



**LAUREA**  
AMMATTIKORKEAKOULU  
*Yhdessä enemmän*

# Dialektisen käyttäytymisterapiaan (DKT) perustuvan hoitomallin käyttöönotto psykiatrisella akuuttiosastolla työntekijöiden kuvaamana

Hiltunen Kirsi

2016 Laurea

Laurea-ammattikorkeakoulu

## Opinnäytetyö

Kirsi Hiltunen  
SYB2135J  
Opinnäytetyö  
Kesäkuu, 2016

Kirsi Hiltunen

**Dialektiseen käyttäytymisterapiaan (DKT) perustuvan hoitomallin käyttöönotto psykiatrisella akuuttiosastolla työntekijän kuvaamana**

Vuosi 2016 Sivumäärä 108

---

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata työntekijöiden kokemuksia dialektisen käyttäytymisterapian (DKT) perustuvan hoitomallin käyttöönotosta psykiatrisella akuuttiosastolla vuosina 2010 - 2013. Tavoitteena oli selvittää miten uudet toimintamallit vaikuttivat mielialahäiriöpotilaiden hoitoon osastolla, osaston toimivuuteen ja työmenetelmiin arvioiden sitä osaston työntekijöiden kokemusten, asenteiden ja työ hyvinvoinnin näkökulmasta. Tulosten pohjalta on tarkoitus kehittää DKT-hoitomallin käyttöä mielialahäiriöpotilaiden akuutissa psykiatrisessa sairaalahoidossa.

Opinnäytetyön tehtävänä oli selvittää millaisena työntekijät ovat kokeneet DKT-hoitomenetelmien käytön osastohoidossa. Millaisena kyseisen osaston työntekijät kokevat tunne-elämältään epävakaa persoonallisuushäiriöisen potilaan hoitamisen ja miten DKT-hoitomalli on vaikuttanut osaston työntekijöiden työhyvinvointiin? Tämän opinnäytetyön tutkimusympäristönä oli Kellokosken akuuttipsykiatrian mielialahäiriöosaston työntekijät. Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeilla alkukesästä 2014. Kyselylomakkeet sisälsivät strukturoituja sekä avoimia kysymyksiä. Kvantitatiivinen aineisto analysoitiin SPSS ohjelman avulla ja esitettiin opinnäytetyössä frekvenssi- ja prosenttijakaumilla. Laadullisen aineiston tulokset esitettiin kuvailemalla.

Opinnäytetyön tuloksista ilmeni, että työntekijät kokivat eri DKT-hoitomenetelmien käytön tärkeäksi ja niiden käyttö lisäsi vastaajien mielestä potilaan keinoja välttää itsetuhoista käyttäytymistä. Potilaan hoidon toteutuksessa tärkeimmäksi nousi ongelmaratkaisutaitojen lisääminen, DKT perusdialektiikka (hyväksynnän ja muutoksen tasapainottamisen käyttö) ja potilaan tietoisuustaitojen lisääminen. DKT-hoitomallin vaikutukset työ hyvinvointiin vastauksista ilmeni yleisesti tyytyväisyys työolosuhteisiin. Työryhmän tuki ja konsultaatiotiimi nousivat merkittäviksi asioiksi niin epävakaa potilaan kuin DKT-hoidossa työ hyvinvoinnin kannalta. Myös lisäkoulutuksen tarve koettiin tärkeäksi ja yli 70 % vastanneista olisi halukas kouluttautumaan epävakaa potilaan hoitoon enemmän kuin 2 tuntia kuukaudessa.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että DKT-hoitomalli koettiin toimivan osastolla hyvin ja työntekijät olivat pääasiallisesti tyytyväisiä sen tuomiin uusiin työmenetelmiin potilastyössä. Eri DKT menetelmien käyttö suhteessa työntekijöiden työ hyvinvointiin vastauksissa oli hajontaa, mutta DKT-menetelmien käyttö kokonaisuutena lisäsi työssä jaksamista. Konsultaatiotiimin, työnohjauksen ja työryhmän tuen tarve koettiin hoitotyössä osastolla merkittäväksi.

Asiasanat: dialektinen käyttäytymisterapia , DKT, epävakaapersoonallisuushäiriö, työhyvinvointi, työtyytyväisyys

Kirsi Hiltunen

**Introduction of treatment method based on dialectical behavioral therapy at psychiatric acute ward described by employees**

Year	2016	Pages	108
------	------	-------	-----

---

The aim of this thesis is to describe employees' experiences of the introduction of the dialectical behavioral therapy (DBT) treatment model in a psychiatric acute ward between the years 2010-2013. The aim was to find out how the new practices influenced the treatment of mood disorder patients' care in the ward, the functionality of the ward and working methods by estimating it from the perspective of the ward's employees' experiences, attitudes and wellbeing. Based on the results the purpose is to develop the use of the DBT model of treatment in mood disorder patients' acute psychiatric nursing.

The task of this thesis was to find out how employees have experienced the use of the DBT treatment methods in patient care. How do the employees of this particular ward feel about the care of emotionally unstable personality disorder patients and how has the DBT treatment model influenced the wellbeing of the ward's employees. The research environment of this thesis was the employees of the Kellokoski hospital acute psychiatric mood disorder department. Research material was collected with questionnaires in the early summer of 2014. Questionnaires included structured and open questions. The quantitative data were analyzed using the SPSS program and presented in the thesis by frequency and percentage distributions. The results of the qualitative material was presented by describing.

The research showed that employees considered the use of different kinds of DBT treatment methods important and the respondents felt that their use increased the patient's ways of avoiding self-destructive behavior. In the implementation of patient care, increasing problem-solving skills, basic dialectic of DBT (acceptance and use of balancing change) and increasing patient awareness skills stood out as the most important factors. The responses related to the effects of the DBT treatment model on occupational well-being revealed a general satisfaction with working conditions. The working group's support and the consultation team were significant with an unstable patient as well as in DBT treatment in terms of wellbeing. The need for additional training was also considered important, and more than 70% of the respondents would be willing to educate themselves in the treatment of unstable patients more than 2 hours per month.

In conclusion, the DBT treatment model was felt to be functioning well in the ward and the employees were mainly satisfied with the new working methods it has created in patient care. Responses varied regarding the use of different DBT methods in relation to employees' well-being, but the use of DBT methods as a whole increased working capacity. The need of support with consultation team, supervision and the working group was considered significant in nursing in the ward.

Keywords: dialectical behavioral therapy, DBT, borderline personality disorder, job wellbeing, job satisfaction

## Sisällys

1. JOHDANTO .....	6
2. TEOREETTINEN VIIITEKEHYS .....	7
2.1 Dialektinen käyttäytymisteoria .....	7
2.2 Epävakaata persoonallisuushäiriötä .....	12
2.4 Työhyvinvointi .....	15
3. Tutkimusympäristö .....	21
4. TUTKIMUSONGELMAT/ TUTKIMUSTEHTÄVÄ .....	22
5. TUTKIMUSMENETELMÄT .....	23
5.1 Lähestymistapa .....	23
5.2 Aineiston keruu .....	24
5.3 Aineiston analyysi .....	25
7. TULOKSET .....	25
7.1. DKT-koulutus ja työnohjaus .....	25
7.3. Potilaan hoidon suunnittelu ja hoitoon sitoutuminen .....	28
7.4. Itsetuhoisuus .....	29
7.5 Potilaan hoidon toteutus ja hoitoaika osastolla .....	31
7.6. Osaston työhyvinvointi .....	32
7.7 Dialektista hoitomallia koskevat avoimet kysymykset .....	33
7.8 Epävakaata potilaan hoidon koulutus ja hoitoon liittyvät olettamukset .....	35
7.9 Epävakaata potilaan hoitoon liittyvät avoimet kysymykset .....	35
7.10 Epävakaata potilaan hoitoon liittyvät mielikuvat ja käsitykset .....	37
7.10 Epävakaata potilaan hoitoon hoidossa käytettävät menetelmät .....	40
7.11 Epävakaan potilaan hoidossa tukevat toiminnot .....	41
7.12 Epävakaan potilaan hoidossa tärkeiksi koetut ja hoidossa vaikeana toteuttaa koetut asiat .....	42
7.13 Epävakaan potilaan hoitokäytännöt akuuttiosastolla .....	44
7.14 Työntekijän tuki epävakaan potilaan hoidossa .....	45
7.15 Epävakaata potilaisiin liittyvät negatiiviset uskomukset .....	46
7.16 Epävakaata potilaiden hoidon kehittäminen .....	46
7.17 Henkilöstön työtyytyväisyys ja työhyvinvointi .....	47
8. JOHTOPÄÄTÖKSET .....	49
9. TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS .....	57
LÄHTEET .....	60
Kuviot .....	65
Taulukot .....	66
Liitteet .....	67

## 1. JOHDANTO

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (Hus), Hyvinkään sairaanhoitoalueen Kellokosken sairaalassa toimi vuoden 2013 lokakuuhun saakka akuutti psykiatrinen mielialahäiriö osasto. Hoidettavat potilaat olivat pääasiallisesti masennus- ja kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavia yleensä masennusvaiheessa olevia potilaita, joilla myös erilaisia persoonallisuus häiriöitä. Käypähoito suositusten 2015 mukaan tunne-elämältään epävakaa persoonallisuushäiriön esiintyvyys on tavanomaista suurempaa henkilöillä jotka kärsivät kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä. Tunne-elämältään epävakaa persoonallisuushäiriöisillä potilailla esiintyy 25 - 40 %:lla avohoidossa ja 85 %:lla sairaalahoidossa ahdistuneisuushäiriötä ja masennusoireyhtymät ovat yleisiä. Yli puolella tunne-elämältään epävakaa persoonallisuushäiriöisistä kärsivistä päihdehäiriö jossain elämän vaiheessa. Erityisesti tunne-elämältään epävakaa persoonallisuushäiriöisistä kärsivillä naisilla ovat syömishäiriöt yleisiä. Melkein 10 % tunne-elämältään epävakaa persoonallisuushäiriöistä kärsivillä täyttyy jonkun psykoottisen häiriön kriteerit elinaikanaan (käypähoito 2015).

HUS:n Kellokosken sairaalassa akuutilla mielialahäiriö osastolla otettiin käyttöön dialektinen käyttäytymisterapia (DKT) osastohoitomalli asteittain vuonna 2010 - 2013. Dialektinen käyttäytymisterapia on Marsha Linehanin kehittämä hoito-ohjelma alkuaan itsetuhoisten tunne-elämältään epävakaiden potilaiden hoitoon. DKT-hoitomenetelmien käytöstä on saatu hyviä tuloksia mm. (Linehan & kumpp. 1991, 1999, Koons C.R. & kumpp. 2001). DKT-hoitomenetelmien on todettu vähentävän mm. itsetuhoista käyttäytymistä (Koons et al, 2001), masentuneisuutta (Lynch, Morse, Mendelson & Robinson.2003), toivottomuutta ja vihan kokemista (Koons et al, 2001) ja syömishäiriötä (Safer DL., Robinson AH, Jo B. 2010, Telch CF, Agras WS, Linehan MM. 2001, Meskanen 2014). Erilaisia dialektisen käyttäytymisterapian sovellutuksia on ilmestynyt mm. erilaisille persoonallisuushäiriöille (Marra, 2005), ahdistus- ja masennusongelmista kärsiville (Marra, 2004) sekä parisuhdeongelmiin (Fruzzetti, 2006) sekä perheille (Fruzzetti, Santisteban & Hoffman 2007). Tutkimuksia on tehty tämän lisäksi soveltamisesta dialektisen käyttäytymisterapiaa erilaisissa ympäristöissä mm. osastohoidossa (Swenson et. al. 2001). Suomessa dialektista käyttäytymisterapiaa on kehitetty Järvenpään sosiaalisairaalassa. Vuodesta 2006 DKT hoito-ohjelma on toiminut HUS Jorvin psykiatrisessa yksikössä. Sieltä saatujen kokemusten pohjalta DKT soveltuu julkisen sektorin psykiatrisen avohoidon vaikeasti oireileviin tunne-elämältään epävakaa persoonallisuuden hoitomenetelmäksi (Kovisto, Stenberg, Nikkilä & Karlsson, 2009, 94).

Olin työssä tällä osastolla vuodesta 2009 ja toteuttamassa DKT-osastohoitomallin kehittämistä 2010 lähtien. Työssäni mielialahäiriöosastolla koin välillä keinottomuutta varsinkin tunne-elämältään epävakaiden potilaiden hoidossa. DKT hoitomalli antoi uudenlaisia toimintatapoja mielialahäiriöistä kärsivien potilaiden hoitoon. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvit-

tää miten uudet toimintatavat vaikuttivat mielialahäiriöpotilaiden hoitoon osastolla ja vaikuttiko DKT-hoitomalli osaston toimivuuteen tai työmenetelmiin työntekijöiden näkökulmasta. Opinnäytetyössä tarkastellaan myös työntekijöiden kokemuksia ja asenteita tunne-elämältään epävakaita potilaita kohtaan sekä työ hyvinvointia DKT-hoito-ohjelman myötä. Potilaat joilla epävakaa persoonallisuushäiriö on kuvattu hankalana hoitaa (Markham, 2003, Woollaston, Hixenbaugh, 2008) ja sairaanhoitajat ovat kokeneet hoidon toteutuksen parantamiseen liittyvän lisäkoulutuksen tarpeelliseksi (Woollaston, Hixenbaugh, 2008; Cleary, Siegfried, Walter, 2002). Mielialahäiriöihin keskittyneellä osastolla esiintyy paljon suisidaalisia potilaita jotka lisäävät työuupumuksen riskiä (Melchior, Bours, Schmitz & Wittich, 1997). Arvioidessa työ hyvinvointia saa kuvan työntekijöiden kokonaistilanteesta ja työtyytyväisyydestä osastolla DKT-hoitomallin myötä. Työntekijänäkökulmasta osasto joka toimii uudella hoitomallilla olisi täten kannattavin jos työtyytyväisyys olisi korkea hoitomallin mukanaan tuomiin työtapoihin ja sen luomaan työympäristöön.

Opinnäytetyön tavoitteena oli tutkia DKT-hoitomallin toimivuutta psykiatrisen sairaalan akuutti osastohoidossa työntekijöiden näkökulmasta arvioiden sitä osaston työntekijöiden kokemusten, asenteiden ja työ hyvinvoinnin kautta. Tulosten pohjalta on tarkoitus kehittää DKT-hoitomallin käyttöä mielialahäiriöpotilaiden akuutissa psykiatrisessa sairaalahoidossa.

## 2. TEOREETTINEN VIITEKEHYS

### 2.1 Dialektinen käyttäytymisteoria

Dialektinen käyttäytymisterapia eli DKT on psykologian professori Marsha Linehanin työryhmiin kehittämä hoitomalli kroonisesti itsetuhoisten ja epävakaa persoonallisuushäiriöisten henkilöiden hoitoon (Linehan 1993, Koivisto, Stenberg, Nikkilä & Karlsson, 2009, 80). DKT-hoitomallissa on yhdistetty erilaisia terapeuttisia menetelmiä tavoitteena lisätä sekä hyväksymistä että muutoksen aikaansaamista (Häkkinen 2011; Linehan 1993). Siitä on kehittynyt moniulotteinen, haastavien, vaikeahoitoisten, useamman diagnoosin omaavien, kroonisesti itsetuhoisten asiakkaiden hoitomalli (Koerner & Linehan 2000, 151-67, Linehan 1993). DKT:n ja sen sovellusten vaikuttavuudesta on lukuisia satunnaistettuja, kontrolloituja tutkimuksia ja sitä pidetään vahvasti näyttöön perustuvana hoitona. Dialektinen käyttäytymisterapia pohjautuu toisaalta käyttäytymisterapian periaatteisiin ja menetelmiin, toisaalta Zen-Budhalaisesta perinteestä lähtevään mindfulnessin harjoittamiseen. Näin dialektisessa käyttäytymisterapiassa on samaan aikaan mukana vahva muutostyöskentely ja hyväksynnän edistäminen. Dialektinen filosofia toimii näitä näennäisen vastakkaisia työskentelytapoja yhdistävänä ja tasapainottavana taustateorianana. Hyväksynnän ja muutoksen tasapainoilu tapahtuu läpi koko terapian. Dialektisessa käyttäytymisterapiassa tunne-elämän epävakauden syntyä ymmärretään

ns. biososiaalisen teorian avulla. Sen mukaan tunne-elämältään epävakaa persoonallisuushäiriö on pohjimmiltaan laaja-alainen tunteiden säätelyhäiriö, joka on kehittynyt biologisen tunnehaavoittuvuuden ja invalidoivan eli mitätöivän kasvuympäristön välisessä vuorovaikutuksessa (Robins, Ivanoff & Linehan. 2001, 437-459). Synnyntäisessä haavoittuvuudessa kyse on luontaisesta emotionaalisesta yliherkkyydestä, joka voi olla osaltaan biologisesti määräytyntä kuten temperamentti, haavoittuvuus ja tunteiden moduloinnin vaikeudet. Invalidoivassa, mitätöivässä ympäristössä on henkilökohtaisia kokemuksia ja ulkoista käyttäytymistä toistuvasti pidetään tapahtumiin nähden vääränä reaktiona, jota mitätöidään, jätetään huomioita tai jopa rangaistaan (Robins & kumpp. 2001, 437-459). Ns. transaktionaalissa mallissa ymmärretään vaikutusten olevan jatkuvia ja molemminpuolisia. Transaktionaalissa mallissa joka on biososiaalisen teorian yksityiskohtaisempi kuvaus, ymmärretään vaikutusten olevan jatkuvia ja molemminpuolisia. Transaktionaalisesti vaikuttavien tekijöiden ei oleteta olevan tasavahvoja (Koivisto & kumpp. 2009, 80-81). Ihminen joka ilmaisee tunteitaan äärimmäisellä tavalla saa helposti osakseen mitätöintiä. Jatkuva kokemus mitätöidyksi tulemisesta lisää ongelmia tunteiden säätelyssä ja vähentää tunteiden säätelyn taitojen oppimista (Robins & kumpp. 2001, 437-459).

Dialektisessa filosofiassa todellisuuden ymmärretään olevan sekä absoluuttinen että suhteellinen. Sen mukaan ei ole tosiasioita jotka olisivat kiistattomia tai lopullisia vaan asiat nähdään monimuotoisina ja alati kehittyvinä. Hoidossa dialektiikan onkin tarkoitus auttaa mustavalkoisen ja jäykän ajattelumallin muutosta avoimempaan, joustavampaan ja vaihtoehtoja antavaan ajatusmalliin. Dialektiikka auttaa henkilöitä toisaalta hyväksymään tunneherkkyytensä ja toisaalta opettelemaan säätelämään tunteitaan (Koivisto, Stenberg, Nikkilä & Karlsson, 2009).

Linehanin mukaan validointi- ja muutosstrategiat ovat dialektisen käyttäytymisterapian perusta. Validointi tarkoittaa henkilön todesta ottamista ja hänen kokemuksensa oikeaksi vahvistamista (Koivisto, Stenberg, Nikkilä & Karlsson 2009). Validoinnilla on useita toivottuja vaikutuksia; se rauhoittaa, auttaa näkemään asioita sellaisina kuin ne ovat, vahvistaa ihmissuhdetta. Potilaan motivoituminen muutostyöhön voi lisääntyä validoimalla (Holmberg, Kähkönen 2007). Koska validointi koetaan hyvin myönteisenä, se toimii myös käyttäytymisen voimakkaana vahvistajana. Tästä syystä itsetuhoista käyttäytymistä ei koskaan validoida, mikä tarkoittaa esimerkiksi sitä, että potilaan itsetuhoikäyttyymiseen ei reagoida lämpimästi ja huolehtivasti. Toisaalta tekojen taustalla oleviin tunteisiin suhtaudutaan vakavasti ja niitä validoidaan ymmärrettävänä. (Holmberg, Kähkönen 2007). DKT:n muutosstrategioista ovat tärkeimpinä taitoharjoittelu, vahvistussuhteiden käyttö, ketjuanalyysin käyttö, seurausten selvittäminen, edukaatio, rooliharjoitukset, ongelmanratkaisu ja altistus (Koivisto, Stenberg, Nikkilä & Karlsson 2009).



Muutostyöskentelyn perustana ovat toistuvat ketjuanalyysit, joissa tutkitaan yksityiskohtaisesti haitallisia reagointi- ja toimintamalleja. Ketjuanalyysin avulla saadaan ymmärrys ongelmallisen käyttäytymisen funktioista ja kehittymisestä, minkä pohjalta suunnitellaan ja harjoitellaan vaihtoehtoja, toimivaa käyttäytymistä. Käyttäytymistä, joka vie potilasta kohti hänen elämäntavoitteitaan edistetään vaikuttamalla vahvistussuhteisiin, vähentämällä välttämiskäyttäytymistä erilaisilla altistusstrategioilla ja kognitiivisella muokkauksella. Ketjuanalyysissä selvennetään potilaan tunteita, ajatuksia ja käyttäytymistä eri vaiheissa tapahtumaketjua (Holmberg, Kähkönen 2007). Ketjuanalyysin tavoitteena on lisätä potilaan aktiivisuutta ja kyvykkyyttä sekä vähentää potilaan passiivisuutta, avuttomuutta ja voimattomuutta ratkaista ongelmia. Tavoitteena on myös metakognitiivisen kyvyn lisääntyminen. Potilas alkaa ajan kuluessa tunnistaa ja ymmärtää ajatuksiaan ja tunteitaan, omia toimintamallejaan sekä toiminnan ja siitä aiheutuvien seurausten välisiä yhteyksiä (Koivisto 2012).

Dialektisessa käyttäytymisterapiassa mindfulness eli tietoisuustaidot ovat olennainen osa epävakaa persoonallisuushäiriöisten potilaiden hoitoa. DKT:ssä mindfulnessin ymmärretään olevan huomion tietoisesta suuntaamista, tähän hetkeen, tuomitsematta tai arvottamatta. Sitä voidaan kuvata myös hyväksyvänä, tietoisena läsnäolona ja kykynä tarkkailla havaintoon tulevia kokemuksia. Suomessa käytetään usein termiä tietoinen läsnäolo, johon kuuluu tuomitsematon asenne ja sisäisten kokemusten hyväksyminen sellaisenaan (Lehto & Tolmunen 2008). Mindfulness ja tietoisuustaidot toimivat itsetuntemuksen ja validoinnin välineenä ja ovat keino altistua kokemuksille jotka ovat suljettuja mielestä (Holmberg, Kähkönen 2007.)

Tietoisesta läsnäolosta on mahdollista tulla elämäntapa jolloin myös muuttumisesta tulee samalla luonnollinen ja pakoton elämäntapa. Tietoinen läsnäolo on täysin yhtä luonnollinen kuin mikä vain muu tila ja lyömällä se laimin aiheutamme itsellemme tarpeettomia ongelmia. Tietoisesta läsnäolon hyvinä puolina on stressinhallintakyvyn paraneminen, kielteisten reaktioiden väheneminen, yllykkeiden hallitsemisen helpottuminen, mielessä avautuva tila parantaa parempien valintojen tekemistä, vastuun ottaminen tunteista toisten syyttämisen sijaan ja elämän oleminen tyyntä ja keskittyntä. Tietoinen läsnäolo tarkoittaa käytännössä itsensä tarkkailemista hyväksyen, arvostelematta ja syyttämättä. Mikäli ei tarkkaile itseään on mahdollista joutua helposti monenlaisiin vaikeuksiin. Ihmiset jotka ovat unohtaneet tietoisesta läsnäolon ihmettelevät monesti, mitä he tekivät ja miksi. He voivat myös ihmetellä mikseivät pystyneet hallitsemaan itseään. Toimittuaan impulsiivisesti he ovat pahoillaan ja katuivat. Aivojen näkökulmasta tasapainoisuus lisääntyy tarkkailemalla itseään (Chopra & Tanzi 2012, 324-333).

Aivojen kehittyminen on yksilöllistä ja aivot kehittyvät jatkuvasti. Syntyessäsi ihmisellä on sydän ja maksa jotka ovat samat elimet silloinkin kun kuolee. Aivoihin ei päde sama. Ne pysty-

vät koko eliniän muuttumaan ja kehittymään. Jos aivoille keksii uusia tehtäviä, samalla kehittyvät uusia taitoja. Ihmiset pystyvät oppimaan erityistaitojakin mikäli harjoittelee sitä kymmenentuhatta tuntia (Chopra & Tanzi 2012, 17). Tietoista läsnäoloa harjoitellessamme aivojen toiminnassa opimme hallitsemaan tietoisuuttamme. Voimme harjoitella myötätunnon tuntemista muita ja itseämme kohtaan sekä hallitsemaan tunteitamme niin, että niistä tulisi riittävän voimakkaita, jotta elämä olisi merkityksestä ja värikästä, mutta että tunteet eivät olisi niin voimakkaita jotta ne aikaan saisivat ongelmia (Nilsonne 2009, 19).

DKT:ssa tietoisien läsnäolon taitoihin eli mindfulness taitoihin kuuluu ns. Viisaan mielen käsite. DKT:n mindfulness-käsitteistössä esitetään kolme keskeistä mielentilaa; järkimieli, tunnemieli ja viisamieli. Järkimieli ymmärretään tosiasioita havainnoivaksi, havaintoja analysoivaksi, ongelmia ratkovaksi, seurauksia puntarivaksi mielen toiminnaksi. Tunnelmieli nähdään tilana, jossa tunteet ohjaavat havaintoja, ajattelua ja toimintaa. Ihmisen käyttäytymisessä tarvitaan molempia mielen toimintoja. Tunnemielen hyötyjä ovat mm. rakastuminen jonka myötä syntyy suhteita, innostuminen ja motivoituminen. Tunne-elämältään epävakaa potilaan ongelmana kuitenkin on, että tunteet ovat kovin usein yksin ohjaksissa. Tällöin toiminta on usein harkitsematonta, impulsiivista ja pitkällä aikavälillä ongelmia tuottavaa (Linehan M. 1993, 2002/NH, MV & MK 2003, 7, Osborne & McComish 2006, 44). Alttiutta tunnemielelle lisää esim. unen puute, nälkä, stressi tai sairaus (Linehan M. 1993, 2002/NH, MV & MK 2003, 7). Viisamieli ymmärretään tilaksi, jossa tunnemieli ja järkimieli toimivat yhdessä ja tasapainossa (Linehan M. 1993, 2002/NH, MV & MK 2003, 7, Osborne & McComish 2006, 45). Viisaus on hiljaista, keskittynyttä ja rauhallista ja syntyy yhdistelemällä erilaisia tapoja tehdä. Viisamieli on intuitiivinen ja sillä on suoraa kokemusta, välitöntä tietämistä ja merkityksen ymmärtämisen tärkeys. Viisaan mielen ratkaisut ovat varmoja, mutta eivät ehdottomia. Ne ovat henkilön perimmäisten arvojen mukaisia. Ne eivät lähtökohtaisesti vahingoita itseä tai muita. Viisaan mielen mukaan toimiminen lisää todennäköisyyttä siihen, että ihminen on jälkepäin tyytyväinen tekemisiinsä. Kaikilla on viisamieli, vaikka eivät vain ole siitä aina tietoisia. (Linehan M. 1993, 2002/NH, MV & MK 2003, 7). Mindfulness taitojen käyttö aktivoi viisasta mieltä (Linehan 1993).

Tietoisien läsnäolon taidot on opetuksellisista syistä DKT:ssa jaettu Mitä- ja Miten taitoihin. Mitä- taitoihin ”Mitä tehdä”, kuuluu havainnointi, kuvailu ja osallistuminen (Linehan M. 1993, 2002/NH, MV & MK 2003, 7, Osborne & McComish 2006, 45). Havainnointi tarkoittaa huomion tietoisista suuntaamista haluttuun kohteeseen ja aistihavaintojen tarkkaa tekemistä, ”aistit avoinna elämistä”. Havainnointiin kuuluu myös omien kokemusten ja ajatusten tarkka huomiointi sellaisina kuin ne ovat. Silloin tunteet ja ajatukset havainnoidaan ”vain” tunteina ja ajatuksina, ei suorina heijastumina ympäristön tapahtumista. Ajatukset ja tunteet eivät selitä välttämättä mitä ympäristössä todella tapahtuu, eivätkä ne heijasta suoraan todellisuutta. Esimerkkinä pelon tunne ei välttämättä kerro siitä että tilanne olisi vaarallinen ja ettei ajatus

”tunnen itseni ei-rakastetuksi merkitse välttämättä sitä kuin ”minua ei rakasteta”. Useat tunne-elämältään epävakaat potilaat sekoittavat keskenään tunnereaktion ja edeltävän tapahtuvan. Ajatukset mielletään usein totena niin, että jos ajattelen näin täytyy asioiden olla näin. Toinen mitä-taito kuvailu tarkoittaa sanojen liittämistä havaintoihin. Kuvailussa ei käytetä tulkintoja tai tuomitsevia leimoja (”Risto on kusipää”) vaan kuvataan havaintoja sellaisina kuin ne ovat (Risto lainasi minulta 50 euroa, lupasi maksaa takaisin viikko sitten, eikä ole maksanut vaikka olen kahdesti pyytänyt. Viimeksi sanoi minun olevan pikkumainen. Olen erittäin pettynyt ja loukkaantunut. Minua suututtaa nähdä Riston naureskelevan kavereidensa kanssa. Minulle tulee tunne, että hän vähättelee minua ja tapahtunutta.”) Kuvailu on yleensä leimaamista työläämpää. Tarkka kuvailu parantaa kuitenkin mahdollisuuksia saada itselle valitointia ja tukea. Mitä taitoihin kuuluu myös kyky osallistua johonkin ilman itsetietoisuutta. Tällöin henkilö kykenee osallistumaan kokonaisvaltaisesti juuri tähän hetkeen erottelematta itseään nykyhetkessä olevasta tapahtumasta ja vuorovaikutuksesta (Linehan M. 1993, 2002/NH, MV & MK 2003, 7).

Miten-taidoissa on kysymys siitä, miten havainnoidaan, kuvaillaan ja osallistutaan. Miten taitoja on kolme; tuomitsemattomuus, keskittyminen yhteen asiaan kerrallaan ja tehokkuus tekeminen sitä mikä toimii. Tuomitsemattomuus tarkoittaa sitä ettei asioita arvioida hyviksi tai pahoiiksi. Sen sijaan tutkitaan asioiden ja käyttäytymisen seurauksia. Kun potilas tuomitsemisen ja leimaamisen sijaan hyväksyvästi näkee käyttäytymisensä syitä ja seurauksia, hänen on helpompi työskennellä myös muutoksen eteen. Toisen miten taidon tavoitteena on keskittää ajatukset ja tietoisuus meneillään olevan hetken tapahtumaan, niin että huomio ei jakaantuisi useisiin tapahtumiin. Tällöin potilaille opetetaan miten huomion pystyy keskittämään tietoisesta meneillä olevaan tehtävään kerrallaan. Miten taitoon liittyy myös tehokkuus, jossa kiinnitetään erityisesti huomiota luopumiseen oikeassa olemisen taistelusta ja siirtymiseen tekemään niitä asioita, joita kussakin tilanteessa tarvitaan tai jotka pidemmällä aikavälillä vievät kohti omia elämäntavoitteita (Linehan M. 1993, 2002/NH, MV & MK 2003, 7, Osborne & McComish 2006, 45).

DKT:n vuorovaikutustaidoissa opetellaan taitoja jotka auttavat saamaan mitä haluaa (DEARMAN), säilyttämään ihmissuhteita (GIVE) ja säilyttämään itsekunnioituksen (FAST). Taitojen avulla harjoitetaan pyytämistä, mielipiteen ilmaisemista, ihmissuhdeongelmissa selviytymistä ja kieltäytymistä (Linehan 2015). Yksilöt joilla on korkea emotionaalinen herkkyys ja tai intensiteetti tai usein tapahtuvaa ahdingkoa voivat saada apua oppimalla säätelemään tunteitaan. Kuten tehokkaassa vuorovaikutuksessa ja ahdingon sietämisessä, tunteiden säätely edellyttää tietoisien läsnäolotaitojen soveltamista eli tuomitsematonta havainnointia ja kuvailua nykytilan tunnereaktioista. Tunteiden säätely-taitoihin kuuluu mm. tunteiden ymmärtäminen,

tunteiden tunnistaminen ja nimeäminen, tunnehaavoittuvuuden vähentäminen, tunnekärsimyksen vähentäminen mindfulnessin avulla ja ei toivottujen tunteiden muuttaminen toimimalla vastoin kuin tunne yllyttää (ns. opposite action).

Suurin osa mielenterveyden hoidon lähestymistavoista keskittyy ahdistusta aiheuttavien tapahtumien ja olosuhteiden muuttamiseen. Kiinnitetään vain vähän huomiota hyväksymiseen, merkityksen löytämiseen ja ahdingon sietämiseen. DKT korostaa kivun taitavan sietämisen hyötyjä. Ahdingonsietotaidot perustuvat tietoisien läsnäolon taitoihin. Ahdingon sietämisen tavoitteena on DKT:n ahdingonsietotaitojen avulla selviytyä kriisitilanteista pahentamatta asioita ja hyväksymällä elämä niin kuin se on tällä hetkellä (Linehan 2015).

Finucane ja Mercer 2006 ovat tehneet tutkimuksen tietoisuustaitojen käytöstä masentuneiden ja ahdistuneiden potilaiden kanssa. Tässä tutkimuksessa käytettiin sekä kvantitatiivisia (Beck, BDI ja BAI) että kvalitatiivisia mittareita. Tutkimustuloksissa sekä BDI:ssä että BAI:ssa piste-määrissä todettiin huomattava pieneneminen 8 vk intervention jälkeen. Haastatteluissa kävi ilmi että potilaiden kyky kohdata negatiivisia tunteita oli parantunut (Finucane & Mercer 2006).

Erityisesti terapiamaailmassa puhutaan paljon nykyisin mindfulness menetelmistä ja tarjolla on erilaisia mindfulness perusteisia terapiamuotoja kuten stressinpoisto- ja johtamistaidon menetelmiä (Klemola 2013, 15).

## 2.2 Epävakaa persoonallisuushäiriö

Epävakaa persoonallisuus psykiatrisena diagnoosina hyvin tuore. Ensikerran se esiintyi DSM III-tautiluokituksessa vuonna 1980 ja ICD 10-tautiluokituksessa v.1992. Häiriön piirteet oli tunnettu jo paljon aiemmin. Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä on käytössä useita käsitteitä kuten mm. rajatilapersonoallisuus, räjähdyssaltis persoonallisuus, borderline-persoonaallisuus (Koivisto, Stenberg, Nikkilä & Karlsson, 2009, 12). Usein henkilöitä joilla epävakaa persoonallisuushäiriö diagnoosi kuvataan ”vaikeiksi”, (McGrath & Dowling 2012, 1) ”vaarallisiksi”, (McGrath & Dowling 2012, Markham 2003 ja Woollaston 2008), ”hoidolle resistenteiksi”, ”manipuloiviksi”, ”vaativiksi” ja ”huomion hakuiksi” (McGrath & Dowling 2012, 1). Aiemmin käytetty nimitys rajatilapersonoallisuushäiriö on historiallisesti leimaava käsite (Tamminen 2008). Käypähoitosuosituksen (2015) mukaan tässä opinnäytetyössä käytetään termiä tunne-elämäl-tään epävakaa tai epävakaa persoonallisuushäiriö (käypähoito 2015).

Epävakaa persoonallisuushäiriö on toimintakykyä huomattavasti heikentävä vaikea häiriö, jonka esiintyvyys väestössä on n. 0,7 % (käypähoito 2015). Esiintyvyys perusterveydenhuollossa on tutkittu olevan 6 %:n (Skodol, Stout & McGlashan, 1999, käypähoito 2015), psykiatriassa avohoidossa 11% ja psykiatrisessa osastohoidossa 20 % luokkaa (Torgersen, Kringlen &

Cramer, 2001). Käypähoidon (2015) mukaan potilaille tunne-elämän epävakaa persoonallisuushäiriö on voitu todeta psykiatrisessa avohoidossa keskimäärin joka neljännelle. Sairaalassa hoidettujen potilaiden esiintyvyydestä ei ole käytettävissä luotettavaa tietoa (käypähoito 2105). Tunne-elämältään epävakaa persoonallisuushäiriöinen potilas kuormittaa terveydenhuoltojärjestelmää laajasti ja vajaa 60 % voi olla yhteydessä vuoden aikana perusterveydenhuollon palveluihin yleensä somaattisten oireiden ja sairauksien vuoksi (käypähoito 2015). Epävakaan persoonallisuuden keskeisiä oireita ovat tunne-elämän epävakaus, käyttäytymisen säätelyn häiriö sekä alttius ongelmiin vuorovaikutussuhteissa (käypähoito 2015, McGrath & Dowling 2012, 1). Useissa tutkimuksissa on tutkittu hoitajien asennetta tunne-elämältään epävakaa potilaita kohtaan. Näissä tutkimuksissa on ilmennyt hoitajien odotuksina tunne-elämältään epävakaiden potilaiden käyttäytymisen olevan voimakasta ja tuhoisaa. Kirjallisuudessa myös kuvataan tunne-elämältään epävakaiden potilaiden kyvystä ”splitata” (McGrath & Dowling 2012, Woollaston 2008) ja käyttäytyä manipulatiivisesti (Deans & Meocevic 2006, McGrath & Dowling 2012, Woollaston 2008). Lisäksi on raportoitu tunne-elämältään epävakaiden aiheuttavan henkilöstössä negatiivisia tunnereaktioita (Deans & Meocevic 2006, Fraser & Gallop 1993) ja -asenteita (Deans & Meocevic 2006), jännittyneitä ja aggressiivisia tunteita (McGrath & Dowling 2012, 1), neuvottomuutta ja avuttomuutta (Gallop 2002) sekä hoitajien tunne-elämältään epävakaita kohtaan vähemmän empaattisia (Forsyth 2007, Fraser & Gallop 1993). Epävakaat ovat ryhmä potilaita joilla on runsas psykiatrinen ja somaattinen sairastavuus (käypähoito 2015). Gundersonin (2005,32) mukaan arviolta 70%:lla epävakaa persoonallisuushäiriöisistä kärsii jostain muusta psykiatrisesta häiriöstä. Tunne-elämältään epävakaa häiriö- tai itsetuhoiset potilaat leimautuvat usein terveydenhuollossa ja yhteiskunnassa negatiivisesti. Tämä voi johtaa tehottomaan vuorovaikutukseen ja negatiivisiin hoitokokemuksiin yksilölle (Lamph 2011).

Epävakaan persoonallisuuden ydinpiirteenä on tunteiden ja mielialojen säätelyn vaikeus. Vaikeus perustuu synnynnäiseen temperamenttiin. Tunteiden vaihtelu ilmenee voimakkaana muutoksina alakuloiseen tai masentuneeseen, ärtyneeseen, ahdistuneeseen, epätoivoiseen tai vihaiseen mielialaan. (Koivisto, Stenberg, Nikkilä & Karlsson, 2009, 21). Epävakaan persoonallisuuden oirekuvaan kuuluu myös taipumus impulsiiviseen tai aggressiiviseen käyttäytymiseen. (Koivisto, Stenberg, Nikkilä & Karlsson, 2009, 24). Epävakaiden impulsiivisessa käyttäytymisessä on usein itsetuhoisia piirteitä. Epävakaan persoonallisuuden yksi oire on itsetuhokäyttäytyminen (Koivisto, Stenberg, Nikkilä & Karlsson, 2009, 25). Jopa 60-80 % epävakaa persoonallisuushäiriötä sairastavista vahingoittaa vakavasti itseään jossain vaiheessa elämäänsä, (Gunderson 2001.) Tämän vuoksi olisi tärkeää löytää oikeanlainen hoito, sillä noin kymmenesosa potilaista kuolee pääasiassa itsemurhaan ennenaikaisesti (Bateman 2005, Gunderson 2001.)

Zanarin (2003) tekemässä seurantatutkimuksessa tuloksissa kuuden vuoden seurannan jälkeen itsemurhaan päätyi 4 %. Suomessa käypähoito-suositusten (2015) mukaan epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivillä on suurentunut itsemurhariski ja psykiatrisessa hoidossa olleiden kuolleisuus itsemurhaan on n. 0,5 % vuodessa ja itsemurhaan kuolee noin joka kymmenes potilas lopulta (käypähoito 2015). Epävakaassa persoonallisuushäiriössä voi ilmetä myös itsetuhoikäyttäytymistä ilman kuolemanpyrkimystä. (Koivisto, Stenberg, Nikkilä & Karlsson, 2009) Epävakaa persoonallisuudesta kärsivä voi tahallisesti pyrkiä vahingoittamaan itseään lievittääkseen ahdistustaan (käypähoito 2015) Tällaista vahingoittamista on mm. viiltely, lääkkeiden yliannostus, itsensä lyöminen, nälkiinnyttäminen, pään hakkaaminen, itsensä polttaminen tai pureminen (Koivisto, Stenberg, Nikkilä & Karlsson, 2009, 25.)

Ihmissuhteissa useat epävakaasta persoonallisuudesta kärsivät kokevat syvästi hylätyksi tulemisen pelkoa. Epävakaa persoonallisuushäiriöisillä voi ilmetä myös epävakaa minäkuva ja epävakaa kokemus itsestä. Epävakaa persoonallisuushäiriöisellä voi ilmetä dissosiativisia oireita tai lyhytkestoista vainoharhaista ajattelua (Koivisto, Stenberg, Nikkilä & Karlsson, 2009, 26-29).

Käypähoidon 2015 mukainen hoidossa psykoterapeuttiset menetelmät ovat olennainen osa hoitoa. Potilaiden vuorovaikutussuhteiden ongelmat voivat luoda virheellisiä mielikuvia että hoito olisi tehotonta ja sen ennuste huono. Hoidon alkaessa tulisi tehdä laaja-alainen riskiarvio, määritellä kriisien hallinnan vaihtoehdot, sovittava potilaan kanssa hoidon yksityiskohdista yhteistyössä ja vältettävä potilaaseen kaikkea häpeäleimaa lisäävää ja potilasta tuomitsevaa viestintää. Tunne-elämältään epävakaa persoonallisuus potilaan sairaalahoitoa kartoittaessa tulisi huomioida ettei ympärivuorokautisen sairaalahoidon tuloksista ole kattavaa ja luotettavaa tutkimusnäyttöä. Jos epävakaa persoonallisuushäiriöisen potilaan itsemurhayritykseen liittyy krooniseen itsetuhoisuuteen kuin vähemmän määrätietoiseen itsemurhayritykseen niin psykiatrisesta sairaalahoidosta voi olla potilaalle enemmän haittaa kuin hyötyä. Jos potilaan kohdalla päädytään sairaalahoitoon hoitojakson tulisi olla mahdollisimman strukturoitu, koska potilaan tilan heikentyminen lisää itsensä vahingoittamisen vaaraa. Tarve sairaalahoitoon on jos potilaalla on akuutti, vakava itsemurhavaara, psykoottinen oireilu mitä ei voida hallita avopuolella ja vaikea dissosiaatio-oireilu mihin yhdistyy huomattava toimintakyvyn aleneminen tai vaikea mielialahäiriö. Keskeinen hoidon vastuu epävakaa persoonallisuushäiriöstä hoidossa on psykiatrisella avohoitoyksiköllä. Hoito tulee toteuttaa pääasiassa avohoidossa ja sairaalahoidon osalta päiväsairaaloissa (käypähoito 2015).

Neacsiu, Rizvi & Linehanin tekemässä tutkimuksen tuloksissa epävakaa persoonallisuushäiriöisille osoitetaan että DKT taitojen käyttö vähensi itsemurhayrityksiä, masennusta ja lisäsi vihanhallinnan kontrollointia. Tämä tutkimus on ensimmäinen joka selkeästi tukee sitä että DKT

taitojen käytön lisäämisellä on mahdollisuus muuttaa itsetuhoisen käyttäytymisen, masennuksen ja vihan kontrolloimisen mekanismeja (Neacsiu, Rizvi & Linehan. 2010, 832). Dialektisen käyttäytymisterapian käytöstä itsetuhoisten-, ja epävakaapersoonallisuushäiriöisten potilaiden kanssa olevasta seurantalutkimuksesta tuloksista ilmeni itsemurhayritysten, psykiatrisen päivystyshoidon sekä sairaalahoitojen väheneminen (Linehan, Comtois, Murray, Brown, Gallop, Heard, Korslund, Tutek, Reynolds, Lindenboim, 2006, Linehan, Korslund, Harned, Gallop, Lungu, Neacsiu, McDavid, Comtois, Murray-Gregory 2015). Tutkimuksen interventioissa joihin sisältyi DKT-taito harjoittelu olivat tehokkaampia kuin DKT:n käyttö ilman taitoharjoittelua (Linehan, Korslund, Harned, Gallop, Lungu, Neacsiu, McDavid, Comtois, Murray-Gregory 2015).

Dialektisen käyttäytymisterapiaa tehokkuutta tunne-elämältään epävakaille potilaille laitoshoidossa tehdyssä tutkimuksessa ilmeni merkittäviä muutoksia DKT-ryhmään osallistuneista potilaista 10:llä 11:sta psykopatologisia muuttujia ja merkittävää itsetuhoisen käyttäytymisen vähenemistä. Saadut tiedot viittasivat siihen, että kolmen kuukauden laitoshoidon DKT hoito on merkittävästi parempi kuin epäspesifinen avohoito (Bohus, Haaf, Simms, Limberger, Schmahl, Unckel, Lieb & Linehan. 2003, 487). DKT mallin käyttöä epävakaa persoonallisuushäiriöisten potilaiden hoidossa tehdyssä tutkimuksessa on ilmennyt hoitokustannusten vähentämistä (Perseius, Samuelsson, Andersson 2004). Päihteiden väärinkäyttö on yleinen ja usein vakava ongelma yksilöille joilla on epävakaa persoonallisuushäiriö. Tutkimuksessa jossa hoitona käytettiin dialektista käyttäytymisterapiaa potilaille, joilla epävakaa persoonallisuushäiriö ja päihderiippuvuus tapahtui merkittävä päihdekäytön väheneminen (Linehan, Schmidt, Dimeff, Craft, Kanter & Comtois. 1999, 279-288).

#### 2.4 Työhyvinvointi

Työhyvinvointi ei ole konkreettinen asia vaan erittäin moniulotteinen ilmiö, jonka vuoksi sen määrittely on haastavaa (Kivioja 2005). STM 2005 mukaan työhyvinvointi käsitetään työssä käyvän yksilön selviytymisenä työtehtävistään. Selviytymiseen vaikuttavat yksilön fyysinen, henkinen ja sosiaalinen kunto, työyhteisön toimivuus ja työympäristön muut tekijät. Kaikkiin näihin voi liittyä terveysriskejä, kuormitustekijöitä ja työ- ja toimintakykyyn sekä hyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä. Työhyvinvointiin vaikuttavat myös työsuhde, palkkaus ja työsopimustoiminta asiat. Myös yksityis- sekä perhe-elämä, taloudellinen tilanne, muutokset elämässä ja muut ympäristön tapahtumat vaikuttavat työhyvinvointiin. Työhyvinvoinnin keskeisinä elementteinä ovat osaaminen, vaatimukset ja sosiaalinen tuki (Luukkala 2011, 31). Ammatillinen osaaminen on yksi olennainen osa työkykyä ja henkistä työssä jaksamista (Hilden 2002). Osaavalla työntekijällä on hallinnan tunne jonka vuoksi hänen kokemuksensa työperäisestä stressistä on myönteinen asia ja voimavarat aktivoituvat (Luukkala 2011). Vaati-

mukset saattavat olla liialliset vaikka meillä olisi paljonkin osaamista. Työhyvinvoinnin kannalta tärkeää olisi että osaaminen ja vaatimukset olisivat samanlaiset (Luukkala 2011, 31). Toiminta joka ylläpitää työkykyä on työnantajan, yhteistyöorganisaatioiden ja työntekijöiden yhteistyötä jolla pyritään tukemaan työkykyä. Tavoitteena on työyhteisöjen kyky hallita ja kehittää työtään, työkykyään ja terveystään omatoimisesti sekä lisäämään sosiaalista tukea työpaikalla (Hilden 2002). Työhyvinvoinnilla on monenlaisia ilmaisuja kuten työtyytyväisyys, työn ilo, työn imu, sitoutuneisuus, ammattilypeys ja kutsumus. Työhyvinvoinnin lisääntymiseen voi vaikuttaa kun voimme suorittaa kulloisenkin tehtävän rauhassa loppuun ilman keskeytyksiä. Työlle asetetut selkeät päämäärät tuo työhyvinvointia samoin jos saamme välitöntä ja rakentavaa palautetta tehdystä työstä. Myös työn kautta itsensä kehittäminen tuntuu positiiviselta (Luukkala 2011, 32 ).

Työhyvinvoinnin yhteydessä puhutaan myös työtyytyväisyydestä. Juuti 1992 mukaan se on henkilössä työn herättämä tunneperäinen reaktio mihin on vaikuttanut useat tekijät kuten esim. työn sisältö, työmäärä, henkilöstön työilmapiiri ja organisaation toimintatavat ja esimiehet (Juuti 1992, 21-22). Työtyytyväisyys on työstä myönteinen ja kokonaisvaltainen kokemus, jonka arvioidaan toteutuvan jos tuetaan sen edistämistä yksilön, työn ja organisaation tasolla (Raatikainen 2004). Työtyytyväisyys yksilön näkökulmasta tarkoittaa että työyhteisössä on kannustava ilmapiiri ja että työtä on sopivassa suhteessa omiin voimavaroihin (Salminen 2006, 130).

Työtyytyväisyys on tunnetila joka on sävyttynyt mielihyvällä ja on seurausta tarpeiden ja odotusten täyttymisestä jotka liittyvät työhön (Asp & Peltonen 1991, 57). Työtyytyväisyyden käsite voidaan jakaa kahteen eli ulkoisiin ja sisäisiin tekijöihin. Sisäinen työtyytyväisyys koostuu työntekijän persoonaan sidotuista henkilökohtaisista tarpeista joita ovat mm. asenteet, tunteet ja tarpeet (Lyly-Yrjänäinen 2006, 38). Ulkoisilla puitteilla tarkoitetaan fyysisiä, sosiaalisia ja taloudellisia tekijöitä kuten tyytyväisyys palkkaan, turvallinen työympäristö, työergonomia, työaikojen joustavuus, toimivat työvälineet, kannustava johtaminen ja mukavat työkaverit (Luukkala 2011, 26).

Työtyytyväisyyttä lisäävät ja työtyytyväisyyttä vähentävät tekijät sisältävät osittain erilaisia asioita. Työn ulkoisten puitteiden toimiessa työtytyymättömyys vähenee. Työhön liittyvien asioiden ollessa kunnossa, työtyytyväisyys kasvaa. Työtyytyväisyyttä lisääviä työhön liittyviä asioita ovat mm. mielenkiintoisuus, uuden oppiminen, itsensä toteuttaminen, palvelun arvokkuus tai toimivuus ja itsensä kokeminen hyödylliseksi (Luukkala 2011, 26). Työtyytyväisyyttä selvittäneissä tutkimuksissa johtamistyyleistä osallistuva johtaminen tuottaa parhaita tuloksia niin asiakas- kuin työntekijöiden tyytyväisyyden suhteen. Osallistuvassa johtamisessa pyritään työntekijöitä kannustamaan vastuun ottamiseen ja sitoutumiseen (Elovainio, Grönfors, Sinnero 2001, 234).



Työ ja työelämä ovat muuttuneet, mutta silti työntekijöiden tyytyväisyyttä koskevat arviot ovat pysyneet yllättävän samanlaisina. Ihmisistä suurin osa on tyytyväinen työhönsä ja avoin tyytymättömyys on suhteellisen harvinaista. Työ-tyytyväisyys on tutkimuksissa usein kytketty yksilön arvojen saavuttamiseen. Tarkasteluissa toisistaan on usein erotettu työntekemiseen liittyvät arvot esim. kiinnostavuus, haasteellisuus ja menestymisen halu ja muut arvot kuten asema, arvostus ja palkkaus. Kuitenkin kysymyksiin vastaan usein kokonaisvaltaisesti eikä niiden vastaajat välttämättä erottele työhön, työympäristöön tai työn tekemiseen liittyviä arvoja. Tämä voi juontua siitä ettei nykyisin työ ja vapaa-aika ole erillisiä. Kyselytutkimusten mukaan työhön liittyvien asioiden tärkeyttä koskevat tulkinnat eivät ole juurikaan muuttuneet vuosien aikana. Työn mielenkiintoisuutta on yleensä pidetty tärkeimpänä asiana. Myös työpaikan sosiaaliset suhteet ovat melkein yhtä merkittäviä asioita. Näiden jälkeen seuraavat ovat palkkaus ja työn varmuus. Kiire tai työn raskaus eivät ole yleensä olleet tärkeiden asioiden kärjessä (Riikonen 2013, 254-256)

Tuloksellisuus ja tehokkuus sekä työelämän laatu organisaation toiminnassa määräytyvät yksilön ja organisaation välisen vuorovaikutuksen kautta. Organisaatioiden keskitason toiminnassa onkin tullut tarve uudenlaiseen johtajuuteen. Aiemmin työn määräysten antaja ja valvoja on muuttunut motivoijaksi, innostajaksi ja keskustelukumppaniksi. Tämän tyyppisessä johtamisessa painottuu muutoksen johtaminen, vision luominen, ihmisten mukaan saanti ja sitouttaminen. Työyhteisöjen johto on vastuussa huolehtia että esimiehet ovat päteviä ja ammattitaitoisia mutta myös johtamis- ja ihmissuhdetaitoisia. Alaisten hyvinvoinnille ja tyytyväisyydelle esimiehen merkitys on merkittävä (Rauramo 2004, 131-132). Auran 2011 tutkimuksen mukaan vuonna 2009 ja 2010 esimiesten rooli hyvinvoinnin edistäjänä on kehittynyt huomattavasti. Lähiesimiesten panos alaistensa hyvinvoinnin edistäjänä tarkoittaa mm. hyödyntää kehityskeskusteluja edistämistoimenpiteiden aloittamiseksi, henkilökohtaista tukemista sekä työn ja työilmapiirin edistämistä (Aura O., Ahonen G. & Ilmarinen J. 2012).

Muutoksen johtamiseen kuuluu omat erityispiirteensä. Näitä ovat mm. oma sitoutuminen, tiedottaminen, mukaan ottaminen, vaikutetuksi tuleminen ja yhdessä tekeminen. Jos johtaja on sitoutunut muutoksen puolesta tukee se muita työntekijöitä toimia muutosta edistävällä tavalla. Muutoksen läpivientimahdollisuus heikkenee huomattavasti jos johdon tuki puuttuu. Kehittämisidealle olisi tärkeää saada esimiehen ja johdon tuki ennen toimintaan ryhtymistä. Mikäli uudelle toimintatavalle on hankittu etukäteen johdon lupa ja suositus on helpompi voittoa mahdollinen muutosvastarinta. Faktatietoihin pohjautuva muutoksesta tiedottaminen ajoissa on tärkeää. Tiedottamisen jälkeen on mukaan ottamisen aika, jolloin johto järjestää keskustelutilaisuuksia joissa puhutaan muutoksen eduista ja haitoista. Näissä tapaamisissa tärkeää on että muutosta vastustavat saavat tuoda esiin mielipiteensä. Keskustelun päätteeksi johdon tulee tehdä yhteenveto jossa ilmenee että johto on kuunnellut ja ottanut mielipiteet huomioon ja tullut vaikutetuksi. Viimeisessä vaiheessa alkaa yhdessä tekeminen joka

mahdollistuu yhteisjohtamisen kautta. Keskustelujen kautta eri osapuolten näkökannat ovat lähentyneet ja se sitouttaa eri asemissa olevat toimimaan yhteisesti muutoksen puolesta (Luukkala 2011, 267-268).

Työhyvinvoinnilla on tutkimusten mukaan vaikutus suoraan yrityksen menestykseen ja työntekijä tasolla tuottavuuteen, terveyteen ja innovatiivisuuteen (Aura, Ahonen & Ilmarinen 2012, 3). Työhyvinvointia voi kuvata aaltomaisena liikkeenä johon työyhteisön lisäksi yksilö pystyy vaikuttamaan toimivuuden tavoitteellisella kehittämisellä (Kaivola & Launila 2007, 128). Useissa tutkimuksissa hoitajien työhyvinvoinnin kannalta yhteisöllisyys ja potilashoito ovat todettu työhyvinvoinnin ja työtyytyväisyyden kannalta ensisijaiseksi (Kyngäs & Utriainen 2007, 43). Terveydenhuollon alalla työtä tehdään ammattitaidolla mutta myös persoonan avulla (Honka-lampi, Koivu, Savolainen & Viinamäki 2004). Hoitotyö on kuluttavaa siinä mielessä ettei itseään voi siinä jakaa ammatti- tai yksityishenkilöksi. Nämä eri puolet ihmisestä ovat aina läsnä ja näinollen vaikuttavat toinen toisiinsa (Hilden 2002). Potilassuhteissa voi herätä useanlaisia tunteita ja kysymyksiä. Lääkkeiden määrääminen tai muut toimenpiteet eivät tuo kaikissa tilanteissa apua. Tällöin ymmärtämisen, yhteistyön ja keskustelun tarve on olennaista. Terveydenhuollon työ on vastuullista ja itsenäistä mutta vaatii myös kykyä tehdä ryhmä- ja tiimityötä. Niin kansainvälisissä kuin suomalaisissa tutkimuksissa on todettu uupumisen ja stressin lisääntyminen terveysalan töissä (Honkalampi, Koivu, Savolainen & Viinamäki 2004).

Tutkimuksen mukaan Suomessa 24 %:lla naisista esiintyy lievää ja 3 %:lla vakavaa uupumusta. Miehillä lievää uupumusta esiintyy 23%:lla ja vakavaa 2%:lla (Suvisaari, Ahola, Kiviruusu, Korkeila, Lindfors, Mattila, Markkula, Marttunen, Partonen, Pena, Pirkola, Saarni, Saarni & Viertio. 2012) Sosiaali- ja terveysalalla työuupumus on yleisempää kuin muussa väestössä (Suonsivu 2015, 47). Honkalammen & kumpp. tekemässä tutkimuksessa lääkäreiden ja sairaanhoitajien työn vaatimustekijöistä ja työuupumuksesta yliopistollisessa sairaalassa, lääkäreistä 36 % ja sairaanhoitajista 42 % kärsi vähintään lievää työuupumuksesta. Suonsivun tutkimuksessa 2003 hoitotyöntekijöistä 54,1 % koki itsensä uupuneeksi. Kansteen (2005) tekemän tutkimuksen mukaan puolella hoitohenkilöstöstä esiintyi keskimääräistä työuupumusta ja n. kymmenesosalla voimakasta työuupumusta. Joka viides kärsi voimakkaasta emotionaalisesta väsymyksestä (Kanste 2005). Katainen J. tekemässä opinnäytetyössä 2011 työhyvinvoinnista todettiin psykiatristen hoitajien yhtenä työpahoinvoinnin syynä olevan vaikeahoitoiset ja kuormittavat potilaat. Hoitohenkilöstön työuupumuksen kannalta hoitotyön johtajuudella on niin myönteisiä kuin kielteisiä vaikutuksia. Työuupumukselta suojaavina tekijöinä toimivat palkitseva muutosjohtaminen ja työntekijöiden aktiivinen valvominen kun taas passiivinen välttäminen on työuupumukselle altistava tekijä (Suonsivu 2015, 47).

Tunne-elämältään epävakaita koetaan vaikeina hoitaa (Bland, Tudor & McNeil 2007, James & Cowman 2007, (676), Koivisto, Keinänen & Isometsä 2007, Leinonen 2002), eikä heitä ole helppoa saada sitoutumaan hoitoon (Koivisto & Kumpu 2007). Potilaat ovat usein nirsoja, pyrkivät manipuloimaan, eivät piittaa hoito-ohjeista ja ovat usein tyytymättömiä hoitoonsa (Leinonen 2002). Käypähoito 2015 suositusten mukaan epävakaa persoonallisuushäiriöisten potilaiden hoidon kehittämisessä julkisen sektorin toimipaikoissa henkilökuntaa tulisi kouluttaa (Käypähoito 2015, James & Cowman 2007, 676) epävakaa persoonallisuuden sairaalaolosuhteissa tutkittujen mallien soveltamiseen ja myös saada lisää kliinisen hallinnan sekä perheyön taitoja (Käypähoito 2015).

Psykiatrisessa hoidossa on yleistä, että tunne-elämältään epävakaudesta kärsivillä potilailla on kyky jakaa hoitavaa henkilökuntaa eri leireihin. Potilaan koetaan manipuloivan hoitohenkilöstöä tehden toisista hyviä ja toisista pahoja tosin nämä tuomiot voivat muuttua nopeasti. Hoitohenkilöstön erilaisten näkökantojen, kiistojen hoitosuunnitelmasta ja suhtautumisesta potilaaseen oletetaan johtuvan potilaan kyvystä polarisoida hoitohenkilökuntaa. Marsha Linehanin (1993) mukaan hoitohenkilökunnan välisiin kiistoihin, erilaisiin näkemyksiin ja polarisointiin syynä ovat ryhmässä tapahtuvat interpersoonalliset prosessit. Konfliktit johtuvat hoitohenkilöstön kyvyttömyydestä yhdistellä erilaisia näkökantoja eikä niinkään asiakkaaseen liittyvästä ongelmasta. DKT:ssä tämä on tärkeä lähestymistapa. Dialektisesta näkökulmasta hoitohenkilökunnan erilaiset näkökulmat potilaasta ovat samanvertaisia (Kåver & Nilsson 2004, 192). Perseiusen & Kumpu tekemässä tutkimuksessa DKT hoidon käytön aloittamisen aiheuttamasta stressistä ja burn outista psykiatrian hoitohenkilöstölle selvisi että DKT hoitomenetelmän oppiminen voi olla stressaavaa alkuun, mutta näytti parantavan psykiatrian ammattilaisten kykyä hoitaa vaikea potilasjoukko; vähentäen stressin kokemista varsinaisessa potilaan hoidossa. Tiimityö, jatkuva työnohjaus ja tietoisuustaitoharjoitukset koettiin kannustavina ja ne näyttäytyivät erityisen auttavana kohdattaessa ammatillista stressiä (Perseius, Kåver, Ekdahl, Åsberg & Samuelsson 2007).

Työnohjaus on johdon ja henkilöstön valmiuksien kehittämiseen oleva väline kyetäkseen paremmin vastaamaan työelämän erilaisia haasteita ja muutoksia. Sen avulla on mahdollisuus arvioida omaa työtään ja persoonaa sekä työyhteisön ja organisaation toimintaa. Työnohjauksen myötä on mahdollista edistää ammatillista kasvua, yhteistyötä, selkiyttää työkuva ja luoda yhteinen käsitys työn tarkoituksesta ja tavoitteista (Rauramo 2004, 142). Työnohjaus on yksi käytetyimmistä tuen muodoista työtoiminnassa. Työnohjaus tukimuotona voi olla joko yksilöllistä tai ryhmä-muotoista. Se on prosessimaista ammatillista toimintaa missä työnohjaustilanteissa työntekijät, työryhmät tai esimiehet saavat säännöllisesti tukea asiakas- ja työtilanteiden ammatilliseen kasvuun, toimimiseen työyhteisössä ja esimiestyöhön. Näissä työnohjaustilanteissa työnohjaaja käy ohjattavien kanssa dialogisessa suhteessa ohjauskeskustelua.

Tällöin tutkitaan ohjattavan ja työtilanteita ja työtä, jotta ohjausta saavan olisi mahdollista oppia ja löytää uusia voimavaroja ja ratkaisuja työnsä kehittämiseen.

Työnohjaus on myös työhyvinvointia edistävää toimintaa. Sen toimivuus perustuu käytännönläheisyyteen ja ratkaisu-keskeisyyteen ja on kokemuksellista oppimista perustuen vuorovaikutusprosessiin. Työnohjauksen perustana on ohjattavan tarpeet ja se rikastaa sekä uudistaa työtä ja työyhteisöä. Tällöin tarkastellaan työntekijän omaa toimintaa suhteessa työrooliin sekä vuorovaikutukseen työyhteisössä. Työnohjauksen hyötyinä on ammattitaidon lisääntyminen, työntekijän ammatti-identiteetin ja työroolin selkiytyminen, jolloin työn hallinnan tunne paranee ja mielekkyys työssä lisääntyy. Tavoitteena työnohjauksessa on tehostaa työntekijöiden yhteistyötä hakemalla yhteisiä näkemyksiä ja toimintatapoja työn tavoitteiden saavuttamiseksi. Voimavarat tulevat työnohjauksen myötä paremmin käyttöön, jolloin jaksaminen, riittävyden tunne ja stressinkäsittelykyky lisääntyy. Yhteistyön ja vuorovaikutuksen myötä työyhteisön työilmapiiri paranee, joka lisää henkistä hyvinvointia ja parantaa sitoutumista sekä motivoitumista työhön (Suonsivu 2015, 116-117).

Tietoisuustaitojen oppimisesta työhyvinvoinnin tueksi tutkimukseen osallistuneet kuvasivat jaksavansa omaan työhönsä liittyviä paineita aiempaa paremmin. Näitä paineita olivat esimerkiksi muutokset tai vaativat vuorovaikutustilanteet. Työssä vastaan tulleita hankaluuksia ei koettu enää henkilökohtaisesti. Tutkimuksen tuloksena tuli myös vaikutelma että tietoisuustaidot menetelmänä tukevat työssäjaksamista (Juvakka 2011, 56).

Monet hoitajat tuntevat huonosti tunne-elämältään epävakaa potilaan hoitoa. Heillä on puutetta sopivasta harjoittelusta, työnohjauksesta ja ammatillisesta kehittämisestä (Bland & kumpp. 2007, 211, Cleary & kumpp. 2002, 189). Toistuvasti hankalat kohtaamiset tunne-elämältään epävakaiden potilaiden kanssa ovat saaneet monet laitoshoidon henkilökunnasta tuntemaan itsensä avuttomiksi ja turhautuneiksi. Ikävä kyllä potilaat joskus saavat syyt niskoilleen siitä ettei henkilökunta ole vielä oppinut ymmärtämään ja hoitamaan heitä (Swenson, Sanderson, Dulit & Linehan 2001). Työnohjaus, lisäkoulutus ja tuki voi auttaa hoitajia tuntemaan työnsä paremmaksi näiden potilaiden kanssa ja lievittää negatiivisia vastauksia heitä kohtaan (Bland & kumpp. 2007, 211 ; Cleary & kumpp. 2002, 189). Clearyn & kumpp tekevässä tutkimuksessa 95 % tunnisti tarpeen jatkuvalla koulutukselle ja työnohjaukselle ja oli halukas käyttämään tunnin tai useampia tunteja kuussa koulutukseen ja harjoitteluun (Cleary & kumpp. 2002).

Dialektisen käyttäytymisterapian yksi tärkeä osa on henkilökuntaa varten perustettava konsultaatiotiimi, joka kokoontuu viikottain. Konsultaatiotiimi auttaa jokaista jäsentä pysymään DKT:n kehyksissä, oppimaan yhä perusteellisemmin DKT-hoitoa ja yllä pitää moraalialia. Konsultaatiotiimi auttaa joskus turhautunutta tiimin jäsentä saamaan takaisin tuomitsemattoman

asenteen. Tehokkaat konsultaatiotiimin tapaamiset auttavat usein tiimin jäsentä kohti dialektista tasapainoa käyttämällä välillä validaatiota ja ongelman ratkaisua, välillä ollaan läsnä potilaan kanssa tai tarkkaillaan potilaan henkilökohtaisia rajoja, välillä pidetään potilaan tavoitteet realistisina kun taas ollaan täysin tietoisia valtavista ongelmista potilaan elämässä. Jos kaksi tiimin jäsentä on erimieltä tietystä potilaasta, tiimi etsii ratkaisua usealta eri näkökulmalta saadakseen aikaan kattavan ymmärryksen yhdistää nämä kaksi näkemystä (Swenson & kumpp. 2001). DKT on tiimihoitoa ja hoitoa ei voi lukea DKT hoidoksi jos terapeutti ei saa hoitotiimiltä säännöllistä konsultaatiota ja työhjojausta. Tiimin tarkoitus on terapeutin auttaminen ja tukeminen niin että terapeutti jaksaa työssään eikä luovuta. Tiimin jäsenet voivat esim. tukea terapeuttia, vahvistaa terapeutin lähestymistapoja tai ohjata ajattelemaan asioita uudella tavalla. DKT-terapeutin työ sisältää hyvin stressaavaa asiakaskäyttäytymistä kuten itsemurhayrityksiä, tehokkaan terapiatyöskentelyn tukemiseksi terapeutti tarvitsee vahvistavan ympäristön. Tiimi on tähän oikea paikka (Kåver & Nilsonne 2004, 191-193).

### 3. Tutkimusympäristö

Tulosityksikön poliklinikalla käynnistyi alkuvuodesta 2011 DKT:n avohoito-ohjelma. Vaikeista tunnesäätelyongelmista kärsiviä, toistuvasti itsetuhoisesti käyttäytyviä potilaita jouduttiin hoitamaan kuitenkin paljon myös osastolla. Näiden potilaiden hoito koettiin raskaaksi ja vaikeaksi. Kellokosken akuuttipsykiatrian osastoa varten räätälöitiin DKT:hen perustuva hoitomalli joka otettiin käyttöön asteittain vuosina 2010-2013. Keskeisinä kouluttajina toimivat psykiatrian erikoislääkäri Miikka Häkkinen ja kognitiivisen käyttäytymisterapian psykoterapeutti VET Teemu Ryhänen sekä työhjoajaana toimintaterapeutti Anna-Liisa Tsokkinen. DKT-hoitomallia kehitettiin eteenpäin koulutuspäivien yhteydessä. Miikka Häkkinen toimi osaston kanssa tiiviisti yhteistyössä vetäen osastolla mm. konsultaatiotiimiä viikottain. DKT-hoitomallin myötä määriteltiin osastohoidon vaiheet ja tavoitteet. DKT-mallisessa osastohoidossa kokonaistavoite kaikilla potilailla on, että pääsee pois ja pysyy poissa sairaalasta. Potilaiden ensisijainen hoito tapahtuu avohoidossa. DKT-osastohoidon nähdään koostuvan kolmesta vaiheesta 1. tulovaihe, 2. kontrollin saavuttaminen ja 3. kotiutumisasihe. Tulovaiheen tavoitteena oli asiakkaan hoitosuunnitelman rakentaminen ja potilaan sitoutuminen hoitosuunnitelmaan. Tällä tavoiteltiin lisääntyvää yhteistyötä potilaan kanssa sekä hoitosuunnitelmaan sitoutumisen vahvistumista. Toinen vaihe oli työskentelyä sovittujen hoitotavoitteiden saavuttamiseksi. Tunnesäätelyhäiriöistä kärsivien potilaiden kohdalla hoitotavoitteet yleensä tarkoittavat kontrollin saavuttamista niihin kontrolloimattomiin käyttäytymisiin, jotka olivat aiheuttaneet sairaalahoidon tarpeen. Käytännössä työskentely kohdistui elämä uhkaavan käyttäytymisen, hoitoa tuhoavan käyttäytymisen ja sairaalassa tapahtuvaa itseä vahingoittavan käyttäytymisen vähentämiseen sekä käyttäytymisen kontrollointiin tarvittavien taitojen lisäämiseen. Kotiutumisasiheen tavoitteena oli uloskirjoitusuunnitelman rakentaminen ja sen onnistunut toteuttaminen. Tähän vaiheeseen kuului myös suunnitelman mahdollisten ongelma-kohtien ennakoiminen (troubleshooting).

Dialektisen käyttäytymisterapia hoitomallin myötä osastolla otettiin käyttöön ns. ketjuanalyysi, jonka avulla työstettiin potilaan kanssa jo hänen sairaalahoitoon johtuneita syitä. Potilaan hoidon suunnitteluvaiheessa käytettiin myös ongelmaluetteloa jonka pohjalta mietittiin potilaan kanssa hänen sairaalahoidon tarpeensa ja asetettiin tavoitteet hoitotyönsuunnitelmaan. Hoitotavoitteita seuraamaan potilaille laadittiin n. seurantakortti, jonka avulla potilaat arvioivat oireitaan ja käyttäytymisiään sekä hoitonsa edistymistä. Korttia potilaat täyttivät kolme kertaa päivässä. Nämä viikkokortit toimivat myös potilaskeskustelujen pohjana. Myös hoitajien raporttikäytäntöjä kehitettiin DKT-hoitomallin mukaisesti pyrkimyksenä saada potilaiden hoidot selkeämmin tavoitteiden mukaan ohjautuviksi. Osastolle perustettiin DKT-taitoharjoitteluryhmä jossa opetettiin taitoja kahdesti viikossa. Opetettavat DKT-taidot oli valikoitu siten, että ne todennäköisimmin auttaisivat useimpia potilaita selviämään rakentavasti tunne-elämän epävakauden, ahdistuksen ja masennuksen kanssa sairaalahoitoonjohtaneessa tilanteessa. Taitojen oli siten tarkoitus auttaa potilaita pääsemään pois sairaalasta, palamaan avohoitoon ja parhaimmillaan toimimaan omien elämäntavoitteidensa suuntaisesti (Häkkinen 2011). Ryhmien ohjelmaan oli otettu tietoisuustaitoja (mindfulness-taidot), tunnesäätelytaitoja ja ahdingonsietotaitoja. Ryhmää toteutettiin Marsha Linehanin taitoharjoittelumanuaalia hiukan mukaillen. Parhaimmillaan osastolla toimi kaksi taitoharjoitteluryhmää. Toinen niistä oli suunnattu potilaille jolla painottui tunnesäätelyvaikeudet ja toinen ryhmä oli masennuspotilaille. Tämän lisäksi potilaiden oli mahdollista saada yksilöllistä taito-ohjausta tarvittaessa (Häkkinen 2011). Taitoharjoitteluryhmien lisäksi osaston päiväohjelmaan sisältyvässä aamukoukussa toteutettiin päivittäin mindfulness eli tietoisuustaitoharjoituksia.

Osastolle perustettiin taitoalennusryhmä jossa harjoitettiin taitoja kahdesti viikossa. Ryhmän sisältönä oli keskittyä tietoisuustaitojen (mindfulness-taidot), tunnesäätely- ja ahdingonsietotaitojen harjoitteluun, koska niistä arvioitiin olevan tarpeellista ja käyttökelpoista hyötyä tilanteissa, joissa potilaat ovat joutuneet akuuttiin osastohoitoon. Näiden kys. taitojen osalta ryhmä noudattaa Marsha Linehanin taitoalennusmanuaalin ohjelmaa mukaillen. Parhaimmillaan osastolla toimi kaksi taitoalennusryhmää. Toinen niistä oli suunnattu potilaille jolla painottui tunnesäätelyvaikeudet ja toinen masennuspotilaille. Tämän lisäksi potilaiden oli mahdollista saada yksilöllistä taito-ohjausta tarvittaessa (Häkkinen, 2011). Taitoalennusryhmien lisäksi osaston aamukoukussa toteutettiin päivittäin mindfulness eli tietoisuustaitoharjoituksia.

#### 4. TUTKIMUSONGELMAT/ TUTKIMUSTEHTÄVÄ

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää DKT-hoitomallin käyttöönottoa psykiatrisella akuuttiosastolla. Miten DKT-hoitomalli on toiminut psykiatrisella akuuttiosastolla työntekijöiden kokemuksen, asenteiden ja työhyvinvoinnin näkökulmasta?

- 1 Millaiseksi työntekijät ovat kokeneet DKT-hoitomenetelmien käytön osastohoidossa?
- 2 Millaisena työntekijät kokevat tunne-elämältään epävakaan potilaan hoitamisen?
- 3 Miten DKT-hoitomalli on vaikuttanut osaston työntekijöiden työhyvinvointiin?

## 5. TUTKIMUSMENETELMÄT

### 5.1 Lähestymistapa

Tämä tutkimusaineisto on kerätty HUS Hyvinkään sairaanhoitopiirin Kellokosken sairaalan psykiatrisen akuutti mielialahäiriön osaston henkilökunnalta. Tutkimus tehtiin kvantitatiivisella menetelmällä. Mittarina käytettiin kyselylomakkeita, jotka sisälsivät myös avoimia kysymyksiä. Mittaamalla Kellokosken osaston työntekijöiden kokemuksia, asenteita ja työhyvinvointia DKT-hoitomallista voidaan arvioida sen toimivuutta psykiatrisella sairaalaosastolla. Aineisto on pieni mutta kvantitatiivinen menetelmä oli perusteltua käyttää tutkimuksen kohdistuessa yksittäiseen akuuttiin psykiatriseen osastoon jonne otettiin käyttöön dialektiseen käyttäytymisterapiaan (DKT) perustuva osastohoitotyön malli. Aineiston keruussa pyrittiin Kellokosken osaston työntekijöistä kokonaisotantaan perustuen tutkittavien vapaaehtoiseen osallistumiseen. Kvantitatiivinen tutkimus tarkoittaa määrällistä tutkimusta (Kananen 2008, 10). Kvantitatiivisen tutkimuksen keskeisiä piirteitä ovat mm. aiemmista tutkimuksista vedetyt johtopäätökset, aiemmat teoriat, hypoteesien esittäminen sekä käsitteiden määrittely. Aineiston keruun suunnitelmat, missä olennaista on että havaintoaineisto sopii määrälliseen mittaamiseen. Muuttujien taulukkomalliin muodostaminen sekä aineiston saaminen tilastollisesti käsiteltävään muotoon. Aineiston tilastollinen analysointi perustuen mm. prosenttitaulukoiden avulla perustuvaan tulosten kuvailuun. (Hirsijärvi, Remes, Sajavaara. 2000). Kvantitatiivinen tutkimus on prosessi joka etenee vaihe vaiheelta. Tutkimus lähtee liikkeelle tutkimusongelmasta johon etsitään ratkaisua tai vastausta (Kananen 2008, 11). Kvantitatiivisessa tutkimuksessa voidaan esittää myös avoimia eli strukturoimattomia kysymyksiä. Yksinkertaisimmillaan kysymykseen voidaan liittää ”jokin muu” vaihtoehto varalle, varmistamaan ettei mikään kysymyksen vaihtoehto jäisi pois (Kananen 2015, 326).

Kysely on tapa kerätä aineistoa jossa on vakioitu kysymysten muoto. Tämä tarkoittaa sitä että kyselyn kaikilta vastaavilta kysytään samat asiat, samalla tavalla ja samassa järjestyksessä. (Vilka 2007). Kyselytutkimukseen laadittujen kysymysten tulee palvella tutkimusongelman ratkaisua. Mikäli tutkija saa ilmaista tutkimusongelmansa kysymyksiksi mihin työ antaa vastaukset niin kirjoittamisen ongelma on voitettu (Kananen 2008, 14). Kyselylomaketta käytetään kun henkilö on havaintoyksikkönä ja henkilöä koskevat asiat kuten mm. mielipiteet ja asenteet. Kysely voidaan tehdä postitse tai internetissä (Vilka 2007).

## 5.2 Aineiston keruu

Aineiston keruu tapahtui kyselylomakkeella ja kokonaisotantana Hyvinkään sairaanhoitopiirin Kellokosken sairaalan osaston työntekijöistä. Kyselylomake lähetettiin kaikille osaston vakituisessa työ-/määräaikaisessa työsuhteessa 9/2013 olleille hoitajille mukaan lukien osastonhoitaja sekä 2 erityistyöntekijää jotka olivat tiiviisti mukana tällöin osastohoidossa. Yhteensä 21 hoitotyöntekijää, joista tällöin kaksi hoitajaa oli poissa työstä hoitovapaalla. Kyselyyn vastanneita oli yhteensä 17 eli 81%. Tutkimus toteutettiin alkukesästä.

Tutkimuksessa käytettiin kolmea eri kyselylomaketta. Ensimmäinen kyselylomake keskittyi mittaamaan työntekijöiden kokemuksia, asenteita sekä työhyvinvointia dialektisesta käyttäytymisterapia hoitomallin käytöstä hoitotyössä osastolla. Kyselylomakkeen kysymykset sisälsivät seuraavat osa-alueet; dialektinen käyttäytymisterapian koulutus, työnohjaus ja konsultaatiotiimi, dialektisen käyttäytymisterapian taustateoria sekä potilaita ja hoitoa koskevat oletukset, potilaan hoidon suunnittelu ja hoitoon sitoutuminen, itsetuhoisuus, potilaan hoidon toteutus, hoitoaika osastolla, osaston työhyvinvointi sekä 3 avointa kysymystä. Yhteensä 26 kysymystä, joista 6:ssa esiintyi kysymysryhmiä sekä 3 avointa kysymystä, jotka käsittelivät työntekijän yksittäisiä kokemuksia DKT hoito-mallin hyödyistä potilaalle, DKT hoitomallin käytön tuomista muutoksista ja DKT hoitomallin kehittämisestä osasto-hoidossa. Kysymyslomake sisälsi myös kysymyksiä DKT-osastohoitomallin yhteydestä työhyvinvointiin.

Toisena kyselylomakkeena käytettiin Linda Tavion Pro gradu tutkimuksessa käyttämää kyselylomaketta epävakaa persoonallisuuden hoidosta, jolla pyrittiin selvittämään millaisena työntekijät kokevat tunne-elämältään epävakaa potilaan hoitamisen erikoissairaanhoidon osastohoidossa. Tavion kysymyslomake sisälsi 39 suoraa kysymystä (alun perin 47), 52 väittämää sekä 7 avointa kysymystä. Avoimet kysymykset liittyvät mm. työntekijän pääperiaatteisiin, hoitotavoitteisiin ja psykoterapian ohjaukseen tunne-elämältään epävakaiden potilaiden hoidossa (Tavio 2013).

Kolmas kyselylomake oli professori M. Vartiaisen työhyvinvointia mittaava kysely. Tässä kyselyssä kartoitettiin työntekijöiden työtyytyväisyyttä osaston toiminnan ajalta. Kyselylomake sisälsi 14 kysymystä. Tutkimuksen kyselylomakkeissa oli huomioitu tutkimuksen luottamuksellisuus. Kyselylomakkeissa ei käytetty taustakysymyksiä vastaajien anonymiteetin säilyttämisen vuoksi, koska tutkimusryhmä oli pieni. L. Tavion tutkimuskyselylomakkeesta poistettiin tämän vuoksi taustakysymykset 1-7 joista vastaajat olisi ollut mahdollista tunnistaa.

Tutkimus suoritettiin postikyselynä. Kyselylomakkeet lähetettiin tutkittaville sisäpostin/postin välityksellä. Kyselylomakkeiden mukaan tuli postimerkillä varustettu palautuskuori osoitteineen. Tutkimuksessa mukana olleet L. Tavion ja M Vartiaisen kyselylomakkeet olivat käytössä heidän luvallaan. Tutkimuslupa haettiin HUS:n tutkimuslupamenetelmän mukaisesti.



Tutkimuslupaa myönnettiin kesäkuussa 2014 ja aineiston keruu suoritettiin touko-kesäkuussa 2014. Kyselylomakkeiden vastausaika oli 3 vk (10.5.-31.5.14) ja sitä pidennettiin vielä 1 vk:lla (1.6. - 7.6.14). Aineiston analysointi aloitettiin 2015. Aineiston käsittely tapahtui luottamuksellisesti. Tutkimuskäytössä oleva aineisto ja sen kopiot hävitettiin välittömästi kun tutkimusten tulosten oikeellisuus oli varmistettu. Tutkimustulokset julkaistaan ammattikorkeakoulujen julkaisuarkistossa Theseus.fi.

### 5.3 Aineiston analyysi

Aineistoa voidaan analysoida usealla tavalla. Oleellista olisi valita tapa joka antaa parhaiten vastauksen ongelmaan tai tutkimustehtävään. Lähestymistavassa joka pyrkii selittämiseen käytetään usein tilastollista analyysia ja päätelmien tekoa (Hirsijärvi & kumpp. 2000, 210). Eri tutkimusmenetelmien samanaikaisesta käytöstä käytetään nimitystä triangulaatio jolla tarkoitetaan määrällisten ja laadullisten tutkimusmenetelmien yhdistelyä. Tutkimusprosessin aikana voidaan määrällisen ja laadullisen tutkimusmetodiikan triangulaatio tehdä samanaikaisesti. Tällöin yleensä jompikumpi lähestymistapa on ensisijainen. Ensisijaisena voi olla määrällinen analyysi, minkä lisäksi tutkittavasta asiasta jotain osaa kuvataan kvalitatiivisesti. Esimerkkinä etukäteen vakioitu kyselylomake mihin on liitetty muutama vapaamuotoinen essee-tyyppinen kysymys (Paunonen, Vehviläinen-Julkunen 2006). Kyselytutkimuksen laadittujen kysymysten tarkoituksena on ratkaista tutkimusongelma. Tällöin kirjoitetaan tulkinta auki huomioiden tutkimusongelman ratkaisua etsien tekijöitä joita tutkimuksessa selvitetään (Kananen 2015). Aineisto käsiteltiin suurelta osin tilastollisesti SPSS ohjelman avulla ja vastatut avoimet kysymykset kirjoitettiin auki ja esitetään luokittelemalla.

Aineiston analysointi tapahtui aineistoittain ja aineistoa hyödynnettiin niiltä osin kuin ne vastasivat tutkimuskysymyksiin. Aineistojen tulokset esitetään kyselylomake järjestyksessä; DKT-osastohoitomallin käyttö osastolla, tunne-elämältään epävakaa persoonallisuushäiriöisten potilaiden hoidosta ja työntekijöiden työhyvinvoinnista.

## 7. TULOKSET

Tuloksista esitellään ensimmäisenä osa-alueittain 1.kyselylomake, joka mittasi dialektisen käyttäytymisterapia hoitomallin käyttöä hoitotyössä työntekijöiden asenteiden, kokemusten ja työhyvinvoinnin kautta.

### 7.1. DKT-koulutus ja työnohjaus

Kyselyyn vastanneista työntekijöistä (N17) lähes kaikki vastanneista 94,1 % (16) oli saanut DKT-koulutuksen ennen osasto 9 DKT-hoitomallin käyttöönoton yhteydessä tai sen kehittämistyön aikana ja 5,9 % (1) ei ole saanut koulutusta. Näistä vastaajista yli puolet 58,8 % (10) koki sisäistäneensä DKT-koulutuksen hyödyntääkseen DKT-hoitomallin käyttämistä työssään hyvin. Vastanneita 11,8 % (2) arvioi hyödyntäneensä erittäin hyvin, 11,8 % (2) arvioi hyödyntäneensä vähän ja saman verran 11,8 % (2) vastaajista arvioi hyödyntäneensä jonkun verran ja 5,9 % (1)

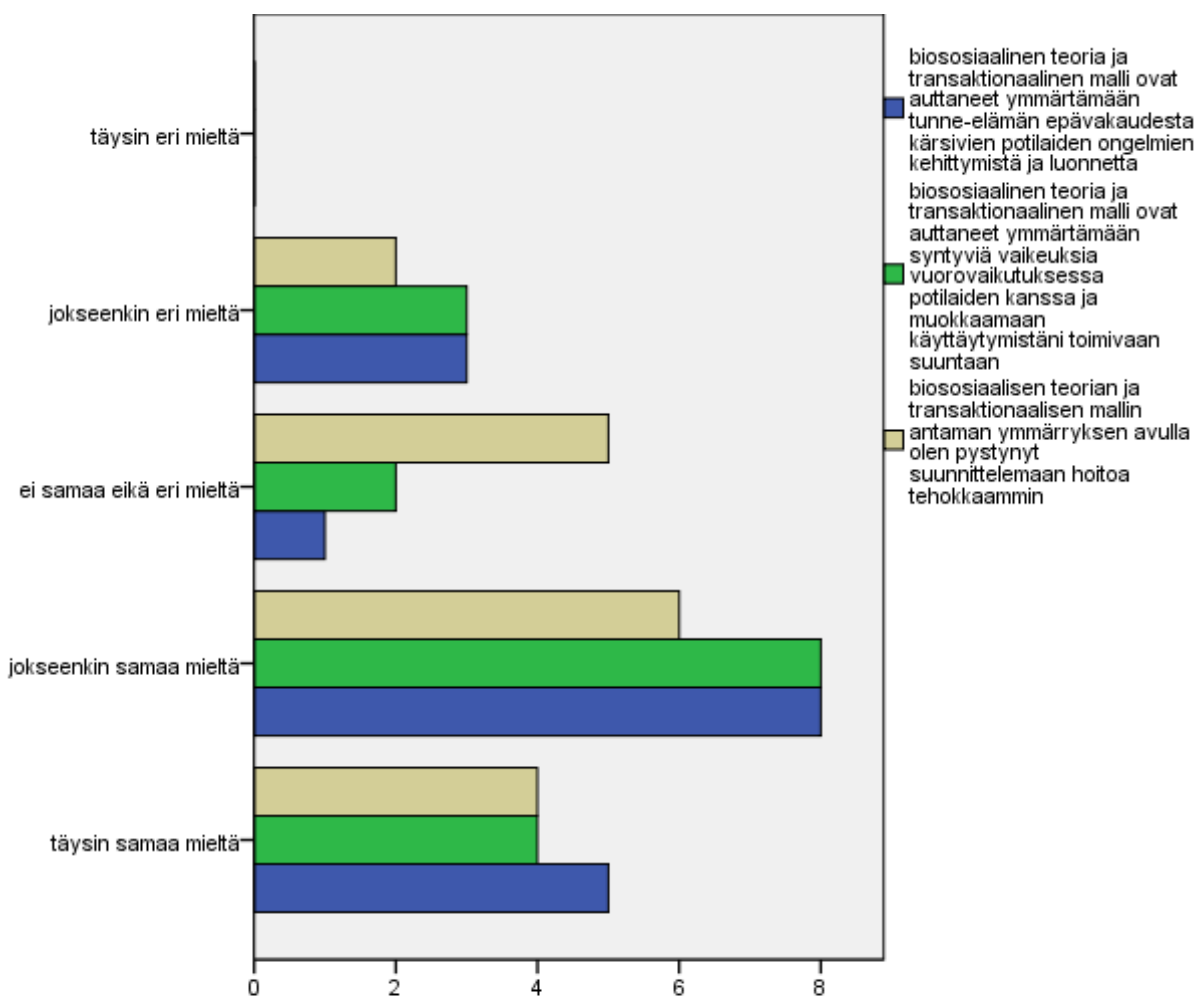
ei ollut vastannut kysymykseen. Vastaajista (N17) lähes kaikki 94,1 % (16) oli osallistunut ryhmätyönohjaukseen ja vain 5,9 % (1) ei ollut osallistunut. Tämän lisäksi vastaajista yli puolet 52,9 % sai yksilöllistä työnohjausta.

Konsultaatiotiimi	N=	%	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid jonkun verran	3	17,6	17,6	17,6
tärkeä	3	17,6	17,6	35,3
erittäin tärkeä	11	64,7	64,7	100,0
Total	17	100,0	100,0	

Taulukko 1: Konsultaatiotiimin tärkeys osana DKT-hoito-ohjelmaa.

Vastanneista (N17) suuri osa eli 64,7 % (11) koki konsultaatiotiimin erittäin tärkeäksi osana DKT-ohjelmaa ja pienempi osa 17,6 % (3) tärkeäksi ja 17,6 % (3) jonkun verran tärkeäksi osana DKT-ohjelmaa.

7.2 Dialektisen käyttäytymisterapian taustateoria sekä potilaita ja hoitoa koskevat olettamukset



N = 17

Kuvio 1: Biososiaalinen teoria ja transaktionaalinen malli (N17)

Tarkasteltaessa biososiaalisen teorian ja transaktionaaliseen malliin liittyviä oletuksia, tuloksena oli, että lähes puolet vastaajista 47,1 % (8) olivat jokseenkin samaa mieltä siitä, että biososiaalinen teoria ja transaktionaalinen malli ovat auttaneet ymmärtämään potilaiden ongelmien kehittymistä ja luonnetta, lähes kolmannes 29,4 % (5) täysin samaa mieltä, 17,6 % (3) oli jokseenkin eri mieltä ja pieni osa 5,9 % (1) ei ollut samaa eikä eri mieltä.

Lähes puolet 47,1 % (8) oli jokseenkin samaa mieltä, että biososiaalinen teorian ja transaktionaalisen mallin antaman ymmärryksen avulla olen pystynyt suunnittelemaan hoitoa tehokkaammin, lähes neljännes 23,5 % (4) oli täysin samaa mieltä, 17,6 % (3) oli jokseenkin eri mieltä ja 11,8 % (2) ei samaa eikä eri mieltä. Reilu kolmannes 35,3 % (6) oli jokseenkin samaa mieltä, että biososiaalisen teorian ja transaktionaalisen mallin antaman ymmärryksen avulla hoitoa on pystynyt suunnittelemaan tehokkaammin, 23,5 % (4) on täysin samaa mieltä, lähes kolmannes vastaajista 29,4 % (5) ei ole samaa eikä eri mieltä ja pieni osa 11,8 % (2) oli jokseenkin eri mieltä. Arvioidessa DKT:ssa

potilaita ja terapiaa koskevia olettamuksia tuloksena oli, että lähes puolet vastanneista 47,1 % (8) oli täysin samaa mieltä, että tunne-elämältään epävakaiden ja toistuvasti itseään vahingoittavien ihmisten elämä on sietämätöntä sellaisena kuin he sitä tällä hetkellä elävät, 47,1 % (8) jokseenkin samaa mieltä ja hyvin pieni osa 1 vastaajista 5,9 % (1) ei samaa eikä eri mieltä.

Vastanneista lähes puolet 47,1 % (8) oli jokseenkin samaa mieltä väittämästä, että potilaat tekevät parhaansa, 11,8 % (2) oli täysin samaa mieltä, 23,5 % (4) ei samaa eikä eri mieltä ja 11,8 % (2) jokseenkin eri mieltä. Reilu kolmannes vastanneista, 35,3 % (6) ei ollut samaa eikä eri mieltä, että potilaat haluavat edistyä, lähes kolmannes, 29,4 % (5) oli jokseenkin samaa mieltä, 17,6 % (3) täysin samaa mieltä ja 11,8 % (2) oli jokseenkin eri mieltä. Lähes puolet vastanneista, 47,1 % (8) on täysin samaa mieltä, että potilaiden täytyy tehdä enemmän, yrittää kovemmin ja olla vielä motivoituneempia muutokseen, 47,1 % (8) on jokseenkin samaa mieltä ja hyvin pieni osa 5,9 % (1) ei samaa eikä eri mieltä. Yli puolet vastanneis 52,9 % (9) on täysin samaa mieltä väittämästä, että potilaat eivät ehkä ole aiheuttaneet kaikkia ongelmiaan, mutta heidän täytyy ne joka tapauksessa ratkaista, lähes kolmannes, 29,4 % (5) oli jokseenkin samaa mieltä, 11,8 % (2) ei samaa eikä eri mieltä ja hyvin pieni osa, 5,9 % (1) jokseenkin eri mieltä. Suuri osa vastaajista 70,6 % (12) oli täysin samaa mieltä, että potilaiden täytyy oppia uutta käyttäytymistä kaikissa olennaisissa tilanteissa, 23,5 % (4) oli jokseenkin samaa mieltä ja hyvin pieni osa 5,9 % (1) ei samaa eikä eri mieltä. Väittämästä, että potilaat eivät voi epäonnistua hoidossa vastaajista lähes kolmannes, 29,4 % (5) oli jokseenkin samaa mieltä, 29,4 % (5) ei samaa eikä eri mieltä, 29,4 % (5) oli jokseenkin eri mieltä ja 11,6 % (2) oli täysin eri mieltä. Vastaajista lähes kaikki 94,1 % (16) oli täysin samaa mieltä, että terapeutit jotka hoitavat epävakaita potilaita tarvitsevat tukea ja 5,9 % (1) oli täysin eri mieltä.

### 7.3. Potilaan hoidon suunnittelu ja hoitoon sitoutuminen

Arvioidessa DKT-hoitomenetelmien käyttöä hoidon suunnittelussa (N17) yli puolet vastaajista 52,9 % (9) arvioi potilaan hyötyvän ketjuanalyysin käytöstä paljon, lähes kolmannes 29,4 % (5) erittäin paljon ja 17,6 % (3) jonkun verran. Potilaan ongelmien määrittelyä vastaajista reilu puolet 64,7 % (11) arvioi hyödyttävän potilasta paljon ja reilu kolmannes 35,3 % (6) arvioi erittäin paljon. Hoidon tavoitteiden asettaminen hyödytti 52,9 % (9) mielestä paljon, 41,2 % (7) erittäin paljon ja erittäin pienen osan, 5,9 % (1) jonkun verran. Hoitoajan määrittelyä vajaa puolet, 41,2 % (7) arvioi hyödyttävän potilasta paljon, 17,6 % (3) erittäin paljon, 17,6 % (3) jonkun verran ja saman verran vastaajista eli 17,6 % arvioi vähän ja erittäin pieni osa eli 5,9 % (1) erittäin vähän. Arviointia potilaan hoitoon sitoutumisesta (N16) reilu kolmannes eli 35,3 % (6) arvioi potilaan hyötyvän paljon, vajaa kolmannes eli 29,4 % (5) jonkun verran, 17,6 % (3) erittäin paljon ja pieni osa 11,8 % (2) arvioi vähän. Hoitotyönsuunnitelman rakentamista

yhteistyössä potilaan kanssa yli puolet vastaajista 52,9 % (9) arvioi hyödyntävän paljon potilasta ja vajaa puolet 41,2 % (7) arvioi paljon. Kysymyksissä jotka koskivat potilaan hoitoon sitoutumista ja hoitotyösuunnitelman rakentamista potilaan kanssa, puuttui 1 henkilön vastaus.

Potilaan hoitoon sitoutuminen	ei lainkaan	erittäin vähän	vähän	jonkun verran	paljon	erittäin paljon
	N=	N=	N=	N=	N=	N=
potilaan ongelmien määrittely	0	0	1	3	9	4
potilaan hoidolle asetetut selkeät tavoitteet	0	0	0	2	10	4
potilaan validointi	0	0	0	4	7	6

Taulukko 3. Potilaan hoitoon sitoutuminen

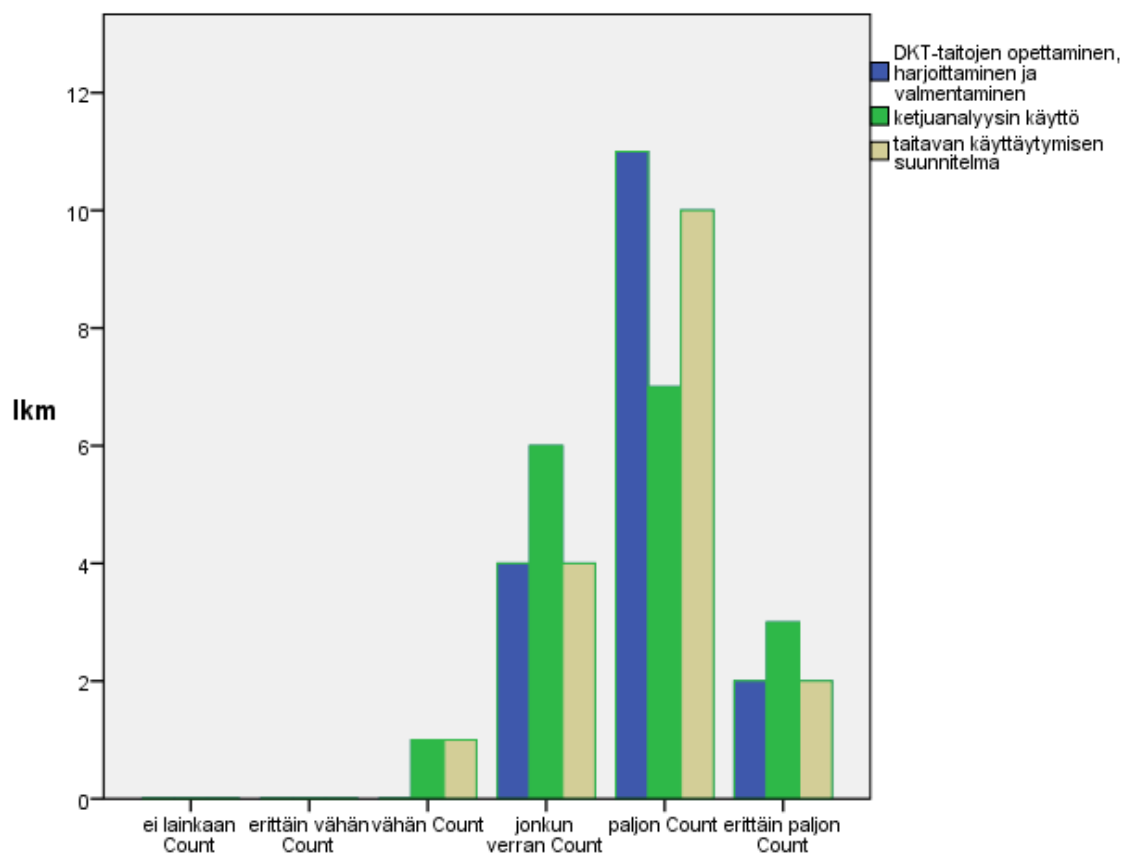
Arvioidessa DKT-hoitomenetelmien käyttöä potilaan hoitoon sitoutumisessa vastaajista (N17) yli puolet eli 52,9 % (9) arvioi potilaan ongelmien määrittelyn vahvistavan paljon potilaan hoitoon sitoutumista, 23,5 % (4) arvioi erittäin paljon ja 17,6 % (3) jonkun verran.

Potilaan hoidolle asetetut selkeät tavoitteet vahvistivat 58,8 % (10) vastaajan mielestä paljon potilaan hoitoon sitoutumista, 23,5 % (4) mielestä erittäin paljon ja 11,8 % (2) mielestä jonkun verran.

Vastaajista vajaa puolet (41,2 %) (7) arvioi potilaan validoinnin vahvistavan paljon potilaan hoitoon sitoutumista, reilu kolmannes eli 35,3 % (6) arvioi erittäin paljon ja 23,5 % (4) arvioi validoinnin vahvistavan jonkun verran potilaan sitoutumista.

#### 7.4. Itsetuhoisuus

Arvioidessa lisäksi DKT-hoitomenetelmien käyttö kokonaisuudessaan potilaan keinoja välttää itsetuhoista käyttäytymistä (N17) yli puolet 52,9 % (9) arvioi paljon, lähes kolmannes 29,4 % (5) arvioi jonkun verran, 11,8 % (2) arvioi erittäin paljon ja erittäin pieni osa eli 5,9 % (1) arvioi DKT-hoitomenetelmien käytön kokonaisuudessaan lisätä potilaan keinoja välttää itsetuhoista käyttäytymistä erittäin vähän



Kuvio 2. Itsetuhoisen käyttäytymisen välttäminen DKT-hoitomenetelmien avulla.

Tarkastellessa DKT-hoitomenetelmien vaikutusta välttämään potilaan itsetuhoista käyttäytymistä (N17) reilu puolet vastaajista 64,7 % (11) arvioi DKT-taitojen opettamisen, harjoittelun ja valmentamisen, 58,8 % (10) taitavan käyttäytymisen suunnitelman ja 41,2 % (7) ketjuanalyysin käytön auttavan potilasta välttämään itsetuhoista käyttäytymistä paljon. Vastaajista 23,5 % (4) arvioi DKT-taitojen opettamisen ja taitavan käyttäytymisen suunnitelman ja 35,3 % (6) arvioi ketjuanalyysin käytön auttavan jonkun verran potilaan itsetuhoisen käyttäytymisen välttämistä. DKT-taitojen opettaminen ja taitavan käyttäytymisen suunnitelma potilaalle vastaajista 11,8 % (2) ja ketjuanalyysin käyttö 17,6 % (3) vastaajan mielestä auttoi potilasta välttämään erittäin paljon itsetuhoista käyttäytymistä. Vastaajista 5,9 % (1) mielestä ketjuanalyysin käyttö ja taitavan käyttäytymisen suunnitelma auttoivat potilasta vähän itsetuhoisen käyttäytymisen välttämässä.

## 7.5 Potilaan hoidon toteutus ja hoitoaika osastolla

Hoidon toteutus	ei lainkaan	erittäin vä- hän	vähän	jonkun ver- ran	paljon	erittäin pal- jon
	N=	N=	N=	N=	N=	N=
hoitosuunnitelmaan sitoutta- minen	0	0	0	0	11	6
tavoitteiden toteutumisen ar- viointi	0	0	0	3	8	6
ketjuanalyysin käyttö	0	0	0	5	8	4
viikko/seurantakorttien käyttö	0	0	0	4	7	6
potilaan taitojen lisääminen	0	0	0	2	7	8
validointi	0	0	0	5	6	6
ongelmaratkaisutaitojen li- sääminen	0	0	0	0	9	8
DKT:n perusdialektiikan (hy- väksynnän ja muutoksen ta- sapainottamisen) käyttö	0	0	0	1	11	5

Taulukko 5. Hoidon toteutus

Arvioidessa DKT-hoitomallin menetelmiä potilaan hoidon toteutuksessa kaikki vastaajat (N17) kokivat ne paljon, erittäin paljon tai jonkun verran tärkeiksi. Reilu puolet vastaajista 64,7 % (11) koki hoitosuunnitelmaan sitouttamisen tärkeäksi paljon ja yli kolmannes 35,3 % (6) tärkeäksi erittäin paljon. Tavoitteiden toteutumisen arviointi oli 47,1 % (8) mielestä paljon tärkeä, reilu kolmannes 35,3 % (6) koki sen erittäin paljon tärkeäksi ja 17,6 % (3) jonkun verran tärkeäksi. Vastaajista lähes puolet 47,1 % (8) arvioi ketjuanalyysin käytön olevan paljon tärkeä, 23,5 % (4) erittäin paljon tärkeä ja lähes kolmannes 29,4 % (5) jonkun verran tärkeää. Potilaan taitojen lisäämistä lähes puolet 47,1 % (8) koki erittäin paljon tärkeäksi, 41,2 % (7) paljon tärkeäksi ja 11,8 % (2) jonkun verran tärkeäksi. Yli puolet 52,9 % (9) koki ongelmaratkaisutaitojen lisäämistä paljon tärkeäksi ja 47,1 % (8) erittäin paljon tärkeäksi. Reilu puolet 64,7 % (11) koki DKT:n perusdialektiikan käytön paljon tärkeäksi, lähes kolmannes 29,4 % (5) erittäin paljon tärkeäksi ja pieni osa 5,9 % (1) jonkun verran tärkeäksi. Viikko/seurantakortin käyttö potilaan hoidon toteutuksessa oli 41,2 % (7) mielestä paljon tärkeä, 35,3 % (6) mielestä erittäin tärkeä ja 23,5 % (4) mielestä jonkun verran tärkeä. Arvioidessa onko DKT-hoitomallin

käyttö vaikuttanut potilaiden hoitoaikoihin osastolla (N17) vastaajista suuriosa 70,6 % (12) arvioi potilaan hoitoajan lyhentyneen vähän, 23,5 % (4) arvioi ettei ole vaikuttanut ja 5,9 % (1) arvioi että pidentänyt vähän potilaiden hoitoaikoja osastolla.

#### 7.6. Osaston työhyvinvointi

	heikensi paljon	heikensi vähän	ei vaikutta- nut	lisäsi vähän	lisäsi paljon
Osaston työhyvinvointi	lkm	lkm	lkm	lkm	lkm
taitoryhmien ohjaaminen	0	6	3	5	3
taitojen yksilöohjaaminen	0	2	3	8	4
DKT-hoitomallin mukainen kirjaaminen/dokumentointi	0	3	6	6	2
DKT-näkökulman esillä pitäminen moniammatillisessa yhteistyössä	0	1	3	10	3
DKT-mallin mukaiset raporttikäytännöt	0	2	6	7	2
konsultaatiotiimi	0	0	2	5	10

Taulukko 6. DKT-menettelmien käyttö suhteessa työntekijöiden työhyvinvointiin.

Arvioidessa DKT-hoitomallin menetelmien käytön vaikutukset henkilökunnan työhyvinvointiin, vastanneista (N17) reilu kolmannes 35,3 % (6) koki taitoryhmien ohjaamisen heikentäneen vähän työhyvinvointia, 29,4 % (5) koki lisänsen vähän työhyvinvointia, 17,6 % (3) koki lisänsen paljon työhyvinvointia ja 17,6 % (3) koki ettei sillä ollut vaikutusta.

Vajaa puolet 47,1 % (8) vastaajista oli sitä mieltä, että taitojen yksilöohjaaminen lisäsi vähän ja 23,5 % (4) sitä mieltä, että lisäsi paljon työhyvinvointia, 17,6 % (3) mielestä sillä ei ollut vaikutusta ja 11,8 % (2) mielestä se heikensi vähän työhyvinvointia.

Arvioidessa DKT-hoitomallin mukaista kirjaamista/dokumentointia 35,3 % (6) vastaajan mielestä lisäsi vähän ja 11,8 % (2) mielestä lisäsi paljon työhyvinvointia. Reilu kolmannes 35,3 % (6) koki ettei sillä ollut vaikutusta ja 17,6 % (3) mielestä se vähensi vähän työhyvinvointia.

Yli puolet vastaajista 58,8 % (10) koki, että DKT-näkökulman esillä pitäminen moniammatillisessa yhteistyössä lisäsi vähän ja 17,6 % (3) koki, että lisäsi paljon työhyvinvointia, 17,6 % (3) koki ettei sillä ollut vaikutusta ja hyvin pieni osa 5,9 % (1) koki, että se heikensi vähän työhyvinvointia. DKT-mallin mukaiset raporttikäytännöt 41,2 % (7) vastaajan mielestä lisäsi vähän ja 11,8 % (2) mielestä lisäsi paljon työhyvinvointia, 35,3 % (6) vastaajan mielestä sillä ei ollut merkitystä ja pienen osan 11,8 % (2) mielestä heikensi vähän työhyvinvointia.



Reilu puolet vastaajista 58,8 % (10) koki konsultaatiotiimin lisänneen paljon työhyvinvointia, vajaa kolmannes 29,4 % (5) koki lisänneen vähän ja 11,8 % (2) mielestä sillä ei ole ollut vaikutusta työhyvinvointiin.

Arvioidessa oliko työntekijöillä mielestään riittävä tieto/taito DKT-menettelmistä vastaajista yli neljännes 41,2 % (7) arvioi tieto/taitoa olevan paljon, 35,3 % (6) arvioi jonkun verran ja pieni osa 17,6 % (3) arvioi vähän.

Mitattaessa oliko osastolla ”DKT-hoitokulttuuri”, yhtenäiset hoitokäytännöt, yli puolet vastaajista 52,9 % (9) arvioi paljon, 23,5 % (4) arvioi jonkun verran, 11,8 % (2) arvioi erittäin paljon ja 11,8 % (2) arvioi vähän.

Vastaajista yli puolet 58,8 % (10) oli sitä mieltä, että hoitajien asenne DKT-hoitomallin menetelmien käyttöön toimii jonkun verran, lähes kolmannes 29,4 % (5) oli sitä mieltä, että toimii hyvin ja pieni osa 11,8 % (2) arvioi, että toimii vähän.

Reilu kolmannes 35,3 % (6) arvioi, että DKT-hoitomalli ei ole vaikuttanut työpaikan ristiriitoihin, vajaan kolmanneksen 29,4 % (5) mielestä lisännyt vähän, 17,6 % (3) mielestä vähentänyt vähän ja 11,8 % (2) mielestä vähentänyt paljon työpaikan ristiriitoja.

Arvioidessa vaikuttiko DKT-hoitomalli menetelmät työssä jaksamiseen vastaajista lähes puolet 47,1 % (8) vastaajaa koki, että lisäsi vähän työssä jaksamista, 35,3 % (6) vastaajaa koki, että lisäsi paljon, pieni osuus 11,8 % (2) vastaajan mielestä heikensi vähän ja 5,9 % (1) mielestä ei vaikuttanut työssä jaksamiseen.

#### 7.7 Dialektista hoitomallia koskevat avoimet kysymykset

Dialektista käyttäytymisterapia hoitomallin käyttöä osastotyössä koskevan kyselylomakkeen avoimissa kysymyksissä kuvataan työntekijän näkökulmasta DKT hoitomallin hyödyt työntekijälle ja edut potilaalle, DKT-hoitomallin tuomat muutokset osastolle ja DKT-hoitomallin käytäntöjen kehittäminen.

##### *DKT-hoitomallin etu potilaalle työntekijän näkökulmasta (N16)*

- *Uudet keinot ahdistuksenhallintaan, kokonaisvaltaisesti hoitotyössä*
- *ketjuanalyysin käyttö*
- *Hoidon tavoitteiden asettaminen yhdessä potilaan kanssa*
- *Potilas vastuullisempi ja itsenäisempi omassa hoidossaan*
- *potilaan sitoutuminen hoitoon parempaa*
- *hoitaja/ potilaskeskustelut (keskustelupohja)*
- *potilaan hoitosuunnitelman teko*

##### *DKT-hoitomallin työntekijän hyödyt osastotyössä (N16)*

- *Yksilökeskustelut, hoitaja-potilas väliset keskustelut*

- Kokonaisvaltaisuus potilastyössä
- Hoitajalle uusia työvälineitä potilaan ongelmakäyttäytymiseen; ketjuanalyysi, validointi ja taitavan käyttäytymisen opettaminen
- Auttoi ymmärtämään epävakaita potilaita paremmin, varmuutta omaan työhön
- Hoidon tavoitteiden asettaminen
- Tilanteissa joissa potilaan ongelmat jatkuneet pitkään samanlaisina
- Yhtenäisemmät hoitolinjat

#### *DKT-hoitomallin tuomat muutokset osastolla (N16)*

- Hoidon suunnittelu johdonmukaisempaa
- Uusia työkaluja potilastyöhön
- Auttoi ymmärtämään epävakaa persoonallisuushäiriöisiä potilaita paremmin
- Hoitokäytäntöjen yhtenäistyminen ja selkeytyminen
- Tehosti potilaan epämääräisen ongelmakentän määrittelyä / Potilaan hoito keskittyi osastohoidossa akuutteihin ongelmiin
- Hoitohenkilökunnan tuomitseva asenne potilaita kohtaan väheni ja validointi lisääntyi
- Aiheutti työyhteisössä ristiriitoja ja potilaat vastustivat
- Paransi työntekijän jaksamista työssään
- Potilaan rooli aktiivisempi
- Potilaan hoidolle asetetaan tavoitteet jolloin potilaskin tiesi mitä tavoitellaan
- Hoitajien työmäärän lisääntyminen esim. ryhmien vetämisen myötä
- Erityisesti epävakaapotilaat hyötyivät
- Lisäsi hoitajien ja potilaiden välistä vuoropuhelua / vuorovaikutusta
- Kokonaisvaltainen muutos

#### *DKT-hoitomallin käytäntöjen kehittäminen osastolla (N12)*

- Lisäkoulutusta tai tukea ryhmän ohjaamiseen
- Osaston päiväohjelma olisi voinut olla vielä DKT-hoitomallia tukevampi
- Lisää DKT-ryhmiä ja riittävästi resursseja ryhmien ohjaukseen
- DKT-pohjainen raportointi / tavoitteet / keinot
- Potilaan hoitoon sitouttaminen ja motivointi
- Potilaan sovituista sopimuksista kiinnipitäminen työryhmässä (hoitaja+ lääkärit)
- Yhtenäisempi DKT-hoitomallin mukainen potilaan hoito hoitajien ja lääkäreiden välillä
- DKT-hoitomallin kehittäminen osastolla liian nopeaa resursseihin nähden
- Kolmivuorotyössä hankalaa toteuttaa
- DKT-hoitomallin juurruttaminen ja kehittäminen osastolla oli vielä kesken, kun osaston toiminta päättyi

### 7.8 Epävakaata potilaan hoidon koulutus ja hoitoon liittyvät oletukset

Vastaajista (N17) 82,4 % (14) oli käynyt tunne-elämältään epävakaata persoonallisuushäiriön hoitoa käsittelevän koulutuksen ja 17,6 % (3) ei. Kaikki vastaajista (N17) eli 100 % (17) henkilöä tapaavat työssään päivittäin tai lähes päivittäin tunne-elämältään epävakaata persoonallisuushäiriöisiä potilaita. Vastaajista (N17) suuri osa 70,6 % (12) koki tarvitsevänsä enemmän työnohjausta epävakaiden potilaiden hoitoon, 11,8 % (2) vastaajaa ei kokenut tarvitsevänsä ja 17,6 % (3) ei osannut sanoa.

Hoidon arviointi	N=	%	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid erittäin vaikeana	6	35,3	35,3	35,3
melko vaikeana	10	58,8	58,8	94,1
en vaikeana enkä helppona	1	5,9	5,9	100,0
Total	17	100,0	100,0	

Taulukko 7. Tunne-elämältään epävakaata persoonallisuushäiriöisen potilaan hoidon arviointi.

Vastaajista (N17) reilu puolet 58,8 % (10) arvioi tunne-elämältään epävakaiden potilaiden hoitamisen melko vaikeana, 35,3 % (6) erittäin vaikeana ja hyvin pieni osa eli 5,9 % (1) ei vaikeana eikä helppona. Vertailussa kuinka vaikeaa epävakaiden potilaiden hoito on verrattuna muihin potilaisiin, vastaajista (N17) suuri osa 94,1 % (16) piti sitä vaikeampana ja 5,9 % (1) ei helpompana eikä vaikeampana

### 7.9 Epävakaata potilaan hoitoon liittyvät avoimet kysymykset

Tavion kyselylomakkeessa avoimessa kysymys sarjassa kuvailtiin epävakaan potilaan hoidon pääperiaatteita, hoitotavoitteita, haasteellisuutta ja hoitoon sitoutumisen parantamista ja hoitoa psykoterapialla

#### *Pääperiaatteet epävakaan potilaan hoidossa (N15)*

- yksilöllinen kohtelu
- luotettavan vuorovaikutussuhteen luominen
- hoitosuunnitelman tekeminen yhdessä potilaan kanssa
- selkeä hoidon tavoitteet, tiedot ja taidot
- validointi, tuomitsemattomuus, hyväksynnän ja muutosvaatimusten tasapaino
- DKT-menettelmien kuten; ketjuanalyysin, viikkokortin, -ohjelman, taito- ja harjoittelun käyttö
- Avoimuus ja selkeys, potilasta tuetaan, mutta potilaalla vastuu
- Turhan provosoinnin välttäminen tai siihen mukaan lähteminen
- Keskittyminen akuutteihin sairaalahoitoa tarvittaviin ongelmiin DKT-pohjalta

- *Potilaan hoitoon motivoiminen ja hoidossa potilaan oman osuuden vahvistaminen*
- *avohoitopainotteisuus*
- *hoidossa sovituista sopimuksista kiinnittäminen*
- *tilanteiden selvittely DKT:ta hyödyntäen*
- *Lähtökohtaisesti ymmärretään potilaan epävakausta, että potilas tekee parhaansa*
- *Potilaan tukeminen muutoksessa ja hyväksymisessä*

#### *Hoitotavoitteet epävakaan potilaan hoidossa (N16)*

- *Ongelmakäyttäytymisen (itsetuhoisuus), im-alttiuden vähentäminen DKT-taitojen opetteluun, harjoitteluun ja sitoutumisen avulla*
- *hoitosopimus / -suunnitelma, hoitoajan kesto*
- *tunnesäätelyn harjoittaminen*
- *pois pääsy sairaalasta*
- *määritellään lisättäviä ja / tai vähennettäviä käyttäytymisiä*
- *potilaan hoitoon sitoutuminen ja oma vastuunotto*
- *elämää uhkaavan käytöksen lopettaminen / elämänhallinnan lisääminen*
- *hoitotavoitteet riittävän konkreettisia ja saavutettavissa olevia päästä sairaalasta ja pärjätä omassa kotona / elämässä*
- *akuuttien kriisien hoitaminen ja avohoitoon sitouttamisen tukeminen*
- *Tarvittaessa potilaan sairaalaa hoitoon pääsyn helpottaminen (matala kynnyks)*

#### *Haasteellisuus epävakaan potilaan hoidossa (N16)*

- *Potilaan hoitoon sitoutuminen ja hoitosopimuksessa pysyminen, ”retkahdukset ja alusta aloittaminen, sovituista asioista luistaminen*
- *Sairaalahoitoon tavoitteiden määrittely*
- *Hoitajan omat negatiiviset tunteet, oma avuttomuus tai turhautuminen potilasta ja / tai potilaan itsetuhoista käytöstä kohtaan*
- *Tunnetilojen säätelyn häiriöistä johtuva hallitsemattomuus*
- *epävakausta, potilaan voimien vaihdellessa jatkuvasti tai pysyvän muuttumattomana*
- *Jos kaikki potilaan hoitoon liittyvät työntekijät eivät tue DKT-painotteista työtettä*
- *itsetuhoisuus*
- *objektiivista subjektiiviksi*
- *Saada potilas ymmärtämään mihin asioihin hoidossa keskistytään sairaalahoitoon aikana ja mihin avohoidossa*
- *Potilaan ymmärtäminen oman toimintansa merkityksestä toipumisessa*
- *Tilanteiden jatkuva muuttuminen*
- *Suunnaton huomion kaipuu*

- *Epävakaan potilaan hoitaminen on kokonaisuudessaan haastavaa*

#### *Keinoja epävakaan potilaan hoitoon sitouttamiseen (N14)*

- *Hoitosuunnitelman ja -sopimuksen sekä hoidolle asetettujen tavoitteiden teko yhteistyössä potilaan kanssa ja niiden käyttäminen hoidon aikana*
- *validointi, lämpö, kiinnostus, rehellisyys, johdonmukaisuus, kannustus, perustelut mikä on toiminut / ei ole toiminut ennen, yhteiset tavoitteet ja -sopimukset*
- *hoitajan sitoutuneisuus*
- *konkreettisten keinojen määrittely ongelmakäyttäytymisen muuttamiseksi*
- *hyvän hoitosuhteen luominen, potilaalle välittyvä tunne että häntä oikeasti halutaan ymmärtää*
- *potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen ja luottamuksellisuus hoitosuhteessa ehdotonta*
- *Potilaan DKT-taitojen käyttäminen ja niiden vahvistaminen (erityisesti potilasta hyödyttävät taidot)*
- *potilaan vastuuttaminen omaan elämään*
- *Ei liian pitkiä hoitoaikoja*
- *Motivointi ja edukaatio DKT-hoitoon (saavutetuista tuloksista ja mahdollisuuksista kertominen), siihen että potilaalla on hyvä mahdollisuus vaikuttaa omaan toipumiseensa*
- *Positiivisten kokemusten korostamista*

#### *Epävakaan potilaan hoito psykoterapialla (N14)*

- *Potilas hyötyy terapiasta.*
- *Terapeutin tulisi olla perehtynyt epävakaan persoonallisuushäiriöön*
- *Ei välttämättä riittävä eikä auta potilasta eteenpäin. Tarvitaan kohdennettuja hoitomalleja kuten DKT, skeema*
- *Ei tietoa tai selkeää mielipidettä psykoterapian toimivuudesta*
- *Hyvä asia oikeassa vaiheessa tai jos potilaalla esim. traumataustaa*

#### 7.10 Epävakaan potilaan hoitoon liittyvät mielikuvat ja käsitykset

Seuraavassa taulukossa esitellään epävakaan potilaisiin liittyviä mielikuvia ja käsityksiä.

	ei kuvaa lain- kaan koke- mustani	kuvaa erittäin vähän koke- mustani	kuvaa vähän kokemustani	kuvaa melko hyvin koke- mustani	kuvaa hyvin kokemustani	kuvaa erittäin hyvin koke- mustani
Mielikuvat ja käsitykset	N=	N=	N=	N=	N=	N=
koen epävakaisten potilaiden oireet usein manipulaatioksi ja teatraaliseksi käytökseksi	0	3	5	4	3	2
koen, että epävakaan potilaan kanssa on miltei mahdotonta muodostaa hyvää yhteistyösuhdetta	1	5	8	3	0	0
koen usein epävakaisten potilaiden hoitoa koskevat vaatimukset kohtuuttomina	1	1	6	5	4	0
minun on helppo tuntee myötätuntoa epävakaista potilaita kohtaan	0	2	0	6	5	4
olemme usein epävakaisten potilaiden kanssa eri mieltä siitä, mikä on heille hyväksi	0	0	6	5	5	1
koen olevani asiantunteva epävakaan persoonallisuuden hoitoon liittyvissä asioissa	0	1	3	10	3	0
epävakaat potilaat herättävät minussa enimmäkseen negatiivisia tunteita	2	4	8	2	1	0
ajattelen, että omat käsitykseni potilaasta voivat välittyä hänelle, vaikka yrittäisin pitää ne piilossa	0	4	1	3	5	4
olen hyvin kiinnostunut epävakaasta persoonallisuushäiriöstä	0	0	2	3	4	8
koen epävakaat potilaat ahneina ja vaativina	1	6	4	4	2	0
kiinnitän paljon huomiota omiin tunteisiini, joita herää hoitosuhteessa epävakaan potilaan kanssa	0	0	1	7	6	3
koen että epävakaan potilaan kanssa yhteistyösuhteen luomisen tulisi olla työskentelyn tavoitteena eikä edellytyksenä	1	1	3	2	7	2
minun on helppo ymmärtää ja hyväksyä epävakaan potilaan nopeita tunteenvaihteluita ja tunteiden intensiteettiä	0	1	1	8	7	0

Taulukko 8. Tunne-elämältään epävakaasiin potilaisiin liittyvät mielikuvat ja käsitykset

Arvioidessa tunne-elämältään epävakaata persoonallisuushäiriöisiin potilaisiin liittyviä mielikuvia ja käsityksiä epävakaisten potilaiden oireista usein manipulaatioksi ja teatraaliseksi käytökseksi (N17)vajaa kolmannes 29,4 % (5) kokemusta kuvaa vähän epävakaisten potilaiden oi-

reet usein manipulaatioksi ja teatraaliseksi käytökseksi, 23,5 % (4) kuvaa melko hyvin kokemusta, 17,6 % (3) kuvaa hyvin kokemusta, 17,6 % (3) kuvaa erittäin vähän kokemusta. Vastaaajista (N17) lähes puolet 47,1% (8) kokemusta kuvaa vähän, että epävakaan potilaan kanssa on miltei mahdotonta muodostaa hyvää yhteistyösuhdetta, vajaa kolmannes 29,4 % (5) kuvaa erittäin vähän kokemusta, 17,6 % (3) kuvaa melko hyvin kokemusta ja hyvin pieni osa 5,9 % (1) ei kuvaa lainkaan kokemusta. Olettamus, että epävakaiden potilaiden hoitoa koskevat vaatimukset koetaan kohtuuttomina kuvaa (N17) vastaaajista 35,3 % (6) vähän kokemusta, vajaa kolmannes 29,4 % (5) mielestä kuvaa melko hyvin kokemusta, 23,5 % (4) mielestä kuvaa hyvin kokemusta, pieni osan 5,9 % (1) mielestä kuvaa erittäin vähän kokemusta ja (5,9 %) (1) mielestä ei kuvaa lainkaan kokemusta. Reilu kolmannes (N17) vastaaajista 35,3 % (6) kokemusta kuvaa melko hyvin tuntea helposti myötätuntoa epävakaita potilaita kohtaan, lähes kolmannes 29,4 % (5) mielestä kuvaa hyvin kokemusta, 23,5 % (4) mielestä kuvaa erittäin hyvin kokemusta ja pienen osan 11,8 % (2) mielestä kuvaa erittäin vähän kokemusta. Vastaaajien (N17) eli 35,3 % (6) kokemusta kuvaa vähän, että on usein epävakaiden potilaiden kanssa eri mieltä siitä, mikä on heille hyväksi, lähes kolmanneksen 29,4 % (5) mielestä kuvaa melko hyvin kokemusta, 29,4 % (5) mielestä kuvaa hyvin kokemusta ja 5,9 % (1) kuvaa erittäin hyvin kokemusta. Vastaaajista (N17) reilu puolet 58,8 % (10) kokemusta kuvaa melko hyvin olevansa asiantunteva epävakaan persoonallisuuden hoitoon liittyvissä asioissa, 17,6 % (3) kuvaa hyvin kokemusta ja kuvaa vähän kokemusta ja pieni osa 5,9 % (1) kuvaa erittäin vähän kokemusta. Vastaaajista (N17) vajaa puolet 47,1 % (8) kokemusta kuvaa vähän epävakaiden potilaiden hertävän enimmäkseen negatiivisia tunteita, 23,5 % (4) kuvaa erittäin vähän kokemusta, pieni osa 11,8 % (2) kuvaa melko hyvin kokemusta, 11,8 % (2) ei kuvaa lainkaan kokemusta ja pieni osa eli 5,9 % (1) kuvaa hyvin kokemusta. Olettamus, että omat käsitykset potilaasta voivat välittyä hänelle, vaikka yrittäisi pitää ne piilossa, vastaaajista (N17) vajaa kolmanneksen mielestä 29,4 % (5) kokemusta kuvaa hyvin, 23,5 % (4) kuvaa erittäin hyvin kokemusta, 23,5 % (4) kuvaa erittäin vähän kokemusta, 17,6 % (3) kuvaa melko hyvin kokemusta ja pieni osa 5,9 % (1) kuvaa vähän kokemusta. Lähes puolen vastaaajista (N17) 47,1 % (8) kokemusta kuvaa erittäin hyvin kiinnostus epävakaaseen persoonallisuushäiriöön, 23,5 % (4) kokemusta kuvaa hyvin, 17,6 % (3) mielestä kuvaa melko hyvin kokemusta ja 11,8 % (2) mielestä kuvaa vähän kokemusta. Reilu kolmannes vastaaajista (N17) eli 35,3 % (6) kokemusta kuvaa erittäin vähän kokea epävakaat potilaat ahneina ja vaativina, 23,5 % (4) kuvaa vähän kokemusta, 23,5 % (4) kuvaa melko hyvin kokemusta, 11,8 % (2) kuvaa hyvin kokemusta ja pieni osa 5,9 % (1) ei kuvaa lainkaan kokemusta. Vajaa puolet vastaaajista (N17) eli 41,2 % (7) kokemusta kuvaa melko hyvin kiinnittää paljon huomiota omiin tunteisiin, joita herää hoitosuhteessa epävakaan potilaan

kanssa, reilu kolmannes 35,3 % (6) kuvaa hyvin kokemusta, 17,6 % (3) kuvaa erittäin hyvin kokemusta ja 1 vastaaja (5,9 %) (1) kuvaa vähän kokemusta. Vastaajista (N16) 41,2 % (7) kokemusta kuvaa hyvin että epävakaan potilaan kanssa yhteistyösuhteen luomisen tulisi olla työskentelyn tavoitteena eikä edellytyksenä, 17,6 % (3) kuvaa vähän kokemusta, 11,8 % (2) kuvaa melko hyvin kokemusta ja kuvaa erittäin hyvin kokemusta, 1 vastaaja (5,9 %) (1) kuvaa erittäin vähän kokemusta ja ei kuvaa lainkaan kokemusta. Vajaa puolet vastaajista (N17) eli 47,1 % (7) kokemusta kuvaa melko hyvin ymmärtää ja hyväksyä helposti epävakaan potilaan nopeita tunteenvaihteluita ja tunteiden intensiteettiä, lähes puolet 41,2 % (7) kuvaa hyvin kokemusta, pieni osa 5,9 % (1) kuvaa vähän kokemusta ja kuvaa erittäin vähän kokemusta.

#### 7.10 Epävakaata potilaan hoitoon hoidossa käytettävät menetelmät

Tavion kyselylomakkeesta epävakaapersoonallisuushäiriöisen potilaan hoidosta kysyttiin erilaisia työntekijän hyödyntämiä menetelmiä. Vastaaja sai valita kaikki hyödyntämänsä vaihtoehdot.

Hyödyntää tunne-elämältään epävakaisten potilaiden hoidossa		Menetelmät		Prosentti/menetelmä
		N	%	
Menetelmät	mindfulness/tietoinen läsnäolo	16	19,8%	100,0%
	rentoutus	12	14,8%	75,0%
	turvapaikkamielikuvat	12	14,8%	75,0%
	muistutuskortit	9	11,1%	56,3%
	päiväkirja	9	11,1%	56,3%
	huomion siirtäminen muualle, sekä korvaavien toimintojen käyttö (esim.fyysinen kuormitus, kylmästimukset)	15	18,5%	93,8%
	rauhottava puhe potilaiden dissosiativisten tilojen hallintaan			
	internetissä oleva Terveyskirjaston epävakaille potilaille suunnattu itsehoitoparas	2	2,5%	12,5%
	puhelinkontakti (potilas voi soittaa työajan ulkopuolelle)	4	4,9%	25,0%
	moodityöskentely	1	1,2%	6,3%
	"vanhemmointi"	1	1,2%	6,3%
Yhteensä		81	100,0%	506,3%

Taulukko 9. Epävakaisten potilaiden hoidossa hyödynnettävät menetelmät

Arvioidessa epävakaata potilaiden hoidossa hyödynnettyjä menetelmiä vastanneista (N16) kaikki 100 % (16) hyödynsivät mindfulness/tietoista läsnäoloa, lähes kaikki 93,8 % (15) hyödynsi huomion muualle suuntaamista sekä korvaavien toimintojen käyttöä, 75 % (12) vastaajaa hyödynsi



rentoutusta ja turvapaikkamielikuvia, reilu puolet 56,3 % (9) hyödynsi muistutuskortteja ja päiväkirjaa, 25 % (4) hyödynsi puhelinkontaktia ja 6,3 % (1) sekä moodityöskentelyä että ”vanhemmointia” epävakaiden potilaiden hoidossa.

#### 7.11 Epävakaan potilaan hoidossa tukevat toiminnot

Tavion kysymyslomakkeessa kysyttiin myös työntekijää tukevia toimintoja potilaan kanssa työskennellessä. Vastaajalle esitettiin valmiita vaihtoehtoja, joista hän poimi hänen kohdallaan toteutuneet kohdat.

#### Vaihtoehdot

Tukea potilaan kanssa työskentelyyn	vastaukset		prosentti/vaihtoehto
	N	%	
Vaihtoehdot <sup>a</sup>			
asiakkaille jaettava esite, missä tietoa häiriöstä	11	10,0%	64,7%
säännölliset työyksikön sisäiset palaverit liittyen spesifisti EVPH:n hoitoon	14	12,7%	82,4%
selkeä protokolla, minkä pohjalta epävakaita hoidetaan	14	12,7%	82,4%
EVPH:n hoidossa tarvittavien taitojen/tekniikoiden harjoittelu workshopit/demot työntekijöille	14	12,7%	82,4%
sosiaalisten taitojen harjoittelu -ryhmä epävakaille	9	8,2%	52,9%
työyksikön sisäinen erityistyöryhmä, jolle potilaat ohjataan	3	2,7%	17,6%
työyksikön ulkopuolinen erityisyksikkö, jolle potilaat ohjataan	6	5,5%	35,3%
lista paikallisista psykoterapeuteista, jotka hoitavat epävakaita potilaita	7	6,4%	41,2%
työnohjaus liittyen spesifisti epävakaiden hoitoon	14	12,7%	82,4%
työryhmän tuki	15	13,6%	88,2%
muu, mikä?	3	2,7%	17,6%
<b>Yhteensä</b>	<b>110</b>	<b>100,0%</b>	<b>647,1%</b>

#### Taulukko 10. Epävakaiden potilaiden työskentelyssä työntekijää tukevat toiminnot

Suuri osa vastanneista 88,2 % (15) koki tukea epävakaiden potilaiden kanssa työskentelyssä työryhmän tuesta, 82,4 % (14) koki tukea säännöllisiin työyksikön sisäisiin palavereihin liittyen spesifisti EVPH hoitoon, EVPH:n hoidossa tarvittavien taitojen/tekniikoiden harjoittelu workshopit/demot työntekijöille, selkeästä protokollasta, minkä pohjalta epävakaita hoidetaan sekä työnohjaus liittyen spesifisti epävakaiden potilaiden hoitoon, 64,7 % (11) koki tukea asiakkaille jaettavasta esitteestä, missä tietoa häiriöistä, yli puolet 52,9 % (9) koki tukea sosiaalisten taitojen harjoittelu-ryhmästä epävakaille, 41,2 % (7) koki tukea listasta paikallisia psykoterapeutteja, 35,3 % (6) koki tukea työyksikön ulkopuolisesta erityisyksiköstä, jonne potilaat ohjataan, 17,6 % (3) työyksikön sisäisestä erityisyksiköstä, jonne potilaat ohjataan ja 17,6 % (3) koki tueksi muu vaihtoehto eli lisäkoulutus, DKT-orientoitunut järkevä lääkäri, mahdollisuus ohjata kaikki EVPH DKT-pohjaiseen avohoitoon, lyhyet suunnitelmalliset hoidot ja hoidon tavoitteista kiinni pitäminen sekä riittävästi aikaa potilaiden hoitoon

#### 7.12 Epävakaan potilaan hoidossa tärkeäksi koetut ja hoidossa vaikeana toteuttaa koetut asiat

Arvioidessa epävakaan potilaan hoidossa tärkeäksi koettuja asioita kuten hoidon läpinäkyvyys vastaajista (N17) suuri osa 76,5 % (13) arvioi väittämän kuvaavan erittäin hyvin kokemusta, 17,6 % (3) arvioi väittämän kuvaavan hyvin ja 5,9 % (1) melko hyvin kokemusta. Arvioidessa kuinka vaikeana hoidon läpinäkyvyys koetaan hoidon toteutuksessa (N16) vastaajista 23,5 % (4) koki sen kuvaavan hyvin kokemusta, 17,6 % (3) kuvaa melko hyvin, 23,5 % (4) kuvaa vähän, 23,5 % (4) kuvaa erittäin vähän ja erittäin pieni osa eli 5,9 % (1) mielestä ei kuvaa lainkaan kokemusta. Suuri osa vastaajista (N17) eli 76,5 % (13) koki tunteiden käsittelyn kuvaavan erittäin hyvin epävakaan potilaan hoidon tärkeyttä, 17,6 % (3) mielestä kuvasi hyvin ja pienen osan eli 5,9 % (1) kuvaavan melko hyvin kokemusta. Arvio tunteiden käsittelyn vaikeudesta hoidon toteutuksessa vastaajista (N16) reilu kolmannes 35,3 % (6) mielestä kuvaa hyvin kokemusta, 23,5 % (4) mielestä kuvaa melko hyvin, 23,5 % (4) mielestä kuvaa vähän ja pienen osan eli 2 vastaajan 11,8 % (2) mielestä kuvaa erittäin vähän kokemusta.

Kriisitilanteisiin valmistautumisen tärkeys epävakaan potilaan hoidossa, (N17) reilu puolet vastaajista 64,7 % (11) mielestä kuvaa erittäin hyvin kokemusta ja yli kolmannes vastaajista 35,3 % (6) mielestä kuvaa hyvin kokemusta. Arvio kuinka vaikeana kriisitilanteisiin valmistau-

tuminen koettiin epävakaan potilaan hoidossa, vastaajista (N16) vajaa puolet 41,2 % (7) mielestä kuvaa melko hyvin kokemusta, lähes kolmannes 29,4 % (5) mielestä kuvaa vähän, 17,6 % (3) mielestä kuvaa hyvin ja pienen osan 5,9 % (1) mielestä kuvaa erittäin hyvin kokemusta. Vastaajista (N16) vajaa puolet 41,2 % (7) mielestä ulkopuolinen kontrolli, kritiikki ja vastaan väittävän tyylin välttäminen kuvasi melko hyvin kokemusta epävakaan potilaan hoidon tärkeudessa, 23,5 % (4) mielestä kuvaa hyvin, 11,8 % (2) mielestä kuvaa erittäin hyvin ja kuvaa vähän kokemusta. Pienen osan 5,9 % (1) mielestä kuvaa erittäin vähän kokemusta. Arvio ulkopuolisen kontrollin, kritiikin ja vastaa väittävän tyylin välttämisen vaikeutta epävakaan potilaan hoidon toteutuksessa vastaajista (N16) reilu kolmannes 35,3 % (6) mielestä kuvaa melko hyvin kokemusta, 17,6 % (3) mielestä kuvaa hyvin ja kuvaa vähän kokemusta, 11,8 % (2) mielestä kuvaa erittäin hyvin ja kuvaa erittäin vähän kokemusta. Arvioidessa kokemusta vihan ilmaisun kanssa työskentelemisen tärkeydestä epävakaan potilaan hoidossa vastaajista (N17) yli puolet 52,9 % (9) mielestä kuvaa hyvin kokemusta ja vajaan puolet 41,2 % (7) mielestä kuvaa erittäin hyvin kokemusta. Vihan ilmaisun kanssa työskentelyn vaikeus epävakaan potilaan hoidon toteutuksessa (N16) reilu kolmannes 35,3 % (6) mielestä kuvaa hyvin ja kuvaa melko hyvin kokemusta, 17,6 % (3) mielestä kuvaa vähän ja pienen osan 5,9 % (1) mielestä kuvaa erittäin hyvin kokemusta. Epävakaan potilaan hoidossa potilaan sitouttaminen hoitoon vastaajista (N17) suuri osa 70,6 % (12) mielestä kuvaa erittäin hyvin kokemusta ja 29,4 % (5) mielestä kuvaa hyvin kokemusta verratessa kokemusta potilaan hoitoon sitoutumisen vaikeudesta hoidon toteutuksessa (N16) vajaa kolmannes 29,4 % (5) mielestä kuvaa hyvin ja kuvaa melko hyvin kokemusta, 17,6 % (3) mielestä kuvaa erittäin hyvin ja myös 17,6 % (3) vastaajan mielestä kuvaa erittäin vähän kokemusta. Oikeanlaisen jatkohoidon järjestämisen tärkeys epävakaan potilaan hoidossa vastaajista (N17) reilusti yli puolet 64,7 % (11) mielestä kuvaa erittäin hyvin ja reilun kolmanneksen 35,3 % (6) mielestä kuvaa hyvin kokemusta. Arvioidessa kuinka vaikeaksi epävakaan potilaan hoidossa koetaan toteuttaa oikeanlaisen jatkohoidon järjestäminen, vastaajista (N16) vajaa puolet eli 7 henkilöä 41,2 % (7) kuvaa melko hyvin, lähes kolmannes 29,4 % (5) mielestä kuvaa hyvin, 17,6 % (3) mielestä kuvaa vähän ja pienen osan 5,9 % (1) mielestä kuvaa erittäin hyvin kokemusta. Yhteistyösuhteen luomisen tärkeys epävakaan potilaan hoidossa suuri osa 70,6 % (12) mielestä kuvaa erittäin hyvin kokemusta, 17,6 % (3) mielestä kuvaa hyvin ja 5,9 % (1) mielestä kuvaa melko hyvin kokemusta. Yhteistyösuhteen luomisen vaikeus toteuttaa epävakaan potilaan hoidossa, vastaajista (N16) vajaa puolet 41,2 % (7) mielestä kuvaa vähän kokemusta, reilun kolmanneksen 35,3 % (6) mielestä kuvaa melko hyvin kokemusta, 17,6 % (2) mielestä kuvaa hyvin ja 5,9 % (1) mielestä kuvaa erittäin hyvin kokemusta. Arvioidessa kuinka tärkeäksi epävakaan potilaan hoidossa koetaan ymmärtävä, lämmin

ja hyväksyvä suhtautuminen potilaaseen hoidon kaikissa vaiheissa potilaan tunnetilasta ja käyttäytymisestä riippumatta vastaajista (N16) vajaa puolet 41,2 % (7) on sitä mieltä, että kuvaa erittäin hyvin kokemusta, vajaan kolmanneksen 29,4 % (5) mielestä kuvaa hyvin, 17,6 % (3) mielestä kuvaa melko hyvin ja pienen osan 5,9 % (1) mielestä kuvaa erittäin vähän kokemusta. Arvioidessa kuinka vaikeana epävakaan potilaan hoidossa koetaan toteuttaa ymmärtävä, lämmin ja hyväksyvä suhtautuminen potilaaseen hoidon kaikissa vaiheissa potilaan tunnetilasta ja käyttäytymisestä riippumatta vastaajista lähes kolmannes 29,4 % (5) arvioi sen kuvaavan melko hyvin kokemusta, 23,5 % (4) mielestä sekä kuvasi hyvin kokemusta, että kuvaa vähän kokemusta ja 17,6 % (3) mielestä kuvaa erittäin vähän kokemusta. Potilaan tunteiden ja kokemusten vastaanottaminen ja vakavasti ottaminen siinä intensiteetissä, missä ne ilmenevät koetaan epävakaan potilaan hoidossa vastaajista (N16) lähes puolet 47,1 % (8) kuvaavan erittäin hyvin kokemusta, lähes kolmanneksesta 29,4 % (5) kuvaavan hyvin, 11,6 % (2) kuvaavan melko hyvin ja pienen osan 5,9 % (1) mielestä kuvaavan vähän kokemusta. Arvioidessa kuinka vaikeana epävakaan potilaan hoidossa koetaan toteuttaa potilaan tunteiden ja kokemusten vastaanottaminen ja vakavasti ottaminen siinä intensiteetissä, missä ne ilmenevät vastaajista reilu kolmannes 35,3 % (6) on sitä mieltä, että se kuvaa vähän kokemusta, lähes kolmanneksen 29,4 % (5) mielestä kuvaa melko hyvin kokemusta, 11,6 % (2) mielestä kuvaa hyvin kokemusta ja pienen osan 5,9 % (1) mielestä sekä kuvaa erittäin hyvin, että kuvaa erittäin vähän kokemusta. Epävakaan potilaan hoidossa työntekijän arviointi Oman osuuden tärkeydestä tilanteessa (N16) missä potilas syyttää sinua, vajaan puolet 41,2 % (7) mielestä kuvaa hyvin, reilun kolmanneksen 35,3 % (6) mielestä kuvaa erittäin hyvin ja 17,6 % (3) mielestä kuvaa melko hyvin kokemusta. Arvioidessa kuinka vaikeana koetaan toteuttaa epävakaan potilaan hoidossa oman osuuden arvioiminen tilanteissa, missä potilas syyttää sinua, vastaajista (N15) reilu kolmannes 35,3 % (6) mielestä kuvaa melko hyvin kokemusta, lähes kolmannes 29,4 % (5) mielestä kuvaa hyvin kokemusta, 17,6 % (3) vastaajan mielestä kuvaa vähän ja pienen osan 5,9 % (1) mielestä kuvaa erittäin vähän kokemusta.

### 7.13 Epävakaan potilaan hoitokäytännöt akuuttiosastolla

Arvioidessa työntekijöiden lisäkoulutuksen osallistumisen valmiutta ja aikaa mitä työntekijä olisi valmis käyttämään siihen valtaosa vastaajista (N16) eli 76,5 % (13) käyttäisi siihen enemmän kuin 2 tuntia kuukaudessa, 11,8 % (2) yhden tunnin kuukaudessa ja pieni osa 5,9 % (1) 2 tuntia kuukaudessa. Vastaamatta jätti 1 henkilö 5,9 % (1) vastaaja.

Työntekijöiden arviointi onko epävakaalle potilaalle annettava hoito työyksiköissä asianmukaista tuloksena oli, että vastanneista (N14) yli puolet 52,9 % (9) mielestä hoito oli asianmukaista, 17,6 % (3) mielestä ei, pieni osa vastaajista 11,8 % (2) ei osaa sanoa onko hoito asianmukaista ja 17,6 % (3) on jättänyt vastaamatta.

Miettiessä syitä epävakaan potilaan epäasialliseen hoitoon, vastaajat olivat poimineet valmiista vaihtoehtoista seuraavia asioita. Vaihtoehtoista sai valita vapaasti yhden tai useamman asian. Seuraavaksi esitetty esille tulleet vaihtoehdot esiintymismäärä järjestyksessä

*Syitä mikäli epävakaiden potilaiden hoito ei ole asianmukaista (N10)*

- kiire (8)
- tiedon ja taidon puute (6)
- työyksikön resurssipula (4)
- työntekijöiden erimielisyydet hoidosta (3)
- yleisempi resurssipula (3)
- uupumus (2)
- työnohjauksen puute (1)

Käypähoitosuositusten käytöstä epävakaan potilaan hoidossa tuloksena oli, että suuri osa vastanneista (N14) suuri osa 70,6 % (12) käyttää käypähoitosuosituksia hyväksi epävakaan potilaan hoidossa, 11,8 % eli (2) vastaajaa ei käytä ja 17,6 % (3) on jättänyt vastaamatta kysymykseen.

#### 7.14 Työntekijän tuki epävakaan potilaan hoidossa

Tavion kyselylomakkeessa kysyttiin avoimena kysymyksenä millaista tukea työntekijä tarvitsee epävakaiden potilaiden hoidossa, josta seuraavat vastaukset.

*Työntekijän tarvitsema tuki epävakaiden potilaiden hoidossa? (N13)*

- työryhmän tiivis yhteistyö ja tuen saaminen työryhmältä (haastavien potilaiden hoitaminen yhdessä työryhmän kanssa)
- lisää tietoa, koulutusta (mm. jatkuvaa koulutusta case-tyyppisesti)
- vähemmän epävakaa potilaita samalle osastolle
- DKT-tiimikonsultaatio
- DKT-taitoinen yksilötyönohjaus + perehtyneisyys evph
- johdon tuki
- realistiset resurssit
- työntekijöiden sitoutuminen

- *tilannekohtaisia neuvoja*
- *tukea omaan jaksamiseen ja turhautumiseen sekä epävarmuuteen ryhmän ohjaamisessa alkuvaiheessa*

Tarkastellessa olivatko työntekijät törmänneet viime aikoina epävakaiden potilaiden hoitoa koskeviin negatiivisiin uskomuksiin kollegoiden taholta tuloksena oli, että yli puolet 58,8 % (10) oli törmännyt, pieni osa 5,9 % (1) ei ollut törmännyt negatiivisiin uskomuksiin ja puuttuvia vastauksia oli reilu kolmannes 35,3 % (6) .

#### 7.15 Epävakaa potilaisiin liittyvät negatiiviset uskomukset

Seuraavassa Tavion avoimessa kysymyksessä vastaajilta kysyttiin epävakaa potilaiden hoitoon liittyvistä negatiivisista uskomuksista, joihin vastaajat ovat törmänneet kollegoiden taholta.

##### *Epävakaa potilaiden hoitoon liittyvät negatiiviset uskomukset (N13)*

- *epävakaa potilaan ongelmakäyttäytymistä (itsetuhoisuus) pidetään manipulatiivisena*
- *epävakaa potilas ei yritä parastaan*
- *epävakaa potilas on huomionhakuinen*
- *epävakaa potilaan hoidossa käytettävään DKT:hen suhtaudutaan skeptisesti joka on humpuukia ja toimimatonta*
- *epävakaa potilaat vastustavat sairaala hoitoa ja heitä pitää hoitaa voimakkaasti rajoittamalla ("koirakoulu")*
- *epävakaa potilas tarvitsee vain kuria ja rajoja muu turhaa pelleilyä*
- *epävakaa potilasta ei voi auttaa "turhaa työtä"*
- *epävakaa potilas ei edes halua parantua, eikä häntä mikään paranna*
- *epävakaa potilaan ongelmia ei ymmärretä sairauden oireiksi vaan "itseaiheutetuiksi" ongelmiksi*
- *epävakaa potilaat viihtyvät sairaalassa, ettei tarvitse kohdata oikeata elämää*
- *epävakaa potilas vie sairaalapaikan oikeasti sairaalta ihmiseltä*
- *työntekijöiden turhautuneisuus potilaan palatessa usein takaisin osastolle tai oltuaan itsetuhoinen*
- *vähättely, negatiivinen suhtautuminen epävakaa potilaisiin ja nimittely kuten persut ja pershäiriöiset*

#### 7.16 Epävakaa potilaiden hoidon kehittäminen

Viimeisenä avoimena kysymyksenä Tavion kysymyslomakkeessa kysyttiin miten vastaajat halusivat kehittää epävakaiden potilaiden hoitoa Suomessa.

##### *Epävakaiden potilaiden hoidon kehittäminen Suomessa (N9)*

- *Dialektisen käyttäytymisterapian (DKT) käyttö valtakunnallisesti (lisää DKT-koulutusta hoitohenkilökunnalle psykiatrisissa hoitopaikoissa (laitos + avopuoli), ensiavussa/päivystyksissä*
- *Taitoryhmien toiminta sairaaloissa ja avohoidossa*
- *DKT hoidon lisäksi muita näyttöön perustuvia hoitomuotoja julkiseen psykiatriaan*
- *DKT-terapeuttien ja DKT-taitoisten psykiatrien lisääminen (lääkärit jotka perehtyvät evp hoitoon)*

#### 7.17 Henkilöstön tyytyväisyys ja työhyvinvointi

	erittäin tyytymätön	tyytymätön	jossain määrin tyytymätön	tältä väliltä	jossain määrin tyytyväinen	tyytyväinen	erittäin tyytyväinen
	Count	Count	Count	Count	Count	Count	Count
palkkaani ja muihin työsuhte-etuihini	2	2	3	3	6	0	1
henkilökohtaiseen kasvuun ja kehittymiseen työssäni	1	0	0	2	6	5	3
ihmisiin joiden kanssa keskustelen ja työskentelen työpaikalla	0	0	0	2	1	7	7
esimiehiltäni saamani arvostukseen ja oikeudenmukaiseen kohteluun	0	0	1	2	4	7	3
tunteeseen, että olen saavuttanut jotain merkittävää työssäni	0	0	1	1	4	10	1
mahdollisuuteen tutustua muihin ihmisiin työssäni	0	0	1	1	4	5	6
esimieheltäni saamaani tukeen ja ohjaukseen	0	0	0	3	3	9	2
palkkani oikeudenmukaisuuteen tälle organisaatiolle antamaani työpanokseen verrattuna	2	4	2	1	7	1	0
mahdollisuuksiini ajatella ja toimia itsenäisesti työssäni	0	0	0	4	4	8	1
mahdollisuuksiini auttaa työssäni muita ihmisiä	0	0	0	2	1	10	4
työni haasteellisuuteen	0	0	0	1	2	8	6
työssäni saamaani johtamisen laatuun yleensä	1	1	0	3	6	5	1

Taulukko 11. Henkilöstön tyytyväisyys

Arvioidessa työntekijöiden tyytyväisyyttä palkkaan ja muihin työsuhte-etuihin vastanneista (N17) reilu kolmannes 35,3 % (6) oli jossain määrin tyytyväinen, vajaa viidennes eli 17,6 % (3) sekä jossain määrin tyytymätön että jossain määrin tyytymättömän ja tyytyväisen väliltä,

11,8 % (2) oli tyytymätön sekä erittäin tyytymätön palkkaan ja muihin työsuhde-etuihin ja pieni osa 5,9 % (1) erittäin tyytyväinen. Tarkastellessa vastaajien tyytyväisyyttä henkilökohtaiseen kasvuun ja kehittymiseen työssään vastaajista (N17) reilu kolmannes 35,3 % (6) oli jossain määrin tyytyväinen, vajaa kolmannes 29,4 % (5) oli tyytyväinen, vajaa viidennes 17,6 % (3) erittäin tyytyväinen, pieni osa 11,8 % (2) jossain määrin tyytymättömän ja tyytyväisen väliltä ja erityisen pieni osa 5,9 % (1) erittäin tyytymätön henkilökohtaiseen kasvuun ja kehittymiseen työssään. Arvioidessa tyytyväisyyttä ihmisiin joiden kanssa keskustelea ja työskentelee työpaikalla tuloksena oli, että vastanneista (N17) vajaa puolet 41,2 % (7) oli tyytyväinen, pieni osa 11,8 % (2) oli jossain määrin tyytymättömän ja tyytyväisen väliltä ja 5,9 % (1) jossain määrin tyytyväinen ihmisiin joiden kanssa keskustelea ja työskentelee työpaikalla. Mitattaessa vastanneiden tyytyväisyyttä esimiehiltä saamaansa arvostukseen ja oikeudenmukaiseen kohteluun oli vastaajista (N17) vajaa puolet eli 41,2 % (7) tyytyväinen, reilu viidennes 23,5 % (4) oli jossain määrin tyytyväinen, vajaa viidennes 17,6 % (3) oli erittäin tyytyväinen, pieni osa 11,8 % (2) oli jossain määrin tyytymättömän ja tyytyväisen väliltä ja erityisen pieni osa 5,9 % (1) oli jossain määrin tyytymätön. Arvioidessa vastanneiden tyytyväisyyttä tunteeseen, että on saavuttanut jotain merkittävää työssään, vastaajista (N17) reilu puolet 58,8 % (10) oli tyytyväinen, reilu viidennes 23,5 % oli jossain määrin tyytyväinen ja pienet osuudet eli 1 vastaaja 5,9 % (1) oli erittäin tyytyväinen, 5,9 % (1) vastaaja jossain määrin tyytyväinen ja 5,9 % (1) vastaaja jossain määrin tyytymättömän ja tyytyväisen väliltä. Määriteltäessä vastanneiden (N17) tyytyväisyyttä mahdollisuuteen tutustua muihin ihmisiin työssään, yli kolmannes vastaajista eli 6 henkilöä 35,3 % (6) oli erittäin tyytyväinen, vajaa kolmannes eli 5 henkilöä 29,4 % (5) oli tyytyväinen, reilu viidennes eli 4 henkilöä 23,5 % (4) oli jokseenkin tyytyväinen ja pieni osa eli 1 vastaajista 5,9 % (1) oli jossain määrin tyytymätön ja 5,9 % (1) oli jossain määrin tyytymättömän ja tyytyväisen väliltä. Esimiehellä saamaansa tukeen ja ohjaukseen oli vastaajista (N17) yli puolet eli 9 henkilöä 52,9 % (9) tyytyväinen, pieni osa eli 2 henkilöä 11,8 % (2) oli erittäin tyytyväinen, vajaa viidennes eli 17,6 % (3) oli jokseenkin tyytyväinen ja 17,6 % (3) vastaajaa oli jossain määrin tyytymättömän ja tyytyväisen väliltä. Palkkaansa oikeudenmukaisuuteen organisaatiolle antamansa työpanokseen verrattuna oli vastanneista (N17) vajaa puolet 41,2 % (7) jossain määrin tyytyväinen, reilu viidennes eli 23,5 % (4) oli tyytymätön, 11,8 % (2) oli erittäin tyytymätön, 11,8 % (2) vastaajaa oli jossain määrin tyytymätön, pieni osa 5,9 % (1) oli jossain määrin tyytymättömän ja tyytyväisen väliltä ja 5,9 % (1) vastaaja oli tyytyväinen. Tarkastellessa mahdollisuuksiinsa ajatella ja toimia työssään itsenäisesti oli vastaajista (N17) vajaa puolet 47,1 % (8) tyytyväinen, reilu viidennes 23,5 % (4) oli jossain määrin tyytyväinen, 23,5 % (4) henkilöä oli jossain määrin tyytymättömän ja tyytyväisen väliltä ja pieni



osa 5,9 % (1) oli erittäin tyytyväinen. Mahdollisuuksiinsa auttaa työssään muita ihmisiä oli vastanneista reilu puolet eli 10 henkilöä 58,8 % (10) tyytyväinen, reilu viidennes 23,5 % (4) oli erittäin tyytyväinen, 21,8 % (2) oli jossain määrin tyytymättömän ja tyytyväisen väliltä ja pieni osa 5,9 % (1) oli jossain määrin tyytyväinen. Arvioidessa tyytyväisyyttä työnsä haasteellisuuden vastanneista (N17) lähes puolet 47,1 % (8) henkilöä oli tyytyväinen, reilu kolmannes 35,3 % (6) oli erittäin tyytyväinen, 11,8 % (2) oli jossain määrin tyytyväinen ja pieni osa 5,9 % (1) oli jossain määrin tyytymättömän ja tyytyväisen väliltä. Tyytyväisyys työssään saamaansa johtamisen laatuun yleensä vastaajista (N17) reilu kolmannes 35,3 % (6) oli jossain määrin tyytyväinen, vajaa kolmannes 29,4 % (5) oli tyytyväinen, 3 vastaajaa 17,6 % (3) oli jossain määrin tyytymättömän ja tyytyväisen väliltä, pieni osa 5,9 % (1) oli erittäin tyytyväinen, 5,9 % (1) tyytymätön ja 5,9 % (1) erittäin tyytymätön työssään saamaansa johtamisen laatuun yleensä.

## 8. JOHTOPÄÄTÖKSET

Esitän tutkimuksista ilmenneitä johtopäätöksiä tutkimuskysymys järjestyksessä. Ensimmäisenä tutkimuskysymyksenä oli millaisena työntekijät kokivat DKT-hoitomenetelmien käytön osastohoidossa. Tähän opinnäytetyöhön vastanneista lähes kaikki eli 94,1 % (16) oli saanut DKT-koulutuksen. Reilu 70 % (12) vastanneista koki sisäistäneensä koulutuksen niin, että pystyi hyödyntämään sitä työssään hyvin. Vastaajista lähes kaikki eli 94,1 % oli osallistunut ryhmätyönohjaukseen ja tämän lisäksi yli puolet eli 52,9 % sai yksilöllistä työnohjausta. Tutkimusten mukaan hoitajat tuntevat huonosti epävakaan potilaan hoitoa ja kokevat puutetta työnohjauksesta ja ammatillisesta kehittämisestä (Bland & kumpp.2007, Cleary & kumpp. 2002). DKT-hoitomenetelmien käytöstä on saatu hyviä tuloksia (Linehan & kumpp. 1991,1999, Koons & kumpp. 2001). Dialektisen käyttäytymisterapian yhtenä tärkeänä osana on henkilökuntaa varten oleva konsultaatiotiimi (Swenson & kumpp. 2001), joka ilmeni myös tässä opinnäytetyössä, jonka mukaan konsultaatiotiimi esiintyi kaikkien vastanneiden mielestä tärkeänä osana DKT-ohjelmaa. Kyselyyn vastanneista 82,3 % (14) mielestä konsultaatiotiimi on tärkeä tai erittäin tärkeä ja 17,6 % (3) mielestä jonkun verran tärkeä osa DKT-ohjelmaa. Tarkastellessa dialektisen käyttäytymisterapian taustateoriaa ilmeni, että suurta osaa vastanneista biososiaalinen teoria ja transaktionaalinen malli on auttanut ymmärtämään potilaiden ongelmien kehittymistä ja luonnetta. Biososiaalista teoriaa ja transaktionaalista mallia koskevista vastauksista ilmenee selkeästi, että ne ovat auttaneet vastaajia ymmärtämään potilaiden kanssa syntyviä vaikeuksia vuorovaikutuksessa ja muokkaamaan vastaajan käyttäytymistä toimivaan suuntaan. Yli puolet vastanneista oli pystynyt tekemään hoidon suunnittelua tehokkaammin

biososiaalisen teorian ja transaktionaalisen mallin antaman ymmärryksen avulla. DKT:hen liittyvissä potilaisiin ja terapiaan koskevista oletuksista ilmeni erityisesti, että vastauksissa yli 90 % vastanneista oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä, että potilaiden täytyy tehdä enemmän, yrittää kovemmin ja olla motivoituneempia muutokseen, potilaiden täytyy oppia uutta käyttäytymistä kaikissa olennaisissa tilanteissa ja että terapeutit jotka hoitavat epävakaita potilaita tarvitsevat erityisesti tukea.

Tässä opinnäytetyössä potilaan hoidon suunnittelussa tärkeimmäksi koettiin hoitotyösuunnitelman rakentaminen yhdessä potilaan kanssa. Vastauksissa tärkeäksi vaiheiksi koettiin myös erityisesti potilaan ongelmien määrittely ja hoidolle asetetut tavoitteet. Potilaan hoitoa suunniteltaessa ketjuanalyysin käyttö arviointivälineenä arvioitiin potilaan hoidossa hyödylliseksi. Ketjuanalyysin käyttö on validoinnin lisäksi yksi tärkeimmistä muutosstrategioista perustana dialektiselle käyttäytymisterapialla (Koivisto & kumpp. 2009.) Tässä tutkimuksessa myös hoitoajan määrittely potilaan hoitoa suunniteltaessa hyödytti vastanneista yli 50 %:n mielestä potilasta. Tunne-elämältään epävakait potilaat on vaikea saada sitoutumaan hoitoon (Koivisto & kumpp. 2007) ja validointi voi lisätä potilaan motivoitumista muutostyöhön (Holmberg & Kähkönen 2007). Tässä tutkimuksessa DKT-menetelmistä ongelmien määrittely, selkeät tavoitteet ja potilaan validointi vaikuttivat vastaajien mielestä suuresti potilaan hoitoon sitoutumiseen.

Tutkimuksen mukaan DTK-hoitomenetelmien on todettu vähentävän itsetuhoista käyttäytymistä (Koons 2001, Bohus & kumpp. 2003). DKT-taitojen käytön lisäämisen on osoitettu vähentävän itsemurhayrityksiä (Linehan & kumpp. 2010, Linehan & kumpp. 2015 ja Neacsiu & kumpp. 2010), masennusta (Neacsiu & kumpp. 2010) ja vahvistavan kykyä kohdata negatiivisia tunteita (Finucane & kumpp. 2006) sekä vihanhallinnan kontrollointia (Neacsiu & kumpp. 2010). Tässä opinnäytetyössä DKT-hoitomenetelmien käyttö lisäsi vastaajien mielestä potilaan keinoja kokonaisuudessaan välttää itsetuhoista käyttäytymistä, sekä välttämään itsetuhoista käyttäytymistä erityisesti DKT-taitojen opettamisen, harjoittelun ja valmentamisen kautta. Myös taitavan käyttäytymisen suunnitelma auttoi potilasta välttämään itsetuhoista käyttäytymistä hyvin. DKT-hoitomallin eri menetelmien käyttö koettiin tärkeäksi. Kolme tärkeintä menetelmää olivat tässä tutkimuksessa vastanneiden mielestä ongelmaratkaisutaitojen lisääminen, DKT perusdialektiikan (hyväksynnän ja muutoksen tasapainottamisen käyttö) ja potilaan tietoisuustaitojen lisääminen. Näistä tietoisuustaitojen lisääminen eli taitovalmennus ja ongelmanratkaisu kuuluvat myös tärkeimpiin muutosstrategioihin (Koivisto & kumpp. 2009).

Tämän opinnäytetyön avoimissa kysymyksissä ensimmäisenä mietittiin työntekijän näkökulmasta millaisia hyötyjä DKT hoitomallin käytöstä oli työntekijälle ja millaisia etuja potilaalle. Vastauksista ilmeni seuravanlaisia asioita; Hoitajan ja potilaan etuina ilmeni DKT hoito-ohjelman myötä uusia työvälineitä kuten ketjuanalyysi, validointi ja taitavan käyttäytymisen malli. Hoitosuunnitelman laatiminen ja hoidolle asetettujen tavoitteiden asettaminen nähtiin molempien osapuolten näkökulmasta tärkeäksi samoin kuin DKT-menetelmien käyttö kokonaisuudessaan. Vastauksista ilmeni myös potilaan vastuullisempi ja itsenäisempi osa omassa hoidossaan ja parempi hoitoon sitoutuminen. Myös yhtenäisemmät hoitolinjat koettiin eduksi. Tutkimuksen mukaan DKT-hoitomenetelmien käytöstä on saatu hyviä tuloksia (Linehan & kumpp. 1991, 1999 ja Koons & kumpp. 2001). Ketjuanalyysin käytön hyötynä potilas alkaa ajan kuluessa tunnistaa ja ymmärtää ajatuksiaan ja tunteitaan, omia toimintamallejaan sekä toiminnan ja siitä aiheutuvien seurausten välisiä yhteyksiä (Koivisto 2012). Potilaan motivoituminen muutostyöhön voi lisääntyä validoimalla (Holmberg & Kähkönen 2007).

Toisena avoimena kysymyksenä tässä opinnäytetyössä haettiin DKT hoitomallin tuomia muutoksia osastohoidossa. Vastauksissa kuvailtiin seuravanlaisia asioita; DKT-hoitomallin myötä hoidon suunnittelu oli johdonmukaisempaa ja saatiin uusia työkaluja potilastyöhön. DKT-hoitomalli auttoi ymmärtämään epävakaita potilaita paremmin ja hoitokäytännöt osastolla yhtenäistyivät ja selkiintyivät. Potilaan epämääräisen ongelmakentän määrittely tehostui ja potilaan hoito keskittyi osastohoidossa akuutteihin ongelmiin. Hoitohenkilökunnan tuomitseva asenne potilaita kohtaan väheni ja validointi lisääntyi. DKT-hoitomalli aiheutti työyhteisössä ristiriitoja ja potilaat myös vastustivat sitä. DKT-hoitomalli paransi työntekijän jaksamista työssään ja potilaalla oli keskeisempi rooli hoidossaan. Potilaan hoidolle asetettiin tavoitteet, jolloin myös potilas tiesi mitä hoidossa tavoitellaan. DKT-hoitomalli lisäsi hoitajien työmäärää esim. ryhmien vetämisen myötä. DKT-hoitomalli vaikutti erityisesti epävakaiden potilaiden hoitoon, jotka hyötyivät DKT hoitomallista. DKT-hoitomalli lisäsi hoitajien ja potilaiden välistä vuoropuhelua / vuorovaikutusta ja toi osastolle kokonaisvaltaisen muutoksen. DKT-hoitomenetelmistä saatiin uusia työkaluja potilastyöhön osastolla, joiden käytöstä saatu hyviä tuloksia (Linehan & kumpp.1991,1999 ja Koons & kumpp. 2001). Tutkimuksen mukaan työnohjauksen, tuen ja lisäkoulutuksen avulla hoitajat voivat kehittää työtään epävakaa potilaiden kanssa ja heidän negatiivinen suhtautuminen vähentyy potilaita kohtaan (Bland & kumpp. 2007) ja tällöin he pystyvät ymmärtämään epävakaita potilaita paremmin. Perseiusen & kumpp. 2007 tekemässä tutkimuksessa DKT-hoidon käytön aloittamisesta ja siitä aiheutuneesta stressistä ja burn outista selvisi, että DKT-hoitomenetelmien oppiminen voi olla stressaavaa alkuun mutta paransi kykyä hoitaa haasteellinen potilasjoukko.

Kolmannessa avoimessa kysymyksessä tässä opinnäytetyössä kysyttiin mitä DKT-hoitomallin käytäntöjä olisit halunnut muuttaa ja kehittää edelleen. Vastauksista kuvailtiin seuravanlaisia asioita; DKT hoitomallin käyttöön kaivattiin lisäkoulutusta sekä tukea ryhmän ohjaamiseen, toisaalta lisää DKT-ryhmiä ja riittävästi resursseja ryhmien ohjaukseen. DKT-pohjaista raportointia, tavoitteiden asettamista ja keinoja olisi haluttu kehittää edelleen ja DKT-hoitomalli olisi voinut ohjata osaston päiväohjelmaa vielä enemmän. Toisaalta koettiin, että DKT-hoitomallin kehittäminen osastolla oli liian nopeaa resursseihin nähden ja kolmivuorotyössä hankalaa toteuttaa. Kehittämisen kohteena haluttiin myös lisätä potilaan hoitoon sitouttamista ja motivointia sekä pitää kiinni potilaan sovitusta sopimuksista työryhmässä. Kehittää yhtenäisempää DKT hoitomallin mukaista potilaan hoitoa hoitajien ja lääkärien välillä. Todettiin myös, että DKT-hoitomallin juurruttaminen ja kehittäminen osastolla oli vielä kesken, kun osaston toiminta sitten päättyi. Vuonna 2002 Woollaston & kumpp. tekemässä tutkimuksessa sairaanhoitajat ovat kokeneet hoidon toteutuksen parantamiseen liittyvän lisäkoulutuksen tarpeelliseksi.

Seuraavat johtopäätökset käsittelevät toista tutkimuskysymystä. Millaisena työntekijät kokivat tunne-elämältään epävakaa potilaan hoitamisen. Ensimmäisenä tässä kysymyslomakkeessa kysyttiin tunne-elämältään epävakaa persoonallisuushäiriöisen potilaan hoitoon liittyvästä koulutuksesta ja hoitoon liittyvistä olettamuksista.

Vastanneista 82,4 % eli (14) oli saanut tunne-elämältään epävakaa persoonallisuushäiriön hoitoa käsittelevän koulutuksen. Kaikki tutkimukseen vastanneista 100 % (17) tapasi työssään päivittäin tai lähes päivittäin tunne-elämältään epävakaa persoonallisuushäiriöisiä potilaita. Vastanneista 70,6 % koki tarvitsevansa enemmän työnohjausta epävakaiden potilaiden hoitoon. Vastanneista 94,1 % (16) arvioi tunne-elämältään epävakaiden potilaiden hoitamisen melko- tai erittäin vaikeana. Vertailussa epävakaiden potilaiden hoitoa muihin potilaisiin vastaajista 88,2 % (15) piti sitä vaikeampana. Potilaat joilla epävakaa persoonallisuushäiriö on kuvattu hankalina hoitaa (Markham 2003, Woollaston & Hixenbaugh 2008). Tutkimusten mukaan monet hoitajat tuntevat huonosti epävakaa potilaan hoitoa ja heillä on puutetta sopivasta työnohjauksesta ja harjoittelusta ja ammatillisesta kehittämisestä (Bland & kumpp. 2007, Cleary & kumpp. 2002).

Tähän opinnäytetyöhön liittyvässä Tavion kyselylomakkeen avoimessa kysymyssarjassa kysyttiin epävakaa potilaan hoidon pääperiaatteita, hoitotavoitteita, haasteellisuutta ja hoitoon sitoutumisen parantamista ja hoitoa psykoterapialla. Vastauksista ilmeni seuravanlaisia asioita; Pääperiaatteina epävakaa potilaan hoidossa työntekijöiden vastauksissa on kuvailtu; yksilöllinen kohtelu, luotettavan vuorovaikutussuhteen luominen, hoitosuunnitelman tekeminen yhdessä potilaan kanssa, selkeät hoidon tavoitteet, tiedot ja taidot, validointi, tuomitsemattomuus, hyväksynnän ja muutosvaatimusten tasapaino, DKT-menetelmien kuten; ketjuanalyysin, viikkokortin, -ohjelman, taitovalmennuksen- ja harjoittelun käyttö, avoimuus ja

selkeys, potilaan tukeminen, potilaan vastuu hoidostaan, turhan provosoinnin välttäminen tai siihen mukaan lähteminen, keskittyminen akuutteihin sairaalahoitoa tarvittaviin ongelmiin DKT-pohjalta, potilaan hoitoon motivoiminen ja hoidossa potilaan oman osuuden vahvistaminen, avohoitopainotteisuus, hoidossa sovitusta sopimuksista kiinnittäminen, tilanteiden selvittely DKT:ta hyödyntäen, potilaan sairauden ja tilanteen ymmärtäminen, potilaan tukeminen muutoksessa ja hyväksymisessä sekä luottaminen siihen, että potilas tekee aina parhaansa Tässä opinnäytetyössä tulleista vastauksista ilmenee työntekijöiden pyrkimys potilaan kanssa luotettavaan vuorovaikutussuhteeseen, tuomitsematta tukien potilasta muutoksessa ja hyväksynnässä. DKT-hoitomallissa on yhdistynyt erilaisia terapeuttisia menetelmiä tavoitteena lisätä hyväksymistä ja muutoksen aikaan saamista (Linehan 1993.)

Seuraavassa avoimessa kysymyksessä työntekijät kuvailivat millaisia hoitotavoitteita heillä on epävakaan potilaan hoidossa ja vastauksista ilmeni seuravanlaisia; Vähentää potilaan ongelmakäyttäytymistä - (itsetuhoisuus) ja pyrkii vähentämään potilaan im-alttiutta DKT-taitojen opettelun, harjoittelun ja sitoutumisen avulla. Potilaan hoitosopimuksen/ -suunnitelma laatiminen, potilaan hoitoajan keston arvioiminen (pois pääsy sairaalasta). Hoitotavoitteina on potilaan tunnesäätelyn harjoittaminen, lisättävien- ja /tai vähennettävien käyttäytymisien määrittäminen, potilaan hoitoon sitoutuminen ja oma vastuunotto. Potilaan elämää uhkaavan käytöksen lopettaminen ja elämänhallinnan lisääminen. Epävakaan potilaan hoidossa hoitotavoitteina on myös potilaan hoitotavoitteiden asettaminen riittävän konkreettiseksi ja saavutettavissa oleviksi potilaan päästä pois sairaalasta ja pärjätä omassa elämässään. Potilaan akuuttien kriisien hoitaminen, avohoitoon sitouttamisen tukeminen ja tarvittaessa potilaan sairaalaan hoitoon pääsyn helpottaminen (matala kynnys). Dialektisuuden tarkoituksena on auttaa mustavalkoisen ja jäykän ajattelumallin muutosta avoimempaan, joustavampaan ja vaihtoehtoja antavaan ajatusmalliin sekä auttaa henkilöitä hyväksymään tunneherkkyytensä ja oppia säätelemään tunteitaan (Koivisto & kumpp. 2009.) DKT-hoitomallia on kehitetty haastavien, vaikeahoitoisten, useamman diagnoosin omaavien, kroonisesti itsetuhoisten asiakkaiden hoitoon (Koerner & kumpp. 2000).

Avoimessa kysymyksessä epävakaan potilaan hoidon haasteellisuutena työntekijät ovat kuvanneet seuraavaa; Potilaan hoitoon sitoutuminen ja hoitosopimuksessa pysyminen sisältäen ”retkahdukset ja alusta aloittamisen” sekä potilaan sovitusta asioista luistamisen. Potilaan hoidossa haasteellista on sairaalahoidon tavoitteiden määrittely, hoitajan negatiiviset tunteet, avuttomuus tai turhautuminen potilasta ja/tai potilaan itsetuhoista käytöstä kohtaan. Haasteelliseksi todettiin myös potilaan tunnetilojen säätelyn häiriöistä johtuva hallitsemattomuus ja epävakaus sekä DKT-painotteisesti työskennellessä työntekijöiden eriasteinen motivaatio. Haasteellisuutta potilas työssä lisää potilaan itsetuhoisuus, potilaan hoidon painottuminen objektiivista subjektiiviksi, potilaan ymmärrys mihin asioihin sairaalahoidossa keskitytään ja ym-

määritys oman toimintansa merkityksestä toipumiseen. Potilaan hoidossa on haasteellista tilanteiden jatkuva muuttuminen ja potilaan suunnaton huomion kaipuu. Epävakaan potilaan hoito on kokonaisuudessaan haastavaa. Aiemmissä tutkimuksissa on myöskin käynyt ilmi, että toistuvat ja hankalat kohtaamiset tunne-elämältään epävakaiden potilaiden kanssa ovat saaneet monet laitoshoidon henkilökunnasta tuntemaan itsensä avuttomiksi ja turhautuneiksi (Swenson & kumpp. 2001) ja epävakaat potilaat koetaan hankalana hoitaa (Markham 2003).

Avoimessa kysymyksessä keinoina epävakaan potilaan hoitoon sitouttamiseen työntekijät ovat kuvailleet seuravanlaisia keinoja; Hoitosuunnitelman ja -sopimuksen sekä hoidolle asetettujen tavoitteiden teko yhteistyössä potilaan kanssa ja niiden käyttäminen hoidon aikana. Validointi, lämpö, kiinnostus, rehellisyys, johdonmukaisuus, ja kannustus. Keinoina epävakaan potilaan hoitoon sitouttamiseen perustelut mikä on toiminut tai ei ole toiminut ennen, yhteiset tavoitteet ja -sopimukset, hoitajan sitoutuneisuus ja konkreettisten keinojen määrittely ongelmakäyttäytymisen muuttamiseksi. Hyvän hoitosuhteen luominen niin jotta potilaalle välittyy tunne että häntä oikeasti halutaan ymmärtää. Potilaan itsemääräysoikeuden kunnioittaminen ja luottamuksellisuus hoitosuhteessa. Keinoina myös potilaan DKT-taitojen käyttäminen ja niiden vahvistaminen (erityisesti potilasta hyödyttävät taidot), potilaan vastuuttaminen omaan elämään, lyhyemmät hoitoajat, motivointi ja edukaatio DKT-hoitoon (saavutetuista tuloksista ja mahdollisuuksista kertominen). Hoitoon sitouttamisen keinoina myös potilaan mahdollisuus vaikuttaa omaan toipumiseensa ja positiivisten kokemusten korostaminen. Aiemmissä tutkimuksissa on todettu, että DKT-taitojen käyttö vähentää itsetuhoisuutta (Neacsiu & kumpp. 2010) ja tietoisuustaitojen käytössä masentuneiden ja ahdistuneiden potilaiden kanssa saatu hyviä tuloksia (Finance & Mercer 2006).

Avoimessa kysymyksessä epävakaan potilaan hoidosta psykoterapialla työntekijät ovat esittäneet seuraavia asioita; Potilas hyötyy terapiasta ja terapeutin tulisi olla perehtynyt epävakaa persoonallisuushäiriöön. Epävakaan potilaan hoidosta psykoterapialla työntekijöiden mielestä psykoterapia ei välttämättä riittävä eikä auta potilasta eteenpäin. Tarvitaan kohdennettuja hoitomalleja kuten DKT ja skeematerapia. Psykoterapiasta potilaan hoidossa todettu, että vastaajalla ei tietoa tai selkeää mielipidettä psykoterapian toimivuudesta ja että psykoterapia hyvä asia oikeassa vaiheessa jos potilaalla esim. traumataustaa. Käypähoidon 2015 mukaan psykoterapeuttiset menetelmät ovat olennainen osa hoitoa.

Epävakaisiin potilaisiin liittyvissä mielikuvissa ja käsityksissä tulleet vastaukset hajaantuivat. Vastauksista kuitenkin kuvastui, että suurin osa vastaajista koki, että epävakaan potilaan kanssa voi muodostaa ainakin vähän hyvää yhteistyötä. Suuri osa vastaajista pystyi tuntemaan myötätuntoa epävakaita potilaita kohtaan. Vastaajien mielestä suuri osa oli usein eri mieltä mikä on hyväksi epävakaa potilaille. Epävakaiden potilaiden herättämät enimmäkseen nega-

tiiviset tunteet kuvasivat suuresta osasta vastaajia vähän - tai ei lainkaan heidän kokemukseen. Vastaajista lähes 90 % koki ymmärtävänsä ja hyväksyvänsä helposti melko hyvin tai hyvin epävakaan potilaan nopeita tunteen vaihteluita ja tunteiden intensiteettiä.

Epävakaan potilaan hoidossa käytettävistä menetelmistä vastaajat käyttivät eniten mindfulness/tietoista läsnäolon-, huomion muualle suuntaamista sekä korvaavien toimintojen menetelmiä. Epävakaan potilaan kanssa työskennellessä työntekijät kokivat tärkeimmäksi työryhmän tuen. Seuraavaksi tärkeimpänä tuli työnohjaus liittyen spesifisti epävakaiden potilaiden hoitoon, säännölliset työyksikön sisäiset palaverit liittyen spesifisti EVPH:n hoitoon, selkeä protokolla, minkä pohjalta epävakaita hoidetaan, EVPH:n hoidossa tarvittavien taitojen/teknikoiden harjoittelu workshopit/demot työntekijöille. Aiemmissa tutkimuksissa ilmenneet hyödyt DKT-taitojen käytöstä (Neacsiu & kumpp. 2010 ja työnohjauksen ja tuen tarve epävakaan potilaan hoidossa (Bland & kumpp. 2007) esiintyvät myös tässä tutkimuksessa.

Epävakaan potilaan hoidossa tärkeiksi arvioituihin ja hoidon toteutuksessa vaikeaksi koetuissa asioissa vastauksista ilmeni kautta linjan, että esitetyistä asioista koettiin tärkeäksi monet asiat, mutta niiden toteuttaminen hoidossa koettiin suhteessa vaikeammaksi. Tärkeimmiksi koettiin kaikkien vastaajien mielestä (100 %) kriisitilanteisiin valmistautuminen, potilaan hoitoon sitoutuminen ja oikeanlaisen jatkohoidon järjestäminen.

Epävakaan potilaan hoitokäytäntöihin akuuttiosastolla liittyvissä kysymyksissä ilmeni, että vastaajista yli 70 % olisi halukas käyttämään lisäkoulutukseen enemmän kuin 2 tuntia kuukaudessa. Yli puolet oli sitä mieltä että epävakaalle potilaalle annettava hoito osastolla oli asianmukaista. Syyt epävakaan potilaan epäasialliseen hoitoon olivat ensisijaisesti vastaajien mielestä kiire, tiedon ja taidon puute ja työyksikön resurssipula. Vastanneista yli 70 % käyttää hyväksi epävakaan potilaan hoidossa käypähoitosuosituksia. Aiemmassa tutkimuksessa 95 % työntekijöistä tunnisti tarpeen jatkuvalla koulutukselle ja työnohjaukselle ja oli halukas käyttämään tunnin tai useampia tunteja kuussa koulutukseen ja harjoitteluun (Cleary & kumpp. 2002).

*Avoimessa kysymyksessä* millaista tukea työntekijä tarvitsee epävakaiden potilaiden hoidossa tuli esille seuravanlaisia vastauksia; lisää tietoa ja koulutusta (mm. case-tyyppinen koulutus), työryhmän tiivis yhteistyö ja tuen saaminen työryhmältä (haastavien potilaiden hoitaminen yhdessä työryhmän kanssa). Todettiin, että samalla osastolla pitäisi olla vähemmän epävakaita potilaita ja että työntekijä tarvitsee tukea omaan jaksamiseen ja turhautumiseen sekä epävarmuuteen ryhmän ohjaamisessa alkuvaiheessa. Epävakaan potilaan hoidossa työntekijän tarvitsee tueksi tilannekohtaisia neuvoja, työntekijöiden sitoutumista, DKT-taitoista ja evph perehtynyttä yksilötyönohjausta ja oma jaksamista tukevaa DKT-tiimikonsultaatiota. Esille tuli myös johdon tuki ja realistiset resurssit.

Yli 50 % vastaajista oli törmännyt epävakaiden potilaiden hoitoa koskeviin negatiivisiin uskomuksiin kollegoiden taholta. Vastauksissa ilmeni seuravanlaisia vastauksia. Epävakaa potilaan ongelmakäyttäytymistä (itsetuhoisuus) pidetään manipulatiivisena. Koetaan ettei epävakaa potilas yritä parastaan ja on huomionhakuinen. Epävakaa potilaan hoidossa käytettävään DKT:n suhtaudutaan skeptisesti, joka on humpuukia ja toimimatonta. Epävakaat potilaat vastustavat sairaalahoitoa ja heitä pitää hoitaa voimakkaasti rajoittamalla (”koirakoulu”). Epävakaa potilas tarvitsee vain kuria ja rajoja, sillä muu on turhaa pelleilyä. Epävakaa potilasta ei voi auttaa ”turhaa työtä”. Epävakaa potilas ei edes halua parantua, eikä häntä mikään paranna. Epävakaa potilaan ongelmia ei ymmärretä sairauden oireiksi vaan ”itseaiheutetuiksi” ongelmiksi. Epävakaa potilaat viihtyvät sairaalassa; ettei tarvitse kohdata oikeata elämää. Epävakaa potilas vie sairaalapaikan oikeasti sairaalta ihmiseltä. Työntekijöiden turhautuneisuus potilaan palatessa usein takaisin osastolle tai oltuaan itsetuhoinen. Vähättely; negatiivinen suhtautuminen epävakaa potilaisiin ja nimittely kuten persut ja pershäiriöiset. Aiemmista tutkimuksista käy ilmi, että epävakaat potilaat koetaan vaikeina hoitaa (Markham 2003, Bland & kumpp. 2007, James & Cowman 2007, Koivisto & kumpp.2007, Leinonen 2002 ja he aiheuttavat henkilöstössä negatiivisia tunnereaktioita (Deans & Meocevic 2006, Fraser & Gallop 1993) - asenteita (Deans & Meocevic 2006), jännittyneitä ja aggressiivisia tunteita (McGrath & Dowling 2012) ja heitä kohtaan ollaan vähemmän empaattisia (Forsyth 2007).

Henkilöstön työtyytyväisyyttä ja työhyvinvointia koskevat kysymykset mittasivat yleisesti vastaajien olevan tyytyväisiä työolosuhteisiinsa lukuun ottamatta palkan oikeudenmukaisuutta organisaatiolle antamaan työpanokseen verrattuna. Eniten tyytyväisiä vastaajat olivat mahdollisuuksiin auttaa työssään muita ihmisiä ja työn haasteellisuuteen sekä tunteeseen, että on saavuttanut jotain merkittävää työssään, mahdollisuuksiin tutustua muihin ihmisiin työssä ja ihmisiin joiden kanssa keskustelen ja työskentelen työpaikalla. Aiemmissa tutkimuksissa on tullut ilmi että työhyvinvoinnin kannalta yhteisöllisyys ja potilashoito on todettu työhyvinvoinnin ja työtyytyväisyyden kannalta ensisijaiseksi (Kyngäs & Utriainen 2007.) Kuvattaessa tässä opinnäytetyössä DKT-menetelmien käyttöä suhteessa työntekijöiden työhyvinvointiin vastauksissa oli hajontaa. Selkeimmin vastauksissa esille tuli konsultaatiotiimi, joka selkeästi lisäsi työhyvinvointia. Näyttäisi että tietoisuustaitojen yksilöohjaaminen olisi lisännyt työhyvinvointia kun taas taitoryhmien ohjaaminen oli sekä lisännyt osittain että vähentänyt osittain työntekijöiden työhyvinvointia. Myös DKT-näkökulman ylläpitäminen moniammatillisessa yhteistyössä näyttäisi lisänneen työhyvinvointia. Kokonaisuudessaan DKT-hoitomalli oli vastanneista yli 80 %:n mielestä lisännyt työssä jaksamista. Tutkimusten mukaan dialektisen käyttäytymisterapian yksi tärkeä osa on konsultaatiotiimi (Swenson & kumpp. 2001) jonka tarkoitus on terapeutin auttaminen ja tukeminen (Kåver & Nilsonne 2004). Konsultaatiotiimin tärkeä merkitys käy ilmi myös tässä opinnäytetyössä. Perseius & kumpp. 2007 tekemässä tutkimuksessa tutkittiin DKT-hoidon käytön aloittamista hoitomenetelmänä hoitohenkilöstön näkökulmasta



ja siitä selvisi, että DKT-hoitomenetelmien oppiminen voi olla stressaavaa alkuun, mutta paransi hoitohenkilöstön kykyä hoitaa vaikeita potilaita. Tiimityö, jatkuva työnohjaus ja tietoisuustaitoharjoitukset koettiin kannustavina ja ne näyttäytyivät erityisen auttavana kohdattaessa ammatillista stressiä ja vaikuttivat tukevan työssäjaksamista.

## 9. TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Tutkimusetiikan perusteisiin kuuluu tutkittavan eli yksityishenkilön tai organisaation säilyminen anonyymeinä henkilöinä valmiissa tutkimuksessa (Mäkinen 2006, 114). Tutkimusaineiston käsittelyssä luottamuksellisuus on läheisesti yhteydessä yksityisyyden käsitteeseen tarkoittaen sitä ettei henkilöiden omakohtaiset asiat ja tiedot leviä ympäriinsä. Luottamuksellisuuden varmistamiseksi tutkittavien anonymiteetti on eräs tutkijan päämetodeista. Tutkittavien pätevä suostumus osallistumisesta tutkimukseen edellyttää tutkittavien informointia tutkimuksen kaikista yksityiskohdista, sisältäen yksityiskohtaisen selvityksen myös luottamuksellisuudesta. Luottamuksellisuuden takaaminen on määrätty laissa ja on tutkijan moraalinen velvollisuus (Mäkinen 2006, 116).

Kaikissa tutkimuksissa pyritään arvioimaan tutkimuksen luotettavuutta. Arvioinnissa voidaan käyttää erilaisia mittaus- ja tutkimustapoja. Tutkimuksen reliabelius tarkoittaa sitä että mitaustulokset ovat toistettavissa. Eli tutkimuksen reliabelius tarkoittaa että tulokset ovat ei sattumanvaraisia (Hirsijärvi & kumpp. 2000, 213). Tutkimuksen luotettavuutta on mahdollista tarkastella aineiston keruun ja mittaamisen suhteen, toisaalta tulosten luotettavuutena. Mittarin luotettavuus on kvantitatiivisen tutkimuksen tärkeimpiä asioita. Voidaan sanoa että tutkimuksen tulokset ovat niin luotettavia kuin tutkimuksessa käytetyt mittarit (Vehviläinen & kumpp. 2006). Tutkimuksen arviointiin liittyvä toinen käsite on validius. Validius tarkoittaa sitä että mittari tai tutkimusmenetelmä kykenee mittamaan sen mitä on tarkoituskin mitata. Todellisuudessa mittarit ja menetelmät eivät vastaa sitä mitä tutkija kuvittelee tutkivansa. Esimerkiksi käytettäessä kysymyslomakkeita vastaajat voivat ymmärtää kysymykset toisin kuin tutkija on ajatellut, joten mittarista voi aiheutua tuloksiin virheitä (Hirsijärvi & kumpp. 2000, 213).

Opinnäytetyön tulokset ovat suuntaa antavia eikä niitä voi yleistää niiden otannan pienen vastaajamäärän vuoksi. Tutkimuksessa käytetty SPSS eri menetelmän käyttö jäi laajuudeltaan suppeaksi, koska vastaajajoukko oli niin pieni että tuloksien esittämisessä ei voinut hyödyntää esimerkiksi painotettua keskiarvoa ja näin ollen tutkimusvastaukset esitettiin ainoastaan prosentti- ja frekvenssitaulukoina. DKT-hoitomallin toimivuutta mittaavassa kyselylomakeessa sain rakenteellista ja asiasisällöllistä tukea psykiatrian erikoislääkäri Miikka Häkkiseltä ja psykologi Timo Säämäselältä. Kyselytutkimukseen osallistuneiden määrä oli yhteensä 17 ja vastaus prosentti oli 81 %. L. Tavion kyselylomaketta muokattiin jo ennen tutkimusta jättäen siitä pois kaikki taustakysymykset, jotta vastaajat eivät olisi tunnistettavissa. Tutkimustuloksia

analysoidessa L. Tavion kyselylomakkeesta karsittiin vielä osiot, joiden ei katsottu vastaavan tutkimuskysymyksiin. Tutkimukseen osallistuneet vastaajat eivät kuitenkaan olleet vastanneet kaikkiin kysymyksiin vaan vastaamatta jääneitä kysymyksiä oli erityisesti L. Tavion laatimassa kysymyslomakkeessa joka käsitteli epävakaata persoonallisuushäiriöisen potilaan hoitokäytäntöjä. Syyt vastaamatta jääneisiin kysymyksiin voivat olla moninaiset ja johtua erilaisista syistä kuten esimerkiksi kolmen eri kysymyslomakkeen kaikkiaan suuresta kysymysten määrästä, vastaamisväsymyksestä tai ymmärtämättömyydestä. Kyselylomakkeiden ohjeistus olisi voinut olla vielä tehokkaampaa. Kaksi vastaajista oli miettinyt minkä ajankohdan mukaan epävakaata persoonallisuushäiriöisen potilaan hoitokäytäntöjä koskevassa kyselylomakkeessa oli tarkoitus vastata. Puutteellisia kysymyslomakkeita ei jätetty pois vaan niiden vastaukset otettiin huomioon ja kuvailtiin tuloksissa. Vastaajamäärät on ilmoitettu jokaisen kysymyslomakkeen kysymysten yhteydessä. Erityisesti L. Tavion kyselylomakkeessa oli lomakkeen loppupuolella vastaamattomia kysymyksiä. Nämä kysymykset koskivat työyksikköä. Kaikki vastaukset otettiin kuitenkin mukaan tuloksiin ja haluttiin tuoda esille niiden mielenkiintoisuuden vuoksi. Kyseisessä työyksikköä koskevassa osuudessa kysyttiin työntekijän arviota epävakaan potilaan hoidon asianmukaisuudesta työyksikössä. Yli puolet vastaajista oli sitä mieltä, että potilaan hoito työyksikössä oli asianmukaista, mutta vastasi osittain silti jatkokysymykseen, jossa kysyttiin syitä mikäli epävakaan potilaan hoito ei vastaajan mielestä olisi ollut asianmukaista. Kaikki nämä vastaukset kirjattiin ylös. Yhdessä vastauslomakkeessa koskien DKT-hoitomallin tuomiin kokemuksiin oli vastattu joissakin kysymyksissä useampaan vaihtoehtoon. Näitä vastauksia ei ole otettu mukaan tutkimukseen.

Kyselylomakkeiden vastauksiin on voinut vaikuttaa myös kyselyn vastaamisajankohta, joka toteutui yli puolivuotta osaston toiminnan päätyttyä ja työntekijöiden siirryttyä muihin tehtäviin. Kyselylomakkeen esittelyosuudessa vastaajia ohjattiin vastaamaan kyselylomakkeisiin perustaen vastauksensa mielialahäiriö osaston toimintaan. Tällä kuitenkin on voinut olla vaikutuksensa vastaajien tutkimuksen vastauksiin. Kokonaisuudessaan suunniteltua opinnäytetyöprosessia ja sen aikataulua sotki yllättävä tieto tutkimuskohteena olevan osaston toteutuvasta fuusioista toisen osaston kanssa lokakuussa 2013 joka aiheutti kiirehtimistä opinnäytetyön kyselytutkimuksen suorittamista suunniteltua aiemmin.

Kellokosken sairaalan kyseinen osasto oli kaikkiaan sopiva osasto DKT-hoitomallin käyttöön ottamiselle. Työntekijät suhtautuivat asiaan avoimesti, olivat motivoituneita kouluttautumaan ja mikä tärkeintä valmiita muutokseen. Opinnäytetyössä kuvastuu mielestäni tärkeänä asiana DKT-hoitomallin tuomat muutokset asenteissa epävakaata potilaita kohtaan ja tyytyväisyys uusia ja toimivia työmenetelmiä kohtaan. DKT-hoitomallin käyttö potilastyössä muutti mielestäni osaston työntekijöiden suhtautumista ja asenteita epävakaata potilaita kohtaan empaattisemmaksi ja kyselylomakkeen sisältämät kysymykset koskien epävakaata potilaisiin kohdistuvia

negatiivisia uskomuksia toisten kollegoiden taholta arvioin että, kirjatuisissa vastauksissa ilmenneet negatiiviset kommentit tulevan suurelta osin osaston ulkopuolisten kollegoiden taholta.

Kaikkienensa tämän opinnäytetyön tekeminen on ollut minulle suuri oppimisprosessi jonka myötä näkemykseni näyttöön perustuvasn hoitotyön tärkeydestä on vahvistunut. DKT-hoito-ohjelman toimivuuden tueksi löytyy paljon tieteellistä tutkimusta. DKT-taito-ohjelma toteutetaan pääasiallisesti avohoidossa, mutta sen hyödyllisyydestä on tutkittua tietoa myös sairaalahoidossa. Myös tässä opinnäytetyössä on suuntaa antavaa tietoa DKT-hoito-ohjelman toimivuudesta mielialahäiriöisten potilaiden akuuttiosastolla. Toiveeni on hyödyntää tämän opinnäytetyön tuloksia omassa työssäni osastolla potilaiden parissa sekä vahvistaa kollegoiden uskosta DKT-hoitomenetelmien toimivuudesta hoitotyössä ja osastohoidossa. Tässä opinnäytetyössä ei tullut esille taloudellista näkökulmaa DKT-hoitomenetelmien käyttämisestä osastohoidossa joka olisi mielenkiintoinen tutkimuksen kohde samoin kuin DKT-hoitomallin toimivuuden mittaaminen potilasnäkökulmasta.

Tässä opinnäytetyössä vahvistuneiden hyötyjen myötä useiden tutkimusten rinnalla uskon että DKT-hoitomalli on ottanut pysyvän jalansijan yhtenä merkittävänä hoitomallina myös suomalaisessa mielenterveystyössä. Tämä olisi mielestäni peruste sisällyttää DKT-taitoharjoitteluohjelma yhtenä osiona ammattikorkeakoulun opintotarjontaan, jolloin opiskelijoilla olisi mahdollisuus oppia sitä jo opiskeluaikanaan. Tällöin kaikilla opiskelijoilla muillakin kuin mielenterveystyöhön tähtäävillä olisi mahdollisuus opiskella ja hyödyntää sitä esimerkiksi ensiapu-, päivystys- ja sosiaalityössä, jossa suurena ryhmänä myös mielenterveysasiakkaat.

## LÄHTEET

## Painetut lähteet

Asp, E. & Peltonen, M. 1991. Työelämän sosiologia. Aavaranta-sarja. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Otava  
 Aura O., Ahonen G. & Ilmarinen J. 2011. Strategisen hyvinvoinnin tila Suomessa 2011. Tutkimusraportti. : Excenta Oy. Helsinki

Aura O., Ahonen G. & Ilmarinen J. 2012. Strategisen hyvinvoinnin tila Suomessa 2012. Tutkimusraportti.  
 Työterveyslaitos. Helsinki.

Bateman, A. W. (2005). Psychological treatment of borderline personality disorder. *Psychiatry*, 4, 15-18. The Medicine Publishing Company Ltd.

Bland A., Tudor G. & McNeil D. 2007. Nursing Care of inpatients with borderline personality disorder. *Perspectives in Psychiatric Care* Vol. 43, No 4, October, 2007.  
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1744-6163.2007.00135.x/pdf>

Bohus M., Haaf B., Simms T, Limberger M.F., Schmahl C., Unckel C., Lieb K., Linehan MM. 2002. Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behaviour Research and Therapy* 42 (2004) 487-499.

Elovainio M., Grönfors S., Sinervo T. 2001. Työtyytyväisyys, työ- ja organisaatiotekijät sekä hoidon laatu. *Hoitotiede* Vol. 13, no 4/ -01.

Forsyth A. 2007. The effects of diagnosis and noncompliance attributions on therapeutic alliance in adult psychiatric settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 14, 33-40.

Fraser K., Gallop R. 1993. Nurses confirming/disconfirming responses to patients diagnosed with Borderline Personality Disorder. *Archives of Psychiatric Nursing* 7, 336-341.

Fruzzetti, A. (2006). *The high-conflict couple. A dialectical behaviour therapy guide to finding peace, intimacy & validation.* New Harbinger Publications. Oakland, CA.

Gunderson, J. G. (2001). *Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide*, 2. painos (s. 24). Washington, DC, American Psychiatric Press.

Honkalampi K., Koivu A., Savolainen K. & Viinamäki H. Terveystieteellinen artikkeli 36/2004 vsk 59, 3287-3291

Holmberg N., Kähkönen S. 2007, Hyväksymisestä muutokseen - dialektinen käyttäytymisterapia epävakaa persoonallisuuden hoidossa. *Duodecim*; 123:551-8

Juuti, P. 1992. *Organisaatiokäyttäytyminen.* Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy

Kananen J. 2008. *Kvantti. Kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun.* Jyväskylän yliopistopaino.

Kaivola T. & Launila H. 2007. *Hyvä työpaikka.* Yritys kirjat Oy. Helsinki.

Kanste O. 2005. *Moniulotteinen hoitotyön johtajuus ja hoitohenkilöstön työuupumus terveydenhuollossa.* Väitöskirja. Oulun yliopiston lääketieteellinen tiedekunta, hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulun yliopisto.

Katainen J. (2011). *Työhyvinvointia työyhteisöön.* Laurea AMK. Tikkurila.

Kivioja K. (2005). *Sosiaalivakuutuksen ammatillinen lisensiaatti tutkimus.* Sosiaalipoliittikanlaitos. Turun yliopisto.

Koivisto M. 2012. Dialektinen käyttäytymisterapia luennot. 12-13.4.2012

Koivisto M., Keinänen M. & Isometsä E. 2007. Epävakaata persoonallisuuden hoito. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2007;123(12):1398-407

Koivisto, Stenberg, Nikkilä & Karlsson 2009. Epävakaan persoonallisuushäiriön hoito. Duodecim.

Koons, C. R., Robins, C. J., Tweed, J. L., Lynch, T. R., Gonzalez, A. M., Morse, J. Q., Bishop, G. K., Butterfield, M. I., Bastian, L. A. (2001) Efficacy of Dialectical Behavior Therapy in Women Veterans with Borderline Personality Disorder. Behavior Therapy, 32, 371-390.

Kyngäs H, Utriainen K. 2007. Hoitajien työhyvinvointi: systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Hoitotiede Vol. 20, no 1/08, 36-47.

Kåver A. & Nilsson Å. (2004). Dialektinen käyttäytymisterapia tunne-elämältään epävakaan persoonallisuuden hoidossa. Edita. Helsinki.

Lamph G. 2011. Raising awareness of borderline personality disorder and self-injury. Nursing Standard 26, 5, 35-40. Date of acceptance June 21 2011.

Lehto S. & Tolmunen T. 2008. Onko tietoisuustaitojen harjoittelulla terveysvaikutuksia? Duodecim.63 (1-2): 41-45

Leinonen P.2002. Hankala potilas - rajatilapersonallisuushäiriö? Lääkärehti 18-19/2002 vsk 57. s 2013

Linehan M. 1993, 2002/NH, MV &MK 2003. Skills training manual for treating borderline personality disorder. Guilford 1993. Linehan M. 2002. From suffering to freedom, 2002. Suomenos ja muokkaus; Holmberg N., Vartiainen M. & Koukkari M. 2003. Dialektinen käyttäytymisterapia ja epävakaan persoonallisuushäiriön hoito. 2003.

Linehan, M. M., Schmidt, H., Dimeff, L. A., Craft, J. C., Kanter, J., Comtois, K. A. (1999) Dialectical Behavior Therapy for Patients with Borderline Personality Disorder and Drugdependence. American Journal on Addiction, 8, 279-292.

Luukkala J. 2011. Jaksaa, jaksaa, jaksaa. Työhyvinvointitaitojen kirja. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Hämeenlinna.

Lyly-Yrjänäinen, M. 2006. Työtyytyväisyyden tutkimuksen uudet haasteet. Hyvinvointikatsaus 4.

Lynch Thomas R., Morse Jennifer Q., Mendelson Tamar, Robins Clive J. 2003. Dialectical Behavior Therapy for Depressed Older Adults

Markham D. (2003). Attitudes towards patients with a diagnosis of 'borderline personality disorder': Social rejection and dangerousness 2003, Vol. 12, No. 6 , Pages 595-612 (doi:10.1080/09638230310001627955)

Marra, T. (2004). Depressed & Anxious. The Dialectical Behavior Therapy Workbook for Overcoming Depression & Anxiety. New Harbinger Publications, Inc. Oakland, CA.

Marra, T. (2005). Dialectical Behavior Therapy. A Practical & Comprehensive Guide. New Harbinger Publications, Inc. Oakland, CA.

- Melchior M., E., W., Bours G., J., J., W., Schmitz P. & Wittich Y. (1997). Burnout in psychiatric nursing: a meta-analysis of related variables. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 4, 193-201
- Mäkinen O. 2006. Tutkimuseetiikan ABC. Gummerus Kirjapaino Oy, Vaajakoski.
- Nilsson Åsa. 2009. Aivot ja mindfulness. Teoriasta käytännön viisauteen. Ruotsinkielinen alkuperäisteos; Mindfulness I hjärnan. Suomennos Mili Viita. Samsaraa tasapaino-oppaat. X-copy, Turku. 1. Painos 2014/12.
- Osborne L., McComish J. 2006. Working with borderline personality disorder. *Nursing Interventions Using Dialectical Behavioral Therapy. Journal of psychosocial nursing*, vol. 44, No.6. June 2006.
- Paunonen M., Vehviläinen-Julkunen K. 2006. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY Oppimismateriaalit OY. 225-227
- Perseus K.I., Samuelsson M., Andersson E., et al. (2004). Does dialectical behavioural therapy reduce treatment cost for patients with borderline personality disorder? A pilot study. *Vård I Norden* 24, 27-30.
- Perseus K.I., Kåver A., Ekdahl S., Åsberg M. & Samuelssons M. 2007. Stress and burnout in psychiatric professionals when starting to use dialectical behavioural therapy in the work with young self-harming women showing borderline personality symptoms. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2007, 14, 635-643.
- Rauramo P. 2004. Työhyvinvoinnin portaat. Edita Prima Oy. Helsinki.
- Raatikainen, S-L. Sairaanhoidajien työtyytyväisyys ja työn kuormittavuus tehohoidossa. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Kuopio. 9-10.
- Salminen, J. 2006. Uuden esimiehen kirja. Helsinki: Talentum
- Safer DL, Robinson AH, Jo B. 2010. Outcome From a Randomized Controlled Trial of Group Therapy for Binge Eating Disorder: Comparing Dialectical Behavior Therapy Adapted for Binge Eating to an Active Comparison Group Therapy. *Behav Ther* 2010; 41:106-20  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3170852/>
- Skodol A, Stout R & McGlashan. (1999). Co-occurrence of mood and personality disorders: A report from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS). *Depress and Anxiety*.
- Swenson, C. R., Sanderson, C., Dulit, R. A., Linehan, M. M. (2001). The application of dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder on inpatient units. *Psychiatric Quarterly*, vol 72, No 4: 307-324.
- Suonsivu K. 2003. Väitöskirja. Kun mikään ei riitä - Hoitotyöntekijöiden masennuksen kokemukset ja niiden yhteydet työyhteisötekijöihin. Tampere University Press.
- Suonsivu Kaija. 2015. Kohti riittävyttä- matkalla työhyvinvointiin. Painettu EU:ssa. 2015.
- Suvisaari J., Ahola K., Kiviruusu O., Korkeila J., Lindfors O., Mattila A., Markkula N., Marttunen M., Partonen T., Pena S., Pirkola S., Saarni S., Saarni S. & Viertiö S. 2012. Psykkiset oireet ja mielenterveydenhäiriöt. Teoksessa Koskinen S, Lundqvist, A-M, Ristiluoma N. (toim). *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi 2011. Raportti 68*. Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvoinninlaitos 96-98.
- Tavio L. (2013). Epävakaan persoonallisuuden hoito: työntekijöiden hoitokäsitysten, ammatillisen itsereflektion ja hoidollisen tietotaidon yhteys hoitokäytäntöihin. Turun yliopisto.

Torgersen S, Kringlen E & Cramer V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives General Psychiatry*. 58. 590-6.

Verheul R, Van Den Bosch LM, Koeter MW, De Ridder MA, Stijnen T, Van Den Brink W. (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. *Br J Psychiatry*. Feb;182:135-40.

Vilka H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Gummerus Kirjapaino Oy 2007. 25-28

Woollaston K., Hixenbaugh P.J. (2008). Destructive Whirlwind': nurses' perceptions of patients diagnosed with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 9. 703-709.

#### Sähköiset lähteet

Cleary M., Siegfried N., Walter G. (2002). Experience, knowledge and attitudes of mental health staff regarding clients with a borderline personality disorder. *International Journal of Mental Health Nursing*. 11, 3.

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1440-0979.2002.00246.x/pdf>

Deans C. Meocevic E. 2006. Attitudes of registered psychiatric nurses towards patients diagnosed with borderline personality disorder. *Contemp Nurse*. 2006 Feb-Mar;21(1):43-9. University of Ballarat and Ballarat Health Services, Ballarat, and North West Health Care Network, Royal Melbourne Hospital, Parksville, Victoria, Australia. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16594881>

Duodecim 2015. Käypähoito 23.6.2015. Epävakaa persoonallisuus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50064>

Fruzzetti, A. E., Santisteban, D. A., & Hoffman, P.D. (2007). Dialectical Behavior Therapy with families. In L. A. Dimeff & K. Koerner (Eds.), *Dialectical behavior therapy in clinical practice: Applications across disorders and settings* (pp. 222-244). New York: Guilford Press. <https://www.nvpsychology.org/wp-content/uploads/2014/08/Fruzzetti-CV-Aug-2014.pdf>

JAMES P. D. & S. COWMAN. 2007. Psychiatric nurses' knowledge, experience and attitudes towards clients with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2007, 14, 670-678

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2850.2007.01157.x/pdf>

Juvakka T. Tietoisuustaitojen oppiminen työhyvinvoinnin tueksi. 2011. Kognitiivinen Psykoterapia 8(1)

<http://kognitiivinenpsykoterapia.fi/verkkolehti/2011/kognitiivinen-psykoterapia-2011-1-juvakka.pdf>

Koerner K., Linehan MM. 2000 Research on dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2000 Mar;23(1):151-67.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10729937>

Linehan Marsha M. 2015. DBT Skills Training Manual. Published by The Guilford Press. 2015. [www.guilford.com](http://www.guilford.com)

Linehan, M.M., Comtois, K., Murray, A., Brown, M., Gallop, R., Heard, H., Korlund, K., PhD, Tutek, D., Reynolds, S., Lindenboim, N. 2006. Two-Year Randomized Controlled Trial and Follow-up of Dialectical Behavior Therapy vs Therapy by Experts for Suicidal Behaviors and Borderline Personality Disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63(7):757-766. doi:10.1001/archpsyc.63.7.757. 2006. <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=209726>

Linehan MM, Korlund KE, Harned MS, Gallop RJ, Lungu A, Neacsiu AD, McDavid J, Comtois KA, Murray-Gregory AM. 2015). Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder; a randomized clinical trial and component analysis. JAMA Psychiatry, 2015 May;72(5):475-82. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2014.3039 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25806661>

Meskanen K. 2014. Ryhmämuotoinen dialektinen käyttäytymisterapia (DKT) ahmintahäiriön hoidossa. Duodecim. 25.8.2014. [http://www.ebm-guidelines.com/dkt/hpt/avaa?p\\_artikkeli=nak08352](http://www.ebm-guidelines.com/dkt/hpt/avaa?p_artikkeli=nak08352)

Telch, Christy, Agras, W., Linehan, Marsha M. 2001. Dialectical behaviour therapy for binge eating disorder. JConsult Clin Psychol 2001;69:1061-5. <http://search.proquest.com/docview/614356591?accountid=12003>

[www.fsd.uta.fi](http://www.fsd.uta.fi)

Julkaisematon lähde

Häkkinen M. (2011). Osaston DKT-koulutusmateriaali

Häkkinen M. (2011). Osaston DKT-taitoryhmä materiaali



## Kuviot

Kuvio 1: Biososiaalinen teoria ja transaktionaalinen malli (N17) .....	27
Kuvio 2. Itsetuhoisen käyttäytymisen välttäminen DKT-hoitomenetelmien avulla.....	30

## Taulukot

Taulukko 1: Konsultaatiotiimin tärkeys osana DKT-hoito-ohjelmaa

Taulukko 2: Biososiaalinen teoria ja transaktionaalinen malli

Taulukko 3. Potilaan hoitoon sitoutuminen

Taulukko 4. Itsetuhoisen käyttäytymisen välttäminen DKT-hoitomenetelmien avulla

Taulukko 5. Hoidon toteutus

Taulukko 6. DKT-menetelmien käyttö suhteessa työntekijöiden työhyvinvointiin

Taulukko 7. Tunne-elämältään epävakaa persoonallisuushäiriöisen potilaan hoidon arviointi

Taulukko 8. Tunne-elämältään epävakaisiin potilaisiin liittyvät mielikuvat ja käsitykset

Taulukko 9. Epävakaiden potilaiden hoidossa hyödynnettävät menetelmä

Taulukko 10. Epävakaiden potilaiden työskentelyssä työntekijää tukevat toiminnot

Taulukko 11. Henkilöstön työtyytyväisyys

## Liitteet

Liite 1 Saatekirje.....	68
Liite 2 DKT kysymyslomake .....	69
Liite 3 Epävakaan potilaan hoitokäytännöt kyselylomake (Tavio) .....	79
Liite 4 työtyytyväisyys.....	99
Liite 5 Taulukot DKT-työnohjaus .....	100
Liite 6 Taulukot potilaita ja terapiaa koskevat olettamukset .....	101
Liite 7 Taulukot potilaan hoidon suunnittelu .....	102
Liite 8 Taulukot osaston työhyvinvointi .....	103
Liite 9 Taulukot Mielikuvat epävakaita potilaita kohtaan .....	105
Liite 10 Taulukot epävakaan potilaan hoidossa tärkeäksi koetut asiat.....	106
Liite 11 Taulukot epävakaan potilaan hoidossa vaikeaksi toteuttaa koetut asiat .....	107
Liite 12 Taulukot lisäkoulutus ja käypähoito.....	109

## Liite 1 Saatekirje

Hyvät Kellokosken entisen os. 9 hoitoalan työntekijät!

Teen tutkimusta YAMK opinnäytetyötäni varten DKT-hoitomallin toimivuudesta psykiatrisen sairaalan akuuttiosastolla työntekijöiden näkökulmasta mitaten sitä työntekijöiden kokemuksen, asenteiden ja työhyvinvoinnin kannalta. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää miten työntekijät kokivat DKT-hoitomallin käytön osastohoidossa. Jokainen vastaus on erittäin tärkeä!

Tutkimukseen osallistuessasi saat täytettäväksi erilaisia kysymyslomakkeita jotka ovat ohjeistettu tehtäväkohtaisesti.

Kyselylomake 1 kartoittaa työntekijöiden kokemuksia, asenteita ja työhyvinvointia DKT-hoitomallin käytöstä osastolla 9.

Kyselylomake 2 on L. Tavion Pro gradu tutkimuksessa käyttämä kyselylomake, jolla on tarkoitus selvittää tunne-elämältään epävakaan hoitoon liittyviä käsityksiä ja hoitokäytäntöjä.

Kyselylomake 3 on M. Vartiaisen laatima työhyvinvointikysely jolla kartoitetaan työntekijöiden työtyytyväisyyttä.

Kyselylomakkeet sisältävät suoria-, monivalinta- ja avoimia kysymyksiä sekä väittämiä. Kyselylomakkeet eivät sisällä taustakysymyksiä, jolla varmistetaan vastaajan anonymiteetin säilyminen. Vastatessasi kyselylomakkeisiin arvioi vastauksia nimenomaan os 9 aikaiseen toimintaan liittyen. Kyselylomakkeen mukana on palautuskuori tai palautuskuori postimerkkeineen, jolla voit palauttaa kyselyn sisäpostitse/postitse siihen merkittyy osoitteeseen 31.5.2014 mennessä.

Jos kyselylomakkeisiin liittyy jotain ongelmia tai kysymyksiä voi minuun olla yhteydessä sähköpostitse tai puhelimitse.

Kiitos sinulle jo etukäteen osallistumisestasi.

Terveisin  
Kirsi Hiltunen  
Kellokosken sairaala os.1  
[kirsi.hiltunen@hus.fi](mailto:kirsi.hiltunen@hus.fi)  
puh. työ 09-2716 3269  
koti 040 557 2590

Liite 2 DKT kysymyslomake

Kyselyllä pyritään selvittämään DKT-osastohoitomallin vaikutuksia työntekijöiden kokemuksiin, asenteisiin ja työhyvinvointiin Kellokosken akuuttipsykiatrisella osastolla vuosina 2011-2013.

## **DKT KOULUTUS JA TYÖNOHJAUS**

Seuraavat kysymykset koskevat DKT koulutusta ja työnohjausta. Ympyröi vastauksista sopivin vaihtoehto?

**1. Saitko DKT-koulutusta ennen osaston DKT-hoitomallin kehittämistä tai sen aikana?**

Kyllä

Ei

**2. Olen osallistunut DKT-koulutukseen**

Osasto 9

Kellokosken sairaala

joku muu, mikä?

**3. Kuinka hyvin saamasi DKT-koulutus auttoi sinua sisäistämään ja hyödyntämään DKT-hoitomallia työssäsi?**

( 0=ei lainkaan, 1= erittäin vähän, 2=vähän, 3= jonkun verran, 4= hyvin, 5=erittäin hyvin)

Ei lainkaan 0 1 2 3 4 5 Erittäin hyvin

**4. Osastolla 9:n oli DKT-ryhmä työnohjausta. Osallistuitko työnohjaukseen?**

Kyllä

Ei, miksi

**5. Koetko hyötyneesi ryhmätyönohjauksesta?**

Kyllä, miten?

Ei, miksi?

**6. Oliko sinulla ryhmäohjauksen lisäksi ja/tai yksilöllistä työnohjausta?**

Kyllä

Ei

**7. Osastolla toimi konsultaatiotiimi. Kuinka tärkeäksi koit sen osana DKT-hoito-ohjelmaa? (0=ei lainkaan, 1=hyvin vähän, 2=vähän, 3= jonkun verran, 4= tärkeäksi, 5=erittäin tärkeäksi)**

Ei lainkaan 0 1 2 3 4 5 Erittäin tärkeäksi

## DIALEKTISEN KÄYTTÄYTYMISTERAPIAN TAUSTATEORIA SEKÄ POTILAITA JA HOITOA KOSKEVAT OLETTAMUKSET

DKT:ssa tunne-elämän epävakauden kehittymistä ja siihen liittyvää vuorovaikutusta jäsenetään Biososiaalisen teorian (Linehan 1993) pohjalta. Siitä kehitetty Transaktionaalinen malli (Fruzetti, Shenk, Hoffman 2005) kuvaa tunnehaavoittuvan ihmisen ja ympäristön välisessä vuorovaikutuksessa myös ajankohtaisesti esiintyvää epätarkan itseilmaisun ja inva-lidoivien vasteiden noidankehää. Ympyröi mielestäsi sopivin vaihtoehto. (1= Täysin samaa mieltä, 2= jokseenkin samaa mieltä, 3= ei samaa eikä eri mieltä, 4= jokseenkin eri mieltä, 5= täysin eri mieltä)

**8. Biososiaalinen teoria ja Transaktionaalinen malli ovat auttaneet ymmärtämään tunne-elämän epävakaudesta kärsivien potilaiden ongelmien kehittymistä ja luonnetta**

Täysin samaa mieltä      1      2      3      4      5      Täysin eri mieltä

**9. Biososiaalinen teoria ja Transaktionaalinen malli ovat auttaneet ymmärtämään syntyviä vaikeuksia vuorovaikutuksessa potilaiden kanssa ja muokkaamaan käyttäytymistäni toimivaan suuntaan**

Täysin samaa mieltä      1      2      3      4      5      Täysin eri mieltä

**10. Biososiaalisen teorian ja Transaktionaalisen mallin antaman ymmärryksen avulla olen pystynyt suunnittelemaan hoitoa tehokkaammin**

Täysin samaa mieltä      1      2      3      4      5      Täysin eri mieltä

11. Seuraavat väittämät kuvaavat DKT:ssa potilaita ja terapiaa koskevia oletuksia. Ympyröi mielestäsi sopivin vaihtoehto. (1= Täysin samaa mieltä, 2= jokseenkin samaa mieltä, 3= ei samaa eikä eri mieltä, 4= jokseenkin eri mieltä, 5= täysin eri mieltä)

Tunne-elämältään epävakaiden ja toistuvasti itseään vahingoittavien ihmisten elämä on sietämätöntä sellaisena kuin he sitä tällä hetkellä elävät

Täysin samaa mieltä      1          2          3          4          5      Täysin eri mieltä

Potilaat tekevät parhaansa

Täysin samaa mieltä      1          2          3          4          5      Täysin eri mieltä

Potilaat haluavat edistyä

Täysin samaa mieltä      1          2          3          4          5      Täysin eri mieltä

Potilaiden täytyy tehdä enemmän, yrittää kovemmin ja olla vielä motivoituneempia muutokseen

Täysin samaa mieltä      1          2          3          4          5      Täysin eri mieltä

Potilaat ehkä eivät ole aiheuttaneet kaikkia ongelmiaan, mutta heidän täytyy ne joka tapauksessa ratkaista

Täysin samaa mieltä      1          2          3          4          5      Täysin eri mieltä

Potilaiden täytyy oppia uutta käyttäytymistä kaikissa olennaisissa tilanteissa

Täysin samaa mieltä      1          2          3          4          5      Täysin eri mieltä

Potilaat eivät voi epäonnistua hoidossa

Täysin samaa mieltä      1          2          3          4          5      Täysin eri mieltä

Terapeutit jotka hoitavat epävakaita potilaita tarvitsevat tukea

Täysin samaa mieltä      1          2          3          4          5      Täysin eri mieltä



## POTILAAN HOIDON SUUNNITTELU JA HOITOON SITOUTUMINEN

Seuraavat kysymykset koskevat potilaan hoidon suunnittelua ja hoitoon sitoutumista. Ympyröi mielestäsi sopivin vaihtoehto.

12. Arvioi hyötyikö potilas DKT-hoitomalliin perustuvasta hoidon suunnittelusta?

(0=ei lainkaan, 1= erittäin vähän, 2=vähän, 3= jonkun verran, 4=paljon, 5=erittäin paljon)

Ketjuanalyysin käyttö arviointivälineenä

Ei lainkaan    0    1        2        3        4        5    Erittäin paljon

Potilaan ongelmien määrittely

Ei lainkaan    0    1        2        3        4        5    Erittäin paljon

Hoidon tavoitteiden asettaminen

Ei lainkaan    0    1        2        3        4        5    Erittäin paljon

Hoitoajan määritteleminen

Ei lainkaan    0    1        2        3        4        5    Erittäin paljon

Potilaan hoitoon sitoutumisen arviointi

Ei lainkaan    0    1        2        3        4        5    Erittäin paljon

Hoitotyönsuunnitelman rakentaminen yhteistyössä potilaan kanssa

Ei lainkaan    0    1        2        3        4        5    Erittäin paljon

Muuta kuin yllämainittua, mitä?

Ei lainkaan    0    1        2        3        4        5    Erittäin paljon

**13. Arvioi ovatko seuraavat DKT-hoitomenetelmät mielestäsi vahvistaneet potilaan hoitoon sitoutumista?**

(0=ei lainkaan, 1= erittäin vähän, 2=vähän, 3= jonkun verran, 4=paljon, 5=erittäin paljon)

Potilaan ongelmien määrittely

Ei lainkaan    0    1        2        3        4        5    Erittäin paljon

Potilaan hoidolle asetetut selkeät tavoitteet

Ei lainkaan    0    1        2        3        4        5    Erittäin paljon

Potilaan validointi

Ei lainkaan    0    1        2        3        4        5    Erittäin paljon

#### ITSETUHOISUUS

Seuraavat kysymykset käsittelevät itsetuhoisuutta. Arvioi vaikutuksia nimenomaan itsetuhoiseen käyttäytymiseen (myöhemmissä kysymyksissä arvioidaan vaikutuksia hoidon toteutukseen yleisemmin). Ympyröi mielestäsi sopivin vaihtoehto.

**14. Arvioi lisäkö DKT-hoitomenetelmien käyttö kokonaisuudessaan mielestäsi potilaan keinoja välttää itsetuhoista käyttäytymistä?**

Ei lainkaan    0    1        2        3        4        5    Erittäin paljon

**15. Arvioi seuraavista DKT-hoitomenetelmistä kuinka paljon ne ovat mielestäsi auttoivat potilasta välttämään itsetuhoista käyttäytymistä?**

DKT-taitojen opettaminen, harjoittaminen ja valmentaminen

Ei lainkaan    0    1        2        3        4        5        Erittäin paljon

Ketjuanalyysin käyttö

Ei lainkaan    0    1        2        3        4        5        Erittäin paljon

Taitavan käyttäytymisen suunnitelma

Ei lainkaan    0    1        2        3        4        5        Erittäin paljon

Muu, mikä?

Ei lainkaan    0    1        2        3        4        5        Erittäin paljon

#### **POTILAAN HOIDON TOTEUTUS**

Seuraavat kysymykset käsittelevät DKT-hoitomallin vaikutuksia potilaan hoidon toteuttamiseen. Ympyröi mielestäsi sopivin vaihtoehto. (Hoidon toteuttamisella tarkoitetaan kaikkea potilasta koskevaa hoitoa osastolla)

**16. Arvioi miten tärkeäksi koit seuraavat DKT-hoitomalliin kuuluvat käytännöt/menetelmät potilaan hoidon toteutuksessa? ( 0=ei lainkaan, 1= erittäin vähän, 2=vähän, 3= jonkun verran, 4=paljon, 5=erittäin paljon)**

Hoitosuunnitelmaan sitouttaminen

Ei lainkaan    0    1        2        3        4        5        Erittäin paljon

## Tavoitteiden toteutumisen arviointi

Ei lainkaan	0	1	2	3	4	5	Erittäin paljon
-------------	---	---	---	---	---	---	-----------------

## Ketjuanalyysin käyttö

Ei lainkaan	0	1	2	3	4	5	Erittäin paljon
-------------	---	---	---	---	---	---	-----------------

## Viikko/seurantakorttien käyttö

Ei lainkaan	0	1	2	3	4	5	Erittäin paljon
-------------	---	---	---	---	---	---	-----------------

## Potilaan taitojen lisääminen

Ei lainkaan	0	1	2	3	4	5	Erittäin paljon
-------------	---	---	---	---	---	---	-----------------

## Validointi

Ei lainkaan	0	1	2	3	4	5	Erittäin paljon
-------------	---	---	---	---	---	---	-----------------

## Ongelmanratkaisutaitojen lisääminen

Ei lainkaan	0	1	2	3	4	5	Erittäin paljon
-------------	---	---	---	---	---	---	-----------------

## DKT:n perusdialektiikan (hyväksynnän ja muutoksen tasapainottamisen) käyttö

Ei lainkaan	0	1	2	3	4	5	Erittäin paljon
-------------	---	---	---	---	---	---	-----------------

## Muuta kuin yllämainittua, mitä?

Ei lainkaan	0	1	2	3	4	5	Erittäin paljon
-------------	---	---	---	---	---	---	-----------------

**HOITOAIKA OSASTOLLA**

**17. Arvioi miten DKT-hoitomallin käyttäminen mielestäsi vaikutti keskimäärin potilaiden hoitoaikoihin osastolla?**

**( 1= pidentänyt paljon, 2= pidentänyt vähän, 3= ei ole vaikuttanut, 4= lyhentänyt vähän, 5= lyhentänyt paljon)**

Pidentänyt paljon	1	2	3	4	5	Lyhentänyt paljon
-------------------	---	---	---	---	---	-------------------

## OSASTON TYÖHYVINVOINTI

Seuraavissa kysymyksissä käsitellään työntekijöiden ja työyhteisön työhyvinvointia. Ympyröi mielestäsi sopivin vaihtoehto.

**18. Arvioi miten DKT-osastohoitomallin menetelmien käyttö ja malliin kuuluvat käytännöt osastolla vaikuttivat työhyvinvointiisi?**

(1= heikensi paljon, 2= heikensi vähän, 3= ei vaikuttanut, 4= lisäsi vähän, 5= lisäsi paljon)

Taitoryhmien ohjaaminen

Heikensi paljon 1      2      3      4      5      Lisäsi paljon

Taitojen yksilöohjaaminen

Heikensi paljon 1      2      3      4      5      Lisäsi paljon

DKT-hoitomallin mukainen kirjaaminen/dokumentointi

Heikensi paljon 1      2      3      4      5      Lisäsi paljon

DKT-näkökulman esillä pitäminen moniammatillisessa yhteistyössä

Heikensi paljon 1      2      3      4      5      Lisäsi paljon

DKT-mallin mukaiset raporttikäytännöt

Heikensi paljon 1      2      3      4      5      Lisäsi paljon

Konsultaatiotiimi

Heikensi paljon 1      2      3      4      5      Lisäsi paljon

**19. Arvioi oliko työntekijöillä mielestäsi riittävä tieto/taito DKT-menetelmistä?**

(0=ei lainkaan, 1= erittäin vähän, 2=vähän, 3= jonkun verran, 4=paljon, 5=erittäin paljon)

Ei lainkaan 0    1      2      3      4      5      Erittäin paljon

**20. Koitko että osastollasi oli ”DKT-hoitokulttuuri”, yhtenäiset hoitokäytännöt?**

(0=ei lainkaan, 1= erittäin vähän, 2=vähän, 3= jonkun verran, 4=paljon, 5=erittäin paljon)

Ei lainkaan 0    1      2      3      4      5      Erittäin paljon

21. Arvioi millainen hoitajien asenne oli DKT-hoitomallin menetelmien käytöstä osastolla?  
(1= ei toimi ollenkaan, 2= toimii vähän, 3= ei vaikutusta, 4= toimii jonkun verran, 5=toimii hyvin)

Ei toimi ollenkaan 1      2      3      4      5 Toimii hyvin

22. Arvioi aiheuttiko DKT-hoitomalli ristiriitoja työyksikössäsi?

(1= vähentänyt paljon, 2= vähentänyt vähän, 3= ei vaikutusta, 4= lisännyt vähän, 5= lisännyt paljon)

vähentänyt paljon 1      2      3      4      5 Lisännyt paljon

23. Arvioi vaikuttivatko DKT-hoitomalli menetelmät työssä jaksamiseesi?

(1= heikensi paljon, 2= heikensi vähän, 3= ei vaikuttanut, 4= lisäsi vähän, 5= lisäsi paljon)

Heikensi paljon 1      2      3      4      5 Lisäsi paljon

#### AVOIMET KYSYMYKSET

24. Millaisessa tilanteessa osastolla pystyit hyödyntämään DKT hoitomallia ja oliko siitä etua potilaalle?

25. Jos olit työssä osastolla ennen DKT-hoitomallin kehittämistä, miten koit DKT-hoitomallin käyttöön oton muuttaneen hoitokäytäntöjä, vuorovaikutusta potilaan kanssa ja/tai muita käytäntöjä osastolla?

26. Mitä käytäntöjä DKT-hoitomallista osastohoidossa olisit halunnut muuttaa tai kehittää edelleen?

### Liite 3 Epävakaan potilaan hoitokäytännöt kyselylomake (Tavio)

Tällä kyselyllä pyritään selvittämään tunne-elämältään epävakaan persoonallisuuden (F60.3) hoitokäytäntöjä erikoissairaanhoidossa . Lupa kyselylomakkeen tutkimuskäyttöön saatu kyselyn kehittäjä PSM Linda Taviolta) Käytettäessä kysymyslomaketta osaston henkilökunnalle siitä on poistettu taustakysymykset 1-6 vastaajien anonymiteetin säilyttämiseksi.

Hyvä psykiatrinen sairaalatyöntekijä!

Kiitos jo etukäteen osallistumisesta.

Tämän osakyselyn tarkoituksena on selvittää epävakaan persoonallisuuden hoitokäytäntöjä, sekä käsityksiä näitä potilaita ja heidän hoitoaan kohtaan erikoissairaanhoidossa, hoitavien ammattilaisten näkökulmasta. Tutkimus on hyödyllinen vastaajille, koska tarkoituksena olisi löytää keinoja, millä voisi lisätä työntekijöiden jaksamista näiden potilaiden kanssa.

Kysely sisältää erityyppisiä kysymyksiä. Suurimpaan osaan kysymyksistä pyydetään vastaamaan sen perusteella, miten itse pyrit toimimaan käytännön työssäsi epävakaiden potilaiden kanssa. Osa kysymyksistä koskee yleisemmin työyksikkösi toimintatapoja. Jokaisella sivulla on selkeät ohjeet vastaamiselle.

Vastaaminen tapahtuu anonymisti.

Kiitos Sinulle osallistumisestasi!

Ympäröi oikea vaihtoehto ja tarkenna vastaustasi, jos kysymyksessä edellytetään sitä.

8. Jos sinun pitäisi valita jokin työtäsi ohjaava viitekehys, mihin sijoittaisit itsesi? (Vastaa vaikka sinulla ei olisi psykoterapeutin pätevyyttä)

Psykodynaaminen viitekehys

Kognitiivinen viitekehys

Muu, mikä?

En osaa sanoa

9. Oletko käynyt epävakaan persoonallisuushäiriön hoitoa käsittelevän koulutuksen?

Kyllä. (Mainitse merkittävin koulutus ja sen pituus vuosina, sekä ajankohta)

Ei

10. Toteutetaanko työyksikössänne jotain tiettyä hoitomuotoa epävakaille potilaille?

Dialektista käyttäytymisterapiaa.

Skeematerapiaa

Muuta kuin yllä mainittua, mitä

Ei

En osaa sanoa

11. Onko työyksikössänne käytössä jokin oma, kliinisesti kehitetty hoitomuoto epävakaille potilaille?

Kyllä, kuvaile lyhyesti millainen?

Ei

En osaa sanoa

12. Kuinka yhteneväksi koet työyksikönne työntekijöiden käsityksen epävakaille potilaille soveltuvasta hoidosta?

0 Ei lainkaan yhtenevä, 1, 2, 3, 4, 5 Hyvin yhtenevä

13. Kuinka usein tapaat työssäsi epävakaita potilaita?

päivittäin tai lähes päivittäin

viikottain



kuukausittain

harvemmin kuin kuukausittain  
en koskaan

14. Tapahtuuko evp hoito työyksikössänne tyypillisesti?

Yksittäisellä työntekijällä

Työparilla

Työryhmällä (yli 2. henkilöä)

15. Onko evp pt yksilökeskustelut tyypillisesti toteutettu?

Tiheämmin kuin muiden potilaiden

Harvemmin kuin muiden potilaiden

Samalla frekvensillä kuin muiden potilaiden

16. Saatko erillistä työnohjausta epävakaiden potilaiden hoitoon?

Kyllä, millaista ja kuinka paljon?

Ei

17. Koetko tarvitsevasi enemmän työnohjausta epävakaiden potilaiden hoitoon?

Kyllä

Ei

En osaa sanoa

18. Kuinka luottavainen/optimistinen olet epävakaiden potilaiden hoidon suhteen?

0 Olen turhautunut epävakaiden potilaiden hoitamisen suhteen.

En näe että näitä potilaita voitaisiin auttaa. 1, 2, 3, 4, 5 Olen toiveikas epävakaaan persoonallisuuden hoitami

sesta. Näen että näitä potilaita voidaan auttaa.

19. Kuinka vaikeana pidät epävakaiden potilaiden hoitamista?

Mahdottomana

Erittäin vaikeana

Melko vaikeana

En vaikeana enkä helppona

Melko helppona

Erittäin helppona

20. Kuinka vaikeana pidät epävakaiden potilaiden hoitoa verrattuna muihin potilaisiin?

Helpompana

Vaikeampana

En helpompana enkä vaikeampana

21. Kuinka paljon luotat omiin taitoihisi (työtavat, tieto ym.) epävakaaan persoonallisuuden hoidossa?

0 En lainkaan., 1, 2, 3, 4, 5 Erittäin paljon

22. Suhtaudutko epävakaisiin potilaisiin II. tyypin traumatisoituneina?

Kyllä

Ei

En osaa sanoa

Olet nyt suorittanut kyselyn ensimmäisen osion, joka sisälsi taustakysymyksiä ja yleisempiä hoitoon liittyviä kysymyksiä. Suuri kiitos!

Tässä osiossa esitetään 5 avointa kysymystä, joilla keräämme arvokasta tietoa hoitokäytännöistä.

1. Luonnehdi lyhyesti pääperiaatteesi epävakasta potilasta hoitaessasi?
2. Mitä hoitotavoitteita asetat epävakkaan potilaan kanssa?
3. Minkä asian koet kaikkein haastavimmaksi epävakkaan potilaan hoidossa?
4. Mitä keinoja käytät siihen, että epävakkaa potilas sitoutuisi paremmin hoitoon?
5. Mitä mieltä olet epävakkaan potilaan hoitamisesta psykoterapialla?

Seuraavissa väittämissä on kyse mielikuvista ja käsityksistä.

Pyydämme sinua ystävällisesti arvioimaan, miten hyvin ne kuvaavat pääsääntöisesti sinun kokemustasi epävakkaista potilaista tai heidän kanssaan työskentelystä

(0=ei kuvaa lainkaan, 1=kuvaa erittäin vähän, 2=kuvaa vähän, 3=kuvaa melko hyvin, 4=kuvaa hyvin, 5=kuvaa erittäin hyvin)

Koen epävakaiden potilaiden oireet usein manipulaatioksi ja teatraaliseksi käytökseksi.

0 Ei kuvaa lainkaan kokemustani      1      2      3      4      5      Kuvaa erittäin hyvin kokemustani

Koen, että epävakaan potilaan kanssa on miltei mahdotonta muodostaa hyvää yhteistyösuhdetta

0Ei kuvaa lainkaan kokemustani    1       2       3       4       5    Kuvaa erittäin hyvin kokemustani

Koen usein epävakaiden potilaiden hoitoa koskevat vaatimukset kohtuuttomina.

0Ei kuvaa lainkaan kokemustani    1       2       3       4       5    Kuvaa erittäin hyvin kokemustani

Minun on helppo tuntea myötätuntoa epävakaita potilaita kohtaan.

0Ei kuvaa lainkaan kokemustani    1       2       3       4       5    Kuvaa erittäin hyvin kokemustani

Olemme usein epävakaiden potilaiden kanssa eri mieltä siitä, mikä on heille hyväksi.

0Ei kuvaa lainkaan kokemustani    1       2       3       4       5    Kuvaa erittäin hyvin kokemustani

Koen olevani asiantunteva epävakaan persoonallisuuden hoitoon liittyvissä asioissa.

0Ei kuvaa lainkaan kokemustani    1       2       3       4       5    Kuvaa erittäin hyvin kokemustani

Epävakaat potilaat herättävät minussa enimmäkseen negatiivisia tunteita.

0Ei kuvaa lainkaan kokemustani    1       2       3       4       5    Kuvaa erittäin hyvin kokemustani

Ajattelen, että omat käsitykseni potilaasta voivat välittyä hänelle, vaikka yrittäisin pitää ne piilossa.

0Ei kuvaa lainkaan kokemustani    1       2       3       4       5    Kuvaa erittäin hyvin kokemustani

Olen hyvin kiinnostunut epävakaasta persoonallisuushäiriöstä.

0Ei kuvaa lainkaan kokemustani    1       2       3       4       5    Kuvaa erittäin hyvin kokemustani

Koen epävakaat potilaat ahneina ja vaativina.

0Ei kuvaa lainkaan kokemustani    1       2       3       4       5    Kuvaa erittäin hyvin kokemustani

Kiinnitän paljon huomiota omiin tunteisiini, joita herää hoitosuhteessa epävakaan potilaan kanssa.

0Ei kuvaa lainkaan kokemustani      1      2      3      4      5      Kuvaa erittäin hyvin kokemustani

Koen että epävakaan potilaan kanssa yhteistyösuhteen luomisen tulisi olla työskentelyn tavoitteena eikä edellytyksenä.

0Ei kuvaa lainkaan kokemustani      1      2      3      4      5      Kuvaa erittäin hyvin kokemustani

Minun on helppo ymmärtää ja hyväksyä epävakaan potilaan nopeita tunteenvaihteluita ja tunteiden intensiteettiä.

0Ei kuvaa lainkaan kokemustani      1      2      3      4      5      Kuvaa erittäin hyvin kokemustani

#### HOIDON ALUSSA PYRIN...

Tutkimaan potilaan ihmissuhdemotiiveja, vaikka luottamussuhdetta ei olisi vielä syntynyt.

0Ei kuvaa lainkaan kokemustani      1      2      3      4      5      Kuvaa erittäin hyvin kokemustani

Tekemään laaja-alaisen riskiarvion.

0Ei kuvaa lainkaan kokemustani      1      2      3      4      5      Kuvaa erittäin hyvin kokemustani

Rajaamaan ja puuttamaan tiukasti potilaan manipulatiiviseen käytökseen.

0Ei kuvaa lainkaan kokemustani      1      2      3      4      5      Kuvaa erittäin hyvin kokemustani

Välttämään epävakaa persoonallisuus -diagnoosin puheeksi ottamista.

0Ei kuvaa lainkaan kokemustani      1      2      3      4      5      Kuvaa erittäin hyvin kokemustani

Sopimaan hoidon yksityiskohdista yhteistyössä potilaan kanssa.

0Ei kuvaa lainkaan kokemustani      1      2      3      4      5      Kuvaa erittäin hyvin kokemustani

Valmistautumaan kriisitilanteisiin.

0Ei kuvaa lainkaan kokemustani    1       2       3       4       5    Kuvaa erittäin hyvin

Tarjoamaan potilaalle tietoa häiriöstä, mistä sen ajatellaan johtuvan ja mikä on ajankohtainen käsitys sen tehokkaasta hoidosta.

0Ei kuvaa lainkaan kokemustani    1       2       3       4       5    Kuvaa erittäin hyvin kokemustani

Määrittelemään yhdessä potilaan kanssa kriisien hallinnan vaihtoehdot.

0Ei kuvaa lainkaan kokemustani    1       2       3       4       5    Kuvaa erittäin hyvin kokemustani

Ilmaisemaan selkeästi ymmärrystä potilaan ajankohtaista tilannetta ja kokemuksia kohtaan.

0Ei kuvaa lainkaan kokemustani    1       2       3       4       5    Kuvaa erittäin hyvin kokemustani

Ottamaan avoimesti potilaan kanssa puheeksi, mikäli huomaan oman toimintani aiheuttaneen hänessä negatiivisia tunteita ja olemaan valmis pyytämään anteeksi.

0Ei kuvaa lainkaan kokemustani    1       2       3       4       5    Kuvaa erittäin hyvin kokemustani

Opettamaan epävakaille potilaalle selviytymiskeinoja dissosiativisten tilojen hallintaan, ennen kuin keskustelemme traumaattisista kokemuksista.

0Ei kuvaa lainkaan kokemustani    1       2       3       4       5    Kuvaa erittäin hyvin kokemustani

Välttämään vastaanvättävää tyyliä epävakaan potilaan kanssa.

0Ei kuvaa lainkaan kokemustani    1       2       3       4       5    Kuvaa erittäin hyvin kokemustani

EPÄVAKAAN POTILAAN OLLESSA VIHAINEN PYRIN...

Rajaamaan tiukasti vihanilmaisua heti, kun sitä ilmenee.

0Ei kuvaa lainkaan kokemustani    1       2       3       4       5    Kuvaa erittäin hyvin kokemustani

Olemaan ymmärtävä ja empaattinen.

0Ei kuvaa lainkaan kokemustani    1       2       3       4       5    Kuvaa erittäin hyvin kokemustani

Pyrin siihen, että annan potilaan ensin ilmaista suuttumustaan ja käsittelemme sitä vasta tilanteen tasaannuttua. 0Ei kuvaa lainkaan kokemustani    1       2       3       4       5

Kuvaa erittäin hyvin kokemustani

Tarkkailemaan kriittisesti omaa toimintaani ja minussa herääviä tunteita.

0Ei kuvaa lainkaan kokemustani    1       2       3       4       5    Kuvaa erittäin hyvin kokemustani

Välttämään rankaisevaa suhtautumista ja potilaan kokemuksen torjumista.

0Ei kuvaa lainkaan kokemustani    1       2       3       4       5    Kuvaa erittäin hyvin kokemustani

EPÄVAKAAN POTILAAN KRIISIEN AIKANA PYRIN...

Keskittymään potilaan kokemiin tunteisiin kriisin sisällön sijaan.

0Ei kuvaa lainkaan kokemustani    1       2       3       4       5    Kuvaa erittäin hyvin kokemustani

Suhteuttamaan potilaalle hänen kriisinsä johtuvan pienistä asioista, joihin hänen ei kuuluisi reagoida niin voimakkaasti.

0Ei kuvaa lainkaan kokemustani    1       2       3       4       5    Kuvaa erittäin hyvin kokemustani

Lisäämään kontrollia.

0Ei kuvaa lainkaan kokemustani    1       2       3       4       5    Kuvaa erittäin hyvin kokemustani

Osoittamaan empatiaa potilasta kohtaan.

0Ei kuvaa lainkaan kokemustani    1       2       3       4       5    Kuvaa erittäin hyvin kokemustani

Välttämään tunteiden käsittelyä.

0Ei kuvaa lainkaan kokemustani    1       2       3       4       5    Kuvaa erittäin hyvin kokemustani

Tarjoamaan enemmän läsnäoloa ja aitoa kiinnostuneisuutta kuin konkreettisia vastauksia hänen ongelmiinsa.

0Ei kuvaa lainkaan kokemustani    1        2        3        4        5    Kuvaa erittäin hyvin kokemustani

Ottamaan epävakaaan potilaan hädän vakavasti.

0Ei kuvaa lainkaan kokemustani    1        2        3        4        5    Kuvaa erittäin hyvin kokemustani

#### PIDEMMÄSSÄ KUNTOUTUKSESSA EPÄVAKAAN POTILAAN KANSSA PYRIN...

Opettamaan tunteiden merkitystä, tunnistamista ja säätelyä.

0Ei kuvaa lainkaan kokemustani    1        2        3        4        5    Kuvaa erittäin hyvin kokemustani

Ottamaan potilaan tunnekokemukset vakavasti, vaikka en hyväksyisi hänen tekojaan.

0Ei kuvaa lainkaan kokemustani    1        2        3        4        5    Kuvaa erittäin hyvin kokemustani

Osoittamaan ymmärrystä ja validoimaan potilaan tunteet tilanteesta riippumatta.

0Ei kuvaa lainkaan kokemustani    1        2        3        4        5    Kuvaa erittäin hyvin kokemustani

Ottamaan vakavasti potilaan mahdolliset syytökset yhteistyötämme koskien ja tarkastelemaan omaa osuuttani vuorovaikutusongelmissa.

0Ei kuvaa lainkaan kokemustani    1        2        3        4        5    Kuvaa erittäin hyvin kokemustani

Auttamaan potilasta tunnistamaan ja säätelämään tunteitaan.

0Ei kuvaa lainkaan kokemustani    1        2        3        4        5    Kuvaa erittäin hyvin kokemustani

Käyttämään epävakaa persoonallisuus -diagnoosia hoidon punaisena lankana.

0Ei kuvaa lainkaan kokemustani    1        2        3        4        5    Kuvaa erittäin hyvin kokemustani



Auttamaan potilasta hahmottamaan käyttäytymisen lyhyen ja pitkän aikavälin seurauksia.

0Ei kuvaa lainkaan kokemustani    1       2       3       4       5    Kuvaa erittäin hyvin kokemustani

SEURAAVAT VÄITTÄMÄT KOSKEVAT JATKOHOITOJA.

En usko epävakaan potilaan hyötävän päiväsairaalahoidosta.

0Ei kuvaa lainkaan kokemustani    1       2       3       4       5    Kuvaa erittäin hyvin kokemustani

Pidän psykoterapeuttisia menetelmiä keskeisenä hoitomuotona epävakaille potilaille.

0Ei kuvaa lainkaan kokemustani    1       2       3       4       5    Kuvaa erittäin hyvin kokemustani

Pyrin lähettämään epävakaan potilaan osastohoitoon aina, mikäli itsetuhoisuuteen viittaavaa käyttäytymistä tai uhkailua ilmenee.

0Ei kuvaa lainkaan kokemustani    1       2       3       4       5    Kuvaa erittäin hyvin kokemustani

Uskon epävakaalle potilaalle olevan hyötyä ryhmäpsykoterapiasta.

En lähetä epävakaata potilasta osastohoitoon impulsiivisen ja reaktiivisen itsemurhayrityksen jälkeen.

0Ei kuvaa lainkaan kokemustani    1       2       3       4       5    Kuvaa erittäin hyvin kokemustani

En usko epävakaan potilaan hyötävän perheterapiasta.

0Ei kuvaa lainkaan kokemustani    1       2       3       4       5    Kuvaa erittäin hyvin kokemustani

Suosittelen epävakaille potilaille määräpituista psykoterapiaa.

0Ei kuvaa lainkaan kokemustani    1       2       3       4       5    Kuvaa erittäin hyvin kokemustani

En suosittelen epävakaille potilaille psykoterapiaa.

0Ei kuvaa lainkaan kokemustani    1       2       3       4       5    Kuvaa erittäin hyvin kokemustani

Mikäli vastasit edelliseen kysymykseen ettet suosittelle epävakaille potilaille psykoterapiaa, ympyröi alla olevasta listasta ne kohdat, mitkä kuvaavat siihen liittyviä mahdollisia syitä.

1. En pääsääntöisesti suosittelle epävakaalle potilaalle psykoterapiaa, koska:

persoonallisuushäiriöisiä ei mielestäni pystytä hoitamaan psykoterapialla.

Suomessa ei ole terapeutteja/terapiamuotoja, joilla voisi hoitaa näitä potilaita.

epävakailla potilailla ei ole useinkaan riittävän vakaata elämäntilannetta, jota psykoterapia edellyttää.

epävakaat potilaat eivät kuitenkaan kykenisi sitoutumaan kyseiseen hoitoon.

en usko, että epävakaat potilaat ylipäätään voivat hyötyä psykoterapiasta.  
psykoterapiasta voi olla haittaa epävakaille potilaille.

työyksikössäni ajatellaan, etteivät epävakaat potilaat sovellu psykoterapiaan.

Muu syy, mikä?

2. Ympyröi alla olevista menetelmistä ne kaikki, joita hyödynnät epävakaiden potilaiden hoidossa:

mindfulness/tietoinen läsnäolo

rentoutus

turvapaikkamielikuvat

muistutuskortit

päiväkirja

huomion siirtäminen muualle, sekä korvaavien toimintojen käyttö (esim. fyysinen kuormitus, kylmäaistimukset)

rauhottava puhe potilaiden dissosiativisten tilojen hallintaan

internetissä oleva Terveyskirjaston epävakaille potilaille suunnattu itsehoito-opas

puhelinkontakti (potilas voi soittaa työajan ulkopuolella)

moodityöskentely

"vanhemointi"

Muuta, mitä?

3. Ympyröi alla olevasta valikosta kaikki ne kohdat, mitkä pitävät sinun kohdallasi paikkansa:

Käytän yleisemmin termiä rajatila kuin epävakaa persoonallisuus.

Työyksikössäni käytetään edelleen pääosin termiä rajatilapersonallisuus.

Käsitteet "kaaos minä" ja "terve minä" ovat minulle tuttuja.

Käsitteet skeemamoodit (=hylätty lapsi-moodi, vihainen lapsi-moodi, rankaiseva vanhempi-moodi, suojautuja-moodi & terve aikuinen-moodi) ovat minulle tuttuja.

Olen kuullut skeematerapiasta liittyen EYPH potilaan hoitoon.

Olen perehtynyt skeematerapiaan ja se ohjaa EYPH potilaalle antamaani hoitoa.

Olen kuullut dialektisestä käyttäytymisterapiasta liittyen EYPH-potilaan hoitoon.

Olen perehtynyt dialektiseen käyttäytymisterapiaan ja se ohjaa EYPH potilaille antamaan hoitoa.

Olen kuullut transferenssikeskeisestä terapiasta liittyen EYPH potilaan hoitoon.

Olen perehtynyt transferenssikeskeiseen terapiaan ja se ohjaa EYPH potilaille antamaani hoitoa.

Olen kuullut mentalisaatioterapiasta liittyen EYPH potilaan hoitoon.

Olen perehtynyt mentalisaatioterapiaan ja se ohjaa EVPH potilaille antamaani hoitoa.

4. Arvioi, kuinka tärkeäksi koet epävakaan potilaan hoidossa seuraavat asiat(0=ei lainkaan tärkeää, 5=erittäin tärkeää)

Hoidon läpinäkyvyys. (esim. diagnoosin kertominen potilaalle, yhteinen tieto siitä mitä ollaan tekemässä ja miksi.)

0Ei kuvaa lainkaan kokemustani      1      2      3      4      5      Kuvaa erittäin hyvin kokemustani

Tunteiden käsittely (esim. tunteiden merkitystä, tunnistamista, havainnointia ja säätelyä sisältävä opettaminen).

0Ei kuvaa lainkaan kokemustani      1      2      3      4      5      Kuvaa erittäin hyvin kokemustani

Kriisitilanteisiin valmistautuminen (esim. riskiarviot, erilaiset tekniikat).

0Ei kuvaa lainkaan kokemustani      1      2      3      4      5      Kuvaa erittäin hyvin kokemustani

Ulkopuolisen kontrollin, kritiikin ja vastaanväittävän tyylin välttäminen.

0Ei kuvaa lainkaan kokemustani      1      2      3      4      5      Kuvaa erittäin hyvin kokemustani

Vihanilmaisun kanssa työskentely.

0Ei kuvaa lainkaan kokemustani      1      2      3      4      5      Kuvaa erittäin hyvin kokemustani

Potilaan sitouttaminen hoitoon.

0Ei kuvaa lainkaan kokemustani      1      2      3      4      5      Kuvaa erittäin hyvin kokemustani

Oikeanlaisen jatkohoidon järjestäminen.

0Ei kuvaa lainkaan kokemustani      1      2      3      4      5      Kuvaa erittäin hyvin kokemustani

Hyvän yhteistyösuhteen luominen.

0Ei kuvaa lainkaan kokemustani      1      2      3      4      5      Kuvaa erittäin hyvin kokemustani

Omien negatiivisten vastatunteiden hallitseminen.

0Ei kuvaa lainkaan kokemustani      1      2      3      4      5      Kuvaa erittäin hyvin kokemustani

Ymmärtävä, lämmin ja hyväksyvä suhtautuminen potilaaseen hoidon kaikissa vaiheissa potilaan tunnetilasta ja käyttäytymisestä riippumatta.

0Ei kuvaa lainkaan kokemustani      1      2      3      4      5      Kuvaa erittäin hyvin kokemustani

Potilaan tunteiden ja kokemusten vastaanottaminen ja vakavasti ottaminen siinä intensiteetissä, missä ne ilmenevät.

0Ei kuvaa lainkaan kokemustani      1      2      3      4      5      Kuvaa erittäin hyvin kokemustani

Oman osuuden arvioiminen tilanteissa, missä potilas syyttää sinua.

0Ei kuvaa lainkaan kokemustani      1      2      3      4      5      Kuvaa erittäin hyvin kokemustani

5. Arvioi, kuinka vaikeaksi koet toteuttaa epävakkaan potilaan hoidossa seuraavat asiat(0=ei lainkaan vaikeaa, 5=erittäin vaikeaa)

Hoidon läpinäkyvyys. (esim. diagnoosin kertominen potilaalle, yhteinen tieto siitä mitä ollaan tekemässä ja miksi.)

0Ei kuvaa lainkaan kokemustani      1      2      3      4      5      Kuvaa erittäin hyvin kokemustani

Tunteiden käsittely (esim. tunteiden merkitystä, tunnistamista, havainnointia ja säätelyä sisältävä opettaminen).

0Ei kuvaa lainkaan kokemustani      1      2      3      4      5      Kuvaa erittäin hyvin kokemustani

Kriisitilanteisiin valmistautuminen (esim. riskiarviot, erilaiset tekniikat).

0Ei kuvaa lainkaan kokemustani      1      2      3      4      5      Kuvaa erittäin hyvin kokemustani

Ulkopuolisen kontrollin, kritiikin ja vastaanvättävän tyylin välttäminen.

0Ei kuvaa lainkaan kokemustani    1       2       3       4       5    Kuvaa erittäin hyvin kokemustani

Vihanilmaisun kanssa työskentely.

0Ei kuvaa lainkaan kokemustani    1       2       3       4       5    Kuvaa erittäin hyvin kokemustani

Potilaan sitouttaminen hoitoon.

0Ei kuvaa lainkaan kokemustani    1       2       3       4       5    Kuvaa erittäin hyvin kokemustani

Oikeanlaisen jatkohoidon järjestäminen.

0Ei kuvaa lainkaan kokemustani    1       2       3       4       5    Kuvaa erittäin hyvin kokemustani

Hyvän yhteistyösuhteen luominen.

0Ei kuvaa lainkaan kokemustani    1       2       3       4       5    Kuvaa erittäin hyvin kokemustani

Omien negatiivisten vastatunteiden hallitseminen.

0Ei kuvaa lainkaan kokemustani    1       2       3       4       5    Kuvaa erittäin hyvin kokemustani

Ymmärtävä, lämmin ja hyväksyvä suhtautuminen potilaaseen hoidon kaikissa vaiheissa potilaan tunnetilasta ja käyttäytymisestä riippumatta.

0Ei kuvaa lainkaan kokemustani    1       2       3       4       5    Kuvaa erittäin hyvin kokemustani

Potilaan tunteiden ja kokemusten vastaanottaminen ja vakavasti ottaminen siinä intensiteetissä, missä ne ilmenevät.

0Ei kuvaa lainkaan kokemustani    1       2       3       4       5    Kuvaa erittäin hyvin kokemustani

Oman osuuden arvioiminen tilanteissa,missä potilas syyttää sinua.

0Ei kuvaa lainkaan kokemustani    1       2       3       4       5    Kuvaa erittäin hyvin kokemustani

## SEURAAVAT KYSYMYKSET KOSKEVAT TYÖYKSIKKÖÄSI.

6. Onko työyksiköstäsi mahdollista ohjata epävakaata potilasta myös päiväsairaala-tyyppiseen hoitoon jos tarve vaatii?

Kyllä

Ei

En osaa sanoa

7. Onko epävakaasta persoonallisuudesta kärsivän sairaskertomukseen kirjattu tavoitteellinen hoitosuunnitelma?

Kyllä

Ei

En osaa sanoa

8. Onko työyksikössäsi mahdollista tarjota ryhmämuotoista hoitoa epävakaalle potilaalle?

Kyllä

Ei

En osaa sanoa

9. Onko työyksikössäsi mahdollista tarjota perheinterventio epävakaalle potilaalle.

Kyllä

Ei

En osaa sanoa

10. Onko työyksikössäsi laadittu paikallisia hoito-ohjeita epävakaan persoonallisuuden hoitoon?

Kyllä

Ei

En osaa sanoa

11. Jos epävakaan persoonallisuushäiriön hoitoon liittyvää lisäkoulutusta olisi saatavilla, kuinka paljon aikaa olisit valmis käyttämään siihen?

En yhtään

1 tunti kuukaudessa

2 tuntia kuukaudessa

Enemmän kuin 2 tuntia kuukaudessa

12. Mikä/mitkä alla olevista vaihtoehtoista voisivat tukea sinua työntekijänä parhaiten epävakaisten potilaiden kanssa työskentelyssä?(Voit valita niin monta kuin haluat.)

Asiakkaalle jaettava esite, missä tietoa häiriöstä

Säännölliset työyksikön sisäiset palaverit liittyen spesifisti EVPH:n hoitoon

Selkeä protokolla, minkä pohjalta epävakaita hoidetaan

EVPH:n hoidossa tarvittavien taitojen/tekniikoiden harjoitteen workshopit/demot työntekijöille

Sosiaalisten taitojen harjoittelu -ryhmä epävakaille

Työyksikön sisäinen erityisyryhmä, jolle potilaat ohjataan

Työyksikön ulkopuolinen erityisyksikkö, jolle potilaat ohjataan

Lista paikallisista psykoterapeuteista, jotka hoitavat epävakaita potilaita



Työnohjaus liittyen spesifisti epävakaiden hoitoon

Työryhmän tuki

Muu, mikä?

13. Onko epävakaille potilaille annettava hoito mielestäsi asianmukaista työyksikössäsi?

Kyllä

Ei

En osaa sanoa

14. Mikäli koet, että epävakaiden potilaiden saama hoito ei ole asianmukaista, mitkä seikat mielestäsi vaikuttavat siihen:

Kiire

Tiedon/taidon puute

Työyksikön hoitolinjaukset eivät ole asianmukaiset

Työntekijöiden erimielisyydet hoidosta

Työnohjauksen puute

Työyksikön resurssipula

Yleisempi resurssipula

Uupumus

Muu, mikä?

15. Tunnetko Käypä hoito -suositukset epävakaan persoonallisuuden osalta?

Kyllä

Ei

16. Koetko Käypä hoito -suositukset käyttökelpoisiksi epävakaiden potilaiden hoidossa?

Kyllä, miltä osin?

Ei, miksi tai miltä osin ei?

En osaa sanoa

17. Käytätkö Käypä hoito -suosituksia hyväksi epävakaan potilaan hoidossa?

Kyllä

Ei

18. Millaista tukea työntekijänä tarvitsisit epävakaiden potilaiden hoidossa?

19. Miten itse kehittäisit epävakaiden potilaiden hoitoa Suomessa?

20. Oletko törmännyt viime aikoina epävakaiden potilaiden hoitoa koskeviin negatiiviinuskomuksiin kollegoidesi taholta?

Kyllä

Ei

21. Jos olet törmännyt edellä mainittuihin uskomuksiin, kuvaile lyhyesti, mitä nämä ovat olleet?

22. VAPAA SANA:

## Liite 4 työtyytyväisyys

Seuraavilla kysymyksillä kartoitetaan työtyytyväisyyttä. Ympyröimällä mielipidettäsi vastaavan numeron, voit ilmaista, miten tyytyväinen olet alla lueteltuihin työsi piirteisiin (arvioi vastauksesi os 9 aikaiseen toimintaan liittyen). Lupa kyselylomakkeen käyttöön M. Vartiaiselta.

### Kuinka tyytyväinen olet seuraaviin asioihin?

	Erittäin tyytymätön	Tyytymätön	Jossain määrin tyytymätön	Tältä väliltä	Jossain määrin tyytyväinen	Tyytyväinen	Eritt. tyytyväinen
1. Työsuhteeni jatkuvuuteen	1	2	3	4	5	6	7
2. Palkkaani ja muihin työsuhte-etuihini	1	2	3	4	5	6	7
3. Henkilökohtaiseen kasvuun ja kehittymiseen työssäni	1	2	3	4	5	6	7
4. Ihmisiin, joiden kanssa keskustelen ja työskentelen työpaikalla	1	2	3	4	5	6	7
5. Esimieheltäni saamaani arvostukseen ja oikeudenmukaiseen kohteluun	1	2	3	4	5	6	7
6. Tunteeseen, että olen saavuttanut, jotain merkittävää työssäni	1	2	3	4	5	6	7
7. Mahdollisuuteen tutustua muihin ihmisiin työssäni	1	2	3	4	5	6	7
8. Esimiehiltäni saamaani tukeen ja ohjaukseen	1	2	3	4	5	6	7
9. Palkkani oikeudenmukaisuuteen tälle organisaatiolle antamaani työpanokseen verrattuna	1	2	3	4	5	6	7
10. Mahdollisuuksiini ajatella ja toimia itsenäisesti työssäni	1	2	3	4	5	6	7
11. Tulevaisuuteni turvallisuuteen tässä organisaatiossa	1	2	3	4	5	6	7
12. Mahdollisuuksiini auttaa työssäni muita ihmisiä	1	2	3	4	5	6	7
13. Työni haasteellisuuteen	1	2	3	4	5	6	7
14. Työssäni saamaani johtamisen laatuun yleensä	1	2	3	4	5	6	7

## Liite 5 Taulukot DKT-työnohjaus

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kyllä	16	94,1	94,1	94,1
	ei, miksi	1	5,9	5,9	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

1. Osastolla 9:n oli DKT-ryhmä työnohjausta. Osallistuitko työnohjaukseen?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kyllä	9	52,9	52,9	52,9
	ei	8	47,1	47,1	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

2. Oliko sinulla ryhmäohjauksen lisäksi ja /tai yksilöllistä työnohjausta?

## Liite 6 Taulukot potilaita ja terapiaa koskevat olettamukset

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid täysin samaa mieltä	8	47,1	47,1	47,1
jokseenkin samaa mieltä	8	47,1	47,1	94,1
ei samaa eikä eri mieltä	1	5,9	5,9	100,0
Total	17	100,0	100,0	

3. Potilaiden täytyy tehdä enemmän, yrittää kovemmin ja olla vielä motivoituneempia muutokseen

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid täysin samaa mieltä	9	52,9	52,9	52,9
jokseenkin samaa mieltä	5	29,4	29,4	82,4
ei samaa eikä eri mieltä	2	11,8	11,8	94,1
jokseenkin samaa mieltä	1	5,9	5,9	100,0
Total	17	100,0	100,0	

4. Potilaat eivät ehkä ole aiheuttaneet kaikkia ongelmiaan, mutta heidän täytyy ne joka tapauksessa ratkaista

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid täysin samaa mieltä	16	94,1	94,1	94,1
täysin eri mieltä	1	5,9	5,9	100,0
Total	17	100,0	100,0	

5. Terapeutit jotka hoitavat epävakaita potilaita tarvitsevat tukea

## Liite 7 Taulukot potilaan hoidon suunnittelu

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid paljon	11	64,7	64,7	64,7
erittäin paljon	6	35,3	35,3	100,0
Total	17	100,0	100,0	

## 6. Potilaan ongelmien määrittely

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid jonkun verran	1	5,9	5,9	5,9
paljon	9	52,9	52,9	58,8
erittäin paljon	7	41,2	41,2	100,0
Total	17	100,0	100,0	

## 7. Hoidon tavoitteiden asettaminen

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid paljon	7	41,2	43,8	43,8
erittäin paljon	9	52,9	56,3	100,0
Total	16	94,1	100,0	
Missing System	1	5,9		
Total	17	100,0		

## 8. Hoitotyösuunnitelman rakentaminen yhteistyössä potilaan kanssa

## Liite 8 Taulukot osaston työhyvinvointi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	vähän	3	17,6	18,8	18,8
	jonkun verran	6	35,3	37,5	56,3
	paljon	7	41,2	43,8	100,0
	Total	16	94,1	100,0	
Missing	System	1	5,9		
Total		17	100,0		

9. Arvioi oliko työntekijöillä mielestäsi riittävä tieto/taito DKT-menetelmistä?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	vähän	2	11,8	11,8	11,8
	jonkun verran	4	23,5	23,5	35,3
	paljon	9	52,9	52,9	88,2
	erittäin paljon	2	11,8	11,8	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

10. Koitko, että osastollasi oli ”DKT-hoitokulttuuri”, yhtenäiset hoitokäytännöt?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	toimii vähän	2	11,8	11,8	11,8
	toimii jonkun verran	10	58,8	58,8	70,6
	toimii hyvin	5	29,4	29,4	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

11. Arvioi millainen hoitajien asenne oli DKT-hoitomallin menetelmien käytöstä osastolla?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	vähentänyt paljon	2	11,8	12,5	12,5
	vähentänyt vähän	3	17,6	18,8	31,3
	ei vaikutusta	6	35,3	37,5	68,8
	lisännyt vähän	5	29,4	31,3	100,0
	Total	16	94,1	100,0	
Missing	System	1	5,9		
Total		17	100,0		

12. Arvioi aiheuttiko DKT-hoitomalli ristiriitoja työyksikössäsi?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	heikensi vähän	2	11,8	11,8	11,8
	ei vaikuttanut	1	5,9	5,9	17,6
	lisäsi vähän	8	47,1	47,1	64,7
	lisäsi paljon	6	35,3	35,3	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

13. Arvioi vaikuttivatko DKT-hoitomalli menetelmät työssä jaksamiseen?



## Liite 9 Taulukot Mielikuvat epävakaita potilaita kohtaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kuvaa erittäin vähän kokemustani	3	17,6	17,6	17,6
	kuvaa vähän kokemustani	5	29,4	29,4	47,1
	kuvaa melko hyvin kokemustani	4	23,5	23,5	70,6
	kuvaa hyvin kokemustani	3	17,6	17,6	88,2
	kuvaa erittäin hyvin kokemustani	2	11,8	11,8	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

14. Koen epävakaiden potilaiden oireet usein manipulaatioksi ja teatraaliseksi käytökseksi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kuvaa erittäin vähän kokemustani	2	11,8	11,8	11,8
	kuvaa melko hyvin kokemustani	6	35,3	35,3	47,1
	kuvaa hyvin kokemustani	5	29,4	29,4	76,5
	kuvaa erittäin hyvin kokemustani	4	23,5	23,5	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

15. Minun on helppo tuntea myötätuntoa epävakaita potilaita kohtaan

## Liite 10 Taulukot epävakaan potilaan hoidossa tärkeäksi koetut asiat

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid kuva melko hyvin	1	5,9	5,9	5,9
kuvaa hyvin	3	17,6	17,6	23,5
kuvaa erittäin hyvin	13	76,5	76,5	100,0
Total	17	100,0	100,0	

16. Arvioi kuinka tärkeäksi koet epävakaan potilaan hoidossa, hoidon läpinäkyvyys

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid kuva melko hyvin	1	5,9	5,9	5,9
kuvaa hyvin	3	17,6	17,6	23,5
kuvaa erittäin hyvin	13	76,5	76,5	100,0
Total	17	100,0	100,0	

17. Arvioi kuinka tärkeäksi koet epävakaan potilaan hoidossa, tunteiden käsittely

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid kuva hyvin	6	35,3	35,3	35,3
kuvaa erittäin hyvin	11	64,7	64,7	100,0
Total	17	100,0	100,0	

18. Arvioi kuinka tärkeäksi koet epävakaan potilaan hoidossa, kriisitilanteisiin valmistautuminen

## Liite 11 Taulukot epävakaan potilaan hoidossa vaikeaksi toteuttaa koetut asiat

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ei kuvaa lainkaan kokemustani	1	5,9	6,3	6,3
	kuvaa erittäin vähän kokemustani	4	23,5	25,0	31,3
	kuvaa vähän kokemustani	4	23,5	25,0	56,3
	kuvaa melko hyvin kokemustani	3	17,6	18,8	75,0
	kuvaa hyvin kokemustani	4	23,5	25,0	100,0
	Total	16	94,1	100,0	
Missing	System	1	5,9		
Total		17	100,0		

19. Arvioi kuinka vaikeaksi koet toteuttaa epävakaan potilaan hoidossa seuraavat asiat, hoidon läpinäkyvyys

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kuvaa erittäin vähän kokemustani	2	11,8	12,5	12,5
	kuvaa vähän kokemustani	4	23,5	25,0	37,5
	kuvaa melko hyvin kokemustani	4	23,5	25,0	62,5
	kuvaa hyvin kokemustani	6	35,3	37,5	100,0
	Total	16	94,1	100,0	
Missing	System	1	5,9		
Total		17	100,0		

20. Arvioi kuinka vaikeaksi koet toteuttaa epävakaan potilaan hoidossa seuraavat asiat, tunteiden käsittely

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kuvaa vähän kokemustani	5	29,4	31,3	31,3
	kuvaa melko hyvin kokemustani	7	41,2	43,8	75,0
	kuvaa hyvin kokemustani	3	17,6	18,8	93,8
	kuvaa erittäin hyvin kokemustani	1	5,9	6,3	100,0
	Total	16	94,1	100,0	
Missing	System	1	5,9		
Total		17	100,0		

21. Arvioi kuinka vaikeaksi koet toteuttaa epävakaa potilaan hoidossa seuraavat asiat, kriisitilanteisiin valmistautuminen

## Liite 12 Taulukot lisäkoulutus ja käypähoito

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 tunti kuukaudessa	2	11,8	12,5	12,5
	2 tuntia kuukaudessa	1	5,9	6,3	18,8
	enemmän kuin 2 tuntia kuukaudessa	13	76,5	81,3	100,0
	Total	16	94,1	100,0	
Missing	System	1	5,9		
Total		17	100,0		

22. Mikäli epävakaan persoonallisuushäiriön hoitoon liittyvää lisäkoulutusta olisi saatavilla, kuinka paljon aikaa olisit valmis käyttämään siihen?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kyllä	16	94,1	94,1	94,1
	ei	1	5,9	5,9	100,0
Total		17	100,0	100,0	

23. Tunnetko käypähoito suositukset epävakaan persoonallisuuden osalta?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kyllä	12	70,6	85,7	85,7
	ei	2	11,8	14,3	100,0
Total		14	82,4	100,0	
Missing	System	3	17,6		
Total		17	100,0		

24. Käytätkö käypähoito suosituksia hyväksi epävakaan potilaan hoidossa?