

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma / hoitotyö

Elina Myller

POTILAAN TIEDONSAANTI JA OSALLISUUS  
PSYKIATRIAN POLIKLINIKALLA

Opinnäytetyö 2013

## TIIVISTELMÄ

### KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

#### Hoitotyön koulutusohjelma

ELINA MYLLER

Opinnäytetyö

Työn ohjaajat

Toimeksiantaja

Toukokuu 2013

Avainsanat

Potilaan tiedonsaanti ja osallisuus psykiatrian poliklinikalla

51 sivua + 8 liitesivua

Lehtori Leena Wäre, osastonhoitaja Anne Martomaa

Haminan psykiatrian poliklinikka

tiedonsaanti, osallisuus, mielenterveystyö, psykiatrian poliklinikka

Potilaiden on tärkeää saada tietoa sairaudestaan ja sen hoidosta, sillä silloin heidän mahdollisuutensa ottaa kantaa hoidon suunnitteluun ja toteutukseen on parempi. Tiedonsaannilla on todettu olevan vaikutusta potilaan hyvinvointiin ja hoitoon sitoutumiseen. Osallisuus terveydenhuollossa tarkoittaa sitä, että potilailla on mahdollisuus vaikuttaa omaan hoitoonsa ja hoitoon liittyviin palveluihin. Aiempien tutkimusten mukaan potilaan tiedonsaannissa ja osallisuudessa on parantamisen varaa.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia potilaan tiedonsaannin ja osallisuuden toteutumista Haminan psykiatrian poliklinikalla. Opinnäytetyössä kartoitettiin potilaiden mielipiteitä siitä, kuinka hyvin he ovat saaneet tietoa psyykkisestä sairaudestaan ja sen hoidosta sekä kuinka hyvin he ovat voineet osallistua hoitonsa suunnitteluun ja toteutukseen sekä palvelujen kehittämiseen. Opinnäytetyössä kartoitettiin myös potilaan näkemystä siitä, kuinka hyvin perhe tai läheiset ovat saaneet tietoa potilaan sairaudesta ja hoidosta sekä kuinka hyvin heidät on huomioitu hoitosuunnitelmassa.

Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisena kyselytutkimuksena. Kyselylomake tehtiin yhteistyössä psykiatrian poliklinikan kanssa. Kysely toteutettiin 1.9.–31.10.2012 välisenä aikana. Kyselylomakkeita jaettiin 150 potilaalle, joista 77 palautti lomakkeen. Kyselyn tulokset analysoitiin SPSS-ohjelmalla ja sen avulla vastauksista laskettiin frekvenssejä ja prosentiosuuksia.

Tutkimuksen tulosten perusteella voidaan todeta, että potilaiden tiedonsaanti on toteutunut varsin hyvin Haminan psykiatrian poliklinikalla. Suurin osa potilaista oli saanut vähintään melko hyvin tietoa sairaudestaan ja siihen liittyvistä asioista. Hoitosuunnitelmasta ja lääkehoidosta tietoa oli saatu enimmäkseen melko tai erittäin hyvin. Terapioista saadussa tiedossa oli kuitenkin kehitettävää. Osallisuus toteutui poliklinikalla erittäin hyvin. Suurin osa potilaista oli osallistunut erittäin hyvin hoitonsa suunnitteluun ja heidät oli huomioitu erittäin hyvin hoidon toteutuksessa. Tutkimuksen tuloksista kuitenkin selvisi, että omaisten tiedonsaannissa ja huomioinnissa on kehitettävää.

## ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

University of Applied Sciences

Health Care

MYLLER, ELINA

Bachelor's Thesis

Supervisor

Commissioned by

May 2013

Keywords

Patient Information and Involvement

in Psychiatric Out-Patients' Department

51 pages + 8 pages of appendices

Leena Wäre, senior lecturer, Anne Martomaa, charge nurse

Haminan psykiatrisen poliklinikka/out-patients' department

information, involvement, mental health work, psychiatric out-patients' department

It is important for patients to get information about their disorders and their treatment, because then they have a better access to their treatment planning and its realization. Information has been found to affect patients' welfare and commitment to treatment. Involvement in health care means the patient's opportunity to influence their treatment and the related services. Previous researches have shown that patient information and involvement could be improved.

The purpose of this Bachelor's thesis was to examine the patients' getting information about their treatment and the realization of their involvement in the psychiatric out-patients' department of Hamina. The research studied the patients' views on how well they had got information about their mental disorders and their treatment. It also examined how well the patients had been able to take part in their treatment planning and realization and service development. The Bachelor's thesis also studied the patient's views on how well the patient's family has got information about mental disorders and their treatment and how well the family has been taken into account.

The research was a quantitative inquiry. The questionnaire was drawn out in cooperation with the psychiatric out-patients' department. The survey was carried out between 1.9.–31.10.2012. Questionnaires were distributed to 150 patients, 77 of which were returned. The results were analyzed by SPSS software and the results were indicated as frequencies and percentages.

The research results indicate that the patients' getting information had realized quite well in the psychiatric out-patients' department. The majority of the patients had got information at least quite well about their mental disorders and related issues. The information about the treatment plan and the medical treatment had been received mostly quite or very well. The information about therapies needs to be improved. The involvement has been realized very well in the out-patients' department. The majority of patients had been involved in treatment planning very well and they had been involved in treatment planning very well. The research results showed that the family's information and recognition could be improved.

# SISÄLLYS

## TIIVISTELMÄ

## ABSTRACT

1	TAUSTA JA TARKOITUS	6
2	POTILAAN TIEDONSAANTI JA OSALLISUUS	7
	2.1 Potilaan tiedonsaanti	7
	2.2 Aiemmat tutkimukset potilaan tiedonsaannista	8
	2.3 Potilaan osallisuus	10
	2.4 Aiemmat tutkimukset potilaan osallisuudesta	10
3	MIELENTERVEYSHOITOTYÖ	11
	3.1 Mielenterveyshoitotyön lähtökohdat	12
	3.2 Mielenterveyspalvelut	12
	3.2.1 Avohoito	12
	3.2.2 Sairaalahoito	13
	3.2.3 Haminan psykiatrian poliklinikka	13
	3.3 Mielenterveyspotilas ja hänen hoitonsa	14
	3.3.1 Diagnoosin merkitys	15
	3.3.2 Sairauden syyt	15
	3.3.3 Sairauden oireet	15
	3.3.4 Potilaan hoitosuunnitelma	17
	3.3.5 Potilaan hoito	17
4	TUTKIMUSONGELMAT	20
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	20
	5.1 Kysely tutkimusmenetelmänä	21
	5.2 Kyselylomake	21
	5.3 Aineiston keruu	22
	5.4 Aineiston analyysi	23
6	TUTKIMUKSEN TULOKSET	23
	6.1 Vastaajien taustatiedot	23

6.2	Tiedonsaannin toteutuminen psykiatrian poliklinikalla	25
6.3	Osallisuuden toteutuminen psykiatrian poliklinikalla	37
6.4	Yhteenveto tuloksista	44
7	POHDINTA	45
7.1	Tutkimustulosten tarkastelu	45
7.2	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	46
7.3	Jatkotutkimusehdotukset	48
LIITTEET		
	Liite 1. Tutkimustaulukko	
	Liite 2. Muuttujataulukko	
	Liite 3. Kyselylomake	
	Liite 4. Tutkimuslupa	

## 1 TAUSTA JA TARKOITUS

Kaikilla Suomessa pysyvästi asuvilla on oikeus laadukkaaseen terveyden- ja sairaanhoitoon. Potilaan hoidossa on huomioitava hänen vakaumuksensa ja yksityisyytensä, eikä hänen ihmisarvoaan saa loukata. Potilaan tulee saada tietoa kaikista merkityksellisistä asioista sairauteen sekä hoitoon liittyen ja nämä asiat tulee kertoa hänellä ymmärrettävästi. Potilaalle ei tule antaa selvitystä hänen terveydentilastaan, jos potilas ei halua sitä tai se aiheuttaa muuten vaaraa potilaan terveydelle. Hoitopäätökset tulee tehdä yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785, 3.–6. §.)

Psykiatrinen potilas on ollut aiemmin vain hoidon kohde. Hän on ollut passiivinen omaan hoitoonsa liittyvissä asioissa. Nykyisin mielenterveyspotilaat kuitenkin vastaavat omista asioistaan ja asiantuntijoiden ohella he ovat mukana omaa hoitoaan koskevassa suunnittelussa ja päätöksenteossa. (Lönnqvist & Lehtonen 2009, 18.) Osallisuutta pidetään tärkeänä arvona ja tavoitteena mielenterveyspotilaan hoidossa (Laitila 2010, 7). Avoimuus lisää potilaan luottamusta hoitoa ja hoitavia henkilöitä kohtaan (Lönnqvist & Lehtonen 2009, 18). Tiedon antaminen on myös keskeinen osa hoitoa ja edistää potilaan sitoutumista hoitoon (Sundman 2010). Potilaalle tulee kertoa hoitoa koskevat asiat henkilökohtaisesti ja siten, että hän ymmärtää ne (Lönnqvist & Lehtonen 2009, 18). Aiempien tutkimusten (Hotti 2004; Hätönen 2005; Suhonen 2007) mukaan potilaiden tiedonsaannissa on kuitenkin parantamisen varaa. Potilaat haluavat lisää tietoa sairaudestaan ja sairauden hoitoon liittyvistä asioista. Kvistin (2004, 159) tutkimuksen mukaan psykiatriset potilaat ovat myös tyytymättömiä tiedonsaantiin ja mahdollisuuksiinsa osallistua hoitoonsa.

Opinnäytetyön toimeksiantaja on Haminan psykiatrian poliklinikka. Poliklinikka on toteuttanut potilastyytyväisyyskyselyä toimipisteessään kahden vuoden välein. Yhteistyön yhtenä lähtökohtana onkin se, että psykiatrian poliklinikka haluaa uutta ja ulkopuolista näkökulmaa kyselyyn.

Opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia potilaan tiedonsaannin ja osallisuuden toteutumista Haminan psykiatrian poliklinikalla. Tiedonsaanti ja osallisuus ovat laajoja käsitteitä. Tässä opinnäytetyössä käsitellään aihealueita, jotka liittyvät olennaisesti tutkimuksen kyselylomakkeessa esitettyihin kysymyksiin. Kyselylomake on tehty yhteistyössä Haminan psykiatrian poliklinikan henkilökunnan kanssa. Opinnäytetyössä sel-

vitetään, kuinka hyvin potilaat ovat saaneet tietoa psyykkisestä sairaudestaan sekä sairauden syistä ja oireista. Opinnäytetyössä kartoitetaan, kuinka hyvin potilaat ovat saaneet tietoa hoitosuunnitelmastaan ja eri hoitomuodoista. Osallisuudesta selvitetään, kuinka hyvin potilaat ovat voineet osallistua hoitonsa suunnitteluun ja kuinka hyvin heidät on huomioitu psykiatrian poliklinikalla. Opinnäytetyössä selvitetään myös, kuinka hyvin potilaiden perheet tai läheiset ovat saaneet tietoa potilaan sairaudesta ja sen hoidosta sekä kuinka hyvin heidät on huomioitu hoitosuunnitelmassa.

## 2 POTILAAN TIEDONSAANTI JA OSALLISUUS

Tässä luvussa käsitellään potilaan tiedonsaantia lain puitteissa sekä tiedonsaannin merkitystä potilaan ja hoitohenkilökunnan välisessä yhteistyössä. Lukuun on koottu myös aiempia tutkimuksia tiedonsaannista. Luvussa käsitellään myös potilaan osallisuuden merkitystä terveydenhuollossa ja aiempia tutkimuksia osallisuudesta. Aiemmat tutkimukset on lisäksi koottu erilliseen tutkimustaulukkoon (liite 1).

### 2.1 Potilaan tiedonsaanti

Lain puitteissa potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitomuodoista ja kaikesta merkityksellisistä ajatellen potilaan hoitoa. Selvitystä ei kuitenkaan saa antaa vasten potilaan tahtoa tai jos se aiheuttaa vakavaa vaaraa ja haittaa potilaan terveydelle. Terveydenhuollon ammattihenkilön tulee antaa selvitys niin, että potilas ymmärtää sen. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785 5. §.) Tiedon antaminen on keskeinen osa potilaan hoitoa, ja se edistää potilaan sitoutumista hoitoon. Tietoa on annettava potilaalle koko ajan ja siihen on myös varattava aikaa. Luottamuksellisen hoitosuhteen edellytyksenä on avoimuus ja potilaan yksityisyyden suojan säilyttäminen. Myös potilaalla on moraalinen velvollisuus antaa todenmukaista tietoa itsestään ja hänen tulee noudattaa ohjeita ja määräyksiä. (Sundman 2010.)

Tiedon antaminen on kunnioitusta potilasta kohtaan ja samalla toteutuu potilaan itsemääräämisoikeus. Potilaat voivat ottaa kantaa asioihinsa sitä enemmän, mitä enemmän he tietävät sairaudestaan ja sen hoidosta. (Suhonen 2007, 30) Tiedonsaannilla on yhteyttä potilaan hyvinvointiin, hoitoon sitoutumiseen ja itsenäiseen selviytymiseen (Hätönen 2005, 21). Hotti (2004, 33) on viitannut tekstissään *Åstedt-Kurjen (1992)* tutkimukseen, jonka mukaan ”*potilas odottaa saavansa omaa tilannettaan koskevaa*

*asiallista ja selkeää tietoa sekä neuvontaa. Epätietoisuus omaan terveyteen liittyvistä kysymyksistä voi aiheuttaa potilaalle pahaa oloa ja turvattomuutta.”*

## 2.2 Aiemmat tutkimukset potilaan tiedonsaannista

Hätönen (2005, 21) on koonnut työhönsä yhteenvedon aiemmista tutkimuksista, josta selviää mielenterveyspotilaiden olevan kiinnostuneita saamaan tietoa sairauteen ja hoitoon liittyvistä asioista. Mielenterveyspotilaiden tiedonsaannin toteutuminen on havaittu puutteelliseksi, esimerkiksi sairauteen, hoitoon ja potilaan oikeuksiin liittyvää tiedonantoa on pidetty riittämättömänä (Hätönen 2005, 21). Skitsofreniaa sairastavien potilaiden tiedon tarve ja saanti sairaudesta ja sen hoidosta eivät aina kohtaa (Hotti 2004, 120). Kvistin (2004, 159) tutkimuksesta selviää, että Kuopion yliopistollisen sairaalan psykiatrian tulosalueen potilaat olivat erittäin tyytymättömiä tiedonsaantiin. Sairasen (2000, 17) tutkimuksen mukaan potilaat ovat pääosin tyytyväisiä tiedonsaantiin sairauteen ja hoitoon liittyvissä asioissa.

Hotti (2004, 84–85) on tutkinut avohoidossa olevien skitsofreniapotilaiden tiedonsaantia ja verrannut sitä depressiopotilaiden tiedonsaantiin. Yli puolet skitsofreniapotilaista (n=100) ei ollut saanut tietää sairauden syistä ja riskitekijöistä, sairautta pahentavista tekijöistä, perheterapiasta ja sairauden ennusteesta. Skitsofreniapotilaat olivat saaneet eniten tietoa sosiaalisista oikeuksista ja lääkityksestä, mukaan lukien myös sivuvaikutukset. Depressiopotilaat (n=30) olivat saaneet skitsofreniapotilaita enemmän tietoa diagnoosista, sairauden kuvasta, syistä, ennako-oireista, riskitekijöistä, pahentavista tekijöistä, ennusteesta ja perheen merkityksestä. Vähiten tietoa depressiopotilaat olivat saaneet muiden päihteiden kuin alkoholin vaikutuksista sairauteen, perheterapiasta ja muista hoitokeinoista.

Hotti on tutkinut myös sitä, onko tiedosta haittaa vai hyötyä potilaalle. Depressiopotilaista yksikään ei kokenut tiedonsaantia haitallisena, kun taas skitsofreniapotilaista kahdeksan oli kokenut haittaa sairauttaan koskevasta tiedosta. Jotkut tietoa saaneista skitsofreniapotilaista kokivat, ettei tiedosta ole sen enempää haittaa kuin hyötyäkään. Lähes kaikki skitsofrenia- ja depressiopotilaat olivat hyötynneet kaikesta saamastaan informaatiosta. (Hotti 2004, 86–87.)

Laitoshoidossa olevat mielenterveyspotilaat (n=51) pitivät tärkeimpänä saada tietoa hoitotoimenpiteistä ja eri hoitovaihtoehdoista. Vähiten tärkeänä pidettiin tiedonsaantia



mielenterveysjärjestöjen toiminnasta ja uudelleen kouluttautumismahdollisuuksista. (Hätönen 2005, 33.) Potilaista 75 % arvioi saaneensa tietoa riittävästi jatkohoidosta ja 69 % sairauden/diagnoosin nimestä. Potilaista 59 % arvioi saaneensa tietoa riittämättömästi lääkkeiden sivuvaikutuksista ja 57 % potilaan oikeuksista. Miehet kokivat saaneensa tietoa riittävämmän kuin naiset. (Hätönen 2005, 37–38.) Suurin osa potilaita halusi saada tietoa keskustellen henkilökunnan kanssa. Puolet halusi saada tietoa esitteistä ja reilu kolmannes kirjallisuudesta. Kolmannes vastaajista halusi etsiä tietoa itse. Vastaajista joka kolmannes halusi saada tietoa videoita katsomalla ja viidesosa halusi saada tietoa internetistä. (Hätönen 2005, 41.)

Potilaat ovat kiinnostuneita saamaan tietoa sairaudestaan (Suhonen 2007, 30). Hotin (2004, 120–121) tutkimuksen mukaan useimmat potilaat haluavat tietoa jo sairautta epäiltäessä ja viimeistään diagnoosin varmistuttua on sairaudesta kerrottava monipuolisesti. Potilaat toivoivat myös, että sairaudesta kerrottaisiin toistuvasti (Hotti 2004, 121).

Tietoa saadaan paljon esitteistä, mutta potilaat toivovat kuitenkin saavansa tietoa muutenkin. Sairastuminen on potilaalle vaikea asia, joten potilaat toivovatkin, että tämä huomioitaisiin sairaudesta kerrottaessa. Joskus pelkkä psykiatrisen diagnoosin nimi kuulostaa ikävältä. (Suhonen 2007, 32.) Hotin (2004, 84) tutkimuksen mukaan yli puolet skitsofreniaa sairastavista potilaista (n=100) ei ollut saanut tietää sairautensa syistä, riskitekijöistä, sairautta pahentavista tekijöistä tai sairauden ennusteesta. Suhosen (2007, 32) tutkimuksessa haastatelluista osa toi myös esille sen, ettei uskalla kertoa oireistaan, koska ei tiedä, mitä siitä seuraa. Sairasen (2000, 17) tutkimuksen mukaan suuri osa oli tyytyväisiä sairaudestaan saatuun tietoon.

Potilaat pitävät lääkkeiden käyttöön ja yleensäkin lääkitykseen liittyvää tietoa erityisen tärkeänä. Myös se, että mahdollisista lääkemutoksista ja niiden perusteluista tiedotetaan, koetaan tärkeäksi. Lääkemutoksista ei aina kuitenkaan ole kerrottu potilaille. Lääkityksestä halutaan keskustella erityisesti lääkärin kanssa. (Suhonen 2007, 43.) Hätösen (2005, 33) tutkimuksen mukaan potilaat pitävät lääkkeiden sivuvaikutuksista saamaansa tietoa riittämättömänä. Suhosen tutkimuksen mukaan potilaat olivat myös sitä mieltä, että lääkehoitoa ei välttämättä tarvittaisi ollenkaan, jos olisi mahdollisuus muihin auttaviin hoitomenetelmiin. Lääkehoitoa ei pidetty vaihtoehtona vaan osana kaikkien potilaiden hoitoa. (Suhonen 2007, 33.)

### 2.3 Potilaan osallisuus

Potilaan osallisuus terveydenhuollossa tarkoittaa sitä, että potilaalla on mahdollisuus vaikuttaa julkisen palvelun laatuun ja sisältöön, omaan hoitoonsa sekä palvelujen kehittämiseen ja arviointiin. Osallisuuden tavoitteena on muuttaa palveluja siten, että ne vastaavat paremmin potilaiden tarpeita. Psykiatrisessa hoidossa potilaan osallisuudella on erityinen tarve, vaikka Suomessa potilailla onkin suhteellisen hyvät vaikutusmahdollisuudet. Kuitenkin on myös tilanteita, joissa potilaan on vaikea saada ääntä kuuluviin. Erityisesti sairaalahoidossa olleet ovat kokeneet perusoikeuksien rajoituksia ja ulkopuolisuutta. (Kuosmanen 2009, 15.) Mielenpitoisuuden ilmaisun mahdollisuus antaa potilaalle mahdollisuuden tulla kuulluksi (Suhonen 2007, 44).

### 2.4 Aiemmat tutkimukset potilaan osallisuudesta

Asiakkaan osallisuus tarkoittaa palveluiden käyttäjien asiantuntijuuden hyväksymistä, huomioimista ja hyödyntämistä (Laitila, 2010, 138). Kuopiossa tehdyn tutkimuksen mukaan poliklinikan potilaat pitivät kolmanneksi huonoiten toteutuneena osatekijänä mahdollisuutta osallistua hoidon suunnitteluun. Erityisesti psykiatrian tulosalueen potilaat olivat erittäin tyytymättömiä mahdollisuuteen osallistua omaa hoitoa koskevaan päätöksen tekoon. (Kvist 2004, 159.) Elämäntilanteeseensa ja aiempiin poliklinikakäynteihin tyytyväiset potilaat arvioivat osallistuvansa enemmän hoitoaan koskeviin asioihin kuin elämäntilanteeseensa ja aiempiin poliklinikakäynteihin tyytymättömät potilaat (Naukkarinen 2008, 125). Laitilan (2010, 88) tutkimuksesta nousi myös esiin se, ettei asiakas aina halua osallistua tai hänellä ei ole voimavaroja siihen.

Osallisuuden määrittelystä ei ole yksimielisyyttä. Minna Laitila (2010) on koonnut omaan väitöskirjaansa eri tutkimuksista erilaisia näkökulmia osallisuuteen. Yhtenä esimerkkinä on holistinen näkökulma. Tätä käsitellessään Laitila viittaa *Warrenin* (2008) sekä *Toikon* (2009) tutkimuksiin. Holistisen näkökulman pohjalta osallisuus jaetaan informaatioon, konsultointiin, osallistumiseen ja voimaantumiseen. (Laitila 2010, 14.) Laitila kategorioi väitöskirjassaan osallisuuden kolmeen yläkategoriaan asiakashaastatteluiden perusteella. Nämä ovat osallisuus omaan hoitoon ja kuntoutukseen, osallisuus palveluiden kehittämiseen ja osallisuus palveluiden järjestämiseen. Osallistuminen omaa hoitoa koskevaan päätöksentekoon koettiin tärkeänä hoidon ja kuntoutuksen kaikissa vaiheissa. Asiakkaat olivat myös sitä mieltä, että heidän mielenpitoisuutta ja kokemuksia voidaan hyödyntää monin tavoin. (Laitila 2010, 89.)

Laitilan (2010, 89) tekemissä haastatteluissa tuotiin voimakkaasti esille käsityksiä siitä, että asiakkaan mielipidettä tulisi kuunnella hoidon aloittamisesta päätettäessä. Ihmisen halutessa hoitoon hänen pitäisi sinne päästä. Organisaation lähetekäytännöt tai kotikunnan resurssit eivät saisi olla este hoitoon pääsemiseen. Oma motivoituminen oli hoidon ja kuntoutuksen onnistumisen kannalta ensiarvoisen tärkeä tekijä asiakkaiden mielestä.

Osallisuus oman hoidon suunnitteluun kuvattiin Laitilan (2010, 90–91) tutkimuksessa käsityksinä siitä, että asiakas on mukana, tulee kuulluksi, pystyy vaikuttamaan hoitosuunnitelmaan, hoitoajan keston, jatkohoitoon ja käyntien tiheyteen. Tutkimuksessa selvisi, etteivät kaikki asiakkaat tienneet, oliko heille laadittu hoitosuunnitelma tai minkä pituiseksi heidän hoitajaksonsa oli suunniteltu. Joskus myös suunnitelmia oli muutettu asiakkaan tietämättä. Asiakkaiden käsitysten mukaan osallisuus omaan hoitoon ja kuntoutukseen voi tarkoittaa osallistumista erilaisiin hoitoneuvotteluihin, -palavereihin ja -keskusteluihin. Joskus kuitenkin palavereiden syy ja keskusteluissa käytyt asiat olivat jääneet asiakkaille epäselviksi, eivätkä he olleet saaneet ääntää kuuluviin.

Psykiatrian eri yksiköissä järjestetään myös erilaista ryhmämuotoista toimintaa. Osallistuminen erilaisiin toimintoihin voi lisätä rohkeutta toimia toisten ihmisten kanssa ja tuo yksitoikkoiseen arkeen vaihtelua. Palveluiden kehittämistyöhön asiakkaat voisivat osallistua siten, että heidän mielipiteitään ja ideoitaan kartoitetaan. (Laitila 2010, 91–92).

### 3 MIELENTERVEYSHOITOTYÖ

Tässä luvussa käsitellään mielenterveyshoitotyötä ja -palveluja. Luvussa kerrotaan, mitä ovat avo- ja sairaalahoito sekä esitellään opinnäytetyön tilaaja, Haminan psykiatrian poliklinikka. Luvussa käsitellään mielenterveyspotilaan sairauteen sekä hoidon suunnitteluun ja toteutukseen liittyviä asioita ja sitä, miten tiedonsaanti ja osallisuus niihin liittyvät. Aiheet opinnäytetyöhön on valikoitu yhdessä Haminan psykiatrian poliklinikan kanssa.

### 3.1 Mielenterveystyön lähtökohdat

Mielenterveystyön peruslähtökohtana on yksilön, mutta myös samalla perheen ja yhteisön voimavaroja tukeva ja kunnioittava työote sekä mielenterveyden edistäminen. Potilaan ja hoitajan välinen yhteistyösuhde on hoitotyön ydin ja sen tulisi perustua vuorovaikutuksellisuuteen. Potilaan ja hoitajan välinen yhteistyö tulee olla dialogista ja sen tulee tukea potilaan voimavaroja ja selviytymistä. Potilaan läheisten tarvitsema tuki on myös tärkeää huomioida. Potilaslähtöinen mielenterveystyö edellyttää potilaan mielipiteiden ja osallistumisen huomiointia niin palveluiden suunnittelussa kuin hoitotyön toiminnan eri tasoilla. (Kuhanen 2012, 30–31.)

### 3.2 Mielenterveyspalvelut

Mielenterveyspalveluiden käyttö lisääntyy Suomessa vuosi vuodelta, mutta niiden saatavuudessa on ongelmia sekä alueellisia eroja. Psykiatriset sairaalapaikat ovat vähentyneet huomattavasti ja hoito pyritään järjestämään ensisijaisesti avohoitopalveluina. Psykiatrista sairaalahoitoa tarjotaan potilaille siinä vaiheessa, kun avohoidon palvelut koetaan riittämättömiksi ja sairaalahoito katsotaan tarpeelliseksi. Joskus sairaalahoito on jopa välttämätöntä potilaan ja omaisten jaksamisen kannalta. Mielenterveystyötä tehdään perusterveydenhuollossa tai erikoissairaanhoidon eri toimipisteissä ja se toteutetaan joko kriisityönä, akuuttina tai kuntouttavana mielenterveystyönä. (Oittinen 2012, 45–47.)

Vastuu mielenterveyspalveluiden järjestämisestä on kunnilla. Kunnan tai kuntayhtymän on huolehdittava siitä, että mielenterveyspalvelut ovat sisällöltään ja laadultaan sellaisia, että ne vastaavat kunnan alueella olevaan tarpeeseen. (Mielenterveyslaki 1990/1116, 3. §.) Mielenterveyspalveluja järjestetään niin julkisella kuin yksityiselläkin sektorilla. Psykiatrian poliklinikoille ja mielenterveystoimistoihin hakeudutaan kunnasta riippuen joko suoraan tai perusterveydenhuollon lääkärin kautta. (Kanerva, Kuhanen & Seuri 2012, 180.)

#### 3.2.1 Avohoito

Mielenterveyspalvelut pyritään pääasiassa järjestämään avohoitona, joka tukee asiakkaiden yksilöllisyyttä ja omia voimavaroja. Avohoitoa järjestetään esimerkiksi perusterveydenhuollon psykiatrian poliklinikoilla ja mielenterveystoimistoissa. (Kanerva et

al. 2012, 180–181.) Avohoitona tapahtuva hoitotyö voi olla kriisityötä, jota tehdään silloin, kun ihmisen elämää on kohdannut kriisi, jonka läpityöskentelyssä hän tarvitsee apua. Avohoidossa tehtävä työ voi olla akuuttia, lyhyesti ja intensiivisesti tapahtuvaa hoitotyötä, jonka tarkoituksena on auttaa potilasta selviytymään psyykkisestä pahasta olostaan nopeasti. Pääasiassa avohoidossa tehdään kuntouttavaa mielenterveyshoitotyötä, joka on pitkäkestoista, vuosiakin kestävää toimintaa, jonka avulla pyritään tukemaan ja vahvistamaan psyykkisesti sairaan potilaan selviytymiskykyä ja elämänhallinnan taitoja. (Kuhanen 2012, 45–46.)

### 3.2.2 Sairaalahoido

Sairaalahoido on osa mielenterveyspalveluiden kokonaisuutta ja sitä järjestetään siinä vaiheessa, kun avohoidon tarjoamat palvelut eivät riitä ja se koetaan tarpeelliseksi. (Kanerva et al. 2012, 180–181.) Sairaalahoido kestää yleensä viikosta kahteen, ja se on tarpeellista esimerkiksi potilaan ollessa psykoosissa. Sairaaloissa hoidetaan myös pitkäaikaisempia ja erityisosaamista vaativia potilaita. Näitä ovat esimerkiksi kaksoisdiagnoosipotilaat ja vaaralliset potilaat, joita varten psykiatrisissa sairaaloissa voi olla omat osastonsa. (Kuhanen 2012, 47.)

### 3.2.3 Haminan psykiatrian poliklinikka

Psykiatrian poliklinikka on vuodesta 2006 lähtien kuulunut Haminan kaupungin palveluihin. Toiminta-ajatuksena poliklinikalla on tarjota mahdollisimman laadukasta psykiatrista erikoistason avohoittoa Haminan kaupungin aikuisväestölle. Toiminnan sisältönä ovat myös preventiivinen toiminta, konsultaatiot eri palveluyksiköille sekä yhteistyö eri yhteistyötahojen kanssa. Poliklinikka toimii ajanvarausperiaatteella ja on avoinna arkipäivisin. Poliklinikalla työskennellään kahdessa moniammatillisessa työryhmässä, joista kumpikin on lääkärijohtoisia. (Laatukäsikirja 2011, 1–2.)

Potilas tulee lähetteellä psykiatrian poliklinikalle. Hoitoon ohjaavia tahoja voivat olla perusterveydenhuolto, työterveysasemat, sairaalat, muut psykiatrian poliklinikat sekä A-klinikat. Työryhmät käsittelevät lähetteet ja lääkäri tekee päätöksen potilaan jatkosta. Lähetteen perusteella arvioidaan esimerkiksi se, onko avohoido oikea paikka potilaalle. Jos potilas kuuluu lähetteen perusteella psykiatrian poliklinikalle, niin tiimi sopii kartoitusjakson työntekijän ja kartoitusjakson aika ilmoitetaan potilaalle. Kartoitusjakson käyntejä on 1–5 ja ne sisältävät myös lääkärin vastaanoton. Kartoitusjakson ai-

kana selvitetään potilaan sairaushistoriaa, nykytilannetta, esimerkiksi oireita sekä sukuanamneesia. Kartoituskäynnin aikana koottu tieto käsitellään tiimissä ja sen pohjalta tehdään hoitosuunnitelma tarvittavista tutkimuksista sekä sovitaan alustavasti hoidon linjoista. Hoitosuunnitelma tehdään kirjallisena. Sen jälkeen potilaan hoidossa edetään hoitosuunnitelman mukaisesti ja hoitoprosessia käsitellään hoitokokouksissa ja tiimissä koko hoidon ajan. Potilas voidaan ohjata myös esimerkiksi Kelan rahoittamaan psykoterapiaan tai muihin hoitopaikkoihin. (Laatukäsikirja 2011, 8, 11–12.)

Potilaan käynnit voivat olla sisällöltään erilaisia. Käynnejä ovat muun muassa kartoituskäynti-, hoitosuunnitelma-, terapia- tai seurantakäynti. Potilaalla voi olla myös esimerkiksi lääkärin tai psykoterapeutin vastaanottokäynti tai sitten lääkityksen hoitamiseen liittyvä käynti. Potilas voi käydä käynnillä jonkin tutkimuksen vuoksi tai sitten käynti voi olla potilaan verkostojen kanssa toteutettu terapiakäynti tai tapaaminen. (Laatukäsikirja 2011, 9–10.)

### 3.3 Mielenterveyspotilas ja hänen hoitonsa

Psykiatrinen potilas on ollut aiemmin vain hoidon kohde. Hän on ollut passiivinen omaan hoitoonsa liittyvissä asioissa. Nykyisin mielenterveyspotilaat kuitenkin vastaavat omista asioistaan ja asiantuntijoiden ohella he ovat mukana omaa hoitoaan koskevassa suunnittelussa ja päätöksenteossa. (Lönnqvist & Lehtonen 2009, 18.) Psykkisesti sairastuneen henkilön käytös voi muuttua oudoksi sairauden akuutissa vaiheessa tai se saattaa häiritä jopa arkielämän sujuvuutta. Mielenterveyden häiriöt heikentävät potilaan toimintakykyä, ja ne voivat myös aiheuttaa kielteisiä asenteita muissa ihmisissä. Potilas saattaa tuntea leimautuvansa ja kokea häpeää, joka voi johtua siitä, että sairaus on näkyvä tai sen syyt hävettäviä. Leimautumisen ja häpeän vähenemistä autetaan sillä, että psyykkisistä sairauksista ja psykiatrisesta hoidosta puhutaan ääneen ja kerrotaan, mitä nämä ovat ja miten ne vaikuttavat ihmisten elämään. (Oittinen 2012, 82.) Suhosen tutkimuksen mukaan potilaat ovat kiinnostuneita saamaan tietoa monipuolisesti sairaudestaan (Suhonen 2007, 30). Hotin (2004, 84) tutkimus taas kertoo, että skitsofreniaa sairastavista potilaista yli puolet (n=100) ei ollut saanut tietoa sairautensa syistä, riskitekijöistä tai sairauden ennusteesta.

### 3.3.1 Diagnoosin merkitys

Jokaiselle potilaan häiriölle on oma nimikkeensä eli diagnoosi. Tautiluokituksessa mielenterveyden häiriöt kuvataan kullekin tietyllä häiriölle ominaisin kriteerein, jotka muodostuvat keskeisistä oireista, häiriön kulusta ja sen aiheuttamasta haitasta. Nämä kriteerit voivat myös ilmaista tunnetun syytekijän. (Lönnqvist & Lehtonen 2009, 14.) Diagnoosilla pyritään siihen, että potilas saa tarkoituksenmukaista hoitoa ja se eri etuuksien kannalta se on myös tärkeää tietää. Diagnoosin tarkoituksena ei ole leimata potilasta millään lailla vaan se antaa potilaasta kuvailevaa ja informatiivista tietoa. Diagnoosit auttavat myös ammattihenkilöitä tunnistamaan ja hoitamaan eri häiriöistä kärsiviä potilaita. Diagnoosit antavat myös suuntaa sairauden ennusteesta sekä hoidon tavoitteista ja suunnittelusta. (Kanerva et al. 2012, 176–177.) Hotin (2004, 121) tutkimuksen mukaan myös se, että potilaat tietävät oman diagnoosinsa, lisää heidän myönteistä suhtautumista omaan itseensä.

### 3.3.2 Sairauden syyt

Useimmat mielenterveyden häiriöistä voivat johtua monista eri syistä. Syyt voivat olla sekä somaattisia että psyykkisiä, mutta ne voivat olla sidoksissa myös yhteiskunnallisiin, sosiaalisiin ja kulttuurisiin tekijöihin. Perimä luo biologisen altistuksen monille mielenterveyden häiriöille, mutta geenit eivät suoraan ilmenny psykiatrisina oireina. Yksilönkehitys ja ympäristötekijät selittävät merkittäväällä ja usein ratkaisevalla tavalla yksilön sairastumista, sairastumisen ajankohtaa ja oirekuvaa sekä häiriön ennustetta. Psykkinen sairastuminen on aina aikaan sijoittuva monien tekijöiden yhteisvaikutuksesta syntyvä tapahtumakulku. Psykkinen sairastuminen voidaan ymmärtää syntyvän altistavien, suojaavien, yksilön kehitykseen liittyvien ja laukaisevien tekijöiden yhteisvaikutuksesta. (Lönnqvist & Lehtonen 2009, 16–17.) Esimerkiksi skitsofreniaan sairastuu 0,5–1,5 % väestöstä jossakin elämän vaiheessa ja se saattaa puhjeta joko vähitellen tai äkillisesti. Skitsofreniaan sairastuneet ovat usein syrjäytyneitä ja naimattomia. (Kanerva et al. 2012, 189.)

### 3.3.3 Sairauden oireet

Mielenterveyden häiriöt ovat siis hyvinkin erilaisia sairauksia kuin somaattiset sairaudet. Psykiatrisia häiriöitä luonnehtivat kliinisesti merkitsevät psyykkiset oireet, jotka yhdessä muodostavat oireyhtymiä. (Lönnqvist & Lehtonen 2009, 14.) Erilaisia mielen-

terveyden häiriöitä on paljon ja häiriöiden oirekuvat ovat erilaisia. Tässä tutkimuksessa esitellään psykoottisten häiriöiden, mielialahäiriöiden ja ahdistuneisuushäiriöiden oireita. (Kanerva et al. 2012, 176–177.)

Psykoottisten häiriöiden oireita ovat erilaiset aistiharhat ja ajattelun sekä puheen häiriöt. Potilaalla saattaa olla myös erilaisia harhaluuloja ja hyvinkin eritasoisia käytöksen ja tunne-elämän häiriötä sekä kognitiivisia puutoksia. Psykoosi tarkoittaa sitä, että potilas tulkitsee vääristyneen ajatus- ja havaintokykynsä takia ulkopuolista todellisuutta poikkeavasti. Skitsofrenian oireita ovat harhat ja hajanaisuus sekä tunneilmaisujen laistuminen, puheen köyhtyminen ja tahdottomuus. Harhaluuloisuushäiriöissä keskeisiä oireita ovat epärealistiset ja vääristyneet uskomukset, esimerkiksi vainoamisen uhriksi joutuminen. (Kanerva et al. 2012, 187–188.)

Masennuksen, joka on merkittävä mielenterveysongelma Suomessa, oireita taas ovat esimerkiksi mielialanlasku, ahdistuneisuus ja aloittekyvyttömyys sekä keskittymisvaikeudet ja itsesyytökset. Masennuksen syntyyn voivat vaikuttaa kielteiset elämän kokemukset, esimerkiksi läheisen menetys, avioero tai työttömyys. Mielialan vaihdellussa masennuksesta maaniseen käytökseen puhutaan kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä. Tässä häiriössä vaihtelevat jaksottaisesti masennus, mania ja hypomania. Jaksot voivat olla myös sekamuotoisia. Manian oireita ovat vauhdikkuus ja kohonnut energiataso sekä kohonnut itsetunto ja kaikkivoipaisuus. Mania voi esiintyä myös itsenäisenä sairautena. (Kanerva et al. 2012, 201–203.)

Ahdistuneisuushäiriöitä ovat erilaiset pelko-oireiset häiriöt, paniikkihäiriö, pakko-oireiset häiriöt ja esimerkiksi eriasteiset stressireaktiot. Ahdistuneisuutta saattaa liittyä elämän eri tilanteisiin, mutta oireilun muuttuessa pitkäkestoiseksi ja toimintakykyä rajoittavaksi, puhutaan mielenterveyden häiriöstä. Ahdistuneisuus voi liittyä myös muihin mielenterveyden häiriöihin. Erilaisia pelkoja voivat olla sosiaalisiin tilanteisiin liittyvät pelot tai sitten eri kohteisiin liittyvät pelot. Näitä voivat olla esimerkiksi eläimet, ukkonen tai ahtaat paikat. Paniikkihäiriöt aiheuttavat kohtauksittaisia pakokauhun kaltaista ahdistusta ja taas pakko-oireisessa häiriössä ajatukset ovat kaavamaisia ja ovat jatkuvasti mielessä. Pakkotoiminnot voivat liittyä pääasiassa puhtauteen, järjestykseen ja tarkistamisen tarpeeseen. (Kanerva et al. 2012, 219–220.)



### 3.3.4 Potilaan hoitosuunnitelma

Potilaan tullessa hoitoon pyritään hänelle tekemään mahdollisimman pian hoitosuunnitelma. Potilaan alustava hoitosuunnitelma laaditaan haastattelun, taustatietojen ja tutkimusten perusteella. Hoitosuunnitelma täydentyy ajan myötä ja siinä onkin tärkeää erottaa kiireelliset ja myöhemmin tehtävät asiat keskenään. Suunnitelmasta tulee ilmetä eri hoitokeinot ja -tavoitteet. Myös se, kenen vastuulla hoito on ja kuinka kauan hoito alustavasti kestää, tulee ilmetä hoitosuunnitelmasta. Lopullisessa hoitosuunnitelmassa potilaan psyykkisen voinnin lisäksi tulee huomioida myös potilaan taloudellinen tilanne ja fyysinen terveys. (Lönnqvist & Lehtonen 2009, 45–46.) Hoitosuunnitelma pyritään tekemään potilaan kanssa yhdessä ja hoito on hyvä suunnitella niin, että tavoitteet ja keinot ovat konkreettisia asioita. Hoitosuunnitelma tehdään siten, että siihen kootaan potilaan ongelmat, voimavarat, tavoitteet ja keinot. (Kanerva et al. 2012, 185–186.) Laitilan (2010, 90–91) tutkimuksen mukaan potilaat mieltävät osallisuuden niin, että he ovat mukana hoitoon liittyvässä päätöksenteossa, että heitä kuunnellaan ja että, he voivat vaikuttaa juuri esimerkiksi hoitosuunnitelmaansa. Tutkimuksessa kuitenkin selvisi, etteivät kaikki potilaat tienneet, oliko heille laadittu hoitosuunnitelma tai minkä pituiseksi heidän hoitajaksonsa oli suunniteltu. Joskus myös suunnitelmia oli muutettu potilaan tietämättä. Potilaiden käsitysten mukaan osallisuus omaan hoitoon ja kuntoutukseen voi tarkoittaa osallistumista erilaisiin hoitoneuvotteluihin, -palavereihin ja -keskusteluihin. Joskus kuitenkin palavereiden syy ja keskusteluissa käytyt asiat olivat jääneet epäselviksi, eivätkä potilaat olleet saaneet ääntään kuuluviin. (Laitila 2010, 90–91.) Sairasen (2000, 18) tutkimuksen mukaan taas enemmistö potilaista oli osallistunut hoidon suunnitteluun ja siihen liittyvään päätöksen tekoon.

### 3.3.5 Potilaan hoito

#### Lääkehoito

Lääkehoito on yksi mielenterveyshoitotyön tärkeä osa (Seuri 2012, 252). Suomalaisista noin 700 000 käyttää jotain psyykenlääkettä vuosittain ainakin lyhyen aikaa ja joka kymmenes aikuinen käyttää psyykenlääkkeitä säännöllisesti. Psyykenlääkkeiden käyttö perustuu niiden kykyyn lyhentää psykiatrisia sairausjaksoja ja estää niiden toistumista. Ne myös lievittävät ohimeneviä ja jatkuvia psyykkisiä oireita, kuten unettomuutta ja masennus-, ahdistus- sekä pelko-oireita. (Huttunen 2011.) Lääkehoito on keskeinen keino lievittää potilaan oireita, kohentaa hänen vointiaan ja parantaa hänen

toimintakykyään (Partonen, Lönnqvist & Syvälahti 2009, 703). Potilaalle ja hänen läheisilleen on tärkeä kertoa lääkkeiden merkityksestä ja siitä, millainen vaikutus niillä on potilaan sairauteen ja ennusteeseen (Seuri 2012, 253).

Psykykenlääkkeitä on erilaisia ja ne jaotellaan tärkeimmän käyttötarkoituksen mukaan. Lääkeryhmiä ovat antipsykoottiset lääkkeet, depressiolääkkeet, mielialantasaajalääkkeet, ahdistuslääkkeet sekä uni- ja nukahduslääkkeet. Käytännössä kuitenkin eri häiriöihin tarkoitettuja lääkkeitä voidaan käyttää myös muihin mielenterveyden häiriöihin. (Huttunen 2011.) Lääkehoidolla voidaan lievittää esimerkiksi potilaan ahdistusta, pelkoja, psykoottisuutta, unettomuutta ja mielialanvaihteluja (Seuri 2012, 253).

Psykykenlääkkeillä on muiden lääkkeiden tavoin myös toivotun hoitovaikutuksen ohella eriasteisia sivu- ja haittavaikutuksia. Yleensä sivuvaikutukset ovat lieviä ja usein ohimeneviä, joskus ne kuitenkin saattavat olla kiusallisia tai jopa vaarallisia. Kaikkien psykykenlääkkeiden sivuvaikutukset ovat osin annoksesta riippuvaisia, joten annosta pienentämällä voidaan estää sivuvaikutusten ilmeneminen. Toisaalta annoksen pienentäminen voi johtaa siihen, että hoitovaikutuskin häviää. Tämän vuoksi annosvähenyksistä ja lääkemuutoksista tulee keskustella aina lääkärin kanssa. (Huttunen 2011.)

Antipsykoottisten lääkkeiden tavallisia haittavaikutuksia ovat muun muassa motorinen levottomuus, pakkoliikkeet ja painon nousu. Skitsofrenian hoidossa lähes yksinomaan käytetyn klotsapiinin käyttöön saattaa liittyä valkosolujen katoamisen vaara, josta voi seurata kuumeisten ja hengenvaarallisten infektioiden kehittymisen vaara tai välitöntä sairaalahoitoa vaativa neuroleptioireyhtymä. Masennus- eli depressiolääkkeiden yleisimpiä sivuvaikutuksia ovat esimerkiksi väsymys, lievät vatsavaivat ja seksuaaliset häiriöt. Masennuslääkkeet voivat myös kohottaa muiden lääkeaineiden pitoisuuksia. Mielialan tasaajat valmisteesta riippuen voivat aiheuttaa vapinaa, lisääntynyttä virtsaamisen tarvetta ja väsymystä. Ahdistus- ja unilääkkeet taas voivat aiheuttaa liiallista uneliaisuutta ja väsymystä. (Huttunen 2011.)

Lääkehoidosta tulee päättää yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Kun lääkäri määrää lääkkeen potilaalle, tulee hänen myös määrittää sen annos, annostelun aikataulu ja lääkehoidon arvioitu kesto. Lääkärin on hyvä antaa potilaalle tieto siitä, milloin on odotettavissa helpotusta oireisiin ja mistä potilas voi ensiksi tunnistaa toipumisen. Ennen reseptin luovuttamista lääkärin on syytä selvittää potilaalle lääkehoidon aloittamiseen liittyvät tavallisimmat tuntemukset. Lääkärin on myös kerrottava, kuinka pitkään

lääkehoitoa on tarkoitus jatkaa ja nimettävä lääkkeen mahdollisesti vakavat haittavaikutukset, joista potilaan tulee heti kertoa lääkärille. Potilaan täytyy olla vakuuttunut lääkehoidon tarpeellisuudesta, vapautunut ennakkoluuloista ja tietää perusteet, jotta lääkehoito onnistuisi. Potilaan kanssa keskustelemalla ja hänen huolia kuuntelemalla lisää hoitomyöntyvyyttä ja hoidon onnistumisen mahdollisuutta. (Partonen et al. 2009, 704–706.)

## Terapiat

Erilaisia psykoterapioita on paljon ja ne jaetaan usein yksilö-, perhe-, pari- tai ryhmäterapioihin ja luoviin terapioihin. Luovia terapiamuotoja ovat esimerkiksi musiikki- ja taideterapia. Psykoterapian tavoitteena on oireita ylläpitävien ajatusmallien tunnistaminen ja poistaminen. Sen tarkoituksena on myös lisätä tietoisuutta oireita ylläpitävistä ajatusmalleista ja uusia keinoja suhtautua itseensä ja muihin. Psykoterapian sisältö saattaa vaihdella suuresti riippuen potilaasta ja psykoterapeutista. Psykoterapian eri suuntautumisvaihtoehtoja ovat esimerkiksi kognitiivinen psykoterapia, psykodynaaminen psykoanalyysi ja erilaiset lyhytterapiat. (Huttunen & Javanainen 2004, 15.) Suhosen (2007, 34) mukaan potilaat eivät tienneet niin paljon eri hoitomuodoista, että olisivat voineet itse tehdä ehdotuksia.

## Psykoedukaatio ja perhekeskeisyys

Psykoedukaatiota käytetään tänä päivänä mielenterveystyössä. Se voi olla potilaan ja hoitajan välistä, ryhmässä, perheen kesken tai kurssimuotoisesti tapahtuvaa vuorovaikutuksellista työskentelyä. Psykoedukatiivinen työskentely ei siis tarkoita sitä, että sairaudesta pelkästään luennoidaan potilaalle ja hänen perheelleen, vaan heidän kanssaan käydään keskustelua. Psykoedukaation aikana potilaalle ja hänen perheelleen annetaan tietoa sairaudesta ja siihen liittyvistä asioista, esimerkiksi oireista ja selviytymiskeinoista. Psykoedukatiivisen työskentelyn tavoitteena on potilaan ja perheen terveyden ja hyvinvoinnin lisääminen sekä elämänlaadun ja elämähallintataitojen paraneminen. Psykoedukaatio antaa myös konkreettisia selviytymiskeinoja potilaan arkeen. (Kanerva, Kuhanen, Oittinen & Schubert 2012, 90–92.)

Perhekeskeisyys on erittäin keskeistä mielenterveystyössä tänä päivänä. Potilas itse määrittelee perheensä, ja hoitotyössä onkin tärkeää selvittää, mitä perhe potilaalle merkitsee ja mitä perhe tarvitsee. Potilasta ja perhettä ei käytännössä voi erottaa toisis-

taan, sillä yksilön hyvinvointiin vaikuttaa paljon se, miten hänen läheisensä voivat. Perhe on oman terveytensä paras asiantuntija ja vastuu valinnoista on myös perheellä. Kun yksi perheestä sairastuu, se vaikuttaa koko perheeseen. Hoitajan tehtävänä on antaa potilaalle ja perheelle tietoa ja kertoa eri valintojen vaikutuksista potilaan ja terveyteen. Potilasta on myös tärkeä kannustaa siihen, että perhe saa osallistua potilaan hoitoon. Toisaalta perheenjäsenet voivat asua kaukana tai välit heihin ovat katkenneet. Näistä asioista on myös tärkeä puhua potilaan kanssa. (Kanerva et al. 2012, 94–95.)

#### 4 TUTKIMUSONGELMAT

Tiedon antaminen on tärkeä osa potilaan hoitotyötä ja se edistää potilaan hoitoon sitoutumista (Sundman 2010). Osallisuus terveydenhuollossa tarkoittaa sitä, että potilaat osallistuvat ja heidät huomioidaan hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa sekä palvelujen kehittämisessä (Kuosmanen 2009, 15). Tiedonsaanti ja osallisuus ovat laajoja käsitteitä ja tämän opinnäytetyön tutkimusongelmiksi muodostuivat seuraavat:

- 1. Kuinka hyvin tiedonsaanti toteutuu potilaiden mielestä Haminan psykiatrian poliklinikalla?**
- 2. Kuinka hyvin osallisuus toteutuu potilaiden mielestä Haminan psykiatrian poliklinikalla?**

#### 5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Idea opinnäytetyöstä saatiin joulukuussa 2011, kun Haminan psykiatrian poliklinikalta oltiin yhteydessä Kymenlaakson ammattikorkeakoulun Jylpyn kampukseen. Psykiatrian poliklinikalta toivottiin, että ulkopuolinen henkilö toteuttaisi heidän potilastytyväisyyskyselyn tuoden siihen uutta näkökulmaa. Psykiatrian poliklinikka on toteuttanut kyselyä toimipisteessään kahden vuoden välein. Tutkimuksen tilaajan kanssa päädyttiin siihen ratkaisuun, että tähän opinnäytetyöhön rakennetaan uusi kyselylomake (liite 3) kuitenkin aiempien vuosien kyselylomaketta mukaillen. Tutkimuslupa (liite 4) haettiin va terveysjohtaja Sanna Niskaselta. Tutkimuslupa saatiin 26.6.2012.

## 5.1 Kysely tutkimusmenetelmänä

Tässä opinnäytetyössä tutkimusmenetelmänä käytettiin kvantitatiivista eli määrällistä kyselytutkimusta. Opinnäytetyössä selvitettiin lukumääriin ja prosenttiosuuksiin liittyviä kysymyksiä. Tutkimuksen avulla oli tarkoitus kartoittaa, kuinka hyvin potilaiden tiedonsaanti ja osallisuus toteutuvat Haminan psykiatrian poliklinikalla. (ks. Heikkilä 2010, 16.) Kvantitatiivisessa kyselytutkimuksessa tulosten tulee olla objektiivisia eli tutkijasta riippumattomia ja teoreettiset käsitteet tulee operationalisoida eli muuttaa arkikielelle. Tutkittavat asiat strukturoidaan eli vakioidaan ennen aineistonkeruuta. (Vilka 2007, 13–14.) Vakiointi tarkoittaa sitä, että kaikilta henkilöiltä kysytään samat asiat, samassa järjestyksessä ja samalla tavalla. Kyselylomaketta käytetään silloin kun tutkittavia on paljon ja he ovat hajallaan. Kyselylomakkeen avulla voidaan kartoittaa esimerkiksi henkilöiden mielipiteitä. Henkilökohtaisten, esimerkiksi terveyteen liittyvien, asioiden tutkimisessa käytetään kyselyä. Kysely on tärkeää ajoittaa oikein, jottei vastausprosentti jää sen vuoksi pieneksi. (Vilka 2007, 28.) Kyselylomake oli valmiina jo kesällä, mutta psykiatrian poliklinikan henkilökunnan kesälomien vuoksi kysely toteutettiin vasta syksyllä 2012. Näin oli mahdollisuus tavoittaa enemmän vastaajia.

## 5.2 Kyselylomake

Kyselylomakkeen suunnittelu edellyttää kirjallisuuteen tutustumista, tutkimusongelmien pohtimista ja täsmentämistä, käsitteiden määrittelyä ja tutkimusasetelman valintaa. Suunniteltaessa tulee ottaa myös huomioon se, miten aineisto käsitellään. Tutkimuksen tarkoitus on oltava täysin selvillä ennen kyselylomakkeen laatimista. Tutkijan täytyy tietää, mihin kysymyksiin hän etsii vastauksia. (Heikkilä 2010, 47.) Tässä tutkimuksessa kyselylomake rakennettiin yhteistyössä psykiatrian poliklinikan kanssa aiempia tutkimuksia mukaillen.

Tutkimuslomakkeen laatiminen aloitetaan sillä, että nimetään tutkittavat asiat. Tämän jälkeen suunnitellaan lomakkeen rakenne ja muotoillaan kysymykset. Kysymysten tulee edetä loogisesti ja kysymyksessä tulee kysyä vain yhtä asiaa kerrallaan. Aiheiltaan samat kysymykset tulee ryhmitellä kokonaisuuksiksi ja niillä voi olla myös selkeät otsikot. (Heikkilä 2010, 48–49.) Kysymysten tulee olla täsmällisiä, eivätkä ne saa sisältää turhia sanoja tai johdatella vastaajaa (Vilka 2007, 65). Lomake tulee aina esitetaa ja jokaisen kysymyksen tarpeellisuutta tuleekin harkita. (Heikkilä 2010, 48–49.)

Kysymykset on suunniteltu yhteistyössä psykiatrian poliklinikan kanssa. Kyselylomakkeessa selvitetään ensin vastaajia koskevat taustatiedot. Tiedonsaantiin ja osallisuuden liittyvät kysymykset on ryhmitelty potilaan sairauden ja sairauden hoidon näkökulmasta kyselylomakkeeseen. Kysymysryhmien otsikoiksi valikoituivat *terveydentila, hoitosuunnitelma, hoito ja palvelu* alle. Kyselylomake esiteltiin kolmella eri ikäisellä henkilöllä, yhdellä naisella ja kahdella miehellä. Esitestauksessa ei tullut esille muutos- tai korjausehdotuksia kyselylomakkeeseen.

Strukturoiduissa kysymyksissä on valmiit vastausvaihtoehdot. Kysymyksissä vastausvaihtoehtoja ei saa liikaa ja kaikille vastaajille tulee löytyä sopiva vaihtoehto. Vaihtoehdot eivät saa sulkea toisiaan pois. (Heikkilä 2010, 50–51.) Kyselylomakkeessa on käytetty 5-portaista Likertin asteikkoa. Likertin asteikkoa käytetään mielipideväittämissä. Vastaaja valitsee parhaiten itselleen sopivan vaihtoehdon. (Heikkilä 2010, 53.) Asteikon vaihtoehtoina olivat *erittäin huonosti, melko huonosti, ei hyvin eikä huonosti, melko hyvin ja erittäin hyvin*. Kyselyssä oli myös aihealueeltaan sellaisia kysymyksiä, jotka eivät välttämättä koske kaikkia potilaita tai heillä ei ole kokemusta asiasta. Näitä vastauksia varten kyselylomakkeessa oli vastausvaihtoehto 6, *asia ei koske minua/ei kokemusta asiasta*.

Kyselytutkimuksessa voidaan käyttää myös avoimia kysymyksiä, mutta niissä yleensä jollakin tavalla rajataan vastaajan ajatusten suuntaa. Avoimet kysymykset ovat tarkoituksenmukaisia silloin, kun vastausvaihtoehtoja ei tarkkaan tunneta etukäteen. (Heikkilä 2010, 49.) Tutkimuksessa haluttiin kaksi avointa kysymystä, jotka on sijoitettu kyselylomakkeen loppuun. Avoimissa kysymyksissä selvitettiin, *mikä hoidossa on auttanut eniten ja mitä asioita/palvelua toivotte kehitettävän Haminan psykiatrian poliklinikalla*. Avoimien kysymysten vastauksista kootaan yhteenveto tutkimustuloksiin.

Kyselylomakkeen alkuun suunniteltiin saatekirje, jossa kerrottiin vastaajalle, miksi kysely tehdään. Saatekirjeessä kerrottiin yhteistyöstä Kymenlaakson ammattikorkeakoulun kanssa ja siihen liitettiin kyselyn palautusta koskevat ohjeet. Saatekirjeessä kerrottiin myös, miten kyselylomakkeet käsitellään. (ks. Vilka 2007, 87.)

### 5.3 Aineiston keruu

Opinnäytetyön kohderyhmänä olivat Haminan psykiatrian poliklinikan potilaat. Opinnäytetyön otantamenetelmänä käytettiin harkinnanvaraista näytettä. Harkinnanvarai-

nen näyte tarkoittaa sitä, että tutkija voi itse valita tutkimuskohteet parhaaksi katsomallaan tavalla mutta kuitenkin perustellusti (Vilka 2007, 58). Aineisto kerättiin siten, että psykiatrian poliklinikan neuvonnassa toimivat sihteerit jakoivat kyselylomakkeet poliklinikalla asioiville potilaille. Sihteerit huomioivat kyselylomakkeita jakaessaan sen, ettei potilas ollut jo aiemmin saanut kyselylomaketta. Kyselyn toteutukseen varattiin kaksi kuukautta aikaa. Potilaat saivat täyttää kyselylomakkeen kotonaan ja kyselyt oli määrä palauttaa seuraavalla kerralla asioidessaan poliklinikalla tai viimeistään 31.10.2012. Kyselyjä jaettiin yhteensä 150 kappaletta ja vastauksia saatiin 77 kappaletta. Palautusprosentti oli 51,3 %.

#### 5.4 Aineiston analyysi

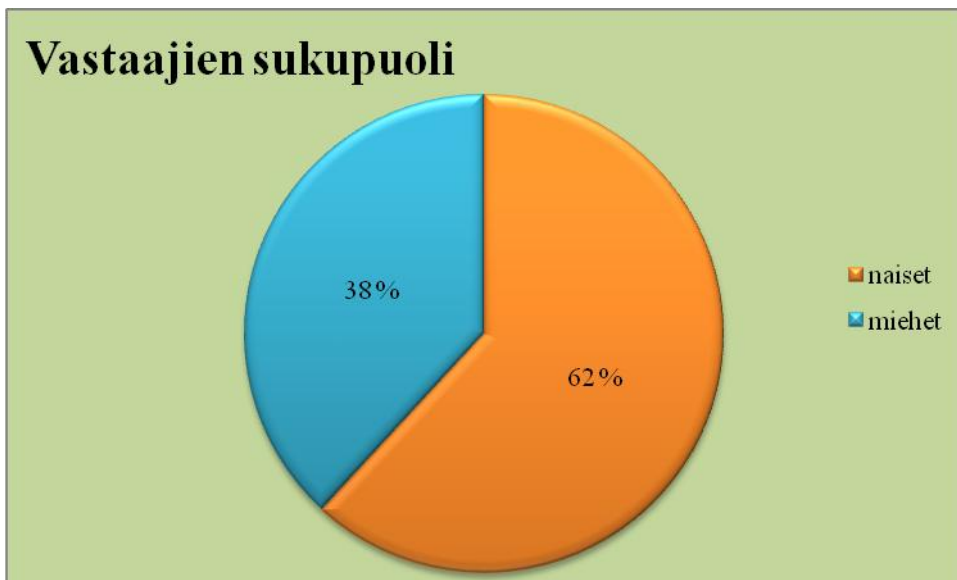
Määrällistä tutkimusmenetelmää käytettäessä on tarkoitus luoda tilastojen ja numeroiden avulla perusteluja muuttujia koskeviin väitteisiin (Vilka 2007, 14). Tutkimusaineisto ryhmitellään taulukkoon, jota kutsutaan havaintomatriisiksi. Havaintomatriisin avulla tutkimusaineisto on helppo käsitellä numeroin. Tutkimusaineiston analysointiin voidaan käyttää monia erilaisia ohjelmia. (Vilka 2007, 111.) Tässä tutkimuksessa aineisto analysoitiin SPSS-ohjelmalla. Ohjelmalla laskettiin vastauksien frekvenssejä ja prosenttiosuuksia. Avoimien kysymysten vastaukset listattiin opinnäytetyöhön. Osa vastauksista oli sellaisia, jotka eivät vastanneet kysymykseen, eikä niitä voitu tulkita, joten niitä ei huomioitu listauksessa.

## 6 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia potilaan tiedonsaannin ja osallisuuden toteutumista Haminan psykiatrian poliklinikalla. Kyselyyn vastasi 77 (N=77) potilasta. Tässä luvussa käsitellään ensin vastaajia koskevat taustatiedot, sen jälkeen tiedonsaantiin ja osallisuuteen liittyvä kysymykset. Kaikki kyselystä saadut tulokset on myös esitetty kuvina tutkimuksen tilaajan toiveiden mukaisesti. Tulokset on esitetty kuvissa prosentteina. Avokysymysten vastauksista on tehty yhteenveto luvun loppuun.

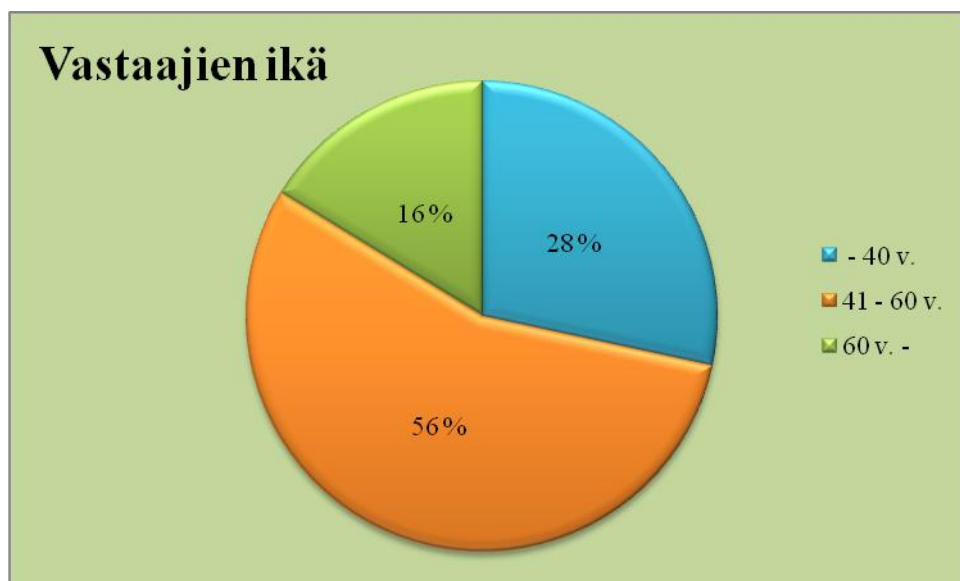
### 6.1 Vastaajien taustatiedot

Kyselylomakkeessa selvitettiin potilaan taustoista sukupuoli ja ikä. Lisäksi taustoista haluttiin kartoittaa potilaan hoitoaika.



Kuva 1. Vastaajien sukupuoli (n=76)

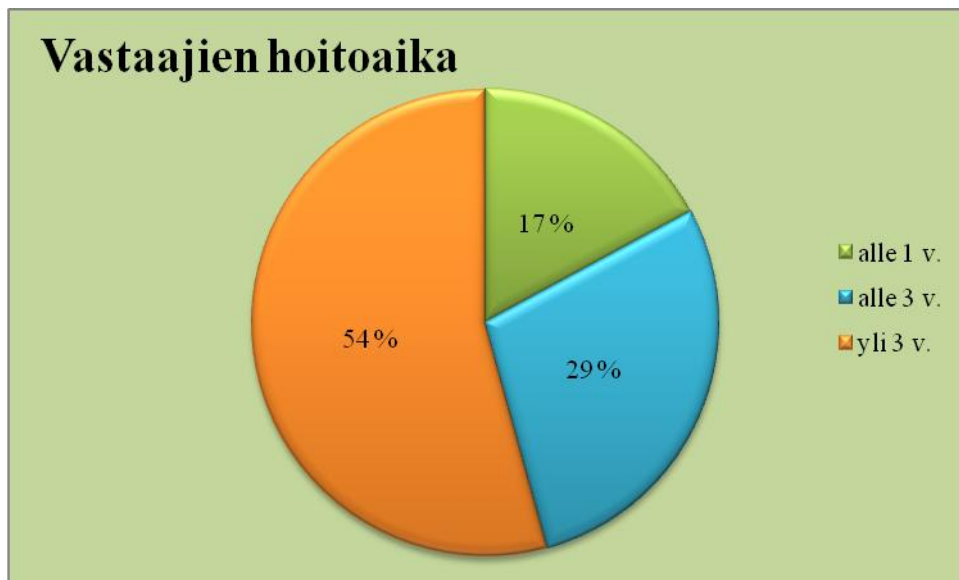
Vastanneista naisia oli 62 % (n= 47) ja miehiä 38 % (n= 29) (Kuva 1). Yksi vastaajista ei ollut maininnut sukupuoltaan.



Kuva 2. Vastaajien ikä (n=74)

Vastaajat olivat iältään 20–84-vuotiaita. Suurin osa 56 % (n= 41) vastaajista oli 41–60-vuotiaita, 40-vuotiaita ja siitä nuorempia vastaajia oli 28 % (n=21) ja yli 60-vuotiaita oli 16 % (n=12). (Kuva 2.) Kolme vastaajista ei kertonut ikäänsä.



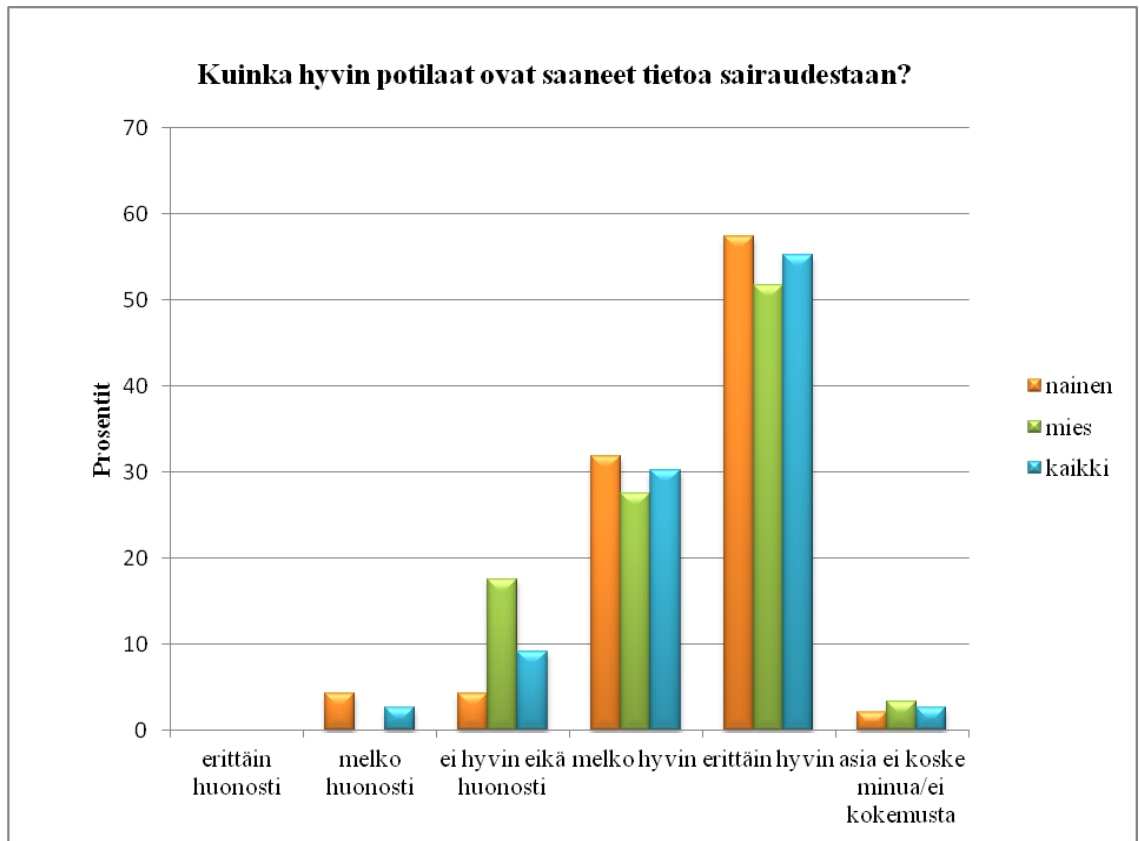


Kuva 3. Vastaajien hoitoaika (n=70)

Vastaajista 54 % (n=38) oli ollut psykiatrian poliklinikan potilaana yli 3 vuotta. Vastaajista 29 % (n=20) oli ollut potilaana alle 3 vuotta ja alle 1 vuoden potilaana oli ollut 17 % (n=12) vastaajaa. (Kuva 3.) Seitsemän vastaajaa ei ollut vastannut kysymykseen.

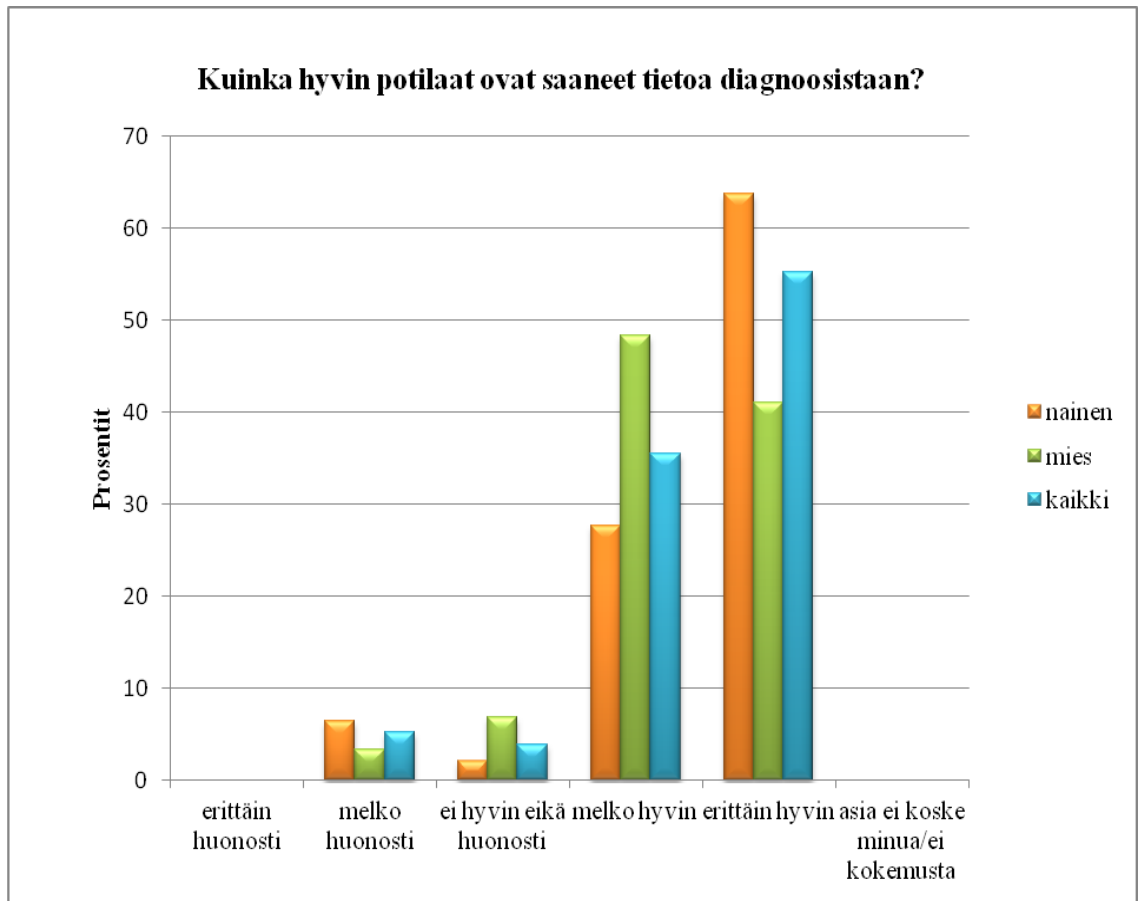
## 6.2 Tiedonsaannin toteutuminen psykiatrian poliklinikalla

Tiedonsaanti on tärkeää potilaan hoidon kannalta. Potilailta kysyttiin, kuinka hyvin he ovat saaneet tietoa sairaudestaan ja diagnoosistaan sekä sairautensa syistä ja oireista. Opinnäytetyössä kartoitettiin myös, kuinka hyvin potilaat ovat saaneet tietoa hoitosuunnitelmastaan ja erihoitomuodoista. Opinnäytetyössä selvitettiin potilaiden mielipiteitä perheen tai läheisten tiedonsaannista.



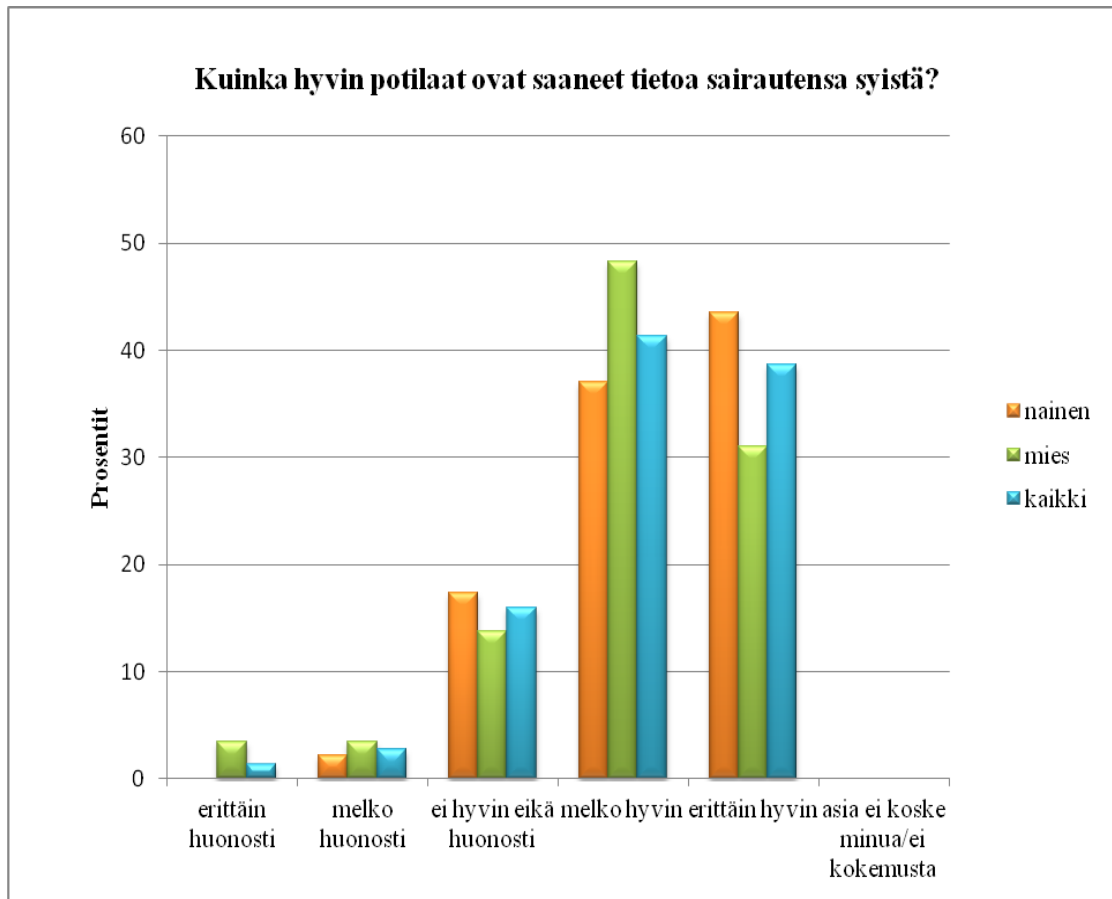
Kuva 4. Tiedonsaanti sairaudesta (n=76)

Potilailta kysyttiin, kuinka hyvin he ovat saaneet tietoa psyykkisestä sairaudestaan. Kuvassa 4 on esitelty, kuinka hyvin tiedonsaanti sairaudesta toteutui. Sairaudestaan tietoa oli saanut erittäin hyvin 55 % (n=42) ja melko hyvin 30 % (n=23) vastaajista, 9 % (n=7) ei ollut saanut tietoa hyvin eikä huonosti sairaudestaan ja 3 % (n=2) oli saanut tietoa sairaudestaan melko huonosti. Vastaajista 3 % (n=2) vastasi, ettei asia koske heitä.



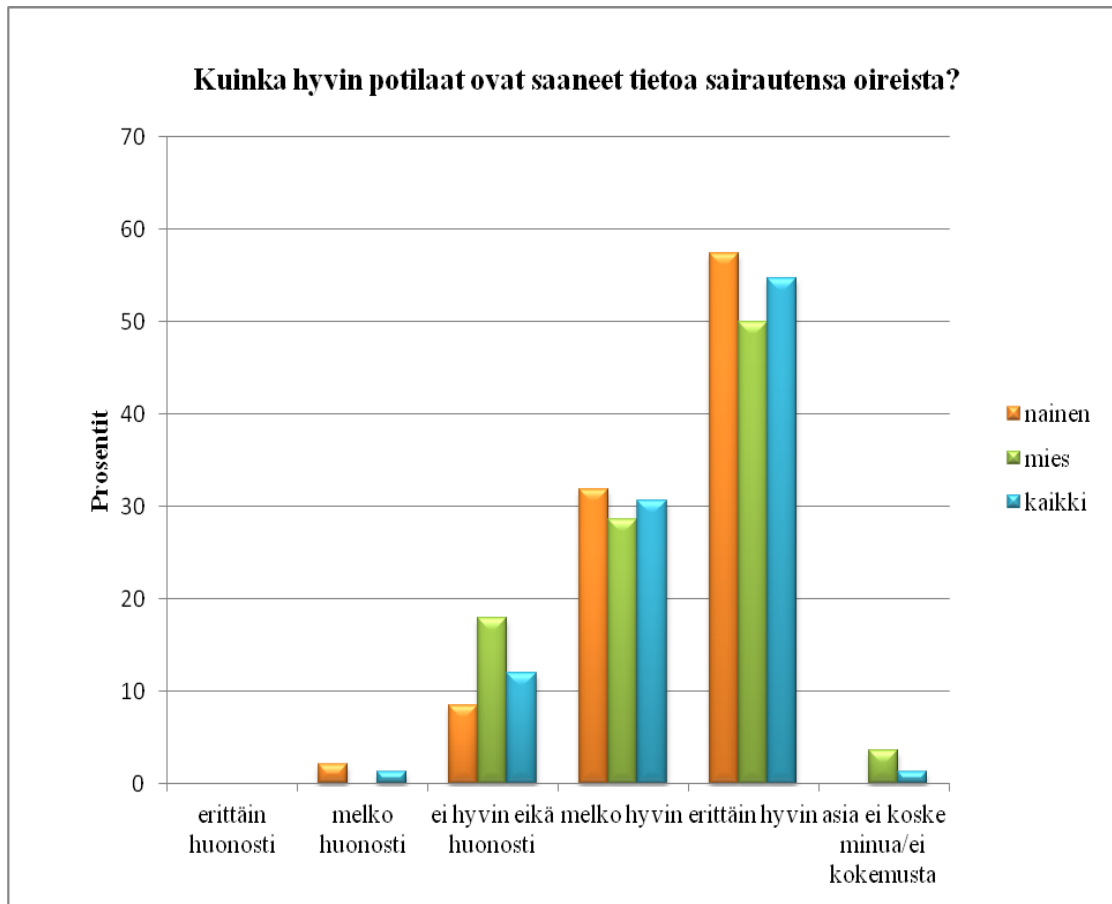
Kuva 5. Tiedonsaanti diagnoosista (n=76)

Potilailta kysyttiin myös, kuinka hyvin he ovat saaneet tietoa diagnoosistaan. Vastajista 55 % (n=42) oli sitä mieltä, että he ovat saaneet tietoa diagnoosistaan erittäin hyvin. Melko hyvin tietoa oli saanut 36 % (n=27). 4 % (n=3) oli sitä mieltä, että he eivät olleet saaneet tietoa sairaudestaan hyvin muttei myöskään huonosti. Vastajista 5 % (n=4) oli sitä, että he ovat saaneet sairaudestaan tietoa melko huonosti. (Kuva 5.)



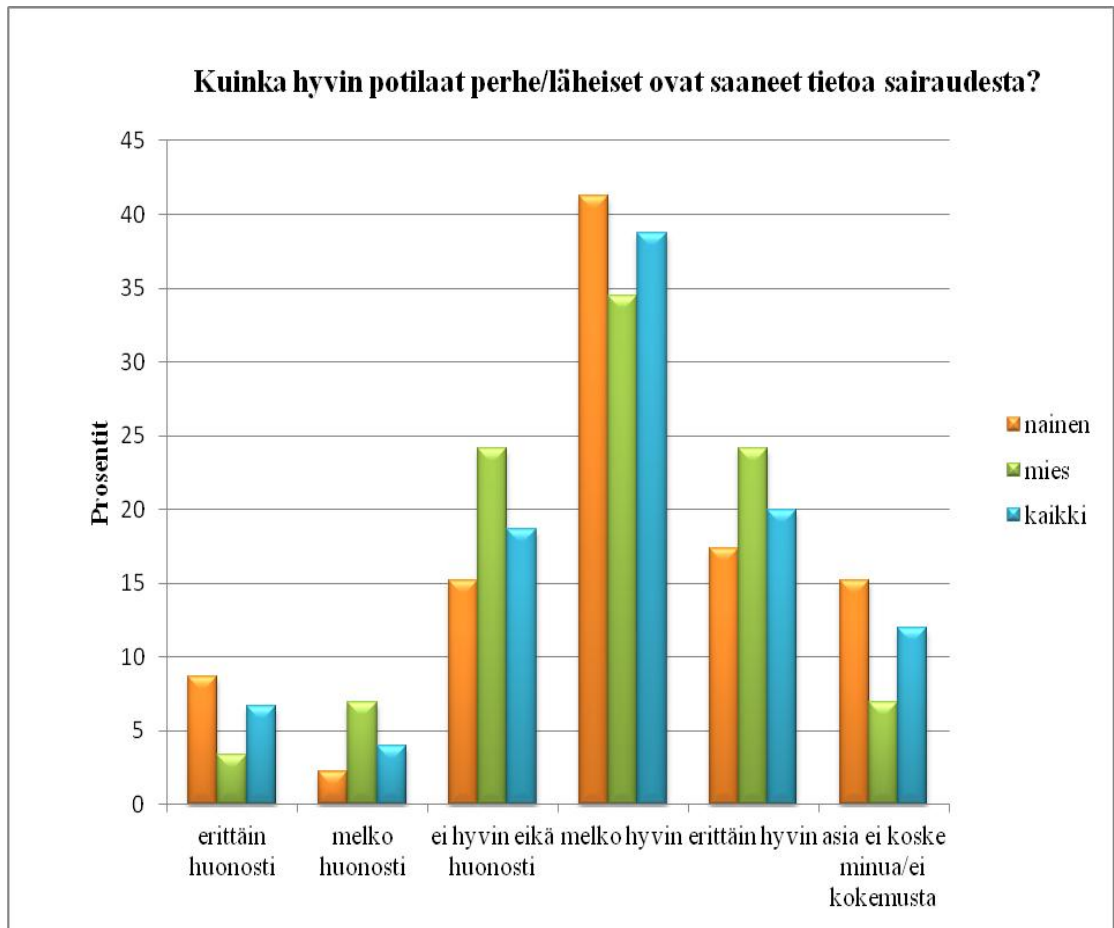
Kuva 6. Tiedonsaanti sairauden syistä (n=75)

Potilaista 39 % (n=29) oli saanut erittäin hyvin ja 41 % (n=31) melko hyvin tietoa sairautensa syistä. Vastanneista 16 % (n=12) oli sitä mieltä, etteivät he olleet saaneet tietoa hyvin eikä huonosti sairauden syistä, kun taas 3 % (n=2) vastasi saaneensa melko huonosti tietoa sairauden syistä. Erittäin huonosti tietoa oli saanut 1 % (n=1) vastaajista. (Kuva 6.)



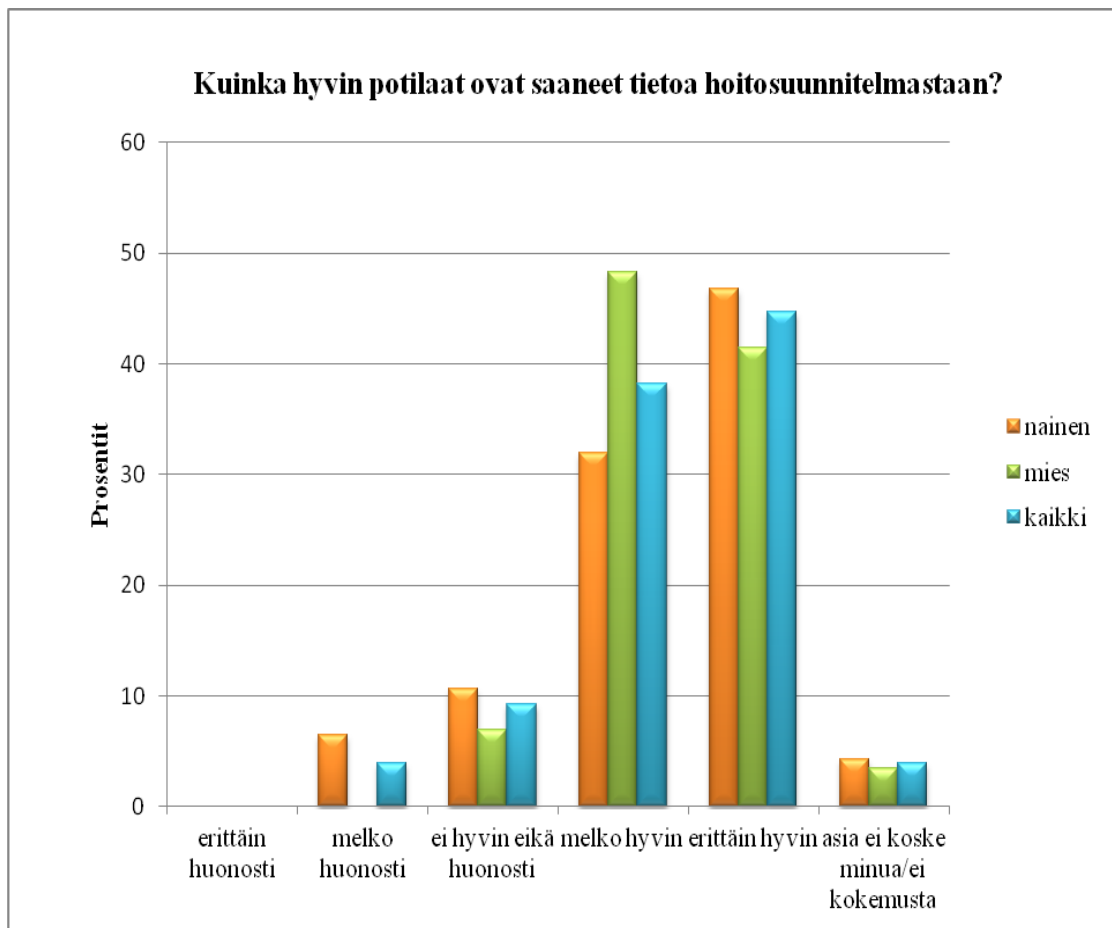
Kuva 7. Tiedonsaanti sairauden oireista (n=75)

Kuvassa 7 on esitelty, kuinka hyvin potilaat ovat saaneet tietoa sairautensa oireista. Vastaajista 55 % (n=41) oli sitä mieltä, että he olivat saaneet tietoa erittäin hyvin sairautensa oireista. Melko hyvin tietoa oli saanut 31 % (n=23) vastanneista. 12 % (n=9) ei ollut saanut tietoa hyvin eikä huonosti ja melko huonosti tietoa oli saanut 1 % (n=1) vastaajista. Asia ei myöskään koskenut 1 % (n=1) vastaajista.



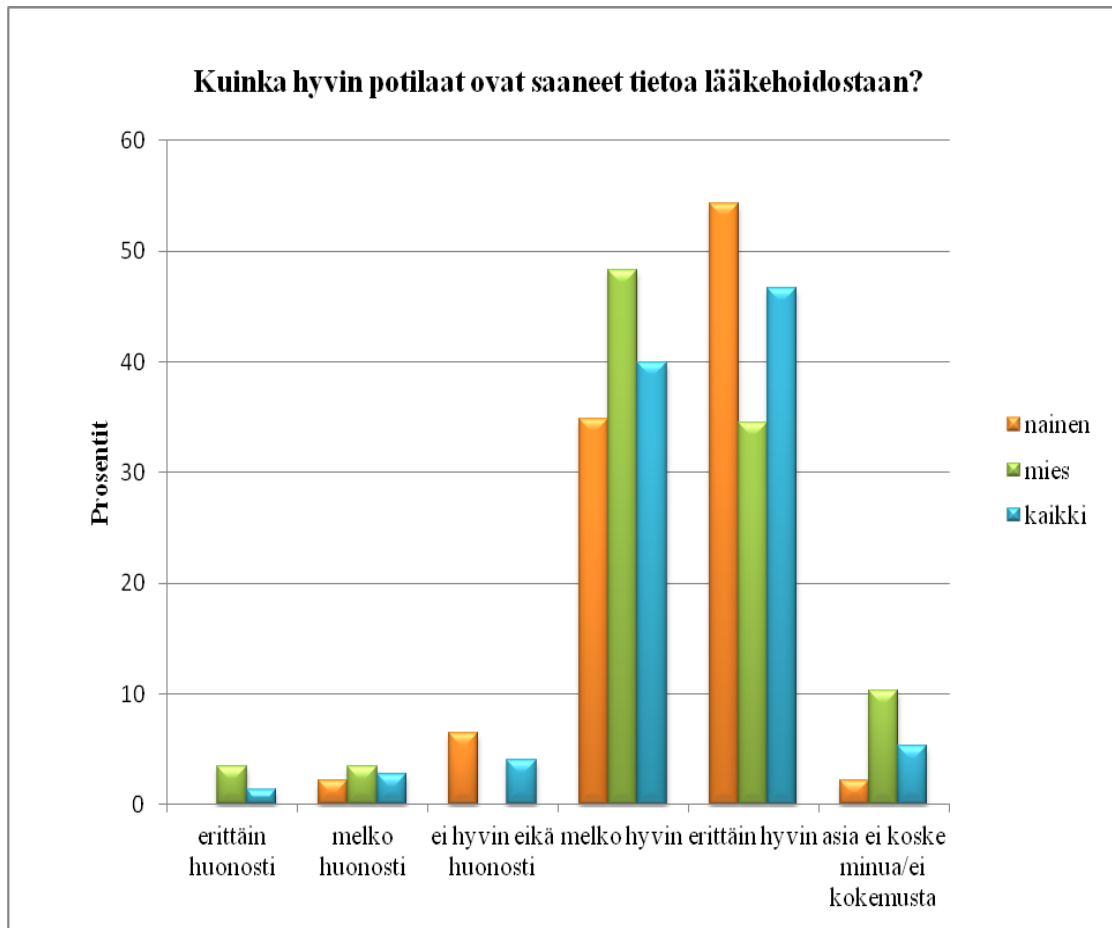
Kuva 8. Perheen tiedonsaanti potilaan sairaudesta (n=75)

Tutkimuksessa selvitettiin myös perheen ja läheisten tiedonsaantia. Kuvassa 8 on esitelty, kuinka hyvin potilaan mielestä heidän perheensä tai läheisensä ovat saaneet tietoa potilaan sairaudesta. Erittäin hyvin tietoa oli saanut 20 % (n=15) ja melko hyvin 39 % (n=29). Vastaajista 18 % (n=14) oli sitä mieltä, etteivät perhe tai läheiset olleet saaneet tietoa hyvin eikä huonosti. Perhe tai läheiset olivat saaneet melko huonosti tietoa 4 % (n=3) mielestä ja erittäin huonosti 7 % (n=5) mielestä. Potilaista 12 % (n=9) vastasivat, ettei asia koske heitä.



Kuva 9. Tiedonsaanti hoitosuunnitelmasta (n=76)

Kyselyssä selvitettiin myös, miten tiedonsaanti hoitosuunnitelmasta toteutui poliklinikan potilaiden mielestä. Tiedonsaanti hoitosuunnitelmasta oli toteutunut 45 % (n=34) vastaajan mielestä erittäin hyvin ja 38 % (n=29) vastaajan mielestä melko hyvin. 9 % (n=7) vastaajista ei ollut saanut tietoa hoitosuunnitelmastaan hyvin eikä huonosti. Melko huonosti tietoa oli saanut 4 % (n=3) ja toista 4 % (n=3) ei asia koskenut tai heillä ei ollut kokemusta siitä. (Kuva 9.)

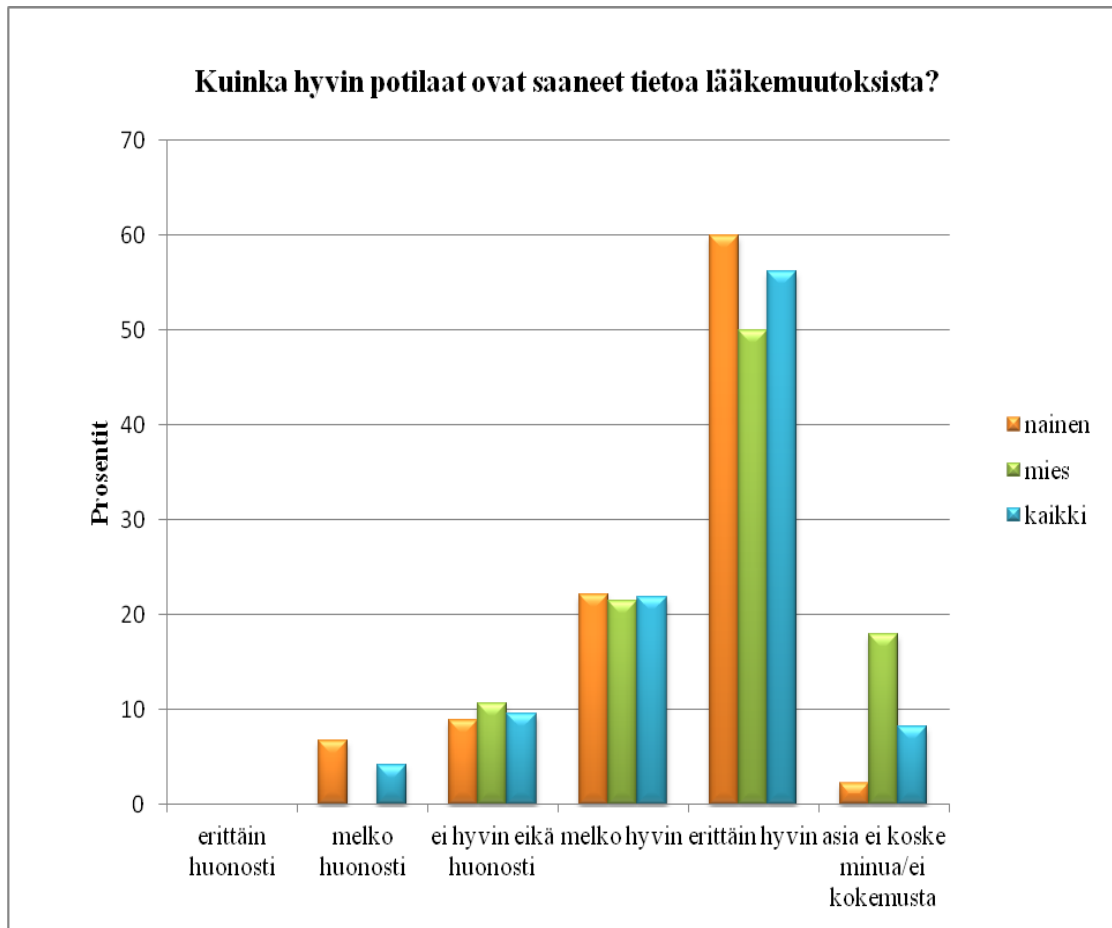


Kuva 10. Tiedonsaanti lääkähoidosta (n=75)

Kuvassa 10 on esitelty, kuinka hyvin potilaat ovat saaneet tietoa lääkähoidostaan.

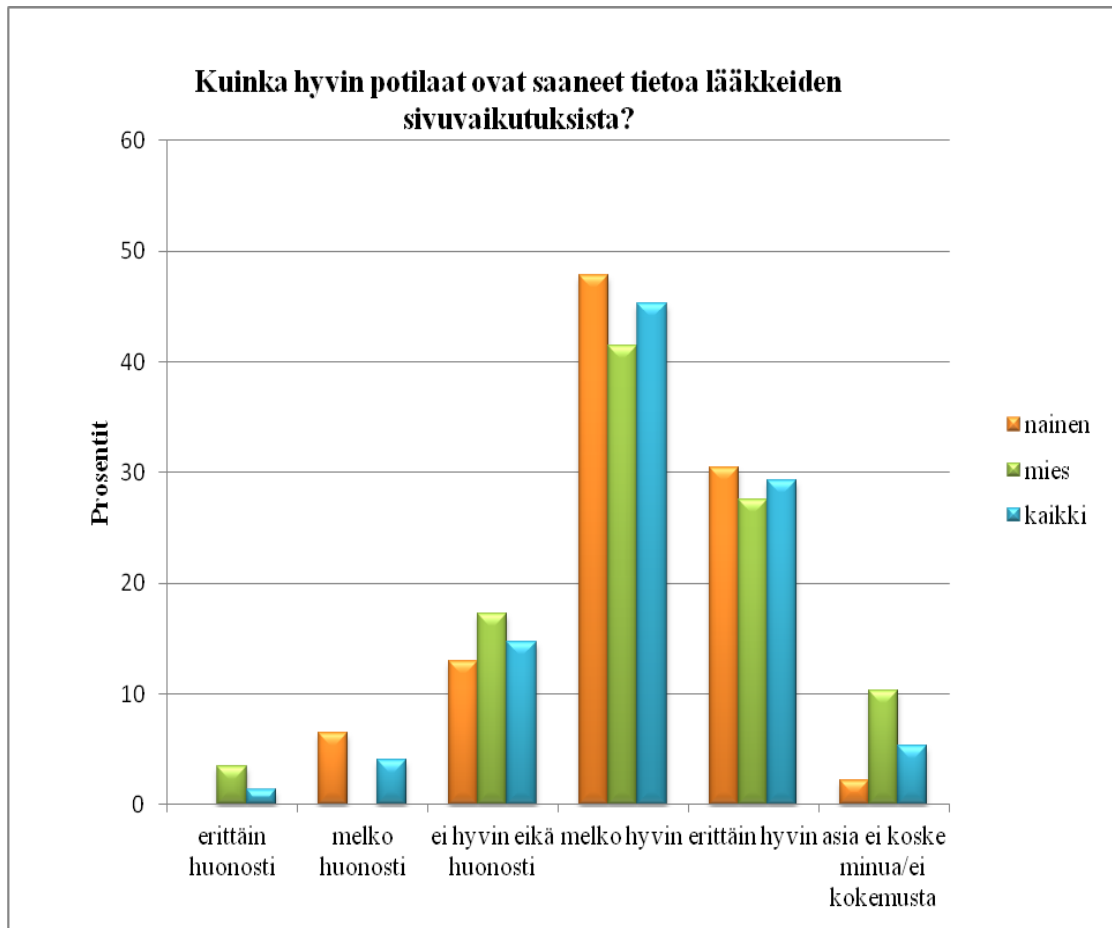
Vastaajista 47 % (n=35) oli saanut tietoa lääkähoidostaan erittäin hyvin. Melko hyvin tietoa oli saanut 40 % (n=30). 4 % (n=3) ei ollut saanut lääkähoidosta tietoa hyvin eikä huonosti ja 3 % (n=2) oli saanut tietoa melko huonosti. Erittäin huonosti tietoa oli saanut 1 % (n=1) vastaajista. Asia ei koskenut 5 %:a (n=4) vastaajista.





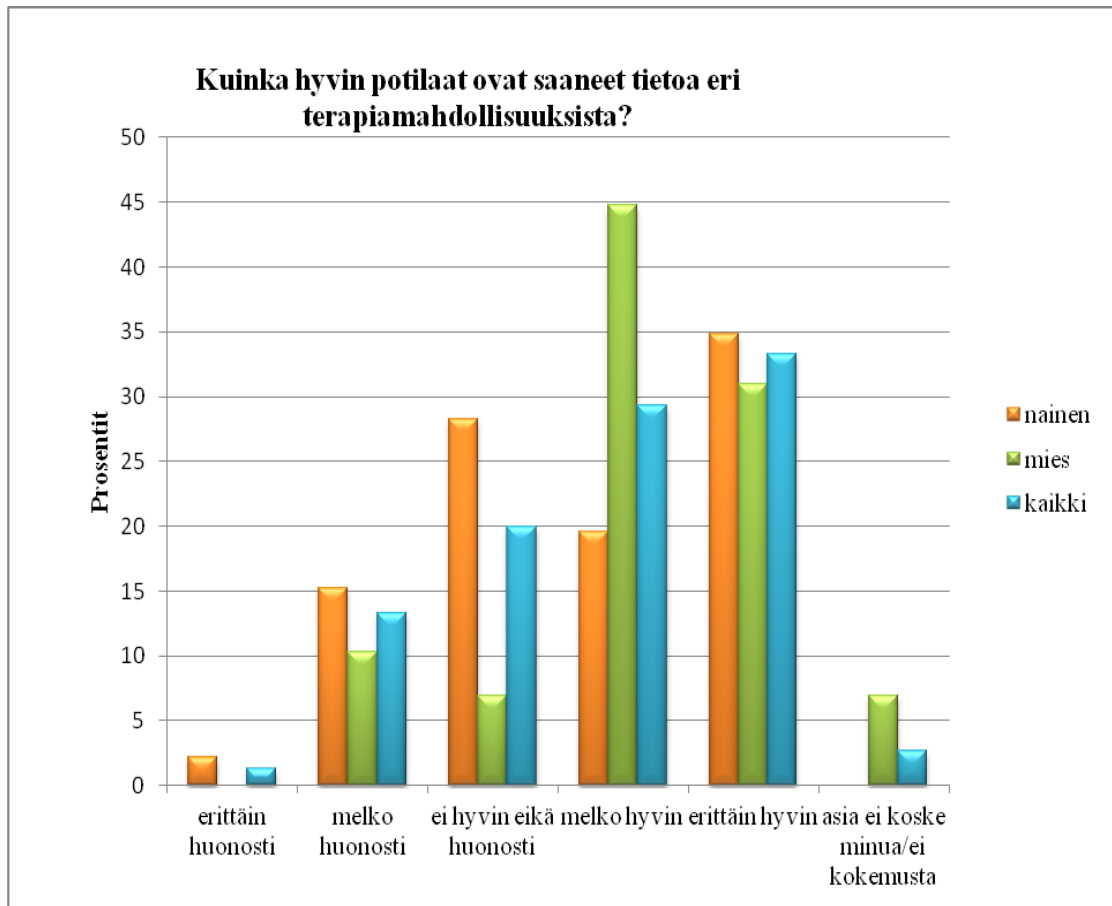
Kuva 11. Tiedonsaanti lääkemuutoksista (n=73)

Potilailta kysyttiin, kuinka hyvin he olivat saaneet tietoa lääkemuutoksistaan. Vastajista 56 % (n=41) oli saanut lääkemuutoksista tietoa erittäin hyvin, melko hyvin tietoa oli saanut 22 % (n=16) ja 10 % (n=7) ei ollut saanut lääkemuutoksista tietoa hyvin, muttei myöskään huonosti. Vastanneista 4 % (n=3) oli saanut tietoa melko huonosti ja 8 % (n=6) vastaajista asia ei koskenut. (Kuva 11.)



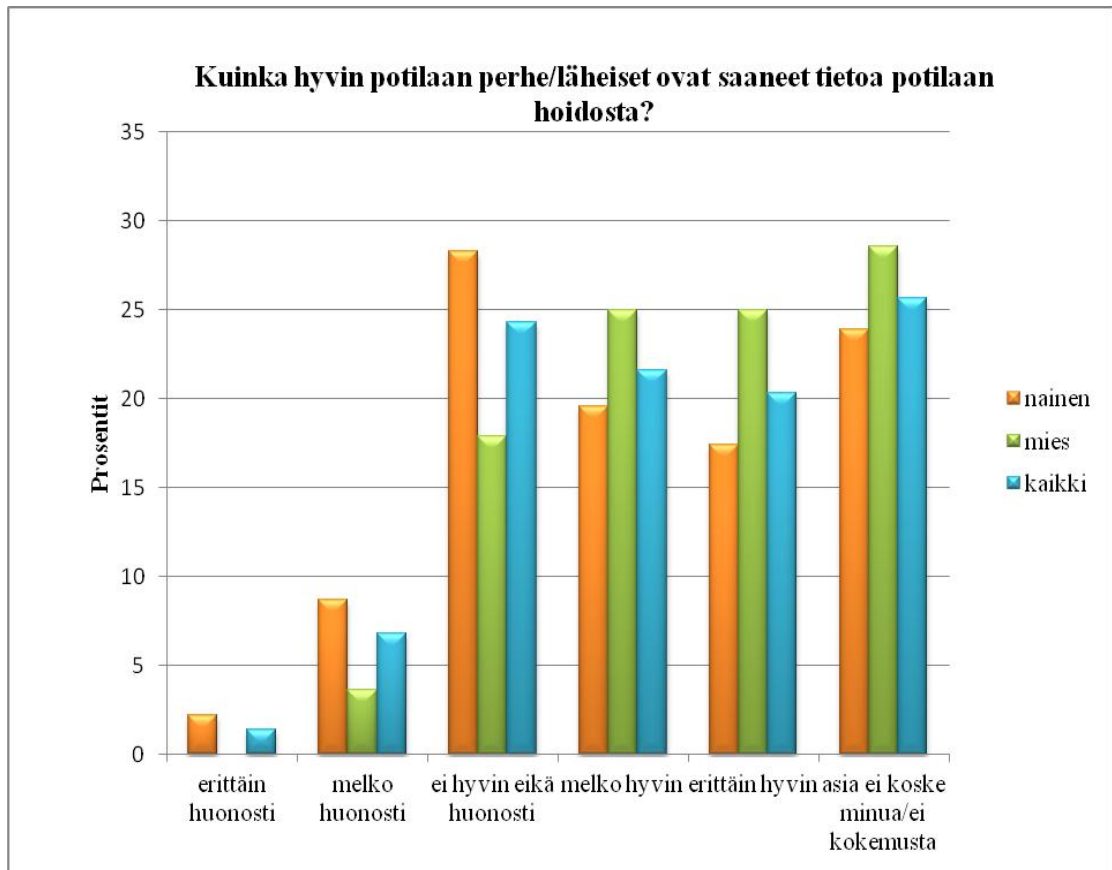
Kuva 12. Tiedonsaanti lääkkeiden sivuvaikutuksista (n=75)

29 % (n=22) vastaajista oli saanut tietoa lääkkeiden sivuvaikutuksista erittäin hyvin. Melko hyvin tietoa oli saanut 46 % (n=34). Vastaajista alle 15 % (n=11) ei ollut saanut tietoa hyvin eikä huonosti ja melko huonosti tietoa oli saanut 4 % (n=3). Erittäin huonosti tietoa oli saanut 1 % (n=1) vastaajista. Asia ei myöskään koskenut 5 %:a (n=4) vastaajista. (Kuva 12.)



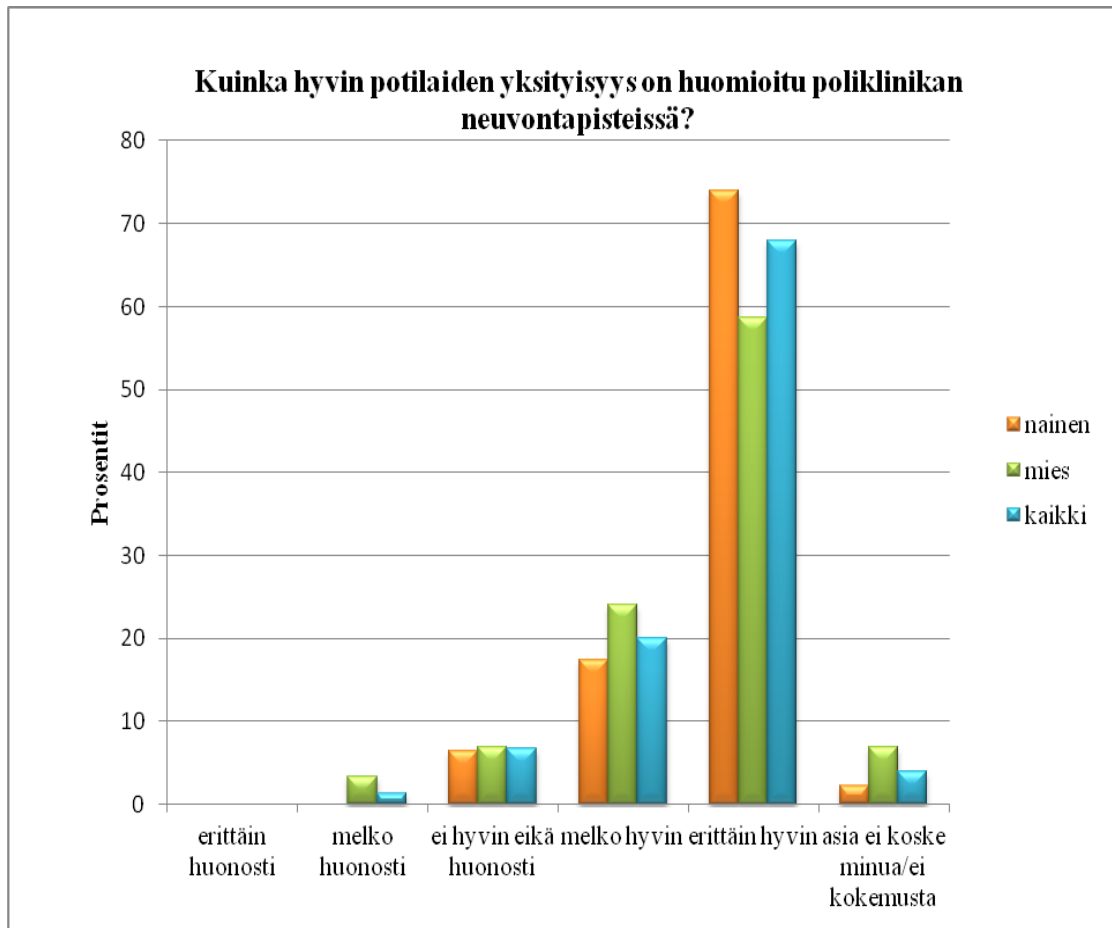
Kuva 13. Tiedonsaanti terapiamahdollisuuksista (n=75)

Potilailta kysyttiin myös tiedonsaantia eri terapiamahdollisuuksista. Vastaajista 34 % (n=25) oli saanut erittäin hyvin tietoa ja melko hyvin tietoa oli saanut 29 % (n=22). Vastaajista 20 % (n=15) oli taas sitä mieltä, että he eivät olleet saaneet tietoa hyvin eikä huonosti. Melko huonosti tietoa oli saanut 13 % (n=10). 1 % (n=1) oli saanut tietoa erittäin huonosti, ja 3 % (n=2) vastasi, ettei asia koske heitä tai heillä ei ole kokemusta siitä. (Kuva 13.)



Kuva 14. Perheen tiedonsaanti hoidosta (n=74)

Potilailta kysyttiin, kuinka hyvin heidän perheensä tai läheisensä ovat saaneet tietoa potilaan hoidosta. 20 % (n=15) oli saanut tietoa hoidosta erittäin hyvin. Melko hyvin tietoa oli saanut 22 % (=16) Vastaajista 24 % (n=18) oli sitä mieltä, että perhe/läheiset ei ollut saanut tietoa hyvin eikä huonosti ja 7 % (n=5) oli saanut tietoa melko huonosti ja 1 % (n=1) erittäin huonosti. Potilaista 26 % (n=19) vastasi, ettei asia koske heitä. (Kuva 14.)

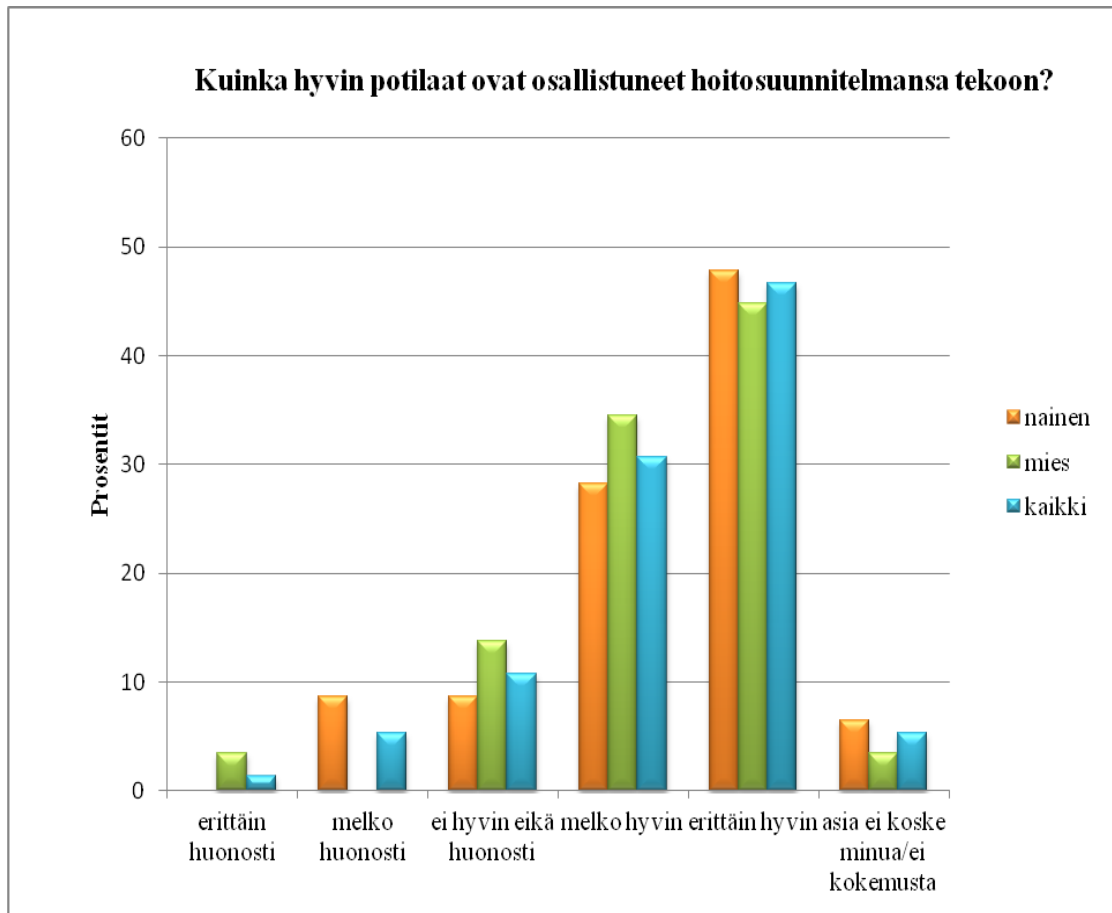


Kuva 15. Yksityisyyden huomiointi neuvonnassa (n=75)

Kuvassa 15 on esitelty, kuinka hyvin potilaan yksityisyys on huomioitu poliklinikan neuvonnassa. Vastaajista 68 % (n=51) oli sitä mieltä, että yksityisyys huomioitiin erittäin hyvin. Melko hyvin vastasi 20 % (n=15) potilaista. 7 % (n=5) vastasi, ettei yksityisyyttä huomioitu hyvin eikä huonosti. 1 % (n=1) mielestä yksityisyys huomioitiin melko huonosti ja 4 % (n=3) asia ei koskenut tai heillä ei ollut kokemusta asiasta.

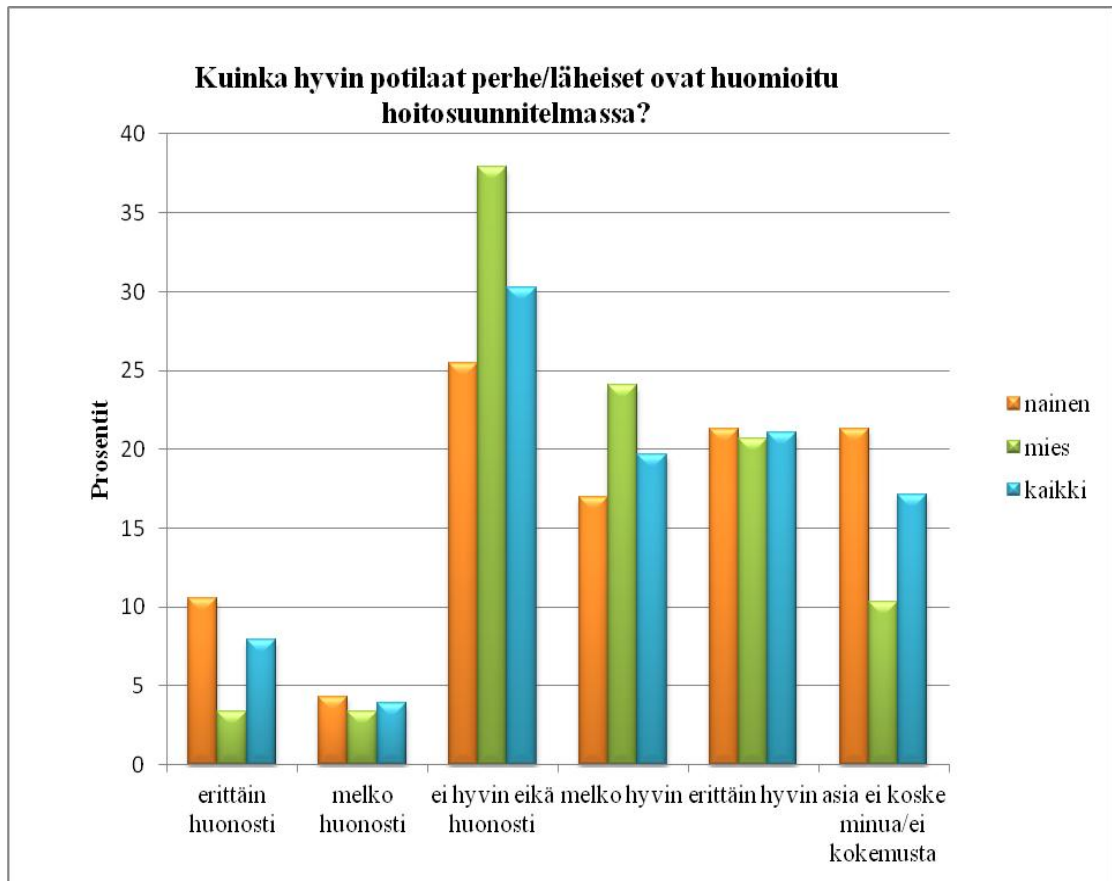
### 6.3 Osallisuuden toteutuminen psykiatrian poliklinikalla

Potilaan osallisuus tarkoittaa sitä, että hänen mielipiteitään kuunnellaan. Tässä opinnäytetyössä kartoitettiin, kuinka hyvin potilaat ovat osallistuneet hoitosuunnitelmansa tekoon ja kuinka hyvin heitä on kuunneltu. Opinnäytetyössä selvitettiin, kuinka hyvin potilaat ovat voineet vaikuttaa hoitajaksonsa kestoon ja sairaalaan pääsyyn. Tutkimuksessa selvitettiin myös, kuinka hyvin potilaan perhe tai läheiset on huomioitu hoitosuunnitelmassa. Opinnäytetyössä kartoitettiin myös, kuinka hyvin poliklinikan audioloajat sopivat potilaille.



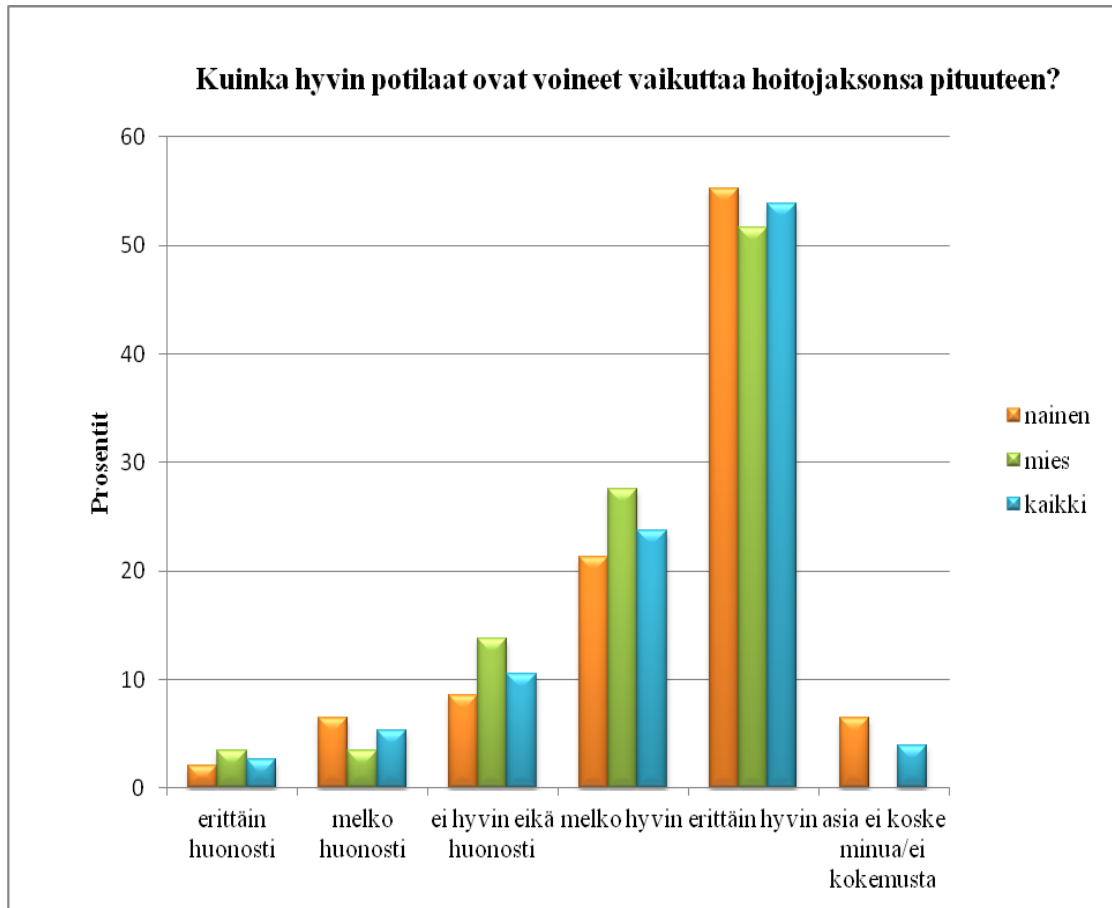
Kuva 16. Osallisuus hoitosuunnitelman tekoon (n=75)

Kuvassa 16. on esitelty, kuinka hyvin potilaat ovat osallistuneet hoitosuunnitelman tekoon. Vastaajista 47 % (n=35) oli osallistunut erittäin hyvin hoitosuunnitelmansa tekoon. Melko hyvin oli osallistunut 31 % (n=23) vastaajista. 11 % (n=8) ei ollut osallistunut hyvin eikä huonosti, ja 5 % (n=4) oli osallistunut melko huonosti. Erittäin huonosti oli osallistunut 1 % (n=1). Vastaajista 5 %:a (n=4) asia ei koskenut tai heillä ei ollut kokemusta asiasta.



Kuva 17. Perheen huomiointi hoitosuunnitelmassa (n=76)

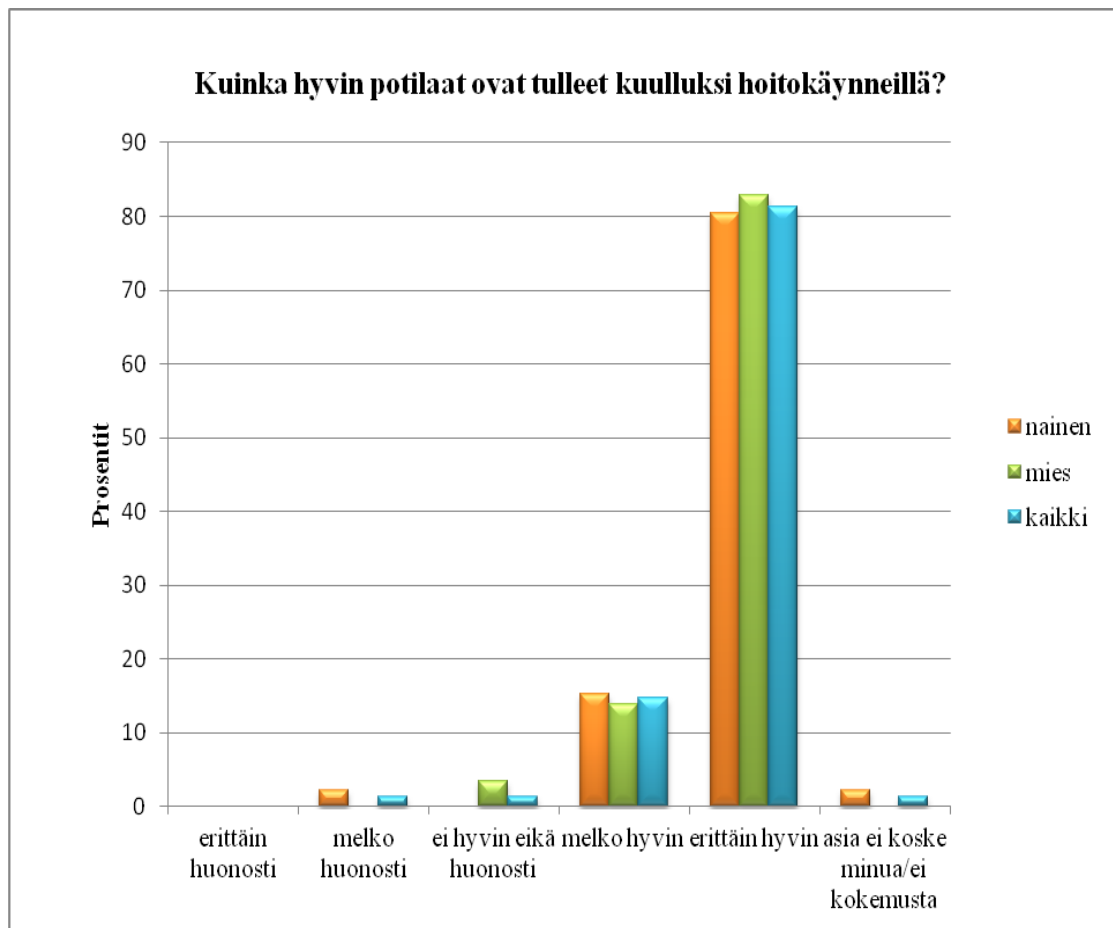
Potilailta kysyttiin, kuinka hyvin heidän mielestään perhe/läheiset oli huomioitu potilaan hoitosuunnitelmassa. Vastaajista 21 % (n=16) oli sitä mieltä, että perhe/läheiset oli huomioitu erittäin hyvin. Perhe/läheiset oli huomioitu melko hyvin 20 % (n=15) mielestä. 30 % (n=23) oli sitä mieltä, ettei perhettä/läheisiä oltu huomioitu hyvin eikä myöskään huonosti. Vastaajista 4 % (n=3) mielestä perhe/läheiset oli huomioitu melko huonosti ja 8 % (n=6) perhe/läheiset oli huomioitu erittäin huonosti. 17 %:a (n=13) asia ei koskenut. (Kuva 17.)



Kuva 18. Vaikuttaminen hoitojakson pituuteen (n=76)

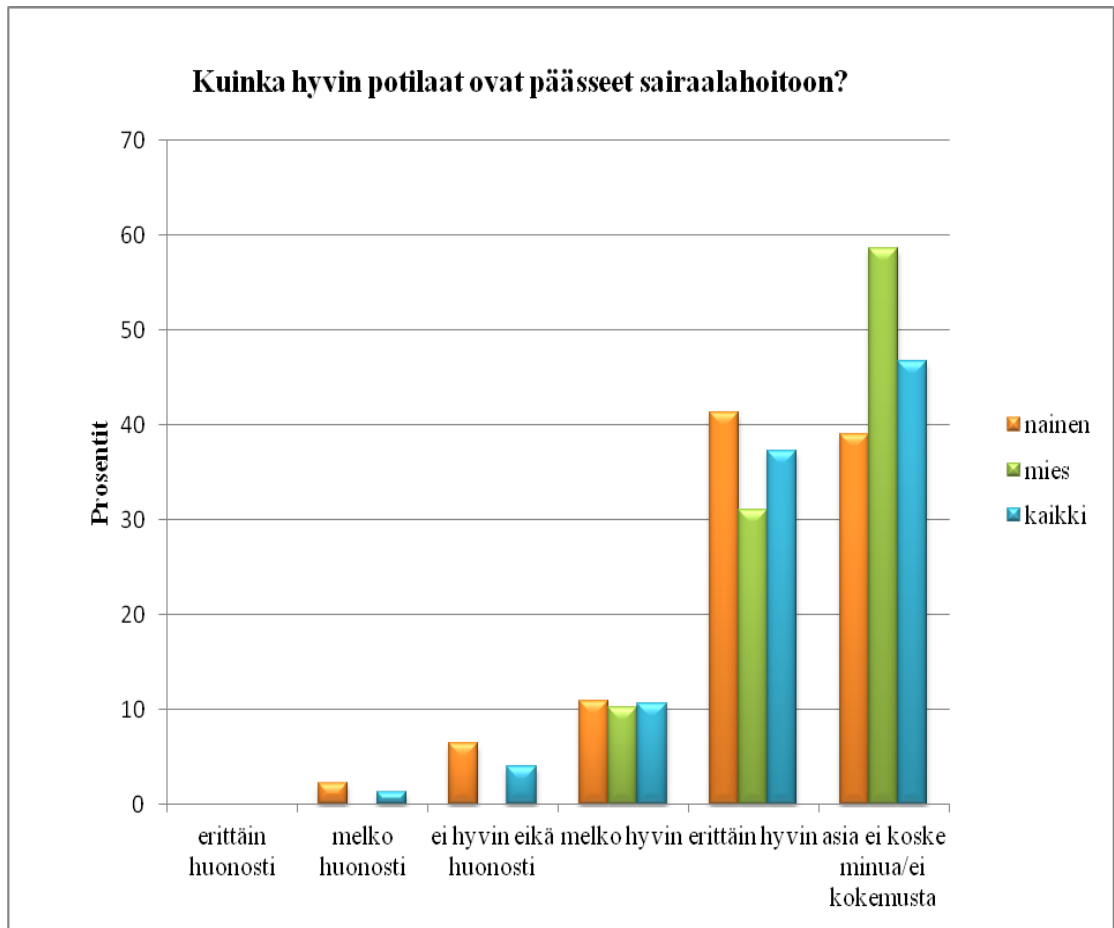
Potilaita kysyttiin, kuinka hyvin he olivat voineet vaikuttaa hoitojaksonsa pituuteen. Hoitojaksonsa pituuteen oli vastaajista erittäin hyvin voinut vaikuttaa 54 % (n=41) ja melko hyvin 24 % (n=18). Vastaajista 10 % (n=8) oli sitä mieltä, että he eivät voineet vaikuttaa hyvin eikä huonosti ja 5 % (n=4) oli voinut vaikuttaa melko huonosti. Erittäin huonosti hoitojaksonsa pituuteen oli voinut vaikuttaa 3 % (n=2). Vastaajista 4 % (n=3) koki, ettei asia koskenut heitä. (Kuva 18.)





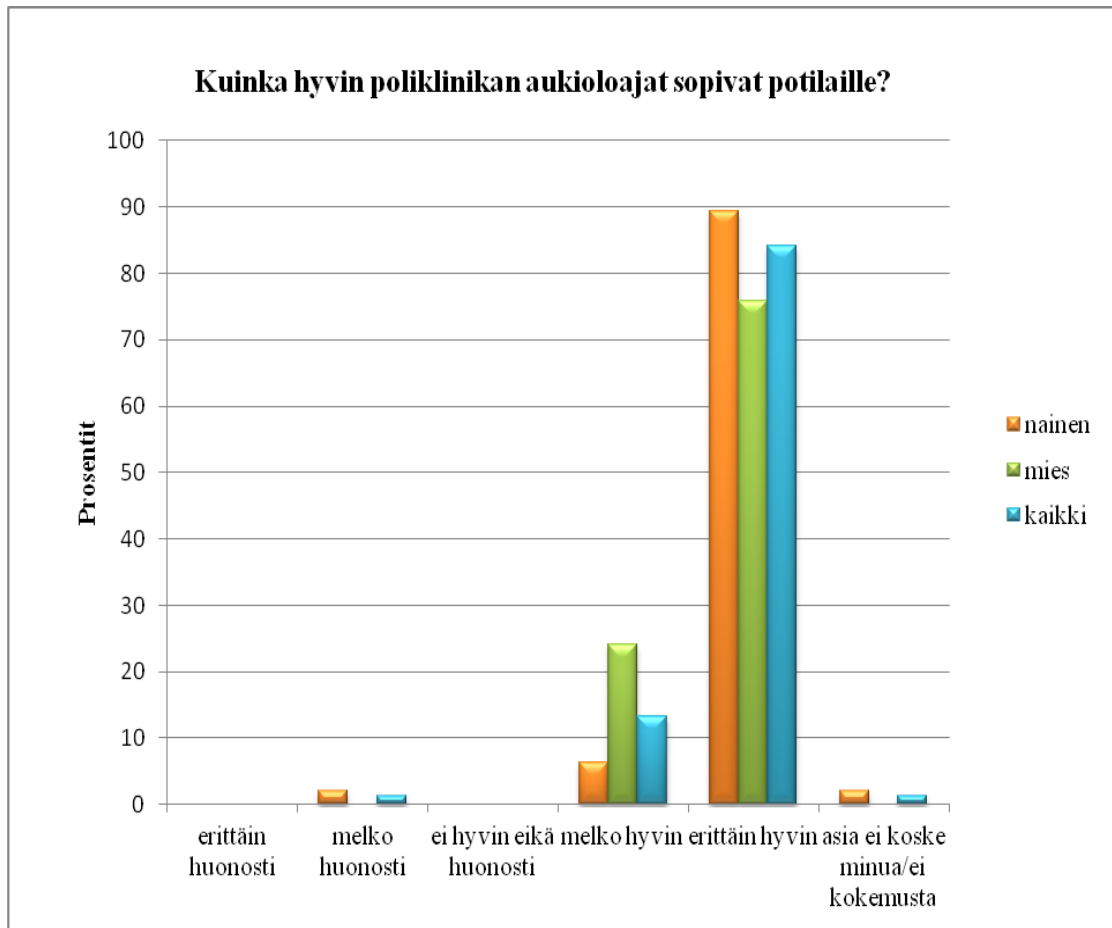
Kuva 19. Kuulluksi tuleminen hoitokäynnillä (n=75)

Kyselyssä selvitettiin, kuinka hyvin potilaita oli kuunneltu hoitokäynneillä. Kuvasta 19 voi nähdä, että erittäin hyvin kuulluksi oli tullut 82 % (n=61) ja melko hyvin 15 % (n=11) vastanneista. Vastaaajista 1 % (n=1) vastasi ei hyvin eikä huonosti, 1 % (n=1) melko huonosti ja 1%:a (n=1) asia ei koskenut.



Kuva 20. Pääsy sairaalahoitoon (n=75)

Potilailta kysyttiin myös, kuinka hyvin he olivat päässeet sairaalahoitoon sitä tarvittaessaan. Sairaalahoitoon oli tarvittaessa päässyt 37 % (n=28) vastaajista erittäin hyvin. Melko hyvin sairaalaan oli päässyt 11 % (n=8) vastaajista. Asia ei koskenut 47 % (n=35) vastaajista, 4 % (n=3) ei ollut päässyt sairaalaan hyvin eikä huonosti, ja 1 % (n=1) oli sitä mieltä, että sairaalahoitoon oli päässyt melko huonosti. (Kuva 20.)



Kuva 21. Poliklinikan aukioloaikojen sopivuus (n=76)

Kuvassa 21 on esitelty, kuinka hyvin poliklinikan aukioloajat sopivat potilaille. Vastajista 85 % (n=64) oli sitä mieltä, että aukioloajat sopivat heille erittäin hyvin. Melko hyvin ajat sopivat 13 % (n=10) vastaajista. 1 % (n=1) oli sitä mieltä, että aukioloajat sopivat melko huonosti, ja 1 %:a (n=1) asia ei koskenut tai hänellä ei ollut kokemusta siitä.

Kyselyssä selvitettiin myös avoimella kysymyksellä, mitä potilaat toivoivat kehitettävän Haminan psykiatrian poliklinikalla. Kehitysehdotuksia koskevaan kysymykseen vastanneista (n=29) 38 % (n=11) oli tyytyväisiä nykyiseen tilanteeseen. Vastajista 1 % (n=1) oli ollut niin vähän aikaa hoidossa psykiatrian poliklinikalla, joten hän ei osannut vielä arvioida palvelua. Kehitettävistä asioista vertaistukiryhmät ja tietous niistä oli ainut asia, joka toistui muutamassa vastauksessa. Myös perheen huomiointi mainittiin kahdessa vastauksessa. Yksittäisiä kehittämisehdotuksia olivat nopeampi hoitopääsy, hoitajan mahdollisuus muuttaa lääkitystä tai annostusta, yhteistyö työterveyden kanssa lausuntoasioissa, lääkärin tapaaminen useammin, neuvonnan kehittäminen, valistusta enemmän, jonotuskäytäntö puhelinaikoihin,

parempi sisäilma ja kuntosali. Yhdessä vastauksessa toivottiin kotikäyntejä, mutta oli myös todettu, että resurssit eivät riitä. Myös yksi vastaaja toivoi kunnalta lisää resursseja psykiatriseen hoitoon ja ennen kaikkea varhaiseen huomioimiseen potilaan psykiatrisen hoidon tarpeesta.

Kyselyssä selvitettiin myös toisen avoimen kysymyksen avulla, mikä potilaita on auttanut eniten hoidossa. Kysymykseen vastanneista potilaista (n=61) 84 % (n=51) oli sitä mieltä, että hoitajan, lääkärin tai psykologin kanssa käydyt keskustelut tai terapiat olivat auttaneet heitä hoidossa eniten. Lääkehoito yksinään tai yhdessä keskusteluavun kanssa eniten auttavana tekijänä oli mainittu 30 % (n=18) vastauksista. Kiitosta sai myös henkilökunnan hyvä asenne ja ystävällisyys sekä pitkät hoitosuhteen samojen hoitohenkilöiden kanssa. Muita vastauksissa ilmenneitä hoidossa eniten auttaneita asioita edellä mainittujen ohella tai yksinään olivat luottamus, vapautunut olo, se, että pystyy itkemään, potilasta ei pidetä tyhmänä ja se, että pystyy lähtemään kotoa pois ”neljän seinän sisältä”. Myös vertaistukiryhmä, diagnoosi, sairausloma, puhelinajat, sairaalassa olo, kannustus, pitkä hoitosuhde, lääkärin hyvä tavoitettavuus ja avoin suhtautuminen sairauteen mainittiin vastauksissa. Se, että potilas voi olla oma itsensä ja hänen on helppo tulla hoitoon, oli auttanut yhtä potilaista eniten. Hoidossa oli myös auttanut eniten tiedonsaanti sairaudesta ja kaikista siihen liittyvistä asioista, potilaan omien toiveiden huomiointi sekä se, että on varmuus hoidon ja tuen jatkuvuudesta.

#### 6.4 Yhteenveto tuloksista

Tiedonsaanti toteutui potilaiden mielestä varsin hyvin Haminan psykiatrian poliklinikalla. Potilaat olivat saaneet tietoa erittäin tai melko hyvin sairaudestaan ja diagnoosistaan sekä sairauden syistä ja oireista. Potilaat olivat saaneet myös erittäin tai melko hyvin tietoa hoitosuunnitelmastaan ja eri hoitomuodoista. Terapioista tosin oli saatu tietoa heikommin kuin lääkehoidosta. Tutkimuksen perusteella voidaan kuitenkin todeta, että perheen tiedonsaannissa on parantamisen varaa.

Vastanneista suurin osa on osallistunut hoitosuunnitelmansa tekoon vähintään melko hyvin ja potilaat oli myös huomioitu vähintään melko hyvin poliklinikalla. Suurin osa oli voinut vaikuttaa hoitojakson pituuteen ja oli tullut kuulluksi hoitokäynnillä erittäin tai melko hyvin. Aukioloajat olivat lähes kaikille sopivat. Eniten hajontaa oli perheen huomiointiin liittyvässä kysymyksessä, mutta suurin osa vastaajista oli kuitenkin sitä mieltä, että perhe ja läheiset on huomioitu hyvin hoitosuunnitelmassa. Avoimien ky-

symysten perusteella voidaan todeta, että suurinta osaa potilaista on hoidossa auttanut eniten keskustelut ja lääkehoito. Lomakkeiden kehittämisehdotuksista ei noussut selkeästi mitään kehitettävää ylitse muiden.

## 7 POHDINTA

Tässä luvussa tarkastellaan tutkimuksen tuloksia ja vertaillaan niitä aiempiin tuloksiin ja teorian tietoon. Luvussa käsitellään myös tutkimuksen luotettavuutta ja eettisyyttä sekä pohditaan jatkotutkimusehdotuksia.

### 7.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Tutkimuksen tulosten perusteella voidaan todeta, että Haminan psykiatrian poliklinikan potilaiden tiedonsaanti on toteutunut varsin hyvin. Potilaista suurin osa oli saanut tietoa sairaudestaan ja diagnoosistaan erittäin tai melko hyvin. Potilaat olivat saaneet myös tietoa sairautensa syistä ja oireista vähintään melko hyvin. Sairasen (2000, 17) tutkimuksen mukaan potilaat olivat myös tyytyväisiä saamaansa tietoon sairaudesta. Kuitenkin taas Hätösen (2005, 49) sekä Hotin (2004, 84–85) tutkimuksen mukaan potilaat olivat saaneet mielestään riittämättömästi tietoa sairaudesta. Hotin tutkimuksesta selvisi, että skitsofreniaa sairastavista potilaista yli puolet (n=100) ei ollut saanut tietoa sairauden syistä (Hotti 2004, 84–85).

Suurin osa potilaista oli saanut erittäin tai melko hyvin tietoa hoitosuunnitelmastaan ja eri hoitomuodoista. Lääkehoidosta, lääkkeiden sivuvaikutuksista ja lääkemuutoksista potilaat olivat saaneet tietoa pääasiassa varsin hyvin. Hotin (2004, 84–85) tutkimuksen mukaan potilaat olivat saaneet eniten tietoa lääkityksestään. Kuitenkin Suhosen (2007, 43) tutkimuksen mukaan potilaille ei aina kerrottu lääkemuutoksista ja taas Hätösen (2005, 33) tutkimuksen mukaan potilaat pitivät lääkkeiden sivuvaikutuksista saamaansa tietoa riittämättömänä. Terapiamahdollisuuksista oli saatu tietoa melko hyvin, mutta kuitenkin huonommin kuin lääkehoidosta. Myös Hotin (2004, 84–85) tutkimuksesta selvisi, että depressiopotilaat olivat saaneet vähiten tietoa muun muassa perheterapiasta ja muista hoitokeinoista.

Moni vastaajista koki ettei perheen tiedonsaantiin liittyvät kysymykset kosketa heitä. Kuitenkin muihin kysymyksiin verrattuna voidaan todeta, että perheen/läheisten tiedonsaannissa tämän opinnäytetyön perusteella näytti olevan parantamisen varaa. Poti-

lasta ja perhettä ei käytännössä voi erottaa toisistaan, sillä yksilön hyvinvointiin vaikuttaa paljon se, miten hänen läheisensä voivat. Kun yksi perheestä sairastuu, se vaikuttaa koko perheeseen. Hoitajan tehtävänä on antaa potilaalle ja perheelle tietoa ja kertoa eri valintojen vaikutuksista potilaan ja terveyteen. (Kanerva et al. 2012 94–95.)

Potilaat olivat voineet osallistua hoitosuunnitelmansa tekoon varsin hyvin ja heitä oli kuunneltu hoitoon liittyvässä päätöksen teossa erittäin hyvin. Myös Sairasen (2000, 18) tutkimuksen mukaan potilaat olivat saaneet osallistua hoitonsa suunnitteluun ja sitä koskevaan päätöksen tekoon. He, joita sairaalahoitoon liittyvä kysymys kosketti, olivat päässeet erittäin hyvin sairaalahoitoon sitä tarvitessaan.

Palveluita kehitettäessä on tärkeää kuunnella potilaiden mielipidettä (Kuosmanen 2009, 15). Palvelujen kehittämistä koskevista kysymyksistä selvisi, että psykiatrian poliklinikan aukioloajat sopivat erittäin hyvin potilaille. Moni potilaista oli tyytyväisiä tämän hetkiseen tilanteeseen eikä nähnyt palvelussa kehitettävää. Muutama potilas kuitenkin toivoi saavansa lisätietoa vertaistukiryhmistä.

## 7.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen luotettavuus eli reliabiliteetti tarkoittaa sitä, että tulokset ovat samat tutkijasta riippumatta. Tulokset voidaan toistaa ja otoskoko on tarpeeksi suuri, jotta tulokset eivät ole sattumanvaraisia. (Heikkilä 2010, 30.) Tässä tutkimuksessa kohderyhmänä olivat Haminan psykiatrian potilaat, joita osastonhoitajan arvion mukaan on noin 500 henkilöä. Kyselylomakkeita oli tarkoitus jakaa 100 kappaletta, mutta ensimmäiset 100 lomaketta saatiin jaettua niin lyhyessä ajassa, että kyselylomakkeiden määrää lisättiin. Kyselylomakkeita jaettiin yhteensä 150 kappaletta ja vastauksia saatiin 77. Palautusprosentti oli 51,3 %. Tässä tutkimuksessa otoskoko jäi sen verran pieneksi, että vastauksia ei voida yleistää kaikkiin Haminan psykiatrian poliklinikan potilaisiin. Tuloksia voidaan kuitenkin hyödyntää suuntaa-antavina.

Luotettavuuteen vaikuttaa myös se, ymmärtävätkö vastaajat kysymykset samalla tavalla, miten tutkija on ne ajatellut (Heikkilä 2010, 30). Kaikki lomakkeen kysymykset esitettiin, mutta tuloksia analysoidessa huomattiin, että esimerkiksi sairaalahoitoon liittyvä väittämä on väärin muotoiltu. Kysymyksen tarkoitus oli selvittää, ovatko potilaat päässeet sairaalahoitoon silloin, kun kokevat sitä itse tarvitsevansa. Väittämä on

kuitenkin muotoiltu niin, että taho, joka kokee potilaan tarvitsevan sairaalahoitoa, ei selviä väittämästä.

Validiteetti tarkoittaa mitataanko tutkimuksella sitä, mitä on tarkoitus. (Heikkilä 2010, 29). Tässä tutkimuksessa validiutta tarkoittaa se, että tutkimusongelmat on asetettu teoreettisen tiedon perusteella, kuitenkin mukailten psykiatrian poliklinikan toiveita. Muuttujataulukolla (liite 2.) on myös varmistettu se, että kaikki kysytyt asiat on huomioitu teoreettisessa osassa.

Validiutta tarkastellessa arvioidaan, miten toimiva tutkimuksessa käytetty asteikko oli (Vilka 2007, 150). Tässä opinnäytetyössä käytettiin 5-portaista Likertin asteikkoa, johon oli lisätty 6. vaihtoehto, *asia ei koske minua/ei kokemusta asiasta*, sillä oletuksena oli, etteivät kaikki potilaat esimerkiksi ole olleet sairaalahoidossa tai kaikki eivät halua perheen olevan osallisena hoidossa. Väittämä pitää sisällään kaksi eri vaihtoehtoa ja jälkikäteen tarkasteltuna väittämäksi olisi riittänyt ”*asia ei koske minua*”.

Tutkimusongelmat tulee määritellä selkeästi, jotta tutkimuksen kokonaisluotettavuus ei kärsi. Kokonaisluotettavuuteen vaikuttaa myös otantamenetelmä ja kyselyn ajankohta. (Vilka 2007, 152–153.) Tässä opinnäytetyössä tutkimusongelmat jätettiin pitkän pohdinnan jälkeen kahdeksi isoksi tutkimusongelmaksi sen vuoksi, että opinnäytetyössä selvitettiin monia tiedonsaantiin ja osallisuuteen liittyviä asioita. Toisaalta, jos tutkimusongelmat olisi ollut rajatumpia ja ne olisivat saaneet lopullisen muotonsa ennen kyselyn toteutusta, olisi myös koko opinnäytetyö ollut selkeämpi kokonaisuus.

Otannon sijaan tutkimuksen aineistonkeruumenetelmänä käytettiin harkinnanvaraista näytettä ja kyselyn toteutukseen oli varattu kaksi kuukautta aikaa. Psykiatrian poliklinikan sihteerit jakoivat kyselylomakkeet potilaille. Tämä mahdollisti sen, että kaikki kyselylomakkeet tavoittivat potilaat resursseja säästäen. Samalla välttyttiin myös siltä, että potilas olisi vastannut kyselyyn kahdesti. Potilaan anonymiys huomioitiin siten, että he saivat palautusta varten kirjekuoren, jossa he toimittivat kyselyt takaisin psykiatrian poliklinikalle. Sihteerit säilyttivät kyselylomakkeet poliklinikalla ja vasta tutkija avasi suljetut kirjekuoret. Tutkija ei ollut missään tutkimuksen vaiheessa tekemisissä vastaajien kanssa. Kyselylomake oli valmiina jo kesällä, mutta psykiatrian poliklinikan henkilökunnan kesälomien vuoksi kysely toteutettiin syksyllä. Kyselylomakkeet saatiin jaettua alle kuukaudessa, mutta lomakkeita olisi täytynyt alun perin jakaa enemmän, jotta olisi saatu enemmän vastauksia.

Tutkimustulosten syöttäminen tulee tehdä koko tutkimusprosessin lailla huolellisesti (Vilka 2007, 153). Kyselylomakkeet numeroitiin ja vastaukset syötettiin SPSS-ohjelmaan huolellisesti ja ne tarkastettiin ennen tallentamista. Koko tutkimusprosessi on tehty huolella ja rehellisesti. Kokonaisluotettavuus kuitenkin kärsii jonkin verran siitä syystä, että opinnäytetyön tekijän kokemattomuuden vuoksi opinnäytetyössä ei edetty täysin kvantitatiivisen tutkimusprosessin vaiheiden mukaisesti (ks. Heikkilä, 2010, 25).

Eettisyys tutkimusta tehtäessä tarkoittaa sitä, että noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä. Yksilön tulee säilyä tuntemattomana eikä tutkimuskohdetta saa loukata. Tuloksia kirjoittaessa tulee välttää tyypitteleviä, epäkunnioittavia ja yksipuolisia ilmaisutapoja. Määrällisessä tutkimuksessa tulokset kirjataan numeroittain, joten yksilö säilyy tuntemattomana. (Vilka 2007, 164.) Tässä opinnäytetyössä eettisyys tarkoittaa sitä, kyselyn kysymykset on tarkkaan harkittu yhteistyössä psykiatrian poliklinikan kanssa. Kysymykset eivät asettelultaan loukkaa vastaajaa ja vastausvaihtoehdoilla on myös tuotu esiin se, että opinnäytetyössä ei oleteta esimerkiksi kaikkien mielenterveyspotilaiden olleen sairaalahoidossa. Tuloksia kirjoitettaessa on vältetty yksipuolisia ja loukkaavia ilmaisutapoja.

Lähteiden oikeaoppinen merkitseminen ja toisen työn kunnioittaminen on yksi osa eettisesti kestävästä tutkimusraportista (Vilka 2007, 165). Tässä opinnäytetyössä on lähteet on merkitty tarkasti tekstiin ja lähdeluettelo on tehty asianmukaisesti. Muiden tutkijoiden tutkimustuloksia on käytetty opinnäytetyössä kunnioittavasti ja asianmukaisesti.

### 7.3 Jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyön aihealue oli varsin laaja ja jatkotutkimuksia ajatellen aihetta olisi hyvä rajata enemmän. Tämän opinnäytetyön perusteella jatkotutkimuksessa voitaisiin karottaa tarkemmin esimerkiksi perheen merkitystä tai pelkän osallisuuden toteutumista potilaan hoitotyössä. Jatkotutkimuksessa voitaisiin selvittää myös potilaan diagnoosi ja tehdä vertailua eri diagnoosiryhmien välillä Hotin (2004) tutkimuksen tapaan. Tutkimus myös voitaisiin tehdä kokonaistutkimuksena, jotta saataisiin mahdollisimman kattavasti tietoa.



## LÄHTEET

Aromaa, A. & Koskinen, S. 2002. Terveys ja toimintakyky Suomessa, Terveys 2000 - tutkimuksen perustulokset. Tutkimus. Helsinki.

Harjajärvi, M., Pirkola, S. & Wahlbeck, K. 2006. Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa. Tutkimus. Helsinki.

Heikkilä, T. 2010. Tilastollinen tutkimus. 7.–8. painos. Helsinki: Edita.

Hotti, A. 2004. Mitä psykiatrinen potilas haluaa tietää? Tutkimus. Turun yliopisto.

Huttunen, M. 22.10.2011. Psykykenlääkkeet. Terveyskirjasto. Saatavissa: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00412](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00412). [Viitattu 5.5.2013].

Huttunen, M. & Javanainen, M. 2004. Mielenterveydenhäiriöiden hoito - kokonaisvaltaista hoitoa. Teoksessa: Javanainen, M. (toim.) Lääkkeet mielen hoidossa. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, s. 12–21.

Kanerva, A., Kuhanen, C. & Seuri, T. 2012. Keskeisimmät mielenterveyden häiriöt ja hoitotyö. Teoksessa: Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. (toim.) Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro, s. 176–231.

Kanerva, A., Kuhanen, C., Oittinen, P. & Schubert, C. 2012. Lähestymistapoja mielenterveystyöhön. Teoksessa: Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. (toim.) Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro, s. 90–147.

Kuhanen, C. 2012. Mielenterveys ja mielenterveyshoitotyö. . Teoksessa: Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. (toim.) Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro, s. 16–34.

Kuhmonen, M. 1997. Heitteilläkö avohoidossa? Pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto.

- Kuosmanen, L. 2009. Potilaan osallisuus psykiatrisessa hoidossa. Teoksessa: Okkonen, E, Saarinen, L., Posio, J. & Kaakinen S. (toim.) *Mieli 2009*. s. 15.
- Kvist, T. 2004. Hoidon laatu - potilaiden ja henkilöstön yhteinen asia? Väitöskirja. Kuopion yliopisto.
- Laitila, M. 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 1992/725.
- Lönnqvist, J. & Lehtonen, J. 2009. Psykiatria. Teoksessa: Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M., & Partonen, T. (toim.) *Psykiatria*. Helsinki: Duodecim, s. 14–25.
- Meronen, M.-L. & Pylkkänen, K. 2005. Asiakastyytyväisyys mielenterveyspalveluissa - YTHS:n asiakastyytyväisyystutkimus. *Suomen Lääkärilehti*. Saatavissa: [http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=duo98399&p\\_haku=mielenterveyspalvelut](http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo98399&p_haku=mielenterveyspalvelut). [Viitattu 15.1.2012].
- Mielenterveyslaki. 14.12.1990/1116.
- Mielenterveyspalvelut. 24.10.2011. Sosiaali- ja terveysministeriön internetsivut. Saatavissa: [http://www.stm.fi/sosiaali\\_ja\\_terveyspalvelut/terveyspalvelut/perusterveydenhuolto/mielenterveyspalvelut](http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut/perusterveydenhuolto/mielenterveyspalvelut). [Viitattu 17.1.2012].
- Naukkarinen, E.-L. 2008. Potilaan itsemääräämisen ja sen edellytysten toteutuminen terveydenhuollossa. Väitöskirja. Kuopion yliopisto.
- Oittinen, P. 2012a. Yhteiskunnallinen osaaminen mielenterveyshoitotyössä. Teoksessa: Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. (toim.) *Mielenterveyshoitotyö*. Helsinki: Sanoma Pro, s. 35–53.

Oittinen, P. 2012b. Mielenterveyshoitotyön etiikka. Teoksessa: Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. (toim.) Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro, s. 54–89.

Partonen, T., Lönnqvist, J. & Syvälahti, E. 2009. Biologiset hoidot. Teoksessa: Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M., & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. Helsinki: Duodecim, s. 703–740.

Sairanen, A. 2000. Joroisten terveystieteiden mielenneuvolan potilaiden tyytyväisyys saamansa hoitoon ja tyytyväisyyden yhteys potilaan kliiniseen tilaan. Pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto.

Seuri, T. 2012. Lääkehoito mielenneuvotuksessa. Teoksessa: Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. (toim.) Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro, s. 252–295.

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus. 2010. Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavissa: [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=1087414&name=DLFE-11163.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1087414&name=DLFE-11163.pdf). [Viitattu 4.1.2012].

Sundman, E. 2010. Potilaan oikeus hoitoon. Sairaanhoidajan käsikirja. Saatavissa: [http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/dtk/shk/koti?p\\_artikkeli=shk04305&p\\_haku=eila%20sundman](http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk04305&p_haku=eila%20sundman). [Viitattu 1.4.2012].

Vilkkä, H. 2007. Tutki ja mittaa. 1. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

## TUTKIMUSTAULUKKO

Tekijät, nimi, paikka, aika	Tutkimuksen tausta ja tarkoitus	Kohderyhmä ja otanta	Metodi	Tutkimustulokset
<b>Hotti:</b> Mitä psykiatrisen potilas haluaa tietää? 2004. Turku. Tutkimus	Tarkoituksena oli selvittää miten lääkärin ja psykiatrisen avohoidon potilaiden näkemykset eroavat toisistaan sairauden ja hoidon suhteen.	100 skitsofrenia-potilasta, verrokkeina 30 depressiopotilasta ja 96 aikuispsykiatriassa työskentelevää lääkäriä	Potilailla haastattelu ja lääkäreillä kirjekysely	Lääkärit ja potilaat olivat sitä mieltä, että potilaalle on hyötyä tiedonsaannista. Potilaiden mielestä tietoa tulee antaa monipuolisesti, toistuvasti ja varhain.
<b>Hätönen:</b> Tiedonsaanti psykiatrisessa sairaalahoidossa - mielenterveyspotilaan näkökulma. 2005. Tampere. Pro gradu.	Tarkoituksena oli kuvata psykiatrisessa sairaalahoidossa olevan potilaan tärkeänä pitämiä tiedon alueita, tiedonsaannin toteutumista sekä potilaan taustatekijöiden yhteyttä potilaan tiedonsaantiin.	Erään eteläsuomalaisen psykiatrisen sairaalan kahden osaston uloskirjoitettavat potilaat, tutkimukseen osallistui 51 vapaaehtoista, kriteerit täyttävää potilasta	Haastattelu	Tutkimus osoitti, että potilaat pitivät tärkeänä saada tietoa sairaudesta ja hoidosta, eri tutkimuodoista sekä potilaan oikeuksista. Potilaat eivät koe saavansa riittävästi tietoa näillä alueilla.
<b>Kuhmonen:</b> Heitteilläkö avohoidossa? 1997. Jyväskylä. Pro gradu.	Potilaan väitetään olevan heitteillä avohoidossa. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää miten psykiatrisesta sairaalahoidosta kotiutetut skitsofreniaa sairastavat selviytyvät Mikkelin läänissä. Lisäksi kartoitettiin avopalveluiden käyttöä ja tyytyväisyyttä niihin.	1992 Moisioin sairaalasta kotiutetut, Mikkelin läänistä kotoisin olevat potilaat, joilla on skitsofrenia. Valikoituneita potilaita oli kaiken kaikkiaan 282, vastauksia saatiin 124.	Kysely, potilas vastannut itse tai mielenterveystoimiston työntekijän haastattelemana	Potilaat olivat tyytyväisiä palvelujen laatuun ja määrään. Vastajista 89 % oli tyytyväisiä mielenterveystoimistoon.

<p><b>Kvist:</b> Hoidon laatu – potilaiden ja henkilöstön yhteinen asia? 2004. Kuopio. Väitöskirja.</p>	<p>Terveydenhuollon laadunhallinta kehittyi 1990-luvulla. Tarkoituksena oli kuvata hoidon laadun toteutumista potilaiden, työntekijöiden ja johtajien arvioimana.</p>	<p>Potilasaineistot kerättiin satunnaisotannalla syyskuussa 2000 hoidetuista kolmen eri sairaalan potilaista. Potilaiden vastausprosentti oli 56. Henkilöstöaineistot koottiin samoilta osastoilta ja poliklinikoilta kuin potilasaineistot. Henkilöstökyselyn vastausprosentti oli 64.</p>	<p>Survey-tutkimus, kysely</p>	<p>Psykiatrian tulosalueen potilaat olivat muita kriittisempiä hoidon laadun suhteen. He olivat erittäin tyytymättömiä tiedonsaantiin ja mahdollisuuteen osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksen tekoon.</p>
<p><b>Laitila:</b> Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. 2010. Kuopio. Väitöskirja.</p>	<p>Asiakkaan osallisuus on tunnustettu ja tavoiteltu arvo, kuitenkin käytännön toteutuksessa on edelleen puutteita. Tarkoituksena on kuvata asiakkaiden osallisuutta ja asiakaslähtöisyyttä mielenterveys- ja päihdetyössä asiakkaiden ja työntekijöiden näkökulmasta.</p>	<p>Yli 18-vuotiaat mielenterveys- ja päihdeasiakkaat: n=27 Työntekijät (n=11), joilla on kokemusta mielenterveys- ja päihdetyöstä. Osallistujat valittiin harkinnanvaraisella otannalla.</p>	<p>Haastattelu</p>	<p>Asiakkaan osallisuus tarkoitti palveluiden käyttäjien asiantuntijuuden huomioimista, hyväksymistä ja hyödyntämistä. Osallisuus toteutui kolmella tavalla: Osallisuutena omaan hoitoon ja kuntoutukseen, osallisuutena palveluiden kehittämiseen sekä osallisuutena palveluiden järjestämiseen. Esiin tuli myös käsityksiä siitä, että potilaiden mielestä asiakaslähtöisyys ei kuulu mielenterveys- ja päihdetyöhön.</p>
<p><b>Sairanen:</b> Joroisten terveyskeskuksen mielenterveysneuvolan potilaiden tyytyväisyys saamansa hoitoon ja tyytyväisyyden yhteys potilaan kliiniseen tilaan. 2000. Jyväskylä.</p>	<p>Suomessa on ollut vireillä palveluiden laadun kehittäminen ja terveydenhuollossa osasit sitä on potilaiden tyytyväisyys. Tarkoituksena oli selvittää asiakkaiden tyytyväisyyttä palveluun ja kliinisen tilan yhteyttä vastauksiin.</p>	<p>79 mielenterveysneuvolan avosuhteessa olevaa potilasta, kyselyyn vastasi 64 potilasta</p>	<p>Kysely potilaille tyytyväisyydestä ja työntekijöille omien potilaidensa kliinisestä tilasta</p>	<p>Potilaat olivat tyytyväisiä hoitoon ja palveluun. Kriittisistä kommentteista nousi esille se, että resurssipula on aistittavissa ja vaikeuttaa yhteydenottoja ja hoitokäyntejä.</p>

<p><b>Suhonen:</b> Psykiatrisen potilaan itsemääräämisoikeuden toteutuminen sairaalahoidon aikana – haastattelu-tutkimus potilaiden kokemuksista. 2007.Pro gradu. Tampere.</p>	<p>Potilaan itsemääräämisoikeuteen liittyviä säännöksiä on tarkennettu nykyisin enenevässä määrin. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää psykiatristen potilaiden kokemuksia itsemääräämisoikeuden sisällöstä ja toteutumisesta sairaalahoidon aikana.</p>	<p>Tutkimuksessa haastateltiin kahdeksaa (N=8) psykiatrisessa hoidossa olevaa potilasta</p>	<p>Teemahaastattelu</p>	<p>Tulosten mukaan potilaan itsemääräämisoikeus koostuu kunnioittavasta kohtelusta, kuulluksi tulemisesta ja mahdollisuudesta osallistua päätöksen tekoon. Kunnioittava kohtelu toteutuu, kun potilaat saavat tietoa sairaudestaan ja sen hoidosta. Tulosten mukaan kuitenkin tiedonsaanti, ystävällinen kohtelu ja keskusteluaikojen järjestäminen eivät potilaiden mielestä toteutuneet hyvin.</p>
--	--	---	-------------------------	--

## MUUTTUJATAULUKKO

Tutkimusongelmat ja tutkittavat alueet	Teoreettinen tarkastelu	Väittäjä
Taustamuuttujat: Sukupuoli Hoitoaika Ikä		1. 2. 3.
TERVEYDENTILA Sairaus Diagnoosi Syyt Oireet	14 15 15 15–16	5. Olen saanut tietoa psyykkisestä sairaudestani 4. Olen saanut tietoa diagnoosistani 6. Olen saanut tietoa sairauteni syistä 7. Olen saanut tietoa sairauteni oireista
HOITOSUUNNITELMA	17	9. Olen saanut tietoa hoitosuunnitelmastani. 10. Olen osallistunut hoitosuunnitelmani tekoon 11. Olen voinut vaikuttaa hoitajaksoni pituuteen 17. Olen tullut kuulluksi hoitokäynneillä
HOITO Lääkehoito  Terapia Sairaalahoito	17–19  19 13	13. Olen saanut tietoa lääkehoidostani 14. Olen saanut tietoa lääkkeitteni sivuvaikutuksista 15. Minulle on kerrottu mahdollisista lääkemutoksista 16. Olen saanut tietoa eri terapiamahdollisuuksista 18. Olen päässyt tarvittaessa sairaalahoitoon
PERHE/LÄHEISET	19–20	8. Perheeni/läheiseni ovat saaneet tietoa sairaudestani 12. Perheeni/läheiseni on huomioitu hoitosuunnitelmassani 19. Perheeni/läheiseni ovat saaneet tietoa hoidostani
PALVELU Aukioloajat Neuvonta	12–14	20. Poliklinikan aukioloajat sopivat minulle 21. Yksityisyyteni huomioidaan psykiatrian poliklinikan neuvontapisteissä

**Arvoisa Haminan psykiatrian poliklinikan potilas!**

Tämän kyselyn avulla kehitämme toimintaamme ja sen tueksi pyydämme Teitä vastaamaan seuraaviin kysymyksiin. Kahden vuoden välein toteutettu kysely tehdään tänä vuonna yhteistyössä Kymenlaakson ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan kanssa.

Vastaukset käsittelemme luottamuksellisesti. Yksittäisen vastaajan henkilöllisyys ei ilmene tutkimustuloksista. Lomakkeen voitte palauttaa suljetussa kirjekuoressa psykiatrian poliklinikan postilaatikkoon tai osastonsihteereille neuvontaan **31.10.2012 mennessä.**

Yhteistyöstänne kiittäen,

Ylilääkäri Tiina Pentti  
Psykiatrian poliklinikka  
Reutsinkatu 5  
49400 Hamina  
Puh: 05-749 3185  
tai 05-749 3195

Elina Myller  
Sairaanhoitajaopiskelija AMK  
elina.myller@student.kyamk.fi  
Kymenlaakson ammattikorkeakoulu  
Sosiaali- ja terveysala, Kotka



**Ympyröikää sopiva vaihtoehto sekä kirjoittakaa kohtaan 3. ikänne.**

1. Sukupuoli: 1 Nainen  
2 Mies
2. Hoitoaika: 1 Alle 1 vuotta  
2 Alle 3 vuotta  
3 Yli 3 vuotta
3. Ikä: \_\_\_\_\_ vuotta

**Ympyröikää mielipidettänne parhaiten kuvaava vaihtoehto (1–6).****TERVEYDENTILA**

	Erittäin huonosti	Melko huonosti	Ei huonosti eikä hyvin	Melko hyvin	Erittäin hyvin	Asia ei koske minua/ Ei kokemusta asiasta
4. Olen saanut tietoa diagnoosistani.	1	2	3	4	5	6
5. Olen saanut tietoa tietoa psyykkisestä sairaudestani.	1	2	3	4	5	6
6. Olen saanut tietoa sairauteni syistä.	1	2	3	4	5	6
7. Olen saanut tietoa sairauteni oireista.	1	2	3	4	5	6
8. Perheeni/läheiseni ovat saaneet tietoa sairaudestani.	1	2	3	4	5	6

**HOITOSUUNNITELMA**

9. Olen saanut tietoa hoitosuunnitelmastani.	1	2	3	4	5	6
10. Olen osallistunut hoitosuunnitelmani tekoon.	1	2	3	4	5	6
11. Olen voinut vaikuttaa hoitojaksoni pituuteen.	1	2	3	4	5	6
12. Perheeni/läheiseni on huomioitu hoitosuunnitelmassani.	1	2	3	4	5	6

**HOITO**

	Erittäin huonosti	Melko huonosti	Ei huonosti eikä hyvin	Melko hyvin	Erittäin hyvin	Asia ei koske minua/ Ei kokemusta asiasta
13. Olen saanut tietoa lääkähoidostani.	1	2	3	4	5	6
14. Olen saanut tietoa lääkkeideni sivuvaikutuksista.	1	2	3	4	5	6
15. Minulle on kerrottu mahdollisista lääkemutoksista.	1	2	3	4	5	6
16. Olen saanut tietoa eri terapiamahdollisuuksista.	1	2	3	4	5	6
17. Olen tullut kuulluksi hoitokäynneillä.	1	2	3	4	5	6
18. Olen päässyt tarvittaessa sairaalahoitoon.	1	2	3	4	5	6
19. Perheeni/läheiseni ovat saaneet tietoa hoidostani.	1	2	3	4	5	6

**PALVELU**

20. Poliklinikan aukioloajat sopivat minulle.	1	2	3	4	5	6
21. Yksityisyyteni huomioidaan psykiatrian poliklinikan neuvontapisteissä.	1	2	3	4	5	6

**22. Mikä hoidossa on auttanut teitä eniten?**


---



---



---



---

**23. Mitä asioita/palvelua toivotte kehitettävän Haminan psykiatrian poliklinikalla?**


---



---



---



---

*Kiitos vastauksestanne!*

KYMENLAAKSON  
AMMATTIKORKEAKOULU

Liite 4/1  
TUTKIMUSLUPA-ANOMUS  
Kotka 12.6.2012

Hoitotyön koulutusohjelma

Haminan kaupunki  
va Terveysjohtaja Sanna Niskanen

Opinnäytetyöni tarkoituksena on selvittää potilaiden tiedonsaantia heidän sairauttaan ja sen hoitoa koskeissa asioissa Haminan psykiatrian poliklinikalla. Tarkoituksena on myös selvittää, kuinka hyvin potilaat ovat voineet vaikuttaa omaan hoitoonsa. Opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä on kvantitatiivinen kyselytutkimus. Kysely tehdään lomakekyselynä psykiatrian poliklinikan potilaille ja toteutusajankohtana on syyskuu - lokakuu 2012. Kyselyjä jaetaan 100 kappaletta. Kysely toteutetaan siten, että osastosihteerit jakavat kyselylomakkeet potilaille, jotka voivat vastata kyselyyn kotona ja palauttaa sitten vastaukset poliklinikan postilaatikkoon tai osastosihteereille suljetussa kirjekuoressa.

Haminan psykiatrian poliklinikka on ollut aloitteentekijänä opinnäytetyössä ja on myös tiivistä mukana yhteistyössä. Kyselyn avulla saadaan vastauksia, joilla voidaan kehittää Haminan psykiatrian poliklinikan hoitotyötä.

Anon lupaa toteuttaa kysely Haminan psykiatrian poliklinikan potilaille. Kyselyt käsitellään potilaan yksityisyydensuojaa kunnioittaen ja niin, ettei potilaille aiheudu haittaa.

Yhteistyöstä kiittäen

Elina Myller, sairaanhoitajan sv  
elina.myller @student.kyamk.fi

Työnohjaajat: lehtori Leena Wäre  
leena.ware @kyamk.fi  
osastonhoitaja Anne Martomaa  
anne.martomaa @hamina.fi

Liitteet: Kyselylomake  
Sopimus opinnäytetyöstä

Lupa myönnetty \_\_\_\_

Lupa evätty \_\_\_\_

Aika ja paikka \_\_\_\_\_

Allekirjoitus \_\_\_\_\_