

Marja Toivanen  
Irina Turunen

## Care Me-digitaalinen oppimispeli

Potilasskenaario: masentunut ja päihderiippuvainen potilas  
psykiatrian poliklinikalla

---

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja AMK

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

Tekijät Otsikko	Marja Toivanen, Irina Turunen Care Me-digitaalinen oppimispeli Potilasskenaario: masentunut ja päihderiippuvainen potilas psykiatrian poliklinikalla
Sivumäärä Aika	18 sivua + 1 liite 09.10.2015
Tutkinto	Sairaanhoitaja AMK
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Hoitotyö
Ohjaajat	Lehtori Juha Havukumpu Lehtori Jaana-Maija Koivisto
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää digitaalinen Care Me-oppimispeli Metropolian psykiatrisen hoitotyön opetukseen. Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Metropolia ammattikorkeakoulun Terveyden ja hoitamisen yksikön kanssa. Digitaaliset oppimispelit ovat nykyaikainen opetusmuoto ja pelien avulla oppiminen tulee yleistymään opetuksessa lähitulevaisuudessa. Digitaaliset oppimispelit tuovat monipuolisuutta ja mielekkyyttä opiskeluun. Oppimispeliä pelaamalla opiskelija saa intensiivisen osallistumisen kokemuksen. Pelaamisen myötä opiskelija voi saavuttaa onnistumisen kokemuksia ja saada rakentavaa palautetta. Pelaamalla oppimispeliä opiskelijan itsevarmuus kehittyy tulevia potilaskontakteja varten.</p> <p>Päätimme kehittää oppimispelin psykiatrisen hoitotyön näkökulmasta, sillä me erikoistuimme opinnoissamme psykiatriseen hoitotyöhön. Opinnäytetyö koostuu kirjallisesta osiosta ja potilasskenaariosta. Oppimispeli perustuu potilaan ja sairaanhoitajan tapaamiseen psykiatrian poliklinikalla. Potilas sairastaa masennusta ja päihderiippuvuutta.</p> <p>Opinnäytetyön kirjallisessa osiossa käsittelemme digitaalisia oppimispeliejä ja simulaatiooppimista. Psykiatriseen hoitotyöhön liittyen avaamme käsitteinä masennuksen, päihderiippuvuuden, dialogisen vuorovaikutussuhteen, sekä mindfulnessin. Oppimispeli on kirjallisessa muodossa opinnäytetyön liitteenä.</p> <p>Pelissä esiintyvällä potilaalla on tavanomaisia psyykkisiä oireita. Potilasskenaarion suunnittelua ja toteutusta ohjasi ajatus pelin luomisesta perustason psykiatrisen hoitotyön opetukseen. Psykiatrisessa hoitotyössä potilaan kohtaaminen on merkittävässä roolissa. Oppimispelin tarkoituksena on saada opiskelija pohtimaan hoitajan ja potilaan välistä vuorovaikutussuhdetta. Pelaajan on tarkoitus valita paras vastausvaihtoehto käyttäen ammatillista harkintaa.</p>	
Avainsanat	digitaalinen oppimispeli, simulaatio-oppiminen, masennustila, päihderiippuvuus, dialoginen vuorovaikutus, mindfulness

Authors Title	Irina Turunen, Marja Toivanen Care Me – A Digital Learning Game for Nursing Students: How to Help Patient with Depression and Substance Abuse Health Problems in a Psychiatric Out-Patient Clinic?
Number of Pages Date	18 pages + 1 appendix 9 October 2015
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructors	Senior Lecturer Juha Havukumpu Senior Lecturer Jaana-Maija Koivisto
<p>The objective of this thesis was to develop a digital learning game called Care Me for psychiatric nursing teaching purposes at the Helsinki Metropolia UAS, Finland. The thesis was made in co-operation with Helsinki Metropolia UAS, Finland Health- and Nursing unit. Digital learning games are a modern teaching method and learning with gaming will become more popular in the near future. Digital learning games bring diversity and sensibleness to learning. By playing a learning game the nursing student gets an intensive participation experience. The nursing student may achieve succeeding experiences and get constructive feedback through playing. By playing a learning game, the student's confidence will advance for coming patient contacts.</p> <p>We decided to develop the learning game from a psychiatric nursing point of view, because both of us specialised in psychiatric nursing. This thesis consists of a written part and a patient scenario. The learning game was based on evidence-based nursing studies in patient-nurse interaction and encountering at the psychiatric outpatient clinic. The patient suffers from depression and substance abuse.</p> <p>In the written part of this thesis we discussed about digital learning games and simulation learning. Concerning the psychiatric nursing we explain the concepts depression, intoxicant addiction, dialogical interaction and mindfulness. The learning game is in literary form in the end of thesis as an attachment.</p> <p>The patient of the game has typical symptoms for a mental illness. The research and development of this patient scenario was guided by a thought to expand the game for the teaching of nursing students. In psychiatric nursing, encountering the patient plays a significant role. The purpose of this learning game is to get the student to consider the interaction between the nurse and patient. The player is supposed to choose the best answer of multiple choices by using his or her professional consideration.</p>	
Keywords	digital learning game, simulation-learning, depressive disorder, substance abuse, dialogical interaction, mindfulness

## Sisällys

1	Johdanto	1
2	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite	1
3	Opinnäytetyön aikataulu ja toteutus	2
4	Keskeiset käsitteet	3
4.1	Digitaalinen oppimispeli	4
4.2	Simulaatio-oppiminen	4
4.3	Masennustila	5
4.4	Päihderippuvuus	7
4.5	Dialoginen vuorovaikutus	10
4.6	Mindfulness	11
5	Pohdinta	13
5.1	Opinnäytetyön luotettavuus	14
5.2	Kehittämisehdotuksia	14
5.3	Oma pohdinta	14
	Lähteet	16
	Liitteet	
	Liite 1. Potilasskenaario	

## 1 Johdanto

Opinnäytetyö perustuu tuotteelliseen kehittämistyöhön. Valitsimme aiheeksemme Care Me-oppimispelin, koska digitaalisten oppimispelien käyttö opetuksessa tulee yleistymään tulevaisuudessa. Care Me-oppimispeli on Metropolia ammattikorkeakoulun Terveyden ja hoitamisen yksikön simulaatiopelin kehittämisprojekti. Oppimispelit mahdollistavat monipuolisen ja innostavan oppimisen.

Oppimispelin avulla opiskelijat voivat tutustua todenmukaisiin potilastilanteisiin hoitotyössä ja kokeilla rohkeasti erilaisia vaihtoehtoja. Peli motivoi ja haastaa opiskelijoita tutkimaan hyvinkin laajoja ongelmia ja kehittää opiskelijoiden ongelmanratkaisutaitoja. Simulaatioympäristössä toteutuva Care Me-oppimispeli pohjautuu psykiatrisen potilaan hoitotyöhön.

Opinnäytetyö muodostuu digitaalisen oppimispelin suunnittelusta ja kirjallisesta osiosta. Tämän opinnäytetyön tärkeimpänä tehtävänä oli suunnitella ja luoda esimerkkipotilas, sekä potilaan ja hoitajan välinen hoidollinen keskustelu psykiatrisen hoitotyön opetukseen tarkoitettuun peliin. Opinnäytetyöhön kuuluu myös kirjallinen osuus, jossa käsittelemme keskeisimmät peliin liittyvät teemat.

## 2 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Päädyimme tähän aiheeseen, koska olemme molemmat työskennelleet mielenterveys- ja päihdetyössä ja suuntauduimme opinnoissamme psykiatriseen hoitotyöhön. Tavoitteemme oli luoda motivoiva ja mielenkiintoinen oppimispeli. Care Me-oppimispeliä ei ole aiemmin toteutettu psykiatrisen potilaan hoitotyön näkökulmasta.

Suunnittelimme digitaalisen oppimispelin pohjalle potilasskenaarion, jonka aihe on vuorovaikutustilanne psyykkisesti sairaan potilaan ja sairaanhoitajan välillä. Psykiatrisen potilaan kohtaamiseen liittyy monesti ennakkoluuloja. Valitsimme potilastapaukseksi masennusta ja päihderiippuvuutta sairastavan potilaan, koska suurin osa terveysalan opiskelijoista kohtaa masentuneen tai päihderiippuvaisen potilaan harjoittelussa tai työelämässä, olipa kyseessä mikä tahansa terveysalan työympäristö.

Opinnäytetyön tavoitteena on terveysalan opiskelijoiden psykiatrisen hoitotyön taitojen vahvistaminen. (Aho – Kontkanen – Koivula – Turunen 2013: 35.)

Tämän digitaalisen oppimispelin kohderyhmän, eli sosiaali- ja terveysalan opiskelijoiden näkökulmasta ensisijainen oppimistavoite on psyykkisesti sairaan potilaan kohtaaminen ja hoitotyöhön liittyvän vuorovaikutuksen harjaantuminen. Laajat ja monipuoliset vuorovaikutustaidot ovat keskeinen osa sosiaali- ja terveysalan työtä. Digitaalista oppimispeliä voidaan hyödyntää myös erilaisissa työympäristöissä.

Psyykkisesti sairaan potilaan ja hoitajan väliseen vuorovaikutukseen liittyy hyvin erilaisia elementtejä, sillä psykiatrisen hoitotyön painopiste on keskustelussa ja vuorovaikutuksessa. Toiveenamme on, että oppimispeliä hyödynnettäisiin tulevaisuudessa perustason psykiatrisen hoitotyön kurssilla.

Haluamme tämän oppimispelin kautta vähentää ennakoajatuksia psykiatrisia potilaita kohtaan ja lisätä opiskelijoiden rohkeutta kohdata psyykkisesti sairaat potilaat. Hoitajan ja potilaan välinen vuorovaikutus on keskeinen osa hoitoa. Suunnittelimme potilasskeenaarion mielikuvitusta, työkokemusta ja opittua teoriatietoa hyödyntäen.

Tarkoituksenamme oli luoda esimerkkipotilas, jonka keskeisinä sairauksina on masennustila ja päihderiippuvuus. Masennus ja päihderiippuvuus kulkevat usein käsi kädessä, koska masennus altistaa päihteidenkäytölle ja päinvastoin. Psykiatrisessa hoitotyössä on usein haastavaa tunnistaa, kumpi sairaus johti toiseen. Masentuneista ihmisistä 10-30 prosentilla on päihteiden väärinkäyttöä ja 30-60 prosentilla päihteiden väärinkäyttäjistä on masennusta. (Kanerva – Kuhanen – Oittinen – Schubert – Seuri 2013: 209.) Masennuksen ja päihdeongelman yhteydestä on alettu viime vuosien aikana keskustelemaan enemmän ja näitä asioita käsitellään ajankohtaisesti esimerkiksi mediasa.

### **3 Opinnäytetyön aikataulu ja toteutus**

Aloitimme opinnäytetyöprosessin joulukuussa 2014 aiheen valinnan infotilaisuudella. Alkuperäisenä suunnitelmana oli toteuttaa opinnäytetyö neljän hengen ryhmässä. Opinnäytetyön aiheen jäsennysvaiheessa päädyimme opettajien suosituksesta jakautumaan pareiksi ja tekemään kaksi opinnäytetyötä.

Tämän opinnäytetyön painopisteenä oli luoda potilasskenaario ja toisen parin tarkoituksena oli luoda oppimispeliin psykiatrisen potilaan kohtaamiseen soveltuva ympäristö. Opinnäytetyöprosessin alkuvaiheessa teimme ajoittain yhteistyötä toisen parin kanssa.

Tammikuun 2015 aikana perehdyimme teorian tietoon monipuolisesti. Kävimme tutustumassa Terveysteknologian messuilla. Osallistuimme luennolle, joka käsitteli digitaalisia oppimispeliejä. Tapasimme messuilla opinnäytetyötämme ohjaavat opettajat ja suunnitelimme yhdessä kevään aikataulua. Seuraava tapaaminen oli Vantaalla Technopoliksessa Metropolian tiloissa.

Opinnäytetyömme eteni potilasskenaarion suunnittelemisella. Tutustuimme aiemmin tehtyihin Care Me-oppimispelieihin testaamalla pelejä. Saimme oppimispelien testauksesta ideoita oman pelimme suunnitteluun ja toteuttamiseen.

Suuri osa käyttämästämme ajasta on mennyt taustatietojen tutkimiseen ja potilasskenaarion dialogisen vuorovaikutuksen suunnitteluun ja hiomiseen. Suunnitelimme potilasskenaarion potilaan ja hoitajan välisen vuorovaikutuksen näkökulmasta. Halusimme luoda pelin, jossa opiskelija joutuu pohtimaan tarkasti erilaisia vastausvaihtoehtoja ja miettimään keskustelun dialogista jatkumista ja eettistä näkökulmaa. Potilasskenaariossa halusimme nostaa esiin vuorovaikutuksessa ilmeneviä keskeisiä asioita. Psykiatrisessa hoitotyössä vuorovaikutuksen tilannetaju on olennaista. Potilasskenaariossa toimme esiin keskeisiä potilaan ja hoitajan välisen vuorovaikutuksen elementtejä.

Toukokuussa 2015 lähetimme valmiin potilasskenaarion luettavaksi Vantaan Technopolis-yksikön pelisuunnittelijoille, joilla on kokemusta digitaalisen simulaatiopelin teknisestä toteuttamisesta. Technopolis-yksiköstä saadun palautteen mukaan potilasskenaariota on helppo lukea ja skenaarion pelillinen näkökulma tulee hyvin esiin, koska skenaariossa on myös väärää vastausvaihtoehtoja. Jokainen vastausvaihtoehto on myös selkeästi perusteltu. Elokuussa 2015 jatkoimme opinnäytetyön työstämistä ja lopullisen opinnäytetyön palautimme syyskuussa.

#### **4 Keskeiset käsitteet**

#### 4.1 Digitaalinen oppimispeli

Care Me-oppimispeliä käytetään digitaalisessa simulaatioympäristössä. Pelissä käytetään instruktiivista lähestymistapaa, jolloin tarkoituksena on opiskella tiettyyn kohdealueeseen liittyviä tietoja ja taitoja. Instruktiivista lähestymistapaa käytetään yleisimmin digitaalisissa oppimispeleissä. (Häkkinen – Kankaanranta – Neittaanmäki 2004: 20.)

Pelit edistävät oppimista ja peleistä saa intensiivisen osallistumisen tunteen. Erilaiset oppimispelit ovat jo pitkään olleet merkittävä oppimisen muoto. Oppimispelit luovat ongelmanratkaisutilanteita ja tarjoavat opettavaista palautetta. Mukaansatempaavuus on keskeistä pelissä, sillä se saa pelaajassa aikaan eräänlaisen ”flow”-ilmiön. (Salakari 2009: 40-41.) Oppimispeleistä on tehty viime vuosina jonkin verran kirjallisuuskatsauksia. Kirjallisuuskatsauksista ilmenee, että tutkimustieto on vielä puutteellista ja pelien integroimisesta opetukseen on vähän tietoa. (Kangas – Krokfors – Kopisto 2014: 23.)

Pelien käyttämisellä opetuksessa saavutetaan lisäarvoa oppimiseen, jota perinteisellä opetusmenetelmällä ei saavuteta. Pelien käyttö opetuksessa tuo myös opettajalle uusien pedagogisten työmenetelmien käyttöä. (Hämäläinen – Mannila – Oksanen 2007: 13.)

#### 4.2 Simulaatio-oppiminen

Simulaatio tarkoittaa teknistä menetelmää, jolla pyritään jäljittelemään jotakin tapahtumaa. Simulaatio eroaa perinteisestä opetusmenetelmästä myös niin, että simulaation pääsisältö on konkreettista toimintaa. Suuri osa nykyisistä simulaatioista toteutuu digitaalisessa simulaatioympäristössä. Tietotekniikan ja grafiikan kehittyminen on mahdollistanut uudenlaisen simulaatioympäristön luomisen. (Salakari 2007: 118-119.) Oppimisympäristönä digitaalinen simulaatioympäristö tekee mahdolliseksi ihmisen ja tietokoneen välisen interaktion. Digitaalinen oppimisympäristö on myös muokattavissa pelaajan osaamisen tason mukaan. (Salakari 2007: 121.)

Digitaalista oppimisympäristöä kuvataan maailmaksi, joka vastaa pelaajan toimintaan realistisella tavalla. Digitaalinen oppimisympäristö ja virtuaalinen todellisuus sisältää tekniikoita, joihin pelaaja voi toiminnallaan vaikuttaa. (Salakari 2007: 120.)



Simulaatio-oppiminen on käytännönläheistä ja sen tarkoituksena on jäljitellä mahdollisimman paljon todellisuutta vastaavaa tilannetta. Simulaatioharjoituksessa potilasskenaario luodaan käytännön esimerkkien pohjalta. (Fioca 2013: 52.) Simulaation ja potilasskenaarion suunnittelussa tärkeää on huomioida opiskelijoiden oppimistavoitteet ja lähtötaso. (Fioca 2013: 54.) Simulaatioharjoituksessa on olennaista, että pelaaja saa ohjaavaa palautetta pelaamisen aikana. Ohjaava palaute suuntaa harjoittelua ja tukee pelaajan kehittymistä sekä omien tietojen ja taitojen arviointia. (Fioca 2013: 44.)

Terveysalan näkökulmasta tämänhetkinen simulaatioharjoittelu keskittyy pitkälti akuut-tihoidon harjoitteluun. Simulaatioharjoittelun avulla voidaan parhaimmillaan ehkäistä potilasvahinkoja. (Fioca 2013: 9-10.) Simulaatio-oppiminen on tekemällä oppimista. Simulaatioympäristössä pelaaja on interaktiivisesti vuorovaikutuksessa järjestelmän kanssa. Oppimisen tavoitteena on, että pelaaja saa keinoja tulevaan työhönsä ja siihen liittyviin työtehtäviin. (Salakari 2007: 133.)

#### 4.3 Masennustila

Masennustila on moniulotteinen ja vaikeasti määriteltävä sairaus. Lähes jokainen ihminen kokee elämässään tapahtumia, jotka aiheuttavat masentuneisuuden tunteita, silloin on kysymys terveestä reaktiosta odottamattomissa tai epätavallisissa tilanteissa. Masennus voi olla kokemuksena tuskatila, jolloin elämä menettää merkityksensä. (Romakkaniemi 2011: 34-35.)

Masennus aiheuttaa kokonaisvaltaista elämänlaadun heikentymistä, joka ilmenee muun muassa elämänhallinnan tunteen heikentymisenä, työkyvyttömyytenä ja syrjäytymisenä sosiaalisista suhteista. Suomalaisista joka viidennen arvioidaan sairastuvan jossakin elämänsä vaiheessa hoitoa vaativaan masennukseen. Kaikista sairauksista masennus on yleisin työkyvyttömyyden aiheuttaja. (Saarikivi 2006: 9.)

Tutkimusten mukaan masennuksen tuottama voimattomuus vaikeuttaa ihmisen arkisista asioista suoriutumista ja erilaisista rooleista selviytymistä. (Romakkaniemi 2011: 103.) Masennuksen keskeisiä oireita ovat surullinen, masentunut, ärtynyt tai tyhjä mieliala, sekä heikentynyt kyky tuntea mielihyvää ja mielenkiintoa. Lisäksi saattaa esiintyä väsymystä, unettomuutta, toivottomuuden ja arvottomuuden tunteita, painon muutok-

sia, muisti- ja keskittymisvaikeuksia, seksuaalista haluttomuutta, sekä fyysistä levottomuutta tai hidastuneisuutta. Äärimmillään masennus johtaa kuolemantoiveisiin ja itsemurha-ajatuksiin. (Huttunen 2014.) Itsemurhariski kasvaa jokaisen uuden masennusjakson myötä. Ihminen, joka kärsii toistuvasta masennuksesta, kuolee 15 prosentin todennäköisyydellä itsemurhaan. (Segal – Teasdale – Williams 2014: 32-33.)

Masennuksen syntyyn vaikuttavat kielteiset elämäntapahtumat, esimerkiksi menetykset, avioero, työttömyys, väkivalta tai läheisen vakava sairastuminen. (Kanerva – Kuhanen – Oittinen – Schubert – Seuri 2013: 205-206.) Tieteen näkökulmasta kuitenkin yksiselitteistä masennuksen aiheuttajaa ei useinkaan ole todettavissa. Perinnöllisyyden ja hormonimuutosten yhteyksiä masennuksen syntyyn on tutkittu paljon.

Masennusta on pyritty selittämään myös psykososiaalisilla tekijöillä. Psykososiaalisella stressillä on todettu olevan merkittävä yhteys masennuksen puhkeamiseen. Asian käänköpuolena psykososiaalisten tekijöiden on todettu myös ylläpitävän mielenterveyttä. Riittävän sosiaalisen tuen on arvioitu ehkäisevän psykososiaalista stressiä, sosiaalisen tuen puute puolestaan altistaa suoraan masennukselle.

Nykyisen psykiatrian näkökulmasta masennuksen syntyyn vaikuttavat monet tekijät yhdessä. (Valkonen 2008: 36-37.) Masennusta voidaan määritellä tieteellisten teorioiden ja subjektiivisten kokemusten kautta. Ihmisten omassa masennuskokemuksissa nousee esiin elämänhistoriaan ja kokemuksiin liittyvät tekijät. (Valkonen 2008: 40.) Marjo Romakkaniemi on haastatellut tutkimuksessaan masennusta kokemuksena. Tutkimuksen tulosten mukaan mikään yksiselitteinen tekijä ei ollut ihmisten masennuksen taustalla, vaan masentuneet selittävät sairauttaan kriisien kasaantumisella. (Romakkaniemi 2011: 118.)

Masennusta on kuvattu noidankehäksi, jossa masentunut ihminen eristäytyy tärkeistä vuorovaikutussuhteista, joita hän tarvitsisi kuntoutuakseen. (Romakkaniemi 2011:95.) Kuntoutumisen ennusteeseen vaikuttaa myös masentuneen motivaatio hoitoon ja lääkeytykseen sekä masennustilan oireiden vaikeusaste.

Kun riittävä määrä masennukseen viittaavia oireita on jatkunut vähintään kaksi viikkoa, puhutaan masennusdiagnoosista. Masennus kestää viikoista kuukausiin tai vuosiin. Masennuksen vaikeusaste luokitellaan oireiden perusteella lieviin, keskivaikeisiin, vaikeisiin, sekä psykoottisiin masennustiloihin. (Kanerva – Kuhanen – Oittinen – Schubert – Seuri 2013: 202.)

Sairautena masennus vaikuttaa heikentävästi niihin tekijöihin, jotka olisivat tärkeitä masennuksesta kuntoutumisessa. Näitä tekijöitä ovat aktiivisuus, osallisuus, itsensä arvostaminen ja kokemus omasta pystyvyydestä. Masennuksesta kuntoutuminen on usein pitkä prosessi. Kuntoutuminen ei ole pelkästään sairaudesta toipumista, vaan se on toipumista myös sairauden aiheuttamasta arvostuksen puutteesta, syrjinnästä, työttömyydestä ja itsemääräämisen puutteesta. (Romakkaniemi 2011: 42-43.)

Masennuksen akuuttivaihetta hoidetaan psykoterapialla ja depressiolääkehoidolla. Psykoterapian ja lääkehoidon yhtäaikainen käyttö on tehokasta ja suositeltavaa. Masennuksen hoitoon voidaan käyttää myös kirkasvalohoitoa, sähköhoitoa tai muita hoitomuotoja. Hoitomuodon valintaan vaikuttaa masennuksen vaikeusaste. Psykoedukatio, eli potilasopetus on tärkeä osa masennuksen hoitoa. (Duodecim 2014.)

Vaikka masennus on kaikkein yleisin psykiatrinen sairaus, masentuneet ihmiset eivät kovin todennäköisesti hakeudu hoitoon. Hoidon saamisesta on muodostunut kansanterveydellinen ongelma. Tämän johdosta ihmisiä on pyritty valistamaan masennusoireista ja erilaisista hoitomahdollisuuksista. (Segal – Teasdale – Williams 2014: 33.)

Masentunut potilas tarvitsee säännöllistä seurantaa ja hoitoa. Hoidossa on huomioitava aiempien masennusjaksojen vaikeusaste, sekä aiempien hoitoyritysten haitat ja tehot. Lisäksi tulee huomioida potilaan toimintakyky, itsemurhavaara, somaattinen terveys, potilaan omat toiveet hoitoon liittyen ja psykiatrinen monihäiriöisyys. Psykiatrisella monihäiriöisyydellä tarkoitetaan esimerkiksi päihderiippuvuutta, joka esiintyy usein samanaikaisesti masennustilan kanssa. (Duodecim: 2014.)

#### 4.4 Päihderiippuvuus

Päihde on yleinen nimitys kemiallisille aineille, joita käyttämällä saavutetaan päihtymyksen tunne tai humalatila. Päihteet voidaan jakaa laillisiin ja laittomiin aineisiin. Joitakin laittomia päihteitä voidaan käyttää laillisesti lääkärin määrämänä reseptilääkkeenä. (Hietaharju – Nuutila 2012: 67.)

Päihderiippuvuus on kliinisesti todettavissa oleva sairaus, joka vaikuttaa ihmisen psyykkiseen, fyysiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin. Päihderiippuvuuden syntyyn vaikut-

tavat perinnölliset tekijät, sosiaalinen ympäristö, sekä näiden yhteisvaikutus. (Myllyhoitoyhdistys.)

Päihderiippuvuuden kehittyminen alkaa aina satunnaisesta päihdekäytöstä. Käyttö on aluksi käyttäjän oma valinta ja käyttäjä voi tahdonalaisesti valita käyttävänsä päihdettä. Käytön jatkuessa päihde alkaa muokata sitä käyttävän ihmisen aivojen kemiaa, toimintaa ja rakennetta käyttäjän sitä huomaamatta. Päihteet vaikuttavat aivojen mielihyväsysteemiin, joka mahdollistaa riippuvuuden syntymisen. Muutokset aivoissa johtavat siihen, ettei päihteidenkäyttö ole enää hallittavissa ja tällöin ihminen on päihderiippuvainen. (Myllyhoitoyhdistys.)

Päihderiippuvuuteen liittyy vieroitusoireiden esiintyminen, kun päihteiden vaikutus elimistössä heikkenee. Vieroitusoireita lievitetään käyttämällä päihdettä. Esimerkiksi alkoholin käytön aiheuttamia vieroitusoireita voidaan lievittää krapularyypyllä, joka puolestaan voimistaa riippuvuutta. (Hietaharju – Nuutila 2012: 68.)

Päihteiden käytön jatkuessa aivojen mielihyväsysteemissä alkaa tapahtua kemiallisia muutoksia. Muutokset vaikuttavat toleranssin, eli sietokyvyn kasvuun käytetylle päihteelle. Päihteiden käyttö vaikuttaa myös elimistön oman mielihyvähormonin, eli dopamiinin tuotannon heikentymiseen. Tällöin mielihyvän tavoittelu vaihtuu normaaliolotilan tavoitteluun, joka saavutetaan päihteen käytön avulla. (Myllyhoitoyhdistys.)

Päihteiden käytöstä aiheutuvat kemialliset muutokset aivoissa palautuvat nopeasti päihteiden käytön loputtua. Aivot eivät kuitenkaan palaudu ikinä täysin ennalleen ja muistijälki päihderiippuvuudesta säilyy läpi elämän. Päihteiden käytön jatkaminen vielä vuosienkin jälkeen laukaisee riippuvuuden uudelleen. (Myllyhoitoyhdistys.)

Päihderiippuvuutta voidaan tarkastella erilaisista näkökulmista. Lääketieteellinen lähestymistapa keskittyy päihteiden aiheuttamiin terveyshaittoihin, elimellisiin oireisiin ja sairauksiin. Psykiatrisesta näkökulmasta päihderiippuvuutta käsitellään persoonallisuushäiriönä, joka on diagnosoitava psykiatrinen sairaus.

Farmakologinen näkemys pitää vieroitusoireita määrittelyperusteina ja keskittyy fysiologiseen riippuvuuteen. Psykologisesta näkökulmasta päihderiippuvuutta tarkastellaan ihmisen ja hänen ympäristönsä välisen vuorovaikutuksen, opitun elämäntavan ja selviytymiskeinojen kautta. (Havio – Inkinen – Partanen 2008:43.)

Päihderiippuvuus vaikuttaa ihmisen sosiaaliseen ympäristöön voimakkaasti. Päihderiippuvuus aiheuttaa yleensä ongelmia sosiaalisissa kontakteissa, kuten perheessä, ystäväpiirissä ja työympäristössä. Päihderiippuvainen ei yleensä tunnista omassa käytöksessään negatiivista toimintaa, vaan projisoi omat ongelmansa ulkopuolisiin henkilöihin.

Psyykkiset oireet ja häiriöt voivat olla seurausta päihteiden käytöstä. Päihteidenkäyttö voimistaa psyykkistä oireilua ja päihteillä voi olla merkittäviä haittavaikutuksia käytettynä yhdessä psyykenlääkityksen kanssa.

Päihdeongelmat ovat yleisimpiä psyykkisesti sairailta henkilöillä, kuin väestössä yleensä. (Aalto – Alho – Kiianmaa – Seppä 2012: 164-165.) Päihderiippuvuus lisää useiden sairauksien riskiä ja altistaa ennen aikaiselle kuolemalle. Päihderiippuvaisen itsemurhariski on kohonnut muuhun väestöön verrattuna. Myös alttius tapaturmaiselle kuolemalle on kohonnut.

Päihderiippuvuuteen liittyy usein ahdistuneisuusoireita. Ahdistuneisuudella tarkoitetaan pelonsekaista ja huolestunutta tunnetilaa, johon liittyy osin tietoista ja tiedostamatonta huolta. Ahdistuneisuusoireet lievenevät käyttämällä päihteitä, mutta päihteidenkäyttö lisää ahdistuneisuusoireilua. Ahdistuneisuus aktivoi sympaattisen hermoston toimintaa, joka ilmenee esimerkiksi sydämentykytyksenä, verenpaineen nousuna, suun kuivumisena, ruokahaluttomuutena, palantunteena kurkussa, vapinana, huimauksena, hengenahdistuksena ja silmäterien laajenemisena. Ahdistuneisuus vaikeuttaa nukahtamista ja voi johtaa uniongelmiin. Pakonomaiseen päihteidenkäyttöön liittyvä ahdistuneisuus on yleensä hyvin voimakasta ja siihen liittyy kuolemaan, hajoamiseen tai yksinäjämiseen liittyvää lamaavaa ja kauhunomaista pelkoa. Ahdistuneisuusoireita voidaan helpottaa masennuslääkkeillä ja erilaisilla rentoutusmenetelmillä. (Huttunen: 2014.)

Päihderiippuvuudesta selviäminen vaatii ongelman myöntämistä. Olennaista on halu saada aikaan muutosta päihdekäytön suhteen. Ihmisen täytyy olla rehellinen itselleen ja tarkkailla omaa käytöstään.

Päihdekäyttätymistä voi muuttaa, kun tietää ne tilanteet, jotka aiheuttavat mielihaluja päihteiden käytölle. Ihmisen on opeteltava uusia toimintatapoja, joiden avulla hän kykenee välttämään päihteidenkäytön. Uusia käyttätymistapoja on harjoiteltava niin pitkään, että niistä muodostuu vakiintuneita käyttätymismalleja. (Koski-Jännes 2005.)

Tukea päihteettömyyteen voi saada tukihenkilöltä, vertaistukiryhmästä, itsehoito-ohjelmista ja sosiaali- ja terveysalan ammattilaisilta. Päihteettömyyden tueksi on olemassa myös lääkkeellisiä hoitokeinoja, joiden määräämisestä vastaa aina lääkäri. (Koski-Jännes 2005.)

#### 4.5 Dialoginen vuorovaikutus

Dialogisuus hoitosuhteessa tarkoittaa kuuntelevaa ja vastavuoroista keskustelua. Dialogin ydin voidaan kiteyttää siten, ettei kenenkään näkemys ole ainoa oikea, vaan erilaiset näkemykset yhdessä muodostavat uusia näkökulmia ja ratkaisuja. Dialogissa on tarkoitus pyrkiä avoimeen ja suoraan keskusteluun, jonka tavoitteena on yhteisen ymmärryksen syntyminen. Dialogisessa keskustelussa hoitaja viestittää potilaalle arvostusta, kunnioitusta, myötätuntoa ja kiinnostusta. (Hätönen – Kurki – Larri – Vuorilehto 2014: 68.)

Hyvän vuorovaikutussuhteen luomiseksi tarvitaan riittävästi aikaa, luottamusta ja kuuntelemisen taitoa. Onnistuakseen dialogisuus vaatii vastaanottamisen herkkyyttä toisen kertomukselle. Dialogi on vuoropuhelua, jossa hoitaja ja potilas ajattelevat yhdessä. Dialogisuus vaatii keskittymistä siihen, mitä toinen kertoo. Keskustelua ei suunnitella etukäteen, vaan keskustelu jatkuu dialogissa esiin tulleen asian perusteella. (Järvinen – Lankinen – Taajamo – Veistilä – Virolainen 2007: 143.)

Dialogin osapuolet ovat avoimia toisillensa ja alltiina toistensa vaikutuksille, jolloin vuorovaikutusprosessissa pääsee syntymään uusia merkityksiä ja näkemyksiä. Vuorovaikutuksessa harvoin päästään tilanteeseen, jossa hoitaja ja potilas ovat täysin samaa mieltä. Tiukkojen omien mielipiteiden ilmaisua tulee välttää ja pyrkiä suhtautumaan avoimesti uusiin ja ehkä vieraisiinkin näkökulmiin. Tällä tavoin mahdollistetaan uusien ratkaisujen löytäminen. (Järvinen – Lankinen – Taajamo – Veistilä – Virolainen 2007: 144.)

Ihmisillä on tarve pyrkiä vastavuoroiseen vuorovaikutukseen heti syntymästä lähtien. Vauvan saadessa vastakaikua ilmaisemalla itseään, vaikuttaa se hänen tunnetilaansa myönteisesti. Kuulluksi tuleminen aiheuttaa kaikenikäisissä ihmisissä myönteisen reaktion, joka vähentää stressiä, huolta ja hätää. (Hätönen – Kurki – Larri – Vuorilehto 2014: 68.)

Dialogissa hoitaja pyrkii välttämään nopeiden johtopäätösten muodostamista. Tarkoitus on antaa asioiden hautua mielessä. Hoitajan tulee pitkittää omien mielipiteidensä ilmaisuja, jolloin potilas saa aikaa miettiä ratkaisua ongelmaansa. Keskustelun ohjaaminen hoidollisesti mielekkääseen suuntaan on aina hoitajan vastuulla. (Ekström – Leppämäki – Vilen 2008: 86-87.)

Vuorovaikutus hoitotyössä on tavoitteellista ja pyrkii edistämään potilaan hyvinvointia ja elämänhallintaa. Dialogissa korostetaan hoitajan ja potilaan välistä tasa-arvoisuutta, kumpikaan ei ole valtasuhteessa toiseen nähden. Hoitotyön vuorovaikutussuhteessa on aina muistettava, että asiakkaan tarpeet määrittelevät vuorovaikutusta ja ohjaavat dialogia. (Ekström – Leppämäki – Vilen 2008: 87.)

Dialogitaidot ovat lähtökohta vuorovaikutusmenetelmien hyödyntämiseen hoitotyössä. Dialogisessa vuorovaikutuksessa hoitaja pyrkii aidosti ymmärtämään, mitä potilas ajattelee. Tulkintaa ja rivien välistä lukemista tulee välttää ja sen sijaan pyrkiä kuuntelemaan potilasta sanasta sanaan ja tarvittaessa esittämään potilaalle tarkentavia lisäksyyksiä. (Järvinen – Lankinen – Taajamo – Veistilä – Virolainen 2007: 109.)

Dialogissa jaetaan asiantuntijuutta hoitajan ja potilaan kesken. Hoitaja tuo keskusteluun näkemystään kouluksesta ja työkokemuksesta saamansa tiedon perusteella ja potilas tuo oman näkemyksensä oman elämänsä asiantuntijana. Dialogisuudessa tekninen osaaminen ei ole merkittävässä roolissa, vaan tärkeintä on suhtautumistapa, asenne ja ajattelutapa. Tavoitteena on hyödyntää molempien osapuolten tietoa ja saavuttaa potilaan tilannetta edistävä ratkaisu. (Järvinen – Lankinen – Taajamo – Veistilä – Virolainen 2007: 106.)

#### 4.6 Mindfulness

Mindfulness juontaa juurensa buddhalaiseen filosofiaan, itämaiseen meditaatioperinteeseen ja psykologiaan. Mindfulness on tietoisista ja hyväksyvää läsnäoloa, jonka tavoitteena on suunnata huomio vain ja ainoastaan tähän hetkeen. Mindfulnessin kuvataan olevan tietoisista pysähtymistä nykyhetkeen. (Litovaara 2011: 18.) Mindfulnessissa on kyse siitä, että ihminen oppii havaitsemaan oman mielen tapahtumia ja sen, millai-

nen toiminta hyödyttää häntä. Tämän kautta ihminen oppii myös itsetuntemusta. (Kortelainen – Saari – Väänänen 2014: 91.)

Mindfulnessilla on todettu olevan paljon yhteistä kognitiivisen psykoterapian periaatteiden kanssa. Kuten kognitiivisessa psykoterapiassa, myös mindfulnessissa on tarkoitus pysähtyä ja estää haitallisia tunteita ja ajatuksia automatisoitumasta. Mindfulnessiin perustuvat tietoisien läsnäolon harjoitukset edistävät stressin tunnistamista ja sen johdosta harjoitukset toimivat esimerkiksi masennuksen uusiutumista ehkäisevänä hälytysjärjestelmänä. (Holmberg 2005: 83.) Mindfulnessin tarkoituksena ei ole päästä eroon ongelmista, vaan oppia hyväksymään ongelmat ja elämään niiden kanssa. (Tiainen – Tirri-Ollikainen 2004: 32.)

Uusiutuvan masennuksen ehkäisy-ohjelmassa (MBCT) käytetään hengitysharjoitusten rinnalla ”kehonkuuntelu”-harjoitusta. Masentuneella ihmisillä on taipumus elää enemmän ”mielessään” kuin kehossaan. Masentuneelle on tullut tavaksi vetäytyä omasta kehostaan mielensisäiseen maailmaan välttääkseen epämiellyttäviä tunnetiloja, jotka saattavat liittyä traumaattiseen keholliseen kokemukseen. (Holmberg 2005: 87-89.)

Mindfulnessilla on todettu olevan monia hyötyjä. Mindfulness-harjoittelu vähentää kielteisiä tunteiden ja ajattelun noidankehiä. Harjoittelulla, jolla tavoitellaan tunteiden ja kehollisten tuntemusten tiedostamista, voi auttaa ihmistä havaitsemaan varhain ne tilanteet, joissa hän on taipuvainen masennukseen. (Tiainen – Tirri-Ollikainen 2004:32-33.) Tutkimukset osoittavat, että mindfulness-harjoitukset vähentävät stressiä ja levottomuutta ja niillä voidaan saada aikaan tärkeitä biologisia vaikutuksia, jotka vaikuttavat ihmisen toipumiskykyyn. (Holmberg 2005: 90-91.)

Mindfulnessissa voidaan myös opetella valitsemaan huomion kohde. Kun olo on vaikea, keskittyy ihminen herkästi vain synkkiin asioihin ja tämän johdosta sivuuttaa kaiken muun kokemuksen.

Vaikka mieli hakeutuu usein vaikeisiin paikkoihin, voi huomiota pyrkiä suuntaamaan uudelleen. Tällä tavoin voidaan löytää uusia huomion kohteita, jotka saavat olon vaakaammaksi. Huomion kohteita voivat olla esimerkiksi kehon aistimuksen hengityksen aikana, ympärillä kuuluvat äänet ja ympärillä näkyvät yksityiskohdat. (Silverton 2013: 92.)



Sairaus voi aiheuttaa pelkoa, vihaa ja turhautuneisuuden tunteita. Masennuksen, kuten muidenkin sairauksien kohdalla voi mindfulnessin kautta oivaltaa, kuinka kannattaa huolehtia itsestä vaikeassa elämäntilanteessa. Mindfulness-harjoittelun avulla voi nähdä asiat selkeästi ja löytää erilaisia tapoja reagoida sairauteen, olipa kyse mistä sairaudesta tahansa. (Silverton 2013: 162-163.)

Tietoisuuden avaaminen kokemusten kirjolle poikkeaa ihmisen luontaisesta puolustusstrategiasta, jossa tuskalliset kokemukset rajataan pois välttämällä tai torjumalla niitä. Mindfulness-menetelmässä myönnetään vaikeuksien ja vastoinkäymisten olemassaolo. (Silverton 2013: 93.) Mindfulnessin avulla voidaan tutkia vastoinkäymisiä, sillä ne ovat juuri sen hetkisiä kokemuksia. Mindfulnessin kautta pyritään tarkastelemaan ongelmia ja hyväksymään ne sellaisina kuin ne ovat. (Silverton 2013: 100.) Ongelmien hyväksyminen ei kuitenkaan tarkoita alistumista tai ”asioille ei voi tehdä mitään”-ajattelutapaa. Hyväksyminen on aktiivista toimintaa ja olemista siinä hetkessä, mitä elämässä juuri nyt on. (Kortelainen – Saari – Väänänen 2014: 97.)

Mindfulnessin harjoittaminen säännöllisesti luo uuden suhteen todellisuuteen ja mielen sisältöihin. Vapautuminen mielen luomasta maailmasta tapahtuu, kun sen näkee sellaisena kuin se on. Muuttuvista mielentiloista huolimatta voi ihminen olla tyytyväinen elämänsä ja kokea sen hyvänä, sen jälkeen kun on vapautunut ristiriitaisista tunteista ja ns. ”mielen sokeudesta.” (Kortelainen – Saari – Väänänen 2014: 74-75.)

Käytännössä mindfulness-harjoitus toteutuu niin, että seisten tai istuen harjoitellaan tietoisena olemista tässä ja nyt. Hengitysharjoituksia tehden henkilö havainnoi tunteita ja ajatuksia, jotka tulevat ja menevät. Hengitykseen keskittyminen on tärkeää, koska erilaiset mielentilat vaikuttavat hengitykseen. Esimerkiksi ahdistuneen ihmisen hengitys on epäsäännöllistä. (Holmberg 2005: 85-86.) Rauhallisen hengittämisen kautta pyritään rauhoittumaan ja keskittymään, mutta toisaalta avaamaan mieli kaikenlaiselle kokemiselle.

Jon Kabat Zinnin mukaan mindfulnessin ydin on seuraava: ”Kun kykenemme olemaan läsnä tässä hetkessä, olemme tietoisempia jokaisesta hetkestä ja tietoisempia avoimena olevista mahdollisuuksista.” (Tiainen – Tirri-Ollikainen 2004: 32.)

## 5 Pohdinta

## 5.1 Opinnäytetyön luotettavuus

Opinnäytetyöhön käytettäviä tietolähteitä tutkimme kriittisesti ja monipuolisesti. Opinnäytetyössä käytimme mahdollisimman ajantasaisia ja luotettavia tietolähteitä. Hyödynsimme tutkittuja ja tieteellisiä lähteitä; Duodecim, lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea, väitöskirjat ja terveystieteen kirjallisuus. Psykiatrinen hoitotyö on muuttanut vuosien saatossa näyttöön perustuvan tiedon ansiosta ja tietoa psykiatristen sairauksien hoidosta päivitetään jatkuvasti. Edellä mainitun asian otimme huomioon koostessamme nykypäivään nojautuvaa tietoa masennuksesta, päihderiippuvuudesta, dialogisesta vuorovaikutuksesta ja mindfulnessista.

Care Me-oppimispelin pohjalle perustuvaa potilasskenaariota tehdessämme perustelimme jokaisen skenaariossa esiintyvän vastausvaihtoehdon asianmukaisella tiedolla. Oikeiden ja väärin vastausvaihtoehtojen perustelu oli erityisen tärkeää sen vuoksi, että peli on tarkoitettu suunnattuna opetuskäyttöön terveystieteen opiskelijoille. Lähtökohtana oli oikean ja luotettavan tiedon antaminen tuleville terveystieteen ammattilaisille. Digitaalista oppimispeliä pelaavan opiskelijan näkökulmasta pelin aikana saatu palaute ja perustelut vastauksista motivoivat opiskelijaa jatkamaan peliä.

## 5.2 Kehittämisehdotuksia

Potilasskenaariomme on ensimmäinen psykiatriseen hoitotyöhön perustuva potilasskenaario Care Me-oppimispelin kehittämissuunnitelmassa. Yksi kehittämissuunnitelma on, että potilasskenaariomme luotetaan teknisesti pelin muotoon ja opiskelijat voisivat testata pelin toimivuutta. Oppimispelin testaamisella saataisiin arvokasta tietoa pelin hyödynnettävyydestä osana terveystieteen opintoja. Potilasskenaariomme pohjalta voisi myös ideoida jonkin toisen psykiatriseen hoitotyöhön liittyvän potilasskenaarion. Hoitotyön kliinisten ”kädentaitojen” osaamisen lisäksi vuorovaikutustilanteet ja niiden hallinta on keskeinen osa ammatillisuutta ja asiantuntijuutta.

## 5.3 Oma pohdinta

Opinnäytetyön työstäminen oli mielenkiintoinen ja opettavainen prosessi. Erittäin positiiviseksi asiaksi opinnäytetyöprosessissa koimme sen, että saimme alusta alkaen hyödyntää omaa luovuutta ja saimme ”vapaa kädet” potilasskenaarion suunnitteluun. Haastavaa potilasskenaarion suunnittelussa oli keskusteluun perustuvan potilastilanteen luominen pelilliseen muotoon. Pelin tekniset rajoitteet oli otettava huomioon potilasskenaarion suunnittelussa. Pohdimme potilasskenaarion vuorovaikutustilanteen dialogista etenemistä tarkasti. Potilasskenaarion vuorovaikutustilanteen luominen oli aikaa vievä, mutta palkitseva prosessi.

Potilasskenaariomme on mielestämme realistinen, käytännönläheinen ja ajankohtainen. Potilasskenaariomme käsittelee masennusta ja päihderiippuvuutta, jotka ovat ajankohtaisia sairauksia. Potilasskenaariossa halusimme nostaa esiin myös mindfulnessin, koska sen hyödyntäminen lääkkeettömänä hoitomuotona on lisääntynyt Suomessa. Opinnäytetyöprosessin aikataulut sujuivat suunnitelmien mukaan.

Varasimme opinnäytetyön työstämiseen riittävästi aikaa. Aluksi työstimme opinnäytetyötä yhdessä koululla. Saatuaamme potilasskenaarion valmiiksi ja aloitettua kirjallisen työn päädyimme jakamaan molemmille omat vastualueet kirjallista työtä varten. Työnjako sujui vaivattomasti ja yhteisymmärryksessä. Aiheiden jakaminen oli hyvä ratkaisu, sillä molemmat saivat työstää opinnäytetyötä oman aikataulunsa mukaan.

Opinnäytetyöprosessina eteni suunnitelmallisesti ja sovitussa aikataulussa. Päivitimme kuulumisia ja vaihdoimme ajatuksia opinnäytetyöhön liittyen sosiaalisessa mediassa. Koimme jaetun ja osittain itsenäisen työskentelytavan tehokkaaksi ja toimivaksi. Tapasimme koululla ennen lopullisen opinnäytetyön palauttamista viimeistelytyön merkeissä. Opinnäytetyötä tehdessämme olemme perehtyneet opinnäytetyön sisältämään materiaaliin monipuolisesti. Opinnäytetyön tekeminen on valmistanut meitä tulevaan ammattiin sairaanhoitajina. Psykiatrinen hoitotyö on mielenkiintoinen aihe, josta on saatavilla paljon monipuolista tietoa. Aiheen rajaaminen avainsanojen mukaan ohjasi kirjallisen työn tekemistä.

## Lähteet

Aalto, Mauri – Alho, Hannu – Kiianmaa, Kalervo – Seppä, Kaija 2012. Huume- ja lääke-riippuvuudet. Helsinki: Duodecim.

Aho, Anna-Liisa – Koivula, Meeri – Kontkanen, Irene – Turunen, Emmi 2013. Opiskelijaa aktivoiva opetus hoitotyön koulutuksessa. Väitöskirja. Verkkoartikkeli. <[https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/94478/opiskelijaa\\_aktivoiva\\_opetus\\_2013.pdf?sequence=1](https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/94478/opiskelijaa_aktivoiva_opetus_2013.pdf?sequence=1)>Luettu 24.1.2015.

Alho, Anu 2010. Toiminnalliset menetelmät osana ahdistuksen kognitiivista psykoterapiaa. Kognitiivisen psykoterapian yhdistys. Kognitiivisen psykoterapian verkkolehti. Verkkoartikkeli. <<http://www.kognitiivinenpsykoterapia.fi/verkkolehti/2010/anu2010.pdf>> Luettu 8.4.2015.

Ehkäisevä päihdetyö ehyt ry. Verkkoartikkeli. <<http://www.taitolaji.fi/vinkkeja-elamantapamuutoksiin/mita-tiedat-alkoholinkaytostasi/kuinka-paljon-on-liian-paljon>> Luettu 8.4.2015.

Fioca. Simulaatio-oppiminen terveydenhuollossa. Helsinki: Otavan Kirjapaino Oy.

Havio, Marjaliisa – Inkinen, Maria – Partanen, Airi 2008. Päihdehoitotyö. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino oy.

Hietaharju, Päivi – Nuutila, Merja 2012. Käytännön mielenterveystyö. Helsinki: Sano-ma Pro oy.

Holmberg Nils 2005. Zen, mindfulness ja vaeltava mieli. Kognitiivisen psykoterapian yhdistys. Kognitiivisen psykoterapian verkkolehti. Verkkoartikkeli. <<http://www.kognitiivinenpsykoterapia.fi/verkkolehti/2005/ktzen.pdf>> Luettu 28.3.2015.

Huttunen, Matti 2014. Ahdistuneisuus. Duodecim. Verkkoartikkeli. <[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00188](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00188)>Luettu 21.9.2015.

Huttunen, Matti 2008. Lääkkeet mielen hoidossa. Alkoholien ongelmakäyttö ja eri psyykkisten häiriöiden lääkehoito. Verkkoartikkeli. <[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=lam00078](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00078)> Luettu 8.4.2015.

Huttunen, Matti 2014. Masennustilat eli depressiot. Duodecim. Verkkoartikkeli. <[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00538](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00538)> Luettu 26.02.2015.

Huttunen, Matti 2015. Unettomuus. Duodecim. Verkkoartikkeli. <[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00534#s1](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00534#s1)> Luettu 8.4.2015.

Huttunen, Matti 2014. Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö. Duodecim. Verkkoartikkeli. <[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00555](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00555)> Luettu 8.4.2015.

Häkkinen, Päivi – Kankaanranta, Marja – Neittaanmäki, Pekka 2004. Digitaalisten pelien maailmoja. Jyväskylä: Koulutuksen tutkimuslaitos.

Hämäläinen, Raija – Mannila, Birgitta – Oksanen, Kimmo 2007. Pelaa ja opi. Verkkoartikkeli. <<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/37477/978-951-39-3191-9.pdf?sequence=1>>Luettu 18.1.2015.

Hätönen, Heli – Kurki, Marjo – Larri, Tuulevi – Vuorilehto, Maria 2014. Uudistuva mielenterveystyö. Helsinki. Edita Prima Oy.

Kangas, Marjaana – Krokfors, Leena – Kopisto, Kaisa 2014. Oppiminen pelissä: pelit, pelillisyyt ja leikillisyyt opetuksessa. Tampere: Vastapaino.

Kanerva, Anne – Kuhanen, Carita – Oittinen, Pirkko – Schubert, Carla – Seuri, Tarja 2013. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kortelainen, Ilmari – Saari, Antti – Väänänen, Mikko 2014. Mindfulness ja tieteeet. Tietoistustaidot ja kehotietoisuus monitieteisen tutkimuksen kohteena. Tampere: Suomen yliopistopaino Oy.

Koski-Jännes, Anja. 2005. Päihdelinkki. Tampereen yliopisto. Verkkoartikkeli. <<http://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/paihteet-ja-mielenterveys/riippuvuus-yksilon-ongelmana>> Luettu 14.9.2015

Kunnamo, Ilkka – Mustajoki, Pertti 2009. Motivoiva potilashaastattelu, vaikuttava terveysneuvonta. Duodecim. Verkkoartikkeli. <[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=seh00147#s2](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00147#s2)> Luettu 7.4.2015.

Litovaara, Anneli 2011. Mielenrauhaa mindfulnessista. Mieli-lehti. Verkkoartikkeli. <[http://www.terhimakiniemi.fi/Mielilehti\\_Mielenrauhaa\\_mindfulnessista.pdf](http://www.terhimakiniemi.fi/Mielilehti_Mielenrauhaa_mindfulnessista.pdf)> Luettu 27.3.2015.

Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea. Verkkoartikkeli. <<http://www.fimea.fi/laaketieto/valmisteyhteenvetot/laakkeet>> Luettu 7.4.2015.

Myllyhoitoyhdistys ry. Verkkoartikkeli. <<http://www.myllyhoito.fi/riippuvuudesta-toipumiseen/paihderiippuvuus>> Luettu 11.9.2015.

Myllyhoitoyhdistys ry. Verkkoartikkeli. <<http://www.myllyhoito.fi/riippuvuudesta-toipumiseen/paihderiippuvuus/88-riippuvuudesta-toipumiseen/paihderiippuvuus/92-paihderiippuvuus-ja-aivot>> Luettu 11.9.2015.

Niemelä, Mika – Suua, Pirkko – Väisänen Leena 2009. Sanat työssä. Vuorovaikutus ammattitaitona. Helsinki: Kirjapaja.

Partinen, Markku 2009. Unesta terveyttä. Duodecim. Verkkoartikkeli. <[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=onn00112](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=onn00112)> Luettu 9.4.2015.

Partonen, Timo 2011. Uniongelmat mielenterveyden häiriöiden riskitekijöinä ja oireena. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti. Verkkoartikkeli.  
<<http://ojs.tsv.fi/index.php/SA/article/download/4490/4232>> Luettu 7.4.2014.

Romakkaniemi, Marjo 2011. Masennus. Tutkimus kuntoutumisen kertomusten rakentumisesta. Väitöskirja. Verkkoartikkeli.  
<[http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/72094/Romakkaniemi\\_Marjo\\_DORIA.pdf](http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/72094/Romakkaniemi_Marjo_DORIA.pdf)> Luettu 26.02.2015.

Rovasalo, Aki 2013. Rauhoittavat lääkkeet (bentsodiatsepiinit) – riippuvuus ja vieroitus. Duodecim. Verkkoartikkeli.  
<[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk01048#s6](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01048#s6)> Luettu 10.4.2015.

Salakari, Hannu 2009. Toiminta ja oppiminen - koulutuksen kehittämisen tulevaisuuden suuntaviivoja ja menetelmiä. Helsinki: Hakapaino Oy.

Salakari, Hannu 2007. Taitojen opetus. Saarijärvi: Saarijärven Offset.

Segal, Zindel – Teasdale, John – Williams, Mark 2014. Mindfulness masennuksen hoidossa. Helsinki: Basam Books Oy.

Silverton, Sarah 2013. Mindfulness. Tietoisien läsnäolon läpimurto. Vallankumouksellinen tapa kohdata kiire, stressi, ahdistus ja masennus. Helsinki: Schildts & Söderströms.

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä 2014. Käypä hoito-suositus. Depressio. Duodecim. Verkkoartikkeli.  
<<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus;jsessionid=C2B9A50CB7D420DE9E6EB2734C4B3A1F?id=hoi50023>> Luettu 26.3.2015.

Tiainen, Auli – Tirri-Ollikainen, Taina 2004. Toistuvan masennuksen ennaltaehkäisy mindfulnessiin pohjautuvalla kognitiivisella psykoterapialla. Kognitiivisen psykoterapian yhdistys. Kognitiivisen psykoterapian verkkolehti. Verkkoartikkeli.  
<<http://kognitiivinenpsykoterapia.fi/verkkolehti/2004/ktmindartikk.pdf>> Luettu 26.3.2015.

Valmisteyhteenveto. Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea. Verkkoartikkeli. <<http://spc.fimea.fi/indox/nam/html/nam/humspc/1/247211.pdf>> Luettu 23.02.2015.

Valmisteyhteenveto. Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea. Verkkoartikkeli. <<http://spc.fimea.fi/indox/nam/html/nam/humspc/5/393695.pdf>> Luettu 23.02.2015.

Valkonen, Jukka 2008. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 77/2007. Psykoterapia, masennus ja sisäinen tarina. Väitöskirja. Verkkoartikkeli.  
<[http://www.kuntoutussaatio.fi/files/163/Psykoterapia\\_masennus\\_ja\\_sisainen\\_tarina.pdf](http://www.kuntoutussaatio.fi/files/163/Psykoterapia_masennus_ja_sisainen_tarina.pdf)> Luettu 27.3.2015.

Liite 1.

### **Potilasskenaario**

Matti Virtanen on 55-vuotias työssäkäyvä mies, mutta nyt hän on ollut sairauslomalla masennuksen takia. Matti on ollut äskettäin ensimmäisessä sairaalahoidossa itsetuhoisen käyttäytymisen vuoksi. Matin vointi saatiin vakaaksi sairaalassa lääkityksen ja intensiivisen hoidon avulla. Matti asuu yhdessä vaimonsa kanssa. Matilla on ollut runsasta alkoholinkäyttöä viime vuosien aikana. Jatkohoitosuunnitelmana sairaalahoidon jälkeen on psykiatrisen sairaanhoitajan tapaamiset psykiatrian poliklinikalla kerran viikossa.

Diagnoosit:

F32-33 Masennustila

F10-19.2 Päihderiippuvuus

Lääkitys:

Sairaalassa Matille on aloitettu lääkityksenä Ciprallex 40 mg x 1 masennuksen hoitoon ja Antabus 800 mg x 1 päihdeettömyyden tueksi. (Lääkealan turvallisuus ja kehittämiskeskus Fimea.)

Nykytila:

Matti on tällä hetkellä sairauslomalla, joka kestää vielä 2 viikkoa. Matin psyykinen vointi on nyt sairaalahoidon johdosta vakaa, mutta ahdistusta ja mielialan laskua on edelleen. Ahdistus on voimakkainta iltaisin ja ahdistus estää Mattia tekemästä mieluisia asioita. Aamuisin vuoteesta ylös nouseminen on vaikeaa väsymyksen vuoksi. Matti on ollut käyttämättä alkoholia sairaalahoidon jälkeen ja on motivoitunut raitistumaan Antabuksen ja psyykkisen tuen avulla.

Matin vaimo käy töissä ja hän tukee Mattia parhaansa mukaan, mutta hänen on välillä vaikea ymmärtää miehensä psyykkistä sairautta.

Toimit sairaanhoitajana psykiatrian poliklinikalla. Tapaat Matin vastaanotolla keskustelun merkeissä. Mielenterveystyössä on vaikea määritellä yhtä ja oikeaa kysymystä tai vastausta. Digitaalisen pelin luonteen vuoksi pelaajalla on mahdollisuus valita vain yksi oikea vaihtoehto. Hoitajan puheenvuorot voivat olla nopeasti tulkittuna toisiaan muistuttavia. Perekdy vaihtoehtoihin huolella ja pohdi tarkasti ennen kuin vastaat.

1. Potilas: ”Hei!”

Hoitaja: ”Hei! Kuinka olet voinut?”

*Tietoisku: Hyvä! Tämä on avoin kysymys. Avoimet kysymykset ovat lähtökohta motivoivalle keskustelulle. Avointen kysymysten tarkoituksena on rohkaista potilasta ajattelemaan asioitaan. (Kunnamo – Mustajoki 2009.)*

”Hei! Oletko voinut hyvin?”

*Tietoisku: Mieti vielä. Tämä on suljettu kysymys. Suljettu kysymys ei johdata potilasta ajattelemaan, koska siihen voi vastata nopeasti kyllä tai ei. (Kunnamo – Mustajoki 2009.)*

”Hei! Oletko voinut huonosti?”

*Tietoisku: Mieti vielä. Tämä on suljettu kysymys. Suljettu kysymys ei johdata potilasta ajattelemaan, koska siihen voi vastata nopeasti kyllä tai ei. (Kunnamo – Mustajoki 2009.)*

”Hei! Minulla on tänään vähän kiire, voidaanko käydä asiat nopeasti läpi?”

*Tietoisku: Väärin. Potilaalle voi tulla tunne, ettei hänen asiansa ole merkityksellisiä eikä häntä haluta kuulla aidosti ajan kanssa. Yhteistyösuhteen aloitukselle on varattava tarpeeksi aikaa. Ensikontakti potilaan kanssa on merkittävä. (Kanerva – Kuhanen – Oittinen – Schubert – Seuri 2013:167.)*

2. Potilas: ”En kovin hyvin.”

Hoitaja: ”Mitä tarkoitat sillä?”

*Tietoisku: Juuri näin! Tehtävänäsi hoitajana on esittää tarkentavia kysymyksiä, koska potilaan voi olla vaikea alkaa kertomaan tunteistaan tai hän ei kykene jäsentelemään niitä. Tarkentavat kysymykset luovat pohjaa luottamuksellisen vuorovaikutussuhteen syntymiselle.*

”Selvä.”

*Tietoisku: Väärin. Kommentti estää kyseessä olevan keskustelunaiheen etenemisen. potilaan tulee saada kokemus kuulluksi tulemisesta ja siitä, että hänestä ollaan aidosti kiinnostuneita. (Kanerva – Kuhanen – Oittinen – Schubert – Seuri 2013:155-156.)*

”Oletko nauttinut alkoholia?”

*Tietoisku: Mieti vielä. Kyseinen kysymys keskustelun ollessa vasta alussa voi tuntua potilaasta hyökkäävältä. Kysymyksellä ohjaat liikaa keskustelun sisältöä, mikä on este dialogisen vuorovaikutuksen toteutumiselle.*



”Minäkään en ole voinut hyvin.”

*Tietoisku: Väärin, epäammattillinen kommentti. Hoitaja ei voi tuoda esiin omia tunteitaan samalla tavalla kuin potilas, vaan hoitajan on oltava ammattillinen. (Kanerva – Kuhanen – Oittinen – Schubert – Seuri 2013: 171.)*

3. Potilas: ”En osaa sanoa.”

Hoitaja: ”Mitkä asiat ovat vaikuttaneet vointiisi?”

*Tietoisku: Juuri näin! Jotta keskustelu etenee tarkoituksenmukaisesti, sinun tulee rohkaista potilasta kertomaan kertomaan tunteistaan ja kokemuksistaan ja esittää tarkentavia kysymyksiä. (Kanerva – Kuhanen – Oittinen – Schubert – Seuri 2013: 168-169.)*

”Ovatko mielenterveysongelmat vaikuttaneet vointiisi?”

*Tietoisku: Mieti vielä. Tämä on suljettu kysymys ja potilaan vastausmahdollisuudet ovat rajalliset. Suljetuilla kysymyksillä et saa monipuolista tietoa, joka on tärkeää hoidon suunnittelun kannalta.*

”Mitä vaimollesi kuuluu?”

*Tietoisku: Väärin. On epäammattillista kysyä asiakkaalta asiaa, joka ei liity potilaaseen tai hänen hoitoonsa. Keskustelujen sisällön tulee muodostua potilaan tarpeiden pohjalta. (Kanerva – Kuhanen – Oittinen – Schubert – Seuri 2013: 158.)*

”Oletko käyttänyt lääkkeitä väärin?”

*Tietoisku: Väärin. Tämän kysymyksen johdosta ilmenee, että olet luonut oman ennakkokäsityksen. Olennaista kuuntelemisessa ja dialogisessa vuorovaikutuksessa on oman ennakkokäsityksen sivuun siirtäminen. (Niemelä – Suua – Väisänen 2009: 20.)*

4. ”Potilas: ”Olen nukkunut huonosti.”

Hoitaja: ”Montako tuntia yössä olet nukkunut?”

*Tietoisku: Hienoa! Tämä on selkeä ja avoin kysymys. Tällä kysymyksellä saat tietoa potilaan nukkumisesta, mikä on tärkeää tietoa potilaan kokonaisvaltaiseen vointiin liittyen. Unettomuudesta kärsivä nukkuu määrällisesti, tunneissa ja minuuteissa tavallista vähemmän. (Partonen 2011: 123.)*

”Ei uni ole niin tärkeää.”

*Tietoisku: Väärin. Uni on tärkeä osa mielenterveyttä ja unihäiriöt esiintyvät usein yhtäaikaaisesti mielenterveyden häiriöiden kanssa. Terveystilan muuttuessa uni häiriintyy herkästi. (Partonen 2011: 123-124.)*

”Oletko syönyt hyvin?”

*Tietoisku: Mieti vielä. Tätä kysyessäsi vaihdat puheenaihetta, eikä potilas koe tulleensa kuulluksi. Kuulluksi tuleminen edellyttää, että hoitaja viestittää ymmärtämistä potilaan kertomaan. Hoitajan tulee ohjata keskustelua tavoitteellisesti. (Kanerva – Kuhanen – Oittinen – Schubert – Seuri 2013: 159.)*

”Oletko aina nukkunut huonosti?”

*Tietoisku: Mieti vielä. Kysymys ei liity nykyhetkeen. Tämän keskustelun lähtökohtana on keskustella asiakkaan viimeaikaisesta voinnista ja siihen vaikuttaneista asioista.*

5. Potilas: ”Olen nukkunut noin 4 tuntia katkonaisesti.”

Hoitaja: ”Mitkä asiat vaikuttavat nukkumiseesi?”

*Tietoisku: Hienoa! Kysymykselläsi ohjaat potilasta löytämään itse asioita, jotka vaikuttavat hänen nukkumiseensa. Tämä on avoin kysymys. Avointen kysymysten tarkoituksena on rohkaista asiakasta ajattelemaan asioitaan. (Kunnamo – Mustajoki 2009.)*

”4 tuntia on ihan tarpeeksi.”

*Tietoisku: Väärin. Riittävän yöunen määrä vaihtelee yksilöllisesti, ja se on noin 6-9 tuntia. Univaikeuksista kärsivä ihminen nukkuu vähemmän kuin hänen unentarpeensa edellyttää, jonka seurauksena syntyy univelkaa. (Huttunen 2015.)*

”Miksi et nuku?”

*Tietoisku: Mieti vielä. Kysymys on yksinkertainen, eikä se ehkä ohjaa potilasta pohtimaan asioitaan tarpeeksi laajasti.*

”Unen katkonaisuus ei haittaa, vain tuntimäärä on tärkeää.”

*Tietoisku: Väärin. 4 tuntia katkonaista unta ei ole tarpeeksi. Univaikeuksista kärsivän ihmisen uni on myös laadultaan normaalia huonompaa. (Partonen 2011: 123.)*

6. Potilas: ”Tunnen itseni ahdistuneeksi iltaisain.”

Hoitaja: ”Mitkä asiat sinua ahdistavat iltaisain?”

*Tietoisku: Juuri näin! Kysymys jäsentää potilaalle hänen omia ajatuksiaan. Kysymyksellä hoitaja viestittää potilaalle aktiivisesta kuuntelemisesta. (Kanerva – Kuhanen – Oittinen – Schubert – Seuri 2013: 160.)*

”Millä keinoin voisit helpottaa unensaantia?”

*Tietoisku: Mieti vielä. Kysymys on hyvä, mutta ohitat potilaan kommentin vaihtaen puheenaihetta.*

”Unenlaatu on syvintä juuri aamuyöllä.”

*Tietoisku: Vuorokaudenajalla ei ole vaikutusta unen syvyyteen, koska univaiheet etenevät järjestyksessä kevyestä unesta syvään uneen. Yöuni jaetaan neljään NREM-unen (non-REM) vaiheeseen; S1, S2, S3, S4 – ja REM-uneen eli nopeiden silmänliikkeiden uneen. (Partinen 2009.)*

”Kuinka nukuit lapsena?”

*Tietoisku: Mieti vielä. Potilaan lapsuuden huomioiminen on psykiatrisessa hoitotyössä tärkeää, mutta se ei ole tämän keskustelunaiheen tarkoitus, koska sillä ei saavuteta tietoa potilaan nykyisestä elämäntilanteesta.*

7. Potilas: "Haluaisin käydä harrastuksissa iltaisin, mutta en pysty ahdistuneisuuden vuoksi."

Hoitaja: "Oletko kokeillut erilaisia ahdistuksenhallintakeinoja?"

*Tietoisku: Hienoa! Erilaiset ahdistuneisuuteen käytettävät rentoutumiskeinot ovat tärkeitä keinoja välttää oireiden mukanaan tuoma sosiaalinen eristäytyminen. (Huttunen 2014.)*

"Kannattaa välttää ahdistusta aiheuttavia harrastuksia."

*Tietoisku: Mieti vielä. Välttämiskäyttäytyminen johtaa pidemmän päälle vain ahdistuneisuuden lisääntymiseen. (Kanerva – Kuhanen – Oittinen – Schubert – Seuri 2013: 221.)*

"Oletko kokeillut meditaatiota?"

*Tietoisku: Mieti vielä. Tämä on suljettu kysymys, johon potilas vastaa herkästi "kyllä" tai "ei", eikä se johda keskustelua eteenpäin.*

"Oletko kokeillut rauhoittavia luontaistuotteita?"

*Tietoisku: Mieti vielä. Luontaistuotteiden tehoa ahdistuksen hoidossa ei ole tieteellisen tutkimuksen avulla osoitettu.*

8. Potilas: "En ole käyttänyt ahdistuksenhallintakeinoja sairaalahoidon jälkeen."

Hoitaja: "Mitä ahdistuksenhallintakeinoja sinulle sairaalassa opetettiin?"

*Tietoisku: "Juuri näin! Potilas on harjoitellut sairaalassa ollessaan ahdistuksenhallintakeinoja, ja voit kysymykselläsi motivoida potilasta muistelemaan kyseisiä keinoja, jotka ovat tulleet potilaalle jo tutuksi.*

"Ei ahdistuksenhallintakeinoista kotioloissa ole hyötyä."

*Tietoisku: Väärin. Ahdistunut potilas hyötyy ahdistuksenhallintaan liittyvien rentoutumistekniikoiden harjoittelusta, ja hoitaja voi ohjata potilasta harjoittelemaan niitä itsenäisesti myös kotioloissa. (Kanerva – Kuhanen – Oittinen – Schubert – Seuri 2013: 223.)*

"Ahdistukseen paras keino on ottaa rauhoittavaa lääkettä."

*Tietoisku: Mieti vielä. Rauhoittavat lääkkeet aiheuttavat riippuvuutta, eikä potilasta tule motivoida niiden käyttöön. Ongelmien käsittelyyn tulee keksiä muita keinoja kuin rauhoittava lääke. (Rovasalo 2013.)*

"Vain ammattilainen voi ohjata ahdistuksenhallinnassa."

*Tietoisku: Mieti vielä. Kommentillasi korostat asiantuntijarooliasi eikä tasavertaisuus toteudu. On muistettava, että hoitajalla on teoreettista tietoa, mutta potilas on oman sairautensa asiantuntija. (Kanerva – Kuhanen – Oittinen – Schubert – Seuri 2013: 153.)*

9. Potilas: ”En muista niitä ollenkaan. Voisimmeko kerrata erilaisia ahdistuksenhallintakeinoja?”

Hoitaja: ”Tottakai, hienoa että olet innostunut käyttämään lääkkeettömiä ahdistuksenhallintakeinoja.”

*Tietoisku: Hyvä! Kannustamalla rohkaiset potilasta ottamaan vastuuta omasta hoidostaan ja kuntoutumisestaan. (Kanerva – Kuhanen – Oittinen – Schubert – Seuri 2013: 161.)*

”Polikliinisellä käynnillä emme ehdi kertaamaan ahdistuksenhallintakeinoja.”

*Tietoisku: Mieti vielä. Kommentillasi tuot esiin kiireen, ja potilas saattaa kokea, ettet ole kiinnostunut auttaa häntä etkä ole tilanteessa läsnä.*

”Kertaa ahdistuksenhallintakeinoja itsenäisesti internetistä.”

*Tietoisku: Mieti vielä. Et ole hoitajana halukas ohjaamaan potilasta hänen kysyessään apua. Ohjaamisen tulee lähteä potilaan tarpeista ja tavoitteista. (Kanerva – Kuhanen – Oittinen – Schubert – Seuri 2013: 161.)*

”Olet sairaalassa opetellut ahdistuksenhallintaa, joten sitä ei kannata harjoitella nyt, että et ahdistuisi enempää.”

*Tietoisku: Mieti vielä. Ahdistuksen hoidossa käytetään altistusta, jolla pyritään korjaavan informaation keräämiseen. Sen tavoitteena on aktivoida pelkoon liittyvä tunnetila, jotta pelkoon liittyviin skeemoihin on mahdollista päästä käsiksi. (Alho 2010: 28.)*

10. Potilas: ”Haluaisin käydä läpi rentoutusharjoituksia.”

Hoitaja: ”Sopiiko, että kertaamme mindfulnessiin pohjautuvia rentoutusharjoituksia tapaamisen lopussa?”

*Tietoisku: Juuri näin! Potilaalle jää tapaamisesta rentoutunut olo, jos mindfulness-harjoituksia kerrataan vasta tapaamisen lopussa. Tutkimukset osoittavat, että mindfulness-harjoitukset vähentävät stressiä ja levottomuutta ja niillä voidaan saada aikaan tärkeitä biologisia vaikutuksia, jotka vaikuttavat ihmisen toipumiskykyyn. (Holmberg 2005: 90-91.)*

”Tiesitkö että lasillinen punaviiniä rentouttaa ja on hyväksi terveydelle?”

*Tietoisku: Väärin. Potilaalla on taustalla alkoholiriippuvuus, jonka vuoksi potilasta ei saa rohkaista nauttimaan alkoholia pienäkään määrää. Potilaalla on käytössään Antabus-lääke, joka voi aiheuttaa vaarallisia yhteisvaikutuksia alkoholin kanssa.*

”Sopiiko, että tulostan sinulle rentoutusharjoitukset internetistä?”

*Tietoisku: Mieti vielä. Potilas haluaisi käydä rentoutusharjoituksia läpi yhdessä, eikä internet-tulosteiden antaminen ole yhdessä tekemistä. Potilaan ja hoitajan yhdessä tekeminen tukee asiakasta selviytymiskeinojen löytymisessä ja antaa potilaalle oppimiskokemuksia. (Kanerva – Kuhanen – Oittinen – Schubert – Seuri 2013: 162.)*

”Voitko odottaa hetken? Käyn pyytämässä toisen potilaan mukaan harjoitukseen.”

*Tietoisku: Väärin. On potilaan yksityisyyttä loukkaavaa käydä pyytämässä toinen, potilaalle tuntematon henkilö mukaan rentoutusharjoitukseen.*

11. Potilas: ”Sopii.”

Hoitaja: ”Miten olet kokenut Ciprallex-lääkkeen vaikuttaneen vointiisi?”

*Tietoisku: Hyvä! Hoitajan tehtäviin kuuluu lääkehoidon vaikuttavuuden seuranta. Eniten saat tietoa, kun annat potilaan itse kuvailla lääkehoidon vaikutuksia.*

”Onko Ciprallex-lääkkeestä ollut sinulle hyötyä?”

*Tietoisku: Mietipä vielä. Kyseessä on suljettu kysymys, johon voi vastata kyllä tai ei. Suljetun kysymyksen esittäminen ei johda keskustelua eteenpäin.*

”Minä olen kokenut mindfulnessin hyödylliseksi.”

*Tietoisku: Mietipä vielä. Hoitaja kääntää keskustelun omaan kokemukseensa, jolloin potilas voi kokea, ettei hänen kokemuksellaan ole merkitystä.*

”Voitko odottaa hetken? Soitan yhden tärkeän puhelun.”

*Tietoisku: Väärin. On epäammattillista, että hoitaja toimittaa omia asioitaan kesken keskustelun, jolloin pitäisi keskittyä potilaaseen. On tärkeää, että potilas kokee tulevansa kuulluksi ja että hoitaja on aidosti kiinnostunut hänen asioistaan.*

12. Potilas: ”Tuntuu, että lääke ei ole auttanut minua.”

Hoitaja: ”Oletko käyttänyt Ciprallex-lääkettä lääkärin ohjeen mukaan?”

*Tietoisku: Hyvä! Esitit tarkasti suunnatun kysymyksen, jolla saat heti selville erittäin oleellisen asian lääkehoitoon liittyen.*

”Tätä lääkettä voi ottaa kaksinkertaisen annoksen, jos masennusoireet ovat voimakkaita.”

*Tietoisku: Väärin. Hoitajalla ei ole oikeutta muuttaa lääkemääräystä. Lääkemutokset tekee aina lääkäri.*

”Oletko käyttänyt Ciprallex-lääkettä joka päivä?”

*Tietoisku: Mietipä vielä. Kysymys on suljettu ja epätarkka kysymys, eikä anna selkeätä vastausta lääkehoidon toteutumisesta.*

”Voi olla että sinä et hyödy lääkkeestä, jos lääke ei heti helpota masennusoireitasi.”

*Tietoisku: Mietipä vielä. Masennusoireet lievittyvät yleensä 2–4 viikon kuluessa lääkityksen aloituksesta. Oireiden helpotuttua hoitoa tulee jatkaa vielä vähintään kuusi kuukautta hoitotuloksen varmistamiseksi. (Fimea. 2014).*

13. Potilas: ”Olen käyttänyt lääkettä lääkärin ohjeen mukaan.”

Hoitaja: ”Lääkityksestä on hyvä puhua lääkärin tapaamisessa.”

*Tietoisku: Hyvä! Lääkehoidosta vastaa aina lääkäri. On tärkeää tunnistaa oman ammatillisuuden rajat ja ohjata potilasta kääntymään lääkärin puoleen lääkehoitoon liittyvissä asioissa.*

”Hyvä. Haluaisitko kuitenkin kokeilla vahvempaa lääkettä?”

*Tietoisku: Väärin. Lääkkeillä on aina haittavaikutuksia, joten mitä pienemmällä annoksella potilas pärjää sen parempi. Masennukseen hoidossa on hyvä käyttää myös lääkkeettömiä hoitomuotoja.*

”Voit lopettaa lääkkeen käytön, jos se sinusta tuntuu hyvältä vaihtoehdolta.”

*Tietoisku: Mietipä vielä. Oireiden välttämiseksi Cipralexin käyttö tulisi lopettaa pienentämällä annosta vähitellen vähintään viikon tai kahden ajan. (Fimea. 2014).*

”Cipralex-lääke aiheuttaa riippuvuutta, joten sitä ei kannata syödä jatkuvasti.”

*Tietoisku: Väärin. Cipralex ei aiheuta fysiologista riippuvuutta.*

14. Potilas: ”Sopii.”

Hoitaja: ”Mikä on ollut suhtautumisesi alkoholiin sairaalasta kotiutumisen jälkeen?”

*Tietoisku: Hyvä! Alkoholin liikkakäyttö ja masennus liisäävät toistensa riskiä. Alkoholin käytön puheeksi otto on siis oleellinen kysymys.*

”Mikä on ollut suhtautumisesi alkoholiin nuorena?”

*Tietoisku: Mietipä vielä. Nuoruuden aikainen alkoholin käyttö ei liity potilaan tämänhetkiseen tilanteeseen. Oleellista on keskittyä nykyhetkeen ja tulevaisuuteen.*

”Eiköhän siinä ollut kaikki tällä kertaa. Tavataan ensi viikolla, vai mitä?”

*Tietoisku: Mietipä vielä. Masentuneen potilaan voi olla vaikea saada sanotuksi mieltä painavia asioita. Sen vuoksi hoitajan olisi aina hyvä kysyä potilaalta onko hänellä vielä jotain josta hän haluaisi puhua ennen tapaamisen lopettamista.*

”Arvioni mukaan voitisi on niin vakaa, ettei meidän tarvitse enää tavata.”

*Tietoisku: Väärin. Hoitosuhdetta ei ikinä tulisi lopettaa yllättäen, varsinkaan hoitajan taholta. Potilaan tilanteen parantuessa voidaan hoitokontakteja harventaa ja katsoa sitten tarvitseeko potilas vielä tukea. Oleellista on myös kysyä potilaan oma näkemys hoitajan tapaamisen tarpeellisuudesta.*

15. Potilas: Minun on tehnyt mieli juoda ja olen harkinnut jättää Antabuksen ottamatta joinakin päivinä.

Hoitaja: ”Päihteettömään elämään sitoutuminen on pitkä prosessi, mutta Antabuksen käyttöä ei kannata lopettaa vaikka tekisikin mieli nauttia alkoholia.”

*Tietoisku: Hyvä! Hoitajan tehtävä on motivoida potilasta lääkehoidon jatkamiseen, jos siihen on olemassa hoidollinen perustelu.*

”Antabuksen voi jättää silloin tällöin ottamatta jos haluaa nauttia alkoholia.”

*Tietoisku: Mietipä vielä. Jos potilaalla on ollut ongelmia alkoholin käytön kanssa, hoitajan tehtävä on motivoida potilasta raittiuteen. Potilas voi saada antabusreaktion, vaikka jättäisi yhtenä päivänä lääkkeen ottamatta, sillä lääkeaine poistuu hitaasti elimistöstä.*

”Antabusta ja alkoholia voi käyttää yhtä aikaa, siitä saattaa vain tulla pahempi krapula.”

*Tietoisku: Väärin. Antabus vaikuttaa jopa 2 viikkoa hoidon lopettamisen jälkeen. Antabusreaktion oireita ovat verenpaineen lasku, punoitus kasvoilla, vartalolla ja raajoissa, pahoinvointi, hikoilu sekä tihentynyt tai hidastunut syke. Pahimmassa tapauksessa voi kehittyä normovoleeminen sokki tai ruokatorven vaurioita oksentelun takia. (Fimea. 2014).*

”Olet retkahtanut useasti elämäsi aikana. Jos nyt retkahtat, on toivosi menetetty.”

*Tietoisku: Väärin. Hoitajan tehtävä on luoda potilaalle toivoa toipumisesta.*

16. Potilas: ”Alkoholi auttaa minua rentoutumaan ja helpottaa ahdistusta.”

Hoitaja: ”Alkoholi voi helpottaa ahdistusta hetkellisesti, mutta pidemmällä aikavälillä se lisää ahdistusta ja masentuneisuutta.”

*Tietoisku: Hyvä! Alkoholin jatkuva liikakäyttö aiheuttaa masentuneisuutta, ahdistuneisuutta, paniikkioireita ja unettomuutta. (Huttunen 2008).*

”Alkoholi helpottaa ahdistusta, mutta sillä on myös haittavaikutuksia.”

*Tietoisku: Mietipä vielä. Alkoholin nauttiminen voi helpottaa ahdistuneisuutta hetkellisesti, mutta pitkällä aikavälillä nautittuna alkoholi johtaa yleensä ahdistuneisuusoireiden pahenemiseen ja muihin haittavaikutuksiin.*

”Suuri osa suomalaisista käyttää alkoholia rentoutumiseen.”

*Tietoisku: Mietipä vielä. Pieni määrä alkoholia voi auttaa rentoutumaan, mutta alkoholinkäyttöön liittyvät riskit kohoavat annosmäärien ja juomistiheyden lisääntyessä. Alkoholinkäyttöä ei voi suositella terveyden edistämiseen.*

*(Ehkäisevä päihdetyö ehyt ry).*

”Jos mikään muu ei auta ahdistukseen, voit nauttia hieman alkoholia.”

*Tietoisku: Väärin. Hoitajan tulee ohjata potilasta tukeutumaan erilaisiin ahdistuksenhallintakeinoihin alkoholin sijaan, koska pidemmällä aikavälillä alkoholin nauttiminen lisää ahdistuneisuutta ja masentuneisuutta.*

17. Potilas: ”Joskus koen itseni erittäin ahdistuneeksi.”

Hoitaja: ”Esiintyykö sinulla silloin itsetuhoisia ajatuksia?”

*Tietoisku: Hyvä! Itsetuhoiset ajatukset liittyvät monella masentuneella sairaudenkuvaan ja ne on tärkeää ottaa puheeksi.*

”Ahdistuneisuus kuuluu masennuksen sairaudenkuvaan, eikä siitä kannata puhua.”

*Tietoisku: Mietipä vielä. On totta, että ahdistuneisuus liittyy masennukseen, mutta puhuminen monesti lievittää ahdistuneisuutta. Puhumalla ahdistuneisuudesta siihen voi saada apua ja potilaan on helpompi puhumisen kautta jäsentää ajatuksiaan ja tunteitaan.*

”Tiesitkö, että jokaiselle tulee elämässään ahdistavia ajatuksia?”

*Tietoisku: Mietipä vielä. Kaikilla on varmasti elämänsä aikana ahdistavia ajatuksia, mutta se tieto ei liity potilaaseen millään tavalla. Oleellista on keskittyä potilaaseen yksilönä ja hänen tuntemuksiinsa ainutlaatuisina.*

”Lioitteletko ahdistuneisuuttasi?”

*Tietoisku: Mietipä vielä. Jos asiakas liioittelee ahdistuneisuuttaan, se kertoo hänen psyykkisestä tilastaan. Joskus potilas voi hakea huomiota hoitajalta liioittelemalla ikäviä tuntemuksiaan. Tällöin asiakasta tuetaan esimerkiksi ongelmanratkaisukyvyyn kehittämässä, ja hänen itsetuntoaan ja pystyvyyden tunnetta pyritään vahvistamaan.*

18. Potilas: ”Ei esiinny, mutta toivoisin että vaimoni ottaisi sairauteni tosissaan.”

Hoitaja: ”Miksi koet että vaimosi ei ota sairauttasi tosissaan?”

*Tietoisku: Hyvä! Esitit avoimen kysymyksen. Avointen kysymysten avulla asiakas saa mahdollisuuden kuvailla omaa näkemystään kyseisestä aiheesta ja keskustelua helppo viedä eteenpäin.*

”Tekeekö vaimosi pitkiä työpäiviä?”

*Tietoisku: Mietipä vielä. Hoitaja sivuuttaa puheenaihetta, josta potilas haluaisi keskustella. On tärkeää tarttua niihin asioihin, joita potilas tuo esille.*

”Joskus huomion saaminen vaatii itsetuhoisia tekoja.”

*Tietoisku: Väärin! Ei ikinä pidä rohkaista asiakasta hakemaan huomiota itsetuhoisin keinoin.*

”Onko vaimollasi mielenterveysongelmia?”

*Tietoisku: Mietipä vielä. Kysymys ei liity tämänhetkiseen keskusteluun potilaan kanssa. Hoitajan esittämät kysymykset tulee olla hoidollisesti perusteltuja.*

19. Potilas: ”Vaimoni pitää minua laiskana, kun en pysty hoitamaan arkisia asioita.”

Hoitaja: ”Oletko ajatellut, että vaimollasi on varmasti raskasta kun sinä et ole terve?”

*Tietoisku: Mietipä vielä. Hoitaja ei saa syyllistää potilasta ja luoda tälle paineita läheisten jaksamisesta. Potilaalla on täysi työ keskittyä omaan jaksamiseen ja voinnin kohentumiseen.*

”Mitä mieltä olet jos pyytäisimme vaimosi seuraavaan tapaamiseen?”

*Tietoisku: Hyvä! Omaiset ovat tärkeä voimavara potilaalle. On tärkeää ottaa heidät hoitoon mukaan. Psykoedukaatio, eli tiedon anto sairauteen liittyvistä asioista on keskeinen hoitajan tehtävä.*

”Sinun kannattaa vain ottaa itseäsi niskasta kiinni ja yrittää osallistua kodinhoitoon.”

*Tietoisku: Väärin. Masennus on sairaus, jossa toipuminen tapahtuu pikkuhiljaa. Ei pidä vaatia potilaalta liikoja, vaan lisätä aktiivisuutta pikkuhiljaa.*

”Sopiiko että ensi kerralla keskustelisoin voinnistasi kahdestaan vaimosi kanssa?”



*Tietoisku: Mietipä vielä. Ei ole eettisesti oikein sulkea potilasta pois omaa hoitoaan koskevasta keskustelusta. Potilaalle voi tulla tunne, että hänestä puhutaan selän takana, eikä hänen mielipiteillään ole merkitystä.*

20. Potilas: ”En tiedä onko se hyvä idea, koska vaimoni ei kuitenkaan ymmärrä sairauttani.”

Hoitaja: ”Olisi tärkeää, että vaimosi saisi tietoa sairaudestasi.”

*Tietoisku: Hyvä! Puoliso on potilaan voimavara toipumisessa ja on tärkeää, että omaiset saavat luotettavaa tietoa sairaudesta ja siitä toipumisesta.*

”Olet oikeassa. Sinä tunnet vaimosi parhaiten.”

*Tietoisku: Mietipä vielä. Jos hoitajalla on näkemykselleen potilaan tilannetta edistävä näkökulma, niin se tulee perustella potilaalle. Ei siis kannata luopua ajatuksestaan perustelematta sitä. Näin potilaskin voi miettiä tilanteen hyvät ja huonot puolet.*

”Haluaisin, että vaimosi tulisi tapaamiseen.”

*Tietoisku: Mietipä vielä. Hoitoa tulee aina miettiä potilaslähtöisesti, ei siitä näkökulmasta mitä hoitaja haluaa. Hoitajan toiminta tulee olla aina perusteltua.*

”Onko vaimosi käynyt koskaan masennusta sairastavien omaisten vertaistukiryhmässä?”

*Tietoisku: Väärin. Tässä tilanteessa oleellista on keskittyä potilaan omaan jaksamiseen. Suositeltavaa on ottaa omainen mukaan potilaan hoitoon, joka vahvistaa heidän yhteyttään.*

21. Potilas: ”Selvä. Harkitsen asiaa.”

Hoitaja: ”Onko vielä asioita, joista haluat puhua, vai voimmeko siirtyä mindfulness-harjoituksiin?”

*Tietoisku: Hyvä! Tapaamisen loppupuolella on hyvä kysyä potilaalta onko vielä asioita, joista hän haluaa keskustella. Se vahvistaa potilaan tunnetta siitä, että hoitaja on kiinnostunut hänen asioistaan.*

”Ilmoitatko minulle mahdollisimman pian pääseekö vaimosi tapaamiseen?”

*Tietoisku: Mietipä vielä. Läheisen kutsuminen mukaan tapaamiseen voi olla merkittävä asia potilaalle. Potilaan tulee saada pohtia asiaa kaikessa rauhassa.*

”Nyt voimme siirtyä mindfulness-harjoituksiin.”

*Tietoisku: Mietipä vielä. Toiminta ei ole potilaslähtöistä, jos hoitaja siirtyy aiheesta toiseen.*

”Voisimmeko sittenkin käydä mindfulness-harjoituksia läpi ensi kerralla?”

*Tietoisku: Väärin. Hoitajan tulee seistä sanojensa takana ja pitää lupauksensa potilaalle. Jos hoitaja ei pidä lupaustaan, se heikentää potilaan luottamusta hoitajaan.*

Potilas: ”Ei tule mieleen, siirrytään vain mindfulness-harjoituksiin.”

Kiitos mielenkiinnostasi peliä kohtaan. Psykiatrisessa hoitotyössä vuorovaikutus on keskeinen osa työskentelyä. Toivottavasti pelin pelaaminen motivoi sinua pohtimaan vuorovaikutuksessa esiintyviä ilmiöitä ja sait pelistä eväitä opiskeluusi ja tulevaan ammattiisi hoitoalan ammattilaisena.

