

Tatu-Antti Hylkilä & Jesse Jutila

**SAIRAANHOITAJIEN KOKEMUKSIA OIREENHALLIN-
TAKURSSIN MERKITYKSESTÄ MIELENTERVEYSKUN-
TOUTUJAN HOIDOSSA**

Opinnäytetyö

CENTRIA AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma

Huhtikuu 2014

Yksikkö Kokkola-Pietarsaaren yksikkö	Aika Huhtikuu 2014	Tekijä/tekijät Tatu-Antti Hylkilä & Jesse Jutila
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn nimi Sairaanhoitajien kokemuksia oireenhallintakurssin merkityksestä mielenterveyskuntoutujan hoidossa		
Työn ohjaaja Arja-Liisa Ahvenkoski		Sivumäärä 29+5
Työelämäohjaaja Markus Heikell		
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajien kokemuksia oireenhallintakurssin merkityksestä mielenterveyskuntoutujan hoidossa. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla oireenhallintakurssin sisältöä voidaan kehittää tukemaan asiakkaan kuntoutumista. Henkilökohtaisena tavoitteenamme oli saada tietoa oireenhallintakurssista psykiatrisena hoitomuotona sekä oppia tutkimuksen tekemistä.</p> <p>Opinnäytetyö tehtiin laadullisen tutkimusmenetelmän avulla. Opinnäytetyötä varten haastateltiin viittä (n=5) sairaanhoitajaa, jotka ovat hoitosuhteessa oireenhallintakurssilla käyvän mielenterveyskuntoutujan kanssa. Haastattelut analysoitiin induktiivisen sisällönanalyysin avulla.</p> <p>Oireenhallintakurssi koettiin tärkeäksi osaksi mielenterveyskuntoutujan hoitoa. Mielenterveyskuntoutujien koettiin saavan oireenhallintakurssilta tärkeää tietoa itsehoitomenetelmistä, joiden avulla sairauden kanssa pärjääminen helpottui. Myös kurssilta saatu vertaistuki koettiin erityisen tärkeäksi.</p> <p>Kehittämisaajatukset liittyivät kurssin rakenteeseen ja vertaistuen maksimaaliseen hyödyntämiseen. Kurssille toivottiin myös jatkuvuutta kurssin päätyttyä sekä kurssin vetäjien antamaan kirjalliseen palautteeseen tarkempaa tietoa mielenterveyskuntoutujan voinnista.</p>		
Asiasanat mielenterveyskuntoutuja, mielenterveystyö, oireenhallinta		

Unit Kokkola-Pietarsaari Unit	Date April 2014	Author/s Tatu-Antti Hylkilä & Jesse Jutila
Degree programme Degree programme in Nursing		
Name of thesis Nurses experiences of the significance of symptom management course as a treatment for mental health rehabilitation client		
Instructor Arja-Liisa Ahvenkoski		Pages 29+5
Supervisor Markus Heikell		
<p>The purpose of this Bachelor's thesis was to describe nurses' experiences of a symptom management course and its significance in the treatment of a mental health rehabilitation client. The goal of this Bachelor's thesis was to produce information that can be used to develop the content of the symptom management course in order to support the rehabilitation of the client. Our personal goal was to gain information about the symptom management course as a psychiatric treatment and to learn to make a research.</p> <p>In this Bachelor's thesis a qualitative research method was used. The information was gathered by individual interviews of five (n=5) nurses who were in nursing relation with a mental health rehabilitation client taking part in the symptom management course. The interviews were analyzed by qualitative research analysis.</p> <p>The symptom management course was seen as an important part of the treatment of a mental health rehabilitation client. Mental health rehabilitation clients were noticed to receive important information about ways to treat themselves and it was noticed to ease coping with the disease. Peer support was also seen to be particularly important.</p> <p>The developing ideas concerned the structure of the course and exploiting maximal effect of peer support. The interviewees also wished continuity for the course and more specific literate feedback about the condition of the mental health rehabilitation clients.</p>		
Key words mental health rehabilitation client, mental health work, symptom management		

TIIVISTELMÄ
ABSTRACT
SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 OPINNÄYTETYÖN TIETOPERUSTA	2
2.1 Mielen terveystyö	2
2.1.1 Psykoedukaatio mielen terveystyössä	4
2.1.2 Oireen hallinta	5
2.1.3 Mielen terveystyökuntoutaja	6
2.2 Mielen terveyden häiriöt	7
2.2.1 Mielialahäiriöt	8
2.2.2 Psykoottiset häiriöt	9
2.2.3 Ahdistuneisuushäiriöt	9
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	11
4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	12
4.1 Tutkimuksen lähtökohdat ja tutkimusmenetelmä	12
4.2 Kohderyhmä ja aineiston keruu	13
4.3 Aineiston analyysi	15
5 TUTKIMUSTULOKSET	17
5.1 Oireen hallintakurssin merkitys mielen terveystyökuntoutujan hoidossa	17
5.2 Sairaanhoidtajien kehittämisideoita oireen hallintakurssille	18
6 POHDINTA	21
6.1 Opinnäytetyön luotettavuus	22
6.2 Opinnäytetyön eettisyys	24
6.3 Jatkotutkimukset sekä hyödynnettävyys	26
LÄHTEET	27
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Mielenterveyshäiriöt ovat nousseet 1990-luvun jälkeen yleisimmäksi työkyvyttömyyttä aiheuttavaksi tekijäksi. Vuonna 2004 mielenterveyden häiriöistä aiheutuvat suorat ja epäsuorat kustannukset olivat 4,2 miljardia euroa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009, 9.) Työeläkekuntoutujista vuonna 2011 joka viides kuntoutuja kärsi mielenterveyden häiriöistä. Työttömyyseläkettä saavista 39 prosenttia kärsi mielenterveyden häiriöistä. (Saarnio 2013.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata sairaanhoitajien kokemuksia oireenhallintakurssin merkityksestä mielenterveyskuntoutujan hoidossa. Opinnäytetyön tavoitteena on saada sellaista tietoa sairaanhoitajien kokemuksista oireenhallintakurssin merkityksestä mielenterveyskuntoutujan hoidossa, minkä avulla kurssia voidaan kehittää käytännössä sekä antaa tietoa henkilökunnalle oireenhallintakurssin merkityksestä mielenterveyskuntoutujan hoidossa. Henkilökohtaisena tavoitteenamme on saada tietoa oireenhallintakurssista psykiatrisena hoitomuotona sekä oppia tutkimuksen tekemistä.

Oireenhallintaryhmällä tarkoitetaan psykoedukatiivista ryhmää, missä potilaat saavat keinoja havaita ja hallita omia sairautensa liittyviä oireita. Suomessa on käytössä ainakin psykoosin oireiden, mielialahäiriöiden ja ahdistuksen hallintaan liittyviä ryhmämuotoja. (Koskisuu 2004, 206.)

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisen tutkimusmenetelmän avulla. Tutkimusta varten haastateltiin viittä avohoidossa työskentelevää sairaanhoitajaa, jotka ovat hoitosuhteessa oireenhallintaryhmään osallistuvien mielenterveyskuntoutujien kanssa. Haastattelut toteutettiin teemahaastatteluilla.

2 OPINNÄYTETYÖN TIETOPERUSTA

Tässä luvussa käydään läpi opinnäytetyön keskeistä tietoperustaa. Luvussa käsitellään mielenterveystyötä, psykoedukaatiota, oireenhallintaa ja ryhmätoimintaa mielenterveyskuntoutujan hoidossa sekä mielenterveyden häiriöitä.

2.1 Mielenterveystyö

WHO:n määritelmän mukaan mielenterveys on muutakin kuin mielen sairauksien puuttumista. Se on yksilön kyky selviytyä tavallisista elämäntilanteista, joissa ilmenee stressiä, kyky pystyä työskentelemään tuottoisasti ja pystyä antamaan panoksensa yhteisölle. (WHO 2007.)

Mielenterveystyöllä tarkoitetaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveydenhäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä. Mielenterveystyöhön kuuluvat mielisairauksia ja muita mielenterveydenhäiriöitä poteville henkilöille heidän lääketieteellisin perustein arvioitavan sairautensa tai häiriönsä vuoksi annettavat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut (mielenterveyspalvelut). Mielenterveystyöhön kuuluu myös väestön elinolosuhteiden kehittäminen siten, että elinolosuhteet ehkäisevät ennalta mielenterveydenhäiriöiden syntyä, edistävät mielenterveystyötä ja tukevat mielenterveyspalvelujen järjestämistä. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.)

Mielenterveystyön toimintatavat voivat olla rakentavia, ehkäiseviä tai korjaavia, ja ne voivat kohdistua yksilöihin, yhteisöihin tai yhteiskuntaan. Toimintatavat voivat kohdistua kunnan asukkaisiin suoraan tai välillisesti, kuten esimerkiksi mie-

lenterveysalalla työskentelevien koulutuksen ja työnohjauksen tai päätöksentekijöiden tiedon lisäämisen kautta. (Hietaharju ja Nuutila 2012, 16.)

Rakentavan mielenterveystyön tavoitteena on lisätä psyykkistä hyvinvointia. Siinä pystytään erottamaan valtakunnallinen suunnittelu ja päätöksenteko, kunnallinen ja paikallinen toiminta sekä yksikkökohtainen työ. Yhteiskuntapolitiikassa, kuten sosiaali- ja terveyspolitiikassa, työpolitiikassa ja koulutuspolitiikassa päätetään kansalaisia koskevista asioista. Kyseessä ovat laeilla tai muilla säädöksillä kansalaisille turvattavat yhteiskunnan palvelut, toimintamahdollisuudet sekä toimeentuloturva. Mielenterveystyön asiantuntijat ovat mukana yhteiskunnallisessa suunnittelussa ja päätöksenteossa. Esimerkiksi päiväkodeissa, kouluissa ja työpaikoilla tehdään rakentavaa mielenterveystyötä. (Heikkinen-Peltonen, Innamaa & Virta 2008, 53–54.)

Ehkäisevä mielenterveystyö tähtää mahdollisimman varhaiseen mielenterveysriskien ja mielenterveysriskin alaisena olevien henkilöiden tunnistamiseen, riskien torjuntaan ja niiden vaikutusten minimoimiseen sekä aikaiseen puuttumiseen. (Vuori-Kemilä, Stengård, Saarelainen & Annala 2007, 21.) Esimerkiksi päiväkodissa otetaan erityisesti huomioon lapsi, jolla on vaikeuksia ryhmään sopeutumisessa. Kouluissa annetaan tietoa päihteistä sekä niiden erilaisista haitoista ikäkaudelle sopivalla tavalla. Ehkäisevään työhön kuuluu se, että ihminen saa mahdollisimman helposti ja nopeasti tarvitsemiaan palveluita, kuten esimerkiksi kriisiapua ja ohjausta. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 54.)

Korjaava mielenterveystyö sisältää mielenterveyden häiriöiden tunnistamisen, tutkimukset, hoidon sekä kuntoutumista tukevan mielenterveystyön. Mielenterveyspalveluiden tulee olla helposti saatavilla ja jokaisen kunnan asukkaan tavoitettavissa muiden terveyspalveluiden yhteydessä. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 54.) Mielenterveyspalvelut tulee järjestää ensisijaisesti avopalveluina sekä niin,

että samalla tuetaan hoitoon hakeutumista oma-aloitteisesti sekä itsenäistä suoriutumista. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.)

2.1.1 Psykoedukaatio mielenterveystyössä

Psykoedukaatio käsitteenä muodostuu latinan kielen sanasta *psyche*, mikä tarkoittaa sielua tai mieltä, sekä englannin kielen sanasta *education*, mikä tarkoittaa koulutusta ja opetusta. Psykoedukaatiolla tarkoitetaan kaikenlaista tiedon antamista psyykkisistä vaikutusmekanismeista. Psykoedukatiivinen hoitomalli on kehitetty Englannissa 1980-luvulla, ja siihen on vaikuttanut Pavlovin oppimisteoria sekä jotkut perheterapiasuuntaukset. Psykoedukationaalinen lähestymistapa on kehitetty alun perin lisäämään skitsofreniapotilaan tietoa ja käsitystä omasta sairaudestaan ja hoidostaan, mutta nykyään sitä käytetään kaikkien mielenterveysongelmien, sekä useiden somaattisten sairauksien hoidossa. Psykoedukatiivinen hoitomalli perustuu stressi-haavoittuvuusmallille. Vaikea elämäntilanne laukaisee psyykkisen sairauden, johon henkilöllä on olemassa alttius. Työmuoto muokkautuu kohderyhmän tarpeiden mukaan. Psykoedukatiivinen hoitomalli parantaa potilaan valmiuksia pärjätä elämässään sairautensa kanssa. (Haarala, Jääskeläinen, Kilpinen, Panhelainen, Peräkoski, Puukko, Riihimäki, Sundman & Tauriainen 2010, 43–47.) Tarkoituksena on lisätä potilaan itseymmärrystä. Sen on todettu vähentävän taudin uusiutumista ja lyhentävän hoitajaksoja sairaalassa. (Belgamvar, Merinder & Xia 2011.)

Psykoedukatiivisen hoitomallin haasteena on potilaan hoitoon sitoutuminen. Usein potilaat eivät tee, kuten terveydenhuollon henkilöstö suosittelee potilaalle. Potilailla voi olla syvään juurtuneita käsityksiä sairaudestaan ja omasta hoidostaan, ja käsitykset eivät usein pohjaa tutkittuun tietoon. Parhaaseen hoitotulokseen

pyritään molemminpuolisella luottamuksella ja aktiivisella kuuntelemisella. (Haarala ym. 2010, 45–46.)

Ryhmät antavat mielenterveyskuntoutujille mahdollisuuden omien kokemusten peilaamiseen. Psykoedukatiivisten ryhmien taustalla on ajatus siitä, että erilaisia taitoja sekä oireiden hallintaa voidaan harjoittaa ja oppia paremmin ryhmissä. Psykoedukatiivisissa ryhmissä ryhmän toiminnalle on asetettu tavoite ja sisältö. (Koskisuu 2004, 169–170.)

2.1.2 Oireenhallinta

Ryhmämuotoinen toiminta tukee kuntoutujan toipumista, koska on ajateltu, että ryhmä antaa mahdollisuuden omien kokemusten peilaamiseen. Oireenhallintakurssista käytetään kurssi-nimitystä sen opiskeluluonteisen sisällön vuoksi. Kurssilla yhdistetään tietoa sairaudesta, toipumisesta sekä kuntoutumisesta. Ne ovat psykoedukatiivisia kursseja, joiden tarkoituksena on antaa kuntoutujalle lisätietoa sairaudestaan ja sairauden kanssa pärjäämisestä. Kokoontumisten tiheys ja kesto määräytyvät ongelmien laadun sekä osallistujien tarpeiden mukaan. (Koskisuu 2004, 169, 206.)

Oireenhallintakurssi on suunnattu sellaisille mielenterveyskuntoutujille, jotka kaipaavat lisätietoa sairaudestaan ja siihen liittyvistä oireista sekä erilaisista oireiden hallintakeinoista. Oireenhallintakurssin kesto on 10 + 1 kertaa, joista viimeinen kerta on 3–6 kuukauden päästä kurssin päättymisestä. Kurssin tavoitteena on edistää kuntoutujan valmiuksia pärjätä paremmin sairautensa kanssa, edesauttaa sosiaalisen kanssakäymisen harjaantumista sekä ennaltaehkäistä sairauden uusiutumista. Psykiatrinen kurssiyksikkö tarjoaa mahdollisuuden sairauden aiheutta-

mien tunteiden käsittelyyn ja vertaistukeen. Kurssin keskeisiä tavoitteita ovat voimavarojen tarkastelu sekä oman hyvinvoinnin lisääntyminen. (Kiuru 2013.)

Vertaistuen keskeisin ajatus on se, että asiakas ei ole yksin ongelmiansa kanssa. Asiakkaat vaihtavat kokemuksiaan ja tuntemuksiaan vastavuoroisesti ja tukevat toisia samassa elämäntilanteessa olevia tai samoista ongelmista kärsiviä. Tämä hyödyttää suhtautumista omaan sairauteen ja elämäntilanteeseen. Asiakas voi kokea samankaltaisuutta muiden vertaisten kanssa. Myös ohjaaja osallistuu tukemiseen, tosin etäämmältä. (Haarala ym. 2010, 86–87.)

Nummisen ja Virran (2007) mukaan oireenhallintaryhmän hyöty koetaan merkittäväksi skitsofreniapotilaan hoidossa. Tiedon lisääminen omasta sairaudesta auttaa potilasta tunnistamaan omat sairauden oireet ja hakeutumaan tarvittaessa hoitoon. Vertaistuki koettiin tärkeäksi, koska ryhmässä voi tuntea itsensä samanvertaiseksi muiden ryhmäläisten kanssa.

2.1.3 Mielenterveyskuntoutuja

Kuntoutujan määritelmä on muuttumassa asiantuntijuuden ja kuntoutuspalveluiden kohteesta aktiiviseksi toimijaksi. Aiemmin on ajateltu, että asiantuntijuus perustuu työntekijän osaamiseen ja ammattitaitoon kuntoutujan oman elämän asiantuntijuuden sijasta. (Koskisuus 2004, 12–13.)

Mielenterveyskuntoutuja on oman elämänsä asiantuntija sekä päätösten tekijä. Kuntoutuja pyrkii ymmärtämään, tulkitsemaan sekä suunnittelemaan elämäänsä ja vastaa tekemisistään. Kuntoutuksella tähdätään elämänlaadun ylläpitämiseen sekä paranemiseen. Kuntoutuksessa painotetaan positiivisten asioiden korostamista. Kuntoutuminen on yleensä useita vuosia kestävä prosessi, ja se tulee nähdä

kuntoutujan oman elämän kasvuprosessina. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2010, 100–101; Pratt, Gill, Barrett & Roberts 2006, 111.)

Mielenterveyskuntoutumisen tarkoituksena on tukea psyykkisestä sairaudesta toipuvaa ihmistä. Mielenterveyskuntoutujan elämänhallintakeinot ovat psyykkisen sairauden vuoksi heikentyneet, ja niitä tulee tukea kuntoutuksen avulla. Tavoitteena on myös tukea sosiaalisia taitoja. Kuntoutuksessa korostuvat kuntoutujan oma aktiivisuus ja osallisuus. Kuntoutuminen on oppimista, kasvua ja toimintakyvyn palautumista. Se voi olla pitkäkestoista ja alkaa mahdollisimman pian sairastumisen akuuttivaiheen jälkeen. (Kuhanen ym. 2010, 102; Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 224.)

2.2 Mielenterveyden häiriöt

Mielenterveyden häiriöt on laaja nimitys erilaisille psyykkisille oireille sekä sairauksille. Mielenterveyden häiriöt ja sairaudet oireineen ilmenevät monin eri tavoin, ja terveyden ja sairauden välillä oleva raja on kuin veteen piirretty viiva. Diagnostiikka mielenterveyden häiriöissä perustuu yhteisesti sovittuihin luokituksiin, oireiden määriin ja niiden ominaispiirteisiin. Diagnoosiluokitukset sisältävät tarkan kuvauksen mielenterveyden häiriöiden erilaisista oireista sekä niiden kestosta, mikä selkiyttää diagnoosin tekemistä. Mielenterveyden häiriöiden diagnostiikassa käytetään apuna Maailman Terveysjärjestön ICD-luokitusta (International Classification of Diseases). ICD-10-luokitus on otettu käyttöön maailmanlaajuisesti vuonna 1996, ja se on virallinen tautiluokitus, jossa psykiatriset diagnoosiluokat on jaettu kymmeneen pääluokkaan, joissa on yhteensä 100 diagnoosia. (Kuhanen ym. 2010, 176–179.)

2.2.1 Mielialahäiriöt

Mielialahäiriöt ovat mielenterveyden häiriöitä, joiden keskeisiä oireita ovat mielialan muutokset. Mieli on joko kohonnut (maaninen) tai masentunut (depressiivinen). (Heiskanen, Salonen & Sassi 2006, 131.)

Masennuksen kokemus on normaali seuraus kohtaloniskuista ja vastoinkäymisistä. Tavallisesti masennus ilmenee surun, toivottomuuden tai huonommuuden tunteina. Useimmiten nämä kokemukset menevät pian ohi. Synkkä mieliala ja ilottomuus voivat kuitenkin jatkua viikkojen ajan. Silloin kyse on varsinaisesta masennuksesta eli depressiosta. Depressioon voi liittyä myös fyysisiä oireita, kuten päänsärkyä, väsymystä, sydämentykytystä, vatsavaivoja, lihaskipuja ja ihon kuivumista. Kuten psyykkisiin sairauksiin yleensä, myös masennukseen liittyy itsekeskeisyyttä, minkä takia masennuksesta kärsivä henkilö on läheisille hyvin raskas. (Kopakkala 2009, 9–11; Young 2010, 88.)

Kaksisuuntaisella mielialahäiriöllä tarkoitetaan pitkäaikaista psyykkistä sairautta, jossa mieliala vaihtelee depressiivisyyden ja maanisuuden välillä. Maanisuudella tarkoitetaan yliaktiivista vaihetta, joka kestää tavallisimmin kahdesta viikosta viiteen kuukauteen. Mania ilmenee liiallisena mielialan kohoamisena tai kireytenä. Maniavaiheessa unen tarve vähenee, puheliaisuus lisääntyy, ajatustoiminta kiihtyy, fyysinen rauhattomuus ja toimeliaisuus lisääntyvät. Toimintakyky laskee, mutta ilmenee suureellisia ajatuksia. (Riikola, Suominen & Valtonen 2009.)

Muutos maanisesta vaiheesta depressiiviseen vaiheeseen voi tapahtua äkillisesti, jolloin oire on helppo tunnistaa. Muutos voi tapahtua myös vähittäin, jolloin oireiden tunnistaminen on vaikeampaa. (Kopakkala 2009, 19–20.)

2.2.2 Psykoottiset häiriöt

Psykoosi tarkoittaa sitä, että minän kyky tehdä tiettyjä eroja sisäisen ja ulkoisen maailman osasten välillä on menetetty (Cullberg 2005, 68). Psykoosissa todellisuudentaju on vakavasti häiriintynyt, mikä voi ilmetä harhaluuloina, aistiharhoina, puheen hajanaisuutena tai outona käytöksenä (Lönqvist & Suvisaari 2009; Eigen 2004, 1–2).

Psykoosisairauksista vaikein on skitsofrenia, jolle ominaista on ajattelun ja mielen toiminnan häiriintyminen. Tavallisia oireita ovat kuuloharhat, harhaluulot ja puheen hajanaisuus. Siihen liittyy usein myös ongelmia sosiaalisessa toimintakyvyssä, kuten itsestään huolehtimisessa ja sosiaalisten suhteiden hoidossa. Toinen sairaus, johon liittyy psykoottisuutta, on kaksisuuntainen mielialahäiriö, jolle ominaisia piirteitä ovat voimakkaat kohonneen mielialan jaksot sekä vastavuoroisesti masennusjaksot, kuten edellä mielialahäiriöissä on kuvattu. Muita psykooseja ovat skitsoaffektiiviset häiriöt, skitsofrenistyyppinen häiriö, skitsotyyppinen häiriö, harhaluuloisuushäiriöt, ei-elimelliset psykoottiset häiriöt ja äkilliset psykoottiset häiriöt. Joidenkin somaattisten sairauksien yhteydessä voi myös ilmetä psykoottisuutta, kuten infektioiden ja aivosairauksien sekä päihteiden käytön yhteydessä. (Honkonen & Lönqvist 2007, 140–142; Lönqvist & Suvisaari 2009.) Psykoosien hoidossa keskeisiä asioita ovat psykoosilääkitys, koko perheen psykoedukaatio sekä potilaan elämänlaatua ja toimintakykyä edistävät kuntoutusmenetelmät (Käypä hoito 2008).

2.2.3 Ahdistuneisuushäiriöt

Ahdistuneisuushäiriöt ovat yleisimpiä mielenterveyden häiriöitä. Jonkinlaisesta ahdistuneisuushäiriöstä kärsii noin neljännes väestöstä. Ne saattavat kestää jopa

koko eliniän ja vaativat pitkäaikaista hoitoa. Ahdistuneisuushäiriöt ovat eri asia kuin ahdistus. Ahdistuneisuus on pelon kaltainen tunne ilman todellista vaaraa tai uhkaa. Jos ahdistuneisuus haittaa jokapäiväistä elämää, tarvitaan hoitoa. On tärkeää varmistua diagnoosista ennen hoidon aloittamista. Lääkkeiden ja alkoholin väärinkäyttö sekä masennus voivat vaikeuttaa oireyhtymän tunnistamista. Ahdistuneisuushäiriöt jaetaan pelko-oireisiin ahdistuneisuushäiriöihin ja muihin ahdistuneisuushäiriöihin. Tämän jaon sisällä ahdistuneisuushäiriöihin kuuluvat ahdistuneisuushäiriöt sekä paniikkihäiriöt. Ahdistuneisuushäiriöitä hoidetaan psykoterapialla sekä lääkkeillä. (Hietaharju & Nuutila 2012, 34; Lepola, Koponen, Leinonen, Joukamaa, Isohanni & Hakola 2002, 77–98; Kuhanen ym. 2010, 219–220.)

Ahdistuneisuushäiriöitä ovat sosiaalisten tilanteiden pelko, määräkohtaiset pelot, paniikkihäiriö, yleistynyt ahdistuneisuushäiriö, pakko-oireiset häiriöt, reaktiot vaikeaan stressiin sekä elimellisoireiset häiriöt. Sosiaalisen tilanteiden pelolla tarkoitetaan pitkäaikaista ja yleistä häiriötä, mikä liittyy pelottaviin sosiaalisiin tilanteisiin, kuten työhön, vapaa-aikaan ja vieraiden ihmisten kohtaamiseen liittyvät tilanteet. Nämä tilanteet lisäävät ahdistuneisuutta sekä voivat aiheuttaa paniikkihäiriön kaltaisia tuntemuksia. Ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa käytetään lääkehoidon lisäksi käyttäytymiskognitiivista terapiaa, jossa pyritään saamaan potilas muuttamaan ajattelutapaansa, sekä erilaisia rentoutustekniikoita. (Hietaharju & Nuutila 2012, 35; Kuhanen ym. 2010, 219–220.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata sairaanhoitajien kokemuksia oireenhallintakurssin merkityksestä mielenterveyskuntoutujan hoidossa. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla oireenhallintakurssin sisältöä voidaan kehittää tukemaan asiakkaan kuntoutumista. Henkilökohtaisena tavoitteenamme on saada tietoa oireenhallintakurssista psykiatrisena hoitomuotona sekä oppia tutkimuksen tekemistä.

Tutkimuskysymyksemme ovat:

1. Millaisena sairaanhoitajat kokevat oireenhallintakurssin merkityksen mielenterveyskuntoutujan hoidossa?
2. Miten sairaanhoitajat kehittäisivät oireenhallintakurssia?

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Tässä luvussa käsitellään opinnäytetyön tutkimusmenetelmää, kohderyhmää sekä aineistonkeruumenetelmää ja aineiston analyysimenetelmää.

4.1 Tutkimuksen lähtökohdat ja tutkimusmenetelmä

Laadullinen tutkimus kuvaa todellista elämää. Sen avulla voi löytää monenlaisia suhteita asioiden välillä, ja sillä pyritään paljastamaan tosiasioita. Laadullinen tutkimus on kokonaisvaltaista ja aineisto kerätään luonnollisissa todellisissa tilanteissa ja ympäristöissä. Kohderyhmä valitaan tarkoituksenmukaisesti, ei satunnaisotoksia käyttäen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 156–160.)

Laadullista tutkimusta voidaan käyttää, jos halutaan uusi näkökulma jostain asiasta tai epäillä vanhan teorian tai käsitteen merkitystä. Ihmisten käyttäytymistä tarkastellaan heidän omasta näkökulmastaan. Tarkoituksena on kuvata ja tulkita ihmisten käyttäytymistä sekä tuoda esiin heidän omia näkemyksiään, kokemuksiään, tulkintojaan ja määrittelyjään. Tutkittava joukko on usein pieni, ja siinä pyritään säilyttämään sen ympäristön merkitys, missä aineisto on kerätty. Tutkimusympäristö ja tutkimustilanne tulee kuvailla riittävän tarkasti. (Myers & Avison 2002, 4; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 50–57, 83–85.)

Laadullinen tutkimus on läheisessä suhteessa teoriaan; sen tehtävä on tarkentaa teoriaa. Ihmisten toimintaa ei tutkita sellaisenaan, vaan sitä tutkitaan käytöksen ilmentymien kautta käsitteiden avulla. Laadullisella tutkimusmenetelmällä voidaan lisätä ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 54–57.)

Tutkimusmenetelmäksi valittiin laadullinen tutkimusmenetelmä, koska tavoitteena oli saada syvällisempää tietoa sairaanhoitajien kokemuksista oireenhallintakurssin merkityksestä mielenterveyskuntoutujan hoidossa ja oireenhallintakurssin kehittämistarpeista. Myös tiedonantajien vähäisen määrän vuoksi laadullinen tutkimus soveltui parhaiten opinnäytetyömme tutkimusmenetelmäksi.

4.2 Kohderyhmä ja aineistonkeruu

Osallistujien valintaperusteena kvalitatiivisessa tutkimuksessa on valita tiedonantaja, joilla on paljon tietoa tutkittavasta aiheesta. Toinen valintakriteeri on saturatation täyttyminen, eli tiedonantaja on oltava niin monta, että aiheesta ei enää ilmene uutta tietoa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 84–85.)

Tämän opinnäytetyön kohderyhmänä olivat yhden sairaanhoitopiirin psykiatrisen avohoitoyksikön sairaanhoitajat. Tiedonantajiksi valittiin sairaanhoitajia, jotka olivat useasti ohjanneet asiakkaitaan oireenhallintakurssille. Tiedonantajien yhteystiedot saatiin psykiatrian kurssiyksiköstä sekä kohderyhmään kuuluneiden sairaanhoitajien lähiesimieheltä. Kurssiyksikön työntekijöiltä saatiin kohderyhmän sairaanhoitajien yhteystiedot. Sairaanhoitajia lähestyttiin sähköpostitse. Aluksi kaksi viidestä sairaanhoitajasta ilmoitti osallistuvansa haastatteluun. Yksi kieltäytyi vedoten siihen, ettei ole pitkään aikaan lähettänyt asiakkaitaan oireenhallintakurssille. Kolme sairaanhoitajaa ei vastannut tiedusteluun. Sairaanhoitajien lähiesimiehen avulla saatiin lisää sairaanhoitajien yhteystietoja, joihin otettiin yhteyttä sähköpostitse. Näistä sairaanhoitajista kolme ilmoitti osallistuvansa haastatteluun.

Aineistonkeruumenetelmäksi valittiin puolistrukturoitu teemahaastattelu, jossa jokaista tiedonantajaa haastatellaan erikseen. Haastattelu valittiin syvällisemmän tiedon saamiseksi sairaanhoitajien kokemuksista oireenhallintakurssin merkityk-

sestä mielenterveyskuntoutujan hoidossa. Haastattelua varten laadittiin etukäteen teemahaastattelurunko, jota työstettiin yhdessä kurssiyksikön työntekijöiden sekä ohjaavan opettajan kanssa. Teemahaastattelurunko johdettiin tutkimuskysymyksistä. Tarvittaessa kysymyksiä tarkennettiin lisäkysymyksillä.

Teemahaastattelussa keskeiset kysymykset on sovittu, mutta siinä on tilaa myös vapauksille. Kysymyksiä voi täsmentää tai muotoilla uudestaan tarvittaessa. Teemahaastattelussa korostuvat ihmisten antamat tulkinnat ja merkitykset. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 96–97.)

Haastattelut toteutettiin sairaanhoitajien toimipaikoilla. Haastatteluajankohdat sovittiin sähköpostin välityksellä. Haastattelut äänitettiin ja litteroitiin, ja litteroinnin jälkeen nauhat tuhottiin luottamuksellisuuden säilyttämiseksi.

Avohoitoyksikössä toimii kolme tiimiä, jotka koostuvat lääkäristä, psykologista, psykiatrisesta sairaanhoitajasta, mielenterveyshoitajasta, kuntoutusohjaajasta, toimintaterapeutista sekä sosiaalityöntekijästä. Avohoitoyksikkö palvelee kyseisen sairaanhoitopiirin aluetta sekä muita sopimuskuntia. Hoitoon hakeudutaan aina lähetteellä. Kuntoutuksessa korostuu opettava ja tukea antava auttaminen sairauden hallinnan opettelussa. (Kiuru 2014.)

Psykiatrisen kurssiyksikön tehtävänä on tuottaa kuntoutus- ja sopeutumisvalmennuskursseja potilaille, jotka sairastavat psyykkisiä sairauksia. Kurssien sisällöt on räätälöity eri sairausryhmien hoito- ja kuntoutussuunnitelmien mukaisesti. Kurssit perustuvat psykoedukatiivisiin menetelmiin, ja niiden avulla pyritään antamaan tietoa ja ymmärrystä mielenterveyskuntoutujalle omasta sairaudestaan. (Kiuru 2013.)

Kursseille hakeutuminen edellyttää perusterveydenhuollossa tai erikoissairanhoidossa tehtyä arviota kurssin tarpeellisuudesta. Hakeminen tapahtuu kurssiyksikön lomakkeella. Kurssitarjonnassa pyritään vastaamaan siihen tarpeeseen,

minkä kurssin järjestämisellä on milloinkin kysyntää. Jokainen kurssi sisältää valmentautumispäivän, jossa tutustutaan muihin kurssilaisiin. Kurssit jatkuvat kymmenen kertaa, ja jokainen kerta kestää kolme tuntia. (Kiuru 2013.)

Tämä teemahaastattelu rajattiin koskemaan vain oireenhallintakurssia. Rajaus tehtiin siitä syystä, että kaikkien kurssien yhtäaikainen tutkiminen olisi ollut liian laaja projekti toteuttaa.

4.3 Aineiston analyysi

Aineiston analyysimenetelmänä käytettiin induktiivista eli aineistolähtöistä sisällönanalyysia, jossa lähtökohtana ovat tutkimuskysymykset. Kategoriat johdettiin aineistosta tutkimuskysymysten perusteella. Induktiivisessa sisällönanalyysissa tutkimusaineistosta pyritään luomaan teoreettinen kokonaisuus ilman aikaisempien havaintojen, tietojen tai teorioiden ohjaamista analyysissa. Induktiivisessa sisällönanalyysissa käsitteitä yhdistelemällä pyritään saamaan vastaus tutkimuskysymyksiin. Sisällönanalyysi perustuu tulkintaan ja päättelyyn ja siinä edetään empiirisestä aineistosta käsitteellisempää näkemystä kohti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 167; Sarajärvi & Tuomi 2009, 112.)

Induktiivisessa sisällönanalyysissä luodaan analysointiyksiköitä, joita voivat olla esimerkiksi yksittäiset sanat tai lauseet. Analyysiyksikön määrittävät aineiston laatu ja tutkimustehtävät. Aineistosta pyritään erittelemään tutkimuksen kannalta oleellinen tieto. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 135.)

Aineiston analyysi aloitettiin haastattelujen litteroinnista eli aukikirjoittamisesta. Litterointi suoritettiin pian haastattelujen jälkeen. Litteroinnin jälkeen aineisto luettiin useaan kertaan läpi ja aineistosta löytyi toistuvia teemoja, joista johdettiin vastaukset tutkimuskysymyksiin. Aineisto analysoitiin neutraalisti ilman, että en-

nakkokäsitykset johdattelivat analyysia. Esimerkki aineiston analyysistä on opin-
näytetyön lopussa liitteenä (LIITE 4).

5 TUTKIMUSTULOKSET

Tässä osiossa raportoimme sisällönanalyysin avulla saamamme tutkimustulokset. Olemme jakaneet saadut tulokset kahteen osaan tutkimuskysymyksien perusteella.

5.1 Oireenhallintakurssin merkitys mielenterveyskuntoutujan hoidossa

Tutkimustuloksista nousi esille, että oireenhallintakurssi vaikutti mielenterveyskuntoutujan hoitoon myönteisesti. Mielenterveyskuntoutuja sai kurssilla tietoa sairaudestaan ja oireistaan, ja sen avulla hänen elämänlaatunsa parani. Sairaudesta saadun tiedon avulla sairaus tuli tutummaksi ja tavallisemmaksi. Tiedon oireista koettiin helpottavan elämää. Ymmärrys oireista lisääntyi ja niiden elämää rajoittava vaikutus väheni ja oireiden kanssa eläminen helpottui.

Se sairaus tulee ikään kuin tutummaksi.

Ymmärtää, että mistä mikäkin oire johtuu ja mitä ovat nuo äänet ja jottenkin osaa soveltaa niitä arkeen.

Oireenhallintakurssin koettiin vaikuttavan positiivisesti elämänhallintaan. Suhtautuminen sairauteen ja omaan itseensä muuttui positiivisemmaksi. Lisäksi löytyi voimavaroja elämänhallintaan. Suhtautuminen sairauteen muuttui rennommaksi ja hyväksyvämmäksi oireenhallintakurssin myötä. Oireenhallintakurssilta sai myös tietoa, että sairaus ei johdu mielenterveyskuntoutujasta itsestään. Myös itsetunnon koettiin kohenneen kurssin myötä.

Se edisti sitä sairauden ymmärtämistä ja hyväksymistä.

Minä uskon, että se parantaa itsetuntoa jollain tavalla.

Mielenterveyskuntoutujien koettiin löytäneen voimavaroja elämänhallintaansa. He oppivat itsehallintaa ja oppivat ylittämään pieniä esteitä elämässään. Oireenhallintakurssin koettiin myös vaikuttavan hoidon tarpeeseen. Osastojaksojen koettiin vähentyneen kurssin avulla ja avohoitokäyntien luonne muuttui ylläpitäväksi.

Huomaavatkin nämä asiakkaat, että heillä on itsellään sellaisia voimavaroja.

Sillä vältytään osastohoidolta, kun se tieto ja taito oman sairauden ja oireiden hallitsemisessa on.

Sairaanhoitajat kokivat oireenhallintakurssin muuttavan mielenterveyskuntoutujan hoidon tarvetta. Kurssin koettiin vaikuttavan hoidon tarpeeseen käyntimääriä lisäävällä tai vähentävällä tavalla, riippuen sairauden luonteesta.

Vaikeasti oireilevilla käynnit ovat säännöllisesti ja niitä joudutaan siten lisäämään.

Käyntien määrä vähenee, kun he joutuvat itse hoitamaan omilla keinoillaan.

Oireenhallintakurssilta saatu vertaistuki koettiin todella tärkeäksi osaksi oireenhallintakurssia. Oireenhallintakurssi helpottaa kykyä toimia ryhmässä. Ryhmän koettiin helpottavan puhumista ja kurssilla oppi yleisesti toimimista ryhmässä. Myös vertaistuen tarjoamat kokemukset muiden sairaudesta ja keinoista sen hallitsemisessa olivat tärkeitä. Muiden ihmisten läsnäolo koettiin myös tärkeäksi.

Saa kokemuksia, että nämä keinot ovat toimineet muillakin.

Ja oppivat olemaan ryhmässä, ainahan sitä ihminen jossain ryhmässä on.

5.2 Sairaanhoidajien kehittämisideoita oireenhallintakurssille

Toinen tutkimuskysymyksemme liittyi oireenhallintakurssin kehittämiseen. Tuloksista nousi esille jatkuvuuteen, kurssille osallistuvan ryhmän muodostamiseen ja kirjaamiseen liittyviä kehittämisehdotuksia.

Sairaanhoidajat nostivat esille, että jatkuvuutta tulisi kehittää. Esitettiin ajatusta jatkokurssista samalla, tutuksi tulleella ryhmällä kuin alkuperäinen oireenhallintakurssi. Sairaanhoidajat kokivat myös, että kurseille tulisi asettaa tavoitteita, joita voisi seurata kurssin edetessä.

Ettei pystyisi hyödyntämään sitä, että on tullut tutuksi ja turvalliseksi se ryhmä.

Voisi puhua siitä, että mitkä ovat minun omat tavoitteeni ehkäistä sitä syrjäytymistä.

Toinen kehittämisajatus liittyi ryhmän muodostamiseen. Tärkeimmäksi asiaksi sairaanhoidajat nostivat sen, että kurssille tulisi löytää samankaltaisia ihmisiä, jotka voisivat muodostaa pareja. Samankaltaisuuden tunteen koettiin kantavan tulevaisuudessa. Molempien sukupuolten mukanaolo ryhmässä koettiin hyväksi asiaksi. Eri sairausryhmien mukana olon koettiin mahdollisesti rajoittavan tiedon- saantia. Myös mahdollinen jako iän tai sosiaalisen tason mukaan nousi esille.

Kyllä se kantaa aika pitkälle, jos sattuu semmoinen kurssi, jossa on ollut samantyyppisiä ihmisiä ja semmoista kemiaa löytynyt.

Jos kaikki sairausryhmät ovat samassa, niin saako tarpeeksi tietoa?

Ehkä sitten kuitenkin nuoret olisivat mieluummin semmoisessa omassa ryhmässään.

Kolmas kehittämisajatus liittyi keskinäiseen palautteen antamiseen ja kirjaamiseen. Sairaanhoidajat kokivat tärkeäksi, että mikäli mielenterveyskuntoutujan voinnissa huomataan kurssin aikana jotain, mitä sairaanhoidajan olisi hyvä tietää,

tästä tulisi informoida sairaanhoitajaa. Sairaanhoitajat kokivat, että kurseista kirjattua tietoa tulisi kehittää seikkaperäisemmäksi. Kirjaukset koettiin liian lyhyiksi.

Ehkä voisi antaa sellaista palautetta toisinkin päin, että jos ne huomaavat siinä ryhmässä, että yksilökäynneillä kannattaa ehkä tarttua tähän.

Nehän kirjaavat jotain sinne potilaspapereihin, mutta ei mitenkään seikkaperäisesti.

6 POHDINTA

Tässä osiossa tarkastelemme saamiamme tutkimustuloksia ja vertaamme niitä aiemmin tehtyihin tutkimuksiin. Tarkastelemme myös omaa toimintaamme opinnäytetyön eri vaiheissa. Emme löytäneet aikaisempaa tutkimusta hoitajien kokemuksista oireenhallintakurssin vaikutuksesta mielenterveyskuntoutujan hoidossa. Nummisen & Virran (2007) opinnäytetyössä tutkittiin skitsofreniapotilaiden kokemuksia oireenhallintaryhmistä Raumalla. Luvussa tarkastellaan myös opinnäytetyön luotettavuutta, eettisyyttä, mahdollisia kehittämissuhteita sekä jatkotutkimushaasteita.

Opinnäytetyön tulosten perusteella oireenhallintakurssin merkitys koettiin tärkeäksi mielenterveyskuntoutujan hoidossa. Jokainen tiedonantaja koki kurssin parantavan mielenterveyskuntoutujan elämänhallintaa ja itsehoitoa. Nummisen & Virran (2007) tutkimuksen mukaan skitsofreniapotilaat kokivat saavansa oireenhallintakurssista apua sairauden hallintaan. Vertaistuki koettiin tärkeäksi sekä Nummisen & Virran (2007) tutkimuksessa että omassa opinnäytetyössämme.

Onnistuimme mielestämme löytämään sisällönanalyysin avulla tutkimuskysymyksien kannalta oleelliset asiat. Pääosin oireenhallintakurssin toiminta koettiin toimivaksi ja mielenterveyskuntoutujan hoitoa tukevaksi. Kehittämissuhteet liittyivät kurssin pituuteen, ryhmien rakenteeseen, sekä kirjaamiseen ja palautteen antamiseen.

Opinnäytetyöprosessi alkoi aiheen valinnalla. Alusta alkaen oli selvää, että haluamme tehdä opinnäytetyömme liittyen psykiatriseen hoitoon. Ensimmäinen työelämästä noussut tarve oli suljetulla osastolla toimivien psykoedukatiivisten kursien vaikutuksen tutkiminen osaston potilaiden hoitoon. Kurssien monimuotoisuuden takia aihe rajattiin koskemaan vain oireenhallintakurssia. Osaston toimin-

nan luonne kuitenkin muuttui opinnäytetyömme tekemisen aikana, ja osastonhoitaja ehdotti työn siirtämistä psykiatriseen kurssiyksikköön ja avohoitoon. Samalla kohderyhmäksi valittiin sairaanhoitajat mielenterveyskuntoutujien sijasta.

Aiheen rajaamisen jälkeen aloitimme tietoperustan keräämisen. Pyrimme pitämään tietoperustan mahdollisimman hyvin aihetta tukevana. Tietoperustan rajaaminen oli aluksi vaikeaa olemassa olevan tiedon paljouden takia, mutta vähän kerrallaan, opinnäytetyön ohjaajan avulla saimme tietoperustan rajattua palvelemaan opinnäytetyömme tarkoitusta.

Tutkimuslupa myönnettiin opinnäytetyötämme varten 17.1.2014. Tutkimusluvan saatuamme aloitimme teemahaastattelurungon tekemisen.

Opinnäytetyöprosessi sujui aluksi melko hitaasti johtuen omista motivaatio-ongelmista. Lisäksi opinnäytetyön tekemistä hidasti opinnäytetyön aiheen osittainen muutos kesken opinnäytetyön tekemisen. Lopullisen aiheen varmistuttua pääsimme työstämään opinnäytetyötämme, ja sen jälkeen myös työskentelymotivaatiomme kasvoi.

Työnjako muotoutui opinnäytetyötä tehdessä. Tietoa haimme lähes aina yhdessä. Itsenäisessä toiminnassa Jutila otti enemmän vastuuta ulkoasuseikoista ja Hylkilä vastasi enemmän sisällöllisistä korjauksista. Pääosin kuitenkin pyrimme tekemään opinnäytetyötä yhdessä, jolloin saimme molempien näkökulman koko opinnäytetyöhön.

6.1 Opinnäytetyön luotettavuus

Luotettavuus tarkoittaa informaation kriittistä perustelua. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnin kriteereitä ovat tutkimuksen uskottavuus, neutraalius, siirrettävyys ja riippuvuus. Uskottavuudella tarkoitetaan sitä, että tutkija se-

liittää tutkimustuloksensa niin selkeästi, että kuka tahansa ymmärtää, mitä tuloksilla tarkoitetaan. Lisäksi tulee kuvata tutkimuksen vahvuudet ja mahdolliset heikkoudet. Tuloksia kuvattaessa tulokset tulee liittää selkeästi aineistoon tulosten analysointivaiheessa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 160.) Olemme pyrkineet raportoimaan tulokset siten, että ne olisivat ymmärrettäviä. Kyseessä on ensimmäinen tutkimuksemme, ja se on vaikeuttanut tutkimuksen tekemistä. Olemme saaneet paljon tukea ja ohjausta ohjaavalta opettajalta, ja tämä tuki on lisännyt luotettavuutta tutkimuksessamme.

Siirrettävyydellä tarkoitetaan huolellista tutkimusmenetelmän kuvausta. Laadullisen tutkimuksen raporteissa esitetään usein suoria lainauksia haastatteluteksteistä. Sillä pyritään varmistamaan tutkimuksen luotettavuus ja annetaan lukijalle mahdollisuus pohtia aineiston keruun kulkua. Haastattelutekstien muuttaminen yleiskielelle on suositeltavaa, jotta tutkittavien henkilöllisyys ei selviä esimerkiksi murreilmaisujen perusteella. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 160.) Olemme kuvanneet tutkimuksen kulun aiheen valinnasta lopullisen työn valmistumiseen. Olemme kuvanneet tutkimustulokset mitään pois jättämättä. Olemme käyttäneet haastatteluista suoria lainauksia yleiskielelle muutettuna.

Tutkijan tulee olla tietoinen omista ennakkokäsityksistään, eikä hän saa antaa niiden ohjata tutkimusta. Jokainen tutkija tekee tutkimustyötään persoonansa ja kokemustensa ohjaamana. Ennako-oletusten tunnistaminen ja avoin kuvaaminen lisäävät tutkimuksen luotettavuutta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 165–166.) Vaikka molemmilla tutkijoilla on jonkin verran aikaisempaa kokemusta mielenterveystyöstä, kummallakaan ei ole paljoa kokemusta ryhmämuotoisesta hoidosta. Ennakoajatuksia mahdollisista vastauksista oli, mutta emme antaneet niiden vaikuttaa lopullisiin tuloksiin, vaan raportoimme tulokset sellaisina kuin ne saatiin.

6.2 Opinnäytetyön eettisyys

Pietarinen (1998) esittää kahdeksan tutkijan eettistä periaatetta. Näitä periaatteita ovat: älyllisen kiinnostavuuden vaatimus, tunnollisuuden vaatimus, rehellisyyden vaatimus, vaaran eliminoiminen, ihmisarvon kunnioittaminen, sosiaalisen vastuun vaatimus, ammatinharjoittamisen edistäminen sekä kollegiaalinen arvostus.

Älyllisen kiinnostavuuden vaatimuksella tarkoitetaan tutkijan aitoa kiinnostusta tutkittavasta aiheesta sekä informaation hankkimisesta. Tunnollisuuden vaatimuksella tarkoitetaan tutkijan paneutumista tunnollisesti alaansa, jotta tuotettu informaatio olisi mahdollisimman luotettavaa. Rehellisyyden vaatimuksella tarkoitetaan sitä, että tutkija ei saa missään olosuhteissa turvautua vilpilliseen toimintaan tutkimusta tehdessään. Tutkimustuloksia ei saa muokata palvelemaan tutkimuksen tekijän omia näkemyksiä, vaan ne on ilmoitettava sellaisina, kun ne on saatu. Vaaran eliminoimisella tarkoitetaan sitä, että tutkimuksen teko ei saa aiheuttaa kohtuutonta vahinkoa. Vahingon kohteena voivat olla tutkittavat henkilöt, ympäristö, luonto tai jokin muu asia, riippuen tutkimuksesta. Ihmisarvon kunnioituksella tarkoitetaan sitä, että kenenkään ihmisen tai ryhmän ihmisarvoa ei saa loukata tutkimusta tehtäessä. Sosiaalisella vastuulla tarkoitetaan sitä, että tuotettua informaatiota käytetään eettisten vaatimusten mukaisesti. Ammatinharjoittamisen edistämällä tarkoitetaan sitä, että tutkijan pitää toiminnallaan edistää tutkimuksen tekemisen mahdollisuuksia, tärkeää on toimia niin, että tutkijasta jää tutkittaville ja ulkopuolisille vastuullinen kuva. Kollegiaalisella arvostuksella tarkoitetaan tutkijoiden suhtautumista toisiinsa arvostaen. Kollegiaaliseen arvostukseen kuuluu myös kaikkien tieteenalojen tasa-arvoinen kunnioittaminen sekä vilpillisen toiminnan ilmiantaminen. (Pietarinen 1998.)

Koemme tutkimuksen kiinnostavaksi sekä tarpeelliseksi, koska työskentelemme molemmat mielenterveysongelmaisten parissa ja yhteisöhoito on työssämme jokapäiväisesti läsnä. Aluksi tarkoituksemme oli haastatella mielenterveyskuntoutu-

ja, mutta ohjaavan opettajan suosituksesta, tutkimusympäristön vaihdoksen vuoksi sekä eettisistä syistä päätimme sen sijaan haastatella mielenterveyskuntoutujien hoidossa mukana olevia sairaanhoitajia.

Tutkimuksen tekijän on kunnioitettava tutkittavien tietoista suostumista tutkimukseen osallistumiseen ja määriteltävä mahdolliset negatiiviset seuraamukset tutkimukseen osallistumisesta. Tutkijan tulee minimoida mahdolliset haitat ja edistettävä tutkittavien hyvää. Tutkijan tulee ymmärtää tutkittavien persoonallisia eroja ja arvostettava heidän erilaisuuttaan. Kaikkien tutkittavien tulee olla samanarvoisia suhteessa tutkimuksen hyötyihin ja haittoihin. Tutkittavien yksityisyyttä tulee suojata mahdollisimman hyvin. Tutkijan tulee varmistaa tarkistuksilla tutkimuksen eettisyys sen kaikissa vaiheissa. Mahdolliset virheet tutkimuksessa tulee raportoida tutkimustoiminnan valvojalle. Tutkijan tulee toimia ammattimaisesti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 177.)

Vapaaehtoisuus ja mahdollisuus kieltäytyä tutkimuksesta on turvattava kaikessa tutkimustoiminnassa. On tärkeää korostaa, että tutkimukseen osallistuminen on aidosti vapaaehtoista. Tutkittavilla on oikeus kysymysten esittämiseen, tietojen luovuttamisesta kieltäytymiseen sekä tutkimuksen keskeyttämiseen. Osallistuminen ei saa aiheuttaa uhkia, mutta sitä ei myöskään saa palkita. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 177–178.)

Informoimme haastattelujen vapaaehtoisuudesta ja kerroimme tiedonantajille, että heillä on mahdollisuus keskeyttää antamiensa tietojen käyttö missä vaiheessa tutkimusta tahansa. Tutkimukseen osallistumisesta ei palkittu tiedonantajia millään tavalla.

Tiedonantajien anonymiteetti tulee turvata tutkimuksen kaikissa vaiheissa. On tärkeää, että tiedonantajien tietoja ei luovuteta kenellekään ulkopuoliselle. Aineisto tulee säilyttää lukitussa paikassa ja tietokoneen tulee olla salasanalla suojattu. Tiedonantajia ei saa tunnistaa sukupuolen tai iän perusteella. Mikäli tutkimukses-

sa käytetään suoria lainauksia tiedonantajien vastauksista, ne voidaan tarvittaessa kääntää murteesta yleiskieleksi. Organisaation anonymiteetti voidaan turvata tarvittaessa jättämällä mainitsematta organisaation tai osaston nimi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 179.)

Emme missään vaiheessa tutkimusta julkaisseet tiedonantajien ikää, sukupuolta, työyksikköä tai muitakaan tietoja, joista voisi päätellä tiedonantajien henkilöllisyyden. Emme myöskään julkaisseet tutkimuksen toimeksiantajana toimineen organisaation nimeä anonymiteetin säilyttämisen varmistamiseksi. Olemme kuvanneet haastateltujen tiedonantajien toimenkuvaa. Emme kuitenkaan ole kuvanneet opinnäytetyössämme sellaisia asioita, jotka voisivat helpottaa tiedonantajien tunnistamista. Olemme muuttaneet käyttämämme suorat lainaukset yleiskielelle tiedonantajien anonymiteetin turvaamiseksi.

6.3 Jatkotutkimukset sekä hyödynnettävyys

Jatkotutkimushaasteina nousi esille muidenkin kurssiyksikössä toimivien kurssien merkityksen tutkiminen. Haastatellut tiedonantajat vertasivat usein oireenhallintakurssia muihin kurssiyksikössä toimiviin kurseihin. Jatkotutkimushaasteena olisi tutkia näiden kurssien vaikutusta mielenterveyskuntoutujan kuntoutumisessa. Toinen jatkotutkimushaaste olisi haastatella mielenterveyskuntoutujia kurssien vaikutuksesta heidän kuntoutumiseensa.

Opinnäytetyötämme voi hyödyntää oireenhallintakurssin ja muiden kurssiyksikössä toimivien kurssien kehittämistyössä. Tiedonantajat kokivat tärkeäksi, että kurssille osallistujilla olisi kurssilla samankaltainen henkilö, kenen kanssa vertaistuen hyöty voitaisiin maksimoida. Samaa periaatetta voi käyttää myös muiden kurssien suhteen.

LÄHTEET

- Belgamvar, M., Merinder, L. & Xia, J. 2011. Psychoeducation for schizophrenia. Cochrane schizophrenia group. University of Nottingham. Pdf-tiedosto. Saatavissa: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002831.pub2/pdf>. Luettu 8.5.2012.
- Cullberg, J. 2005. Psykoosit – kokoava näkökulma. Therapie-säätiö. Vantaa: Dark Oy.
- Eigen, M. 2004. The psychotic core. London: Karnac Books.
- Haarala, M., Jääskeläinen, A., Kilpinen, N., Panhelainen, M., Peräköske, H., Puukko, O., Riihimäki, K., Sundman, M. & Tauriainen, P. 2010. Masennuksen hoito perusterveydenhuollossa. Helsinki: Tammi.
- Heikkinen-Peltonen, R., Innamaa, M. & Virta, M. 2008. Mieli ja terveys. Helsinki: Edita.
- Heiskanen, T., Salonen, K. & Sassi, P. 2006. Mielenterveyden ensiapukirja. Suomen Mielenterveysseura. Helsinki: StarOffset Oy.
- Hietaharju, P. & Nuutila, M. 2012. Käytännön mielenterveystyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Honkonen, T. & Lönnqvist, J. 2007. Muut psykoosit. Teoksessa Heikkinen, Henriksson, Lönnqvist, Marttunen & Partonen (toim.) Psykiatria. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 140–142.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2010. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro oy.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro oy.
- Kiuru 2013. Psykiatrian kurssiyksikkö – Esite.
- Kiuru. 2014. Aikuispsykiatria. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.kpshp.fi/fi/default.asp?a=3&b=&c=530&d=keski/sairaalapalvelut/aikuispsykiatria.htm>. Luettu 16.11.2013.
- Kopakkala, A. 2009. Masennus. Edita Publishing Oy. Porvoo: WS Bookwell Oy.
- Koskisuu, J. 2004. Eri teitä perille. Mitä mielenterveyskuntoutus on? Helsinki: Edita Prima Oy.

Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2010. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: WSOYpro Oy.

Käypä hoito -suositukset. 2008. Skitsofrenia. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi35050>. Luettu 3.5.2012.

Lepola, U., Koponen, H., Leinonen, E., Joukamaa, M., Isohanni, M., & Hakola, P. 2002. Psykiatria. Helsinki: WSOY.

Lönnqvist, J. & Suvisaari, J. 2009. Psykoosi. Duodecim. Terveyskirjasto. Www-dokumentti. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00066. Luettu 3.5.2012.

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. Finlex. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>. Luettu 9.2.2014.

Myers, M. & Avison, D. 2002. Qualitative research in information systems. London: SAGE Publications.

Numminen, T. & Virta, N. 2007. Skitsofreniapotilaiden kokemuksia oireenhallintaryhmistä Raumalla. Opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Pdf-tiedosto. Saatavissa: https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/888/Numminen_Tuula_Virta_Niina.pdf?sequence=1. Luettu 9.5.2012.

Pratt, C., Gill, K., Barrett, N. & Roberts, M. 2006. Psychiatric Rehabilitation. Second Edition. Burlington: Academic Press.

Pietarinen, J. 1998. Tutkijan ammattietiikan perusta. Turun yliopisto. Tutkijan ammattietiikka-seminaari. Pdf-tiedosto. Saatavissa: http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/1999/liitteet/tutkijan_ammattietiikka_99.pdf?lang=fi. Luettu 17.5.2012.

Riikola, T., Suominen, K. & Valtonen, H. 2009. Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Käypä hoito-suositukset. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=khp00082>. Luettu 9.5.2012.

Saarnio, L. 2013. Työeläkekuntoutus vuonna 2012. Eläketurvakeskuksen tilastoraportteja 3/2013. Eläketurvakeskus. Pdf-tiedosto. Saatavissa: http://www.etk.fi/fi/gateway/PTARGS_0_2712_459_440_3034_43/http%3B/content.etk.fi%3B7087/publishedcontent/publish/etkfi/fi/julkaisut/tilastojulkaisut/tilastoraportit/tyoelakekuntoutus_vuonna_2012_7.pdf. Luettu 15.2.2014.

Sarajarvi, A. & Tuomi, J. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009. Ehkäisevä mielenterveystyö kunnissa. Aineistoa suunnittelun tueksi. Kide 6/2009. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Vuori-Kemilä, A., Stengård, E., Saarelainen, R. & Annala, T. 2007. Mielenterveys- ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. Helsinki: WSOY.

WHO. 2007. What is mental health? Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.who.int/features/qa/62/en/index.html>. Luettu 17.5.2012.

Young, C. 2010. Help yourself towards mental health. London: Karnac Books.

TIEDOTE

7.10.2013

HYVÄ SAIRAANHOITAJA!

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Centria ammattikorkeakoulusta ja pyydämme teitä ystävällisesti osallistumaan opinnäytetyöhömmme liittyvään haastatteluuun. Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata sairaanhoitajien kokemuksia oireenhallintakurssin merkityksestä mielenterveyskuntoutujan hoidossa. Opinnäytetyömme tavoitteena on saada tietoa hoitajien kokemuksista oireenhallintakurssin merkityksestä mielenterveyskuntoutujan hoidossa, minkä avulla kurssia voidaan kehittää käytännössä sekä antaa tietoa henkilökunnalle oireenhallintakurssin merkityksestä potilaan hoidossa.

Käytämme teemahaastattelua aineistonkeruumenetelmänä. Haastattelut nauhoitetaan ja analysoimme ne jälkeenpäin. Takaamme haastateltavien anonymiteetin eli henkilöllisyytenne ei tule paljastumaan millään tavoin valmiissa opinnäytetyössä. Haastattelumateriaali on luottamuksellista ja hävitämme sen opinnäytetyön valmistuttua, säädöksiensä mukaisesti. Haastattelun kestoksi arvioimme 30 minuuttia. Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista ja se on mahdollista keskeyttää missä vaiheessa tahansa. Teillä on oikeus kieltää haastattelumateriaalin käyttö myös jälkeenpäin.

Osallistuminen haastatteluun antaa meille arvokasta tietoa opinnäytetyöhömmme. Kiitämme teitä vaivannäöstänne. Mikäli teille tulee haastatteluun tai opinnäytetyöhön liittyviä kysymyksiä, voitte ottaa meihin yhteyttä.

Yhteystiedot:

Jesse Jutila

jesse.jutila2@cou.fi

Tatu-Antti Hylkilä

tatu-antti.hylkila@cou.fi

Teemahaastattelun kysymykset:

1. Millä tavalla oireenhallintakurssi auttoi asiakasta selviämään sairautensa kanssa?
2. Millä tavalla asiakkaasi itsehoitovalmiudet ovat parantuneet oireenhallintakurssin myötä?
3. Millä tavalla asiakkaan suhtautuminen omaan itseensä muuttui oireenhallintakurssin myötä?
4. Millä tavalla asiakkaan suhtautuminen sairauteensa muuttui oireenhallintakurssin myötä?
5. Miten asiakas koki vertaistuen merkityksen oireenhallintakurssilla?
6. Onko asiakkaasi hoidon tarve muuttunut kurssin jälkeen? Jos on, millä tavalla?
7. Mitä osa-alueita jää mielestänne vähemmälle huomiolle oireenhallintakurssilla?
8. Mitä kehittämisideoita mielestänne nousee esille oireenhallintakurssin suhteen?

SUOSTUMUS

OPINNÄYTETYÖN NIMI:

SAIRAANHOITAJIEN KOKEMUKSIA OIREENHALLINTAKURSSIN MERKITYKSESTÄ MIELENTERVEYSKUNTOUTUJAN HOIDOSSA

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa opinnäytetyöstä, jonka tarkoituksena on kuvata sairaanhoitajien kokemuksia oireenhallintakurssin merkityksestä mielenterveyskuntoutujan hoidossa, sekä mahdollisuuden esittää opinnäytetyön tekijöille kysymyksiä.

Ymmärrän, että osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Paikka ja aika

Suostun osallistumaan

opinnäytetyöhön:

Haastateltavan allekirjoitus

Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus

Nimenselvennys

Nimenselvennys

TUTKIMUSKYSYMYKSET: Miten sairaanhoitajat kokevat oireenhallintakurssin merkityksen mielenterveyskuntoutujan hoidossa?			
ALKUPERÄISILMAUKSET	PELKISTETTY ILMAUS	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
"Ettei se oo sen kummallisempi ku joku diabetes"	Sairaus on tavallinen	Tieto sairau- desta lisääntyy	Sairauden tun- temus kasvaa
"Se sairaus tulee niinku tutummaks"	Sairaus tulee tutummaksi		
"Ymmärtää, että mistä mikin pelko johtuu ja mitä on nuo äänet ja jotenkin osaa soveltaa niitä siihen arkeen"	Oireiden ymmärrys lisääntyy	Tieto oireista helpottaa elämää	
"Se kokemus, että nää oireet rajottaa elämää, se vähe- nee, kun ne rupeaa tekemään näitä asioita."	Oireiden elämää rajoittava vai- kutukset vähenee		
"Sehän ei vie pois niitä oireita, mutta niiden kans oppii elämään."	Oireiden kanssa eläminen hel- pottuu		
"Rentouttaa sitä suhtautumista sairauteen"	Suhtautuminen sairauteen muut- tuu rennommaksi	Suhtautumi- nen sairauteen muuttuu	
"Se edisti sitä sairauden ymmärtämistä tai hyväksymistä"	Edistää sairauden hyväksyntää		
"Mää uskon, että se parantaa itsetuntoa jollain tapaa."	Itsetunto paranee	Suhtautumi- nen itseensä muuttuu	
"Ettei kaikki sairaudet ole minusta johtuvia"	Sairaudet eivät johdu itsestä		
"Ne on oppinu hallitteen itteensä"	Oppii itsehallintaa	Löytyy voima- varoja itsehal- lintaan	
"Huomaaki nää asiakkaat, että heillä itellään on paljon semmosia voimavaroja."	Löytyy voimavaroja		
"Tällaiset pienet esteet ylitetään"	Esteet ylitetään		
"Vaikeasti oireilevilla käynnit on säännöllisesti ja niitä joutuu sitte lisäämään."	Käyntimäärät lisääntyvät	Käyntien mää- rä muuttuu	Hoidon tarve muuttuu
"Käyntien tarve vähenee, kun ne oppii ite hoitamaan omilla keinoillaan."	Käyntimäärät pienenevät		
"Niistä tulee semmosia ylläpitäviä"	Käynneistä tulee ylläpitäviä	Käyntien luon- ne muuttuu	
"Sillä vältytään osastohoidolta, kun se tieto ja taito oman sairauden ja oireiden hallitsemisessa on."	Vähentää osastohoidon tarvetta		
"Joillekin ihmisille puhuminen on tosi vaikeaa, niin sitte ku ryhmässä puhutaan niin se helpottaa sitä huomattavasti."	Ryhmä helpottaa puhumista	Kyky toimia ryhmässä paranee	Vertaistuki aut- taa
"Ja oppivat olemaan ryhmässä, ainahan ihminen joutuu jossain porukassa olemaan."	Oppii olemaan ryhmässä		
"Saa kokemuksia, että ne keinot on toiminu muillaki."	Keinot toimineet muillakin	Saa neuvoja ja tukea muilta	
"Näki, että muillakin on tätä, ettei hän ole yksin."	Muillakin on sairautta		
"Muitten ihmisten läheisyys, läsnäolo, vertaiskokemukset"	Muiden ihmisten merkitys		

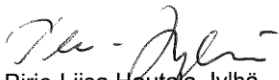
**KESKI-POHJANMAAN ERIKOISSAIRAANHOITO- JA VIRANHALTIJAPÄÄTÖS
PERUSPALVELUKUNTAYHTYMÄ**Tutkimuslupapäätös
Hallintoylihoitaja

17.1.2014

2 §

ASIAJutila Jesse, Hylkilä Tatu-Antti, Sairaanhoidajien kokemuksia
oireenhallintakurssin merkityksestä mielenterveyskuntoutujan
hoidossa. Centria Ammattikorkeakoulu, 070114**PÄÄTÖS**

Tutkimuslupa-anomus hyväksytään.

ESITYKSEN TEKIJÄ**PÄÄTÖKSEN TEKIJÄ**
Pirjo-Liisa Hautala-Jylhä
Hallintoylihoitaja