



Mira Kulonen ja Tiia-Mari Nykänen

Epävakaan persoonallisuushäiriöisen potilaan kohtaaminen ensihoidossa

Podcast oppimisen tukena

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Ensihoitaja (AMK)

Ensihoidon tutkinto-ohjelma

Opinnäytetyö

2.11.2021

Tekijät	Mira Kulonen ja Tiia-Mari Nykänen
Otsikko	Epävakaan persoonallisuushäiriöisen potilaan kohtaaminen ensihoidossa - Podcast oppimisen tukena
Sivumäärä	51 sivua + 2 liitettä
Aika	2.11.2021
Tutkinto	Ensihoitaja (AMK)
Tutkinto-ohjelma	Ensihoidon tutkinto-ohjelma
Ohjaaja	Lehtori Marika Lähdetniemi
<p>Psykiatristen potilaiden määrän kasvu ensihoidossa selittyy osittain sairaalapaikkojen vähentymisellä sekä hoitajaksojen lyhentymisellä. Valtaosa terveydenhuollon ammattilaisista omaa negatiivisen ja syrjivän asenteen mielenterveyshäiriöisiä potilaita kohtaan, jolla on vaikutuksia potilaan saamaan hoitoon. Lähes puolet ensihoidon ja päivystyksen työntekijöistä ovat kokeneet osaamisensa riittämättömäksi kohdatessa psykiatrisia potilaita. Stigman- eli leimaantumisen vastainen työ vaatii syrjivään toimintaan puuttumista sekä asenteiden muuttamista. Jakamalla luotettavaa tietoa mielenterveydenhäiriöistä, pystytään lisäämään hoitajien osaamista, vähentämään potilaiden leimaantumista ja täten edistämään potilaiden saamaa tarkoituksenmukaista hoitoa.</p> <p>Epävakaata persoonallisuushäiriötä vaikuttaa runsaasti siitä kärsivän toimintakykyyn. Keskeistä ovat haasteet tunteidensäätelyssä ja ongelmia ilmenee usein vuorovaikutussuhteissa. Ensihoidossa epävakaat persoonallisuushäiriöiset potilaat tavataan yleensä kriisitilanteissa. Potilas hakeutuu hoitoon usein somaattisen vaivan takia, joten on tärkeää tunnistaa taustalla oleva psyykkisen voimien heikkeneminen. Kriisi voi ilmetä masennuksena, itsetuhoisuutena, aggressiivisuutena, päihdehäiriönä tai psykoottisuutena ja kohtamista voi varjostaa potilaan vahva häpeän tunne. Hoitajalla tulee olla valmiudet kohdata potilas haasteellisessakin tilanteessa.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä. Tarkoituksena oli tuottaa podcast-jakso itseopiskelumateriaaliksi ensihoitajaopiskelijoille epävakaan persoonallisuushäiriöisen potilaan kohtaamisesta ensihoidossa. Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä ensihoitajaopiskelijoiden osaamista epävakaasta persoonallisuushäiriöstä sekä siitä, miten häiriö voi näyttäytyä ensihoidossa. Lisäksi tavoitteena oli syventää ensihoitajaopiskelijoiden tietämystä epävakaasta persoonallisuushäiriöisen potilaan kohtaamisesta sekä murtaa ennakkoluuloja ja lievittää negatiivisia asenteita psykiatrisia potilaita kohtaan. Opinnäytetyön hyödynsääjinä ovat Metropolia Ammattikorkeakoulun ensihoitajaopiskelijat. Välillisinä hyödynsääjinä voidaan pitää myös epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsiviä sekä muita psykiatrisia ensihoidon potilaita, jotka hyötyvät ensihoitajien ammattitaidon kehittämisestä.</p> <p>Opinnäytetyötä varten kerättiin tutkimustietoa sekä kirjallisuutta epävakaasta persoonallisuushäiriöstä, epävakaan persoonallisuushäiriöisen potilaan kohtaamisesta sekä podcastista oppimismenetelmänä. Kirjallisuuskatsauksen pohjalta suunniteltiin ja äänitettiin 25 minuuttia kestävä podcast-jakso Metropolia Ammattikorkeakoulun käyttöön. Podcastissa käsitellään epävakaata persoonallisuushäiriötä keskittyen potilaan kohtaamiseen ensihoidossa. Jakso julkaistiin Metropolia Ammattikorkeakoulun podcastkanavassa MetroPodiassa.</p>	
Avainsanat	epävakaata persoonallisuushäiriö, ensihoito, kohtaaminen, kriisi, stigma, podcast, itseopiskelumateriaali

Authors	Mira Kulonen and Tiia-Mari Nykänen
Title	Encounter a patient suffering from borderline personality disorder in pre-hospital care – podcast as a support in learning
Number of Pages	51 pages + 2 appendices
Date	2 November 2021
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Emergency Care
Instructor	Marika Lähdetniemi, Senior Lecturer
<p>Borderline personality disorder influences the patient's ability to control feelings. Most commonly it will affect how the patient interacts with other people. Paramedics will often confront patients with borderline personality disorder in crisis. These crises may manifest as depression, self-harming, psychotic or aggressive behavior or as substance abuse. The inexperience and lack of knowledge shown by healthcare professionals may cause risks with the patient's treatment.</p> <p>The purpose of this thesis was to produce an audio podcast which acts as a self-study material for emergency care students in Metropolia University of Applied Sciences. The aim was to increase knowledge of emergency care students about borderline personality disorder and how the disorder can be seen in pre-hospital care. We also wanted to deepen the students' knowledge on how to encounter a patient with borderline personality disorder in pre-hospital care and take part of breaking down prejudice and negative attitudes towards psychiatric patients.</p> <p>This thesis is a functional final project. The content of the functional part is based on the results of the literature review. We sought and studied information from different databases for example Cinahl and PubMed. Sources of information were previous studies, articles and current literature which were released between years 2011-2021. In the audio podcast we deal with 1) what is borderline personality disorder, 2) how it is seen in pre-hospital care and 3) how to encounter a patient with borderline personality disorder. We also elaborated on different crisis episodes of borderline personality disorder. It is released in MetroPodia which is a podcast channel of Metropolia University of Applied Sciences.</p>	
Keywords	borderline personality disorder, pre-hospital care, encounter, crisis, stigma, podcast, self-study material

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset	2
3	Epävakaan persoonallisuushäiriöisen potilaan kohtaaminen ensihoidossa	3
3.1	Keskeiset käsitteet	3
3.2	Ensihoitopalvelu ja ensihoitoa koskevat lait	4
3.2.1	Terveystieteiden laki ja laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä	4
3.2.2	Mielenterveyslaki ja laki potilaan asemasta ja oikeuksista	5
3.2.3	Tahdosta riippumaton hoito	6
3.3	Epävakaata persoonallisuushäiriötä	7
3.3.1	Esiintyvyys ja etiologia	9
3.3.2	Diagnostiikka	9
3.4	Kohtaaminen	10
3.4.1	Epävakaan persoonallisuushäiriöisen kohtaamisen erityispiirteet	12
3.4.2	Validointi ja nonverbaalinen validointi	14
3.5	Kriisivaihe	15
3.5.1	Masentunut potilas	16
3.5.2	Itsetuhoinen potilas ja itsemurha	18
3.5.3	Aggressiivinen potilas	22
3.5.4	Päihdehäiriöinen potilas	24
3.5.5	Psykoottinen potilas	25
3.6	Potilaan haastattelu ensihoidossa	27
4	Opinnäytetyön toteutus	29
4.1	Menetelmälliset lähtökohdat, toimintaympäristö, kohderyhmä ja hyödynsaajat	29
4.2	Toiminnan etenemisen kuvaus	30
4.3	Tiedonhaku	30
5	Itseopiskelumateriaali	31
5.1	Podcast oppimismenetelmänä	31
5.2	Podcastin toteutus ja julkaisu	33
6	Pohdinta	35
6.1	Tuotoksen tarkastelu	36
6.1.1	Miten epävakaata persoonallisuushäiriötä näytetään ensihoidossa?	36

6.1.2	Mitä tulisi ottaa huomioon epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan kohtaamisessa ensihoidossa?	36
6.1.3	Miten kehittää ensihoitajaopiskelijoiden osaamista epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan kohtaamisesta?	38
6.1.4	Miten podcast soveltuu itseopiskelumateriaaliksi?	39
6.2	Eettisyys ja luotettavuus	41
6.3	Tuotoksen hyödyntäminen ja kehittämissuhteet	43
6.4	Ammatillinen kasvu	44
	Lähteet	46

Liitteet

Liite 1. Tiedonhaku

Liite 2. Käytetyt tutkimukset

1 Johdanto

Persoonallisuuden piirteet luovat ihmiselle pysyviä keinoja havainnoida ja suhtautua toisiin ihmisiin sekä ymmärtää ympäristöä ja itseään. Normaaleja persoonallisuuden piirteitä ovat tunteiden syvyys, ailahtelevuus ja impulsiivisuus. Epävakaasta persoonallisuudesta kärsivillä ne ovat normaalia korostuneempia sekä käsitys omasta itsestä on epäjohdonmukainen ja vaihteleva. (Korkeila 2020.) Kolme keskeisintä oirekokonaisuutta epävakaassa persoonallisuushäiriössä ovat tunne-elämän epävakaus, häiriöt käyttäytymisen säätelyssä sekä alttius vuorovaikutussuhteiden ongelmille. Käsitys omasta itsestä voi olla rajoittunutta ja omanarvontunto voi olla heikko. Kielteiset tunteet näyttäytyvät enemmän kuin tasapainoisella ihmisellä ja reagointi ympäristön ärsykkeisiin, etenkin negatiivisiin, voi olla sietämättömän voimakasta. (Epävakaata persoonallisuus. Käypä hoito -suositus 2020.) Epävakaan käyttäytymiseen liittyy usein esimerkiksi viiltelyä, lääkkeiden yliannostuksia ja muita keinoja satuttaa itseään, jotka pohjautuvat enemmän huomionhakuisuuteen. (Korkeila 2020). Voimakkaat tunnetilat tiivistyvät usein kriiseiksi, joita sävyttää toivottomuuden tunne ja äärettömän suuri psyykkinen tuska, jota pyritään lievittämään keinoilla millä hyvänsä. (Koivisto & Korkeila 2020.) Masennusta, itsetuhoista käyttäytymistä, aggressiivisuutta, päihderippuvuutta sekä psykoosia käsitellään opinnäytetyössä epävakaan persoonallisuushäiriön kriisivaiheina.

Muiden kuin psykiatristen sairaanhoitajien keskuudessa kielteiset asenteet ovat mielen-terveysongelmaisia kohtaan tavallisia ja ne liittyvät osittain hoitajien kokemaan osamattomuuteen sekä myös "ei kuulu meille" -ajatteluun (Saloheimo 2019). Teoreettisen tietämyksen lisäämisellä on merkitystä negatiivisten sekä leimaavien asenteiden muuttamisessa. Vahva teoreettinen perusta lisää positiivista asennetta, empatiaa, mielenkiintoa sekä motivaatiota mielen-terveysongelmaisia sekä siihen liittyvää hoitotyötä kohtaan. (Palou & Vigue & Tort-Nasarre 2019.)

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoitus oli tuottaa itseopiskelumateriaalia ensihoitajaopiskelijoille podcast-jakson muodossa. Tavoitteena oli lisätä ensihoitajaopiskelijoiden tietämystä epävakaasta persoonallisuushäiriöstä ja siitä kärsivien potilaiden kohtaamisesta ensihoidossa, vähentäen samalla kohtaamiseen liittyviä ennakkoluuloja ja negatiivisia asenteita. Työ rajattiin aikuispotilaisiin, sillä häiriö ilmenee yleisimmin nuorilla aikuisilla (Korkeila 2020). Somaattista sairauksia ei käsitelty, jotta työ pysyi loogisena ja paremmin tekijöiden hallinnassa. Opinnäytetyön tilaajana oli Metropolia Ammattikorkeakoulu.

2 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Suomessa on luotu kansallinen mielenterveysstrategia vuosille 2020–2030, jossa tarkoituksena on edistää mielenterveyden ja mielenterveyshäiriöiden ehkäisemistä sekä kehittää hoitoa ja kuntoutusta. Itsemurhien ehkäisyohjelma on luotu myös samaan yhteyteen. Strategia koskee sosiaali- ja terveyshuollon lisäksi monia muita yhteiskunnan osa-alueita ja siihen on luotu viisi painopistettä. Yksi näistä painopisteistä on mielenterveysoikeudet, jossa painotetaan perus- ja ihmisoikeuksien toteutumista. Mielenterveysoikeuksilla tarkoitetaan tietämättömyyden ja asenteellisuuden sekä syrjimyksen vastaista työtä. Mielenterveysoikeuksien toteutuminen on mielenterveystyön onnistumisen edellytyksiä, sillä mielenterveyshäiriöihin liitetty stigma vähentää palvelujen tarjoamista sekä niihin hakeutumista. (Vorma 2020.)

Stigman vastainen työ edellyttää jatkuvaa tiedon jakamista, diskriminoivaan eli syrjivään käyttäytymiseen puuttumista sekä asenteiden muokkaamista. Mielenterveydestä ja sen häiriöstä kertovan luotettavan tiedon avulla pystytään vähentämään tietämättömyyttä. Jokainen voi myös omalla käyttäytymisellään vähentää ennakkoluuloja, esimerkiksi toimimalla luontevasti psykiatrisen potilaan kohdatessaan. Hoitohenkilökunnan tietopohjaa, asenteita ja käyttäytymistä mielenterveyspotilaita kohtaan mittaa käytännössä ammatillinen yhteistyö potilaan kanssa. Tämä yhteistyö näyttäytyy asiallisena, ihmisarvoa korostavana sekä potilaiden itsenäisyyttä ja omaa vastuuta huomioivana toimintana. (Lönngqvist 2021b: 29.)

Eri tutkimukset ovat vahvistaneet, että terveydenhuollon ammattilaiset omaksuvat negatiivisen ja syrjivän asenteen mielenterveysongelmista kärsiviä potilaita kohtaan, joka voi määrittää potilaan hoidon ja hoidon laadun. (Palou ym. 2019.) Sosiaalisten ennakkoluulojen lisäksi potilaat, jotka kärsivät mielenterveysongelmista, joutuvat taistelemaan terveydenhuollon ammattilaisten leimaavien asenteiden kanssa. Ensihoitaja- ja päivystystyöntekijöistä 49 % ovat kokeneet, että heillä ei ole tarvittavaa tietoa ja osaamista mielenterveyshäiriöistä. (Ács & Mészáros & Balogh 2020.)

Opinnäytetyömme tarkoituksena on tuottaa ensihoitajaopiskelijoille itseopiskelumateriaaliksi podcast-jakso, jonka tavoitteena on lisätä ensihoitajaopiskelijoiden tietoa epävakaaasta persoonallisuushäiriöstä ja miten epävakaaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivä potilas voi näyttäytyä ensihoidossa. Tavoitteena on myös syventää tietoa epävakaaan persoonallisuushäiriöisen potilaan kohtaamisesta ja siihen liittyvistä erityispiirteistä sekä murtaa ennakkoluuloja ja lievittää negatiivisia asenteita ensihoitajaopiskelijoiden keskuudessa. Opinnäytetyössä käsitelimme seuraavia tutkimuskysymyksiä:

1. Miten epävakaa persoonallisuushäiriö näyttäytyy ensihoidossa?
2. Mitä tulee ottaa huomioon epävakaaan persoonallisuushäiriöisen potilaan kohtaamisessa ensihoidossa?
3. Miten kehittää ensihoitajaopiskelijoiden osaamista epävakasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän kohtaamisessa?
4. Miten podcast soveltuu itseopiskelumateriaaliksi?

3 Epävakaan persoonallisuushäiriöisen potilaan kohtaaminen ensihoidossa

3.1 Keskeiset käsitteet

Epävakaa personallisuushäiriö	Vaikea, potilaan toimintakykyä merkittävästi heikentävä häiriö, joka ilmenee tunne-elämän epävakautena, käyttäytymisen säätelyn häiriöinä ja vaikeuksina vuorovaikutussuhteissa. Häiriöön liittyy paljon samanaikaissairastavuutta ja merkittävä itsemurha- ja itsensä vahingoittamisriski. (Epävakaa persoonallisuus. Käypähoito -suositus 2020.)
Potilas	Terveysten- ja sairaanhoitopalveluja käyttävä henkilö tai muuten niiden kohteena olevaa henkilö. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.)
Ensihoito	Ensihoidolla tarkoitetaan loukkaantuneen tai äkillisesti sairastuneen potilaan hoidontarpeen arviointia ja hoitoa terveydenhuollon hoitolaitoksen ulkopuolella sekä tarvittaessa siirtoa jatkohoitopaikkaan. (Terveystoimintalaki 1326/2010 § 40.)
Podcast	Podcast on jaettava ääni- tai videotallenne, jota voi käyttää haluttuna aikana paikasta riippumatta. (Tietotekniikan termitalkoot 2011; Tietotekniikan termitalkoot 2012.) Tässä opinnäytetyössä podcastilla viitataan yksittäiseen äänitallenteeseen.

3.2 Ensihoitopalvelu ja ensihoitoa koskevat lait

Ensihoitoa koskevasta lainsäädännön valmistelusta vastaa Sosiaali- ja terveysministeriö, joka myös ohjaa ja valvoo ensihoitopalveluiden toimintaa yleisellä tasolla. (Ensihoito.) Ensihoitopalvelu on terveydenhuollon peruspäivystyspalvelua, joka pyrkii tunnistamaan potilaan kiireellisimmät sairaudet mahdollisimman varhain ja antamaan asianmukaista hoitoa välittömästi sekä ohjaamaan oikeaan hoitopaikkaan. Hyvin järjestetty ensihoitopalvelu vaikuttaa vähentävästi päivystysalueiden potilasruuhkaan samalla, kun ohjaa potilaat heille tarkoituksenmukaiseen perusterveydenhuollon tai erikoissairaanhoidon hoitoon. Potilaan kohtaaminen tapahtuu joko potilaan kotona, tai kodin ulkopuolella. Kohteessa potilas tutkitaan ja peruselintoimintojen häiriöiden hoito aloitetaan tarvittaessa. Potilas voidaan myös jättää kotiin, mikäli välitöntä hoitoa ei vaadita ja silloin potilas ohjataan hakeutumaan myöhemmin omalle terveysasemalleen. (Kuisma & Holmström & Porthan & Nurmi & Taskinen 2018: 17.)

3.2.1 Terveydenhuoltolaki ja laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä

Terveydenhuoltolaki (1326/2010) velvoittaa sairaanhoitopiirejä turvaamaan ensihoitopalvelun saatavuuden alueellaan yhdenvertaisesti. Lähtökohtina ovat nopea ja oikein suunnattu resursointi oikeudenmukaisen ja tasa-arvoisen palvelun saamiseksi. (Kuisma ym. 2018: 35.) Terveydenhuoltolain mukaan kiireellistä sairaan-, mielenterveys-, päihdehoitoa tai psykososiaalista tukea on annettava potilaalle, joka sitä tarvitsee riippumatta potilaan asuinkunnasta. Kiireellistä hoitoa on esimerkiksi äkillisen sairastumisen, vamman, pitkäaikaissairauden paheneminen tai toimintakyvyn alenemisen edellyttämä välitön hoidontarpeen arviointi sekä hoito, jota siirtämällä aiheutuisi sairauden tai vamman paheneminen. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010 50§.) Terveydenhuoltolain 39–41 § ja 46 § on säädetty ensihoitopalvelun järjestämisestä, sisällöstä sekä ensihoitokeskusta koskevat säädökset. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta (585/2017) tarkentaa terveydenhuoltolakia. Siinä määritetään ensihoitopalvelun tehtävät, johtamisjärjestelmästä ja ensihoidon palvelutasopäätöksen määrittelyn perusteista ja rakenteesta. Asetuksella määritetään myös ensihoitopalveluun osallistuvan henkilöstön tehtävien perusteista, koulutusvaatimuksista, ensihoitopalvelun yksiköistä, ensivastetoiminnasta sekä perus- ja hoitotason määritelmästä. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 585/2017.)

Terveydenhuollon ammattihenkilöitä koskevalla lailla (559/1994) on tarkoituksena edistää potilasturvallisuutta sekä terveydenhuollon laatua varmistamalla, että terveydenhuollon ammattilaisella on ammattitoiminnan edellyttämä koulutus, muut valmiudet tai

muu riittävä ammatillinen pätevyys. Tarkoituksena on myös järjestää ammattihenkilöiden valvonta terveys- tai sairaanhoidossa sekä helpottaa terveysalojen ammattihenkilöiden yhteistyötä ja tarkoituksenmukaista käyttöä ammatillisesti perustellen. Lain mukaan vain lääkärin tehtäviin kuuluu taudinmääritys eli diagnosointi sekä lääkkeiden antaminen. Ensihoitaja voi ja pyrkii luomaan itselleen niin sanotun ”työdiagnoosin” eli olettamukseen sairauden syystä sekä luonteesta, joka voi perustua potilaan oireisiin ja tutkimuslöydöksiin sekä tarvittaessa omaisten, läheisten ja silminnäkijöiden haastatteluun. Sairaalan ulkopuolinen ympäristö on poikkeava ja vaatii hätätilanteissa riittäviä toimintapide- ja hoitovalmiuksia sekä -valtuuksia. Luvat ovat aluekohtaisia ja sen myöntää kyseisen sairaanhoitopiirin ensihoidon vastuulääkäri. (Kuisma ym. 2018: 22.) Ensihoitajille on myös laadittu kirjalliset ohjeet tilanteista, joissa ensihoitajan on konsultoitava päivystävää ensihoitolääkärinä tai sairaalan päivystävää lääkäriä hoito-ohjauksen tai hoitoon ohjauksen osalta, muissa tilanteissa ensihoitaja voi itsenäisesti tehdä päätöksiä siitä, tarvitseeko potilas jatkoarviota muussa terveydenhuollon toimipisteessä. (Pirneskoski 2021.)

Terveydenhuoltolain (1326/2010) mukaan kunnalla on velvollisuus järjestää mielenterveystyö, joka tukee alueen asukkaiden terveyttä ja hyvinvointia. Järjestettävän mielenterveystyön tarkoituksena on vahvistaa yksilön ja yhteisön mielenterveyttä suojaavia tekijöitä sekä vähentää ja poistaa mielenterveyttä vaarantavia tekijöitä. Kunnalla on vastuu järjestää myös päihdetyö, joka vahvistaa päihteettömyyttä suojaavia tekijöitä ja poistaa tai vähentää päihteisiin liittyviä terveyttä ja turvallisuutta uhkaavia syitä. Mielenterveystyön ja päihdetyön on muodostettava terveydenhuollon kanssa yhtenäisen ja toimivan kokonaisuuden. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010 27–28 §.)

3.2.2 Mielenterveyslaki ja laki potilaan asemasta ja oikeuksista

Mielenterveystyö on yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisen kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveyshäiriöiden ehkäisemistä, parantamista sekä lievittämistä. Mielenterveystyötä on myös mielenterveyspalveluiden tarjoaminen mielenterveyshäiriötä tai mielisairautta poteville henkilöille sekä väestön elinolosuhteiden kehittäminen siten, että elinolosuhteet edistävät mielenterveystyötä sekä tukevat mielenterveyspalveluiden järjestämistä sekä ennalta ehkäisevät mielenterveyshäiriöiden syntyä. (Mielenterveyslaki 1116/1990.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) eli potilaslaki vaikuttaa ensihoitopotilaiden asemaan merkittävästi ja se korostaa potilaan oikeutta hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja kohteluun sekä hoitoon pääsyyn ja tiedonsaantiin. Laki määrittelee

myös alaikäisen potilaan aseman sekä turvaa potilaiden itsemääräämisoikeuden. Potilaalle on annettava henkeä uhkaavan vaaran estämiseksi tarpeellinen hoito, mikäli potilas ei kykene sairautensa vuoksi ilmaisemaan hoitotahtoaan. Potilaan aikaisempaa hoitotahtoa on kunnioitettava. Laissa määritetään myös potilaan ja hänen laillisen edustajansa tiedonsaantioikeus sekä toimivalta. Potilaslaki sisältää tarkat määräykset potilasasia-kirjojen laatimisesta, luovuttamisesta, säilyttämisestä ja hävittämisestä ja potilasasiakirjoihin sisältyvät tiedot ovat pääosin salassa pidettäviä. Potilaan tietoja saa luovuttaa vain ainoastaan potilaan luvalla (valtakirja). Poliisilla on poliisilain (§ 35.1) mukaan laaja oikeus saada tietoja potilaasta eri viranomaisilta. (Kuisma ym. 2018: 20.)

3.2.3 Tahdosta riippumaton hoito

Mielenterveyslain (1116/1990) mukaan potilas voidaan lääkärin määräyksellä määrätä tahdosta riippumattomaan hoitoon vain, mikäli lain asettamat kaikki kriteerit täyttyvät. Kriteerit ovat:

1. Potilas todetaan mielisairaaksi;
2. ja hän on mielisairautensa vuoksi hoidon tarpeessa niin, että hoitoon toimittamatta jättäminen pahentaisi hänen mielisairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuuttaan taikka muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta;
3. ja mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäviksi tai ovat riittämättömiä

Terveyskeskuksen virkasuhteessa oleva lääkäri kirjoittaa tutkimuksensa perusteella tarkkailulähetteen eli M1-lähetteen, joka sisältää perustellun kannanoton tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämisen perusteista. Tarkkailuun lähetävä lääkäri voi pyytää kuljetukseen virka-apua poliisilta. (Mielenterveyslaki 1990/1116 8-9a §.)

Potilas voidaan ottaa tarkkailuun, jotta saadaan selvitettyä tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämisen edellytysten olemassaolo. Tarkkailun jälkeen tehdään tarkkailulausunto eli M2-lausunto, jossa otetaan kantaa tahdosta riippumattoman hoidon kriteerien täyttymiseen. Jos edellytykset hoitoon ovat olemassa, niin sairaalan psykiatrisesta hoidosta vastaava ylilääkäri tekee päätöksen tahdosta riippumattomaan hoitoon määräyksestä (M3-päätös). Ennen hoitoon määräämistä tulee potilasta kuulla sekä päätöksestä tulee tiedottaa potilasta viipymättä. (Mielenterveyslaki 1990/1116 9 c-11 §.)

Ensimmäinen M3-päätös on voimassa enintään kolme kuukautta ja mikäli hoitoa tulee jatkaa, mutta siitä ei päästä yhteisymmärrykseen potilaan kanssa, tehdään uusi tarkkailulausunto. Tämän päätöksen nojalla tahdosta riippumatonta hoitoa voidaan jatkaa enintään kuusi kuukautta, jonka jälkeen tarvittaessa prosessi toistetaan tarkkailulähetteestä lähtien uudelleen. (Mielenterveyslaki 1990/1116 12 §.)

3.3 Epävakaata persoonallisuushäiriö

Epävakaata persoonallisuushäiriö on vaikea mielenterveyden häiriö, joka vaikuttaa merkittävän heikentävästi siitä kärsivän ihmisen toimintakykyyn (Marttunen & Henriksson 2021: 565). Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivälle on ominaista laaja-alaiset ja vaihtelevat tunnetilat, minäkuvan epävakaas, huono itsetunto sekä taipumus toimia hetken mielijohteesta harkitsematta seurauksia (Marttunen & Henriksson 2021: 565; Jamieson 2015). Epävakaudesta kärsivä on myös taipuvainen tunteiden purkauksiin, joita ei kykene hallitsemaan. Vuorovaikutuksellisia haasteita lisää myös epävakaan persoonallisuushäiriöisen taipumus riitaisuuteen, etenkin jos häiriöstä kärsivän mielijohteita noudattavaa käytöstä estetään tai hillitään. (Marttunen & Henriksson 2021: 565.) Riitaisuus voi ilmetä myös, mikäli henkilön viettelyn kohde ei olekaan kiinnostunut hänestä (Taiminen 2011). Epävakaata persoonallisuushäiriöinen henkilö saattaa luoda tilanteita, joissa kokee olevansa uhri. Henkilön ihmissuhteet voivat olla hyvin intensiivisiä ja epävakaita sekä niissä saattaa esiintyä vaihtelua vähättelystä voimakkaaseen ihanointiin. Käytökseen liittyy vahvasti hylätyksi tulemisen pelko, ärtymisalttius, haasteet kontrolloida suuttumista sekä toistuvat itsemurhan yritykset ja impulsiivinen itsetuhoisuus. (Koivisto & Korkeila 2020.)

Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivä potilas saattaa hyödyntää runsaasti ja intensiivisesti sekä usein lyhytaikaisesti terveydenhuollon palveluja, jopa usealta eri taholta. On kuitenkin havaittu, että jopa joka toinen epävakaasta persoonallisuudesta kärsivä potilas on vailla asianmukaista hoitoa. (Korkeila 2020.) Persoonallisuushäiriöstä kärsivät hakeutuvat hoitoon lähes aina somaattisen sairauden tai sairauden oireiden, vaikeutuneen elämäntilanteen tai muun mielenterveyshäiriön vuoksi (Koivisto & Korkeila & Stenberg & Taiminen 2020: 131). Haasteita luo potilaan vaikeus noudattaa sopimuksia somaattisen sairauden hoitoon liittyen. (Korkeila 2020.) Epävakaaseen persoonallisuushäiriöön liittyy runsasta psykiatrista ja somaattista komorbiditeettia eli samanaikaissairastavuutta sekä riski itsemurhaan on merkittävä. Noin puolella epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivällä on myös epävakaan lisäksi jokin muu persoonallisuushäiriö sekä joka viidennellä on diagnosoitu myös kaksisuuntainen mieliala-

häiriö. Sosiaalisten tilanteiden pelko on myös häiriöstä kärsivillä yleistä. (Epävakaata persoonallisuus. Käypähoito -suositus 2020.) Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivällä on kohonnut riski kärsiä masennuksesta, päihdeongelmista, syömishäiriöistä, traumaperäisestä stressihäiriöstä sekä tarkkaavaisuushäiriöstä samanaikaisesti (Koivisto & Korkeila 2020).

Hoidon tarpeen arviointia voi sävyttää potilaan voimakas häpeäntunne, joka on myös häiriöstä kärsivälle tavanomainen reaktio kielteisiin arvioihin. (Epävakaata persoonallisuus. Käypä hoito –suositus 2020.) Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivät potilaat ovat usein regressiivisiä, impulsiivisia ja ajalehtivia, joten heidän hoitonsa on vaativaa sekä potilaalle että hoitaville henkilöille. Hoitosuhteissa voidaan helposti ajautua monimutkaisiin vuorovaikutusongelmiin, etenkin jos hoitavalla henkilöllä ei ole riittävä koulutusta tai työnohjausta. (Marttunen & Henriksson 2021: 567.) Epävakaudesta kärsivä potilas ei osaa välttämättä havainnoida tai säädellä tunteitaan, eikä joka hetki kykene yhteistyöhön (Koivisto ym. 2020: 94). Potilas saattaa kokea paljon tuskaa ja on altis dissosioimaan. Dissosiaatio on psyykinen puolustuskeino, joka erottaa esimerkiksi ajatukset siihen liittyvistä tunteista. Potilas saattaa myös turvautua itsetuhoisiin tai muihin tuhoisiin strategioihin yrittäessään tulla toimeen äärimmäisen tuskan tunteen kanssa. (Partonen & Lönnqvist 2021: 1106–1107.) Potilas kaipaakin nimenomaan toiminnallista (konkreettista) validointia kärsimyksensä ja saattaa kokea ainoana tuskansa todeksi ottamisen eleenä esimerkiksi sairaalaan ottamisen (Koivisto ym. 2020: 94).

Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan ollessa tietämätön omasta mielenterveydentilastaan tai jos potilas kokee herkästi häpeän tunnetta, yhteistyön luomiseen ja erikoissairaanhoidon piiriin saattamiseen voi liittyä ongelmia. (Koivisto ym. 2020: 131–132.) Psykoterapia, kuten erilaiset kognitiiviset terapiat, dialektinen käyttäytymisterapia, mentalisaatioterapia ja transferenssifokusoitunut terapia ovat pääasiallisin hoitomuoto epävakaata persoonallisuushäiriötä hoidettaessa (Korkeila 2020). Häiriöstä kärsivän potilaan hoito tulisi järjestää ja toteuttaa ensisijaisesti avohoidossa ja sairaalahoidon tarpeessa päiväsairaaloissa. Päivystystilanteissa potilaan oireiden vakavuuden arviointi ja toimintakyvyn pitkäaikaisarviointi, jotka voisivat olla sairaalahoidon perusteita, eivät usein ole helppoa toteuttaa. (Marttunen & Henriksson 2021: 565.)

Viiden vuoden kuluttua useampi kuin joka toinen epävakaata persoonallisuushäiriöpotilas ei täytä diagnostisia kriteerejä. Epävakaan persoonallisuushäiriöpotilaan toimintakyky sekä työkyky korjaantuvat hitaammin kuin epävakauden oireisto. Iän myötä itsetuhoi-

suus ja identiteetin epävakaus lievittyvät nopeimmin. Hitaammin lievittyvät taas impulsiivisuus, tunne-elämän ailahtelevaisuus ja ahdistuneisuus- ja mielialahäiriöt. Toipumiselle hidastavana tekijänä on masennus. Epävakaata persoonallisuushäiriötä altistaa ongelmille vanhemmuudessa, mutta todennäköisesti hyvä hoito auttaa hyvään vanhemmuuteen. (Epävakaata persoonallisuus. Käypä hoito –suositus 2020.)

3.3.1 Esiintyvyys ja etiologia

Epävakaan persoonallisuushäiriön esiintyvyys on arviolta 0,7 % väestöstä ja kaikista perusterveydenhuollon potilaista esiintyvyys on arviolta 6 %. (Epävakaata persoonallisuus. Käypähoito -suositus 2020.) Teoksessa Psykiatria on arvioitu epävakaan persoonallisuushäiriön ilmaantuvuudeksi 1,9 %. (Henriksson & Marttunen 2021: 566). Epävakaata persoonallisuushäiriötä on yleisintä nuorilla aikuisilla, vähänkoulutetuilla ja pienituloisilla sekä häiriötä on yleisempää naisilla kuin miehillä (Huttunen 2018a; Makkonen 2021; Epävakaata persoonallisuus. Käypä hoito –suositus 2020).

Perintö- ja ympäristötekijät vaikuttavat epävakaan persoonallisuushäiriön kehittymiseen. Persoonallisuushäiriöstä kärsivän ensimmäisen asteen sukulaisten keskuudessa häiriötä on noin viisi kertaa todennäköisempi kuin väestössä muuten ja identtisten kaksosten riski sairastua häiriöön on suurempi kuin ei-identtisten. Varhaisen kiintymyssuhteen turvattomuus näyttäytyy epävakaasta persoonallisuudesta kärsivien keskuudessa merkittävänä ympäristötekijänä. (Koivisto & Korkeila 2020.) Esimerkiksi lapsuuden aikainen tunnetason laiminlyönti ja puutteellinen tuki, seksuaalinen hyväksikäyttö, vanhempien vakava mielenterveyshäiriöt sekä varhaiset menetyskokemukset ovat tavallisia häiriöstä kärsivien elämänselityksessä (Marttunen & Henriksson 2021: 567). Raskausajan tapahtumat vaikuttavat myös epävakaan persoonallisuushäiriön kehittymiseen. Äidin tupakointi raskaana ollessaan sekä raskauden ja synnytyksen komplikaatiot suurentavat lapsen riskiä epävakaaseen persoonallisuushäiriöön. (Epävakaata persoonallisuus. Käypähoito -suositus 2020.) Biologisina tekijöinä pidetään ainakin etu-aivolohkon alueella olevia häiriöitä, jotka ovat ilmeisesti yhteydessä epävakaassa persoonallisuudessa vihamielisiin ja impulsiivisiin piirteisiin. Persoonallisuushäiriön synty liittyy osalla potilaista neurologisiin ja neurokognitiivisiin häiriöihin ja niiden kehityksellisiin vaikeuksiin. (Marttunen & Henriksson 2021: 567.)

3.3.2 Diagnostiikka

Tutkijoilla on ollut erimielisyyttä siitä, onko kyse persoonallisuushäiriöstä vai mielialahäiriöstä, joten tutkijat loivat ICD-10 diagnoosiluokitusjärjestelmään ”tunne-elämältään

epävakaan persoonallisuushäiriön”, jonka alamuotoihin kuuluu impulsiivinen häiriötyyppi sekä rajatilatyyppi. Yhdysvalloissa epävakaan persoonallisuushäiriön rajatilatyyppiä kuvastaa DSM –diagnoosiluokituksessa borderline personality disorder (rajatilapersoonallisuushäiriö). (Koivisto ym. 2020: 15.)

Vuonna 2018 on luotu uusi ICD-11-diagnoosijärjestelmä, joka tulee käyttöön vuoden 2021 jälkeen. ICD-11:ssä laadittu yleinen määritelmä persoonallisuushäiriölle. Tarkempi diagnoosi määritellään vaikeusasteen ja häiriön piirteiden perusteella. Persoonallisuushäiriön yleinen määritelmä on, että sitä luonnehtii pysyväisluontoinen häiriö yksilön tavassa kokea ja tulkita itseään, toisia ihmisiä sekä ympäröivää maailmaa. Tämän seurauksena ajattelu, tunnekokemukset, tunteiden ilmaisu ja käyttäytyminen ovat epätarkoituksenmukaisia ja joustamattomia sekä niihin liittyy psykososiaalisessa toimintakyvyssä huomattavia vaikeuksia. Persoonallisuushäiriö tyypillisesti kestää vuosien ajan eli se on pitkäkestoinen. Useimmiten häiriö ilmenee murrosiässä jollakin tapaa ensimmäistä kertaa ja on selkeästi havaittavissa nuorena aikuisiässä. (Koivisto ym. 2020: 17–18.) Häiriö ilmenee monenlaisissa henkilökohtaisissa yhteyksissä ja sosiaalisissa tilanteissa. Ongelma ei siis rajaudu tietynkaltaisiin tilanteisiin, vaan voi aiheuttaa merkittävää kärsimystä ja toimintakyvyn heikkenemistä esimerkiksi perhe-elämässä, opiskeluissa ja sosiaalisissa suhteissa. (Marttunen & Henriksson 2021: 559.)

Vaikeusasteen määrittelyä varten on kehitetty Standardized Assessment of Severity of Personality Disorder (SASPD), jossa persoonallisuushäiriön vaikeusaste on jaoteltu neljään ryhmään; persoonallisuuden piirteiden korostuneisuus, lievä persoonallisuushäiriö, keskivaikea persoonallisuushäiriö sekä vaikea-asteinen persoonallisuushäiriö. (Koivisto ym. 2020:18.) Persoonallisuushäiriön diagnostiikassa kuvataan aina myös yhtä tai useampaa kuudesta piirreominaisuudesta, jotka kuvaavat henkilön persoonallisuutta. Näitä piirreominaisuuksia ovat negatiivinen affektisuus (*negative affectivity*), eristäytyvyys (*detachment*), dissosiaalisuus (*dissociality*), impulsiivisuus (*disinhibition*), pakko-oireisuus (*anankastia*) sekä epävakaus (*borderline pattern*). (Marttunen & Henriksson 2021: 559.)

3.4 Kohtaaminen

Mielenterveyshäiriöstä kärsivistä potilaista suurin osa ei tarvitse ensihoidon palveluita, mutta ensihoidossa yhä useammin tavataan potilas, joka on psykiatrisen hoidon tarpeessa. Erityisesti ensihoidon palveluja tarvitsevat päihteidenkäyttäjät, itsemurhaa yrit-

täneet sekä psykoottiset potilaat. Sairaalapaikkojen vähentäminen ja hoitoaikojen lyhentäminen on johtanut psykiatrasta apua tarvitsevien potilaiden määrien kasvuun. (Kuisma ym. 2018: 688.)

Kohtaamisen käsite on keskeinen osa hoitotyötä ja hoitajan vastuulla on luoda edellytykset kohtaamisen helpottamiseksi. Välittävässä kohtaamisessa hoitaja osaa heijastaa avoimuutta, herkkyyttä ja empatiaa sekä kommunikoinnissa välittyy luottamus, rohkeus ja ammattitaito. Ammattitaitoa on osoittaa kunnioitusta ja tukea ihmisarvoa kohtaan. Välittävässä kohtaamisessa hoitajan tulisi olla samanarvoinen potilaan kanssa. Potilaan ja hoitajan kohtaaminen on dialogista, todellista läsnäoloa, jossa molemmat hyväksyvät toisensa juuri sellaisina ihmisinä kuin he ovat. Se on myös hedelmällistä (*nourishing*) ja siinä on sanaton keskinäinen ymmärrys. (Holopainen & Nyström & Kasén 2019.) Dialogisuuteen kuuluu asian tarkastelu useammasta eri näkökulmasta ja kuunteleminen. Se mahdollistaa potilaan ja hoitajan yhdenvertaisen osallistumisen potilaan tilan määrittelyyn. Hoitajan ääneen ajattelu mahdollistaa ehkä vielä epäselvien asioiden läpikäyntiä hoidossa. (Kiviniemi & Läksy & Matinlauri & Nevalainen & Ruotsalainen & Seppänen & Vuokila-Oikkonen 2015: 83.) Hoitosuhde on lähtökohdiltaan epätasa-arvoinen, jos toinen henkilö hakee apua toiselta. Monet epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivistä potilaista ovat herkkiä valtasuhteiden epätasapainolle. Potilas on voinut aiemmin olla alisteisessa asemassa ihmissuhteessaan, joka korostaa tasaarvoiseen kohtaamiseen pyrkimyksen tärkeyttä. (Koivisto ym. 2020: 131.)

Kliinisessä kielenkäytössä voidaan usein puhua ongelmapotilaista. Ongelmapotilaiden sijaan, olisikin asiallisempaa viitata potilaiden erityispiirteisiin ja hoitoa vaikeuttaviin olosuhteisiin (Lönnqvist 2021c: 84). Korostuneet piirreominaisuudet ovat osa henkilön persoonallisuutta. Se, miten haastattelija reagoi potilaan piirreominaisuuksiin ja käyttäytymiseen voi määrittää tilanteen kehittymisen ongelmalliseksi. Turvallinen ohje onkin, että haastattelija pyrkii toimimaan tehtävänsä edellyttämällä tavalla. On sitä tärkeämpää toimia provosoitumatta, mitä vaikeammasta tilanteesta on kysymys. Potilaan käyttäytymistä voi myös selittää hyväksytyksi tulemisen tarve ja avuttomuus sekä vetoaminen haastattelijaan. Potilaalla voi olla myös häpeän tunteita, luottamuksen puutetta ja arvostelun pelkoa. (Lönnqvist 2021a.)

Taulukko 1. Potilaan korostuneiden piirreominaisuuksien huomioiminen (Lönnqvist 2021a.)

Riippuvuus	Tue potilasta, mutta vain ennakkoon sovituisissa ja hyväksyttävissä rajoissa.
Vaativuus	Tee molempia osapuolia koskevat selkeät sopimukset ja pidä niistä kiinni.
Itsekeskeisyys	Älä kyseenalaista potilaan arvoa tai merkitystä.
Dramaattisuus	Suhtaudu rauhallisesti, älä provosoidu.
Obsessiivisuus eli pakkomielleisyys	Vastaa potilaan kontrollointipyrkimyksiin auttamalla häntä suuntaamaan ne itsensä hoitamiseen.
Epäluuloisuus	Osoita kunnioitustasi ja pidä riittävä etäisyys potilaaseen.
Manipulatiivisuus	Vältä sinisilmäisyyttä, aseta asianmukaiset rajat hoidolle.

Psykiatrisen potilaan kohtaamisen lähtökohtana ensihoidossa on aina potilaan kunnioittaminen. Potilasta pääasiassa autetaan keskustelemalla ja kuuntelemalla. Toisinaan tilanteet saattavat edellyttää toimintasuunnitelmaa, mikäli puhe ei auta ja potilaan hoitoon saattaminen hankaloituu, potilaan ollessa itselleen tai ympäristölleen vaarallinen. Hoitajalta vaaditaan myös rohkeutta puuttua tilapäisesti potilaan itsemääräämisoikeuteen sekä huolehtia kaikkien osapuolten turvallisuudesta. (Kuisma ym. 2018: 688.)

3.4.1 Epävakaan persoonallisuushäiriöisen kohtaamisen erityispiirteet

Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivällä on synnynnäinen alttius kokea keskimääräistä enemmän negatiivisia tunteita, kuten masennusta, ahdistusta ja ärtyneisyyttä. Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivää potilasta hoitaessaan hoitaja todennäköisesti kokee aika ajoin itsensä huonoksi ja kyvyttömäksi. Tästä voi syntyä sisäinen ristiriita, sillä hoitajat yleensä haluavat auttaa ja olla avuksi potilaille. Epävakaata persoonallisuutta voidaan ymmärtää laaja-alaisena itsesäätelyn ongelmana. Vuorovaikutuksessa korostuu äärimmäinen herkkyyys aistia torjuntaa, välittämisen puutetta ja ohittamista, joka voi aiheuttaa voimakkaita tunnereaktioita tai vetäytymistä. (Koivisto ym. 2020: 35, 28, 114.) On kuitenkin muistettava, että potilas on aina vastuussa omasta käyttäytymisestään (Korkeila 2020).

Defenssit ovat psyykkisiä puolustusmekanismeja, jotka ovat tunteiden ja tiedonkäsittelyn toimintatyyplejä sekä mielensisäisiä vakiintuneita toimintaprosesseja. Puolustusmekanismien tehtävä on ylläpitää mielen sisäistä tasapainoa ja edistää sopeutumista ulkoiseen todellisuuteen. Ihminen suojautuu millä tahansa tavalla, jotta voi ylläpitää toimintakykynsä sekä mielensä eheyden vakavan uhkatilanteen edetessä. (Lönnqvist 2021d: 137.) Epävakaaseen persoonallisuuteen liittyy hyvin voimakkaasti split –mekanismi eli halkominen (*splitting*). Split –mekanismia käyttävä näkee itsensä tai muut hyvänä tai pahana eli on taipuvainen muodostamaan mustavalkoisia mielikuvia yhdistämättä henkilön positiivisia tai negatiivisia ominaisuuksia realistiseksi koosteeksi. Mustavalkoiset mielikuvat voivat vaihtua kuitenkin hyvän ja pahan välillä tilanteesta riippuen. Esimerkiksi potilaan pitämä kaikkivoipainen henkilö, joka ei vastaa potilaan idealisointeihin odotuksiin, muuttuu pettymyksen hetkellä potilaan mielessä pahantahtoiseksi ja pelottavaksi. (Lönnqvist 2021d: 139–141.)

Vaikeissa tilanteissa hoitajan ammatillista itsearvostusta voidaan koetella ja hoitajan omat pelot, tarpeet ja skeemat sekä selviytymisstrategiat voivat sotkeutua hoitoon ja estää hoitajaa näkemästä potilaan todellisia tarpeita ja olemaan potilaalle avuksi parhaalla tavalla. Hoitaja voi toimia myös tavalla, joka ei ihanteellisesti palvele potilasta, esimerkiksi tarpeesta olla hyvä tai näyttää hyvältä jonkun toisen silmissä. Jos hoitaja on esimerkiksi tottunut ajattelemaan, että asiat tulee laittaa nopeasti ja tehokkaasti järjestykseen, hän voi kokea itsensä tai potilaan epäonnistuneeksi, jos potilas ei teekään sovittuja asioita ja hoito etenee hitaasti. Sen sijaan, että hoitaja pysähtyisi kuuntelemaan mikä potilasta pohjimmiltaan vaivaa, voi hoitaja reagoida paineistuneesti. Potilas voi kokea myös, että tynnyttely ja rauhoittelu liian aikaisin sekä ratkaisujen hätäinen tarjoaminen mitätöi potilaan oikeuden kokemukseensa. Potilaan ilmaistaessa tunteitaan voimakkaasti ja hoitaja voi reagoida tähän esimerkiksi ehdottamalla lääkityksen tarkastamista. Potilas voi kokea, ettei hoitaja kestä hänen tunteitaan tai halua kuulla niistä. Liian varhainen huomion fokuointi johonkin positiiviseen voi mitätöidä potilaan tunnekokemusta. (Koivisto ym. 2020: 114.)

Hoitaja voi siis lukemattomin tavoin vahingossa tuoda hoitoon jotakin itsestään lähtevää, joka ei palvele potilasta ihanteellisesti vaan voi pahimmillaan mitätöidä potilaan kokemukset. Tällaista ei mitenkään ole mahdollista välttää kokonaan. Hoitajan tulisi olla maanläheinen, tavallinen ja arkinen, joka ei esiinny terävänä tai nokkelana asiantuntijana, joka tietäisi millainen potilas on, vaan suhtautumistapa tulisi olla kunnioittava ja ennakkokäsityksistä mahdollisimman vapaa. Hoitajalla tulisikin olla halukkuutta päivittää jatkuvasti ymmärrystään, jotta ei reagoisi potilaaseen omien mielensisältöjensä

vääristämänä. Tähän tarvitaan siis tahdonalaista itsereflektiota sekä läsnäoloa hetkessä sekä tämä tulisi kaikki tapahtua arvostelemattomassa hengessä, jotta olisi mahdollista huomata omat rajoitteensa ja kaikki se keskeneräisyys ja epätäydellisyys, joka sisältyy äärettömän monimutkaiseen hoitotyöhön. (Koivisto ym. 2020: 114–115, 122, 128.) Itsereflektio tarkoittaa hoitajan oman toimintansa, vuorovaikutuksensa, ajatuksiensa ja kokemuksiensa tarkastelua sekä tarkastelun pohjalta työotteensa tai ajattelun ideointia ja muuttamista paremmaksi. Reflektiota voi toteuttaa vuorovaikutustilanteessa potilaan kanssa, jolloin muutokset tehdään nopeasti tai vuorovaikutustilanteen jälkeen, jolloin tilannetta pystyy jälkikäteen pohtimaan. (Kiviniemi ym. 2015: 103.)

3.4.2 Validointi ja nonverbaalinen validointi

Validoinnilla tarkoitetaan oman (tai vaihtoehtoisesti toisen ihmisen) kokemuksen vahvistamista oikeaksi, perustelluksi, päteväksi tai todeksi. Validointi on halukkuutta itsensä (tai toisen) todeksi ottamista ja ymmärtämistä sekä hyväksyä oma (tai toisen) sisäinen todellisuus. Se on myös tekemistä eli kaiken tämän ilmaisemista potilaalle jollakin sopivalla tavalla, sanallisesti tai sanattomasti. Hoitaja on kiinnostunut siitä mitä potilas tekee, ajattelee tai tuntee ja haluaa ymmärtää, mitä potilaalle on tapahtunut ja mitä kokee parhaillaan. Validointi on aktiivista havainnointia, läsnä olevaa ja tarkkaavaista, mutta myös kuuntelua. (Koivisto ym. 2020: 112.)

Toiset osaavat kuvailla tuskaansa sanallisesti, mutta eivät ole välttämättä tietoisia, että tunteet eivät välity heidän kehonkielestään, ilmeistään tai äänensävyistään. Lapsena on voitu esimerkiksi palkita negatiivisten tunteiden peittämisestä, jolloin ihminen voi näyttäytyä hyvin tyyneltä, kontrolloidulta ja pystyvältä, vaikka olisi todellisuudessa hyvin poissa tolaltaan tai sisällä kiehuisi. (Koivisto ym. 2020: 31.) Mikäli sanallinen ja sanaton viestintä ovat keskenään ristiriidassa, ihmiset luottavat enemmän siihen, mitä välitetään sanattomasti eli nonverbaalisesti. Hoitajan kehonkieli tai eleet voivat olla eriasteisesti validoivia tai päinvastaisia. Potilasta kohdatessa onkin tarpeen huomata mitä potilas ja hoitaja viestivät sanattomalla tasolla ja mitä kumpikin viestii katseellaan, ilmeillään, eleillään, ruumiinasennoilla, äänensävyillään ja äänenpainoillaan. Hyödyllistä on, että hoitaja pysähtyy tarkastelemaan, mitä hänen sanaton olemuksensa viestii potilaalle, onko se läsnä olevaa tai ystävällismielistä kohtaamista. (Koivisto ym. 2020: 115.)

Epävakaasta persoonallisuudesta kärsivät ovat tavallista herkempiä mikroyksityiskohdille vuorovaikutuksessa. Potilaalta ei jää huomaamatta millainen hoitajan katse on, onko se lempeä tai lasittunut, onko hoitajan äänensävy kärsimätön tai miten monta ker-

taa hoitaja katsoo kohtaamisen aikana kelloa. Toisen ihmisen kokonaisvaltainen todesta ottaminen on hyvin vahvasti myös nonverbaalista. (Koivisto ym. 2020: 115.) Hoitajan tulisi pyrkiä huomaamaan pienet muutokset potilaan nonverbaalisessa ilmaisussa. On tärkeää, että hoitaja huomaa ilmeiden ja äänen voimakkuuden tai sävyn muutoksia, sillä ne voivat kertoa jostakin olennaisesta, mitä potilas ei ehkä uskalla tai osaa sanoa ääneen. (Koivisto ym. 2020: 112–114.)

Vuorovaikutuksen kokonaisuuteen kuuluu sanattoman viestinnän lisäksi sanallinen viestintä. Sanojen merkitys voi eri ihmisillä viestiä täysin eri asiasta, joten on tärkeää huomioida sanavalinnat vuorovaikutustilanteissa. (Kiviniemi ym. 2015: 75.) Potilaalta voi kysyä nonverbaalisen toiminnan muuttuessa, mitä tilanteessa tapahtuu. Tällaista välinpitämättömyyden vastakohtana pidettävää läsnä olevaa ja kiinnostunutta suhtautumista pidetään epävakasta persoonallisuushäiriöstä kärsivällä tärkeänä vuorovaikutusmuotona. (Koivisto ym. 2020: 112–114.) Läsnä olevaa ja kiinnostunutta suhtautumista voi tuoda esille kysymyksillä, jotka mahdollistavat potilaan oman kertomuksen. Hoitaja tuo tällä kerronnallisella lähestymistavalla ilmi kiinnostuksensa siihen, miten potilas tuo kokemansa asiat ja niiden merkitykset esille. (Kiviniemi ym. 2015: 76.)

Kuuntelu ja kuuleminen merkitsevät käsitteinä eri asioita. Kuuleminen on pinnallisempaa eikä niin paneutuvaa toimintaa kuin kuunteleminen. Kuuntelemisen vaatimuksena on asiaan ja tilanteeseen syvemmin perehtyminen. Potilaan kuunteleminen estyy, jos hoitaja ei ole läsnä ja panosta potilaan kertomuksen ymmärtämiseen. Myös hoitajan henkilökohtaisen elämän haasteet, jotka vievät ajatukset vuorovaikutustilanteesta muualle, voivat olla esteenä potilaan kuuntelemiselle. (Kiviniemi ym. 2015: 89–90.) Potilaan todellinen kuunteleminen voi estyä myös, mikäli hoitaja liian pikaisesti kertoo tietävänsä mitä potilas kokee tai pyrkii selittämään, mistä potilaan ajankohtainen mielentila johtuu. Hoitaja voi myös tulkita potilasta silloin, kun olisi tarkoituksenmukaisempaa kuulla potilaan kokemuksista enemmän. On tärkeä ymmärtää, että hoitajan ei pidä olettaa, että hänen ymmärryksensä jostakin asiasta on sama kuin potilaan kokemus siitä. Hoitajan tulisi järjestää potilaan kokemuksia maanläheisesti ja olla halukas tarkistamaan sekä korjaamaan omaa ymmärrystään, kun tieto ja käsitys potilaan ongelmista tarkentuu. (Koivisto ym. 2020: 114.)

3.5 Kriisivaihe

Yksilö pyrkii kehityksen myötä omaksumillaan selviytymiskeinoilla ylläpitämään mielenterveytensä tasapainoa. Kriisi syntyy, kun ulkoisen toiminnan tai miellensisäisen tapah-

tuman tasapainotilan säilyttämiseen liittyneet omaksutut ratkaisutavat eivät johda nopeaan tasapainon palautumiseen. (Henriksson & Haravuori & Lönnqvist 2021: 421.) Kriisejä voidaan luonnehtia epävakaata persoonallisuudesta kärsivällä lumivyörynomaisesti lisääntyvänä tuskaisuutena, jossa potilaalla on vaikea saada selkoa omista tunteistaan. Potilas voi kokea kiireellistä painetta lievittää tuskaista oloa keinolla millä hyvänsä. Tunteiden ollessa ”kuumia” informaationprosessointi aivoissa häiriintyy ja ajattelu voi muuttua hajanaiseksi, jolloin ajatukset rientävät päässä ja niitä on vaikea kuvata sanoin. Tällaisina hetkinä epävakaasta persoonallisuudesta kärsivä voi dissosioida tai kokea psykoottisia elämyksiä. (Koivisto ym. 2020: 274–275.) Kriisivaiheet voivat edellyttää sairaalahoitoa, etenkin jos vaiheeseen liittyy itsetuhoista käyttäytymistä tai persoonallisuushäiriön kanssa samanaikaisesti esiintyviä psykoottisia tai mielialaoireita (Marttunen & Henriksson 2021: 565). Toisaalta taas, mikäli potilas vahingoittaa itseään kuolemanaikeeltaan lievästi ja toistuvasti, saattaa kuitenkin pitkäaikainen sairaalahoito vain pahentaa oireilua (Korkeila 2020).

3.5.1 Masentunut potilas

Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivillä potilailla masennusoireyhtymät ovat yleisiä. (Epävakaata persoonallisuus. Käypä hoito –suositus 2020). Masennus on yleiskäsite, jolla tarkoitetaan asiayhteydestä tai voimakkuudesta riippuen ohimenevää masentunutta mielialaa, masennustilaa (*depressio*) tai erilaisten sairauksien tai psykologisiin häiriöihin liittyvää oiretta. Masennus voi olla sairauden oire tai antaa viitteitä psykologisesta ristiriidasta ja ongelmasta. Usein masennus saa alkunsa kriisistä, pettymyksestä tai vaikeasta uupumuksesta. (Kampman & Heiskanen & Holi & Huttunen & Tuulari 2017: 10–11.)

Masennusoireyhtymälle on ominaista toimintakyvyn heikkenemiseen liittyvät muut oireet, jotka jaetaan vaikeusasteiden perusteella lieviin, keskivaikeisiin ja vakaviin sekä psykoottisiin (Isometsä 2021: 319; Kampman ym. 2017:11). Masennustilat ovat aivojen toiminnanhäiriöitä, johon liittyy pitkittynyt stressi ja stressin aiheuttama kortisolihormonin erityksen nousu lisämunuaisissa (Huttunen 2018b). Masennus on kansanterveyden kannalta keskeisin mielenterveyden häiriö ja se aiheuttaa suurimpia kansanterveysongelmia. Masennuksen ydinoireisiin kuuluu masentunut mieliala, mielihyvän menetys sekä väsymysoireet. Masennuksesta kärsii Suomessa vuoden aikana 5–7 %. (Depressio. Käypä hoito –suositus 2020.)

Masennukseen liittyy kohonnut itsemurhariski ja vakava-asteisessa masennuksessa itsemurhariski on jopa 15–20 % ja siihen liittyviä itsemurhia on vuosittain noin 500 (Isometsä 2021: 319; Huttunen 2018b). Lähes kaikilla masennustilasta kärsineet henkilöt, jotka ovat kuolleet itsemurhan seurauksena on ollut jokin samanaikainen mielenterveyden häiriö, joista merkittävämpiä on alkoholiriippuvuus tai muu päihdeongelma, epävakaa persoonallisuushäiriö tai vaikea ahdistuneisuushäiriö (Lönngqvist 2017: 361). Masennuksen vuoksi hoitoon hakeutuneista noin puolet on kärsinyt masennuksen lisäksi jonkin asteisesta persoonallisuushäiriöstä, yleisimmin epävakaasta, estyneestä tai vaativasta persoonallisuushäiriöstä. (Depressio. Käypä hoito –suositus 2020.) Epävakaa persoonallisuushäiriö on voitu todeta joka neljännellä perusterveydenhuollon masennuspotilaalla. Taloudelliset vaikeudet, päihteidenkäyttö, itsemurhayritykset ja työttömyys ovat masentuneilla epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivillä muita tavantomaisempaa. (Epävakaa persoonallisuus. Käypähoito -suositus 2020.) Vähänkin vakavammasta masennuksesta toipuneella on noin 50 % mahdollisuus sairastua uudelleen (Huttunen 2018b). Krooninen masennus voi jäädä jäännösoireeksi osalle epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivästä potilaista ja vaikeasti masentuneella potilaalla voi ilmetä psykoottisia tiloja (Suvisaari & Jääskeläinen & Lönngqvist 2021: 257; Epävakaa persoonallisuus. Käypähoito -suositus 2020).

Masentunut tila liittyy usein päihdehäiriöihin ja päihteiden väärinkäyttö voi aiheuttaa masennustilan (Pirkola 2021). Samaan aikaan esiintyvät masennus ja päihdeongelmat ovat yleisempää epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivillä kuin muilla (Niemelä 2017: 306). Masentunut mieliala voi näyttäytyä lievässä masennuksessa potilaan korostuneena totisuutena ja itkuherkkyytenä ja vaikeammassa potilas voi olla psykomotoarisesti salpautuneen jähmeä ja ilmeetön tai jopa niin kiihtynyt, että kommunikointi vaikeutuu levottomuuden ja tuskaisen liikehännän, huokailun tai itkun vuoksi (Isometsä 2021: 322).

Tunne-elämän säätelyn voimakkaaseen häiriöön liittyy vaihtelua ahdistuneisuuden ja vihaisuuden sekä ahdistuneisuuden ja masennuksen välillä. (Epävakaa persoonallisuus. Käypähoito -suositus 2020.) Masennukseen kytkeytyy usein mielialan laskun ja itsetuhoajatusten lisäksi ahdistuneisuus (Lönngqvist 2017: 363). Ajelehtiva, kohteeton ja voimakas ahdistuneisuus liittyy epävakaaseen persoonallisuushäiriöön. Ahdistuneisuuden lääkehoidossa yleensä käytetään bentsodiatsepiineja. Niitä ei kuitenkaan suositella epävakaan persoonallisuushäiriöisen potilaan hoidossa, sillä bentsodiatsepiinit heikentävät impulssikontrollia ja ne saattavat aiheuttaa opioideja voimakkaampaa riip-

puvuutta. Riippuvuus voi myöhemmin johtaa epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivillä potilailla alkoholin ja bentsodiatsepiinien sekakäyttöön tai jopa huumeiden käytön aloittamiseen. (Koivisto ym. 2020: 253–254.)

Ensihoidon kohtaamat psykiatriset potilaat yleisesti kärsivät jonkin asteisesta ahdistuksesta tai masennuksesta. Akuuttitilanteissa näiden hoitaminen ei usein ole mahdollista, joten tilanteissa korostuu hoitoonohjaus. Ensihoidossa ahdistuksen tai masennuksen arvioiminen on hyvin pintapuolista, mutta arvio hoidon tarpeesta tulisi pyrkiä määrittämään. Tärkeintä olisi selvittää, kuinka potilaan ahdistuneisuus tai masennus vaikuttaa potilaan arkeen sekä kuinka vaikeasta masentuneisuudesta tai ahdistuneisuudesta on kyse. Voimakkaasti ahdistuneen potilaan tulisi saada viipymättä tarpeellinen apu. (Jormakka 2018: 203.)

3.5.2 Itsetuhoinen potilas ja itsemurha

Itsemurha-ajatuksissa on vaihtelua jäsentymättömistä ja hetkellisistä mielikuvista pitkäkestoisiin ja yksityiskohtaisiin suunnitelmiin. Henkilön puhuessa aktiivisesti itsemurhasta, on se merkki pitkälle edenneestä itsetuhoisuudesta. Itsemurhayrityksellä tarkoitetaan vahingollista teon aiheuttamista itselle, johon liittyy jonkinasteinen kuolemantoive, jossa aiemmat suunnitelmat ja ajatukset ovat muuttuneet toiminnaksi. Mitä yksityiskohtaisemmaksi suunnitelma on edennyt, sitä korkeampi on riski itsemurhan toteutumiseen. (Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito. Käypä hoito –suositus 2020.)

Keskeytyneenä itsemurhayrityksenä pidetään tapahtumaa, jossa on ollut läheltä piti -tilanne, jossa esimerkiksi ulkopuolisen henkilön tai tapahtuman toimesta itsemurhayritys on keskeytynyt tai henkilö on hetkellisesti pitänyt aseensa piippua ohimolla. Suomessa kuolema luokitellaan itsemurhaksi, kun oikeustieteellinen lääkäri arvioi kuoleman johtuneen henkilön oma-aloitteisesta ja tietoisesti toteutetusta teosta, jonka kuolemaan johtavuuden yksilö on tiennyt tai vähintään uskonut siihen. Potilas tulisi aina kuljettaa päivystykseen, vaikka keskeytyneeseen itsemurhayritykseen ei liittyisi somaattisia seurauksia. Potilaan kieltäytyessä kuljetuksesta, konsultoidaan lääkäriä mielenterveyslain mukaisen arvion tarpeesta. (Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito. Käypä hoito –suositus 2020.)

Itsemurhat aiheuttavat suuria menetyksiä kansanterveydellisesti ja taloudellisesti. Itsemurhan tehneiden lähipiiriin sekä itsemurhien kanssa muuten tekemisiin joutuvien kes-

kuudessa teko aiheuttaa inhimillistä kärsimystä. Itsemurha-ajatuksia on itsemurhayrityksiä enemmän ja itsemurhayrityksiä on itsemurhia enemmän. (Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito. Käypä hoito –suositus 2020.) Vuonna 2019 itsemurhan tehneitä 15–64-vuotiaita on ollut 573, joka on kolmanneksen vähemmän kuin vuotta aiemmin (Tilastokeskus 2020). Suomalaisaikuisista 9,8 % on tunnistanut jonkinasteisia itsetuhoajatuksia. Myöhemmän itsemurhakuoleman merkittävin ennustetekijä on aikaisempi itsemurhayritys, joka säilyy pitkään suurentuneena itsemurhayrityksen jälkeen, mutta on suurimmillaan heti yrityksen jälkeen. Noin yksi viidestätoista itsemurhayrityksistä päättyy itsemurhaan. (Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito. Käypä hoito –suositus 2020.)

Riski tahalliseen itsensä vahingoittamiseen epävakaasta persoonallisuushäiriötä kärsivällä on suuri. Toiminnan tavoitteena on usein ahdistuksen lievittäminen eikä toimintaan liity niinkään kuolemanaietta. 14 %:lla väestöstä esiintyy mielialanvaihtelua, johon liittyy itsetuhoisia ajatuksia, mutta jotka eivät liity kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön tai epävakaaseen persoonallisuuteen. Traumaperäinen stressihäiriö on yleistä epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivillä, joka lisää sairaustaakkaa ja itsetuhoisuusalttiutta. (Epävakaa persoonallisuus. Käypä hoito –suositus 2020) Samanaikainen masennustila tai päihdeongelma lisää persoonallisuushäiriöisen itsemurhariskiä. Juuri ennen itsemurhaa, valtaosalle on kerääntynyt omaan käyttäytymiseen liittyviä kielteisiä elämäntapahtumia. (Lönqvist & Henriksson & Marttunen 2021: 695). Ruotsalaisen tutkimuksen (2013) mukaan itsemurhan tehneistä lähes jopa kolmannella voitiin todeta jokin persoonallisuushäiriö. Epävakaa persoonallisuushäiriö diagnosoitiin 7 %:lla itsemurhan tehneistä. (Tahvanainen & Riipinen & Jääskeläinen & Halt 2021.) Itsemurhakuolleisuus vaihtelee 3–9 % välillä ja useammin itsemurha toteutuu yli 30 vuoden iässä (Korkeila 2020).

Potilaan itsemurhariskiä lisää kriisitilanteessa kognitiivisen säätelyn heikentyminen, mikä voi johtua voimakkaista tunteista, päihteistä tai poikkeavan tietoisuuden tilasta esimerkiksi psykoottistyyppisestä tai dissosiaatio-oireilusta (Koivisto ym. 2020: 284). Miehillä on suurempi riski itsemurhaan kuin naisilla, jonka ajatellaan johtuvan muun muassa miesten itsemurhien tekotapojen väkivaltaisuudesta. Riskitekijänä pidetään myös vanhemman tai sisaruksen itsemurhaa sekä matala sosioekonominen asema korostuu mielenterveyshäiriöiden esiintyvyydessä, kuten myös itsemurhissa. (Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito. Käypä hoito –suositus 2020.)

Yleisin itsemurhamenetelmä on lääkkeiden yliannostus. Tämän vuoksi epävakaasta persoonallisuudesta kärsivillä tulisi välttää hyvin toksisia lääkkeitä, esimerkiksi litium,

trisykliset masennuslääkkeet ja ensimmäisen sukupolven suuriannosantipsykootteja. Mikäli potilas on aiemmin yrittänyt itsemurhaa, hyvin toksiset lääkkeet ovat pääsääntöisesti vasta-aiheisia. Somaattisia sairauksia hoidettaessa tulisi huomioida myös mahdollinen itsemurha-alttius ja psykiatrin tulee tarvittaessa puuttua asiaan. (Koivisto ym. 2020: 248.)

Kriisi voi laukaista voimakasta itsemurha-alttiutta ja hoitajan olennainen tehtävä on itsemurhariskin arvioiminen. Epävakaaseen persoonallisuushäiriöön voi kuulua myös krooninen itsemurha-ajattelu, jota on vaikea erottaa akuutista itsemurhavaarasta. (Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito. Käypä hoito –suositus 2020.) Akuutissa tilanteessa auttamisen lähtökohtana on oletus siitä, että itsemurhan yrittämiseen liittyy aina viesti jostakin tai jollekin. Autetuksi potilas tulee todennäköisimmin silloin, kun potilaan tärkeänä pitämään kokemukseen, asiaan tai viestiin noteerataan rakentavalla tavalla. On hyvin todennäköistä, että jos potilas kokee itsemurhayrityksen toimineen onnistuneena ongelmien ratkaisukeinona tai manipulaationa, potilaan sopeutumaton (*maladaptiivinen*) tapa reagoida stressitilanteisiin jatkuu. Yleensä itsemurhayritykset ilmaisevat ristiriitatilanteisiin tai voimakkaisiin tunteisiin liittyvää keinottomuutta, neuvottomuutta, impulsiivisuutta ja syvimmillään toivottomuutta. Samanaikaisesti voimakkaan vihan tai epätoivon rinnalla voi esiintyä muita pyrkimyksiä ja tunteita ja potilas voi myös viestiä avuntarvetta ja pyrkimystä muutokseen. Asianmukaisen avun tarjoaminen potilaalle viestii, että häneen ei suhtauduta välinpitämättömästi. (Lönngqvist & Henriksson & Marttunen 2021: 697–698.)

Tilanteen vakavuuden hahmottamiseksi voi potilaalta kysyä ovatko itsetuhoiset ajatukset pakkomielteen kaltaisia vai hallittavissa olevia ja onko potilaalla suunniteltu mielikuva itsemurhamenetelmästä, -ajasta ja -paikasta. Itsemurhavaaran varoitusmerkkinä (Taulukko 2) voidaan pitää esimerkiksi vetäytymistä sosiaalisista suhteista. (Lönngqvist 2017: 363.) Itsetuhoajatusten pysyvyydestä ja pakonomaisuudesta voi kertoa myös potilaan kuoleman jälkeiset järjestelyt. Potilaalta voi kysyä, onko olemassa syitä, jotka estäisivät toteuttamasta itsemurhaa. (Lönngqvist 2017: 363.) Pääsääntöisesti ensihoidon tulee huolehtia epäiltyä itsemurhaa yrittäneiden potilaiden kuljettamisesta sairaalaan. Ensihoidon pitää ottaa tilanteesta erityistä vastuuta, sillä itsemurhaa yrittäneet ovat haavoittuvia. (Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito. Käypä hoito –suositus 2020.)

Taulukko 2. Itsemurhavaaran varoitusmerkkejä (Lönnqvist 2017: 364).

Kuolemaan liittyvät ajatukset
Pitkään jatkunut masennus ja toivottomuus
Yksinäisyys
Vetäytyminen sosiaalisista suhteista
Sanalliset varoitukset, kuten: "En jaksa" tai "Kaikki on turhaa".
Uhkarohkea ja välinpitämätön käyttäytyminen
Elämän kapeutuminen, tunteiden puuttuminen, jähmeys
Voimakkaat vihan tunteet itseä kohtaan

Itsetuhoisuudesta voi kysyä suoraan ja asiallisesti ilman, että se lisäisi potilaan itsetuhoisuutta (Koivisto ym. 2020: 284). Potilas saattaa joko liioitella tai vähätellä itsemurha-ajatuksiaan. Siksi on tärkeää yrittää selvittää itsetuhoisuuteen liittyviä tosiasioita ja tapahtumien kulkua tarkemmilla kysymyksillä, joista esimerkkinä: "Miten monta tablettia tarkalleen otit?". (Huttunen 2019: 337.) Välittömässä itsemurhauksessa ensisijaista on tehdä etäisyys potilaan ja itsemurhavälineen välille. Etäisyyden luomiseen toisinaan tarvitaan luovuutta. Mikäli potilasta ei saada etäämmälle itsemurhavälineestä, hoitajan ei tulisi jumiutua siihen. Asiaan jumiutuminen voi johtaa potilaan ja hoitajan välille tapahtuvaan valtataisteluun, jota hoitaja tuskin voittaa. (Koivisto ym. 2020: 284–285.) Itsemurhan lopullisuudesta on hyvä puhua ja hoitaja voi ehdottaa, että potilas ei tappaisi itseään nyt. Itsemurha-ajatuksista potilaan ei tarvitse kokonaan luopua, mutta sillä saa ostettua lisää aikaa. Itsemurhan suunnitteleminen johtaneita kestävämpiä tunteita tulisi validoida, vaikka hoitaja ei voi puoltaa itsemurhaa ratkaisuksi tilanteeseen. Huomion suuntaaminen muuhun kuin itsemurha-ajatukseseen sekä toivon luominen voi olla hyödyllistä. Akuutin itsemurhavaaran yhteydessä toivon luominen, jollakin potilaan tilanteeseen sopivalla tavalla on olennaista. Itsetuhoiseen ajatteluun on tyypillistä irrallisuuden ja eristäytyneisyyden kokemukset, joten yhteenkuuluvuuden tunteen vahvistaminen on tärkeää. Hoitaja voi esittää ajatuksia potilaan selviämisestä ja toivosta sekä tuoda keskusteluun mitä vain, jolla yhteenkuuluvuuden tunnetta voi lisätä. (Koivisto ym. 2020: 284–285.)

Toistuvasti itsemurhaa yrittäneet potilaat työllistävät terveydenhuoltoa paljon. Itsemurhariski ei ole tahdonvastaisen hoidon peruste. Tarkkailulähetteelle (M1) voi kuitenkin

olla tarvetta, mikäli tilanteeseen liittyy realiteeteista poikkeavia ajatuksia tai kohtuuttomia itsesyytöksiä. Hoito tulisi toteuttaa vapaaehtoisesti ja jos potilas ei kykene lupamaan, ettei vahingoita itseään tai yritä itsemurhaa, on aina konsultoitava lääkäriä hoito-ohjeista. (Jormakka 2018: 201.) Tätä potilasryhmää on vaikea auttaa ja auttaminen saattaa herättää auttajassa hankalia tunteita, kuten ärtymystä ja epäonnistumisen tunteita. Näitä tunteita tulee auttajana tunnistaa ja käsitellä esimerkiksi työnohjauksessa tai muiden hoitotilanteeseen osallistuneiden kanssa. Potilaalle ei tule näyttää ärtymystä tai vihamielisyyttä. (Kuisma ym. 2018: 692.)

3.5.3 Aggressiivinen potilas

Aggression tunteet ovat normaali osa elämää ja aggressiivisuutta ilmenee ajoittain kaikilla ihmisillä uhkaavaksi koetussa tilanteissa. Aggressio muodostuu patologiseksi silloin, kun ihmisellä on selkeitä hankaluuksia hallita omia aggressiivisia yllyykeitä. Impulssikontrolliin liittyvään häiriöön kuuluu toistuvat raivokohtaukset, jolloin henkilö on kyvytön hillitsemään väkivaltaisia yllyykeitään. (Lindberg & Lönnqvist 2021: 550.) Aggressiivisuuden tunteita ovat esimerkiksi suuttumus, viha, kauhu, mustasukkaisuus, kauteus ja raivo. Joskus aggression tunteet saattavat purkautua hallitsemattomasti väkivaltaisena käyttäytymisenä ja se voi olla fyysistä tai sanallista. (Aggressiivisuus.)

Väkivaltaisen käyttäytymisen taustalla voi olla erilaisia tekijöitä esimerkiksi päihteiden käyttö, impulsiivisuus tai ruumiillinen sairaus (Kuisma ym. 2018: 689). Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivällä on taipumusta toimia hetken mielijohteesta, ajattelematta seurauksia sekä taipumusta käytöksen ristiriitaisuuteen tai ristiriitatilanteisiin joutumiseen muiden ihmisten. Edellä mainitut taipumukset voivat tulla esiin, mikäli impulsiivista käytöstä pyritään estämään tai sitä arvostellaan. Häiriöstä kärsivillä on myös alttius vihan ja väkivallan purkauksille, eivätkä välttämättä kykene hallitsemaan niitä, etenkin jos potilas kokee olonsa uhatuksi tai haluaa herättää huomiota ympärillään. (Epävakaasta persoonallisuus. Käypä hoito –suositus 2020.)

Väkivaltaista käyttäytymistä edeltää usein aggressiivinen puhe. Hoitajan tulisi pyrkiä jo tässä vaiheessa lopettamaan tilanteen kehittyminen väkivaltaiseksi. (Kiviniemi ym. 2015: 125.) Väkivalta tai vain uhka väkivallasta herättää epävarmuutta ja pelkoa sekä vaikeuttaa auttamista. Turvallisuutta tilanteisiin, jossa on väkivallan uhka, voidaan lisätä turvalaittein, etäisyydellä ja ihmisten lisäämisellä. Huoli väkivallasta tulee ilmaista aina avoimesti ja on syytä välttää riskinottoa ja noudattaa varovaisuutta, jos potilaan kyvyt kontrolloida itseään ovat epävarmat tai potilas kieltää ilmeisen vaaran. Hoitajan

tulisi selvittää ennakkoon työpaikan hälytysjärjestelmän käyttö ja toimintaohjeet hätätilanteessa. (Lönqvist 2021a.) Ensihoitajan on pyrittävä voittamaan potilaan luottamus, vaikka potilas olisi kiihtynyt tai aggressiivinen (Jormakka 2018: 196).

Hoitohenkilökunta tulkitsee potilaan aggressiivisen käytöksen johtuvan sairaudesta (henkilön syy), mutta aggressiivisesti käyttäytyvä potilas tulkitsee käyttäytymisensä seurausta jostakin ulkoisista asioista, esimerkiksi henkilökunnan asenteista tai turhista rajoituksista (Rovasalo & Jüriloo & Toivonen 2020). Aggressiivisesti käyttäytyvän potilaan lähiomaiset tai muut paikallaolijat voivat antaa arvokasta tietoa taustatekijöistä ja syistä, joka hyödyttää myös mahdollisessa jatkohoitopaikassa. Etenkin päihteiden vaikutuksen alaisena olevat aggressiiviset potilaat voivat olla arvaamattomia sekä aseistettuja, joten varovaisuus on ensisijaista. (Kuisma ym. 2018: 104, 689–690.)

Kohdattaessa aggressiivinen tai väkivaltaisesti käyttäytyvä potilas, hoitajan tulisi poistaa aseeksi sopivat liikuteltavat esineet. Seisominen sivuttain kohti potilasta vähentää hoitajan olemuksen uhkaavuutta ja tekee hoitajasta pienemmän kohteen. Hoitajan käsien tulisi olla potilaan nähtävissä, sillä esimerkiksi käsien ollessa taskussa tai selän takana voi potilaalle välittyä uhkaavana. (Kuisma ym. 2018: 689–690.) Potilaan mikroilmeet voivat viestiä kohtaamistilanteesta jo ensimmäisten 2–3 sekunnin aikana. Hoitaja voi päätellä mikroilmeiden perusteella esimerkiksi, että vältteleekö potilas katsekontaktia, onko potilas kiihtynyt tai pälyileekö hän jotakin. Normaalin katsekontaktin katkaisu voi olla merkki, että potilas valmistautuu väkivaltaiseen käytökseen. Potilaan tuijottamista tulisi välttää ja suosia mieluummin useaa katsekontaktia. (Rovasalo ym. 2020.)

Potilasta voi pyytää istuutumaan ja antaa hänelle tilaa rauhoittua (Kuisma ym. 2018: 104, 689). Potilaalle tulisi antaa mahdollisuus kertoa keskeytyksettä hänen oma näkemysensä tilanteesta eikä potilasta tulisi vähätellä, mutta pyritään ohjaamaan keskustelu ajankohtaisiin asioihin, joihin hoitaja pystyy vaikuttamaan (Rovasalo ym. 2020). Hoitajan on oltava tilanteessa rauhallinen ja selkeä, ei uhkaava tai provosoitua vastaäyttelyyn (Kuisma ym. 2018: 104, 689). Neutraaliutta tulee painottaa vuorovaikutuksessa ja hoitajan ei kannata ottaa vahvasti kantaa asioihin. Jos hoitaja kokee, että potilas muuttuu aggressiiviseksi oman toimintansa takia, voi potilaalta pyytää anteeksi. Se saattaa rauhoittaa tilannetta. Välinpitämättömyys, suvaitsemattomuus, liiallinen johtajarooli sekä hoitajan huono motivaatio ja väsymys voivat edesauttaa potilaan aggressiivisuutta (Kiviniemi ym. 2015: 125–126.) Potilaalle vakuutetaan, että hoitajat ovat auttamassa häntä ja tarjotaan potilaalle asianmukaista rauhoittavaa apua. Rajauksia potilaalle voi laatia selkeästi ja ystävällisesti, esimerkiksi painottamalla, että hoitohenkilökunta ei voi auttaa, mikäli potilas käyttäytyy uhkaavasti. (Rovasalo ym. 2020.) Hoitaja

kertoo koko ajan omista aikeista sekä pyrkii sopimuksien tekemiseen potilaan kanssa (Kuisma ym. 2018: 689). Potilaalta voidaan kysyä suoraan, onko hänellä väkivaltaisia tai itsetuhoisia ajatuksia (Rovasalo ym. 2020). Mikäli potilas uhkaa aseella, vaatimukseen suostutaan. Potilaan ollessa aggressiivinen tai tilanteeseen liittyy merkittävä uhka ja poliisi on turvaamassa kuljettamista päivystykseen, tulisi tehdä ennakoilmoitus vastaanottavalle taholle. (Kuisma ym. 2018: 104, 689.) Potilaan tulee kuitenkin voida kokea, että hänet otetaan todesta riippumatta hänen käytöksestään (Kiviniemi ym. 2015:127).

3.5.4 Päihdehäiriöinen potilas

Päihteet vaikuttavat aivojen rakenteisiin ja toimintaan, erityisesti dopamiinivälitteisiin mielihyvä- ja palkitsemisjärjestelmiin. Samanaikaissairastavuus muiden mielenterveydenhäiriöiden kanssa on hyvin yleistä. (Levola & Lönnqvist & Niemelä 2021: 573.) Päihderiippuvuus on päihdehäiriön vaikein muoto. Se on hallitsematonta huumeiden tai alkoholin käyttöä, joka aiheuttaa haittoja sosiaalisissa, psyykkisissä ja terveydellisissä elämän osa-alueissa. (Levola ym. 2021: 573.) Päihderiippuvuuteen liittyy tarve annoksen suurentamiseen sekä käytön keskeytyessä ilmenee vieroitusoireita (Riippuvuus). Suomessa yleisimmin käytettyjä päihteitä ovat alkoholi ja tupakka, amfetamiini johdannaisineen, kannabis sekä opioidit ja keskushermostoon vaikuttavat lääkkeet. Rungas fyysinen ja psyykinen oheissairastavuus sekä merkittävä ylikuolleisuus liittyy päihdehäiriöihin ja valmius sen seulontaan, toteamiseen, hoidon tarpeen arviointiin ja hoitoon ohjaukseen tulisi olla laajalti eri terveydenhuollon toimijoilla. (Levola ym. 2020: 573.)

Noin 65 %:lla epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivällä on päihde- tai huumeriippuvuus jossain vaiheessa. Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivillä tavallisimpia riippuvuutta aiheuttavia lääkkeitä ovat bentsodiatsepiinit, metyyliifenidaatti sekä kodeiini. (Koivisto ym. 2020: 248.) Käyttö on usein impulsiivista ja kausittaista. Päihteiden käyttö voi olla esteenä epävakaan persoonallisuushäiriön remissiolle, joten päihdeneuvontaa ja tukea päihdeistä irrottamiseksi tulee tarjota. (Epävakaa persoonallisuus. Käypähoito -suositus 2020.) Päihteiden käyttö heikentää impulssikontrollia ja madaltaa itsemurhayrityksen kynnyksen. Itsemurhan tehneistä alkoholiriippuvuus tai ongelmakäyttöä on ollut lähes puolella. Päihtymys ei saa olla este itsetuhoisen hoitoon pääsulle tai itsetuhoisuuden tarkemmalle arviolle. (Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito. Käypä hoito –suositus 2020.)

Rungas alkoholin käyttö liittyy usein epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän kriisiin sekä häiriöön liittyy usein myös lääkkeiden yliannostuksia (Koivisto ym. 2020: 284;

Korkeila 2020). Päihdehäiriöstä kärsivällä potilaalla on tyypillisesti vaikeuksia yllykkeiden hallinnassa ja potilaalla voi esiintyä tunteiden säätelyvaikeutta. Pidempään jatkunut päihteiden käyttö heikentää yksilön kykyä säädellä omia toimintojaan ja aiheuttaa aivoille stressitilan, jota pyritään säätelemään päihteellä. (Koivisto ym. 2020: 50.) Potilasta kannustetaan kertomaan mahdollisimman vapaasti asiastaan ja hoitaja voi tarventavilla kysymyksillä auttaa potilasta kuvaamaan tämän hetken tilanne. Päihteiden käyttöön liittyy usein häpeän leima, joten ammatillisesti kiinnostunut ja moralisoimaton suhtautuminen on keskeistä. (Levola ym. 2021: 601.)

3.5.5 Psykoottinen potilas

Psykoosi on oireyhtymä, jossa todellisuudentaju on hämärtynyt. Siihen voi liittyä aistiharhat, harhaluulot, ajatusten ja puheen hajanaisuus tai järjestymätön ja tavaton käyttäytyminen. Psykoottinen ihminen tulkitsee itseään ja hahmottaa ulkoista maailmaa muista poikkeavalla tavalla. Psykoottiset oireet voivat johtua myös somaattisista sairauksista, päihteistä tai lääkityksestä, skitsofrenian ja muiden psykiatristen sairauksien lisäksi. Psykoottisen potilaan ajatuksenkulku voi olla epäjohtonmukaista sekä ajan- ja paikantaju häiriintynyttä. Puheessa sanat voivat saada eri merkityksen ja kieli voi olla kummallista. Potilas saattaa käyttäytyä järjestäytymättömästi ja osa potilaista voi olla eristäytyneitä omaan maailmaansa. Psykoottinen voi olla myös puhumaton ja liikkumaton. Sairaudentunnottomuus vaikeuttaa hoidon turvaamista usein ja se voi johtaa tahdonvastaisten hoitojen aloittamiseen. (Kuisma ym. 2018: 689.) Lievät psykoottiset kokemukset ovat yllättävän yleisiä yleisväestössäkin eivätkä ole merkki varsinaisesta psykoosista ja psykoosi voi olla myös lyhyt kestoinen ja potilas toipuu siitä täysin (Jääskeläinen & Lönnqvist 2021: 258).

Psykoottisista häiriöistä kärsii lähes 10 % epävakaaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivistä potilaista. Psykoottiset häiriöt ilmenevät arkipäiväisten stressitilanteiden aikaan saamina esimerkiksi paranoiana tai kuulohallusinaatioina. (Epävakaasta persoonallisuudesta. Käypähoito -suositus 2020.) Yksittäisiä ääniä kuullaan tyypillisesti oman pään sisällä ja mikäli epävakaaalla persoonallisuudesta kärsivällä ilmenee kuulohallusinaatiota, on potilaalla yleensä siihen sairaudentunto. Vaikeisiin persoonallisuushäiriöihin voi liittyä näkö- tai kuulohallusinaatioita ilman varsinaista psykoosisairautta. (Koivisto ym. 2020: 50.)

Epävakaalle persoonallisuushäiriölle tavanomaiset dissosiaatiokohtaukset saattavat herättää epäilystä psykoosista, etenkin jos potilas vaikuttaa etäiseltä ja syvästi häm-

mentyneeltä. Psykoottisuuteen liittyy yleensä hajanaisuutta, ajatuksen kaaren katkeilemista sekä assosiaation höltymistä, mutta epävakaalla persoonallisuushäiriöisellä tätä ei välttämättä nähdä. (Koivisto ym. 2020: 50.) Psykoosioireiden kesto vaihtelee tunteista pariin viikkoon ja siksi epävakaan persoonallisuushäiriön erottaminen psykoosista voi olla haasteellista (Epävakaa persoonallisuus. Käypähoito -suositus 2020). Psykoosisairauden diagnosointia mietittäessä psykoosioireiden tulisi olla kestänyt vähintään päivän, mutta esimerkiksi epävakaasta persoonallisuudesta kärsivillä esiintyy tätä lyhyempiä psykoosioireita (Jääskeläinen & Lönnqvist 2021: 259). Psykoosijaksoja ilmenee varsinkin samanaikaisesti päihde- ja mielenterveysongelmista kärsivillä (Epävakaa persoonallisuus. Käypähoito -suositus 2020).

Epävakaassa persoonallisuushäiriössä stressi saattaa laukaista lyhytkestoisia, tunteista pariin viikkoon kestäviä psykoosioireita (Koivisto ym. 2020: 41). Psykoottisen potilaan kohtaamisessa tilanteen tulisi olla kiireetön, turvallinen ja rauhallinen, jossa hoitaja osoittaa kiinnostunutta suhtautumista potilaaseen. Potilaan kanssa tulisi pyrkiä yhteisymmärrykseen hoidosta ja kuljetuksesta. Hoitoon saattaminen voi jäädä potilaalle mieleen, joten yhteisymmärryksessä ja turvallisen tuntuiseksi järjestetty kuljetus voi luoda hyvää pohjaa myöhemmälle hoidolle. Psykoottista potilasta ei tulisi koskaan jättää yksin, sillä se voi lisätä potilaan harhaisuutta. (Jormakka 2018: 202.) Hoitajan tulee pysyä kärsivällisenä ja kuunnella potilaan ilmaisemia ongelmia sekä välttää nopeita liikkeitä ja liian fyysistä läheisyyttä, sillä potilas voi kokea ne uhkaavina (Linnamaa 2020). Tarkentavia kysymyksiä voidaan esittää ja potilaan puhetta voi ystävällisesti rajata niin, että kertomus pysyttelee olennaisissa asioissa. Psykoottisista oireista voidaan kysyä suoraan, esimerkiksi ”koetko, että ajatuksiasi luetaan?” tai ”kuuletko ääniä, jota toiset eivät kuule?”. (Jormakka 2018: 202.)

Potilaan realisoitumista tilanteeseen voi edesauttaa hoitajan omat havainnot tilanteesta. Omien havaintojen kertomisesta ovat Kuisma ym. teoksessaan Ensihoito (2018) esittäneet seuraavanlaisia esimerkkejä: ”Huomaan, että olet hieman ahdistunut ja pelokas, mutta nyt sinulla ei ole hätää. Yritämme selvittää, mikä on ongelmana”. Harhojen todellisuudesta ei tule kiistellä. Potilaan hajoamisentunteen syvenemistä voidaan ehkäistä ohjaamalla potilasta havaitsemaan reaalia maailmaa tarkentavilla kysymyksillä. Psykoosipotilaan kohtaamisessa tulee puhua lyhyesti ja korrektisti ja antaa selkeitä ohjeita, jotta potilas kykenisi ottamaan informaatiota vastaan ja kykenisi reagoimaan siihen. Potilaan mieleen saattaa painua hoitajan sanat, puheen sävyt sekä todesta ottaminen, vaikka potilas näennäisesti ei kykenisikään ottamaan informaatiota vastaan.

Hoitajan tulee myös varmistaa, että potilaalle hoitajan toimesta luvatut asiat, tulee toteuttaa. Potilaan on tärkeä voida luottaa auttajiinsa ja se myös auttaa välttämään harhaluuloisten ajatusten syntymistä. (Kuisma ym. 2018: 689.)

3.6 Potilaan haastattelu ensihoidossa

Ensihoito kohtaa mielenterveyshäiriöistä kärsiviä potilaita yleensä vain erilaisissa kriisitilanteissa ja potilaan nopeissa voinnin muutoksissa silloin, kun normaaleja tukimuotoja ei ole saatavilla. Potilaat tulee ohjata mielenterveyspalveluihin, jossa psykiatrisen hoidon ammattilaiset pystyvät ammattitaitonsa ja kokemuksensa avulla auttamaan potilaita paremmin. Tästä syystä hoidon tarpeen arviointia ei ensisijaisesti tehdä ensihoidossa tai päivystysvastaanotolla. Haasteena ensihoitajalla on tehdä arvio hoidon kiireellisyydestä ja mahdollisesta hoitopaikasta. Kiireellisyyden arviointiin saattaa vaikuttaa potilaan päihtymystila sekä ensihoitajien kokemattomuus mielenterveysongelmista kärsivien potilaiden kohtaamisesta tai hoitamisesta. (Jormakka 2018: 195.)

Akuutiksi muodostuneeseen tilanteeseen liittyy jollakin tavalla potilaan pääasiallinen oire. Ensihoidon hälyttämisen syynä voi olla joko potilaan oma tai omaisten huoli potilaan pärjäämisestä ja yksi tärkeimmistä kysymyksistä on, mitä omaiset tai potilas odottaa ensihoitajien tekevän sekä mikä olisi heidän mielestään optimaalinen apu tilanteeseen. Tilan arvioinnissa avainasemassa on luottamuksen syntyminen sekä hyvä haastattelu avoimilla kohdennetuilla kysymyksillä. (Jormakka 2018: 195, 197.) Hoitajalla tulee olla suunnitelma haastattelun etenemisestä. Tarvittaessa hoitajan tulee auttaa potilasta tai omaisen olennaisen tiedon ääreen jatkaakseen kertomustaan. (Kiviniemi ym. 2015: 77.)

Hälytyksen alkuperäinen syy voi esimerkiksi olla hengitysvaikeus tai tajuttomuus, mutta arviota tehdessä havaitaan, että oireet viittaavat enemmän psyykkiseen ongelmaan. Tajuttomalta vaikuttava potilas voi simuloida tajuttomuutta saadakseen apua, joten on hyvä selvittää, mitä potilas yrittää käytöksellään saavuttaa. Tilanteessa on hyvä pitää mielessä myös mahdollisuus kotiväkivallasta tai painostamisesta. Socrates –mallia (Taulukko 3) voidaan käyttää pääasiallisen oireen määrittelyssä ja psyykkisen oireen selvittelyssä. (Jormakka 2018: 197–198.)

Taulukko 3. Socrates-malli psyykkisen oireen selvittelyssä (Jormakka 2018: 197–198.)

S – Sijainti	Kohdistuuko oire johonkin kehon osaan, vai onko se yleinen tunnetila? Jos oire kohdentuu johonkin kehon kohtaan, tulee arvioida alueen somaattinen vointi, kuten esimerkiksi rintatuntemukset tai hengitysvaikeus.
O – Alku	Milloin oireilu alkoi? Alkoiko oireilu nopeasti vai pitemmän ajan kuluessa? Onko oireilu pahenevaa vai helpottuuko vähitellen?
C – Luonne	Minkälainen oire on luonteeltaan? Miten se vaikuttaa arkeen ja tämänhetkiseen toimintaan tai pärjäämiseen?
R – Säteily	Psyykkinen oire ei tyypillisesti säteile mihinkään toiseen kehon kohtaan.
A – Liittyvät oireet	Liittykö oireeseen muita oireita, kuten unettomuutta, ahdistuneisuutta, huolestumista, eriskummallisia ajatuksia, harhakuvia tai kuuloaistimuksia?
T – Aikajana	Onko oireissa säännöllisyyttä tai uusiutuuko se säännöllisesti?
E – Helpottavat / Pahentavat tekijät	Vaikuttaako mikään tekijä oireeseen? Onko vointi helpompi tai pahempi muiden ihmisten kanssa, helpottaako uni, lääkitys tai joku muu tekijä? Paheneeko vointi jossain tilanteessa, kuten julkisissa paikoissa?
S – Vakavuus	Kuinka voimakas oire on (asteikolla 0–10)? Samaa asteikkoa voidaan käyttää kuvaamaan tilanteen vakavuutta ja mahdollista hoidon tai avun vaikutusta.

Haastattelu tulisi tehdä turvallisessa sekä rauhallisessa paikassa, jossa ei olisi ulkopuolisia kuuntelijoita. Omaiset voivat kertoa tarpeellista tietoa, mutta joissakin tapauksissa omaisten läsnäolo saattaa vaikuttaa potilaan kertomuksiin. Omaisia tulisi haastatella erikseen, jos potilas on osittain tai täysin sairauden tunnoton. Lyhyen haastattelun aikana ei voida saada kovin laajaa kokonaiskuvaa potilaan tilanteesta, siksi potilaalta itseltään tai omaisilta saatuun tietoon tulee suhtautua varauksella. Lisäksi on tarpeellista selvittää myös potilaan kanta ja oma näkemys asioista, mikäli omainen on soittanut apua. (Jormakka 2018: 197.)

Järjestelmällisessä haastattelussa olisikin hyvä pyrkiä selvittämään sen hetkinen vallitseva oire, kyseisen oireen historia, taustatietoa aiemmasta terveydestä, mahdolliset lääkitykset ja allergiat sekä sosiaalista taustaa ja sukuhistoriaa. (Jormakka 2018: 197–200). Potilaskertomukseen on myös hyvä kirjata potilaan asenne haastattelijaa ja tutkimuksia kohtaan. Potilaat ovat yleensä yhteistyöhaluisia, ystävällisiä ja kiinnostuneita, jopa parhaimmillaan rehellisiä ja avoimia. Ääritilanteissa potilas kieltäytyy yhteistyöstä, eikä anna suostumustaan. (Lönqvist 2021c: 90.)

Osatekijöinä potilaan yhteistyöhaluun ja motivaatioon liittyy merkittävästi potilaan arvostelukyky ja sairaudentunto, jotka ovatkin tärkeitä arvioinnin kohteita. Sairaudentunto voi olla häiriintynyt monesta eri syistä, joista esimerkkeinä ovat psyykinen suojautumisen uhkaavaksi koettua sairautta vastaan, psykoottiset oireet sekä älyllisten toimintojen heikentyminen. Sairaudentunto ei kuitenkaan ole sama kuin hoitomyöntyvyys. Osa potilaista voi kokea olevansa sairas, mutta ei syystä tai toisesta halua tehdä yhteistyötä ja toisaalta täysin sairaudentunnoton voi suostua vastaanottamaan heille tarpeelliseksi arvioitua hoitoa. (Lönqvist 2021c: 93.) Ensihoidon erityinen haaste on sairaudentunnotomat ja hoitoon sitoutumattomat potilaat. (Kuisma ym. 2018: 688)

4 Opinnäytetyön toteutus

4.1 Menetelmälliset lähtökohdat, toimintaympäristö, kohderyhmä ja hyödynsaajat

Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä. Toiminnallinen osuus perustuu tiedonhaun tuloksiin (Liite 1 ja 2) sekä muuhun ajankohtaiseen materiaaliin, joista on koottu kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Toiminnallisessa opinnäytetyössä toteutetaan jokin konkreettinen lopputuotos (Vilka & Airaksinen 2003: 51). Tämän opinnäytetyön toiminnallinen osuus toteutettiin yksittäisenä podcast-jaksona kuvailevan kirjallisuuskatsauksen pohjalta. Opinnäytetyön tilaajana ja yhteistyökumppanina oli Metropolia Ammattikorkeakoulu.

Opinnäytetyön toimintaympäristönä on sairaalan ulkopuolinen ensihoito. Toimintaympäristö valikoitui tekijöiden opiskelusuuntauksen sekä mielenkiinnonkohteiden vuoksi. Kohderyhmänä ja hyödynsaajina ovat Metropolia Ammattikorkeakoulun ensihoitajaopiskelijat. Toissijaisia hyödynsaajia ovat epävakaaat persoonallisuushäiriöiset ja muut psykiatriset ensihoidon potilaat, sillä ensihoitajien osaamisen kehittyminen vaikuttaa

potilaiden saamaan oikeaan kohteluun ja hoitoon. Myös Metropolia Ammattikorkeakoulun ensihoidon lehtoreita voidaan pitää hyödynsaajina, sillä he voivat käyttää podcastia osana opintojaksojen materiaalia.

4.2 Toiminnan etenemisen kuvaus

Opinnäytetyö eteni Metropolia Ammattikorkeakoulun opetussuunnitelman ajoituksen mukaisesti. Suunnitelmavaihe aloitettiin toukokuussa 2021, jolloin opinnäytetyön aihe valittiin yhdessä opinnäytetyön tilaajan kanssa. Suunnitelmaa työstettiin suunnitellusti kolme viikkoa, jonka jälkeen se esiteltiin muulle ryhmälle seminaarissa. Seminaarissa tilaaja sekä opponentit antoivat korjausehdotuksia ja näiden korjausten jälkeen suunnitelma hyväksyttiin. Opinnäytetyön toteuttaminen aloitettiin kesällä 2021. Toteutusvaiheessa syvennettiin suunnitelmavaiheessa hankittua tietoperustaa ja tuotoksen suunnittelu aloitettiin. Raportointivaiheessa vielä keskeneräinen opinnäytetyö esiteltiin tilaajalle, opponenteille ja muulle ryhmälle seminaarissa. Seminaarissa osallistujat kuuluivat myös noin kolmen minuutin otoksen tuotoksesta. Opinnäytetyötä muokattiin seminaarissa ilmenneiden korjaustarpeiden mukaan, jonka jälkeen se lähetettiin arvioitavaksi. Opinnäytetyö valmistui marraskuussa 2021 ja siitä ei aiheutunut kustannuksia osapuolille.

Opinnäytetyön suunnittelu-, toteutus- ja raportointivaiheissa pidettiin yllä tilaajan ja tekijöiden välistä kommunikaatiota ja tehty työ raportoituihin riippuen vaiheesta vaatimusten mukaiselle pohjalle. Prosessiin kuului kolme ryhmäohjausta, yksi kunkin vaiheen alussa. Ylimääräisiä ohjaavan opettajan ohjauskeskusteluja hyödynnettiin opinnäytetyön eri vaiheissa, joiden lisäksi tekijät osallistuivat Metropolia Ammattikorkeakoulun järjestämiin työpajoihin saadakseen ohjausta työn toteuttamiseen. Eri työpajat sisälsivät ohjausta muun muassa tiedonhakuun, viitteiden ja lähteiden merkitsemiseen, johdannon ja pohdinnan sekä englanninkielisen tiivistelmän tekoon.

4.3 Tiedonhaku

Tiedonhaku toteutettiin systemaattisesti tietokannoista sekä manuaalisesti. Tiedonhaku toteutettiin kriittisesti lähteiden luotettavuutta arvioiden. Käytettyjä tietokantoja olivat muun muassa PubMed, Cinahl ja Medic. Käytettyjä hakusanoja olivat muun muassa *epävakaa persoonallisuushäiriö*, *ensihoito*, *borderline personality disorder*, *prehospital*, *paramedic*, *podcast*, *education* sekä näiden muunnokset. Manuaalisessa haussa käytettiin myös muita hakusanoja ja tietoa haettiin esimerkiksi Google Scholar -

palvelusta. Lisäksi Metropolian Ammattikorkeakoulun kirjastoa sekä kaupungin kirjastoja hyödynnettiin painettujen lähteiden haussa. Tiedonhaku rajattiin hakemalla vain 2011 ja sitä uudempia lähteitä, jotta käytetty tieto olisi ajantasaista. Tiedonhaku on kuvattu tarkemmin liitteessä 1. Lähteiksi valittiin aiheeseen sopivia kansallisia ja kansainvälisiä alan tutkimuksia, kirjallisuutta sekä artikkeleja. Aiemmin valmistuneita opinnäytetöitä ei käytetty suorina lähteinä, mutta niiden lähdeluetteloita hyödynnettiin tiedonhaussa. Käytetyt lähteet ovat esiteltynä liitteessä 2.

5 Itseopiskelumateriaali

Digitalisaatiota ammatillisessa koulutuksessa tutkivassa tutkimuksessa 68 % opiskelijoista koki, että digitaaliset mahdollisuudet joustavoittaa opiskelua. Se on myös helpottanut opintojen seuraamista. Valtaosa opettajista sekä opiskelijat näkevät koulutuksen digitalisaation opiskelijan motivaatiota lisäävänä tekijänä sekä laajentuvan oppimisympäristön mahdollisuutena. Ammatillisen koulutuksen kyselyyn vastanneet opiskelijat kuvasivat verkko-oppimateriaalin selkeän puutteen esteeksi digitalisaatiolle. (Koramo & Brauer & Jauhola 2018: 40; 57–58; 68.) Internetistä löytyy paljon tietoa, mutta haasteena on tunnistaa laadukas aineisto. (Toikkanen 2012: 29.) Laadukas verkko-oppimateriaali on joustavasti oppijan käytettävissä kiinnostuksen, tason ja tarpeiden mukaan. Oppijan oman ajattelun aktivointi ja oppimisen taitojen kehittymisen tukeminen lisää laadukkuutta. (Ilomäki 2012:11.)

Toiminnallisuuden onnistuneisuutta ajatellen tekninen helppokäyttöisyys ja sisällöltään tavoitteita tukevan oppimateriaalin luominen on tavoiteltavaa (Ilomäki 2012:11). Verkon oppimismateriaalit voidaan jakaa useaan erilaiseen oppimisaihioon, joiden tarkoitus on lisätä materiaalien hyödyntämistä ja käyttöä eri yhteyksissä. Käyttötarkoitus, kohde-ryhmä tai esimerkiksi käyttäjien määrä voi olla määrittämässä oppimateriaalin aihion tai ryhmän määrittämistä. Podcast sijoittuu parhaiten tietolähteeksi sen käyttötarkoituksen mukaan. Tietolähteen materiaaleille ominaista on tiedon esittely eri keinoin (Jaakkola & Nirhamo & Nurmi & Lehtinen 2012: 12–15).

5.1 Podcast oppimismenetelmänä

Podcastit ovat internetissä saatavilla olevaa audio- tai videosisältöä, jotka ovat ladattavissa käyttäjän tietokoneelle tai erilliseen mediasoittimeen ja, joiden kuuntelu ei ole aikasidonnaista (MOT Oxford Dictionary of English; Tietotekniikan termitalkoot 2012).

Alun perin termi tulee sanoista iPod ja broadcasting. Kuunnellakseen podcasteja ei Applen MP3-soitin ole välttämätön, joten nykyisin ajatellaan, että "pod" tulisi sanoista portable on demand. (Eronen 2018.) Lähes kaikki 15–29-vuotiaista tietävät, mitä podcastit ovat ja niiden tunnettuus on ollut noususuuntaista (Podcast, podcast. 2018; Podcast, podcast. 2020). Ammattikorkeakouluissa opiskelu aloitetaan keskimäärin 24-vuotiaana ja terveys- ja hyvinvointialoilla 60 % opiskelevista on alle 30-vuotiaita (Saari & Koskinen & Attila & Sarén 2020: 19–20).

Ensihoitoon erikoistuvien lääkärien opetusohjelman ulkopuolisessa opiskelussa yli 1/3 osa tutkimukseen vastanneista käytti oppimismenetelmänä podcastien kuuntelua. Vastanneet kokivat podcastien kuuntelun hyödyllisempänä ajankäyttönä verrattuna tavallisten tekstikirjojen lukemiseen ja kaikista vastaajista 70,3 % koki podcastien kuuntelun hyödyttävänä oppimismenetelmänä. (Mallin & Schlein & Doctor & Stroud & Dawson & Fix 2014.) Podcastien kuuntelua on pidetty tehokkuutta optimoivana, sillä sen avulla opiskelu voidaan yhdistää arkirutiinien kanssa (Malecki & Quinn & Zilbert & Razak & Ginsburg & Verma & Melvin 2019). Podcasteja toivottiin hyödynnettävän opiskelumateriaalina enemmän (Roth & Chang & Ricci & Hall & Mehta 2020).

Meaden, Bowskillin ja Lymnin tutkimuksessa (2011) sairaanhoitajaopiskelijat kokivat, että kuuntelemalla opetuspodcasteja oman oppimisen hallinta parani, koska podcastin etenemisnopeutta pystyi säätelemään toisin kuin perinteisen luennon. Tutkimuksen mukaan opiskelijat kokivat opiskeltavan aiheen mielekkäämmäksi, kun he pystyivät itse säätelemään vaikeusastetta. Tutkimuksessa mainittiin myös seuraavia oppimista tukevia asioita: oman osaamisen mittaaminen sekä jo olemassa olevan materiaalin arvon lisääminen. Podcasteja kuunneltiin, jotta saataisiin syvempi ymmärrys asiasta, joka luennolla oli haastavaa, valmistautuessa tentteihin, aiemman osaamisen vahvistamiseksi sekä kerratessa vaikeita asioita. (Meade ym. 2011.) Ensihoitoon erikoistuvat lääkärit kuuntelivat podcasteja, jotta he pysyisivät ajankohtaisen tiedon tasalla ja oppisivat ensihoidon ydinsisältöä (Riddell & Swaminathan & Lee & Mohamed & Rogers & Rezaie 2017). Podcastien hyvänä ominaisuutena mainittiin, ettei kuunteleminen ole paikka- sidonnaista (Meade ym. 2011). Chinin, Helmanin ja Chanin (2017) tutkimuksessa kolme yleisintä aktiviteettiä podcastia kuunneltaessa olivat autolla ajaminen, arkiaskareiden tekeminen ja urheilu.

Tutkimuksissa oppimistulokset olivat yhtäläiset, riippumatta siitä, että käytettiinkö opiskelussa kirjallista materiaalia tai podcasteja. Podcasteja pidettiin kuitenkin parempina ylläpitämässä motivaatiota sekä miellyttävämpinä sekä viihdyttävämpinä kuin kirjallista

materiaalia. (Roth ym. 2020.) Podcastien keskustelunomainen tyyli sekä tiedon perustuminen näyttöön oli pidettyä. Myös case-tilanteiden käytöstä pidettiin. Osallistujat kokivat, että podcastin lopussa koottu yhteenveto sekä visuaaliset elementit olisivat helpotaneet tiedon sisäistämisessä. (Chin ym. 2017.)

Podcast-opiskelun haasteet liittyivät teknologisiin haasteisiin, muun muassa riittävän teknologisen osaamisen tai laitteiston puutteisiin (Meade ym. 2011). Podcastien käyttöä lääketieteellisessä koulutuksessa tutkivassa tutkimuksessa tuli ilmi, että ajanpuute sekä podcastin pituus olivat esteenä tutkimuksen suorittamiseen (podcastin kuuntelu). 85 % kyseiseen tutkimukseen osallistuneista, jotka mainitsivat podcastin pituudesta, suosivat puolen tunnin kestoisia tai lyhyempiä podcasteja. (Chin ym. 2017.) Myös Riddel ym. (2017) saivat tutkimuksessaan vastaavia tuloksia: 84,6 % vastanneista piti podcastin ideaalina pituutena alle 30 minuuttia. Sama 30 minuutin raja, jota ei tulisi ylittää, on mainittu Metropolia Ammattikorkeakoulun podcastkanavan ohjeissa (Metropolia Ammattikorkeakoulu).

5.2 Podcastin toteutus ja julkaisu

Idea podcastista opinnäytetyön toiminnallisena osuutena syntyi aiemmin opintojen aikana tehdyn innovaatioprojektin pohjalta. Ryhmä, johon molemmat tekijät kuuluivat, suunnitteli innovaatioprojektissa Metropolia Ammattikorkeakoululle podcast-kanavan, joten jatkumoa ajatellen opinnäytetyössä päädyttiin toteuttamaan podcast-jakso. Podcastin tuotannossa seurattiin MetroPodian toteutus- ja julkaisuohjeita. Podcastin toteutukseen ja julkaisuun liittyen saimme ohjeita ja neuvoa myös suoraan MetroPodian vastaavalta tuottajalta Ilse Skogilta.

Podcastin suunnittelu lähtee liikkeelle aiheen ideoinnista. Opinnäytetyön podcastin aiheita ei tässä kohdassa tarvinnut pohtia, sillä aiheen valinta oli toteutettu jo aiemmin. MetroPodian ohjeissa on mainittu, että yhteen podcast-jaksoon tulee yksi aihe. Resursseja tiedostaen podcast päätettiin toteuttaa yksiosaisena jaksoneen sijaan podcast-sarjan sijaan. Podcastin runkoa jäsentää alku- ja keskiosa sekä tiivistetty loppuosaa (Metropolia Ammattikorkeakoulu). Podcast alkaa puhujien esittelyllä sekä aiheenvalinnan esittelyllä. Tämän jälkeen podcastin keskiosassa tulee ilmi podcastin pääasiallinen asiasisältö. Sisältö suunniteltiin tutkimuskysymysten pohjalta, jotta sen yhteys opinnäytetyöraporttiin säilyi. Tavoitteena oli tuoda esille ne asiat, joista ensihoitajaopiskelijat tulisivat eniten käytännön työssä hyötymään. Podcastissa käsitellään mitä epävakaa persoonallisuus on, miten se näyttäytyy ensihoidossa sekä miten epävakaa persoonallisuushäiriöinen potilas tulisi kohdata ensihoidossa. Loppuyhteenvedossa podcastin ydinasiat tiivistettiin

keskustelemalla ja käytiin läpi, mitä kuuntelijan olisi hyvä muistaa podcastista. Lopussa kerrottiin myös lukuvinkkejä aiheeseen liittyen.

Podcastin nauhoitus tapahtui Metropolia Ammattikorkeakoulun Myllypuron kampuksella lokakuussa 2021. Äänitystilan tulisi olla mahdollisimman hiljainen ja kaiuton (Skog 2021b), jotta puhe olisi selkeää ja muita ääniä ei olisi. Tällaiseksi tilaksi valikoitui Myllypuron kampuksen musiikkiluokka, sillä kampuksen uusi digipaja ei vielä ollut käyttökunnossa. Mikrofonit ja tallennin lainattiin Metropolia Ammattikorkeakoulun elokuvan ja television tutkinto-ohjelman välinelainaamosta. Laitteiden käyttöönotto vaati myös opastusta, jota saatiin lainauksen yhteydessä välinelainaamon henkilökunnalta. Äänittäessä tulee puhua rauhallisesti, pitää taukoja ja puhua kuin puhuisi jonkun kanssa sekä monotonisuutta tulee välttää (Skog 2021b). Äänitystä testattiin kahdella eri tavalla: sanatarkan käsikirjoituksen kanssa sekä vain tukisanoista muodostetun rungon kanssa. Parimpi tulos saatiin pelkkien tukisanojen avulla tehdyn rungon avulla. Puhe kuulosti luonnollisemmalta ja miellyttävämmältä kuunnella kuin sanatarkkaa käsikirjoitusta käyttäen.

Podcastiin lisättiin editointivaiheessa alku- ja loppumusiikki. Musiikki on peräisin Free Music Archive –sivustolta, jossa on tarjolla vapaasti ladattavaa musiikkia. Sivuston teokset ovat erilaisten lisenssien alaisia ja käyttöoikeudet riippuvat kunkin teoksen lisenssistä (Free Music Archive). Podcastin alkumusiikki on nimeltään I'm Not Nervous, jonka on tehnyt Square People (Square People 2013). Kyseinen teos on lisenssioitu *Creative Commons Attribution 3.0 Unported*-lisenssillä, joka tarkoittaa, että kappaletta saa käyttää omissa videoissa tai muussa teoksessa, myös tarvittaessa markkinoinnissa. Tekijän nimi tulee olla selkeästi esillä ja linkki lisenssiin saatavilla. (Creative Commons.)

Podcast-jakso tuli litteroida eli kirjoittaa puhtaaksi tekstimuotoon ja sille tuli kuvata kansikuva sekä kirjoittaa lyhyt esittelyteksti ennen julkaisua. (Skog 2021a.) Kuvasta ja esittelytekstistä pyrittiin tekemään mahdollisimman mielenkiintoisia, jotta mahdollisimman moni kuuntelijakandidaatti alkaisi kuunnella jaksoa. Esittelytekstissä puhuteltiin kohde-ryhmää ja kerrottiin lyhyesti podcastin sisältö ja tarkoitus sekä opinnäytetyösidonnaisuus. Kansikuvassa otettiin huomioon myös MetroPodian värimaailma, jonka pääasiallisena värinä on oranssi. Pohjakuvaksi valittiin sopiva kuva Pixabay-palvelusta, jonka kuvilla on vapaa käyttö. Kuvan sävyä muokattiin ja siihen liitettiin otsikkoteksti. Otsikko lyhennettiin opinnäytetyön otsikosta podcastiin "Epävakaa persoonallisuushäiriöinen ensihoidossa"-muotoon visuaalisista syistä. Kuva rajattiin 500x500 pikselin kokoiseksi ohjeiden mukaan (Metropolia Ammattikorkeakoulu).

6 Pohdinta

Opinnäytetyön aihe valikoitui tekijöiden kiinnostuksesta psykiatriseen hoitotyöhön. Lähtökohdat opinnäytetyön aiheeseen olivat eriävät. Toiselta löytyi kokemusta pelkästään työharjoittelujaksolta psykiatriselta osastolta ja ensihoidosta, kun toisella työharjoittelija työkokemusta oli kertynyt enemmän epävakaiden persoonallisuushäiriöisten ja muiden psykiatristen potilaiden hoidosta sairaalaympäristössä sekä ensihoidossa. Yhdistävänä tekijänä oli omakohtainen kokemus ensihoitajien osaamisen kehittämistarpeesta psykiatrisen potilaan kohtaamisissa ensihoidossa. Opinnäytetyön tarpeellisuus tuli ilmi myös aiemmin tehdyissä tutkimuksissa.

Opinnäytetyöprosessi aloitettiin toukokuussa 2021. Prosessi eteni suunnitelmien mukaan. Kesällä 2021 työstämiseen tuli suunnittelematon pidempi tauko, kun kesätyöt veivät aikaa ja energiaa luultua enemmän. Kirjalliset työt olivat tulleet opintojen aikana tutuiksi, mutta opinnäytetyön tyyliin ja laajuuteen työn kirjoitus oli kuitenkin tekijöille uutta. Työhön tehtiin prosessin aikana useita muutoksia. Keskeiset käsitteet sisälsivät prosessin alussa myös kaikki opinnäytetyössä käsitellyt kriisivaiheiden selitykset. Ne rajattiin kuitenkin nykyiselleen, jotta luettavuus säilyi eikä käsitetaulukko venyisi liian pitkäksi. Lisäksi rakenteessa tehtiin useita muutoksia ja viimeisin vain viikkoa ennen palautusta. Opinnäytetyön raportti tuli eheämmäksi muutoksen myötä.

Ajoittain kirjoitustyö tuntui haasteelliselta, mutta hyvällä yhteistyöllä vaikeat hetket selvitettiin. Haastetta opinnäytetyön etenemiselle toi toisinaan myös pitkät välimatkat sekä hetkittäiset sairastumiset. Haastavia kysymyksiä tuotiin esille ohjaustapaamisissa, joissa ohjaavalta opettajalta saatiin avaimet jatkoon. Ohjaava opettaja kannusti tekijöitä työn eri vaiheissa ja antoi työn vaiheeseen sopivaa rakentavaa palautetta. Palautetta saatiin myös opponoivalta ryhmältä seminaareissa. Palautteen avulla työtä onnistuttiin kehittämään entistä ehyemmäksi ja tavoitteita vastaavaksi. Opinnäytetyö valmistui marraskuussa 2021. Opinnäytetyö vastasi tutkimuskysymyksiin saatavilla olevan tiedon rajoissa.

6.1 Tuotoksen tarkastelu

6.1.1 Miten epävakaa persoonallisuushäiriö näyttäytyy ensihoidossa?

Ensihoidossa epävakaa persoonallisuushäiriöinen tavataan usein kriisivaiheessa. Kriisivaihetta voidaan kuvailla epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivällä lumivyörynomaisena lisääntyvänä tuskaisuutena, jota potilas yrittää helpottaa keinolla millä hyvänsä. Keinoja voi olla esimerkiksi itsetuhoinen tai aggressiivinen käyttäytyminen tai runsas päihteiden käyttö. Vaikea kriisitilanne voi johtaa myös lyhyeen psykoosijaksoon. Opinnäytetyö käsitteli epävakaa persoonallisuushäiriöisen potilaan kriisivaiheina masennusta, itsetuhoisuutta, aggressiivisuutta, päihdehäiriötä sekä psykoottisuutta. Kriisivaiheita käsiteltiin teoriaosuudessa ensin yleisesti, jonka jälkeen käsiteltiin tietyssä kriisivaiheessa olevan potilaan kohtaamisesta. Kuitenkin huomioitavaa on, että epävakaa persoonallisuushäiriöinen hakeutuu usein hoitoon somaattisen syyn takia, jonka takia ensihoidossa on vaikeaa tunnistaa persoonallisuushäiriötä.

Tutkimuskysymyksen vastaus jäi tilastotiedon puutteen vuoksi vajaaksi. Virallista tutkimustietoa ja tilastoja ensihoidon mielenterveystehtävistä ei ollut saatavilla eikä tämän johdosta myöskään sitä, miten nimenomaan epävakaa persoonallisuushäiriö ensihoidossa näyttäytyy. Opinnäytetyön rajaus kriisivaiheisiin perustuikin kirjallisuuden kuvaukseen eri kriisivaiheista sekä tietoon, että ensihoidossa potilas tavataan usein itsetuhoisuuden, päihtymyksen tai psykoottisuuden takia. Päätelmää vahvistivat tekijöiden omat kokemukset sekä pohdinta siitä, kuinka epävakaa persoonallisuushäiriöinen voisi näyttäytyä ensihoidossa.

6.1.2 Mitä tulisi ottaa huomioon epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan kohtaamisessa ensihoidossa?

Ensihoidossa kontaktit potilaan kanssa ovat lyhyitä, joten ensihoitajan vuorovaikutustaidot ovat keskeisessä asemassa. Lyhyessä ajassa luottamussuhteen luominen potilaan kanssa vaatii ensihoitajalta hyviä vuorovaikutustaitoja ja ymmärrystä. Luottamussuhdetta potilaan kanssa on hankala luoda, jos vuorovaikuttamisessa esiintyy haasteita eikä potilas tule kuulluksi. Vuorovaikutustaitoja pystyy kehittämään aktiivisesti käymällä läpi aiempia potilaskohtauksia ja refleктоimalla omaa toimintaa ja potilaan reaktiota siihen. Lisäksi mielikuvaharjoitusten tekeminen voi auttaa vuorovaikutustaitojen kehittämisessä. Vahva teoreettinen tietoperusta auttaa ensihoitajaa myös lisäämään omaa

ymmärrystään potilaasta, tämän tarpeista ja ottamaan huomioon erityispiirteet, joita potilaan kohtaamiseen voi liittyä. Se voi myös auttaa ensihoitajaa ennakoimaan haasteellisissa tilanteissa.

Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivä voi pyrkiä helpottamaan tuskaansa keinolla millä hyvänsä, esimerkiksi itsetuhoisella käyttäytymisellä, päihteiden käytöllä tai aggressiivisella käytöksellä. Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan on pystyttävä kokemaan, että joku haluaa ymmärtää ja pystyy kohtaamaan potilaan kokeaman tuskan sekä haavoittuvaisuuden pelästymättä tai olla välttelemättä niitä. Ensihoidossa hoitajan kokemattomuus mielenterveysongelmista kärsivien potilaiden kohtaamisesta ja niiden hoidosta voi vaikuttaa potilaan todellisen tilan arvioinnissa sekä hoitoon saattamisessa.

Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan kohtaamisessa ensihoidossa tulisi ottaa huomioon potilaan äärimmäinen herkkyys aistia torjuntaa, välittämisen puutetta ja ohittamista, jotka saattavat aiheuttaa vahvoja tunnereaktioita tai vetäytymistä. Kohtaamiseen vaikuttaa potilaan jo lapsena opitut tunteiden ilmaisutaidot. Hoitajan tulisi huomioida, että potilaan kehonkieli, sanat, ilmeet tai äänensävyt eivät välttämättä korreloi todellisen tunteen kanssa. Hoitajan tulisi välittää potilaalle viestiä siitä, että hoitaja on kiinnostunut potilaasta ja sen hetkisestä tilanteesta sekä, että hän validoi potilaan tunnekokemusta. On siis hyödyllistä, että hoitaja pysähtyisi tarkastelemaan, mitä hänen sanaton olemuksensa viestii potilaalle, onko se läsnä olevaa tai ystävällismielistä kohtaamista. Tiedetään, että epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivä potilas hyötyy nimenomaan validoivasta kohtaamisesta, jossa myös nonverbaalisella vuorovai-kuttamisella on suuri merkitys. Hoitajan tulisi välttää myös provosoitumasta, etenkin, mitä hankalammasta tilanteesta on kysymys. Epävakauden impulsiivisuus ja taipumus aggressiivisuuteen, itsetuhoiseen käyttäytymiseen, krooniseen masennukseen, psykoosijaksoihin sekä päihteiden käyttöön luo haasteita potilaan kohtaamisessa ensihoidossa.

Epävakaan persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan kohtaamisesta sekä kohtaamiseen liittyvistä erityispiirteistä löytyi hyvin teoriatietao. Teoriatietao oli pääosin suunnattu psykiatrisille sairaanhoitajille, psykologeille, terapeuteille, psykiatreille sekä muille psykiatrista hoitotyötä tekeville. Ensihoitotilanteisiin liittyvää tarkennettua teoriaa epävakaan persoonallisuushäiriöisen potilaan kohtaamisesta ei löytynyt. Osasyitä teorianpuutteelle voivat olla esimerkiksi se, ettei ensihoidossa välttämättä ole nähtävissä potilaan diagnooseja, potilas ei tiedä sairastavansa epävakaata persoonallisuushäiriötä ja

se, ettei diagnooseja voida eikä saada laatia ensihoidossa. Epävakaan persoonallisuushäiriön diagnoosi vaatii pidemmän aikavälin tarkastelua ja erinäisiä psykologisia testejä. Teoriatietoa lisäämällä voidaan kuitenkin tunnistaa epävakaan persoonallisuushäiriön yleisimpiä oireita ja piirteitä, jolloin ensihoitaja voi ymmärtää potilaan käyttäytymistä ja reaktioita paremmin. On kuitenkin hyvä muistaa, että yhtäläiset piirteet potilaassa ja epävakaan persoonallisuushäiriön oireluettelossa ei automaattisesti tarkoita, että potilaalla on epävakaata persoonallisuushäiriötä.

6.1.3 Miten kehittää ensihoitajaopiskelijoiden osaamista epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän potilaan kohtaamisesta?

Epävakaan persoonallisuushäiriön ja kohtaamisen keskeisempiä asioita pystyy hyödyntämään myös ensihoidon ympäristössä, vaikka teoriatieto ei ollutkaan suoraan ensihoitoon kohdennettua. Opinnäytetyössä on tuotu esille psykiatrisen hoitotyön niitä osa-alueita, joita ensihoidossa pystyy hyödyntämään. Ensihoidossa tavataan niin somaattisista sairauksista kärsiviä kuin myös psykiatrisista sairauksista kärsiviä potilaita, joten osaaminen molemmista potilasryhmistä vahvistaa ensihoitajan omaa ammatti-identiteettiä.

Ensihoitajaopintoihin kuuluu viiden opintopisteen eli yhden opintojakson verran mielen-terveys- ja päihdehoitotyön opintoja, joissa käsitellään muun muassa eri mielen-terveys-ongelmia sekä niiden hoitoa. Lisäksi opintoihin kuuluu kymmenen opintopisteen työharjoittelu mielen-terveys- tai päihdehoitotyön yksikössä. Tutkimustulosten perusteella opetuksen määrä ei ole riittävä tai sisältö ei ole riittävän laadukasta, jotta tulevien terveydenhoidon ammattilaisten osaaminen mahdollistaisi psykiatrisen potilaan ennakkoluo- luttoman ja hyvän kohtaamisen. Ensihoitajaopiskelijalla tulisi olla osaamista siitä, kuinka hänen tulisi toimia kohdatessaan epävakaata persoonallisuushäiriöinen potilas kriisivaiheessa ja miten tulisi reagoida potilaan erilaisiin piirreominaisuuksiin.

Ensihoitajaopiskelijoiden osaamista epävakaasta persoonallisuushäiriöstä pystytään kehittämään tarjoamalla lisää tietoa mielen-terveydenhäiriöistä. Tämä opinnäytetyö toimii osana tiedonjakamista. Pelkän tiedon tarjoaminen ei kuitenkaan riitä. Koulutuk- sessa tulisi painottaa myös itsereflektion taitoa, jolloin opiskelija tunnistaisi toimintansa seuraukset ja pystyy hyödyntämään oppimaansa teoriatietoa oikeassa tilanteessa. Itse- reflektion hyödyntäminen niin opinnoissa kuin työssä auttaa kehittymään ammattilai- sena myös somaattisia sairauksia hoitaessa. Opetuksessa ja oppimateriaaleissa tulisi kiinnittää erityistä tarkkuutta kohtaamiseen ja ammattimaisen hoitaja-potilassuhteen

muodostamiseen, jotka ovat ensihoidossa psykiatrisen potilaan hoidon keskiössä. Hyvällä kohtaamisella on mahdollista vahvistaa potilaan hoitomyönteisyyttä tai vastaavasti huonolla estää hoitajan ja potilaan välisen luottamuksen syntymisen, jolla voi olla kauaskantoiset vaikutukset kyseisen potilaan hoidossa.

Työelämässä osaamista lisäksi selkeät toimintaohjeet. Selkeät toimintaohjeet voidaan luoda yhtä lailla psykiatrisen potilaan hoidolle kuin eri somaattisten sairastumisten hoitoon. Toki tällaisissa toimintaohjeissa tulee ottaa huomioon, että jokainen potilas on oma yksilönsä. Toimintaohjeiden kanssa työskennellessä tulee ottaa huomioon, ettei kangistu kaavoihin vaan hallitsee sisällön niin, että tilanteessa pystyy joustamaan sen vaativalla tavalla. Kokemusten karttuessa tilanteiden hallinta paranee, joten tärkeää olisi, että ensihoitajaopiskelija pääsisi opintojen ja työuran alkuvaiheessa kokeneen ja osaavan kollegan kanssa kohtaamaan psykiatrisia potilaita.

6.1.4 Miten podcast soveltuu itseopiskelumateriaaliksi?

Neljäntenä tutkimuskysymyksenä oli pitkään ”Millainen on hyvä podcast itseopiskelumateriaalina?”. Tutkimuskysymys kuitenkin muutettiin nykyiselleen, sillä tiedonhaku ei tuottanut tulosta eikä opinnäytetyö olisi pystynyt vastaamaan aiempaan kysymykseen. Podcastien käytöstä opetusmateriaalina on tehty vielä melko vähän tutkimuksia. Kotimaisia tutkimuksia ei ollut saatavilla. Podcastien vaikuttavuutta on kansainvälisesti tutkittu muun muassa lääketieteellisessä sekä sairaanhoidon koulutuksissa. Vaikuttavuudesta ensihoitajien koulutuksessa ei ollut tutkimuksia tehty.

Podcastin kuuntelu on melko passiivista opiskelua ja oppiminen tapahtuu vain kuulon perusteella. Oppimistapoja on varmasti yhtä monta erilaista kuin erilaisia oppijoita on, joten on hyväksyttävä, ettei podcast opiskelumuotona ole kaikille sopiva tai mieleinen. Tulee ottaa huomioon, että erilaisista oppimisen häiriöistä esimerkiksi lukihäiriöstä kärsivät opiskelijat saattavat merkittävästi hyötyä podcastmuotoisesta opetuksesta. Toisaalta taas kuulohäiriöisille podcast ei sovellu. Tekijät kokivat, että podcast toimii hyvin itseopiskelumateriaalina sekä opintojakson materiaaleja täydentävänä materiaalina. Oppimateriaalin muuttaminen verkkomuotoiseksi joustavoittaa opetusta ja mahdollistaa uusia opetusmuotoja. Opiskelija pystyy hyödyntämään oppimateriaalia ajasta ja paikasta riippumatta, joka helpottaa esimerkiksi opiskelun ja työn yhdistämistä. Podcastia voi kuunnella helposti myös esimerkiksi ulkoillessa, jolloin opiskeluympäristöstä pystyy muokkaamaan itselleen mieluisen. Haasteena itseopiskelumateriaaleilla on taata riittävä sisällön taso, joka mahdollistaa opiskelijan oppimistavoitteiden saavuttamisen.

Opetuskäyttöön erityisesti tehty materiaali lisää tuotoksen luotettavuutta kuin myös lähdetietojen saatavuus.

Podcastin sisältö täytti tekijöiden tavoitteet. Suunnitteluvaiheessa podcast päätettiin toteuttaa yhtenä podcast-jaksona resurssien vähyyden takia. Todellisuudessa podcastin olisi voinut toteuttaa esimerkiksi kolmiosaisena niin, ettei se olisi ollut liian haastavaa tai aikaa vievää. Jaksot olisivat olleet lyhyempiä, mutta niissä olisi ollut mahdollista käsitellä yhtä tiettyä asiaa syvemmin. Podcastisarjana jaksot olisivat luoneet kokonaisuuden epävakaasta persoonallisuushäiriöstä sekä potilaan kohtaamisessa ensihoidossa.

Tutkimuksissa mainittiin podcastien pidettävyyttä lisäävänä tekijänä keskustelunomaisuus. Keskustelutyylisyyden pidettävyyden taustalla voi olla äänen vaihtelevuus sekä podcastin selkeämpi rakenne. Äänenvaihtelevuus ja selkeä rakenne motivoivat kuuntelijaa jatkamaan kuuntelua sekä tekevät podcastin kuuntelusta miellyttävämpää ja mielenkiintoisempaa. Podcastissa pyrittiin mahdollisimman rentoon ulosantiin, jotta itsessään raskaasta aiheesta tulisi kuuntelijalle mielekkäämpää kuunnella. Podcastin teoriaosuutta suunniteltiin keskustelevammaksi ja podcastin alku- ja loppuvaiheessa painotettiin enemmän niin sanottua vapaata sanaa.

Podcast-tuotanto on myös kustannustehokasta. Toteuttamiseen tarvitsi vain tietokoneen ja äänitysvälineet, joihin soveltuu myös esimerkiksi älypuhelin. Lisäksi podcastin pystyy äänittämään lähes paikasta riippumatta, joten erillistä studiota tätä varten ei tarvita. Toki äänenlaatuun paikan optimoimisella on vaikutusta. Ilmaisen Audacity-editiointiohjelman avulla oli mahdollista poistaa ääniraidalta esimerkiksi ylimääräinen kohina, mutta editoidessa puhujien äänet muuttuivat herkästi metallisiksi. Kohinan poisto loi tekijöiden mielestä ajoittain liiankin hiljaisen ympäristön, joten siitä pyrittiin pidättäytymään. Editointiohjelma mahdollisti myös osissa nauhoitetun podcastin äänenvoimakkuuden eroavaisuuksien tasoittamisen.

Haasteita podcastin toteutukselle asetti se, ettei tekijöillä ollut aiempaa kokemusta podcastien tuottamisesta, vaikka kuuntelukokemusta löytyikin. Sisältö olisi voinut olla vielä tiivistetymppää, sillä ajoittain podcast sisälsi monotonisesti lähes luettua tekstiä. Ongelmaksi koitui asiapaljous suhteessa lyhyeen kestotavoitteeseen. Äänitykset veivät aikaa enemmän kuin niille oli aikaa varattu. Esimerkiksi äänitystarvikkeiden laina-aika sekä tekijöiden mahdollisuudet käydä kampuksella muodostuivat esteeksi toistuville äänityskerroille, jolloin podcastista olisi tullut vieläkin parempi. Myös editointi oli aikaa vievää,

sillä äänitysvaiheessa tekijät eivät merkanneet onnistuneita ääniraitoja vaan noin 300 ääniraitaa oli käytävä yksitellen läpi.

6.2 Eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyössä sovellettiin tutkimuseettisen neuvottelukunnan luomia tieteellisen käytännön ohjeita työhön soveltuvien osien (TENK 2012). Toimintatavat koko opinnäytetyöprosessin ajan olivat rehelliset, huolelliset ja tarkat. Tässä raportissa on avoimesti kuvattu koko opinnäytetyöprosessi. Opinnäytetyön tilaaja, ohjaava opettaja ja tekijät tekivät sopimuksen opinnäytetyön sisällöstä ja toteutuksesta. Sopimuksessa sovittiin muun muassa opinnäytetyön ohjauksesta, tuloksista ja tuotoksista sekä tuotoksen käyttöoikeuksista Metropolia Ammattikorkeakoulun opetuskäytössä. Tuotoksessa käytettyä musiikkia valittaessa erilaiset lisenssit käytiin erittäin huolellisesti läpi, jotta tarkoituksettomia väärinkäytöksiä ei tapahtuisi. Tutkimuslupia ei tätä toiminnallista opinnäytetyötä varten tarvinnut hakea eikä eettistä ennakoarviointia tehdä.

Työssä käytettiin luotettavia ja mahdollisimman puolueettomia lähteitä, sekä niiden käyttö ilmoitettiin tarkasti asiaankuuluvalla tavalla lähdeviitteinä ja -merkintöinä. Opinnäytetyön perustana käytettiin runsaasti eri kirjallisuuslähteitä, artikkeleita sekä tutkimuksia. Lähteissä on niin kotimaista kuin kansainvälistä materiaalia. Tiedonhaku rajattiin ja lähteinä hyödynnettiin vain alle kymmenen vuotta vanhaa tietoa, eli vuonna 2011 tai sen jälkeen julkaistua materiaalia. Näin opinnäytetyön tieto on edelleen ajantasaista, joka lisää opinnäytetyön luotettavuutta. Poikkeuksena on Vilkan ja Airaksisen Toiminnallinen opinnäyte -teos, joka on julkaistu jo vuonna 2003. Teos valikoitui lähteeksi, koska uudempaa luotettavaa teoretistä tietoa toiminnallisesta opinnäytetyöstä ei ollut saatavilla. Kyseisen teoksen käytöllä ei ollut vaikutusta opinnäytetyön tuloksiin. Niin tätä, kuin uudempiakin lähteitä tarkasteltiin kriittisyydellä. Lähteiden valintaan vaikutti myös saatavuus. Saatavuusvaikeudet tulivat esiin monen mahdollisesti kelvon tutkimuksen kanssa, joihin tekijöillä ei ollut pääsyoikeutta. Tekstiviitteet ja lähdemerkinnät tehtiin Metropolia Ammattikorkeakoulun ajantasaisten kirjallisen työn ohjeiden mukaan.

Tiedonhaussa löydettyjen tutkimusten tulokset ovat pääasiassa olleet saman suuntaisia. Ajoittain tilastollisissa tiedoissa oli eriäväisyyksiä. Epävakaan persoonallisuushäiriön esiintyvyyden eroavaisuudet eri lähteissä aiheutti epäselvyyttä. Käypä hoito –suosituksessa eurooppalaisten väestötutkimusten tuloksissa esiintyvyyden on 0,7 %, yhdysvaltalaisissa tutkimuksissa vajaa 2 % ja kotimaisessa Psykiatria-teoksessa tunne-elämältään epävakaan persoonallisuushäiriön esiintyvyyden oli keskimäärin 1,9 %. Eroihin voi vaikuttaa esimerkiksi diagnosointi kriteerit, maantieteellinen sijainti ja tutkimuksen

ajankohta. Epävakaan persoonallisuushäiriön kehittymiselle on löytynyt altistavia perintö- ja ympäristötekijöitä, joten myös geeni- ja kulttuurieroavaisuudet voivat vaikuttaa tulosten vaihtelevuuteen.

Osa lähteinä käytetyistä tutkimuksista olivat melko suppeita, jolloin tuloksetkin kuvaavat vain pienen joukon toimintamalleja ja ajatuksia. Tutkimukset valikoituivat kuitenkin osaksi kirjallisuuskatsausta, jotta tietoperustaa olisi edes jonkin verran. Useampaa pienotantaista tutkimusta käytettiin kompensoimaan vastaajien pientä lukumäärää. Kyseisten tutkimusten tuloksia verrattiin laajempiin tehtyihin tutkimuksiin ja tulosten relevanttisuutta pohdittiin. Laaja tiedonhaku mahdollisti hyvän perehtymisen aiheeseen sekä parantaa opinnäytetyön luotettavuutta. Perehtyneisyys aiheeseen näkyy omia mielipiteitä esittäessä, sillä ne ovat lähteiden avulla perusteltavissa. Tulee kuitenkin ottaa huomioon väärinymmärrysten mahdollisuus.

Plagiointi tarkoittaa toisen henkilön tuotannon väärinkäyttöä tai lainaamista kertomatta asianmukaisesti tiedon alkuperäistä lähdettä. Plagiointi on kielletty tekijänoikeuslaissa. Opinnäytetyö tulee tarkistuttaa plagiaatintunnistusjärjestelmässä ennen julkaisua. (Amattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. 2019: 7, 23.) Opinnäytetyö vietiin Turnitin-plagiaatintunnistusjärjestelmään, josta tulos oli 11 prosenttia. Työ palautettiin plagiaatintunnistusjärjestelmään lähdeluettelon kanssa, joka suurensi prosenttitulosta. Tulokseen vaikutti nostavasti myös rakenteelliset yhtäläisyydet muiden opinnäytetöiden kanssa. Sisällöllisesti tulosta suurensi lakitekstien käyttö lähteinä. Lakeihin viitattaessa oli käytettävä samoja muotoja kuin itse laissa, jotta asiasältö ja sävy säilyi muuttumattomana. Opinnäytetyössä on käytetty runsaasti kirjallisia lähteitä, joita järjestelmä ei tarkista käydessään vain verkkoaineistoja läpi. Kirjallisista lähteistä peräisin oleva tieto on opinnäytetyössä kerrottu omin sanoin ja se on yhdistetty muista lähteistä olevan tiedon kanssa sopivaksi kokonaisuudeksi.

Tuotoksen luotettavuus perustuu lähteiden luotettavuuteen. Tutkimukset, joita käytettiin selvittämään podcastia oppimismenetelmänä, liittyivät usein johonkin tiettyyn aihealueeseen tai opintojaksoon. Psykiatrian aiheista kertovista opetuspodcasteista ei ollut tutkimuksia saatavilla, joten aiheen soveltuvuutta podcastiin voi vain arvioida. Podcast suunniteltiin toteutettavaksi asiantuntijahaastatteluna, joka olisi lisännyt tuotoksen luotettavuutta. Asiantuntijahaastattelu olisi kuitenkin vaatinut paljon ajallisia resursseja sopimusten ja haastattelun analysoinnin vuoksi. Resurssien siirtäminen haastatteluun olisi vähentänyt mahdollisuuksia syventää tietoperustaa tarpeeksi, jolloin työn luotettavuus olisi kärsinyt. Siksi podcast äänitettiin vain tekijöiden kesken. Luotettavuutta olisi lisännyt podcastin kuuntelutus ja palautteen pyytäminen kuulijaryhmältä. Podcastia ei

kuitenkaan ajallisten resurssien puutteen takia kuuntelutettu, joten ei ole tietoa, onko podcast hyvä vai ei.

Podcastissa on vastuullisuus otettu huomioon siten, että fakta- ja kokemuspohjaista tietoa ei ole sekoitettu. Tekijöiden omia kokemuksia kuvailtiin vain podcastin alussa aiheen valintaa perusteltaessa sekä ohimennen loppuyhteenvedossa. Luotettavuutta saattaa heikentää se, ettei tekijät ole psykiatrisia sairaanhoitajia, terapeutteja tai psykiatreja. Myös epävakaiden persoonallisuushäiriöisten potilaiden hoidosta on maltillisesti kokemusta, samoin kuin ensihoitajan työstä.

6.3 Tuotoksen hyödyntäminen ja kehittämissuhteet

Terveystieteiden ammattilaisten psykiatristen potilaiden kohtaamiseen liittyvän osaamisen vaillinaisuus tulisi jatkossa huomioida koulutuksen suunnittelussa. Koulutuksessa tulisi korostaa itsereflektoinnin tärkeyttä, jotta opiskelijat oppivat ymmärtämään oman käyttäytymisen syyt sekä käytöksen vaikutuksen potilaaseen. Tuotoksena tehty podcastia voi käyttää osana mielenterveys- ja päihdehoitotyön opintojaksoa, jossa oppimistavoitteina voi olla niin epävakaan persoonallisuushäiriön ymmärtäminen kuin potilaan kohtaaminen. Esimerkiksi akuuttihoitojaksoilla (päivystyshoitotyö, ensihoito) oppimistavoitteiden painotus olisi varmasti psykiatrisen potilaan kohtaamisessa. Podcastin ja opinnäytetyöraportin hyödyntämistä muuallakin terveydenhuollon sektoreilla puoltaa se, että epävakaat persoonallisuushäiriöiset potilaat kuormittavat terveydenhuoltoa paljon.

Lisää tutkimustietoa tarvitaan mielenterveyden häiriöiden esiintyvyydestä ensihoidossa Suomessa. Erityisen mielenkiintoista olisi nähdä yksittäisten eri mielenterveyshäiriöiden määrä ensihoidossa sekä saada tutkittua tietoa eri mielenterveyshäiriöiden terveydenhuollon kuormittavuudesta. Tutkimuksia helpottaa jatkuva potilastietojen siirtyminen verkkoon sekä mahdollisesti jossain vaiheessa kansallisesti yhtenäistyvät potilastietojärjestelmät. Tällöin tutkimusdata on helpommin saatavilla sekä yhtenäisempää alueittain.

Tarkastelluissa tutkimuksissa kävi ilmi, että podcastien kuuntelu on opiskelijoiden mielestä mielenkiintoista ja hyödyllinen tapa opiskella. Lisää tutkimusta kaivattaisiin podcastien käytöstä suomalaisessa korkeakouluopetuksessa sekä sen vaikutuksista oppimiseen. Podcastien tuomista opetuskäyttöön voisi jatkotutkia ja kehittää osana opinnäytetöitä sekä innovaatioprojekteissa. Opinnäytetyössä toteutettu podcast on suunnattu ensihoi-

tajaopiskelijoille itsenäisen opiskelun tueksi. Sitä voidaan hyödyntää myös osana opintojaksojen materiaalia. Kehittämiskohtana on podcastien lisääminen opetuksessa, sillä tutkitusti podcastien kuuntelu opiskelumuotona lisää muun muassa opiskelijan motivoituneisuutta.

6.4 Ammatillinen kasvu

Opinnäytetyö mahdollisti epävakaan persoonallisuushäiriön syvemmän tarkastelun ja ammatillisen osaamisen kehittymisen. Opittua teoriatietoa potilaan kohtaamisesta on hyvä viedä käytäntöön heti opinnäytetyöprosessin jälkeen alkavassa hoitotason ensihoidon harjoittelussa. Opinnäytetyö tulee olemaan tekijöilleen hyödyllinen työelämässä, sillä psykiatrisen potilaan kohtaamista ei voi hoitotyössä välttää. Opinnäytetyö herätti myös refleктоimaan omaa toimintaa ja sen syitä sekä pohtimaan oman käyttäytymisen vaikutusta potilaan käytökseen. Työharjoiteluista ja työelämästä on jäänyt mieleen vuorovaikutuksellisesti onnistuneita tai haasteellisia tilanteita, joiden purkuun ja läpikäyntiin on opinnäytetyöprosessin jälkeen helpompi ryhtyä. Tekijöillä on opinnäytetyön valmistuttua myös paremmat lähtökohdat hallita haasteellisiakin vuorovaikutustilanteita hoitotyössä. Lisäksi opinnäytetyö auttoi ymmärtämään enemmän myös psykiatrisen potilaan hoitopolkua, vaikka opinnäytetyössä itsessään ei aihetta käsiteltykään, sekä terapeuttien, psykiatristen sairaanhoitajien ja psykiatrien työnkuvaa ja merkitystä epävakaan persoonallisuushäiriöisen potilaan hoidossa.

Opinnäytetyöprosessin aikana kehitystä tapahtui tiedonhaussa, tieteellisessä kirjoittamisessa sekä lähdekriittisyydessä. Opinnäytetyötä tehdessä tiedonhaku- ja tiedonhakutaidot kehittivät eri tietokantoja käyttäessä sekä karsiessa opinnäytetyön kannalta epäoleellista tietoa. Englannin kielen osaamisessa tapahtui kehitystä kansainvälisiä tutkimuksia lukiessa sekä englanninkielistä tiivistelmää tehdessä. Seminaarit kehittivät asiantuntijuu-delle tärkeitä esiintymistaitoja sekä oman toiminnan perustelemista muulle yleisölle. Podcastin toteutus oli tekijöille uutta eikä kokemusta media-alaltakaan ollut, joten oppimista tuotannon saralla tapahtui paljon. Podcastia varten opeteltiin tallentimen sekä editointiohjelman käyttöä. Podcastin toteutus antoi tekijöille rohkeutta ja itsevarmuutta julkiseen puhumiseen sekä antoi mahdollisuuden tottua kuulemaan omaa ääntään. Edellä mainittuja opittuja taitoja kykenee hyödyntämään tulevaisuudessa työelämän projekteissa esimerkiksi podcast- ja videoprojekteissa.

Opinnäytetyön työstäminen ei aina ollut helppoa yhdistää muihin opintoihin tai työelämään. Opinnäytetyöprosessi vaatiikin aikataulutuksen taitoja, oma-aloitteisuutta sekä

itsensä johtamista edetäkseen. Työelämässä on hyötyä itsearviointin taidosta. Opin-
näytetyössä omia työskentelytapoja ja opinnäytetyön tuloksia tuli arvioida monesta eri
näkökulmasta sekä jatkuvasti eri opinnäytetyön vaiheissa. Eri näkökulmista arviointi
haastaa niin kutsutun putkinäön, joka muodostuu herkästi aiheeseen syventyessä.

Lähteet

Ács, Andrea & Mészáros, Judit & Balogh, Zoltán 2020. Examining health professionals' knowledge and attitudes towards mental disorder. *Orv Hetil* 161(2).56-66. <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31902233/>>. Viitattu 14.9.2021.

Aggressiivisuus. Tietoa oireista. Tietoa mielenterveydestä. Mielenterveystalo. <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/Tietopankki/tietoa_oireista/Pages/aggressiivisuus.aspx>. Viitattu 21.9.2021.

Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. 2019. Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry. <https://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTIKORKEAKOULU-JEN%20OPINN%C3%84YTET%C3%96IDEN%20EETTISET%20SUOSITUKSET%202020.pdf?_t=1578480382>. Viitattu 17.10.2021.

Chin, Alvin & Helman, Anton & Chan, Teresa M 2017. Podcast Use in Undergraduate Medical Education. *Cureus* 9 (12). <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5807021/>>. Viitattu 8.10.2021.

Creative Commons. Attribution 3.0 Unported. <<https://creativecommons.org/licenses/by/3.0/legalcode>>. Viitattu 1.11.2021.

Depressio. Käypä hoito –suositus 2021. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. <<https://www.kaypahoito.fi/>>. Viitattu 18.10.2021.

Ensihoito. Vastualueet. Terveyspalvelut. Sosiaali- ja terveysministeriö. <<https://stm.fi/ensihoito>> Viitattu 15.9.2021.

Epävaka persoonallisuushäiriö. Käypä hoito –suositus. 2020. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. <<https://www.kaypahoito.fi/>>. Viitattu 13.5.2021.

Eronen 2018. Podcast. Kielikello – Kielenhuollon tiedotuslehti 3/2018. <<https://www.kielikello.fi/-/podcast>>. Viitattu 16.10.2021.

Free Music Archive. About Free Music Archive. <<https://freemusicarchive.org/about/>>. Viitattu 31.10.2021.

Ghiathi, Christopher & Seitz, Kevin & Kritek, Patricia 2020. MedEdPORTAL. *The Journal of Teaching and Learning Resources* 16. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7780742/>>. Viitattu 28.10.2021.

Henriksson, Markus & Haravuori, Henna & Lönnqvist, Jouko 2021. Psykkiset kriisit, sopeutumishäiriöt ja stressireaktiot. Teoksessa Lönnqvist, Jouko & Henriksson, Markus & Marttunen, Mauri & Partonen, Timo (toim.). *Psykiatria*. 15., Uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 418–448.

Henriksson, Markus & Marttunen, Mauri 2021. Tunne-elämältään epävakaata persoonallisuushäiriötä. Teoksessa Lönnqvist, Jouko & Henriksson, Markus & Marttunen, Mauri & Partonen, Timo (toim.). Psykiatria. 15., Uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 559, 565–567.

Holopainen, Gunilla & Nyström, Lisbet & Kasén, Anne 2019. The caring encounter in nursing. *Nursing Ethics* 26 (1). 7-16. <<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0969733016687161>>. Viitattu 5.10.2021.

Huttunen, Matti 2018a. Persoonallisuushäiriöt. Lääkärikirja Duodecim. Duodecim terveysportti. Viitattu 11.5.2021.

Huttunen, Matti 2018b. Masennus. Lääkärikirja Duodecim. Duodecim terveysportti. Viitattu 27.9.2021.

Huttunen, Matti O. 2019. Potilaan haastattelun haasteet. Teoksessa Pesonen, Tuula & Aalberg, Veikko & Leppävuori, Antero & Räsänen, Sami & Viheriälä, Liisa (toim.) 2019. Yleissairaalapsykiatria. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 336–339.

Illomäki, Liisa 2012. Erilaiset e-oppimateriaalit. Teoksessa Illomäki, Liisa (toim.). Laatu e-oppimateriaaleihin – E-oppimateriaalit opetuksessa ja oppimisessa. Oppaat ja käsikirjat 2012:5. Helsinki: Opetushallitus. 7–11. <https://www.oph.fi/sites/default/files/documents/144415_laatu_e-oppimateriaaleihin_2.pdf>. Viitattu 21.10.2021.

Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito 2020. Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, MIELE Suomen Mielenterveys ry:n, Suomen Psykiatriyhdistyksen, Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. <<https://www.kaypahoito.fi>> Viitattu 22.9.2021.

Isometsä 2021. Depressiiviset häiriöt. Teoksessa Lönnqvist, Jouko & Henriksson, Markus & Marttunen, Mauri & Partonen, Timo (toim.). Psykiatria. 15., Uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 318–362.

Jaakkola, Tomi & Nirhamo, Lassi & Nurmi, Sami & Lehtinen, Erno 2012. Teoksessa Illomäki, Liisa (toim.). Laatu e-oppimateriaaleihin – E-oppimateriaalit opetuksessa ja oppimisessa. Oppaat ja käsikirjat 2012:5. Helsinki: Opetushallitus. 12–24. <https://www.oph.fi/sites/default/files/documents/144415_laatu_e-oppimateriaaleihin_2.pdf>. Viitattu 21.10.2021.

Jamieson, Louisa 2015. A brief guideline to borderline personality disorder for pre-hospital clinicians in an emergency setting. *Journal of Paramedic Practice*. 8 (7). 386–392.

Jormakka, Juha 2018. Psykkisesti oireilevan potilaan tutkiminen. Teoksessa Alanen, Pasi & Jormakka, Juha & Kosonen, Antti & Saikko, Simo. Oireista työdiagnoosiin - Ensihoitopotilaan tutkiminen ja arviointi. 1.–3. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy. 194–204.

Kampman, Olli & Heiskanen, Tarja & Holli, Matti & Huttunen, Matti O. & Tuulari, Jyrki 2017. Mitä masennuksella tarkoitetaan? Teoksessa Kampman, Olli & Heiskanen, Tarja & Holli, Matti & Huttunen, Matti O. & Tuulari, Jyrki (toim.). Masennus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 10–11.

Kiviniemi, Liisa & Läksy, Marja-Liisa & Matinlauri, Timo & Nevalainen, Kaija & Ruotsalainen, Kari & Seppänen, Ulla-Maija & Vuokila-Oikonen, Päivi 2015. Minä mielenterveystyön tekijänä. 2.–3. painos. Helsinki: Edita.

Koivisto, Maaria & Korkeila, Jyrki & Stenberg, Jan-Henry & Taiminen, Tero 2020. Epävakaa persoonallisuushäiriö. 1. Painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Koivisto, Maaria & Korkeila, Jyrki 2020. Epävakaa persoonallisuushäiriö. Lääkärikirja Duodecim. Duodecim terveystietokirjasto. <<https://www.terveystietokirjasto.fi/dlk00994>>. Viitattu 11.10.2021.

Koramo, Marika & Brauer, Sanna & Jauhola, Laura 2018. Digitalisaatio ammatillisessa koulutuksessa. Raportit ja selvitykset 2018:9. Helsinki: Opetushallitus. <https://www.oph.fi/sites/default/files/documents/191033_digitalisaatio_ammattillisessa_koulutuksessa.pdf>. Viitattu 20.10.2021.

Korkeila, Jyrki 2020. Epävakaa persoonallisuushäiriö. Lääkärin käsikirja. Duodecim terveystietokirjasto. Viitattu 10.5.2021.

Kuisma, Markku & Holmström, Peter & Porthan, Kari & Nurmi, Jouni & Taskinen, Tuomas 2018. Ensiohoito. 6.–7. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Annettu 17.8.1992 Helsingissä. <<https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>> Viitattu 14.10.2021.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 559/1994. Annettu 28.6.1994. <<https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>>. Viitattu 16.10.2021.

Levola, Jonna & Lönnqvist, Jouko & Niemelä, Solja 2021. Päihdehäiriöt. Teoksessa Lönnqvist, Jouko & Henriksson, Markus & Marttunen, Mauri & Partonen, Timo (toim.). Psykiatria.15., Uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 573–639.

Lindberg, Nina & Lönnqvist, Jouko 2021. Käyttäytymis- ja hillitsemishäiriöt. Teoksessa Lönnqvist, Jouko & Henriksson, Markus & Marttunen, Mauri & Partonen, Timo (toim.). Psykiatria.15., Uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 542–553.

Linnamaa, Outi 2020. Akuutti psykoosi. Lääkärin käsikirja. Duodecim terveystietokirjasto. Päivitetty 21.10.2020. Viitattu 14.10.2021.

Lönnqvist, Jouko 2017. Masennus ja itsemurhat. Teoksessa Kampman, Olli & Heiskanen, Tarja & Holli, Matti & Huttunen, Matti O. & Tuulari, Jyrki (toim.). Masennus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 356–368.

Lönnqvist, Jouko 2021a. Arviointitilanteen haasteita. Teoksessa Lönnqvist, Jouko & Henriksson, Markus & Marttunen, Mauri & Partonen, Timo (toim.). Psykiatria.15., Uudistettu painos. E-kirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 30.9.2021.

Lönnqvist, Jouko 2021b. Psykiatria ja mielenterveys. Teoksessa Lönnqvist, Jouko & Henriksson, Markus & Marttunen, Mauri & Partonen, Timo (toim.). Psykiatria.15., Uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 18–67.

Lönnqvist, Jouko 2021c. Potilaan tutkiminen. Teoksessa Lönnqvist, Jouko & Henriksson, Markus & Marttunen, Mauri & Partonen, Timo (toim.). Psykiatria.15., Uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 68–98.

Lönnqvist, Jouko 2021d. Mielenterveydenhäiriöiden diagnostiikka ja luokittelu. Teoksessa Lönnqvist, Jouko & Henriksson, Markus & Marttunen, Mauri & Partonen, Timo (toim.). Psykiatria.15., Uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 99–145.

Lönnqvist, Jouko & Henriksson, Markus & Marttunen, Mauri 2021. Itsetuhokäyttäytymisen. Teoksessa Lönnqvist, Jouko & Henriksson, Markus & Marttunen, Mauri & Partonen, Timo (toim.). Psykiatria.15., Uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 672–705.

Makkonen, Katri 2021. Nuori ja pitkäaikaissairaus. Lääkärin käsikirja. E-kirja. Duodecim Terveysportti. Viitattu 14.9.2021.

Malecki, Sarah L & Quinn, Kieran L & Zilbert, Nathan & Razak, Fahad & Ginsburg, Shiphra & Verma, Amol A & Melvin, Lindsay 2019. Understanding the Use and Perceived Impact of a Medical Podcast: Qualitative Study. JMIR Medical Education 5 (2). <<https://mededu.jmir.org/2019/2/e12901/>>. Viitattu 22.10.2021.

Mallin, Mike & Schlein, Sarah & Doctor, Shaneen & Stroud, Susan & Dawson, Matthew & Fix, Megan 2014. A survey of the current utilization of asynchronous education among emergency medicine residents in the United States. Academic Medicine 89 (4). 598–601. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4885578/>>. Viitattu 8.10.2021.

Marttunen, Mauri & Henriksson, Markus 2021. Persoonallisuushäiriöt. Teoksessa Lönnqvist, Jouko & Henriksson, Markus & Marttunen, Mauri & Partonen, Timo (toim.). Psykiatria.15., Uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 554–572.

Meade, Oonagh – Bowskill, Dianne – Lymn, Joanne S 2011. Pharmacology podcasts: a qualitative study of non-medical prescribing students' use, perceptions and impact on learning. BMC Medical Education 11 (2). <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3024307/>>. Viitattu 5.10.2021.

Metropolia Ammattikorkeakoulu. Metropodia - Metropolian podcast-kanava. Power-Point-ohje. Viitattu 16.10.2021.

Mielenterveyslaki 1116/1990. Annettu 14.12.1990 Helsingissä. <<https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>>. Viitattu 25.9.2021.

MOT Oxford Dictionary of English. Podcast. Viitattu 20.10.2021.

Niemelä, Solja 2017. Päihteet ja masennus. Teoksessa Kampman, Olli & Heiskanen, Tarja & Holli, Matti & Huttunen, Matti O. & Tuulari, Jyrki (toim.). Masennus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 306–324.

Palou, Rosa & Vigué, Gemma & Tort-Nasarre, Glória 2019. Attitudes and stigma toward mental health in nursing students: A systematic review. *Perspectives in Psychiatric Care* 56.243–255. <<https://doi.org/10.1111/ppc.12419>>. Viitattu 14.9.2021.

Partonen, Timo & Lönnqvist, Jouko 2021. Psykiatrian käsitteitä. Teoksessa Lönnqvist, Jouko & Henriksson, Markus & Marttunen, Mauri & Partonen, Timo (toim.). *Psykiatria*. 15., Uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 1104–1114.

Pirkola, Sami 2021. Depression hoito muiden psyykkisten häiriöiden yhteydessä. Depressio ja kaksisuuntainen mielialahäiriö. Päivitetty 23.6.2021. Lääkärin käsikirja. Duodecim terveystietokirjasto. Suomalainen lääkärisseura Duodecim. Viitattu 24.10.2021.

Pirneskoski, Jussi 2021. Ensihoitojärjestelmä Suomessa. *Finnanest* 54 (3). 208–212. <http://www.finnanest.fi/files/pirneskoski_ensihoitoja_rjestelma_.pdf>. Viitattu 27.9.2021.

Podcast, podcast. 2018. Podcast-tutkimus. RadioMedia. <<https://radiomedia.fi/tutkimukset/podcast-tutkimus-2020/>>. Viitattu 15.10.2021.

Podcast, podcast. 2020. Podcast-tutkimus. RadioMedia. <<https://radiomedia.fi/tutkimukset/podcast-tutkimus-2018/>>. Viitattu 15.10.2021.

Poliisilaki 872/2011. Annettu 22.7.2011 Helsingissä. <<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2011/20110872>>. Viitattu 2.10.2021.

Riddell, Jeff & Swaminathan, Anand & Lee, Monica & Mohamed, Abdiwahab & Rogers, Rob & Rezaie, Salim R 2017. A Survey of Emergency Medicine Residents' Use of Educational Podcasts. *West J Emerg Med* 18 (2). 229–234. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5305130/>>. Viitattu 7.10.2021.

Riippuvuus. Lääketieteentermit. Sanakirja. Duodecim terveystietokirjasto. Viitattu 22.9.2021.

Roth, Julie & Chang, Andrew & Ricci, Brittany & Hall, Megan & Mehta, Niharika 2020. Why Not a Podcast? Assessing Narrative Audio and Written Curricula in Obstetrical Neurology. *Journal of Graduate Medical Education* 12 (1): 86-91. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7012508/>>. Viitattu 7.10.2021.

Rovasalo, Aki & Jüriloo, Alo & Toivonen, Aaro 2020. Väkivaltaisen tai uhkaavan henkilön kohtaaminen. Lääkärin käsikirja. Duodecim terveystietokirjasto. Päivitetty 28.8.2020. Viitattu 7.10.2021.

Saari, Juhani & Koskinen, Hanna & Attila, Henna & Sarén, Niina 2020. EUROSTUDENT VII – Opiskelijatutkimus 2019. Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisuja 2020:25. Opetus- ja kulttuuriministeriö. Helsinki. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162449/OKM_2020_25.pdf?sequence=4&isAllowed=y>. Viitattu 22.10.2021.

Saloheimo, Pertti 2019. Miksi psyykkistä vieläkin pitää hävetä? Lääkärinlehti 74(33), 2019. 1709.

Skog, Ilse 2021a. Asiantuntija, viestintäyksikkö. MetroPodia-podcastin vastaava tuottaja. Metropolia Ammattikorkeakoulu. Helsinki. Sähköpostikeskustelu 4.–15.10.2021.

Skog, Ilse 2021b. Podcast-koulutus osa 2. PowerPoint-esitys. Viitattu 17.10.2021.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 585/2017. Annettu 24.8.2017 Helsingissä. <<https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2017/20170585>>. Viitattu 15.9.2021.

Square People 2013. I'm Not Nervous. <https://freemusicarchive.org/music/Square_People/Mysteries_and_Secrets_Unzipped_Soundtrack/Square_People_-_Mysteries_and_Secrets_Unzipped-Soundtrack_-_04_Im_Not_Nervous1>. Viitattu 1.11.2021.

Suvisaari, Jaana & Jääskeläinen, Erika & Lönnqvist, Jouko 2021. Muut psykoosit. Teoksessa Lönnqvist, Jouko & Henriksson, Markus & Marttunen, Mauri & Partonen, Timo (toim.). Psykiatria.15., Uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 257–288.

Tahvanainen, Marketta & Riipinen, Pirkko & Jääskeläinen, Erika & Halt, Anu-Helmi 2021. Miten itsemurhariskiä voidaan arvioida? Itsemurhan riskitekijät ja niiden huomiointi yleislääkärin työssä. Katsausartikkeli. Lääkärilehti Duodecim 9 (137). 925–932. <<https://www.duodecimlehti.fi/duo15799>>. Viitattu 25.9.2021.

Taiminen, Tero 2011. Persoonallisuushäiriöt ja työkyky. Lääkärilehti Duodecim 10 (127). 987–993.

TENK 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö. <https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf> Viitattu 10.10.2021.

Terveydenhuoltolaki 1326/2010. Annettu 30.12.2010. <<https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L4P39>> Viitattu 12.5.2021.

Tietotekniikan termitalkoot 2011. Sanastokeskus ry. <<http://www.tsk.fi/tsk/termitalkoot/fi/haku-266.html>> Viitattu 19.5.2021.

Tietotekniikan termitalkoot 2012. Sanastokeskus ry. <<http://www.tsk.fi/tsk/termitalkoot/fi/haku-266.html>> Viitattu 19.5.2021.

Tilastokeskus 2020. Kasvaimet yleisin kuolemansyy 2019. Kuolemansyyt. Päivitetty 14.12.2020. <https://tilastokeskus.fi/til/ksyyt/2019/ksyyt_2019_2020-12-14_tie_001_fi.html>. Viitattu 22.9.2021.

Toikkanen, Tarmo 2012. Sosiaalinen media ja oppimisen uudet mahdollisuudet. Teoksessa Ilomäki, Liisa (toim.). Laatus e-oppimateriaaleihin – E-oppimateriaalit opetuksessa ja oppimisessa. Oppaat ja käsikirjat 2012:5. Helsinki: Opetushallitus. 25-32. <https://www.oph.fi/sites/default/files/documents/144415_laatus_e-oppimateriaaleihin_2.pdf>. Viitattu 21.10.2021.

Vilka, Hanna & Airaksinen, Tiina 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi Oy.

Vorma, Helena 2020. Kansallinen mielenterveysstrategia varmistaa pitkäjänteisen mielenterveystyön. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 136.1993–5.

Liite 1. Tiedonhaku

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Löytyneet	Otsikon perusteella valitut	Tiivistelmän perusteella valitut	Koko tekstin perusteella valitut
Medic	epävak* persoonallisuus-häi*	2011–2021	141	9	6	3
Cinahl	“borderline personali*” AND prehospital OR prehospital OR pre-hospital OR paramedic OR ambulance	2011–2021	5	1	1	1
PubMed	attitudes AND stigma AND nursing	2015–2021	517	3	2	1
PubMed	attitudes AND stigma AND nursing OR paramedic	2020	3,217	2	1	1
PubMed	“caring encounter” AND nursing	2019–2021	4	1	1	1
PubMed	“educational podcast”	2011–2021	608	24	9	6
Manuaalinen haku		2011–2021	31	31	31	31

Liite 2. Käytetyt tutkimukset

Artikkelin tekijä(t), vuosi, maa	Tutkimuksen nimi	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusmenetelmät, otos- koko (n=)	Tutkimuksen keskeiset tulokset
Ács, Andrea & Mészáros, Judit & Balogh, Zoltán. 2020. Unkari.	Examining health professionals' knowledge and attitudes towards mental disorder.	Tutkia terveydenhuollon ammattilaisten asenteita mielisairauksia ja psykiatrisia potilaita kohtaan.	Kvantitatiivinen tutkimus, verkkokysely, n=495	Psykiatrisille sairaanhoitajille on ominaista vähemmän leimaava asenne mielenterveysongelmaisia kohtaan, kuin päivystystyöntekijöillä, ensihoitajilla tai muiden sairaanhoitajilla.
Chin, Alvin & Helman, Anton & Chan, Teresa M 2017. Kanada.	Podcast Use in Undergraduate Medical Education.	Tutkia lääketieteen opiskelijoiden podcastin käyttöä ylimääräisenä oppimateriaalina ja sen käyttötilanteita, vaikutusta muistamiseen sekä opiskelijoiden mieltymyksiä.	Seurantatutkimus, jossa luotiin kaksi podcastia opintojaksolle ylimääräiseksi materiaaliksi. Verkkokyselyt lähetettiin opiskelijoille tutkimusta varten, n=42 (loppuun asti suorittaneet).	Suurin osa osallistuneista suosi alle 30 minuutin kestoisia podcasteja. Podcastia kuunneltiin eniten ajaessa (46 %), tehtäviä tehdessä (26 %) ja urheillessa (23 %). Ne, tutkimusta eivät suorittaneet loppuun kertoivat syyksi ajanpuutteen tai podcastin pituuden.
Holopainen, Gunnilla & Nyström, Lisbet & Kasén, Anne 2019. Suomi.	The caring encounter in nursing.	Tutkia ja analysoida hoidotyön välittävän kohtaamisen käsitettä potilaiden ja sairaanhoitajien näkökulmasta.	Käsiteanalyysi, 1990–2014 vuosien väliltä valittu 28 vertaisarvioitua artikkelia, jotka sisällytettiin analyysiin tietyin poissulku- ja valintakriteerein.	Kohtaaminen on kahden tasa-arvoisen henkilön välistä, jossa toinen on sairaanhoitaja ja toinen potilas. He kohtaavat yhdenvertaisina, todellisessa läsnäolossa, jossa molemmat hyväksyvät toisensa juuri sellaisena kuin ovat. Tulokset selvensivät suhteiden käsitteellisiä eroja välittävän kohtaamisen ja parisuhteen välillä.

Artikkelin tekijä(t), vuosi, maa	Tutkimuksen nimi	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusmenetelmät, otos- koko (n=)	Tutkimuksen keskeiset tulokset
Jamieson, Louisa 2015. Yhdysvallat.	A brief guideline to borderline personality disorder for pre-hospital clinicians in an emergency setting.	Kuvata epävakaan persoonallisuushäiriön esiintymistä ensihoidossa ja päivystyksessä sekä epävakaan persoonallisuushäiriöisen potilaan kohtaamista kriisissä.	Katsausartikkeli	
Koramo, Marika & Brauer, Sanna & Jauhola, Laura 2018. Suomi.	Digitalisaatio ammatillisessa koulutuksessa. Raportit ja selvitykset 2018:9.	Kartoittaa ammatillisen koulutuksen digitalisaation tilannetta sekä kehittämiskohteita.	Kvalitatiivinen tutkimus, n=1108	Koulutuksen digitalisaatio on riippuvaista organisaatiosta. Oppimisympäristöt muuttuneet joustavammiksi ja autenttisimmiksi, mutta tulokset alasta riippuen vaihtelee. Digitaalinen oppimateriaali koettiin pääasiassa positiivisena muun muassa saavutettavuuden ja motiivisuuden takia. Haasteita asettivat käytössä olevat erilaiset resurssit materiaalien luomiseen sekä digitaalisten materiaalien vähäinen saatavuus.

Artikkelin tekijä(t), vuosi, maa	Tutkimuksen nimi	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusmenetelmät, otos- koko (n=)	Tutkimuksen keskeiset tulokset
Malecki, Sarah L & Quinn, Kieran L & Zilbert, Nathan & Razak, Fahad & Ginsburg, Shiphra & Verma, Amol A & Melvin, Lindsay 2019. Yhdysvallat.	Understanding the Use and Perceived Impact of a Medical Podcast: Qualitative Study.	Tutkia miten ja miksi lääkärit ja lääketieteen opiskelijat kuuntelivat The Rounds Table (TRT) -nimistä lääketieteellistä podcastia sekä selvittää miten se vaikutti oppimiseen ja käytäntöön.	Kvalitatiivinen tutkimus, n=17	TRT-podcast lisäsi tehokkuutta, mahdollistaen useamman asian tekemisen samaan aikaan, etenkin mobiilisti kuunneltaessa. Podcastia kuunneltiin koulutukseen mutta myös viihteenä. Kuunteleminen helpotti ajankohtaisen tiedon saavuttamisen ja vastaajat pohtivat, että podcastilla on epäsuora vaikutus oppimiseen ja työhön lisäämällä yleistä osaamista.
Mallin, Mike & Schlein, Sarah & Doctor, Shaneen & Stroud, Susan & Dawson, Matthew & Fix, Megan 2014. Yhdysvallat.	A survey of the current utilization of asynchronous education among emergency medicine residents in the United States.	Selvittää 80 kysymystä sisältävän kyselyn avulla mihin vastaajat käyttivät opetussuunnitelman ulkopuolisen ajan ja, mitkä materiaalit he kokivat hyödyllisimmiksi opetussuunnitelman ulkopuolisessa opiskelussa. Vastaajat olivat ensihoitoon erikoistuvia lääkäreitä.	Kvantitatiivinen tutkimus, n=226	97,7 % käytti vähintään tunnin viikossa ylimääräiseen opiskeluun. 35 % edellisistä ilmoittivat kuuntelevansa tällöin podcasteja, 33,6 % lukevansa tekstikirjoja ja 21,4 % käyttävänsä Googlea tiedonhaussa. Podcastit (70,3 %) koettiin hyödyllisimmiksi verrattuna tekstikirjoihin (54,3 %), lehtiin (36,5 %) tai Googleen (33,8 %). Kuitenkin lähteitä tai tiedon laatua arvioitiin harvoin tai alle puolet ajasta. Usein miten (80 %) aiheen valinta perustui lähiaikoina sattumalta löydettyihin aiheisiin.

Artikkelin tekijä(t), vuosi, maa	Tutkimuksen nimi	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusmenetelmät, otos- koko (n=)	Tutkimuksen keskeiset tulokset
Meade, Oonagh – Bowskill, Dianne – Lymn, Joanne S 2011. Iso-Britannia.	Pharmacology podcasts: a qualitative study of non-medical prescribing stu- dents' use, per- ceptions and impact on lear- ning.	Tutkia farmakologian podcasteja kuunnellei- den opiskelijoiden koke- muksia podcastien käy- töstä opintojakson lisä- materiaalina.	Kvalitatiivinen tutkimus, n=7	Podcasteja kuunneltiin muun mu- assa luennon asioihin palatessa, selvennettäessä tiettyä aihetta, ke- ventääkseen opiskelua tai korva- takseen luennolta poissaolon. Podcastien koettiin mahdollistavan oman opiskelun kontrolloimisen ja vaikean asian ymmärtämisen. Teknologiset syyt, käyttäjien vä- häiset kokemukset tai laitteiden ongelmat, olivat yleisimmin es- teenä.
Palou, Rosa & Vigué, Gemma & Tort-Nasarre, Glória 2019. Es- panja.	Attitudes and stigma toward mental health in nursing stu- dents: A syste- matic review.	Selvittää, onko mielen- terveyteen liittyvä koulu- tus vähentänyt leimaa- via asenteita sairaan- hoitajaopiskelijoiden keskuudessa.	Systemaattinen kirjallisuuskat- saus	Kolmetoista tutkimusta täytti osal- listumiskriteerit. Suurin osa tulok- sista osoittaa, että asenteet mie- lenterveyttä kohtaan ovat parantu- neet sekä teoriassa että kliinisissä kokemuksissa, mutta suurempi pa- rannus näiden leimaavien asentei- den suhteen havaittiin kliinisissä sijoitteluissa kuin teoriassa.
Pirneskoski, Jussi 2021. Suomi	Ensihoitojärjes- telmä Suo- messa	Selvittää millainen on suomalaisen ensihoidon rakenne ja mitä ensihoi- don tehtäväkenttä pitää nykyään sisällään	Katsausartikkeli	

Artikkelin tekijä(t), vuosi, maa	Tutkimuksen nimi	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusmenetelmät, otos- koko (n=)	Tutkimuksen keskeiset tulokset
RadioMedia 2018. Suomi.	Podcast, pod- cast. Tutkimus podcastien kuuntelusta.	Selvittää, paljonko pod- casteja kuunnellaan, kuka niitä kuuntelee, millaisia podcasteja kuunnellaan sekä mitä motiiveja kuunteluun on.	Kvantitatiivinen tutkimus, n=1081	69 % vastaajista tiesi, mitä pod- castit ovat. 51 % vastanneista oli kuunnellut podcasteja viimeisen puolen vuoden aikana. Podcasteja kuunnelleet kuuntelivat aktiivisesti myös radiota. Podcasteja kuunnel- tiin eniten kotitöitä tehdessä, mat- kustaessa tai keskityttiin vain pod- castin kuunteluun.
RadioMedia 2020. Suomi.	Podcast, pod- cast. Tutkimus podcastien kuuntelusta hel- mikuussa 2020.	Selvittää, miten paljon podcasteja kuunnellaan, kuka podcasteja kuun- telee, millaisia podcas- teja kuunnellaan sekä miksi niitä kuunnellaan.	Kvantitatiivinen tutkimus, n=1043	Valtaosa (84 %) tiesi, mitä podcas- tit ovat. Yli 50 % vastanneista oli kuunnellut podcasteja kuluneen puolen vuoden aikana. Yli 70 % ai- koo jatkossa kuunnella saman ver- ran tai enemmän podcasteja. Kes- kimäärin podcasteja kuunnellaan noin kolme tuntia viikossa ja eniten niitä kuunnellaan kotona.
Riddell, Jeff & Swaminathan, Anand & Lee, Mo- nica & Mohamed, Abdiwahab & Ro- gers, Rob & Re- zaie, Salim R 2017. Yhdysvallat.	A Survey of Emergency Me- dicine Resi- dents' Use of Educational Podcasts.	Selvittää ensihoitoon erikoistuvien lääkärei- den kulutustottumuksia, podcastmieltyksiä ja motivaatiota kuunnella ensihoitoaiheisia pod- casteja.	Kvalitatiivinen tutkimus, n=356	Vastaajista 88,8 % kuunteli pod- casteja vähintään kerran kuussa. 84,6 % raportoi podcastin ideaa- liksi pituudeksi alle 30 minuuttia. Kuuntelumotivaatiota perusteltiin pysymällä kiinni ajan tasaisessa tiedossa ja oppia ensihoidon ydin- asioita. Podcasteilla oli vastaajien kokemuksen mukaan vaikutusta kliiniseen osaamiseen.

Artikkelin tekijä(t), vuosi, maa	Tutkimuksen nimi	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusmenetelmät, otos- koko (n=)	Tutkimuksen keskeiset tulokset
Roth, Julie & Chang, Andrew & Ricci, Brittany & Hall, Megan & Mehta, Niharika 2020. Yhdysvallat.	Why Not a Podcast? Assessing Narrative Audio and Written Curricula in Obstetrical Neurology.	Verrata tiedonhankintaa ja sitoutuneisuutta podcastien kuuntelun ja kirjoitetun opetussuunnitelman mukaisen materiaalin välillä. Arvioida podcastin toteutettavuutta ja hyödynnettävyyttä raskausneurologian opetuksessa erikoistuville lääkäreille ja tutkijoille.	Kvalitatiivinen tutkimus. Osallistujat jaettiin kahteen ryhmään, joista toiset (n=32) suorittivat tutkimuksessa opiskelun kirjallisenä ja toisessa (n=28) podcast-muodossa. Alku- ja lopputestejä verrattiin toisiinsa sekä lopussa haastateltiin osallistujia.	Lopputestin suoriutumisessa ei ollut merkitystä opiskelutavalla. Kuitenkin podcastin avulla opiskelleen olivat tyytyväisempiä oppimateriaalin kiinnostavuuteen, nautinnollisuuteen ja viihdyttävyyteen verrattuna kirjallisen materiaalin avulla opiskelleet. Lisäksi podcastin kuuntelijat toivoivat laajempaa käyttöä podcasteille.

Artikkelin tekijä(t), vuosi, maa	Tutkimuksen nimi	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusmenetelmät, otos- koko (n=)	Tutkimuksen keskeiset tulokset
Saari, Juhani & Koskinen, Hanna & Attila, Henna & Sarén, Niina 2020. Suomi.	EUROSTU-DENT VII – Opiskelijatutkimus 2019.	Koota vertailtavaa tietoa suomalaisten korkeakouluissa opiskelevien opiskelijoiden sosiaalisista taustoista, asumisesta, opiskelusta, kansainvälisyydestä ja toimeentulosta. Osa kansainvälistä EUROSTU-DENT-hanketta.	Kvantitatiivinen tutkimus, n=7006	Hieman yli puolet kaikista korkeakouluopiskelijoista on naisia (53 %). Sukupuolijakaumat eri tutkimuksissa vaihtelevat. Korkeakoulututkinto aloitetaan yliopistossa 21-vuotiaana ja ammattikorkeakoulussa 24-vuotiaana. Perheellisiä opiskelijoita on ammattikorkeakouluissa kaksi kertaa enemmän kuin yliopistoissa. Vanhempien koulutustausta vaikuttaa edelleen lapsen koulutustasoon. Sosiaalinen tausta vaikuttaa opiskelijan omaan arvioon esimerkiksi opintojen kestosta. Opintoihin käytetty aika oli 29,4 tuntia viikossa, joka on laskenut 3,5 tunnilla edellisestä opiskelijatutkimuksesta. Opiskelijoiden työssäkäynti sen sijaan yleistynyt.
Saloheimo, Pertti 2019. Suomi.	Miksi psyykkistä vieläkin pitää hävetä?	Tuoda ilmi mielenterveysongelmiin liittyvä stigmaa.	Katsausartikkeli	

Artikkelin tekijä(t), vuosi, maa	Tutkimuksen nimi	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusmenetelmät, otos- koko (n=)	Tutkimuksen keskeiset tulokset
Tahvanainen, Mar- ketta & Riipinen, Pirkko & Jääskeläi- nen, Erika & Halt, Anu-Helmi 2021. Suomi	Miten itsemur- hariskiä voi- daan arvioida? Itsemurhan ris- kitekijät ja nii- den huomioimi- nen yleislääkä- rin työssä.	Koostaa tietoa itsemur- han riskitekijöistä, suo- jaavista tekijöistä ja itse- murhariskin arvioinnista lääkärin näkökulmasta.	Kirjallisuuskatsaus	
Taiminen, Tero 2011	Persoonalli- suushäiriöt ja työkyky	Kerätä tietoa persoonal- lisuushäiriöiden vaiku- tuksesta työkykyyn	Katsausartikkeli	
Vorma, Helena 2020.	Kansallinen mielenterveys- strategia var- mistaa pitkäjän- teisen mielen- terveystyön.	Kuvaila mielenterveys- strategiaa ja sen viisi painopistettä, joka on luotu vuosille 2020– 2030	Katsausartikkeli	