

Pasi Hilli

**DIALOGINEN TOIMINTAOTE PSYKIATRISISSA
HOITOTYÖSSÄ**

**Opinnäytetyö
CENTRIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma,
ylempi AMK
Maaliskuu 2019**

TIIVISTELMÄ OPINNÄYTETYÖSTÄ

Centria-ammattikorkeakoulu	Aika Tammikuu 2019	Tekijä Pasi Hilli
Koulutusohjelma Sosiaali- ja terveysalan johtaminen ja kehittäminen, ylempi AMK		
Työn nimi Dialoginen toimintaote psykiatrisessa hoitotyössä		
Työn ohjaaja Leena Raudaskoski	Sivumäärä 64 + 1	
Työelämäohjaaja Aila Korte		
<p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata ja arvioida tavallisesti opetukseen liitetyn dialogisen toimintaotteen ilmenemistä ja käyttöä psykiatrisessa hoitotyössä. Tavoitteena on lisätä tietoisuutta dialogin käytöstä ja luoda käytännöllisiä periaatteita sen soveltamiseen mielenterveystyöhön.</p> <p>Opinnäytetyössä hyödynnetään dialogiaan liittyvää teoriaa, sen soveltamista mielenterveystyöhön sekä työn tekemiseen liittyviä taustoja ja tutkimuksellista näkökulmaa. Helena Aarnion kuvaamaan dialogiseen toimintaotteeseen sisältyy pysähtyminen ja keskittyminen, puheen sanatarkka kuuntelu, omien ennakkokäsitysten tiedostaminen, viivyttely ja symmetrinen osallistuminen.</p> <p>Opinnäytetyön tutkimusaineisto kerättiin haastatteleamalla yhdeksää Visalan sairaalassa työskennellyttä psykiatrisen alan työntekijää. Aineisto analysoitiin laadullisen tutkimuksen sisällönanalyysiä käyttäen. Tuloksissa esitellään laajasti hoitotyön ammattilaisten näkemyksiä dialogisen toimintaotteen soveltamisesta mielenterveystyöhön ja haastattelujen analysoinnin johtopäätökset.</p> <p>Dialoginen toimintaote osoittautui psykiatrisessa hoitotyössä käytännölliseksi menetelmäksi, jonka eri osa-alueita haastattelemani hoitotyöntekijät ovat omalla tavallaan käyttäneet työssään. Työssä ei havaittu dialogisen toimintaotteen periaatteiden olevan ristiriidassa hoitotyön arvojen ja päämäärien kanssa, vaan dialoginen syventää hoitotyötä ja antaa selkeän työkalun potilaan ongelmien lähestymiselle inhimillisellä ja luonnollisella tavalla. Se auttaa tekemään oikeita päätöksiä ja suuntaamaan hoitotyön voimavaroja oikeaan kohteeseen sekä selkeyttää työyhteisön toimintaa.</p> <p>Tutkimuskysymyksellä saadut tulokset toimivat pohjana dialogisen työmuodon kehittämisessä opinnäytetyön kohdeympäristössä nuorten ryhmämuotoisessa mielenterveystyössä, mutta ovat täysin sovellettavissa muihin psykiatrisen alan hoitoympäristöihin. Dialoginen toimintaote kehittää psykiatrista hoitotyötä työntekijän henkilökohtaisella, että työryhmän tasolla ja toimii osaamisen kehittämisen välineenä.</p>		
Asiasanat Dialogi, hoitotyön kehittäminen, mielenterveys, nuorisopsykiatria, psykiatrinen hoitotyö.		

ABSTRACT

Centria University of Applied Sciences	Date March 2019	Author/s Pasi Hilli
Degree programme Master's Degree Programme in Development and Leadership in Health Care and Social Services		
Name of thesis DIALOGICAL ACTION IN PSYCHIATRIC NURSING		
Instructor Leena Raudaskoski	Pages 63 + 1	
Supervisor Aila Korte		
<p>The purpose of this thesis was to describe and evaluate the manifestation and use of the dialogical behavioral approach, which is usually associated with teaching, in psychiatric nursing. The aim is to raise awareness of the use of dialogue and to create practical principles for its application to psychiatric nursing.</p> <p>The thesis uses the theory of dialogue, its application to mental health work and backgrounds and research perspective. The dialogue method described by Helena Aarnio includes stopping and concentrating, verbally listening to speech, awareness of one's own preconceptions, procrastination and symmetric participation.</p> <p>The research material for the thesis was collected by interviewing nine psychiatric workers who worked at Visala Hospital. The material was analyzed using the qualitative analysis of qualitative research. The results broadly outline the views of nursing professionals on the use of the dialogical approach to mental health work and the conclusions of the interview analyses.</p> <p>In psychiatric nursing practice, the dialogue method proved to be a practical method. The nurses I interviewed have used different aspects of the method in their own way. The work did not find the principles of a dialogical approach to contradict with the values and goals of nursing, but the dialogue deepens nursing and provides a clear tool for approaching the patient's problems in a human and natural way. It helps to make the right decisions and direct the nursing resources to the right destination and clarifies the work community.</p> <p>The results obtained with the research question serve as a basis for developing a dialogical working method in the target environment of the thesis in group-based mental health care for young people, but are fully applicable to other psychiatric care environments. The dialogical activity statement develops psychiatric nursing at the employee's personal and workgroup level and acts as a tool for competence development.</p>		

Key words Dialogue, psychiatric nursing, youth psychiatry, competence development.
--

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 DIALOGI.....	4
2.1 Dialogi lähtökohtana mielenterveystyössä.....	6
2.2 Dialoginen toimintaote.....	7
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	10
4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	11
4.1 Opinnäytetyön kohdeympäristö	12
4.2 Opinnäytetyön lähestymistapa.....	12
4.3 Aineiston keruu ja analyysi.....	14
5 OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSTULOKSET	17
5.1 Pysähtyminen ja keskittyminen	17
5.2 Puheen sanatarkkakuuntelu	19
5.3 Omien ennakkokäsitysten tiedostaminen	23
5.4 Viivyttely	27
5.5 Symmetrinen osallistuminen	31
5.6 Työryhmän dialoginen toimintaote	34
5.7 Uuden tiedon muotoutuminen	39
6 OPINNÄYTETYÖN YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET	42
6.1 Dialoginen toimintaote potilaan ja hoitajan välisessä työskentelyssä.....	44
6.2 Dialoginen toimintaote työryhmän työskentelyssä	47
6.3 Dialoginen toimintaote työyhteisön osaamisen kehittämisen välineenä	51
6.4 Nuorten psykiatrinen tukitalo dialogisen kehitystyön kohdeympäristönä.....	53
7 OPINNÄYTETYÖN ETIIKKA JA LUOTETTAVUUS.....	57
8 POHDINTA	59
LÄHTEET	61
LIITTEET	
KUVIOT	
KUVIO 1. Dialoginen toimintaote.....	9
KUVIO 2. Opinnäytetyöprosessin eteneminen.....	11
KUVIO 3. Dialoginen toimintaote psykiatrisessa hoitotyössä	43
KUVIO 4. Dialoginen toimintaote potilaan ja hoitajan välisessä työskentelyssä.....	47
KUVIO 5. Dialoginen toimintaote työryhmän työskentelyssä	50
KUVIO 6. Dialoginen toimintaote työyhteisön osaamisen kehittämisen välineenä.....	52
KUVIO 7. Dialoginen toimintaote nuorten ryhmämuotoisessa mielenterveystyössä	56

1 JOHDANTO

Antakaa minulle ihminen,
Antakaa minulle ihminen, jota voin
potkia. Jota voin solvata.
Antakaa minulle ihminen, jonka
aivot saan syödä.
Silmiinsä seipään survaista.
Kupeensa korppikotkille kantaa
lantionsa lantakasaan peittää.
Suhunsa sisiliskoja survoa.
Korviinsa koppakuoriaisia kantaa
Sielunsa susille syöttää.

1984

Psykiatrisessa hoitotyössä kohtaamme usein potilaan, jonka puhe, maailmankatsomus, elintavat tai käytös tuntuu käsittämättömälle ja meille vieraalte. Potilaan näkökulmaa on vaikea ymmärtää ja usein sivuutamme sen nimeämällä käytöksen ”sairaaksi”. Itse aloitin hoitajan työni Visalan sairaalan akuut-tiosastolla 1991 nuorena ja kouluttamattomana sijaisena. Kohtasin työssäni potilaita, jotka olivat mi-nua muutaman vuosikymmenen vanhempia, usein yksinäisiä ja moniongelmaisia, pitkään sairastaneita ihmisiä. Kokemusmaailmassani he olivat kuin olentoja vieraalta planeetalta. Aluksi uskoin, että poti-laiden elämä ja omaelämäni eivät risteäisi. Eräät hoitajat vahvistivat tätä käsitystä, mutta toiset puoles-taan antoivat vihjeitä, että työstä saattoi löytää inhimillisemmän ja mielenkiintoisamman puolen. Vuo-sien kuluessa asenteeni potilaita kohtaan muuttui läheisemmäksi ja tapasin osastolla potilaana minulle ennestään elämän varrelta tuttuja ihmisiä. He jalostivat omia asenteitani ymmärtäväisempään ja tasa-arvoisempaan suuntaan. Muutama potilas tuli niin läheiseksi, että kutsun heitä ystävikseni.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata ja arvioida dialogisen toimintaotteen ilmenemistä ja käyttöä psykiatrisessa hoitotyössä. Tavoitteena on lisätä tietoisuutta dialogin käytöstä ja luoda käytännöllisiä periaatteita sen soveltamiseen psykiatriseen hoitotyöhön. Hämeen ammattikorkeakoulun yliopettajan, kirjailija Helena Aarnion kuvaama dialoginen toimintaote soveltuu mainiosti oppimisympäristöön, mutta opinnäytetyöni lähtökohdan mukaan myös psykiatriseen hoitotyöhön ja ansaitsee lähempää tar-kastelua. Myös psykiatrinen hoitotyö sisältää kasvatuksellisia elementtejä, sillä psykiatrisen hoitotyön keskeinen tarkoitus on edistää potilaan kasvua ja kehittää hänen identiteettiään (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2010, 30–31).

Alkuperäinen kiinnostukseni kohde opinnäytetyölleni oli työpaikallani Nuorten psykiatrisella tukitalolla jokaisena aamuna kokoontuva avoin yhteisöllinen keskusteluryhmä. Tarkastellessani aiheeseen liittyvää teoriaa ja mahdollisuuksia löysin yhteyden dialogiaan ja dialoginen toimintaote näytti selkeästi kuvaavan juuri niitä teemoja, joita olin halunnut kehittää omassa työssäni. Työn alkuperäinen tarkoitus olikin toimia pohjana dialogisen toimintamallin laadinnassa opinnäytetyön kohdeympäristössä nuorten ryhmämuotoisessa mielenterveystyössä. Prosessin edetessä malli näytti olevan sovellettavissa laajemmalle alueelle, ja lopulta työn päämääränä onkin kehittää ja vahvistaa dialogista osaamista koko psykiatrisen hoitotyön kentällä.

Dialogi on yhteiskunnalliseen keskusteluun liitetty suuntaus, jota kohtaan on herännyt uutta mielenkiintoa. Tästä on osoituksen Sitran (2018) julkaisema artikkelisarja, joka kertoo, mitä mahdollisuuksia dialogilla on edistää hyvää päätöksentekoa, ja erityisesti tiedon käyttöä sen tukena. Artikkelisarjan mukaan yhteiskunnassa tarvitaan uutta ajattelua ja toimintatapoja tiedon hyödyntämiseen monimutkaisia ilmiöitä, kuten ihmiselämän moninaisuuteen, koskevaan päätöksentekoon. Ongelmia ei voida ratkaista pelkästään lisäämällä tietoa, koska informaation kasvanut määrä ja maailman monimutkaisuus edellyttävät tieto- ja ihmiskäsityksen monipuolistamista. Toisekseen, erimuotoisen tiedon kokoamiseen ja tiedon vuorovaikutteiseen tulkintaan tarvitaan uusia toimintamalleja, kuten dialogia. Dialogista nimenomaan tiedon käytön näkökulmasta sekä päätöksenteon tukena ei kuitenkaan ole helposti löydettävissä tutkittua tai kokempohjaistakaan tietoa. Ehkä siksi, että Suomessakin meneillään oleva dialogibuumi on vasta varsin tuore asia. (Hellström 2018.)

Dialoginen työote saattaa herättää ristiriitoja verrattuna psykiatrisiin hoitokäytäntöihin. Sen perusedellytyksenä nähdään osallistujien tasavertaisuus ja kaikkien näkökulmien yhtäläinen arvo. Psykiatrisen hoidon perusedellytys on taas se, että potilaiden hoito etenee samansuuntaisesti ja päätöksen teon edellytys on alan asiantuntijoiden asiantuntemus ja pätevyys, Käypä hoito -suositukset ja tieteellinen näyttö. Kuinka potilaan näkökulma voisi nousta asiantuntijaorganisaation kanssa tasa-arvoiseen asemaan? Potilaan odotetaan käyttäytyvän hänelle annettavien hoito-ohjeiden mukaan ja mitä paremmin hän toteuttaa annettuja ohjeita, sitä paremmin hänen odotetaan toipuvan. Pitkään perinteeseen nojautuvan organisaation ei oleteta sopeutuvan yksittäisen potilaan toiveisiin.

Käytännössä psykiatrinen hoitotyö on kuitenkin osa jatkuvaa, ympäristön kanssa tapahtuvaa monipuolisten vuorovaikutusten virtaa, joka ei useinkaan noudattele ideaalimallia. Tilannekuvan muodostamisen lisäksi myös erilaisista hoitomuodoista ja tiedon tulkinnasta voidaan käydä dialogia. Hoitoprosessin eri vaiheissa käyty dialoginen keskustelu auttaa hyvän hoitotuloksen saavuttamisessa. Psykiatrinen hoitotyö hyötyy siitä, että prosessia siivittää luottamus, sitoutuminen sekä kokemus hoitopäätöksen oikeudenmukaisesta valmistelusta.

Hellströmin (2018) mukaan nykyaikaisessa yhteiskunnassa on hyväksyttävä tiedon suhteellisuus ja nähtävä asiantuntijuuden monimuotoisuus. Hierarkkinen tietokäsitys toimii myös huonosti ajassa, jossa tieto virtaa vapaasti ja tiedon portinvartijoiden auktoriteetti murenee. Tarvitsemme uusia vastavuo-roisia tiedonmuodostuksen malleja ja kohtaamisen paikkoja, joissa erilaisia tietoja ja näkemyksiä voidaan peilata toisia tietoja, faktoja, teorioita ja näkemyksiä vastaan. Ajatus siitä, että tiedon merkitys luodaan vuorovaikutuksessa, on ajassamme yhä tärkeämpi.

Opinnäytetyössämme (Hilli & Pöllänen 1995) toteamme, että keskeinen tavoite potilaan hoitotyössä on yhteisymmärryksen luominen potilaan kanssa. Opinnäytetyömme tulosten mukaan hoitajat halusivat potilaiden huomaavan, että heistä välitetään ja heidän ongelmansa otetaan tosissaan. Hoitajat toivoivat, että myös potilas huomaisi hoidosta olevan hänelle konkreettista hyötyä. Vaikka potilas saattoi herättää kielteisiä tunteita hoitajissa, nämä haastattelemamme, kokeneet hoitajat eivät paheksuneet potilaan käytöstä moralisoimalla sitä. Hoitajien mielestä potilasta täytyy kuunnella, eikä hänen käyttäytymistään tai ajatuksiaan voi väheksyä. (Hilli & Pöllänen 1995, 59.) Näin jatkan tässä ylempään ammattikorkeakoulututkintoon tähtäävässä työssäni jo aiemmin ammattikorkeakoulussa osoittamaani mielenkiintoa yhteisymmärryksen löytymistä potilaiden ja hoitohenkilökunnan välillä.

Tässä opinnäytetyössä kuvaan ensin dialogiaan liittyvää teoriaa, sen soveltamista mielenterveystyöhön sekä työn tekemiseen liittyviä taustoja ja tutkimuksellista näkökulmaan. Työn tuloksissa esittelen hoitotyön ammattilaisten näkemyksiä dialogisen toimintaotteen soveltamisesta mielenterveystyöhön ja esittelen haastattelujen analysoinnin johtopäätökset. Keskeisimpänä lähteenä ja innostuksen aiheena olen käyttänyt tutkijayliopettaja Helena Aarnion luentoja ja kirjoituksia. Myös Aarnio (2018) on pohjittanut dialogisen toimintaotteen hyödyllisyyttä psykiatriseen hoitotyöhön, mutta tutkimuksia aiheesta ei ole ollut. Suuri kiitos kuuluu myös haastatteluun osallistuneille työntekijöille, jotka vahvistivat oletustani dialogisuuden merkityksestä psykiatrisessa hoitotyössä. Kysymykseni (LIITE 1) olivat vaikeita, mutta minua kuunneltiin, sain vastauksia ja löysin jotain uutta.

2 DIALOGI

Käsite dialogi viittaa kantasanaan ”dialogos”, joka sananmukaisesti tarkoittaa ”välissä olevaa”. Tämä ilmaisu viittaa eräällä tavalla ihmisen peruskokemukseen omasta olemassaolostaan ja maailmansuhteestaan. Eksistentiaalisen fenomenologian edustajat ovat päätyneet siihen toteamukseen, että ihminen ei luonnostaan tiedä paikkaansa luomakunnan kokonaisuudessa. [Krohn 1981]: hän on mysteeri itselleen ja myös maailma on hänelle mysteeri. Sitä ovat myös toiset ihmiset. He ovat osa sitä maailman sisältämää salaisuutta, jota hänen on vaikea tavoittaa. Ihmisen ja maailman välissä on ikään kuin tyhjä tila, joka olisi täytettävä, jotta yhteys maailmaan löytyisi, jotta salaisuus paljastuisi. (Keski-Luopa 2007, 207.) Ihminen ei synny valmiina, jotta näin nähtynä ihminen on tutkimustehtävä omalle itselleen, mutta hän voi kasvaa kohti täyttä ihmisyyttä. Ihmisen kasvu mahdollistuu dialogissa, yhdessä toisten kanssa, muiden ihmisten tukemana. (Ojanen 2006, 60.)

Klassisen määritelmän mukaan dialogi on ymmärretty ajattelun apuvälineeksi, mistä Sokrateen kyselymenetelmä on tunnetuin esimerkki. Menetelmän keskeinen dokumentaatio on Sokrateen oppilaan Platonin kirjoittamat dialogimuotoiset tekstit. Näissä kertomuksissa seikkailee todellista esikuvaansa muistuttava Sokrates, joka keskusteluissa ihmisten kanssa paljastaa heidän uskomustensa sisäisiä ristiriitaisuuksia. Tarkkaan ottaen Platonin laatimat dialogit eivät kuitenkaan ole dialogeja sanan varsinaisessa merkityksessä, vaan kysymyksessä on pikemminkin opettaja-oppilassuhde. (Holm, Poutanen & Sthåle 2018.)

1980- ja 1990-lukujen keskustelun valossa on hahmottunut tähän kyselymenetelmään nähden varsin erilainen tapa ymmärtää dialogi. Moderni dialogi määrittelee olennaisiksi lähtökohdikseen nimenomaan osallistujien tasavertaisuuden ja kaikkien näkökulmien yhtäläisen arvon. David Bohmin 1990-luvun puolivälissä *On Dialogue* -kirjassaan esittämä dialogikäsitelmä korostaa dialogia sosiaalisena ja psykologisena toimintana, jossa yhdessä yritetään päästä kohti parempaa ymmärrystä. (Holm ym 2018.)

Bohmin [2003] oivallus oli, että ihminen tulee tietoiseksi omista ajattelumalleistaan vain dialogissa muiden kanssa – eli silloin, kun hän kohtaa toisten erilaisia ajatusmalleja. Ajattelua ohjaavat mentaaliset mallit ovat niin olennainen osa ihmisen kokemaa todellisuutta, että hänen on itsenäisesti vaikea tunnistaa niitä tai niiden ohjaavaa vaikutusta. (Holm ym. 2018.)

Myös systeemianalyttikko ja organisaatiotutkija Peter Senge [1994] nojaa bohmilaiseen dialogiin. Sengen mukaan dialogisesti viestivät tiimit ovat oppivan organisaation perusta. Tiimin jäsenet suhtautuvat omiin ajatuksiinsa ja ennakko-oletuksiinsa kriittisesti – eli myöntävät, että ne voivat olla virheelisiä – mutta ilmaisevat silti ajatuksiaan rohkeasti muille. Tällaista vuorovaikutusta voisi luonnehtia asioiden vapaaksi ja ennakkoluulottomaksi tutkiskeluksi. Näin käsiteltävästä asiasta rakentuu kattavampi ja moniulotteisempi kokonaiskuva kuin mitä kukaan osallistujista yksin pystyisi tuottamaan. Sengen mukaan ryhmän kollektiivinen älykkyys tuottaa aina enemmän kuin yksittäisten jäsenten yhteenlasketut tiedot mahdollistaisivat. (Holm ym. 2018.)

William Isaacs on globaalisti tunnetuimpia dialogia soveltavia organisaatiokonsultteja. Isaacsin [1993] mukaan dialogi on usein pitkä, useita kriisejä sisältävä prosessi, jonka tuloksena osanottajat oppivat näkemään todellisuuden uudella tavalla. Dialogi ei välttämättä johda harmoniaan tai erimielisyyksien katoamiseen, vaan ymmärryksen laajenemiseen, uuden oppimiseen tai uusien ratkaisujen tuottamiseen. (Holm ym. 2018.) Dialogin tunnusomainen piirre on avoimuus. Ollessaan dialogissa ihminen on samanaikaisesti avoin suhteessa itseensä ja toiseen. Painopiste dialogissa on enemmänkin vuorokuuntelussa kuin vuoropuhelussa. (Lehtovaara 1996, 43.) Yleiskieleen vakiintuneessa ”dialogissa” ei ole kysymys dialogista, vaan pikemminkin monologista. Sille on tyypillistä, että keskustellaan tarkasti rajatusta aiheesta, joka tähtää toisen voittamiseen ja omien mielipiteiden puolustamiseen. Dialogissa erilaiset mielipiteet tulevat vaihtoehdoiksi, jotka haastavat tutkimaan omia tulkintoja. (Keski-Luopa 2007, 208.) Dialogi on vuoropuhelua, jossa ihmiset ajattelevat yhdessä. Yhdessä ajattelu tarkoittaa, ettei yksilö enää pidä omaa kantaansa lopullisena, vaan vain askeleena kohti lopputulosta. Yksilö hylkii otteensa vakaasta käsityksestään ja kuuntelee mahdollisuuksia, jotka syntyvät yksinkertaisesti suhteesta muihin ja jotka olisivat muuten jääneet huomaamatta. (Isaacs 2001, 40.)

Sekä keskustelua, että dialogia tarvitaan. Joissakin tilanteissa on hedelmällistä ajatella yksinään tai keskustella, kun taas joissakin tilanteissa on tarpeen ajatella yhdessä ja käydä dialogia: keskustelun tarkoituksena on päätöksenteko. Toisin kuin dialogissa, jossa pyritään luomaan mahdollisuuksia ja näkemään uusia vaihtoehtoja, keskustelussa pyritään pääsemään lopputulokseen ja saamaan käsiteltävä asia pois päiväjärjestyksestä. Dialogissa pyritään selvittämään edessä olevan valinnan luonnetta ja tekemään valinta useiden vaihtoehtojen joukosta. Dialogin tarkoituksena on herättää oivalluksia, joiden pohjalta tietoa ja etenkin ihmisten ennakkokäsityksiä voi järjestää uuteen uskoon. (Isaacs 2001, 63.)

2.1 Dialogi lähtökohtana mielenterveystyössä

Haarakankaan (2008) mukaan mielenterveyden häiriöt voivat olla vastaus siihen kauhuun, joka on jäänyt potilaan kehon muistiin, mutta joille ei ole olemassa sanoja. Tällöin psyykkisen sairauden oireet ovat vuorosanoja dialogissa, jota ei ole olemassa, mutta jota tarvitaan. Hänen mukaan terapeutin keskustelun tavoitteena on dialogi, jossa mieltä järkyttäneelle kokemukselle löytyy sanoja. On hyvä, jos kauan vaiettu, sanomaton, voi tulla sanotuksi, kuulluksi ja yhdessä jaetuksi. (Haarakangas 2008, 70.)

Seikkula & Alakareen (2004) mukaan psykiatrisen hoidon ensimmäinen tavoite on dialogin synnyttäminen sekä eri ihmisten välille, että potilaan erilaisten sisäisten äänten välille. Ongelman ymmärtäminen uudella tavalla edellyttää aina dialogista pohdintaa monologisen sijasta. Ammatti-ihmisillä tulisi olla taitoa dialogisen keskustelun synnyttämiseen. Kaikki muu asiantuntemus saa parhaan merkityksen dialogisessa prosessissa. Muutos potilaan oireissa ja käyttäytymisessä tapahtuu väistämättä tämän prosessin aikana. Dialogisessa työskentelyssä ei pyritä tulkitsemaan potilaan käyttäytymistä. Sen sijaan, että jonkin havaitsemamme ilmiön perusteella sanoisimme, mistä on kysymys, pyritään potilaan kielen kuuntelemiseen ja seuraamiseen sellaisenaan. (Seikkula & Alakare 2004, 294.)

Dialoginen keskustelu edellyttää erilaisuutta, eri näkökulmia. Potilaan hoito tulee sitä moniäänisemmäksi ja sitä rikkaammaksi, mitä enemmän erilaisia näkökulmia esitetään. Moniäänisyydessä asuvan voimavaran käyttö edellyttää sitä, että hoitava työryhmä pystyy kuulemaan nämä eri äänet osana samaa kertomusta ja rakentamaan siltaa eri näkökulmien rajojen yli. Potilas saa enemmän vaihtoehtoja ja voimaa omaan elämäänsä keskustelemalla ongelmista. Jokaisen mielipide on yhtä arvokas ja yhtä oikea. Hoitavan työryhmän tehtävä on olla tukemassa ja auttaa keskustelun syntymistä. (Seikkula & Alakare 2004, 294 [Bath 1990].)

Koivisto, Alakulppi & Suuan (2017) mukaan dialoginen toiminta sopii kaikkeen sosiaali- ja terveysalan asiakastyöhön. Erityisesti se sopii mielenterveys- ja psykiatriseen hoitotyöhön, missä yhteistyö asiakkaiden kanssa toteutuu erilaisina yksilö-, perhe- ja verkostotapaamisina, joissa etsitään yhteistä ymmärrystä asiakkaiden ja perheiden tilanteista ja samalla jonkinlaista ratkaisua asiakkaiden elämän-, kriisi- ja mielenterveysongelmiin. Hoidossa puhutaan usein asiakaslähtöisestä palvelusta ja hoidosta. Asiakaslähtöisyyden korostamisesta huolimatta potilaat ja asiakkaat kokevat usein, että he eivät tule kuulluksi oman hoitonsa suhteen. Sosiaali- ja terveysalan koulutuksen ja myös käytännön hoitotyön

haasteena on, että asiakkaat tulisivat hoidon ja auttamistyön kohteesta pääasiassa sen aktiivisiksi toimijoiksi ja avoimeen yhteistyöhön.

Ilmeistä on, että myös psykiatrinen hoitotyö hyötyy dialogisen keskustelun käytöstä ja mielenterveys-työntekijät voisivat soveltaa dialogisia menetelmiä potilaan hoitoprosessissa. Se tarkoittaa dialogisen toiminnan upottamista hoitotyöhön ja myös potilaan ottamista mukaan dialogiseen keskusteluun.

2.2 Dialoginen toimintaote

Helena Aarnion (2014) kehittämän dialogisen toimintaotteen perusta on tiedusteleminen, joka on keino päästä kiinni toisen ajatteluun ja joka mahdollistaa ihmisten välisen kohtaamisen. Toimintaotteen mahdollistuminen vaatii perusasennetta, joka sisältää sen, että vuorovaikutuksessa toteutuu vertaisuus, ihmisystävällisyys ja symmetrinen osallistuminen. (Aarnio 2014.)

Dialogisessa keskustelussa vallitsee symmetria, puhutaan ja kuunnellaan tasasuhtaisesti. Kuuntelu on huolellista ja keskittyntä. Omat ajatukset laitetaan syrjään, ollaan valmiita kuuntelemaan erilaista ajattelua ja myös kehittämään ajattelua yhdessä. Dialogiin osallistujat kertovat kehitteillä olevaa ajatteluaan, tiedustelevat avoimesti toisiltaan heidän ajattelustaan, jatkavat riittävän kohdentuneesti toisen puheesta, hoksaavat toisen puheen tärkeät ilmaisut ja avaavat niitä. Keskustelussa synnytetään asiasta kokonaiskuvaa, uutta ymmärrystä, joka on jokaisen osallistujan ajattelun senhetkinen tulos. Vastuunotto paranee osallistujien tiedostavan mukaantulon ja sitoutumisen myötä. (Aarnio 2014.)

Aarnion (2014) mukaan dialoginen toimintaote ryhmän toiminnassa pitää sisällään sen, että koko ajan pidetään huolta vuoroista. Huolehditään puheenvuoron ottamisesta ja vuoron antamisesta. Tulee huomata, jos on itse ihan liikaa äänessä ja se, milloin on toisten vuoro puhua ja milloin on oma vuoro kuunnella ja ottaa vastaan. Pysähdytään ja keskitytään kuuntelemaan sanatarkasti. Keskitytään keskusteluhetkeen, siihen ihmiseen ja asiaan, mikä kulloinkin on menossa. (Aarnio 2014.)

Avoimessa keskustelussa vallitsee yleensä epävarmuuden prinssiippi ja sanatarkan kuuntelun perusidea liittykin siihen, että silloin ei menetetä yhtään informaatioita. On paljon mahdollisuuksia ymmärtää toisen puhetta väärin tai sitten koko perusidea ei saa sellaisena, miten puhuja on sen alun perin tarkoittanut. Jos kuunnellaan toisen puhetta sanatarkasti, niin se otetaan vastaan sellaisenaan, eikä sitä

mielessä arvostella tai arvoteta jonkin kaltaisena. Omat käsitykset ja lähtöolettamukset laitetaan syrjään. (Aarnio 2014.)

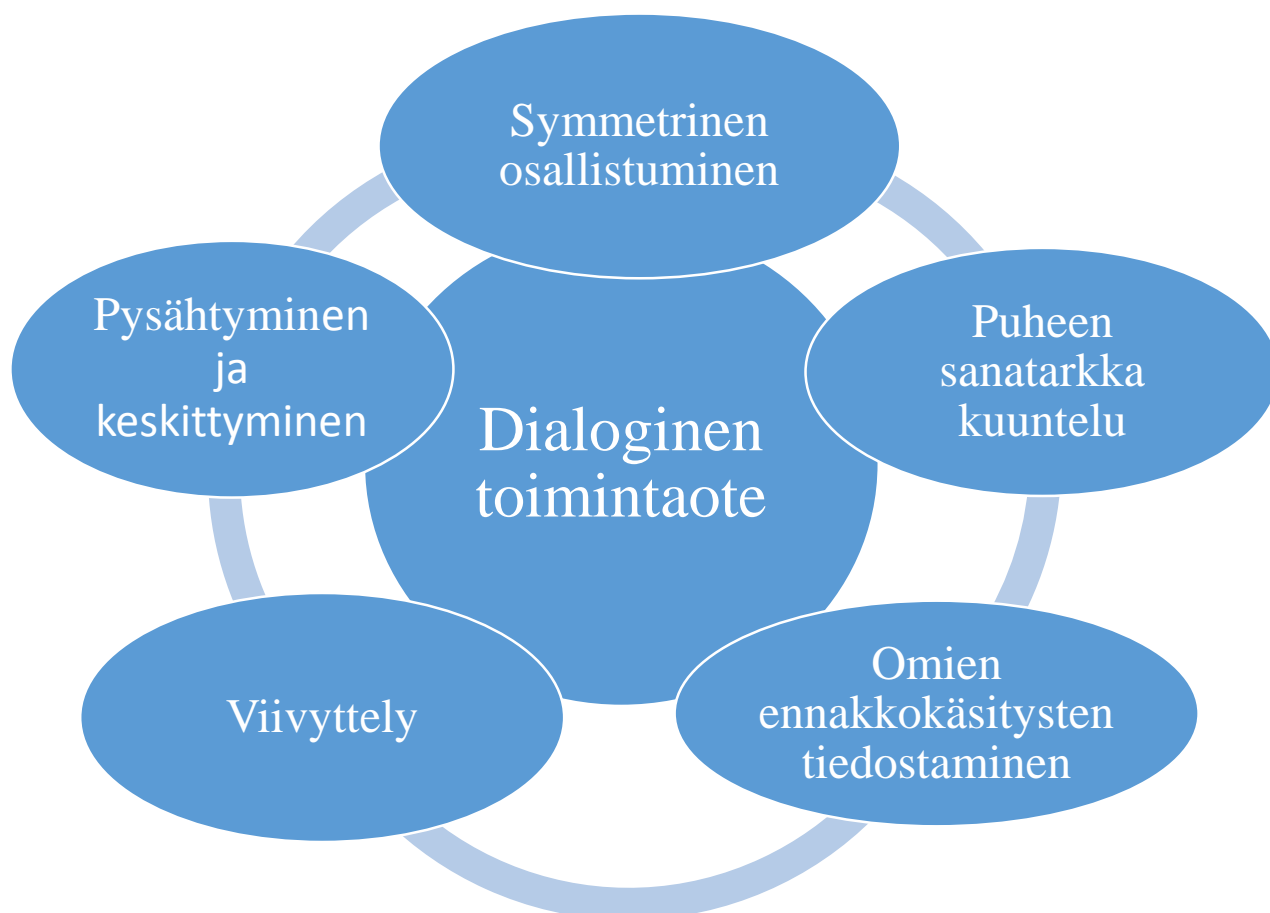
Dialogiseen toimintaotteeseen kuuluu, että kukin tiedostaa omia käsityksiään, lähtöolettamuksiaan ja osaavat käsitellä niitä dialogin vaatimalla tavalla. Lähtökohta käsittelylle on se, että ennen kuin voi mitään laittaa sivuun, asioista täytyy ensiksi olla tietoinen. Jo nuorikin ihminen on täynnä käsityksiä ja olettamuksia asioihin, ja näillä käsityksillä on usein uuden tiedon rakentelua ja kehittymistä estävä vaikutus. Olemme usein käsitystemme ja lähtöolettamustemme vankeja ja se tekee sen, että meillä ei olekaan vapaata avointa mieltä, mitä vaaditaan, kun olemme rakentamassa yhteistä mieltä. Silloin olemme jo lähtökohtaisesti blokanneet itsemme ulkopuolelle olettamustemme kanssa. Kun tulemme tietoiseksi näistä ennakko-olettamuksistamme, osaamme silloin myös laittaa ne syrjään, mikä on siis välttämätöntä yhteisessä ajattelussa ja uuden tiedon rakentelussa. Kyse ei siis ole siitä, kenen mielipide voittaa, vaan eri mielipiteet tuovat kokonaisuuteen erilaisia uusia näkökulmia. (Aarnio 2014.)

Avaintekijänä dialogisessa keskustelussa, uuden suunnan löytymiselle, on löytää keskustelusta mielenkiintoiset kohdat, tarttumapinnat. Tällainen saattaa esimerkiksi olla potilaan sana ”jotenkin”, jokin hankala tai provosoiva kysymys tai muu ajatuksia herättävä kohta. Kun keskustelussa tulee mielenkiintoisia kohtia, niin niihin tulee tarttua ja viipyä pysyä niissä. Lisäksi keskustelussa tulee viivyttää omien käsitystensä, ns. varmojen olettamustensa kertomista ja osata käydä ihmettelemään uteliaana. Miten tämä asia on? Miten voisi olla? Voisi eri tavalla olla? Voisi toisin olla ratkaistuna? Voisi toisin olla sovellettuna käytäntöön? Dialogista tapaa voi käyttää myös eksaktin, luonnontieteellisen tiedon käsittelyssä. Tällöin lähtökohta on se, miten tietoa lähestytään tai miten sitä sovelletaan käytäntöön. (Aarnio 2014.)

Kysymisen taito on taitolaji. Dialogisessa toimintatavassa on olennaista se, että osaa tiedustella avoimin ja puhtain kysymyksin, jossa ei ole valmis, oma ajattelu mukana. Tällöin kysymys alkaa usein verbillä. Pitäisikö? Tulisiko nyt tehdä niin? Minun mielestä hyvä tapa olisi? Kun kysymys on avoin, niin ajattelu alkaa miettimällä, miten tämän voisi miettiä eri tavalla? Miten tässä kannattaisi toimia? Mikä olisi hyvä tapa ensimmäiseksi tarttua tähän asiaan? Minkälaista ajattelua tähän tulee mukaan? Silloin ajattelu pysyy avoimena, eikä sitä ole lukittu kysyjän toimesta. (Aarnio 2014.)

Dialogisesti toteutuvassa ryhmätoiminnassa (KUVIO 1) pidetään huolta vuoron antamisesta ja ottamisesta. Kaikki puheet kuunnellaan sanatarkasti ja otetaan vastaan sellaisenaan. Tilanteessa pysähdytään ja keskitytään ihmiseen tai asiaan, siihen, mikä kulloinkin on menossa. Osallistujien tulee tiedostaa

omat käsitykset ja lähtöolettamukset, ja laittaa ne syrjään. Ryhmässä ei anneta valmiita vastauksia, vaan annetaan tilaa yhteisen tiedon rakentumiselle. Mielenkiintoisissa kohdissa viivytään, niitä idätetään ja koulitaan ihmettelemällä ja uteliaisuudella tiedustellen avoimilla kysymyksillä.



KUVIO 1. Dialoginen toimintaote

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata ja arvioida dialogisen toimintaotteen ilmenemistä ja käyttöä psykiatrisessa hoitotyössä. Tavoitteena on lisätä tietoisuutta dialogin käytöstä ja luoda käytännöllisiä periaatteita sen soveltamiseen psykiatriseen hoitotyöhön.

Opinnäytetyön tutkimuskysymys on:

Miten dialogisen toimintaotteen periaatteet ilmenevät psykiatrisessa hoitotyössä?

Dialogiseen toimintaotteeseen sisältyy pysähtyminen ja keskittyminen, puheen sanatarkka kuuntelu, omien ennakkokäsitysten tiedostaminen, viivyttely ja symmetrinen osallistuminen. Tutkimuskysymyksellä saadut tulokset toimivat pohjana dialogisen toimintamallin laadinnassa opinnäytetyön kohdeympäristössä nuorten ryhmämuotoisessa mielenterveystyössä. Lisäksi mallin tarkoituksena on kehittää ja vahvistaa dialogista osaamista koko psykiatrisen hoitotyön kentällä.

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyöni idea syntyi opintojen varhaisessa vaiheessa. Kiinnostukseni ryhmämuotoiseen kuntoutukseen kypsyi jo aiemmin suorittamassani työnohjaajakoulutuksessa, ja nykyinen työympäristöni antaa sen toteutumiselle oivalliset mahdollisuudet. Opinnäytetyöni aihe palvelee suoraan käytännön työtä, ja vaikka tässä työssä pääasiassa käsitellen dialogiosaamista potilaan hoidossa, niin dialogiosaaminen on sovellettavissa tietyin ehdoin myös esimiestyöhön sekä työyhteisön toimintaan.

Opinnäytetyön prosessi on edennyt etenevän seuraavan laisessa aikataulussa (KUVIO 2). Teoriaan tutustumisen olen aloittanut talvella 2018. Opinnäytetyön aiheen esittelin työryhmälle ja lähiesimiehille keväällä 2018. Oppilaitoksen hyväksynnän opinnäytesuunnitelmalle sain syyskuussa 2018 ja organisaatiolta marraskuussa 2018. Aineiston saatuani tutkimuksen analysointi tapahtui loppusyksyllä 2018, jonka jälkeen seurasi johtopäätösten kirjoittaminen. Alkuvuodesta 2019 tapahtui opinnäytetyön puhtaaksikirjoittaminen ja maaliskuussa 2019 tuloksena oli valmis opinnäytetyö.



KUVIO 2. Opinnäytetyöprosessin eteneminen

4.1 Opinnäytetyön kohdeympäristö

Opinnäytetyöni toiminnallisen osuuden kohdeympäristönä, ja kehittämisen kohteena on Nuorten psykiatrisen tukitalo, joka on vuonna 2017 perustettu erikoissairaanhoidon avokuntoutusyksikkö Ylivieskassa. Hallinnollisesti yksikkö kuuluu Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin nuoriso- ja yleissairaalapsykiatrian vastuualueeseen. Opinnäytetyön tekemiseen hain lupaa tulosalueen ylihoitajalta. Opinnäytetyön aiheesta olen keskustellut lähiesimiehieni ja työryhmäni kanssa kevästä 2018 lähtien.

Nuorten psykiatrisen tukitalon toiminta perustuu yhdessä nuoren ja hänen tukiverkostonsa kanssa laadittavaan kuntoutussuunnitelmaan, jossa kuntoutuksen tavoitteet ja sisältö suunnitellaan yksilöllisesti ja voimavaralähtöisesti. Kuntoutus on yhteisön tukea viikko-ohjelmiseen, ruokailut, tukikeskusteluita tai osallistumista erilaisiin ryhmiin. Hoito on kokonaisvaltaista tukea, joka sisältää mahdolliset kotikäynnit, perhetapaamiset, sosiaalisen tilanteen arvioimista, arjen taitojen opettelua ja liikuntaa. Tärkeä osa toimintaa on yhteinen ajan vietto kodinomaisessa ja virikkeellisessä ympäristössä. Syrjäytymisvaarassa olevalla nuorella on paikka jonne lähteä aamuisin, löytää elämään uusia virikkeitä ja käyttää lahjojaan, kuten soittaa ja laulaa, piirtää sekä luoda sosiaalisia suhteita.

Tukitalo muodostaa uudenlaisen hoitoympäristön ja on dialogiselle toiminnalle oivallinen kohde. Keskeinen osa Tukitalon toimintaa ovat erilaiset ryhmät, joiden tavoitteena on yhteisöllisesti hyödyntää tietoisesti inhimillisyyttä ja ihmisiä yhdistäviä rakentavia ryhmäilmiöitä. Yhteisöllisen ryhmän kasvatuksellinen idea sisältää yhteisön ja sen jäsenten jatkuvan prosessuaalisen muutoksen ja kehityksen ajatuksen. Yhteisöllinen ryhmä on tavoitteellista keskustelua ja yhdessäoloa sekä luottamuksellista toimintaa, jossa jokainen osallistuja voi jakaa ajatuksiaan ja kokemuksiaan jokapäiväisestä elämästään ja itsestään sen verran kuin haluaa. Kaikki ryhmässä olevat ovat tasavertaisia, ja heidän ajatuksensa ja kokemuksensa ovat yhtä arvokkaita.

4.2 Opinnäytetyön lähestymistapa

Toteutin opinnäytetyöni käyttäen konstruktiiivista tutkimusmenetelmää. Konstruktiiivisessa tutkimusmenetelmässä pyritään luomaan jokin konkreettinen tuotos. Opinnäytetyöni tarkoituksena oli kuvantaa prosessi, jonka vuoksi valitsin konstruktiiivisen tutkimusmenetelmän lähestymistavaksi. Konstruktiiivinen tutkimusmenetelmä sopii lähestymistavaksi silloin, kun on tarkoituksena luoda jonkinlainen konkreettinen tuotos tai suunnitelma, mittari tai malli. Siinä korostetaan erityisesti, että tutkimusprosessissa

syntyy menetelmä tai työkalu, joka on laajemmin hyödynnettävissä oleva. Tällöin rakennetaan uudenlaista todellisuutta erityisesti tutkimustiedon pohjalta. Luomalla uusi rakenne pyritään konstruktiiivisessa tutkimuksessa hyvin käytännönläheiseen ongelmanratkaisuun. Tähän tarvitaan sekä olemassa olevaa teoreettista tietoa että uutta käytännöstä kerättävää tietoa. Konstruktiivinen tutkimus hyödyntää sekä toimintatutkimukselle että tapaustutkimukselle tyypillisiä käytäntöjä. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2009, 65–67; Uusitalo & Kohtamäki 2011, 283.)

Konstruktiiivisessa tutkimuksessa käytännön ongelma ja sen ratkaisu sidotaan teoreettiseen tietoon. Ratkaisun on myös osoitettava toimivaksi, mielellään muuallakin kuin vain kohdeorganisaatiossa. Usein lisätyötä kuitenkin vaatii konstruktion toimivuuden testaaminen ja tieteellisen annin osoittaminen. Konstruktiiivisessa tutkimuksessa kohdeorganisaatio saa ratkaisun ongelmaan, joka perustuu puolueettomuuteen ja teoreettiseen tietämykseen. Siinä korostuu tutkimuksen toteuttajien ja hyödyntäjien välinen kommunikointi. Konstruktiiivisen tutkimuksen prosessin vaiheita ovat ongelman määrittely yhdessä yrityksen kanssa, yhteistyön rakentaminen, tutkimuksen ja kehittämisen kohteesta hankittu syvällinen teoreettinen ja käytännöllinen tieto, ratkaisujen laatiminen (innovointi), jonka jälkeen ratkaisu otetaan käyttöön ja testataan, ratkaisun hyödyllisyyden arviointi ja lopuksi tarkastelua ratkaisun soveltamisalueen laajuudesta. (Ojasalo ym. 2009, 65; Uusitalo & Kohtamäki 2011, 287.)

Tässä tutkimuksessa käytetään siis kvalitatiivista eli laadullista lähestymistapaa. Päädyin laadulliseen tutkimusmenetelmään dialogikäsitteen monitahoisen luonteen perusteella. Sanana dialogi on varmaankin useimmille psykiatrisille työntekijöille tuttu, mutta sen vähäinen käyttö suomalaisessa hoitotyössä on kuitenkin hämmäntävää. Tietämys dialogin periaatteista eivät ole laajalti levinneet, eikä sen soveltamisesta psykiatriseen hoitotyöhön ole juurikaan löydettävissä tutkimustietoa. Toisaalta käsittelemäni dialogisen toimintaotteen periaatteita ovat potilaan kuuleminen, hänen tilanteeseensa keskittyminen, yhteistyöhön pyrkiminen ovat psykiatrisen hoitotyön keskeisiä periaatteita. Ainostaan Torniossa sijaitsevalla Keroputaan sairaalan alueella on 80-luvulta lähtien kehitetty avoimen dialogin hoitomallia. Dialogin soveltuvuutta psykiatriaan ei kuitenkaan hyväksytä varauksetta ja esimerkiksi Keroputaalla on arvioitu, että dialogista ei ole apua kaikkiin psykiatrisiin tilanteisiin. (Seikkula & Alakare 2004).

Mahdollisesti on kysymys psykiatrian ja kasvatustieteiden välisestä kuilusta. Psykiatrian lähtökohta on sairauksien poistaminen, kasvatuksen lähtökohta on kasvun edistäminen. Nurmen (1995) mukaan keskinäisessä kanssa käymisessä ihmiset kuitenkin aina vaikuttavat toisiinsa. Silloin kun se tapahtuu tarkoituksellisesti ja päämäärähakuisesti, sitä kutsutaan kasvatukseksi. Tosiasiassa kasvattamista on myös kaikki se spontaani, myös ei tietoinen vaikuttaminen, jota vuorovaikutussuhteissa syntyy. Itse

asiassa me kaikki kasvatamme toisiamme. Vanhemmat kasvattavat lapsiaan, mutta myös lapset vanhempiaan. Työtoverit kasvattavat toisiaan, hoitajat potilaita, mutta myös potilaat hoitajia. Nurmi (1995.) Erityisesti tämä ilmiö korostuu opinnäytetyöni toimintaympäristössä, nuorisopsykiatriassa.

4.3 Aineiston keruu ja analyysi

Opinnäytetyöni aineiston keruumenetelmä tapahtui haastattelemalla. Haastattelutyyppejä ovat strukturoitu haastattelu eli lomakehaastattelu, teemahaastattelu ja avoin haastattelu (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 207–209). Työssäni käytin pääasiassa teemahaastattelua itse vastaukset ylös kirjoittaen, mutta pitkien etäisyyksien takia jouduin suorittamaan osan haastatteluista lomakehaastatteluna sähköpostin välityksellä. Haastattelupyynnöt esitin yhdelletoista Visalan sairaalassa työskennellelle työntekijälle. Haastateltavat valitsin harkinnanvaraisesti niistä, joiden oletin pystyvän parhaiten antamaan tietoa haluamastani aiheesta. Valintaperusteeseen vaikutti pitkä työkokemus psykiatrisesta hoitotyöstä, kyky tuottaa tutkittavasta ilmiöstä laadullista, kokemusperäistä ja laaja-alaista kuvausta. Heistä yhdeksän on sairaanhoitajaa, yksi mielenterveyshoitaja ja yksi erityistyöntekijä. Heillä kaikilla on psykiatrisen alan koulutus ja yli viidentoista vuoden työkokemus kokemus psykiatrisesta hoitotyöstä.

Haastateltavat suhtautuivat opinnäytetyön tekemiseen myönteisesti. Kahdelta haastateltavalta en saanut sähköpostilla esittämilleni kysymyksille vastausta. Kävi ilmi, että kirjallisesti esitetyt kysymykset tuntuivat haastateltavista vaikeilta. Henkilökohtaisesti haastatellut tuottivat hyvinkin runsaasti aineistoa ja pääosa tulosten materiaalista on heiltä. Koska haastattelussa käsiteltiin työntekijöiden omia kokemuksia ja käsityksiä, niin kysymykset eivät olleet kovin tarkkoja (LIITE 1), vaan hoitajat kertoivat melko vapaasti tärkeiksi kokemiaan asioita. Tarvittaessa tarkensin asiaa lisäkysymyksin painottaen työn teema-alueita. Opinnäytetyöprosessin edetessä saatoin seurata aineiston määrää ja lopulta aineiston laajuus yllätti. Tutkimusmateriaalia kertyi oletettua enemmän, ja aineiston määrä näkyy myös tutkimustuloksissa. Tämä seikka mielestäni kertoo aiheen tärkeydestä ja haastateltavien mielenkiintoa aiheeseen.

Kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen perustana on kuvata todellista elämää ja pyrkimyksenä on päästä löytämään tai paljastamaan yllättäviä yksityiskohtia. Kohdejoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti. Tutkimuksen edetessä tutkimussuunnitelma muotoutuu joustavasti ja tutkimuksen kulkua ohjaavat tutkimustulokset. Tutkimusprosessissa ei noudateta tiukkoja sääntöjä, vaan prosessin aikaisempiin vaiheisiin voidaan palata useitakin kertoja tutkimuksen kuluessa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009,

161, 164; Kananen 2012, 30, 94) Konstruktiivinen tutkimus ei rajaa pois mitään menetelmää. Kysely on yksi tyypillisimmistä käytetyistä menetelmistä. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2009, 68.)

Hirsjärven ym. (2009, 181–182) mukaan tavoitteena kvalitatiivisessa tutkimuksessa on ymmärtää tutkimuskohdetta, jolloin tutkija yleensä ensimmäisenä kartoittaa toiminta-alueen. Hän voi valita jo olemassa olevan ryhmän, jonka mukaan aineiston koko määräytyy. Aineiston kylläntyminen eli saturatio tapahtuu, kun samat asiat alkavat kertaantua tutkimusaineistossa. Tällöin tietty määrä aineistoa tuottaa teoreettisesti merkittävän tuloksen. Laadullinen tutkimus on joustava, sillä siinä voidaan hyödyntää analysointia useammalla analyysimenetelmällä ja aineistoa voidaan analysoida monesta eri näkökulmasta eli hyödyntää triangulaatiota (Kananen 2012, 116; Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2009, 94).

Laadullisen tutkimuksen analyysi syntyy yleensä kahdessa toisiinsa nivoutuvassa vaiheessa. Ensimmäinen vaihe on pelkistäminen, jolloin havainnot yhdistetään. Toista vaihetta voidaan kutsua tulosten tulkinnaksi. Aineisto kuvaa sitä, mitä havainnoitavat tekivät havainnoinnin aikana. Havainnollinen kuvaus on siis vasta aineiston dokumentointia ja vasta aineiston analysointi johtaa tulkintaan. Pelkistäminen eli havaintojen yhdistäminen mahdollistaa aineiston ilmiöiden yleistämisen. Tarkoitus on yhdistää yksittäisiä havaintoja laajempiin luokkiin tai ryhmiin, joten laaja tutkimusaineisto on tiivistettävä helposti käsiteltävään ja hallittavaan muotoon. Havaintoaineistoihin voidaan käyttää sisällönanalyysiä. (Ojasalo ym.2009, 114.)

Tuomi & Sarajärven (2011, 93) mukaan teemahaastattelun avulla saadun aineiston pilkkominen on suhteellisen helppoa, koska haastattelun teemat muodostavat jo itsestään jäsenyyksen aineistoon. Koen näin käyneen myös tämän aineiston analyysissä. Aineiston analyysin aloitin kirjoittamalla haastattelut puhtaaksi ja otin aineiston haltuun lukemalla haastattelut useita kertoja läpi saadakseni yleiskäsityksen aiheesta. Vastauksen saamiseksi asetettuun tutkimustehtävään luokittelin aineiston teemakohtaisesti. Tutkimuksen teemat muodostin Aarnion (2014) kuvaaman dialogisen toimintaotteen mukaan. Tämä antoi opinnäytetyölle deduktiiviset painoalueet. Seuraavaksi luokittelin aineiston teemojen sisällä etsien yhteisiä piirteitä ja juonteita. Tutkimuksen sisältö muodostui siis induktiivisesti aineiston analysoinnin aikana, siitä nousevien asioiden perusteella.

Analysoidessani aineistoa jaoin aineiston aluksi dialogisen toimintaotteen teemojen mukaan; pysähtyminen ja keskittyminen, puheen sanatarkka kuuntelu, omien ennakkokäsitysten tiedostaminen, viivytely ja symmetrinen osallistuminen. Lisäksi aineistosta nousi esiin työryhmän dialoginen toimintaote sekä uuden näkökulman herääminen. Halusin työssäni nostaa nämä alkuperäisten teemojen rinnalle. Havaittiin, että dialoginen toimintaote antaa keinoja edistää työntekijän ja potilaan välistä suhdetta, mallin työryhmän työskentelyyn ja koko työyhteisön kehittymiseen.

5 OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSTULOKSET

Tässä kappaleessa esittelen haastattelun tulokset dialogisen toimintaotteen teemojen mukaan. Aarnion mukaan dialoginen toimintaote sisältää pysähtymisen ja keskittymisen, puheen sanatarkan kuuntelemisen, omien ennakkokäsitysten tiedostamisen, viivyttelyn ja symmetrisen osallistumisen. Näiden lisäksi haastattelujen analysoinnissa nousi esille kaksi uutta teemaa; työryhmän dialoginen toimintaote sekä uuden tiedon muotoutuminen.

5.1 Pysähtyminen ja keskittyminen

Pysähtymisen haastateltavat kertoivat olevan tärkeä työväline. Keski-Luopan (2007, 210) mukaan työntekijän on oltava keskustelutilanteessa kokonaisvaltaisesti läsnä. Jos hän eristää tunteensa vain älylliseksi tapahtumaksi, hän on eristänyt kaikkein merkittävimmän instrumenttinsa, oman persoonansa ja sen mukana kaiken sen elämän kokemuksen ja sen mukanaan tuoman elämän viisauden, joka siihen kätkeytyy. Tärkeää on, ettei dialogi jää vain ajattelun ja kielen tasolle. Todellisuutta tilanteessa ovat molempien kokonaisvaltainen kokemus heidän yhteisessä tilanteessaan.

Oma rauhallisuus auttaa aina. Itse kiinnitän huomiota ja käytän omaa kehoa, asento, hengitys, puheen rytmi, äänen sävy jne. Samalla tapahtuu asiakkaan soinnuttuminen samaan rauhalliseen oloon, jossa ei ole kiire vaan asiassa voi rauhassa viipyä. Oma kyky sietää hiljaisuutta auttaa. Silloin ei ole tarpeen täyttää tyhjiä kohtia, hiljaisuutta omilla turhilla tulkinnoilla tai selityksillä.

Keskittyminen ja pysähtyminen asiakkaan senhetkiseen tilanteeseen ovat ehkä keskeisimpiä työvälineitäni tai työtapojani. Pysähtyessäni keskityn kuuntelemaan ja havainnoimaan asiakkaani tuottamaa puhetta ja sanatonta viestintää. Yleensä ympärillä olevat asiat katoavat, lukuun ottamatta jotain poikkeuksellista ja häiritsevää tekijää, jolloin keskittyminen herpaantuu.

Olen itkenyt ja halannut. Pitää elää siinä hetkessä. Se, että tarttuu siihen tilaisuuteen.

Dialogissa työntekijä kuuntelee sekä asiakasta että itseään: asiakkaan puhetta ja tunteita, samalla omaa puhettaan, ajatuksiaan ja tunteitaan. Työntekijän reflektointi kohdistuu siihen, mikä käydyssä dialogissa on merkittävää asiakkaan kannalta. Dialogin sisällöksi muodostuu asiakkaan ja työntekijän yhteinen käsitys siitä, mikä on olennaista asiakkaan kertomuksessa. Dialogisuuteen ei kuulu nopeiden tulkintojen tekeminen kertomuksesta, vaan pyydetään asiakasta kertomaan lisää, avaamaan ja tarkentamaan

sanomaansa. (Kiviniemi, Läksy, Matinlauri, Nevalainen, Ruotsalainen, Seppänen & Vuokila-Oikkos 2007, 91.)

Tietoinen keskittyminen jo ennen kohtaamista myös omaan läsnäoloon, kehon rauhoittaminen, tietoinen hengitys, myös tietyt rituaalit mielikuva ”temppuineen” sekä rituaalit, jotka auttavat keskittymään. Tietoinen läsnäolo helpottaa myös itsensä soinnuttamista, minusta ihana sana, asiakkaan rytmiin. Silloin on helpompi säädellä tarvittaessa omalla olemuksella asiakkaan tai ryhmänkin vireystilaa, auttaa myös kuuntelemaan ja kuulemaan, mitä toinen tai toiset sanovat ja tarkoittavat, pysyy mukana tarinassa.

Dialogisuus hoitotyössä vaatii työntekijältä avointa kiinnostusta potilasta kohtaan ja tämän hyväksymistä. Voidakseen ymmärtää potilasta, työntekijän on kyettävä eläytymään tämän asemaan. (Kuhanen ym. 2012, 153.) Tämä ei kuitenkaan ole helppoa, ja tilanteeseen keskittyminen koetaan joskus hankalana.

Joskus on äärimmäisen vaikeaa kyetä ymmärtämään toisen ihmisen ajattelua. Ainakin sellaisissa tilanteissa, joissa toisen ihmisen kokee hyvin erilaisesti ajattelevaksi ja tuntevaksi kuin mitä itse on, tai jos ihmisen persoonallisuus tai käyttäytyminen ovat ristiriitaisia tai epäloogisia tai outoja.

Haastattelemani hoitajat kertoivat, että tilanteeseen pysähtyminen onnistuu keskittymällä.

Keskittyminen onnistuu keskittymällä. Ajattelen, että olen niin tiiviisti sitoutunut. Avoiuus heittäytyä. Aikakin vaikuttaa. Itsekin tarvitsen aikaa.

Minulle on tärkeää riittävä siirtymäaika asiakkaiden tai ryhmien välillä, että ehdin keskittyä, paneutua asiakkaaseen tai ryhmän kokoontumiseen jo ennen kohtaamista tai ryhmää. Kuka on tulossa? Mikä on tilanne? Mitä on aikaisemmin puhuttu, tehty tai sovittu?

Pyrin jättämään muut toiminnot sivuun, konkreettisesti pysähtymään tilanteeseen ja läsnä olevaan hetkeen. Silmiin katsominen on tärkeää. Hoitotyössä pidän tärkeänä myös sitä, ettei anna samanaikaisesti huomiotaan esim. näyttöpäätteelle vaikka kirjaisikin yhtäaikaista.

Yhteisen asian ääreen keskittymistä voi häiritä se, että asiakkaan ja työntekijän välinen suhde ei lähtökohtaisesti ole täysin molemminpuolinen. Työntekijän toiminta vaikuttaa potilaaseen ja työntekijällä on tavallaan valta-asema potilaaseen nähden. Vuorovaikutustilanteissa dialogisuudella on yhteistyösuhdetta tasapainottava merkitys. (Kuhanen ym. 2012, 153.)

Koen kuitenkin asiakkaiden tilanteen siten, että mulla on jotakin annettavaa heille. Se motivoi minua. Pidän päivystysluontisesta työstä. Siinä on sen uuden asiakkaan kohtaamisesta ja minä koen, että minulla on siinä se tehtävä.

Hoitajalla pitää olla aina tietoisuus siitä, että hän edustaa tervettä ajattelutapaa ja tasapuolisuutta. Ammatti-ihmisen roolissa ollaan. Omainen näkee asian eri tavalla. Hoitaja voi olla niin kuin näytelmän ohjaaja, joka tarkkailee kokonaisuutta. Silloin pitää puuttua, jos joku alkaa sooloilemaan.

Ryhmässä auttaa selvä rakenne. Ryhmän vetäjänä huolehdin, että kaikki saavat vuoron. Tarvittaessa on vain keskeytettävä ”paljon puhuva”, lujasti mutta lempeästi. Vaikka joku ei haluaisi puhua, voi hänet huomioida jollakin tavalla, ettei jää tunne ulkopuolisuudesta. Puheenvuoron voi siirtää myös kysymällä seuraavalta, mitä mieltä hän on tuosta, mitä edellinen juuri sanoi. Pidän tärkeänä työntekijän omaa jäämäkkyyttä, joka ei ole määräilevää, mutta lujasti lempeää. Ryhmässä on oltava tunne, että vetäjällä on koko ajan homma hanskassa, langat käsissä. Se luo turvallisuuden ja tasapuolisuuden tunteen.

Pysähtyminen vaatii johtajuutta. Aarnion (2014) mukaan osallistujat ovat usein erilaisilla motivaatioilla mukana. Kaikkien mukaan motivoiminen vaatii kaikkien kääntymisen asiaa kohti. Dialogisuuden tavoitteena on rakentaa ryhmän yhteinen tuotos.

Onko se ryhmässä niin, että ensiksi tulee se, joka on ensin nokkana ja sitten se lähtee käyntiin.

Asiakas sanoi, että ”ei hän olisi muuten tullut, mutta kun sinä olet ollut niin innokas”. Tarvitaan jokin johtotähti. Pitää viestittää, että me onnistutaan tässä.

Nuoret täytyy vetää siihen, että ollaan saman asian ääressä ja jokainen saisi sanoa. Jonkun pitää kuitenkin olla se, joka ohjaa. Sitä ihmettelee, että miten aina tulikin aina valmistaa. Jonkun pitää ottaa se vastuu siitä johtamisesta.

Aarnion (2014) dialogin syntyminen vaatii ohjaajan tekoja. Kuhunkin tilanteeseen osallistujat tulevat mukanaan sen hetkinen tietämyksensä, ja tällä ns. lähikehityksen vyöhykkeellä eli nykyisen ja tulevan osaamisen välissä ollessaan, ihminen tarvitsee paremmin osaavan apua.

5.2 Puheen sanatarkkakuuntelu

Dialogin ytimenä on yksinkertainen, mutta syvälinen kuuntelemisen taito. Kuunteleminen ei tarkoita vain sanojen kuulemistä, vaan kykyä ottaa sanat vastaan ja hyväksyä ne sekä vaientaa vähitellen oma sisäinen hälinänsä. Kun paneudumme kuuntelemiseen, huomaamme, että se on avartava taito, sillä se opettaa meidät näkemään entistä selvemmin, millä eri tavoilla osallistumme ympäröivään maailmaan. (Isaacs 2001, 98.)

Kiviniemi ym. (2007) mukaan yhteistyösuhteessa tapahtuvaa vuorovaikutusta asiakkaan ja työntekijän välillä kuvataan dialogisuutena, jossa keskeisinä elementteinä ovat vastavuoroisuus ja molemminpuolisuus. Dialogi on vastakohta monologille, yksinpuhelulle. (Kiviniemi ym. 2007, 83.)

Kaikki haastateltavat mielsivät itsensä hyviksi kuuntelijoiksi, joille kuunteleminen ja potilaan kertomuksen ymmärtäminen on työlle keskeistä.

Mielestäni olen hyvä kuuntelija. Keskityn siihen henkilöön, jonka kanssa kommunikoin ko. hetkellä.

Tärkeintä on, että asiakas tai ryhmän jäsenet kokevat tulevansa kuulluiksi ja ymmärretyiksi ja että työntekijä on oikeasti kiinnostunut ja välittää.

Toisaalta kuunteleminen saattaa olla vaikeaa ja saattaa sisältää asiaa sekoittavia tekijöitä. Kuunteleminen on lähtökohta sille, minkälaista apua potilas hakee ja väärinymmärrys on askel hoidon epäonnistumiseen.

Se on äärimmäisen vaikeaa. Puhutaan päälle. Ei kuulla. Sitten, joku voi olla hidaskuuluaan. Parannellaan ja autetaan. Kiskotaan. Eiväthän ne eduskunnassakaan kuuntele. Kaikilla on vähän oma kielensä. Sitä joutuu tarkentamaan koko ajan, että mitä sää tarkoitat. Toiselle eri sanat tarkoittaa eri asioita. Meillä ei ole mitään muuta kuin tämä kieli, millä me viestitellään. Joku puhuu sekavasti tai paljon. Siihen pitää tosissaan paneutua. Joskus tulee, että aika on mukavasti vähissä. aluksi kuunnellaan ja sitten ei kuunnella loppuun. Joku oikaisee ja nielaisee lopuksi.

Tärkeää, koska siellä voi vilahtaa avainsanoja jotka on hirveen tärkeää. Olin parisuhde-työssä. Asiakas ei suoraan sanonut mitä oli tapahtunut. Myöhemmin sanoin, että tähän on perheväkivallan uhri. Opiskelija oli kuuntelemassa ja meinasi, että eihän siitä puhuttu mitään. Se tuli siitä keskustelusta ilmi. Pienet sanat voivat jäädä huomaamatta.

Ei riitä, että kuuntelemme vain muita, vaan meidän tulee kuunnella myös itseämme ja omia reaktioitamme. Asenne ”olen aina valmistautunut puhumaan, mutten koskaan kuuntelemaan” ei sovi kuuntelemaan vuorovaikutussuhteeseen. Kuitenkin useimmat ihmiset voivat yhtyä edellä oleviin sanoihin. Pidämme kuuntelemista selviönä emmekä yleensä valmistaudu siihen, vaikka se on todellisuudessa hyvin vaikeaa. (Isaacs 2001, 98.)

Monologisia puheissaan voivat olla sekä työntekijä tai asiakas. Työntekijä saattaa rajoittaa kysymyksillään asiakkaan osallistumista, keskeyttää tai dominoida omalla puheellaan asiakkaan osallistumista. (Kuhanen ym. 2012, 153.)

Onko se työntekijän kyvyttömyyttä antaa tietoa tavalla, johon potilas on kykenevä. Työntekijän halukkuus antaa tietoa, jota potilas ei halua.

Voi miettiä, mitä tietoa potilas todella tarvitsee. Aina hoitajan antama tieto ei vastaa potilaan tilanteeseen. Sitä kannattaa kysyä potilaalta. Toisaalta oikean tiedon antaminen on tärkeää, mutta monologia ei kannata. Potilas on omassa asiassaan asiantuntija. Ei sitten sillä omalla tiedolla löisi potilasta päähän.

Johdonmukaisuutta tulee olla, mutta keskustelu ei ole rakentavaa, jos on ihan varma omasta mielipiteestään. Dialogia ei silloin synny. Kuuntelee väärin siten, että se vain tukee omaa näkökulmaa. Pyrkii vain manipuloimaan toista omalle kannalle. Meissä kaikissa on sellainen dynamiikka, joka houkuttelee siihen, että tämä on minun ajatus ja se on ehdoton oikea. Se mikä on tiimin vahvuus voi olla myös sen sudenkuoppa oikeassa olemiseen. Omasta erikoisalastaan voi olla niin hurmaantunut eli ns. keskusteluissa päättyy aina. Alkuperäinen tarina saattaa muuttua, jos sitoudutaan pelkästään dokumentteihin. Jos ei kuunnella sitä, mitä ihminen itse sanoo, niin silloin mennään hakoteille. Voidaan tulla siihen päätelmään, että potilas ei ole motivoitunut, kun ei ole hoitajan kanssa samaa mieltä. Tieto on jossakin ja jokaisella on siitä oma versionsa.

Kuunteleminen vaatii työntekijältä aktiivisuutta ja vuoropuhelua kertojan kanssa väärinymmärrysten välttämiseksi. Isaacsin (2001, 192) mukaan tutkiskelu tarkoittaa, että etsit sellaista, mitä et vielä tiedä tai ymmärrä, tai että pyrit selvittämään, mitä sinun kanssasi toista mieltä olevat näkevät ja ymmärtävät. Tutkiskelun pohjana on taito tehdä aitoja kysymyksiä, jotka antavat pohjaa sekä ihmisten toimintaa ohjaavien sääntöjen ymmärtämiselle että heidän toimintansa kyseenalaistamiselle. Useimmat eivät kysy mitään, vaikka repliikin lopussa olisikin kysymysmerkki! Toisen ihmisen ajatusmaailmaan perehtyminen vaatii, että ihminen sanoo selvästi, mitä mieltä hän on ja miksi, ja että hän suhtautuu samalla avoimesti siihen, että hän voi olla väärässä.

Kuuntelen mielelläni, en koe sitä vaikeana. Välillä on tietysti kysyttävä itseltään, olenko läsnä, kuulenko. En tiedä, kuuntelenko sanatarkasti? Minulle tästä sanasta sanana tulee mieleen ”mekaaninen” kuuntelu, kuulen jokaisen sanan, mutta kuulenko silloin sanojen syvemmän merkityksen? Itse kuvailisin kuuntelevani ehkä enemmän intuitiolla. Puheesta nousee tai mieleen jää jokin avainsana, asia, äänensävy, johon voi tarttua, palata, pyytää lisäselvitystä. Välillä tulee tunne tai jälkeensä voi tuntua, että itse puhuu ns. ”mitä sylki suuhun tuo”, mutta olen huomannut, että kun antaa intuition viedä, osuu hyvin usein oikeaan, ja joskus arkaankin paikkaan, joka johtaa syvempään keskusteluun. Asiakkaan tullessa ja ryhmissäkin käytän mielelläni ensimmäisenä pientä läsnäoloharjoitusta, jonka avulla tullaan läsnä oleviksi ja on helpompi pysähtyä juuri siihen tilaan ja hetkeen ja aloittaa keskustelu, kun kaikki ovat myös henkisesti läsnä: Pari hengitystä, kehon tiedostaminen ja rentoutus, ehkä pieni aistiharjoitus. Tilanteen mukaan voi sitten mennä suoraan asiaan tai aloittaa jostakin yleisestä asiasta.

Tärkeintä on, että pystyy luomaan luottamuksellisen vuorovaikutussuhteen, turvallisen perustan, joka mahdollistaa kaikkien osapuolten avoimen olotilan tilanteessa. Avoimessa olotilassa, jolloin intuitio vahvasti läsnä voi syntyä flow-tila, joka etenee omalla painollaan soljuen joustavasti. Itsellä voi tulla tunne, että uppoutuu tarinaan, mikä ei tarkoita si-

tä, että kadottaisi objektiivisen näkemyksen. Sen sijaan tilanne mahdollistaa syvemmän ymmärryksen ja kokonaisnäkemyksen tilanteesta kaikkine erilaisine ratkaisumahdollisuuksineen. Seurauksena myös kaikkien osapuolten voimaantuminen.

Tilanteessa tulisi saada syntymäänilmapiiria, että osallistujat alkavat kertomaan ajatuksiaan; Sekä vasta orastavasti kehittyvää, että myös jo vähän pitemmälle kehittyneempää. Osallistujien tulee tiedustella paljon, että ymmärrettäisiin toisen ajattelua. Kysyminen auttaa kehittämään omaa, mutta myös toisen ajattelua sekä auttaa edistämään yhteinen tiedon luomista. (Aarnio 2014.)

Yritän keventää tilannetta jotenkin, ”päästä potilaan nahan alle” ja murtaa jäätä. Uskon, että se lievittää jännitystä ja mahdollistaa luottamuksellisemman kommunikaation. Hienovaraisuus on kuitenkin tässä tarpeen.

Onko sinulla jotakin mielen päällä? Silloin tulee se ongelma. Vienkö jotakin terveisiä?

Yhteisessä ajattelussa pääsee eteenpäin löytämällä tie pinnan alaiseen ajatteluun. Kiinnittämällä huomiota ”kuumaan puheeseen”, avain lausumiin, joka voi olla esimerkiksi sana ”jotenkin”. Tällöin osallistuja tuo esille orastavaa rakentuvaa tietoa, mutta ei osaa vielä muotoilla sitä paremmin. (Aarnio 2014.)

Joskus tulee potilaalle kerrottua, että mulla tulee tällainen mielikuva.

Aidot kysymykset alkavat kysymyssanalla, eivät verbillä, joihin liittyy -ko tai -kö-loppu. Yleensä tapahtuu niin, että aluksi kysytään pari avointa kysymystä, sen jälkeen kysymykset muuttuvat suljetuiksi. (Aarnio 2014.)

”Aina”, ”ei koskaan” ym. kovin yleistävät ilmaisut, tai joita keskustelukumppani käyttää toistuvasti. Esitän tarkentavia kysymyksiä. Mitä tarkoitat sanoessasi niin?

Toistan potilaan sanoman: ”Kerroit siis ajattelevasi, tuntevasi näin... olenko ymmärtänyt asian oikein?”

Kun haluan varmistaa, olenko ymmärtänyt oikein, käytän ilmauksia; Minulle tuli tunne, kun sanoit, minusta tuntuu, sanoit äsken, tarkoitatko, ymmärsinkö oikein, entä jos?

Psykoottisen asiakkaan hoitotyössä dialogin saavuttaminen edellyttää työntekijältä erityistä herkkyyttä ja kykyä kuunnella asiakasta. Dialogin merkityshoitosuhteessa on nimenomaan se, että asiakas tuo omilla näkemyksillään ja kokemuksillaan esille niitä asioita, jotka ovat samalla pohja hänen omalle selviytymiselleen. (Mattila 2009, 44.)

5.3 Omien ennakkokäsitysten tiedostaminen

Erilaisuuden kohtaaminen on tilanne, jonka psykiatriset hoitajat väistämättä kohtaavat. Psykiatrisessa hoitotyössä potilaan käyttäytymisen ymmärtäminen saattaa olla hankalaa. On taipumus ajatella, ettei mielisairasta voi, eikä tarvitse ymmärtää. Kysymyksessä on sairaus, joka aiheuttaa erikoisen käytöksen ja pitää tukahduttaa lääkityksellä. Potilaan sairaudesta saattaa tulla työntekijälle este todelliselle kohtaamiselle ja ymmärtämiselle. Myös potilailla itsellään on taipumusta tämän kaltaiseen ajatteluun. Esimerkiksi aggressiivisuudella on vahva alttius juuttua potilaan persoonaan. Aggressiivisuudesta tulee osa potilaan kehityshistoriaa ja osa hänen yksilöllisyyttään ja irrottautuminen siitä tuntuu mahdottomalta. Dialogisen toiminnan arvo on, että sen kautta ihmisellä on mahdollisuus tarkistaa ennakkokäsityksiään, jolloin hän voi irtautua sellaisesta, mitä ei enää itseään voi hyväksyä asioita uudelleen ja uusien yhteyksien kautta tarkasteltuaan.

Potilaita tuli osastolle ja ne olivat aivan yhtä hienoja kuin minä. Se oli minulle järkytys. Mielenterveys on veteen piirretty viiva monessa asiassa.

Tyhjältä pöydältä aloittaminen voi olla hankalaa, kun on esimerkiksi lukenut aikaisempia potilaskertomuksia. Kollegoiden kertomuksilla on myös suuri vaikutus.

Vapaa ja avoin mieli ei synny aina, vaikka haluaisin. Joskus tulee tilanteita, jolloin en kykene irrottamaan ennakkokäsityksiäni. Toisaalta voi olla, että ennakkokäsitykseni osoittautuivat täysin vääräksi ja koin asiakkaan erittäin asialliseksi ja miellyttäväksi ihmiseksi, joka todella aidosti halusi ottaa apua vastaan.

Ihmiset ovat aina tienneet, että heidän sanoillaan on merkitystä. Tähän on syy, joka juontuu paljon kauempaa historiasta kuin voimme kuvitellakaan. Sanoilla on väliä. Niitä ei voi vetää takaisin. Tämä johtuu siitä, että niissä on energiaa. Ne ovat elinympäristön eläviä viestinviejiä. Oikein ja oikealla hetkellä lausuttu sana voi jossain tilanteessa muuttaa kaiken. Samalla tavalla muutama väärin valittu sana voi myrkyttää ilmapiiriin niin, että toipuminen vie vuosikausia. (Isaacs 2001, 296.) Joskus tilanteet saattavat olla vaikeita ja tunteet kuohahtavat.

Joskus joku työkaveri on suuttunut potilaalle: ”Minun aikana älä ikinä tule laulamaan tuommoisia lauluja.”

Voi olla vaikeaa käsitellä asioita. Hylkäsin hänet. Sanoi liian pahasti Osastolla olevilla ihmisillä voi olla erinomainen kyky iskeä ihmisen heikkoon kohtaan. Voihan se tulla potilaan omista kokemuksista.

Omista reaktioista voi yllättyä. Johonkin voi reagoida yllättävän vahvasti. Reaktioiden pohtiminen on työkalu kehittymiseen.

Saattaa olla, että yllättäen joutuu johonkin tilanteeseen, jossa omat tunteet kuohahtaa. Kyllä se sitten, kun saa enimpää päästelyä ulos, niin voi asettua tilanteeseen uudestaan ja voi ottaa sen vastaan. Aina ei ole valmis ja käytettävissä. Jokaiselle tulee joskus tilanne, että suuttuu ja siihen on oikeus. Jos vaaditaan, että aina pitäisi olla valmiina, niin se rauhauttaisi työkykyä ja työ alkaisi tuntua puurtamiselta. Sitten olisi aina vaikea lähteä töihin. Se ei olisi luonnollista. Tupakalla ja kahvilla käynnit ovat tärkeitä. Joihinkin asioihin kannattaa valmistautua huolella. Esimerkiksi potilaan tulemisen sopiminen siten, että toisissaan oltaisiin valmiina.

Hoitotyön periaatteisiin kuuluu neuvominen, asioiden järjestykseen laitto, oman asiantuntijuuden esille tuonti, joka sinänsä on keskeinen osa hoitotyötä.

Minä otan kantaa asiakkaan puheisiin. Minä sanon omalta kokemukselta niitä omia käsitteitä. Minun velvollisuus on sanoa minun omat mielipiteet. Joskus sanon, että sinun kannattaisi tehdä näin. Minä sanon kyllä aika paljon. Oli nuori tai vanha asiakas.

Hankalissa tilanteissa otetaan esille muutama vaihtoehto, otan itse etäisyyttä. Voi puhua työryhmässä ja lääkärille, ottaa asia esiin työnohjauksessa.

Usein törmätään tilanteeseen, joka vaatii ammatillista otetta ja rajojen asettamista.

Silloin, kun se ei toimi, niin se ei toimi. Voi olla, että asiakas ei ole yhteistyökykyinen; päihderiippuvuus, persoonallisuushäiriö. Hoitosuhde alkaa hiipumaan ja hiipumaan. Tajuaa itse, että ei tämä meidän yhteistyö toimi ja se on minun osalta ohi. Voi ehdottaa sitten, että hakeutuu päivystykseen ja sitten sairaalaan, ei tule tänne.

Jossakin tulee seinä vastaan ja ei enää jousteta. Sekin riippuu siitä, minkälaisista asioista on kyse. Meillä puhutaan riippuvuuksista persoonallisuusasioista. Joissakin asioissa täytyy olla tiukka: Lääkitys, korvausasiat, niissä tulee perälauta hirveen äkkiä vastaan. Siitä en tykkään, että haistatellaan. sitä en hyväksy. En pidä siitä, että pahan olon ulostuonti purkautuu hoitajaan.

Juhani tuli ensi kertalaisena. Se oli niin erilainen. Porukka alkoi asettaa paikoilleen. Eihän se siihen suostunut, mutta yhtäkkiä oli siinä johdettavana. Ryhmässä oli hyvä, mutta tahto olla kuitenkin olla selin. Pitää muistaa, että jos menee pieleen, niin se ei ole hauskaa.

Sitä vaan yrittää selittää mahdollisimman yksinkertaisesti. Jos ei ymmärrä, niin sitten se vaan on niin. Joskus täytyy vaan sanella ne rajat.

Jos huomaa asiakkaan juuttuneen toistuvasti ja vahvasti johonkin toimimattomaan, pinttyneeseen, ajatteluun tai toimintamalliin. Voin sanoa hyvinkin vahvasti oman mielipiteeni, pyrkiä herättämään hänet itse tiedostamaan sen, pysäyttämään ja luomaan tilan, jossa voi nähdä muitakin mahdollisia vaihtoehtoja, näkemyksiä asiaan. Pelkkä toisen myötä-

leminen ei johda mihinkään eikä auta muutokseen. Eli itsellä on oltava rohkeutta puhalttaa joskus peli poikki.

Mielenterveystyössä työskennelleet tietävät, että asiat eivät läheskään aina mene niin kuin niiden toivoisi menevän. Lukuisat eri tekijät ovat vaikuttamassa lopputulokseen; sairauksien moninaisuus, säännöt, rutiinit, resurssit, erilaiset mielipiteet. Hoidon tasoa laskee, jos työyhteisö on sisäänpäin kääntynyt, vain omasta erikoistumisalasta ja työtavoistaan tiukasti pitävä systeemi. Psykiatrinen osasto on siten altis luomaan loputtomasti uusia sääntöjä, joilla pyritään hallitsemaan tätä epävarmuutta. Liian tiukat säännöt kuitenkin vahvistavat näkymätöntä muuria hoitajien ja potilaiden kesken ja nousevat usein hoitajien omasta ahdistuksesta ja tilanteen täydellisen kontrollin tarpeesta. Sääntöjä toki tarvitaan, mutta niiden tulisi olla kaikille ymmärrettäviä, riittävän yksinkertaisia ja selkeästi perusteltavissa. Ne eivät saisi haitata hoitotyön joustavaa toimintaa, estää avointa keskustelua ja luovaa tilanteiden ratkaisua. Hoitotyön ongelmatilanteiden ratkaisemiseksi työntekijä tarvitseekin dialogista joustoa, jonka avulla hän voi siirtyä pois automaattiohjauksesta ja voi tietosiestä valita, miten toimia erilaisissa tilanteissa. Ihminen ei ole kone. Avara ja salliva mieli näkee enemmän vaihtoehtoja ja toimivia ratkaisuja.

Mitä parempi itsetuntemus on, sen paremmin sitä kestä, vaikka tulisi minkälaisia tilanteita. Ei tarvitse olla voittaja, mutta kestä erilaisia tilanteita, jotka sotivat omaa oikeuskäsitystä vastaan.

Jokaisella on oma totuus, Trumpillakin on omansa, mutta kyllä siitä jonkunlaisen kompromissin saa. Kokeillaan, että miltä se näyttäisi.

Olen tyytyväinen, jos potilas uskaltaa esittää eriäviä näkemyksiä. Toivon kuitenkin, että tämä osaisi esittää ne rakentavasti.

Hoitotyö vaatii empatiaa ja toisen näkökulman ymmärtämistä. Pelkkää byrokraattisuutta työntekijät eivät pitäneet parhaana mahdollisena hoitotyön menetelmänä.

Pitää lähteä mukaan, olla joustava. Asiakkaat ovat hirveän herkkiä. Se perustuu siihen kuunteluun. Ei voi olla jäykkis.

Oma totuus voi olla eri kuin asiakkaan totuus. Työhön kuuluu pyrkimys astua välillä toisen saappaisiin: ”Jos minä olisin hän, miten silloin kokisin tilanteen”. Kuitenkin yrittäen pitää huolen, etten samaistu toisen maailmaan vaan voin samalla säilyttää kokonaisnäkömyksen avoimella mielellä.

Kohtaaminen on vuorovaikutusta, ei kenenkään yksinpuhelua. Pyrkimys on välttää suoria tulkintoja, selityksiä jne. ”asiantuntijana”. Niitä käytän vain harkiten, tilanteen niin vaatiessa. Tärkeänä muistutuksena ja apuna omiin riittämättömyyden ym. tunteisiin olen aina pitänyt tutkimusta, jossa todetaan, että terapia- ja terapian kaltaisessa suhteessa työntekijän persoonalla ja vuorovaikutuksella on suurempi merkitys ja vaikuttavuus kuin käy-

tetyllä viitekehyksellä tai terapiasuuntauksella. Eli pyrin aina muistuttamaan itseäni, että tärkeintä on vain pyrkiä olemaan aidosti oma itsensä ja se tarkoittaa minulle myös tietois- ta läsnäoloa omassa itsessä ja tilanteessa. Toinen tärkeä apu itselle on ollut jossakin krii- sityön kirjassa ollut ohje, että ensisijainen asia on olla ” Ihmisenä ihmiselle”. Se on aut- tanut menemään vaikeisiin tilanteisiin ja kriisi-istuntoihin. Ihmisinä olemme aina sa- manarvoisia. Lähtökohtaisesti siis riittää, että olen aidosti läsnä, ihmisenä ihmiselle.

Elämä ei ole pelkästään faktaa, vaan elämä on tunnetta. Jos ei ole tunnetta, niin ei ole elämää. Jos ei puhu tunteista, niin silloin pelkää elämää.

Yksi keino ohjata potilaan käytöstä on ohjailta tilannetta kysymyksin ja tuomalla esiin erilaisia vaihto- ehtoja tai kompromisseja.

Omat eriävät mielipiteet tai mieleen nousevat vaihtoehtoiset näkemykset voin tuoda esil- le avoimin kysymyksin; ” Voisiko ajatella..., tai ”minulla tulee tuosta mieleen...”

”Pikkusen ajattelisin tuosta jotenkin erilailla. ”Onko muuta vaihtoehtoa? En menisi mi- tään varmaa sanomaan. Haluaisin vähän keskustella.

Ystävällisesti, mutta jämäkästi. Eriävät näkökulmat saattavat täydentää kokonaisuutta ja saada ajattelemaan asiaa laajemmin.

Jo kuulluksi tuleminen saattaa muuttaa potilasta. Tarjoan osaa. Osa onnistuminenkin on tärkeä. Voi aloittaa pienesti.

Omat eriävät mielipiteet tai mieleen nousevat vaihtoehtoiset näkemykset voin tuoda esil- le avoimin kysymyksin; ” Voisiko ajatella..., tai ”minulla tulee tuosta mieleen...”

Dialogisen suhteen kannalta on olennaista se, syntykö suhteessa yhteisiä hämmästyksen hetkiä. Näi- den aikana työntekijä rohkenee astua alueelle, jossa hänelläkään ei ole riittävää tietoa ja jossa tietoa voidaan yhdessä rakentaa. (Mönkkönen 2018, 116.) Joskus myös työntekijä on hämmentynyt tilantees- ta.

Työntekijän täytyy sietää ja joskus se pitää sanoa potilaalle. Vois sanoa, että olen häm- mentynyt tästä mitä sanoit. Tai, että potilaan kertomus koskettaa. Se saattaa informoida sekä potilasta, että hoitakaa. Työntekijä saa informaatiota siitä, missä ollaan menossa, kun tiedostaa sen, ettei oikein tiedä missä mennään.

Vaikka tilanne voi minun kannalta tuntua toivottomalta, toivon, että oma näkemykseni tulee käytettyä mahdollisesti jollain tapaa prosessin osaksi ja auttaa hyvään lopputulok- seen pääsemisessä.

Dialogisuus ei ole pelkkää puhetta, toisen kuuntelua tai keskustelua, vaan jotakin enemmän; dialogissa parhaimmillaan molemmat oppivat ja voivat muuttaa mielipidettään tai asenteitaan. (Mönkkönen 2018, 110.)

5.4 Viivyttely

Aarnion (2014) mukaan keskustelun mielenkiintoisiin osiin tulee tarttua ja niissä tulee viipyä. Työntekijän tulee silloin viivyttää omien käsitystensä esittämistä ja käydä uteliaana ihmettelemään. Tässä opinnäytetyössä viivyttelyä käsitellään pitempikestoisena hoitotyön prosessina, jota tarkoitetaan ajan antamisena ja asioiden käsittelemisenä pitemmällä aikavälillä.

Tuo on hirmu hieno ajatus. Annetaan asioiden kypsyä, hautoa, nukutaan yön yli. Nyt ei päätetä. Sitä voi joku lamppu syttyä, kun on ensin jokin ajatus syötetty. Potilas voi niin kuin itse hoksata sen. Ei siinä mitään vahinkoa tule, vaikka annetaankin aikaa. Joskus voi tietenkin olla kiire. Katsotaan, on hyvä sana. Viivyttely on hyväksi monessa asiassa. Nukutaan yön yli. Asiat ovat silloin erinäköisiä.

Ei potilaan asiaa välttämättä heti ymmärrä. Ehkä seuraavassa istunnossa asia tulee ilmi, kun ihminen itse sanoo.

Haastattelemiini hoitajat kokivat viivyttelyn sanana oudoksi. Tämä oli hieman yllättävää, koska kaiken kaikkiaan asia herätti lopulta runsaasti asioita ja näkökulmia, sinänsä oivaksi avuksi ratkaista ongelmia sekä ehkäistä vääriä tilannearvioita.

Onko viivyttely huono sana? Aikalisä? Jolloin hoitajilla on mahdollisuus katsoa tilannetta uudesta näkökulmasta. Viivyttelystä tulee mieleen se, miten saatetaan helposti asia käsitellä: ”Tahallaan viivytellään ratkaisua. Ei tehdä mitään. Laiskotellaan. Se vaan viivytteli. Tuo ei tiedä. Eipä osannut ratkaista asiaa”.

Nyt tämä pitää päättää! Sitten myöhemmin sanotaan, että kyllä olisi pitänyt vähän miettiä. Ei tullut semmoinenkaan mieleen.

Asia tulee ja alkaa hahmottua vasta loppua kohden. Asia saattaa muuttua jo puheen aikana joksikin muuksi.

Otetaan aikalisä, niin kuin urheilussa, jos joku menee pieleen.

Ongelmien varovainen lähestyminen ja potilaan voimavarojen huomiointi olivat haastattelemiini hoitajien mielestä tarpeen potilaan hoidossa. Myös Rissasen (2007, 126) mukaan monet psykiatriset asi-

akkaat ovat suorastaan yliherkkiä psykologiselta vaistoltaan ja vaistotessaan tunkeilua tai epärehellisyttä he vetäytyvät helposti takaisin omaan sisäiseen maailmaansa.

Joku siru siinä on, että ihmistä ei koskaan saa vetää liian tiukille.

Pitää ymmärtää, että milloin ne potilaan voimavarat käytetty. Mutta ihminen alkaa kyllä miettiä, kun tulee yllätetyksi.

Jää tilaa enemmän, jos asia koskettaa. Ei välttämättä halua heti kertoa. Liian lähelle mennään, jos ollaan heti iholla. Ihminen ei välttämättä heti halua päättää.

Ilman luottamuksellista suhdetta ei synny oikeutta dialogiselle kohtaamiselle, ja toisen esittämä erilainen ajatus saatetaan kokea uhkana. Vaikka toinen osapuoli haluaisikin luoda avoimen vuorovaikutussuhteen toiseen, ei suinkaan ole itsestään selvää, että toinen lähtee tuohon vuoropuheluun mukaan. (Mönkkönen 2018, 114.) Haastateltavat toivat esille käsityksensä, että ihminen tarvitsee aikaa muutoksen käsittelyyn ja muutoksen onnistuminen vaatii potilaan oman ymmärryksen tilanteen muutostarpeesta.

Monet haluaisivat päästä äkkiä tuloksiin, mutta kun niin ei voi mennä. Pieni muutos poiki lisää ja lisää. Suuresta ei voi lähteä liikkeelle. Jos ihminen tekee elämän muutosta, niin suuri muutos voi olla liian vaikea kestettävä.

Potilassuhteessa on edettävä askel kerrallaan. Haen potilaasta tietoa ja samalla luon suhdetta. Kaikissa hoitosuhteissa on jotenkin ne samat vaiheet. Aluksi haetaan tietoa, sitten on toimintavaihe, sitten kotiuttaminen. Ei sählää vähän joka suuntaan, vaan yksi ongelma kerrallaan.

Mieli työskentelee niin, että yksi asia kerrallaan. Nopeammin ei voi edetä kuin asia ja hetki kerrallaan. Voi mennä eteenpäin vasta sitten kun on valmis. Pakolla parantamiseen en usko. Rajat voi olla, mutta ei väkisin vääntöä. Jos tule tahtojen taisto, niin silloin mennään huonoon suuntaan.

Asioiden keskeneräisyys on koko ajan läsnä. Se on tärkeää hyväksyä itsessään. Puolesta ei voi tehdä, jos ihminen ei ole itse valmis tekemään. Ihmisen yksilöllisyys täytyy hyväksyä.

Ihmisen pitää olla valmis muutokseen. Voi tulla valtava pettymys siitä romahduksesta, jos ei ole muutokseen valmis. Siinä ei voi kiirehtiä kiirehtiä. Ei voi vain sanoa, että me annetaan sinulle näin ja näin paljon tuosta vaan ja ei meille ole väliä sillä mitä sinä sillä teet.

Nykyinen vaatimustaso ja tehokkuusajattelu, eivät välttämättä mahdollista ajan antamista ja asioiden verkkaista etenemistä.

Tämä oravanpyörä on siirtynyt terveydenhuoltoon. Paperi ja kone.

Emotionaalinen ihmisen kohtaaminen jää pois. Se on niin kuin täällä. Raha voi olla taustalla. Sanotaan, että käyt kolme kertaa ja ei sitten enempää. Me ei saada maksua enemmästä.

Lääkkeet jaetaan Oulussa ja hoitaja tuo ne potilaalle pussissa tänne maakuntaan.

Hoitotyölle on selkeästi hyötyä ajan antamisella. Suhteen kehittyminen ja potilaan asioiden ymmärtämisen vaatii aikaa. Vaikuttaa siltä, että taitavat hoitavat käyttävät tätä keinoa tietoisesti hyväksi. Isaacsin (2001, 145) mukaan odottaminen tarkoittaa suunnan vaihtamista, pysähtymistä, askeleen taaksepäin ottamista, asioiden katsomista uusin silmin. Tämä on monille vaikea haaste – varsinkin silloin, kun johonkin asiaan on jo ottanut kantaa. Haaste on suuri siksi, että ihmisellä on taipumus samastaa itsensä siihen, mitä hän sanoo. Jos joku vastustaa sinun esittämäsi ajatusta, hän vastustaa sinua. Ajatuksen hylkääminen saattaa tuntua siltä, että hylkää samalla itsensä. Järkähtämättömät kannanotot ovat kuin kiviä dialogivirrassa: niistä muodostuu patoja.

Pitkässä hoitosuhteessa yksittäinen potilas tulee tutuksi ja sitä kautta voi pikku hiljaa oppia ymmärtämään tämän ajatuskulkua ja ymmärtää, että miten tämä on johonkin johtopäätökseen tullut. Toisen ajatuksia ei voi lukea. On aiheellista niin asiakkaan kuin hoitajan kannalta. Silloin ajatusten virta rauhoittuu. Silloin hoitaja pääsee ymmärtämään potilaan syötön ja pystyy sulkemaan haitalliset asiat ulkopuolelle.

Kuuntelen. Melko kauan olen hiljaa. Katselen, että missä mennään. Ilmoista voi aluksi alkaa puhumaan. Pikkuhiljaa aletaan hakemaan siinä jotakin yhteistä, että mitä tuosta oikein tulee. Toisia haukkumalla ei kuitenkaan lähdetäisi liikkeelle.

Jotta dialogi olisi menestyksellinen, meidän pitää oppia odottamaan. Meidän pitää oppia höllentämään otetta ja saamaan perspektiiviä siihen, mitä prosessissa tapahtuu.

Aikaa pitäisi aina olla. Se on loistojuttu. Jos annetaan aikaa, niin syntyy jotain uutta. Jotain on aina muhimassa. Ajan antaminen on kuin työkalu.

Laitoin illalla ajatukseen. Aamulla minulle oli sitten kaikki selvää.

Ajan mittaan tapahtuu myös luonnollista paranemista sille suotuisassa ympäristössä.

Toinen sairaala laittoi aina meille hankalat potilaat. Me sanottiin, että me ei oteta. Sitten sanottiin, että se on sen ja sen osaston potilas. Siinä asiassa henkilökunta oli samaa mieltä. Meille tullessa potilaan asiat oli kuitenkin jo monesti soviteltu ja tilanne rauhoittunut. Hankalaksi leimautuneelle ihmiselle saattaa hoitaja olla ensimmäinen ihminen, jolle voi

avautua. Se voi nöyryä: ”Minun ei tarvitse pitää tätä roolia yllä. Minun ei tarvitse olla nyt sellainen.”

Minun entinen potilas sanoi nyt, että on tullut kuntoon hoidosta huolimatta. Sen jälkeen kun sai alkaa itse päättämään asioistaan. Käy nyt puu- ja savipiirissä, on kirjoittanut yleisönosastoon kirjoituksen, laihduttanut. Löysi itse terveystiedosta ohjeen miten laihdutaan.

Jos potilas ei opi luottamaan omaan ajatteluunsa, hän voi pitää hoitajaa auktoriteettina ja sulattaa hänen ajatuksensa sellaisenaan, sitä mitenkään kontrolloimatta. Tällöin oppimista ei tapahdu, vaan asiakas on jäänyt omien ennakkoluulojensa vangiksi niitä mitenkään kyseenalaistamatta.

Jos päättelee, niin asian käsittely voi olla hyvin teoreettista. Menee jonkin opitun kaavan mukaan. Minä ajattelen, että kaikkien henkilökohtainen panos on aika vahva siihen, mitä tapahtuu.

Potilas voi sanoa, että jos hän tekisikin näin, toisin, siten kuin on itse huomannut, että se auttaa häntä.

Mönkkösen (2018) mukaan kantaansa ei kannata esittää liian nopeasti, vaan pyrkiä saamaan asiakas itse määrittämään huolensa omin käsittein. Kun työntekijä maltaa odottaa asiakkaan osallistumista, hänelle avautuu luontevia tilaisuuksia punoa omat näkemyksensä asiakkaan ajatuksiin. Liian nopea puuttuminen potilaan ongelmiin saattaa lukkiuttaa tilanteen, kun potilas saattaa yrittää muodon vuoksi selviytyä tilanteesta kaunistelemalla tilannettaan tai kertomalla vain yleisesti hyväksytyjä asioita. Tällaisessa tilanteessa on tärkeä ymmärtää dialogisuuden idea: tieto ja ymmärrys rakentuvat tapaamisen kuluessa yhdessä asiakkaan kanssa. (Mönkkönen 2018, 114–115.)

Kyllä mää sanon, mutta pallottelen viimeiseen asti. Ajattelen että sen pitäisi tulla luonnollisesti jossain tilanteessa.

Saattaa tulla murroskohta, kun tilanne lähtee menemään uuteen suuntaan.

Joskus sivuaskelen ottaminen onnistuu. Minusta asiasta poikkeaminen on hedelmällistä. Asiat loksahda ajallaan kohdalleen. Asiat hakevat aikansa muotoaan.

Joskus asiakas voi tullessaan olla niin täynnä kaikkea, että asiat vyöryvät voimalla ulos. Usein on parempi antaa sen tapahtua. Joskus taas välitön rauhoittaminen on parasta. Jos asiakkaan kertomuksessa nousee esiin asioita, joihin haluan palata tai pysähtyä, voin keskeyttää ja kysyä; ”Sanoit tuossa äsken...”, palataan vielä...”, haluaisin vieläkin...”, jne. Joskus joutuu useamman kerran palaamaan omasta mielestä tärkeään asiaan, vaikka toinen haluaisikin sivuuttaa sen nopeasti. Jos asiakas ei halua tai ole vielä valmis käsittelemään asiaa, voi sopia, että siihen palataan seuraavalla kerralla tai jotain muuta.

Adam Grantin (2017) mukaan viivästely on pahe, kun on kyse tuotteliaisuudesta, mutta se on hyve luovuudelle. Grantin mukaan luovan ei kannata kiirehtiä, sillä luovuus vaatii aikaa. Parhaimpaan lopputulokseen pääsevät kohtuulliset viivästelijät. Liika kiire puuduttaa elämäämme, jolloin mihinkään ei ole aikaa keskittyä, eikä minkään ole aikaa jalostua. Työskentely sinänsä on aloitettava ajoissa. Viivyttely tarkoittaa nimenomaan sitä, että asiaa on mahdollista käsitellä mielen perukoilla riittävän kauan.

5.5 Symmetrinen osallistuminen

Perinteinen psykiatrinen hoito oli yksipuolista vaikuttamista potilaaseen. Potilaan mukaan ottaminen hoitoprosessin suunnitteluun on suhteellisen uusi ilmiö. Perinteisen mallin vaikutukset ovat kuitenkin edelleen nähtävissä psykiatrisen hoitotyön asenteissa ja käytännöissä.

Ei uskota että kun alkaa paranemaan. Sanotaan: ”Se ei yhtään pidä kiinni meidän järjestyksestä. Ei pärjää meidän hoito systeemissä”. Se tarvitsee lisää lääkettä.

Eräs haastateltava kertoi vuosikymmenten takaa ensimmäisistä kokemuksista hoitotyön kehittymistä kohti potilaan huomioimista yksilönä ja oman hoitonsa aktiivisena vaikuttajana.

Irja Vuorela oli saanut Amerikasta vinkkejä, että aletaan pitämään ryhmiä. Se oli vähän outoa, koska silloin vielä kaikki tehtiin potilaitten puolesta. Röykän sairaalasta tulin Irjan opista, ja aloin pitää ryhmää pienessä ruokasalissa. Ovi piti pitää kiinni, etteivät potilaat karkaa. Sitten muutettiin sitä sellaiseksi, että se oli niin kuin kahvila. Ryhmä alkoi siitä sitten pyörimään ja ne potilaat alkoivat tykätä. Kaikki olivat tottuneet siihen, että potilaat makaavat sängyssä, eikä niiltä vaadita mitään. Sitten aloimme kysymään niiden mielipidettä. Sitä vastustettiin.

Mönkkösen (2018, 108) mukaan ammatillista asiakastyötä koskevassa keskustelussa tapahtui parikymmentä vuotta sittennäkökulman tärkeä muutos. Tällöin siirryttiin asiakkaan ongelmien luokittelusta asiakassuhteen vuorovaikutuksen analysoimiseen, jolloin myös työntekijöiden toimintatavat tulevat arvioituiksi. Päämääräksi nostettiin neuvottelusuhte ja jaettu asiantuntijuus, joissa vastavuoroisuus on määräävä periaate. Dialogisen vuorovaikutuksen olennainen elementti on vastavuoroisuus, jossa jokainen osapuolista pääsee luomaan tilannetta ja vaikuttamaan vuorovaikutuksen kulkuun. Asiakassuhteessa tämä tarkoittaa, että suhde nähdään molemminpuolisen ymmärryksen rakentumisena, jossa ei edetä yksin työntekijän tai asiakkaan ehdoilla.

On tärkeää sanoa sanottavansa, vaikka se olisi kuinka vähäpätöinen. Jos omaa asiaa ei voi sanoa julki. Ei voi antaa sitä panosta, mikä olisi annettavana. Silloin on niin kuin tarkkailija.

Ihminen ihmiselle. Ei voi olla avoin, jos ei tunne vertaiseksi. Eikä ole luottamusta. Ei sellaista, että ”minä olen vain maan matonen” tai sitten, että ”olen paljon parempi, ei minun tarvitse tuolle puhua”.

Nykyään yhteistyösuhteen luominen koetaan tärkeäksi osaksi hoitotyötä. Haastatelluilla hoitajilla oli käsitys, että osallistuminen ja sen kehittyminen on osa hoitoprosessista.

Monesti sitten kun homma on ohi, olen koonnut porukan ja jokainen on saanut sanoa sanottavansa. Yleensä ne ovat hiljaa. ”Ihan kiva”, voi joku sanoa. Tätä mahdollisuutta tulisi kuitenkin tarjota. ”Nyt on mahdollisuus sanoa”. Joku voi sanoa, että en vielä pysty tällaiseen. Prosessi jatkuu. Ohjaajan tulee luottaa, että kyllä tämä tästä seuraavaan kertaan. Ihmisten kanssa työskennellessä voi kuitenkin tapahtua mitä vaan.

Minä annan tilaa. Kuuntelen potilasta. Siinä on jokin alkuepisodi. Luottamuksen herättäminen. Kun asiakas avautuu ja alkaa kertomaan, niin siltä hoitajalta, joka on asettunut samalle viivalle, voi saada ymmärrystä.

Yhteistyön ja yhteen puhaltamisen kulttuurin luominen koetaan kuitenkin haastavaksi potilaille, mutta aiheuttaa epävarmuutta myös hoitajissa.

Se on kyllä vaikeaa, että miten ne saadaan osallistumaan. Siinä on se yhteinen kiinnostus. Miten psykiatriset potilaat heti jaksaa kiinnostua? Miten mää käsittelen?

Onko siinä se pelko, että tulee liikaa informaatiota ja se hajoaa. Osaanko minä? Mitä siinä pitäisi osata? Olenko minä tarpeeksi hyvä?

Symmetrisen osallistumisen syntymiselle oli apuna ryhmän vetovoima. Potilaille on antoisaa kuulla toistensa kokemuksia. Jotkut ovat pitemmällä omassa prosessissa kuin joku toinen. Selviytymistarinat auttavat luottamaan omaan selviytymiseen.

Ryhmässä on jokin voima, että, kaikki voimat jotenkin kerääntyy yhteen. Päämäärä on tärkeämpi kun se keino miten sinne pääsee. Jos on kauhean ohjattu, niin silloin ei varmasti sano sitä, mitä haluaa sanoa. Sitä jännittää. Irjan kanssa oli niin että istuttiin vaan hiljaa. Se pitää jotenkin herättää. Syöminen ja kahvi, kahvi on se kielet kirvoittava voima. Piirrellä ja näplätä. Puhelimen näprääminen vie ajatukset jonnekin muualle.

Tulee ryhmään, niin voi olla niin kuin yks meistä.

Dialogisen toimintaotteen perusajatuksena on se, että kaikki, jotka tulevat tilanteeseen, tulevat sellaisena kuin he ovat, saavat olla kehitteillä ja keskeneräisiä kaikin tavoin. Ohjaajan tehtävä on saada dia-

loginen hetki joukossa syntymään. Se tarkoittaa sitä, että kaikki innostuvat yhdessä rakentamaan uutta tietoa ja toimimaan tavoitteellisesti. (Aarnio 2014.)

Jokainen saisi sellaisen roolin missä se on vahvin. Kaikkien ei tarvitse tehdä samalla lailla. Toinen on parempi toisessa. Jokainen löytäisi oman juttunsa. Päämäärä on kaikille sama.

Dialoginen yhteisö rakennetaan käyttämällä dialogisia menetelmiä. Niiden avulla päästään kiinni omaan toimintaan ja siihen, mitä omassa toiminnassa olisi kehittämistä. (Aarnio 2014.) Dialoginen toiminta vähentää uhan ja lisää palkitsevia kokemuksia ryhmän työskentelyssä. Se varmistaa kaikkien ihmisarvoltaan samanarvoisen statuksen, takaa kunnioittavan suhtautumisen, antaa oikeuden oman ajattelun ilmaisemiseen, takaa klikkiytymisestä vapaan osallistumisen tavalla, joka on vilpittöntä ja vastavuoroista jakamista. (Aarnio 2014.)

Jos asiakas ei puhu, niin herättelen kysymyksillä, tiedustelen, mitä hän toivoo, haluaa, toiminnalliset keinot ovat hyviä, piirtäminen, värittäminen, kirjoittaminen, kortit jne. Pyrin huolehtimaan ettei ole kummankaan yksinpuhelua, mutta asiakas on pääosassa ja saa tarvitsemansa tilan ilmaista itseään.

Omalla esimerkillä on suuri merkitys. Vihamielinen lähestyminen totta kai vaikuttaa potilaan asennoitumiseen tilanteeseen. Pitää pystyä olemaan esimerkillinen, jotta potilaalla olisi motivaatiota pyrkiä terveyteen. Minulla on tapana esimerkiksi perhetapaamisissa vetää asioita omiin kokemuksiin. Vaikka, kun puhutaan lasten hoito tai perhetilanteesta. Sitä ikään kuin ohjaa asiaa kohti normaalimpaa ilmiötä, kuin että kyseessä olisi sairaaloinen ongelma tai joku tautitila.

Luottamuksen vaikuttaa syntyvän vain yhteisten kokemusten pohjalta.

Osallistumista voi herätellä kysymyksillä ja toiminnallisilla menetelmillä sekä käyttämällä hyväksi ryhmän terapeuttisia vaikutuksia: Samankaltaisuuden kokeminen, mallioppiminen, toivon ja taitojen herättäminen. Kun lähtee toiseen ympäristöön, niin se vaikuttaa. Jos tämä haastattelu tehtäisiin ulkona, niin tästä tulisi toisenlainen. Esimerkiksi tällä osastolta voi lähteä retkelle luontoon koko illaksi, niin se antaa uusia ajatuksia. Tämän osaston tulee tukea järkevää suhtautumista elämään. Täällä on luonnollinen rytmi: Aamupala, päiväkahvi ja iltapala. Se on monille tuttua lapsuudesta. Hoiva huolenpito auttaa. Uudessa ympäristössä vastahakoinenkin tyyppi saattaa muuttua ihan toiseksi. Esimerkiksi perheleirillä meillä saattaa kehittyä uskomaton ilmapiiri, kun ollaan luonnossa, käydään metsässä, meren rannalla ja syödään yhdessä, pidetään ryhmiä välillä.

5.6 Työryhmän dialoginen toimintaote

Yhteinen toiminta tapa ja sovitut pelisäännöt ovat perinne psykiatrisessa hoitotyössä. Ammatti-ihmisten yhteistyöstä on säädetty jo lailla ja asetuksilla. Kuitenkin Seikkulan & Arnkil (2009) mukaan mielenterveystyössä työskentely on ollut liian asiantuntijakeskeistä, jolloin yhteistyön kannalta työskentely on epäonnistunut. On saatettu lukea papereista, mitä asiakkaalle kuuluu, jota useat läsnäolijat eivät ole aiemmin tavanneet ja päätetty ammattilaisten kesken, mikä hänelle on parasta Tällainen itseä koskeva – usein ongelmiin keskittyvän - kuvauksen kuuleminen voi olla asiakkaalle musertava. (Seikkula & Arnkil 2009, 6.)

Kaikki piti olla ihan justiin. Se kaikki on sitä oman minän hallintaa. Siivottiin koko ajan, ettei hulluus tartu. Kyllä tässä on ollut paljon potilaan alistamista.

Onko se valta kysymys? Valta otetaan mielellään, eikä sitä mielellään luovuteta. Sanoetaan, mitä sun pitää tehdä, milläkin kellon lyömällä. Saiko ennen potilaat kirjoittaa edes kotia? Jos ne kirjoitti pöhlöjä, niin ne kirjeet laitettiin roskeen.

Kenenkään ei tarvitse tehdä samalla lailla kuin minä, mutta osastolla vaaditaan usein sitä. Kerran yhdellä osastolla ei saanut astua kynnykselle. Papatkin alkoivat jo huoneen puolesta välistä asettamaan askeleet siten, että askel passaa.

Usein hoitotyön toiminnan takana ovat sitä säätelevät lait ja ohjeet, perinteet, turvallisuus näkökulmat, joita hoitajien on noudatettava. Pääsääntöisesti myös potilaat ymmärtävät nämä hoitotyötä säätelevät säännöt.

Aika paljon asiakkaat tajuaa, että tämä on näin, täällä on se joo ja järjestys. Tämä päihdepuoli on aika mukava siinä. He ovat tolkkua ihmisiä, eivätkä ne ole tyhmiä. He ovat tulleet hakemaan apua ja täällä hyvin harvoin on sellaista huonoa käytöstä.

Jotkut tulevat sillä lailla, että ”mulla on ongelma, hoitakaa minua” varsinkin nuoret tai ensi kertalainen, pariskunta. Ajatellaan, että tapaan potilasta ensimmäistä kertaa. Hän kertoo tilanteestaan ja minä kerron vaihtoehdot. Yritetään muodostaa yhteinen mielipide, mutta jos tulee ristiriitaa, niin sanon, että emme voi tuolla lailla päättää. Sitten asian voi viedä lääkärille päätettäväksi. Rahakin ratkaisee. Olennaista on, että asiakasta kuullaan. Joskus voin sanoa suoraan, että ei onnistu.

Työlle toivotaan yhteistä perusnäkemystä, johon kaikki voisivat vaikuttaa ja jonka kanssa kaikki voisivat toimia.

Kaikkien ei tarvitse olla samaa mieltä, mutta yhteisen päätöksen takana pitäisi pystyä seisomaan ja sitoutumaan siihen.

Hoitotyössä olisi kuitenkin tarkoitus mennä yhteen suuntaan.

Usein hoitotyössä joudutaan tekemisiin erilaisten mielipiteiden, näkemysten ja tilanteen tulkitsemisen kanssa. Nämä saattavat aiheuttaa ristiriitoja työryhmässä, jotka yleisesti koetaan vaikeina.

Voi paljon vaikuttaa se, mikä on hoitajan oma tilanne. Jos hoitajaa stressaa jokin oma kokemus, niin se stressaa enempi, kun lähellä on oma haavoittuvuus.

Tiimityössä on nämä moniammatilliset työryhmät, erikoisosaamista. Siinä on vaara, että esimerkiksi perheterapeutti puhuu omaa erikoiskieltä, lääkäri, psykoterapeutti, sosiaalityöntekijät omaansa. Yhteistyö on mahdollista, mutta on konfliktialtis. Keskeytetään helposti toisemme. Nähdään asiat vain omasta näkökulmasta. Siinä on hyvääkin, mutta jotain voi jäädä huomaamatta. Syntyy helposti valtataistelua, että kenellä se valta on. Se, että ketä katsotaan ja kuunnellaan. Voi olla, että jonkun ohi voi katsoa ja osoittaa, ettei ole ollenkaan kiinnostunut.

Esimiehenä tunnistan, että jotkut työntekijät toimivat tietynlaisissa tilanteissa aina samalla tavalla esimerkiksi itse provosoimalla tilannetta. Minusta asiaan puuttuminen on esimiehen tehtävä. Asian voi ottaa puheeksi kehittämiskeskustelussa. Siinä pitäisi olla taitava ja asettaa sanansa oikein. Työntekijöille arvostus on herkkä kohta.

Omat ehkä yleisestä mielipiteestä eroavat näkemykset koetaan tärkeiksi ja näiden arvosteleminen saatetaan koeta henkilökohtaisena uhkana.

Tunteita ei voi jakaa kaikkien kanssa. Tunteista puhuminen on herkkä alue, koska se voi paljastaa itsestään jotakin, mitä ei haluaisi. Silloin jotakin voi särkyä. Pitää olla tarkka siitä mistä ja mitä puhuu.

Jos ryhmässä sovitaan jotain, niin se tuki on sitä, että toimitaan sopimusten mukaan. Joskus se puuttuu. Silloin on aika yksin. Syynä voi olla, että asia jota käsitellään saattaa herättää työryhmässä ahdistavia ja ristiriitaisia tunteita.

Erimielisyyttä on vaikea ratkaista työryhmässä. Ei se sillä muutu, että toinen taipuu. Työstä pitäisi kaikilla olla sama näkemys.

Omia mielipiteitään puolustaessaan työntekijät saattavat hoitajat langeta fiksun puhumisen ansaan. Kosken (2008) mukaan tämä tarkoittaa sitä, että puhuminen on silloin itseisarvo, eikä enää toimintaa ja päätöksentekoa tukeva toiminto. Hoitajat panostavat silloin puhumiseen, lipevät työstä kuulostamalla fiksuilta ja näyttelemällä tekemistä. Sen sijaan, että he todella olisivat fiksuja, tekisivät ja ajattelisivat enemmän. Usein fiksun puheen idea ymmärretään väärin. Ajatellaan, että fiksuja ovat ne, jotka analyttisesti ja heti pystyvät osoittamaan puutteita ja heikkouksia siitä, mitä toinen sanoo. Suomessa on arvostettu tällaista kyynisyyttä. He ovat näykkijöitä ja nälviöitä. Perinteisesti heidät on mielletty realisteiksi, jotka pitävät systeemiä pystyssä.

Onko paljon sellaista kateutta? Jos on vaikea asiakas ja joku pääsee lähemmäksi kuin toinen. Taitaa kyllä olla just sairaaloille muutenkin ominaista. Ei siinä ole aihetta kateuteen, kun ollaan yhdessä menossa eteenpäin.

Minä teen tämän työn niin hyvin kuin minä vain osaan. Jos on narusta kiskoja, niin se on niin kuin politiikkaa. Näitäkin löytyy joka paikasta näitä narusta kiskoja.

Kosken (2008) ihmiset saattavat verrata itseään koneisiin, jotka pystyvät salaman nopeasti prosessoimaan tietoa. Kannanottaminen ja sen muovaaminen siihen muotoon, että sitä voi tarjoilla muille keskustelun lähtökohdaksi kestää kuitenkin aikansa eikä aina synny tässä ja nyt. Dialogisuuden toteutuminen tarkoittaakin, että työryhmässä tulisi oppia kestämaan hiljaisuutta, ymmärtämään ajatusten epätäydellisyyttä ja sietämään keskeneräisyyttä.

Jos työyhteisö ei pysty antamaan tuke omalla työntekijälleen. Ei tule tulosta. Käy niin kuin politiikassa, jossa kaikki tappelee keskenään. Ei siinä ajatella yksilöä. Negatiivisuudella tukitaan suut.

Hoitoyhteisössä on ristiriitoja. Joku on verrannut sitä politiikkaan.

Olemme opetelleet toisenlaista keskustelua, joka ei ole dialogista, vaan kulttuuri on suosinut monologiaan perustuvaa vuorovaikutusta. Tästä saamme jatkuvasti mallia esim. poliittisista väittelyistä. Ihmissä on kuitenkin luonnostaan olemassa dialoginen valmius, halu keskustella toisten ihmisten kanssa. Dialogisuus vaatii kiinnostusta toiseen ihmiseen, mutta myös omaan toimintaan ja se havainnointia, omien sokeiden pisteiden havaitsemista ja kehittämistä. Dialogisten valmiuksien saaminen vaatii harjoittelua ottamalla tuntumaa dialogisuuteen ja toiseen ihmiseen. (Aarnio 2014.)

Työntekijöillä oli asenne, että me ollaan huonoja, me ei osata mitään; meitä potkitaan päähän.

Väistämättä työssä tulee eteen epävarmuuden hetkiä, jolloin kaikki tarvitsevat työryhmän tukea.

Ei kukaan yksinään pärjää tässä työssä. Kyllä työyhteisön tukea tarvitaan. Tämä on ryhmätyötä.

Jos on epävarma, niin silloin on ryhmän tuki tosi tarpeen. Auttakaa, mitä minä nyt teen. Pakostakin sitä tulee. Se, että sietää sitä.

Epävarmuuden jakaminen on luonnollista. Työkaverille voin sanoa reilusti, jos ei ole työkaluja johonkin tilanteeseen.

Kokonaiskuvan ja uuden ymmärryksen luominen tarkoittaa jokaisen osallistujan ajatuksen mukaan ottamista ja vaatii kaikkien osallistujien ajatusten kuuntelemista. Ei vain yhden tai muutaman keskeisen osallistujan. Myös esiin tulevat epätäydelliset sanomiset vaikuttavat jokaisen ajatteluun, olipa se rakentavaa tai ei. Tullessaan keskusteluun ihmisillä on yleensä erilainen ajattelun sisältö, jota ihminen pystyy kuvaamaan vain sanajonojen avulla. Nämä sanajonot kuvaavat ihmisen ajattelua, ja niistä tulee olla kiinnostunut. Kokonaiskuva sisältää yleensä aukkoja ja myös nämä tulisi löytää. Osallistujat ovat usein erilaisella motivaatiolla mukana. Kaikkien mukaan motivoiminen vaatii kaikkien kääntymisen asiaa kohti. Tavoitteena on rakentaa ryhmän yhteinen tuotos. (Aarnio 2014.) Isaacsin (2001, 39) mukaan dialogi on keskustelua, jossa on ja jossa ei valita puolta. Energia pitää suunnata näkemyseroista johonkin sellaiseen, mitä ei ole vielä olemassakaan.

Hoitotyössä on tärkeää toisen kuunteleminen ja kompromissien tekeminen. Kyllähän se on koulutuksen juttu tämä avoimuuden opetteleminen. Eri näkemysten esille tuominen rikastuttaa hoitoyhteisöä.

Asioita hoidetaan tiiminä keskustelemalla työryhmän kanssa. Mitä mieltä olet? Miten päästäisiin eteenpäin? Raportilla nousee asioita ja ratkaisuja esiin.

Hoitoyhteisössä tavoitteena on potilaan hyvinvointi, teatterissa hyvä esitys. Pelissä voitto.

Työssä on ensi sijaista pohtia ja puhua niistä sitten työryhmässä. Se ei tule itsestään, vaan sitä pitää opetella. Kaikkihan me teemme virheitä. Se mahdollistaa pohdiskelun, uuden oppimisen ja kehityksen.

On selvää, että emme aina ymmärrä toisten ihmisten logiikkaa, olivat he sitten asiakkaita tai ammattilaisia, ja turhaudumme, kun emme tavoita toisiamme. Erilaisista näkemyksistä huolimatta dialogia pelkäämätön ammattilainen jatkaa sitkeästi matkaansa yhteisen ymmärryksen rakentamiseen kunnes uusi yhteinen alue alkaa vähitellen hahmottua. (Mönkkönen 2018, 144.) Puhumisen ottamisen käytännön tavaksi koetaan työpaikan ilmapiiriä helpottavana asiana.

Tunnelmasta puhutaan. Siitä, että välillä on helpompi hengittää. Puhumattomat asiat tekevät sen ahdistavan tunnelman. Tunnelma ei puhumisen jälkeen enää ole semmoinen kysymysmerkki, eikä pelkästään omassa päässä, vaan jaettu. Puhumisen avulla asiaa on helpompi ymmärtää, kun siihen tulee uusia ulottuvuuksia. Kun asia on vain omassa päässä, niin se kasvaa niin suureksi, että se nujertaa. Niin kuin lumipallo, joka aiheuttaa lumivyöryn ja se kuluttaa henkisesti. Mitenkään muuten ei pääse eteenpäin, muuten kuin ottaa sen asian keskusteluun.

Mielestäni se, että kertomalla toiselle ja kuuntelemalla omaa puhettaan, tulee pikku hiljaa tietoiseksi oman mielen sisäisistä asioista ja kun asiat jäsentyvät mielessä, myös toiminta muuttuu.

On hyvän työryhmän merkki, kun voi pyytää ja saa apua. Psykiatrinen hoitotyö tarvitsee työryhmän. Työnohjaukselliset elementit ovat siinä mukana. Vaatii työntekijältä nöyryyttä, että voi olla ihmeissään ja taidon tukeutua työtovereihin. Jos on itseriittoinen voi menettää paljon työn sisällöstä.

Epävarmuuden jakaminen on luonnollista. Työkaverille voin sanoa reilusti, jos ei ole työkaluja johonkin tilanteeseen.

Kun tehdään töitä ihmisten kanssa, on tärkeää huolehtia omasta henkisestä hyvinvoinnista. Jos olemme kuormittuneita, kohtaaminen on hätäisempää, kuulemme asioita vain puolittain, emmekä oikein jaksu selvittää, mistä asioista on todella kyse ja mitä ihmiset todella tarvitsevat. Jokaisen on tärkeä löytää omia keinoja rauhoittaa mieltä kiireen ja kaiken informaation keskellä sekä pyrkiä kohdentamaan tekemisiään järkevästi. Työyhteisöllä on tärkeä merkitys työssä jaksamisen kannalta, ja paras vertaistuki löytyy usein kollegalta. Ulkopuolinen asiantuntija auttaa kuitenkin kysymään uusia kysymyksiä ja katsoo tilannetta eri perspektiivistä kuin työtoveri. (Mönkkönen 2018, 198.)

Jos ei pysty puhumaan siitä ahdistuksesta, mitä potilaskertomukset herättää se heijastuu omahoitajasuhteeseen. Samanlaiset prosessit. Joskus voi olla, että hoitaja joutuu ottamaan vastaan sellaista, mitä työryhmä ei pysty jakamaan. Jos työryhmä on kyvytön, niin mikä on se areena? Ajattelisin, että työnohjaus. Tunteiden käsittelemättömyys synnyttää heijastusvaikutuksia potilastyön suuntaan. Auttamistyö jää silloin pinnalliseksi.

Vapaille assosiaatioille olisi tärkeää olla aikaa. Jos ne ovat vielä semmoisia positiivisia, niin ne vapauttavat työryhmää samaan. Mielikuvitus on positiivista. Negatiiviset mielikuvat saattavat jäädä ruokkiin itseään ja jos ne jää sisälle tulee pahalle tuulelle.

Yksinpuhelu, asioiden pohdiskelu ääneen ja sen hyväksyminen kertoo hyväksyvistä ilmapiiristä työpaikalla. Voidaan sanoa, että kyetään dialogiseen vuorovaikutukseen, ihmisessä täytyy olla valmiina tai ainakin tietynlainen taipumus ääneen ajatteluun. Kaikki eivät tähän kykene tai se voi olla hyvin hankalaa.

Yksinpuhelu kertoo turvallisuuden tunteesta ja työyhteisön hyvästä ilmapiiristä. Se kertoo myös ammatillisesta identiteetistä ja kypsyydestä. Se voi olla kulttuurin muutos osastolla, kun joku semmoisen ensimmäisenä aloittaa. Omista mielikuvista keskusteleminen on keskeinen työkalu. Se jäsentää työntekijän käsitystä esitietoisesta kohti tietoista käsittelyä. Ei tarvitse tietää, vaan puhua siitä mistä on jotain hajua tai tuntumaa. Siihen pitää olla lupa ja suosia sellaista. Kritiikki estää sitä. Kritisoidaan sitä, jos joku puhuu hassuja.

Esimiehen ei aina tarvitse olla tilannejohtaja. Esimiehen tulisi olla herkkä ja antaa alaisilleen tilaa. Hedelmällisintä on, kun palaveriin mennään ja ihan rauhassa asetutaan paikalle. Kun on aikaa, niin voidaan puhua siitä, mistä ihmiset haluaa puhua, niin puhutaan siitä. Paljon enempi meillä nykyään on sitä, että ihmiset puhuvat. Ajan mittaan on tullut siinä kehitystä. Yksi ihminen ei voi tietää kaikkea. Palaverin vetäjän tehtävä on huolehtia siitä, että jokaisella on mahdollisuus sanoa mielipiteensä. Osastonhoitajan tehtävä on kysyä jo etukäteen. Ei se ole se, mikä on se asia, vaan se on sen vuoropuhelun aloittamista.

Hyödyt dialogisessa toiminnassa on se, että silloin toiminnasta tulee tehtäväsuuntautuneista ja tavoitteellista, koska silloin jokainen osallistuja ymmärtää, että hänen täytyy olla aktiivinen, sitoutunut, vastavuoroinen, toisia kunnioittava ja olla vuorovaikutuksessa. Silloin ollaan myös asioiden kanssa tekemisissä, eikä sen mitkä ovat taustalla vaikuttavat ryhmädynaamiset ilmiöt (valta, arvot, tunteet, kommunikaatio) kanssa, jotka usein aiheuttavat yhteisössä ristiriitoja. Kun toiminnasta tulee tehtäväsuuntautunutta päästään yksilöllisesti, että kollektiivisesti parempiin tuloksiin. (Aarnio 2014.)

Jonkun verran pohdiskelen asioita ääneen. Vaikka, että ”minä ajattelin tällaista juttua” tai ”olisiko hyvä” jne. Se on hyvä keino saada työkavereilta palautetta omille ajatuksille. Palautteesta saa joko vahvistusta tai ihan uuden näkökulman, Sitten voi taas keskustella eteenpäin. Usein punniskelen vaakakupissa kahta asiaa, että kumpi olisi järkevämpi.

Asioiden sanominen ääneen on tapa keskustella. Ei tarvitse olla lopullinen vastaus, se mitä sanoo, vaan sen pohdiskelua, miten pääsisi paremmin yhteisymmärrykseen. Asia voi muuttua, kun yhdessä pohdiskelee. Se voi saada uusia ulottuvuuksia.

Kosken (2008) mukaan parhaimmat ideat organisaatioiden kehittämiseksi syntyvät roolittomista, näennäisen tehottomista, vapaista, tasa-arvoisista, soljuvista keskusteluista, joita syntyy itsestään kahvihuoneessa. Tällöin ei ole kiire minnekään, muka tärkeämpiin hommiin ja voi keittää toisenkin pannun kahvia. Rauhallinen ilta, kun keräännytään potilaiden kanssa iltapalalle luo itsestään puitteet leppoisaalle juttelulle. Tällaista keskusteluryhmää ei tarvitse etukäteen järjestää.

5.7 Uuden tiedon muotoutuminen

Erilaiset ajatukset, uusien ajatusten viriäminen on myös psykiatrisessa työyhteisössä ja jokaisen työntekijän henkilökohtaisella tasolla jatkuva prosessi.

Jokainen asiakas opettaa minua. Koskaan tässä ei ole sata prosenttisen valmis. Muisteltiin tuossa vanhoja. Sieltä kolmenkymmenen vuoden takaakin mulla on jotakin oppia mukana, mutta vieläkö en ole valmis. Ihmisten ja tilanteiden kohtaaminen on aina uusi tilanne. Yhtään samanlaista ei ole. Osastohoidossa päivät olivat niin kuin puuta.

Eri tavalla tekeminen on ikuisuus kysymys. Yhtenä syynä voi olla hoitajien omat erilaiset ajatusmaailmat ja erilainen historia. Hoitajien sanotaan elävän osastolla omaa lapsuutensa elämää.

Luotan omanintuitionsi, jonka pohjalta ennakkokuva nousee. En kuitenkaan halua takerua siihen, vaan muuttaa asennoitumistani tarvittaessa.

Dialoginen tiedon yhdessä luominen ei sovi, jos halutaan, että jokin toiminta suoritetaan juuri tietynlaisella tavalla; Lukkoon lyödyt pelisäännöt ja toimintatavat. Dialogista tapaa voi kuitenkin käyttää myös eksaktin, tiedon käsittelyssä. Tällöin lähtökohta on se, miten tietoa lähestytään tai miten sitä sovelletaan käytäntöön. (Aarnio 2014.)

Nämä lääke ja lakiasiat on semmoisia, että kaikkien pitää tehdä ne samalla lailla. Yksilöllisissä hoitosuhteissa jokainen tekee sitä mitä haluaa.

Monesti tulee semmoista, että ei noin, sinun on tehtävä just näin. On ryhmä ja henkilötöiden ohjauksia, että saisi vinkkiä siitä, että olisi kuitenkin oikealla polulla. Kyllä tuo työnohjaus on se paikka.

Dialogiseksi voidaan kutsua tilanteita, joissa todella avautuu kokonaan uusia perspektiivejä. Kyky kohdata tuo avoin, tuntematon ja määrittelemätön tilanne edellyttää yhteistoimintaa ja sen tuomaa turvallisuutta heittäytyä uusiin epävarmuuden tiloihin. (Mönkkönen 2018, 119–120.)

En usko, että on absoluuttista totuutta. On erilaisia lähestymistapoja siihen liittyen. Totuus lienee erilaisten näkökulmien summa.

Oma mielipide voi muuttua, jos toinen pystyy perustelemaan hyvin. Sitten, jos mietin paljon asiaa niin ja näin. Mietin monelta kannalta. Asia itsessäänkin voi ajan kanssa muuttua ja toinen mielipide alkaa vaan tuntumaan järkevältä. Asiat eivät läheskään aina ole sitä, miltä ne aluksi näyttää.

Itse toivon luovuutta ja uudenlaisia näkökulmia. Jokainen on vapaa ottamaan asiat vastaan niin kuin haluaa ja kokemaan vapaasti niihin mahdollisesti liittyvät tunteet. Teen mielelläni asiat eri tavalla. Rutiinien rikkominen avaa uusia näkymiä keskustelussa.

Uuden näkökulman löytäminen vaatii itsetuntemusta. Hoitotyö ja ihmisten kohtaaminen on henkilökohtaisen kasvun väline, mikä ajan mittaan ilmenee osana ihmisen sisintä, hiljaisena tietona.

Kokemus on merkittävää, hiljaista tietoa. Asiat, jotka tulevat kokemuksen kautta voivat olla vaikeita käsitellä teoreettisesti tai edes sanallisesti. Kokemukseen voi tietysti liittyä teoriaa, kollegoiden antamaa tietoa ja koulutuksen mukanaan tuomaa tietoa. Se kaikki muuttuu lopulta kokemukseksi. Ei voi aluksi tietää mikä potilasta auttaa. Tyypillisesti sanon, että minulla on tällainen kokemus asiaan. En sano tietäväni. Jos sanon tietäväni, niin sitä asettuu mestarin asemaan. Silloin sanoo tietävänsä potilaan elämästä enemmän, kuin potilas itse. Tiedän toki psykiatrisesta hoidosta, mutta täytyy pitää asiantuntijuus ja nöyryys sopivassa suhteessa.

Tapahtumat ovat vain tulleet elämäni, vaikka puoliakaan en olisi niistä halunnut. Niiden pohdiskelu on ollut se rikastuttava ja kasvattava asia. Raskaistakin asioista nousee uusia ajatuksia. Sitten raskas asia saa lieventäviä piirteitä ja se muuttuu. Hyväksikin. Se pakottaa muutokseen. Se on ihmisenä kasvamista.

Dialogisen työtteen edellytyksenä on, että työntekijä voi luottaa omaan asiantuntemukseensa sekä kokemuksiinsa, vähemmän ulkoisiin auktoriteetteihin. Niin kauan, kuin pidämme itsestään selvänä totuutena, että tieto on jossain meidän itsemme ulkopuolella, valmiina ja jonkun hallussa, toimimme myös tämän luulon mukaisesti.

Mitä paremmin tunnen itseni, sitä paremmin voin tiedostaa omat uskomukseni, ennakkokäsitykseni. Itselläni se tarkoittaa pyrkimystä jatkuvaan henkiseen kasvuun sekä työssä että työn ulkopuolella, omassa arjessa. Kohtaaminen on vuorovaikutusta, jossa molemmat tai kaikki voivat kasvaa. Hyvä itsetuntemus, kuka ja millainen minä olen, olenko sinut itseni kanssa, tiedostanko, tunnistananko omat uskomukseni, parantaa omaa erottelukykystä omista reaktiostaan, mikä on omaa ja mikä heijastusta, peilausta toisen tunteista. Jokaisessa vuorovaikutteisessa tapaamisessa piilee kasvun mahdollisuus ja siksi työ voi olla todella antoisaa ja sinällään palkitsevaa.

Pelkkään tietoon ei voi työntekoa perustaa. Paljon on kokemista jos pelkkään tietoon, niin se on melko kylmää. Se on sitä ”että tämä pilleri auttaa tähän vaivaan”. Oma elämysmaailma on tärkeää eli kaikki mitä on itse oppinut elämästä. Se on paljon laajempi käsite kuin se mitä on oppinut teoriassa.

6 OPINNÄYTETYÖN YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Miten dialogin avulla voidaan parantaa mielenterveysongelmista kärsivien nuorten hoitotyötä? Kuinka muuttaa hoitosuhdetta tasavertaisemmaksi, kasvatukselliseksi ja positiivisia kokemuksia herättäväksi ja kuinka lisätä nuorten omia vaikutusmahdollisuuksia omaan hoitoonsa? Sippolan (2016) ajatuksen mukaan myös psykiatrisessa hoitotyössä olisi lähdettävä ajatuksesta, että ei suunnitella asiantuntijalähtöisesti paperilla pitkälle omaan olettamukseen perustuvaa hyvää mallia uskoen, että näin tämä varmasti tulisi toimimaan, vaan asiakas on otettava mukaan toimintaan. Seikkula & Arnkil (2009, 29, 56) mukaan dialogisessa työotteessa ei kontrolloida vuorovaikutuskokonaisuutta, vaan tavoitteeksi tulee keskinäisen ymmärryksen luominen. Tällöin tapahtuu muutos potilaan oireissa ja käyttäytymisessä. Hoidon ensimmäiseksi tavoitteeksi ei tule potilaan muuttaminen vaan dialogin synnyttäminen. Ylipäänsä minkäänlaisen uuden ymmärryksen syntyminen ensimmäinen ehto on dialogin kehittäminen monologisen kielen sijasta.

Tämä opinnäytetyö on tarkastellut Helena Aarnion kehittämän dialogisen työotteen ilmenemistä psykiatrisessa hoitotyössä. Tässä työn kehittämisosiossa esitän tutkimuksen yhteenvedon ja johtopäätökset (KUVIO 3.) Aarnion (2014) mukaan dialogisten menetelmien siirtämisessä käytäntöön on kolme tasoa. Itsekseen harjoittelu siten, että oma toiminta on dialogista. Toinen taso on dialogisten tapojen upottaminen ryhmän toimintaan. Kolmas taso on, että koko ryhmä tietoisesti käyttää dialogisia tapoja.

Tässä työssä tarkastelen tuloksia työmenetelmänä potilaan ja hoitajan välisessä työskentelyssä (KUVIO 4.), työryhmän työskentelyssä (KUVIO 5.) sekä työyhteisön osaamisen kehittymisen välineenä (KUVIO 6.) Lisäksi sitä, miten tutkimustulokset soveltuvat opinnäytetyön kohdeympäristöön, oman työympäristööni, Nuorten psykiatrisen tukitalon toimintaan.

PYSÄHTYMINEN JA KESKITTÄMINEN

Läsnäolo ja avoin kiinnostus potilasta kohtaan. Potilaan hyväksyminen sellaisenaan. Yhteinen käsitys siitä, mikä on tilanteessa on olennaista. Tavoitteena on muodostaa asiasta yhteinen ymmärrys.

PUHEEN SANATARKKA KUUNTELU

Lähtökohta avun tarpeen arvioimiseen. Kuunteleminen vaatii työntekijältä aktiivisuutta: vuoropuhelua, jossa annetaan tilaa vielä rakentuvaan tietoon. Huomion kiinnittäminen seikkoihin, joka ovat avainasemassa potilaan selviytymiselle.

OMIEN ENNAKKOKÄSITYSTEN TIEDOSTAMINEN

Hoitotyö vaatii empatiaa, asioiden keskeneräisyyden ja epävarmuuden sietämistä. Työntekijä voi astua alueelle, jossa hänelläkään ei ole riittävästi tietoa ja jossa tietoa voidaan yhdessä rakentaa potilaan kanssa.

VIIVYTTELY

Ongelmien varovainen lähestyminen ja potilaan voimavarojen huomiointi. Keino ratkaista ongelmia sekä ehkäistä vääriä tilannearvioita. Työskentely sinänsä on aloitettava ajoissa. Ajan mittaan tapahtuu myös luonnollista paranemista sille suotuisassa ympäristössä.

SYMMETRINEN OSALLISTUMINEN

Hoitotyön tehtävänä on saada osallistujat tavoitteellisesti rakentamaan uutta tietoa. Apuna on ryhmän vetovoima, jonka muotoutuminen ei jää pelkästään työntekijän varaan. Luottamus syntyy yhteisten kokemusten pohjalta.

TYÖRYHMÄN DIALOGINEN TOIMINTAOTE

Työryhmässä tulisi oppia kestämään ja ymmärtämään ajatusten epätäydellisyyttä sekä sietämään keskeneräisyyttä. Kokonaiskuvan ja uuden ymmärryksen luominen tarkoittaa jokaisen osallistujan ajatuksen mukaan ottamista ja vaatii kaikkien osallistujien ajatusten kuuntelemista. Puhuminen on keino herätellä yhteisen tiedon rakentumista.

UUDEN TIEDON MUOTOUTUMINEN

Uusien ajatusten viriäminen on jokaisen henkilökohtaisella tasolla jatkuva prosessi. Kyky kohdata, tuntematon ja määrittelemätön tilanne edellyttää itsetuntemusta, yhteistoimintaa ja niiden tuomaa turvallisuutta heittäytyä uusiin epävarmuuden tiloihin. Hoitotyö ja ihmisten kohtaaminen on henkilökohtaisen kasvun väline, mikä ajan mittaan ilmenee osana ihmisen sisintä, hiljaisena tietona

KUVIO 3. Dialoginen toimintaote psykiatrisessa hoitotyössä

6.1 Dialoginen toimintaote potilaan ja hoitajan välisessä työskentelyssä

Ihmisessä on luonnostaan olemassa dialoginen valmius, halu keskustella toisten ihmisten kanssa. Olemme kuitenkin opetelleet toisenlaista keskustelua, joka ei ole dialogista, vaan kulttuuri on suosinut monologiaan perustuvaa vuorovaikutusta. Dialogisten valmiuksien saaminen vaatii harjoittelua ottamalla tuntumaa dialogisuuteen ja toiseen ihmiseen. Dialogisuus vaatii kiinnostusta toiseen ihmiseen, mutta myös omaan toimintaan ja sen havainnointia, omien sokeiden pisteiden havaitsemista ja toiminnan kehittämistä. (Aarnio 2014.)

Psykiatrisessa hoitotyössä saattaa hoitaja omaksua paljon ihmisiä koskevia yleistäviä selitysmalleja, joiden perusteella hän saattaa tehdä yleistyksiä ihmisistä ja heidän ongelmiinsa johtaneista syistä. Tällöin asiantuntemus syrjäyttää herkkyuden toisenlaiselle ajattelulle ja ennen kaikkea asiakkaan omille kokemuksille. Asiakkailla onkin paljon tietoa, jota on osattava seuloa ja hyödyntää. Ammatillaisen on osattava asettua keskusteluun asiakkaan itse tuomien näkökulmien kanssa. (Mönkkönen 2018, 61.)

Erilaiset ajatukset, uusien ajatusten viriäminen on myös psykiatrisessa työyhteisössä ja jokaisen työntekijän henkilökohtaisella tasolla jatkuva prosessi. Kyky kohdata, tuntematon ja määrittelemätön tilanne edellyttää yhteistoimintaa ja sen tuomaa turvallisuutta heittäytyä uusiin epävarmuuden tiloihin. Uuden näkökulman löytäminen, ei pelkästään hoitotilanteen arvioiminen asiantuntijan perspektiivistä, vaatii itsetuntemusta ja ammattitaitoa.

Keskeistä myönteisen asioiden löytymiseen on työntekijöiden läsnäolo asiakkaiden kanssa erilaisissa tilanteissa. Tulee ymmärtää, että hoidon arvoa on monenlaista ja on tunnettava, mitä asiakas tarvitsee. (Miettinen 2015.) Psykiatriassa erikoissairaanhoidossa korostetaan liikaa diagnoosin asettamista ja tutkimista varsinaisen hoidon jäädessä vähemmälle huomiolle. Erilaisista diagnooseista huolimatta hoidon sisältö ilmenee varsin samankaltaisena ja erot korostuvat lähinnä lääkityksessä. Toiseksi korostetaan hoitomenetelmien parantavaa vaikutusta ja tehoa. Psykiatriassa olemme usein tekemisissä parantumattomien sairauksien kanssa, joiden syntymekanismia ei tiedetä. Tärkeä elementti hoidossa on ihmisarvo sinänsä, että elä olisi elämisen arvoista sairaudesta huolimatta, auttaa sopeutumisessa sairauden aiheuttamiin haasteisiin ja auttaa potilasta jaksamaan läpi vaikean elämänvaiheen sekä raskaiden hoitojen. Hoitava elementti ei ole ongelmien osoittaminen, vaan hoidon parantava elementti on jotain, joka tapahtuu hoitajan ja potilaan luottamuksellisessa suhteessa. Se, jota ei välttämättä pysty pukemaan sanoiksi, mutta tuntuu kehossa ja tapahtuu arjen toimissa.

Pysähtymisen ja keskittyminen ovat psykiatrisessa hoitotyössä keskeinen työväline. Dialoginen työote hoitotyössä vaatii työntekijän kokonaisvaltaista läsnäoloa, avointa kiinnostusta potilasta kohtaan ja tämän hyväksymistä. Hoitajien viettämää aikaa potilaiden kanssa tulisi siis lisätä, eikä työpäivän painopiste tulisi olla hoitajien keskinäisissä raporteissa, kirjallisissa töissä ja toimintasuunnitelmien laatimisessa itsekseen, vaan näitä työmuotoja tulisi siirtää tehtäväksi yhdessä potilaiden kanssa. Uusi työtapa koetaan varmasti hankalana ja sen omaksuminen vaatii työntekijältä uudenlaista asennoitumista.

Dialogisen työotteen eduksi muodostuu asiakkaan ja työntekijän yhteinen käsitys siitä, mikä on olennaista asiakkaan tilanteessa ja yhteinen käsitys siitä, mikä tulee olla hoitotyön sisältö, eikä hoitotyöntekijän nopea tulkinta potilaan sairauskertomuksesta. Asiakasta pyydetään kertomaan lisää, avaamaan ja tarkentamaan sanomaansa sekä häneen tutustutaan rauhassa. Yhteisön jäsenenä potilas voi kokea tasa-arvoista vertaisuutta työntekijän kanssa yhteisenä toimijana. Potilaalla tulee olla oikeus omanlaisen ajatteluun ja sen ilmaisemiseen. Hän voi olla keskeneräinen ja epäröivä. Työntekijän dialoginen tehtävä on johdattaa potilaan käytöstä kohti olennaista heidän yhteisessä tilanteessaan. Tavoitteena on rakentaa yhteinen tuotos eli toimintatapa, jossa potilas yhteisön toimijana ja kantaa ottavana jäsenenä rakentaa samalla omaa psyykkistä kasvuun, mutta samalla antaa panoksensa myös koko yhteisön toimintaan.

Dialogin perusnäkemys on, että kun ihmisten erilaisille näkemyksille annetaan tilaa, löydetään parhaat ja luovimmat ratkaisut vaikeisiin elämäntilanteisiin. Osallistujien tulee saada kokemus kuulluksi tulemisesta, koska se antaa asiakkaalle voimia ja sillä vähennetään stressiä ja huolta. Kuulluksi tulemisesta myötä asiakas löytää voimavaroja, joita hän ei ole tiennyt olevan tai joita hän ei ole osannut käyttää. Kuuntelemisen avulla myös työn tehokkuus lisääntyy ja kustannukset voivat vähentyä, kun asiakkaan tilanteeseen löydetään heti alussa toimiva ratkaisu yhdessä hänen kanssaan. Kaikki asiantuntijuus, esimerkiksi työntekijän ammattiala tai erityiskoulutus tulevat tällöin parhaiten koko prosessin käyttövoimaksi. (Seikkula & Alakare 2004.)

Kuunteleminen ja potilaan kertomuksen ymmärtäminen on hoitotyölle keskeistä ja lähtökohta sille, minkälaista apua potilas hakee. Potilaan tilanteen ymmärtäminen saattaa olla vaikeaa ja saattaa sisältää asiaa sekoittavia tekijöitä. Monologisia puheessaan voivat olla sekä työntekijä tai asiakas. Työntekijä saattaa rajoittaa kysymyksillään asiakkaan osallistumista, keskeyttää tai dominoida omalla puheellaan asiakkaan osallistumista. Väärinymmärrys on askel hoidon epäonnistumiseen. Onnistuakseen ymmärtämään potilaan tilannetta työntekijällä tulee olla kyky ottaa sanat vastaan ja hyväksyä ne sellai-

senaan, sekä vaientaa vähitellen oma sisäinen hälinänsä. Tämä vaatii tietoista keskittymistä (Aarnio 2014).

Keskustelussa potilaan pinnanlaiseen ajatteluun, rakentuvaan tietoon, jota ei vielä osata ilmaista paremmin, päästään kiinnittämällä huomiota avainlausumiin, ”kuumaan puheeseen” sekä esittämällä avoimia kysymyksiä, ei asiantuntijakeskeisiä vastauksia. Kuunteleminen vaatii työntekijältä aktiivisuutta ja vuoropuhelua kertojan kanssa väärinymmärrysten välttämiseksi. Toiminnassa tulisi saada syntymään sellaista, että osallistujat alkavat kertomaan ajatuksiaan. (Aarnio 2014.) Hoitotyön tavoitteena on keskustelemaan ympäristön luominen, jonka rakentaminen on työntekijöiden keskeinen tehtävä.

Myös potilas tuo tilanteeseen eli keskustelemaan ympäristön rakentamiseen omat voimavaransa. Asiakas on tapahtumassa toimija, ei pelkästään toiminnan kohde. Asiakkaan osallistuminen toimijana merkitsee sitä, että palveluissa on lisättävä molemminpuolista ymmärrystä palvelutapahtuman vuorovaikutuksellisuudesta ja luotava tilaa asiakkaan subjektiiviselle eli mahdollisuudelle tehdä valintoja. (Virtanen, Suoheimo, Lamminmäki, Ahonen & Suokas 2011, 22.) Toiminta ei tule edetä pelkästään työntekijöiden päätösten ja tarkasti etenevien mallien mukaisesti, vaan toiminnassa tärkeää jättää riittävästi tilaa yhteisön omalle luovuudelle.

Erilaisuuden kohtaaminen on tilanne, jonka psykiatriset hoitajat väistämättä kohtaavat. Potilaan käyttäytymisen ymmärtäminen saattaa olla hankalaa ja joskus tilanteet saattavat olla vaikeita. Hoitotyön periaatteisiin kuuluu neuvominen, asioiden järjestykseen laitto, oman asiantuntijuuden esille tuonti, joka sinänsä on keskeinen osa hoitotyötä. Usein törmätäänkin tilanteeseen, joka vaatii ammatillista otetta ja rajojen asettamista potilaan epäsovinnaiselle käytökselle.

Rajojen asettaminen saattaa olla eettisesti hyvin hankalaa. Mielenterveystyössä työskennelleet tietävät, että asiat eivät läheskään aina mene niin kuin niiden toivoisi menevän. Näkökulmat ovat moninaisia ja työntekijän näkökulma ei välttämättä aina ole se oikea. Usein vastakkain ovat potilaan käytös ja työyhteisön normit ja ohjeistukset. Parhaimpaan lopputulokseen pääseminen vaatii empatiaa ja toisen näkökulman ymmärtämistä, vaikka rajoitustoimenpiteisiin jouduttaisiinkin turvautumaan.

Pelkkää byrokraattisuutta, jatkuvaa vaatimusta potilaan täydellisestä toiminnasta, haastattelemani työntekijät eivät pitäneet parhaana mahdollisena hoitotyön menetelmänä. Myös työntekijä voi olla hämentynyt eteen tulevasta tilanteesta, mikä onkin dialogisen suhteen kannalta olennaista. Työntekijä voi tällöin astua alueelle, jossa hänelläkään ei ole riittävästi tietoa ja jossa tietoa voidaan yhdessä rakentaa

asiakkaan kanssa. Keino ohjata potilaan käytöstä on ohjailta tilannetta kysymyksiin ja tuomalla esiin erilaisia vaihtoehtoja tai kompromisseja. Tällöin molemmat oppivat ja parhaimmillaan voivat muuttaa mielipidettään tai asenteitaan.

Tärkeää hoitotyössä on toimintojen järjestelmällinen arviointi. Arviointi pidetään itsestään selvyytenä, mutta sitä on alettu pitää yhä monimutkaisempana ilmiönä. Arvioinnin periaatteellinen haasteellisuus liittyy oikeudenmukaisuuteen, merkityksellisyyteen ja niiden suhteeseen. Usein jälkiviisaat kertovat tarinoita siitä, miten asioiden olisi pitänyt mennä. (Tuomi & Talka 2005, 85.) Lähtökohtia arviointiin on tilanteiden havainnointi ja vastaaminen kysymyksiin, kuten mitä tilanteessa oikeasti tapahtui? Kuka käyttää valtaa? Onko vastuuta jaettu? Usein keskustelu ja arviointi alkuvaikeuksien jälkeen koetaankin lopulta tärkeäksi. Se, että saadaan ihmiset keskustelemaan oikeista asioista voi olla kehittämistyön suurin hyöty. (Miettinen 2015.)

Dialoginen toimintaote potilaan ja hoitajan välisessä työskentelyssä

Herkkyyys potilaan toisenlaisille ajatuksille ja kokemuksille
Potilaan tiedon hyödyntäminen.

Vaatii yhteistyötä ja läsnäoloa, kykyä ottaa tätä tietoa vastaan sellaisenaan ja epävarmuuden sietämistä.

Tavoitteena on keskustelemaan ympäristön luominen.

KUVIO 4. Dialoginen toimintaote potilaan ja hoitajan välisessä työskentelyssä

6.2 Dialoginen toimintaote työryhmän työskentelyssä

Psykiatrisessa hoitotyössä asiakkaan merkitys on laajasti tunnustettu, mutta asiakaslähtöisyyttä luodaan ja määritellään hyvin helposti palveluita tuottavan organisaation tarpeista, intresseistä käsin sekä erilaisten teorioiden kautta. Organisaation näkökulmasta kehittämisessä on kysymys malleista ja systeemeistä, kun taas asiakkaan näkökulmasta kyse on palvelun vastaamisesta asiakkaan yksilölliseen

tarpeeseen ja saatuun palveluun liittyvistä kokemuksista. Se mikä eri terveydenhuollon ammattitehtävien erikoistumisessa on asiantuntemuksessa voitettu, on samalla menetetty yhtenäisen asiakkuusnäkökulman sirpaloitumisena. Perinteinen ajattelu, jossa asiakas on potilas, jonka ei kuulu puuttua hoitoprosessiin ja hoitotyön passiivinen vastaanottaja, on useassa tapauksessa yhä ylitettävänä kun toimintatapoja kehitetään. Vahvat ammattikunnat (esimerkiksi lääkärit, hoitajat, fysioterapeutit, palveluneuvojat jne.) ja sektorirajat ovat edelleenkin arkipäivää sosiaali- ja terveydenhuollossa. Perinteinen ammatikuntakeskeinen ajattelu, jossa asiakas on potilas, jonka ei kuulu puuttua hoitoprosessiin, on keskeinen muutoskohde, kun toimintatapoja kehitetään. (Virtanen ym. 2011, 11–12.)

Perinteinen psykiatrinen hoito on ollut yksipuolista vaikuttamista potilaaseen, laitoskeskeistä ja hierarkista. Psykiatrisilla organisaatioilla on ollut tapana hallita hankalia sairauksia rajoituksilla ja säännöillä. Myös potilaat ovat taipuvaisia alistumaan passiivisen vastaanottajan rooliin. Vaikeassa elämäntilanteessa voimavarat eivät välttämättä riitä edes itsensä perustarpeista huolehtimiseen. Tämä on lisännyt psykiatristen potilaiden passiivisuutta ja riippuvuutta. Hoitajien ja potilaiden välinen vuorovaikutusta on varjostanut näkymätön roolien jakama muuri, jonka toisella puolella ovat asiantuntemus ja terveys. Toisella puolella ovat tietämättömyys ja sairaus.

Perinteisen mallin vaikutukset ovat nähtävissä yhä edelleen psykiatrisen hoitotyön asenteissa ja käytännöissä. Uusi yhteistyön ja yhteen puhaltamisen kulttuurin luominen koetaan usein haastavaksi potilaille, mutta aiheuttaa epävarmuutta myös hoitajissa. Luonnollisesti ihmiset haluaisivat hallita tilannetta ja kontrolloida toisia ihmisiä. Tällöin hoidon lähtökohdaksi kuitenkin muotoutuu hoitajan arvio tilanteesta, tiedon soveltamisesta tai organisaation tarve myydä markkinoimiaan palveluita.

Salosen (2016) mukaan muutama vuosikymmen sitten koko yhteiskuntamme oli hyvin asiantuntijakeskeisiä. Valtaetäisyydet olivat suuria. Ihmisiä luokiteltiin enemmän erilaisiin luokkiin, kuin ehkä nykyään. Sitten mentiin toiseen ääripäähän. Asiakas kertoi, miten hommat tehdään ja se on totuus. Mutta nämä molemmat ovat vaillinaisia näkökulmia! Asiantuntijalla on aina annettavaa ja asiakkaalla on aina annettavaa. Mitä jos pistäisimme nämä molemmat näkökulmat yhteen? Eli palvelua rakennettaisiin sinä-minä suhteiden varaan ja parhaimmillaan se ruokkisi sisäistä motivaatiota. Kaikille syntyisi halu tehdä jotain ja olla mukana jossain. Ulkoinen motivaatio on sitä, että on pakko tai minun täytyy. Siinä koskaan ihminen ei yllä parhaimpaansa, mutta sisäinen motivaatio saa aikaan jopa flown.

Asiakslähtöisyys voidaan nähdä sosiaali- ja terveyssektorilla toiminnan arvoperustana, jonka mukaan jokainen asiakas kohdataan ihmisarvoisena yksilönä hyvinvointivajeesta riippumatta. Asiakslähtöisyyden keskeinen ominaisuus on, ettei palveluita järjestetä pelkästään organisaation, vaan myös asiakkaan tarpeista lähtien mahdollisimman toimiviksi. Asiakslähtöisen palvelutoiminnan tulisikin alkaa myös asiakkaan esittämistä asioista ja kysymyksistä sekä olla vastavuoroista. Tämä edellyttää asiakkaalta ja palvelutarjoajalta vuoropuhelua ja yhteisymmärrystä siitä, miten asiakkaan tarpeet voidaan olemassa olevien palvelumahdollisuuksien kannalta tyydyttää parhaalla mahdollisella tavalla kustannustehokkaasti. (Virtanen ym. 2011, 12.)

Asiakkaan näkökulmasta palvelun asiakslähtöisyys muodostuu siitä, kuinka asiakslähtöiseksi saatu palvelu koetaan eikä siitä, kuinka asiakslähtöisesti palvelu tuotetaan. Asiakas kokee saamansa palvelun yksilönä – ei asiakkaan prototyyppinä. Jokaisessa kehitysprojektissa olisi hyvä miettiä, kumman näkökulmasta kehittämistyö itse asiassa tapahtuu, asiakkaan vai palvelua tarjoavan organisaation ja miten asiakkaan näkökulma saadaan konkreettisesti toiminnan kehittämisen osaksi? (Virtanen ym 2011, 59.) Esimerkiksi perinteinen ohjaajan ohjaama ryhmä selkeine sääntöineen luo vaaran, että asiakkaan toivomia asioita ei ole tilaa käsitellä. Aikakin on usein tarkasti rajattu. Toiminta etenee silloin ryhmän ohjaaja toiveiden mukaan. Avoin tilanne vaatii hoitajalta aktiivisuutta ja pelisilmää monelta kanavalta. (Miettinen 2015.)

Symmetrisen osallistumisen syntymiselle on apuna ryhmän vetovoima, jonka muotoutuminen ei jää pelkästään työntekijän varaan. Avoimessa keskusteluryhmässä ja yhteisössä potilaat oppivat myös toisiltaan, ei pelkästään hoitajilta. Tietoyhteiskunnassa saattaa hyvinkin olla, että potilaalla on uusinta tietoa ja tätä olisi hyvä kuunnella. Yleensäkin potilas on oman sairautensa paras asiantuntija. Ryhmässä ollessaan potilas oppii myös itsestään reflektion avulla. Hoitajien tehtävä on luoda salliva ja mahdollisuuksia luova ympäristö, jossa on helppoa ottaa puheeksi asia kuin asia. Ei pelkästään tapahtumaa, jossa edetään tarkasti ennalta määrätyn suunnitelman mukaisesti.

Asiakkaan näkeminen resurssina tekee sosiaali- ja terveystalouden käyttäjistä toimijoita. Asiakslähtöisen toiminnan kolmannessa ulottuvuudessa asiakas on toimija eli subjekti – ei passiivinen toimienpiteiden kohde, objekti. Subjektin rooli tuo mukanaan ajatuksen asiakkaan vastuusta omasta hyvinvoinnistaan. Vastuullisen asiantuntijuuden kautta asiakslähtöisyyden keskeiseksi ulottuvuudeksi nousee näkemys asiakkaasta työntekijän kanssa yhdenvertaisena toimijana. Käytännössä tässä on kyse asiakkaan merkityksen tunnustamisesta tasapainoisen palveluprosessin aikaansaamiseksi. Asiakkaan tarpeiden ja palvelumahdollisuuksien väliseen tasapainoon pyrittäessä hedelmällisin toimintamalli on

asiakkaan ja palveluntarjoajan välinen kumppanuus, jonka syntyminen edellyttää järjestelmän työntekijän ja asiakkaan välistä hyvää vuorovaikutusta ja molemminpuolista luottamusta. Onnistuneissa kumppanuuksissa voidaan jopa puhua työntekijän ja asiakkaan liittoutumisesta järjestelmän sallimissa rajoissa. (Virtanen ym. 2011, 19.)

Salosen (2016) mukaan palvelun onnistumista ilmentää se, että asiakas kokee elämänsä hyväksi, eli hän kokee, että elämä kukoistaa. Jokaisen ihmisen unelma on saada tunnustusta omasta arvokkuudesta ja keskeistä tähän pääsemiseksi on kokemusta autonomiasta, omaehtoisuudesta ja itsemääräytyvyydestä. Palvelun tulisi lisätä kokemusta pystyvyydestä aikaansaavuudesta, yhteenkuulumisesta ja osallisuudesta. Loppujen lopuksi parasta palvelumuotoilua yhteiskunnassa on sellainen palvelu, joka lisää yhteiskunnan koheesiota, eheyttää yhteiskuntaa ja rakentaa luottamusta ihmisten, työntekijöiden ja potilaiden, välille.

Ongelmien varovainen lähestyminen ja potilaan voimavarojen huomiointi ovat tarpeen potilaan hoidossa. Viivyttely on hoitotyössä oiva apu ratkaista ongelmia sekä ehkäistä vääriä tilanne arvioita. Nykyinen vaatimustaso ja tehokkuusajattelu, eivät välttämättä tue tämän kaltaista ajattelua; päätöksissään viivyttelävän hoitajan saattavat muut hoitajat ja myös potilaat kokea epävarmaksi tai tietämättömäksi. Viivyttelyn eli ajan antaminen tarkoittaa yhtä työmuotoa ja se on osa hoitoprosessia. Työskentely siinänsä on aloitettava ajoissa, että asiaa on mahdollista käsitellä mielen perukoilla. Tämän asian saattaminen asianomaisten tietoon saattaa helpottaa asianomaisen pohdinnan kohteena olevan henkilön epävarmuuden tunnetta.

Suhteen kehittyminen ja potilaan tilanteen selkiytyminen vaatii aikaa. Vaikuttaa siltä, että taitavat hoitavat käyttävät tätä keinoa tietoisesti hyväksi. Ajan mittaan tapahtuu myös luonnollista paranemista sille suotuisassa ympäristössä ja asiakas saattaa ajan mittaan itse oppia määrittämään huolensa omin käsittein.

Dialoginen toimintaote työryhmän työskentelyssä

Vuoropuhelu ja yhteisymmärrys perustehtävästä.
 Ryhmän vetovoiman hyödyntäminen.
 Salliva ja mahdollisuuksia luova työympäristö.
 Terveyspalveluiden käyttäjistä toimijoita.
 Viivyttely eli ajan antaminen työmuotona.

KUVIO 5. Dialoginen toimintaote työryhmän työskentelyssä

6.3 Dialoginen toimintaote työyhteisön osaamisen kehittämisen välineenä

Yhteinen toimintatapa ja sovitut pelisäännöt ovat perinne psykiatrisessa hoitotyössä. Usein hoitotyön toiminnan takana ovat sitä säätelevät lait ja ohjeet, perinteet sekä turvallisuus näkökulmat, joita hoitajien on noudatettava. Työlle toivotaan yhteistä perusnäkemystä, jonka kanssa kaikki voisivat toimia. Kuitenkin hoitotyössä joudutaan usein tekemisiin erilaisten mielipiteiden kanssa. Silloin ohjeiden tulkitseminen ja työntekijöiden omat henkilökohtaiset näkemykset saattavat aiheuttaa työryhmässä ristiriitoja. Omien mielipiteiden puolustaminen ja yleisestä mielipiteestä eroavat näkemykset koetaan tärkeiksi ja näiden arvosteleminen saatetaan koeta henkilökohtaisena uhkana. Tavanomaista on, että omia mielipiteitä ei uskalleta lainkaan tuoda esille. Henkilökunnassa esiin nousevat ristiriidat koetaan yleisesti vaikeina, sillä psykiatrinen hoitotyö on työryhmän toimintaa, jota kukaan ei voi tehdä täysin yksin. Väistämättä työssä tulee eteen epävarmuuden hetkiä, jolloin kaikki tarvitsevat toisen työntekijän tukea.

Dialogisuuden toteutuminen tarkoittaa, että työryhmässä tulisi oppia kestämään ja ymmärtämään ajatusten epätäydellisyyttä sekä sietämään keskeneräisyyttä. Kokonaiskuvan ja uuden ymmärryksen luominen tarkoittaa jokaisen osallistujan ajatuksen mukaan ottamista ja vaatii kaikkien osallistujien ajatusten kuuntelemista. Ei pelkästään muutaman keskeisen toimijan, esimiehen tai mielipidejohtajan. Jokaisen työntekijän olisi tärkeä löytää omia keinoja rauhoittaa mieltä kiireen ja kaiken informaation keskellä sekä pyrkiä kohdentamaan mielenkiintoa myös muiden ajattelun ymmärtämiseen.

Haastattelemani hoitajat kokivat, että puhuminen käytännön tapana helpottaa työpaikan ilmapiiriä. Tämä tarkoittaa myös yksinpuhelua, asioiden pohtimista ääneen, mikä on osoitus työpaikan hyväksyvistä ilmapiiristä. Se kertoo halusta jakaa mielessä muotoutuvia asioita toisten kanssa, epävarmuuden jakamista ja toiveesta päästä mahdollisimman parhaaseen lopputulokseen ja auttaa koko työyhteisöä löytämään yhteisiä suuntaviivoja ajattelulleen.

Keski-Luopan (2001, 356) mukaan osaamisen kehittymiselle voidaan asettaa kahdenlaisia tavoitteita. Korkeampina tavoitteina voidaan ajatella työntekijöiden persoonallista ja ammatillista uusiutumista, jossa ohjattavan ajattelu, ammatillinen identiteetti ja sen mukana osaaminen muuttuvat. Ns. matalampina tavoitteina voitaneen nimetä erilaiset ajankohtaiset työtilanteet, joiden selvittämiseen työntekijä tarvitsee ohjeita ja opastusta. Valitettavasti työyhteisön ulkoiset puitteet määrittävät pitkälti sen, kuinka paljon osaamisen kehittymiseen voidaan käyttää resursseja. Vaikka työntekijällä itsellään olisi motivaatiota ja tarvetta kehittyä, niin hänen mahdollisuutensa saattavat jäädä niukoiksi taloudellisten ajallisten resurssien niukkuuden vuoksi. Myös työyhteisön ilmapiiri saattaa olla vastahakoinen uusille ajatuksille ja haluaa pitää kiinni entisistä toimintatavoista. Useimmiten matalamman osaamisen tavoitteet on helpompi toteuttaa ja usein johtaminen keskittyykin niihin ja työntekijän ammattitaidon todellinen kehittyminen saattaa jäädä syrjään.

Esimies onkin avainasemassa työntekijän dialogiselle kehittämisessä. Jos johtajalla ja alaisella on valmiiksi yhteinen orientaatio siihen, minkälaista osaamista tehtävässä tarvitaan, se helpottaa molempien osapuolen osaamisen kehittymistä. Mutta jos esimies ja alainen ovat asennoitumisessaan ja lähtötasoltaan edustavat erilaista ajattelutapaa, niin vaikeuksia on tiedossa. Informaation vastaanottaminen ei välttämättä suju kovin hyvin. Toinen osapuoli saattaa tehdä informaatiosta virheellisen tulkinnan, joka ei vastaa sitä kuvaa, minkä toinen olisi halunnut antaa. Usein yksi kerta ei riitä, vaan uuden oppiminen vaatii useita tilaisuuksia ja pitkän ajanjakson. (Keski-Luopa 2001, 356.) Erilaisista näkemyksistä huolimatta dialogia pelkäämätön työntekijä jatkaa sitkeästi matkaansa yhteisen ymmärryksen rakentamiseen kunnes uusi yhteinen alue alkaa vähitellen hahmottua (Aarnio 2014).

Organisaatiotasosten toimintatapojen ja asenteiden muuttamisessa johtamisella on oleellisen suuri merkitys. Johtamisen kautta dialoginen toimintaote tuodaan organisaation eri tasoille ja tuetaan sen kehittämistä. Organisaatiolle dialogisen toiminnan hyöty on se, että silloin toiminnasta tulee tehtäväsuuntautuneista ja tavoitteellista. Silloin jokainen työntekijä ymmärtää, että hänen täytyy olla aktiivinen, sitoutunut, vastavuoroinen, toisia kunnioittava ja olla vuorovaikutuksessa (Aarnio 2014).

Dialoginen toimintaote työyhteisön osaamisen kehittämisen välineenä

Epätäydellisten ja keskeneräisten ajatusten sietäminen.

Kaikkien osallistujien ajatusten huomioiminen.

Ajatusten pohtiminen ääneen.

Toisten kunnioittaminen ja aktiivinen vuorovaikutus.

KUVIO 6. Dialoginen toimintaote työyhteisön osaamisen kehittämisen välineenä

6.4 Nuorten psykiatrinen tukitalo dialogisen kehityksen kohdeympäristönä

Nykyajan leimaa-antava piirre eri organisaatioiden toiminnassa on toiminnan jatkuva uudistuminen ja toiminnan kehittäminen. Myös psykiatrinen sairaanhoito on muutoksessa ja näistä keskeisimpiä on laitoshoidon vähentämistarve. Tästä, sekä Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin strategiasta johtuen Oulun eteläiselle alueelle on haettu uusia mielenterveystyön malleja. Huolta alueella on herättänyt nuorten väliinputoaminen mielenterveystyössä ja nuorille suunnatun mielenterveystyön riittämättömyys.

Opinnäytetyöni kohdeympäristönä on Nuorten psykiatrinen tukitalo, jonka toiminnan aloittaminen juontaa juurensa Visalan sairaalan lopettamisesta. Työttömyysuhan alla oleville hoitajille pyrittiin tietoisesti luomaan uusia työpaikkoja ja samalla korvattiin sairaalan aiheuttamaa menetystä alueen hoitoketjussa. Uudessa työtehtävässä työntekijät ovat kohdanneet uudenlaisen työympäristön, jossa kaikki ovat joutuneet opettelemaan uudenlaisia työtehtäviä ja miettimään uudenlaisia mahdollisuuksia ja keinoja toteuttaa psykiatrista hoitotyötä avohoidossa pitkän laitoshoitokokemuksen jälkeen.

Nuorten psykiatrin tukitalo tarjoaa uudenlaisen hoitoympäristön perinteisen yksilökeskeisen ja suljettujen ovien takana tapahtuvalle hoitotyölle. Ryhmän antaman tuen lisäksi dialoginen toimintaote antavat työntekijälle mahdollisuuden aistia ja ymmärtää avuntarvitsijaa myös arkielämän ja normaalin vuorovaikutuksen tasolla. Toiminallisuus hoitotyössä tarkoittaa sitä, että työntekijän ja potilaan suhde ei toimi vai puhutun kielen välityksellä. (KUVIO 7.)

Nuorten psykiatrin tukitalo sijaitsee keskellä nuorten omaa asuinympäristöä. Voidaan ajatella, että näin erikoissairaanhoidon jalkautuu kansan pariin. Nuoren hoito tapahtuu hänen omassa ympäristössään ja hän saa asua kotonaan. Usein matka Tukitalolle taittuu kävellen, pitkiä automatkoja, jonotusta, ajanvarausta tai suuria laitoksia ei tarvita. Ruokailu tapahtuu hoitajien seurassa Tukitalon keittiössä itse ruoka valmistuen tai paikallisessa lounasravintolassa. Lääkärikäynnit hoituvat paikallisessa terveyskeskuksessa tai etäyhteytenä yliopistolliseen sairaalaan nettiyhteytenä yhdessä ammattitaitoisen henkilökunnan kanssa. Tukitalolla voi keskustella vaikeistakin asioista muiden samankaltaisista ongelmista kärsivien sekä yhdessä kokeneiden ammattilaisten kanssa rennossa ja kodinomaisessa ilmapiirissä. Erilaisten keskusteluryhmien, pelien ja toimintojen avulla opetellaan seurustelu- ja ryhmätaitoja. Potilas ei ole passiivinen vastaanottaja, vaan osallistuja ja oppiva vaikuttaja.

Elokuvaohjaaja Virpi Suutari on kertonut, että tehdessään dokumenttia syrjäytymisvaarassa olevien nuorten kanssa, on hän törmännyt nuorten tunteeseen, että joka puolella on seinä vastassa ja mihinkään ei voi vaikuttaa. (Suutari 2013.) Nuoret tarvitsevat näkemystä omasta elämästä ja mahdollisuuksia tehdä omia valintoja: Saada otetta ympäristöstä ja jotakin, mistä ottaa kiinni. Päästä pois tilanteesta, jossa ajelehtii kohtalonomaisesti ja saada hallinnan tuntua jonkin verran. Että, olisi mahdollisuus valita ja saada toiminnan vapautta. Kokea, että saa aikaan asioita ja mahdollisuuksia uppoutua sopivan haasteen tekemiseen, joka vie mukanaan. Saada äänensä kuuluviin, kokea, että hänet otetaan tosissaan ja hänellä on vaikuttamismahdollisuuksia. (Salonen 2016.)

Jukka Piippo (2008) toteaa psykologian väitöksessään, että oireiden ja sairauden hoitaminen ei olekaan se, mihin psykiatrisessa hoidossa tulee keskittyä. Ajatus siitä, että ihmisen mielenterveyden ongelmat asuvat ihmisen psykologisissa rakenteissa tai välittäjäaineiden epäsuotuisassa toiminnassa, on kyseenalainen. Nykyinen psykiatrinen erikoissairaanhoido keskittyy usein sairauksien tutkimiseen, ei potilaan hoitamiseen. Piippo toivoo psykiatriseen hoitotyöhön enemmän ihmissuhteita. Hänen mukaansa ihmisten välisten suhteiden hoitaminen kasvattaa luottamusta ja turvallisuutta, mikä johtaa potilaan oireiden ja sairauden muuttumiseen. Ihmisen mielenterveys vahvistuu ihmisten välisiä suhteita hoidettaessa. Ihmissuhteiden hoitamisen ja potilaan autonomian tulisikin olla psykiatrisessa hoidossa nykyistä keskeisempää. (Piippo 2008, 63–64.)

Psykiatrisen tukitalon muotoinen ryhmätoiminta tuo mukanaan asioita, joilla on merkitys ryhmän osallistujien identiteetin rakentumisessa. Ryhmään kuulumisen tärkeys paljastuu usein vasta silloin, kun lakataan olemasta ryhmän jäsen. Yleensä ihmiset määrittelevät itseään ryhmän kautta ja uusi tilanne, putoaminen ryhmän ulkopuolella, aiheuttaa asianomaiselle identiteettikriisin. Näin käy esimerkiksi nuorelle, joka mielenterveysongelmien takia tippuu opiskelupaikkansa ulkopuolelle. Luopuminen tutusta ympäristöstä eli ryhmästä on tuskallista, ja kynnyksensä paluuseen saattaa olla korkealla. Uuteen ryhmään liittyminen saattaa tuntua uhkaavalta ja siihen saattaa liittyä ikäviä puolia, riskejä ja pelkoja. Nuorelle uuteen ryhmään liittyminen on apuna minuuden rakentamisessa ja kasvussa kohti aikuisuutta. Tavoitteellisessa ryhmässä nuori omaksuu muiden ryhmän jäsenten kanssa jaetun ryhmäidentiteetin, mikä vahvistaa nuoren itsevarmuutta ja auttaa selviytymään hankalasta elämän tilanteesta. Kaikki tämä vaatii aikaa. Elämän kokemukset ja niistä saatua oppia ei voi tarjoilla valmiina.

Aarnion (2018) mukaan dialogisen työotteen oppiminen ei ole helppoa ja kestää ikuisuuden. Ennen kaikkea kysymys on vastuun ottaminen omasta toiminnasta. Hän korostaa dialogisen toiminnan käyttöön ottoa pienin askelin. Estäviä asioita on olemassa paljon. (Aarnio 2018.) Useita hämmentäviä kysymyksiä nousee esiin: Miksi potilas ei tee, kuten neuvon? Mitä teen kun viivytän? Voinko antaa tilaa olemalla itse hiljaa? Sekä kritiikkiä: Emme voi tehdä niin kuin potilas haluaa! Ei tuo ole erikoissairaanhoido! Minä olen oppinut tekemään näin! Yksinkertaisilta vaikuttavien periaatteiden omaksuminen ja vie aikansa ja niiden omaksuminen vaatii pitkäjänteistä harjoittelua ja riittävän kokemuksen karttumista. Se vaatii myös työskentelykulttuurin muutoksen ja johdon hyväksynnän, mikä ei suuressa organisaatiossa tapahdu nopeasti. Pieni Tukitalon kaltainen yksikkö olisi kuitenkin oivallinen ympäristö dialogisen toimintaotteen periaatteisiin perustuvan hoitoympäristön kehittämiseen.

Tämän opinnäytetyön aikataulun puitteissa ei pystytä suuriin muutoksiin, ja opinnäytetyö voikin toimia pelkästään alkusysäyksenä ja keskustelun avaajana toiminnan muutokselle kehittää yhteistyöhön perustuvaa, luovaa hoitotyötä. Nuorille mielenterveyskuntoutujilla dialogisen toimintaotteen käyttö lisää itsenäisyyttä, omanarvon tunnetta ja sen avulla löytää uusia ja kestäviä merkitysnäköaloja. Salosen (2016) mukaan nämä kertovat palvelusta, joka saa ihmisen kokemaan itsensä entistä arvokkaammaksi. Se antaa jopa syyn elämälle.

Dialoginen toimintaote nuorten ryhmämuotoisessa mielenterveystyössä

Lähellä nuorten omaa ympäristöä ja arkea.
Toiminnallisuus ja normaali vuorovaikutus.
Mahdollistetaan iänmukaisia kokemuksia.
Tuetaan selviytymistä hankalasta elämänvaiheesta ja raskaasta hoitoprosessista.

KUVIO 7. Dialoginen toimintaote nuorten ryhmämuotoisessa mielenterveystyössä

7 OPINNÄYTETYÖN ETIIKKA JA LUOTETTAVUUS

Laadullisella tutkimusmenetelmällä tehdyssä tutkimuksessa tutkimuksen toteuttamista ja tutkimuksen luotettavuutta ei voi pitää toisistaan erillisinä tapahtumina. Viime kädessä laadullisella tutkimusmenetelmällä tehdyssä tutkimuksessa luotettavuuden kriteeri on tutkija itse ja hänen rehellisyytensä, koska arvioinnin kohteena ovat tutkija tutkimuksessaan tekemät teot, valinnat ja ratkaisut. Tutkijan tulee siten arvioida tutkimuksensa luotettavuutta jokaisen tekemänsä valinnan kohdalla. (Eskola & Suoranta 2000, 208, 210.) Näin ollen luotettavuuden arviointia tehdään koko ajan suhteessa teoriaan, analysointitapaan, tutkimusaineiston ryhmittelyyn, luokitteluun, tutkimiseen, tulkintaan tuloksiin ja johtopäätöksiin. Tutkijan on pystyttävä kuvaamaan ja perustelemaan tutkimustekstissään, mistä valintojen joukosta valinta on tehty, mitä nämä ratkaisut ovat olleet, miten hän on lopullisiin ratkaisuihinsa on päätenyt, sekä arvioimaan ratkaisujensa tarkoituksenmukaisuutta tai toimivuutta tavoitteiden kannalta. (Vilka 2015, 197.)

Tutkimuksen tekeminen kietoutuu monella tavalla tutkimuseetiikkaan eli hyvän tieteellisen käytännön noudattamiseen. (Vilka 2015, 41.) Tieteellinen tutkimus voi olla eettisesti hyväksyttävää ja luotettavaa ja sen tulokset uskottavia vain, jos tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Hyvää tieteellistä käytäntöä koskevien ohjeiden soveltaminen on tutkijayhteisön itsesääntelyä, jolle lainsäädäntö määrittelee rajat. Hyvä tieteellinen käytäntö on myös osa tutkimusorganisaatioiden laatujärjestelmää. (TENK 2018.) Opinnäytetyön tekemisessä olen noudattanut Tutkimuseettisen neuvottelukunnan antamia ohjeita hyvän tieteellisen käytännön keskeisiä lähtökohtia eli rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja sen tulosten arvioinnissa.

Opinnäytetyöni kuuluu osana Centria ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen opintoja (Yamk). Tutkimukseni toteuttaa oppilaitoksen ja tieteellisen luonteen mukaan avoimuutta tutkimuksen tuloksia julkistettaessa. Tutkimus on suunniteltu ja toteutettu Centria ammattikorkeakoulun opinnäytetyöprosessin mukaisesti. Siitä raportoidaan sekä siinä syntyneet tietoaineistot tallennetaan tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla.

Opinnäytetyötä varten sain tutkimusluvan oppilaitokselta (Centria ammattikorkeakoulu) ja sen jälkeen organisaatiolta (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin Nuoriso- ja yleissairaala psykiatrian tulosalue, LIITE 1). Opinnäytetyöprosessin aikana tutkimusta valvoi oppilaitoksen opinnäytetyön ohjaaja ja organisaatiolta työelämän edustaja. Tutkimus- ja analyysimenetelminä on käytetty yleisesti hyväksytyjä

tutkimusprosessin käytäntöjä, jotka työssä on esitelty. Opinnäytetyö sisältää myös seikkaperäisen kuvauksen koko tutkimusprosessista ja valmis opinnäytetyö on oppilaitoksen tarkastama ennen julkaisemista.

Alasuutarin (1994, 219) mukaan laadullisella tutkimusmenetelmällä toteutetussa tutkimuksessa tutkimus etenee koko ajan jonkinlaista yleistettävyyttä silmällä pitäen. Varton (1992, 103–104) mukaan tutkimuksen voisi sanoa olevan pätevää, yleistettävää, kun sen tulokset nousevat tematisoidusta kokonaisuudesta. Tämä tarkoittaa tutkimustuloksen vastaavuutta tutkimukselle asetettujen päämäärien ja tutkimuskohteen kanssa. Toisin sanoen tutkija on osannut kuvata, että jokin asia on tietyllä tavalla jollekin henkilölle jossakin tilanteessa, ajassa ja paikassa.

Dialogisuus luo laajan käsitteistön, mutta tässä työssä olen pyrkinyt keskittymään Helena Aarnion luomaan dialogiseen toimintaotteeseen. Vertaan omia tuloksiani hänen materiaaliinsa sekä myös muiden tutkijoiden käsityksiä, joten näin myös toimintaotteen käsite on tullut arvioiduksi.

Tuomi ja Sarajärvi (2011, 136) toteavat, että luotettavuutta arvioitaessa pitäisi ottaa huomioon myös puolueettomuusnäkökulma. Tutkija saattaa olla itse osa tutkimaansa yhteisöä ja sen toimintakulttuuria. Tarkastelussa voidaan pohtia esimerkiksi tutkijan roolin merkitystä tutkittavan yhteisön jäsenenä, tutkijan yhteiskunnallisen aseman, sukupuolen, iän, arvojen, uskomusten tai omien uskonnollisten vakaumusten tai poliittisten asenteiden ja näkemysten merkitystä tutkimuksessa tehtyyn tulkintaan. Vaikka tutkimuksen tulee olla arvovapaata, tutkijan arvot vaikuttavat tutkimuksessa tehtyihin valintoihin. Arvovapaaksi tutkimuksen tekee juuri se, että tutkija paljastaa tutkimukseen vaikuttavat arvonsa. Hän tekee kaikki asiat tutkimuksessa niin sanotusti läpinäkyviksi. Läpinäkyvyys vuorostaan kytkeytyy monella tavalla tutkimuksen tekemisen etiikkaan.

Tämä opinnäytetyöprosessi ei sisällä ulkopuolisia rahoituslähteitä. Tutkimuksen kehittämiskohde on oma työympäristöni, mutta opinnäyteprosessissa olen pyrkinyt puolueettomuuteen. Pääasiallisesti tutkimustulokset ovat sovellettavissa yleisesti psykiatriseen hoitotyöhön.

Opinnäytetyöprosessissa ei ole haastateltu potilaita, eikä ole tutkittu potilaskohtaisia hoitoprosesseja. Haastateltavat tulevat nykyisen organisaation ulkopuolelta, joten kaikkien tutkittavien henkilökohtainen suoja on lähtökohtaisesti suojattu.

8 POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on ollut kuvata ja arvioida dialogisen toimintaotteen ilmenemistä ja käyttöä psykiatrisessa hoitotyössä. Tavoitteena on lisätä tietoisuutta dialogin käytöstä ja luoda käytännöllisiä periaatteita sen soveltamiseen psykiatriseen hoitotyöhön. Työskentelyprosessin loppuessa voin todeta kokemukseni olleen mukaansatempaava. Työurani varrella olen mielessäni pohtinut useita psykiatriseen hoitotyöhön liittyviä eettisiä ja käytännöllisiä ongelmatilanteita, ja tämän työn avulla olen pystynyt käsittelemään näitä jo henkilökohtaisiksi haasteiksi muodostuneita pohdintoja. Usein nämä tilanteet ovat aiheuttaneet ristiriitoja myös koko työyhteisössä, siispä uskon, että työni, pieniä sitaatteja myöten, antaa varsinkin psykiatrisen alan työntekijälle runsaasti ajattelemisen aihetta.

Ennen laitoskeskeisessä psykiatriassa pyrittiin muovaamaan potilas osaksi omaa järjestelmää, johon potilaan oli sopeuduttava. Nykyään korostetaan potilaan omaa päätösvaltaa ja hänen tulisi jatkaa omaa elämäänsä mahdollisimman pian. Psykiatrian keskeiseksi periaatteeksi on noussut tehokkuus. Valitettavasti julkisen hoitotyön keskeinen pohdinnan aihe onkin usein se, kuinka päästä potilaasta eroon. Liian usein potilas saa hoitotyön tuloksena pelkän reseptin ja sairasloman. Lääkkeiden aiheuttamat sivuvaikutukset, mielialan vaihtelut, yksinäisyys ja jopa tietämättömyys jokapäiväisestä toimeentulosta nostavat esiin kysymyksiä, mutta jäävät vastausta vaille. Hoidon jatkuminen perustuu usein voittoa tavoittelevaan liiketoimintaan, johon tarvitaan maksusitoumus.

Dialogisuus tuo hoitotyöhön uudenlaisen näkökulman. Siinä kumpikin taho luopuu omasta erinomaisuudestaan, ennalta määrätystä ja valmistautuu luomaan jotain uutta. Sellaista, jonka olemassa olosta ei ollut tietoa ja joka koostuu yhteisestä tavoitteesta. Psykiatrisen hoitotyöntekijän keskeinen tehtävä onkin auttaa potilasta käymään läpi raskaat hoidot, ei potilaan ”parantaminen” ja muuttaminen mieleiseksi. Hoitotyön tekijän tulee olla rinnalla kulkija, auttaa sopeutumisessa normaaliin elämään sairastumisen jälkeen ja käyttää asiantuntemustaan tähän tehtävään.

Opinnäytetyötä tehdessä dialogisuuden merkitys on noussut mieleeni lähes päivittäin kuunnellessani päivän uutisia; liennytykseksi kutsuttu poliittinen suuntaus näyttää jäävän historiallisesti lyhytaikaiseksi ilmiöksi. Omien etujen ajaminen näyttää jälleen kärjistyvän, ja siitä on tullut keskeistä niin valtakunnan, kuin kansainvälisissä suhteissa. Heikkan (2018) mukaan populismi on ollut viime vuosina vastaus maailman monimutkaistuville ongelmille. Hän ehdottaa, että Suomen vastaus olisikin dialogi? Suomella voisi olla mahdollisuus nousta tunnetuksi yhteiskuntana, joka onnistui ohjaamaan kärjistyneen yhteiskunnallisen keskustelun rakentaviin uomiin.

Keskeistä maailman laajuisten ongelmien ratkaisussa vaatii joka tapauksessa dialogista ajattelua. Esimerkiksi ilmastonmuutoksen ratkaisussa ainoa keino on luopua pitämästä kiinni nykyisestä elämäntavasta ja suunnata ajatteluaan kohti jotain uutta ja erilaista. On hyväksyttävä se, että joudumme luopumaan jostain, antamaan tilaa uusille ajatuksille ja valmistautua ottamaan vastaan jotain uutta, josta emme ole vielä edes tietoisia. Nykyinen tietomme auttaa meitä lähestymään kohti oikeita ratkaisuja. Klaus Schwab (2019), maailman talousfoorumin perustaja, kertoo, että keskusteluun on tärkeä kutsua mukaan kaikki. Olemme siirtyneet yksinapaisesta moninapaiseen maailmaan ja yhden käsitteen maailmasta monikäsitteiseen maailmaan. Dialogia tarvitaan enemmän kuin aiemmin. Vaikka emme olisi-kaan yhtä mieltä, olisi jossain oltava paikka, jossa voisimme kuunnella toisiamme.

Dialoginen ajattelu, uuden tiedon muotoutuminen on myös arkipäiväinen ilmiö ja tulee ihmisille vastaan useissa elämän tilanteissa: Uuden parisuhteen muodostuessa voi miettiä, luonko kumppanin kanssa jotain uutta yhteistä vai pidätkö kiinni omasta elämästäni ja kumppanin on sopeuduttava siihen? Työpaikalla esimies saattaa täyttää tilan puhumalla itse ja unohtamalla kuunnella, mitä ajatuksia alaisilla on tai pelkästään etsien heidän puheestaan virheitä, jotka eivät sovi hänen omaan ajatteluun. Pieni ala-aste ikäinen maahanmuuttajalapsi voi olla onnellinen ensimmäisenä koulupäivänään. Hänen eksoottisuutensa, tavat ja taidot ihastuttavat pieniä luokkatovereita. Seuraavaksi koulupäivälle luokkatoverit ovat kotonaan oppineet jotain uutta ja sama lapsi kuulee olevansa hankala ongelma, hänelle on uusi nimitys ja, että hänen olisi ollut paras pysyä omassa maassaan. Näissä kaikissa tapauksissa luodaan paitsi pahaa mieltä, myös menetetään ne kaikki mahdollisuudet, mitä uusi tieto, uusi tapa ja useamman ihmisen antama panostus olisi tuonut tullessaan.

Väinön Linnan (1954) kirjoittamassa teoksessa ”Tuntematon sotilas” kerrotaan kersantti Hietasen viimeisestä matkasta ambulanssissa, joka joutuu vihollisen tulituksen kohteeksi. Tapahtumilla on epäilemättä esikuva todellisuudessa. Mielenkiintoni kohdistuu auton toiseen matkustajaan. Esimerkin tarkoituksena on kuvata ihmisen mielessä tapahtuvaa muutosta tullessaan hylätyksi ja saamatta vastausta avunpyyntöön.

Auto paloi kohisten ja räiskähdellen. Pitkän aikaa kuului sen seasta tukahtunutta yskintää ja huutoa:

- Tulkaa auttamaan...mitä varten te jätitte? Eikö kukaan kuule?...Minä palan, viltti on tullessa.

Jonkun aikaa kuului yskintää, kunnes se muuttui villiksi karjunnaksi. Ensin tuli suoraa huutoa pitkän aikaa, mutta sitten se selkiytyi sanoiksi:

- Minkä te perkeleet menitte? Minä palan...tuokaa konepistooli! Minä tapan kaikki!

Psykiatrisessa hoitotyössä kohtaamme ihmisiä, joiden kokemaa tuskaa emme koskaan voi täysin käsitellä. On helpompi leimata tuska sairaudeksi kuin ymmärtää. Varsinkin iäkkäämpien kokemat menetykset saattavat tuntua niin musertavilta, ettei useilla ole kykyä ottaa sitä sellaisenaan vastaan. Tällöin tavanomainen suru on sairautta, masennusta, joka hoidetaan lääkkeillä. Joskus tämä tuska ilmenee puheena, jonka sisältö muistuttaa tämän opinnäytetyön alussa esitettyä runoa. Runokokoelman toimittajan mukaan se kertoo suunnattomasta läheisyyden kaipuusta ihmiseltä, joka on kokenut nöyryytystä ja kipua, menetettyjä toiveita ja loputonta yksinäisyyttä.

Saattaa valitettavasti käydä niin, että vailla ymmärrystä, ilman toisten ihmisten tukea ihmiset saattavat päätyä epätoivoisiin, peruuttamattomiin tekoihin. Ihminen voi menettää yhteyden muiden ihmisten ajatuksiin, mistä muodostuu valtava psyykkinen taakka. Kuulematta jääminen voi kääntyä vihaksi itseään vastaan. ”Minussa on jotain vikaa, koska minua ei kuulla” tai vihaksi toisia ihmisiä vastaan. ”Ihmiset ovat pahoja, koska he eivät kuuntele”.

Jos haluamme, niin voimme ymmärtää ja auttaa, silloin, kun meillä on siihen mahdollisuus. Tällöin joudumme poistamaan omat ennakkokäsityksemme ja lähestymään potilasta tasavertaisena ihmisenä, jolla on oma arvokas elämäntarina. Voimme auttaa häntä hänen omassa elämässään, jolloin emme käytä häntä omien tarkoituksemme välikappaleena. Joskus emme pysty auttamaan, mutta voimme ymmärtää, että hoitotyön päämäärä voi olla muutakin kuin sairauksien parantamista ja tutkimista. Voimme auttaa potilasta elämään hyvän ja arvokkaan oman elämänsä, vaikeuksista huolimatta.

Tässä opinnäytetyössä olen arvioinut Helena Aarnion kuvaaman dialogisen toimintaotteen soveltumista psykiatriseen hoitotyöhön. Pysähtyminen ja keskittyminen, puheen sanatarkka kuunteleminen, omien ennakkokäsitysten tiedostaminen, viivyttely ja symmetrisen osallistuminen ovat osoittautuneet käytännöllisiksi menetelmiksi, joita haastattelemani kokeneet hoitotyöntekijät ovat useinkin omalla tavallaan käyttäneet vuosien varrella työssään. En havainnut työssäni dialogisen toimintaotteen periaatteiden olevan ristiriidassa hoitotyön arvojen ja päämäärien kanssa, vaan dialoginen ote syventää hoitotyötä ja antaa selkeän työkalun potilaan ongelmien lähestymiselle inhimillisellä ja luonnollisella tavalla. Se auttaa tekemään oikeita päätöksiä ja suuntaamaan hoitotyön voimavaroja oikeaan kohteeseen sekä selkeyttää työyhteisön toimintaa arvokkaalla tavalla.

LÄHTEET

1984. 2001. Antakaa minulle ihminen. Antologia Visalan sairaalassa vuosina 1966–1988 ilmestyneen Rohto-lehden sivuilta. (Toim.) Tuulikki Kejonen. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja. KL-Paino: Ylivieska.

Aarnio, H. 2014. Dialogiosaamisen videoluentosarja. Www-dokumentti. Saatavissa: https://www.youtube.com/watch?v=D3L-bKpISx0&list=PL5htldnzz_FkXRMVVjQYw47MCEC3JA-OU. Viitattu 30.6.2018.

Aarnio, H. 2018. Henkilökohtainen tiedonanto, puhelinkeskustelu. 23.10.2018.

Alasuutari, P. 1994. Laadullinen tutkimus. 2. uudistettu painos. Tampere: Vastapaino.

Bahtin M. 1990. Dostojevskin poetiikan ongelmia. Keuruu: WSOY.

Bohm, D. 2003. On dialogue. Taylor & Francis eLibrary. Alkuperäislaitos: On Dialogue, Routledge, 1996.

Eskola, J. & Suoranta, J. 2005. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus.

Grant, A. 2017. Omaperäisten ajattelijoiden yllättävät tavat. Www-dokumentti. Saatavissa: https://www.ted.com/talks/adam_grant_the_surprising_habits_of_original_thinkers?language=fi. Viitattu 16.12.2018.

Haarakangas, K. 2008. Parantava puhe. Helsinki: Hakapaino.

Heikka, T. 2018. Dialogin vuoro. Www-dokumentti. Saatavissa: <https://www.sitra.fi/julkaisut/dialogin-vuoro/>. Viitattu 29.12.2018.

Hellström, E. 2018. Dialogi tietoa tulkitsevassa päätöksenteossa –artikkelisarja. Www-dokumentti. Saatavissa: <https://www.sitra.fi/artikkelit/dialogi-tietoa-tulkitsevassa-paatöksenteossa-artikkelisarja/>. Viitattu 16.12.2018.

Hilli, P. & Pöllänen, T. 1995. Törmäyskurssilta yhteisymmärrykseen. Oulun ammattikorkeakoulu. Oulaisten terveydenhuolto-oppilaitos. Opinnäytetyö.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Holm, R., Poutanen, P. & Sthåle, P. 2018. Mikä tekee dialogin: Dialogisen vuorovaikutuksen tunnuspiirteet ja edellytykset. Www-dokumentti. Saatavissa: <https://www.sitra.fi/artikkelit/mika-tekee-dialogin-dialogisen-vuorovaikutuksen-tunnuspiirteet-ja-edellytykset/>. Viitattu 16.12.2018.

Isaacs, W. 2001. Dialogi ja yhdessä ajattelemisen taito 2001. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Kampman, O. 2018. Ohjelmassa Ykkösaamu. Päivinen, E., Jauhiainen, R. & Riita-Aho A. (toim.) Yle. Www-dokumentti. Saatavissa <https://areena.yle.fi/1-4460187>. Viitattu 16.12.2018.

Kananen, J. 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 134. Jyväskylä: Tampereen yliopistopaino Oy.

Keski-Luopa, L. 2007. Työnohjaus vai superviisaus. 3. painos. Metanoia instituutti; Tornio.

Kiviniemi, L, Läksy, M-L., Matinlauri, T, Nevalainen, K., Ruotsalainen, K., Seppänen, U-M. & Vuokila-Oikkonen, P. 2007. Minä mielenterveystyöntekijänä. Helsinki: Edita Prima Oy.

Koivisto, K., Alakulppi, J. & Suua P. 2017. Dialogisuus oppimisessa ja hoidon perusosaamisena. ePooki 43/2017. Oulun ammattikorkeakoulun tutkimus ja kehittämistyön julkaisut. Www-dokumentti . Saatavissa:

<http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/137228/Dialogisuus%20oppimisessa%20ja%20hoidon%20perusosaamisena.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Viitattu 15.12.2018

Koski, J.T. 2008. Ohjelmassa kokoukset ovat turhia. Kasvatustieteiden tohtori Jussi T. Koski reagoi työpaikoilta tuttuun huokaukseen. Www-dokumentti. Ei saatavissa. Yle. Areena 3.3.2008.

Krohn, S. 1981. Ihminen, luonto ja logos. Jyväskylä: Gummerus.

Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2012. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki. WSOY.

Lehtovaara, J. 1996. Dialogissa 2 – kokonaisena ihmisenä avoimessa yhteydessä Toiseen. Teoksessa: Lehtovaara, J & Jaatinen, R. (toim.) Dialogissa osa 2. – Ihmisenä ihmisyyhteisössä. Tampereen yliopiston opettajankoulutuslaitoksen julkaisuja. A 8 /1996. Tampere.

Linna, V. 1954. Tuntematon sotilas, 409. 56.painos, 10. painoksen mukainen. Kootut teokset II. WSOY: Juva. 2000.

Mattila, E. 2009. Vuorokuunteluohjaus dialogissa. Teoksessa Kuuntele minua – Mielenterveystyön käytännön menetelmiä. Hentinen, K., Ilja, A & Mattila, E. (toim.) Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy, 79-93.

Miettinen S. 2015. Aktiivinen kuntalainen – Palvelumuotoilun työkalut osallisuuden kehittämisessä. Www-dokumentti. Saatavissa: <https://vimeo.com/129536797>. Viitattu 22.10.2018.

Mönkkönen, K. 2018. Vuorovaikutus asiakastyössä. Tallinna: Gaudeamus Oy.

Nurmi, K.E. 1995 Johdatus kasvatuksen filosofisiin ja historiallisiin perusteisiin. Helsingin yliopiston Lahden tutkimus- ja koulutuskeskus. Jyväskylä: Gummerus.

Ojanen, S. 2006. Ohjauksesta Oivallukseen. Helsinki: Yliopistopaino.

Ojasalo K., Moilanen T. & Ritalahti J. 2009. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: WSOYpro

Piippo, J. 2008. Trust, autonomy and safety at integrated network- and family-oriented model for co-operation: a qualitative study. Jyväskylän yliopisto. Väitöskirja.

Rissanen, P. 2007. Skitsofreniasta kuntoutuminen. Mielenterveyden keskusliitto. Pori: Kehitystyö Oy.

Salonen, A.O. 2016. Parasta palvelua muotoilemaan. Www-dokumentti. Saatavissa: <https://www.youtube.com/watch?v=zziXH4mXX7I> Viitattu 22.3.2018.

Seikkula, J & Alakare, B. 2004. Avoin dialogi: vaihtoehtoinen näkökulma psykiatrisessa hoitojärjestelmässä. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo94071.pdf>. Viitattu 17.6.2018.

Seikkula, J.& Arnkil T.E. Dialoginen verkostotyö. 2009. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Esa Print Oy.

Sippola, I. 2016. Miten palvelumuotoilulla voidaan parantaa maahanmuuttajanuorten elämää? Ohjelmassa Puheen iltapäivä. T. Lundberg (toim.). Yle. Www-dokumentti. Saatavissa <https://areena.yle.fi/1-3703563> Viitattu 20.3.2018.

Senge, P.M. 1994. The Fifth Discipline. The Art and Practice of the Learning Organization. Currency Doubleday. Alkuperäislaitos: Currency Doubleday 1990.

Suutari, V. 2013. Dokumenttiohjaaja Virpi Suutari järkyttyi: Suomessa on paljon periytyvää osattomuutta. Toimittaja: Maria Rautio. Yle. Www-dokumentti. Saatavissa: <https://yle.fi/aihe/artikkeli/2013/03/15/dokumenttiohjaaja-virpi-suutari-jarkyttyi-suomessa-on-paljon-periytyvaa>. Viitattu 19.1.2019.

Schwab, K. 2019. Yle. Www-dokumentti. saatavissa: <https://areena.yle.fi/1-50049944?autoplay=true>. Viitattu 27.1.2019.

Tuomi J. & Sarajärvi A. 2011. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Vantaa: Kustannusosa-
keyhtiö Tammi.

Tuomi, J & Talka, S. 2005. Kokemuksia työyhteisön kehittämiseen. Jouni Tuomi (toim.). Tampere. Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja C.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2018. Www-dokumentti. Saatavissa: http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf . Viitattu 11.8.2018.

Uusitalo K. & Kohtamäki M. 2011. Konstruktiivisen tutkimusotteen rooli menetelmien kentässä s. 281-295. Teoksessa Puusa A. & Juuti P. (toim.) Menetelmäviidakon raivaajat, perusteita laadullisen tutkimuslähestymistavan valintaan. Vantaa: Hansaprint.

Varto, J. 1992. laadullisen tutkimuksen metodologia. Helsinki: Kirjayhtymä.

Vilkkä, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4., uudistettu painos. Juva: PS-kustannus.

Virtanen, Suoheimo, Lamminmäki, Ahonen & Suokas, 2011.

Miten pysähtyminen ja keskittyminen, puheen sanatarkka kuuntelu, omien ennakkokäsitysten tiedostaminen, viivyttely, symmetrinen osallistuminen ilmenevät työssäsi? Tarkoituksena on kehittää ryhmämuotoista toimintaa. Seuraavalla sivulla on tarkentavia kysymyksiä.

Pysähtyminen ja keskittyminen

Puheen sanatarkka kuuntelu

Omien ennakkokäsitysten tiedostaminen

Viivyttely

Symmetrinen osallistuminen (Osallistutte kaikki saman verran)

Mitä työssäsi tarkoittaa se, että olet asiakkaittesi kanssa vertainen (Saman arvoinen)?

Pysähtyminen ja keskittyminen

Miten itse pysähdyt ja keskityt hoitotilanteissa?

Mitä toisen ajattelun ymmärtäminen tarkoittaa? Millä tavalla se onnistuu?

Sanatarkka kuuntelu

Minkälainen olet kuuntelijana?

Keskitytkö lähtökohtaisesti johonkin tiettyyn asiaan, kun aloitat keskustelun?

Mitkä ovat sanoja tai asioita joihin tartut tai kiinnität huomiota? Miten lähdet jatkamaan niistä keskustelua?

Millä varmistat, että olet ymmärtänyt potilaan tarkoittaman asian oikein?

Omien ennakkokäsitysten tiedostaminen

Miten on parasta tuoda keskustelussa esille omat ehkä eroavat omat näkökulmat?

Miten löytyy totuus?

Haluatko, että kaikki menee tahtosi mukaan?

Miten suhtaudut jos joku on eri mieltä?

Onko tavoite se, että kaikki ovat samaa mieltä?

Voiko asiat tehdä eritavalla?

Mikä keskustelussa auttaa potilasta?

Mitä ennakkokuvan luominen potilaasta sinulle merkitsee?

Mitä tarkoittaa kohdallasi vapaa, avoin mieli?

Oletko tietoinen omista ennako-oletuksistasi? Miten käytät niitä? Onko niistä haittaa vai hyötyä?

Viivyttely

Millä keinoin ylläpidät asian käsittelyä?

Mitkä ovat hyviä keinoja jatkaa keskustelua ongelmallisesta asiasta?

Mitä hyviä kysymyksiä sinulla on?

Symmetrinen osallistuminen

Millä keinoin saat potilaan puhumaan?

Miten huolehdit siitä, että kaikki saavat sanoa sanottavansa?

Milloin on toisten vuoro puhua?

Onko tärkeää, että saat oman asian sanottua?

Mitä ystävällisyys tarkoittaa psykiatrisessa hoitotyössä.

TUTKIMUKSEN TIEDOT	
<input checked="" type="checkbox"/> Uusi hakemus <input type="checkbox"/> Jatkoalku aiemmalle tutkimukselle <input type="checkbox"/> Muutos aiempaan hakemukseen, mikä	
Tutkimuksen lyhyt nimi DIALOGINEN TOIMINTATOIMENNUORTEN-IRPA-MÄMUDOLISESSA MIELENTERVEYTYÖSSÄ	
Tutkimusdiarinumero	300 252
Pääkaavanumero	(kts. ohje)
Tutkimuksen luonteen määrittely (alihakusana, voi valita useita) <input type="checkbox"/> Tilastutkimus <input type="checkbox"/> Lääketutkimus, Eudra CT-numero <input type="checkbox"/> Laitetutkimus <input type="checkbox"/> Rekisteritutkimus <input type="checkbox"/> Hoitomenetelmävertailututkimus <input type="checkbox"/> Kudostutkimus <input type="checkbox"/> Aikio- tai sikiötutkimus <input type="checkbox"/> Translationaalinen tutkimus <input checked="" type="checkbox"/> Terveyspalvelujärjestelmän toimintaa, kehittämistä ja vaikuttavuutta koskeva tutkimus <input type="checkbox"/> Muu tutkimus	
Opinnäyte <input type="checkbox"/> Väitöskirja <input type="checkbox"/> Pro gradu <input type="checkbox"/> Lisensiaattitutkimus <input type="checkbox"/> Syventävä työ <input type="checkbox"/> AMK opinnäytetyö <input checked="" type="checkbox"/> YAMK opinnäytetyö <input type="checkbox"/> Muu, mikä	
Tutkimuksen vastuhenkilö PPSHP:ssä	AILA KORTI aila.korti@ppshp.fi nimi, sähköposti, puhelinnumero P. 040-5560697
Muut tutkimusryhmän jäsenet (nimi, vastualue)	
Opinnäytetyön tekijä(t) (nimi, vastualue)	PAS: ITILVI NUORTEN tukitalo 64430
Tutkimuspaikat	<input type="checkbox"/> OPTA <input type="checkbox"/> Medisiininen <input type="checkbox"/> LaNa <input type="checkbox"/> SAPA <input checked="" type="checkbox"/> Psykiatria <input type="checkbox"/> Oulaskangas <input type="checkbox"/> Yhtymähallinto Vastuualue 64430
PPSHP:n ulkopuoliset tutkimuspaikat	
Tutkimuksen toteutusaika ja tutkimusluvan voimassaoloaika	2018-2019 (Lupa myönnetään pääsääntöisesti enintään viideksi vuodeksi)
Tutkimuksen kustannukset	<input type="checkbox"/> Tutkimus aiheuttaa PPSHP:lle kustannuksia (laboratorio, kuvantaminen, yms.). Arvio vuorokausittaisista kustannuksista (selitys tutkimussuunnitelmaan tai liitteeksi). <input checked="" type="checkbox"/> Tutkimuksesta ei aiheudu sairaanhoitopiirille ylimääräisiä kustannuksia
Tutkimuksen rahoitussuunnitelma	<input type="checkbox"/> VTR, projektnumero (yleensä K): <input type="checkbox"/> Kaupallinen tutkimus projektnumero (yleensä T): , sopimusnumero: <input type="checkbox"/> Muu rahoittaja, mikä:
Ulkopuolisen tutkimusrahoituksen hallinnointi	<input type="checkbox"/> PPSHP <input type="checkbox"/> Pohjois-Suomen terveydenhuollon tukisäätiö (Terttu) <input type="checkbox"/> Oulun yliopisto <input type="checkbox"/> Muu taho, mikä:



Muut tarvittavat viranomaisluvut tai lausunnot

- Eettinen toimikunta Fimea Valvira (kudosluvat) Valvira (laitetutkimukset) THL
 PPSHP rekisteritutkimuslupa
 Muu, mikä:

LUVAN HAKIJAN TIEDOT JA ALLEKIRJOITUS

Nimi: PASI HILLI

Osoite: LEIVOTIE 2 04100 YLIVIESKA

Puhelin: 044-0333580

Sähköposti: pasi.hilli@kotinet.com

Päiväys ja luvanhakijan/vastuuhenkilön allekirjoitus:

YLIVIESKA 26.9.2018 Pasi Hilli

Allekirjoituksellani sitoudun omasta ja tutkimusryhmän puolesta noudattamaan PPSHP:n ohjeistusta sekä hyvää tutkimustapaa ja tieteellistä käytäntöä. Olen informoinut asianosaiset ja esimiehet ja sopinut resurssien käytöstä.

LIITTEET

- Tutkimussuunnitelma
 Tiedote ja suostumus tutkittavalle
 Rekisteriseloste ja riskien itseenarviointi tutkimuksessa
 Kustannuserittely
 Tutkimussopimus ja/tai rahoituspäätös
 Muu, mikä:

Viranomaisluvut/lausunnot:

- Eettisen toimikunnan puoltava lausunto
 Fimean käsittelyilmoitus
 Valviran lupa
 THL:n lupa
 Muu viranomainen, mikä:

VASTUUALUEEN JOHTAJIEN / YLIHOITAJIEN KANNANOTTO (yksi tai useampia kukin omalta alueeltaan)
 Puollan hakemusta

 En puolla hakemusta (hakemus esitetään sitä huolimatta päättäjälle)

Päivämäärä

Allekirjoitus

6.11.2018


PÄÄTÖS (yksi seuraavista: Johtajayllästäkari, hallintoyllähoitaja, tulosalueen johtaja, tulosalueen ylihoitaja)
 Lupa myönnetään hakemuksen mukaisesti

 Lupa myönnetään seuraavien korjauksinehdoin

 Hakemus hylätään, miksi

Päivämäärä

Allekirjoitus

6.11.2018

