



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Opetusvideoon tutustumisen avulla: Mielensterveyspotilaan kohtaaminen

Saarinen, Mervi
Salminen, Loredana

2018 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

Saarinen, Mervi
Salminen, Loredana
Sairaanhoitaja AMK
Opinnäytetyö
Marraskuu, 2018

Saarinen Mervi, Salminen Loredana

Opetusvideon tutustumisen avulla: Mielen terveystilaa kohtaminen

Vuosi 2018

[06]

28

Tiivistelmä

Opinnäytetyön tavoite on syventää sairaanhoitajaopiskelijoiden tietoisuutta, vahvistaa heidän ammattitaitoaan sekä rohkaista heitä. Opinnäytetyön tarkoitus on tuottaa video ja sähköinen oppimateriaali opetuskäyttöön Laurea ammattikorkeakoululle.

Opinnäytetyön tietoperustana on käytetty kirjallisia lähteitä, sähköisiä lähteitä sekä väitöskirjoja. Teoreettinen viitekehys keskittyi kahteen mielen tervetvongelmaan, psykooseihin ja epävakaaseen persoonallisuushäiriöön. Näiden kahden esimerkin kautta, etsimme tietoa ja hoitosuosituksia tuottamamme videon tueksi. Teoreettisessa viitekehksessä olemme perehtyneet myös laajemmin mielen tervetvohoitotyöhön, josta opinnäytetyössä on useampi osio. Opinnäytetyö on toiminnallinen opinnäytetyö. Opetuskäyttöön tuotettu video pitää sisällään hoitajan ja potilaan kohtaamistilanteet. Opinnäytetyömme käsittelee kahta mielen tervetvongelmaa, näin ollen videossa on kuvattu kaksi kohtaamistilannetta. Video on esitetty Laurean ammattikorkeakoulussa hoitotyön opiskelijoille ja opiskelijoille tehtiin palautelomakkeet videosta. Olemme hyödyntäneet palautelomakkeista saatuja vastauksia opinnäytetyön arvioinnissa.

Kehittämisehdotuksena esitämme sähköisen oppimateriaalin hyödyntämistä sairaanhoitajaopiskelijoiden opinnoissa.

Asiasanat: epävaka, psykoosi, mielen tervetvohoitotyö, kohtaminen, vuorovaikutus

Abstract

The aim of the Bachelor's Thesis is to deepen the awareness of nursing students, strengthen their professional skills and encourage them. The purpose of the thesis is to produce video and electronic learning material for teaching use at Laurea University of Applied Sciences.

The data base for the bachelor's thesis is written sources, electronic sources and theses books. The theoretical reference framework focused on two mental health problems, psychoses and unstable personality disorder. Through these two examples, we are looking for information and recommendations to support the video we produce. In the theoretical reference framework, we have deepened our expertise in mental health care, for which several sections of the thesis work. The thesis is a functional thesis. The educational video includes the meeting situations of nurses and patients. Our bachelor's thesis deals with two mental health problems, as a result, the video describes two meeting situations. The Video was presented at the Laurea University of Applied Sciences for nursing students and students were made with feedback forms from the video. We have used the answers from the feedback form forms to evaluate the thesis.

As a development proposal, we are introducing the use of e-learning materials in nursing students' studies.

Keywords: borderline, psychosis, mental health work, encountering, interaction

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Teoreettinen tausta.....	7
2.1	Mielenterveystyö	7
2.1.1	Mielenterveyshoitotyö.....	8
2.2	Psykoosi.....	9
2.2.1	Skitsofrenia.....	10
2.2.2	Psykoosisairauksien hoitotyö	11
2.3	Persoonallisuushäiriöt	11
2.3.1	Epävakaata persoonallisuushäiriötä.....	12
2.3.2	Epävakaan persoonallisuushäiriön hoitotyö	12
2.4	Mielenterveyspotilaan kohtaaminen.....	14
2.5	Vuorovaikutus ja asiakaslähtöisyys	15
2.6	Psykoosipotilaan kohtaaminen.....	16
2.7	Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän henkilön kohtaaminen.....	18
3	Opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus	20
4	Prosessin kuvaus	21
4.1	Videon taustatiedot ja suunnittelu	21
4.2	Videon teko	22
4.3	Valmiin tuotoksen kuvaus	22
5	Pohdinta.....	23
5.1	Arviointi	23
5.2	Opiskelijapalaute	24
5.3	Luotettavuus ja eettisyys.....	24
5.4	Jatkotutkimusehdotukset.....	25
	Taulukot	28

1 Johdanto

Kokemukset sairaanhoitajakoulutuksesta nostivat esiin kehittämistarpeen mielenterveys- ja päihdetyönopintoihin ammattikorkeakoulutasolla. Mielenterveyspotilaan kohtaaminen on ainutlaatuinen tilanne ja eroaa varsin paljon muunlaisen hoitotyön potilaista. Opinnäytetyön tavoitteena ja tarkoituksena on syventää tietoa ja taitoa mielenterveyshoitotyöstä sekä tuoda lisää oppimateriaalia Laurea ammattikorkeakoulun mielenterveys- ja päihdetyön opintoihin. Opinnäytetyön päällimmäinen tarkoitus on antaa opiskelijoille lisää tietoa mielenterveyshoitotyöstä sekä mielenterveysongelmaisen ihmisen kohtaamisesta käytännössä. Käsittelemme opinnäytetyössä kahden esimerkin kautta mielenterveyshoitotyötä ja potilaan kohtaamista. Epävakaata persoonallisuushäiriötä ja psykoosi valikoituivat opinnäytetyöhömmä omakohtaisten kokemusten vuoksi. Työharjoittelujen kautta olemme päässeet työskentelemään psykoosipotilaiden sekä persoonallisuushäiriöisten potilaiden kanssa. Juuri näiden potilasryhmien kanssa vuorovaikutuksessa on usein haasteita, voimakkaiden ja hallitsevien oireiden vuoksi. Vuorovaikutus potilaan ja hoitajan välillä on hoitosuhteen tärkein kulmakivi. Hoitotyö on suurelta osin potilasohjausta, mielenterveyshoitotyössä tämä korostuu vielä enemmän. Hyvät vuorovaikutustaidot ovat sairaanhoitajalle ehdoton edellytys, siksi käsittelemme omassa osiossaan myös vuorovaikutustaitoja. Sairaanhoitajan ammatillisiin taitoihin kuuluu potilaiden yhdenvertainen kohtaaminen ja avun antaminen. Opinnäytetyö on toiminnallinen opinnäytetyö, jonka olemme tehneet yhteistyössä Laurean ammattikorkeakoulun kanssa. Toiminnallisen opinnäytetyön tuotos on opetusvideo mielenterveys- ja päihdetyön opintoihin.

2 Teoreettinen tausta

2.1 Mielenterveystyö

Mielenterveystyö on määritelty tarkasti laissa. Voimassaolevan mielenterveyslain (1116/1990) mukaisesti mielenterveystyö on määritelty seuraavanlaisesti:

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

Mielenterveyslaissa on myös määritelty, että kunnan tai kuntaliiton on huolehdittava siitä, että mielenterveyspalvelut järjestetään kunnassa tai kuntaliitossa tarpeiden mukaisesti laajuudeltaan sekä sisällöltään ja palveluiden tulee olla ensisijaisesti avopalveluita. Laki edellyttää avopalvelujen lisäksi, että kuntalaisille on tarvittaessa järjestettävä lääkinnällistä ja sosiaalista kuntoutusta (tuki- ja palveluasuminen).

Omien kokemuksiemme mukaan mielenterveystyössä korostuu rauhallisuus, empaattisuus ja asiakkaan kuunteleminen. Holmberg (2016, 89) korostaa mielenterveystyössä ammatillista luotettavuutta, niin että hoitosuhteen tulee aina lähteä potilaan elämästä eikä hoitotyöntekijän moraalista tai omista elämäntilanteista muodostuneista näkökulmista. Mielenterveystyössä noudatetaan lainsäädäntöä ja mitä paremmin hoitotyöntekijät tuntevat lainsäädännön sekä hoitotyön ajankohtaiset suositukset ja osaavat perustella potilaalle syyt toiminnalle, sitä enemmän potilas osoittaa luottamusta ja uskaltaa puhua vaikeistakin asioista. Holmberg (2016, 89) mainitsee myös hoitotyöntekijän olevan työväline mielenterveyshäiriöisen ihmisen hoidossa, se edellyttää hoitotyöntekijöiltä kykyä ja ymmärrystä käyttää omaa ammatillisuuttaan työvälineenä. Mielenterveystyöhön kuuluu mielenterveyden edistäminen ja mielenterveysongelmien hoito. Sen ensisijainen päämäärä on lisätä ihmisten hyvinvointia, toimintakykyä ja edistää persoonallisuuden kasvua. Mielisairauksien ja muiden mielenterveyshäiriöiden ehkäiseminen, parantaminen ja lievittäminen kuuluvat myös mielenterveystyöhön. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri ja Schubert 2010, 25).

Mielenterveystyön suurin tavoite on elämänlaadun parantaminen. Kuhanen ym. (2010, 27) ovat sitä mieltä, että mielenterveystyön osaamisessa tulisi keskittyä varhaiseen tunnistamiseen ja puuttumiseen. Mielenterveystyössä tavoitteena on estää mielenterveyshäiriön puh-

keaminen, antaa psyykkistä ensi- ja kriisiapua ja intervention antamista akuutisti tai vakavasti sairaille. Tarkoituksena mielenterveystyössä on estää riskejä, joita sairauden hoitamatta jättäminen saattaa aiheuttaa potilaalle ja läheisille. Mielenterveyden palauttaminen, mielenterveyden kohentaminen (jos täydellinen toipuminen ei ole mahdollista), mielenterveyden huonontumisen estäminen ja sairauden uusiminen ovat myös mielenterveystyön tärkeimpiä osa-alueita.

Onnistunut mielenterveyden edistäminen kohentaa ihmisten mielenterveyttä ja vähentää esimerkiksi alkoholin ja huumeiden käyttöä. Parantunut työkyky sekä parempi fyysinen terveys ovat sen positiivisia seurauksia. Myös riski sairastua fyysisiin sairauksiin, kuten diabetekseen ja sydänsairauksiin pienenee. Varhainen puuttuminen taas ehkäisee tai lieventää varsinaista sairastumista ja siitä aiheutuvaa kärsimystä. Aikainen puuttuminen lyhentää myös potilaan toipumisaikaa. Perusterveydenhuollon henkilökunnan tulisikin reagoida lapsen, nuoren tai aikuisen käytöksen muutoksiin nopeasti epävarmoissakin tilanteissa.

2.1.1 Mielenterveyshoitotyö

Mielenterveyshoitotyö on osa laajasta mielenterveystyön alueesta. Se on hoitajan itsenäisesti ja vastuullisesti toteuttamaa potilaslähtöistä työtä. Se perustuu ihmisarvoon ja yhdenvertaisuuteen ja ilmenee hoitotyössä ajattelun ja toiminnan tasolla. Peruslähtökohtana mielenterveyshoitotyössä on yksilön, perheen ja yhteisön voimavaroja tukeva ja kunnioittava työote sekä mielenterveyden edistäminen. (Kuhanen ym. 2010, 30.)

Hyvän hoitajan ymmärrykseen kuuluu, että hän tiedostaa potilaalla olevan myös positiivista mielenterveyttä sairastumisestaan huolimatta. Hän osaa tukea ja vahvistaa sitä. Hoitajan tulee olla myös läsnä potilaalle sekä asiantuntijana että ihmisenä ja on aidosti kiinnostunut potilaasta eikä vain hänen ongelmastaan. Hän tukee potilasta kohti toimijuutta ja osaa soveltaa joustavasti tietojaan ja taitojaan. Hoitajalla tulee olla laajasti tietoa mielenterveydestä, sen edistämisestä, mielenterveyshäiriöistä, niiden ennaltaehkäisystä sekä kriisi- ja päihdetyöstä. (Kuhanen ym. 2010, 30-31.)

Potilaan ja hoitajan yhteistyösuhde perustuu vuorovaikutuksellisten toimintatapojen hallintaan ja kykyyn käyttää omaa persoonaansa työvälineenä. Se lähtee yhteistoiminnallisuudesta ja dialogisuudesta. Hyvä mielenterveyshoitotyö tukee potilaan voimavaroja ja selviytymistä. Niiden vahvistus lisää myös ihmisen kykyä selviytyä arkielämästä ja elämänhallintaa. On myös tärkeää voimaannuttaa potilaan läheiset ja perhe ja vahvistaa heidän voimavarojaan. (Kuhanen ym. 2010, 31.)

Mielenterveyshoitotyössä myös tutkitaan potilasta. Potilasta on hyvä tutkia haastattelemalla. Kliininen psykiatrinen haastattelu on keskeinen menetelmä potilaan tilan ja tilanteen arvioinnissa. Haastattelu on vuorovaikutustilanne, jota ohjaavat potilaan tila ja tarpeet sekä haas-

tattelijan asettamat tavoitteet. Perusteellinen kliininen haastattelu ja potilaan hyvä arviointi muodostavat perustan psykiatrisen hoidon suunnittelulle. Psykiatrisen haastattelu pohjautuu ammattihenkilöiden ihmis- ja sairauskäsityksiin, jotka vaikuttavat potilaan tilanteenkartoittamiseen. Ennakkokäsitykset ohjaavat sekä haastattelijan että haastateltavan käyttäytymistä. Haastattelijaa saattaa uskoa perinnöllisten tekijöiden merkittävään osuuteen häiriön synnyssä, kun taas toinen haastattelijaa voi olla oppinut luottamaan ajankohtaisten stressitekijöiden keskeiseen merkitykseen. Haastattelijan ennakkokäsitykset saattavat ohjata haastattelijaa liikaa ja synnyttää potilaalle tunteen siitä, ettei häntä ymmärretä oikein. (Lönqvist, Henriksen, Marttunen ja Partonen 2017, 45.)

Psykiatrisessa arviointihaastattelussa on haasteena löytää joustava kohtaaminen potilaan kanssa. Siinä täytyy yhdistää ammattitietoon perustuva strukturoitu haastatteluteknikka sekä ainutkertainen yksilöllinen tapahtuman ja potilaan tarpeiden huomiointi. Haastattelu etenee vapaasti avoimilla ja kohdennetuilla kysymyksillä, joilla on tarkoitus saada selkeitä vastauksia potilaan tilasta. Potilaalle asiantuntijan tapaaminen merkitsee usein toiveiden ja pelkojen kohtaamista ja näihin liittyvien suojautumiskeinojen korostumista. Ensitapaamisella potilas onkin usein aluksi jännittynyt ja kontrolloiva. Haastattelijan tulisikin pyrkyä kohdata potilas tilassa, jossa hän itse on kiireetön, tasapainoinen ja vastaanottava mieleltään. (Lönqvist ym. 2017, 45.)

Kohtaamisessa saatava ensivaikutelma on tärkeä. Potilasta koskeva oleellinen tieto voi välittyä aivan ensimmäisten minuuttien aikana, vaikka sen ymmärtämiseen saattaakin kulua lukuisia tapaamisia. Siksi alkutapaamiseen onkin hyödyllistä palata mielessään vielä myöhemminkin tehtäessä kokonaisarviota potilaasta. (Lönqvist ym. 2017, 46.)

Oleellista on, että potilas ja haastattelijaa kokevat olonsa turvalliseksi ja olosuhteiden tulisi edistää hyvää vuorovaikutusta. Kohdattaessa vaikeita tai tuntemattomia potilaita, tulisi tapaamisen turvallisuuteen kiinnittää huomiota. Häätätilanteessa tulisi päästä poistumaan esteettä ja hälyttää tarvittaessa apua. Tällöin voi myös ottaa toisen haastattelijan mukaan. (Lönqvist ym. 2017, 47-49.)

2.2 Psykoosi

Psykoosi tarkoittaa sitä, että yksilö tulkitsee ulkopuolista todellisuutta ja muita ihmisiä poikkeavalla tavalla. Psykoottisen potilaan ajatus- ja havaintokykynsä on tavalla tai toisella vääristynyt. Silloin on vaikea erottaa, vaikka mikä on totta ja mikä ei. Silti psykoosissakin saattaa kyetä myös jäsentyneeseen toimintaan. (Kuhanen ym. 2010,187.) Nevala (2015) toteaa kirjallisessa työssään että, psykoosin määritelmä perustuu potilaan ilmentämien oireiden kuvailuun ja psykoosisairauksien luokittelu oireiden tyyppiin, vaikeusasteeseen ja keston.

Psykoosi voi olla suora seuraus ruumiillisesta sairaudesta tai seurausta jonkin päihteen tai lääkkeen vaikutuksista. Kun näiden vaikutus on poissuljettu eikä kyseessä ole myöskään skitsofrenia, jää jäljelle vielä joukko muita psykooseja. Skitsofreenistyyppinen häiriö eli skitsofreniforminen psykoosi on oireiltaan skitsofrenian kaltainen lyhykestoinen psykoosi. Skitsoafektiiviselle häiriölle on ominaista toistuvien psykoosijaksojen ja mielialahäiriöjaksojen esiintyminen. Harhaluuloisuushäiriössä keskeisinä oireina ovat harhaluulot eli deluusiot. Harhaluuloinen ihminen pyrkii pitämään kiinni todellisuuden vastaisesta uskomuksestaan, vaikka hänelle osoitettaisiin vakuuttavia todisteita uskomuksen paikkaansapitämättömydestä. Osa psykooseista on akuutteja, ohimeneviä ja lyhykestoisia. Tällaisia ovat esimerkiksi synnytyksen jälkeiset psykoosit. Psykoosi voi olla seurausta myös ruumiillisesta sairaudesta tai sen hoidosta. Samoin päihteen voi olla keskeinen syy psykoottisille oireille. Eri psykoosien hoito noudattaa monia yhteisiä hoitoperiaatteita, varsinkin lääkehoidon osalta. Kullekin psykoosityypille on lisäksi omat hoitosuosituksensa. (Lönnqvist, Henriksson, Marttunen, & Partonen 2014, 70.)

Psykoosin tyypilliset oireet ovat harhaluulot (deluusiot) sekä epätodet uskomukset ulkoisesta maailmasta, joihin voi liittyä pessimististä ajattelua, ahdistusta ja heikompaa itsetuntoa. (Kuhanen ym. 2010,190).

Potilaan psykoottisiin oireisiin luetaan: vainoamiskokemukset (paranoidiset harhat) potilas kokee, että häntä vainotaan, seurataan tai vakoillaan, häntä vastaan juonitellaan tai häntä pilkataan, potilas kokee olevansa merkkihenkilö tai omaavansa erikoisia kykyjä tai voimia (suuruusharhat), potilaalla on epätosi uskomus oman ruumiinsa suhteen (somaattinen harha), aistiharhat (hallusinaatiot) sekä potilaan havainnot, joilta puuttuu asianmukainen ulkoinen ärsyke (ääni, tunto, näkö, haju), ylivilkkaus ja keskittymisvaikeudet, unihäiriöt, tunne-elämän köyhtyminen, itsestä huolehtimisen laiminlyöminen sekä vaikeudet sosiaalisessa toiminnassa. (Kuhanen ym. 2010, 190).

Psykoosiriskipotilaat hakeutuvat aluksi perusterveydenhuollon palveluihin ja käyttävät runsaastikin hoitopalveluita ennen riskin tunnistamista. Puuttumisen kynnyksen tulisi olla matala ja heidät tulisi lähettää asiantuntijan arvioon hyvin aikaisessa vaiheessa. Myös perhe ja muun verkoston mukaan ottaminen on tässä vaiheessa ensisijaisen tärkeää. (Kuhanen ym. 2010, 28-29.)

2.2.1 Skitsofrenia

Skitsofrenia on yksi sairauksista, jossa esiintyy psykoosia. Se on myös vaikein ja eniten tutkittu psykoosisairaus. Kahdenkymmenen viime vuoden aikana on keskitytty psykoosin varhaiseen tunnistamiseen ja psykoosin sairastumisen ehkäisyäkin on alettu tutkia. (Penttilä, Huhtaniska, Jääskeläinen ja Granö 2017,2117.) Siksi kerromme tässä esimerkin skitsofreniasta ja sen vaikutuksesta potilaaseen. Pitkään sairastaneilla toimintakyvyn lasku, tunne-elämän latistuminen

ja eristäytymistäipumus kuuluvat oirekuvaan. (Kuhanen ym.2010, 187). Jos sairastuminen tapahtuu lapsuudessa tai nuorella iällä, potilas ei yleensä saavuta sitä toimintakyvyn tasoa, johon hänen olisi voinut odottaa yltävän. (Lönngqvist ym. 2017,144). Oireet vaihtelevat elämänsä aikana, eikä mikään yksittäinen oire ole tunnusomainen skitsofrenialle. (Lönngqvist ym. 2017, 142).

Skitsofreniaan sairastuminen on usein hidas prosessi, johon liittyy esioireita usein jopa vuosia ennen varsinaisia psykoosioireita. Nämä voivat olla hyvin samankaltaisia kuten depressio-oireet. Psykoosin kaltaisia oireita, kuten aistihairahduksia ja epäluuloisuutta, alkaa ilmetä vasta lähempänä psykoosiin sairastumista. (Lönngqvist ym. 2017, 144.) Skitsofrenian alku voi saattaa kuitenkin edetä nopeasti ja oireet kehittyä muutamassa viikossa. (Heiskanen, Salonen & Sassi 2006, 147).

2.2.2 Psykoosisairauksien hoitotyö

Psykoottisesti oireilevan hoito toteutetaan pääasiassa avohoidossa. Perheen ja lähiverkoston mukaan saaminen heti hoidon alkuvaiheessa on tärkeää. Avohoito voi olla kotikäyntejä tai psykiatrian poliklinikalla tapahtuvaa hoitoa. Akuutissa psykoosissa olevat voidaan hoitaa tehostetun kotihoidon tai erillisten psykoosiryhmien käynneillä. Kotikäyntien tai vastaanotokäyntien tiheys suunnitellaan aina yksilön tarpeiden mukaan. Yleisohjeena, että yleensä yksilö tarvitsee tiiviitä, jopa päivittäisiä käyntejä akuutissa psykoosissa ja voinnin tasoittuessa käyntejä harvennetaan. (Kuhanen ym. 2010, 190.)

Hoidossa yhdistetään yleensä psykoosilääkitys, psykososiaaliset hoitomuodot, kuntoutus ja perheen tukeminen. Hoito rakennetaan yksilöllisesti kunkin potilaan ja myös hänen perheensä sen hetkisestä tilanteesta lähtien. Psykoosilääkitystä voidaan usein pitää pienenä, jos muita hoitomuotoja maksimoidaan. Tavanomaisia psykoosien hoidon periaatteita ovat huolellinen seuranta ja ongelmalähtöiset psykososiaaliset toimintatavat kuten tuki, ongelmaratkaisutaitojen kehittäminen, psykoedukaatio, perhetapaamiset ja kognitiivinen, psykoottistyyppisten oireiden hallintakeinoja kehittävä psykoterapia. (Lönngqvist ym. 2017, 171.)

2.3 Persoonallisuushäiriöt

Persoonallisuushäiriön ja normaalina pidetyn käytöksen välillä oleva raja on liukuva. Erilaiset luonteenpiirteet voivat olla ominaisia tietyille persoonallisuushäiriölle, mutta kaikki kyseenomaisen luonteenpiirteiden omaavat eivät kärsi persoonallisuushäiriöstä. Arviolta noin 5-15 % aikuisväestöstä omaa jonkin persoonallisuushäiriön, 6 % epävakaan persoonallisuushäiriön. Persoonallisuushäiriöille on ominaista se, että ne alkavat lapsuudessa, nuoruudessa tai nuorella aikuisiällä. Persoonallisuushäiriöstä kärsivän henkilön käytös ja kokemusmaailma on jäykempää ja itsepäisempää kuin psyykkisesti terveen henkilön, jolla ilmenee persoonallisuushäiriön kaltaisia piirteitä vain stressaavissa tilanteissa. Eri persoonallisuushäiriöissä ongelmana

voivat olla tapa havainnoida tai tulkita omia tai toisten tunteita ja ajatuksia, tunneilmaisujen voimakkuus tai häilyvyys, alttius impulsiiviseen käytökseen tai vuorovaikutuskyvyn vaikeudet. (Terveyskirjasto 2017.)

”Persoonallisuushäiriöt jaetaan nykyisin kolmeen eri pääryhmään. Epäluuloiselle (paranoidinen), eristäytyvälle (skitsoidinen) ja psykoosipiirteiselle (skitsotyyppinen) persoonallisuushäiriöille on ominaista käytöksen erikoisuus tai outous. Epäsosiaaliselle (antisosiaalinen), epävakaa (”rajatila”, ”borderline”), huomiohakuiselle ja narsistiselle persoonallisuushäiriöille on ominaista käytöksen dramaattisuus, emotionaalisuus tai epävakaus. Estyneelle, riippuvaiselle ja pakko-oireiselle persoonallisuushäiriöille on tyypillistä ahdistuneisuus ja pelokkuus. Usein henkilöllä ilmenee samanaikaisesti usean eri persoonallisuushäiriön piirteitä. Epäluuloiset, narsistiset, epäsosiaaliset ja pakko-oireiset häiriöt ovat yleisempiä miehillä, kun taas epävakaa, riippuvainen ja huomiohakuinen persoonallisuus ovat tavallisempia naisilla.” (Terveyskirjasto 2017.)

2.3.1 Epävakaa persoonallisuushäiriö

Epävakaa persoonallisuushäiriö on yksi yleisimmistä persoonallisuushäiriöistä. ”Tämänhetkisen tieteellisen käsityksen mukaan tunteiden ja mielialojen säätelyn vaikeus on epävakaan persoonallisuuden ydinpiirre.” (Karlsson ym. 2009, 21). Lönnqvist ym. (2017, 481) ovat tiivistäneet tunne-elämäntään epävakaan persoonallisuushäiriön ominaisen käyttäytymisen olevan impulsiivista, heillä on taipumus toimia hetken mielenjohteesta ja harkitsematta seurauksia. Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän henkilön mieliala vaihtelee arvaamatta, henkilö on altis tunteenpurkauksille eikä usein kykene hallitsemaan purkauksellista käyttäytymistään. Lönnqvist ym. (2017, 481) mainitsevat, että ICD-10 luokituksessa tunne-elämäntään epävakaan persoonallisuushäiriön diagnoosiluokkaan sisältyvät hyökkäävä eli aggressiivinen persoonallisuus, rajatilapersonallisuus ja räjähdysaltis eli eksploosiivinen persoonallisuus. Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivällä henkilöllä on ominaista häiriöt minäkuvassa, päämäärien asettamisessa ja sisäisissä pyrkimyksissä sekä jatkuva tyhjyyden tunne. Henkilö, jolla on epävakaa persoonallisuus, on tyypillisesti taipumus jännitystä ulospäin purkavaan ja toisiin ihmisiin vetoavaan käyttäytymiseen. Epävakaan persoonallisuuden kehittymiseen on todettu olevan vaikutusta jo lapsuudenaikaisilla kokemuksilla, näitä voivat olla; tunnetason laiminlyönti, puutteellinen tuki, varhaiset menetyskokemukset, seksuaalinen hyväksikäyttö ja vanhempien vakavat mielenterveysongelmat. (Lönnqvist ym. 2017, 481-482). Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivillä henkilöillä on runsaasti psykiatrista ja somaattista oheissairastavuutta sekä merkittävä itsemurhariski. (Käypä hoito 2015).

2.3.2 Epävakaan persoonallisuushäiriön hoitotyö

On arvioitu, että hoitoon tulevista persoonallisuushäiriöistä kärsivistä potilaista 30-60 % omaavat epävakaan persoonallisuushäiriön (Lönnqvist ym. 2017, 482). Persoonallisuushäiriöt

tulee ymmärtää kehityksellisinä tiloina, eikä persoonallisuuden muutoksina. Persoonallisuushäiriötä voidaan hoitaa tiiviillä psykoterapialla, jos persoonallisuushäiriö aiheuttaa henkilölle haittaa ja hän itse hakee apua. Persoonallisuushäiriöiden hoidossa käytetään kognitiivis-käyttäytymisterapeuttisia sekä psykoanalyttisiä lähestymistapoja. (Terveyskirjasto 2017.) On todettu, että psykoterapeuttiset hoitomenetelmät ovat epävakaan persoonallisuuden hoidossa keskeisiä. Epävakaasta persoonallisuudesta kärsiville on kehitetty kognitiivis-behavioraalisen psykoterapian muotoja, joihin sisältyy vuorovaikutustaitojen harjoittelua ja vuorovaikutuksellista ymmärtämistä. Dialektisella käyttäytymisterapialla (DKT) on onnistuttu vähentämään epävakaasta persoonallisuudesta kärsivien psykiatrisen sairaalahoidon tarvetta, päihteiden käyttöä, tahallista itsensä vahingoittamista sekä itsemurhayritysten määrää. Lääkehoito ei itsenäisesti auta potilasta. SSRI-lääkkeet voivat hyödyttää potilasta ahdistuneisuudessa, mielialan vaihteluissa, vihamielisyydessä, ärtyneisyydessä, impulsiivisuudessa ja itsetuhoisuuden hoidossa. Antipsykoottisia lääkkeitä voidaan käyttää lyhytkestoisten psykoottisten oireiden hoitona. Antipsykoottisten lääkkeiden on todettu myös auttavan osalla epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivien henkilöiden vihamielisyyteen, masennukseen, ahdistukseen sekä itsetuhoiseen käyttäytymiseen. Bentsodiatsepiineja voidaan käyttää ahdistuksen hoidossa lyhytkestoisesti ja vain vaikeimmissa tilanteissa käytettäväksi. Epävakaan persoonallisuuden lääkehoidon tulisi nojautua selkeään hoitosuunnitelmaan, jossa arvioidaan säännöllisesti tavoitteita, joita hoidolla on saavutettu. (Lönnqvist ym. 2017, 484.)

Lönnqvist ym. (2017, 482-483) mainitsevat epävakaasta persoonallisuudesta kärsivien hoidon olevan vaativaa sekä potilaalle että hoitaville henkilöille, sillä potilaat ovat usein regressiivisiä, impulsiivisia ja ajelehtivia. Potilaan hoito tulee pääsääntöisesti toteuttaa avohoidossa, mutta häiriöön liittyvät kriisivaiheet saattavat edellyttää sairaalahoidoa. Kriisivaiheeseen voi kuulua itsetuhoista käyttäytymistä tai persoonallisuushäiriöoireiden kanssa samanaikaisia psykoottisia tai vakavia mielialaoireita.

Mielenterveystalo on tuottanut itsehoito-oppaita, joista yksi on tarkoitettu epävakan hoidon. Itsehoito vaatii motivaatiota sekä pitkäjänteisyyttä. Epävakaan persoonallisuushäiriön hoidossa yksi suurin ongelmista on juuri pitkäjänteisyyden puute. Itsehoito-oppaasta voi kuitenkin olla suurta hyötyä, jos henkilö haluaa hoitaa itseään ja saada muutosta aikaan omassa elämässään. Epävakan omahoito-ohjelmassa käytetyt menetelmät perustuvat tutkittuun tietoon. (Mielenterveystalo 2018).

2.4 Mielenterveyspotilaan kohtaaminen

Hoitotyöntekijöiden näkökulmasta potilas tulee kohdata ihmisenä, aidosti. Oli potilaan sairaus mikä tahansa, hän on oikeutettu hyvään hoitoon. Holmberg (2016, 200) kertoo mielenterveys- ja päihdehoitotyön vuorovaikutustilanteissa rooli-odotuksista ja niiden vaikuttavuudesta hoitotyöntekijän sekä hoidettavan ihmisen toimintaan. Potilaalla voi olla rooli-odotuksia esimerkiksi hoitotyöntekijän työkestä käytöksestä ja saadessaan asiallista sekä ammatillista hoitoa, hänen rooli-odotuksensa muuttuvat hoitajasta. Ensivaikutelma hoitotyöntekijän kannalta on hyvin tärkeä, Holmberg (2016,200) on myös sitä mieltä, että hoitotyöntekijän antama ensivaikutelma itsestään toimii ikään kuin käyntikorttina ammattiryhmästä ja koko työpaikasta. Lönnqvist ym. (2017, 23) ovat määritelleet nykyaikaisen psykiatrisen potilaan ideaalitalanteessa omista asioistaan vastuussa olevana, asiantuntijoiden kanssa yhteistyötä tekevänä tasavertaisena kumppanina ja tarvittaessa potilaita edustavana vertaisasiantuntijana.

Lea-Riitta Mattilan julkaisemassa väitöskirjassa (2001, 60) käsitellään hoitajan ja potilaan välistä vuorovaikutussuhdetta sekä tuloksia, joita hän on tutkimuksellaan havainnut. Mattila havaitsi tutkimuksessaan muodostuvan seitsemän vuorovaikutuksen osa-alueita kuvaavaa kategoriaa, jotka olivat: kohtaamisen myönteisyys ja turvallisuus, aloitteellisuus ja luottamus yhteistyössä, potilaan ja hoitajan läheisyys, välittämisen kokeminen, vahvistuminen, tunnekokemuksen jakaminen ja vuorovaikutuksen ympäristö. Tutkimuksen tuloksien perusteella voidaan päätellä, mitkä asiat potilas kokee tärkeänä vuorovaikutuksessa sekä kohtaamisessa. Mattila (2001, 12) mainitsee myös tutkimuksessaan, että kansainvälisiä tutkimuksia hoitajan ja potilaan välisistä vuorovaikutussuhteista on raportoitu runsaasti, mutta tulokset eivät selälaisenaan ole sovellettavissa suomalaiseen hoitotyöhön.

Potilaan kohtaamista ohjaavat lait ja säädökset sekä hoitajan oma persoonallisuus. Potilas tulee kohdata aina yksilönä ja hänellä on oikeus tulla kuulluksi. Potilaan kunnioittava kohtaaminen on jokaisen sairaanhoitajan keskeisin eettinen velvollisuus ja se on myös potilaan oikeus (Finlex 1992). Lönnqvist ym. (2017, 23) kiteyttävät psykiatrian etiikan kulmakivien olevan toisten kunnioitus, yksilönvapaus ja itsemääräämisoikeus eli ihmisoikeudet. He korostavat myös, että ihmisoikeudet ja yksilön kunnioittaminen ovat tärkeitä mielenterveyden edellytyksiä ja nykyaikaisen psykiatrisen hoidon välttämättömiä ehtoja. Potilaan kohtaamisessa ja hoitoon ohjauksessa on tärkeitä elementtejä, nekin aina yksilöllisiä. Päivi Rissanen korostaa väitöskirjassaan (2015, 148) seuraavaa: Hoitoon ohjaamisen tapa oli tärkeä pelkojen ja ennakkoluulojen voittamisessa. Ymmärtävä, ystävällinen, mutta samalla luja, päättäväinen ja keskusteleva ote rohkaisi minua ottamaan ensimmäisen askeleen kohti sairauden myöntämistä ja avun hakemista.

2.5 Vuorovaikutus ja asiakaslähtöisyys

Vuorokuuntelun termillä tarkoitetaan tulla vastavuoroisesti ymmärretyksi erilaisissa ohjaustilanteissa. Se on aitoa kuuntelemista dialogissa. Kuuntelemisen sanotaan jo olevan sinällään dialoginen suhde. Siinä kuulija on myös aktiivinen osa ilmaisua, ei vain vastaanottaja. Vuorokuuntelun tarkoitus on havahduttaa ihmiset kehittymään kuuntelemisen taidossa, vaikka moni sanoo olevansa hyvä kuuntelija. Antamalla ohjattavalle aikaa, huomiota ja kunnioitusta vie tilanteesta kiireen ja huomion suorituskeskeisyydestä kykyjen löytämiseen. Kuuntelijan haaste on todeta tietoisesti, miten vaikeaa on hyvänä päivänä kuunnella pahaa ja miten pahana päivänä hyvää ei tahdo kuulla. Hoitotyöntekijän haasteena onkin luopua mestarin roolista ja tukea potilaan omaehtoista kasvua ja asiantuntijuutta. (Hentinen, Iija & Mattila 2009, 79.)

Aidon yhteyden saaminen toiseen ihmiseen edellyttää vastaanottamisen herkkyyttä toisen lausumaan, ns. ”kuumaan puheeseen”. Ja kuuntelija tarttuu tähän puhujan sanoman ytimeen saaden itsensä tiedustelemaan. Herkkyys taas tekee kuuntelemisesta kohdentunutta. Tämä saa aikaiseksi tunteen kutsuksi tulemisesta vuoropuheluun ja kuunteluun. Vuorokuunteluohjauksessa kuuntelemisesta tulee tutkivaa, mikä auttaa ihmisiä ymmärtämään paremmin toistensa merkityksiä ja saavuttamaan positiivisen yhteyden toisiinsa. (Hentinen ym. 2009, 80.)

Vuorokuunteluohjauksessa on tärkeää unohtaa itsensä tilapäisesti, jolloin voi olla paremmin aidosti läsnä omana itsenään, kuunnella ja samaistua asiakkaansa tilanteeseen. Aito läsnäolo on auttamistyön tärkein tavoite. Tietoista ja keskittyntä läsnäoloa kuvaa neljä elementtiä, joita voidaan soveltaa kuuntelemiseen:

- 1) Havainnointi. Kuuntele tapahtumia ja tunteita. Huomioi ajatuksia ja reaktioita. Koe nykyhetki.
- 2) Kuvailu. Pue havaintoisi sanoiksi. Erotta omat ajatukset ja reaktiot tapahtumista.
- 3) Ei-tuomitseminen. Älä juutu arvoasetelmiin.
- 4) Osallistuminen. Osallistu ympäristön tapahtumiin joustavasti ja spontaanisti.

Vuorokuunteluohjaus sopii hyvin myös mielenterveyspotilaan kohtaamiseen. Hoitava kohtaminen toteutuu aina dialogissa potilaan kanssa. Dialogissa korostuvat avoimuus, luottamuksellisuus, ymmärtäminen, vuoropuhelu ja kuuntelu sekä toisen arvostaminen. Hoitajan on kohdattava potilas ja hänen kokemuksensa sellaisina kuin ne ovat sekä pyrittävä ymmärtämään niitä. Sitä kautta potilaan on mahdollista eheytyä, kokea voimaantumista ja autetuksi tulemistä. (Hentinen ym. 2009, 40.)

Hoitajan kohtaamista potilaan kanssa voidaan kuvata myös hoitajan ammatillisuuden, aidon kiinnostuneisuuden, hoitaja ymmärtäjänä ja hoitajan sanattomien viestien kautta. Hoitajan

ammattillisuudella tarkoitetaan luotettavuutta, asiallisuutta avoimuutta potilasta kohtaan ja hänet vakavasti ottamisena. Lisäksi se tarkoittaa taitoa kysellä ja keskustella sekä rehellisyytenä ammatillisessa kohtaamisessa. Se on myös taitoa johdatella keskustelua potilaan tärkeisiin asioihin ja kysyä oikeita asioita. (Horppu 2008, 39.)

Hoitajan aidolla kiinnostuksella tarkoitetaan tapaa kohdata potilas ja hänen perheenjäsenet. Se on myös auttamishalukkuutta potilaan hoidossa. Kiinnostus näkyy, kun hoitaja yrittää tehdä parhaansa potilaan asioiden eteen ja haluna auttaa potilaan myös potilaan perhettä ja lähimmäisiä. Potilaan asioihin hyvä perehtyminen on aitoa kiinnostusta. Hoitaja ymmärtäjänä on taas sitä, että hoitajan empaattisuus näkyy potilaan kohtaamisessa. Ymmärtävä hoitaja on kiinnostunut potilaan tunteista, kokemuksista, tilanteesta ja sairaudesta. Hoitajan kohtaamistaidoissa vaikuttavat myös hänen käyttämänsä ilmeet ja kehonkieli eli sanaton viestintä. Hoitaja voi kasvojensa ilmeillä välittää potilaalle välittämistä. Sanattomista viesteistä välittyy myös kiire ja hätäisyys, jotka potilaat huomaavat. Toisaalta myös lämpö, rauhallisuus ja levollisuus. (Horppu 2008, 41.)

Kokkola ym. ovat teoksessaan kuvanneet asiakaslähtöisyyden merkitystä mielenterveytyössä. Asiakaslähtöinen toiminta on ytimeltään syvästi eettistä. Sen lähtökohtana on ihmisarvo ja sen perusteella ihmisen kunnioittaminen, yhdenvertaisuus, rehellisyys ja hoidon / palvelujen jatkuvuuden turvaaminen. Ihminen nähdään persoonana, kaikkien olemisen puoliensa vuorovaikutuksellisenä kokonaisuutena. Hän on fyysinen kaikkine siihen kuuluvine biologisine puolineen, sosiaalinen (perhe, ystävät, kollegat, naapurit jne.) ja mielellinen (tiedot, arvot jne., koko symbolinen / merkitysympäristö). Hän elää aina joissakin olemista määrittävissä olosuhteissa. Asiakaslähtöisesti toimiva työntekijä yhdistää omassa toiminnassaan ihmisyyden ja alansa asiantuntijuuden, luopuu ylä- ja/tai ulkopuolelle asettuvasta asiantuntijavallasta ja auttaa asiakasta toimimaan täysivaltaisena ihmisenä. Jokainen kohtaaminen on ainutkertainen, dialogisuuteen pyrkivä ja perustana olevia arvoja käytännön tilanteessa konkretisoiva. Asiakaslähtöisestä työskentelystä heijastuu välittäminen ja todellinen halu auttaa asiakasta. Olennaista ei ole vain, mitä tehdään ja sanotaan, vaan myös miten. Se kertoo työntekijän motivaatiosta, joka usein on työskentelyn kannalta olennaisempi kuin asiakkaan motivaatio. Tällaisen asiakaslähtöisen työtteen katsotaan edistävän sekä asiakkaan että työntekijän mielenterveyttä ja voimaantumista, minkä vuoksi sen tulisi olla sisäistettynä kaikessa ihmissuhdetyössä. (Kokkola ym. 2002.)

Asiakaslähtöisessä yhteistyösuhteessa työntekijät luovat mahdollisuuksia, motivoivat ja tukevat asiakasta hänen omassa hoidossaan ja kuntoutumisessaan (Laitila, M. 2010, 159).

2.6 Psykoosipotilaan kohtaaminen

Psykoosipotilas saattaa olla kiihtyneessä tilassa ja silloin kohtaamisessa on tärkeää, että tapahtumia ja potilaan kliinistä tilaa voidaan selvittää turvallisella tavalla. Potilaan pelkäämi-

nen voi estää tekemästä kunnollista tutkimusta eikä antaa hyvää hoitoa. Väkivaltaan varautuminen on hyvä tiedostaa ja varautua siihen. Jos potilas tavataan kotioloissa, on hyvä olla mukana enemmän kuin yksi terveydenhoitoalan edustajia. Jos esitietojen mukaan potilas todetaan väkivaltaiseksi, niin on hyvä turvautua poliisiin. (Henriksson & Hietanen 2002.)

Väkivalta on todella yleistä terveydenhuollossa ja erityisesti psykiatrisella osastolla. Siellä esiintyy sekä fyysistä että henkistä väkivaltaa ja tekijänä on useimmiten potilas, potilastoveri tai omainen. Potilaiden että henkilökunnan terveys, turvallisuus ja hyvinvointi ovat uhattuna väkivaltaisen käyttäytymisen myötä. (Tauriainen 2016.)

Vakavaan mielenterveyshäiriöön, joka käsittää skitsofrenian, maanisdepressiivisen mielisairauden, psykoottisen masennuksen ja äyllisen kehitysvammaisuuden, liittyy 4,5-kertainen väkivaltarikosi riski yleisväestöön verrattuna. Väkivaltakäyttäytymisen kannalta tärkein psykoosiryhmän sairaus on skitsofrenia. Alkoholismi lisää sitä monikertaisesti. Hoitamaton mielisairaus on myös väkivaltaa lisäävä riski. Erityisesti muita vahingoittamaan kehottavien harhojen on todettu lisäävän potilaan väkivaltakäytösriskin kaksinkertaiseksi. Sen sijaan deluusioista kärsivät potilaat ovat vaikeasti arvioitavia yksittäistapauksia, joiden kohdalla tulee varoa arvioimasta merkityksettömäksi uhkaavien ja kontrolloivien harhaluulojen vaikutusta. (Tiihonen 2004.)

Väkivaltatilanteessa on hyvä huomioida tilan esteettömyys ja varmistaa perääntymistie itselle ja potilaalle. Potilaan on hyvä antaa rauhassa purkaa paineita ja rauhoittua. Potilaaseen kannattaa suhtautua rauhallisesti ja selkeästi, potilasta voi myös pyytää istumaan. Potilasta kannattaa kuunnella keskeytymättä ja olla provosoitumatta mistään. Ei myöskään kannata vähätellä hänen ongelmiaan. Muita hyviä neuvoja väkivaltatilanteeseen on seistä sivuttain, että näyttää vähemmän uhkaavalta. Kannattaa myös yrittää päästä jonkinlaiseen sopimukseen potilaan kanssa, jolla saataisiin tilanne raukeamaan. (Henriksson & Hietanen 2002.)

Kaikki psykoosipotilaat eivät kuitenkaan ole väkivaltaisia vaan hyvinkin rauhallisia ja jopa arkoja. Heillä saattaa olla paljon pelkotiloja ja he usein jännittävät uuden hoitajan tapaamista. Omasta sairaudesta kertominen voi olla vaikeaa ja varsinkin luottaa uuteen henkilöön. Luottamuksen saaminen onkin tärkeimpiä tehtäviä psykoosipotilaan kohtaamisessa ja se yleensä syntyy potilaan kunnioituksella potilaan yksityisyyttä kohtaan heti ensi tapaamisista lähtien. (Uttula 2006,32).

Kunnioituksen lisäksi potilaan luottamus täytyy saavuttaa ja ylläpitää sekä käydä avointa keskustelua potilaan kanssa. Potilaat kykenevät luottamaan hoitajaan, kun hoitaja pitää lupauksensa, ei unohda ja osoittaa välittämistään ja huolenpitoa. Myös kohtaamisen kokemuksen kautta luottamuksen kehittyminen on mahdollista. Siihen liittyy vastavuoroisuutta hoitajan ja potilaan kesken, turvallisuuden tunnetta ja yhteistyötä. Yhteistyö taas mahdollistuu tuon

avoimen keskustelun kautta. Kuuleminen ja kuunteleminen sekä ymmärretyksi tulemisen tunteine edistää luottamuksen kehittymistä. (Kilkku, N. 2008, 96; Uttula 2006,30.)

Avoimessa keskustelussa potilaan kaikkia tarpeita ja asioita voidaan käsitellä. Siinä potilaalta voidaan kysyä suoraan vaikkapa harhoista. Avoimen keskustelun mahdollistaa luottamus hoitosuhteessa. Potilaan yksityisyyden kunnioittaminen on tärkeää varsinkin potilaan kotona työskenneltäessä, sillä potilas saattaa olla silloin kovin haavoittuva ja se vaikuttaa herkästi potilaan ja hoitajan suhteeseen. (Uttula 2006, 31.)

Kohtaamisen kokemus psykoosipotilaan kanssa on erittäin merkittävä. Se määrittää paljon sitä, miten sairastumisessa koetaan saatavan apua ja miten toipuminen edistyy. Se vaikuttaa myös siihen, miten potilaan luottamus omaan itseensä, elämäntilanteeseen, avun saantiin ja tulevaisuuteen palautuu. Kohtaamisessa on aina tärkeää vuorovaikutuksellisuus ja tiedollinen kohtaaminen. (Kilkku 2008, 94.)

Ensipsykoosiin sairastuneilla odotukset avun saamiseksi ovat varsin korkealla ja siten ensikon-takti on heille tärkeä. Jos tällöin potilasta ja heidän läheisiään lähestytään epävarmasti, niin heidän osaaminen koetaan epäilyttäväksi. Aktiivinen asioista ja käytännöistä kertominen sekä selkeiden toimintaohjeiden antaminen koetaan turvallisuuden tunteena ja koetaan, että asiat etenevät ja saadaan tarvittava hoito. (Kilkku 2008, 95.)

2.7 Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän henkilön kohtaaminen

Potilaat tulee aina kohdata yksilöinä ja kunnioittavasti. Epävakaudesta kärsivä henkilö voi olla kohtaamistilanteessa hiljainen tai impulsiivinen, riippuen hänen mielentilastaan sekä tilanteen mukavuudesta. Epävakaan henkilön käytöstä tai vastaanottavuutta on vaikea ennakoida tai suunnitella. Jokaisen potilaan kohdalla tulisi olla avoimin mielin sekä kohdata hänet, kuin kenet tahansa. Kohtaamistilanteen jälkeen on hyvä yhdessä käydä läpi mistä on keskusteltu, mistä jatketaan seuraavalla kerralla ja asettaa tavoitteita. Potilaan oma sitoutuneisuus ja motivaatio hoitoon ovat avainasemassa. Käypä hoito-suositus epävakaan persoonallisuushäiriön hoidosta on julkaistu vuonna 2015, aiemmin ei ole ollut näin spesifisiä suosituksia persoonallisuushäiriöiden hoidosta Suomessa.

Vinkkejä potilaan kohtaamiseen

Perehdy häiriön oirekuvaan ja epätarkoituksenmukaisen käytöksen yleisiin syihin.

Epävakaan persoonallisuushäiriöpotilaan hoito voi olla vaativaa koke-

neellekin klinikolle. Omia tavoitteita ei tule asettaa liian korkealle.
Pitkäaikaiseen itseä vahingoittavaan käytökseen, johon ei liity kuolemanvaaraa, ei ole nopeaa toteutettavissa olevaa ratkaisua. Sairaalahoidosta ei välttämättä ole hyötyä.
Suhtaudu potilaan kokemuksiin vakavasti ja ymmärrä, että hänellä on omat syynsä kokea asiat niin kuin hän kokee. Nimeä tunteet, joita arvioit potilaalla olevan, kuten hylätyksi tulemisen tunne, viha ja häpeä, ennen kuin keskityt ”faktoihin”. Tunnista potilaan kokema todellinen stressi.
Vältä provosoitumasta potilaan häiritsevistä käytöksistä.
Anna potilaalle säännöllisiä, aikarajoitettuja vastaanottoaikoja, joiden ehtona ei ole uusi muu sairaus.
Toimi hoidon alussa asettamiesi rajojen puitteissa ja poikkea niistä vain hätätilanteessa.
Hyvä hoito voi perustua vain sopimukseen avoimesta kommunikaatiomahdollisuudesta muiden potilasta hoitavien tahojen kanssa.
Vältä polyfarmasiaa ja suurien potentiaalisesti toksisten lääkemäärien reseptien kirjoittamista. Tämä koskee esimerkiksi trisyklisiä antidepressantteja, tiettyjä sydäntautien hoitoon käytettäviä lääkkeitä ja bentsodiatsepiineja.
Vältä potentiaalisesti riippuvuutta aiheuttavien lääkeaineitten, kuten bentsodiatsepiinien, nukahtamislääkkeiden ja keskushermostoon vaikuttavien kipulääkkeiden, määräämistä.
Aseta vetoavaa ja painostavaa käytöstä koskevia rajoja tuomitsematta potilasta ja hänen toimintaansa.
Potilas on aina itse vastuussa teoistaan, jos kyse ei ole psykoosista.
Älä palkitse häiriökäyttäytymisestä antamalla tilapäistä huomiota vaan tarjoamalla säännöllisiä tapaamisia, jotka eivät riipu potilaan haitallisesta toiminnasta.

Taulukko 1: Vinkkejä potilaan kohtaamiseen (Käypä hoito 2015)

3 Opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus

Opinnäytetyön tavoite on syventää sairaanhoitajaopiskelijoiden tietoisuutta, vahvistaa heidän ammattitaitoaan sekä rohkaista heitä. Opinnäytetyön tarkoitus on tuottaa video opetuskäyttöön Laurean ammattikorkeakoululle ja jakaa tietoisuutta mielenterveyshoitotyöstä opinnäytetyön muodossa.

4 Prosessin kuvaus

Työelämäkumppanina opinnäytetyölle on toiminut Laurea ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyön aloitimme noin vuosi ennen opintojen päättymistä ja virallista valmistumista. Olemme tehneet opinnäytetyötä välillä intensiivisesti ja toisinaan hitaammalla aikataululla muiden opintojen vuoksi. Opinnäytetyötä olemme pystyneet tekemään suurimmalta osin etätöinä ja olemme sopineet tapaamisia opinnäytetyöprosessin aikana. Tapaamisissa olemme käyneet läpi edistymistä, saatuja palautteita työelämäkumppanilta, jatkosuunnitelmia ja työnjakoa teoriaosuuksiin perehtymisestä. Olemme molemmat osallistuneet työhön samalla työpanoksella ja olemme onnistuneet jakamaan opinnäytetyötä omien kiinnostuksiemme mukaisesti. Opinnäytetyömme on toiminnallinen opinnäytetyö, sillä tavoitteemme oli tuottaa ammattikorkeakouluopiskelijoille opetuskäyttöön video mielenterveysohitotyöstä. Valmiin tuotoksen eli videon esitys tapahtui Laurean ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan opiskelijoille lokakuussa 2018. Videon esittämisen jälkeen opiskelijaryhmä täytti tekemämme palautelomakkeet.

Airaksinen ja Vilkka (2003) ovat kirjoittaneet toiminnallisen opinnäytetyön tekemisestä kertovan kirjan ja sitä olemme käyttäneet opinnäytetyön taustalla. Toiminnallinen opinnäytetyö pitää sisällään aina raportin ja tuotoksen. Meidän opinnäytetyömme toimii siis toiminnallisen opinnäytetyön raporttina ja tuotoksemme on video, jota voi käyttää opetustarkoituksessa.

Toiminnallisena opinnäytetyönä toteutettu tapahtuma, tuote, opas tai ohjeistus ei vielä riitä ammattikorkeakoulun opinnäytetyöksi. Ammattikorkeakouluopintojen idea on, että osoitat kykeneväsi yhdistämään ammatillisen teoreettisen tietosi ammatilliseen käytäntöön, kykenet pohtimaan alan teorioiden ja niistä nousevien käsitteiden avulla kriittisesti käytännön ratkaisuja ja kehittämään niiden avulla oman alan ammattikulttuuria. (Airaksinen & Vilkka 2003, 41-42).

4.1 Videon taustatiedot ja suunnittelu

Päivi Hakkarainen ja Kari Kumpulainen ovat yhdessä tehneet teoksen, joka käsittelee liikkuvaa kuvaa. Teoksessa he mainitsevat näin; ”Videot kuvaavat sosiaalialan ja hallintotieteiden piiriin liittyviä työelämän mahdollisia ongelmatilanteita. Opiskelijat näyttävät ongelmatilanteet videoille, ja nämä videot puolestaan saatetaan hyötykäyttöön - opiskelun ja oppimisen ”sytykkeiksi” vertaisopiskelijoille.” (Liikkuva kuva 2011). Ammattikorkeakouluopinnoissa olemme kokeneet videoiden opetuskäytön hyödylliseksi ja mielekkääksi oppimistavaksi, siksi halusimme opinnäytetyössämme käyttää hyödyksi videolta oppimista.

Video on tuotettu opetuskäyttöön Laurean sosiaali- ja terveysalan opiskelijoille. Videon avulla on tarkoitus oppia mielekkäällä tavalla mielenterveyspotilaan kohtaamista. Videolla haluamme näyttää vuorovaikutustilanteen, jossa tulee esille niitä ominaisuuksia, mitä olemme opin-

näytetyön teoriaosuudessa kertoneet. Videolla käsittelemme potilas - hoitaja tilannetta, jossa mielenterveyspotilas tulee sairaanhoitajan vastaanotolle ja hänet otetaan vastaan potilashuoneeseen keskustelemaan. Tarkoituksemme videossa on tuoda esille hoitajan omaa persoonaa ja potilaan kohtaamista rauhallisessa ja kiireettömässä tilassa. Vuorovaikutuksessa hoitajan on tärkeää luoda luotettava tilanne, jossa potilaan on helppo avautua ja kertoa sairaudestaan. Videosta on tarkoitus välittyä potilasta arvostava rauhallinen kohtaaminen, jossa on hyvän vuorovaikutuksen piirteet. Päädyimme kuvaamaan seurantakäyntejä, sillä niistä sairaanhoitajaopiskelijat näkevät parhaiten millaista mielenterveyshoitotyö käytännössä on. Videota varten teimme lyhyen käsikirjoituksen, jonka avulla näyttelemme videossa. Olemme itse näytelleet hoitajaa ja potilasta teoriaosuudessa kuvatun vuorovaikutustilanteen mukaisesti. Videossa olemme kuvanneet seurantakäyntejä, joissa potilaan hoito ja vointi on tasainen.

Videon ensimmäisessä osiossa käsittelemme epävakaan persoonallisuushäiriön hoitoa ja jälkimmäisessä osiossa psykoosin sairastanutta potilasta, jonka lääkehoito on tasapainossa ja potilas harkitsee kuntoutumisen mahdollisuuksia. Kuvaamamme kohtaamistilanteet ovat rauhallisia sekä hoitajalla ja potilaalla on jo olemassa oleva hoitosuhde.

4.2 Videon teko

Aloitimme videon teon yhteisellä tapaamiskerralla, johon kuului käsikirjoituksen teko ja yhdessä sen läpikäyminen. Tuottamassamme videossa käsitellään kahta mielenterveysongelmaa ja potilaan kohtaamista. Halusimme luoda videolle rauhallisen ja luottamuksellisen ilmapiirin. Video kuvattiin 1.10.2018 sovitun aikataulun mukaisesti. Videon kuvaaminen oli yksinkertaista ja mielekästä. Suurin työosuus oli orientoituminen näyteltyyn tilanteeseen sekä videon käsittely esitettävään muotoon. Videon tekoon kuului orientoituminen, näytellyt tilanteet, videon kuvaus automaattikuvauksella, videon käsittely sekä valmiin tuotoksen esittäminen Laurean ammattikorkeakoulussa opiskelijaryhmälle opettajien toimesta. Videon sekä opinnäytetyön arviointia varten teimme opiskelijaryhmälle palautelomakkeet, jotka opiskelijat täyttivät nimettömästi. Palautelomakkeista saatuja tietoja on käsitelty opinnäytetyön Pohdinta-osiossa. Ajallisesti videon tekoon meni kaksi viikkoa.

4.3 Valmiin tuotoksen kuvaus

Valmis video on n.10 minuuttia pitkä. Video on kuvattu automaattikuvauksella ja videota on käsitelty leikkaamalla muutama osa pois sekä lisäämällä kuva- ja tekstitiedostoja videolle, antamaan esitietoa. Ymmärrämme, ettei välttämättä opinnäytetyön videon katsojat ole lukee neet opinnäytetyömme kirjallista tuotosta. Siksi halusimme vielä tekstitiedostoilla selkiyttää videota. Valmiin videotuotoksen aikaansaaminen oli yllättävän vaivatonta, kun nykyään tarjolla on niin paljon ohjemateriaalia videoiden tekoon ja käsittelyyn.

5 Pohdinta

5.1 Arviointi

Koottujen palautteiden pohjalta, opinnäytetyön tavoite on saavutettu. Olemme tuottaneet yhteistyössä työelämäkumppanin kanssa opetuskäyttöön videon, josta on opiskelijoille hyötyä. Kehittämishankkeena ollut toiminta, eli mielenterveys- ja päihdetyön opinnot ammattikorkeakoulussa, on pysynyt ennallaan. Toiminnallisen opinnäytetyön tekijöinä olemme kasvaneet ammatillisesti ja olemme syventäneet omaa osaamistamme prosessin aikana jatkuvasti. Työelämäkumppanilta olemme saaneet hyvää palautetta ja video on soveltuva ammattikorkeakouluopintoihin käytettäväksi. Opinnäytetyön teko on ollut meille mielekäs projekti. Olemme oppineet hakemaan tietoa eri lähteistä sekä arvioimaan lähteiden eettisyyttä ja luotettavuutta. Haastavin osio opinnäytetyön tekemisessä on ollut kirjallisen osuuden loogiseksi järjestäminen sekä prosessin aikatauluttaminen molemmille tekijöille sopivaksi. Kun olemme käsitelleet mielenterveyshoitotyötä sekä kahta erilaista mielenterveysongelmaa, olemme pohtineet myös, olisiko opinnäytetyötä pitänyt rajata enemmän. Mielestämme opinnäytetyön lopputulos sekä opiskelijoilta saatu palaute opetusvideosta ovat olleet erittäin palkitsevia.

Opinnäytetyön arviointimme koostuu teoreettisen osuuden ja videon arvioinnista. Suunnitelimme aluksi kaksi erilaista mielenterveyspotilaan kohtaamista, mutta työn edetessä kuvatuista kohtaamistilanteista tuli samankaltaisia ja loppujen lopuksi tämä oli koko opinnäytetyön tarkoituskin. Teimme suunnitelmat ensiksi molempiin kohtaamistilanteisiin, kirjassimme paperille asiat, jotka käymme läpi videossa sairaanhoitajan ja potilaan välillä. Päätimme myös käsikirjoitusta suunniteltaessa, että kohtaaminen on molemmissa videoissa seurantakäynti hoitajan vastaanotolla. Toinen meistä oli potilas molemmissa kohtaamisissa ja toinen hoitaja. Koimme, että rooleihin oli helppo samaistua. Saimme kuvattua molemmat kohtaamiset heti ensiyrittämällä ja koimme, että ne sopivat hyvin tuottamaamme videoon. Mielestämme onnistuimme tuomaan videossa epävakaa ja psykoosipotilaan oirekuvaa sekä asiakasryhmien tyyppillistä käytöstä ja pystyimme videon avulla havainnollistamaan miten sairaus vaikuttaa toimintakykyyn. Osasimme myös tuoda esille, miten hoitaja omalla rauhallisuudella, ystävällisyydellä ja omalla persoonallisuudella kohtasi potilaan ja osasi auttaa häntä eteenpäin. Hoitaja oli myös aidosti kiinnostunut potilaasta ja hänen auttamisestaan. Potilas lähti molemmilla kerroilla suhteellisen tyytyväisenä jonkinlainen suunnitelma takataskussa seuraavaan tapauksikertaan asti. Meistä videon tekeminen Laurealle opetuskäyttöön oli hyödyllistä, koska video antaa monia mahdollisuuksia perinteisen, pääasiassa luennointiin perustuvan opetuksen rinnalle. (Lautkankare 2014,4.) Videomme voisi luokitella voimauttavaksi videoksi, jossa liikkuva kuvaa käytetään apuna ihmissuhdetyön harjoittelussa ja tunnistettaessa ihmissuhdetekijöiden vuorovaikutusepisodeista myönteisiä kohtia ja taitoja. (Hakkarainen & Kumpulainen 2011,12).

5.2 Opiskelijapalaute

Opiskelijoilta pyydettyssä palautteessa kysyttiin seuraavat kysymykset:

1. Onko sinulla ennakkoluuloja ensimmäisestä mielenterveys- ja päihdetyön harjoittelustasi?
2. Uskotko videon lisänneen osaamistasi mielenterveys- ja päihdetyön opintoihin liittyen?
3. Vaikuttiko video kokemukseesi/ajatukseesi siitä, miten tulee kohdata mielenterveyspotilas?
4. Nyt kun katselit videon, muuttuiko jokin mahdollisista ennakkoluuloistasi mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kohtaamisesta?

Palautelomakkeen täyttäneitä opiskelijoita oli 13, joista ainoastaan kaksi vastasi siihen, ettei heillä ole lainkaan ennakkoluuloja koskien mielenterveys- ja päihdetyön harjoittelua. Loput 11 opiskelijaa vastasivat kyllä tai vähän.

8 opiskelijaa uskoi tuottamamme videon lisänneen osaamista mielenterveys- ja päihdetyön opintoihin liittyen, 5 opiskelijaa vastasi, ettei video lisännyt osaamista tai he eivät osanneet sanoa.

10/13 opiskelijasta oli sitä mieltä, että video vaikutti heidän kokemukseensa/ajatukseensa siitä, miten mielenterveyspotilas tulisi kohdata.

Videon katselun jälkeen 7 opiskelijaa vastasi ennakkoluulojensa muuttuneen videon myötä ja 6 opiskelijaa vastasivat joko ei tai eivät osanneet sanoa.

Kun palautteet on koottu yhteen, voidaan todeta, että olemme tuottaneet hyödyllisen ja ammattiosaamista lisäävän videon ammattikorkeakouluopintoihin. Olemme onnistuneet vaikuttamaan opiskelijoiden ennakkoluuloihin positiivisella tavalla ja palautteiden keräämisen aikana yksi opiskelijoista oli todennut, ettei häntä enää jännitä harjoittelun aloittaminen samalla tasolla kuin aiemmin.

5.3 Luotettavuus ja eettisyys

Olemme noudattaneet työtä tehdessämme luotettavuutta ja eettisiä periaatteita. Lähteemme ovat luotettavia ja ne ovat oikein merkitty tekstiin ja lähdeluetteloon. Kaikki käyttämämme toisten tekstit ovat merkitty asianmukaisesti. Emme tarvinneet tutkimuslupia, koska teimme toiminnallisen opinnäytetyön ja yhteistyökumppanimme oli Laurea. Olemme myös tehneet työmme itse mitään vääristämättä tai sepittämättä. (HTK 2012).

Työmme tarkoitus oli kehittää Laurean mielenterveysopetusta ja sitä kautta helpottaa opiskelijoiden huolta lähteä mielenterveyden työharjoitteluun. Video on tehty ketään loukkaamatta ja esittämämme potilas-hoitaja vuorovaikutustilanteet on kuvattu kunnioituksella mielenterveyspotilaita kohtaan. Tarkoituksena näyttää mahdollisimman realistinen tilanne.

Opiskelijoille tekemämme kysely laadittiin tähän nimettömänä, niin ettei ketään opiskelijoista tunnusteta vastausten perusteella. Kysely oli myös rasti ruutuun periaatteella, joten sekin vähensi kenenkään tunnistavuutta. Vastaaminen oli myös vapaaehtoista.

Yhteistyö työelämäkumppanimme kanssa on ollut kohteliasta ja asiallista. He ovat tarkastaneet työtämme ja olemme saaneet palautetta siitä tarvittaessa ja olemme pystyneet korjaamaan opinnäytetyötä palautteiden pohjalta. Me taas olemme lähettäneet heille tehtyjä versioita työstä säännöllisesti.

5.4 Jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyön jatkotutkimusehdotus on videoiden hyödyntäminen sekä tekeminen mielenterveys- ja päihdetyön opinnoissa. Mielenterveys- ja päihdetyön opinnot olivat meille kaikista mielekkäimpiä juuri opintojen monimuotoisuuden vuoksi. Mielenterveys- ja päihdetyön opinnot ovat Laurean ammattikorkeakoulussa erittäin mielenkiintoisia ja asiantuntevia ja halusimme tuottaa oman videon siihen lisäksi. Opiskelijat voisivat hyödyntää omaa oppimistaan, joko jo teoriaopintojen aikana tai vasta harjoittelun jälkeen.

Lähteet

Painetut

Airaksinen, T., Vilkkä, H. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Tammi.

Heiskanen, T., Salonen, K. & Sassi, P. 2006. Mielenterveyden ensiapukirja. Helsinki: StarOffset.

Hentinen, K., Iija, A. & Mattila, E. 2009. Kuuntele minua -mielenterveystyön käytännön menetelmiä. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino.

Holmberg J. 2016. Hoitajana mielenterveys- ja päihdetyössä. Keuruu: Otavan Kirjapaino.

Karlsson H., Koivisto M., Nikkilä H., Stenberg J. 2009. Epävakaan persoonallisuushäiriön hoito. Keuruu: Otavan kirjapaino.

Kokkola, A, Kiiikkala, I, Immonen, T ja Sorsa, M. 2002. Mitä Sinä elämältäsi haluat? Asiakaslähtöinen mielenterveyttä edistävä toimintamalli. Helsinki: Suomen Kuntaliitto ja Stakes.

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

Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. 2017. Psykiatria. 12., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Duodecim.

Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. 2014. Psykiatria. 11., uudistettu painos. Keuruu: Otavan kirjapaino.

Sähköiset

Finlex. 1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Viitattu 15.5.2018. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Finlex. 1990. Mielenterveyslaki. Viitattu 21.2.2018. <http://finlex.fi/fi/laki/alkup/1990/19901116>

Hakkarainen, P., Kumpulainen, K. 2011. Liikkuva kuva. Viitattu 15.9.2018. <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/26957/978-951-39-4270-0.pdf>

Henriksson, M., Hietanen, S. 2002. Kiihtynyt psykoottinen potilas. Päivystyspsykiatria. Viitattu 15.5.2018. <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo92766.pdf>

Horppu, C. 2008. Psykiatrinen osastohoitojakso potilaiden ja perheenjäsenten kokemana. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Tampere.

Kilkku, N. 2008. Potilasopetus ensipsykoosipotilaan hoidossa. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Tampere.

Käypä hoito. 2015. Epävakaa persoonallisuushäiriö. Viitattu 21.5.2018. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50064>

Laitila, M. 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Fenomenografinen lähestymistapa. Itä-Suomen yliopisto. Kuopio.

Lautkankare, R. 2014. Videon mahdollisuudet opetuskäytössä. Viitattu 7.10.2018. <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522165435.pdf>

Mattila L. 2001. Vahvistumista ja tunnekokemuksen jakamista. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Tampere.

Mielenterveystalo. 2018. Epävakauden omahoito. Viitattu 23.5.2018. https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/itsehoito/epavakaa_persoonallisuushairio/Pages/default.aspx

Nevala, I. 2015. Lääketieteellisen psykiatrian ja psykoanalyysin psykoosikäsitys. Tampereen yliopisto. Viitattu 5.10.2018. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/96994/SYVENTAVA-1430214497.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Penttilä, M. Huhtaniska, S. Jääskeläinen, E. & Granö, N. 2017. Psykoosin ehkäisyn mahdollisuudet. Viitattu 4.10.2018. <https://www-duodecimlehti-fi.nelli.laurea.fi/api/pdf/duo14025>

Rissanen P. 2015. Toivoton tapaus. Väitöskirja. Kuntoutussäätiö. Helsinki.

Tauriainen, P. 2016. Väkivallan ja sen uhan ilmeneminen psykiatrisessa hoitotyössä. Rekisteritutkimus. Turun yliopisto. Viitattu 4.10.2018.
https://www.utu.fi/fi/yksikot/med/yksikot/hoitotiede/julkaisut/Documents/abstraktit_2016/2016_Tauriainen.pdf

Terveyskirjasto. 2017. Persoonallisuushäiriöt. Viitattu 10.4.2018. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00407

Tiihonen, E. 2004. Mielisairaudet ja väkivaltainen käyttäytyminen. Viitattu 15.10.2018.
http://www.ebmguidelines.com/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=ttl00140&p_haku=akuutin

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsittely Suomessa. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Uttula A. 2006. Psykoosipotilaan hoito avohoidossa tehostetun psykiatrisen kotisairaanhoidon hoitajien kuvaamana. Pro gradu - tutkielma. Tampereen yliopisto. Tampere.

Taulukot

Taulukko 1: Vinkkejä potilaan kohtaamiseen	18
--	----