

Maria Juhola

PSYKIATRISEN POTILAAN KOHTAAMINEN
SISÄTAUTIOSASTOLLA

Hoitotyön koulutusohjelma
2014

PSYKIATRISEN POTILAN KOHTAAMINEN SISÄTAUTIOSASTOLLA

Juhola, Maria Teresa
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Toukokuu 2014
Ohjaaja: Flinck, Marja KT
Sivumäärä: 31
Liitteitä: 4kpl

Asiasanat: Psykiatrinen potilas, holistinen ihmiskäsitys, hoitoprosessi

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää hoitotyön laatua psykiatrisen potilaan kohtaamisen ja hoitamisen osa-alueella. Tutkimuksen tavoitteena oli perehtyä psykiatrisen potilaan hoidon haasteisiin sisätautiosastolla, kartoittaa hoitohenkilöstön ajatuksia ja kokemuksia psykiatrisen potilaan kohtaamiseen ja hoitamiseen liittyen ja selvittää eri kehittämistarpeita kyseisellä sisätautiosastolla psykiatrisen potilaan hoitoon liittyen

Tutkimus tehtiin yhteistyössä Satakunnan sairaanhoitopiirin kanssa. Tutkimus suoritettiin erällä sisätautiosastolla kyselylomakkeilla huhti- toukokuussa 2014. Kyselylomakkeita toimitettiin osastolle 20 kappaletta ja 18 palautettiin vastattuina eli vastausprosentiksi muodostui 90.

Tutkimuksessa selvitettiin hoitajien koulutustarvetta osa-alueittain. Osa-alueina olivat psykiatriset sairaudet, psykiatrisen potilaan kohtaaminen, psykiatrisen potilaan hoito sekä psykiatrisen potilaan lääkehoito. Tutkimustulosten mukaan hoitajat kokivat omaavansa liian vähän tietoa psykiatrisen potilaan kokonaisvaltaisesta hoidosta. Tutkimuksen mukaan suurin osa koki tarvitsevansa lisäkoulutusta yhdellä tai useammalla osa-alueella. Vastaajista vain yksi oli jokseenkin eri mieltä lisäkoulutuksen tarpeesta.

Suurin osa koki tarvitsevansa erityisesti lisää tietoa potilaan kohtaamisesta, masennuksesta, suicidaalisuudesta, psykoottisuudesta ja lääkehoidosta.

Kehittämisehdotuksina esiin nousivat seuraavat sisällöt: hoitajat toivovat enemmän aikaa psykiatrisen potilaan hoitoon ja keskusteluun, enemmän hoitajien välistä keskustelua sekä jälkipuintia vaikeista hoitotilanteista ja vaikeista potilaista. Kehittämisehdotuksena ilmeni myös, että psykiatrisen potilaan jatkohoitoon kiinnitettäisiin enemmän huomiota.

ENCOUNTER PSYCHIATRIC PATIENT IN MEDICAL WARD

Juhola, Maria Teresa

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in nursing

May 2014

Supervisor: Flinck, Marja

Number of pages: 31

Appendices: 4 pieces

Keywords: Psychiatric patient, holistic idea of man, treatment process

The purpose of this thesis was to figure out the experiences and thoughts of nurses when encountering and treating a psychiatric patient at the medical ward. The goal of the research was to figure out the possible educational and developmental requirements and improve nursing for the nurses in that ward.

The research was made in co-operation with Satakunnan sairaanhoitopiiri. The research was carried out in one medical ward with questionnaires in April and in May of 2014. 20 copies of the questionnaires was delivered to the ward from which 18 copies was returned with answer which means the answer rate was 90%.

In the research we figured out the educational needs of nurses by categories. The categories were psychiatric diseases, encountering a psychiatric patient, treating a psychiatric patient and the medication for a psychiatric patient. According to the research results the nursing staff felt they did not have enough information when it comes to comprehensive treatment of a psychiatric patient. According to the research most of the answers were a totally or somewhat agreed that they require additional education in one or more categories. From the nurses' only one somewhat disagreed with the requirement for additional education.

Most of the nurses especially wished for more knowledge on psychiatric patient medication, how to recognize depression or suicidal attentions, how to encounter a psychiatric patient.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	6
3	PSYKIATRISEN POTILAAN KOHTAAMINEN.....	6
3.1	Holistinen ihmiskäsitys	7
3.2	Psykoosit ja skitsofrenia	8
3.2.1	Masennus ja kaksisuuntainen mielialahäiriö	10
3.2.2	Itsetuhoisuus ja itsemurhariski	13
3.2.3	Hoitajan etiikka ja arvot	13
3.3	Hoitoprosessi.....	14
4	AIHEALUEESEEN LIITTYVÄT AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET	16
5	KOHDEJOUKKO JA TUTKIMUSMENETELMÄT	17
6	TUTKIMUSTULOKSET	18
6.1	Taustatiedot.....	18
6.1.1	Ikäjakauma	19
6.1.2	Kokemus hoitotyöstä	19
6.1.3	Työkokemus tässä yksikössä.....	20
6.2	Väittämät.....	21
6.2.1	Psykiatrisen potilaan kohtaaminen	21
6.2.2	Psykiatrisen potilaan hoitaminen.....	22
6.2.3	Hoitajien kokemus omasta osaamisesta	23
6.2.4	Psykiatristen sairauksien oireiden tunnistaminen.....	24
6.3	Kehittämistarpeet	25
6.3.1	Lisäkoulutus	26
6.3.2	Avoimet kysymykset.....	27
7	POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	28
7.1	Jatkotutkimus ehdotuksia.....	28
	LÄHTEET	29
	LIITTEET	
LIITE 1.	SOPIMUS OPINNÄYTETYÖN TEKEMISESTÄ	
LIITE 2.	HYVÄKSYTTY OPINNÄYTETYÖN LUPAHAKEMUS	
LIITE 3.	KYSELYLOMAKE HOITOHENKILÖSTÖLLE	
LIITE 4.	SUOSTUMUSLOMAKE	

1 JOHDANTO

Vuosittain 15 % suomalaisesta väestöstä sairastuu mielenterveyden häiriöihin. Ennusteiden mukaan erityisesti depressio tulee nousemaan sairastavuustilastoissa. (Syrjäpalo 2006, 19.) Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tietojen mukaan joka viides suomalainen sairastuu masennukseen ja hyvin usein se uusiutuu. Pahimmassa tapauksessa masennus johtaa itsemurhaan. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut.) Jokainen hoitohenkilökuntaan kuuluva kohtaa työssään potilaita, joilla on psyykkisiä häiriöitä. Potilaalla voi olla diagnosoitu psyykinen sairaus tai psyykkiseen sairauteen viittaavia oireita, joihin hoitajan pitäisi osata kiinnittää huomiota.

Hyvä hoito on kokonaisvaltaista, jossa ihminen on jakamaton ja ainutlaatuinen omista suhteistaan ja elinympäristöstään. Potilaan voimavarojen löytyminen vaatii aina potilaan kokemukseen pohjautuvan hoitajan ja potilaan välisen luottamuksellisen ja tavoitteellisen hoitosuhteen. (Koivisto, Janhonen & Kiikkala.)

Pelottavilta tuntuvat oireet ja oudolta näyttävä käyttäytyminen, hoitojen sivuvaikutukset, tiedon puute ja yksittäiset kohu-uutiset sekä viime kädessä jokaisen ihmisen epävarmuus omasta ja läheistensä mielenterveydestä ovat olleet niitä tekijöitä, jotka ovat olleet omiaan korostamaan mielenterveyspotilaisiin kohdistuneita pelkoja ja kielteisiä asenteita. Potilaisiin on saattanut kohdistua kielteistä leimaamista, stigmatisaatiota, tai jopa diskriminaatiota, syrjintää. Kielteinen leimaaminen johtaa stereotyyppioihin, jonka perusteella tapahtuu koko ryhmän edustajien erottaminen "normaaleista". (Lönngqvist & Lehtonen 2011.) Psykiatrisen potilaan kohtaaminen voi olla hoitajalle hämmentäväkin kokemus, jos hoitajalla ei ole riittävää tietämystä psykiatrisen potilaan kohtaamisesta.

Nuikan (2002) väitöskirjan mukaan hoitotyössä kuormittavia tilanteita olivat nimenomaan ne tilanteet, joissa hoitajat kokivat epävarmuutta omasta osaamisestaan, eikä hoitajilla näin ollen ollut toimintaedellytyksiä hoitaa potilasta hyvin (Nuikka 2002).

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tässä opinnäytetyössä tarkoituksena on kehittää hoitotyön laatua psykiatrisen potilaan hoitamisen alueella eräällä Satakunnan keskussairaalan sisätautiosastolla. Tavoitteena tässä opinnäytetyössä on:

1. Perehtyä psykiatrisen potilaan hoidon haasteisiin sisätautiosastolla
2. Kartoittaa kyseisen sisätautiosaston hoitohenkilöstön ajatuksia ja kokemuksia psykiatrisen potilaan kohtaamiseen ja hoitamiseen liittyen
3. Selvittää eri kehittämistarpeita kyseisellä sisätautiosastolla psykiatrisen potilaan hoitoon liittyen

Keskeisinä käsitteinä tässä opinnäytetyössä on: holistinen ihmiskäsitys, psykiatrinen potilas ja hoitoprosessi

3 PSYKIATRISEN POTILAAN KOHTAAMINEN

Psykiatria on oppi mielenterveyden häiriöistä, niiden oireista ja ilmiästä eli psykopatologiasta, syistä eli etiologiasta, kehityksestä eli patogeneesistä, hoidosta eli terapiasta sekä ehkäisystä eli preventiosta (Lönnqvist, Heikkinen, Henriksson, Marttunen & Partonen 2008, 16).

Psykiatriset häiriöt ovat usein monen eri syytekijän tuloksia. Psykiatrisia häiriöitä voidaan tarkastella biologiselta, psykodynaamiselta sekä sosiaalipsykiatriselta näkökulmalta. Biologisesti tarkasteltuna painopisteenä psykiatriassa ovat genetiikka sekä biologiset prosessit psykiatristen häiriöiden taustalla, lääkehoito sekä tutkimusmenetelmänä aivojen kuvantaminen. Psykodynaaminen psykiatria korostaa ihmistä psykologisena olentona, jolle sisäiset yllykkeet, omat kokemukset ja niihin liittyvät yksilölliset merkitykset sekä vuorovaikutus muiden ihmisten ja ulkomaailman kanssa ovat tärkeitä. Sosiaalipsykiatria korostaa sosiaalisten tekijöiden, sosiaalisen ympäristön ja kulttuurin merkitystä mielenterveyshäiriöiden riskitekijöinä sekä niiden kulkuun vaikuttavina tekijöinä. (Lönnqvist ym. 2008, 17.)

”Toisen ihmisen hoitaminen edellyttää inhimillistä lähestymistapaa työhön. Se merkitsee erityisesti autettavan kunnioittamista, hänen omien voimavarojensa tukemista

sekä mahdollisuuttaan ihmisarvoiseen elämään kaikissa olosuhteissa.” (Leino-Kilpi, Kulju ja Stolt 2012, 51). ”On hyvä muistaa, että mielenterveys on aina suhteellinen asia. Kukaan ei ole täysin sairas tai kokonaan terve” (Lönqvist ym. 2008). Psykiatrisen potilaan kohtaamisessa on kiinnitettävä erityisesti huomiota vuorovaikutukseen. Yhteistyön rakentaminen on ongelmallista jokaisen psykiatrisen potilaan kohdalla. Toimiva yhteistyö on aina haastavaa rakentaa psykiatrisen potilaan kanssa, mutta erityisen haasteellista yhteistyö on psykoottisen potilaan kanssa. (Aalberg n.d.)

3.1 Holistinen ihmiskäsitys

Holistinen eli kokonaisvaltainen ihmiskäsitys on eräiden filosofisten analyysien perusteella ihmisen ontologia eli olemisen ja olemassaolon käsite, joka voidaan jaotella kolmeen perusmuotoon käyttäen termejä: tajunnallisuus, kehollisuus ja situationaalisuus (Rauhala 2005, 32).

Tajunnallisuus eli psyykkis-henkinen olemassaolo käsitetään tässä ihmiskäsityksessä kokonaisuuden inhimillisenä kokemisena, joka tarkoittaa mielellisyyttä. Mieli ilmenee tai koetaan aina jossakin elämyksessä. Mieli ja elämys ovat aina yhdessä. Emme voi koskaan havaita tajuntaa itseään, mutta voimme havaita sen sisältöä, jossa tajunta on olemassa. Tajunta muodostaa merkityssuhteita esimerkiksi pelkoa, ahdistusta, iloa ja mielihyvää erilaisiin asioihin. Merkityssuhteet voivat muuttua ja muodostavat verkostoja, jotka muodostavat ihmisen oman maailmankuvan ja käsitykset omasta itsestä. Psykkiset häiriöt ovat epäsuotuisia, karkeasti vääristyneitä merkityssuhteita. Ymmärrys on vanhaa kokemuspohjaa eli aikaisemmin luotujen merkityssuhteiden organisoitumia eikä tajunnasta voida ottaa mitään pois eikä lisätä ilman, että se menee ymmärryksen kautta. (Rauhala 2005, 34–36.)

Kehollisuus on ihmisen olemassaolon perusmuoto. Kehollisuus tarkoittaa aina ihmisen orgaanista eli konkreettista olemista sekä orgaanista toimintaa kuten verenkiertoa ja ruuansulatusta. Orgaanisen elämän piirissä elintoimintojen toiminta ja yhteistyö on luotettavampaa, kuin mitä tajunta on niistä tulkinnut, koska tajunnan tulkinnat muodostuvat usein opitun teorian tai oman elämänkatsomuksen mukaan. (Rauhala 2005, 38–39.)

”Situationaalisuudella ihmisen olemassa olon muotona tarkoitetaan ihmisen kietoutuneisuutta todellisuuteen oman elämäntilanteensa kautta ja mukaisesti.” Situationaalisuus on aina ainutkertaista. Se muodostuu erilaisista komponenteista. Ennalta määräämättömiä komponentteja, joihin ihminen ei itse ole pystynyt vaikuttamaan ovat esimerkiksi geenit, kansallisuus ja ihonväri. Itse valittavia komponentteja ovat muun muassa aviopuoliso, ystävät, työ ja ruokavalio. Olennaista on tietää joko konkreettisiin ja ideaalisiin komponentteihin. Konkreettisia komponentteja ovat muun muassa ravinteet, saasteet, luonto fyysisessä elementissä, ilmastolliset ja maantieteelliset olot, reaaliset ihmisen kanssakäymisen muodot ja rakennusten ulkonaiset puitteet. Ideaalisia komponentteja ovat ihmisen arvot ja normit, henkisen ilmapiirin muodot, uskonnolliset virtaukset, taide ja luonto niin kuin se koetaan. Situationaalisuus on siis kaikkea sitä mihin ihminen on suhteessa, koska jokaisella komponentilla on oma vaikutuksensa ja se vaikuttaa usein myös muihin komponentteihin. (Rauhala, 2005, 41–43.)

3.2 Psykoosit ja skitsofrenia

Psykoosi on tila jossa ihmisen todellisuudentaju puuttuu tai on heikentynyt. Psykoottinen potilas on usein sekava ja hänen puheensa saattaa olla epäselvää, epäloogista tai hän on voinut psykoosin takia menettää puhekyvyn. Psykoosiin liittyy hyvin vahvasti erilaiset harhaluulot sekä aistiharhat, kuten näkö-, kuulo-, haju- ja tuntoharhat. Psykoottiset tilat voivat olla lyhytaikaisia tai pitkäaikaisia. Psykoottisten oireiden taustalla voi olla psyykinen tai somaattinen sairaus, lääkitys tai vieroitusoireet. (Lönnqvist ym. 2008, 73.)

Perälän (2013) väitöskirjan mukaan yli kolme prosenttia suomalaisista sairastuu psykoottisiin häiriöihin elämänsä aikana. Noin prosentti sairastuu yleisimpään psykoosiin eli skitsofreniaan. Puoli prosenttia sairastuu mielialaoireellisiin psykooseihin. Päihdepsykooseja, erityisesti alkoholipsykooseja ilmene keski-ikäisillä miehillä. Iäkkäillä ihmisillä psykoosin aiheuttavat useimmiten ruumiilliset sairaudet.

Skitsofrenia on nuorella aikuisiällä alkava psykoosiksi luokiteltava psykiatrinen sairaus, joka lähes aina kestää koko loppuiän. Taudissa on psykoosi vaiheita, vakaampia vaiheita sekä masennus vaiheita. Miehillä se alkaa yleensä aikaisemmin kuin naisilla. Alkamisiän huippu miehillä on 20–28 ja naisilla 24–32 ikävuotta. Tämä ei kuitenkaan tarkoita, ettei skitsofrenia voisi puhjeta aiemmin tai myöhemmin. Suomessa on noin 50 000 skitsofreniaa sairastavaa henkilöä. Koko väestöstä 0,5–1,5 prosenttia sairastaa skitsofreniaa. Pääosa hoidosta toteutuu avohoidossa. Skitsofrenialle ei ole täsmällistä hoitoa. Hoito koostuu yksilöllisestä lääkkeellisestä hoidosta, psykoterapiasta sekä psykososiaalisesta hoidosta. Keskusteluissa harhaluuloisen potilaan kanssa on huomioitava, ettei hoitava henkilö lähde väittelemään ja perustelemaan potilaan harhoja epäloogisiksi, hoitaja voi kuitenkin epäillä ja ihmetellä ääneen kysymällä: Ajatteletko todella noin? Jos potilas kysyy harhoistaan voi hoitaja vastata, ettei tiedä, mutta epäilee asian todellisuutta. Hoidon ja kuntoutuksen avulla pyritään estämään psykoosin uusiutuminen (Riikola, Salokangas & Laukkala 2013; Lönnqvist ym. 2008, 85, 106,151.)

Skitsofrenian tyyppi oireita ovat: harhaluulot, aistiharhat, hajanainen puhe, pahasti hajanainen tai outo käytös, selkeästi jäykistyneet motoriset toiminnot, kiihtyneisyys, negatiiviset oireet eli tunneilmajujen selvä latistuminen, puheen köyhtyminen tai tahdottomuus. Skitsofreenikoille ei yleensä tule kaikkia oireita kerralla, mutta vähintään kahden edellä mainitun oireen esiintyminen kuukauden ajan sekä merkittävä sosiaalisen toimintakyvyn lasku kahden kuukauden ajan ovat kriteerinä skitsofrenian diagnosoinnille. (Huttunen 2013.) On myös ennakko-oireita, joiden avulla voidaan tunnistaa alkava skitsofrenia tai muu psykiatrinen sairaus. Ennakko-oireiden perusteella ei kuitenkaan tehdä diagnoosia. Ennakko-oireita ovat mm. mielialanvaihtelut, masentuneisuus, aggressiivisuus, herkkyys, ärtyisyys, epäluuloisuus, vetäytyminen ihmissuhteista, oudot ajatukset ja käytös, muistamisen ja keskittymisen vaikeus, tapaturma-alttius, itsetuhoisuus, itsemurha-alttius, ruumiilliset muutokset, huono stressietokyky, unihäiriöt, ahdistuneisuus, motivaation puute, päihteiden lisääntynyt käyttö sekä tupakoinnin aloittaminen (Lönnqvist ym. 2008, 82).

Skitsofrenia on jaettu yhdeksään eri alatyyppiin ICD-10 (suomalainen tautiluokitus) mukaan: paranoidinen, hebefreeninen, katatoninen, erilaistumaton, skitsofrenian jälkeinen masennus, jäännöstyyppi, erityisosatekijätön, muu sekä määrittämätön. DSM-

IV (amerikkalainen tautiluokitus) jaottelee skitsofrenian vain viiteen alatyyppiin: Paranoidiseen, hajanaiseen, katatoniseen, jäsentymättömään ja jäännöstyyppin skitsofreniaan. (Lönqvist ym. 2008, 75–76.)

Paranoidiselle skitsofrenialle tyypillistä ovat kuuloharhat sekä vainoharhaiset ajatukset. Hajanaiselle skitsofrenialle tyypillistä ovat hajanaisuus, estottomuus, aktiivisuus sekä häiriintynyt käytös. Katatoninen skitsofrenia on harvinainen muoto, jolle on ominaista psykomotoriset häiriöt kuten katatoninen katapleksia eli äkillinen lihasjäntevyyden katoaminen sekä stupor eli horroksen kaltainen sulkutila, jossa ihminen ei ole ollenkaan tietoinen ympäröivästä maailmasta. Jäsentymättömään skitsofreniaan luokitellaan potilas, jos edeltävät alatyypit eivät tule kyseeseen, mutta skitsofrenian tyypioireet ovat olemassa. Jäännöstyyppin skitsofrenia voidaan diagnosoida jos tyypioireet esiintyy, mutta ne esiintyvät lievinä tai vaimeina. (Lönqvist ym. 2008, 75–76.)

Skitsofrenia lisää sairastuvuutta sekä ennenaikaisen kuoleman riskiä monella tavalla. Skitsofreniaa sairastavista 70–80% tupakoi. Tupakointi voi helpottaa heidän oireitaan, mutta se lisää selkeästi keuhko- ja kurkunpään syövän riskiä. Muita yleisiä sairauksia skitsofreniaa sairastavilla ovat sydän- ja verisuonisairaudet, metabolinen oireyhtymä, tyypin 2 diabetes sekä uni- ja syömishäiriöt. Ennenaikainen kuolema on todennäköisempi suuren onnettomuus-, tapaturma- sekä itsemurhariskin takia. Skitsofreniaa sairastavista 5-10 % tekee itsemurhan. Se voi tapahtua taudin missä vaiheessa tahansa, mutta suurin riski on aktiivisten psykoottisten oireiden ja masennuksen aikana. Suurin osa heistä on ilmoittanut aikeensa. (Lönqvist ym. 2008, 90–91.)

3.2.1 Masennus ja kaksisuuntainen mielialahäiriö

Masennuksella voidaan tarkoittaa eri yhteyksissä eri asioita. Masentunut tunnetila on hetkellinen ja normaali tunne erilaisien pettymysten tai menetysten yhteydessä. Masentunut mieliala on pitkäkestoisempi ja voi kestää päivistä, viikkoihin ja kuukausiin. Jos masentuneen mielialan lisäksi esiintyy muita oireita, voidaan puhua masennusoireyhtymistä. Masennustilat eli depressiot ovat oireyhtymiä, jotka luokitellaan mielenterveyden häiriöiksi. (Lönqvist, ym. 2008, 157). Masennustilat ovat Suomes-

sa yleisin psykiatrinen syy työkyvyttömyyseläkkeelle. On arveltu, että se selittyy masennuksen entistä paremmalla diagnosoinnilla ja ihmisten hoitoon hakeutumiskyvyn matalalla tasolla. On tutkittu, että tietyt väestöryhmät ovat alttiimpia masennukselle esimerkiksi naiset, yksin asuvat, eronneet, työttömät, tupakoivat, päihdeongelmaiset, somaattista sairautta kroonisesti sairastavat, pienten lasten äidit, alhaisesti koulutetut ja muista mielenterveyden häiriöistä kärsivät. Kuitenkin masennuksen syntyyn vaikuttavat muutkin asiat, kuten perinnöllisyys ja varhaislapsuuden kehityshäiriö, joka estää eheän minäkuvan kehittymisen. (Toivio & Nordling 2009, 104–108.)

Masennustilat voidaan jaotella neljään eri vaikeusasteeseen lievään, keskivaikeaan, vaikeaan sekä psykoottiseen masennukseen. Masennustilan diagnosoinnissa ja vaikeusasteen määrittelyssä käytetään kymmentä oirekuvaa (1-10) ja kolmea oirekriteeriä (A, B, C):

A. Masennusjakso on kestänyt vähintään kaksi viikkoa

B. Todetaan vähintään kaksi seuraavista oirekuvista

1. Masentunut mieliala suurimman osan aikaa
2. Kiinnostuksen tai mielihyvän menettäminen asioihin, jotka ovat tavallisesti kiinnostaneet tai tuottaneet mielihyvää
3. Uupumus. Vähentyneet voimavarat tai poikkeuksellinen väsymys

C. Todetaan jokin tai jotkin seuraavista oireista niin, että oireita on yhteensä (B ja C yhteenlaskettuina) vähintään neljä.

4. Itseluottamuksen tai omanarvontunnon väheneminen
5. Perusteettomat tai kohtuuttomat itsesyytökset
6. Toistuvat kuolemaan tai itsemurhaan liittyvät ajatukset tai itsetuhoinen käyttäytyminen
7. Subjektiiivinen tai havaittu keskittymisvaikeus, joka voi ilmetä myös päättämättömyytenä tai jahkailuna
8. Psykomotorinen muutos (kiihtymys tai hidastuneisuus), joka voi olla subjektiivinen tai havaittu
9. Unihäiriöt; iltayön nukahtamisvaikeudet, pinnallinen tai katkonainen uni, liikauniisuus

10. Ruokahalun lisääntyminen tai väheneminen, johon liittyy painon muutos

Lievässä masennustilassa oireita on 4–5, keskivaikeassa 6–7 ja vaikeassa 8–10 ja kaikki kohdasta B. Psykoottisessa masennuksessa ilmenee harhoja. (Lönqvist ym. 2008, 158–160; Käypähoidon [www-sivut](#).)

Masennusta voi osin ehkäistä erilaisten interventioiden avulla, jotka on kohdennettu depression vaaratekijöitä omaaviin henkilöihin esimerkiksi; työttömäksi jääneet, työuupumuksesta kärsivät, kroonisesti somaattisesti sairaat tai henkilöihin, joilla jo ilmenee masennuksen oirekuvan (Käypähoidon [www-sivut](#)). Etelä-Pohjanmaan ja Vaasan sairaanhoitopiireissä toteutetuissa kehityshankkeissa, ”Pohjalaiset masennustalkoot”, huomattiin, että masennuksen varhaisessa toteamisessa ja hoitojen tehokkuudessa hyödyntämisessä avainasemassa olivat perusterveydenhuolto sekä työterveysasemat (Toivio & Nordling 2009, 319)

Masennustila on monitekijäinen ja se tulee huomioida hoidon moniulotteisuudessa (Toivio & Nordling 2009, 111). Psykoterapia sekä lääkehoito masennuslääkkeillä ovat tehokkaita lievässä sekä keskivaikeassa masennuksessa, mutta psykoterapia ei ole tehokasta vaikeassa tai psykoottisessa masennuksessa. Vaikean ja psykoottisen masennuksen hoidossa käytetään masennuslääkkeiden lisäksi myös sähkö- eli ECT-hoitoja. Lisäksi psykoosilääkkeitä käytetään psykoottisen masennuksen hoidossa masennuslääkkeiden kanssa. Masennuslääkehoitoa on aina syytä jatkaa akuuttivaiheen jälkeen eli potilaan tultua oireettomaksi noin puolen vuoden ajan. Lääkkeen lopettamisen tulisi tapahtua asteittain, koska äkillinen lopettaminen voi aiheuttaa vieroitusoireita. (Käypähoidon [www-sivut](#))

Kaksisuuntainen mielialahäiriö koostuu maanisista-, hypomaanisista-, masennus- sekä sekamuotoisista sairausjaksoista sekä välijaksoista, jotka voivat olla oireettomia tai vähäoireisia. Maniajakson tunnistaa lisääntyneestä aktiivisuudesta ja poikkeuksellisesta avoimuudesta. Muita oireita ovat toimeliaisuuden lisääntyminen tai fyysinen rauhattomuus. Henkilöltä saattaa hävitä tavanomaiset sosiaaliset käytöstavat siten, että hän käyttäytyy olosuhteisiin nähden epäasiallisesti. Maniajakson aikana unen tarve vähenee, itsetunto kohoaa ja keskittymiskyky heikkenee. Henkilöllä on jatkuvat muutokset toiminnassa tai suunnitelmissa. Hän on uhkarohkea tai käyttäytyy vastuuttomasti, eikä tunnista siihen liittyviä riskejä esimerkiksi hän voi ajaa vastuuttomasti

autolla ja käyttää rahaa vastuuttomasti. Maniajakson aikana myös seksuaalinen halukkuus tai seksuaalinen holtittomuus voi lisääntyä. Hypomaniajakso on kuin maniajakso, mutta lievempi oireinen. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusjakson kriteerit ovat samat, kuin masennuksen määrittelyssä käytettävät kriteerit. Toisin, kuin mania ja hypomania jaksot, masennusjakso voi olla psykoottistasoinen eli potilaalla voi olla aistiharhoja, useimmiten kuuloharhoja. Sairauden diagnosointi voi olla haastavaa, jos oireet alkavat masennusjaksolla. (Käypähoidon www-sivut 2013.)

3.2.2 Itsetuhoisuus ja itsemurhariski

Itsetuhoisuus tarkoittaa ihmisen tarkoituksen mukaista tai epäsuoraa pyrkimystä tai käyttäytymistä satuttaa itseään tai hakeutua tilanteisiin joissa voi vahingoittaa itsensä tai olla hengenvaarassa (Lönqvist ym. 2008. 340). Itsetuhoisuutta ja itsetuhoisia ajatuksia esiintyy erityisesti masennus potilailla, mukaan lukien maanis-depressiivisen sairauden masennusvaiheen sekä skitsofrenian masennusvaiheen potilaat. Lähes 90 %:lla itsemurhan tehneellä on taustalla joku psykiatrinen sairaus (Suominen & Valtonen 2013.) Itsemurhien ehkäisyyn ei ole tutkittua toimivaa tapaa, mutta varhaisen puuttumisen on todettu olevan hyödyllistä (Toivio & Nordling 2009, 321)

3.2.3 Hoitajan etiikka ja arvot

Ammatilliset arvot ovat yleisiä ominaisuuksia, joille tietty ammattikunta antaa arvoa. Ammatillisia arvoja korostetaan ammattikunnan eettisissä ohjeissa ja käytännön toiminnassa. ICN:n (International Council of Nurses 1989) eettiset ohjeet kuvaavat hoitotyön arvoja, joita ovat elämä, ihmisarvo ja ihmisoikeuksien kunnioittaminen. (Syrjäpalo 2006.)

Eettisten ohjeiden mukaan hoitajan tulee suojata ihmiselämää, edistää potilaan hyvää oloa, kohdata ja hoitaa jokainen potilas arvokkaana ihmisenä, oikeudenmukaisesti sekä yhtä hyvin, kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta, antaa hänelle mahdollisuus osallistua oman hoitonsa päätöksentekoon, pitää potilasta koskevat tiedot salassa sekä luoda arvostava hoitokulttuuri. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista

(785/1992) pyrkii takaamaan eettisten ohjeiden toteutumisen hoitotyössä. (Leino-Kilpi, Kulju ja Stolt 2012, 52–53.)

Henkilökohtaiset arvot ovat yksilön uskomuksia tai asenteita ja muodostavat henkilön toiminnan perustan ja sen, miten hän kokee elämänsä. Henkilön arvojärjestelmään vaikuttavat kasvatus, uskonnolliset ja poliittiset käsitykset, kulttuuri, koulutus ja elämäkokemus. Kulttuuriset arvot kuuluvat kulttuuriin ja vaikuttavat käsityksiin terveydestä ja sairaudesta samoin kuin siihen, mikä on moraalisesti oikeaa toimintaa terveydenhuollossa. Syrjäpalon (2006) tekemän väitöskirjan mukaan hoitohenkilökunnalle tärkeimmät arvot olivat rehellisyys, omien vanhempien työn kunnioittaminen, perheen turvallisuus, terveys, vastuuntunto, mielihyvä ja elämäkokemus. Vähiten tärkeitä arvoja olivat uhrautuva työ työnantajan hyödyksi, uskonnollisuus, jännittävä elämä ja varakkuus. Tärkeimmiksi motivaatiotyyppi-arvoiksi erottuivat hedonismi, turvallisuus ja universalismi ja vähiten tärkeinä pidettiin vaihtelunhalua, perinteitä ja valtaa. Arvot korostuvat päätöksenteko tilanteissa ja ohjaavat ihmistä valinnoissa. Ne voivat olla joko moraalisia tai ei-moraalisia, mutta usein yhteiskunnan hyväksymiä. (Syrjäpalo, 2006.) Hoitotyöntekijän tulee elää sovussa itsessään ja muissa olevan hyvän ja pahan kanssa. Hoitajan on uskallettava katsoa ristiriitaisia ja epämiellyttäviä asioita hyvien asioiden varjona, koska eettisyys on lähtöisin olevasta todellisuudesta. (Noppiari, Kiiltomäki & Pesonen 2007, 133)

3.3 Hoitoprosessi

Vuorenmaan (2005) mukaan hoitoprosessi on ennalta määrätty toiminta, jonka tarkoitus on tuottaa tulosta. Se on yksilöllinen tapahtumien ketju, jota ohjataan päätöksien avulla. Hoitoprosessin ohjaukseen liittyvään päätöksentekoon vaikuttavat informaation luotettavuus ja reaaliaikaisuus. Hoitoprosessin ohjausta voidaan tehostaa lisäämällä suunnitelmallisuutta sekä hyödyntämällä tehokkaammin tietotekniikan kehityksen mukanaan tuomaa langattomuutta. Nämä päätökset vaikuttavat prosessin seuraavien vaiheiden valintaan, suoritukseen tai mahdollisesti jopa prosessin keskeyttämiseen. (Vuorenmaa 2005.)

Hoitoprosessissa potilaan siirtymiseen hoitovastuualueelta toiselle liittyy myös informaation siirtämistä eli raportointia. Tämän informaation, joka on suullista ja kuvailevaa, tarkoituksena on säilyttää aloitetun hoidon jatkuvuus. Tässä yhteydessä on hoitohenkilökunnan mahdollista myös kertoa oma subjektiivinen näkemys hoidon kohteena olevan potilaan tilasta. Kuitenkin tarkoituksen mukaista on, että tieto potilaasta siirtyy myös tietotekniikan välityksellä. (Vuorenmaa 2005.)

Hoitoprosessi on mukautettu tieteellinen menetelmä, jonka avulla voidaan määrittää hoitotyölle tietty suunta. Hoitoprosessi auttaa laadun arvioinnissa ja selventää potilaan hoidon vastuuta. Hoitoprosessi suunnitellaan aina potilaan näkökulmasta ja hoidon aikana tulleen informaation tulee olla jaettavissa kunkin hoitoon osallistuvan kanssa. Potilaan tulisi olla mukana hoitosuunnitelmansa teossa, mutta aina se ei ole mahdollista. (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2012, 45–47.)

Hoitoprosessin vaiheet:

1. **Hoidon tarve:** Selvitetään potilaan hoidon tarve sekä vallitsevat että mahdolliset tulevat ongelmat potilaan terveydessä. Asetetaan ne tärkeysjärjestykseen. Hoidon tarvetta voidaan selvittää haastattelemalla potilasta sekä omaisia ja havainnoimalla potilasta. Hoidon tarvetta selvitettäessä tärkeää on hänestä tehdyt mittaukset verikokeet, sydänfilmi, kipumittaus ja verenpaineen mittaus. Potilaan lähettäneen tahon tai ambulanssihenkilökunnan antamat tiedot ovat myös tärkeitä.
2. **Hoidon tavoitteet:** Selvitetään potilaan omat tavoitteet ja odotukset hoidon suhteen sekä mitä hänen voinnissaan on mahdollista tapahtua. Asetetaan tavoitteet myös tärkeysjärjestykseen ja asetetaan päätavoite. Tavoitteiden tulee olla potilaslähtöisiä ja realistisia.
3. **Suunnitellut toiminnot:** Selvitetään, mitä hoitotyön toimintoja ja auttamismenetelmiä tavoitteiden saavuttamiseksi voidaan käyttää ja mitä potilas haluaa käytettävän. Hoitotyön suositukset ohjaavat hoitajan valintoja, mutta henkilökunnan määrä ja hoitotarvikkeiden saatavuus on otettava huomioon toimintojen valinnassa.
4. **Hoidon toteutus:** Toteutetaan hoito suunniteltujen toimintojen mukaan, jotta tavoitteet saavutettaisiin. Hoidon toteutus vaatii hoitajalta kädentaitoja ja teo-

reettista tietoa. Selvitetään potilaan kokonaisvaltainen vointi ja tehdään vain se mihin potilas ei itse kykene. Kannustetaan omatoimisuuteen potilaan voimavarat huomioiden.

- 5. Hoitotyön arviointi:** Arvioidaan hoidon toteutuksen onnistumista, potilaassa tapahtuneita muutoksia sekä arvioidaan toteutuiko suunnitellut tavoitteet. Kysytään potilaan vointia ja kokemuksia hoidosta. Kartoitetaan potilaan uudet hoidontarpeet sekä potilaan voimavarat.

Hoitoprosessin aikana arvioidaan jatkuvasti hoidon vaikuttavuutta ja tarvetta. Kaikki olennaiset tiedot kirjataan ylös. Potilaan hoidon päättyessä hoidosta tehdään hoitotyön yhteenveto (HOIY), johon kirjataan koko potilaan hoitajakson aikana tapahtuneet keskeiset asiat käyttäen apunaan suomalaista FinCC-luokitusta. (Rautava-Nurmi ym. 2012. 47–48.)

4 AIHEALUEESEEN LIITTYVÄT AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET

Ranne P. (2007) teki väitöskirjan hoitajien asenteista psykiatrisia potilaita kohtaan psykiatrisella osastolla. Hänen tutkimuksensa tuloksena vanhemmat hoitajat suhtautuivat jähmeämmin mielisairautta ja mielenterveyspotilaita kohtaan. Mielenterveyden ideologiaan vanhemmat hoitajat suhtautuivat myönteisemmin. Naishoitajien asenteet olivat hyväntahtoisempia ja myönteisempiä mielenterveyden ideologiaan liittyen kuin mieshoitajien. (Ranne 2007.)

Syrjälä K. (2006) tutki väitöskirjassaan hoitajien arvoja ja asenteita psykiatrisessa sairaalassa. Tulosten mukaan henkilökunnan arvoina korostuivat yhteisölliset arvot. Tärkeimpiä yksittäisiä arvoja olivat rehellisyys, perheen turvallisuus, terveys, vastuuntunto ja elämäkokemus. Vähiten tärkeitä arvoja olivat uhrautuva työ työnantajan hyödyksi, uskonnollisuus, jännittävä elämä, varakkuus ja valta. Ihmisarvon kunnioittamista, inhimillistä kohtelua, luotettavuutta ja hoitoympäristön turvallisuutta pidettiin olennaisena osana potilaan hoitoa. (Syrjälä 2006.)

Psykiatrisen potilaan kohtaamista sisätautiosastolla on tutkinut Kaappola & Luoto (2009) tehdyssä opinnäytetyössä, joka on tehty Forssan sairaalan sisätautiosastolla.

Keskeisinä tuloksina mainittiin mielenterveyspotilaiden tunnistettavuuden haasteellisuus, sairaanhoitajien omat tunteet, arvot ja asenteet vaikuttivat mielenterveyspotilaan kohtaamiseen. Suurin osa tutkimukseen osallistuneista hoitajista pyrki kohtelemaan mielenterveyspotilaita tasavertaisesti muihin potilaisiin nähden. Sairaanhoitajien oma ammatillisuus, persoona sekä luottamuksellisuus yhdessä työympäristön kanssa vaikuttivat vuorovaikutuksen syntyyn ja onnistumiseen. Tutkimuksen mukaan työkokemuksen koettiin edistävän vuorovaikutuksen onnistumista. (Kaappola & Luoto 2009.)

5 KOHDEJOUKKO JA TUTKIMUSMENETELMÄT

Tämän opinnäytetyön kohdejoukko on Satakunnan keskussairaalan sisätautiosaston hoitohenkilöstö. Osastolla työskentelee 24 hoitajaa, joista suurin osa on sairaanhoitajia. Opinnäytetyön tutkimuksellinen osuus suoritetaan hyödyntäen kvantitatiivis-kvalitatiivista kyselylomaketta.

Kvantitatiivinen tutkimus tarkoittaa tutkimusta, joka on suunniteltu niin, että sitä voidaan mitata määreellisesti ja numeraalisesti. Tulokset voidaan ilmoittaa taulukoina ja aineisto voidaan käsitellä tilastollisesti. Kvalitatiivinen eli laadullisen tutkimuksen kysymykset koostuvat avoimista kysymyksistä, joihin vastaajalla on mahdollisuus vastata oman henkilökohtaisen kokemuksensa perusteella. Kvalitatiivisella tutkimuksella pyritään tutkimaan kohdejoukkoa mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Kvalitatiivisen tutkimuksen pyrkimys on löytää ja paljastaa tosiasioita, ennemmin kuin todentaa jo olemassa olevia väittämiä. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2004, 131, 150–152.)

Kyselylomake koostuu erilaisista väittämistä ja muutamasta avoimesta kysymyksestä. Kyselylomake soveltuu käytettäväksi, kun havaintoyksikkönä on henkilö ja häntä koskevat asiat esimerkiksi mielipiteet, asenteet, ominaisuudet ja käyttäytyminen (Vilkka 2007, 28). Nykyään laadullista ja määrällistä tutkimusta ei tarvitse kategorisesti pitää erossa toisistaan ja samassa tutkimuksessa on mahdollista käyttää molempia menetelmiä

Tulokset analysoidaan Excel- ja Tixel ohjelmia apuna käyttäen ilmaisten tulokset frekvensseinä, prosentteina ja graafisina kuvioina. Avoimien kysymysten vastaukset kootaan yhteen, analysoidaan ja vastauksista muodostetaan yhteenveto. Validiteetin ja reliabiliteetin varmistamiseksi ennen lomakekyselyn toteutusta lomake esitettiin seminaariryhmässä ja tutkittavan osaston osastonhoitaja hyväksyi kyselylomakkeen. Validius tarkoittaa tutkimuksen pätevyyttä mitata tai tutkia juuri haluttua asiaa. Reliabelius tarkoittaa tutkimuksen toistettavuutta eli tutkimuksen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. (Hirsijärvi ym. 2004, 216–217.)

Kyselylomakkeita toimitettiin 20kpl (Liite 3) osastolle 28.4.2014. Osastonhoitajan kanssa sovittiin, että hän kerää täytetyt kyselylomakkeet suljetuissa kirjekuorissa. Täytetyt kyselylomakkeet sovittiin noudettavaksi 6.5.2014. Opinnäytetyön tekemisestä tehtiin kirjalliset sopimukset käyttäen Satakunnan ammattikorkeakoulun sopimusta opinnäytetyön tekemisestä (Liite 1) ja Satakunnan sairaanhoitopiirin opinnäytetyön lupahakemusta (Liite 2). Hoitohenkilöstöltä kerättiin kirjalliset suostumukset (Liite 4).

6 TUTKIMUSTULOKSET

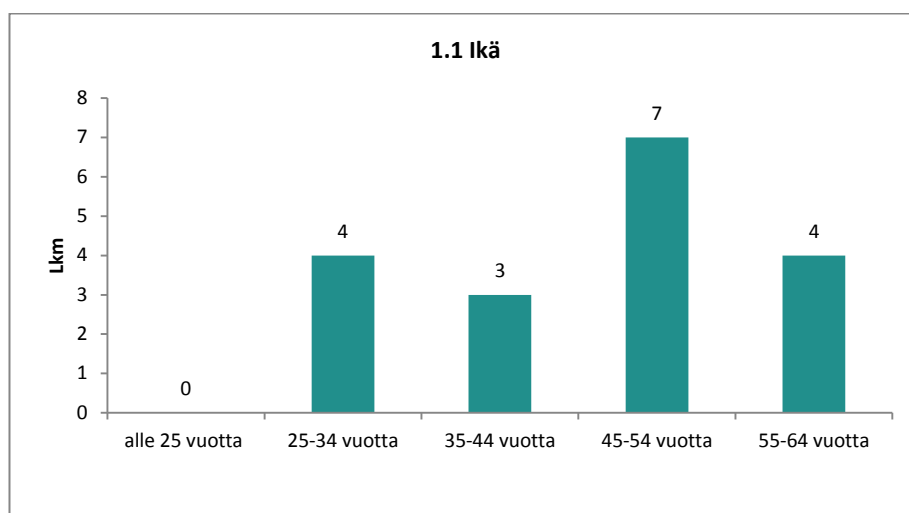
Vastausajan loppuun mennessä kahdestakymmenestä kyselylomakkeesta vastattuja oli 18 kappaletta. Vastausprosentiksi muodostui 90. Avoimiin kysymyksiin vastasi 11 (72 %) henkilöä. Kaikki kyselylomakkeet kelpuutettiin tutkimukseen. Tutkimusjoukon pienen määrän takia ilmoitetaan tutkimustulokset lukumäärinä ja suluissa prosentteina.

6.1 Taustatiedot

Vastaajien taustatietoja käsiteltiin pääsääntöisesti kohdissa 1.1, 1.2 ja 1.3, joissa kysyttiin vastaajan ikää, työkokemusta hoitotyössä ja työkokemusta kyseisessä yksikössä. Vastausvaihtoehdot oli jaoteltu tasavälisiin jakaumiin.

6.1.1 Ikäjakauma

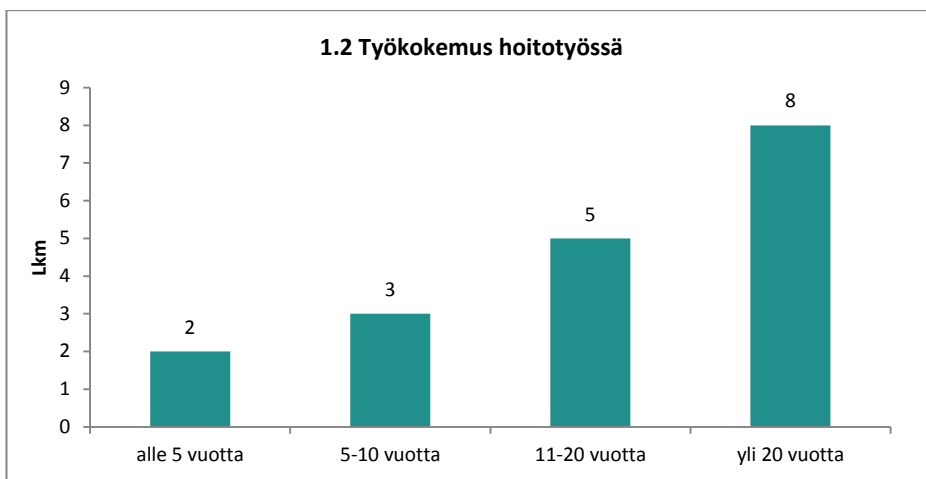
Ikää kysyttäessä, vastausvaihtoehdot oli jaoteltu valmiiksi ikäjakaumiin, jottei vastaajia voitaisi tunnistaa. Vastauksien perusteella kaikki vastaajat olivat yli 25-vuotiaita. Vastaajista neljä (22 %) oli 25–30-vuotiaita, kolme (17 %) 35–44-vuotiaita, seitsemän (39 %) 45–54-vuotiaita ja neljä vastaajaa (22 %) 55–64-vuotiaita. (Kuvio 1).



Kuvio 1. Ikäjakauma

6.1.2 Kokemus hoitotyöstä

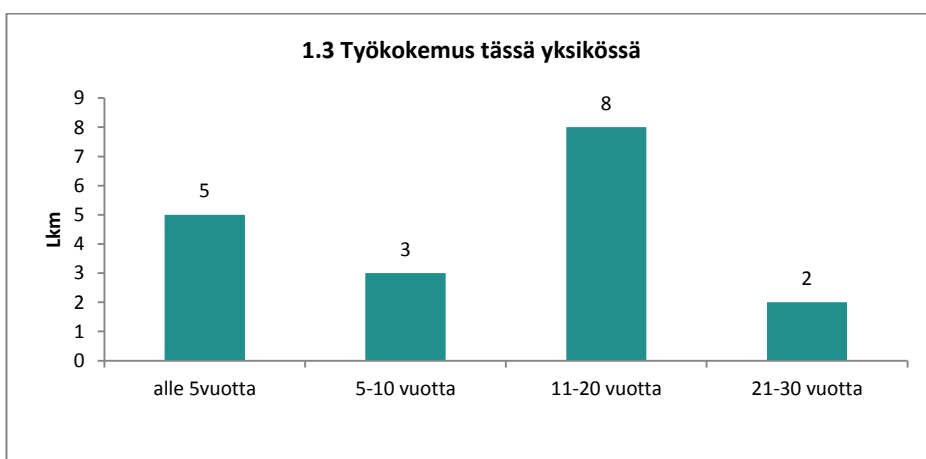
Hoitajien työkokemus hoitotyössä oli ennalta jaoteltu tasavälisellä asteikolla. Vastaajista kaksi (11 %) oli työskennellyt hoitotyössä alle viisi vuotta, kolme (17 %) 5-10 vuotta, viisi (28 %) 11–20 vuotta ja kahdeksan vastaajaa (44 %) yli 20 vuotta. (Kuvio 2).



Kuvio 2. Työkokemus hoitotyössä

6.1.3 Työkokemus tässä yksikössä

Työkokemus kyseisellä osastolla oli myös ennalta jaoteltu tasavälisellä asteikolla ja kyseisellä osastolla suurin osa oli työskennellyt 11–20 vuotta. Vastaajista viisi (28 %) oli työskennellyt kyseisellä osastolla alle viisi vuotta, kolme vastaajaa (17 %) 5–10 vuotta, kahdeksan vastaajaa (44 %) 11–20 vuotta ja kaksi vastaajaa (11 %) 21–30 vuotta. (Kuvio 3)



Kuvio 3. Työkokemus kyseisellä osastolla

6.2 Väittämät

Väittämät, psykiatrisen potilaan hoitoon sisätautiosastolla, käsittelivät neljää pääaluetta: psykiatrisen potilaan kohtaamista, psykiatrisen potilaan hoitamista, hoitajan omaa osaamista sekä hoitajan kykyä tunnistaa yleisimpien psykiatristen sairauksien oireita. Väittämät oli strukturoituja ja vastausvaihtoehdot olivat: 1 täysin eri mieltä, 2 jokseenkin eri mieltä, 3 jokseenkin samaa mieltä ja 4 täysin samaa mieltä.

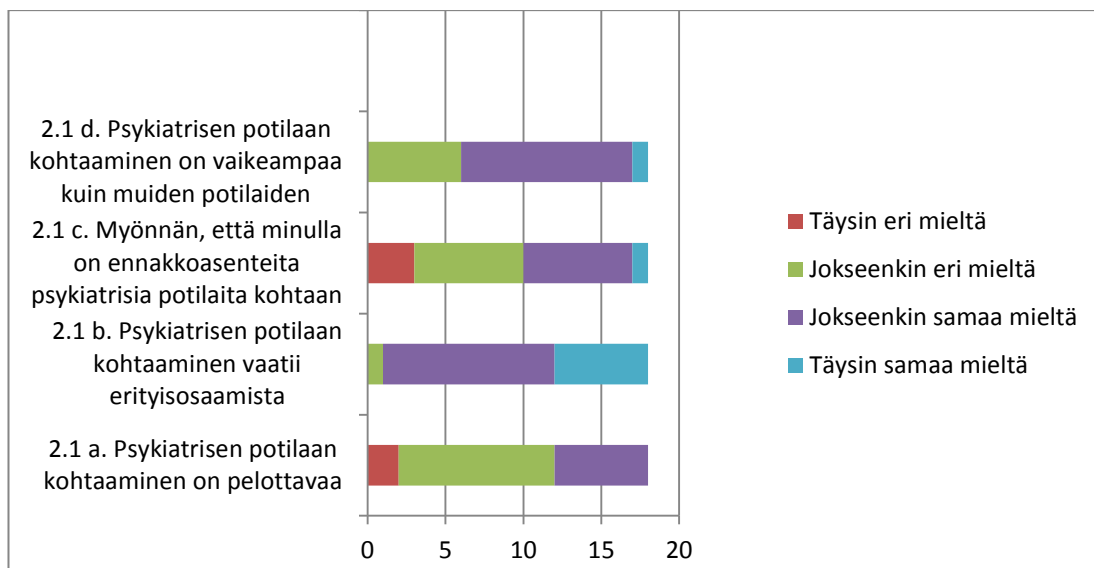
6.2.1 Psykiatrisen potilaan kohtaaminen

Psykiatrisen potilaan kohtaamiseen liittyvistä **peloista** kysyttäessä kuusi vastaajaa (33 %) oli osittain sitä mieltä, että kohtaamiseen liittyi myös pelkoa. Kymmenen vastaajaa (56 %) oli osittain eri mieltä ja kaksi (11 %) täysin eri mieltä.

Kysyttäessä vaatiiko psykiatrisen potilaan kohtaaminen **erityisosaamista** vastaajista kuusi (33 %) oli täysin samaa mieltä ja 11 vastaajaa (61 %) oli jokseenkin samaa mieltä, vain yksi vastaajista oli jokseenkin eri mieltä.

Ennakkoasenteita kartoittavaan kysymykseen yksi vastaajista (6 %) myönsi, että hänellä oli ennakkoasenteita psykiatrisia potilaita kohtaan. Vastaajista seitsemän (39 %) oli jokseenkin samaa mieltä, seitsemän (39 %), jokseenkin eri mieltä. Kolme vastaajaa (17 %) oli sitä mieltä että heillä ei ole ennakkoasenteita psykiatrisia potilaita kohtaan.

Psykiatrisen potilaan **kohtaamisen vaikeudesta** kysyttäessä yksi vastaaja (6 %) oli sitä mieltä, että psykiatrisen potilaan kohtaaminen on vaikeampaa kuin muiden potilaiden. Vastaajista suurin osa 11 (61 %) oli jokseenkin samaa mieltä. Kuusi vastaajaa (33%) oli jokseenkin eri mieltä. (Kuvio 4).



Kuvio 4 Psykiatrisen potilaan kohtaaminen

6.2.2 Psykiatrisen potilaan hoitaminen

Kysyttäessä psykiatrisen potilaan **hoidon vaativuudesta** viisi vastaajaa (28 %) oli täysin samaa mieltä, että psykiatrisen potilaan hoito on vaativaa ja kymmenen vastaajaa (56 %) oli jokseenkin samaa mieltä. Kolme vastaajaa (17 %) oli jokseenkin eri mieltä.

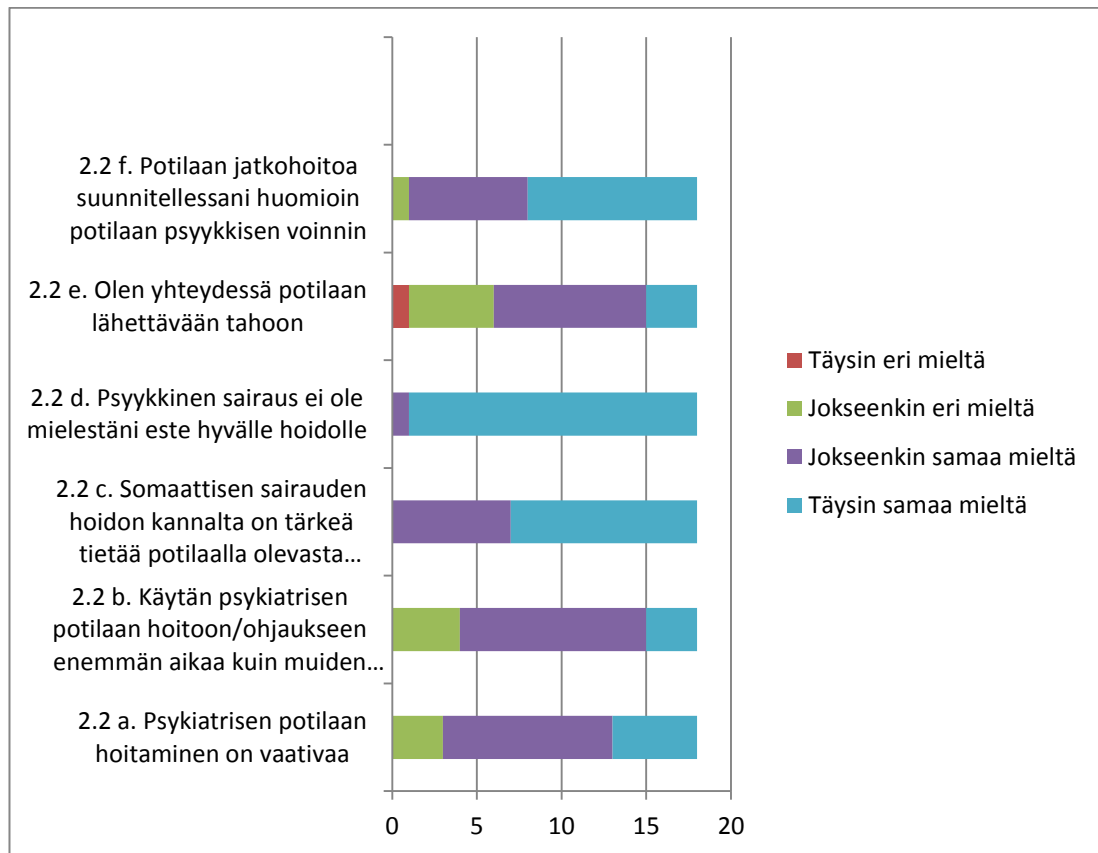
Vastaajista kolme (17 %) sanoi **käyttävänsä** psykiatrisen potilaan hoitoon ja ohjaukseen **enemmän aikaa** kuin muiden. Kymmenen vastaajaa (61 %) oli jokseenkin samaa mieltä ja neljä (22 %) jokseenkin eri mieltä.

Vastaajista 11 (61 %) piti somaattisen hoidon kannalta tärkeänä **tietää** potilaan psyykkisistä sairauksista. Seitsemän (39 %) vastaajaa oli jokseenkin samaa mieltä

Lähes kaikki vastaajat 17 (94 %) olivat täysin samaa mieltä, **ettei** psyykkinen sairaus **ole este** hyvälle hoidolle. Vain yksi vastaaja (6 %) oli jokseenkin samaa mieltä.

Kysyttäessä pitävätkö hoitajat **yhteyttä** potilaan **lähettävään tahoon** vastaajista kolme (17 %) oli toiminut näin, jokseenkin samaa mieltä oli yhdeksän (50 %), viisi (28 %) oli jokseenkin eri mieltä. Yksi hoitajista (6 %) ilmoitti, ettei ollut pitänyt yhteyttä.

Vastaajista kymmenen (56 %) **huomioi** potilaan jatkohoitoa suunnitellessa potilaan **psykykkisen voinnin**. Jokseenkin samaa mieltä oli seitsemän vastaajaa (39 %), jokseenkin eri mieltä oli yksi vastaaja (6 %). (Kuvio 5)



Kuvio 5 Psykiatrisen potilaan hoito

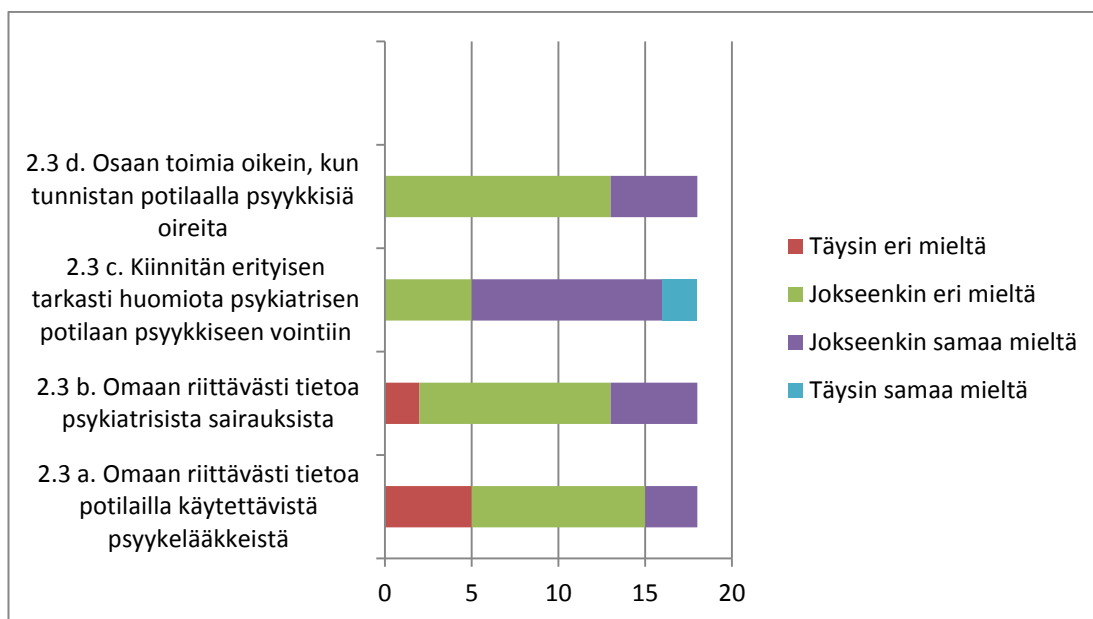
6.2.3 Hoitajien kokemus omasta osaamisesta

Yksikään vastaaja ei kokenut omaavansa **tarpeeksi tietoa** potilailla käytettävistä **psykykeläkkeistä**. Kolme vastaajaa (17 %) koki jokseenkin omaavansa tarpeeksi tietoa, kymmenen (56 %) oli jokseenkin eri mieltä ja viisi (28 %) oli sitä täysin sitä mieltä, ettei omannut tarpeeksi tietoa psykykeläkkeistä.

Yksikään vastaaja ei kokenut omaavansa **tarpeeksi tietoa psykiatrisista sairauksista**. Viisi vastaajaa (28 %) omasi jokseenkin riittävästi tietoa, 11 vastaajaa (61 %) oli jokseenkin eri mieltä ja kaksi (11 %) oli väitteen kanssa täysin eri mieltä.

Vastaajista kaksi (11 %) sanoi kiinnittävänsä erityisen tarkasti **huomiota** psykiatrisen potilaan **psykkiseen vointiin**, 11 (61 %) oli jokseenkin samaa mieltä ja viisi vastaajaa (28 %) oli jokseenkin eri mieltä.

Kysyttäessä hoitajan **kyvyistä toimia oikein** psykkisesti oireilevan potilaan hoitotapahtumassa viisi vastaajaa (28 %) ilmoitti kykenevänsä siihen jokseenkin hyvin. Jokseenkin eri mieltä oli 13 hoitajaa (72 %). (Kuvio 6).



Kuvio 6. Oma osaaminen

6.2.4 Psykiatristen sairauksien oireiden tunnistaminen

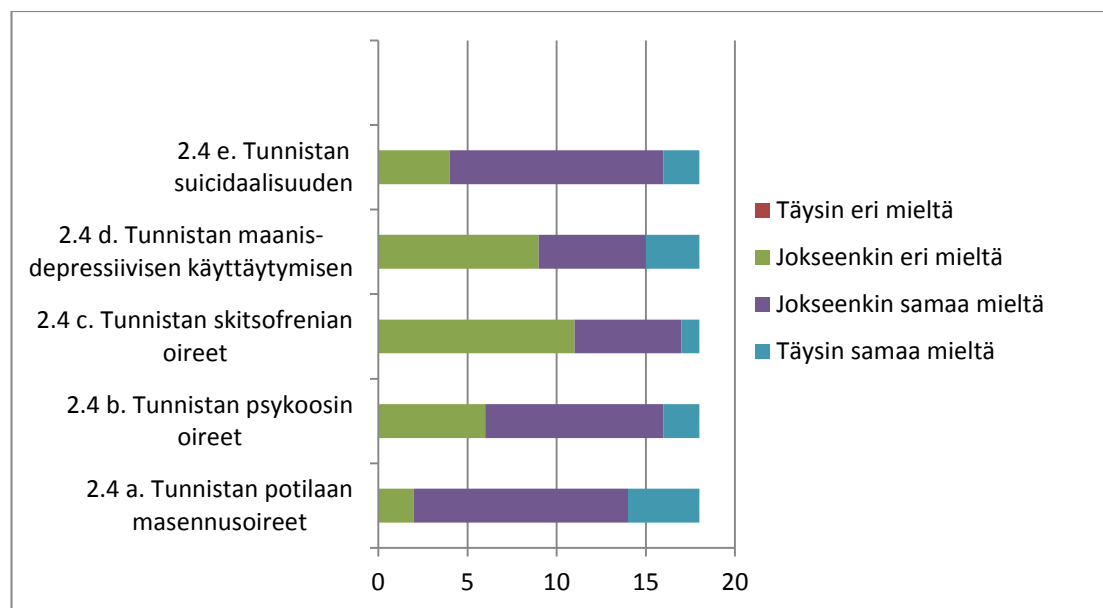
Masennuksen oireet tunnisti neljä vastaajaa (22 %), 12 (67 %) vastasi jokseenkin tunnistavansa ja kaksi vastaajaa (11 %) oli jokseenkin eri mieltä.

Psykoosin oireet tunnisti kaksi vastaajaa (11 %), kymmenen (56 %) ilmoitti jokseenkin tunnistavansa ja kuusi (33 %) oli jokseenkin eri mieltä.

Skitsofrenian oireet koki tunnistavansa vain yksi vastaajista (6 %). Kuusi vastaajaa (33 %) oli jokseenkin sitä mieltä, että tunnistaa oireet. Suurin osa 11 vastaajista (61 %) koki epävarmuutta skitsofrenian oireiden tunnistamisessa.

Hoitajilta kysyttiin **maanis-depressiivisen käyttäytymisen oireiden** tunnistuksesta. Kolme vastaajaa (17 %) koki tunnistavansa kyseisen oirehinnan. Kuusi vastaajaa (33 %) oli jokseenkin samaa mieltä ja yhdeksän (50 %) koki, ettei juurikaan tunnistanut.

Kaksi vastaajaa (11 %) koki tunnistavansa **suicidaalisen potilaan**, vastaajista 12 (67 %) koki jokseenkin tunnistavansa ja neljä (22 %) koki, ettei juurikaan tunnistanut suicidaalista potilasta. (Kuvio 7).



Kuvio 7. Potilaan oireiden tunnistaminen

6.3 Kehittämistarpeet

Kehittämistarpeet -osio koostui viidestä väittämästä 3.1 a-e. (Kuvio 8), joiden avulla kartoitettiin kehittämistarpeita psykiatrisen potilaan hoitoon liittyen. Väittämät olivat strukturoituja ja vastaus vaihtoehdot olivat: 1 täysin eri mieltä, 2 jokseenkin eri mieltä, 3 jokseenkin samaa mieltä ja 4 täysin samaa mieltä.

Tässä osiossa oli myös kaksi avointa kysymystä, joissa tiedusteltiin myös tarkemmin koulutus ja kehitystarpeita.

6.3.1 Lisäkoulutus

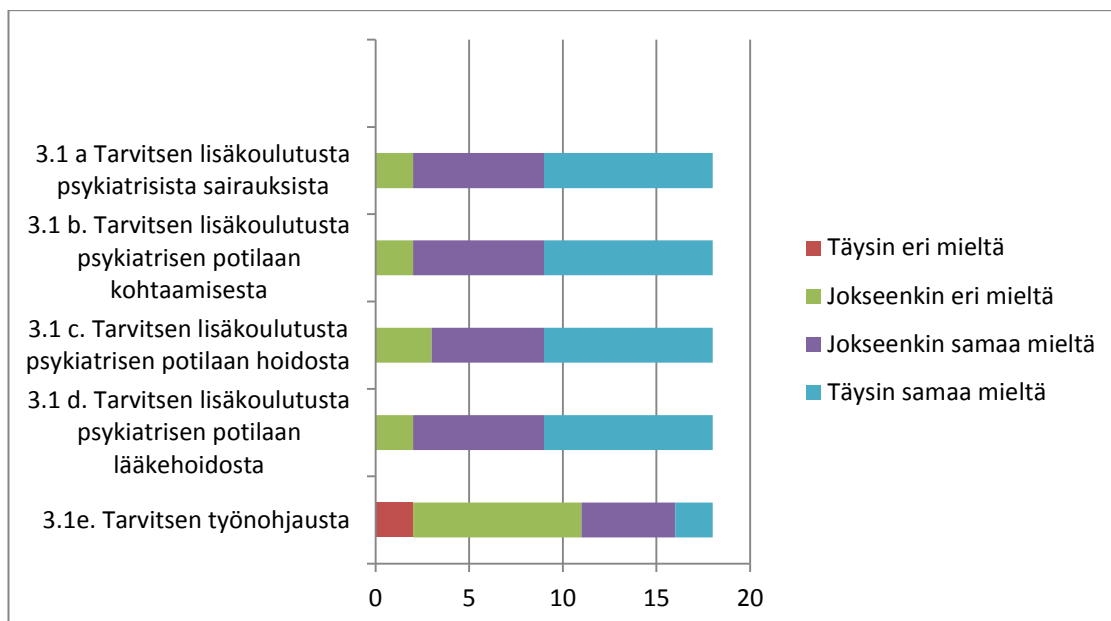
Yhdeksän vastaajaa (50 %) koki tarvitsevansa lisäkoulutusta **psykiatrisista sairauksista**. Seitsemän vastaajaa (39 %) koki jokseenkin tarvitsevansa ja kaksi (11 %) ei juurikaan kokenut tarvitsevansa lisäkoulutusta.

Yhdeksän vastaajaa (50 %) koki tarvitsevansa lisäkoulutusta **psykiatrisen potilaan kohtaamisesta**. Seitsemän vastaajaa (39 %) koki jokseenkin tarvitsevansa ja kaksi (11 %) ei juurikaan kokenut tarvitsevansa.

Yhdeksän vastaajaa (50 %) koki tarvitsevansa lisäkoulutusta psykiatrisen **potilaan hoidosta**. Kuusi vastaajaa (33 %) koki jokseenkin tarvitsevansa ja kolme (17 %) ei juurikaan kokenut tarvitsevansa.

Yhdeksän vastaajaa (50 %) koki tarvitsevansa lisäkoulutusta psykiatrisen **potilaan lääkehoidosta**. Seitsemän vastaajaa (39 %) oli jokseenkin samaa mieltä ja kaksi vastaajaa (11 %) ei juurikaan kokenut tarvitsevansa.

Kun hoitajilta kysyttiin **työnohjauksen tarvetta**, kaksi vastaajaa (11 %) koki tarvitsevansa työnohjausta. Viisi vastaajaa (28 %) koki jokseenkin tarvitsevansa, yhdeksän vastaajaa (50 %) ei juurikaan kokenut tarvitsevansa ja kaksi vastaajaa (11%) oli sitä mieltä, etteivät tarvitse työnohjausta. (Kuvio 8)



Kuvio 8. Kehittämistarpeet

6.3.2 Avoimet kysymykset

Avoimeen kysymykseen, minkälaisesta koulutuksesta olisi hyötyä, vastasi 11 (72 %) hoitajaa. Neljässä vastauksessa (36 %) tuli ilmi, että lisäkoulutusta tarvittaisiin kaikilla osa-alueilla; psykiatrisista sairauksista, sairauksien hoidoista ja lääkehoidosta. Psykiatrisien sairauksien ja suuicidaalisuuden tunnistukseen kaivattiin erityisesti lisäkoulutusta. Esille nousi myös kysymyksiä psykiatrisen potilaan kohtaamisesta ja hoitomenetelmistä

Viimeisessä kohdassa vastaaja sai antaa kehittämissuhteuksia osastolle. Vastaajia oli viisi (28 %). Koottuna yhteenvetona vastauksista osaston hoitohenkilökunta toivoi, että olisi enemmän aikaa ja resursseja psykiatrisen potilaan kohtaamiseen, hoitoon sekä keskusteluun. Lisäksi he toivoivat enemmän koulutusta. Kehittämisen varaa olisi vielä potilaiden jatkohoidon järjestelyssä, ettei potilas jäisi niin sanotusti heitteille. Vaikeista tilanteista ja haastavista potilaista toivottiin myös enemmän yhteistä keskustelua ja pohdintaa henkilökunnan kesken.

7 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Osastolla työskentelevistä hoitajista valta osa oli yli 45-vuotiaita ja heillä oli yli 10 vuoden työkokemus hoitotyöstä. Psykiatrisia potilaita ei kohdattu pelottavina ja hoitajien vastausten perusteella he hoitivat psykiatriset potilaat tasa-arvoisesti huolimatta psykiatrisesta diagnoosista. Hoitajat kuitenkin pitivät tietoa potilaan psykiatrisesta sairaudesta oleellisena hoidon kannalta. Pohdin vaikuttiko tuloksiin hoitajien korkea ikä ja vankka kokemus alasta. Hoitajat kokivat epävarmuutta oman osaamisensa ja tietämyksensä osalta ja he halusivat lisää koulutusta psykiatristen potilaiden hoidosta ja kohtaamisesta. Tästä voidaan päätellä, että hoitohenkilöstö on kiinnostunut hyvän hoidon sisällöistä ja hoitamisen laadusta.

Tuloksista kävi ilmi, että suurin osa hoitajista koki psykiatrisen potilaan hoidon vaativaksi tai jokseenkin vaativaksi ja he käyttivät enemmän aikaa hoitoon ja ohjaukseen. Vastauksien perusteella he kaipasivat enemmän aikaa ja resursseja psykiatrisen potilaan hoidon toteutukseen. Hoitajat kaipasivat myös enemmän yhteistä keskustelua haastavista potilaista ja hoitotilanteista hoitohenkilöstön kesken, mutta eivät kuitenkaan kokeneet työnohjausta tarpeelliseksi. Työnohjaus saatetaan kokea negatiivisena asiana sisätautiosaston hoitajien keskuudessa, jos hoitajat eivät ole olleet työnohjauksessa tai eivät ole saaneet tarpeeksi tietoa siitä.

7.1 Jatkotutkimus ehdotuksia

Vastaavaa kyselyä voisi laajentaa muillekin osastoille erikoissairaanhoidossa, mutta miksei myös perusterveydenhuollon alueella. Näin saataisiin kartoitettua koulutustarve laajalti, koska nykyisin lähes jokainen hoitaja kohtaa työssään psykiatrisia potilaita. Mielenkiintoista olisi myös suorittaa tutkimus psykiatrisen sairaalan tai osaston hoitajille heidän kokemuksistaan ja valmiuksistaan hoitaa ja tunnistaa potilaassa somaattisia sairauksia ja hoidon haasteita.

LÄHTEET

Lönnqvist, J. & Lehtonen, J. 2011. Psykiatrinen potilas. Teoksessa Psykiatria. Viitattu 17.2.2014. <http://www.terveysportti.fi>

Syrjäpalo, K. 2006. Potilaan ja henkilökunnan arvot ja arvostukset psykiatrisessa hoidossa. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Viitattu 17.2.2014.
<http://www.tsr.fi/tsarchive/files/TietokantaTutkittu/2005/105245Loppuraportti.pdf>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut. Viitattu 19.2.2014.
http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/aikalisa/materiaalit/mielenterveys/masennus

Koivisto, K., Janhonen, S. & Kiikkala, I. n.d. Mielenterveyspotilaan kokemuksiin ja vahvuuksiin perustuva hoitotyö. Viitattu 19.2.2014. <http://www.sairaanhoitajaliitto.fi>

Nuikka, M-L. 2002. Sairaanhoitajien kuormittuminen hoitotilanteissa. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto.

Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. 2008. Psykiatria. Jyväskylä: Gummerus.

Leino-Kilpi, H., Kulju, K. & Stolt, M. 2012. Sairaanhoitajan eettiset pelisäännöt. Helsinki: Fioca Oy.

Veikko Aalberg. Teoksessa Psykiatrisen potilaan kohtaaminen. Viitattu 13.3.2014.
http://www.terveysportti.fi/d-htm/articles/1989_22_1867-1871.pdf

Perälä, J. 2013. Epidemiology of Psychotic Disorders (Psykoottisten häiriöiden epidemiologia). Väitöskirja Helsingin yliopisto.

Riikola, T., Salokangas, R. & Laukkala, T. 2013 Skitsofrenia. Viitattu 20.3.2014.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../khp00031>

Huttunen, M. 2013. Skitsofrenia. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim.

Toivio, T. & Nordling, E. 2009. Mielenterveyden psykologia..

Käypähoidon www-sivut. 2013. Depressio. Viitattu 2.4.2014.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../hoi50023>

Suominen, K. & Valtonen, H. 2013. Itsetuhoisen potilaan arviointi. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim..

Rauhala, L. 2005. Ihmiskäsitys ihmistyössä. Helsinki.

Noppiari, E., Kiiltomäki, A & Pesonen, A. 2007. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Vammalan Kirjapaino Oy.

Vuorenmaa, A. 2005. Hoitoprosessin ohjauksen kehittäminen: Case Töölön sairaalan ensiapu/Ari Vuorenmaa. Pro gradu-tutkielma Jyväskylän yliopisto.

Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2012. Hoitotyön taidot ja toiminnot. Helsinki: Sanoma Pro Oy

Ranne, P. 2007. Hoitajien asenteet mielisairautta ja mielenterveyspotilaita kohtaan. Väitöskirja. Turun yliopisto. Viitattu 9.5.2014.

http://www.utu.fi/fi/yksikot/med/yksikot/hoitotiede/julkaisut/Documents/abstraktit_2007/ranne.pdf

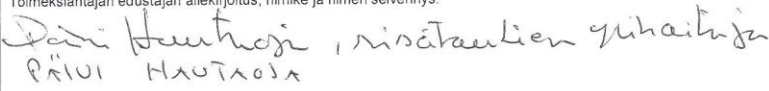

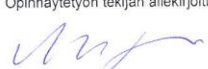
Kaappola, J. & Luoto, J. 2006. Mielenterveyspotilaan kohtaaminen sisätautiosastolla hoitajien kokemana. Opinnäytetyö. Hämeen ammattikorkeakoulu.

Vilkkä, H. 2007. Tutki ja mittaa. Helsinki: Tammi.

Hirsimäki, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.



SAMK / Sopimus opinnäytetyön tekemisestä

Opinnäytetyön tekijä: Maria Teresa Juhola	
Opiskelijanumero: 1001069	Aloitusryhmä: HT10P2A
Koulutusohjelma: Hoitotyön koulutusohjelma	
Opinnäytetyötä ohjaavan opettajan nimi, sähköposti, puhelinnumero ja osoite: Marja Flinck, marja.flinck@samk.fi, 044 710 3430	
Toimeksiantaja, yhteys henkilön nimi, sähköposti, puhelinnumero ja osoite: Satakunnan sairaanhoitopiiri osasto M3, Päivi Hautaoja, paivi.hautaoja@sathp.fi	
Opinnäytetyön nimi: Psykiatrisen potilaan kohtaaminen sisätautiosastolla	
Työn etenemisaikataulu: Työ valmistuu toukokuussa 2014	
Tarkempi selvitys on sopimuksen liitteenä olevassa hyväksytyssä tutkimus-/projektisuunnitelmassa.	
Tätä sopimusta koskevat erimielisyydet pyritään ratkaisemaan ensisijaisesti neuvottelemalla osapuolten kesken. Mikäli asiasta ei päästä sopimukseen, erimielisyydet ratkaistaan Satakunnan käräjäoikeudessa. Tätä sopimusta on laadittu 3 kappaletta, yksi kullekin osapuolelle.	
Olemme lukeneet sopimusehdot (sivu 2) ja hyväksymme ne.	
Päiväys: 29.4.2014	
Toimeksiantajan edustajan allekirjoitus, nimeä ja nimen selvennys:  Päivi Hautaoja, sisätautien yhtiön johtaja Päivi Hautaoja	
Osaamisalueen johtajan allekirjoitus ja nimen selvennys:  Eeva-Liisa Luoto	
Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus:  Maria Juhola	



SATAKUNNAN SAIRAANHOITOPIIRI
-kumppanuudella terveyttä ja toimintakykyä-

OPINNÄYTETYÖN/TUTKIMUKSEN LUPAHAKEMUS

Hakija/ Hakijat	Nimi/nimet Maria Teresa Juhola	Opiskelu- tai työpaikka Satakunnan ammattikorkeakoulu
		Virka/toimi (ei koske opiskelijoita)
	Yhteysten henkilön puh:050-4913074 Osoite: Eliaksentie 50 Postino:28400 Postitoimipakka:Ulvila Email: maria.juhola@gmail.com	Opinnäytetyö/tutkimus X opinnäytetyö/AMK <input type="checkbox"/> ylempi AMK <input type="checkbox"/> pro gradu tutkielma <input type="checkbox"/> lisensiaatin tutkielma <input type="checkbox"/> väitöskirjatutkimus <input type="checkbox"/> muu
Kuvaus	TUTKIMUKSEN / OPINNÄYTETYÖN TIIVISTETTY KUVAUS Psykiatrisen potilaan kohtaaminen sisätautiosastolla. Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kehittää hoitotyön laatua psykiatrisen potilaan kohtaamisen ja hoitamisen alueella Satakunnan keskussairaalan osastolla M3. Tutkittava kohderyhmä on osaston M3 hoitajat. Tutkimus suoritetaan käyttäen kvantitatiivis- kvalitatiivista kyselylomaketta, joka esitastataan seminaariyhtymässä ja osastolla M3.	
Aiheen- valinta	Opinnäytetyöstä on keskusteltu sairaanhoitopiirin edustajan kanssa ja olen saanut periaatteellisen hyväksynnän opinnäytetyön valmistelun käynnistämiseksi. x Kyllä, kenen kanssa: Ylihoitaja Päivi Hautaojan	
Oppilaitoksen ohjaaja(t) ja yhteystiedot e-mail puh.	Päiväys <u>25.02.2014</u> <u>Beateki Huusi-Riekk</u> Allekirjoitus ja nimenselvennys <u>Marja Flinckin psh.</u> E-mail: <u>marja.flinck@satshp.fi</u> Puh: <u>044-7103430</u>	Päiväys _____ Allekirjoitus ja nimenselvennys E-mail: Puh:
Opiskelijan/ tutkijan sitoumus	Sitoudun noudattamaan sairaanhoitopiirin ohjeistusta salassapitovelvollisuudesta ja hyvää tutkimuskäytäntöä. Sitoudun toimittamaan opinnäytetyön/tutkimuksen tuloksista raportin sairaanhoitopiiriin joko sähköisesti tai paperiversiona. Päiväys: <u>26.02.2014</u> <u>Maria Juhola</u> Allekirjoitus ja nimenselvennys <u>Maria Juhola</u>	



Hoitotyön kehittämisyhmän lausunto	<input checked="" type="checkbox"/> Lupaa puolletaan <input type="checkbox"/> Lupaa ei puolleta, perustelut liitteessä <input type="checkbox"/> Pyydetään lähettämään eettiselle toimikunnalle <input type="checkbox"/> Pyydetään lisäselvityksiä: <u>5.3.2014</u> <u>Ulla Kinnunen</u> Päiväys: Allekirjoitus ja nimenselvitys <u>Marian Kinnunen</u> <u>16.1.14.</u>	
Eettinen toimikunta	<input type="checkbox"/> Eettisen toimikunnan lausunto saatu (liitteenä) _____ <input checked="" type="checkbox"/> Eettisen toimikunnan lausuntoa ei tarvita.	
Tutkimusluvan myöntäminen	Sairaanhoidopiirin toimialueen / yksikön tutkimus- tai kehittämishanke, johon opinnäytetyö / tutkimus liittyy (luvan myöntäjä täyttää): <input checked="" type="checkbox"/> Myönnetty <input type="checkbox"/> Ei myönnetä, perustelut:	
Ylihoitaja(t) - Palvelupäällikö(t)	Päiväys: <u>6.3.2014</u> <u>Pasi Haukka</u> Allekirjoitus ja nimenselvitys <u>PÄIVI HAUTAOLA</u>	Päiväys: _____ Allekirjoitus ja nimenselvitys
Ylilääkäri(t)	Päiväys: _____ Allekirjoitus ja nimenselvitys	Päiväys: _____ Allekirjoitus ja nimenselvitys

Kyselylomake hoitohenkilöstölle

Saatesanat

Hei!

Olen Maria Juhola ja opiskelen Satakunnan ammattikorkeakoulun terveyden osaamisalueella sairaanhoitajaksi. Opintoihini kuuluu opinnäytetyön tekeminen. Osaston toiveesta kartoitan henkilöstön valmiuksia kohdata ja hoitaa psykiatrisia potilaita osastohoidon aikana. Ole ystävällinen ja vastaa kyselyyn oman kokemuksesi ja näkemyksesi mukaan.

1. Taustatiedot

1.1 Ikä

- alle 25
- 25-34
- 35-44
- 45-54
- 55-64

1.2 Työkokemus hoitotyöstä

- alle 5 vuotta
- 5-10 vuotta
- 11-20 vuotta
- yli 20 vuotta

1.3 Työkokemus tässä yksikössä

- alle 5 vuotta
- 5-10 vuotta
- 11-20 vuotta
- 21-30 vuotta

2. Väittämät

Vastaa rastittamalla seuraaviin väittämiin oman ajatuksesi tai kokemuksesi mukaan

1= Täysin eri mieltä

2= Jokseenkin eri mieltä

3= Jokseenkin samaa mieltä

4= Täysin samaa mieltä

2.1 Psykiatrisen potilaan kohtaaminen

- | | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| a. Psykiatrisen potilaan kohtaaminen on pelottavaa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. Psykiatrisen potilaan kohtaaminen vaatii erityisosaamista | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c. Myönnän, että minulla on ennakkoasenteita psykiatrisia potilaita kohtaan | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d. Psykiatrisen potilaan kohtaaminen on vaikeampaa kuin muiden potilaiden | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

2.2 Psykiatrisen potilaan hoito

- | | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| a. Psykiatrisen potilaan hoitaminen on vaativaa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. Käytän psykiatrisen potilaan hoitoon/ohjaukseen enemmän aikaa kuin muiden potilaiden | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c. Somaattisen sairauden hoidon kannalta on tärkeä tietää potilaalla olevasta psyykkisestä sairaudesta | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d. Psykykinen sairaus ei ole mielestäni este hyvälle hoidolle | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e. Olen yhteydessä potilaan lähettävään tahoon | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| f. Potilaan jatkohoitoa suunnitellessani huomioin potilaan psyykkisen voinnin | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

2.3 Oma osaaminen

- | | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| a. Omaan riittävästi tietoa potilailla käytettävistä psykolääkkeistä | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. Omaan riittävästi tietoa psykiatrisista sairauksista | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c. Kiinnitän erityisen tarkasti huomiota psykiatrisen potilaan psyykkiseen vointiin | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d. Osaan toimia oikein, kun tunnistan potilaalla psyykkisiä oireita | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

2.4 Tunnistan potilaan..

- | | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| a. ...masennusoireet | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. ...psykoosin oireet | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c. ...skitsofrenian oireet | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d. ...maanis-depressiivisen käyttäytymisen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e. ...suicidaalisuuden | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

3. Kehittämistarpeet

Vastausasteikko sama kuin edellisellä sivulla

	1	2	3	4
Tarvitsen lisäkoulutusta psykiatrisista sairauksista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tarvitsen lisäkoulutusta psykiatrisen potilaan kohtaamisesta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tarvitsen lisäkoulutusta psykiatrisen potilaan hoidosta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tarvitsen lisäkoulutusta psykiatrisen potilaan lääkehoidosta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tarvitsen työnohjausta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Minkälaisesta koulutuksesta olisi eniten hyötyä juuri sinulle?

Kehittämisehdotuksia osastolle:

Yhteistyöstä kiittäen

Maria Juhola

maria.juhola@student.samk.fi

SUOSTUMUSLOMAKE

Osallistun Maria Juholan tekemään tutkimukseen psykiatrisen potilaan kohtaamisesta sisätautiosastolla. Kyselylomakkeeseen antamani vastauksiani saa käyttää tutkimukseen.

Paikka ja aika

Kyselylomakkeeseen vastaajan allekirjoitus.