

KUN HARHAT OHJAAVAT ELÄMÄÄ

”kohtaaminen ja kohtaamattomuus”

Olga Lukas
Heidi Kinnunen

Opinnäytetyö
Helmikuu 2012

Hoitotyön koulutusohjelma
Sosiaali-, terveysala- ja liikunta-ala





Tekijä(t) KINNUNEN, Heidi LUKAS, Olga	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 13.2.2012
	Sivumäärä 65+14	Julkaisun kieli Suomi
	Luottamuksellisuus () saakka	Verkojulkaisulupa myönnetty (X)
Työn nimi Kun harhat ohjaavat elämää, ”kohtaaminen ja kohtaamattomuus”		
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) OITTINEN, Pirkko RAITIO, Katja		
Toimeksiantaja(t) Keski-Suomen sairaanhoitopiiri		
Tiivistelmä <p>Psykoosi on mielenterveyshäiriö, joka voidaan käsittää ihmisen elämän pitkäaikaisena ristiriitaisuutena, epäohdonmukaisuutena ja sisäisen minän häiriönä. Psykoosia voidaan myös kuvata todellisuudentajun menetyksenä. Psykoosissa ilmenee erilaisia oireita, kuten aistiharhoja ja harhaluuloja, jotka esiintyvät yksilöllisesti psykoosin eri muotojen ja vaiheiden aikana. Psykoosia sairastavan harhaisen potilaan kanssa tapahtuvat kohtaamistilanteet voivat herättää ristiriitaisia tunteita, epä tietoisuutta ja jopa pelkoa. Tämän vuoksi myös perheet tarvitsevat tukea harhaisen läheisen kohtaamisessa. Harhaisen potilaan kohtaamista voidaan pitää tärkeänä asiana mielenterveyshoitotyössä.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää hoitavan henkilökunnan kokemuksia psykoosia sairastavan harhaisen potilaan kohtaamisesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Tavoitteena on kerätä tietoa, joka palvelee ensisijaisesti potilaiden omaisia antaen heille tukea, turvaa ja keinoja omaisen kohtaamiseen. Tässä laadullisessa opinnäytetyössä aineistoa kerättiin erään kuntouttavan osaston henkilökunnalta avoimia kysymyksiä sisältävällä kyselylomakkeella. Kyselyyn vastanneita kertyi kahdeksan (N=8). Tutkimusaineistoa analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.</p> <p>Opinnäytetyön tulosten mukaan kohtaamiseen vaikuttavia tekijöitä ovat: ympäristö, kehonkieli, tieto, kohtaamisosaaminen, tunteet ja niiden käsitteleminen. Perheen kohdatessa harhaista omaista keskeisinä keinoina ovat tiedon antaminen ja omaisten tukeminen. Tulokset osoittavat psykoosia sairastavan harhaisen potilaan kohtaamiseen liittyvän useita tekijöitä. Kohtaamista tukevat esimerkiksi ympäristön tasapaino ja voimavaralähtöisyys. Perheen kohtaamista tukevat yksilöllinen tieto sairaudesta ja tuki sairauteen suhtautumisessa.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Psykoosi, Aistiharha, Harhaluulo, Kohtaaminen, Vuorovaikutus, Perhe		
Muut tiedot		



Author(s) KINNUNEN, Heidi LUKAS, Olga	Type of publication Bachelor's Thesis	Date 13.2.2012
	Pages 65+14	Language Finnish
	Confidential () Until	Permission for web publication (X)
Title When delusions guide your life, "facing and not-facing"		
Degree Programme Degree Programme in Nursing		
Tutor(s) OITTINEN, Pirkko RAITIO, Katja		
Assigned by Central Finland Health Care District		
Abstract <p>Psychosis is a mental health disorder that can be perceived as a long-term inconsistency, discrepancy and inner self-disruption in a person. Psychosis can also be described as a loss of the sense of reality. There are different kinds of symptoms in a psychosis such as hallucinations and delusions that present themselves individually during the different forms and phases of the disorder. Encounters with a delusional, psychotic person can give rise to conflicting feelings, uncertainty and even fear. Because of this, families also need support when facing a delusional close relative. Facing a delusional patient can be held as an important goal in mental health work.</p> <p>The purpose of this thesis was to examine care personnel's experiences about facing a psychotic, delusional patient and about the factors that impact on this. The goal was to collect information that would serve primarily the family members of patients by giving them support, safety and ways to face a close relative. In this qualitative thesis the data was collected from the staff of a rehabilitation department by using a questionnaire with open questions. A total of eight respondents (N=8) returned the questionnaire. Qualitative content analysis was the primary method of analysis.</p> <p>According to the results, the factors having an impact on facing a delusional patient were: environment, body language, knowledge, knowledge of facing, emotions and how to handle those emotions. When a family is facing a delusional close relative, the crucial methods are giving information and supporting the family members. The results also suggest that there are many factors involved in facing a delusional, psychotic patient. For example, the balance of the environment and empowerment support the facing. Individual knowledge about the illness and support with relating to the illness are also important.</p>		
Keywords Psychosis, Hallucination, Delusion, Encounter, Interaction, Family		
Miscellaneous		

Sisälllys

1 JOHDANTO.....	3
2 PSYKOOSI HAASTEENA HOITOTYÖSSÄ	4
2.1 Psykoosin määrittely	4
2.2 Psykoosin syntyyn vaikuttavat tekijät	5
2.3 Psykoosiin sairastumisen vaiheet	7
2.4 Aistiharhat ja harhaluulot osana psykoosia	10
2.4.1 Aistiharhat	11
2.4.2 Harhaluulot.....	13
3 PSYKOOSIA SAIRASTAVAN POTILAAN KOHTAAMINEN JA SIIHEN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT MIELENTERVEYSHOITOTYÖSSÄ.....	15
3.1 Kohtaamisen eettiset lähtökohdat	15
3.2 Kohtaaminen.....	16
3.3 Vuorovaikutus	20
3.4 Yhteistyösuhde	22
4 PERHE OSANA MIELENTERVEYSHOITOTYÖTÄ	26
5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT ..	29
6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	30
6.1 Tutkimusmenetelmä.....	30
6.2 Kohderyhmä	31
6.3 Aineiston keruu	31
6.4 Aineiston analysointi	33
7 TUTKIMUSTULOKSET	35
7.1 Harhaisen potilaan kohtaaminen	35
7.2 Perhettä tukevat kohtaamisen keinot.....	41

8 POHDINTA.....	44
8.1 Tutkimustulosten tarkastelu	44
8.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus.....	53
8.3 Johtopäätökset ja kehittämishaasteet.....	58
8.4 Jatkotutkimusaiheet	59
LÄHTEET	60
LIITTEET	66
Liite 1. Saatekirje	66
Liite 2. Kyselylomake	67
Liite 3. Sopimus opinnäyteyhteistyöstä	70
Liite 4. Tutkimuslupahakemus	72
TAULUKOT	74
Taulukko 1. Kohtaamiseen vaikuttavat tekijät	74
Taulukko 2. Perhettä tukevat kohtaamisen keinot	76

1 JOHDANTO

Mielenterveys koskee jokaista ihmistä ja se on tärkeä osa jokaisen ihmisen hyvinvointia. Sen ylläpitäminen vaikuttaa kokonaisvaltaisesti ihmisen elämään ja toimintakykyyn. Mielenterveyttä pidetään ihmiselle tärkeänä voimavarana ja sitä vahvistavat emotionaaliset ja sosiaaliset taidot. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009.) Mielenterveyshoitoyössä vaikeimpana mielenterveydenhäiriönä pidetään skitsofreniaa, joka luokitellaan yhdeksi psykoosin muodoksi (Huttunen 2010). Suomen kokonaisasukasmäärästä skitsofreniaa sairastaa 0.5-1 % ja siihen sairastumisen todennäköisyys elinajan aikana on 1 prosentti (Salokangas & Riikola 2008).

Mielenterveyshoitotyössä potilaan ja häntä hoitavan henkilön välistä vuorovaikutusta voidaan pitää käytännön ytimenä (Dziopa 2009, 2, 7–10). Vuorovaikutus nähdään mielenterveyshoitotyössä kohtaamisen edellytyksenä, vaikka vuorovaikutus ei yksinään kuitenkaan selitä kohtaamisen luonnetta (Kilkku 2008, 95). Vuorovaikutuksen ymmärtäminen psykoosia sairastavan harhaisen potilaan kohdalla on merkittävä tekijä (Koivisto 2003, 28). Psykoosia sairastavan harhaisen potilaan kohtaaminen ei välttämättä ole sairastuneen omaiselle jokapäiväistä ja tämän vuoksi siihen voi olla vaikea löytää kohtaamista tukevia keinoja. Kohtaaminen voi olla omaiselle pelottava kokemus ja oman paikan löytäminen sairastavan läheisen rinnalla voi olla haasteellista (Mattila 2007, 71).

Opinnäytetyön aihe nousi esille omasta mielenkiinnosta kohtaamisessa vaikuttavista tekijöistä. Aihe muotoutui työelämän tarpeesta, sekä psykoottisen harhaisen potilaan kohtaamisen haasteellisuudesta. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää hoitajien kokemuksia psykoosia sairastavan harhaisen potilaan kohtaamisesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Tavoitteena oli kerätä tietoa, joka palvelee ensisijaisesti potilaiden perhettä antaen heille keinoja omaisen kohtaamiseen. Opinnäytetyö toteutettiin erään kuntouttavan osaston henkilökunnalle.

Tämä opinnäytetyö tehtiin laadullisena tutkimuksena, jossa aineistoa kerättiin avoimia kysymyksiä sisältävällä kyselylomakkeella. Aineistoa analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

2 PSYKOOSI HAASTEENA HOITOTYÖSSÄ

2.1 Psykoosin määrittely

Lääketieteen näkökulmasta psykoosi on sairaus, jossa henkilön todellisuudentaju on hämärtynyt. Tämän vuoksi hänen todellisen ja kuvitellun maailman erottaminen on vaikeutunut. (Huttunen 2010.) Mielenterveydenhäiriönä pidettävälle skitsofreeniselle psykoosille tyypillisiä oireita ovat havaintokyvyn ja ajattelun vääristymät. Tunteet saattavat olla asiaankuulumattomia tai ne voivat latistua kokonaan. Yleensä kuitenkin tajunnan selkeys ja älylliset kyvyt pysyvät normaalina, vaikkakin ajan myötä tiedonkäsittelyssä saattaa ilmetä puutteita. Skitsofreenisen psykoosin vaikutukset kohdistuvat suoraan henkilön kokemukseen omasta itsestään, yksilöllisyydestään ja itsenäisyydestään. (Käypähoito 2008.) Psykoottisen potilaan havainto- ja päättelytoiminta, sekä ajatus-toiminta ovat normaaleista toiminnoista poikkeavia. Tämän vuoksi potilas arvioi ja tulkitsee vääristyneellä ajatusmallilla todellista ympäristöään. (Lönngqvist, Heikkinen, Henriksson, Marttunen & Partonen 2007, 140.)

Hoitotiede puolestaan kuvaa psykoosia elämäntilanteen aiheuttamana vaikeutena selviytyä jokapäiväisestä elämästä. Psykoosi on mielenterveydenhäiriö, joka voidaan käsittää pitkäaikaisena ristiriitaisuutena, epäjohdonmukaisuutena ja sisäisen minän häiriönä. Skitsofreeninen psykoosi nähdään myös todellisuudentajun menetyksenä, jossa ihminen ei kykene erottamaan ulkomaailmaan liittyviä aistimuksia omista sisäisistä tuntemuksistaan ja elämyksistään. Lisäksi saattaa esiintyä kehityksellistä taantumusta, ihmissuhteista pois vetäytymistä sisäiseen mielen maailmaan, jota voivat sävyttää skitsofreeniselle

psykoosille tavanomaiset aistiharhat ja harhaluulot. Mielenterveydenhäiriöön sairastuminen on potilaan kokeman tuskallisen ja ylivoimaisen elämäntilanteen tuotos. Potilaan sairastaessa skitsofreenista psykoosia hänen kieli ja toiminta ovat inhimillistä ja hän haluaa tulla kuulluksi sekä ymmärretyksi omalla kielellään. Tämä mahdollistaa sairaudesta selviytymisen. (Koivisto 2003, 17–26.)

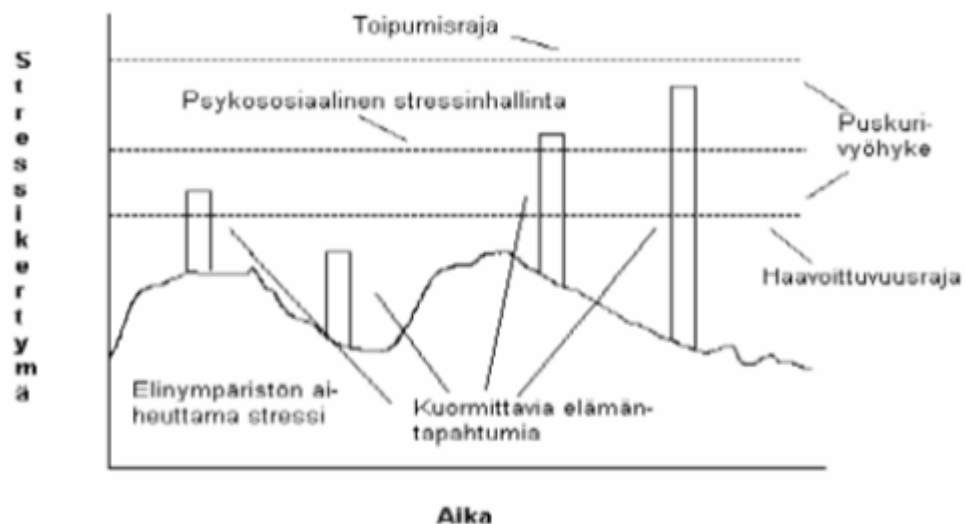
Skitsofreeninen psykoosi puhkeaa yleensä nuoruusiässä ja se voi vaurioittaa psykososiaalista kehitystä (Salokangas, Heinimaa, Svirskis, Huttunen, Laine, Korkeila ym. 2007, 19). Skitsofreeninen psykoosi on joko kertaluontoinen tai uusiutuva sairaus. Siitä johtuen se voi jäädä jopa pitkäksi aikaa osaksi sairastuneen elämää. (Kilkku 2008, 34.) Pohjana skitsofreenisen psykoosin diagnosoille ovat häiriöiden ja oireiden kesto sekä muutokset käyttäytymisessä (Koivisto 2003, 26). Diagnostiikan helpottamiseksi on laadittu ICD-10 tautiluokitus, jossa skitsofreenisen psykoosin esiintymismuodot ja oireet on selitetty alaluokittain (Käypä-hoito 2008).

2.2 Psykoosin syntyyn vaikuttavat tekijät

Skitsofreeninen psykoosi ilmenee yksilöllisesti ja sen syntyyn vaikuttavat monet eri tekijät (Huttunen 2010). Käypä hoito-suosituksen (2008) mukaan skitsofrenian synnyn pohjana voidaan pitää stressi-alttius mallia, jossa skitsofrenia puhkeaa potilaalle ulkoisen tai sisäisen stressin seurauksena. Stressi-alttius mallin mukaan skitsofrenian puhkeamiseen voi vaikuttaa varhaiskehityksen aikana syntynyt alttius tai perinnöllinen alttius. Sairastumisen laukaisevia stressitekijöitä voivat olla kehitykselliset tekijät tai päihteiden liiallinen käyttö. (Käypä-hoito 2008.) Koiviston (2003) mukaan laukaisevina ja vaikuttavina tekijöinä psykoosin synnyssä ovat rakenteelliset ja biologiset tekijät (Mts. 26).

Nordlignin (2007) mukaan stressi-haavoittuvuus-mallissa voidaan puhua stressikertymästä, joka vaihtelee potilaan normaalielämään liittyvän stressin ja hetkellisen elämäntapahtuman aiheuttama stressitekijän yhteisvaikutuksesta.

Stressikertymän ylittäessä, niin sanotun yksilön haavoittuvuusrajan seurauksena potilas voi alkaa oireilla psyykkisesti. Stressi-haavoittuvuus-mallia voidaan kuvata seuraavan kuvion avulla. (Nordlig 2007, 48–49.)



KUVIO 1. Haavoittuvuus-stressi-malli (Nordlig 2007, 49)

Frenchin & Morrisonin (2004) mukaan psykoottiset oireet alkavat silloin, kun potilas ei kykene tuottamaan ja arvioimaan epätavallisia kokemuksiaan. Normaalisti ihminen kykenee arvioimaan epätavallisia kokemuksia kahdella eri tavalla, joko jakamalla tieto ympärillä olevien kanssa tai omien kognitiivisten taitojensa avulla. Psykoosiriskin omaavalta henkilöltä saattaa puuttua vankka tukiverkko, jolle hän voisi puhua kokemuksistaan. Mikäli tukiverkosto löytyy, niin henkilö saatetaan leimata sairaudenkuvan vuoksi kummalliseksi. (Mts. 135.)

Salokankaan (2007) mukaan psykoosit voidaan perinteisesti jaotella kahteen eri ryhmään, jolloin puhutaan elimellisistä eli orgaanisista ja toiminnallisista eli funktionaalisista psykooseista. Funktionaalsiin psykooseihin voidaan luokitella skitsofrenia, sekä lyhytkestoiset tai monimuotoiset psykoottiset tilat. Orgaanisten psykoosien syntyyn vaikuttavat päihteiden- ja huumeidenkäyttö, sekä tietyt aivosairaudet. Joissakin tapauksissa voidaan kuitenkin todeta, että jaottelu ei ole niin yksiselitteinen, vaan funktionaalisissa psykooseissa voidaan tavata

myös orgaanisia psykooseja aiheuttavia tekijöitä. Esimerkiksi funktionaalisen psykoosin voi laukaista orgaanisen psykoosin syntyyn vaikuttava huumeiden käyttö. (Salokangas ym. 2007, 18.) Skitsofreniaa sairastavilla henkilöillä on todettu jo ennen ensimmäistä psykoosivaihetta aivoissa osa toiminnallisista ja rakenteellisista muutoksista (Lähteenlahti 2008).

French & Morrison (2004) tiivistävät, että psykoosin syntyyn vaikuttavien tekijöiden etsiminen muistuttaa neulan etsimistä heinäsuovasta, koska potilaiden oireet ovat hyvin monitahoisia ja näyttäytyvät monimuotoisina. Tämän vuoksi pitäisi rohkaistua entisestään tekemään potilaalle lähete hoidonarvioon, jotta mahdollistuisi sairastumisriskin arvioiminen ja tunnistaminen. (Mts. 39.) Skitsofreenisen psykoosin sairastumisen ennaltaehkäisy on haastavaa, koska yhtenäistä tutkimuksellista näyttöä ei ole pystytty keräämään sairauden monitahoisuuden vuoksi (Huttunen 2010).

2.3 Psykoosiin sairastumisen vaiheet

Psykkisten oireiden ensimmäistä ilmenemisvaihetta kutsutaan **prodromaali eli ennakkovaiheeksi** (Salokangas ym. 2007, 26). Kyseinen aikajakso voi olla kestoaltaan viikoista vuosiin, jonka aikana henkilön tila voi akutisoitua (Gullberg 2005,70). Prodromaalivaiheen tavanomaisiksi oireiksi määritellään, keskittymiskyvyn häiriö, apaattisuus, tarkkaavaisuuden huonontuminen, unettomuus, sosiaalisena eristäytyminen, fyysisen kunnon lasku, hämmentyneisyys, työ - ja koulumenestyksen heikentyminen, masentuneisuus ja psykosomaattiset oireet. Ennakko-oireet voivat olla hyvinkin epätarkkoja ja niitä saattaa esiintyä myös normaalissa nuoruudessa. (Lönngqvist, Henriksson, Marttunen & Partonen 2011, 78.)

Prodromaalivaiheen aikana potilaan hoitoa voidaan ylläpitää kognitiivisella psykoterapialla ja sitä tukemaan aloitetaan potilaalle sopiva psykoosilääkitys (Salokangas ym. 2007 28,38). Gullbergin (2005, 71) mukaan psykoosia ehkäisevinä tekijöinä voidaan pitää positiivisia asioita potilaan elämässä. Positiiv-

visilla tapahtumilla saattaa joissakin tapauksissa olla paranemista edistäviä vaikutuksia. Hoidon kannalta on tärkeätä osata tunnistaa psykoosille ominaisia ennakko-oireita. Psykiatriseen arvioon lähettämisen kynnyks pitäisi olla matala, mikäli esiintyy psykoosiin viittaavia ennakko-oireita. Potilaan kokiessa omassa käytöksessään, toimintakyvyssään tai oireissaan merkittäviä muutoksia on erityisen tärkeätä reagoida tilanteeseen oikealla hoitotoimenpiteellä. Hyvä hoitotoimenpide voi olla psykoosiryhmän hyödyntäminen potilaan tilan arvioinnissa. (Lönngqvist ym. 2007, 108.)

Prodromaalivaiheen jälkeen **tulee prepsykoottinen eli varhaisen psykoosin vaihe**, joka ilmenee juuri ennen varsinaista psykoosia. Prepsykoottisen vaiheen kesto vaihtelee yksilötasolla päivistä viikkoihin. Potilaan ollessa prepsykoottisessa vaiheessa, hän kokee ympäristön uhkaavana ja hänen voimavaransa kuluvat todellisen ja epätodellisen maailman erottamiseen. Koetut asiat moninkertaistuvat ja luovat potilaalle sisäisen katastrofin tunteen, jonka myötä ahdistus kasvaa entisestään. Epärealistiset kuvitelmat ja fantasiamaailma ovat prepsykoottiselle vaiheelle ominaisia. Fyysiset hyökkäykset ja vihamieliset syytökset läheisiä ja muita ihmisiä kohtaan saattavat liittyä prepsykoottisessa vaiheessa potilaan käytökseen. (Gullberg 2005, 71–72.)

Akuutin psykoosin vaiheessa potilaan oireet ovat pahimmillaan. Nämä oireet ovat havaittavissa monesti lähes kuukauden ajan tai pidempäänkin. Tavanomaisesti akuutin vaiheen oireet ovat positiivisia, kuitenkin joskus saattaa esiintyä myös negatiivisia oireita. (Lönngqvist 2011, 104–105.) Potilas ei useinkaan ymmärrä sairastuneensa. Puuttuvasta sairaudentajusta puhutaan silloin, kun sairastunut henkilö kieltäytyy vastaamasta omaisten ja lääkäreiden vaatimuksiin ja toiveisiin. (Lönngqvist ym. 2007, 110.)

Akuuttia psykoosia pystytään hoitamaan avohoidossa, mikäli potilaan tila sen sallii. Kuitenkin jotkut potilaat oireilevat enemmän kuin toiset ja sen vuoksi saattavat tarvita tuekseen sairaalahoitoa. Voimakkaammin oireileva potilas on usein aistiharhojen ja harhaluulojen vallassa ja näin ollen mahdollisesti vaaraksi itselleen tai ympärillä oleville. (Lönngqvist ym. 2011, 105.) Joissakin tapa-

uksissa lääkäri voi lähettää potilaan myös tahdonvastaiseen hoitoon (Skitsofreniainfo).

Psykoosissa olevan potilaan hoidon tavoitteena on oireiden poistaminen tai lievittämään. Psykoosilääkkeet valitaan potilaan kokonaistilan perusteella ja lääkehoidossa pyritään mahdollisimman hyvään hoitotulokseen. (Salokangas & Riikola 2008.) Akuutissa psykoosissa hoidon perustana on yhteistyön ja luottamuksen ylläpitäminen itse potilaan ja hänen läheistensä kanssa. (Lönnqvist ym. 2011, 105). Akuutista psykoosista kuntoutuminen voi kestää viikoista kuukausiin (Gullberg 2005, 75).

Psykoosin- myöhäisessä vaiheessa psykoosia sairastavalle potilaalle on jo aloitettu antipsykoottinen lääkitys, jota pyritään ylläpitämään toivotulla tasolla. Harhaluulot ja aistiharhat vähentyvät ja potilas kykenee kyseenalaistamaan ajatteluaan ja sen merkitystä. (Gullberg 2005, 75.) Potilaan kuntoutumista tehostetaan erilaisilla yksilöllisillä kuntoutus- ja psykososiaalisilla hoitomuodoilla. Apuna kuntoutumisessa voidaan käyttää erilaisia psykoterapeuttisia toimenpiteitä, jotka ovat sairauden tässä vaiheessa supportiivisia ja psykoedukatiivisia. (Lönnqvist ym. 2011, 105–106.) Psykoedukaation avulla voidaan tukea ja ohjata potilasta ja hänen läheisiään (Salokangas & Riikola 2008).

Favrodin (2001, 401) ja Frenchin & Morrissonin (2004,117) tutkimuksissa nousi esille metakognitiivisen harjoittamisen myönteiset vaikutukset harhoista kärsivän potilaan kohdalla. Tutkimusten mukaan metakognitiivisen harjoittamisen myötä harhojen vakavuus pieneni huomattavasti ja tietoisuus harhoista, sekä omasta tilasta parani. Metakognitiivinen harjoittaminen on hyödyllistä paranemisen ja pitkäkestoisten muutosten kannalta. Psykoosin myöhäisessä vaiheessa lääkehoitoa ylläpidetään riittävän kauan psykoosin uudelleen puhkeamisen ehkäisemiseksi. Tässä vaiheessa potilaan toipumisen turvaamiseksi vältetään stressitekijöitä ja voimavaroihin nähden ylivoimaiset vaatimukset minimoidaan. (Lönnqvist ym. 2011, 106.)

Postpsykoottisessa eli uudelleenorientoitumisvaiheessa henkilö kykenee kokemaan itsensä täysiarvoisena ihmisenä ja mahdollistaa osallistumisensa uudelleen yhteiskuntaan (Gullberg 2005, 78). Joissakin potilastapauksissa akuuttivaiheen oireiden poissa pitäminen vaatii edelleen lääkitystä ja psykososiaalisia hoitoja. Joidenkin sairastuneiden uudelleenorientoitumisvaiheeseen saattavat kuulua sopeutumisvalmennus ja erilaiset kurssitoiminnot. Postpsykoottisessa vaiheessa osa potilaista tarvitsee kuntouttavina hoitokeinoina esimerkiksi sosiaalisten taitojen harjoittelua, kognitiivista kuntoutumista ja tuettua työllistymistä. (Salokangas & Riikola 2008.)

2.4 Aistiharhat ja harhaluulot osana psykoosia

Skitsofreenisessä psykoosissa esiintyy erilaisia muotoja, joista yleisimpiä ovat paranoidinen -, heberfreeninen-, ja katatoninen skitsofrenia. Kussakin muodossa on ominaiset piirteensä ja oireet voivat vaihdella keskenään skitsofrenian muotojen välillä. Ominaisista piirteistä huolimatta skitsofreenisissä psykoosimuodoissa tavanomaisina ilmenemismuotoina pidetään aistiharhoja, harhaluuloja, motorisia sekä kognitiivisia poikkeavuuksia. (Huttunen 2011.)

Useiden tutkijoiden mukaan skitsofrenian oireet voidaan perinteisesti jakaa positiivisiin ja negatiivisiin oireisiin. (Nordlig 2007, 24; Valkonen – Korhonen 2003, 23; Lönnqvist ym. 2011, 75). Positiiviset ja negatiiviset oireet voivat esiintyä sekaisin psykoosin eri vaiheiden aikana (Huttunen 2010; Nordlig 2007, 24). Kuitenkin Nordlig (2007) katsoo negatiivisten oireiden liittyvän krooniseen skitsofreniaan (Mts. 24). Positiivisia oireita voidaan pitää skitsofreniassa yleisimpinä, kun taas negatiiviset oireet voidaan asettaa harvinaisempiin (Käypä hoito 2008).

TAULUKKO 1. Skitsofrenian positiiviset ja negatiiviset oireet (Nordlig 2007, 24).

Positiiviset oireet:	Negatiiviset oireet:
Perusteettomat luulot	Tunteiden latistuminen
Käsityskyvyn hajanaisuus	Emotionaalinen vetäytyminen
Käytöksen harhaisuus	Vuorovaikutuksen köyhyys
Aistiharhat	Passiivisuus ja sosiaalinen vetäytyminen
Kiihtymys ja yliaktiivisuus	Abstraktin ajattelun vaikeus
Suuruusharhat	Spontaanisuuden puute
Epäluuloisuus tai vainoharhat	Stereotyyppinen ajattelu
Vihamielisyys	

Lönqvistin (2011, 75) mukaan positiivisiin oireisiin määriteltävät psykoottiset oireet ilmenevät psyykkisellä tasolla olevina toimintojen häiriöinä, joihin luokitellaan harhaluulot ja aistiharhat. Hajanaiset eli dis-organisaatio-oireet, jotka esiintyvät hajanaisena käytöksenä ja puheena sekä epäsovivana tunneilmaisuna. Negatiiviset oireet puolestaan ilmenevät tahdottomuutena, puheen köyhtymisenä, anhedoniana sekä tunneilmaisun latistumisena. Gullberg (2005) liittää vielä negatiivisiin oireisiin ajattelun tyhjyyden ja poissaolevuuden (Mts. 174).

2.4.1 Aistiharhat

Aistiharhoilla eli hallusinaatioilla tarkoitetaan tilaa, jossa tiettyyn harhaan liittyvä aistiärsyke aivoihin puuttuu (Salokangas 2004). Harhatilassa henkilö saattaa nähdä, kuulla, tuntea, maistaa ja haistaa asioita, mitä ei normaalissa terveydentilassa kokisi (Huttunen 2011). Voidaan puhua tilasta, jossa sairastunut henkilö sekoittaa ulkomaailman ärsykkeet sisäisiin impulsseihinsa (Pulkkinen, Vesanen 2010). Yleisimpiin harhoihin luokitellaan visuaaliset eli näköharhat ja auditiiviset eli kuuloharhat. Harhoista hajuharhat eli olfaktoriset, tunto-

harhat elivät haptiset ja makuharhat eli gustatoriset ovat harvinaisempia. (Salokangas 2004.)

Näköharhat eli näköhallusinaatiot voivat ilmetä erilaisina epämääräisinä näkökokemuksina. Näkökokemukset ovat yleensä voimistuneita vaikutelmia ja visuaalisesti hyvinkin voimakkaita. Näköharhoja näkevä potilas voi pitää näkemäänsä jopa pelottavana ja ahdistavana. (Gullberg 2005, 55.)

Kuuloharhoista eli kuulohallusinaatioista kärsii 60–90 % skitsofreniaa sairastavista potilaista (Salokangas 2004). Kuuloharhat voidaan jakaa lyhytkestoisiin ja pitkäkestoisiin. Lyhytkestoisille akuuteille kuulohallusinaatioille tavanomaisena piirteenä pidetään sitä, että ne syntyvät yllättäen ja ovat vahvasti osana potilaan sen hetkistä elämäntilannetta. Puolestaan pitkäkestoiset kuulohallusinaatiot ilmaantuvat pitkän ajan kuluessa ilman selkeää yhteyttä potilaan sen hetkiseen elämään. (Gullberg 2005, 55.) Kuuloharhat, jotka ilmenevät erilaisina ääninä ovat paranoidiselle skitsofrenialle tavanomaisia tunnunmerkkejä (Gullberg 2005, 176; Lönnqvist ym. 2011, 73).

Esimerkkinä lyhytkestoisista kuuloharhoista voidaan pitää erilaisia kuiskauksia, soittoääniä, kolahteluja ja ihmisten välisiä keskusteluja (Salokangas 2004; Lönnqvist ym. 2011, 76). Kuuloharhat voivat kommentoida henkilön käytöstä tai ajatuksia (Käypä-hoito 2008) ja ne voivat olla luonteeltaan hyvin kriittisiä, tai toisinaan kannustavia ja tukevia (Gullberg 2005, 55).

Pitkäaikaisissa kuulohallusinaatioissa äänet ovat yleensä hillitympiä ja ne esiintyvät monen ihmisen jatkuvana keskusteluna. Potilaan kuullessa ääniä ne voivat olla todella kovia, hiljaisia, epäselviä tai hyvinkin johdonmukaisia. Lisäksi äänet saattavat ohjailla asioiden kulkua. (Gullberg 2005, 55; Lönnqvist ym. 2011, 76.) Kuulohallusinaatioiden ilmetessä potilas saattaa yrittää keksiä erinäköisiä keinoja äänten poistamiseksi. Peittääkseen ääniharhoja potilas voi yrittää huutaa tai kieltää niitä lopettamaan. Myös musiikin laitto kovemmalle tai erilaisten instrumenttien soittaminen on keino ylittää häiritsevät äänet. Joissa-

kin tapauksissa potilaat sulkevat vain korvansa ja toivovat äänten loppuvan. (Gullberg 2005, 55–56.)

Skitsofreenisessä psykoosissa saattaa esiintyä myös tunto-, maku-, ja hajuhallusinaatioita (Lönqvist ym. 2011, 76). Tuntohallusinaatiot ilmenevät tuntemuksina siitä, että potilaan kehoa manipuloidaan. Haju- ja makuhallusinaatioille tavanomaista merkkejä ovat, että potilas kokee ruokansa olevan myrkytettyä, mädäntynyttä ja pahalle haisevaa. (Gullberg 2005, 57- 58.)

2.4.2 Harhaluulot

Harhaluulojen taustalla voivat olla lapsuuden tai nuoruusiän aikaiset traumaattiset kokemukset, jotka ihminen elämäntilanteestaan johtuen ymmärtää väärin ja ne saavat väritetyn sekä korostuneen merkityksen hänen elämässään. Harhaluulot eli deluusiot saattavat hallita ihmisen koko ajatusmaailmaa jonka vuoksi hänen havaintojen ja kokemusten tulkinta on vääristynyttä. (Huttunen 2010.) Tilannetta selittävät harhaluulot ovat monesti jotenkin outoja ja kummallisia (Käypä-hoito 2008). Ne ovat epärealistisia ja ne voivat olla kohteeltaan ja sisällöltään hyvin erilaisia (Huttunen 2010).

Harhaluuloisen potilaan ajatukset ovat itsepäisiä, jäykkiä ja perusteettomia uskomuksia, joista hän pitää tiukasti kiinni (Huttunen 2010). Harhaluuloihin liittyy yleensä erityisiä ajatuksia, toimintoja ja kokemuksia. Potilaaseen saattaa kohdistua kontrolloimista, vaikuttamista ja passivointia sekä selkeästi kehon tai raajojen liikkeisiin vaikuttamista. (Isohanni & Joukamaa; Lönqvist ym. 2011, 76.) Potilas voi kokea monenlaisia harhaluuloja samanaikaisesti. Esimerkiksi potilas saattaa kuvitella, että hänen päähänsä laitetaan ajatuksia, häneltä on riistetty oma tahto, hänen ajatuksiaan voidaan lukea, hän on ulkopuolisen voiman kontrolloima tai ajatukset kuuluvat kaikuna ääneen. (Huttunen 2010; Lönqvist ym. 2011, 76.) Koetut harhaluulot ovat kulttuurin normien kanssa yhteen kuulumattomia. Esimerkiksi henkilöllä saattaa olla sellainen tunne, että hän kykenee vaikuttamaan säätilaan tai hän kokee pystyvänsä

kommunikoimaan muulta planeetalta tulleiden muukalaisten kanssa. (Isohanni & Joukamaa.)

Yleisimpinä harhaluuloina voidaan pitää vainoavia, suhteuttavia ja kontrolloivia harhaluuloja (Hirvonen & Salokangas 2010). Vainoamisharhoista voidaan puhua paranoidisina harhaluuloina, joita puolestaan kutsutaan vainoharhaisiksi deluusioiksi ja suhteuttamisharhaluuloiksi (Isohanni & Joukamaa). Paranoidiset harhaluulot nousevat esille erityisesti paranoidisen skitsofrenian muodossa (Käypä hoito 2008).

Suhteuttamisharhoissa harhaluulot liittyvät ympäristön tavallisiin tapahtumiin ja ne saavat henkilökohtaisen merkityksen (Huttunen 2010). Potilas saattaa kokea häneen vaikutettavan telepaattisesti tai lehdissä on viestejä ja vihjailuja jotka koskevat häntä (Hirvonen & Salokangas 2010). Potilas saattaa myös kuvitella ajatustensa välittyvän telepaattisesti tai radioaaltojen avulla (Isohanni & Joukamaa). Potilaan kokiessa suhteuttamisharhaluuloja, hän on usein sosiaalisesti eristäytynyt ja pelonsekainen (Huttunen 2010). Lisäksi harhaluulot voivat liittyä uskonnollisuuteen, mustasukkaisuuteen, eroottisuuteen, tai somaattisiin kokemuksiin. Harhaluuloihin luokitellaan kuuluvaksi myös skitsofreeninen ajatushäiriö, jossa potilaan puhe sisältää uudissanoja (Isohanni & Joukamaa).

3 PSYKOOSIA SAIRASTAVAN POTILAAN KOHTAAMINEN JA SIIHEN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT MIELENTERVEYSHOITOTYÖSSÄ

3.1 Kohtaamisen eettiset lähtökohdat

Sosiaali- ja terveydenhuoltoon sekä ammatinharjoittamiseen on laadittu omat lait ja asetukset, joita hoitotyön ammattilaisten on työssään noudatettava (Kiviniemi, Läksy, Matinlauri, Nevalainen, Ruotsalainen, Seppänen, Vuokila-Oikkonen 2007, 33). Mielenterveyslain (1116/1990) 1. luvun 1§ mukaan mielenterveyshoitotyössä tulee noudattaa yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn, persoonallisuuden kasvun edistämistä, mielisairauksien sekä muiden mielenterveydenhäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä. Hoitotyö on toimintaa, jossa tulee ottaa huomioon potilaan psyykkinen, fyysinen ja hengellinen auttaminen sekä tukeminen. Hoitotyön lähtökohtana voidaan pitää potilaan hyvän olon edistämistä ja hänen ihmisyytensä arvostamista (Syrjäpalo 2006, 27).

Sosiaali- ja terveydenhuoltoon on asetettu ammattieettisiä sääntöjä, jotka on tarkoitettu ohjaamaan mielenterveystyöntekijää (Dadi, Ehrnroot, Gylling, Huotarinen, Huttunen, Karoskoski 2010, 38). Syrjäpalon (2006) mukaan hoitotyön eettisiin päämääriin ensisijaisina arvoina kuuluvat terveys, elämä, turvallisuus, oikeudenmukaisuus ja henkilökohtainen loukkaamattomuus. Hoitotyötä ohjaavat oikeus- ja velvollisuusperiaatteet perustuvat oikeudenmukaisuuteen ja hyvän tekemiseen. Hoitotyötä ohjaavat periaatteet muodostavat hoitamisen keskeisen sisällön. (Syrjäpalo 2006, 27–28.)

Poikkimäki (2004) puolestaan kuvaa eettisiin periaatteisiin hoitotyössä kuului van yhteisymmärryksen, itsemääräämisoikeuden ja yksilöllisyyden potilaan hoidon toteutuksessa. Ajankohtaisina kehittämiskohteina mielenterveyshoito-

työssä pidetään itsemääräämisoikeuden kunnioittamista, potilaan kohtelun ja tiedonsaannin parantamista. (Mts.1–6.) Useat tutkijat ovat todenneet, että hoitotyön yhdeksi tärkeäksi eettiseksi periaatteeksi voidaan asettaa ihmisarvon kunnioittamista. (Syrjäpalo 2006, 27–28; Poikkimäki 2004, 1–6; Kiviniemi ym. 2007, 33). Ilman kunnioitettavaa ihmisarvoa, hoitotyö ei toteudu yksilöllisellä eikä inhimillisellä tasolla (Poikkimäki 2004, 1–6).

Mielenterveyshoitotyössä työntekijät kohtaavat erilaisissa elämäntilanteissa olevia henkilöitä, jotka ovat haavoittuvaisia ja alttiita ympäristön vaikutuksille. Yksilön elämäntilanteesta riippumatta, hän on itseisarvoinen ja kaikki ihmisoi-keudet omaava ainutlaatuinen yksilö. (Poikkimäki 2004, 5–6.) Tämän vuoksi hoitotyönammattilaisilta vaaditaan eettisten periaatteiden noudattamista (Kiviniemi ym. 2007, 33).

3.2 Kohtaaminen

Narrativisuus tarkoittaa ihmisen kokonaisvaltaista kohtaamista. Sen lähtökoh- tana eivät ole ongelmat eivätkä huolet, vaan ihmisen yksilölliset elämässä esil- le tulleet asiat ja kokemukset (Kiviniemi ym. 2007, 42–43). Sorsa (2002) ku- vaa kohtaamista jakamisena, vierellä olemisena, aistien käyttämisenä, yhtei- senä kielenä, yhdessä suunnittelemisena, todellisiin asioihin puuttumisena ja kiireettömyytenä (Sorsa 2002, 58–60). Aito kohtaaminen kokemuksena ei jätä kumpakaan osapuolta kylmäksi (Kiikkalan 2008, 25).

Mäkisalo-Ropposen (2011) mukaan yhtenä merkittävänä tavoitteena kohtaa- misessa tulisi olla kumppanuus, joka mahdollistaa potilaan yksilöllisyyden ja omien tarpeiden määrittämisen. Potilas on oman elämänsä asiantuntija, kun taas ammattihenkilö omaa asiantuntijuuden ammatillisessa osaamisessa. Kohtaamisessa molempien ominaisuudet yhtenevät luoden vahvan pohjan vuorovaikutukselle. (Mts. 171.)

Kilkku (2008) on tutkinut kohtaamista ja sen merkitystä ensi kertaa psykoosiin sairastuvan henkilön tilanteessa. Tutkimuksessa kohtaaminen on jaettu kahteen osa-alueeseen, jotka ovat tiedollinen ja vuorovaikutuksellinen kohtaaminen. Tiedollinen kohtaaminen käsittää yhdessä oppimisen, tiedon välittämisen ja sen keräämisen, molempien osapuolen asiantuntijuuden kunnioittamisen sekä tiedon soveltamisen yksilöllisellä tasolla. Vuorovaikutuksellinen kohtaamisen ominaisuudet selitetään ensi kontaktin merkityksenä, tunteiden käsittelynä sekä luottamuksen vahvistamisena. Vaikka osa-alueet jaotellaan erillisiksi alueiksi, on kuitenkin muistettava kohtaamisen kokemuksen näkökulmasta niiden olevan yhtenäinen kokonaisuus. (Mts. 95, 102–107.)

Kilkun (2008) mukaan keskeisinä kohtaamiseen vaikuttavina tekijöinä voidaan pitää vastavuoroisuutta, jatkuvuutta, turvallisuutta ja asioiden käsittelyä (Mts. 95–101). Viitala (2007) puolestaan tuo esille tutkimuksessaan kohtaamista tukevinä tekijöinä kommunikoinnin ja yhteistyösuhteen (Mts. 3–6, 43). Avoinmuutta voidaan pitää myös peruslähtökohtana ihmisten välisissä kohtaamistilanteissa (Kilkku 2008, 95–100; Viitala 2007, 3–6, 43).

Mattilan (2001) mukaan perheenjäsenen kohdatessa sairastunutta omaista voidaan kohtaamiseen liittää ymmärrettävällä kielellä puhuminen, kysymyksiin vastaaminen sekä hoitajilta tapahtuva oma-aloitteinen perheenjäsenten tuen tarpeen määrittäminen (Mts. 71–72). Mattilan (2011) tutkimuksessa kohtaamisen pääkategoriaksi nousi ymmärryksen luominen lähimmäistä ja potilasta kohtaan. Tällä tarkoitetaan henkisen hyvinvoinnin arviointia, sanattoman viestinnän läpinäkemistä, yksilöllisen elämäntilanteen huomioimista sekä vastavuoroisen suhteen luomista. Kyseisillä keinoilla voidaan varmistaa kohtaamisessa tuen anto, niin läheisille kuin potilaalle. (Mts. 65.)

Kohtaamistilanteet saattavat saada aikaan perheessä ristiriitaisia ajatuksia ja jaksamisen kyseenalaistamista (Kiviniemi ym. 2007, 16, 17; Kilkku 2008, 95–101). Tutkijoiden mukaan mielenterveyshäiriötä sairastavan potilaan ja hänen omaisen kohdatessa nousevat esille monenlaiset tunteet, kuten pelko, häpeä ja syyllisyys (Kilkku 2008, 102–107; Kiviniemi ym. 2007, 16, 17, 114–120). Sai-

rauden alkuvaiheessa omaisille annettu tieto vaikuttaa negatiivisten tunteiden vähenemiseen ja luottamuksen rakentumiseen (Kilkun 2008, 102–107).

Viitala (2007) kertoo, että omaisen sairastuttua psyykkiseen sairauteen, läheiset kokevat vuorovaikutuksen kohtaamisessa muuttuneen. Vuorovaikutuksen muuttumiseen vaikuttaa perheen sisällä vallitsevat pelot ja oudot ajatukset, joita on vaikeaa jakaa perheenjäsenten välillä. Perheenjäsenten tulisi kohdata sairastunut omainen, jotta voimavarat vahvistuisivat hoidon jatkuvuuden kannalta. Tuloksista selviää, että sairastuneen läheisen sairaudentilasta johtuen kohtaaminen on omaisille haasteellista, vaikka he saisivatkin kohtaamiseen keinoja. (Mts. 3–6, 43.)

Kiviniemi ym. (2007) korostavat tunteiden tiedostamisen merkitystä kohtaamisessa. Ihmisen ajauduttua kriisiin hän hakee tapahtuneille asioille syitä ja selityksiä. Syitä haetaan ensisijaisesti olosuhteista, omasta toiminnasta ja muista ihmisistä. Mielenterveyshäiriötä sairastavan ihmisen ja hänen omaisten kohdalla häpeä ja syyllisyys ovat tärkeitä kokemuksia ja niitä tulisi tarkastella syvällisesti. (Mts. 16, 17, 114 - 120.) Dziopan (2009) mukaan kohtaamisessa tapahtuvan ajatuksien ja tunteiden ilmaisun pitäisi olla rohkaisevaa, syyllistämätöntä, tuomitsematonta tai väheksymätöntä. Potilas tulisi kohdata ihmisenä ja puhua hänelle kuten naapurille tai ystävälle, eikä toimia asiantuntijana. (Dziopa 2009, 4.) Keskustelemalla häpeän ja syyllisyyden tunteista voidaan vaikuttaa positiivisesti perheen välillä tapahtuviin kohtaamisen toimintoihin (Kilkku 2008, 102–107; Kiviniemi 2007, 114–120).

Kohtaamistilanteissa perhe jää usein vaille tarvitsemaansa tukea ja ohjausta. (Halme, Paavilainen, Ruotsalainen, Åsted-Kurki 2007, 18). Useat tutkijat ovat osoittaneet, että sairastuneen läheiselle on tärkeää jakaa tietoa ja taitoa kuinka kohtaaminen sairastunutta omaista kohtaan tapahtuu (Kilkku 2008, 102–107; Mattila 2007, 71–72; Lindberg 2007, 14–20, 26–28; Halme ym. 2007, 18; Mattila 2011, 65). Hätönen (2005) tuo esille näkökulman, jossa hoitajalta saatu tiedollinen vajuus voi perustua huonoon tiedonkulkuun hoitohenkilökunnan välillä (Mts. 41). Tiedon kertaaminen nouseekin yhdeksi tärkeäksi tekijäksi

omaisen ja potilaan tiedon sisäistämisessä (Kilcku 2008, 102–107; Mattila 2007, 71–72).

Lindbergin (2007) mukaan omaiset tarvitsevat koulutusta, jotta pystyvät tiedon avulla kohtaamaan sairastuneen omaisen (Mts.14–20, 26–28). Tämä mahdollistuu oppimis- ja opetustilanteiden kautta, jotka voidaan toteuttaa neuvotteluiden, tapaamisten ja tutustumiskäyntien yhteydessä (Kilcku 2008, 102–107). Kiikkala (2008) kiteyttää kohtaamisen merkityksen seuraavanlaisesti, ” *Apua etsivä on tullut kohdatuksi, hänet on nähty ja hän on saanut ainesta omaksi itsekseen tulemisen matkalle. Minä on tullut minäksi, omaksi itsekseen*” (Mts. 25.)

Psykoosissa esiintyvät aistiharhat ja harhaluulot voivat joissakin potilastapa- uksissa olla vaikuttamassa potilaan kiihtyneeseen tilaan. Kohdatessa kiihty- nytä potilasta on hyvä tiedostaa, kuinka tilanteessa pitää toimia ja mitä keino- ja siinä voidaan käyttää. Potilaan kireys, uhkailu ja oireiden voimistuminen saattavat ennakoida kiihtyneisyyden synnystä. (Hietanen & Henriksson 2002). Kiihtyneisyyden syntyyn voivat olla myös vaikuttamassa potilaan tilanteelliset odotukset ja kommunikaatio esteet (Dziopa 2009, 4).

Kohtaamistilanteessa potilaan kanssa ei saisi tapahtua vähättelyä, keskeyttä- mistä tai uhkaamista. Kiihtyneisyyttä voidaan estää ajan annolla, sopimuksilla, rauhallisuudella ja selkeällä keskustelulla. Lisäksi hoitajalta vaaditaan pro- vosoitumisen välttämistä vastauhkailuun. (Hietanen & Henriksson 2002; Kivi- niemi ym. 2007, 129–130.) Ennakkotieto potilaan väkivaltaisesta käyttämisestä ja sen laukaisseista tekijöistä, voivat ennaltaehkäistä vaikeita kohtaamisti- lanteita (Hietanen & Henriksson 2002).

Psykoottisen kiihtyneen potilaan kohtaamisessa ja tilanteen selvittämisessä tulee muistaa turvallisuus. Tarvittaessa on oltava valmiuksia olla yhteydessä virkavaltaan. (Hietanen & Henriksson 2002.) Väkivallan ehkäisemiseksi on rakennettava turvallinen työskentely-ympäristö ja huomioitava vapaat poistu-

mistiet. Lisäksi työntekijät olisi hyvä mitoittaa oikean tasoiseksi väkivaltatilanteiden turvaamiseksi (Kiviniemi ym. 2001, 129–130.)

3.3 Vuorovaikutus

Rissanen (2007) kuvaa vuorovaikutusta kahden ihmisen väliseksi tuotannoksi, jossa molemmat osapuolet ovat samanarvoisia. Vuorovaikutusta pidetään ihmissuhdetyössä merkittävänä osatekijänä ja sitä voidaan pitää hoito- ja kuntoutusprosessin ytimenä (Rissanen 2007, 134–135). Vuorovaikutus ihmisten välillä muodostuu viestinnän avulla ja se on yksi tärkeimmistä kohtaamisessa vallitsevista keinoista. Viestintä voidaan jakaa sanattomaan (non-verbaalinen) ja sanalliseen (verbaalinen) viestintään. Tutkimukset osoittavat ihmisten välisestä viestinnästä olevan 70–90 % sanatonta. Sanaton viestintä ilmenee kehon erilaisilla liikkeillä, eleillä ja ilmeillä. Sanattomaksi viestinnäksi voidaan kutsua myös ihmisten välisiä etäisyyksiä ja katsekontakteja. Sanallinen viestintä puolestaan käsittää puheen erimuotoiset elementit. Viestinnässä sanaton ja sanallinen vuorovaikutus muodostavat yhtenäisen kokonaisuuden, vaikka ne kirjallisuudessa erotetaan toisistaan. (Kiviniemi ym. 2007, 76.)

MacCabe (2006) mukaan perusviestintätaitoja ovat kuuntelu, kysely ja kehonkieli. Viestinnän ydintaidoiksi luetaan aktiivinen kuunteleminen, kysyminen, kosketus ja omin sanoin kertominen. Puhetta pidetään keskeisenä osana viestintätaitoja, kuitenkin sanat muodostavat vain 7 % vuorovaikutuksesta. Se kuinka äänen tempo, sävy ja sanat lausutaan on 38 % merkitys vuorovaikutukseen. Kehonviestintä vastaavasti vaikuttaa vuorovaikutukseen 35 %. Vuorovaikutuksessa käytettäviä perusviestintätaitoja voidaan kehittää sekä käyttää erilaisissa kommunikointia tukevissa tilanteissa. (Mts. 55, 74.)

Mielenterveyshoitotyössä vuorovaikutuksen ymmärtäminen on tärkeää psykoosia sairastavan potilaan eheytyksen kannalta (Koivisto 2003, 28). Horppu (2008) korostaa, että psykoosipotilaat pitävät hoitajakson aikana tapahtuvaa

vuorovaikutusta tärkeimpänä tekijänä hoidossa (Mts. 28–29). Dziopa (2009) mukaan mielenterveyshoitotyössä ihmisten välinen vuorovaikutus on käytännön ydin. Potilaan ja hoitajan välinen suhde voi olla ”hyvä” tai ”köyhä”, jolloin se on joko lämmin tai tuomitseva. (Dziopa 2009, 2, 7–10.) Vuorovaikutusta voidaan pitää hoitosuhteen luomisen auttamismenetelmänä. Hoitosuhteeseen vaikuttaa molempien osapuolien toiminnot, ajatukset ja tunteet. (Inkilä 2006, 14; Rissanen 2007, 134–135.)

Hoitotyössä kommunikaatiotaitojen avulla hoitaja ylläpitää vuorovaikutussuhteen itsensä, potilaan ja läheisen välillä. Vuorovaikutussuhde edesauttaa itsehoitoa tukevaa ja ohjaavaa hoitotyötä. (Mattila 2001, 19; Lindberg 2011, 23.) Potilaan ja hoitajan välisessä vuorovaikutuksessa hoitajalta vaaditaan tilanteen ymmärtämistä ja hallintaa. Kyseisillä keinoilla hoitaja voi auttaa potilasta selviytymään ja uudelleen orientoitumaan sairauteen. (Mattila 2001, 15, 17.) Tutkijoiden mukaan päämääräksi vuorovaikutuksellisessa hoitosuhteessa voidaan asettaa hyvän olon saavuttaminen sekä maksimaalisen tuen mahdollistaminen. Näillä tekijöillä voidaan asettaa oikean hoitosuunta potilaalle. (Rissanen 2007, 134–135; Mattila 2001, 15–18, 19; Pöllänen 2006, 49–61.)

Tutkijoiden mukaan potilaan ja hoitajan välinen vuorovaikutus on tavoitteellista ja yhteistoiminnallista toimintaa. Vuorovaikutuksessa luodaan suhde, turvallisuus, ollaan läsnä, tyydytetään tarpeet ja poistetaan kärsimykset. (Mattila 2001, 19; Lindberg 2011, 23.) Kiviniemen (2007) mukaan kuuntelemisen yhteydessä tilanteeseen ja asiaan paneutuminen vaikuttavat vuorovaikutuksen syntyyn (Kiviniemi ym. 2007, 89–90). Vuorovaikutusta edistävinä tekijöinä voidaan pitää suunnan asettamista, asioiden toistamista, potilaan kuuntelemista, viestinnän vahvistamista, potilaan ajatusten ja tunteiden heijastamista, yksimielisyyden tukemista, selkeyttämisistä ja kohdistamista (Pöllänen 2006, 49–61).

Koiviston (2003) mukaan vastavuoroisuutta pidetään merkityksellisenä tavoitteena mielenterveyshoitotyössä. Se rakentuu dialogisesta suhteesta, jossa ydinajatuksena on yhteinen ymmärrys. Vastavuoroinen dialogi perustuu sii-

hen, ettei ole vain yhtä ja oikeaa totuutta. (Mts. 29.) Kiikkala (2008) puolestaan kuvaa dialogista vastavuoroisuutta ilmiönä, jossa kunnioitetaan toista osapuolta. (Mts. 25). Tarkoituksena dialogisessa vuorovaikutuksessa on mahdollistaa mielenterveyspotilaan ja hänen läheisen välistä avoimuutta. Vastavuoroisuus kehittää kuntoutujan paranemisen prosesssia. (Kenttä & Kuitunen 2006, 7.)

Mäkisalo-Ropposen (2011, 171–172) ja Pöllänen (2006, 63–68) tutkimusten mukaan vuorovaikutuksessa voi tapahtua kommunikaatiota heikentävää vuorovaikutusta. Se ilmenee potilaan ja hoitajan välisenä monologina, yksipuolisenä neuvomisenä, puheenaiheen muuttamisena, puheenvuorojen kontrolloinnilla, keskeyttämisellä, eleettömyytenä ja ilmeettömyytenä. Pöllänen (2006) puolestaan korostaa vuorovaikutusta heikentävinä tekijöinä stereotyyppiset vastaukset ja tulkintojen tutkimatta jättämisen (Mts. 63–68).

3.4 Yhteistyösuhde

Mielenterveyshoitotyön käytännöstä nousee esille yhteistyösuhde, joka tapahtuu potilaan, läheisen ja työntekijän välillä (Kiviniemi ym. 2007, 42–43). Kiikkalan (2008) mukaan yhteistyösuhteessa auttaja hyödyntää ihmisyytään ja asiantuntijuuttaan. Yhteistyösuhde on tulevaisuuteen tähtäävää ja siinä jaetaan näkökulmia sekä mahdollisuuksia potilaalle. Se on myös auttavaa kohtaamisesta, jossa syntyy uutta, merkittävää ja käsiteltävää tietoa. (Kiikkala 2008, 25.) Rissanen (2007) puolestaan näkee yhteistyösuhteen mielenterveyspotilaan ja hoitajan välisenä tietojen ja taitojen yhdistämisenä (134–135).

Tutkijoiden mukaan mielenterveyshoitotyössä yhteistyösuhteen lähtökohtana voidaan pitää yksilöllisyyttä (Dziopa 2009, 4; Koivisto 2003, 27–28; Sorsa 2002, 55–57; Inkilä 2006, 14–15; Kiviniemi ym. 2007, 42–43). Mielenterveyshoitotyössä yksilölliset kokemukset ovat lahja yhteistyösuhteelle. Yksilöllisyys vaikuttaa potilaan kokemukseen hänen arvostuksesta ja kunnioittamisesta.

(Dziopa 2009, 4.) Useat tukijat ovat todenneet, että toisen osapuolen kunnioittaminen on tärkeä tekijä yhteistyösuhteen rakentumiselle (Dziopa 2009, 3; Sorsa 2002, 55–56; Kiviniemi ym. 2007, 105–106; Kilcku 2008, 89; Kohonen ym. 2007, 68). Tutkijat osoittavat, että yhteistyösuhteessa korostuu osallisten läsnäolo (Dziopa 2009, 3; Sorsa 2002, 58–60; Mönkkönen 2007, 113–124). Yhteistyösuhde on toimintaa, jossa ihmisten välillä tulisi vallita tasa-arvo (Sorsa 2002, 44; Rissanen 2007, 134–135, Dziopa 2009, 28). Tasa-arvoisuus vaikuttaa myönteisesti potilaan hoitoon, jolloin hän voi tuntea itsensä kuulluksi ja hyväksytyksi. Tasa-arvo turvaa ja edesauttaa potilaan hoidon jatkumista. (Rissanen 2007, 134–135.) Tutkijat ovat tulkinneet avoimuutta merkittävänä tekijänä yhteistyösuhteessa (Koivisto 2003, 28; Sorsa 2002, 47), avoimuutta voidaan tarkastella myös luottamuksen syntymisen edellytyksenä (Kiviniemi 2007, 42–43).

Tutkijoiden mukaan yhteistyösuhteen toimivuuteen vaikuttaa luottamus (Kiviniemi 2007, 42–43; Mönkkönen 2007, 113–124; Sorsa 2002, 47). Kiviniemen (2007) mukaan yhteistyösuhdetta ohjaa osapuolten välinen luottamus, joka kehittyy vähitellen. Mielenterveyshäiriöistä kärsivän potilaan kokemat traumaattiset kokemukset voivat aiheuttaa sen, että potilaan luottamus toista ihmistä kohtaan vähentyy. Tämän vuoksi luottamuksen luominen yhteistyösuhteessa voi olla haastavaa. Yhtenä merkinä luottamuksen synnystä, voidaan pitää aikataulujen laatimista ja niiden noudattamista. (Mts. 105–106.)

Kilkun (2008) tutkimuksen yhtenä osa-alueena on tarkasteltu luottamusta ja sen uudelleen rakentumista. Tutkimustulokset osoittavat, että tulevaisuuden pelkoon liittyy psykoottisuuden periytyminen, sairauden toistuminen ja läheisten hylkääminen. Kyseiset tekijät aiheuttavat potilaan epävarmuutta. Epävarmuudessa eläminen vaikuttaa puolestaan luottamuksen menettämiseen. (Kilcku 2008, 89.) Yhteistyösuhde on tutkijoiden mukaan kehittyvä suhde (Dziopa 2009, 5; Koivisto 2003, 27–28; Mönkkönen 2007, 113–124). Yhteistyösuhteen kehittymiselle on merkittävää, että potilas tuntee olonsa turvallisiksi ja mukavaksi (Dziopa 2009, 5). Potilaan ja hoitajan välinen vuorovaiku-

tus yhteistyösuhteessa on rakentava tekijä yhteisen ymmärryksen saavuttamiseksi (Koivisto 2003, 27–28).

Useiden tutkijoiden mukaan yhteistyösuhteessa molemminpuolinen ymmärtäminen on merkityksellistä (Kiviniemi ym. 2007, 16, 111; Dziopa 2009, 3; Koivisto 2003, 28; Inkilä 2006, 14–15; Mönkkönen 2007, 113–124; Kiikkala 2008, 25). Yhteinen ymmärrys muodostuu siitä, että henkilöt jakavat havaintoja sen hetkisestä tilanteesta. Ymmärtämisen edellytyksenä on, että potilas kohdataan persoonana huomioiden hänen yksilöllinen kasvu sekä kehittyminen. (Koivisto 2003, 27–29.) Kiinnostuksen osoitus potilaan elämäntilanteesta vaikuttaa potilaan kokemukseen ymmärretyksi tulemisesta (Dziopa 2009, 3). Tutkijat osoittavat empatian olevan yhteistyösuhteen ja sen toimivuuden rakentumisen kannalta merkittävä osa-tekijä (Dziopan 2009, 3; Koiviston 2003, 28). Empati-aa voidaan pitää ymmärtämisen edellytyksenä (Kiviniemi ym. 2007, 16, 111) ja aktiivisen kuuntelun arvellaan olevan yksi ymmärryksen ydinmenetelmistä (Dziopa 2009, 3).

Kiikkala (2008) toteaa, että ymmärretyksi tulemisen kokemus voi johtaa oivalukseen omista voimista ja elämän merkityksellisyydestä. Ymmärretyksi tulemisen kokemusta voidaan pitää ihmisen elämässä toivoa herättävänä asiana. (Kiikkala 2008, 25.) Kiviniemi ym. (2007) puolestaan pitävät toivoa yhtenä tärkeimpänä yhteistyösuhteen elementtinä mielenterveyshoitotyössä. Toivon ylläpitäminen vahvistaa potilaan uskoa itseensä ja selviytymiseen sairaudesta. (Mts. 107–109.) Vuorovaikutussuhteiden hoitaminen ja oman merkityksen löytäminen vahvistavat toivoa. Potilaalle tärkeiden ihmisten kanssa käymää vuorovaikutusta voidaan pitää toivon vahvistajana. (Kiviniemi ym. 2007, 107–109; Kohonen ym. 2007, 68.) Keskustelussa tulisi huomioida avoimuus, luottamus, realistisuus sekä kyky taitavaan keskusteluun. Tärkeätä keskustelussa on ottaa esille tunteet, sen hetkinen elämäntilanne ja tulevaisuus. Myös onnistumisen ja selviytymisen kokemukset ovat asioita, jotka voivat lisätä toivon tunnetta. (Kohonen ym. 2007, 68.)

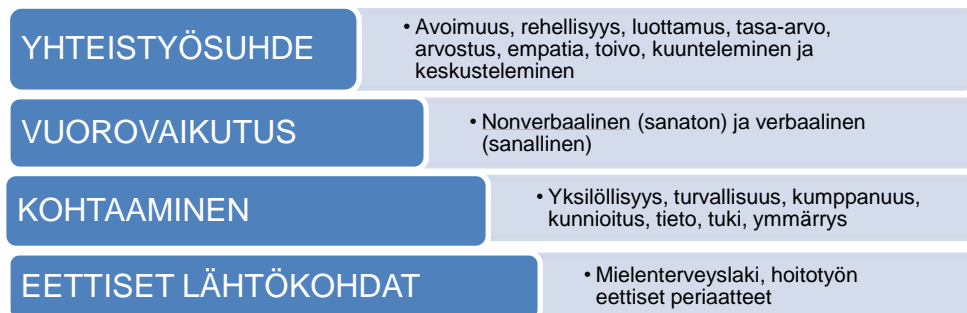
Yhteistyösuhteessa toisen osapuolen tukeminen osoittautuu merkitykselliseksi tekijäksi (Inkilä 2006, Dziopa 2009, 3; Koivisto 2003, 28). Yhteistyösuhteessa toiselle ei voi antaa voimaa, vaan toista voidaan tukea sen saamisessa (Sorsa 2002, 47). Inkilän (2006) tutkimuksessa on tarkasteltu ihmisen sisäisten ja ulkoisten voimavarojen tukemista mielenterveysshoitotyössä. Ulkoisiin voimavaroihin kuuluva sosiaalinen eli emotionaalinen tuki sisältää arvostuksen, luottamuksen ja välittämisen. Nämä voivat ilmetä eläytymisenä, myötätuntona ja kuuntelemisena. (Mts. 14–15.) Yhteistyösuhteen toimivuuden kannalta merkittävänä tekijöinä voidaan pitää arvostusta ja positiivisuutta (Koivisto 2003, 2; Sorsa 2002, 55–57), lisäksi aitoudella on merkkejä yhteistyösuhteen rakentamisen vaikutukseen (Koivisto 2003, 28; Dziopa 2009, 3; Kiikkala 2008, 25).

Yhteistyösuhdetta voidaan vahvistaa kuuntelemalla ja keskustelemalla (Kiviniemi ym. 2007, 42–43; Sorsa 2002, 58–60). Keskustelemalla ja kuuntelemalla pyritään tilanteen ymmärtämiseen, jossa luodaan kuva potilaan tuntemuksista. (Inkilä 2006, 14–15). Keskustelemista ja kuuntelemista mielenterveysshoitotyössä voidaan pitää paranemisen ja kuntoutumisen edesauttajana (Kiviniemi ym. 2007, 77, 94–97). Keskustelemisen ja kuuntelemisen sijaan voidaan käyttää toiminnallisia menetelmiä, joiden avulla potilasta voidaan muistuttaa aiemmasta osaamisesta. Toiminta voi olla päivittäisten toimintojen harjoittelua tai jotakin luovaa toimintaa. (Kiviniemi ym. 2007, 77, 94–97.)

Sorsan (2002) mukaan asiakaslähtöinen työskentelytapa on osa yhteistyösuhdetta. Siinä otetaan huomioon asiakkaan esittämät asiat, kysymykset ja hoidon tarve. Olennaisia tekijöitä ovat myös kuunteleminen, yhteinen ymmärrys ja asiakkaan asiantuntemus omista valinnoistaan. Asiakaslähtöisyydessä voimavarakeskeinen ajattelussa etsitään elämän mahdollisuuksia, jotka voivat voimaannuttaa potilasta. (Sorsa 2007, 43, 47). Kiikkala (2008) ja Sorsa (2002) nostavatkin esille merkityksellisenä asiana yhteistyösuhteessa esiintyvän voimaantumisen. Voimaantumisen edellytyksenä pidetään myönteistä, arvostavaa ja luottamuksellista ilmapiiriä. (Sorsa 2007, 47.) Yhteistyösuhteessa tilannekohtaisella avulla, turvallisuuden luomisella, hienovaraisuudella, välittämisellä, rakkaudella ja toiveikkuudella voidaan rakentaa kahden ihmisen välille

silta, joka johdattaa voimaantumiseen sekä uusien mahdollisuuksien löytämiseen (Kiikkala 2007, 25).

Opinnäytetyössä kohtaamista on tarkasteltu seuraavan kuvion kautta:



KUVIO 2. Kohtaamisen rakentumisen polku

4 PERHE OSANA MIELENTERVEYSHOITOTYÖTÄ

Mielensterveyshoitotyössä perheen huomioiminen potilaan kokonaisvaltaisessa hoidossa korostuu, koska sillä on vaikutusta perheen toimintaan ja hyvinvointiin (Kivimäki 2008, 1). Sairastuminen tuo muutoksia perheenjäsenten elämään ja jokainen heistä reagoi tilanteeseen omalla tavallaan (Kivimäki 2008, 1). Läheisen ollessa sairaana, kohtaaminen ei ole yksiselitteistä omaisille. Omaisat saattavat pitää kohtaamista pelottavana kokemuksena ja oman paikan löytäminen sairastuneen läheisen rinnalla voi olla haastavaa. (Mattilan 2007, 71; Vikman 2011, 15.) Joissakin tapauksissa omaiselle saattaa jopa aiheutua inhimillistä kärsimystä (Salokangas ym. 2007, 19).

Potinkaran (2004) mukaan perhettä voidaan pitää kanssakulkijana potilaan rinnalla, joka puhumalla ja koskettamalla viestii läheisyyttä ja läsnäoloa (Mts. 92). Perhe onkin voimavara ja tuen antajana, joka edistää potilaan terveyttä ja

hyvinvointia (Kivimäki 2008,1; Potinkara 2004, 92). Perheen toiminnan tulisi kuitenkin perustua vapaaehtoisuuteen, jossa korostuu kummankin osapuolen tahto (Potinkara 2004, 90).

Perheen merkitystä korostuu potilaan toipumiseen vaikuttavan tekijänä. Perheen tunteminen ja sen mukana tuoma turvallisuus ovat luottamusta edistäviä tekijöitä. (Kivimäki 2008, 36.) Läheisen sairastuessa perheen tiedon tarve korostuu lisääntyneen epävarmuuden ja tietämättömyyden vuoksi (Potinkara 2004, 18–20; Vikman 2011, 15). Erityisesti hoidon alkuvaiheessa perheelle annetun tiedon tulee olla yksityiskohtaista, rehellistä, tarkoituksenmukaista, yksilöllistä ja ymmärrettävää. Edellä mainitut asiat ovat luottamuksen synnyn rakentumiseen vaikuttavia tekijöitä. (Potinkara 2004, 18–20.)

Kilkun (2008) mukaan henkilökunnan ensikontakti lähimmäisiä kohtaan on merkittävä. Ensikontaktissa tulee kiinnittää huomiota kokonaistilanteen selkeyttämiseen. Turvallisuuden tunnetta edesauttavina tekijöinä voidaan pitää selkeitä toimintaohjeita, joista käy ilmi muun muassa hoidon eteneminen. (Mts. 95–101.) Hoitajan rooli korostuu perheen tuen antajana. Avoimella ja säännöllisellä keskustelulla hoitaja kykenee rohkaisemaan omaisia läheisen hoitoon, aktiiviseen kohtaamiseen ja vuorovaikutukseen. (Mattila 2001, 71.) Lindbergin (2007) ja Kiviniemen ym. (2008) mukaan hoitajilta vaaditaan läheisiä kohtaan ymmärrystä, hyväksymistä ja rohkaisua kohtaamisessa. Läheiset pitävät merkittävänä taitoa, jolla he kykenevät ylläpitämään perheen välillä tapahtuvia ihmissuhteita. (Lindberg 2007,14–20, 26–28; Kiviniemi 2008,18.)

Perheen negatiivinen tunneilmasto ja kielteiset asenteet ovat sairauden enusteen kannalta haittaavia tekijöitä (Lönqvist 2001, 41). Vikman (2011) tuo esille näkökulman, jossa hän pitää tärkeänä tiedollisen tuen antoa sairastuneen omaiselle, koska sillä on huomattu olevan positiivisia vaikutuksia mielen-terveyspotilaan ja omaisten kohtaamisen välillä (Mts. 15). Mattilan (2011) tutkimuksessa ilmenee, että tuen tarve on suuri niin lähimmäistä kuin potilasta kohtaan. Se perustuu sanattoman viestinnän läpi näkemiseen, yksilöllisen

elämäntilanteen huomioimiseen sekä vastavuoroisen suhteen luomiseen.
(Mts. 65.)

Tutkijoiden mukaan tiedollinen tuki omaiselle ja potilaalle annettuna on merkityksellisen tärkeää sairauteen suhtautumisen helpottamiseksi (Lönqvist 2001, 41; Vikman 2011, 15; Mattila 2011, 65; Koponen 2006, 4199; Mattila 2001, 71.) Hoitajalta saatu tiedollinen tuki näkyy tukena olemisena, tunteiden rinnalla elämisenä, aitona välittämisenä, luottamuksena, henkisen tilan käsittelynä ja läheisyyteen rohkaisemisena (Mattila 2011,15). Koposen (2006, 4199) ja Mattilan (2011, 65) mukaan tiedollisen tuen mahdollistaminen vaatii hoitajalta emotionaalisen tukimuodon hyödyntämistä.

Potinkara (2004) tuo tutkimuksessa esille näkökulman, jossa potilaan läheistä voidaan pitää omaisen asioiden välittäjänä. Tällä tarkoitetaan sitä, että läheinen välittää hoitajalle omaisen tarpeet ja toiveet. Läheisen vastuu perustuu kuitenkin läheisenä olemiseen, eikä hänelle voida antaa hoidollista vastuuta (Mts. 85, 89.) Läheisen ollessa tärkeä voimavara potilaalle, tulee hänen kuitenkin huomioida omat voimavarat ja niiden ylläpitäminen. Hoitajalla on merkittävä asema omaisen tunteiden tukijana ja selviytymiskeinojen turvaajana. (Puotiniemi, Kyngäs & Nikkonen 2000, 283, 288.) Neuvotteluiden ja tapaamisien yhteydessä omaisen tukemiseen voidaan liittää yleinen tieto sairaudesta, läheisen tilan läpikäyminen, yhteisymmärrys, toivo sekä hoidon jatkosuunnitelmat. (Horppu 2008, 34).

Mielenterveyshoitotyössä läheisen sairastaessa psykoosia, tiedon tarpeen varmistaminen perheen sisällä on tärkeää. Psykoedukaatio on keino, jonka avulla voidaan varmistaa perheen välisen tiedon jakamisen (Koponen 2006, 4199; Berg & Johansson 2003, 9; Bruijin 2006, 4225.), joko voidaan toteuttaa yksilö-, -perhe-, -tai ryhmätyöskentelynä (Hätönen 2005, 19). Sen avulla voidaan mahdollistaa perheen välistä tunneilmapiirin paranemista, psykososiaalista myöntyvyyttä ja toimintakyvyn edistämistä. Psykoedukaatio on väline, jolla voidaan helpottaa ja kehittää perheen välistä kohtaamista. (Nordlig 2011, 58–59; Jewellin, Downingin & McFarlanen 2009, 871–872.) Kenttä & Kuitunen

(2006) puolestaan toteavat, että perheen välisiä suhteita voidaan auttaa perheterapian avulla. Terapiassa päästään perheen välisiin luottamuksellisiin vuorovaikutustilanteisiin, jossa helpotetaan tunteiden, ajatusten ja kokemusten jakamista. (Mts.12–13.)

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää hoitavan henkilökunnan kokemuksia psykoosia sairastavan harhaisen potilaan kohtaamisesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa henkilökunnan kokemusten kautta harhaisen potilaan kohtaamisessa vaikuttavista tekijöistä. Tuotetun tiedon avulla voidaan kehittää kohtaamistilanteita helpottavia tekijöitä, antaen omaisille valmiuksia läheisen ymmärtämisessä hänen ollessa psykoottisessa tilassa.

Tutkimustehtävät ovat:

1. Mitkä asiat/keinot korostuvat harhaisen potilaan kohtaamisessa?
2. Millaista tietoa omaisten tulisi saada harhaisen potilaan kohtaamisesta?

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

6.1 Tutkimusmenetelmä

Laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus on kokonaisvaltaisesti tietoa hankkivaa ja sen avulla voidaan kuvata todellista elämää. Se nostaa esille todellisuuden monitahoisuuden löytäen ja paljastaen tosiasioita (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 160–166.) Laadullisen tutkimuksen tarkoituksena on löytää ja tarkastella vastauksia tapahtumien, kokemusten ja yksittäisten tapauksien kautta. Laadulliselle tutkimusmenetelmälle ominaisina piirteinä voidaan pitää ihmisten uskomuksien, näkemyksien ja asenteiden tutkimista. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2011, 49, 83.) Laadullinen tutkimusmenetelmä mahdollistaa todellisen elämän ja subjektiivisten kokemusten tiedostamisen (Hirsjärvi ym. 2009, 163–164; Janhonen & Nikkonen 2007, 121–127).

Laadullisessa tutkimusmenetelmässä tutkittava kohde kuvaa kokemuksen juuri sellaisina kun se on, käyttämättä analysointia tai selittelyä. Tutkimusmenetelmälle on ominaista tuottaa tietoa hoidettavien toimintaan ja arkielämään liittyvistä kokemuksista ja niiden merkityksistä. Lähestymistapaa voidaan käyttää tilanteissa, joissa halutaan selvittää hoitamisen perusideaa eli hoitajan ja potilaan välistä kohtaamisen luonnetta. (Janhonen & Nikkonen 2007, 121–127.) Vilkan (2005) mukaan kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän ideana on kuvata henkilölle tärkeitä ja merkityksellisiä asioita (Mts. 97).

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi valittiin kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus, koska haluttiin tutkia todellista elämää. Laadullisen tutkimusmenetelmän kautta pystyttiin kuvamaan tutkimuksen tiedonantajien yksilöllisiä kokemuksia ja näkemyksiä paljastaen tosiasioita.

6.2 Kohderyhmä

Tutkittavan ilmiön tarkastelu tulisi tapahtua tarkoituksenmukaisesti, joten tutkimukseen osallistujat tulee valita harkitusti. Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata tutkittavaa ilmiötä syvällisesti, eikä niinkään määrällisesti, tämän vuoksi tutkimukseen osallistujien määrä voi olla vähäinen. (Kylmä 2007, 26–27; Janhonen & Nikkonen 2007, 121–127.) Tutkimukseen osallistuvat tiedonantajat määritetään niin, että heillä on tutkittavasta asiasta kattavasti tietoa tai heillä on tutkittavasta ilmiöstä merkittävän paljon kokemusta (Kankkunen & Janhunen-Julkunen 2011, 85).

Opinnäytetyön kohderyhmä muodostui tutkimuskysymysten pohjalta ja tutkimukseen osallistujat olivat tutkittavan alana ammattilaisia. Täten katsottiin heillä olevan riittävästi tietoa ja taitoa tutkittavasta ilmiöstä. Tutkimukseen osallistumista tiedusteltiin puhelimitse tutkittavan kohteen osastonhoitajalta ja sieltä osoitettiin yhteistyönhalukkuutta. Tämän jälkeen sovittiin kirjallinen opinnäyteyhteistyösopimus (Liite 3). Ennen varsinaista tutkimuksen toteutusta anottiin myös tutkimuslupa (Liite 4) tutkittavan kohteen ylihoitajalta.

6.3 Aineiston keruu

Laadullisessa tutkimuksessa aineistoa voidaan kerätä usealla eri menetelmällä, kuten haastattelemalla, kirjallisilla aineistoilla ja havainnoimalla (Kylmä & Juvakka 2007, 27; Hirsjärvi ym. 2007 188,199, 207; Janhonen & Nikkonen 2007, 121–127). Kyselylomake on tehokas tapa kerätä tietoa, koska aikataulujen ja kustannusten määrä voidaan arvioida tarkkaan. Tällöin tutkijalta säästyy aikaa ja rahaa. (Hirsjärvi ym. 2009, 193–197.) Kyselylomaketta hyödyntäen voidaan kerätä tietoa tosiasioista, käyttäytymisestä, toiminnasta, tiedoista, arvoista, asenteista, uskomuksista, käsityksistä ja mielipiteistä. Kyselylomakkeeseen vastaajaa voidaan pyytää tuomaan esille arviointeja ja perusteluja toiminnalleen, mielipiteilleen tai vakaumuksilleen. (Hirsjärvi ym. 2009, 197.)

Kyselylomakkeen kysymykset voivat olla avoimia, jolloin ne sallivat itseilmaisun ja omin sanoin vastaamisen. Avoimet kysymykset eivät sisällä valmiita vastauksia, vaan ne houkuttelevat vastaamaan. Kysymysten tulisi kannustaa vastaajia tuomaan esille oman tietämyksen ja keskeisen asian ajattelussaan. (Hirsjärvi ym. 2009, 193–197, 201.) Kyselylomakkeen avoimien kysymyksien laadinta vaatii riittävästi aikaa (Vehkalahti 2008, 17–20). Kyselylomaketta tehtäessä tutkijan pitää huomioida ja mahdollistaa vastaajan anonymiteetin säilyttäminen. Huolellinen suunnittelu ja testaaminen ovat tutkimuksen onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä (KvaliMOTV.)

Tutkimuksen kyselylomakkeet voidaan jakaa henkilökohtaisesti tutkittavassa yksikössä. Aineiston antajille tulee suullisesti selventää kyselylomakkeen sisältö. Tutkimuksen tiedonantajille tulisi antaa mahdollisuus kysymyksien esittämiseen ja esille nouseviin kysymyksiin tulee vastata. Tutkimuskohteen tulee tiedostaa, tapahtuuko kyselylomakkeeseen vastaaminen työaikana vai ei. Tutkimukseen osallistumisen vastausaika ja lomakkeiden tarkoituksenmukainen palautus tulisi järjestää asiallisesti. (Hirsjärvi ym. 2009, 193–197, 201.)

Tässä opinnäytetyössä aineistonkeruu menetelmäksi valittiin kyselylomake, koska se soveltui parhaiten tutkittavan ilmiön tutkimiseen. Opinnäytetyössä kyselylomakkeen kysymysten laatimiseen varattiin riittävästi aikaa. Kyselylomake sisälsi viisi avointa kysymystä, jotka sallivat tutkittavalle kohteelle itseilmaisun ja omin sanoin vastaamisen (Liite 2). Kyselylomakkeen laatimisessa pyrittiin huomioimaan epäjohdattelevat kysymykset. Ennen varsinaista käyttöä haluttiin varmistaa kyselylomakkeen soveltuvuutta esitestaamalla se kolmella sosiaali- ja terveysalan ammattihenkilöllä.

Kyselylomakkeen yhteyteen liitettiin tutkittavalle kohteelle suunnattu saatekirje (Liite 1), jossa oli kokonaisvaltaisesti tietoa tutkimuksen toteutuksesta ja sen kulusta kirjallisesti. Erikseen käytiin suullisesti läpi tutkittavalle kohteelle seuraavia asioita; tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus, anonymiteetin varmistaminen, aineiston merkityksellisyys, tutkimuksen tarkoitus, tutkimuksen tehtävä ja ajankohdat. Kyselylomakkeeseen vastattiin nimettömänä, näin var-

mistettiin anonymiteetin ja tietosuojan säilyminen. Tutkimuksen aineisto säilytettiin aineistokeruu ajan, sille sovitulla paikalla lukitussa tilassa. Näin huomioitiin, että ulkopuoliset tahot eivät päässeet tutkimusaineistoon käsiksi.

Tutkimukseen vastanneille annettiin mahdollisuus kysymyksien esittämiseen ja esille nouseviin kysymyksiin vastattiin. Mikäli kysymyksiä tutkittavasta ilmiöstä tai tutkimuksen kulusta nousi myöhemmin esille, oli tutkimuksen kohde tietoinen tarvittavista yhteyshenkilöistä. Kyselylomakkeita annettiin tutkittavalle kohteelle 20 kappaletta. Kyselylomakkeen vastausajaksi asetettiin aluksi viikko, mutta vähäisen aineiston vuoksi vastausaikaa jatkettiin vielä toisella viikolla. Lopullisen tutkimuksen aineiston määräksi saatiin 8 (8=N), ajalla 12.12 - 25.12.2011.

6.4 Aineiston analysointi

Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset ohjaavat aineistonanalyysiä (Kylmä ym. 2007, 117). Analysointia, johtopäätöksiä ja tulkintoja voidaan pitää tutkimuksen ydinasioina. (Hirsjärvi ym. 2009, 221). Laadullisen tutkimuksen perusanalyysimenetelmänä voidaan pitää sisällönanalyysiä (Tuomi ym. 2002, 93; Hirsjärvi ym. 2007, 219). Sisällönanalyysi tarkoituksena on tutkimuksen aineiston tiivistäminen, niin että voidaan kuvailla tutkittavaa ilmiötä lyhyesti ja yleistävästi sekä tarkastella tutkittavan ilmiön välisiä suhteita (Janhonen & Nikkonen 2003, 23–24; KvaliMOTV). Tutkijoiden mukaan sisällönanalyysissä etsitään tutkittavasta kohteesta yhdistäviä ja erottavia tekijöitä (Kvali MOTV; Janhonen & Nikkonen 2003, 23; Eskola & Suoranta 1998, 175–176). Analysoinnin tarkoituksena on dokumenttien sisällön selittäminen ja kuvaaminen juuri sellaisena kuin ne ovat (Janhonen & Nikkonen 2003, 23).

Sisällönanalyysissä tarkastellaan kirjoitettua kommunikointia havainnoiden seurauksia, yhteyksiä ja merkityksiä (Janhonen ym. 2001, 21–23, 36–37, 35; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2011, 134). Lisäksi sisällönanalyysiin voidaan liittää eroavaisuuksien havaitseminen (KvaliMOT). Sisällönanalyysi voi-

daan toteuttaa kahdella eri menetelmällä, joko aineistolähtöisesti eli induktiivisesti tai teorialähtöisesti eli deduktiivisesti (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2011, 1; KvaliMOTV).

Sisällönanalyysin prosessin vaiheisiin katsotaan kuuluvaksi; analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu, abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen, sekä luotettavuuden arviointi. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5; Janhonen ym. 2001, 24; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2011, 135). Analyysiyksikön valintaan vaikuttaa aineiston laatu ja tutkimustehtävät. Analyysiyksikkö voi olla ajatuskokonaisuus, sana, lausuma, lause, lauseen osa tai sanayhdistelmä. (Janhonen ym. 2001, 25; Kankkunen ym. 2009, 133–135; Kyngäs ym. 1999,5.)

Aineistoon tutustumisen yhteydessä tutkijalta vaaditaan aineiston sisäistämistä, joka on pohja sisällönanalyysille. (Kyngäs ym. 1999,5; Kankkunen ym. 2009, 133–135) Aineiston tutustumisen jälkeen sisällönanalyysin prosessin seuraava vaihe on pelkistäminen. Aineiston pelkistäminen tarkoittaa aineiston tiivistämistä niin, että tutkimuksen kannalta olennainen tieto säilyy. (Kylmä ym. 2007, 116–117.) Pelkistämisen tulisi tapahtua harkinnanvaraisesti tutkimuskysymysten mukaisesti, jolloin aineistosta karsiutuu kaikki tutkimuksen kannalta epäolennainen tieto pois (Kyngäs ym. 1999, 5). Aineiston luokittelu tapahtuu tutkijan tulkintojen mukaisesti etsimällä aineistosta yhtäläisyyksiä, joiden kautta muodostetaan alaluokkia ja niiden yläluokkia (Kylmä ym. 2007, 116).

Opinnäytetyössä analyysiyksiköksi valittiin lausuma, joka ilmeni yhtenä ja useampana sanana tai lauseen osana. Tutkimuksen aineistoon tutustuttiin lukemalla aineisto useaan kertaan läpi. Näin varmistettiin tutkijoina aineiston sisäistäminen. Aineiston purkaminen aloitettiin aineiston pelkistämällä tutkimuskysymysten mukaisesti, jossa karsittiin kaikki epäolennainen tieto pois. Aineiston tutustumisen yhteydessä aineistosta etsittiin yhtäläisyyksiä, yhdistäen ne alleviivauksella. Aineiston luokittelu tapahtui aineiston alleviivattujen yhtäläisyyksien yhdistämällä. Tämän jälkeen muodostettiin yksittäiset alaluokat, jotka nimettiin niitä kuvailevilla ilmaisuilla. Alaluokkien muodostamisen

jälkeen muodostettiin yläluokat, joille puolestaan luotiin niitä kuvaavia nimiä. Tutkimuskysymysten mukaisesti luotiin kaksi taulukkoa (Taulukko 1) ja (Taulukko 2), jotka helpottavat sisällönanalyysin prosessin tulkitsemista. Taulukoissa ilmeni aineiston pelkistetty ilmaisu, alaluokka ja yläluokka. Tässä opinäytetyössä sisällönanalyysin prosessi toteutettiin luokitteluun asti.

Tulosten raportoinnin tukena käytettiin henkilökunnan suoria lainauksia alkuperäisessä muodossa. Tutkimustulosten kannalta epäolennaiset lainausten ilmaisut on poistettu ja ne on merkitty lainauksen sisään merkinnällä (...). Selkeyttämisen vuoksi suorat lainaukset on kursivoitu ja tutkimukseen vastanneet on numeroitu (H1) numeroon (H8).

7 TUTKIMUSTULOKSET

7.1 Harhaisen potilaan kohtaaminen

Ympäristö

Harhaisen potilaan kohtaamiseen yhtenä vaikuttavana tekijänä nousi teemaksi ympäristö. Ympäristö jakautui kolmeen alaluokkaan jotka olivat ympäristön tasapaino, oman tilan mahdollistaminen sekä päivärytmi ja aikataulutus.

Ympäristön tasapaino. Henkilökunnan kokemuksen mukaan ympäristön tasapaino muotoutui turvallisesta ja viihtyisästä ympäristöstä. Ympäristön tasapainoon liitettiin ympäristön rauhoittaminen ja rauhallisen tilan sekä eristämisen mahdollistaminen. Sovitut säännöt ja sopimukset, rajaaminen sekä sen perusteleva olivat myös ympäristön tasapainoon kuuluvia tekijöitä.

H4: ”*Ylimääräinen toiminta minimiin.*”

Oman tilan mahdollistaminen. Henkilökunnan kokemuksista nousi esille oman tilan mahdollistamiseen vaikuttavina tekijöinä oman huoneen järjestäminen, jonka kautta rauhoittuminen ja yksinolo mahdollistuisivat. Fyysisen tilan antaminen liitettiin oman tilan mahdollistamiseen.

H1: ”*(...)mahdollisuus omaan tilaan, huoneeseen, rauhoittumiseen yksin oloon.*”

Päivärytmi ja aikataulutus. Henkilökunta koki arjen jäsentämisen helpottamisen vaikuttavina tekijöinä vuorokausirytmien ja riittävän ajan mahdollistamisen sekä kellon ja kalenterin hyödyntämisen.

H1: ”*struktuuri osastolla - päivärytmi, vuorokausirytmi, sovitut säännöt ja sopimukset.(...) kello, kalenteri jäsentämään potilaan arkea.*”

Kehonkieli. Harhaisen potilaan kohtaamiseen yhtenä vaikuttavana tekijänä esille nousi kehonkieli joka jakautui kahteen alaluokkaan elekieli ja fyysinen kontakti. Henkilökunnan kokemusten mukaan kohtaamisessa katsottiin kuuluvaksi harkitut kehon liikkeet. Kohtaamisessa tulisi eleillä ilmaista uhkaamattomuus ja halu auttaa. Katsekontaktin hakeminen potilaan kanssa kohtaamisessa oli yksi henkilökunnan esille tuoma asia.

H5: ”*Yritän eleilläni tuoda esille etten ole uhka vaan halukas auttamaan.*”

Fyysinen kontakti. Henkilökunnan antaman aineiston mukaan kohtaamiseen vaikuttavana tekijänä esille nousi vuorovaikutus samalla tasolla potilaan kanssa, joka tulisi tapahtua kasvotusten potilaan kanssa. Olkapäähän koskettaminen koettiin myös kohtaamisen keinoksi.

H4: ”*Vuorovaikutus tapahtuu kasvokkain, samalla tasolla*”.

H3: ”*Huomion kiinnittämiseksi (...) koskemaan vaikka olkapäähän.*”

Tieto

Harhaisen potilaan kohtaamiseen yhtenä vaikuttavana osa-alueena teemaksi nousi tieto, joka käsittää informaation turvaamisen ja keinot informaatiossa.

Informaation turvaaminen. Henkilökunta koki että, harhaisen potilaan kohtaamisessa asiat tulisi esittää yksitellen niin, että informaatioita ei tule kerralla liikaa ja annettua tietoa tulisi kerrata. Työryhmän välinen raportointi ja sääntöjen noudattaminen olivat tiedon turvaamiseksi tärkeitä tekijöitä.

H2: ”*Yhteinen ymmärrys hoitohenkilökunnan kesken → jos työvuorossa olleet ”rajanneet potilasta” ei seuraava työhön tuleva työntekijä lähde muuttamaan päätöstä ennen kuin keskustellut työvuorossa olleiden kanssa. Potilaalle ristiriitainen viesti lisää harhaisuutta ja levottomuutta*”.

Keinot informaatiossa. Informaation anto potilaalle tulisi tapahtua henkilökunnan mielestä suunnitelmallisesti ja johdonmukaisesti. Hoitajan olisi hyvä tuoda esille oma kokemus ja antaa potilaalle tervettä mallia. Informaation keinoina nähtiin rehellisyys ja avoimuus. Informaatioita annettaessa tulisi huomioida oikeiden sanojen käyttö.

Kohtaamisosaaminen

Harhaisen potilaan kohtaamiseen yhtenä vaikuttavana tekijänä teemaksi nousi kohtaamisosaaminen. Kohtaamisosaamiseen liitetään voimavaralähtöisyys,

empatia, luottamus, turvallisuus, kuunteleminen, keskusteleminen ja harhoihin suhtautuminen.

Voimavaralähtöisyys. Hoitohenkilökunta koki, että potilasta tulisi tukea omilla kyvyissään ja voimavaroja vahvistaen. Kohtaamisen tulisi olla yksilöllistä jossa potilaan terveitä alueita tuetaan ja hyödynnetään. Kohtaamisessa potilaalle tulisi antaa riittävästi tilaa. Lisäksi henkilökunnan saama koulutus aiheesta on kohtaamiseen vaikuttava keino.

H4: *"**Fyysisen tilan antaminen(...)** riittävästi tilan antoa vuorovaikutustilanteessa potilaalle. Voimavarojen huomiointi, terveiden alueiden tukeminen ja hyödyntäminen."*

Empatia. Henkilökunnan mielestä myötäelämisen osoittaminen ja potilaan ymmärtäminen ovat kohtaamisen keinoja.

H4: *"**Myötäelämisen osoittaminen.**"*

Luottamus. Henkilökunnan kokemuksista kävi ilmi, että kohtaaminen on kahden ihmisen välistä tasavertaista vuorovaikutusta. Luottamuksen luomisen edellytyksenä henkilökunta piti ystävällisyyttä, asiallisuutta, kunnioitusta ja aitoutta. Väittelyn ja painostuksen välttäminen ovat luottamuksen rakentumisen kannalta välttämättömiä keinoja kohtaamisessa.

H7: *"**Aito kohtaaminen- potilaan ehdoilla.**"*

H5: *"**Ole oma itsesi, kohtaa potilas ihmisenä.**"*

Turvallisuus. Henkilökunnan kokemusten mukaan kohtaamisen turvallisuuden vaikuttavat sopivan distanssin löytäminen ja ylläpitäminen. Vuorovaikutuksen tulisi olla turvallista ja kokemusta turvallisuudesta tulisi tukea. Potilasta ei tulisi jättää yksin ja valvomatta, jotta hänen turvallisuutensa ei kärsisi.

H7: ”Ehkäistä tilannetta, jossa potilas jäisi yksin harhojen kanssa tai ei uskaltaisi/haluaisi niistä puhua. → Aiheuttaa helposti lukkotilanteen, jossa potilas sulkeutuu.”

H4: ”Sopivan distanssin etsiminen ja ylläpitäminen. Turvallisuuden kokemuksen tukeminen.”

Kuunteleminen. Henkilökunnan mukaan kuuntelemisen kokemuksen keinoina esille nousivat läsnäolo ja rauhoittuminen kuuntelemaan. Potilaalle tulisi sallia henkinen tila ja elämysmaailman ilmaisun mahdollistaminen.

H3: ”(...) rauhoittuminen kuuntelemaan. Aluksi hetket lyhyitä, voinnin parantuessa jaksaa pitempään keskittyä ja kuunnella.”

H4: ”Tärkeää on antaa tilaa ja mahdollisuus potilaalle kertoa ja selittää elämysmaailmaansa.”

Keskusteleminen. Henkilökunnan kokemuksiensa mukaan kohtaamisessa tapahtuva keskustelemisen tulisi olla määrätietoista ja toistavaa. Kysymykset tulisi esittää avoimessa muodossa käyttäen selkeää puhetta ja lyhyitä lauseita. Lisäksi puheen tulisi olla yksinkertaista ja hidasta. Joskus myös äänen voimakkuuden koventaminen ja nimen toistaminen on tarpeellinen keino kohtaamisessa. Vuorovaikutuksen tulisi olla positiiviseen ilmaisuun painottuvaa ja negatiivisia ilmaisuja välttävää. Keskustelun avulla tulisi rohkaista vuorovaikutukseen.

H4: ”(...) mahdollisimman yksinkertainen puhe ja ilmaisu(...). Kylä - sanan käyttäminen.”

H7: ”Ei liikaa informaatiota kerralla, tarvittaessa kertaus.”

Harhoihin suhtautuminen. Henkilökunnan kokemuksen mukaan harhoihin suhtautuminen tulisi tapahtua ymmärtäväisesti ja rauhoittavasti. Harhoja ei pidä riistää, kiistää tai kieltää ja niihin ei tulisi lähteä mukaan. Harhaisen potilaan kohtaamisessa ei tulisi tapahtua vastakkainasettelua vaan häntä tulisi realisoida.

H7: *”Ymmärtäväinen suhtautuminen harhoihin, älä mene harhoihin mukaan, älä kiellä/kiistele niistä ja älä sano esim. ”ei ne ole totta” koska harhat ovat täyttä totta harhaiselle. Tuo kuitenkin esille, että ei itse näe, kuule samoin, mutta ymmärrät harhaisen harhoja todellisiksi.”*

H2: *”Harhojen ”todeksi tekeminen”/ymmärtäminen ja ääneen sanominen esim. ymmärrän, että sinua pelottaa, kun näet/kuulet (...), minä hoitajana en kuule enkä näe.”*

H4: *”Hyväksynnän osoittaminen potilaalle, erityisen tärkeää ristiriitatilanteissa joissa potilaan harhaelämyksiä ei voida jakaa.”*

Tunteet ja niiden käsitteleminen

Harhaisen potilaan kohtaamiseen yhtenä vaikuttavana tekijänä teemaksi nousivat tunteet ja niiden käsitteleminen. Tämän teeman sisälle liitetään tunteiden hyväksyminen ja tunteiden tulkitseminen kohtaamisessa.

Tunteiden hyväksyminen. Henkilökunnan kokemuksista kävi ilmi, että kohtaamisen ristiriitatilanteissa tulisi osoittaa hyväksyntää ja kielteisten tunteiden ilmaisun mahdollistaminen potilaalle ovat kohtaamiseen vaikuttavia tekijöitä.

H4: *”(...) kielteisten tunteiden ilmaisun salliminen”.*

Tunteiden tulkitseminen. Henkilökunnan kokemuksista ilmeni, että hoitaja tekee herkkää tulkintaa potilaan tunteista ja elämysmaailmasta. Potilaalle tulisi antaa aikaa tunteiden tulkitsemiseen ja pelot ja ennakkoluulot tulisi poistaa.

H4: *"Hoitaja tekee herkkää tulkintaa potilaan elämysmaalimasta. Henkisen tilan ja valinnan salliminen → vuorovaikutustilanteesta voi myös hakeutua pois."*

H7: *"Pelko ja ennakkoluulot pois."*

7.2 Perhettä tukevat kohtaamisen keinot

Tieto

Harhaisen potilaan kohtaamisessa perhettä tukevinä keinoina teemaksi nousi tieto. Teemaksi noussut tieto jaettiin kahteen alaluokkaan jotka nimettiin tieto sairaudesta ja tieto kohtaamisen keinoista.

Tieto sairaudesta. Henkilökunta kokemuksien mukaan perheelle annettavina kohtaamisen keinoina esille nousivat yksilöllinen tieto sairaudesta ja niihin suhtautumisesta. Annetun näyttöön perustuvan tiedon tulisi sisältää tietoa ennakko-oireista, muista mahdollisista ilmenemismuodoista, harhojen laadusta ja määrästä, harhojen syntyperästä ja sairauden ennusteesta sekä mahdollisesta sairauden aikana tapahtuvasta taantumisesta.

H7: *"Tietoa tulisi omaisille antaa sairaudesta, sairauden synnystä, hoidosta, ennusteesta, ennakko-oireista, että he osaisivat luontevasti suhtautua sairastumiseen."*

Tieto kuinka kohdata. Henkilökunnan kokemuksista selvisi, että perheen tulisi olla kohtaamisessa rauhallinen, rehellinen, asiallinen, myönteinen ja realistinen. Kohdatessa omaista tulisi puhua tutuista aiheista välttämällä stressiä aiheuttavia keskusteluita ja riitelyä. Omaisen voi kohdata kuten ennen sairastumista kuitenkin huomioiden ymmärtäen oikean todellisuuden välttämällä ylihuolehtimis-

ta. Kohdatessa omaista puheiden ja tekojen tulisi olla samat sekä asiat tulisi esittää yksi kerrallaan välttämällä ärsyketulvaa. Omaisena ei pidä ottaa hoitajan roolia kuitenkin tulisi rauhoitella ja luoda turvallinen tunne kohtaamisessa. Omaisena ei tulisi ottaa asioissa puolia ja harhoihin ei saisi mennä mukaan ja niitä ei saisi kiistää, ennemmin ihmetellä.

H4: ”Harhoja ei kannata kiistää, ennemmin ihmetellä. Harhoihin ei mukaan. Välttää stressiä aiheuttavia/kuormittavia aiheita keskusteluissa. Hoitajan roolia ei kannata ottaa.(...)puolia ei kannata ottaa (hyvä/paha, puolesta/vastaaan)”

H7: ”Normaalit säännöt pitää niistä kiinni ” älä paapo” (...) yksi asia kerralla- ei ärsyketulvaa eri asioista.”

Tukeminen

Harhaisen potilaan kohtaamisessa perhettä tukevina keinoina teemaksi nousi tukeminen. Tukemisen teemaan liitettiin kolme alaluokkaa, jotka muodostavat omaisten tukemisen sairauteen suhtautumisessa, tuen muodot sekä tunteet ja niiden käsitteleminen.

Omaisten tukeminen sairauteen suhtautumisessa. Henkilökunnan kokemuksen mukaan omaisen tukemiseen tarvitaan kannustusta yhteydenpitoon, jossa huomioidaan säännöt ja tapaamisaikojen kestoajat. Tarvittaessa voidaan järjestää omaisten tapaamiset ilman potilasta. Omaiselle tulisi antaa tietoa viimeaikaisesta voinnista sekä suhtautumista helpottavista keinoista. Omaisia tulisi motivoida ja heitä kannustetaan oman jaksamisen huomioimiseen. Hoitaja voi tukea sairauteen suhtautumisessa koulutuksellisella työotteella. Yhtenä tärkeänä tekijänä sairauteen suhtautumisessa nousi esille sairauden oireiden sietäminen.

H4: *"Potilalle voi ja kannattaa puhua kuten ennen psykoosia /harhaista vaihetta, vaikka hänen olemuksensa olisi erilainen ("esiin kutsua tuttua")."*

H7: *"Pidä omaisena huoli omasta jaksamisesta."*

Tukemisen muodot. Henkilökunnan kokemusten mukaan aineistosta nousi yhtenä osa-alueena esille yksilöllinen tuen määrittäminen. Aineistosta kävi ilmi, että psykoedukaation, perhetapaamisien, vertaistuen ja omaisjärjestöjen hyödyntäminen koettiin yhtenä tukemista rakentavana tekijänä. Henkilökunta koki, että hoitajaa tulisi hyödyntää tuen antajana. Perheen kannattaisi käyttää hoitajaa tiedonlähteenä jakaen ajatuksia ja kysymyksiä hänen kanssaan. Tukemisen muotona koettiin myös yhteystietojen antaminen tarvittaviin hoitotoihin.

H7: *"Juttele läheisen sairaudesta hoitohenkilökunnan kanssa, kysy rohkeasti- muista tyhmiä kysymyksiä ei ole. (...) Ennakko- oireiden tultua → välittämistä yhteyttä hoitotahoon- keneen yhteyttä, tieto tärkeää. (...) psykoedukaatio- koulutuksellinen työote."*

H2: *"Tieto siitä, että voi hoitajilta kysyä neuvoja ja soittaa jos jokin asia mietityttää omaisen läheisen kohdalla.(...) Perhetapaamiset: joissa tietoa harhoista oman läheisen tilanteessa ja niihin suhtautumisessa."*

H1: *"Suosittelen hyödyntämään omaisjärjestöjä, vertaistukea. Tarvittaessa omaisten tapaamiset ilman potilasta."*

Tunteet ja niiden käsitteleminen. Henkilökunnan kokemukset tunteiden ja niiden käsittelemisen tekijöinä pidettiin perheen voimavarojen huomioimista johon voidaan liittää yhteisen ajan järjestäminen ja mukavien asioiden tekeminen yhdessä. Tunteiden käsittelemisen keinoina koettiin toivon antamista, pelon ja ennakkoluulojen sekä syyllisyyden poistamista. Henkilökunnan koke-

muksien mukaan perheen tulisi tiedostaa, että sairastavan omaisen epäluuloisuus ja pelot eivät ole henkilökohtaista ilkeyttä sekä sairastuminen ei ole kenenkään vika.

H7: ”*Keskittykää mukaviin asioihin, tehkää yhdessä mukavia asioita, silloin kun psykoottiset oireet ei ole vahvasti pinnalla.*”

H5:” (*...*) *rauhallisuus, muistakaa, ettei syy ole teissä eikä potilaassa, olkaa luottavaisia puhe/teot samat.*”

8 POHDINTA

8.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tuloksissa ilmenee luottamuksen merkityksellisyys kohtaamisessa. Luottamuksen tarkoitus kohtaamisessa perustellaan sosiaaliselle tuelle ja vuorovaikutukselle ominaisena elementtinä. (Koivisto 2003, 28; Inkilä 2006, 14 -15, Mönkkönen 2007, 113–124). Useiden tutkijoiden mukaan mielenterveyshoitotyössä tapahtuvan yhteistyösuhteen toimivuuteen vaikuttavana tekijänä koetaan luottamus (Kiviniemi 2007, 42–43 ; Mönkkönen 2007, 113–124; Sorssa 2002, 47).

Kiviniemi (2007) mukaan yhteistyösuhteessa luottamus syntyy vähitellen, koska mielenterveyshäiriöistä kärsivä potilas on saattanut kokea traumaattisia kokemuksia. Tämän vuoksi luottamus toista ihmistä kohtaan voi olla vähentynyt. (Kiviniemi ym. 2007, 105–106.) Opinnäytetyön tulosten mukaan luottamukseen vaikuttaa tasavertainen kahden ihmisen kohtaaminen. Tästä voidaan päätellä, että tasavertaisuus on tasa-arvoa kohtaamisessa olevien ihmisten välillä vahvistaen yhteistyösuhteen luottamusta. Useat tutkijat puoltavat

tasa-arvon merkitystä yhteistyösuhteessa (Sorsa 2002, 44; Rissanen 2007, 134–135, Dziopa 2009, 28).

Tutkimustuloksien perusteella voidaan todeta, että luottamus ja tasa-arvo ovat tekijöitä joiden tulee näkyä kohtaamistilanteita vahvistavina tekijöinä. Ajatuksia herättäväksi näkökulmaksi esille nousee, voidaanko luottamusta asettaa kohtaamisen edellytykseksi ja vaikuttaako terveyden edistämisen näkökulmasta luottamuksen uupuminen potilaan terveyteen. Tutkimustuloksiin verraten hoitajalla on merkittävä vastuu luottamuksen rakentumisen edistäjänä. Kaikissa kohtaamistilanteissa ihmisten välinen luottamus ei ole itsestään selvää, vaan sen rakentumisen eteen pitää tehdä töitä.

Opinnäytetyön tulokset osoittivat ympäristön ja kohtaamisosaamisen vaikuttavina tekijöinä kohtaamisessa. Opinnäytetyön tutkimustuloksissa ympäristöön liitettiin vaikuttavina tekijöinä päivärytmi ja aikataulutus, kun taas kohtaamisosaamiseen yhdistettiin luottamuksen rakentuminen. Kiviniemi (2007) vahvistaa aikataulujen laatimisen ja noudattamisen olevan yksi merkki luottamuksen synnyssä (Mts. 105–106). Tutkimustulosten perusteella voidaan todeta, että potilaan ympärillä vallitseva struktuuri osoittautuu luottamuksen edistäväksi tekijäksi. Tutkimustuloksista ei kuitenkaan ilmennyt, vaikuttavatko muuta kohtaamisen tekijät luottamuksen rakentumiseen.

Opinnäytetyön tuloksissa ilmeni sama näkökulma, kuin Kiikkalan (2008, 25) tutkimuksessa, jossa aito kohtaaminen kokemuksena ei jätä kumpaakaan osapuolta kylmäksi. Luottamuksen kannalta kohtaamisen tulisi olla aitoa ja potilaan ehdoilla kulkevaa. Tällöin voidaan ajatella, ettei kohtaamisessa kumpikaan osapuoli jää kylmäksi. (Mts. 25.) Opinnäytetyön tulokset vahvistivat kohtaamisen luonteessa myönteisyyden tärkeyden ilmaisussa. Koivisto (2003, 2) ja Sorsa (2002, 55–57) vahvistavat ajatusta positiivisuuden merkittävyydestä yhteistyösuhteen toimivuuden kannalta. Kivimäki (2008) tuo esille tutkimuksessa perheen merkityksen potilaan toipumiseen vaikuttavan tekijänä. Tutkimuksessa perhe vaikutti positiivisesti turvallisuuden tunteeseen luotta-

musta edistävänä tekijänä, kun taas vieraisiin ja ulkopuolisiin luottamuksen rakentaminen oli vaikeampaa. (Mts. 36.)

Kohtaamisen mahdollistuminen vaatii molempien osapuolien halua toimia yhdessä ja yhdessä toimimisen edellytyksenä voidaan pitää luottamusta. Perhettä tukevana kohtaamisen keinona opinnäytetyön tutkimustulokset puolestaan toivat esille tiedon kautta turvallisuuden tunteen merkityksen perhettä kohtaan. Tutkimustulokset eivät nostaneet esille perheenvälistä luottamusta kohtaamistilanteissa. Voidaanko tästä päätellä, että luottamus on luontevaa perheenjäsenten välillä?

Positiivisuus ja aitous ovat merkittäviä yhteistyösuhteen rakentumisessa perheen välillä. Voidaanko asettaa näkökulma, jossa tulisi tarkastella perheen aitoutta positiivisten ja negatiivisten tunteiden ilmaisemisessa tai niiden sulkemisessa. Joutuuko perhe kieltämään tunteensa, jos heitä ohjataan positiivisuuteen kohtaamistilanteessa. Herää ajatus, voidaanko kaikissa kohtaamistilanteissa mahdollistaa positiivisuus ja aitous?

Opinnäytetyön tuloksissa nousi esiin ympäristön turvallisuuden merkitys kohtaamisessa. Aiemmat tutkimustulokset vahvistavat opinnäytetyön tutkimustuloksia turvallisuuden merkityksestä vaikuttavana tekijänä kohtaamisessa (Syrjäpalo 2006, 27–28; Kilkku 2008, 95–101; Dziopa 2009, 5). Opinnäytetyön tuloksissa kohtaamisosaamisessa ilmeni sama asia kuin useissa tutkimuksissa (Kilkku 2008, 95–101; Mattila 2001, 19; Lindberg 2011, 23), joiden mukaan yhtenä keskeisenä tekijänä vuorovaikutuksellisessa kohtaamisessa on turvallisuus. Tutkimustulokset eivät kuitenkaan osoittaneet missä vuorovaikutuksellisen kohtaamisen osa-alueilla turvallisuus on merkittävä tekijä. Herää kysymys, tulisiko turvallisuutta tarkastella fyysisenä tekijänä vai tulisiko sitä tarkastella syvällisemmin henkilöstä lähtevinä tekijöinä? Voidaanko päätellä, että kohtaamisessa turvallisuus ei ole pelkästään fyysistä ympäristöä, vaan useiden tekijöiden summa.

Opinnäytetyön tuloksissa ilmenee, että hoitaja on tuen antajana ja kysymysten sekä ajatusten jakajana. Tärkeänä tekijänä tulokset osoittavat perheen omien voimavarojen huomioimisen. Opinnäytetyön tulokset osoittivat tukemisen keinoja hoitajan hyödyntämisen tiedonlähteenä. Hoitaja koettiin merkittävänä tuen antajana sairastuneen perheelle. Tutkimukset tuovat esille hoitajan merkityksen tiedon antajana. On tärkeää osata hyödyntää hoitajan tiedollista tukea. (Potinkara 2004, 18–20; Mattila 2007, 71; Kilkku 2008, 95–101.)

Hätönen (2005) korostaa, että hoitajalta saatu tiedon puute voi perustua huonoon tiedonkulkuun hoitohenkilökunnan välillä (Mts. 41). Opinnäytetyön tuloksista selvisi, että informaation turvaamiseksi vaaditaan hoitohenkilökunnan välistä raportointia. Informaation turvaamiseksi tiedon kertaaminen on tärkeä keino kohtaamisessa. Useat tutkijat ovat myös osoittaneet tiedon kertaamisen merkityksellisyyden kohtaamisessa (Kilkku 2008, 102–107; Mattila 2007, 71–72; Pöllänen 2006, 49–61).

Opinnäytetyön tuloksista ilmeni tiedon olevan yksi merkittävä osatekijä perheen kohdatessa omaista. Useat tutkijat ovat osoittaneet, että on merkityksellisen tärkeää jakaa sairastuneen läheiselle tietoa ja taitoa, siitä kuinka kohtaaminen sairastunutta omaista kohtaan tapahtuu (Kilkku 2008, 102–107; Mattila 2007, 71–72; Lindberg 2007, 14–20, 26–28; Halme ym. 2007, 18; Mattila 2011, 65). Halme ym. (2007) on tuonut tutkimuksessaan esille, että perhe jää usein vaille tarvittavaa tukea ja ohjausta kohtaamisessa (Mts.18). Opinnäytetyön tutkimustuloksista kävi ilmi, että yksilöllinen, ymmärrettävä, näyttöön perustuva ja rehellinen tieto sairaudesta perheelle on olennainen osa kohtaamisesta helpottavista keinoista. Tutkijat samaistuvat ajatukseen perheelle annettavan tiedon määrityksen suhteen. Tiedon tulisi sisältää hoidon jatkuvuuden kannalta tärkeitä asioita kuten selkeää ja rehellistä teoriatietoa yksilöllisestä sairauden tilanteesta (Potinkara 2004, 18–20; Mattila 2007, 71; Kilkku 2008, 95–101).

Opinnäytetyön tutkimustuloksista perheen tarvittavan tuen muodoiksi nousivat psykoedukaatio ja perhetapaamiset. Useat tutkijat ovat osoittaneet psykoedu-

kaation edut ja positiiviset vaikutukset perheen kohtaamisessa. Psykoedukatio on nähty hyvänä tukimuotona kohtaamisessa edesauttaen ja kehittäen molemmipuolista vuorovaikutusta. (Bruijin 2006, 4225; Nordlig 2011, 58–59; Jewellin ym. 2009, 871–872; Hätönen 2005, 19.) Horpun (2008) tutkimuksessa on yhtenevä näkökulma perhettä tukemisen muodoista, joita ovat perhetaapaamiset neuvotteluissa ja muissa tapaamisissa (Mts. 34).

Tulokset osoittavat, että omaiselle ja potilaalle annettu tieto kohtaamisessa nousee merkittäväksi tekijäksi hoidon jatkuvuuden kannalta. Tiedon tulisi olla kattavaa ja se vaatii hoitajalta kykyä tunnistaa tiedon merkitys yksilöllisesti. Tutkimustuloksista ei kuitenkaan voitu päätellä kenen vastuulla tiedon jakaminen kohtaamisessa on. Voidaanko kokonaisvaltainen tiedon jakamisen vastuu yksistään asettaa hoitajalle vai tuleeko perheelle antaa myös vastuuta oman tiedon varmistamisessa.

Tuloksien mukaan omaisille annettu tieto helpottaa kohtaamistilanteita. Yksilöllisen tiedon avulla voidaan perheelle antaa tukea kohtamiseen. Hoitajalta vaaditaan ammattitaitoa havainnoida ja tunnistaa perheen yksilölliset tuenmuodon tarpeet. Voidaanko päätellä, että hoitajan tulisi kehittää osaamistaan erilaisista tuenmuodoista, jotta jokainen perhe löytäisi ominaisimman tukimuodon. Voidaan asettaa ajatus, voiko kohtaaminen mahdollistua ilman tukea tai tietoa?

Opinnäytetyön tutkimustulosten mukaan tiedollisen kohtaamisen informaation tukemisen keinona on merkittävää oikeiden sanojen löytäminen puheessa. McCabe (2006) mukaan usein puhetta pidetään keskeisenä osana viestin välittämisessä, mutta hän korostaa sanojen muodostavan ainoastaan 7 % vuorovaikutuksesta. Kuitenkin hän pitää viestinnän ydintaitona omin sanoin kertomista. (Mts. 55, 74.) McCabe (2006, 55) mukaan kehonkieli käsittää 35 % kohtaamisessa tapahtuvasta vuorovaikutuksesta. Opinnäytetyön tuloksista kävi ilmi, että kehonkieli ja siinä tapahtuva fyysinen kontakti ja elekieli ovat kohtamiseen vaikuttavia tekijöitä. Fyysinen kontakti käsitettiin kosketuksena olkapäähän ja elekieli käsitettiin ilmaisuna uhkaamattomuudesta ja halusta

auttaa. Dziopa (2009, 5–6) ja MacCabe (2006, 55, 74) tuovat tutkimuksissaan yhtenevän näkökulman, jossa kehonkieltä pidetään vuorovaikutuksellisen kohtaamisen tukevana tekijä. Dziopa (2009) puoltaa kehonkielen fyysistä tukemista käden asettamisena olkapäälle (Mts. 5–6).

Opinnäytetyön tuloksista kohtamisosaamisessa nousi esille keskusteleminen, joka sisältää hitaan puheen, äänen koventamisen ja selkeän yksinkertaisen ilmaisun lyhyillä lauseilla. Aiemmin tutkimuksessa tiedossa McCabe (2006) vahvistaa, että vuorovaikutukseen vaikuttaa 38 % se kuinka sanat, äänen tempo ja sävy lausutaan (Mts. 55, 74).

Mielenterveyshoitotyössä potilaan sairaudesta johtuen hänen havaintokykynsä saattaa olla heikentynyt. Tutkimustulokset eivät osoittaneet kykeneekö harhainen potilas vastaanottamaan sanatonta viestintää vai onko merkittävämpää korostaa sanallista viestintää kohtaamisen tukemiseksi. Tutkimustuloksista ei myöskään voitu havaita, onko mahdollista korvata sanallisella viestinnällä sanatonta. Tutkimustuloksien perusteella voitiin asettaa ajatus, että kohtamisessa koskettaminen osoittautuu positiivisesti vaikuttavaksi tekijäksi. Kuitenkaan ei selvinnyt, voiko kosketuksella ilmaista uhkaamattomuudesta, silloin kun potilas on harhaisessa tilassa? Voidaanko ajatella, että fyysinen kosketus ei kaikissa tapauksissa kehitä kohtamista? On hyvä huomioida, tuleeko mielenterveyshoitotyössä kohtamisessa tapahtuva koskettaminen olla harkinnanvaraista.

Opinnäytetyön tutkimus tulokset ilmensivät avoimuuden tiedon informatiivisena keinona kohtamisessa. Kikku (2008) ja Viitala (2007) yhdistävät näkemysten avoimuuden merkittävyyden kohtamiseen vaikuttavana tekijänä (Kilkku 2008, 95–100; Viitala 2007, 3–6, 43). Täten tutkimustulosten ja tutkitun tiedon perusteella voidaan todeta, että avoimuus on kohtamisen keinona merkittävä osatekijä. Tutkimustuloksista ei voitu tehdä päätelmää siitä, että voidaanko avoimuutta tarkastella tiedon ohella muistakin lähtökohdista? Kohtaamisen näkökulmasta on hyvä tarkastella avoimuutta henkilökohtaisena

avoimuutena. Ajatuksena nousee esille, missä kulkee avoimuuden raja vai voidaanko rajaa asettaa?

Opinnäytetyön tuloksista selvisi yksilöllisyyden merkitys kohtaamisessa. Kohtaamisen luonteessa yksilöllisyys liitettiin terveiden alueiden tukemiseen ja hyödyntämiseen, sekä potilaan omien kykyjen ja voimavarojen vahvistamiseen. Tutkimukset puoltavat toisen osapuolen tukemisen merkittäväksi tekijäksi kohtaamisessa tapahtuvassa yhteistyösuhteessa (Inkilä 2006, Dziopa 2009, 3; Koivisto 2003, 28) Inkilä (2006) korostaa tutkimuksessaan ihmisen sisäisten ja ulkoisten voimavarojen tukemisen merkitystä mielenterveyshoitotyössä (Mts. 14–15).

Puotiniemi ym. (2000) korostaa tutkimuksessa perheen voimavarojen tukemista ja ylläpitämistä. Tätä edesauttaakseen henkilökunnalla on merkittävä rooli auttajana selviytymisessä. (Mts. 283, 288.) Tulosten perusteella kohtaamisessa ihminen on yksilö, jota tulisi tukea kokonaisvaltaisesti. Tutkimustuloksista ei voitu päätellä, tuleeko harhaisen potilaan kohtaamisessa tapahtuvien yksilöllisten positiivisten asioiden rinnalla huomioida myös negatiiviset asiat. Voidaanko ajatella, että negatiivisten asioiden huomioimisella on positiivisia vaikutuksia harhaisen potilaan hoidossa?

Opinnäytetyön tuloksissa esille nousi empatia yhtenä merkittävänä tekijänä kohtaamisessa. Useat tutkijat puoltavat tutkimuksissaan empatian merkitystä mielenterveyshoitotyössä tapahtuvassa kohtaamisessa (Kiviniemi 2007, 16,111; Inkilä 2006, 14–15, Dziopa 2009, 3). Harhaisen potilaan kohtaamisessa on merkittävää empatian ilmaiseminen. Voidaan asettaa näkökulma, jossa tulisi miettiä, kärsiikö ammatillinen osaaminen hoitajantaholta liiallisesta empatiasta? Perheen näkökulmasta empatian merkitys voidaan nähdä hyvin suurena, koska myötäeläminen voi vahvistaa omaisen tunnetta siitä, ettei hän ole yksin. Tutkimustuloksien perusteella ei kuitenkaan voida asettaa johtopäätöstä siitä, että onko empatialla rajaa kohtaamistilanteissa.

Opinnäytetyön tuloksissa korostui kohtaamiseen vaikuttavana tekijänä ymmärrys. Useat tutkijat puoltavat tutkimustuloksista esille tullutta ymmärrystä, joka on merkittävä tekijä yhteistyösuhteen kohtaamisessa (Kiviniemi 2007, 16,111; Koivisto 2003, 27–28; Kiikkala 2008, 25; Dziopa 2009, 3; Sorsa 2002, 58–60; Inkilä 2006, 14–15; Mönkkönen 2007, 113–124). Ymmärrys on kokonaisvaltaisen kohtaamisen merkittävä osa-tekijä. Tutkimustulokset eivät kuitenkaan kyenneet osoittamaan, voidaanko liiallisella sairaudenkuvan ymmärryksellä heikentää potilaan kuntoutumista.

Pöllänen (2006) on tutkimuksessaan tuonut esille useita vuorovaikutuksia edistäviä tekijöitä. Vuorovaikutusta edistävinä tekijöinä hän pitää suunnan asettamista hoitosuhteessa, potilaan kuuntelemista ja viestinnän vahvistamista. (Mts. 49–61.) Opinnäytetyön tulokset puoltavat tutkittua teoriatietao keskustelemisen ja kuuntelemisen merkitystä harhoihin suhtautumisen kautta. Tutkimustuloksiin nojaten voidaan osoittaa, että vuorovaikutuksen rakentuminen vaatii useita eri tasoja. Ajatuksia herättävänä näkökulmana voidaan silti asettaa, mahdollistuuko vuorovaikutus, jos jokin vuorovaikutusta edistävästä tekijöistä uupuu. Perheen näkökulmasta katsottuna, vaatiiko vuorovaikutuksen rakentuminen samoja tekijöitä, kuin hoitajan ja potilaan välillä?

Yhteistyösuhdetta voidaan luoda ja vahvistaa kuuntelemalla, että keskustelemalla (Kiviniemi ym. 2007, 42–43; Sorsa 2002, 58–60; Inkilä 2006). Opinnäytetyön tutkimustulosten perusteella voidaan katsoa yhteistyösuhteen vahvistaviksi tekijöiksi keskustelemisen ja kuuntelemisen. Joihin liitettiin elämysmaailman ilmaisun ja kuulluksi tulemisen mahdollistaminen sekä vuorovaikutukseen rohkaiseminen. Kiviniemen ym. (2007, 77, 94–97) mukaan keskustelemista ja kuuntelemista mielenterveyshoitotyössä voidaan pitää paranemisen ja kuntoutumisen edesauttajana. Ihminen tulisi kohdata ihmisenä ja puhua hänelle kuten naapurille tai ystävälle, eikä toimia asiantuntijana (Dziopa 2009, 4).

Voidaan päätellä, että keskusteleminen ja kuunteleminen vahvistavat yhteistyösuhdetta. Ajatuksena nousee esille, voidaanko harhaisen potilaan kanssa luoda yhteistyösuhde, jos hänellä ei ole voimavaroja keskusteluun. Kykeneekö

hoitaja tulkitsemaan oikealla tavalla potilaan sanatonta viestintää ja voiko yhteistyösuhde mahdollistua sanattomalla viestinnällä?

Opinnäytetyön tulokset osoittivat tunteiden ja niiden käsittelemisen yhdeksi kohtaamiseen vaikuttavaksi tekijäksi. Tunteisiin yhdistettiin pelon ja ennakkoluulojen poistamista sekä ristiriitatilanteissa hyväksynnän osoittaminen. Opinnäytetyön tulokset vahvistavat Inkilän (2006) tutkimuksessa keskustelemisen ja kuuntelemisen vaikutuksen tunteiden käsittelemisessä. (Mts.14–15) Tästä voidaan päätellä, että keskustelemalla ja kuuntelemalla helpotetaan tunteiden tulkitsemista kohtaamisessa. Mielenterveyshoitotyössä vuorovaikutuksellisessa kohtaamisessa kohtaamistilanteet saattavat aiheuttaa monenlaisia tunteita. Tunteet saattavat sisältää ristiriitojen käsittelyä ja jaksamisen huomioimista. (Kiviniemi ym. 16–17; Kilku 2008, 95–101.) Läheisen ollessa sairaana kohtaaminen ei ole välttämättä yksiselitteistä potilaan perheelle. Perhe saattaa kokea tilanteessa pelkoa ja ennakkoluuloja, näin ollen tukena oleminen ei ole aina helppoa. (Vikman 2011, 15; Viitala 2007, 3-6, 43; Mattila 2007, 71)

Hoitajana on tärkeää huomioida harhaisen potilaan ja hänen perheensä tunteet. Tunteiden ilmaisu on inhimillistä ja niiden käsitteleminen kohtaamistilanteessa on suotavaa. Keskusteleminen ja kuunteleminen nousevat merkittäviksi tekijöiksi tunteiden käsittelemisessä. Ne voivat ennaltaehkäistä tai poistaa mahdollisia vääristyneitä kuvia sairaudesta. Kuitenkin tulisi huomioida yksilöllinen tapa käsitellä tunteita. Tunteissa nousevat pelot vaikeuttavat kohtaamista ja sen vuoksi niitä tulisi käsitellä. Tutkimustuloksista ei selvinnyt, onko hoitajan tunteilla merkitystä kohtaamisessa. Tuleeko huomioida myös hoitajan tunteiden ilmaiseminen ja käsitteleminen?

Potinkara (2004) tuo tutkimuksessaan esille näkökulman, jossa potilaan perhettä voidaan pitää asioiden välittäjänä vastaten hänen tarpeisiinsa ja toiveisiinsa. Hän kuitenkin korostaa, että läheisen vastuu perustuu läheisenä olemiseen ja hoidollista vastuuta ei tulisi hänelle antaa. (Mts. 85, 89.) Opinnäytetyön tulokset kohtaamisen keinoista puolsivat näkökulmaa siitä, että hoitajan roolia ei omaisena tulisi ottaa. Perheen rooli tiedon välittäjänä on hyvin tärkeä,

koska potilaalla ei välttämättä ole voimavaroja ilmaista tarpeitaan sairauden vuoksi. Tutkimustuloksista ei noussut esille näkökulmaa siitä, että perhe tuntisi potilaan tarpeet paremmin kuin hoitaja. Voidaan kuitenkin olettaa, että perhe on kykenevä kertomaan potilaan tarpeista parhaiten. Potilaan tarpeet voivat joskus olla hyvinkin pieniä, mutta hoidon kannalta merkittäviä huomioida. Hoitajalta vaaditaan herkkää tulkintaa perheen jaksamisen tulkitsemisessa, jotta voitaisiin ennaltaehkäistä uupumista.

Tutkimustuloksista ei voitu päätellä, vaikuttaako ihmisen oma persoona ja opitut tavat kohtaamiseen. Voidaanko ajatella, että persoonalliset tekijät vaikuttavat negatiivisesti kohtaamiseen? Ajatuksia nostattavana asiana esille nousee, voidaanko kohtaamisessa tapahtuvia tapoja ja oma persoona muuttaa. Onko persoonallisuuden muuttaminen tarkoituksenmukaista ja vaikuttako se aitouteen?

8.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimusetiikan näkökulmasta tutkimus on arvoperusteita ja inhimillistä toimintaa, jossa pyritään löytämään totuus tieteellisesti hyväksytyllä tavalla. Eettiset ratkaisut nousevat esille silloin, kun ollaan tutkimuksellisesti kiinnostuneita inhimillisestä toiminnasta ja tiedonlähteenä ovat ihmisen kokemukset (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 361.) Peruslähtökohtana tutkimuksen luotettavuuden ja eettisyyden varmistamiseksi tulee käyttää määritettyjä tieteellisiä toimintatapoja. Eettisesti luotettavan tutkimuksen vahvistuminen mahdollistuu tutkijan noudattaessa tieteellisiä taitoja, tietoja ja hyviä toimintatapoja. (Kuula 2006, 34.) Tutkimuksen eettisyyden ja luotettavuuden takaamiseksi tutkijoina kehitettiin ja ylläpidettiin eettisiä peruslähtökohtia läpi tutkimuksen toteutuksen ajan. Näillä toiminnoilla ja ajatuksilla pyrittiin eettisesti korkeaan tutkijatasoon.

Eettiseen ratkaisuun voidaan sisällyttää tutkimusaiheen valinta, jossa pysähdytään miettimään kenen ehdoilla tutkimus toteutetaan ja minkä vuoksi tutki-

mus tehdään (Hirsjärvi ym. 2009, 24; Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 365). Tutkimuskohde määritettiin tutkimuskysymysten muodostuessa, jonka yhteydessä varmistettiin eettisesti perusteltu tutkimuskohteen loukkaamattomuus. Kokonaisvaltaisesti opinnäytetyön tutkimuksen kohdentaminen, aiheen valinta ja tutkimusongelma pyrittiin muodostamaan eettisesti perustellusti. (Vrt. Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 365.) Tutkimusta tehtäessä on tärkeää huomioida, ettei tutkimus vahingoita aineiston antajaa. Tutkimuksen hyöty ei välttämättä saavuta aineiston antajia, tästä huolimatta tutkimus saattaa edistää heidän tietämystään tutkittavasta ilmiöstä. Laadulliselle tutkimukselle ominaista ovat eettiset kysymykset, joihin yhtenä kuuluu pohdinta tutkijan roolista aineiston antajiin. (Janhonen & Nikkonen 2003, 39.)

Eettisenä lähtökohtana opinnäytetyön tutkimuksessa oli ihmisen kunnioitusta vahvistavat arvot. Itsemääräämisoikeus varmistettiin niin, että tutkimuksen tiedonantajille eli tässä työssä hoitavalle henkilökunnalle annettiin mahdollisuus valita haluavatko he osallistua tutkimukseen. (Vrt. Kuula 2006, 60–61; Hirsjärvi ym. 2009, 25.) Tiedonantajien oikeutena on oikeus saada rehellistä ja kunnioittavaa kohtelua. Tiedonantajilla on koko aineistonkeruajan oikeus saada tutkimusta koskevaa tietoa, oikeus esittää selventäviä kysymyksiä, kieltäytyä tutkimuksesta tai keskeyttää tutkimus. (Leino–Kilpi ym. 2003, 367.) Tiedonantajien tutkimukseen osallistumisen myöntävän vastauksen vahvistamiseksi käytettiin tukena saatekirjettä (Liite 1), jossa esille tuli tutkimuksen tarkoitus, tehtävä ja tutkimuksen osalliset. Kerrottiin tutkimuksen kohderyhmälle myös suullisesti ja kirjallisesti mahdollisuudesta keskeyttää tutkimus missä tahansa tutkimuksen vaihetta. Näin varmistettiin eettinen ihmismääräysoikeus lähtökohtana toteutetussa tutkimuksessa.

Mäkisen (2006) mukaan tutkimusetiikan lähtökohtiin kuuluu tiedonantajille taata anonymiteetti tutkimuksessa heidän niin toivoessa. Lupaus henkilöllisyyden salaamisesta rohkaisee tiedon antajia laadullisesti rehelliseen ja suoraan aineiston antamiseen. (Mts. 114–115.) Tutkimuksen toteuttajien on selvitettävä tutkittavalle kohteelle, kuinka anonymiteetti turvataan kaikissa tutkimuksen vaiheissa (Kuula 2006, 64; Eskola ym. 1998, 57; Mäkinen 2006, 114–115;

Kankkunen ym. 2009, 179). Tutkijoina varmistettiin tiedonantajille anonymiteetin toteutuminen tutkimuksessa, niin kirjallisesti saatekirje muodossa kuin suullisesti. Tutkijoina pidettiin korkeaa eettistä näkökulmaa läpi toteutetun tutkimuksen, suojatessa ja varmistaessa tutkittavien anonymiteetin säilyttäminen. Luottamuksellisuuden takaaminen tutkittavalle kohteelle on moraalinen velvollisuus tutkijoiden näkökulmasta, joka on määritetty myös laissa (Mäkinen 2006, 116). Käsiteltäessä tutkittua aineistoa ja raportointia toteutuksessa tutkijoina on osoitettava eettisiin päämääriin kuuluvia yksityisyyden ja luottamuksellisuuden vahvistaminen tiedonantajia kohtaan (Mäkinen 2006, 120; Kuula 2006, 64- 65). Tiedonantajien antamaa tutkimusaineistoa kerättiin suljettuun laatikkoon, etteivät ulkopuoliset tekijät pääsisi kerättyyn aineistoon käsiksi. Varmistettiin myös, että aineisto säilytetään sille tarkoitetussa paikassa. Kyseessä oli suljettu kanslia, johon pääsi vain tiedonantajat omilla avaimillaan. Kyselylomakkeiden aineiston hyödyntäminen tapahtui ainoastaan tässä opin- näytetyössä ja käytön jälkeen aineisto hävitettiin asiallisesti.

Opinnäytetyössä huomioitiin kvalitatiiviselle työlle ominaisia tutkimuksen peruslähtökohtia, jotka määritellään seuraavanlaisesti; metodologinen perusymmärrys, kontekstuaalinen perusymmärrys, käsitteellinen perusymmärrys, kielellinen perusymmärrys ja kyky loogiseen ajatteluun. Käsitteiden avulla pyrittiin mahdollistamaan luotettavaan laadulliseen tutkimukseen, jossa korostui oikeanlaiset tulokset sekä selkeä raportointi. (Vrt. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2011, 159–161.)

Laadullisen tutkimusmenetelmän pohjana toimii tutkimukseen osallistujien luottamuksen saavuttaminen ja säilyttäminen läpi tutkimuksen toteutusajan (Janhonen & Nikkonen 2007, 121–127). Kvalitatiivista tutkimustyötä tehtäessä pystytään luotettavuutta arvioimaan myös tutkimukselle ominaisilla luotettavuuskriteereillä, jotka määritetään Kylmän & Juvakan (2007, 128) mukaan seuraavan taulukon mukaisesti.



KUVIO 2. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteerit. (Kylmä&Juvakka 2007, 128)

Uskottavuudella tarkoitetaan sitä, että tutkija kykenee osoittamaan tutkimustulosten vastaavuutta siitä, mitä aineistonantajat halusivat viestiä tutkittavasta ilmiöstä (Willberg 2009,7; Kylmä & Juvakka ym. 2007, 128). Vahvistettavuus nousee esille silloin, kun tutkija kykenee osoittamaan tutkimustulosten samankaltaisuuden toisten tutkimusten rinnalla (Willberg 2009, 7). Refleksiivisyys vahvistuu silloin, kun tutkimuksen tekijä on täysin tietoinen tutkijana omista lähtökohdistaan tutkimusta kohtaan ja niistä on raportoitava tutkimuksessa (Kylmä & Juvakka 2007,129). Siirrettävyys taas puolestaan tarkoittaa sitä, että tutkija ilmaisee raportissa tutkimuksen kulkua ympäristöstä itse osallistujiin, jolloin lukija kykenee havainnoimaan tutkimuksen siirrettävyyttä muihin tutkimustuloksiin.(Willberg 2009,7; Kylmä & Juvakka ym. 2007, 129). Tutkimuksessa luotettavuutta tehostettiin myös käyttämällä face-validateettia, jossa luotettavuus arvioitiin esittämällä tutkittu tuotos hoitavalle henkilökunnalle. (Janhonen & Nikkonen 2001, 36–37.)

Opinnäytetyön luotettavuutta arvioitiin luotettavuuskriteereiden kautta. Pyrittiin tutkijoina läpi tutkimuksen toteutuksen ajan selostamaan selkeästi ja johdonmukaisesti kaikki tutkimuksen vaiheet. Jokainen tutkimuksessa tehty päätös perusteltiin totuudenmukaisesti ja kuvailtiin mahdollisimman kattavasti. Refleksiivisyys nostettiin työssä esille niin, että tutkimustulokset esitettiin juuri sel-

laisina kuin ne ovat. Tiedostettiin ja painotettiin läpi tutkimuksen toteutuksen ajan tutkimuksen tutkimusongelmat, tarkoitus, tehtävä ja tavoitteet. Tutkijoina pidettiin omat johtopäätökset tutkimustuloksista neutraaleina. Uskottavuus vahvistui, niin että oltiin merkityksellisen pitkiä aikoja tutkittavan asian rinnalla, näin ollen tutkimuksen uskottavuus syveni. Vahvistettavuus toteutui vertailemalla tutkimustuloksia muihin samankaltaisiin tutkimuksiin. Vahvistettavuuden pienenä heikentäjänä tekijänä kuitenkin osoittautui samankaltaisten perheen näkökulmasta tutkimustulosten löytämisen vähyys.

Kiviniemen ym. (2007) mukaan keskeinen luotettavuuden tekijä tutkimuksessa on raportointi (Mts. 83), jonka toteutuksessa luotettavana tutkijana tulisi huomioida käytettävä kirjallisuus. Lähde kriittisyys toteutettiin seuraavien käsitteiden kautta; aitous, alkuperäisyys, puolueettomuus ja lähteen riippumattomuus. (Mäkinen 2006, 128.). Tutkijoina ylläpidettiin läpi tutkimuksen ajan vahvaa lähdekriittisyyttä, jossa jokainen käytetty tietolähde arvioitiin. Tietolähteitä arvioitaessa oltiin rehellisiä tutkijoita, vaikka oma käsitys olisi ollut ristiriidassa tietolähteen aineiston kanssa. (Vrt. Hirsjärvi ym. 2009, 113, 310.)

Mäkisen (2006) mukaan asianmukainen tietolähteiden käyttö kertoo tutkijoiden perehtyneisyyden tasosta tutkittavan alan tiedosta (Mts.123–124), tämän vuoksi käytettiin vain uutta kansanvälistä ja suomalaista tutkittua lähdekirjallisuutta. Panostettiin lähdemerkintöjen tarkkuuteen ja kokonaisvaltaiseen kirjoitusasuun. Luotettavuutta tehostettiin myös tutkimustuloksia raportoidessa käyttäen suoria sitaatteja tutkimustuloksista. Haluttiin varmistaa, että tutkimuksen lukijat ymmärtävät tutkimusaineiston sisällön. Koska tutkimuksen aineiston antajia oli kahdeksan kappaletta, pidettiin huoli, ettei lainauksista tullut ilmi aineiston antaneiden tunnistettavat ilmaisut.

Tavoitteisiin vastannutta tutkimusta voidaan pitää silloin, kun tutkimuskysymyksiin on löytynyt vastaukset (Kananen 2008, 81; Hirsjärvi ym. 2009, 231; Heikkilä 2008, 186). Heikkilä (2008, 30, 186) mukaan tutkimuksen luotettavuutta tehostaa tutkimuksessa käytettävän kyselylomakkeen sisältö ja muotoilu. Käytettiin paljon aikaa kyselylomakkeen tekoon. Keskityttiin laadullisesti

kysymysten selkeyteen, kysymyksien asetteluun ja yksinkertaiseen ilmaisuun kyselylomaketta muodostaessa. Pyrittiin pois sulkemaan tutkijoina johdattelevat kysymykset ja näin ollen koettiin, että oltiin eettisesti luotettavia tutkijoita.

Tutkimuksen luotettavuuden tehostamiseksi tutkimuksen kyselylomaketta esitestattiin ennen virallista tutkimuksen toteutusta. Kyselylomake testattiin kahdella hoito-alan opiskelijalla ja yhdellä jo valmistuneella sosiaali- ja terveystyöntekijällä. Esitestaus ei antanut syytä muuttaa tutkimuksen runkoa tai kyselylomakkeen sisältöä. Täten esitutkimukset vastasivat tutkimuskysymyksiä. Tutkimuksia tehdessä virheiden syntymistä pyritään välttämään läpi toteutetun ajan ja sen vuoksi tutkimusten luotettavuutta ja pätevyyttä pyrittiin arvioimaan koko prosessin ajan kaikissa tutkimuksen vaiheissa. (Vrt. Kvanti-MOTV).

8.3 Johtopäätökset ja kehittämishaasteet

Opinnäytetyön perusteella tehdyt johtopäätökset:

Tutkimustulokset kohtaamisessa käytettävistä keinoista vastaavat asetettuja tutkimuskysymyksiä. Tutkimustulokset ovat verrattavissa tutkittuun tietoon. Opinnäytetyön tulokset osoittavat, että kohtaamisen rakentuminen vaatii useita eri tekijöitä. Kohtaaminen tulisi tapahtua yksilöllisesti, soveltaen kohtaamisessa tarvittavia erilaisia keinoja. Kohtaamisen merkitystä harhaisen potilaan kohtaamisessa tulisi pysähtyä miettimään, koska se on merkittävä osa mielen-terveyshoitotyössä tapahtuvaa hoitamista.

Kirjallisuudessa kohtaaminen määritetään usein hoitajan ja potilaan väliseksi tapahtumaksi, kuitenkin vahvoja viitteitä ei ole perheen ja sairastuneen omaisen välisestä kohtaamisesta. Tämän vuoksi on tärkeää huomioida myös perheen valmiudet sairastuneen omaisen kohtaamisessa. Tähän viitaten tut-

kimus toteutettiin ajatuksella, jossa perhe nostettiin tärkeäksi osaksi mielen-
terveyshoitotyössä tapahtuvaa kohtaamista.

Opinnäytetyön perusteella tehdyt kehittämishaasteet:

- Perheen välisen kohtaamisosaamisen tukemisen vahvistaminen
- Hoitohenkilökunnalta lähtevä perheen yksilöllisen tarpeen arviointi kohtaamisosaamisessa.
- Sanattoman viestinnän käytettävyys kohtaamisessa ja sen näkyvyyden ymmärtäminen.
- Kohtaamisessa käytettävien elementtien kehittäminen ja soveltaminen käytännössä.
- Kohtaamisessa käytettävien keinojen vaikutuksen ymmärtäminen kokonaisvaltaisessa kohtaamisessa.
- Vahvempi koulutuksellinen työote kohtaamisosaamisesta.

8.4 Jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyön perusteella tehdyt jatkotutkimusaiheet:

- Tutkimustuloksien soveltuvuus, näkyvyys ja käytettävyys käytännön työssä
- Tutkimus omaisen ja potilaan näkökulmista kohtaamiseen vaikuttavista tekijöistä
- Tuloksien käytäntöön otto; tehdään perhettä tukeva opas-vihkonen kohtaamisesta → Opas-vihkonen tekeillä
- Opas-vihkosen seuranta ja vaikutus kohtaamisosaamisessa perheen jäsenten välillä
- Tutkimustulosten soveltuvuus ja lähtökohtien toimivuus muilla sosiaali- ja terveysalan alueilla

LÄHTEET

Aho, J. 2008. Osastohoidossa olevan psykoosipotilaan ja hoitajan hoitosuhde. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Bruijn, T. 2006. Käytännön pyskoedukaatioita psykoosipotilaan perheelle. Suomen lääkärilehti. 41, 4219–4225.

Berg, L. & Johansson, M. 2003. Psykoedukaation työkirja. Psykkisesti sairastuneen ja hänen perheensä/tukiryhmänsä kanssa toteutettava ohjaus. Lievestuore: ER-Paino.

Dadi, Y. Ehrnroot, J. Gylling, H. Huotarinen, A. Huttunen, M. Karoskoski, P. Klemelä, E. Laiho, T. Lautjärvi, S. Nevanlinna, T. Pimenoff, V. Putkonen, H. 2010. Teoksessa Rekola, K. Sailas, E. Silvola, K. Tenhoviranta, K. (toim.) Kuiskaa kovaa. Keskusteluapsykiatriasta. Espoo: Prometheus kustannus Oy.

Dziopa, F. & Ahern, K. 2009. What makes a Quality Therapeutic Relationship in Psychiatric/Mental Health Nursing: A Review of the research literature. The internet Journal of Advanced Nursing Practice. Volume 10, 1.

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 2. p. Jyväskylä: Vastapaino.

Favrod, J. Maire, A. Bardy, S. Pernier, S. & Bonsack, C. 2010. Improving insight into delusions: a pilot study of metacognitive training for patients with schizophrenia. Journal of advanced nursing. 67 (2), 401-407.

French, P. Morrisson, P. 2004. Early detection and cognitive therapy for people at high risk of developing psychosis a treatment approach. Wiley. NJ. USA: Hoboken.

Gullberg, J. 2005. Psykoosit-kokoava näkökulma. Therapia-säätiö. Vantaa: Dark Oy.

Halme, N. Paavilainen, E. Åsted-Kurki, P. 2007. Aikuisen perheenjäsenen kohtaaminen sairaalassa-kirjallisuuskatsaus. Tutkiva hoitotyö. 5, 18–19.

Heikkilä, A, Jokinen, P, Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. WSOY: Helsinki.

Hietanen, S. Henriksson, M. 2002. Kiihtynyt psykoottinen potilas. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. 2002; 118 (3): 279–284. Viitattu 24.10.2011. http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtiha-ku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku__spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=

duo92766&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=uusinnu
mero#s2.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2009. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

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

Hirvonen, J. Salokangas, RKR. 2010. Skitsofrenia. Lääkäriin käsikirja. 7.1.2010. Viitattu 12.9.2011.
http://www.terveysportti.fi.ezproxy.jamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00840&p_haku=harhaluulot.

Horppu, C. 2008. Psykiatrinen osastohoitojakso potilaiden ja perheenjäsenten kokemana. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.

Huttunen, M. 2010. Psykoosi (mielisairaus). Teoksessa lääkärikirja duodecim. 23.7.2010. Viitattu 1.9.2011.
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00411&p_haku=psykoosi\(a\)](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00411&p_haku=psykoosi(a)).

Huttunen, M. 2010. Skitsofrenia 1.9.2010. Teoksessa lääkärikirja duodecim. Viitattu 1.9.2011.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00148.

Huttunen, M. 2011. Tietoa potilaalle: Harha-aistimus (hallusinaatio). Teoksessa lääkärikirja duodecim. 22.10.2011. Viitattu 11.11.2011.
http://www.terveysportti.fi.ezproxy.jamk.fi:2048/dtk/shk/koti?p_haku=aistiharhat.

Huttunen, M. 2011. Skitsofrenia 1.9.2010. Teoksessa Lääkärikirja duodecim. Viitattu 14.9.2011.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00148#s2.

Hätönen, H. 2005. Tiedonsaanti psykiatrisessa sairaala hoidossa-mielenterveyspotilaan näkökulma. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.

Inkilä, J. 2006. Ensimmäistä kertaa masennuksen vuoksi psykiatrisessa avosastohoidossa olevien potilaiden kokemuksia pelosta ja niistä selviytymisestä. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos, terveydenhuollon hallinnon koulutusohjelma.

Isohanni, M. Joukamaa, M. 2007. Skitsofrenia ja muut psykoosit. Viitattu 12.9.2010.
http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Skitsofrenia_ja_muut_psykoosit.

Janhunen, S. Nikkonen, M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WSOY.

Jewell, T.C., Downing, D. & McFarlane W. R. 2009. Partnering With Families: Multiple Family Group Psychoeducation for Schizophrenia. *Journal Of Clinical Psychology* 65, 8, 868–878.

Kananen, J. 2008. Kvantti: kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja.

Kankkunen, P. Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki. WSOY pro oy.

Kenttä, E. Kuitunen, S. 2006. Terapeuttien vastausten merkitysdialogin rakentamisessa ensi kertaapsykoosiin sairastuneiden hoitokokouksissa. Pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto.

Kilkku, N. 2008. Potilasopetus ensipsykoosipotilaan hoidossa: substantiivinen teoria luottamuksen uudelleen rakentamisesta. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto.

Kivimäki, A. 2008. Perhehoitotyö akuuttipsykiatrisella osastolla hoitotyöntekijöiden kuvaamana. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

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

Kohonen, M. Kylmä, J. Juvakka, T. Pietilä, A-M. 2007. Toivoa vahvistavat hoitotyön auttamismenettelyt-metasynteesi. *Hoitotiede*. 19, 63–73.

Koivisto, K. 2003. Koettu hallitsematon minuus psykoottisen potilaan hoitotyön lähtökohdaksi. Pro gradu -tutkielma. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.

Koponen, H. Psykoedukaatio -arvokas lisä psykoosien hoitoon. *Suomen lääkärilehti*. 41, 4199.

Kuula, A. 2006. Yksityiseen suoja tutkimuksessa. Teoksessa Hallamaa, J., Launis, V., Lötjönen, S. & Sorvali, I (toim.) *Etiikkaa ihmistieteille*. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.

KvantiMOTV. 2010. Kyselylomakkeen laatiminen. Viitattu 7.11.2011.

<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kyselylomake/laatiminen.html>.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kyngäs, H. & Vanhanen L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11,1, 3 - 12.

- Latvala, A. Tuulio-Henriksson, A. 2007. Aivojen tapahtumasidonnaiset jännitevasteet ja skitsofrenia. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. 2007;123(9): 1047–54. Viitattu 9.9.2011. <http://www.terveysportti.fi>.
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2009. Etiikka hoitotyössä. 5. uud. p. Porvoo: WSOY.
- Lindberg, T. 2007. Mielenterveyspotilaan läheisten tuen saanti psykiatrisessa hoitotyössä. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.
- Lähteenlahti, Y. 2008. Kognitiiviset puutokset skitsofreniassa 1.6.2008. Viitattu 2.9.2011. http://www.terveysportti.fi.ezproxy.jamk.fi:2048/dtk/tyt/koti?p_artikkeli=kun00171&p_haku=psykoosin%20oireet.
- Lönnqvist, J. Heikkinen, M. Henriksson, M. Marttunen, M. Partonen. 2001. Psykiatria. Kysymyksiä ja vastauksia. 1. Painos 2001. Duodecim. Saarijärvi.
- Lönnqvist, J. Heikkinen, M. Henriksson, M. Marttunen, M. Partonen, T. 2007. Psykiatria. Duodecim. Jyväskylä: Gummerrus kirjapaino Oy.
- Lönnqvist, J. Heikkinen, M. Henriksson, M. Marttunen, M. Partonen, T. 2011. Psykiatria. Duodecim. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.
- Mattila, L-R. 2001. Vahvistumista ja tunnekokemuksen jakamista. Potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta kuvaavan käsitejärjestelmän kehittäminen. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Mattila, E. 2011. Aikuispotilaan ja perheenjäsenen emotionaalinen ja tiedollinen tuki sairaalahoidon aikana. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, kirurgian, gastroenterologian ja syövänhoidon vastuualueet.
- McCabe, C. & Timmins, F. 2006. Communication skills for nursing practice. Palgravemacmillan. New York.
- Mielenterveyslaki 1116/1990. Viitattu 7.11.2011. <http://www.finlex.fi>.
- Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Vaajakoski: Tammi.
- Mäkisalo-Ropponen, M. 2011. Vuorovaikutustaidot sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Tammi.
- Mönkkönen, K. 2007. Vuorovaikutus. Dialoginen asiakastyö. Helsinki: Edita Oy.
- Nordlig, E. 2007. Ruvettiin pitämään ihmisenä. Vastuutasojärjestelmässä kuntoutettujen skitsofreniapotilaiden kuntoutusreitit, hoitopalveluiden käyttö ja

psykososiaalinen hyvinvointi. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Psykologian laitos.

Poikkimäki, I. 2004. Ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämisoikeus ja yksityisyys potilaan hoidossa. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.

Potinkara, H. 2004. Auttava kanssakäyminen. Substantiivinen teoria kriittisesti sairaan potilaan läheisen ja hoitavan henkilön välisestä yhteistyöstä. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Pulkinen, S. Vesänen, P. 2010. Psykoottisen potilaan hoito. 11.3.2010. Viitattu 11.9.2011. <http://www.terveysportti.fi>.

Puotiniemi, T. Kyngäs, H. Nikkonen, M. 2000. Psykiatrisessa osastohoidossa olevien lasten vanhempien selviytymisvaatimukset ja keinot. Hoitotiede.12, 283–289.

Pöllänen, H. 2006. Vuorovaikutus hoitotyössä-hoitajan kommunikaatiomenetelmät ja sisältö. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.

Salokangas, RKR. 2002. Lyhyesti: Hallusinointi ei aina merkitse psykoosia. Suomen Lääkärilehti. 2002;57. (23):2550.

Salokangas, RKR. 2004. Aistiharha-neurologinen vai psykiatrisen häiriö? Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim. 2004;120(17):2085–92. Viitattu 6.9.2011. <http://www.terveysportti.fi>.

Salokangas, RKR. Heinimaa, M. Svirskis, T. Huttunen, J. Laine, T. Korkeila, J. Ilonen, T. Ristkari, T. Vaskelainen, L. Rekola, J. Heinisuo, A-M. Heikkilä, J. Syvälahti, E. Hirvonen, J. Parkkola, R. Hietala, J. Klosterkötter, J. Ruhrman, S. Graf von Reventlow, H. Lintzen, D. Dingemans, P. Birchwood, M. & Patterson, P. 2007. Psykoosille altis potilas: Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 91. Kelan tutkimusosasto. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.

Salokangas, R. Riikola, T. 2008. Skitsofrenia. Käyvän hoidon potilasversiot. 7.3.2008. Viitattu. 01.09.2011. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00031&p_haku=psykoosi.

Salokangas, RKR. Riikola, T. Skitsofrenia. Käyvän hoidon potilasversiot. 17.3.2008. Viitattu 3.11.2011. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/.../khp00031#s1>.

Sariola, E. Ojanen, M. 1997. Hoito vai pakkohoito. Miten autan skitsofreniapotilasta. Helsinki: Otava.

Skitsofreniainfo. Hoito. Tietoa skitsofrenian eri hoitomuodoista. Psykiatrinen avohoito. Viitattu 15.11.2011.

http://www.skitsofreniainfo.fi/hoito/psykiatrinen_avohoito.

Sorsa, M. 2002. Asiakaslähtöisyys sosiaali- ja terveystieteissä. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteenlaitos.

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. 2008. Skitsofrenia. Käypä-hoito. Viitattu 2.1.2012.

[http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi35050?hakuksana=skitsofrenia#R7ettama työryhmä](http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi35050?hakuksana=skitsofrenia#R7ettama%20tyoryhma).

Syrjäpalo, K. 2006. Arvot ja arvostukset psykiatrisessa hoitotyössä. Henkilökunnan ja potilaiden näkemyksiä hoidon nykytilasta. Akateeminen väitöskirja. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta.

Terveys- ja hyvinvoinninlaitos. 2009. Ehkäisevä mielenterveystyö. Keskeiset käsitteet. Mielenterveystyö. Viitattu 21.2011.

<http://info.stakes.fi/mielenterveystyo/FI/kasitteet/index.htm>.

Valkonen-Korhonen, M. 2003. Information Processing in acute Psychosis.

Kuopion yliopiston julkaisuja D. Lääketiede 316. Kopijyvä.

Vehkalahti, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö

Tammi.

Viitala, M-T. 2007. Psykinen sairaus perheessä -perheenjäsenten arjesta ja selviytymisestä. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Vikman, M. 2011. Mielenterveyspotilaan perheen terveys, toimivuus ja hoito-henkilökunnalta saatu sosiaalinen tuki perheenjäsenen kokemana. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö.

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Tammi.

Välimäki, M. Holopainen, A. Jokinen, M. 2000. 1. painos. Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa. WSOY Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Juva: WS Bookwell Oy.

Willberg, E. 2009. Laadullisen aineiston luotettavuus. Kasvatustieteiden laitos. Erityispedagogiikanyksikkö. Viitattu 1.1.2012.

<https://www.jyu.fi/edu/laitokset/eri/opiskelu/opiskelu-info/prosem/laadullinen>.

LIITTEET

Liite 1. Saatekirje

HYVÄ [REDACTED] TYÖNTEKIJÄ

Olemme Olga Lukas ja Heidi Kinnunen Jyväskylän ammattikorkeakoulusta hoitotyön opiskelijoita. Teemme opinnäytetyönä tutkimuksen psykoottisen harhaisen potilaan kohtaamisesta. Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää psykoosia sairastavan harhaisen potilaan kohtaamiseen käytettäviä keinoja ja siihen vaikuttavia tekijöitä [REDACTED] hoitohenkilökunnalta. Saatujen tulosten avulla voidaan tukea harhaisen potilaan kohtaamista ja sitä voivat hyödyntää henkilökunta, omaiset sekä opiskelijat. Kyselylomakkeen ensimmäisessä osiossa 1 ja 1.1 haetaan teidän omia näkemyksiä harhaisen potilaan kohtaamisesta. Kyselylomakkeen toisessa osiossa 2 ja 2.2 painotetaan teidän näkemyksiänne omaisille annettavasta tiedosta harhaisen potilaan kohtaamisesta.

Tähän kyselylomakkeeseen vastaaminen on vapaaehtoista ja halutessanne voitte missä vaiheessa tahansa keskeyttää tutkimukseen osallistumisen tai kieltää aineiston käytön. Vastaajien kirjoittamien yksittäisten vastausten tunnistamattomuudesta huolehditaan. Opinnäytetyössä kerätty aineisto analysoidaan, jonka jälkeen huolehditaan aineiston asiallisesta hävittämisestä. Jokaisen tutkimukseen osallistuneen vastaus on arvokas sekä ensisijaisen tärkeä. Vastauksien määrä vaikuttaa tutkimuksen aineiston monipuolisuuteen ja luotettavuuteen. Tämän vuoksi kannustamme teitä jakamaan hiljaista ja vahvaa käytännöntietoa harhaisen potilaan kohtaamisesta. Voitte vastata kyselyyn työaikanne ja vastattuanne kyselylomakkeeseen olisitteko ystävällisiä ja palauttaisitte kyselylomakkeen 27.11.2011 mennessä. Mikäli teille herää tutkimukseen liittyviä kysymyksiä, vastaamme mielellämme niihin. Kiitoksia yhteistyöstänne ja arvokkaista vastauksistanne!

Sairaanhoidon opiskelijat:

Olga Lukas (Olga.Lukas.sho@jamk.fi), puh. [REDACTED]

Heidi Kinnunen (Heidi.Kinnunen.sho@jamk.fi), [REDACTED]


Ohjaavat opettajat:

Katja Raitio (Katja.Raitio@jamk.fi), 0400 976 767

Pirkko Oittinen (Pirkko.Oittinen@jamk.fi), 0400 391 692

Liite 3. Sopimus opinnäyteyhteistyöstä

1(2)


JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU
 JAMK UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

SOPIMUS OPINNÄYTEYHTEISTYÖSTÄ

Sopijaosapuolet

Toimeksiantaja _____

Toimeksiantajan edustaja _____

Toimeksiantajan yhteystiedot (osoite, puhelin, sähköposti)

Jyväskylän ammattikorkeakoulu

Opinnäytetyötä ohjaava(t) opettaja(t)
 Pirkko Oittinen Katja Rantio

Yhteystiedot (osoite, puhelin, sähköposti)
 Pirkko.Oittinen@Jamk.fi Katja.Rantio@Jamk.fi

Opiskelija(t)
 Olga Lukas Heidi Kinnunen

Yhteystiedot (osoite, puhelin, sähköposti)
 F8000@Jamk.fi _____
 F3635@Jamk.fi _____

Opinnäytetyön aihe

Opiskelija laatii opinnäytetyön aiheesta
 Harkkaisen putinauri kohtaaminen

T&K

Opinnäytetyö täyttää opetus- ja kulttuuriministeriön 1.2.2011 antaman ohjeen mukaisesti tutkimus- ja kehitystyön ominaisuudet

KYLLÄ opinnäytetyö on %:sti tutkimus- ja kehitystyötä.
 EI TÄYTÄ

Ohjaus

Ammattikorkeakoulu vastaa opinnäytetyön ohjauksesta. Ammattikorkeakoulu ja opettaja eivät ole konsulttivastuussa työstä.

Dokumentointi

Työstä laaditaan Jyväskylän ammattikorkeakoulun opinnäyteohjeen mukainen kirjallinen esitys joka luovutetaan toimeksiantajalle ja ammattikorkeakoulun kirjastoon julkaistavaksi.

Oikeudet

Opinnäytetyön tekijänoikeudet kuuluvat Opiskelijalle. Toimeksiantaja saa rinnakkaisen käyttöoikeuden teokseen sen valmistuttua. Muut mahdolliset teollisoikeudet ja tekijänoikeudet ovat toimeksiantajan omaisuutta.

Keksinnöt

Jos opinnäytetyön tekijä on osallisena keksintöön, joka patentoidaan, mainitaan hänet yhtenä keksijöistä. Mahdollisesta keksintökorvauksesta sovitaan erikseen noudattaen Jyväskylän ammattikorkeakoulun keksintöohjeen linjauksia.

Työsuhde

Mahdollisesta työsuhteesta tai työstä maksettavasta palkkiosta toimeksiantaja ja opinnäytetyön tekijä sopivat erikseen. Opinnäytetyötä tekevät opiskelijat ovat Jyväskylän ammattikorkeakoulun tapaturmavakuutuksen piirissä, mikäli heillä ei ole työsuhdetta opinnäytetyön toimeksiantajaan.



Opinnäytetyön julkisuus

Jyväskylän ammattikorkeakoulu noudattaa opetusministeriön suositusta, ettei opinnäytetöihin sisällytetä salassa pidettävää aineistoa ja että opinnäytteet ovat julkisia heti, kun ne on hyväksytty. Arvioitavaan opinnäytetyöhön ei sisällytetä toimeksiantajan liike- tai ammattisalaisuuksia, vaan ne jätetään työn tausta-aineistoon.

Luottamukselliset tiedot

Toimeksiantaja sitoutuu ohjauksellaan myötävaikuttamaan siihen, että opinnäytetyöhön ei sisällytetä luottamuksellista aineistoa. Toimeksiantajan nimeämälle edustajalle varataan mahdollisuus tutustua opinnäytetyöhön viimeistään kaksikymmentä (20) päivää ennen aiottua tarkastukseen luovuttamista. Toimeksiantajalla on oikeus vaatia muokkauksia opinnäytetyöhön, mikäli julkaiseminen vaarantaa mahdollista Toimeksiantajan patentin hakua tai muuta immateriaalioikeudellista suojaamista tai sisältää Toimeksiantajan luottamuksellisia tietoja. Kieltevä päätös tulee perustella. Opiskelijalla on oikeus saada aineisto, jonka sisällyttämiseen opinnäytetyöhön Toimeksiantaja on antanut kielteisen päätöksen, muokattavaksi yhteistyössä Toimeksiantajan kanssa ja opinnäytetyö jätettäväksi tarkastukseen sen jälkeen kun Toimeksiantajan etuja haittaavat kohdat on poistettu. Mikäli Toimeksiantaja ei edellä mainittuna määräaikana vaadi muutoksia opinnäytetyöhön, on opiskelijalla oikeus jättää opinnäytetyö sellaisenaan tarkastukseen.

Opinnäytetyön esitys

Opinnäytetyön esitys on aina julkinen. Työn teettäjä ja tekijä määrittävät yhdessä esityksen sisällön siten, että esitys ei loukkaa salassapitosopimusta.

Salassapito

Ohjaava opettaja ja opinnäytetyön tekijä ovat velvolliset pitämään luottamuksellisina ja salassa kaikki toimeksiantajan liike- ja ammattisalaisuudet. Mikäli toimeksiantaja sitä vaatii, tehdään opinnäytetyötä koskeva erillinen salassapitosopimus.

Vastuut

Sopijaosapuolet ovat vastuussa toisilleen sopimusrikkomuksen aiheuttamista vahingosta. Vastuun ulkopuolelle on rajattu välilliset vahingot. Vastuun syntyminen edellyttää tahallaan tai törkeällä huolimattomuudella aiheutettua sopimusrikkomusta.

Tätä sopimusta on laadittu kolme (3) samasanaista kappaletta, yksi (1) kullekin sopimuksen osapuolelle. Sopimus astuu voimaan allekirjoitushetkellä.

Julkaisu

Opinnäytetyön ja sen tiivistelmän saa julkaista myös elektronisesti.

Kyllä Ei Toimeksiantaja pidättää oikeuden päättää elektronisesta julkaisemisesta myöhemmin

Allekirjoitukset

Paikka ja aika Jyväskylä 25 08 2011

[Signature]
Toimeksiantajan edustaja

[Signature]
Opinnäytetyön tekijä

[Signature]
Ohjaava opettaja

[Signature]
Opinnäytetyön tekijä

[Signature]
Ohjaava opettaja

Liite 4. Tutkimuslupahakemus



JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU
JAMK UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Hyvinvointiyksikkö

TUTKIMUSLUPAHAKEMUS 1 (4)

Opiskelija/ tutkimuksen tekijä	Nimi ja opiskelijanumero Olga Lukas, F8000	Ryhmätunnus SH08sr2	
	Heidi Kinnunen, F3635	Sho10kms	
	Katuosoite [REDACTED]	Postinumero [REDACTED]	Postitoimipaikka [REDACTED]
	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
	Puhelin Lukas Olga [REDACTED]	Sähköpostiosoite Olga.Lukas.sho@jamk.fi	
	Kinnunen Heidi [REDACTED]	Heidi.Kinnunen.sho@jamk.fi	
	Yksikkö ja koulutusohjelma Jyväskylän ammattikorkeakoulu, Hoitotyön koulutusohjelma		
Muut tekijät	Nimi ja ryhmätunnus -		
Tutkimuksen ohjaaja	Nimi <i>Pirkko Oittinen</i> Pirkko Oittinen	Oppiarvo ja ammatti Lehtori Pirkko Oittinen	
	Katja Raitio	Asiantuntija Katja Raitio	
	Toimipaikka ja osoite Hyvinvointipalvelutoiminnan oppimiskeskus Jyväskylän ammattikorkeakoulu Hyvinvointiyksikkö Puistokatu 35 40200 JYVÄSKYLÄ Puh. 020 743 8100		
	Puhelin Pirkko Oittinen, puh.0400391692	Sähköpostiosoite Pirkko.Oittinen@jamk.fi	
	Katja Raitio, puh.0400976767	Katja.Raitio@jamk.fi	
Tutkimuksen toimeksian- taja	Toimeksiantaja [REDACTED]		
	Osastonhoitaja [REDACTED]		



JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU
JAMK UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Hyvinvointiyksikkö

	<p>Yhteystiedot</p> <p>[REDACTED]</p> <p>Puhelinnumerot:</p> <p>[REDACTED]</p>
<p>Toimeksiantajan edustaja täyttää</p>	<p>Tutkimusluvan myöntäminen</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Tutkimuslupa myönnetään <input type="checkbox"/> Tutkimuslupaa ei myönnetä</p> <p>Myöntämisen ehdot</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Hakijan tulee toimittaa valmis raportti tutkimuksen valmistuttua ja esitellä tutkimuksen tulokset suullisesti</p> <p><input type="checkbox"/> Muut ehdot</p> <p>Perustelut myöntämättä jättämiselle</p>
	<p>Paättäjän nimi</p> <p>Vaaja M [REDACTED]</p>
<p>Päiväys ja allekirjoitus</p>	<p>Paikka ja päivämäärä</p> <p>Ju [REDACTED] 5.12.11</p> <p>Allekirjoitus</p> <p>Vaaja M</p>

TAULUKOT

Taulukko 1. Kohtaamiseen vaikuttavat tekijät

PELKISTETTY ILMAISU	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Turvallinen ympäristö Viihtyisä ympäristö Ympäristön rauhoittaminen ja valinta Tarvittaessa eristäminen Rauhallinen tila Sovitut säännöt ja sopimukset Rajaaminen ja sen perusteleva	Ympäristön tasapaino	Ympäristö
Oman huoneen mahdollistaminen Mahdollisuus rauhoittumiseen ja yksin oloon Fyysisen tilan antaminen	Oman tilan mahdollistaminen	
Päivärytmi ja vuorokausirytmien hoidossa Kello ja kalenteri arjen jäsentämisessä Riittävän ajan mahdollistaminen	Päivärytmi ja aikataulutus	
Katsekontaktin hakeminen Harkitut liikkeet Ilmaisu eleillä uhkaamattomuudesta ja halusta auttaa	Elekieli	Kehonkieli
Kosketus olkapäähän Vuorovaikutus fyysisesti samalla tasolla kasvojen	Fyysinen kontakti	Tieto
Asioiden esittäminen yksi kerrallaan Ei liikaa informaatiota kerralla Tiedon kertaus Työryhmän keskeinen raportointi Työryhmän sisäisten sääntöjen	Informaation turvaaminen	
Suunnitelmallisuus Oman kokemuksen esille tuominen Terveen mallin antaminen Johdonmukaisuus Rehellisyys Avoimuus Oikeiden sanojen löytäminen Tukeminen	Keinot informaation antamisessa	
Potilaan voimien huomioiminen Riittävä tilan anto Voimavarojen huomiointi Potilaan omien kykyjen ja	Voimavara-aktiivisuus	Kohtaamisosaaminen

voimavarojen vahvistaminen Lääkehoidon tukeminen Työryhmän kohtaamiseen saama koulutus	
Myötäelämisen osoittaminen Ymmärtäminen	Empatia
Ystävällisyys Asiallisuus Luottamuksen luominen Väittelyn välttäminen Tasavertainen kahden ihmisen kohtaaminen Älä teeskentele Aito kohtaaminen Painostuksen välttäminen Kunnioittava suhtautuminen	Luottamus
Sopivan distanssin etsiminen ja ylläpitäminen Turvallisuuden kokemuksen tukeminen Turvallinen vuorovaikutus Älä jätä potilasta yksin seuraamatta tilannetta	Turvallisuus
Läsnäolo Henkisen tilan salliminen Elämysmaailman ilmaisun mahdollistaminen Rauhoitus kuuntelemaan Kuulluksi tulemisen mahdollistaminen	Kuunteleminen
Vuorovaikutukseen rohkaiseminen Vuorovaikutuksen selkeys Määrätietoisuus Kyllä - sanan käyttäminen Tuo esiin hyviä puolia/asioita Kielteisten ilmaisujen välttäminen Selkeät avoimet kysymykset Hidas puhe Äänen koventaminen Toistaminen Huomion kiinnittämiseksi nimen toistaminen Selkeä puhe Lyhyet lauseet Yksinkertainen ilmaisu	Keskusteleminen
Rauhoittava suhtautuminen Harhoja ei riistetä Realisointi	Harhoihin suhtautuminen

Rauhallisuus Ymmärtäväinen suhtautuminen harhoihin Harhoihin ei lähdetä mukaan Harhoista ei kiistellä ja Harhoja ei kielletä Ei vastakkainasettelua		
Ristiriitatilanteissa hyväksynnän osoittaminen Kielteisten tunteiden ilmaisun salliminen	Tunteiden hyväksyminen	Tunteet ja niiden käsitteleminen
Hoitaja tekee herkkää tulkintaa potilaan elämysmaalimasta Ajan antaminen Pelon ja ennakkoluulojen poistaminen	Tunteiden tulkitseminen	

Taulukko 2. Perhettä tukevat kohtaamisen keinot

PELKISTETTY ILMAISU	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Tieto ennako-oireista Harhojen laatu ja määrä Tietoa muista mahdollisista ilmene- misoireista Harhojen syntyperä Sairauden ennuste Tieto regressiivisyydestä	Tieto sairaudesta	Tieto
Näyttöön perustuvan tiedon antaminen Oireisiin ei saisi mennä mukaan Rauhallisuus Rehellisyys Tutuista aiheista puhuminen Myönteisyys ilmaisuissa Vältä stressiä aiheuttavia aiheita keskus- te- luissa Riitelyn välttäminen Hoitajan roolia ei pidä ottaa Puolueettomuus asioissa Kohtaaminen kuten ennen sairastumista Rauhoittelu Ylihuolehtimisen välttäminen Turvallisuuden tunteen luominen Asioiden esittäminen yksi kerrallaan Vältä ärsyketulvaa	Tieto kuinka kohdata	

<p>Puhe ja teot samat Harhoja ei kannata kiistää, enemmän ihmetellä Rauhallisuus Realisointi Käyttäydy asiallisesti Ymmärrä oikea todellisuus Älä mene oireisiin mukaan Yksilöllinen tieto harhoista ja niihin suhtautumisesta</p>		
<p>Tapaamisaikojen kestoajat Sääntöjen noudattaminen Tarvittaessa omaisten tapaamiset ilman potilasta Sairauden oireiden sietäminen Tärkeintä on ymmärtää itse oikea todellisuus Ajantasainen tieto potilaan voinnista Viimeaikainen vointi Kannustus yhteyden pitoon potilaan kanssa</p>	<p>Omaisten tukeminen sairauteen suhtautumisessa</p>	<p>Tukeminen</p>
<p>Tarvittava tuki Omaisjärjestöjen ja vertaistuen hyödyntäminen Hoitaja tuen antajana Perhetapaamiset Psykoedukaatio Kysymysten ja ajatusten jakaminen henkilökunnan kanssa Yhteystiedot tarvittaviin hoitotahoihin</p>	<p>Erlaisia tuen muotoja</p>	
<p>Hoitaja hyödyntäminen tiedonlähteen Vertaistuen hyödyntäminen Omaisien voimavarojen huomiointi Yhteinen aika Mukavien asioiden yhdessä tekeminen Läheisen epäluuloisuus ja pelot eivät ole henkilökohtaista Toivon antaminen Pelkojen ja ennakkoluulojen poistaminen Syyllisyyden tunteiden vähentäminen tietoa antamalla Sairastumisen syy ei ole omaisessa eikä potilaassa</p>	<p>Tunteet ja niiden käsitteleminen</p>	