



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU  
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Niina Kokko

# ARVOSTAVA KOHTAAMINEN PSYKIATRI- SELLA VUODEOSASTOLLA

Hyvinvoinnin asiantuntija YAMK  
Sosiaali- ja terveysala  
2024

## TIIVISTELMÄ

Tekijä	Niina Kokko
Opinnäytetyön nimi	Arvostava kohtaaminen psykiatrisella vuodeosastolla
Vuosi	2024
Kieli	suomi
Sivumäärä	65 + 1 liite
Ohjaaja	Piia Uusi-Kakkuri

Työ psykiatrisella vuodeosastolla koostuu toistuvista potilaskohtaamisista. Sillä miten kohtaamme potilaan on suuri merkitys, koska erityisesti psykiatriset potilaat ovat haavoittuvaisessa asemassa. Opinnäytetyössä tarkasteltiin, mitä arvostava kohtaaminen tarkoittaa, mitkä tekijät edistävät ja mitkä tekijät estävät arvostavia kohtaamisia psykiatrisen vuodeosaston henkilöstön mielestä.

Teoriatietoa arvostavasta kohtaamisesta kerättiin tutkimuksista ja kirjallisuudesta. Viitekehikseksi työlle muodostui arvostavan kohtaamisen alle vuorovaikutustaidot; sanallinen ja sanaton sekä kuunteleminen, hoitajan asenteista empatia ja tuomitsemattomuus sekä potilaan kohtelussa luottamus, läsnäolo ja kunnioitus. Työn kehittämissykli muodostui kolmesta aivoriihestä, missä kerättiin ajatuksia arvostavasta kohtaamisesta sekä oppimiskahvilasta. Oppimiskahvilaan valikoitui neljä eniten aivoriihissä nousutta arvostavaa kohtaamista estävää tekijää kehittämisteemoiksi. Niiden pohjalta henkilöstö pohti, kuinka potilaiden kohtaamista ja tasa-arvoisuutta voitaisiin kehittää.

Tulosten perusteella voidaan todeta hoitohenkilöstön ajattelevan arvostavan kohtaamisen pitävän sisällään hyvin saman kaltaisia elementtejä kuin teoreettisessa viitekehyksessäkin. Osaston henkilöstö kokee selkeää tarvetta lisäkoulutukselle ammatillisuuden lisäämiseksi ja sen myötä ymmärryksen kasvattamiseksi tiettyjä potilasryhmiä kohtaan, jotta kohtaaminen olisi arvostavampaa. Kohtaamisen merkitys on aivan yhtä tärkeää kaikissa ammattiryhmissä, ammattinimikkeestä riippumatta. Arvostavalla kohtaamisella ja potilaan tunteella kuulluksi tulemisesta, voidaan vaikuttaa potilaan hoitoprosessiin ja omaan vastuun ottoon hoidostaan. Yksikin onnistunut kohtaaminen voi aikaansaada potilaassa halun muutokseen.

## ABSTRACT

Author	Niina Kokko
Title	Appreciative Encounter in a Psychiatric Ward
Year	2024
Language	Finnish
Pages	65 + 1 Appendix
Name of Supervisor	Piia Uusi-Kakkuri

---

Work in the psychiatric ward consists of repeated patient encounters. How we deal with the patient is of great importance, because psychiatric patients in particular are in a vulnerable position. The thesis examined what an appreciative encounter means, what factors promote and what factors prevent appreciative encounters in the opinion of the psychiatric ward staff.

Theoretical knowledge of the appreciative encounter was collected from research and literature. The superordinate concept of the thesis was appreciative encounters and the subordinate concepts was interaction skills; verbal and non-verbal as well as listening, empathy and non-judgment about the nurse's attitudes, and trust, presence and respect in the treatment of the patient. The work development cycle consisted of three brainstorming sessions, where ideas on appreciative encounters and the learning café were collected. The learning café selected the four factors that were highlighted the most in brainstorming to prevent appreciative encounters as development themes. Based on these, the staff considered how patient encounters and equality could be developed.

Based on the results, it can be stated that nursing staff think that an appreciative encounter contains elements very similar to those in the theoretical framework. The staff of the ward sees a clear need for additional training to increase professionalism and with it increase understanding of specific patient groups to make the encounter more appreciative. The importance of the encounter is just as important in all occupational groups, regardless of professional title. With appreciative encounters and the patient's sense of being heard, one can influence the patient's care process and one's own taking responsibility for their care. Even one successful encounter can produce a desire for change in the patient.

---

Keywords                      psychiatric care, encounter, attitudes, respect

# SISÄLLYS

## TIIVISTELMÄ

## ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	7
2	KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	9
3	POTILASKOHTAAMISET HOITOTYÖSSÄ .....	10
3.1	Vuorovaikutustaidot .....	10
3.1.1	Sanallinen ja sanaton vuorovaikutus.....	11
3.1.2	Kuuntelu .....	12
3.2	Hoitajan asenne .....	13
3.2.1	Empatia ja myötätunto.....	15
3.2.2	Tuomitsemattomuus .....	16
3.3	Potilaan kohtelu .....	18
3.3.1	Kunnioitus.....	19
3.3.2	Luottamus.....	20
3.3.3	Läsnäolo.....	22
4	KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUS.....	24
4.1	Kohderyhmä ja aineistonkeruu.....	25
4.2	Aineiston analyysi .....	28
5	KEHITTÄMISTYÖN TULOKSET .....	30
5.1	Arvostava kohtaaminen .....	30
5.2	Arvostavan kohtaamisen edistävät tekijät .....	32
5.3	Arvostavan kohtaamisen estävät tekijät .....	35
5.4	Arvostavan kohtaamisen kehittäminen.....	38
5.4.1	Hoitajan ennakkoluulot ja asenne .....	39
5.4.2	Potilaiden eriarvoisuus diagnoosin perusteella.....	40
5.4.3	Potilaan haastavan käytöksen aiheuttama eriarvoisuus .....	41
5.4.4	Kulttuurierojen ja kielimuurin aiheuttama potilaan eriarvoisuus .....	41
6	TULOSTEN TARKASTELU JA POHDINTA .....	43
7	JOHTOPÄÄTÖKSET .....	55
	LÄHTEET .....	58

## KUVIOLUETTELO

<b>Kuvio 1.</b> Opinnäytetyön viitekehys.....	23
<b>Kuvio 2.</b> Arvostavan kohtaamisen elementit.....	32
<b>Kuvio 3.</b> Arvostavan kohtaamisen edistävät tekijät.....	35
<b>Kuvio 4.</b> Arvostavan kohtaamisen estävät tekijät.....	38
<b>Kuvio 5.</b> Oppimiskahvilan kehittämiskohteet.....	39
<b>Kuvio 6.</b> Kehittämistyön keskeiset tulokset.....	44
<b>Kuvio 7.</b> Yhteenveto tuloksista.....	46

## **LIITELUETTELO**

### **LIITE 1. Esimerkki aineiston analyysistä**

## 1 JOHDANTO

Hoitajan työ psykiatrisella vuodeosastolla koostuu toistuvista potilaskohtaamisista ja työtä tehdään omalla persoonalla. Potilaiden hoitaminen vaatii hoitajalta herkkyyttä ja taitoa kunnioittavaan kohtamiseen. Jokainen potilas tulisi kohdata yksilöllisesti ja tasa-vertaisesti, ilman ennakoasenteita tai leimaamista. Kohtaamisen merkitys korostuu psykiatrisen potilaan kohdalla hänen haavoittuvuutensa vuoksi. Psykkisesti sairaan potilaan toimintakyky voi heikentyä, mieliala voi muuttua huomattavasti sekä ajattelu ja kommunikointi voivat muuttua oleellisesti (Rovasalo, 2021). Korkea empatiataso viittaisi liittyvän positiivisempiin asenteisiin psykkisesti sairaita potilaita kohtaan ja näin ollen vähentäisi heidän leimaamistaan (Román-Sánchez ja muut, 2022). Mönkkösen (2018, s. 33–34) mukaan potilaan kohtaminen on inhimillistä vuorovaikutusta ja siinä pätevät samankaltaiset vuorovaikutuksen ilmiöt kuin kohtaamisissa yleensäkin. Meillä jokaisella on oma tapamme olla vuorovaikutuksessa toistemme kanssa. Vuorovaikutuksessa ratkaisevinta on asenne, jolla kohtamme toisen ihmisen. Sanomisemme ja tekemisemme ovat toissijaisessa roolissa. Styrman ja Torniainen (2018, s. 18) vahvistavat kunnioittavan kohtaamisen tunnusmerkeiksi arvostuksen, rehellisyyden, avoimuuden, oikeudenmukaisuuden, eettisyyden, tasa-arvoisuuden ja yhteiseen hyvään pyrkivän toiminnan kaikessa vuorovaikutuksessa.

Tässä opinnäytetyössä selvitettiin, mitä tarkoittaa arvostava kohtaminen psykiatrisella vuodeosastolla sekä mitkä tekijät edistävät sitä ja mitkä taas estävät. Opinnäytetyö tehtiin HUS-yhtymässä, psykoosisairauksien ja oikeuspsykiatrian linjalla, suljetulla vuodeosastolla. Osastolla hoidetaan täysi-ikäisiä psykoosipotilaita. Tavallisimpia psykoosisairauksia ovat skitsofrenia, harhaluuloisuushäiriö ja skitsoaffektiivinen häiriö. Potilailla voi psykoosisairauden lisäksi olla myös muita mielenterveys- tai päihdeongelmia. Partasen ja muiden (2015, s. 347) mukaan joihinkin mielenterveyshäiriöihin, kuten skitsofreniaan ja persoonallisuushäiriöihin liittyy lisääntynyt riski päihdeongelman samanaikaisuudelle. Tietyt potilasryhmät, kuten päihdeongelmaiset ja epävakasta persoonallisuushäiriöstä kärsivät, saattavat aiheuttaa hoitajissa herkemmin turhautumista ja jopa negatiivisia

tunteita. Hällgren Graneheimin ja muiden (2014) mukaan potilaiden palaaminen osastolle kerta toisensa jälkeen aiheuttaa hoitajien turhautumista. Hoitajat tuntevat keinottomuutta, kun eivät pysty auttamaan potilaita niin, että nämä pärjäisivät osaston ulkopuolella. Merrick ja muut (2022) toteavat tutkimuksessaan, että päihdeongelmaisten kohtaamisessa tarvittaisiin lisää osaamista moralisoimattomassa lähestymistavassa sekä positiivisessa asennoitumisessa. Romeu-Labayen ja muut (2021) puolestaan toteavat, että hoitajien olisi mahdollista parantaa asenteitaan epävakaaasta persoonallisuushäiriöstä kärsiviä kohtaan itsereflektion avulla. THL:n vuonna 2021 tekemän kansallisen asiakaspalautekyselyn mukaan psykiatrisessa laitoshoidossa 713 vastaajasta 56,6 prosenttia oli täysin samaa mieltä ja 20 prosenttia oli osittain samaa mieltä väittämästä: minut on kohdattu kunnioittavasti (Viertio ja muut, 2022). Tämä tulos antaa viitteitä siitä, että kohtaamisessa olisi kehitettävää yleisellä tasolla.

HUSin arvot ovat kohtaaminen, edelläkävijyys ja yhdenvertaisuus. Toiminnassa on tärkeintä aito läsnäolo. Kaikki kohtaamiset toteutetaan arvostaen ja ystävällisyydellä. Kohtaamisen tulee olla kunnioittavaa, yksilöllistä ja arvostavaa. Potilaille pyritään tarjoamaan joka päivä parempaa hoitoa. Arvostavan kohtaamisen tulee näkyä myös työyhteisön keskinäisessä vuorovaikutuksessa. (HUS, 2024, a.) Opinnäytetyön teoriaosuudessa on käytetty hoitajien toimintaan liittyviä tutkimuksia ja kirjallisuutta. Arvostavaan kohtamiseen liittyvät piirteet voidaan yleistää kaikkia ammattiryhmiä koskeviksi ja opinnäytetyön työpajoihin osallistui moniammatillinen työryhmä.

## **2 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET**

Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoituksena on selvittää kirjallisuuden ja tutkimusten kautta, mitä tarkoittaa arvostava kohtaaminen hoitotyössä. Työpajojen avulla on tarkoitus selvittää, mitä psykiatrisen vuodeosaston henkilökunta ajattelee arvostavaan kohtaamiseen liittyvän ja miten sitä voisi mahdollisesti kehittää. Tavoitteena opinnäytetyöllä on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää hoitotyön potilaskohtaamisten käytäntöjen kehittämisessä, parantaen potilaiden tyytyväisyyttä saamaansa hoitoon. Psykiatristen potilaiden hoidossa kohtaamisen merkitys korostuu potilaiden haavoittuvuuden vuoksi. Yksikin onnistunut kohtaaminen voi aikaansaada potilaan haluamaan muutosta tilanteeseensa.

### **Tutkimuskysymykset**

1. Mitä tarkoittaa arvostava kohtaaminen hoitotyössä?
2. Mitkä tekijät edistävät ja mitkä tekijät estävät arvostavaa kohtaamista?

### 3 POTILASKOHTAAMISET HOITOTYÖSSÄ

Potilastyössä on yhä useammin todisteltava työn vaikuttavuutta organisaation johdolle. Se aiheuttaa omat haasteensa potilaiden kohtaamiselle ja on aiheuttanut pelkoa, ettei kohtaamista itsessään pidetä enää arvokkaana. Aiheellinen huoli on myös se, muuttuuko kohtaava läsnäolo tehokkuusvaatimuksien myötä vain rutiinien hoitamiseksi. Voidaksemme kohdata potilaan aidosti, meidän on oltava kiinnostuneita hänen kertomuksestaan ja tavastaan hahmottaa asioita. Meidän on myös oltava valmiita muuttamaan omaa näkökulmaamme asioihin. Jokainen vuorovaikutustilanne on ainutlaatuinen ja osallistujensa näköinen. Kohtaamiseen vaikuttaa, miten olemme siinä läsnä, miten näemme toisemme ja miten annamme tilaa toisillemme. Vuorovaikutustilanne on aina vastavuoroinen ja sen onnistumiseen vaikuttaa kummankin osallistujan osuus. Kaikki kohtaamiset eivät ole välttämättä positiivisia vaan niihin voi liittyä esimerkiksi vallankäyttöä. Onnistuneen kohtaamisen myötä potilaan elämässä voi tapahtua suuria muutoksia ja hän voi haluta muuttaa toimintaansa. (Mönkkönen 2018, s. 28–43.)

#### 3.1 Vuorovaikutustaidot

Arvostava kohtaaminen tapahtuu intuitiivisen viestinnän kautta. Intuitiiviseen viestintään liittyy luottamus, arvostus ja kunnioitus toista kohtaan ja siinä yhteys ihmisten välillä toimii mutkattomasti. Asioista voidaan puhua helposti, vaikka oltaisiin eri mieltä. (Dunderfelt, 2016, s. 29, 127.) Hoitajan kunnioittava asenne on edellytys hyvän vuorovaikutuksen syntymiselle (Gothóni, 2016, s. 29). Hämmäläisen ja muiden (2017, s. 153) sekä Keresin ja muiden (2019) mukaan vuorovaikutuksen potilaan kanssa tulisi olla aina dialogista. Hoitajien kokemusten mukaan vuorovaikutuksessa potilaiden kanssa tulisi kiinnittää erityistä huomiota sekä verbaaliseen että nonverbaaliseen kielenkäyttöön. Vuoropuhelu tulisi aloittaa selkeiden ja konkreettisten viestien avulla sekä kuuntelemalla tarkkaavaisesti. (Tolosa-Merlos ja muut, 2023.) Hoitajat kertovat viestintätaitojen kehittyvän kokemuksen myötä (Hällgren Graneheim ja muut, 2014).

### 3.1.1 Sanallinen ja sanaton vuorovaikutus

Hoitajan kommunikointitaitoja pidetään keskeisenä taitona, joihin kuuluu tunneälyn kehittäminen. Tämä auttaa käyttämään yksilöllisiä lähestymistapoja potilaiden kanssa. (Horgan ja muut, 2020.) Hoitajien ja potilaiden keskinäisen vuorovaikutuksen parempi ymmärtäminen voisi auttaa lisäämään ymmärrystä vastavuoroisuuden merkityksestä. Sitä parantamalla on mahdollista lisätä potilaiden tyytyväisyyttä ja hoitoon sitoutumista. (Sandhu ja muut, 2016.) Potilaat toivovat hoitajilta rauhallista ja sopivan hiljaista puhetta. Molemminpuolinen viestintä korostuu luottamuksellisen ja merkityksellisen suhteen luomisessa potilaan ja hoitajan välillä. (Coelho ja muut, 2024.) Salokangas ja muut (2024) puolestaan toteavat turvallisten vuorovaikutussuhteiden olevan osastohoidon aikana potilaalle eduksi.

Keresi ja muut (2019) tuovat esiin, että potilaan mahdollisuus ohjata keskustelua on ratkaisevan tärkeää hänen aktiiviselle osallistumiselleen. Hoitajan on hyvä tietoisesti antaa potilaalle tilaa keskustelun aikana, kunnioittaa potilaan sanoja ja arvostaa hänen toiveitaan. Töllin (2024, s. 88) mukaan arvostavilla sanoilla voidaan rakentaa silta ihmisten välille.

Potilaat kuvaavat hoitajissa sanattoman viestinnän ominaisuutta, jota eivät pysty tarkemmin määrittelemään. Se näkyy kuitenkin hoitajan kykynä osoittaa aitoa kiinnostusta potilasta kohtaan ja saada potilas tuntemaan itsensä tärkeäksi. Potilaiden mukaan joillakin ammattilaisilla on myös kyky välittää silmillään arvostavaa viestiä potilaalle. (Eldal ja muut, 2019.) Töllin (2024, s. 209, 252) puolestaan toteaa, että mikäli sanat ja teot ovat ristiriidassa keskenään, uskomme mieluummin tekoja. Ja mikäli emme ole tilanteessa aidosti läsnä, se näkyy katseesta. Kosketus nähdään myös tärkeänä vuorovaikutuksen osana (Coelho ja muut, 2024). Pölkkin (2024, s. 188) mukaan kosketus voi lisätä potilaan turvallisuuden tunnetta.

### 3.1.2 Kuuntelu

Gothónin (2020, s. 18–19) mukaan kuuntelemisen taito on erityisen tärkeä auttamisammateissa, koska työntekijät pyrkivät keskustelun avulla saamaan ihmisen pohtimaan omaa elämäntilannettaan. Kuuntelemistaitoihin kuuluu viisi elementtiä, jotka ovat affektiivinen kyvykkyys eli tunneherkkyys, eettinen herkkyys, kognitiivinen osaaminen, tilannetaju ja toiminta. Affektiivinen kyvykkyys kertoo kuuntelijan kyvystä arvostaa kuuntelemista ja toisen kokemuksia. Siihen liittyy myös omien reaktioiden ja tunteiden tunnistaminen sekä kyky ilmaista myötätuntoa. Eettinen herkkyys puolestaan vastaa siihen, miksi kuunteleminen on tärkeää. Se on taitoa tunnistaa kuuntelemisen eettisiä ongelmia ja pyrkimystä niiden välttämiseen. Kognitiivinen osaaminen kertoo kuuntelijan ymmärryksestä kuuntelemisen merkitykseen ja tavoitteisiin. Kuuntelemiseen liittyy, että ymmärtää puhutun, arvioi puhetta ja tekee johtopäätöksiä puhutun perusteella.

Tilannetaju mahdollistaa sen, että kuuntelija osaa mukautua kuuntelemaan erilaisissa tilanteissa ja liikkua eri kuuntelemisen tasoilla. Kuuntelemisen tasoja ovat perustaso eli puheen sisältö sekä herkempi kuuntelu, jolloin sisällön lisäksi tarvitaan esimerkiksi kriittistä tai terapeutista tapaa. Viidentenä kuuntelemisen elementtinä oleva toiminta tarkoittaa sitä, että kuuntelija on kiinnostunut kuuntelemisesta ja pystyy toimimaan tilanteen edellyttämällä tavalla, jotta vuorovaikutus pysyy mielekkäänä. (Gothóni, 2020, s. 19–20.)

Hoitajan tulisi kuunnella aktiivisesti sekä havainnoida mitä potilas viestii kehollaan (Hämäläinen ja muut, 2017, s. 156). Kuunteleminen on sekä fyysinen että psyykinen prosessi, jossa tunnistetaan ääniä sekä vastaanotetaan ja reagoidaan niihin (Gothóni, 2020, s. 15). Aktiivinen kuuntelu tarkoittaa, että hoitaja asettuu potilaan asemaan ja pyrkii näkemään asiat hänen kannaltansa. Aktiiviseen kuunteluun kuuluu myös halu sanoittaa ja tunnistaa potilaan tunnetiloja, joita aistii keskustelun aikana. Potilaan tarpeiden ja toiveiden kysyminen on myös osa aktiivista kuuntelua. (Seppänen, 2021, s. 94.) Kuulluksi tuleminen välittyy potilaalle hoitajan pienistä eleistä ja ilmeistä, jotka peilaavat potilaan

kertomaa. Hoitaja voi myös omin sanoin varmentaa, että on ymmärtänyt potilaan puheen oikein. (Gothóni, 2016, s. 33; Hämäläinen ja muut, 2017, s. 156.) Kieftin ja muiden (2014) mukaan korkealaatuisen hoitotyön saavuttaminen vaatii sen, että potilas kokee tulleen kuulluksi ja ymmärretyksi. Se lisää potilaan turvallisuuden tunnetta ja vähentää pelkoja ja epävarmuutta. Kuulluksi tuleminen ja sitä kautta tarpeiden täyttäminen vähentää potilaiden turhautumista ja eristäytymistä (Stewart ja muut, 2015). Dunderfeltin (2016, s. 127) mukaan hyvässä kuuntelemisessa välitämme potilaalle arvostamme häntä ja olemme aidosti läsnä. Tärkeää on myös kunnioittaa potilasta juuri sellaisena kuin hän on (Gothóni, 2016, s. 29).

Kuuntelemisen taitoa voi harjoitella läpi elämänsä, koska aina tulee vastaan ihmisiä, joilla on erilainen henkilökohtainen tapa suhtautua asioihin (Dunderfelt, 2016, s. 128). Olennaista on pyrkiä poistamaan esteitä, jotka vaikeuttavat kuuntelemista. Merkittävämpiä esteitä ovat omassa mielessä pyörivät ajatukset tai huolet. Keskittymiseen voi vaikuttaa pelko siitä, ettei osaa reagoida toisen kertomaan oikein. Omat ennakkoluulot ja asenteet tulevat esille tavassamme kuulla ja tehdä kysymyksiä. Arvostelevalla asenteella voimme tehokkaasti estää kuuntelemista ja vuorovaikutusta. Se näkyy jo meidän olemuksessamme, ilman että sitä tarvitsee ääneen sanoa. Toisen leimaaminen tai luokittelu estävät myös aidon vuorovaikutuksen, kun ihmistä ei oikeasti pystytä näkemään ja kuuntelemaan. (Gothóni, 2020, s. 22–23.) Kuunteleminen on vaikeaa myös silloin, jos ajattelee heti alussa jo tietävänsä mitä toinen tarvitsee, että saa asiansa ratkaistuksi (Tölli, 2024, s. 257).

### **3.2 Hoitajan asenne**

Tolosa-Merlosin ja muiden (2022) mukaan hoitajat kokevat, että asenne on yksi keskeinen tekijä laadukkaan terapeuttisen suhteen luomisessa potilaisiin. Asenteista nousi esiin avoimuuden asenne suhteeseen, millä tarkoitettiin avoimuutta ja tavoitettavuutta, ajan tarjoamista, potilaan kanssa puhumista sekä herkkyyttä potilaan tarpeiden suh-

teen. Toisena nousi esiin kommunikatiivinen asenne terapeuttisen suhteen peruselementtinä. Vuorovaikutuksessa tulisi huomioida sekä sanallinen että sanaton viestintä. Vuoropuhelua potilaan kanssa tulisi luoda selkeiden ja konkreettisten viestien avulla, sopivalla äänellä sekä osoittamalla kiinnostusta keskusteluun. Hoitajan tulisi kuunnella tarkkaavaisesti, osoittamalla väsymystään tai ikävystymistään ja mukauttamalla etäisyytensä ja mahdollinen fyysinen kosketuksensa tilannekohtaisesti. Mönkkönen (2018, s. 33–34) toteaa etteivät yksittäiset teot tai sanat vaikuta inhimilliseen vuorovaikutukseen, vaan tärkeimpänä korostuu hoitajan asenne.

Coelhon ja muiden (2024) tutkimuksessa potilaat kuvasivat suhdetta hoitajiin merkityksellisenä heidän toipumisprosessinsa kannalta ja odottivat heidän tarjoavan apua ja tukea osoittamalla empatiaa, hyväksyntää, ymmärrystä ja kunnioitusta. Horganin ja muiden (2020) mukaan hoitajilla on tärkeä rooli toivon ylläpitämisessä silloin, kun potilas on haavoittuvassa tilassa. Romeu-Labayen ja muiden (2021) mukaan potilaat suhtautuvat myönteisesti, kun hoitaja välittää omalla asenteellaan, että potilas voi muuttua ja toipua. Henkilöstön asenteet ja käytös ovat ratkaisevassa roolissa myös siinä, miten potilas kokee osastohoidon (Wyder ja muut, 2015). Mc Andrew ja muut (2014) toteavat potilaiden arvostavan positiivista asennetta, läsnäoloa ja luottamusta. Hoitajat puolestaan arvostavat kykyään kommunikoida puhumalla, kuuntelemalla sekä empatian ilmaisemisella.

Dickens ja muut (2016) saivat kirjallisuuskatsauksessaan viitteitä siitä, että hoitajat eivät pysty tarjoamaan kunnioittavaa ja tasa-arvoista hoitoa epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastaville potilaille. Myös Merrick ja muut (2022) toteavat hoitajien asenteen päihteiden käyttöä kohtaan voivan vaikuttaa kaksoisdiagnoosin tehokkaaseen hallintaan. Kaksoisdiagnoosin saaneiden kanssa työskentelyä pidettiin haastavana hoidon tehokkuuden kannalta. Partasen ja muiden (2015, s. 223) mukaan hoitajan on hyvä kohdata potilaat neutraalilla ja tuomitsemattomalla asenteella. Neutraalisuudella tarkoitetaan sopivan fyysisen ja psyykkisen etäisyyden pitämistä sekä lämmintä asennoitumista

kaikkia potilaita kohtaan. Se näkyy rauhallisuutena ja avoimuutena katseessa, sekä levollisuutena ja kunnioituksena hoitajan käytöksessä. Hoitajan ystävällinen ja neutraalisuutta tavoitteleva ammatillinen asenne vähentää hoidettavan ahdistusta ja auttaa kiinnittymään hoitoonsa paremmin.

### **3.2.1 Empatia ja myötätunto**

Empatia tarkoittaa kykyämme ymmärtää toisen ihmisen kokemuksia hänen näkökulmastaan. Se on eläytymistämme toisen ihmisen sisäiseen kokemukseen ja siihen liittyy myös kykymme analysoida ja erottaa omat tunteemme toisen tunteista ja kokemuksista. Empatia kuuntelemisessa tarkoittaa sitä, että keskitytään enemmän puhujaan ja hänen näkökulmaansa. Empaattisessa kuuntelemisessa huomioidaan myös puhujan tunteet, joita hän ei sanoin tuo esiin. (Gothóni, 2020, s. 96–97.)

Ajan antaminen potilaalle sekä kuunteleminen ja empaattinen suhtautuminen välittävät potilaalle hoitajan sitoutuneisuudesta. Niillä on myös tärkeä rooli potilaan odotusten täyttämiseksi. (Kieft ja muut, 2014.) Horganin ja muiden (2020) mukaan potilaat hakeutuvat mielellään välittävien, herkkien ja emotionaalisesti käytettävissä olevien hoitajien luokse. Potilaat odottavat hoitajan olevan myötätuntoinen, välittävä, luotettava ja osaava (Wiechula ja muut, 2017). Hoitajat puolestaan tuovat esille sen, että toisten tunteiden ja ahdistuksen kantaminen saattaa olla raskasta. Yhtenä keinona on pohdittu sitä, ettei välitettäisi potilaasta, mutta silloin ei olisi mahdollista tehdä hyvää hoitotyötä. (Hällgren Graneheim ja muut, 2014.) Käyttämällä näyttöön perustuvia menetelmiä työssään, pystyvät hoitajat lisäämään empatiatasoaan ja parantamaan tekijöitä, mitkä edistävät terapeuttisen suhteen muodostamista potilaan kanssa (Moreno-Poyato ja muut, 2017, b).

Toipumiseen vaikuttavista tekijöistä hoitajan empaattinen lähestymistapa koetaan tärkeimmäksi. Empaattiseen lähestymistapaan liittyy myös kunnioitus ja ystävällisyys. (Gunasekara ja muut, 2014.) Empaattinen hoitaja koetaan helpommin lähestyttäväksi. Em-

paattisella suhtautumisella on tärkeä rooli konfliktien vähentämisessä ja potilaan voimaantumisen edistämässä. (Gerace ja muut, 2018.) Hoitaja saa luotua potilaaseen paremman terapeuttisen suhteen, kun hän pystyy asettumaan potilaan asemaan ja kokemaan tämän huolen (Moreno-Poyato & Rodríguez-Nogueira, 2020).

Lakemanin ja muiden (2022) mukaan potilaat arvostavat eniten hoitajien kykyä osoittaa välittämistä, empatiaa ja ymmärrystä. Horgan ja muut (2020) puolestaan toteavat, ettei empatia ja tuomitsemattomuus aina toteudu käytännön hoitotyössä. Empatiataitojen kehittämisellä voitaisiin lisätä positiivista asennetta ja näin vähentää mielenterveysongelmista kärsivän potilaan leimaamista, mikä puolestaan näkyisi parempana hoitona (Román-Sánchez ja muut, 2022). Kun halutaan tukea hoitajien empaattisuutta ja myötätunnon osoittamista, niin keskeisessä roolissa on luoda ympäristö ja olosuhteet missä se on mahdollista. Organisaatiolta ja hoitotyön johdolta saatu tuki voi edesauttaa hoitajien empatian osoittamista, kun taas organisaation tuen puute voi olla estävänä tekijänä empatian osoittamiselle. (Paala ja muut, 2023, s. 25.)

### **3.2.2 Tuomitsemattomuus**

Tuomitsevuutta on olemassa kahdenlaista; syrjintää ja arvioimista. Syrjivä asenne tarkoittaa, että analysoidaan, sopiiko joku tiettyihin standardeihin. Arvioiminen puolestaan asettaa jonkun hyväksi tai huonoksi, arvokkaaksi tai arvottomaksi. Tuomitsevuus voi aiheuttaa konflikteja ja vahingoittaa suhdetta potilaaseen, ketä yritämme hoitaa. Hyvin harva meistä pitää ihmisestä, joka tuomitsee meidät. Tuomitsemattomuus ei tarkoita hyväksymistä vaan ymmärrystä siitä, että asiat ovat niin kuin ovat. Asioiden arvioiminen hyväksi tai huonoksi ei ole hedelmällistä. Kannattavampaa on kuvailla tosiasiat ja yrittää ymmärtää syitä. (Linehan, 2015, s. 200–204.) Romeu-Labayen ja muut (2021) toteavat tuomitsemattomuuden olevan viiden tärkeimmän asenteen joukossa, mitkä vaikuttavat positiiviseen terapeuttiseen suhteeseen. Keresi ja muut (2019) toteavat, että ympäristön on oltava avoin ja salliva, jotta potilas voi tuntea olonsa riittävän turvalliseksi esittääkseen toiveitaan hoidon suhteen.

Epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavat kokevat, että hoitajan seuraavat asenteet vahvistavat terapeutista suhdetta: luottamus potilaan toipumiseen, tuomitsemattomuus, huumorintaju, saatavuus ja inhimillisyys. Potilaat kokivat hoitajan tuomitsemattoman asenteen lisäävän luottamusta. He pystyivät paremmin kertomaan kokemuksistaan, joita muiden oli vaikea ymmärtää tai joissa oli hyvin kielteistä sisältöä tai jotka sisälsivät sosiaalisesti sopimattomia ajatuksia tai käyttäytymistä. Tästä huolimatta hoitaja kuunteli tuomitsematta. Tuomitsematon asenne antaa hoitajalle mahdollisuuden auttaa potilasta selvittämään ajatuksiaan ja käyttäytymistään. Potilaat toivat esiin, että hoitajan ilmaisema inhimillisyys ja tunne, että heitä kohdeltiin ihmisenä, loivat positiivista ja terapeutista suhdetta. (Romeu-Labayen ja muut, 2021.) Stapleton ja Wright (2017) tuovat puolestaan esille sen, että henkilöstöllä, erityisesti hoitajilla on liian vähän tietoa epävakaasta persoonallisuushäiriöstä ja sen vuoksi heillä on negatiivinen asenne sitä sairastavia kohtaan. Potilaat kokevat negatiivisen asenteen johtavan hylätyksi tulemisen ja hoidon ansaitsemattomuuden kokemukseen.

Hoitajan kannattaa aloittaa hoitosuhteen luominen tyhjältä pöydältä niin, että muodostaa itse oman käsityksen potilaasta. Joskus voi olla ennakkotietona potilaan ”hankaluus” mikä on leimaavaa ja tällaiseen tietoon tulisi suhtautua kriittisesti. (Mönkkönen, 2018, s. 167.) Nopparin ja muiden (2018, s. 341) mukaan hoitosuhteen muodostumisessa koetaan hankaloittaviksi tekijöiksi hoitajan riittämättömyys, turhautuminen sekä potilasta syyllistävä ja nuhteleva asenne. Potilaan hyväksyminen ja arvostaminen omana itsenään vahvistaa hänen itsetuntoaan ja omaa vastuunottoaan omassa toipumisessaan (Eriksen ja muut 2014). Wood ja Alsawy (2016) toteavat potilaiden tuomitsemattomuuden olevan toipumista edesauttava tekijä.

Tuomitsemattomuuden asenteen tulee olla hoitajilla tietoista, jotta he pystyisivät luopumaan ennakkoluuloistaan ja kohtelemaan potilaita oikeudenmukaisesti ja tasapuolisesti. Ymmärryksen kehittäminen ja tuomitsemattoman lähestymistavan omaksuminen

on olennainen osa hoidon laatua. (Horgan ja muut, 2020.) Hoitajan ollessa ennakkoluuloton, salliva ja reagoiva, potilaat avautuvat todennäköisemmin ja osallistuvat aktiivisemmin omaan hoitoonsa (Keresi ja muut, 2019).

### 3.3 Potilaan kohtelu

Hoitotyön odotetaan olevan potilaskeskeistä, potilaan osallistamista päätöksentekoon sekä hänen odotustensa, arvojen ja mieltymystensä ymmärtämistä. Tämä lisää todellista merkitystä potilaan ja hoitajan väliselle suhteelle, parantaa laatua ja edistää potilaan toipumista. (Coelho ja muut, 2024.) Hyvä suhde ammattilaiseen on edellytys sille, että potilas voi alkaa toipumaan sairaalassa (Eldal ja muut, 2019).

Hoitotyössä potilaan arvostava kohtelu on osa inhimillisyyttä. Arvostus näkyy siinä, miten olemme vuorovaikutuksessa potilaan kanssa, miten puhuttelemme häntä ja kuinka hänet kohtaamme. On tärkeää nähdä ihminen sairauden takaa ja kohdata hänet ihmisenä. (Seppänen, 2021, s. 128; Styrman & Torniainen, 2018, s. 18.) Myös potilaat arvostavat sitä, että heidät kohdataan yksittäisinä ihmisinä eikä pelkästään diagnoosina. Potilaat kertovat tällaisen kohtelun auttavan toipumisessa ja tekevän sairaalassa olemisen positiivisemmaksi. (Horgan ja muut, 2020; Stewart ja muut, 2015.) Potilaat arvostavat hoitajia, jotka pystyvät näkemään sairauden takana olevan ihmisen ja kunnioittamaan häntä (Wyder ja muut, 2015).

Eldalin ja muiden (2019) mukaan tärkeimmäksi potilaskokemukseksi osoittautuu kohtelu kokonaisena ihmisenä. Potilaiden on tällöin helpompaa olla sekä fyysisesti että henkisesti lähellä itseään ja muita. Potilaat myös arvostavat hoitajaa, joka kertoo heille jokapäiväisestä elämästään, menemättä kuitenkaan liian henkilökohtaisiin asioihin. Potilaat kertovat arvostavansa sitä, että hoitaja kertoo heille haluavansa auttaa heitä. Styrmanin ja Torniaisen (2018, s. 18) mukaan arvostavassa kohtaamisessa autetaan potilasta oivaltamaan oman potentiaalisuutensa ja panostamaan siihen hyvään mitä hänessä on. Potilasta voidaan rohkaista puheella, olemuksella ja käytöksellä. Pienillä eleillä voidaan osoittaa myötätuntoa ja ystävällistä asennetta. Hyväksymällä ja arvostamalla potilasta

sellaisena kuin hän on, voidaan vahvistaa hänen itsetuntoaan ja voimaannuttaa toipumisen polulla (Ådnøy Eriksen ja muut, 2014).

Voidakseen kohdata potilaita kunnioittavasti, hoitajalla tulisi olla hyvä itsetuntemus. On tärkeää tiedostaa oma ajattelutapansa ja tunnistaa mahdolliset ennakkoluulonsa. Pyrkimys kehittää myötätuntoista asennetta auttaa katsomaan asioita ja ihmisiä uudesta näkökulmasta, ja sen myötä on mahdollista muuttaa omaa tapaansa toimia. Kunnioittavan kohtaamisen yhteydessä syntyy positiivinen noste ja vaikeassa elämäntilanteessa se voi antaa potilaalle helpotuksen tunteen tai sytyttää toivon asioiden ratkaisemiseksi. (Styrman & Torniainen, 2018, s. 18–19.) Itsetuntemusta on mahdollista kehittää reflektion avulla. Reflektion kautta voidaan ymmärtää, kuinka tärkeässä roolissa hoitajan asenne on hoitotyössä. (Tolosa- Merlos ja muut, 2022.) Hoitajien on tärkeää keskustella vuorovaikutussuhteistaan potilaiden kanssa. Myös omia reaktioitaan ja toimiaan tulee säännöllisesti pohtia ja se mahdollistuu reflektiivisen dialogin ja vertaistuen avulla. (Molin ja muut, 2016.) Keresi ja muut (2019) toteavat, että hoitajilla pitäisi olla aikaa pohtia päivittäistä työtään. Hoitajan on tärkeää tiedostaa henkilökohtaisen itsetuntemuksen ja empatian emotionaalisen hallinnan merkitys hoitosuhdetta rakennettaessa (Moreno-Poyato & Rodríguez-Nogueira, 2020). Myös Gunasekara ja muut (2014) toteavat, että potilaan hyvä hoito edellyttää hoitajan itsetuntemusta ja omasta mielenterveydestä huolehtimista.

### **3.3.1 Kunnioitus**

Kunnioittavassa kohtaamisessa ihminen pyritään näkemään omana itsenään. Voimme osoittaa arvostuksemme toisen näkemystä tai tekoa kohtaan, vaikka olisimme eri mieltä. Kunnioittava kohtaaminen edellyttää hyvää itsetuntemusta ja omien mahdollisten ennakoasenteiden tunnistamista. (Styrman & Torniainen, 2018 s. 18–19.) Potilas voi kokea masentavana psykiatriselle osastolle joutumisen. Potilaan kokemusta voidaan helpottaa kunnioittavalla kohtelulla. Kunnioitusta voidaan välittää potilaalle viettämällä aikaa hänen kanssaan ja olemalla tuomitsematon. (Lakeman ja muut, 2022.)

Potilaan mielipiteiden kunnioittaminen mahdollistaa avoimen vuorovaikutuksen potilaan ja hoitajan välille ja lisää potilaan vastuullisuutta omasta elämästään. Se myös antaa potilaalle positiivisempaa ymmärrystä itsestään. (Eriksen ja muut, 2014; Keresi ja muut, 2019.) Terapeuttisen suhteen keskeisiä elementtejä potilaalle ovat tunne, että häntä kuunnellaan, vahvistetaan, ymmärretään, kunnioitetaan ja ollaan empaattisia. Nämä ominaisuudet hoitajassa auttavat potilasta luottamaan häneen ja avautumaan ongelmistaan. (Wood & Alsawy, 2016.)

Potilaan kunnioitukseen kuuluu pidättäytyminen sopimattomasta keskustelusta liittyen potilaaseen. Mikäli joku haastava kohtaamistilanne on käytävä läpi, se täytyy tehdä yksityisessä tilassa ammatillisesti sekä kunnioittavasti. Negatiivisella puheella on taipumus tarttua toisiin. (Gunasekara ja muut, 2014.) Gabrielssonin ja muiden (2016) mukaan henkilöstön yhteiset arvot vähentävät epäasiallista keskustelua potilaista.

Hoitotyön johtaminen ja yhteiset arvot edistävät potilaiden kunnioittamista. Kunnioitusta voidaan osoittaa kohteliaalla käytöksellä, jotta potilas tuntee itsensä arvokkaaksi ja hoidon arvoiseksi sekä suhtautumalla potilaisiin yksilöinä. Läsnäolo ja joustavuus nähdään myös kunnioittavana toimintana. Mikäli hoitaja ei pysty olosuhteista tai resursseista johtuen tarjoamaan potilaalle arvokasta hoitoa, hän voi turhautua ja ahdistua. Arvokas hoito on tasa-arvoista ja parhaalla mahdollisella tavalla tehtyä. (Gabrielsson ja muut, 2016.) Roviralta-Vilellan ja muiden (2019) mukaan johdolta saatu tuki vaikuttaa hoitajan motivaatioon ja asenteeseen. Mikäli hoitaja kokee saavansa tukea johdolta, myös side potilaisiin on vahvempi.

### **3.3.2 Luottamus**

Luottamus on perustavanlaatuisen komponentti potilaan hoidossa sekä välttämättömyys terapeuttisen suhteen muodostamisessa ja ylläpitämisessä (Rørtveit ja muut, 2015). Hoitajien tulisi viettää enemmän aikaa potilaiden seurassa luottamuksen saavuttamiseksi ja ylläpitämiseksi (Glantz ja muut, 2019; Kieft ja muut, 2014; Gunasekara ja

muut, 2014). Stewart ja muut (2015) toteavat potilaiden kaipaavan enemmän laadukasta vuorovaikutusta hoitajan kanssa joko hoidollisten keskusteluiden muodossa tai yleisemmällä tasolla. Gerace ja muut (2018) puolestaan sanovat potilaiden haluavan hoitajilta yhteyttä ja ymmärrystä, jotka syntyvät yhdessä vietetyn ajan myötä. Tutustumalla ja keskustelemalla asioista yhdessä voidaan rakentaa molemmin puolin luottamusta. Molin ja muut (2016) toteavat, että luottamuksen kehittyminen vaatii myös tunteen hyvästä kohtelusta. Luottamus edesauttaa ymmärretyksi tulemisen tunnetta ja potilaat kokevat helpotusta luottamuksellisen suhteen syntymisestä. Luottamuksellinen suhde mahdollistaa tunteista puhumisen ja lisää myös potilaan turvallisuuden tunnetta. Luottamus auttaa potilasta avautumaan todellisista ongelmistaan (Gabrielsson ja muut, 2016; Wyder ja muut, 2015). Luottamuksellisessa suhteessa potilaan on mahdollista kertoa ahdistuksestaan ja tuen sekä lohdutuksen tarpeestaan (Ejneborn Looi ja muut, 2015; Wood & Alsawy, 2016). Potilaan voidessa huonosti luottamuksen syntyminen voi olla vaikeaa (Wyder ja muut, 2015).

Hoitajan itsevarmuus edesauttaa luottamuksellisuuden syntymistä ja antaa potilaalle toivoa. Luottamuksella on myös oleellinen rooli väkivallan ja uhkailun, itsensä vahingoittamisen, pakottamisen ja hoitopäivien vähentämisessä. Potilaan luottaessa hoitajaan, on helpompi vahvistaa potilaan luottamusta myös annettuun hoitoon ja omiin kykyihinsä. Luottamus kuvataan haavoittuaiseksi ja se on helppo tuhota esimerkiksi antamalla potilaalle turhia lupauksia tai loukkaamalla potilaan koskemattomuutta. (Gabrielsson ja muut, 2016.)

Hoitaja voi välittävällä asenteella lisätä potilaan luottamusta ja vastuunottoa omasta tilastaan. On myös tärkeää kunnioittaa potilaan toivetta, jos hän ei halua puhua. Potilas ja hoitaja tutustuu toisiinsa dialogin kautta ja se helpottaa potilaan osallistumista. Suhteen ja luottamuksen luomisessa potilaan on voitava keskustella ongelmistaan ja löytää niihin ratkaisuja yhdessä hoitajan kanssa. (Keresi ja muut, 2019.) Eldalin ja muiden (2019) mukaan potilaat kokevat, että heidän toipumistaan auttaa parhaiten ammattilaiset, jotka ilmaisevat inhimillisyyttään ja ovat rehellisiä. Potilaat kokevat myös tärkeänä,

että ammattilaisesta välittyy tunne, että hän nauttii työstään. Ammattilaisen välittämä ymmärrys potilasta kohtaan on tärkeää henkisen yhteyden saavuttamiseksi. Henkilöstön pysyvyys edesauttaa potilaiden mielestä luottamuksellisen hoitosuhteen syntymisessä.

Luottamuksen kehittymisen edellytyksinä potilaat tuovat esiin saatavilla olemisen, ymmärryksen ja välittämisen osoittamisen sekä fyysisen ja emotionaalisen läsnäolon. Luottamukseen liitetään myös kunnioitus ja tunne, että hyväksytään ihmisenä. Kuulluksi ja ymmärretyksi tuleminen koetaan tärkeänä luottamukselle, samoin avoimuus sekä halu puhua ja kuunnella. (Rørtveit ja muut, 2015.)

### **3.3.3 Läsnaolo**

Fyysinen läsnäolo potilaiden kanssa nähdään tärkeänä, jotta hoitaja välittää potilaille olevansa käytettävissä. Henkistä läsnäoloa kuvataan hoitajan aitoudella. Läsnaoloa pidetään välttämättömänä, jotta voidaan pitää yhteyttä potilaisiin, kasvattaa luottamusta sekä ymmärrettäisiin paremmin potilaiden toiveita ja tarpeita. Läsna oleva, moraalinen ja itseensä luottava hoitaja ottaa henkilökohtaista vastuuta omasta hoitotyöstään ja potilaista. Tällainen hoitaja tarjoaa ihmisarvoista hoitotyötä mihin kuuluu yhteys, kunnioitus ja luottamus. (Gabrielsson ja muut, 2016.) Hoitajan saatavuus sekä aktiivinen kuuntelu ja empaattinen suhtautuminen ovat hoitosuhteessa edistäviä tekijöitä (Moreno-Poyato ja muut, 2021).

Potilaat korostavat tavallisten keskustelujen tarvetta ja arvostavat hoitajia, jotka kiireistään ja muista työtehtävistä huolimatta löytävät heille aikaa (Wyder ja muut, 2015). Hoitajan ollessa vastaanottavainen ja aidosti läsnä oleva niin potilas aistii avoimuuden ja tasaveroisuuden, ettei hoitaja yritä asettua hänen yläpuolelleen (Dunderfelt, 2016, s. 128). Potilaan kohtaaminen vaatii sen, että hoitaja kohtaa ensin itsensä. Silloin hänen on helpompi asettua potilaan asemaan ja ymmärtää potilaan tarpeita ja tunteita (Tölli, 2024, s. 248.)

Meillä on kaikilla tarve tulla nähdyksi ja ymmärretyksi. Tätä tarvetta voidaan tyydyttää arvostavilla sanoilla ja teoilla, mutta kaikkein tärkein komponentti, mikä luo sanoille ja teoille perustan on arvostava läsnäolo. Sillä voidaan parhaiten osoittaa arvostusta toiselle ja sitä on helpoin toisen ottaa vastaan. Arvostavaa läsnäoloa on myös vaikeaa teeskennellä. Arvostava, hyväksyvä läsnäolo on toiselle osapuolelle turvallista ja helpottavaa. (Tölli, 2024, s. 241–242.)

Tutkimusten ja aiemman kirjallisuuden perusteella arvostavaan kohtaamiseen psykiatrisessa hoitotyössä lukeutuu erilaisia elementtejä, kuten kuviossa 1 on esitetty. Arvostavan kohtaamisen alla vuorovaikutustaidot; sanallinen ja sanaton sekä kuuntelemisen taito, hoitajan asenteista empatia ja tuomitsemattomuus sekä potilaan kohtelussa luottamus, läsnäolo ja kunnioitus. Tämä viitekehys on ohjannut kehittämistyön tekemistä. Toimintaympäristönä työssä on psykiatrinen suljettu vuodeosasto, missä hoidetaan täysi-ikäisiä psykoosipotilaita.



**Kuvio 1.** Opinnäytetyön viitekehys

## 4 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUS

Tämä opinnäytetyö tehtiin tutkimuksellisenä kehittämistyönä aiheesta arvostava kohtaaminen psykiatrisella vuodeosastolla. Ajatus kehittämistyöstä sai alkunsa keväällä 2023, kun koulutusylilääkäri oli luennoimassa työryhmällemme haastavista potilaskohtaamisista ja hänen esityksessään mainittiin tuomitsemattomuus. Tuomitsemattomuus jäi puhututtamaan työryhmässä ja erityisesti itseäni se jäi mietityttämään. Siitä sain kipinän lähteä tutkimaan aihetta lisää. Tuomitsemattomuudesta hoitotyössä ei löytynyt yksinään riittävästi tietoperustaa, joten laajensin aiheen arvostavaksi kohtaamiseksi. Organisaatiossamme kannustetaan hoitajia kehittämään omaa työtään. Hoidon laatua ja potilas- sekä hoitajatytyväisyyttä mitataan myös säännöllisesti. (HUS, 2024, b.) Aihe on tärkeä ja mielenkiintoinen, sillä kohtaamiset hoitotyössä ovat keskeisiä niin potilaan hoitokokemuksen kuin hoidon laadun kannalta. Kohtaamisen laatua ja vuorovaikutusta on aina mahdollista kehittää.

Laadullisen tutkimuksen tapaa, jolla pyritään vaikuttamaan tutkimuskohteeseen kehittävästi, kutsutaan toimintatutkimukseksi. Tämä on tutkimisen tapa missä tutkijalla on mahdollisuus osallistua tutkimuskohteen toimintaan. Tästä syystä toimintatutkimuksesta käytetään myös termiä kehittämistutkimus. (Hakala, 2024, s. 93.) Kehittämistutkimuksen tavoitteena on, että kohdeyleisö (tässä tilanteessa hoitohenkilöstö) oppisi ottamaan vastuun omasta toiminnastaan sekä sen muutoksesta. Osallistujia autetaan erilaisten osallistavien metodien avulla jäsentämään omaa ymmärrystään ja hahmottamaan sitä kautta käytännön ongelmia. (Vilkkä, 2021, a, s. 400–401.) Tutkimuksellisuudella tarkoitetaan sitä, että omat ratkaisut ja saadut tulokset rakentuvat olemassa olevan teorian päälle. Tärkeää on ymmärtää teorian ja käytännön keskinäinen vaikutus ja kehittämistyössä tulisikin kyetä siirtämään teorian tietoa käytäntöön. Kehittämistyöhön kuuluu käytännön ongelmien ratkaisua ja esimerkiksi uusien käytäntöjen kehittämistä ja toteuttamista. Asioita ei ole tarkoitus vain kuvailla vaan viedä käytännön tasolla eteenpäin. (Ojasalo ja muut, 2015, s. 19, 21.) Kehittämistyötä kuvataan usein vaihtelevan etenevänä prosessina. Ensimmäisessä vaiheessa määritellään kehittämiskohde

ja asetetaan tavoitteet sekä suunnitelma, miten tavoitteet saavutettaisiin. Tätä kutsutaan suunnitteluvaiheeksi. Toisessa vaiheessa suunnitelma toteutetaan eli ollaan toteutusvaiheessa. Kehittämistyön viimeisenä vaiheena on arviointi. Arviointia tulee tehdä sekä prosessista että tuotoksesta. Koska kehittämistyöllä pyritään muuttamaan käytännön työtä, niin oleellinen osa työtä on tulosten jakaminen osallistujien kanssa sekä yhteinen keskustelu prosessista. (Ojasalo ja muut, 2015, s. 22–26.)

Koen omassa työssäni psykiatrisella vuodeosastolla, että potilaiden kohtaamista voidaan aina kehittää, jotta potilaat kokisivat saavansa kunnioittavaa kohtelua henkilökunnan taholta. Pienikin muutos hoitajan lähestymistavassa voi olla potilaalle merkitsevä asia, jotta hän kokisi tullessa nähdyksi ihmisenä, ei diagnoosina. Tutkimuksellisessa kehittämistyössä on tarkoitus tuottaa työelämästä sellaista tietoa, minkä avulla voidaan kehittää ja uudistaa työelämän osaamis- ja tietopohjaa. Työntekijöillä on paljon hiljaista tietoa ja kehittämistyön tavoitteena on valjastaa se kokemus ja osaaminen kaikkien käyttöön. (Ojasalo ja muut, 2015, s. 27–28.)

Kehittämistyö etenee niin, että ensin kehittämiskohteesta mietitään olennainen kysymys mitä lähdetään kehittämään. Siitä kerätään teorian tietoa sekä henkilöstön tietoa. Tutkimuksellisessa kehittämistyössä teorian avulla luodaan ymmärrystä kehittämiskohteesta ja sen taustoista. (Ojasalo ja muut, 2015, s. 28, 30.) Teoriatietoa kerättiin aiheesta niin, että rajaus tehtiin tutkimusten ja kirjallisuuden osalta vuosiin 2014–2024.

#### **4.1 Kohderyhmä ja aineistonkeruu**

Opinnäytetyöni kohderyhmänä oli suljetun psykiatrisen vuodeosaston henkilökunta. Osastolla työskentelee 19 sairaanhoitajaa (mukaan luettuna osastonhoitaja ja apulaisosastonhoitaja), 5 mielenterveyshoitajaa, 2 lääkäriä, toimintaterapeutti, sosiaalityöntekijä ja psykologi. Tein kehittämistyön aiheesta arvostava kohtaaminen psykiatrisella vuodeosastolla. Materiaalin työhön keräsin työpajojen avulla, koska näin sain osallistettua

työyhteisöä kehittämistyöhön mukaan (Ojasalo ja muut, 2015, s. 37). Aivoriihistä saamani aineiston, käsittelin laadullisen analyysin menetelmin. Sillä pyritään ymmärtämään ilmiötä eli selvittämään mistä siinä on kyse (Kananen, 2017, s. 32).

Pidin kolme työpajaa psykiatrisen vuodeosaston henkilökunnalle, joilla keräsin heidän ajatuksiaan arvostavasta kohtaamisesta ja mitkä tekijät edistävät tai estävät sitä. Neljäntenä teemana pyysin miettimään potilasryhmien tasa-arvoisuutta osastolla, koska käyttämissäni tutkimuksissa nousi esiin tiettyjen potilasryhmien kohtaama eriarvoisuus. Työpajoihin osallistui yhteensä 14 hoitajaa, toimintaterapeutti ja kaksi työharjoittelussa olevaa sairaanhoitajaopiskelijaa. Työpajat pidettiin henkilökunnan työvuorojen aikana. Kostamon ja muiden (2018, s. 127) mukaan kehittämistyössä on tarkoitus kerätä aineisto häiritsemällä mahdollisimman vähän osaston normaalia toimintaa. Sain hyödyntää osastotunteja työpajojen pitämiseen sekä osaston kehittämispäivään sain myös työleni varatun ajan. Tiedonkeruuvaiheessa käytin aivoriihimenetelmää, koska se mahdollisti kaikkien tasapuolisen osallistumisen ja mahdollisimman rehellisten vastausten antamisen. Aivoriihessä on tarkoitus tuottaa mahdollisimman paljon ajatuksia ja ideoita, joista löytyvät myös ne toteutuskelpoiset ideat. (Innokylä, n.d.) Menetelmää kutsutaan myös ideointityöpajaksi (Ojasalo ja muut, 2015, s. 160).

Aivoriihien alussa pidin lyhyen alustuksen opinnäytetyöstäni ja kerroin teemat, joita on tarkoitus pohtia. Käytin eri värisiä Post-it-lappuja, mille jokaiselle värille oli nimetty oma teemansa (4kpl). Teemat olivat arvostava kohtaaminen, arvostavaa kohtaamista edistävät tekijät, arvostavaa kohtaamista estävät tekijät ja potilasryhmien tasa-arvoisuus. Pyysin jokaista osallistujaa kirjoittamaan lapuille teeman mukaisesti omia ajatuksiaan. Ensimmäisen työpajan jälkeen laitoin osaston taukokuoneen seinälle ison kartongin, jossa oli nämä samat, neljä nimettyä teemaa ja Post-it-laput esille. Sähköpostitse tiedotin työryhmää, mikä kartongin tarkoitus on. Osastotuntien työpajojen kautta en tavoittanut koko työryhmää, joten tämä mahdollisti muidenkin osallistumisen kehittämistyöhön ja

lisäsi toivon mukaan myös henkilöstön keskinäistä keskustelua aiheesta. Muutama työryhmän jäsen oli laittanut omia ajatuksiaan kartongille omatoimisesti. Osallistujamäärä aivoriihiöskentelyssä oli noin 20 henkilöä.

Analyysistä nousseiden arvostavan kohtaamisen estävien tekijöiden perusteella henkilöstö pohti, miten arvostavaa kohtaamista voitaisiin lisätä työssämme psykiatrisella vuodeosastolla. Tätä kehittämistyötä tehtiin toukokuussa 2024 olevassa kehittämispäivässä, Learning cafe-menetelmää eli oppimiskahvilaa hyödyntäen. Oppimiskahvilan aluksi esittelin lyhyen Canva-koosteen avulla analyysistä nousseita arvostavan kohtaamisen estäviä tekijöitä. Neljä eniten esiin nousutta teemaa valikoitui oppimiskahvilassa työstettäväksi aihealueiksi. Teemat olivat hoitajan ennakkoluulot ja asenne, potilaiden eriarvoisuus diagnoosin perusteella, potilaan haastavan käytöksen aiheuttama eriarvoisuus sekä kulttuurierojen ja kielimuurin aiheuttama eriarvoisuus. Oppimiskahvila-menetelmässä ratkaistaan yhdessä teemoja ja kysymyksiä eli tässä tilanteessa niitä teemoja, mitkä nousivat aivoriihiä myötä kehittämiskohteiksi. Menetelmällä saadaan työryhmä aktiivisesti osallistettua kehittämistyöhön, mikä varmasti myös motivoi osallistujia. (Innokylä, n.d.) Tässä menetelmässä osallistujat jakautuvat pienryhmiin keskustelemaan annetusta teemasta. Ryhmästä yksi toimii puheenjohtajana ja pysyy koko ajan samassa pöydässä. Toiset vaihtavat pöytää ja puheenjohtaja kertoo lyhyesti mistä aikaisempi ryhmä keskusteli, ja sen jälkeen uudet ryhmäläiset jatkavat ideointia aiheesta. Lopuksi puheenjohtajat voivat tehdä lyhyen yhteenvedon pöydässään käydyistä keskusteluista. (Ojasalo ja muut, 2015, s. 162.)

Pyysin osallistujia jakautumaan neljään ryhmään ja jokaisesta ryhmästä yksi toimi kirjuriina sekä henkilönä, joka kertoi seuraavalle ryhmälle mistä olivat keskustelleet edellisen ryhmän kanssa. Jaoin pöytiin A-3:n paperit, joissa oli otsikoitu käsiteltävä aihe. Paikalla oli 16 henkilöä, joten työtä lähdettiin tekemään neljän hengen ryhmissä. Yhteiselle pohittimiselle oli aikaa 15 minuuttia ja sen jälkeen ryhmä vaihtoi pöytää. Pyysin osallistujia miettimään, miten voisimme kehittää omaa suhtautumistamme ja toimintaamme, jotta potilaiden kohtaaminen olisi tasa-arvoisempaa ja arvostavampaa. Pyysin laittamaan

myös perustelut ja konkreettiset ehdotukset heidän pohtimilleen ajatuksille ja ideoille. Lopuksi kirjurit nostivat mielestään muutamia tärkeimpiä asioita kirjallisesta tuotoksesta kaikkien tietoon. Tällä hiljaisen tiedon kasaamisella voidaan uudistaa ja kehittää työelämän osaamista ja tietoperustaa. Luovia ongelmanratkaisumenetelmiä käytettäessä on tärkeää, ettei ideoita lähdetä arvioimaan. Arviointi vaikuttaa negatiivisesti ihmisten haaluun osallistua ja tyrehdyttää pahimmillaan ideoiden syntymistä. (Ojasalo ja muut, 2015, s. 20–26.) Keskustelu oppimiskahvilan aikana oli vilkasta ja sivusta katsoen sitä vaikutettiin käyvän hyvässä hengessä.

## **4.2 Aineiston analyysi**

Analyysi kerätystä aineistosta oli tarkoitus tehdä aineistolähtöisesti, mutta koska teorialiedossa esiin tulleet käsitteet alkoivat toistua aineiston vastauksissa, niin analyysi vaihdettiin teorialähtöiseksi analyysiksi. Lähdettäessä tekemään teoreettista luokittelua, käytetään apuna teorialiedosta saatuja käsitteitä. Niiden avulla aineistoa käytiin läpi. Ensimmäinen vaihe analyysissä oli pelkistäminen niin, että aineistosta karsittiin kaikki epäolennainen pois. Kirjoitetusta aineistosta etsittiin kaikki tutkimustehtävään vastaavat ilmaisut ja niitä kuvaavat pelkistetyt ilmaukset. Samaa ilmiötä kuvaavat pelkistykset listattiin allekkain omiksi ryhmikseen. Pelkistämisvaiheessa oli tärkeää huomioida, että yhdestä alkuperäisilmauksesta saattoi löytyä useampia pelkistettyjä ilmauksia. Samaa ilmiötä kuvaavat ryhmät yhdistettiin eri luokiksi, joista muodostuivat alaluokat. Ne nimettiin käsitteellä mikä kuvaa luokan sisältöä. Luokittelua jatkettiin niin, että alaluokkia yhdistelemällä saatiin yläluokkia ja niitä taas yhdistelemällä muodostui pääluokkia. Pääluokat nimettiin aineistosta nousevan ilmiötä kuvaavan aiheen mukaan ja lopuksi saatiin tutkimustehtävään yhteydessä oleva yhdistävä luokka. Analyysin jokaisessa vaiheessa on huomioitava, että yhteys alkuperäisdataan säilyy. (Tuomi & Sarajärvi, 2018, s. 324–338.) Luokittelu auttoi hahmottamaan käsitteiden yhteyttä toisiinsa. Toisaalta se oli myös analyysin ratkaisevin vaihe, koska tutkijana päätin, mitkä ilmaisut kuuluivat samaan tai eri luokkaan. (Puusa, 2020, s. 462–463.) Alkuperäisilmauksia on hyvä tuoda työssä esille, koska ne elävöittävät tekstiä. Hyödynsin tulosten esittämisessä myös

piirakkakuviota, koska halusin tuoda näkyväksi, miten henkilöstön vastaukset ovat jakautuneet. (Puusa, 2020, s. 460, 467.) Pelkistämistä minun ei juurikaan tarvinnut tehdä, koska vastaukset olivat valmiiksi melko lyhyitä. Teemojen eriväriset Post-it-laput helpottivat luokittelua. Tekemästäni luokittelusta on esimerkki liitteissä (Liite 1).

## 5 KEHITTÄMISTYÖN TULOKSET

Tässä luvussa käyn läpi työpajojen avulla saadut tulokset. Tulokset on työstetty teorialähtöisen aineiston analyysin avulla ja vastausten jakaantumista on havainnollistettu piirakkakuviolla. Kuvioiden avulla esitän, miten henkilöstön vastaukset jakautuivat arvostavan kohtaamisen elementeistä (Kuvio 2.), arvostavan kohtaamisen edistävistä tekijöistä (Kuvio 3.) ja arvostavan kohtaamisen estävistä tekijöistä (Kuvio 4.).

### 5.1 Arvostava kohtaaminen

Työryhmän mielestä arvostavaan kohtaamiseen kuuluu potilaan kuunteleminen. Kuuntelu on aitoa, aktiivista, läsnä olevaa ja ymmärtävää. Potilaalle tulee kokemus kuulluksi tulemisesta. Hoitaja on myötäilevä ja osoittaa kiinnostustaan potilaaseen. Hoitaja osoittaa ymmärrystä potilaan tilanteeseen, vaikka olisi potilaan kanssa eri mieltä asioista.

”Aitoa kuuntelua, ei vain kuulemista.”, ”Potilaalle ja omaisille tulee tunne, että on tullut kuulluksi.”

Sanallisessa vuorovaikutuksessa huomioidaan vastavuoroisuus potilaan kanssa. Esitellään itsensä työvuoron alkaessa potilaalle ja tervehditään tavatessa. Potilaalle annetaan tietoa ja ohjataan toiminnoissa tarvittaessa. Potilaan mahdolliset kommunikaation puutteet pyritään huomioimaan vuorovaikutuksessa. Asiat perustellaan potilaalle riittävän hyvin. Vuorovaikutuksessa pyritään luomaan turvallinen ilmapiiri. Sanattomaan vuorovaikutukseen liitetään oman fyysisen aseman huomioiminen tasavertaisuuden lisäämiseksi, silmiin katsominen keskustellessa ja hymyily.

” Sopiva kommunikaatiotapa: jos esim. puutteita taidoissa, kielessä tms.”

Yksilöllisyyden huomioiminen nähtiin myös tärkeänä tekijänä arvostavassa kohtaamisessa. Potilas kohdataan yksilöllisesti, hänen erityistarpeensa huomioiden. Potilaan anamneesiin tulee perehtyä hoidon alussa ja huomioida potilaan aiemmat kokemukset hoitoihin liittyen. Potilaan kokonaistilanne pyritään hahmottamaan sekä huomioidaan

potilaan autonomisuus ja osallistetaan potilasta omaan hoitoonsa. Potilaalle pyritään antamaan tukea ja apua viiveettä hänen sitä pyytäessään. Potilaan asiat pyritään hoitamaan loppuun saakka.

”Yhdessä tutkitaan ja mietitään ratkaisuja/keinoja potilaan tilanteeseen.”

”Erilaisten tarpeiden ymmärtäminen.”

Potilaan kunnioitus näkyy hoitajan toiminnassa kunnioittavana kohteluna. Kunnioitetaan potilasta ja hänen ainutlaatuisuuttaan, ilman että hänen tekemisensä tai tekemättä jättämisensä vaikuttavat. Kunnioitetaan potilaan toiveita, ajatuksia ja mielipiteitä. Kohdellaan potilasta ihmisenä, ei diagnoosina. Potilaan oireiden ei anneta vaikuttaa kohteluun. Pyritään välttämään hoitaja-potilasasetelmaa ja kohdataan ihminen ihmisenä. Kunnioitukseen liittyy hoitajan arvostava asenne ja potilaan aito kohtaaminen.

”Kohdataan ihminen ihmisenä.” ”Kunnioitetaan potilasta ja hänen ainutlaatuisuuttaan riippumatta siitä, mitä hän mahdollisesti on tehnyt (tai jättänyt tekemättä) ja riippumatta hänen mahdollisista sairautensa oireista.”

Hoitajan tulee kohtaamisessa toimia ammatillisesti. Vaitiolovelvollisuus on tärkeää huomioida. Ammatillisuuteen liittyy myös omaisten huomiointi hoidon aikana. Hoitajan toiminnan tulee olla ammattimaista, tavoitteellista ja kannustavaa. Hoitajan tulee välittää potilaalle turvallisuuden tunnetta ja toimia rauhallisesti. Hoitajan tulee olla luotettava ja realistinen.

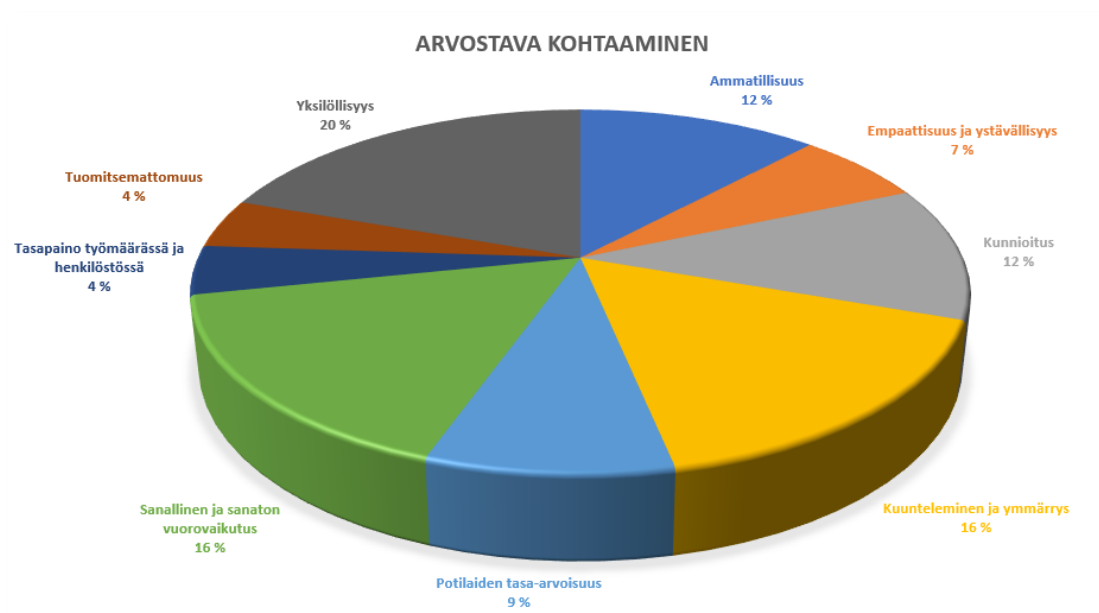
”Hoitaja on rehellinen, turvallinen ja luotettava.”

Empaattisuus ja ystävällisyys liitetään myös arvostavaan kohtaamiseen. Potilaita tulee kohdella kohteliaasti ja myötätuntoisesti. Kohtaamisessa tulee myös pyrkiä tasa-arvoisuuden potilaan taustoista huolimatta. Kaikkia potilaita tulee kohdella saman arvoisina, välittämättä esimerkiksi seksuaalista suuntautumista tai sosioekonomista asemaa.

”Hoitaja on kohtelias.” ”Samalla tasolla olemista tai siihen pyrkimistä.”

Tuomitsemattomuus nousee muutamassa vastauksessa esille. Potilaasta ei tule tehdä ennako-oletuksia diagnoosin, historian tms. sellaisten perusteella. Potilasta ei tule rangaista missään tilanteessa. Tasapaino työn ja henkilöstön määrässä liitetään myös arvostavaan kohtaamiseen. Riittävät resurssit mahdollistavat ajan ja paikan varaamisen kohtaamiselle sekä viestivät potilaalle kiireettömyydestä ja hoitajan mahdollisuudesta tarjota aikaansa potilaalle.

”Ei tehdä oletuksia diagnoosien, historian tms. perusteella.” ”Rauhallisen paikan varaaminen kohtaamiselle.”



**Kuvio 2.** Arvostavan kohtaamisen elementit

## 5.2 Arvostavan kohtaamisen edistävät tekijät

Ammatillisuus nähdään tärkeänä elementtinä arvostavan kohtaamisen edistävänä tekijänä. Ammatillisuuteen kuuluu omasta työkyvystä huolehtiminen ja ylläpitäminen. Ammatillisuuteen liittyy oma ammatillinen käyttäytyminen, oman ammattitaidon kehittäminen sekä työyhteisön toiminta ja tuki. Ammatillinen käytös kuvataan asiallisuutena.

Ammatillisuuteen liittyy potilaan yksilöllinen huomioiminen omine tarpeineen ja toiveineen. Ammatillisuuden ajatellaan kehittyvän kokemuksen ja koulutusten myötä ymmärryksen lisääntymisellä. Ammattitaitoa voidaan kehittää esimerkiksi vuorovaikutuskoulutusten ja päihdekoulutusten myötä ammatillisemmaksi. Tietoa epävakaa persoonallisuushäiriötä sairastavista kaivataan myös ammatillisuuden lisäämiseksi. Ammatillisessa toiminnassa kyetään itsenäiseen päätöksentekoon. Ammatillisuuteen liitetään myös potilaiden omaisten huomioiminen. Työyhteisön ilmapiirin ollessa tuomitsematon, hyvä ja rento, se koetaan arvostavan kohtaamisen edistäväksi tekijäksi. Työyhteisön toivotaan olevan kannustava, tukeva ja ymmärtävä. Työntekijän henkilökohtaisilla arvoilla on vaikutus koko työyhteisöön. Työntekijöillä tulisi olla yhtenäiset toimintatavat ja työrauha. Hoitolinjojen ja suunnitelmien tulisi olla selkeitä. Työyhteisön tuki koetaan tärkeänä esimerkiksi potilaan käyttäytyessä asiattomasti. Moniammatillinen yhteistyö nähdään tärkeänä ja kohtaamisen mahdollistavana tekijänä.

”Oma ammatillinen kiinnostus toiseen.” ”Kannustava ja ymmärtäväinen työyhteisö.” ”Yhteistyö koko yksikön kanssa, jotta kohtaaminen mahdollistetaan.”

Yksilöllisyys nousi tuloksissa esille seuraavaksi eniten. Potilaan yksilöllinen kohtelu ja huomiointi sekä kokonaisvaltaisuus nähdään tärkeinä elementteinä. Yksilöllisenä kohteluna mainitaan esimerkiksi, että potilaalle annetaan uusi mahdollisuus ja pidetään toivoa yllä vaikeissakin tilanteissa. Hoitaja haluaa auttaa ja olla utelias. Potilaan aiemmat kokemukset pyritään huomioimaan ja potilasta yritetään osallistaa omaan hoitoonsa mahdollisimman paljon.

” Huomioiden kuitenkin jokaisen yksilölliset tarpeet ja toiveet.”

Kuunteleminen ja ymmärrys oli vastausten perusteella tärkeä edistävä tekijä. On tärkeää olla myötäilevä ja osoittaa kiinnostusta toista kohtaan sekä ymmärtää, vaikka olisikin eri mieltä potilaan kanssa. Tähän kuuluu myös potilaan kuulluksi tuleminen. Tärkeää on kuuleminen, ei ainoastaan kuunteleminen. Potilaalle ja omaisille on tärkeää saada

tunne, että on tullut kuulluksi. Tulkin käyttöä tulisi suosia yhteisen kielen puuttuessa. Potilaat tulee ottaa vakavasti ja heitä tulee kohdella tasa-arvoisesti.

”Halu auttaa ja ymmärtää.” ”Tasa-arvoisuuteen pyrkiminen kaikkien potilaiden kohdalla.”

Hoitajan inklusiivisuus mahdollistaa arvostavan kohtaamisen syntyä. Siihen kuuluu ennakkoluuloton suhtautuminen ja potilaan kohtaaminen avoimin mielin. Diagnoosien perusteella ei tule tehdä ennako-oletuksia potilaasta.

”Potilaan kohtaaminen avoimin mielin.” ”Ennakkoluulottomuus (ei esim. kohdella/oleteta tietyistä diagnooseista jotain).”

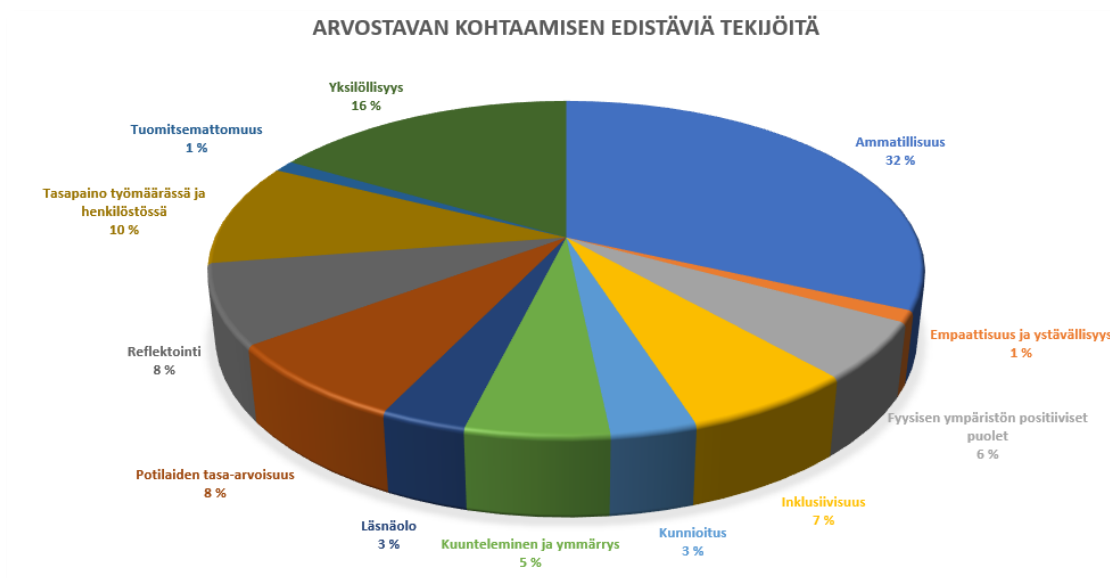
Reflektoinnin merkitys nostettiin myös esille. Hoitajan on hyvä olla tietoinen omasta toiminnastaan. On tärkeää tunnistaa omia reaktioitaan ja syitä niihin. Miksi joku potilas saattaa herättää itsessä negatiivisia tunteita. Omia voimavaroja tai niiden puutteita on myös hyvä pohtia ja miten ne vaikuttavat kohtaamisiin. Yhteisössä tulisi vallita asenteen, että kohtaaminen on tärkeää.

”Omien reaktioiden ja niiden syiden tunnistaminen -> miksi joku potilas herättää negatiivisia/positiivisia tunteita.”

Tasapaino työn ja henkilöstön määrässä mahdollistaa stressittömän työskentelyn ja kiireettömyyden. Potilaalle on mahdollista tarjota riittävästi aikaa kohtaamiseen ja työaika voidaan myös priorisoida kohtaamisille. Kalenteriin varatut tapaamisajat saadaan toteutettua. Tasaisella työtahdilla nähdään vireystasoa ylläpitävä vaikutus. Saatavilla oleminen on tärkeää.

”Tarpeeksi henkilöresursseja, jotta potilaan voi kohdata rauhassa.”

Fyysisestä ympäristöstä nostettiin esille yksikön viihtyvyys sekä rauhalliset ja hyvät tilat. Myös asianmukaiset ja asialliset potilashuoneet mainittiin arvostavaa kohtaamista edistävinä tekijöinä.



**Kuvio 3.** Arvostavan kohtaamisen edistävät tekijät

### 5.3 Arvostavan kohtaamisen estävät tekijät

Potilasryhmien eriarvoisuus nousi vastauksissa selkeästi esille. Epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavat ja kaksoisdiagnoosipotilaat saavat erilaista kohtelua kuin muut potilasryhmät. Persoonallisuushäiriöiset saatetaan leimata jo ennen kohtaamista diagnoosin perusteella. Epävakaudesta ei ole riittävästi tietoa, jotta oma ymmärrys ja jaksaminen riittäisi arvostavaan kohtaamiseen. Myös ensipsykoosia sairastavan ja kroonikkopotilaan kohtaamiset nähdään eriarvoisina.

”Toisinaan esim. evp-potilaat saattaa herättää tunteita sekä myös usein hoidossa olleet, jotka toistuvasti ”sössii” kaikki asiansa.” ”Ennakkokäsitykset diagnoosin perusteella -> ”se on vaan evp” yms.” ”Selkeät päihdeongelmat voivat aiheuttaa negatiivista asennetta verrattuna ”puhtaaseen” psykoosiin.”

Potilaiden eriarvoisuus vaikuttaa arvostavan kohtaamisen toteutumiseen. Potilaalla itsellään voi olla epäluuloja hoitajia tai hoitoa kohtaan. Potilas saatetaan kokea uhkaavaksi tai hänen käytöksensä voi olla epäasiallista tai jopa aggressiivista. Epävarmuus ja pelko potilasta kohtaan on esteenä arvostavalle kohtaamiselle. Potilaan psyykkinen vointi saattaa olla niin huono, että hän voi tulkita kohtaamisen sairauden värittämänä, esimerkiksi uhkaavana. Potilas voi olla myös niin voimakkaassa tunnetilassa, että se estää arvokasta kohtaamista, jos potilas ei pysty ymmärtämään tai hyväksymään tilannetta.

”Aggressiiviset potilaat (tai joilla on tällaista taustaa) saattavat herättää kielteisiä tunteita.”

Epäammattillisuus nousee merkittävänä arvostavan kohtaamisen estävänä tekijänä. Tietyt potilasryhmät, kuten kaksoisdiagnoosipotilaat ja epävakaa persoonallisuushäiriötä sairastavat, voivat aiheuttaa hoitajissa ennakkoluuloja ja -asenteita. Diagnoosin perusteella tehdään oletuksia potilaasta ja saatetaan toimia tuomitsevasti. Ei pystytä asettumaan vastavuoroiseen vuorovaikutukseen ja kuulla potilaan asiaa. Omien asenteiden tarkastelu olisi tärkeää.

”Ennakoasenteet tietyistä potilasryhmistä.” ”Huono asenne työhön.”

”Henkilökunnan puolelta joskus kuultavissa stigmaa, jos potilaalla päihdetausta.”

Työyhteisön väliset erimielisyydet tai hoitolinjat vaikuttavat kohtaamiseen. Puhumattomuus työyhteisössä aiheuttaa haasteita. Vaikeita asioita pelätään käsitellä. Oma asenne työhön voi olla kielteinen ja koetaan turhautumista. Työyhteisön kulttuuri voi olla kohtaamista vähättelevää, mihin vaikuttaa yksittäisten työntekijöiden suhtautuminen. Epäammattillisuuteen liittyy myös se, ettei itse arvosta omaa työtään. Ylimääräisen tai turhan auktoriteettiaseman sekä liian tietävän asiantuntijaroolin ottaminen estää arvokasta kohtaamista, samoin yksilöllisyyden puute. Saman ei-toivotun tilanteen toistumi-

nen ja toistuviin hoitoihin turhautuminen koetaan arvostavan kohtaamisen estävänä tekijänä, kuten myös potilaan sitoutumattomuus hoitoonsa. Hoitajan omat aiemmat kokemukset vastaavanlaisista tilanteista voivat olla esteenä arvostavalle kohtaamiselle.

”Vaikeiden asioiden käsittelyn pelko.” ”Puhumattomuus työyhteisössä.” ”Työyhteisön väliset erimielisyydet tai hoitolinjat.”

Potilaan sairudentunnottomuus voi olla myös estävänä tekijänä. Vaikeasti oireilevat potilaat mielletään kuormitusta lisääviksi. Potilaan kanssa voi olla vaikeaa saada kontaktia henkilökemioiden kohtaamattomuuden vuoksi. Potilaan kanssa ei ole yhteistä kieltä, tai ei tiedetä riittävästi hänen kulttuurinsa vaikutuksia käytökseen tai toimintaan.

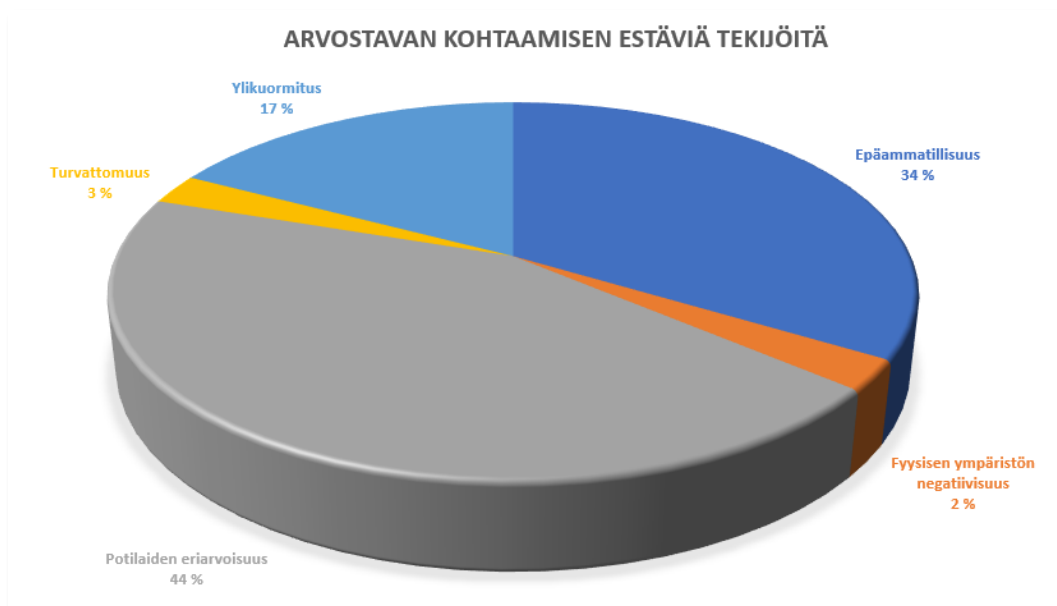
”Ulkomaalaistaustaiset eivät aina saa arvokasta kohtaamista, koska kielimuuri tai muut kultturelliset tekijät häiritsee tai vaikuttaa.”

Yhtenä estävänä tekijänä tuli esiin ylikuormitus. Hoitajan oma väsymys, kiire ja stressi voivat olla esteenä arvostavalle kohtaamiselle. Kiire voi olla todellista tai hoitajan kokemaa. Kiireessä ei ole riittävästi aikaa perehtyä potilaan asioihin. Hoitajan oma jaksaminen tai sen puute voi vaikuttaa työkykyyn ja sen myötä kohtaamiseen. Muut työtehtävät tai toiset potilaat voivat olla estäviä tekijöitä. Toisten potilaiden levottomuus voi vaatia hoitajan läsnäoloa toisaalla ja joku potilas jää vähemmälle huomiolle.

”Kiire, ei ehdi riittävästi paneutua potilaan asiaan/tarpeisiin.”

Fyysisten tilojen kohdalla tuotiin esille rauhallisen ja sopivan tilan puute. Potilashuoneet todettiin liian ahtaiksi ja työtilat huonoiksi. Työnohjauksen puute mainittiin myös estävänä tekijänä. Vaativat tai haastavasti käyttäytyvät omaiset voivat olla myös arvostavan kohtaamisen esteinä.

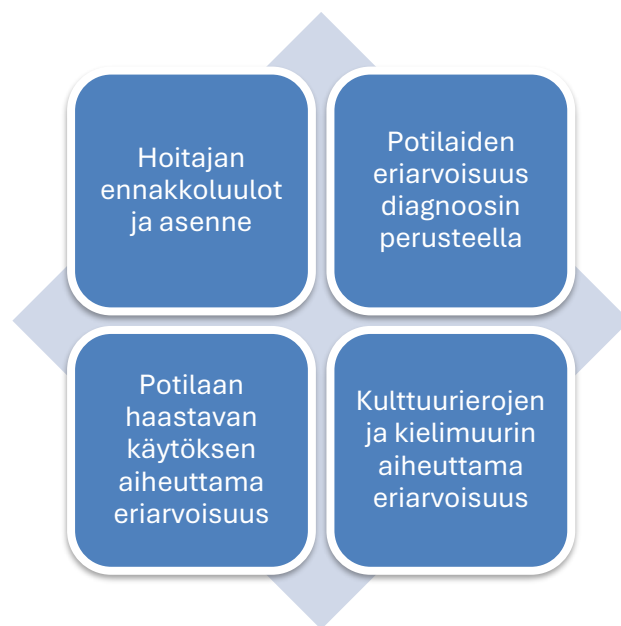
”Rauhallisen ja miellyttävän tilan puute.” ”Omaisten ”sekaantuminen omine vaatimuksineen”.



**Kuvio 4.** Arvostavan kohtaamisen estävät tekijät

#### 5.4 Arvostavan kohtaamisen kehittäminen

Oppimiskahvilan kehittämisteemoiksi olin valinnut neljä eniten aivoriihissä esiin nousutta teemaa, mitkä nähtiin arvostavan kohtaamisen estävinä tekijöinä. Teemat asettuivat käsitteiden potilaiden eriarvoisuus ja epäammattisuus alle ja ne olivat, hoitajan ennakokuluot ja asenne, potilaiden eriarvoisuus diagnoosin perusteella, potilaan haastavan käytöksen aiheuttama eriarvoisuus sekä kulttuurierojen ja kielimuurin aiheuttama eriarvoisuus. (Kuvio 5.) Kuviolla 6. tiivistän keskeiset tulokset oppimiskahvilan kehittämistyöstä arvostavan kohtaamisen lisäämiseksi.



**Kuvio 5.** Oppimiskahvilan kehittämiskohteet

#### 5.4.1 Hoitajan ennakkoluulot ja asenne

Henkilökunnan perehdytys nähtiin tärkeässä roolissa ennakkoluulojen ja asenteiden muovaamisessa. Kerrotaan, millaisia potilaita osastolla hoidetaan ja millaista käyttäytymistä potilailla voi esiintyä. Negatiivinen suhtautuminen voi kummuta hoitajan omista epävarmuuksista. Työryhmässä pyrittäisiin kannustamaan siihen, että uskallettaisiin myöntää, jos ei jotain tiedä tai osaa ja pyydetäisiin kollegalta apua.

Hoitajan ennakkoluuloja ja asenteita ajateltiin voitavan kehittää ajattelemalla, että tämä kerta voi olla mahdollisuus muutokselle. Ei annettaisi aiempien hoitajaksojen ”leimata” potilasta eikä tehtäisi ennako-oletuksia siitä, millainen potilas on tai miten hoito etenee. Kyettäisiin olemaan tuomitsematta potilasta. Muistettaisiin, että potilas yrittää/tekee aina parhaansa.

Henkilökunnan lisäkoulutuksista ajateltiin olevan hyötyä potilaskohtaamisiin. Esimerkkeinä nostettiin DKT eli dialektinen käyttäytymisterapia, lyhytterapia ja START, joka puo-

lestaan on strukturoitu arviointityökalu väkivallan riskin arvioimiseen (Structured Assessment of Protective Factors for Violence Risk). Myös simulaatiokoulutuksesta ajateltiin voivan olla hyötyä kohtaamisten kehittämisessä.

Raportointitilanteissa olisi pyrittävä tuomitsemattomaan puheeseen. Potilaiden voimista olisi käytettävä kuvailua ja neutraaleja ilmaisuja sekä pitää fokus pienissäkin toipumisen merkeissä (softwords). Myös negatiivisiksi miellettyjen ajatusten, tunteiden, asenteiden yms. sanoittaminen ja hyväksyntä työryhmässä sekä niiden käsittely yhteisesti niin, etteivät ne vaikuta potilaan kohtaamiseen. Kokemusasiantuntijoita voisi hyödyntää enemmän, heillä olisi varmasti hyvää omakohtaista kokemusta liittyen kohtaamiseen.

#### **5.4.2 Potilaiden eriarvoisuus diagnoosin perusteella**

Tähän teemaan liittyen työryhmä ajatteli, että on yhteinen vastuu huolehtia potilaiden kunnioittavasta kohtaamisesta. On tärkeää hyväksyä potilas diagnoosista huolimatta. Potilas ei itse ole voinut valita diagnoosiaan/sairauttaan. Diagnoosista riippumatta potilaita pyritään kohtelevaan samantarvoisesti. Ymmärrys avuntarpeen todellisuudesta on myös tärkeää. Potilaalta ei tule sallia huonoa käytöstä jonkin tietyn diagnoosin perusteella.

Hoidossa keskitytään parantavan hoitosuhteen luomiseen sekä kokonaisvaltaiseen hoitamiseen, huomioiden myös komorbiditeetti. Ammatillisuuden säilyttäminen nähtiin tärkeänä kohdattaessa haastavasti käyttäytyvä potilas. Tärkeää olisi olla antamatta ”siiviliminän” ajatusten vaikuttaa ammatillisuuteen. Itsereflektiota omista asenteista ja ennakkoluuloista olisi tärkeää tehdä. Lisäkoulutuksen tarve nousi esiin, jotta saataisi työvälineitä hoitotyöhön ja potilaiden kohtaamisiin. Yhtenäisten ja selkeiden hoitolinjojen ajateltiin hyödyttävän potilaiden tasaveroisessa kohtaamisessa. Opiskelijoita ohjattaessa kiinnitetään huomiota erilaisuuden hyväksymisen ilmapiiriin.

### **5.4.3 Potilaan haastavan käytöksen aiheuttama eriarvoisuus**

Henkilökunnan koulutukset ajateltiin tärkeiksi haastavien tilanteiden kohtaamisessa, jotta olisi työkaluja toimia ennaltaehkäisevästi. Esimerkkinä tuotiin esiin Mapa (Management of Actual or Potential Aggression). Yhtenäisen linjan pitäminen koettiin tärkeänä, koska se tuo selkeyttä sekä potilaille että hoitajille. Keskinäiseen tiedonsiirtoon tulee myös panostaa. Yhteneväiset odotukset tulisi ottaa perehdytyksessä esille. Ammatillisuuden säilyttäminen on tärkeää, jotta pystytään jättämään ennakoasenteet pois, eikä itse omalla toiminnalla ruokita haastavaa käytöstä. Riittävä tiedon jakaminen tulisi huomioida, esimerkiksi päihdepotilaan oloa voidaan helpottaa, kun kerrotaan lääkkeen vaikutusajasta. Neutraalin asenteen säilyttäminen koetaan tärkeänä esimerkiksi suisidaalisen käytöksen yhteydessä. Potilaalle tulisi mahdollistaa epäonnistuminen sekä muutos.

Hankalatkin asiat olisi uskallettava ottaa esiin, vaikka olisi riski potilaan hermostumisesta. Ei hyväksytä potilaan huonoa käytöstä diagnoosiin vedoten. Lääkärijohtoisuutta olisi hyvä hyödyntää, hankalissa tilanteissa voidaan vedota lääkärin päätöksiin tai osaston kulttuuriin. Pitäisi olla myös uskallusta mennä tilanteisiin eikä vetäytyä henkilökunnan tiloihin. Ylipäättään yhteisöön jalkautuminen nähtiin tärkeänä. Työparityöskentelyä hyödyntämällä voitaisi saada paremmin käyttöön kaikkien ammattitaito ja lisätä potilaiden tasa-arvoisuutta. Avun tarjoamisen ja vastaanottamisen kulttuuri olisi hyvä juurruttaa työryhmään.

### **5.4.4 Kulttuurierojen ja kielimuurin aiheuttama potilaan eriarvoisuus**

Kulttuurin ymmärtäminen nähdään tärkeässä roolissa tässä teemassa. Koulutuksia kulttuurien vaikutuksesta hoitotyöhön ja potilaan kohtaamiseen tulisi suosia. Oma uteliaisuus auttaa myös kohtaamisessa. Itselleen tulee olla myös armelias, ettei kaikkea tarvitse tietää vaan tärkeintä on halu oppia ja ymmärtää. Tärkeää huomioida jokainen yksilöllisesti. Kaikki samasta maasta tulevat eivät ole samanlaisia. Kulttuurierojen näkyminen käytöksessä voidaan tulkita psyykkisen voinnin oireeksi virheellisesti. Tärkeää olisi

pystyä erottamaan mikä johtuu kulttuurista, persoonasta tai sairaudesta sekä miten nämä asiat vaikuttavat omaan reagointiin ja kommunikointiin.

Omaa kohtaamista olisi hyvä pohtia tilanteessa, jossa ei ole yhteistä kieltä. Koulutetun tulkin käyttöä tulisi hyödyntää sekä hoitosuhdekeskusteluissa että lääkärintapaamisissa. Omaisia ei tulisi käyttää tulkkina. Omaa toimintaa olisi hyvä miettiä liittyen selkeyteen, vaitiolovelvollisuuteen ja riittävän ajan varaamiseen. Mielenterveystaloa kannattaa hyödyntää, koska siellä on materiaalia eri kielillä. Yhteistyötä kulttuuripsykiatrian poliklinikan kanssa voisi lisätä. Kolmannen sektorin palveluja voisi hyödyntää konsultaatioavulla. Myös tutustumiskäyntejä eri toimipisteisiin voisi järjestää. Tärkeää olisi pohtia kuinka paljon osastolla mahdollistetaan oman kulttuurin toteuttaminen, esimerkiksi romanipoltilas ei voi eristyshuoneessa syödä lattialla. Huomioidaanko osastolla rukoilemisen mahdollistaminen, tietyn vaatetuksen käyttäminen ja oman ruokavalion noudattaminen. Potilaan kohtaamisessa jo muutama yhteinen ymmärretty sana potilaan äidinkielellä voi auttaa. Omien asenteiden tarkastelu on tässäkin teemassa tärkeää.



**Kuvio 6.** Kehittämistyön keskeiset tulokset

## 6 TULOSTEN TARKASTELU JA POHDINTA

Yhteenvetona tuloksista voidaan todeta, että sekä tutkimusten ja kirjallisuuden että psykiatrisen vuodeosaston henkilöstön käsitys arvostavasta kohtaamisesta sisälsi hyvin paljon samoja elementtejä, ainoastaan hieman eri painotuksilla. Tämän löydöksen perusteella voidaan ajatella, että hoitohenkilöstö ajattelee maailmanlaajuisesti arvostavan kohtaamisen hyvin samalla tavalla. Teoriatietoa kerätessäni havaitsin monen elementin olevan kytköksissä toisiinsa. Täysin samojen luokkien alle en saanut henkilöstön vastauksia teoriatiedon kanssa yhdistettyä. Henkilöstön vastauksista nousi keskeisiin käsitteisiin potilaan kohtelun alle enemmän elementtejä kuin teoriatiedossa (Kuvio 7.).

Seuraavaksi kuvailen eroavaisuuksia tarkemmin. Eroavaisuutena teoriatiedon ja henkilöstön vastauksissa tuli yksilöllisyys. Henkilöstön vastauksissa yksilöllisyyden merkitys korostui arvostavan kohtaamisen yhteydessä. Henkilöstöstä 20 prosentin mielestä potilaan yksilöllinen huomioiminen oli arvostavan kohtaamisen elementti sekä arvostavan kohtaamisen edistävä tekijä 16 prosentin mielestä. Potilaan yksilölliset erityistarpeet pyritään huomioimaan ja hahmottamaan hänen kokonaistilanteensa. Huomioidaan potilaan autonomisuus ja osallistetaan potilasta omaan hoitoonsa. Kohdellaan potilasta ihmisenä, ei diagnoosina. Teoriatiedossa yksilöllisyys mainittiin ainoastaan vuorovaikutuksen yhteydessä ja kunnioituksen alla. Potilaan näkeminen ihmisenä diagnoosin takaa tuli myös teoriatiedossa esille ja sehän on juuri yksilöllisyyttä parhaimmillaan. Myös ammatillisuus nousi henkilöstön vastauksista selkeästi esille, se oli jopa 31 prosentin mielestä arvostavan kohtaamisen edistävä tekijä. Henkilöstön vastauksista olin luokitellut luotettavuuden ja rehellisyyden ammatillisuuden alle, kun teoriatiedossa luottamus oli omana otsikkonaan. Teoriaosuudessa ammatillisuus oli mainittu hoitajan asenteen ja potilaan kohtelun alla. Se ei ollut kuitenkaan niin merkittävässä roolissa, että olisin nostanut sen omaksi otsikokseen työhöni. Oppimiskahvilassa ammatillisuus nousi myös esille ja lisäkoulutuksen tarve tunnistettiin ammatillisuuden kasvattamiseksi. Henkilöstön vastauksissa nousi myös potilaiden tasa-arvoinen kohtelu sekä tasapaino työmäärässä ja henkilöstössä arvostavan kohtaamisen elementteinä, mitä ei niinkään tutkimuksissa mainittu.



**Kuvio 7.** Yhteenveto tuloksista

Henkilöstön vastauksista puolestaan jäi uupumaan täysin esihenkilön rooli arvostavan kohtaamisen mahdollistajana tai estäjänä verrattuna teorialtietoon. Roviralta-Vilellan ja muiden (2019) mukaan johdolta saatu tuki vaikuttaa hoitajan motivaatioon ja asenteeseen. Paala (2023, s. 25) puolestaan toteaa organisaation toimivuuden ja hyvän johtamisen olevan yhteydessä hoitajien empatiakykyyn ja myötätuntoisuuteen. Hoitotyön johtaminen ja yhteiset arvot edistävät myös potilaiden kunnioittamista (Gabrielsson ja muut, 2016). Mielestäni esihenkilö voi toimia roolimallina ja suunnannäyttäjänä työyhteisössä. Hän voi omalla toiminnallaan joko vahvistaa tai heikentää työryhmässä vallitsevia arvoja. Esihenkilö voi olla luomassa ympäristöä, jossa arvot, kuten luottamus on tärkeää ja jokainen voi kertoa mielipiteensä ilman pelkoa kritiikistä. Esihenkilö voi vahvistaa haluttuja arvoja palkitsemisen keinoin tai ainakin positiivisen palautteen kautta.

Vuorovaikutustaidoista nousi esille henkilöstön vastauksissa täysin samat elementit kuin teorialtiedossakin eli sanallinen ja sanaton vuorovaikutus sekä kuunteleminen. Henkilöstön vastauksissa tuli esille myös potilaan mahdollisten kommunikaatiovaikeuksien huomioiminen. Tämä selittynee sillä, että osastolla on aika ajoin kuulovammaisia potilaita,

joiden kanssa tulkin käyttö on ehdottoman tärkeää. Lisäksi potilaita on paljon eri kulttuureista, joiden hoidossa myös käytetään tulkkia apuna. Kuuntelua painotettiin erityisen tärkeäksi teorian tiedossa. Aktiivista kuuntelua korostettiin ja sitä, että potilas tuntee tulevaisuutta kuulluksi. Kuuntelun tulisi ymmärtämisen lisäksi olla tuomitsematonta. Henkilöstö nosti esiin täysin samat elementit kuuntelemisesta.

Hoitajan asenne nähtiin teorian mukaan keskeisenä tekijänä arvostavan kohtaamisen luomisessa. Asenteen tulisi olla avoin, ystävällinen ja neutraalisuutta tavoittelevan ammatillinen. Asenteellaan hoitaja voi myös antaa potilaalle toivoa tulevasta. Toipumiseen vaikuttavista tekijöistä empaattinen suhtautuminen on tärkein. Empaattinen hoitaja koetaan myös helpommin lähestyttäväksi. Henkilöstön vastauksista nousi hoitajan asenteisiin empaattisuus ja ystävällisyys, mutta ainoastaan seitsemällä prosentilla vastaajista. Toisena asenteena teoriasta nousi tuomitsemattomuus, varmastikin siksi, että se oli puhtaasti oma mielenkiintoni kohde. Henkilöstöstä ainoastaan neljä prosenttia ajatteli tuomitsemattomuuden liittyvän arvostavaan kohtaamiseen. Toisaalta pohdittaessa arvostavan kohtaamisen estäviä tekijöitä, potilaiden eriarvoisuus nousi runsaasti esille. Siellä yhtenä osa-alueena oli hoitajan ennakkoluulot ja asenne, joka piti sisällään sen, että hoitaja tekee ennako-oletuksia esimerkiksi tietyn diagnoosin perusteella. Tässä ei ehkä ole osattu sanoittaa tuomitsemattomuutta arvostavan kohtaamisen alle, mutta erilaisella lähestymistavalla se tuli esille.

Oppimiskahvilan tuloksissa tuomitsemattomuuden ja negatiivisen asenteen muutokseen nähtiin tarvetta koulutuksen avulla ja asennekulttuurin muutoksella. Tuomitsemattomuuden asenteen tulisi olla hoitajilla tietoisista, että he pystyisivät luopumaan ennakoasenteistaan ja kohtelemaan potilaita tasapuolisesti. Potilas tulisi hyväksyä omana itsenään ja häntä pitäisi pyrkiä ymmärtämään. Hoitajan ollessa ennakkoluuloton ja salliva, potilaat avautuvat asioistaan todennäköisemmin. Henkilöstön ajatuksena oli, ettei potilaasta pitä tehdä ennako-oletuksia eikä potilasta tule rankaista missään tilanteessa. Potilaita tulee kohdella saman arvoisina taustoista huolimatta sekä pyrkiä kohtaamaan

tasa-arvoisesti kaikki potilaat. Hoitajan tulee osoittaa ymmärrystä, vaikka olisi eri mieltä potilaan kanssa.

Potilaan kohtelun oletettiin teoratiedon mukaan olevan potilaskeskeistä ja osallistavaa. Kohteluun liittyy vahvasti potilaan kunnioitus, luottamus ja läsnäolo. Arvostava kohtelu nähtiin osana inhimillisyyttä. Potilaat arvostavat sitä, että heidät nähdään ihmisenä sairauden takaa. Teoriasta nousi esiin potilaan kunnioittamisen merkitys arvostavan vuorovaikutuksen elementtinä. Kunnioittavan kohtaamisen perustana on hoitajan hyvä itsetuntemus ja omien mahdollisten ennakoasenteiden tunnistaminen. Potilaan kunnioitukseen kuuluu pidättäytyminen kaikesta sopimattomasta puheesta potilaaseen liittyen. Henkilöstön mukaan potilaan kunnioitus näkyy hoitajan toiminnassa kunnioittavana kohteluna. Kunnioitetaan potilaan ainutlaatuisuutta sekä hänen toiveitaan, ajatuksiaan ja mielipiteitään. Kunnioitukseen liitetään myös hoitajan arvostava asenne ja potilaan aito kohtaaminen. Vältetään hoitaja-potilasasetelman syntymistä.

Luottamus nousi teoratiedossa myös perustavanlaatuisena komponenttina terapeutin suhteen muodostamisessa. Luottamus lisääntyy yhdessä vietetyn ajan myötä. Luottamuksellinen suhde edesauttaa ymmärretyksi tulemisen tunnetta potilaalla. Hoitajan itsevarmuus puolestaan edesauttaa luottamuksellisen suhteen syntymistä ja antaa potilaalle toivoa. Henkilöstön vastauksissa tuli luottamus kertaalleen esille. Hoitajaa kuvattiin luotettavaksi, rehelliseksi ja realistiseksi. Teoriatieto toteaa läsnäolon olevan tärkeää, jotta potilaille välittyä hoitajan olevan käytettävissä. Potilaat arvostavat arkisia keskusteluja ja sitä, että hoitajat järjestivät heille aikaa kiireistään huolimatta. Henkinen läsnäolo viestii hoitajan aitoudesta. Henkilöstön vastauksista nousi esiin, että riittävät resurssit mahdollistavat potilaan kohtaamisen kiireettömästi ja ajan tarjoamisen. Läsnäolo mainittiin kuuntelun yhteydessä. Saatavilla oleminen mainittiin myös.

THL:n tekemän kyselyn mukaan psykiatrisessa laitoshoidossa vain 37,8 prosenttia oli täysin samaa mieltä väitteestä: Olen saanut hoidosta toivoa tulevaisuuteen ja 25,4 pro-

senttia oli samasta väittämästä osittain samaa mieltä (Viertiö ja muut, 2022). Henkilöstön vastauksista toivon antaminen potilaalle nousi esille ainoastaan yhden vastaajan kohdalla. Tässä olisi mahdollinen kehittämiskohde jatkossa. Horgan ja muut (2020) sekä Strand ja muut (2023, s. 26) toteavat hoitajilla olevan tärkeä rooli toivon ylläpitämisessä silloin, kun potilas on haavoittuvassa tilassa. Romeu-Labayen ja muiden (2021) mukaan potilaat suhtautuvat myönteisesti, kun hoitaja välittää omalla asenteellaan, että potilas voi muuttua ja toipua. Yksilöllisten tarpeiden huomioinnista, vain 46 prosenttia koki olevansa täysin samaa mieltä ja osittain samaa mieltä oli 29 prosenttia (Viertiö ja muut, 2022). Henkilöstön vastauksissa yksilöllisyyden huomioiminen nähtiin arvostavan kohtaamisen elementtinä 20 prosentin mukaan ja arvostavan kohtaamisen edistävänä tekijänä 16 prosentin mukaan. Henkilökunnalla on ollut aikaa keskustella kanssani, kun koen siihen tarvetta- väittämän kanssa 50,6 prosenttia oli täysin samaa mieltä ja osittain samaa mieltä oli 25,2 prosenttia (Viertiö ja muut, 2022). Henkilöstön vastauksissa sanallinen ja sanaton vuorovaikutus sekä kuunteleminen ja ymmärrys yhdistettiin yhteensä 32 prosentin mukaan arvostavaan kohtaamiseen. Väittämän: Olen kokenut oloni turvalliseksi hoidon aikana, kanssa täysin samaa mieltä oli ainoastaan 36,7 prosenttia ja osittain samaa mieltä 26 prosenttia (Viertiö ja muut, 2022). Henkilöstön vastauksissa tuli esille, että vuorovaikutuksella pyritään luomaan turvallinen ilmapiiri. Turvattomuuden kokemus vaikuttaa väistämättä myös luottamuksen syntyyn, joten sen vuoksi halusin tuloksen tähän nostaa. Luottamuksellisen suhteen luominen potilaaseen on tärkeässä roolissa toipumisen suhteen (Strand ja muut, 2023, s. 26). Luottamuksen kehittyminen on tärkeässä roolissa arvostavassa kohtaamisessa. Näitä potilaiden kokemuksia olisi mielenkiintoista verrata henkilöstön vastauksiin enemmänkin, koska pienellä otannalla vaikuttaa, etteivät tulokset ole kovin yhtenäisiä.

Mielenterveyden keskusliiton tekemän mielenterveysbarometrin mukaan vuonna 2009 mielenterveyskuntoutujista 47 prosenttia koki joutuvansa leimatuksi sairautensa takia. Ammattilaisista jopa 62 prosenttia ajatteli psyykkisen sairauden aiheuttavan leimaa-

mista. Vuonna 2019 toteutetussa samaisessa barometrissä ammattilaisista jopa 74 prosenttia ajatteli potilaan leimautuvan sairauden vuoksi. Silloin taas mielenterveyskuntoutujien kokemukset ovat olleet leimautumisesta vähäisemmät, ainoastaan 38 prosenttia. (Mielenterveysbarometri, 2019.) Tämä on mielenkiintoinen yhtälö ja olisi tärkeää pohtia mistä nämä muutokset johtuvat, että kuntoutujien oma arvio leimautumisesta on kasvanut, kun taas ammattilaisten arvio on laskenut. Tämänkin kyselytuloksen perusteella voidaan todeta, että potilaan kohtaamista tulee kehittää, jotta leimautumisen kokemukset vähenevät ja potilas tulee nähdyksi ihmisenä, diagnoosin takaa. Opinnäytetyössäni henkilöstön vastauksissa sairauden aiheuttama stigma ja hoitajan negatiiviset ennakoasenteet nousivat esille, mutta toisaalta ajateltiin lisäkoulutuksen myötä saatavan esimerkiksi epävakaa persoonallisuushäiriötä sairastavan kohdalla ymmärrystä potilaan oireiluun. Ymmärryksen lisääntymisen myötä varmasti leimaaminen ja ennakoasenteet vähentyisivät.

Stapleton ja Wright (2017) toteavat henkilöstön tarvitsevan lisää koulutusta epävakaa persoonallisuushäiriöstä, jotta tämän potilasryhmän hoitokokemusta voitaisiin parantaa. Day ja muut (2018) saivat 15 vuoden seurantatutkimuksessaan viitteitä siitä, että asenteet epävakaa persoonallisuushäiriötä sairastavia kohtaan ovat parantuneet merkittävästi. Kuitenkin omassa työyhteisössäni asenne koettiin edelleen estävänä tekijänä arvostavalle kohtaamiselle, joten kehitettävää siltä osin varmasti vielä riittää. Opimiskahvilan tuloksissa nousi myös tarve lisäkoulutukselle kyseisen potilasryhmän kohdalla tiedon ja ymmärryksen lisäämiseksi. Koulutusten myötä ammatillisuus lisääntyisi ja pystyttäisiin tarjoamaan potilaille laadukkaampaa hoitoa, kun saataisi lisää työkaluja hoitotyöhön sekä potilaan kohtaamiseen. Bodner ja muut (2015) suosittelevat tutkimuksensa perusteella, että epävakaa persoonallisuushäiriötä sairastavien hoitoa jaettaisiin enemmän myös sosiaalityöntekijän ja psykologin kesken. Nyt hoitotaakka on enemmän lääkäreillä ja hoitajilla. He ehdottavat myös työpajojen pitoa henkilöstön asenteiden parantamiseksi kyseistä potilasryhmää kohtaan. Osastolla tätä voitaneen pohtia, olisiko hoito jaettavissa useamman ammattiryhmän kesken, jotta kuormitus vähenisi.

Potilaiden arvostavan kohtaamisen tulisi lähteä jo työyhteisön keskinäisestä, kunnioitavasta vuorovaikutuksesta. Työyhteisössä tulisi vallita psykologinen turvallisuuden tunne, että asioista voidaan puhua avoimesti ja kaikkien mielipiteet ovat sallittuja. Työyhteisössä tulisi myös vallita keskinäinen kunnioitus, että kaikki työntekijät ovat samanarvoisia ja toisen tekemää työtä arvostetaan. Arvostava vuorovaikutuskulttuuri ja kuuluksi tuleminen edistävät hyvää yhteistyötä. Töllin (2024, s. 242) mukaan tiedostettu toisen huomioimattomuus on tehokkain tapa ilmaista, ettei arvosta toista. Olisi ensiarvoisen tärkeää huomioida ihmisen hyviä puolia, koska huomion avulla ne vain vahvistuvat (Töllin 2024, s. 77). Myönteisyyden vahvistamiseen riittävät pienet teot, kuten tervehtiminen ja kiinnostuksen osoittaminen sekä läsnäolo. Arvostuksen kokeminen työssä parantaa motivaatiota, tukee suoriutumista sekä lisää sitoutumista ja työssä jaksamista. (Töllin 2024, s. 83, 243.) Keskinäinen kunnioitus mahdollistaa avoimen vuorovaikutuksen ja haastavista potilaskohtaamisista pystytään puhumaan neutraalisti ja ammatillisesti ilman, että potilaan käyttäytymistä tai oireilua lähdetään arvostelemaan tai tuomitsemaan. Tasavertainen hoito vaatisi kaikkien potilaiden kunnioittamista diagnoosista tai taustoista välittämättä.

Terapeuttinen suhde on olennainen osa psykiatrista hoitotyötä. Terapeuttisen suhteen parantaminen lisää potilastyytyväisyyttä psykiatrisella vuodeosastolla. Potilastyytyväisyyttä voidaan käyttää yhtenä indikaattorina mitattaessa hoidon laatua. (Moreno-Poyato ja muut, 2017 a.) Tämä tieto puoltaa arvostavan kohtaamisen kehittämisen merkitystä. Hoitotyön potilaspalautetta kerätään HUSissa HoPP-kyselyllä. Kyselyllä halutaan selvittää, miten potilas on kokenut hoitajien toteuttaman hoitotyön. Useissa yksiköissä järjestetään tehokeräys neljä kertaa vuodessa riittävän vastausmäärän saamiseksi. Kyselyssä on väittämiä yhdeksältä osa-alueelta, joista yksi on kohteliaisuus ja kunnioitus. (Intra-hoitotyö, n.d.) HoPP-kyselylomake on kaikille yksiköille samanlainen, joten se ei ihan optimaalisesti palvele psykiatrista vuodeosastoa. Kyselylomaketta voisi paremmin kohdentaa somatiikalle ja psykiatriselle erikseen, niin siitä voisi saada paremman hyödyn.

Opinnäytetyölläni sain vastaukset tutkimuskysymyksiini; mitä arvostava kohtaaminen tarkoittaa ja mitkä tekijät edistävät sitä ja mitkä puolestaan estävät. Sain kaikkiaan 93 vastausta arvostavasta kohtaamisesta ja edistävästä tekijöistä 91 vastausta sekä estävistä tekijöistä 116 vastausta. Tutkimuskysymykseen arvostavan kohtaamisen estävistä tekijöistä, tehtiin kehittämistyötä oppimiskahvilan avulla, pohtimalla hoitajan asenteita ja ennakkoluuloja sekä potilaiden eriarvoisuutta. Sieltä tuli useita ajatuksia, miten voisimme kohdata potilaat arvostavammin ja tasavertaisemmin. Koulutuksen tarve nähtiin kaikilla neljällä osa-alueella tarpeellisena. Uusien työntekijöiden perehdytys ja opiskelijoiden ohjaus erilaisuuden hyväksymisen ilmapiiriin nähtiin tärkeässä roolissa ennakkoluulojen ja asenteiden muovaamisessa. Työryhmässä pyrittiin kannustamaan siihen, ettei kaikkea tarvitse osata ja tietää. Aina voi kysyä apua kollegalta. Myös työparityöskentelyn mahdollisuus tuotiin esille, koska sillä voisi saada paremmin kaikkien ammattitaidon käyttöön ja sen myötä lisätä potilaiden tasa-arvoisuutta. Potilaista puhuttaessa olisi pyrittävä tuomitsemattomaan puheeseen esimerkiksi raporteilla. Kokemusasiantuntijoita ajateltiin voitavan hyödyntää kohtaamisen kehittämiseen liittyen.

Työn tarkoituksena oli selvittää mitä arvostava kohtaaminen tarkoittaa psykiatrisella vuodeosastolla ja mitä edistäviä ja estäviä tekijöitä sille nähdään olevan. Alkuperäinen suunnitelmani oli kerätä aineistoa teemahaastatteluin, mutta Hirsjärvi ja Hurme (2022, s. 252) kuitenkin toteavat, ettei pitäisi haastatella omaa tuttavaansa. Työkaverit ovat väistämättä kaikki enemmän tai vähemmän tuttuja. Oltuani yhteydessä HUSin kliniseen asiantuntijaan hänkin oli sitä mieltä, ettei haastatteluiden teko omassa työyhteisössä ole eettisesti kantavaa ja tutkimusluvan saaminen olisi myös ollut kyseenalaista. Näiden olemassa olevan ristiriitojen vuoksi päädyin haastattelujen sijaan keräämään aineiston työpajamenetelmin, mihin ei tarvinnut tutkimuslupaa hakea. Työpajamenetelmät mahdollistivat työn tekemisen omalla työpaikalla. Toivon oman työyhteisön hyötyvän kehittämistyöstä, saamalla lisää työkaluja potilaskohtaamisiin. Työnantajalta olen myös saanut resursseja opinnäytetyön tekoon, joten sekin puolsi sitä, että tein sen omalla työpaikalla.

Opinnäytetyön eettisyys tulee huomioida työn kaikissa vaiheissa. Työtä tehdessä täytyy huomioida rehellisyys ja huolellisuus sekä tarkkuus, jotta seuraukset olisivat käytännössä hyödyttäviä. Kehittämistyössä mukana olevien täytyy tietää, mitä ollaan tekevässä ja miten. Heidän täytyy saada tietää myös oma roolinsa prosessissa. Kehittämistyössä henkilöstön oletetaan osallistuvan toiminnan kehittämiseen, kun tutkimukseen osallistumiseen taas kysytään erillinen suostumus. Kehittämiskohdetta valittaessa on mietittävä toimeksiantajan kanssa, kenen ehdoilla kehittämistehtävä valitaan. Kehittämistehtävässä on huomioitava myös sen yhteiskunnallinen merkitys. (Ojasalo ja muut, 2015, s. 48–49.)

Eettisyyden huomiointi oli tärkeää työpajoja pitäessä, jotta työryhmään sai luotua luottamuksellisen suhteen ja työpajoihin avoimen ja turvallisen ilmapiirin. Kerroin ettei kenkään vastaukset ole tunnistettavissa, ja että käytän suoria lainauksia opinnäytetyöhöni. Täysin vapaaehtoinen osallistuminen olisi varmasti tuonut kehittämistyöhön motivoituneita osallistujia. Tässä, kun kaikki työvuoressa olevat veloitettiin osallistumaan, oli se hyvä puoli, että mahdollisimman iso osa työryhmästä osallistui. Asenne- ja arvokulttuuria kehitettäessä on tärkeää, että koko työryhmä olisi siinä osallisena. Arvotyöskentelyssä pyritään työyhteisön kesken luomaan linjaus arvoista, mitkä ohjaavat toimintaa. Tärkeää on myös varmistaa, että arvot siirtyvät käytäntöön. Arvoja yhdessä työstettäessä voidaan oppia toinen toiseltamme ja se voi lisätä henkilöstön työhyvinvointia ja sen myötä sitoutuminen työhön parane. (Strand ja muut, 2023, s. 25.)

Työpajoista saadut tiedot ovat luottamuksellisia. Tietoja säilytän aineistonhallintasuunnitelman mukaisesti ja opinnäytetyöni valmistuttua hävitän aineiston asianmukaisesti. Tutkimuksen tulkintoja voidaan pitää vakuuttavana vain silloin, jos niihin päästään luotettavalla ja systemaattisella analyysillä. Keskiössä on käytetyn metodin kuvaus ja jäljitettävyyden. Laadullisessa tutkimuksessa tämä on luotettavuuden kannalta tärkein vaihe. Sen avulla pystytään tarkistamaan, miten työ on edennyt. Aineiston analyysin tarkoituksena on luoda siitä mielekäs kokonaisuus, josta voidaan tehdä perusteltuja tulkintoja sekä johtopäätöksiä tutkittavasta ilmiöstä. (Puusa, 2020, s. 458–459; Hakala, 2024, s.

133.) Kehittämistyön luotettavuutta lisää, kun siinä saadaan teorian tieto ja kehittämistyössä saadut tulokset ja dokumentoitu tieto yhdistettyä. Tärkeää on pystyä näyttämään mihin tietoperustaan kehittämistyö liittyy ja saadaanko työllä siihen uutta tietoa. Tiedonkeruumenetelmä on pohdittava sellaiseksi, että saadaan mahdollisimman rehellisiä ja todenmukaisia vastauksia. Todellisten ja rehellisten vastausten saaminen on mahdollista etenkin silloin, kun voi vastata anonymisti. (Ojasalo ja muut, 2015, s. 21, 48.) Ojasalo ja muut (2015, s. 49) kehottavat myös olla vääristelemättä tuloksia. Analyysivaiheessa on pyrittävä esittämään tietoa, joka on niin varmaa ja todennettua kuin se on vain mahdollista. Uskottavan lopputuloksen aikaansaamiseksi lopullisen raportin kirjoittamiseen kannattaa panostaa. Siinä voi näyttää, että työ on tehty hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti eli järjestelmällisesti, kurinalaisesti, täsmällisesti ja rehellisesti. (Vilka, 2021 b, s. 208.) Huolellisesti laadittu tutkimussuunnitelma kuuluu myös hyvään tieteelliseen käytäntöön (Tuomi & Sarajarvi, 2018, s. 405; Vilka, 2021 b, s. 103).

Analyysivaiheen aikana omat ajatukset ja oletukset eivät saaneet olla ohjaamassa työtä vaan puhtaasti työpajoista saatu aineisto, peilattuna teorian tietoon. Kaikki tutkimuksen vaiheet pyrin tekemään huolellisesti ja täsmällisesti niin, että niihin oli mahdollista palata myöhemmin. Päiväkirjan pitäminen oli itselläni tässä apuna, kun laitoin siihen ylösmiksi ja miten olen päätenyt tiettyyn ratkaisuun. Sinne laitoin myös keskeneräisiksi tai tarkistusta vaille jääneet asiat.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuus on tutkijan arvioinnin ja näytön varassa, koska siihen ei ole olemassa käytettäviä mittareita, kuten kvantitatiiviseen tutkimukseen on. Reliabiliteetilla tarkoitetaan tulosten pysyvyyttä eli samat tulokset saataisiin uudelleen tehdyllä tutkimuksella. Validiteetti puolestaan tarkoittaa sitä, että tutkitaan oikeita asioita. Validiteetti liittyy tutkimuksen suunnitteluun sekä osittain myös siihen, että analyysi tehdään oikein. (Kananen, 2017, s. 175–176.)

Kehittämismenetelminä käyttämäni aivoriihi ja oppimiskahvila osoittautuivat osin toimiviksi. Aivoriihien avulla sai helposti kerättyä henkilöstön ajatuksia arvostavasta kohtaamisesta. Pitämiini aivoriihiin osallistui 14 hoitajaa, toimintaterapeutti sekä kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa, joista toinen oli englanninkielinen. Hänen vastauksensa jätin työstäni kokonaisuudessaan pois, koska luultavasti kielimuurin takia hän oli vastannut yhteen osioon aivan eri asiaa, kuin mitä olin pyytänyt. Hänen vastauksensa olisivat vaikuttaneet työn luotettavuuteen, kun vastaukset eivät liittyneet tehtävänantoon.

Aivoriihien haasteeksi havaitsin sen, ettei vastauksia ollut mahdollista tarkentaa, kuten olisi esimerkiksi teemahaastattelussa voinut tehdä. Osa vastauksista jäi nyt oman tulkin-tani varaan ja tulokset jäivät osittain myös pintapuolisiksi. Oppimiskahvilassa henkilöstö kävi hyvää keskustelua ja pohdintaa aiheen tiimoilta. Itse en osallistunut keskusteluun, vaan toimin ulkopuolisena tarkkailijana. Suhde jo kerättyyn teorian tietoon muuttuu, mikäli on itse mukana tuottamassa aineistoa (Kostamo ja muut, 2022, s. 123). Konkreettisia keinoja arvostavan kohtaamisen lisäämiseksi tuli joihinkin osioihin, esimerkiksi toivottiin lisää koulutusta. Itseäni puhutteli oppimiskahvilan toteamus, että avun tarjoamisen ja vastaanottamisen kulttuuri olisi hyvä juurruttaa työryhmään. Tämä olisi varmasti hyvä keino lisätä työntekijöiden yhteishenkeä, mutta konkreettinen keino sen toteuttamiseksi puuttui.

Oppimiskahvilan tuotokset olisi ollut hyvä yhdessä keskustellen käydä läpi. Silloin olisi voinut yhdessä pohtia tarkemmin mitä ja miten kannattaisi lähteä kehittämään toiminnassamme, että kohtaaminen olisi tasa-arvoisempaa ja kunnioittavampaa kaikkia potilasryhmiä kohtaan. Aika oli kuitenkin rajallinen eikä tällaiselle keskustelulle ollut siinä hetkessä aikaa. Varmastikin siinä kohtaa, kun esittelen opinnäytetyöni tulokset osaston henkilöstölle, voisi olla hyvä keskustella, mikä koetaan tärkeimpänä kehittämiskohdeena. Kehittämisehdotuksia tuli kuitenkin niin paljon, ettei niitä voi kaikkia samanaikaisesti lähteä työstämään. Opinnäytetyöni tulokset eivät ole yleistettävissä, mutta antavat varmasti suuntaa yleisemminkin hoitajan ajatuksista arvostavasta kohtaamisesta.

Teoriatieto käsitteli paljon syvällisemmin arvostavan kohtaamisen elementtejä. Uskoisin, että mikäli tiedonkeruu olisi tehty muulla tavoin, niin henkilöstöltä olisi myös saatu yksityiskohtaisempia ja syvällisempiä vastauksia. Esimerkiksi empatian kuvausta löytyi tutkimuksista paljon, mutta henkilöstön vastauksista ei. Toki tässä vaikuttivat omat ohjeeni aivoriihissä, kun en pyytänyt avaamaan ajatuksia sen enempää. Pyysin ainoastaan ajatuksia siitä, mitä arvostava kohtaaminen on. Kaiken kaikkiaan tämä opinnäytetyön teko oli oppimiskokemuksena antoisa ja prosessi kasvatti kärsivällisyyttäni, kun asiat eivät edenneet suunnitellusti. Ensin etsimästäni aiheesta ei löytynyt riittävästi tietoperustaa ja sitten suunnittelemani työmenetelmät eivät olleet käyttökelpoisia omassa työyhteisössä. Työmenetelmien vaihto alkuperäissuunnitelmista aiheutti hetkeksi kaaoksen omaan päähän, mutta siitä yli päästyäni aloin perehtymään työmenetelmiin uudelleen. Käyttämäni työmenetelmät mahdollistivat myös koko työyhteisön osallistumisen, ja aikaa aineiston keräämiseen kului vähemmän, kuin olisi haastatteluissa kulunut. Työnantajan kannalta käyttämäni menetelmät olivat suotuisampia.

Teoriatiedon etsiminen ja kirjoittaminen vei mukanaan ja oli todella mielenkiintoista tehdä analyysia, kun henkilöstön vastaukset olivat lähes saman kaltaisia teoriaan verrattuna. Pieniä vivahde-eroja löytyi termien käytössä ja asioiden painotuksessa. Tulosten esittäminen piirakkakuvioiden avulla helpotti itseäni löytämään tuloksista eroavaisuuksia. Merkitystä oli varmasti myös omilla valinnoillani, mitä otin työn keskeisiksi käsitteiksi. Mikäli tutkimuksiin lähtisi nyt perehtymään uudelleen, saattaisi löytää kattavamman käsitteistön arvostavalle kohtaamiselle. Opinnäytetyön käytännön toteutusta helpotti tuttu toimintaympäristö ja työyhteisön aktiivinen osallistuminen työpajatyöskentelyyn.

## 7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Arvostava kohtaaminen oli tekemieni havaintojen perusteella hyvinkin yhdenmukaista tutkimusten ja henkilöstön mukaan. Arvostavaan kohtaamiseen liittyy vahvasti työntekijän asenne mikä puolestaan vaikuttaa koko työyhteisön asennekulttuuriin. Arvostavan kohtaamisen nähdään pitävän sisällään potilaan aidon, aktiivisen, läsnä olevan ja ymmärtävän kuuntelemisen. Vuorovaikutuksessa tulisi huomioida vastavuoroisuus ja sanattomassa viestinnässä silmiin katsominen ja hymyily nähtiin tärkeinä. Potilasta tulisi kohdella kunnioittavasti ja yksilöllisesti. Potilasta tulisi kohdella ihmisenä, ei diagnoosina. Hoitajan tulisi toimia ammatillisesti ja vaitiolovelvollisuus huomioiden. Arvostavaan kohtaamiseen liitetään myös empaattisuus ja ystävällisyys. Kohtaamisessa tulee pyrkiä tasa-arvoisuuteen ja tuomitsemattomuuteen. Ainoa selkeä ero tutkimusten ja henkilöstön vastauksissa oli se, ettei henkilöstö liittänyt esihenkilön roolia lainkaan arvostavaan kohtaamiseen.

Edistävinä tekijöinä arvostavalle kohtaamiselle löytyy henkilöstön mielestä ammatillisuus, yksilöllisyys, kuunteleminen ja ymmärrys, hoitajan inklusiivisuus, hoitajan tietoisuus omasta toiminnastaan ja stressitön työskentelymahdollisuus. Ammatillisuuteen liitetään omasta työkyvystä huolehtiminen ja ylläpitäminen sekä oman ammattitaidon kehittäminen ja työyhteisön tuki. Ammatillisuuteen kuuluu myös potilaan yksilöllinen huomiointi. Työyhteisön toivotaan olevan kannustava, tukeva, ymmärtävä ja ilmapiirin tuomitsematon ja rento. Potilaan yksilöllinen kohtelu ja huomiointi sekä kokonaisvaltaisuus edistävät arvostavaa kohtaamista. Samoin kuunteleminen ja ymmärrys nähdään edistävänä tekijöinä. On tärkeää olla myötäilevä ja osoittaa kiinnostusta sekä ymmärrystä, vaikka olisi eri mieltä asioista. Hoitajan inklusiivisuus mahdollistaa arvostavan kohtaamisen syntyä. Hoitaja on silloin ennakkoluuloton ja kohtaa potilaan avoimin mielin, ilman ennakko-oletuksia. Hoitajan tulee olla tietoinen omasta toiminnastaan ja reflektoida omia tunteitaan. Tasapaino työn ja henkilöstön määrässä mahdollistaa stressittömän työskentelyn ja mahdollistaa riittävän ajan antamisen kohtaamisille. Työyhteisön tulee nähdä kohtaaminen merkityksellisenä.

Arvostavan kohtaamisen estävinä tekijöinä puolestaan mainitaan epäammattillisuuden aiheuttamat ennakkoluulot ja -asenteet. Diagnoosin perusteella voidaan tehdä oletuksia potilaasta ja saatetaan toimia tuomitsevasti. Potilaiden eriarvoisuus vaikuttaa arvostavan kohtaamisen toteutumiseen. Potilas saattaa olla epäluuloinen hoitajaa kohtaan tai hänen käytöksensä voidaan tulkita epäasialliseksi tai aggressiiviseksi. Potilaan psyykinen vointi voi olla niin huono, että hän tulkitsee kohtaamisen sairautensa värittämänä, esimerkiksi uhkaavana. Potilaan sairaudentunnottomuus voi olla myös arvostavaa kohtaamista estävä tekijä. Työyhteisön keskinäiset erimielisyydet tai hoitolinjat voivat vaikuttaa kohtaamiseen heikentävästi. Samoin ylikuormittuminen työssä. Kiire voi olla joko todellista tai hoitajan kokemaa. Muut työtehtävät ja toiset potilaat voivat estää arvokasta kohtaamista. Esimerkiksi levottomat potilaat vaativat hoitajan jatkuvampaa läsnäoloa, jolloin toiset potilaat voivat jäädä vähemmälle huomiolle.

Saatujen tulosten perusteella henkilöstöllä on vankka käsitys siitä, mitä arvostavaan kohtaamiseen liittyy ja mitkä tekijät edistävät sitä ja mitkä estävät. Lisäkoulutus nähtiin tärkeässä roolissa, jotta saataisiin lisää ymmärrystä tiettyjä potilasryhmiä kohtaan ja pystyttäisiin sen myötä tarjoamaan heille arvostavampaa kohtaamista. HUS psykiatrian pyrkiessä magneettisairaalaksi, on hoitotyön laatua pyrittävä koko ajan kehittämään. Potilaan arvostavalla kohtaamisella voi olla vaikutuksia hoidon tuloksiin ja hoitoaikoihin. Hoitoajat saattavat lyhentyä, kun potilas kokee tulevansa kuulluksi ongelmineen ja saa mahdollisimman oikea-aikaisen avun. Arvostavan kohtaamisen tulisi lähteä työryhmän keskinäisestä vuorovaikutuksesta. Hoitajan arvomaailman siviilissä ja työssä tulee kohdata, jotta toimintamme on vilpittömää ja aitoa. Työryhmän arvojen olisi myös hyvä kohdata, jotta voimme tukea toinen toistamme. Kunnioittava kollegan kohtelu on helpompi siirtää myös potilastyöhön. Yhdessä työryhmä tekee myös arvovalintoja, esimerkiksi siitä, miten haastavista potilaista puhutaan keskenään. Uskon, että epäkunnioittava keskinäinen puhe jollain tasolla vaikuttaa myös potilaskohtaamiseen. Yhteisten arvojen pohtiminen voisi olla hyvinkin hedelmällistä aina aika ajoin. Työryhmässä kuitenkin ta-

pahtuu ajan myötä vaihdoksia niin yhteistä arvokeskustelua olisi hyvä käydä. Keskustelujen myötä voisi työryhmän keskinäinen luottamus lisääntyä ja sitä myötä ”yhteen hiiheen puhaltaminen”, teemme tätä työtä yhdessä potilaiden parhaaksi. Avoimen keskustelun avulla voisimme päästä tilanteeseen, jossa kunnioitamme toistemme näkökulmia sekä työpanosta.

Jatkotutkimusehdotuksena olisi mielenkiintoista saada potilaiden näkemyksiä arvostavasta kohtaamisesta. Onko se heidän näkökulmastaan samankaltaista kuin tutkimuksissa ja henkilöstöltä kerätyissä tuloksissa on saatu selville. Potilailta voisi saada myös tärkeitä kehittämisajatuksia miten arvostavaa kohtaamista voisi lisätä. Samanaikaisesti kerätty tieto potilailta ja henkilöstöltä voisi antaa arvokasta tietoa siitä, että poikkeavatko kokemuksemme, kuinka paljon toisistaan arvostavasta kohtaamisesta. Mielenveysbarometri antoi viitteitä siitä, että potilaiden ja henkilöstön näkemykset voivat olla erilaisia.

Jokaisen tulisi kohdella toisia niin kuin toivoisi itseään tai lähimmäisiään kohdeltavan. Täytyisi myös muistaa, ettemme itse valitse, emmekä useimmiten aiheutakaan sairauksiamme. Tärkeää olisi nähdä ihminen ainutlaatuisuudessaan ja arvokkuudessaan diagnoosin takaa ja pyrkiä tekemään jokainen kohtaamisemme merkitykselliseksi. Arvostavan kohtaamisen merkityksellisyyttä ei voi liiaksi korostaa työyhteisössä eikä potilastyössä. Aiheen merkityksellisyydestä ja ajankohtaisuudesta kertoo myös se, että se on valittu asiantuntijaluennon aiheeksi marraskuussa 2024 järjestettävillä mielenveysmessuilla. Luennoitsijana on psykologi, tietokirjailija Pekka Tölli, jonka kirjoittamaa kirjaa olen hyödyntänyt opinnäytetyössäkin. Arvostava kohtaaminen tulee ajatella keskeisenä tekijänä laadukkaassa psykiatrisessa hoidossa, koska se vaikuttaa sekä hoitotuloksiin että potilaan hyvinvointiin. Arvostuksen kokeminen on meille kaikille hyväksi ja antaa elämään positiivisemmän sävyn. Kaiken kiireen, kehittämisen ja muutosten keskellä inhimillisen kohtaamisen merkitys kuitenkin säilyy.

## LÄHTEET

- Bodner, E., Cohen-Fridel, S., Mashiah, M., Segal, M., Grinshpoon, A., Fischel, T. & Iancu, I. (2015). *The attitudes of psychiatric hospital staff toward hospitalization and treatment of patients with borderline personality disorder*. BMC Psychiatry. <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0380-y>
- Coelho, J., Moreno Poyato, A. R., Merino, J.R., Sequeira, C. & Sampaio, F. (2024). *Perspectives of adult patients with mental health disorders on the relationship with nurses: a focus group study*. <https://doi.org/10.1186/S12912-023-01663-5>
- Day, N.J.S., Hunt, A., Cortis-Jones, L. & Grenyer, B.F.S. (2018). *Clinician attitudes towards borderline personality disorder: A 15-year comparison*. <https://doi.org/10.1002/pmh.1429>
- Dickens, G.L., Lamont, E. & Gray, S. (2016). *Mental health nurses' attitudes, behaviour, experience and knowledge regarding adults with a diagnosis of borderline personality disorder: systematic, integrative literature review*. Journal of Clinical Nursing. Noudettu 19.2.2024 osoitteesta <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27139693/>
- Dunderfelt, T. (2016). Läsnaöleva kohtaminen. PS-Kustannus.
- Ejneborn Looi, G-M., Engström, Å. & Sävenstedt, S. (2015). *A self-destructive care: self-reports of people who experienced coercive measures and their suggestions for alternatives*. <https://doi.org/10.3109/01612840.2014.951134>
- Eldal, K., Natvik, E., Veseth, M., Davidson, L., Skjølberg, Å., Gytri, D. & Moltu, C. (2019). *Being recognised as a whole person: A qualitative study of inpatient experience in mental health*. Issues in Mental Health Nursing. <https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1524532>
- Eriksen, K., Arman, M., Davidson, L., Sundfør, B. & Karlsson, B. (2014). *Challenges in relating to mental health professionals: Perspectives of persons with severe mental illness*. International Journal of Mental Health Nursing (2014) 23. <https://doi.org/10.1111/inm.12024>

- Gabrielsson, S., Sävenstedt, S. & Olsson, M. (2016). *Taking personal responsibility: Nurses' and assistant nurses' experiences of good nursing practice in psychiatric inpatient care*. <https://doi:10.1111/inm.12230>
- Gerace, A., Oster, C., O'Kane, D., Hayman, CL. & Muir-Cochrane, E. (2018). *Empathic processes during nurse–consumer conflict situations in psychiatric inpatient units: A qualitative study*. *International Journal of Mental Health Nursing*. <https://doi:10.1111/inm.12298>
- Glantz, A., Örmon, K. & Sandström, B. (2019). *“How do we use the time?” – an observational study measuring the task time distribution of nurses in psychiatric care*. *BMC Nursing*. <https://doi:10.1186/s12912-019-0386-3>
- Gunasekara, I., Pentland, T., Rodgers, T. & Patterson, S. (2014). *What makes an excellent mental health nurse? A pragmatic inquiry initiated and conducted by people with lived experience of service use*. *International Journal of Mental Health Nursing* (2014) 23. <https://doi:10.1111/inm.12027>
- Hakala, J.T. (2024). *Laadullisen tutkimuksen ABC. Menetelmäopas opinnäytteen tekijälle*. Gaudeamus.
- Hirsijärvi, S. & Hurme, H. (2022). *Tutkimushaastattelu Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Gaudeamus.
- Horgan, A., Donovan, M.O., Manning, F., Doody, R., Savage, E., Dorrity, C., O'Sullivan, H., Goodwin, J., Greaney, S., Biering, P., Bjornsson, E., Bocking, J., Russell, S., Griffin, M., MacGabhann, L., Jan van der Vaart, K., Allon, J., Granerud, A., Hals, E., Pulli, J., Vatula, A., Ellilä, H., Lahti, M. & Happell, B. (2020). *'Meet Me Where I Am': Mental health service users' perspectives on the desirable qualities of a mental health nurse*. *International Journal of Mental Health Nursing*. <https://doi:10.1111/inm.12768>
- HUS (2024 a). Noudettu 9.9.2024 osoitteesta <https://www.hus.fi/tietoa-meista/strategia-ja-vastuullisuus/arvot-ja-strategia#yhdenvertaisuus>
- HUS (2024 b). Noudettu 3.4.2024 osoitteesta <https://www.hus.fi/tietoa-meista/laatu-ja-potilasturvallisuus#prioriteettinamme> potilashoido.

- Hällgren Graneheim, U., Slotte, A., Markström Säfsten, H. & Lindgren, B-M. (2014). *Contradictions between Ideals and Reality: Swedish Registered Nurses' Experiences of Dialogues with Inpatients in Psychiatric Care*.  
<https://doi:10.3109/01612840.2013.876133>.
- Hämäläinen, K., Kanerva, A., Kuhanen, C., Schubert, C. & Seuri, T. (2017). *Mielen-terveyshoitotyö*. Sanoma Pro Oy.
- Innokylä (n.d.) Noudettu 3.4.2024 osoitteesta <https://innokyla.fi/fi/tyokalut>
- Intra-hoitotyö (n.d.). Noudettu 26.9.2024 osoitteesta <https://hussote.sharepoint.com/sites/intra-hoitotyö/SitePages/Uusi-tieto.aspx>
- Kananen, J. (2017). *Laadullinen tutkimus pro graduna ja opinnäytetyönä*. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Keresi, Z., Carlsson, G. & Lindberg, E. (2019). *A caring relationship as a prerequisite for patient participation in a psychiatric care setting: A qualitative study from the nurses' perspective*. Nordic Journal of Nursing Research. <https://doi:10.1177/2057158519866393>
- Kieft, R., de Brouwer, B., Francke, A.L. & Delnoij, D. (2014). *How nurses and their work environment affect patient experiences of the quality of care: a qualitative study*. BMC Health Services Research. <https://doi:10.1186/1472-6963-14-249>
- Kostamo, P., Airaksinen, T. & Vilkkä, H. (2022). *Kirjoita itsesi asiantuntijaksi Opas toiminnalliseen opinnäytetyöhön*. Art House Oy.
- Lakeman, R., Foster, K., Hazelton, M., Roper, C. & Hurley, J. (2022). *Helpful encounters with mental health nurses in Australia: A survey of service users and their supporters*. <https://doi:10.1111/jpm.12887>
- Linehan, M. M. (2015). *DBT Skills training manual*. The Guilford press.
- McAndrew, S., Chambers, M., Nolan, F., Thomas, B. & Watts, P. (2014). *Measuring the evidence: Reviewing the literature of the measurement of therapeutic engagement in acute mental health inpatient wards*. International Journal of Mental Health Nursing (2014) 23. <https://doi:10.1111/inm.12044>

- Merrick, T., Louie, E., Cleary, M., Molloy, L., Baillie, A., Haber, P. & Morley, K. (2022). *A systematic review of the perceptions and attitudes of mental health nurses towards alcohol and other drug use in mental health clients*. *International Journal of Mental Health Nursing* 31. <https://doi:10.1111/inm.13043>
- Mielenterveysbarometri (2019)*. Mielenterveyden Keskusliitto ry. Noudettu 1.10.2024 osoitteesta <https://www.mtkl.fi/toimintamme/mielenterveysbarometri/mielenterveysbarometri-2019/>
- Molin, J., Graneheim, U. H. & Lindgren, B-M. (2016). *Quality of interactions influences everyday life in psychiatric inpatient care—patients' perspectives*. <https://doi.org/10.3402/qhw.v11.29897>
- Moreno-Poyato, A. R., Delgado-Hito, P., Suárez-Pérez, R., Leyva-Moral, J., Aceña-Domínguez, R., Carreras-Salvador, R., Roldán-Merino, J.F., Lluch-Canut, T. & Montesó-Curto, P. (2017 a). *Patient relationship in psychiatric wards through a mixed method design: study protocol*. *BMC Nursing*. <https://doi:10.1186/s12912-016-0197-8>
- Moreno-Poyato, A. R., Delgado-Hito, P., Suárez-Pérez, R., Lluch-Canut, T., Roldán-Merino, J. F. & Montesó-Curto, P. (2017 b). *Improving the therapeutic relationship in inpatient psychiatric care: Assessment of the therapeutic alliance and empathy after implementing evidence-based practices resulting from participatory action research*. <https://doi:10.1111/ppc.12238>
- Moreno-Poyato, A.R. & Rodríguez-Nogueira, Ó. (2020). *The association between empathy and the nurse–patient therapeutic relationship in mental health units: a cross-sectional study*. <https://doi:10.1111/jpm.12675>
- Moreno-Poyato, A.R., El Abidi, K., Rodríguez-Nogueira, O., Lluch-Canut, T. & Puig-Llobet, M. (2021). *A qualitative study exploring the patients' perspective from the 'Reserved Therapeutic Space' nursing intervention in acute mental health units*. *International Journal of Mental Health Nursing* (2021) 30. <https://doi:10.1111/inm.12848>

- Mönkkönen, K. (2018). *Vuorovaikutus asiakastyössä. Asiakkaan kohtaaminen sosiaali- ja terveysalalla*. Gaudeamus.
- Noppari, E., Koivunen, M., Mäkelä, K-L. & Hakala, T. (2018). *Sairaanhoitajien kokemuksia päihtyneen potilaan kohtaamisesta päivystyshoitotyössä – osaamisen näkökulma*. *Hoitotiede* 30 (4).
- Paala, E., Koivunen, M. & Aitamaa, E. (2023). *Hoitajien empatian ja myötätunnon osoittamiseen yhteydessä olevat tekijät – integroiva kirjallisuuskatsaus*. *Tutkiva Hoitotyö* 21(3).
- Partanen, A., Holmberg, J., Inkinen, M., Kurki, M. & Salo-Chydenius, S. (2015). *Päihdehoitotyö*. Sanoma Pro Oy.
- Puusa, A. (2020). *Näkökulmia laadullisen aineiston analyysiin. Teoksessa Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät*. Toim. Puusa, A. & Juuti, P. Gaudeamus.
- Pölkki, A. (2024). *Metsien kaukainen sini*. Avain.
- Román-Sánchez, D., Paramio-Cuevas, J-C., Paloma-Castro, O., Palazón-Fernández, J-L., Lepiani-Díaz, I., de la Fuente Rodríguez, J.M. & López-Millán, M.R. (2022). *Empathy, Burnout, and Attitudes towards Mental Illness among Spanish Mental Health Nurses*. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 19, 692. <https://doi.org/10.3390/ijerph19020692>
- Romeu-Labayen, M., Tort-Nasarre, G., Cuadra, A., Palou, R. & Galbany-Estragués, P. (2021). *The attitudes of mental health nurses that support a positive therapeutic relationship: the perspective of people diagnosed with BPD*. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. Noudettu 28.1.2024 osoitteesta <https://www.researchgate.net/publication/351082684>
- Rørtveit, K., Sætre Hansen, B., Leiknes, I., Joa, I., Testad, I. & Severinsson, E. (2015). *Patients' Experiences of Trust in the Patient-Nurse Relationship—A Systematic Review of Qualitative Studies*. *Open Journal of Nursing* 2015(5) <http://dx.doi.org/10.4236/ojn.2015.53024>

- Rovasalo, A. (2021) Lääkärikirja Duodecim. *Mielenterveyden ongelmien varoitusmerkkejä – milloin huolestua?* Noudettu 19.10.2024 osoitteesta <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01303/mielenterveyden-ongelmien-varoitusmerkkeja-milloin-huolestua>
- Roviralta-Vilella, M., Moreno-Poyato, A.R., Rodríguez-Nogueira, O., Duran-Jorda, X. & Roldan-Merino, J.F. (2019). *Relationship between the nursing practice environment and the therapeutic relationship in acute mental health units: A cross-sectional study*. International Journal of Mental Health Nursing. [https://doi:10.1111/inm.12648](https://doi.org/10.1111/inm.12648)
- Salokangas, R., Tuominen, L., Koponen, H., Laukkala, T., Metso, O., Oksanen, J., Pirkola, S., Tuulio-Henriksson, A., Eskelinen, S. & Salmenniemi, U. (2024). *Skitsofrenia, Käypä hoito*. Noudettu 18.10.2024 osoitteesta <https://www.kaypa-hoito.fi/hoi35050>
- Sandhu, S., Arcidiacono, E., Aguglia, E. & Priebe, S. (2015). *Reciprocity in therapeutic relationships: A conceptual review*. International Journal of Mental Health Nursing. <https://doi.org/10.1111/inm.12160>
- Seppänen, M. (2021). *Tunnetaidot voimavarana opas sosiaali- ja terveysalalle*. PS-kustannus.
- Stapleton, A. & Wright, N. (2017). *The experiences of people with borderline personality disorder admitted to acute psychiatric inpatient wards: a meta-synthesis*. Journal of Mental Health. <https://doi:10.1080/09638237.2017.1340594>
- Stewart, D., Burrow, H., Duckworth, A., Dhillon, J., Fife, S., Kelly, S., Marsh-Picksley, S., Massey, E., O'Sullivan, J., Qureshi, M., Wright, S. & Bowers, L. (2015). *Thematic analysis of psychiatric patients' perceptions of nursing staff*. International Journal of Mental Health Nursing. <https://doi:10.1111/inm.12107>
- Strand, T. (toim), Ridanpää, S. (toim) & Kotovirta, E. (toim) (2023). *Suosituksia mielen-terveyteen, päihdeongelmiin ja riippuvuuteen liittyvän stigman ja syrjinnän tunnistamiseen ja vähentämiseen*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2023:29. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-9873-5>

- Styrman, T. & Torniaainen, M. (2018). *Kunnioittavan kosketuksen käsikirja. Ammatillinen hoitokohtaaminen sosiaali- ja terveysalalla*. PS-kustannus.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2018). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Helsinki. Tammi.
- Tolosa-Merlos, D., Moreno-Poyato, A.R., Gonzáles-Palau, F., Pérez-Toribio, A., Casanova-Garrigós, G. & Delgado-Hito, P. (2022). *Exploring the therapeutic relationship through the reflective practice of nurses in acute mental health units: A qualitative study*. Journal of Clinical Nursing. <https://doi:10.1111/Jocn.16223>
- Tölli P. (2024). *Minä näen sinut Arvostuksen psykologiaa*. Tammi.
- Vilkka, H. (2021, a). *Näin onnistut opinnäytetyössä Ratkaisut tutkimuksen umpikujiin*. PS-kustannus.
- Vilkka, H. (2021, b). *Tutki ja kehitä*. PS-kustannus.
- Wiechula, R., Conroy, T., Kitson, A.L., Marshall, R.J., Whitaker, N. & Rasmussen, P. (2015). *Umbrella review of the evidence: what factors influence the caring relationship between a nurse and patient?* Journal of Advanced Nursing. <https://doi:10.1111/jan.12862>
- Viertiö, S., Laitinen, A-M., Kuussaari, K., Partanen, A., Grainger, M., Therman, S., Heiskanen, M. & Suvisaari, J. (2022). *Terveiden ja hyvinvoinnin laitos THL. Kansallinen asiakaspalautekysely mielenterveys- ja päihdepalveluissa: Suunnittelu, toteutus ja tulokset*. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-900-9>
- Wood, L & Alsawy, S. (2016). *Patient experiences of psychiatric inpatient care: a systematic review of qualitative evidence*. Journal of Psychiatric Intensive Care. <https://doi:10.20299/jpi.2016.001>
- Wyder, M., Bland, R., Blythe, A., Matarasso, B. & Crompton, D. (2015). *Therapeutic relationships and involuntary treatment orders: Service users' interactions with health-care professionals on the ward*. International Journal of Mental Health Nursing. <https://doi:10.1111/inm.12121>
- Ådnøy Eriksen, K., Arman, M., Davidson, L., Sundfør, B. & Karlsson, B. (2014). *Challenges in relating to mental health professionals: Perspectives of persons with*

*severe mental illness*. International Journal of Mental Health Nursing.  
<https://doi:10.1111/inm.12024>

## LIITTEET

## LIITE 1. Esimerkki aineiston analyysistä

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä luokka
aitoa kuuntelua, ei vain kuulemista	kuunnellaan aidosti	kuunteleminen	Kuunteleminen ja ymmärrys	Arvostava kohtaaminen
ihminen ihmiselle – ei hoitaja ja potilas asetelmaa	kohdellaan potilasta ihmisenä	ihmisenä kohteleminen	Kunnioitus	
kaikkien potilaiden kohtelu tasa-arvoisesti eri taustatekijöistä huolimatta -> mm. potilaan ikä, sukupuoli, seksuaalinen suuntautuminen, sosioekonominen tausta -> kohdellaan potilaita tasa-arvoisesti	tasa-arvoinen kohtelu taustoista riippumatta	tasa-arvoinen kohtelu	Tasa-arvoisuus	
luodaan vuorovaikutustilanteissa turvallinen ilmapiiri	luodaan turvallinen ilmapiiri keskusteluun	sanaton vuorovaikutus	Sanallinen ja sanaton vuorovaikutus	
vaitiolo potilaan asioissa	vaitiolo velvollisuuden huomiointi	luottamuksellisuus	Ammatillisuus	
koulutukset ja tietoisuuden lisääminen eri psykiatrisista sairauksista ja niiden hoidosta -> ammatillisuuden kehittäminen	koulutuksella ammatillisuuden ylläpitäminen ja tiedon lisääminen	ammatillisuuden kehittäminen	Ammatillisuus	Arvostavan kohtaamisen edistäviä tekijöitä
tarpeeksi henkilöresursseja, jotta potilaan voi kohdata rauhassa	riittävät henkilöresurssit, jotta kohtaaminen mahdollistuu	resurssit	Tasapaino työmäärässä ja henkilöstössä	
kannustava ja ymmärtäväinen työyhteisö	kannustava ja ymmärtävä työyhteisö	työyhteisön toiminta ja tuki	Ammatillisuus	
yhteisön yleinen asenne siitä, että kohtaaminen yleensä on tärkeää	asennekulttuuri kohtaamisen tärkeydestä	henkilökohtainen asenne työyhteisössä	Reflektointi	

potilaan kohtaaminen avoimin mielin	avoimuus kohtaamisessa	ennakkoluuloton kohtelevminen	Inklusiivisuus	
toivon ylläpitäminen vaikeassakin tilanteessa	toivon ylläpitäminen	potilaan huomioiminen	Yksilöllisyys	
kontaktin puuttuminen, ns. kemiat ei kohtaa tai potilaaseen muutoin vaikeaa saada yhteys	potilaaseen haastavaa saada yhteys kemioiden puutteen vuoksi	potilaan haastava käytös ja oireet	Potilaiden eriarvoisuus	Arvostavan kohtaamisen estäviä tekijöitä
henkilökunnan puolelta joskus kuultavissa stigmaa, jos potilaalla päihdetausta	päihdepotilaan leimaaminen henkilökunnan taholta	päihteiden käyttö	Potilaiden eriarvoisuus	
kaksoisdiagnoosipotilaan kohtaaminen ei aina välity arvokkaana kohtaamisena, koska päihdesairaus aiheuttaa hoitajassa/työryhmässä epätietoisuutta	kaksoisdiagnoosipotilaan kohtaaminen haastavaa oman epävarmuuden vuoksi	epätasa-arvoisuus kohtaamisessa	Potilaiden eriarvoisuus	
omat aiemmat kokemukset samankaltaisista kohtaamisista, esim. niistä syntyneet traumat	omat huonot kokemukset aiemmista tilanteista ja niistä aiheutuneet traumat	hoitajan ennakkoletukset ja asenteet	Epäammatillisuus	
työyhteisön väliset erimielisyydet tai hoitolinjat	työyhteisön erimielisyydet hoitolinjoissa	työyhteisön toiminnan haasteet	Epäammatillisuus	
muut potilaat, jotka vaativat tai ovat levottomia	toisten potilaiden tarvitsema huomio	kiire ja stressi	Ylikuormitus	