

Luottamuksesta yleisesti ja erityisesti ensipsykoosipotilaan hoidossa

Nina Kilku

Merja Nikkosen juhlaKirjaan kirjoittaminen oli kunniatehtävä, johon mielelläni osallistuin. Merja toimi väitöskirjani ohjaajana vuosien ajan, ilman häntä tutkimukseni ei kenties olisi vieläkään valmis. Yhdessä olemme jakaneet pitkään kestäneen prosessin ilot ja surut. Väitöstutkimukseni lopputuloksena syntyneessä teoriassa ensipsykoosipotilaiden potilasopetuksesta keskiöön nousi luottamus ja sen uudelleen rakentuminen hoidon aikana.

Artikkelin aihetta pohtiessani luottamus tuli itsestään selvästi myös tähän aiheeksi. Jälkeenpäin ajatellen on mielenkiintoista huomata, millaista luottamusta Merja osoitti kykyihini tutkimuksen tekijänä ja tutkimuksen valmistumiseen vuosien kuluessa. Yhteistyömme alkaessa emme tunteneet toisiamme kovinkaan hyvin, mutta jostain luottamus välillemme syntyi. Luottamus on ollut mielenkiintoinen ilmiö tässäkin yhteydessä. Yhteistyömme kesti kaiken kaikkiaan kahdeksan vuotta, joiden aikana Merja uupumattomasti matkusti Oulusta Tampereelle tai pysähtyi matkallaan Oulun ja Kuopion välillä. Kiitos niistä vuosista sinulle, Merja! Tässä artikkelissa tarkastelen luottamusta pohtivalla otteella. Tyhjentävästä esityksestä ei ole kyse, vaan enemmänkin kurkistuksista aiheeseen eri näkökulmien kautta.

LUOTTAMUS

Luottamusta pidetään niin yksilölliseen identiteettiin ja hyvinvointiin kuin yhteiskunnan instituutioidenkin oleellisesti liittyvänä asiana (Kotkavirta 2000, 10). Käytännössä luottamus on yleensä huomattoman tekijä, joka otetaan vaistomaisesti valinnoissa huomioon (Harisalo & Miettinen 2010, 23). Luotamme yleensä siihen, että pääsääntöisesti asiat yhteiskunnassamme toimivat, voimme luottaa läheisiin ihmisiin ja he suhtautuvat meihin positiivisesti, sairastuessamme saamme apua eri palveluista ja niin edelleen. Luottamus ”elämän kantamiseen” elää meissä vahvana.

Luottamusta vastaavasti koettelevat erilaiset kokemamme uhat. Luottamus mielletäänkin usein positiivisena käsitteenä, jonka yhteyteen liitetään myös toivon käsite. Toivon käsitettä on myös mielenterveyshoitotyön alueella ansiokkaasti tutkittu (mm. Kylmä ym. 2006), luottamuksen osalta tutkimus on vielä vähäisempää (Brown ym. 2009). Kotkanvirran (2000, 5) mukaan toivo ja luottamus kuuluvatkin ”yksilöllisten ja kollektiivisten identiteettien välttämättömiin perusrakenteisiin”. Ilman niitä emme voi elää, ne kannattelevat meitä niin yksilöinä kuin erilaisten institutionaalisten kokonaisuuksien jäseninä (Kotkanvirta 2000, 5).

Luottamus voidaan nähdä ”*pääomana, joka sitoutuu ihmisten välisiin suhteisiin*” (Saarikoski 2006). Identiteettimme rakentuu kokemuk-sellisissa suhteissa maailmaan ja toisiimme sekä näihin liittyvissä

ihmissuhteissa. Samalla tavoin luottamus maailmaan ja toisiin ihmisiin vaikuttaa itseluottamukseen, joka on identiteetin tärkeimpiä ominaisuuksia. Luottamus, itseluottamus ja toivo liittyvätkin läheisesti yhteen. (Kotkanvirta 2000, 11–12.) Toivon ja luottamuksen merkitys huomataan usein vasta silloin, kun ne menetetään. Näin voi käydä yksilöllisellä tasolla esimerkiksi läheisen ihmisen, terveyden tai taloudellisen perustan menetyksen yhteydessä. (Mannermaa 2000, 47.)

Luottamuksen kehittämisessä kiintymyssuhteet ovat merkittävässä roolissa. Se millä tavoin lapsi on kiinnittynyt, turvallisesti tai turvattomasti, vaikuttaa siihen millaiset kehitystehtävät ja -haasteet hänellä on edessään (Sinkkonen & Kalland 2005). Luottavainen, turvallisen kiintymyssuhteen omaava lapsi kokee äidin rakastavan ja ymmärtävän häntä (Hautamäki 2005). Sinkkonen ja Kalland (2005) kuvaavat kiintymyssuhdetta eräänlaisena lapsen oletus- ja työskentelymallina, jonka avulla lapsi arvioi omaa itseään, toista ihmistä ja vuorovaikutusta itsen ja muiden välillä. Lapsuuden varhaisessa vaiheessa opittu luottamus toiseen ihmiseen johtaa luottamuksen syntymiseen myös suhteessa itseän (Keltinkangas-Järvinen 2008).

Tutkimukset ovat tuottaneet uutta tietoa myös neurofysiologisesta näkökulmasta (Sandström 2010) ja muun muassa varhaisen vuorovaikutuksen, aivojen kehityksen ja toiminnan sekä emotionoiden kehittymisen välisestä suhteesta (Mäntymaa ym. 2003). Erityisesti oksitosiiniilla on todettu olevan yhteyttä luottamuksen syntyyn (Kosfeld ym. 2005; Lee ym. 2010). Oksitosiini vaikuttaa yksilön halukkuuteen ottaa sosiaalisia riskejä vuorovaikutustilanteissa (Kosfeld ym. 2005).

Lee ym. (2010) mukaan oksitosiini lisää luottamuksen tunnetta, kenties vaikuttaa myös kiintymyksen tunteisiin niin vanhemmassa kuin lapsessa ja näin vahvistaa vanhemman antamaa hoivaa sekä vaikuttaa erityisesti toisen ihmisen tunteiden ymmärtämiseen eli empatiaan. Fries ym. (2005) tutkimustulosten mukaan saattaa olla, että varhainen hoivan puute vaikuttaa lapsen kykyyn muodostaa sosiaalisia suhteita ja säädellä omia tunnereaktioitaan ja stressivasteitaan, koska hoivan puutteen vuoksi arginiini-vasopressiini- ja oksitosiinijärjestelmät eivät kehity normaalisti. Tutkijat itse muistuttavat kuitenkin, että kaikilla lapsilla näin ei välttämättä tapahdu (Fries ym. 2005; Sandström 2010, 65).

Neurofysiologisten tutkimusten tulokset antavat meille mielenkiintoista, uutta tietoa ja vahvistusta käsitykselle ihmisen kokonaisvaltaisuu-desta sekä ymmärrystä luottamuksen monimuotoisuudelle. Mielenterveyshoitotyönkin alueella meidän on tärkeää olla tietoisia myös neurofysiologisista syistä ja niiden vaikutuksista esimerkiksi kykyyn luottaa toiseen ihmiseen ja edelleen hoidosta saatavaan apuun.

Yhteiskuntatieteiden, erityisesti sosiologian ja psykologian alueella, luottamusta on tarkasteltu useista eri näkökulmista (Sellman 2007). Asiaan on perehtynyt muun muassa Kaj Ilmonen yhdessä Kimmo Jokisen kanssa teoksessaan *Luottamus modernissa maailmassa* (Ilmonen & Jokinen 2002) sekä Risto Harisalo ja Ensio Miettinen teoksessa *Luottamus – Pääomien pääoma* (Harisalo & Miettinen 2010). Mielenkiintoinen tutkimus luottamuksesta on myös Jalavan väitös (2006) Luhmannin systeemiteorian näkökulmasta. Luottamuksen suhdetta sosiaalisen pääoman käsitteeseen on myös pohdittu ja keskustelua käydään siitä onko luottamus sosiaalisen pääoman lähde vai sosiaalisen pääoman avulla saavutettava lopputulos (Keskinen & Teräs 2008).

Usein luottamusta tarkasteltaessa keskeisenä teoreetikkona esitellään Anthony Giddens ja hänen rakenteistumisteoriaansa sekä kiinnostus minän merkityksen tarkastelemiseen. Giddens korostaa ihmisen ensimmäisten elinvuosien tärkeyttä minuuden rakentumiselle, luottamaan oppimiselle ja edelleen ihmisen identiteettityölle koko elämän ajan. Luottamus määrittynyt näin identiteetin ytimeksi. (Ilmonen & Jokinen 2002, 69–83.)

En lähde tässä tarkastelemaan yhteiskuntatieteen polkuja luottamukseen liittyen tämän tarkemmin, oma tietämyksenikään ei siihen riitä, vaan lähdän kiinnittämään luottamuksen käsitettä osaksi väitöskirjatutkimukseni tuloksena syntyneen teorian eri vaiheita ja aiheesta löytynyttä, hoitotyötä ja pääsääntöisesti mielenterveyshoitotyötä kuvaavaa kansainvälistä kirjallisuutta. Tärkeää on kuitenkin muistaa, että luottamus ei ole uusi ja hoitotieteen parissa ainoastaan esille tullut käsite, vaan esimerkiksi yhteiskuntatieteissä tällä tutkimuksella on jo pitkä historia ja paljon annettavaa myös muille tieteenaloille.

LUOTTAMUKSEN KÄSITE HOITOTIETEESSÄ

Luottamuksen merkitystä hoitotyössä ja erityisesti potilas-hoitajasuhteessa on pidetty tärkeänä (Brown ym. 2009; Hupcey ym. 2001; Johns 1996). Johns (1996) mukaan luottamusta voidaan pitää ydinkäsitteenä, jota voidaan tarkastella sekä prosessina että tuloksena. Prosessina luottamus on peräkkäisten vaiheiden kautta etenevä, kun taas tulospäätelmästä voidaan tarkastella aina yksittäistä prosessin vaihetta tietyssä hetkenä. Prosessin ensimmäinen vaihe on tiedon sisäistäminen, johon sisältyy käsityksiä toisesta henkilöstä, tilanteesta, arvioidusta riskistä ja mahdollisista hyödyistä. Lisäksi tiedot luottamuksen kohteen pätevydestä, luotettavuudesta ja aiemmat kokemukset liittyvät tähän vaiheeseen.

Seuraava vaihe on päätöksenteko, jossa prosessoidaan edellisen vaiheen tietoa. Prosessoinnin tuloksena syntyy käsitys siitä, pidetäänkö toista henkilöä luotettavana ja tätä käsitystä verrataan suhteessa riskeihin ja hyötyihin. Jos luottamuksen kohdetta pidetään tämän prosessoinnin perusteella luottamuksen arvoisena luottamuksellinen suhde voi syntyä tässä kolmannessa vaiheessa. Suhteeseen liittyvä sekä halukkuus näyttää oma haavoittuvuus että luottamus siihen, että toinen käyttäytyy odotetulla tavalla. Tämä vaihe ei ole stabiili vaan kehittyvä ja dynaaminen. Luottamuksen taso voi muuttua ja vaihdella ajan kuluessa. Neljäs vaihe sisältää luottamuksellisen suhteen seuraukset, joita ovat odotettujen hyötyjen realisointuminen, odottamattomat

seikat sekä paikallaan pysyvä, lisääntynyt tai vähentynyt luottamuksen taso. Prosessi jatkuu tästä neljännessä vaiheesta takaisin ensimmäiseen vaiheeseen ja tuottaa sinne tietoa. (Johns 1996.)

Hiukan erilaiseen tulokseen ovat päätyneet Bell & Duffy (2009) potilas-hoitajasuhteen luottamuksen käsitteanalyysissa, joka rakentuu neljästä eri ominaisuudesta: pätevyuden odotuksesta, toisten hyväntahtoisuudesta, haavoittuvuudesta ja riskin elementistä. He määrittelevät luottamuksen *”huolellisen arvioinnin jälkeen tapahtuvaksi haavoittuvan tilanteen positiiviseksi odotukseksi, jossa luottaja uskoo, että luottamuksen kohteella on ensisijaisesti hänen parhaansa tarkoituksena.”* (Bell & Duffy 2009, 50.)

Johnsin (1996) prosessinomainen ajatus voidaan hyvin nähdä tässä määrittelyssä taustalla, vaikka Bellin ja Duffyn määritelmä onkin stabiilimpi, vähemmän muutosta huomioiva. Sellmanin (2007) mukaan luottamuksesta on kyse, kun uskomme, että niillä joihin olemme aikeissa luottaa, on meidän parhaamme tarkoituksena. Jos tiedämme, että meille tarkoitetaan hyvää, kyse ei hänen mukaansa ole enää luottamuksesta, vaan tietämisestä. Tässä mielessä luottamus liittyy aina epävarmuuteen ja sitä voidaan ajatella ikään kuin luottamisen ja ei-luottamisen keskiarvona. Teemme oletuksia toisen tulevasta käytöksestä sen perusteella, arvelemmeko hänen tarkoittavan meidän parastamme.

Luottamusta pidetään usein positiivisena asiana ja epäluuloa (distrust) negatiivisena. Näin musta-valkoisesti asiaa ei voi kuitenkaan lähestyä; esimerkiksi sokeaa luottamista voi pitää enemmän patologisena luottamuksena kuin positiivisena seikkana. (Sellman 2007.)

Hupcey ym. (2001) analysoivat luottamus -käsitettä hoitotieteen, lääketieteen, sosiologian ja psykologian näkökulmasta. Eri tieteiden tarkastelunäkökulmissa on eroja, mutta yhteneväisyyksiäkin on löydettävissä. Analyysin tuloksena he määrittelivät monitieteisestä näkökulmasta luottamuksen seuraavasti:

”Luottamus näyttäytyy tunnustettuna tarpeena, joka edellyttää toisen apua ja riskin arviointia luottamuksesta toiseen tämän tarpeen tyydyttäjänä. Luottamus on haluttu riippuvuus toisen toimille, rajatulla tarpeiden alueella, ja se sisältää sekä tietoista että tiedostamatonta testausta. Luottamuksen tuloksena syntyy arvio luotetun toisen henkilön ja hänen toimiensa yhdenmukaisuudesta.” (Hupcey ym. 2001.)

Lynn-McHale & Deatrick (2000) ovat tehneet luottamuksen käsitteanalyysin perheen ja työntekijöiden välisten suhteiden näkökulmasta. Edellytyksinä luottamukselle olivat pätevyys, kunnioitus, luotettavuus, kommunikaatio, toistensa tunteminen ja neuvottelutaito. Omnaisuusina vastaavasti olivat yhteinen tarkoitus, aika, luottamuksen prosessinomaisuus ja luottamuksen tason vaihtelu, vastavuoroisuus ja odotukset.

Luottamuksen tuloksena syntyi perheen ja työntekijän vuorovaikutussuhde ja kommunikaatio, perheen osallistumisen tuki hoidossa sekä potilaan ja perheen hyötyminen. Luottamusta ei ollut tai epäluotta-

musta syntyi, jos tarkoitusta (intention) ja aikaa ei ollut tai prosessi ei edennyt. Myös pinnallisuus, ei-vastavuoroinen käytös ja täyttymättömät odotukset johtivat siihen, että luottamusta ei ollut lainkaan tai perheen ja työntekijöiden välille syntyi epäluottamus. (Lynn-McHale & Deatrick 2000.)

Luottamusta hoitotyön alueellakin tulisi kuitenkin tarkastella laajemmin kuin ainoastaan potilas-hoitajasuhteeseen liittyvänä. Luottamus on tärkeää myös hoitajien keskinäisissä suhteissa ja suhteessa muihin terveydenhuollon ammattilaisiin (Peter & Morgan 2001) sekä muihin yhteistyökumppaneihin. Luottamusta on tutkittu myös tarkastelemalla työntekijöiden ja johdon suhdetta, luottamuskäyttäytymistä ja samaistumista organisaatioon (Tseng, Chen & Chen 2005). Luottamuksella on vaikutusta myös organisaatiotasolla tarkasteltuna tuloksiin ja tehokkuuteen (Johns 1996).

Hoitotyön alueella luottamus ei ole sama asia kuin luottamus normaalissa kontekstissa. Edelleen oletetaan, että potilaat yleensä luottavat hoitohenkilökuntaan, vaikka luottamusta ovatkin vieneet julkisuudessa esillä olleet erilaiset vallan väärinkäytön esimerkit (Sellman 2007). Suomessakin näitä esimerkkejä valitettavasti viime vuosilta on.

Hoitotyössä valtakysymyksiä ei voida ohittaa, ne vaikuttavat vahvasti myös luottamukseen (Sellman 2007). Saattaa myös olla, että potilaina tarpeemme luottaa kasvaa, haavoittuvuutemme tulee näkyvämmäksi ja hyväksikäyttö mahdollisemmaksi. Potilaina meiltä myös puuttuu vieraassa tilanteessa kyky ”lukea” viestejä ja asemastamme johtuen voimme arvioida väärin sen kannattaako toiseen luottaa vai ei. Odotuksemme saattavat myös olla epärealistisia suhteessa luottamukselliseen suhteeseen hoitajan kanssa. Näihin seikkoihin vaikuttavat kokemukset aiemmista suhteista. Mitä enemmän hoitaja vastaa sitä ajatusta mikä meillä on luotettavasta henkilöstä, sitä enemmän häneen luotamme ja tulemme näin haavoittuvimmiksi, jolloin myös väärä vallankäyttö mahdollistuu. Oletuksena tietenkin on, että ammatillisesti toimiva hoitaja ei käytä valtaa väärin, vaan toimii potilaan parhaaksi. (Sellman 2007.)

Luottamusta on tässä käsitelty hoitotieteellisen kirjallisuuden valossa, useisiin käsitteanalyysiin pohjautuen. Oma kiinnostuksen kohteeni fokuoitiin luottamukseen mielenterveysongelmien ja erityisesti ensipsykoosin hoidossa. Ensipsykoosi on yleensä traumaattinen kokemus niin sairastuneelle itselleen kuin hänen läheisilleen, myös hoito saatetaan kokea traumatisoivana. Hoitohenkilökunnalle ensipsykoosin hoito asettaa osaamisen suhteen erityisiä haasteita. Luottamusta tarvitaan erityisesti tällaisissa epävarmoissa ja haavoittuvissa tilanteissa. Tästä huolimatta luottamukseen liittyvää tutkimusta on vielä vähän mielenterveyshoitotyön alueella (Brown ym. 2009).

LUOTTAMUKSEN RAKENTUMINEN ENSIPSYKOOSIPOTILAAN HOIDOSSA

Väitöskirjatutkimuksessani (Kilkku 2008) tarkastelin ensipsykoosipotilaiden hoidossa tapahtuvaa potilasopetusta. Näkökulma tutkimuksessani oli ensipsykoosiin sairastuneiden, avohoidossa olleiden potilaiden, heidän läheistensä ja sairaanhoitajien. Analysointimene-

telmänä sovelsin Barney Glaserin Grounded theory -menetelmää (Glaser 1992, 1998).

Tutkimuksen lopputuloksena syntyi substantiivinen teoria luottamuksen uudelleen rakentumisesta. Potilasopetuksen erottaminen muusta vuorovaikutukseen perustuvasta hoitotyöstä mielenterveys-hoitotyön alueella osoittautui mahdolltomaksi, kuten aiemminkin on todettu (National Institute of Clinical Excellence 2006).

Teoria muodostui kolmivaiheiseksi. Ensimmäinen vaihe sisältää hoitoa edeltäviä seikkoja, jotka vaikuttavat hoidossa saatuihin kokemuksiin. Seuraava vaihe muodostuu hoitoon ja potilasopetukseen liittyvistä kohtaamisen tai kohtaamattomuuden kokemuksista. Kolmas vaihe kuvaa hoidon jälkeisen ajan kokemuksia joko luottamuksen palautumisesta tai epävarmuudessa elämisen jatkumisesta. Tutkimuksen eri vaiheet ja syntyneen teorian vaiheiden sisällöt on kuvattu tätä artikkelia tarkemmin väitöskirjassa.

HOIDON ALKUA EDELTÄVÄT KOKEMUKSET JA LUOTTAMUKSEN MENETYS

Sairastumisen vaiheessa ensipsykoosiin sairastuneen tilanne on usein epäselvä sekä hänellä itselleen että läheisille. Muuttuneelle käytökselle haetaan selitystä, oireita ei vielä välttämättä tiedetä oireiksi mielenterveysongelmasta ja asioille ei ole nimiä. Erilaiset tunteet myllertävät. Yhtäkkiä on jouduttu uuteen, epävarmuuden tilaan.

Tilanteessa edellytetään usein tavanomaisesta poikkeavien roolien ottamista esimerkiksi asioiden hoidon suhteen. Kaiken kaikkiaan elämäntilanne muuttuu niin sairastuneella kuin läheiselläkin odottamatta. Tilanteessa lähdetään hakemaan apua, selitysten saamisen ja autetuksi tuleminen toive ovat vahvoja. Avun hakeminen ja saaminen koetaan kuitenkin usein erittäin hankalana tässä vaiheessa, välttämättä ei tiedetä mihin ottaa yhteyttä ja mistä oikein on kyse. Odotukset asiantuntevan avun saamisesta alkavat kerääntyä jo ennen hoidon alkamista.

Tässä ensimmäisessä vaiheessa monet sairastuneet menettävät luottamuksen omaan itseensä esimerkiksi psykoosioireiden takia. Omiin havaintoihin ja käytökseen ei pysty välttämättä enää luottamaan. Myös läheiset saattavat kokea muuttuneen käyttäytymisen vieraana, pelottavanakin, jolloin myös he menettävät luottamuksensa sairastuneeseen. Avun hakemisen ja saamisen vaikeudet vaikuttavat luottamukseen suhteessa avun saantiin ja palvelujärjestelmään. Asiantuntija-apuun luotetaan aluksi vahvasti ja siihen, että asiantuntevaa apua on saatavilla. Avun saannin vaikeus ja kokemukset esimerkiksi psykoosioireiden tunnistamatta jäämisestä perusterveydenhuollossa vievät luottamusta ammattilaisten osaamiseen (Etheridge ym. 2004).

KOHTAAMISEN KOKEMUKSET HOIDON AIKANA

Toisessa vaiheessa kohtaamisen tai kohtaamattomuuden kokemusten ensisijaisuus vaikutti siihen alkoiko luottamus rakentua uudelleen vai ei. Kohtaamisen kokemusten kautta luottamuksen rakentuminen mahdollistui. Nämä kohtaamisen kokemukset jakautuivat vuorovai-

kutuksellisen kohtaamisen ja tiedollisen kohtaamisen kokemuksiin. Vuorovaikutukselliseen kohtaamiseen liittyy erilaisten tunteiden vastaanottoa ja käsittelyä hoidon aikana, kuulluksi ja kohdatuksi tulemisen kautta luottamuksen kehittymistä. Jo ensikontakti, mutta hoidon jatkuessa myös muut tapaamiset, ovatkin merkittäviä luottamuksen rakentumisessa.

Aiempien tutkimusten mukaan erityisesti yhteistyön alussa empaattinen kommunikaatio on tärkeää (Lakeman 2006) samoin kuin molemminpuolinen sitoutuminen yhteistyöhön, tällöin luodaan yhteistä ymmärrystä ja keskinäistä luottamusta hoitavan henkilön ja potilaan välille (McAllister ym. 2004). Kohtaamisen kokemukset mahdollistavat dialogisen vuorovaikutuksen avulla, jolloin toimitaan kaikkien osallistujien ehdoilla ja kaikkien "äänet" pyritään samaan keskusteluun (Seikkula & Olson 2003; Mönkkönen 2007).

Tiedollisen kohtaamisen kokemuksena tiedon saanti jo hoidon alkuvaiheessa on merkityksellistä. Tässä vaiheessa, kuten muutenkin hoidon aikana, tulee kuitenkin huomioida psykoosista mahdollisesti aiheutuneet muutokset esimerkiksi keskittymisessä ja mielteennäpäämisessä, ja kohdata myös nämä asiat yhdessä. Tiedollisen kohtaamiseen liittyy kokemus yhteisestä oppimisesta. Tiedon saaminen alusta asti vahvistaa kohdatuksi tulemisen kokemusta.

Yhteistyössä mukana oleva työntekijä edustaa oman osaamisensa lisäksi organisaation ammattitaitoa. Tiedon avulla, jota kohtaamisessa välitetään, luodaan kuvaa myös osaavuudesta. Tämä vaikuttaa osaltaan luottamuksen kokemukseen. Tiedollinen kohtaaminen liittyy luottamuksen näkökulmasta tiedolliseen, järkipäraseen suhtautumiseen ja sitä kautta syntyvään luottamukseen (Kotkanvirta 2000, 11). Sairaanhoidtajien kokemuksena tässä kohtaa oli havaittavissa ero suhteessa potilaiden ja läheisten kokemuksiin; he kuvasivat oman opetuksellisen osaamisensa monipuolista käyttöä tiedollisen kohtaamisen mahdollistumiseksi.

KOHTAAMATTOMUUDEN KOKEMUKSET HOIDON AIKANA

Kohtaamattomuuden kokemukset johtivat luottamuksen puuttumiseen. Kohtaamattomuuden kokemuksiin hoidon aikana vaikuttivat vuorovaikutuksen estyminen, tiedon puuttuminen sekä omien tarpeiden ja hoitojärjestelmän käytäntöjen kohtaamattomuus. Vastaavia tuloksia aiemmissä tutkimuksissa on siitä, että pinnallisuus ja eivastavuoroinen käytös johtavat siihen, että luottamusta ei muodostu lainkaan tai syntyy epäluottamus (Lynn-McHale & Deatrck 2000).

Vuorovaikutuksen estymiseen vaikutti monia eri seikkoja: kertomatta jättäminen, ohittaminen ja mitätöinti, kontaktin puuttuminen, asioiden olettaminen ja päättäminen potilaan puolesta, omatoimisuuden vaade, ristiriitaiset viestit sekä todesta ottamisen ongelmat. Kohtaamattomuudesta tuli tällöin molemminpuolista. Ellei hoitohenkilökunnan koettu kertovan asioita, ei itsekään kerrottu hoidon kannalta oleellisia asioita. Kohtaamattomuus tapahtuu tällöin vuorovaikutuksessa, jolloin luottamuksen näkökulmasta sitä voidaan tarkastella myös vääränlaisena vallan käyttönä. Tämä voi kätkeytyä vuorovaikutuksessa vastaamattomuuteen, esimerkiksi toisen huomaamattomaan ohittamiseen jättämällä vastaamatta

(Mönkkönen 2007, 113), välinpitämättömyytenä ja mitätöimisenä (Pohjola 2006). Vastaavanlaisia tuloksia on saatu aiemmissakin tutkimuksissa (McCabe ym. 2002; Vuokila-Oikkonen 2002).

Tiedon puuttumiseen vaikutti se, ettei tiedon tarvetta välttämättä tunnustettu ja huomioitu, saatu tieto ei ollut ajankohtaista tai kognitiivisia ongelmia ei huomioitu. Myös aiemmat kielteiset kokemukset vaikuttivat. Lääketieteen kieltä koettiin olevan vaikea ymmärtää, eikä asioita välttämättä selitetty. Myös diagnoosilla koettiin olevan monia merkityksiä. Tiedollisella tasolla kohtaamattomuus voi näkyä myös saadussa tiedossa. Tieto voidaan kokea luotettavana tai epäluotettavana tai tietoa ei ole saatukaan. Esimerkiksi ristiriitainen tieto koetaan epäluotettavana tai luottamusta vähentävänä. Tämä kokemus liittyy silloin myös kokemukseen tiedon antajasta joko luotettavana tai epäluotettavana (Johns 1996).

Omien tarpeiden ja hoitojärjestelmän käytäntöjen kohtaamattomuuteen vaikuttivat hoidon vaikea tavoitettavuus, tietämättömyys käytännöistä sekä työntekijöiden jatkuva vaihtuminen. Myös läheisten huolen huomioitta jättäminen liittyy tähän samoin kuin tietojen kanssa yksinjääminen. Täyttymättömät odotukset voivat vaikuttaa siihen epäluottamuksen syntyyn tai siihen, ettei luottamusta synny lainkaan (Lynn-McHale & Deatrck 2000).

HOIDON JÄLKEINEN AIKA – LUOTTAMUKSEN PALAUTUMINEN TAI EPÄVARMUudessa ELÄMINEN

Kohtaamisen kokemusten ollessa pääsääntöisiä kokemuksia, ensi vaiheessa menetetyt luottamuksen palautuminen mahdollistui ja johti näin positiiviseen hoidon tulokseen, luottamukseen suhteessa omaan selviämiseen ja tulevaisuuteen sekä hoitojärjestelmästä saatavaan apuun. Voimaantumisen kokemukset, tulevaisuuteen suuntautuminen sekä itsemääräämisoikeuden ja itsehoidon mahdollistuminen kuuluivat tähän vaiheeseen, mikäli pääsääntöisenä kokemuksena hoidossa oli ollut kokemus kohdatuksi tulemisesta. Vastaavalla tavalla Piippo & Aaltonen (2008) kuvaavat sitä, miten luottamus edellyttää potilaan oman asiantuntijuuden hyväksymistä, avoimuutta ja yhteistä keskustelua tietoonkin liittyen.

Kohtaamattomuuden kokemusten ollessa pääsääntöisiä kokemuksia hoidon jälkeistä tilannetta leimasi epävarmuudessa eläminen. Tähän liittyivät kokemukset luottamuksen menettämisestä monella eri tavoin, jatkuva varuillaanolo ja varmistamisen tunne, selitysten etsimisen jatkuminen sekä voimattomuus ja alistuminen. Kohtaamattomuuden kokemusten jäädessä keskeisiksi kokemuksiksi hoidosta, hoidon jälkeistä aikaa leimasi edelleen epävarmuudessa eläminen. Tilanne ei ollut hoidon tuloksena muuttunut parempaan suuntaan vaan epävarmuus, varuillaan olo sekä voimattomuus ja alistuminen olivat keskeisiä kokemuksia.

Tilanne vastaa Pohjolan (2006, 52) kuvausta luottamuksen puutteen kärjistyisestä epäluottamukseksi, jolloin "kriittisimmillään syntyy näytelmä, jossa auttajat eivät usko autettaviinsa, ja nämä puolestaan eivät luota palvelutyöntekijöiden ja heidän taustallaan olevan järjestelmän haluun ja kykyyn auttaa—epäluottamus myrkyttää auttamisen mahdollisuudet".

LOPUKSI

Tässä artikkelissa on tarkasteltu luottamusta ensin yleisesti, sitten hoitotieteessä tehtyjen käsiteanalyysien kautta ja lopulta fokusoiden tarkastelua ensipsykoosipotilaiden hoitoon. Luottamus koskettaa meitä kaikkia jatkuvasti ja erityisesti sairastuessamme. Sairastuminen ja hoidon tarve muuttaa niin sairastuneen ja läheisten tilannetta kuin luottamuksen merkitystä avun tarvitsijan ja avun antajankin näkökulmasta. Näissä suhteissa luottamuksen syntyminen ja vahvistuminen mutta myös luottamuksen syntymättä jääminen ja epäluulo, epäluottamus ja luottamuksen väärinkäyttö mahdollistuvat (Sellman 2007).

Mielenterveysongelmiin saattaa niin avun tarvitsijalla kuin avun antajallakin liittyä vielä negatiivisia asenteita, jolloin hoidon kannalta luottamukseen liittyvät kysymykset tulevat vielä tärkeämmiksi ja luottamuksen syntymisen mahdollistumisen kenties muita sairauksia haastavammaksi (Brown ym. 2009). Psykoosien kohdalla uusiutumisriski tekee luottamuksen syntymisen myös hoitojärjestelmästä saatavaan apuun erityisen merkittäväksi (Kilkku 2008).

Saarikoski (2006) on kuvannut luottamuksen merkittävyyttä keskeisimpänä arvona työyhteisöjen kehittämistoiminnassa. Hän kuvaa luottamusta ja sen kehittymistä luottamuksen kolmen eri osa-alueen kautta: ammattitaitoluottamuksena eli luottamuksena toisten osaamiseen ja kykyihin, luottamuksena vuorovaikutuksessa eli luottavana ja luotettavana asioista puhumisena ja perusluottamuksena eli luottamuksena asioiden sujuvuuteen.

Näiden kolmen luottamuksen osa-alueen kautta voitaisiin tarkastella myös edellä esitetyn teorian kuvausta luottamuksesta eri vaiheissa. Luottamus ammattilaisen osaamiseen ja kykyihin oli punnittavana jo ensikontaktista lähtien, mutta jatkuen myös muuten hoitosuhteen aikana. ”Luottamus vuorovaikutuksessa” osa-alue heijastuu kohtaamisen kokemuksiin, sekä vuorovaikutukselliseen että tiedolliseen kohtaamiseen. Perusluottamus liittyi myös hoidon jälkeisiin tilanteisiin, siihen oliko luottamus itseän ja omaan selviämiseen palannut vai elettiin edelleen epävarmuuden aikaa.

Tähän samaan perusluottamukseen viittaa Mannermaa (2000, 50):

”Ihmiselle on elintärkeää luottamus, että olemassaololle on jokin perimmäinen tarkoitus. Olemassaololla on puolestaan tällainen tarkoitus vain, jos se on viime kädessä hyvä eli elämisen arvoisen. Vain silloin ihminen voi luottaa ja hänellä on toivo.”

Lähteet

Bell, L. & Duffy, A. 2009. A concept analysis of nurse-patient trust. *British Journal of Nursing* 18(1), 46–51.

Brown, P., Calnan, M., Scrivener, A. & Szmukler, G. 2009. Trust in Mental Health Services: A neglected concept. *Journal of Mental Health* 18(5), 449–458.

Avun antajana sairaanhoitajalla on luottamuksen rakentumisessa merkittävä rooli. Sairaanhoitajan ammatillisena taitona on kyse kohtaamisen taidoista ja niiden osaamisesta (Kilkku 2008). Potilaan ja hoitajan välisen luottamuksen syntyminen näyttää riippuvan ensisijaisesti hoitajan kyvystä kuunnella ja olla avoin (Piippo & Aaltonen 2004). Yhtenä avaimena luottamuksen syntyemisessä toimii koettu hyvyys. Hyvyyttä voi kokea pienissä asioissa, kosketuksessa, sanoissa, vähäpätöisiltä tuntuissa asioissa, jotka koetaan positiivisina hyvyyden kokemuksina (Mannermaa 2000, 48).

KIRJOITTAJA

Nina Kilkku

Tampereen ammattikorkeakoulu

TtT, psykoterapeutti (ET perheterapia), yliopettaja

Merja Nikkosen juhlaKirjaan kirjoittaminen oli kunniatehtävä, johon mielelläni osallistuin. Merja toimi väitöskirjani ohjaajana vuosien ajan, ilman häntä tutkimukseni ei kenties olisi vieläkään valmis. Yhdessä olemme jakaneet pitkään kestäneen prosessin ilot ja surut. Väitöstutkimukseni lopputuloksena syntyneessä teoriassa ensipsykoosipotilaiden potilasopetuksesta keskiöön nousi luottamus ja sen uudelleen rakentuminen hoidon aikana.

Artikkelin aihetta pohtiessani luottamus tuli itsestään selvästi myös tähän aiheeksi. Jälkeenpäin ajatellen on mielenkiintoista huomata, millaista luottamusta Merja osoitti kykyihini tutkimuksen tekijänä ja tutkimuksen valmistumiseen vuosien kuluessa.

Yhteistyömme alkaessa emme tunteneet toisiamme kovinkaan hyvin, mutta jostain luottamus välillemme syntyi. Luottamus on ollut mielenkiintoinen ilmiö tässäkin yhteydessä. Yhteistyömme kesti kaiken kaikkiaan kahdeksan vuotta, joiden aikana Merja uupumattomasti matkusti Oulusta Tampereelle tai pysähtyi matkallaan Oulun ja Kuopion välillä. Kiitos niistä vuosista sinulle, Merja!

Tässä artikkelissa tarkastelen luottamusta pohtivalla otteella. Tyhjentävästä esityksestä ei ole kyse, vaan enemmänkin kurkistuksista aiheeseen eri näkökulmien kautta.

Etheridge, K., Yarrow, L. & Peet M. 2004. Pathways to care in first episode psychosis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 11, 125–128.

- Fries A.B.W., Ziegler, T. E., Kurian, J. R., Jacoris, S. & Pollak, S.D. 2005. Early experience in humans is associated with changes in neuropeptides critical for regulating social behaviour. *Proceedings of the National Academy of Science of the United States of America PNAS*, 102(47), 17 237–17 240.
- Glaser, B. 1992. *Basics of Grounded Theory Analysis. Emergence vs Forcing*. California: Sociology Press.
- Glaser, B. 1998 *Doing Grounded Theory. Issues and Discussions*. California: Sociology Press.
- Harisalo, R. & Miettinen, E. 2010. *Luottamus, pääomien pääoma*. Tampere: Tampere University Press.
- Hautamäki, A. 2005. Kiintymyssuhdeteoria - Teoria yksilön kiin(nit)ymisestä tärkeisiin toisiin ihmisiin, kiintymyssuhteen katkoksista ja merkityksestä kehitykselle. Teoksessa J Sinkkonen & M. Kalland (toim.) *Varhaiset ihmissuhteet ja niiden häiriintyminen*. Helsinki: WSOY, 13–66.
- Hupcey, J. E., Penrod, J., Morse, J. M. & Mitcham, C. 2001. An exploration and advancement of the concept of trust. *Journal of Advanced Nursing* 36(2), 282–293.
- Ilmonen, K. & Jokinen, K. 2002. *Luottamus modernissa maailmassa*. SoPhi 60. Jyväskylän yliopisto.
- Jalava, J. 2006. *Trust as a Decision. The Problems and Functions of Trust in Luhmannian Systems Theory*. University of Helsinki. Faculty of Social Sciences. Department of Social Policy Research Reports 1/2006.
- Johns, J. L. 1996. A concept analysis of trust. *Journal of Advanced Nursing* 24, 76–83.
- Keltinkangas-Järvinen, L. 2008. *Hyvä itsetunto*. 18. p. Juva: WSOY.
- Keskinen, J. & Teräs, K. 2008. Sosiaalinen pääoma ja luottamus - Miten tehdä näkymätön voimavara näkyväksi? Teoksessa J. Keskinen & K. Teräs (toim.) *Luottamus, sosiaalinen pääoma ja historia*. Historia mirabilis 5. Turun historiallinen yhdistys ry. Turun yliopisto, historian laitos.
- Kilku, N. 2008. Potilasopetus ensipsykoosipotilaan hoidossa. Substantiivinen teoria luottamuksen uudelleen rakentumisesta. *Acta Universitatis Tamperensis* 1361. Tampereen yliopisto.
- Kosfeld, M., Heinrichs, M., Zak, P. J., Fischbacher, U. & Fehr, E. 2005. Oxytocin increases trust in humans. *Nature* 435(2), 673–676.
- Kotkavirta, J. 2000. Toivo, luottamus ja identiteetti. Teoksessa J. Kotkavirta & A. Tuomi (toim.) *Toivo ja luottamus epävarmuuksien maailmassa*. Filosofia ja teologisia puheenvuoroja. SoPhi 53. Jyväskylän yliopisto, 5–17.
- Kylmä, J., Juvakka, T. & Nikkonen, M. 2006. Hope and schizophrenia: An integrative review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 13(6), 651–664.
- Lakeman, R. 2006. Adapting psychotherapy to psychosis. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health* 5(1). www.auseinet.com/journal/vol5iss1/lakeman.pdf
- Lee, H.-J., Macbeth, A. H., Pagani, J. & Young 3rd, W. S. 2009. Oxytocin: The Great Facilitator of Life. *Progress in Neurobiology* June 88(2), 127–151.
- Lynn-McHale, D. J. & Deatrick, J. A. 2000. Trust Between Family and Health Care Provider. *Journal of Family Nursing* 6, 210–230.
- Mannermaa, T. 2000. Toivon ja luottamuksen lähteet. Teoksessa J. Kotkavirta & A. Tuomi (toim.) *Toivo ja luottamus epävarmuuksien maailmassa*. Filosofia ja teologisia puheenvuoroja. SoPhi 53. Jyväskylän yliopisto, 47–58.
- McAllister, M., Matarasso, B., Dixon, B. & Shepperd, C. 2004. Conversation starters: Re-examining and reconstructing first encounters within therapeutic relationship. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 11, 575–82.
- McCabe, R., Heath, C., Burns, T. & Priebe, S. 2002. Engagement of patients with psychosis in the consultation: A conversation analytic study. *British Medical Journal* 325(16): 1 148–51.
- Mäntymaa, M., Luoma, I., Puura, K. & Tamminen, T. 2003. Tunteet, varhainen vuorovaikutus ja aivojen toiminnallinen kehitys. *Duodecim* 119, 459–65.
- Mönkkönen, K. 2007. *Vuorovaikutus. Dialoginen asiastyö*. Helsinki: Edita.
- National Institute for Clinical Excellence. 2006. *Schizophrenia. Full national guideline on Core interventions in primary and secondary care*. Developed by National Collaborating Centre for Mental Health, commissioned by the National Institute for Clinical Excellence. Published by the Royal College of Psychiatrists and the British Psychological Society. www.nice.org.uk
- Peter, E. & Morgan, K.P. 2001. Explorations of a trust approach for nursing ethics. *Nursing Inquiry* 8, 3–10.
- Piippo, J. & Aaltonen, J. 2008. Mental health care: Trust and mistrust in different caring contexts. *Journal of Clinical Nursing* 17, 2867–2874.
- Pohjola, A. 2006. Pahan säikeitä auttamistyössä. Teoksessa M. Laitinen & J. Hurtig (toim.) *Pahan kosketus. Ihmissyden ja auttamistyön varjojen jäljillä*. Jyväskylä: PS-kustannus Oy.
- Saarikoski, V. 2006. *Kehittämisen kulmakivet: Tuottavuus, luottamus ja hyvinvointi*. Helsinki: Työturvallisuuskeskus.
- Sandström, M. 2010. *Psykyke ja aivotointi*. Neurofysiologinen näkökulma. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Seikkula, J. & Olson, M. E. 2003. The Open Dialogue Approach to Acute Psychosis: Its Poetics and Micropolitics. *Family Process* 42(3), 403–418.
- Sellman, D. 2007. Trusting patients, trusting nurses. *Nursing Philosophy* 8, 28–36.
- Sinkkonen, J. & Kalland, M. 2005. *Varhaiset ihmissuhteet ja niiden häiriintyminen*. Helsinki: WSOY.
- Tseng, H.-C., Chen, T.-F. & Chen, F.-I. 2005. Constructing and Testing a Model of Trustworthiness, Trust Behavior and Organizational Identification. *Journal of Nursing Research* 13(4), 293–303.
- Vuokila-Oikkonen, P. 2002. Akuutin psykiatrisen osastohoidon yhteistyö-neuvottelun Keskustelussa rakentuvat kertomukset. *Acta Universitatis Ouluensis*. Oulun yliopisto.