

Toni Hälinen

PSYKOTERAPEUTTIEN TYÖHYVINVOINTI

Psykoterapeuttikoulutuksen käyneiden sairaanhoitajien kokemuksia työhyvinvointia edistävästä ja kuormittavista tekijöistä psykoterapiatyössä.

PSYKOTERAPEUTTIEN TYÖHYVINVOINTI

Psykoterapeuttikoulutuksen käyneiden sairaanhoitajien kokemuksia työhyvinvointia edistävästä ja kuormittavista tekijöistä psykoterapiatyössä.

Toni Hälinen
Opinnäytetyö
Kevät 2018
Hoitotyön koulutusohjelma
Oulun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma, Sairaanhoidaja (AMK)

Tekijä: Toni Hälinen

Opinnäytetyön nimi: Psykoterapeuttien työhyvinvointi – Psykoterapeuttikoulutuksen käyneiden sairaanhoitajien kokemuksia työhyvinvointia edistävästä ja kuormittavista tekijöistä psykoterapiatyössä.

Työn ohjaaja: Yliopettaja, TtT Liisa Kiviniemi

Työn valmistuslukukaus ja -vuosi: Kevät 2018

Sivumäärä: 108 + 2

Työelämä on ollut viime vuosina suurten muutosten alla. Ennen työtä tehtiin pitkälti ruumiillisten ominaisuuksien avulla, nykyään työelämässä korostetaan kasvavalla vauhdilla työntekijän henkisiä ominaisuuksia. Tämän vuoksi työnteosta on tullut aiempaa kuormittavampaa ja henkisiä voimavaroja kuluttavampaa. Henkisten ominaisuuksien korostuminen näkyy vahvasti psykoterapiapalveluiden tarpeen kasvamisena sekä psykoterapeuttisten työyhteisöjen lisääntymisenä asiakasmäärien alettua kasvaa. Työelämän muuttumisen myötä työhyvinvointia on alettu tutkia – ensin yleisellä tasolla ja vähitellen myös ammattikunnittain. Psykoterapiapalveluiden tarpeen kasvamisen myötä on syytä kiinnittää huomiota erityisesti psykoterapeuttien työhyvinvointiin. Toistaiseksi psykoterapeuttien työhyvinvointi on Suomessa lähes kokonaan tutkimaton alue siitäkin huolimatta, että yhä useampi sairaanhoitaja täydentää tutkintoaan ja opiskelee psykoterapeutin nimikesuojatun tutkinnon.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla sairaanhoitajataustaisten psykoterapeuttien kokemuksia työhyvinvointia edistävästä ja sitä kuormittavista tekijöistä. Tarkoituksena on myös saada selvyyttä siihen, millaiseksi psykoterapeutit kokevat työhyvinvointinsa nykytasolla. Tutkimuksen teoriapohjana käytettiin psykoterapian harjoittamisesta kertovaa kirjallisuutta, työhyvinvoinnin aihepiiriin liittyviä tutkimuksia sekä psykoterapeuttien ammattia koskevia raportteja, tilastoja ja selvityksiä.

Tutkimustehtävänä on saada vastauksia seuraaviin kysymyksiin: mitkä asiat psykoterapeutit kokevat työssään työhyvinvointia edistävinä, mitkä taas kuormittavina? Tutkimus on laadullinen. Tässä opinnäytetyössä aineistonkeruumenetelmänä käytettiin avointa haastattelumenetelmää. Aineiston saamiseksi haastattelin neljää sairaanhoitajataustaista psykoterapeuttia avointa haastattelumenetelmää hyödyntäen. Haastattelut äänitettiin ja litteroitiin tekstinkäsittelyohjelmalla. Haastatteluista saatu aineisto analysoitiin sisällönanalyysilla.

Tästä tutkimuksesta saatujen tutkimustulosten mukaan psykoterapeutit kokivat työhyvinvointia edistävinä tekijöinä reflektoinnin eli tunnepeilauksen, harrastukset, sosiaalisen verkoston, tietoisien läsnäolon sekä rajojen asettamisen. Työhyvinvointia kuormittavina tekijöinä taas koettiin vuorovaikutuksen haasteet, psykoterapian järjestämiseen liittyvät tekijät, omat raskauttavat tunteet ja vahva myötäläminen sekä oman elämän varjostavat tapahtumat. Tuloksista oli nähtävissä myös, että työhyvinvointia edistävät ja kuormittavat tekijät ovat subjektiivinen asia.

Tästä opinnäytetyöstä saatavia tuloksia hyödynnetään kehittämään psykoterapeuttien työhyvinvointiin tähtäviä tukitoimia, esimerkiksi työnohjausta ja mentorointia. Tutkimustuloksista hyötyvät myös kaikki nykyiset psykoterapeutit, tulevat psykoterapeutit sekä psykoterapeutin ammattia suunnittelevat nykyiset sairaanhoitajat.

Asiasanat: Työssäjaksaminen, mielenterveystyö, sairaanhoitajat, psykoterapia, haastattelu, työhyvinvointi, psykiatria

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care, Option of Nursing

Author: Toni Hälinen

Title of thesis: Well-being of Psychotherapists – Experiences of factors promoting wellbeing and factors burdening wellbeing in therapeutic work given by psychiatric nurses who have studied the title-protected degree of licensed psychotherapist.

Supervisor: Liisa Kiviniemi

Term and year when the thesis was submitted: Spring 2018 Number of pages: 108 + 2

Working life has been undergoing major changes in recent years. Before the work was largely done with the help of bodily features, today's working life emphasizes the employee's intellectual qualities at an expanding pace. As a result, work has become more burdensome and more resource-intensive. The emphasis on mental qualities is strongly reflected in the need for psychotherapy services and the increase in psychotherapeutic work communities as the number of clients increases. With the change of working life, well-being at work has begun to be explored - first on the general level and gradually also by profession. Due to the need for psychotherapy services, special attention should be paid to the well-being of psychotherapists. So far, occupational well-being of psychotherapists is almost completely unexplored area in Finland despite the fact that more and more nurses complete their degree and study a psychotherapist's title-protected degree.

The purpose of this thesis is to describe the experiences of psychotherapists on factors that promote and exacerbate occupational wellbeing. It is also intended to clarify how psychotherapists experience their occupational well-being at the present level. The theoretical basis of the study was based on literature on the practice of psychotherapy, research on occupational well-being at the general level, certain reports, statistics and studies on the profession of psychotherapists.

The research task is to get answers to the following questions: what do psychotherapists feel to promote well-being at work and which ones do they feel that burden well-being? The research is qualitative. In this thesis, an open method of interviewing was used as the material collection method. To get the material, I interviewed four psychotherapists using an open interview method. The interviews were recorded and transcribed using a word processor. The material from interviews was analyzed by content analysis.

According to the research findings from this study, psychotherapists felt that reflection, hobbies, social networking, conscious presence and boundaries were factors that promote wellbeing at work. As factors encumbering occupational wellbeing, psychotherapists felt that the challenges of interaction, the factors involved in organizing psychotherapy, psychotherapists' own aggravating emotions and strong compassion, as well as events shadowing their own lives were notable issues. It was also apparent from the results that factors contributing to and promoting occupational well-being are a subjective matter.

The results of this thesis are utilized to develop support measures for psychotherapists, such as job counseling and mentoring. All current psychotherapists, future psychotherapists, and those who are planning to become a psychotherapist will also benefit from the research results.

Keywords: Coping with work-related stress, mental health work, nurses, psychotherapy, interview, work welfare, psychiatry

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	7
1.1	Aiheen valinta.....	10
1.2	Aiheen ajankohtaisuus	11
2	HOITOTYÖN KEHITYSVAIHEISTA	12
2.1	Somaattinen hoitotyö taustalla	12
2.2	Pilkahduksia psykiatrisesta hoitotyöstä	13
2.2.1	Psyko-terapeutti sairaanhoitajan vaihtoehtoisena jatkotutkintona	14
2.2.2	Sairaanhoitajataustaiset psyko-terapeutit Suomessa	15
2.2.3	Hoitotyön ammattikorkeakoulutus tänä päivänä.....	20
3	PSYKOTERAPEUTTINEN TYÖSKENTELY.....	25
3.1	Psyko-terapia	25
3.2	Vaativa psyko-terapiatyö	27
3.3	Työvälineenä oma persoona.....	28
3.3.1	Vastatunteet	29
3.3.2	Psyko-terapeuttinen prosessi ja allianssi	31
3.3.3	Pitkäjänteisyys ja muutosvastarinta	34
4	TYÖHYVINVOINTI TEORIOIDEN VALOSSA.....	36
4.1	Taustateoreettisia näkökulmia työhyvinvointiin psyko-terapeuttisessa työssä	37
4.1.1	Muita teoreettisia lähestymistapoja.....	40
4.2	Työssäjaksaminen tutkimusten valossa	42
4.3	Psyko-terapiatyössä jaksamista tukevia elementtejä.....	45
4.3.1	Oma psyko-terapia.....	45
4.3.2	Reflektiivisyys työyhteisön voimavarana	48
4.3.3	Työnohjaus ja ammatillinen kasvu	49
4.3.4	Henkilökohtaiset voimavarat ja psykologinen itsehoito	52
4.3.5	Rajanveto ja armollisuus	54
4.3.6	Huumori ja leikkisyys	55
4.4	Myötätuntostressi ja myötätuntuupumus	56
4.5	Vastatunteisiin liittyvät omakohtaiset haasteet.....	57
4.6	Avuttomuuden ja riittämättömyyden tunteet	59

4.7	Grandiositeetti ja demonisaatio	60
4.8	Metakognitiivisen ajattelun ongelmat	61
4.9	Kiireestä kyynistymiseen	62
5	SOTE-UUDISTUS 2017 JA MUUTTUVA TERVEYDENHUOLTO	64
5.1	Terveydenhuollon avohoitopainottuminen	65
6	OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS	67
7	TUTKIMUSMENETELMÄN VALINTA	68
7.1	Avoin haastattelu	69
7.2	Avoimen haastattelun mahdollisuuksia.....	71
7.3	Avoimen haastattelun haasteita.....	72
8	HAASTATELTAVIEN VALINTA JA TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	73
8.1	Haastattelut ja tutkimuksen kulku.....	73
8.2	Eettisyys	74
9	AINEISTON ANALYSOINTI	76
10	TUTKIMUKSEN TULOKSET	80
10.1	Työhyvinvointia edistävät tekijät.....	80
10.2	Työhyvinvointia kuormittavat tekijät	86
11	POHDINTA	92
11.1	Tutkimustulosten arviointi	92
11.2	Projektin toteutumisen arviointi	94
11.3	Tutkimustulosten luotettavuuden arviointi	95
11.4	Tulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimushankkeet	96
11.5	Oma oppimisprosessi	97

LÄHTEET

LIITTEET

1 JOHDANTO

Työelämä ympärillämme on muuttunut merkittävästi menneiden vuosikymmenten aikana. Ennen työ vaati erityisesti hyvää ruumiillista kuntoa ja kykyä välttää tapaturmilta, nykyään tilanne on monissa ammattiryhmissä jo toinen. (Aalto, 2006) Vaikka ruumiillisen kunnon ja fyysisen pystyvyyden vaaliminen sekä suojele ovat edelleen tärkeässä asemassa jo pelkästään kansanterveydellisistä syistä, niin ne eivät kuitenkaan riitä vastaamaan nykytyöelämän vaatimuksiin. (Kallio & Kivistö, 2013. 10) Nykyään ajatellaan ja nähdään, että työtä tehdään yhä enenevässä määrin henkisin voimavaroin ja työkaluin. Ihmisen päässä ja mielessä ovat kansantaloudellisesti merkittävät ja kestävät menestyksen avaimet, joiden merkitys kasvaa kasvavalla nopeudella työelämän ollessa jatkuvassa muutoksessa.

Työ on huomattavan suuri osa ihmisen elämää ja tämän vuoksi työssä jaksamisesta on tullut yksi suurimpia nykypäivän haasteita. Työuupumus, sairauspoissaolot, työperäinen distressi & siihen liittyvä työperäinen masennus ja ennen aikaiset eläkkeelle siirtymiset lisääntyvät jatkuvasti. (Rikala, 2013. 72-74) Nämä tapaukset näkyvät lisääntyneinä yksittäistapausten määrinä Kelan tilastoissa sekä erityisesti kasvaneina asiakasmäärinä mielenterveystoimistoissa ja psykoterapioissa – ei siis ole lainkaan yhdentekevää, kuinka työntekijä jaksaa työssään. (Ahola, ym. 2004, 3-6) Psykoterapia on luonteensa vuoksi työntekijälleen raskasta, vaativaa ja monella tapaa kuluttavaa. Siihen liittyy paljon hyvinvointiin heijastuvia tekijöitä, sillä työntekijän on kyettävä auttamaan ja tukemaan asiakkaita, jotka voivat olla hyvin monella tapaa haavoittuvaisia ja alttiita vaikutuksille. Tällaisten asiakkaiden ongelmien työstäminen on harvoin yksioikoista ja nopeaa. Työskentely perustuu jatkuvaan potilaan ja terapeutin väliseen terapeuttiseen suhteeseen, joka koskettaa työntekijän tunteita ja omia kipupisteitä. Tämä voi johtaa pitkäaikaiseen väsymykseen ja asiakasta kohtaan koetun empatian vähenemiseen. (Holmberg ym. 2008, 335)

Työhyvinvointiin terapiatyössä vaikuttavat olennaisesti työyhteisö, työympäristö sekä työntekijän henkilökohtainen elämäntilanne. Sosiaalisessa mediassa nähtävissä keskusteluissa sekä haastatteluissa voidaan nähdä paljon vilkasta keskustelua, faktaa ja kysymyksiä työntekijöiden työhyvinvointia koskien – kysymys kuuluukin; millaista on ammattiauttajan jaksaminen nykyaikaisessa psykoterapiatyössä? Entä kuka huolehtii auttajasta?

Uutiset antavat viitteitä siitä, että koettu hyvinvointi hoitotyössä sekä työtyytyväisyys ovat laskeneet. Taustalla piileviä syitä voivat olla yhteiskunnan taloustilanteen muutoksista aiheutuneet kustannuskysymykset sekä työnantajien vaatima työtehokkuuden nosto. Hoitotieteellistä näkökulmaa peilaten uskon, että ammattiauttajan hyvinvoinnilla on suora vaikutus potilaan saaman hoidon laatuun. Hoitosuhteen tärkein kohde on aina ja vääjäämättä potilaan turvallisuus. Psykoterapiapalveluiden asema läntisissä teollisuusmaissa on noussut viime vuosina poliittisen keskustelun kohteeksi, mutta toistaiseksi nämä aiheet eivät ole saaneet suurta sijaa Suomessa. (Kallio & Kivistö, 2013. 109)

Tänä päivänä puhutaan vilkkaasti psykoterapiaa antavien ammattilaisten itsehoidosta, josta käytetään englanninkielisessä kirjallisuudessa nimitystä *self-care*. Itsehoito nähdään terveellisenä ja arvokkaana prosessina kaikissa eri elämänvaiheissa, eri ikäluokissa ja eri ammattikunnissa. Omasta työhyvinvoinnista huolehtiminen liittyy niin henkilökohtaisella kuin ammatillisellakin tasolla elämäntapaan, olipa teoreettinen tai kliininen maailmankuva millainen tahansa. (Baker, 2005. 12) Nykytutkimuksen mukaan ihmisen elämään vaikuttaa perinnöllis-biologisten, psykologisten sekä ympäristötekijöihin sidoksissa olevien tekijöiden välinen jatkuva vuorovaikutus. (Wachs, 2000. 26-35) Neurotieteellinen tutkimus on valaissut ja tuonut lisää ajatusta mielen ja kehon väliseen psykosynteettiseen, kaksisuuntaiseen suhteeseen, joka ilmenee fyysisten toimintojen ja erilaisten tunnereaktioiden sekä psykologisten kokemusten ja fysiologisten tuntemusten välillä. Voidaan siis todeta, että kaikilla ihmisillä, myös psykoterapeuteilla on geneettiseen rakenteeseen perustuvia perittyjä vahvuuksia ja haavoittuvuuksia, joihin ympäristö ja sieltä nousevien ärsykkeiden intensiteetti vaikuttavat jatkuvasti. Traumaattiset elämäntapahtumat, vaillejäämiset sekä konfliktit voivat käsiteltyinä toimia vahvoina voimavaroina ja suunnanäyttäjinä terapiatyössä, mutta ne voivat myös uudelleen aktivoituessaan muodostua suureksi haasteeksi psykoterapeuttiselle suhteelle. (Palosaari, 2007. 126-140)

Opinnäytetyöni nojautuu avo- ja osastotyössä olevien hoitajien työhyvinvointia koskeviin tutkimuksiin, joita ovat tehneet Kansaneläkelaitos vuosina 1992, 1999 ja 2005 sekä Tapio Hämäläinen ja Kati Lantta Pro gradu -tutkielmassaan ”*Työhyvinvointi mielenterveytyössä*” vuonna 2008. (Hämäläinen & Lantta, 2008, 1-42) Huomioin tässä opinnäytetyössä näistä kuitenkin selkeimmin Hämäläisen ja Lantan tekemän tutkimuksen sekä Kansaneläkelaitoksen vuonna 2005 tekemän tutkimuksen, sillä vuosina 1992 ja 1999 tehdyt tutkimukset sijoittuvat ajallisesti niin kauas opinnäytetyöstäni, että niiden liiallinen korostaminen ei ole tässä vaiheessa enää adekvaattia.

Yhteiskunta ja työelämä ovat muuttuneet merkittävästi vuosista 1992 ja 1999, jonka vuoksi koen aiheen käsittelemisen olevan luotettavampaa aikajänteeseen perustuvan rajauksen myötä.

Lisäksi aihetta on tutkinut Sanna Rikala väitöskirjassaan ”*Työssä uupuvat naiset ja masennus*” vuonna 2013, jossa Rikala tutki työssä uupuvien naisten masennusta yhteiskunnallisena ja sukupuolittuneena ilmiönä 2000-luvun alussa, jolloin masennusperusteisen työkyvyttömyyden esiintyvyys vuosituhanen taitteessa nousi merkittävästi erityisesti naisvaltaisilla aloilla. (Rikala, 2013.)

Opinnäytetyössäni kuvailen psykoterapeutiksi kouluttautuneiden sairaanhoitajien työhyvinvointia avoimen haastattelun keinoin. Haastatteluiden asema opinnäytetyössäni on korostettuna, sillä niiden avulla voidaan tuoda esille erilaisiin kokemuksiin perustuvaa tietoa työhyvinvoinnista psykoterapiatyössä. Opinnäytetyön teoriapohjan kannalta kiinnostuksen kohteina ovat erityisesti psyykkisen kehityksen vaiheet, vuorovaikutuspohjaiseen työhön liittyvät piirteet ja tapahtumasarjat, elämäntapa-psykologia, yksilön sisäinen maailma sekä dialogisuus. Kokoan opinnäytetyötäni varten kattavan kirjallisuuskatsauksen, josta ilmenee lyhyesti psykiatrisen hoitotyön historia sekä kuinka psykiatrisen hoitotyö ja psykoterapia ovat kasvattaneet suosiotaan nykymaailmassa. Perustelen näillä tiedolla mm. tulevan tutkimusjoukon määrää sekä laatua. Käsiteltyäni ensin hoitotyön historiaa luvussa 2, etenen sujuvasti käsittelemään psykoterapeutista työskentelyä ja siihen alustavasti liittyviä työhyvinvointia tukevia sekä työhyvinvointia kuormittavia piirteitä jotka löytyvät luvusta 3. Kappaleessa 4 alan käsitellä varsinaisesti psykoterapeuttiseen työhyvinvointiin liittyviä osa-alueita ja sitä, mitä kirjallisuus kertoo psykoterapiaa harjoittavien ammattilaisten työhyvinvoinnista. Opinnäytetyön loppuvaiheessa, kappaleissa 7-8 suoritan haastattelut. Analysoin niistä saamiani tuloksia kappaleissa 9-11. Toivon kronologisen etenemisjärjestyksen herättävän lukijassaan toinen toisensa päälle rakentuvaa ajatusta ja pohdintaa siitä, mitä psykoterapiaa harjoittavalta ammattilaiselta odotetaan, mitä vaaditaan ja mitä taitoja hän tarvitsee. Haluan näistä syntyvien ajatusten herättävän oivalluksia psykoterapeuttisen hoitosuhteen sisällään pitämien sisältöjen laajuudesta ja niiden keskinäisestä suhteesta toisiinsa.

Teen opinnäytetyötäni varten muutamia tarkoituksellisia palvelevia kielellisiä ja terminologisia valintoja välttääkseni epäihanteellista ja hyvään kirjoitettuun kirjakieleen kuulumatonta toistoa. Käytän erotuksetta termejä *potilas* ja *asiakas*, vaikka ymmärrän, että näitä termejä käytetään hoitoalan ja psykoterapian työkentillä eri tavoin. Samoin *psykoterapeutti* ja *terapeutti* esiintyvät työssäni erotuksetta, vaikka tunnistan niihin liittyvät erilaiset, hyvin vahvatkin juridiset vivahteet.

1.1 Aiheen valinta

Valitsin kyseisen aiheen opinnäytetyölleni omista, henkilökohtaisista mielenkiinnon kohteistani käsin. Mielen terveystyö, psykologia ja psykoterapia ovat kiinnostaneet minua jo pitkään ja ovat jollain tavalla muodostuneet ammattikorkeakouluopintojen aikana minulle tärkeiksi arvoiksi. Tulevaisuutta ja mahdollisesti psykoterapeutin ammattia ajatellen halusin lähteä tutkimaan, millaista on työskentely vaativassa ihmissuhdetyöskentelyssä ja millaisia ominaisuuksia se oikein toteutettuna työntekijältään vaatii. Erityisesti minua kiinnostavat pitkän aikajänteen psykoterapeuttiset hoitosuhteet, joissa työntekijän ja asiakkaan välinen yhteistyösuhde voi jatkua kuukausia, jopa vuosia. Näissä suhteissa oma psykologinen jaksaminen ja oma mielenterveys ovat onnistuneen hoidon ja oman ammatillisuuden säilymisen kulmakiviä, joista työntekijän on osattava pitää huolta. Omien henkilökohtaisten syideni ohella aihe on lisäksi sellainen, josta ei ole tehty paljonkaan aiempaa tutkimusta.

Koen psykoterapian olevan omalta osaltaan jollain tapaa hyvin salaista ammatinharjoittamista. Vaikka esimerkiksi sosiaalinen media ja muut median muodot ovat kuluneiden vuosien aikana alkaneet esittää kiihtyvällä tahdilla ohjelmistoa, joissa psykoterapia tulee esille joko ohjelman viitekehyksen tai ohjelman päähenkilön kautta, on varsinainen psykoterapia silti hyvin pitkälti neljän seinän sisällä tapahtuvaa, luottamuksellista hoitoa. Psykoterapiaan liittyvän eettisyyden, salassapito-oikeuden ja hoitosuhteen luonteeseen liittyvän luottamuksen vuoksi varsinaista terapiatyöskentelyä asiakastilanteissa ei päästä juurikaan tutkimaan, jotteivat käynnissä olevat terapiasuhteet häiriintyisi ja vaarantuisi ulkopuolisten tahojen väliintunkeutumisen johdosta. Koen, että oikeanlaisen aiheenrajauksen ansiosta pääsen nyt turvallisesti – työntekijöiden sekä asiakkaiden koskemattomuuden säilyttäen – tutkimaan ammattiauttajien jaksamista. Työni tarkoitus ei ole vaarantaa alan työskentelyä missään tutkimuksen vaiheessa.

Haluan opinnäytetyöni osoittavan korkeaa motivaatiota kehittyä osaavaksi ja taitavaksi sairaanhoitajaksi ja mielenterveystyön ammattilaiseksi sekä haluan sen osoittavan motivaatitani jatkaa kehittymistä alan työtehtävissä edelleen opinnäytetyöni päättymisen ja siitä seuraavan valmistumisen jälkeen. Haluan lisäksi kunnioittaa alan huippuosajia ja tarjota heille välineitä oman työhyvinvoinnin ylläpitämiseksi sekä parantamiseksi. Toivon, että opinnäytetyöni tuottamaa tietoa käytettäisiin oman ammatillisen kasvun ja oman työhyvinvoinnin lisäämisen välineenä niiltä osin, kuin se on mahdollista.

1.2 Aiheen ajankohtaisuus

Valitsemani aiheen tekee ajankohtaiseksi oman valmistumiseni lähestymisen ja jatko-opintojen suunnittelemisen lisäksi keväällä 2017 paljon esillä ollut SOTE-uudistus, jonka yhtenä muutosajatuksena on terveydenhuollon avohoidon palveluiden lisääminen. Suurin osa Suomessa annetusta psykoterapiahoidosta tuotetaan nykyisellä mallilla yksityisellä sektorilla ja avohoidon muodossa. SOTE-uudistuksessa ilmaistu palvelulupaus mielenterveyspalvelujen tarjontaa kohtaan tarkoittaa sitä, että avohoidon palveluja tullaan lisäämään. Tämä on lineaarisessa yhteydessä siihen, että myös psykoterapiapalveluihin tullaan melko varmasti panostamaan, mikä tulee edelleen näkymään palveluiden aseman vahvistumisessa, niiden määrien lisääntymisessä sekä niihin kohdistuvien resurssien allokoinnissa. Allokoinnilla tarkoitetaan tässä asiayhteydessä mielenterveys- ja psykoterapiapalvelujen resurssien suuntaamista, jakamista ja kohdentamisesta tasaisesti siten, että SOTE-uudistuksessa muodostettavien uusien maakunta-alueiden välillä ei olisi suuria alueellisia eroja palveluiden saatavuudessa ja laadussa.

Aiheen tekee ajankohtaiseksi myös se, että ammattikorkeakouluopetuksesta ollaan säästämässä, joka näyttäytyy koulutusleikkauksina, henkilöstön irtisanomisina sekä opetuksen muotoihin ja laatuun liittyvinä muutoksina. Myös OAMK on säästötoimien alla. Säästömuutokset vaikuttavat lähes aina opetustarjontaan sekä valitettavasti myös opetuksen laatuun. Siksi väitänkin, että opinnäytetyölläni on hyvä mahdollisuus vaikuttaa OAMK:n mielenterveys- ja päihdehoitotyön syventävien ammattikorkeakouluopintojen laadun säilymiseen ja laadun kehittämiseen lyhyellä sekä toivottavasti myös pitkälläkin aikavälillä. Jotta kyseisten opintojen laatu säilyisi tehokkaana ja edukatiivisena myös jatkossa, tulee mielenterveystyön saada oma äänensä kuuluviin. Parhaiten oman äänensä voivat antaa he, jotka ovat alaa opiskelleet ja jotka alan työtehtävissä parhaillaan ammattiaan harjoittavat.

Opetustarjontaan liittyvien muutosten alla opinnäytetyöni voi parhaimmassa tapauksessa ottaa kantaa keskusteluun, jossa pohditaan, tarvitseeko Oulun ammattikorkeakoulun hoitotyön opintoihin yhtenä suuntautumisvaihtoehtona kuuluva mielenterveys- ja päihdehoitotyön syventävien opintojen kokonaisuus kenties sisällöllisesti jotain lisää ja jos tarvitsee, niin mitä? Pärjäävätkö tulevaisuuden ammattilaiset saamansa nykyisen koulutuksen pohjalta tulevaisuuden alan työtehtävissä, vai ovatko jatko-opinnot ainoa oikea väylä hankkia lisää työvälineitä kohti onnistunutta ammatinharjoittamista?

2 HOITOTYÖN KEHITYSVAIHEISTA

2.1 Somaattinen hoitotyö taustalla

Hoitotyöllä on pitkät juuret somaattisessa hoitotyössä. Kautta aikojen on ihmisen hoidossa sekä lääketieteen kehityksessä korostuneet vahvasti fyysisten sairauksien tutkimus ja hoito. Hoitotyön löytäjänä ja tunnetuimpana sairaanhoidon kehittymisen alkuunpanijana pidetään Florence Nightingalea (1820, Firenze – 1910, Lontoo), joka omalla työskentelyllään on antanut kasvot nykyaikaiselle sairaanhoidolle, toimien samalla esikuvana tulevien sukupolvien sairaanhoitajille. Florence Nightingale tuli maailmanlaajuisesti tunnetuksi ansiokkaasta työstään Turkissa, jossa hän yhdessä 38 vapaaehtoisen naissairanhoitajan avulla hoiti Krimin sodassa haavottuneita sotilaita vuonna 1854. (Mortimer, B. & McGann, S. 2003, 55-58)

Nightingalen toiminnan aikaansaannoksena, Krimin sodan päätyttyä vuonna 1856, perustettiin Lontooseen ensimmäinen sairaanhoitajatarkoulu, joka avasi ovensa vuonna 1860. Koulun keskeisimpinä oppiaineina olivat puhtauteen ja hygieniaan, liikkumiseen ja ravitsemukseen, painehaavojen ehkäisyyn, sisätauteihin ja kirurgiaan, yleisiin terveystutkimuksiin sekä lääketieteen perusteisiin tähtäävät luento-opetukset (Barker, P. 2009, 179-211). Osaamiseen tähtäävä opetus oli siis hyvin somaattis-fysiologisesti orientoitunutta. Mielenterveyteen ja psykiatriseen hoitotyöhön tähtäävää osaamista ei juurikaan painotettu, vaikka sen merkitys ihmisen kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin kannalta tunnettiin jo joiltain osin. Nightingale toi kuitenkin esille kirjoittamassaan, ensimmäisessä hoitotyötä käsittelevässä kirjassaan (*Notes on Nursing, 1859*) ohjeita ja käytännön neuvoja, joilla ihmisen särkyneitä ja horjuvaa mieltä oli mahdollista hoitaa ja täten estää psyykkisten lisävaurioiden syntymistä. (Barker, P. 2009, 402-415).

Ohjeet korostivat mm. lukemisen ja viihdykkeiden tärkeyttä, aktiviteettien merkitystä sekä rahan arvokkuutta. Teoksessa todettiin esimerkiksi, että mieleltään tylsistyneille tuli antaa pelejä ja kirjoja jotta he piristyisivät. Köyhyydestä surullisiksi tulleille tuli antaa rahaa ja lupa käyttää sitä. Yksinäisille ja perheestään pitkään erossa olleille tuli antaa rohkaisua löytää yhteisiä harrastuksia ja perheen sisäisiä aktiviteetteja. Neuvot olivat hyvin konkreettisia ja yksinkertaisia, mikä sen ajan tutkimustiedon ja nykyaikaisen, tutkimustietoon perustuvan ammattitaidon puuttuessa on nykynäkökulmasta täysin ymmärrettävää. (Mortimer, B. & McGann, S. 2003, 97-124)

2.2 Pilkahduksia psykiatrisesta hoitotyöstä

Monitieteellisen aikakauden alettua, 1960-luvun alusta alkaen, hoitotyössä on tapahtunut kuitenkin paljon muutoksia. Lääketieteen aikakauden aikana ja koulutuksen yhtenäistämisen vaiheessa hoitotyölle luotiin omat tarkat opetussuunnitelmat, jolloin koulutuksen toteuttaminen fokuoitiin spesifisesti kansakouluihin. Opetuksen siirrosta ammattikorkeakouluihin ja sen muuttamisesta akateemisesta on keskusteltu jo vuosien 1920 – 1930 välillä, mutta tuolloin sairaanhoitokoulutuksen reformoimiseen on sisällynyt paljon vaikeuksia ja vastakkainasetteluja, jonka vuoksi se ei ole ollut mielekästä. (Kylmänen ym. 2008, 61-70) Sairaanhoidajakoulutuksesta valmistuneiden sairaanhoitajien todettiin kuitenkin palvelevan enemmän lääkäreitä kuin potilasta, jonka vuoksi yksipuolisesti korostunutta lääketieteen osaamista alettiin vähentää. (Vottonen, S. 2014, 3) Vähennettyjen oppien tilalle tulivat esimerkiksi sosiaaliset ja psykologiset tieteet, ympäristöosaaminen ja laajennetut hoitokäytänteet. Nämä aiheuttivat kuitenkin pirstaloitumista sairaanhoitajien ammatillisessa identiteetissä, jonka vuoksi sairaanhoitajat alkoivat kehittää 1970-luvun alusta alkaen omaa, itsenäistä tieteenalaansa, muodostaen hoitotieteen. (Pakkasvirta, N. 2012, 3-6, 12)

1970-luvulta nykypäivään tultaessa ja erityisesti hoitotieteen kehittymisen myötä myös psykiatrinen hoitotyö on saanut vahvemman aseman ammatillisen koulutuksen keskuudessa. (Honkala ym. 1999, 12) Sairaanhoidajakoulutuksen muuttuminen ensin opistopohjaiseksi koulutukseksi ja myöhemmin ammattikorkeakoulutukseksi on mahdollistanut sen, että opintoihin on kyetty sisällyttämään monimuotoisempia psykologisia ja psykiatrisia oppikokonaisuuksia. Yliopistojen tehdessä laajempaa ja kehittyneempää tutkimusta ihmismielestä, on ihmismielen oireiluun ja hoitoon keskittyviä teorioita sekä hoitosuosituksia kyetty onnistuneesti tuomaan osaksi nykyaikaista hoitotyötä. Hoitotieteen kehittyessä näitä teorioita ja hoitosuosituksia on opittu yhä paremmin ja tehokkaammin soveltamaan ihmisen turvalliseen, ennaltaehkäisevään ja parantavaan hoitotyöhön. Tämän ansiosta psykiatrinen hoitotyö on saanut yhä ihmisläheisempää ja syvempää ulottuvuutta, tehden siitä arvokkaan suuntautumisvaihtoehdon. (Kanerva ym. 2010, 39-49)

Vuosituhannen vaihteen jälkeen mielenterveystyössä on otettu suuria harppauksia. Terveystieteiden ja korkeakoulutetut ammattihenkilöt yhdessä ovat olleet tärkeässä roolissa kehitettäessä mielenterveyden hoitoon tähtäviä hoitomenetelmiä jonka vuoksi erilaiset työmallit, kuten reflektiiviset ryhmät, työnohjaus, ratkaisu-, voimavara- ja asiakaskeskeiset menetelmät sekä erilaiset interventiot ovat saaneet alkunsa. (Kokko, S. 2004, 34-35)

2.2.1 Psykoterapeutti sairaanhoitajan vaihtoehtoisena jatkotutkintona

Psykoterapiaa on harjoitettu jo vuosisatojen ajan. 1800-luvun puolivälistä aina 1900-luvun alkuun asti psykoterapiaa harjoittivat useimmiten lääkärit, teologit ja filosofit. Tätä ennen kyseistä toimintaa ovat harjoittaneet esimerkiksi hengelliset johtajat ja filosofit. Terapia ei ole tuolloin ollut kuitenkaan ns. ”puhdasta” toimintaa, vaan terapiaa antaneiden henkilöiden toiminnoissa ja ajatuksissa saattoivat näkyä esimerkiksi oman uskonnon tai filosofisen maailmankatsomuksen luomat vivahteet. (Forsius, A. 2011)

Eryisesti 1900-luvun neljänneksellä, 1965-luvulta lähtien mielenterveystyössä on nähty suuria muutoksia ammatillisen kehittyneisyyden suhteen. Psykologian, lääke- ja kognitiotieteiden kehittyessä, tautiluokitusjärjestelmien laajentuessa ja uusien lääkevalmisteiden tullessa markkinoille myös potilasmäärät kasvoivat valtavasti. Ihmisissä alettiin tunnistaa entistä enemmän psykiatrista hoitoa vaativia sairaustiloja. Psykiatristen sairaanhoitajien työssä alettiin nähdä kuormittuneisuutta, joka johtui riittävän koulutuksen ja tiedon puutteesta, suurista potilasmääristä (jopa 30,000 psykiatrisen potilaan sairaalat Amerikoissa). Ennen kuolemaansa vuonna 1963, John F. Kennedy puuttui toimintaan lisäämällä sairaanhoitajien juridisia mahdollisuuksia antaa psykoterapiaa, neuvontaa, ohjausta sekä kirjoittaa reseptejä yksilöllisen osaamis- ja kokemustaan valossa. Näin potilasmäärät saatiin laskusuuntaan ja kalliita ylläpitokustannuksia nauttavia sairaaloita kyettiin sulkemaan pois tarpeettomina. Sairaaloiden ulkopuolella oleville potilaille järjestettiin ensimmäisiä avohoidon palveluita. (Barker, P. 2009, 441-445)

Vuonna 1973 American Nurses Association (ANA) räätälöi mielenterveystyötä ohjaavat laatuksiteerit, jotka vuonna 1975 otettiin käyttöön Amerikan hallituksen toimesta. Tämä tapahtuma vaikutti maailmanlaajuisesti ja erityisesti vuoden 1980 jälkeen myös Suomessa alettiin vastata muuntuneisiin ja kasvaneisiin mielenterveystyön tarpeisiin lisäämällä koulutusta sekä jakamalla hoitoyksiköitä. Lääkehoidon kehittyessä potilaat alkoivat pärjätä paremmin sairaaloiden ulkopuolella, jolloin kaikki mielenterveystaustaiset potilaat eivät enää sairaalahoitoja tarvinnut. ja jolloin myös tahdonvastainen hoito alkoi vähentyä. Lääkehoito on vaikuttanut myös laitospaikkojen vähentämiseen ja potilaiden hoitamiseen varsin laajastikin laitosten ulkopuolella. Avohoidon toteuttaminen vaatii usein kuntouttamista, sopeuttamista, sosiaalista ja taloudellista tukea, hoitomenetelmien jatkamista ja asiantuntijoiden seurantaa, joskus varsin runsaastikin. Avohoidon kehitys ei ole eri syistä vastannut kuitenkaan lisääntyntä tarvetta, ja – edelleen tänäkin päivänä – psykiatriassa hoitotilanne on monin paikoin hyvin vaikea. (Mortimer, B. & McGann. 2005, 91)

1990-luvun loppupuolella psykoterapia alkoi lisätä valtavasti suosiotaan, tullen jopa jonkinlaiseksi trendiksi tai hitti-ilmiöksi. Mielenterveyslain tulo Suomen lainsäädäntöön vuonna 1990 vaikutti vahvasti mielenterveystyön järjestämiseen ja johti siihen, että terapia-alan kentällä vallitsivat ”villit markkinat” jotka olivat seurausta siitä, että kyseistä hoitoa alettiin tarjota yhä matalammalla kynnyksillä mitä monituisimpiin elämäntilanteisiin ja haasteisiin. Pian ymmärrettiin kuitenkin, että psykoterapiakoulutusta ei valvo juuri kukaan ja että kentällä harjoitetun terapian tulokset ovat vaikeasti arvioitavissa, sillä psyykkistä ympäristöä nähtiin nyt kuormittamassa henkilökohtaisten, psyykkisten syiden lisäksi myös sosioekonomiset ongelmat, perhestruktuureissa tapahtuvat murenemat, epäsäännölliset elämäntavat, työolot sekä päihteet. (Majava, H. 2012, 160-163)

Näiden kahden vuosikymmenen aikana psykoterapeutin ammatista tulee varsinaisesti mahdollinen jatkotutkinto psykiatriaan suuntautuneille sairaanhoitajille myös Suomessa. Pohjakoulutukseksi kelpaa esimerkiksi lääketieteen lisensiaatti, psykologian maisteri, sosiaalityöntekijä, opistotason **psykiatrinen sairaanhoitaja** tai **sairaanhoitaja (AMK)**, johon on sisältynyt tai sisällytetään vähintään 30 opintopisteen laajuiset psykiatrian tai psykologian lisäopinnot. Lisäksi psykoterapiakoulutukseen edellytetään vähintään kahden vuoden työkokemusta, joka on hankittu valmistumisen jälkeen ja joka on kerääntynyt mielenterveystyön sektorilta. (Oulun yliopisto. Psykoterapeuttikoulutus. Viitattu 14.1.2018)

2.2.2 Sairaanhoitajataustaiset psykoterapeutit Suomessa

Kela on tehnyt Suomessa työskentelevistä psykoterapeuteista kaksi laajaa selvitystä vuosien 2009 ja 2015 välillä. Kyselyt suoritettiin lähettämällä valmiiksi laadittu kyselylomake kaikille tutkimushetkellä Terhikki-rekisterissä olleille, psykoterapeutin ammattinimikkeen saaneille ammattihenkilöille. Selvitysten pohjalta laadituista raporteista ja niiden liitteistä käy ilmi, että kyselylomakkeella on tiedusteltu esimerkiksi ammattihenkilön sukupuolta, psykoterapeutista suuntautumista tai erikoisosaamista, ikää sekä pohjakoulutusta. Lomakkeilla on tiedusteltu myös ammatti- ja kokemusvuosien määrää sekä asemaa työelämässä. (Valkonen, ym. 2011, 8-17)

Ensimmäisestä, vuonna 2009 tehdystä selvityksestä käy ilmi, että Suomessa on ollut Terhikki-rekisterin mukaan vuonna 2009 yhteensä 4909 psykoterapeuttia. Kyselytutkimus suoritettiin kahdessa osassa; ensimmäinen vaihe suoritettiin toukokuussa, jolloin rekisterissä olleista psykoterapeuteista kyselyyn vastasi selvityksen mukaan 2134 ammattilaista, vastausprosentin ollen 43,5%. Toinen vaihe suoritettiin lokakuussa, jolloin kaikille ensimmäisellä kierroksella

kyselyyn vastaamattomille lähetettiin uusintakysely. Kaiken kaikkiaan kyselyyn vastanneiden määrä nousi, jolloin kokonaisvastaajien määräksi saatiin 3170 psykoterapeuttia, vastausprosentin ollen lopulta 64,6%. Kaikista kyselyyn vastanneista kahdeksan vastaajaa jouduttiin jättämään tulosten ulkopuolelle, sillä näistä kahdeksasta kuuden psykoterapiaa kyselyhetkellä harjoittavan ammattilaisen ja kahden kyselyhetkellä psykoterapiaa harjoittamattoman vastaajan osalta tunnistenumeroa ei ollut tiedossa. Katoanalyysin jälkeen lopullinen vastaajien määrä jäi 3162 vastaajaan joka poikkeaa alkuperäisestä vastaajien määrästä kahdeksalla. (Valkonen, ym. 2011, 8-9)

Vastauksista kävi ilmi, että neljäsosa kyselyyn osallistuneista (n=815) eivät tuottaneet tutkimushetkellä psykoterapiapalveluita. Näiden henkilöiden vastaukset poistettiin analyysistä, pois lukien ne 17 vastaajaa, jotka ilmoittivat olevansa pois palveluntuottajien piiristä esimerkiksi virkavapaan, äitiysloman, hoitovapaan tai muun henkilökohtaisen syyn vuoksi, sillä heidän katsottiin olevan vain tilapäisesti pois töistä. Näiden lisäksi kuuden muun kyselyyn osallistuneen katsottiin lopettaneen psykoterapiapalveluiden tuottamisen jonka vuoksi myös näiden kyselyyn osallistuneiden vastaukset poistettiin analyysistä. Näin ollen aineistosta poistettiin yhteensä 804 ammattilaisen tiedot, jolloin lopullisena määränä tutkimuksessa otettiin huomioon tilastollisesti merkittävänä tutkimuskomponentteina yhteensä 2366 aktiivista toimijaa. Näistä aktiivisista psykoterapeuteista oli vastausten mukaan naisissukupuolen edustajia 78% ja kyselyyn vastanneiden keski-ikä 53 vuotta (vaihteluväli 30 – 86 vuotta). (Valkonen, ym. 2011, 9-11)

Katoanalyysiä varten rekisteristä valitut osajoukot	Naisia, lkm, %	Ikä		Psykoterapiakoulutus, lkm, %		
		Keski-arvo	Vaihteluväli	VET-koulutus	ET-koulutus	Muu
Kaikki rekisterissä olevat (n = 4 909)	3 840 78,2 %	54	28–91	808 16,5 %	3 691 75,2 %	410 8,4 %
Kaikki vastanneet (n = 3 162)	2 501 79,1 %	54,7	30–91	573 18,1 %	2 312 73,1 %	273 8,7 %
Rekisterissä olevat poislukien vastanneet ei-aktiiviset (n = 4 107)	3 192 77,7 %	53,1	28–86	715 17,4 %	3 109 75,7 %	283 6,9 %
Vastanneet aktiiviset (n = 2 360)	1 853 78,5 %	53,3	30–86	480 20,3 %	1 730 73,3 %	150 6,4 %

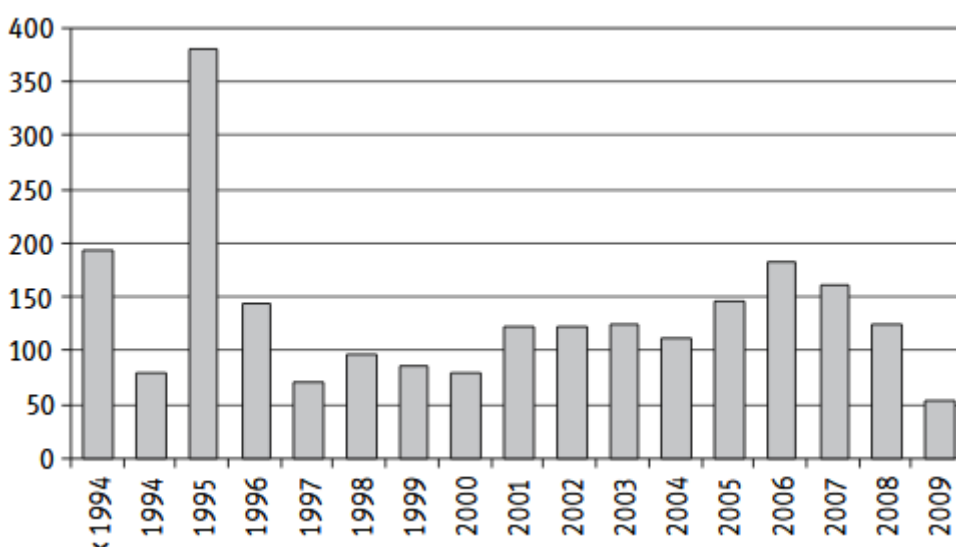
Taulukko 1: Valviran ammattirekisterissä olevat psykoterapeutti-ammattinimikkeen haltijat ja psykoterapeuttien koulutusasteet vuonna 2009 (vaativa erikoistaso VET, erikoistaso ET ja muu).

Muita tuloksista saatuja havaintoja olivat, että yleisin Suomessa toimivan psykoterapeutin pohjakoulutus oli psykologi. Sairaanhoidaja oli tutkimuksen mukaan toiseksi vahvin ja yleisin psykoterapeutin pohjakoulutus (taulukko 2).

Pohjakoulutus	Osuus kaikista, %	Naisia, %	Ikä, keskiarvo	Ikä, vaihteluväli
Psykologi (n = 787)	33,3	79,9	54,5	30–80
Sairaanhoidtaja (n = 622)	26,3	82,5	51,7	30–71
Lääkäri (n = 389)	16,4	71,7	54,5	34–86
Yhteiskuntatieteellinen tai sosiaali-alan koulutus ^a (n = 316)	13,4	82	52,2	30–70
Muu terveysalan koulutus ^a (n = 100)	4,2	69	50,9	34–69
Muu ^b (n = 138)	5,8	65,9	53,1	31–76
Kaikki (n = 2 366)	100 ^c	78,2	53,3	30–86

Taulukko 2: Psykoterapeuttien ikä ja sukupuoli kyselyyn vastanneiden perusteella.

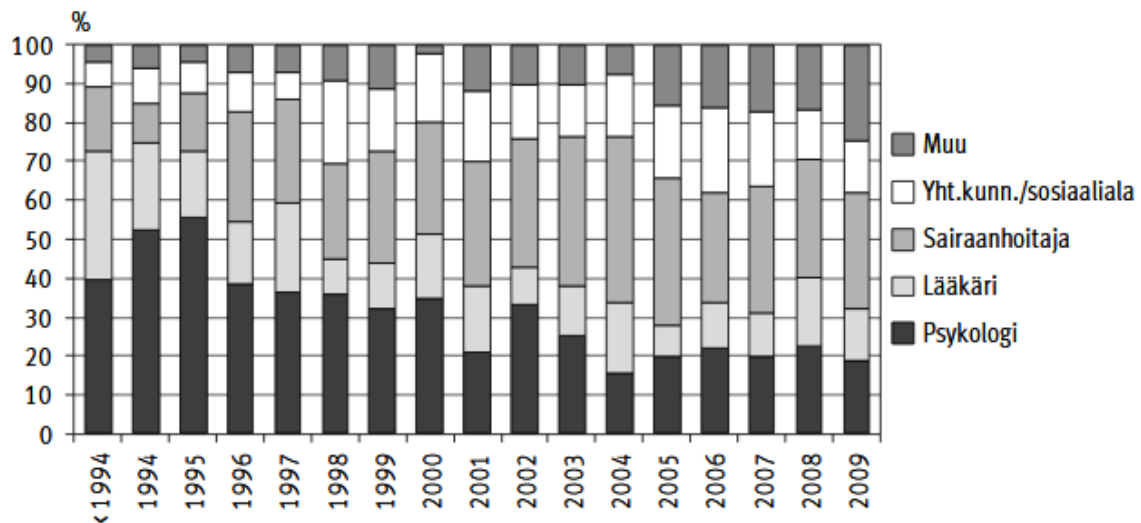
Näiden tulosten lisäksi selvityksen pohjalta todettiin, että psykoterapeutin ammattinimikkeen saadessaan vastaajat olivat olleet keskimäärin 44-vuotiaita. Eniten ammattinimikkeen käyttöön oikeuttaneita hakemuksia jätettiin vuonna 1995, jolloin uusi lakiasetus psykoterapeutin ammattinimikettä koskien otettiin ensimmäisen kerran käyttöön (kuvio 1). Tuon asetuksen myötä psykoterapiakoulutuksen rakenteelle ja siihen hakeutumiselle asetettiin tarkat, lainmukaiset määritelmät joita kyseisen koulutuksen tulee noudattaa kaikissa sen vaiheissa. On oletettavaa, että tuossa vaiheessa koulutukselle asetetut esivalintakriteerit, kuten esimerkiksi vaadittava työkokemus ja vaadittavat lisäopinnot psykoterapiakoulutukseen pääsemiseksi ovat helpottaneet ammattilaisten valmiuksia hakeutua psykoterapiakoulutukseen. Voikin olla, että nämä uudet, lakiin kirjatut psykoterapeuttina toimimisen edellytykset ovat selkeyttäneet koulutuksen esivalintakriteerejä ja vähentäneet hämmennystä niihin liittyen, jolloin ammattilaisten on ollut helpompaa peilata esivaatimuksia omaan pohja-ammattiinsa ja kertyneeseen työkokemukseen.



Kuvio 1: Psykoterapeutti-ammattinimikkeen käyttöoikeuden hakemisvuodet vastanneiden kesken.

Lähde: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/26519/Selosteita74.pdf?sequence=2>

Raportista käy ilmi myös, että sairaanhoitajan ammatti psykoterapeutin pohjatutkintona on kasvattanut suosiotaan sekä asemaansa vuosien varrella ja tullut nykytasolla jopa suosituimmaksi ja hyödynnetyimmäksi pohjakoulutukseksi psykoterapeutin ammattinimikkeelle (kuvio 2). Tämän vuoksi on perusteltua tarkastella myös tätä opinnäytetyötä sairaanhoitajien näkökulmasta, sillä on tilastojen valossa oletettavaa, että yhä useampi psykiatrinen sairaanhoitaja tai mielenterveys- ja päihdehoitotyön syventävät opinnot käynyt AMK-tason sairaanhoitaja tulee käymään jonkintasoisen psykoterapeuttisen koulutuksen tulevaisuudessa.



Kuvio 2: Kyselyyn vastanneiden pohjakoulutukset vuosittain vuosien 1994-2009 välillä.

Lähde: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/26519/Selosteita74.pdf?sequence=2>

Tämän vuonna 2009 tehdyn tutkimuksen jälkeen tehdyissä kahdessa muussa lisäselvityksessä psykoterapeuttien määrän on todettu kasvaneen entuudestaan. Keväällä 2010 Terhikki-rekisterissä oli 5 256 rekisteröitynyttä psykoterapeuttia (Henkilökuntarekisteri 68/2010) kun taas helmikuussa 2015 Terhikki-rekisterissä oli jo 6609 laillistettua psykoterapeuttia.

Tämän opinnäytetyön kannalta merkittäviä, näistä tutkimuksista saatavia huomioita ovat, että haastattelupohjaiseen tutkimukseeni valitsemieni psykoterapeuttien odotettavissa oleva ikä sijoittuu 45 – 55 ikävuoden välille ja suurella todennäköisyydellä haastateltavat ovat naisia. Tilastojen valossa näyttää siltä, että psykoterapeuttien ammattiryhmä muodostuu vahvasta naisemmistöstä ja että kyseiseen täydennyskoulutukseen hakeudutaan noin 10 – 15 vuotta pohjakoulutuksesta valmistumisen jälkeen, jolloin työperäistä kokemusta on ehtinyt kasaantua hyvin. Psykoterapeutin ammatti näyttää lisänneen suosiotaan vuonna 2009 tehdyn laajan selvityksen jälkeen.

Raportista saadaan selville myös, että kyselyyn vastanneiden kesken julkisen sektorin tai valtion palveluksessa työskenteli vastaushetkellä 47% vastaajista kun taas yksityisiä ammattinharjoittajia kyselyyn vastanneista oli 38%.

Työnantaja	Osuus kaikista ^a (n = 2 366)	Pohjakoulutus			
		Psyko- logi (n = 787)	Sairaan- hoitaja (n = 622)	Lääkäri (n = 389)	Muu (n = 554)
Valtio, kunta tai sairaanhoitopiiri	47,4	42,8	60,8	47,3	39,7
Itsenäinen ammattinharjoittaja	38,2	47,3	28,1	37,3	36,8
Muu työnantaja (esim. järjestö tai seurakunta)	9,8	6,2	8,7	5,1	19,1
Yksityinen yritys tai osuuskunta	9,3	9,1	8	11,6	9,6
Ei ole työssä tällä hetkellä ^b	0,6	1,1	0,5	0,3	0,2

Taulukko 5: Kyselyyn vastanneiden psykoterapeuttien työnantajat prosentuaalisesti.

Vaikka psykoterapeuttien määrä on kasvanut lineaaristi mielenterveyspalveluiden tarpeisiin nähden, niin psykoterapiaa päätoimenaan antavien ammattilaisten määrä voi todellisuudessa poiketa näistä lukemista, sillä kuntien ja sairaanhoitopiirien palveluksessa saattaa toimia psykoterapeutin ammattinimikkeen käyttöön oikeuttavan koulutuksen käyneitä ammattilaisia, jotka eivät kuitenkaan ole hakeneet ammattinimikkeen käyttöoikeutta. Näiden henkilöiden määrän uskotaan kuitenkin olevan vähäinen, jolloin voidaan puhua tilastollisesti marginaalista ryhmästä.

Palvelujen tuottamistapa	Osuus kaikis- ta	Pohjakoulutus ^a				Perhe- terapia	Koulutussuuntaus ^a		
		Psyko- logi (n = 787)	Sairaan- hoitaja (n = 622)	Lääkäri (n = 389)	Muu (n = 554)		Psyko- dynaa- minen terapia	Psyko- analyyt- tinen terapia	Kogni- tiivinen psyko- terapia
Ammatin- harjoittajana päätoimisesti	31,3	36,8	24,8	31,9	30,1	14,7	41,6	56,2	31
Ammatin- harjoittajana sivutoimisesti	23,9	25,4	20,7	27	22,9	18,7	25,2	19,8	31,8
Osana virka- tai työsuhteista työtä	29,6	22,4	38,1	28	32,3	50	17,7	11	20,9
Ammattinharjoit- tajana sivutoimi- sesti sekä osana virka- tai työsuh- teista työtä	12,8	13,1	13,7	11,8	12,1	14,5	14,1	11,2	14,1
Yhteensä	97,6^b	97,7	97,3	98,7	97,4	97,9	98,6	98,2	97,8

Taulukko 6: Kyselyyn vastanneiden psykoterapeuttien palveluiden tuottamistavat pohjakoulutuksen sekä psykoterapeuttisen suuntautumisen mukaan. Luvut prosentuaaleja.

2.2.3 Hoitotyön ammattikorkeakoulutus tänä päivänä

Nykyään sairaanhoitajakoulutus toteutetaan ammattikorkeakoulussa. Hoitotyön ammattikorkeakoulututkinnon voi Suomessa opiskella 22 eri ammattikorkeakoulussa. Tutkinnon ohjeellinen kesto on 3,5 vuotta tai 210 opintopistettä. Tutkintonimike hoitotyön ammattikorkeakouluopinnot suorittaneella henkilöllä on Sairaanhoitaja (AMK). Myös terveydenhoitajat, kättilöt ja ensihoitajat saavat sairaanhoitajan pätevyyden valmistuttuaan, sillä näihin ammatteihin tähtäävä opetus kestää hieman pidempään kuin sairaanhoitajien koulutusohjelma ja näiden ammattien runkokoulutuksena toimii sairaanhoitajan tutkinto. Sairaanhoitajakoulutusta säätelee kansainvälisen lainsäädännön ohella EU-direktiivi jonka vuoksi esimerkiksi Suomessa sairaanhoitajaksi opiskellut henkilö voi harjoittaa ammattiaan myös muissa Euroopan maissa. EU-direktiivin ansiosta sairaanhoitajakoulutus on yhteneväinen kaikkien EU-maiden kesken. (Sairaanhoitajat.fi. Opiskelu sairaanhoitajaksi. Haettu 9.3.2018.)

Ammattikorkeakoulut päättävät kukin omasta opetustarjonnastaan ja siitä, miten tutkinto-ohjelma rakentuu. Valtakunnallisesti on kuitenkin sovittu, että jokaisesta ammattikorkeakoulusta löytyy vähintään 180 opintopisteen verran yleispätevää pohjakoulutusta tuleville sairaanhoitajille. Lisäksi tutkintoon valitaan 30 opintopisteen verran syventävää osaamista jonka järjestämisestä, sisällöstä ja ajankohdasta vastaa koulu itse. Nykyaikaiseen sairaanhoitajakoulutukseen sisältyy opetusta mm. sisätauti-kirurgisesta hoitotyöstä, ikääntyneen hoitotyöstä, lapsen- ja perheen hoitotyöstä, akuuttihoitotyöstä sekä mielenterveys- ja päihdehoitotyöstä. Opinnot toteutetaan ammattikorkeakoulusta riippuen joko lähiopetuksena tai monimuoto-opetuksena. Näiden lisäksi koulutukseen sisältyy eri hoitotyön alueilla tapahtuvaa käytännön harjoittelua sekä laboraatioharjoittelua. Suomen ammattikorkeakouluista läheskään kaikki eivät järjestä erikseen syventäviä kursseja, vaan opiskelija voi esimerkiksi ylimääräisten harjoitteluiden kautta syventyä johonkin hoitotyön alueeseen, johon kokee mielenkiintoa. (Sairaanhoitajat.fi. Opiskelu sairaanhoitajaksi. Haettu 9.3.2018.)

Sairaanhoitajalta edellytetään moniulotteista osaamista. Sairaanhoitaja toteuttaa ja kehittää hoitotyötä, joka on samanaikaisesti terveyttä edistävää ja ylläpitävää, sairauksia ehkäisevää ja parantavaa sekä kuntouttavaa. Sairaanhoitaja toimii ammatissaan itsenäisesti hoitaessaan potilaita ja soveltaa hoidossaan ammatillisia tietojaan toteuttaessaan lääkehoitoa lääkärin antamien ohjeiden mukaisesti. (Sairaanhoitajat.fi. Opiskelu sairaanhoitajaksi. Haettu 9.3.2018.)

”Hoitotyön osaaminen edellyttää sairaanhoitajalta hoitotieteen, lääketieteen ja farmakologian, muiden terveystieteiden sekä yhteiskunta- ja käyttäytymistieteiden tuottaman tutkimustiedon hallintaa niin, että hän pystyy soveltamaan kyseistä tietoa käytännön tilanteisiin. Lisäksi sairaanhoitajana toimiessa tarvitaan vahvaa eettistä ja ammatillista päätöksentekotaitoa.” (Sairaanhoitajat.fi. Opiskelu sairaanhoitajaksi. Haettu 9.3.2018.)

Oulun ammattikorkeakoulussa on mahdollista valita hoitotyön opintojen loppuvaiheessa yhdeksi monista eri suuntautumsvaihtoehdoista mielenterveys- ja päihdehoitotyön syventävät opinnot. Oulun ammattikorkeakoulun opinto-oppaan 2017-2018 mukaan opintojen keskeisenä sisältöalueena ovat tietoiseen työskentelyyn ja hoitosuhdetyöskentelyyn tähtäävä osaaminen, mielenterveys- ja päihdehoitotyön arviointiin, ohjaukseen ja auttamismenetelmiin tutustuttaminen sekä tiimityöskentelyyn, kokemuksellisuuteen sekä dialogisuuteen perustuvien toimintamenetelmien hallinta. Näiden lisäksi yllä mainittuihin syventäviin opintoihin sisältyvät mielenterveys- ja päihdehoitotyötä ohjaavien lakien ja asetusten opiskelu, eettiseen työskentelyyn syventyminen sekä hoitotyön laadun tunteminen. (Oulun ammattikorkeakoulu, opinto-opas 2017-2018)

Mielenterveys- ja päihdehoitotyön syventävien opintojen aikana opiskelija syventyy erilaisiin mielenterveyden häiriöihin, päihdehäiriöihin sekä persoonallisuushäiriöihin, joiden arviointiin, hoitoon ja kuntoutukseen kyseiset opinnot tähtäävät. Esimerkkejä konkreettisista teemasisällöistä ovat dissosiaatio sekä siihen liittyvä dissosiativinen häiriö, eriaisteiset ahdistuneisuushäiriöt, psykoosit, mielialahäiriöt sekä traumaperäiset häiriöt ja traumaattinen kriisi. Syventyäkseen näihin entistä intensiivisemmin, opiskelija valitsee yhden kolmen opintopisteen laajuisen lääketieteen opintokokonaisuuden kahdesta vaihtoehdosta, jotka ovat päihdelääketiede ja psykiatria. (Oulun ammattikorkeakoulu, opinto-opas 2017-2018)

Kliinisen sisältöalueen ohella opiskelija osallistuu syventävissä opinnoissaan toiminnallisiin menetelmiin, joilla muun muassa yllä lueteltuja mielenterveyden häiriöitä yleisimmin hoidetaan nykyaikaisissa mielenterveys- ja päihdeyksiköissä sekä psykiatrisissa sairaaloissa. Näitä ovat esimerkiksi voimauttavat menetelmät, kuten ratkaisukeskeiset ja voimavarakeskeiset keskustelumuodot, supportiivinen työskentely, monisysteemiteoreettinen työskentely erityisesti päihdeasiakkaiden ja -perheiden kohdalla, reflektiivinen ryhmä ja reflektio yksilökeskusteluissa, tunne- ja voimavarakorttien sekä tulevaisuuden muistelu -harjoituksen käyttö sekä tutustuminen voimauttava valokuva -työskentelyyn. (Oulun ammattikorkeakoulu, opinto-opas 2017-2018)

Mielenterveys- ja päihdehoitotyön syventävien opintojen tavoitteena on, että tähän opintojaksoon suuntautuva opiskelija siihen kuuluvat aihesisällöt opiskeltuaan toimia psykiatrisen sairaanhoitajan toimenkuvaan kuuluvissa tehtävissä alan eri työsektoreilla. Oulun ammattikorkeakoulun opinto-opas 2017-2018 luettelee mielenterveys- ja päihdehoitotyön syventäviä opintoja suorittavalle opiskelijalle seuraavanlaiset osaamistavoitteet: ”Opiskelija suunnittelee, toteuttaa (tiedottaminen, dokumentointi) ja analysoi eri-ikäisen asiakkaan hoitoa huomioiden asiakkaan kokemuksen ja kokonaistilanteen. Opiskelija toteuttaa myös lääketieteellistä hoitoa. Hän osaa käyttää mielenterveys- ja päihdehoitotyön arviointi-, ohjauksen- ja auttamismenetelmiä. Opiskelija osaa toimia monialaisen työryhmän jäsenenä. Opiskelija arvioi ja kehittää hoitotyön laatua tutkitun tiedon, suositusten ja hyvien käytänteiden näkökulmasta. Opiskelija yhdistää sairaanhoitajien eettiset ohjeet, mielenterveystyöhön liittyvät lait, asetukset ja muut ohjeet omaan toimintaan.” (Oulun ammattikorkeakoulu, opinto-opas 2017-2018)

Opintojen tarkoituksena on tarjota syventävän vaiheen hoitotyön ammattikorkeakouluopiskelijalle valmiudet toimia valmistuttuaan hoitotyön ihanteita ja korkeita arvoja, eettisyyttä, monialaisuutta, kestävyyttä sekä yhteiskunnallisia odotuksia noudattaen mielenterveys-, päihdetyön ja psykiatrian alan eri työtehtävissä. Ajatuksena on, että opinnot käytyään sairaanhoitaja osaa kartoittaa hoitamansa potilaan tilannetta, voimavaroja, oireilua ja oireiden luonnetta sekä lähteä suunnittelemaan tehokasta ja eettisesti kestävästä hoitosta yhdessä moniammatillisen verkoston kanssa. Koska moniammatillisuus ja työryhmätyöskentely ovat merkittävä työskentelymuoto nykyisessä mielenterveys- ja päihdehoitotyössä, tulee sairaanhoitajan tuntee myös työryhmäprosessin vaiheet ja niiden eteneminen sekä työnohjaus ja tarvittaessa soveltaa osaamistaan taitoja myös oman työryhmänsä hyvinvoinnin sekä työssäjaksamisen eteen. (Helamo, I. 2008. 254-261)

Mielenterveys- ja päihdehoitotyön syventävät opinnot antavat opiskelijalleen valmiudet toimia oman alansa ammattilaisena ja hoitotyön asiantuntijana niin itsenäisenä ammatinharjoittajana kuin myös osana moniammatillista tiimiä. Hirschovits ym. toteavat teoksessaan *Tämä potilas kuuluu meille*, että ”hoitotyön koulutuksen tulee tarjota ammattilaiselle valmiudet hoivaavaan vuorovaikutussuhteeseen eli hoitosuhteen luomiseen, ylläpitämiseen ja sen päättämiseen.” (Hirschovits ym, 2008. 83) Verrattaessa nykyisten mielenterveys- ja päihdehoitotyön syventävien opintojen teema-alueita ja sisältöjä kokonaisvaltaisesti näihin tarpeellisiin taitovaatimuksiin, voidaan niiden todeta täyttävän nämä kriteerit hyvin.

Hoitosuhtedetyöskentely edellyttää harjoittajaltaan kehittyntä empaattisuutta, hoitosuhteen psykodynaamisten ilmiöiden tunnistamista ja hoidollisen etäisyyden eli emotionaalisen distanssin säätelykykyä. Näitä havaintoja tehdäkseen, ammattilaisen tulee osata hyödyntää omaa minää osana tietoista työskentelyä. (Kivistö ym, 2008. 96-97)

Vuorovaikutukseen perustuvan hoitosuhteen ja edelleen psykoterapian osaamisalueen hallitseminen vaatii sairaanhoitajalta oman persoonan ja ammatillisen identiteetin kehitysvaiheiden tunnistamista, havainnointikykyä sekä seuraamista. Mielenterveys- ja päihdehoitotyön opinnot toimivat useimmille itsetuntemuksen ja oman minän tietoisuuden kasvuprosessin alkuunpanijana, joka omalta osaltaan vaatii opintoihin syventyvältä opiskelijalta myös sitoutumista ja suostumista omien voimavarojen tunnistamiseen sekä oman toiminnan jatkuvaan arviointiin. (Havio, M. 2008, 84)

Tämä prosessi on alkamisestaan koko loppuelämänkaaren kattava tapahtuma, joka on merkittävä eli essentiaalinen faktori huolehdittaessa omasta työvälisestä eli omasta persoonasta. Omasta persoonasta huolehtiminen tarkoittaa tarkemmin omien voimavarojen ylläpitämistä ja jatkuvaa huoltamista, omista rajoista kiinni pitämistä sekä omasta psyykkisestä palautumiskyvystä eli resilienssistä huolehtimista. Näihin asioihin tulee paneutua jo opintojen aikana jotta oman persoonan käyttö työvälisenä tulisi tutuksi tulevalle ammattilaiselle. Hoitosuhdeosaaminen ei ole välttämätöntä vain psykoterapiassa, vaan kaikilla hoitotyön tapahtumakentillä aina äitiysneuvolasta vanhustenhoitolaitokseen. (Havio, M. 2008. 84)

Mielenterveys- ja päihdehoitotyön opinnot toimivat porttina korostuneen itsetuntemuksen, minän tietoisuuden käytön, aktiivisen kuuntelun sekä voimavaratietoisuuden maailmaan. Opinnot voivat parhaimmillaan antaa välineitä työstää omaa toimintaa myös opintomaailman sekä työelämän ulkopuolella omassa perhe- ja ystävyys-suhteissa ja käynnistää täten oman henkisen kasvun ja ihmisenä kehittymisen prosessin. Tämä prosessi voi olla myös varjostava asia, mutta erityisesti sen nähdään olevan kuitenkin positiivinen tapahtuma. Sen alettua tuleva ammattilainen oppii pysähtymään oman elämänsä äärelle ja tarkastelemaan sitä lempeällä tavalla, mutta kuitenkin terveen kriittisesti. Omasta elämästä voi avautua uusia mahdollisuuksia, uusia ulottuvuuksia ja täysin uusia voimavaroja. Korostuneen itsetietoisuuden kautta oma tunne-elämä voi intensivoitua jolloin tunteet muodostuvat elämän rikkaudeksi uudella tavalla. (Agge ym. 2008, 262-264)

Edellä mainittujen valmiuksien oppiminen vie kuitenkin paljon aikaa. Havio kritisoi teoksessa *Tämä potilas kuuluu meille*, että mielenterveys- ja päihdeopintojen mainitseminen opetussuunnitelmissa ei riitä käynnistämään tätä prosessia. Hän kritisoi myös kyseisille opinnoille varattua, ajallisesti lyhyeksi jäävää aikaa opintojen lopulla, todeten että puolentoista kuukauden mittaiset opinnot koko kolmen ja puolen vuoden mittaisessa opetusohjelmassa eivät riitä takaamaan näiden taitojen kehittymistä. (Havio, M. 2008. 84.)

Mielenterveys- ja päihdehoitotyön opintojen tulee kestää ajallisesti riittävän kauan, jotta oma henkilökohtainen kasvu alalle ja syventyminen alan vaatimiin vaatimuksiin pääsee käynnistymään kunnolla. Suositeltava kesto työnohjaajien mukaan on noin yksi vuosi. Kirjallisuudessa todetaan, että mielenterveystyössä ja siihen liittyvissä käytännön harjoitteluissa kohdatut vuorovaikutustilanteet potilaiden ja muiden yhteistyökumppaneiden kanssa alkavat tuottaa oman olemuksen, haastavien kokemusten ja omien vuorovaikutusominaisuuksien tietoista työstämistä vasta sairaanhoitajaopintojen loppuvaiheessa. (Holmberg, J. 2008. 91) Näissä hetkissä on suositeltavaa pysähtyä harjoittelun ohjaajien, mahdollisten mentoreiden sekä ohjaavan opettajan kanssa pohtimaan opiskelijan kokemuksia, jotta opiskelija saisi mahdollisimman varhaisessa vaiheessa työkaluja työstää omaa minuuttaan jatkossa.

Reflektiivisen ryhmäkeskustelun avulla opiskelija tutustuu myös psykiatriseen hoitoyhteisöön, joka parhaimmillaan kantaa, kehittää ja tukee myös yksittäistä työntekijää riippumatta työotteesta. (Kivistö, S. 2008. 73), (Kiviniemi, ym. 2007. 103-104) On kuitenkin huomioitava, että yhteiskunnan muuttuessa yhä avohoitopainotteisemmaksi, jää työntekijä helpommin ja useammin yksin tekemään vaativaa työtä vastaanottopohjaisessa hoitojärjestelmässä minimoiduilla resursseilla vaikean kansantaloustilanteen vuoksi. (Havio, M. 2008. 91) Nuori, vastavalmistunut sairaanhoitaja voi kokea uransa alulla paljon yllättäviä ja murskaavia kokemuksia, jotka voivat vaikuttaa omaan työssäjaksamiseen varjostavasti. (Galvin, J. 2015. 19-22) Tämän vuoksi on perusteltua väittää, että opiskelijan reflektiivisiin taitoihin sekä tietoisuustaitoihin tulee kiinnittää huomiota jo hyvissä ajoin opintojen aikana, jotta opiskelijalla olisi käytössään perustyökaluja oman jaksamisensa työstämiseksi ja jotta opiskelija osaa käytännön harjoitteluissaan ja siirtyessään työelämään ohjautua muiden työntekijöiden avun ja tuen piiriin vaikeiden kokemusten kanssa sekä käsitellä niitä häpeilemättä.

3 PSYKOTERAPEUTTINEN TYÖSKENTELY

Mielenterveyspalveluiden järjestäminen on Suomessa kuntien vastuulla. Mielenterveyspalveluista säädetään sekä Terveydenhuoltolaissa (1326/2010) että myös Mielenterveyslaissa (1116/1990), jossa sanotaan 3 §:n 1 ja 2 momenttien kohdalla seuraavaa: ”Kunnan tulee huolehtia alueellaan tässä laissa tarkoitettujen mielenterveyspalvelujen järjestämisestä osana kansanterveystyötä siten kuin terveydenhuoltolaissa (1326/2010) säädetään ja osana sosiaalihuoltoa siten kuin sosiaalihuoltolaissa (710/1982) säädetään.” (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116)

”Erikoissairaanhoitolaissa (1062/1989) tarkoitetun sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tulee huolehtia erikoissairaanhoitona annettavista mielenterveyspalveluista alueellaan siten kuin terveydenhuoltolaissa ja tässä laissa säädetään. Palveluita järjestetään sekä avohoidon että erikoissairaanhoidon muodoissa.” (Finlex) Uudessa hallitusohjelmassa sekä sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiassa painotetaan, että mielenterveyslakia uudistettaisiin. Hallitusohjelman suurimpana toiminta-ajatuksena on, että mielenterveys- ja päihdepalveluiden saatavuutta parannetaan vuoteen 2019 mennessä. Tätä on lähestytty mm. lisäämällä psykoterapeuttikoulutusta Suomessa. (Malmi, ym. 2015, 137-140)

3.1 Psykoterapia

Psykoterapia on yksi keskeisimmistä mielenterveyden hoitoon ja kuntoutukseen liittyvistä vuorovaikutukseen perustuvista hoitomenetelmistä, jonka on kansainvälisissä tutkimuksissa todettu olevan hyvin kustannustehokasta ja vaikuttavaa hoitoa. Suomen Mielenterveystalo määrittelee sen tavoitteelliseksi ja jäsennellyksi vuorovaikutukselliseksi prosessiksi, jonka avulla pyritään psykologisin keinoin poistamaan tai lieventämään mielenterveydellisiä ongelmia ja niistä aiheutuvaa oireilua. Se pohjautuu vakiintuneeseen ja koeteltuun psykologiseen tietopohjaan ja sen puitteet määritellään hoitosopimuksessa. (Lönqvist ym. 2014, 762-763)

Psykoterapiassa vaikeita ja painavia asioita käsitellään pääsääntöisesti keskustelun avulla. Työvälineinä psykoterapiassa voidaan kuitenkin hyödyntää perinteisen keskustelun ohella ja sen tukena myös ääntä tai musiikkia, taidetta, liikettä, valokuvia, kuvakortteja sekä erilaisia harjoituksia. Psykoterapia itsessään on yläkäsite, jonka alle nivoutuu useita eri viitekehyksillä ja taustateorioilla varustettuja terapiasuuntauksia. Näistä suuntauksista riippuen työ- ja lähestymismallit vaihtelevat,

jonka vuoksi yhtä oikeaa tapaa harjoittaa psykoterapiaa ei siis ole. Tieteellisten tutkimusten mukaan psykoterapeutin koulukunnalla tai suuntautumisella ei ole merkittävää vaikutusta hoidon vaikuttavuuteen, mutta eri elämäntilanteissa olevat ja eri taustoista tulevat asiakkaat voivat kuitenkin hyötyä eri psykoterapiasuuntauksista eri tavoin. Kaikki riippuu asiakkaan tarpeista ja vuorovaikutussuhteen toimivuudesta. On myös todettava, että psykoterapeuttinen työskentely tapahtuu äärimmäisen harvoin vain yhden koulukunnan sanelemissa opeissa, sillä psykoterapiassa yhdistellään sujuvasti eri näkemyksiä ja teorioita. (Lönqvist ym. 2014, 768-771)

Psykoterapeuttisen hoidon tavoitteena on useimmiten muutos, josta sovitaan yhdessä asiakkaan kanssa luotaessa tavoitteita hoidolle uuden psykoterapiasuhteen alkaessa. Aina näin ei kuitenkaan ole, sillä vaikeimmissa ja pitkäkestoisimmissä tapauksissa hoidon tavoitteena voi olla asiakkaan voinnin ylläpito ja vakauttaminen sekä lisäoireilun vähentäminen varsinaisen oireilun poistamisen sijaan. Hoidon vaikuttavuudessa keskeisintä on hoitavan psykoterapeutin ja asiakkaan välisen vuorovaikutussuhteen sujuvuus ongelmitta, sillä terapeutin ja asiakkaan välille rakentuva luottamuksellinen yhteistyösuhde, terapeuttinen allianssi, on onnistuneen ja toimivan hoidon avain. Jotta asiakas uskaltaisi tuoda terapiaan kipeitä ongelmakohtia ja hankaliakin tunne- ja ajatusrakennelmia, tulee hänen tuntee olonsa kuulluksi, hyväksytyksi, ymmärretyksi ja sallituksi. (Pulkkinen ym. 2010. 15-18) & (Kuhanen ym. 2010. 155-161)

Yleisemmin tunnettuja psykoterapiaan liittyviä teoreettisia viitekehyksiä ovat kognitiivinen psykoterapia, jonka tarkoituksena on tutkia ja hoitaa epätarkoituksenmukaisia ja hyvinvointia rajoittavia ajatusrakennelmia ja opetella näiden tilalle terveempiä ja uusia toimintamalleja, psykodynaaminen eli psykoanalyttinen psykoterapia, joka pureutuu ihmisen menneisyyteen ja siihen, kuinka ihmisen menneisyys ja varhaislapsuuden tapahtumat vaikuttavat nykyhetken mielen tiedostamattomalla tasolla, traumapsykoterapia, joka on suunnattu spesifisesti psyykkisten traumojen hoitoon ja jonka teoreettinen tausta on voimakkaasti persoonan rakenteellisessa dissosiaatioteoriassa, ratkaisukeskeinen psykoterapia, jossa tavoitteena on asiakkaan voimavarojen vahvistaminen ja tulevaisuusvision ylläpitäminen ratkaisujen etsinnän ja välitavoitteiden avulla sekä psykoanalyysi eli paljastava psykoterapian muoto, jonka vahvuutena on ihmismielen tiedostamattomien prosessien tekeminen näkyväksi asiakkaalle. Näiden lisäksi psykoterapioissa nähdään muitakin suuntauksia, jotka ovat iältään nuorempia ja uudempia kuin klassiset viitekehykset. Näitä ovat esimerkiksi pari- ja perheterapia, seksuaaliterapia, musiikki- ja tanssiterapia sekä taideterapia. (Henriksson ym. 2014, 772-812)

3.2 Vaativa psykoterapiatyö

Psykoterapiaa harjoitetaan jatkuvassa vuorovaikutuksessa omaa minuutta ja persoonaa hyödyntäen, jotka toimivat psykoterapiasuhteen tärkeimpinä työkaluina. (Huttunen ym, 2015. 40). Psykologisessa, vuorovaikutukseen perustuvassa hoitotyössä minuuden mahdollisuudet sekä rajat ovat jatkuvasti läsnä asiakas- ja työyhteisössä. Terapeuttinen työskentely tarjoaa parhaimmillaan älyllisiä, emotionaalisia ja hengellisiä haasteita ja antaa samalla mahdollisuuden henkilökohtaiseen kasvuun, arvostukseen ja kohtuulliseen toimeentuloon. (Baker, E. 2005, 11.) Terapeuttinen työ vaatii harjoittajaltaan paljon, sillä terapeutin tulee kyetä tarkkailemaan omia toimintamallejaan, omia reaktioitaan, omia ajattelutapojaan sekä omia asenteitaan ja niiden käyttäytymistä. Samalla hänen tulee kyetä tarkkailemaan asiakkaassaan tapahtuvia prosesseja ja reaktioita, ajattelutapoja, asenteita ja käyttäytymiskaavoja. Näiden lisäksi hän on vastuussa hoitosuhteen etenemisestä ja siinä tapahtuvien vaiheiden, kuten transferenssin eli tunteensiirron esiintymisestä ja sen hallitsemisesta. Psykoterapiaa harjoittavan ammattilaisen tietoisuus itsestään nähdään yhtenä niistä tekijöistä, joilla katsotaan olevan merkittävä lineaarinen yhteys psykoterapian tehokkuuteen ja vaikuttavuuteen. (Baker, E. 2005. 22). Psykoterapeutti ei vastuustaan huolimatta toimi koskaan jalustalta käsin tietäjän roolissa, vaan jakaa ammattilaisena samat ihmisenä olemisen tuskat kuin asiakkaansakin.

Näiden lisäksi psykoterapeutin tulee pohtia asiakkaansa vastaanottokykyä eri tilanteissa, jotta osaisi sanoittaa ajatuksensa helposti vastaanotettavaan muotoon. Kiihtyneessä tunnetilassa terapiaistunnolle tuleva henkilö voi ärtyä lisää ja muuttua defensiiviseksi, mikäli terapeutin tapa sanoittaa omia ajatuksiaan ei ole huoliteltu. (Kallio ym. 2013, 91-92) Suurta surua kokeva asiakas taas voi kokea terapeutin runsasanaisuuden ja optimismin ahdistavana ja tukahduttavana. Näistä jälkimmäinen skenaario voi johtaa siihen, että asiakas saattaa vetäytyä suojaan. Tämän vuoksi tällaisessa tilanteessa vähäsanainen mutta läsnäoleva työskentely voi tuottaa toivotumman tuloksen. Asiakas saa tällöin tunteen siitä, että hän on tullut kuulluksi ja että hänelle on annettu tilaa. (Holmberg ym. 2008, 174-180).

Psykoterapia ei ole sisällöllisesti eikä laadultaan pelkkää ohjeistamista tai neuvonantoa, kuten usein saatetaan luulla. Niin sanottu ”pään silittely” tai valmiiden vastausten tarjoaminen psykoterapiassa voi johtaa helposti siihen, että terapiaa saavasta asiakkaasta tulee auttajastaan riippuvainen. (Huttunen ym. 2015, 382) Riippuvaisuus näkyy esimerkiksi kyvyttömyytenä tehdä omia, henkilökohtaisia tarpeita täyttäviä päätöksiä arjessa ja edelleen terapiaistuntojen välissä. On

tavallista, että konkreettista apua etsivä henkilö pettyy ymmärrettyään tämän ja hylkää terapiasuhteen. Tästä johtuen on äärimmäisen tärkeää, että ammattilainen osaa asettaa rajat antamalleen hoidolle ja osaa pysyä terapiasopimuksen sanelemissa puitteissa, osaa tarkkailla omaa sekä asiakkaan toimintaa, osaa olla herkkä asiakkaassaan tapahtuville olotilojen muutoksille ja osaa mukautua vaihteleviin tilanteisiin niiden vaatimalla tavalla – kuitenkin omaa rooliaan unohtamatta. (Kiviniemi ym. 2007, 111-113) Näin molemmat osapuolet voivat säilyttää yhteisymmärryksen työskentelyn tavoitteista, jolloin myös riski terapiasuhteen yhtäkkiseen katkeamiseen pienenee.

Terapiatyö tarjoaa harjoittajalleen mahdollisuuden jatkuvaan itsen kehittämiseen. Psykoterapiassa kohdataan hyvin vaikeita ja painavia elämäntilanteita, joihin liittyy aina kuormittavia ja varjostavia käännteitä. Toimiessaan erilaisten ja vaihtelevien elämäntilanteiden kanssa, psykoterapeutilla on mahdollisuus pysähtyä myös oman elämänsä äärelle. (Estola, ym. 2007, 42) Asiakas voi herättää auttajassaan aivan uudenlaisia näkökulmia ja havaintoja, joita edes auttaja itse ei välttämättä ole osannut ajatella. Toisaalta terapeutti valaisee myös asiakkaan mielen sisältöjä. Asiakas tuo hoitosuhteeseen oman tarinansa, omat voimavaransa sekä omat tarpeensa, psykoterapeutti taas tuo oman kokemuksensa, tietonsa ja taitonsa. (Kiviniemi, ym. 2007, 60) Parhaimmillaan onnistunut terapiatyö on yhdessä oppimista, yhdessä oivaltamista ja uuden kokeilemistä. Terapia-asiakkaat ovat kaikki erilaisia persoonia, jonka vuoksi lähtökohtaisesti yhtä oikeaa tapaa kohdata ihminen ei ole. Työskentelymalleja sovelletaan aina tapauskohtaisesti. Jokainen on temperamentiltaan erilainen ja tämän vuoksi sekä auttajan että autettavan temperamentit joko helpottavat yhteistyötä tai vaikeuttavat sitä. Kokemuksien karttuminen työhistorian kasvamisen myötä on osa kokonaisvaltaista oppimista, mutta se yksistään ei vielä takaa osaamista. Oman minuuden rajat tulevat vastaan silloin, kun terapiasuhteessa koetaan laajastakin kokemuksen ja tiedon määrästä huolimatta tappioita. (Lehtovuori, P. 2012, 151-152) Tällöin terapeutti on kasvokkain oman inhimillisyytensä kanssa; myös minä voin erehtyä, olla väärässä ja tuntea osaamattomuutta.

3.3 Työvälineenä oma persoona

”Kuka minä olen?” on kysymys, johon jokainen yksilö etsii vastausta koko elämänsä ajan. Puhuttaessa persoonan käyttämisestä työvälineenä, puhutaan psykologiassa usein minästä. Minä on persoonallisuus juuri sellaisena, jollaisena se itse nähdään ja koetaan. Minuus todentuu vuorovaikutuksessa toisten ihmisten kanssa, jolloin jokainen kohtaaminen on uusi osa minuuden rakentumisessa. Jokaisen ihmisen minä sisältää elämän varrella kertynyttä menneisyyttä,

nykyisyyttä sekä toiveiden ja unelmien muodossa piirtyvää tulevaisuutta. Näiden lisäksi minä sisältää kaikki ne tietoiset ja tiedostamattomat psyyken rakenteet, kuten tunteet, ajatukset, kokemukset, taidot ja arvot, jotka ovat minää muovanneet. Psykoterapiassa keskeisenä työvälineenä on psykoterapeutti itse eli terapeutin minä. Kaikki edellä mainitut kokonaisuudet ovat myös niitä osia, joista ammattilainen omaa osaamistaan ja näkökulmaansa ammentaa. Persoonan käyttö työvälineenä on aina raskasta ja vaativaa. Toimiessaan omasta persoonastaan käsin terapeutti on jatkuvassa kosketuksessa omien vahvuuksien, mutta myös omien kipupisteidensä kanssa. Tämän vuoksi omasta minuudesta käsin työskentelemiseen liittyy aina sekä voimia kuluttavia tekijöitä, että voimaantumisen lähteinä toimivia tekijöitä. (Pulkkinen, ym. 2010, 11-12)

Kirjallisuudessa minuuden hyödyntämisen taustalla nähdään keskeisenä toiminta-ajatuksena minän tietoinen käyttö. Minän tietoisella käytöllä tarkoitetaan jatkuvaa, herkkyyteen ja rehellisyyteen pohjautuvaa itsetutkiskelua ja itsen havainnointia lempeästi ja objektiivisesti niiltä osin, kuin se on ammatillisesti mahdollista. Jotta oman persoonan käyttö työvälineenä tulisi mahdolliseksi, tulee psykoterapiaa harjoittavan ammattilaisen siis tuntea oma persoonallisuutensa. Toimiessaan tietoisesti ammattilainen havainnoi omassa itsessään tapahtuvia mielenliikkeitä ikään kuin "toisesta persoonasta" käsin, mutta samalla kuitenkin omassa päällimmäisessä minuudessaan pysyen. Havainnoimalla näitä tunteita terapeutin on mahdollista hallita niitä ja valvoa niiden käyttäytymistä omassa minuudessa. Tällöin ne eivät pääse hallitsemattomina ulos jolloin ne voisivat kontrolloimattomina vaurioittaa asiakasta, vaan ne toimivat tienviittoina ja punaisina lankoina hoidon eri vaiheissa. Tämän ohella ne saavat myös sopivassa suhteessa vapautta ja liikkumatilaa, jolloin terapeutti ei myöskään kahlitse itseään sisäisesti vaan säilyttää oman inhimillisyytensä. Hallinnan avulla terapeutti voi ammentaa lisää välineitä omaan työskentelyynsä ja havainnoida, onko terapisuhteessa saavuttu kenties läpimurron tai jonkinlaisen ydinvastauksen löytymisen äärelle. Terapeutin oma tietoisuus vastatunteistaan auttaa terapeuttia ylläpitämään autonomiaa hoitosuhteessa. (Kiviniemi, ym. 2007, 15-20) & (Baker, E. 2005, 130-135)

3.3.1 Vastatunteet

Psykoterapian perusasetelmana on kirjallisuuden mukaan lähes aina rinnakkain kulkeva tunnepari: pelko ja toivo. Asiakas pelkää ja toivoo, että hänet tavoitetaan. Hän toivoo, että terapeutti tavoittaisi hänet juuri sen oven takaa, jonka avaamista hän samalla myös eniten pelkää ja vastustaa. Vastatunteilla tarkoitetaan asiakkaan terapeutissa herättämiä tunnevasteita, jotka saavat alkunsa aivoissa sijaitsevista peilisoluista. (Heinonen, E. 2014, 20-28) Psykoterapeutissa heräävät

ajatukset, tunnetilat ja mielikuvat ovat näin ollen kiinteä osa hoitoa. Esimerkiksi masennuksensa kieltävä tai torjuva asiakas voi herättää terapeutissa depressiivisiä tunteita tai mielikuvia. Kokonaisvaltaista tunnetta siitä, että työskentely ei etene. (Eloranta, M-L. 2012.) Tietoisien työskentelyn ja hallinnan avulla terapeutti voi ammentaa lisää välineitä omaan työskentelyynsä ja havainnoida, onko vastustus terapisuhteessa merkki siitä, että on saavuttu kenties läpimurron tai jonkinlaisen ydinvastauksen löytymisen äärelle vai että onko kieltäytymisen taustalla todellisuudessa muuta. Observoidessaan eli tarkkaillaessaan ja empaattisesti myötäeläessään terapeutti paitsi altistaa itsensä sijaistraumatisoitumiselle, hän myös vertaa rakentamiaan päätelmiä olemassa olevaan tietoon. Tällöin terapeutti kykenee rakentamaan itselleen alustavan testauspohjan potilaan häiriölle. (Barret ym. 2008, 251)

Objektiiviset päätelmät ja vertauspohjat, joiden yksi osa vastatunteet ovat, perustuvat rationaaliin eli älyllisiin vastatunteisiin joita nimitetään myös täydentäviksi vastatunteiksi. Täydentävät vastatunteet ovat potilaan kertomiin objekteihin eli tarinan osiin vastaavia tunteita, jotka antavat terapeutille tietoa potilaan sisäisestä maailmasta sekä sen rakenteista. Esimerkiksi varhaisen vuorovaikutuksen vääristymät sekä potilaan psyykkisen rakentumisen pysähtymät ovat tyypillisimpiä esimerkkejä potilaan terapeutissa herättämisestä täydentävistä vastatunteista. Potilas herättää terapeutissaan aina myös tunnepohjaisia vastatunteita joita terapeutti käyttää potilaansa syvempään ymmärtämiseen. Tunnevasteiden eli objektia etsivien empaattisten vasteiden tarkoitus on tunnepitoisen kokemuksen jakaminen yhdessä potilaan kanssa. Tämä jakaminen synnyttää yhteistyösuhteessa validaatiota eli potilaan kokemusta ymmärretyksi, sallituksi, nähdyksi ja kuulluksi tulemisesta. Potilas voi näin kokea, että hänen tunteensa ja ajatuksensa ovat inhimillisiä ja arvokkaita. Validatio auttaa rakentamaan turvallista ilmapiiriä, vähentämään psykiatrisia oireita kuten aggressioita, välinpitämättömyyttä ja potilaan ärtyneisyyttä sekä vahvistamaan luottamusta eli allianssia. (Lönqvist ym. 2014, 776-777) & (Eloranta, M-L. 2012)

Tutkimusten mukaan psykoterapeutin kiintymyssuhteella on merkitystä terapeutin vuorovaikutussuhteen syntyemisessä. Terapeutti, jolla on turvallinen kiintymyssuhde, on avoimempi ja joustavampi havaitsemaan ja kohtaamaan asiakkaidensa erilaisia kiintymyssuhteita. Turvallisen kiintymyssuhteen onnistuneesti omassa lapsuudessaan luoneet terapeutit ovat turvottomasti kiintyneitä terapeutteja kyvykkäämpiä kuulemaan ja vastaamaan välttelevien potilaiden riippuvuustarpeisiin. Tällöin myös heidän vastatunteensa ovat vähemmän haavoittuvia ja vähemmän loukattavissa. Turvallisesti kiintyneet terapeutit kykenevät myös työstämään turvottomasti kiintyneiden yksilöiden avointa vaatavuutta ja riippuvuutta paremmin, kuin

turvottomasti kiintyneet terapeutit. Turvottomasti kiintyneiden terapeuttien on todettu tulevan hämmentyneiksi tällaisten potilaiden kanssa ja vastaavan mielummin potilaiden esillä oleviin kuin kätkeytyihin tarpeisiin. Turvallisesti kiintyneet terapeutit vastaavat todennäköisemmin tarpeiden ja riippuvuuksien vähemmän suoriin ja syvällisempiin ilmenemismuotoihin. (O'Connel ym. 2015.)

Terapiaa harjoittavan ammattilaisen oma sisäinen puhe on tärkeää, jotta ammattilainen osaa "lukea" asiakastaan. Erityisesti tämä korostuu silloin, kun psykoterapeutti havainnoi millä kehitystasella hänen asiakkaansa on ja mistä kehitystasosta käsin hänen asiakkaansa ajattelee, tuntee ja toimii. On tärkeää kuunnella myös sitä, mitä potilas ei sano. Oman sisäisen äänen kuuntelu auttaa terapeuttia ymmärtämään ja kuuntelemaan potilasta. Terapeutin itsessään kokeman vastatunteen avulla potilaan sanattomat viestit tulevat esille, mahdollistaen terapeutin ja potilaan keskinäisen kohtaamisen. Terapeutin omat reaktiot ovat usein jopa ainoa avain potilaan ymmärtämiseen. Esimerkiksi käsiteltäessä pakko-oireisen potilaan ahdistusta voi terapeutissa alkaa viritä myös samaa ahdistuneisuutta, joka taas käynnistää terapeutissa varhaisten suojausmekanismien toimintaa. Näiden mekanismien aktivoituessa, ahdistuksen generoituessa alitajunnasta ja näitä molempia havainnoitaessa minän tietoisien työskentelyn avulla voi terapeutti saada runsaasti tietoa potilaan tuntemasta ahdistuksesta ja niistä suojausmekanismeista, joita potilas ei välttämättä toiminnassaan tiedosta. (Tay, L. & Diener, E. 2011, 354-356)

3.3.2 Psykoterapeuttinen prosessi ja allianssi

Toimiva psykoterapeuttinen suhde rakentuu luottamukselle. Jotta prosessi pääsisi hyvin käyntiin, tulee asiakkaan tuntea luottamusta häntä hoitavaa terapeuttia kohtaan. Terapeuttinen allianssi on yhteistyösuhde, jolla tarkoitetaan terapeutin ja asiakkaan liittoutumista yhteistä tavoitetta varten. (Schubert ym. 2010, 155) Kun molemmat hyväksyvät käytettävät hoitomenetelmät, hoidon tavoitteet, kuntoutustehtävät, työskentelytavat ja kun molemmat löytävät tunneyhteyden, vahvistuvat luottamus sekä allianssi. Tutkimusten mukaan luottamukselle rakentunut, toimiva terapeuttinen allianssi lisää adherenssia eli hoitoon kiinnittymistä joka taas lisää edelleen komplianssia eli hoitoon sitoutumista. (Savikko ym. 2007, 501-502) Nämä kaksi termiä ovat tärkeitä elementtejä kaikissa terveydenhuollon toiminnoissa, ei pelkästään psykoterapeuttisissa konteksteissa. Yhtä hyvin kiinnittymistä sekä hoitoon sitoutumista tarvitaan myös esimerkiksi onnistuneen lääkehoidon toteutumisessa.

Psykoterapeuttinen työskentely nähdään terapiaprosessia tutkineiden tutkimusten ja niistä saatujen tulosten mukaan kolmivaiheisena prosessina. (Pritz ym. 2015, 213) Ensimmäisessä vaiheessa asiakas ottaa yhteyttä löytämäänsä psykoterapeuttiin, jonka kokee alustavasti sopivaksi terapeutin itsestään antamien tietojen pohjalta, ja sopii hänen kanssaan ensimmäisen tapaamisajan. Ensimmäisessä tapaamisessa korostuvat erityisesti asiakkaan tarpeiden ja niiden syiden tutkiminen, joiden vuoksi hän on terapiaan hakeutunut. Tämän pohjalta tehdään terapiatarpeen arviointi. Ensimmäisellä käynnillä terapeutti arvioi asiakkaansa mukana tuomien ongelmien taustalla olevia kausaalisia suhteita eli syy-seuraussuhteita ja niiden vaikutuksia asiakkaan psyykkiseen sekä sosiaaliseen käyttäytymiseen. (Baker, E. 2005, 76) Samalla terapeutti alkaa tehdä ensimmäisiä havaintoja potilaan sosiaalisesta verkostosta ja pohtii, minkälaisia henkilöitä potilaan elämässä esiintyy ja millainen rooli heillä potilaan elämässä on. Tämän vaiheen kannalta on tärkeää, että terapeutti ei kyseenalaista eikä tuomitse asiakkaansa ongelmia tai taustoja, vaan kerää tietoa ongelmien laajuudesta. Näin myös asiakas saa tunteen siitä, että häntä on kuultu ja hänet on ymmärretty sekä otettu vastaan. Kerätessään tietoa psykoterapeutti arvioi myös potilaan motivaatiota hoidolle sekä tutkii potilaan tarpeita. (Rieken ym. 2015, 293)

Kirjallisuuden mukaan on tavallista, että terapiaan hakeutuvat asiakkaat kokevat alkavasta hoidosta hyvin ristiriitaisia ja epävarmoja eli ambivalentteja tunteita, joiden huomioiminen tässä vaiheessa on myös erityisen tärkeää. (Partonen, ym. 2014, 762-763) Tutkimusten mukaan jopa 15-17% ensitapaamisella käyneistä asiakkaista ei enää saavu jatkokäynneille ja 26-30% asiakkaista lopettaa käynnit viimeistään kolmannen istunnon jälkeen. (Seeman, M. 1974, 486-491) Yhtenä syynä näihin lukemiin on arveltu olevan sen, että näitä terapiaa koskevia ristiriitaisia tunteita ei ole kohdattu oikein, jolloin asiakas on voinut kokea terapeutin jopa tungettelevaksi. Ristiriitaisten tunteiden huomiointi ja asiakkaan valmiuksien sekä voimavarojen tukeminen niiden ohella on tärkeää, jotta asiakas voi itse tehdä päätöksen jatkamisesta. Terapeutti voi toki kertoa kuinka hänen asiakkaansa hoidosta hyötyisi mikäli päätös jatkamisesta syntyisi, mutta viime kädessä päätös on aina asiakkaalla. Positiivisen päätöksen syntyessä laaditaan terapiasopimus. Terapeuttisen allianssin kehittymisen kannalta jo ensimmäinen käynti terapeutin vastaanotolla on merkittävä, sillä terapeutin antamalla ensivaikutelmalla on asiakkaan näkökulmasta aina suuri vaikutus jatkamista koskevan päätöksen synnyttämisessä. (Sprenkle ym. 2009, 390-393)

Psykoterapian toinen vaihe eli niin sanottu työstämisvaihe on niiden ongelmien ja syiden työstämistä, joiden vuoksi asiakas alun perin terapiaan hakeutui. Tämä vaihe voi kestää

psykoterapeuttisesta suuntauksesta sekä asiakkaan yksilöllisistä tarpeista, piirteistä, ongelmien laajuudesta ja elämäntilanteesta tapahtuvista muutoksista riippuen muutamista istunnoista jopa vuosiin. (Pritz ym. 2015, 217) Terapian toisen vaiheen fokuksena on etsiä vastauksia ongelmallisiin ajatus-, tunne- ja käyttäytymisrakenteisiin ja niiden välisiin yhteyksiin, tutkia vaihtoehtoisia tapoja jäsentää ja kohdata elämässä esiintyviä haasteita sekä soveltaa niitä arjen tilanteisiin. Samalla terapeutti havainnoi asiakkaan varhaislapsuuden ja nuoruuden aikaisten kokemusten vaikutusta hänen nykyhetkeensä ja pohtii, esiintyykö potilaan ajattelussa tai toiminnassa kenties ristiriitaisia toimintamalleja, jotka voisivat olla yhteydessä tähän. Terapeutti tekee havaintoja myös potilaan kiintymyssuhteesta ja tavasta vuorovaikuttaa muiden ihmisten kanssa. Erityisesti tämän vaiheen aikana vastatunteet, transferenssi eli tunteensiirto sekä psykoterapiaa antavan ammattilaisen oma persoona toimivat tärkeinä työkaluina. (Sprenkle ym. 2013)

Ongelmien työstämisen vaiheessa voidaan pitkissä hoitosuhteissa nähdä kaikki ne korkeimmat onnenhuiput sekä samalla syvimät aallonpohjat, joita terapiaan hakeutuvan ihmisen elämäntarinaansa sisältyy ja erityisesti tämän vuoksi asiakkaan esiin nostamat teemat voivat tulla lähelle omia kipupisteitä. Hyvälle terapeuttiselle allianssille pohjautuva hoitosuhde voi hoidettavan asiakkaan näkökulmasta olla näissä hetkissä voimakas tapahtuma, sillä esimerkiksi toistuvasti muiden ihmisten hylkäämäksi joutunut ihminen voi kokea pelkoa hylätyksi tulemisesta myös terapiassa, kun hän näyttää itsestään ne puolet, joita muut ympärillä olleet ihmiset eivät ole kyenneet vastaanottamaan. Terapeutin toimiessa juuri päinvastaisesti, hylkäämättä ja olemalla läsnä, voi asiakas saada korjaavia kokemuksia. Nämä kokemukset ovat tärkeä osa potilaan syvien uskomusjärjestelmien uudelleenmuotoutumisessa, positiivisemmän ja terveemmän ajattelutavan sekä uudenlaisen maailmankuvan rakentumisessa. (Toivio, T. & Nordling, E. 2010, 221-222)

Psykoteraapian kolmas vaihe eli päätösvaihe on hoitosuhteen päättymisen vaihe. Tämä vaihe alkaa yleensä jo toisessa vaiheessa, jolloin terapeutti arvioi yhdessä asiakkaansa kanssa hoitosuhteen alussa asetettuja tavoitteita ja niiden täyttymistä. Tavoitteiden täyttymistä sanoitetaan tekemällä yhteenvetoja asiakkaan onnistumisista, vahvistuneista valmiuksista, toiminnassa tapahtuneista muutoksista sekä asiakkaan parantuneesta elämäntilanteesta yleisellä tasolla. Terapiasuhteen alussa esiintyneiden oireiden ja haasteiden lievittyminen tai poistuminen sekä asiakkaan omien valmiuksien ja pystyvyyden kasvaminen nähdään onnistuneen psykoterapian ja asiakkaan toipumisen merkkeinä. (Rieken, ym. 2015, 298)

3.3.3 Pitkäjänteisyys ja muutosvastarinta

Psykoterapeuttinen työskentely ja yhteistyösuhde ovat usein laadultaan pitkäkestoisia. Vaikka valtaosa psykoterapioista on edelleen pitkäkestoisia, niin nykytutkimustiedon valossa ajatellaan, että nopein ja pysyvin muutos saadaan aikaan kuitenkin lyhyillä psykoterapioilla, joiden kesto vaihtelee 15-25 tapaamiskerran välillä. Kontrolloitujen psykoterapiatutkimusten ja niistä tehtyjen meta-analyysien pohjalta on todettu, että jopa 80% psykoterapiassa yleisesti olleista potilaista voi hoidon jälkeen keskimäärin paremmin kuin ilman hoitoa jääneet potilaat. (Heinonen, E. 2014, 27)

Koska psykoterapeuttinen työskentely on laadultaan pitkäjänteistä, voidaan työskentelyssä nähdä psykoterapeutin omaan työssäjaksamiseen kohdistuvia selkeitä uhkia, joita ovat esimerkiksi potilaan elämäntilanteessa tapahtuvat hoitosuhdetta vaarantavat notkahdukset, psykoterapeuttiin kohdistuva jatkuva sijaistraumatisaation riski, uupuminen, kyynistyminen ja lopulta toivon menetys. Pitkäjänteisyys voi kuitenkin antaa avaimia itsenäiseen kasvuun ja omien terapeuttisten valmiuksien kehittämiseen. Näiden tunnistaminen vaatii psykoterapiaa harjoittavalta ammattilaiselta kuitenkin uteliaisuutta sekä kärsivällisyyttä omaa itseään kohtaan. (Ward, M. & Phil, M. 2012, 7-9) & (Hilsenroth, M. 2003, 19-20)

Psykoterapeuttiseen hoitosuhteeseen liittyy aina muutosvastarintaa, joka voi olla sekä potilaalle että terapeutille itselleen haastavaa ja kuluttavaa. Psykyen toiminnassa nähdään tällöin yksilötasolla esiintyvä torjuva asenne, jonka pyrkimys on ylläpitää ja säilyttää mahdollisimman hyvä sisäinen tasapaino sisäisten yllykkeiden, niiden vastavoimien ja ulkoisten tekijöiden välillä. Vastarinta on aina myös pyrkimys säilyttää ainutkertaisuus sekä itsenäisyyden ja koskemattomuuden kunnioitus. (Casiano ym. 2008, 254) Hoitoon hakeutuva ihminen toivoo helpotusta tietoisiin oireisiin ja ristiriitaisuuksiin, mutta samanaikaisesti pelkää ja vastustaa kaikkea, mikä voisi uhata sen hetkistä mielen tasapainoa. Tämän vuoksi potilas pyrkii pitämään terapeutin ja itsensä välillä etäisyyden eli distanssin jotta saisi etäisyyttä omiin kivun lähteisiin. Vastarintakäsitteellä tarkoitetaan psykoterapiassa ja sen päämääriin kohdistettua vastustusta, jota esiintyy kaikissa psykoterapiasuhteissa. Vastarinta ilmenee pois jäämisinä, myöhästymisinä, vaikenemisena, unohtamisena, vaikeiksi koettujen asioiden välttelemisenä, kieltämisenä, huomion siirtämisenä epäolennaisuuksiin ja suoranaisina vihanpurkauksina. (Billow, R. 2006, 271)

Vastarintailmiöt esiintyvät usein yhdessä tunteensiirron kanssa. Ne suojaavat sekä potilasta että terapeuttia itseään ja niiden avulla säädellään psykoterapian käynnistämiä kehitymis- ja oppimisprosessien kulkua yksilöllisten kehittymisedellytysten mukaisesti. Vastarinnan avulla

potilas käsittelee itselleen tärkeitä, uusia asioita hänen psykologiseen kehitystasoonsa nähden sopivalla tahdilla. Vastarinta sisältyy kaikkeen muutokseen ja on normaali, ihmisen elämään kuuluva ilmiö. Vastarintaa ei esiinny pelkästään psykoterapiassa, vaan myös psykoterapiaa antavan psykoterapeutin omassa työnohjauksessa jossa se voi näyttäytyä esimerkiksi kovana kontrollina ja tunteiden eristämisenä järkipäisten selitysten taakse. (Holmberg, ym. 2008, 330)

Vastarintailmiöt kertovat aina puolustusmekanismien toiminnasta ihmisen alitajuisissa rakenteissa. Niiden purkautuessa voidaan olettaa myös epäkypsien suojausmekanismien purkautuvan ja aikuismaisten suojausmekanismien alkavan kehittyä. Mitä enemmän ihmisen persoonallisuus sisältää lapsenomaista aineistoa, sitä suurempi on taipumus lähestyä nykyhetken ihmissuhteita lapsuuden vuorovaikutuksina. Pitkään psykoterapiaa harjoittaneet ammattilaiset tunnistavat asiakkaissaan esiin nousevat vastarintailmiöt todennäköisesti helpommin kuin nuoret, uraa aloittelevat psykoterapeutit jonka vuoksi he osaavat käsitellä vastarintailmiöitä ja niiden aiheuttamia vastatunteita itsessään tehokkaasti. Tällöin vastatunteiden herättämän paineen vaikutukset jäävät kokeneilla psykoterapeuteilla vähäisiksi. Aloittelevan psykoterapeutin kohdalla sitkeät vastarintailmiöt voivat kuitenkin saada tuoreen ammattilaisen kyseenalaistamaan omia kykyjään, jolloin niiden aiheuttamat vaikutukset työhyvinvoinnille voivat olla varjostavia. (Kuhanen, ym. 2010, 164-166.)

Nykyään yhä useammat psykoterapeutit työskentelevät mielellään vastarintailmiöiden kanssa, sillä on ymmärretty, että vastarintailmiöitä vastaan taistelemisen vain lisää vastustusta terapiaa saavassa asiakkaassa jolloin terapeutin suhde todennäköisesti muuttuu vähemmän tuottavaksi ja asiakkaan tarpeita palvelevaksi. Sen sijaan vastarintailmiöiden huomioiminen ja hyväksyminen terapeutin suhteessa lujittavat potilaan kokemaa luottamusta hoitavaa psykoterapeutia kohtaan ja vahvistavat hoitosuhteen dynamiikkaa. Ymmärtääkseen vastarintailmiöitä tehokkaammin ja vähentääkseen ammatillista kuormittumista psykoterapeutit hyödyntävät vastatransferenssia eli siirtotunteita ymmärtääkseen vastarintailmiöitä. Tunteet joita asiakas terapeutissa herättää ovat paremman ymmärryksen väline. Terapeutista suhdetta kontrolloiva ja paljon puhetta tuottava asiakas voi herättää terapeutissa passiivisen olon; minun ei tarvitse tehdä juurikaan mitään, kun asiakas hoitaa puhumisen ja hoitosuhteen ohjaamisen. Tämä passiivinen olo on tällöin potilaan terapeutissa synnyttämä siirtotunnereaktio. Tällainen vastarintailmiö kumpuaa alitajuisesta pelosta menettää kontrolli. Kontrollin menetyksen pelko voi olla tällöin hallitseva ja neuroottinen tapa toimia jonka vuoksi se esiintyy myös terapeutin ja asiakkaan välisessä vuorovaikutussuhteessa. (Barret ym. 2008, 257-259)

4 TYÖHYVINVOINTI TEORIOIDEN VALOSSA

Jokaiseen työhön ja ammatin harjoittamiseen kuuluu paineita ja rasitteita, jotka stressaavat. Stressi tarjoaa mahdollisuuden kehittyä, sillä se voi hyvänlaatuisena ajaa yksilöä kohti parempia suorituksia mutta voimakkaana ja pitkään jatkuessaan se voi muodostua monella tavalla haitalliseksi, niin elimistöä kuin myös mieltä kuormittavaksi, vahingolliseksi uhkatekijäksi jonka seurauksena voi lopulta olla työntekijän loppuun palaminen. Hyvä työssäjaksaminen ja työhyvinvointi edistävät työkyvyn, motivaation sekä luovuuden säilymistä. (Honkala ym. 1999, 88)

Psykoterapiassa ammattilainen on aina kosketuksissa asiakkaansa elämäntarinaa, ajatuksiin, tunteisiin, sisäisiin ristiriitoihin sekä traumaan. Oman minuuden toimiessa aktiivisena työkaluna ja psykoterapeutin ollessa jatkuvassa vuorovaikutuksessa asiakkaansa minuuteen, voidaan terapeutin suhde nähdä sekä voimia kuluttavana tekijänä että voiman lähteenä. Psykoterapeutti osallistuu asiakkaansa elämään monella tavalla, vaikkei teekään konkreettisia tai suoria toimintoja hänen puolestaan; hän virittää asiakkaassaan tunteita sekä mielikuvia ja ottaa vastaan asiakkaansa häätä. Terapeutilla on persoonassaan eräänlainen astia, johon asiakas voi kuvainnollisesti kaataa kokemiaan tunnepaineita ja elämänsä kuormaa. Terapeutti säilöo asiakkaansa tunteita, muokkaa ja pehmentää niitä omilla taidoillaan sekä uusilla näkemyksillä ja säilyttää niitä sisällään. Tässä vaiheessa terapeutti käyttää omia tunteitaan ymmärtääkseen paremmin vastaanottamiaan asiakkaansa tunteita ennen kuin palauttaa ne asiakkaalleen pehmeämmässä ja paremmin siedettävässä muodossa. Tämä auttaa asiakasta sietämään paremmin omaa tuskaansa. (Lahtinen ym. 2004, 16) & (Kiviniemi ym. 2007, 161)

Terapiasuhteessa asiakas kohdistaa terapiaa antavaan osapuoleen monenlaisia alitajuisia rooleja, joita ovat esimerkiksi vanhempi, ystävä, puoliso tai seksuaalinen partneri. On yksilöllistä, missä määrin ammattilainen altistuu kaiken kaikkiaan sijaistraumatisaatiolle ja missä määrin stressi häneen vaikuttaa. Kohtuullinen henkinen vahvuus ja arkikestävyys kuuluvat psyykkiseen hyvinvointiin. Psykoterapeutin on toimiessaan kyettävä seuraamaan ja refleктоimaan myös omaa itseään, omia vahvuuksiaan ja heikkouksiaan sekä kokemuksiaan jotta kykenisi vaikuttamaan työhönsä liittyviin järjestelyihin työssäjaksamista tukevalla tavalla. Puhutaan psyykkisestä kuormituskestävyydestä ja palautumiskyvystä. Kuormituskestävyyteen liittyy olennaisena alaluokkana psyykinen stressinhallinta, jolla tarkoitetaan selviytymistä voimavarat ylittävistä

sisäisistä tai ulkoisista vaatimuksista ja niiden aiheuttamasta paineesta. Stressinhallinnan keinot voidaan ryhmitellä sen mukaisesti, pyritäänkö niillä vaikuttamaan lähtökohtaisesti alkuperäiseen stressinaiheuttajaan vai stressin kokemukseen tunteiden ja ajatusten tasolla. Tilannetta muuttavia keinoja pidetään yleisesti tehokkaampina kuin tunteisiin vaikuttavia. (Ackerman, ym. 2003, 23)

Työhyvinvointi ja sen generoima työssäjaksaminen ovat yläkäsitteitä, joiden alle nivoutuu paljon alakäsitteitä. Se on ennen kaikkea subjektiivisen tunnekokemuksen muodostama kokonaisuus, johon vaikuttavat henkilökohtaiset voimavarat ja intressit, henkilökohtaiset tarpeet ja taidot, työn imun ja tarmokkuuden koettu määrä, minätietoisuus, henkilökohtaisen kasvun mahdollisuus, sekä pystyvyyden ja hallinnan tunne. Subjektiivisuuden ohella työssäjaksamiseen vaikuttavat hallinnolliset asianhaarat, joita ovat esimerkiksi psykoergonomiaan sekä työn järjestelyihin vaikuttavat tekijät ja organisaatiotasolla tapahtuva yhteisöllisyys ja työryhmän tuki. Siksi aihetta on syytä tarkastella useista eri näkökulmista käsin sillä on selvää, että työssäjaksaminen ei ole koskaan vain yhden tekijän aikaansaannosta – se on jäsennelty kokonaisuus, jossa kaikki osat vaikuttavat toisiinsa. (Tirkkonen, M. & Kinnunen, U. 2013, 196-198)

4.1 Taustateoreettisia näkökulmia työhyvinvointiin psykoterapeuttisessa työssä

Psykoterapeutin työssäjaksamisen taustalla toimivat samat teoreettiset lähtökohdat, joista käsin hän asiakastaan hoitaa. Pohdittaessa psykoterapeuttien työssäjaksamista ja työhyvinvointia tulisi ammattilaiset nähdä kokonaisvaltaisina olentoina, joihin vaikuttavat sekä työ että vapaa-aika yhdessä. Työnkuormitus näkyy väistämättä aina yksityiselämässä ja yksityiselämässä tapahtuvat ongelmat heijastuvat väistämättä työhön, vireystilaan, energisyyteen, mielialaan, luovuuteen sekä itsensä toteuttamiseen. (Kiviniemi, ym. 2007, 153, 158, 161) Psykoterapeuttinen työskentely edellyttää tasapainoa työn ja yksityiselämän välillä. Hyvistä ja selkeistä arkikäytännöistä huolehtiminen, oman yksityiselämän haasteiden läpikäyminen ja tarvittaessa avun pyytäminen joko läheisimmiltä, kollegoilta tai jopa tarvittaessa ammattiauttajalta ennakoivat mielenterveyden säilymistä ja ehkäisevät siinä esiintyvien häiriöiden kehittymistä. Mielenterveys vahvistuu omalta tuntuvassa, hyvin sujuvassa ja mielekkäänä koetussa työssä. (Estola ym. 2007, 59)

Tärkein työhyvinvointiin vaikuttava teoreettinen malli on **Maslow'n tarvehierarkia**. Maslow'n tarvehierarkiateorian mukaan ajatellaan, että ihminen muuttuu elämässään vain vähän. Vähäisestä muutoksesta huolimatta ihmisen perustarpeet säilyvät samana koko yksilön elämänkaaren ajan. Jotta ihminen pystyisi kiipeämään portaita ylöspäin, tulee perusasioiden olla kunnossa. Hierarkian

pohjalla ovat yksilön fysiologiset tarpeet; ihminen tarvitsee lämpöä, ravintoa, liikuntaa ja terveyttä kyetäkseen olemaan toimiva ja eheä kokonaisuus. Näiden tarpeiden täytyessä ihminen saavuttaa yleensä seuraavan portaan, johon liittyvät turvallisuuden tunteet ja tarpeet. Ajatellaan, että yksilö kykenee paremmin jäsentämään itsessään ja ympäristössään tapahtuvia muutoksia ja uhkia silloin, kun fysiologiset tarpeet ovat kunnossa. Turvallisuuden tarve on ihmiselle tärkeä, sillä ilman sitä ihminen kokee pelkoa omasta selviytymisestään. (McLeod, S. 2017, 3) & (Tay ym. 2011, 354-356)

Kolmannella portaalla ovat läheisyyden, rakkauden ja ystävyys- ja ystävyyden tarpeet. Ihminen nähdään laumaolentona ja tärkeiden ystävyys-, rakkaus- ja muiden ryhmäsidonnaisten suhteiden puuttuessa ihminen voi huonosti. Ihminen tarvitsee ympärilleen muita ihmisiä joiden kautta hänen on mahdollista peilata omia ajatuksiaan, tunteitaan ja toimintatapojaan ja joiden kautta hän saa arvostusta, hyväksyntää ja yhteenkuuluvuuden tunnetta. Yhteenkuuluvuuden tunne myös vahvistaa turvallisuuden ja kollegiaalisuuden tunnetta. Neljännellä portaalla ovat arvonannon tarpeet. Näitä tarpeita ovat esimerkiksi kunnioituksen saaminen muilta sekä itsearvostus. Kunnioituksen puute voi johtaa ammatillisen itsetunnon ja identiteetin laskuun, mikäli ammattilainen ei kykene säilyttämään itsearvostusta. Itsearvostus voi horjua, mikäli alempien portaiden tarpeet eivät täyty. (McLeod, S. 2017, 4) & (Tay ym. 2011, 354-356)

Ylimmällä portaalla tarvekolmiossa ovat itsensä toteuttamisen tarpeet, joita ovat esimerkiksi omien kykyjen saaminen täyteen käyttöön työssä, ystävyys- ja ystävyyssuhteissa tai vaikkapa vanhemmuudessa. Ammatillisen itsekunnioituksen säilymisen ehto on, että työntekijä saa käyttää sitä osaamista ja taitoa, jonka hän on ammatissaan hankkinut ja johon hän on koulutuksensa saanut. Ilman näiden tarpeiden täyttymistä on mahdollista, että työntekijä passivoituu ja tekee vain sen, joka on vähimmillään pakko tehdä työn onnistumisen eteen. Tällöin luovuus, leikkisyys sekä työn mielekkyys ja haastavuus voivat vähitellen kadota, jolloin uhkana on ammatillisen itsevarmuuden väheneminen ja uskon väheneminen omaa ammatillisuutta kohtaan. (Pulkkinen ym. 2010, 11-14)

Erik H. Erikson lanseerasi työvuosinaan ihmisen elämänkaaren kehitysvaiheita ja niihin sisältyviä psykososiaalisia kehityskriisejä kuvaavan kahdeksanportaisen teoreettisen mallin. Tämän mallin huomioiminen työhyvinvointia ja työssäjaksamista psykoterapeuttisessa työssä tutkivassa opinnäytetyössä on tärkeää, sillä myös psykoterapeutit käyvät läpi samat kehitysvaiheet kuin muutkin ihmiset. Terapeutin henkilökohtaiset ja ammatilliset kehitysvaiheet voivat olla keskenään vastaavuussuhteessa, mutta eivät välttämättä. Esimerkiksi niillä, jotka siirtyvät alalle elämän keskivaiheilla jostain muusta ammatista, on ikäryhmänsä kanssa yhteneväiset henkilökohtaiset

kehitystarpeet mutta aloittelevien terapeuttien ammatilliset kehitystarpeet. Psykoterapeuttien työvuodet huomioiden Eriksonin teoriasta voidaan soveltaa nuoruusiän, varhaisaikuisuuden, keski-ikä ja vanhuuden kehitysvaiheita. Nuoruusiän kehitystehtävä on identiteetin eheä muodostuminen. Psykoterapeuttisessa työssä työskennellään omalla persoonalla jonka yksi suuri osa on kokemus jäsentyneestä identiteetistä. (Moilanen, P. 2010, 2) & (Dunderfelt, T. 2011, 96-124).

Mikäli nuori aikuinen ei kykene tekemään päätöksiä omasta elämästään, hänestä voi tuntua, ettei hän tiedä kuka on. Kriisin onnistunut ratkaisu tuottaa oman identiteetin aitouden tunteen, jolloin myös kokemus persoonan eheydestä vahvistuu. Varhaisaikuisuuden kehityskriisi on läheisyyden saavuttaminen. Läheisyyttä voidaan saavuttaa oman puolison kanssa, työyhteisön kanssa, lähisukulaisten ja rakkaiden ystävien kanssa. Mikäli läheisyyttä ei saavuteta, on tuloksena eristäytyminen muista ihmisistä. Onnistunut elämä toisen ihmisen kanssa vahvistaa rakkauden kokemusta sekä oman arvon tunnetta, jotka heijastuvat positiivisella tavalla ammatilliseen itsetuntoon sekä ammatillisen arvon tunteeseen. (Dunderfelt, T. 2011, 103)

Keski-ikässä ihminen kohtaa pitkäaikaisen kriisin, jossa haasteena on tuottavuuden säilymisen tarve. Tässä vaiheessa ammatillisuus on usein kehittynyt jo pitkälle, mutta ammattilainen voi silti kokea omat ammattitaitonsa ajoittain riittämättömiksi tai vajaaviksi, jolloin uhkana on lamaantuminen tai käpertyminen. Vaarana on myös tunne siitä, ettei kukaan välitä jolloin terapeutin voi olla vaikea välittää myös muista. Keski-ikä kehityskriisille ovat ominaista työperäinen masennus sekä joissakin tapauksissa jopa alan vaihto nykyisistä työtehtävistä. Onnistunut kriisin ratkaiseminen tuottaa ihmisen, joka kykenee pitämään huolta muista. (Baker, E. 2005, 38)

Vanhuuden kehityskriisinä on eheyden ja epätoivon välinen välimaasto. Ammattilainen on tällöin tehnyt uransa ja kasvanut henkisesti koko elämänsä ajan omien asiakkaidensa ja heidän tarinoidensa kautta, omien läheistensä ja kollegoidensa kautta sekä omien tarpeidensa ja niiden täyttymisen kautta. On tullut aika hyväksyä eletty elämä. Kriisin onnistunut ratkaisu tuottaa onnellisen ja elettyyn elämän tyytyväisen ja kiitollisen ihmisen, jolle lähestyvä kuolema on luonnollinen ja hyväksyty asia. Sitä kohtaan ei välttämättä tällöin tunneta edes pelkoa. Epäonnistunut ratkaisu tuottaa kuolemanpelkoa, ahdistusta ja katumusta menneisyydestä, jonka olisi voinut elää toisinkin. Onnistuneesti kriisin ratkaissut voi fyysisen kunnon sanelemisessa rajoissa toimia vielä eläkevuosinaan esimerkiksi mentorina tai ohjaajana tuleville uuden sukupolven terapia-alan aloittelijoille ja jakaa kokemustaan, tietoaan sekä osaamistaan heille. (Dunderfelt, T. 2011, 119) & (Baker, E. 2005, 45)

Elämänkaarinäkökulmaa käsittelevää kirjallisuutta on ilmestynyt huomattavan paljon, sillä Maslow'n tarvehierarkiateoriasta poiketen on tunnustettu, että ihminen muuttuu, muuntuu, kasvaa ja kehittyy jatkuvasti. Siksi esimerkiksi aloittelevan terapeutin itsestä huolehtimisen tarpeet ovat myös erilaiset kuin kokeneemmalla terapeutilla. Se, että virittyy kuuntelemaan itseään paremmin ja ottaa enemmän vastuuta itsestään, on oikeastaan kehityksellinen prosessi. Riippuvaisesta, tiedostamattomasta, lapsenomaisesta tilasta siirrytään asteittain kohti autonomisempaa, tietoisempaa ja aikuismaisempaa toimintatapaa. Työstä tulee palkitsevampaa hyötyjen ja mielihyvän kokemusten karttuessa. Itsensä hallinnan ja säätelyn ansiosta itsetunto yleensä kohoaa, mikä vaikuttaa edelleen vahvistavasti. (Kallio, E. 2013, 97-98, 113)

Yhdysvaltalainen psykologi **Frederick Herzberg** kirjoitti tekemiensä tutkimusten pohjalta työvuosinaan 1959–1970 **kaksifaktoriteorian**, jonka mukaan työtyytyväisyys voidaan jakaa kahteen osaan: motivaatiota lisääviin työtyytyväisyystekijöihin ja sitä laskeviin työtytymättömyystekijöihin. Tekemiensä tutkimusten pohjalta hän sai selville, että työtyytyväisyyttä lisäävät tekijät ovat eri tekijöitä kuin työtytymättömyyttä lisäävät tekijät. Työtyytyväisyyden vastakohta Herzbergin mukaan ei ole työtytymättömyys, vaan ei-työtyytyväisyys ja toisinpäin. Herzberg erotteli teoriassaan motivaatiota lisäävät tekijät koskemaan henkilön suhdetta siihen, mitä hän tekee ja motivaatiota alentavat tekijät taas työympäristöön ja työoloihin. (Riley, S. 2005, 5-7) Työtytymättömyystekijät ovat hänen mukaansa ulkoisia tekijöitä työhön liittyen, ja näitä tekijöitä ovat esimerkiksi asema työelämässä, palkka, suhteet työkavereihin, yrityksen johto sekä hallinto. Tutkimuksissaan Herzberg totesi, että vaikka nämä tekijät olisivatkin hyvin hoidettuja, niin ne eivät juurikaan johtaisi prosessinomaisesti huippusuorituksiin, mutta lisääisivät huonosti hoidettuina työtytymättömyyttä sitäkin enemmän. Tärkeimpiä motivaatiotekijöitä Herzbergin mukaan työssä ovat saavutukset, saatu tunnustus, työ sinänsä, kokemus vastuusta, tunne oppimisesta, uramahdollisuudet ja kasvu. Näiden kokemusten varassa ihminen voi saada saavuttamisen riemua, innostavaa haastetta, tyydytystä ja onnistumista sekä arvostusta ja kiitosta. Parhaimmillaan työ mahdollistaa kehityksen ja sisäisen kasvun. Teoriassa on paljon samankaltaisuuksia muihin teoreettisiin viitekehyksiin nähden, joita tarkastelen seuraavassa luvussa. (Riley, S. 2005, 5-7)

4.1.1 Muita teoreettisia lähestymistapoja

Työssäjaksamisen kognitiivista näkökulmaa tarkastellen on terapeutilla jatkuva mahdollisuus ja kyky muuttua sekä löytää uusia toimintamalleja elämäänsä. Kognitiivinen toiminta vaatii aina

tietoista läsnäoloa minuudessa, sillä esimerkiksi epäkelvollisten toiminta- tai ajatusrakenteiden muuttaminen vaatii niiden havainnointia ja tiedostamista. Omien työskentely- tai suhtautumistapojen muuttaminen on osa kognitiivista itsesäätelyä, jonka avulla terapeutin on mahdollista kasvaa sekä ammattilaisena että yksilönä. Kognitiiviseen työhyvinvointiin liittyy olennaisena osana psykoterapeutin metakognitiiviset taidot. Metakognitio on yksi osa-alue kognitiivisen teorian alla. Peltomäki (1996) määrittelee metakognitiiviset taidot seuraavasti: ”metakognitio on oppimisprosessissa oman opiskelun ja siihen kohdistuvien ajatusmallien ja tunteiden välisen suhteen tutkimista, oppimisstrategioiden tietoista tarkastelua ja valintaa, oppimistyylien tiedostamista, ymmärtämisen tarkkailua, tavoitteiden asettamista ja niiden saavuttamisen arvioimista, oppimisen arvioimista ja havaitsemista, tarkkaavaisuutta, oppimisen ja muistamisen strategioita ja niiden tiedostamista.”. (Turun yliopiston opetussivu. Viitattu 17.12.2017)

Metakognitiivisten taitojen avulla psykoterapeutin on siis mahdollista kehittää itseään, tarkastella terapeuttisen suhteen edistymistä, seurata tavoitteiden täyttymistä tai täyttymättömyyttä sekä tarkkailla, kuinka hän itse käsittelee asiakkaansa tietoa ja kuinka asiakkaansa käsittelee ja sisäistää terapeutin ajatuksia. Erityisesti ongelmallisissa tilanteissa metataidoista on hyötyä, sillä niiden avulla ammattilainen kykenee ohjaamaan toimintaansa tavoitteiden suuntaan sekä ohjaamaan myös asiakastaan. Oman toiminnan ja tehtyjen ratkaisujen tuloksellisuuden arviointi sekä ongelmanratkaisun aikana että sen jälkeen vaatii metakognitiivisia tietoja ja taitoja. Osa tehokasta ja onnistunutta ongelmanratkaisua on myös oman tietämyksen ja osaamisen puutteiden tunnistaminen. (Kivistö, S. 2013, 154-155.) Tietoisuus omista heikkouksista on metakognitiivista toimintaa parhaimmillaan. Kehittyneet metakognitiiviset taidot mahdollistavat sen, että yksilö helpommin havaitsee uudessa ongelmanratkaisutilanteessa ovatko hänen aikaisemmat tietonsa ja taitonsa riittäviä sen ratkaisemiseen. Tällöin uudet kokemukset, tiedot ja havainnot rakentuvat toinen toisensa päälle, toisiaan täydentäen ja integroituvat apperseption eli sulautumisen vaikutuksesta lopulta suureksi kokonaisuudeksi. Tätä kokonaisuutta kutsutaan kognitiivis-konstruktiviseksi teoriaksi, joka tarkoittaa uuden tiedon ja kokemuksen aktiivista sulautumista ja rakentumista pohjalla jo olevan tieto- ja kokemusperustan päälle. (Pulkinen, ym. 2010, 3.)

Humanistisesta näkökulmasta käsin ihminen nähdään valintojen tekijänä, jolla on käytössään paljon erilaisia voimavaroja, luovuutta, omaa tahtoa sekä mahdollisuus kasvuun ja kehitykseen. (Ahonen, J. 2006, 6.) Luovuus ja oman tahdon käyttö ovat psykoterapeutin työssäjaksamisen edellytyksiä, sillä luovuutta hyväksikäyttäen on terapeutin mahdollista laajentaa omia työskentelymallejaan ja muokata niitä asiakkaan tarpeisiin nähden sekä mahdollisuus yhdistellä

toimintatapoja ja kokeilla täysin uusiakin lähestymistapoja tilanteissa, joissa klassiset työskentelytavat eivät tuota toivottua tulosta. Luovuutta ja leikkisyyttä yhdistellen työstä voi tulla paljon nautinnollisempaa, hauskeempaa ja jopa haastavampaa jolloin työn mielekkyydenkin voidaan olettaa säilyvän helpommin. (Zigouh, S. 2016, 28-29.)

Systeemisen lähestymistavan valossa ihminen elää erilaisissa yhteisöissä, joista perhe on tiivein. Yhteisöjä ovat esimerkiksi työyhteisö, kaveri- ja ystävyisyhteisöt, sukulaisyhteisö sekä muut lähiyhteisöt. Systeemisessä ajattelussa ihminen nähdään siis aina osana jonkinlaista yhteisöä jossa yhteisö on systeeminen kokonaisuus. Systeemisessä kokonaisuudessa kaikki systeemin osat eli henkilöt vaikuttavat toisiinsa erilaisten roolien kautta. Reflektiivinen ryhmätyöskentely, työyhteisön antama tuki, kerronnallisuus moniammatillisessa työskentelyssä sekä dialogisuus ovat kaikki systeemisen lähestymistavan alla tapahtuvia ryhmädynamiikan muotoja, joiden avulla ammattilaiset pitävät yllä parantavaa ja kantavaa ryhmähenkeä sekä joiden avulla ammattilaisten on mahdollista sanoittaa toinen toistensa työskentelytapoja silloin, kun työprosesseissa esiintyy haasteita. Systeemisessä lähestymistavassa korostuu myös Maslow'n tarvehierarkian kolmas porras, jolloin oma työyhteisö ja siihen liittyvä yhteenkuuluvaisuuden tunne nähdään voimavarana ja paremman työssä selviytymisen edellytyksenä. (Kiviniemi ym. 2007, 102-103)

4.2 Työssäjaksaminen tutkimusten valossa

Työhyvinvointia ja työssäjaksamista psykoterapeuttisessa työssä on mahdollista tarkastella useista eri tutkimuksellisista lähtökohdista käsin. Utraisen vuonna 2006 tekemän tutkimuksen ja siitä saatujen tulosten mukaan työhyvinvointiin liittyvät osatekijät voidaan karkeasti jakaa neljään eri kategoriaan, joita ovat ammattilaisen perustehtävä, työyhteisö, työn organisointi sekä koettu ammatillisuus. (Utrainen, K. 2006, 14) Nämä neljä kokonaisuutta nousevat herkästi esiin avo- ja osastotyössä olleiden hoitajien työhyvinvointia tutkineissa tutkimuksissa. (Sprenkle ym. 2013, 27)

Työterveyslaitoksen vuonna 2005 teettämässä kyselytutkimuksessa mielenterveys- ja päihdehoitotyössä kuormittavina tekijöinä nähtiin asiakkaiden motivaation puute tarjottua hoitoa kohtaan, moniongelmaisuus sekä monimutkaiset ongelmanratkaisutilanteet, joita asiakassuhteissa usein koettiin. Tällä otossektorilla jopa 60% vastaajista koki saavuttavansa tai edistävänsä työssään itselleen tärkeitä asioita. Työntekijät kokivat, että asiakkailta saatiin aiempaa vähemmän omaa ammatillisuutta kasvattavaa ja kehittävää palautetta. Lisäksi iloa ja mielihyvää koettiin työssä vähemmän kuin muilla sektoreilla. Myös asiakkaiden väkivaltaisuus huolesti. Näissä tuloksissa on

nähtävissä, että työn mielekkyyteen liittyvät osatekijät ovat vähentyneet huomattavasti jolloin työ on muuttunut hoitajalähtöiseksi. Nämä kertovat väsymisestä ja työn imun vähenemisestä.

Lantta ja Hämäläinen laativat vuonna 2008 valmistunutta Pro gradu -tutkielmaansa varten työhyvinvointia koskevan kyselytutkimuksen, joka jaettiin Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystieteiden psykiatrian tulosalueelle ja Hyvinkään sairaanhoitoalueen psykiatrian tulosalueen tulosyksiköihin. Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia ja kuvata avo- ja osastohoidossa työskentelevien hoitotyöntekijöiden omakohtaisia kokemuksia psyykkisistä ja sosiaalisista kuormittavuustekijöistä sekä niiden yhteyksistä työhyvinvoinnin tunteeseen. Päijät-Hämeen osalta otannaksi valikoitui 204 hoitajaa (n=204) ja Hyvinkään osalta 350 hoitajaa (n=350). Vastauksia saatiin kokonaisuudessaan 334 hoitotyötä tekevältä ammattilaiselta. (Hämäläinen, T. & Lantta, K. 2008, 17-22). Tulosten perusteella työntekijät kokivat työssäjaksamisensa keskinkertaiseksi ja eniten työhyvinvointia alentavina tekijöinä koettiin henkilöstön heikko huomioiminen, arvostiriidat, heikko luottamus organisaation johtoon, työstä saadun laadun palautteen vähäisyys sekä organisaation sitoutumattomuus. Osastotyössä olleiden hoitotyöntekijöiden työssäjaksaminen oli heikompaa, kuin avohoitotyössä olleiden verrokkien. Lisäksi tuloksista kävi ilmi, että työtahti koettiin melko nopeaksi ja jopa yli puolet vastaajista koki, että heillä oli liikaa töitä. Lisäkoulutuksen tarve ilmeni selkeästi tutkimustuloksissa. (Hämäläinen, T. & Lantta, K. 2008, 20-21)

Rikalan laatimassa väitöskirjassa Rikala toteaa naisten olevan alttiimpia työperäiselle uupumiselle ja masennukselle kuin miehet. Kiireen ja työpaineen lisääntyminen nyky-yhteiskunnassa ovat paitsi työelämän haasteita, myös lähde uusille sukupuolten eriarvoisuuden muodoille. (Moilanen, 2010. 8). Väitöskirjaa varten tekemässään tutkimuksessa Rikala mainitsee, että Suomessa naiset ovat masennuksen vuoksi sairauslomalla kaksi kertaa miehiä useammin ja noin kaksi kolmesta uudesta masennuksen perusteella alkavasta työkyvyttömyyseläkkeestä myönnetään naisille. Työpahoinvoinnin indikaattoreina nähdään erilaiset psyykkiset rasitusehdot, kuten väsymys, univaikeudet, masennus ja ylläpitäminen. (Rikala, S. 2006, 23-26.)

Työuupumuksen sukupuolittaista esiintymistä on havaittu myös lähes kaikissa Euroopan tasolla tehdyissä kansainvälisissä tutkimuksissa; naisten on todettu kärsivän keskimäärin enemmän emotionaaliseen eli tunnepohjaiseen väsymykseen kuin miesten. Miesten taas on todettu kärsivän enemmän rationaaliseen eli järkipohjaiseen väsymykseen ja depersonalisaatiosta eli itsensä etäännyttämisestä tunnetasolla raskaana pidettävästä stressorista. Näiden tutkimustulosten taustalla voidaan nähdä selittävä tekijänä se, että naiset useimmiten

työskentelevät psyykkisesti raskailla aloilla, kuten terveydenhuollossa ja palvelu- ja kaupan alalla kun taas miesten työkenttänä voidaan nähdä teollisuus, tekniset alat sekä hallinto- ja johtotehtävät. Naisenemmistöille kuuluvien työalojen on todettu pitävän sisällään enemmän psyykkisesti kuormittavia piirteitä, kuten ihmissuhdetyöhön liittyviä emotionaalisia ristiriitoja. Miesten aloilla taas vaikutusmahdollisuudet työn tahtiin ja ennustettavuuteen ovat suuremmat. Näyttääkin siltä, että vaikka työn rutiinimaisuuden vähentymistä ja ruumiillisen rasittavuuden helpottumista on tapahtunut kaikilla aloilla, niin työn intensiteetin, hektisyyden ja kiireen määrä ovat puolestaan kasvaneet. (Julkunen, 2008. 213-215).

Psyykkisten stressitekijöiden vuoksi voidaan siis olettaa, että suuri osa psykoterapiaa tuottavista naissukupuolen edustajista on jatkuvan työssäväsytymisen ja sijaistraumatisaation uhan alla. Amerikkalaisten psykoterapian opetus- ja tutkimuskeskusten tekemien tutkimusten valossa on todettu, että naiset toimivat terapiasuhteissaan enemmän tunnekeskeisesti, ongelmallisten ajatus- ja tunnerakenteiden alkuperiä tutkien kun taas miesterapeuttien on todettu toimivan enemmänkin ratkaisukeskeisesti ja tulevaisuusvisiota selkeämmin ylläpitäen. (Ackerman, S. & Hilsenroth, M. 2003, 17-20.) Koska miehet etsivät helpommin ja mieluummin ratkaisuja ongelmiin naisten pohtiessa ongelmien syntymekanismeja, ovat miehet selkeämmin suojassa rationalismin eli järkipäisyyden takana, tehden naisterapeuteista alttiimpia sijaistraumatisaation luontaisen herkkyyden kautta. Liian pitkäaikainen järkipäisyyden suojan suojaaminen taakse kätkeytyminen voi kuitenkin etäännyttää terapeuttia asiakkaastaan, jolloin terapeutin ja asiakkaan välinen suhde ja keskinäinen ymmärrys väljähtyvät. Tämän taustalla on usein potilaan tunnetarpeiden kohtaamattomuus, jonka vuoksi potilaasta voi tuntua, ettei hänen tunteitaan huomioida. Tällöin vaarana on molemminpuolinen kyynistymisen ja väsymisen sekä ongelmanratkaisukeinojen löytymisen väheneminen. Kiinnostus asiakasta kohtaan voi vähitellen myös kadota, joka voi näkyä ärtyneisyytenä tiettyjä tai tietynlaisia ihmisiä kohdattaessa. (Omar, C.G, 2015, 247-255.)

Työssään terapeutti on silminnäkijä joka kokee itse epäsuorasti raakojen tunteiden jatkuvaa rumputulta. Vaikka tutkimusten valossa näyttääkin siltä, että naiset ovat alttiimpia työperäisille psykososiaalisille muutoksille kuin miehet, niin tulee muistaa huomioida, että myös jokainen ammattilainen on yksilö ja yksilölliset erot määrittävät lopulta sen, millaisena työhyvinvointi koetaan. Työkokemus, persoonallisuustekijät sekä omat sisäiset traumat ja niiden oikeaoppinen käsittely häivyttävät sukupuolten välisiä eroja. (Karlsson, ym. 2006, 9-10.)

4.3 Psykoterapiatyössä jaksamista tukevia elementtejä

Kuten minkä tahansa muunkin vuorovaikutuspohjaisen ammatin kohdalla mielenterveys- tai päihdehoitotyön kentällä, niin myös psykoterapeutin työssäjaksamiseen vaikuttavat olennaisina osina työnohjaus, oma psykoterapia, henkilökohtaisista rajoista kiinni pitäminen, huumori, reflektiivisyys työyhteisön kanssa, harrastukset, hyvin organisoidut työolot, kiireen minimointi, moniammatillisuus sekä mahdollisuus vaikuttaa omiin työjärjestelyihin, esimerkiksi aikatauluttamiseen. Yksilötasolla tapahtuvan työhyvinvoinnin edistämisessä keskeistä on itselle tärkeiden elämänarvojen ja elämän osa-alueiden tasapainottaminen sekä kirkastaminen suhteessa työn vaatimuksiin. Aika ajoin jokaisen ammattilaisen olisi hyvä pysähtyä miettimään omaa elämää, työn mielekkyyttä ja sitä, miten omat henkilökohtaiset tavoitteet täyttyvät. Omilla elämäntapoihin liittyvillä stressinhallintakeinoilla on mahdollista ehkäistä työelämäongelmia, sillä työelämän ongelmat ovat herkästi näkyvissä yksityiselämässä kun taas yksityiselämän ongelmat heijastuvat ja tarttuvat helposti töihin mukaan, mikäli mieli on jo valmiiksi hauras ja helposti särkyvä työssä ilmenneiden ongelmakohtien vuoksi. (Kallio, E. & Kivistö, S. 2013, 111) & (Baker, E. 2005, 161)

Tehtäessä työtä ihmisten kohtaloihin ja tunteisiin liittyvien ilmiöiden parissa, irtisanoutuminen oman tunneasteikon käyttämisestä ei ole mahdollista. Pysyäkseen työkykyisenä emotionaalisesti haastavassa työssä on ammattilaisen hyvä kyetä eläytymään tunteisiin ja reaktioihin. Jotta tämä onnistuisi, niin on tärkeää samalla erottaa, että tunteet eivät saa olla toiminnan väline; ei siis toimita omasta tunteesta käsin tai ”tunteella”. Omat tunteet ovat terapiatyössä toisen ihmisen ymmärtämisen väline. Niiden avulla voidaan työtä voidaan tehdä ihmiseltä ihmiselle, samalla omaa työhyvinvointia vaalien ja sitä ylläpitäen. (Kiviniemi ym. 2007, 19-20.) & (Baker, E. 2005, 95.)

4.3.1 Oma psykoterapia

Kaikki psykoterapeutit käyvät koulutusvaiheessaan oman psykoterapian, jonka tarkoituksena on antaa terapia-alan opiskelijalle kokemus terapiassa olemisesta. Käytyään oman terapian on ammattilaisen helpompi ymmärtää vastaanotolleen saapuvaa asiakasta ja hänen tunteitaan, joita vastaanottotuoliin istuminen tai ylipäättään vastaanotolle saapuminen voi hänessä herättää. (Holmberg ym. 2008, 337.) Oman psykoterapian päällimmäinen tarkoitus on kuitenkin ”hoitaa” tulevan terapeutin omat sisäiset traumat ja ristiriidat siten, etteivät ne pääsisi vaikuttamaan psykoterapeutin ja hänen asiakkaidensa välisiin ammatillisiin suhteisiin. Lähtökohta on, että meillä kaikilla ihmisillä on sisällämme psykologisia traumoja. Trauma ei tarkoita esimerkiksi raa’an

väkivallan aiheuttamaa äärimmäistä sisäistä kipua, vaan traumaattista voivat olla esimerkiksi eri asteiset tunnevajeet, kuten kokemus kuulluksi tai nähdyksi tulemattomuudesta aiemmissa ihmissuhteissa. Tällöin ihminen kietoutuu aikuisuudessa muihin ihmisiin, saadakseen kokea niitä tunteita, joista on jäänyt paitsi. Mieli pyrkii täten paikkaamaan alitajuisesti ne tyhjiöt, jotka eivät ole tulleet täytetyiksi, sillä ihmisen perustarpeita ovat läheisyyden, huolenpidon ja rakkauden tarpeet. Kun psykoterapeutin omat traumat, haavat tai mainitut tunnevajeet vaikuttavat yhteistyösuhteeseen huomaamatta, puhutaan iatrogenisista transaktioista. (Young ym. 2012, 161) Iatrogenisilla transaktioilla tarkoitetaan niitä vuorovaikutuksen kohtia, jolloin terapeutin omat varjot pääsevät pinnalle ja terapeutti kohdistaan asiakkaaseensa vahinkoa. Vahingonmuotoja voivat olla esimerkiksi ärähdykset, huolimattomasti asetellut lauseet ja itseä enemmänkin palvelevat asenteet, vähättely tai jopa suora huomiottajättäminen. Iatrogeniset vuorovaikutusloukkaukset ovat useimmiten terapeutille itselleen huomaamattomia, mutta herkälle ja itseään psykoterapiassa uudestaan rakentavalle hauralle ihmiselle ne voivat olla ilmeisiä ja sytytysherkkiä hetkiä. Nämä alitajunnasta kumpuavat läpilyönnit, psykologiselta termiltään parapraxikset tai Freudilaiset lipsahdukset voivat tiedostettuina herättää terapeutissa itsessään syyllisyyttä epäammattillisesta toiminnasta johtuen. (Baker, E. 2005, 130-131.)

Oma terapia tai jopa siihen paluu työvuosien jälkeen on aina arvokas ja voimaannuttava kokemus kaikilla minuuden eri tasoilla. Oma psykoterapia on arvokas apu itsetuntemuksen syventämisessä ja antaa välineitä korkeampaan itsetietoisuuteen ja omien tunteiden sekä ajatusten hallintaan. Tavoitteena on ikään kuin ”siivota pois” kaikki sellainen, joka voisi päästä vahingollisena ja käsittelemättömänä vaikuttamaan työskentelyyn. (Ackerman ym. 2003, 14.) Totuus kuitenkin on, että kenenkään ihmisen muistia ei voi pyyhkiä pois eikä se olekaan oman terapian tarkoitus. Tarkoitus on enemmänkin neutralisoida hankalat elämäntapahtumat ja traumat ja oppia käsittelemään niitä objektiivisesti. Samalla oma psykoterapia tarjoaa hyvän areenan, jossa uraa aloitteleva tai parhaillaan uraa tekevä ammattilainen voi prosessoida terapiatyön vaikutuksia itsen ja on siten oiva paikka hoidattaa itseään työhyvinvoinnin säilyttämiseksi. Psykoterapeuttisesta työskentelystä tiedetään, että asiakkassuhteissa tulee väistämättäkin eteen tilanteita, joissa käsiteltävät tarinat koskettavat myös omaa elämän käsikirjoitusta ja voivat nostaa pintaan hankaliakin tukahdutettuja tunteita. (Heinonen, E. 2014, 39.)

Muita syitä hakeutua omaan psykoterapiaan ovat esimerkiksi masentuneisuus, potilaan itsemurha tai itsemurhayritys, potilastyössä koetut epäonnistumisen ja hylkäämisen tunteet, ahdistuneisuus, siirtyminen uuteen elämänvaiheeseen, pelot, henkilökohtaiset täyttymättömät kaipaukset,

ratkaisemattomat loukkaukset tai vaikkapa avioliiton päättyminen. Psykoterapia auttaa myös tutkimaan uusia mahdollisuuksia ja uusia vaihtoehtoja, pohtimaan elämän suuntaa, käsittelemään terapeutissa itsessään olevia tai itsen ja muiden välisiä loukkauksia ja haavoja, hyväksymään ”kiellettyjä tunteita”, kuten kateutta, vihaa tai seksuaalisia tunteita joita potilastyössä voi tulla esiin, käymään läpi vaikeita traumaattisia kokemuksia ja liittämään itseen siitä pois lohkottuja osia, jotka on suljettu puolustusmekanismien avulla pois mielestä ja jätetty käsittelemättä ja jotka hoitamattomina voisivat häiritä terapeuttia eri tilanteissa. (Baker, E. 2005, 159-161.)

Psykoterapia tarjoaa ammattiauttajalle uusia välineitä parempaan itsetuntemukseen, parempaan omien voimavarojen ja väsymisen rajojen tunnistamiseen, uusia tapoja sanoittaa omia tunteitaan, uusia tapoja kohdata sekä itsensä että erilaisissa elämäntilanteissa olevia asiakkaita sekä ennen kaikkea se antaa mahdollisuuden purkaa sisälle kertynyttä psyykkistä kuonaa. Samalla tavalla kuin asiakkaat tulevat purkamaan oman elämänsä varjoja ammattiauttajan luo, niin oma psykoterapia tarjoaa ammattiauttajalle väylän purkaa oman elämänsä varjoja toisen ammattilaisen kanssa. Oma psykoterapia on koulutustasosta riippuen eri kestoista; erityistason psykoterapeuttiopiskelijat käyvät koulutustasoonsa kuuluvan 250 tunnin mittaisen omaterapian kun taas vaativan erityistason psykoterapeuttiopiskelijat käyvät koulutukseensa kuuluvan 500 tunnin mittaisen omaterapian osana opintojaan. (Valvira.fi. Psykoterapeutit. 12/2008. Viitattu 15.12.2017)

Vaikka oma psykoterapia koetaan yleisesti ottaen hyvin puhdistavana ja voimaannuttava kokemuksena, niin se voi joissain tilanteissa koetella ammatillista ylpeyttä. Mahoney (1997) kuvasi päiväkirjassaan, miten joidenkin terapeuttien on hankala olla itse terapiapotilaana. Hän kuvasi sitä, kuinka vaikeaa on murtaa vallitseva tilanne ja paljastaa oma haavoittuvuutensa terapeutin arvostaman kollegan edessä. Ihanteellisissakin olosuhteissa terapeutin voi olla vaikea havainnoida ja sietää todisteita omasta vajavaisesta kehittyneestä psykologisesta toiminnasta ja merkkejä primitiivisistä puolustuskeinoista. Tunkeutuminen terveeseen narsistiseen puolustusjärjestelmään saatetaan kokea hyökkäykseksi, joka on torjuttava hinnalla millä hyvänsä. Ennen luottamuksen syntymistä terapiapotilaana oleva terapeutti saattaa projisoida eli heijastaa hoitavaan terapeuttiinsa arvosteluja; ”Millaisenakohan terapeutina hän minua oikein pitää, kun minulla on tällainen määrä varhaista painolastia ja ratkaisemattomia kysymyksiä?”. Ammatillisen kehityksen ja oman psyykkisen kehityksen kasvun kannalta myös nämä kysymykset ja niihin liittyvät tunteet pitää käydä läpi, sillä ammattitaitoinen psykoterapeutti ymmärtää ja tiedostaa oman heikkoutensa sekä oman kuolevaisuutensa ja osaa nojautua tarvittaessa ammattiavun piiriin, apua oikealla ja rationaalisella tavalla vastaanottaen. (Leibowitz, S. 1997, 331-332.)

4.3.2 Reflektiivisyys työyhteisön voimavarana

Reflektointi sanana tarkoittaa heijastamista, harkintaa ja mietiskelyä. Ammatillisessa vuorovaikutussuhteessa reflektoinnilla tarkoitetaan tilannetta, jossa työntekijä peilaa takaisin asiakkaan tai toisen työntekijän viestin. Reflektoinnista on puhtaimmillaan se, kun viestin vastaanottaja toistaa kuulemansa ajatuksen omin sanoin niin, että sen merkitys tai sisältö ei muutu. Mielenterveystyötä tekevissä työyhteisöissä itsereflektiota ja ryhmäreflektiota harjoitetaan jatkuvasti. Ammatillisena oppimisprosessina ammattilaisten välinen reflektointi ja kertomusten peilaaminen ovat aina uuden oppimisen paikka; reflektoidessaan kokemuksiaan ja tunteitaan työntekijä joutuu palaamaan kokemuksen tai muiston äärelle ja ottamaan sen uudestaan käsittelyyn. (Filppula ym. 2007, 26, 40.) Muiden heijastamat vasta-ajatukset voivat tällöin saada reflektoinnin aloittaneen ammattilaisen pohtimaan omia toimintojaan, omia kokemuksiaan ja omia tunteitaan kriittisesti täysin uusista valoista ja saada niihin uusia näkemyksiä. Reflektoinnin taustalla on konstruktivistinen lähestymistapa, jonka valossa uudet kokemukset, uudet ajatukset ja uudet näkemykset rakentuvat aiempien päälle, täydentäen ja laajentaen niitä. (Kiviniemi ym. 2007, 12-15.) Esimerkiksi psyykkisesti raskaiden asiakastapaamisten purku reflektiivisellä dialogilla työpäivän päätteeksi on yksi ryhmäreflektiivisyyden selkeimmistä muodoista.

Onnistunut reflektointi ei ole synnynnäinen taito, vaan siihen opitaan. Se kysyy reflektoilijaltaan aina metakognitiivisia taitoja, herkkyyttä ja uteliaisuutta omia mielensisäisiä liikkeitä kohtaan, rohkeutta, haavoittuvaisuuden hyväksymistä sekä halua oppia lisää itsestä ja omista motiiveistaan sekä omista tavoistaan toimia, ajatella ja tuntea. Reflektiivinen prosessi vaatii myös teoreettisen tiedon hallitsemista sekä oikeaoppista käyttöä. Onnistunut reflektio on parhaillaan työyhteisön liimaa; se lähentää työntekijöitä entisestään, antaa mahdollisuuden tutustua työntekijöiden ajatuksiin ja herkkyyteen, lisää luottamusta sekä parantaa yhteishenkeä. Tiimin jäsenet oppivat kokemuksistaan ja tiimistä. Tiimi kehittää toimintaansa sekä yhteisö- että myös yksilötasolla reflektiivisen arvioinnin perusteella. (Kiviniemi ym. 2007, 13, 156-157.)

Ryhmäreflektiivinen prosessi nähdään nelivaiheisena prosessina, jossa sen ensimmäisenä vaiheena on tuuletus. Tuulettamisella tarkoitetaan esimerkiksi henkisesti raskaan asiakastilanteen päätyttyä tapahtuvaa positiivisten ja negatiivisten tunteiden ilotulitusta ja niiden räiskyttelyä. Työntekijä saa esimerkiksi manata juuri päättynyttä tapaamista työkavereilleen tai jopa esimiehelleen ja todeta, kuinka rasittavaa tai raskasta se oli. Tuulettamisen ajatuksena on purkaa henkisiä paineita ja antaa niiden laantua ennen reflektointia. Tämän jälkeen seuraa toinen vaihe,

jota kuvastaa ammattitaitoisempi sanoittaminen. Ammattitaitoisella sanoittamisella tarkoitetaan tapahtumaa, jossa työkaverit ja työyhteisö yhdessä tarjoavat tuulettaneelle osapuolelle vaihtoehtoisia merkityksiä ja ajatuksia jäsentää juuri tapahtunutta sekä omia ajatuksia ja tunteita. Esimerkiksi kysymykset ”Oletko ajatellut, että kyseessä voisi olla tällainen asia?” tai ”Voisiko tuota asiaa lähestyä tällaisesta näkökulmasta?” ovat merkki ammattitaitoisemmasta sanoittamisesta. Uusien merkitysten ja ajatusrakennelmien myötä tuulettaja kykenee peilaamaan juuri oppimiaan vaihtoehtoisia näkemyksiä nykyisiin näkemyksiinsä ja muokkaamaan niitä itselleen paremmin sopiviksi. Kolmannessa vaiheessa nähdään varsinainen reflektio, jolloin työntekijät heijastavat ajatuksiaan ja näkemyksiin syvemmässä kontekstissa, koko ajan toisiltaan uutta oppien. Neljännessä vaiheessa ja reflektion onnistuessa voidaan tuloksena nähdä kehittyneempi työtapaa ja kehittyneempi työminä. Tulos on konkreettisimmillaan se, kun työntekijä kykenee tarkastelemaan asioita uusista näkökulmista ja hänellä on valmiuksia soveltaa uusia ajatuksia omaan työkäytäntöönsä. (Kiviniemi ym. 2007, 12-15, 158-160.) & (Filppula ym. 2007, 26, 32.)

Reflektiivisyyden ohella työyhteisö voi antaa työntekijälle positiivista palautetta onnistumisista ja tukea työntekijää myös jatkossa tarjoamalla toinen toistaan täydentäviä ajatuksia ja näkemyksiä. Tällöin on oletettavaa, että työn tekemisestä vuorovaikutuspohjaisessa psykoterapiatyössä tulee kevyempää ja työntekijä voi nauttia luottamusta omaa työyhteisöään kohtaan. Ajatus siitä, että voin näyttää ryhmässä myös negatiivisia tunteita ja jopa kirosanoja, mahdollistaa ammatillisen kehityksen ja vahvistaa työhyvinvointia sekä työssäjaksamista. Ammatillainen voi kokea myös helpotuksena ymmärtäessään, että hänen tähänastinen toimintatapa, jota hän on niin kovasti yrittänyt puskea läpi asiakkaansa kanssa, ei olekaan ainoa oikea ja että huonoa ammatillisuutta ei ole kokeilla myös muita lähestymistapoja asiakkaiden kanssa. Tämä voi parhaimmillaan vahvistaa ammatti-identiteettiä sekä ammatillista itsevarmuutta. (Linnainmaa ym. 1999, 45.)

4.3.3 Työnohjaus ja ammatillinen kasvu

Työnohjaus on monimutkainen ja -osainen vuorovaikutustapahtuma, joka auttaa työntekijää oman työnsä ja itsensä tarkastelussa sekä tutkimisessa. Terveystieteiden erikoissairaanhoitolaki (1062/1989) ja ammattihenkilöstölaki (559/1994) velvoittavat ammattihenkilöitä ja työnantajia huolehtimaan riittävästä työnohjauksen järjestämisestä sekä tutkimus-, kehittämis- ja koulutustoiminnan toteuttamisesta työpaikoilla. Auttamistyössä psykoterapeutin on kehitettävä persoonaansa rohkaistukseksi mielikuvien käyttöön henkisessä työskentelyssään. Mielikuvien esteettisyyden avulla psykoterapeutti voi auttaa asiakasta ja hänen perheenjäseniään

saavuttamaan syvempää ymmärrystä elämänsä tapahtumille ja saamaan selville niiden merkityksistä. (Sprenkle ym. 2013, 119.) Työnohjauksessa keskitytään tarkastelemaan työnohjauksessa olevan ammattilaisen työtapoja, persoonaa, näkemyksiä sekä motiiveja jotta työnohjattava kykenisi tarkastelemaan paremmin vuorovaikutussuhteitaan ja omaa rooliaan ammattilaisena, työyhteisön ja organisaation jäsenenä sekä auttajana erilaisista näkökulmista käsin. Työnohjauksessa pyritään myös tukemaan työntekijän ammatinharjoittamista ja vahvistamaan sitä. Työnohjaaja tuo ohjaussuhteeseen oman kokemuksensa, omat tietonsa, omat taitonsa sekä omat näkemyksensä joita hän peilaa ja asettelee ohjattavan kokemuksiin, tietoihin, taitoihin ja näkemyksiin vasten. Kiireisessä ja monimuotoisessa työssä pysähtyminen ja ajatuksellinen etäisyyden eli distanssin ottaminen esimerkiksi asiakastilanteisiin auttaa hahmottamaan asioiden olennaisia piirteitä. Sen keskipisteenä ovat aina ohjattavassa heränneet tunteet ja ajatukset joita työ itsessään on hänessä herättänyt, mutta myös työntekijän toiveet kehittyä paremmaksi ammattilaiseksi. (Holmberg ym. 2008, 324-325.)

Työnohjaus pitää sisällään terapeuttisia piirteitä ja se on helposti sekoitettavissa terapiaan. Työnohjaus on kuitenkin vain terapeuttisen työskentelyn kaltainen tapahtuma, jossa työskenneltävä ongelma on yleensä selkeästi esillä ja työstettäviä ongelmia on rajattu määrä. Työnohjaus ei myöskään oikein järjestettynä ja suoritettuna pidä sisällään ammattilaisen kiintymyssuhteiden tai esimerkiksi lapsuusmuistojen tarkastelua, vaan käsiteltävät asiat ovat enemmän työssä näkyviä ja käytännön tasolla esiin tulevia. Voi olla, että työnohjaus herättää ammattilaisessa pohdintaa siitä, voisiko työnohjauksessa nousseita teemoja työstää myöhemmin yhä pidemmälle esimerkiksi omassa psykoterapiassa. (Kiviniemi ym. 2007, 164.)

Yleinen työnohjauksessa tutkittava alue, on vuorovaikutuksessa tapahtuvat transferenssi-ilmiöt. Psykoterapiassa ja hoitosuhdetyöskentelyssä esiin nousevat transferenssit eli tunteensiirrot ovat torjunnan muotoja, jotka estävät paranemista ja muutosta. (Lönqvist ym. 2014, 774.) Transferenssit määritellään ihmisen menneisyyden, aikaisemmin elettyjen kokemusten aikaansaamiksi tunnetiloiksi, joita ihminen toistaa tämänhetkissä vuorovaikutustilanteissa. Transferenssit ilmentävät metaforistista kuvaa, eli persoonan siirtäessä tunteita tiedostamattaan toiseen henkilöön, hän alkaa käyttäytyä *ikänsä kuin* tämä olisi tunteiden kohde. Esimerkiksi isänsä varhain elämässään menettänyt henkilö voi kohdistaa miespuoliseen terapeuttiin tiedostamattaan ajatuksia ja alkaa käyttäytyä tätä kohtaan ikään kuin hän olisi isä. Tällöin puhutaan substituutiosta joka on merkki psyyken pohjimmaisten rakenteiden pyrkimyksestä palauttaa ja saada takaisin menetetty kohdehenkilö. Tällaisessa tilanteessa puhutaan primaaritransferenssista eli asiakkaasta

nousevasta tunteensiirrosta. Sekundaaritransferenssista puhuttaessa kyseessä ovat hoitajasta tai psykoterapeutista lähtevät tunteensiirrot, jotka kohdistuvat potilaaseen. Ne voivat olla luonteeltaan positiivisia tai negatiivisia, esimerkiksi fantasioita, unelmia tai jopa vihaa ja katkeruutta. Potilas ei ole koskaan näiden tunteiden suora aiheuttaja, mutta jokin potilaan käyttäytymisessä tai olemisessa voi muistuttaa kauan sitten elämässä olleesta tärkeästä henkilöstä, jonka poislähtöä ammattilainen ei ole kyennyt käsittelemään loppuun asti. Tällöin nykyinen potilas vertaantuu mielen alitajuisissa osissa muistoon tästä henkilöstä, jolloin mieli ymmärtää henkilöiden välillä paljon samaa ja olettaa kyseessä olevan samankaltainen ihminen. Kauan sitten pinnalla ollut katkeruus tai viha tuota ihmistä kohtaan voi siis nousta myös nykyistä potilasta kohtaan, mikä voi tuntua sekä potilaasta itsestään että ammattilaisesta hyvin hämmentävältä. (Holmberg ym. 2008, 330.)

Kaikissa työnohjauksen muodoissa työntekijä kohdistaa työnohjattavaan vastatransferenttisia tunteensiirtoja eli sekundaarisia tunteensiirtoja. Puhutaan paralleeli-ilmiöstä joka tarkoittaa rinnakkain olevaa, rinnakkaisuutta tai rinnakkaisilmiötä. Sillä tarkoitetaan kansankielellä sitä, että ohjattavan työssä ilmenevä vuorovaikutustyyli tai -tekijä esiintyy myös työnohjauksessa ohjattavan ja työnohjaajan välillä. Tämä ilmiö mahdollistaa työntekijän kohtaamien vaikeiden asioiden ja omien toimintatapojen näkemisen uudessa valossa. Transferenssit eli tunteensiirrot ovat onnistuneen psykoterapeuttisen hoidon ydinalueita, mutta niiden oikeaoppinen käyttö vaatii niiden tiedostamista ja hallintaa. Sen lisäksi niiden käsitteleminen voi olla hyvin monikerroksista ja vaikeaa. (Holmberg, ym. 2008, 331.)

Työnohjausta voidaan järjestää myös ryhmämuotoisena, jolloin ryhmäläiset yhdessä kerronnallisuuden, reflektoinnin ja dialogisuuden avulla käyvät läpi organisaatiossa ja ryhmässä esiin nousseita teemoja kokeneen työnohjaajan ohjauksen alaisuudessa. Tällöin työnohjauksen alkuperäinen tarkoitus voi olla esimerkiksi paremman ilmapiirin luominen työpaikalla tai paremman vuorovaikutuksen rakentaminen työntekijöiden välillä. (Toivola, K. 2013, 4.) Kokemuksellisena oppimisprosessina se mahdollistaa sen, että psykoterapeutti voi yhdessä työnohjaajan kanssa tutkia kokemuksiaan ja oppia niistä, mikä tukee myös hänen omaehtoista ammatillista kasvuaan ja työhyvinvointia. Onnistunut työnohjaus kehittää työnohjattavaa syvällisempään asenteen ja ajattelutavan muutokseen, joka heijastuu suoraan työorganisaation kehittymiseen ja ryhmädynamiikan parantumiseen kaikissa vuorovaikutustilanteissa. (Lehtovuori, P. 2012, 159.) Tämä kehitys puolestaan heijastuu työilmapiiriin ja työpaikan henkiseen hyvinvointiin, tuoden uudenlaista ulottuvuutta ja luovaa uskallusta terapiatyöhön. Psykoterapeuttiseen työhön liittyy vaikeiden mielenterveys- ja päihdepotilaiden kanssa työskentelyä, jonka vuoksi kohtaamisiin ja

hoitoon liittyy usein vaikeita kokemuksia, tunteita ja ajatuksia, jotka saattavat käsittelemättöminä johtaa asiakkaan kohtaamattomuuteen, hoidon laiminlyöntiin ja pahimmassa tapauksessa asiakkaan vahingoittavan käyttäytymisen vahvistamiseen. Kokemuksiaan kriittisesti reflektoimalla ja uudella tasolla tiedostamalla työnohjattava oppii löytämään vaihtoehtoisia ja mielekkäitä ratkaisumalleja työhönsä. Jotta työnohjaus onnistuisi, tulee työnohjaajan olla tietoinen siitä työstä, joka työpaikalla harjoitetaan sekä kaikista työn vaatimuksista, työn edellytyksistä, työrooleista ja työtehtävistä. Työnohjaus on aina työntekijän ja työyhteisön henkistä työsuojelua ja sen avulla voidaan lineaarisesti edistää työssäjaksamista ja työhyvinvointia. Asiakkaiden onnistunut auttaminen vaatii läsnäoloa, syvällistä paneutumista sekä omien havaintojen analysointia ja erittelyä. Työnohjaus mahdollistaa havaintojen erittelyn ja analysoinnin ryhmän ja työnohjaajan tuella. (Kiviniemi ym. 2007, 165-166.)

4.3.4 Henkilökohtaiset voimavarat ja psykologinen itsehoito

Psykologisen itsehoidon kannalta on tärkeää osata tehdä rajanvetoja työn ja vapaa-ajan välille. Esimerkiksi työyhteisöissä on monenlaisia taukopaikkoja ja virkistymishetkiä; hetken kestävää vapaata yhdessäoloa ja hyvää keskustelua työtovereiden kanssa esimerkiksi asiakastapaamisten välissä, liikkumista eri työpisteissä ja niiden välillä sekä ruokailua. Tauot keskeyttävät alkaneen väsymisen ja psykologisen itsehoidon kannalta ammattilaisen on hyvä tunnistaa voimavarojen ehtyminen. (Korpela, K. 2007, 368.) Ei ole ollenkaan kiellettyä poistua omasta työhuoneesta tauon ajaksi ja lähteä täysin muihin miljöisiin ajatuksia lepuuttamaan. Olipa taukopaikka sitten ruokasali tai varasto, niin tavoite on aina sama: saada ajatukset siirtymään välillä muualle kuin työhön. Psykologista itsehoitoa on osata poistaa itsensä kuormittavista ympäristöistä tarvittaessa. Psykkiseen työstä irrottautumiseen on myös muita keinoja. Tärkeintä on ajatusten työyhteyden tietoinen katkaiseminen esimerkiksi pidättäytymällä vastaamasta työviesteihin tai puheluihin tauon aikana. ”Mielipaikka” on uusi käsite työelämän tutkimuksessa. (Korpela, K. 2007, 372.) Mielipaikka-ajattelussa ajatellaan, että se on esteettisesti miellyttävä ja rauhoittava ja että siellä on mielenkiintoisia yksityiskohtia. Mielipaikka tuntuu kuin itselle luodulta. Työympäristön monimuotoisuus koetaan yleensä miellyttävämmältä kuin yksitotiset valkoiset käytävät.

Psykoterapeuttisessa työssä työtä tehdään pään sisällä. Tietoinen irtiotto työstä kannattaa, tai muuten työtä kohtaan voidaan kokea epäsuotuisaa kiinni olemista. Ikään kuin olisi näkymättömillä langoilla sidottu huoleen, miten asiakkaat pärjäävät istuntojen välissä ja kuinka asiat tulevat tulevaisuudessa järjestymään. Tällaisessa tilanteessa mieli työskentelee jatkuvasti ja ajatusten

virtaa ei onnistu suuntaamaan muualle. Vaikka olisi vapaalla kotona, on kuitenkin mielensä sisällä yhä töissä. Ihmissuhdetyössä on vaikea löytää pistettä, jonka jälkeen työ olisi päätöksessä. Yksityiselämän ja työelämän rajavahtina ei enää toimi tehtaanpilli, vaan rajanpiirtäjänä toimii ihmisen oma harkinta. Jotta palautuminen pääsisi kunnolla alkuun ja työstä vapaa-ajalle siirtyminen tapahtuisi oikeaoppisesti, tarvitaan tietoista päätöksentekoa. Esimerkiksi päivän päätteeksi voi todeta, että ”nyt minä olen työni tehnyt ja lähden ulos”. Irrottautuminen työstä, rentoutuminen, nukkuminen ja tunne oman ajan hallinnasta edistävät palautumista ja voimavaravarastojen täydentymistä. (Baker, E. 2005, 80, 82-84.)

Henkilökohtaisten voimavarojen ylläpitäminen on jokaisen ammattilaisen tärkeä itsestä huolehtimisen työkalu. Tärkeät ja miellyttävät harrastukset, rakkaat läheiset ja heidän kanssaan vietetty aika, uudet elämäkokemukset tai vaikkapa loma ovat hyviä henkilökohtaisten voimavarojen kerryttäjiä. Rentoutuminen ja puuhailu omaan tahtiin purkavat elimistön jännityksiä, toisille sen sijaan rajukin omien rajojen koettelu ja taitojen kehittäminen vapaa-aikana on virkistävää. Sosiaalinen kanssakäyminen perheen, ystävien ja läheisten kanssa vetää ajatuksia tehokkaasti pois työstä ja edelleen vapaalle. Kohottavat kulttuuri- ja matkailuelämykset ovat myös rentouttajia ja uusien näkymien luoja. Loma on ihmiselle erityistä aikaa, jolloin ollaan vapaita velvollisuuksista ja työrooleista ja jolloin on mahdollista tehdä itselle mieluisia asioita oman valinnan mukaan. Jotta psykologinen irtaantuminen voi tapahtua, tarvitaan ponteva päätös olla lomalla ja raivata ajatuksiin uusia reittejä. Loma irrottaa tehokkaasti mielen työajatuksista ja tätä mahdollisuutta kannattaa käyttää oman palautumisen tukena. (Kallio, E. & Kivistö, S. 2013, 61-62.)

Henkilökohtaiset voimavarat vahvistavat työssäjaksamisen ja työhyvinvoinnin taustalla olevia peruspilareita, joita ovat elämän mielekkyys ja onnellisuuden kokemus. Ne tukevat jaksamista pitkällä aikavälillä. Mukava ja antoisa loma voi antaa jaksamista taas seuraavaan lomaan asti tai yhdessä läheisten kanssa vietetty viikonloppu voi antaa puhtia koko tulevaksi viikoksi. On tärkeää hakeutua työn ulkopuolella työn vastapainoksi sellaisen tekemisen tai olemisen pariin joka tuntuu hyvältä. (Kallio, E. & Kivistö, S. 2013, 63.) Olivatpa ne sitten hengellisiä rituaaleja, perustarpeista huolehtimista kuten läheisyyttä ja ravintoa, extreme-lajeja, taideharrastuksia tai mitä vain, niin tärkeintä on niiden merkityksellisyys. Mielipaikka voi löytyä myös harrastuksen tai matkailun parista. Omasta minästä huolehtiminen on vähintään yhtä tärkeää, kuin muista ihmisistä huolehtiminen. Psykoterapeuttisessa työskentelyssä minä on ammattilaisen tärkein työkalu ja siitä työkalusta huolehtiminen on yksilön omalla vastuulla. Oman henkisen jaksamisen kannalta omasta minuudesta on tärkeää huolehtia niin fyysisesti kuin psyykkisestikin. (Ahola ym. 2004, 16.)

4.3.5 Rajanveto ja armollisuus

Ammatillisessa asiakassuhteessa aktivoituvat asiakkaan erilaiset tarpeet ja vaatimukset. Asiakas voi kokea herkästi loukkaavaksi koko hoidon ja myös sen, että edes tarvitsee hoitoa ja muiden ihmisten apua. Työntekijä on tässä suhteessa hyvin hankalassa tilanteessa, sillä ammattilaiselta odotetaan työpanosta monella eri rintamalla: hänen tulee tunnistaa ja pitää omat rajansa työntekijänä ettei ylitä hoidolle asetettuja sopimuksia tai ehtoja ja ettei tee mitään sellaista, mitä ei ole valmis asiakkaansa kanssa tekemään, hänen tulee kyetä huolehtimaan asiakkaastaan jotta tämä noudattaisi rajoja ja samalla toimia niin, ettei loukkaa asiakkaansa itsetuntoa. Samalla hänen tulee kyetä huolehtimaan yhteistyösuhteen rajoista. (Omar ym. 2005, 72.)

On tärkeää, että työntekijä tukee asiakasta rajojen pitämisessä. Tällöin yhteistyö on helpompaa ja sujuvampaa ja se tuottaa turvallisuuden tunnetta sekä asiakkaalle että terapeutille. Olennaista on kuitenkin myös työntekijän kyky itse pitää rajoja ja ymmärtää niiden mielekkyys sekä merkitys. Asianmukainen erillisuus työntekijän ja asiakkaan välillä on tärkeää molempien osapuolten hyvinvoinnille. Selkeät rajat suojaavat työntekijää ylikuormitukselta ja tunteiden valtaan joutumiselta. Rajojen asettaminen edellyttää aina koko työyhteisön panosta ja toistuva rajojen ylittyminen tai tarkoitukseton ylittyminen omassa ammatinharjoittamisessa voi olla yksi muuttuja, jota on hyvä työstää esimerkiksi työohjauksessa ulkopuolisen ja mahdollisimman neutraalin henkilön ohjauksessa tai ryhmäreflektiivisesti oman työyhteisön kanssa. Rajojen asettaminen ja niistä kiinni pitäminen voi tuntua hankalalta ja vaikealta erityisesti silloin, jos työntekijä pitää asiakkaastaan tai toivoisi tämän pitävän hänestä. (Kiviniemi, ym. 2007, 30-31.)

Rajanvetoa on, kun työntekijä osaa erottaa ammatillisen vuorovaikutussuhteen ystävyysuhteesta. Pitkäkestoisissa psykoterapioissa voi nousta esiin molemminpuolisia ystävyyspohjaisia tunteensiirtoja, jolloin rajojen hämärtyminen on mahdollista. Terveellä tavalla narsistinen työntekijä ymmärtää, ettei voi olla asiakkaansa ystävä vaikka onkin ystävällinen ja ettei ”hyvältä ystävältä” saatu positiivinen palaute ole suora viite omasta työkyvystä ja taidoista. Terveen narsistisen itsetunnon omaava työntekijä oivaltaa olevansa hyvä ja pätevä vaikka ei kykenisikään vastaamaan kaikkiin asiakkaansa tarpeisiin tai vaatimuksiin tai vaikka ei aina saisikaan tältä positiivista palautetta. Tietynlainen armollisuus itseään kohtaan on terveellistä sillä ammatillisuuteen kuuluu myös kyky ajatella, että teen sen minkä osaan ja se riittää. Aina yksi ammattilainen ei voi auttaa jokaista avuntarvitsijaa ja siksi työtä tehdäänkin usein moniammatillisissa tiimeissä. Armollisuuden taustalla on tietoisuus omista kyvyistä, tiedoista ja taidoista sekä niiden rajallisuuksista. Armollinen

ja lempeä suhtautuminen itseen enteilee hyvää työssäjaksamista kun taas itsensä ruoskiminen ja parempiin suorituksiin piiskaaminen voi lopulta murentaa työssäjaksamista ja uskoa omia auttamisvalmiuksiaan kohtaan. (Kiviniemi, ym. 2007, 30, 60-61.) & (Baker, E. 2005, 121-122.)

4.3.6 Huumori ja leikkisyys

Huumori on oleellinen osa ihmisyyttä. Se pitää sisällään leikkisyyden, pilailun ja myötätuntoisen suhtautumisen koomisia ilmiöitä kohtaan. Huumori yhdistetään yleensä hyväntahtoiseen, ei vähättelevään tai pilkalliseen suhtautumiseen. (Pulkinen ym. 2010, 13.) Pitkään olemassa olleilla työyhteisöillä on usein vuosien saatossa kehittynyt yhteinen huumorin kieli jonka avulla työntekijät keventävät työn aiheuttamia psyykkisiä paineita esimerkiksi kujeilemalla tai pilailleamalla keskenään. Onnistuneen huumorin seurauksena on usein nauru, jonka on todistettu vahvistavan ihmisen hyvinvointia kaikilla osa-alueilla. Se rentouttaa lihaksia, hermostoa, tuottaa mielihyvää ja vähentää stressiä. Huumori ja nauru myös auttavat irtaantumaan synkistä teemoista, joita työssä kohdataan.

Huumori nähdään osana hyvää ja tervettä ammatillisuutta. Kyky nauraa omille virheilleen sekä verbaalisille tai sosiaalisille kompasteluille osoittaa taitoa poiketa tutuista ja turvallisista ajatus- ja tuntemistavoista. Se on myös kykyä nähdä asia tai ilmiö uudella tavalla. Hyvin työssään jaksava ja hyvinvoiva työntekijä kykenee liikkumaan helposti ja sujuvasti sekä vakavan että myös humoristisen maaperän välimaastossa, jäämättä kuitenkaan kumpaankaan liian pitkäksi ajaksi kiinni. Hervoton hykertely ja jatkuva naureskelu voivat olla merkki hermostuneisuudesta sekä väsymisestä, samoin myös liika vakavamielisyys tai vakavuus työssä voivat olla merkki jämähtäneisyydestä kipeälle maaperälle. (Kiviniemi, ym. 2007, 27.)

Huumori ja ilo työpaikalla sekä omassa ammatinharjoittamisessa värittävät kertomuksia entisestään ja lisäävät työniloa. Työpaikalle on mukava tulla, kun ilmapiiri on iloinen ja vapaa. Silloin kun ammattilaisella on mahdollisuus kokea iloa työssään, hän jaksaa ponnistella vaikeidenkin tehtävien ja tapaamisten eteen sekä selviytyä erilaisista haasteista. Tällöin myös työn mielekkyys säilyy joka edelleen vaikuttaa työssä pysymiseen sekä siinä jaksamiseen. Myönteiset ja miellyttävät tunteet vaikuttavat positiivisella tavalla suoraan työntekijän hyvinvointiin ja sitä kautta myös työn tuloksiin. Naurulla ja huumorilla on merkittävä rooli myös työperäisen uupumisen ja työmasennuksen torjumisessa. (Kallio ym. 2012, 71.) Huumorin esiintyminen työpaikoilla viestii luottamuksesta, sillä työntekijä joka luottaa työtovereihinsa, uskaltaa jakaa itsestään myös epäonnistumisia ja koomisia hetkiä heidän kanssaan ja antaa tilaa yhdessä nauramiselle.

4.4 Myötätuntostressi ja myötätuntuupumus

Psykoterapiassa tarvitaan eläytymistä asiakkaiden tilanteeseen ja myötätuntoista suhtautumista heidän kertomuksiinsa sekä elämäntilanteisiinsa. Aiempiin lukuihin palatakseni työ on ihmissuhdetyötä, jossa työntekijän persoonallisuus on keskeisin työväline. Myötätunnosta johtuvaa tunnetartuntaa ei välttämättä huomaa, kun sitoutuminen tilanteeseen ja auttamissuhteeseen on vahvaa. Myötätuntostressiä koettaessa vireystaso jää korkealle ja aistit pysyvät valppaina koskettavan työtahtuman jälkeenkin. Tällöin huoliajatteleminen lisääntyy. Havaitseminen ja muistaminen vaikeutuvat ja näiden ohella voi ilmetä asioiden väärintulkittamista. Myötätuntostressistä syntyy helposti uupumustila, joka voi haitata työskentelyä vuorovaikutukseen perustuvassa työssä hyvin vahvastikin. (Kivistö, S. & Kallio, E. 2012, 23)

Kiireinen työtahti, asiakkaiden suuri määrä ja resurssien puute eivät mahdollista tunnetietoista työskentelyä. Omien tunteiden tunnistaminen ja niiden tiedostaminen vie aikaa. Kyetäkseen siirtymään asiakastilanteesta toiseen ammattilainen tarvitsee tunteista tasaantumista. Jatkuva emotionaalinen rasitus ja yhdeltä intensiiviseltä istunnolta toiselle siirtyminen merkitsee sietokyvyn nopeaa täyttymistä. (Kiviniemi ym. 2007, 103) Jos työntekijä ei huolehdi itsestään ja omista ammatillisuuden rajoistaan, hän väsyvä jäämättä eli palaan loppuun. Tällöin työntekijä paneutuu liikaa ja liian syvästi asiakkaan asioihin, koettaa ymmärtää ja auttaa syvemmin kuin oikeasti pystyy. Työntekijään kohdistuu tällöin paljon osittain myös hänen itsensä pystyttämiä odotuksia ja vaatimuksia ulkopuolelta tulevien vaatimusten ja odotusten lisäksi joihin hän ei pysty vastaamaan ja joiden alle hän lopulta hautautuu. (Palosaari, E. 2007, 180)

Tämän kokonaisuuden jatkuessa riittävän kauan väsymyksen lopputuloksena on työntekijän emotionaalinen uupumus ja tyhjyys. Tällöin työntekijä ei enää jaksa suhtautua toisten asioihin tunnepohjaisesti, vaan syväjäädyttää itsensä. Syväjäädytymisen seurauksena mikään ei tunnu enää miltään eikä mikään kosketa sisältä (Kiviniemi ym. 2007, 162) Työntekijän suorituskyky alenee, sillä hän tuntee suoriutuvansa työstään huonosti. Tällaisen ihmisen elämässä on usein menossa myös muita kriittisiä tapahtumia, esimerkiksi horjuvia ihmissuhteita, fyysisiä sairauksia tai psykosomaattisia vaivoja jotka ovat murentaneet terapeutin peruskalliota pitkällä aikajänteellä.

Ihmissuhdetaitoja kysyvässä ammatissa loppuunpalaminen kuvataan usein muutossarjana, jossa alun perin lämminhenkinen ja toisista ihmisistä välittävä, työstään innostunut ja sille motivoitunut auttaja muuttuu välinpitämättömäksi, kyyniseksi, vihamieliseksi ja turhautuneeksi. Kyynistymistä

kuvaa esimerkiksi se, kun ammattilainen ei enää jaksaa uskoa omiin auttamismahdollisuuksiinsa ja saattaa kokea esimerkiksi uskon horjumista koko ammattikuntaansa kohtaan. Psykoterapeutti voi esimerkiksi kyseenalaistaa koko psykoterapian ja sen tehokkuuden. Prosessi etenee näiden oireiden myötä unettomuudeksi, masentuneisuudeksi, nautintoaineiden väärinkäytöksi ja pahimmassa tapauksessa lopulta itsemurhaksi. (Baker, E. 2005, 131) Tilannetta kuvaa hyvin myös se, että ammattilainen tulee sokeaksi omalle tilanteelleen. Tällöin ryhmädynaamisen reflektioprosessin merkitys korostuu entuudestaan. Kollegat voivat olla kullannarvoinen apu jotka nostavat väsyneen työntekijän takaisin jaloilleen. Parhaimmassa tapauksessa oma työyhteisö voi toimia psykologisen ensiavun antajana työntekijälle, jonka voimavarat ovat ehtyneet.

Keskeinen myötätuntouupumukseen johtava tekijä on pitkittynyt altistuminen traumaattisille eli haavoittaville kokemuksille. (Tamminen ym. 2014, 110) Työntekijää korostavat tällöin jännittyneisyys ja varautuneisuus, kun hän ottaa vastaan asiakkaansa traumaa. Puhutaan sijaistraumatisaatiosta. Sijaistraumatisaation merkkejä ovat omien, traumapohjaisten kokemusten reaktivaatio eli uudelleen aktivoituminen, herkkyys-haavoittuvuuskokonaisuuden korostuminen, myötätuntouupumus, emotionaalinen köyhtyminen, onnettomuusasentoon lukkiutuminen sekä näiden johdosta vähitellen alkava loppuunpalamisen prosessi. Loppuunpalaminen ei välttämättä invalidisoi, mutta aiheuttaa muita monenlaisia oireita: psykofyysistä voimattomuutta, emotionaalista vetäytymistä perheestä, vähentynyttä kiinnostusta seuraelämää ja läheisiä kohtaan sekä fantasioita ylimääräisistä vapaapäivistä tai siitä, että joku pitää huolta. (Holmberg ym. 2008, 261)

Työntekijän empatiataso vaikuttaa siihen, missä määrin asiakkaan oireilu siirtyy työntekijälle. Työntekijän käsittelemättömät ja tukahdutetut traumaattiset elämäkokemukset toimivat tällöin siis triggerinä eli laukaisimena sijaistraumatisaatiolle. Tällöin ammattilainen on kaksinkertaisessa loukussa sekä omien traumojensa että asiakkaan tuomien traumojen välissä. Vähemmän painolastin omaava auttaja kykenee kohtaamaan subjektiivisesti helpommin traumatisoituneita asiakkaita kuin verrokki, jolla on painavampia traumaattisia elämäntapahtumia historiassaan. Tällöin työntekijä ei koe henkilökohtaista tuhon uhkaa eikä hänellä kulu ylimääräistä energiaa hankalien kokemusten kohtaamiseen ja niiden käsittelemiseen. (Kiviniemi ym. 2007, 161)

4.5 Vastatunteisiin liittyvät omakohtaiset haasteet

Psykoteraapiaa saava asiakas herättää terapeutissaan aina ja vääjäämättä erilaisia tunteita. Vastatunteet ovat aivoissa olevien peilisolujen eli empatianeuronien aikaansaamia reaktioita

ihmisessä. (Gallese, V. 2011, 12) Peilisolujen ajatellaan sijaitsevan päälaenlohkon alueella sekä Brocan aivoalueella. Peilisoluja on varmuudella löydetty eläimiltä, joissa niiden on havaittu vastaavan kohde-eläinten liikkeisiin, ääniin, ilmeisiin ja eleisiin ja lähettävän näiden taustalla olevia tunteita vastaavia hermosignaali välitteisiä vasteita aivojen eri osiin ja limbiseen järjestelmään eli tunteita säätelevään järjestelmään. Peilisolujen ajatellaan olevan vastuussa myös siitä, miksi tunnereaktiot, esimerkiksi nauru, tarttuvat ihmisestä toiseen ryhmän sisällä (Gallese, V. 2011, 14).

Vastatunteisiin liittyvät omakohtaiset haasteet liittyvät joiltain osin sijaistraumatisaatioon, sillä hankalat terapeutin kokemat vastatunteet voivat käynnistää terapeutissa itsessään sisäisiä traumoja. Aina ne eivät välttämättä ole kuitenkaan traumaattisia tai ne eivät tunnu traumaattisilta, vaikka asiakas ne sellaisina kokisikin. Paljon riippuu siitä, millainen emotionaalinen vakaus terapeutin mielessä vallitsee. (Solin ym. 2014, 88) Omakohtaiset vastatunteisiin liittyvät haasteet tulevat kuitenkin vastaan esimerkiksi uusia potilaita vastaanottaessa. Tällöin uusi potilassuhde on sekä terapeutille itselleen että asiakkaalleen täysin uusi ja omalla tavallaan jännittävä tilanne. Terapeutilla ei ole asiakkaastaan juuri mitään tietoa, joten alussa on epäselvää, mitä kaikkea potilas tuo mukanaan ja minkälaisia minätiloja hänessä on. (Kivistö, S. & Kallio, E. 2012, 91) Pitkäaikaisissa psykoterapeuttisissa suhteissa tuttuuden tunne suojaa yllätyksiltä, sillä terapeutti oppii ajan saatossa asiakkaastaan koko ajan lisää, jolloin yhtäkkiset muutokset tai vahvat tunteet eivät enää säikäytä – ne kun olivat jo omalla tavallaan odotettavissakin. Uuden asiakkaan kohdalla tilanne on kuitenkin päinvastainen. Tilanteet uuden asiakkaan kanssa voivat saada varsinkin alussa hyvin nopeita, dramaattisia ja voimakkaita käännteitä jolloin terapiasuhte voi olla varsinainen vahvojen temperamenttien taistelutanner (Baker, E. 2005, 152) & (Toivio ym. 2009, 182-186)

Terapeutti voi kantaa sisällään omasta psykoterapiastaan huolimatta yhä edelleen syvällä alitajunnassa ja tiedostamattomalla alueella olevia sisäisiä haavoja, jotka voivat täydeksi yllätykseksi aktivoitua. Tällöin sijaistraumatisaation riski kasvaa ja suositeltavaa onkin, että uuden ja yllättävän tunteen ilmetessä kokenutkin terapeutti palaisi esimerkiksi työhajukseen tai omakohtaiseen terapiaan vielä kerran ja käsittelisi hankalan muiston tai tapahtuman menneisyydessään. Kukaan ihminen ei tunne itseään läpikotaisin niin hyvin, etteikö mikään pääsisi yllättämään. Psykoterapeutin on kyettävä kohtaamaan myös yllättävät tunteensa ja pyrittävä selvittämään, mistä ne syntyvät. Mitä paremmin ammattiauttaja itsensä tuntee, sitä paremmin hän voi ryhtyä terapeuttiseen suhteeseen toisen ihmisen kanssa. Mindfulness eli tietoisuustaidot sekä tietoinen läsnäoleminen omassa minuudessa auttavat hallitsemaan itsessä viriäviä tunteita siten, että ne eivät pääse hallitsemaan osaan ja ota otetta ammatillisesta. (Holmberg ym. 2008, 332)

4.6 Avuttomuuden ja riittämättömyyden tunteet

Toisin kuin esimerkiksi kirvesmiehet, puutarhurit tai kirurgit, niin psykoterapeutit harvoin näkevät työssään välittömiä, syviä tai aineellisia tuloksia tekemästään työstä. Mielenterveystyössä tunnustetaan se fakta, että mielenterveydessä tapahtuvat pitkäkestoiset ja positiiviset muutokset ovat hyvin harvoin saavutettavissa nopeilla toiminnoilla, jonka vuoksi myös psykoterapeuttinen työskentely on yleensä melko hidasta. Silloinkin, kun terapia on toimivaa ja se kykenee poistamaan – jopa päättämään lähes kokonaan – henkisen kipuilun, niin moni potilas hylkää terapian. (Baker, E. 2005, 104.) Tämän taustalla on kokemus psyykkisen kivun riittävästä poistumisesta, joka pohjautuu usein virhearvioon. Asiakas voi kokea riittäväksi sen, ettei ole kokenut tuskaa viime aikoina ja päättää sen vuoksi käynnit terapeutilla. Lyhyt oireeton jakso ei ole välttämättä riittävä indikaatio pysyvästä paranemisesta, vaan merkki toipumisen alkamisesta. Terapiasuhteen yhtäkkisen katkeamisen myötä asiakas myös vie mukanaan kaiken sen työn, joka terapiasuhteessa on saavutettu. Saavutettu työ pitää usein sisällään molemminpuolista toivoa, onnistumisen iloa ja nautintoa, aitoa kiitollisuutta sekä tervettä terapeutin kokemaa mielihyvää joka edesauttaa työssä jaksamista sekä tukee ammatillista itsevarmuutta. (Heinonen, E. 2014, 65-66.)

Koska psykoterapeuttinen työskentely nähdään ja koetaan hitaanlaisena mutta usein myös pitkäaikaisia tuloksia tuottavana prosessina, niin sen eri vaiheissa ammattilainen voi kokea avuttomuuden ja riittämättömyyden eli insuffisienssin tunteita. Hän voi kokea, että hänen taitonsa eivät riitä ja että kaikista ponnisteluista huolimatta työ ei tuota toivottua tulosta. (Baker, E. 2005, 104-105.) Psykoterapeuttisessa prosessissa tulee aina ja väistämättä eteen kausia, jolloin työskentelyssä ikään kuin ”jarrutellaan” ja tehdään havaintoja siitä, mitä kaikkea tähän asti on saavutettu. Näiden kausien aikana terapiassa ei välttämättä edes pyritä suuriin harppausaskeliin, vaan omalla tavallaan kartoitetaan tilannetta ja hengähdetään ennen uutta kytkimen nostoa. Näitä tunteita torjuakseen ammattilaisen on kyettävä seuraamaan ja tunnistamaan itsessään viriäviä riittämättömyyden ja avuttomuuden tunteita ja kyettävä refleктоimaan niitä esimerkiksi työnohjauksessa. (Holmberg ym. 2008, 328.) Ennen sitä ammattilainen voi kiittää itseään tähän astisista onnistumisista ja hakea niistä voimaantumista sekä motivaatiota. Mikäli niihin ei kiinnitetä huomiota, niin ne voivat pitkään jatkuessaan kasaantua. Tällöin vaarana on työperäisen uupumisen alkaminen, ammatillisen itsevarmuuden asteittainen horjuminen ja lopulta työperäisen masennuksen mahdollinen puhkeaminen. Psykoterapeutin kyetessä tiedostamaan, näkemään ja arvostamaan hidastakin etenemistä, voi terapeutti suojautua tehokkaasti näiltä varjostavilta tunteilta ja syy-seuraussuhteilta. (Galvin ym. 2015, 780.)

4.7 Grandiositeetti ja demonisaatio

Psykoterapeutti näkee työssään ihmisiä, jotka käyvät läpi läheisen menettämiseen liittyvää suurta surua, jotka kokevat äärimmäistä henkistä kipua, jotka ovat itsetuhoisten ajatusten aallokossa ja jotka ovat monella muulla tapaa hauraita. Tällaisten ihmisten kanssa työskentely voi ajoittain nostaa terapeutissa narsistisia kuvitelmia itsensä tärkeydestä; avuttoman ihmisen momentaaninen eli hetkellinen riippuvaisuus terapeutista voi synnyttää harhan, että terapeutti on jopa ylitärkeä komponentti potilaansa elämässä. Myös potilaat voivat omalla toiminnallaan edesauttaa tämän työhyvinvointia uhkaavan kokonaisuuden syntymistä antamalla toistuvasti ylitsevuotavaisen positiivista palautetta, jonka taustalla on usein vain mielistelyä. Tätä grandioottista tilaa kutsutaan joissain asiayhteyksissä myös jumalakompleksiksi. (Seeman, M. 1974, 489.)

Grandiotismia kuvastavat esimerkiksi terapeutin itsensä itseän kohdistamat idealisoinnit ja fantasiat siitä, että hän kykenee parantamaan ja pelastamaan hänestä riippuvaisen ihmisen täysin. Tällaiset ajatukset voivat herättää grandioottisia eli suuruudellisia kuvitelmia itsestä entisestään. Tällaiset kaltaiset fantasiat ovat voineet olla taustalla jo henkilön valitessa kyseisen ammatin. Fantasioihin perustuvat odotukset voivat täyttymättöminä ja epärealistisina turhauttaa, jolloin työhyvinvointi ja työn mielekkyys ovat jälleen uhattuina. (Baker, E. 2005, 133.) Näitä fantasioita ovat mm. ajatukset, että ammattilaisena voin käyttää omaa älykkyyttäni keinona ratkaista toisten ihmisten ongelmia, saada kokemus siitä, että tuntee toisen ihmisen todella syvällisesti tai pääsee hänen ”päänsä sisään” tai että voi ohjailta toisen ihmisen kasvu- ja kehitysprosessia mielivaltaisesti ja haluamallaan tavalla. Omiin fantasioihin pettyminen voi saada aikaan kyynistymistä joka voi ilmetä esimerkiksi kiinnostuksen lopahtamisena ammatinharjoittamista kohtaan, negatiivisena suhtautumisena ihmisiin ja asioihin tai tarpeena mitätöidä toisten tarpeet ja unelmat. Lisäksi auttaja voi kyynistyä suojatakseen itsensä, jolloin hän piiloutuu oman ammatillisen roolinsa taakse, menettäen empaattisen kosketuksensa ympäröiviin ihmisiin. (Kiviniemi ym. 2007, 22.)

Grandiotismin vastavoimana toimii demonisaatio eli alasajo. Alasajo voi olla seurausta grandioottisten ajatusten purkautumisesta, jolloin terapeutti tipahtaa alas rakentamaltaan jalustalta. Tipahtaminen kaikkivoipaisuuden kuplasta ja mahtavuuden kruunun lakatessa kiristämästä osaavaa päätä voi jäljellä olla lopulta vain tyhjyyttä, surua, katkeruutta sekä voimattomuutta. Sisäsyntyisten demonisoivien ajatusten lisäksi jotkin potilaat saattavat lisätä terapeutin kokemaa demonisaatiota entisestään, kohdistamalla häneen esimerkiksi haukkuja, nimittelyä, vähättelyä juuri sen jälkeen, kun ovat asettaneet hänet ensin jalustalle – lyödäkseen hänet välittömästi siltä

alas. Psykoterapiassa nähdään rajujen ja vahvojen tunteiden räiskähdyksiä joiden ohessa myös terapeutti voi saada niistä osansa. Ilman objektiivista palautetta terapeutit voivat päätyä olemaan hämillään ja he voivat alkaa epäillä omia ominaisuuksiaan, pätevyyttään sekä arvokkuuttaan niin ihmisinä kuin myös ammattilaisina. Tietoisuus omista vahvuuksista, heikkouksista ja rajoista auttaa kahlitsemaan näiden molempien ääripäiden esiintymistä sekä niiden vaikutusvaltaa terapeutin toiminnassa ja ajattelussa. Myös työyhteisön antama vertaistuki ja reflektio auttavat jaksamaan näissä hetkissä. (Sprenkle ym. 2013, 171.) & (Parker, P. 2009, 510.)

4.8 Metakognitiivisen ajattelun ongelmat

Joskus psykoterapiassa tulee eteen myös sellaisia ongelmatilanteita, joita yritetään korjata onnistumatta. Tuolloin kyseessä voi olla jumiutunut metakognitiivinen ajattelu, joka pitää tilannetta yllä. Mielen toimintakyky ei tällöin kykene joustamaan tilanteessa; mieli ei kykene siirtymään pois omista ajatusrakenteista eikä se myöskään kykene aloittamaan toisen ihmisen ajatuskompleksien uudenlaista prosessointia. (Kallio, E. & Kivistö, S. 2013, 23.) Oman ajattelun ja toimintatavan tarkkaileminen voi joskus näiden tilanteiden lietsomana mennä liiallisuuksiin; ammattilaisen huomio keskittyy korostuneen voimakkaasti itseen, jolloin näkökannat kaventuvat ja jonka vuoksi asioita haudotaan liikaa. (Ahola, K. & Toppinen-Tanner, S. 2012, 89.) Esimerkiksi omien vastatunteiden pohjalta tapahtuvat ylianalysoinnit ja liikatulkinnot voivat estää objektiivista pohdintaa ja päättelyä. Jatkuvaa arviointia korostavassa yhteiskunnassa liika-ajatteluun on helppo lipsua huomaamatta, jolloin se liiallisena haittaa tulokseen pääsemistä, vie suhteettomasti aikaa ja jumittaa pyörimään samaa ajatusten kehää. Itseen kohdistuva tarkkaavaisuus, läsnäolo ja itsen kuuntelu saattavat kasvaa lopulta niin suuriksi, että ammattilainen tulee häiritsevän tietoiseksi oman mielensä toiminnasta. Tällöin uhkana on, että huoliajattelu lisää jo alkanutta ahdistuneisuutta ja hämmennystä entisestään. Lopullinen päätepiste voi olla fokuksen menettäminen asiakastilanteissa, sillä ammattilainen on niin vahvasti kiinni omassa ajatuksissaan ja oman kehonsa kuuntelemisessa. (Kuhanen ym. 2010, 171.)

Metakognitiivisen ongelman jatkuessa pitkään ammattilainen voi kokea, että jakamalla asian tai kokemuksen omasta elämästään asiakkaansa kanssa voi asiakas saada psyykkistä ensiapua siihen saakka, kunnes terapeutti keksii, mistä tilanteesta on kyse. Taustalla on kommunikaatioon pohjautuva vuorovaikutusongelma, jossa ammattilainen ei osaa vastata asiakkaalleen mitään muutakaan. Tällaiset yksittäiset hetket eivät välttämättä vielä hämää psykoterapialle asetettuja rajoja, mutta toistuvassa käytössä tämä toimintamalli ei ole suositeltava. Psykoterapeuttinen suhde

on aina yhdensuuntainen; siinä asiakas jakaa elämästään yksityiskohtaisia ja intiimejäkin asioita terapeutilleen. Psykoterapeutti sen sijaan jakaa omasta itsestään hyvin vähän, jos ollenkaan. Näin terapeutti säilyttää objektiivisen vaikutelman asiakkaansa silmissä. (Linnainmaa ym. 1999, 44) Jumiutuneet tilat ja jämähtäneet prosessin vaiheet voivat herättää auttajassa turhautumista, lievää hätäntymistä tai jopa vihaa jonka vuoksi hän voi siis kokea parhaimmaksi ratkaisuksi jakaa hätäpäissään oman kokemuksensa, osoittaakseen, että on kokenut samankaltaisen tilanteen ja että auttaja ymmärtää potilastaan. Muun ratkaisun puuttuessa tämä toimii hätäkeinona, mutta asettaa välittömästi uusia haasteita terapeutille suhteelle. Ammatillaisen kertomat oman elämänsä asiat voivat herättää asiakkaassa uteliaisuutta, väärintulkintoja tai jopa harhakuvitelmia jonka vuoksi yhteistyösuhde voi käydä vaarallisella pohjalla ja vääristyä. (Kivistö, S. 2003, 155)

Metakognitiiviset ongelmat ovat suuremmalla todennäköisyydellä mahdollisia silloin, kun ympäriltä puuttuu työyhteisö tai kun reflektiivisiä peilauspintoja ei ole. Objektiivinen palaute, toisenlaiset näkökulmat omien ajatusten rinnalle sekä ammattitaitoisempi sanoittaminen ovat metakognitiivisten ongelmien vastavoimaa. (Kallio ym. 2013, 23.) Oma työryhmä, tiimi tai moniammatillinen verkosto voivat tarjota näitä apukeinoja. Joskus kyseeseen voi tulla myös esimerkiksi mentorointi, joka tarkoittaa kokeneemman ammattilaisen antamaa ohjausta ja tiedon jakamista nuoremmalle ja kokemattommalle kollegalle. Tilanne on kuitenkin toinen yksityisten psykososiaalisten palveluiden puolella, jossa psykoterapeutti voi kokea yksinäisyyttä ja kollektiivisen yhteisön puutetta harjoittaessaan praktiikkaa yksin, esimerkiksi omassa vastaanottotilassaan. Praktiikan ulkopuolinen työnohjaaja voi useimmissa tapauksissa olla ainoa reflektiivinen kontakti yksin ammattia harjoittavalle psykoterapeutille. (David ym. 2012, 367.)

Metakognitiivisia ongelmia voidaan hoitaa reflektiolla jota voivat tarjota esimerkiksi oma lähiverkosto, kuten ystävät ja läheiset. Psykoterapeutti ei oman juridisen vaitiolovelvollisuutensa vuoksi voi puhua asiakkaistaan tunnistettavasti, mutta voi esimerkiksi kertoa tunnistetiedot häivyttäen, millaiseen ongelmaan on töissään törmännyt. Tätä kautta hän voi saada vaihtoehtoisia ajatuksia myös sellaisilta henkilöiltä, jotka eivät ole suorassa yhteydessä terapeutin kenttään tai mielenterveysalaan – asiakkaansa turvallisuuden säilyttäen. (Baker, E. 2005, 158-160.)

4.9 Kiireestä kyynistymiseen

Kiire on sosiaali- ja terveysalaa valitettavan usein luonnehtiva ominaisuus, jota myös psykoterapeutit voivat kokea työssään. Kiireen kokemus perustuu usein potilaiden määrään

lisääntymiseen ja rajalliseen kapasiteettiin ottaa vastaan uusia potilaita. Kiireen taustalla voivat olla myös toistuvat vastaanottoaikojen päälle osuvat ryhmätoiminnot, joita ovat esimerkiksi verkostoneuvottelut, palaverit sekä koulutusiltapäivät. (Baker, E. 2005, 119-120.) Ajatus siitä, että potilaita pitäisi saada kuntoutettua nopeasti ja kalenteriin tulisi saada raivattua tilaa uusille potilaille, voi nostaa työperäisen ahdistuneisuuden esiintyvyyttä. Kiirettä tutkineissa kyselytutkimuksissa on havaittu, että jopa 48 % mielenterveystyön tekijöistä, mukaan lukien terapeutit, ovat kokeneet selkeää kiireen tunnetta uransa aikana. (Perkiö-Mäkelä ym. 2010.) Ahdistuksen taustalla voidaan nähdä syyllisyyteen viittaavia tunnerakenteita johtuen siitä, että ammattilainen on kykenemätön tarjoamaan apuaan kaikille sitä tarvitseville. Sosiaali- ja terveysalan eri ammattikuntia korostavat halu auttaa, olla tukena ja auttaa hädän hetkellä. Halu auttaa on yksi monista eri syistä hakeutua alalle, jossa keskeisenä työn toimintona on apua tarvitsevien ihmisten auttaminen eri keinoin.

Kiireestä johtuva kykenemättömyys auttaa kaikkia avuntarvitsijoita voi nostattaa riittämättömyyden, voimattomuuden ja henkisen hukkumisen tunteita. Hukkumisen tunnetta kuvaa melko tavallisesti kyynismielinen ajatus siitä, että vaikka kuinka tekisi töitä, niin autettavien määrä ei vähene. Kiireen vuoksi yhteisten taukojen määrä työyhteisöissä voi myös pienentyä, jolloin työntekijä näkee omia kollegoitaan yhä harvemmin ja satunnaisemmin. Yhteisen ajan vähenemisen vuoksi myös vertaistuen ja reflektiivisten kohtaamisten määrä vähenee, jolloin työntekijä viettää toimistossaan tai työpisteessään enemmän aikaa yksin. Tällöin vaarana on isolaatio eli eristyminen. Kiire kohdistuu yleensä kaikkiin organisaation työntekijöihin hajottaen ilmapiiriä vakavasti. Kiireen laatu ja olemus riippuvat kuitenkin työtehtävistä ja –rooleista. (Lehtinen ym. 2006, 65-68.)

Kiirettä voidaan hoitaa esimerkiksi työn säännöstelyllä, työnsuunnittelulla, delegoinnilla sekä lisäämällä käytössä olevia resursseja. (Kallio ym. 2013, 27.) Säästötoimenpiteiden vuoksi näistä jälkimmäiseen ei useinkaan kovin mielellään olla halukkaita lähtemään, mutta kiireen saavuttaessa absoluuttisen maksiminsa voi työntekijävahvuuden nostaminen auttaa asiaa paljon. Mikäli kiireeseen liittyviä tunteita ei kohdata ja käsitellä, niin ne voivat kauan jatkuneina uuvuttaa ammattilaisen ja romahduttaa työhyvinvointia alaspäin, kasvattaen työperäisen kyynistymisen riskiä. Työperäisen kyynistymisen johdosta ammattilaisen suusta voidaan kuulla esimerkiksi sanat ”olen vain töissä täällä”, jolla viitataan siihen, että itsellä olisi parempi ratkaisu jonkin tietyn tehtävän hoitamiseen, mutta joku käytäntö estää toimimasta sen mukaan. Tällöin oman työn muokkaus ei onnistu. Työn muokkauksella tarkoitetaan oman työn muotoilemista omaan työtahtiin ja aikatauluun sopivaksi. Työn oma-aloitteisilla muokkauksilla voidaan keventää työpäivistä aiheutuvaa psyykkistä taakkaa ja välttää tällaiset lausahdukset. (Pratsch ym. 2014, 2-4.)

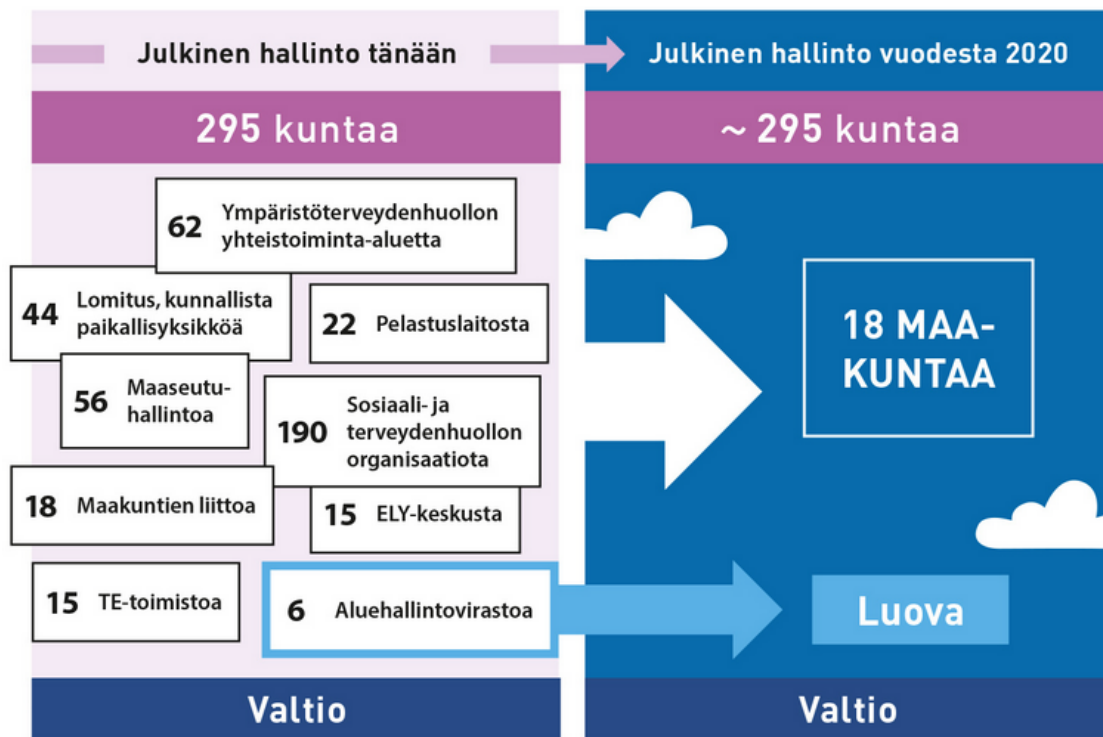
5 SOTE-UUDISTUS 2017 JA MUUTTAVA TERVEYDENHUOLTO

Tämän opinnäytetyön kannalta merkittävä psykoterapiaa tuottavien psykiatristen sairaanhoitajien työssäjaksamiseen vaikuttava tekijä on vuonna 2016 alkunsa saanut ja erityisesti keväällä 2017 vahvasti tapetille noussut terveydenhuoltoa koskeva SOTE-uudistus. Tässä uudistuksessa on kyse palveluresurssien allokoinnista joka tarkoittaa käytössä olevien palveluvalmiuksien ja edelleen palvelutarjonnan tasapainottamista uusien, SOTE-uudistuksessa muodostettavien maakunta-alueiden välillä niin, että palveluiden saatavuus ympäri Suomea olisi tasaista. Tällä hetkellä suurena ongelmana Suomessa on kaupungillistuminen, jonka seurauksena muuttoliike maaseuduilta sekä haja-asutusalueilta isoihin kaupunkeihin ja asutuskeskuksiin jättää syrjäseudot vaille niiden tarvitsemia sosiaali- ja terveyspalveluita. Tästä aiheutuu palvelutarjonnan epätasa-arvoisuutta, joka näyttyy siten, että pienemmät asutusalueet kärsivät yhä etenevissä määrin palveluiden puutteesta sekä asiantuntijoiden vähyydestä kun taas monopoliasemassa olevissa kaupunkikeskitymissä niistä voi olla jopa liikatarjontaa. (Henner, A. & Sinikka, S. 2017, 1-6)

Palveluresurssien allokoinnilla pyritään tasapainottamaan tätä tapahtumaa siten, että esimerkiksi tässä opinnäytetyössä käsiteltäviä psykoterapiapalveluita olisi saatavilla tasaisesti ympäri Suomen. Allokation perusajatuksena on, että Suomeen muodostettaisiin 18 alueellista maakunta-alueita, joiden sisältä löytyisi jokaisesta tarvittavat terveydenhuollon toiminnot. Nykyiset palvelut jaettaisiin siten, että jokaisella maakunta-alueella olisi käytettävissään keskenään yhtä paljon palveluita sekä palveluresursseja, jolloin palveluiden vähyyks vähenee ja suomalainen terveydenhuolto tasapainottuisi merkittävästi nykyisestä tasostaan. Maakunnille siirtyy myös muita tehtäviä ELY-keskuksista, TE-toimistoista, aluehallintovirastoista, maakuntien liitoista ja muista kuntayhtymistä sekä kunnista. Aiheenrajoituksen vuoksi otan tässä opinnäytetyössä kuitenkin huomioon vain mielenterveyshuollon avohoidon palvelut. Etuna SOTE-uudistuksessa sekä palveluiden reformissa on se, että onnistuessaan tämä muutos vähentää merkittävästi erilaisten sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vastaavien ja kuntien yhteisten lakisääteisten organisaatioiden määrää hallinnollisten tehtävien siirtyessä lähes 190:lta eri vastuuviranomaiselta 18:lle maakunnalle. SOTE-uudistuksen on määrä astua voimaan 1.1.2020 alkaen. (Alueuudistus.fi. Viitattu 26.10.2017)

Uudistuksen tavoitteena on luoda yhdenvertaisemmat palvelut sekä vähentää hyvinvointiin ja terveyteen liittyviä eroja samalla, kun ihmisten valinnanvapautta valita omat terveydenhuollon

palveluntarjoajansa korostetaan. Palveluiden järjestämisen kannalta uudistus pyrkii lisäämään ja vahvistamaan peruspalveluita sekä avohoidon palveluiden asemaa nykyisessä terveydenhuoltojärjestelmässä, sillä avohoidosta aiheutuvat kansantaloudelliset kustannukset ovat vain kymmenesosa siitä, mitä erikoissairaanhoidosta aiheutuvat vuosittaiset kustannukset kokonaisuudessaan ovat. Näiden ohella sillä pyritään hillitsemään myös muita terveydenhuollosta aiheutuvia kustannuksia ja muutoksen ajatuksena onkin, että uudistus kykenisi tulevaisuudessa kuroma umpeen julkiseen talouteen aiheutunutta isoa, 10 miljardin euron kestävyysvajetta. Uudistuksen välitavoitteena on jopa 3 miljardin euron säästöbudjetti jo vuoteen 2029 mennessä.



Maakuntauudistuksen yleisesittely. lähde: <http://alueuudistus.fi/uudistuksen-yleisesittely>.
Hakupäivä 26.10.2017

5.1 Terveydenhuollon avohoitopainottuminen

SOTE-uudistukseen liittyvän maakuntarakennemuutoksen myötä psykososiaaliset palvelut, terveydenhuollon avohoitopalvelut sekä kolmansien sektoreiden tuottamat palvelut tulevat tulevaisuudessa olemaan yhä voimakkaammin edustettuina. Näiden muutosten taustalla toimii edellisessäkin kappaleessa käsitelty, keskeisenä suunnannäyttäjänä toimiva ajatus, jonka mukaan mielenterveyttä tukevat sekä mielenterveyden häiriöitä ehkäisevät palvelut ovat yhteiskunnallisesti kustannustehokkaampia ratkaisuja kuin jo syntyneiden ongelmien hoitamiseen keskittyvät

sairaanhoidolliset hoitomuodot, jotka voivat olla jopa useita vuosia kestäviä prosesseja. Terveysthuollon avohoitopainottumista ja ehkäisevää mielenterveystyötä korostavaa toimintaa on nähty Suomessa jo pitkään. Tämä on näkynyt ja näkyy edelleenkin parhaiten psykiatristen laitospaikkojen vähentämisenä, sillä esimerkiksi vuonna 1980 Suomessa on ollut noin 20,000 psykiatrisista sairauksista kärsiville tarkoitettua laitos- ja sairaalahoitopaikkaa kun vuonna 2009 luku on ollut enää vain noin 4,000. Terveysthuollon muutokseen sisältyy sekä hyviä että huonoja puolia. (Erhola ym. 2015, 44-52)

Nyky suunnitelman mukaan tulevaisuuden laitoksissa olisi varattuna vain 3000 psykiatrisesti sairaille tarkoitettua hoitopaikkaa. Näiden paikkasupistusten vuoksi Suomessa voimassa olevat avohoidon palvelut eivät riitä takamaan psyykkisesti sairastuneille riittäviä palveluita, jolloin he jäävät vaille tarvitsemaansa hoitoa ja sortuvat herkemmin rikoksiin, joista saavat vankilatuomioita. Tästä kertovat tuoreet tutkimukset, joiden mukaan psykoottisten vankien määrä on jopa kymmenkertaistunut vuodesta 2005. (Kief ym. 2007, 141-142) Psykiatrisen vangin kuntoutus sekä rikoksen uhrille aiheutuneet mahdolliset psykologiset traumat voivat molemmat vaatia laajaa moniammatillista työtä sekä pitkää hoitosuhdetyöskentelyä, josta aiheutuvat kustannukset voivat kasvaa vuositasolla hyvinkin korkeiksi. On myös huomioitava, että psykiatrisen sairauden tai episodin alaisuudessa tehty rikos voi johtaa ennen aikaiseen eläköitymiseen, pitkäaikaiseen työttömyyteen, syrjäytymiseen sekä uuteen psykiatriseen sairauteen. (Lauerma, H. 2006, 3)

Suomen Psykologiliitto on tutkinut vuonna 2006 terveydenhuollosta ja sairauslomista sekä myös psykoterapiasta koituvia hoitokustannuksia valtiolle ja tehnyt niistä vertailuja (Tikkanen, T. 2006). Tämä laskenta sopii opinnäytetyöhöni, sillä kestävä kehityksen huomioiminen on yksi toimivan ja tehokkaan terveydenhuollon kulmakiviä ja edelleen myös jokaisen sairaanhoitajan tehtävä. Haluan tällä tavoin tuoda selvästi esille eri hoitomuodoista aiheutuvia kustannuksia verrattuna hoitamatta jättämiseen. Tarkastelen niitä opinnäytetyöni lopussa, liitteessä 2. Vaikka terveydenhuollon muuttumisesta avohoitokeskeisemmäksi aiheutuukin yhteiskunnallisia erityiskysymyksiä, liittyy siihen selkeästi myös merkittävä taloudellinen säästönäkökulma. Psykoterapian on todettu olevan kustannustehokasta ja vaikuttavaa hoitoa, jonka vuoksi sen ja muiden terapeuttisten hoitomuotojen roolia ollaankin nyt vahvistamassa muiden avohoitopalveluiden ohella. Palveluiden lisääntyminen vaikuttaa suorasti psykoterapeuttien työssäjaksamiseen, jonka vuoksi tämän aiheen esille otto tässä opinnäytetyössä on perusteltua. Kiire sekä työmäärän ja potilaiden määrän jatkuva lisääntyminen kasvattavat kuormittumisen riskiä, mikäli itsesäätelyle ei jää mahdollisuutta. (Kuhanen ym. 2010, 301-304)

6 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS

Opinnäytetyöni tarkoituksena on kuvailla psykoterapeuteiksi kouluttautuneiden sairaanhoitajien työhyvinvointia. Aineiston ja tiedonkeruumenetelmänä käytän opinnäytetyössäni avointa haastattelumenetelmää. Tutkimustehtävinä on haastatella sairaanhoitajataustaisia psykoterapeutteja heidän kokemuksistaan työhyvinvointia edistävästä ja kuormittavista tekijöistä. Lisäksi tutkimustehtävänä on kuvailla psykoterapeuttien kertomaa arviota oman työhyvinvoinnin nykytilasta. Aineiston keruu toteutetaan haastattelemalla 3-4 sairaanhoitajataustaista psykoterapeuttia.

Tavoitteenani on tuottaa tietoa psykoterapiaa tuottavien ammattilaisten työhyvinvoinnista ja sitä edistävästä sekä kuormittavista tekijöistä. Tavoitteena on tuottaa myös tietoa siitä, millaiseksi psykoterapeutit kokevat työhyvinvointinsa nykytasolla. Näiden tavoitteiden pohjalta tavoitteena on muodostaa kokemustietoon perustuva kokonaiskuva psykoterapeuttien työhyvinvoinnista, saada selvyyttä psykoterapeuttien työhyvinvoinnin tasosta nykytasolla sekä avata ovia psykoterapeuttien työhyvinvointia tutkiville jatkotutkimuksille.

Tästä opinnäytetyöstä saatavaa tietoa hyödynnetään kehitettäessä psykoterapeuttien työhyvinvointia edistäviä prosesseja, työhyvinvointia alentavien tekijöiden tunnistamista sekä edelleen kehitettäessä työhyvinvointia alentavien tekijöiden interventioita. Opinnäytetyön tuottamista tiedoista hyötyvät nykyiset ja tulevat psykoterapeutit, psykoterapeutin ammatista kiinnostuneet, työnohjaajat, opiskelijat sekä minä itse oppijana. Tietoja voidaan lisäksi hyödyntää tutkittaessa psykoterapeuttien työhyvinvointia laajemmassa mittakaavassa.

7 TUTKIMUSMENETELMÄN VALINTA

Oikeanlaisen ja validin tutkimusmenetelmän valinta on aina olennaisin osatekijä haluttaessa saavuttaa ja kerätä pohja-aineiston kannalta korrektaa ja selväpiirteistä tietoa. Soveltumattoman tutkimusmenetelmän valinta voi pahimmassa tapauksessa tuottaa dataa, joka ei ole hyödynnettävissä sellaisenaan vaan voi vaatia ylimääräistä lisätutkintaa tai käsittelemistä kerätyn tiedon tarkentamiseksi. Tästä voi koitua tutkijalle lisää ajallista rasitusta sekä ylimääräistä työtä. (Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009, 74.)

Perinteisimmin tutkimusmenetelmät jaetaan kvalitatiivisiin eli laadullisiin ja kvantitatiivisiin eli määrällisiin menetelmiin. Karkean luokittelun mukaan kvalitatiivisia menetelmiä käytetään silloin, kun halutaan saada tietoa tutkittavien asioiden laadusta ja ominaisuuksista, kvantitatiivisia taas silloin, kun halutaan saada selville esimerkiksi numeraalista ja määrällistä tietoa. Tällaisia numeraalisia tietoja voivat olla esimerkiksi ihmisten internetin ajankäyttöä tutkivat tutkimukset sekä strukturoidut mielipidekyselyt. Sekä kvalitatiiviseen että kvantitatiiviseen tutkimusmenetelmään liittyy kumpaankin omia, hyvin tyypillisiä sekä usein käytettyjä tutkimusmetodeja. Nämä menetelmät vaihtelevat, mutta tarkasteltaessa tutkimuksen tekemiseen liittyvää tiedettä, voidaan tutkimusmenetelmien alla nähdä selkeästi tietyt tutkimusmenetelmät. Tutkittaessa psykoterapiaa antavien ammattilaisten kokemuksia omasta työhyvinvoinnistaan on perusteltua valita kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimusmenetelmä, sillä ammattilaisten kokemukset, tunteet, ajatukset ja näkemykset ovat kaikki yksilöllisiä ja ominaisuussidonnaisia. (Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2010.)

On otettava huomioon, että opinnäytetyötäni käsittelevä aihe voitaisiin toteuttaa myös kvantitatiivisin menetelmin. Tällöin vaarana olisi kuitenkin se, että laadittaessa esimerkiksi strukturoitu ja jäykkä kyselylomake asiantuntijoille, saattaisi tutkimuskaavion ulkopuolelle jäädä paljon arvokasta, kokemuksiin ja ajatuksiin perustuvaa laadullista tietoa. Suljettuihin monivalintakysymyksiin liittyy aina vahvana varjopuolena se, että vastaaja ei välttämättä löydä valmiiksi annetuista vastausvaihtoehdoista itselleen sopivaa vaihtoehtoa, vaan joutuu tekemään kompromissin ja valitsemaan omaa ajatustaan lähimpänä olevan vastausvaihtoehdon. Tällöin vastaajan antama vastaus ei ole täysin hänen ajatustensa tai mieltymystensä mukainen eikä siis myöskään täysin eksakti. Tämän vuoksi on äärimmäisen tärkeää, että tutkimusmenetelmä sekä

tutkimusmetodi ovat kumpikin linjassa tutkittavan aiheen kanssa, sillä metodin mukaisesti valitaan myös ne käytänteet, tutkimustehtävät ja toimenpiteet joilla tutkittavaa aihetta lähdetään lähestymään ja työstämään. Oikea tutkimusmenetelmä ja tutkimusmetodi parantavat aina koko tutkimuksen kredibiliteettia eli luotettavuutta. (Alasuutari 1995, 82–84.)

Tutkimusmenetelmän pohjalta valitaan sille sopiva tutkimusmetodi, jonka avulla tutkimusta varten hankitaan tutkimustietoa. Koskinen ym. (2005) ovat kategorisoineet monenlaisia laadullisia tapoja hankkia tutkimustietoa, joista tunnetuimpia ovat havaintotutkimus eli observointi, haastattelututkimus, diskurssianalyysi, vuorovaikutusta tutkiva tutkimus sekä kirjallisuustutkimus. Vaikka näiden päämetodien lisäksi on olemassa vielä lukuisia muita metodeja, niin tämän opinnäytetyön ja tutkittavan aiheen kannalta avoin haastattelu on tuloksia ajatellen kaikista tuottavin. (Koskinen ym. 2005.)

7.1 Avoin haastattelu

Hirsjärvi ja Hurme määrittelevät avoimen haastattelun yhdeksi kolmesta haastattelututkimuksen muodoista. Avoimen haastattelun lisäksi on olemassa syvähaastattelu sekä kliininen haastattelu. Avoimelle haastattelulle on ominaista, että haastattelija ja haastateltavana ovat kielellisessä vuorovaikutuksessa keskenään jolloin siinä myös pyritään minimoimaan haastattelijan vaikutus haastateltavaan sekä koko haastattelutilanteeseen. (Hirsjärvi, S & Hurme, H. 2010, 83-89, 109) Avoin haastattelu eroaa strukturoidummasta haastattelusta siten, että se ei etene tarkkojen, ennalta määrättyjen ja laadittujen aihepiirien mukaisesti, vaan haastattelu rakentuu muutaman tutkittavaa aihetta laajemmin koskevan, haastattelua ohjaavan tukikysymyksen ympärille jotka haastateltava on ennen haastattelua itselleen luonut. Haastattelussa on kuitenkin tarkoitus puhua tietyistä, tutkijan etukäteen pohtimista teemoista. Näiden vuoksi se on esimerkiksi tavanomaista teemahaastattelua väljempi tutkimusmuoto, mutta toisaalta myös tavanomaista keskustelua tai kyselyä hieman tiukempi, jolloin se sijoittuu formaaliudessaan lomakehaastattelun ja täysin vapaan kyselyn välimaastoon. Siksi avointa haastattelua kutsutaankin joissain asiayhteyksissä lievästrukturoiduksi haastatteluksi. (Koskinen ym. 2005, 104.)

Avoimessa haastattelussa haastattelija on keskustelukumppani joka luotsaa keskustelua tarvittaessa hienovaraisesti takaisin aiheeseen. Haastattelija voi myös pyytää tarkennuksia ja syvennyksiä vastauksiin ohjaten keskustelua uusille vesille (Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2010, 47-48, 115.) Haastattelussa pyritään huomioimaan ihmisten tulkinnat ja heidän merkityksenantonsa.

Ihmisten vapaalle puheelle, tunteille, ajatuksille ja mielipiteille annetaan tilaa, vaikka ennalta päätettyihin tutkimuskysymyksiin pyritään saamaan vastauksia kaikilta tutkittavilta. On suositeltavaa, että haastattelun kulku jaetaan kolmeen osioon, jolloin haastattelussa voidaan selkeästi nähdä alku, aihepiiriin syventyminen sekä lopetus. Haastattelun alkuvaiheessa esitetään yleensä noin kaksi ns. "lämmittelykysymystä", jonka jälkeen siirrytään keskivaiheeseen eli varsinaiseen aihepiiriin käsittelyyn sekä loppuvaiheessa esitetään muutama lopetuskyymys. Näin haastateltavalle syntyy haastattelusta mielekäs vaikutelma sen selkeän ja johdonmukaisen rakenteen sekä jouhevan etenemisjärjestyksen vuoksi. Avoin haastattelu on parhaimmillaan keskustelua muistuttava tilanne, jossa muodostuu dialogia haastattelijan ja haastateltavan välillä, pääpainon säilyessä kuitenkin haastateltavan kerronnassa. Tutkimuskysymysten käsittelyjärjestys haastattelutilanteessa on myös vapaa, eikä kaikkien haastateltavien kanssa välttämättä puhuta kaikista aihepiireistä samassa laajuudessa. (Lintula & Valkama 2009, 191.)

Avoimen haastattelun pohjana toimii ennen haastattelua laadittu haastattelurunko, johon tutkija on laatinut itselleen keskustelua ohjaavat kysymykset. Haastattelurungon tarkoituksena on auttaa tutkijaa seuraamaan ja hahmottamaan keskustelun etenemistä ja sitä, että tutkija muistaa kysyä haastattelun kannalta relevantit ja tärkeät kysymykset joihin etsii vastauksia. Näin kaikki tutkimuksen kannalta tärkeät asiat tulevat käsiteltyä haastattelutilanteessa. Haastattelurungon ei tule olla pitkä ja yksityiskohtainen lista kysymyksiä, vaan ajatuksena on, että tutkija laatii listalle maltillisen määrän hyvin avoimia ja selkeitä kysymyksiä ranskalaisin viivoin, jotka auttavat sekä haastattelijaa että haastateltavaa. Avoimet ja väljät kysymykset jättävät tilaa keskustelulle sekä haastateltavan omille näkemyksille. Tarpeen vaatiessa haastattelijaa voi listata itselleen muutamia apukysymyksiä tai avainsanoja ruokkiakseen keskustelua mieleiseensä suuntaan tai tarkentaakseen niitä kysymyksiä, joihin vielä kaipaa lisätietoa. (Eskola & Suoranta 2000, 86-87.)

Avoin haastattelu edellyttää tutkijaltaan huolellista perehtymistä haastattelemaansa aiheeseen, sen teoreettisiin taustoihin sekä haastateltavien tilanteeseen jotta kysymystyypit kohdentuisivat haluttujen ja relevanttien aiheiden ympärille. Tämän vuoksi on suositeltavaa tehdä tilanne- ja teoriataustan sisältöanalyysi ennen haastattelun suorittamista. Tutkimusalueen ja siihen kuuluvan aihepiiriin tunteminen auttavat ymmärtämään, minkälaista tietoa aihepiiristä jo tiedetään ja mitä tietoa siihen nojaten tarvitaan vielä lisää. Tutkimusaihe ja tutkimuskysymykset on myös muutettava tutkittavaan muotoon eli operationalisoitava. (Ruusuvuori ym. 2005, 171) Tämän opinnäytetyön kannalta keskeiset haastattelussa käytetyt kysymystyypit olivat; mitkä asiat olet kokenut psykoterapeuttisessa työssä työhyvinvointia edistäviksi ja mitkä taas kuormittaviksi?

7.2 Avoimen haastattelun mahdollisuuksia

Onnistuessaan ja oikein toteutettuna avoin haastattelu toimii tehokkaana tiedonkeruumenetelmänä. Tutkimusmetodina se antaa tutkijalleen vapauden suunnitella ja toteuttaa haastattelun melko vapaasti, ilman suurempia rajoituksia. Samalla se antaa väljyyttä ja liikkumatilaa haastattelutilanteessa, jossa kysymysjärjestyksen suhteen on mahdollista poiketa alkuperäisestä suunnitelmasta eli haastattelurungosta ilman, että haastattelututkimus sen vuoksi epäonnistuisi. Tällöin keskustelu elää sekä haastateltavan että haastattelijan välisen vuorovaikutuksen mukaan, pääpainon säilyessä kuitenkin koko ajan vastaajan puheessa. Lähes vapaan liikkumatilan vuoksi avoin haastattelu antaa tutkijalleen mahdollisuuden ohjata keskustelua mieleiseensä suuntaan, hallitsematta sitä kuitenkaan liikaa.

Se antaa tilaa vapaalle puheelle ja voi parhaimmillaan muodostua keskustelunomaiseksi, vuorovaikutukselliseksi ja jopa reflektiiviseksi tilanteeksi jota tutkija kuitenkin koko ajan ohjaa. Voi olla, että tutkijan tekemät tiivistykset haastateltavan ajatuksista ja näissä hetkissä käyttämät sanavalinnat luovat haastatteluun uusia merkityksiä, jotka siivittävät haastattelun pohjalta käytävää keskustelua yhä pidemmälle. Keskustelussa voidaan näin ollen nähdä ja kuulla kokonaisia tarinoita sekä haastateltavien tulkintoja, joista voi nousta arvokasta tietoa. Tällöin on oletettavaa, että keskustelusta ja sen tuottamasta subjektiivisesta tiedosta tulee yhä hedelmällisempää. Apusanoja ei haastattelutilanteessa välttämättä tarvita mukana kuin muutama eikä tutkijan ole niitä kaikkia systemaattisesti pakko kysyä, sillä haastattelun edetessä tutkijan on mahdollista tehdä tulkintoja käydyn keskustelun pohjalta ja pohtia uudestaan, mistä aiheista hän haluaa esittää vielä lisäkysymyksiä. Myös haastateltavalla on mahdollisuus esittää tarkentavia lisäkysymyksiä.

Yksi avoimen haastattelun etu on myös se, että subjektiivisiin kokemuksiin kohdentuneen keskustelun tuottama tutkimustieto on suhteellisen helppo purkaa ja analysoida aiheittain. Keskustelun pohjalta nousseita, haastateltavien kertomia tarinoita voidaan jäsentää uudellaisiksi teema-alueiksi ja tyypittää ne. Tutkimustuloksia purettaessa nähdään tällöin keskiössä olleita ajatuksia ja kokemuksia, joita ehkä nousi kaikkien haastateltavien tarinoissa mutta eri sanoin. Voi olla, että yhtenevien aihealueiden löytämiseksi tutkija joutuu tekemään kielellisiä tarkastelutapoja jo haastatteluvaiheessa ja täsmentämään haastateltavien ajatuksia esittämällä kysymyksiä, jotta myöhemmässä vaiheessa tapahtuva tutkimustiedon purkuprosessi olisi selkeämpi.

7.3 Avoimen haastattelun haasteita

Tutkimusmetodina avoin haastattelu pitää sisällään hyvistä puolistaan huolimatta myös haasteita. Haastattelut vaativat aina runsaasti aikaa ja niihin paneutumista, jonka vuoksi koko haastatteluprosessi – aina suunnittelun aloittamisesta varsinaisen haastattelun päättymiseen asti – vaatii paljon työtä tutkijalta. Mikäli tutkittava aihe on tutkijalleen uusi, tulee tutkijan perehtyä haastateltavaan aiheeseen pitkään jotta oppisi tuntemaan tutkimansa alueen, osaisi laatia sopivat tutkimuskysymykset haastatteluun sekä osaisi valita tutkimukseen sopivat henkilöt. Lisäksi on todettu, että haastattelun avulla saadaan vain toisen käden tietoa, jota voivat vääristää henkilökohtaiset pyrkimykset ja työhön liittyvät traditiot eli perinteet. (Koskinen, K. 2012, 39-40)

Paljon kritisoidaan myös avoimen haastattelun luotettavuutta tiedonkeruumenetelmänä. On todettu, että haastattelijat voivat antaa sosiaalisesti hyväksyttäviä vastauksia tai jopa ”suojella” haastattelijaa kaunistelemalla todellisia ajatuksiaan, tunteitaan ja kokemuksiaan. Tehtäessä haastattelupohjaisia tutkimuksia on myös huomattu, että aina haastateltavat eivät tuota toivotunlaisia tarinoita ja kokemuksia kertomuksessaan. Tämä siksi, että jotkin haastateltavat saattavat puhua asioiden ja kysymysten vierestä kun taas toiset eivät välttämättä saa sanotuksi juurikaan mitään. Haastattelijan antamalla ensivaikutelmalla on tässä asiassa merkitystä, sillä mikäli haastattelija nostaa jo keskustelun alkumetreillä esille hyvin sensitiivisiä ja herkkiä alueita koskettavia kysymyksiä, voi haastateltava joutua suojaamaan itsensä ja ottamaan henkistä etäisyyttä haastattelijaansa. Tällöin taustalla on virhe, joka on tapahtunut kysymysten asettelussa ja jonka vuoksi myös vastaukset voivat jäädä laihoiksi tai hyvin puutteellisiksi. Kokematon haastattelija voi helposti tehdä kysymyksiin liittyvän asettelullisen virheen, joka voi herättää haastateltavassa säikähdystä muistuttavan reaktion. (Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2010, 127-128)

Päinvastaisesti taas haastateltavan ollessa osa eliittiä, esimerkiksi organisaation johto- tai vastuuhenkilö, voi haastateltava suojautua organisatoristen suojamuurien taakse ja antaa ympäröivänsä vastauksia, joissa piilee vaara ohittaa täydellisesti haastateltavan omat ajatukset, tunteet sekä haastateltavan aiheen yksityiskohdat. Haastattelijan liika nojautuminen tutkimuksiinsa kysymyksiin voi estää vapautuneen ilmapiirin syntymisen, mikäli haastateltava on jo pohjimmiltaan esimerkiksi ujo tai hiljainen. Tällöin tutkijan on hyväksyttävä, että syntyvä tutkimusaineisto ei muodostu kokonaan hänen tekemänsä suunnitelman mukaan, vaan myös osittain haastateltavien ehdoilla. (Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2010, 135)

8 HAASTATELTAVIEN VALINTA JA TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

8.1 Haastattelut ja tutkimuksen kulku

Tutkimus otti ensiaskeleensa keväällä 2017, jolloin aloin alustavasti kysellä tuolloin suorittamieni mielenterveys- ja päihdehoitotyön syventävien harjoitteluiden aikana ohjaajiltani vinkkejä, mistä voisin löytää sopivia haastateltavia ja ketä voisin mahdollisesti haastatella opinnäytetyötäni varten. Nimien keruun avulla sain lopulta kaiken kaikkiaan 15 tutkimukselle alustavasti sopivaa nimeä, joihin otin yhteyttä sähköpostilla. Tästä lukumäärästä viisi työskenteli yhteydenottohetkellä kunnallisten palveluiden piirissä ja loput kymmenen yksityisten palveluiden piirissä. Aikatauluongelmien vuoksi tein rajauksen tutkittavien välille ja jätin kunnallisella puolella työskennelleet pois laskuista, sillä julkisella sektorilla työskentelevien haastatteluita varten olisi tarvittu koulutus- ja kuntaorganisaatioiden välinen tutkimuslupa. Ammatinharjoittajista yksi ilmoitti olevansa tutkimuksen toteutushetkellä psykoterapiaopintojen loppuvaiheessa eikä vielä valmistunut, jonka vuoksi kyseinen henkilö jouduttiin jättämään pois laskuista. Kaksi ilmoitti haluttomuutensa osallistua tutkimukseen. Kahteen psykoterapeuttiin ei saatu yhteyttä, jonka vuoksi myös heidät jätettiin pois laskuista. Jäljelle jääneistä löytyi neljä tutkimuksesta kiinnostunutta ammatinharjoittajaa, joihin otin uudelleen yhteyttä syksyllä 2017 lähempänä tutkimuksen toteuttamista. Laadullisen tutkimuksen kannalta haastateltavien valinnassa otettiin huomioon, kuka tietää parhaiten tutkimuksen mielenkiinnon kohteena olevasta aiheesta.

Haastattelut suoritettiin keväällä 2018. Tarkoitus oli, että haastattelut pääsisivät käyntiin jo loppuvuodesta 2017, mutta suurten tietoteknisten ongelmien ilmennettyä haastattelututkimukset pääsisivät käyntiin alkuperäisestä aikataulusta poiketen jäljessä. Näiden ongelmien vuoksi myös opinnäytetyön aikataulua jouduttiin kiirehtimään ja päivittäistä työmäärää kasvattamaan merkittävästi. Ennen haastatteluita olin haastateltaviin yhteydessä vielä yhden kerran haastatteluajankohdan sopimiseksi ja tutkimusluvan saamiseksi. Tutkimusluvan saanti oli avaintekijä tutkimuksen käynnistymiselle, sillä ilman haastateltavien antamaa suostumusta tutkimukselle ei tutkimusta olisi voitu toteuttaa. Haastattelut saatiin tehtyä melko pian viimeisen yhteydenoton jälkeen joka omalta osaltaan antoi kaivattua motivaatiota opinnäytetyötä kohtaan. Haastattelut pyrittiin toteuttamaan siten, että ne sopivat sekä minun että haastateltavan työaikoihin. Ennen jokaista haastattelua kävin haastateltavan kanssa läpi haastatteluun liittyvän anonymiteetin, haastattelun tarkoituksen, tutkimusongelmat sekä haastattelijaa koskevan vaitiolovelvollisuuden

Lisäksi haastateltaville kerrottiin, että keskustelut nauhoitetaan. Ennen jokaisen haastattelun alkua haastateltavat pyydettiin vielä täyttämään suostumuslomake (liite 1). Haastattelut kestivät ajallisesti noin 45 minuuttia per haastattelu. Kaikki haastattelut nauhoitettiin ja niistä saadut dialogit litteroitiin tekstinkäsittelyohjelmalla myöhempää aineiston analyysiä varten. Litteroinnilla tarkoitetaan sanellun tai nauhoitetun tekstin purkua kirjallisesti siten, että äänitetty puhe kirjoitetaan ylös sellaisenaan. Siispä kaikki haastatteluissa käyty dialogi ja keskustelu kirjoitettiin tekstinkäsittelyohjelmalla puhtaaksi sanasta sanaan ennen aineiston analysoinnin aloittamista. Haastateltujen psykoterapeuttien määrä oli ihanteellinen tätä opinnäytetyötä varten, sillä suuri haastateltavien määrä olisi voinut hankaloittaa tarpeellisen tiedon löytämistä kerätystä aineistosta.

Haastatteluita ohjasivat selkeästi kaksi tutkimuskysymystä jotka olivat ”mitkä asiat koet työhyvinvointia edistävinä tekijöinä?”, ”mitkä asiat koet työhyvinvointia kuormittavina tekijöinä?” sekä ”millaiseksi arvioit oman työhyvinvointisi nykytasolla?” Tutkimuskysymykset olivat kaikille haastatelluille samat. Haastatteluita varten en laatinut itselleni tukisanalista tai tutkimuskysymysrunkoa, vaan toteutin aineistonkeruuta kuuntelemalla vapaasti mutta aktiivisesti haastateltavien kertomuksia ja ohjaamalla keskustelua tarvittaessa. Mikäli haastattelussa käyty dialogi uhkasi eksyä liikaa tutkittavan aiheen ulkopuolelle, ohjasin haastateltavaa ja haasteltavan tuottamaa puhetta takaisin tutkimusongelman ympärille tarkentavalla tai aiheeseen palauttavalla kysymyksellä. Näin haastattelusta ei tullut liian jäykkä muttei myöskään liian ilmava. Koin, että näin tutkittavat saivat puhua suhteellisen vapaasti omista kokemuksistaan urallaan, omista henkilökohtaisista tarinoistaan sekä omista kokemuksistaan ammattilaisena tässä hetkessä. Käymieni haastatteluiden pohjalta aineistoa syntyi kaiken kaikkiaan 52 A4-paperiarkkia, rivivälillä 1,5. Yhden haastattelun litterointiin kului aikaa noin 3-3,5 tuntia. Kymmensormijärjestelmää hyödyntäen litterointi sujui melko nopeasti ja vaivatta.

8.2 Eettisyys

Huomioin haastatteluja suunnitellessani ja ne toteuttaessani tutkimukselle asetetun eettisen ohjeiston kaikissa projektin vaiheissa. Eettiset kysymykset nousevat merkityksellisiksi silloin, kun halutaan tutkia inhimillistä toimintaa, tunnetta tai ajatusta. Tutkimusta ei tule aloittaa, ennen kuin kaikki tutkittavat ovat tietoisia siitä, mitä tutkitaan ja millä tavoin. Tutkittavien tulee aina olla tietoisia niistä sopimuksista, jotka sekä tutkittavia että tutkijaa sitovat. Tutkimukseen osallistuvilta tarvitaan aina joko suullinen tai kirjallinen suostumus ennen tutkimuksen toteuttamista, sillä silloin molemmat

osapuolet voivat olla varmoja tutkimuksen luovallisuudesta. Tutkimus ei myöskään saa missään sen vaiheessa aiheuttaa tutkittaville minkäänlaista vaivaa tai harmia. Mikäli tällaisia olisi ollut odotettavissa jossain tutkimuksen vaiheessa, olisi niistä neuvoteltu haastateltavien kanssa jo ennen haastattelujen alkua. Tutkimuksen tulee aina perustua lisäksi vapaaehtoisuuteen mikä tarkoittaa sitä, että tutkittavalla tulee olla lupa kieltäytyä haastattelusta tai keskeyttää haastattelu missä tahansa tutkimuksen vaiheessa.

Opinnäytetyössä käyttämäni aineistonkeruumenetelmän alussa pyysin haastattelemani henkilöitä täyttämään suostumuslomakkeen, jossa kerrottiin kaikki tutkimukseen liittyvät eettiset seikat. Lomake käytiin vielä suullisesti läpi ennen sen allekirjoittamista. Näin tutkittavilla oli mahdollisuus esittää kysymyksiä tulevaa haastattelua tai sitä koskevia eettisiä periaatteita kohtaan ennen haastattelua tai jopa kieltäytyä haastattelusta viime hetkellä, mikäli lomakkeella mainitut sopimuskohdat eivät olisi tuntuneet sopivilta. Lomakkeen läpikäynnin ohella haastateltavien kanssa käytiin lyhyt mutta tarkka keskustelu siitä, mitä tuleva haastattelu tulee pitämään sisällään ja minkälaisia tutkimuskysymyksiä siihen sisältyy. Näin haastateltavat saivat varmuuden, ettei tutkimuksen aikana tulisi vastaan odottamattomia kysymyksiä, joista ei oltu ennen haastattelua sovittu. Toisin sanoen haastateltavat saivat varmuuden, että tutkimustehtävät tulevat pysymään samana koko tutkimuksen ajan.

Haastateltavien henkilökohtainen koskemattomuus huomioitiin siten, että haastatteluissa ei huomioitu haastateltujen tunnistetietoja ollenkaan. Mikäli sellaisia nousi esille haastatteluissa, häivytettiin ne kokonaan litteroinneista. Esimerkiksi nimeä, sukupuolta, työorganisaatiota tai asuinkuntaa ei aineiston analyysissä huomioitu vaan nämä tiedot jätettiin kerätyn aineiston ulkopuolelle. Haastattelut aikataulutettiin ja käytiin kokonaisuudessaan siten, etteivät ne päässeet häiritsemään, estämään tai muuten torpedoimaan käynnissä olleita psykoterapeuttisia prosesseja ja asiakastapaamisia jolloin myös hoidon eettisyys sekä potilasturvallisuus toteutuivat kiitettävästi.

Eettisyys huomioitiin ja toteutettiin osana opinnäytetyötäni myös siten, että kaikilta tutkittavilta pyydettiin tutkimuksen ajankohdan sopimisen yhteydessä lupa tutkimukseen. Lupa ja siihen liittyvä suostumus pyydettiin sähköpostiyhteydellä. Lupa ja siihen liittyvä suostumus muodostuivat tutkimuksen kannalta keskeisimmäksi eettiseksi tekijäksi, sillä tutkittaessa tai kosketettaessa ihmisyyttä ja astuttaessa ihmisen koskemattomuuden rajojen sisään, tulee tutkittaville suoda aina mahdollisuus kieltäytyä tutkimuksesta sekä osallistua siihen täysin vapaaehtoisesti.

9 AINEISTON ANALYSOINTI

Haastatteluista saatu aineisto analysoitiin sisältölähtöistä analyysia hyödyntäen. Teorialähtöinen sisällönanalyysi on perinteinen laadullisessa tutkimuksessa käytettävä aineiston analyysimenetelmä. Tässä menetelmässä aiempi tieto- ja teoriaperusta ohjaavat analyysin etenemistä vaihe vaiheelta. Tutkimuskirjallisuuden mukaan teorialähtöinen analyysi etenee kolmivaiheisena prosessina ja pitää sisällään seuraavat vaiheet; aineiston pelkistäminen eli redusointi, aineiston ryhmittely eli klusterointi sekä aineiston käsitteellistäminen eli abstrahointi. (Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002, 109-116.)

Litteroitua aineistoa tarkasteltiin ensin avoimesti. Analysointia ohjasivat kaikissa analysoimisen vaiheissa tutkimustehtävät ja tutkimuksen tarkoitus. Aloitin aineiston analysoinnin karkeasti siten, että tulostin kaikki litteroidut aineistot paperille, jonka jälkeen alleviivasin litteroiduista dialogirakenteista kaikki sellaiset tekijät vihreällä värillä, jotka haastateltavat olivat kertoneet työhyvinvointia edistäviksi tekijöiksi ja punaisella sellaiset tekijät, jotka taas työhyvinvointia kuormittaviksi. Tämän jälkeen kirjoitin tekstinkäsittelyohjelmalla ylös kaikki poimimani sanat tai lyhyet fraasit ja pelkistin eli redusoin ne yksinkertaiseksi listaksi, jossa olin erotellut sekä työhyvinvointia edistävät että työhyvinvointia kuormittavat tekijät. Alla olevassa taulukossa esimerkki alkuperäisen aineiston pelkistämisestä (Taulukko 1). Tiivistettyä tekstiä syntyi tässä vaiheessa viisi A4-paperiarkkia.

Kaikkea haastatteluissa syntynyttä aineistoa ei tutkimuksen lopullisissa vastauksissa voitu hyödyntää, sillä keskustelunomaisen haastattelumenetelmän käyttöön liittyi paljon takertelua puheissa, täydennys- ja liitesanojen käyttöä sekä kerrottua historiikkaa työvuosien varrelta. Esimerkiksi sanoja ”niin”, ”mutta”, ”koska”, ”toisaalta” ja ”vaikka” jouduttiin sivuuttamaan runsaasti, sillä niihin ei sisältynyt tässä opinnäytetyössä tehdyn tutkimuksen kannalta mielenkiintoista tai informatiivista sisältöä. Omiin työvuosiin ja omaan uraan liittyvissä tarinoissa tuli esille paljon mielenkiintoisia ja voimakkaita kokemuksia, jotka eivät kuitenkaan suoranaisesti vastanneet tutkimuskysymyksiin ja näin ollen osa näissä kertomuksissa esiintyneistä tapahtumista jouduttiin jättämään aineiston analysoinnin ulkopuolelle. Lisäksi haastatteluiden aluissa käydyt lyhyet tiedoksiannot ja lupa-asioiden kertaamiset jätettiin analysoinnin ulkopuolelle, sillä niillä ei ollut havaittavaa yhteyttä tutkimustehtäviin.

TAULUKKO 1. Aineiston kokoaminen pelkistämällä

Työhyvinvointia edistäviä ja kuormittavia tekijöitä (alkuperäistä aineistoa)	Työhyvinvointia edistäviä ja kuormittavia tekijöitä (pelkistettyä aineistoa)
<ul style="list-style-type: none"> - ...he kohistivat muhun vihaa ja raivoa usein huudon kera... - ... sellane kaikenlainen uhkaaminen on kuormittanu ihan valtavasti... - ... vastatunteet olleet tosi raskaita... - ... lapsenmielisyys ja leikkisyys ollu voimaannuttava tekijä... - ... joudun olla jonkinlainen elämäntapakouluttaja ja se ärsyttää... - ... oman rajallisuuden tunnistamine... - ... sellanen tuntosarvien käyttö lissääntyny... - ... asiakkaani ei ymmärrä mua... - ... mä voin sanoa tunteneeni avuttomuutta... - ... et kyllä se ku se lähti oman käjen kautta nii jätti tyhjön... 	<ul style="list-style-type: none"> - Asiakkaiden kohdistamat vahvat tunnereaktiot - Uhkaileminen esim. oikeustoimilla tai läheisiin kohdistuen - Omat vahvat tunnereaktiot - Lapsenmielisyys ja leikkisyys voimaannuttavaa - Useat roolit ja roolien hämärtyminen haastavaa - Rajojen merkitys - Herkkyys lisääntynyt - Yhteisen ymmärrysmaailman tärkeys - Avuttomuuden tunteet - Asiakkaan kuolema raskasta

Seuraavassa vaiheessa eli varsinaisessa analyysivaiheessa lähdin kategorisoimaan ja lajittelemaan haastatteluiden pohjalta syntynyttä ja jo aiemmin listattua aineistoa alaluokkiin. Toisin sanoen tähän asti muodostunut aineisto analysoitiin ensin induktiivisesti eli aineistolähtöisesti, jonka jälkeen se purettiin osiin. Tämän jälkeen purettu osa klusteroitiin eli ryhmiteltiin erottelemalla sanoja ja merkityksiä niiden teoreettisen merkityksen perusteella. Tämän vaiheen päällimmäisenä tarkoituksena oli tiivistää aineistoa entisestään ja verrata aineistoa keskenään. Poimittuja fraaseja ja merkityksenantoja syntyi listauksen myötä niin paljon, että niiden jäsentäminen alkeellisiin alaryhmiin oli merkittävässä roolissa aineiston analysoinnin kannalta. Alakategorisoinnin avulla kykenin hahmottamaan tutkimuksen lopullisten tulosten kannalta alustavasti ne merkittävät yläluokat, joissa haastatellut näkivät ja kokivat työhyvinvointia edistäviä tai sitä päinvastoin kuormittavia tekijöitä. Alla kaksi esimerkkiä klusteroinnista (Taulukko 2,3).

TAULUKKO 2. Sanojen ja merkitysten luokittelua klusteroinnilla

Alaluokka	Yläluokka
Puhuminen omien kollegoiden kanssa	Omien tunteiden ja asioiden jakaminen
Reflektointi	
Omista ajatuksista ja tunteista puhuminen	
Samankaltaisten kokemusten jakaminen	
Reflektointi jaksamista tukevana asiana	

TAULUKKO 3. Sanojen ja merkitysten luokittelua klusteroinnilla

Alaluokka	Yläluokka
Psyykkinen itsesääätely	Itsetietoisuus
Tietoisuus itsestä	
Itsetuntemus	
Itsearvostus	
Itsetuntemuksen kasvu iän myötä	

Klusteroinnin eli aineiston ryhmittelyn jälkeen aineiston analyysia jatkettiin abstrahoinnilla eli aineiston käsitteellistämällä. Käsitteellistämistä toteutettiin yhdistelemällä kakkosvaiheessa eli klusterointivaiheessa syntyneitä yläluokkia omiksi pääyläluokikseen. Näistä pääluokista muotoutuivat tutkimustulosten kannalta merkittävimmät työhyvinvointia edistävät ja työhyvinvointia kuormittavat universaalit yleiskäsitteet. Näin tutkimuksen tuloksille saatiin laadittua oma teoreettinen käsitteistö, jota oli helppo tarkastella. Taulukoissa neljä ja viisi kuvataan lopullisten yläluokkien muodostumista (Taulukko 4, 5).

Koska perusajatuksena on, että uudet tieteelliset löydöt ovat mahdollisia vain, kun havaintojen teko perustuu johonkin johtoajatukseen, osoittautui abstrahointivaihe olennaiseksi työvaiheeksi lopullisten tutkimusten kannalta. Aineiston tarkastelua ohjaavat usein tutkijan omat ennakkokäsitykset tai perehtyneisyys tutkimusaiheeseen liittyvään kirjallisuuteen. Uusi teoria ei synny siis pelkkien havaintojen pohjalta, vaan uuden teoreettisen tiedon luomiseksi tarvitaan myös universaalien stereotyyppien eli yleismaailmallisten ennakoasenteiden erottelua ja pilkkomista sekä niiden heijastelua jo valmiiksi aiheesta kirjoitettuun teoreettiseen tietoon.

TAULUKKO 4. Aineiston abstrahointia eli käsitteellistämistä

Alaluokka	Yläluokka
Itsesäätelyn hyödyt	Tietoinen läsnäolo
Oman persoonan eri osien käytön hyödyt	
Omat elämäkokemukset voimavarana	
Omien tietojen ja taitojen päivitys	
Tietoinen vastuun siirto asiakkaalle	

TAULUKKO 5. Aineiston abstrahointia eli käsitteellistämistä

Alaluokka	Yläluokka
Omien tunteiden ja asioiden jakaminen	Reflektiivisyys voimavarana
Yhteydenpito työkavereihin	
Puolison ja perheen tärkeys	
Vertaistuen tärkeys	
Verkostojen merkitys	

Abstrahoinnin tarkoituksena oli tiivistää analysoitu aineisto sellaiseen muotoon, joka vastasi parhaiten tämän opinnäytetyön tavoitetta ja tarkoitusta. Abstrahoinnin avulla syntyneiden pääluokkien alla oli helppo lähteä kuvailemaan tässä opinnäytetyössä tutkittuja ilmiöitä uudessa perspektiivissä. Tämän vaiheen avulla tutkimuksen lopullisiin tuloksiin syntyi toivottua vertailukelpoisuutta, sillä abstrahoinnilla syntyneitä pääluokkia pystyttiin vertaamaan helposti tutkimuksen taustalla olleeseen taustateoriaan. Vertailun avulla voitiin nähdä, olivatko abstrahoinnissa syntyneet pääluokat yhteneväisiä aiheesta kirjoitetun teoreettisen viitekehyksen kanssa. Vertailemalla pääluokkia teoriapohjaan, saatiin tutkimuksen lopullisille tuloksille lisäksi uskottavuutta eli kredibiliteettia sekä pätevyyttä eli validiteettia. Koska tutkimustulokset vastasivat hyvin vallalla olevaa teoriaa ja osoittivat, että ne pystyvät jopa vahvistamaan sitä, voitiin tulosten ajatella olevan valideja.

10 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Analysoidun aineiston perusteella tämän tutkimuksen mielenkiinnon kohteena olleet sairaanhoitajataustaiset psykoterapeutit kokivat työssään useita erilaisia tekijöitä, joista osa koettiin työhyvinvointia kuormittavana, osa taas työhyvinvointia edistävänä. Tulosten mukaan osa näistä tekijöistä liittyi selkeästi psykoterapeuttisen työn harjoittamiseen kun taas osa oli vahvasti sidoksissa henkilökohtaisiin psykososiaalisiin tekijöihin. Näistä molemmissa nähtiin sekä työhyvinvointia edistäviä että työhyvinvointia kuormittavia tekijöitä. Vaikka osassa työhyvinvointiin vaikuttavissa tekijöissä nähtiin molempia, sekä kuormittavuutta että työhyvinvoinnin edistämistä, niin pääsääntöisesti kerätyssä aineistossa oli kuitenkin selkeästi nähtävillä useita osatekijöitä jotka haastatellut kokivat selkeästi joko työhyvinvointia edistävinä tai kuormittavina. Lopullisista tutkimustuloksista kävi ilmi, että työhyvinvointia edistävinä asioina koettiin tunnepeilaus eli reflektointi, harrastukset, sosiaalinen verkosto, tietoinen läsnäolo, sekä rajojen asettaminen. Työhyvinvointia kuormittavina tekijöinä taas koettiin vuorovaikutuksen haasteet, psykoterapian järjestämiseen liittyvät haasteet, omat raskauttavat tunteet ja vahva myötäeläminen sekä oman elämän varjostavat tapahtumat. Oman työhyvinvointinsa psykoterapeutit arvioivat hyväksi.

10.1 Työhyvinvointia edistävät tekijät

Reflektointi muodosti ensimmäisen pääyläluokan jonka haastateltavat kokivat kaikissa haastatteluissa työhyvinvointia edistävänä tekijänä. Reflektointi nähtiin kaikissa työhyvinvointia edistävissä tekijöissä myötävaikuttavana asiana ja työhyvinvointia kuormittavissa tekijöissä keventävänä asiana. Haastateltavat sanoittivat haastatteluissa sitä, kuinka mm. omien kollegoiden ja läheisten kanssa käyty vastavuoroinen keskustelu oli antanut uusia ajatuksia ja oivalluksia sellaisiin hetkiin liittyen, joissa psykoterapeutit olivat kokeneet esimerkiksi avuttomuuden tai riittämättömyyden tunteita. Reflektoinnin avulla psykoterapeutit kokivat saaneensa oman äänensä sekä oman ajatus- ja tunnemaailmansa kuuluviin rakentavalla tavalla. Kaksi haastatelluista toi esille vaikean omakohtaisen kokemuksen jotka olivat molempien haastateltujen kohdalla tapahtuneet uran alkuvuosina. Näiden tapahtumien jälkeen haastatellut olivat havainneet itsessään yliviirittyneisyyttä, alakuloa sekä epätoivoa jota haastatellut olivat kokeneet ajottain vielä vuosienkin jälkeen tapahtumista. Puhumalla tapahtumista kokeneemman kollegan tai työnohjaajan kanssa kyseiset haastatellut olivat oppineet löytämään armoa itseään kohtaan ja suhtautumaan

tapahtumaan aiempaa hyväksyvämmiin ja ammatillisemmin. Reflektointi nähtiin omia silmiä avanneena tapahtumasarjana jonka seurauksena oman ammatillisen roolin määrittäminen selkiytyi ja oman tunnemaailman erottaminen asiakkaan tunteista helpottui.

Yksi haastatelluista kertoi myös omakohtaiseen psykoterapiaan liittyvän kokemuksen johon selkeästi liittyi reflektoinnin aspekti. Kyseisessä haastattelussa kävi ilmi, että uran varrella esiin nousseita raskauttavia tunteita oli palattu käsittelemään omaan psykoterapiaan jota haastateltu oli saanut jo aiemmin oman psykoterapiakoulutuksensa aikana. Tämän prosessin synnyttämänä haastateltu oli kokenut, että tietoisuus omista rajoista, omista kyvyistä ja omista persoonan osista oli vahvistunut joiden myötä haastateltu oli kokenut voimaantumista ammattilaisena.

Reflektointi nähtiin kokonaisuudessaan arvokkaana prosessina niin yksilö- kuin ryhmätasollakin tarkasteltuna kaikissa ammatinharjoittamisen vaiheissa. Haastatellut kertoivat sen olevan tärkeä taito oman työhyvinvoinnin säilymisen kannalta. Reflektointia rajaavana asiana nähtiin juridinen vaitiolovelvollisuus jonka vuoksi reflektointia ei ollut ollut mahdollista harjoittaa sellaisenaan kaikkien omaan sosiaaliseen verkostoon kuuluneiden osapuolten kanssa. Esimerkiksi omien läheisten kanssa käyty keskustelu nähtiin enemmänkin yleismaailmallisena keskusteluna ja minäorientoituneena tunteiden käsittelemisenä kun taas vaitiolovelvollisten kollegoiden kanssa käyty keskustelu oli vapaampaa, avoimempaa ja selkeämmin työssä kohdattuihin tilanteisiin fokusoituvaa. Reflektointi koettiin tärkeäksi ammatilliseksi välineeksi jota hyödyntämällä kyettiin jäsentämään omia ajatuksia, omia tunteita ja omia käsityksiä sekä löytämään niille uusia merkityksiä ja tarkoituksia. Lisäksi reflektoinnin avulla haastatellut olivat oppineet uusia tapoja sanoittaa haasteellisia asiakastilanteita ja niihin liittyviä ajatusrakennelmia.

Harrastukset ja mielekäs tekeminen nousivat haastatteluiden pohjalta kerätyn aineiston analysoinnin jälkeen toiseksi työhyvinvointia edistäväksi pääluokaksi reflektoinnin jälkeen. Harrastukset muodostivat oman yläkäsitteensä jonka alle kyettiin listamaan kaikki haastatteluissa esiin nousut harrastuksiin ja vapaa-aikaan liittyvä aines. Haastatellut kokivat, että monipuoliset harrastukset ja tilan anto omille taidoille, esimerkiksi taiteellisille tai liikunnallisille taidoille työn ulkopuolella, mahdollisti paremman työstä irtautumisen ja työnkuormituksesta palautumisen. Harrastusten kautta haastatellut olivat saaneet merkityksellisiä onnistumisen ja minäpystyvyyden kokemuksia ja näiden ohella he olivat päässeet toteuttamaan sellaisia piilotettuja taitoja, joita he eivät olleet voineet omassa työssään suoranaisesti käyttää. Yksi haastatellusta kertoi omakohtaisesta taiteellisesta harrastuksestaan jonka kyseinen haastateltu oli onnistunut liittämään

omaan ammatinharjoittamiseensa. Tämän liitoksen myötä haastateltu oli kokenut, että työn harjoittamiseen oli tämän ansiosta tullut paitsi persoonallista otetta, niin myös omaa ammatinharjoittamista tukevia onnistumisen kokemuksia. Haastateltu sanoitti, että oman harrastuksen tuominen osaksi psykoterapiaa on ollut kaikin puolin hyvä kokemus ja että asiakkaat ovat hyötäneet siitä vaikka alussa näiden yhdistämiseen olikin liittynyt haastetta.

Harrastuksiin liittyen haastatellut toivat kuitenkin esiin, että on tärkeä myös tietoisesti tehdä katkaisu oman työn ja vapaa-ajan harrasteiden välille. Saaduista vastauksista nousi esille esimerkkejä, joissa omaiset olivat liittäneet ammatillaiseen huoliajatuksia vapaa-ajan harrastusten yhteydessä. Tällaisia olivat esimerkiksi tilanteet, joissa psykoterapeutin läheiset olivat alkaneet kysellä harrastusten ohella haastateltujen työhön tai työn harjoittamiseen liittyviä kysymyksiä. Osa kysymyksistä oli ollut jopa henkilökohtaisia elementtejä sivuavia. Haastatellut sanoittivat sitä, että palatessaan omaan työhön jo ajatusten tasolla työn ulkopuolella kokivat he vähäistä tai lievää kuormittuneisuutta. Ilmeisesti ajatuksen tasolla tapahtuva tietoinen paluu omaan työelämään työajan ulkopuolella toi uudestaan pintaan sellaisia ajatuksia ja tunteita, joita psykoterapeuttisessa työssä koettiin raskauttavina ja jotka vastaanotolta lähtiessä oli kyetty katkaisemaan ja jättämään mielikuvallisesti omaan työpisteeseen. Näiden syiden vuoksi haastatellut olivat joutuneet tilanteisiin, joissa he olivat joutuneet sanoittamaan omia tuntemuksiaan ja toiveitaan läheisimmilleen ja esimerkiksi kertomaan, että eivät mielellään ota kantaa näiden esittämiin kysymyksiin. Yksi haastatelluista jopa kertoi alkaneensa harrastaa mieluummin yksin kuin läheisten kanssa.

Haastatellut kokivat, että harrastuksiin ja mielekkääseen tekemiseen liittyi paljon positiivisia voimavaroja antavia tekijöitä, jotka toimivat hyvänä vastapainona raskaalle ihmissuhdetyöskentelylle. Tällaisia tekijöitä olivat esimerkiksi mahdollisuus rikkoa arjen rutiineja, mahdollisuus oppia uusia toimintatapoja ja mahdollisuus saada onnistumisen kokemuksia. Yksi haastatelluista kertoi pyrkivänsä kulkemaan töihin eri reittejä kun taas toinen mainitsi, että pyrkii harrastamaan monipuolisesti kaikkea ja kokeilemaan uusia asioita elämän mielekkyyden ja merkityksellisyyden säilyttämisen tukemiseksi.

Sosiaalinen verkosto muodosti analysoidun aineiston pohjalta kolmannen pääyläluokan jonka alla nähtiin työhyvinvointia edistäviä ja tukevia tekijöitä. Reflektointi, harrastukset ja sosialisointi kulkivat kaikki käsi kädessä, sillä reflektointia tapahtui harrastuksissa. Reflektointi taas lisäsi sosiaalistumista ja vahvisti yhteenkuuluvuuden ja yhteisymmärryksen tunnetta. Sosiaalisen

verkoston alle kytkeytyi myös työnohjauksen merkitys työhyvinvointia edistävänä asiana ja tämä teema tuli esille kaikissa haastatteluissa.

Analysoitujen haastatteluiden tuloksissa nähtiin selkeästi yhteenkuuluvuuden tunteen ja verkostojen merkitys työhyvinvointia edistävänä tekijänä. Haastatellut kertoivat näkevänsä säännöllisesti omia entisiä kollegoitaan sekä omia nykyisiä kollegoitaan ja pitävänsä heihin aktiivisesti yhteyttä. Yhteisöllisyys ja verkostoituminen koettiin yksinäisyyden tunnetta vähentävinä osatekijöinä. Haastatellut kokivat, että pitäessään aktiivisesti ja matalalla kynnyksellä yhteyttä omiin kollegoihinsa tunsivat he parempaa työssäjaksamista. Yhteydenpidon myötä haastatellut olivat kokeneet oppineensa paljon toisiltaan ja kasvaneensa näin osaavimmiksi ammattilaisiksi. Kokeneilta ammattilaisilta oli saatu arvokkaita neuvoja ja vinkkejä työn harjoittamiseen ja psykoterapeuttina toimimiseen. Haastatellut kertoivat, että heidän sosiaalisissa verkostoissaan oli nähtävissä myös vapaa-aikaan liittyviä puolia, sillä haastatellut toivat esiin esimerkkejä yhteisistä illanistujaisista ja tapaamisista myös työn ulkopuolella. Yhteisiin harrastuksiin tai illanviettoihin sisältyi paljon huumoria joka nähtiin myös kantavana voimana ammattilaisten keskuudessa.

Aineiston analyysin pohjalta kävi ilmi, että perhe, muut läheiset sekä ystävät olivat myös merkittävässä työhyvinvointia edistävässä roolissa. Perhe ja oma puoliso olivat olleet tukena vaikeissa elämäntilanteissa niiltä osin kuin se oli ollut mahdollista ja tämä oli vähentänyt omasta elämäntilanteesta vastaanotolle heijastuvaa ja mukana kulkeutuvaa kärsimystä inhimillisellä tasolla. Sosiaaliin verkostoihin liittyi vastausten perusteella kuitenkin myös ajoittain esiintyvää lievää kuormitusta, sillä haastatellut kertoivat olleensa joskus huolissaan läheisistään havaittuaan heissä ja heidän elämässään samankaltaisia ja vaikeita teemoja kuin joita olivat vastaanotollaan työstäneet. Pääsääntöisesti sosiaalisen verkoston osana oleminen nähtiin voimaannuttavana, työhyvinvointia edistävänä ja työkuormitusta vähentävänä tekijänä sekä omaa ammatillista kasvua tukevana tekijänä.

Tietoinen läsnäolo muodostui aineiston analyysissä neljänneksi pääyläluokaksi. Tietoinen läsnäolo eli tietoisuus itsestä, omista rajoista, omista kyvyistä, omista tunteista sekä omista ajatuksista näyttäytyi kaikissa haastatteluissa hyvin selkeästi ja vahvasti. Tietoinen läsnäolo nähtiin aineiston analyysin myötä tärkeimpänä työhyvinvoinnin ylläpitoon ja työhyvinvoinnin edistämiseen tähtäävänä taitona sekä työkaluna psykoterapeuttista työtä tekevänä ammattilaisena. Haastateltavat kertoivat haastatteluissa kuinka ovat kokeneet vaikeita asiakastilanteita, vaikeita ja

kuormittavia omakohtaisia kokemuksia elämänsä varrella sekä haastavia vuorovaikutuksen hetkiä ja näissä hetkissä tietoisuus omasta työskentelystä ja omasta minuudesta on ollut kantava voima.

Yksi haastatelluista kertoi tulleen kokemusvuosien myötä niin tietoiseksi omista sisäisistä kipupisteistään, ettei kokenut asiakastilanteissa kuormitusta nykytasolla muttei myöskään ollut menettänyt herkkyyttään asiakkaitaan kohtaan. Kyseinen haastateltava mainitsi, että uran alkuvuosina tietyt asiakassuhteissa esiin nousseet teemat saattoivat osua kipeisiin kohtiin ja tehdä olon lamaan tunteeksi, mutta kokemuksen myötä tietoisuus omassa persoonassa olevista kipupisteistä on kasvanut. Kokemuksen ja tietoisuuden kasvamisen myötä myös kipupisteiden aktivoituminen nähtiin hallitumpana jolloin myös siihen liittyvät itsessä heräävät tunnereaktiot nähtiin lievempinä. Haastatellut painottivat sitä, että vaikka kokemuksen myötä itsessä heräävät tunnereaktiot eivät olisikaan enää vuosien myötä niin vahvoja, niin on kuitenkin tärkeää säilyttää tunnekosketus sillä omat tunteet ovat psykoterapeutin yksi tärkein työkalu.

Asiakkaisiin liittyen tietoista työskentelyä nähtiin myös tuttuuden käsitteen kautta. Haastatellut kertoivat tulevansa pitkissä hoitosuhteissa tietoisiksi asiakkaissaan esiintyvistä eri puolista ja näkevänsä niiden mahdollisen näyttäytymisen terapiasuhteessa etäältä. Yksi haastatelluista käytti sanaa "kauasnäköisyys". Tämän kauasnäköisyyden myötä psykoterapeutit osaavat paremmin varautua asiakkaan mahdollisiin voimien muutoksiin, jolloin ne eivät tule niin sanotusti puun takaa.

Tietoisuuden myötä haastateltavat olivat kokeneet myös parempaa itsetuntemusta. Itsetuntemuksen avulla haastateltavat kykenivät seuraamaan itsessään tapahtuvia muutoksia ja terapiasuhteen herättämiä ajatuksia ja tunteita itsessään. Yksi haastatelluista kertoi, että psykoterapeuttisen hoitosuhteen etenemättömyys on aina hyvä syy pysähtyä myös itsen äärelle ja pohtia objektiivisesti myös omaa ammatillista toimintaa. Tiedostamisen myötä haastatellut kokivat helpommaksi havainnoida hoitosuhteelle asetettujen rajojen säilymistä sekä niiden ylittämättömyyttä. Tuloksissa oli nähtävissä myös armollisuuteen ja armoon viittaavia ajatuksia, sillä haastateltavat kertoivat oman keskeneräisyyden tiedostamisen myötä oppineensa suhtautumaan omiin epäonnistumisiin paremmin ja armollisemmin. Kaksi haastatelluista allekirjoitti tämän kertomalla, että oman keskeneräisyyden ja vajavaisuuden tiedostaessaan voi paremmin suhtautua itseensä armollisesti ja nähdä omat pystyvyyden rajat objektiivisemmin.

Tietoisen työskentelyn kautta haastatellut kykenivät tekemään tietoisesti katkaisun oman työn ja vapaa-ajan välillä mutta myös työn aikana. Tuloksissa oli nähtävissä päättäväinen asennoituminen

sitä kohtaan, että kun psykoterapeutti on vapaalla, niin hän myös on vapaalla eikä tällöin lähde ruotimaan läheisissään esiintyviä raskauttavia elämäntilanteita vaikka kokisikin omaavansa näkemystä ja välineitä myös läheistensä auttamiseksi. Yksi haastatelluista kertoi lähtevänsä istuntojen välissä pois omasta työhuoneestaan jotta saisi otettua etäisyyttä työhön taukojen aikana. Tietoisen katkaisun avulla haastatellut kykenivät vähentämään itseaiheutettua kuormittumista kaikilla olemisen tasoilla.

Tuloksissa oli nähtävissä myös omiin tietoihin ja taitoihin liittyvää tietoista työskentelyä. Lähes jokaisessa haastattelussa nousi esiin lisäkoulutusten tärkeys työhyvinvointia edistävänä asiana. Haastatellut kertoivat, että havaitessaan ja tiedostaessaan puutteita omissa tiedoissaan tai taidoissaan kokivat he tärkeäksi päivittää omaa osaamistaan kouluttautumalla ja kurssittautumalla. Siispä tietoista työskentelyä voidaan olettaa nähtävän myös tieto- ja taitotasolla.

Rajojen merkitys nousi tutkimustuloksissa esiin viidentenä pääluokkana työhyvinvointia edistävänä tekijänä. Analysoidun aineiston pohjalta oli nähtävissä, että haastatellut kokivat oman rajallisuuden tunnistamisen ja tunnustamisen tärkeäksi asiaksi oman työhyvinvoinnin säilymisen kannalta. Kaksi haastatelluista totesi, että rajaamista on jo pelkästään oman ammatillisen roolin määrittely ja siinä pysyminen. He kuvasivat ammatillisen roolin määrittelyyn liittyen, että vastuu elämänmuutoksesta on aina asiakkaalla itsellään ja että toimiessaan psykoterapeutina haastateltava ei paranna ketään vaan se vastuu on asiakkaalla. Ammatillinen rajaus näkyi oman toiminnan tiedostamisena ja sen mukaisena toimintana. Yksi haastatelluista kertoi, että mikäli vastaanotolla ilmenee toistuvasti aggressiota tai väkivaltaan liittyviä uhkailuja niin tulee arvioida, onko psykoterapia oikea paikka asiakkaalle. Kaksi haastatelluista koki olevansa enemmänkin peilejä tai suunnannäyttäjiä kuin parantajia. Vuorovaikutuksen osalta rajaaminen näyttäytyi tuloksissa siten, että haastatellut pohtivat omaa rytmikkyytään vuorovaikuttaessaan asiakkaidensa kanssa ja rajasivat sitä tarvittaessa. Rytmikkyys näkyi siten, että haastateltavat pyrkivät välttämään kiirehtimistä ja liian nopeiden tulkintojen tekemistä asiakkaidensa kanssa.

Rajaamista oli tutkimustuloksissa nähtävissä myös siten, että haastatellut olivat tehneet asiakkaidensa kanssa hoitosuhteiden alussa sopimuksia jotka koskivat sekä haastateltavaa että asiakasta ja sopimusten rikkoutuessa haastatellut kertoivat meneteltävän yhteisesti sovituille tavoille. Osa haastateltavista oli tehnyt selkeän erottelun myös sen välille, mitä ja kuinka paljon voivat asiakkaansa kanssa tehdä. Yksi haastatelluista kertoi, että on oppinut omakohtaisen kokemuksen kautta olemaan toimimatta aktiivisesti asiakkaansa elämässä asiakkaan

passivoitumisen välttämiseksi. Rajat nähtiin yleisesti työhyvinvointia edistävinä asioina, sillä niiden avulla kyettiin työntämään tarpeetonta vastuuta pois itsestä ja näin keventämään omaa roolia psykoterapiasuhteessa tarpeettoman lisäkuormituksen välttämiseksi.

10.2 Työhyvinvointia kuormittavat tekijät

Vuorovaikutuksen haasteet nousivat selkeästi esille kaikissa haastatteluissa ja niistä saaduista aineistoista jonka vuoksi tämä luokka muodostui ensimmäiseksi työhyvinvointia kuormittavaksi pääyläluokaksi. Vuorovaikutuksen haasteet näyttäytyivät tutkimustuloksissa monenlaisina muuttujina ja niitä oli esillä kaikkien haastateltujen kertomissa kokemuksissa. Selkeimmät vuorovaikutukseen liittyvät haasteet olivat aineiston analyysin perusteella vuorovaikutusloukkaukset, kuten ärähdykset ja lipsahdukset joita kohtaan haastatellut olivat kokeneet syyllisyyttä sekä epäammattimaisuutta sekä yhteisymmärryksen ja yhteisen merkitysmaailman syntymättömyys. Aineistoissa oli myös kaksi mainintaa yhteisen kielen puuttumisesta. Yhteisymmärryksen olemattomuus kuormitti haastateltuja selkeästi. Yksi haastatelluista kertoi, että yhteisen ymmärryksen puuttuessa asiakas voi kokea hänen ajatuksensa syytöksinä tai uhkauksina ja asettua puolustuskannalle joka aiheuttaa tarpeetonta kärsimystä asiakkaalle. Tulokset kertoivat, että näihin hetkiin liittyi myös terapeuttiin kohdistettua vihaa ja raivoa joka koettiin omaa työhyvinvointia kuormittavana asiana pitkään jatkuneena.

Vuorovaikutukseen liittyviä haasteita nähtiin ja koettiin myös asiakkaan suunnalta. Haastatellut kertoivat haastatteluissa tilanteista, joissa heitä oli uhkailtu itsemurhalla, väkivallalla tai oikeustoimilla. Nämä vuorovaikutuksen tilanteet olivat saaneet haastatellut tuntemaan avuttomuuden ja riittämättömyyden tunteita, myös pelkoa. Yksi haastatelluista mainitsi, että itsemurhan esiinotto on aina viesti myös haastatellulle siitä, että hätä on todellinen. Itsemurhalla uhkailuun liittyi tulosten mukaan paljon syyllisyyttä ja pohdintaa, että onko asiakas saanut haastatelluilta riittävästi tukea silloin, kun on sitä tarvinnut. Itsemurhalla uhkailuun liittyi tulosten mukaan myös vahvaa surua ja pelkoa, sillä haastatellut kokivat omat asiakkaansa hyvin tärkeiksi. Lisäksi itsemurhalla, oikeustoimilla ja väkivallalla uhkailuun sisältyi paineen tunnetta, sillä haastateltavat kokivat, että he joutuvat ammatillisina olemaan entistä varovaisempia ja ottamaan ikään kuin isomman vaihteen silmään.

Tuloksista kävi lisäksi ilmi, että haastatellut kokivat asiakkaidensa olevan aiempaa valveutuneempia heitä koskevista oikeuksista ja hoitomuodoista. Yksi haastatelluista koki, että

asiakkaat ottavat nykyään asioista selvää esimerkiksi internetistä ja sanelevat tämän jälkeen tapaamisilla, kuinka heitä tulisi kohdella ja kuinka heille saa puhua. Tämä koettiin raskauttavana asiana. Valveutumisen myötä asiakkaat tuntevat kohdistavan psykoterapeutteihin aiempaa enemmän myös vaatimuksia heitä koskevaa hoitoa kohtaan. Näiden tilanteiden yhteydessä haastatellut olivat kokeneet ilmapiirin kiristymistä ja ärtymyksen tunteita. Vuorovaikutuksen haasteita oli nähtävissä myös siten, että haastatellut kokivat ajoittain haastavaksi omien sanojensa asettelun herkkien asiakkaiden kanssa.

Kaksi haastatelluista kertoi vuorovaikutuksen haasteisiin liittyen, että toisinaan asiakkaat ovat kohdistaneet huolta haastateltujen työssäjaksamista kohtaan. Haastatellut kokivat tämän jokseenkin kuormittavana ja sanoittivat sitä, että asiakkaan tehtävä ei ole kantaa huolta terapeutin jaksamisesta vaan asiakas on tullut terapiaan jäsentämään omaa vaikeaa elämäntilannettaan. Huolijattelu terapeuttia kohtaan lisäsi haastateltujen mukaan asiakkaalla käytössä olleiden resurssien kohdistumista väärin. Terapeutit olivat huolissaan myös siitä, että väsymisen ei pitäisi näkyä niin vahvasti ulospäin että se välittyy asiakkaalle ja mikäli tätä tapahtuu, niin tilanne on hälyttävä. Tuloksissa nousi esille myös hoitosuhteen epätasa-arvoisuus eli yhdensuuntaisuus, sillä yksi haastatelluista koki kuormittavana kuunnella asiakkaidensa haasteita silloin, jos oma elämä oli vaikeassa muutoksessa ja kertoi joskus toivoneensa salaa lohdutusta omalta asiakkaaltaan. Haastatellut kertoivat joskus ottaneensa etäisyyttä asiakkaisiinsa näissä tilanteissa. Etäisyyden ottoon liittyi syyllisyyden tunnetta, sillä haastatellut kertoivat esimerkkejä tilanteista, joissa asiakas oli huomannut ja tuntenut etäisyyden kasvaneen hoitosuhteessa ja sanoittanut sitä.

Osana vuorovaikutuksen haasteita nähtiin myös työnohjaus ja erityisesti sen muodot. Yksi haastatelluista koki, että työnohjauksen tarve tulee määritellä yksilökohtaisesti ja että kaikki työnohjauksen muodot eivät sovi kaikille. Aineistossa nousi esille omakohtaisia kokemuksia epäonnistuneista työnohjauksista, joissa haastatellut olivat kokeneet heidän odotustensa ja ammatillisten kehittymistarpeidensa tulevan täyttymättömiksi tarjotun työnohjauksen kanssa. Nämä tekijät olivat aiheuttaneet turhautumista.

Haastatellut kokivat vuorovaikutukseen liittyen kuormitusta myös siinä, että työskentelevät asiakkaiden kärsimyksen, kamppailun ja tuskan välittömässä keskiössä. Aineistosta kävi ilmi, että psykoterapeutit kokivat etuoikeutena ja kunnia-asiana saada olla inhimillisen elämän keskiössä mutta samalla altistivat itsensä vahvoille kuormittaville tunteille ja suurelle surulle. Tähän liittyen

haastateltavat kertoivat yhteiskunnan muuttumisesta jonka vuoksi asiakkaat ovat kokeneet aiempaa vahvempaa painetta ja vahvempia odotuksia yhteiskunnalta joka haastateltujen mukaan näkyy myös vastaanotolla asiakkaan kokemana häpeänä, suurina odotuksina ja paineen nousuna. Näiden syiden varjolla haastatellut kokivat asiakkaidensa mielenterveyshäiriöt aiempaa kerrostuneempina ja monimutkaisempina joiden vuoksi vuorovaikutuksen haasteita on aiempaa enemmän nähtävissä. Lisäksi yksi haastatelluista koki elämänsä täyttävän ihmisillä, joiden kanssa ei kuitenkaan elä tätä elämää ja tämä koettiin kuormittavana ja yksinäisyyttä lisäävänä tekijänä. Tämän taustalla oli jo aiemmin mainittu psykoterapiasuhteen yksisuuntaisuus.

Muita vuorovaikutukseen sisältyviä haasteita olivat terapeutin monet roolit, roolien sekoittuminen ja rooleille asetettujen rajojen hämärtyminen joita nousi esiin kahdessa haastattelussa. Lisäksi yksi haastateltu mainitsi kuormittavana tekijänä asiakkaiden elämässä tapahtuvat nopeat notkahdukset ja takaiskut.

Psykoterapian järjestämiseen liittyvät käytännön asiat koettiin haastatteluista saatujen aineistojen valossa toisena merkittävänä työhyvinvointia kuormittavana yläkäsitteenä. Tämän yläotsikon alle mahtui muutamia tekijöitä, jotka olivat lähes kaikille haastatelluille yhteisiä. Kiire oli merkittävä tekijä, joka tuli esille haastatteluissa työhyvinvointia kuormittavana alatekijänä. Haastatellut kertoivat, että kiirettä on aiheutunut mm. suurista asiakasmääristä. Lomakauden lähestyminen koettiin myös kuormittavana tekijänä, sillä terapeutit olivat havainneet itsessään kasvanutta painetta ja kireyttä aikatauluihin liittyen. Yksi haastateltavista mainitsi, että kokee velvollisuudekseen antaa kaikille asiakkailleen vielä yhden käynnin ennen kesälomaa jotta asiakkaat saisivat tietoa siitä, milloin vastaanotto taas aukeaa ja mitä lomakausi merkitsee hoitosuhteen kannalta. Tämän vuoksi haastattelussa nousi esille myös huolta ja stressiä siitä, ehtiikö haastateltu tavata kaikkia vielä yhden kerran. Nopea lomalle jääminen koettiin kuormittavana, sillä se herätti haastatteluissa huolta siitä, että asiakkaissa herää epävarmuutta ja pelkoa psykoterapian jatkumisen suhteen. Tämä ylimääräinen epävarmuus ja pelko taas koettiin kuormittavana terapeuttien näkökulmasta.

Lisäksi yhdessä haastattelussa nousi esille ajatus, että loman aikana mielessä käy joskus ajatus, että pärjäävätkö asiakkaat loman ajan ja kuinka heillä psykoterapian poissa ollessa menee. Näiden tekijöiden lisäksi rajojen hämärtyminen hoitosuhteessa nähtiin vaikeana asiana, sillä rajoilla nähtiin struktuuria ja turvaa tuova merkitys.

Omat raskauttavat tunteet sekä vahva myötäeläminen muodostivat neljännen pääyläluokan jonka alle tiivistyi paljon haastatteluista saatua aineistoa. Haastatellut olivat kokeneet ennen haastatteluista vahvoja tunteita itsessään omiin asiakkaisiinsa liittyen. Haastatteluissa nousi merkittävästi esille, että työstettäessä vahvoja tunteita ja vaikeita elämäntilanteita itsessä viriävät vastatunteet ovat myös voimakkaita. Toisin sanoen haastatellut kokivat vahvan myötäelämisen kuormittavana asiana. Vahvoihin tunteisiin liittyen haastatellut toivat esille omia vaikeita elämäntilanteita joita haastatteluista lähes kaikki olivat kokeneet uransa varrella. Kaksi haastatteluista kertoi, että osa näistä tapahtumista oli edelleen mielessä ja tiedostaessaan näitä muistoja niihin aiemmin kytkeytyneet muistot nousivat myös uudestaan esille, aiheuttaen kuormitusta. Vaikka raskaat elämäntilanteet nähtiinkin pääsääntöisesti voimavarojen ja paremman ymmärryksen lähteenä, niin niihin liittyi kuitenkin edelleen myös syyllisyyttä, häpeää, epävarmuutta sekä surua. Lisäksi yhdessä haastattelussa nousi vahvasti esille riittämättömyyden, avuttomuuden ja keinottomuuden tunteita. Näistä tunteista käsin haastatellut olivat kokeneet, että heidän tulee tehdä ammattilaisina enemmän kuin nyt tekevät jotta tilanteita jotka näitä tunteita heissä olivat herättäneet, ei pääsisi syntyään uudestaan. Tähän vaatimustason nostoon liittyi aineiston perusteella kuormittumista.

Yksi haastatteluista nosti esiin myös omat persoonallisuuspiirteet. Näihin persoonallisuuspiirteisiin liittyen tietyt asiakkaiden mukanaan tuomat teemat olivat saaneet hänessä liikkeelle voimakasta sisäistä liikehdintää. Kyseinen haastateltu kertoi raskauttavasta tapahtumasta, jossa asiakas oli lopulta tehnyt itsemurhan ja tämän vuoksi haastateltu oli kokenut vahvaa surua ja masentuneisuutta. Näiden seurauksena haastateltu oli myöhemmin pohtinut myös omaa itsemurhaa, sitä kuitenkin tekemättä. Lisäksi itsemurhasta aiheutunut jälkipuinti oli lisännyt kurjuuden ja muiden kuormittaneiden tunteiden määrää entisestään. Nykytasolla haastateltu kertoi olevansa sujut asian kanssa, mutta tapahtuman oltua tuolloin vielä tuore, oli se herättänyt vahvoja lopullisuusajatuksia ja samaistumista. Haastateltu kertoi, että on tunnistanut omassa persoonassaan masennukseen taipuvaisia osia jotka olivat tuolloin hänen mukaansa aktivoituneet. Myös toinen haastateltava kertoi asiakkaan kuoleman nostavan ikävän ja surun tunteita.

Raskauttaviin tunteisiin liittyen haastatellut toivat yleisesti esille iän ja väsymisen myötä korostuvaa sensitiivisyyttä eli herkkyyttä asiakkaitaan kohtaan. Haastatelluille oli yhteistä se, että kokemuksen ja iän myötä herkkyyys oli lisääntynyt. Yksi haastatteluista koki oman herkkyytensä olevan toisinaan jopa liiallista, jolloin tähän korostuneeseen herkkyyteen liittyi kuormittavuutta.

Väsyminen, herkkyys, suru ja kuormittuminen olivat lineaarisessa yhteydessä toisiinsa, sillä haastatellut kokivat psykoterapiatyön tekevän herkäksi, kuormittumisen lisäävän herkkyyttä ja korostuneen herkkyyden altistavan surulle ja väsymiselle. Väsymisen myötä terapeutit olivat kokeneet tarpeelliseksi ottaa etäisyyttä asiakkaisiinsa ja tähän etäisyyden ottoon liittyi raskaita tunteita. Toistuvien uhkailujen myötä haastatellut olivat kokeneet lisäksi ylivirittyneisyyttä ja muuttuneet varovaisiksi sekä epävarmoiksi. Uhkailuihin liittyen terapeutit olivat tulleet valveutuneiksi siitä vastuusta joka heillä on ja tämä koettiin myös kuormittavana. Uhkailuihin liittyen haastatellut kokivat tarvetta toimia ammattilaisina aiempaakin osaavammin ja vastuullisemmin. Tämä henkilökohtainen vaatimustason nosto koettiin voimia kuluttavana asiana.

Raskauttaviin tunteisiin liittyen haastatellut kertoivat myös havaitsemistaan omista lapsenomaisista tarpeistaan, unelmistaan ja fantasioistaan. Näitä olivat esimerkiksi salattu toive saada apua ja lohdutusta omilta asiakkailta. Haastatellut kertoivat tunteneensa näihin liittyen vahvoja kuormittavia tunteita, mutta kyenneensä ratkaisemaan ne esimerkiksi työnohjauksen tai ammatillisen tuen avulla. Haastatellut liittivät nämä tarpeet, unelmat ja fantasiat väsymisen ja voimattomuuden kokemukseen.

Oman elämän varjostavat tapahtumat muodostivat aineiston perusteella neljännen yläotsikon. Tämän otsikon alle haastateltavat toivat esiin yleisesti raskauttavia elämäkokemuksia, jotka olivat kuitenkin kyenneet käsittelemään uransa varrella. Haastatellut sanoittivat elämäkokemusten nousevan ajoittain esille ja tuovan pintaan niihin liittyviä tunteita ja ajatuksia jolloin niihin saattoi liittyä ohimenevää kuormittuneisuutta. Yksi haastatelluista kertoi omakohtaisen kokemuksen, jossa oli työstänyt asiakkaansa kanssa vaikeaa elämäntilannetta jota oli juuri hetki sitten käynyt itse läpi. Kyseinen haastateltu kertoi tunteneensa kurjuutta tilanteessa, jossa hänen oman elämänsä käsittelemätön ja kuormittava hetki oli asetettuna vastakkain asiakkaansa samankaltaisen tilanteen kanssa. Tähän liittyi vahvaa kuormittuneisuutta ja omien tunteiden intensivoitumista myös omaa meneillään ollutta elämäntilannetta kohtaan jonka vuoksi haastateltu oli kokenut vahvaa surua ja herkistymistä. Elämän varjostavien hetkien jälkeen kaksi haastatelluista kertoi tunteneensa vaikeutta löytää armoa itseään kohtaan, mutta oli lopulta löytänyt sitä.

Ongelmien rinnastuminen eli paraabeli-ilmiö oli yksittäinen mutta kuitenkin raskas tekijä joka nousi esille haastatteluista syntyneessä aineistossa. Tuloksia kirjoittaessani ajatuksena oli laatia aiheesta oma lukunsa, mutta aineiston käsittelyvaiheessa päätin liittää sen kuitenkin oman elämän

varjostavia hetkiä koskevaan kappaleeseen. Ongelmien rinnastuminen näkyi haastateltujen antamissa haastatteluissa siten, että osa haastatelluista kertoi havainneensa omissa läheisissään samankaltaisia vaikeita elämänongelmia sekä haasteita kuin joita oli vastaanotollaan asiakkaidensa kanssa työstänyt. Haastatellut kokivat, että heidän työssään näkemät asiat toistuvat vapaa-ajalla heidän nähdessään samankaltaisia tilanteita. Näihin liittyen haastateltavat olivat kokeneet kuormittumista ja alkaneet jopa ottaa etäisyyttä omiin läheisiinsä oman kuormittuneisuuden lisäämisen vähentämiseksi. Yksi haastatelluista kertoi, että kokee etäisyyden ottamisen helpompana kuin asioiden pyörittelemisen omassa mielessään. Yksi haastatelluista kertoi, ettei koe eettisesti oikein toimia psykoterapeutin roolissa vapaa-ajallaan vaan on yksilö kuten muutkin. Näistä tuloksista oli nähtävissä, että ammatillisuus kulkee mukana työn ulkopuolelle mutta sen tietoinen sammuttaminen tai syrjään laittaminen on toivottavaa oman jaksamisen kannalta.

Tuloksissa oli kaiken kaikkiaan nähtävissä paljon samankaltaisuuksia keskenään. Monet työhyvinvointia edistävästä tekijöistä pitivät sisällään kuitenkin myös työhyvinvointia kuormittavia piirteitä. Samoin monet työhyvinvointia kuormittaneista tekijöistä olivat ajan saatossa muuttuneet jopa työhyvinvointia edistäviksi tekijöiksi, sillä kokemuksen lisääntyminen ammatinharjoittamisen myötä oli vaikuttanut kykyyn tarkastella omaa mieltä ja suhtautua omaan minuuteen rakentavammalla tavalla.

” – se mitä asioita oon joskus kokenu kuormittavina nii voi olla etten enää ehkä koe niitä kuormittavina... ajattelen että ku ammatillista itsetuntemusta on kertyny sen verran paljo tän matkan aikana ja näijen vuosien aikana nii se painoarvo mikä niillä kuormitusta aiheuttaneilla asioilla on joskus ollu nii se on muuttunu. – ” (H4)

Tämän tutkimuksen tuottamien tulosten mukaan työhyvinvointia edistävät tekijät ja työhyvinvointia kuormittavat tekijät kulkevat jokseenkin käsi kädessä, vaikuttaen enemmän tai vähemmän toisiinsa. Tutkimustulosten valossa on helppo todeta, että työhyvinvoinnin käsite ja siihen liittyvät osatekijät kuten työhyvinvointia edistävät ja kuormittavat tekijät ovat subjektiivisia asioita. Haastatteluissa oli selkeästi nähtävissä teemoja, jotka olivat kaikille haastatelluille samoja, mutta myös teemoja, jotka haastatellut nostivat esiin ja jotka olivat sisällöltään lähellä toisiaan mutta joihin liittyi kuitenkin vaihtelevia tunteita ja ajatuksia.

11 POHDINTA

Opinnäytetyöni ollessa loppusuoralla totean tutkivan opinnäytetyön olevan hyvin haastava mutta opettavainen projekti. Minun kohdallani opinnäytetyön valmistuminen vei kaikki vaiheet huomioiden noin puolitoista vuotta aikaa. Ajatus opinnäytetyön aiheesta sai alkunsa hoitotyön ammattikorkeakouluopintojen toisen vuoden kevätlukukauden lopussa, jolloin aloin vakavasti pohtia, mihin lääketieteen osa-alueeseen haluan suuntautua opintojeni loppuvaiheessa. Samalla pohdin myös, mikä olisi sellainen aihe opinnäytetyölle, joka olisi mielenkiintoinen ja jonka voisin yhdistää jollain tavalla valitsemaani suuntautumisvaihtoehtoon. Ennen toisen lukuvuoden päättymistä ja kesälomille jääntiä minun tuli tehdä valinta jonkin lääketieteen erikoisalojen väliltä. Valitsin psykiatrian vaikka alkuun mietinkin, teinkö kuitenkin oikean valinnan. Viimeistään kolmannen lukuvuoden alettua syksyllä 2017 tiesin tehneeni oikean valinnan enkä ole katunut tekemääni valintaa sen jälkeen. Valittuani psykiatrian aloin kypsyttellä myös ajatusta jatko-opinnoista ja ensimmäistä kertaa ajatus psykoterapeutin ammatista valmistumisen jälkeen alkoi tuntua entistä konkreettisemmalta ja houkuttelevammalta. Näistä syistä valitsin myös aiheen opinnäytetyölleni. Koin, että tutkimalla jatko-opintoja koskevaa aihetta ja ammattikuntaa saan ensimmäisen kosketuksen siitä, millaista on työskentely psykoterapeuttisessa kehyksessä ja millaisia taitoja minulta odotetaan tulevaisuudessa.

11.1 Tutkimustulosten arviointi

Tutkimustuloksista kävi ilmi, että työhyvinvointina edistävinä tekijöinä koettiin refleктоiminen eli tunnepeilaus, harrastukset, sosiaaliset verkostot, tietoinen läsnäolo sekä rajojen asettaminen. Työhyvinvointia kuormittavina tekijöinä taas koettiin vuorovaikutuksen haasteet, psykoterapian järjestämiseen liittyvät tekijät, omat raskauttavat tunteet ja vahva myötäeläminen sekä oman elämän varjostavat tapahtumat. Tuloksista oli nähtävissä myös, että työhyvinvointia edistävät ja kuormittavat tekijät olivat haastatelluille subjektiivinen kokemus. (Holmberg ym. 2008, 240)

Tämän opinnäytetyön tuottamat tutkimustulokset olivat mielestäni selkeästi rinnastettavissa opinnäytetyössäni viitattuun taustateoriaan. Psykoterapeutin työhyvinvointia edistävät tekijät olivat lähes samankaltaiset, kuin joita psykoterapiakirjallisuudessa kerrotaan. Tulosten arviointiin tuo kuitenkin haastetta se, että työhyvinvointi koettiin ja nähtiin subjektiivisena asiana. Se mikä yhdelle

oli ollut valtavan kuormittavaa, ei ollutkaan ollut niin kuormittavaa taas toiselle. Jotkin tutkimuksen tuloksista olivat selkeästi ylläpidettyinä ja kaikille haastatetuille universaaleja, kuten kiire ja suuret asiakasmäärät. (Lehtinen, R. 2006, 33-34) Uskonkin, että nämä kaksi edellä mainittua ovat asioita, jotka eivät tule koskaan täysin katoamaan sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmästä. Ihmisten elinajanodotteen kasvaessa yhä suuremmaksi on myös oletettavaa, että asiakasmäärät sekä kasvaneisiin asiakasmääriin liittyvä kiire nousevat yhä selkeämmin työhyvinvointia kuormittaviksi tekijöiksi. Mikä minut kuitenkin tuloksissa yllätti, oli se, kuinka paljon herkkyyttä ja tunnetta psykoterapeutit käyttävät työssään hoitaessaan asiakkaitaan. (Baker, E. 2012. 98-102)

Uskon, että alalle hakeutuu ihmisiä, joilla on synnynnäistä ”silmaa” ja synnynnäistä herkkyyttä aistia pieniäkin olotilojen värähtelyitä muissa ihmisissä. Näistä voimakkaista tunnereaktioista ja voimakkaasta myötäelämisestä voidaan päätellä, että ala vetää puoleensa sellaisia henkilöitä, jotka kokevat aitoa kiinnostusta inhimillistä elämää ja ihmismielen solmuja kohtaan. Lisäksi voidaan päätellä, että asiakkaat ovat psykoterapeuteille todella tärkeitä ja arvokkaita. (Adams, M. 2013, 34-38) Tutkimustuloksia arvioidessani pohdin myös aiheen rajauksen vaikutusta saamiini tuloksiin. Voi ehkä olla, että aiheen rajauksen ja tutkimustehtävien määrittelyn vaikutuksesta tunnetyöskentely nousi minun tekemässäni tutkimuksessa yhdeksi merkittävimmistä työhyvinvointiin vaikuttavista tekijöistä. Ajattelen, että mikäli tutkimusongelma ja siihen liittyvä tutkimustehtävä olisivat olleet laajempia tai väljempää, niin tutkimusaineistossa olisi voitu nähdä laajempia yhteyksiä eri asioiden välillä, kuten miksi tietyt asiakkaiden elämässä esiintyneet teemat herättivät niin vahvoja vastatunteita haastateltujen mielessä (Ruusuvuori ym. 2005. 214-215). Toki ymmärrän, että meillä jokaisella on omat vaikeat hetkemme elämässämme jotka jättävät meihin jälkiä ja jotka lopulta integroituvat osaksi elämän käsikirjoitusta, mutta laajemmalla aiheen rajauksella olisi voitu antaa vielä enemmän tilaa haastateltavien äänelle ja kokemuksille.

Aihetta on vaikea tutkia juuri sen subjektiivisuuden vuoksi. Koen, että mikäli tämä tutkimus toteutettaisiin uudestaan sellaisenaan mutta tutkimusjoukko vaihtuisi, niin tulokset voisivat olla erilaisia. Uskon, että osa tuloksista olisi varmasti yhteneväisiä tässä tutkimuksessa saatujen tulosten rinnalla, mutta koska käsitykset omasta työssä jaksamisesta ja työhyvinvoinnista ovat aina subjektiivinen asia, niin tuloksissa mitä todennäköisimmin olisi nähtävissä vaihtelua (Barker, P. 2009, 510-513).

11.2 Projektin toteutumisen arviointi

Projekti toteutui paljon suunniteltua alkuperäistä aikataulua jäljessä aiemmin kertomistani tietoteknisistä syistä johtuen. Aikataulun venymisen vuoksi koin suurta stressiä ja huolta siitä, että valmistuuko opinnäytetyöni ollenkaan sille varatulla ajalla vai ei. Suurimpien ongelmien korjaannuttua opinnäytetyöni pääsi jatkumaan hyvällä vauhdilla ja kiitos nopeasti mukaan lähteneille haastatelluille sekä opinnäytetyöni ohjanneelle yliopettaja Liisa Kiviniemelle, opinnäytetyöni valmistui lopulta kuitenkin nopeasti, vaikka lopussa jo kiire tulikin.

Projektia varten opiskelin paljon laadullisesta tutkimuksesta kertovaa tutkimuskirjallisuutta. Koin tästä olevan paljon hyötyä, sillä kirjallisuudesta sain vinkkejä kysymysten asetteluun myös haastattelutilanteessa. Haastattelut menivät mielestäni hyvin, vaikka näin jälkikäteen ajattelenkin, että olisin voinut toimia haastattelutilanteissa hieman rajaavammin. Pohdin kuitenkin myös sitä, että tällöin riskinä olisi saattanut olla liian tukahduttava ja jäykkä ilmapiiri haastattelutilanteessa jonka vuoksi haastatteluiden ulkopuolelle olisi voinut jäädä arvokasta kokemustietoa. Haastattelut jännittivät minua aluksi melko paljon, sillä koin astuvani kysymysteni kanssa aralle maaperälle. Mietin, että mitä jos tutkimani aihe on arka ja herättää tutkittavissa esimerkiksi ahdistuneisuutta?

Projektin toteutumista edesauttoi se, että vaikka opinnäytetyöni seisoj käynnissä paikallaan jonkin aikaa, niin olin ennen sitä tehnyt itselleni vankan suunnitelman opinnäytetyöni laatimista varten. Vaikka tietojärjestelmät olivat jumissa eikä minulla ollut pääsyä tiedostoihini, niin kykenin kuitenkin etsimään kirjallisuudesta teoriaa sekä etsimään tutkimukseeni sopivia haastateltavia. Opinnäytetyöni päästyä taas etenemään oli minulla paljon teoreettisia ja käytännöllisiä valmiuksia lähteä viemään sitä eteenpäin ja ottaa menetettyä aikaa kiinni. Toisin sanoen opinnäytetyöni eteni taustalla koko ajan siitäkin huolimatta, ettei se edennyt tietoteknisesti oikeastaan mihinkään suuntaan. Kun sain kaikki järjestelmäni toimimaan, niin pääsin lähes välittömästi tekemään tarvitsemäni haastattelut, sillä haastateltavat oli jo valittu ja tutkimuskysymyksetkin asetettu. Lisäksi opinnäytetyöni teoreettinen pohja oli kokonaan valmis.

Projektin päättymisen jälkeen olen kutakuinkin tyytyväinen tulokseen. Opinnäytetyöstäni tuli paljon suunniteltua pidempi, mutta koen, että sen tekeminen oli kuitenkin nautinnollista ja opettavaista. Vaikka aikataulujen puitteissa opinnäytetyöni eteneminen olikin takkuavaa, niin olen hyvin onnellinen siitä, että maaliin päästiin. Koen, että tämä tutkimus toteutui tutkimuksellisesti juuri siten, kuin sen halusinkin toteutuvan.

11.3 Tutkimustulosten luotettavuuden arviointi

Laadullisen tutkimuksen tulosten luotettavuutta arvioitaessa tulee huomioida esimerkiksi tulosten vahvistettavuus sekä tulosten uskottavuus. Tässä opinnäytetyössä tehdyn tutkimuksen tulosten vahvistamiseksi kokosin kattavan teoriapohjan, jossa tarkastelin tutkittavaa aihetta useista eri näkökulmista ja lähteistä käsin ennen varsinaisen tutkimuksen suorittamista. Tutkimustuloksissa selkeästi toistuneita ja kaikille haastatelluille yhteisiä työhyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä on löydettävissä myös teoriapohjasta joka mielestäni tuo luotettavuutta tutkimuksesta saaduille tuloksille. Mikäli tutkimuksen tuloksissa olisi ollut paljon hajontaa eikä asioiden välillä olisi ollut kytköksiä, olisi tutkimuksen luotettavuutta voinut kyseenalaistaa ja kritisoida.

Vahvistettavuutta arvioitaessa vastaan tulee kuitenkin runsaasti ongelmia. Tutkimuskirjallisuuden mukaan vahvistettavuus on ongelmallinen arvioitavuustekijä laadullisessa tutkimuksessa, sillä toinen tutkija ei aina saa samaa käsitystä tutkittavasta aiheesta saman aineiston perusteella. Vahvistettavuuden lisäämiseksi on tärkeää kirjata tutkimuksen vaiheet ja olosuhteet tarkasti, jotta toinen tutkija voi toteuttaa tutkimuksen mahdollisimman tarkasti samoilla tiedoilla, joilla ensimmäinen tutkija on tutkimuksensa laatinut. Tässä opinnäytetyössä käydyt haastattelut suoritettiin haastateltavien omissa yksityisvastaanottotiloissa joissa ei haastatteluhetkillä ollut muita ihmisiä. Haastattelutilanteet olivat siis rauhallisia ja levollisia eikä haastattelutilanteisiin kohdistunut ylimääräisiä häiriötekijöitä.

Koska tutkimastani aiheesta ei ole tehty juurikaan aiempia tutkimuksia, niin koen hankalaksi verrata saamiani tuloksia toisiin tutkimuksiin. Mikäli aiheesta olisi tehty aiempia tutkimuksia, niin niistä saatuja tuloksia ja tästä tutkimuksesta saatuja tuloksia olisi helppo verrata keskenään ja pohtia, ovatko ne yhteneväisiä ja keskenään luotettavia. Kuten aiemmin mainitsin, niin uskon, että vaikka aiheesta olisikin tehty aiempia tutkimuksia, olisivat ne silti hieman erilaisia aiheen subjektiivisuuden vuoksi.

Tulosten luotettavuutta arvioitaessa pohdin myös sitä, että haastateltavat voivat eri mielentiloissa ollessaan antaa erilaisia vastauksia haastattelutilanteissa. Raskaan työpäivän jälkeen ja olon ollessa herkillä voi mieleen tulla paljon semmoisia ajatuksia ja tunteita, joita ei levänneenä ja pirteänä mieleen tulisi. Väsyneenä asioiden painoarvo myös muuttuu, jolloin käsitykset työhyvinvointia kuormittavista ja edistävästä tekijöistä voivat olla erilaisia. Koen kuitenkin että haastattelemani henkilöt antoivat selkeitä ja hyviä vastauksia jotka vaikuttivat aidoilta.

11.4 Tulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimushankkeet

Tämän tutkimuksen synnyttämiä tuloksia voidaan hyödyntää apuna kehittämään psykoterapeuttien työhyvinvointiin tähtäviä toimia. Koen, että tutkimuksen avulla psykoterapeutit saivat turvallisesti ja anonyymisti äänensä kuuluviin ja mahdollisuuden vaikuttaa heitä koskeviin asioihin. Omalla nimellä työskentelemiseen voi liittyä tietynlaisen kiiltokuvan ylläpitämistä jotta oma maine ja uskottavuus ammattilaisena ei kärsisi asiakkaiden silmissä. Voi olla, että psykoterapia-alan ammattilaiset eivät omassa roolissaan ollessaan voi näyttää haavoittuvaisuutta tai särkyväisyyttä niin selkeästi, kuin anonyymisti. Toisinaan kuulee sanottavan, että ammattilaisen tulee kestää mitä vain mikä ei tietenkään pidä paikkaansa.

Tämä opinnäytetyö julkaistaan valmistumisen jälkeen Theseuksessa josta kaikki nykyiset psykoterapeutit, tulevat psykoterapeutit sekä psykoterapiaopinnoista kiinnostuneet tai niitä suunnittelevat henkilöt voivat sen löytää. Tuloksia voivat hyödyntää myös psykiatria ja mielenterveystyöhön suuntaavat tai siellä jo työskentelevät hoitotyöntekijät. Hoitosuhdetyöskentely edellyttää aina tietynlaista herkkyyttä sekä omaa minuutta että muita ihmisiä kohtaan jonka vuoksi toivon tästä opinnäytetyöstä saatujen tulosten sekä opinnäytetyössä käytetyn teoriapohjan kykenevän toimimaan henkilökohtaisen kasvun tukijana kohti parempaa ammattilaisuutta. Ihmisen kohtaaminen on taito, joka kehittyy koko ihmiselämän läpi.

Toivon opinnäytetyöstäni olevan hyötyä myös mahdollisia jatkotutkimuksia ajatellen. Tutkimani aihe on uusi ja lähes koskematon alue Suomessa jonka vuoksi toivoisin, että tämän aiheen tutkimista jatkettaisiin edelleen myös jatkossa. Koska sekä yhteiskunta, ihmiset että myöskin mielenterveyden häiriöt ovat olleet viime vuosina suuressa muutoksessa, niin myös mielenterveyden ammattilaiset ja psykoterapeutit kokevat työssään uudenlaisia haasteita jonka vuoksi on jopa perusteltua tutkia aihetta lisää. Tutkimuksessani saamieni tulosten myötä oli havaittavissa, että haastatellut olivat kokeneet tarvetta kouluttautua lisää ja päivittää omaa osaamistaan joka vahvistaa sen, että odotukset työntekijöitä kohtaan ovat kasvaneet yhteiskunnan ja elämän muuttumisen myötä. Olisi mielenkiintoista päästä seuraamaan psykoterapeuttien työnohjaamista koskevia laajempia tutkimuksia, sillä esimerkiksi osastotyötä tekeville sairaanhoitajille annettava työnohjaus voi olla laadultaan erilaista kuin yksityistä vastaanottoa pitävillä psykoterapeuteille. Toivon suuresti, että opinnäytetyöni avaisi ovia myöhemmille tutkimuksille joissa olisi isompi tutkimusotanta sekä väljempi aiheen rajaus.

11.5 Oma oppimisprosessi

Opinnäytetyö opetti minulle henkilökohtaisella tasolla äärimmäisen paljon. Tutkimusta ajatellen opin paljon uutta tieteellisen tutkimuksen tekemiseen liittyen, kuten esimerkiksi aineiston analysointia ja raportointia. Aineiston analysointia varten opiskelin sisällönanalyysia melko paljon. Kirjallisuuteen tutustuessa opin itselleni entuudestaan täysin tuntemattomia termejä ja analysointimenetelmiä. Koen, että näistä taidoista on varmasti jatkossa hyötyä. Jollain tapaa koen jopa innostuneeni tutkimuksen tekemisestä tämän opinnäytetyön myötä. Alussa aineiston analysointiin liittyvä teoria tuntui minusta vaikealta ja haastavalta, mutta kokeillessani analyysia kirjoissa annettujen esimerkkejä avulla huomasin, ettei se niin vaikeaa ollutkaan.

Opinnäytetyötä tehdessäni mielessäni kävi hyvin laaja joukko erilaisia tunteita aina ilosta suoranaiseen ahdistukseen ja epätoivoon saakka. Opinnäytetyön tekemiseen liittyen opin, että opinnäytetyö kannattaa tehdä kahdestaan tai kolmestaan jos se on mahdollista. Yksin tekemisen hyvänä puolena oli se, että sain itse kontrolloida ja ohjata omaa työtäni mieleiseeni suuntaan. Sain myös tehdä opinnäytetyöstä minun näköiseni. Ongelmallista yksin tekemisessä olivat kuitenkin ne hetket, jolloin minulla ei ollut aikaa tai mahdollisuutta opinnäytetyötä tehdä. Aikaa myöten ymmärsin, että jos en itse tee opinnäytetyötäni niin ei sitä tee kukaan muukaan. Yhdessä tekemisessä olisi ollut se hyvä puoli, että silloin kun itsellä ei ollut mahdollisuutta kirjoittaa opinnäytetyötä, niin opinnäytetyön toinen tekijä olisi voinut sitä jatkaa. Ja taas toisinpäin. Lisäksi ajoittain ilmenneiden motivaatio-ongelmien vuoksi kanssaopiskelija olisi voinut toimia hyvänä piiskaajana ja motivaattorina.

Kognitiivisella tasolla oma opinnäytetyöni opetti minulle kaikista eniten uutta. Opinnäytetyö oli mielenkiintoinen matka jonka aikana sain tutustua monenlaisiin mielenkiintoihin ihmisiin ja tarinoihin. Teoriapohjaa rakentaessani koin useita oivalluksia omaa ajatteluani, tunne-elämääni ja käyttäytymistäni kohtaan joiden jälkeen olen kokenut ja havainnut itsessäni kypsymistä ja kasvamista, ei pelkästään tulevana sairaanhoitajana vaan myös yksilönä. Opinnäytetyön myötä oma henkinen prosessi sai uutta tuulta siipiinsä. Olen oppinut työstämään tunteitani sekä omaa ajatusmaailmaani uudella tavalla ja saanut hyviä käytännön neuvoja, kuinka voin työskennellä rakentavammin ja vaikuttavammin sekä itseni että muiden ihmisten kanssa. Kaikki saamani neuvot ja ajatukset ovat olleet kullanarvoisia ja arvokkaita. Koen niistä olleen merkittävää hyötyä minulle. Kehittymistä tulee varmasti tapahtumaan vielä jatkossakin, mutta tällä hetkellä suunta on oikea. Opinnäytetyön myötä olen oppinut paljon kärsivällisyyttä sekä armollisuutta itseäni kohtaan.

Haastatteluihin ja ihmisen kohtaamiseen liittyen opinnäytetyöni opetti minulle myös paljon. Ennen haastatteluja jännitin runsaasti uusien ihmisten kohtaamista ja ajattelin, että olenko liian tungetteleva ja osaanko esittää oikeita ja johdonmukaisia kysymyksiä. Haastattelutilanteet menivät kuitenkin omia odotuksiani paremmin ja koin kuuntelevani sekä puhuvani loogisesti ja johdonmukaisesti. Keskustelut olivat jopa yllättävän luontevia. Kolmannen haastattelun kohdalla minut valtasi tunne, että ihan kuin olisin tuntenut nämä haastateltavat jo entuudestaan. Voi olla, että tämän tunteen vuoksi osa keskusteluista saattoi rönsyillä yksittäisissä hetkissä jonka vuoksi jouduin tietoisesti rajaamaan keskustelua oman puheen paljouteni vuoksi. Haastattelut opettivat minulle uuden ihmisen kohtaamista käytännössä josta koen olevan varmasti paljon hyötyä tulevaisuudessa ja sairaanhoitajan ammattia harjoittaessani.

Ajatus psykoterapeutiksi opiskelemisesta vahvistui entisestään opinnäytetyön aikana käymäni henkisen matkan aikana. Työ jota haastattelemani henkilöt tekivät ja josta he minulle kertoivat, oli ihailtavaa. Ihailin haastattelemani henkilöiden rauhallisuutta, avoimuutta, herkkyyttä, itsevarmuutta ja tietotasoa kaikkien niiden tapahtumien jälkeen, joita he olivat omalla urallaan ja omissa elämässään kokeneet. Koin olevani etuoikeutetussa asemassa päästessäni niin kosketukseen ammattilaisten omaan maailmaan josta minulla ei vielä ollut juurikaan aiempaa tietoa. Haastatteluiden jälkeen koin entistä enemmän ihmisenä kasvamista ja omien näkökantojen avautumista. Lisäksi koen, että omat vuorovaikutus- ja ryhmätyötaitoni ovat kehittyneet valtavasti opinnäytetyön tekemisen aikana, sillä olen joutunut pyytämään apuja ja vinkkejä monilta ihmisiltä oman opinnäytetyöni etenemisen vuoksi.

Henkilökohtaisen ja psyykkisen kasvun ohella koin, että kirjoitustaitoni ja verbaalinen ulosantini paranivat valtavasti tämän opinnäytetyön myötä. Opinnäytetyötäni varten kirjoitin tekstiä satoja tunteja. Kirjoitusprosessin eri vaiheissa opin myös tekstin jäsentämistä sekä tiivistämistä ja uskonkin, että näistä tiedoista sekä taidoista on hyötyä myös jatkossa. Edelleen koen haastetta tiiviin tekstin tuottamiseen liittyen, mutta tunnen kuitenkin muutosta tapahtuneen valtavasti. Kaiken kaikkiaan koko opinnäytetyön prosessi on ollut mielenkiintoinen ja opettavainen matka. Koen jopa pientä haikeutta sen päättymiseen liittyen. Siirtyminen opiskelijaelämästä täysivaltaiseen työelämään on oma muutoskriisinsä jonka käsitteleminen vie varmasti oman aikansa.

Koen myös oppineeni tiedonhakua ja tiedon hakemiseen liittyvää lähde- ja aineistokritiikkiä jota korkeakouluopinnoissa tarvitaan jatkuvasti. Tiedon ja tulosten luotettavuuden arviointi nousivat merkittäviksi tekijöiksi myös minun opinnäytetyössäni.

Lähteet:

Ackerman, S. & Hilsenroth, M. 2003. A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23, 1-33.

Adams, M. 2013. *The Myth of the Untroubled Therapist*. 1. edition. England: Routledge.

Ahola, K., Honkonen, T., Kalimo, R., Nykyri, E., Aromaa, A. & Lönnqvist, J. Työuupumus Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia. *Suomalainen Lääkärilehti* 2004;59:4109–14.

Ala-Poikela. 2018. Aineiston hankinta ja analyysi. 4. luku. Helsinki. <http://ethesis.helsinki.fi/julkaisut/kas/kasva/pg/ala-poikela/luku4.html>. Haettu: 26.12.2017.

Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä. 28.6.1994/564.

Baker, E. 2005. *Työvälineenä oma persoona*. Helsinki: Edita.

Baker, E. 2012. *Caring for Ourselves: A Therapist's Guide to Personal and Professional Well-Being*. 1. reprint. USA: American Psychological Association (APA).

Barker, P. 2009. *Psychiatric and Mental Health Nursing – The craft of caring*. 2nd edition. Honorary professor thesis. University of Dundee. Scotland. <https://www.questia.com/read/126615865/psychiatric-and-mental-health-nursing-the-craft>. Haettu 18.10.2017.

Barret, M., Chua, W-J., Crits-Christoph, P., Gibbons, M. Casiano, D. & Thompson, D. 2008. Early withdrawal from mental health treatment: Implications for psychotherapy practice. Article. Original source: *clinical study*. 45(2): 247–267. University of Pennsylvania. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2762228/>. Haettu 13.10.2017.

Billow, R. 2006. The three R's of group: resistance, rebellion and refusal. Article. Derner Institute, Adelphi University. USA. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16822176>. Haettu: 2.10.2017.

Board of Professional Affairs' Advisory Committee on Colleague Assistance. 2018. Professional Health and Well-being for Psychologists. APA Practice Organisation. <http://www.apapracticecentral.org/ce/self-care/well-being.aspx>. Haettu: 5.2.2018.

David, A., Bedford, N., Wiffen, B. & Gillean, S. 2012. Failures of metacognition and lack of insight in neuropsychiatric disorders. Article. 367(1594): 1379–1390. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3318769/>. Haettu: 16.1.2018.

Deurzen, E. 2006. From psychotherapy to emotional well being. Article. United Kingdom. University of Sheffield. 383-392. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v24n3/v24n3a12.pdf>. Haettu 7.2.2018.

Dunderfelt, T. 2011. Elämänkaaripsykologia. 14.-15. painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Eloranta, M-L. 11/2012. Vastatunteet. Power point -esitys. Suomen nuorisopsykiatrinen yhdistys. <http://www.nuorisopsykiatrinen-yhdistys.org/wp-content/uploads/2012/11/Vastatunteet.pdf>. Haettu 28.10.2017.

Estola, E. Kaunisto, S-L, Keski-Filppula, U., Syrjälä, L. & Uitto, M. 2007. Lupa puhua – kertomisen voima arjessa ja työssä. Jyväskylä: Ps-kustannus Oy.

Emotivo – psykoterapia- ja koulutuspalvelu. 2018. Psykoterapia – terapian askeleet. <http://www.emotivo.fi/psykoterapia/>. Haettu 14.9.2017.

European Commission the SANCO Directorate General – Central Institute of Mental Health. 10/2017. Mentally Disordered Persons in European Prison Systems – Needs, Programmes and Outcome (EUPRIS). Research Project. Final Report. Germany. http://www.antonioacasella.eu/archipsy/Salize_EU_psy-prisons_31oct2007.pdf. Haettu: 15.10.2017.

Forsius, A. 2011. Houruinhoidosta mielenterveystyöhön – katsaus psykiatrian vaiheisiin. Esitelmä. <http://www.saunalahti.fi/arnoldus/houruinh.htm>. Haettu 29.6.2017.

Galvin, J., Suominen, E., Morgan, C., O'Connell O.-J. & Smith, A.P. 2015. Mental health nursing students' experiences of stress during training: a thematic analysis of qualitative interviews. A

quantitative study. UK: The National Health Service.
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jpm.12273/full>. Haettu 13.7.2017.

Halminen, E. 2013. Kansainvälisten suurorganisaatioiden liiketoiminnan skenaariot – skenaariot kilpailuaseman säilyttämisen välineenä. Pro gradu -tutkielma. Turun yliopisto. Liiketaloustiede.
<https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/91437/417195.pdf?sequence=2>. Haettu 1.2.2018.

Heinonen, E. 2014. Therapists' professional and personal characteristics as predictors of working alliance and outcome in psychotherapy. Research. Academic dissertation. University of Helsinki. Institute of Behavioural Sciences. Helsinki.
https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/114948/URN_ISBN_978-952-302-127-3.pdf?sequence=1. Haettu 22.12.2017.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2011. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Muuttumaton lisäpainos. Helsinki: Gaudeamus.

Holmberg, J., Hirschovits, T., Kylmänen, P. & Agge, E. 2008. Tämä potilas kuuluu meille. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Hämäläinen, T. & Lantta, K. 2008. Työhyvinvointi mielenterveystyössä. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Kallio, A. & Koskela, M. 2011. Yrittäjän työssä jaksaminen. Opinnäytetyö. Oulun seudun ammattikorkeakoulu. Liiketalouden koulutusohjelma.
https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/34981/Koskela_Matti.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Haettu 14.11.2017.

Kallio, E. & Kivistö, S. 2013. Mieli työssä. Helsinki: Työterveyslaitos.

Karlsson, H., Melartin, T., Brax, T., Heinänen, T., Jänkälä, K., Kalska, H., Kemppinen, H., Lankinen, S., Lindfors, O., Marttunen, M., Toppila, M. & Vuorilehto, M. 10/2006. Psykoterapia – konsensuslausuma. Suomen akatemia. Suomalainen lääkäri-seura Duodecim.
<https://www.duodecim.fi/wp-content/uploads/sites/9/2016/02/lausuma06.pdf>. Haettu 20.11.2017.

Kauhanen, M. 2013. "Korvien höristelyä ja sanataituruutta". Psykologien näkemyksiä terapeuttisen allianssin mahdollisuuksista ja haasteista verkkoterapiassa. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Psykologian oppiaine. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20130997/urn_nbn_fi_uef-20130997.pdf. Haettu 26.12.2017.

Kiviniemi, L., Läksy, M-L., Matinlauri, T., Nevalainen, K., Ruotsalainen, K., Seppänen, U-M. & Vuokila-Olkkonen, P. 2007. Minä mielenterveystyön tekijänä. Helsinki: Edita.

Kinnula, P., Malmi, T. & Vauramo, E. 2015. Miten sote-uudistus toteutetaan? Tutkimus. KAKS – Kunnallissalan kehittämissäätiö. Sastamala: Vammalan Kirjapaino Oy. https://kaks.fi/sites/default/files/TutkJulk_91_net.pdf. Haettu 24.11.2017.

Kokko, S. 2004. Mielenterveystoimiston asiakkaiden ja työntekijöiden käsityksiä hyvästä mielenterveystyöstä. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulu: Oulu university press.

Koskinen, K. 2012. Haastattelun haasteet – tutkimuskohteena haastattelijoiden työmetodit. Opinnäytetyö. Metropolia Ammattikorkeakoulu. Viestinnän koulutusohjelma. <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/39424/haastatt.pdf?sequence=1>. Haettu 21.1.2018.

Koskinen, I. 2005. Haastattelut. Power point -esitys. <http://www2.uiah.fi/~ikoskine/ke62-2005/ke62-2005-haastattelut.pdf>. Haettu 2.1.2018.

Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2010. Mielenterveyshoitotyö. 1. painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

Lahtinen, A., Lahtinen, S., Leskinen, M. & Puusaari, A-K. 9/2004. Viitaseudun mielenterveystyön kokonaissuunnitelma – Aikuisten mielenterveystyö: aikuispsykiatrinen avohoito. Raportti. http://www.kinnula.fi/tiedostot/194_aikuispsykiatrinen_avohoito.pdf. Haettu 15.11.2017.

Lauerma, H. 2007. Kuinka moni vanki on psyykkisesti terve? Duodecim-lehti. Artikkelii. <http://www.duodecimlehti.fi/api/pdf/duo96775>. Haettu 27.10.2017.

Lindforde, T. 6/2015. Kolme näkökulmaa psykoterapiaan. Haastattelu. Tampereen yliopisto. Psykoterapeuttikoulutus.

<http://www.uta.fi/psykoterapeuttikoulutus/ajankohtaista/terapiasuunnat.html>. Haettu 19.11.2017.

Linnainmaa, P., Innamaa, M. & Honkala, L. 1999. Mielen terveystyö ja opetus. Tampere: Tammerpaino Oy.

Lehtinen, R-L. 6/2006. Kiire haasteena, aika mahdollisuutena. Hoitajien ja lähihoitajien kiireelle antamia merkityksiä konservatiivisessa hoitotyössä. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden tutkimuskeskus ja -talouden laitos. <https://www2.uef.fi/documents/1084483/1438176/graduRLehtinen.pdf/2775d661-b7ab-4de1-a4cc-af8457b7d12a>. Haettu 11.2.2018.

Lehtovuori, P. 2012. Läsna oleva psykoterapeutti – kyllin lähellä, riittävän kaukana. Teoksessa: Eronen, S. & Lahti-Nuuttila, P. toim. Mikä psykoterapiassa auttaa, 142-170. Helsinki: Edita.

Leibowitz, M. 3/1997. Protective-identification: A narcissistic defence against primary object loss. British Journal of Psychotherapy. Article. 13(3): 327-336. https://www.researchgate.net/publication/247684251_Protective-identification_A_narcissistic_defence_against_primary_object_loss. Haettu: 14.12.2017.

Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. 2014. Psykiatria. 11. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Majava, H. 2012. Psykoterapia ihmismielen löytöretkenä. Therapie-säätiö. Jyväskylä: Bookwell Oy.

Marttunen, M., Kärkkäinen, J. & Suvisaari, J. 2015. Mielen terveystyö. Kooste. https://www.thl.fi/documents/974282/1449788/Mielen_terveystyö.pdf/182ce61a-be12-426b-b6ca-1c65245b186f. Haettu 19.9.2017.

McLeod, S. 2017. Maslow's Hierarchy of Needs. Haettu osoitteesta: <https://www.simplypsychology.org/maslow.html>. SimplyPsychology. Haettu: 6.10.2017.

Mielenterveystalo.fi. 2018. Psykoterapia. Haettu 21.12.2017.
<https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/Tietopankki/Hoitomuotoja/Pages/Psykoterapia.aspx>.

Mikkola, M., Rintanen, H., Nuorteva, L., Kovasin, M. & Erhola, M. 8/2015. Valtakunnallinen sote-laitospaikkaselvitys. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti. <https://www.thl.fi/fi/-/terveydenhuollon-laitospaikkojen-maara-on-vahentynyt>. Haettu 20.9.2017.

Mikkola, M., Rintanen, H., Nuorteva, L., Kovasin, M. & Erhola, M. 2015. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveydenhuollon laitospaikkaselvitys. Laajennettu julkaisu. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Suomen Yliopistopaino Oy.
https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125983/THL_RAP008_2015WEB.pdf?sequence=3.
Haettu: 29.9.2017.

Mortimer, B. & McGann, S. 2005. New Directions in the History of Nursing. 1st edition. London: Routledge. <https://www.questia.com/read/108847070/new-directions-in-the-history-of-nursing-international>. Haettu 8.12.2017.

Mylläri, B. & Puro, A. 2014. Ammattikorkeakoulusta psykoterapeuttikoulutukseen – erikoistumisopinnot 30 op. Lapin AMK:n julkaisuja. Raportti. Rovaniemi. <http://www.lapinamk.fi/loader.aspx?id=838fd7dd-acd3-4ae1-847e-76865989a02e>. Haettu 14.8.2017.

North American Drama Therapy Association. 2018. Self-Care for Therapists. <http://www.nadta.org/membership/selfcare-for-therapists.html>. Haettu 27.11.2017.

Näränen, L. 2015. Työviihtyvyys sairaanhoitajien työhyvinvoinnin osatekijänä. Opinnäytetyö. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/89884/Naranen_Liisa_HELSENKI.pdf?sequence=1
Haettu: 13.1.2018.

Omar, C. G., Pritz, A. & Rieken, B. 2015. Psychotherapy Research: Foundations, Process, and Outcome. Wien: Springer.
https://books.google.fi/books?id=JYTwBQAAQBAJ&pg=PA377&lpg=PA377&dq=aggressive+transference&source=bl&ots=vUuMiSVCYV&sig=KrtBISJZYAmJUB_N_yl4611TIY&hl=fi&sa=X&ved

[=0ahUKEwiGt-Go1fPWAhXM2BoKHxi-CuwQ6AEIcjAJ#v=onepage&q=quit&f=false.](#) Haettu
6.7.2017.

Palosaari, E. 2007. Lupa särkyä. 1. painos. Helsinki: Edita.

Pakkasvirta, N. 2012. Hoitotyön kehittyminen eri aikakausina. Opinnäytetyö. Metropolia
Ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma.
https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/51021/Opinnaytetyo_valmis.pdf?sequence=2.
Haettu 15.6.2017.

Pennanen, P. & Saastamoinen, R. 2011. Työikäisten miespotilaiden sitoutuminen
antibioottilääkehoitoon. Opinnäytetyö. Savonia ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma.
<https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/26169/opinnaytetyo.pdf?sequence=1>, Haettu
30.10.2017.

Pitkälä, S. & Savikko, N. 2007. Potilaan sitoutuminen hoitoon. Duodecim-lehti. Pääkirjoitus.
<http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo96322.pdf>. Haettu 13.1.2018.

Pratsch, H. & Savolainen, J. 9/2014. Työn muokkaaminen tukee työkykyä läpi työuran.
Työturvallisuuskeskus TTK. Diasarja. https://sykettatyohon.fi/files/tietopankki/tyon-muokkaaminen-tukee-tyokyky-lapi-tyouran/Tyon_muokkaaminen.pdf. Haettu 10.1.2018.

Pulkkinen, A-K., Simonen, K. & Suomalainen, H. 2010. Mielen terveystyössä jaksaminen.
Opinnäytetyö. Mikkelin ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma.

Puosi, T. & Tujunen, M. 2010. Hoitajien jaksaminen mielen terveystyössä. Opinnäytetyö. Hämeen
ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma.
<http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/21869/HOITAJIEN+JAKSAMINEN+MIELENTERVEYSTYOSSA+versio+3.pdf;jsessionid=3860A6B97659C997F55B9D450467E8D9?sequence=1>.
Haettu 3.12.2017.

Riley, S. 2005. Herzberg's Two-Factor Theory of Motivation Applied to the Motivational Techniques
within Financial Institutions. Senior honours thesis. Eastern Michigan University.
<http://commons.emich.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1118&context=honors>. Haettu 9.11.2017.

Rikala, S. 2013. Työssä uupuvat naiset ja masennus. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö.

Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. 2005. Haastattelu: Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. 2. painos. Tampere: Osuuskunta Vastapaino

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto. Teemahaastattelu 6.3.2. Verkkojulkaisu. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/viittausohje.html>. Haettu: 13.12.2017.

Sairaanhoitajat.fi. 8/2014. Opiskelu sairaanhoitajaksi. Haettu 9.3.2018. <https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/opiskelu-sairaanhoitajaksi/>

Seeman, M. 1974. Patients Who Abandon Psychotherapy – why and when. Archives of General Psychiatry. 30(4), 486-491. Article. <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/491118?redirect=true>. Haettu 12.12.2017.

Sinikka, S. & Henner, A. 11/2017. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus haastaa kyvykkyyden. Raportti. Oulun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehitystyön julkaisut. Oamk.fi. <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/137200/Sosiaali-%20ja%20terveydenhuollon%20uudistus%20haastaa%20kyvykkyyden.pdf?sequence=1>. Haettu: 20.8.2017.

Shorter, E. 2005. Psykiatrian historia. Mielenterveyden keskusliitto ja Psykiatrian yhteistyö ry, Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2018. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus 2015-2019. Tiedote. http://stm.fi/documents/1271139/1332838/Soteuudistuksen+tietolehtinen+9_2015/a6f19294-ea52-4c47-b13f-ba15c571e843. Haettu: 18.9.2017.

Sprenkle, DH. & Blow, AJ. 2001. Common factors across theories of marriage and family therapy: a modified Delphi study. Article. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11436430>. Haettu 3.9.2017.

Sprenkle, D. H., Davis, S. D. & Lebow, J. L. 2013. Common factors in couple and family

therapy: The overlooked foundation for effective practice. New York: Guilford Press. Book.

Tamminen, N. & Solin, P. 2014. Mielenterveyden edistäminen työpaikalla. Tampere: Suomen yliopistopaino Oy.

Tay, L. & Diener, E. 2011. Needs and subjective well-being around the world. *Journal of Personality and Social Psychology*, 101(2), 354-356.

Tirkkonen, M. & Kinnunen, U. 2013. Palautumisen tehostaminen kasvattaa työhyvinvointia. Artikkel. *Psykologia* 48 (03). Artikkel.

Toivio, T. & Nordling, E. 2010. Mielenterveyden psykologia. 1. painos. Helsinki: Edita.

Toivola, K. 2013. Työnohjauksella työhyvinvointia. Artikkel. Finnanest. http://www.finnanest.fi/files/toivola_tyonohjauksella_tyohyvinvointia.pdf. Haettu 4.1.2018.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uusi painos. Helsinki: Tammi.

Valvira. 2008. Koulutuksen hyväksymisperusteet. Psykoterapeutin ammattinimikkeen käyttöön oikeuttavan koulutuksen hyväksymisperusteet. http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/ammattioikeudet/hakemusohjeet/suomessa_koulutetut/psykoterapeutit/koulutuksen_hyvaksymisperusteet. Haettu: 16.8.2017.

Valkonen, J., Henriksson, M., Tuulio-Henriksson, A. & Autti-Rämö, I. 2011. Psykoterapeutit Suomessa – Psykoterapiapalvelut ja niiden järjestäminen. Sosiaali- ja terveysturvan selosteita. Kelan tutkimusosasto. Raportti. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/26519/Selosteita74.pdf?sequence=2>. Haettu 22.10.2017.

Vehvilainen, S. 11/2010. Mitä esimiesten olisi hyvä tietää työnohjauksesta? Hyvejohtajuus.fi. <http://www.hyvejohtajuus.fi/3516/mita-esimiesten-olisi-hyva-tietaa-tyonohjauksesta/>. Haettu: 20.12.2017.

Virta, K. 2018. Metakognitio. Opetussivusto. Turun yliopisto.
<http://users.utu.fi/kavirt/webopaskorjattu/metakognitio.htm>. Haettu: 19.10.2017.

Vittorio, G. 2011. Intersubjektivisuus neurotieteen näkökulmasta. Psykoterapia-lehti. 30(1), 4–17.
<http://www.psykoterapia-lehti.fi/tekstit/gallese111.htm>. Haettu 13.8.2017.

Vottonen, S. 2014. Psykiatrisen potilaan eristämisen hoidon historia ja sen eri ulottuvuudet – kuvasarja psykiatrisen potilaan eristämisen keinoista. Opinnäytetyö. Metropolia Ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma.
http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/74576/vottonen_sanni.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Haettu 21.8.2017.

Ward, M. & Phil, M. 2012. Psychiatric/Mental Health Nursing and Psychotherapy: The position of Horatio: European Psychiatric Nursing. Document. European Expert panel of Psychiatric Nursing.
http://www.horatio-web.eu/downloads/Psychotherapy_position_paper.pdf. Haettu 11.11.2017.

Yalom, I. 2003. The Gift of Therapy: An open letter to a new generation of therapists and their patients: Reflections on Being a Therapist. London: Piatkus Books Ltd.

Zigouh, S. 2016. Työn mielekkyyden lähtökohdat ja vaikutukset. Case: asiantuntijaorganisaatio. Opinnäytetyö. Laurea ammattikorkeakoulu. Yrittäjyyden ja liiketoimintaosaamisen koulutusohjelma.
<https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/104986/Tyon%20mielekkyyden%20lahtokohdat%20ja%20vaikutukset.pdf?sequence=1>. Haettu: 17.12.2017.

Teen opinnäytetyönäni varten kuvailevaa tutkimusta sairaanhoitajataustaisten psykoterapeuttien työhyvinvointia edistävästä tekijöistä ja työhyvinvointia alentavista tekijöistä. Aineiston- ja tiedonkeruumenetelmänä käytän avointa haastattelua. Haastattelut ovat kestoaltaan noin 45 minuuttia. Haastattelua ohjaavat seuraavat kysymykset: mitkä tekijät koet psykoterapeuttina sinun työhyvinvointiasi edistäviksi? Mitkä tekijät koet psykoterapeuttina sinun työhyvinvointiasi kuormittaviksi? Millaiseksi koet oman työhyvinvointiasi?

Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista ja mikäli haastateltava suostuu haastatteluun, noudatetaan haastateltavan kohdalla seuraavia tutkimuseettisiä periaatteita;

*** Haastattelu on vapaaehtoista. Mahdollisuus kieltäytyä haastattelusta milloin vain.**

*** Haastateltava osallistuu tutkimukseen anonymisti. Kaikki haastateltavan tunnistetiedot, kuten ikä, sukupuoli, nimitiedot yms. häivytetään vastauksista.**

*** Opinnäytetyön loppuraporttiin tulee lyhyt merkintä haastateltavan kokemusvuosista, esim. työvuosia alle 15 vuotta. Työpaikkaa tai työorganisaatiota ei kuitenkaan merkitä.**

*** Haastattelut äänitetään äänityslaitteella ja litteroidaan. Tutkimuksen valmistuttua kaikki äänitallenteet hävitetään.**

*** Kaikki haastattelussa käytetyt lomakkeet tai muut paperiset dokumentit hävitetään aineiston analyysin jälkeen.**

Paikka ja aika: _____

Allekirjoitus: _____

Haastattelijan yhteystiedot: h4hato00@students.oamk.fi

SYRJÄYTYMIS- vs. HOITOKULUT

Esimerkki 1: Yhden syrjäytyneen henkilön / työttömän kaikki yhteiskunnalle aiheuttamat kustannukset ovat 28.000 euroa vuodessa. Tämä luku perustuu valtiovarainministeriön laskelmaan vuonna 1997. Laskelmassa on huomioitu sekä syrjäytymisestä aiheutuvat menot, korvaukset, etuudet ja tuet sekä yhteiskunnan menettämät verotulot.

→ 50 vuoden elinkaaren aikana (18 - 68 v) kustannukset voivat nousta 1,4 milj. euroon

→ Jos henkilö joutuu sairauslomalle ja eläkkeelle 30-vuotiaana, hänen aiheuttamansa kustannukset ovat 35 vuoden ajalta noin 1 miljoona euroa (35 x 28.000 euroa).

→ Kahden vuoden Kelan korvaama tiivis psykoterapia (2 x vk), jonka seurauksena esim. työssään uupunut tai burnoutista kärsinyt henkilö yleensä palaa töihin, maksaa yhteensä vain 7200 - 8000 euroa eli noin 130 kertaa vähemmän.

Esimerkki 2: Jos lapsi/nuori sijoitetaan psykiatriseen osastohoitoon, hoidon hinta on keskimäärin 150.000 euroa per vuosi. Kalleimmissa yksiköissä vuosihinta on 250.000 euroa eli 700 euroa päivässä.

→ Toisin sanoen: yhden lasten- ja nuorisopsykiatrisen osastohoitopaikan hinnalla voidaan maksaa noin 40 – 60 henkilön intensiivisen psykoterapian vuosikustannukset (2 x vk).

Esimerkki 3: Kaksi kertaa viikossa tapahtuva psykoterapia (tarpeen tavallisesti työperäisissä ahdistus- ja masennusoireissa) maksaa noin 3600 - 4000 euroa/vuosi Kelan korvaamana

→ 1 kuukauden poissaolo työstä maksaa työnantajalle ja Kelalle keskimääräisen palkansaajan ansiolla (2500 euroa/kk plus kaikki työnantajan sivukulut) suurin piirtein saman verran kuin koko vuoden psykoterapia 2 x vk (3600 - 4000 euroa).

Esimerkki 4: Yksi kunnan ostama tai Kelan kuntoutuslain perusteella korvaama psykoterapiatunti maksaa tällä hetkellä keskimäärin 50 euroa/tunti. Nuorilla Kelan korvaus 52–60 euroa, aikuisilla 37–45 euroa. Kuntien ostopalvelut maksavat noin 60–70 euroa/tunti. Näitä palveluja voidaan hyödyntää siis kaiken ikäisten hoidossa, erityisesti nuorten kohdalla.

→ Jos lapsi sijoitetaan lastenkotiin, hinta on noin 50.000 euroa/vuosi.

→ Jos nuori joutuu vankilaan, hinta on noin 40.000 euroa/vuosi