

Veera Kajava, Ilona Kosunen, Essi Marttila

**PSYKKISESTI OIREILEVAN POTILAAN KOHTAAMINEN SAIRAANHOITAJAN
VASTAANOTOLLA**

Opetusvideo sairaanhoitajaopiskelijoille

PSYKKISESTI OIREILEVAN POTILAAN KOHTAAMINEN SAIRAANHOITAJAN VASTAANOTOLLA

Opetusvideo sairaanhoitajaopiskelijoille

Veera Kajava, Ilona Kosunen ja Essi
Marttila
Opinnäytetyö
Syksy 2020
Hoitotyön tutkinto-ohjelma
Oulun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu
Hoitotyön tutkinto-ohjelma, Sairaanhoidaja (AMK)

Tekijät: Veera Kajava, Ilona Kosunen, Essi Marttila
Opinnäytetyön nimi: Psykkisesti oireilevan potilaan kohtaaminen sairaanhoidajan vastaanotolla
Työn ohjaaja: Kirsi Myllykangas, Sirpa Tölli
Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: Syksy 2020
Sivumäärä: 33 + 11

Idea opinnäytetyöllemme syntyi opettajan tarpeesta saada opetusmateriaalia mielenterveys- ja päihdehoitotyön kurssille. Opinnäytetyömme tavoitteena on luoda kohtaamistilanteita mallintava opetusvideo sairaanhoidajaopiskelijoille Oulun Ammattikorkeakoulun käyttöön. Videon avulla pyrimme havainnollistamaan potilaskohtaamistilanteita, kuinka sairaanhoidaja voi vastaanotolla huomioida hyvin ja huonosti potilaan oireet kokonaisvaltaisesti. Opinnäytetyömme on toiminnallinen.

Käsitlemme työssämme masennusta, sen oireita ja seurauksia, kaksisuuntaista mielialahäiriötä, itsetuhoisuutta, kilpirauhasen liika- ja vajaatoimintaa, sekä masennuksen ja kilpirauhasen häiriöiden yhteneväisyyksiä. Lisäksi käsitlemme vuorovaikutusta hoitotyössä. Tämän projektin tavoite oli lisätä sairaanhoidajaopiskelijoiden osaamista erilaisissa kohtaamistilanteissa ja opettaa huomioidaan potilas kokonaisvaltaisesti. Lisäksi henkilökohtaisena tavoitteenamme oli lisätä omaa osaamista ja tietoa mielenterveyspotilaiden kohtaamisesta ja hoidosta sekä vuorovaikutustaitojen merkityksestä hoitotyössä.

Käytimme työmme tietoperustana näyttöön perustuvaa tutkittua tietoa erilaisista hoitotieteellisistä artikkeleista, tutkimuksista sekä hoitotyön kirjallisuudesta. Olemme hyödyntäneet lähteissä mahdollisimman ajantasaista kirjallisuutta. Projektimme tuotoksen, opetusvideon, näytimme viidelle mielenterveyshoitoalan ammattilaiselle ja saimme heiltä kirjallista palautetta.

Saamamme palautteen perusteella opetusvideon koettiin lisäävän sairaanhoidajaopiskelijoiden osaamista erilaisissa kohtaamistilanteissa. Lisäksi sairaanhoidajan kysymyksiä pidettiin sopivina ja tilannetta todenmukaisena.

Asiasanat: Masennus, itsetuhoisuus, kilpirauhanen, vuorovaikutus, oppiminen.

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree programme in Nursing and Health Care, option of Nursing

Authors: Veera Kajava, Ilona Kosunen, Essi Marttila
Title of thesis: Meeting a mentally symptomatic patient at a nurse's appointment
Supervisor(s): Kirsi Myllykangas, Sirpa Tölli
Term and year when the thesis was submitted: Autumn 2020
Number of pages: 33 + 11

The idea for our thesis arose from the teacher's need to have teaching material for a mental health and substance abuse treatment course. The aim of our thesis was to create an educational video, modeling encounter situations for nursing students for the use of Oulu University of Applied Sciences. With the help of the video, we aim to illustrate patient encounter situations, how the nurse can take good and bad attention to the patient's symptoms holistically at the reception. This thesis was carried out as a project.

In this thesis we concentrate depression, its symptoms and consequences, bipolar disorder, suicide, hyperthyroidism and hypothyroidism, and the similarities between depression and thyroid disorders. In addition, we concentrate on nursing interactions. The aim of this project was to increase the skills of nursing students in different encounter situations and to teach to consider the patient holistically. In addition, our personal goal was to increase our own skills and knowledge about the encounter and care of mental health patients and the importance of interaction skills in nursing.

We used evidence-based research information from various nursing articles, research, and nursing literature as the knowledge base for our work. We have used the most up-to-date literature possible in the sources. The output of our project, the instructional video, was introduced to five mental health professionals and we received written feedback from them.

Based on the feedback we received, the instructional video was felt to increase the skills of nursing students in different encounter situations. In addition, the nurse's questions were considered appropriate and the situation realistic.

Keywords: Depression, suicide, thyroid, interaction, learning.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	MASENNUS	7
2.1	Masennuksen oireet	7
2.2	Masennuksen diagnosointi ja hoito	8
2.3	Masennuksen lääkehoito	9
2.4	Kaksisuuntainen mielialahäiriö	9
2.5	Masennuksen seuraukset	10
2.6	Itsetuhokäyttäytyminen	11
2.7	Beckin masennuskysely	11
3	KILPIRAUHANEN JA MASENNUSTILA	13
3.1	Kilpirauhanen	13
3.2	Kilpirauhasen vajaatoiminta	14
3.3	Kilpirauhasen liikatoiminta	14
4	VUOROVAIKUTUKSEN ERI MUOTOJA	16
4.1	Vuorovaikutus hoitotyössä	16
5	OPPIMINEN	19
5.1	Video opetusmenetelmänä	19
5.2	Videon tekeminen	21
6	PROJEKTI	22
6.1	Tavoitteet ja tarkoitus	22
6.2	Toteutus, suunnittelu ja raportointi	22
6.3	Projektin aikataulu	23
6.4	Kohderyhmä ja hyödynsaajat	23
6.5	Projektiorganisaatio ja johtaminen	24
6.6	Kustannusarvio	24
6.7	Viestintä	25
6.8	Riskien ja muutoksien hallinta	25
6.8.1	SWOT-analyysi	25
6.9	Projektin päättäminen	26
7	PROJEKTIN ARVIOINTI	27
8	POHDINTA	29
	LÄHTEET	32
	LIITTEET	36

1 JOHDANTO

Masennus on yleinen mielenterveyden häiriö, joka koskettaa maailmassa yli 264 miljoonaa ihmistä ja lisää merkittävästi sairauksien maailmanlaajuista taakkaa. Sen vaikutukset voivat olla pitkäaikaisia ja ne vaikuttavat huomattavasti ihmisen elämään. Masennuksen syihin vaikuttaa sosiaaliset, psykologiset ja biologiset tekijät ja lisäksi erilaiset elämän tapahtumat voivat edesauttaa masennuksen kehittymistä. (World Health Organization 2020, viitattu 29.10.2020.)

Masennus on myös Suomessa erittäin merkittävä kansanterveydellinen ongelma. Suomessa tehdyn Terveys 2011 – tutkimuksen mukaan 7,4% suomalaisista kärsi masennuksesta vuonna 2011. Yleisesti maailmassa masennusta esiintyy 5%:lla väestöstä. Suomessa vuonna 2011 erilaisista masennushäiriöistä kärsi 12,2% naisista ja 6,7% miehistä. Riskiä sairastua masennukseen lisäävät muun muassa parisuhteen puuttuminen sekä alhainen sosioekonominen asema. Masennuksen ilmaantuvuudesta on tehty suomalaisia väestötutkimuksia, ja niistä käy ilmi, että masennushäiriöt ovat lisääntyvä ongelma. Suurin osa potilaista toipuu masennuksesta, mutta sairaudella on pitkäaikaisia seurauksia, kuten sairauden pitkittyminen ja kuolleisuuden lisääntyminen. Masennuksen ehkäisy on äärimmäisen tärkeää ja sairastuneille tulisi taata pääsy asianmukaiseen masennuksen hoitoon. (Markkula & Suvisaari 2017, viitattu 29.10.2020.)

2000-luvulla masennuslääkkeiden kulutus sekä masennuksen vuoksi käydyt polikliiniset käynnit ovat lisääntyneet, mutta masennuksen sairaalahoito on vähentynyt. Masennushäiriöiden ilmaantuvuuden lisääntymiseen voi vaikuttaa lisääntynyt tieto masennuksesta ja avoimuus mielenterveysongelmia kohtaan. Edelleen Suomessa voi törmätä leimaaviin ajatuksiin mielenterveysongelmia kohtaan, mutta kuitenkin valtaosa maamme kansasta pitää masennusta hoidettavana lääketieteellisenä tilana. (Markkula & Suvisaari 2018, viitattu 29.10.2020.)

Idea opinnäytetyöllemme syntyi, kun mielenterveys- ja päihdehoitotyön opettajallamme oli tarve saada opetuskäyttöön kohtaamistilannetta mallintava video, jossa käsitellään psykkiseen ongelmaan tarttumista sekä hyvää vuorovaikutusta. Opinnäytetyömme koostuu opetusvideosta, jossa käydään läpi hyvä ja huono esimerkki siitä, miten sairaanhoitajaopiskelija voi tunnistaa psykkiset oireet, kun ne tuodaan ilmi somaattisina oireina. Opinnäytetyön tarkoituksena on opetusmateriaalin avulla lisätä sairaanhoitajaopiskelijoiden osaamista erilaisissa kohtaamistilanteissa ja opettaa huomioimaan potilas kokonaisvaltaisesti. Potilaan hoidossa tulisi huomioida fyysisten oireiden lisäksi myös psykkiset oireet ja ongelmat. Useissa opinnäytetyönä tehdyissä videoissa käsitellään ja opetetaan kliinisiä taitoja, joten pidämme tärkeänä luoda opetuskäyttöön myös vuorovaikutustaitoihin ja keskusteluun liittyvää opetusmateriaalia, sillä ne ovat ihan yhtä tärkeitä taitoja sairaanhoitajalla kuin kliinisetkin taidot.

2 MASENNUS

Masennussanan käyttö voi aiheuttaa sekaannusta, koska sitä käytetään yleiskielessä ja ammattikielessä monessa merkityksessä. Yleiskielessä sanalla masennus tarkoitetaan usein ohimenevää tunnetilaa, joka voi liittyä epäonnistumisiin, pettymyksiin ja menetyksiin. Lääketieteessä masennuksella tarkoitetaan oiretta, joka on tavallista varsinaisissa mielialahäiriöissä, monissa psykiatrisissa sairauksissa tai tiloissa. Masennuksen taustalla voi olla jokin somaattinen sairaus, esimerkiksi kilpirauhasen vajaatoiminta, lisämunuaisen kuorikerroksen liikatoiminta, krooniset infektiot, anemia, diabetes tai erilaiset neurologiset sairaudet. (Huttunen 2018, viitattu 6.8.2020.)

Masennus eli depressio on Suomessa yleisin mielenterveyshäiriö. Jossakin elämän vaiheessa siihen sairastuu väestöstä lähes viidennes ja se voi puhjeta milloin vain. Naisilla masennus on kaksi kertaa yleisempää kuin miehillä ja eniten siihen sairastutaan myöhäisessä keski-iässä. Kuitenkin lasten ja nuorten masennus on luultua yleisempää. Tunnistaminen voi olla vaikeaa, koska se saatetaan sekoittaa käytöshäiriöihin. Myös vanhusten masennus voi olla vaikeaa tunnistaa, koska se usein sekoitetaan dementiaan. Masennukselle ei ole mitään yksittäistä syytä vaan usein masennukseen johtaa useat tekijät. Masennuksen taustalta on havaittavissa psykologisia, biologisia ja sosiaalisia syitä (Heikkinen – Peltonen, Innamaa & Virta 2019, 128; Vuori-Kemilä, Stengård, Saarelainen & Annala, 2009, 119.)

2.1 Masennuksen oireet

Masentuneen tyypillisiä oireita ovat yleisen kiinnostuksen häviäminen, keskittymiskyvyttömyys, mielihyvätunteiden lasku, päättämättömyys, muistivaikeudet, alemmuuden sekä arvottomuuden tunne, univaikeudet, ruokahaluttomuus, ajatusten keskittyminen kuolemaan ja itsetuhoon, epämääräiset ruumiilliset kiputilat ja vaivat, joille ei löydy fyysisistä syitä. Kaikilla ei esiinny kaikkia oireita, mutta diagnoosin tekeminen edellyttää useita samanaikaisia eri oireita yli kahden viikon ajan. Somaattiset sairaudet altistavat masennukselle ja usein masennus pahentaa näiden oireita ja kipuja. (Heikkinen – Peltonen ym. 2019, 129; Mielenterveystalo 2020, viitattu 6.8.2020.) Masennustilat voidaan jakaa psykoottiseen masennukseen, toistuvaan ja pitkäaikaiseen masennukseen, synnytyksen jälkeiseen masennukseen ja vuodenaikaan liittyvään masennukseen. Lisäksi masennustilat voidaan jakaa vaikeusasteensa mukaan lievään, keskivaikeaan ja vaikeaan. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2010, 201.)

Monihäiriöisyys on tyypillistä. Kyseessä on häiriöiden samanaikaisuus ja tyypillisimmät muut oireet ovat ahdistuneisuus ja persoonallisuushäiriöt sekä päihdeongelmat. Masentunut voi olla tunne-elämältään epävakaa tai estynyt, tai hänellä voi olla vaativa persoonallisuushäiriö. Epävakauden oireita ovat mielialan vaihtelut, arvaamaton ja impulsiivinen käytös, myrskyisät ihmissuhteet, kielteisten tunneilmaisujen hallitsemattomuus, päihteiden käyttö ja itsetuhoiset teot. (Kuhanen ym. 2010, 202.)

2.2 Masennuksen diagnosointi ja hoito

Masennuksen diagnosointi edellyttää aina lääkärin tutkimuksen ja haastattelun. Diagnoosi edellyttää, että potilaalla esiintyy vähintään neljä oiretta kymmenestä ja nämä oireet ovat kestäneet yhtäjaksoisesti yli kahden viikon ajan. Kun diagnoosi on tehty, aletaan miettiä sopivaa hoitomuotoa masennuksen vaiheen ja vaikeuden perusteella. (Tarnanen, Isometsä & Tuunainen 2020, viitattu 26.10.2020.)

Masennuksen hoito jaetaan kolmeen eri vaiheeseen, jotka ovat akuuttihoito, jatkohoito ja ylläpitohoito. Akuuttivaiheen hoidon tavoitteena on pikainen ja mahdollisimman täydellinen toipuminen. (Isometsä 2017, 66.) Akuuttivaiheen hoidossa käytetään yleisesti lääkehoitoa ja terapiaa ja tehokkain akuutin masennuksen hoito toteutuu käyttämällä näitä kahta yhtä aikaa. Lääkehoidon tehokkuus korostuu, mitä vaikeammasta masennuksesta on kyse. (Tarnanen ym. 2020.) Jatkohoitovaiheessa pyritään sairaustilan välittömän uusiutumisen ehkäisyyn. Hoidon ylläpitovaiheessa potilasta pyritään suojaamaan todennäköiseltä sairauden uudelleenpuhkeamiselta. (Isometsä 2017, 66.)

Masennusta epäiltäessä potilaan psyykkistä vointia tutkitaan haastattelemalla sekä käyttäen apuna erilaisia mittareita. Erikoissairaanhoidossa ensimmäisillä käynneillä pyritään selvittämään oireita sekä potilaan kohdalla merkityksellisiä tapahtumia ja elämän kulkua. Näiden lisäksi selvitetään muun muassa mikä on läheisten ja potilaan oma käsitys voinnistaan, unenlaatu ja määrä, ruokahalu, jaksavuus, muutokset mielihyvän tuntemisessa, päihteiden käyttö, perhetilanne sekä muut muutokset. Lisäksi erityisen tärkeää masentuneen potilaan haastattelemisessa on huomioida itsetuhoisuus ja siitä tuleekin aina kysyä suoraan. (Hentinen, Iija & Mattila, 2009, 36–38.) Joskus masennuksen takana voi piillä vihan tunne, joka ei ole päässyt purkautumaan. Itsemurha-ajatuksiin voi ajaa vihan kääntyminen itseä kohtaan. Itsemurhan mahdollisuus on aina suljettava pois kysymällä asiasta suoraan. Itsemurhan toteutumisen riski on sitä suurempi, mitä konkreettisemmin potilas on sitä suunnitellut. (Vuori-Kemilä, Stengård, Saarelainen & Annala, 2009, 121.)

Potilaan kanssa keskusteltaessa ja taustoja selvittäessä on tärkeä käyttää avoimia kysymyksiä, joihin potilas ei voi vastata vain kyllä tai ei. Tarkan haastattelun tarkoituksena on pyrkimys rakentaa mahdollisimman hyvä yhteisymmärrys potilaan sen hetkisestä tilanteesta. (Hentinen ym. 2009, 36–38.) Haastateltaessa potilasta

on tärkeää, että ilmapiiri on turvallinen ja kiireetön, jotta potilas pystyy parhaalla mahdollisella tavalla ilmaisemaan tunteensa ja ajatuksensa. Työntekijän tulee ilmaista mielenkiintonsa ja halunsa ymmärtää potilaan kärsimystä. (Vuori-Kemilä ym. 2009, 121.)

2.3 Masennuksen lääkehoito

Aikuispotilaille käytettävät masennuslääkkeet jaetaan kolmeen ryhmään, jotka ovat selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät, trisykliset depressiolääkkeet sekä muut depressiolääkkeet. Selektiivisiä serotoniinin takaisinoton estäjiä käyttäville potilaille ilmeneviä tavallisimpia haittavaikutuksia ovat pahoinvointi, erilaiset suolisto-oireet sekä seksuaalitoimintojen häiriöt. Trisyklisiä depressiolääkkeitä käyttävillä yleisiä haittavaikutuksia ovat antikolinergiset ja alfa1-salpauksen haittavaikutukset. Muihin depressiolääkkeisiin liittyy haittavaikutuksena muun muassa pahoinvointi, painon nousu, huimaus, suun kuivuminen, unettomuus sekä päänsärky. (Käypä hoito 2020a, viitattu 29.10.2020.)

Potilasta, jonka depressiota hoidetaan lääkkein, tulee seurata 1–3 viikon välein ja mikäli 6–12 viikossa lääkehoidolla ei ole huomattu vastetta, tulee lääke vaihtaa toiseen valmisteeseen. Kun akuuttivaihe on selätetty ja potilas on ollut yhtäjaksoisesti oireeton yli puoli vuotta, voidaan lääke pikkuhiljaa lopettaa. Lääkettä ei kuitenkaan tule lopettaa heti oireiden hävittyä, sillä tämä lisää uusiutumisen riskiä. Mikäli potilaan depressio on todettu keskivaikeaksi ja sillä on tapana uusiutua, voidaan lääkehoitoa jatkaa ylläpitohoitona samalla annoksella kuin akuuttivaiheessa. Tällöin potilasta tulee seurata vuosittain ja usean oireettoman vuoden jälkeen lääkitys voidaan lopettaa asteittain. (Tarnanen ym. 2020, viitattu 29.10.2020.)

2.4 Kaksisuuntainen mielialahäiriö

Jos ihmisellä esiintyy masennuksen oireita ja mielialan poikkeavaa kohoamista eriaikaisesti tietyn väliajoin, kyseessä on kaksisuuntainen mielialahäiriö eli bipolaarihäiriö. Tästä käytetään myös nimitystä maanis-depressiivisyys. Kaksisuuntainen mielialahäiriö voidaan jakaa kahteen eri tyyppiin: 1. tyyppin häiriö sisältää manian ja masennuksen vaihtelua sykleittäin ja myös sekamuotoisia jaksoja. Tähän tyyppiin sisältyy myös pelkät maniajakso. 2. tyyppin häiriössä on lievääasteisen vauhdikkuuden ja masennuksen vuorottelua eli hypomaniaa. (Kuhanen ym. 2010, 202–203.)

Maniassa ihmisellä on korostunut mielialan nousu, kohonnut energiataso sekä itsetunto, hän on touhukas ja kaikkivoipainen. Yleensä mania kestää parista viikosta viiteen kuukauteen. Oireet ovat voimakkaampia kuin hypomaniassa ja siihen kuuluu selkeästi toimintakyvyn laskua. Yliaktiivisuus aiheuttaa usein ongelmia

perhe- ja työelämässä sekä sosiaalisissa suhteissa. Manian muita oireita ovat myös ärtyneisyys, aggressiivisuus, uhkarohkeus, vastuuton käyttäytyminen ja kiihtynyt ajatustoiminta. Masennusjaksot kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä ovat hyvin samankaltaisia kuin pelkän masennuksen oireet. (Kuhanen ym. 2010, 203–204.)

Hypomaniassa ihmisen mieliala nousee lieväästeisesti, kuitenkin selkeästi erottuen normaalista mielialasta ja perusvoinnista. Oireina ovat toimeliaisuuden lisääntyminen, levottomuus, puheliaisuus, keskittymiskyvyn heikkeneminen, seksuaalisen kiinnostuksen lisääntyminen, unen tarpeen väheneminen ja seurallisuuden lisääntyminen. Tämä kestää yleensä useista päivistä viikkoihin. Sairausjaksojen välillä ihminen voi tuntea olonsa terveeksi ja oireettomaksi, mutta useimmiten oirekuvaa hallitsevat masennuksen oireet. (Kuhanen ym. 2010, 203–204.)

Masennus tulee aina erottaa kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä, sillä kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoito eroaa kovasti masennuksen hoidosta. Arvioidessa depressiopotilasta, tulee selvittää, onko hänellä aiemmin esiintynyt maanisia, hypomaanisia tai sekamuotoisia jaksoja. (Käypä hoito 2020a, viitattu 26.10.2020.)

2.5 Masennuksen seuraukset

Vakavin seuraus masennuksesta on itsemurha. Yli 60 % länsimaissa itsemurhan tehneistä on kärsinyt eriasteisista masennusoireyhtymistä. Itsemurhaan johtaneita muita syitä ovat psykososiaaliset rasittekijät, kuten viimeaikaiset elämäntapahtumat; ihmissuhteisiin ja sosiaalisiin rooleihin liittyvät muutokset, kuten työpaikan menetys, sairastuminen tai ero. Toivottomuuden tunne on maailmanlaajuisesti yleisin syy itsemurhaan. (Kuhanen ym. 2010, 135.) Suomessa vuosittain 10 000 jopa 40 000 ihmistä yrittää itsemurhaa. Noin 20 prosentilla väestöstä on itsemurha-ajatuksia jossain elämänvaiheessa, ilman että tilanne etenee ajatuksista teoiksi. (Heikkinen – Peltonen ym. 2019, 133.)

Itsemurha nähdään prosessina, jolloin ihminen alkaa vähitellen eristäytymään ympäröivästä maailmasta enemmän omaan sisäiseen maailmaansa. Masentunut ihminen tuntee jäävänsä loukkuun, jolloin hän kokee, ettei hänellä ole muuta mahdollisuutta kuin jatkaa elämäänsä kärsimyksessä tai ratkaisemalla tilanne tekemällä itsemurha. Itsemurha voidaan nähdä selviytymisstrategiana, näin pääsen eroon sietämättömistä tunteista. Pyrkimyksenä on siis selviytyminen eikä itsensä surmaaminen. (sama, 134–135.)

2.6 Itsetuhokäyttäytyminen

Itsetuhokäyttäytymisellä tarkoitetaan pyrkimystä itsensä vahingoittamiseen tai tarkoituksellisesti henkeä ukaavan riskin ottamista. Tämä voi ilmetä itsemurha-ajatuksina, itsemurhasta puhumisena, keskeytyneenä itsemurhayrityksenä, itsemurhayrityksenä tai itsemurhana. (Käypä hoito 2020b, viitattu 13.8.2020.) Itsetuhoisuus ilmenee joko epäsuorana itsetuhoisena terveyteen ja hyvinvointiin kohdistuvana toistuvana riskinottona tai suoraan itsemurha-ajatuksina, itsemurhayrityksinä ja itsemurhina. Epäsuora itsetuhokäyttäytyminen voi ilmetä esimerkiksi vaarallisena liikennekäyttäytymisenä, päihteiden liikkakäyttönä tai fyysisen sairauden hoidon laiminlyöntinä. Riskitekijät molemmissa käyttäytymismalleissa ovat osin samanlaiset ja usein samoilla ihmisillä voi esiintyä molempia. Usein itsemurha on pitkän mietinnän ja kehityksen lopputulos. Itsemurhalla haetaan usein poispääsyä tai helpotusta vallitsevaan olotilaan. Varsinaisena tavoitteena ei ole kuolema, vaan sietämättömästä tilanteesta vapautuminen. Useimmilla itsemurhan tehneillä on ollut vakavia mielenterveysongelmia, ja heillä on ollut jonkinlainen hoitosuhde terveydenhuoltoon. He ovat hakeneet apua ongelmiinsa. (Lönnqvist, Henriksson, Marttunen & Partonen 2017, 587.)

Ennakoivana riskitekijänä voidaan pitää itsemurha-ajatuksia, jotka viestivät psyykkisestä huonovointisuudesta, neuvottomuudesta ja hetkellisestä toivottomuudesta. Niihin sisältyy yleensä avunpyyntö, jonka oikeaa tulkitsemista vaikeuttaa sen viitteellisyys. Usein muille ihmisille välittyy vain osa viestistä. Sitä ei ymmärretä tai nähdä avunpyyntönä, vaan viestistä välittyy vain henkilön kokema pettymys tai ärtymys. (Lönnqvist ym. 2017, 588.)

Nykyäänkin keskuudessamme elää vielä myytti, ettei itsemurhaa hautova kertoisi aikeistaan ympäristölleen. Aktiivinen puhuminen itsemurhasta on vaaran merkki, johon on suhtauduttava vakavasti ja nopeasti reagoiden. Tästä ei ole koskaan haittaa, jos siitä heijastuu auttavan ihmisen vilpittön huoli. Itsemurhayrityksessä ajatukset ja suunnitelmat ovat siirretty jo toiminnan tasolle ja tämä siirtymä on vaarallinen, koska se kertoo itsemurha-ajatusten vakavuudesta. Itsemurhayritykseksi voidaan luokitella kaikki itsetuhoiset teot, kuten esimerkiksi aseenniipun hetkellistä pitämistä ohimolla, itsensä viiltelyä tai itseaiheutettua myrkytystilaa, vaikka niihin ei sisältyisikään aina fyysistä vahingoittumista tai pyrkimystä kuolemaan. (sama, 588, 593.)

2.7 Beckin masennuskysely

Masennuksen arvioinnissa Beckin depressioasteikko on yleinen mittari, jota on tutkittu paljon ja todettu psykometrisiltä ominaisuuksiltaan päteväksi. Testi koostuu 21 osiosta, joissa potilas valitsee masennusoireita koskevasta väittämästä parhaiten omaa tilannettaan kuvaavan vaihtoehdon. Väittämiä on neljä jokaisessa

osiossa ja niihin on valittu oireita ja ajattelutapoja, jotka ovat tyypillisiä masennusta sairastaville. Testin tulkintaohjeissa esiintyy vaihtelevuutta ja tuleekin muistaa, ettei pienetkään pistemäärät sulje pois masennusta eikä toisaalta suuret pisteet osoita sitä. Kokonaispistemäärästä riippumatta tulisi huomioida potilaan vastaukset kohdissa 2 (pessimismi) ja 9 (itsetuhoajatukset tai -toiveet), koska ne osoittavat mahdollista itsemurhariskiä. Tällaiset testit sopivat parhaiten seulontaan ja seurantaan, eivät diagnosointiin. Pisteiden tulkintaan tarvitaan tarkoituksenmukainen kliininen koulutus ja kokemus (liite 1). (Roivainen, 2008, viitattu 24.9.2020.)

3 KILPIRAUHANEN JA MASENNUSTILA

Kilpirauhasen toimintahäiriöistä aiheutuvien oireiden ja masennusoireiden välillä on paljon yhteneväisyyksiä. Kilpirauhasen vajaatoiminnan monet oireet voivat muistuttaa masennusoireita ja toisaalta myös liikatoiminnan oireet voivat olla samankaltaisia kuin tuskaisessa masennuksessa. Masennukseen taipuvainen ihminen voi kilpirauhastautiin sairastuessaan masentua vakavasti ja tulla alltiiksi itsemurhalle. Tiedetään, että masennus tai psyykinen stressi voivat laukaista kilpirauhassairauden, vaikkakin ilmiötä on sen harvinaisuuden takia vaikea todentaa. Toisaalta tiedetään myös, että hoidettaessa masennusta litiumilla, pienelle määrälle ihmisistä kehittyä kilpirauhasen vajaatoiminta. Masennustila saattaa häiritä ja vaikeuttaa kilpirauhassairauksien taudinmäärittäystä. Suhde masennuksen ja kilpirauhastoiminnan välillä on monimuotoinen ja haasteellinen, eikä sitä pystytä selittämään yksittäisellä teoriolla tyydyttävästi. (Spoov, 1990, viitattu 24.9.2020.)

Hormonipuutoksiin tai liialliseen hormonivaikutukseen voi liittyä erilaisia ja eri vaikeusasteisia psykiatrisia oireita. Sekä kilpirauhasen liikatoiminta että vajaatoiminta ovat yleisiä sairauksia, joihin liittyy usein myös psyykkisiä oireita. Masennus voi olla sekä liika- että vajaatoiminnassa jopa ainoa tai ensimmäinen oire ja masennuksen esiintyvyys on 30–50 prosenttia liika- tai vajaatoiminnasta kärsivillä. (Huttunen 2017, 290.) Kilpirauhasen liikatoiminnasta kärsivien potilaiden oireita masennuksen lisäksi voi olla mm. hermostuneisuus, ärtyneisyys, väsymys ja uupuneisuus. Näitä kaikkia oireita voi ilmetä myös masennuksessa. Kilpirauhasen vajaatoiminnan tyypillisiä oireita ovat masennuksen lisäksi psykomotorinen hidastuneisuus, apatia sekä uneliaisuus. Kilpirauhasen liika- ja vajaatoimintaan masennuslääkkeet tehoavat huonosti, mutta perussairauden hoito parantaa säännönmukaiset oireet. (Huttunen 2017, 290.)

3.1 Kilpirauhanen

Kaulan alaosassa henkitorven etupuolella sijaitsee kilpirauhanen, joka kuuluu umpirauhasiin. Normaali kilpirauhanen painaa 15–25 g ja sen toimintaa säätelevät aivolisäkkeen erittämä tyreotropiini (THS) ja hypotalamus, ja sen erittämä tyreotropiinia vapauttava hormoni (TRH). Kilpirauhanen erittää kahta hormonia, tyroksiinia (T4) ja trijodityroniinia (T3). Nämä hormonit vaikuttavat kaikkien elimistön solujen aineenvaihduntaan. Kilpirauhasen keskeinen asema on elimistön jodiaineenvaihdunnassa. Häiriöt säätelyjärjestelmässä voivat aiheuttaa kilpirauhasen vajaatoimintaa (hypotyreoosi) tai liikatoimintaa (hypertyreoosi). Vajaatoimintaa esiintyy enemmän naisilla kuin miehillä, 2–7,5 % naisista ja 0,1–2,8 % miehistä. Liikatoimintaa esiintyy noin 1 %:lla suomalaisista ja tähän sairastutaan yleensä noin 30–40 vuoden iässä, ja tämäkin on yleisempi naisilla kuin miehillä. (Ahonen, Blek–Vehkaluoto, Buure, Ekola, Partamies & Sulosaari 2019, 589–590.)

3.2 Kilpirauhasen vajaatoiminta

Kilpirauhasen vajaatoiminnasta puhuttaessa käytetään usein termiä hypotyreoosi. Tila syntyy, kun kilpirauhanen ei pysty tuottamaan normaalia määrää tyroksiinia eli kilpirauhashormonia. Yleisin syy vajaatoimintaan on autoimmuunitulehdus, jolloin elimistössä muodostuu vasta-aineita kilpirauhasen rakenteita kohtaan. Sairaudesta kehittyy hitaasti kuukausien ja vuosien kuluessa, eikä tulehdus johdu ravinnosta eikä muista elintavoista. Hypotyreoosin oireena on väsymystä, paleluherkkyyttä, painonnousua, ummetusta, ihon kuivumista ja sydämen sykkeen hidastumista. Vaikeaan vajaatoimintaan voi liittyä muistihäiriöitä ja mielentilan muutoksia. (Mustajoki 2018, viitattu 18.8.2020.) Väsymys on usein hallitsevana oirekuvana, jolloin puhe ja henkiset toiminnot hidastuvat sekä aloitekyvyttömyys on tavallista. Hypotyreoosi voi aiheuttaa masennusta ja jopa paranoiaa ja psykooseja. On myös kuvattu epileptisia oireita. (Välimäki, Sane & Dunkel 2009, 219.)

Vajaatoiminta todetaan verikokeilla. Herkin kokeista on TSH-tutkimus, jonka arvo vajaatoiminnassa nousee. Hoitona hypotyreoosissa on lääkehoito tyroksiinihormonilla. Hoito aloitetaan pienellä annoksella, jota nostetaan vähitellen tarpeen mukaan. Annosta suurennettaessa seurataan veren TSH-arvoa. Koskaan ei voida pelkästään tukeutua potilaan yleisvointiin ja oireisiin. Oikean annoksen löydyttyä, sitä ei yleensä jouduta muuttamaan vuosien mittaan, paitsi raskauden aikana, jolloin tyroksiinin tarve lisääntyy. Tyroksiinihoitoa ei voida lopettaa vaan se on elinikäistä. (Mustajoki 2018, viitattu 18.8.2020.)

3.3 Kilpirauhasen liikatoiminta

Kilpirauhasen liikatoiminnasta puhuttaessa käytetään usein termiä hypertyreoosi. Tällöin kilpirauhanen erittää liikaa tyroksiinihormonia. Yleisin syy liikatoiminnalle on Basedowin tauti, joka liittyy kilpirauhasen autoimmuunitulehdukseen, jolloin kilpirauhas kudoksen osia kohtaan muodostuu vasta-aineita, jotka taas aktivoivat rauhasen toimimaan liian vilkkaasti. Basedowin tauti voi esiintyä nopeasti ohimenevänä tapahtumana tai joskus sen rauhoittumiseen menee vuosia. Taudinkuva voi olla aaltoileva ja joskus hyvin äkäinen. (Välimäki ym. 2009, 192.) Nykyisin harvinainen liikatoiminnan syy on kymystruuma tai aivolisäkkeen kasvain. Oireina liikatoiminnassa on lisääntynyt hikoilu, väsymys, hermostuneisuus, painon lasku, sykkeen nopeutuminen ja suolen lisääntynyt toiminta. Neuropsykiatrisina oireina hallitsevana ovat hermostuneisuus, emotionaalinen tasapainottomuus ja hyperkinesia eli lihastoiminnan liikavilkkaus. Nimenomaan sormissa esiintyy tiheilyöntistä vapinaa, mutta sitä voi myös esiintyä kielessä ja silmäluomissa. Osa potilaista tuntee "sisäistä värinää". (Välimäki ym. 2009, 194.) Oireet alkavat nopeammin kuin hypotyreoosissa, vain viikkojen ja kuukausien

aikana. Osalle kehittyy myös silmäoireita, joita ovat mm. hiekan tunne silmissä, kaksoiskuvat, silmien pulistuminen ulospäin sekä vaikeissa tapauksissa näön heikkeneminen. Liikatoimintaa epäiltäessä tulee haakeutua lääkäriin pian. Itsehoidolla eikä elintavoilla voi vaikuttaa kilpirauhasen liikatoimintaan. Kilpirauhasen liikatoiminta todetaan verikokeella kuten vajaatoimintakin. (Mustajoki 2019, viitattu 18.8.2020.)

Liikatoiminnan hillintään käytetään karbimatsoli-nimistä lääkettä sekä sydämentykytyksiin beetasalpaajalääkettä. Karbimatsoli hillitsee hormonin tyroksiinin tuotantoa muutamassa viikossa, jonka jälkeen on kolme vaihtoehtoa lopulliseen hoitoon. Ensimmäinen vaihtoehto on käyttää karbimatsolia 12–18 kuukautta, jonka jälkeen noin puolella potilaista sairaus pysyy kokonaan poissa. Tämä hoitomuoto käy, jos kilpirauhanen ei ole paljoa suurentunut ja esiintyy silmäoireita. Toinen vaihtoehto on radioaktiivinen jodi suun kautta. Tämä tuhoaa kilpirauhasen soluja, jonka seurauksena liikatoiminta lakkaa. Seurauksena voi tulla alitoiminta, jota hoidetaan sitten tyroksiinilla. Kolmas vaihtoehto on leikkaus. Leikkauksessa poistetaan osa kilpirauhasta ja tätä käytetään hoitomuotona vain, jos kilpirauhanen on huomattavasti suurentunut. Leikkauksen jälkeen voi myös esiintyä vajaatoimintaa, jota hoidetaan tyroksiinilla. Silmäoireita liikatoiminnan hoito ei paranna, vaan niitä hoidetaan kortisoniannoksilla. Tupakoinnin lopettaminen edesauttaa silmäoireiden hoidossa. (Mustajoki 2019, viitattu 18.8.2020.)

4 VUOROVAIKUTUKSEN ERI MUOTOJA

Kautta aikojen ihmiset ovat olleet vuorovaikutuksessa keskenään, mutta vuorovaikutusta on tutkittu vasta suhteellisen vähän aikaa. Vuorovaikutusta on alettu tutkia tarkemmin 1800-luvun lopussa ja koska tämä ihmisten välinen keskusteleva vuorovaikutus on niin uusi asia, siitä ei ole vielä kovin paljon tietoa. (Dunderfelt 2017, 10–11.) Vuorovaikutus koostuu puheviestinnästä sekä fyysisestä viestinnästä. Puheviestinnällä tarkoitetaan muun muassa sanoja ja termejä, joita puhuessa käytetään. Fyysisellä viestinnällä taas viitataan kaikkeen siihen, mikä tapahtuu fyysisen kehon keinoin. Näitä asioita ovat muun muassa eleet, ilmeet, katsekontakti, liikkuminen sekä kosketus. (Dunderfelt 2017, 18–21.)

Vuorovaikutuksessa fyysisen eli sanattoman viestinnän osuus on tutkimusten mukaan jopa 70–90%. Edellä mainittujen asioiden lisäksi sanattomaan viestintään kuuluu muun muassa äänen voimakkuus, puheen rytmi ja kesto sekä tauot puheessa. Sanattoman ilmaisun muotoja ovat myös ihmisten väliset etäisyydet ja muutokset näissä etäisyyksissä. On myös hyvä huomioida, että puheen ja sanojen avulla välitetyt viestit voivat tarkoittaa pohjimmiltaan eri asiaa eri ihmisille. Vuorovaikutuksessa ihmisten kanssa on hyvä ottaa huomioon sanojen eri merkitykset ja valita sanat sen mukaan. Hoitotyöntekijänä on tärkeä huomioida, että kaikki puhe ja viestintä vaikuttavat siihen, miten keskustelu rakentuu ja mihin se johtaa. (Kiviniemi, Läksy, Matinlauri, Nevalainen, Seppänen & Vuokila-Oikkonen 2014, 75–76.)

4.1 Vuorovaikutus hoitotyössä

Vuorovaikutustaitoja koskevia tutkimuksia terveydenhoitoalalla on tehty muun muassa lääkäreiden koulutuksessa. Tutkimuksen tuloksia voi hyvin peilata myös hoitajien työhön, sillä tutkimuksessa käsiteltiin aiheita ja tilanteita, joita myös hoitajat kohtaavat työssään. Vuorovaikutustaidot ovat hoitotyössä erittäin tärkeässä roolissa ja tietyissä tilanteissa hoitajan tulee osata ilmaista asiansa tarpeen vaatimalla empaattisuudella, kun taas toisissa tilanteissa asian ilmaisuun vaaditaan jämyä, jotta saadaan potilas vakuuttuneeksi. Molemmissa edellä mainituista tilanteista tarvitaan erilaisia vuorovaikutustaitoja, mutta molemmat ovat yhtä tärkeässä roolissa potilastyötä tekevillä. Vuorovaikutustaidot ovat opittavissa olevia keinoja, jotka kehittyvät harjoittelun myötä. (Talvio & Klemola 2017, 140–141.)

Yksi sanattoman viestinnän muodoista on tunneviestintä ja tämä korostuu potilastyössä, sillä tunneviestinnällä tarkoitetaan ilmapiirin viestintää ja erilaisia olotiloja. Ilmapiirin voi aistia ja se vaikuttaa yhteistyöhön ihmisten välillä. Ilmapiiri voi vaikuttaa yhteistyöhön joko positiivisesti tai negatiivisesti. (Dunderfelt 2017, 61–62.) Tämän vuoksi sairaanhoitajan on tärkeä osata omalla toiminnallaan luoda positiivinen ilmapiiri, jossa

vallitsee luottamus ja rentous. Näin saadaan luotua positiivinen yhteistyösuhde potilaan ja hoitajan välille ja sitä kautta myös hoitotyön tulokset paranevat.

Työntekijän lähestymistapa keskusteluun vaikuttaa keskustelun rakentumiseen ja siihen mihin keskustelu johtaa. Keskustelu olisi hyvä käydä avoimin kysymyksin, sillä tämä mahdollistaa potilaan vapaan kertomuksen. Työntekijän tulee olla tietoinen siitä, millaiset kysymykset hän valitsee. On olemassa erilaisia kysymystyyppejä kuten faktakysymykset, mielipidekysymykset ja avoimet kysymykset. Faktakysymys voi olla esimerkiksi ”Missä asut?” Kun taas mielipidekysymys voi olla esimerkiksi ”Miten mielestäsi tämä asia tulisi hoitaa?” Avoimet kysymykset taas antavat potilaalle mahdollisuuden kertoa asiastaan laajemmin ja omin sanoin. Avoin kysymys voi olla esimerkiksi ”Kerrot vaikeasta päivästäsi, kerrotko tarkemmin mitä tarkoittaa, kun sinulla on vaikea päivä?” Työntekijällä tulee siis olla selkeä visio mielessään, mihin pyrkii keskustelulla ja hänen tulee ohjata keskustelua oikeaan suuntaan. Työntekijän on myös tärkeä rohkaista sanattomien viestien avulla potilasta kertomaan lisää. Sanattomia viestejä voivat olla pään nyökkäys tai lyhyet äännähdykset. Potilaan kertomusta ei tule myöskään arvioida missään vaiheessa, mutta työntekijä voi tarvittaessa tehdä tarkentavia kysymyksiä. (Kiviniemi, Läksy, Matinlauri, Nevalainen, Seppänen & Vuokila-Oikkonen 2014, 76–77.)

Kyky kuunnella toista on keskeinen taito ja ymmärrys toisesta ja hänen kokemuksistaan lisääntyy ainoastaan kuuntelemalla häntä. Kuuntelemalla puhujan viestiä autetaan puhujaa jäsentelemään omia ajatuksiaan ja tämä auttaa puhujaa tarttumaan paremmin monimutkaisiinkin ajatuksiinsa. Hyvän kuuntelijan ominaisuuksiin kuuluu kyky sietää puhujan taukoja ja hajanaisia lauseita. Lisäksi kuuntelijan on tärkeä antaa puhujan puhua sopivalla tahdilla ja siinä järjestyksessä, kun puhuja haluaa. Silloin kun puhuja saa edetä omassa tahdissaan, hän pääsee paremmin asian ytimeen ja keskustelu saa syvyyttä. (Talvio & Klemola 2017, 107–109.) Hoitajan tulee osata viedä keskustelua oikeaan suuntaan, mutta silti antaa potilaalle tarpeeksi tilaa kertoa asioistaan omin sanoin ja omaan tahtiin. Tämä ei aina ole helppoa ja vaatii harjoittelua ja vuorovaikutustaitojen harjaantumista.

Potilaskohtaamisissa molemmat osapuolet, hoitaja ja potilas, kokevat erilaisia tunteita. Tunteisiin liittyvät mielikuvat ohjaavat ihmisen toimintaa. Tunteisiin on sitoutunut energiaa, myönteiset tunteet virittävät sitä ja kielteiset tunteet kuluttavat. Hoitotyön perimmäisenä tavoitteena on saada aikaan myönteisiä muutoksia potilaan tilanteessa. Potilaan kokonaistilanteen ymmärtäminen edellyttää emotionaalisen ja rationaalisen puolen vuorovaikutusta. Hoitajan on uskallettava sitoutua vuorovaikutukseen myös tunnetasolla. Hoitosuhteessa tunteita käsitellään, ilmaistaan ja vastaanotetaan ja osa tunteista ja asenteista on tiedostamatonta. Hoitajan tehtävänä on kohdata ja eritellä itsessä viriäviä tunteita ja osattava ottaa niihin etäisyyttä sekä osattava säädellä käytöstään. Tietoisuus omista tunteista on hoitotyössä tärkeää. Apua tarvitsevalle ihmi-

selle *eheänä peilinä* oleminen merkitsee sitä, että oma tunnekokemus on mukana ammatillisessa toiminnassa, jolloin tieto, tunne ja ymmärrys ovat sopusoinnussa keskenään. (Heikkinen–Peltonen, Innamaa & Virta 2019, 59–60.)

Asiakkaan kohtaaminen hoitotyössä on osa inhimillistä vuorovaikutusta ja näin ollen siihen kuuluu samantyyppisiä vuorovaikutuksen ilmiöitä kuin ihmisten kohtaamisiin yleensä. Vuorovaikutus on laaja käsite ja siihen kuuluvat yksilöiden, yhteisöjen, organisaatioiden ja kulttuurien välinen kommunikaatio ja suhteet. Kaikki vuorovaikutus ei kuitenkaan ole positiivista, vaan se voi pitää sisällään esimerkiksi vallankäyttöä. (Mönkkönen 2018, 18–19.)

Mönkkösen (2018, 89) mukaan sosiaali- ja terveysalan asiakastyöhön liittyy paljon kulttuurisia uskomuksia sekä normeja, jotka voivat vaikuttaa ihmisten tapaan suhtautua asiakastilanteisiin. Mönkkösen mukaan ihmisten mielikuvissa esimerkiksi auttajan rooliin kuuluu uskoa potilaastaan tai asiakkaastaan pelkkää hyvää ja suhtautua positiivisesti potilaan tai asiakkaan aikeisiin. Auttajan roolin ollessa mielikuvissa usein myönteinen, voi auttamisen ongelmat jäädä huomaamatta. Tämä voi johtaa siihen, että pahat tai ikäviksi koetut asiat selitetään pois tai piilotetaan. Tällöin asioista ei uskalleta puhua niiden oikeilla nimillä ja ikäväkin asia saatetaan muotoilla positiivisempaan muotoon. (Mönkkönen 2018, 89.)

5 OPPIMINEN

Oppiminen tarkoittaa sitä, että omaksutaan uusia tietoja ja taitoja ja se voi tapahtua tiedostamatta tai tiedostetusti. Oppiminen on vuorovaikutteinen prosessi, jonka myötä tiedoissa, taidoissa ja asenteissa tapahtuu pysyviä muutoksia. Kaikkein olennaisinta oppimisessa on se, että opiskeltavat asiat oikeasti sisäistetään. (Itä-Suomen yliopisto 2020, viitattu 30.10.2020.) Uusien tietojen omaksumisen lisäksi oppiminen tarkoittaa sitä, että muistaa asiat ja pystyy tarvittaessa toistamaan ne sekä sitä, että pystyy soveltamaan tietoa ja oppii näkemään asiat uudella tavalla. (Salminen & Suhonen 2008, viitattu 30.10.2020)

Oppimiskäsityksiä on useita, ja niistä yleisimmät ovat behavioristinen, kognitiivinen sekä konstruktivinen näkökulma. Behavioristisen oppimiskäsityksen mukaan oppiminen tapahtuu ärsyke-reaktio-ketjuna, jota säädellään vahvistamalla. Kognitiivisen näkökulman mukaan oppimisessa huomio tulisi kiinnittää siihen, mitä oppija jo osaa ja mihin hän kykenee, jolloin keskiössä pidetään ajattelua, ongelmanratkaisua ja ymmärtämistä. Konstruktivisen oppimiskäsityksen mukaan aiemmat tiedot ja kokemukset ohjaavat havaintojemme tekoa ja tämän vuoksi opittava aines rakennetaan vanhaan tietoainekseen. (Itä-Suomen yliopisto 2020, viitattu 30.10.2020.) Lisäksi on olemassa sosio-kulttuurinen näkökulma oppimiseen, jonka mukaan kulttuurin välittyminen on keskeistä laadukkaalle oppimiselle. Hyvän perustan laadukkaalle korkeakouluopetukselle ja oppimiselle muodostavat sekä kognitivismi että sosio-kulttuurinen näkökulma yhdistettynä konstruktivisuuteen. Tästä käytetään lyhyemmin nimitystä kognitiivis-konstruktivinen oppimiskäsitys. (Enkenberg 2020, viitattu 30.10.2020)

Oppimistyyliä voidaan jakaa myös visuaalisiin, auditivisiin ja kinesteettisiin oppimistyyliihin. Visuaalinen oppija oppii näkemällä, eli kun opetuksessa käytetään videoita, kuvia ja kirjoja. Auditivinen oppija oppii kuulemalla eli tällaiset oppijat hyötyvät videoista, keskusteluista ja luennoista. Kinesteettinen oppija oppii parhaiten tekemällä ja tällaisten oppijoiden olisi hyödyllisintä päästä itse tekemään ja kokeilemaan mahdollisimman paljon. (Harjuhahto 2015, viitattu 30.10.2020.)

5.1 Video opetusmenetelmänä

Video soveltuu oppimisvälineeksi hyvin useaan oppimistyyliin. Visuaaliset oppijat hyötyvät opetusvideoista, sillä heidän on helpompi ymmärtää asioita, kun ne on esitetty videomuodossa eikä esimerkiksi kirjoitettuna. Auditivinen oppija oppii kuuntelemalla ja oppii videoista sitä kautta. Ihminen oppii aistien välityksellä, ja hyödyntämällä videoita opetuksessa voidaan antaa yhtäaikaaisesti ärsykettä useammalle aistille ja tämä edesauttaa oppimista. (Harjuhahto 2015, viitattu 30.10.2020.)

Opetuskäytössä video on tehokas väline, joka vaikuttaa suoraan katsojaan. Videolla on myös helppo tavoittaa laajasti yleisöä, joten se on myös suhteellisen edullinen väline. Oikein suunnattuna videolla voidaan tavoittaa massayleisön lisäksi tarkoin rajattu kohdeyleisö, eli meidän tapauksessamme hoitotyön opiskelijat ja vielä tarkemmin rajattuna mielenterveys- ja päihdehoitotyön opiskelijat. Videon avulla pystytään opettamisen lisäksi tiedottaa ja antaa katsojalle vakavammin aihetta ajatteluun. (Aaltonen 1993, 14.)

Kun tavoitellaan käytäntöön soveltuvaa osaamista, opetuksen ja opiskelun kontekstuaalisuus korostuu. Tällä tarkoitetaan sitä, että opetuksessa hyödynnetään oikean elämän ympäristöihin ja tilanteisiin liittyviä oppimistehtäviä. Opiskelussa hyödynnettävät tosi elämän tilanteet edistävät tutkimusten mukaan oppimista. Video on hyvä työväline, kun halutaan oppia tapausten ja tilanteiden kautta. Videolla pystytään havainnollistamaan erilaisia tapauksia ja näin video toimii opiskelun ja oppimisen lähtökohtana. Video on myös hyvä väline laukaisemaan tapaukseen liittyvää keskustelua ja pohdintaa. Video voi myös antaa pohjaa erilaisille yksilö- ja ryhmätehtäville, joissa voidaan etsiä ratkaisuja videolla esiintyviin ongelmiin. (Hakkarainen & Kumpulainen 2011, 36–38.)

Tarr, Mohn, Virtanen, Franck, Syrjäläinen-Lindberg ja Salminen (2016) viittaavat Stephensin ja Henneferin (2013) sekä Gradyin (2011) tutkimuksiin, joissa kuvataan useita videovälitteisen opetuksen hyötyjä. Videovälitteisellä opetuksella voidaan tuoda potilaan hoito ja sairaanhoitajan toiminta todenmukaisesti luokkahuoneeseen. Tällä on todettu olevan opiskelijoihin motivoiva vaikutus. Lisäksi videovälitteinen opetus edistää hoitotyön opiskelijoiden osaamisen kehittymistä sekä ymmärrystä potilaiden ja hoitajan välisestä sanallisesta ja sanattomasta viestinnästä. Lisäksi tällä voidaan lisätä potilaan havainnointiin liittyvää osaamista. (Tarr, Mohn, Virtanen, Franck, Syrjäläinen-Lindberg & Salminen 2016, 12.)

Turun yliopistollisessa keskussairaalassa toteutettiin projekti vuonna 2015, jossa kuvattiin aitoja potilasohjaustilanteita. Videot tulivat opetuskäyttöön hoitotyön opiskelijoille. Videovälitteinen potilasohjausmateriaali koettiin hyväksi ja erityisesti pidettiin siitä, miten videolta pystyi näkemään konkreettisesti, miten potilasohjausta toteutetaan. Video opetti myös sairaanhoitajan ja potilaan välistä kommunikointia. Kokonaisuudessaan aito potilaskohtaamistilanne tuki käytännön oppimista ja se koettiin antoisaksi oppimiskokemukseksi. (Franck, Mohn, Syrjäläinen-Lindberg, Tarr & Salminen 2016, viitattu 21.10.2020.)

Opetusvideota suunniteltaessa ja tehdessä on tärkeä kiinnittää tiettyihin asioihin huomiota, jotta saadaan luotua laadukas video. Tutkimusten mukaan videot eivät saa olla turhan pitkiä, vaan lyhyemmät, korkeintaan kuuden minuutin mittaiset videot toimivat parhaiten ja ovat kiinnostavampia. Videon pituus vaikuttaa myös opiskelijoiden sitoutumiseen. (Guo, Kim & Rubin 2020, viitattu 6.10.2020.)

5.2 Videon tekeminen

Opinnäytetyömme konkreettinen tuotos on opetuskäyttöön tarkoitettu opetusvideo. Videolla esittelimme lyhyesti kaksi potilaskohtaamistilannetta. Ensimmäisessä tilanteessa videolla esiintyvä sairaanhoitaja toimii väärällä tavalla ja opiskelijoilla, joille video näytetään, on mahdollisuus miettiä, mitä olisi voitu tehdä paremmin. Toisessa tilanteessa videolla esiintyvä sairaanhoitaja toimii oikeaoppisesti.

Laadukas video vaatii aina käsikirjoituksen ja lähes aina käsikirjoituksesta tehdään useampi versio, sillä sitä joutuu muokkaamaan useasti matkan varrella. Videota tehdessä käsikirjoitukseen on tärkeä satsata, sillä videon sisällön rajaaminen ja oikean rakenteen hakeminen ovat onnistuneen videon kannalta välttämättömiä asioita. Käsikirjoitus auttaa rajaamaan ja tarkentamaan prosessia ja videon sisällön kannalta epäolennainen sisältö karsiutuu käsikirjoitusvaiheessa pois. (Aaltonen 1993, 10–12.)

Kirjoitimme videollemme käsikirjoituksen (liite 2), jonka mukaan video etenee. Käsikirjoitus toimi videon runkona ja sen avulla pystyimme jäsentelemään videon kulkua ja pystyimme varmistamaan, että kaikki haluamme asiat käydään videolla läpi. Kuvasimme videon älypuhelimien kameralla käyttäen eri kuvakulmia. Kuvakulmia vaihtelemalla pyrimme tekemään videosta katsojan näkökulmasta mielekkäämmän seurata. Videota varten meillä ei ollut käytössämme mikrofoneja, joten pyrimme mahdollisimman hyvään äänenlaatuun puhumalla selkeällä ja kuuluvalla äänellä sekä kasvot kameraan päin. Hyvän äänenlaadun takaamiseksi pyrimme myös minimoimaan kaiken taustamelun, joka voisi mahdollisesti haitata puheen kuulumista. Videon tempo on pääosin rauhallinen, sillä kyseessä on keskusteluvideo, jossa on tärkeää kiireetön ilmapiiri.

Videon taustasta pyrimme tekemään mahdollisimman todenmukaisen ja loimme sairaanhoitajan vastaanottohuonetta muistuttavan kuvausympäristön. Videossa esiintyy hoitaja ja potilas. Hoitajalla on päällään asianmukaisesti hoitajan vaatteet. Potilaan huonontunutta terveydentilaa ilmensimme hänen ulkoisella olemuksellaan, kuten vaateuksella ja käytöksellä.

Videon kuvauksesta ja editoinnista vastasi yksi projektiryhmämme jäsenistä eli emme käyttäneet näissä ammattilaista. Liitimme videoomme editointivaiheessa tekstiä, joka auttaa katsojaa ymmärtämään videon sisältöä entistä paremmin.

6 PROJEKTI

Projektimme tarkoituksena oli tehdä Oulun ammattikorkeakoulu Oy:n opettajille opetuskäyttöön todennukainen kohtaamistilanteita mallintava opetusvideo. Työmme on siis toiminnallinen opinnäytetyö. Opinnäytetyön raportissa perehdyimme masennukseen, itsetuhoisuuteen, kilpirauhasen ongelmien tuomiin somaattisiin oireisiin sekä vuorovaikutukseen ja kohtaamiseen. Perehdyimme myös mitä projektinhallinta ja projekti ovat sekä millainen on hyvä opetusvideo, ja mitä sen tekemisessä tulee ottaa huomioon.

6.1 Tavoitteet ja tarkoitus

Tavoitteenamme oli havainnollistaa opetusvideon ja opinnäytetyön raportin avulla potilaskohtaamistilannetta, kuinka sairaanhoitaja ottaa vastaanotollaan potilaan oireet kokonaisvaltaisesti huomioon, somaattiset sekä psyykkiset oireet huomioiden. Tarkoituksena tämän projektin avulla oli lisätä tulevien sairaanhoitajien osaamista erilaisissa kohtaamistilanteissa ja opettaa huomioimaan potilasta kokonaisvaltaisesti. Lisäksi henkilökohtaisena tavoitteenamme oli lisätä omaa osaamista ja tietoa mielenterveyspotilaiden kohtaamisesta ja hoidosta sekä vuorovaikutustaitojen merkityksestä hoitotyössä. Työn edetessä projektiosaamisemme vahvistui koko ajan. Tietoperustan hankimme hoitotieteellisistä tutkimuksista, artikkeleista ja hoitotyön kirjallisuudesta. Lähdemateriaalissa pyrimme mahdollisimman ajantasaiseen ja luotettavaan kirjallisuuteen.

6.2 Toteutus, suunnittelu ja raportointi

Kaikessa projektitoiminnassa olennaista on suunnitelmallisuus ja ohjaus. Suunnittelu ja toistuva ohjaus varmistavat, että projektille asetetut tavoitteet toteutuvat asianmukaisesti. Projektin toteutusaika on useiden tutkimusten mukaan lyhentynyt jopa useita kymmeniä prosentteja, mikäli suunnittelu on tehty kunnolla. Projektin organisointivaiheessa tulee nimetä projektille johtaja, mutta me emme nimenneet työllemme tiettyä johtajaa vaan toimimme ikään kuin kaikki johtajina. (Pelin 2011, 79–81.)

Projektin toteuttaminen aloitettiin aiheen keksimisellä. Tiedusteltuamme keväällä 2020 Oulun Ammattikorkeakoulu Oy:n Oulaisten kampuksen opettajilta aihe-ehdotuksia, Sirpa Tölli ehdotti aihetta, jonka ryhmämme valitsi toteutettavaksi.

6.3 Projektin aikataulu

Ensimmäiseen opinnäytetyöpajaan osallistuimme toukokuussa 2020. Ensimmäinen henkilökohtainen ohjauksaikamme opinnäytetyön tiimoilta oli toukokuussa 2020, jonka yhteydessä allekirjoitimme opinnäytetyön aiesopimuksen. Kesäkuussa 2020 aloitimme suunnitelman työstämisen. Videon käsikirjoitus hyväksyttiin lokakuussa 2020 ja kuvasimme sekä editoimme videon lokakuussa. Opinnäytetyön suunnitelma hyväksyttiin marraskuussa 2020, jonka jälkeen aloimme työstämään raporttia. Marraskuussa 2020 keräsimme viideltä mielenterveystyön ammattilaiselta palautetta videosta.

TAULUKKO 1. Opinnäytetyön aikataulu

Opinnäytetyön aiheen valinta	05/2020
Tiedon keräys	06-09/2020
Videon käsikirjoitus ja kuvaaminen	10/2020
Videon käsikirjoitus ja kuvaaminen	10/2020
Projektisuunnitelman hyväksyminen	11/2020
Palautteiden kerääminen	11/2020
Raportointi	11/2020
Projektin lopetus	11/2020

6.4 Kohderyhmä ja hyödynsaajat

Kohderyhmämme olivat Oulun ammattikorkeakoulun opiskelijat ja projektistamme hyötyvät ensisijaisesti hoitoalan opiskelijat. Opinnäytetyön tarkoituksena on lisätä sairaanhoitajaopiskelijoiden osaamista erilaisissa kohtaamistilanteissa ja tarkoituksena on, että he voivat hyödyntää oppimiaan taitoja käytännön hoitotyössä. Opinnäytetyön täyttäessä tavoitteet, tulisi sen olla informatiivinen ja opettavainen kokonaisuus. Luovutamme opinnäytetyömme tuotoksen Oulun ammattikorkeakoululle, joka saa oikeudet opetusvideon käyttöön. Opetusvideon on tarkoitus toimia oppimisen välineenä ja tuoda uusia näkökulmia ja aiheita opiskelijoille.

6.5 Projektiorganisaatio ja johtaminen

Projektiorganisaatio on projektin toteuttava ryhmä. Projektiorganisaatio koostuu projektiryhmästä, ohjausryhmästä sekä mahdollisista projektissa työskentelevistä asiantuntijoista. Projektiorganisaatiossa on yleensä seuraavia toimenkuvia: projektin asettaja, ohjausryhmä, projektipäällikkö, projektiryhmän jäsen sekä projektisihteeri. (Mäntyneva 2016, 21–23.) Projektin asettaja tekee päätökset projektin aloittamisesta, keskeyttämisestä ja päättämisestä (Pelin 2011, 66). Ohjausryhmä sekä valvoo, että ohjaa projektin johtamista. Lisäksi ohjausryhmä seuraa projektin toteuttamista. Projektipäällikön vastuulla on laatia projektisuunnitelma. Lisäksi projektipäällikkö vastaa muun muassa projektiryhmän ohjaamisesta sekä seuraa projektin etenemistä. (Mäntyneva 2016, 21.) Jokainen projektiryhmän jäsen osallistuu projektisuunnitelman laatimiseen, sekä huolehtii tehtävien suorittamisesta laadullisesti hyvin. Projektiryhmän jäsenten vastuulla on raportoida työn edistymisestä ja tuloksista. Projektisihteeri huolehtii esimerkiksi projektin aikataulutuksesta ja kustannus seurannasta. (Pelin 2011, 68.)

Tämän projektin projektiorganisaatio koostuu kolmesta opinnäytetyön tekijästä, opinnäytetyön ohjaavista opettajista Sirpa Töllistä ja Kirsi Myllykankaasta sekä opinnäytetyön tilaajasta Oulun ammattikorkeakoulusta. Me opinnäytetyön tekijät, Essi Marttila, Ilona Kosunen ja Veera Kajava, olemme projektin päälliköitä ja vastaamme projektin johtamisesta ja toteutuksesta. Vastasimme aikataulusta, resursseista, viestinnästä, arvioinnista sekä lopputuloksen onnistumisesta. Huolehdimme siis projektipäällikön, projektiryhmän jäsenen ja projektisihteerin työnkuvasta jakamatta rooleja ryhmämme sisällä sen tarkemmin. Ohjausryhmään kuuluivat opinnäytetyön ohjaajat Sirpa Tölli ja Kirsi Myllykangas.

6.6 Kustannusarvio

Projekti kustannuksiin kuuluvat projektiin liittyvien kustannusten arviointi, budjetointi ja seuranta. Projekteille ja projektin osille kohdentuu sekä suoria, että epäsuoria kustannuksia. Suoria kustannuksia ovat esimerkiksi henkilöstön työaika ja kalusto. Epäsuoriksi kustannuksiksi lasketaan esimerkiksi toimitilakustannukset tai puhelin- ja tietoliikennekulut. (Mäntyneva 2016, 77–79.)

Projektin kustannukset koostuivat pääasiassa projektiryhmän ajasta sekä matkakuluista. Lisäksi kuluja tuli projektimme kahden ohjaavan opettajan kustannuksista. Opettajan tuntikorvaukseksi lasketaan 45 €/h ja opiskelijan kuvitteelliseksi tunti hinnaksi lasketaan 10 €/h. Opinnäytetyön suunnitelma, toteutus ja raportointi ovat 15 opintopisteen arvoisia, joka tarkoittaa tuntimääräisesti laskettuna 405 h/opiskelija. Projektin toteutukseen tarvitsimme työvälineitä (mm. kamera, editointiohjelma). Nämä työvälineet löytyvät projektiryhmältä, joten näistä ei syntynyt lisäkustannuksia. Työtilana käytimme yleisiä kirjaston tiloja.

6.7 Viestintä

Projektiviestinnällä on suuri merkitys projektiryhmän ja muiden sidosryhmien välillä. Projektin tavoitteet ohjaavat toimintaa, joten on parempi, mitä selkeämmät tavoitteet projektiryhmän jäsenille voidaan välittää. Projektiviestintä voidaan jakaa sisäiseen ja ulkoiseen viestintään. Projektiviestintää kohdennetaan seuraaville kohderyhmille: projektiryhmän jäsenille, seuranta- ja ohjausryhmälle, projektin tilaajalle, rahoittajille, tiedotusvälineille ja muille mahdollisille viranomaistahoille. (Mäntyneva 2016, 111–112.)

Viestintää projektissamme esiintyi eri sovellusten kautta. Poikkeuksellisen koronakevään aikana aloittamamme projekti käynnistyi siis heti etäyhteyden välityksellä pidetyllä opinnäytetyöpajalla ja niin ikään etänä järjestetystä ohjausajasta. Lisäksi opiskelijoiden ja opettajien välinen välimatka on pitkä, joten kommunikatio ryhmän ja ohjaavien opettajien välillä käytiin pääasiassa sähköpostin välityksellä. Tekijäryhmä kommunikoi keskenään niin kasvokkain tapaamalla, kuin WhatsApp-sovelluksen kautta kommunikoimalla. Projektiryhmän yhteiset tapaamiset toteutettiin Teams-sovelluksen avulla.

6.8 Riskien ja muutoksien hallinta

Riskillä tarkoitetaan mahdollista negatiivista poikkeamaa projektin tavoitteista (Pelin 2011, 2018). Projekteihin voi liittyä isoja taloudellisia, aikataulullisia, laadullisia ja muihin tekijöihin liittyviä riskejä, jotka on hyvä tunnistaa, että niihin voidaan varautua. Tarpeeksi huolellinen riskienhallinta tukee projektin menestyksellistä toteutusta. (Mäntyneva 2016, 133–136.)

Ennen projektin alkua kävimme läpi mahdolliset projektiin liittyvät riskit ja pyrimme miettimään, miten hallitsemme parhaamme mukaan näitä riskejä. Suurin projektiamme uhkaava riski oli ajanhallintaan liittyvät ongelmat ja tiivis aikataulu. Pyrimme pysymään aikataulussa kiinni asettamalla välitavoitteita työllemme, ettei aikataulu lähde venymään.

6.8.1 SWOT-analyysi

SWOT-analyysi on 1960-luvulla Yhdysvalloissa kehitetty liikkeenjohdolle tarkoitettu strategiatyökalu. SWOT on lyhenne sanoista strengths, weaknesses, opportunities, threats (suom. vahvuudet, heikkoudet, mahdollisuudet, uhat). Vahvuuksilla ja heikkouksilla tarkoitetaan yrityksen sisäisiä asioita, mahdollisuudet ja uhat liittyvät liiketoimintaympäristöön. SWOT-analyysin tarkoituksena on tuottaa analyysia ja analyysin jälkeen luoda valintoja ja toimintasuunnitelmia. (Vuorinen 2013, 88.)

Teimme tähän projektiin liittyvän SWOT-analyysin, jossa kävimme läpi projektimme vahvuudet, heikkoudet, mahdollisuudet ja uhat. Vahvuuksia tällä projektilla on se, että vastaavasta aiheesta ei ole tehty opinnäytetyötä, opinnäytetyön tekijöiden motivaatio opinnäytetyön valmiiksi saamiseksi sekä opinnäytetyöryhmän hyvä keskinäinen luottamus ja tuntemus. Heikkouksia tässä projektissa on opinnäytetyöryhmän aikataulun yhteensovittaminen, ohjausta opettajilta ei kesäaikaan tarjolla sekä teorian tiedon hankkiminen aiheeseen. Mahdollisuuksiksi arvioimme opinnäytetyömme antamat uudet näkökulmat opiskelijoille, uudenlaisen oppimateriaalin kehittäminen ja vastaavaa opinnäytetyötä ei aiheesta ole tehty. Uhkina opinnäytetyöllemme on sen tiivis aikataulu, projektin aloittaminen kesällä ja keväällä 2020 käynnissä olleet Oulun ammattikorkeakoulu Oy:n yhteistoimintaneuvottelut.

TAULUKKO 2. SWOT-analyysi

<p><u>Vahvuudet</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Vastaavasta aiheesta opinnäytetyötä ei ole vielä tehty • Halu valmistua mahdollisimman nopeasti (eli tarkoitus saada opinnäytetyö nopeasti valmiiksi) • Projektin jäsenillä hyvä keskinäinen yhteys ja luottamus 	<p><u>Heikkoudet</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tekijöiden aikataulun yhteensovittaminen • Ohjausta ei mahdollista saada suunnitteluvaiheen alussa (kesä) • Teorian tiedon hankkiminen
<p><u>Mahdollisuudet</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Uusia näkökulmia toimia opiskelijoille • Uudenlaista oppimateriaalia • Vastaavaa opinnäytetyötä aiheesta ei ole tehty 	<p><u>Uhat</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiivis aikataulu • Opinnäytetyön aloittaminen kesällä • Oulun ammattikorkeakoulu Oy:n yhteistoimintaneuvottelut käynnissä

6.9 Projektin päättäminen

Projektin tullessa loppuvaiheeseen, laadimme työskentelystämme loppuraportin ja esittelimme työmme opinnäytetyöpajassa etäyhteyden välityksellä. Saimme opinnäytetyöstä vertaisarvioinnin sekä arvioimme kukin itse omaa työskentelyämme. Palautetta saimme myös opinnäytetyön ohjaajiltamme.

7 PROJEKTIN ARVIOINTI

Arviointi on tärkeä osa projektia. Projektin arviointi on projektin toiminnan ja projektin tuotoksen vaikuttavuuden ja vaikutusten selvittämistä. Projektin päätehtävät on kerrottu projektin tavoitteissa, joten niiden arviointi on erityisen tärkeää. Lähtökohtana arviointiin on arviointiasetus ja siinä kuvataan mitä arvioidaan ja miten. Projektista voidaan arvioida joko itse projektin prosesseja eli hallinnointia, tiedottamista ja yhteistyötä tai projektin tavoitteiden toteutumista projektin aikana. (Suopajarvi 2013, viitattu 14.11.2020.) Arvioimme projektiamme säännöllisesti projektin eri vaiheissa. Hyödynsimme myös opinnäytetyömme ohjaajien asiantuntemusta projektimme arvioinnissa.

Projektin tuotoksen, opetusvideon, lähetimme arvioitavaksi viidelle mielenterveystyön ammattilaiselle. Keräsimme palautelomakkeen (liite 3) avulla tietoa opetusvideon laadusta ja opettavuudesta. Selvitimme palautelomakkeilla videon todenmukaisuutta, potilaan kokonaisvaltaista huomioimista, sairaanhoitajan kysymysten sopivuutta sekä sitä, lisääkö video sairaanhoitajaopiskelijoiden osaamista. Näiden kysymysten avulla pystyimme arvioimaan projektille asettamiemme tavoitteiden toteutumista, joita olivat sairaanhoitajaopiskelijoiden osaamisen lisääminen erilaisissa potilaskohtaamistilanteissa sekä kyky huomioida potilas paremmin kokonaisuutena.

Keräämämme palautteen perusteella video oli suhteellisen onnistunut. Palautteista kävi ilmi, että videon koettiin lisäävän opiskelijoiden osaamista erilaisissa kohtaamistilanteissa. Videolla esiintyvä tilanne koettiin todenmukaisena ja sairaanhoitajan esittämiä kysymyksiä pidettiin sopivina. Kyselylomakkeen avoimessa palautteessa tuli mainintaa tämänkaltaisen opetusmateriaalin tärkeydestä, sillä psyykkisesti oireilevia potilaita voi kohdata missä tahansa hoitotyössä. Lisäksi itsetuhoisuudesta suoraan kysyminen koettiin hyvänä ja tärkeänä asiana, jota myös teoretieto tukee. Videon pituus koettiin palautteessa sopivaksi ja videon rakenne oppimista tukevaksi, sillä aluksi näytetään huono esimerkki, joka herättelee katsojaa miettimään, mikä meni pieleen. Tämä myös mahdollistaa videon pysäyttämisen opetustilanteessa ja antaa opettajalle mahdollisuuden esittää opiskelijoille omia kysymyksiä ennen videon jatkamista.

Ainoa palautteessa saamamme kehitysidea videolle oli se, että videon loppuun olisi voinut vielä erotella videoiden eroavaisuudet, jotta katsojalle tulisi vielä kertauksena mitä vastaanottotilanteessa tulisi huomioida. Emme kuitenkaan tehneet videon loppuun kyseistä muutosta, koska ajattelimme että eroavaisuudet voidaan käydä suullisesti läpi opetustilanteessa ja opiskelijat voivat itse miettiä mitä eroa tilanteissa oli. Opetusvideota voi käyttää monin eri tavoin. Videon voi joko näyttää opiskelijoille kokonaan tai pysäyttää videon huonon esimerkin jälkeen ja antaa oppilaille mahdollisuus itse esimerkiksi näyttellä miten tilanteen olisi kuulunut mennä.

Lisäksi asetimme projektille henkilökohtaiset tavoitteet, jotka olivat lisätä omaa osaamista ja tietoa mielen-terveyspotilaiden kohtaamisesta ja hoidosta ja vuorovaikutustaitojen merkityksestä. Koemme tavoitteiden täyttyneen, sillä opimme projektin kautta paljon uutta näistä kaikista aiheista. Vuorovaikutus ei tarkoita vain oikeita kysymyksiä ja oikeita sanavalintoja vaan on kyse paljon suuremmasta kokonaisuudesta. Hoitaja pysyy pienillä eleillä antamaan potilaalle monenlaista viestiä kuten ymmärrystä ja hyväksyntää ja tätä kautta edistää turvallista yhteistyösuhdetta. Toisaalta hoitaja voi myös samalla tavalla pienillä eleillä vaikuttaa yhteistyösuhteeseen negatiivisesti ja pahimmassa tapauksessa potilaan oireet tai ongelmat eivät tule toivotulla tavalla esille vastaanotolla.

8 POHDINTA

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tehdä hyödyllinen opetusvideo Oulun ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijoille. Opetusvideon tarkoituksena oli lisätä sairaanhoitajaopiskelijoiden osaamista erilaisissa kohtaamistilanteissa ja opettaa huomioimaan potilasta kokonaisvaltaisesti niin psyykkiset kuin fyysisetkin oireet huomioiden. Pidimme aihetta tärkeänä, sillä sairaanhoitaja voi kohdata psyykkisesti oireilevan potilaan missä tahansa työympäristössä, joten näitä valmiuksia on tärkeä opetella ja koimme näiden aiheiden käsittelyn lisäävän ammatillista kasvuamme. Lisäksi pidämme tärkeänä sitä, että potilaat osattaisiin huomioida kokonaisuutena ja sairaanhoitaja pystyisi tarttumaan oikeisiin asioihin, esittää avoimia kysymyksiä sekä osaisi poimia keskustelusta vinkit, jotka voivat auttaa huomaamaan psyykkiset ongelmat. Omien kokemusiemme kautta olemme huomanneet, että somaattisella puolella psyykkisesti oireilevien potilaiden kohtaaminen on joskus ammattilaisista haastavaa ja siihen kaivattaisiin lisäkoulutusta. Aiheen valintaan vaikutti myös se, että halusimme aiheen olevan kaikkien mielestä mielenkiintoinen, jotta pitkä opinnäytetyö prosessi pysyisi mielekkäänä tehdä ja motivaatio säilyisi projektin loppuun saakka.

Opinnäytetyötämme suunnitellessa perehdyimme erilaisiin oppimistyyliin, koska projektin tuotoksemme oli opetuskäyttöön tarkoitettu video. Selvitimme myös tärkeitä opetusvideon ominaisuuksia, jotta saimme tehtyä mahdollisimman hyvän opetusvideon. Opetusvideon tärkeäksi ominaisuudeksi nousi se, että video ei saa olla liian pitkä, jotta opiskelijoiden mielenkiinto säilyy videon loppuun saakka. Tämä aiheutti haastetta, sillä esittämämme potilaskohtaamistilanne olisi todellisuudessa pidempi kuin mitä se nyt on. Jouduimme miettimään tarkkaan, miten saamme tuotua videolla esille haluamamme asiat siten, että videon kesto ei veny liian pitkäksi. Videota kuvatessa ja editoidessa havaitsimme ongelmaksi myös puutteellisen kuvauskaluston, sillä videon äänet eivät kuulu niin hyvin kun olisimme toivoneet. Meillä ei kuitenkaan ollut mahdollista saada käyttöömme esimerkiksi kunnollista mikrofonia äänen laadun parantamiseksi.

Mielestämme onnistuimme tekemään oppimista tukevan kohtaamisvideon, jota voi hyödyntää opetuksessa. Videosta tuli asiasisällöltään kattava ja saimme koostettua videolle tärkeimmät asiat ja kysymykset. Videosta saamamme palautteen perusteella video oli todenmukainen ja videolla esiintyvän sairaanhoitajan toiminta oli asianmukaista ja kysymykset oikeita. Videon käsikirjoituksen rajaaminen toi haasteita, koska opetusvideon pituus ei saisi olla liian pitkä.

Opinnäytetyön tekeminen on ollut raskasta ja haastavaa ja kokonaisuudessaan tämä oli odotettua haastavampi prosessi. Kolmen hengen ryhmämme on toiminut kuitenkin hyvin ja tasapuolisesti. Olemme tukeneet toisiamme matkan varrella. Työskentelimme hyvin tiiminä ja välttyimme konfliktitilanteilta, sillä mielipiteemme

olivat yllättävänkin yhteneväisiä läpi projektin. Lisäksi kaikki saivat mielipiteensä kuuluviin ja jokaisen mielipiteitä arvostettiin.

Mielestämme opetuksessa tulisi korostaa entistä enemmän vuorovaikutustaitojen tärkeyttä potilaskohtaus-tilanteissa. Niillä voi olla selkeä vaikutus siihen, miten tilanne etenee ja kuinka hyvin hoitaja saa potilaan kertomaan asioistaan. Usein asiat, joita potilaalla on mielessä sairaanhoitajan vastaanotolla voivat olla hyvinkin arkoja tai jopa sellaisia, joita potilas ei itsekkään vielä kunnolla tiedosta. Tällaisissa tilanteissa hoitajan on tärkeä osata sanattomalla viestinnällä osoittaa kiinnostustaan ja toisaalta kysyä oikeanlaisia avoimia kysymyksiä, jotta potilaan ongelmat saataisiin esille ja niitä pystyttäisiin lähteä hoitamaan. Lisäksi pahimmassa tapauksessa sairaanhoitajan huonot vuorovaikutustaidot voivat vaikuttaa pitkäänkin negatiivisesti potilaan suhtautumiseen terveydenhuoltoon ja tätä kautta vaikeuttaa jatkossa potilaan hoitoon hakeutumista. Näiden asioiden vuoksi vuorovaikutustaitoja tulisi kehittää jatkuvasti ja opetuksessakin on hyvä kiinnittää niihin huomiota ja painottaa niiden tärkeyttä ja merkitystä.

Työskentelymme on tapahtunut lähinnä etänä, koska se on ollut kaikille helpoin tapa toimia. Olemme sopineet välitavoitteita, miten etenemme työssämme. Yhteistyö ohjaavien opettajien kanssa on sujunut hyvin. Loppuvaiheessa olisimme toivoneet palautetta hieman nopeammin, koska opinnäytetyön viimeistelyn kanssa meinasi tulla kiire. Oppimisen kannalta tavoitteenamme oli kehittää omaa tietoaamme mielenterveyspotilaiden kohtaamisesta ja hoidosta sekä vuorovaikutustaitojen tärkeydestä hoitotyössä. Koemme saaneemme opinnäytetyön myötä runsaasti uutta tietoa näistä asioista ja voimme hyödyntää oppiamme asioita jatkossa riippumatta siitä, missä työskentelemme. Lisäksi projektin toteuttaminen oli meille kaikille uusi asia ja koemme, että matkan varrella projektiosaamisemme kehittyi.

Kun mietimme, mitä tekisimme toisin, nousi esille aikatauluongelmat. Opinnäytetyön loppuvaiheessa tuli melko kiire ja tämä olisi voitu välttää sillä, että olisimme aloittaneet projektimme aiemmin. Aiheen keksiminen oli kuitenkin haastavaa, joten toisaalta emme olisi voineet aloittaa työtämme yhtään aiemmin, sillä aloimme työstämään suunnitelmaa heti kun olimme keksineet kaikille ryhmän jäsenille mieluisan aiheen. Alussa tiedon keruu sujui odotettua hitaammin ja tämä aiheutti loppuvaiheessa kiirettä, kun aikataulu oli niin tiukka.

Olemme opinnäytetyötämme varten tutustuneet yleisiin opinnäytetyön eettisiin ohjeisiin ja suosituksiin. Työn alkuvaiheessa olemme huomioineet tarvittavat sopimukset yhteistyökumppanimme kanssa. Lisäksi projektin eri vaiheissa olemme huolehtineet omalta osaltamme riittävästä ohjauksesta, johon olemme eettisten suositusten perusteella oikeutettuja. Olemme huomioineet työssämme myös tekijänoikeuslain, joka on osa eettisiä suosituksia. Tekijänoikeuslaki määrää, että käytettäessä opinnäytetyön tausta-aineistona toisten omistamia aineistoja, tulee niiden tekijät, alkuperä ja lähteet merkitä asianmukaisesti. Olemme reflektoineet

työssämme käyttämiämme lähteitä ja muokanneet tekstiä asianmukaisesti muuttamatta lähteiden asiasisältöjä. Lisäksi olemme tuoneet käyttämämme lähteet asiaan kuuluvalla tavalla esille lähdeluettelon ja tekstiviitteiden avulla. (Raivo & Rissanen 2020, viitattu 15.11.2020.)

LÄHTEET

Aaltonen, J., Käsikirjoittajan työkalupakki. 1993. Helsinki: Painatuskeskus Oy.

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Buure, T., Ekola, S., Partamies, S. & Sulosaari, V. 2019. Kliininen hoitotyö. 8. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Dunderfelt, T. 2017. Läsäoleva kohtaaminen. Jyväskylä: PS-kustannus.

Enkenberg, J. 2020. Oppimisesta ja opetusmalleista yliopistokoulutuksessa. Viitattu 30.10.2020 <http://sokl.uef.fi/verkkajulkaisut/kipinat/JormaE.htm>.

Franck, T., Mohn, A., Syrjäläinen-Lindbeg, M., Tarr T. & Salminen L. 2016. Videovälitteinen potilasohjaus opetuksessa. Viitattu 21.10.2020 <https://uasjournal.fi/koulutus-oppiminen/videovalitteinen-potilasohjaus-opetuksessa/>.

Guo P.J., Kim J., Rubin R. 2020. How Video Production Affects Student Engagement: An Empirical Study of MOOC videos. Viitattu 6.10.2020, https://pg.ucsd.edu/publications/edX-MOOC-video-production-and-engagement_LAS-2014.pdf.

Hakkarainen, P., Kumpulainen K. 2011. Liikkuva kuva – muuttuva opetus ja oppiminen. Kokkola. Kasvatus-tieteiden tiedekunta, mediapedagogiikkakeskus.

Harjuhahto, E. 2015. Opetusvideoiden pedagoginen käyttö. Metropolia ammattikorkeakoulu opinnäytetyö. Viitattu 30.10.2020 https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/91652/Harjuhahto_Elina.pdf?sequence=1

Heikkinen – Peltonen, R., Innamaa, M. & Virta, M. 2019. Mieli ja terveys. 6. uudistettu painos. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Hentinen, K., Iija, A. & Mattila, E. 2009. Kuuntele minua - mielenterveystyön käytännön menetelmiä. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

Huttunen, J. 2017. Hormonisairaudet ja masennus. Teoksessa O. Kapman, T. Heiskanen, M. Holi, M.O. Huttunen & J. Tuulari (toim.) Masennus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 290.

Huttunen, M. 2018. Masennus, masentuneisuus, masennusoire ja masennustila. Lääkärikirja Duodecim 30.11.2018. Viitattu 6.8.2020, https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00390.

Isometsä, E. 2017. Masennustilan hoitoperiaatteet. Teoksessa O. Kapman, T. Heiskanen, M. Holi, M.O. Huttunen & J. Tuulari (toim.) Masennus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 66.

Itä-Suomen yliopisto 2020. Viitattu 30.10.2020 <https://www3.uef.fi/fi/web/aducate/oppiminen1>.

Kiviniemi, L., Läksy, M-L., Matinlauri, T., Nevalainen, K., Seppänen, U-M. & Vuokila-Oikkonen, P. 2014. Minä mielenterveystyön tekijänä. 2. uudistettu painos. Porvoo: Bookwell Oy.

Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2010. Mielenterveystyö. 1. painos. Helsinki: WSOY.

Käypä hoito 2020a. Depressio. Viitattu 29.10.2020, <https://www.kaypahoito.fi/hoi50023#s5>.

Käypä hoito 2020b. Turvasuunnitelmasta ja psykososiaalisista menetelmistä tukea itsemurhaa yrittäneelle. Viitattu 13.8.2020, <https://www.kaypahoito.fi/turvasuunnitelmasta-ja-psykososiaalisista-menetelmista-tukea-itsemurhaa-yrittaneelle>.

Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. 2017. Psykiatria. 12. Uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Markkula, N. & Suvisaari, J. 2017. Masennushäiriöiden esiintyvyys, riskitekijät ja ennuste. Aikakauskirja Duodecim. Viitattu 13.10.2020, <https://www.duodecimlehti.fi/duo13544>.

Markkula, N. & Suvisaari, J. 2018. Onko masennus lisääntynyt suomalaisessa aikuisväestössä? Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti. Viitattu 29.10.2020 [file:///C:/Users/Essi/AppData/Local/Temp/74420Kirjoi-tus%20\(sis%C3%A4lt%C3%A4en%20ydinasiat,tiivistelm%C3%A4t%20&%20asiasanat\)-100777-1-10-20180831.pdf](file:///C:/Users/Essi/AppData/Local/Temp/74420Kirjoi-tus%20(sis%C3%A4lt%C3%A4en%20ydinasiat,tiivistelm%C3%A4t%20&%20asiasanat)-100777-1-10-20180831.pdf).

Mielenterveystalo 2020. F32 – 33 masennustila. Viitattu 6.8.2020, <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/Tietopankki/Diagnoosi-tietohaku/F30-39/Pages/F32-33.aspx>.

Mustajoki, P. 2018. Kilpirauhasen vajaatoiminta (hypotyreoosi). Lääkärikirja Duodecim 6.11.2018. Viitattu 18.8.2020, https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00667.

Mustajoki, P. 2019. Kilpirauhasen liikatoiminta (hypertyreoosi). Lääkärikirja Duodecim 7.3.2019. Viitattu 18.8.2020, https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00665.

Mäntyneva, M. 2016. Hallittu projekti: Jäntevästä suunnittelusta menestykselliseen toteutukseen. 1. painos. Helsinki: Kauppakamari.

Mönkkönen, K. 2018. Vuorovaikutus asiakastyössä: Asiakkaan kohtaaminen sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Gaudeamus.

Pelin, R. 2011. Projektihallinnan käsikirja. 7. uudistettu painos. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Raivo, P. & Rissanen, R. 2020. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Viitattu 15.11.2020. <https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ammattikorkeakoulu-jen%20opin%C3%A4ytet%C3%B6iden%20eettiset%20suositukset.pdf>.

Roivainen, E. 2008. Beckin depressioasteikon tulkinta. Lääkärikirja Duodecim 21/2008. Viitattu 24.9.2020, <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2008/21/duo97613?keyword=masennuskysely>.

Salminen, L. & Suhonen R. 2008. Oppiminen ja oppimismenetelmät ja niiden hyödyntäminen ammatillisen kehittymisen tukena. Viitattu 30.10.2020 <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/90556/Oppiminen-JaOppimismenetelmatJaNiiden.pdf?sequence=1>. Luettu.

Spoov, J. 1990. Kilpirauhanen ja masennustila. Lääkärikirja Duodecim 8/1990. Viitattu 24.9.2020, https://www.terveysportti.fi/d-hm/articles/1990_8_600-602.pdf.

Suopajarvi, L. 2013. Opas projektiarviointiin. Viitattu 14.11.2020. <https://www.ulapland.fi/loader.aspx?id=a6d01dd9-baad-408a-a6fb-5e131cf74ef5>.

Talvio, M. & Klemola, U. 2017. Toimiva vuorovaikutus. Jyväskylä: PS-kustannus.

Tarnanen, K., Isometsä, E. & Tuunainen A. 2020. Miten hoitaa depressioita? Viitattu 26.10.2020, <https://www.kaypahoito.fi/khp00044>.

Tarr T., Mohn A., Virtanen H., Franck T., Syrjäläinen-Lindmerg M. & Salminen L. 2016. Videovälitteisen opetusmenetelmän soveltuvuus potilasohjauksen opetukseen. Turku:

Vuori-Kemilä, A., Stengård, E., Saarelainen R. & Annala R. 2010. Mielenterveys- ja päihdehoitotyö: Yhteistyötä ja kumppanuutta. 4.- 5. painos. Helsinki: WSOYpro Oy

Vuorinen, T. 2013. Strategiakirja: 20 työkalua. Helsinki: Alma Talent Oy.

Välimäki, M., Sane, T. & Dunkel, L. 2009. Endokrinologia. 2. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

World Health Organization. 2020. Depression. Viitattu 29.10.2020 https://www.who.int/health-topics/depression#tab=tab_1

BDI-kysely

1. En ole surullinen (0 p)
 - Olen alakuloinen ja surullinen (1 p)
 - Olen tuskastumiseen asti surullinen ja alakuloinen (2 p)
 - Olen niin onneton, etten enää kestä (3 p)

2. Tulevaisuus ei masenna eikä pelota minua (0 p)
 - Tulevaisuus pelottaa minua (1 p)
 - Minusta tuntuu, ettei tulevaisuudella ole tarjottavanaan minulle juuri mitään (2 p)
 - Minusta tuntuu, että tulevaisuus on toivoton. En jaksa uskoa, että asiat muuttuvat tästä parempaan päin (3 p)

3. En tunne epäonnistuneeni (0 p)
 - Minusta tuntuu, että olen epäonnistunut useammin kuin muut ihmiset (1 p)
 - Elämäni on tähän saakka ollut vain sarja epäonnistumisia (2 p)
 - Minusta tuntuu, että olen täysin epäonnistunut ihmisenä (3 p)

4. En ole erityisen haluton (0 p)
 - En osaa nauttia asioista niin kuin ennen (1 p)
 - Minusta tuntuu, etten saa tyydytystä juuri mistään (2 p)
 - Olen haluton ja tyytymätön kaikkeen (3 p)

5. En tunne erityisemmin syyllisyyttä (0 p)
 - Minusta tuntuu, että olen aika huono ja kelvoton (1 p)
 - Nykyään tunnen itseni huonoksi ja kelvottomaksi melkein aina (2 p)
 - Tunnen olevani erittäin huono ja arvoton (3 p)

6. En koe, että minua rangaistaan (0 p)
 - Tunnen, että jotain pahaakin voi sattua minulle (1 p)
 - Uskon, että kohtalo rankaisee minua (2 p)
 - Tunnen, että olen tehnyt sellaista, josta minua on syytäkin rangaista (3 p)

7. En ole pettynyt itseeni (0 p)
 - Olen pettynyt itseeni (1 p)

- Inhoan itseäni (2 p)
Vihaan itseäni (3 p)
8. Tunnen, että olen yhtä hyvä kuin muutkin (0 p)
Kritisoin itseäni heikkouksista (1 p)
Moitin itseäni virheistäni (2 p)
Moitin itseäni kaikesta, mikä "menee pieleen" (3 p)
9. En ole ajatellut vahingoittaa itseäni (0 p)
Olen joskus ajatellut itseni vahingoittamista, mutten kuitenkaan tee niin (1 p)
Mielessäni on selvät itsemurhasuunnitelmat (2 p)
Tapan itseni, kun siihen tulee tilaisuus (3 p)
10. En itke tavallista enempää (0 p)
Itken nykyään aiempaa enemmän (1 p)
Itken nykyään jatkuvasti (2 p)
En kykene enää itkemään, vaikka haluaisin (3 p)
11. En ole sen ärtyneempi kuin ennenkään (0 p)
Ärsyyntyn aiempaa herkemmin (1 p)
Tunnen, että olen ärtynyt koko ajan (2 p)
Minua eivät enää liikuta asiat, joista aiemmin raivostuin (3 p)
12. Olen edelleen kiinnostunut muista ihmisistä (0 p)
Muut kiinnostavat minua aiempaa vähemmän (1 p)
Kiinnostukseni ja tunteeni muita kohtaan ovat miltei kadonneet (2 p)
Olen menettänyt kaiken mielenkiintoni muita kohtaan, enkä välitä heistä enää lainkaan (3 p)
13. Pystyn tekemään päätöksiä, kuten ennenkin (0 p)
Yritän lykätä päätöksentekoa (1 p)
Minun on hyvin vaikeata tehdä päätöksiä (2 p)
En pysty enää lainkaan tekemään päätöksiä
14. Mielestäni ulkonäköni ei ole muuttunut (0 p)
Olen huolissani siitä, että näytän vanhalta tai etten näytä miellyttävältä (1 p)
Minusta tuntuu, että ulkonäköni on muuttunut pysyvästi niin, etten näytä miellyttävältä (2 p)
Tunnen olevani ruma ja vastenmielisen näköinen (3 p)

15. Työkykyni on säilynyt ennallaan (0 p)
Työn aloittaminen vaatii minulta ylimääräisiä ponnistuksia (1 p)
Saadakseni aikaan jotakin minun on suorastaan pakotettava itseni siihen (2 p)
En kykene lainkaan tekemään työtä (3 p)
16. Nukun yhtä hyvin kuin ennen (0 p)
Olen aamuisin väsyneempi kuin ennen (1 p)
Herään nykyisin 1-2 tuntia normaalia aikaisemmin enkä nukahda enää uudelleen (2 p)
Herään aikaisin joka aamu, enkä pysty nukkumaan viittä tuntia pitempään yhtäjaksoisesti (3 p)
17. En väsy sen nopeammin kuin ennen (0 p)
Väsyt nopeammin kuin ennen (1 p)
Väsyt lähes tyhjästä (2 p)
Olen liian väsynyt tehdäkseni mitään (3 p)
18. Ruokahaluni on ennallaan (0 p)
Ruokahaluni on huonompi kuin ennen (1 p)
Ruokahaluni on nyt paljon huonompi kuin ennen (2 p)
Minulla ei ole lainkaan ruokahalua (3 p)
19. Painoni on pysynyt viime aikoina ennallaan (0 p)
Olen laihtunut yli 2,5 kg (1 p)
Olen laihtunut yli 5 kg (2 p)
Olen laihtunut yli 7,5 kg (3 p)
20. En ajattele terveyttäni tavallista enempää (0 p)
Kiinnitän tavallista enemmän huomiota särkyihin ja kipuihin, vatsavaivoihin ja ummetukseen (1 p)
Tarkkailen ruumiintuntemuksiani niin paljon, ettei muille ajatuksille jää aikaa (2 p) Terveyteni ja tuntemusteni ajattelu on kokonaan vallannut mieleni (3 p)
21. Kiinnostukseni sukupuolielämään on pysynyt ennallaan (0 p)
Kiinnostukseni sukupuolielämään on vähentynyt (1 p)
Kiinnostukseni sukupuolielämään on huomattavasti vähäisempää kuin aikaisemmin (2 p) Olen menettänyt kaiken mielenkiintoni sukupuolielämään (3 p)

Pisteet yhteensä: _____

Normaali (0-12 pistettä)

Lievä masennus (13-18 pistettä)

Kohtalainen tai keskivaikea masennus (19-29 pistettä)

Vaikea masennus (30 pistettä tai yli)

Mielenterveystalo 2020. Masennuskysely (BDI-21). Viitattu 24.9.2020, <https://www.mielenterveystalo.fi/ai-kuiset/itsearviointi/Pages/BDI.aspx>.

KÄSIKIRJOITUS

Potilas tulee vastaanottohuoneeseen

SAIRAAHOITAJA (SH): No hei istu vaan siihen.

POTILAS (P): Hei

SH: Noniin, viime tapaamisesta onkin vierähtänyt jo melkeen vuosi. Miten sinulla on nyt mennyt viime aikoina?

P: Joo onhan tosta menny jo aikaa. Oon mää ollu aika väsynyt mutta... Oleskellut aika paljon kotona. Ihan hyvin mulla on muuten menny, ei mitään normaalista poikkeavaa.

SH: Noniin kiva kuulla, että on menny hyvin. Eli, tosiaan tämän käynnin tarkoituksena oli nyt käydä läpi nuo sun labra tulokset ja muut kuulumiset.

SH: Eli mulla olisi tässä nyt nämä sinun verikoetulokset ja näistä näkyy, että nuo kilpirauhasarvot on nyt hieman viitearvojen ulkopuolella. Eli tämä TSH eli kilpirauhasta stimuloiva hormoni on koholla ja tuo T4-V eli se vapaa tyroksiini on matala. Eli laskua on siis näistä edellisistä verikokeista tapahtunut, vaikka tuo lääkitys on pysynyt ennallaan. Niin nyt pitäis meidän sitten miettiä mistä tämä johtuu.

P: Okeii...no voisko siihen vaikuttaa, että mää en oo oikeen jaksanut ottaa niitä lääkkeitä muutama kuukauteen silleen ihan ajallaan tai ees joka päivä?

SH: Kyllä vain, tää kyllä selittää asian. Että tuon kilpirauhasen vajaatoiminnan yksi hallitsevista oireista on just tää väsymys ja siksi oliskin tärkeätä, että ne lääkkeet otetaan säännöllisesti joka päivä. Nyt jatkossa sun pitäis yrittää muistaa ottaa ne joka päivä säännöllisesti.

P: Okeii.. No minäpä yritän.

SH: Hyvä juttu, tuleeko sulla mieleen mitään kysyttävää?

P: Ei mulla tuu mitään.

SH: Okei. No seuraava kontrolliaika on sitten taas vuoden päästä ja tästä tulee muistutus sulle sitten tekstiviestillä.

P: Okei.

TEKSTI: EI NÄIN... Mikä meni pieleen?

TEKSTI: Aloitetaan alusta.

Potilas tulee vastaanottohuoneeseen.

SH: No hei istu vaan siihen.

P: Hei

SH: Noniin, viime tapaamisesta onkin vierähtänyt jo melkeen vuosi. Miten sinulla on nyt mennyt viime aikoina?

P: Joo onhan tosta menny jo aikaa. Oon mää ollu aika väsynyt mutta... Oleskellut aika paljon kotona. Ihan hyvin.. Ihan hyvin mulla on muuten menny, ei mitään normaalista poikkeavaa.

SH: Noniin kiva kuulla, että on menny hyvin. Eli, tosiaan tämän käynnin tarkoituksena oli nyt käydä läpi nuo sun labra tulokset ja muut kuulumiset.

SH: Eli mulla olisi tässä nyt nämä sinun verikoetulokset ja näistä näkyy, että nuo kilpirauhasarvot on nyt hieman viitearvojen ulkopuolella. Eli tämä TSH eli kilpirauhasta stimuloiva hormoni on koholla ja tuo T4-V eli se vapaa tyroksiini on matala. Eli laskua on siis näistä edellisistä verikokeista tapahtunut, vaikka tuo lääkitys on pysynyt ennallaan. Niin nyt pitäis meidän sitten miettiä mistä tämä johtuu.

P: Okeii...no voisko siihen vaikuttaa, että mää en oo syöny noita mun lääkkeitä nyt pariin kuukauteen ihan säännöllisesti että en ees joka päivä? Mää oon ollu nii väsynyt.

SH: No joo, se voi selittää kyllä asian. Miksi sää et oo ottanut niitä lääkkeitä säännöllisesti?

P: No mää en oo vaa jaksanut oikein nyt panostaa tähän, että oisin ottanu ne lääkkeet enkä oo muistanu. On saattanut jäähä useampiki päivä väliin.

SH: No säähän varmasti tiität, että nää lääkkeet on tärkeässä osassa tätä sun kilpirauhasen vajaatoiminnan hoitoa ja ois tosi tärkeitä muistaa ottaa ne säännöllisesti.

P: Joo tiän kyllä, mutta en oo vaan niinku saanu aikaseksi otettua niitä joka päivä.

SH: No sää kerrot että sää oor ollut väsynyt viime aikoina ja on toki ymmärrettävää, että väsyneenä voi unohtaa sitte ottaa ne lääkkeet. Mikä sulle on on aiheuttanut sitä väsymystä?

P: En mää osaa sanoa. Toisaalta tää, mikä nyt on tää korona tilanne tilannekki nii se on pakottanu mut jäämään etätöihin ja enkä mää oo nyt juurikaan poistunut kotoa enkä oo nähnyt ketään nyt pariin kuukauteen.

SH: No ootko sää sitten tuntenu itses yksinäiseksi kun et oo niitä työkavereita nähny etätöiden takia?

P: No joo, kieltämättä on ollu melko yksinäistä, kun ainoa paikka missä mää niitä ihmisiä nään on se mun työpaikka ja nyt kun ei sitäkään oo niin.. Tota.. En oo kaupassakaan uskaltanu käyä enkä oo kyllä jaksanutkaan, että mää tilaan ruuat aina kerran viikossa kotiin.

SH: Ymmärrän. Onko sinulla perhettä tai sukulaisia, joihin sää pitäisit yhteyttä?

P: On mulla sisko, johon oon pitänyt yhteyttä mutta en oo nytkään oikein saanut aikaiseksi, että viime aikoina ei oo nähty. Ahdistaa vaan ajatuskin että jos mää tietämättäni tartutan hänet.

SH: Ootko sää tuntenut itsesi masentuneeksi nyt viime aikoina?

P: No ei milla sentään mitään masennusta oo. Kyllä mää niinku työt oon saanu ainaki pääosin tehtyä vaikka välillä vähän synkkiä ajatuksia onkin käynyt mielessä.

SH: No hyvä että oot saanu työt tehtyä. Mutta toki on huomattava myös se, että masennuksesta kärsiväki voi selvityä arkirutiineista ihan normaalisti, mutta sää mainitsit noista synkistä ajatuksista, niin mitä sää niillä tarkoitat?

P: No ei nyt mitään vakavaa, joskus vain oon miettiny, että onko tämmösessä elämässäkään mitään järkeä.

SH: No onko sulla sitten ollut itsetuhoisia ajatuksia?

P: No toisinaan oon miettinyt että jäisköhän mua kukaan edes kaipaamaan jos mää lähtisin täältä..

SH: No ootko sää suunnitellut, miten itseäsi satuttaisit? Tai ootko suunnitellut ihan itsemurhaa?

P: En oo miettinyt mitenkää tarkemmin. Välissä on kyllä käynyt mielessä, että tapan itseni ja että otan liikaa lääkkeitä, mutta vain välillä. En mää uskaltaisi ees tappaa itseä.

SH: Joo no sää kerrot, että sää et pidä itseäsi masentuneena, mutta selvästi sulla on kyllä ollut aika synkkiä ajatuksia nyt viime aikoina. Mitä sää oisit mieltä, jos tehtäisiin sulle masennustesti?

P: En mää kyllä usko, että se on tarpeen, mutta voin kai mää sen tehdä.

TEKSTI: Backin masennuskyselystä (BDI) 38 pistettä eli vaikea masennus

SH: Joo elikkä tämän mejän aiemman keskustelun perusteella tää voi nyt tulla vähän yllättäen, mutta tuo testin tulos viittaa vakavaan masennukseen. Elikkä tällä masennustilalla – eli depressiolla – tarkoitetaan semmosta yleistä, herkästi uusiutuvaa ja joskus sitten pitkäaikaiseksikin muuttuvaa sairautta. Ja tää sun perussairautesi kilpirauhasen vajaatoiminta voi hoitamattomana aiheuttaa masennusta.

P: mhmhm

SH: Mun mielestäni olisi nyt hyvä varata sinulle pikimmiten aika tuonne lääkärin vastaanotolle, jossa voitais sitten alkaa hoitamaan tätä asiaa. Lääkärin kanssa voisitte sitten alkaa miettimään sinulle sopivaa hoitomuotoa.

P: Miten tätä siis yleensä hoidetaan? Joudunko mä johonki pakkohoitoon sairaalaan? En todellakaan voi lähtä nyt mihinkään osastolle, ku mulla on nuo työtki.

SH: No tää sun tämän hetken voitisi ei täytä noita pakkohoidon kriteerejä, jotka ois se psykoottisuus tai että olisit vaaraksi itsellesi tai muille. Että tällä hetkellä vointi vaikuttaa siltä, että nämä avopuolen tukitoimet ois ihan riittäviä. Mutta noin niinku yleensä niin masennusta hoidetaan psykoterapian ja lääkehoidon yhdistelmällä.

P: En osannut odottaa näin pahoja uutisia.

SH: No tää testi on vain suuntaa antava, mutta tää masennus osaltaan kyllä selittää, että miksi et oo jaksanut ottaa niitä lääkkeitä säännöllisesti. Tuota... sopisko jos varaan sinulle heti huomiseksi ajan lääkärille, jonka kanssa voisitte sitten alkaa miettimään näitä hoitoja?

P: Joo sopii se.

SH: Ja sen lääkärin kanssa voisitte sitten arvioida myös tuota sairasloman tarvetta.

P: Mmm.

SH: Tuota tässä on varmasti sinulle paljon mietittävää ja herättää paljon kysymyksiä niin olisiko sinulla joku, kene luokse voisit mennä huomiseen lääkäriaikaan asti? Esimerkiksi siskosi?

P: Voin mä soittaa siskolle varmasti mä voin mennä sen luokse yöksi.

SH: No hieno juttu. Tuleeko sulla mieleen mitään kysyttävää?

P: En mä kyllä osaa nyt kysyä mitään.

SH: No jos sun vointi muuttuu huonommaksi ennen huomista lääkäriaikaa niin mää annan sulle täältä tämmösen päivystyksen numeron, mihin voit sitten soittaa mihin aikaan vaan vuorokaudesta.

TEKSTI: ...VAAN NÄIN!

PALAUTEKYSELYLOMAKE

Arvioi 1-4 (1=ei lainkaan samaa mieltä, 4=täysin samaa mieltä)

1. Lisääkö video sairaanhoitajaopiskelijoiden osaamista erilaisissa kohtaamistilanteissa?

1 2 3 4

2. Ottiko sairaanhoitaja potilaan kokonaisvaltaisesti huomioon?

1 2 3 4

3. Oliko tilanne todenmukainen?

1 2 3 4

4. Käyttikö sairaanhoitaja mielestäsi sopivia kysymyksiä?

1 2 3 4

5. Minkä kokonaisarvosanan antaisit videolle kouluasteikolla 4-10?

6. Kommentoi vapaasti videota. Parannusehdotuksia?