

**ENSIMMÄISTÄ KERTAA MASENNUKSEN VUOKSI PSYKIATRISSESSA
AVO-OSASTOHOIDOSSA OLEVIENTÄ POTILAITEN KOKEMUKSIA
PELOISTA JA NIISTÄ SELVIYTYMISESTÄ**

Tampereen yliopisto
Hoitotieteen laitos
Pro gradu –tutkielma
Kesäkuu 2006
Jaana Inkilä

TIIVISTELMÄ

TAMPEREEN YLIOPISTO

Lääketieteellinen tiedekunta

Hoitotieteen laitos, terveydenhuollon hallinnon koulutusohjelma

Jaana Inkilä: **Ensimmäistä kertaa masennuksen vuoksi psykiatrisessa avo-osastohoidossa olevien potilaiden kokemuksia peloista ja niistä selviytymisestä**

Pro gradu –tutkielma, 105 s. + liitteet

Ohjaajat: TtT, professori Eija Paavilainen, TtM, ma lehtori Nina Halme

Hoitotiede

Kesäkuu 2006

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata ensimmäistä kertaa masennuksen vuoksi psykiatrisessa avo-osastohoidossa olevien potilaiden kokemuksia peloista ja niistä selviytymisestä. Aineiston keruu tapahtui teemahaastattelemalla 12 psykiatrista potilasta ennen heidän kotiutumistaan. Haastattelun teema-alueet nousivat aiemmista tutkimuksista. Haastatteluja tehtäessä osastohoitoajat vaihtelivat kolmesta päivästä viiteen viikkoon. Aineisto analysoitiin induktiivisesti etenevällä sisällön analyysillä.

Haastateltavien osastohoitoon tulositynä oli masennus ja/tai itsemurhayritys ja/tai vakavia itsemurha-ajatuksia. Haastateltavien kokemukset psykiatrisesta hoidosta olivat pääosin myönteisiä. Tulosten mukaan pelot ilmenivät epävarmuutena ja epätietoisuutena osastolle tultaessa. Lääkitykseen suhtauduttiin pelolla ja lisäksi koettiin arvostelun ja kohtaamisen pelkoja. Myös tietämättömyys tulevaisuudesta pelotti.

Peloista selviydettiin osastohoidon avulla sekä perheen, ystävien ja hoidollisten keskustelujen tuella. Lisäksi lääkkeet ja masennus sekä toiminta vähensivät pelkoja. Usein pelkojen kohteet ja selviytymiskeinot kietoutuivat yhteen niin, että samat asiat pelottivat ja olivat selviytymiskeinoina. Esimerkiksi osastohoito, lääkitys, hoitoneuvottelut, keskustelut ja tulevaisuus esiintyivät sekä pelon kohteina että selviytymiskeinoina.

Tämä tutkimus tuottaa uutta tietoa hoitohenkilökunnan tarpeisiin. Psykiatristen potilaiden pelkoja ja niistä selviytymistä ei ole aiemmin tutkittu. Pelon tunnistaminen auttaa löytämään potilaalle sopivia selviytymiskeinoja. Eri tutkimusmenetelmin toteutettuna lisätutkimusta psykiatristen potilaiden peloista tarvitaan sekä perheen ja lähiomaisten että hoitohenkilökunnan näkökulmasta.

Avainsanat: pelko, selviytyminen, psykiatrisen hoito

ABSTRACT

UNIVERSITY OF TAMPERE

Faculty of Medicine

Department of Nursing Science, Degree Programme in Nursing Management

Jaana Inkilä: Fears and coping with the fears as experienced by depressive patients hospitalized for the first time in open psychiatric ward

A Master's Thesis, 105 pages and appendices

Advisors: PhD, RN, Professor Eija Paavilainen, MNSc, RN Lecturer Nina Halme

Nursing Science

June 2006

The purpose of the study is to describe how the patients, who have been admitted because of depression to an open psychiatric ward for the first time, experience fears and coping with the fears. The data were collected by interviews based on pre-set themes from 12 psychiatric patients before their discharge. The themes were derived from earlier research. The period of hospitalization varied from three days to five weeks. The material was subjected to inductive content analysis.

The patients' reason for admission was depression and/or attempted suicide and/or serious suicidal thoughts. The interviewees' experiences of the psychiatric care were mainly positive. According to the results, the patients' fears on admission were expressed as feelings of insecurity and lacking knowledge. The patients were afraid of the medication, of criticism and of interaction. The unknown future was another source of fear.

The patients were able to cope with their fears with help of the hospital care and with support from their families, friends and therapeutic discussions. The medicines, the depression and action also diminished fears; the fears and coping with them were often entangled so that the same things were both objects of fear and ways of coping. Examples of this were hospital care, medication, negotiations on the care, other discussions and the future.

The study provides new information to meet the needs of the nursing personnel. The fears and coping of psychiatric patients had not been studied earlier. The identification of fears will help the staff find suitable ways of coping for the patient. Further research on the fears of psychiatric patients is recommended from the viewpoints of the families, next of kin and nursing staff.

Keywords: fear, coping, psychiatric care

SISÄLTÖ

1. JOHDANTO	6
2. TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	7
2.1 Pelon käsite	7
2.2 Pelosta selviytyminen	10
2.3 Pelot ja niistä selviytyminen avo-osastopotilaan hoitotyössä	13
2.3.1 Masennuksen yhteys pelosta selviytymiseen	18
2.3.2 Masennuksen ja itsetuhoisuuden välinen yhteys	20
2.4 Yhteenvedo aikaisemmista tutkimuksista	21
3. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	24
4. TUTKIMUSAINESTO JA -MENETELMÄT	24
4.1 Kohderyhmä	24
4.2 Aineiston hankinta	25
4.3 Aineiston analyysi	28
5. TUTKIMUSTULOKSET	31
5.1 Haastateltavien elämäntilanne	31
5.2 Pelkojen ilmeneminen ja kohteet avo-osastohoidossa	33
5.2.1 Epävarmuus ja -tietoisuus osastolle tultaessa	36
5.2.2 Lääkityksen pelko	39
5.2.3 Arvostelun ja kohtaamisen pelko	40
5.2.3.1 Toisten potilaiden pelkääminen	40
5.2.3.2 Hoitokokousten ja keskustelujen pelko	42
5.2.3.3 Hävettävä ja leimaava psyykkinen sairaus	44

5.2.4 Tulevaisuuden pelko	46
5.3 Pelloista selviytyminen	47
5.3.1 Avo-osastohoidon turvallinen kokonaisuus	48
5.3.2 Tärkeä ja merkityksellinen tuki	52
5.3.2.1 Läheiset ihmiset	53
5.3.2.2 Hoidolliset keskustelut	54
5.3.3 Lääkkeet ja masennus pelkojen vähentäjinä	58
5.3.4 Pelloista selviytymiskeinona toiminta	59
5.4 Yhteenvedo pelloista ja niistä selviytymisestä	61
6. POHDINTA	62
6.1 Tutkimuksen eettiset lähtökohdat	62
6.2 Tutkimuksen luotettavuus	66
6.3 Tulosten tarkastelu	70
6.4 Jatkotutkimushaasteet	77

LÄHTEET

LIITTEET

- Liite 1. Tiedote henkilökunnalle
- Liite 2. Haastattelun teemat ja kysymykset
- Liite 3. Tiedote ja tutkimuspyyntö potilaille
- Liite 4. Kirjallinen suostumus tutkimushaastatteluun
- Liite 5. Esimerkkejä aineiston analyysin etenemisestä

1. JOHDANTO

Sairaalahoito merkitsee luopumista kodin turvallisesta ja tutusta ympäristöstä sekä sen ihmissuhteista, samalla se on potilaan rooliin asettumista. Sairalahoidon aikana kysellään henkilökohtaisia asioita, lisäksi on pakko olla lähellä ihmisiä, joiden seuraa itse ei ole valinnut. Potilas joutuu nukkumaan vuoteessa, joka usein on epämukavampi kuin oma vuode ja lisäksi potilastovereiden äänet ja tavat saattavat häiritä. Sairaalassa on omat sääntönsä. Potilas voi kokea, että on menettänyt tilanteen kokonaishallinnan: hänen täytyy odottaa erilaisia asioita ja hän on riippuvainen henkilökunnasta ja sairaalajärjestelmästä. (Cullberg 1976; Fox 1993; Cullberg 2000; Kirmanen 2000b.)

Potilaat kokevat osastohoidon eri tavoin ja jokaisella on omia odotuksia. Yleisimpiä odotuksia ovat psyykkisen voinnin koheneminen ja hyvä hoito. Osastohoitoon voi liittyä myös epämiellyttäviä tuntemuksia, joista yhtenä ilmentymänä ovat pelot. Potilas voi tuntea erilaisia autetuksi tulemiseen liittyviä pelkoja (Suua & Tuomikoski 1996; Kotrotsiou ym. 2001). Ihmisen sairastuessa psyykkisesti ja joutuessa vieraaseen ympäristöön, hänen selviytymisensä on sidoksissa moniin yksilöllisiin ja ympäristötekijöihin. Potilaan saama tuki ja tieto sekä oma päättäväisyys voivat muuttaa pelon kokemukset uusiksi selviytymismahdollisuuksiksi. Ratkaisevaa ihmisen hyvinvoinnille eivät ole vaikeat elämäntapahtumat, ongelmalliset elämäkokemukset tai pelot, vaan se, kuinka hän selviytyy niistä (Kirmanen 2000b).

Suomessa ei ole tutkittu psykiatristen potilaiden kokemia pelkoja ja niistä selviytymistä. Joidenkin aikaisempien pelko- ja selviytymistutkimusten tuloksia voi osittain soveltaa koskemaan psykiatrisia potilaita. Pelkästään ulkomaiseen tutkimustietoon ei voida tukeutua, koska hoitokulttuurimme on erilainen. Pelkoihin ja niistä selviytymiseen ovat yhteydessä monet tekijät, joista ei ole riittävästi tietoa. Siksi on tärkeää tutkia pelkoja ja niistä selviytymistä psykiatristen potilaiden näkökulmasta.

2. TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Tämän tutkimuksen keskeiset käsitteet ovat pelko, peloista selviytyminen ja avo-osastopotilaan hoitotyö. Pelkoon on sisällytetty puheessa ja kirjallisuudessa monenlaisia epämiellyttäviä tunteita kuten jännittäminen ja ahdistus. Pelkoa ja ahdistusta (anxiety) ei ole pystytty määrittelemään eikä mittaamaan yksiselitteisesti niin, että ne sulkevat toisensa pois. Käsitteiden käyttö on ollut epätäsmällistä ja päällekkäistä. Tässä tutkimuksessa yhdistetään pelko ja siitä selviytyminen ja niitä tarkastellaan psykiatrisen avo-osastopotilaan näkökulmasta.

2.1 Pelon käsite

Pelko (fear) on voimakas tunne aivan kuten viha, ilo, kateus tai suru (Kirmanen 2000a). Pelko on monitasoinen ja –ulotteinen sekä vaikeasti eriteltävissä oleva ilmiö. Tutkijat määrittelevät pelon käsitteen tarkastelunäkökulmasta ja syntymekanismista riippuen eri tavoin, jolloin kysymys on erilaisista näkökulmista samaan ilmiöön. Pelko määritellään usein reaktioksi johonkin ulkoiseen tai sisäiseen ärsykkeeseen. Pelon ja ahdistuksen käsitteitä pidetään usein saman substantiaalisen ulottuvuuden aste-eroina ja niiden yhdistämistä tukee myös englannin kieli (Achté, Pakaslahti & Tuulio-Henrikson 1981). Englannin kielen ”anxiety” on käännetty suomeksi: pelko, huoli, levottomuus, ahdistus ja tuska (Nykysuomen tietosanakirja 1993).

Ahdistus kuuluu normaaliin elämäntilanteeseen silloin, kun se on hallinnassa. On tilanteita, joissa on tarkoituksenmukaista ja järkevää reagoida ahdistumalla (esimerkiksi ihmisen kohtaamat menetykset ja epäonnistumiset). Kun ahdistus on kokonaisvaltaista ja hallitsee elämää lukkiuttaen toimintakyvyn, puhutaan psyykkisestä ahdistuksesta. **Ahdistushäiriöt** eroavat tavallisesta arkisesta ahdistuksesta siten, että ne ovat voimakkaampia, kestävät pitempään ja häiritsevät kohtuuttomasti elämää. Kun ahdistus on reaktio tiettyyn tilanteeseen, sitä kutsutaan **tilannekohtaiseksi ahdistukseksi tai pelkoahdistukseksi**. Se on yleensä suhteettoman suuri ja epärealistinen, ja siihen liittyy pelottavan tilanteen jatkuvaa välttelyä. (Smitherman 1981; Toskala 1982; Mölsä, Krogerus-Therman, Raatikainen & Tolvanen 1985; Pope 1986; Iija, Almqvist & Kiviharju-Rissanen 1996; Heikkilä 1998.)

Ahdistus on vaikeasti rajattavissa oleva tunnetila, johon liittyy tuskaisuutta sekä epämääräinen painostava ja levoton olo. Ahdistus johtuu ihmisen sisältä tai ulkoa uhkaavan, huonosti tiedostetun vaaran ennakoimisesta. Ahdistuksen oireita ovat mm. keskittymiskyvyn puute, levottomuus, unihäiriöt, sydämen tykytys, pahoinvointi, vapina, ilman loppumisen tunne ja pelokkuus. (Nykysuomen tietosanakirja 1993.)

Pelkoa aiheuttavat asiat pystytään tiedostamaan ja ilmaisemaan, kun taas ahdistuksen kohde on usein tiedostamaton. Ero pelon ja ahdistuksen välillä tehdään aikaisemmissa tutkimuksissa tilanteen aiheuttaman kokemuksen, syntymekanismien ja ilmenemismuodon mukaan. (Spielberger 1972; McReynolds 1975; Mölsä, Krogerus-Therman, Raatikainen & Tolvanen 1985; Oras 1987; Toskala 1982; McFarland & McFarlane 1989; Peplau 1991; Tienari 1991; Rahikkala 1992; Heikkilä 1998.) Pelon ja ahdistuksen erottelua tukee psykiatrinen hoitotyö, jossa ahdistuksella on keskeinen merkitys. Tässä tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita pelon ilmiöstä, johon ahdistus liittyy.

McReynolds (1975), Wolman (1979), Toskala (1982), Kleinknecht (1986), Rachman (1990) ja Heikkilä (1998) määrittelevät pelon tietyn todellisen tai epätodellisen vaaran aiheuttamaksi affektiiviseksi reaktioksi. Psykoanalyttisen kirjallisuuden piirissä puhutaan usein affekteista ja stressiteoreettisessa kirjallisuudessa emootioista (Kirmanen 2000a). Termejä emootio, tunne ja affekti käytetään usein tarkoittamaan suunnilleen samaa ilmiötä, jota tässä tutkimuksessa kutsutaan tunteeksi. Pelko kehittyy hetkellisen vaaran aiheuttamana, jos uhkaavan ilmiön seuraukset koetaan epävarmoina tai epämiellyttävinä. Tunnetilana ja psyykkisenä kokemuksena pelko on epämiellyttävä ja se on seurausta epävarmuuden tilasta, epätasapainosta tai ajatusten, tunteiden ja muistojen ristiriidasta. Yleensä ihminen pelkää outoa ja tuntematonta. Kuitenkin ihminen osaa pelätä vain sellaista, minkä hän tietää tai kuvittelee olevan olemassa. Pelolle on tunnusomaista sen kohteen tiedostaminen. Pelko on tyypillisesti jaksottaista ja pelontunne katoaa, kun sen aiheuttaja poistuu.

Pelkoon liittyy tekijöitä, jotka Lang (1969) luokittelee kolmisysteemisessä mallissa seuraavasti: subjektiiviset kokemukset (mitä ajattelemme, tunnemme ja tiedämme sekä mielikuvat), fysiologiset vasteet (autonomisen hermoston aktivaatiot) ja käyttäytyminen (mitä teemme ja

elämäntapa) (Kleinknecht 1986; Powell & Enright 1990). Pelon subjektiiviseen kokemukseen sisältyvät meneillään olevat tai tulevaan tapahtumaan liittyvät tunteet ja ajatukset. Pelon arviointiprosessi alkaa uhkaavan ilmiön havaitsemisesta. Arviointiprosessissa arvioidaan uhkaavan tapahtuman kulkua ja seurauksia. (Kleinknecht 1986.) Elämänhistoria ja opitut reaktiotavat vaikuttavat siihen, minkä merkityksen antaa pelolle, miten tulkitsee tilanteen ja miten siihen sopeutuu (Cullberg 1976; 1978; 2000).

Pelon fysiologiset vasteet liittyvät ihmisen puolustusmekanismeihin. Esihistoriallisen ihmisen tuli nopeasti reagoida uhkaavaan vaaraan säilyäkseen hengissä. Pelkotilanteessa ihminen aistii, ottaa vastaan, käsittelee ja tallentaa tietoja normaalia tehokkaammin, jolloin suorituskyky paranee. Fysiologisen reaktiomekanismin avulla puolustus tai pako aktivoidaan mahdollisimman nopeasti. Adrenaliinin erityis lisääntyy, jolloin ilmenevät pelon fyysiset reaktiot. Pelon fysiologiset reaktiot eivät aina ole ulkopuolisten havaittavissa, eivätkä välttämättä edes ihmisen itsensä tunnistettavissa. (Kleinknecht 1986; Tuutti 1986.)

Kolmas pelon osatekijä liittyy ulkoiseen käyttäytymiseen. Sen seurauksena esille tulevat pelon aiheuttamat fysiologiset reaktiot tai määrättyjen stimulusten välttäminen. Kleinknecht (1986) tuo esiin pelon tarkoituksenmukaisuuden: se on osa itsesuojeluvaistoa. Pelkokäyttäytymistä ovat pakeneminen ja salaaminen. Pelko voi ilmetä myös käsien tärinä, äänen vapinana, puheen kangerteluna ja erilaisten maneerien lisääntymisenä. (Kleinknecht 1986.)

Pelkoa itsessään ei voi nähdä, vaan ainoastaan sen aiheuttamia havaittavia vasteita, joiden perusteella tehdään johtopäätöksiä siitä, että ihminen on peloissaan (Kleinknecht 1986). Pelkoon liittyy tajunnallisuus siten, että ihmisellä on tietoisuus uhkaavasta tilanteesta tai ilmiöstä. Se, että pelkää tiettyä tilannetta tai ilmiötä, liittyy aikaisempiin kokemuksiin, kulttuuriin ja siihen mitä on oppinut. (Rauhala 1989.)

Pelko voi olla suojaava tunne uhkaavassa tilanteessa. Joissakin tilanteissa pelko voi kuitenkin tulla niin hallitsevaksi, että se aiheuttaa ihmiselle kauhistuttavia kokemuksia. Ihminen voi myös pelätä aiheuttomasti ja tajuta sen, mutta yleensä hän ei voi pelontunteelle mitään. (Heikkilä 1998.)

Olemme oppineet kontrolloimaan ja naamioimaan pelkoa, mutta usein se tavalla tai toisella ”vuotaa” julki. Usein pelkoihin liittyy kuvitelma siitä, että toiset ihmiset ovat vähemmän pelokkaita. Oletamme, että vahva ihminen ei pelkää edes todellista vaaraa, puhumattakaan toissijaisista kohteista. Olemme myös oppineet, että ”turha pelko” on ihmisen heikkoutta. Tämän vuoksi pelkäävä ihminen kokee itsensä huonommaksi ja salaa pelkoja. Hän yrittää vältellä pelottavia tilanteita sekä asioita. Kehittyy pelko omasta pelosta. Tästä seuraa, että moni ihminen elää yksin ja onnettomana kasvavien pelkojensa kanssa. Se, että uskaltaa kertoa peloistaan, voi olla lähtökohta niistä selviytymiselle. (Toskala 1982.)

Tässä tutkimuksessa pelko ymmärretään käsitteellisesti laajana ilmiönä ja pelon kokemus sekä sietokyky käsitetään yksilöllisinä ominaisuuksina. Tässä tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita pelon kohteista ja siitä, mitä tekijöitä ja ilmiöitä pelon kokemiseen ja sen ilmenemiseen liittyy.

2.2 Peloista selviytyminen

Selviytyminen (coping) on sävyltään positiivinen termi, jolle on olemassa useita erilaisia määritelmiä (Huotari 1995). Arkikielessä selviytymisellä tarkoitetaan usein joko parantumista sairaudesta tai henkistä voittoa vaikeuksista, mutta myös tilanteeseen mukautumista. Selviytymisellä viitataan ruumiin ja sielun voimia vaatineen taistelun jälkeiseen olotilaan, mutta harvoin itse taisteluun tai niihin keinoihin, joita taistelussa on käytetty. Teoreettisessa tarkastelussa selviytymisellä ei tarkoiteta vain saavutettua olotilaa, vaan myös niitä selviytymiskeinoja ja prosesseja, joiden avulla olotilaan on pyritty ja päästy. (Lazarus 1966; Murgatroyd & Woolfe 1982; Lazarus & Folkman 1984; Lazarus 1992; Lazarus & Lazarus 1994.) Tässä tutkimuksessa peloista selviytymistä tarkastellaan selviytymiskeinojen ja -prosessin näkökulmasta.

Useat tutkijat kuten Cullberg (1976; 1978; 2000), Garland ja Bush (1982), Lazarus ja Folkman (1984) Folkman ja Lazarus (1988) sekä Lazarus (1992) ovat tutkineet kriisiä ja stressiä sekä niistä selviytymistä ja kehittäneet teorioita ja malleja. Näissä teorioissa tarkastellaan kriisin aiheuttamaa stressiä ja sen eri vaiheita sekä kriisistä ja stressistä selviytymistä. Kriisi nähdään laajasti ja se

kuuluu mielenterveyden tasapainon järkkymiseen, mutta tässä tutkimuksessa peloista selviytymistä ei tarkastella vain kriisin näkökulmasta.

Usein kriisillä tarkoitetaan ihmissuhteiden ongelmia, äkillistä sairastumista ja läheisten ihmisten menettämistä. Joskus kriiseillä tarkoitetaan vain katastrofien tai suuronnettomuuksien aiheuttamia yksilöllisiä seurauksia. Normatiivisella kriisillä tarkoitetaan elämänkulun vaiheiden siirtymäkohtia, joita voidaan pitää elämän käännekohtina. Toisaalta kriisillä voidaan tarkoittaa elämänkulkuun liittyviä stressitapahtumia kuten opiskelun aloittaminen, paikkakunnan vaihto ja eläkkeelle siirtyminen. Kriisi voi liittyä negatiiviseen tapahtumaan ihmisen taloudellisessa tilanteessa tai työssä. Joskus kriisi on ennakoivana oireena mielenterveyden häiriölle tai edistää sen puhkeamista. Psykkisellä kriisillä tiedetään olevan yhteyttä ihmisen mielenterveyden tasapainoon ja kriisit saavat aikaan selviytymishaasteen. Kriisin nähdään usein johtavan masennukseen tai stressiin, joiden käsittelykeinoina selviytyminen nähdään. Kriisit eivät automaattisesti johda stressireaktioon, vaan tilanteeseen vaikuttavat ihmisen elämän muut tekijät. Aina selviytymishaasteeseen vastaaminen ei onnistu yksin tai läheisten ihmisten tuen turvin. Silloin suositellaan hakeutumista hoitoon, koska kriisi voi altistaa itsetuhoon, päihteiden käyttöön ja moniin psyykkisiin ja somaattisiin sairauksiin. (Läksy 2000.)

Lazaruksen (1966) ja McHaffien (1992) näkemysten mukaan selviytyminen on **prosessi**, jossa ihminen toimii saavuttaakseen vapautumisen, onnistumisen, levon ja tasapainon. Prosessin aikana ihminen käsittelee ja kontrolloi vaatimuksia, jotka syntyvät sairaudesta sekä sen hoidosta ja jotka hän arvioi stressiä aiheuttaviksi tai elämää uhkaaviksi. Lazarus ja Folkman (1984) ovat jakaneet selviytymisprosessin kolmeen arviointiosaan. Selviytyminen alkaa, kun ihminen kokee uhkaavan tilanteen. Hän arvioi vaatimuksia, niihin vastaamista sekä niiden merkitystä elämälleen. Arvionsa perusteella ihminen ratkaisee sen, miten hän vastaa vaatimuksiin ja millaisia keinoja tilanteesta selviytymiseksi käyttää. Vaatimuksien havaitseminen käynnistää selviytymisprosessin. Sen tavoitteena on ihmisen ja ympäristön välisen suhteen hallitseminen ja muuttaminen: uhan, vaatimusten tai haasteen ratkaiseminen sekä pelon vähentäminen. Stressi syntyy silloin, kun ihminen ei usko selviytyvänsä tai ei selviydy vaatimuksista, joita muuttunut elämäntilanne on aiheuttanut. (Lazarus 1966; Lazarus & Folkman 1984; Bailey & Clarke 1993.) Selviytymisen jälkeen ihminen arvioi stressaavan tilanteen uudelleen liittämällä ympäristöstä saamansa

informaation omiin reaktioihinsa. Tämä edistää selviytymistä vastaavista tilanteista myöhemmin. Koska stressin tarkoituksena on ensisijaisesti helpottaa sopeutumista stressaavaan tilanteeseen ja tilanteesta selviytymistä, tunteet ovat hyvin yksilöllisiä. Pelko ja siitä tehty arvio vaikuttavat selviytymiseen, merkittäviä ovat yksilölliset tekijät, kuten kognitiiviset taidot ja persoonallisuus. (Lazarus & Folkman 1984.)

Selviytyminen ei ole staattista, vaan muuttuvaa sekä laadullisesti että intensiteetiltään. Selviytymisprosessissa yhdistyvät voimavarat kuten persoonallisuus, elämäntilanne ja sosiaalinen verkosto sekä lisäksi tilanteen ymmärtäminen, arviointi ja sairaudesta paranemiseen tähtäävät toimenpiteet. Selviytymistulos ei anna varmuutta siitä, että käytetyt selviytymiskeinot olisivat pitkäaikaisesti tehokkaita. Selviytymisen muodot voivat vaihdella ja kehittyä ajan kuluessa aikaisempien selviytymisyritysten pohjalta. Selviytymisen dynaamisuudella ja hetkittäisellä jähmeydellä on merkittävä yhteys hoitamisen käytäntöön. (Lazarus 1966; Lazarus & Folkman 1984; McHaffie 1992; Bailey & Clarke 1993.) Lazarus (1992) näkee, että jokaiseen sairauteen liittyy sekä erityisiä että muiden sairauksien kanssa yhteisiä psyykkistä stressiä aiheuttavia tekijöitä. Erot siinä, miten ihmiset arvioivat sairauden merkityksen, johtavat erilaisiin selviytymisprosesseihin.

Selviytymiskeinoja on luokiteltu monien jaottelujen mukaisesti. Lazarus ja Folkman (1984; Folkman & Lazarus 1988) luokittelevat **selviytymiskeinot** kolmeen ryhmään: arviointi-, ongelma- ja tunnesuuntautuneet. Arviointisuuntautuneissa keinoissa pääpaino on kognitiivisessa prosessissa, jonka aikana arvioidaan tilannetta ja keinoja, jotka ovat käytettävissä. Ongelmasuuntautuneet keinot sisältävät ongelman tiedostamisen, tiedon ja neuvojen hakemisen, yrityksen poistaa ongelma ja palkitsevien kokemusten etsimisen. Tunnesuuntautuneet keinot painottuvat problemaattisten, vaikeiden tunteiden tiedostamiseen, ilmaisemiseen ja säätelyyn tai tilanteen alistuvaan hyväksymiseen. Onnistunut selviytyminen edellyttää kaikkia näitä. Usein nämä kaksi selviytymiskeinoa toimivat vaihdellen ja vuorotellen, tunnesuuntautuneet selviytymiskeinot ovat merkityksellisempiä Johnsonin ja Lauverin (1989) tutkimuksen mukaan. Ongelmasuuntautuneet keinot vaikuttivat masennuksesta selviytymiseen Ueharan, Sakadon, Saton ja Takizawan (2002) tutkimuksessa. Vastaavasti Weissin (1994) tutkimuksessa tunnesuuntautuneet selviytymiskeinot

auttoivat masennuksessa. Selviytymisprosessissa tehdään jatkuvaa tilanteen arviointia, löydetään uusia ratkaisuja ja hyväksytään tilanne. Tämä edellyttää työskentelyä myös tunnetasolla.

Selviytymiskeinot voidaan jakaa myönteisiin ja kielteisiin. Palliatiiviset selviytymiskeinot eivät tähtää tilanteen tai ongelman ratkaisemiseen, vaan vaikean kokemuksen lievittämiseen ja hyvän olon saavuttamiseen. Palliatiivisia selviytymiskeinoja ovat esimerkiksi lääkkeet ja alkoholi. Lazarus ja Folkman (1984) sekä Trad ja Greenblatt (1990) huomauttavat, että selviytymiskeinon hyvyys voidaan määritellä vain sen mukaan, millaisia vaikutuksia sillä on kussakin tilanteessa ja minkälaisia sen pitkäaikaiset vaikutukset ovat ihmisen selviytymiselle. Tässä tutkimuksessa ei oteta kantaa käytettyjen selviytymiskeinojen hyvyyteen. Jokaisella on omat selviytymiskeinonsa, eikä niitä voi automaattisesti luokitella hyviin tai huonoihin. Toinen ihminen ei voi myöskään sanoa mitä keinoja olisi pitänyt käyttää tai jättää käyttämättä. Koska selviytymiskeinojen käytössä on suuria yksilöllisiä eroja, ei kapea selviytymiskeinojen rajaus anna kattavaa kuvaa tilanteesta.

Selviytyminen nähdään tässä tutkimuksessa prosessina, jossa ihminen käsittelee pelkoja erilaisilla selviytymiskeinoilla. Selviytyminen voi olla aktiivista ongelmanratkaisutoimintaa, tapahtunutta ymmärtämään pyrkivää pohtimista ja merkityksenantoa tai omien tunteiden ja tunnereaktioiden säätelyä, jossa korostuu tunteiden kuten pelkojen käsittely. (Esim. Lazarus & Folkman 1984; Bailey & Clarke 1993.)

2.3 Pelot ja niistä selviytyminen avo-osastopotilaan hoitotyössä

Psykiatrasta hoitotyötä ei ole pystytty selkeästi ja yksiselitteisesti määrittelemään. Kirjallisuudessa (esim. Isohanni 1983; Tienari 1991; Iija, Almqvist & Kiviharju-Rissanen 1996) on useita, osittain toisistaan poikkeavia kuvauksia psykiatrisen hoitotyön sisällöstä. Tutkimusten kuvaukset psykiatrisesta hoitotyöstä ovat perustuneet pääosin psykiatrisilta hoitajilta saatuun tietoon (esim. Hottinen & Hupli 1994). Sitä täydentävää, arvokasta tietoa, on saatu psykiatrisilta potilailta (esim. Nikkola 1991; Uehara, Sakado, Sato & Takizawa 2002) ja omaisilta (esim. Latvala 1998). Potilaiden ja heidän omaistensa kokemukset hoidosta, sen merkityksestä ja auttavista tekijöistä antavat todellisen perustan psykiatrisen hoitotyön jäsentämiselle entistä enemmän potilaiden tarpeita vastaavalla tavalla (Miettinen 1994).

Tässä tutkimuksessa psykiatrinen hoitotyö käsitetään laajaksi potilasta auttavaksi toiminnaksi, jossa kiinnitetään huomio potilaan inhimillisiin tarpeisiin. Hoitotyön tavoitteena on auttaa potilasta ja hänen perhettään tiedostamaan ja käyttämään omia voimavarojaan sekä tunnistamaan ja arvioimaan omia tunteitaan, ristiriitojaan ja toimintatapojaan suhteessa muihin ihmisiin ja itseensä, jotta heidän elämänlaatunsa paranisi. Hoitotyön avulla pyritään psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämiseen sekä mielenterveyden häiriöiden ehkäisemiseen, parantamiseen ja lievittämiseen. (Peplau 1991; Hottinen & Hupli 1994; Causey, McKay, Rosenthal, Darnell 1998.) Hoitamisen päämääränä voidaan pitää ihmisen selviytymisen edistämistä (Läksy 2000).

Psykiatrinen hoitaminen on Lindströmin (1995) mukaan huolenpitoa ja potilaan turvallisuuden, olemassaolon ja minän tukemista sekä potilaan tiedon ja ymmärryksen edistämistä. Hoitamista tarkastellaan tässä tutkimuksessa monialaisena eri ammattiryhmien välisenä ja keskinäisenä yhteistyönä, jonka päämääränä on potilaan peloista selviytymisen edistäminen (ks. Webb 1996). Tässä tutkimuksessa hoitamisessa korostuu moniammatillinen hoitoryhmätyöskentely. Hoitoryhmä on keskeinen potilasta hoitava ja ohjaava elementti, joka potilaan kanssa vuorovaikutuksessa vastaa potilaan hoidosta. Psykiatrisen potilaan hoitoryhmän ydin koostuu kahdesta hoitajasta ja lääkäristä ja tarvittaessa siihen liittyy muita erityistyöntekijöitä. Hoitokokous on potilaan ja perheen hoidossa keskeinen, terapeuttilinen ja prosessinomainen hoitotapahtuma. Sen avulla kuljetetaan hoitoa neuvottelemalla potilaan ja hänen perheensä kanssa hoidosta ja sen sisällöstä. (Rossi ym. 1998.) Yhteistyön tavoitteena on lisätä ymmärrystä potilaan kokonaistilanteesta ja sen perusteella auttaa potilasta parhaalla mahdollisella tavalla (Miettinen 1994).

Keskeinen auttamismenetelmä on **vuorovaikutus**, jota Ahlfors (1994) kuvaa tilanteeksi, jossa potilaalla on mahdollisuus puhua itsestään, tunteistaan, elämästään, kokemuksistaan ja ajatuksistaan hoitoryhmälle. Vuorovaikutuksen tarkoituksena on, että hoitaja kuulemisen lisäksi ymmärtää potilasta. (Leino-Kilpi 1991; Peplau 1991; Achté & Tamminen 1993; Vauhkonen 1996.) Puhuminen, kuunteleminen ja kuuleminen tähtäävät siihen, että hoitaja ymmärtäisi potilaan tilanteen ja pystyisi yhdessä potilaan kanssa luomaan mielikuvan siitä, miltä tilanne potilaasta

näyttää ja miltä se hänestä tuntuu. Luodun mielikuvan avulla potilasta pystytään tukemaan selviytymisessä (Kotrotsiou ym. 2001). Holma (1999) tutki mielikuvan luomisprosessia psykoottisten potilaiden ja heitä hoitaneiden henkilöiden välisessä vuorovaikutuksessa. Holman tutkimuksen tulosten mukaan kertomuksista kootut mielikuvien avulla syntyneet yhteiset kokemukset edistivät potilaiden selviytymistä.

Lazaruksen ja Folkmanin (1984) mukaan ihminen on ympäristönsä kanssa jatkuvassa vuorovaikutuksessa ja pyrkii sekä järjen että tunteiden avulla selviytymään ongelmistaan. Ihmisen ja ympäristön välisessä vuorovaikutuksessa tilanteen arvioiminen on välittävänä tekijänä. Kataisen (1988) mukaan voimavaroja tulee tarkastella suhteessa sosiaalisen tuen verkostoihin ja niiden antamaan tukeen. Potilaan tilanne kartoitetaan ja suunnitellaan hoitoa hänen odotuksensa huomioiden (Frederikson 1995; Vauhkonen 1996; Kukkola 1997), samalla potilaalle välitetään tietoa ja tukea (Vauhkonen 1996). Erityisesti nuoret ja naiset sekä harvinaisia sairauksia sairastavat, ahdistuneet ja masentuneet potilaat odottavat tiedon välityksen ohella keskusteluja tunteista ja peloista (Kolleck, Huber, Breitmann, Barth & Kirchgässner 1997).

Tarkan (1996) mukaan selviytymiseen vaikuttavat ihmisen **sisäiset voimavarat**, kuten ongelmanratkaisukyky, johon vaikuttavat esimerkiksi opitut tavat toimia tietyissä tilanteissa. Sisäisiin voimavaroihin kuuluvat myös positiivinen asenne, minäkuva sekä oman terveyden kokeminen. Kukaan ei selviydy yksin. Selviytymisen kannalta yksi tärkein ihmisen ulkoinen voimavara on sosiaalinen, toisilta ihmisiltä saatu **tuki**. (Lazarus & Folkman 1984). Se voi olla sosiaalisista verkostoista saatua tai ammattiauttajien tukea. Sosiaaliseen tukeen kuuluu emotionaalinen, tiedollinen ja konkreettinen tuki. Emotionaalinen tuki sisältää mm. arvostuksen, luottamuksen ja välittämisen. Se voi ilmetä eläytymisenä, myötätunnon osoittamisena, kuuntelemisena tai hyväksyvän palautteen antamisena. Tiedollinen tuki sisältää informaation antamisen sekä ohjauksen ja neuvonnan, jotka auttavat ihmistä päätöksenteossa. Konkreettinen eli välineellinen tuki voi olla esimerkiksi puolesta tekemistä, ympäristön muuttamista, apuvälineiden hankintaa tai taloudellista avustamista. Sosiaalisella tuella ja sairaudesta selviytymisellä on useiden tutkimusten (esim. Gothoni 1990) mukaan positiivinen yhteys. Sosiaalisen tuen, psyykkisen hyvinvoinnin ja terveyden välinen yhteys on kuitenkin vielä huonosti tiedostettu. (Folkman & Lazarus 1988.) Rauhalan (1989) mukaan sosiaalinen tuki merkitsee kaikkea sitä keskinäistä apua,

jota ihmiset voivat tarjota toisilleen. Se edellyttää ihmisten välistä solidaarisuutta. Sosiaalisen tuen laatu ja määrä riippuvat ihmisen elämisen taidoista ja hänen kyvyistään tulla toimeen toisten ihmisten kanssa. Inhimilliset selviytymiskeinot ovat moninaisia, joten tutkimustieto tältä alueelta ei ole yhtenäistä.

Potilaalle pelko on vastenmielinen tunne, joka saattaa jopa estää tai viivästyttää hänen hakeutumistaan hoitoon. Pelko voi myös vaikeuttaa hoidossa olemista sekä hoidon etenemistä. Pelokasta potilasta on luonnehdittu myös hankalaksi ja vaikeaksi potilaaksi. Tämä saattaa herättää hoitotyöntekijässä negatiivisia tunteita ja estää hyvän hoitosuhteen syntymisen (Leino-Kilpi 1993). Toisaalta potilaat eivät aina välttämättä kerro hoitoryhmälle peloistaan, koska he eivät halua olla vaikeita potilaita. Luottamus syntyy kiirettömässä ilmapiirissä, jossa potilas kokee hoitajan olevan vain häntä varten. Kokon (1996) tutkimuksen mukaan ensimmäistä kertaa psykiatrisessa sairaalassa olevat potilaat kokevat hyvänä kiirettömät ja tasavertaiset keskustelut hoitajien kanssa. Poutasen (1996) perusterveydenhuollon depressiotutkimuksen yksi keskeinen suositus oli, että potilaalle varataan riittävästi aikaa kertoa itsestään ja omista asioistaan.

Tässä tutkimuksessa pelkojen nähdään kohdistuvan tekijöihin, jotka liittyvät psyykkiseen sairastamiseen ja sairaalassa oloon. Pelko voi kohdistua psyykkiseen sairauteen ja sen tuomiin muutoksiin elämässä. Myös hoitotapahtumat saatetaan kokea pelottavina. (Cullberg 1976; 2000.) Aikaisempien tutkimusten mukaan riittämätön tiedonsaanti sairaudesta ja hoidosta lisäävät pelkoja. Leimautuminen ja häpeä voivat olla sairauden sosiaalisia seurauksia. Häpeä voi johtua siitä, että sairaus on näkyvä ja sairauden syytekijät hävettäviä tai käsityksestä, jonka mukaan sairaus tarttuu. (Lazarus 1992.) Psyykkinen sairaus on kenties leimaavin kaikista sairauksista, koska on vaikeaa ellei jopa mahdotonta erottaa sairautta ja sairastuneen ihmisen persoonaa toisistaan. Leimautuminen voi ilmetä kokemuksena: pelkona ja häpeänä. (Kaltila-Heino, Poutanen & Välimäki 2001.)

Elämän merkityksellisyyden ja tarkoituksellisuuden kokeminen on tärkeä osa turvallisuuden kokemusta. Turvan tarve sekä turvallisuuden ja **turvattomuuden** kokemukset ovat oleellinen osa ihmisen olemassaoloa. Sairastuminen ja pelot aiheuttavat turvattomuutta. (Ryynänen 2000.) Suhosen ja Suhosen (1988) mukaan turvattomuuden kokeminen ei tarkoita samaa kuin pelko,

vaikka se yksittäisillä ihmisillä voi olla lähellä turvattomuuden kokemusta. Kirmasen (2000b) mukaan pelkojen voi katsoa osaltaan viestivän turvattomuudesta. Kaikki ihmiset kokevat kuitenkin joskus pelkoja, eivätkä ne välttämättä ole merkki heidän turvattomuudestaan. Pelot muuttuvat turvattomuutta herättäviksi usein vasta sitten, kun ne ovat puutteellisesti käsiteltyjä tai hallittuja eli silloin, kun ne ovat ylivoimaisia ihmisen käsittelykykyyn nähden. Kun ihmisellä on turvallinen perusta, voi pelko olla tunne, joka tekee elämän haasteelliseksi sen sijaan, että se lisäisi avuttomuutta ja haavoittuvuutta. Pelko muuttuu epämiellyttäväksi ja turvattomuutta lisääväksi silloin, kun ihminen menettää oman kyvyn kontrolloida sitä. Turvalliselle perustalle on kaksi peruslähdetä. Ensimmäinen on toisten ihmisten tarjoama hoiva, johon liittyvät onnistuneet tunteidenjakamiskokemukset. Toisen muodostavat itsenäiset kokemukset peloista selviytymisestä. (Fox 1993; Kirmanen 2000b.)

Potilasta voidaan auttaa **selviytymään peloista** monin tavoin. Pelkojen syntymistä voidaan ennaltaehkäistä ohjauksella sekä psyykkisen että fyysisen ympäristön turvallisuutta lisäämällä. Potilaita rohkaistaan kertomaan ongelmistaan, ajatuksistaan ja tunteistaan, joita sairaalassa olemisen sekä sairastuminen heille aiheuttaa. Kun pahalla ololla on nimi, siihen voidaan puuttua ja asiat näyttävät vähemmän pelottavilta. Tällöin potilas voi myös itse tunnistaa, millä keinoilla häntä voidaan auttaa. (Suua & Tuomikoski 1996.) Johnsonin ja Lauverin (1989) mukaan pelokkaille potilaille ongelma- ja tunnesuuntautuneet ratkaisukeinot ovat merkityksellisiä. He yrittävät hallita ja kontrolloida tunteitaan sekä saada elämäänsä tulleen tilanteen negatiiviset vaikutukset niin pieniksi kuin mahdollista.

Potilaan **selviytymisprosessia** tulisi arvioida jatkuvasti. Jotta häntä voidaan tukea, on tärkeää tietää, miten vaatimukset ja haasteet muuttuvat hoidon aikana, miten potilas pystyy niihin vastaamaan ja millaiset ovat hänen voimavaransa kullakin hetkellä. Tämä asettaa hoitajille suuria haasteita potilaan selviytymisprosessin seuraamisessa ja tukemisessa sekä ja pyrkimyksissä vastata hänen tarpeisiinsa, jotta selviytyminen olisi mahdollisimman hyvää potilaan näkökulmasta tarkasteltuna. (Parle, Jones & Maquire 1996.) Selviytymistä tukee se, että hoitaja aistii herkästi potilaan ohjauksen tarpeen. Hoitaja edistää potilaan ymmärrystä asiasta ja tukee käyttämään sopivia selviytymiskeinoja.

Tässä tutkimuksessa psykiatrinen potilas nähdään tietoisena, toimivana ja aktiivisena hoitoon osallistujana sekä vaikuttajana, jonka omat päätökset antavat hoidolle suunnan. Hän on oman elämäntilanteensa paras asiantuntija, joka tekee jatkuvasti valintoja ja on niistä vastuullinen. Potilas tarvitsee asiallista tietoa ja mahdollisuutta keskustella esimerkiksi peloista sekä tukea niistä selviytymiseen. Heikkilän (1998) mukaan pelkojen tunnistamiseen voidaan käyttää potilaan omaa subjektiivista ja hoitoryhmän tekemää arviointia. Kuuntelun, kyselyn ja keskustelun lisäksi voidaan käyttää apuna fysiologisia mittareita, pelkomittareita sekä visuaalisia arviointiasteikkoja. Hanken (1994) mukaan pelkojen lievittämiseen voidaan käyttää hoitotyön auttamismenetelmiä ja lääkitystä. Lääkityksen tarkoituksena on vähentää ja lieventää pelkoja. Keskeisiä pelon lievittämisessä ovat hyvät vuorovaikutustaidot, aito läsnäolo, tuki ja ohjaus.

2.3.1. Masennuksen yhteys peloista selviytymiseen

Masennus voi olla monimuotoista, monitasoista ja vaikeusasteeltaan hyvin erilaista. Masennus riippuu siitä, kenen näkökulmasta sitä katsotaan: masentuneen itsensä, hoitavien henkilöiden, tutkijoiden, läheisten vai yhteiskunnan. (Ristaniemi 1998.) *Mieli Maasta!* –projektin myötä julkaistiin masentuneisuutta koskevia hoitotieteellisiä tutkimuksia (esim. Laine 1997). Kiikkala (1996) kuvasi masennusta käsitteenä: masennus on ihmisen kokemus, joka muuttuu ihmis- ja tilannekohtaisesti, eikä ole kokemuksellisuutensa vuoksi kiinnitettävissä pysyviin kaavoihin tai luokituksiin. Masennus on laajasti eri elämänalueille levittäytyvä ilmiö, jonka kuvaamiseen sanat eivät riitä.

Depressio-sanalla ymmärretään yleensä mielen masennusta. Tällöin depressio koetaan sisällöltään lääketieteelliseksi ja erityisesti psykiatriseksi. Depression suomenkielisiä synonyymeja ovat masennus ja alakuloisuus. Puhekieli antaa masennukselle psykiatrasta sairautta lievemmän merkityksen. Arkikielessä sanoja masennus ja depressio käytetään laajasti tarkoittamaan erilaista surua ja mielialan laskua sekä lannistumista. (Achté & Tamminen 1993.) Masentuneen mieliala on laskenut, hän on onneton, murheellinen, synkkä ja/tai itkuherkkä. Masennuksen oireet tulevat esille mielialan muutoksina sekä ajattelun että käyttäytymisen alueella. Ajattelua hallitsevat toivottomuuden, alemmuuden, alakuloisuuden, apeuden ja syyllisyyden tunteet, lisäksi mielenkiinto ja motivaatio vähenevät. (Laine 1997; Achté & Tamminen 1993.)

Masentuneen ihmisen toimintakyky saattaa heikentyä ja hän saattaa eristäytyä sosiaalisesti (Stuart & Sundeed 1995). Täten masentuneisuus saattaa olla esteenä sosiaaliselle tuelle ja vaikeuttaa toipumista. Vähäinen kanssakäyminen muiden kanssa rajoittaa mahdollisuuksia sosiaaliseen tukeen, tukiverkoston laajuus ei sinänsä takaa tuen saantia. Sosiaalisen eristäytyneisyyden tunne saattaa vahvistaa negatiivisia tuntemuksia (Tarkka 1996). Masentunut ihminen tarvitsee tutkimusten (esim. Laine 1997) mukaan toisen ihmisen apua selviytyäkseen. Apu voi olla konkreettisia ohjeita ja neuvoja tai huolehtimista arjen toimista. Toisen ihmisen tarjoama apu voi olla myös hoidollisia toimenpiteitä: keskustelu- tai lääkehoitoa. Lisäksi se voi olla läheisyydessä olemista ja hyväksyvän sekä ymmärtävän asenteen kokemista. Masentuneen ihmisen toipumista edistää myös se, että hän voi kokea olemassaolonsa olevan merkityksellistä jollekin toiselle. Laineen mukaan toipumisessa auttaa oivallus siitä, että on kohdattava itsensä, on ymmärrettävä, että tarvitsee muita ihmisiä tukemaan selviytymistään. Lisäksi on kyettävä päätöksentekoon ja oltava itse aktiivinen ongelmien ratkaisemiseksi. Powellin ja Enrightin (1990) sekä Heikkilän (1998) mukaan saamme aina rajoitettua tietoa peloista. Pelon kokemukseen vaikuttavat myös käytetyt lääkkeet ja masennus.

Tässä tutkimuksessa ymmärretään masennukseksi kaikki haastateltavien itse määrittelemät kuvaukset siitä. Masennus ymmärretään ilmiönä ihmisen kokonaisuudessa (vrt. Ristaniemi 1998). Masentunut ihminen voi olla pelokas ja ahdistunut, hänellä voi olla myös itsetuhoista käyttäytymistä (ajatukset, uhkaukset, yritykset) (Laine 1997; Aché & Tamminen 1993; Tremblay & King 1994). Tässä tutkimuksessa ei oteta kantaa siihen, onko masentuneisuus diagnosoitu depressioksi, vaan käytetään yhtenäisyyden kannalta sanaa masennus.

2.3.2 Masennuksen ja itsetuhoisuuden välinen yhteys

Itsemurha-ajatukset ovat hyvin yleinen ja normaali ilmiö. Oman elämän arviointiin kuuluu kuoleman mahdollisuuden ja sen eri muotojen pohtiminen. Itsemurhayritysten ja itsemurhan välinen raja on häilyvä, koska itsemurhaan pyrkimisen aste vaihtelee eri itsemurhayrityksissä. (Achté, Lindfors, Lönnqvist & Salokari 1989.)

Suomessa noin 1 400 ihmistä tekee itsemurhan joka vuosi. Masennuksen ja itsemurhien välistä yhteyttä on tutkittu paljon (esim. *Depressio: tunnistaminen ja hoito* 1995; Isometsä 1995). Masennuksen ja itsemurhien välinen yhteys on tieteellisesti kiistaton (Isometsä 1995) ja masentuneen ihmisen itsemurhariski on 30-kertainen muuhun väestöön verrattuna (*Depressio: tunnistaminen ja hoito* 1995). Masennuspotilaiden itsemurhakuolleisuutta ja heidän osuuttaan kaikista itsemurhista kartoittavat tutkimukset havainnollistavat tätä seikkaa: itsemurhan tehneistä noin tuhannella oli ollut masennustila. (Lönnqvist, Aro & Marttunen 1993.) Tämä kertoo siitä, että elämä ei pohjimmiltaan ole kovinkaan tasapainoista, vaan tuottaa monesti vaikeita ristiriitoja (Achté, Lindfors, Lönnqvist & Salokari 1989). Enemmistö masennuspotilaista ei suunnittele eikä toteuta itsemurhaa. Toisaalta on huomattavaa, että tietämys itsemurhavaaraan vaikuttavista tekijöistä on edelleen puutteellinen. (Isometsä 1995; Hintikka 1998.)

Henrikssonin (1999) mukaan suuri osa itsemurhan tehneistä oli masentuneita, mutta vain harvoin masennus oli ainoa itsemurhan taustalta löytyvä sairaus. Itsetuhoisuus liittyy usein elämisen ongelmien kasaantumiseen (Järventie 1993). Stressitekijöistä oma sairastuminen ja menetykset, ihmissuhdevaikeudet, taloudelliset huolet ja sosiaalisen tuen puute näyttävät olevan yhteydessä kohonneeseen itsemurhakuolleisuuteen (Hintikka 1998).

Masennuksen seurauksista itsemurha on vakavin. Masennuksen hoidon yhteydessä aina arvioidaankin mahdollinen itsemurhavaaran osuus. Psykiatrisen hoidon vaikutusta itsemurhakuolleisuuteen ei ole systemaattisesti tutkittu. (Ristaniemi 1998.)

2.4 Yhteenvedo aikaisemmista tutkimuksista

Suomessa hoitotieteellistä tutkimusta peloista on tehty enenevässä määrin 1990-luvun puolivälistä lähtien ja selviytymistä on tutkittu 1980-luvulta alkaen. Selviytymistutkimusta on tehty laajemmin ja enemmän kuin pelkotutkimusta. Tämä selittyy sillä, että selviytymistä on tutkittu ajallisesti kauemmin ja sitä on tutkittu sekä lääketieteen että etenkin psykologian näkökulmista. Tutkimuskohteina pelko ja selviytyminen ovat edelleenkin ajankohtaisia.

Pelkotutkimusten kiinnostuksen kohteina ovat olleet raskaana olevat (esim. Pietiläinen 1999), synnyttäneet (esim. Airio-Huuhtanen 1998), lapset (esim. Ivanoff 1996; Kirmanen 2000a) ja eri hoitotyön alueiden potilaat (esim. Oras 1987, Heikkilä 1998) sekä heidän omaisensa (esim. Potinkara 1995). Selviytymistutkimuksen kiinnostuksen kohteina ovat olleet vanhuksat (esim. Raatikainen 1992) ja eri hoitotyön alueiden potilaat (Leino-Kilpi 1990), etenkin HIV-positiiviset (esim. Kangasniemi 1995), reumaa (esim. Mäkelä 1995) ja syöpää sairastavat (esim. Krause 1987; Kuuppelomäki 1997) sekä heidän omaisensa (esim. Kettunen 1998; Kiuru 2003; Puotinniemi & Kyngäs 2003). Lähes kaikissa tutkimuksissa tietolähteinä ovat olleet ihmiset, jotka ovat kokeneet pelkoja tai selviytymisen kokemuksia. Toisiaan täydentäviä tietolähteitä on käytetty joissakin tutkimuksissa.

Pelko- ja selviytymistutkimuksissa on usein paneuduttu erityisryhmiin, kuten lapsiin ja vanhuksiin, jotka ovat ongelmiansa tai jonkun sairauden takia erilaisten hoitojärjestelmien piirissä. Selviytymiskeinoja on tutkittu harvinaisempien ja usein ongelmallisten elämäntapahtumien yhteydessä (Kirmanen 2000a). Tässä työssä tutkimusten käsittely on rajattu sairaalaan, sairastamiseen sekä potilaiden pelkoihin ja niistä selviytymiseen. Käsittelyn ulkopuolelle on jätetty tutkimukset, joiden kiinnostuksen kohteena ovat olleet omaisten pelot tai selviytyminen. Lisäksi käsittelyn ulkopuolelle on rajattu sellaiset tutkimukset, jotka käsittelevät jokapäiväisistä elämisentoiminnoista selviytymistä.

Tässä työssä on käytetty pääosin kotimaisia tutkimuksia, koska Suomen terveydenhuoltojärjestelmä ja kulttuuri poikkeaa esimerkiksi USA:n ja Englannin vastaavista. Näin kulttuurillemme ja hoitotyöllemme ominaiset piirteet on pystytty säilyttämään. Laaja katsaus kotimaisiin tutkimuksiin mahdollistaa yksityiskohtaisen ja syvällisen tarkastelun. Aiemmin vastaavaa tutkimusta ei ole tehty psykiatrisen hoitotyön alueelta.

Aikaisempien tutkimusten mukaan pelko oli käsitetty laajaksi ja moniulotteiseksi ilmiöksi, joka oli määritelty tarkastelunäkökulmasta riippuen eri tavoin. Yleensä aikaisemmissa tutkimuksissa on yhdistetty pelko ja ahdistus saman pelkokäsitteen alle. Tutkimuksissa keskityttiin kartoittamaan mitä potilaat pelkäävät erilaisten sairauksien ja sairaalassaolon aikana. Pelkotutkimuksissa erottui kaksi ulottuvuutta: pelon kohteet ja pyrkimykset niiden hallintaan (esim. Ivanoff 1996). Yleisimmin pelkoja ovat aiheuttaneet sairauden tuomat rajoitteet, riippuvuus ja tiedon puute (esim. Oras 1987). Pelkoihin suhtautuminen voi olla myönteistä, kielteistä tai ambivalenttia ja ihmisen reaktiot ovat suhteessa näihin. Hoitotyöntekijät tunnistivat pelkoja yleisellä tasolla, mutta yksittäisen potilaan pelkojen tunnistaminen ja niiden voimakkuuden määrittäminen ei ollut yhteneväistä potilaan kertoman kanssa. Aikaisempien tutkimusten perusteella kehittämishaasteeksi nousee yksittäisen potilaan pelkojen vähentäminen hoitotyön auttamismenetelmin. (esim. Kattainen 1995; Heikkilä 1998.)

Selviytymistä oli käsitelty prosessina, jossa ihminen toimii voimavarojensa ja saamansa tuen avulla. Selviytymiskäsitteen määrittelyssä oli nähtävissä tutkimustiedon kumuloituminen ja aikaisemmat tutkimukset ovat täsmentäneet myös tämän tutkimuksen käsitettä. Selviytymiskeinot olivat hyvin samantyyppisiä eri tutkimuksissa: oma aktiivisuus ja positiivinen elämänasenne olivat merkittäviä selviytymiskeinoja (Kyngäs ym. 2000; Blomkvist 1995). Selviytymisessä nousi keskeisesti esille eläminen nykyhetkessä ja kyky katsoa tulevaisuuteen (Muurinen 1992; Makkonen 1996; Kuuppelomäki 1997). Tunteiden kohtaamisesta selvisi parhaiten, jos pystyi ilmaisemaan myös kielteisiä tunteita (Krause 1987). Positiivista ajattelua ja kognitiivisia selviytymiskeinoja käytettiin HIV-infektion yhteydessä (Clement 1991; Namir, Wolcott, Fawzy & Alumbaugh 1987; Kangasniemi 1995). Myös toivo, rohkeus ja tiedon hankinta olivat selviytymiskeinoina. Lisäksi ihmiset käyttivät selviytyäkseen keinoja, jotka eivät edesauttaneet heidän selviytymistään (Björk 1993), ne auttoivat kuitenkin kestämään tilanteen (Uehara, Sakado, Sato, Takizawa 2002). Tällaisia keinoja olivat esimerkiksi välttely, vetäytyminen ja usko kohtaloon. Toisaalta selviytyminen on prosessi ja siihen kuuluu pysähtyneisyydenkin jaksoja.

Katsauksen perusteella voidaan tehdä joitakin päätelmiä pelkojen ja selviytymisen tutkimisesta. Tutkimuksien vertaamista toisiinsa vaikeuttaa spesifisyys tutkittuun hoitotyön alueeseen.

Hajanaisuus ei välttämättä ole huono asia, vaan se osoittaa myös tutkimusalueen laajuutta ja siten valottaa sen eri puolia (Leino-Kilpi & Suominen 1997). Tutkimukset ovat sairaalakeskeisiä. Tutkimuksissa ei ole yhdistetty pelkoa ja niistä selviytymistä toisiinsa. Ainoastaan Seitsamo (1996), Airio-Huuhtanen (1998) ja Kettunen (1998) ovat tutkineet pelkojen ja tuen yhteyttä. Lisäksi Kirmanen (2000a) on tutkinut lasten pelkoja ja niiden hallintaa.

Aikaisempien tutkimusten hyödynnettävyys tässä tutkimuksessa on sikäli ongelmallista, että niissä on tutkittu joko pelkoja tai selviytymistä, mutta niitä ei ole yhdistetty samaan tutkimukseen. Tässä tutkimuksessa yhdistetään pelko ja niistä selviytyminen masentuneen psykiatrisen potilaan ensimmäiseen sairaalahoitoon. Edellisistä seikoista johtuen aikaisempien tutkimusten tulosten hyödynnettävyys on hajanaista. Aikaisempien tutkimusten hyöty tälle tutkimukselle on sekä teoreettinen että metodologinen. Tutkimukset auttoivat ymmärtämään tutkittavien ilmiöiden moniulotteisuuden. Lisäksi ne ohjasivat tutkimustehtävien ja haastattelun teemojen muotoilussa ja analyysimenetelmän valinnassa.

3. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tämä tutkimus kohdentuu ensimmäistä kertaa masennuksen vuoksi psykiatrisessa avo-osastohoidossa oleviin potilaisiin. Tutkimuksessa kuvataan potilaiden kokemuksia avo-osastohoidon aikaisista peloista ja niistä selviytymisestä. Tutkimus tuottaa tietoa potilaiden näkökulmasta. Se auttaa hoitotyöntekijöitä eläytymään potilaiden kokemusmaailmaan. Siten tutkimuksen tavoitteena on lisätä tietoa peloista ja niistä selviytymisestä psykiatriseen hoitotyöhön.

Tutkimustehtävät ovat:

1. Kuvata ensimmäistä kertaa masennuksen vuoksi psykiatrisessa avo-osastohoidossa olevien potilaiden kokemuksia hoidon aikaisista peloista.
2. Kuvata ensimmäistä kertaa masennuksen vuoksi psykiatrisessa avo-osastohoidossa olevien potilaiden selviytymistä hoidon aikaisista peloista.

4. TUTKIMUSAINEISTO JA -MENETELMÄT

4.1 Kohderyhmä

Tutkimuksen tiedonlähteiksi valitut psykiatriset potilaat ovat parhaita asiantuntijoita silloin, kun tutkitaan heidän kokemiaan pelkoja ja niistä selviytymistä. Tämä tutkimuksen otanta perustui tarkoituksenmukaisuuteen: tutkittaessa potilaita, heidät tunsivat parhaiten henkilökunta, joka valitsi haastateltavat tutkimukseen. (Ks. Henry 1990). Perusjoukosta tehdyn harkinnanvaraisen otannan käyttö on perusteltua silloin, kun tutkimus kohdistuu potilaisiin, joilla voi olla vaikeuksia ajatustoiminnassa tai kommunikoinnissa (ks. Liukkonen 1990; Välimäki 1994).

Potilaan hoitoryhmä koostuu kahdesta omahoitajasta ja lääkäristä. Tarvittaessa hoitoryhmään liittyy erityistyöntekijöitä. Potilaiden hoitoryhmät arvioivat, ketkä osastolla olevista potilaista täyttivät haastateltavalle asetetut kriteerit (liite 1). Hoitoryhmät arvioivat potilaan soveltuvuutta tutkimukseen, jotta haastateltavalle ei aiheutuisi haittaa tutkimuksesta. Tutkimukseen

osallistumisen kriteerinä oli potilaan ensimmäinen psykiatrinen sairaalahoitajakso. Potilaalle kerrottiin vapaaehtoisesta suostumuksesta haastatteluun ja tutkimuksen tarkoituksesta sekä siitä, että tutkimukseen osallistuminen ei vaikuta hänen hoitoonsa. Haastateltavien valintakriteereinä olivat myös keskittymiskyky haastattelutilanteeseen sekä se ettei haastateltava ole psykoottinen. Haastatteluajankohta sovittiin lähelle haastateltavan kotiutusta. Hoitoryhmän suorittamalla arvioinnilla haluttiin ennakoida myös se, ettei haastattelusta aiheutuisi haittaa psyykkisessä kriisissä olevalle potilaalle.

4.2 Aineiston hankinta

Tähän tutkimukseen valittiin kvalitatiivinen lähestymistapa, koska haluttiin saada kuvailevaa tietoa (Field & Morse 1985) ensimmäistä kertaa psykiatrisessa avo-osastohoidossa olevien potilaiden pelko- ja selviytymiskokemuksista. Kvalitatiivinen lähestymistapa oli sopiva, koska aikaisempaa suomalaista hoitotieteellistä tietoa psykiatristen potilaiden kokemuksista oli vähän ja se oli hajanaista. Psykiatristen potilaiden kokemuksia peloista ja niistä selviytymistä ei ole tutkittu aiemmin.

Eräät tutkijat kannattavat strukturoitujen kysymysten esittämistä psykiatrisille potilaille. Toiset kannattavat puoliavoimia kysymyksiä, jotta strukturoitujen kysymysten vaihtoehdot eivät rajaisi potilaiden vastauksia. (Ks. Glazer, Aaronson, Prusoff & Williams 1980; MacDonald ym. 1988; Björkman & Hansson 2001; Ready & Clark 2002; Flannery, Hanson, Rego & Walker 2003; Hansson & Björkman 2005.) Aineiston hankinnassa käytetty menetelmä on merkityksellinen, koska se on yhteydessä tiedon laatuun. Tutkimustehtävien kannalta sopivaksi aineistonhankintamenetelmäksi todettiin teemahaastattelu. Se sopii kuvattaessa psykiatriseen hoitoon liittyviä kokemuksia, koska sen avulla saadaan selkoa kompleksisista tunteista ja käsityksistä, joista kyselyn avulla saattaisi tulla vain pinnallista tietoa. (Ks. Field & Morse 1985; Grönfors 1982; Hirsjärvi & Hurme 2000.)

Haastattelu on käyttökelpoinen menetelmä silloin, kun haastateltavat ovat kokeneet tietyn tilanteen ja haastattelija on selvillä tutkittavan ilmiön keskeisistä tekijöistä ja kokonaisuudesta. Tässä tutkimuksessa lähdettiin ajatuksesta, että menneisyyden tapahtumista ja emotionaalisesti

arkaluonteisista kokemuksista voidaan saada tietoa teemahaastattelulla, ja haastattelukysymyksissä korostettiin haastateltavien elämysmaailmaa ja heidän käsityksiään. Aikaisemman kirjallisuuden perusteella muodostettiin haastatteluteemat, jotka olivat haastateltavien taustatekijät, pelon piirteet, pelko käyttäytymisessä, pelko tunteena, psykiatrinen avo-osastohoito, psyykinen sairaus, muut tekijät, selviytymisen piirteet, selviytymisprosessi, selviytymiskeinot ja voimavarat sekä tulevaisuus. Tutkimuksen teemoihin perustuen rakennettiin haastattelurunko (liite 2), jonka avulla selvitettiin haastateltavien kokemuksia. Teemat pyrittiin pitämään väljinä ja haastateltavat saivat niiden pohjalta vapaasti kertoa peloistaan ja niistä selviytymisestä.

Ennen tutkimusjaksoa osaston hoitohenkilökunnalle pidettiin informaatiotilaisuus, jossa käsiteltiin käytännön järjestelyjä, tutkimuksen sisältöä ja jaettiin kirjallinen informaatio (liite 1). Osastolla tutkimuksen yhdyshenkilönä toimi osastonhoitaja.

Hoitoryhmän jäsen kysyi potilaalta alustavan suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta ja antoi potilaalle kirjallisen tiedotteen tutkimuksesta (liite 3). Kirjallisen tiedotteen tarkoituksena oli luoda potilaalle luotettava kuva tutkimuksesta ja sen tärkeydestä psykiatrisen hoidon kehittämiseksi (ks. Wilson 1989). Tutkimuksen kriteerit täyttävästä potilaasta ilmoitettiin tutkijalle ja sovittiin haastatteluajankohta. Luontevan haastattelutilanteen aikaansaamiseksi ne sovittiin potilaalle tutulle osastolle. Haastattelut tehtiin osastolla vieras-, ryhmä- tai lääkärinhuoneessa kahden kesken haastateltavan kanssa. Haastateltavat odottivat tutkijaa ja he olivat pohtineet jo etukäteen pelkoja ja niistä selviytymistä sekä *"mitä muuta se tutkija kysyy?"*.

Haastattelun aluksi tutkija tarkasti sanallisesti, että haastateltava tiesi, mistä on kyse. Keskustelussa kerrottiin tutkimuksen tarkoitus ja sen luonne. Suostumus tutkimukseen osallistumisesta tehtiin kirjallisena (liite 4). Haastattelija pyrki välttämään hoitajan roolia ja selvitti siksi oman taustansa sekä asemansa tutkijana. Haastattelutilanteet olivat välittömiä ja asiallisia. Haastateltavat olivat motivoituneita haastatteluun ja motivaatiota lisättiin puhumalla osastohoidon aikaisista hyvistä ja huonoista kokemuksista. Wilsonin (1989) mukaan motivointi on tärkeää, koska psykiatrisilla potilailla saattaa olla epäluuloisuutta, joka voi lisätä haastattelusta kieltäytymistä. Koska psyykkiseen sairauteen saattaa liittyä keskittymiskyvyttömyyttä, tutkija

varautui myös haastattelujen keskeytymisiin (ks. LeVois, Nguyen & Attkisson 1981). Useissa psykiatrisiin potilaisiin kohdistuvissa tutkimuksissa onkin raportoitu korkeita kieltäytymisprosentteja ja kyselytutkimuksissa alhaisia vastausprosentteja (ks. Hansson 1989a & 1989b; McEnvoy, Applebaum, Apperson, Geller & Freter 1989; McKinnon, Cournos & Stanley 1989; Gillig ym. 1990). Tässä tutkimuksessa ainoastaan yksi sovittu haastattelu peruuntui, koska potilas keskeytti hoidon ennen haastatteluaikaa.

Haastattelut aloitettiin puhumalla sairaalaan tulositystä ja -tilanteista sekä siihen liittyvistä kokemuksista. Useimmat haastateltavat kertoivat vapaasti omista kokemuksistaan ja peloistaan. Tarvittaessa haastatteluja johdateltiin tutkimuksen teema-alueiden avulla. Haastattelutilanteet olivat luontevia ja keskustelunomaisia. Haastattelun aikana tehtiin tarpeen mukaan lisäkysymyksiä ja vastauksia tarkennettiin tarvittaessa. Koska haastateltavat kertoivat konkreettisista tilanteista, olivat useat jatkokysymykset tarpeen. Teema-alueet joustivat keskustelun etenemisen mukaan: keskustelun siirtyessä eteenpäin, palattiin tarvittaessa aiheeseen myöhemmin uudelleen. Tutkijan herkkyys haastattelun suhteen oli tärkeää. Grönforsin (1982) mukaan tutkija on tärkein tutkimusväline ja hänen kykyään testataan haastattelutilanteessa. (Eskola 1975; Jyrinki 1977; Field & Morse 1985; Wilson 1989; Hirsjärvi & Hurme 2000; Polit, Beck & Hungler 2001.) Useimpien haastattelujen ilmapiiriä kuvaa erään haastateltavan lausuma: *”Tota, sanotaan et nää pienet positiiviset palat niiku, tää juttelu mitä me tänään, niin se on sellasta positiivista, mulle ainakin.”*

Haastattelujen tallentaminen on tekninen, mutta tärkeä vaihe. Haastattelut nauhoitettiin, koska nauhuri toistaa haastattelut sanatarkasti. Haastateltavat suhtautuivat nauhurin käyttöön luontevasti ja näyttivät unohtavan nauhurin olemassaolon. Nauhuri tallentaa kuitenkin vain tilanteen verbaalisen puolen. (Alasuutari 1999.) Haastatteluiden päätyttyä tutkija tekikin muistiinpanoja haastattelutilanteesta ja tunnelmasta sekä muista asioista, joita ei voi nauhalta saada esille. Tutkimuspäiväkirjan merkintöjä ei analysoitu, vaan niitä käytettiin tukemaan haastatteluaineistoa. (Grönfors 1982.)

Haastattelut tehtiin haastateltavien osastohoidon loppuvaiheessa. Hoidon ollessa päättymässä haastateltavat olivat selviytyneet pahimmasta psyykkisestä kriisistä, vaikka toisaalta heidän

yksilöllisessä selviytymisvaiheessaan olikin vaihtelua. Haastatteluajankohdan valinnan tarkoituksena oli se, että aika ei ollut ehtinyt vaikuttaa mielikuviin. Haastattelulla voitiin tavoittaa vielä haastateltavien hoidon aloittamiseen ja hoidon sisältöön liittyviä tunnelmia ja kokemuksia.

Tutkimuslupa kahdellekymmenelle teemahaastattelulle ja kuudelle esihaastattelulle saatiin sairaalan eettiseltä toimikunnalta (5.12.2000) ajalle 01.01.–15.04. 2001. Hirsjärven ja Hurmeen (1991) ohjeen mukaan ennen varsinaista haastattelua suoritettiin kuusi esihaastattelua. Niiden tarkoituksena oli testata haastattelurunkoa ja kysymysten muotoilua. Esihaastattelujen jälkeen kysymyksiä ja haastattelurunkoa ei tarvinnut muuttaa ja esihaastattelut liitettiin tutkimusaineistoksi. Tutkimusluvan aikana tehtiin seitsemän haastattelua. Tutkimuslupa myönnettiin jatkoaikaa 31.08.2001 asti, jolloin oli koossa yhteensä 12 haastattelua.

Haastattelut olivat keskimäärin 90 minuuttia pitkiä. Lyhin haastattelu kesti 30 minuuttia ja pisimmät 120 minuuttia. Haastattelut nauhoitettiin ja kirjoitettiin suoraan nauhalta tekstiksi. Haastattelijat kirjoittivat haastattelut nauhalta sanatarkasti välittömästi haastattelun jälkeen. Kirjoittaminen tapahtui ongelmitta, sillä haastatteluja tuli harvakseltaan. Aineistoa kertyi yhteensä 197 sivua, lyhin haastattelu oli 9 sivua ja pisimmät 25 sivua (Times New Roman fontilla 12, riviväli 1,5 ja marginaalit: vasen 3,3 cm, oikea 1,8 cm sekä ylä- ja alamarginaalit 2,5 cm).

4.3 Aineiston analyysi

Analyysimenetelmänä käytettiin laadullista sisällön analyysia, koska selvityksen kohteena olivat ihmisten kokemukset, joista on vain vähän aikaisempaa tietoa. Laadullista sisällön analyysia nimitetään myös dokumenttien analyysimenetelmäksi (Kyngäs & Vanhanen 1999), temaattiseksi sisällön analyysiksi (Burnard 1991) tai koodaukseksi (Holsti 1969). Sisällön analyysi on menettelytapa, jolla voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Se on tapa järjestää ja kuvailla tutkittavaa ilmiötä. Sisällön analyysissä rakennetaan sellaisia malleja, jotka esittävät tutkittavaa ilmiötä tiivistetyssä ja yleisessä muodossa ja joiden avulla tutkittava ilmiö voidaan käsitteellistää. (Holsti 1969; Pietilä 1973; Grönfors 1982; Kyngäs & Vanhanen 1999; Polit, Beck & Hungler 2001; Tuomi & Sarajärvi 2003.) Sisällön analyysilla saatiin aineisto

kuitenkin vain järjestetyksi johtopäätösten tekoa varten. Tutkija teki tutkimuksen aineistosta johtopäätökset. (Grönfors 1982; Tuomi & Sarajärvi 2003.)

Sisällön analyysin teko on useimmiten joko induktiivista tai deduktiivista, jolloin käytetään luokittelussa hyväksi aikaisemmin luotua käsitejärjestelmää. Tässä tutkimuksessa analyysi tehtiin induktiivisesti: tutkijan ajatteluprosessia ohjasi aineistolähtöisyys. (Holsti 1969; Pietilä 1973; Grönfors 1982; Kyngäs & Vanhanen 1999; Polit, Beck & Hungler 2001; Tuomi & Sarajärvi 2003.)

Aineiston analysointiprosessi alkoi jo haastattelujen nauhoittamisesta. Tutkija purki nauhoitukset tekstiksi välittömästi haastattelun jälkeen, jolloin päästiin heti kiinni aineiston sisältöön. Nauhoituksia purettaessa oli mahdollisuus palauttaa mieleen ja kerrata haastattelutilanne sekä tehdä alustavaa analyysiä. Nauhoitukset purettiin sanatarkasti tekstiksi, myös keskustelun tauot, huokailut ym. oheistoiminta huomioitiin. Tutkijan tekemien muistiinpanojen perusteella tarkastettiin keskustelun tunnelmaa, sen vaihteluita sekä haastateltavan ulkoista käyttäytymistä. Aineistoa luettiin useita kertoja läpi, jolloin lukemisen tarkoituksena oli luoda pohjaa analyysille. (Grönfors 1982; Alasuutari 1999; Kyngäs & Vanhanen 1999; Hirsjärvi & Hurme 2000.)

Aineistosta analysoitiin vain se, mikä oli selvästi ilmaistu haastattelussa. Analyysin ensimmäisenä vaiheena oli analyysiyksikön määrittäminen ottamalla huomioon tutkimustehtävät ja aineiston laatu. Tässä tutkimuksessa käytettiin analyysiyksikkönä ajatuskokonaisuutta. (Grönfors 1982; Kyngäs & Vanhanen 1999; Polit, Beck & Hungler 2001; Tuomi & Sarajärvi 2003.)

Tutkimusprosessi eteni aineistolähtöisen sisällön analyysin mukaan: aineisto pelkistettiin, ryhmiteltiin ja abstrahoitettiin (liite 5) (Kyngäs & Vanhanen 1999; Polit, Beck & Hungler 2001; Tuomi & Sarajärvi 2003). Aineistoa pelkistettiin kysymällä siltä tutkimustehtävien mukaisia kysymyksiä ja marginaaliin kirjattiin vastaukset kysymyksiin. Pelkistetyt ilmaisut kirjattiin samoilla termeillä kuin teksti on aineistossa. Marginaalista pelkistetyt ilmaisut kerättiin listoiksi (Weber 1985; Kyngäs & Vanhanen 1999; Polit, Beck & Hungler 2001; Tuomi & Sarajärvi 2003) ja niille tehtiin omat pelkoa ja selviytymistä kuvaavat tiedostot tietokoneelle. Tämä oli kategorioiden muodostamisen ensimmäinen vaihe. Koska ajatuskokonaisuudet olivat laajoja, tutkija kävi ne

toistamiseen läpi ja poimi niistä ajatuskokonaisuuksien keskeiset asiat uusiin tiedostoihin. Näin laajaa aineistoa saatiin rajattua ja siten se tuli paremmin hallittavaksi.

Analyysin toinen vaihe oli ryhmittely. Siinä yhdistettiin pelkistetyistä ilmaisuista samanlaisuutta kuvaavat asiat yhteen kategoriaan ja annettiin sille sen sisältöä kuvaava nimi. Tutkija arvioi, mitkä asiat voidaan yhdistää ja mitä ei voida yhdistää. Tähän vaiheeseen liittyi jo aineiston abstrahointia eli käsitteellistämistä. (Kyngäs & Vanhanen 1999; Tuomi & Sarajärvi 2003.) Kategorioita muodostui paljon ja ne nimettiin niiden keskeisen sisällön mukaan.

Abstrahoinnissa muodostettiin yleiskäsitteiden avulla kuvaus tutkimuskohteesta. Analyysiä jatkettiin yhdistämällä saman sisältöiset kategoriat toisiinsa muodostaen niistä yläkategorioita. Yläkategorialle annettiin nimi, joka kuvaa sen sisältöä eli niitä alakategorioita, joista se on muodostettu. Abstrahointia jatkettiin yhdistämällä kategorioita niin kauan kuin se oli sisällön kannalta mielekästä ja mahdollista. (Weber 1985; Kyngäs & Vanhanen 1999.) Kategorioiden nimeäminen oli ongelmallista ja se vaati pitkäjänteistä työskentelyä, jotta niistä tuli analyysin sisältöä kuvaavia.

Analyysin lopputuloksena tuotettiin tutkittavaa ilmiötä kuvaileva kokonaisuus, jossa esitettiin käsitteet, niiden hierarkia ja suhteet toisiinsa (Weber 1985; Kyngäs & Vanhanen 1999). Kvalitatiivisessa tutkimusprosessissa on aina kiinteästi mukana tutkijan käsitykset ja subjektiivinen näkemys asioista. Tässä tutkimuksessa olennaisen sisällön esille tuomiseksi käytetään haastattelujen autenttisia kuvauksia tulosten esittämisessä. Haastatteluista valitaan otoksia siten, että ne mahdollisimman hyvin kuvaavat tuloksia. (Alasuutari 1999.)

5. TUTKIMUSTULOKSET

5.1 Haastateltavien elämäntilanne

Työikäisistä haastateltavista (n=12) puolet oli naisia ja puolet miehiä. Heillä oli hyvin erilaisia perhesuhteita: joukossa oli perheellisiä, eronneita, yksin asuvia sekä perheitä, joiden lapset olivat muuttaneet pois kotoa. Suurimmalla osalla haastateltavista oli työpaikka, kaksi haastateltavaa oli menettänyt työpaikan joitakin kuukausia aikaisemmin ja yksi haastateltavista oli opiskelija. Haastattelua tehtäessä osastohoitoajat vaihtelivat kolmesta päivästä viiteen viikkoon. Kaksi haastateltavaa oli juuri aloittanut osastohoidon, suurin osa oli päättämässä osastohoitoa, vaikka haastattelua tehtäessä ei tiedetty tarkkaa ajankohtaa hoidon päättymisestä.

Osastohoitoon tulon syyksi nimettiin useita tekijöitä, joita olivat masennus ja/tai itsemurhayritys ja/tai vakavia itsemurha-ajatuksia. Haastateltavat sanoivat, että on vaikeaa nimetä vain yhtä tekijää osastohoitoon tulon syyksi, koska siinä on mukana koko elämäntilanne. Elämäntilanne koettiin usein sekavaksi ja kaoottiseksi. Elämässä oli tapahtunut suuria muutoksia, kuten ero puolisoista tai työpaikan menetys.

”Joo, siis tota se, joo! Kyllä! Tai siis, niitä on kauheen vaikee erotella siinä on koko systeemi. Siis sanotaan että, se vaan on, siis se, en mä oikeen tiedäkkään, se on hirveen vaikee sanoo, mut siis se masennus on se syy minkä takii, mitkä siihen taas nii ku johti, nii se on sitte nii ku vaikee, vaikeeta. Tota, se tilanne oli nii hirvittävän, kaoottinen just sen takii että, mul ei oo ollu sitä, sen takii sanotaan et mul olis menny vähän pidempää, mähän oon ollu, tota hoidossa muutenkii kokoajan, ja ja sen lääkärin läheteellähän mä sit tänne tulon tälle ku sain se. Se vaan näytti siltä että, tilanne menevän siihen suuntaan et ei ollu mitään ulospääsyä. Se, olin niin lukossa että, ei ollu vaihtoehtoa enää tänne tulolle.” (2)

Haastateltavat olivat tulleet osastohoitoon päivystyksen kautta tai etukäteen suunnitellusti jonon kautta. Useimmiten joku läheinen ihminen oli mukana saattamassa, kun haastateltava tuli osastolle.

”Menetin sen työpaikan ja sitte yritin itsemurhaa ja että. Ja sisar sitten, sisko toi mut tänne, mut tota. En varmaan itse ois pystynny, tulemaan. Tai oikeestaan mä yritin itsemurhaa ja sit. Mä olin ihan yksin ja sisko toi sitte tänne... Kyllä se varmaan siinä tilanteessa oli, oli paikallaan, että. Ja, ja olin kyllä valmis tulemaan et ei siin mitään, mut et en olis omin avuin varmaan pystynny tänne tulemaan, hän auttoi. Kyl se oli ihan oikein hyvä että. (tauko) Auttoi, auttoi minua, en olis itsestään osannu hakeutua tänne.” (3)

Läheisinä ihmisinä ja hoidossa mukana olevina mainittiin aviopuoliso, ex-puoliso, vanhemmat, sisarukset, lapset ja ystävät. Perheen pienille lapsille ei oltu kerrottu syytä miksi äiti/isä oli hoidossa, vaikka lapset olivat miettineet asiaa. Perhe, lähiomaiset ja ystävät olivat hoidossa mukana vieraillemalla usein osastolla ja osallistumalla hoitoneuvotteluihin. Näin omaiset saivat tietoa hoidosta ja oppivat ymmärtämään paremmin psyykkistä sairautta. Hoidossa mukana oleviksi nimettiin myös ystäviä ja sukulaisia, jotka eivät olleet käyneet osastolla. Näihin ystäviin ja sukulaisiin pidettiin yhteyttä puhelimitse ja heitä tavattiin lomilla käydessä. Kaikille ystäville ja sukulaisille ei oltu kerrottu hoidossa olemisesta, koska pelättiin heidän suhtautumistaan hoidossa olemiseen. Ne läheiset ihmiset joille oli kerrottu, olivat suhtautuneet asiaan myönteisesti ja tukivat hoidossa olemista.

”Kyl mä oon saannu, sanotaan näin että. En mä oo kaikille kertonnu, et oon täällä hoidossa. Mut kaikille joille mä oon kertonnu tai vaimo on kertonnu tai me on kerrottu ni. Tai ex-vaimo, nyt on tää harkinta-aika, syksyllähän me erotaan virallisesti, kesän yli tätä mietitään... Ni kyl kaikki on kaikki on. Kaikki on niikö, ollu niikö, ottannu asiat ehkä paremmin mitä mä oon ite kuvitellu ja. Kaikki on ollu hirveen hyvänä tukena ja. Hirveen ymmärtäväisiä... Mikä on ehkä ollu yllätys.” (7)

Joillakin haastateltavilla yhteydenpito ystäviin tapahtui vain puhelimitse. He pelkäsivät tulevaisuudessa yksin selviytymistä ja yksin elämistä sekä yksinäisyyttä. He miettivät, miten selviytyvät yksin, kun ei ole ihmisiä lähellä tukemassa, eikä ketään jolle antaa jotain itsestään. Haastateltavat totesivat, että he ovat ”selkä seinää vasten oman yksinäisyyden kanssa”. He totesivat selviävänsä ja haluavansa selvittää yksinäisyydestä huolimatta.

Työpaikalla tiedettiin haastateltavan osastohoidosta ja muutaman työkaveri tai esimies oli käynyt osastolla yhteistapaamisessa. Työkavereiden todettiin olevan hengessä mukana, vaikka he eivät ole osastolla käyneetkään. Haastateltavat eivät kaivanneet työkavereita osastolle, useimmat haastateltavat totesivat, ettei työkavereiden tarvinnut tietää hoidossa olemisen syytä.

”Tietää (työkaverit hoidossa olemisesta). Joo... Ööö. Ihan tota. Itseasiassa he kävi kattoo mua Meilahdes sillon. Kun mä otin yliannoksen lääkkeitä tota, sen jälkeen ja. Sillon mä sanoin et mä todennäkösest tuun tänne... Pysin ainakin. Et tota. En mä tiedä, hengessä mukana. Ei niit oo täällä näkynny, mut en mä oo, niit tänne kutsunnukaan... Et mua käy katsomassa niiku perhe, lähes päivittäin sit ja. Ja tuota, sit en mä haluu, työporukkaa tänne. Mä oon tällä hetkellä allerginen työlle (yhteistä naurua). Häiritsee ne työkaveritkin.” (9)

5.2 Pelkojen ilmeneminen ja kohteet avo-osastohoidossa

Haastateltavilla oli paljon erilaisia osastohoitoon liittyviä pelkoja. Haastatteluissa peloista keskusteltiin luontevasti, niitä ei peitelty eikä hävetty. Peloista puhuttiin pelon kohteiden kautta ja kuvattiin pelon voimakkuutta sekä pelon tuomia tuntemuksia. Haastateltavat kokivat positiivisena haastattelun: tunteista ja kokemuksista puhumisen, he kaipasivat vastaavanlaisia keskustelujakin myös hoitosuhteeseen. Haastateltavat eivät kokeneet, että haastattelu olisi vaikuttanut heidän psyykkiseen vointiinsa heikentävästi.

”Ku mä just kysyin et miten mua täällä niiku hoidetaan, ku mua ei niiku hoideta täällä. Ku mulle tulee sellanen tunne että, mä oon niiku ajatellu et hoidetaan et sit tulee pitkiä tämmösiä kriisi, keskusteluja et. Puhutaan niiku, et miltä musta tuntuu systeemi. Niiku me tässä nyt puhutaan nii. Et tällasia tuntemuksia että, enemmän sellasia pitäis olla jotta kysytään, et vaan heillä riittäis resurssit tähän tämmöseen, ni se auttais meitä, ihan suunnattomasti. Koska sillonhan tietää et miltä tuntuu ja, sillon tässä vois tulla sitä infoakin enemmän ja... Niin. Alussa on varmaan on, ollu enemmän, mut sitä ei sillon vielä.” (8)

Kysymys siitä mitä pelko on, koettiin vaikeaksi. Eräs haastateltava sanoi, ettei hän ymmärrä koko kysymystä. Toinen haastateltava totesi kysymyksen oudoksi, kun hän mietti jännittämisen, ahdistuksen ja pelon välisiä eroja ja yhteneväisyyksiä. Pelon ja sen lähitunteiden kuvaukset menivät osittain päällekkäin ja osassa tekstistä niiden erottelu toisistaan oli mahdotonta. Haastateltavat totesivat pelon, jännittämisen ja ahdistuksen olevan eri tunteita, jotka ovat nivoutuneet yhteen ja niiden erottaminen toisistaan on vaikeaa. Pelkoon voi liittyä jännittämisen ja/tai ahdistuksen tunteita, ne voivat olla yhtä aikaa tai vuorotella. Lisäksi pelkoon liittyy läheisesti paniikki, epävarmuus, epätietoisuus ja tuskaisuus. Epätietoisuus voi muuttua ahdistukseksi tai peloksi.

Kaikki haastateltavat toivat esille, että jännittämällä ja pelolla on voimakkuuden suhteen aste-ero. Pelko on isoa jännittämistä. Jännittäminen on pientä, melkein pelkoa. Eron tekeminen, pelkääkö vai jännittääkö on vaikeaa. Aina ei tiedä varmasti jännittääkö vai pelkääkö, ne voivat vaihdella samassa yhteydessä, mutta jännittäminen ja pelkääminen eivät ole sama tunne. Voimakasta pelkoa kuvattiin paljon eli sitä kun pelkää tosi paljon. Pelko alkaa hetkellisesti erittäin voimakkaana. Jos pelon kohdetta ei kohtaa, niin pikkuhiljaa, ajan myötä pelko lievenee. Vähenevä pelko kuvattiin ”vähäisenä”, ”lievänä” ja ”pienenä pelkona”. Erona jännittämisen ja pelon välillä on se, että jännittämiseen ei kuulu vaaran uhkaa. Jännittämällä on kohde ja jännittämisen kohteesta tietää selviytyvänsä. Jännittämisen kohteeseen voi liittyä myös toivominen, että jännitettävä asia toteutuu.

”Tietenkin tavallaan. (Hiljaisuutta.) Tavallaan ne voi pikkasen erikin asioitakin olla, mutta oikeestaan niin, en mä tiedä sitte. Oisko niiku jännitys pientä pelkoo. En mä tiedä. Mun on vähän vaikee, sanoo. Mä en oo miettinny näitä käsitteitä. Ni yks kaks nyt sitte... Öö. Vähintäänkin niil on aste-ero... Eli toisin sanoen, vähintäänkin niin niin, tosiaankin, niin tota. Jos ne on niiku sama asia, ne ainakin vähän sivuu, toisiaan niin... Niin joka tapauksessa niin. Mun mielestä, mä en tiedä mul, mul mul on niiku. Tää on ihan outo kysymys... Mun mielestä tota, tai mun päässä, tai mun korvissa niiku kuullostaa niiku pelko, semmoselta isolta jännitykseltä. Tai oikeestaan jännitys, kuullostaakin pikku pelolta.” (11)

Kaikki haastateltavat totesivat, että pelolla on kohde ja pelko on ylitettävissä. Useimmat haastateltavat kuvasivat, että pelontunne on ihmiseen sisäänrakennettu, eikä siihen voi itse vaikuttaa. Pelon näkymisestä muille ihmisille ei oltu varmoja. Haastateltavat kertoivat, että pelätessä lukkiutuu helposti. Silloin ei pysty puhumaan eikä myöskään ajattelemaan, eikä toimimaan selkeästi. Pelko tuntuu mahanpohjassa, kädet vapisevat ja tulee muita somaattisia tunteita. Pelontunne kuvattiin yksinäiseksi ja surulliseksi.

Jännittäminen oli koettu fyysisesti vapinana ja oksentamisalttiutena sekä psyykkisesti keskittymiskyvyn puutteena. Jännittämisen psyykinen tunne aiheuttaa fyysiset oireet, mutta fyysisiä oireita ei tule ilman psyykkistä tunnetta. Jännittyneisyydestä ja keskittymiskyvyttömyydestä seuraa se, että täytyisi tehdä jotain, esimerkiksi lähteä kävelemään.

Yksi haastateltava oli johdonmukaisesti koko haastattelun ajan sitä mieltä, että hän ei ollut pelännyt mitään osastohoitoon liittyvää. Hänellä oli vaarallisia harrastuksia, joita hän epäili syyksi pelottomuuteensa. Haastateltava antoi kuitenkin arvokasta tietoa pelon kuvaamiseen ja sen voimakkuuden arviointiin sekä pelon, jännittämisen ja ahdistuksen erottamiseen toisistaan, koska aiemmin muunlaisissa tilanteissa hän oli pelännyt.

Peloista puhuttiin ja niitä kuvattiin pelkokokemusten avulla. Erilaisina osastohoitoon liittyvinä pelon kohteina olivat lääkitys, arvostelu, toisten kohtaaminen, toiset potilaat, hoitokokoukset ja –keskustelut. Osastolle tuloa pelättiin, koska siihen liittyi epävarmuutta ja –tietoisuutta. Psyykkiseen sairastamiseen liittyvää häpeää ja leimaavuutta sekä tulevaisuutta pelättiin myös. Pelon kohteita kuvataan seuraavissa luvuissa. Pelot korostuivat ennen osastohoitoa ja sen alussa, osastohoidon aikana pelot olivat lievempiä, kun taas osastohoidon päättyessä pelot voimistuivat.

5.2.1 Epävarmuus ja -tietoisuus osastolle tultaessa

Haastateltavat kuvasivat, etteivät he pystyneet hallitsemaan elämäänsä ennen sairaalahoitoa. Heidän omat keinonsa eivät enää riittäneet. Haastateltavilla ei ollut voimia hakeutua hoitoon eivätkä he tajunneet, että tilanne oli päässyt niin huonoksi. Haastateltavat tiedostivat, että tarvitsivat sairaalahoitoa, vaikka heillä ei ollut etukäteen tarkempaa mielikuvaa minkälaista apua he tarvitsevat tai minkälaista osastolla voisi olla. Osastohoitoon haluttiin tulla ja se koettiin tarpeelliseksi ja tärkeäksi mutta, silti hoitoon tulemiseen liittyvät pelot koettiin voimakkaasti.

Haastateltavat kertoivat, ettei heillä ollut etukäteen minkäänlaista käsitystä eikä tietoa psykiatrisen avo-osaston olemassaolosta tai toiminnasta. Epävarmuuden ja -tietoisuuden tunteet ja pelot liittyivät siihen, ettei tiedetty mitä osastolla tapahtuu ja mitä siellä voi tehdä. Se oli vieras paikka ja siellä oli vieraita ihmisiä. Epävarmuus ja epätietoisuus esiintyivät yhdessä. Etenkin osastohoidon alku koettiin epävarmuuden ja epätietoisuuden aikana. Epätietoisuuden tunne koettiin kaaokseksi ja vaikeaksi asiaksi kestää.

Useimmat kuvasivat osastolle tuloa hoitoon pääsemiseksi, ei joutumiseksi. Pelkona oli se, ettei pääsisi osastohoitoon. Osa haastateltavista oli toivonut ja halunnut osastohoitoa, osa haastateltavista totesi, ettei heille ollut annettu vaihtoehtoja ja osa oli yllättynyt osastohoitopäätöksestä. Jotkut haastateltavat olivat heränneet osastolla, tietämättä missä olivat. Osastolle tultaessa potilaat eivät jaksaneet keskittyä mihinkään, heillä oli niin sekavia tunteita, he eivät pystyneet miettimään että haluavatko osastolle vai eivätkö halua.

”En mä ollu ajatellu et mä niiku osastolle joudun.” (3)

” No, sanotaan, et kun tulin tänne, mul oli erittäin, sekavat tunteet (tauko). En mä nii ku. (Otetaan paperinenäliina pakkauksesta) Mä en nii ku ymmärtänny, mä olin. Et oli tullu tällanen tilanne se oli perjantai-illalla. Se oli ihan aivan käsittämätöntä sillon. (Kyyneleet valuvat.) Anteeks.

- Ei mitään, ei. Tunteet täytyy tulla ulos sillon kun siltä tuntuu.

- Et en mä nii ku. Mä en nii ku tajunnu, et mä oon joutunnu tällaseen tilanteeseen ollenkaan... Et ei mun mielest nii ku. Sitte nii ku jälkeinpäin ajateltuna. Et ei ne

kuitenkaan ollu niin huonosti et (hiljaisuutta). Et olis pitäny tehdä tämmönen keikaus.

- Mmm..

- *Se on sitä jälkiviisautta.*

- Mmm.. niin.

- *Nyt harmittaa kovasti.” (5)*

Haastatteluissa korostuivat hoidon alkamiseen liittyvät kokemukset, tunnelmat ja pelot. Haastateltavat kuvasivat hoitoontulotilanteita yksityiskohtaisesti. Jotkut haastateltavat kuvasivat tulohaastattelutilannetta vaikeaksi ja ”rankaksi” sekä kuulustelumaiseksi. Tulohaastatteluissa kysyttiin vaikeita asioita siitä, mitä oli tapahtunut ja minkälaista hoitoa tarvitsee. Tästä tuli tunne, ettei oltu valmiita ottamaan osastolle. Osastohoitoa mietittiin etenkin sen turvallisuuden kannalta. Jotkut haastateltavat arvioivat, että etenkin hoidon alussa he olisivat tarvinneet hoitoa suljetulla osastolla.

”Ehkä siinä tulovaiheessa, vaiheessa sillon, kun olin tulossa tänne, siinä tulohaastattelun aikana, oli aikamoinen. Se oli raskas, mä en tiedä johtuko se siitä tilanteesta jossa mä olin vai, vai miten. Mulla oli, mä olin kuin syytettynä jostain. Se oli rankka se tulo... tulohaastattelu... Mä tulin päivystyksen kautta ja, ja tota. Se oli lauantai-ilta mutta että. Siinä oli, lääkäri ja hoitaja sitten. Vaikeita asioita ja kysyivät sitten multa mitä olin tehny, mitä hoitoa. Kysyivät multa et tota, mitä hoitoa mä haluan ja tarviin ja. Se oli, se oli rankkaa... En osannu ehdottaa. En mä tiedä. Se oli kuin kuulustelu...Niin. Joo. Ei tiedä ja. Eikä tota jotenkin. Tuntu siltä et ne ei oo valmiita ottamaan mua tänne... Se tunne se mikä oli, et on huono, se tunne... Ja sitten kyllä kun se oli loppu ne kysy. Huoneeseen pääsin ne kysy kokoajan mun mielipidettä oonko suidaalinen. Ne alkuviikot oli vaikeita, mut ne on varmaan kelle tahansa että. Ne pelasti mut. (Naurahdus.)” (3)

Hoitoon tulemisen yhteydessä tiedon ja tuen saaminen koettiin tärkeäksi. Etenkin hoidon alussa olisi tarvittu enemmän tietoa osaston toimintatavoista ja hoidosta, koska psykiatrisesta osastohoidosta ei ollut aikaisempia kokemuksia eikä tietoa. Haastateltavat kertoivat, että osastohoidon aluksi oli esitelty osasto ja kerrottu toimintatavoista sekä annettu osastoesite, mutta

he tarvitsivat lisää tietoa esimerkiksi ulkoilukäytännöistä. Osastohoidon alku koettiin vaikeaksi huonon psyykkisen voinnin takia sekä tiedon ja tuen saannin vähäisyydestä johtuen. Hoito koettiin epävarmaksi, epätietoisuuden tunne koettiin kaaokseksi ja vaikeaksi asiaksi kestää. Pelättiin sitä, että selviävätkö asiat ja saako apua osastohoidosta. Pieni pelko oli siitä, että mistä psyykkinen sairastuminen oli saanut alkunsa, mistä se johtui. Haastateltavat olivat kokeneet, että osastohoidon alkupäivinä jätettiin yksin. Kaivattiin sitä, että hoitajat tulisivat käymään potilashuoneessa ja kysymään vointia, hoitajien toivottiin ottavan enemmän kontaktia. Haastateltavat ehdottivat, että hoitajat voisivat huomioida potilaita kysymällä jotain yksinkertaista ja jokapäiväistä. Hoidon aikana koettiin, että on paljon yksin ja mietittiin, että huomaisivatko hoitajat haastateltavan osastolta poissaoloa. Joillekin haastateltavista oli tehty hoitosopimus. Sen mukaan tuli ilmoittautua kansliassa, kun he menevät ulos ja palaavat osastolle. Haastateltavat kertoivat kriittisesti, etteivät hoitajat aina tienneet, että oliko potilas tulossa vai menossa. Toisaalta haastateltavat totesivat, että vastuu itsetuhoisuudesta oli heillä itsellään.

”Ehkä sitä ois kaivannu et joku olis vaikka sanonnu et nyt ei oo mitään hätää tai jotain tällasta. Et kyllä se siitä. Niin jotain sellast yksinkertasta, sellasta simppeleä, siinä tilanteessa. Olis toivonnu... Et se oli sellanen, olo et huonosti menee. Ei tiedä.

- Mmm.. mmm.. Kun ei tiedä.

- *Kun ei tiedä. Ei tiedä mitä tulee ja, silleen.”* (3)

Jotkut haastateltavat totesivat, että heidän ensikertalaisuuttaan sairaalahoidossa ei huomioitu, vaan oletettiin että asiat tiedetään. Ensikertalaisilta osaston tilan, kulttuurin, toimintatapojen, tapahtumien ja hoidon hahmottaminen vei aikaa ja energiaa, jolloin näistä asioista muodostui myös pelkoja. Myös hoidon edetessä tuli esille paljon asioita, joiden merkitys oli jäänyt haastateltaville epäselväksi esimerkiksi se, että haastateltava oli allekirjoittanut jonkin sopimuksen tietämättä sen merkitystä ja sisältöä. Haastateltavat miettivät osaston tilaa, kulttuuria ja toimintaperiaatteita, jotka erottivat hoitajat ja potilaat toisistaan. Ei ollut luonnollista yhdessäoloa kuten yhteisiä kahvihetkiä, keskustelua tai ajanvietettä. Haastateltavat kuvasivat, että hoitajat jäivät etäisiksi kanslian lasikoppiin lukkojen taakse sulkeutuneina.

5.2.2 Lääkityksen pelko

Psykelääkitykseen liittyi monenlaisia pelkoja: lääkityksen aloitus, käyttö, annostus, vaihto, vähentäminen, vieroituserot, lääkeriippuvuus ja sivuvaikutukset. Lääkityksen aloituksessa ja käytössä pelättiin sitä, että lääkkeitä joutuu käyttämään lopun elämän ajan. Ei tiedetty kuinka kauan lääkitystä käytetään. Lääkityksen annostusta olisi haluttu vähentää, koska milligrammamäärä tuntui suurelta ja puolikkaallakin tabletilla uskottiin selviydyttävän. Toisten haastateltavien mielestä lääkitystä ei olisi haluttu vähennettävän, koska pelkona oli ettei pärjää vähemmällä lääkityksellä. Etenkin sitä pelättiin ettei saa nukuttua erilaisella tai vähemmällä lääkityksellä. Lääkityksen vaihtoon suhtauduttiin pelolla, jolloin pelättiin vieroituseroita ja sivuvaikutuksia sekä sitä, auttaako uusi, vieras lääke. Mietittiin myös, miksei voitu käyttää entistä ja tuttua lääkettä. Lääkkeistä oli saatu tietoa ja niistä kysyttiin hoitajilta ja lääkäriltä, mutta haastateltavat tarvitsivat edelleenkin lisää tietoa lääkkeitä. Tiedon tarve korostui etenkin hoidon alussa, kun lääkkeet olivat uusia ja vieraita.

Haastateltavat puhuivat siitä, miten lääkkeet vaikuttivat ulkoiseen näkyvään olemukseen. Eräs haastateltava pelkäsi lääkityksen muuttavan hänen ulkoista olemustaan samanlaiseksi kuin toisen potilaan olemus oli. Toinen haastateltava kertoi kuinka osastolla oli käynyt vierailmassa ystäviä ja vanhemmat, jotka olivat todenneet jälkepäin, että haastateltava oli ollut selvästi lääkkeiden vaikutuksen alaisena. Itse hän ei ollut huomannut sitä. Haastateltava kertoi, että hänen vanhemmilleen sairaalahoito, psyykinen sairastuminen ja lääkityksen näkyvät vaikutukset ulkoisen olemukseen olivat olleet vaikea asia.

”Ihan tollaseen päänsärkyyn, mä oon niiku joutunnu ottaa joskus, lääkettä. Muuta en oo tarvinnu. Mua on nyt pelottannu nää lääkkeet, et jos ne tekee mut tollaseks, haahuilijaks. Tulee tollaseks haahuilijaks, et kulkee täällä niiku hiipimällä ja, naamanilmeet on semmoset jäykät ja, puhe jäykkää ja... Niiku itsellä oli varmaan sillon tänne tullessa ensimmäisinä päivinä semmonen vielä. Oli höperö olo että. Niiku ois kävelly jossain sellasessa, pumpulissa tai. Niin sekin niiku siinä niis lääkkeis pelottaa et jos, niitä joutuu alkaa syömään niin, yrittää saada mahdollisimman pikkusen, niin vähän kuin vaan mahdollista et... Niin, et onko se mahdollista, et onko tää ihan välttämätöntä nyt tääkään tää Cipramix, vai mikä se on?”

- Cipramil?

- Niin. Nii tuota, onks se ihan välttämätöntä. Kyl se on kuule tällases tapaukses, se on... Ei oo, ei oo. Ainoastaan tää ku et jos en ois itse alkannu kyselemään, sitä että, se kun ne puhu et se nostetaan takas. Et onks välttämätöntä nostaa takasin sinne kahteenkymmeneen. Ku omasta mielestä mä ihan hyvin pärjään tällä kypilläkin.” (8)

5.2.3 Arvostelun ja kohtaamisen pelko

5.2.3.1 Toisten potilaiden pelkääminen

Toisiin ihmisiin liittyvät pelot kohdistuivat omaisten ja toisten potilaiden kohtaamiseen. Haastateltavilla oli tunnistamisen pelkoja, kun osastolla kohtasi työn tai vapaa-ajan yhteydestä tuttuja ihmisiä. Myös omaisen vierailu ja käyttäytyminen osastolla pelotti. Pelättiin että omainen arvostelee ja alkaa järjestellä asioita osastolla. Haastateltavat olivat tietoisia myös omaisten ja ystävien peloista, kun he tulivat vierailemaan osastolle. Lisäksi pelättiin sitä, että aikuisille lapsille aiheutuu haastateltavan itsemurhayrityksestä pelkoja, kun lapset olivat löytäneet itsemurhaa yrittäneen.

Toisia potilaita oli pelätty ennen osastohoitoa, päivystysvastaanotolla ja osastolla hoidon alussa. Haastateltavat eivät tieneet minkälaisia muut potilaat ovat. He pelkäsivät, että toiset potilaat olisivat pelottavia ja kummallisesti käyttäytyviä. Pelättiin etenkin sitä, että joutuu kahden hengen huoneeseen sellaisen kummallisesti käyttäytyvän potilaan kanssa, jonka käytöstä ei voi ennakoida ja jota täytyy pitää silmällä koko ajan. Psykkisesti huonovointinen huonetoveri saattoi vaikuttaa haastateltavan psyykkiseen vointiin. Jotkut haastateltavat olivat tulleet osastohoitoon yöllä, eivätkä olleet nähneet muita potilaita.

”Tämmönen päivystys vastaanotto niin tota, niin se mua pelotti et minkälaisia ihmisiä mä silloin näin... Et mä pelkäsin sitä et jos mä joudun semmoseen paikkaan missä on hoidossa kummallisesti käyttäytyviä ihmisiä. Niin tota.

- Pelottiks ne ihmiset sua vai, se että sust tulee samanlainen kuin ne ihmiset käyttäyty?

- *No ei, joo pelotti ne ihmiset, nimenomaan ihmiset pelotti et tota. Että niikun tarkoitan sitä että, että jos, jonkun käytöstä ei ikään kuin voi ennakoida tai... Ja käyttäytyy niiku oudosti. Ja tota. Niin sen tyyppiset ihmiset, mua pelotti. Niiku just tällöinen ajatus että olis esimerkiksi samassa huoneessa, jonkun tällöisen kanssa jota pitäis tavallaan niiku ehkä pitää, silmällä kokoajan.” (12)*

” *Et jouduin, tai että pääsin osastolle.*

- Pelottiko sua silloin?

- *Ihan silloin, alkuun kun mä tulin, ni en mä oikeestaan varmaan, niiku siinä tilanteessa heti pelottannu. Mut siinä ensimmäisenä yönä mä niiku pelkäsin. Mä olin yhden hengen huoneessa ja. Mä laitoin sen oven lukkoon ja. Jotenkin mulla oli sellanen niiku. Silleen et mä en ollu nähny muita potilaita ja. Mä en tienny, millasii potilaita täällä on tai. Mä en... Et ei mulla ollu mitään psykatrisia potilaita kohtaan mitään pelkoja ollu että. Mut tota, varmaan suurin oli et vieras paikka ja vieraat ihmiset. Et tota noin. Olihan se ihan selvää. Tulla tänne ja, pelotti. (3)*

Haastateltavat huomioivat muiden potilaiden psyykkisen voinnin, etenkin sellaisten, jotka olivat näkyvästi psyykkisesti sairaita. Heidän selviytymistään avo-osastolla pohdittiin ja heille pelättiin tapahtuvan jotain, mutta näistä asioista ja havainnoista ei oltu keskusteltu hoitajien eikä toisten potilaiden kanssa. Yleistä oli, ettei tervehditty eikä keskusteltu toisten potilaiden kanssa, vaikka tervehtimistä ja toisten kanssa keskustelua kaivattiin. Kuitenkin muilta potilailta sai tarvittaessa apua, vaikka heidän kanssaan ei keskusteltu. Jotkut potilaat puhuivat omista asioistaan, mutta kun ei puhunut itsestään, huomasi keskustelun katkeavan. Toiset potilaat eivät kyselleet mitään. Koettiin, että sairaalassa oleminen on jokaisen oma asia ja että, jokaisella on omat ongelmansa, murheensa ja pelkonsa. Osastoyhteisössä oleminen koettiin turvallisena. Siellä sai olla oma itsensä ja toimia sen mukaan.

”Ni Aki oli, todella upee jätkä ja, todella upee mies ja tota ni. Akin kanssa juteltiin todella hirveesti asioista. Et kyl niikö, mulle on ollu hirveesti apua ja sit taas ei oo ollu apua et. Et jos, siis on on hirveesti apua on, jos ystävyystyt vaan jonkun kanssa ja, siitähän se on kiinni jos ystävyystyt jonkun kanssa. Siitä saattaa olla eniten apua kuin kenestäkään toisesta... Jotkut joutuu sit alusta sit alusta ni. Joittenkin kaa ja sitte, joutuu tärke, jotkut ei haluu yhtään mitään kertoo. Joutuu sit erilaisis tilanteissa juttuu. Niin tota. Hyvä esimerkki, nyt mul on sellanen huonekaveri mikä, ei millään silleen pahalla, mä tiedän et on ongelmia vaikka minkälaisia ja ja. Hän on vaan, et hän vaan nukkuu kaiket päivät ja ja on niin masentunnu et nukkuu kaiket päivät ja, yöt eikä, eikä saa sanaa sanottua suustaan. Et totta kai semmosesta huonekaverista on ollu haittaa, mutta mulla alkaa olla jo vahvoilla.

- Sekin voi viedä alaspäin.

- Niin kyl semmonen vaikuttaa sit taas. Aivan, se vie omaakin mielialaa alaspäin sit semmonen jos on. Jos sit taas on päinvastoin, oli se Aki, me tultiin hirmun hyvin toimeen, semmonen taas vie sua nii ku ylöspäin ja nopeuttaa varmasti sua, omaa tilaa ja paranemista huomattavasti... Et siihen kysymykseen voi sanoa et on ollu hyöty ja ei ole ollu hyöty et.” (7)

5.2.3.2 Hoitokokousten ja keskustelujen pelko

Oman hoitoryhmän kanssa käytyihin keskusteluihin liittyi erilaisia pelkoja. Ensimmäkin hoidon alussa omien asioiden kertominen pelotti, kun ei ollut tottunut puhumaan niistä. Toiseksi hoitokokoukseen meneminen ja siellä oleminen koettiin pelottavana. Pelko liittyi hoidon jatkumiseen ja tulevaisuuteen. Joidenkin haastateltavien oli vaikea keskittyä hoitokokoukseen ja keskusteluihin, eikä niissä puhuttuja asioita muistettu jälkikäteen. Hoitokokousten pituuteen suhtauduttiin kriittisesti: ne alkoivat myöhässä ja loppuivat ajallaan. Haastateltavat kokivat epäkohteliaaksi sen, että katsotaan kelloa koko ajan. Hoitajat saattoivat todeta, ettei aika riitä ja sitten hoitokokous keskeytettiin.

Oman hoitoryhmän hoitaja ei ollut aina työvuorossa. Muut hoitajat koettiin vieraammiksi ja heille oli vaikeampi puhua. Kontaktinotto hoitajiin oli pelottavaa etenkin hoidon alussa. Haastateltavat pelkäsivät kysyvänsä tyhmiä, kun eivät tunteneet osaston toimintatapoja. Pelkona oli se, että ei osaa käyttäytyä osastolla, että tekee jotain sopimatonta, joka ei kuulu osaston käyttäytymistapoihin. Pelättiin sitä, mitä hoitajat ajattelevat haastateltavasta. Pelättiin myös sitä, ettei muista kertoa kaikkia asioita. Enemmän kaivattiin selvittelyä, syvällisempää keskustelua ja pohdintaa. Haastateltavat totesivat, että toiset hoitajat ottavat asiat tosissaan. Eräs hoitaja ei kuunnellut mitä haastateltava kertoi hänelle pahasta olostaan ja siitä muodostui pelko, ettei tule kuulluksi ja että tulee väärinymmärretyksi. Haastateltava totesi, ettei hän luota hoitajiin, mutta hänen täytyy jonkin aikaa ”katsoa” ja luottaa sen jälkeen hoitoon. Pelättiin, että pystyykö selvittämään asioita ja kasvamaan.

”Ja tota, mut se että, sit tuli pelkoja kyllä ni. Tavallaan sitten niin semmonenkin oikeestaan pitää sanoo. Jostain jotenkin semmonen pelko, et on niin kun, ku pelkää, et ei voi pitää, ei vielääkään voi tai ainakaan siinä vaiheessa voinnu pitää itseään kauheen niiku, hyvänä ihmisenä ja silleen, onnistuneena, ja sit tota... Pelkäs kyl hir... Ainakin mä pelkäsin sitä hirveesti et mitä et, jos mä täällä jotain mokaan. Mä en tarkota et mä mitään, olisin riehunnu tai jotain tehny. Mä tarkotan vaan sitä et, jos mä en, osaa tota niin vieraitten ihmisten, seurassa olla tai jotain... Tai oikeestaan sanotaan niin kun ehkä, ei mitään potilaitten osalta, mut niikun henkilökunnan osalta... Tota niin niin ehkä, ehkä tuli esille täs just täs ensimmäisen päivän hoitokeskustelun. Mä, ahdistuin ja masennuin tosi paljon siitä kun. Mun oman arvion mukaan se meni niiku ihan huonosti. Mä en oikeen kunnol pystynny keskittymään siin. Et tota niin niin.

- Mut olihan se uus tilanne. Sä et ollut oikeestaan kenellekkään puhunnu sun asioita.

- On.

- Ja sit siin oli kolme vierasta ihmistä.

- On.

- Sä oot ihan vieraal maaperällä ja.

- *On, se on ihan... Se on jo ihan, pelkästään jo se. Saatika se et on ollu muuten vaikeeta. Oon nukkunnu huonosti ja oon just, just ollu junanradan varressa kattelee junia, et menis alle ja... Sit siin oli tota vielä, vielä niiku semmonen että, että tosiaan jotakin, jotakin niiku sen tapasta että mä en tiedä liittyks se pelkoihin, tai se osittain liittyy mutta siihen liittyy osittain jotenkin niiku semmonen et, siellä oli kolme ihmistä mua varten pelkästään. Yks kaks kolme. Se kertoo jotankin...*

- Kauhee paine.

- *Nii just sitä, tavallaan niiku semmonen että, suorituspaineita itseasiassa.” (11)*

5.2.3.3 Hävettävä ja leimaava psyykinen sairaus

Haastateltavat käyttivät ilmauksia ”pöpilä” ja ”hörhöjä”, kun puhuttiin psyykkisestä sairastamisesta. Nämä ilmaukset pehmensivät, lievensivät ja toivat huumoria keskusteluun, kun puhuttiin osastolle tulemisesta ja psyykkisestä sairastamisesta.

Haastateltavat eivät olleet tienneet psykiatrisen avo-osaston olemassaolosta. He totesivat, että vastaavista hoitopaikoista pitäisi tiedottaa enemmän, etenkin niiden positiivisista puolista. Psyykinen sairaus ja psykiatrisella osastolla hoidossa oleminen koettiin hävettävänä asiana, mutta eräs haastateltava kertoi, että häpeä hoitoon tulemisesta oli hävinnyt hoidon aikana. Haastateltavat miettivät, että joku muu voi sairastua psyykkisesti, mutta ei itse. Eräs haastateltava kertoi osastolle tulostaan, että oli tullut kummallinen tunne, kun oven yläpuolella luki psykiatrinen osasto. Psyykkisen sairauden ja psykiatrisella osastolla hoidossa olemisen pelättiin leimaavan. Leimautumisen pelko liittyi puolittutujen ihmisten kohtaamiseen ja heidän suhtautumiseensa hoidossa olemiseen. Ei haluttu vieraampia ihmisiä eikä työkavereita osastolle, pelättiin töihin paluuta ja työkavereiden suhtautumista. Pelon ja häpeän tunteet liitettiin yhteen. Pelättiin myös vanhempien ja lasten puolesta. Pohdittiin miten he kestävät haastateltavan psykiatrisen hoidon ja sairastamisen.

”- Pelottiko Sinua tulla tänne?

- No, tavallaan joo. En mä nyt tiedä mul pelko. Mut oli vähän semmonen ni ku. Ihmeellinen tunne, ku siin lukee psykiatrinen osasto, siin oven pääl... Et oonks mä joutunnu nyt pöpilään, tän kaiken lisäksi... Et semmonen tunne oli... Kattelin näitä, näitä ihmisiä mitä oli täällä ja, ja tuli vastaan ni. Ni tuli vähän outo olo kyl. Täytyy sanoo. Ei se että, et mä kuvittelisin olevani parempi kuin muut ihmiset tääl. Mut mä ajattelin et, minne mä oo nii ku joutunnu täs.” (5)

Haastateltavat miettivät mitä on se elämä mihin palaa osastohoidon jälkeen. Osastohoidon pelättiin vieraannuttaneen normaalista elämästä ja siihen kuuluvasta käyttäytymisestä - pelkona oli laitostuminen ja sairaalakierteeseen joutuminen. Psykkisen voinnin pysyvyys ei ollut vakaa olotila. Haastateltavilla oli kokemuksia ja pelkoja psykkisen voinnin huononemisesta ja vaihteluista. Pelättiin psykkisiä sairauksia kuten skitsofreniaa ja maanisuutta. Masennuksen arvioon tarkoitettun kaavakkeen täyttö pelotti, pelättiin kaavakkeen tuloksia. Psykkinen sairaus ja sairastaminen pelottivat, kun sen vaikutuksesta elämään ei tiedetty – ei tiedetty mikä on sairauden ennuste. Todettiin, ettei vielä ole täysin terve, täytyy katsoa mitä tekee – oli kuitenkin usko, että pelko ajan kanssa ”rauhottuu” ja siihen asti eletään pelon kanssa. Pelottavaa oli se mitä tapahtuu osastohoidon jälkeen, jos psykkinen vointi huononee ja joutuu uudestaan sairaalahoitoon tai sairaalakierteeseen. Tämä pelko oli yhteydessä tulevaisuuteen, kun ei tiedä mitä tulevaisuudessa tapahtuu.

”Varmaan se uudelleen, uudelleen sairastumisen pelko, pelko että ei. Ja toisaalta sit tietosesti ajattelee niin et, varmaan tulee olemaan, luulen että, mulla tulee hyvä elämä. Mun persoonallisuudella ja mun taustalla niin tulee niitä olemaan elämässä. Masennusjaksoja. Ei varmaan näin, näin niiku tämmösiä syviä ja synkkiä mut tota. Sellasia pelottavia. Hirveen pelottavaa, et miten tulee, käymään mulle, taikka jos joutuu uudestaan... Niiku et mä vaikka oon neljän vuoden kuluttua täällä, oisin niiku et jään sairaalakierteeseen ja ei saa silleen, et ei saa taas otetta, siitä omasta elämästä. Se on varmaan yks, semmonen, yksi suurin pelko.” (6)

5.2.4 Tulevaisuuden pelko

Tulevaisuuteen ja siellä selviytymiseen liittyi paljon pelkoja. Tulevaisuus nähtiin lähitulevaisuutena. Aika-ajoin haastateltavat elivät päivä, tunti ja hetki kerrallaan, jolloin pelättiin jokapäiväisestä elämästä ja psyykkisestä sairaudesta selviytymistä. Tulevaisuudessa ei useinkaan nähty kiinnekohtaa, tulevaisuus oli avoin.

”- Ni. Eikä kukaan varmaan vastaakaan (tauko). Jollain tavalla pitäis elää nii ku... Päivä kerrallaan mut, tunti kerrallaan mutta. Se on, se ei oo kovin helppoo.

- Ei se oo nii helppoo...

- Et tääl sanotaan että, yritä vaan ajatella vaikka 15 minuuttia jotain muuta ni. Et ehkä mä pystyn ajattelemaan 15 minuuttia jotain muuta, mut ni tuleehan se aina vastaan.

- Mmm... mmm.. Eikä sitä omaan elämäänsä liittyviä asioita pääse karkuun.

- Ei. Et tavallaan toivoisin et olis kristallipallo, et näkisin. Mut se voi olla hyvä et ei näe sitä.

- Niii (naurahdus).

- Sillon voi olla vielä huonommin asiat... No on siel vaikka. Kunhan mä saan nää kädet kondikseen nii. Siel on vaikka mitä... Me asutaan vanhas omakotitalos. Siel ei. Ei siel, jos haluaa tehdä töitä, ni voi tehdä töitä, mutta... On siel nii ku. Jos ei muuta ni voi tehdä vaikka ruokaa ja. Tai jotain muuta mutta. Onhan siellä kuitenkin mulle tuttu ympäristö ja.” (5)

Tietämättömyys tulevaisuudesta pelotti. Pelättiin sitä miten elämää voi jatkaa tulevaisuudessa: pystyykö hoitamaan omia asioitaan ja itseään, saako otteen elämästä. Haastateltavat eivät voineet varmasti luottaa itseensä, he pelkäsivät, että voivat yrittää itsemurhaa vielä. Tulevaisuuteen ja hoitoon liittyen ei tiedetty hoitoajan pituutta, hoidon päättymisajankohtaa eikä sitä, mitä tulevaisuus tuo tullessaan. Epävarmuus ja tietämättömyys tulevaisuudesta pelotti. Pelloissa konkretisoituivat yksin elämisen, psyykkisen sairauden ennustamattomuuden, asunnon löytymisen, taloudellisen selviytymisen ja töihin paluun pelot. Muita tulevaisuuden pelkoja ei täsmennetty, se oli yleistä pelkoa tulevaisuudesta.

”- Oikeestaan voisko olla sit niinkin, noissa peloista selviytymisestä niin. Öö. Jossakin vaiheessa muistan niin muistan kaiken hyvin, ja kaikkee. Totta kai ne jää, jää niiku taustalle mut. Ehkä, ehkä siin oli pakko kuitenkin tehdä niin. Yrittää, keskittyy siihen. Et tota, mitä on täs lähitulevaisuudessa... Toki, mun täytyy sanoo et mä oon siin aika taitava. Ja siit nää mun ongelmat osittain johtuukin et. Mä oon niiku elänny elämäni sillä tavalla et mä oon niiku aina siirtänny syrjään ja.

- Mmm.. Ne on vaan jääny sinne.

- Niin ne on jääny. Että se.

- Tai ne kulkee mukana.

- Se vaara siin on.

- Eihän niitä, ei voi... Niin. Voi laittaa syrjään, mut mun mielest ne kulkee mukana sit.

- Nehän kulkee. Samahan mulla, mullahan on vielä selvittämättömiä asioita... Vaikka mulle on tosi paljon selvinny mun asioita.” (11)

5.3 Peloista selviytyminen

Keskustelu peloista selviytymisestä koettiin vaikeaksi ja haastateltavien oli vaikea ymmärtää mitä sillä tarkoitetaan. Peloista selviytymistä oli vielä vaikeampi käsittää, kuin kysymystä siitä mitä pelko tarkoittaa. Keskustelu peloista selviytymisestä liittyi selkeästi pelkoihin ja tähän keskusteluun liitettiin harvemmin jännittämistä tai ahdistusta. Peloista selviytymisestä keskusteltaessa puhuttiin myös psyykkiseen sairauteen liittyvästä selviytymisestä ja tulevaisuudessa selviytymisestä yleisesti. Haastatteluja analysoitaessa pyrittiin erottamaan eri asioista selviytymiset toisistaan. Tutkimustehtävän mukaisesti oltiin kiinnostuneita peloista selviytymisestä ja haastatteluaineistoa tarkasteltiin siitä näkökulmasta.

Peloista selviytymisen keskeiseksi tekijäksi muodostui osastohoidon kokonaisuus sekä siihen kuuluva keskusteluhoito ja hoitokokoukset. Saatu tuki koettiin merkitykselliseksi peloista selviytymisessä, etenkin ystävien ja omaisten tuki. Haastateltavat pohtivat lääkkeiden ja masennuksen vaikutusta peloista selviytymiseen. Myös osastolla järjestetty yhteinen sekä oma

toiminta koettiin peloista selviytymiseen vaikuttaviksi tekijöiksi. Toivo liittyi tulevaisuuteen ja peloista selviytymiseen. Toisaalta tulevaisuudesta ei tiennyt, se oli epävarmaa, mutta samalla keskustelusta tuli esille luottamus ja toivo tulevaisuudesta. Toivottiin, ettei koskaan joutuisi vastaavaan tilanteeseen uudestaan. Haastateltavat kuvasivat haastattelun aikaista tilannettaan toiveikkaaksi. Selviytymistä kuvataan seuraavissa luvuissa.

5.3.1 Avo-osastohoidon turvallinen kokonaisuus

Peloista selviytymisessä osastohoidon keskeisiksi tekijöiksi muodostuivat keskusteluhoito ja hoitokokoukset, tiedon saaminen, turvallisuuden tunne ja osastolla hoidossa oleminen. Haastateltavien oli vaikea erotella mikä hoidossa oli auttanut. Jo se, että oli pystynyt olemaan osastolla oli auttanut. Auttaviksi tekijöiksi nimettiin läheisten ihmisten tuki, keskustelut hoitajien ja toisten potilaiden kanssa, lääkitys ja sähköhoito. Haastateltavat totesivat yksimielisesti, että yksin ei olisi selviytynyt. Myös ”pysähtyminen”, ”asettuminen” ja ”rauhottuminen” osastohoitoon olivat merkittäviä tekijöitä selviytymisessä.

Osastohoitoon tuleminen koettiin oikeaksi ratkaisuksi, osasto oli hyvä paikka, joka oli estänyt masennuksen syvenemisen ja itsetuhoisuuden. Haastateltavat tunsivat, että osastohoitoon oli tultava, koska psyykinen vointi oli niin huono, ettei hoitoon tuloa voinut siirtää päivälläkään – näin voitettiin osastohoitoon tulemiseen liittyvät pelot. Todettiin, että onneksi on tällaisia hoitopaikkoja.

Hoidon myötä oli tullut kokemus, että selviytyy psyykkisestä kriisistä ja peloista – selviytymisen tunnetta ei ollut osastohoitoon tultaessa. Etenkin ne haastateltavat, joilla oli ennen hoitoa ollut negatiivinen mielikuva osastosta, olivat yllättyneet osastohoidosta positiivisesti. Haastateltavat kertoivat, että heihin oli suhtauduttu ystävällisesti ja kohdeltu arvokkaina ihmisinä niin, että tuli kokemus, että on jotain ja ihmisarvo on olemassa. Tämä oli ollut yllättävä ja hyvä kokemus masentuneille ja itsetuhoisille haastateltaville. Haastateltavat kertoivat tilanteista osastolla, jotka olivat olleet epävirallisia ja joissa he olivat saaneet ylimääräistä huomiota, esimerkkinä ylimääräisen ruoan tarjoaminen.

”Joo, odotti se, odotti sitä et pääsee puhumaan. Jollon tuli just se et mä sanoin et ihan nii ku olis tullu kuolema, helkkari et olis tarjottu useampia semmosia hetkellisiä kontakteja. Yks näis hoitajista, nii halus muuten vaan, on nyt vuorossa kans mutta se niin ku laulelee ja. Se ikään ku asuu täs koko ajan, eee, jotenkin se on aika välittömän tuntunen, muuten mä en oo ollu yhteydessä, sen kanssa tekemisissä. Mut, mut tos se nii ku kuljeskelee niin ku. Päivällisestä oli silloin ensimmäisenä päivänä jäännä, silloin joltain makkaraa. Ottasitko? Hän kysy et ota tost äkkii yks makkara? Semmonen tietynlainen, semmonen niin ku, vähän pikkunen hoiva. Kun sä oot uus ihminen, tulee, niin katotaan, huomataan.” (5)

Osasto koettiin turvalliseksi paikaksi, siellä koettiin oltavan ”valvonnassa” itsetuhoisuudelta. Välittämiseksi ja turvallisuutta lisääviksi kuvattiin ilta- ja yöhoitajien käymiset huoneissa. Etenkin illalla tehdyt kierrot oli koettu positiivisesti. Yökierrot häiritsivät unta ja haastateltavat miettivät niihin vaihtoehtoista ratkaisua. Osastohoito lisäsi turvallisuuden tunnetta etenkin silloin, kun pelot liittyivät kotona olemiseen tai muuhun osaston ulkopuoliseen maailmaan. Osastolta oli käyty lomalla kotona ja hoitamassa asioita. Lomat koettiin psyykkisesti ja fyysisesti raskaiksi, ne vaativat paljon. Osastolle palaamista kuvattiin turvaan tulemiseksi. Eräs haastateltava oli vahvasti sitä mieltä, että ensimmäisen loman pitäisi olla lyhyt, vain käväisy kotona.

”- Et mullakin oli muistaakseni ensimmäinen loma oli, heti yöloma niin. Mikä oli tosi huonoo et, mul oli tosi ahdistava fiilis, kun mä tulin tänne takas ja. Mul oli tosi vaikeeta silloin et, se oli niiku ihan väärä ratkasu silloin. Päästä heti, heti ensimmäiseks yölomalle kyl se niikö. Mä oon täällä jutellu just muitten muitten, potilaitten kans ja, ni kaikki sanoo ihan samaa et et ensimmäinen loma tuntuu aina ihan liian pitkälle, et. Et se pitäis olla parin tunnin käväisy kotona ja siit sit siit takas... Ehkä ensimmäiset kaksii, kotikäyntiin pitäis olla ihan. Ihan tosi lyhkäsii, sen verran et siin ehtii käymään just kotona ja olla pari kolme tuntii tulla sit takas. Et että. Koska kyl niikö. Koska kyl niikö taustat, mitkä mullakin on ollu, ni kyl sinne kotiin, kotiin niiku liittyy niin paljon pelkoja, vielä ja, ahdistusta ja kaikkee, ikävää tunnetta. Ni kyl on tää ollu tosi ikäviä, tunteita et. Kyl ne siin et ei siin, et ensimmäiset ensimmäiset kotilomat vois olla ihan lyhyitä käväysjä.

- Sehän on se et, ei ne kuitenkaan sieltä mihinkään häviä vaikka ite on pois.

- Ei ne häviä sieltä. Et tota. Et se on ainut asia mikä olis voinnu olla erilaila mikä ois voinnu olla erilaila. Ainakin se ensimmäinen loma pitäis olla, ihan lyhyt, lyhyempi. Ei missään nimessä suoraan lähetetä kotiin. Ensimmäisellä kerralla kotiin. Et kyl, kotiin liittyy pelkoja siis. Mut kyl niiku nytkin, tääkin taas tuntu, helpommalta kerralta olla kotona ku edellinen kerta, et kyl se niikö on.” (7)

Selviytymiskeinona mietittiin hoitoa osastolla ja sitä, miten hoito etenee ja miten hoito auttaa, vai auttaako – se ei ollut vielä varmaa kaikille haastateltaville. Osastohoitoon pääsy ja hoito osastolla koettiin tärkeäksi. Haastateltavat kuvasivat tilannettaan niin, että he tarvitsivat apua. Osastohoito koettiin tilaisuudeksi parantaa psyykkistä vointia. Haastateltavat sanoivat, että jos tietäisi, että tulisi psyykkisesti pysyvästi kuntoon, niin muita murheita ei olisikaan. Eräs haastateltava kertoi, että pelot olivat jääneet osastolle ja ilman hoitoa hänellä menisi psyykkisesti huonommin. Toinen haastateltava kuvasi, että nyt täytyy edetä hitaasti ja luottaa sen hetkiseen psyykkiseen vointiin. Toisaalta täytyy hyväksyä, että ajoittaiset psyykkiset huonommat kaudet kuuluvat vielä asiaan ja jonkin ajan päästä niitä on vähemmän ja lievempinä. Hyvän olon kuvattiin tulevan pienistä asioista ja niistä nauttimisesta, tällaisena mainittiin mm. hyvin nukuttu yö. Käänte psyykkisesti parempaan tapahtui lyhyessä ajassa ja sen jälkeen edettiin nopeasti. Tämä oli iso muutos haastateltaville.

Tietoa oli saatu kirjallisesti, hoitajien keskusteluista, toisilta potilailta ja itse etsimällä. Tiedon saaminen ja sen tarve vaihtelivat ääripäästä toiseen, toiset olivat saaneet tietoa tarpeeksi ja toiset kokivat, että tietoa oli tullut liian vähän. Yleinen toteamus oli, että he kysyvät hoitajilta, jos tarvitsevat lisää tietoa. Liikaa ja tarpeeksi tietoa saaneet kokivat, että kaikki oli kerrottu yksityiskohtaisesti ja oli tullut myös turhaa tietoa. Tietoa riittävästi saaneet olivat saaneet sen tiedon minkä olivat halunneet ja tarvinneet. Ne, jotka olisivat tarvinneet enemmän tietoa, olisivat halunneet puhua enemmän hoitajien, lääkärin ja sosiaalityöntekijän kanssa. He totesivat, että saadulla tiedolla oli pärjätty, mutta enempi tieto ei olisi haitannut. Lisätieto ja tuki olisivat vähentäneet pelkoja ja yleisesti psyykkisen voinnin kohenemiseen. Lisäksi ne olisivat rauhoittaneet ja tuoneet selkeyttä hoidossa olemiseen. Jotkut haastateltavat totesivat, että kaikkea tietoa ei saa osastolta vaan hoito jatkuu avohoidossa, josta tulee lisää tietoa.

”(Huokaisu) Se on hyvin epämäärästä että. Ei paljon ollu tietoa siitä mitä tapahtuu, huomenna, mitä tapahtuu tänään. Et niiku itsestään ei, kun ei osannu

kysyä eikä. Niin tota, ei kyl saannu sitä tietoa... Enemmän kaipas sitä semmosta tietoa et, nyt ollaan menossa tässä, nyt tehtäis tällä tavalla. Niiku se eteenpäin meneminen niin se, on ollu kaikkein suurin kitka tässä, et tota. Ei ole tienny huomisesta eikä. Ja lääkkeet on ihan outoja ja uusia ja. Mul tosin on hirveän vähän lääkkeitä et. Mul ainoastaan on kymmenen millitä, rauhoittavaa, päivässä, et se on ihan se minimaalinen todennäköisesti, puolikas, annos niin. Et sekin olis ollut parempi saada tietää niistä, hoitosuunnitelmasta. Et vaikka sä istut, tökkyrässä ensimmäisenä päivänä tuolla ja, kuuntelet hoitosuunnitelmaa niin sehän menee yli, ihan ku käenpesän. Et ei siin, pysty yhtään... Yhtään. Ni eikä muista. En mä ainakaan, nyt mun tytär on onneks päässy mukana ni. Niin tota hänen kanssaan ollaan purettu, näitä asioita niin, ni hän sit sanoo et, siitähän puhuttiin. Ja mulle se oli aivan uusi asia ku. Eilen just keskustelin ton, oman hoitajan kanssa niin, sillä oli sellasia asioita ku Tarja sano et, niistähän on puhuttu, mun tytär.” (8)

Osastohoitoon liittyvistä pelosta selviydettiin hoitoon tulella ja pelot kohtaamalla. Myös toisiin potilaisiin liittyvistä ja kahden hengen huoneessa olemisen peloista oli selviydytty kohtaamalla ne. Toisten potilaiden katseleminen oli auttanut. Osa haastatelluista oli kokenut toiset potilaat tärkeinä ihmisinä, joiden kanssa pystyi puhumaan. Vastaavasti toiset haastateltavat halusivat olla yksin, omassa rauhassa omien ajatusten kanssa. Haastateltavat olivat kokeneet, että osastolla voi olla oma itsensä ja käyttäytyä sen mukaan millaiseksi tunti olonsa. Haastateltavat olisivat halunneet tietoa siitä, minkälaisia potilaita osastolla hoidetaan, jotta toisia potilaita ei tarvitsisi pelätä. Tarkkailtuaan toisia potilaita haastateltavat kuvasivat heitä normaaleiksi ja masennuksen takia hoidossa oleviksi tavallisiksi ihmisiksi.

”Mä jouduin niin ku menemään elämään tonne muiden sekaan ja tota. ... Ei tullu mitään voi ei tai ei tullu et tää on just sitä mitä mä aattelin tai ei tullu helpotustakaan. Vaan mä olin kauheen varovaisest liikkeel et, mä istuin telkkarihuonees ja kävin tupakal, ja kuuntelin ihmisten puheita ja odotin nii ku. Olin kauheen odottavalla kannalla, et mitä täst ilmenee nii ku ihmisten puheissa. Et millasii ihmisii nää nii ku on. Ja tota. (tauko) Kaikki ihmiset on ollu nii ku, hyvin normaaliolosisa, se on ollu nii ku tosi helpottavaa nii ku. Mä oon ainakin todennu nää ihmiset ihan normaaleiks (naurhdus).” (4)

Tulevaisuudesta ja hoidon päättymisestä puhuttaessa todettiin, että elämä on varmalla pohjalla, myös jatkosuunnitelmia oli tehty – oltiin valmiita lähtemään pois. Sellaista tietoa osastolta ei oltu saatu miten välttää psyykkisen voimien huononemista ja siten osastohoitoa. Toivottiin suunnitelmaa ja tietoa siitä mihin voi ottaa yhteyttä, jos psyykinen vointi huononee ja tarvitsee osastohoitoa tai muuten kiireisesti psyykkistä keskustelua. Kaikki haastateltavat totesivat, että he olivat saaneet apua osastohoidosta ja apua haetaan sieltä vastaisuudessakin, jos tarvitaan. On turvallisempi olo, kun tietää, että osasto on olemassa.

5.3.2 Tärkeä ja merkityksellinen tuki

Tuen saamisessa tehtiin selvä ero siitä, tuliko tuki henkilökunnalta vai läheisiltä ihmisiltä. Keskeisenä tuen muotona olivat omaisten lisäksi keskustelut oman hoitoryhmän kanssa sekä hoitokokoukset. Osastohoidon jälkeen tukena on avohoito. Toisilla haastateltavilla oli avohoidosta kokemuksia jo ennen osastohoitoa, mutta joillakin haastateltavilla oli hoito vielä niin alussa, ettei jatkohoitoa oltu suunniteltu. He vasta kyselivät mitä avohoito tarkoittaa mutta, silti heilläkin oli varmuus siitä, että he jatkavat hoitoa avohoidossa. Toisaalta avohoitoon luotettiin, mutta samalla pelättiin, ettei avohoito auttaisikaan ja epäiltiin sitä, miten psyykinen tasapaino kestää. Tarvittiin tietoa kirjallisina esitteinä ja suusanallisesti sekä henkilökohtaista suunnitelmaa avohoidosta: mitä se on, missä se on ja mitä siellä tapahtuu. Lisäksi tarvittiin tietoa hoidon etenemisestä ja hoitoajan pituudesta, jotta voisi suunnitella jatkohoitoa ja tulevaisuutta. Osa haastateltavista koki, että ”jatkokuviot” ovat selvät ja elämä menee eteenpäin osastohoidon jälkeen, he olivat valmiita lähtemään osastolta pois. Eräs haastateltava kertoi, että hän on yllätynyt, kun on jo lähdössä pois osastolta.

Ennen osastohoitoa ja hoidon alussa osa haastateltavista kertoi, että ajatteli, ettei tarvitse kenenkään tukea eikä apua, joten silloin sitä ei kaipaakaan. Hoidon edetessä ajatukset olivat muuttuneet ja saatu tuki oli koettu tärkeäksi ja merkitykselliseksi. Haastateltavat kokivat, että tuen pyytäminen hoitajilta oli vaikeaa. Yksi haastateltava ei kaivannut tukea hoitajilta, hän kuvasi sen selkään taputtamiseksi – hänen tukijanaan oli aviopuoliso.

5.3.2.1 Läheiset ihmiset

Perhe, omaiset ja ystävät auttoivat peloista selviytymisessä olemalla mukana ja tukemalla pelottavissa tilanteissa sekä keskustelemalla niistä niin kasvotusten kuin puhelimestakin. Haastateltavat nimesivät ystävät ja läheiset ihmiset, joiden tuki oli heille merkityksellistä. Parisuhteessa elävillä ja juuri eronneilla keskeisenä tukijana oli puoliso, joka ymmärsi tilanteen parhaiten. Aviopuolison kanssa oli tehty yhteisiä päätöksiä, että eletään ja selvitään yhdessä peloista ja muistakin vaikeuksista. Toisaalta mietittiin, että jaksavatko läheiset tukea.

Läheisten ihmisten tuki koettiin tärkeimmäksi, koska heidät oli tunnettu pidempään ja he ovat tulevaisuudessakin tukena. Läheisiin ihmisiin luotettiin, koska he välittävät asioista. Läheiset ihmiset olivat auttaneet hoitoon tulemisessa ja he tukivat hoidossa olemista. Läheiset ihmiset olivat tukena vähentämässä itsetuhoisuutta ja lievittämässä osaston ulkopuoliseen maailmaan liittyvissä peloissa. Osastohoidon myötä läheiset ihmiset olivat ymmärtäneet psyykkistä sairautta ja he osasivat suhtautua paremmin asioihin. Myös haastateltavat olivat oppineet läheisten ihmisten kohtaamista ja oman tilanteen sekä sairauden ymmärtämistä. Läheisten ihmisten takia yritettiin selviytyä ja varsinkin lasten kannalta osastohoito koettiin turvapaikaksi.

”Ainakin sukulaisten niin kun, reaktio oli niin vahva... Ne oli oikeestaan pettyynny etten mä ollu niiku, kertonnu niille, älynny kertoa niiku, että se niiku on niin paha, siskolle. Se olis voinnu auttaa paljon, paljon paljon aikasemmin.” (10)

5.3.2.2 Hoidolliset keskustelut

Tuen saamisesta keskusteltaessa arvioitiin saadun tuen riittävyttä. Hoitoryhmältä saatuun tukeen oltiin tyytyväisiä ja se koettiin riittäväksi, vaikka saadun tuen määrä vaihteli ääripäästä toiseen. Toiset arvioivat saaneensa tukea tarpeeksi ja toiset sanoivat, etteivät olleet saaneet tukea, mutta eivät sitä tarvitsekaan. Eräs haastateltava arvioi, ettei hänen hoitonsa ole vielä siinä vaiheessa, että saisi keskusteluista tukea. Tuen saanti vaihteli myös eri asioissa, joihinkin asioihin oli saanut tukea ja toisiin asioihin taas ei.

Hoitokokous auttoi etenkin tulevaisuutta koskevilla peloilla. Hoitokokouksessa auttavana ja keskeisenä tekijänä oli puhuminen, jonka avulla purettiin pelkoja. Toisaalta puhumisen koettiin auttavan ja toisaalta puhuminen oli vaikeaa ja kiusallista hoitokokouksessa, jossa oli vieraita ihmisiä. Hoitokokoukseen osallistuvien määrää oli mietitty, toiset kokivat, että hoitokokouksessa tulisi olla vain lääkäri ja toiset painottivat oman hoitoryhmän hoitajien mukana olon tärkeyttä. Kun oli taloudellisia vaikeuksia, niin hoitokokoukseen kaivattiin sosiaalityöntekijää. Haastateltavat kertoivat, että hoitokokouksessa puhuttiin ”oikeita” asioita. Siellä selvisi monia asioita: pohdittiin hoitoaikaa ja hoito sai suuntaa, hoitokokous selkiytti ajatuksia, hoitoa ja tulevaisuutta.

”En mä niin ku. Se, se et kuitenkin se et. Ku se et viimeeks, viimeeks just tässä, täs kyseises hoitokokouksessa, tuuletin aika hirvittävästi. Että tuli kauhee ryöppy ja. Kuitenki purin sitä, tätä pelkoa siinä tilanteessa, tota nii. (Tauko.) Sit sen jälkeen viel oli aika semmonen. Sit rupes hirveest hävettää, et mitä kaikkii, mitä tuli höpötettyä. (Naurahdus.) Et jotenki mun kohdal niin ku, kaikki on hirveen vaikee, on kauheen vaikee sanoo et silleen, tota, et tietyl taval justiinsa semmonen välittömyys tai semmonen. Just näitä tämmösii pienii et makkaraa tarjotaan et, jotain, potilas tykkää olla. Ja tykkää et huomataan. Semmonen sit, ei oo niin kauheen virallist. Sit just tommosissa tilanteissa, joissa, hoitoneuvottelussa jossa ne kaikki työntekijät (naurahdus) ja sä avaudut, oikeestaan jotenkin ite selittää semmosii asioita, siin tulee esille asioita, joita ei itekkään oo ajatellu vielä. Se on vähän niin ku kävelee omaan huoneeseen, niin sit rupee tulemaan, ainakin mun kohdalla niin vähän rupee hävettämään. Et ei haluu näyttää naamaansa

(naurahdus). Mut, mulle se pelko, se pelko tuli naurunryöpsähdyksenä. Et ei, ei. Se niin, ku puhutaan tää ulos tai muuta. Jolloin heidän reaktionsa oli, et mikset tullu sanomaan sitä meille. En mä nyt osaa sanoo, miksen mä tullu sanomaan. Silleen et niin ku tietää et. Kuitenki.” (2)

Ajattelua kuvattiin eri näkökulmista selviytymiskeinona. Eräs haastateltava pyrki siihen, ettei ajattelisi liian paljon pelottavia asioita, vastaavasti toinen kertoi että ajatteli tietoisesti pelkoja aiheuttaneita asioita. Myös hoidon koettiin laittavan ajattelemaan enemmän: ei ole muuta mahdollisuutta kuin miettiä ja ajatella. Eräs haastateltava kuvasi, että hän tekee itse työtä alitajuisesti. Hoitokeskustelut auttoivat ja hoitokokouksessa asiat ”loksahtelivat” paikoilleen oman ajattelun myötä. Suurin osa haastateltavista ei käyttänyt ajattelua tietoisesti selviytymiskeinona. Aikaisemmin saatu tieto palautui mieleen vähitellen ja asioita mietti pikkuhiljaa sen hetkisen voinnin mukaan. Kaikkea saamaansa tietoa ei pystynyt käyttämään heti hyödyksi. Etenkin hoidon alussa ajatukset olivat kaoottisia ja sekavia, johtuen huonosta psyykkisestä voinnista, silloin ei voinut ajatella johdonmukaisesti. Peloista selviytymistä kuvattiin niin, että on oma itsensä ja tietää mitä ajattelee ja ajatukset ovat selkiytyneet.

”Oonhan mä, oon mä siis. Nyt mä oon. Mä en edes muista koska mul on ollu tällanen olotila tai, et mä oon oma itteni et et. Et mä tiedän mitä mä ajattelen et et. Siit on tosi pitkä aika et, oikeestaan viime vuoden loppu oli tosi ahdistavaa ja. Mul alko joskus viime kesänä alko sillon ensimmäisen kerran. Alko masennus ilmenee, ja siit se sit vaan paheni sinne syksyyn ja.” (7)

”- No kyllä se niiku varmaan osittain helpottikin mut sit ku oli niiku, sellanen normaalin, tekemisen eron suhde ni, ne meni ihan silleen sekasin. Sit halus olla rauhassa ja, ei tee yhtään mitään, et on masentunnu. Sisältä mä olin.

- Ei pystynny keskittymään?

- Niin, et varmaan sitä pelkoo niitä omia ajatuksia kohtaan ni. Niitä olis voinnu purkaa ajattelulla kyl ois ajatellu vaan asioita.” (6)

Kun pelot liittyivät siihen, mitä haastateltavat ajattelivat hoitajien ajattelevan hänestä, niin peloista selviytyminen vaihteli. Toiset haastateltavat olivat selviytyneet pelosta, he eivät enää miettineet

mitä hoitajat ajattelivat hänestä. Toiset taas miettivät usein ja eri tilanteissa mitä hoitajat ajattelivat hänen toiminnastaan ja olemisestaan osastolla. Hoitajien ajatteluun liittyvät pelot olivat yhteydessä hoitoajan pituuteen. Hoidon alussa mietittiin enemmän mitä hoitajat ajattelevat ja hoidon lopussa sillä ei enää ollut niin paljon merkitystä.

Osastohoidon keskeisenä auttavana tekijänä oli keskustelu oman hoitoryhmän hoitajien kanssa, koska silloin ei tarvinnut kertoa kaikille aina alusta asti uudestaan samoja asioita. Pelko väärinymmärretyksi tulemisesta pieneni, kun puhui tutulle hoitajalle johon luotti ja joka osasi nostaa esille keskustelusta oikeita asioita. Tämä lisäsi luottamusta ja puhuminen oli helpompaa. Omasta hoitoryhmästä oli välittynyt tunne, että välitetään oikeasti ja halutaan auttaa. Hoitoryhmässä oltiin iloisia, kun haastateltavalla meni paremmin. Etenkin hoidon alussa keskusteltiin päivittäin hoitajien kanssa. Hoitajien kanssa käytiin keskusteluja sekä etukäteen sovitusti että tilanteen ja tarpeen mukaan silloin kun pelko oli suurimmillaan ja/tai psyykkinen vointi oli huonompi. Spontaaneja keskusteluja, joita ei oltu sovittu etukäteen, kuvattiin paljon. Keskusteluissa auttoi puhuminen, mikä vähensi pelkoja. Toisaalta saattoi puhua sellaisiakin asioita, joita katui myöhemmin. Keskustelun aikana oli toisia ihmisiä lähellä, tämä koettiin tärkeäksi asiaksi. Merkittävä auttava tekijä oli se, että voi aina mennä keskustelemaan hoitajien kanssa. Vain muutama haastateltava kertoi, että oli vaikeaa mennä pyytämään apua itselle. Eräs haastateltava totesi, että hoidon alussa oli ollut koko ajan kysymässä hoitajilta ongelmistaan, hän sanoo olleensa vaativa ja hankala potilas.

”Ja aina on joku yks niistä hoitajista töissä että. Et et. Kyl mä niiku sanoisin et. Mä oon saannu tukee ihan hyvin että. Ihan hirmusesti, hirmusen älyttömän hyvin et nää hoitoryhmän hoitajat kysyny että. Kysyy sun vointia ja ja että halua hirmun usein ottaa semmosii pienii jutteluihin. Just pikkaseks aikaa jonnekin huoneeseen juttelemaan että. Ja kaikkee tämmöstä. Kyl niikö, kyl semmosta, se et et. Se on että kyl semmonen tunne tulee että niikö, että että, et ne välittää oikeesti ja haluaa auttaa sut kuntoon ja. Ja on ilosia jos jos sul menee paremmin ja.” (7)

Keskustelun aikana tuli laajempi näkökulma asioihin. Eräs haastateltava kuvasi kuinka hän oli oppinut hoidon myötä puhumaan omista asioistaan. Vapauttavana koettiin se, että kaikkea ei

tarvinnut kertoa yhdellä kertaa, asioistaan voi puhua sen mukaan miten jaksaa ja keskustelut jatkuvat avohoidossa.

Keskustelu hoitajien ja hoitoryhmän kanssa hoitokokouksissa oli merkittävä tuen muoto pelkoihin. Toisaalta jotkut haastateltavat toivat esille, että he eivät ole saaneet tarvitsemaansa apua keskusteluista. Synä mainittiin keskustelujen etenemättömyys, kun hoitajien ja lääkäreiden vaihtumisesta johtuen joutui aina puhumaan samat asiat alusta alkaen uudestaan, eikä hoito edennyt. Haastateltavat huomauttivat, että hoitajan persoonallisuus ja työhön leipääntyminen vaikuttivat keskustelujen ja hoidon sisältöön. Leipääntyneiden hoitajien kanssa ei haluttu olla tekemisissä. Yleensäkin hoitajilta kaivattiin enemmän sosiaalisuutta. Keskustelut olivat jääneet lyhyiksi hoitoryhmän tiukan aikataulun takia. Selvittelyä, sairastumisen syiden pohtimista sekä syvällisempää keskustelua kaivattiin enemmän. Kahdenkeskisissä keskusteluissa olisi tarvittu hoitokokouksen kertausta, koska hoitokokouksen jälkeen ei muistettu kaikkia puhuttuja asioita. Keskustelujen vähäisyyttä pohdittaessa päädyttiin siihen, ettei niitä voi koskaan olla liikaa. Jos hoitoryhmässä ei ollut vaihdoksia, koettiin se tutuksi ja hoito eteni keskustelujen avulla.

”...et tarjotaan että voidaan mennä 15:sta minuutiks juttelemaan niin. Niin, on se 15 minuuttiakin jotain et jos sä juttelet 15 minuuttia, joka päivä eri ihmisen kanssa. Kerkeet puhua ne samat asiat että... Että. Et et ainakin tää on et mielummin sais olla samojen ihmisten kanssa tekemisissä.” (12)

”Tota (hiljaisuutta). En mä tiedä. Ei me olla päästy siihen vaiheeseen vielä... Mun mielestäni. En mä tiedä niiku. Lähinnä se on, niin et he kyselee ja, mä vastailen, ei tai juu. Sillälailalla, en oon saannu tukea vois sanoo... Mut en mä tiedä sitte, tarviinko mä sitä myöskään. Ehkä mä en oo saannu sitä sen takii kun, ehkä se on katottu et mä en tarvitse sillälailalla, selkään taputtamista ja näin... Ehkä mä en tarvitsekkaan... Ei musta. Sanotaan näin et. Musta ei tunnu, että mä en olis saannu, tukea. En mä voi sanoa et mä kokisin et mä olisin saannu tukea... Mut ehkä mä en kaipaakaan sitä tukea... Niin. En mä ole saannu sitä, mut ehkä se on hiffattu et niiku, ei kauheesti kaipaakaan, sitä. Sitä ei ole sit annettu... Ehkä se on menny näin, hyvin. Mä oon kuitenkin tyytyväinen tähän asiaan.” (9)

5.3.3 Lääkkeet ja masennus pelkojen vähentäjinä

Lääkkeitä käytettiin tukena osastohoitoon tullessa ja osastohoidon aikana vähentämään osastohoitoon liittyviä pelkoja. Jotkut haastateltavat totesivat, etteivät lääkkeiden käytön takia pelänneet niin paljon osastolle tuloa. Useimmille haastateltaville lääkkeet olivat uusia ja outoja ja niistä tarvittiin lisää tietoa, ettei niitä tarvitsisi pelätä. Jotkut haastateltavat pelkäsivät tulevansa lääkkeistä riippuvaisiksi, vaikka hoitoryhmä oli kertonut ettei se ole mahdollista. Lisäksi haastateltavat miettivät kuinka pitkään lääkitystä käytetään. Useimmat haastateltavat kuvasivat tilanteita, että lääkehoito pitäisi saada kohdalleen tai miten se oli jo saatu kohdalleen.

Ahdistuksen ja pelon ero tulee esille siinä, että ahdistus voi liittyä masennukseen, mutta pelko ei välttämättä liity masennukseen. Eräs haastateltava totesi, että masentuneena asiat eivät tunnu niin voimakkailta, joten pelontunnekin vähenee tai se ei tule esille. Näin ollen masennus voi olla peloista selviytymiskeinona. Masennuksesta tarvittiin lisää syvällisempää tietoa, etenkin muiden masentuneiden ihmisten kokemuksista sekä tulevaisuudenennusteesta haluttiin tietää.

Haastateltavat olivat kokeneet, että pelon ja ahdistuksen erottaminen toisistaan oli vaikeaa, joskus jopa mahdotonta. Erottamisen vaikeutta kuvastaa se, että ahdistus kuvattiin voimakkaaksi pelkotilaksi. Haastateltavat totesivat yksimielisesti, että ahdistuksen tunnistaminen itsessä voi olla vaikeaa ja tunnistamiseen voi mennä pitkä aika. Ahdistuksen tunnistamista vaikeuttaa sekin, että aina ei tiedä ahdistuksen syytä: mikä ja miksi juuri sillä hetkellä ahdistaa. Kun ahdistuksen tunnistaa, niin pelon ja ahdistuksen pystyy erottamaan selvemmin toisistaan. Ahdistus kuvattiin peloksi, jolla ei ole kohdetta ja jota on vaikea tunnistaa. Pelosta voi kehittyä ahdistus. Ahdistus eroaa pelosta ja jännittämisestä siten, että ahdistuksella ei ole kohdetta. Paniikintunne, hermostuneisuus ja stressi liittyvät ahdistukseen.

”– Et tota. Ne piti sen loitolla että. Mä tarvitsin jotenkin viikonloppuna kipeemmin niitä lääkkeitä, kuin nytten. Et tota. (Hiljaisuutta.) Mä en nii ku kokennu ahdistusta tänne tulosta. Mut se voi olla hyvin pitkälle siitä että, et tosiaan nii ku ne lääkkeet suojas siitä, että.

- Mitkä on pelon, pelon ja ahdistuksen yhdistäviä tekijöitä ja erottavia tekijöitä?

- Pelko liittyy enemmän johonkin konkreettiseen asiaan kuin ahdistus. Ahdistus liittyy semmisiin abstrakteihin tai. Itse nii ku. Tai omiin nii ku asioihin nii ku... On eroa. On, on. Se ahdistus on nii ku semmonen että, sitä ei pysty nii ku järjellä voittaa. Pelon voi yrittää järjellä voittaa. Et nii ku, sä tiedät mitä pelkää. Tai ainakin mä yleensä tiedän, mitä mä pelkään. Mut mä en tiedä mikä mua ahdistaa. Tai nii ku, olla hirveesti erilaisia syitä, et se on nii ku niiden sekamelska, jollain tavalla nii ku että.” (4)

Ahdistus tuntuu yleisenä huonona olona, tuskaisuutena, puristavana pahanolon tunteena, levottomuutena, hermostuneisuutena, tekemisen tarpeena ja keskittymiskyvyttömyytenä. Ahdistunut ihminen terästää kuuloaan ja näköään, rintaa puristaa, ahdistus tuntuu vatsassa ja tuntuu pahalta. Ahdistus on tuskaisuutta. Fyysinen huono-olo lisää ahdistusta. Ahdistus näkyy ulospäin toisille ihmisille, mutta se koettiin yksinäisenä olona ja ahdistus tuntui toivottomalta. Ahdistusta ei voi voittaa järkeilemällä.

Haastatteluissa mietittiin miten kestää ahdistusta ja pelkoja sekä miten niitä voisi lievittää. Ahdistuksesta haluttiin päästä eroon ja se pitäisi voida purkaa mahdollisimman nopeasti. Ahdistusta vähennettiin viiltelyllä, lääkkeillä ja ajattelulla. Ahdistus voi olla niin suuri ja ylitsepääsemätön, että ajattelee itsemurhaa. Haastateltavat kertoivat, että ahdistusta lisää se millä tavalla hoitaja kysyi asioita. Lisäksi ahdistus itsessään voi lisätä ahdistusta. Ahdistuksen aiheuttajaa on usein vaikea tunnistaa, mutta tunnistettavista ahdistuksen syistä mainittiin koti, loma ja hoidon päättyminen.

5.3.4 Peloista selviytymiskeinona toiminta

Useimmat haastateltavista totesivat, ettei osastolla voi tehdä mitään, eikä osastolla tapahdu mitään – päivät koettiin pitkiksi. Eräs haastateltava mietti, että osastohoidon tarkoituksena on, että istutaan tai maataan osastolla ja mietitään ”niin sanottuja syntyjä syviä”, mutta hän totesi ettei se ole toiminut hänen kohdallaan. Toinen haastateltava kertoi, että olla tekemättä mitään on osa hoitoa, hän ei olisi aikaisemmin voinut uskoa, että kun on tekemättä mitään, niin siitä on hyötyä.

Osaston ryhmien toimivuudesta oltiin eri mieltä. Toiset kertoivat ryhmien olevan hyviä, mutta toiminnallisia ryhmiä kaivattiin osastolle lisää. Vastaavasti toiset haastateltavat sanoivat, etteivät olleet saaneet ryhmistä mitään itselleen. Eräs haastateltava kertoi, ettei hän ollut ymmärtänyt, mikä ryhmien ideana oli. Jotkut haastateltavat kaipasivat kodinomaista yhteistä keskustelua ja tekemistä osastolle, siten aika kuluisi nopeammin ja toisten potilaiden kuuntelemisesta hyötyisi.

”Et me voitais niiku tehdä yhdessä tossa jotain. Eikä niiku et kaikki istuu kokoajan hiljaa, tottakai kaikilla on ne omat ajatukset niitten kanssa pyörii et... Et ois niiku potilaat silleen, ei odottais et hoitajat tekis silleen vaan... Varmaan ihan sellasta mitä. Mä mietin niitä semmosia ilta, iltatuokioita, et mitä ihmiset tekee kotona. Katotaan jotain videota tai.... Tai, laitettais yhdessä, vaikka pannukakkua. Niiku kotonakin.”(12)

Toiminnan kautta pelko muuttuu toisenlaiseksi tai se poistuu. Esitettiin, että hoitaja voisi lähteä ulos kävelemään potilaan kanssa, silloin on helpompi puhua. Pelon aiheuttajan poistuttua, pelon voi todeta olleen aiheeton, ”älytön” ja turha. Haastateltavat kertoivat kävelyn ulkona vähentäneen pelkoja, lisäksi kävely kohensi psyykkistä vointia. Haastateltavat kertoivat myös tupakoinnin auttavan pelkoihin.

”Hoitokokousta? Niin. No, se tota että mä, olin niiku tullu siihen tulokseen tosiaan niin tota niin että mun asiaa ni. Et mä, mun täytyy niiku saada apua... Ni se et mun täytyy sinne mennä, vaikka se miltä tuntuis ja... Kädet täris ja, mahaa kouristais ja, ja. Ja tietenkkin vaan silleen et, tottakai sitä kaikenlaisii tällasia et ottaa pienii pelkoi kierretään et vetää 16 rökkiä peräkkäin... Mä en tiedä, voi se olla sit se pidemmän päälle, tää tekee pahaakin. Mut kyl se oikeesti toimii. Ainakin ihan pikkasen rauhoittaa... Tosin, mut joka tapauksessa se, mitä nyt yleensä sitte se oli oikeestaan sitten pelko niin. Mitä vois yleensä sanoo et, se on sit kauheen typerän kuulosta mutta se, se mitä pelkäsin, sen kohtaaminen niin kun. Niiku, menee vaan siihen sit mukaan... Vaikka se olikin kuitenkin sitten ihan hyvä tilanne... Ööö. Et siihen vaikutti tietenkkin sit sekin et. Olin tajunnu sen, kuitenkin et mua ei voi yhtään mihinkään voi pakottaa.” (11)

5.4 Yhteenveto peloista ja niistä selviytymisestä

Haastateltavilla oli paljon erilaisia osastohoitoon liittyviä kokemuksia peloista. Pelko oli voimakkainta ennen osastohoitoa ja sen alussa sekä osastohoidon lopussa, tulevaisuuteen liittyen. Pelkoon liittyi jännittämisen ja ahdistuksen tunteet, jotka voivat vaihdella samassa tilanteessa – siksi niiden erottaminen toisistaan oli vaikeaa.

Osastohoidon alussa epävarmuus ja epätietoisuus osaston toimintatavoista sekä tiedon ja tuen puute olivat keskeisiä pelkoihin yhteydessä olevia tekijöitä. Lääkitys pelotti ja siitä tarvittiin lisää tietoa. Ennen osastohoitoa ja sen alussa pelättiin toisia potilaita, kun ei tiedetty minkälaisia toiset potilaat ovat. Keskustelut ja hoitokokoukset pelottivat, kun ei ollut tottunut puhumaan omista asioista vieraille ihmisille. Psykkinen sairaus ja osastohoidossa oleminen koettiin leimaavana ja hävettävänä. Tulevaisuus ja sen ennustamattomuus pelottivat, kun ei tiedetty miten psykkinen tasapaino kestää. Lisäksi pelättiin uudelleen sairaalaan joutumista.

Peloista selviytymiseen kuului paljon eri tekijöitä johtuen yksilöllisistä selviytymiskeinoista ja siitä minkälaisista peloista selviydyttiin. Keskeisenä selviytymiskeinona oli osastohoito ja siihen kuuluva keskusteluhoito sekä hoitokokoukset. Haastateltaville oli tärkeää etenkin läheisiltä ihmisiltä ja hoitoryhmältä saatu tuki ja tieto, ne auttoivat peloista selviytymisessä. Haastateltavat arvioivat masennuslääkkeiden käytön vähentäneen heidän palkojaan. Osastolle kaivattiin yhteistä, kodinomaista tekemistä. Osaston ryhmät koettiin hyvinä, mutta osa haastateltavista ei saanut niistä itselleen mitään. Useat kokivat, ettei osastolla voinut tehdä mitään, mutta tekemättömyys nähtiin myös osana hoitoa.

Selviytymisen tunteen kuvattiin koostuvan pienistä asioista ja selviytyminen vaikutti moneen muuhunkin asiaan positiivisesti. Käännös parempaan, selviytymiseen – tapahtui lyhyessä ajassa ja se oli merkittävä asia haastateltaville. Keskusteltaessa pelon kohteet ja selviytymiskeinot kietoutuivat yhteen niin, että samat asiat pelottivat ja olivat selviytymiskeinoina: osastohoito, toisten ihmisten kohtaaminen, hoitokokoukset ja –keskustelut, lääkitys sekä tulevaisuus.

Peloista selviytyminen ja selviytymättömyys vaihtelivat, esimerkiksi osastohoitoon tuloon ja toisiin potilaisiin liittyvistä peloista oli selviydytty ne kohtaamalla. Selviytymisestä keskusteltaessa haastateltavat kuvasivat tilanteita ja pelkoja, joista he eivät olleet vielä selviytyneet. Tulevaisuuteen liittyvistä peloista ei oltu vielä selviydytty. Pelloista selviytymättömyyden tunteeseen liittyivät psyykkisen voimien nopeat vaihtelut. Haastateltavilla ei ollut varmaa tietoa siitä, että paraneeko psyykinen voimien kokonaan ja miten pysyvää parempi psyykinen voimien on. Toisaalta pelkojen uskottiin ajan etenemisen myötä vähenevän, siihen asti elettiin pelkojen kanssa.

6. POHDINTA

6.1 Tutkimuksen eettiset lähtökohdat

Useiden kirjoittajien (esim. Polit, Beck & Hungler 2001) mukaan tutkimuksen eettiset kysymykset liittyvät aineiston keruuseen, analysointiin ja raportointiin. Jo tutkimusaiheen valinta on eettinen ratkaisu (Hirsjärvi & Hurme 2000). Tutkimuksen tekemisen yhteydessä tutkijan kuuluu miettiä, käsitellä, kirjata ja ratkaista eettisiä kysymyksiä. Tiedeyhteisö ja tutkija ovat vastuussa yhteiskunnalle, tutkittaville ja itselleen tutkimuksen eettisistä ratkaisuista (Vehviläinen-Julkunen 1997). Tämän tutkimuksen eettisiä kysymyksiä tarkastellaan Politin, Beckin ja Hunglerin (2001) esittämän kuuden periaatteen kautta: hyvän tekeminen, tietoisena suostuminen, yksityisyyden säilyttäminen, ihmisarvon kunnioittaminen, oikeudenmukaisuus, ja ihmisoikeuksien suojeleminen.

Hyvän tekemisen periaate tarkoittaa, että tutkijan on arvioitava haastateltaville koituvat hyödyt, haitat ja riskien minimointi. Haastateltavia ei pidä altistaa tilanteisiin, mihin he eivät ole valmiita (Polit, Beck & Hungler 2001). Kun kirjoitetaan, ettei tutkimuksesta aiheudu haastateltaville haittaa tai vahinkoa, niin keskeisimpänä tavoitteena on aito ja turvallinen kohtaaminen haastateltavan kanssa, jossa eettinen vastuu on tutkijalla. Häyry ja Häyry (1987) korostavat menetelmien inhimillisyyttä. Tämän tutkimuksen haastateltaville kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta ja tavoitteesta sekä suullisesti että kirjallisesti. Tutkimukseen osallistuminen vaati heiltä aikaa ½-2 tuntia.

Tutkimukseen osallistumiseen ei liittynyt ulkoisia riskejä, mutta haastatteluissa käsiteltiin asioita, joita haastateltavat eivät olisi ehkä tulleet muutoin pohtineeksi. Haastattelun lopuksi peloista selviytymisestä ja tulevaisuudesta puhuminen asetti myllerretyt tunteet järjestykseen. Pelkojen ja niistä selviytymisen käsittelemisellä saattoi olla mahdollisuus auttaa potilasta. Toisaalta pelkojen syvälinen jatkoselvittely jäi hoitoryhmän tehtäväksi, mutta tutkimukseen osallistuminen saattoi rohkaista haastateltavia puhumaan peloistaan. Haastateltavat suhtautuivat haastatteluun myönteisesti ja he mainitsivat haastattelun aikana ja/tai lopuksi haastattelun olleen positiivinen kokemus.

Tietoisena suostumisen periaatteen toteutumisen teki mahdolliseksi informointi tutkimuksen luonteesta ja tarkoituksesta (Polit, Beck & Hungler 2001). Toisaalta tutkija tai haastateltava ei voi haastattelun alussa tietää varmuudella, mitä sen aikana voi tapahtua. Henkilökohtaisen tapaamisen etuna oli, että haastateltavat voivat kysyä lisää tutkimuksen tarkoituksesta ja osa kysyikin tutkimuksesta tarkemmin. Haastateltavien informointi oli väljää, joten se ei ohjannut haastateltavia antamaan toivotunlaisiksi uskomiaan tietoja (ks. Vehviläinen-Julkunen 1997).

Tutkijalle eettisistä kysymyksistä tärkeimpiä oli sen varmistaminen, että haastateltavaksi suostuva psykiatrinen potilas oli tietoinen tutkimukseen liittyvistä asioista ja että hänen suostumuksensa perustui vapaaehtoisuuteen. Haastateltavia informoitiin sekä sanallisesti että kirjallisesti (liite 3), ensin hoitoryhmä ja tutkimuksen aluksi tutkija. Haastattelujen aluksi esiteltiin tutkimuksen tarkoitus ja haastattelun keskeiset teemat sekä tutkimuksen eteneminen, lisäksi keskusteltiin haastateltavien tärkeästä roolista tutkimuksessa.

Haastateltavien kanssa tehtiin kirjallinen sopimus alustavan suullisen sopimuksen lisäksi. Politin, Beckin ja Hunglerin (2001) mukaan jotkut väestöryhmät kuten laitoshoidossa olevat tarvitsevat erityistä tutkimuseettistä suojelua. Tämän tutkimuksen haastateltavat olivat kaikki kykeneviä päättämään omista asioistaan. Lisäksi hoitoryhmä oli arvioinut haastateltavien soveltuvuuden tutkijan etukäteen antamien kriteerien mukaan (liite 1). Tällaisessa tilanteessa voi joskus käydä niin, että hoidon periaatteet ja potilaan hoitoon liittyvät eettiset tekijät ohittavat tutkimuksen luotettavuuskysymykset. Tämän tutkimuksen tutkijan käsityksen mukaan kaikki haastateltavat

olivat avoimia ja luotettavia tiedonantajia. Välimäen (1998) mukaan on laajastikin pohdittu sitä, ovatko ketkään psykiatrisessa hoidossa olevat potilaat luotettavia tiedonantajia.

Yksityisyyden säilyttämisen periaate oli tärkeä eettinen kysymys (Polit, Beck & Hungler 2001) tutkijalle. Kvalitatiivisen tutkimuksen eettiset ratkaisut korostuivat, kun tutkittiin psykiatristen potilaiden tunteita ja kokemuksia. Tutkija vaikutti potilaan elämäntilanteeseen jo siinä vaiheessa, kun potilaalle esitettiin haastattelupyyntö.

Haastateltaville kerrottiin tutkijan vaitiolovelvollisuudesta ja siitä, että esille tulleet asiat eivät välity hoitohenkilökunnalle, eivätkä siten vaikuta hoitoon. Näin haastateltaville välittyi tutkijan rooli ja asema suhteessa hoito-organisaatioon. Anonymiteetin suojaaminen pysyvästi tarkoittaa sitä, että haastateltavien nimiä ja saatuja tietoja käsitellään luottamuksellisesti (Vehviläinen-Julkunen 1997). Haastatteluissa käsiteltiin hyvin henkilökohtaisia asioita ja tunteita. Haastateltavat tiesivät, että tutkimus julkaistaan. Henkilöllisyyden peittämiseen on käytetty kaikkia mahdollisia keinoja. Tutkittavien anonymiteetin takaamiseksi sairaalaa, jossa tutkimus tehtiin, ei mainita tutkimusraportissa, myös osaston potilasvaihtuvuus takaa haastateltavien anonymiteetin. Haastattelut koodattiin numeroiden, ei nimen mukaan, muun muassa ikää, sukupuolta tms. taustatietoja ei mainita tutkimuksen tuloksissa, koska ne eivät vaikuta tutkimuksen analyysin tuloksiin. Tutkija haastatteli ja kirjoitti haastattelut ääninauhalta tekstiksi itse, joten kukaan muu ei ole nähnyt aineistoa ja se hävitettiin tutkimuksen valmistuttua. Tutkimuksen tuloksissa ei tuoda esille mitään sellaista, josta haastateltavan voi tunnistaa, koska tutkimuksen tulokset esitetään kokonaisuutena. Tutkimuksen raportointiin käytettyjen autenttisten lainausten valintaa jouduttiin harkitsemaan, jotta anonymiteetti säilyy.

Tutkijalla on eettinen vastuu haastateltavistaan, mikä tarkoittaa sitä, että haastateltavia kohdellaan ihmisarvoa kunnioittaen. **Ihmisarvon kunnioittamisen periaatteen** mukaisesti haastateltavat tiesivät, että tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja tutkimuksen keskeyttäminen oli mahdollista. Haastateltavilla oli oikeus päättää osallistumisesta tutkimukseen kuten myös oikeus keskeyttää tutkimus milloin tahansa. Tutkimusetiikkaan kuuluu vielä, että tietoa ei saa kerätä salaa tai antaa väärää tietoa tutkimuksen tarkoituksesta. (Polit, Beck & Hungler 2001.) Koska

tiedonkeruu tapahtui haastattelemalla, haastateltavat olivat tietoisia kaikesta tutkimukseen antamastaan tiedosta. Tutkija sai tietoonsa vain haastateltavien etunimet. Haastateltavan taustatiedot kuten ikä, sairaalahoitoon tulossyn ja hoitoajan tutkija kysyi haastateltavilta itseltään, tutkija ei tarvinnut tietoja sairaskertomuksista. Haastattelujen nauhoittaminen on eettinen kysymys, haastateltavilta kysyttiin lupa nauhoittamiseen. Haastattelut nauhoitettiin siksi, että tutkija pystyi keskittymään haastatteluun muistiinpanojen tekemisen sijaan. Nauhoittaminen mahdollisti tiedonkeruutilanteisiin palaamisen jälkeensä, mikä helpotti aineiston analysointia.

Oikeudenmukaisuuden periaatteen noudattaminen edellyttää, että tutkimus ei saa vaikuttaa tutkittavien kohteluun (Polit, Beck & Hungler 2001). Tutkija ei usko tutkimuksen parantaneen tai heikentäneen haastateltavien saamaa hoitoa, vaikka tutkimuksen tavoitteena onkin lisätä tietoa peloista ja niistä selviytymisestä psykiatriseen hoitotyöhön. Haastatteluissa osastohoitoa kuvattiin melko myönteisin ilmauksin.

Eettisesti hyvään tutkimustapaan kuuluu, että haastateltavien tulee saada tietoa ja apua tutkimuksen aikana, jos se on tarpeen. Haastateltavat olivat osastohoidossa, jossa heidän varsinainen hoitonsa toteutui. Lisäksi haastateltavilla oli mahdollisuus saada yhteys tutkijaan ennen ja jälkeen tutkimuksen, mutta yhteydenottoja ei tullut.

Ihmisoikeuksien suojelemisen noudattamisella Polit, Beck ja Hungler (2001) tarkoittavat, että tutkimussuunnitelma on hyväksytty organisaation asianmukaisessa elimessä. Tutkimuslupa saatiin sairaalan eettiseltä toimikunnalta, myös tutkimuksen jatkoaika hyväksyttiin eettisessä toimikunnassa.

Tutkimuksen etiikka on tärkeässä osassa myös **tuloksia ja johtopäätöksiä esitettäessä**, tutkija ei saa vääristää merkityksiä, joita haastateltavat antavat peloille ja niistä selviytymisen kokemuksille. Tuloksissa toistetaan mahdollisimman tarkasti haastateltavien antamat kokemukset ja näkemykset, myös tämä liittyy tutkimuksen luotettavuuteen.

6.2 Tutkimuksen luotettavuus

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnista ei ole olemassa yhtä yhtenäistä käsitystä. Tämän tutkimuksen luotettavuuden arvioinnin kohteena on koko tutkimusprosessi ja sen yksittäiset osat ja niiden suhde toisiinsa. Luotettavuuden arviointi ei ole irrallinen työvaihe, joka suoritetaan tutkimuksen lopuksi, vaan se kietoutuu koko tutkimusprosessiin. (Ks. Field & Morse 1985; Mäkelä 1992; Syrjälä, Ahonen, Syrjäläinen & Saari 1994; Polit, Beck & Hungler 2001; Tuomi & Sarajärvi 2004.) Tämän tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa käytettiin apuna Tuomen ja Sarajärven (2004) tekemää luetteloa, johon lisättiin tutkimuksen lähestymistavan valinnan perustelu.

Kvalitatiivinen tutkimus on perusteltua silloin, kun tutkimusaihe on melko tuntematon, kun tavoitteena on heikosti tunnettujen ilmiöiden ymmärtäminen sekä kuvaileminen ja kun halutaan tietoa siitä, miten asianomaiset ilmiön näkevät (Field & Morse 1985; Krause & Kiikkala 1996; Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997; Polit, Beck & Hungler 2001). Edellisten perustelujen mukaan kvalitatiivinen **lähestymistapa** soveltuu tähän tutkimukseen hyvin, kun yhdistetään pelon ja selviytymisen ilmiöt sekä kiinnostuksen kohteena olevat psykiatriset potilaat ja saadaan kuvailevaa tietoa heidän omilla sanoillaan. Tästä näkökulmasta ei ole aikaisemmin tehty tutkimusta.

Tutkimuksen kohteen ja tarkoituksen luotettavuuden arvioinnilla Tuomi ja Sarajärvi (2004) tarkoittavat tutkittavaa ilmiötä: mitä tutkitaan ja miksi. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa menetelmien kelvollisuus on suoraan riippuvainen tavasta, jolla ne liittyvät tutkittaviin merkitysyhteyksiin (Varto 1992). Tämän tutkimuksen luotettavuutta lisää tutkimuksen tarkoituksesta johdetut tutkimustehtävät ja näiden yhteys käytettyihin tutkimusmetodeihin ja analysointiin. Tutkimuksen luotettavuutta lisää myös se, että haastattelun tema-alueet kattavat ilmiön pääluokat ja tutkimustehtävät. Teemoista johdetut haastattelukysymykset vastaavat myös ilmiön pääluokkia ja tutkimustehtäviä. Haastattelukysymykset on ankkuroitu tutkimustehtäviin ja niiden kautta teoriaan, se takaa tutkimuksen sisäisen luotettavuuden (liite 2) (Syrjälä, Ahonen, Syrjäläinen & Saari 1994; Hirsjärvi & Hurme 2000). Haastattelun kysymysten tekeminen on hankala tehtävä, joka vaatii huolellisuutta. Liian henkilökohtaiset kysymykset antavat epäluotettavia vastauksia johtuen siitä, ettei ihminen kenties itsekään uskalla tunnustaa totuutta. Tulosten uskottavuus kärsii silloinkin, kun kysymykset eivät vastaa tarkoitustaan.

Tutkijan sitoumuksissa pohditaan Tuomen ja Sarajärven (2004) mukaan tutkimuksen tärkeyttä tutkijalle. Tämän tutkimuksen tekijä kokee psykiatrisen hoitotyön kehittämisen tärkeäksi. Psykiatrinen hoitotyö avo-osastolla on työkokemuksen kautta tutkijalle tuttua ja se auttaa ymmärtämään esiin tulevia asioita. Toisaalta tuttuus ei ole kriittisen tarkastelun esteenä, koska tutkija ei työskennellyt osastolla, jonka potilaita tutkittiin.

Haastateltavien valintaperustelut, yhteydenotto ja tutkittavien kuvaaminen ovat osa tutkimuksen luotettavuutta (Tuomi & Sarajärvi 2004). Potilaiden hoitoryhmät valitsivat ja kysyivät tutkijan kriteerit täyttäviltä potilailta halukkuutta osallistua tutkimukseen (liite 1). Haastatteluun suostuneesta potilaasta ilmoitettiin tutkijalle ja sovittiin haastatteluajankohta. Haastateltavien anonymiteetti pyrittiin suojaamaan mahdollisimman tarkasti, heitä kuvaillaan vain yleisesti ”5.1 Haastateltavien elämäntilanne” kappaleessa. Tämä on tutkijan eettinen ratkaisu, joka voi vähentää tutkimuksen luotettavuutta.

Aineiston kerääminen haastattelemalla ja haastatteluihin liittyvien erityispiirteitten kuvaaminen sekä haastattelujen nauhoittaminen liittyvät tutkimuksen luotettavuuteen (Tuomi & Sarajärvi 2004). Haastatteluaineiston laatu on keskeinen kvalitatiivisessa tutkimuksessa. Aineiston keruusta raportoidaan yksityiskohtaisesti ”4.2 Aineiston hankinta” -otsikon alla. Haastattelutilanteen vuorovaikutuksen toimivuus vaikuttaa luotettavuuteen: haastattelutilanteet olivat intensiivisiä, haastateltavat olivat motivoituneita kertomaan peloistaan ja niistä selviytymisestä, haastateltavan ja haastattelijan välille muodostui läheinen ja luottamuksellinen suhde. Haastattelutilanteisiin latautui paljon tunteita, niin huumoria kuin tuskaakin. Haastateltavat käyttivät huumoria vaikeiden asioiden kuvaamisessa. Toisaalta haastateltavien kertomukset olivat välillä hyvin koskettavia ja esimerkiksi tulevaisuudesta puhuttaessa kyöneleet ja tunteet nousivat pintaan, kun tulevaisuus pelotti. Aineisto keruussa korostettiin sitä, että tutkija tavoitti haastateltavien subjektiivisen todellisuuden ja kokemukset sekä pelkoihin ja selviytymiseen liittyvät merkitykset. Toisaalta tutkija ei voi olla varma, että haastateltava on ymmärtänyt kysymyksen samoin kuin kysyjä, vaikka vastaus vaikuttaakin aiheeseen sopivalta. Tutkijan esittämät tarkentavat lisäkysymykset ja kehotukset kertoa asiasta lisää auttoivat haastateltavia kertomaan asiasta enemmän. Grönforsin

(1982) mukaan haastattelutulokset riippuvat hyvän haastattelurungon lisäksi ennen kaikkea haastattelijasta, joka on tärkein tutkimusväline. Luonnollinen käyttäytyminen ja avoin kiinnostus tutkittaviin ja heidän ongelmiinsa, myös kyky kuunnella ovat tärkeitä ominaisuuksia, joita tutkijalta vaaditaan hänen tehdessään haastattelua. Patton (1990) painottaa tutkijan herkkyyttä ja rehellisyyttä. Tutkijalla on pitkä kokemus psykiatrisesta hoitotyöstä, joka auttoi henkilökohtaisista tunteista ja kokemuksista keskusteltaessa.

Mäkelän (1992) mukaan kvalitatiivisen tutkimuksen aineiston riittävyydelle ei ole olemassa samanlaisia mittalukuja kuin kvantitatiiviselle. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa puhutaan aineiston kylläntymisestä eli saturaatiopisteestä. Kylläntyminen tapahtuu, kun uudet haastateltavat eivät tuo esiin uusia piirteitä eli uudet haastattelut toistavat jo saatuja tietoja, silloin voidaan päätellä kaiken olennaisen tiedon olevan jo koossa. Aikaisemmissa pelkohaastattelututkimuksissa otoskoot ovat vaihdelleet viidestä yli kahteenkymmeneen. Teemahaastattelulla kerätty aineisto on runsasta ja liian laaja aineisto voi johtaa sen analysoinnin hallitsemattomuuteen (Alasuutari 1999), toisaalta liian suppea aineisto ei anna luotettavaa vastausta tutkimustehtäviin.

Tutkijan ja haastateltavien välisen suhteen toimivuuden arvioiminen vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen (Tuomi & Sarajärvi 2004). Tutkijan luottamuksellinen suhde haastateltaviin lisäksi tiedon luotettavuutta. Tutkijan ja tutkittavien välisen luottamuksen syntyminen on prosessi, jossa tutkija ositti haastateltaville, ettei heidän luottamustaan myöhemmin käytetä heitä itseään vastaan ja että heidän yksityisyyttään kunnioitetaan. Haastattelutilanteessa tutkija pyrki asettamaan kysymykset niin, että ne herättäisivät muistoja ja mielikuvia, joita tutkittavat liittivät pelkoihin ja niistä selviytymisen kokemuksiin. Haastateltavat tunsivat luottamusta tutkimusta ja tutkijaa kohtaan, koska he kertoivat avoimesti sairastumiseen, sairaalaan tulemiseen, sairaalakokemuksiin ja sairaalasta pois lähtemiseen liittyvistä peloista ja niistä selviytymisestä. Tutkija uskoo saadun tiedon olevan totuudenmukaista. Kokonaisuudessaan tällöin on kyse sisällön luotettavuudesta, jota voitiin haastattelujen kuluessa parantaa lisäkysymyksin. (Ks. Hirsjärvi & Hurme 2000). Lisäkysymykset muotoutuivat haastatteluissa tilanteen mukaan hiukan erilaisiksi, mutta pysyivät sisällöltään yhteneväisinä. Pattonin (1990) mukaan ei ole välttämätöntä saada samaa tietoa kaikilta

tutkimukseen osallistuvilta, jos tutkimuksella on tarkoitus ymmärtää ihmisryhmässä esiintyvää ilmiötä.

Aiheet, joita haastattelussa käsiteltiin, vaikuttivat vuorovaikutuksen kulkuun. Vuorovaikutus muodostui erilaiseksi silloin, kun keskustelu liikkui suhteellisen neutraalien asioiden ympärillä, kuin silloin, kun aiheena olivat intiimit ja arat asiat, joista haastateltavien oli ajoittain vaikea puhua. Pelkoa pidetään usein negatiivisena ja väheksyttävänä tunteena. Key (1986) korostaa, että pelkotutkimuksissa on yleensäkin ratkaisevaa se, tuntevatko haastateltavat pelkojen ilmaisemisen sosiaalisesti hyväksyttäväksi. Siksi tutkijan oli tärkeää luoda sellainen kuva, että peloista voi puhua vapaasti ja luottamuksellisesti, tämä toteutuikin hyvin.

Rajanveto siihen, mikä lopulta oli pelkoa, oli vaikea tehdä haastattelujen aikana ja niitä analysoitaessa. Tässä tutkimuksessa pelkojen analysointiin on otettu mukaan vain sellaiset havaintoyksiköt, joissa pelko ilmaistaan selvästi pelkona.

Aineiston analyysin kuvaaminen sekä miten päädyttiin tuloksiin ja johtopäätöksiin kuuluvat oleellisesti tutkimuksen luotettavuuden arviointiin (Tuomi & Sarajärvi 2004). Kvalitatiivisen tutkimuksen analyysistä ei ole olemassa yhtä yleisesti hyväksyttyä tarkkaa sääntöä tai menettelyohjetta. Tärkeää on, että tutkimusraportissa valittu menetelmä kuvataan selkeästi ja selvitetään analyysin aikana tehdyt ratkaisut. Laadullisen analyysin tehtävänä on pelkistää laaja, jäsentymätön aineisto, hahmottaa kokonaisuus sekä tehdä päätelmiä. (Varto 1992; Alasuutari 1999; Tuomi & Sarajärvi 2004.) Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tulee arvioida analyysin arvioitavuus ja toistettavuus. Analyysin arvioitavuudella tarkoitetaan sitä, että lukija voi seurata tutkijan päättelyä ja hyväksyä tai kritisoida niitä. Tutkimuksen analyysin vaiheet raportoidaan yksityiskohtaisesti. Kvalitatiivisen aineiston merkittävyyden punninta on hankalaa. Tutkijan on argumentoinut sen puolesta, että aineisto on analysoinnin arvoinen. Tutkijan tulee silloin tarkoin määritellä aineiston tuotantoehdot. Aineiston analysoinnissa korostuvat tutkijan taidot, arvostukset ja oivalluskyky. Tulosten esittämisessä painottuu tutkijan kyky kuvata tutkimusprosessia mahdollisimman selkeästi ja riittävän yksityiskohtaisesti, jotta lukija voi seurata tutkijan ajatuskulkua, jonka mukaan hän on tuloksiin päätenyt (Patton 1990). (Field & Morse

1985; Grönfors 1982; Polit, Beck & Hungler 2001.) Analyysin lopuksi tarkastettiin, että oli analysoitu vain pelkoja ja niistä selviytymistä. Lisäksi merkitysten tulkinta todennetaan esimerkein, jotta lukija voi arvioida merkityksiä, joita ilmaisuille annetaan (Mäkelä 1992; Syrjälä, Ahonen, Syrjäläinen & Saari 1994).

Tutkimuksen perusvaatimus on, että tutkijalla on **riittävästi aikaa** tehdä tutkimus (Tuomi & Sarajärvi 2004). Haastattelut tehtiin 1.1. – 31.8.2001 ja tutkimus valmistui syksyllä 2005, joten tutkijalla on ollut runsaasti aikaa työstää tutkimusta. Tutkimusprosessin jakautuminen pitkälle ajanjaksolle takaa sen induktiivisen lähestymismahdollisuuden. Tutkimusprosessin julkisuus tarkoittaa sitä, että tutkija **raportoi** tekemänsä yksityiskohtaisesti. Tutkimuksen raportointi kertoo, miten aineisto on koottu ja analysoitu. (Tuomi & Sarajärvi 2004.)

Tutkimuksen luotettavuuden ja eettisyyden tason arvioiminen kuuluvat tutkimuksen luotettavuuteen (Tuomi & Sarajärvi 2004). Tämä tutkimus on pyritty tekemään ja kuvaamaan mahdollisimman luotettavasti ja korkeaa eettisyyttä noudattaen. Tutkimusta on ohjattu Tampereen yliopiston hoitotieteen laitokselta.

6.3 Tulosten tarkastelu

Luvussa tarkastellaan tämän tutkimuksen keskeisiä tutkimustuloksia ja niiden suhdetta aikaisempiin tutkimuksiin. Tämän tutkimuksen tulosten tarkastelussa keskitytään kokemuksiin peloista ja niistä selviytymisestä. Lisäksi tarkastellaan turvattomuutta, epävarmuutta ja epätietoisuutta, leimautumista sekä tuen ja tiedon saamista. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ensimmäistä kertaa psykiatrisessa avo-osastohoidossa olevien potilaiden kokemuksia peloista ja niistä selviytymisestä. Kuten aikaisempienkin somaattisten potilaiden pelkotutkimusten mukaan (esim. Rothstein & Boblitt 1970; Hersen 1971; Seitsamo 1996; Dalbert, Strack, Boesken & Schwenkmezger 1991; Heikkilä 1998; Nijkamp, Ruitter & Roeling 2002), myös tämän tutkimuksen tulokset osoittivat, että potilaiden pelot olivat voimakkaimpia ennen sairaalahoitoa, sairaalahoidon alussa sekä tulevaisuuteen liittyen. Pelkoon liittyi hoidon alussa epävarmuus ja epätietoisuus sekä tiedon ja tuen puute. Lisäksi pelkoon liittyi kiinteästi sen lähitunteet:

jännittäminen ja ahdistus, joita ei ole eroteltu toistaan useimmissa aikaisemmissa tutkimuksissa (esim. Kirkcaldy, Cooper, Eysenck, Brown 1994). Osastohoidon aikana pelot olivat lievempiä. Silloin pelättiin sellaisia hoitokokouksia, joissa mietittiin hoidon sisältöä ja tavoitteita. Hoidon loppuvaiheessa pelättiin tulevaisuudessa selviytymistä. Tässä tutkimuksessa peloista selviytymisessä auttoivat läheisten ihmisten tuki, hoitoryhmän antama tieto ja tuki sekä osastohoito. Kaikista peloista ei oltu vielä selviydytty, etenkin jos ne liittyivät tulevaisuuteen. Pelko ja siitä selviytyminen kietoutuivat yhteen niin, että samat asiat pelottivat ja olivat selviytymiskeinoina. Tämän tutkimuksen tuloksissa on yhteneväisyyksiä Weissin (1994), Ristaniemen (1998) ja Kotrotsioun ym. (2001) tutkimuksiin, joiden mukaan selviytymiskeinoihin liittyy **paradoksaalisuutta**. Näissä tutkimuksissa paradoksaalisuutta ilmeni osastohoitoon, lääkehoitoon ja depression liittymen – niitä tarvittiin asioiden etenemiseksi ja ne olivat selviytymiskeinoina, mutta samalla niihin suhtauduttiin kielteisesti ja niitä pelättiin.

Selviytymiskeinojen käytössä korostuvat ihmisten ja ympäristön vuorovaikutus sekä aikaisemmat elämäkokemukset (Räikkönen & Nurmi 2001). Eräiden tutkijoiden mielestä selviytymisen salaisuus on käytössä olevien keinojen laajuus ja monipuolisuus. Voidaan olettaa, että selviytymiskeinojen joustava, tilanteiden mukaan vaihteleva käyttö tukisi parhaiten hyvää mielenterveyttä. Tämän tutkimuksen mukaan psykiatriset potilaat eivät ole avuttomia pelkojen kanssa, vaan heillä on käytettävissään monenlaisia selviytymiskeinoja. Samanlaisiin tuloksiin päätyivät myös Kirmanen (2000a) sekä Kotrotsiou ym. (2001). Pelosta selviytymisen näkökulmasta tarkasteltuna psykiatrinen potilas näyttäytyy autonomisena, toimivana ja pärjäävänä ja hänellä on monenlaisia keinoja käsitellä pelkojaan.

Tämän tutkimuksen haastateltavien hoitoon hakeutumisessa ja hoitoon tulemisessa oli yhteneväisiä tekijöitä Långin ja Mäenpään (1993), Kokon (1996), Fowlerin (1997), Mielosen (1996) sekä Bonnerin, Lowen, Rawcliffen ja Wellmanin (2002) tutkimusten kanssa. Hoitoon hakeutuminen oli usein pitkäkestoinen ja yksilöllinen tapahtuma, joka herätti ristiriitaisia tunteita. Useimmat tiedostivat hoidon tarpeen, mutta hoitoon hakeutuminen saattoi tapahtua toisen ihmisen aloitteesta tai toimesta. Osalle haastateltavista sairaalaan tulo tuntui merkitsevän suurta itsetunnon loukkausta, osa puolestaan koki helpottavana päästä pois pakonomaisen jaksamisen ilmapiiristä, jossa he olivat eläneet ehkä pitkäänkin. Haastateltavien yleisin ongelma oli masennus, sen lisäksi

esiintyi unettomuutta, itsetuhoajatuksia ja itsemurhayrityksiä. Achté, Lindfors, Lönnqvist ja Salokari (1989) kirjoittavat, että **itsemurhan** taustalta löytyy usein avioeroja ja vaikeita aviollisia ristiriitoja, yksinäisyyttä ja epäonnistumisia työelämässä. Monesti itsetuhoisuutta on esiintynyt jo pitkään ja se on ilmennyt runsaana alkoholin ja lääkkeiden väärinkäyttönä. Nämä itsetuhoisuuteen liittyvät vaikeat elämäntilanteet kuuluivat myös tämän tutkimuksen haastateltavien elämään.

Tässä tutkimuksessa turvattomuus ja epävarmuus nousivat keskeisesti esille, liittyen etenkin sairaalahoidon alkuun ja pelkoihin. Turvattomuuden, epätietoisuuden ja epävarmuuden aiheuttivat tässä tutkimuksessa tiedon ja tuen puute ja samoihin tuloksiin on päätyneet myös Heikkilä (1998). Mielosen (1996) tutkimuksessa kaksi kolmesta vastaajasta oli täysin epätietoinen tai heikosti tietoinen omasta sairaudestaan ja sen hoidosta. Heikkilän (1998) tutkimuksessa asiakkaat odottivat saavansa ensisijaisesti ymmärrystä, kuuntelua, tukea ja tietoa hoitovaihtoehdoista. Asiakkaiden käsitys saamastaan palvelusta oli hyvä. Kirmasen (2000b) mukaan aikuisilla turvattomuus liittyi pitkälti tulevaisuuteen, sen epävarmuuteen ja siihen liittyviin uhkiin. Iire (1999) on tutkinut kolmen pitkäaikaissairaiden ryhmän (dialyysipotilaiden, nivelreumaa sairastavien ja sydäninfarktiin kokeneiden) kokemaa sairaudesta aiheutuvaa **epävarmuutta**. Sairaus tuntemattomana ja vieraana tapahtumana, oireiden epämääräisyys ja taudin kulun ennustamattomuus olivat yleisimmät epävarmuutta aiheuttavat tekijät. Myös tiedon puute on epävarmuustekijä. Iiren tutkimuksessa potilaiden yleisimmät pelot liittyivät sairauden etenemiseen ja kipuihin sekä huoleen omasta ja läheisten tulevaisuudesta. Samansuuntaisia tuloksia oli saanut myös Heiskanen (1996) sairauspelkoja käsittelevässä tutkimuksessaan. Terveiden ja sairauden kysymyksissä **turvallisuutta** luovat ennen kaikkea usko ja luottamus omiin mahdollisuuksiin selviytyä sekä luottamus toisiin ihmisiin, palvelujärjestelmiin, hyvään hoitoon ja huolenpitoon. Voidaan puhua omatoimisuuden, itsenäisyyden ja turvautumisen – autettavaksi ja hoidettavaksi suostumisen – tasapainosta. Kokemus selviytymisestä ja toivosta rakentuu erilaisista henkilökohtaisista ja muista käytettävissä olevista voimavaroista. Ja samalla: selviytymistä voi olla jonkinasteinen suostuminen elämän riskiluonteeseen, rikkinäisyyteen ja epävarmuuteen. (Kuuppelomäki 1997; Ryyänen 2000.) Tämän tutkimuksen tuloksista ei voi vetää näin pitkälle ja syvälle meneviä johtopäätöksiä, mutta nämä asiat voivat olla yhteydessä toisiinsa tässäkin tutkimuksessa.

Pelko kuuluu tietyissä rajoissa ihmisen normaaliin elämään. Esimerkiksi uusissa, vieraissa ja oudoissa tilanteissa on mielekästä tuntee pelkoa. Tämän tutkimuksen haastateltavilla oli yhtenä **pelkona** se, että joutuu uudelleen sairaalahoitoon tai jää sairaalakierteeseen. Läksy (2000) kirjoittaa siitä, että kriisipotilas jää riippuvaiseksi terveydenhuollon palveluista. Hän jatkaa kriittisesti, että tämän voi tulkita myös siten, ettei terveydenhuollon piirissä potilaan ensisijaista ongelmaa ole tunnistettu, eikä sitä ole kyetty ratkaisemaan. Zettlerin, Duranin, Waadtin, Herschbach ja Strian (1995) tutkimuksen mukaan pelkoja vähensi huomattavasti sairauden (diabetes) hyväksyminen.

Tämän tutkimuksen mukaan psyykkiseen sairauteen ja sairaalahoidossa olemiseen liittyi edelleen leimautumisen ja häpeän pelkoja. Mielosen (1996) tutkimuksessa mielenterveyshäiriöihin liittyi runsaasti ennakkoluuloja ja mitä kohtaan esiintyi voimakasta torjuntaa. Kokon (1996) mukaan jotkut potilaat olivat hyvin ahdistuneita siitä, että sairaalassaolo leimaa heidät ”hulluiksi”. Kokko (1996) kirjoittaa, kuinka hän muistaa omalta sairaanhoitaja-ajalta potilaiden hädän leimautumisesta, vapauden menetyksestä ja sairauden kroonistumisen uhasta. Kokon tuntemukset ovat tuttuja myös tämän tutkimuksen kirjoittajalle. Tämän tutkimuksen haastateltavat pelkäsivät **leimautumista**, jota pyrittiin välttämään kertomalla sairaalassaolosta ja psyykkisestä sairastumisesta vain lähimmille ystäville. Huotarin (1999) tutkimuksessa moni selviytyi arjen tilanteista helpoiten vaikenemalla hiv-tartunnasta. Kuuppelomäen (1997) tutkimuksessa kolmannes potilaista koki syöpään sairastumisen niin mykistävänä, että he eivät pystyneet puhumaan siitä muille ihmisille. Toisaalta vaikenemisen tuottama eristäytyminen muista voi myös vaikeuttaa selviytymistä (Huotari 1999). Tässä tutkimuksessa ei tullut tällaista pitkittäisvaikutusta esille, koska haastateltavat olivat juuri sairastuneet. Tämän tutkimuksen jotkut haastateltavat olivat huolissaan työpaikan menettämisestä ja ystävien suhtautumisesta psyykkiseen sairastumiseen. Sama tunne tulee esille Huotarin (1999) tutkimuksessa hiv-tartunnan saaneilla. Psykkinen sairaus ei ikään kuin saisi olla esillä jokapäiväisessä elämässä, se tehdään näkymättömäksi. Jokainen psyykkisesti sairastunut on myös tavallinen ihminen, jolla on jokapäiväiset ilonsa ja huolensa (ks. Huotari 1999).

Selviytymisen alkuvaiheessa, kun murrokseen yrittää saada jonkinlaista otetta, koko elämä tuntuu ja näyttää usein sekavalta. Tunteet myllertävät ja mielialat ailahtelevat laidasta toiseen.

(Heiskanen 1996.) Monissa tutkimuksissa on todettu, että sairauden syiden ja merkitysten ymmärtäminen, sosiaalinen tuki ja apu, itsehoito ja asiakkuudet ovat tärkeitä tekijöitä selviytymisessä ja turvallisuuden kokemisessa. Ymmärtämisen ja merkityksen antamisen kautta sairaus tulee hallittavammaksi ihmiselle. Esimerkiksi käsitys siitä, miten sairauden paheneminen voidaan estää ja kenen vastuulla paraneminen on, ovat osa ymmärtämistä. (Punamäki 1995.) Myös tässä tutkimuksessa haastateltavat miettivät, mistä sairastuminen johtui. He halusivat ymmärtää sairautta ja ehkäistä tulevaisuudessa uudelleen sairastumisen.

Tässä ja useassa aikaisemmassa tutkimuksessa selviytyminen oli yhteydessä tutkittavien ympäristöön eli sosiaaliseen kontekstiin. Sosiaalinen verkosto ja varsinkin omaiset olivat haastateltavien tärkein selviytymisen voimavara (Krause 1987; Kedonpää 1993; Tarkka 1996; Kuuppelomäki 1997; Heikkilä 1998; Pietiläinen 1999; Kirmanen 2000; Läksy 2000; Kiuru 2003). Ryhmän tiiviys tarjoaa ihmiselle turvallisuuden ja yhteenkuuluvuuden tunteen (Caplan 1974; Wiens 2000). Tuen saaminen oli merkittävä selviytymistekijä tämän tutkimuksen haastateltaville. Yksinelävät saattavat tuntea itsensä vielä enemmän yksinäisiksi (Achté, Lindfors, Lönnqvist & Salokari 1989) selviytyessään yksin. Vaihtoehdottomuuden tunnetta lisäsi Hintikan (1998) tutkimuksessa perheenjäsenten välittämän sosiaalisen tuen puute. Kangasniemen (1995) tutkimuksessa kolmannes asiakkaista oli ilman läheisten tukea. Asiakkaiden odotukset ymmärryksen saamisesta ja ihmissuhdetaitojen karttumisesta hoitosuhteessa näyttivät liittyvän huonoon yksin selviytymiseen. Ammattiauttajilta saatu tuki koettiin merkittäväksi silloin, kun omaisten ja ystävien tuki oli vähäistä. Potilaat olivat tyytymättömiä terveydenhuoltohenkilöstöltä saamaansa tukeen (Makkonen 1996). Saadun tuen ja selviytymisen välillä oli positiivinen yhteys. Vuorovaikutuksen kautta välittyvällä **sosiaalisella tuella** tiedetään olevan yhteyttä ihmisen psyykkisen terveyden ja stressin käsittelyyn (vrt. Nieminen 1985; Nieminen, Luoma-Veikkola & Pänkäläinen 1998; Hagerty & Williams 1999). Erityisesti sosiaalisen tuen saannin ajatellaan edistävän ihmisen selviytymistä kuten Ystgaardin, Tambsin ja Dalgardin (1999) yli neljän vuoden seurantatutkimus osoitti. Sosiaalisen tuen puute taas osaltaan voi altistaa ihmisen jopa **itsemurhaan** (Hintikka 1998). Selviytyminen ymmärretään mieluummin elämässä pärjäämisenä kuin kuolemana. Vastaavasti Järventie (1993) näkee itsemurhaprosessin selviytymisprosessina, jonka kuluessa ihminen ei tavoittele kuolemaa, vaan vapautumista loukusta, jollaiseksi hänen

elämä on muuttunut. Tässä tutkimuksessa osastohoito edisti potilaiden selviytymistä ja se saattoi vähentää itsemurhia sekä mahdollisia lisävaikeuksia.

Vuorovaikutus on psykiatrisen hoidon ydin (Peplau 1991; 1992; 1997), se on myös tämän tutkimuksen tulosten perusteella potilaiden hoidon perusta. Toisaalta hoitamiseen liittyvät keskustelut ja hoitokokoukset pelottivat, mutta ne olivat myös peloista selviytymiskeinoina. Läksyn (2000) mukaan hoitosuhdetyöskentely onkin sangen haasteellista. Potilaiden kokemukset hoitosuhteesta ja sen laadusta ovat enemmänkin riippuvaisia hoitavasta henkilöstä ja hänen asiantuntijuudestaan kuin hoitavan henkilön ammatillisesta perustutkinnosta. Antikaisen (1991) sekä Nijkampin, Routerin ja Roelingin (2002) tekemissä tutkimuksissa työntekijän peruskoulutus vaikutti arvioon hoitosuhteen merkittävydestä. Tässä tutkimuksessa toiset haastateltavat arvostivat lääkärin ja toiset omahoitajien merkitystä hoitoryhmätyöskentelyssä. Tutkimuksen tulosten mukaan **ensimmäiseen psykiatriseen sairaalahoitoon** liittyvät kokemukset ovat pääosin myönteisiksi tulkittavia (Kokko 1996). Mielosen (1996) tutkimuksen vertailussa ensikertalaiset olivat tyytyväisempiä kohteluun kuin useita kertoja tai vuosia käyneet asiakkaat. Vastaavasti Rautiaisen (1994) ja tämän tutkimuksen tuloksien mukaan ensimmäistä kertaa sairaalahoidossa olleet potilaat arvioivat saaneensa riittämättömästi tietoa.

Monissa hoitotieteellisissä tutkimuksissa on todettu asiakkailta esiintyvän **tiedon puutetta** sairaudesta ja hoidosta (Oras 1987; Häggman-Laitila 1990; Leino-Kilpi & Vuorenheimo 1992; Åstedt-Kurki & Häggman-Laitila 1992; Lång & Mäenpää 1993; Kuronen 1995; Kotrotsiou ym. 2001; Hätönen 2005). Töyry ym. (1993) totesivat puutteellisimmaksi mielenterveysasiakkaiden tiedon saannin, eivätkä asiakkaat saaneet esittää hoitoonsa liittyviä kysymyksiä yhtä usein kuin yleissairaanhoidon poliklinikoiden vastaajat. Asiakkaat odottivat eniten yhteistä suunnittelua, neuvontaa, ymmärrystä ja ihmissuhdetaitojensa kehittymistä. Nikkonen (1992) on todennut, että hoitohenkilöstön on vaikea opettaa ihmissuhdetaitoja asiakkailleen. Esimerkiksi Kokon (1996) mukaan potilaat arvostavat sairaalahoidossa sitä, että henkilökunta antaa heille **tietoa**, joka auttaa heitä ymmärtämään omaa sairauttaan ja sen hoitoa, potilaiden ja henkilökunnan välistä kiireetöntä, empaattista ja potilaan omia näkemyksiä kunnioittavaa vuorovaikutusta sekä omaisten mukaan ottamista hoitoon (Rahikkala 1992; Hansson, Björkman, ym. 1993; Hätönen 2005). Kukaan ei selviydy yksin. Laitisen (2003) tutkimuksessa hoitajat lievittivät ja auttoivat pelokasta potilasta

kuuntelemalla ja keskustelemalla hänen kanssaan, antamalla tietoa hoidosta ja sen etenemisestä. Tämän tutkimuksen haastateltavat tarvitsivat enemmän vuorovaikutusta, tietoa ja tukea hoitajilta. Lisäksi selviytymiseen vaikuttivat ihmisen persoonalliset tekijät.

Potilaan saama **tieto**, sen ajankohta, sairaalan henkilökunnan suhtautuminen, potilaan taloudellinen tilanne ja huoli tulevaisuudesta saattavat huomattavasti vaikuttaa pelon määrään ja laatuun. Paras hoito pelkoihin on potilaalle asianmukaisesti ja hänen vastaanottokykynsä mukaisesti oikeaan aikaan annettu tieto. (Kanto 1996; Greer, Dalton & Carlson 2001; Nijkamp, Ruiter & Roeling 2002.) Aiemmistä tutkimuksista tulee esille, että ammatti-ihmisten **tuki** nähdään tärkeänä ja hoidolta odotetaan myös tiedollista tukea (esim. Ristaniemi 1998). Tämän tutkimuksen tulokset ovat yhteneväiset tiedon ja tuen keskeisestä merkityksestä peloista selviytymisessä.

Pakkoselviytyminen tarkoittaa sitä, että ei ole muuta vaihtoehtoa, kuin puskea yksin läpi harmaan kiven. Pakkoselviytyminen on suunnaltaan samanlainen kuin vaikeus hyväksyä haavoittuvuutta. Kielletään tavallaan se mahdollisuus, että elämä on epävarmaa ja myös itselle voi tapahtua vaikeita asioita, joita on mahdollista käsitellä ja joista on mahdollisuuksia selviytyä. (Heiskanen 1996.) Myös tämän tutkimuksen haastateltavat totesivat ettei ole muuta vaihtoehtoa kuin selviytyä. Heiskanen (1996) määritelmän mukaan se on pakkoselviytymistä. Tämän tutkimuksen tutkijan mukaan se on myös tahdonvoimaa ja selviytymismahdollisuuden näkemistä kuten myös Kirmasen (2000b) tutkimuksessa. Kuuppelomäki (1997) kirjoittaa potilaan positiivisesta asennoitumisesta, taistelumielestä, selviytymisen halusta ja periksiantamattomuudesta; Jähi (1996) kirjoittaa selviytyjäluonteesta.

Tämän tutkimuksen tulokset ovat yhteneväiset Ristaniemen (1998) tutkimuksen kanssa siitä, että **selviytymisen nähtiin koostuvan pienistä tekijöistä**, jotka heijastuvat elämän muihin tekijöihin. Ristaniemen tutkimuksessa haastateltavat eivät useinkaan nähneet itseään selviytyjinä, koska selviytymisen ajatellaan olevan jotain ”suurta” ja aktiivista toimintaa. Haastateltavilla oli kuitenkin käytettävissään lukuisia selviytymiskeinoja, joita Ristaniemi kutsui selviytymisen mikrotekijöiksi. Selviytymisen mikrotekijät mahdollistavat riittävän hyvän selviytymisen. Tässä tutkimuksessa selviytymisen pieninä tekijöinä olivat epätietoisuuden ja epävarmuuden sekä unettomuuden

helpottuminen, pelkojen ja ahdistuksen vähentyminen ja psyykkisen mielialan vaihtelujen lieventyminen. Mielosen (1996) tutkimuksessa mielenterveystoimiston asiakkaat pitivät tärkeimpänä hoitotavoitteena tasapainon ja tyytyväisyyden parantumista ja sairaudesta vapautumista.

Kun selviytymisprosessi etenee niin vaikeudet ja pelot ovat vähentyneet (Heiskanen 1996). **Selviytymisen prosessi** ei etene teoreettisen jaottelun, vaan elämän mukaan (esim. Ristaniemi 1998). Selviytyminen voi kuitenkin juuttua kiinni, pysähtyä paikoilleen tai ottaa takapakkia (Heiskanen 1996). Tämä tuli esille tässä tutkimuksessa selvästi, kun haastateltavat kertoivat psyykkisen voimien vaihteluista. Selviytymisprosessi vaihtelee sairaalahoidon eri vaiheissa, kun selviydytään erilaisista peloista kuten sairaalaan tulemiseen tai pois lähtemiseen liittyvistä peloista. Ihmisen oma arvio pelon merkityksistä johtavat erilaisiin selviytymisprosesseihin (ks. Lazarus & Folkman 1984). Suurin osa tämän tutkimuksen potilaista selviytyi peloista nopeasti. Potilaan ensimmäinen kohtaaminen hoitoon tullessa ja ensimmäiset hoitopäivät osastolla ovat merkityksellisiä, jolloin voidaan ehkäistä ja vähentää pelkoja. Yhteenvetona todetaan, että selviytyäkseen peloistaan ja sairaudestaan potilaat tarvitsevat enemmän tukea hoitoryhmältä ja potilaan ehdoilla tapahtuvaa informointia (Makkonen 1996). Vastaavia tuloksia oli saanut myös Makkonen (1996) ja Läksy (2000) kriisipotilaita tutkiessaan.

6.4 Jatkotutkimushaasteet

Tässä tutkimuksessa kuvattiin masentuneiden avo-osastopotilaiden pelon kokemuksia ja niistä selviytymistä. Tutkimuksesta saatu tieto on merkityksellistä kehitettäessä psykiatrasta hoitotyötä. Psykiatristen potilaiden omia kokemuksia on tutkittu niin kansainvälisesti kuin Suomessakin vähän. Tämän tutkimuksen tulosten perusteella voidaan päätellä, että tarvitaan lisää tutkimusta potilaiden omasta näkökulmasta. Psykiatrinen hoitotyö tarvitsee hoitotieteen tuottamaa tietoa potilaiden kokemuksista.

Tämä tutkimus avaa yhden oven hoitotieteelliseen pelkotutkimukseen ja siitä avautuvat monet jatkotutkimushaasteet ja –mahdollisuudet. Toivon tämän tutkimuksen rohkaisevan pelko- ja selviytymistutkimukseen. Tutkimusprosessi nosti esille useita jatkotutkimushaasteita:

- Tarvitaan eri tutkimusmenetelmin toteutettua lisätutkimusta psykiatristen potilaiden peloista niin potilaiden itsensä kuin lähiomaisten ja hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Mielenkiintoista olisi tutkia, minkälaisia pelkokokemuksia suljetulla psykiatrisen osaston potilailla on ja miten he selviytyvät niistä.
- Tarvitaan tutkimustietoa eri-ikäisten ja eri elämänvaiheissa olevien psykiatristen potilaiden peloista. Etenkin somaattisesti sairaiden lasten pelkoja on tutkittu aiemmin paljon (esim. Kirmanen 2000a), mutta vielä tarvitaan lisätutkimusta.
- Mielenkiintoista olisi yhdistää pelko- ja selviytymismittareita samassa tutkimuksessa. Mittareiden luotettavuuden testaus suomalaisilla psykiatrisilla potilailla olisi myös tärkeää. Erilaisten mittareiden hyödyntämistä ovat suosineet etenkin amerikkalaiset tutkijat. Myös suomalaiset tutkijat kuten Koivula (2002) ovat käyttäneet mittareita.
- Lisäksi voisi tutkia sitä, miten pelot ja selviytyminen liittyvät epävarmuuden ja epätietoisuuden sekä turvattomuuden tunteisiin.

LÄHTEET

- Achté, K., Lindfors, O., Lönnqvist, J. & Salokari, M. 1989. Itsetuhokäyttäytyminen. Teoksessa: K. Achté, O. Lindfors, J. Lönnqvist, M. Salokari (toim.) *Suomalainen itsemurha*. Helsinki: Yliopistopaino, 9-16.
- Achté, K., Pakaslahti, A. & Tuulio-Henrikson, A. 1981. Yleiskuva sosiaalisista peloista. Teoksessa: K. Achté & A. Pakaslahti (toim.) *Sosiaaliset pelot*. Helsinki: Psykiatrian tutkimussäätiö.
- Achté, K. & Tamminen, T. 1993. *Depressio ja sen hoito*. Jyväskylä: Gummerus.
- Ahlfors, L. 1994. Yksilökeskeisen auttamistyön toteutus. Teoksessa: L. Ahlfors, M. Saarikoski & I. Sova (toim.) *Psykiatrinen auttamistyö*. 3. uudistettu painos. Tampere: Weilin+Göös, 56-89.
- Airio-Huuhtanen, P. 1998. Ensisynnyttäjien synnytykseen liittämät pelontunteet ja saatu tuki loppuraskaudessa. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Opinnäytetutkielma. Kuopio.
- Alasuutari, P. 1999. *Laadullinen tutkimus*. 3. uudistettu painos. Tampere: Gummerus.
- Antikainen, R. 1991. Psykoterapeuttisen työskentelyn laajentaminen ja työntekijän ammatillinen tausta psykiatrisessa osastoyhteisössä. *Hoitotiede* 3 (1), 32-39.
- Bailey, R. & Clarke, M. 1993. *Stress and coping in nursing*. London: Chapman and Hall.
- Björkman, T. & Hansson, L. 2001. Client satisfaction with case management: a study of 10 pilot services in Sweden. *Journal of Mental Health* 10 (2), 163-174.
- Blomkvist, V., Hannerz, J., Katz, L. & Theorell, T. 2002. Coping style and social support in men and women suffering from cluster headache or migraine. *Headache* 42 (3), 178-184.
- Bonner, G., Lowe, T., Rawcliffé, D. & Wellman, N. 2002. Trauma for all: pilot study of the subjective experience of physical restraint for mental health inpatients and staff in the UK. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 9 (4), 465-473.
- Burnard, P. 1991. A method of analysing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Education Today* 11 (6), 461-466.
- Caplan, G. 1974. *Support systems and community mental health*. New York: Behavioral Publications.
- Causey, D. L., McKay, M., Ronsenthal, C. & Darnell, C. 1998. Assesment of hospital-related stress in children and adolescents admitted to a psychiatric inpatient unit. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing* 11 (4), 135-145.

- Clement, U. 1991. Hiv-positiv: Psychische Verarbeitung, subjective Infektionstheorien und psychosexuelle Konflikte HIV-Infizierter. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.
- Cullberg, J. 1976. Kris och utveckling - en psykoanalytisk och sosialpsykiatrisk studie. Stockholm.
- Cullberg, J. 1978. Näkökantoja kriisikäsitteen käytöstä kirjallisuudessa. Teoksessa: Psykiatrinen preventio ja kriisipsykiatria. Turun yliopiston julkaisuja sarja C, osa 24, 56-62.
- Cullberg, J. 2000. Psykosser. Ett humanistiskt och biologiskt perspektiv. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur.
- Dalbert, C., Strack, K., Boesken, W. H. & Schwenkmezger, P. 1991. Does dealing with coping behaviour influence the experience of anxiety? Zeitschrift fuer Klinische Psychologie. Forschung und Praxis. 20 (1), 65-74.
- Depressio: tunnistaminen ja hoito 1995. Konsensuslausuma 30.11.1994. Suomen Akatemia. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Helsinki: Painatuskeskus.
- Eskola, A. 1975. Sosiologian tutkimusmenetelmät 2. Porvoo: WSOY.
- Field, P. A. & Morse, J. 1985. Nursing research. The application of qualitative approaches. London: Croom Helm.
- Flannery, R. B. Jr., Hansson, M. A., Rego, J. Jr., & Walker, A. P. 2003. Precipitants of psychiatric patient assaults on staff: preliminary empirical inquiry of the Assaulted Staff Action Program (ASAP). International Journal of Emergency Mental Health 5 (3), 141-146.
- Folkman, S. & Lazarus R. S. 1988. The realtionship between coping and emotion: Implications for theory and research. Social Science and Medicine an International Journal 26 (3), 309-317.
- Fowler, E. 1997. Medical fears and phobias in pre-hospital delay of treatment for chest pain patints. The Sciences and Engineering 58 (6-B), 2952.
- Fox, H. A. 1993. Patients' fear of and abjection to electroconvulsive therapy. Hospital and Community Psychiatry 44 (4), 357-360.
- Frederikson, L. G. 1995. Exploring information-exchange in consultation: The patients' view of performance and outcomes. Patient Education Counseling 25 (3), 237-246.
- Garland, L. & Bush, C. 1982. Coping behaviors and nursing. Reston Publishing Company.
- Gillig, P. M., Grubb, P., Kruger, R., Johnson, A., Hillard, J. R. & Tucker, N. 1990. What do psychiatric emergency patients really want and how do they feel about what they get? Psychiatric Quarterly 61 (3), 189-196.

- Glazer, W. M., Aaronson, H. S., Prusoff, B. A. & Williams, D. H. 1980. Assessment of social adjustment in chronic ambulatory schizophrenics. *Journal of Nervous & Mental Disease* 168 (8), 493-497.
- Gothoni, R. 1990. Vanhusten sosiaaliset verkostot ja sosiaalinen tuki – tutkimus kalliolaisten ja kiteeläisten vanhusten elämäntilanteesta, sosiaalisista verkostoista ja tuesta. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Suunnitteluosasto. Julkaisuja 1990:2 Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Greer, S. M., Dalton, J. A. & Carlson, J. 2001. Surgical patients' fear of addiction to pain medication: the effect of an educational program for clinicians. *Clinical Journal of Pain* 17 (2), 157-164.
- Grönfors, M. 1982. Kvalitatiiviset kenttätutkimusmenetelmät. 2. painos. Juva: WSOY.
- Hagerty, B. M. & Williams, R. A. 1999. The effects of sense of belonging, social support, conflict, and loneliness on depression. *Nursing Research* 48 (4), 215-219.
- Hanke, E 1994. Determination of personnel requirements in an intensive care unit. *Krankenpflege Journal* 33 (5), 206-210.
- Hansson, L. 1989a. Patient satisfaction with in-hospital psychiatric care: a study of a 1-year population of patients hospitalized in a sectorized care organization. *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences* 239 (2), 93-100.
- Hansson, L. 1989b. The quality of outpatient psychiatric care. A survey of patient satisfaction in a sectorised care organisation. *Scandinavian Journal of Caring Science* 3 (2), 71-82.
- Hansson, L. & Björkman, T. 2005. Empowerment in people with a mental illness: reliability and validity of the Swedish version of an empowerment scale. *Scandinavia Journal of Caring Sciences* 19 (1), 32-38.
- Hansson, L., Björkman, T. & Berglund, I. 1993. What is important in psychiatric inpatient care? Quality of care from the patient's perspective. *Quality Assurance in Health Care* 5 (1), 41-47.
- Heikkilä, J. 1998. Patient fears and the assessment of fears related to coronary arteriography. University of Tampere. Department of Nursing Science. *Acta Universitatis Tamperensis* 618. Tampere.
- Heiskanen, T. 1996. Elämän palapeli. Johtolankoja vaikeuksista selviytymiseen. Suomen Mielenterveysseura. Jyväskylä: Gummerus.
- Henriksson, M. & Lönnqvist, J. 1999. Psykkiset kriisit, sopeutumishäiriöt ja stressireaktiot. Teoksessa: J. Lönnqvist, M. Heikkinen, M. Henriksson, M. Marttunen & T. Partonen (toim.) *Psykiatria*. Duodecim Jyväskylä: Gummerus, 249-277.

- Henry, G. H. 1990. Practical sampling. Applied social research methods 21. Beverly Hills: Sage Publications.
- Hersen, M. 1971. Fear scale norms for an in-patient population. *Journal of Clinical Psychology* 27 (3), 375-378.
- Hintikka, J. 1998. Studies on suicidal behaviours. Kuopion yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja D. Lääketiede 159. Kuopio.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Holma, J. M. 1999. The Search for a narrative: investigating acute psychosis and the need-adapted treatment model from the narrative viewpoint. University of Jyväskylä. Jyväskylä studies in education, psychology and social research 150. Jyväskylä.
- Holsti, O. 1969. Content analysis for the social sciences and humanities. Menol Park: Addison-Wesley.
- Hottinen, A. & Hupli, M. 1994. Psykiatrisen sairaanhoitajan hoitotyön päätöksenteko vuodeosaston hoitosuunnitelmakokouksessa. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkielma. Tutkimuksia ja raportteja. A:4/1994. Turku: Turun yliopiston offsetpaino.
- Huotari, K. 1999. Positiivista elämää. Hiv-tartunnan saaneiden selviytyminen arjessa. Helsingin yliopisto. Sosiaalipolitiikan laitoksen julkaisuja 2/1999. Helsinki: Yliopistopaino.
- Huotari, M. 1995. Selviytyminen ja siihen liittyvät eettiset ongelmat. Helsingin yliopisto. Teologinen tiedekunta. Tutkielma. Helsinki.
- Häggman-Laitila, S. 1990. Hyvän hoidon arviointiperusteet. *Hoitotiede* 2 (4), 248-253.
- Hätönen, H. 2005. Tiedon saanti psykiatrisessa sairaalassa: mielenterveyspotilaan näkökulma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma. Tampere.
- Häyry, H. & Häyry, M. 1987. Kenen mikä kenelle mistä? Teoksessa: T. Airaksinen, H. Häyry & M. Häyry Tiedepolitiikan oikeudenmukaisuus ja tutkijan vastuu. Helsinki: Gaudeamus, 77-86.
- Iija, A., Almqvist, S. & Kiviharju-Rissanen, U. 1996. Mielenterveystyön perusteet hoitotyössä. 2. painos. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Iire, L. 1999. Potilas ja sairaudesta aiheutuva epävarmuus. Turun yliopisto. Väitöskirja. Turun yliopiston julkaisuja, sarja C, osa 147. Turku.
- Isohanni, M. 1983. Uudistuva psykiatrinen sairaala. Porvoo: WSOY.

- Isometsä, E. 1995. Itsemurhat ja niiden ehkäisy. Teoksessa: Depressio – tunnistaminen ja hoito. Suomen Akatemian julkaisuja 1/95. Suomen Akademia. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Helsinki: Painatuskeskus.
- Ivanoff, P. 1996. Leikki-ikäisten kokema sairaalapelko. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma. Tampere.
- Jyrinki, E. 1977. Kysely ja haastattelu tutkimuksessa. Hämeenlinna: Karisto.
- Jähi, R. 1996. Haastattelusuhteen rakentuminen – olennainen tarina? Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 33 (2), 156-158.
- Järventie, I. 1993. Selviytyä hengiltä. Sosiaalipsykologinen ja sosiaalipsykiatrinen näkökulma itsemurhiin. Helsinki: Stakes.
- Kaltiala-Heino, R., Poutanen, O. & Välimäki, M. 2001. Sairauden häpeällinen leima. Duodecim 117, 563-570.
- Kangasniemi, R. 1995. Elämä ja selviytyminen HIV-positiivisena. HIV-positiivisten naisten kokemuksia. Helsingin yliopisto. Kansanterveystieteen laitos. Pro gradu -tutkielma. Kansanterveystieteen julkaisuja M 120:1996. Helsinki.
- Kanto, J. 1996. Anestesiaan ja leikkaukseen liittyvä pelko ja jännitys. Suomen Lääkärilehti 51 (10), 1041-1044.
- Katainen, A-L. 1988. Vanhusten kotona selviytyminen ja hoito sen tukijana ja edistäjänä. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden hallinnon laitos. Pro gradu -tutkielma. Kuopio.
- Kattainen, E. 1995. Pohjoiskarjalaisten ohitusleikkauspotilaiden mielialoja ja tunnetiloja. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Tutkielma. Kuopio.
- Kedonpää, E. 1993. Avanneleikkauspotilaan selviytyminen kirurgisen hoidon jälkeen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Tutkielma. Turku.
- Kettunen, S. 1998. Sydäninfarktipotilaiden puolisojen selviytyminen potilaan toipilasvaiheen aikana. Tutkimus puolisojen kokemuksista puolison sairastuessa, heidän selviytymiskeinojensa käytöstä sekä ammattihenkilöiltä saamastaan tuesta. Helsingin yliopisto. Kansanterveystieteen laitos. Terveystieteiden koulutusohjelma. Pro gradu -tutkielma. Kansanterveystieteen julkaisuja M 149:1998. Helsinki.
- Key, W. H. 1986. Measurement in research on sociophobics. Teoksessa: D. L. Scruton (toim.) Sociophobics. The anthropology of fear. London: Westview Press, 50-59.
- Kiikkala, I. & Munukka, T. 1996. Teoreettista ja käytännöllistä. Teoksessa: T. Munukka & I. Kiikkala (toim.) Teoriaa käytännössä. Helsinki: Kirjayhtymä, 7-14.

- Kirkcaldy, B. D., Cooper, C. L., Eysenck, M. & Brown, J. 1994. Anxiety and coping. *Personality & Individual Differences* 17 (5), 681-684.
- Kirmanen T. 2000a. Lapsi ja pelko: sosiaalipsykologinen tutkimus 5-6 vuotiaiden lasten peloista ja pelonhallinnasta. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteen laitos. Tutkielma. Kuopio.
- Kirmanen, T. 2000b. Pelon hallinta ja lapsen turvallisuus. Teoksessa: P. Niemelä & A. R. Lahikainen (toim.) *Inhimillinen turvallisuus*. Tallinna: Vastapaino, 119-146.
- Kiuru, H. 2003. Kokemus alkoholitiperheessä kasvamisesta, selviytymisestä ja tuesta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma. Tampere.
- Kleinknecht, R. A. 1986. *The anxious self. Diagnosis and treatment of fears and phobias*. New York: Human Sciences Press.
- Koivula, M. 2002. Ohitusleikkauspotilaiden pelot, ahdistuneisuus ja sosiaalinen tuki. *Acta Universitatis Tampensis* 875. Tampere: Tampereen yliopistopaino Juvenes Print.
- Kokko, S. 1996. Mahdollisuus moneen. Ensimmäistä kertaa psykiatrisessa sairaalahoidossa olevan potilaan kokemuksia hoidostaan. Oulun Yliopisto. Hoitotieteen laitos. Lisensiaattityö. Oulu.
- Kolleck, B., Huber, A., Breitmann, A., Barth, I. & Kirchgassner, R. 1997. Kommunikation with patients. *Pflege* 10 (6), 335-340.
- Kotrotsiou, E., Theodosopoulou, H., Papathanasiou, I., Dafogianni, C., Raftopoulou, V. & Evangelos, K. 2001. How do patients experience stress caused by hospitalisation and how do nurses perceive this stress experienced by patients? A comparative study. *ICUs and Nursing Web Journal* 7 (1), 1-17.
- Krause, K. 1987. *Syöpään sairastuminen. Muuttuneeseen elämäntilanteeseen sopeutuminen*. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Krause, K. & Kiikkala, I. 1996. *Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä*. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Kukkola, S. 1997. Kommunikatiivinen potilas-hoidonantajasuhde. Tutkimus halutun ja saadun kommunikaation vastaavuudesta perusterveydenhuollossa. Helsingin yliopisto. Yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon laitos. Väitöskirja. Helsinki.
- Kuronen, M. 1995. *Mammografiapotilaiden pelko- ja kipukokemuksia*. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma. Turku.
- Kuuppelomäki, M. 1997. *Kärsimys ja toivo syöpää sairastavan ihmisen elämässä*. Helsinki: Kirjayhtymä.

Kyngäs, H., Jämsä, T., Mikkonen, R., Nousiainen, E-M., Ryttilahti, M., Seppänen, P. & Vaattovaara, R. 2000. ”Terveys ei ole enää itsestäänselvyys. Se on elämän suuri lahja” Tutkimus syöpää sairastavien nuorten selviytymisestä sairauden kanssa. Tutkimus. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 1/2000. Oulu: Oulun yliopistopaino.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11 (1), 3-12.

Laine, R. 1997. Masentuneen polku. Analyysi aikakauslehtiartikkeleissa esiintyneiden omakohtaisesti masennuksen kokeneiden kertomuksista. *Stakes aiheita* 16/1997. Helsinki: Stakesin monistamo.

Laitinen, R. 2003. Potilaiden pelot ja ahdistus sekä niiden tunnistaminen ennen leikkausta. Tampereen yliopisto. *Hoitotieteen laitos.Pro gradu –tutkielma*. Tampere.

Latvala, E. 1998. Potilaslähtöinen psykiatrinen hoitotyö laitossympäristössä. University of Oulu. Department of Nursing Science. *Acta Universitatis Ouluensis D Medica* 490. Oulu: Oulun University Press.

Lazarus, R. S. 1966. *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill, Inc. Book Company.

Lazarus, R. S. 1992. Coping with the stress of illness. Teoksessa: A. Kaplan (toim.) *Health promotion and chronic illness*. Copenhagen: WHO Regional Publications, 11-31.

Lazarus, R. S. & Folkman, S. 1984. *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.

Lazarus, R. S. & Lazarus, B. 1994. *Passion and reason. Making sense of our emotions*. New York: Oxford University Press.

Leino-Kilpi, H. 1990. Hoitotyö ihmisen selviytymisen tukijana. *Pro Nursing Ry. Julkaisusarja A:4:1990*. Turku: Kirjapaino Pika, 123-126.

Leino-Kilpi, H. 1991. Good nursing care – the relationship between clinet and nurse. *Hoitotiede* 3 (5), 200-207.

Leino-Kilpi, H. 1993. Tietääkö vai eikö tiedä? Katsaus potilasta ja tietoa koskevaan tutkimukseen. *Stakes*. Helsinki: Painatuskeskus.

Leino-Kilpi, H. & Suominen, T 1997. Suomalainen hoitotieteellinen tutkimus 1950-luvulta nykypäivään. *Hoitotiede* 9 (2), 55-65.

Leino-Kilpi, H. & Vuorenheimo, J. 1992. Potilas hoidon laadun arvioijana. *Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimusraportteja* 68. Helsinki: VAPK-kustannus.

- LeVois, M., Nguyen, T. D. & Attkisson, C. C. 1981. Artifact in client satisfaction assessment: experience in community mental health settings. *Evaluation and Program Planning* 4 (2), 139-150.
- Lindström, U. Å. 1995. The professional paradigm of qualified psychiatric nurses. *Journal of Advanced Nursing* 20 (4), 655-662.
- Liukkonen, A. 1990. Dementoituneen potilaan perushoito laitoksessa. Turun yliopisto. Väitöskirja. Turun yliopiston Julkaisuja. Sarja C osa 81. Turku.
- Lång, A. & Mäenpää, P. 1993. Sairaala on ihan siistipaikka elellä: Lasten kuvauksia kokemuksistaan sairaalahoidossa. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Tutkielma. Kuopio.
- Lämsy, M-L. 2000. Kriisipotilaat ja heidän selviytymisensä. Kuopion yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja D. Lääketiede 228. Kuopio: Kuopion yliopiston painatuskeskus.
- Lönnqvist, J., Aro, H. & Marttunen, M. 1993. Itsemurhat Suomessa 1987 –projekti. Toteutus, aineisto ja tutkimustuloksia. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. Tutkimuksia 25. Jyväskylä: Gummerus.
- Makkonen, I. 1996. ”Henki on luotava, että itte pärjää...” Akuuttiin leukemiaan sairastuneen selviytymisprosessin alkuvaihe. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Tutkielma. Turku.
- McEnvoy, J. P., Applebaum, P. S., Apperson, L. J., Geller, J. L. & Freter, S. 1989. Why must some schizophrenic patients be involuntarily committed the role of insight. *Comprehensive Psychiatry* 30 (1), 13-17.
- McFarland, G. & McFarlane, E. 1989. Nursing diagnosis and intervention. St. Luis: C. V. Mosby Company.
- McHaffie, H. E. 1992. Coping: an essential element of nursing. *Journal of Advanced Nursing* 17 (8), 933-944.
- McKinnon, K., Cournos, F. & Stanley, B. 1989. Rivers in practice: clinicians' assessments of patients' decision-making capacity. *Hospital and Community Psychiatry* 40 (11), 1159-1162.
- McReynolds, P. 1975. Changing conceptions of anxiety: a historical review and a proposed integration. Teoksessa: I. G. Sharason & C. D. Spielberger (toim.) *Stress and anxiety*, 2nd edition. Hemisphere publishing co. New York: John Wiley & Sons, 3-26.
- Mielonen, M-L. 1997. Mielenterveysasiakkaiden hoitoon hakeutuminen. Oulun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –työ. Oulu.
- Miettinen, S. 1994. Psykiatrisille potilaille kehitetty hoidon arviointimittari; Metodisen kokeilun alustavia tuloksia ja arviointia. Kuopion yliopistollinen sairaala. Psykiatrian klinikka. Hallintokeskus. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin julkaisuja No 16/1994. Kuopio.

- Murgatroyd, S. & Woolfe, R. 1982. *Coping with crisis; understanding and helping people in need*. Philadelphia: Open University Press.
- Muurinen, E. 1992. *Keskosen syntymä ja siitä selviytyminen äidin kokemana*. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma. Tampere.
- Mäkelä, K. 1992. *Kvalitatiivisen tutkimuksen arviointiperusteet*. Teoksessa: K. Mäkelä (toim.) *Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta*. Helsinki: Painokari.
- Mäkelä, K. 1995. *Nivelreumaa pitkään sairastaneiden työikäisten naisten selviytyminen jokapäiväisessä elämässä*. Helsingin yliopisto. Yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon laitos. Pro gradu -tutkielma. Helsinki.
- Mölsä, A., Krogerus-Therman, I., Raatikainen, R. & Tolvanen, S. 1985. *Hoitotyön (nursing) ammattisanasto*. Hämeenlinna: SHKS.
- Namir, S., Wolcott, D., Fawzy, F. & Alumbaugh, M. 1987. *Coping with AIDS: psychological and health implications*. *Journal of Applied Social Psychology* 17 (3), 309-328.
- Nieminen, H. 1985. *Elinolot ja mielenterveyspalveluiden käyttö*. *Acta Universitatis Tamperensis ser A vol 188* Tampereen yliopisto. Tampere.
- Nieminen, H., Luoma-Veikkola, M. & Pänkäläinen, S. 1998. *Mistä tukea surevalle: tutkimus psykiatriseen avohoitoon lähiomaisen kuoleman vuoksi hoitoon hakeutuneiden asiakkaiden surun ilmenemisestä ja elämäntilanteesta*. *Hoitotiede* 10 (2), 97-105.
- Nijkamp, M. D., Ruitter, R. A. C. & Roeling, M. 2002. *Factors related to fear in patients undergoing cataract surgery: a qualitative study focusing on factors associated with fear and reassurance among patients who need to undergo cataract surgery*. *Patient Education and Counseling* 47 (3), 265-272.
- Nikkola, H. 1991. *Potilaiden käsityksiä hyvästä psykiatrisesta hoitotyöstä. ”Minähän sen työnteen, hoitaja ohjaa sitä prosessia.”* Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Tutkielma. Turku.
- Nykysuomen tietosanakirja 1993. Porvoo: WSOY.
- Oras, P. 1987. *Turvallisuus ja pelot hoitotilanteessa. Tutkimus sairauteen liittyvistä peloista ja niiden taustasta*. Helsingin yliopisto. Sosiaalipolitiikan laitos. Pro gradu -tutkielma. Helsinki.
- Parle, M., Jones, B. & Maquire, P. 1996. *Maladaptive coping and affective disorders among cancer patienta*. *Psychology Medicine* 26 (4), 735-744.
- Patton, Q. 1990. *Qualitative evaluation and research methods*. 2rd edition. California, Newbury Park: Sage Publications.

- Peplau, H. E. 1991. Interpersonal relations in nursing. A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing. Alkuperäispainos 1952. New York: Springer.
- Peplau, H. E. 1992. Interpersonal relations in nursing. A theoretical framework for application in nursing practice. *Nursing Science Quarterly* 5, 13-18.
- Peplau, H. E. 1997. Peplau's theory of interpersonal relations. *Nursing Science Quarterly* 10, 162-167.
- Pietilä, V. 1973. Sisällön erittely. Helsinki: Gaudeamus.
- Pietiläinen, S. 1999. Synnyttäjän pelko ja pelokkaan synnyttäjän hoitotyö. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma. Tampere.
- Polit, D. F., Beck, C. T. & Hungler, B. P. 2001. Essentials of nursing research: methods, appraisal, and utilization. 5th edition. Philadelphia: J. B. Lippincott Company.
- Pope, B. 1986. Sosial skills training for psychiatric nurses. London: Harper and Row Ltd.
- Potinkara, H. 1995. Pelon kokemuksen tarkastelua kriittisesti sairaan potilaan läheisen näkökulmasta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma. Tampere.
- Poutanen, O. 1996. Depressio terveyskeskuspotilaalla. *Acta Universitatis Tamperensis ser A vol 474*. Tampereen yliopisto. Tampere.
- Powell, T. J. & Enright, S. J. 1990. Anxiety and stress management. Lontoo: Routledge.
- Punamäki, R-L. 1995. Terveyskeskusasiakkaiden terveyden hallinta. Sairauden selitysmallit, psykososiaaliset voimavarat ja vastaanottokokemukset. *Stakes, tutkimuksia 53*. Jyväskylä: Gummerus.
- Puotinniemi, T. & Kyngäs, H. 2003. Psykiatrisessa osastohoidossa olleen nuoren ja hänen äitinsä selviytyminen arkipäivässä. *Hoitotiede* 15 (4), 180-190.
- Raatikainen, R. 1992. Self-activeness in domiciliary care. Patients' need for help received. *Acta Universitatis Oulu. Väitöskirja*. Oulu: Oulun yliopisto.
- Rachman, S. J. 1990. Fear and courage. 2nd edition. New York: W. H. Freeman and Company.
- Rahikkala, P. 1992. Ahdistuneen potilaan hoitotyö sairaalassa. Oulun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma. Oulu.
- Rauhala, L. 1989. Ihmisen ykseys ja moninaisuus. Helsinki: Sairaanhoidajien Koulutussäätiö.
- Rautiainen, T. 1994. Anestesiahoitajan käynti potilaan luona ennen leikkausta Peijaksen sairaalassa. Potilaskysely anestesiaa ja heräämöhöitoä koskevasta tiedonsaannista, peloista,

tyytyväisyydestä ja hoitoon osallistumisesta heräämössä. Helsingin yliopisto. Yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon laitos. Pro gradu -tutkielma. Helsinki.

Ready, R. & Clark, L.A. 2002. Correspondence of psychiatric patient and information ratings of personality traits, temperament, and interpersonal problems. *Psychological Assessment* 14 (1), 39-49.

Ristaniemi, T. K. 1998. Oman onnensa seppä? Tutkimus masentuneen naisen selviytymisestä. Helsingin yliopisto. Sosiaalipolitiikan laitos. Pro gradu -tutkielma. Stakes aiheita 33/1998 Helsinki: Stakesin monistamo.

Rossi, S., Widén, T., Kotavuopio, T., Kylänpää, A., Pietiläinen, K., Niemi, O. & Venäläinen, M. 1998. Dokumentointi moniammatillisessa hoitoryhmäyöskentelyssä. Teoksessa: Hoitotyön vuosikirja 1999. Dokumentointi hoitotyössä. Hygieia-sarja. Helsinki: Kirjayhtymä, 157-162.

Rothstein, W. & Boblitt, W. E. 1970. Expressed fears of psychiatric inpatients. *Journal of Clinical Psychology* 26 (3), 277-279.

Ryynänen, U. 2000. Terveys ja turvallisuus. Teoksessa: P. Niemelä & A. R. Lahikainen (toim.) *Inhimillinen turvallisuus*. Tallinna: Vastapaino, 41-60.

Räikkönen, K. & Nurmi, J-E. (toim.) 2001. *Persoonallisuus, terveys ja hyvinvointi*. Lisäpainos. Helsinki: Suomen psykologinen seura.

Seitsamo, S. 1996. Miten minun käy? - tutkimus aivohalvauspotilaan pelon kokemuksista sekä hoitohenkilökunnalta saadun tuen kokemuksesta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma. Tampere.

Smitherman, C. 1981. *Nursing actions for health promotion*. Philadelphia: Davis Company.

Spielberger, C. 1972. *Anxiety. Current trends in theory and research*. London: Academica Press.

Stuart, G. W. & Sundeed, S. J. 1995. *Principles and practice of psychiatric nursing*. Fifth edition. St Luis: Mosby-Year Book.

Suhonen P. 1988. *Suomalaisten arvot ja politiikka*. Juva: WSOY.

Suua, P. & Tuomikoski, M. 1996. Psykkisen hyvinvoinnin tukeminen. Teoksessa: R. Tähtiö (toim.) *Hoitotyön auttamismenetelmät*. Oulun ammattikorkeakoulu. Oulun terveydenhuolto-oppilaitos. Porvoo: WSOY, 63-89.

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

- Tarkka, M-T. 1996. Äitiys ja sosiaalinen tuki. Ensisynnyttäjän selviytyminen äitiyden varhaisvaiheessa. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis ser A vol. 518. Vammala: Vammalan kirjapaino.
- Tienari, P. 1991. Psykopatologia. Teoksessa: K. Achté, Y. O. Alanen & P. Tienari. Psykiatria 1. 6. painos. Porvoo: WSOY, 95-120.
- Toskala, A. 1982. Pelot: Neuroottinen ahdistuneisuus - mitä se on ja miten siitä voi päästä. Juva: WSOY.
- Trad, P. V. & Greenblatt, E. 1990. Psychological aspects of child stress: development and the spectrum of coping responses. Teoksessa: L. E. Arnold (toim.) Childhood stress. Wiley series in child and adolescent mental health. Wiley: New York, 23-49.
- Tremblay, P. F. & King, P. R. 1994. State and trait anxiety, coping styles and depression among psychiatric inpatients. Canadian Journal of Behavioural Science 26 (4), 505-519.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2003. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Tuutti, H. 1986. Hammashoitopelko lapsilla ja nuorilla. Kuopion yliopisto. Kansanterveystiede. Ehkäisevän hammaslääketieteen ja kariologian laitos. Väitöskirja. Alkuperäistutkimukset 3/1986. Kuopion yliopiston julkaisuja. Kuopio: Kuopion yliopiston painatuskeskus.
- Töyry, E., Herve, R., Mutka, R. & Savolainen, M. 1993. Ihmisläheisenhoidon mittareiden kehittäminen. Potilaiden kokemuksia ihmisläheisestä hoidosta Kuopion yliopistollisessa sairaalassa. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin julkaisuja No 12. Kuopio.
- Uehara, T., Sakado, K., Sato, T. & Takizawa, R. 2002. Coping measurement and state effect of depression and anxiety in psychiatric outpatients. Psychopathology 35 (1), 48-51.
- Varto, J. 1992. Laadullisen tutkimuksen metodologia. Hygieia-sarja. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Vauhkonen, K. 1996. Potilas-lääkärisuhde. Teoksessa: K. Achté, T. Tamminen & V. Aalberg (toim.) Somatopsykiatria. Jyväskylä: Gummerus, 16-23.
- Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa: M. Paunonen & K. Vehviläinen-Julkunen. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY, 26-34.
- Vehviläinen-Julkunen, K. & Paunonen, M. 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen tarkoitus ja merkitys. Teoksessa: M. Paunonen & K. Vehviläinen-Julkunen. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY, 14-25.
- Välimäki, M. 1994. Psykiatrisen potilaan itsemääräämisoikeus. Teoreettinen ja empiirinen analyysi itsemääräämisoikeuden käsitteestä. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Licensiaattitutkimus. Turku.

- Välimäki, M. 1998. Self-determination in psychiatric patients. Turun yliopiston julkaisuja sarja D osa 288. Turku: Painosalama.
- Webb, C. 1996. Caring, curing, coping: towards an intergrated model. *Journal of Advance Nursing* 23 (5), 960-968.
- Weber, R. P. 1985. Basic content analysis. Newbury Park: Sage Publications.
- Weber, S. 1996. The effects of relaxation exercises on anxiety levels in psychiatric inpatients. *Journal of Holistic Nursing* 14 (3), 196-205.
- Weiss, K. J. 1994. Management of anxiety and depression syndromes in the elderly. *Journal of Clinical Psychiatry* 55 (2), 5-12.
- Wiens, A. 2000. Preoperative anxiety in woman. *AORN Journal* 68 (1), 74-88.
- Wilson, H. S. 1989. Research in nursing. Second edition. California: Addison & Wesley Park.
- Wolman, B. B. 1979. Lapsen pelot. Keuruu: Otava.
- Ystgaard, M., Tambs, K. & Dalgard, O. S. 1999. Life stress, social support and psychological distress in late adolescence: a longitudinal study. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 34 (1), 12-19.
- Zettler, A., Duran, G., Waadt, S., Herschbach, P. & Strian, F. 1995. Coping with fear of long-term complications in diabetes mellitus: a model clinical program. *Psychotherapy & Psychosomatics* 64 (3-4), 178-184.
- Åstedt-Kurki, P. & Häggman-Laitila, A. 1992. Good nursing practice as perceived by clients. A starting point for development of professional nursing. *Journal of Advanced Nursing* 17, 1195-1199.

(1/2)

TIEDOTE HENKILÖKUNNALLE

Tutkimus on pro gradu -tutkielma ja kuuluu opiskeluuni Helsingin yliopiston Vantaan täydennyskoulutuskeskuksessa Tampereen yliopiston hoitotieteen koulutusohjelman mukaan. Sitä ohjaavat professori Marita Paunonen-Ilmonen ja assistentti Eija Paavilainen Tampereen yliopiston hoitotieteen laitokselta. Tutkimukseen kuuluvan teemahaastattelun suorittamista varten on saatu lupa 05.12.2000 sairaalan eettiseltä toimikunnalta. Tutkimuslupa on anottu kahdellekymmenelle haastattelulle ja kuudelle esihaastattelulle. Esihaastattelujen tarkoituksena on testata haastattelurunkoa ja kysymysten muotoilua. Haastattelut suoritetaan 01.01.–15.04. 2001 aikana tutkimusluvan mukaisesti.

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla ensimmäisessä psykiatrisessa sairaalahoidossa olevien potilaiden pelkoja ja niistä selviytymistä avo-osastohoidon aikana. Tämä tutkimus on tärkeä, koska tarvitsemme tutkimustietoa hyvän psykiatrisen hoidon toteuttamiseksi. Hyvä hoitotyö lähtee potilaiden kokemuksista. Lisäksi tutkimustieto auttaa hoitotyöntekijöitä eläytymään potilaiden kokemusmaailmaan.

Alustavan suostumuksen haastatteluun osallistumisesta kysyy potilaan hoitoryhmän jäsen, samalla annetaan kirjallinen tiedote. Haastateltavasta potilaasta ilmoitetaan tutkijalle ja sovitaan haastatteluajankohta. Haastattelut alkavat heti, kun tutkittavia on käytettävissä. Hoitoryhmät valitsevat tutkimukseen osallistuvat seuraavien kriteerien perusteella:

- haastateltavan vapaaehtoinen suostumus
- haastateltava tietää tutkimuksen tarkoituksen
- ensimmäinen psykiatrinen sairaalahoido
- hoitoryhmän arvio potilaan soveltuvuudesta tutkimukseen
- hoitoryhmän arvio, jotta haastateltavalle ei aiheudu haittaa tutkimuksesta
- haastateltava ei ole psykoottinen ja hän pystyy keskittymään haastattelutilanteeseen
- haastatteluajankohta lähellä potilaan kotiutusta

- sujuva suomenkieli

Luontevien haastattelutilanteiden aikaansaamiseksi ne sovitaan potilaille tutulle osastolle, hoidon yhteyteen. Tutkimuksen aluksi tutkija tarkastaa sanallisesti, että haastateltava tietää, mistä on kyse. Samalla haastateltava antaa kirjallisen suostumuksen haastatteluun osallistumisesta. Haastattelut nauhoitetaan. Tutkimuksen aineisto kerätään haastattelemalla väljin teemoin. Tutkija toimii haastattelijana ja aineiston käsittelijänä, näin luottamuksellisuus säilyy. Haastatteluaineisto analysoidaan laadullisella sisällön analyysillä. Tutkimuksen tuloksista ei pysty tunnistamaan yksittäistä vastaajaa. Tutkija ei tutustu potilasasiakirjoihin.

Yhteistyöstä kiittäen!

Jaana Inkilä

Liite 2

HAASTATTELUN TEEMAT JA KYSYMYKSET**Taustatekijät**

Kertoisitteko Teidän elämäntilanteestanne?

Pelon piirteet

Mitä pelko Teidän mielestänne on?

Mitä pelko merkitsee Teille?

Miten Te arvioitte pelon määrää?

Pelko käyttäytymisessä

Miten pelko vaikuttaa Teidän käyttäytymiseenne?

Pelko tunteena

Minkälaisia tunteita pelko Teissä herättää?

Psykiatrinen avo-osastohoito

Kertoisitteko Teidän avo-osastohoidostanne?

Mitä avo-osastohoitoon liittyviä pelkoja Teillä on?

Psyykinen sairaus

Kertoisitteko Teidän sairaudestanne?

Mitä sairauteenne liittyviä pelkoja Teillä on?

Muut tekijät

Mitä muita pelkoja Teillä on?

Selviytymisen piirteet

Mistä tietää, että selviytyy peloista?

Selviytymisprosessi

Kertoisitteko mitä Teidän peloista selviytymiseenne pitää sisällään?

Selviytymiskeinot, voimavarat

Mikä Teitä on auttanut selviytymään peloistanne?

Tulevaisuus

Miten Te suhtaudutte tulevaisuuteen?

Liite 3

TIEDOTE JA TUTKIMUSPYYNTÖ POTILAILLE

Pyydän Teiltä suostumusta haastateltavaksi ”ensimmäisessä psykiatrisessa sairaalahoidossa olevien avo-osastopotilaiden pelot ja niistä selviytyminen” pro gradu -tutkielmaa varten. Tutkielma kuuluu opiskeluuni Helsingin yliopiston Vantaan täydennyskoulutuskeskuksessa Tampereen yliopiston hoitotieteen koulutusohjelman mukaan. Tutkimuksen suorittamista varten on saatu lupa (pvm.) sairaalan eettiseltä toimikunnalta.

Haastatteluun suostuminen edellyttää Teiltä ½ – 2 tuntia aikaa. Haastattelut nauhoitetaan. Haastattelurunko on kaikille samanlainen. Haastattelu ei vaikuta Teidän hoitoon, eivätkä siinä esille tulleet asiat välity hoitohenkilökunnalle. Tutkija ei tutustu potilasasiakirjoihin. On tärkeää, että vastaatte mahdollisimman rehellisesti kysymyksiin, ainoastaan siten saadaan luotettavaa tietoa hoitotyön kehittämiseen. Haastatteluaineistoa käsittelee vain tutkija. Aineisto hävitetään analysoinnin jälkeen. Henkilöllisyytenne ei paljastu tutkimuksesta.

Tutkimus kuvailee potilaiden avo-osastohoidon aikaisia pelkoja ja niistä selviytymistä. Tämä tutkimus on tärkeä, koska tarvitsemme tutkimustietoa hyvän psykiatrisen hoidon toteuttamiseksi. Hyvä hoitotyö lähtee potilaiden kokemuksista. Lisäksi saatu tieto auttaa hoitohenkilökuntaa paremmin ymmärtämään tilannetta potilaan näkökulmasta.

Toivon, että voisitte osallistua tähän tutkimukseen, mutta Teillä on myös oikeus kieltäytyä tai keskeyttää haastattelu. Mikäli suostutte haastatteluun, pyydän Teitä ilmoittamaan siitä hoitoryhmällemme, joka välittää suostumuksenne tutkijalle. Jos olette kiinnostunut haastatteluun osallistumisesta, mutta haluatte vielä lisätietoja ennen päätöksentekoa, osastonhoitaja toimii yhdyshenkilönä tutkijaan.

Etukäteen yhteistyöstä kiittäen!

Jaana Inkilä

Liite 4

KIRJALLINEN SUOSTUMUS TUTKIMUSHAASTATTELUUN

Haastattelu ei vaikuta hoitoon, eikä siinä esille tulleet asiat välity hoitohenkilökunnalle. Tutkija ei tutustu potilasasiakirjoihin. Haastattelut nauhoitetaan. Haastatteluaineistoa käsittelee vain tutkija. Aineisto hävitetään analysoinnin jälkeen. Henkilöllisyys ei paljastu tutkimuksesta. Haastateltavalla on oikeus kieltäytyä tai keskeyttää haastattelu milloin vain.

Suostun Jaana Inkilän haastateltavaksi ”ensimmäisessä psykiatrisessa sairaalahoidossa olevien avo-osastopotilaiden pelot ja niistä selviytyminen” pro gradu -tutkielmaa varten.

Paikka _____ Aika _____

Allekirjoitus _____

Nimen selvennys

KIITOS!

ESIMERKKEJÄ AINEISTON ANALYYSIN ETENEMISESTÄ

Esimerkki alkuperäisilmausten pelkistämisestä: mitä käsitteitä liittyy pelkoon?

ALKUPERÄISILMAISU	PELKISTYS
<p>b1 Epävarmuus on tietysti aina, aina ihmiselle paha paikka.</p> <p>b2 Tietysti tietty epävarmuus siis, tietysti siitä et, mitä tapahtuu ja että, mitä siellä voi tehdä</p> <p>b9 Se oli lähinnä semmosta epävarmuutta.</p>	<p>epävarmuus</p> <p>mitä osastolla voi tehdä</p> <p>epävarmuus</p>
<p>b2 Joo, jäin odottamaan siin sit vaan, kaaoksessa, taas yks epätietosuudentila.</p>	<p>kaaoksen tunne</p> <p>epätietoisuus</p> <p>epätietoisuus</p>
<p>b2 kyl se on niin ku ahdistusta, se mitä. Enemmänkin se on niin ku ilmeisesti, onkin, joo, siis sitä epätietoisuutta. Ja se miten se ilmenee.</p>	<p>epätietoisuus muuttuu ahdistukseksi</p> <p>epätietoisuus</p>
<p>b2 Epätietosuudesta sitä mukaan ahdistukseks. (naurua)</p> <p>b5 Se epätietoisuus vaan nii ku on pahin. Tosi hankala.</p>	<p>jännittäminen</p> <p>enemmänkin jännittämistä kuin pelkoa</p>
<p>b1 Mä oon varmaan siitä poikkeuksellinen yksilö ett, en mä kyl, mä oikein jännitän.</p> <p>a4 Joo, jos mä pelkään tosi paljon, tai jännittää. Ehkä mä enemmänkin jännittämistä kuin pelkäämistä, että.</p>	<p>pelkäämiseen liittyy vaaran uhka</p> <p>jännittäminen on pelkoa</p>
<p>a4 Pelkäämiseen liittyy joku semmonen vaaran uhka, mitä jännittämiseen ei liity./Et tota. Mul oli semmonen vaaran uhka siis. Nii ku sen jännittämisen lisäksi, mull oli semmonen, mä voisin määritellä sen pelon sillä tavalla nii ku että, jännittämisen lisäksi, oli vaaran uhka. Sit sä kysyt mult et mitä on jännittäminen. Jännittäminen on sitä että. (naurahdus) Nyt mä nii ku ajan itteni pussiin: et pelkää jotakin.</p> <p>a4 Jännittäminen on nii ku. Sen kokee fyysisesti, ehkä vapinana, ehkä oksentamis (tauko) alttiutena ja. Psykkisesti sen kokee, sekamelskana päässä.</p>	<p>jännittämisen kokee fyysisesti: vapina, oksentamislaitius ja psyykkisesti sekamelskana</p> <p>psykkinen aiheuttaa fyysisen, fyysistä ei tule ilman psyykkistä</p> <p>jännittäminen ei ole ylitsepääsemätöntä</p>
<p>a4 Kyl se psyykkinen aiheuttaa sen fyysisen./ Että. Ei sitä fyysistä tuu, jos ei ole sitä psyykkistä nii ku, sekamelskaa siel päässä.</p> <p>a8 Niin miten sen sitte osais sanoo. Nii jännittää kohtuudella, se tilanne. Mut se ei oo semmonen ylitsepääsemätön semmonen pelottava asia. Se kuitenkin jännittää et mitä sitte ku kohtaa niiku äsken</p>	

sanoin sitä et.

a8 Tai se ei oikeestaan ole kipeekään vaan, mut siin on sellanen jännittyneisyyden, ja keskittymiskyvyn puute tulee siihen, se on sit täytyis kyllä tehdä jotain ja, lähtee kävelemään.

b10 jännitti tietenkín/, ei pelkoo.

b11 Et kyl mä oon pelänny. Mä oon hirveest jännittäny. Sanotaan et mä en oo pelänny sitä. Mut mä oon ihan oikeest jännittäny sitä ku fajja on käynny täällä tosi paljo. Ja tota öö. Sit mejän mutsi kävi täällä, eilen ja tota nii, sitä mä oikeestaan melkein pelkäsin ku se tulee tänne.

b11 Fajan... Kyl mä oikeestaan voin sanoo, et se ois melkein niiku pelkoo vaikka yhtä aikaa toivon, sit mä niin kun, jännitän sillä tavalla et se on melkein pelkoo on. Tai se vaihtelee./ Mä en tiedä onks se pelkoo vai jännitystä.

a12 Jännittäminen on enemmän semmonen juttu minkä mä. Minkä mä oo niiku, mä tiedän tavallaan niiku et siitä mä selviydyn. Et vaikka mua jännittää mut mä selviydyn siitä.

b9 Niin se on ohimenevä, hyvin nopee juttu./ Säikähdys mun mielest joo, ei semmosta niiku, pitkäaikasta, paniikkia.

b2 Mulle tuli sit kauhee ahdistus sit siitä et, se oli semmosta voimakas pelkotila.

b2 sen voi kuvailla ahdistuneisuudeks, ja ja hermostuneisuudeks

b2 Mut se siis muodostuu! Mun mielest se muodostuu, nyt kun mä ajattelen sitä, kun puhun ahdistuksesta on se.. puhun hermostuneisuudesta. Kun yrität terästää kuuloas, ja sit näkö, sehän muodostuu hermostuneisuudeksi ja sit sitä mukaa ahdistuneisuudeks. Ja sit tuut äkkiä pois sielt metsäst. Loppujen lopuks se sit onkii aika helpottavaa... Epätietosuudesta sitä mukaan ahdistukseks. (naurua)

b2 Niin et pääsis ulos nopeesti, siit ahdistuksesta. Ei täällä.

keskittymiskyvyn puute, täytyy tehdä jotain jännittämien ei ole pelkoo hirveesti jännittäny melkein pelkäsin

jännittäminen melkein pelkoo vaihtelee ei tiedä onko pelkoo vai jännitystä jännittämisestä selviytyy

ohimenevää säikähdys

ei pitkäaikaista

ahdistus

voimakas pelkotila

ahdistuneisuus

hermostuneisuus

terästää kuuloa ja näköä, äkkiä pois tilanteesta

hermostuneisuudesta

ahdistuneisuudeksi

pois tilanteesta

Esimerkki pelkistämisestä ja ryhmittelystä: pelkojen ilmeneminen ja kohteet avo-osastohoidossa (osa)

ALKUPERÄISILMAISU	PELKISTETTY ILMAISU	RYHMITELTY ILMAISU	YHDISTÄVÄ KATEGORIA
<p>b1 Voi. On. Kyl siinä on sillalaila eroja on että. Pelko voi olla, se voi olla hyvinkin lievää ja, hetkenpäästä sit sillailailla, voi päässä, täällä päähän sisällä voi miettiä, se on ihan selvä juttu. Nii ku mul on tää mulla esimerkiksi mullajust tää sairastumisen pelko. Mulle saattaa joskus käydä et nii, et heittää sit takapakkia</p> <p>b11 Niitä on olemassa, olemassa hirveen monen, monen asteista ja. Mä huomasin sen sitten aikasemmin sillon kun olin tota. (hiljaisuutta) Ennen, ennen näitä tapahtumia kun mul oli tosi huono-olo ja mul oli sillonkin jotain, mitä mä pelkäsin ihan, osittain niiku aiheellisesti omassa, omassa elämässäni.</p> <p>b1 hyvinkin lievää</p> <p>b7 Ehkä oon vähän pelänny. Voi kai sitä sanoo vähän peloks sit osittain peloks sitä. . Sitäkin kotiin menemistä ja olemista että.</p> <p>b9 Tää oli ihan sellanen pieni pelko. Niiku pelko.</p> <p>b11 Kuitenkin pikkasen, pikkasen niiku sitäkin pelkoa, sitten loppujenlopuks.</p> <p>b11 oikeestaan melkein pelkäsin</p> <p>a8 Niin miten sen sitte osais sanoo. Nii jännittää kohtuudella, se tilanne. Mut se ei oo semmonen ylitysepäsemätön semmonen pelottava asia. Se kuitenkin jännittää et mitä sitte ku kohtaa niiku äsken sanoin sitä et.</p>	<p>lievää</p> <p>vähän pelkoa</p> <p>osittain pelkoa</p> <p>pieni pelko</p> <p>pientä pelkoa</p> <p>melkein pelkoa</p> <p>jännittää</p> <p>kohtuudella</p> <p>ei ole</p> <p>ylitysepäsemätön</p>	<p>pelkoa on</p> <p>erilaista</p> <p>pelkoa on monen</p> <p>asteista</p> <p>vähäistä pelkoa</p> <p>voimakas pelko</p>	<p>Pelkojen ilmeneminen ja kohteet avo-osastohoidossa</p>
<p>b1 Se pelko voi olla erittäinkin voimakas.</p> <p>a4 Et alkaa oksettaa, jos mä pelkään tosi paljon.</p> <p>a6 Se pelko oli ylitysepäsemätön.</p>			

- a6** Et mieli niiku, mieliteko jostain asiasta. Missä on pelkoo, niin voimakas pelko pelottaa et aivot antaa sellasia käskyjä että, tai esimerkiksi vaikei sen tarvii olla voimakas.
- b11** Kuitenkin pikkasen, pikkasen niiku sitäkin sitten loppujenlopuks. voimakas pelko Tota, mä sanoisin et ehkä se ei ollu ihan, niin voimakas pelko.
- b11** Ne pelot sitten tietenkkin tavallaan, vaikka oli sama mitkä oli niiku laimeni ollu, ne niiku laimeni./ Kyl mä oon niiku, aika hyvin niist päässy. Mut lieveni en. Tai sanotaan niin et ne on ainakin lieventynny./ pikkuhiljaa / Silti, pelosta pelosta muuttuminen ja silti ne jää niiku sinne ja tota silleen./ Kyl mä oon niiku, aika hyvin pääseminen rauhoittuu pieneminen
- a6** et se pelko ajan kanssa rauhottuu että...
- b1** lyhyttä vaan pelon kesto
- b1** Mutta se voi olla hyvinkin voimakasta hetkellisesti. ajallisesti
- b1** monta viikkoo. viikkoja
- b1** pään sisällä voi miettiä/ sit voi jollakin lailla rupee ruokkii sitä mieltiä pelkoo. kasvattaa pelkoa
- b7** päivälomat ja yöloimat kotona lommat kotona
- a6** Et tarkastaa et miten mut on ymmärretty. ymmärtäminen vaikuttaa pelon vähenemiseen
- b1** pakokauhu pakokauhu
- a4** Pelkäämiseen liittyy joku semmonen vaaran uhka, mitä pelkoon liittyviä jännittämiseen ei liity./ pelon sillä tavalla nii ku että, jännittämisen lähitunteita lisäksi, oli vaaran uhka.
- a4** pelkään tosi paljon, tai jännittää jännittämisen
- a6** ihan kauhun vallassa. kauhu
- b7** tuntuu tosi oudolta/ tuntuks se huonolta vai niiku oudolta jännittämisen
- b11** kourasee mahasta. outous, huono tuntuu mahassa

Ala- ja yläkategorioiden ja yhdistävien kategorioiden muodostaminen

RYMITELTY ILMAISU	ALAKATEGORIA	YLÄKATEGORIA	YHDISTÄVÄ KATEGORIA
pelkoa on eriasteista vähäistä pelkoa voimakas pelko pelon muuttuminen ja pieneneminen pelon kesto ajallisesti vaikuttaa pelon lisääntymiseen vaikuttaa pelon vähenemiseen pelkoon liittyviä lähitunteita			
kaaos, elämän hallitsemattomuus osastohoitoon pääseminen hoitoon tulotilanne ei tietoa ei tukea ensikertalaisuus		Epävarmuus ja epätietoisuus	
lääkityksen aloitus käyttö annostus vaihto vähentäminen vierotusoireet lääkeriippuvuus sivuvaikutukset		Lääkityksen pelko	
kohtaaminen tunnistaminen ei tietoa kummallisesti käyttäytyvä kahden hengen huone psykkisesti huonovointinen tervehtiminen, keskustelu, osastoyhteisö	Toiset potilaat		Pelkojen ilmeneminen ja kohteet avo- osastohoidossa
oma hoitoryhmä – muut hoitajat omista asioista puhuminen luottaminen hoitokokous toimintatavat hoidon jatkuminen, tulevaisuus	Hoitokokoukset ja keskustelut	Arvostelun ja kohtaamisen pelko	

huumori
psykiatrisesta hoidosta
tiedottaminen
psykiatrisessa hoidossa oleminen Häpeä ja
leimautuminen

leimautumisen pelko
puolituttujen ihmisten
kohtaaminen
omaisten jaksaminen

lähitulevaisuus
ei kiinnekohtaa, ei tietoa,
epävarmuus
itsemurhan mahdollisuus,
psykkisen voinnin vaihtelut
asioiden hoitaminen
taloudellinen selviytyminen
töihin paluu
yleistä pelkoa tulevaisuudesta

Tulevaisuuden pelko

RYMITELTY ILMAISU	ALAKATEGORIA	YLÄKATEGORIA	YHDISTÄVÄ KATEGORIA
keskusteluhoito hoitokokous tiedon saaminen turvallisuuden tunne osastolla hoidossa oleminen		Osastohoidon turvallinen kokonaisuus	
mukana oleminen, luottamus, välittäminen keskustelut psykiatrisen sairauden ymmärtäminen	Läheiset ihmiset	Tuki	Peloista selviytyminen
keskustelut hoitokokous ajattelu avohoito	Hoitokeskustelut		
lääkkeet vähentävät pelkoja lääkitys kohdalleen pelon tunne vähenee masentuneena tietoa masennuksesta pelon ja ahdistuksen ero		Lääkkeet ja masennus	
ei voi tehdä mitään, eikä tapahdu mitään osaston ryhmät kävely tupakointi		Toiminta	

