyön menetelmän kohdalla haastateltavat ilmaisivat aidosti, kuinka todella tärkeinä he kokivat ”läsnäolon, itsetunnon ylläpitämisen tai mielihyvän kokemisen”. Masentuneen potilaan auttamiseksi on kaikella todennäköisyydellä olemassa hoitotyön menetelmiä, joita tässä kyselyssä ei kysytty. Tässä esiin tuodut ovat menetelmiä, joista on näyttöön perustuvaa tutkittua tietoa ja tämä haastattelu vahvistaa menetelmien merkityvyyttä ja näyttöön perustuvuutta masentuneen potilaan hoidossa.

7. NÄYTTÖÖN PERUSTUVAT HOITOTYÖN MENETELMÄT MASENTUNEEN AUTTAMISEKSI

Tämän työn perusteella NäPe-työryhmä esittää näyttöön perustuvina masentuneen potilaan hoitotyön menetelminä seuraavia psykiatrisen hoitotyön toimintoja:

- Toivon ylläpitäminen
- Itsetunnon ylläpitäminen
- Ajattelun häiriöiden tunnistaminen
- Läsnäolo
- Turvallisuudesta huolehtiminen

- Huolenpito
- Selviytymiskeinojen etsiminen
- Perhehoitotyön toteuttaminen
- Mielihyvän kokeminen
- Psykososiaalisen tukeminen
- Hengellisyyden huomiointi
- Unen turvaaminen
- Lääkehoidon toteuttaminen
- Vertaistuen järjestäminen
- Kärsimyksen leivittäminen
- Työn organisointitapana omahoitajuus

8. POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tämä työ sai alkunsa psykiatrisen hoitotyön näkymättömyyden ihmettelystä. Halusimme tietää, mitä on masennuksen ”Käypä Hoito” psykiatrisen hoitotyön näkökulmasta, ja mitä näyttöön perustuvia masennuksen hoitotyön menetelmiä on olemassa. Työllä halusimme tuoda näkyväksi psykiatrisen hoitotyön menetelmiä ja osaamista siten, että hoitotyöntekijät *tietoisesti* käyttäisivät hoitotyön menetelmiä, ja ymmärtäisivät, mikä merkitys niillä on psykiatrisen potilaan ja erityisesti masentuneen potilaan hoidossa. Hoitotyön käsitteiden avaaminen, yhteinen pohtiminen ja hoitotyön menetelmien syvälinen ymmärtäminen on tärkeää siksi, että tässä työssä esitetyt psykiatrisen hoitotyön menetelmät tulisivat todellisiksi työvälineiksi meidän työyksikkömme hoitotyöhön, mutta myös avuksi kollegoille muihin yksiköihin.

Työ on ollut lähes kolmivuotinen prosessi ja se on muuntunut ja laajentunut työn edetessä. Alkuperäinen tarkoitus oli, että NäPe- työryhmä kartoittaa pelkästään kotimaisia tieteellisiä hoitotyön tutkimuksia, jotka liittyivät masentunutta auttaviin hoitotyön menetelmiin. Työ haluttiin kuitenkin lähemmäksi hoitotyön käytäntöä ja potilaita, että työstä saataisiin

mahdollisimman paljon konkreettista apua työskentelyyn masentuneiden kanssa kriisiosaston arjessa. Pian ymmärsimme, että työskentely oli laajennettava koko työyksikön kehittämistyöksi.

Työ on ollut tutkimusta ja kehittämistyötä. Kirjallisuuskatsaus tehdyistä tutkimuksista on tehty tietyin ehdoin kotimaisista tietokannoista. Työn tavoitteena ei ole ollut löytää kaikkia masentuneen potilaan auttamismenetelmiä, vaan pikemminkin oppia löytämään näyttöön perustuvan työn työskentelytapa joidenkin keskeisten masentunutta auttavien menetelmien kautta. Työstä todennäköisesti puuttuu tutkimuksia ja sitä kautta joitakin tärkeitä masentunutta auttavia hoitotyön menetelmiä, mutta synteesimme menetelmistä on tällä kertaa tämä. Toisaalta tutkimuksista saavuttamattomien hoitotyön menetelmien puute osaltaan korjaantui hoitohenkilökunnalle tehdyssä kyselyssä, josta saimme *käytännöstä* arvokasta lisätietoa hoitotyön menetelmistä, joita työyksikkömme hoitohenkilökunta käytti työssään psykiatristen potilaidensa kanssa. Potilaille tehdyn haastattelun aineisto oli pieni ja ne vahvistivat tässä työssä esiinnousseiden hoitotyön menetelmien merkitystä masentuneen hoidossa.

Masentuneen potilaan *tutkimuksiin* perustuvat hoitotyön menetelmät olivat osittain yhteneviä hoitohenkilökunnan esiin tuomien menetelmien kanssa. Pelkästään masentuneiden potilaiden hoitotyön menetelmiä koskevia kotimaisia tutkimuksia ei ole kovin paljon ja kaikki tuskin ”haaviimme” osuivat. Omahoitajuus on näyttöön perustuva hoitotyön organisointitapa psykiatrisen potilaan hoitotyössä. Omahoitajan merkitys on kiistaton, mutta myös työyhteisön muiden jäsenten merkitys hoidossa on tärkeä. Toivon ylläpitämiseen, itsetunnon vahvistamiseen, hengellisyyden toteuttamiseen, selviytymiskeinojen etsimiseen ja huolenpitoon liittyvistä hoitotyön menetelmistä löytyi useampia tutkimuksia.

Vuodesta 2003 lähtien yksikkömme on ollut mukana testaamassa strukturoitua sähköisen kirjaamisen mallia ja sen myötä on totuttauduttu työn täsmällisempään kuvaukseen toiminto- ja tarverekisterien kautta (SHToL, SHTaL). Onko läsnäolo oma hoitotyön toimintonsa vai kuuluuko se huolenpitoon? Mistä toivon ylläpitäminen alkaa ja mihin kärsimyksen lievittäminen loppuu? Mitä hengellisyyden toteutuminen tai mielihyvän kokeminen hoitotyön toimintoina ovat? Tämän työn perusteella toimintorekisteristä puuttuu joitakin keskeisiä psykiatrisen hoitotyön auttamismenetelmiä kuten itsetunnon ylläpitäminen, huolenpito, mielihyvän kokeminen ja kärsimyksen lievittäminen ja jo rekisterissä olevien menetelmien aktiivinen ja tietoinen käyttö vaatii yhteistä keskustelua ja käsitteiden selventämistä. Psykiatrisessa

hoitotyössä ja hoitosuhteessa tapahtuu monia hoitotyön toimintoja samanaikaisesti, osa *tietoisesti* ja osa *intuiitiivisesti*, kaikkea ei ehkä kyetäkään täysin yhtenevästi kuvaamaan ja kirjaamaan. Masennus hoitotieteellisenä käsitteenä on vahvasti kokemuksellista ja yksilöllistä, joten masentuneen ihmisen auttamisessa tarvitaan monenlaisia luoviakin menetelmiä ja ratkaisuja.

Masennuksesta ei ole kirjallisuudessa yhtenevää näkemystä eivätkä psykiatrisen hoitotyön käsitteetkään yksiselitteisiä ole, joten myös hoitotyöntekijöillä oli erilaisia näkemyksiä oman työnsä käsitteiden sisällöstä. Systemaattista keskustelua tai analyysia hoitotyön menetelmien sisällöistä tai hoitotyön käsitteistä ei osastolla oikeastaan koskaan oltu käyty. *Kehittämistyön* luonnetta kuvaa hyvin se, että työyksikön hoitotyöntekijät vastasivat heille suunnatussa kyselyssä hyvin kirjavasti ja erilaisia käsitteitä käyttäen kysymykseen käyttämistään psykiatrisen hoitotyön menetelmistä. Erilaisia hoitotyön menetelmiä oli kuvattu lähes sata. Hoitohenkilökunta kuvasi käyttävänsä hoitotyön menetelmänä eniten läsnäoloa, tiedon antamista, tukemista eri muodoissaan, kannustamista ja rohkaisua ja näiden käsitteiden sisällöistä oltiinkin melko yksimielisiä. Kuunteleminen ja hoitosuhde (omahoitajuus) nähtiin myös keskeisinä menetelminä. Kokonaan ilman mainintaa henkilökunnan kyselyssä jäivät tietyt keskeiset menetelmät kuten uneen ja unen turvaamiseen liittyvät asiat, hengellisyyden huomiointi, kärsimyksen lievittäminen, ajattelunhäiriöiden tunnistaminen ja vertaistuen mahdollistaminen. Toisaalta käytännön kokemuksesta tiedetään tärkeitä hoitotyön menetelmiä, joista ei löytynyt tutkittua tietoa mm. unen turvaamiseen liittyviä tutkimuksia ei psykiatrisen hoitotyön menetelmänä löytynyt. Lääkehoidon toteuttaminen ja lääkityksen vaikutuksen seuranta ovat keskeisiä hoitotyön menetelmiä osastolla hoidettavien masennuspotilaiden kohdalla, mutta hoitotyön menetelmätutkimuksia niistä ei löytynyt. Ajattelunhäiriöiden tunnistamiseen liittyviä tutkimustuloksia löytyi ainoastaan yksi. Mielihyvän kokeminen oli erittäin tärkeä potilaiden kokemana, mutta siitäkin löytyi vain yksi tutkimus. Tutkittavaa psykiatrisessa hoitotyössä vielä olisi!

Eniten korjaamisen varaa hoitotyöntekijöillä oli masentuneiden potilaiden mielestä ajattelunhäiriöiden tunnistamiseen, toivon ylläpitämiseen ja itsetunnon vahvistamisen kohdalla. Mielihyvän kokemus hoitotyön toimintana ei myöskään oikein toteutunut hoidossa. Toivon ylläpitämiseen ja itsetunnon vahvistamiseen liittyi useita tutkimuksia ja haastatellut kokivat ne erittäin tärkeinä. Huonoimmin toteutuneiden menetelmien kohdalla tarvitaan käsitetyötä; toivo ja itsetunto ovat laajoja ja paljon käytettyjä käsitteitä, mutta hoitotyön työmenetelminä ne vaativat

vielä selkiyttämistä ja operationalisointia. Hoitotyöntekijöiden olisi syytä paneutua käsitteisiin kyseisten menetelmien kohdalla jatkossa. *Parhaiten* potilaiden kokemus hoitotyön menetelmän tärkeydestä ja toteutumisesta kohtasivat dialogisuuden/ tasa-arvoisen kohtaamisen ja turvallisuudesta huolehtimisen kohdalla. Myös hengellisyyden huomiointi ja yhteistyösuhde (omahoitajuus) vastasivat hyvin potilaiden ilmaisemaa tärkeyttä hoidossa. Näiden psykiatrisen hoitotyön perusasioiden hyvästä toteutumisesta esimies, hoitohenkilökunta ja koko tiimi voivat olla ylpeitä ja tyytyväisiä! Vertaistuen käsitteeseen liittyi potilas- ja omaisryhmien esittely osastohoidon aikana, mutta kaikki haastatellut sanoivat, ettei heille oltu esitelty kyseisiä toimintoja.

Henkilökunnan kyselystä saatu tieto, että henkilökunta koki haluavansa jatkossa eniten *koulutusta* nimenomaan hoitotyön menetelmistä, oli kannustava Kyselyn tulosten luokittelun ja yhteisen käsittelyn jälkeen henkilökunta teki käsiteanalyysit yhteisesti sovitusta ja keskeisistä hoitotyön keinoista (toivon ylläpitäminen, itsetunnon vahvistaminen, huolenpito, omahoitajasuhde, voimaantuminen ja kuntouttava psykiatrinen hoitotyö). Käsiteanalyysien teko, pohdinta, opponointi ja työn esittäminen kollegoille ja muille hoitotiimin jäsenille on ollut haasteellinen, mutta myös antoisa vaihe tässä työssä. Moni on saanut huomata, miten ”teoreettinen” käsiteanalyysi kääntyy käytännön hoitotyön kielelle selkiyttämään omaa työtä. Henkilökunta on kuvannut työskentelyään käsiteanalyysien ja kehittämistyön parissa muun muassa näin ”hyvä purkaa välillä itsestäänselvyyksiä vai ovatko ne sittenkään olleet kaikille niin selviä?”, ”selkiyttänyt masennuspotilaan auttamismenetelmiä”, ”tärkeää ja perustehtävää selkiyttävää työtä”, ”auttanut yhtenäistämään hoitotyön sisältöä”, ”jäsentänyt masennuspotilaan hoitoa”, ”omaa työtä on voinut tarkastella laajemmassa yhteydessä”, ”on löytänyt tutkittua tietoa oman toiminnan perusteeksi”, ”käsiteanalyysi työläs, varsinkin alussa työn merkitys hakusessa”, ”mielenkiintoista kuulla muiden tekemiä töitä ja vaihtaa ajatuksia”, ”osaston työn sisällön kehittämiseen hyvä keino” ja ”innostus ollut näkyvillä, joskaan ei luonnollisesti kaikilla”.

Koko hoitotiimi on ollut todella aktiivisesti mukana kehittämistyössä, joten kehittämistyön ei toivota päättyvän tähän. Potilashaastattelussa käytettyä kyselylomaketta aiotaan jatkossa käyttää vertaisarvioinnin työvälineenä. Tarkoituksena on, että vertaisparit haastattelevat toistensa omia potilaita hoitojakson päättyessä. Tuloksia käydään läpi kahdenkeskisissä keskusteluissa ja omahoitaja saa palautetta masentuneen näyttöön perustuvien hoitotyön menetelmien

toteutumisesta omissa hoitosuhteissaan. Palautteen perusteella omahoitaja voi kiinnittää huomiota työskentelyssään oleviin puutteisiin tai saada vahvistusta hyvin toteutuneesta työstä.

Henkilökunnalle kehittämistyö on ollut haasteellinen ja uusi kokemus. Henkilökunta on ollut mukana prosessissa, missä tutkittu tieto ja käytännön tieto yhdistyvät käytännön hoitotyössä potilaan parhaaksi. Psykiatrisen hoitotyön paletissa on useita hoitotyön keinoja masentuneen potilaan auttamiseksi. Meidän tulee rohkeasti tutkia, kokeilla ja käyttää paletin kaikkia värejä!

Johtopäätökset

1. Käytännön hoitotyössä käytettävät käsitteet on määriteltävä yhteisesti ja käsitteistä on oltava yhtenevä näkemys.
2. Psykiatrisessa hoitotyössä käytettävät menetelmät on määriteltävä ja menetelmät tulee ottaa tietoisemmin käyttöön masentuneen hoidossa
3. Masentuneen potilaan kohdalla tulee kiinnittää enemmän huomiota
 - ajattelunhäiriöiden tunnistamiseen ja niiden kanssa työskentelyyn
 - itsetunnon vahvistamiseen liittyviin toimintoihin
 - toivon ylläpitämiseen hoitotyön toimintana
 - mielihyvän kokemiseen hoitotyön toimintana
4. Unen turvaamista, mielihyvän kokemista ja lääkehoidon toteuttamista hoitotyön toimintoina tulee jatkossa tutkia.

Työn viimeisellä sivulla on yhteenvetona visuaalisessa muodossa koko työ ja sen tulokset sekä valokuvassa kehittämistyön tiimi. Yhteenveto on työhön liittyvä poster.

NÄYTTÖÖN PERUSTUVA HOITOTYÖ MASENTUNEEN AUTTAMISEKSI

Tutkimus ja kehittämistyö

Masentuneen auttamisen lähtökohdat

- Hoitotyö
- Omahoitajasuhde
- Dialogisuus
- Intuitio

Näyttöön perustuvat hoitotyön menetelmät:



Kehittämistyön tulokset

- Psykiatrisen hoitotyön käsitteet ovat selkiintyneet
- Hoitotyön menetelmien merkitys on selkiintynyt ja hoitosuhteessa tapahtuvia asioita osataan kuvata paremmin
- Toimintorekisterin käyttö sähköisessä kirjaamisessa on helpottunut
- Kyselylomakkeesta on saatu väline vertaisarviointiin
- Tutkimus ja näyttöön perustuva hoitotyö ovat jalkautuneet kriisi- ja arkeen
- Haastatellut olivat tyytyväisiä paneutumiseen masennuksen hoitoon



Kehittämistyön tiimi

NäPe-työryhmä
Kirsti Sainola-Rodriguez, va oh, THM
Nina Kekkonen, esh
Timo Pöppönen, sh
Irma Kiikkala, TTT, kehittämisspäälikkö

LÄHTEET

- Achté K, Alanen Y ja Tienari P. Psykiatria meille kaikille. WSOY. Juva 1987.
- Ahlfors L, Saarikoski M ja Sova I. Psykiatrinen hoitotyö. Tammer- Paino Oy. Tampere 1992.
- Ahonen J. Kuntoutuskurssi masentuneen apuna. Pro gradu-tutkielma. Stakes. Aiheita 35/1998.
- Alaraudanjoki A. Psykiatrian alan erikoissairaanhoitajan toiminta kahdenkeskeisessä vuorovaikutustilanteessa potilaan kanssa. Tutkielma. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden hallinnon laitos 1987.
- Alastalo T ja Punkkinen A. Masennuspotilaiden kokemuksia hoidossa auttavista tekijöistä. Sairaanhoitaja 11 (78), 2005:26–28.
- Barbosa da Silva A ja Eriksson K. Hoitoteologia hoitotieteen osa-alueena. Kirjassa Barbosa da Silva A ja Eriksson K Usko ja Terveys (toim.). SHKS. Ykkös-Offset. Vaasa. 1994.
- Barnhart D, Bennett P, Porter B ja Sloan R. Hoitamisen filosofia ja tiede (Jean Watson). Kirjassa Marriner-Tomey Hoitotyön teoreetikot ja heidän työnsä. SHKS. Vammalan Kirjapaino Oy. Vammala 1994.
- Brophy GH, Carey ET, Noll J, Rasmussen L, Searcy B ja Stark NL. Psykodynaaminen hoitotyö (Hildegard Peplau). Kirjassa Marriner-Tomey Hoitotyön teoreetikot ja heidän työnsä. SHKS. Vammalan Kirjapaino Oy. Vammala 1994.
- Cody WK. Aito läsnäolo HIV-perheiden kanssa. Kirjassa Parse Rizzo R Elämyksiä. Hygieia. Kirjayhtymä. Tampere 1997.
- Dunderfelt T. Intuitio ja tunneviestintä. Juva 2001.
- Enäkoski M. ”Kun elämä satuttaa”. Kokemuksia masennuksesta ja masennuslääkkeistä. Kuopion yliopiston julkaisuja A. Farmaseuttiset tieteet 57. Sosiaalfarmasian laitos. Farmaseuttinen tiedekunta. Kuopio 2002.
- Eriksson K. Hoitamisen idea. Sairaanhoitajien koulutussäätiö. Forssan kirjapaino Oy 1987.
- Eriksson K. Carita-idea. SHKS. Hämeenlinna. 1989.
- Eriksson K. Kärsimyksen lievittäminen. Kirjassa Eriksson K ja Barbosa da Silva (toim.) Usko ja terveys. Johdatus hoitoteologiaan. SHKS.Ykkös-Offset Oy, Vaasa 1994.
- Eriksson K (toim.), Bondas-Salonen T, Herberts S, Lindholm L ja Matilainen D. Moniulotteinen terveys- todellisuus ja visiot. Vaasan sairaanhoitopiirin ky. Loppuraportti. 1995a.
- Eriksson K. Hoitokärsimys. Kärsivä ihminen hoidossa. Åbo Akademi. Samhälls – och vårdvetenskapliga fakulteten. Institutionen för vårdvetenskap. 1995b.
- Eriksson K, Nordman T ja Myllymäki I. Troijan hevonen. Evidenssiin perustuva hoitaminen ja hoitotyö hoitotieteellisestä näkökulmasta. Helsingin yliopistollinen keskussairaala ja Vaasan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Helsinki 2000.
- Haatainen K. Toivottomuus masentuneiden aikuisten elämässä. Avohoitopotilaiden seuranta tutkimus. Tutkielma. Terveystieteiden koulutusohjelma. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto 1998.
- Haavisto ML. Inhimillisten tarpeiden tyydyttyminen yksilövastuisessa hoitotyössä ja ryhmätyömallia toteuttavassa hoitotyössä. Pro gradu-tutkielma. Hoitotieteen laitos, Tampereen yliopisto 1991.
- Hakulinen T ja Paunonen M. Analyysi käsitteistä perhehoitotyö. Hoitotiede Vol.6, no 2/94.
- Hallila L ja Graeffe R. Hoitotyön luokitukset ja diagnoosit Kirjassa Hallila L (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Otavan Kirjapaino. Keuruu 2005.
- Harkila A. Muutosprosessi siirryttäessä omahoitajakäytäntöön. Lisensiaattitutkimus, Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto 1991.
- Heggyvary ST. Yksilövastuinen hoitotyö. Hygieia. Kirjayhtymä. 1987.
- Heikkilä I ja Heikkilä K. Dialogi- avain innovatiivisuuteen. WSOY. Helsinki 2001.
- Huhtinen A. Dialogi metodologian tuolla puolen. Hoitotiede Vol. 8 no 2/96:100–103.
- Iivanainen A, Jauhiainen M ja Korkiakoski L. Hoitotyön käsikirja. Hygieia. Kirjayhtymä 1995.
- Immonen O, Laurila S ja Väisänen S. Potilaan kokemus saamastaan psykiatrisesta hoidosta akuutin kriisin osastolla. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Joensuu 2004.
- Isaacs W. Dialogi ja yhdessä ajattelemisen taito. Kauppakaari. Helsinki 2001.
- Jennings BM ja Loan LA. Misconceptions among nurses about evidence-based practice. Journal of Nursing Scholarship 33(2), 121-127. 2001.
- Jokinen M ja Räsänen K. Keskeiset mielenterveyshäiriöt. Kirjassa Välimäki M, Holopainen A ja Jokinen M Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa. WSOY, Juva 2000.
- Kalasniemi M, Kuivalainen L ja Ryhänen A. Yksilövastuinen hoitotyön toteutuminen Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin kuntayhtymässä. Mittarin kehittäminen ja testaaminen. Pohjois-Karjalan shp k. Joensuu 2002.
- Karila I. Masennushäiriöt Kirjassa Kognitiivinen psykoterapia 2003 Kähkönen S, Karila I ja Holmberg N. Gummerus. Jyväskylä 2003.
- Kasen A. Den vårdande relationen. Åbo Akademi Föreläsning- Åbo Academy University Press. Åbo 2002.
- Keltikangas- Järvinen L. Hyvä itsetunto. WSOY. Juva 1995.

- Ketola E, Kaila M ja Mäkelä M. Käypä hoito-suositukset – kokeilusta kulmakiveksi. *Duodecim* 2004; 120:2949–54.
- Kettunen R, Kähäri-Wiik K, Vuori-Kemilä A ja Ihalainen J. Kuntoutumisen mahdollisuudet. WSOY. Porvoo 2002.
- Kiikkala I. Masennus käsitteenä. Mielenterveystyön opettajien laatimiin määrittelyihin perustuva masennus-käsitteen sisällön tarkastelu ja alustava uudelleenmäärittely. Teoksessa Munnukka T ym. (toim.) *Hoitotyön vuosikirja* 1996. Kirjayhtymä. Helsinki 1996.
- Kiikkala I. Omaha-ohje. Pro-gradu tutkielma terveydenhuollon kandidaatin tutkintoa varten. Kansanterveystieteen laitos. Terveydenhuollon koulutusohjelma. Tampere 1985.
- Kiikkala I. Care for depressed people- a preliminary model for nursing. Kirjassa *Knowledge development: Clinicians and Researchers in Partnership*. Workgroup of European Nurse Researchers. Proceedings vol. 1. Oy Edita Ab. Helsinki 1998.
- Kiikkala I ja Munnukka T. Mielenterveystyö hoitotieteellisen kiinnostuksen kohteena. Katsaus kansainvälisten kongressien esityksiin. Kirjassa *Hoitotyön vuosikirja* 1998 Munnukka T, Halme S, Kankinen A, Kiikkala I, Lehto P ja Rokkanen R (toim.) Tammer-paino Oy. Tampere 1998.
- Kohonen M, Kylmä J, Juvakka T ja Pietilä AM. Toivoa vahvistavat hoitotyön auttamismenetelmät metasynteesi. *Hoitotiede* Vol.19, no 2/-07.
- Kokkola A, Kiikkala I, Immonen T ja Sorsa M. ”Mitä sinä elämältäsi haluat?” Asiakaslähtöinen mielenterveyttä edistävä toimintamalli. Stakes. Suomen Kuntaliitto. Helsinki 2002.
- Koponen L. Hoitotyö omasairaanhoidajien kuvaamana - ja kuvausten ilmentämiä yhteyksiä hoitotieteen teoreettisiin lähestymistapoihin. Pro gradu-tutkielma. Hoitotieteen laitos, Tampereen yliopisto 1995.
- Konsensuslausuma. *Psykoterapia* 18.10.2006. Suomalainen lääkäriseura Duodecim ja Suomen Akatemia.
- Kuivalainen L ja Ryhänen A. Unen häiriintyminen - potilaan nukkuminen sairaalassa. Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiiriin julkaisuja 1997:18.
- Kukkola O ja Pulkkinen R. Hoitotyön nykytilanne: Yksilövastuun hoitotyön toteutuminen vuodeosastoilla. Tutkielma. Hoitotieteen ja terveydenhuollon hallinnon laitos, Kuopion yliopisto 1991.
- Kylmä J. ...Että elämä kantaa.. Hoitotieteellisen toivon tutkimuksen meta-analyysi. Pro gradu. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto 1993.
- Kylmä J. Toivon dynamiikka. Inhimillisen olemassaolon uudistuksen lähde. Kirjayhtymä. Tammer-Paino Oy. Tampere 1996.
- Kylmä J. Dynamics of hope in adult persons living with HIV/AIDS and their significant others – a substantive theory. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 85. Department of Nursing. University of Kuopio 1996.
- Kylmä J. Vanhuksen toivon dynamiikka. Tutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto 1997.
- Kylmä J ja Vuori J. Hoitotyöntekijän toivon dynamiikka ja sen tutkimus hoitosuhteessa, hoitoyhteisössä ja hoitotyön johtamisessa. *Hoitotiede* vol. 11, no 3/99.
- Kylmä J, Pelkonen M ja Hakulinen T. Laadullinen tutkimus ja näyttöön perustuva hoitotyö. *Hoitotiede* Vol. 16, no 6/-04.
- Kylävalli A. Potilaiden kokemuksia yksilövastuun hoitotyön keskeisten periaatteiden toteutumisesta Kymenlaakson sairaanhoitopiiriin alueella yksilövastuun hoitotyön projektiin osallistuneilla vuodeosastoilla. Tutkielma, Hoitotieteen laitos, Kuopion yliopisto 1995.
- Laakso S ja Routasalo P. Yksilövastuun hoitotyö. *Sairaanhoitaja* 9/97 vol. 70.
- Laine, R. Masentuneen polku. Analyysi aikakauslehtiartikkeleista esiintyneiden omakohtaisesti masennuksen kokeneiden kertomuksista. *Mieli Maasta-* valtakunnallinen depressioprojekti. Stakes 16/1997.
- Lanara V. Heroism as a nursing value. A philosophical perspective. Athens, Greece 1991.
- Latvala E, Visuri T ja Janhonen S. Psykiatrinen hoitotyö. WSOY:n graafiset laitokset. Juva 1995.
- Latvala E. Potilaslähtöinen psykiatrinen hoitotyö laitosympäristössä. *Acta Universitatis Ouluensis*. Oulun yliopisto 1998.
- Lauri S. (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyö. Werner Söderström Osakeyhtiö. Helsinki. WS Bookwell Oy. Juva 2003.
- Lappalainen M, Pelkonen M ja Kylmä J. Mielenterveyskuntoutujien kuvaus itsetunnon tukemisessa hoitotyössä. *Hoitotiede* vol. 16, no 2/2004.
- Leiman M. Vaikuttavuustutkimuksen pulmallisuus psykoterapiassa. *Duodecim* 2004;120:2645-53.
- Leino-Kilpi H. Näyttöön perustuva hoitotyö: onko sitä? Kirjassa *Hoitotyön vuosikirja* 2001 Voutilainen P, Leino-Kilpi H, Mikkola T ja Peiponen A (toim.). Tammer-Paino Oy, Tampere 2001.
- Leino-Kilpi H ja Lauri S. Näyttöön perustuvan hoitotyön lähtökohdat. Kirjassa Lauri S (toim.) *Näyttöön perustuva hoitotyö*. WS Bookwell Oy. Juva 2003.
- Lenck-Kalliola K. Mitä psykiatrinen hoitotyö sisältää? Potilaiden ja omien hoitajien kuvaus terveydestä ja sen saavuttamisesta. Helsingin yliopistollisen keskussairaalan tutkimusjulkaisuja 7/1988.
- Lindholm L ja Eriksson K. To understand and alleviate suffering in a caring culture. *Journal of Advanced Nursing* 1993;18:1354-1361.

- Lindström U. Psykiatrisen hoito-opin perusteet. SHKS. Karisto Oy:n kirjapaino 1988.
- Luotolinna-Lybeck H ja Leino-Kilpi H. Yksilövastuinen hoitotyö- hoitohenkilökunnan edellytysten arviointia. Pro Nursing ry. Julkaisusarja C:1:1991.
- Lääkelaitoksen ohje 5/2005.
- Lönnqvist J. Potilaan tutkiminen ja mielenterveyden häiriöiden luokittelu. Kirjassa Lönnqvist J, Heikkinen M, Henriksson M, Marttunen M ja Partonen T Psykiatria. Duodecim. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä 1999.
- Lönnqvist J. Lääkettä masennukseen? Pääkirjoitus. Kansanterveys 9/2006:3.
- McCloskey JC ja Bulechek GM. Nursing Interventions Classification (NIC). Iowa Intervention Project. Mosby St. Louis 1996.
- Mielonen J. Näyttöön perustuva psykiatrisen hoitotyö. Kysely yhden sairaanhoitopiirin psykiatrisille hoitotyöntekijöille. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto 2006.
- Miettinen S. Psykiatrisille potilaille kehitetty hoidon arviointimittari; metodisen kokeilun alustavia tuloksia ja arviointia. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin julkaisuja nro 16/1994. Kuopio.
- Miettinen M, Hopia H ja Koponen L. Kirjallisuuskatsaus kansainvälisiin hoitotyön interventiotutkimuksiin Kirjassa Miettinen M, Hopia H, Koponen L ja Wilskman K (toim.) Hoitotyön vuosikirja 2005 Hoitotyön interventiot. Suomen Sairaanhoitajaliitto. Silverprint Oy. Sipoo 2005.
- Metsämuuronen J. Maailma muuttuu - miten muuttuu sosiaali- ja terveysala? Sosiaali- ja terveysalan muuttuva toimintaympäristö ja tulevaisuuden osaamistarpeet. Työministeriö. Helsinki 1998.
- Munnukka T. Tehtävienhoidosta yksilövastuiseen hoitoyöhön. Tampere 1993. (tarkista)
- Murtola E. Potilaiden kokemuksia yksilövastuiseen hoitotyön periaatteiden toteuttamisesta vuodeosastolla. Pro Nursing ry. Julkaisusarja C:4. 1993.
- Mäkelä A, Ruokonen T ja Tuomikoski M. Hoitosuhdetyöskentely. Tammi. Tummavuoren kirjapaino. Vantaa 2001.
- Mäkelä M. Näyttöön perustuva terveydenhuolto Suomessa. Kirjassa Hoitotyön vuosikirja 2001 Voutilainen P, Leino-Kilpi H, Mikkola T ja Peiponen A (toim.). Tammer-paino Oy. Tampere 2001.
- Mäkisalo M. Kannattaako kehittämistoiminta? Yksilövastuiseen hoitotyön toteutumisen arviointia Etelä-Karjalan keskussairaalassa. Sairaanhoitaja 10/2002 vol 75.
- Nurminen R. Hiljainen tieto hoitotyössä. Hygieia. Kustannusosakeyhtiö Tammi 2000.
- Nuutinen L, Nuutinen M ja Erhola M. Käypä hoito- suositukset alueellisten hoito-ohjelmien ja hoitoketjujen pohjana. Duodecim 2004;120:2955-62
- Nykysuomen sanakirja. Sadeniemi M. Suomen kirjallisuuden seura. WSOY. Helsinki.2002.
- Okkonen T ja Ruotsalainen E. Rakkaus hoitamisessa. Pro gradu. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto 1994.
- Paasovaara S. Sairaanhoitajien näkemyksiä yksilövastuudesta hoitotyöstä ja omahoitajuudesta. Pro gradu- tutkielma. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulun yliopisto 2000.
- Paavilainen E ja Pösö T. Lapset, perhe ja väkivaltatyö. WSOY. Helsinki 2003.
- Pakarinen K. Yksilövastuiseen hoitotyön kehittämisohjelma. Pro gradu. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto 1992.
- Parse Rizzo, R. Human Becoming: Parsen hoitotyön teoria. Nursing Science Quartely. Chestnut House Publications. 1992:6-7
- Partanen P ja Perälä M-L. Menetelmien arviointi hoitotyössä. Kansallisen ja kansainvälisen tutkimuksen systemoitu kirjallisuuskatsaus. FinOHTA raportti 7. Stakes, Helsinki 1997.
- Paunonen M ja Vehviläinen- Julkunen K . Perhe hoitotyössä. Teoria, tutkimus ja käytäntö. WSOY. Porvoo 1999
- Pelkonen M, Hakulinen T. Voimavaroja vahvistava malli perhehoitotyöhön. Hoitotiede vol. 14, no 5/02.
- Pearson A. A broader view of evidence. International Journal of Nursing Practice 2005;11:93-94.
- Perälä ML. Muutos tehtäväkeskeisestä yksilövastuiseen hoitotyöhön: Vaikutukset hoitotyöntekijöiden toimintaan ja potilas-hoitajavuorovaikutukseen. Lisensiaattityö, Kuopion yliopisto 1989.
- Perälä ML. Näyttöön perustuvaan hoitotyöhön. Teoksessa Simoila R, Kangas R ja Ranta J (toim.) Hoitotyötä johtamaan. Kirjayhtymä, Helsinki 1999.
- Perälä ML (toim.). Hoitotyön suunta – strategia laatuun ja tuloksellisuuteen. Hoitotyön projektiryhmä. Stakes. Gummerus. Jyväskylä 1997.
- Perälä ML ja Pelkonen M. Hoitotyön suositukset osana näyttöön perustuvaa toimintaa. Sairaanhoitaja vol. 79, 12/2006, 12-15.
- Pesonen A. Asiakkaiden kokemuksia mielenterveyspalveluista. Lisensiaattityö. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto 2005.
- Pirkanen M, Pietilä AM ja Pelkonen M. Nuorten masennus ja itsetuntoa vahvistava tuki. Kyselytutkimus nuorille terveydenhoitajalta saadusta tuesta. Hoitotiede vol. 13, no 2/2001.
- Pukuri T. Yksilövastuiseen hoitotyön toteutuminen hoitohenkilöstön arvioimana. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 7/97. Tampereen yliopistollinen sairaala, Tampere 1997.
- Puolakka A. Aidon huolenpidon kokemus hoitotyössä. Pro gradu tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Tampere 1995.

- Puolakka K. Omahoitajatyöskentelystä yksilövastuiseen hoitotyöhön. Hoitotyön kehityksestä harjavallan sairaalassa vuosien 1971–2001. Pro gradu. Hoitotieteen laitos, Tampereen yliopisto 2002.
- Pyykkö V. ”If I only could” – ”There is always a loophole” – hope and hopelessness experienced by the Severly Depressive and Non-depressive Elderly. Turun yliopiston julkaisuja, sarja D, osa 577, Turun yliopisto 2003.
- Pölkki T, Pietilä AM, Vehviläinen-Julkunen K ja Kiviluoma K. Hoitotieteellisen interventiotutkimuksen käytännöllisiä ratkaisuja – esimerkkinä lasten postoperatiivisen kivun hoidon tutkimus. *Hoitotiede* vol. 16, no 4/04. 146–157.
- Rawlins RP, Williams S & Beck C. *Mental Health Nursing- Psychiatric Nursing. A Holistic Life-Cycle Approach*. Third Edition. Mosby Year Book. St Louis 1993.
- Ristaniemi T. Oman onnensa seppä? Tutkimus masentuneen naisen selviytymisestä. Pro gradu-tutkielma. 33/1998 Stakes.
- Ritmala-Castren M. Lääkehoidon turvallisuutta lääkehoidonsuunnitelman avulla. *Sairaanhoitaja* 5/2006.
- Roper N, Logan W ja Tierney A. Hoitotyön perusteet. Tammer-Paino Oy. Tampere 1993.
- Rycroft-Malone J, Seers K, Titchen A, Harvey G, Kitson A ja McCormack B. What counts as evidence in evidence-based practice. *Journal of Advanced Nursing* 47 (1), 81-90. 2004.
- Ryhänen A. Yksilövastuiseen hoitotyön toteutuminen. Seurantatutkimus operatiivisen hoitotyön alueella. Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin julkaisuja 35. 2005.
- Ryynänen EM. Masentuneen potilaan toivo ja sitä tukeva hoito. Pro gradu-tutkielma. Hoitotieteen laitos, Kuopion yliopisto 2005.
- Saarikivi C. Masentuneen ihmisen elämän käännekohtat ja niihin sisältyvät oivallukset masennuksesta kuntoutumisessa – matkalla kohti muutosta. pro gradu – tutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto 2006.
- Salokangas RKR. Kliininen depressio. Mitä se on ja miten sitä hoidetaan? WSOY. Porvoo 1997.
- Saramäki K. Psykiatristen sairaalapotilaiden arvio omahoitajan toimintojen hyödyllisyydestä ja toteuttamisesta. Pro gradu- tutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto 1997.
- Savolainen H ja Sillanpää. H Masentuneiden ihmisten kuvaus masennuksesta ja kuntoutumisesta. Pro gradu-tutkielma. Hoitotieteen laitos. Terveystieteiden opettajan koulutusohjelma. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. 27/1999.
- Schwartz MS ja Shockley EL. Sairaanhoitaja ja psykiatrinen potilas. WSOY. Porvoo 1969.
- Seikkula J ja Arnkil TE. Dialoginen verkostotyö. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Tammer-Paino Oy. Tampere 2005.
- Sihvonen M. Potilaiden ja hoitajien näkemys tavoitteista ja keinoista psykiatrisessa sairaanhoidossa. Helsingin yliopisto. Yleislääketieteen laitos. Julkaisusarja: 5. Helsinki 1988.
- Siltala P. Depression synty ja monimuotoisuus Kirjassa Lindqvist M, Kuvaja T ja Rasilainen A Masennus- mustaa ja valkoista. *Therapeia –säätiiö*. Helsinki 2005.
- Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Terveystä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä. Kansallinen tavoite- ja toimintaohjelma 2004–2007. Julkaisuja 2003:18.
- Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksessa. Helsinki 2006.
- Sova I. Eläytyvä huolenpito. Kirjassa Ahlfors L, Saarikoski M ja Sova I. Psykiatrinen hoitotyö. Tammer- Paino Oy 1992.
- Sarvimäki A ja Stenbock-Hult B. Hoitoa ja huolenpitoa. SHKS. Karisto Oy:n kirjapaino. Hämeenlinna 1990.
- Suomen perussanakirja. Osa 2. Haarala R, Lehtinen M ja Grönfors ER (toim.). Kotimaisten kielten tutkimuskeskuksen julkaisuja. 1992.
- Suonsivu K. Potilaiden kokemuksia omahoitajuudesta psykiatrisessa sairaalassa. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Kansanterveystieteen laitos 1989.
- Suonsivu K. Yksilövastuinen hoitotyö psykiatrisessa sairaalassa omahoitajien kokemuksellisenä toimintana. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos 1993.
- Suonsivu K. Yksilövastuinen hoitotyö psykiatrisessa sairaalassa omahoitajan kokemuksellisenä toimintana. Lisensiaattityö. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos 1993.
- Stallwood J ja Stoll R. *Spiritual dimensions of nursing practice*. Teoksessa Beland IL ja Pasos (toim.) *Clinical Nursing: Pathophysiological and Psychosocial Approaches*. Kolmas painos, Macmillan, New York 1975. (tässä työssä kirjasta Yura ja Walsh 1992)
- Sullivan P. Developing evidence-based care in mental health nursing. *Nursing Standard* 12 (31), 35–38. 1998.
- Suomala M-T. 1998. Masentuneen ihmisen kokemus autetuksi tulemisesta. Pro gradu-tutkielma. Mieli Maasta!
- Syvälähti E. Depression biologiset hoitomuodot. Kirjassa Suomen Akatemian Julkaisuja 1/95 Depressio-tunnistaminen ja hoito. Painatuskeskus. Helsinki 1995.
- Taylor MC. Itsearvostus. Kirjassa Yura ja Walsh Inhimilliset tarpeet ja hoitotyö 2. WSOY, SHKS. Juva 1992.
- Tiri H. Psykiatrisen hoidon tuloksellisuus. Potilaiden, omaisten, työntekijöiden ja päättäjien käsityksiä psykiatrisen hoidon tuloksellisuudesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä. *Hoitotiede* 13 (2): 87-98. 2000.

- Turkki J. Psykiatrisen hoitotyön lähtökohdat. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden koulutusohjelma 1990.
- Tähkä V. 1970. Psykoterapian perusteet. WSOY, Porvoo 1970.
- Välimäki M ja Holopainen A. Tutkimus ja psykiatrisen hoitotyö. Kirjassa Välimäki M, Holopainen A, Jokinen M Psykiatrisen hoitotyö muutoksessa. WSOY 2000.
- Töyry E. Hoidon ihmisläheisyys erikoissairaanhoidossa. Mittarin kehittäminen ja käyttö. Kuopion yliopiston julkaisuja 86. Kuopio 2001.
- Uusi sivistyssanakirja 1997.
- Valopaasi M. Uskonnollisuus hoitotyön arjessa: näkökulma hengelliseen hyvinvointiin ja pahoinvointiin. Kirjayhtymä. Helsinki 1996.
- Varto J (1994) Filosofinen ihmiskäsitys ja toiseus. Teoksesta J Lehtovaara ja Jaatinen (toim.) Dialogissa –matkalla mahdollisuuteen. Tampereen opettajakoulutuslaitoksen julkaisu
- Vuorinen M. Vertaistuen mahdollisuudet mielenterveystyössä. Kirjassa Hoitotyön vuosikirja 1998 Munnukka T, Halme S, Kankainen A, Kiikkala I, Lehto P ja Rokkanen R. Tammer-Paino Oy. Tampere 1998.
- Väkeväinen J. Tietämisen tavat. Tutkintotyö. Sosiaali- ja terveysalan laitos. Lahden ammattikorkeakoulu 2000.
- Välimäki M ja Mäkitalo J. Psykiatrisen hoitotyön luonne ja työn vaatimat ammattitaidot. Kirjassa Välimäki M, Holopainen A, Jokinen M. Psykiatrisen hoitotyö muutoksessa. WSOY, 2000.
- Williams I. Dialogi ja yhdessä ajattelemisen taito. Kauppakaari. Helsinki 2001
- Ylihärstilä O. Potilaan kokemus potilas-sairaanhoitaja-vuorovaikutussuhteen merkityksestä. Kirjassa Munnukka T & Kiikkala I: Ihmisen auttamisen lähtökohtia. Hygieia. Kirjayhtymä. Tammer-Paino 1996.
- Yura H ja Walsh MB. Inhimilliset tarpeet ja hoitotyö 2. Sairaanhoitajien koulutussäätiö. WSOY, Juva 1992.
- Äärelä E. Depressio ruumiillisen sairauden yhteydessä. Lääketehdas Oy H. Lundbeck Ab 2004.

Julkaisemattomat lähteet:

- Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin strategia vv. 2006-2010
- Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän lääkeneuvottelukunnan ja sairaala-apteekin lääketiedote. Tammikuu 2007.
- Sainola-Rodriguez K, Saramäki K & Tolvanen H. Työyksikköjen raportit potilaspalautteista vv. 1992–1996.
- Monistheet, P-K:n sairaanhoitopiiri, Paiholan sairaala, osasto 56.
- Suomalainen hoitotyön toimintoluokitus (SHTL) versio 2.0. Käytössä P-KSSK:n psykiatrian klinikassa.

www-sivut:

- <http://www.epshp.fi/psy/dep-alue/depress.htm>
- <http://www.laakelaitos.fi/uploads/maaraykset/M52002.pdf>.

LIITTEET

LIITE 1. Yhteenvedo käytetyistä tutkimuksista

TEKIJÄ	VUOSI	MENETELMÄ	TUTKIMUKSEN NIMI
Omahoitajuus			
Kiikkala	1985	kvalitatiivinen	Omahoitaja
Perälä	1989	toimintatutkimus	Muutos tehtäväkeskeisestä yksilövastuiseen hoitotyöhön: Vaikutukset hoitotyöntekijöiden toimintaan ja potilas-hoitajavuorovaikutukseen
Suonsivu	1989	teemahaastattelu	Potilaiden kokemuksia omahoitajuudesta psykiatrisessa sairaalassa
Luotolinna-Lybeck & Leino-Kilpi	1991	kyselylomake	Yksilövastuinen hoitotyö- hoitohenkilökunnan edellytysten arviointia
Kukkola & Pulkkinen	1991	kyselytutkimus	Hoitotyön nykytilanne: Yksilövastuiseen hoitotyön toteutuminen vuodeosastoilla
Haavisto	1991	kyselytutkimus	Inhimillisten tarpeiden tyydyttyminen yksilövastuisessa hoitotyössä ja ryhmätyömallia toteuttavassa hoitotyössä
Harkila	1991	toimintatutkimus	Muutosprosessi siirryttäessä omahoitajakäytäntöön
Pakarinen	1992	toimintatutkimus	Yksilövastuiseen hoitotyön kehittämisohjelma
Murtola	1993	kyselytutkimus	Potilaiden kokemuksia yksilövastuiseen hoitotyön periaatteiden toteuttamisesta vuodeosastolla
Munnukka	1993	kyselytutkimus	Tehtävien hoidosta yksilövastuiseen hoitotyöhön
Suonsivu	1993	kyselytutkimus	Yksilövastuinen hoitotyö psykiatrisessa sairaalassa omahoitajan kokemuksellisenä toimintana
Miettinen	1994		Psykiatrisille potilaille kehitetty hoidon arviointimittari; metodisen kokeilun alustavia tuloksia ja arviointia
Koponen	1995	haastattelututkimus	Hoitotyö omasairaanhoidajien kuvaamana – ja kuvausten ilmentämiä yhteyksiä hoitotieteen teoreettisiin lähestymistapoihin
Kylävalli	1995	kyselytutkimus	Potilaiden kokemuksia yksilövastuiseen hoitotyön keskeisten periaatteiden toteutumisesta Kymenlaakson sairaanhoitopiirin alueella yksilövastuiseen hoitotyön projektiin

			osallistuneilla vuodeosastoilla
Ylihärstilä, kirjassa Munnukka & Kiikkala: Ihmisen auttamisen lähtökohtia	1996	tapaustutkimus	Potilaan kokemus potilas-sairaanhoitaja-vuorovaikutussuhteen merkityksestä.
Pukuri	1997	kyselytutkimus	Yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen hoitohenkilöstön arvioimana
Saramäki	1997	kyselytutkimus	Psykiatristen sairaalapotilaiden arvio omahoitajan toimintojen hyödyllisyydestä ja toteuttamisesta
Paasovaara	2000	laadullinen	Sairaanhoitajien näkemyksiä yksilövastuisesta hoitotyöstä ja omahoitajuudesta
Kalasniemi & Kuivalainen & Ryhänen	2002	kyselytutkimus	Yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin kuntayhtymässä. Mittarin kehittäminen ja testaaminen
Mäkisalo	2002	teemahaastattelu	Kannattaako kehittämistoiminta? Yksilövastuisen hoitotyön toteutumisen arviointia Etelä-Karjalan keskussairaalassa
Puolakka	2002	historian tutkimus	Omahoitajatyöskentelystä yksilövastuiseen hoitotyöhön. Hoitotyön kehityksestä Harjavallan sairaalassa vuosien 1971-2001
Sainola-Rodriguez & Saramäki & Tolvanen	1996	työyksikön kyselytutkimus	Työyksikköjen raportit potilaspalautteista v. 1992-1996
Immonen & Laurila & Väisänen	2004	kyselytutkimus	Potilaan kokemus saamastaan psykiatrisesta hoidosta akuutilla kriisiosastolla
Ryhänen	2005	kyselytutkimus	Yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen. Seurantatutkimus operatiivisen hoitotyön alueella.
Intuitio			
Pesonen	2005	haastattelututkimus	Asiakkaiden kokemuksia mielenterveyspalveluista
Nurminen	2000	teemakysely ja haastattelu	Hiljainen tieto hoitotyössä
Väkeväinen	2000	laadullinen ja kuvaileva	Tietämisen tavat
Toivon ylläpitäminen			
Kylmä	1993	kvalitatiivinen meta-alalyysi	... Että elämä kantaa... Hoitotieteellisen toivon meta-analyysi
Okkonen & Ruotsalainen	1994	kvalitatiivinen etnografinen haastattelu	Rakkaus hoitamisessa

Kylmä	1996	grounded- menetelmä	Dynamics of hope in adult persons living with HIV/AIDS and their significant others – a substantive theory
Suomala	1998	Colaizzin analyysimenetelmä	Masentuneen ihmisen kokemus autetuksi tulemisesta
Haatainen	1998	kvantitatiivinen seurantatutkimus	Toivottomuus masentuneiden aikuisten elämässä
Kylmä & Vuori	1999	artikkelianalyysi	Hoitotyöntekijän toivon dynamiikka ja sen tutkimus hoitosuhteessa, hoitoyhteisössä ja hoitotyön johtamisessa
Savolainen & Sillanpää	1999	haastattelututkimus	Masentuneiden ihmisten kuvaus masennuksesta ja kuntoutumisesta
Pyykkö	2003	haastattelututkimus	”If I only could” – ”There is always a loophole” – hope and hopelessness experienced by the Severly Depressive and Non-depressive Elderly
Alastalo & Punkkinen	2005	haastattelututkimus	Masennuspotilaiden kokemuksia hoidossa auttavista tekijöistä
Saarikivi	2006	haastattelututkimus	Masentuneen ihmisen elämän käännekohdat ja niihin sisältyvät oivallukset masennuksesta kuntoutumisessa – matkalla kohti muutosta
Ryynänen	2005	haastattelututkimus	Masentuneen potilaan toivo ja sitä tukeva hoito
Itsetunnon ylläpitäminen			
Sihvonen	1988	teemahaastattelu	Potilaiden ja hoitajien näkemys tavoitteista ja keinoista psykiatrisessa sairaanhoidossa
Suomala	1998	teemahaastattelu	Masentuneen ihmisen kokemus autetuksi tulemisesta
Savolainen & Sillanpää	1999	haastattelututkimus	Masentuneiden ihmisten kuvaus masennuksesta ja kuntoutumisesta
Pirskanen & Pietilä & Pelkonen	2001	haastattelututkimus	Nuorten masennus ja itsetuntoa vahvistava tuki. Kyselytutkimus nuorille terveydenhoitajalta saadusta tuesta
Lappalainen & Pelkonen & Kylmä	2004	haastattelututkimus	Mielenterveyskuntoutujien kuvaus itsetunnon tukemisessa hoitotyössä
Alastalo & Punkkinen	2005	haastattelututkimus	Masennuspotilaiden kokemuksia hoidossa auttavista tekijöistä
Ajattelunhäiriöiden tunnistaminen			
Saarikivi	2006	haastattelututkimus	Masentuneen ihmisen elämän käännekohdat ja niihin sisältyvät oivallukset masennuksesta kuntoutumisessa – matkalla kohti muutosta

Läsnäolo			
Munnukka	1993	kyselytutkimus	Tehtävien hoidosta yksilövastuiseen hoitotyöhön
Okkonen & Ruotsalainen	1994	kvalitatiivinen etnografinen haastattelututkimus	Rakkaus hoitamisessa
Pesonen	2005	haastattelututkimus	Asiakkaiden kokemuksia mielenterveyspalveluista
Turvallisuudesta huolehtiminen			
Lenck-Kalliola	1988	haastattelututkimus	Mitä psykiatrinen hoitotyö sisältää? Potilaiden ja omien hoitajien kuvaus terveydestä ja sen saavuttamisesta
Munnukka	1993	kyselytutkimus	Tehtävien hoidosta yksilövastuiseen hoitotyöhön
Huolenpito			
Lenck-Kalliola	1988	haastattelututkimus	Mitä psykiatrinen hoitotyö sisältää? Potilaiden ja omien hoitajien kuvaus terveydestä ja sen saavuttamisesta
Sihvonen	1988	teemahaastattelu	Potilaiden ja hoitajien näkemys tavoitteista ja keinoista psykiatrisessa sairaanhoidossa
Okkonen & Ruotsalainen	1994	kvalitatiivinen etnografinen haastattelu	Rakkaus hoitamisessa
Kiikkala	1998	syvähaastattelu	Masentuneen kokemus auttavista elementeistä elämässään ja hoidossaan.
Munnukka	1993	haastattelututkimus	Tehtävien hoidosta yksilövastuiseen hoitotyöhön
Puolakka	1995	haastattelututkimus	Aidon huolenpidon kokemus hoitotyössä
Saarikivi	2006	haastattelututkimus	Masentuneen ihmisen elämän käännekohdat ja niihin sisältyvät oivallukset masennuksesta
Selviytymiskeinojen etsiminen			
Lenck-Kalliola	1988	haastattelututkimus	Mitä psykiatrinen hoitotyö sisältää? Potilaiden ja omien hoitajien kuvaus terveydestä ja sen saavuttamisesta
Ristaniemi	1997	haastattelututkimus	Oman onnensa seppä? Tutkimus masentuneen naisen selviytymisestä
Latvala	1998	haastattelututkimus	Potilaslähtöinen psykiatrinen hoitotyö laitospäristössä
Suomala	1998	haastattelututkimus	Masentuneen ihmisen kokemus autetuksi tulemisesta
Perhehoitotyön toteuttaminen			
Sainola-Rodriguez &	1996	työyksikön	Työyksikköjen raportit

Saramäki & Tolvanen		kyselytutkimus	potilaspalautteista v. 1992-1996
Pitkänen & Åstedt-Kurki & Laijärvi & Pukuri	2002	kyselytutkimus sisällön analyysi	Kysely psyk. hoitohenkilökunnalle perhehoitotyön käsitteestä.
Pelkonen & Hakulinen	2002	käsiteanalyysi	Voimavaroja vahvistava malli perhehoitotyöhön
Mielihyvän kokeminen			
Suomala	1998	kuvaavatutkimus	Masentuneen ihmisen kokemus autetuksi tulemisesta
Psykososiaalinen tukeminen			
Enäkoski	2002	haastattelututkimus	” Kun elämä satuttaa ”. Kokemuksia masennuksesta ja masennuslääkkeistä
Hengellisyyden huomiointi			
Eriksson	1995	kyselytutkimus	Moniolotteinen terveys- todellisuus ja visiot
Valopaasi	1995	kyselytutkimus	Tutkimus henkilökunnan valmiuksista kohdata potilaiden hengellisiä tarpeita.
Suomala	1998	teemahaastattelu	Masentuneen ihmisen kokemus autetuksi tulemisesta
Kiikkala	1998	haastattelututkimus	Masentuneen kokemus auttavista elementeistä elämässään ja hoidossaan
Saarikivi	2006	haastattelututkimus	Masentuneen ihmisen elämän käännekohtat ja niihin sisältyvät oivallukset masennuksesta kuntoutumisessa – matkalla kohti muutosta
Unen turvaaminen			
Kuivalainen & Ryhänen	1997	kyselytutkimus	Unen häiriintyminen – potilaan nukkuminen sairaalassa
Lääkehoidon toteuttaminen			
Tiri	2000	haastattelututkimus	Psykiatrisen hoidon tuloksellisuus. Potilaiden, omaisten, työntekijöiden ja päättäjien käsityksiä psykiatrisen hoidon tuloksellisuudesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä
Ristaniemi	1997	haastattelututkimus	Oman onnensa seppä? Tutkimus masentuneen naisen selviytymisestä
Enäkoski	2002	haastattelututkimus	” Kun elämä satuttaa ”. Kokemuksia masennuksesta ja masennuslääkkeistä
Vertaistuen järjestäminen			
Sainola-Rodriguez & Saramäki & Tolvanen	1996	kyselylomake	Työyksikön raportit potilaspalautteista v. 1992-1996
Ahonen	1998	haastattelututkimus	Kuntoutuskurssi masentuneen apuna

Savolainen & Sillanpää	1999	haastattelututkimus	Masentuneiden ihmisten kuvaus masennuksesta ja kuntoutumisesta
Alastalo & Punkkinen	2005	haastattelututkimus	Masennuspotilaiden kokemuksia hoidossa auttavista menetelmistä
Kiikkala	1998	haastattelututkimus	Masentuneen kokemus auttavista elementeistä elämässään ja hoidossaan
Saarikivi	2006	haastattelututkimus	Masentuneen ihmisen elämän käännekohtat ja niihin sisältyvät oivallukset masennuksesta kuntoutumisessa – matkalla kohti muutosta
Kärsimyksen lieventäminen			
Lindholm & Eriksson	1993	haastattelututkimus	To understand and alleviate suffering in a caring culture

LIITE 2. Hoitajien kyselylomake

7.7.05

osasto 56
työnkehittämistyön alkukartoitus

Ole hyvä ja vastaa seuraaviin kysymyksiin, tulosta ja laita pöydällä olevaan kirjekuoreen. Nimeä ei tarvitse laittaa, mutta jokaisen osasto hoitohenkilökuntaan kuuluvan toivotaan vastaavan. Vastaa rehellisesti, mallivastuksia ei odoteta, vaan tämän tiedon perusteella voimme miettiä työnkehittämispäivien hoitotyön sisältöjä.

Vastausaikaa 15.8. asti.

1. Mitä hoitotyönkeinoja käytät psykiatrisen potilaasi hoidossa?
2. Mitä hoitotyönkeinoja käytät hoitosuhdekeskusteluissasi?
3. Millä hoitotyön alueella koet tarvitsevasti lisätietoja tai koulutusta?

7. Selviytymiskeinojen etsiminen - omien voimavarojen löytäminen ja käyttöönotto - toimintakykyyn ja elämänhallintaan liittyvät asiat - itsestä huolehtimisen vahvistaminen - toiminnallisuuteen liittyvät asiat (esim. toim.kunt.)									
8. Perhehoitotyön toteuttaminen - potilaalle tärkeiden ihmisten/läheisten määrittely - läheisten mukaanotto hoitoon - potilaan perheen voimavarojen tukeminen - perhetapaamiset, kotikäynnit - yhteydenpito - verkostopalaverit									
9. Mielihyvän kokeminen - mielihyvää tuottavien asioiden löytyminen kuten värit, luonto, esineet - mielihyvää tuottavien asioiden tekeminen kuten musiikki, taide, pelit, kirjat, ruokailu									
10. Psykososiaalinen tukeminen - taloudelliset asiat, etuisuudet - sosiaalisten ongelmien selvittely ja järjestely (asunto, opiskelu ym.)									
11. Hengellisyys huomiointi									

[illegible]

1. Toivon ylläpitäminen	XXXXX XXX f=8	XXXXX X f=6			yht. 14	x f=1	XXXXX XXXXX f=10	XXXX f=4		yht. 14
- mahdollisuuksien löytäminen - mahdollisuuksien näkeminen - epävarmuuden sietäminen - tiedonsaanti oireista, hoidosta ja ennusteesta					0.60					
2. Itsetunnon ylläpitäminen	XXXXX XXXXX f=10	XXXX f=4				XXXX f=4	XXXXX X f=6	XXXX f=4		
- itsetuntemuksen lisääntyminen - itsearvostus/ rohkaisu luottamaan omiin kykyihin - palautteen vastaanottaminen, kehityksen mahdollistaminen - onnistumiskokemusten mahdollistaminen - itsenäisyyteen kannustaminen - fyysiseen ja psyykkiseen minäkuvaan liittyvät asiat					0.64					

3. Ajattelunhäiriöiden tunnistaminen	xxxx' f=4	xxxxx x f=6	xx f=2	xx f=2	yht. 14	xx f=2	xxx f=3	xxxx xx f=6	xx x f=3	yht. 14
- vääristyneiden ajatuksien tunnistaminen - vääristyneiden ajatuksien kanssa työskentely					0.52					
4.Läsnäolo	xxxxx xxxxx xx f=12	xx f=2			yht. 14	xxxxx xxx f=8	xxxxx x f=6			yht. 14
- aito läsnäolo - saatavilla olo - ajan antaminen - kuuntelu - turvallisuuden tunteen luominen - kiinnostus, paneutuminen					0.80					
5. Turvallisuudesta huolehtiminen	xxxxx xx f=7	xxxxx xx f=7			yht. 14	xxxxx xxxx f=9	xxxx f=4	x f=1		yht. 14
- ohjaus ja opettaminen - luottamus hoitoon ja yhteistyösuhteeseen - yksityisyyden säilyminen					1.0					
6.Huolenpito	xxxxx xx f=7	xxxxx f=5	xx f=2		yht. 14	xxxxx x f=6	xxxx f=4	xxxx f=4		yht. 14

- välittäminen - avunantaminen - perustarpeista huolehtiminen kuten ruokailu, liikunta, hygienia, ulkonäkö - lohduttaminen - tuki - ymmärtäminen - tilan antaminen - kokemus hyväksytyksi tulemisesta					0.88					
7. Selviytymiskeinojen etsiminen	xxxxx xxx f=8	xxxxx f=5	x f=1		yht. 14	xxxxx f=5	xxxxx xxx f=8	x f=1		yht. 14
- omien voimavarojen löytäminen ja käyttöönotto - toimintakykyyn ja elämänhallintaan liittyvät asiat - itsestä huolehtimisen vahvistaminen - toiminnallisuuteen liittyvät asiat (esim. toim.kunt.)					0.87					
8. Perhehoitotyön toteuttaminen	xxxxx x f=6	xxx f=3	xx x f=3	xx f=2	yht. 14	xx f=2	xxxx f=4	xxxx xxx f=7	x f=1	yht. 14
- potilaalle tärkeiden ihmisten/läheisten määrittely - läheisten mukaanotto hoitoon - potilaan perheen voimavarojen tukeminen - perhetapaamiset, kotikäynnit - yhteydenpito, verkostopalaverit					0.83					
9. Mielihyvän kokeminen	xxxxx xxxx f=9	xxxxx f=5			yht. 14	xx f=2	xxxxx xxx f=8	xxxx f=4		yht. 14
- mielihyvää tuottavien asioiden löytyminen kuten värit, luonto, esineet - mielihyvää tuottavien asioiden tekeminen kuten musiikki, taide, pelit, kirjat, ruokailu					0.63					

10. Psykososiaalinen tukeminen	xxxxx xx f=7	xxxx f=4	x f=1	xx f=2	yht. 14	xxxxx xx f=7	xx f=2	x f=1	xx xx f=4	yht. 14
- taloudelliset asiat, etuisuudet - sosiaalisten ongelmien selvittely ja järjestely (asunto, opiskelu ym.)					0.87					
11. Hengellisyysden huomiointi	xxx f=3	x f=1	xx xx xx f=6	xx xx f=4	yht. 14	xxxx f=4		xxxx f=4	xx xx xx f=6	yht. 14
- vakaumuksellisuuden merkitys ja sen huomiointi - anteeksiannon, armon ja syyllisyyden esiintuonti/läpikäynti yhteistyösuhteessa					0.98					
12. Unen turvaaminen sairauden vaikutus unenmäärään ja -laatuun	xxxxx xxxxx f=10	xxxx f=4			yht. 14	xxxxx f=5	xxxxx xx f=7	xx f=2		yht. 14
- unihäiriön hoito; lääkehoito vs muut unta edistävät keinot - unta edistävän ympäristön järjestäminen					0.72					
13. Lääkehoidon toteuttaminen	xxxxx xxxx f=9	xxxxx f=5			yht. 14	xxxxx xxx f=8	xxxxx f=5	x f=1		yht. 14
- lääkehoidon merkitys - sivuoireiden huomiointi - tiedonsaanti lääkkeistä					0.90					
14. Vertaistuen järjestäminen	xxxxx x f=6	xxxxx x f=6	xx f=2		yht. 14	xxx f=3	xxxxx xx f=7	xxx f=3	x f=1	yht. 14

- muilta potilailta saatu tuki hoidossa - potilas- ja omaisyhdistysten esittely - vertaistukiryhmien esittely					0.80					
15. Kärsimyksen lievittäminen	xxxxx xxx f=8	xxxxx x f=6			yht. 14	xxx f=3	xxxxx xxxx f=9	xx f=2		yht. 14
- kärsimyksen tunnistaminen - lohdutus - myötätunto - välittäminen (rakkaus)					0.74					
16. Yhteistyösuhde	xxxxx xxxx f=9	xxxxx f=5			yht. 14	xxxxx xxxx f=9	xxxx f=4	x f=1		yht. 14
- aito ja tasa-arvoinen kohtaaminen - omahoitajuuden merkitys ja toteutuminen					0.95					
17. Dialogisuus eli tasa-arvoinen keskustelu	xxxxx xxxx f=9	xxxx f=4	x f=1		yht. 14	xxxxx xxxxx f=10	xxx f=3	x f=1		yht. 14
- dialogisuus yksilö- ja yhteisökohtaamisissa, tiimi- ja verkostotapaamisissa - avoin, kyselevä ja pohtiva vuoropuhelu - kuulluksi tuleminen					1.05					

Muita huomioita:

Kyselyssä tuli kaikki tärkeimmät asiat

Hyvin tehty kyselylomake!

En halunnutkaan perhetapaamisia enempää

Oma toive toteutui, ettei perhettä tavattu

En ole toivonut perheen tapaamista eikä niitä ole järjestetty

Psykososiaalinen tuki ei tärkeää enkä ole halunnut niitä palveluja

Hengellisyys ei tärkeää enkä ole halunnut sellaisia tilaisuuksia

Hengellisyyttä on ollut tarjolla= toteutunut, mutta en ole halunnut, siksi vastaus ”ei koskaan”

Lohdutus ja rakkaus vaikeita ottaa vastaan

Perhehoitotyö tärkeää, mutta ei perhettä

Perhettä ei tavattu tällä kertaa

Hoitohenkilökunta suhtautuu eri tavalla tarvittaviin lääkkeisiin

Potilas- ja omaisryhmiä ei esitelty juuri kenellekään!

LIITE 5 TUTKIMUSLUPA

POHJOIS-KARJALAN SAIRAANHOITO- JA SOSIAALIPALVELUJEN KUNTAYHTYMÄ

PÄÄTÖSPÖYTÄKIRJA

Sivu 1

Ylilääkäri psykiatria

29.05.2006

2 §

455 / 180 / 2006

Luvat

TUTKIMUSLUVAN MYÖNTÄMINEN

Yksihenkilöisen viranomaisen päätöspöytäkirja

Asia	Apulaisosastonhoitaja, THM Kirsti Sainola-Rodriguezin, sairaanhoitaja Nina Toivasen ja sairaanhoitaja Timo Pöppösen 17.2.2006 esittämä tutkimuslupahakemus.
Päätös ja sen perustelut	Pohjois-Karjalan keskussairaalan psykiatrian klinikan osastolla 56 hoidetaan paljon masennuksesta kärsiviä potilaita. Nämä potilaat tarvitsevat kaiken mahdollisen lääketieteellisen ja hoitotieteellisen tieto-aidon. Osastolla on aloitettu tutkimus, jossa kartoitetaan masennuksen näyttöönperustuvia hoitotyönmenetelmiä systemaattisen kirjallisuus- ja tutkimuskatsauksen kautta. Tutkimukseen kuuluu myös empiirinen osa, jossa potilailta kysellään näkemyksiä masennukseen liittyvien hoitotyönmenetelmien tärkeydestä ja toteutumisesta hoitojakson aikana. Jo kertaalleen esitettyä tutkimuslupahakemusta on nyt täydennetty valmiiksi saadulla versiolla haastattelulomakkeesta. Psykiatrian klinikan vastaavana ylilääkärinä annan luvan kyseisen tutkimustyön suorittamiselle, tutkimustyön jatkamiselle ja mahdollisten loppuraporttien teolle.
Lain, asetuksen tai kunnallisen säännön kohta, johon päätös perustuu	Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän johtosääntö 14 §
Allekirjoitus ja virka-asema	 Pekka Ropponen vastaava ylilääkäri
Oikaisuvaatimusoikeus	<i>Päätökseen tyytymätön voi tehdä kirjallisen oikaisuvaatimuksen. Oikaisuvaatimuksen saa tehdä se, johon päätös on kohdistettu tai jonka oikeuteen, velvollisuuteen tai etuun päätös välittömästi vaikuttaa (asianosainen) sekä jäsenkunta ja sen jäsen.</i>

POHJOIS-KARJALAN SAIRAANHOITO- JA SOSIAALIPALVELUJEN KUNTAYHTYMÄ

PÄÄTÖSPÖYTÄKIRJA

Sivu 2

Oikaisuvaatimusviranomainen	Viranomaisen, jolle oikaisuvaatimus tehdään, osoite ja postiosoite Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä Tikkamäentie 16 80210 Joensuu
Oikaisuvaatimusaika ja sen alkaminen	Oikaisuvaatimus on tehtävä 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista. Kunnan jäsenen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, kun pöytäkirja on asetettu yleisesti nähtäväksi. Asianosaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, jollei muuta näytetä, seitsemän päivän kuluttua kirjeen lähettämisestä, saantitodistuksen osoittamana aikana tai erilliseen tiedoksisaantitodistukseen merkittynä aikana.
Pöytäkirjan nähtäväksi asettaminen	Pöytäkirja on yleisesti nähtävänä Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän kirjaamossa 5.6.2006 klo 9.00 - 13.00.
Tiedoksianto	Annettu postin kuljetettavaksi 1.6.2006 Asianosainen Kirsti Sainola-Rodriguez, Nina Toivanen ja Timo Pöppönen Tiedoksiantaja Eeva Mustonen
Tiedoksi	osastonhoitaja Pirkko Jokinen

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän julkaisuja
ISSN 1796-2714

- 2007: 1 Eija Martikainen, Antti Turunen & Outi Äijälä
Puhelinneuvontadokumentaation vaatimustenmukaisuus ja puhelinneuvonnan
vaikuttavuus: Case Pohjois-Karjalan Ensineuvo
ISBN: 978-952-9793-38-9 (nid.)
ISBN: 978-952-9793-39-6 (Pdf)
- 2007: 2 Arja Ryhänen
Yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja
sosiaalipalvelujen kuntayhtymässä: seurantatutkimus
ISBN: 978-952-9793-40-2 (nid.)
ISBN: 978-952-9793-41-9 (pdf)
- 2007: 3 Kirsti Sainola-Rodriguez, Nina Kekkonen ja Timo Pöppönen
Masentuneen potilaan näyttöön perustuvat hoitotyön menetelmät: tutkimus ja
kehittämistyö masentunutta auttavista hoitotyön menetelmistä
ISBN 978-952-9793-42-6 (nid.)
ISBN 978-952-9793-43-3 (pdf)