



jamk.fi

Mielenterveyskuntoutujan kohtaaminen

Mari Manner

Opinnäytetyö
Maaliskuu 2019
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Sairaanhoitaja (AMK)

Jyväskylän ammattikorkeakoulu
JAMK University of Applied Sciences

Sisältö

1	Johdanto	4
2	Mielenterveyskuntoutujan kohtaaminen.....	6
3	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys	10
4	Opinnäytetyön toteutus	10
	4.1 Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä.....	10
	4.2 Aineiston haku ja sisäänottokriteerit	10
	4.3 Aineiston haku, sisäänottokriteerit ja aineiston analysointi	11
5	Eettisyys ja luotettavuus	12
6	Tutkimustulokset.....	13
	6.1 Mielenterveyskuntoutujan sairauden merkitys	13
	6.2 Vuorovaikutus	16
	6.3 Sairaanhoidajan ammatilliset taidot	19
7	Johtopäätökset.....	21
8	Pohdinta	22
	Liitteet.....	30
	LIITE 1; Selvitys tiedonhankinnasta	30

Tekijä(t) Nykänen, os. Manner, Mari	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK	Päivämäärä Maaliskuu 2019
	Sivumäärä 26	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty: Kyllä
Työn nimi Mielenterveyskuntoutujan kohtaaminen		
Tutkinto-ohjelma Sairaanhoitaja (AMK)		
Työn ohjaaja(t) Riitta-Liisa Räsänen, Eija Kuisma		
Toimeksiantaja(t)		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Sairaanhoitaja kohtaa monta ihmistä työpäivän aikana. Vuorovaikutus on tärkeä työkalu sairaanhoitajan työssä, koska vuorovaikutus mahdollistaa hyvän hoidon.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli vastata seuraaviin kysymyksiin: Mitkä asiat vaikuttavat kohtaamiseen mielenterveyskuntoutujan kanssa? Mitkä asiat kohtaamiseen liittyen edesauttavat luottamuksellisen hoitosuhteen syntymistä?</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena kirjallisuuskatsauksena. Tulokset analysoitiin sisällönanalyysi -menetelmää käyttäen. Työssä analysoitiin 17 tutkimusta, joista 3 oli pro-gradu ja 15 väitöskirjaa. Tutkimukset oli tehty monipuolisia menetelmiä hyödyntäen.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajan ja mielenterveyskuntoutujan kohtaamista. Tavoitteena oli selvittää niitä asioita, jotka tukevat luottamuksellisen hoitosuhteen syntyä.</p> <p>Opinnäytetyössä pyrittiin löytämään vastauksia siihen mitkä eri asiat voivat vaikuttaa kohtaamiseen ja luottamuksellisen hoitosuhteen syntyyn.</p> <p>Keskeisimmät tutkimustulokset voidaan jakaa kolmeen alueeseen. Ensimmäisenä sairaanhoitajan ja asiakkaan välisen kohtaamisen tulee olla avoimen dialoginen, jotta voidaan saada aikaiseksi luottamuksellinen hoitosuhde. Toiseksi on hyvin tärkeää, että sairaanhoitaja ymmärtää mielenterveyskuntoutujaa ja tämän sairautta, kuitenkin osoittaen arvostusta sekä kunnioitusta, empaattisuutta asiakkaan asiantuntijuutta kohtaan omassa tilassaan. Kolmanneksi sairaanhoitajan tulee tiedostaa omat tunteensa, ennakkoluulonsa ja arvonsa työssään, jottei nämä tahattomasti/sanattomasti heijastuisi vuorovaikutukselliseen kohtaamiseen.</p> <p>Opinnäytetyön aihe on ajankohtainen, koska vuorovaikutus taidot kehittyvät koko sairaanhoitajan työuran aikana.</p>		
<p>Avainsanat (asiasanat) Mielenterveyskuntoutuja, kohtaaminen, dialogi, vuorovaikutus, mielenterveys, kuntoutus.</p>		

Description

Author(s) Nykänen, os. Manner, Mari	Type of publication Bachelor's thesis	Date March 2019
	Number of pages 26	Language of publication:
		Permission for web publication: yes
Title of publication Encountering mental health rehabilitees		
Degree programme Degree Programme in Nursing		
Supervisor(s) Riitta-Liisa Räsänen, Eija Kuisma		
Assigned by		
<p>Abstract</p> <p>A nurse meets many people during a working day. Interaction is an important tool in nursing work because it enables good care.</p> <p>The goal of the thesis was to answer the following questions: What are the factors that affect encounters with mental health rehabilitees? What are the factors that contribute to creating a confidential relationship?</p> <p>The thesis was implemented as a qualitative literature review. The results were analysed using the content analysis method. In this work, 17 studies were examined, and three of them were Master's theses and 15 were doctoral dissertations. The studies were conducted by using a great variety of methods.</p> <p>The purpose of the thesis was to describe encounters between nurses and mental health rehabilitees. The purpose was to examine the factors that support the emergence of a confidential care relationship. The aim was to find answers to which different factors can affect the encounters and the emergence of a confidential care relationship.</p> <p>The most important research results can be divided into three areas. First, the encounter between the nurse and the client must be open to dialogue, so a confidential treatment relationship can be established. Secondly, it is very important that the nurse understands the mental health rehabilitees and their illness, and, yet, shows appreciation and respect as well as empathy towards the clients' expertise on their own condition. Thirdly, nurses should be aware of their own feelings, prejudices and values in their work, so that these would not unintentionally/non-verbally reflect on the interaction.</p> <p>The topic of the thesis is important, because the interaction skills develop during the entire career of the nurse.</p>		
Keywords (subjects) Mental health rehabilitation, encounter, dialogue, interaction, mental health, rehabilitation		

1 Johdanto

Mielenterveys on hyvinvoinnin tila, jossa ihminen pystyy näkemään omat kykynsä ja selviytymään elämään kuuluviin haasteisiin sekä työskentelemään ja ottamaan osaa yhteisönsä toimintaan (WHO 2013). Mielenterveys kuvataan siis tasapainotilana yksilön ja hänen ympäristönsä välillä. Yksilön omat henkilökohtaiset tekijät, kokemukset ja vuorovaikutukseen liittyvät tekijät vaikuttavat mielenterveyteen (Lavikainen, Fryers & Lehtonen 2006).

Mielenterveyttä voi tarkastella positiivisen ja negatiivisen mielenterveyden käsitteillä. Positiivinen mielenterveys näkee mielenterveyden voimavarana. Negatiivinen mielenterveys koskettaa mielenterveyden häiriöitä ja ongelmia sekä niiden oireita. (Lavikainen ym. 2006.)

Mielenterveyshäiriö on psyykinen sairaus, johon liittyy psyykkisiä oireita. Yleensä häiriöt muodostuvat monesta samanaikaisesta oireesta, jotka yhdessä saavat aikaan oireyhtymän. Joskus voi olla yksittäisiä oireita, joita voi olla vaikea erottaa ohimenevistä tunnetiloista, kuten pettymystä seuraavasta alakulosta, tilapäisestä henkisestä pahoinvoinnista tai ihmissuhdekriisissä johtuvasta ärtymyksestä. Pitkittyessään ja aiheuttaessaan kärsimystä ja toimintakyvyn laskua oireet voivat viitata johonkin mielenterveydenhäiriöön. Lievimät häiriöt vaikuttavat vähän arkielämään ja menevät ohitse itsessään. Vakavimmat mielenterveyshäiriöt voivat viedä toimintakyvyn lähes kokonaan ja sulkea sairastuneen ihmisen yhteiskunnan toimintojen ja sosiaalisten suhteiden ulkopuolelle. Ihminen on yleensä tietoinen sairaudestaan, mutta joillekin mielenterveyshäiriöille on tyypillistä, ettei ihminen tunne itseään sairaaksi ja saattaa nähdä kärsimystä tuottavat ongelmat ympäristössään. (Vuorilehto, Larri, Kurki & Hätönen 2014, 106, 230-232.)

Mielenterveystyössä terveyttä on määritelty autonomiaksi, sosiaalisesti osallisuudeksi ja ymmärrettävyydeksi (Jormfeldt 2007). Mielenterveyshoitotyöhön kuuluvat mielenterveyden edistäminen ja mielenterveyshäiriöiden hoito sekä kuntoutus. Mielenterveyshoitotyön ensisijainen päämäärä on lisätä ihmisten hyvinvointia, työ- ja toimintakykyä sekä edistää persoonallisuuden kasvua. (Hämäläinen, Kanerva, Kuhanen, Schubert & Seuri 2017, 27.)

Mielenterveyskuntoutujalla tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä henkilöä, jolla on ollut mielenterveysongelmia ja joka on kuntoutumassa niistä. Useimmat heistä ovat olleet aiemmin terveitä, joten moni heistä myös toipuu sairaudestaan takaisin normaaliin arkielämään.

Kuntoutuminen on jatkuva henkilökohtainen prosessi, johon voi liittyä erilaisia vaiheita. Kuntoutumisessa tärkeää on toivo, sosiaalinen mukanaolo, selviytymistäidot arjessa, merkityksellisyyden tunne, itsetunto ja voimaantuminen (Hämäläinen ym. 2017, 197-200). Tässä sairaanhoitajalla voi olla merkittävä rooli. Mielenterveyskuntoutujan ja sairaanhoitajan välinen suhde muodostuu kahden ihmisen kohtaamisesta, jolloin syntyy jakamisen kokemus sekä kokemus toisen läsnäolosta (Vatjus 2014, 14).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata sairaanhoitajan ja mielenterveyskuntoutujan kohtaamista ja selvittää niitä asioita, jotka tukevat luottamuksellisen hoitosuhteen syntyä. Opinnäytetyö antaa sairaanhoitajalle tietoa siitä, mitkä asiat voivat vaikuttaa kohtaamiseen ja luottamuksellisen hoitosuhteen syntyyn mielenterveyskuntoutujan kanssa.

2 Mielensterveyskuntoutujan kohtaaminen

Yhteistyösuhde

Yhteistyösuhde on keskeinen hoitotyön auttamismenetelmä mielensterveyshoitotyössä. Yhteistyösuhdetta kuvaillaan myös hoidolliseksi yhteistyösuhteeksi, terapeuttiseksi yhteistyösuhteeksi ja luottamukselliseksi hoitosuhteeksi. Luottamuksellinen hoitosuhde on yksilöiden välinen suhde eli hoitajan ja mielensterveyskuntoutujan välinen suhde. Tämä mahdollistaa asiakkaan voimaantumista edistävän lähestymistavan, jolloin käytettävissä olevien resurssien hyödyntäminen on mahdollisimman monipuolista. (Hämäläinen ym. 2017, 140-143.)

Voimavaralähtöisyys on edellytyksenä asiakkaan yksilölliselle selviytymiselle jokapäiväisessä elämässä. Jotta yhteistyösuhde onnistuisi, on tärkeää saada aikaan luottamus asiakkaan ja hoitajan välillä. Empatia eli eläytyminen asiakkaan tilanteeseen sekä tunteisiin, on edistävää tekijä hoitajan ja kuntoutujan välisessä yhteistyösuhteessa. Yhteistyösuhteen menetelminä on huolenpito eli halu auttaa ja tehdä toisen ihmisen olo hyväksi, aito läsnäolo, keskustelu dialogisuuden määritelmällä ja kuunteleminen. Havainnointi eli kiireettömyys ja pysähtyminen asiakkaan kohdalla, sekä ohjaaminen eli tiedon antaminen, opetus ja neuvonta ovat tärkeitä. Myös yhdessä tekeminen voi edistää keskusteluyhteyden syntymistä, esimerkiksi ulkoilu tai muu asiakkaan lempipuuha, jos kaksin keskustelu huoneessa ahdistaa.

Yhteistyösuhde on prosessi, johon kuuluu kolme vaihetta: aloitusvaihe, työskentelyvaihe ja lopetusvaihe. Ensimmäisessä tapaamisessa on ajankäyttö tarpeellista, sillä tavoitteena on hoitajan ja kuntoutujan tutustuminen toisiinsa. Ensikohtaamisella on suuri merkitys. Työskentelyvaiheessa kuntoutujan ja hoitajan välinen luottamuksellisuus syvenee. Tässä vaiheessa kuntoutuja ja

hoitaja työskentelevät yhdessä kohti kuntoutujan kanssa määriteltyjä tavoitteita. Lopetusvaihetta eli hoidon loppumista määrittelee yhteistyösuhteen pituus. Yhteistyösuhteen lopettaminen onnistuneesti edellyttää sen riittävää käsittelyä. (Hämäläinen ym. 2017, 165-169.)

Asiakaslähtöisyys on perusta sekä hyvään että ammatilliseen asiakkaan ja hoitajan välille muodostuvalle yhteistyösuhteelle. Lähtökohtana on asiakkaan omat tarpeet. Ammatillaisen tulee kunnioittaa asiakasta ja vastata hänen hoidon tavoitteisiinsa ja myös siihen, kuinka asiakas itse toivoo hoidon toteutettavan. Tämän kautta asiakas saa riittävästi tukea, jonka avulla hän voi löytää toimintatapoja elämänsä hallintaan. Jos asiakas saa itse osallistua hoitonsa suunnitteluun sekä sen toteutukseen, se parantaa hoidon laatua ja vähentää hoidon tarvetta pidemmällä aikavälillä. Tunnetietoinen sekä -taitoinen sairaanhoitaja tiedostaa tunteensa, jotta pystyisi toimimaan ammatillisesti ja hyödyntämään tunteita myös yhteistyösuhteessa, (Hämäläinen ym. 2017,140-143.)

Tärkeää mielenterveyskuntoutujan ja sairaanhoitajan yhteistyösuhteelle on lähellä oleminen, rohkeus ja osallisuus. Sairaanhoitajan arvot, asenteet, hoitotyön periaatteet, ihmiskäsitys sekä eettiset periaatteet ohjaavat yhteistyösuhteen rakentumista sekä asiakkaan kohtaamista sekä sairaanhoitajan ja asiakkaan välistä vuorovaikutusta. Mielenterveyskuntoutuja tuo myös omat arvonsa, asenteensa ja ihmiskäsityksensä yhteistyösuhteeseen sekä luo toiveita ja odotuksia sairaanhoitajalle ja hoitotyölle. (Hämäläinen ym. 2017, 147-150.)

Vuorovaikutus

Yhteistyösuhteessa vuorovaikutus on avainasemassa. Vuorovaikutus nähdään muodostuvan kahden pääulottuvuuden kautta. Nämä ovat yhteys ja kontrolli.

Yhteysulottuvuus käsittää käyttäytymisen vaihtelun vihamielisen ja ystävällisen välillä. Kontrolli taas käsittää vaihtelun dominoivan ja alistuvan välillä. Yhteistyösuhteessa asiakkaan ja hoitajan välinen vuorovaikutus on dialogista, eli kuuntelevaa vuoropuhelua, jossa korostuvat vastavuoroisuus ja molemminpuolisuus. Tässä korostuu hoitajan ”ei-tietäminen” asenne ja hoitaja luottaa mielenterveyskuntoutujan omaan asiantuntijuuteen esimerkiksi sairastumisen suhteen. (Hämäläinen ym. 2017, 151-158.)

Dialogisuuden vastakohtana on yksinpuhelu. Tämä voi johtaa vallankäyttöön sekä asiakkaan esineellistämiseen, se ei mahdollista vastavuoroisuutta ja asiakkaan kohtaamista aidosti. Kuntoutuja ja hoitajan kohtaamisen tulee olla asiakkaan kokonaisvaltaista huomioimista, eli mitä kuntoutuja tarvitsee ja miten häntä voisi auttaa sekä kokemus kuulluksi ja ymmärretyksi tulemisesta (Hämäläinen, ym. 2017, 151-158.)

Vuorovaikutuksen ilmiöt

Vuorovaikutuksen ilmiöinä puhutaan nimikkeistä transferenssi, vastarinta ja distanssi. Transferenssi eli tunteensiirto on asiakkaan ja hoitajan välisessä vuorovaikutuksessa. Se on tiedostamatonta tunteen uudelleenkohdistamista toiseen henkilöön. Vastarinta tarkoittaa sitä, että sairastuminen ja sen hyväksyntä sekä siihen liittyvät asiat voivat herättää asiakkaassa vastarintaa. Se voi estää potilaan toipumista ja yhteistyösuhteen etenemistä. Distanssi on välimatka asiakkaan ja hoitajan välissä. Se voi olla fyysistä, psyykkistä tai sosiaalisesta. Yhteistyösuhteessa asiakkaalle tarpeellisen välimatkan tunnistaminen vaatii hoitajalta herkkyyttä. (Hämäläinen ym. 2017, 160-164.)

Vuorovaikutus ja tunteet

Keskushermosto reagoi ihmisellä tunteisiin siten, että kovin voimakas tunne heikentää keskittymiskykyä sekä ongelmanratkaisutaitoja. Tuki- ja

liikuntaelimistössä ilmenee taistele tai pakene –reaktio, joka kiristää lihaksia sekä aiheuttaa niska-hartiaseudun kipua. Reaktio vaikuttaa hengityselimistöön pitäen hengityksen pinnallisena. Sydämen syke ja verenpaine nousevat. Tunteet vaikuttavat myös hormonituotantoon.

Vuorovaikutuksessa molemmat osapuolet tulkitsevat tunteita kehosta, ilmeistä, eleistä ja äänenpainosta. Jos tunneviestit ovat ristiriitaisia, vastapuoli kokee tilanteen kuormittavana. Kehon tunneviestien peittäminen nostaa vastapuolen verenpainetta, vähentää yhteisymmärrystä ja pitää suhteen etäisenä. Koska tunteet vaikuttavat sanalliseen ilmaisuun, on huomioitava, että tunteet yrittävät ihmisiä saada sanomaan asioita sen suurempaa harkintaa käyttämättä. (Myllyviita 2016, 70-75.)

Alkoholin ja lääkkeiden käytön vaikutus kohtaamiseen

Alkoholin käyttö voi voimistaa jo olemassa olevaa mielenterveyshäiriötä ja oireita. Mielenterveyden ongelmia voi ilmentyä runsaan alkoholin käytön kanssa, joten on tärkeää selvittää alkoholin osuus psyykkisiin oireisiin. Mielenterveyskuntoutujan kohtaamisessa on huomioitava alkoholin vaikutus. (YTHS. Alkoholi ja mielenterveys, 2015.)

Alkoholi vaikuttaa kohtaamiseen siten, että se lamaannuttaa aivotoimintaa kaikessa aivotoiminnan osa-alueissa. Aistiharhat vaikeuttavat kohtaamista, jolloin sosiaalinen kommunikointi vaikeutuu. Alkoholin vieroitusoireet vaikuttavat ihmisen sosiaaliseen kanssakäymiseen, sillä fysiologinen olo voi vaikeuttaa ajattelemista, puheen tuottamista sekä kuulon ymmärtämistä (Seppä, Alho & Kiianmaa 2010, 25-26, 191.)

3 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata sairaanhoitajan ja mielenterveyskuntoutujan kohtaamista ja selvittää niitä asioita, jotka tukevat luottamuksellisen hoitosuhteen syntyä. Tavoitteena on, että sairaanhoitaja voi hyödyntää tietoa kohdatessaan mielenterveyskuntoutujia.

Tutkimuskysymykset ovat Mitkä asiat vaikuttavat kohtaamiseen? ja Miten kohtaaminen tukee luottamuksellisen yhteistyösuhteen syntyä?

4 Opinnäytetyön toteutus

■ Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä

Opinnäytetyön menetelmänä on kirjallisuuskatsaus. Opinnäytetyössä pyritään laajaan ja syvälliseen ymmärrykseen tutkimuksen kohteena olevista käsitteistä ja aiheesta (Tuomi & Sarajärvi 2012. 71). siitä mitä tällä hetkellä tiedetään mielenterveyskuntoutujan ja sairaanhoitajan välisestä kohtaamisesta. Pelkästään sairaanhoitajan ja mielenterveyskuntoutuja välisestä kohtaamisesta löytyi tutkimusta niukasti. Sen vuoksi tiedonhaussa hyväksyttiin myös tutkimuksia, jotka koskettavat esimerkiksi mielenterveyskuntoutujan ja lääkärin välistä kohtaamista.

■ Aineiston haku ja sisäänottokriteerit

Aineiston hakua avataan enemmän selvitys tiedonhankinnasta –liitteellä. Selvitys tiedonhankinnasta sisältää avainsanat sekä hakusanat, sekä tietokannat joista tutkimustietoa on ajateltu etsiä aiheeseen liittyen. Tiedonhankinta suunnitelmassa käyn myös lävitse tarkemmin tiedonlähteen sekä tiedon arviointia. Aineistohakuni loppuu, kun se on saturaatio pisteessä, eli aineisto alkaa toistamaan itseään ja tiedonantajat eivät tuota

tutkimusongelman kannalta enää mitään uutta tietoa. Aineistonkeruumenetelmäni on erilaisiin dokumentteihin perustuva tieto. Sisäänottokriteereinä opinnäytetyössä toimii seuraavat asiat: Tieto on tehty 5-10 vuoden sisään, jos aiheesta ei ole uudempaa tietoa saatavilla, hyväksytään 15 vuoden sisään tehdyt. Aiheen tulee pääasiallisesti koskea työikäisiä mielenterveyskuntoutujia. Kielirajauksena toimii englannin ja suomenkieli, ammattisanasto sekä kokemusasiantuntijuutta käsittelevä kirjallisuus. Laatua arvioidaan tekstin tuotoksen perusteella, kuka sen on tehnyt, pohjautuuko tieto tutkittuun näyttöön, alkuperäistutkimukseen. Poissulkukriteereinä ovat asiat, jotka menevät sisäänotto kriteereiden ulkopuolelle, eli selkeästi liian nuori tai vanha ikäluokka, tieto on vanhentunutta tai siitä on uutta tietoa saatavilla, tieto on ristiriidassa yhteiskunnan säädöksiä ja normeja vastaan, tietoa ei ole tehnyt arvostettu oman alan edustaja ja lisäksi poissuljetaan muistihäiriöiset, jolloin voi esiintyä mielenterveyshäiriöitä osana muistisairautta, koska ne vaikuttavat ihmisen persoonallisuuteen. (Tuomi, J. ym. 2012. 84-89.)

■ Aineiston haku, sisäänottokriteerit ja aineiston analysointi

Aineiston haku on kuvattu selvitys tiedonhankinnasta -liitteellä (Liite 1).

Selvitys tiedonhankinnasta sisältää avainsanat sekä hakusanat, sekä tietokannat, joista tutkimustietoa on etsitty.

Sisäänottokriteerit ovat seuraavat: Tutkimus on alle kymmenen vuotta vanha. Jos aiheesta ei ole uudempaa tietoa saatavilla, hyväksytään 15 vuoden sisään tehdyt. Aiheen tulee pääasiallisesti koskea työikäisiä mielenterveyskuntoutujia. Kielirajauksena on suomen- ja englanninkieli, ammattisanasto sekä kokemusasiantuntijuutta käsittelevä kirjallisuus. Laatua arvioidaan tekstin tuotoksen perusteella, kuka sen on tehnyt, pohjautuuko tieto tutkittuun näyttöön vai alkuperäistutkimukseen.

Poissulkukriteereinä ovat asiat, jotka jäävät sisäänottokriteereiden ulkopuolelle. Jos tiedon tuottamisaika ei mahdu vaadittuun ryhmään, eli tieto on vanhentunutta tai siitä on uutta tietoa saatavilla: Myös mikäli tieto on ristiriidassa yhteiskunnan säädöksiä ja normeja vastaan tai tietoa ei ole tehnyt arvostettu oman alan edustaja. Lisäksi poissuljetaan ne muistihäiriöiset, jotka voivat esiintyä osana muistisairautta, koska ne vaikuttavat ihmisen persoonallisuuteen. (Tuomi ym. 2012, 84-89.)

Opinnäytetyöhön päätyi lopulta 17 tutkimusta, joista kolme olivat pro-gradu ja loput väitöskirjoja. Tutkimuksia tarkasteltiin ajattelemalla asiaa siltä kannalta, että tutkimuksen voi kohdentaa mihin terveydenhuollon ammattilaiseen tahansa. Esimerkkinä lääkäri- mielenterveyskuntoutujan kohtaamisesta tehtyä tutkimusta tarkasteltiin sairaanhoitajan näkökulmasta.

Aineiston analyysi on tehtaineistolähtöisesti kolmivaiheisen prosessin mukana. Ensin aineista redusoitiin eli pelkistettiin. Seuraavaksi aineisto klusteroitiin eli samaa tarkoittavat käsitteet ja ilmaukset ryhmiteltiin luokaksi. Lopuksi luotiin teoreettiset käsitteet, eli abstrahoitettiin. (Tuomi & Sarajärvi 2012, 108-111.)

5 Eettisyys ja luotettavuus

Eettinen ajattelu näkyy kriittisenä arviointina aineiston haussa. Tutkimusetiikan normit ohjasivat tiedon etsimistä ja käsittelyä. Eettisesti hyvä tutkimus edellyttää tieteellisiä tietoja, taitoja ja hyviä toimintatapoja niin tutkimuksen teossa kuin sosiaalisesti tiedeyhteisössä ja suhteessa ympäröivään yhteiskuntaan. Opinnäytetyö tehtiin tutkimuseettisesti oikein noudattaen rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta, tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa sekä esittämisessä.

Lähteiden luotettavuutta arvioitiin eettisten näkökulmien mukaisesti ja lähteiden merkintä on tehty ohjeiden mukaisesti. Lisäksi lähdekriittisyys muistettiin työtä tehdessä. (Kuula, A. 2011. 21-24, 34-35.) Työssä on noudatettu JAMK:in omia eettisiä periaatteita. Sairaanhoidajan opinnäytetyön eettisyyttä määrittelee myös sairaanhoidajan eettiset ohjeet (Sairaanhoidajien eettiset ohjeet, 2014).

6 Tutkimustulokset

Tässä opinnäytetyössä selvitetään sairaanhoidajan ja mielenterveyskuntoutujan kohtaamista ja etsitään niitä asioita, jotka tukevat luottamuksellisen hoitosuhteen syntyä. Kohtaamiseen vaikuttavat tekijät muodostuvat kolmen pääluokan alle: 1. Mielenterveyskuntoutujan sairaus, 2. vuorovaikutukseen vaikuttavat tekijät ja 3. ammattilainen.

■ Mielenterveyskuntoutujan sairauden merkitys

Sairaanhoidajan tulee olla tietoinen asiakkaansa sairaudesta, sillä mielenterveyskuntoutujan kuntoutuminen on pitkäaikaista. (Pöllänen 2017, 72). Jos henkilöllä on ollut masennusta tai muita psyykkisiä oireita, se voi tuoda mukanaan epävarmuuden omasta itsestään. Epävarmuus voi heijastua hankaluutena kertoa oma mielipiteensä tai horjuttaa varmuutta omia päätöksiään kohtaan. Tällöin hoitotapaamisten kohdalla voi olla hankala saada asiakasta vastavuoroiseen vuorovaikutussuhteeseen, jos epävarmuus on liian hallitsevana taustalla. (Harju & Luukkonen 2003, 17.)

Erilaiset mielenterveysongelmat vaikuttavat kohtaamiseen. Esimerkiksi masentuneen henkilön kanssa on tärkeää ymmärtää, että usein masentunut henkilö haluaa korostetusti hyväksyntää. Tämän vuoksi hän voi vaivaantua

sosiaalisista tilanteista, koska pelko torjutuksi tulemisesta on läsnä masentuneen mielessä. Sairaanhoidajan ammatillisuus näkyy sairauden tuntemisessa, esimerkiksi depressio saa usein ihmisen ärtyneeksi ja kärsimättömäksi, joka voi vaikeuttaa sosiaalista kanssakäymistä ammattihenkilön kanssa, jolloin rakentavan keskustelun taidot ammattilaisella ovat avainasemassa. (Kopakkala 2015, 199-201.)

Kohtaamisessa on tärkeää huomioida potilaan sairauden vaihe ja vaikuttavatko oireet kognitiivisiin taitoihin, esimerkiksi muistiin. Myös mielenterveysongelman esilletuloajalla on merkitystä, eli onko kuntoutuja ja läheiset vielä esimerkiksi alkuajan kriisissä. Nämä vaikuttavat kohtaamiseen, hyvän kohtaamisen syntyyn sekä siihen, voiko kuntoutuja vastaanottaa tietoa oikeanlaisesti. Sairaanhoidajan antama tieto, toimii siltana kuntoutujalle yhdistää tietoa sekä kokea oivalluksia tilanteestaan. (Kilcku 2008, 104-110.)

Haitallisten psyykkisten oireiden on kuvattu osuvan negatiivisesti korreloiviin tekijöihin hoitoon sitoutuneisuudessa. Näihin tekijöihin sisältyy myös negatiiviset tunteet sekä yhteistyön puute hoidossa. On huomioitava, että hoidon tulee olla jatkumon prosessi, jolloin meidän kohtaamisemme on tärkeä osa hoitoa sekä tunteiden käsittely. Kuitenkin jos haitalliset psyykkiset oireet pääsevät vallitsevaksi, sitä voi kohtaaminen olla haasteellista. Näihin kuitenkin lääkehoito on hyvä hoitomuoto muiden hoitojen kanssa.

Lääkehoidon haittavaikutukset voivat sekoittaa mielenterveyshäiriön oireisiin, tai lääkitys voi olla riittämätön, jolloin taas mielenterveyshäiriön oirekuva voi pahentua sen verran että se vaikeuttaa sosiaalista kanssakäymistä. Haittavaikutukset ovat kuitenkin yksilöllisiä sekä lääkekohtaisia, ne vaikuttavat moniin herkkiin elintoimintoihin, aivoihin ja

hermostoon. Monen psykelääkkeen yhtäaikainen käyttö voi lisätä haittavaikutuksien ja oirekuvan syntyä. (Huttunen 2008, 104-113.)

Haittavaikutukset voivat vaikeuttaa sosiaalista kanssakäymistä sekä tuoda ihmiselle kiusaantunutta ja epävarmaa oloa. Usealla psykelääkkeellä vieroitusoireena tyypillisesti on pahoinvointi, vatsavaivat, hikoilu, päänsärky ja seksuaaliset toimintahäiriöt. Joillain ihmisillä SSRI –lääkkeet voivat aiheuttaa toimintaa hankaloittavaa vapinaa sekä kiusallisen voimakasta hikoilua. Osalla psykelääkkeistä on väsyttävä (bentsodiatsepiimi) sekä rauhoittava vaikutus. (Huttunen, 2008, 104-113.)

Lääkehoitoa sekä kokonaisvaltaista asiakkaan hoitoa mietittäessä korostetaan asiakkaan omaa tahtoa sekä hoitoon sitoutuneisuutta. Nuoruusiällä alkaneet haitalliset psyykkiset oireet ovat usein pysyviä, jos niitä ei tuolloin kohdata oikealla tavalla, ne näkyvät pahemmin aikuisuudessa. Tällöin se voi heijastua voimakkaana epäsosiaalisena käytöksenä, jolloin hyvän kohtaamisen muodostaminen voi olla haasteellista. Aikuisiän psyykkisten oireiden taustat voivat alkaa jo nuoruudesta, jolloin on voinut olla jokin asia mikä psyykkistä hyvinvointia on horjuttanut. (Timlin 2015, 7; Ritakallio 2008, 12.)

Kaksi tutkimusta nosti lääkehoidon tarpeellisuuden hoitotasapainon saavuttamiseksi. Kun lääkehoito ei ole tasapainossa, se vaikuttaa asiakkaan sosiaaliseen vuorovaikutukseen, sillä hän ei kykene välttämättä keskittymään vuorovaikutukseen haittaoireiden vuoksi, jolloin kohtaamisessa tapahtuva vuorovaikutus painautuu taka-alalle. Terveystieteillä on merkittävä vaikutus tasapainossa olevaan lääkehoitoon, sekä sen jatkuvuuteen. Hyvässä hoitotasapainossa oleva lääkehoito yhdessä muiden hoitojen kanssa, on tärkeä tekijä ennaltaehkäistäessä psyykkisen sairauden pahenemisvaihetta. Sillä psyykkisen sairauden pahenemisvaiheessa asiakkaan psyykinen sekä

fyysinen toimintakyky heikkenee, jolloin se vaikeuttaa kognitiivisia toimintoja. Kognitiivisten toimintojen vaikeutuminen tarkoittaa keskittymis-, hahmottamis- ja muistivaikeuksia, myös lukihäiriötä ja oppimisongelmia. Ymmärrettävästi heikentyneet kognitiiviset taidot ovat sidoksissa vuorovaikutukseen ja toisen kohtaamiseen. On huomioitava, että jos on vaikeuksia muissakin sosiaalisissa suhteissa, tämä helposti heijastuu vetäytymisenä sosiaalisesta kanssakäymisestä. (Nieminen 2017, 53-54.)

Toinen tutkimus, jossa lääkehoito mainittiin, toi esille lääkehoidon välttämättömyyden oireiden helpottamiseksi. Esille nostettiin asiakkaiden kokema pelkoa lääkkeiden muutoksiin ja sivuvaikutuksiin liittyen. Sillä nämä aiheuttivat pelkoa uudelleen sairastumisesta. Tutkija mainitsee lääkkeiden vaikutuksen ajattelun selkeyteen mietityttävän, kuitenkin tarkentamatta, mietityttikö asia asiakkaita vai hoitajia tai kenties molempia. (Koivu, 2003, 58.)

■ Vuorovaikutus

Kaikki tähän opinnäytetyöhön valitut tutkimukset korostivat vuorovaikutusta ja sen vaatimia taitoja ammattilaiselta. Vuorovaikutus-työvälineet voidaan jakaa kolmeen osa-alueeseen luonteensa mukaisesti: informatiivinen, supportiivinen sekä kontekstuaalinen (Hyvönen 2004, 76-77.)

Informatiivinen työväline tarkoittaa haastattelua, havainnointia ja kuulemista. Näin sairaanhoitaja saa tarvittavaa tietoa asiakkaan/potilaan tilanteesta, tarpeista sekä toiveista. Jotta voidaan keskustella, on tärkeää kuulla ja jotta sairaanhoitaja voi auttaa asiakastaan, on osattava kuunnella häntä. Kuuntelu ilmenee aktiivisena silloin, kun sairaanhoitaja vastaanottaa asiakkaan kertomuksen sekä ilmaisee tämän hänelle esimerkiksi täydentävin tai

heijastavin kysymyksiin. Kuuntelu on yksi tärkeimmistä työvälineistä perusterveydenhuollon mielenterveystyössä. (Hyvönen 2004, 76-77.) Havainnointi informatiivisena työvälineenä liittyy sanattomaan viestintään. Sairaanhoidajan on osattava tulkita, sekä havainnoida sellaista tietoa, mitä toinen ei halua tai edes kykene tuottamaan sanallisesti. On kuitenkin varottava havainnoinnin vaaroja, sillä havainnointi voi vahvistaa vääränlaisia ennakkokäsityksiä tai kumota sairaanhoidajan muulla tavalla saatua tietoa. Supportiivisia työvälineitä ovat kuuntelu ja koskettaminen, joiden avulla sairaanhoidajan asiakkaalle antama tuki on tällöin tiedostettua. Koskettaminen täydentää muita työvälineitä. Koskettamisessa on kuitenkin havaittava, sopiiko tämä asiakkaalle vai ei. (Hyvönen 2004, 76-77.)

Kohtaaminen voidaan rakenteellisesti jaotella kahteen alueeseen, jotka ovat vuorovaikutuksellinen ja tiedollinen kohtaaminen. Molemmissa kohtaamisen muodoissa korostuu vastavuoroisuus. Tiedollinen kohtaaminen pitää sisällään nimenomaan hoidon aloitusvaiheessa tiedon merkityksen ja mielenterveysongelman aiheuttaman muutoksen kokonaisvaltaisen huomioimisen. Tiedollisessa kohtaamisessa korostetaan yhdessä oppimista sekä opetuksellisen osaamisen monipuolinen käyttäminen. Sairaanhoidajan tärkeää pyrkiä lisäämään turvallisuuden tunnetta, sekä luoda luottamusta yhteistyön ajalliseen mahdollistumiseen sekä sen jatkumoon. Jo ensikohtaamisella syntyy tunne siitä, tuleeko asiakas kohdatuksi vai tapahtuuko kohtaaminen kohtaamattomasti. Kokemus kohtaamattomuudesta ja kohtaamiseksi tulemisesta määrittää kuinka hoito asiakkaan kanssa mahdollistuu.

Kohtaamaton kohtaaminen lisää asiakkaan epävarmuudessa elämistä, kun taas kohtaaminen edesauttaa toipumisprosessia. Tällöin kohtaamisessa tapahtuva vuorovaikutuksen alue on hyvin herkkää, sillä oikeanlainen

asiakkaan kohtaaminen mahdollistaa luottamuksen synnyn.

Kohtaamattomuus johtaa luottamuksen menettämiseen. Avoimuus, kuunteleminen sekä ymmärretyksi tulemisen tunteen luomisen asiakkaalle on edellytys luottamuksen kehittymiselle sekä näin yhteistyö tulee mahdolliseksi. Kun luottamuksellinen hoitosuhde saadaan aikaiseksi, se mahdollistaa monista tunteista puhumisen sekä niiden käsittelyn asiakkaalle ja sitä kautta voidaan aloittaa toipuminen. (Kilkku 2008, 3-4, 94-96, 98.)

Useammassa tutkimuksessa tuli ilmi, että hyvä vuorovaikutussuhde tarvitsee avointa dialogia. Dialogin tavoitteena on luoda yhteinen ymmärrys jostain asiasta. Avoin dialogia kuvaillaan vastavuoroisella vuorovaikutuksella, jossa asiakkaalle syntyy kuulluksi, ymmärretyksi ja arvostetuksi tulemisen tunne. Hoitotapaamisissa tapahtunut vuorovaikutus, kuulluksi sekä kohdatuksi tuleminen voivat olla kuntoutumisen kulmakiviä. Sairaanhoidaja voi auttaa asiakasta löytämään omat voimavaransa ja kykynsä millä saavuttaa ne, joka tuolloin tukee asiakkaan kasvua sekä voimaantumista. Kuitenkaan sairaanhoidaja ei voi opettaa taitoa asiakkaalle, vaan kyse on nimenomaisesta auttamisesta vuorovaikutuksellista suhdetta hyödyntäen. Hyvä asiakassuhde, joka käsittää luottamuksellisen suhteen vaatii toimivaa vuorovaikutusta, aitoa kohtaamista, kuulluksi sekä nähdyksi tulemistä realistisella tavalla.

Läheisten merkitys kohtaamiselle tuli tutkimuksessa esille. Läheisten mukana olo on suurimmalle osalle mielenterveyskuntoutujia tärkeää. Sairaanhoidajan täytyy osata varautua tunteisiin, jotka läheiset luovat tai voimistavat.

Läheisetkin kaipaavat tukea ja apua, ja he odottavat sitä ammattilaisilta. Myös läheiset kokevat voimakkaita tuntemuksia. Kun kuntoutuja sairastuu tai hakee apua, voi syntyä ristiriitoja kuntoutujan, läheisten ja hoitajien välille. On tärkeää, että sairaanhoidaja tunnistaa nämä ristiriidat ja ottaa ne esille yhteisissä keskusteluissa, sillä käsittelemättömät ristiriidat voivat vaikuttaa

merkittävästi tiedon antamiseen sekä vastaanottamiseen. (Kilcku 2008, 104-110.)

■ Sairaanhoidajan ammatilliset taidot

Mielenterveyskuntoutujien kouluttautumista tutkivassa tutkimuksessa tuotiin esille myös tärkeänä tuloksena ammattilaisen sosiaaliset taidot. Sosiaaliin taitoihin kuuluu taito kuunnella, kyky ymmärtää sekä kiinnostus. Nämä asiat edistävät vastavuoroista kanssakäymistä sekä saavat aikaiseksi koulutukseen sitoutuneisuutta. Sillä on vaikutusta luottamuksellisen hoitosuhteen syntyyn, joka parantaa asiakkaan hoitoon sitoutuneisuutta. Mielenterveyskuntoutuja tarvitsee vastavuoroista vuorovaikutusta, jotta voidaan päästä aloittamaan kuntoutumista. Ellei hyvää kohtaamista tapahdu eikä synny luottamuksellista hoitosuhdetta, ei kuntoutuja löydä omia voimavarojaan kuntoutumiseen. (Nieminen 2017, 56; Kerätär 2016, 85.) Hyvä kohtaaminen painottuu asiakaslähtöiseen työotteeseen, joka mahdollistaa tiedon saannin lisäämisen mielenterveyskuntoutujalle. (Laitila, 2010, 5.) Asiakaslähtöisessä työotteessa tuodaan esille yksilön arvostamista sekä hoitoon mukaan ottamista. Tällöin kuntoutujan itsemäärämistä kunnioitetaan ja sitä vahvistetaan, joka heijastuu pysyvyyden tunteen vahvistamiseen kuntoutujalla. (Notko, 2016, 9.)

Mielenterveyskuntoutujalla voi olla itsestään tai psyykkisestä sairaudesta johtuvia vaikeuksia, jotka vaikuttavat vuorovaikutuksen syntyyn ja kohtaamiseen. Tällöin hyvän, luottamuksellisen asiakassuhteen muodostaminen voi olla mahdotonta. Sairaanhoidajan ammatillinen valmius dialogiseen suhteeseen korostuu, sillä jos valmiuksia ei ole, voi hoitojakso jäädä vaillinaiseksi tai purkaantua. (Rissanen 2015, 133-136); Leinonen 2012, 65-68.)

Tunteiden vaikutus kohtaamiseen voi olla voimakasta, sillä mielenterveyskuntoutuja voi kokea monenlaisia, voimakkaita negatiivisia tunteita. Näitä voi olla pettymys, epävarmuus, syyllisyys, häpeä, suru, myös voimakasta ilon tunne voi esiintyä. Tunteet syntyvät aina ihmisen ja ympäristön yhteisvaikutuksesta, Esimerkiksi jos mielenterveyskuntoutujan kohtaaminen herättää jonkin ikävän muiston hoitajan mielessä. Muiston herättäminen voi olla jokin sama liike, ympäristö tai jokin muu yhdistävä tekijä hoitajan mielessä ikävään muistoon. Tuolloin kehomme reagoi tunteeseen, joka voi ilmentyä ulospäin erilaisina kehon viesteinä. (Myllyviita, 2016, 19-25.)

Sairaanhoitajan omat tunteet, asenteet ja uskomukset vaikuttavat asiakaskohtaamiseen. Niiden tiedostaminen on tärkeää tiedostaa, sillä se edesauttaa hyväksymään erilaisuutta ja auttaa muodostamaan toista ihmistä arvostavan hoitosuhteen. Tällöin kykenee toimimaan tilanteissa vuorovaikutuksellisesti paremmin, sillä omat ajatukset väärästä ja oikeasta, kielteisestä tai myönteisestä vaikuttavat kommunikaatioon asiakkaiden kanssa. Oman ajatusmaailman tiedostaminen antaa tilaisuuden käyttää mielenterveystyössä omaa persoonallisuuttaan työkalunaan. Omien tunteiden tiedostaminen ja niiden reflektoinen opetteleminen ovat tärkeimpiä asioita läsnäolon lisäämiseksi hoitotapaamisissa. On tärkeää, että sairaanhoitaja osoittaa kunnioitusta asiakkaan asiantuntijuutta kohtaan suhteessa omaan sairauteensa. Se lisää luottamusta ja vahvistaa asiakkaan tuntemusta tulla kuulluksi ja nähdyksi omana itsenään. Kun asiakas kokee tämän, se antaa mahdollisuuden asiakkaalle sanoittaa omia kokemuksiaan ja sairauden tuomia huolia, sekä hyviä puolia elämästään. Luottamuksellisen suhteen onnistumisen kannalta tärkeää on vuorovaikutuksen emotionaalisuus sekä aito läsnäolo, joka sisältää kuuntelua, tarkentavia kysymyksiä sekä

arvostuksen välittämisen. Lisäksi asiakkaalle annetaan tieto hänen kielellään ja varmistetaan yhteinen ymmärrys. (Vatjus 2014, 127-129, 131.)

Kuunteleminen on taito, jolloin keskittyy asiakkaan kuuntelemiseen ja pyrkii välttämään asiakkaan keskeyttämistä liian aikaisin, sillä tällöin jokin asiakkaan kertomasta voi jäädä pois. Jos sairaanhoitaja ei ymmärrä asiakkaan viestiä ja kerrontaa, voi olla, että hoitaja keskittyy asiakkaan kannalta epäolennaiseen asiaan. Kohtaamisessa asiakkaan kanssa, on huomioitava sanaton viestintä, sillä joskus, se voi antaa enemmän tietoa kuin ääneen lausutut sanat. Dialogisessa suhteessa on kyse juurikin siitä, että asiakkaan oma kerronta tulee vastaanotetuksi ja vain tällöin syvempi kerronta suhteessa käynnistyy. Sairaanhoitajan taitoihin kuuluu puheeksi ottamisen taito, on tärkeää myös muista, että kohtaa asiakkaan yksilönä, eikä tottumukset tai edelliset tapaukset määrää uuden potilaan kohtaamista. (Vatjus 2014, 127-129, 131.)

Jotta sairaanhoitaja voi kohdata kokonaisvaltaisesti mielenterveyskuntoutujan, se edellyttää työskentelyä ammatillisen ja persoonallisen tavan rajapinnassa. Sillä sairaanhoitajalla ammatillinen ja persoonallinen identiteetti kulkevat käsi kädessä. On hyvä omata myös kyky mukautua asiakkaan tai hänen läheisten maailmaan. (Mahlakaarto, S. 2010. 55-56.)

7 Johtopäätökset

Sairaanhoitajan ja mielenterveyskuntoutujan kohtaamisen kannalta löytyi kolme päätekijää: mielenterveyskuntoutujan sairaus, vuorovaikutus ja ammattilaisen taidot. On tärkeää, että sairaanhoitaja ymmärtää mielenterveyskuntoutujaa ja tämän sairautta. Kohtaamisen tulee olla avoimen

dialoginen, jotta voidaan saada aikaiseksi luottamuksellinen hoitosuhde. Kuitenkin osoittaen arvostusta sekä kunnioitusta, empaattisuutta asiakkaan asiantuntijuutta kohtaan omassa tilassaan. Sairaanhoidajan tulee tiedostaa omat tunteensa, ennakkoluulonsa ja arvonsa työssään, jottei nämä tahattomasti/sanattomasti heijastuisi vuorovaikutukselliseen kohtaamiseen.

Sairaanhoidajan on kehitettävä vuorovaikutustaitojaan ja erityisesti siihen liittyen kuuntelemisen taitoja. Vuorovaikutustaitojen kehittymiseen liittyy sairaanhoidajan omien tunteiden, asenteiden tunteminen, jotta hän voi käyttää persoonallisuuttaan työssään. On tärkeää olla ammatillinen, inhimillinen, potilasta ja läheistä arvostava heti ensikohtaamisesta lähtien.

Yleensä dialogia toteutuu kasvotusten, kuitenkin tekniikan kehittyessä on huomioitava vuorovaikutuksen toteutuminen virtuaalisessa työympäristössä. Vaikka vuorovaikutus tapahtuisi verkkoympäristössä, on huomioitava, että vuorovaikutuksen perusta tulee olla toisen ihmisen huomioiminen yksilönä. (Rahikka 2013, 39-40,48.)

Tuloksissa tuli esille yhteiskunnallisia ja sosiokulttuurisia vaikutuksia, joita ei oltu osattu huomioida opinnäytetyön teoria osuudessa. Kuitenkin yhteiskunnallisissa asioissa pääällimmäiseksi tutkimuksissa nousi kiire, joka vaikeutti kohtaamista, sekä myös resurssipula. Sosiokulttuurisista tekijöistä mainittakoon maahanmuuttajat ja vuorovaikutus heidän kanssaan.

8 Pohdinta

Sairaanhoidajan keinot mielenterveyskuntoutujan kohtaamiseen pätevät kaikissa asiakas- ja potilaskohtaamisissa. Lähtökohtana on luoda luottamuksellisen hoitosuhde asiakkaaseen. Kohtaamiset eivät aina ole pitkiä:

sairaanhoitajalla kohtaaminen voi olla vain muutaman minuutin kohtaaminen hoidon tarpeen arvioinnissa tai vaikkapa virtuaalimaailmassa. Kuitenkin lyhyenkin ajan on sairaanhoitajan mietittävä, miten hän voi rakentaa luottamuksen asiakkaaseen. Omassa työssäni olen usein kuullut pohdintaa siitä, kuinka voisi oikeanlaisesti kohdata mielenterveyskuntoutujan, niin että se tukisi hänen hoitoon sitoutuneisuutta ja luottamuksen syntyä kokonaisvaltaisesti. Tulevaisuudessa ensivaikutelma saattaa tapahtua sähköpostin, lyhytviestinnän kautta tai puhelimitse. Dialogisuuden tapahtuminen verkkoympäristössä sai minut pohtimaan sosiaalisten tilanteiden hankaluutta. Jos on sosiaalisten tilanteiden pelkoa, joka laukaisee ahdistuskohtauksen, voisiko silloin siirtää hoitotapaamisen verkkoympäristöön? Tällöin mielenterveyskuntoutuja voisi olla kotonaan, turvallisessa ja tutussa ympäristössä, kuitenkin kohtaisi sairaanhoitajan ja täten saisi tarvitsemaansa apua.

Mikään valikoiduista tutkimuksista ei tuonut esille päihteiden vaikutusta kohtaamiseen. Syynä voi olla se, että melkein kaikki tutkimukset oli otettu joko osastohoidosta tai hoitotapaamisista. Hoitotapaamiseen voi potilas tulla päihteiden vaikutuksen alaisena. Lääkehoidon merkitys nousi esille esimerkiksi hoitotasapainon edistämiseksi.

Opinnäytetyön teko avasi omien tunteiden, ajatusten ja arvojen tarkastelua sekä niiden merkitystä työhön. Uskon opinnäytetyön antavan käsityksen siitä, kuinka kehittää itseään niin, että se tukisi oikeanlaista ja hyvää kohtaamista mielenterveyskuntoutujan kanssa. Virtuaaliympäristössä tapahtuvaa kommunikointia pidän mielenkiintoisena. Tulevaisuudessa hoidontarpeen arviointi voi tapahtua internetin tai jonkinlaisen etäpisteen välityksellä. Tällöin korostuvat vuorovaikutukselliset taidot, jotta asiakas saisi siltikin kokemuksen hyvästä kohtaamisesta ja kohdatuksi tulemisesta.

Sairaanhoitaja voi vaikuttaa ihmisten asenteisiin niin asiakkaiden kuin heidän läheistensä sekä yhteistyökumppanien parissa. Silloin on mahdollisuus paneutua työssä vuorovaikutukseen, asiakaslähtöisyyteen sekä laaja-alaisuuteen.

Liite 1 Selvitys tiedonhankinnasta

Lähdeluettelo

Hyvönen, S. 2004. Moniulotteista ja moniammatillista yhteistyötä muutosten keskellä; tutkimus perusterveydenhuollon mielenterveystyöstä. Väitöskirja.

Tampere: Juvens Print. VIITATTU 10.1.2019.

<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67807/951-44-6054-5.pdf?sequence=1>

Harju, H., Luukkonen, S. 2003. Dialogin rakentuminen suhteessa masentuneen henkilön sisäiseen tarinaan. Pro gradu. Jyväskylän yliopisto.

VIITATTU 10.1.2019.

<https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/10909/G0000391.pdf?sequence=1>

Hämäläinen, K. Kanerva, A. Kuhanen, C. Schubert, C. Seuri, T. 2017.

Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Huttunen, M. 2008. Lääkkeet mielenhoidossa. Helsinki: Kustannus Oy

Duodecim.

Jormfeldt, H. 2007. Dimensions of health among patients in mental health services. Akademisk avhandling. Department of Health Sciences, Faculty of Medicine, Lund University, Sweden.

Lavikainen, J, Fryers, T. & Lehtinen V. (toim.) 2006. Improving Mental Health in Europe - Propo-sal of the MINDFUL project. Stakes, Helsinki.

Kopakkala, A. 2015. Masennus. Helsinki: Basam books Oy.

Kuula, A. 2015. Tutkimusetiikka. Vantaa: Hansaprint Oy. Sairaanhoidajan eettiset ohjeet. 2014.

Sairaanhoitajaliiton ohjeistus Sairaanhoitajat -sivustolla. Viitattu 18.4.2018.

<https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>

Kilkku, N. 2008. Potilasopetus ensipsykoosipotilaan hoidossa. Substantiivinen teoria luottamuksen uudelleen rakentumisesta. Väitöskirja. Tampere: Juvenes Print. VIITATTU 20.11.2018.

<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67909/978-951-44-7492-7.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Kerätär, R. 2016. Kun katsoo kauempaa, näkee enemmän; Monialainen työkyvyn ja kuntoutustarpeen arviointi pitkäaikaistyöttömillä. Väitöskirja. Tampere: Juvenens Print. VIITATTU 14.11.2018.

<http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526210865.pdf>

Koivu, K. 2003. Koettu hallitsematon minuus psykoottisen potilaan hoitotyön lähtökohdaksi. Väitöskirja. Oulu: University press. VIITATTU 20.11.2018.

<http://jultika.oulu.fi/files/isbn951427007X.pdf>

Laitila, M. 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä; Fenomenografinen lähestymistapa. Väitöskirja. Kuopio: Kopijyvä Oy. VIITATTU 10.1.2019. <https://core.ac.uk/download/pdf/15168145.pdf>

Leinonen, A. 2012. Mielenterveys- ja päihdekuntoutujat palveluiden kokemustutkijoina. Pro gradu. Jyväskylän yliopisto. VIITATTU 10.1.2019.

<https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/39921/URN%3aNBN%3afi%3ajyu-201210072623.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Mahlakaarto, S. 2010. Subjektiksi työssä; Identiteettiä rakentamassa voimaantumisen kehitysohjelmassa. Väitöskirja. Jyväskylä: Copyright. VIITATTU 10.1.2019.

<https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/24957/9789513939922.pdf?seq>

Myllyviita, K. 2016. Tunne Tunteesi. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Notko, T. 2016. Vuorovaikutussuhteet ja valtaistuminen; kuntoutustyöntekijän ja vammaisen ihmisen näkemyksiä vammaisuudesta. Väitöskirja. Rovaniemi: Lapin väitöskirjakustannus. VIITATTU 10.1.2019.

<https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-484-925-8>

Nieminen, I. 2017. Koulutusinterventio osana mielenterveyskuntoutujien kuntoutusta. Väitöskirja. Tampere; Suomen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print. VIITATTU 31.10.2018.

<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/100449/978-952-03-0316-7.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Pöllänen, A. 2017. Mielenterveyskuntoutujan kuntoutuminen kuntouttavassa työtoiminnassa. Pro-gradu. Itä-Suomen yliopisto. VIITATTU 10.1.2019.

http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20170529/urn_nbn_fi_uef-20170529.pdf

Rissanen, P. 2015. Toivoton tapaus? Autoetnografia sairastumisesta ja kuntoutumisesta. Väitöskirja. Helsinki: Unigrafia Oy. VIITATTU 20.11.2018.

https://kuntoutussaatio.fi/files/2116/Paivi_Rissanen.pdf

Rahikka, A. 2013. Dialogi auttavissa verkkopalveluissa. Sosiaali- ja terveysjärjestöjen ammattilaisten kertomuksia kommunikaatiosta. Väitöskirja.

Helsinki: Unigrafia. VIITATTU 20.11.2018.

<https://core.ac.uk/download/pdf/18616572.pdf>

Ritakallio, M. 2008. Self-reported depressive symptoms and antisocial behaviour in middle adolescence. Väitöskirja. Tampere: Juvenes print Oy.

VIITATTU 10.1.2019. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67843/978-951-44-7277-0.pdf;sequence=1>

Seppä, K. Alho, H. Kiiänmaa, K. 2010. Alkoholiriippuvuus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2012. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Vantaa: Hansaprint Oy.

Timlin, U. 2015. Adolescent's adherence to treatment in psychiatric care. Väitöskirja. Oulu: Copyright. VIITATTU 10.1.2019.

<http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526208039.pdf>

Vuorilehto, M. Larri, T. Kurki, M. Hätönen, H. 2014. Uudistuva mielenterveystyö. Helsinki: Fioca Oy.

Vatjus, R. 2014. Kohti suhdekeskeisyyttä lääkärin ja potilaan kohtaamisessa. Laadullinen tutkimus potilas-lääkärisuhteen hahmottumisesta yleislääkäreiden koulutuksessa. Väitöskirja. Tampere; Juvenes Print.

VIITATTU 14.11.2018. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526203522.pdf>

WHO 2008. Policies and practices for mental health in Europe - meeting the challenges. Luettavissa <http://www.euro.who.int/Document/e91732.pdf>.

Viitattu 8.2.2019.

YTHS. Alkoholi ja mielenterveys. 2015. Viitattu 18.9.2018.

http://www.yths.fi/terveystieto_ja_tutkimus/terveystietopankki/220/alkoholi_ja_mielenterveys

Liitteet

LIITE 1; Selvitys tiedonhankinnasta

Opiskelija: Mari Manner I1302

Ohjaaja: Sisällönohjaaja Kuisma Eija, menetelmäohjaaja Riitta-Liisa Räsänen

Etsi opinnäytetyösi aiheeseen liittyviä lähteitä (kirjoja, artikkeleita, opinnäytetöitä). Valmistele ja raportoi tiedonhankintasi huolellisesti. Jos myöhemmin varaat ajan kirjastosta opparisaunaan yksilöllistä tiedonhaun ohjausta varten, lähetä tämä selvitys opparisaunan ohjaajalle tai ota se mukaasi.

1. Aiheesi Mikä on aiheesi? Mikä on opinnäytetyösi tarkoitus ja tavoite?

Tiedätkö, onko aiheestasi tehty aiemmin opinnäytetöitä, (katso: Theseus)?

Opinnäytetyöni aihe on mielenterveyskuntoutujan kohtaaminen

kotipalvelussa. Tarkoitukseni on tehdä tiivis ja laadullinen tuotos, joka tukisi sairaanhoitajia/lähihoitajia työssään kohdata mielenterveys- ja päihdeasiakas, että tämä mahdollistaisi matalan kynnyksen reagointia, tukisi hoito- ja palveluketjun katkeamattomuutta sekä mahdollistaisi luottamuksellisen yhteistyösuhteen. Tavoitteena on edesauttaa sekä kannustaa

matalankynnyksen reagointiin, liittyen ennakoivan sekä kuntouttavana työotteen kehittämiseen mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kohdalla.

Valtakunnallisesti tavoitteenani on täten edesauttaa asiakkaiden pärjäämistä kotona ja avohuollon puolella, joka tulevaisuudessa auttaisi avohuollon

toimimista, koska tulevaisuudessa sosiaali- ja terveysalalla pyritään

vähentämään huomattavasti osasto hoitoa ja painottuman avouolelle. Täten

myös vähentää mahdollisesti henkistä stressiä työntekijöillä, joka saattaa

pahentuessa johtaa työuupumukseen. Haluan tukea tällä infopakettilla

sairaan- ja lähihoitajien työssäjaksamista sekä heidän ammatillista varmuuttaan, kohta asiakas muuttuvassa työympäristössä.

Selaessani Theseus:ta opinäytetöitä kohtaamisesta mielenterveys- ja päihdeasiakkaista kotihoidosta huomasin paljon aiheesta opinnäytetöitä, jotka kuitenkin poikkeavat omastani. Opinnäytetöitä oli paljon tehty painottuen ikääntyneen ihmisen päihderiippuvuuteen, tutkimuksia kuinka sairaan- ja lähihoitajat kokevat työn, sen kehittämistarpeita sekä kyselyitä omaisille ja näiden kautta kohtaamiseen. Löysin yhden, jossa pyrittiin tekemään materiaali joka antaisi eväät ammattihenkilöstölle kotihoidossa toimimiseen mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kanssa. Huomasin, että suurin osa opinnäytetöistä tuli eri kaupunkien toimeksiantajilta, suurimassa osassa kotihoito.

2.Käsitteet Aloita purkamalla aiheesi hakusanoiksi. Mieti, millä käsitteillä kuvaisit aiheitasi.

Tee miellekartta tai käsitekartta tiedonhaun ja rajauksen tueksi. Merkitse keskeiset käsitteet selvästi ja palauta kartta Optima-työtilaan.

Keskeisimmät käsitteet miellekarttani on palautettu optima-työtilaan.

3.Hakusanat Etsi sopivia asiasanoja Finton avulla, huomaa myös tarkemmat ja laajemmat termit

ASIASANOJASI: Skitso (MeSH/FinMeSH), Masennus (MeSH/FinMeSH), Yhteistyö (MeSH, FinMeSH), Kotisairaanhoito (MeSH,FinMeSH), Mielenterv (MeSH/FinMeSH), Asiakas (TERO), Kuntout (TERO), Mielenterveys (FinMeSH), Kuntoutus (FinMeSH), Kuntoutuja (FinMeSH), Kotipalvelut (FinMeSH), Home Service (MESH), Mental Health (MESH), Rehabilitation

(MESH). Hoidokki antoi sanalle mielenterv* vastaavia hyviä sanoja mielenterveystyö, mielenterveyshoitajat. Hoitaja-potilassuhteet (FinMeSH). Nurse-Patient Relations (MeSH).

4.Omat hakusanat Jos asiasanastoista ei löytynyt sopivia sanoja, mitä sanoja käytit tiedonhakuusi? Muista sanakirjat, esim. MOT, käsikirjat ja oppikirjat. Etsi synonyymit, laajemmat/suppeammat termit, rinnakkaiskäsitteet.

- Kirjaa muut kuin asiasanastojen hakusanasi tähän
- Muista hakusanojen katkaisu sanahaussa, esim. (opinnäyt? ja tutkimu?)

MUITA HAKUSANOJA: Yhteistyösuhde, Mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaaminen, "rehabilitation Services"

Synonyymi sanalle kotipalvelu (FinMeSH) kotipalvelut, kotisairaanhoido, homemaker services.

MOT sanakirjasta synonyymit kohtaamiselle: meeting, encounter, brush.

Terveysportti: potila* AND kohtaami*

5.Tietokannat

Kirjaa ylös, mistä tietokannoista etsit tietoa ja millä sanoilla.

Mene Janetin tai alakohtaisten oppaiden kautta sopivaan tietokantaan ja hae aiheestasi. Muodosta hakulausekkeita haun tarkentamiseksi(= hakusanat yhdistetään toisiinsa). Yhdistele sanoja operaattoreilla JA, TAI, EI / AND, OR, NOT, esim. Cinahl (Employment AND Workload). Käytä tekstinkäsittelyä tai Refworksia apuna hakulausekkeiden ja viitteiden merkitsemisessä. Käytä

rajauksia (esim. Full-text, julkaisuaika, Evidence-Based Practice), jos tulee liikaa viitteitä.

KIRJAA HAKU(LAUSEKKEE)SI eri tietokannoissa:

Medic: Masen* AND Koht*, Kuntout*, "Mental Health" AND rehabilitation AND "Homemaker Service", mielenterv* AND hoit*, kohtaam* AND masen*, "Nurse-Patient Realtions" AND masen*.

Melinda: mielenterv? Erittäin kattavasti tietoa.

Melinda: Mielenterveys AND Koti*

Finna: Mielentervekunto* OR Kaikki osumat:Potila*) AND (Kaikki osumat:Kohtaami* OR Kaikki osumat:Asiakassuh* OR Kaikki osumat:Yhteistyö*

6.Tiedonlähteiden ja tiedonhaun arviointi

Käytän aiheeltani keskeisimpiä ja soveltuvimpia sosiaali- ja terveysalan tietokantoja, Medic, Social care online, Terveysportti, Cinahl Plus Full text.

Sanat ovat sopivia, sillä ne tuovat hyvin lisää myös englannin kielisiä lähteitä, jotka käyvät asiasanoiksi myös MESH:ssä, joka on englannin kielisiin julkaisuihin erikoistunut tietokanta. Kun hakuprosessini etenee, on aina syytä tarkentaa ja muotoilla hakua, jotta löydän juuri ne keskeisimmät asiat.

7.Lähdemerkinntät

Mainitse muutama löytämäsi hyvä lähde. Käytä raportointiohjeen mukaista merkintää, muista myös Oppariblogi. Ohjeita: Opinto-opas: amk ja Opinto-opas:yamk

Kivekäs, J., Kinnunen, E. & Ahlblad, Y. 2006. Suomen lääkäri-lehti, 61, 18, 2011-2014. Viitattu 26.4.2018. <https://janet.finna.fi>, Terveysportti.

Solin, P., Partonen, T. 2017. Duodecim, 133, 15, 1405-1410. Viitattu 26.4.2018. <http://duodecimlehti.fi/api/pdf/duo13830>

Heiska, J. 2018. Ennakoiva mielenterveystyö -Käsikirja meille kaikille. Mediapinta Oy.

8. Tulosten arviointi

Tiedon eettistä käyttöä kerron tarkemmin itse opinnäytetyön suunnitelmassa. Tiedon ajantasaisuuden varmistan, että se on tehty noin 10 vuoden sisään, poikkeustapauksissa 15 vuoden sisään. Parhaiten 5 vuoden sisään. Tiedon ajantasaisuutta tarkistelen myös omaan oppimiseeni ja teen vertailua, löytyykö aiheesta uudempaa tietoa, jota ensisijaisesti käytän. Arvioin kriittisesti luotettavuutta pohjautuen tekijään, julkaisijaan, aikakauteen milloin julkaistu ja se, ettei sillä haeta yhteiskunnallista ristiriitaa.

9. Jos teet kirjallisuuskatsauksen, kirjaa sisäänotto- ja poissulkukriteerisi tähän: Sisäänotto kriteereinäni toimii seuraavat asiat: Tieto on tehty mieluusti 5-10 vuoden sisään, jos aiheesta ei ole uudempaa tietoa saatavilla, hyväksyn 15 vuoden sisään tehdyt. Aiheen tulee pääasiallisesti koskea työikäisiä mielenterveyskuntoutujia, toki huomioon vanhemmankin ikäluoka esimerkiksi lääkityksen käytössä, sillä kotipalvelussa painottuu enemmän ikääntyneisiin kuin työikäisiin. Kuitenkin kunnioitan toimeksiantajan pyyntöä ja teen enemmän yleisen kuvan mielenterveyskuntoutujasta, kuin tarkkaa ikäryhmä tarkastelua. Kielirajauksenani toimii englannin ja suomenkieli, ammattisanasto sekä kokemusasiantuntijuutta käsittelevä kirjallisuus. Laatua arvion kuinka teksti on tuotettu sekä mihin asioihin teksteissä paneudutaan. Lisäksi katson tekijän ammatillisuuden. Voin ottaa yhdestä lähteestä yhden

asian ja toisesta lähteestä toisen. Poissulkukriteerini ovat ne kriteerit, mitkä eivät täytä sisäänottokriteereitä. Lisäksi ettei sisälly muistihäiriötä, eli painotun enemmän työikäisiin ja ydinasiana on mielenterveyshäiriöt.