

Opinnäytetyö (AMK)
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja AMK
2014

Ranta Niko

PSYKIATRISTEN HÄIRIÖIDEN AIHEUTTAMAT HAASTEET SE- KÄ NIIDEN KOHTAAMINEN KO- TISAIRAALAN HOITOTYÖSSÄ

– Kirjallisuuskatsaus somaattisen hoidon
näkökulmasta



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma | Sairaanhoidtaja AMK

2014 | Sivumäärä: 46

Ohjaava opettaja: Riikka Teuri

Ranta Niko

PSYKIATRISTEN HÄIRIÖIDEN AIHEUTTAMAT HAASTEET SEKÄ NIIDEN KOHTAAMINEN KOTISAIRAALAN ARJESSA

Työn tarkoituksena on kuvata kotisairaalan hoitotyössä kohdattavia yleisimpien psyykkisten häiriöiden hoitoa ja arviointia kotisairaalle ominaisen hoitotyön toteuttamisen näkökulmasta. Tavoitteena on tarkastella tutkimustiedon avulla millaisia haasteita nämä aiheuttavat hoitotyön toteuttamiselle, sekä miten näihin haasteisiin pystytään vastaamaan. Menetelmänä on käytetty kirjallisuuskatsausta. Työ on tehty osana Innohealth-projektia yhteistyössä Kotisairaala Luotsin kanssa.

Työssä on kuvattu mielenterveyden sekä mielenterveyden hoitotyön peruseriaatteita. Työssä on kuvattu myös yleisellä tasolla työhön valittuja psykiatrisia ongelmia: aggressiivisuus, hoitoon sitoutumattomuus, vastarinta, masennus sekä psykoottisuus.

Eri aiheita on käsitelty samalla kehyksellä: Yleinen kuvailu, oireiden aiheuttamat haasteet, lääkehoito, potilaan kohtaaminen, psyykkisen tilan arviointi ja psyykkisen tilan tasaaminen.

Yleinen kuvailu, oireiden aiheuttamat haasteet ja lääkehoito perustuvat pääosin vallitseviin hoitosuosituksiin, mutta näihin osioihin on myös lisätty kirjallisuuskatsauksen kautta haettua tietoa. Potilaan kohtaamisen, psyykkisen tilan arvioinnin sekä psyykkisen tilan tasaamisen osiot sisältävät pääosin kirjallisuuskatsauksen kautta haettua tietoa perustiedon lisäksi.

Työn aihe oli laaja. Vaikka jokainen osio on suppea, ne sisältävät tiivistettynä tärkeää tietoa aiheista. Kehitysehdotuksena suositellaan eri aiheiden eriyttämistä omiksi tutkimuksikseen tarkemman tarkastelun mahdollistamiseksi.

ASIASANAT:

Kotisairaala, psykiatrinen hoitotyö, aggressio, hoitoon sitoutumattomuus, masennus, psykoosi, toimintamalli.

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Nursing | Nursing

2014 | 46 pages

Instructor: Riikka Teuri

Niko Ranta

PSYCHIATRIC DISORDERS: FACING CHALLENGES AT DOMESTIC HEALTHCARE

The purpose of this thesis is to describe the challenges caused by psychiatric disorders at everyday domestic healthcare and to describe evaluation and treatment of those disorders from the point of view of domestic healthcare. Aim of this thesis is to examine the challenges caused by selected psychiatric disorders, and methods to overcome them, by using research data and articles. Method used in this thesis is literature review. This thesis has been made as a part of Innohealth-project collaborating with Kotisairaala Luotsi.

Basic principles of mental health, mental health disorders and mental health nursing are described in this thesis. Aggression, nonadherence, depression and psychosis are selected as most common challenging psychiatric disorders at domestic care.

Different subjects has been covered with same frames: general description, challenges caused by symptoms, pharmacological treatment, encountering the patient, evaluation of the psychic condition and improving psychic condition.

General description, challenges caused by symptoms and pharmacological treatment are mostly based on prevalent care recommendations, but information found using literature review is also included in the text. Encountering the patient, evaluation of the psychic condition and improving psychic condition are mostly based on the literature review, but also includes prevalent care recommendations.

Subject of this thesis was extensive. Even though every section of this thesis was concise, they include compressed and valuable information of the selected subjects. Dividing subjects in to their own examinations is recommended as a development proposal. By doing this it is possible to get more broad analysis on different subjects.

KEYWORDS:

Domestic care, psychiatric nursing, aggression, nonadherence, depression, psychosis, method.

SISÄLTÖ	
1 JOHDANTO	1
2 INNOHEALTH	3
3 KOTISAIRAALA LUOTSI	4
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	5
5 OPINNÄYTETYÖN EMPIIRINEN TOTEUTUS	6
5.1 Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä	6
5.2 Aineiston hankkiminen sekä analysointi	6
6 MIELENTERVEYS SEKÄ MIELENTERVEYDEN HOITOTYÖ	9
6.1 Aggressiivinen potilas	10
6.2 Hoitovastaisuus	15
7 MASENTUNUT POTILAS	18
7.1 Masentuneen potilaan lääkehoito ja sen haasteet	19
7.2 Masentuneen potilaan kohtaaminen, arviointi sekä psyykkisen tilan tasaaminen	20
8 PSYKOOTTINEN POTILAS	25
8.1 Psykoottisen potilaan lääkehoito ja sen haasteet	26
8.2 Psykoottisen potilaan kohtaaminen, arviointi sekä psyykkisen tilan tasaaminen	27
9 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	30
10 POHDINTA	33
LÄHTEET	36
Liite 1. Depression arviointiin käytettävä kysely	
Liite 2. Tiedonhaku­taulukko	

1 JOHDANTO

Potilaan psyykkiset oireet voivat vaikuttaa hoitotyön arjen toimintojen toteuttamiseen. Oireiden sivuuttaminen voi usein haitata hoidon toteuttamista, ja oireet tulisikin mielummin kohdata ja käsitellä, kuin pyrkiä ohittamaan. Psyykkisistä oireista kärsivän ihmisen kohtaaminen oikealla tavalla voi vähentää riskitilanteita hoidon toteuttamisen aikana, sekä kohentaa potilaan ja hoitajan turvallisuutta. Työn aihe on tärkeä, koska psyykkiset sairauden voivat hankaloittaa somaattista hoitoa useista eri syistä. (Kaisanlahti 2008.)

Tässä työssä kuvataan yleisimpiä kotisairaalan hoitotyötä haittaavia psykiatrisia ongelmia. Aihe on laaja. Tästä syystä työn sisällöksi ovat valikoituneet merkittävimmät psykiatriset häiriöt, jotka hankaloittavat kotisairaalan arjen toimintoja. Työssä on kuvattun keskeisimmät asiat valituista psyykkisistä häiriöistä, lääkähoidosta, arvioinnista sekä menetelmistä toimia eri tilanteissa.

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on tarkastella tutkimustiedon avulla minkälaisia haasteita työhön valitut psyykkiset häiriöt aiheuttavat kotisairaalan hoitotyön arjessa, sekä miten näihin haasteisiin pystytään vastaamaan. Työ on tehty osana Innohealth-projektia yhteistyössä Kotisairaala Luotsin kanssa. Työn alustuksessa on kuvattu tarkemmin Kotisairaala Luotsin toimintaa sekä Innohealth-projektia.

Työn tarkoituksena on kuvata yleisimpiä kotisairaalan työssä kohdattavien psyykkisten häiriöiden hoitoa ja arviointia kotisairaalalle ominaisen hoitotyön toteuttamisen kannalta. Kotisairaala Luotsin yhteyshenkilön kanssa keskusteltua työn tarkemmiksi aiheiksi ovat valikoituneet psykoosi ja skitsofrenia. Tiedonhaku tehtäessä selkeäksi haasteeksi kirjallisuuden pohjalta nousivat myös aggressiivisuus, hoitovastaisuus sekä masennus, jotka on myös valittu työssä käsiteltäviksi aiheiksi. Kotisairaala Luotsi tekee pääasiassa somaattista hoitotyötä. Työn näkökulmaksi on tältä pohjalta valikoitunut psykiatristen häiriöiden haasteiden kohtaaminen somaattisen hoidon kannalta.

Työssä on käsitelty lyhyesti valikoituja psyykkisiä sairauksia sekä esittämään tutkimustietoa ja näkökulmia artikkeleiden pohjalta liittyen potilaan kohtaamiseen, sekä psyykkisten oireiden tason arviointiin ja hoitamiseen. Koska Kotisaaraalla Luotsissa pääpainona on somaattinen hoito, on psykiatrinen arviointi ja hoitaminen sekundäärisesti tehtävää työtä. Tästä syystä tässä opinnäytetyössä on pyritty pysymään lähellä perustason hoitotyötä.

2 INNOHEALTH

Opinnäytetyö tehdään osana Innohealth-projektia. Innohealth on Varsinais-Suomen ELY-keskuksen (Elinkeino-, Liikenne-, ja Ympäristökeskuksen) sekä Euroopan Unionin alaisen Euroopan sosiaalirahaston (ESR) rahoittama hanke jonka päätoteuttajana toimii Turun Ammattikorkeakoulu. Muita yhteistyökumppaneita ja toteuttajia ovat Turun ammatti-instituutti, Loimaan ammatti- ja aikuisopisto, Novida - Uudenkaupungin ammatti- ja aikuisopisto sekä useita hyvinvointiteknologiaa käyttäviä yrityksiä ja organisaatioita. Projektin toteutusajankohta oli 1.4.2012 – 30.6.2014. (Innohealth 2013.)

Innohealthin tarkoituksena on kehittää terveys- ja hyvinvointiteknologia-alojen toimijoiden yhteistyötä opetuksen ja työelämäkäytäntöjen kohdalla. Tavoitteena on yhteistyön avulla kehittää uusia toimintamalleja näiden alojen välille. Tällä tavalla mahdollistetaan uusien innovaatioiden ja tuotekehityksen edistyminen oikeaan suuntaan. Toisena tavoitteena on samalla kehittää työpaikkojen ja oppimisympäristöjen toimintatapoja. Opettajien työelämäjaksojen, työelämäläheisen jatkokoulutuksen, opiskelijoiden projektien sekä työpajojen tarkoituksena on saada selville miten yhteistyötä ja toimintamalleja voitaisiin parantaa. Opittu ja hyväksi todettu tieto jaetaan työpaikkojen ja koulutuskeskusten kesken erilaisissa koulutuksissa, seminaareissa ja työpajoja hyväksi käyttäen tarkoituksena kehittää työpaikkoja sekä oppimisympäristöjä. (Innohealth 2013.)

3 KOTISAIRAALA LUOTSI

Kotisairaala Luotsi tarjoaa potilaslähtöistä kotipalvelua sekä sairaanhoidollista palvelua terveydenhuollon ammattilaisten tekemänä yksityisille ihmisille, kunnille, sairaanhoitopiirille sekä hoitokodeille. Tarkoituksena on hoitaa potilasta hänen kotonaan sairaalan sijasta. Luotsi tarjoaa myös ambulanssipalvelua. Luotsi perustaa toimintansa hoidon suunnitteluun (kartoitetaan hoidon päämäärät sekä laajuus), toteuttamiseen sekä seurantaan. Toiminta rakentuu näyttöön perustuviin menetelmiin sekä asiakkaan yksilöllisiin toiveisiin. (Kotisairaala Luotsi 2013.)

Luotsin tarjoamia palveluja ovat lääkärin kotikäynnit, sairaanhoitajan kotikäynnit, ambulanssipalvelu (siirtokuljetukset, kiireelliset kuljetukset, vastaanottotila, etävalvonta), kipulääkityksen toteutus ja lääkkeiden jako, kaikki laboratorionäytteet, suonensisäinen lääkitys ja nesteytys, leikkausten tukipalvelut (esi- ja jälkihoidot kotona), reseptit ja tarvittaessa jatkotutkimukset, pumppusukkahoidot, turvavälikkeet ja rannekkeet, pitkäaikaishoito potilaan kotona, saattohoito sekä kotisairaanhoito ja kotipalvelu. (Kotisairaala Luotsi 2013.)

Kotisairaala Luotsissa hoitotyö on keskittynyt somaattiseen hoitotyöhön ja psykiatriset häiriöt kohdataan usein sekundäärisinä ongelmina, joita ei hoideta primäärästi. Kotisairaala Luotsissa on pyritty siihen, että somaattista hoitoa tehtäessä arvioitaisiin, ja tarvittaessa hoidettaisiin, myös psyykkistä tilaa. Kotisairaala Luotsin yhteyshenkilön kanssa käydyn keskustelun mukaan skitsofrenia ja psykoottisuus aiheuttavat haasteita hoitotyön toteuttamisessa.

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Työn tarkoituksena on kuvata kotisairaalan työssä kohdattavia yleisimpien psyykkisten häiriöiden hoitoa ja arviointia kotisairaalle ominaisen hoitotyön toteuttamisen näkökulmasta. Työn pääaiheiksi ovat valikoituneet masennus, psykoosi, hoitovastaisuus sekä aggressiivisuus. Työn tavoitteena on tarkastella tutkimustiedon avulla millaisia haasteita nämä aiheuttavat hoitotyön toteuttamiselle, sekä miten näihin haasteisiin pystytään vastaamaan. Menetelmänä on käytetty kirjallisuuskatsausta. Tutkimuskysymyksiksi ovat valikoituneet:

1. Minkälaisia haasteita masennusta tai psykoosia sairastava potilas voivat aiheuttaa kotisairaalan hoitotyössä?
2. Miten näihin haasteisiin pystytään vastaamaan tutkimustiedon perusteella?

5 OPINNÄYTETYÖN EMPIIRINEN TOTEUTUS

5.1 Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä

Tutkimuksen tekemisessä oleellista on päästä mahdollisimman lähelle totuutta (Metsämuuronen 2005). Tämän työn menetelmänä on käytetty kirjallisuuskatsausta. Kirjallisuuskatsaus on koottua tietoa joltakin rajatulta alueelta. Kirjallisuuskatsausten avulla on mahdollista hahmottaa olemassa olevan aiheen kokonaisuutta. Kun kootaan rajattuun aiheeseen liittyviä tutkimuksia, artikkeleita ja julkaisuja yhteen saadaan kuva siitä miten paljon tutkimustietoa on olemassa sekä minkälaista kirjallisuutta aiheesta pääsääntöisesti on. Tässä työssä kirjallisuutta ja tutkimuksia kartoittamalla on pyritty luomaan laaja kuvaus työssä käsiteltävistä aiheista. Kirjallisuuskatsauksella voidaan tarkoittaa laajaa tutkimuskokonaisuutta mutta myös kahden tutkimuksen yhteiskäsittelystä voidaan käyttää termiä kirjallisuuskatsaus. (Johansson ym. 2007.)

Kirjallisuuskatsausta voidaan pitää hyvälaatuisena hoitotyön tutkimuksissa jos se perustuu näyttöön perustuvaan tietoon. Yleisesti se nähdään hyvänä mahdollisuutena löytää korkealaatuisia tutkimustuloksia. Tutkimuksia voidaan myös valita ja arvioida laadulliselta näkökannalta. Kirjallisuuskatsauksessa jokainen vaihe on määritelty, kirjattu ja raportoitu virheiden vähentämiseksi, toistettavuuden mahdollistamiseksi, päivittämisen mahdollistamiseksi sekä tutkimuksen läpinäkyvyyden ja siis luotettavuuden vuoksi (Johansson ym. 2007). Meta-analyysiä tai järjestelmällistä sisällönanalyysia ei tässä työssä ole tiedonhaun kautta löytyneelle materiaalille toteutettu.

5.2 Aineiston hankkiminen sekä analysointi

Työssä on käytetty tiedonhakuun internetissä olevia Pubmed-, Medline-, Medic-, sekä Terveysportti-tietokantoja. Manuaalisella haulla on löydetty eri kirjastoista ja lehdistä tietoa aiheista. Lisäksi hakuun on käytetty Google scholar haku-

konetta. Tiedonhaku on toteutettu aikavälillä 4.7.2014 - 29.8.2014. Tiedonhausta on tehty tiedonhakutaulukko (Liite 1), josta käy ilmi tähän opinnäytetyöhön käytettyjen artikkelien ja tutkimuksien nimi, tekijät, julkaisuteos ja – aika sekä keskeisin tulos. Tiedonhakutaulukosta käy ilmi valikoitujen materiaalien löytämiin käytetyt tietokannat, hakusanat sekä haun rajaus.

Kankkusen ja Vehviläinen-Julkusen mukaan (2013) kirjallisuuden valinnassa merkityksellisiä asioita ovat kirjallisuuden kattavuus, tutkimuksen ikä ja taso, monitieteisyys, lähteiden alkuperäisyys, objektiivisuus, mahdollisuus perustella oma aihe kirjallisuuskatsauksen perusteella, otoskoot, tutkittavien valikoituminen, metodisten valintojen soveltuvuus, tulosten uskottavuus sekä tutkijan tunnettuus ja arvostettavuus.

Valikoituja tutkimuksia on pyritty arvioimaan kriittisesti käyttäen yllä mainittuja kriteereitä. Käytettyjen aineistojen taustoja tulisi tarkastella kriittisesti, jotta voidaan arvioida miten hyvin löydetyt tulokset ovat yleistettävissä. Täysin kokonaisvaltaisesti tämä ei ole toteutunut. Esimerkiksi otosten valikoitumista ei ole otettu huomioon. Otoksen laatu ja määrä saattavat vaikuttaa lopputulokseen eri tutkimuksissa. Esimerkiksi jos otoksen kohdehenkilöille tai organisaatioille on tarjottu rahaa vastauksista, voi se vääristää tuloksia. Tällöin tutkimus ei välttämättä ole aina yleistettävissä. Valikoitumista voi tapahtua myös iän, organisaation koon, koulutuksen ym. perusteella. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013.)

Tiedon käyttötarkoitus tulee ottaa huomioon tiedonhaussa. Työhön valitun tiedon tulisi liittyä olennaisesti työn tavoitteisiin. Tietoa on haettavissa esimerkiksi kirjastoista ja hakukoneista. Tässä työssä suurin osa valituista aineistoista on eri tietokannoista haettuja hoitotieteen tai lääketieteen tutkimuksia tai artikkeleita, käsikirjoja, oppikirjoja tai organisaatioiden ohjeistuksia. Aineistoa on tarkasteltu kotisairaalan hoitotyön toteuttamisen näkökannalta. Tähän työhön on valittu vain tältä kannalta olennaista tietoa. Koska tietoa valituista aiheista löytyi laajasti, on yhdeksi sisäänottokriteeriksi valikoitunut julkaisuajankohta. Tiedonhaussa valikoituihin artikkeleihin ja tutkimuksiin on rajattu vain vuonna 2004 tehdyt tai uudemmat julkaisut. Tällä sisäänottokriteerillä on pyritty seulomaan

vanhentunut tieto pois tiedonhaun tuloksista, ja täten parantamaan tiedon validiteettia. (Johansson ym. 2007.)

6 MIELENTERVEYS SEKÄ MIELENTERVEYDEN HOITOTYÖ

Mielenterveyttä määrittää neljä asiaa: yksilölliset tekijät ja kokemukset, sosiaalinen tuki ja vuorovaikutus, yhteiskunnalliset rakenteet ja resurssit sekä kulttuuriset arvot. Mielenterveyden tasapainon järkkyyessä ihminen voi sairastua mielen­terveyden häiriöön tai olemassa oleva häiriö voi pahentua. Näin asiaa tarkastel­len voidaan todeta että ihmisellä on erilaisia sairastumiselle altistavia ja laukai­sevia tekijöitä sekä myös muita tekijöitä jotka toimivat voimavarana. Mielenter­veystyö jakaantuu mielen­terveyden edistämiseen sekä mielen­terveyden ongel­mien hoitoon. (Kuhanen ym. 2010.)

Mielenterveystyössä tulisi keskittyä hyvinvoinnin parantamiseen ja toimintaky­vyn lisäämiseen. Painopisteiksi tulisi ottaa yksilön vahvuudet ja voimavarat. Pärjäämisen vahvistaminen sekä suojaavien tekijöiden lisääminen on oleellista. Mielenterveystyö sisältää mielen­terveyttä edistävää, mielen­terveyttä ennalta ehkäisevää ja mielen­terveyttä korjaavaa toimintaa. (Kuhanen ym. 2010.)

Mielenterveyttä suojaavia tekijöitä ovat muiden muassa sosiaalinen tuki ja yksi­ölliset voimavarat, joiden määrä vaihtelee elämän eri aikoina. Voimavaralla tar­koitetaan asioita, joiden avulla ihminen voi tietoisesti ohjata elämäänsä. Voima­varat voivat olla asenteita, arvoja tai ihmissuhteita, tai materiaalisia, älyllisiä tai tunteisiin perustuvia. Vaikka ihminen sairastuisi mielen­terveyden häiriöön, on hänellä yhä voimavaroja. Joskus voimavarat voivat olla vähissä, mutta niiden tukeminen vahvistaa ja voimistaa niitä. Tämän seurauksena ihminen saa elä­mästään paremman otteen. Voimavara voi olla mikä tahansa asia, jonka potilas kokee olevan itselleen avuksi tai tärkeä (Kuhanen ym. 2010). Tärkeimpänä yk­sittäisenä tekijänä mielen­terveyden turvaamiseen toimii kuitenkin riittävä ja laa­dukas uni. (Krabbendam ym. 2004.)

Kuhasen ym. (2010) mukaan mielen­terveyden hoitotyössä tulisi keskittyä kuu­teen osa-alueeseen:

1. Varhaiseen uhan tunnistamiseen ja siihen puuttumiseen tulisi panostaa sellaisen ihmisen kohdalla, joille on kehittymässä mielenterveyden häiriö. Tavoitteena on estää häiriön puhkeaminen.
2. Psyykkisen ensiavun ja kriisi-intervention antaminen akuutisti tai vakavasti sairaille. Tarkoituksena on lievittää kärsimystä ja estää riskejä, joita sairauden hoitamatta jättäminen saattaa aiheuttaa potilaalle ja läheisille.
3. Mielenterveyden palauttaminen.
4. Mielenterveyden kohentaminen jos täydellinen toipuminen ei ole mahdollinen.
5. Mielenterveyden huonontumisen estäminen.
6. Sairauden uusiutumisen ehkäisy.

6.1 Aggressiivinen potilas

Aggressiivisuutta saattaa esiintyä mielenterveysongelmien yhteydessä diagnoosista riippumatta. Aggressiivisuus voi haitata merkittävästi hoitotyötä, sekä potilaan tai hoitajan turvallisuutta. (Puttonen 2012.)

Väkivallan kohtaamisen riski hoitoalalla on suuri. Ghaziri ja Lipscomb (2013) toteavat työpaikkaväkivaltaa kuvailevassa tutkimuksessaan, että terveys- ja sosiaalialalla työskentelevien riski kohdata sairauslomaan johtavaa väkivaltaa on 3,5-kertainen muihin yksityisen sektorin aloihin verrattuna.

Aggressiivisen ja ennalta-arvaamattoman käyttäytymisen syitä voivat olla esimerkiksi päihtymystila, mielenterveysongelmat (jolloin todellisuuden kokemus saattaa olla vääristynyt tai ärsytysalttius alentunut), sairastuminen tai tapaturma jolloin potilaan elämänhallinta on heikentynyt, aggressiivinen luonne, potilaan vaatimukset ovat liian korkeat palvelutasoon nähden ja potilas turhautuu. Aggressiotason tunnistaminen auttaa hallitsemaan tilanteita ja tunnistamaan niitä. (Puttonen 2012.)

Väkivaltaista käytöstä on mahdollista ennakoida ja ennaltaehkäistä. Yhdeksäs-ssä tilanteessa kymmenestä työntekijän on mahdollista rauhoittaa tilanne omalla toiminnallaan. Uhkaavan henkilön käytöksessä on havaittavissa lukuisia ennakkomerkkejä nousevasta aggressiosta. (Soisalo 2011.)

Mahdolliset vaaratilanteet tulisi käydä läpi etukäteen ja sopia toimintaohjeista sekä käyttäytymismalleista. Tarvittaessa hätäilmoitus tehdään työtoverille, varti-jalle tai poliisille. Työryhmän kesken voidaan sopia esimerkiksi salasanoista. Esimerkiksi ”joko puolisoni on soittanut?” tarkoittaa ettet hallitse tilannetta, tai ”hanki minulle apua” tarkoittaa ”soita poliisi”. Pakotie tulisi suunnitella ja varmis-taa etukäteen. Aggressiivista henkilöä ei saisi koskaan päästää itsensä ja pako-tien väliin. Hälytysjärjestelmän toimivuus tulisi tarkistaa. Tärkeimpänä väkival-taisen potilaan kohtaaminen edellyttää työpaikkakoulutusta. (Puttonen 2012.)

Puttosen (2012) mukaan aggressiolla on neljä tasoa: erimielisyys, riitely, uhkai-leminen ja väkivalta. Potilaan aggressioon reagoiminen vasta-aggressiolla vie yleensä potilaan aggressiotason seuraavalle tasolle. Jos potilaan todellisuuden-taju on vääristynyt saattaa potilas vaihtaa tasoa ilman loogista syy-seuraussuhdetta. Puttonen (2012) esittää kirjoituksessaan ratkaisumalleja eri aggressiotasojen kohtaamiseen ja potilaan aggressiotason laskemiseen

Jos potilas on turhautunut, tulisi hänen kanssaan luoda katsekontakti ja antaa hänen purkaa tuntemuksiaan. Potilaalle vastataan asiallisella, kuuluvalla ja kunnioittavalla äänensävyllä. (Puttonen 2012.)

Riidanhaluista potilasta tulisi kuunnella. Hänelle annetaan tilaa sanoa sanotta-vansa. Omat ratkaisuehdotukset tehdään vasta kun potilas antaa näille tilaa. Puhuminen toimii niin kauan kuin keskusteluyhteys säilyy. Syytöksien asiakoh-tiin puututaan. Potilaan itsekunnioitus säilytetään puuttumalla kohtiin joista val-litsee yhteisymmärrys sekä toteamalla hyväksi sen, että potilas osaa pitää omia puoliaan. (Puttonen 2012.)

Uhkailu on usein viimeinen taso ennen väkivaltaa. Uhkaileva potilas saattaa kohdistaa aggressiota esimerkiksi huonekalua kohtaan. Jos potilas aloittaa uh-kailun tulisi pakotie varmistaa, informoida työtovereita ja varautua hyökkäyk-

seen tai poistua paikalta. Hyökkäykseen varaudutaan ottamalla potilaaseen muutaman metrin välimatka, koska hänen täytyy päästä lähelle hyökätäkseen. Potilasta voi pyytää kohteliaasti istumaan. Hoitajan omaa toimintaa tai liikehdintää tulisi verbalisoida etukäteen, koska potilas voi tuntea olonsa epävarmaksi ja kiihtyä enemmän. Hoitajan tulisi seisoa 45 asteen kulmassa potilaaseen nähden ja pitää kätensä näkyvillä. Näin hoitaja viestittää potilaalle ettei hän ole uhka. (Puttonen 2012.)

Väkivaltaisen potilaan hyökkäys tulisi estää puhumalla rauhallisesti lyhyillä lauseilla, lyhyillä käskysanoilla kuten "seis" tai "lopeta!" sekä pitämällä kätet kokoajan näkyvillä. Jos estäminen ei onnistu, paikalta on syytä paeta turvaan. Kiinnittäminen jätetään vartijoiden tai poliisin vastuulle. Mahdollisten väkivaltatilanteiden jälkeen suositellaan jälkipuintia. (Puttonen 2012.)

Väkivaltatilanteessa on oleellista hallita oma pelko. Pelon hallinta johtaa ennalta suunniteltuun ja toivottuun toimintaan, jolloin välttyään joutumasta kauhun valtaan, hyökkäämiseen tai paniikkipuolustautumiseen. Pelon hallinnassa tärkeintä on tunnistaa pelon oireet, joita ovat esimerkiksi kasvojen punoitus tai kuumotus, sykkeen kiihtyminen, puheäänien sävelen nousu, vapina ja hengityksen kiihtyminen. Aina jos hoitaja tunnistaa itsessään aggressiivisia tuntemuksia tai turhautumista, tulisi hänen hetkeksi irrottautua tilanteesta, jotta hän pystyisi käsittelemään tilannetta neutraalin kontrolloidusti. (Puttonen 2012.)

Louhelan ja Saarisen (2006) mukaan sijaiset, sekä vähemmän työkokemusta omaavat työntekijät joutuvat helpommin väkivallan kohteeksi. Henkilökunnan provosoivat asenteet voivat myös altistaa väkivallan kohteeksi joutumiseen. Työntekijän varmuus kohdata haastavia tilanteita vähentää riskiä väkivallan kohteeksi joutumiselle. Nämä tekijät tulisi ottaa huomioon kun työtehtäviä jaetaan työntekijöiden kesken.

Englannissa kehitetty *Management of actual and potential aggression (MAPA)* -koulutus ja toimintamalli pyrkii vastaamaan aggressiivisen potilaan kohtaamisen haasteisiin. MAPA on kehitetty sosiaali- ja terveystieteiden työntekijöille haastavan käytöksen ehkäisyyn ja turvalliseen hoitoon. Menetelmä on kehitetty, koska pe-

rinteiset itsepuolustusmenetelmät ovat ristiriidassa hoitotyön etiikan kanssa (Laurea ammattikorkeakoulu 2014). Menetelmän keskiössä on haastavan käytöksen ennakointi ja välttäminen vuorovaikutuksen sekä verbaalisin ja non-verbaalisin keinoin. Neuvottelemisen, ongelmanratkaisu ja merkityksen hakeminen kiihtyneelle käytökselle ovat keskeisiä keinoja. Menetelmässä opetellaan myös potilaan huomion kiinnittämistä muuhun kiihtymystä alentavaan toimintaan. Aggression aiheuttajina koulutuksessa pidetään pääasiassa pelkoa, kehitysvammaa, päihteitä tai mielenterveyden häiriötä. (Mäkinen 2014.)

MAPA-menetelmässä opetellaan myös fyysisen rajoittamisen keinoja, ellei potilaan rauhoittaminen muin keinoin onnistu. Fyysistä rajoittamista tulisi kotisairaanhoidossa välttää ja käyttää viimeisenä itsepuolustuksen keinona ellei pakeneminen onnistu, tai jos potilas vahingoittaa itseään tai muita. Menetelmässä suositellaan tiettävästi haastavan potilaan kohtaamista aina vähintään työparin kanssa (Mäkinen 2014). Harjavallan sairaalassa toteutettiin opinnäytetöinä kyselytutkimukset vuosina 2006 sekä 2010 MAPA-menetelmän vaikuttavuudesta työntekijöiden taitoihin kohdata haastavia tilanteita. Jälkimmäisen kyselyn perusteella valmiudet kohdata aggressiota olivat huomattavasti suuremmat kuin aiemmin toteutetussa kyselyssä. (Lyhty 2014.)

AVEKKI-toimintatapamalli on kehittyä Suomessa vuosina 2005 – 2008. Menetelmä on kehitetty luomaan turvallinen työyhteisö potilaalle sekä työntekijälle. Pääpainona menetelmässä on väkivaltatilanteiden ehkäiseminen. Keskeisiä teemoja ovat potilaan ammatillinen kohtaaminen, varhainen ennaltaehkäisy sekä yhteisen toimintatapamallin sisäistäminen haastavia potilastilanteita varten. *AVEKKI* on tarkoitettu hoito-organisaatioiden työtilanteisiin, joissa työntekijä joutuu kohtaamaan aggressiivisen potilaan. Termi ”*AVEKKI*” muodostuu sanoista aggressio, väkivalta, ennaltaehkäisy/hallinta, kehittäminen, koulutus ja integraatio. (Hakkarainen ym. 2007.)

AVEKKI-toimintatapamallin keskiössä ovat työntekijän turvallisuus, varhainen ennaltaehkäisy, minimaalinen rajoittaminen ja voimankäyttö sekä kivuttomuus. Aggressiivisesti käyttäytyvää potilasta tuetaan ja autetaan oman aggressiivisuuden tai väkivaltaisen käytöksen hallinnassa. Menetelmään kuuluu aggressii-

visen käyttäytymisen ymmärtäminen, syntytekijöiden tiedostaminen ja mahdollisen väkivaltatilanteen tunnistaminen ja ehkäisy. (Hakkarainen ym. 2007.)

Yksi AVEKKI-toimintatapamallin teemoista on yhteisen toimintatapamallin löytäminen ja yhteisöllisyys. Teeman lähtökohtana on työn yhteisöllinen työskentely sekä haastavien tilanteiden ratkaiseminen. Ongelmatilanteissa työntekijöillä tulisi olla valmius ja mahdollisuus pysähtyä ja selvittää asiaa yhdessä. Toimimaton arki johtuu usein siitä, että työssä syntyvä stressi ja kiire alkavat ohjata työn perustehtävää ja siitä häviää työyhteisön yhteiset kohtaamiset ja niissä syntyvä arjen tutkiminen. (Kauppila ym. 2013.)

AVEKKI:ssa otetaan huomioon se, että turvallisuus ja ennakointi ovat toimivan arjen tukena. Hoidon perustehtävän yhdessä tutkiminen, hyvien asioiden esille nostaminen ja niistä oppiminen muodostavat pohjan arjen sujumiselle. Hyvä arki tukee työntekijän työssäjaksamista sekä valmiuksia kohdata haastavia tilanteita. (Kauppila ym. 2013.)

Kaisanlahden (2008) mukaan aggressiota ehkäisee jos hoitaja tuntee potilaan. Artikkelissa painotetaan potilastietojen kirjaamisen merkitystä: jos hoitaja osoittaa tuntevansa potilaan sairauden ja hoidon, herättää hän luottamusta, joka vähentää aggressiivista käytöstä. Jos hoitaja kuuntelee potilasta ja antaa hänelle aikaa, on mahdollista että aggressiivinen käytös vähenee. Artikkelissa haastateltu AVEKKI-toimintamallin kouluttaja Back kertoo esimerkin potilaasta jolle on kerrottu diagnoosi syövästä. Potilas saattaa syyttää hoitohenkilökuntaa liian myöhäisestä diagnoosista. Kuitenkin jos potilaalle annetaan aikaa ja häntä kuunnellaan kun hän purkaa tuskaansa, voi se vähentää aggressiota.

Tärkein tekijä väkivallan hallitsemiseen on henkilökunnan aito kiinnostus kehittyä haastavien tilanteiden kohtaamisessa. Väkivallan kohtaaminen tulee olla organisaation toiminnan suunnittelun keskiössä. Aidon kiinnostuksen, sopivan toimintamallin sekä koko organisaation kehittämisen avulla henkilökunnan on mahdollista toteuttaa hoitotyötä hyvin ja turvallisesti. (Ghaziri & Lipscomb 2013.)

6.2 Hoitovastaisuus

Farooq ja Naeem (2014) kirjoittavat julkaisussaan hoitoon sitoutumattomuuden ja vastarinnan olevan iso tekijä hoidon tehottomuudessa. Heidän mukaansa hoitoon sitoutumattomuuden käsittely ja vastarinnan kohtaamisen menetelmien parantaminen parantaisi hoidon laatua enemmän kuin mikään muu yksittäinen hoitomenetelmä. Hoitoon sitoutumista ja vastarintaa saattaa esiintyä kaikilla potilailla, mutta psykiatriset sairaudet altistavat tämänkaltaiselle toiminnalle.

Vastarinnan taustalla on usein potilaan elämänhistoria sekä ajankohtaisesti vaikuttava muutospainne. Hoitotyössä potilaan tarpeet lähtevät sairastumisesta ja siitä selviytymisestä. Sairastuminen ja sen hyväksyminen osaksi itseä ja toisaalta kuntoutuminen ja tulevaisuuteen katsominen pakottaa muutoksiin, jotka voivat pelottaa, ahdistaa ja järkyttää tasapainoa. Tämä herättää potilaassa vastarintaa. Vastarintaa saattaa ilmetä hoitosuhteen kaikissa vaiheissa. Vastarinnan laatu, voimakkuus ja tietoisuusaste voivat vaihdella. (Kuhanen ym. 2010.)

Tavallisia vastarinnan muotoja ovat muiden muassa potilaan puhumattomuus ja tiettyjen asioiden välttäminen. Potilas voi myös yrittää viedä keskustelun tai toiminnan pois näistä aiheista. Vastarintaa voi olla myös että potilas myöhästyy sovituista hoitoajoista, ei saavu paikalle tai ei päästä hoitajaa sisään. Vastarinnan positiivinen tehtävä on antaa aikaa muutokselle, jolloin esimerkiksi sairauden hyväksyminen osaksi itseä ja siihen sopeutuminen on helpompaa. Ahdistus ei silloin kasva niin suureksi, että potilas ei pystyisi sitä käsittelemään. Vastarintaa saattaa herättää entisestään vastarintaa, eikä täten edistä potilaan hoitotyön tavoitteiden saavuttamista. (Kuhanen ym. 2010.)

Vastarintaa on monenlaista ja se saattaa kohdistua yhteen tai useampaan toimintamalliin. Tästä syystä yhtä yksittäistä vastarinnan käsittelyn menetelmää on hankala osoittaa muita paremmaksi. Kolme menetelmää on kuitenkin ylitse muiden: kognitiivinen käyttäytymisterapia ja perheen tai yhteisön osallistaminen potilaan hoitoon. Psykiatrisessa lääkehoidossa potilas usein unohtaa tai jättää lääkkeitä ottamatta. Tästä syystä parhaaksi lääkehoidon toteutusmuodoksi ovat

osoittautuneet pitkävaikutteiset injektiot suun kautta otettavien lääkkeiden sijaan. (Farooq & Naeem 2014.)

Jos potilas ei suostu ottamaan lääkkeitään, parhaaksi menetelmäksi on valikoitunut motivoiva tapa haastatella. Painopisteenä ovat hoitoon sitoutumisen positiiviset vaikutukset sekä lääkkeiden sivuvaikutusten väheneminen. (Farooq & Naeem 2014.)

Esimerkkinä mainittakoon, jos lääkkeitä käyttää epäsäännöllisesti riski sivuvaikutuksiin kasvaa. Lääkkeiden säännöllinen syönti pienentää riskiä. Yksi konkreettinen tapa osoittaa tämä on päiväkirja johon kirjataan lääkkeiden ottamiset sekä näiden sivuvaikutusten laatu ja määrä. (Farooq & Naeem 2014.)

Psykoedukaatio eli koulutuksellinen työskentely voi auttaa potilasta sitoutumaan hoitoon. Koulutuksellisessa työskentelyssä on tarkoituksena kertoa potilaalle ja/tai hänen omaisilleen sairaudesta, sen hoidosta ja riskeistä jos hoitoa laiminlyödään. Koulutuksellinen työskentely voi tapahtua kasvotusten hoitaja-potilas suhteessa tai esimerkiksi kirjallisen materiaalin, kuten lääkelehdisten avulla. Tutkimuksessa on havaittu että omaisten tai yhteisön ottaminen mukaan koulutukselliseen työskentelyyn vähentää huomattavasti vastarintaa verrattuna kahdenkeskiseen työskentelyyn. Joissakin tapauksissa läheisiä kannattaa osallistaa sekä vastuuttaa seuraamaan potilaan hoidon toteutumista. Koulutuksellinen työskentely on tehokasta koska sen avulla potilas pystyy paremmin ymmärtämään hoitoon sitoutumisen tärkeyden relapsien ehkäisemiseksi. Jos hoitohenkilökunta kokee etteivät he ymmärrä tai pärjää potilaan oireiden kanssa, tulee heille harkinnan mukaan järjestää koulutusta tai työnohjausta. (Farooq & Naeem 2014.)

Koulutuksellista työskentelyä sekä motivoivaa tapaa haastatella voidaan myös yhdistää. Potilasta voidaan motivoida hoitoon sitoutumiseen osoittamalla hänelle merkitseviä negatiivisia asioita jotka johtuvat hoidon laiminlyönnistä. Tällöin potilasta opetetaan mistä tämä negatiivinen asia johtuu ja motivoidaan hoitoon tämän asian välttämiseksi. Jos potilas mainitsee hänelle tapahtuneesta positii-

visesta asiasta joka on johtunut hoidosta, tulisi tätä ajatusta vahvistaa. (Farooq & Naeem 2014.)

Kognitiivinen käyttäytymisterapia on osoittautunut myös tehokkaaksi keinoksi hoitoon sitoutumisen ja onnistumisen parantamiseksi. Jos potilaan vastarinta on tahatonta, kuten unohtelu tai myöhästely, voidaan hänelle opettaa keinoja joilla parantaa hoitoon sitoutumista. Hänelle voidaan esimerkiksi opettaa keinoja seurata onko hän muistanut ottaa lääkkeensä vai ei. Lääkepäiväkirja tai lääke-dosetti käyvät tähän tarkoitukseen hyvin. Hänen hoito-ohjeitaan voidaan yksinkertaistaa. Nämä keinot toimivat kuitenkin enemmänkin vahvistuksena muiden menetelmien ohella, eivätkä itsessään ole yleensä tarpeeksi riittäviä. (Farooq & Naeem 2014.)

Joskus motivointi ja koulutuksellinen työskentely eivät kuitenkaan riitä potilaan hoitoon sitoutumisen takaamiseen. Suomen laissa turvataan potilaan oikeus kieltäytyä hoidosta (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785). Kuitenkin joissakin tapauksissa potilaan omaa tahtoa ei voida kuunnella jos potilas on itselleen tai muille vaaraksi. Tällainen syy on esimerkiksi psykoottistasoinen sairaus (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116). Jos potilas kieltäytyy hoidosta, tulisi aina pohtia tähän liittyviä syitä ja arvioida mahdollisen tahdonvastaisen hoitolähetteen tekemistä. Tahdonvastainen hoito saattaa heikentää potilaan luottamusta hoitohenkilökuntaan ja siten myös vähentää hoitomyöntyvyyttä. (Huttunen 2008).

Jotkin potilaat voivat ottaa vastarinnan käyttäytymismallikseen jos potilaan ja hoitajan välillä vallitsee hoitaja-potilassuhde jossa hoitaja on potilasta ylempänä. Potilaan nostaminen hoitajan tasa-arvoiseksi työpariksi voi parantaa hoitoon sitoutumista. Potilaan mielipiteet ja asenteet tulisi ottaa huomioon ja keskustella niistä ristiriitojen purkamiseksi. Esimerkiksi hypertensiopotilaan mielipiteiden kuunteleminen ja huomioon ottaminen parantaa hoitomyöntyvyyttä. Usein keskustelu hoidon ja taudin suhteesta toisiinsa parantaa hoitoon sitoutumista. Hoitoa tulisi suunnitella siten, että se haittaa mahdollisimman vähän elämää johon potilas on tottunut. (Farooq & Naeem 2014.)

7 MASENTUNUT POTILAS

Masennuksen tunnistaminen ja siihen puuttuminen kotisairaanhoidossa on tärkeää. Potilaat hakeutuvat usein oman terveyskeskuslääkäriinsä tai jo jotakin sairautta hoitavan lääkärin kautta hoitoon psyykkisten ongelmien ilmetessä. Tämä todennäköisesti johtuu jo olemassa olevasta hoitosuhteesta. Näin potilaan ei tarvitse mennä hakemaan apua tuntemattomalta ihmiseltä (Wun ym. 2011). Kotihoitoa toteuttavien hoitajien asema masentuneen potilaan hoidossa on toimia potilaan ja lääkärin välissä masennusta arvioiden ja sitä hoitaen. (Alexopoulos 2005.)

Masennustilan keskeisiä oireita ovat mielialan laskun lisäksi mielenkiinnon ja mielihyvän kokemuksen menetys sekä energian väheneminen, joka johtaa herkästi väsymiseen ja aktiivisuuden heikkenemiseen. Muita yleisiä oireita ovat keskittymiskyvyn huononeminen, alentunut itsetunto ja itseluottamus, syyllisyyden ja arvottomuuden tunteet, pessimistiset tunteet sekä tulevaisuuden näkyvät, itsensä vahingoittamis- tai itsetuhoajatukset tai itsetuhotoimet sekä häiriintynyt unirytmii ja vähentynyt tai lisääntynyt ruokahalu. Oireet vähentävät merkittävästi potilaan elämänlaatua sekä itsehoidon toteuttamista ja ovat siten merkittävästi haittaamassa hoidon toteutumista. (Lepola ym. 2008.)

Masennustilan vaikeusastetta arvioidaan oireiden lukumäärän, laadun ja vaikeuden perusteella. Masennus voidaan luokitella lieväksi, kohtalaiseksi tai vaikeaksi. Osalla vaikeaa masennustilaa sairastavista oirekuvaan kuuluvat lisäksi psykoottiset oireet. Lievässä masennustilassa oireita on yleensä havaittavissa kaksi tai kolme. Kohtalaisessa masennustilassa oireita on yleensä neljä tai enemmän. Vaikea-asteisesta masennusta sairastava potilas ei yleensä kykene jatkamaan töitään, huolehtimaan itsestään tai ylläpitämään sosiaalisia suhteita. Masennus voi aiheuttaa myös somaattisia oireita. Psykoottisesti masentuneen potilaan ajatusmaailmaa hallitsevat mielialan mukaiset harhaluulot ja aistiharhat. Masennustila voi puhjeta äkillisesti tai vähitellen. Masennusjakson puh-

keamiseen vaikuttavat yleisesti elämäntilannetekijät, kuten sairastuminen. (Lepola ym. 2008.)

7.1 Masennuksen lääkehoito ja sen haasteet

Masennukseen käytetään kolmen eri lääkeryhmän lääkevalmisteita. Antipsykoottisia lääkkeitä, trisyklisiä masennuslääkkeitä sekä serotoniiniselektiivisiä masennuslääkkeitä. (Lepola ym. 2008.)

Antipsykoottisia lääkkeitä käytetään psykoottisen masennuksen hoidossa yhdistettynä masennuslääkityksen kanssa. Akuutin vaiheen jälkeen antipsykoottisia lääkkeitä ei suositella masennuslääkityksen ylläpitohoitoon. Trisykliset masennuslääkkeet ovat perinteisesti masennuksessa käytettyjä lääkkeitä. Niiden käyttöä on kuitenkin vähennetty etenevästi. Hoidon alkuvaiheessa ne aiheuttavat usein sivuvaikutuksia ja ovat hankalia käyttää joillakin potilasryhmillä esimerkiksi vanhuksilla tai sydänsairailla potilailla. Vaikutus masennuksen hoitoon on kiistatonta, mutta hoidolliset vaikutukset alkavat usein vasta kahden ja kuuden viikon välillä. Serotoniiniselektiiviset masennuslääkkeet ovat osoittautuneet lähes yhtä tehokkaiksi kuin trisykliset lääkkeet. Näillä on kuitenkin vähemmän sivuvaikutuksia ja ne ovat vaikutusmekanismiltaan erilaisia. (Lepola ym. 2008.)

Masentuneen potilaan lääkehoidossa haasteeksi voi koitua esimerkiksi potilaan jaksamattomuus osallistua hoitoon tai syödä lääkkeitään. Joskus potilaan heikko itsetunto ja itsesyytökset voivat olla myötävaikuttamassa potilaan lääkehoidon toteutumattomuuteen. Masentunut potilas saattaa pitää itseään heikkona kun ei pärjää elämässään ilman lääkkeitä (Farooq & Naeem 2014). Tällöin häntä tulisi tukea ajatukseen siitä että hän ei ole heikko vaan kyseessä on sairauden, eli masennuksen, oire. (Kontunen ym. 2007.)

Gören & Tewksbury (2011) ovat toteuttaneet systemaattisen tutkimuksen jossa on vertailtu E-epa valmisteesta (eikosapentaeenihappo) tehtyjä tutkimuksia psykiatristen sairauksien hoidossa. E-epa on omega-3-rasvahappoihin kuuluva kalaöljyvalmiste. Tutkimustuloksia vertaillen tulokset ovat olleet ristiriitaisia neutraalista positiiviseen. E-epa-valmisteella saattaa olla positiivisia vaikutuksia

masennuksen hoidossa ja sen ehkäisyssä. Koska e-epa on erittäin turvallinen, sen käyttöä masennuksen yhteydessä suositellaan.

7.2 Masentuneen potilaan kohtaaminen, arviointi sekä psyykkisen tilan tasaaminen

Masennuksen oireiden tunnistaminen on tärkeää. Masentunut potilas puhuu helpommin fyysisistä oireistaan kuin masennuksesta tai psyykkisestä tilastaan. Joskus tämä johtuu kyvyttömyydestä tunnistaa masentunut mieliala, mutta joskus kyseessä voi olla häpeän tunne tai pelko leimautumisesta. Potilas saattaa valittaa usein väsymystä, alakuloa tai saamattomuutta. Jos potilas on somaattisesti sairas voi olla haastavaa erottaa hoitoa vaativan masennuksen oireita normaalista mielialan vaihtelusta. (Kuhanen ym. 2010.)

Masentuneen potilaan hoidossa hoidon jatkuvuus ja luottamuksellinen yhteistyösuhde ovat erittäin tärkeitä. Kotisairaanhoidossa asiaa voidaan ajatella niin että ei avata haavoja joita ei ajan tai ammattitaidon rajallisuuden vuoksi voida sulkea. Jos työntekijä arvioi että omat resurssit eivät ajan tai ammattitaidon vuoksi riitä asioiden käsittelyyn, tulisi potilasta rohkaista hakemaan apua psykiatrian alalta pidempiaikaisen hoitosuhteen tarpeen vuoksi. (Kuhanen ym. 2010.)

Yleisimmät masennuksen arviointiin käytetyt strukturoidut asteikot ovat Hamiltonin, Beckin ja Montgomery-Åsbergin depressioasteikot. Kansainvälisesti yleisimmin käytetty asteikko on Beckin kehittämä asteikko, BDI. BDI on luotettava masennuksen arviointiasteikko. Yleisin tapa käyttää asteikkoa on antaa se potilaalle jonka hän täyttää itse ja sen tulokset käydään myöhemmin yhdessä läpi. Jos potilaan on hankala käyttää asteikkoa voi sen täyttää hoitajan läsnäollessa. Strukturoitujen asteikkojen lisäksi tai sijaan voi hoitaja esittää mahdollisen masennuksen arvioimiseksi kysymyksiä (Liite 2). Kysymyksien avulla on tarkoitus selvittää potilaan oirehdintaa ja sen vakavuutta. Jos kysymyksien vastauksista tulee esiin masennuksen oireita tulee asiasta tarvittaessa konsultoida psykiatria (Kontunen ym. 2007.)

Kysymyksien tarkoituksena on selvittää kärsiikö potilas masentuneesta mielialasta, mielihyvän puutteesta, väsymyksestä tai voimattomuudesta, onko potilaalla itesyytöksiä tai alentunut omanarvontunne, onko toimintakyky laskenut työn tai aktiviteetin osalta, onko kuoleman toiveita tai itsemurha-ajatuksia, keskittymisvaikeuksia, onko potilas psykomotorisesti levoton tai hidastunut, kärsiikö hän univaikeuksista, painon tai ruokahalun muutoksista, somaattisista oireista, onko potilas psyykkisesti hidastunut, onko seksuaalinen kiinnostus vähentynyt olennaisesti, kokeeko potilas depersonalisaatiota, paranoidisia oireita tai pakko-oireita. Jos potilas kokee joitakin näistä, tulisi arvioida johtuuko hänen oireensa somaattisesta tilasta vai masennuksesta. Tärkeää on myös selvittää tiedostaa-ko potilas itse mistä nämä asiat voisivat johtua. (Kontunen ym. 2007.)

Jos potilas kokee että masennuksen oireet ovat alkaneet jonkin tapahtuman seurauksena tai sosiaalisten suhteiden ongelmista tai puutteiden takia, tulisi potilaan senhetkiseen elämäntilanteeseen ja sen parantamiseen keskittyä keskusteluissa. Joskus potilas voi olla niin masentunut että hänen on hankala kertoa asioistaan jaksamattomuuden vuoksi. Tällöin hoitavalla henkilöllä tulisi olla kärsivällisyyttä odottaa vastauksia ja antaa potilaalle tilaa. Tarvittaessa hänet tulisi ohjata asianmukaiseen hoitoon. Asioiden läpikäymiseen tarvitaan aina potilaan lupa. Luvatta hänelle arkojen asioiden läpikäyminen saattaa aiheuttaa vastarintaa ja huonontaa hänen mahdollisuuksiaan hakea hoitoa. (Kontunen ym. 2007.)

Interpersoonallinen psykoterapia (IPT) on lyhytkestoinen, käytännönläheinen ja diagnoosipainotteinen hoitomuoto. Tämä hoitomuoto on kustannustehokas masennuksen hoitoon kehitetty lyhytterapia. IPT:n perusteena on kaksi kohtaa: psykoterapeuttisen hoidon tarkoituksena on auttaa potilasta ymmärtämään oireidensa ja elämäntilanteensa interpersoonallisten ongelmien yhteys, sekä auttaa häntä löytämään keinoja käsitellä interpersoonallisia ongelmiaan ja sitä kautta helpottaa masennuksen oireita. (Weissman ym. 2000.)

IPT:n lähtökohtina on kolme periaatetta: 1. Masennus on sairaus, jota voidaan hoitaa, eikä siihen sairastuminen ole potilaan vika. 2. Masennustilan jakson ja potilaan sosiaaliseen rooliin vaikuttavien elämäntapahtumien välillä on yhteys.

Negatiiviset asiat voivat johtaa mielialan laskuun, ja masentuneella mielialalla on taipumus huonontaa sosiaalista toimintakykyä sekä siten altistaa uusille huonoille kokemuksille. 3. Potilas voi käyttää tämän yhteyden ymmärtämistä vaikeuksien ratkaisussa. Yhteyden ymmärtäminen lievittää masennusta. IPT:n avulla potilaat oppivat hallitsemaan elämäänsä sekä ratkaisemaan tunneperäisesti latautuneita interpersoonallisia ongelmia. Terapiassa tulee huomioida että hoidon onnistuminen edellyttää myös konkreettisten muutosten aikaansaamista potilaan elämässä. (Kontunen ym. 2007.)

O'Haran ym. (2000) mukaan IPT on tehokas keino auttamaan masentunutta potilasta, jos masennus johtuu elämäntilanteen muutoksesta. IPT:n avulla potilaat sopeutuvat myös helpommin uuteen sosiaaliseen rooliinsa elämänmuutoksen jälkeen.

Voimavaralähtöisessä työskentelyssä keskitytään potilaan oireiden ja sairastamisen sijaan potilaan vahvuuksiin ja voimavaroihin. Potilaan voimavarojen löytäminen ja niiden käyttäminen mahdollistavat potilaan paremman selviytymisen arjessa. Potilaan voimavarojen löytäminen on prosessi. Ensimmäisessä vaiheessa potilas tulee aktiiviseksi ja tasavertaiseksi osallistujaksi hoitajan kanssa resurssiensa mukaan. Toisessa vaiheessa potilas oppii yhä enemmän hallitsemaan ominaisuuksiaan ja elämäänsä. Kolmannessa vaiheessa potilas tiedostaa oman elinympäristönsä paremmin ja on sitoutunut erilaisiin sosiaalisiin yhteyksiin. Neljännessä vaiheessa potilas pystyy olemaan oma itsensä, mikä merkitsee omien voimavarojen ja rajoitusten tunnistamista ja asianmukaista käyttöä (Kuhanen ym. 2010). Tärkeimpänä periaatteena toimii potilaan vakuuttaminen siitä, että hänellä on kyky ja voimaa parantua (Xie 2013).

Voimavaralähtöisessä työskentelyssä hoitaja on tukija ja voimavara, mutta samalla mahdollistaa myös potilaan omien voimavarojen tunnistamisen ja harjoittelun. Potilas usein etsii hoitajasta ymmärtäjää ja auttajaa. Hoitajan tulisi vastata tähän tarpeeseen. Tämä edellyttää hoitajan tiedostamista potilaan tarpeesta ja miten niihin tulisi vastata. Hoitajan ja potilaan välisen keskustelun tulisi olla voimavaralähtöistä, jolloin potilaan itsessä olevat voimavarat otetaan yhdessä käyttöön potilaan terveyden edistämiseksi. (Kuhanen ym. 2010.)

Yksi voimavaralähtöisen työskentelyn menetelmä on *motivoiva tapa haastatella* potilasta. Tätä menetelmää tulisi pääasiassa soveltaa kun potilaan elämäntavoissa tarvitaan muutoksia hoidon onnistumisessa, kuten masennuksen hoidossa, tupakoinnin lopettamisessa, pitkäaikaisen lääkkeen aloittamiseen sitoutumisessa ym. Tavoitteena on nostaa potilaan hoitomotivaatiota paremmaksi entisestään. Menetelmän taustalla on ajatus siitä, että vaikka ihminen ei toiminnallaan edistäisikään terveyttään, niin jokaisella ihmisellä on tiedostettu tai tiedostamaton motivaatio pyrkiä olemaan terve. (Mustajoki 2009.)

Motivoivassa haastattelussa on kaksi asiantuntijaa. Potilas on oman elämänsä asiantuntija ja hoitaja on sairaanhoidon asiantuntija. Heidän tulisi yhdessä ratkoa ongelmia työparina. Potilaan elämäntapojen muutoksessa ratkaisee se, mitä potilas itse niistä ajattelee. Motivoivan haastattelun tarkoituksena on saada potilas ajattelemaan kriittisesti omaa elämäänsä, sekä sitä, mitkä tekijät voisivat parantaa hänen elämänlaatuaan. Tärkeimpänä työkaluna ovat avoimet kysymykset kuten ”Mitä mieltä olette painostanne?” tai ”miten jaksamattomuus häiritsee elämäännne?” Potilaan kertoessa asioistaan häntä tulisi rohkaista oikeisiin päätöksiin. Tämänkaltaisessa työskentelyssä potilaan tulisi ottaa aktiivisemmän puhujan rooli ja hoitajan tulisi tukea häntä. Suljettuihin kysymyksiin kuten ”häiritseekö jaksamattomuus elämäännne?” vastaus on usein ”ei” tai ”kyllä”, eikä se ohjaa potilasta ajattelemaan asiaa. (Mustajoki 2009.)

Käyttäytyminen on ihmisen uskomusten ja tuntemusten summa. Käyttäytymisen muuttamiseksi tulisi muuttaa nämä kaksi pohjalla vaikuttavaa tekijää. Motivoivassa haastattelussa tulee ottaa huomioon potilaan uskomus terveydestä sekä sairaudesta, sekä miten juuri hänen uskomuksensa vaikuttavat hänen käyttäytymiseensä. Krooninen sairaus vaatii potilaalta jokapäiväistä ponnistelua hoitonsa ylläpitämiseksi. Joskus potilaan voimat eivät tähän riitä. Tästä syystä potilaan motivointi on tärkeää hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi. (Bundy 2004.)

Mustajoen (2009) mukaan motivoivan haastattelun periaatteina toimii empatian osoittaminen. Tällöin potilas näkee että hoitaja on kiinnostunut hänen asioistaan. Yksinkertaisin tapa osoittaa kiinnostus on katsekontakti. Jos hoitaja tekee muita asioita samalla, välittää tekeminen välinpitämättömyyden vaikutelmaa.

Toinen tapa osoittaa kiinnostusta on keskeyttää potilasta rohkaisemalla häntä kertomaan lisää. Tämänkaltaisina kysymyksinä toimii esimerkiksi ”tuohan on kiinnostavaa, kerro lisää” tai hoitaja voi reflektoida jonkin potilaan sanomisen takaisin ja pyytää kertomaan lisää asiasta.

Todistelua ja väittelyä tulisi välttää. Jos potilas on selkeästi eri mieltä asiasta kuin hoitaja voi hoitaja vahvistaa että tämä on hänen oma näkemyksensä. Väittely yleensä kasvattaa vastarintaa ja heikentää keskusteluyhteyden laatua. (Mustajoki 2009.)

Vastahankaan käyttäytyvää potilasta tulisi myötäillä. Hoitajan ei tulisi provosoi-tua vaikka potilas ei toimisikaan toivotulla tavalla, vaan myötäillä potilasta. Jos esimerkiksi ylipainoista potilasta rohkaistaan vähentämään rasvan käyttöä ja hän ei usko rasvan vähentämisen vaikuttavan mihinkään, voi häneltä kysyä tar-kemmin asiasta ja koettaa etsiä jokin keino vaikuttaa positiivisesti asiaan. Vas-taan väittämistä tulisi välttää. (Mustajoki 2009.)

Potilaan itseluottamusta ja kykyjä tulisi tukea. Potilaan hyviä puolia tulisi tukea. Esimerkiksi ylipainoisella voidaan kehua hänen hyviä puoliaan liikunnassa tai ruokavaliossa. Negatiivisia asioita tulisi käsitellä vähemmän, koska ne voivat vahingoittaa potilaan itseluottamusta. Pienikin edistyminen tulisi huomioida. Py-syvät elämäntapamuutokset tapahtuvat yleensä hitaammin kuin nopeasti. (Mus-tajoki 2009.)

8 PSYKOOTTINEN POTILAS

Tässä skitsofreniaa sekä psykoosia käsitellään saman yläluokittelun, psykoosin, alla. Psykoosi tarkoittaa yksinkertaistettuna sitä, että yksilö tulkitsee ulkopuolista todellisuutta ja muita ihmisiä poikkeavalla tavalla, koska hänen ajatus- ja havaintokykynsä on tavalla tai toisella vääristynyt. Psykoosissa ihmisen on hankala erottaa totta ja epätodellisuutta toisistaan. Psykoosi voi olla lähes kokonaisvaltainen ja vaikuttaa toimintakykyyn usealla osa-alueella, tai realiteetin vääristymät voivat olla hyvin spesifillä osa-alueella, ihmisen toimintakyvyn säilyessä pääasiassa ennallaan. Käyttäytyminen tai puhe saattaa olla hajanaista ja ihmistä voi olla vaikea ymmärtää (Kuhanen ym. 2010). Suurin osa psykooseista on vaikea-asteisia tai pitkäkestoisia. Onkin tärkeää, että pystyttäisiin tunnistamaan suuren sairastumisen riskin omaavat, ennako-oireiset, sekä jo sairastuneet henkilöt nopeasti hoidon nopean aloittamisen vuoksi (Lönngqvist & Suvisääri 2009).

Psykoosin oireet voidaan jakaa negatiivisiin ja positiivisiin oireisiin. Positiivisia oireita ovat normaalien psyykkisten toimintojen häiriöt kuten aistiharhat, harhaluulot, hajanainen puhe ja käytös. Negatiivisia oireita ovat normaalien psyykkisten toimintojen puute tai heikentyminen, kuten tahdottomuus, tunneilmaisun latistuminen ja puheen köyhtyminen. Negatiiviset oireet muistuttavat paikoin masennuksen oireita. Elimellisessä sekavuustilassa, kuten delirium tremensissa tai vanhuksien virtsatieinfektioissa esiintyy hyvin samankaltaisia oireita kuin psykiatrisissa psykoottisissa häiriöissä. (Kuhanen ym. 2010.)

Noin puolella psykoottisiin sairauksiin sairastuvilla on sairautta edeltäviä ennako- eli prodromaalioireita. Usein masentuneisuus ja negatiiviset psykoottiset oireet edeltävät positiivisia oireita. Yleisimpiä ennako-oireita ovat unihäiriöt, ahdistuneisuus, eristäytyminen, keskittymis- ja huomiokyvyn heikkeneminen, käyttäytymisen häiriöt, epäluuloisuus, energian ja motivaation väheneminen, kouluvaikeudet, psykosomaattiset oireet ja yleinen hämmentyneisyys. Psykoosiin sairastumisen riski on suuri jos potilaalla on psykoottisia oireita muistuttavia

oirekuvia kuten pakonomaisia ajatuksia, kielen ymmärtämisen häiriöitä, vaikeuksia erottaa kuvitelmia ja realiteetteja toisistaan, automatisoituneiden toimintojen vaikeutumista, muutoksia minäkokemuksessa tai oman ruumiin kokemisessa. (Lepola ym. 2008.)

Iso osa vaikeatakin psykoosia sairastavista potilaista oppii tulemaan herkkyytensä ja oireidensa kanssa toimeen sekä nauttimaan elämästään. Hyvällä hoidolla ja kuntoutuksella voidaan tukea potilaan selviämistä oireidensa kanssa sekä auttamaan häntä hallitsemaan elämäänsä. Varhaisella diagnoosilla sekä aktiivisella yksilöllisellä hoidolla voidaan parantaa potilaan ennustetta. (Lepola ym. 2008.)

Psykoottiset potilaat mielletään usein hankaliksi potilaiksi. Tutkimuksien mukaan ongelmalliset ja haastavat hoitotilanteet aiheuttavat enemmän ongelmia kuin potilaan yksilölliset ominaisuudet. Riittävällä osaamisella, itsevarmuudella ja ymmärtämisellä pystytään hallitsemaan paremmin vaikeita hoitotilanteita. Tämän saavuttamiseen vaikuttaa selkeästi henkilökunnan koulutus ja osaaminen. (Koekkoek ym. 2011.)

8.1 Psykoottisen potilaan lääkehoito ja sen haasteet

Lääkehoidon hyödyllisyydestä psykoosin ennakkovaiheiden aikana on tällä hetkellä vain vähän näyttöä. Lääkehoito on kuitenkin perusteltua jos potilaalla on vakavia ennako-oireita ja sairastumisen riski on suuri. Jos potilaan suvussa esiintyy psykiatrisia sairauksia, tai jos potilaan toimintakyky laskee merkittävästi, tulisi lääkehoitoa harkita. Jos potilaalla esiintyy ennako-oireita, tulisi hänen taustoistaan ja toimintakyvyn tasostaan ottaa selvää. (Lepola ym. 2008.)

Lääkehoito on psykoosin ja skitsofrenian hoidon yksi tärkeistä osa-alueista. Neuroleptilääkitystä (psykoosilääkitys) tulisi kokeilla jokaiselle uudelle psykoosiin sairastuvalle potilaalle. Neuroleptit vähentävät psykoottisia oireita, relapsin riskiä ja antavat mahdollisuuden hyvään hoitosuhteeseen sekä terapiaan. (Lepola ym. 2008.)

DHA sekä omega-3 rasvahappojen puutostilan on huomattu edeltävän psykoottistasoista sairastamista. Selvityksen mukaan asiasta tehdyt tutkimukset ovat ristiriidassa keskenään, mutta pääasiassa tulokset ovat olleet positiivisia. Tuloksien mukaan e-epa:n säännöllinen käyttäminen näyttäisi ehkäisevän psykoosin alkamista. (Gören & Tewksbury 2011.)

8.2 Psykoottisen potilaan kohtaaminen, arviointi sekä psyykkisen tilan tasaaminen

Akuutti tai uusiutuva psykoosi on aina vakava hätätilanne. Psykoosin hoidossa ensisijaista on seuranta sekä ongelmakeskeiset psykososiaaliset toimintatavat kuten tuki, ongelmanratkaisun opettaminen, psykoedukaatio sekä potilaan läheisten osallistaminen hoitoon. Lääkehoitoa yksinään ei voida pitää riittävänä hoitona. (Lepola ym. 2008.)

Psykoosissa tärkeimpinä hoitomuotoina toimivat lääkehoito, yksilöpsykoterapia, perheen tukeminen ja perheterapia, verkostoterapia, ryhmäpsykoterapia, taide-terapia ja erilaiset kuntoutusohjelmat, yhteisöhoito sekä sairaalahoito. Näistä hoitomuodoista kotisairaalan työssä ilman erillistä koulutusta voidaan soveltaa lääkehoitoa, perheen tukemista, yhteisöhoitoa, sekä potilaan kuntoutumista voidaan tukea rohkaisemalla arkisiin toimintoihin. Tarvittaessa potilas voidaan ohjata sairaalahoitoon. (Lepola ym. 2008.)

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä yhteistyössä Satakunnan sairaanhoitopiirin kanssa on tehty opas erikois- ja perusterveydenhuollolle vakavien mielen-terveyden häiriöiden varhaista tunnistamista ja hoitoa varten. Oppaan mukaan perusterveydenhuollossa, mihin kotisairaanhoidokin kuuluu, tulisi potilaalta selvittää seuraavat asiat: 1. Onko potilaan vanhemmilla ja/tai sisaruksilla ollut skitsofrenia, skitsoaffektiivinen häiriö, harhaluuloisuushäiriö, psykoottistasoinen masennustila, kaksisuuntainen mielialahäiriö tai muu psykoottistasoinen häiriö? 2. Onko potilaalla ollut merkittävä toimintakyvyn häiriö vähintään kolmen kuukauden ajan? 3. Onko potilaalla ollut epämääräisiä tunne-elämän ja käyttäytymisen oireita vähintään kolmen kuukauden ajan? 4. Onko potilaalla ollut psy-

koosille spesifejä oireita? 5. Onko potilaalla päihdeongelma? (Luutonen ym. 2006.)

Näitä kohtia selvittäessä tulisi toimia seuraavasti: 1. Jos kohta 4 toteutuu, tulisi konsultoida psykiatria tai lähettää potilas psykiatriseen erikoissairaanhoidon. 2. Jos kohta 1 toteutuu minkä tahansa muun kohdan kanssa tulisi konsultoida psykiatria tai lähettää potilas psykiatriseen erikoissairaanhoidon. 3. Jos jokin kohdista 2, 3 tai 5 toteutuu yksinään, tulisi potilaan masennus- ja ahdistusoireita hoitaa perusterveydenhuollossa psykososiaalisen tuen ja mahdollisen lääkityksen avulla. 4. Mikäli potilaan toimintakyvyn ongelmat eivät kolmen kuukauden aikana ala lievyttymään tulisi konsultoida psykiatria tai lähettää potilas psykiatriseen erikoissairaanhoidon tutkimuksiin. (Luutonen ym. 2006.)

Potilaan arvioinnin eri vaiheisiin on kehitetty erilaisia haastattelumenetelmiä ja lomakkeita. Esimerkkeinä mainittakoon psykoosiriskin selvittämiseen käytettävä ”Structured Interview for Prodromal Symptoms (SIPS)”, sekä ennakko-oireiden kartoittamiseen käytettävä ”Prodromal Questionnaire (PROD)”. Molemmista näistä on tehty Suomessa käytettävä suomenkielinen versio. (Lönnqvist & Suvisaari 2009.)

Tulee muistaa että psykoottisesti oireileva potilas ei usein hae itselleen apua sairaudentunnottomuuden vuoksi (Agarkar 2012). Potilasta tulee rohkaista hoitoon hakeutumiseen tai hänestä tulee tarvittaessa tehdä lähete psykiatrille (Luutonen ym. 2006). Hoitamaton psykoosi voi olla vaikea tunnistaa ensikertalaisella. Mielenterveysongelmasta aiheutuva stigmatisoituminen voi estää potilasta hakemasta apua. Potilaan kanssa asian puheeksi ottaminen voi helpottaa kynnystä avun hakemiseen. (Agarkar 2012.)

Psykoottisesti oireilevan potilaan hoidossa on tärkeää saada lähiverkosto ja perhe mukaan hoitoon. Perhettä voidaan tukea esimerkiksi psykoedukaation keinoin. Psykoedukatiivisessa perhetyössä tavoitteena on helpottaa potilaan ja hänen perheensä sopeutumista elämäntilanteeseen sekä lievittää traumaattista kriisin kokemusta, jonka yhden perheenjäsenen sairastuminen on saanut aikaan perheessä. On tärkeää antaa tietoa psykoosista, sen oireista, riskitekijöis-

tä, hoidoista, toipumisesta, psykoosin uusiutumisen ehkäisystä, stressin hallinnasta ja elämäntilanteeseen liittyvästä terveystieteestä. (Kuhanen ym. 2010.)

Taudin todennäköinen eteneminen hoidon avulla tai ilman hoitoa tulisi selventää potilaalle. Jotkin antipsykoottisiin lääkkeisiin kuuluvat valmisteet voivat olla kalliita. Potilaalle on hyvä muistuttaa että hänellä saattaa olla mahdollisuus rahalliseen tukeen lääkevalmisteen hankkimiseen. (Agarkar 2012.)

9 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta on hankala mitata objektiivisesti. Työn tekijä työskentelee usein yksin, kuten tässäkin työssä. Tästä johtuen tutkimuksen tekijä saattaa tulla sokeaksi omalle tutkimukselleen. Yksin tehdessä virhepäätelmien riski kasvaa. Virhepäätelmällä tarkoitetaan että tutkimusta tehdessä työn tekijä on niin vakuuttunut johtopäätöksensä oikeellisuudesta ja että hänen muodostamansa malli kuvaa todellisuutta, vaikkei näin välttämättä ole. (Kankunen 2013.)

Hirsjärven ym. (2002) mukaan tieto on epäluotettavaa jos tiedossa on aukkoja. Tässä työssä esitellyt asiat ja menetelmät ovat vain pieni osa koko hoidon laajasta kirjosta. Työssä on pyritty totuuteen ja käyttämään tutkittuun hoitotyön perustuvaa materiaalia. Kuitenkin tässä työssä on kuvattu vain pieni osa hoidon haasteista ja niihin vaikuttavista positiivisista ja negatiivisista tekijöistä sekä menetelmistä. Työn luotettavuutta arvioidessa tulee ottaa huomioon työssä käytetyn tiedon määrä. Tältä kannalta tämän työn luotettavuutta vähentää käytettyjen tietokantojen sekä kirjastojen kautta työhön otetun materiaalin vähäisyys. Tutkimuksia, artikkeleita ynnä muuta materiaalia on olemassa paljon enemmän kuin tähän työhön on käytetty.

Tutkijan subjektiivinen asenne estää monipuolisen tiedonhankinnan. Tiedonhaun, sekä itse työn tekijänä, olen päättänyt mistä ja millä hakusanoilla tietoa haetaan. Myös tämä heikentää työn luotettavuutta koska jo tietoa hakiessa on vaikutettu löydetyn tiedon sisältöön valitsemalla hakutermit sekä haun rajaukset. Työn tekijän elämäkokemukset niin vapaa-ajalla kuin työssä ovat vaikuttaneet tiedon haun toteuttamiseen. Kvalitatiivisen tutkimuksen heikentävänä tekijänä on aina se, että tekijä ei ole tyhjä taulu, joka voisi tehdä työtä tietoisesti tai tiedostamatta täysin objektiivisesti. (Hirsjärvi ym. 2002.)

Luotettavuuteen on vaikuttanut myös se että minulla on erilainen tietotaitotaso kuin Kotisairaala Luotsin työntekijöillä. Työ on tehty pääasiassa itsenäisesti ilman jatkuvaa konsultaatiota. Tällöin on ollut hankala arvioida tiedon tasoa. Työ-

tä tehdessä on pyritty pysymään lähellä perustasoa, mutta on ollut hankala arvioida onko tieto liian lähellä vallitsevia hoitosuosituksia sekä hoitotyön perustasoa, vai onko tieto paikoin liian kaukaista sovellettavaksi kotisairaalan jokapäiväiseen työhön. Tämänkaltainen suodatus tietoa hakiessa on osaltaan vaikuttanut työhön mukaan otettujen materiaalien valintaan ja siten myös luotettavuuteen.

Tutkimuksen tekijän tulee olla kriittinen löydettyä tietoa, sekä omaa työtä kohtaan. Tiedonhakua tehtäessä on tässä työssä pyritty arvioimaan sen luotettavuutta. Tämän työn tekijällä ei ole eturistiriitaa. Kuitenkin tiedonhaulla löytyi artikkeleita joilla oli eturistiriita. Näistä artikkeleista on pyritty ottamaan työhön vain yleinen tieto ja jättämään mahdollinen epävalidi tieto pois työstä. Esimerkkinä toimintamallin koulutusta myyvä taho. (Hirsjärvi ym. 2002.)

Työn luotettavuuden mittaamiseen ei ole käytetty mittareita. Luotettavuutta on pyritty parantamaan oman työn kritiikillä, sekä seuraamalla useista lähteistä opittuja tutkimuksen teon yleisiä ohjeita.

Cuba ja Lincoln (1985) Ovat esittäneet kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnin kriteereiksi totuusarvon, riippuvuuden, siirrettävyyden sekä vahvistettavuuden. Tässä työssä on pyritty täyttämään nämä neljä kriteeriä mahdollisimman hyvin. Työssä on ollut mukana ohjaava opettaja joka on auttanut tekemään tämän työn mahdollisimman hyvin.

Tutkimusta tehdessä tulisi aina tehdä tietoisia eettisesti perusteltuja ratkaisuja (Hirsjärvi ym. 2002.) Tätä työtä tehdessä on otettu huomioon se mihin tarkoitukseen tämä työ on tehty. Työ tarkoituksena oli kerätä tietoa kotisairaalan käyttöön. Tietoa valitessa on otettu huomioon tekijän, sekä kohderyhmän tietotaito. Tämä näkyy esimerkiksi siinä, että menetelmiä joihin vaaditaan kouluttajalta koulutus, ei ole tarkkaan kerrottu. Myös menetelmiä, joihin tarvitaan oma erillinen koulutuksensa, ei ole tarkkaan kuvattu. Työssä on pyritty pysymään yleisellä tasolla menetelmien mahdollisten väärän soveltamisen vuoksi.

Hirsjärven ym. (2002) mukaan tutkimusta tehdessä tulisi epärehellisyyttä välttää kaikissa sen vaiheissa. Kaikessa tieteellisessä toiminnassa tulisi välttää seu-

raavia asioita: Toisten tekstiä ei plagioida, toisten tutkijoiden osuutta ei vähätellä, tutkija ei saa plagioida itseään, eli omia tutkimuksiaan, tuloksia ei yleistetä kritiikittömästi, eikä tuloksia sepitetä tai kaunistella, raportointi ei saa olla harhaanjohtavaa tai puutteellista. Näitä kaikkia seikkoja on tätä työtä tehdessä noudatettu työn joka vaiheessa.

10 POHDINTA

Työn tavoitteena on kuvata kotisairaalan arjessa yleisimpiä haasteita aiheuttavia mielenterveyden ongelmia, sekä kuvailla kirjallisuuden pohjalta menetelmiä joilla vastata näihin haasteisiin. Ongelmana mielenterveyden ongelmien kuvailussa ilmeni työn sisällön rajaaminen. Työn laajuus on ollut rajallinen, joten kuvailuun on pyritty käyttämään mahdollisimman vähän tilaa sisällöstä. Työhön valitun tiedon rajaaminen on ollut haastavaa; mikä tieto on ilmiselvää kotisairaalan henkilöstölle ja mikä tieto ei ole oleellista? Haastavien tilanteiden kohtaamiseen käytettävien menetelmien valinta on myös aiheuttanut haasteita. Menetelmiä on olemassa paljon. Ongelmaksi ilmeni valinta menetelmien kesken; minkä menetelmän kuvailu on työn tavoitteen kannalta merkittävää ja minkä ei?

Mielenterveyden ongelmien kuvailun sisällön valinta, sekä näiden aiheuttamien haasteiden kohtaamiseen käytettävien menetelmien valinta on ollut työn tekijällä. Tämä on vaikuttanut työn sisältöön. Työtä tehdessä on pyritty olemaan neutraali ja valitsemaan työhön sisältöä joka olisi kotisairaalan henkilöstölle hyödyllistä. Suodattimena on toiminut työn tekijän tietotaito sekä kokemukset. Työn luotettavuuteen tämä ei kuitenkaan vaikuta, koska valittu tieto pohjautuu näyttöön perustuvaan tutkimukseen. Tulee kuitenkin ottaa huomioon, että työn sisältö on suppea verraten kaikkeen näyttöön perustuvaan tietoon jota aiheesta on.

Tiedonhaun tuloksina on esitelty hoitovastaisuuden, vastarinnan, aggressiivisuuden, psykoottisen potilaan sekä masentuneen potilaan erityispiirteitä joita tulee ottaa huomioon hoitotyötä tehdessä. Työn sisältö on aiheeseen liittyvää tietoa. Kuvailussa on pyritty kertomaan monipuolisesti eri aiheista mahdollisimman suppeasti. Työ on tehty terveydenhoitoalan koulutuksen omaaville henkilöille. Tältä näkökannalta kuvailussa on onnistuttu hyvin. Osa perustason tiedosta on kuitenkin jouduttu työstä karsimaan. Tämä mahdollistaa sen, että terveydenhoitoalaan kouluttamaton henkilö saa aiheesta liian suppean kuvan ja voi ymmärtää työssä käytävät monitasoiset asiat liian yksinkertaisina. Tämä mahdollistaa työn tiedon virhetulkinnan.

Haastavien tilanteiden kohtaamisiin käytettävät menetelmät vaativat yleensä erillisen koulutuksen. Osa työssä kuvattujen menetelmien opettaminen vaatii kouluttajakoulutuksen. Näistä syistä ei työssä ole voitu kuvailla menetelmien sisältöjä ja yksittäisiä keinoja tarkasti. Menetelmistä on kerrottu yleisellä tasolla. Tällä tavalla on pyritty vähentämään riskiä virhetulkinnoista tai hoitoon perustuvien menetelmien opettaminen väärin.

Työssä on osoitettu miten esimerkiksi aggressiivisen potilaan kohtaamiseen tarkoitetun menetelmän oppiminen paransi henkilökunnan taitoa kohdata haastavia tilanteita. Erilaisten näyttöön perustuvien menetelmien ja toimintamallien oppiminen on ammattitaitoa kehittävä. Työntekijöiden sekä potilaiden turvallisuus lisääntyy työntekijän ammattitaidon lisääntyessä. (Lyhty 2014). Työn tuloksina on saatu yleisellä tasolla eri mielenterveyden ongelmien kuvailua, sekä kotisairaalan henkilöstön kannalta oleellisia toimintamalleja on kuvattu eri haastavien tilanteiden yhteydessä vähintään kaksi kappaletta.

Työn on merkittävä kotisairaalan osaamisen parantamiseksi koska siinä on kuvattu haastavia tilanteita, sekä niihin käytettäviä toimintamalleja yleisellä tasolla. Yleisellä tasolla menetelmien kuvailu voi herättää kohderyhmässä tunteen että kyseinen menetelmä voisi olla sellainen, jonka avulla työntekijät voisivat yksilöinä tai yhteisönä kehittyä paremmaksi työssään. Jos tarvetta ilmenee, on työyhteisen mahdollista hakea menetelmistä lisää tietoa itsenäisesti.

Työssä on osoitettu, että haastavien potilaiden ja tilanteiden kohtaamisiin on olemassa useita erilaisia menetelmiä. Menetelmiä omaksumalla työyhteisöstä tulee ammattitaitoisempi ja itsevarmempi. Tämä takaa laadukkaan hoitotyön arjen toteuttamisen. Tätä kautta työympäristön kehittäminen edellyttää henkilökunnalta koulutusta. Koulutus onnistuu yleensä parhaiten jos työnantaja takaa henkilökunnalle aikaa ja mahdollisuuksia kouluttautua sekä kehittyä.

Haastavissa tilanteissa voi koulutuksen avullakin tulla ongelmia jos arki ei ole sujuvaa. Työnohjausta, sekä työyhteisön omaa aikaa arjen sujumisen kehittämiseen on turvattava. Näin työyhteisöllä on mahdollisuus kehittyä ja parantaa hoidon laatua.

Kotisairaala voi hyödyntää tätä työtä tutustumalla siihen, minkälaisia menetelmiä on tutkimustiedon mukaan olemassa yleisimpien haasteiden kohtaamiseen. Vaativampien menetelmien sisältöä tai menetelmiä ei tässä työssä ole eettisistä syistä johtuen lähdetty avaamaan. Yleisestä kuvauksesta voi kuitenkin saada kuvaa minkälaisia menetelmiä voidaan käyttää kuvattujen haasteiden kohtaamiseen. Yksinkertaisimpien menetelmien, kuten motivoivan haastattelun, menetelmiä on kuvattu tarkemmin. Jos työn lukijalle tulee tunne, että siitä voisi olla apua, esitellään menetelmää työssä. Tämän jälkeen lukijan on mahdollista lähteä syventämään tietotaitoaan itsenäisesti.

Työn tarkoituksena ollutta kotisairaalan näkökulman soveltamista aiheisiin on ollut hankala ottaa huomioon työn tekijän vähäisen perehtyneisyyden vuoksi. On ollut haastava arvioida mitä tietoa sisällyttää työhön työn tarkoituksen, ja samalla työn merkityksellisyyden, täyttämiseksi. Paremmalla perehtymisellä pystyisi täsmällisemmin osoittamaan kotisairaalan käyttöön mahdollisia menetelmiä.

Tämän työn laatua on heikentänyt liian monen asian tutkiminen yhdessä työssä. Jotta työssä käydyistä aiheista saisi laadukkaampaa tietoa, tulisi työn aiheita jakaa erillisiin osiin. Näin aiheista olisi mahdollista tehdä kattavamman tiedonhaun ja kuvailun joka vastaa tehokkaammin kotisairaalan tarpeisiin. Jatkokehittämisenä suosittelen työssä esiintyvien aiheiden ja menetelmien syvempää tutkimista erillisinä tutkimuksina. Jos kyseisistä aiheista jatkotutkimuksia tehdään, suosittelen perehtymistä kotisairaalaan toimintaan lähemmin.

LÄHTEET

Agarkar S. 2012. A case of prolonged duration of untreated psychosis: Barriers to treatment and strategies to improve the outcome. *Clinical schizophrenia & Related psychoses*. January 2012.

Alexopoulos G. 2005. Depression in the elderly. *Lancet*. 2005; 365(9475):1961-1970.

Bundy C. 2004. Changing behaviour: using motivational interviewing techniques. *Journal of the royal society of medicine* 2004; vol. 97(suppl.-44):43-47.

Cuba EG. & Lincoln YS. 1985. *Naturalistic inquiry*. Newbury Park. Sage USA

Farooq S. & Naeem F. 2014. Tackling nonadherence in psychiatric disorders: current opinion. *Dove Press journal: Neuropsychiatric Disease and Treatment*. vol. 2014:10. s. 1069-1077

Ghaziri M. & Lipscomb J. 2013. Workplace violence prevention: Improving front-line health-care worker and patient safety. *New solutions nro. 23*. Baywood publishing co., vol. 23, 2/2013. s. 297-313.

Gören J. & Tewksbury A. 2011. The use of omega-3 fatty acids in mental illness. *Journal of pharmacy practice*. 2011 24: 452. <http://jpp.sagepub.com/content/24/5/452> Lainattu 3.8.2014.

Hakkarainen K, Hietanen A, Lommi R, Heikkinen A, Jokiniemi K, & Taattola S. 2007. AVEKKI-toimintatapamalli. Oppilaan käsikirja. 1. painos. Savonia-Ammattikorkeakoulu. Kuopio. s. 5, 8

Hirsjärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. 2002. Tutki ja kirjoita. 6.-8., painos. Vantaa: Tummavuoren kirjapaino.

Huttunen M. 2008. Suhtautuminen hoitoon. Kustannus Oy. Duodecim. 2014. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00006 Lainattu 27.8.2014.

Innohealth. Viitattu 28.1.2013 <http://innohealth.fi/index.php/innohealth/>

Johansson K, Axelin A, Stolt M & Ääri R-L. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja. A:51/2007.

Kaisanlahti A. 2011. Työkaluja väkivallan ehkäisyyn. *Tehy* 8/2011. Tehy ry. Helsinki. s. 24-27.

Kankkunen P. & Vehviläinen-Julkunen K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Sanoma Pro Oy, Helsinki. 3., uudistettu painos. s. 91-99. 197, 211-212.

Kauppila K, Lommi R, & Haatainen K. 2013. Avekki rakentaa hyvää hoitoa. *Sairaanhoitaja* 5/2013. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Fioca Oy. Helsinki. s. 30-33.

Koekkoek B, van Meijel B, Tiemens B, Schene A, & Hutschemaekers G. 2011. What makes community psychiatric nurses label non-psychotic chronic patients as "difficult": patient, professional, treatment and social variables. *Soc psychiatry psychiatry Epidemiol* 46:1045-1053.

Kontunen J, Karlsson H & Larmo A. 2007. Interpersoonallinen psykoterapia. Edita Prima Oy. Helsinki. s. 13, 44-46, 52.

Kotisairaala Luotsi. Viitattu 28.1.2013 <http://www.kotisairaala.fi/>

Krabbendam L, Myin-Germeys I, Graaf R, Vollerbergh W, Nolen W, Iedema J, & Van Os J. 2004. Dimensions of depression, mania, and psychosis in the general population. *Psychol med.* 34(7):1177-1186. Cambridge university Press 2004.

Kuhanen C, Oittinen P, Kanerva A, Seuri T, & Schubert C. 2010. Mielenterveyshoitotyö. WSOYPro Oy. 1. Painos. s. 16, 21-22, 164-165, 190, 195, 204-206,

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785

Laurea – Ammattikorkeakoulu. 2014. Mitä on mapa? <http://mapa.laurea.fi/mitaonmapa.htm> Lainattu 28.8.2014.

Lepola U, Koponen H, Leinonen E, Joukamaa M, Isohanni M & Hakola P. 2008. Psykiatria. WSOY Oppimateriaalit Oy, Helsinki. 1.-3. painos. s. 40–41, 45, 50-52, 63–66, 68.

Louhela S. & Saarinen S. 2006. Väkivalta terveydenhuollon eri toimialoilla. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Luutonen S, Heinisuo A-M, Ilonen T, Jalava E, Karlsson L, Ranta K, Svartsjö R, Svirskis T, & Salokangas R. 2006. Varhain – Vakavien mielenterveyden häiriöiden varhainen tunnistus ja hoito. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. Finepress Oy. Turku s. 27-28.

Lyhty M. 2014. Älä ota turpaan. Super 1/2014. Suomen lähi- ja perushoitajaliitto. s. 52-53.

Lönnqvist J. & Suvisaari J. 2009. Psykoosi. Kustannus Oy. Duodecim. 2014. http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=seh00066 Lainattu 13.8.2014.

Metsämuuronen J. 2005. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Gummerus kirjapaino Oy, jyvaskylä. 3. Laitos. s. 30-31, 46-49, 196-203.

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116

Mustajoki P. & Kunnamo I. 2009. Motivoiva potilashaastattelu, vaikuttava terveysneuvonta. Duodecim. http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=seh00147 Lainattu 15.8.2014.

Mäkinen T. 2014. Väistä! Minä menen kirkolle. Tehy 3/2014. Tehy ry. Helsinki. s. 16-19.

O'Hara M, Stuart S, Gorman L, & Wenzel A. 2000. Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Arch gen psychiatry.* 2000;57(11):1039-1045.

Puttonen J. 2012. Väkivaltaisen, uhkaavan potilaan kohtaaminen. Sairaanhoidajan käsikirja. Duodecim. http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/avaa?p_artikkeli=shk04440&p_haku=puttonen Lainattu 27.8.2014

Soisalo R. 2011. Väkivaltaan ei saa turtua. *Lääkärilehti* 19/2011 vsk 66. s. 1560-1561. <http://www.fimnet.fi.ezproxy.turkuamk.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000035781> Lainattu 21.8.2014

Weissman M, Markowitz J, & Klerman G. 2000. Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy. Basic Books. New York

Wun Y, Lam T, Goldberd D, Lam K, Donald K, & Yip K. 2011. Reasons for preferring a primary care physician for care if depressed. *Family medicine.* 2011;43(5):344-350.

Xie H. 2013. Strengths-based approach for mental health recovery. *Iran j psychiatry behav sci* 2013; 7(2): 5-10

TIEDONHAKUTAULUKKO

TIETOKANTA	HAKUSA- NA(T) JA NIIDEN YH- DISTELMÄT	RAJAUKSET: Kaikkiin ha- kuihin on käy- tetty rajauk- sena "full text, 10-vuotta vanha"	OSUMAT (KAPPALE- MÄÄRÄ)	VALITTU- JEN TUT- KIMUSTEN MÄÄRÄ
Pubmed	Community Psychiatry		3237	2
	Community psych?		113	2
	Domestic me- dical care mental		27	1
	psychiatric disorder home care		2466	1
	workplace violence		135	1
	Depression		?	2
Medic	Aggressio		65	2
Medline	Aggression		311	2
Google scholar	Prolonging psychosis		2440000	1
	Ethyl- Eicosapenta- enoic		?	1
	Interpersonal psychothera- py		?	2
	Motivational interview		?	1
Manuaali- nen haku				13

DEPRESSION ARVIOINTIIN KÄYTETTÄVÄ KYSELY

Depressiivinen mieliala: Millainen mielialasi on ollut viimeaikoina? Oletko halunnut itkeä? Oletko tuntenut, että haluaisit itkeä, mutta itku ei tule? Onko olosi ollut toivoton? Oletko tuntenut itsesi lähes jatkuvasti alakuloiseksi? Onko sinulla ollut näitä tuntemuksia päivittäin? Kuinka pitkään niitä on ollut? Mihin aikaan vuorokaudesta vointisi on paras/pahin?

Mielihyvän puute: Oletko menettänyt kykysi saada mielihyvää sellaisesta, mistä olet aikaisemmin nauttinut? Onko nykyisin mitään sellaista, mistä nautit?

Väsymys ja voimattomuus: Oletko huomannut väsyväsi helposti? Oletko tuntenut itsesi väsyneeksi lähes päivittäin? Oletko viettänyt suuren osan päivästäsi vuoteessa? Tuntuvatko jäsenesi painavilta?

Työ ja aktiviteetit: Oletko havainnut muutoksia toiminnassasi (työssä/vapaa-aikana/mielenkiinnon kohteissa/sosiaalisessa käyttäytymisessä)? Selviätkö jokapäiväisistä toimista/työstä?

Omanarvontunne ja itsesyytökset: Tunnetko itsesi arvottomaksi? Syytätkö itseäsi siitä, mitä olet tehnyt tai jättänyt tekemättä? Koetko, että olet laiminlyönyt perhettäsi ja tunnet siitä syyllisyyttä? Koetko, että sinua rangaistaan sairautella?

Kuoleman toiveet ja itsemurha-ajatukset: Ajatteletko paljon kuolemaa? Tuntuuko sinusta, ettei elämällä ole merkitystä? Onko sinulla kuolemantoiveita? Oletko ajatellut itsemurhaa? Oletko suunnitellut itsemurhaa? Onko sinulla ollut itsemurhayrityksiä?

Keskittymisvaikeudet: Onko sinun ollut viime aikoina vaikea keskittyä asioihin? Onko sinulla ollut vaikea aloittaa asioita? Ovatko työsi keskeytyneet toistuvasti? Onko sinun ollut vaikea tehdä päätöksiä?

Psykomotorinen levottomuus tai hidastuminen: Oletko ollut viime aikoina niin kiihtynyt tai levoton, että muut ovat kiinnittäneet siihen huomiota? Oletko ollut

viime aikoina niin vetämätön, että on ollut raskasta tehdä mitään tai edes ajatella selkeästi?

Univaikeudet: Nukahdatko helposti? Onko sinulla jatkuvia nukahtamisvaikeuksia? Kuinka kauan uneen vaipuminen kestää? Nukutko hyvin sen jälkeen, kun olet saanut unenpäästä kiinni? Heräiletkö yöllä, oletko levoton, nousetko ylös vuoteesta? Heräätkö aikaisin aamulla saamatta uudeleen unta?

Painon tai ruokahalun muutokset: Onko ruokahalusi muuttunut viime aikoina? Onko sinun pitänyt aivan kuin pakottaa itsesi syömään? Onko painosi muuttunut viime aikoina ja kuinka paljon?

Psyykkinen ahdistuneisuus: Oletko tuntenut olosi hermostuneeksi, ahdistuneeksi tai pelokkaaksi? Onko olosi jännittynyt tai onko sinun vaikea rentoutua? Murehditko pikkuasioita? Pelkäätkö, että jotain kauheaa saattaisi tapahtua? Pelkäätkö olla yksin kotona, ihmisjoukkoja, matkustamista?

Somaattiset ahdistusoireet: Onko sinulla ollut seuraavia oireita: Vapinaa, lisääntyntä hikoilua, tukehtumisen tunnetta, päänsärkyä tai vatsaoireita?

Seksuaalinen kiinnostuneisuus: Oletko menettänyt mielenkiintosi puolisoosi tai kumppaniisi äskettäin? Onko seksuaalinen mielenkiintosi vähentynyt?

Depersonalisaatio: Onko sinulla epätodellisuuden kokemuksia, tuntuuko siltä, että ympäröivä maailma on kaukainen, outo tai muuttunut?

Paranoidiset oireet: Onko joku yrittänyt vahingoittaa sinua viime viikkoina? Tuntuuko sinusta, että ihmiset puhuvat sinusta tai nauravat selkäsi takana?

Pakko-oireet:

Tuntuuko sinusta siltä, että sinun pitää tarkastaa tai toistaa asioita? Täytyykö sinun tehdä asiat aina tietyllä tavalla? Tuleeko mieleesei toistuvasti epämiellyttäviä, naurettavia tai pelottavia sanoja, joista et pääse irti? Pelkäätkö tekeväsi jotakin kauheaa?

Oman tilan tiedostaminen: Mistä ajattelet ongelmiesi johtuvan? Tällä kysymyksellä voi saada kuvaa siitä, onko potilas pohtinut oireitaan konkreettisesti vai merkitysten tasolla, näkeekö hän oireissaan yhteyksiä vuorovaikutussuhteisiin. Tärkeää on muistaa, että jokaisella on omat käsityksensä ja uskomuksensa sairauksista, eikä niistä ole syytä ryhtyä kiistelemään. (Kontunen ym. 2007.)