



Osaamista
ja oivallusta
tulevaisuuden
tekemiseen

Hämäläinen Marja, Korppi Tiia

Ennakkoluuloja rikkomassa

Toiminnallinen opinnäytetyö

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja (AMK)

Sairaanhoitotyö

Opinnäytetyö

17.4.2020

Tekijät Otsikko	Marja Hämäläinen, Tiia Korppi Ennakkoluuloja rikkomassa
Sivumäärä Aika	25 sivua + 1 liite 17.04.2020
Tutkinto	Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinto
Tutkinto-ohjelma	Sairaanhoitotyö
Suuntautumisvaihtoehto	Sairaanhoitaja (AMK)
Ohjaaja	Leena Hinkkanen, Lehtori, TtM, ESH
<p>Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena oli lieventää sairaanhoitajaopiskelijoiden ennakkoluuloja ja pelkoja skitsofreniapotilaita kohtaan sekä helpottaa heidän tulevia potilas-kohtaamisia.</p> <p>Opinnäytetyön teoriaosassa avataan mielenterveyden, skitsofrenian ja psykoosin käsitteitä ja käsitellään skitsofreniaa sairastaviin kohdistuvia ennakkoluuloja ja niiden vaikutusta kohtaamisiin. Teoriassa tuodaan esiin mitä kohtaamisessa ja vuorovaikutuksessa skitsofreniapotilaan kanssa tulee ottaa huomioon. Osalla opiskelijoista on negatiivisia ennakkokäsityksiä skitsofreenikoista, mitkä usein liittyvät pelkoon ja tietämättömyyteen sekä median luomaan kuvaan. Opiskelijoilla on tutkittu olevan virheellisiä ajatuksia psyykkisten sairauksien synnystä, hoidosta ja itse sairastuneista. Aiemmillä kokemuksilla mielen sairauksista on valtava merkitys asenteisiin. Suurimmat ennakkoluulot ovat opiskelijoilla, joilla ei ole lähipiirissään psyykkisesti sairastuneita. Koulussa saatu opetus ja omakohtaiset kokemukset lieventävät pelkoja ja ennakkoluuloja.</p> <p>Toiminnallisena osuutena tuotettiin animaatio. Animaation tavoitteena oli luoda tiivis kokonaisuus ennakkoluuloista ja niiden vaikutuksista skitsofreniaa sairastavaan potilaaseen sekä tuoda esiin mitä onnistuneessa kohtaamisessa tulee ottaa huomioon. Opetuksen siirtyessä yhä enemmän verkkoon kasvaa opiskelijoilla vastuu omasta oppimisestaan. Positiivisena asiana videopedagogiikassa voidaan nähdä se, että videoiden katsominen tukee opiskelijoiden oppimista. Videoita voidaan toistaa, pysäyttää ja niihin voi palata uudestaan. Niitä voidaan myös hyödyntää tulevaan luento- ja virittäytymisessä sekä kokeisiin kertaamisessa. Negatiivista on fyysisen läsnäolon puute. Jos opetus on kokonaan tallenteiden varassa ei opiskelijalla ole mahdollisuutta käydä kasvatusten keskustelua reaaliajassa.</p> <p>Valmiin opinnäytetyön hyödynsaajat ovat Metropolia Ammattikorkeakoulun opiskelijat ja kaikki mielenterveydestä kiinnostuneet. Onnistuneesta potilaskohtaamisesta tulee ennen kaikkea hyötymään skitsofreniaa sairastavat ja muut mielenterveyspotilaat.</p> <p>Ohjaaminen ja vuorovaikutustaidot ovat suuri osa sairaanhoitotyötä sekä potilasturvallisuutta. Jokaisella on oikeus tulla kohdatuksi ja kuulluksi juuri sellaisena kuin on. Kohdataan siis ihminen ihmisenä.</p>	
Avainsanat	skitsofrenia, ennakkoluulot, kohtaaminen, vuorovaikutus

Authors Title	Marja Hämäläinen, Tiia Korppi Breaking prejudices
Number of Pages Date	25 pages + 1 appendix 17 April 2020
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Registered nurse
Instructor	Leena Hinkkanen, Senior Lecturer, M Sc, RN
<p>The aim of this practice-based thesis is to mitigate the prejudices and fears of nursing students towards patients with schizophrenia and to facilitate their future patient encounters.</p> <p>The thesis opens up the concepts of mental health, schizophrenia and psychosis. In addition to that it addresses the prejudices affecting people with schizophrenia and their impact on encounters. In the theoretical framework we point out what needs to be taken into account in encountering and interacting with a schizophrenia patient.</p> <p>Some of the students have negative preconceptions about schizophrenics. These preconceptions are often related to fear, ignorance and the image created by the media. Based on studies some of the students have noticed to have wrong thoughts of the cause and care of the disease as well as of mentally ill people themselves. Former experiences about mental health issues have a huge importance to meaning of attitudes. The main prejudices are with students who do not have met mentally ill people around them. The education at school and personal experiences alleviate fears and prejudices.</p> <p>The practice-based share of the thesis is an animation. Target of the animation was to create a compact ensemble of prejudices and their effects on a patient with schizophrenia and to highlight what needs to be taken into account in a successful encounter. As studies go online, students become responsible for their own learning: videos can be played, stopped and replayed many times. They can also be used in preparing to a future lecture and to study for the tests. On negative side is the lack of physical presence. If the teaching is entirely based on recordings the students do not have the opportunity to conduct face-to-face conversation in real time.</p> <p>The beneficiaries of this thesis are the students of Metropolia University of Applied Sciences and all those interested in mental health work. Above all, successful patient encounters will benefit patients with schizophrenia and other mental health patients.</p> <p>Guidance and interaction skills are great parts of nursing and patient safety. Everyone has the right to be faced and heard exactly as they are. Let's face every person as person.</p>	
Keywords	schizophrenia, prejudices, encounter, interaction

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja kehittämistehtävät	2
3	Skitsofrenia mielenterveyden ongelmana	3
3.1	Mielenterveys	3
3.2	Psykoosi	3
3.3	Skitsofrenia	4
4	Miten asenteet vaikuttavat skitsofrenia potilaan kohtaamiseen	6
4.1	Pelot	7
4.2	Kohtaamattomuus	7
4.3	Ennakkoluulojen vaikutus	8
4.4	Median vaikutus	8
4.5	Sairaanhoitajan asenteet	9
5	Skitsofreniaa sairastavan kohtaaminen	10
5.1	Hoitosuhdetyöskentely	10
5.2	Vuorovaikutus	11
5.3	Vuorovaikutuksen ilmiöt	12
5.3.1	Transferenssi	12
5.3.2	Vastarinta	13
5.3.3	Distanssi	14
5.4	Dialogisuus	14
5.5	Empatia	15
6	Videopedagogiikka osana oppimista	15
7	Opinnäytetyön toteutus	17
7.1	Toiminnallinen opinnäytetyö	17
7.2	Toiminnan kuvaus	18
7.3	Tiedonhaku	19
7.4	Animaation tekoprosessi	20
8	Johtopäätökset ja pohdinta	22
8.1	Tuotoksen tarkastelu	22
8.2	Luotettavuuden ja eettisyyden pohdinta	23

8.2.1	Eettisyys	23
8.2.2	Luotettavuus	24
8.3	Pohdinta	25
	Lähteet	27

1 Johdanto

Mitä on mielenterveys? Se on ihmisen voimavara, monimuotoinen ja tarkkaan määrittämätön monien tekijöiden summa, perusta hyvinvoinnille. Positiivista mielenterveyttä määrittävät yksilölliset kokemukset ja tekijät, joita ovat vuorovaikutus ja sosiaalinen tuki sekä yhteiskunnalliset tekijät, kuten rakenteet, resurssit ja kulttuuriset arvot. Mielenterveys on tärkeä osa terveyttä ihmisen toimintakyvyn ja hyvinvoinnin kannalta. Mielenterveyden käsite on suhteellinen, mutta myös normatiivinen, sillä yhteiskunta luo tietynlaiset käyttäytymisnormit ihmisille. Nämä normit voivat olla kulttuurisidonnaisia, jolloin myös mielenterveyden määritelmät voivat vaihdella kulttuurin mukaan. (Toivio – Nordling 2013: 60-61; Hämäläinen – Kanerva – Kuhanen – Schubert – Seuri 2017: 18.)

Entäpä jos ihmisen mieli järkkyy ja hän sairastuu mielenterveyshäiriöön? Vuosien saatossa on mielenterveyden asioista puhuminen helpottunut. Toisaalta vielä nykypäivänäkkin mielenterveyden häiriöt luovat epäluuloa, leimaantumista, pelkoa sekä häpeää ja syyllisyyttä, jotka johtuvat ennen kaikkea tiedon puutteesta. (Toivio – Nordling 2013: 60-61; Hämäläinen ym. 2017: 18.)

Mielenterveyshoitotyön opinnot ja harjoittelu koetaan usein opiskelijoiden keskuudessa pelkoa ja ennakkoluuloja herättävinä. Elokuvat ja televisiosarjat ovat luoneet mielikuvia ja käsityksiä arvaamattomista, mielenhäiriöstä kärsivistä henkilöistä. Opiskelijoilla on tutkittu olevan virheellisiä ajatuksia psyykkisten sairauksien synnystä, hoidosta ja itse sairastuneista. Aiemmillä kokemuksilla mielen sairauksista on valtava merkitys asenteisiin. Suurimmat ennakkoluulot ovat opiskelijoilla, joilla ei ole lähipiirissään psyykkisesti sairastuneita. Koulussa saatu opetus sekä omakohtaiset kokemukset lieventävät pelkoja ja ennakkoluuloja. (Granados-Gámez – Rodríguez – Granados – Márquez-Hernández 2017: 140.)

Vaikka psykiatrian parissa työskentelevät henkilöt suhtautuvat psykiatriisiin potilaisiin keskiväestöä toiveikkaammin eivätkä pidä näitä vaarallisina, esiintyy psykiatrisessa hoitohenkilökunnassa keskiväestöä enemmän myös ennakkoasenteita psyykkisesti sairaita kohtaan. Leimaavat asenteet voivat johtaa vääränlaisiin hoitostrategioihin ja sairastuneen oman äänen hukkumiseen. Kaikki ihmisen huolet ja ongelmat luokitellaan vain sairauden oireiksi ja potilaita hoidetaan kuin lapsia, joista tulee pitää huolta, mutta joilta ei

voi odottaa paljota. Psykiatriset sairaudet ovat tavallisia sairauksia, joita esiintyy tavallisilla ihmisillä. (Korkeila – Joutsenniemi – Sailas – Oksanen 2011: 41–42.)

Enemmistö psyykkisesti sairaista on itse kokenut opiskelijoiden osallistumisen hoitoon positiivisena asiana. Potilaiden mielestä on tärkeää, että opiskelijat oppivat myös empatiaa, eivät pelkää teoriaa. (Öster – Bäckström – Lantz – Ramklint 2015: 6.) Rajaaminen skitsofreniaa sairastaviin syntyi, koska tutkimuksissa löytyi viitteitä siitä, että skitsofreenikot joutuvat herkemmin ennakoasenteiden ja häpeän uhreiksi kuin esimerkiksi masennukseen sairastuneet (Aromaa 2013: 17).

Opinnäytetyön toiminnallisena osuutena tehtiin video, jonka tavoitteena on tutkittuun tietoon perustuen auttaa käsittelemään ja sitä kautta vähentämään ennakkoluuloja sekä pelkoja sairaanhoitajaopiskelijoissa.

2 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja kehittämistehtävät

Opinnäytetyön tavoitteena on kuvata omien ja median luomien ennakkoluulojen ja asenteiden vaikutusta skitsofreniaa sairastavan henkilön kohtaamiseen sekä miten tasavertaista kohtaamista voidaan edesauttaa.

Opinnäytetyön tarkoituksena on rohkaista opiskelijoita animaation avulla rakentamaan ennakkoluuloton ja ammatillinen vuorovaikutussuhde skitsofreniaa sairastavan potilaan kanssa.

Kehittämistehtävää ohjasivat seuraavat kysymykset:

1. Minkälaisia ennakkoluuloja skitsofreniaa sairastaviin kohdistuu, ja miten ne vaikuttavat kohtaamisiin?
2. Miten ennakkoluuloja ja asenteita voidaan lieventää?

3 Skitsofrenia mielenterveyden ongelmana

3.1 Mielenterveys

Maailman terveysjärjestö (WHO) määrittelee terveyden sosiaalisen, fyysisen ja psyykkisen hyvinvoinnin tilana. Mielenterveys muuttuu ja rakentuu koko elämän ajan. Positiivinen mielenterveys on psyykkisiä toimintoja ylläpitävä voimavara, jonka avulla ihminen selviää elämän tuomista haasteista, niin hyvistä kuin huonoistakin. Se antaa ihmiselle perustan hyvälle elämälle sekä keinoja selviytyä vastoinkäymisistä. Kun ihminen kokee elävänsä mielekästä elämää täysipainoisesti, se tukee hyvää itsetuntoa ja luottamusta itseensä. Jokainen määrittelee mielenterveytensä omalla tavallaan. Mielenterveys on osa kansanterveyttä ja vaikuttaa koko yhteiskuntaan. (Hämäläinen ym. 2017: 19–22; Lönnqvist – Henriksson – Marttunen - Partonen 2014: 19.)

Mielenterveyden edistäminen on yhteiskunnallinen asia, jota määrittää Suomessa sosiaali- ja terveysministeriö ja lainsäädäntö. Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa mielenterveyspalveluiden suunnittelusta, ohjauksesta sekä valvonnasta. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos kehittää ja tutkii mielenterveystyötä, kun taas sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira sekä aluehallintovirastot valvovat palveluita. Näitä kaikkia säätelee terveydenhuoltolaki 1326/2010 sekä mielenterveyslaki 1116/1990. Kunnilla on velvollisuus tuottaa kuntalaisilleen mielenterveyspalveluita. Palveluita tuotetaan myös erikoissairaanhoidossa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2019.)

Mielenterveyshoitotyö jakautuu kolmeen eri osa-alueeseen: edistävään, ennaltaehkäisevään ja korjaavaan tasoon. Mielenterveystyön tarkoitus on edesauttaa ja parantaa potilaan hyvinvointia ja elämänlaatua mielen järkkyyessä. Mielenterveyshoitotyö kohentaa potilaan psyykkistä tilaa, antaa mielelle ensiapua ja pyrkii ennakoimaan sairauden tuomia notkahduksia ylläpitämällä potilaan hyvinvointia. (Toivio - Nordling 2013: 60–61; Hämäläinen ym. 2017: 18.)

3.2 Psykoosi

Psykoottisen henkilön todellisuudentaju hämärtyy vakavasti tai jopa katoaa. Henkilön on aistiharhojen ja todellisuudentajun heikentymisen vuoksi vaikea hahmottaa mikä on totta ja mikä ei. Hän voi ajatella omasta elämästään ja tilanteestaan aivan toisella tavalla, kuin mitä todellisuus on ja miten muut sen näkevät. Psykoosissa oleva voi nähdä, kuulla,

haistaa, maistaa ja tuntee ilman oikeaa aistiärsykettä. (Hietaharju – Nuutila 2017: 77; Lönnqvist ym. 2014: 65, 198–199, 202–203.)

Psykoosi on oireyhtymä, jolloin psykoottiset oireet ovat ajallisesti kestoaltaan riittävän pitkiä sekä täyttävät tautiluokituksen tarkat psykoosin kriteerit. Psykoottisia oireita ovat: aistiharhat, harhaluulot, puheen hajanaisuus, poikkeava psykomotorinen käyttäytyminen, negatiiviset oireet (tunneilmaisun kapeutumien tai tahdottomuus), kognitiiviset puutokset, masennus ja mania. Lieviä ja ohimeneviä oireita ei pidä diagnosoida psykoosiksi. (Lönnqvist ym. 2014: 65, 198–199, 202–203; Huttunen 2018.)

Useat mielenterveyden häiriöt voivat aiheuttaa psykoosin, mutta skitsofrenia on näistä yleisin. Muita psykoosia aiheuttavia sairauksia ovat muun muassa skitsoaffektiivinen häiriö, harhaluuloisuushäiriö, katatonia ja psykoottistasoinen masennus. Osa psykooseista on lyhytkestoisia, akuutteja ja ohimeneviä, kuten synnytyksen jälkeinen psykoosi. (Lönnqvist ym. 2014: 65, 198–199, 202–203.)

Psyykkinen trauma, taloudellinen katastrofi, suuronnettomuus tai omaisen kuolema voi laukaista muutamasta tunnista kuukauteen kestävästä psykoosin. Ruumiilliset sairaudet voivat myös aiheuttaa psykoosin. Aiheuttajana voi olla aivosairaus, infektio, nestetasapainon häiriö, endokriinisten häiriö sekä päihteiden ja lääkkeiden käyttö. Amfetamiinin käytöstä johtuva psykoosi on päihteiden aiheuttamista psykooseista yleisin. (Vuorilehto – Larri – Kurki – Hätönen 2014: 168.)

3.3 Skitsofrenia

Skitsofreniasta ensimmäisiä kliinisiä kuvauksia on jo noin 2000 vuoden takaa. Kuitenkin vasta 1800-luvun loppupuolella saksalainen psykiatri Emil Kraepel (1856-1926) jakoi mielisairaudet maanis-depressiiviseen sekä ”nuoruuden tylsistymiseen” (dementia praecox). Tämä oirekuvaus korosti negatiivisia oireita ja tunne-elämän latistumista. Vuonna 1911 sveitsiläinen psykiatri Eugen Bleuler (1857-1939) korvasi Kraepelin dementia praecox nimityksen käsitteellä skitsofrenia. Bleuler jakoi samalla taudin oireet primaarioireisiin, joihin kuuluivat ajatushäiriöt, affektiiviset häiriöt, autismi ja ambivalenssi sekä sekundaarioireisiin, joihin kuuluivat harhaluulot ja aistiharhat. Kolmas psykiatri, jonka näkemykset ovat vaikuttaneet taudin diagnostiikkaan on saksalainen Kurt Schneider (1887-1967). Hän uskoi, että tietyn sisältöiset aistiharhat ja harhaluulot ovat tyypillisiä sairaukselle (first-rank-oireet). (Lönnqvist ym. 2014: 137.)

Skitsofrenian taustat ovat monisyiset ja puutteellisesti tunnetut. Tutkimuksissa on todennettu, että sen taustalla on useita alttiusgeenejä, ympäristötekijöitä sekä näiden yhteisvaikutuksia. Alttiusgeeniä on tutkittu ja etsitty jo vuosikymmeniä. Tämänhetkisten teorioiden mukaan skitsofrenian pohjalla on jo sikiöaikana alkanut aivojen kehityksellinen häiriö, jota jo ennen syntymää sekä syntymän jälkeen eri ympäristötekijät voivat pahentaa. Sairauden varhaisessa vaiheessa ja kehityksen myötä aivoissa tapahtuu muutoksia. Altistavat tekijät vaikuttavat keskushermoston kehityskaareen sekä myöhemmin hermoverkoston kypsymiskehityksen häiriöön. Tämä keskushermostonhäiriö syntyy paljon ennen ensimmäisiä psykoottisia oireita. (Skitsofrenia: Käypähoito – suositus. 2020; Tuulio-Henriksson 2020.)

Skitsofrenian etiologinen malli yleisesti mielletäänkin nykypäivänä stressi-haavoittuvuusmalliksi. Mallin mukaan ihmisen aivomuutoksia ohjaavat ihmisen perintötekijät, mutta geenit, ympäristötekijät ja muut ympäristön erilaiset vuorovaikutukselliset mekanismit vaikuttavat sairastuuko ihminen psykoosisairauteen vai suojaavatko siltä suojaavat tekijät. (Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus. 2020; Tuulio-Henriksson 2020.)

Perinnöllinen alttius skitsofrenian puhkeamiselle vaihtelee. On tutkittu, että toisen vanhemman sairastaessa alttius on n. 7-9 % kun taas, jos molemmat vanhemmat sairastavat, voi alttius nousta jopa lähemmäs 30%. Identtisten kaksosten sairastumisriski toisen sairastuessa on jopa 46%, kun taas erimunaisten kaksosten riski on huomattavasti pienempi. Perinnöllinen alttius voi myös altistaa muille mielenterveydenhäiriöille. Skitsofrenian puhkeamiseen vaikuttavia ympäristötekijöitä voivat olla infektiot, raskauteen ja syntymään liittyvät tekijät, toksiinit, ravintotekijät sekä päihteidenkäyttö. (Suvisaari ym. 2019 a; Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus. 2020.)

Kannabiksen on tutkittu kaksinkertaistavan sairastumisriskiä sekä aikaistuttavan 2-7 vuodella sairastumista. Alle 16-vuotiaana aloitettu kannabiksen käyttö lisää myös sairastumisriskiä. (Suvisaari ym. 2019 a.)

Skitsofreniaan sairastaa noin 0,5 - 1,5 % suomalaisesta väestöstä ja se puhkeaa usein nuorella aikuisiällä. Miehet sairastuvat yleisesti varhaisemmassa vaiheessa kuin naiset. Eliniän keskimääräisen pidentymisen vuoksi, myös vanhuusiän skitsofreniapotilaiden kasvua on nähtävissä. Taudin kuva on vaikeampi ja sairauden ennuste on heikompi, mitä nuoremmalla iällä sairastuu. Yleisesti ottaen skitsofreniassa ilmenee toistuvia psykoosijaksoja, joista paraneminen on yksilöllistä. Psykoosijaksosta voi toipua osittain tai

kokonaan. Psykoosijaksoja nimitetään aktiivivaiheiksi. Aktiivivaiheen lisäksi sairausjakso voi sisältää ennakko- ja jäännösoireiden kausia. Sekä ennakko- että jälkitilavaiheessa ovat negatiiviset oireet tyypillisiä, mutta positiivisten oireiden ilmenemien on myös mahdollista. Joillakin positiivisia oireita, kuten kuuloharhoja, esiintyy jatkuvasti. (Lönqvist ym. 2014: 154–155; Tuulio-Henriksson 2020; Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus. 2020.)

Sairaus on yksilöllinen, ja oirekuva vaihtelee paitsi yleisellä tasolla myös yksittäisellä sairastuneella elämän aikana. Skitsofrenian positiivisilla oireilla tarkoitetaan normaalien psyykkisten toimintojen häiriintymistä kuten aistiharhoja ja harhaluuloja. Negatiivisilla oireilla taas tarkoitetaan normaalien psyykkisten toimintojen heikentymistä tai puuttumista kuten kykyä kokea nautintoa, puheen köyhtymistä, tahdottomuutta sekä tunneilmaisun latistumista. Omaksi ryhmäkseen voidaan vielä erotella ns. disorganisaatio-oireet eli hajanainen puhe ja käytös sekä epäsopeva tunneilmaisus. (Suvisaari ym. 2019 a; Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus. 2020.)

Useimmilla sairastuneilla on ennakko- eli ns. prodromaalioireita. Ennakko-oireet voivat olla hyvin epätarkkoja ja saman tyyppistä oireilua voi ohimenevänä ilmentyä muutenkin nuoruudessa. Tavallisia alkuvaiheen ennakko-oireita ovat ahdistuneisuus, unihäiriöt, eristäytyminen, keskittymis- ja huomiokyvyn heikkeneminen, opiskeluvaikeudet, käyttäytymisen häiriöt, epäluuloisuus, motivaation väheneminen sekä sosiaalisen ja ammatillisen toimintakyvyn heikentyminen. Oireilua voi olla jo vuosia ennen psykoosia. (Suvisaari ym. 2019 a; Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus. 2020.)

4 Miten asenteet vaikuttavat skitsofrenia potilaan kohtaamiseen

Mielenterveys sairaudet ovat leimaavia, kantajalleen stigman antavia sairauksia. Sana stigma on jo antiikin Kreikan ajoilta. Antiikin Kreikassa esimerkiksi orjat ja petturit merkattiin, jotta kaikki tietäisivät heidän alhaisemman arvonsa. Sana on jäänyt elämään ja nykyään, vaikka ei fyysistä merkkiä olekaan, on mielenterveyspotilailla oma yhteiskunnan luoma stigmansa, häpeäleimansa, kannettavanaan. (Aromaa 2013: 17.)

Mielenterveyspotilaat joutuvat taistelemaan paitsi sairauteen liittyvien oireiden ja rajoitteiden kanssa myös valtavia ennakkoluuloja ja asenteita kohtaan. Välttääkseen kaiken negatiivisuuden sekä leimaantumisen osa ihmisistä ei hae apua mielenterveydenongelmiinsa (Aromaa 2013: 17.) Leimaantuminen vaikuttaa yksilön itsetuntoon ja kokemukseen omasta pystyvyydestä. Myös haitallisten elämäntapojen on nähty lisääntyvän ja

terveydentilan heikentyvän leimaantumisen vuoksi. Itsetunto ja kokemus pystyvyydestä vaikuttavat onnistuneeseen kuntoutumiseen. Niiden laskiessa kuntoutumisprosessi hidastuu ja jopa estyy. (Rovamo – Toikko 2019: 282, 289.)

4.1 Pelot

Sairastuminen ja sairaus aiheuttavat pelkoja sekä potilaassa että ihmisissä hänen ympärillään. Psykoottisena käytös voi olla arvaamatonta ja pelkoa herättävää. Skitsofreenikot ajattelevat, että ulkopuoliset pitävät heitä muille vaarallisina, arvaamattomina ja vaikeasti lähestyttävänä. He ovat myös kokeneet ihmisten pitävän sairastunutta itse syyllisenä tilaansa ja ajattelevan, ettei sairastunutta voi auttaa tai parantaa. (Hasan – Musleh 2017: 144.)

Psykoottinen saattaa myös ajatella, että arvaamattomalla käytöksellään vahingoittaa muita, mikä lisää hänessä pelkoa. Läheiset kuvaavat, että akuuttivaiheessa pelkoja aiheuttaa tutun ihmisen poikkeava käytös ja tietämättömyys, mistä käytös johtuu. Siksi ympäristö saattaa muokata omaa käytöstään varovaisemmaksi. Tämä taas voi aiheuttaa psykoottisessa epävarmuutta ja ristiriitaisia tunteita. Sairastuneelle voi tulla kokemus siitä, että läheiset välttelevät tai hylkäävät. Psykoosissa hämärtyy raja epätoden ja todellisuuden välillä. Tunteiden myllerrys jättää sairastuneen toisten armoille, kun sairastunut ei voi luottaa omiin havaintoihinsa tai ajatuksiinsa. (Kilkku 2008: 68–69.)

4.2 Kohtaamattomuus

Sairastuneet ja heidän läheisensä ovat kokeneet kohtaamattomuutta hoitohenkilökunnan taholta. Potilaiden puolesta tehdään päätöksiä ja asioita oletetaan varmistamatta asiaa potilaalta tai omaiselta. Potilaat ovat myös kokeneet, että aina kohtelu ei ole tasa-vertaista aikuisten kohtelua. Potilaan kertomia asioita ei oteta todesta eikä hänen mielipiteitään tai kokemuksiaan huomioida. (Kilkku 2008: 80.)

Myös kontaktin puutteesta syntyy kohtaamattomuuden kokemuksia, kun keskustelut etenevät usein hoitajan ehdoilla. Hoitajien vaihtuvuus aiheuttaa sen, ettei omia asioitaan jakseta toistaa ja kokemus hoidon tai avun saannista jää vajavaiseksi. Kohtaamattomuus aiheuttaa erilaisia negatiivisia tuntemuksia muun muassa suuttumusta, uhmaa ja

epäluottamusta hoitajien ammattitaitoon sekä osaamiseen. Luottamuksen menetys hoitohenkilökuntaan voi aiheuttaa samalla kertaa myös luottamuksen menetyksen koko hoitojärjestelmään ja avun saannin mahdollisuuksiin. (Kilcku 2008: 80.)

4.3 Ennakkoluulojen vaikutus

Psyykkisiin sairauksiin kohdistuvat ennakkoluulot ja leimaautuminen voivat olla esteenä hyvälle elämälle ja elämänlaadulle. Ne voivat vaikuttaa pääsyn muihin terveyspalveluihin ja heikentää myös somaattista vointia ja pienentää toipumismahdollisuuksia (Carrara ym. 2019.) Mielenterveydenhäiriötä sairastava voi kokea ennakkoluulot ja asenteet suureksi taakaksi sairautensa lisäksi. Se voi lisätä sairauden piilottelua, sairauden hoitamattomuutta sekä eristäytymistä ja yksinäisyyttä. (Korkeila 2015.)

Ennakkoluuloihin ja leimaantumiseen voidaan ajatella kuuluvan vahvasti yhdessä sekä mielenterveysongelma että sosiaalinen asema. Vaikka asenteet ja ennakkoluulot ovat yleisiä kaikkia mielenterveysongelmia kohtaan, vaikuttaa diagnoosi suhtautumisiin. Skitsofreenikoihin kohdistuu vahvempia ennakkoluuloja kuin esimerkiksi masentuneisiin. (Carrara ym. 2019; Aromaa 2013: 17.)

Ennakoasenteita ja häpeäleimaa lisäävät myös yhteiskunnalliset rakenteet. Mielenterveyspotilaiden ja -kuntoutujien oikeudet ovat huomattavasti heikompia kuin muilla. On katsottu, että nykyinen terveydenhuollon järjestelmä jopa ruokkisi leimaantumista, koska potilaille ei pystytä tarjoamaan niin kattavia ja tukevia palveluita kuin olisi tarpeen. Lisäksi somaattisen hoidon saaminen on heikompaa kuin muulla väestöllä. (Korkeila 2015.)

4.4 Median vaikutus

Median vaikutus asenteisiin on kiistaton. Tutkimukset viittaavat kuinka media ja viihdeteollisuus luovat tietyn stereotypian skitsofreenikoista. Skitsofreenikko näyttäytyy usein valkoihoisena, väkivaltaisena ja itsetuhoisena miehenä. Sairauden oireet ja hoito elokuvissa sekä televisiosarjoissa vastaavat vajavaisesti todellisuutta. Oireista tuodaan esiin vain murto-osa, jolloin mediassa luodaan tunne, että kyseinen oire on yleinen ja kaikilla sairastuneilla. Sama pätee hoitomuotoihin. Usein tästä syystä saatetaan mielenterveydenhäiriöistä kärsiviä pitää arvaamattomina, väkivaltaisina tai epäluotettavina. Tämä ei

päde ainoastaan psykoosisairauksiin, vaan koskee kaikkia mielenterveyshäiriöitä. Median negatiiviset kuvaukset ja vääränlainen informaatio vaikuttavat myös sairastuneisiin. (Owen 2012.)

Potilas voi omaksua itseensä negatiiviset asenteet, oletukset ja yhteiskunnan käsitykset sairaudesta, jotka taas voivat vähentää motivaatiota kuntoutukseen. Potilaan oma näkemys siitä, että hänet on leimattu sairaudesta ja toisten ennakkokäsityksistä voi olla moninaisesti vahingollista potilaalle ja hänen toipumiselleen. (Hiekkala – Tiusanen – Halunen – Mehtälä – Kiesepä 2019.)

Usein elokuvissa ”hullut” ovat vaarallisia ja aggressiivisiä, laitoksissa asuvia ihmisiä, jotka tekevät pahaa muille ihmisille. Suurin osa asenteisiin kohdistuneista tutkimuksista on tehty elokuvia ahkerasti katsovaan valtaväestöön ja heidän näkemyksiinsä mielenterveyspotilaista, jolloin median vaikutus tuloksiin on suuri. Sairaanhoidajalla on tärkeä asema ja tehtävä näiden ennakkoasenteiden ja ennakkoluulojen rikkomiseen. Kuitenkin leimaamista ja ennakkoasenteita löytyy myös hoitajien keskuudessa. Se on merkittävä huolenaihe ja siitä tulisi päästä eroon. Hoitohenkilökunta on tärkeä osa mielenterveyspotilaan elämänlaadun ja hallinnan tukijana (Carrara ym. 2019.)

4.5 Sairaanhoidajan asenteet

Aina ei ennakkoluuloinen käytös ole selvästi nähtävissä tai harkittua. Se voi ilmentyä huomaamatta esimerkiksi lausahduksina tai huonoissa sanavalinnoissa potilaan kanssa käydyssä kanssakäymisessä. Potilaan ja hoitajan välinen suhde voi olla pääläellään ennakkoluulojen vuoksi. On siis hyvä huomioida esimerkiksi kommunikointia tarkoin. (Korkeila 2015.)

Sairaanhoidajan omat mahdolliset ennakkoasenteet vaikuttavat negatiivisella tavalla mielenterveyshoitotyöhön. On vaikeaa luoda toimiva ja vastavuoroinen hoitosuhde, jos omat asenteet ovat negatiivisia. Erityisesti hoitajilla, jotka uskovat biologisiin selitysmalleihin, on taipumus pitää mielenterveyspotilaita epänormaaleina. Tämä voi näkyä hoitosuhteessa etäännyttämisenä, eristämisenä ja epäinhimillisenä kohteluna. (Maanmieli 2019: 186.)

Tämän vuoksi sairaanhoitajaopinnoilla ja harjoitteluilla on suuri merkitys ennakkoluulojen ja asenteiden parantamiseen positiivisempaan suuntaan. Todennäköistä on, että sairaanhoitaja tulee kohtaamaan jossain vaiheessa mielenterveyspotilaita, oli hän töissä psykiatrialla tai somaattisella puolella. Mielenterveysharjoittelun tarkoitus on luoda myönteisempää kuvaa sairaanhoitajaopiskelijoille. (Samari ym. 2018.)

5 Skitsofreniaa sairastavan kohtaaminen

Hoidon perustana on hyvän yhteistyösuhteen luominen ja sen ylläpitäminen sekä potilaan että hänen lähipiirinsä kanssa. Luottamuksellinen hoitosuhde vaikuttaa yleensä positiivisesti myös lääkehoidon hyväksymiseen. (Suvisaari ym. 2019 b.) Psykoottinen henkilö usein pelkää itseään sekä muita ihmisiä. Sisäiset äänet käskivät keskittymään sisäiseen maailmaan, vaikka henkilö kuinka pyrki olemaan läsnä tässä hetkessä (Noppari – Kiiltomäki – Pesonen 2007: 178).

5.1 Hoitosuhdetyöskentely

Skitsofrenian hoito perustuu pitkäjänteiseen ja luottamukselliseen hoitosuhteeseen. Mielenterveystyössä puhutaan usein omahoitajasuhteesta, jolla myös tarkoitetaan hoitosuhdetta. Keskeisenä lähtökohtana tässä on potilaslähtöisyys. Hoitosuhteessa potilas tulee huomioida psyykkisenä, fyysisenä, sosiaalisena sekä hengellisenä kokonaisuutena. Jotta hoitaja pystyy toimimaan ammatillisesti hoitosuhteessa, on tärkeää, että hän kehittää myös itseymmärrystään. (Hämäläinen ym. 2017: 139–140; Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus. 2020; Mikkola 2012: 20–21.)

Hoitosuhde rakentuu hoitajan ammatillisesta osaamisesta ja empatiasta sekä potilaan oman itsensä ja elämänsä asiantuntijuudesta. Hoitaja voi omalla ammattitaidollaan, ystävällisyydellään sekä turvallisen ilmapiirin luomisella edesauttaa luottamuksen syntyä. Tärkeää on, että potilas saa kokemuksen siitä, että hän tulee kuulluksi ja huomioiduksi. Psykoottisen kanssa on tärkeää luoda turvallisuutta välittävä ilmapiiri ja olla vahvasti läsnä tässä ja nyt. Hoitajan ammattimaista toimintaa ohjaavat yhteistyön elementit eli dialogisuus, kokonaisvaltaisuus, voimavaralähtöisyys, luottamuksellisuus ja empatia. Hoitajan velvollisuus on kantaa vastuuta silloin, kun psykoottisen ihmisen omat voimavarat eivät siihen riitä. (Vuorilehto ym. 2014: 67; Niuvanniemen sairaala 2019: 6; Hämäläinen ym. 2017: 147–151; Noppari – Kiiltomäki – Pesonen 2007: 182.)

Ammatillista on olla muodostamatta ennakkokäsityksiä potilaasta. Ensikohtaamisessa potilasta kuunnellaan aktiivisesti, tehdään tarkentavia kysymyksiä ja havainnoidaan potilaan olemusta ja käyttäytymistä. Hoitajan tehtävänä on motivoida ja sitouttaa potilasta tavoitteelliseen työskentelyyn. Aloitusvaiheessa korostuu huolenpito ja läsnäolo. Kuuntelemalla potilasta ja hyväksymällä tämä sellaisenaan luodaan toivoa ja turvaa. (Hämäläinen ym. 2017: 151–160.) Potilaalle on hyvä luoda tunne, että häntä kunnioitetaan ja hänen mielipiteellensä on merkitys. Tämä lisää luottamussuhteen syntyä ja ylläpitää hyvää hoitosuhdetta. (Vuorilehto ym. 2014: 67).

Potilaan vakaumuksesta, taustasta, mielipiteistä tai erityispiirteistä huolimatta hoitajan tulee taata tasavertaista, reilua ja yksilöllistä hoitoa. Hoitajan velvollisuus on valvoa, ettei kukaan potilaan hoitoon osallistuva toimi epäeettisesti häntä kohtaan. Näin potilaalle syntyy tunne hyväksynnästä ja hän kokee voivansa kertoa elämästään rohkeammin. (Hämäläinen ym. 2017: 168, Holmberg 2016: 95–96; Sairaanhoitajien eettiset ohjeet 1996.)

5.2 Vuorovaikutus

Vuorovaikutus psykoosisairaahan potilaan kanssa voi olla haasteellista. Psykoosi on äärimmäinen hämmennyksen tila ja sellaisenaan jo traumaattinen potilaalle. Lähtökohtaisesti potilas on hyvin yksinäinen psykoottisuudessaan. Hän on herkkä ja haavoittuva ja voi tuntua olevan vain ohuesti läsnä. Hoitajan on aktiivisesti rakennettava vuorovaikutusta. Jos vuorovaikutus muovautuu hoitajan puolelta yksisuuntaiseen kontrolliin, vaikeuttaa se potilaan ja läheisten toimijuutta ja voi johtaa sairauden kroonistumiseen. (Vuokila-Oikkonen yms. 2011: 35; Borchers 2015: 2505; Lindberg – Louheranta – Mustonen – Salo – Stenius 2015: 175.)

Keskeisintä onnistuneessa vuorovaikutuksessa on luottamuksen synty ja sen ylläpitäminen. On tärkeää olla ystävällinen, mutta ei kuitenkaan ystävä potilaalle. (Vuokila-Oikkonen yms. 2011: 35). Potilaan annetaan ymmärtää, että hän tulee kuulluksi ja puhe suunnataan potilaalle. Erityisesti psykoottisen kanssa lauseiden on hyvä olla selkeitä ja konkreettisia, koska hänen kykynsä vertauskuvalliseen ajatteluun on puutteellinen tai voi puuttua kokonaan. Väärinymmärryksen mahdollisuudet tulee minimoida, ja potilaalle tulee puhua totta. (Pulkinen – Vesänen 2017; Lindberg ym. 2015: 176.)

Hoitotyössä korostuu ilmeiden, eleiden sekä kehonkielen merkitys. Hoitajan kasvojen ilmeet antavat nopeasti informaatiota potilaalle. Silmiin katsomalla voidaan osoittaa keskittymistä potilaaseen. Vartalon, raajojen ja pään liikkeistä voidaan myös havainnoida olotilaa. Jokainen potilas tulee kohdata yksilönä, kunnioittavasti ja potilaan tuntemukset huomioiden. Hoitajan ja potilaan välisen kommunikaation tulisi johtaa toimintaan, vaikka yhteisymmärrystä asiasisällöstä ei olisi. (Hämäläinen ym. 2017: 245.)

Jokainen meistä lukee ja tulkitsee vääjäämättä toisen ihmisen kehonkieltä vuorovaikutustilanteissa. On hyvien tapojen mukaistakin, että keskusteltaessa toisen ihmisen kanssa pidetään yllä katsekontaktia. Vaikka Hämäläinen ym. korostavat sanattoman viestinnän merkitystä varsinkin uhkaavasti käyttäytyvän potilaan kohtaamisessa, tulee asiaa kuitenkin kiinnittää huomiota kaikissa potilaskohtaamisissa.

5.3 Vuorovaikutuksen ilmiöt

Hoitosuhteissa nousee esiin seuraavat vuorovaikutuksen ilmiöt: transferenssi, vastarinta ja distanssi. Jokaisesta vuorovaikutustilanteesta voi oppia ja ne auttavat hoitajaa kasvaamaan niin ammatillisesti kuin ihmisenäkin. Mitä paremmin hoitaja tunnistaa vuorovaikutuksen ilmiöitä sekä omaa mieltään, sitä paremmin hän voi auttaa potilastakin tuomaan esiin omia mielen ilmiöitä. Jos hoitajalla on vain vähän kokemusta oman mielen havainnoinnista, korostuu työnohjauksen merkitys. (Vuorilehto ym. 2014: 69; Lindberg ym. 2015: 48.)

5.3.1 Transferenssi

Transferenssi tarkoittaa huomaamatonta tunteensiirtoa hoitajan ja potilaan välillä. Potilas saattaa reagoida esimerkiksi hoitajan ääneen tai tapaan toimia tavalla, joka juontaa juurensa varhaislapsuuteen. Aiemmissa ihmissuhteissa, usein varhaislapsuudessa, koettu tunne siirtyy ihmisen mielessä koettavaksi johonkin uuteen suhteeseen tai vuorovaikutukseen. Transferenssissa voi siirtyä tunteita, odotuksia ja asenteita. (Lindberg ym. 2015: 46.)

Akuutisti psykoottisen vertauskuvallinen ajattelu taantuu ja mielikuvat toisesta voivat muuttua konkreettiseksi todellisuudeksi. Jos hoitaja muistuttaa potilaan äitiä, voi se psykoottisen transferenssissa konkretisoitua ajatukseksi, että hoitaja on äiti. Psykoottisen

kanssa transferenssin voimakkuutta on syytä säädellä puhumalla siitä. Hoitaja voi todeta, ettei ole potilaan mielen hahmo, eikä aiemmin koettua tarvitse uudelleen kokea. (Lindberg ym. 2015: 52.)

Transferenssia voi esiintyä positiivisena tai negatiivisena. Positiivinen transferenssi on hoitosuhteen kantava voima, kun taas negatiivinen voi olla esteenä hyvälle hoitosuhteelle tiedostamattomien varhaislapsuuden tunteiden vuoksi. Vastatransferenssissa potilas vaikuttaa hoitajan tunteisiin vuorovaikutuksessa, jolloin hoitajan on huolehdittava itsereflektoinnista. Hoitaja ei koskaan tulkitse transferenssia esim. omahoitajakeskusteluissa, niiden tulkinta tapahtuu työnohjauksessa. Jos omien tunteiden tunnistaminen ja käsittely epäonnistuvat, vaikuttaa se sekä hoitajaan että potilaaseen ja vaikeuttaa hoitosuhdetta. Työnohjauksen lisäksi hyvänä apuna tunteiden ja asioiden käsittelyssä on kollegoiden kanssa asioista puhuminen. Transferenssi sekä vastatransferenssituntemukset voivat joskus estää hoitajan ja potilaan sopivuuden toisilleen. (Hämäläinen ym. 2017: 160–165; Mikkola 2012: 29; Sirviö 2018: 14, 48–50.)

5.3.2 Vastarinta

Vastarinnan ajatellaan olevan puolustusmekanismi. Sillä viitataan kaikkiin niihin keinoihin, joilla potilas vastustaa tietoisesti ja tiedostamatta hoidon tavoitteita. Sairastuminen voi olla ahdistavaa ja pelottavaa ja sen hyväksyminen vaatii aikaa. Myös omien heikkouksien ja häpeällisten piirteiden tutkistelu on usein ahdistavaa. Potilas voi vastarinnassa asettua hoitajaa vastaan, koska ei kykene vielä käymään asioitaan läpi. Positiivisena asiana vastarinnassa voidaan ajatella, että potilas saa aikaa käsitellä ja hyväksyä asioita. Vastustus voi näkyä esimerkiksi myöhästymisenä, mistä ei tulisi moittia potilasta. Hoitajan tulee huomioida asia, olla ammatillinen ja olla lähtemättä mukaan tilanteeseen ja antaa potilaalle aikaa. (Mikkola 2012: 29; Lindberg ym. 2015: 37.)

Hoidollisessa auttamissuhteessa potilas tulee aina jollain tavalla riippuvaiseksi hoitajasta. Aiemmat kiintymyssuhteet ja niiden tuomat pettymykset tai hylätyksi tulemisen kokemukset saattavat nousta pinnalle yhteistyösuhteen loppuvaiheessa. Tällöin potilas saattaa tuntea ahdistusta, menetyksen pelkoa ja vastarintaa hoitajaa kohtaan. Heränneitä tunteita ja kokemuksia on hyvä käsitellä läpi koko hoitosuhteen. Hoitajan on pidettävä mielessä, että potilaassa heränneet mahdolliset vihantunteet eivät liity hoitajaan vaan päättyvään suhteeseen. Jos hoitosuhde saadaan onnistuneesti päätökseen, saa

potilas kokemuksen, että hän voi selvitä menetyksistä. (Hämäläinen ym. 2017: 168–169.)

5.3.3 Distanssi

Distanssi on hoitajan ja potilaan välistä psyykkistä, fyysistä ja sosiaalista välimatkaa, joka hoitajan on huomioitava. Se vaatii hoitajalta tilanteenlukutaitoa ja herkkyyttä. Distanssi voi vaihdella hoitosuhteen edetessä. On huomioitava kummankin, niin potilaan kuin hoitajan henkilökohtainen reviiri. Psykoottinen henkilö ei välttämättä osaa tai kykene hallitsemaan distanssia. Henkilö elää symbioottisessa yhteensulautumisen tilassa. Työvaatteet, nimeulat ja muut ammatillisuutta korostavat merkit voivat auttaa distanssin säätelmissä. (Hämäläinen ym. 2017: 160–165; Mikkola 2012: 29.)

5.4 Dialogisuus

Ihmisellä on synnynnäinen tarve tulla kuulluksi. Jo vauvan tunnetila muuttuu myönteiseksi, kun hän saa vastakaikua viesteihinsä. Kielteiset tunteet lievenevät, kortisoli sekä adrenaliini laskevat, kun taas hyvän olon hormonit oksitosiini ja endorfiini lisääntyvät. Aikuiselle syntyy samanlainen myönteinen tunnetila kuulluksi tullessa. Kuulluksi tuleminen antaa voimaa ja vähentää stressiä. Vastavuoroista kuuntelevaa keskustelua kutsutaan hoitotyössä dialogiksi ja dialogisuudeksi. Hoitajan ja potilaan välisessä dialogisessa keskustelussa on hoitajan oltava arvostava, myötätuntoinen, kunnioittava ja kiinnostunut. Potilas tarvitsee arvostusta huolimatta siitä, onko potilas hoitoon sitoutumaton tai omaako hän huonoja tapoja kuten päihteidenkäyttöä. (Vuorilehto ym. 2014: 68–69; Dialogisuus ammattilaisen ja perheen välillä 2016.)

Dialogisuuden rakentuminen voi olla vaikeaa, aina ei ole helppoa hyväksyä toista sellaisena, kun hän on. Dialogissa tulisi hyväksyä erilaiset näkemykset ja se, ettei kenenkään yksittäinen kokemus voi olla koko totuus. Hyvässä dialogissa rakentuu vuorovaikutus, jossa tilannetta tutkitaan yhdessä. (Dialogisuus ammattilaisen ja perheen välillä 2016; Suomen mielenterveys ry 2019.)

5.5 Empatia

Myötätuntoisen eläytymisen eli empatian avulla hoitaja pyrkii hahmottamaan, miksi potilas hakee apua. Hoitajan peilattaessa potilaan kertomuksia ja tunnereaktioita omiin ajatuksiinsa ja tunteisiinsa, lisääntyy hänen oma herkkyytensä havaita muutoksia potilaan tunnetiloissa. Empatiolla yritetään tietoisesti asettua mielessä toisen ihmisen asemaan. Hoitajan tulisi kunnioittaa potilaan todellisuutta, vaikka se ei vastaisi hoitajan käsitystä tai yleisiä näkemyksiä. (Vuorilehto ym. 2014: 68–69.)

Potilas on oman itsensä ja tarpeidensa paras asiantuntija, ja niiden selvittämiseksi on hoitajan kuunneltava potilasta. Tärkeää on hoitajana tunnistaa myös omat tarpeet ja kiinnostuksen kohteet, eikä niiden saa antaa johdatella potilaan puhetta. Hoitajan tulisi oppia sietämään epävarmuutta ja löytää ymmärrys siitä, etteivät potilaan asiat muutu sillä, että hoitaja niitä muuttaa. Yhteistyöllä ja yhdessä luoduilla mahdollisuuksilla luodaan muutoksia. (Vuorilehto ym. 2014: 68–69.)

6 Videopedagogiikka osana oppimista

Verkossa työskentely on jo merkittävä osa arkipäiväämme, ja suuri osa sosiaalisesta kanssakäymisestä tapahtuu verkossa. Myös opetus verkkoavusteisesti on kasvavassa osassa opetusta ja sen suunnittelua. Verkkotyöskentelyä hyödynnetään usein jo kasvokkain tapahtuvan opetuksen rinnalla. Monimediallisen pedagogiikan lähtökohtana on erilaisten työmuotojen ja medioiden yhdistäminen opetuksessa. Oppimisympäristöjen lisääntyessä muovautuu niin opettajan kuin opiskelijankin rooli kohti jaettua asiantuntijuutta. (Mäkitalo – Wallinheimo 2012: 9, 37; Kuuskorpi 2015: 4.)

Teknologian lisääntyminen opetuksessa lisää opiskelijoiden itsenäisyyttä, motivaatiota ja vastuuvollisuutta. Teknologian hyödyntäminen myös tyydyttää tämän päivän opiskelijoiden oppimistarpeita. Videoiden kautta voi jakaa sovellettua tietoa, joka vaikuttaa kuhunkin katsojaan eri tavalla. Heränneitä ajatuksia pohtimalla voi oppia vielä lisää. Videon ei tarvitse olla perinteisiä opetusvideoita erilaiset podcastit, animaatiot, Youtube-klipit ja vastaavat verkon kautta levitettävät videot toimivat hyvin virtuaalisena oppimismateriaalina. (Wirihana – Craft – Christensen – Bakon 2017.)

Videoilla voidaan luoda oppimisympäristö, jossa voidaan opiskella aikaan ja paikkaan sitoutumatta. Toistettavuuden myötä asian ymmärrettävyys helpottuu ja tärkeisiin asioihin voi palata välittömästi, eivätkä ne jää huomiotta. Videoiden käyttö opetuksen tukena täydentää ja syventää oppimista. (Wirihana ym. 2017: Ljubojevic – Vaskovic – Stankovic – Vaskovic 2014: 285.)

Onnistuessaan audiovisuaalinen tuotos herättää mielenkiintoa aihetta kohtaan ja kannustaa perehtymään asiaan lisää. Videoita voikin käyttää ennakkomateriaalina valmistautuessa seuraavaan luentoan herättelemään ajatuksia ja kysymyksiä aihealuetta kohtaan. Ennakkoon katsottu video tukee opiskelijan oppimista luennolla. Videon ei tarvitse sisältää uutta tietoa. Niiden avulla voidaan tukea ja täydentää opittua teoriaa ja auttaa kertaamaan sekä palauttamaan mieleen asioita. (Schwartz – Hartman 2019: 10–12.)

Vaihtoehtoisten oppimistapojen kuten animaatioiden hyödyntämisellä opetuksessa voidaan rikastuttaa oppimiskokemusta ja havainnollistaa erilaisia ilmiöitä. Erityisen hyödylliseksi animaatiot on koettu kommunikointitaitojen sekä ammatillisen käyttäytymisen esittelyssä. (Morner 2018; Peda.net.) Aktiivinen ja osallistava oppiminen hyödyntämällä vaihtoehtoisia opetusmenetelmiä tarjoaa selvät edut verrattuna passiiviseen oppimiseen pelkkien luentojen kautta (Brame 2016).

Opiskelijat hyödyntävät videoita esimerkiksi kokeisiin opiskellessaan ja kerratakseen luennolla oppimiaan asioita. Parhaimmat hyödyt oppimisen kannalta on saatu, kun videoita on näytetty osana luentoja, sisällytettynä luentoihin. Voi myös oppia, vaikka ei ymmärtäisi kieltä. Esimerkiksi sairaanhoitajan ja potilaan välisestä vuorovaikutussuhteesta ja kohtaamisesta voi saada hyvän kulttuurisen ja psykososiaalisen näkökulman videoiden kautta. (Wirihana ym. 2017.)

Kesto vaikuttaa oppilaiden kiinnostukseen ja motivaatioon katsoa tallenteita. On tärkeää pitää video lyhyenä. Tutkimuksen mukaan alle kuuden minuutin pituisen videon jaksaa keskittyneesti seurata ~100 % opiskelijoista. Kun pituutta tulee 9 – 12 minuuttia laskee prosenttiosuus viiteenkymmeneen. 12 – 40 minuuttista videota seuraa enää 20 % opiskelijoista aktiivisesti. Voikin ajatella, että yli 6 – 9 minuuttisen opetusvideon tekeminen on hukkaan heitettyä aikaa. (Brame 2016: 4.)

Videoiden käyttö opetuksessa on parhaimmillaan kustannustehokasta. Välttämättä oppimisen tueksi ei tarvita kirjoja, muistiinpanovälineitä tai luokkatiloja. Erityisesti kädentaitoja opiskeltaessa on visuaalisuus koettu hyödyllisemmäksi kuin kuuntelemalla ja lukiemalla oppiminen. Teknologian käytön haittoiksi voisi nähdä vuorovaikutuksen puutteen opettajan ja muiden opiskelijoiden kanssa. Jos oppiminen on täysin tallenteiden varassa, puuttuu opiskelijoilta mahdollisuus kysyä tarkentavia kysymyksiä ja käydä kasvotusten keskustelua reaaliajassa. (Wirihana ym. 2017.)

Itsenäinen opiskelu verkossa vaatii opiskelijalta opiskelutaitoja sekä oman oppimisen seuraamista ja itseuria. Opiskelijalla tulee olla kyky hahmottaa ja aikatauluttaa kokonaisuuksia. Omat haasteet ja oppimisvaikeudet tulisi olla tiedossa, jotta opiskelija osaisi reagoida niihin hyväksi havaitsemiensa toimintamallien kautta eikä opiskeluinto laantuisi. (Brame 2016.)

Myös videon tai animaation tekemiseen käytetty aika voidaan lukea haitaksi. Vaikka teknologian hyödyntäminen on helpompaa ja kustannustehokkaampaa kuin vuosikymmen sitten, on animaation tekemiseen käytetty aika moninkertainen tavallisen luennon suunnitteluun verrattuna. (Yuen 2016.)

7 Opinnäytetyön toteutus

7.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä, jonka tuotoksena syntyi animaatio. Toiminnallisissa opinnäytetöissä yhdistyvät käytännön toteutus, teoria ja toteutuksen raportointi. Toiminnallista opinnäytetyötä ohjaa työelämälähtöisyys, tutkimuksellinen ote ja käytännönläheisyys. Tarkoituksena on ohjeistaa ja järkeistää opittua ja tutkittua tietoa. Toiminnallisessa opinnäytetyössä saada aikaiseksi tuotos, jolla pyritään helpottamaan tiedon konkretisointia käytäntöön. Tuotos voi olla hyvin esimerkiksi kirja, tapahtuma, perehdytysopas tai video. (Vilkkä-Airaksinen 2003: 9–10.)

7.2 Toiminnan kuvaus

Opinnäytetyön prosessi jakautui kolmeen eri vaiheeseen: suunnitelma-, toteutus- ja raportointivaiheeseen, mukaan lukien raportointivaiheen kypsyysnäyte (Metropolia Ammattikorkeakoulu 2020). Opinnäytetyön prosessissa edettiin Metropolia Ammattikorkeakoulun opetussuunnitelman mukaisesti.

Opinnäytetyön työstäminen alkoi elokuussa 2019. Mielenkiinto aiheeseen sekä aikaisempi työkokemus psykiatrisessa hoitotyössä helpotti ja selkeytti aiheen valintaa. Psykisesti sairaiden potilaiden kohtaamisesta oli aikaisemmin laadittu opinnäytetöitä. Kuitenkin ennakkoluuloja ja leimaantumista sivuavia potilaskohtaamiseen liittyviä opinnäytetöitä löytyi vain muutamia. Verkosta ei myöskään löytynyt opiskelijoille suunnattua videomateriaalia ennakkoluuloihin sekä potilaskohtaamiseen liittyen.

Syksyn 2019 aikana kirjoitettiin suunnitelmaa, joka esitettiin seminaarissa 10/2019. Loppuvuodesta syvennettiin teoreettista pohjaa ja aloitettiin animaation suunnittelu. Onnistuneen prosessin avaintekijä oli sujuva yhteistyö. Opinnäytetyön prosessin aikana eteen tuli henkilökohtaisen elämän haasteita. Avoimuus, hyvä keskusteluyhteys ja saumaton yhteistyö tuki prosessin etenemistä ja auttoi pysymään suunnitellussa aikataulussa.

Lähes heti oli selvää, että opinnäytetyön tuotoksena tuotettaisiin video. Aluksi pohdittiin, kysyttäisiinkö videoon mielenterveystoipujia kuvattavaksi, pyydettäisiinkö mahdollisiin rooleihin erilliset vapaaehtoiset näyttelijät, vai mitä muita mahdollisuuksia olisi? Tilanetta pohdittiin eettisyyden kannalta, tarkoituksena ei kuitenkaan ollut videolla leimata tai loukata ketään. Päätös animaatiosta syntyi lopulta luontevasti.

Prosessin aikana hyödynnettiin Metropolia Ammattikorkeakoulun tarjoamia opinnäytetyö työpajoja sekä ohjaavan opettajan ohjausta. Kirjallinen työ esitettiin ja vertaisarvioitiin suunnitelma-, toteutus sekä raportointivaiheessa. Vertaisarviointia myös käytettiin hyödyksi kirjallista tuotosta tehtäessä.

Animaation tekeminen aloitettiin alkuvuodesta 2020. Tutkimuksia verkko-oppimisesta ja animaation työstämisestä löytyi hyvin. Animaation tekemiseen hyödynnettiin ammattilaista: Tekniseen toteutukseen saatiin tukea taiteilija Ilkka Pitkäseltä. Animaatio ja teoreettinen työ ovat kokonaisuus, jotka tukevat ja täydentävät toisiaan.

Animaatio tuotettiin Metropolia Ammattikorkeakoululle ja se julkaistaan Metropolian YouTube-kanavalla, josta siitä hyötyvät niin opiskelijat kuin muutkin asiasta kiinnostuneet. Animaatio on lissensioitu.

7.3 Tiedonhaku

Opinnäytetyön keskeisiksi käsitteiksi valikoitui skitsofrenia, psykoosi, ennakkoluulot, pelot, mielenterveyshoitotyö ja potilaan kohtaaminen. Mielenterveyden käsitteen avaaminen auttaa ymmärtämään mielenterveyden häiriöitä ja niihin liittyviä asenteita ja ennakkoluuloja.

Tiedonhakuun käytettiin mielenterveyshoitotyön kirjallisuutta, Medic, Cinahl ja Pubmed tietokantoja sekä manuaalista hakua. Hakusanoina käytettiin muun muassa ”skitsofrenia”, ”skitsofre*”, ”psykoosi”, ”ennakkoluulot” ja ”stigma”. Englanninkielisiä tutkimuksia haettaessa käytettiin muun muassa seuraavia hakusanoja: ”schizophrenia”, ”mental health”, ”stigma of mental illness”, ”mental disorder stigma”, ”psychosis”, ”mental health nursing”. Hakuja rajattiin ottamalla huomioon vain vuoden 2010 jälkeen julkaistut tutkimukset.

Käytetyillä hakusanoilla löytyi useita ulkomaalaisia tutkimuksia. Suomenkielisiä tutkimuksia löytyi rajoitetummin. Otsikoinnin ja tiivistelmien tarkastelu auttoi valikoimaan englanninkielisistä materiaaleista tarkemmin luettaviksi otettavat artikkelit. Tiedonhakua tehtiin ja tietoa päivitettiin pitkin prosessia. Kattavan tiedonhaun päätteeksi valikoitui työssä käytetyt tieteelliset julkaisut. Tiedonhaun yhteydessä todettiin teoreettisen tarkastelun ja lähestymistavan olevan potilaskohtaamisen ja hoitotyön osalta yhtenäistä, eikä näin ollen jouduttu tekemään valintaa mielenterveyshoitotyön teoreettisesta viitekehystä.

Tuotosta varten tuli etsiä luotettavista lähteistä tietoa videopedagogian hyödyistä ja haitoista sekä animaation tekoprosessista. Tiedonhakuun käytettiin muun muassa Pubmed-tietokantaa hakusanoilla ”video pedagogy” ja ”learning by animations”. Hakua rajattiin rajaamalla julkaisuvuosiksi 2010-2020 sekä valitsemalla ”Free full text.”

Toiminnallisessa opinnäytetyössä voidaan keskeisesti hyödyntää sekä ammatillisen asiantuntijan että kirjallisen tutkimustiedon yhdistämistä, jolloin saadaan kehitystehtävää vastaava tuotos. (Lumme – Vuorijärvi 2014.) Tähän perustuen tietoperustaa täydennettiin myös Ilkka Pitkäsen haastattelulla animaatioon liittyen.

7.4 Animaation tekoprosessi

Animaation tekeminen sisältää monta työvaihetta. Ensimmäisenä täytyy olla idea, jonka pohjalta lähdetään kirjoittamaan käsikirjoitusta. Ideoinnin yhteydessä ei tarvitse vielä miettiä digitaalisen opetusmateriaalin tyyliä, toteutustapaa tai edes kustannuksia vaan tärkeämpää on pohtia, mikä on oleellista videon tai digitarinan sisällön välittymisen kannalta. (Hakkarainen – Kumpulainen 2011: 56–59; Pitkänen 2020.)

Animaatiota lähdettiin työstämään tekovaiheiden mukaisesti (Taulukko 1). Ideoinnin pohjaksi lähdettiin etsimään kirjallisesta työstä esiin nousevia asioita, jotka koettiin tärkeäksi tuoda animaatioissa esiin. Opinnäytetyöstä nostettiin ennakkoluulot sekä tasavertaiseen kohtaamiseen vaikuttavat tekijät keskiöön. Ensimmäinen versio käsikirjoituksesta esitettiin taiteilija Ilkka Pitkäselle, jolta saatiin ammattilaisen näkökulmaa asiasta. Pitkäsen avustuksella ja häneltä saatujen neuvojen pohjalta luotiin yhteistyössä käytettävissä olevilla resursseilla toteuttavissa oleva käsikirjoitus.

Kun ideointi on valmis alkaa materiaalin kerääminen. Materiaalin taustoittamisen jälkeen voidaan aloittaa käsikirjoituksen suunnitteleminen. Käsikirjoitus voi olla vapaamuotoinen, joka muovaantuu tuotantoprosessin edetessä. Kuitenkin on hyvä luoda viitekehys, joiden puitteissa video toteutetaan. Käsikirjoitusta pidetään yhtenä haastavimmista tehtävistä koko videon tekoprosessissa. Käsikirjoituksen valmistuttua toteutetaan kuvakäsikirjoitus, jonka pohjalta valmistellaan videon mahdolliset kuvaukset, editointi ja äänisuunnittelu. Kuvakäsikirjoituksen avulla pystyy myös hahmottelemaan kuvakokoja ja visuaalista ilmettä. (Hakkarainen – Kumpulainen 2011: 56–59; Pitkänen 2020.)

Suunnitellut animaatiohahmot skannattiin tietokoneelle ja niiden ääriviivoja selkeytettiin Adobe Illustrator -ohjelmistolla, jonka jälkeen hahmot väritettiin Adobe Photoshop -ohjelman sekä Wacom-piirtolevyn avustuksella.

Hahmojen ja tekstien animointi sekä muut graafiset elementit toteutettiin Adobe After Effects -ohjelmistolla ja lopulta video viimeisteltiin ja siihen lisättiin ääniraita käyttäen Adobe Premiere -editointiohjelmistoa. *Ihminen ihmisenä – skitsofreniapotilaan kohtaaminen* – animaation puheraita nauhoitettiin kustannussyistä käyttäen matkapuhelimen äänentallennussovellusta, jonka jälkeen ääniraidasta puhdistettiin ylimääräiset häiriöäännet Adobe Audition -tietokoneohjelmalla.

Animaation musiikiksi valikoitui tekijänoikeudellisesti vapaa Scott Holmes'in Upbeat Party (scottholmesmusic.com), joka sekä elävöittää videota että rytmittää tarinankerrontaa. Musiikin käyttöä varten pyydettiin tekijältä sähköpostin välityksellä oikeudet kappaaleen ei-kaupalliseen käyttöön opetuksellisessa animaatiossa.

Taulukko 1. Animaation tekovaiheet (Peda.net)

1. Idea
2. Käsikirjoitus
3. Kuvakäsikirjoitus
4. Kuvakoot
5. Äänisuunnittelu
6. Materiaalin keruu ja/tai tekeminen
7. Tekniikan varaaminen
8. Animointi
9. Editointi
10. Äänityöt
11. Julkaiseminen
12. Katselu ja arviointi

8 Johtopäätökset ja pohdinta

8.1 Tuotoksen tarkastelu

Opiskelijat käyttävät siinä missä muutkin nuoret aikuiset paljon aikaa erilaisten suoratoistopalveluiden ja sosiaalisen median parissa, joista YouTube on yksi suosituimmista. Myös opettajat hyödyntävät opetuksessaan paljon suoratoistopalveluita, näyttäen opiskelijoille videoita osana opetusta. Lisäksi videoiden sekä digitaalisten opiskelumateriaalien hyödyntäminen lisääntyy vielä entisestään tulevaisuudessa. Koska kohderyhmä oli opiskelijat, tuntui luontevalta tehdä materiaalia oppimiseen käyttäen heille jo tuttuja menetelmiä ja palveluita.

Animaatioon tiivistettiin opinnäytetyön teoriaosuudesta kaikkein oleellisin. Opiskelijat eivät saa animaatiosta täydellistä kuvaa skitsofreenikoista tai vuorovaikutuksesta sairastuneen kanssa, mutta se antaa hyvät pohjatiedot ja mahdollisesti herättää kiinnostusta asiaa kohtaan. Esiin tuotu teoria on perustason teoriaa, eikä välttämättä anna uutta tietoa mielenterveyshoitotyöhön jo perehtyneille tai syventävän vaiheen opiskelijoille. Koska ennakkoluulot ovat tutkimusten mukaan vahvimpia opiskelijoilla, joilla kokemusta ei mielenterveyspotilaista ole, on tärkeää luoda helposti lähestyttävää materiaalia juuri heille.

Oppimistapoja on monia: jotkut ovat visuaalisia, toiset enemmän auditiivisia oppijoita. Siksi lisätäkseen animaation saavutettavuutta animaatioon tehtiin tekstien tueksi myös ääniraita. Tällä pyrittiin ottamaan huomioon myös ne opiskelijat, joilla on lukemisen erityisvaikeuksia. Animaatio on responsiivinen ja se on katsottavissa niin pöytäkoneella kuin kännykällä tai muulla mobiililaitteella. Animaatio on kestoaltaan tutkimusten mukaan ideaalinen. Opiskelijoiden motivaatio ja keskittyminen opetuksellisen videon seurantaan laskee kuuden minuutin jälkeen.

Koska kuvataiteellista lahjakkuutta ei koettu olevan, päädyttiin tekemään yksinkertaisia tikku-ukkomaisia hahmoja. Pelkistetty, lapsenomainen tyyli tuo osaltaan animaatioon lämpimän ja helposti lähestyttävän tunnelman. Animaatioista tuli tekijöidensä näköinen. Tavoitteena oli luoda hauska ja viihdyttävä tunnelma, mutta pitää samalla sisältö asiallisena ja näyttöön perustavana.

Animaatio on helposti hyödynnettävissä. Sen voi esimerkiksi näyttää luentojen yhteydessä aihetta käsiteltäessä, ennakkomateriaalina virittäytyessä tulevaan aiheeseen tai osana harjoitteluinfoa muistuttamaan ennakkoluulottoman kohtaamisen merkityksestä. Animaatiot myös kestävät aikaa paremmin kuin näytellyt videot. Opintojen jälkeenkin tuotosta voidaan katsoa palauttamaan mieleen jo opittuja asioita.

8.2 Luotettavuuden ja eettisyyden pohdinta

8.2.1 Eettisyys

Suomessa pysyvästi asuvien perusoikeuksiin kuuluu saada ilman syrjintää laadultaan hyvää terveyden- ja sairaanhoitoa. Potilas on kohdattava ihmisarvoa loukkaamatta sekä vakaumusta ja yksityisyyttä kunnioittaen (Laki potilaan oikeuksista 785/1992 § 3). Mielenterveystyössä kaiken hoidon perusta on ihmisen ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. Potilaalle tulee järjestää mahdollisuus osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. (Etene 2010: 5; Sairaanhoidajan eettiset ohjeet 1996.) Potilasta tulisi mahdollisuuksien mukaan hoitaa yhteisymmärryksessä hänen kanssaan ja hoidosta tulee laatia hoitosuunnitelma (Mielenterveyslaki 1190/1116 § 22 b).

Mielenterveystyö on hoitotyötä, jossa törmätään usein eettisiin ongelmiin ja kysymyksiin. Suurena syynä ovat mielenterveyden häiriöihin liittyvät oireet ja niiden luonne. Taudin oireenkuvaan voi liittyä vahvana itsensä ja muiden vahingoittaminen sekä aggressiivisuus. Tästä syystä potilaan hoitoon voi liittyä vahvasti pakkotoimet. Eristäminen muista potilaista ja lepositeiden käyttö ovat eettisesti haastavia tilanteita. (Leino-Kilpi – Välimäki 2015: 264–265).

Tarvetta pakkokeinoille pystytään vähentämään parantamalla vuorovaikutusta. Tutkimukset ovat osoittaneet, että potilaat provosoituvat hoitajien kontrolloivasta toiminnasta ja heikosta vuorovaikutuksesta, jolloin aggressiivinen käytös lisääntyy. Psykoottinenkin tunnistaa hoitajan kunnioittavan ja ystävällisen asenteen. (Makkonen – Putkonen – Korhonen – Kuosmanen – Kärkkäinen 2016: 30.)

Eettisiä ongelmia voivat tuoda hoitajien kielteiset asenteet potilaita kohtaan. Ne eivät välttämättä näy selvästi, vaan esimerkiksi siten, että potilasta ei oteta huomioon ja potilaaseen koskevia päätöksiä tehdään kuulematta potilasta. On tärkeä hoitajana tiedostaa

omat päätöksentekoa koskevat rajansa ja noudattaa niitä. (Leino-Kilpi – Välimäki 2015: 267.)

Hoitajan tulee tunnistaa omat ennakkoluulonsa ja pelkonsa, eikä niiden saa antaa vaikuttaa hoitotyöhön. Kaikkiin potilaisiin tulee suhtautua oikeudenmukaisesti ja kohdella heitä tasapuolisesti. Vaikka kokisi potilaan teot tuomittaviksi, on hänet hyväksyttävä ihmisenä ja häntä on autettava sekä hoidettava kuin ketä tahansa muutakin. Psykoottisen potilaan käytös ja puheet saattavat olla loukkaavia ja asiaankuulumattomia. Hoitajan pitää pyrkiä neutraloimaan puheet mielessään ja näkemään, etteivät ne ole henkilökohtaisia. Ammatillisuutta on nähdä itsensä vain potilaan hallitsemattoman tunnepurkauksen esineellistettynä kohteena, eikä jäädä tuntemaan kaunaa tai inhoa potilasta kohtaan. (Hietaharju – Nuutila 2017: 129–130.)

Tuotosta suunniteltaessa käytiin eettistä pohdintaa toteutuksesta. Ensimmäinen ajatus oli tehdä näytelty video. Eettisenä ongelmana koettiin hyödyntää skitsofreniaa sairastavia tai lähteä itse esittämään sairastunutta. Pahimmillaan se olisi voinut vahvistaa tai lisätä ennakkoluuloja sekä muuttua epäkunnioittavaksi, leimaavaksi ja jopa loukkaavaksi potilaita kohtaan. Vaikka aihe on vakava, lähestyminen positiivisuuden, ilon ja huumorin kautta keventää aihetta ja tuo sitä helpommin lähestyttäväksi.

8.2.2 Luotettavuus

Opinnäytetyö laadittiin hyvien tieteellisten käytäntöjen sekä eettisten periaatteiden mukaisesti. Työtä tehdessä noudatettiin rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta sekä tarkkuutta. Tieteellisten käytäntöjen mukaisesti tutkijoiden tekemää työtä kunnioitettiin kirjaamalla lähteet niin tekstiin kuin lähdeluetteloon asianmukaisesti. Toisten julkaisuihin viitataan niille kuuluvan arvon mukaisesti. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2013: 6; Vastuullinentiede.fi 2012.)

Luotettavuutta tukee lähdekriittisyys. Opinnäytetyöhön on käytetty näyttöön perustuvaa hoitotieteellistä materiaalia. Materiaalina käytettiin enintään kymmenen vuotta vanhoja lähteitä, jolloin esiin tuotu teoria on vielä ajankohtaista. Poikkeuksena Vilkkä – Airaksisen teos *Toiminnallinen opinnäytetyö*, Noppari – Kiiltomäki – Pesosen teos *Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa* sekä Kilkun väitöskirja *Potilasopetus ensipsykoosipotilaan hoidossa. Substantiivinen teoria luottamuksen uudelleen rakentumisesta*. Nämä katsottiin tarkemman tarkastelun jälkeen olevan julkaisuvuodestaan huolimatta luotettavia lähteitä.

Teoreettista taustaa tutkittiin useasta eri lähteestä, joiden yhdenmukaisuus lisää luotettavuutta. Opinnäytetyötä katsottiin sekä potilaan että hoitajan näkökulmasta, ketään loukkaamatta siten, että työ kestää eettisen tarkastelun molemminpuolisesti.

Opinnäytetyötä vertaisarvioitiin prosessin eri vaiheissa muiden opiskelijoiden sekä ohjaavan opettajan toimesta. Kirjallisen työn plagiointiprosentti tarkistettiin myös säännöllisesti turnit-ohjelmassa.

Opinnäytetyön tuotoksen ollessa opetukseen ja oppimiseen liittyvä, huomioitiin myös opetettavan tiedon luotettavuus. Animaation sisältö esitettiin ennen julkaisua opinnäytetyötä ohjaavalle opettajalle ja varmistettiin sen julkaisukelpoisuus sekä loukkaamattomuus.

8.3 Pohdinta

Psykiatrisessa hoitotyössä korostuu oman persoonan käyttäminen hoitotyön työkaluna. Siksi on tärkeää oppia ymmärtämään sekä refleктоimaan itseään. Kun on tietoinen omista peloista ja heikkouksista, osaa tunnistaa sekä hallita omaa reagointiaan potilas-kohtaamisessa. Vuorovaikutus psykoosisairaana kanssa voi olla haastavaa. Mitä enemmän ymmärtää vuorovaikutuksen ilmiöitä ja omaa mieltään, sitä paremmin pystyy myös ymmärtämään potilasta. Olennaista on myös oppia sietämään epävarmuutta. Psykoosi on äärimmäinen hämmennyksen tila potilaalle, ja se voi olla sitä myös hoitajalle. Jotta tilanteessa pystyy viestimään omalla olemuksella rauhallisuutta ja olla läsnä, tulee hoitajan kyetä rauhoittamaan myös itsensä.

Hoitoalalle hakeutuu usein ihmisiä, joille toisten hyvinvointi ja etu menevät oman edun edelle. Epäitsekäät hoitajat eivät aina pysty yksin käsittelemään kaikkea työstä ja potilaista tulevaa tunnekuormaa ja varsinkin uudet, kokemattomat hoitajat eivät aina hallitse työn ja vapaa-ajan erottamista. Työasiat, kuten potilaiden kokemukset ja kohtalot valuvat mieleen työpäivän jälkeen sekä vapaapäivinä. Kuormittunut työntekijä kadottaa ilon työnteosta, kieltäytyy hoitamasta joitain potilaita tai työtehtäviä, ja työnteko muuttuu väkisin suorittamiseksi. Toimivassa työyhteisössä tukea saa toisilta työntekijöiltä. Kun työnjosta ja kuormittavista tekijöistä voidaan puhua avoimesti yhteisössä, ennaltaehkäistään uupumisia. (Vuorilehto ym. 2014: 99.)

Tutkimukset osoittavat, että media ja omat asenteet herkästi ohjaavat opiskelijoiden mielikuvia mieleltään sairastuneista. Onnistunut vuorovaikutus ja ohjausosaaminen ovat osa sairaanhoitoa ja luovat osaltaan parempaa potilasturvallisuutta. Sairaanhoidajan ammattisuuteen tulisikin kuulua tasavertainen ja ennakkoluuloton kohtaaminen, tapahtuipa potilaskohtaaminen sitten päivystyksessä tai muilla osastoilla. Siksi onkin tärkeää panostaa ohjausopetukseen sekä vuorovaikutustaitojen ja kohtaamisen merkitykseen mielenterveytyössä jo opiskelujen aikana. Opettajilla, teoriaopinnoilla sekä harjoitteluilla on suuri merkitys siihen, mihin opiskelijan asenteet muovautuvat.

Lapset opettelevat tunteita ja käytöstapoja lastenohjelmien ja animaatioiden kautta. Median kykyä vaikuttaa asenteisiin ja ennakkoluuloihin tulisi käyttää myös vanhemmilla positiivisten mielikuvien luomiseen. Vanhoista ajatusmalleista, jossa mielenterveysongelmat piilotetaan visusti, eikä niistä puhuta edes lähipiirissä on onneksi päästy eteenpäin. Julkisten ihmisten esiin tuleminen mielenterveysongelmien kanssa on tehnyt mielenterveysongelmat näkyviksi, ja se on selvästi madaltanut kynnystä puhua niistä. Avointa keskustelua ja empaattista lähestymistapaa tarvittaisiin kuitenkin vieläkin enemmän ennakkoluulojen ja stigman häivyttämiseen. Tieto tuo ymmärrystä. Tutkimusten mukaan opiskelijoilla, joilla ei ole aiempaa kokemusta mielenterveysongelmaisista on vahvimmat ennakkoluulot.

Potilaskohtamisessa on vältettävä turhaa yleistämistä. Ihmiset ovat yksilöitä, eivätkä myöskään kaikki skitsofreniadiagnoosin saaneet ole keskenään samanlaisia. Ihminen on monimutkainen olento, eikä välttämättä yhden diagnoosin alle mahdu kahta samanlaista.

Kohtaa ihminen ihmisenä.

Lähteet

Aromaa, Esa 2011. Attitudes towards people with mental disorders in a general population in Finland. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Verkkodokumentti < <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/37001/978-952-245-525-3.pdf?sequence=1&isAllowed=ya> >. Luettu 30.8.2019

Borchers, Pekka 2015. Psykoosin hoito on vuorovaikutusta. Suomen lääkärilehti 70 (39) 2504 – 2505. Luettavissa sähköisesti osoitteessa < <https://www-laakarilehti-fi.ezproxy.metropolia.fi/pdf/2015/SLL392015-2504.pdf> >.

Brame, Cynthia J. 2016. Effective Educational Videos: Principles and Guidelines for Maximizing Student Learning from Video Content. CBE – Life Sciences Education 15: es6. 1 – 6. Luettavissa sähköisesti osoitteessa < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5132380/> >.

Carrara, Bruna Sordi – Ventura, Carla Aparecida Arena – Bobbilib, Sireesha Jennifer – Jacobinac, Olga Maria Pimentel – Khentid, Akwatu – Mendes, Isabel Amélia Costa 2019. Stigma in health professionals towards people with mental illness: An integrative review. Archives of Psychiatric Nursing 33 (4) 311 – 318. Luettavissa sähköisesti osoitteessa. < <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0883941718302711> >. Luettu 2.9.19

Dialogisuus ammattilaisen ja perheen välillä 2016. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti. < https://thl.fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/tyon_tueksi/varhainen-avoin-yhteistoiminta/dialogisuus_ammattilaisen_ja_perheen_valilla >. Luettu 10.01.2020

Etene 2010. Mielenterveysetiikka – sinulla ja minulla on moraalinen vastuu. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE. Helsinki: Yliopistopaino Luettavissa sähköisesti osoitteessa < <https://etene.fi/documents/1429646/1559066/ETENE-julkaisu+25+Mielenterveysetiikka+-+Sinulla+ja+minulla+on+moraalinen+vastuu.pdf/90f79932-aa31-4399-807f-5c2ee36d106d/ETENE-julkaisu+25+Mielenterveysetiikka+-+Sinulla+ja+minulla+on+moraalinen+vastuu.pdf> >.

Granados-Gómez, Genoveva – Rodríguez, Maria del Mar López – Granados, Ana Corral – Márquez-Hernández, Veronica V. 2017. Attitudes and Beliefs of Nursing Students Toward Mental Disorder: The Significance of Direct Experience With Patients. *Perspectives in Psychiatric Care*. 135 – 143.

Hakkarainen, Päivi – Kumpulainen, Kari (toim.) 2011. *Liikkuva kuva: Muuttuva opetus ja oppiminen*: Kokkolan yliopistokeskus Chydenius

Hasan, Abd Al-Hadi – Musleh, Mahmoud 2017. Self-stigma by people diagnosed with schizophrenia, depression and anxiety: Cross-sectional survey design. *Perspect Psychiatric Care*. 54. 142 – 148.

Hiekkala-Tiusanen, Laura - Halunen, Minna - Mehtälä, Tuukka – Kieseppä, Tuula 2019. Psykososiaaliset menetelmät skitsofrenian hoidossa ja kuntoutuksessa - sivuosasta tärkeitä näkökulmiksi? *Duodecim*. 2019;135(20):2011-9 Verkkodokumentti. < <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2019/20/duo15188>>. Luettu 21.1.2020

Hietaharju, Päivi - Nuutila, Mervi 2017. *Käytännön mielenterveyshoitotyö*. 4.-5. painos. Helsinki: SanomaPro oy.

Holmberg, Jan 2016. *Hoitajana mielenterveyshoitotyössä*. Keuruu: EditaPublishing oy

Huttunen, Matti 2018. *Psykoosi (mielisairaus)*. Duodecim terveyskirjasto. Verkkodokumentti. < https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00411 >. Luettu 9.9.19

Hämäläinen, Kaisu – Kanerva, Anne – Kuhanen, Carita – Schubert, Carla – Seuri, Tarja. 2017. *Mielenterveyshoitotyö*. 5. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kilkku, Nina 2008. *Potilasopetus ensipsykoosipotilaan hoidossa. Substantiivinen teoria luottamuksen uudelleen rakentumisesta*. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto. Hoitotieteenlaitos.

Korkeila, Jyrki 2015. Mielenterveyspalvelujen rakenteita korjaamalla parempaa hoitoa ja vähemmän häpeäleimaa. *Duodecim* 131 (6). 563–564 Luettavissa sähköisesti osoitteessa < <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2015/6/duo12160> >. Luettu 2.9.19

Korkeila, Jyrki – Joutsenniemi, Kaisla – Sailas, Eila – Oksanen, Jorma (toim.) 2011. Irti häpeäleistä. Duodecim: Helsinki

Kuuskorpi, Marko (toim.) 2015. Digitaalinen oppiminen ja oppimisympäristöt. Kaarinan kaupunki. Tampere. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy. Verkkodokumentti. < https://digi-ope.com/tablet/wp-content/uploads/2015/03/Digit_oppiminen_netti.pdf >. Luettu 10.1.2020

Leino-Kilpi, Helena – Välimäki, Maritta 2015. Etiikka hoitotyössä. 8.-10. painos. Helsinki: SanomaPro

Ljubojevic, Milos – Vaskovic, Vojkan – Stankovic, Srecko – Vaskovic, Jelena 2014. Using Supplementary Video in Multimedia Instruction as a Teaching Tool to Increase Efficiency of Learning and Quality of Experience. International Review of Research in Open and Distance Learning 15 (3). 276 – 291.

Lumme, Riitta – Vuorijärvi, Aino 2014. Opinnäytetyö laadullisin menetelmin. Opinnäytetyön kriittiset kohdat. Metropolian Ammattikorkeakoulu. Verkkodokumentti. < <http://www.metropolia.fi/>>. Luettu 9.4.2020

Lönnqvist, Jouko – Henriksson, Markus – Marttunen, Mauri – Partonen, Timo (toim.) 2014. Psykiatria. 11.uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Maanmieli, Karoliina 2019. Häpeä ja stigma mielisairaaloiden potilaiden ja heidän omaistensa muistoissa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 56. 181–191.

Makkonen, Pekka – Putkonen, Anu – Korhonen, Jukka – Kuosmanen, Lauri – Kärkkäinen, Jukka (toim.) 2016. Pakon käytön vähentäminen ja turvallisuuden lisääminen psykiatrisessa hoidossa. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos.

Metropolia Ammattikorkeakoulu 2019. Opetussuunnitelma. Verkkodokumentti. < www.metropolia.fi >. Luettu 9.9.2019

Mielenterveyslaki 1990/1116. Annettu Helsingissä 14.12.1990.

Mikkola, Anna 2012. Psykiatrian poliklinikan sosiaalityöntekijöiden tekemä hoitosuhdetyö. Kategoriat hoitosuhdetyötä jäsentämässä. Pro gradu-tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Luettavissa sähköisesti osoitteessa < <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/84080/gradu06301.pdf?sequence=1>>.

Mormer, Elaine 2018. What´s in Your Teaching Toolbox? Semin Hear 39 (1). Luettavissa sähköisesti osoitteessa < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5802988> >. Luettu 12.3.2020

Mäkitalo, Eino – Wallinheimo, Kirsi 2012. Virtuaaliset oppimisympäristöt- innostava oppiminen, tehokas koulutus. Vantaa: Talentum Media Oy

Niuvanniemen sairaala 2019. Opas skitsofreniaa sairastavan läheiselle. Niuvanniemen sairaalan työryhmä. Savon mielenterveysomaiset. FinFami ry. Verkkodokumentti. < http://www.niuva.fi/hoitotyö/Opas_skitsofreniaa_sairastavan_laheiselle_2019.pdf >. Luettu 9.9.2019

Noppiari, Eija – Kiiltomäki, Aliisa – Pesonen, Arja 2007. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Helsinki: Sanoma Pro Oy

Owen, Patricia R. Ph.D. 2012. Portrayals of schizophrenia by entertainment media: a content analysis of contemporary movies. Psychiatr Serv. 2012 Jul;63(7):655–659. <<https://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ps.201100371>>. Luettu 21.1.2020

Peda.net. Vidbäck, Anni. Animaation alkeet. Verkkodokumentti. < <https://peda.net/p/AnniVidb%C3%A4ck/animaatiokoulu> >. Luettu 21.3.2020

Pitkänen, Ilkka 2020. Taitelija, KuM. Helsinki. Haastattelu 13.3.2020

Pulkkinen, Satu – Vesänen, Päivi 2017. Psykoottisen potilaan hoito. Duodecim. Sairaanhoidajan käsikirja. Verkkodokumentti. <<https://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti>>. Luettu 16.4.2020

Rovamo, Essi – Toikko, Timo 2019. Päihde- ja mielenterveystyöhön kohdistetut negatiiviset asenteet ja assosiatiivinen stigma. Yhteiskuntapolitiikka 84 (3) 281-291. Luettavissa sähköisesti osoitteessa < http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/138272/YP1903_Rovamo%26Toikko.pdf?sequence=3&isAllowed=y >.

Sairaanhoitajien eettiset ohjeet 1996. Verkkodokumentti. < <https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2020/01/Sairaanhoitajien-eettiset-ohjeet.pdf>>. Luettu 13.3.2020

Samari, Ellaisha – Boon, Esmond Seow – Hui, Yiang Chua – Lin Ong, Lin – Siow, Edimansyah Abdin – Chong, Ann – Subramaniam, Mythily 2018. Stigma towards people with mental disorders: Perspectives of nursing students Archives of Psychiatric Nursing 32: 802-808. Luettavissa sähköisesti osoitteessa < <https://www.sciencedirect.com.ezproxy.metropolia.fi/science/article/pii/S088394171730287X>>. Luettu 2.9.19

Sirviö, Pia 2018. Transferenssi ja vastatransferenssi sosiaalityössä. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen Yliopisto: Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. yhteiskuntatieteiden laitos. Sosiaalityön pääaine. Luettavissa sähköisesti osoitteessa < https://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20181196/urn_nbn_fi_uef-20181196.pdf>.

Skitsofrenia. Käypä hoito -suositus. 2020. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriayhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Saatavilla sähköisesti. < <https://www.kaypahoito.fi/hoi35050#read-more> >. Luettu 13.4.2020

Suomen Mielenterveys ry. 2019. Vuorovaikutuksessa luovutaan kontrollista. Seikkula, Jaakko. Verkkodokumentti. < <https://mieli.fi/fi/psykoterapian-professori-jaakko-seikkula-vuorovaikutuksessa-luovutaan-kontrollista> >. Luettu 9.9.2019

Suvisaari, Jaana – Isohanni, Matti – Kieseppä, Tuula – Koponen, Hannu – Hietala, Jarmo – Lönnqvist, Jouko 2019 a. Skitsofrenian etiologia. Psykiatria. Duodecim oppiportti. Verkkodokumentti. < <https://www.oppiportti.fi/op/pkr00506/do#s6> >. Luettu 15.4.2020

Suvisaari, Jaana – Isohanni, Matti – Kieseppä, Tuula – Koponen, Hannu – Hietala, Jarmo – Lönnqvist, Jouko 2019 b. Skitsofreniapotilaan hoito ja kuntoutus. Psykiatria. Duodecim oppiportti. Verkkojulkaisu. < <https://www.oppiportti.fi/op/pkr00507/do> >. Luettu 16.4.2020

Suvisaari, Jaana – Isohanni, Matti – Kiesepää, Tuula – Koponen, Hannu – Hietala, Jarmo – Lönnqvist, Jouko 2019. Skitsofrenian kliiniset piirteet. Psykiatria. Duodecim oppiportti. Verkkodokumentti. < <https://www.oppiportti.fi/op/pkr00503/do> >. Luettu 15.4.2020

Schwartz, Daniel L. – Hartman, Kevin 2019. It is not television anymore: Designing digital video for learning and assessment. School of Education. Stanford University. Saatavilla sähköisesti osoitteesta. < http://aaalab.stanford.edu/papers/Designed_Video_for_Learning.pdf>.

Toivio, Timo – Nordling, Esa 2013. Mielenterveyden psykologia. 3. uudistettu painos. Porvoo: Bookwell Oy.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2013. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Verkkodokumentti. < https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf >. Luettu 01.02.2020

Tuulio-Henriksson, Annamari 2020. Skitsofrenia. Kliininen neuropsykologia. Duodecim oppiportti. Verkkodokumentti. < https://www.oppiportti.fi/op/npg02801/do?p_haku=skitsofrenia#q=skitsofrenia >. Luettu 15.4.2020

Vastuullinentiede.fi 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Verkkodokumentti. < <https://vastuullinentiede.fi/fi/ajankohtaista/hyva-tieteellinen-kaytanta>>. Luettu 01.02.2020

Vilkka, Hanna – Airaksinen, Tiina 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vuokila-Oikkonen, Päivi – Heikkinen, Riitta-Liisa – Karttunen, Marianne – Läksy, Marja-Liisa – Maikkula, Sirkku – Wiens, Varpu 2011. Psykoosin varhainen tunnistaminen ja hoidolliset interventiot nuorella - hyvän käytännön kuvaus. Helsinki: Diakonia ammattikorkeakoulu

Vuorilehto, Maria – Larri, Tuulevi – Kurki, Marjo – Hätönen, Heli 2014. Uudistuva mielenterveystyö. Helsinki: Fioca Oy.

Wirihana, Lisa – Craft, Judy – Christensen, Martin – Bakon, Shannon 2017. A nursing education perspective on the integration of video learning: a review of the literature. Singapore nursing journal. 1 (44). 24 – 32

Yuen, May-Chan 2016. User Generated Videos as Support for Teaching and Learning 3D Animation. Faculty of Creative Multimedia, Multimedia University, Cyberjaya, Selangor, Malaysia. Verkkodokumentti. < <http://www.ipedr.com/vol41/036-ICEMT2012-C00078.pdf> >. Luettu 29.3.2020

Öster, Caisa – Bäckström, Susan – Lantz, Ingrid – Ramklint, Mia 2015. Psychiatric patients 'perspectives of student involvement in their care. BMC Medical Education 15:69. 1 – 8.

Käsikirjoitus

Kuva	Ääni	Muuta
Teksti: Ihminen ihmisenä Skitsofreniapotilaan kohtaaminen.	Ihminen ihmisenä Skitsofreniapotilaan kohtaaminen	Kirjaimet ilmestyvät yksi kerrallaan kuvaan
Hahmo1 (Opettaja/Hoitaja) osoittaa karttakepillä tekstiä Teksti: Ennakkoluulot Opettaja/Hoitaja osoittaa karttakepillä tekstiä	Ennakkoluulot	
Hahmon2 kasvot Teksti: Arvaamattomia, Väkivaltaisia, Kuolaavia, Vainoharhaisia, pelottavia	Sanat arvaamattomia, väkivaltaisia, kuolaavia, vainoharhaisia, pelottavia äänten sanottuina	Hahmon ilme muuttuu, kun sanoja tippuu näytölle.
Hahmo1 osoittaa karttakepillä tekstiä Teksti: Ennakkoluulojen vaikutus	Ennakkoluulojen vaikutus	
Hahmo2 kasvot Teksti: Ennakkoluulot Lisää oireiden piilottelua, lisää sairauden hoitamattomuutta, lisää yksinäisyyttä ja eristäytymistä, aiheuttaa suuttumusta, uhmaa ja epäluottamusta	Ennakkoluulot Lisää oireiden piilottelua, lisää sairauden hoitamattomuutta, lisää yksinäisyyttä ja eristäytymistä, aiheuttaa suuttumusta, uhmaa ja epäluottamusta	Lauseet tulevat yksi kerrallaan kuvaan. hahmon ilmeet muuttuvat lauseiden ilmestyessä
Hahmo1 osoittaa karttakepillä tekstiä Teksti: Potilaan kohtaaminen	Potilaan kohtaaminen	

<p>Hahmo3 kävelee kohti hahmo2.ta. Taustalle ilmestyy tekstiä. Teksti: Huomioi:läsnaolo, empatia, dialogisuus,kokonaisvaltaisuus,voimavara-lähtöisyysluottamuksellisuus</p>	<p>Huomioi:läsnaolo, empatia, dialogisuus,kokonaisvaltaisuus,voimavara-lähtöisyysluottamuksellisuus</p>	<p>Hahmot hymyilevät toisilleen kohdatessaan</p>
<p>Hahmo1 osoittaa tekstiä karttakepillä. Teksti:Vuorovaikutus hoitosuhteessa</p>	<p>Vuorovaikutus hoitosuhteessa</p>	
<p>Hahmo3 kävelee kohti hahmo2.ta. Kohdatessa hahmo 3. ojentaa koripallon, hahmo2 vastaa ojentamalla kukkakimpun. Taustalla teksti: Kohtaa potilas yksilönä potilaan tuntemukset huomioiden.</p>	<p>Kohtaa potilas yksilönä, potilaan tuntemukset huomioiden.</p>	<p>Kirjaimet ilmestyvät yksi kerrallaan taustalla.</p>
<p>Hahmo1 osoittaa karttakepillä tekstiä. Teksti: Vuorovaikutuksen ilmiöitä.</p>	<p>Vuorovaikutuksen ilmiöitä.</p>	
<p>Hahmojen 2 & 3 päät. Taustalla teksti: Transferenssi. huomaamatonta tunteen uudelleen kohdistumista potilaan ja hoitajan välillä</p>	<p>Transferenssi. huomaamatonta tunteen uudelleen kohdistumista potilaan ja hoitajan välillä</p>	<p>Hahmojen ilmeet muuttuvat synkronoidusti</p>
<p>Hahmojen 2 & 3 päät. Taustalla teksti: Distanssi. Psykkistä, fyysistä ja sosiaalista välimatkaa hoitajan ja potilaan välillä.</p>	<p>Distanssi. Psykkistä, fyysistä ja sosiaalista välimatkaa hoitajan ja potilaan välillä.</p>	<p>Päät lähentyvät ja loitontuvat kuvassa.</p>
<p>Hahmojen 2 & 3 päät. Taustalla teksti: Säätele etäisyyttä, liian lähellä voi olla liian kaukana ja toisinpäin</p>	<p>Säätele etäisyyttä, liian lähellä voi olla liian kaukana ja toisinpäin</p>	<p>Päät lähentyvät ja loitontuvat kuvassa.</p>

Hahmo3 kävelee kohti hahmo2.ta. Kohdatessa hahmo3 nostaa kyltin, jossa teksti "Juu". Hahmo2 vastaa kyltillä, jossa teksti "Ei". Taustalla teksti: Vastarinta on terve puolustusmekanismi.	Vastarinta on terve puolustusmekanismi	Hahmo 2.n takaa tulee vielä hiiri, jolla kyltti "vaarin housut"
Hahmo 1 osoittaa tekstiä karttakepillä. Teksti: Reflektio.	Reflektio	
Teksti: Tunnista ennakkoluulosi ja pelkosi. kohtele kaikkia tasaveroisesti ja oikeudenmukaisesti. Muista myös omat voimavarasi.	Tunnista ennakkoluulosi ja pelkosi. kohtele kaikkia tasaveroisesti ja oikeudenmukaisesti. Muista myös omat voimavarasi.	Tekstit ilmestyvät lause kerrallaan. Taustalta nousee ilmapallo.
Hahmojen 2 & 3 päät. Teksti: Kohtaa ihminen ihmisenä	Kohtaa ihminen ihmisenä.	Hahmot hymyilevät.
Lopputekstit.		

