

Marjo Niemenmaa

POTILAIKEN MIELIPITEITÄ PSYKIATRISISTA
HOITOMUODOISTA KANKAANPÄÄN PÄIVÄOSASTOLLA

Hoitotyön koulutusohjelma
Terveystyön suuntautumisvaihtoehto
2010

POTILAIEN MIELIPITEITÄ PSYKIATRISISTA HOITOMUODOISTA KANKAANPÄÄN PÄIVÄOSASTOLLA

Niemenmaa, Marjo
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Terveystieteiden suuntautumisvaihtoehto
Huhtikuu 2010
Liimatainen-Yläne, Elina
Sivumäärä: 61
Liitteet: 4

Asiasanat: psykiatriset potilaat, psykiatrinen hoito, mielipiteet

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kerätä psykiatristen potilaiden mielipiteitä psykiatrisista hoitomuodoista Kankaanpään mielenterveyskeskuksen päiväosastolla. Opinnäytetyön tavoitteena on kerätyn tiedon avulla kehittää psykiatristen potilaiden toiminnallisia hoitomuotoja sekä tuoda lisää ymmärrystä psykiatrisia sairauksia kärsiviä potilaita kohtaan.

Opinnäytetyön teoriaosuus käsittelee Kankaanpään päiväosastolla yleisimmin esiintyviä psykiatrisia sairauksia, päiväosaston toiminnallisia hoitomuotoja sekä Kankaanpään päiväosastoa.

Opinnäytetyön tutkimus toteutettiin kvantitatiivisena tutkimuksena käyttäen mittarina kyselylomaketta. Kyselyn kohderyhmänä olivat Kankaanpään päiväosastolla hoitojaksolla vuosina 2008–2009 olleet potilaat. Tutkimukseen valittiin harkinnanvaraisesti noin vuoden aikana päiväosastolla hoitojaksolla olleet psykiatriset potilaat.

Opinnäytetyön tutkimuksen tuloksista käy ilmi psykiatristen potilaiden yleinen tyytyväisyys Kankaanpään päiväosaston hoitomuotoja kohtaan. Tutkimuksen mukaan päiväosaston hoitomuodoista merkittävimmät ovat yhteisön vertaistuki sekä omahoitajakeskustelut. Potilaiden mielipiteissä tuli selkeästi esille tyytyväisyys omahoitajan sekä yhteisön tukeen. Osittain puutteellisiksi koettiin musiikkiryhmä, mielekäs päivä- ja kuvaryhmä.

Suurin osa vastaajista oli tyytyväinen saamaansa hoitoon Kankaanpään päiväosastolla. Kehittämismahdollisuuksiksi potilaiden mielipiteiden mukaan muotoutuivat kuva- ja musiikkiryhmä sekä Mielekäs päivä – ryhmä. Ryhmiin toivottiin selkeämpää aihepiiriä, jonka pohjalta heräisi enemmän keskustelua. Päiväosaston toiminnallisiin ryhmiin toivottiin enemmän ulkoilua, retkiä ja tutustumiskäyntejä.

Opinnäytetyön tutkimuksen tuloksia voidaan käyttää jatkossa kehitettäessä psykiatristen potilaiden hoitomuotoja Kankaanpään päiväosastolla.

PATIENTS OPINIONS OF PSYCHIATRICAL TREATMENT METHODS IN KANKAANPÄÄ DAYTIME DEPARTMENT

Niemenmaa, Marjo

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Public Health Nursing

April 2010

Liimatainen-Yläne, Elina

Number of pages: 61

Appendices: 4

Key words: psychiatric patients, psychiatric treatment, opinions

The meaning of this scholarly thesis is to collect the opinions of the psychiatric patients for psychiatric treatment forms in the daytime department of the mental center in Kankaanpää. The goal of the scholarly thesis is with help of collected knowledge to develop functional treatment forms of the psychiatric patients and to bring more understanding for patients suffering psychiatric diseases.

The theoretical part of the scholarly thesis treats the most common psychiatric diseases in the daytime dept. in Kankaanpää, the functional forms in the daytime dept. and the daytime department in Kankaanpää.

Examination of the scholarly thesis carried on as a quantitative exam by using a questionnaire as a measuring instrument. As target of inquiry were the psychiatric patients who had been in treatment period in the years 2008-2009 at the daytime department in Kankaanpää. Those psychiatric patients who had been in treatment period during about one year in daytime department were chosen to examination as discretionarily.

From the results of the examination can be seen a general satisfaction of psychiatric patients with the treatment methods in the daytime department of Kankaanpää. According to the study the most remarkable methods of treatment of the daytime department are support of a peer group and discussion with a personal nurse. In the opinions of patients clearly appeared the satisfaction with the support of the personal nurse and the community. Musical group, meaningful day and picture group were experienced partly inadequate.

The majority of the answerers were satisfied with the cure they got at the daytime dept. in Kankaanpää. According to the opinions of the patients the picture- and music groups and the meaningful day group formed a development challenge. More clear themes in groups were hoped to wake up more discussion. For the functional groups in daytime dept. were hoped more exercise out of doors, trips and excursions.

The results of the examination can be used developing psychiatric treatment methods in Kankaanpää daytime department.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	PSYKIATRINEN POTILAS	8
2.1	Psykoottistasoiset häiriöt	9
2.2	Masennushäiriöt.....	11
2.3	Ahdistuneisuushäiriöt	12
2.4	Persoonallisuushäiriöt.....	13
3	PSYKIATRISET HOITOMUODOT	14
3.1	Omahoitaja.....	15
3.2	Vertaistuki.....	16
3.3	Musiikkiryhmä.....	16
3.4	Kuvaryhmä.....	17
3.5	Liikuntaryhmä.....	18
3.6	Keskusteluryhmä	19
3.7	Mielekäs päivä- ryhmä.....	19
4	KANKAANPÄÄN PÄIVÄOSASTO	20
5	OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYS.....	20
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	21
6.1	Tutkimusmenetelmä.....	21
6.2	Kohderyhmä ja sen valinta	22
6.3	Aineistonkeruumenetelmä	23
6.4	Aineiston käsittely ja analysointi.....	24
7	TUTKIMUSETIIKKA JA TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS	25
8	TUTKIMUKSEN TULOKSET	27
8.1	Tutkimukseen vastanneiden taustatiedot	27
8.2	Kyselyyn vastanneiden potilaiden hoitajaksot Kankaanpään päiväosastolla 2008–2009	30
8.3	Kyselyyn vastanneiden potilaiden mielipiteitä ja arviointeja psykiatrisista hoitomuodoista Kankaanpään päiväosastolla.....	32
8.3.1	Potilaiden mielipiteitä omahoitajuudesta	33
8.3.2	Potilaiden mielipiteitä vertaistuesta	36
8.3.3	Potilaiden mielipiteitä musiikkiryhmästä.....	38
8.3.4	Potilaiden mielipiteitä kuvaryhmästä	40
8.3.5	Potilaiden mielipiteitä liikuntaryhmistä	42
8.3.6	Potilaiden mielipiteitä rentoutusryhmästä.....	45
8.3.7	Potilaiden mielipiteitä keskusteluryhmästä.....	46

8.3.8 Potilaiden mielipiteitä Mielekäs päivä -ryhmästä	48
8.3.9 Potilaiden mielipiteitä kuntoutumiseen parhaiten auttaneista hoitomuodoista ja niiden perustelut	50
8.3.10 Potilaiden mielipiteitä päiväosaston hoitomuotojen kehittämistarpeesta	53
9 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	55
LÄHTEET	60
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Psykiatrisen hoidon osaamisen vaatimukset ovat muuttuneet viime vuosina niin osasto- kuin avohoidossakin. Sairaalahoidot ovat lyhentyneet, psykiatrisessa avohoidossa hoidon tarve ja kysyntä ovat kasvaneet vauhdilla. Mielialahäiriöitä, sekä erilaisia psykoottisia sairauksia kuten skitsofreniaa sairastavat potilaat ovat siirtyneet laitoshoidosta avohoitoon. Nämä kasvaneet potilasryhmät ovat alkaneet tarvitsemaan toisistaan erottuvia, osin täysin erilaisia hoitoprosesseja. Potilasryhmät avohoidossa ovat nuorempia ja akuuttitilanteet ovat lisääntyneet tällä vuosituhanella. Avohoidon kehittäminen ja hoitomuotojen arviointi on ajankohtaista nopeasti muuttuvassa yhteiskunnassamme. Psykiatria ei elä enää omaa suljettua elämäänsä, vaan kuuluu osaksi yhteiskuntaamme ja sen kehitystä. (Joffe 2005.)

Viimeisten vuosikymmenten aikana mielenterveystyön painopiste on siirtynyt avohoitoon. Se on käynnistänyt palvelurakenteen muutoksen, jossa avopalvelujen kehittäminen on käynyt välttämättömäksi, toisaalta taloudelliset resurssit ovat samaan aikaan rajoittaneet kehittämistä. Psykoterapeuttinen asenne sekä psykososiaaliset hoitomuodot ovat nykyisin mielenterveystyössä keskeisessä asemassa. (Vuori-Kemilä 2000, 27, 31.)

Ollessani opintoihini liittyvällä harjoittelujaksolla Kankaanpään päiväosastolla, kiinnostukseni heräsi psykiatriseen hoitotyöhön ja erityisesti päiväosaston hoitomuotoihin. Tuolloin heräsi ajatus päiväosaston hoitomuotojen mahdollisesta kehittämisestä potilaiden mielipiteiden avulla. Aihevalinta osoittautui ajankohtaiseksi. Kankaanpään päiväosastolla on potilasaines nuorentunut, potilaiden sairaudet ovat laajakirjoisia sekä akuutteja, kuitenkin hoitomuodot ovat lähes samat kuin kaksikymmentä vuotta sitten. Hoitomuotojen arviointi on ajankohtaista myös Kankaanpään päiväosastolla.

Psykiatrian ylilääkäri Arto Rainerma kertoo Kankaanpään mielenterveyskeskuksen 20-vuotisjuhlapuheessaan 14.9.2006 Kankaanpään päiväsaaralatoiminnan alkaneen elokuussa 1986. Tuolloin hoitumuotoina olivat hoidollinen yhteisö, omahoitajasuhteet, lääkehoito, keskusteluryhmät sekä erilaiset toiminnalliset ryhmät. Nämä hoitomuodot ovat edelleen osa päiväosaston arkea. Päiväosaston potilasaines on kuitenkin

tällä vuosituhanella muuttunut. Nuoria ja nuoria aikuisia on yhä enemmän hoidettavana päiväosastolla. Ikärakenteeltaan ja diagnooseiltaan erilaisten potilaiden hoitovaatimukset tuovat uusia haasteita päiväosaston hoitajille. Haasteisiin on tartuttu henkilökuntaa kouluttamalla. Päiväosaston vastaava osastonhoitaja, sairaanhoitaja (AMK) Vesa Uusi-Oukari on vuonna 2008 johtamisopinnoissaan keskittynyt siihen miten nuorten ja nuorten aikuisten hoitotyötä voidaan kehittää Kankaanpään päiväosastolla kouluttautumalla. Uusi-Oukari tuo työssään esille erilaisia konkreettisia koulutusmahdollisuuksia, joita ovat esimerkiksi kognitiivinen psykoterapiakoulutus, perhekoulutus, psykodynaaminen psykoterapiakoulutus, interpersoonallinen psykoterapiakoulutus, kuvataidepsykoterapiakoulutus, toiminta- ja musiikkiterapiakoulutus.

Kognitiivisessa psykoterapiakoulutuksessa kiinnitetään huomio uskomusten, tunteiden, asenteiden ja käyttäytymisen välisten yhteyksien havainnointiin. Kognitiivisessa terapiassa korostetaan potilaiden tunteita sekä mielen rakentumista ottaen huomioon potilaiden kehityshistorialliset tiedot. Perheterapiassa perhettä tarkastellaan sosiaalisessa vuorovaikutussuhteessa, siinä yritetään saada perhettä hahmottamaan toistensa ajatusten ja tunteiden välisiä yhteyksiä. Psykodynaaminen psykoterapiakoulutus perustuu psykoanalyttiseen teoriaan, siinä pyritään toistamaan potilaan aikaisempia tunnesiteitä terapeuttiinsa. Potilas oppii käsittelemään erilaisia ristiriitoja vuorovaikutuksellisin keinoin. Interpersonaalisessa psykoterapiakoulutuksessa tutkitaan sitä, miten masennus vaikuttaa ihmisten välisiin suhteisiin. Terapiassa keskitytään potilaan yhteen tai kahteen ongelma-alueeseen. Kuvataidepsykoterapiakoulutuksessa pyritään löytämään potilaan mielen sisäisiä käsityksiä itsestä sekä itselle tärkeistä ihmisistä kuvien avulla. Se on joko yksilö- tai ryhmäterapiaa turvallisissa olosuhteissa. (Uusi-Oukari 2008, 25–29.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kerätä psykiatristen potilaiden mielipiteitä Kankaanpään päiväosaston psykiatrisista hoitomuodoista. Kuntoutujan oman asiantuntijuuden kunnioittaminen ja muutokseen rohkaiseva työote ovat kuntoutumisvalmiuden kannalta erittäin merkittäviä tekijöitä. Toimintaympäristön luomat puitteet voivat sekä tukea ja mahdollistaa että ehkäistä kuntoutumista. (Peltomaa 2005, 4.)

2 PSYKIATRINEN POTILAS

Mielenterveysongelmia sairastavista potilaista käytetään useita käsitteitä. Käsitteitä ovat psykiatrinen potilas, mielenterveysongelmainen, mielenterveyshäiriöistä kärsivä, mielenterveysasiakas, mielenterveyspotilas sekä mielenterveyskuntoutuja. Tässä opinnäytetyössä käytän käsitettä psykiatrinen potilas.

”WHO:n määritelmän mukaan, mielenterveys on älyllisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila, jossa yksilö ymmärtää omat kykynsä, pystyy toimimaan elämän normaali-stressissä, pystyy työskentelemään tuottavasti tai tuloksellisesti ja pystyy toimimaan yhteisönsä jäsenenä” (WHO 1999).

Psykiatriseksi potilaaksi katsotaan henkilö, joka ei kykene täyttämään edellä mainittuja kriteereitä sairautensa vuoksi. Mielenterveydestä puhuttaessa keskustellaan elämäntapaongelmista, sosiaalisten tilanteiden tai elämäntilanteiden tuomista ongelmista sekä persoonallisuuden kehityksen vaurioitumisesta. Sigmund Freud kiteytti mielenterveyden kyvyksi rakastaa ja tehdä työtä. (Achte 1991, 33; Vuori-Kemilä 2000, 12.)

Mielisairauksiin ja niiden hoitoon on eri aikakausina liittynyt hyvin erilaisia käsityksiä. Varhaisissa alkukantaisissa yhteisöissä käsitys todellisuudesta oli maaginen, mielisairauksien ajateltiin johtuvan riivaavien henkien asettumisesta ihmisiin. Keskiajalla mielisairauksia pidettiin synnin seurauksena, paholaisen aiheuttamina. Luonnontieteellisen maailmankuvan myötä biologinen ja lääketieteellinen malli alkoi yleistyä, jolloin mielisairaudet ymmärrettiin sairauksiksi. Tuolloin uskottiin, että mielisairauksiin ei ole parannuskeinoa. Lääketieteellisen ajattelun voidaan katsoa alkaneen 1800-luvulta. Bleulerin lääketieteellinen skitsofrenialuokitus sekä Freudin psykoanalyttinen teoria ovat peräisin 1800-luvulta. (Vuori-Kemilä 2000, 24–26.)

Tässä opinnäytetyössä keskityn Kankaanpään mielenterveyskeskuksen päivöastolla hoitajaksolla olleiden psykiatristen potilaiden yleisimpiin psykiatrisiin sairauksiin.

2.1 Psykoottistasoiset häiriöt

Psykoottistasoisten mielialahäiriöiden sekä skitsofrenian lisäksi on olemassa runsaasti häiriöitä, joita yhdistää psykoottisuus. Näillä sairauksilla ei välttämättä kuitenkaan ole yhtenäisen etiologia. Psykoottinen henkilö arvioi ulkoista maailmaa selvästi poikkeavalla tavalla, koska hänen havainto- ja päättelytoimintansa ei toimi normaalilla tavalla. Kapeimmillaan psykoottisuus on selkeiden aistiharhojen ja harhaluulojen esiintymistä. Psykoottisuudesta voidaan puhua vasta silloin kun sillä on tietty ajallinen kesto ja se täyttää kullekin oireyhtymälle sovitut diagnoosikriteerit. Psykoosia arvioitaessa on muistettava biologisten, psykologisten sekä sosiaalisten ja kulttuuristen tekijöiden merkitys sairauden synnyssä. Kankaanpään mielenterveyskeskuksen päiväosaston potilaista yhä suurempi osa kärsii akuutista psykoosista. (Uusi-Oukari 2008, 4). Akuuttiin psykoosiin voivat johtaa ajankohtaiset kuormitus-tekijät, päihteet, lääkeaineet, somaattiset sairaudet sekä erinäiset tekijät, joita ei aina edes havaita. (Lönngvist & Honkonen 2001, 118.)

Skitsofrenia on useimmiten nuorena aikuisena alkava, psykoosiksi luokiteltu mielen-terveyden häiriö. Skitsofrenia on yksi ihmiskuntamme haastavimmista, puutteellimmin tunnetuista sairauksistamme. Skitsofrenia vaikuttaa haitallisesti älyllisiin sekä tunneperäisiin toimintoihin ja sitä kautta käyttäytymiseen. Skitsofrenialle tyypillisiä oireita ovat harhaluulot, aistiharhat, puheen ja käyttäytymisen hajanaisuus sekä negatiivisiksi oireiksi luonnehditut tunteiden latistuminen, puheen köyhtyminen ja tahdottomuus. Skitsofreniapotilaille tunnusomaisena piirteenä on aina pidetty mielen toimintojen kokonaisuuden pirstoutumista. Suurin osa potilaista oirehtii vuosia ja vuosikymmeniä. (Isohanni, Honkonen, Vartiainen & Lönngvist 2001, 57.)

Skitsofreenistyyppinen häiriö

Skitsofreenistyyppinen häiriö on diagnosoitu potilailla, joilla on hyvä ennuste. Käsitteen avulla on haluttu eritellä kroonista skitsofreniaa sairastavat potilaat lievemmästä häiriöstä. Skitsofreenistyyppinen häiriö on oirekuvaltaan samanlainen kuin skitsofrenia, mutta se on kestoltaan selkeästi lyhyempi. Häiriöjakson kestoksi edellytetään vähintään yhtä kuukautta, mutta kuitenkin vähemmän kuin puoli vuotta. Häiriössä psykoottiset oireet puhkeavat kuukauden kuluessa niin sanotusta normaalitilasta. Po-

tilaalla voi olla ennen sairastumista hyvä sosiaalinen ja ammatillinen toimintakyky. Häiriön myönteiseen kulkuun viittaa hyvä toimintakyky ennen sairastumista ja äkillinen sekavuus ja psykoottisuus. Tunteiden latistuminen tai sammuminen sekä pitkäaikainen sekavuus ja psykoottisuus ovat viitteitä huonosta ennusteesta. Joskus skitsofreenistyyppinen häiriö diagnosoidaan myöhemmin skitsofreniaksi. Skitsofreenistyyppisen häiriön esiintyvyyden on arveltu olevan noin viidesosa skitsofrenian esiintyvyydestä. (Lönngvist & Honkonen 2001, 121–122.)

Skitsoaffektiivinen häiriö

Skitsoaffektiivinen häiriö koostuu pääosin vakavasta mielialahäiriöstä, jolle ominaista ovat masennus ja mania tai molemmat yhtä aikaa. Lisäksi häiriöön kuuluu jakso, jolloin potilaalla on runsaasti skitsofrenialle tyypillisiä aistiharhoja sekä harhaluuloja. Tyypillistä häiriöjakson alkamiselle on selvät harhaluulot ja aistiharhat, tämän jälkeen korostuvat mielialaoireet, jotka saattavat kestää kuukausia. Skitsoaffektiivinen häiriö muistuttaa kaksisuuntaista mielialahäiriötä ja psykoottista masennusta. Skitsoaffektiivisen häiriön ennuste on selvästi skitsofrenian ennustetta parempi. Skitsoaffektiivista häiriötä sairastaa noin 0,5 % väestöstämme ja se on yleisempi naisilla kuin miehillä. (Lönngvist & Honkonen 2001, 123.)

Harhaluuloisuushäiriö

Harhaluuloisuushäiriön keskeisinä oireina ovat deluusiot eli harhaluulot. Harhaluulo on väärä uskomus, josta harhaluuloinen henkilö ei luovu. Harhaluuloinen henkilö pyrkii säilyttämään todellisuutta vastaamattoman uskomuksen, vaikka saisi todisteitakin olevansa väärässä. Vainoharhainen epäluuloisuus ympäristöä kohtaan voi muuttua psykoottiseksi, jos henkilö tulkitsee tapahtumia jatkuvasti väärästä uskemuksesta käsin. Tällöin potilaalle rakentuu sisäinen tulkintasääntö, jota hän käyttää yhä laajemmin. Valtaosa merkittävistä harhaluuloista on vainoavia, siksi harhaluuloisuushäiriötä on aikaisemmin kutsuttu paranoidiseksi psykoosiksi. Harhaluuloisuus voi olla mustasukkaisuutta, somaattista, eroottista tai suuruuskuvitelmiin perustuvaa. (Lönngvist & Honkonen 2001, 124–125.)

Lyhytkestoinen psykoottinen häiriö

Lyhytkestoinen psykoottinen häiriö eli reaktiivinen psykoosi on hyvin lyhyt psykoottinen häiriöjakso. Häiriö kestää vuorokaudesta kuukauteen, jonka jälkeen toimintakyvyn oletetaan palautuvan ennalleen. Psykoottinen häiriö voi alkaa nopeasti, tyypillistä sille on edeltävät stressitekijät, kuten ero tai erilaiset menetykset. Synnytyksen jälkeinen masennus voi johtaa myös psykoottiseen häiriöön. Psykoottisuus voi ilmetä psyyken puolustuskyvyn pettämisenä usean samanaikaisen stressitilanteen kohdattessa potilasta. Psykoottisen häiriön ennuste on hyvä. Potilas tarvitsee useimmiten kuitenkin psykososiaalista tukea kriisivaiheen jälkeen. (Lönngvist & Honkonen 2001, 130.)

2.2 Masennushäiriöt

Sanalla masennus voidaan tarkoittaa montaa eri tunnetilaa. Hetkellinen masennuksen tunne on normaali tunne-elämään kuuluva reaktio menetyksien ja pettymysten jälkeen. Masentunut mieliala onkin pysyvämmäksi muuntunut tunneviire. Tällöin on kysymys pitkäaikaisesta mielialan laskusta, joka voi kestää jopa vuosia. Mielenterveyden häiriöistä, masennustiloista puhutaan kun mielialan laskuun liittyy muita oireita. Mielenterveyden häiriö luokitellaan oireiden laadun, vaikeusasteen ja keston mukaan. Masennustilalle tyypillisiä oireita masentuneen mielialan lisäksi ovat mielihyvän menetys. Potilas ei vaikeimmissa tapauksissa tunne mielihyvää lainkaan asioista, jotka aikaisemmin ovat tuottaneet hyvän olon tunteen. Itseluottamuksen ja itsearvostuksen puute ovat useimmiten heikentyneet, potilas voi kokea itsensä täysin arvottomaksi. Masennuksen ääripäässä potilas tuntee jatkuvaa syyllisyyttä, joka voi johtaa itsetuhoiseen käytökseen. Masentunut potilas tuntee itsensä jatkuvasti väsyneeksi ja hänellä esiintyy eriasteisia unihäiriöitä. Vähentynyt tai lisääntynyt ruokahalu ja sitä kautta selkeä painon muutos, kuuluvat masennusoireyhtymästä kärsivän potilaan oireisiin. Masennustilat jaetaan lieviin, keskivaikeisiin, vaikeisiin ja psykoottisiin masennustiloihin, riippuen oireiden määrästä. (Isometsä 2001, 134–136.)

2.3 Ahdistuneisuushäiriöt

Ahdistuneisuuden tunteella tarkoitetaan levottomuutta, jännitystä, pelon kaltaista tunnetta, joka johtaa kauhuun tai paniikkiin. Ahdistuneisuushäiriössä potilas kokee pelkoa, jota ei kuitenkaan ole ilman todellista ulkoista vaaraa. Lievä ahdistus ja pelko kuuluvat normaaliin elämään, mielenterveyshäiriöstä puhutaan vasta kun ahdistus rajoittaa psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä ja se on hyvin voimakasta ja pitkäkestoista. Ahdistuneisuuteen kuuluu useimmiten välttämiskäyttäytyminen, potilas alkaa välttää tilanteita, joissa ahdistusta esiintyy. Yleisimpiä ahdistuneisuushäiriöitä ovat paniikkihäiriö sekä sosiaalisten tilanteiden pelko. (Isometsä 2001, 196.)

Paniikkihäiriö on mielenterveyden häiriö, jossa esiintyy toistuvia ahdistuskohtauksia eli paniikkikohtauksia. Ahdistuneisuushäiriöön voi liittyä voimakasta välttämiskäyttäytymistä, mutta sitä esiintyy myös ilman välttämiskäyttäytymistä. Paniikkikohtaukset voivat olla tilannesidonnaisia, mutta myös aivan odottamattomia. Paniikkikohtaukselle on tyypillistä, että se saavuttaa huippunsa noin kymmenessä minuutissa. Kohtauksessa potilaalla on voimakasta sydämen tykytystä, hikoilua, tärinää tai vapinaa. Potilaalla saattaa olla voimakas kuolemanpelko, hänellä on hengenahdistusta, rintakipu ja tunne tukehtumisesta. Akuutissa paniikkikohtauksessa potilaalla voi olla epätodellisuuden tunne, tunne siitä että kokee itsensä omassa ruumiissaan vieraaksi. (Isometsä 2001, 197.)

Julkisten paikkojen pelko eli agorafobia on ahdistuneisuuskohtauksen seurauksena syntyvä laaja-alainen välttämiskäyttäytyminen. Agorafobia voi liittyä paniikkikohtaukseen, mutta sitä esiintyy myös ilman paniikkihäiriötä. Agorafobialle luonteenomaista on sen esiintyminen paikoissa, joista on hankala päästä pois. Tällaisia ovat esimerkiksi jonossa kulkeminen, ihmisjoukossa oleminen ja julkisilla välineillä matkustaminen. Poistuminen yksin kotoa voi olla ylitsepääsemätöntä vaikeasta agorafobiasta kärsivälle potilaalle. Ahdistuneisuushäiriöiden hoito on varsin haastavaa, koska häiriöille on tyypillistä monihäiriöisyys. Suuri osa ahdistuneisuushäiriöistä kärsivistä sairastaa jossain elämänsä vaiheessa masennusta. Paniikkihäiriö näyttää liittyvän myös alkoholiongelmiin sekä persoonallisuushäiriöihin (Isometsä 2001, 198, 200.)

2.4 Persoonallisuushäiriöt

Persoonallisuushäiriöt ovat pitkäaikaisia käyttäytymismalleja, jotka esiintyvät haitallisina monenlaisissa elämäntilanteissa. Persoonallisuushäiriöt poikkeavat normaalista tavasta ajatella, tuntea, havaita ja etenkin suhtautua muihin ihmisiin. Persoonallisuuden muutos alkaa tavallisesti aikuisiällä, mutta sitä esiintyy myös nuoruudessa tai varhaisaikuisuudessa. Persoonallisuushäiriö on sisäinen kokemus tai käyttäytymistapa, joka poikkeaa selkeästi ympäristön odotuksista. Se vaikuttaa henkilön tapaan tulkita itseään tai muita, se on usein tunneperäistä, jossa vuorovaikutuskyky sekä impulssikontrolli ovat häiriintyneet. Persoonallisuushäiriöstä kärsivä potilas on joustamaton ja hänen käyttäytymisensä johtaa herkästi kärsimykseen henkilökohtaisissa ja sosiaalisissa tilanteissa. Persoonallisuushäiriöt luokitellaan kolmeen eri ryhmään. Epäluuloiselle, eristäytyvälle, psykoosiin liittyvälle persoonallisuudelle on ominaista tietynlainen outous ja erikoisuus. Epäsosiaalinen, epävakaa, huomionhakuinen ja narsistinen persoonallisuus ovat dramaattisia, tunteellisia ja epätasapainoisia. Kolmannessa ryhmässä olevat persoonallisuushäiriöstä kärsivät ovat ahdistuneita ja pelokkaita. Tähän ryhmään kuuluvat estynyt, riippuvainen sekä pakko-oireinen persoonallisuus. (Eronen, Henriksson & Marttunen 2001, 364–365, 369.)

Tunne-elämältään epävakaa persoonallisuus toimii hetken mielijohteesta, harkitsematta seurauksia. Potilaalle on tyypillistä mielialan vaihtelu ennalta arvaamatta. Hän on altis ristiriitaisille tunteenpurkauksille, joita ei kykene hallitsemaan. Tämän vuoksi hän joutuu herkästi riitaisuuteen toisten kanssa. Etenkin jos hänen käytöstä yritetään estää tai hallita. Tunne-elämältään epävakalla persoonallisuudella on häiriöitä minäkuvassa, hän ei kykene asettamaan itselleen päämääriä ja tavoitteita, vaan ajautuu herkästi epävakaisiin suhteisiin. Epävakalla persoonalla on voimakas hylätyksi tulemisen pelko, joka voi olla todellinen tai kuviteltu. Mielenterveyden häiriöön kuuluu usein itsetuhoinen käytös, ahdistus ja ärtyneisyys. Tunne-elämältään epävakaan persoonallisuuden diagnosoiluokkaan kuuluvat hyökkäävä persoonallisuus, rajatila persoonallisuus sekä räjähdysaltis persoonallisuus. (Eronen ym. 2001, 376–377.)

3 PSYKIATRISET HOITOMUODOT

Psykiatrisella hoitomuodolla tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä Kankaanpään mielenterveyskeskuksen päiväosastolla käytössä olevia hoitomuotoja. Päiväosaston hoitomuodoissa korostuu yhteisöllisyys ja vertaistuki. Hoidot toteutetaan pääosin yhteisöhoitona lukuun ottamatta omahoitajuutta. Jokaisella potilaalla on omahoitaja, jonka kanssa potilas käy yksilökeskustelut. Omahoitaja auttaa ja on tukena potilaalle myös käytännön asioissa. Kankaanpään mielenterveyskeskuksen päiväosasto on toiminut alusta alkaen yhteisöllisin periaattein. Yhteisöllisyys on ollut päiväosaston erityisenä kehittämisaikana jo vuosina 1994–1996. Tuolloin päiväosastolla toteutettiin yhteisöllisyyden kehittämisprojekti. Merkittävää yhteisöllisyysprojektin yhteenvedossa palautekyselyjen mukaan oli yhteisöllisten ja toiminnallisten hoitomuotojen korostuminen. Enemmistön mukaan parasta ja hyödyllisintä hoidossa oli vuorovaikutus potilastovereiden ja hoitohenkilökunnan kanssa. (Järvenpää, Uusi-Oukari, Aalto & Kero 1996, 8.) Yksilöhoito ja ryhmähoito täydentävät toisiaan. Potilas voi oppia ryhmässä näkemään psyykkisten vaikeuksien dynamiikkaa ja oppia näin paremmin ymmärtämään itseään. Ryhmässä voi oppia myös normeihin sopeutumista sekä oppia huomaamaan, että muillakin on samanlaisia ongelmia kuin itsellä. (Achte & Alanen 1991, 162.)

Kankaanpään mielenterveyskeskuksen päiväosastolle potilaat lähetetään useimmiten psykiatrian poliklinikalta ja nuorten työryhmästä. Nuorten työryhmä on erikoistunut erityisesti nuorten ongelmiin. Työryhmään kuuluvat psykologi, sosiaalityöntekijä, sairaanhoitaja ja lääkäri. Potilaat käyvät alustavasti tutustumiskäynnillä päiväosastolla, jonka jälkeen sovitaan mahdollisesta hoitajaksosta. Hoitoaika on yksilöllinen, sen pituutta tarkastellaan jakson edetessä. Potilaille tehdään hoitosuunnitelma, joka toimii työvälineenä hoitosuhteessa. (Uusi-Oukari 2008, 6.) Hoidossa tärkeänä työvälineenä toimii viikko-ohjelma (liite 3), jota noudatetaan mahdollisimman tarkasti. Päiväosaston kaikki toiminnot on aikataulutettu ja aikataulussa pyritään pysymään mahdollisimman tarkkaan. Potilaiden hoidon kannalta tarkat normit ja rajat ovat välttämättömiä. Päiväosaston viikko- ja päiväohjelma on rakennettu siten, että jokaisella hetkellä on tarkoituksensa potilaan auttamiseen. Jokainen päivä alkaa aamuteellä ja aamukokouksella. Aamukokouksessa keskustellaan potilaiden kuulumiset, käydään

läpi päiväohjelmaa sekä maanantaisin jaetaan viikon työt. Potilaat osallistuvat tasa-vertaisina viikon töihin, näitä ovat esimerkiksi ruokakärryn hakeminen ja vieminen, astioiden kattaminen, tiskaaminen ja leivonta. Aamukokous päättyy tavallisesti aamuvoimisteluun joko potilaan tai hoitajan ohjaamana. Päivä päätetään loppukokoukseen, jossa käydään läpi päivän tapahtumia ja suunnitellaan tulevaa. Muita päiväosaston toiminnallisia ryhmiä ovat Mielekäs päivä-, leivonta-, kuva-, keskustelu-, liikunta-, rentoutus-, musiikki- ja tavoiteryhmä. Päiväosastolla on lääkäri 2-3 kertaa viikossa. Torstaisin on hoitokokous, johon osallistuvat potilas, mahdolliset omaiset, sosiaalityöntekijä, psykologi, omahoitaja ja lääkäri. (Päiväosaston työryhmän henkilökohtainen tiedonanto 15.11.2009.)

3.1 Omahoitaja

Omahoitaja on potilaalle nimetty henkilökohtainen hoitaja, joka tukee, ohjaa ja neuvoo potilasta koko hoitajakson ajan. Omahoitaja antaa tunnustusta kaikesta edistymisestä sekä tukee ajatuksia tulevasta edistymisestä. Hyvät suhteet psykiatrisen potilaan ja omahoitajan välillä ovat edellytys hoitosuhteen onnistumiselle. Omahoitaja on kuin henkilökohtainen valmentaja, joka hoitosuunnitelmaa noudattaen kannustaa, tukee, seuraa ja antaa myönteistä palautetta.

Kankaanpään mielenterveyskeskuksen päiväosastolla on omahoitajakeskusteluja yksilöllisesti kahdesta kolmeen kertaan viikossa. Potilaan halutessa omahoitajakeskusteluja, niitä pyritään järjestämään mahdollisuuksien mukaan lisää. Omahoitajakeskustelut käydään yksilökeskusteluna oman hoitajan kanssa. Tällöin avautuu potilaalle mahdollisuus syvällisempiin keskusteluihin. Omahoitajakeskustelujen aikana kirjataan konkreettisesti paperille käsitelkartin muodossa ongelmat, niihin johtaneet syyt ja seuraukset sekä tavoitteet tulevasta. Usein tällainen käsitelkarta antaa potilaalle uusia näkökulmia sairauten johtaneista syistä ja auttaa potilasta ymmärtämään paremmin sairauttaan. Käsitelkartaan voidaan myös piirtää erilaisia ratkaisumalleja tavoitteiden saavuttamiseksi. Tällöin potilas huomaa, että ongelmiin on useita ratkaisukeinoja. Parhaimmillaan potilas löytää ratkaisumallin ongelmiinsa, kokee turvallisuutta, itsevarmuutta ja kuntoutumisprosessi käynnistyy. (Päiväosaston työryhmän henkilökohtainen tiedonanto 15.11.2009.)

3.2 Vertaistuki

Vertaistuki on samanlaisessa elämäntilanteessa elävän ihmisen antamaa sosiaalista tukea. Ryhmätoiminnan tavoite on tukea vertaistukea. Tietoisuus siitä, että on olemassa ihmisiä, joilta voi saada emotionaalista, tiedollista ja arviointia sisältävää tukea sekä käytännön apua, luo psykiatrisille potilaille turvallisuuden tunteen. Pienryhmissä voi saada toisiltaan tietoa, joka avaa uusia näkökulmia sekä auttaa jäsentämään omaa elämäntilannettaan. Samalla ryhmä antaa mahdollisuuden jakaa kokemuksia muiden potilaiden kanssa. Ryhmissä syntyneet uudet ihmissuhteet lujittavat sosiaalista verkostoa, lisäävät voimavaroja, auttavat selviämään arkisista tilanteista sekä tuovat iloa ja mielihyvää arkeen. (Honkanen 2008, 308.)

3.3 Musiikkiryhmä

Musiikki- ja taideterapiasta puhuttaessa tulee erottaa ero musiikkiterapian ja musiikin terapeutin käytön sekä taideterapian ja taiteen terapeutin käytön välillä. Terapiaa antaa henkilö joka on saanut terapiakoulutuksen. (Ahonen 1993, 35.) Kankaanpään mielenterveyskeskuksen päiväosastolla musiikkia ja taidetta käytetään terapeutin välityksellä, hoitajat siis eivät ole saaneet musiikki- tai taideterapian koulutusta.

Päiväosaston musiikkiryhmä kokoontuu kerran viikossa ja ryhmä kestää 45 minuuttia. Potilaiden lisäksi ryhmässä on yksi hoitaja. Musiikkiryhmässä kuunnellaan joko itse valittuja tai hoitajan toimesta valittuja musiikkikappaleita. Musiikkiryhmässä kommunikaatio perustuu musiikilliseen viestintään, jonka avulla voidaan ilmaista tunteita sekä yhteisiä kokemuksia. Musiikkiryhmän tavoitteena on keskittymiskyvyn parantuminen, aktiivisuuden ja osallistuvan toiminnan lisääntyminen, rentoutuminen ja virkistyminen sekä psyykkisen sairauden tuoman olotilan helpottuminen. (Matikka 1996, 123.) Heidi Ahonen-Eerikäinen (1999) painottaa musiikkiterapiassa sitä, että potilaan kohtaaminen tapahtuu aina sekä terapeutin persoonan että musiikin välillä. Hoitosuhde on siinä keskeistä. Potilas on tärkeää kohdata siinä tilanteessa missä hän on. Tämä on mahdollista vain olemalla läsnä, myös omien tunteidensa kanssa ja ihmisenä. Määritelmä, musiikki terapian välineenä on tärkeä, sillä ilman ihmisten jonkinasteista vuorovaikutusta ei ole musiikkiterapiaa. (Lehtonen 1989, 13).

Musiikin suojassa oleva ihminen etäännyttää traumaattisia, ahdistavia ja vaikeita ongelmia, silloin musiikkia käytetään muodostamaan objekteja, joista keskustellaan. Musiikki tuo mieleen muistoja, fantasioita ja unia. Nämä muistot johtavat uusiin ajatuksiin, muistoihin ja oivalluksiin synnyttäen ketjuja erilaisista merkityskokemuksista. Nämä taas tuovat mieleen asioita ja tunteita menneisyydestä ja auttavat luomaan tulevaa. (Lehtonen 1989, 27.)

Musiikki terapeuttisena välineenä sopii monenlaisiin tarkoituksiin sekä monenlaisille potilaille. Siihen osallistumisen kynnyks on matala. Gianluigi di Franco (1999) kirjoittaa psykoottisen potilaan lähestymistavasta. Psykoottinen potilas ei ole tietoinen tilastaan, siksi psykoottiseen potilaaseen ei voida Francon mukaan toteuttaa samoja strategioita kuin potilaaseen, joka on tietoinen pahanolontunteestaan. Päivöastoston musiikkiryhmässä ovat mukana kaikki osaston potilaat riippumatta diagnoosista.

Kankaanpään mielenterveyskeskuksen päiväosastolla on pohdittu musiikkiryhmän kehittämishaasteita. Etenkin nuorten aikuisten lisääntyminen potilaina on tuonut uusia haasteita. Vaihtoehtona musiikin kuuntelussa on pohdittu toiminnallisia ryhmiä, joissa potilaat voivat soittaa instrumentteja. Toiminnan tarkoituksena on tarjota potilaille myönteisiä tunne-elämyksiä omasta onnistumisesta musiikin parissa, toisaalta potilaat voivat musiikin keinoin lähestyä turvallisesti omaa ahdistustaan. Yhtyesoiton on todettu edistävän potilaiden empaattisia kykyjä sekä keskinäistä yhteenkuuluvuuden tunnetta. Samalla se antaa ilmaisukanavan tukahdutetuille ja kipeille tunteille. Musiikkitoiminta luo mahdollisuuksia tuoda itseään esille hyväksytyllä ja arvokkaalla tavalla. (Lehtonen & Leino 1989, 82–83.)

3.4 Kuvaryhmä

Kankaanpään päiväosaston kuvaryhmä on 75 minuuttia kestävä hoitosuunnitelman mukainen toiminnallinen ryhmä. Ryhmässä on yhdestä kahteen ohjaajaa. Kuvaryhmän toteutuksessa on tärkeää selkeät, sovitut ulkoiset puitteet. Kuvaryhmä alkaa keskustelulla, jossa potilaille kerrotaan ryhmästä ja sen tarkoituksesta. Ryhmän aiheen voi antaa ohjaaja, mutta potilaat voivat myös sen määrittellä. Työskentelymate-

riaali on useimmiten vapaasti valittavissa. Työskentelyvaihe kestää noin 20–30 minuuttia. Valmiit työt ripustetaan itse seinälle ja jokainen potilas saa halutessaan kertoa, millaisia ajatuksia omat tai toisten työt tuovat. (Päiväosaston työryhmän henkilökohtainen tiedonanto 15.11.2009.)

Ensitapaamisella kuvaryhmässä on erityisen tärkeää selvittää ja keskustella kuvaryhmän tarkoituksesta. Tarkoitus ei ole tehdä hyviä ja kauniita piirustuksia, vaan keskittymään kokemaan oma tilanne avoimesti ja aidosti sekä elämään se läpi omien kykyjen mukaan. Psykkisissä häiriöissä tapahtuvan taantumisen vuoksi esimerkiksi tunne-elämän ristiriidat tulevat helpommin esiin kuvallisessa kommunikaatiossa. Eniten hyötyvät potilaat, joilla on vaikeuksia ilmaista tunteitaan ja ajatuksiaan sanallisesti. Kuvataideterapiassa työstetty teos toimii siltana hoitajan ja potilaan välillä. Ne herättävät kysymyksiä, tunnetiloja ja oivalluksia. Kuvien avulla voidaan vapauttaa vihan ja aggression tunteita. Kuva tarjoaa turvallisen ja hyväksytyin kanavan kielteisten tunteiden käsittelyyn. (Annola 1996, 132–133.)

3.5 Liikuntaryhmä

Kankaanpään mielenterveyskeskuksen päiväosaston liikuntaryhmä on kaksi kertaa viikossa kokoontuva toiminnallinen ryhmä. Liikuntaryhmän kokoontumiskerrat ovat urheilukeskuksessa. Tiistaisin liikuntaryhmä kokoontuu tavallisesti kuntosalin merkeissä ja keskiviikkoisin uinnin, sählyn tai molempien merkeissä. Kuntosaliryhmä on kestoltaan 45 minuuttia ja keskiviikon liikuntaryhmä 90 minuuttia. Liikuntaryhmään osallistuvat potilaat hoitosuunnitelmansa mukaan. Potilaat voivat vaihtoehtoisesti, sovittuaan ohjaajan kanssa, harrastaa myös muita liikuntamuotoja. (Päiväosaston työryhmän henkilökohtainen tiedonanto 15.11.2009.)

Liikunta vaikuttaa ihmiseen biologisesti, psyykkisesti ja sosiaalisesti. Se on käyttäytymistä, jota ihmisen psyyke säätelee. Liikunnan keskeinen psyykkistä tasapainoa tukeva vaikutus on tuottaa ihmiselle mielihyväsävytteinen minäkokemus. Liikunnan merkitystä yleisimpien mielenterveydenhäiriöiden hoitokeinona on tutkimuksien mukaan pidetty tehokkaana. Liikunta on ihmisen perusvietti, se lievittää jo pienissä

määrin henkistä ahdistusta. Liikuntaryhmä luo sosiaalisia kontakteja, potilas kokee kuuluvansa ryhmään sekä tulleeensa hyväksytyksi. Liikunta auttaa kestäämään paremmin fyysisiä kontakteja, joukkuepeleissä potilas joutuu kestäämään toisen ihmisen läheisyyttä sekä koskettamista. Liikunnassa voi tuoda aitoja tunteita esille sekä kokea voittamisen ilon ja häviämisen surun turvallisessa ympäristössä. Molemmat kokemukset ovat tärkeitä. Parhaimmillaan liikunta kasvattaa stressinsietokykyä, auttaa kantamaan vastuuta sekä kohottaa itsetuntoa ja yleistä aktiivisuutta. (Kuoppasalmi 1999, 331–332.)

3.6 Keskusteluryhmä

Päiväosaston keskusteluryhmä kokoontuu kaksi kertaa viikossa, kerrallaan 45 minuuttia. Keskusteluryhmään potilaat osallistuvat hoitosuunnitelman mukaan. Uusille potilaille kerrotaan aluksi ryhmästä ja korostetaan erityisesti vaitiolovelvollisuutta. Keskustelujen aiheet voivat tulla potilailta, mutta joskus myös hoitotyöryhmä sopii keskenään tilanteeseen sopivan aiheen. Ryhmän tavoitteena on yhteisöllisyyden tiivistäminen. Ryhmässä pyritään auttamaan toinen toistaan tunteiden ilmaisuun, toisen huomioonottamiseen, oivaltamiseen, kommunikaatiokyvyn paranemiseen sekä kuuntelutaitoon. (Päiväosaston työryhmän henkilökohtainen tiedonanto 15.11.2009.)

3.7 Mielekäs päivä-ryhmä

Mielekäs päivä -ryhmä on toiminnallinen ryhmä maanantai-iltapäivisin. Ryhmä voi sisältää esimerkiksi terveysneuvontaa ajankohtaisista aiheista. Se voi olla tietoisuustupakan, huumeiden tai päihteiden haitoista. Mielekäs päivä -ryhmä voi sisältää ulkoilua, retkeilyä, tutustumiskäyntejä tai mukavaa, leppoisaa yhdessäoloa. Mielekäs päivä -ryhmän kulkuun voivat potilaat itse vaikuttaa mieltymyksiensä mukaan.

4 KANKAANPÄÄN PÄIVÄOSASTO

Kankaanpään mielenterveyskeskuksen päiväosasto on Satakunnan sairaanhoitopiirin avohoitoyksikkö Kankaanpäässä. Päiväosasto toimii mielenterveyspotilaiden tutkimus- ja hoitopaikkana. Osastolle tulevat potilaat tarvitsevat päivittäistä hoitoa, mutta eivät kuitenkaan sairaalahoitoa. Tavoitteena on kokonaisvaltainen fyysisen, sosiaalisen ja psyykkisen hyvinvoinnin tukeminen. (Kankaanpään päiväosaston toiminta-ajatus 2008.)

Kankaanpään mielenterveyskeskus vastaa Kankaanpään, Honkajoen, Siikaisten, Karvian, Jämijärven, Lavian ja Pomarkun aikuisväestön psykiatrisesta erikoissairaanhoidosta. Kankaanpään mielenterveyskeskus tekee yhteistyötä perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen kanssa. Päiväosastolla on kahdeksan potilaspaikkaa ja se toimii arkisin klo 9.00 – 15.00. (Satakunnan sairaanhoitopiirin www sivut.)

Päiväosaston henkilökuntaan kuuluu vastaava osastonhoitaja, joka osallistuu myös aktiivisesti potilastyöhön sekä kaksi sairaanhoitajaa. Päiväosaston työryhmään kuuluvat lisäksi ylilääkäri sekä psykiatrian poliklinikalta psykologi ja sosiaalityöntekijä. Päiväosastolla työskentelee myös laitoshuoltaja.

5 OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYS

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kerätä psykiatristen potilaiden mielipiteitä Kankaanpään mielenterveyskeskuksen päiväosastolla toteutettavista hoitomuodoista. Tutkimuksen tavoitteena on kerätyn tiedon avulla kehittää psykiatristen potilaiden toiminnallisia hoitomuotoja sekä tuoda lisää ymmärrystä psykiatrisia sairauksia kärsiviä potilaita kohtaan.

Tutkimuskysymyksinä ovat

1. Miten psykiatriset potilaat kuvasivat toiminnallisten hoitomuotojen auttavan kuntoutumiseensa?
2. Miten psykiatrisia hoitomuotoja voidaan kehittää Kankaanpään päiväosastolla?

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tutkimuksen lähdemateriaalin kerääminen aloitettiin keväällä 2008. Lähteiden keräämisessä hyödynnettiin kirjastojen tietokantoja sekä käytettiin yliopistojen ja ammattikorkeakoulujen julkaisuja. Yhteistyökumppanilta, Kankaanpään päiväosastolta saatiin myös merkittävää materiaalia viitekehyksen rakentamiseen. Päiväosaston työryhmältä saatiin henkilökohtaisesti tietoutta toiminnallisten ryhmien kulusta. Avainsanoina viitekehyksen rakentamisessa käytettiin sanoja psykiatriset potilaat, psykiatrinen hoito, mielipiteet ja päiväsaairaat.

6.1 Tutkimusmenetelmä

Empiirinen tutkimus on käytännön tavoitteisiin pyrkivää soveltavaa tutkimusta. Se on itsenäistä ja omaperäistä tiedon etsintää, jossa käytetään tukena perustutkimuksen tuloksia. Empiirinen tutkimus voi olla kvalitatiivinen tai kvantitatiivinen, jossa analysoidaan erilaisia konkreettisia aineistoja. (Holopainen & Pulkkinen 2002, 17.)

Tutkiminen on valintojen ja päätösten tekemistä, jossa valinnat ovat usein ongelmallisia. Tutkimusmenetelmää valittaessa on pohdittava mitkä menetelmät tuovat parhaiten vastauksen tutkimusongelmaan ja miten valinta perustellaan. Harvoin on yhtä oikeaa vaihtoehtoa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 119–120.) Tämän opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä käytettiin kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusmenetelmää. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa voidaan selvittää kuvaillen ihmisten tunteuksia ja hoitotyön toimintoja. Tutkimuksessa on tarkoitus esittää tutkimusongelman keskeisiä ja kiinnostavia piirteitä. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa on keskeistä

aiemmat teorit, johtopäätökset aiemmista tutkimuksista, käsitteiden määrittely, perusjoukon sekä otoksen valinta. (Hirsjärvi ym. 2007, 135–136.)

Tämän opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi valittiin kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä, koska pyrkimyksenä oli saada mahdollisimman objektiivista tietoa tarkoin rajatusta kohteesta. Tutkimusaineiston kokoaminen todettiin parhaaksi menetelmällä, joka mahdollistaa numeerisen mittaamisen ja jonka mittaustulokset soveltuvat parhaiten määrälliseen tutkimukseen. Tarkoituksena oli helpottaa aineiston saattamista tilastolliseen muotoon. Tässä tutkimuksessa tutkimustyyppinä käytettiin survey- eli kyselytutkimusta. Survey -tutkimus on suunnitelmallinen lomaketutkimus. Survey-tutkimuksessa keskeistä on otoksen poiminta suuremmasta joukosta ja standardoituuus eli jokaiselle tutkittavalle esitetään samanlaiset kysymykset. (Hirsjärvi ym. 2007, 188.) Opinnäytetyöntekijän kiinnostus laatia tutkimus suuremmalle joukolle asetti kvantitatiivisen tutkimuksen käytännöllisimmäksi vaihtoehdoksi.

6.2 Kohderyhmä ja sen valinta

Kvantitatiivisen tutkimuksen tavoitteena on saada yleistettäviä päätelmiä. Tutkija määrittelee perusjoukon ja poimii tästä joukosta edustavan otoksen. Otanta voidaan tehdä monin tavoin. Otanta on menetelmä, jolla otos valitaan. Otanta tarkoittaa havaintoyksiköiden poimimista perusjoukosta niin, että on sattumanvaraista, mitkä yksiköt joutuvat otokseen. Otannoista puhuttaessa, puhutaan yksinkertaisesta satunnaisotannasta, systemaattisesta otannasta, ositetusta otannasta sekä ryväotannasta. Havainnot voidaan valita myös harkinnanvaraisesti, tällöin on kyseessä harkinnanvaraisen näytteen poimiminen. (Hirsjärvi ym. 2007, 175; Alkula, Pöntinen & Ylöstalo 1995, 106–108.)

Tämän tutkimuksen perusjoukko oli Kankaanpään mielenterveyskeskuksen päiväosaston psykiatriset potilaat. Tähän tutkimukseen otettiin mukaan päiväosastohoidossa 28.7.08 – 30.7.09 välisenä ajanjaksona olleet potilaat. Tutkimukseen valittiin harkinnanvaraisesti vuoden aikana päiväosastohoitoa saaneet potilaat. Tutkimuksessa oli kyseessä harkinnanvarainen näyte. Kohderyhmän potilaat sairastavat diagnosoiltaan

erilaisia psykiatrisia sairauksia tai mielenterveyden häiriöitä. Päiväosaston potilaiden hoitajakset ovat kestoaltaan eripituisia, keskimääräinen hoitajakso kestää kolmesta neljään viikkoon.

6.3 Aineistonkeruumenetelmä

Tässä opinnäytetyössä aineistonkeruumenetelmänä käytettiin kyselytutkimusta. Survey -menetelmillä tarkoitetaan etukäteen strukturoitua aineiston keruuta kysely- ja haastattelulomakkeen avulla. Kysely- ja haastattelumenetelmien vahvuutena pidetään erityisesti niiden tehokkuutta ja taloudellisuutta silloin kun halutaan tietoja suuren ihmismäärän toiminnasta, asenteista ja mielipiteistä. Kyselymenetelmää käytettäessä voidaan luotettavasti arvioida etukäteen, kuinka paljon resursseja aineiston keruu ja analysointi vaativat. Kyselytutkimuksessa valmiiden vastausvaihtoehtojen tekeminen vaatii tutkittavien asioiden luokittelua ja käsitteellistämistä etukäteen. Valmiiksi luokiteltujen vastausten valintaan voi liittyä satunnaisuutta ja virhettä, se onkin yksi kyselytutkimuksen haittapuolista. Aineiston keruun hyvä etukäteissuunnittelu ja toteutus on paras keino saada luotettavaa aineistoa. (Alkula ym. 1995, 118–122.)

Kyselylomakkeessa (liite 1) käytettiin avoimia kysymyksiä, monivalintakysymyksiä sekä Likertin asteikkoa. Avoimen vaihtoehdon avulla ajateltiin saatavan näkökulmia, joita opinnäytetyön tekijä ei etukäteen osannut ajatella. Likertin asteikko on tavallisimmin viidestä seitsemään portainen ja sen vaihtoehdot muodostavat nousevan tai laskevan skaalan (Hirsjärvi ym. 2007, 195). Tässä kyselylomakkeessa Likertin asteikon avulla saatiin kysytyä monia eri asioita useista hoitomuodoista, kysymyksiä määrän nousematta liian suureksi. Kyselylomakkeen kysymykset 1-4 olivat taustakysymyksiä, 5-7 liittyivät hoitajaksoihin päiväosastolla ja kysymyksillä 8-10 toivottiin saatavan spesifiä tietoa hoitomuodoista. Kyselylomakkeen laadinnassa pyrittiin selvyyteen, käyttämällä lyhyitä kysymyksiä ja välttämällä kaksoismerkityksiä. Kyselylomakkeen tekemisen kriteerinä oli pyrkiä mahdollisimman lyhyeen, mutta selkeään lomakkeeseen.

Kyselylomakkeen mukana lähetettiin saatekirje (liite 2) jossa kerrottiin kyselyn tarkoituksesta ja tärkeydestä sekä kyselyn merkityksestä vastaajalle. Saatekirjeessä painotettiin kyselyn vapaaehtoisuutta sekä luottamuksellisuutta. Kysely toteutettiin postikyselyinä opinnäytetyöntekijän toimesta Kankaanpään päiväosastolla. Luottamuksellisuuden varmistamiseksi osoitetiedot kirjattiin kirjekuoriin päiväosastolla. Opinnäytetyön tekijä kirjasi osoitetiedot suoraan potilaiden tietokannasta postituskuoriin. Kyselyyn osallistuneiden potilaiden nimilista säilytettiin juoksevin numeroin varustettuna Kankaanpään päiväosastolla suljetuissa tiloissa. Nimilistalla haluttiin varmistaa se, että mahdollinen karhuamiskysely voidaan lähettää sellaisille potilaille, jotka eivät olleet kyselyyn vielä vastanneet. Kysely toteutettiin 25.11.09, vastausaikaa annettiin kaksi viikkoa. Psykiatrian poliklinikan työntekijöille jaettiin kullekin nimilista kyselyyn osallistujista. Useimmat päiväosastolla hoitajaksolla olleista potilaista jatkavat käyntejään osastohoidon jälkeen psykiatrian poliklinikalla. Potilaiden poliklinikakäynnit mahdollistivat potilaiden rohkaisemisen kyselyn täyttämiseen. Kyselylomakkeita saatekirjeineen sekä postimerkillä ja kirjekuorella varustettuna lähetettiin 48 kappaletta, vastauksia saatiin 18 kappaletta. Kyselylomakkeiden vastausosoitteeksi kirjattiin Kankaanpään päiväosasto, josta opinnäytetyöntekijä haki vastaukset. Näin varmennettiin se, että potilaiden henkilötiedot eivät joutuneet päiväosaston ulkopuolelle. Vastausprosentin alhaisuuden vuoksi sekä tutkimuksen luotettavuuden parantamiseksi kysely uusittiin 15.1.10, vastausajan ollen tällöinkin kaksi viikkoa. Vastauksia saatiin toisella kerralla 14 kappaletta, jolloin lopullinen vastausprosentti oli 67 %

6.4 Aineiston käsittely ja analysointi

Kerätyn aineiston analyysi, tulkinta ja johtopäätösten teko on tutkimuksen tärkeä vaihe. Analyysivaihe on tutkimuksen tavoite ja sen tarkoituksena on antaa vastaus tutkimusongelmiin. (Hirsjärvi ym. 2007, 216.) Kvantitatiiviselle tutkimukselle on tyypillistä, että aineiston kerääminen ja analysointi eriytyvät eri vaiheiksi. (Alkula ym. 1995, 114). Tämän tutkimuksen aineisto käsiteltiin Microsoft Excel- taulukkolaskentaohjelmalla sekä Tixel- tilasto-ohjelmalla. Kyselylomakkeet numeroitiin juoksevilla numeroilla, jonka jälkeen kyselyn vastaukset tallennettiin havain-

tomatriisiin ja aineistosta muodostettiin muuttujia. Aineisto koodattiin muuttujien mukaisesti. Koodaaminen tarkoittaa sitä, että jokaiselle tutkittavalle kohteelle annetaan arvo jokaisella muuttujalla.

Kyselytutkimus sisälsi kolme avointa kysymystä. Avoimet kysymykset kirjoitettiin puhtaaksi sananasaisesti. Tällaista menetelmää kutsutaan litteroinniksi ja se on tyypillistä laadulliselle eli kvalitatiiviselle tutkimukselle. Kvalitatiivinen eli laadullinen analyysi on usein aikaa vievää. (Hirsjärvi ym. 2007, 217.) Tässä tutkimuksessa päädyttiin avoimien kysymysten vähäisen määrän vuoksi litterointiin. Kysymyslomakkeen avoimet kysymykset ryhmiteltiin päiväosaston hoitomuotojen mukaan sekä määrällistettiin eli kvantifioitiin. Avoimet kysymykset käsiteltiin sisällön erittelyä käyttäen. Sisällön erittelyssä aineisto tavallisesti luokitellaan ja pelkistetään, joskus näihin viitataan myös teemoitteluna ja tyypittelynä. Käytännössä luokittelu tarkoittaa sitä, että aineistosta etsitään samankaltaisuuksia. (Räsänen 2005b, 94.) Tässä tutkimuksessa mittaus suoritettiin laskemalla, kuinka usein jostain asiasta on kirjoitettu.

7 TUTKIMUSETIIKKA JA TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS

Tutkimusetiikassa on kysymys siitä, miten tehdään eettisesti hyvää ja luotettavaa tutkimusta. Tutkimuskohteen valintaan liittyy eritasoisia eettisiä ongelmia. Tutkittavan asian tulee olla tieteellisesti mielekäs ja perusteltu. Tutkimusaihe ja tutkimusongelman määrittely ei saa loukata ketään, tähän on erityisesti kiinnitettävä huomio kun tutkitaan niin sanottuja haavoittuvia ryhmiä. Haavoittuvia ryhmiä ovat lapset, vanhukset, alkoholistit sekä mielenterveyspotilaat. (Leino-Kilpi 2006, 284–286.)

Etiikan peruskysymyksiin kuuluu kysymys hyvästä ja pahasta, oikeasta ja väärästä. Tutkimusta tehtäessä on otettava huomioon useita eettisiä kysymyksiä. Eettisesti hyvä tutkimus edellyttää hyvää tieteellistä käytäntöä. Lähtökohtana tutkimuksessa on ihmisarvon kunnioittaminen. (Hirsjärvi ym. 2007, 25.)

Tämän opinnäytetyön tutkimus kohdennettiin psykiatrisille potilaille. Tutkimusongelmaa ja aihetta määriteltäessä oli erityisen tärkeää ottaa jo suunnitteluvaiheessa huomioon se, että tutkimus ei tule loukkaamaan ketään ja että tutkimus kunnioittaa ihmisarvoa. Opinnäytetyötä suunniteltaessa tuli ottaa huomioon tutkimusluvan saaminen myös eettiseltä neuvottelukunnalta. Tähän opinnäytetyöhön haettiin tutkimuslupa Satakunnan Sairaanhoidopiirin eettiseltä toimikunnalta 14.9.09. Tutkimuslupaa haettaessa tutkimussuunnitelman liitteenä esitettiin kyselylomake ja saatekirje. Eettinen toimikunta antoi puoltavan lausunnon (liite 4) tutkimuksen aloittamiselle 20.10.09. Eettisen toimikunnan luvan saamisen jälkeen lähdettiin työstämään varsinaista kyselyä ja opinnäytetyötä.

Tutkimuksen luotettavuus ja pätevyys vaihtelevat, vaikka tutkimuksessa pyritään välttämään virheiden syntymistä. Siksi on tärkeää arvioida tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimuksen reliabelius tarkoittaa tutkimuksen mittaustulosten toistettavuutta. Kahden tutkijan päätyessä samanlaiseen tulokseen voidaan tutkimusta pitää luotettavana. Toinen tärkeä käsite tutkimuksen arvioinnissa on pätevyys. Se tarkoittaa mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä oli tarkoituskin mitata. (Hirsjärvi ym. 2007, 226.)

Tämän opinnäytetyön tutkimusta voidaan pitää luotettavana, koska aikaisemmat tutkimukset ovat päässeet samanlaiseen tutkimustulokseen. Mittarin laadinnassa onnistuttiin hyvin, koska mittari mittasi juuri sitä, mitä sen oli tarkoituskin mitata. Kyselylomake laadittiin Peltomaan (2005), liseniaatin tutkimuksen pohjalta, kuitenkin muokattaen se päiväosastohoitoa vastaavaksi. Tutkimuksen luotettavuuden parantamiseksi opinnäytetyön tekijä uusi kyselytutkimuksen, tällöin vastausprosentti nousi 67 %:iin.

Tutkimuksen luottamuksellisuudesta huolehdittiin siten, että ainoastaan opinnäytetyön tekijä käsitteli tutkimusaineistoa. Kyselylomakkeet postitettiin päiväosastolta ja palautuskuoriin kirjattiin vastausosoitteeksi Kankaanpään päiväosasto. Näin varmennettiin, että tutkimukseen liittyvät materiaalit eivät joudu päiväosaston ulkopuolelle. Opinnäytetyön tekijä sai käyttöönsä päiväosastolta huoneen molempina kertoina, kun kyselyä toteutettiin. Tekijä kirjasi tietokannasta osoitetiedot suoraan postitettaviin kirjekuoriin. Kuoret numeroitiin juoksevilla numeroilla, jotta tiedettiin ketkä vastasi-

vat ensimmäisellä kyselykierroksella. Kuorien numerointi helpotti karhukirjeiden lähettämistä. Toisella kyselykierroksella kyselyt voitiin kohdentaa niille potilaille, jotka eivät vielä olleet kyselyyn vastanneet. Luotettavuuden säilymiseksi tutkimusaineisto hävitetään polttamalla opinnäytetyön valmistuttua.

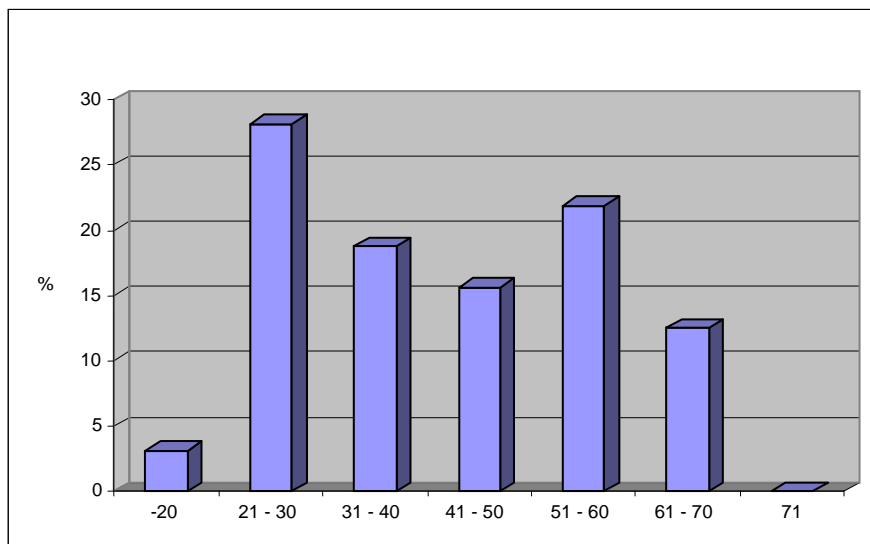
8 TUTKIMUKSEN TULOKSET

8.1 Tutkimukseen vastanneiden taustatiedot

Opinnäytetyön kyselylomakkeen kysymykset 1-4 käsittelivät vastaajien taustatietoja. Taustatietona kysyttiin sukupuolta, ikää, siviilisäätystä ja koulutusta.

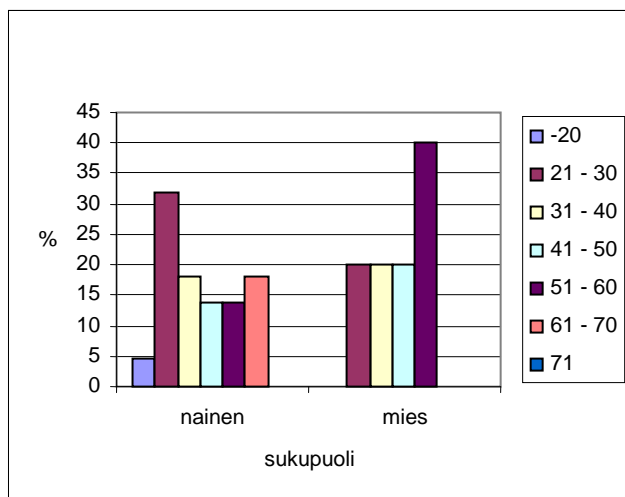
Vastaajista (n=48) 69 % (n=22) oli naisia ja 31 % (n=10) miehiä.

Vastaajien ikäjakauma vaihteli siten, että nuorin vastaajista oli 19 -vuotias ja vanhin 70 -vuotias. Vastaajista yksi oli alle 20 -vuotias. Vastaajista 28 % oli 21 – 30 -vuotiaita, 31 – 40 -vuotiaita oli 19 %, 41 - 50 -vuotiaita 16 %, 51- 60 -vuotiaita 22 % ja 61 – 70 -vuotiaita 13 %. Yli 71 -vuotiaita ei ollut yksikään. (Kuvio 1)



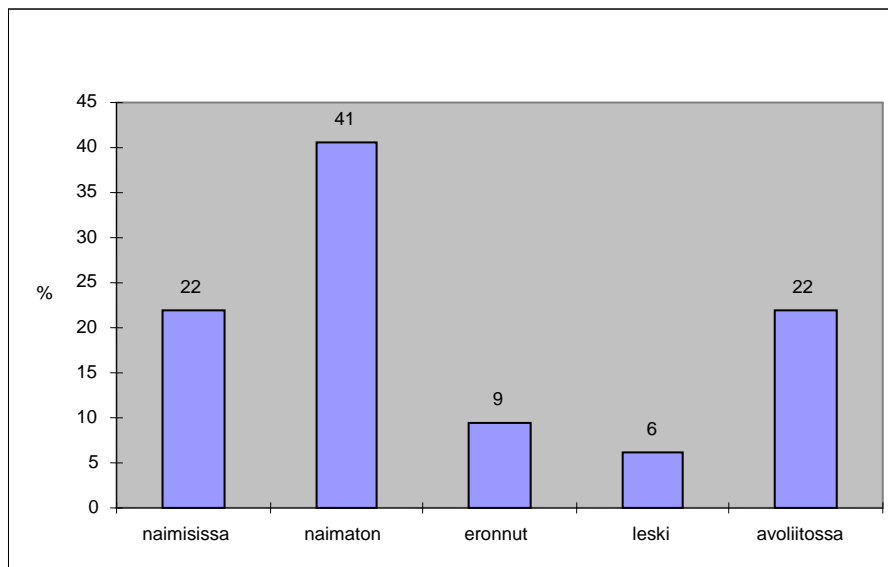
Kuvio 1. Vastaajien ikäjakauma (n=32)

Kyselyyn vastanneista miehistä 40 % oli 51–60 -vuotiaita, kun kyselyyn vastanneista naisista 32 % oli 21–30 -vuotiaita. (Kuvio 2)



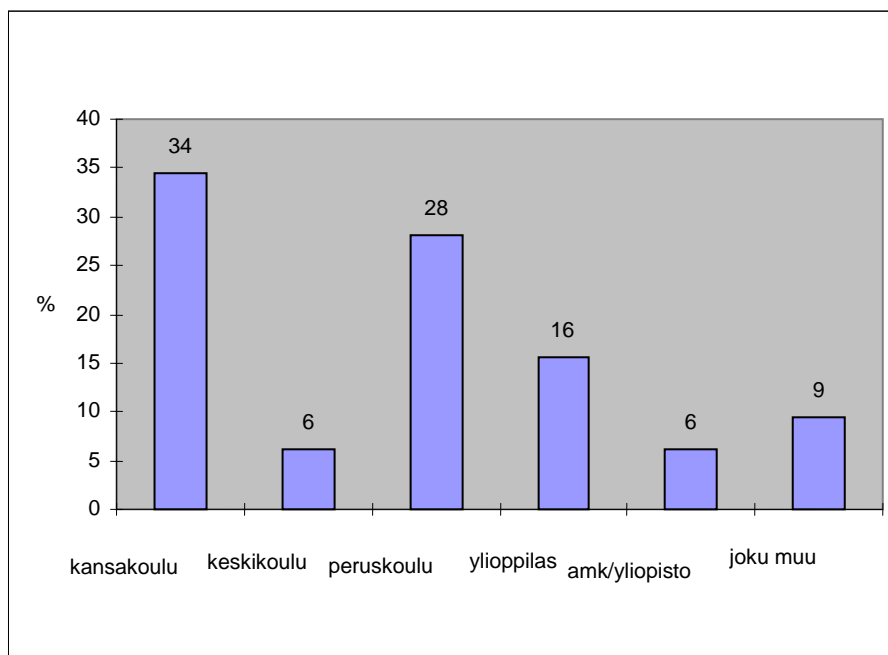
Kuvio 2. Kyselyyn vastanneiden miesten ja naisten keskinäinen ikäjakauma

Vastaajista 41 % olivat naimattomia, 22 % naimisissa, 22 % asuivat avoliitossa. Vastaajista 9 % oli eronnut ja 6 % leskiä. (Kuvio 3)



Kuvio 3. Vastaajien siviilisäättilysprosentteina

Kyselylomakkeen neljännessä kysymyksessä kysyttiin vastaajien koulutusta. Vastaajista 34 % olivat käyneet kansakoulun. Kyselyyn vastanneista 28 % olivat koulutustasoltaan peruskoulun käyneitä. Vastaajista 16 % olivat ylioppilaita. Vastaajista 9 % vastasivat kyselyssä kohtaan joku muu koulutus. Ammattikorkeakoulu- tai yliopistotasoinen koulutus oli vastaajista 6 %:lla. Keskkoulun käyneitä oli vastaajista 6 %. Kyselyyn osallistuneista vastaajista 9 % vastasi omaavansa kansakoulun lisäksi jonkin muun koulutuksen, yksi peruskoulun käyneestä vastaajasta vastasi saaneensa lisäksi jonkin muun koulutuksen ja yksi vastaaja, joka oli käynyt keskkoulun, vastasi lisäksi saaneensa jonkin muun koulutuksen. (Kuvio 4)



Kuvio 4. Vastaajien koulutustaso

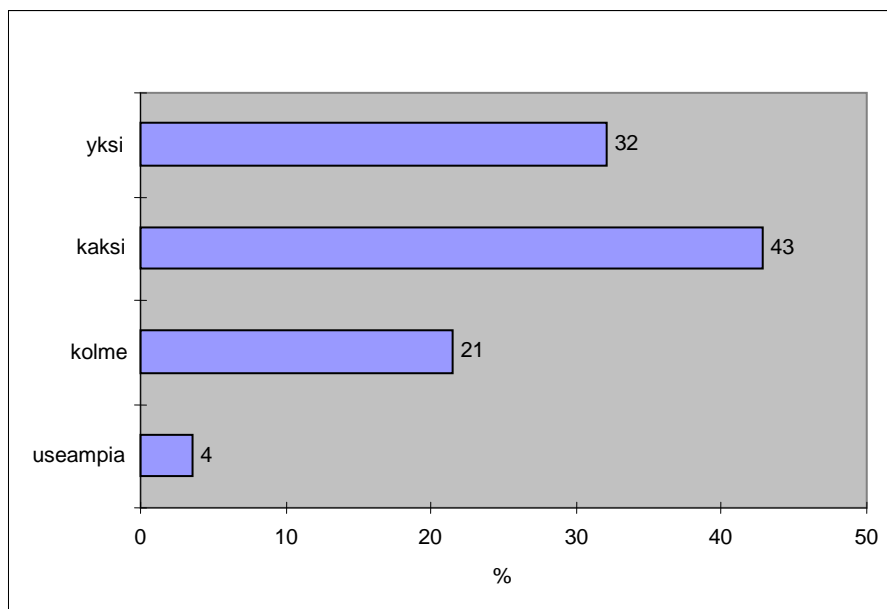
8.2 Kyselyyn vastanneiden potilaiden hoitajakset Kankaanpään päiväosastolla 2008–2009

Kyselylomakkeen kohdissa viisi, kuusi ja seitsemän kysyttiin Kankaanpään päiväosastolla hoitajaksetta 28.7.08 – 30.7.09 välisenä aikana olleilta potilailta päiväosastohoitoon ohjautumisen syytä tai syitä sekä hoitajaksetta määrää ja pituutta. Kysymys viisi oli avoin kysymys, jossa kysyttiin potilailta päiväosastohoitoon ohjautumisen syytä. Kysymyksellä viisi haluttiin kartoittaa potilaan oma näkökanta päiväosastohoitoon ohjautumisen syistä. Hoidon kannalta ja hoitosuunnitelmaa tehdessä on erityisen tärkeää ottaa huomioon potilaan oma mielipide hoitoon ohjauksen syistä.

Kysymykseen viisi jätti vastaamatta kolme vastaaja, jolloin vastaajien määrä oli 90,1 %. Yli puolella vastaajista (52 %) oli useampia mielenterveyden häiriöitä päiväosastohoitoon ohjautumisen syynä. Yleisin päiväosastohoitoon ohjautumisen syy oli masennus. Vastaajista 59 % kertoi päiväosastohoitoon ohjautumisen syyksi masennuksen. Vastaajista 21 % kertoi masennuksen olevan ainoa syy päiväosastohoitoon ohjautumiselle. Henkilökohtaisessa elämässä tapahtuneet vastoinkäymiset, kuten avio-

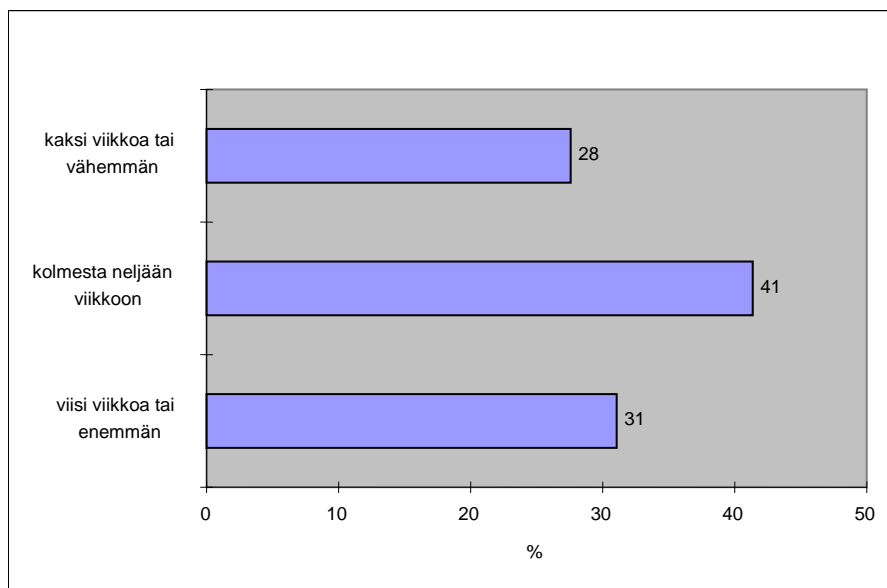
ero ja puolison kuolema olivat päiväosastohoitoon ohjautumisen toiseksi suurin syy. Vastaajista 21 % kertoi päiväosastohoitoon ohjautumisen syyksi henkilökohtaisessa elämässä tapahtuneet vastoinkäymiset. Vastaajista 14 % kertoi erilaiset pelkotilat syyksi hoidon tarpeeseen. Yksi neljästä vastaajasta eritteli pelkotilan sosiaalisten tilanteiden peloksi. Itsemurha-ajatukset, päihteet ja unettomuus olivat seuraavaksi suurimmat syyt vastaajien mukaan päiväosastohoitoon. Vastaajista 10 % kertoi edellä mainitut syyksi päiväosastohoitoon ohjautumiselle. Uupumus ja kaksisuuntainen mielialahäiriö olivat kahden vastaajan 7 % syynä päiväosastohoitoon ohjautumiselle. Muita syitä päiväosastohoitoon ohjautumiselle vastaajien mukaan olivat harhaluulot 3 %, psykoosi 3 %, eristäytyneisyys 3 % sekä paniikkihäiriö 3 %.

Kysymyksessä kuusi kysyttiin hoitajaksojen määrää. Vastaajista kolme oli jättänyt vastaamatta tähän kysymykseen, yksi vastaajista ei muistanut hoitajaksojen määrää. Vastaajista 43 % oli ollut päiväosastolla kahdella hoitajaksoilla. Vastaajista 32 % oli ollut ainoastaan yhden hoitajakson päiväosastolla. Vastaajista 21 % oli ollut päiväosastolla kolme hoitajaksoa. Enemmän kuin kolme hoitajaksoa oli ollut vastaajista 4 %:lla. (Kuvio 5)



Kuvio 5. Potilaiden hoitajaksojen määrä päiväosastolla

Kysymyksessä seitsemän kysyttiin vastaajilta hoitojakson pituutta. Vastaajista kolme oli jättänyt vastaamatta tähän kysymykseen, joten vastaajia oli 29 kappaletta. Vastaajista enemmistö 41 % vastasi olleensa hoitojaksolla kahdesta kolmeen viikkoon. Vastaajista 31 % oli hoitojaksolla viisi viikkoa tai enemmän. Vastaajista 28 % oli ollut hoitojaksolla kaksi viikkoa tai vähemmän. (Kuvio 6)



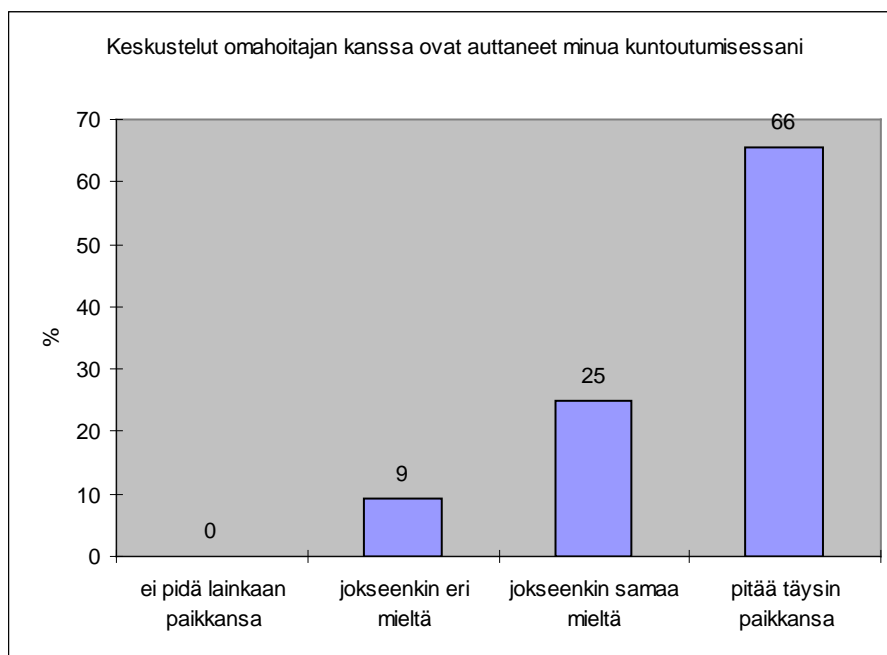
Kuvio 6. Potilaiden hoitojaksojen pituus päiväosastolla

8.3 Kyselyyn vastanneiden potilaiden mielipiteitä ja arviointeja psykiatrisista hoitomuodoista Kankaanpään päiväosastolla

Kysymyksessä kahdeksan kysyttiin väittämien muodossa, Likertin asteikon avulla, Kankaanpään päiväosastolla hoitojaksolla olleilta potilailta heidän mielipiteitään ja arviointeja saamastaan hoidosta. Kysymykset koskivat omahoitajuutta, vertaistukea, musiikki-, kuva-, liikunta-, rentoutus-, keskustelu- ja mielekäs päivä ryhmiä. Jokaisessa päiväosaston hoitomuotoon liittyvässä väittämässä kysyttiin, miten potilas kokee tullessaan kuulluksi? Potilaiden hoidon kannalta on erityisen tärkeää, että potilas tulee kuulluksi. Kysymys, miten potilas kokee hoitomuodon auttaneen kuntoutumisessaan, esiintyi myös jokaisessa hoitomuodossa. Kysymyksien vastausvaihtoehtoina käytettiin 1 = ei pidä lainkaan paikkansa, 2 = jokseenkin eri mieltä, 3 = jokseenkin samaa mieltä ja 4 = pitää täysin paikkansa.

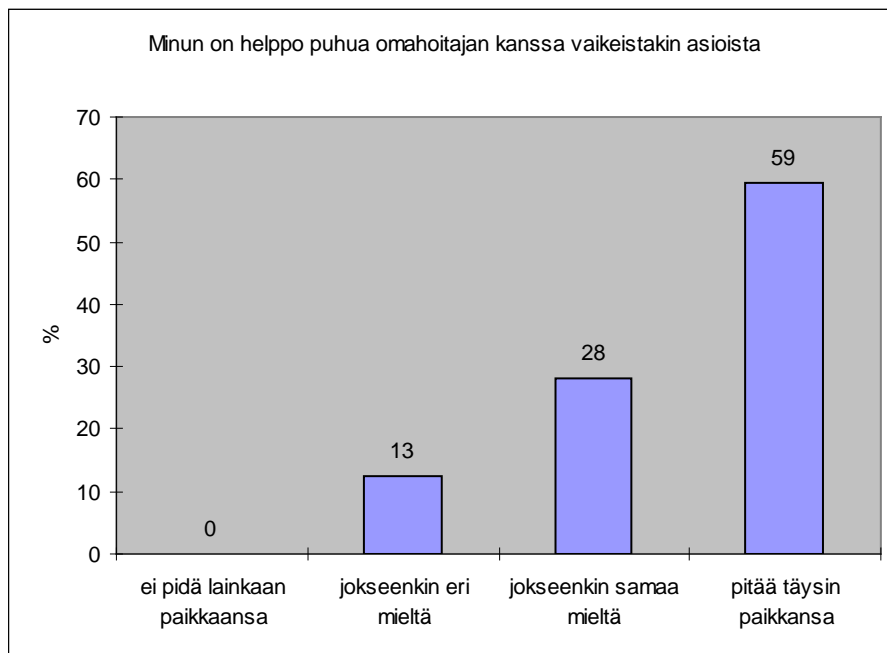
8.3.1 Potilaiden mielipiteitä omahoitajuudesta

Vastaajista 66 % vastasi väittämään keskustelut omahoitajan kanssa ovat auttaneet minua kuntoutumisessani, pitävän täysin paikkansa. Vastaajista neljäsosa eli 25 % oli jokseenkin samaa mieltä. Jokseenkin eri mieltä omahoitajakeskustelujen auttamisesta kuntoutumiseen oli vastaajista 9 %. Yksikään vastaajista ei ollut sitä mieltä, että omahoitajakeskustelut eivät ole auttaneet kuntoutumisessa. (Kuvio 7)



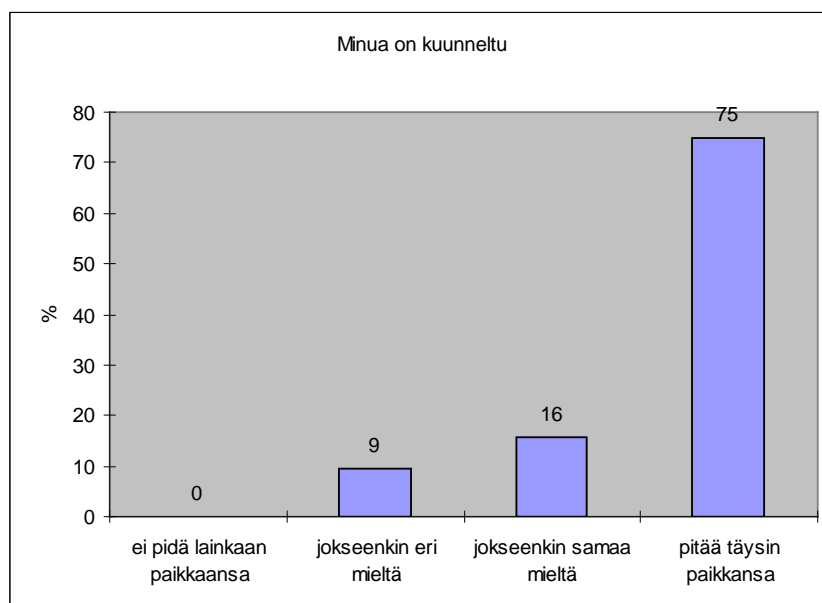
Kuvio7. Potilaiden mielipide omahoitajakeskustelujen auttamisesta kuntoutumiseen.

Vastaajista 59 % oli täysin samaa mieltä väittämästä, minun on helppo puhua omahoitajan kanssa vaikeistakin asioista. Vastaajista 28 % oli jokseenkin samaa mieltä. Vastaajista 13 % oli jokseenkin eri mieltä vaikeiden asioiden puhumisen helppoudesta omahoitajan kanssa. Yksikään vastaajista ei ollut väittämästä täysin eri mieltä. (Kuvio 8)



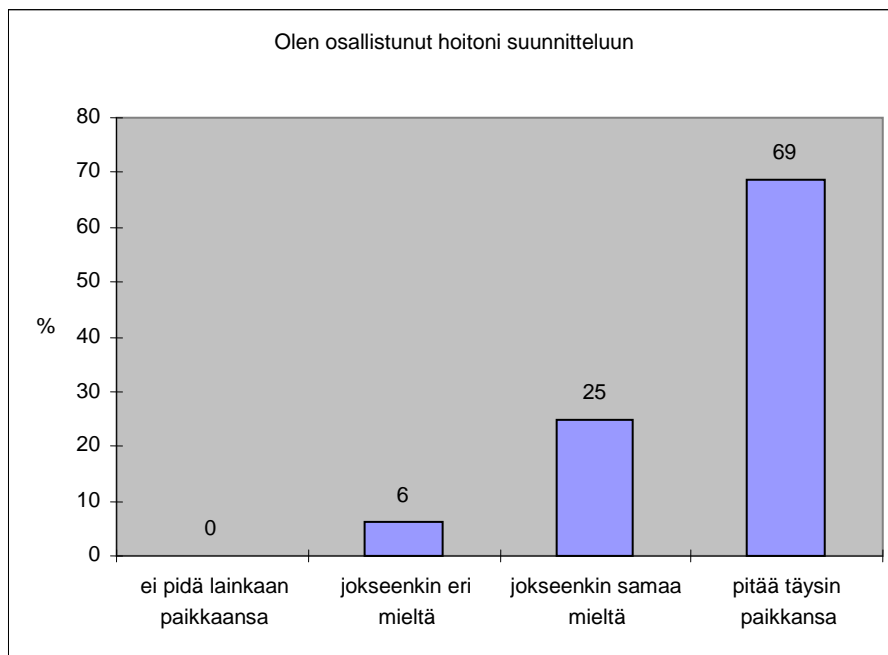
Kuvio 8. Potilaiden mielipide keskustelusta omahoitajan kanssa.

Vastaajista kolme-neljäsosa, 75 %, kokee tulleensa täysin kuulluksi omahoitajakeskustelujen aikana. Vastaajista 16 % on jokseenkin samaa mieltä. Vastaajista 9 % on jokseenkin eri mieltä kuulluksi tulemisesta omahoitajakeskustelujen aikana. Yksikään vastaajista ei ole sitä mieltä, että häntä ei olisi kuunneltu lainkaan omahoitajakeskusteluissa. (Kuvio 9)



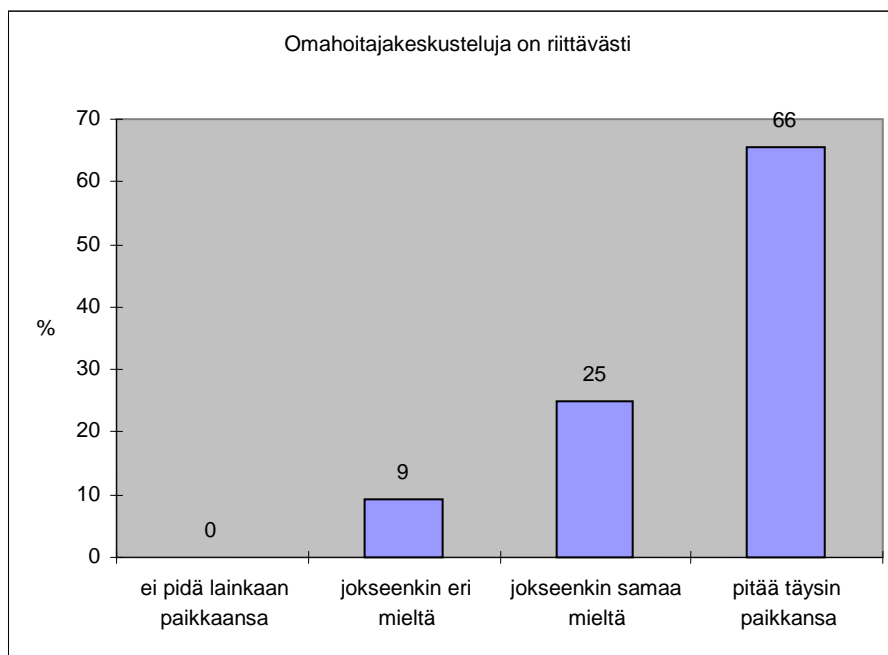
Kuvio 9. Potilaiden mielipide kuulluksi tulemisesta omahoitajakeskustelujen aikana.

Vastaajista 69 % on täysin samaa mieltä siitä, että on osallistunut hoitonsa suunnitteluun, neljäsosa 25 % on jokseenkin samaa mieltä. Jokseenkin eri mieltä on vastaajista 6 %. Yksikään potilaista ei ole sitä mieltä, että ei olisi voinut osallistua hoitonsa suunnitteluun. (Kuvio 10)



Kuvio 10. Potilaiden mielipide siitä, miten he ovat osallistuneet oman hoitonsa suunnitteluun.

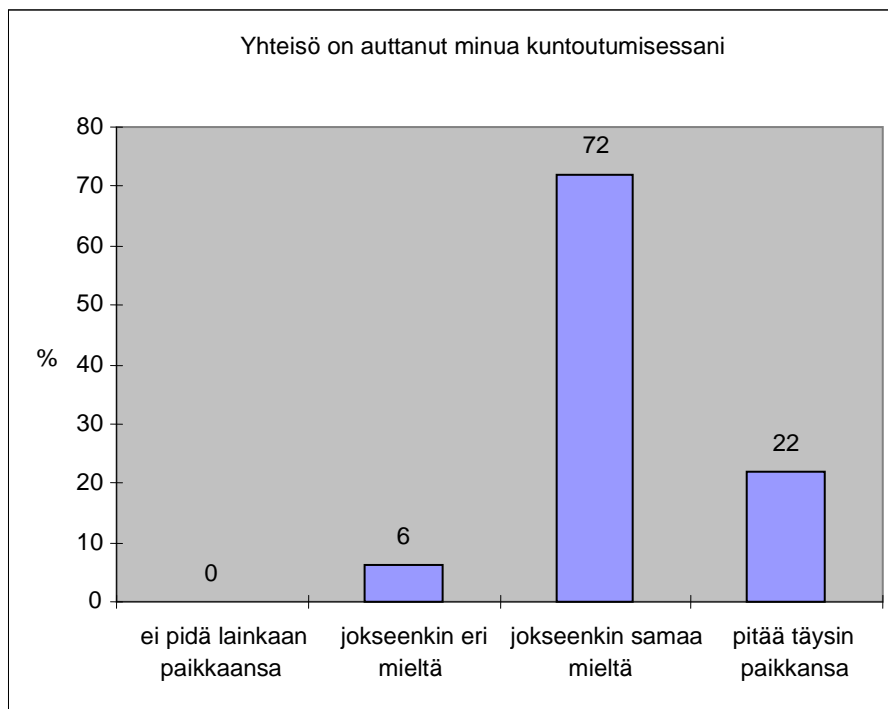
Kysyttäessä omahoitajakeskustelujen riittävästä määrästä, vastaajista 66 % oli sitä mieltä, että omahoitajakeskusteluja on riittävästi. Neljäsosa 25 % oli omahoitajakeskustelujen riittävydestä jokseenkin samaa mieltä. Jokseenkin eri mieltä oli vastaajista 9 %. Yksikään vastaajista ei ollut täysin eri mieltä. (Kuvio 11)



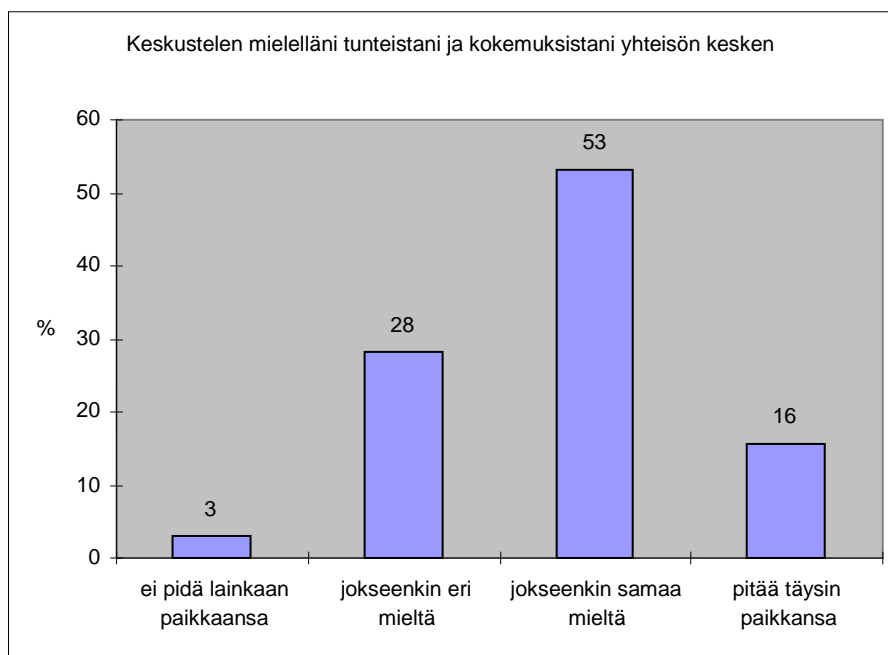
Kuvio 11. Potilaiden mielipide omahoitajakeskustelujen riittävydestä.

8.3.2 Potilaiden mielipiteitä vertaistuesta

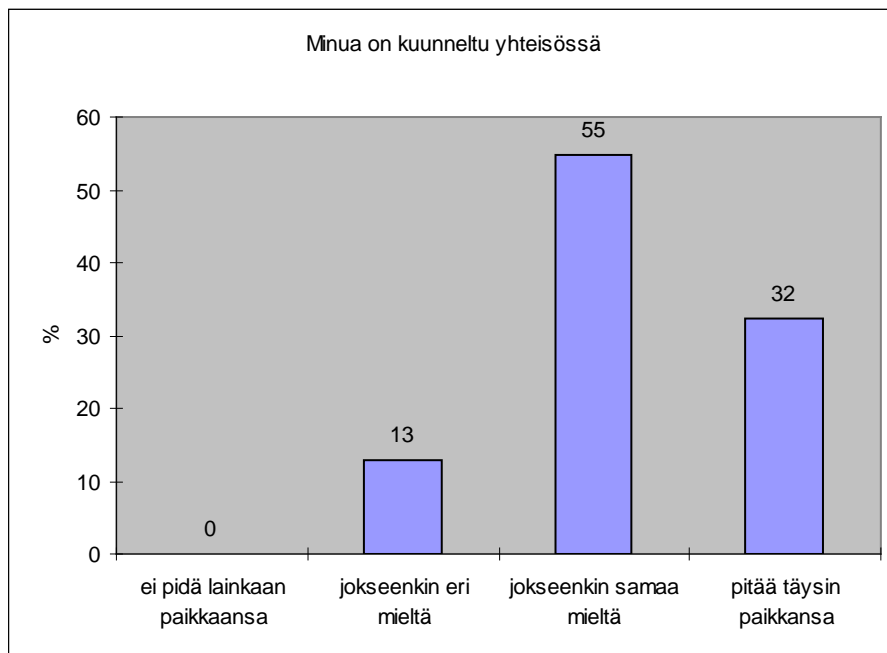
Vertaistukeen liittyvissä kysymyksissä kysyttiin, miten yhteisö on auttanut potilasta kuntoutumisessa, miten potilas pystyy jakamaan kokemuksiaan yhteisön kesken ja miten potilas kokee tulleensa kuulluksi. (Kuviot 12, 13 ja 14)



Kuvio 12. Potilaiden mielipide siitä, miten yhteisö on auttanut kuntoutumisessa.



Kuvio 13. Potilaiden mielipide siitä, miten he voivat jakaa kokemuksiaan ja tunteitaan yhteisön kesken.

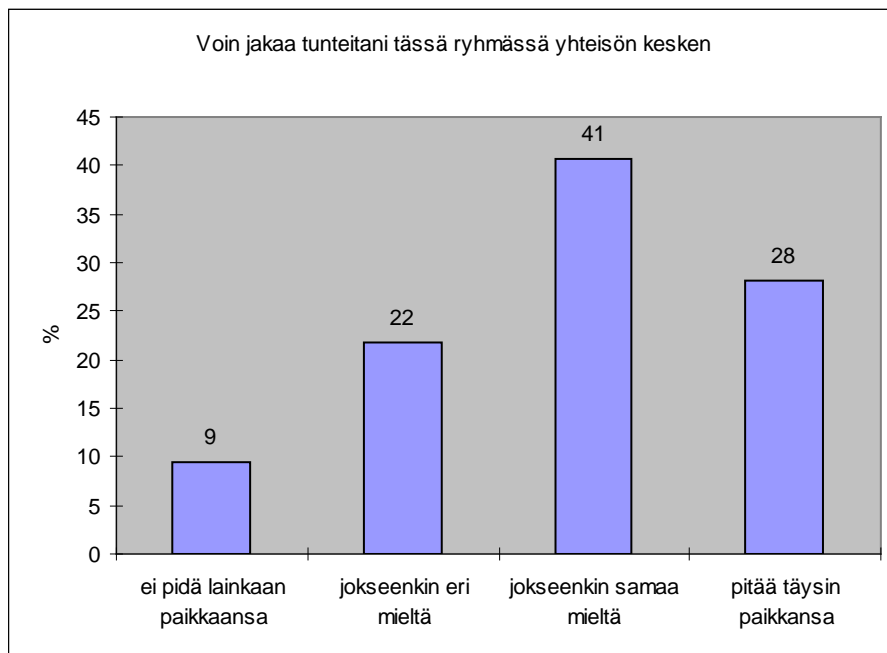


Kuvio 14. Potilaiden mielipide kuulluksi tulemisesta yhteisössä

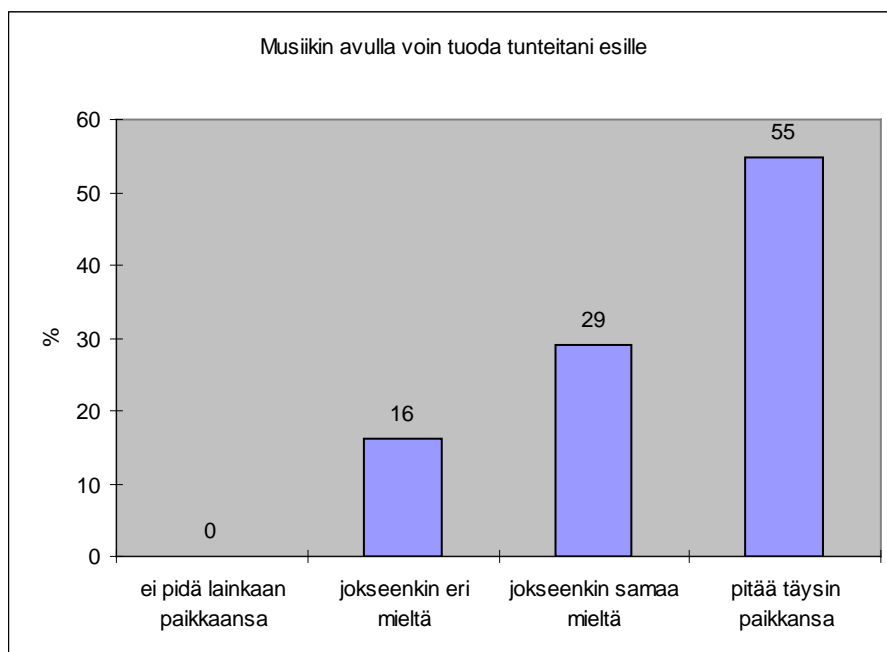
8.3.3 Potilaiden mielipiteitä musiikkiryhmästä

Seuraavissa Likertin asteikon väittämissä kysyttiin potilaiden mielipiteitä siitä miten musiikkiryhmä on auttanut potilaita kuntoutumisessa, miten potilaat voivat jakaa ja tuoda tunteitaan esille musiikkiryhmässä. Lisäksi kysyttiin toivovatko potilaat ryhmään instrumentteja, joita he voisivat soittaa.

Vastaajista 50 % eli puolet oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että musiikkiryhmä on auttanut heitä kuntoutumisessa. Vastaajista 22 % oli täysin samaa mieltä musiikkiryhmän kuntouttavasta vaikutuksesta. Jokseenkin eri mieltä oli vastaajista 19 % ja vastaajista 9 % oli sitä mieltä, että musiikkiryhmä ei ole auttanut heitä lainkaan kuntoutumisessa. (Kuvio 15, 16 ja 17)

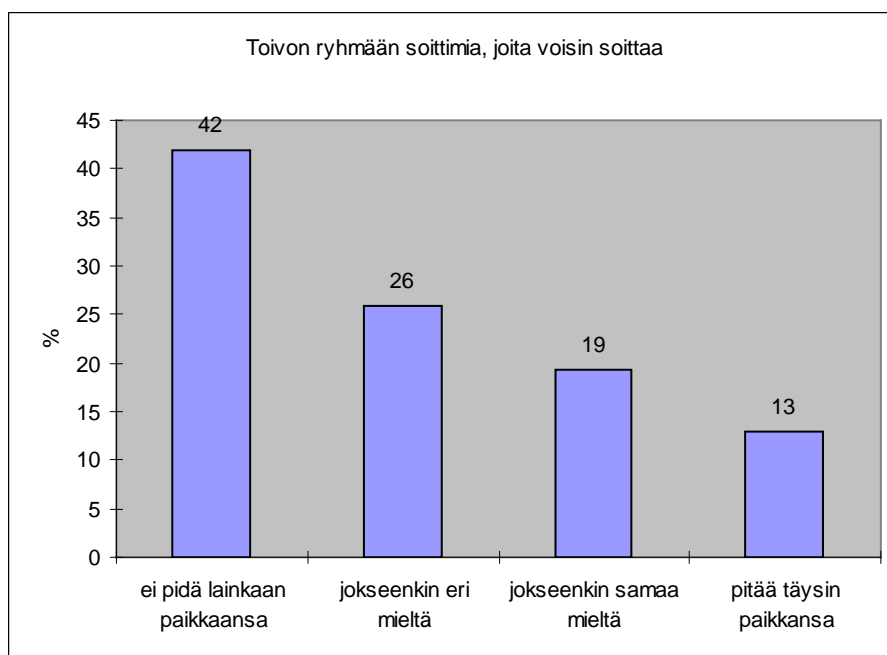


Kuvio 15. Potilaiden mielipide siitä, miten he voivat jakaa tunteitaan yhteisön kesken musiikkiryhmässä.



Kuvio 16. Potilaiden mielipide siitä, miten he voivat tuoda tunteitaan esille musiikin avulla.

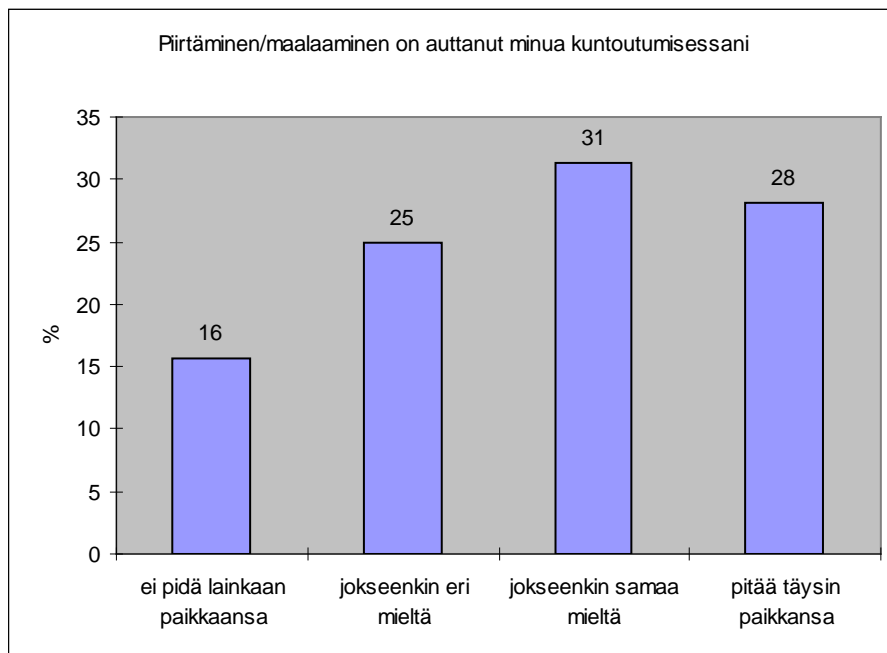
Kyselyyn vastanneista vastaajista 50 % koki tulleen täysin kuulluksi musiikkiryhmässä. Vastaajista 31 % kertoi olevansa jokseenkin samaa mieltä siitä, että heitä on kuunneltu musiikkiryhmässä. Jokseenkin eri mieltä oli vastaajista 19 %. Yksikään vastaajista ei ollut sitä mieltä, että ei olisi tullut kuulluksi musiikkiryhmässä.



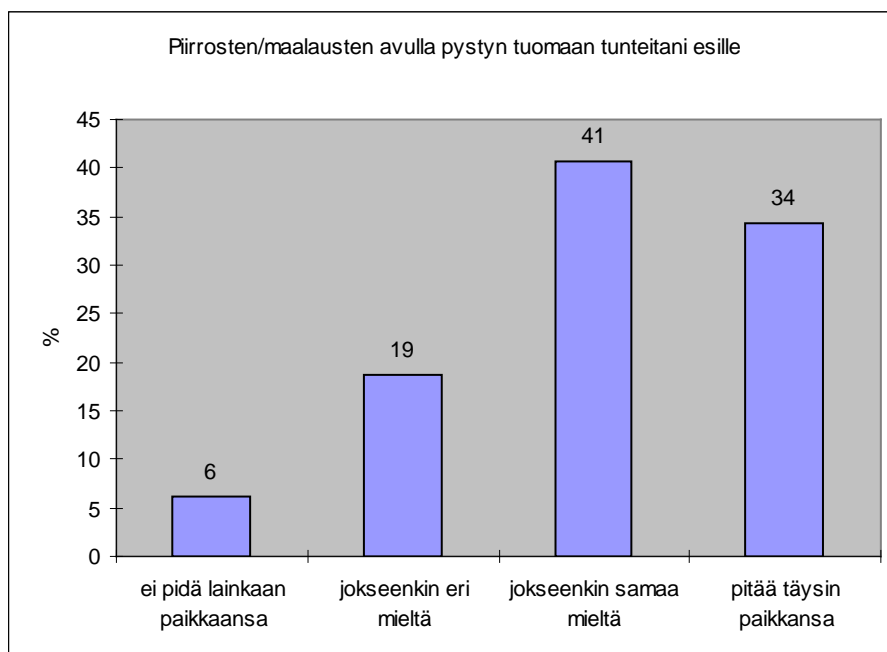
Kuvio 17. Potilaiden mielipide siitä, toivovatko he musiikkiryhmään soitettavia instrumentteja.

8.3.4 Potilaiden mielipiteitä kuvaryhmästä

Kuvaryhmään liittyvissä kysymyksissä kysyttiin potilaiden mielipiteitä piirtämisen tai maalaamisen kuntouttavasta vaikutuksesta. Likertin asteikon väittämänä kysyttiin myös miten potilaat pystyvät tuomaan tunteitaan ja itseään esille piirrosten ja maalausten avulla. Väittämänä esitettiin kysymys, miten potilaat kokivat tulleen kuulluksi kuvaryhmässä (Kuviot 18,19 ja 20)

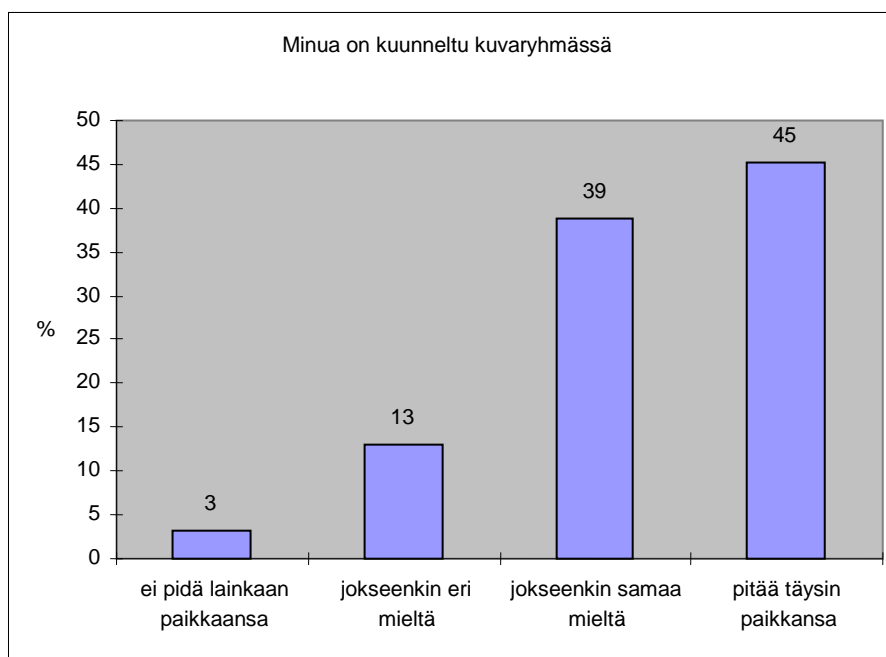


Kuvio 18. Potilaiden mielipide piirtämisen tai maalaamisen vaikutuksesta kuntoutumiseensa.



Kuvio 19. Potilaiden mielipide siitä, miten he pystyvät tuomaan tunteitaan esille piirrosten ja maalausten avulla

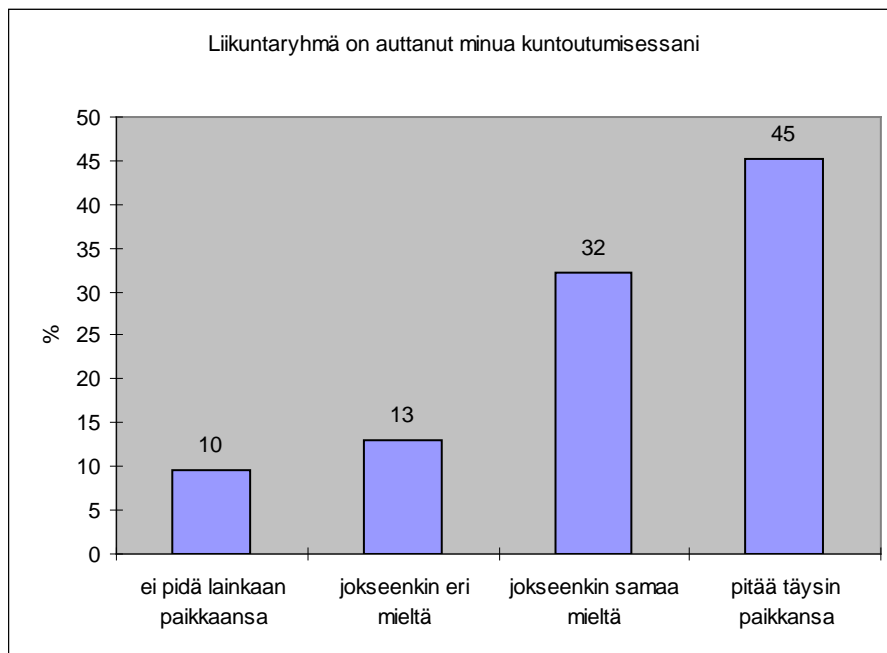
Väittämästä, pystyn tuomaan itseäni esille kuvaryhmässä oli täysin samaa mieltä vastaajista 29 % eli lähes kolmasosa. Jokseenkin samaa mieltä oli 39 % eli suurin osa vastaajista. Vastaajista 23 % oli jokseenkin eri mieltä ja täysin eri mieltä oli vastaajista 10 %.



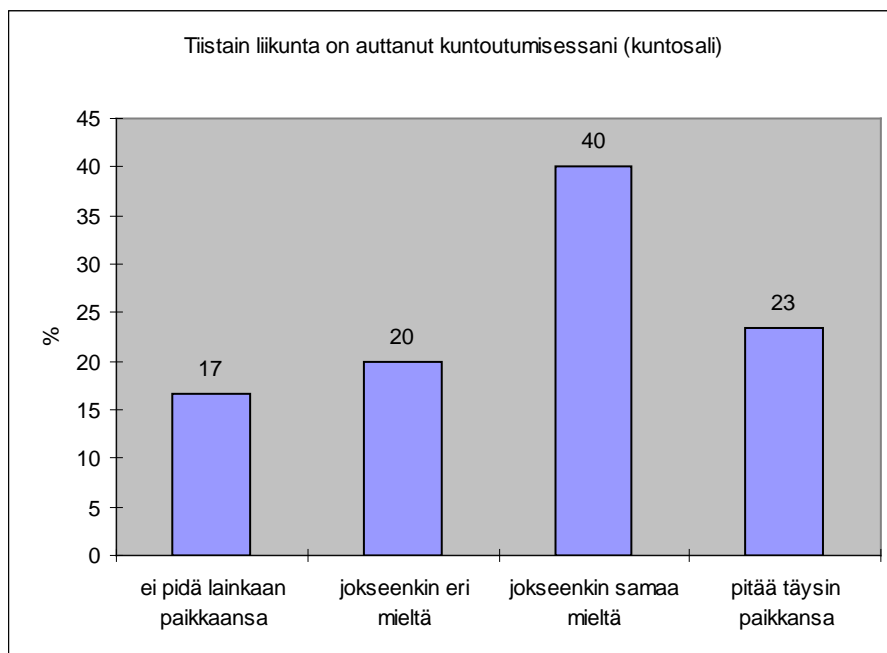
Kuvio 20. Potilaiden mielipide kuulluksi tulemisesta kuvaryhmässä.

8.3.5 Potilaiden mielipiteitä liikuntaryhmistä

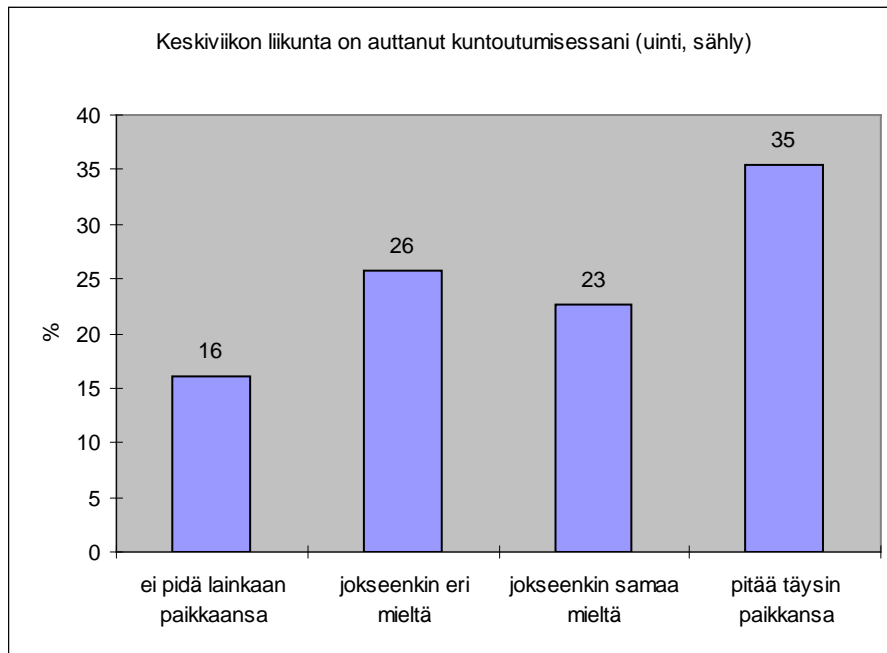
Liikuntaryhmään liittyvissä kysymyksissä kysyttiin, miten liikuntaryhmä on auttanut potilaita kuntoutumisessa. Lisäksi eriteltiin tiistain liikunta, johon kuuluu kuntosali ja keskiviikon liikunta, johon kuuluvat uinti ja sähly. Kysyttiin, onko liikuntaryhmä on auttanut potilaita liikkumaan hoitajakson jälkeen enemmän. Väittämän muodossa kysyttiin, ovatko potilaat tulleet kuulluksi liikuntaryhmässä. (Kuviot 21–25.)



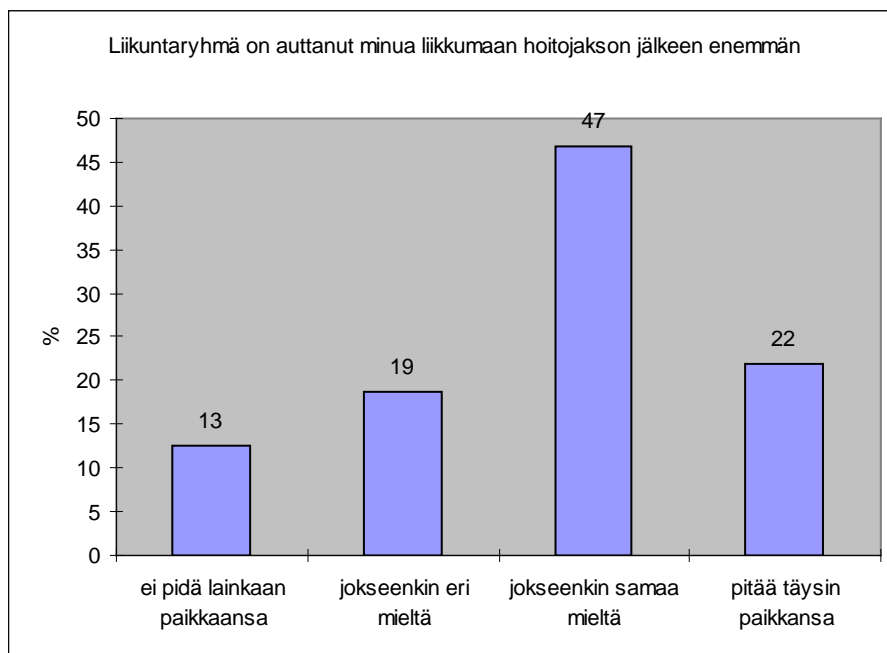
Kuvio 21. Potilaiden mielipide liikuntaryhmän kuntouttavasta vaikutuksesta



Kuvio 22. Potilaiden mielipide tiistain liikunnan kuntouttavasta vaikutuksesta.



Kuvio 23. Potilaiden mielipide keskiviikon liikunnan kuntouttavasta vaikutuksesta.

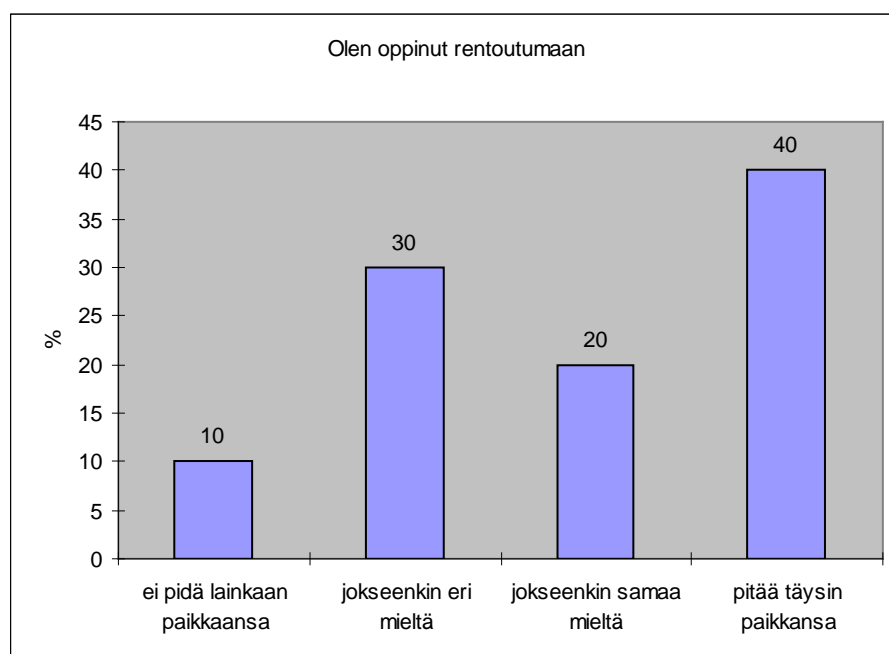


Kuvio 24. Potilaiden mielipide liikuntaryhmän vaikutuksesta liikkumiseen hoitajakson jälkeen.

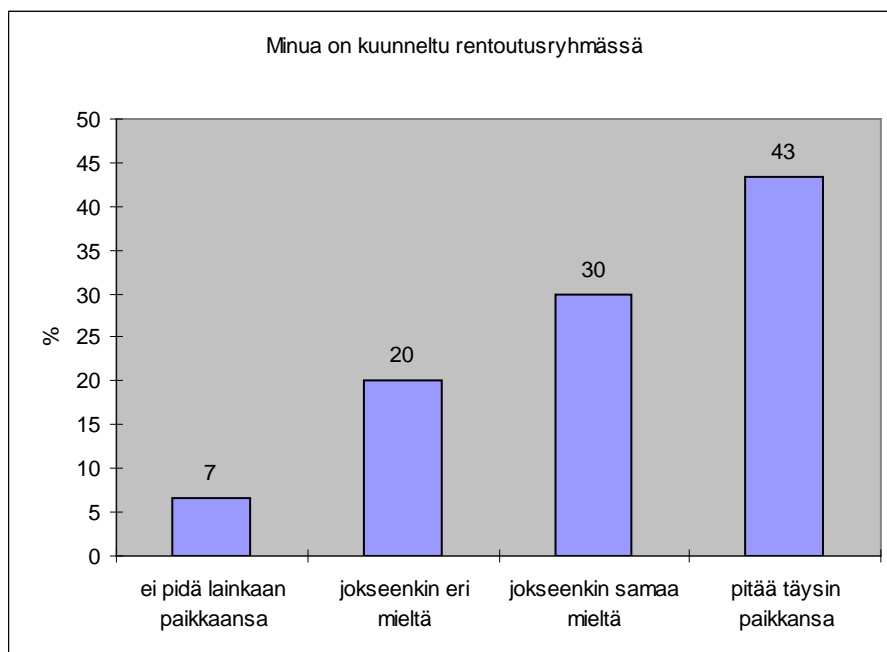
Vastaajista suurin osa 42 % oli sitä mieltä, että oli tullut joko täysin kuulluksi tai lähes kuulluksi liikuntaryhmässä. Jokseenkin eri mieltä oli 13 % vastaajista ja täysin eri mieltä oli 3 % vastaajista.

8.3.6 Potilaiden mielipiteitä rentoutusryhmästä

Rentoutusryhmään liittyvissä kysymyksissä kysyttiin päiväosaston potilailta heidän arvioonsa rentoutusryhmän auttamisesta kuntoutumiseen, ovatko potilaat oppineet rentoutumaan ja ovatko he tulleet kuulluksi rentoutusryhmässä. Potilaista 40 % oli täysin samaa mieltä siitä, että rentoutusryhmä on auttanut heitä kuntoutumisessa. Jokseenkin samaa mieltä oli lähes kolmasosa eli 30 % vastaajista. Vastaajista viidesosa eli 20 % oli jokseenkin eri mieltä ja 10 % vastaajista oli sitä mieltä, että rentoutusryhmä ei ole auttanut lainkaan heitä kuntoutumisessa. Potilaiden mielipide rentoutumaan oppimisesta ja kuulluksi tulemisesta. (Kuviot 25 ja 26)



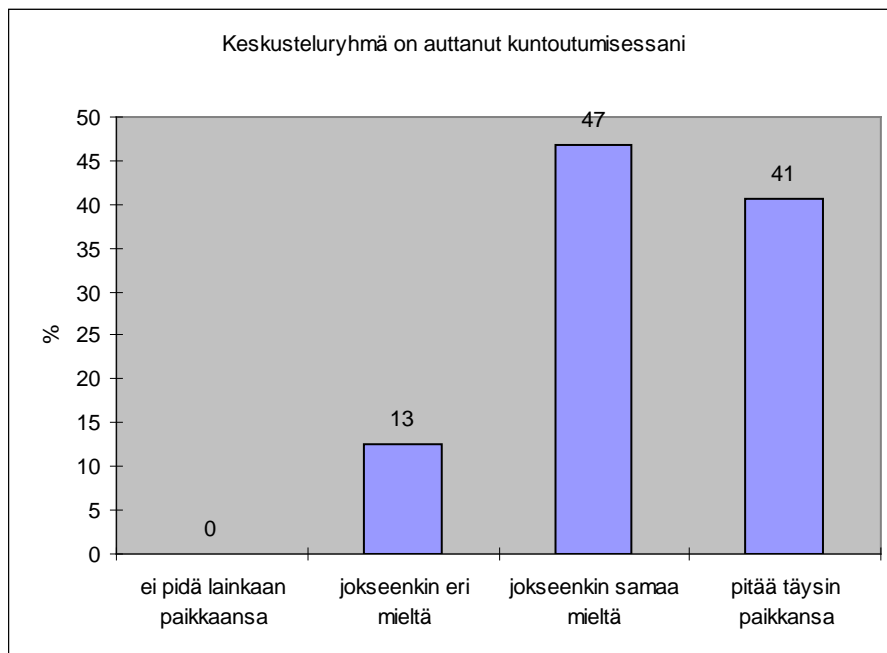
Kuvio 25. Potilaiden mielipide rentoutumaan oppimisesta.



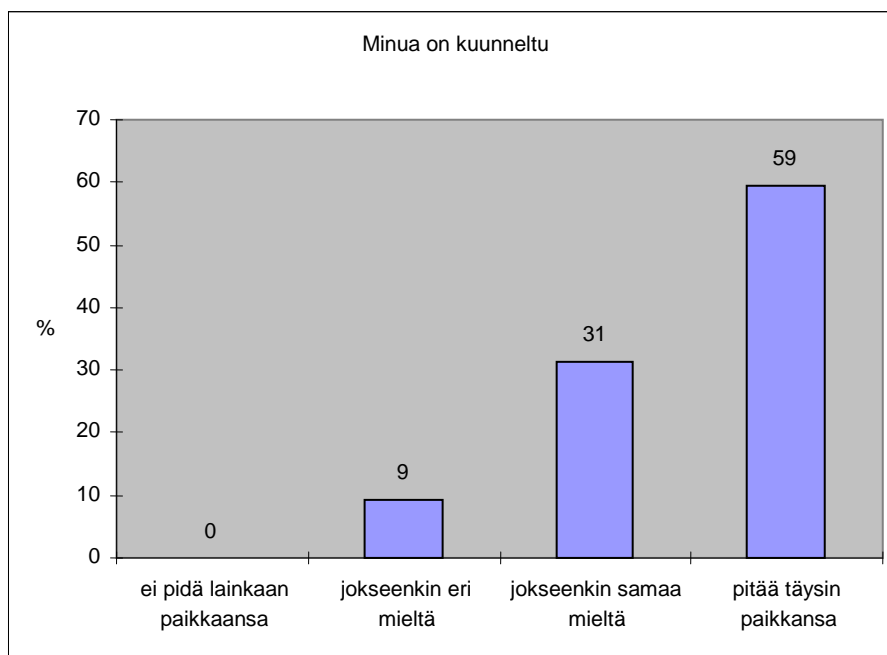
Kuvio 26. Potilaiden mielipide kuulluksi tulemisesta rentoutusryhmässä.

8.3.7 Potilaiden mielipiteitä keskusteluryhmästä

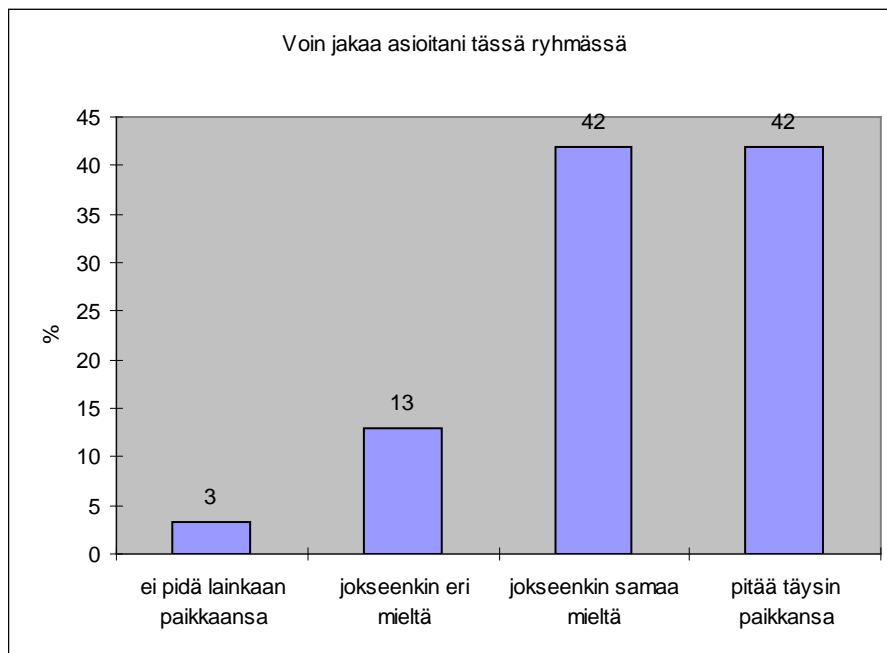
Keskusteluryhmään liittyvissä kysymyksissä kysyttiin potilaiden mielipidettä siitä miten keskusteluryhmä on auttanut potilaita kuntoutumisessa, miten potilaat arvioivat tullessa kuulluksi keskusteluryhmässä, miten he kykenevät jakamaan asioitaan keskusteluryhmässä. (Kuviot 27, 28 ja 29)



Kuvio 27. Potilaiden mielipide keskusteluryhmän auttamisesta heidän kuntoutumisensa.



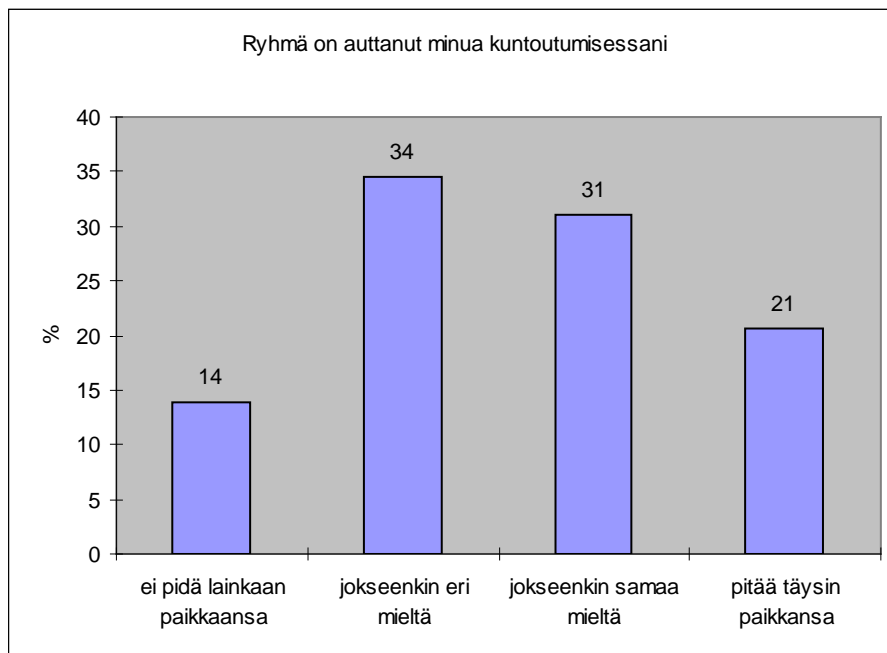
Kuvio 28. Potilaiden mielipide siitä miten he arvioivat tullessa kuulluksi keskusteluryhmässä.



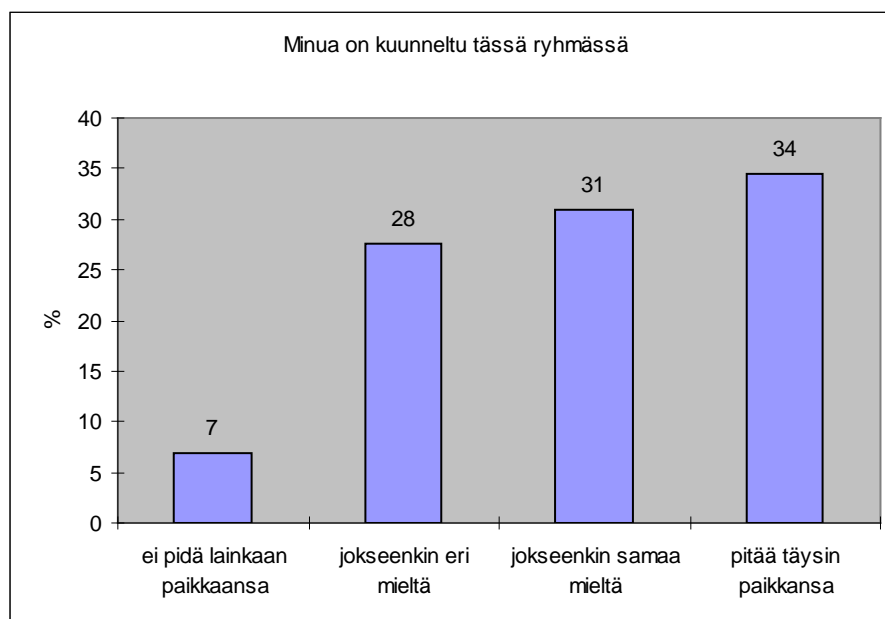
Kuvio 29. Potilaiden mielipide siitä miten he voivat jakaa asioitaan keskusteluryhmässä

8.3.8 Potilaiden mielipiteitä Mielekäs päivä -ryhmästä

Mielekäs päivä – ryhmään liittyen kysyttiin ryhmän auttamisesta potilaiden kuntoutumiseen sekä potilaiden arviota siitä miten he ovat tulleet kuulluksi tässä ryhmässä. Potilaista 21 % oli sitä täysin samaa mieltä Mielekäs päivä – ryhmän auttamisesta kuntoutumiseensa, vastaajista reilu kolmasosa eli 31 % oli jokseenkin samaa mieltä. Jokseenkin eri mieltä Mielekäs päivä – ryhmän kuntouttavasta vaikutuksesta oli 34 % vastaajista 14 % vastasi olevansa täysin eri mieltä Mielekäs päivä – ryhmän auttamisesta kuntoutumiseensa. (Kuvio 30)



Kuvio 30. Potilaiden mielipide Mielekäs päivä – ryhmän auttamisesta heidän kuntoutumiseensa.



Kuvio 31. Potilaiden mielipide kuulluksi tulemisestä Mielekäs päivä – ryhmässä.

8.3.9 Potilaiden mielipiteitä kuntoutumiseen parhaiten auttaneista hoitomuodoista ja niiden perustelut

Kyselylomakkeen kysymykset yhdeksän ja kymmenen olivat avoimia kysymyksiä. Kysymyksien tarkoituksena oli mahdollistaa ajatusten, mielipiteiden sekä uusien näkökantojen esilletulo. Avoimien kysymysten avulla vastaajat kykenivät ilmaisemaan itseään omin samoin ja tuomaan esille sen mikä hoitomuoto on auttanut vastaajia parhaiten. Kysymyksessä yhdeksän kehoitettiin vastaajia kertomaan omin sanoin, mikä hoitomuoto on auttanut parhaiten kuntoutumisessa ja miksi? Yksi vastaajista jätti vastaamatta tähän kysymykseen ja yksi vastasi, että ei osaa vastata. Vastaajista 94 % vastasi tähän kysymykseen. Vastaajista enemmän kuin puolet 53 % kertoi vastauksissaan usean eri hoitomuodon auttaneen kuntoutumiseensa. Vastaajista viidesosa, 20 % kertoi omahoitajakeskustelujen auttaneen parhaiten kuntoutumisessaan. Vastaajista 53 % mainitsi omahoitajakeskustelun jossain muodossa kysymyksessä yhdeksän. Vastaajista 67 % toi parhaiten kuntoutumiseen vaikuttavana tekijänä keskustelut ryhmässä tai yksilönä esille.

”Omahoitajakeskustelut, auttoi ymmärtämään tapahtumia, jotka olivat ajaneet masennukseen. Auttoi myös löytämään ratkaisumalleja tulevaisuutta varten”

”omahoitajakeskustelut. saanut purkaa ajatuksia päästään ulos ja oppinut näkemään asioita eri näkökulmista. Ja tieto siitä, että asiat jotka kerron jää varmasti hoitajan ja minun välille.

”omahoitajakeskustelut. Olen saanut niistä itseluottamusta ja itsemurha-ajatukset vähenevät. Minulle on tullut turvallisuuden tunnetta”

”omahoitajakeskustelut, pystyi puhumaan laajasti omista ongelmista. Mielenterveyskeskuksen aika työntekijöille on vain 1h/viikko. siinä ei kerkeä käymään läpi syvällisiä.”

”Keskustelut omahoitajan kanssa, hyvä lääkitys”

”omahoitajakeskustelut, keskusteluryhmät, keskustelut yleensä yhteisössä, ”tupakka-ryhmät” Olen pystynyt puhumaan asioistani ja tunteistani ja tuntenut että minua ymmärretään ja kuunnellaan.”

”Keskustelut omahoitajan kanssa. tämän hoidon aikana on kiinnostus ehkä enemmän kaikkeen kotitöihin”

”Keskustelut omahoitajan kanssa. ”Plaffi” taulun käyttö, jolloin saan piirrettyä päässäni olevat asiat. Liikunta on erittäin tärkeä, joka motivoi lähtemään myös kotona ulos. Keskusteluryhmät vertaistukineen on tärkeä hoitomuoto. Piirustus saa tunteet esille ja pois kehosta.”

”Henkilökohtaiset keskustelut olivat tärkeitä, en halua jakaa asioitani muiden kuullen. Uiminen on ollut myös hienoa. Ilman lääkkeitä en olisi näin hyvässä kunnossa kuin nyt olen”

”Omahoitajakeskustelut. Omahoitajani on omannut erinomaiset vuorovaikutustaidot, laajan maailmankatsomuksen ja hyvän kuuntelutaidon. Liikuntaryhmä, uskaltanut aloittaa liikunnan uudelleen”

Yhteisöllisyys on minun kohdallani merkittävä tekijä, asioiden/kokemusten jakaminen. Keskustelut oman hoitajan kanssa, mutta keskusteluja on liian vähän.”

”Yleensä yhdessä olo, omahoitajakeskustelut, ei tarvi olla yksin ajatuksiensa kanssa”

”musiikki- ja liikuntaryhmä ja omahoitajakeskustelut ne laittavat minut liikkumaan ja saan keskusteltua tunteista. Ryhmien ansiosta pystyn käsittelemään omaa tilaani.”

”keskusteluryhmä, liikunta ja omahoitajakeskustelut”

”keskusteluryhmä, saa tuoda mielipiteet esille”

”keskustelu ja kuvaryhmä, asioista puhuminen auttaa aina. Kuvien, maalauksien kautta pystyn purkaan todella ahdistavia tunteita.”

”Keskustelut ovat ehdottomasti auttaneet näkemään asioita laajemmin, asioita ei tarvitse pyöritellä yksin oman pään sisällä, ulospääsytie. Kaikki pieni puuhastelu on auttanut, vaikkei aina niin huvittaisikaan, estää erakoitumista. Myös se, että on tarpeen vaatiessa saanut olla omassa rauhassa. Vastaavasti aina tullut kuulluksi.”

”Toisten saman kaltaisten kanssa keskustelut”

”Seurassa oleminen”

”Suurin piirtein kaikki eri toiminnot, mitä siellä on käyty läpi, tietysti jos jotain uusia on tiedossa, voi sitä aina yrittää.”

”Lääkehoito, terapiat, oma kova tahto parantua sairauksistani”

”ei oikein mikään. Enemmän on auttanut juttelu muiden osastolla olleiden kanssa, mutta ei keskustelu ryhmässä...todella väkinäistä. Omahoitajakeskusteluissa menään liikaa henkilökohtaisuuksiin esim. seksiasioihin...joku raja. ehkä liikunta on auttanut...piristänyt.”

”Se, että yleensäkin on tullut joka aamu paikalle”

”Lääkitys”

”osallistua tekemisiin päiväosastolla”

”Piirtäminen, koska pidän siitä. Muita on kortin peluu, musiikkiryhmä.”

”Hoitohenkilökunta on lähes koko ajan potilaiden parissa keskustellen ja kuunnellen ja pelaten eri pelejä. Olemme yhtä perhettä.”

8.3.10 Potilaiden mielipiteitä päiväosaston hoitomuotojen kehittämistarpeesta

Kysymyksessä kymmenen haluttiin selvittää potilaiden mielipidettä siitä miten he toivovat päiväosaston hoitomuotoja kehitettävän. Vastaajista 28 % (n=9) jätti vastaamatta tähän kysymykseen, yksi vastaajista vastasi: en osaa vastata.

”Kuvaryhmä; piirtämisen/maalaamisen aiheet voitaisiin joskus antaa selkeästi, muutenkin kuin että ”piirrä sellaista miltä sinusta juuri nyt tuntuu.”

”Musiikkiterapia ei eroa siitä, että kotona kuuntelisin itsekseni. Keskusteluja useammin oman hoitajan kanssa.”

”Jos omahoitajalla on monta potilasta jää joskus aikaa turhankin paljon, silloin voisi ehkä mennä lenkille tai järjestää vuoroa odottavalle jotakin (toki ikäihmisten pitäisi itse osata) Liikuntaryhmiä voisi lisätä enemmän. Jokin retki, vaikka toki niitä on tehty, mutta ehkä säännöllisemmin. Rentoutumisessa voitaisiin käyttää muitakin hoitomuotoja kuten akupunktio yms. Olen erittäin tyytyväinen saamaani hoitoon ja toivon vetäjille jaksamista.”

”Kaikkea hoitoon liittyvää, mutta ei urheilua”

”ulkoilua voisi olla enemmän”

”saman sairauden ja elämäntilanteen mukaan ihmiset samalle hoitajaksole.”

”musiikkiryhmä, hoitajaksoni aikana tuntui, että ryhmä on vain musiikin kuuntelemista. Mielestäni siinä voisi olla jokin aihe, esim. mikä kappale saa hyvälle tuulelle tai vastaavia. Löytyisi varmasti paremmin ja enemmän keskusteltavaa, kun osastolaoloaikana yleisin vastaus oli vain ”tää on ihan hyvä kappale.”

”omahoitajakeskustelujen selkeä lisääminen”

”Toivon, että päiväosasto pysyy ennallaan.”

”en osaa sanoa miten hoitomuotoja pitäisi muuttaa, olen tyytyväinen saamiini hoitoihin.”

”olen tyytyväinen päiväosaston toimintaan.”

”en tiedä, minusta näin on hyvä”

”musiikkiryhmään jotain uutta! esim. ottaa esille jokin tunne ja siihen jokainen etsii sopivan laulun ja siitä keskustelua...soittimia, ohjaaja voisi valita musiikin ja siitä pitäisi löytää jotain omaan tunne/mielialaan sopivaa. (keskustelua siitä) Musiikin ja maalaamisen voisi enemmän liittää toisiinsa. 2-3 ryhmäkeskustelua viikossa, sulkeutuneemmatkin voisi ruveta enemmän avautuun...”

”enemmän tekemistä”

”Mielestäni olisi hyvä jos saisi tietokoneohjausta sekä kännykän käyttöä esim. viestien lähettämässä ja vastaanottamisessa sekä jotain muita uusia virikkeitä.”

”ne ovat mielestäni hyviä.”

”Toivoisin lisää esim. pelejä, joita voisi pelata muiden potilaiden kanssa.”

”saisi olla monipuolisempaa, koen esim. kuvaryhmän ahdistavaksi, saisi olla enemmän tutustumiskäyntejä, retkiä ym.”

”Hyvä näin”

”kehittämisessä ei ole paljon enempää”

”Keskustelut vähemmälle, enemmän ryhmätouhuja.”

”Kankaanpäässä kaikki tuntuu toimivan hyvin. Lääkärikin on usein paikalla.”

9 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kerätä psykiatristen potilaiden mielipiteitä Kankaanpään mielenterveyskeskuksen päiväosastolla toteutettavista hoitomuodoista. Opinnäytetyön tavoitteena on kerätyn tiedon avulla kehittää psykiatristen potilaiden toiminnallisia hoitomuotoja sekä tuoda lisää ymmärrystä psykiatrisia sairauksia kärsiviä potilaita kohtaan.

Vastaajista 69 % oli naisia ja 31 % miehiä. Vastaajien ikäjakauma oli 19 vuotiaasta 70 vuotiaaseen. Tutkimus osoittaa, että päiväosaston potilaiden ikäjakauma on hyvin laaja. Potilaiden ikäjakauma vaatii päiväosaston työryhmältä niin nuorisopsykiatrian kuin vanhuspsykiatrian taitoja. Se vaatii hoitajilta myös tuntemusta akuuteista psykiatrisista sairauksista sekä kroonisista sairauksista. Potilasaineksen laaja ikäjakauma lisää hoitajien osaamisen vaatimuksia ja haasteellisuutta. Suurin osa tähän tutkimukseen osallistuneista oli 21–30 vuotiaita, toinen suuri ryhmä oli 51–60 vuotiaita. Suurin osa miehistä oli 51–60 vuotiaita ja naisista 21–30 vuotiaita. Tähän tutkimukseen vastanneiden päiväosaston potilaiden keski-ikä oli 42,3 vuotta. Tutkimukseen osallistuneiden potilaiden keski-ikä oli yllättävän korkea, koska aikaisempien tutkimusten mukaan potilaiden keski-ikä on selkeästi laskenut. Toisaalta, jos tutkimus olisi tehty toisena ajankohtana, potilaiden keski-ikä saattaisi olla hyvinkin erilainen. Potilaiden keski-ikää ei voida tutkimuksen perusteella yleistää, koska se vaihtelee suuresti eri hoitajakoilla.

Suurin osa 41 % tämän opinnäytetyön tutkimukseen osallistuneista potilaista oli naimattomia. Kyselyyn vastanneiden koulutustaso vaihteli suuresti, kansakoulun käyneitä oli 34 %, peruskoulun suorittaneita 28 % ylioppilaita 16 % ja AMK/yliopistotasoisien koulutuksen saaneita oli 6 % vastaajista. Tämän tutkimuksen mukaan voidaan päätellä, että päiväosastolle ohjautuva potilas saattaa olla mitä yhteiskuntaluokkaa tahansa. Psykiatrisista ongelmista tämän tutkimuksen mukaan eniten kärsivät naimattomat sekä kouluttautumattomat henkilöt.

Aikaisempien tutkimusten mukaan psykiatristen potilaiden sairaudet ovat akuutimpia tällä vuosituhanella. Psykiatristen potilaiden sairaudet ovat myös monikirjoisempia

kuin aikaisemmin. Tässä tutkimuksessa yli puolella vastaajista (52 %) oli useampi diagnoosi sairaudestaan. Tutkimuksen tuloksesta voidaan päätellä, että Kankaanpään päiväosaston potilasaine on myös entistä akuutimpaa ja monikirjoisempaa. Tässä tutkimuksessa tulee esille, että masennus ja siihen johtavat elämäntilannetekijät olivat suurin syy potilaiden päiväosastohoitoon ohjautumiselle. Vastaajista 21 % kertoi päiväosastohoitoon ohjautumisen syyksi henkilökohtaiset vastoinkäymiset omassa elämässään. Vastaajista merkittävä osa eli 59 % kertoi päiväosastohoitoon ohjautumisen syyksi masennuksen. Muita syitä päiväosastohoitoon ohjautumiselle olivat erilaiset pelkotilat, harhaluulot, itsemurha-ajatukset sekä akuutti psykoosi. Krooniset mielenterveyden sairaudet eivät tämän tutkimuksen mukaan ole enää ensisijaisena syynä päiväosastohoitoon ohjautumiselle.

Suurin osa 43 % Kankaanpään mielenterveyskeskuksen päiväosastolla olleista potilaista oli ollut kahdella erillisellä hoitajaksoilla sairautensa vuoksi. Yhdellä hoitajaksoilla oli ollut 32 % potilaista. Potilaiden hoitajaksojen pituudet olivat kolmesta neljään viikkoon suurimmalla osalla potilaista. Vastaajista 31 % kertoi olleensa hoitajaksoilla viisi viikkoa tai enemmän. Vastaajista 28 % oli hoitajaksoilla vain kaksi viikkoa.

Tutkimustuloksen pohjalta voidaan päätellä, että Kankaanpään mielenterveyskeskuksen päiväosaston potilaat ovat yleisesti tyytyväisiä saamaansa hoitoonsa. Potilaista 94 % on tutkimuksen mukaan saanut vaikuttaa omaan hoitoonsa ja sen suunnitteluun. Tutkimuksessa korostuivat etenkin yhteisön antama vertaistuki sekä omahoitajakeskustelut. Potilaiden mielipide kuntoutumiseensa parhaiten vaikuttavasta hoitomuodosta oli yhteisön vertaistuki. Vastaajista 94 % oli joko täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä yhteisön vertaistuen kuntouttavasta vaikutuksesta. Seuraavaksi tärkeimmäksi kuntoutumiseen vaikuttavasta hoitomuodosta potilaat kokivat omahoitajakeskustelut. Vastaajista 91 % oli joko täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä omahoitajakeskustelujen positiivisesta vaikutuksesta kuntoutumiseensa. Yksikään vastaajista ei ollut eri mieltä yhteisön sekä omahoitajuuden kuntouttavasta vaikutuksesta. Päiväosaston yhteisöllisyyden kehittämissuunnitelmassa 1994 -1996 tärkeimmäksi myönteiseksi vaikuttajaksi osoittautui hoitoyhteisö, johon sisältyi hoitohenkilökunta, potilastoverit, puhuminen, kuunteleminen sekä toisesta välittäminen. Tämän opinnäytetyön tutkimustulokset vaikuttavat hyvin samansuuntaisilta.

Seuraaviksi tärkeimmiksi kuntoutumisensa kannalta potilaat nimesivät keskusteluryhmän, liikuntaryhmän ja musiikkiryhmän. Vähiten kuntoutumiseensa potilaat arvioivat vaikuttavan Mielekäs päivä – ryhmän ja kuvaryhmän. Tutkimustuloksen pohjalta voidaan pohtia, vaikuttaako potilaan oma mieltymys kyseiseen toimintoon merkittävästi, kun arvioidaan hoitomuodon kuntouttavaa vaikutusta. Potilas joka pitää musiikista, saattaa kokea musiikkiryhmän positiivisempänä kuin potilas joka ei ole koskaan ollut kiinnostunut musiikista. Kuinka suuri vaikutus omalla henkilökohtaisella kiinnostuksella toimintoa kohtaan on kuntoutumiseen.

Mielenterveystyössä yksi tärkeimmistä hoitajan ominaisuuksista on potilaan osaava kuunteleminen. Sen vuoksi tässä tutkimuksessa korostettiin jokaisessa hoitomuodossa potilaiden kuulluksi tulemistä. Tutkimustuloksen pohjalta voidaan päätellä, että potilaat kokivat tulleen kuulluksi parhaiten omahoitajakeskustelujen aikana. Vastaajista 91 % oli sitä mieltä, että on joko tullut täysin kuulluksi tai lähes kuulluksi omahoitajakeskustelujen aikana. Yksikään potilaista ei kokenut jäävänsä täysin kuulematta omahoitajakeskustelujen aikana. Seuraavaksi parhaiten potilaat tulivat kuulluksi keskusteluryhmässä, 90 % vastaajista koki tulleen joko täysin kuulluksi tai jokseenkin kuulluksi keskusteluryhmässä. Vastaajista 87 % koki tulleen kuulluksi yhteisön kesken toiminnallisten ryhmien ulkopuolella. Vähiten potilaat kokivat tulleen kuulluksi Mielekäs päivä – ryhmässä. Vastaajista 7 % ei tullut mielestään lainkaan kuulluksi rentoutus- ja Mielekäs päivä- ryhmässä.

Vaikeiden asioiden ja vaikeiden tunteiden jakaminen eri yhteisöissä oli tutkimuksen mukaan vaihtelevaa. Selkeästi helpointa tutkimuksen mukaan oli jakaa tunteitaan ja kertoa vaikeista asioista yksilöhoitona omahoitajan kanssa. Vastaajista 87 % kertoi pystyvänsä jakamaan asioitaan ja tunteitaan omahoitajakeskusteluissa joko täysin tai jokseenkin ollen samaa mieltä. Yhteisöllisissä ryhmissä tunteiden jakaminen oli vaikeampaa. Keskusteluryhmässä vaikeiden tunteiden jakaminen ja puhuminen oli yleisesti helpompaa kuin yhteisön kesken muissa ryhmissä. Musiikkiryhmässä tunteiden jakaminen muiden yhteisön jäsenten kesken koettiin vaikeimmaksi. Vastaajista kolmasosa eli 31 % oli sitä mieltä että ei voinut lainkaan tai vain vähän kykeni jakamaan tunteitaan musiikkiryhmässä.

Tutkimuksen mukaan voidaan päätellä, että omahoitajakeskustelut ovat kantavin voimavara päiväosastohoidossa. Potilaat löysivät keskustelujen avulla uusia ratkaisumalleja tulevaisuuteensa sekä oppivat ymmärtämään tapahtumasarjoja, jotka johtivat sairauteensa. Potilaat saivat keskusteluista turvallisuutta ja itseluottamusta kohdatta tulevia arjen haasteita. Tärkeänä pidettiin myös luottamuksellisuutta. Keskusteluryhmä ja yhteisön vertaistuki korostuivat tässä tutkimuksessa. Suuri osa potilaista kokivat saavansa voimaa muilta potilailta, muiden samanlaisessa tilanteessa olevien tuki koettiin tärkeäksi.

Mielipiteet musiikki-, liikunta- ja kuvaryhmästä jakautuivat opinnäytetyön tekijän havainnointien mukaan pitkälti potilaiden mieltymyksien mukaan. Hoitomuodot, jotka eivät arkielämässä kiinnostaneet, koettiin myös jokseenkin turhaksi päiväosastohoidossa. Huomattavaa tutkimuksen mukaan kuitenkin oli, että yllättävän suuri osa potilaista oli hoitajakson aikana löytänyt liikunnan uudelleen tai saanut aikaisemmista tottumuksista huolimatta kipinän liikuntaan. Vastaajista 69 % vastasi väittämään liikuntaryhmä on auttanut minua liikkumaan hoitajakson jälkeen enemmän olevansa joko täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä. Tiistain liikunnalle ja keskiviikon liikunnalle ei tutkimuksen mukaan ollut erillistä selkeää mieltymystä, molemmista joko pidettiin tai sitten ei. Tutkimuksen mukaan näyttää siltä, että liikuntamuodolla ei ole kovinkaan suurta merkitystä vaan pääroolia vetää liikunta itsessään.

Kuvaryhmä ja musiikkiryhmä jakoivat mielipiteitä eniten. Musiikkiryhmään kohdistui avoimissa kysymyksissä eniten muutostoiveita. Kysyttäessä haluaisivatko potilaat musiikkiryhmään soittimia, joita potilaat voisivat itse soittaa, vastaukset jakautuivat molempiin suuntiin. Suurin osa ei kaivannut musiikkiryhmään soitettavia instrumentteja. Vastaajista 42 % oli sitä mieltä, että ei halua lainkaan soittimia musiikkiryhmään. Vastaajista 13 % toivoi musiikkiryhmään itse soitettavia instrumentteja.

Vastaajista 29 % (n=9) jätti vastaamatta kysymykseen päiväosaston kehittämistarpeista. Yksi vastasi: ”en osaa vastata”. Suuri osa vastaajista oli sitä mieltä, että kehittämistarpeita ei ole. Päiväosasto nykyisellä toiminnallaan on hyvä. Voidaan pohtia onko kysymykseen vastaamatta jättäneiden tulkinta tyytyväisyyttä hoitomuotoja kohtaan vai kenties tyytymättömyyttä. Vastaajista 30 % (n=7) oli tyytyväinen saamaansa hoitoonsa ja toivoi että päiväosastohoidossa ei tapahtuisi mitään muutoksia.

Eniten vastauksissa kritisoitiin musiikkiryhmää. Potilaiden mielipiteiden mukaan musiikkiryhmä ei eroa siitä, että kuuntelisi musiikkia missä tahansa. Musiikkiryhmään toivottiin selkeästi aihetta, josta avautuisi keskustelua. Yksi vastaajista toivoi, että musiikkiryhmä ja kuvaryhmä liitettäisiin toisiinsa. Kuvaryhmään toivottiin selkeää aihetta, jonka mukaan potilaat voisivat piirtää tai maalata. Osa vastaajista koki turhauttavana ajatuksena piirtää tai kuunnella musiikkia ilman mitään asiasisältöä. Kaksi vastaajista toivoi enemmän omahoitajakeskusteluja, yksi vastaajista enemmän ryhmäkeskusteluja. Ulkoilua, liikuntaa ja retkiä toivottiin myös lisää. Potilaiden ollessa omahoitajakeskustelussa, muille potilaille toivottiin sen ajaksi järjestettyä toimintaa esimerkiksi ulkoilua. Yksi vastaajista toivoi, että saman sairauden omaavat ja samassa elämäntilanteessa olevat olisivat samalla hoitajaksolla. Päiväosastolle toivottiin uusia pelejä, tietokoneohjausta, opastusta kännykän käyttöön tutustumiskäyn- tejä sekä retkiä.

Opinnäytetyön tutkimustulokset ovat vertailukelpoisia ainoastaan Kankaanpään mielenterveyskeskuksen päiväosastolla, koska päiväosastohoito vaihtelee alueellisesti.

Tämän opinnäytetyön jatkotutkimusaiheena voisi olla esimerkiksi saman diagnoosin omaavien ja samassa elämäntilanteessa olevien potilaiden ohjautuminen samalle hoitajaksolle. Tutkimusaiheena voisi olla myös samanikäisten potilaiden ohjautuminen samalle hoitajaksolle. Olisiko sillä merkitystä kuntoutumisen näkökulmasta?

Jatkotutkimusaiheena voisi myös olla tutkimuksen kohdistaminen ainoastaan nuorille ja nuorille aikuisille potilaille. Siten selviäisi selkeämmin nuorten potilaiden tarpeet päiväosastohoidossa. Toisaalta jatkotutkimusaiheena voisi olla työntekijöiden valmiudet, millaisia valmiuksia työntekijät kokevat tarvitsevansa laajakirjoisessa hoitotyössä? Miten työntekijät ovat kouluttautuneet tulevia tarpeita varten? Työilmapiirin kartoittaminen ja jaksaminen vaativassa mielenterveystyössä on aina tarpeellista.

LÄHTEET

- Achte, K., Alanen, Y., 1991. Psykoterapia. Teoksessa: Achte, K., Alanen, Y., Tienari, P. (toim.) Psykiatria 2. Juva WSOY, 107-203.
- Achte, K., 1991. Psykiatrian kenttä. Mielenterveys käsitteenä. Teoksessa: Achte, K., Alanen, Y., Tienari, P. (toim.) Psykiatria 1. Juva: WSOY, 33.
- Ahonen, H. 1993. Musiikki – Sanaton kieli. Musiikkiterapian perusteet. Finnlectura Oy. Helsinki
- Ahonen-Eerikäinen, H. 1999. Samalle aaltopituudelle. Kirjayhtymä Oy, Helsinki.
- Alkula, T., Pöntinen, S., Ylöstalo, P. 1995. Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. WSOY. Helsinki
- Annola, A. 1996. Kuvataideterapia käytännön hoitotyössä. Teoksessa: Ahonen-Eerikäinen, H. (toim.) Taide psykososiaalisen työn välineenä. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu julkaisusarja B, Joensuu, 132–133.
- Di Franco, G. 1999. Musiikkiterapia metodologisena lähestymistapana mielenterveyden alalla. Teoksessa: Musiikkiterapia, hoitotyöstä kasvatukseen. (toim.) Hakapaino Oy, Helsinki, 88-96.
- Eronen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. 2001. Persoonallisuushäiriöt Käyttäytymisen häiriöt Teoksessa: Lönngvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M., Partonen, T. (toim.) Psykiatria, Duodecim 2001, 364-389.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki. Tammi.
- Holopainen, M. & Pulkkinen, P. 2002. Tilastolliset menetelmät. Vantaa. WSOY.
- Honkanen, H. 2008. Eri-ikäiset terveydenhoitajan asiakkaana. Vertaistukea ryhmästä. Teoksessa: Haarala, P., Honkanen, H., Mellin, O-K., Tervaskanto-Mäentausta, T. (toim.) Terveydenhoitajan osaaminen. Edita. Helsinki, 274–438.
- Isohanni, M., Honkonen, T., Vartiainen, H., Lönngvist, J. 2001. Skitsofrenia. Teoksessa: Lönngvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M., Partonen, T. (toim.) Psykiatria, Duodecim, 57-115.
- Isometsä, E. 2001. Masennushäiriöt. Teoksessa Lönngvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M., Partonen, T. (toim.) Psykiatria, Duodecim, 134-171.
- Joffe, G. 2005. Psykiatrisen tulosityksikön johtaja Grigori Joffen juhlapuhe Kellokosken sairaalan 90- vuotispäivänä 12.6.2005: Psykiatrian tulosityksikkö tänään ja tulevaisuudessa.
HUS. Viitattu 7.10.2009.
<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,959,9151,10134>

Järvenpää, S., Uusi-Oukari, V., Aalto, P., Kero, S. 1994–1996. Päiväosaston yhteisöllisyyden kehittämisprojekti. Yhteisö auttoi jaksamaan. Kankaanpään mielenterveyskeskus; päiväosaston työryhmä.

Kankaanpään päiväosaston toiminta-ajatus 2008.

Kuoppasalmi, K. 1999. Mielenterveys, sen häiriöt ja liikunta. Teoksessa: Vuori, I., Taimela, S. (toim.) Liikuntalääketiede. Duodecim, 331-332.

Lehtonen, K. 1989. Musiikkiterapian teoreettisesta perustasta. Teoksessa: Lehtonen, K. (toim.) Musiikki terveyden edistäjänä. SHKS. WSOY:n graafiset laitokset. Juva, 26-34.

Lehtonen, K. & Leino, J. 1989. Erityis- ja laitospedagogiikka sekä nuorisopsykiatria musiikkiterapian sovellusalueina. Teoksessa Lehtonen, K. (toim.) Musiikki terveyden edistäjänä. SHKS. WSOY:n graafiset laitokset. Juva, 80-88.

Leino-Kilpi, H. 2006. Hoitotyöntekijä ja tutkimusetiikka. Leino-Kilpi, H & Välimäki, M. Etiikka hoitotyössä. WSOY.

Lönngvist, J., Honkonen, T. 2001. Muut psykoosit. Teoksessa: Lönngvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M., Partonen, T. (toim.) Psykiatria, Duodecim, 118-133.

Matikka, T. 1996. Avoimet musiikkiterapiaryhmät psykiatrisessa hoidossa. Teoksessa: Ahonen-Eerikäinen, H. (toim.) Taide psykososiaalisen työn välineenä. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu julkaisusarja B. Joensuu, 122–131.

Peltomaa, M. 2005. Kuntoutumisvalmius tarpeenmukaisen mielenterveyskuntoutuksen perustana. Lapin yliopisto. Ammatillisen lisensiaatinkoulutus. Lisensiaatin tutkimus.

Rainerma, A. 2006. Kankaanpään mielenterveyskeskuksen päiväosaston 20-vuotisjuhlapuhe 14.9.2006.

Räsänen, P., Anttila, A-H. & Melin, H. 2005a. Tutkimus menetelmien pyörteissä. Jyväskylä. PS-Kustannus.

Satakunnan Sairaanhoidopiiri 2009. Potilas. Osastojen ja poliklinikoiden kotisivut. Psykiatria. Aikuispsykiatrian avohoidon vastuualue. Kankaanpään alue. Kankaanpään päiväosasto. [Viitattu 11.2.2010] www.satshp.fi

Uusi-Oukari, V. 2008. Nuorten ja nuorten aikuisten hoitotyön kehittäminen Kankaanpään mielenterveyskeskuksen päiväosastolla kouluttautumalla. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala, Pori. Täydennyskoulutuskeskus.

Vuori-Kemilä, A. 2000. Mielenterveystyö. Teoksessa Saarelainen, R., Stengård, E., Vuori-Kemilä, A. (toim.) Mielenterveys ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta WSOY, Porvoo, 12-31.

World Health Organisation (WHO). (1999). Strengthening Mental Health Promotion. WHO Fact Sheet. No. 220. WHO. Geneve.

Ympyröi oikea tai sopiva vaihtoehto ja kirjoita tieto sille varattuun tilaan.

TAUSTATIEDOT

1. Sukupuolenne

- 1 nainen
- 2 mies

2. Ikänne _____ vuotta

3. Siviilisäätynne

- 1 naimisissa
- 2 naimaton
- 3 eronnut
- 4 leski
- 5 avoliitossa

3. Peruskoulutuksenne

- 1 kansakoulu
- 2 keskikoulu
- 3 peruskoulu
- 4 ylioppilas
- 5 ammattikorkeakoulu/yliopisto
- 6 joku muu

HOITOJAKSOT PÄIVÄOSASTOLLA V.2008-2009

5. Mikä / Mitkä olivat päiväosastohoitoon ohjautumisenne syy / syyt

6. Montako hoitajaksoa Teillä oli päiväosastolla vuonna 2008-
2009

- 1 yksi
- 2 kaksi
- 3 kolme
- 4 useampia Kuinka monta _____

7. Kuinka pitkiä hoitajaksonne olivat keskimäärin

- 1 kaksi viikkoa tai vähemmän
- 2 kolme – neljä viikkoa
- 3 viisi viikkoa tai enemmän

HOITOMUODOT

8. Seuraavat kysymykset koskevat päiväosaston hoitomuotoja. Mitä mieltä olet väittämistä? Ympyröi käsitystäsi parhaiten kuvaava vaihtoehto.

- 1 ei pidä lainkaan paikkaansa
- 2 jokseenkin eri mieltä
- 3 jokseenkin samaa mieltä
- 4 pitää täysin paikkansa

8.1 OMAHOITAJUUS

Keskustelut omahoitajan kanssa ovat auttaneet minua kuntoutumisessani	1	2	3	4
Minun on helppo puhua omahoitajan kanssa vaikeistakin asioista	1	2	3	4
Minua on kuunneltu	1	2	3	4
Olen osallistunut hoitoni suunnitteluun	1	2	3	4
Omahoitajakeskusteluja on riittävästi	1	2	3	4

8.2 VERTAISTUKI

Yhteisö on auttanut minua kuntoutumisessani	1	2	3	4
Keskustelen mielelläni tunteistani ja kokemuksistani yhteisön kesken	1	2	3	4
Minua on kuunneltu yhteisössä	1	2	3	4

8.3 MUSIIKKIRYHMÄ

Musiikkiryhmä on auttanut minua kuntoutumisessani	1	2	3	4
Voin jakaa tunteitani tässä ryhmässä yhteisön kesken	1	2	3	4
Musiikin avulla voin tuoda tunteitani esille	1	2	3	4
Minua on kuunneltu musiikkiryhmässä	1	2	3	4
Toivon ryhmään soittimia, joita voisin soittaa	1	2	3	4

8.4 KUVARYHMÄ

Piirtäminen/maalaaminen on auttanut minua kuntoutumisessani	1	2	3	4
Piirrosten/maalausten avulla pystyn tuomaan tunteitani esille	1	2	3	4
Pystyn tuomaan itseäni esille tässä ryhmässä	1	2	3	4
Minua on kuunneltu tässä ryhmässä	1	2	3	4

8.4 LIIKUNTARYHMÄ

Liikuntaryhmä on auttanut minua kuntoutumisessani	1	2	3	4
Tiistain liikunta on auttanut kuntoutumisessani (kuntosali)	1	2	3	4

Keskiviikon liikunta on auttanut kuntoutumisessani (uinti, sähly)	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Liikuntaryhmä on auttanut minua liikkumaan hoitajakson jälkeen enemmän	1	2	3	4
--	---	---	---	---

Minua on kuunneltu liikuntaryhmässä	1	2	3	4
-------------------------------------	---	---	---	---

8.5 RENTOUTUSRYHMÄ

Rentoutusryhmä on auttanut minua kuntoutumisessani	1	2	3	4
--	---	---	---	---

Olen oppinut rentoutumaan	1	2	3	4
---------------------------	---	---	---	---

Minua on kuunneltu rentoutusryhmässä	1	2	3	4
--------------------------------------	---	---	---	---

8.6 KESKUSTELURYHMÄ

Keskusteluryhmä on auttanut minua kuntoutumisessani	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Minua on kuunneltu	1	2	3	4
--------------------	---	---	---	---

Voin jakaa asioitani tässä ryhmässä	1	2	3	4
-------------------------------------	---	---	---	---

8.7 MIELEKÄS PÄIVÄ RYHMÄ

Ryhmä on auttanut minua kuntoutumisessani	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Minua on kuunneltu tässä ryhmässä	1	2	3	4
-----------------------------------	---	---	---	---

9. Kertokaa omin sanoin, mikä hoitomuoto on auttanut Teitä parhaiten kuntoutumisessanne ja miksi?

10. Kertokaa omin sanoin, miten toivoisitte päiväosaston hoitomuotoja kehitettävän?

Kiitos osallistumisestasi!

Hyvä vastaanottaja

15.1.2010

Olen terveydenhoitajaopiskelija Satakunnan ammattikorkeakoulusta ja teen opintoihini kuuluvan opinnäytetyön Kankaanpään mielenterveyskeskuksen päiväosaston potilaiden tyytyväisyydestä saamaansa hoitoon.

Kyselylomakkeessa kysyn potilaiden kokemuksia ja mielipiteitä päiväosaston hoitomuodoista VUODEN 2008 – 2009 AJALTA. **Opinnäytetyöni kannalta juuri Teidän mielipiteenne ovat tärkeitä.**

Kyselyn tavoitteena on kehittää päiväosaston hoitomuotoja kaikkia potilaita mahdollisimman hyvin palvelevaksi. Teillä on mahdollisuus olla mukana kehittämässä päiväosaston hoitomuotoja. Kyselyyn vastataan nimettömänä ja vastaukset käsitellään täysin luottamuksellisesti. Täytetyn kyselylomakkeen voitte palauttaa kyselylomakkeen mukana tulevalla kirjekuorella **1.2.2010 mennessä**. Palautuskuoren postimaksu on puolestanne maksettu.

Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja tutkimuksesta kieltäytyminen ei vaikuta Teidän saamaanne hoitoon.

Toivon Teidän mieltävän vastauksia kaikessa rauhassa ja täyttämään kaikki kohdat huolellisesti. Mikäli teillä on kysyttävää opinnäytetyöstä, voitte ottaa minuun yhteyttä puhelimitse tai sähköpostitse.





Mikäli olette jo vastanneet kyselyyn, kiitän Teitä lämpimästi yhteistyöstä.

Yhteistyöstä kiittäen,

Marjo Niemenmaa



VIIKKO-OHJELMA

MAANANTAI	TIISTAI	KESKIVIIKKO	TORSTAI	PERJANTAI
 AAMUTEE 				
9.15 - 9.45 aamukokous - viikon tehtävien jako ja viikko-ohjelmasta sopiminen	9.15 - 9.45 aamukokous	9.15 - 9.45 aamukokous	9.15 - 9.45 aamukokous	9.15 - 9.45 aamukokous
10.00 - 11.00 omahoitajakeskustelut	10.00 - 11.00 - leivontaryhmä - omahoitajakeskustelut	10.00 - 10.45 keskusteluryhmä	9.00 - 10.15 hoitokokous (mukana lääkäri, sos.tt., psykologi ja omahoitaja	10.00 - 10.45 keskusteluryhmä
RUOKAILU 11.00 - 12.00				
12.00 ... lääkäri osastolla	12.00 - 13.15 kuvaryhmä	12.00 - 13.30 liikuntaryhmä <i>liikuntaryhmä</i>	12.00 - 13.00 lääkäri 12.00 - omahoitajakeskustelut	12.00 - 13.00 - tavoiteryhmä *itsearvointi *tavoitteellisuus *kannustavuus *sifoutuneisuus
13.00 - 13.30 KAHVI		 KAHVI 13.30 - 14.00		13.00 - 13.30 KAHVI
13.30 - 14.45 Omahoitajakeskustelut Mielekäs päivä -ryhmä/liikunta	14.00 - 14.45 Vapaa ryhmä/Mielekäs päivä -ryhmä 	14.00 - 14.30 rentoutusryhmä	13.45 - 14.45 musiikkiryhmä	
<i>liikuntaryhmä</i> <i>liikuntaryhmä</i>				
LOPPUKOKOUS 14.45				
al190104				

SATAKUNNAN SAIRAANHOITOPIIRI
Ettinen toimikunta 28.10.2009

4 § TERVEYDENHOITAJAOPISKELIJA MARJO NIEMENMAAN
LAUSUNTOPYYNTÖ / POTILAIEN MIELIPITEITÄ PSYKIATRISISTA
HOITOMUODOISTA KANKAANPÄÄN PÄIVÄOSASTOLLA VUONNA 2008

Tutkimus suunnataan potilaille, jotka ovat olleet Kankaanpään mielenterveyskeskuksen päiväosastolla hoitajaksolla vuonna 2008. Tavoitteena on kerätyn tiedon avulla kehittää psykiatristen kuntoutujien hoitomuotoja sekä tuoda lisää ymmärrystä psykiatrisista sairauksista kärsivistä potilaista. Marjo Niemenmaa on liittänyt lausuntopyyntöön tutkimussuunnitelman ja kyselylomakkeen.

LIITE NRO 3

Päätös: Ettinen toimikunta antaa puoltavan lausunnon tutkimuksesta.

PÖYTÄKIRJAN OIKEEN OIKEAKSI TOISTAA!
Keenu Hakala