

SAIRAANHOITAJIEN KUVAUKSIA  
PSYKIATRISISSA HOIDOSSA OLEVAN  
POTILAAN VASTENTAHTOISISTA  
LÄÄKITYSTILANTEISTA

LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU  
Sosiaali- ja terveysala  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Sairaanhoitaja AMK  
Opinnäytetyö  
Kevät 2006  
Ari Kärkkäinen

KÄRKKÄINEN, ARI: Sairaanhoitajien kuvauksia psykiatrisessa hoidossa olevan potilaan vastentahtoisesta lääkityksestä.

Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

Opinnäytetyö, 27 sivua, 4 liitesivua

Kevät 2006

---

## TIIVISTELMÄ

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää suljetulla psykiatrisella vastaanotto-osastolla työskentelevien sairaanhoitajien kokemuksia potilaan vastentahtoisesta lääkityksestä. Lisäksi tavoitteena on tuottaa tietoa kokemuksista, jotta niitä voitaisiin tulevaisuudessa käyttää hyödyksi sairaanhoitajakoulutuksessa ja hoitotyötä kehitettäessä. Tarkoituksena on myös selvittää, miten vastentahtoisia lääkitystilanteita läpikäytiin työyhteisössä ja minkälainen tilanne edelsi vastentahtoista lääkitystä. Lisäksi mielenkiinnon kohteena on se, minkälainen potilas oli kyseessä.

Tutkimustehtäviksi on määritelty kolme työtä ohjaavaa teema-aluetta: 1) millaisena sairaanhoitajat kuvaavat tilannetta ennen psykiatrisen potilaan vastentahtoista lääkitystä, 2) miten sairaanhoitajat kokivat vastentahtoiset lääkitystilanteet ja 3) miten sairaanhoitajat kuvaavat vastentahtoisien lääkitystilanteiden läpikäymistä. Opinnäytetyön tutkimukseen on valittu kvalitatiivinen lähestymistapa ja siinä on käytetty teemahaastattelua ja induktiivista sisällön analyysiä. Teema-alueiden pohjalta on määritelty kategoriat ja niistä edelleen alakategoriat.

Tutkimustulosten mukaan vastentahtoiset lääkitystilanteet koettiin pääosin epämiellyttäviksi, vaikka lääkityksen tarkoitus ja seuraus olivat hyvin selvillä. Lisäksi koettiin jonkin verran epävarmuutta ja pelkoakin, kun kyseessä oli aggressiivinen potilas. Sairaanhoitajat kuvasivat vastentahtoisesti lääkityn potilaan olleen aina psykoottinen tai arvaamaton. Vastentahtoisia lääkitystilanteita ei koettu henkilökohtaisena vallankäyttömahdollisuutena. Vastentahtoiseen lääkitykseen ryhdyttäessä oli toimenpiteen tarkoituksena potilaan akuutin tilan rauhoittaminen sekä potilaan itsensä-, muiden potilaiden- ja henkilökunnan turvallisuuden takaaminen. Lisäksi lääkityksellä pyrittiin siihen, että potilaan hoidossa päästiin alkuun. Vastentahtoinen lääkitys ei ollut ensisijainen vaihtoehto. Työryhmän kanssa tapahtuva reflektointi koettiin varsin tärkeäksi. Tilanteita ei kuitenkaan reflektoitu.

Jatkotutkimusaiheena nousi esille se, vaikuttaako sairaanhoitajan ikä, sukupuoli tai työkokemus kokemuksiin vastentahtoisista lääkitystilanteista. Lisäksi esille nousi potilaiden kokemusten tutkiminen ja se, kuinka paljon sairaanhoitajien ja lääkäreiden mielipiteet eroavat vastentahtoiseen lääkitykseen ryhtymisestä ja lääkehoidosta yleensäkin.

Avainsanat: psykiatrinen hoitotyö, psykiatrinen sairaanhoitaja, vastentahtoinen hoito- ja lääkitys, psykiatrisessa hoidossa oleva potilas

## ABSTRACT

The purpose of this thesis is to find out the experiences of nurses working on confined psychiatric reception ward on reluctant medicating of a patient. In addition, the goal is to produce information on these experiences, so that they can be used in nurse training and in developing nursing in the future. The purpose is also to find out, how the reluctant medicating situations were processed in the working community and what kind of situation preceded the reluctant medicating. Furthermore, the object of interest is the nature of the patient in question.

Three themes that geode this thesis have been determined as research assignments:

- 1) How the nurses describe the situation before the reluctant medicating of the psychiatric patient,
- 2) How the nurses perceived the reluctant medicating situations and
- 3) How the nurses describe the processing of the reluctant medicating situations.

A qualitative approach, theme interviews and inductive analysis of the content were used in the research of the thesis. Categories and furthermore subcategories have been determined based on the themes.

According to the research results the reluctant medicating situations were perceived mainly unpleasant, even though the purpose and the effect of the medication were well known. In addition, uncertainty and even fear were experienced, when the patient in question was aggressive. The nurses described the reluctant medicated patient always to be psychotic and unpredictable. The reluctant medicating situations were not considered as a personal possibility to use power. When starting the reluctant medication was the purpose of the procedure to calm the acute condition of the patient and to ensure the safety of the patient, other patients and the personnel. Additionally, the aim of the medication was to commence the patient´s care. The reluctant medication was not the first choice. The processing of the situation with the team was considered very important. However, the situations were not processed.

As a theme for further study arose if age, gender or working experience has an effect on the experiences on the reluctant medicating situations. Studying the patient´s experiences arose as another theme, as well as how much the nurses and doctors opinions differ on commencing reluctant medication and meccal care in general.

Key words: psychiatric care, psychiatric nurse, reluctant medication, patient under psychiatric care

# SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 PSYKIATRISISSA HOIDOSSA OLEVAN POTILAAN VASTENTAHTOINEN LÄÄKITYS	2
2.1 Psykiatrinen hoitotyö	2-3
2.2 Psykiatrinen sairaanhoitaja	3-4
2.3 Vastentahtoinen hoito- ja lääkitys	4-6
2.4 Psykiatrisessa hoidossa oleva potilas	6-7
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TEHTÄVÄ	8
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	9
4.1 Tutkimusmenetelmän valinta	9
4.2 Aineiston hankinta	9-10
4.3 Sisällön analyysi	11-12
5 TUTKIMUKSEN TULOKSET	13
5.1 Sairaanhoitajien kuvaukset vastentahtoisiin lääkitystilanteisiin johtaneista syistä	13
5.1.1 Realiteettitaju pettää	13-14
5.1.2 Väkivallan uhka	14
5.2.3 Hoidon aloitus	14-15
5.2 Sairaanhoitajien kuvauksia vastentahtoisten lääkitystilanteiden aiheuttamista kokemuksista	15-16
5.2.1 Pelko ja epävarmuus	16-17
5.2.2 Vaihtoehdottomuus	17-18
5.2.3 Hyväksymisen vaikeus	18
5.2.4 Valta ja vastuu	18-19
5.3 Tilanteen purku ja läpikäyminen	19-20
6 TULOSTEN YHTEENVETO JA POHDINTA	21-22
6.1 Eettisyys	22-23
6.2 Luotettavuus	23-25
6.3 Tulosten käyttö ja hyödynnettävyys	25
6.4 Jatkotutkimusaiheet	25
LÄHTEET	26-27
LIITTEET	

## 1 JOHDANTO

Vastentahtoinen lääkitys on yksi psykiatrisessa sairaalahoidossa käytettävistä pakkotoimista. Mielenterveyslaki mahdollistaa erilaisten pakkotoimien käyttämisen psykiatrisessa sairaalahoidossa, mikäli potilaan tila sitä vaatii. (Mielenterveyslaki 22 a §.) Vastentahtoinen lääkitys on toimenpide, jossa lääkärin potilaalle määräämä lääke annetaan potilaalle, vaikka hän ei sitä vapaaehtoisesti halua ottaa. Usein potilaan lääkekielteisyys johtuu hänen psyykkisen voimien epävakaudesta. Vastentahtoiset lääkitystilanteet koetaan usein vaativiksi ja ne sitovat henkilökuntaa ja vievät aikaa muulta työnteolta. (Mäkitalo 1999.)

Idea tutkimustyöstäni kehittyi ollessani harjoittelujaksolla psykiatrisella vastaanotto-osastolla ja myöhemmin työskennellessäni samalla osastolla. Tärkeimmät aiheenvalintaan vaikuttavat tekijät ovat omakohtaiset kokemukset potilaan vastentahtoisesta lääkityksestä sekä kiinnostus psykiatriseen hoitotyöhön ja sen kehittämiseen.

Vastentahtoista lääkitystä on mielestäni tärkeää tutkia, sillä aikaisempia tutkimuksia vastentahtoisesta lääkityksestä en ole löytänyt. Olen etsinyt teoretietoa käyttäen apuna erilaisia hakumenetelmiä, kuten internetin tietokantoja, yliopistojen julkaisuluetteloita sekä kirjastojen hakupalveluja. Psykiatrisen potilaan lääkekieltäytymistä on tutkittu, samoin vastentahtoista lääkitystä ilmiönä (Mäkitalo 1999), mutta varsinaista hoitohenkilökunnan kokemuksia kuvaava tutkimusta en ole löytänyt. Juha-Pekka Mäkitalo on pro gradu-tutkielmassaan selvittänyt psykiatrisessa sairaalahoidossa olevien potilaiden lääkekieltäytymistä. Mäkitalon tutkimuksesta käy muun muassa ilmi, että vastentahtoinen lääkitys on seuraus potilaan lääkekieltäytymisestä. (Mäkitalo 1999.)

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää suljetulla psykiatrisella osastolla työskentelevien sairaanhoitajien kokemuksia psykiatrisessa hoidossa olevan potilaan vastentahtoisesta lääkityksestä. Tavoitteena on tuottaa tietoa kokemuksista, jotta sitä voidaan tulevaisuudessa hyödyntää hoitotyön käytännössä ja sairaanhoitajakoulutuksessa.

## 2 PSYKIATRISISSA HOIDOSSA OLEVAN POTILAAN VASTENTAHTOINEN LÄÄKITYS

### *2.1 Psykiatrinen hoitotyö*

Psykkisesti sairaita ihmisiä on kohdeltu menneinä vuosisatoina huonosti. Kiusaaminen ja eriateinen vainoaminen ovat olleet varsin yleisiä, samoin radikaalimmat toimenpiteet, kuten vangitseminen ja jopa roviolla polttaminen. Alussa psykkisesti sairaita hoidettiin erilaisissa, kaukana muista ihmisistä sijaitsevista houruinhuoneissa ja muissa vastaavissa, kunnes vuonna 1755 perustettiin Suomeen ensimmäinen sairaala, jonne otettiin potilaiksi vain psykkisesti sairaita. 1800-luvulla psykkisesti sairaiden ihmisten hoito ei kuulunut lääkäreille, vaan papeille. Asteittain vastuuta siirrettiin lääkäreille, vaikka heillä ei ollut minkäänlaista kokemusta mielisairauksista. Vuonna 1889 keisari Aleksanteri III antoi merkittävän asetuksen, ajatellen psykiatrista hoitoa. Tässä asetuksessa määriteltiin psykiatriset laitokset ja niiden tehtävät. (Lepola, Koponen, Leinonen, Joukamaa, Isohanni & Hakola 1998.)

Vielä 1900-luvullakin psykkisesti sairaiden ihmisten hoitaminen oli eristämiskeskeistä, vaikka kehitystäkin oli tapahtunut. Oli muun muassa kehitelty hoitomallia, jonka mukaan pakkotoimia ei käytettäisi lainkaan psykiatrisessa hoidossa. (Linnainmaa, Innamaa & Honkala toim. 1999.) Usein hoitona kuitenkin käytettiin pitkiä makuukuureja ja jopa päivän kestäviä kylpyjä. Vuosisadan puolenvälin paikkeilla hoitomuotoina yleistyivät muun muassa erilaiset sokkihoidot, kuten insuliini- ja sähköshokki. Lobotomiaa käytettiin myös hyvin yleisesti hoitomuotona. Historiassa käytössä olleet hoitokeinot luovat vielä tänäkin päivänä negatiivisen varjon psykiatrisen hoitotyön ylle. (Latvala, Visuri & Janhonen 1995.) Vuonna 1952 säädettiin uusi mielisairaslaki, vuoden 1937 lain tilalle. Uusi laki oli varsin nykyaikainen. Laissa säädettiin muun muassa, että psykkisesti sairaiden ihmisten hoitaminen siirtyy valtiolta kunnille. Uudet tuulet puhalsivat psykiatrisessa hoitotyössä. (Lepola ym. 1998.)

Viimeisten kolmen vuosisadan aikana on psykiatrisessa hoitotyössä otettu aimo harppauksia eteenpäin. On päästy eroon lähinnä kiduttamiselta kuulostavista hoitotoimenpiteistä ja on tultu lähemmäs itse potilasta ja hänen ongelmaansa. (Newell & Gournay 2000.) Kehitystä on tapahtunut joka osa-alueella. Hoitohenkilökunta on kehittynyt, samoin lääkkeet. Psykiatrinen hoitotyö on tänä päivänä enemmänkin ihmisen normaalin toiminnan tukemista, kuin erikoisuuden etsimistä. Edelleen on tarpeen vaatiessa kuitenkin käytettävä pakkotoimia

potilaan itsensä ja muiden potilaiden sekä henkilökunnan turvallisuuden takaamiseksi. (Lepola ym. 1998.)

Hoidonaikaisia pakkotoimia ja rajoituksia perustellaan niin potilaan auttamisella ja suojelemisella, kuin muiden potilaiden suojelemisella. Jokaisessa hoidosta kieltäytymistilanteessa olisi tärkeä perehtyä siihen, miksi potilas kieltäytyy hoidosta ja lisäksi siihen, mitä vaihtoehtoja pakkohoidolle ja pakkotoimille voisi olla olemassa. (Välimäki, Holopainen & Jokinen 2000.)

Olennaista nykyaikaisessa psykiatrisessa hoitotyössä on hoitajan ja potilaan välinen terapeuttilinen suhde. Lisäksi hoitotyön tavoitteena on kehittää tietynlaista vuorovaikutussuhdetta, jonka tuloksena hoitaja oppisi käyttämään hyödyksi potilaan ja itsensä erilaisia reaktioita ja tunnetiloja. Tämä on osa potilaslähtöistä hoitotyötä. Yhtenä tämän osa-alueen hoitomuotona on omahoitajuus, eli jokaiselle psykiatrisessa hoidossa olevalle potilaalle pyritään asettamaan ns. omahoitaja, joka paneutuu juuri kyseessä olevan potilaan asioihin ja ongelmiin ja pyrkii ratkaisemaan niitä yhdessä potilaan ja muun työryhmän kanssa. (Välimäki ym. 2000.)

Nykyään psykiatrinen hoitotyö korostaa hoitajan ammattitaitoa ja sitä, että psykiatrinen hoitotyö on itsenäinen osa-alue, eikä vaan osa psykiatrasta lääketiedettä. (Linnainmaa ym. 1999.) Lisäksi psykiatrinen hoitotyö on tiimityöskentelyä, jossa monen eri ammattiryhmän edustajat pääsevät toteuttamaan hoitoa. Mukana on tyypillisesti sairaanhoitajia, mielenterveys- ja mielisairaanhoitajia, psykiatri, psykologi ja sosiaalityöntekijä. Vaikka moniammatillisuus korostuu, on osastolla työskentelevä hoitaja kuitenkin ensikädessä se henkilö, joka potilaan kohtaa ja joka potilaan kanssa toimii. (Välimäki, Holopainen & Jokinen 2000.)

## ***2.2 Psykiatrinen sairaanhoitaja***

Sairaanhoitaja on itsenäinen hoitotyön asiantuntija ja hoitotyön toteuttaja. Hänen tehtävänä on ihmisen kokonaisvaltainen hoito ja huolenpito. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 1994.) Sairaanhoitaja tarvitsee tietoa. Tiedon avulla hän ymmärtää hoitotyön kokonaisuutena. Teoreettinen tieto antaa pohjaa käytännön työnteolle. Lisäksi tieto auttaa sairaanhoitajaa ymmärtämään ihmisen arvoja ja sitä myöden hän ymmärtää niiden merkityksen potilaiden käyttäytymiseen. Tämä on olennaista tiedolliselle ja kokonaisvaltaiselle hoitotyölle. (Krause & Salo 1993.)

Psykiatrinen sairaanhoitaja työskentelee vaativalla alueella. Työ koskettaa jatkuvasti sairaanhoitajan tunteita, mikä saattaa johtaa siihen, että sairaanhoitaja palaa henkisesti loppuun. (Välimäki ym. 2000.) Sairaanhoitajan jaksamista ja ammatillista kasvua helpottamaan on kehitetty työnohjausmenetelmiä, joita hyväksikäyttäen sairaanhoitajalla on mahdollisuus keskustella ulkopuolisen henkilön kanssa. Työnohjaaja voi olla kokeneempi sairaanhoitaja, mutta myös esimerkiksi teologi tai psykologi. Työnohjauksessa voidaan paneutua muun muassa erilaisiin hoitotilanteisiin. Sairaanhoitaja voi keskustella työnohjaajan kanssa työssä syntyneistä paineista ja käsitellä omia tunteitaan ja ristiriitoja. Työnohjaus voi siis tällä tavoin toimia työsuojelullisena kanavana, jossa on mahdollisuus saavuttaa keskustelun kautta tasapainoinen tila. (Erjanti, Onninen, Paunonen & Penttilä 1988.) On myös huomattavaa, että psykiatristen sairaansijojen määrä on viime vuosina laskenut ja samalla potilasmäärät ovat kasvaneet. Tämä lisää työn vaativuutta ja rasittavuutta. Samalla voidaan kuitenkin huomioida, että erilaisten pakkotoimien käyttö on psykiatrisessa sairaalahoidossa hienoisessa laskussa. (Tuori 2002.) Tutkimuksessani kiinnostuksen kohteena on sairaanhoitajien kokemukset vastentahtoisista lääkitystilanteista. Vastentahtoinen lääkitys on pakkotoimi. (Kaltiala-Heino & Välimäki 1999.)

Olellainen piirre ajatellen psykiatrisella osastolla työskentelevää sairaanhoitajaa on se, että hänen tärkein työväline on oma persoona. Psykiatrisen sairaanhoitajan toiminta hoitotyössä ei perustu pelkästään opittuun tietoon, vaan kokemuseräiseen toimintamalliin, joka ihanteellisimmassa tilanteessa on opitun tiedon ja kokemustiedon yhtenäinen. (Linnainmaa ym. 1999.) Psykiatrinen sairaanhoitaja työskentelee hyvin läheisessä suhteessa osastolla toimivan lääkärin kanssa. Tämä tarkoittaa sitä, että sairaanhoitaja on mukana tekemässä suuriakin päätöksiä koskien potilasta. (Lindström 1988.) Psykiatrinen sairaanhoitaja on hoitotyön asiantuntija, joka tuo oman tietämyksensä potilaiden hoitoon. Sairaanhoitaja joutuu osastotyössä kohtaamaan hyvinkin erilaisia potilaita, ymmärtämään heitä ja tukemaan heitä arkipäivän askareissa ja tilanteissa. Psykiatrinen sairaanhoitaja joutuu työssään niin ikään kohtaamaan perheitä ja omaisia ja tuoda heidän käsityksensä esille hoitoa koskevissa päätöksissä. Sairaanhoitaja toimii eräänlaisena tunteiden välittäjänä kun on tarve tuoda julki omaisten ja potilaan näkemyksiä. (Välimäki ym. 2000.)

### ***2.3 Vastentahtoinen hoito- ja lääkitys***

Mielenterveyslain 22 a §:n (2001) mukaan potilaan itsemääräämisoikeutta voidaan rajoittaa ja häntä voidaan lääkittää vastentahtoisesti vain, jos hän on mielenterveyslain mukaisessa tarkkailussa tai vastentahtoisessa hoidossa. Potilaita, jotka ovat hoidossa vapaaehtoisesti, ei



siis voida lääkitystä vastentahtoisesti, vaikka potilaan tilanne huonontuisi ja vastentahtoiseen lääkitykseen olisi kenties tarvetta. Tällöin on potilas asetettava tarkkailuun hoidon aikana. (Kaltiala-Heino & Välimäki 1999, Mielenterveyslaki 22 a § 2001.) Vastentahtoiseen hoitoon potilas voidaan määrätä vain, jos hänet todetaan mielisairaaksi, jos hoitamatta jättäminen pahentaisi hänen sairauttaan tai vaarantaisi hänen tai jonkun muun terveyttä/turvallisuutta tai jos mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäviksi. Tämä pätee myös vapaaehtoisessa osastohoidossa olevaan potilaaseen, jonka tarkkailuun asettamista harkitaan. (Mielenterveyslaki 8§.)

Päätöksen vastentahtoisesta hoidosta tekee aina lääkäri. Tarkkailuun lähettämistä varten on lääkärin aina tutkittava potilas henkilökohtaisesti. Mikäli tilanne lääkärin mielestä vaatii psykiatrista hoitoa, on hänen kirjoitettava lääkärin lausunto. Tästä lausunnosta käytetään yleisemmin nimitystä tarkkailulähete, eli M1-lähete. Mikäli potilas, tullessaan sairaalaan M1-lähetteellä tai, asetetaan mielenterveyslain mukaiseen tarkkailuun, on hänestä tehtävä viimeistään viiden vuorokauden kuluttua tarkkailulausunto, jonka perusteella sairaalan ylilääkäri tekee päätöksen potilaan hoidon jatkumisesta joko vastentahtoisesti tai vapaaehtoisesti. Sama tilanne on, mikäli potilas asetetaan tarkkailuun hoidon aikana. Tarkkailulähetteen kirjoittamiseen riittää epäily potilaan mielisairaudesta tai esimerkiksi omaisten antama anamneesi (=esitieto) potilaasta. Kuitenkin vastentahtoisesta hoidon perustana on potilaan mielisairaus. (Välimäki ym. 2000.)

Vastentahtoisella lääkityksellä tarkoitan tutkimuksessani tilannetta, jossa määrätty lääke annetaan potilaalle hänen siitä ensin kieltäytyttyä. En tarkoita pelkästään injektio-lääkitystä, vaan esimerkiksi mikstuuran tai tabletin antaminen vasten potilaan tahtoa katsotaan vastentahtoiseksi lääkitykseksi tutkimuksessani. Vastentahtoisesta lääkityksestä on yleisesti käytössä myös termi: pakkolääkitys, mutta tässä tutkimuksessa käytän termiä: vastentahtoinen lääkitys.

Vastentahtoiseen lääkitykseen johtaa hyvin usein tilanne, jossa psykiatrisessa hoidossa oleva potilas kieltäytyy, syystä tai toisesta, ottamasta hänelle määrättyä lääkettä ja lääke annetaan hänelle vasten hänen tahtoaan. (Mäkitalo 1999.) Lääkekieltäytymisen yleisin syy on potilaan psykoosi tai joku muu psykoottinen tila. Lääkityksestä kieltäytyvä potilas on yleensä sairaampi ja hänen toimintakykynsä on huonompi verrattuna toisiin potilaisiin. (Sariola & Ojanen 1997.) Vastentahtoinen lääkitys ei ole kuitenkaan ensimmäinen toimenpide kieltäytymisen jälkeen, vaan aina ennen toimenpidettä asiasta neuvotellaan potilaan kanssa ja voi olla, ettei vastentahtoiseen lääkitykseen ryhdytä. Vaihtoehtona voi olla, että potilas ei sillä

kerralla saa lääkettä ja sitä tarjotaan hänelle seuraavalla lääkkeenantokerralla. (Mäkitalo 1999.)

On selvää, ettei vastentahtoiseen lääkitykseen haluta ryhtyä turhan takia, koska tilanne on aina vaativa ja se sitoo henkilökuntaa ja vie aikaa muulta työnteolta. Mikäli päätös pakkotoimista tehdään, tehdään se aina harkinnan jälkeen ja sille löytyy hoidollinen peruste. Lisäksi on mainittava, että vaikka kaikille toimille, oli sitten kyseessä pakko tai ei, löytyy aina selitys, kokee pakon kohteeksi joutunut potilas tilanteen melko usein alistavana ja suurimpana mahdollisena häneen kohdistuvana pakkovaltana. (Sariola & Ojanen 1997.)

#### ***2.4 Psykiatrisessa hoidossa oleva potilas***

Psykiatriseen sairaalahoitoon joutumiseen on monia syitä. Välimäki ym. (2000) mainitsevat kirjassaan, että henkilö, jonka mielenterveyshäiriö on niin suuri, että se horjuttaa hänen hyvinvointiaan, on psykiatrisen hoidon tarpeessa.

Mielenterveyden häiriöitä luokitellaan Suomessa diagnostisen ja tilastollisen ohjeen mukaan. Yleisin vastentahtoiseen hoitoon määräämisen syy on psykoosi. Psykoosi on tila, joka haittaa vakavasti yksilön kykyä huolehtia itsestään ja tulla toimeen ympäristön kanssa. Psykoottinen henkilö ei kykene erottamaan toisistaan ympäristön tuottamia aistimuksia ja omassa miellemaailmassa tapahtuvia aistimuksia. Tällöin henkilö kokee eriasteisia aistiharhoja ja harhaluuloja. Psykoosiin liittyy aina vaikea-asteisia minän-toimintojen muutoksia ja häiriöitä. (Latvala ym. 1995.)

Usein juuri psykoottinen potilas on se, joka kieltäytyy lääkityksestä. Lisäksi psykoottinen potilas käyttäytyy osastolla usein häiriintyneemmin ja vahingoittaa hoidollista ilmapiiriä. Yleensä ihminen kykenee ilmaisemaan tunteensa jämäkästi ja ilman väkivaltaa, mutta epävakaa tilanteessa oleva ihminen saattaa turvautua väkivaltaan. Hän ei kykene ottamaan vastuuta omasta käyttäytymisestään, vaan saattaa hyvinkin herkästi syyllistää toisia ihmisiä tai tapahtumia. Päihtymystila voi olla myös väkivaltaisen käyttäytymisen laukaiseva tekijä. (Purjo 1997.) Väkivaltaisuudella tarkoitetaan ihmisen ulkoista käyttäytymistä. Väkivaltaisuus syntyy psyykkisten ja biologisten ominaisuuksien sekä ympäristötekijöiden tuloksena. Usein taustalla voi olla myös pettymyksiä ja turhautumia. Aggressiivisuus ja väkivalta nähdään usein oireena monissa mielisairauksissa. Useimmat väkivaltaiset ja uhkaavat potilaat ovat sekavia, hajanaisia tai avoimen psykottisia. (Weizmann-Henelius 1997.)

Lääkekieltäytymisen taustalla voi myös olla realistinen pelko lääkkeen sivuvaikutuksista. (Välimäki ym. 2000.)

Psykiatrisessa hoidossa olevien potilaiden mielestä vuorovaikutukseen liittyvät seikat, kuten ymmärretyksi tuleminen, omahoitajakeskustelut, sekä tiedonsaanti ovat tärkeitä asioita. Näillä seikoilla voi olla myönteinen vaikutus ajatellen potilaan lääkemyönteisyyttä. (Sariola & Ojanen 1997.)

Psykiatriseen hoitoon voi tulla vapaaehtoisesti tai hoitoon voidaan määrätä vastentahtoisesti. Vastentahtoinen hoito perustuu aina mielenterveyslakiin. (Kaltiala-Heino ym. 1999.) Tässä tutkimuksessa paneudutaan vastentahtoisessa hoidossa olevaan potilaaseen, koska tutkimuksessa tutkitaan vastentahtoisien lääkitystilanteiden herättämiä kokemuksia. Vaikka potilaalla on periaatteessa aina oikeus vaikuttaa omaan hoitoonsa tai hoitamatta jättämiseen, voidaan psykiatrisessa hoidossa olevaa potilasta hoitaa vastentahtoisesti. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1993.)

### **3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TEHTÄVÄ**

Tutkimukseni tarkoituksena on selvittää, minkälaisia kuvauksia sairaanhoitajat tuottavat psykiatrisen potilaan vastentahtoisista lääkitystilanteista, minkälainen tilanne edelsi vastentahtoista lääkitystilannetta ja kuinka vastentahtoisia lääkitystilanteita läpikäytiin.

Seuraavilla tutkimustehtävillä haetaan vastauksia tutkimukseni tehtävään liittyen.

#### ***Tutkimustehtävät:***

- 1. Millaisena sairaanhoitajat kuvaavat tilannetta ennen psykiatrisen potilaan vastentahtoista lääkitystä**
- 2. Miten sairaanhoitajat kokivat vastentahtoiset lääkitystilanteet**
- 3. Miten sairaanhoitajat kuvaavat vastentahtoisten lääkitystilanteiden läpikäymistä**

## **4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS**

### ***4.1 Tutkimusmenetelmän valinta***

Tutkimukseni toteutan laadullisena tutkimuksena ja tarkoituksenani on saada sairaanhoitajien kuvauksia vastentahtoisista lääkitystilanteista. Lähtökohtana kvalitatiivisessa tutkimuksessa on todellisen elämän kuvaaminen. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyritään tutkimaan kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Tutkija ei voi myöskään sanoutua irti arvolähtökohdista, sillä arvot muokkaavat sitä, mitä ja miten pyrimme ymmärtämään tutkimiamme ilmiöitä. (Hirsjärvi ym. 2000.) Kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyritään siihen, ettei tutkimusta ohjaa mikään tietty teoreettinen viitekehys tai tutkijan ennakko-oletukset. Kvalitatiivinen tutkimusote soveltuu myös sellaisille hoitotyöntutkimuksille, joiden aihetta on tutkittu varsin vähän. Samoin, jos halutaan tutkia elämysmaailmaa, eli tutkittavan suhdetta käsiteltävänä olevaan ilmiön. (Krause & Kiikkala 1996.)

Laadullinen tutkimusmenetelmä sopii hyvin tähän tutkimukseen, sillä sairaanhoitajien kokemuksia vastentahtoisesta lääkityksestä on tutkittu hyvin vähän, jos ollenkaan ja myös siksi, koska tarkoituksenani on saada kuvaavia ja kokemuksia sisältäviä haastatteluja tutkittavilta.

### ***4.2 Aineiston hankinta***

Tutkimusaineiston hankin teemahaastattelulla. Osasto, jossa haastattelut suoritin, on akuuttipsykiatrinen vastaanotto-osasto, jossa vastentahtoista lääkitystä joudutaan käyttämään hoitotyön keinona muita psykiatrian osastoja useammin, koska osastolla olevat potilaat ovat sairautensa akuutimmassa vaiheessa. Tutkimusluvan (LIITE 1) anoin psykiatrian tulosryhmän ylihoitajalta. Lupa ylihoitajalta riitti, sillä tutkimukseni ei kohdistunut potilaisiin.

Kohderyhmäksi valitsin osaston sairaanhoitajia. Ainoa valintakriteeri oli se, että haastateltavan sairaanhoitajan tuli olla viranhaltija tai pitkäaikainen sijainen. Tutkimukseeni osallistui 4 sairaanhoitajaa. Haastateltavat valitsin sen jälkeen, kun olin käynyt osastolla esittelemässä suunnitelmani. Korostin esittelyvaiheessa tutkimukseeni osallistumisen vapaaehtoisuutta.

Haastattelun toteutin osaston tiloissa huhtikuun 2003 aikana. Haastattelutilana toimi psykologin työhuone. Nauhoitin haastattelut nauhurilla. Haastattelun kestoksi arvioin noin yhden tunnin. Haastattelut suoritin tutkimukseeni osallistuvien sairaanhoitajien työaikana. Päädyin haastattelemaan tutkittavia kello 17.00 ja 19.00 välisenä aikana, koska omakohtaiset kokemukset osastolta osoittivat sen, että tuona ajankohtana on osastolla rauhallisinta.

Teemahaastattelussa on tyypillistä se, että se kohdennetaan tiettyihin teemoihin, joista keskustellaan. Haastattelijan rooli on siis tällöin samalla sekä osallistuva että tutkiva. Tavoitteena on kuitenkin, että kommunikaatio on luontevaa, ei kaavamaisista. Teemahaastattelu on puolistrukturoitu menetelmä sen tähden, että menetelmästä puuttuu strukturoidulle haastattelulle tyypillinen kysymysten tarkka muoto ja järjestys, vaikka haastattelun teema-alueet ovat tiedossa. Teemahaastattelussa on siis haastattelun sisältö hahmoteltu, eli on hahmoteltu se mitä aiotaan kysyä, mutta ei sitä, miten aiotaan kysyä. Haastattelu aloitetaan laajoilla ja helpoilla kysymyksillä, joista sitten vähitellen siirrytään tarkempiin kysymyksiin. Tärkeää on, että haastateltava saa kertoa haastateltavasta asiasta kaiken haluamansa, mutta haastattelija voi täsmennyskysymysten avulla ohjata hieman keskustelun kulkua. (Hirsjärvi & Hurme 1985.)

Teemahaastattelusta voidaan erottaa neljä elementtiä, jotka tukevat juuri tätä haastattelunlajia. Ensimmäiseksi teemahaastattelu on laaja siinä mielessä, että tutkittavat voivat tuoda julki kaikki haluamansa näkökulmat kysytystä ilmiöstä tai asiasta. Toiseksi tutkittavien vastaukset tulisi olla mahdollisimman spesifejä. Kolmanneksi teemahaastattelussa pyritään syvyyteen, eli pyritään selvittämään millaisia merkityksiä tutkittavat antavat tutkittavalle ilmiölle tai asialle. Neljäs piirre, joka on tyypillistä teemahaastattelulle, on tutkittavien henkilökohtaisen taustan selvittäminen, jotta annetut vastaukset voidaan suhteuttaa tutkimuksen kontekstiin. En eritellyt haastateltavien henkilökohtaisia taustoja, koska en kokenut sen olevan olennaista ajatellen tutkimustehtävääni. Teemahaastattelussa aihepiirit ja teema-alueet ovat rajattuja, mutta kysymysten tarkka muotoilu ja järjestys puuttuvat. (Hirsjärvi & Hurme 1985.)

Laadin haastatteluni tueksi teemahaastattelurunon (LIITE 2), johon hahmottelin sen, mitä aion haastateltavilta kysyä. Tämän rungon perusteella pystyin viemään haastattelua luontevasti eteenpäin, eikä mitään tutkimukselleni olennaista jäänyt kysymättä.

### *4.3 Sisällön analyysi*

Sisällön analyysin tekemiseksi ei ole olemassa yksityiskohtaista sääntöä, vaan joitain ohjeita. Ennen analyysin aloittamista on tutkijan päätettävä, analysoiko hän aineistoa induktiivisesti vai deduktiivisesti. Induktiivinen analysointi tarkoittaa sitä, että tutkija analysoi aineistosta lähtien ja deduktiivinen sitä, että hän analysoi jonkun aikaisemman käsitejärjestelmän mukaan. Lisäksi on tutkijan päätettävä, analysoiko hän vain sen, mitä aineistosta ilmenee vai analysoiko hän myös piilossa olevia viestejä. Jälkimmäisessä vaihtoehdossa on tulkitsemisen riski varsin merkittävä. (Kyngäs ym. 1999.) Itse analysoin aineiston induktiivisesti. Analyysimenetelmäksi sopii hyvin sisällön analyysi, koska aineistoksi tulen saamaan tekstiä, jossa tutkittavat kertovat asioita omin sanoin. (Alasuutari 1994.) Sisällön analyysi on paljon käytetty analyysimenetelmä. Sillä voidaan analysoida dokumentteja siten, että ne käsitteellistetään ja muokataan tiivistettyyn muotoon. (Kyngäs & Vanhanen 1999.)

Induktiivinen analysointiprosessi etenee seuraavasti: Aluksi aineistosta koodataan ilmaisuja, jotka liittyvät tutkimustehtävään. Ne kirjataan ylös seuraavaa kohtaa varten, joka on aineiston ryhmittely. Tässä vaiheessa kootaan yhteen ensimmäisessä vaiheessa saadut koodatut ilmaisut ja pyritään saamaan ne vieläkin yksiselitteisempään muotoon. Ilmaisut yhdistellään ja syntyneille kategorioille voidaan antaa kategorialle hyvin kuvaava nimi. Seuraavaksi aineisto abstrahoidaan, eli käsitteellistetään, eli luodaan yksi iso kategoria. Koko sisällön analyysi sisältää riskin, jossa aineisto analysoidaan vajavaisesti tai sitten yhdistellään liikaa toisiinsa kuulumattomia asioita. (Kyngäs ym. 1999.)

Aloitin aineiston analysoinnin aukikirjoittamalla nauhoitetut haastattelut. Luin aineiston läpi moneen kertaan. Alleviivasin aineistosta tutkimustehtävääni vastaavia lauseita. Jokaista tutkimustehtävää vastasi tietty väri, jolloin vastaukset nousivat esiin tekstistä helposti. Tämän jälkeen nostin tekstistä alkuperäisilmaisut, jotka listasin erilliselle paperille kunkin tutkimustehtävän alle. Tämän vaiheen jälkeen aloitin aineiston pelkistämisen. Pelkistettyjen ilmausten pohjalta laadin alakategoriat kullekin tutkimustehtävälle, jotka ryhmittelin yläkategorioiksi. Tästä jatkoin jokaisen tutkimustehtävän kohdalla edelleen yhdistäviin kategorioihin, joista sain otsikot tutkimustehtävien käsittelyyn tulostusvaiheessa. Ensimmäisestä tutkimustehtävästä muodostui 3 kategoriaa, jotka nimesin seuraavasti: realiteettitaju pettää, väkivallan uhka ja hoidon aloitus. Toisesta tutkimustehtävästä sain neljä kategoriaa, joiden nimiksi muodostuivat: pelko ja epävarmuus, vaihtoehdottomuus, hyväksymisen vaikeus ja valta ja vastuu. Kolmannesta tutkimustehtävästä en muodostanut kategorioita, mutta otsikoin sen kuitenkin otsikolla: tilanteen purku- ja läpikäyminen.

Nauhoitin kaikki neljä haastattelua nauhurilla, jonka jälkeen kirjoitin ne sanatarkasti puhtaaksi. Tätä vaihetta kutsutaan aukikirjoitukseksi. Aukikirjoitettua materiaalia tuli yhteensä 25 sivua pienellä fonttikoolla. Tämän vaiheen jälkeen luin materiaalin useaan otteeseen läpi kooten aineistosta eri kategorioita. Apunani käytin eri värisiä kyniä, joilla havainnoin itselleni samaa tarkoittavat kommentit ja samalla pystyin hahmottamaan kommentit, jotka poikkesivat toisistaan.

Käytän tutkimustuloksia esitellessäni suoria lainauksia selkeyttämään tutkimustulosten luettavuutta ja luotettavuutta.



## 5 TUTKIMUKSEN TULOKSET

### *5.1 Sairaanhoidtajien kuvaukset vastentahtoisiin lääkitystilanteisiin johtaneista syistä*

Sairaanhoidtajien kuvaukset vastentahtoiseen lääkitykseen johtaneista syistä voidaan kuvata kolmen kategorian avulla: realiteettitajun pettämisellä, väkivallan uhalla sekä hoidon aloituksen turvaamisella. Kuvio 1 (LIITE 3).

#### **5.1.1 Realiteettitaju pettää**

Tutkimuksessani tuli esille se, että jokainen vastentahtoisesti lääkitty potilas oli sillä hetkellä siinä tilanteessa suhteessa omaan vointiinsa, ettei hän itse kyennyt päättämään omasta hoidostaan. Potilaan psykoottisuus koettiin suurimpana syynä siihen, ettei potilas kyennyt itse arvioimaan lääkehoidon tarpeellisuutta juuri sillä hetkellä. Lisäksi potilaan levottomuus, pelokkuus ja sekavuus olivat seikkoja, joiden perusteella lääkitystä potilaalle suunniteltiin. Vastentahtoiseen lääkitykseen joutuminen koettiin väistämättömänä toimenpiteenä. Lisäksi koettiin, että henkilökunnan oli tehtävä päätös potilaan lääkehoidosta.

*”... ja potilas oli hyvin psykoottinen ja pelokas ja harhainen ja että kontaktin luominen oli kauhean hankalaa...”*

*”... ei pärjännyt osaston puolella, pyrki toisten huoneisiin... oli levoton ja sekava...”*

*”... ja ulkoisista merkeistä jo näkee, että sisällä oli semmonen kiihtymystila...”*

*“ ... ja hän oli hyvin kielteinen sitä lääkitystilannetta kohtaan... sen verran arvaamattoman vaikutelman hän antoi...”*

Realiteettitajun pettäminen tulee esille myös siten, että kontaktin luominen potilaaseen koettiin hankalana ja se vaikeutti lääkityksen tarpeellisuuden selittämistä potilaalle. Samoin potilaan yhteistyöhaluttomuus/kyvyttömyys ja sairaudentunnottomuus koettiin esteeksi tälle.

*”... ei olla minkäänlaisessa yhteistyössä siinä tulotilanteessa ja lääkärintapaamisen jälkeen todetaan sitten, että potilaalle tarvii antaa jotain rauhoittavaa...”*

*”... kontaktin luominen oli vaikeaa ...”*

*”... potilas ei vaan ymmärtänyt sitä omaa tilaansa...”*

*”... vauhdikkuutta oli... ei nyt oikein ollu muita vaihtoehtoja...”*

### **5.1.2 Väkivallan uhka**

Potilaan aggressiivisuus ja uhkaavuus olivat myös tekijöitä, joiden perusteella potilaan lääkitsemistä oli alettu harkitsemaan. Lääkitsemisellä pyrittiin rauhoittamaan potilaan kiihtymystä ja sitä, ettei henkilökunnan ja toisten potilaiden turvallisuus tulisi uhatuksi.

*”... potilas tulee aggressiivisena... tuo suoraan esille, ettei aio tänne jäädä, on hyvin kiihtynyt...”*

*”... se meinas mennä muitten huoneisiinkin... ja jotta hän rauhoittuisi, määräsi lääkäri ne injektiot...”*

*”... oli aika niinku hyökkäävä siinä tilanteessa... varmistettiin se turvallisuus riittävällä porukalla”*

Kun sairaanhoitajat huomasivat vastentahtoisien lääkitystilanteen olevan väistämätön, koettiin riittävän henkilökunnan paikalle saaminen tärkeäksi. Tilanne piti valmistella niin, että se oli mahdollisimman turvallinen sekä henkilökunnalle että potilaalle itselleen.

*”... nainen on usein se pistäjä ja turvallisuutta tuo ne miehet...”*

*”... vaikka tuliskin päälle... pyritään ehkäisemään sillä, että on riittävästi miehitystä...”*

*”... kaksi miestä jäi niinkun vähän kuulolle ja oli sitten valmiina toimimaan, mikäli on tarvetta...”*

### **5.1.3 Hoidon aloitus**

Lääkityksen antaminen koettiin potilaan auttamiseksi ja akuutin tilanteen rauhoittamiseksi. Sairaanhoitajat kokivat, että siinä tilanteessa annetulla vastentahtoisella lääkityksellä päästiin hoidossa alkuun. Vastentahtoinen lääkitystilanne ei ollut koskaan ensimmäinen vaihtoehto, vaan jokaisessa tilanteessa ensin yritettiin perustella potilaalle lääkehoidon merkitystä.

*”... ja jotta siinä tilanteessa oltais päästy millään lailla hänen vointinsa suhteen eteenpäin niin lääkehoito, akuutti lääkitys tuli kysymykseen...”*

*”... tietää sen lääkkeen useimmiten auttavan...”*

*”... että yritettiin niinku realisoida häntä oman vointinsa suhteen...”*

*”... että hän pystyy ees jotain... keskustelun kautta ottamaan vastaan...”*

*”... yritettiin puheen kautta suostutella, kymmenen, viisitoista minuuttia...”*

Potilaan turvallisuuden tunnetta pyrittiin parantamaan puhumalla ja rauhoittelemalla ja lisäksi sillä, että lääkitys yleensäkin annettiin. Tärkeäksi koettiin myös se, että potilaalle aina perusteltiin se, mitä ja miksi oltiin tekemässä ja keitä toimenpiteessä oli mukana.

*”... miettii niitä keinoja... että millä tavalla mä saan sen potilaan rauhotettua ja ymmärtämään, että se lääkitys on tarpeen...”*

*”... pitkä tiivis keskustelu, että haluttiin tietynlailla yhteistyössä hoitaa se lääkitys...”*

*”... mä selvitän potilaalle sen tilanteen ja sanon, ketä on mukana ja mitä me teemme...”*

*”... saada rauhotettua se, että me ei häntä vahingoiteta mitenkään...”*

*“...pyrin perustelemaan muun työryhmän kanssa, että minkä takia lääke annetaan, mitä lääkettä annetaan, miten se tapahtuu...”*

## ***5.2 Sairaanhoidajien kuvauksia vastentahtoisten lääkitystilanteiden aiheuttamista kokemuksista***

Teemahaastatteluni seuraavana kohtana oli, miten sairaanhoitajat kokivat vastentahtoiset lääkitystilanteet. Aikaisemmin kuvattu vastentahtoinen lääkitystilanne pidettiin edelleen pohjana. Kokemukset olen kategorioinut neljään eri kategoriaan, jotka ovat: pelko ja epävarmuus, vaihtoehdottomuus, hyväksymisen vaikeus ja valta ja vastuu. Kuvio löytyy liitteenä 4.

### 5.2.1 Pelko ja epävarmuus

Sairaanhoidajat kokivat suoranaista pelkoa vastentahtoisissa lääkitystilanteissa. Pelko nousi esille varsinkin, jos kyseessä oli aggressiivinen ja uhkaavasti sekä arvaamattomasti käyttäytyvä potilas. Lisäksi pelkoa aiheutti potilaalla todettu tarttuva sairaus.

*”... epävarmuutta tavallaan siinä tilanteessa... että jos hän vaikka tuliskin päälle...”*

*”...mutta lähinnä siinä tilanteessa mulla nous se pelko päällimmäiseksi...”*

Lisäksi tilanteet koettiin jännitystä aiheuttavina, koska ei tiedetty, miten potilas reagoi lääkkeen antamiseen.

*”... mutta semmosta jännitystä aiheuttaa, kun ei oikeen tiedä sitä potilasta...”*

*”... varmaan ihan luonnollista, että jännittää, saadaanko tilanne vietyä turvallisesti läpi...”*

Lääkitystilanteen ollessa akuuteimmillaan koettiin muun mukana olleen työryhmän merkitys lähinnä turvallisuutta tuovana.

*”... ihan sellasta niin sanotusti turvallisuutta, kun ei yksin olla siinä tilanteessa...”*

*”... työryhmä, joka siinä tilanteessa rauhoittaa...”*

*”... ja luottaa niinkun työkavereihin... ja se luo itellekin sitä turvaa ja varmuutta siihen...”*

Haastatteluista nousi esille myös se, että varsinaisessa tilanteessa saatiin tukea työryhmältä. Päällimmäisenä seikkana esille nousi turvallisuus, mutta myös selkeät käytännön ohjeet tulivat esille.

*”... on tullut semmoset merkit... tiedetään, mitä toisen ilmeistä ja eleistä näkee, että nyt tehdään näin ja se kyllä helpottaa siinä tilanteessa...”*

*”... tietysti on jo oppinut tuntemaan henkilökunnan... pelkkä katsekin kertoo enemmän... ei siinä paljoakaan puhuta...”*

*“... kerran mulla on ollu sellanen tilanne et oli tollanen lääke mikä on aika jäykkää pistää ja mä olin laittanut pienen neulan... niin siinä joku sano hyvin... isommalla kannattaa jatkossa...”*

### **5.2.2 Vaihtoehtottomuus**

Paljon tunteita herätti se seikka, että ylipäättään vastentahtoiseen lääkitystilanteeseen jouduttiin. Sairaanhoitajat kokivat, että vastentahtoinen lääkitys oli seurausta siitä, että potilaan peruslääkitys ei ollut vaikuttanut tai että potilaalla oli ollut joku sellainen tilanne, johon henkilökunta ei ollut huomannut puuttua ja se oli aiheuttanut potilaassa sellaisen tilan, että hänen hoidon kannalta tarpeelliseksi katsottiin lääkehoidon tehostaminen.

Sairaanhoitajat kokivat, että olisi hyvin tärkeää miettiä, miten vastentahtoisia lääkitystilanteita pystyttäisiin välttämään ja miten tilanteen jälkeen olisi hyvä toimia. Keskustelun merkitystä korostettiin ja lisäksi sitä, että resursseja olisi saatava lisää. Potilaiden kanssa riittävä keskustelu saattaisi ehkäistä joitain vastentahtoisia lääkitystilanteita, samoin se, että osataan tulkita potilaita ja heidän toimintojaan.

*”... inhotti että ihmiseen ei ollut purrut tablettilääkitys ja jouduttiin sitten niinku... ainahan se on kun joudutaan ihmisen koskemattomuuteen puuttumaan...”*

*”... niin jutellaan vaikka ennen sitä...”*

*”... oppii lukemaan niitä potilaita...”*

*”... jos potilaalla on ollut joku ilkee tilanne päivällä...”*

Yhteistyön merkitystä potilaan kanssa korostettiin ja kuten jo aikaisemmin tuli esiin, ei vastentahtoinen lääkitys ollut koskaan ensimmäinen vaihtoehto, jolla potilaan tilaa pyrittiin korjaamaan. Lisäksi esille nousi myös pettymyksen tunteita, lähinnä siinä, että vastentahtoiseen lääkitykseen jouduttiin turvautumaan.

*”... tokihan me yritettiin puheen kautta...”*

*”... minäkin siinä jotain koitin sille sanoa ja suostutella, mutta kun ei mukään mennyt siinä tilanteessa perille...”*

*”... inhimillinen tunne, että miksi näin nyt tehdään...”*

*”... kyllä kai jollain lailla pettyy, kun huomaa, ettei muuta vaihtoehtoa ole...”*

### **5.2.3 Hyväksymisen vaikeus**

Omiin kokemuksiin lääkitystilanteista vaikuttivat myös erilaiset potilaat. Varsinkin huumeiden- ja alkoholin käyttäjät muuttivat sairaanhoitajien kokemuksia. Tilanteet koettiin eri tavalla, jos kyseessä oli huumepsykoosi tai alkoholidelirium, kuin jos kyseessä oli ilman päihhteitä sairaalahoitoon joutunut potilas. Potilasta, joka oli joutunut hoitoon päihdepsykoosin vuoksi, kohdeltiin jopa hieman kovemmin.

Lisäksi päihdepsykoosipotilas aiheutti sairaanhoitajissa epävarmuuden tunnetta.

*”... et jos sä oot niinkun ite aiheuttanut vaikka huume- tai alko-ongelmat...”*

*”... joku vankilakundi, jolla pitäis olla elämä edessä...kyllä niihin suhtautuu pikkusen silleen kovemmin...”*

*”... jos kyse on jostain huumausaineiden aiheuttamasta psykoosista... ne on usein tosi arvaamattomia, niin kyllä siinä niinku epävarmuutta...”*

*”... jollain lailla sairaan ihmisen aggressiivisuuden pystyy hyväksymään, mutta huumepsykoosi... kun se on itseaiheutettu...”*

### **5.2.4 Valta ja vastuu**

Tutkittavat kokivat vastentahtoiset lääkitystilanteet vallankäyttönä, mutta eivät henkilökohtaisena vallankäyttömahdollisuutena. Vallan käyttäminen koettiin aina lain puitteissa toimimiseksi.

*”... se vaan on pakon sanelemana tehtävä se homma siinä, oli se nyt sitten vallan käyttöä tai ei...”*

*”... no jos nimetään se vallankäytöksi, niin kyllähän se varmaan potilaalle on valtakokemus...”*

*”... minusta se on kyllä vallan käyttöä...”*

*”... alistamista siinä mielessä että sun täytyy niinku meidän tahdon mukaan mennä...”*

Lisäksi tilanteet koettiin vastuullisina, mutta vastuu ei varsinaisesti herättänyt tunteita.

*”... herättikö se nyt sen ihmeellisempiä tunteita... mä olin vastuussa sen lääkkeen antamisesta...”*

*”... tavallaan se vastuu herättää semmosta tietysti... että osaa toimia oikeen, kaikki menee turvallisesti...”*

*”... en mä usko, et tunteisiin vaikuttaa... sen haluaa suorittaa mahdollisimman nopeasti pois...”*

### **5.3 Tilanteen purku ja läpikäyminen**

Haastattelussani paneuduin vielä lopuksi siihen, kuinka vastentahtoisia lääkitystilanteita ylipäätään käytiin läpi jälkikäteen ja minkälaisia tunteita ne herättivät sairaanhoitajissa.

Vastentahtoisien lääkitystilanteiden jälkeen tilanteen nopea purku koettiin tärkeänä. Lisäksi koettiin, että mikäli lääkitystilanne oli niin sanottu rutiinitoimenpide, eikä tilanteessa hoitajia kohtaan kohdistunut normaalia enempää aggressioita ja uhkaa potilaan taholta, ei tilannetta ollut tarpeellista käydä läpi.

Omia tunteita ei lääkitystilanteen jälkeen käyty syvällisesti läpi työryhmän kanssa kovinkaan paljon. Useimmiten asiaa pohdittiin itsekseen, eikä työryhmän kanssa.

*”... omia mietiskelyjä tietysti, että menikö kaikki oikein...”*

*”... ne tunteet tulee aika paljon myöhemmin... pohdin niitä itekseni...”*

*”... onks musta tullut niin rutinoitunut hoitaja, että ei ajattele mitään...”*

*”... tää oli ehkä sellanen tilanne, että ei sitten sen jälkeen...”*

*”... on tullut tehtyä työ työnä...”*

*”... sitä tilannetta purkaa loppujen lopuksi aika vähän...”*

Vaikka vastentahtoisia lääkitystilanteita ei juurikaan käyty läpi työryhmän kanssa, koettiin niiden läpikäyminen kuitenkin tärkeänä.

*”... erittäin tärkeänä mä oon kokenut sen työryhmän kanssa...”*

*”...kyl ne pitäis käydä läpi, jos koetaan, että on tarvetta...”*

*”... pitää puhua, jos siltä tuntuu...”*

Työryhmän kanssa tunteiden läpikäymiseen vaikutti myös se, minkälaiset suhteet kehenkin työkaveriin oli. Tärkeäksi koettiin myös se, että tilanne saatiin suoritettua oikein ja turvallisesti.

*”... vaikuttaa nää henkilökemiatkin, kenen kanssa rupee käymään läpi...”*

*”... kyl se merkitsee, et ketkä siinä on töissä...”*



## 6 TULOSTEN YHTEENVETO JA POHDINTA

Vastentahtoiset lääkitystilanteet koettiin pääosin epämiellyttäväiksi, vaikka lääkityksen tarkoitus ja seuraus olivat hyvin selvillä. Lisäksi koettiin jonkin verran epävarmuutta ja pelkoakin, kun kyseessä oli aggressiivinen potilas. Potilaan aggressiivisuus aiheutuu useimmiten hänen psyykkisen tilansa epävakaudesta. (Weizmann-Henelius 1997.) Sairaanhoitajat kuvasivat vastentahtoisesti lääkityn potilaan olleen aina psykoottinen tai arvaamaton. Vastauksista nousi esiin myös se, että sairaanhoitajia inhotti ja harmitti se, ettei potilaalle määrätty aikaisempi lääkitys ollut tehonnut ja ettei potilas ymmärtänyt ottaa lääkettään vapaaehtoisesti.

Sairaanhoitajat kokivat, että vastentahtoiset lääkitystilanteet ovat vallankäyttöä ja että potilaat varmasti kokivat tilanteet vallankäyttönä. Valta kuitenkin miellettiin lain puitteissa toimimiseksi, eikä valta ja sen käyttäminen vaikuttanut toimintaan lääkitystilanteissa. Sariola ja Ojanen (1997) ovat kirjassaan maininneet, että potilaat kokevat vastentahtoiset lääkitystilanteet suurimpana heihin kohdistuvana pakkovaltana. Vastentahtoisia lääkitystilanteita ei koettu kuitenkaan henkilökohtaisena vallankäyttömahdollisuutena. Valta ja sen käyttäminen eivät vaikuttaneet sairaanhoitajien toimintaan sillä hetkellä.

Tutkintotyöni tulokset kuvaavat sairaanhoitajien kuvauksia vastentahtoisista lääkitystilanteista. Hyvin selvästi tuloksista nousee esille se, että aina vastentahtoiseen lääkitykseen ryhdyttäessä oli toimenpiteen tarkoituksena potilaan akuutin tilan rauhoittaminen sekä potilaan itsensä-, muiden potilaiden- ja henkilökunnan turvallisuuden takaaminen. Lisäksi lääkityksellä pyrittiin siihen, että potilaan hoidossa päästiin alkuun. Vastentahtoinen lääkitys ei ollut ensisijainen vaihtoehto. Tämä tutkimustulos on sama, johon Mäkitalo (1999) on pro gradu-tutkielmassaan on tullut.

Sairaanhoitajat kokevat tärkeäksi myös sen, että potilaalle kerrottiin tarkasti mitä ja miksi ollaan tekemässä. Sariola ja Ojanen (1997) ovat kirjassaan kirjoittaneet, että muun muassa tiedonsaanti on tärkeä asia ajatellen potilaan lääkemyönteisyyttä. Tärkeää sairaanhoitajille oli myös se, että potilaalle sekä henkilökunnalle tilanne saatiin mahdollisimman turvalliseksi. Tässä korostettiin muun työryhmän merkitystä paljon.

Pääasiassa vastentahtoiset lääkitystilanteet koettiin epämiellyttävinä. Jonkin verran esille nousivat myös pelko ja epävarmuus. Varsinkin hyvin aggressiivisten potilaiden kanssa

toimiminen koettiin epävarmuutta ja jonkin verran pelkoakin aiheuttavaksi. Tässä taas korostettiin muiden mukana olleiden hoitajien merkitystä turvallisuutta luovina henkilöinä.

Päihdepsykoosipotilaat vaikuttivat tunteisiin mielestäni yllättävän paljon. Sairaanhoitajat kokivat, että päihdepsykoosipotilaita lääkittäessä otteet saattavat olla kovempia, kuin mitä ne ovat, jos kyseessä on ns. normaali potilas. Lisäksi koettiin, että päihdepsykoosipotilas ei saanut sairaanhoitajilta niin paljon sympatiaa, kuin ilman päihteitä hoitoon joutunut.

Vastentahtoisten lääkitystilanteiden herättämiä tunteita ei käyty läpi työryhmän kanssa, vaan koettiin, että itsekseen mieltien asiat järjestyvät, eivätkä jää mieleen kaivelemaan. Kuitenkin työryhmän kanssa tapahtuva reflektointi koettiin varsin tärkeäksi, kuten Lindströmin (1988) on kirjassaan todennut. Yllättävää tässä oli se, että asioista ei puhuttu, vaikka puhuminen koettiin tärkeäksi. Suhteet muihin työryhmän jäseniin vaikuttivat siihen, puhuttiinko ja haluttiinko puhua.

Sairaanhoitajat kokivat, että riittävällä henkilöstömäärällä ja riittävällä potilaiden kanssa keskustelulla voidaan osa vastentahtoisista lääkitystilanteista välttää. Tässä tulee esteeksi kuitenkin resurssipula henkilökuntapuolella.

## **6.1 Eettisyys**

Tutkimusaiheen valinta itsessään on jo eettinen ratkaisu. Tutkimusongelman valinnassa kysytään, kenen ehdoilla tutkimusaihe valitaan ja miksi tutkimukseen ryhdytään. Tutkimuksen kohteina olevien ihmisten kohtelu on myös selvitystä vaativa tehtävä. Kun tutkimus kohdistuu ihmisiin, on erityisesti selvitettävä, miten henkilöiden suostumus hankitaan, millaista tietoa heille annetaan ja minkälaisia riskejä heidän osallistumiseensa sisältyy. Riski voi tarkoittaa tutkimushenkilölle aiheutuvaa haittaa kokeen kuluessa tai tutkijan arvioimia haittoja tutkittavalle myöhemmässä vaiheessa. Aineiston keräämisessä on otettava huomioon mm. anonyymiyden takaaminen, luottamuksellisuus ja aineiston tallentaminen asianmukaisesti. Lisäksi tutkimustyössä tulee välttää epärehellisyyttä sen kaikissa osavaiheissa. Tämä tarkoittaa sitä, että toisten tekstejä ei saa kopioida, samaan tutkimukseen osallistuvien tutkijoiden osuutta ei saa vähätellä, tutkija ei saa plagioida itseään, omia tutkimuksiaan, tuloksia ei saa yleistää kritiikittömästi, raportointi ei saa olla harhaanjohtavaa tai puutteellista, eikä tutkimukseen myönnettyjä määrärahoja saa käyttää väärin tarkoituksiin. (Hirsjärvi ym. 2000.)

Tutkimukseeni osallistuneet henkilöt ovat sairaanhoitajia, joita haastattelin heidän työaikanaan, omalla vapaa-ajallani. Olen mielestäni onnistunut tutkimusprosessin kuvaamisessa ja raportoinnissa. Analysointivaiheessa olen ollut rehellinen ja siksi olen käyttänyt paljon suoria lainauksia, jotta lukijan olisi helpompi vakuuttua siitä, että kyseessä oleva tieto todella nousi esiin haastatteluista.

Analysointivaiheessa olisi ollut helppoa laittaa mukaan ”omia” kommentteja, mutta tämänkaltaiseen toimintaan en ole sortunut.

Anoin luvan psykiatrian tulosryhmän ylihoitaja Sirpa Pesoselta. Anomuksesta kävi ilmi työni tarkoitus, osallistujat, menetelmä ja aikataulu. Lupa-anomus on liitteenä (LIITE 1). Painotin ennen haastattelun aloitusta vapaaehtoisuutta ja kysyin vielä jokaiselta erikseen, ovatko he mielestänsä tilanteessa vapaaehtoisesti. Kerroin jokaiselle haastateltavalle, että nauhoitan haastattelut ja miten aion nauhojen ja aukikirjoitetun materiaalin kanssa toimia.

Pyysin jokaista haastateltavaa kertomaan aluksi yhden vastentahtoisen lääkitystilanteen. Yhdenkään tilannekuvauksen kohdalla ei kyseessä olleen potilaan henkilöllisyys tullut esille. Myöskään muiden tilanteissa mukana olleiden hoitajien nimet eivät tulleet esille.

Haastattelemieni sairaanhoitajien nimet eivätkä henkilöllisyydet tulleet muiden, kuin itseni tietoon. Käytännössä kuitenkin muut työvuorossa olleet sairaanhoitajat tiesivät, keitä milloinkin haastattelin. Jokaisella haastateltavalla oli oikeus kieltäytyä haastattelusta, mutta yksikään ei näin tehnyt.

## **6.2 Luotettavuus**

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuudesta voidaan aina esittää kysymyksiä. Koska kyseessä on avovastauksia tuottava haastattelu, voi tutkija helposti tuoda oman näkemyksensä vastauksiin ja analysointiin. Tutkimuksen luotettavuutta nostaa se, mikäli tutkija pystyy koko analyysin ajan säilyttämään tutkittavan asian eikä lähde tulkitsemaan sitä. (Aaltola ym. toim. 2001.)

Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja korostin sitä käydessäni esittelemässä tutkimusta etukäteen osastolla. Kukaan muu ei päässyt lukemaan vastauksia missään tutkimuksen vaiheessa.

Laadullisen tutkimuksen aineiston analysointiin ei ole olemassa standardoituja menetelmiä. Tutkijan on tehtävä oikeita ja tarpeeksi kriittisiä arviointeja analysoidessaan tutkimusaineistoa. Teemahaastattelu on avointa haastattelua luotettavampi tutkimusaineiston keruumenetelmä, sillä teemahaastattelussa edetään tiettyjen teemojen mukaisesti, eikä anneta tilaa rönsyilylle. (Hirsjärvi ym. 1985.)

Tämän työn luotettavuutta parantaa se, että olen pystynyt tarkkaan analysointiin, enkä ole lähtenyt liiallisesti tulkitsemaan vastauksia. Luotettavuutta parantaa myös se, että haastattelut nauhoitettiin ja näin ollen pystyin useaan otteeseen kuuntelemaan haastattelut ja kykenin hyvinkin sanatarkkaan aukikirjoitukseen. Teemahaastattelurungon perusteella sain haastattelut pysymään hyvin aiheessa, eikä materiaalia tullut asian ulkopuolelta, joka riski olisi voinut olla, mikäli olisi käyttänyt avointa haastattelua. Valitettavasti en saanut teemahaastattelun teemoja vastaamaan täysin tutkimustehtävään, toisin sanoen en osannut laatia oikeanlaisia kysymyksiä. Syynä tähän on tutkimusmenetelmän hallitsemattomuus, eli en ole perehtynyt teoriaan riittävällä laajuudella.

Mielestäni haastattelutila saattoi olla hieman luotettavuutta laskeva tekijä. Vaikka tila oli rauhallinen, niin jokaisen haastattelun aikana huoneen ulkopuolelta, eli osastolta, kuului tuolien siirtelystä aiheutunutta ääntä, potilaiden ääntä ja muita, normaaliin osastotoimintaan liittyviä ääniä. Nämä häiriöt saattoivat aiheuttaa sen, että haastateltavien ajatus katkeili, eikä kaikkea sanottavaa näin ollen tullut sanottua. Lisäksi haastattelut jäivät melko lyhyiksi, johtuen kenties juuri siitä, etten osannut viedä keskustelua eteenpäin luontevasti.

Jonkin verran luotettavuutta saattaa laskea myös se, että tunsin jokaisen haastateltavan henkilökohtaisesti. Tämä saattoi aiheuttaa sen, että ihan kaikkea ei sanottu. Lisäksi voi olla, että juuri tästä aiheesta puhuminen on hankalaa sairaanhoitajille. Luotettavuutta saattaa alentaa myös se, että opinnäytetyön haastattelujen tekemisen aikana henkilökohtaisessa elämässäni sattui paljon suuria muutoksia, jotka vaikuttivat työni valmistumiseen. Joskus oli hyvin hankala keskittyä työn tekemiseen. Analysointivaiheen sain kuitenkin tehtyä ilman ”ulkopuolisia” häiriötekijöitä, mutta siihenkin tutustumiseen jäi kovin vähän aikaa. Analyysivaiheessa omat kokemukset vastentahtoisista lääkitystilanteista nousivat kieltämättä pinnalle ja jonkin verran huomasin vertailevani omia kokemuksiani haastateltavieni kokemuksiin.

Kaiken kaikkiaan tämä opinnäytetyö oli minulle aivan erittäin suuri haaste. En osannut millään tasolla hahmottaa työn vaativuutta silloin, kun tein päätöksen tutkimustavasta ja siitä, että teen työni yksin.

Uskon kuitenkin, että tämä työ täyttää ne luotettavuusvaatimukset, jotka tälle työlle on asetettu sen laajuus huomioiden.

### ***6.3 Tulosten käyttö ja hyödyntäminen***

Tämän tutkintotyön tuloksia voidaan käyttää ainakin suunniteltaessa työpaikkakoulutusta, jossa paneudutaan tunteiden käsittelyyn hoitotyössä. Lisäksi tulosten pohjalta voidaan miettiä erilaisia toimintatapoja hoitotyössä ja myös sitä, miten sairaanhoitajan tavoitteet ja potilaan tavoitteet ja toiveet eroavat lääkitystilanteessa. Tavoitteenani oli tuottaa tietoa kokemuksista, jotta niitä voidaan hyödyntää tulevaisuudessa hoitotyön käytännössä ja sairaanhoitajakoulutuksessa. Aikaisemmin jo hämmästelinkin sitä, kuinka päihdepsykoosipotilaat aiheuttavat sairaanhoitajissa niin negatiivisia tunteita. Tähän seikkaan olisi kenties syytä kiinnittää huomiota. Asia ei kuitenkaan välttämättä ole näin yksiselitteinen, kuin se tässä on, vaan päihdepsykooseissakin on monia eri puolia.

### ***6.5 Jatkotutkimusaiheet***

Jatkotutkimuksissa voisi mielestäni selvittää, vaikuttavatko sairaanhoitajan ikä, sukupuoli tai työkokemus kokemuksiin vastentahtoisista lääkitystilanteista. Omassa työssäni en eritellyt em. seikkoja. Lisäksi olisi todella mielenkiintoista selvittää vastentahtoisten lääkitystilanteiden herättämiä tunteita potilaan näkökulmasta ja sitä, eroavatko lääkärin ja sairaanhoitajan mielipiteet vastentahtoiseen lääkitykseen ryhtymisestä ja yleensäkin potilaan lääkehoitoon liittyvissä asioissa.

**7 LÄHDELUETTELO**

- Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) 2001. Ikkunoita tutkimusmetodeihin. PS-kustannus Gummerus kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Alasuutari, P. 1994. Laadullinen tutkimus. 2., uudistettu painos. Vastapaino. Jyväskylä.
- Erjanti, H., Onninen M-L., Paunonen M. & Penttilä U-R. 1988. Sairaanhoidtajien koulutussäätiö.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 1985. Teemahaastattelu. Gaudeamus. Helsinki
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2000. Tutki ja kirjoita. Tummavuoren kirjapaino Oy. Vantaa
- Kaltiala-Heino, R. & Välimäki, M. 1999. ajoitetaanko rajoittamista - Eristys ja lepositeiden käyttö psykiatrisessa hoidossa. Tampereen yliopistopaino Oy. Tampere.
- Krause, K. & Kiikkala, I. 1996. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Kirjayhtymä Oy. Helsinki.
- Krause, K. & Salo, S. 1992. Teoreettinen hoitotyö. Hoitotyön tietoperustasta, tutkimuksesta ja käytännöstä. Tammer-Paino Oy. Tampere..
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede lehti. Vol. 11, no 1/99. 3-11
- Laki potilaan asemasta ja oikeudesta. 1993.
- Latvala, E., Visuri, T. & Janhonen, S. 1995. Psykiatrinen hoitotyö. WSOY. Juva.
- Lepola, U., Koponen, H., Leinonen, E., Joukamaa, M., Isohanni, M. & Hakola, P. 1998. Psykiatria. WSOY. Juva.
- Lindström, U Å. 1988. Psykiatrisen hoito-opin perusteet. Karisto Oy:n kirjapaino. Hämeenlinna.
- Linnainmaa P., Innamaa, M. & Honkala, L. 1999. Mielenterveystyö ja opetus- matkalla kohti muutosta. Kirjayhtymä Oy. Helsinki.
- Mielenterveyslaki 8§. 2001.

Mielenterveyslaki 22§. 2001.

Mäkitalo, J. 1999. Psykiatrisessa sairaalahoidossa olevien potilaiden kieltäytyminen lääkehoidosta. Pro gradu- tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Turku.

Newell, R. & Gournay, K. 2000. Mental health nursing. An evidence-based approach. Churchill Livingstone. London.

Sariola, E. & Ojanen, M. 1997. Hoito vai pakkohoito. Kustannusosakeyhtiö Otava Oy. Helsinki.

Soininen, M. 1995. Tieteellisen tutkimuksen perusteet. Turun yliopiston täydennyskoulutusjulkaisuja A:43. Turku.

Syrjälä, L., Ahonen, S., Syrjäläinen, E. & Saari, S. 1994. Laadullisen tutkimuksen työtapoja. Kirjayhtymä. Helsinki.

Terveystieteiden ammattijat. 1994. Työministeriö. Työvoimapalveluosasto. Tietopalvelu- ja ammattitietoyksikkö. Työministeriön julkaisumyynti. Tampere.

Tuori, T. 2002. Psykiatrisen sairaalahoidon Suomessa. Sairaanhoidopiiri- ja sairaalakohtaista vertailutietoa vuosilta 1999 ja 2000. Stakes julkaisuja. Stakesin monistamo. Helsinki.

Välimäki, M., Holopainen, A. & Jokinen, M. 2000. Psykiatrisen hoitotyön muutoksessa. WSOY. Juva.

Weizmann-Henelius, G. 1997. Väkivaltaisen ihmisen kohtaaminen. Kirjayhtymä Oy. Tammerpaino Oy. Tampere.

Lahden Ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Ari Kärkkäinen  
Sairaanhoidonopiskelija  
p. 050 407 3170  
ari.karkkainen@phnet.fi

LIITE 1

Päijät-Hämeen Keskussairaala  
Psykiatrian tulosryhmä  
Ylihoitaja Sirpa Pesonen

## **OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSLUPA-ANOMUS**

Teen opinnäytetyötäni aiheesta ”Sairaanhoitajien kokemuksia vastentahtoisista lääkitystilanteista”. Tutkimukseni tarkoituksena on kuvata, minkälaisia kokemuksia sairaanhoitajilla on vastentahtoisista lääkitystilanteista ja lisäksi tuottaa tietoa näistä kokemuksista. Tutkimukseni on laadullinen ja aineistonkeruun suoritan haastattelemalla neljää sairaanhoitajaa osastolta 7. Tarkoitukseni on suorittaa haastattelut viikolla 15 (7-13.4.2003).

Opinnäytetyöni ohjaajana toimii THM, hoitotyön opettaja, Eeva Salmela.

Pyydän kohteliaimmin lupaa tutkimuksen suorittamiseen.

Lahdessa 2.4.2003

Kunnioittaen,

Ari Kärkkäinen  
Sairaanhoidonopiskelija

Eeva Salmela  
THM, hoitotyön opettaja

LIITTEET (1) Tutkimussuunnitelma



## 1 Vastentahtoinen lääkitystilanne

1.1 Kerro jokin vastentahtoinen lääkitystilanne, mahdollisimman tuore

- minkälainen potilas
- miten tilanne kehittyi
- keitä oli mukana

1.2 Oma osuus

- mitä teit

1.3 Muiden hoitajien osuus

- mitä muut tekivät

## 2 Kokemuksia

2.1 Miten koit tilanteen

- minkälaisia tunteita tilanne herätti

2.2 Miten koit oman roolisi tilanteessa

- millainen hoitaja sinä olit

2.3 Miten koit toisten hoitajien roolin tilanteessa

- kuvaile toisten mukana olleiden hoitajien roolia
- kuvaile saamaasi/saamatta jäänyttä tukea toisilta hoitajilta

2.4 Kuinka käsittelit omia tunteitasi

- millä tavoin kävit tunteitasi läpi tilanteen jälkeen

2.5 Miten muu työryhmä tuki tunteitasi läpikäymistä

- kuinka tilannetta refleктоitiin
- kuvaile reflektionia

2.6 Mitä tekisit toisin seuraavalla kerralla

**KUVIO 1****LIITE 3****ALAKATEGORIA****YLÄKATEGORIA****YHDISTÄVÄ  
KATEGORIA**

psykoottinen  
pelokas  
harhainen

realiteettitaju pettää

aggressiivinen  
hyökkäävä

väkivallan uhka

vastentahtoisten

lääkitystilanteiden  
sytä

vointinsa suhteen eteenpäin  
realisointia voinnin suhteen

hoidon aloitus

**KUVIO 2****LIITE 4****ALAKATEGORIA****YLÄKATEGORIA****YHDISTÄVÄ  
KATEGORIA**

epävarmuutta  
pelko

pelko ja epävarmuus

tablettilääkitys ei pure  
ei muuta vaihtoehtoa  
aiheuttamia

vaihtoehtottomuus

vastentahtoisten  
lääkitystilan-  
teiden

kokemuksia

itse aiheuttanut huume-  
tai alko-ongelman

hyväksymisen vaikeus

vallan käyttöä  
alistamista  
vastuu, että osaa  
toimia oikein

valta ja vastuu