



Sirpa Tölli

**MIELENTERVEYSHOITOTYÖN ASiantuntijuuden
oppiminen diakonia-ammattikorkeakoulun
Oulun yksikössä**

Pro gradu -tutkielma
Oulun yliopisto
Terveystieteiden laitos

**Diakonia-ammattikorkeakoulu
2009**

DIAKONIA-AMMATTIKORKEAKOULUN JULKAISUJA
B Raportteja 40

Julkaisija: Diakonia-ammattikorkeakoulu

Kannen kuva: Santra Hallenberg

Taitto: Roope Lipasti

ISBN 978-952-493-068-0 (nid)

ISBN 978-952-493-069-7 (pdf)

ISSN 1455-9927

Juvenes Print Oy

Tampere 2009

TIIVISTELMÄ

Sirpa Tölli

**Mielenterveyshoitotyön asiantuntijuuden
oppiminen Diakonia-ammattikorkeakoulun
Oulun yksikössä**

Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu, 2009

101 s.

Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja

1 liite

B Raportteja 40

ISBN 978-952-493-068-0 (nid) ISSN 1455-9927

978-952-493-069-7 (pdf)

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla sairaanhoitajaopiskelijoiden mielenterveyshoitotyön asiantuntijuuden oppimista Diakonia-ammattikorkeakoulun Oulun yksikössä. Mielenterveyshoitotyötä tehdään paljon perusterveydenhuollossa osana potilaan kokonaisuhoitoa. Jokaisella sairaanhoitajalla tulisikin olla valmiudet mielenterveyshoitotyöhön, jotta hän pystyy toimimaan työssään ihmisten mielenterveyttä edistävästi. Mielenterveyshoitotyön oppimista on Suomessa tutkittu suhteellisen vähän, joten tutkimusta mielenterveyshoitotyön opetuksen kehittämiseksi tarvitaan.

Tutkimus oli laadullinen, ja siinä käytettiin kerronnallista tutkimusmenetelmää. Tutkimuksen aineisto muodostui Diakonia-ammattikorkeakoulun Oulun yksikön sairaanhoitajaopiskelijoiden vuonna 2005 Mielenterveyden edistämisen opintojaksolla kirjoittamista esseistä (N = 23). Opintojaksolla käytettiin kertomuksellista opetusmenetelmää. Kertomuksellinen oppiminen on todettu hyödylliseksi sairaanhoitajiksi opiskelevien hoitotyön asiantuntijuuden kehittymisessä.

Luokittelin tutkimuksen aineistona olleet esseeet kahteen luokkaan opiskelijan oppimisessaan saavuttaman orientaatioperustan mukaan. Arviointikriteereinä käytin Engeströmin täydellisen oppimisen mallissa esiteltyjä kolmea oppimisen orientaatioperustaa, joita konkretisoin Bloomin taksonomian avulla. Ammattikorkeakoulutasoisessa oppimisessa tulisi päästä korkeimman, eli systeemisen tason orientaatioperustalle. Lopuksi rakensin

esseiden pohjalta kaksi oppimisen orientaatiotasoa kuvaavaa kertomusta. Kertomukset havainnollistavat saavutetun tason orientaatioperustan mu-
kaista oppimista.

Esseiden sisällön perusteella tarkempaan analyysiin valikoitui 16 esseettä. Näistä suurimmassa osassa (n = 10) oppimisessa saavutettiin toisen tason orientaatioperusta. Tavoite ammattikorkeakoulutasoisesta, systeemiselle ta-
solle yltävästä oppimisesta jäi näin ollen saavuttamatta. Kaikki opiskelijat kuitenkin oppivat keskeisiä taitoja mielenterveyshoitotyön asiantuntijuu-
desta. Opiskelijat kokivat etenkin vuorovaikutustaitojensa ja kykynsä koh-
data potilaita kehittyneen. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää mie-
lenterveyshoitotyön opetuksen kehittämisessä.

Lisätiedot:

Pro gradu -tutkielma

Oulun yliopisto, Terveystieteiden laitos

Asiasanat:

mielenterveyshoitotyö,
kertomuksellinen oppiminen,
kerronnallinen tutkimus

Teemat:

Hyvinvointi ja terveys

Julkaistu:

Painettuna ja Open Access -verkkajulkaisuna

Painetun julkaisun tilaukset:

Granum-verkkokirjakauppa <http://granum.uta.fi/>

Verkko-osoite:

http://www.diak.fi/files/diak/Julkaisutoiminta/B_40_ ISBN_9789524930697.pdf

ABSTRACT

Sirpa Tölli

**Learning the expertise of mental health nursing
at Diaconia University of Applied Sciences,
Oulu department**

Helsinki:

Diakonia-ammattikorkeakoulu, 2009

101 pages

Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja

1 appendices

B Raportteja 40

ISBN 978-952-493-068-0 (pbc) ISSN 1455-9927

978-952-493-069-7 (pdf)

The aim of this study was to describe how nursing students cultivate their expertise in mental health nursing during their education to become registered nurses. Study took place at Diaconia University of Applied Sciences, Oulu department. Mental health nursing takes often place at primary health care as a part of patients' comprehensive care. Every nurse should have preparedness to implement mental health nursing in order to prevent patients' mental health at their work. There is not much research from learning the mental health nursing in Finland. In order to evolve the teaching mental health nursing, we need more research from learning process when studying mental health nursing.

This was a qualitative study, and I used narrative research method in it. The study group consisted from 23 nursing students studying at Diaconia University of Applied Sciences, Oulu department in a year 2005. Students wrote an essay about their experiences in mental health practice at the course called "Promoting mental health". Narrative teaching method was implemented at this very course. It has been noticed that narrative teaching can be useful tool when improving the expertise of nursing students.

I classified the material of this study in two categories on the basis of the orientation level that students achieved at their learning process. Criteria I used based on the three levels of the orientation achieved in learning by Engeström. I used Blooms' taxonomy to make these levels of achieved orienta-

tion at learning more concrete. Learning in universities of applied sciences should reach the highest level of orientation, called systemic level of orientation. Finally I constructed two stories from essays, which illustrate the achieved levels of orientation at students learning process.

Based on the content of essays I screened 16 essays to more accurate analysis. Most of these essays (n = 10) students' learning reached the second level of orientation. This means that learning didn't achieve the goal, that learning in universities of applied sciences should reach the systemic level of orientation. However, all students learned important skills from expertise in mental health nursing. Students claimed that their interaction skills and capability to meet patients were improved during the practise in mental health nursing. Results in this study can be put to use developing the teaching of mental health nursing.

Master's thesis

University of Oulu

Faculty of Medicine, Institute of Health Sciences

Keywords:

mental health nursing, narrative teaching, narrative research

Available:

Printed; Open Access

Order:

<http://granum.uta.fi/>

Open Access:

http://www.diak.fi/files/diak/Julkaisutoiminta/B_40_ISBN_9789524930697.pdf

SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ	3
ABSTRACT	5
ESIPUHE	9
1 JOHDANTO	11
2 ASIANTUNTIJUUS MIELENTERVEYSHOITOTYÖSSÄ	14
2.1 Hoitosuhde ja auttava vuorovaikutus mielenterveyshoitotyössä	17
2.2 Eettinen taito osana mielenterveyshoitotyön asiantuntijuutta	22
2.2.1 Potilaan itsemääräämisoikeus	23
2.2.2 Paternalismi	26
2.3 Reflektiokyky	28
2.4 Malli mielenterveyshoitotyön asiantuntijuudesta	28
3 MIELENTERVEYSHOITOTYÖN ASIANTUNTIJUUDEN OPPIMINEN	32
3.1 Konstruktivistinen oppimisnäkemys	32
3.2 Kertomuksellinen oppiminen	35
3.2.1 Dialogi	36
3.2.2 Kertomuksellisuus hoitotyön opetuksessa	38
3.2.3 Kertomuksellisen oppimisen dialoginen prosessi	41
3.3 Mielenterveyshoitotyön oppiminen Diakonia- ammattikorkeakoulussa	42
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	44
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	45
5.1 Kerronnallinen tutkimus	45
5.2 Kertomuksen määrittelyä	47
5.3 Tutkimuksen aineisto ja analyysi	48
6 TULOKSET	55
6.1 Oppimisprosessin aikana saavutettu orientaatioperusta	55
6.1.1 Omapotilaskuvausten orientaatiotason arviointi	55

6.1.2 Vuorovaikutuskuvausten orientaatiotason arviointi	63
6.1.3 Yhteenvetoa esseistä	68
6.2. Kertomukset mielenterveyshoitotyön oppimisesta	70
6.2.1 Kertomus toisen tason orientaatioperustan mukaisesta oppimisesta	70
6.2.1 Kertomus systeemisen tason orientaatioperustan mukaisesta oppimisesta	72
7 EETTISET NÄKÖKOHDAT TÄSSÄ TUTKIMUKSESSA	75
8 POHDINTA	77
8.1 Tulosten tarkastelua	77
8.2 Kertomuksellisuus ja mielenterveyshoitotyön asiantuntijuuden oppiminen	81
8.3 Tutkimuksen luotettavuus	85
9 JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUSHAASTEET	89
LÄHTEET	91
LIITE	99

ESIPUHE

Tässä julkaisussa esitetty pro gradu-tutkimus on osa Diakonia-ammattikorkeakoulun Oulun yksikössä toteutettua Euroopan sosiaalirahaston (ESR) jo opetusministeriön rahoittamaa kehittämishanketta. Psykiatrisen hoitotyön malli – verkostot ammatillisen pätevyyden kehittämisessä, POVER-projektissa, yhtenä tavoitteena oli kehittää mielenterveyshoitotyön oppimista ja opetusta. Opetussuunnitelman sisällön kehittämisen kohteena oli mielenterveys-, kriisi- ja päihdetyön opintojakso (MIE), painottuen mielenterveys- ja kriisityön sisältöön. Opetussuunnitelman kehittämistyötä tarvitaan, koska korkeakouluissa Eurooppalaiseen pisteytysjärjestelmään (ECTS) siirtyminen edellyttää opittavan sisällön ydinaineksen määrittelyä yhteistyössä tutkimustiedon ja käytännön työelämän kanssa. Lisäksi oppimiseen käytettävä aika tulee suhteuttaa opetussuunnitelmassa määriteltyihin opintopisteisiin.

MIE-opintojaksolla oppimisprosessi noudatti Engeströmin (1992) kuvaamaa täydellisen oppimisen sykliä. Opetusmenetelmät opintojaksolle valittiin, siten että oppimisprosessin oli mahdollista syvetä. Oppimisen lähtökohtana on opiskelijan orientaatiooperustan syventyminen oppimisen aikana. Opetusmenetelminä opintojakso sisälsi luentoja, reflektiivistä työskentelyä, harjoittelun ja reflektiivisen seminaarin. Koululla tapahtuvien oppituntien jälkeen opiskelijat refleктоivat edellisen tunnin oppimisen jokaisen tunnin alussa. Mielenterveyshoitotyön sisällön syventämisessä käytettiin kansainvälisiä tutkimuksia. Opiskelijaryhmien tehtävä oli kertoa artikkelin sisältö kerronnallisessa vuorovaikutuksessa. Harjoittelun aikana oppimisen oli mahdollista edelleen syventyä. Harjoittelussa refleктоitiin käytännössä esiin tulleita oppimiseen liittyviä ilmiöitä suhteessa tutkimukseen, kirjallisuuteen ja kokemukseen. Opintojakso päättyi reflektiiviseen seminaariin, jossa opiskelijat mallinsivat mielenterveyshoitotyön oppimista omahoitajasuhteesta. Opiskelijan tehtävänä oli tuoda seminaariin harjoitteluun liit-

tyvä tehtävä siinä muodossa, että hän pystyy osallistumaan reflektiiviseen työkentelyyn, kehittämään tehtävänsä seminaarissa ja seminaarin jälkeen. Oppimisen tavoitteena oli systemisen mallin siis toisen tason orientaatioerustan rakentaminen omasta oppimisesta. Opintojakson tuloksena opiskelijat kirjoittivat oppimisestaan esseen. TtM Sirpa Tölli analysoi gradussaan nämä esheet. Opiskelijoista osa saavuttu toisen tason orientaatioerustan ja osa ei. Gradun tulokset asettavat kehittämishaasteita myös laajemmin oppimiselle ammattikorkeakoulussa.

Oulussa 5.12.2008

Päivi Vuokila-Oikkonen

Tutkijayliopettaja, TtT

sposti: paivi.vuokila-oikkonen(at)diak.fi

1 JOHDANTO

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla mielenterveyshoitotyön oppimista sairaanhoitajakoulutuksessa Diakonia-ammattikorkeakoulussa Oulun yksikössä. Tutkimuksen aineisto koostuu sairaanhoitajaopiskelijoiden mielenterveyshoitotyön opintojakson aikana kirjoittamista esseistä. Tämä tutkimus on osa Diakonia-ammattikorkeakoulussa toteutettua kehittämishanketta (POVER. Psykiatrisen hoitotyön malli – verkostot ammatillisen pätevyyden kehittämisessä), jonka tarkoituksena oli kehittää mielenterveysalan opetusta sekä mielenterveystyötä tekevien työyhteisöjen koulutusta ja kehittämistyötä. (ks. Vuokila-Oikkonen & Kiviranta 2007).

Yhteiskunnan ja eri ammattialojen professionalisoitumisen seurauksena tämän päivän ammatillisessa koulutuksessa puhutaan niin kutsutusta asiantuntijuuden oppimisesta (mm. Huttunen 2003, Janhonen & Vanhanen-Nuutinen 2005). Enää työelämässä selviytymiseen ei riitä pelkkä tietojen ja taitojen ulkoa opettelu, vaan ihmisten täytyy osata hankkia tietoa ja muodostaa siitä synteesejä. Kehittyäkseen ammatissaan tarvitaan muun muassa yhteistyökykyä, kriittistä itsetarkastelua (reflektiokyky) ja henkilökohtaista näkemystä. (mm. Janhonen & Vanhanen-Nuutinen 2005.) Terveystieteidenhuoltoalan asiantuntijuudessa korostetaan kriittistä ajattelua, itsenäistä päätöksentekoa ja vastuullisuutta (OPM 2006). Laajasti ajateltuna asiantuntijalla voidaan ymmärtää minkä tahansa ammatin kyvykästä harjoittajaa. Asiantuntijuutta ei synny, vaan siihen kehitytään dynaamisessa kasvuprosessissa. Ammatinharjoittaja kehittyy asiantuntijaksi ammatillisen kasvun kautta. (Ojanen 2007.) Ihmissuhdeammattiin opiskeltaessa on tärkeää ymmärtää, miten opiskelijasta tulee oman alansa edustaja (Vuokila-Oikkonen & Janhonen 2005).

Sairaanhoitajan asiantuntijuuteen kuuluu yhtenä osa-alueena kliininen hoitotyö. Kliinisen hoitotyön osaamisvaatimukseen kuuluu osaltaan potilaan ja asiakkaan mielenterveyttä uhkaavien tilanteiden ennaltaehkäisy ja tunnistaminen sekä auttaminen tarvittaessa hoitotyön keinoin. Terveystieteiden edistämi-

sen osaamiseen katsotaan kuuluvan muun muassa ehkäisevä mielenterveys- ja päihdehoitotyö. Täten ammattikorkeakoulusta valmistuneella sairaanhoitajalla tulee olla myös mielenterveys-, päihdehoitotyön sekä kriisityön osaamista. (OPM 2006.) Mielenterveyteen liittyvän opetuksen määrä vaihtelee ammattikorkeakouluittain, sillä ammattikorkeakoulut vastaavat itsenäisesti opetussuunnitelmien laadinnasta ja opintojen järjestelyistä. Tällöin opetussuunnitelmaan saattaa kuulua mielenterveys- ja päihdehoitotyön opintoja käytännön harjoitteluineen, mutta joissain ammattikorkeakouluissa opinto-ohjelma ei edellytä mielenterveyteen liittyvää opetusta lainkaan, tai se voi olla valinnaista opetusta. (Korkeila 2006.) Mielenterveyshoitotyön opetuksen kehittämiseksi ja yhtenäistämiseksi on tärkeää, että mielenterveyshoitotyön opetusta ja oppimistuloksia tutkitaan.

Ammatillisten vaatimusten lisääntyminen myös hoitotyössä velvoittaa kehittämään sellaisia opetus- ja opiskelumenetelmiä, joilla hoitotyön opiskelijat voivat kehittää tarvitsemiaan taitoja. Mielenterveyshoitotyö on vaativaa työtä ja edellyttää tekijältään monia sellaisia taitoja, joita ei voi oppia kirjoista lukemalla. Mielenterveyshoitotyötä tehdään omalla persoonalla, oma persoona on mielenterveyshoitotyötä tekevän hoitajan tärkein työkalu (Eckroth-Bucher 2001). Työn vaativuutta lisäävät mielenterveyshoitotyöhön liittyvät eettiset haasteet. Psykiatrinen hoitotyö on vaativaan ammattitaitoon perustuvaa työtä, johon tarvitaan eettisesti ja moraalisesti ajattelevia ihmisiä (Koivisto 2003). Mielenterveyshoitotyössä hyvät vuorovaikutustaidot ja asiakkaan ammatillinen kohtaaminen ovat olennainen osa hoitotyön asiantuntijuutta. Kertomuksellisen oppimisen reflektiivinen luonne näyttäisi tarjoavan käyttökelpoisia mahdollisuuksia sairaanhoitajakoulutukseen mielenterveyshoitotyössä tarvittavien asiantuntijataitojen kehittämiseksi. Tähän tutkimukseen osallistuneiden opiskelijoiden opetuksessa on hyödynnetty kertomuksellista oppimista.

Mielenterveyshoitotyön teoreettinen perusta on osin jäsentymätöntä, vaikka viimeaikainen hoitotieteellinen tutkimus onkin tuonut siihen uusia näkökulmia. Linnainmaan (1999) mukaan suomalaisessa alan kirjallisuudessa ei hoitotieteellinen tietoperusta ole tullut juurikaan esille. Kotimaisessa kirjallisuudessa on esitetty niukasti malleja tai teorioita hoitosuhdetyöskentelystä ulkomaisten teoreetikoiden tavoin (esimerkiksi Peplau 1988). Mielenterveyshoitotyön opetuksen kehittämisen kannalta on tärkeää terävöittää myös mielenterveyshoitotyön asiantuntijuutta. Tuotan tämän tutkimuksen

viitekehyksessä mallin mielenterveyshoitotyön asiantuntijuudesta aikaisemman tutkimustiedon pohjalta. Mielenterveyshoitotyön teoriaperustan selkiyttäminen helpottaa uusien asiantuntijoiden ammatillista kasvua, sekä jäsentää myös jo mielenterveyshoitotyötä tekevien ammattilaisten teoreettisia lähtökohtia.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää sitä, millaiseksi rakentuu sairaanhoitajaopiskelijoiden oppiminen mielenterveyshoitotyön opintojaksoilla. Oppimista tarkastellaan oppimisprosessin aikana saavutetun orientaatioperustan näkökulmasta (Engeström 1988). Tutkimuksen tarkoituksena on myös kuvata saavutetun orientaatioperustan mukaista oppimista opiskelijoiden esseistä tuotetuilla kertomuksilla. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää mielenterveyshoitotyön opetuksessa sairaanhoitajien koulutuksessa sekä mielenterveyshoitotyön opetuksen kehittämisessä.

Tutkimusraportin teoreettisessa viitekehyksessä määrittelen tämän tutkimuksen näkökulmasta keskeisiä mielenterveyshoitotyön käsitteitä ja hahmottelen mielenterveyshoitotyön asiantuntijuutta (luku 2). Tästä aiheen käsittely etenee mielenterveyshoitotyön asiantuntijuuden oppimiseen ja kertomuksellisen oppimisen hyödyntämiseen siinä (luku 3). Tutkimuksen empiirinen osio perustuu Diakonia-ammattikorkeakoulun Oulun yksikössä (nykyisin Diak Pohjoinen) vuonna 2005 kerättyyn aineistoon.

2 ASiantuntijuus Mielenterveystyössä

Mielenterveyden ja sen häiriöiden hoitoa käsittelevälle kirjallisuudelle on tyypillistä alaa koskevien käsitteiden kirjavuus. Psykiatrisen hoitotyön (engl. *psychiatric nursing*) synonyymeinä käytetään usein mielenterveystyötä (*mental health care*) ja mielenterveyshoitotyötä (engl. *mental health nursing*). Mielenterveys on ihmisen psyykkistä hyvinvointia, toimintakykyä ja kykyä persoonalliseen kasvuun (Mielenterveyslaki 1116/90). Tässä tutkimuksessa käsitän psykiatrisen hoitotyön, mielenterveystyön ja mielenterveyshoitotyön synonyymeinä käsitteiden pienistä sisällöllisistä eroista huolimatta.

Tässä tutkimuksessa ymmärrän mielenterveyshoitotyön Mielenterveyslain (1116/1990) mielenterveystyötä kuvaamalla tavalla. Kyseisessä laissa mielenterveystyö määritellään yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämiseksi sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveyden häiriöiden ehkäisemiseksi, parantamiseksi ja lievittämiseksi. Mielenterveystyöhön kuuluvat mielisairauksia ja muita mielenterveyshäiriöitä poteville henkilöille lääketieteellisin perustein arvioitavan sairauden tai häiriön vuoksi annettavat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut, joita kutsutaan mielenterveyspalveluiksi. Mielenterveystyöhön kuuluu myös väestön elinolosuhteiden kehittäminen niin, että elinolosuhteet ehkäisevät ennalta mielenterveyshäiriöiden syntyä. Mielenterveyslaissa (1116/1990) korostuu mielenterveyden häiriöiden ennaltaehkäisy ja avohoitokeskeisyys, joten mielenterveyspalvelut tulee järjestää avopalveluina siten, että oma-aloitteista hoitoon hakeutumista ja itsenäistä suoriutumista tuetaan. Tässä tutkimuksessa käsitelen mielenterveyshoitotyötä nimenomaan sairaanhoitajan ja asiakkaan välillä tapahtuvana hoitotyönä yhteiskunnallisen aspektin jäädessä sivummalle.

Mielenterveyspalveluiden käyttäjinä on lähtökohdiltaan hyvin erilaisia asiakkaita. Mielenterveysongelmia on monentasoisia, ja ne voivat aiheuttaa hyvin erityyppisiä ongelmia ja vaikeuksia ihmisen elämässä. Ihmisellä voi olla

tilapäisiä mielenterveysongelmia, joista osa on normaaleja reaktioita elämän eri tilanteisiin (esim. surureaktio). Psykiatrisesta sairaudesta tai mielenterveyshäiriöstä puhutaan silloin, kun mielenterveysongelmat ovat vakavampia ja pitkittyneitä ja mielenterveyshäiriö aiheuttaa ihmiselle huomattavia oireita tai työ- ja toimintakyvyn huonontumista. Tällöin ihminen tarvitsee joko tilapäisesti tai pidempiaikaisesti terveydenhuollon palveluja selviytyäkseen jokapäiväisessä elämässään. (mm. Holopainen & Välimäki 2000, Lehtonen & Lönnqvist 2001.)

Mielenterveyspalveluiden käyttäjistä käytetään rinnakkain käsitteitä asiakas ja potilas. Asiakas koetaan käsitteenä myönteisempänä, ja mielenterveyspalvelujärjestelmän avohoitopainotteisuuden seurauksena kirjallisuudessa käytetään nykyään useammin nimitystä asiakas. Rajana on perinteisesti pidetty sitä, että sairaalassa hoidettavana olevat ihmiset ovat potilaita ja avohoidon piirissä olevat ihmiset ovat asiakkaita. Yksityisissä palvelukodeissa sekä muissa avohoidon asumispalveluyksiköissä asuvat mielenterveysasiakkaat ovat asukkaita. Tässä tutkimuksessa ymmärrän asiakkaan ja potilaan synonyymeinä, sillä raja avo- ja laitoshoidon välillä voi olla liukuva.

Mielenterveyshoitotyön asiantuntijuuden hallitseminen on sairaanhoitajalle tärkeää, sillä mielenterveyshoitotyötä tehdään paljon esimerkiksi perusterveydenhuollossa osana potilaan kokonaishoitoa. Valmiudet mielenterveyshoitotyöhön tulisivatkin olla jokaisella hoitajalla peruskoulutuksensa pohjalta, jotta hän voisi toimia työssään ihmisten mielenterveyttä edistävästi. (Holopainen & Välimäki 2000.) Mielenterveyshoitotyön voi näin katsoa olevan sairaanhoitajan perusosaamista. Väitöskirjassaan Kokko (2004) toteaaakin, että kaikkiin mielenterveystyön ammatteihin mielenterveyshoitajan ammattia lukuun ottamatta vaaditaan korkea-asteen koulutus.

Perusedellytys mielenterveyshoitotyön tekemiselle riittävän hoitotieteellisen teoriaperustan lisäksi on hoitajan itsetuntemus (Hewitt & Coffey 2005). Kyky hoitaa toisia edellyttää tutustumista itseän. Itsetuntemuksen kehittyminen edellyttää tietoista omien tunteiden ja asenteiden tutkimista. Hoitajan tunnistaessa omat arvonsa ja asenteensa hän ei heijasta niitä tiedostamattomasti potilaisiin, vaan hän voi kohdata potilaan avoimesti ilman leimaavia ennakkokäsityksiä. Näin työskentelystä tulee dynaamista ja tyydytystä tuottavaa. (Eckroth-Bucher 2001.) Koiviston (2003) mukaan psykiatrinen hoitotyö on vaatimaan ammattitaitoon perustuvaa työtä, johon tarvitaan eettisesti ja moraalisesti ajattelevia ihmisiä, jotka kykenevät analysoimaan itse-

ään suhteessa potilaan auttamiseksi tehtäviin ratkaisuihin.

Työnä mielenterveyshoitotyö on luonteeltaan itsenäistä ja vastuullista. Itsenäisyys korostuu erityisesti hoitosuhdetyöskentelyssä, jossa hoitajan on osattava selvittää asiakkaan tilanne mahdollisimman tarkasti, jotta hän on kykenevä tekemään itsenäisiä päätöksiä hoitotilanteen etenemisestä. Itsenäisestä työskentelystä huolimatta myös työryhmän apu on tarpeen, työryhmässä voidaan esimerkiksi pohtia hoitosuhteessa ilmeneviä vuorovaikutusongelmia. Itsenäisyyden lisäksi mielenterveyshoitotyö on monen ammatin välistä tiimityötä, jossa jokainen ammattiryhmä tuo oman osaamisensa asiakkaan hyväksi. (Välimäki & Mäkitalo 2000.) Koulutuksen aikana saatu hyvä ammatillinen identiteetti antaa valmiuksia ja vahvuutta itseenäiseen työskentelyyn.

Väitöskirjassaan Seija Kokko (2004) laati kriteerit hyvälle mielenterveyshoitotyölle. Tutkimuksen mukaan asiakkaiden mielestä hyvässä mielenterveyshoitotyössä työntekijä on potilaiden ihmisarvoa kunnioittava, oikeanlaiset asenteet omaava sekä ammattitaitoinen. Oikeanlainen asenne on potilasta arvostava, kunnioittava ja ihmissläheinen, hoitaja osaa asettua asiakkaan asemaan. Hyvä työntekijä kuuntelee asiakkaitaan, puhuttelee heitä asiallisesti sekä ottaa asiakkaan esille tuomat ongelmat ja vaikeudet todesta eikä vähättele niitä. Hoitajasta tulisi välittyä ihmisistä välittävä asenne. Syrjäpalon (2006) tutkimuksessa tuli esille, että potilaalle vaikeita asioita psykiatrisessa hoidossa olivat henkilökunnan ylemmyys ja välinpitämätön suhtautuminen potilaaseen ja hänen tarpeisiinsa. Pakottaminen hoitoon, alistetuksi tuleminen kokemus sekä sopimaton kielenkäyttö henkilökunnan taholta koettiin loukkaavana. Potilaille oli tärkeää kokemus siitä, että he olivat ihmisinä tasavertaisia ja -arvoisia psyykkisestä sairaudesta huolimatta.

Asiakkaiden kokemuksissa psykiatrisesta hoidosta korostuvat selvästi potilaiden hyvä kohtelu ja eettinen osaaminen, Kokon (2004) mukaan työn laatu ilmeneekin työntekijöiden ja potilaiden välisessä sosiaalisessa vuorovaikutuksessa realisoituissa inhimillisissä arvoissa. Työntekijän persoonallisia ominaisuuksia korostettiin hyvän ammatillisen koulutuksen lisäksi. Vertaillaessa eri terapiamuotoja ja niiden vaikuttavuutta on havaittu eri lähestymistavoilla olevan yhteisiä myönteisesti vaikuttavia tekijöitä, mutta hyvän hoitotuloksen kannalta on terapeuttisella kohtaamisella ja terapeutin persoonallisilla ominaisuuksilla tärkeä merkitys (Littlejohn 2003).

Tärkeiksi ominaisuuksiksi psykiatriselle hoitajalle on nimetty empatia ja

kyky kuunnella. Empatiakyky nostetaan usein esille yhtenä keskeisimmistä edellytyksistä hoiva-aloilla (Hewitt & Coffey 2005, Vanhanen-Nuutinen & Janhonen 2005). Reynoldsin & Scottin (1999) mukaan empatia on välttämätön elementti auttavassa suhteessa. Empaattisessa suhtautumisessa hoitajan tulee olla vastaanottavainen potilaan kommunikaatiolle, esimerkiksi kokemuksen tunneperäiselle sisällölle. Hoitaja kuvittelee itsensä potilaan tilanteeseen, miltä hänestä tuntui, miten koki tilanteen. Näin hoitaja voi ymmärtää potilasta ja hänen kokemustaan. Auttavassa suhtautumisessa on tärkeää myös välittää potilaalle vuorovaikutuksessa hoitajan saavuttama ymmärrys. Näin potilas saa vahvistuksen sille, että on tullut hoitosuhteessaan ymmärretyksi. Reynoldsin & Scottin (2000) mukaan empatian puuttuminen hoitosuhteessa johtaa siihen, että potilaat eivät tule ymmärretyiksi elämäntilanteessaan. Tämä voi johtaa siihen, että hoitaja ei pysty tarjoamaan potilaalle tämän tarvitsemaa informaatiota tai emotionaalista tukea, jolloin apua tarvitseva ihminen jää pahimmillaan ilman apua.

Hoitajan empaattinen suhtautuminen lisää potilaiden tyytyväisyyttä hoitoonsa, sekä parantaa hoitosuhteen tavoitteiden saavuttamista. Empatia voidaan nähdä osana vuorovaikutustaitoja, johon vaikuttavat hoitajan asenteet ja käyttäytyminen. Empatian osoittaminen edellyttää vuorovaikutussuhdetta, jossa potilas on tietoinen hoitajan halusta ymmärtää ja osoittaa aktiivisesti ymmärrystään. (Reynolds & Scott 1999.) Hoitajien empatiataitojen opetusta tulisi kehittää. Vielä ei ole tutkittua tietoa ja yhteistä näkemystä siitä, millainen opetus parhaiten kehittäisi opiskelijoiden empatiataitoja. Viitteitä kuitenkin on siitä, että empatiataidot kehittyisivät parhaiten kliinisen opiskelun yhteydessä. (Reynolds ym. 1999.)

2.1 Hoitosuhde ja auttava vuorovaikutus mielenterveyshoitotyössä

Hoitosuhde on keskeinen työväline mielenterveyshoitotyössä (mm. Coatsworth-Pus-poky ym. 2006). Hoitosuhde (mielenterveyshoitotyössä hoitosuhdetta kutsutaan usein omahoitajasuhteeksi tai yhteistyösuhteeksi) on ammatillinen auttamissuhde. Jokaisella mielenterveyshoitotyön asiakkaalla on oma hoitaja ja sitä kautta hoitosuhde. Hoitosuhteessa korostuu dialogisuus, hoitajan ja asiakkaan välinen vuorovaikutus. Dialogisuus tarkoittaa kahden subjektin, hoitajan ja asiakkaan, tasavertaista suhdetta. Dialogisuus hoitosuhteessa viittaa hoitajan asenteeseen, joka tukee inhimillistä kasvua ottamalla

huomioon toisen näkökulman (Ojanen 2006).

Ammatillisuus tarkoittaa sitä, että hoitosuhteessa asiakkaalla on mahdollisuus puhua itsestään ja elämästään. Hoitajalla tätä mahdollisuutta ei ole. Suhteen ammatillisuuden vuoksi asiakkaalla on oikeus odottaa suhteen olevan hänen auttamisekseen. Hoitaja voi käsitellä omia hoitosuhteeseen liittyviä tunteitaan ja ajatuksiaan työnohjauksessa. Ammatilliseen hoitosuhteeseen kuuluu myös hoitajan säätelemä distanssi eli välimatka, jolloin säädellään asiakkaan ja hoitajan läheisyys–etäisyys-ulottuvuutta. Asiakkaan psyykinen tilanne vaikuttaa siihen, millaista distanssia hoitosuhteessa pidetään. Vuorovaikutukseen perustuvassa hoitosuhteessa asiakkaalle mahdollistetaan terveys kasvuprosessina. (Jokinen & Räsänen 2000.) Terveys (esim. Mielen-terveyslain 1116/1990 tarkoittama psyykinen hyvinvointi) voidaan tällöin nähdä psyykkisenä eheytenä, ja hoitosuhteessa asiakkaalle tarjoutuu mahdollisuus kasvuun kohti psyykkistä eheyttä.

Hoitosuhteen erottaa tavallisesta vuorovaikutussuhteesta ammatillisuus, hoitajan ja asiakkaan yhteistyö. Tällöin molemmilla osapuolilla on oma vastuullinen osuutensa pyrittäessä hoidollisiin päämääriin. Olennaista tällöin onkin juuri se, kuinka tämä yhteistyö toimii. Hoitosuhdetta käytetään tietoisesti hyväksi asiakkaan terveyden edistämiseksi. Hoitosuhteen alkuun tuleekin panostaa ja miettiä hoitosuhteen kannalta olennaisia tekijöitä (mm. asiakkaan ikä ja sukupuoli, kulttuuritausta, hoitajan kokemus). Hoitosuhteessa otetaan käyttöön asiakkaassa olevat voimavarat hänen hyvinvointinsa edistämiseksi. Hoitosuhde on yhteistyösuhde, jonka molemmat osapuolet työskentelevät asiakkaan tilanteen edistämiseksi. Asiakas elää ainutlaatuisia elämäntilannettaan, ja hoitaja tuo yhteistyösuhteeseen henkilökohtaisen ammattitaitonsa. Hoitosuhteen aikana asiakas voi kokea läheisyyttä, turvautua toiseen ihmiseen ja tulla autetuksi. Kahdenkeskisessä suhteessa asiakas voi lisätä tietoisuutta itsestään, joka avaa mahdollisuuksia oman elämän hallintaan. (Peplau 1988, Jokinen & Räsänen 2000.) Hoitosuhteessa kommunikaatio muodostuu ihmisten välisistä tunteista, ajatuksista, empatiasta, myötätunnosta, yksilön kunnioittamisesta ainutkertaisena inhimillisenä olentona sekä ei-tuomitsevasta asenteesta (Kokko 2004, Syrjäpalo 2006).

Luottamus, joka alkaa kehittyä heti yhteistyösuhteen alussa, on hoitosuhteen ehkä tärkein edellytys (Jokinen & Räsänen 2000, Grover 2005). Luottamuksen syntyminen on mahdollista silloin, kun potilas kokee olonsa turvalliseksi hoitosuhteessa. Luottamuksen tunne hoitajaan edellyttää sitä, että

potilas kokee hoitosuhteessa lämpöä ja aitoutta. Potilaan on aistittava hoitajan sitoutuminen auttavaan hoitosuhteeseen. Yhteistyö ja luottamuksen kehittyminen edellyttää hoitosuhteessa aikaa ja jatkuvuutta. Mikäli hoitaja ei pysty voittamaan ja hälventämään potilaan epävarmuudentunteita avoimuutta ja hyväksyntää osoittamalla, ei potilas todennäköisesti pysty jakamaan itselleen kipeitä asioita hoitajan kanssa. Luottamuksellisen suhteen saavuttaminen potilaan kanssa voi olla vaikeaa. Tällöin hoitajan tulee kunnioittaa potilaan sen hetkistä valmiutta antautua luottamukselliseen hoitosuhteeseen, ja odottaa luottamuksen kehittymistä rauhassa. (Reynolds & Scott 2000.) Groverin (2005) mukaan luottamuksen syntyminen hoitosuhteessa on sidoksissa auttavan vuorovaikutuksen laatuun.

Asiakkaan tunteet ovat hoitosuhteen keskeistä materiaalia. Mielenterveys-hoitotyön asiakkaat tarvitsevat apua tunteidensa huomaamisessa, tunnistamisessa ja nimeämisessä. Hoitajan tehtävänä on säädellä hoitosuhteen intensiteettiä eli tunnetason syvyyttä. Tämä mahdollistaa asiakkaalle syvemmän ymmärryksen omasta tilanteestaan. Hoitaja reagoi asiakkaan tunteeseen (esim. viha) tekemällä hoidollisen väliintulon, intervention, jolla hän pyrkii vaikuttamaan asiakkaan kokemuksiin hoitosuhteessa. Hoitaja auttaa asiakasta selviytymään tunteiden maailmassa. Hoitajan tulee kyetä vastaanottamaan asiakkaan tunteet ahdistumatta itse liikaa, tällöin korostuu hoitajan kyky sietää vaikeita tunteita. Sietämisen ohella tunteiden työstäminen auttaa potilaan eheytymistä. Hoitajan tehtävänä on sallivan ilmapiirin luominen, jotta asiakkaalla on mahdollisuus puhua kaikista tunteistaan. Psykiatrisessa hoitosuhteessa tapahtuu myös erilaisia tunteensiiroja (esim. transferenssi ja vastatransferenssi) hoitajan ja asiakkaan välillä, jotka tunnistamattomina vaikeuttavat hoitosuhdetyöskentelyä. (Peplau 1988, Jokinen & Räsänen 2000.)

Ammatillinen hoitosuhdetyöskentely on hoitajalle vaativaa, ja erilaisten hoitosuhteen herättämien tunteiden erittelemine ja tunnistaminen edellyttävät hyvää itsetuntemusta. Jos ei ole selvillä omista tunteistaan ja asenteistaan, ei voi auttaa toista ihmistä väsymättä itse liikaa. Osaltaan terapioiden vaikutus perustuukin siihen, että koulutetut terapeutit käyvät terapia-koulutuksen aikana läpi oman terapian, joka luonnollisesti lisää heidän itsetuntemustaan antaen välineitä ymmärtää toista ihmistä. Miten sitten voitaisiin kehittää mielenterveyshoitotyötä tekevien sairaanhoitajien itsetuntemusta sairaanhoitajakoulutuksen aikana? Ei liene ole realistista olettaa, että

mielenterveyshoitotyötä tekevien hoitajien koulutukseen sisällytettäisiin pitkä terapia, sillä tämä lisäisi huomattavasti esimerkiksi koulutuksen kustannuksia, eikä voida olettaa, että kaikilla sairaanhoitajaopiskelijoilla on kiinnostusta lähteä henkilökohtaiseen terapiaan.

Auttava vuorovaikutus

Psykiatrisen hoitotyön kirjallisuudessa vuorovaikutuksesta käytetään rinnakkain käsitteitä auttava ja terveuttinen vuorovaikutus. Suomalaisessa hoitotyön kirjallisuudessa käytetään enimmäkseen auttavaa tai hoidollista vuorovaikutusta, tällöin halutaan tuoda esille hoitotyön ja hoitotieteellisen tiedon osuus hoitamisessa. Kansainvälisessä kirjallisuudessa puolestaan käytetään lähes yksinomaan terveuttista vuorovaikutusta (therapeutic communication) kuvaamaan hoitajan ammatillista vuorovaikutusta (ei siis pelkästään mielenterveyshoitotyön kontekstissa), tai puhutaan ”tehokkaasta kommunikaatiosta, jolla on terveuttisiä vaikutuksia” (esim. Grover 2005). Käsitteiden tarkentaminen ja ”kääntäminen” hoitotieteen kielelle auttaa jäsentämään mielenterveyshoitotyön teoreettista perustaa, mikä puolestaan auttaa mielenterveyshoitotyötä tekeviä hoitajia jäsentämään omaa työtään.

Tutkimustulokset osoittavat, että kommunikaatio- ja vuorovaikutustaitojen hallitsemiseen ja oppimiseen mielenterveyshoitotyössä tulisi kiinnittää enemmän huomiota. Potilaiden suurimpana huolenaiheena eri tutkimusten mukaan ovat jo 1960-luvulta lähtien olleet kommunikaatio-ongelmat henkilökunnan kanssa, sekä tiedonpuute omasta voinnistaan. (Chant ym. 2002.) Olofssonin & Norbergin (2001) tutkimuksessa paljastui, että hoitajat kokivat riittämättömyyttä kyvyissään kohdata potilaita, ja potilaat kokivat tarvitsevansa enemmän kontakteja hoitohenkilökunnan kanssa. Chantin ym. (2002) mukaan ongelmien tiedostamisesta huolimatta vuorovaikutustaitojen opetustarjonta on niukkaa ja vaihtelevaa. Osaltaan tähän vaikuttaa se, että vuorovaikutus voidaan käsitteenä ymmärtää monella eri tavalla, joten vuorovaikutuksen opetuksen suunnittelu on vaikeaa, eikä opetuksen vaikuttavuutta ole arvioitu. Tutkimustulokset osoittivat myös, että perinteinen hierarkkinen sairaalaympäristö vaikuttaa estävästi empatian ja vuorovaikutustaitojen kehittymiseen.

Lähtökohtana auttavalle vuorovaikutukselle on asiakkaan kuunteleminen. Kuunteleminen edellyttää keskittymistä asiakkaan asioihin. Seuraavan kysy-

myksen miettimisen sijaan hoitajan tulisi keskittyä asiakkaan senhetkiseen sanomaan. (Grover 2005.) Sanaton taso muodostaa huomattavan osan kommunikaatiosta. Sanatonta viestintää ovat muun muassa ilmeet ja eleet (Grover 2005). Peplau (1987) mukaan hoitajan tulee havainnoida ja tulkita potilaan sanatonta viestintää vuorovaikutustilanteissa. Hoitajan tulisikin potilaan sanattoman viestinnän tulkitsemisen lisäksi hallita omaa sanatonta viestintäänsä, sillä hoitaja ilmaisee Kokon (2004) mukaan omia tunteitaan ja asenteitaan juuri sanattomalla viestinnällään. Työntekijän ilmaisemilla asenteilla ja tunteilla potilasta kohtaan on huomattava vaikutus mielenterveyspotilaisiin (Peplau 1987 ja 1988, Willets & Leff 2003, Kokko 2004).

Kommunikaatio hoitosuhteessa voi olla sosioemotionaalista (tunneperäinen vuorovaikutus) sekä instrumentaalista. Instrumentaalinen kommunikaatio (instrumental inputs) on Peplau kehittänyt käsite, joka tarkoittaa teknisiin tietoihin ja taitoihin perustuvaa ongelman ratkaisua, johon sisältyy mm. tiedon etsimistä ja jakamista, ohjausta, neuvontaa ja kysymysten esittämistä. (Beeber ym. 2004.) Tekninen tieto instrumentaalisessa vuorovaikutuksessa on esimerkiksi erilaisten haastattelumenetelmien hallitsemista ja hiljaisuuden hyödyntämistä (Grover 2005). Beeber ym. (2004) ovat kehittäneet instrumentaalisen kommunikaation käsitettä eteenpäin ja määritellevät sen ”tunnistettavissa olevaksi, hoitajasta asiakkaaseen siirtyväksi energiaksi, jonka tavoitteena on aktivoita asiakasta kehittämään omia kompetenssejaan”. Instrumentaalisen kommunikaation englanninkielinen nimi *instrumental inputs* kuvaa auttavan vuorovaikutuksen roolia psykiatriassa hoitotyössä, sillä omalla vuorovaikutuksellaan hoitaja ”antaa”, panostaa, energiaansa ja tietämystään asiakkaan käyttöön.

Auttava vuorovaikutus on vastavuoroista, jolloin vastavuoroisuus perustuu molemminpuolisen jakamisen kokemiseen vuorovaikutussuhteessa. Auttavassa vuorovaikutussuhteessa asiakas hyväksytään yksilönä, jolloin asiakas voi kokea turvallisuutta ja lämpöä hoitosuhteessa. Hyväksynnän lisäksi tulee pyrkiä asiakkaan ymmärtämiseen, jolloin hoitaja yrittää ymmärtää asiakkaan tunteet sellaisina, kuin hän ne itse kokee. Tällöin asiakas tulee tietoiseksi itsessään olevasta kasvun mahdollisuudesta, hän voi ymmärtää oman elämänsä tuskaa ja tyytymättömyyttä aiheuttavia tekijöitä. (Peplau 1988, Jokinen & Räsänen 2000, Grover 2005) Vastavuoroisuuden toteutuminen edellyttää hoitajalta kiinnostusta asiakkaan asioista ja läsnäoloa, palautteen antamista ja omien näkemysten ja arvioiden esiintuomista.

Peplau (1987) mukaan psykiatrisen hoitotyön opetuksessa tulisi erityisesti kiinnittää huomiota auttavan vuorovaikutuksen merkitykseen. Suomessa vuosina 1984–2004 tehdyistä sairaanhoitajaopiskelijoiden oppimista koskevista tutkimuksista ilmeni, että heikoimmat valmiudet opiskelijat saavuttivat potilaan kohtaamisessa (Salminen ym. 2006).

Auttava vuorovaikutus oli tärkein hoidon osatekijä tutkittaessa potilaiden tyytyväisyyttä psykiatriseen hoitoon (Schröder ym. 2006). Tavoitteena auttavassa vuorovaikutuksessa on potilaan ymmärretyksi tuleminen (Peplau 1988, Hewitt & Coffey 2005, Shattell 2005). Ymmärretyksi tuloa auttavassa vuorovaikutussuhteessa edistää se, että vältetään asioiden pitämistä itsestäänselvyyksinä sekä tutkitaan potilaan asioille antamia merkityksiä (Shattell 2005). Potilaat odottivat hoitajien ymmärtävän heitä, vaikka eivät osaisikaan ilmaista asiaansa sanallisesti (Jackson & Stevenson 2000). Coatsworth-Puspoky ym. (2006) kuvaavat auttavan vuorovaikutussuhteen prosessina, jonka alussa potilas luottamuksellisen suhteen kautta voi löytää toivon kipinän. Yhteisen tutkimisen myötä ongelmiin löytyy ratkaisuja, jonka jälkeen hoitaja ja potilas voivat hyvästellä toisensa. Hoitajan välttelevä ja vähättelevä asenne potilasta kohtaan saa potilaan hämmentyneeksi ja toivottomaksi.

2.2 Eettinen taito osana mielenterveyshoitotyön asiantuntijuutta

Eettisesti haastavia tilanteita psykiatriseen hoitotyöhön luovat psykiatristen sairauksien ominaispiirteet, jolloin yksilön kyky huolehtia esimerkiksi omista eduistaan on puutteellista. Tällöin potilas on riippuvainen apua tarjoavista ammattihenkilöistä. Psykiatrisessa hoitotyössä käytetty valta on keskeinen asia, jota hoitajien pitäisi tietoisesti pystyä analysoimaan (Koivisto 2003). Psykiatrisessa hoitotyössä profession kuuluva voi käyttää auktoriteettiin kuuluvaa valtaa, jota on esimerkiksi suostuttelemisen ja pakottamisen hoitoon. Tällöin asiantuntija kontrolloi vuorovaikutusta asiakkaan jäädessä asiantuntijan auktoriteetin jalkoihin. (Vuokila-Oikkonen 2002.) Esimerkiksi tahdonvastaisen hoidon luomat osittaiset rajoitukset potilaan itsemääräämisoikeudelle luovat mahdollisuuksia hoitajan vallankäytölle psykiatrisessa hoitotyössä, ja ilman eettistä reflektiota tätä valtaa voidaan käyttää myös väärin.

Käytännön hoitotyössä tapahtuva eettinen päätöksenteko voidaan nähdä

neljästä tekijästä koostuvaksi. Filosofisella tasolla vaikuttavat etiikan teoriat ja yhteiskuntafilosofia. Ihmistä, elämää ja maailmaa koskevat perusolettamukset sisältävät muun muassa käsitykset arvojen olemassaolosta sekä ihmisen olemassaolon ongelman. Näkemys hoitotyön tehtävästä ja päämäärästä sisältää muun muassa ihmisen kunnioittamisen, terveiden voimavarojen ylläpitämisen ja ammatillisen koulutuksen ja sitoutumisen ammattiin. Ihmistä, elämää ja maailmaa koskevat perusolettamukset muodostuvat esimerkiksi käsityksestä elämän tarkoituksesta, hyvästä elämästä ja hoitomenetelmästä. (Kalkas & Sarvimäki 2000.) Hoitajan tulisikin olla tietoinen omaan toimintaansa vaikuttavista arvoista ja asenteista, sillä ne ovat taustalla vaikuttamassa hoidolliseen päätöksentekoon. Syrjäpalon (2006) mukaan etiikan päämääränä ei ole vain tieto, vaan hyvä toiminta. Mielenterveyslaki ja potilaslaki toimivat omalta osaltaan eettisinä suunnannäyttäjinä käytännön hoitotyössä, sillä niiden avulla voidaan esimerkiksi reflektoida yksittäisiä potilastilanteita ja miettiä, millainen toiminta kyseisessä tilanteessa olisi eettisesti hyvää ja oikeudenmukaista hoitoa. Eettisten asioiden reflektointi on menneeseen sitoutunutta, mutta hoitotyöntekijän tulisi pystyä reagoimaan oikein asian tapahtumahetkellä. Tämä merkitsee dialogiseen tilanteeseen jäämistä, mikä osoittaa ammattitaitoa, eettistä taitoa. (Munnukka & Kiikkala 1997.)

2.2.1 Potilaan itsemääräämisoikeus

Yksi mielenterveyshoitotyöhön eettisiä haasteita tuova elementti on potilaan itsemääräämisoikeus ja itsemääräämisoikeuden rajoittaminen. Terveystieteidenhuollossa itsemäärääminen ymmärretään potilaan oikeudeksi, joka on osallistumista omaa hoitoa koskeviin asioihin. Laki potilaan oikeuksista (785/1992) antaa potilaalle oikeuden kieltäytyä hoidosta, vaikka asiantuntijat pitäisivätkin hoitoa välttämättömänä. Tietyissä tilanteissa psykiatrisia potilaita voidaan hoitaa siitä huolimatta, että he kieltäytyvät hoidosta, esimerkiksi jos potilas on psyykkisen sairauden vuoksi kykenemätön päättämään pätevästi omasta hoidostaan. Itsemääräämisoikeuden minimitaso on kuitenkin tulla kuulluksi omassa asiassa, tätä oikeutta ei voi potilaalta viedä vajaavaltaisuuden perusteellakaan. (Mielenterveyslaki 1116/1990, Latvala ym. 1995, Kaltiala-Heino 2000.) Potilaan oikeudet ja itsemääräämisoikeus oman elämänsä suhteen on perusasia, mutta usein terveydenhuollon

toimijat asettavat itsensä ensisijaisiksi käytännön eettisissä tilanteissa. Eettisistä kysymyksistä keskusteltaessa ei ole tärkeää eettisten toimintaohjelmien luominen, vaan kaikki huomioon ottavan dialogin ylläpitäminen. (Munnukka & Kiikkala 1997.)

Potilaslaki (785/1992) turvaa ja määrittää potilaan asemaa ja oikeuksia terveydenhuollossa, tämä laki luonnollisesti koskee myös mielenterveyspotilaita. Potilaslain on katsottu parantaneen mielenterveysasiakkaiden asemaa terveydenhuollossa huomattavasti. Lain mukaan potilaalla on oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun. Potilaan itsemääräämisoikeus velvoittaa siihen, että potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos yhteisymmärrykseen ei ole mahdollista päästä mutta hoidon tarve kuitenkin on ilmeinen, on potilasta hoidettava tavalla, joka on hänen henkilökohtaisen etunsa mukaista. Mielenterveyslaki puolestaan (1116/1990) määrittää tahdonvastaista hoitoa (pakkohoito), esimerkiksi mitkä ovat edellytykset henkilön määräämiselle tahdonvastaiseen hoitoon ja potilaan eristämiseksi. Tiukkojen kriteerien tarkoituksena on suojella yksilön oikeusturvaa. Toisinaan tiukat kriteerit johtavat siihen, ettei yksilöä voida toimittaa hoitoon, vaikka hoidon tarve olisikin ilmeinen. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE 2000) on ottanut lausunnossaan kantaa tahdonvastaiseen hoitoon ja toteaa, että tahdonvastaisen hoidon kriteerien on oltava tiukat, jotta ne suojelevat potilasta mielivallalta. Toisaalta kriteerien käytössä tulisi olla mahdollisuus joutoon potilaan edun mukaisesti. Lisäksi lausunnossa muistutetaan siitä, että ääritilanteissakin pitäisi pyrkiä potilaan itsemääräämisoikeuden ylläpitoon niin laajalti kuin mahdollista, myöskin pakkotilanteissa on muistettava potilaan oikeuksien ja ihmisyyden kunnioitus ja hyvä kohtelu.

Latvalan ym. (1995) mukaan pakkohoitoon sisältyy aina arvoristiriita, jossa toisella puolella on itsemääräämisoikeuden, oikeudenmukaisuuden ja integriteetin sisältämä ihmisarvo, ja toisella puolella elämä ja terveys, joiden suojelemiseksi tarvitaan pakkohoitoa. Pakkohoidon yhteydessä esiintyy kaksi moraalista käsitettä yhdessä: ”pakko” (pakottaminen, negatiivinen arvovaraus) ja ”hoito” (hyvän tuottaminen, helpottaminen, auttaminen). Suutalan (2000) mukaan yksilön näkökulmasta katsottuna tahdosta riippumaton mielisairaalahoito tarkoittaa vapauden riistoa. Ongelmalliseksi tahdosta riippumattoman hoidon tekee Syrjäpalon (2006) mukaan se, että tällöin potilaan itsemääräämisoikeus on minimissään. Toisaalta hoidon määräämi-

nen voi olla jopa ainoa keino välttää potilaan heitteillejättö. Suutalan (2000) mukaan pakkoa saa psykiatrisessa sairaalassa soveltaa vain tahdostaan riippumattomassa hoidossa tai mielenterveyslain mukaisessa tarkkailussa oleviin potilaisiin. Pakkoa ei voida käyttää vapaaehtoisesti hoidossa oleviin potilaisiin, ja itsemääräämisoikeuden rajoituksista on sovittava hoidossa olevan henkilön kanssa.

Syrjäpalon (2006) mukaan kolmannes psykiatrisessa sairaalahoidossa olevista potilaista on saatettu tai määrätty tahdosta riippumattomaan hoitoon. Hoitohenkilöstö käyttää tällöin asiantuntijavaltaa potilaan hoidossa (Vuokila-Oikkonen 2002), jolloin potilaiden vaikutusmahdollisuudet omaan hoitoonsa vaihtelevat. Yksi vallankäytön ilmenemismuoto psykiatrisessa hoidossa voi olla potilaan eristäminen, ja eristämisen käytössä tulisikin noudattaa varovaisuutta, ettei potilaan oikeuksia tarpeettomasti loukattaisi. Potilas saadaan vastoin tahtoaan eristää muista potilaista, jos hän esimerkiksi erittäin todennäköisesti vahingoittaisi itseään tai muita tai eristys on välttämätöntä erittäin painavasta hoidollisesta syystä. (Mielenterveyslaki 1116/1990). Eristäminen voi tapahtua joko siirtämällä potilas erilliseen huoneeseen tai leposidehoitona. Potilaan eristämistä ei saa käyttää rangaistuksena tai henkilökunnan turhautumisen ”hoitona”. Eristämistä voidaan välttää esimerkiksi lisäämällä koulutettua henkilökuntaa ja pitämällä osastojen potilasmäärä kohtuullisena. Turvalliset ja selkeät rajat osastolla auttavat myös eristysten vähentämisessä. (Latvala ym. 1995, Suutala 2000, Alexander & Bowers 2004.) Koiviston (2003) tutkimuksessa potilaat kokivat leposidehoidon lisäävän avuttomuuden, pelon ja nöyryytyksen tunteita. Psykiatrisen hoito-työn asiantuntijuuteen kuuluu, ettei hoitaja tarpeettomasti altista potilasta kyseisille kokemuksille.

Mielenterveyshoitotyön opetuksessa käytettävässä kirjallisuudessa kiinnitetään nykyään huomiota mielenterveyshoitotyössä esiintyviin eettisiin haasteisiin ja eettiseen osaamiseen (esim. Välimäki 2000, Kiviniemi ym. 2007, Noppari ym. 2007). Hyvä lähtökohta onnistuneelle luovimiselle näiden eettisten erityiskysymysten karikoissa syntyy potilaslain ja mielenterveyslain hyvästä osaamisesta ja mahdollisista tulkintamahdollisuuksista. Tarkoilla kriteereillä pyritään ehkäisemään yksilön oikeuksien loukkaaminen ja takaamaan oikeusturva, toisaalta pyritään turvaamaan potilaan oikeus saada hoitoa. Pelkkä lainopillinen tieto ei vielä riitä, vaan lakien sanomaa tulisi osata soveltaa käytännön tilanteissa. Paternalistiset hoitokäytännöt voivat tehdä

vaikeaksi arvioida milloin esimerkiksi pakon käyttäminen hoitotilanteessa on todellakin perusteltua eikä pakon (hoitajan vallankäytön) perusteena ole paternalistinen hoitokäytäntö (esim. rutiinit).

2.2.2 Paternalismi

Oman lisänsä mielenterveyshoitotyön eettisiin haasteisiin tuovat paternalistiset hoitokäytännöt. Tutkimusten mukaan mielenterveyshoitotyön käytännöt ovat usein paternalistisia, vaikkakin suuntaus on 1990-luvulta lähtien ollut potilaiden voimaantumiseen (empowerment) jaetun päätöksenteon avulla esimerkiksi tarjoamalla potilaalle erilaisia vaihtoehtoja. Paternalistisia hoitokäytäntöjä tulisikin tarkastella kriittisesti mielenterveyshoidossa, sillä paternalismi on usein suhteessa päätöksentekoon. Potilaan autonomian eli itsemääräämisoikeuden voidaan katsoa olevan riippuvainen ajattelun kompetenssista, toisin sanoen siitä, kuinka rationaalisesti potilas pystyy ajattelemaan ja puntaroimaan eri vaihtoehtoja. Potilaan autonomian kunnioittaminen muodostaa tärkeän osan hoitotyön etiikasta, ja autonomian kunnioittaminen velvoittaa hoitotyöntekijöitä selvittämään potilaan mielihiteen. (Breeze 1998.)

Paternalistista hoitokäytäntöä voidaan puolustella sillä, että henkilökunta toimii potilaan parhaaksi, vaikka potilas ei sitä itse ymmärtäisikään. Tilanne muodostuu ongelmalliseksi, kun potilaaseen suhtaudutaan holhoavasti heikentyneen toimintakyvyn takia silloinkin, kun potilaalla on kykyä päättää asioistaan ja osallistua hoitoonsa. Holhoavassa hoitokäytännössä voidaan nähdä korostuvan neljä piirrettä, jotka ovat hoitavan henkilön hyveellisyys ja professionaalisuus, toimintojen seurauksellisuus ja yksilökeskeisyys. Professioniin kuuluvien tietotaito oikeuttaa heidät toimimaan potilaan hyväksi, toiminnalla voidaan katsoa olevan päämääräeettinen luonne (”tarkoitus pyhittää keinot”) ja yksilön hyvää korostetaan. (Kaltiala-Heino 2000, Leino-Kilpi & Välimäki 2004.)

Breezen (1998) mukaan paternalistinen hoitokäytäntö on oikeutettua vain silloin, kun voidaan olla varmoja siitä, että potilas on kykenemätön itsensäseen päätöksentekoon. Käytäntö on kuitenkin osoittanut sen, että suuri osa psykiatrisesta hoidosta perustuu automaattisesti paternalistiselle olettamukselle, jossa hoitava henkilöstö on päätöksentekijöinä ja potilaat sopeutuvat olosuhteisiin. Alexanderin ja Bowersin (2004) mukaan paternalistisen hoi-

tokäytännön säilyttämiseksi potilaan autonomiaa voidaan rajoittaa psykiatrisessa hoidossa monella tavalla. Osa rajoituksista on psykiatrisessa hoidossa välttämättömiä (esim. Kaltiala-Heino 2000), mutta osa rajoituksista ja holhoavista käytännöistä on olemassa vain siksi, että toimintaa voidaan pyörittää vähäisillä resursseilla. Tästä ovat yhtenä esimerkkinä osaston säännöt. Osaston säännöt ja säädelty struktuuri (esim. päiväjärjestys) auttavat psyykkisesti sairasta koostumaan psyykkisesti, ja tätä on hyödynnetty potilaiden nopeassa kotiuttamisessa. Osaston tiukoilla säännöillä voidaan nopeuttaa potilaiden koostumista, jolloin heidät voidaan kotiuttaa nopeasti ja osastolla oloaika lyhenee. Säännöt ovat henkilökunnan keino kontrolloida potilaita, tähän hoitajien asenteet vaikuttavat huomattavasti. Alexanderin ja Bowersin (2004) mukaan sääntöjen eettisyydestä ei ole tehty yhtään tutkimusta. Heidän mukaansa hoitajien ylläpitämä kontrolli voi lisätä potilaiden aggressiivista käyttäytymistä, sillä osaston sääntöjä ja struktuuria voidaan käyttää vallan välineenä vastatessa potilaan pyyntöihin.

Toinen perinteinen paternalistisen hoitokäytännön ilmenemismuoto psykiatrisessa hoidossa on pitkäaikaislääkitys. Lääkitysten aloittaminen on usein vaikeaa, sillä potilaat eivät sairauden akuutissa vaiheessa ymmärrä lääkityksen merkitystä, ja toisaalta lääkkeiden sivuvaikutukset voivat aiheuttaa vastustusta lääkehoitoa kohtaan. Kuitenkin sairauden oireet voivat vaatia säännöllisen lääkityksen esimerkiksi häiritsevien harhojen hillitsemiseksi. Psykiatrisissa pitkäaikaissairauksissa, joihin liittyy hoitokielteisyyttä, (esim. krooninen skitsofrenia) käytetään usein pitkävaikutteisia injektioita lääkehoitona. Injektiohoitoon suostuminen voi olla jopa kotiutuksen edellytyksenä. Hoitomyönteisyyden lisäämiseksi tulisikin henkilökunnalla olla enemmän aikaa hyvän yhteistyösuhteen luomiseksi potilaan kanssa (vrt. Koivisto 2003), jolloin potilaan olisi helpompi ymmärtää injektio- ja lääkehoidon edut ja hyödyt, eikä injektio- ja lääkehoidon tarvitsisi myöntyä vastentahtoisesti. (Svedberg & Lützén 2001.)

Tutkittaessa suomalaista sairaanhoitajien koulutusta opinnäytetöiden perusteella havaittiin etiikan opetuksen osuuden terveydenhuollon koulutuksessa olevan vähäistä, vaikka terveydenhuoltoalan koulutusten osaamiskriteereissä on nykyään myös eettinen osaaminen. Eettistä osaamista tai psykiatrisen hoitotyön osaamista ei ollut kirjallisuuskatsauksen perusteella tutkittu ollenkaan. (Salminen ym. 2006.) Kertomuksellisen oppimisen avulla voidaan myötävaikuttaa teorian ja käytännön yhdistämistä. Jaetut kerto-

mukset käytännön tilanteista auttavat opiskelijoita tunnistamaan esimerkiksi eettisesti haastavia tilanteita, joihin heidän tulee työssään kiinnittää huomiota. (Koenig & Zorn 2002.) Paternalistisia hoitokäytäntöjä pitää todennäköisesti yllä omalta osaltaan se, ettei paternalismia välttämättä ole helppo tunnistaa. Uutena tulokkaana esimerkiksi psykiatrisella osastolla opiskelija tai vastavalmistunut hoitaja perehdytetään osaston rutiineihin ja työnjakkoon, ja käytänteet perustellaan osaston filosofialla (esim. kuntouttava työote). Paternalismi voi piileskellä näissä käytännön säännöissä, mutta työryhmän oletuksena on, että niitä noudatetaan. Refleктоitoaessa kokemuksia opiskelijaryhmässä voidaan oppia tunnistamaan paternalistisia asenteita ja miettiä, miten itse voisi toimia niin, ettei tiedostamattaan tue paternalistista hoitokäytäntöä.

2.3 Reflektiokyky

Reflektiivisyyden on katsottu olevan tärkeä kyky hoitajalle mielenterveyshoitotyössä (esim. Grover 2005), ja reflektiivisyys on osa asiantuntijuutta terveydenhuoltoalalla. Kirjassa ”Minä mielenterveystyön tekijänä” kuvataan reflektiota työntekijän työvälineenä, jossa reflektiota voi hyödyntää hoitosuhdetyöskentelyn eri vaiheissa (Kiviniemi ym. 2007). Oppimisessa reflektion merkitys on tiedostettu jo kauan. Boyd & Fales (1983) määrittelevät reflektion prosessiksi, jossa luodaan ja selkiytetään kokemuksen merkitystä oman minän, itsen, näkökulmasta käsin. Tällöin tarkastellaan omaa minää suhteessa itseän, sekä ympäröivään maailmaan. Prosessin tuloksena yksilön maailmankuva voi muuttua ja laajentua. Näin reflektion kohteena olleesta kokemuksesta voi tulla merkittävä osa itseä. Vähitellen yksilö voi tulla tietoiseksi omasta reflektioprosessistaan.

Boud ym. (1985) katsovat oppimiseen johtavan reflektion koostuvan kolmesta elementistä: valmistautumisesta, sitoutumisesta toimintaan ja kokemuksen prosessoinnista. Pelkästä kokemuksesta ilman reflektiota ei ole mahdollista oppia. Vain yksilö itse voi reflektoida omia kokemuksiaan, sitä ei voi tehdä kenenkään puolesta. Reflektio on tietoisista, aktiivista ja tavoitteellista toimintaa, jossa pyritään tiettyyn päämäärään. Prosessina reflektio on monimuotoinen, sillä siinä yhdistyy yksilön emotionaalinen kokemusmaailma ja kognitiivinen tieto. Reflektiivisessä prosessissa yksilö palaa kokemaansa, ja esimerkiksi arvioi kokemuksen itsessään herättämiä tunteita. Arvioimalla

tilannetta uudelleen on mahdollista käsitellä esimerkiksi pettymyksen tunteita, jolloin ne eivät enää ole niin häiritseviä.

Ruohotien (2002) mukaan reflektiivisyys on oman toiminnan, sen perusteiden ja seuraamusten kriittistä analysointia ja pohtimista. Reflektion tavoitteena on toiminnan kehittäminen edelleen. Reflektiivisyydessä voidaan nähdä kaksi tasoa. Ensinnäkin reflektiivisyyteen kuuluu perusteellinen syventyminen omiin tunteisiin, ajatuksiin, asenteisiin ja toimintojen tarkasteluun. Toisaalta reflektiivisyydessä on kyse etäisyyden ottamisesta jokapäiväisiin käytännön tilanteisiin ja rutiineihin, joka antaa arkiajattelua paremmat valmiudet omien toimintatapojen suunnitteluun. Ojasen (2006) mukaan reflektio on prosessi, joka merkitsee omakohtaisten kokemusten järjestyksen kehittämistä pyrkimyksenään kehittää ihmisen toimintaan ja työhön liittyvää omaa käyttöteoriaa. Tällöin prosessina tapahtuvassa oppimisessa oppija tulkitsee ilmiötä omalla tavallaan rakentaen todellisuutta oppimalla kokemuksistaan.

Reflektiota kuvataan tieteelliseksi ajattelutavaksi, jolle on ominaista uskomusten kriittinen tarkastelu. Kaikki ajattelu ei kuitenkaan ole reflektointia eikä reflektio ole pelkästään ajattelua. Reflektio on tiedonhallinnan keino, jonka päämääränä on oman toiminnan ymmärtäminen. Reflektio on tietoista ajattelua, ajattelun ja tekemisen suhde, joka voi johtaa uudelleenlaiseen ymmärrykseen. Tällöin reflektio on keino yhdistää teoreettinen ja oma henkilökohtainen uskomusjärjestelmä. Reflektoidessaan toimintaansa ihminen selittää omaa intuitiivista ymmärrystä, jolloin reflektointi tuottaa myös tietoisuutta ihmisen tullessa tietoiseksi kokemusvarastostaan. (Ojanen 2006.)

Reflektointi mahdollistaa sen, että yksilö tekee monimutkaisissa ja vaikeissa tilanteissa kokemuksiin ja aiempaan tietoon perustuvia arvioita (Ruohotie 2002). Reflektiokyvyn kehittymisessä Ojasen (2006) mukaan ensimmäinen askel on avoin, vastavuoroinen dialogi. Tällöin ihmistä (esim. opiskelijaa) autetaan tulemaan tietoiseksi siitä, miten tämä näkee tulkintansa ja miten sitä voi testata. Ihmisen sisäisten suhteiden tutkiminen laittaa heidät helposti puolustuskannalle, sillä omaa näkemystä halutaan puolustella muille. Tämä aiheuttaa opiskelijoissa hämmennystä, ja voi johtaa vastustukseen. Hämillään oleminen on reflektion keskeisiä piirteitä, ja reflektioivassa opetustilanteessa opettajan ja ohjaajan tehtävänä on tukea ryhmää avaamaan mielensä hämmennykselle ja rohkaista heitä tutkimaan sitä, kunnes pääs-

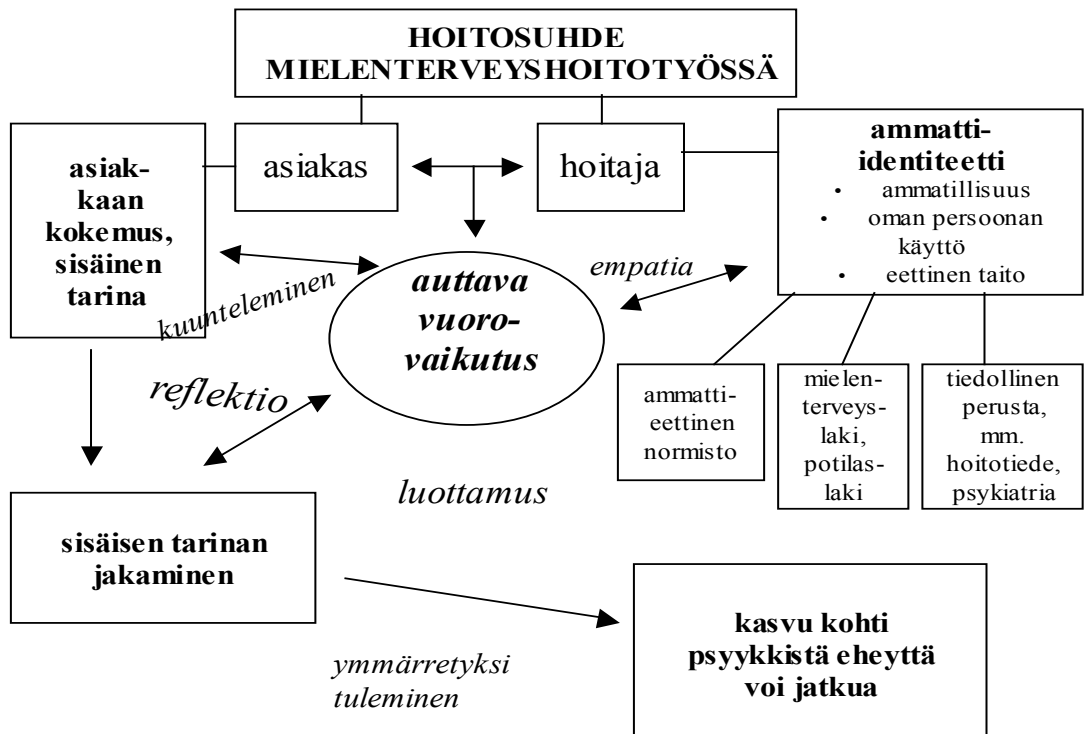
tään oivallukseen. Reflektoimaan oppinut ryhmä on oppinut antamaan riittävästi tilaa kokevalle puolelle itsessään. Ryhmän antama apu auttaa ihmistä tiedostamattomien asioiden alkulähteille, jolloin on mahdollista päästä paremmalle itseymmärryksen tasolle.

Reflektointi tarkoittaa arvioiden tekemistä siitä, mihin toimenpiteeseen kussakin erityisessä tilanteessa olisi syytä ryhtyä. Reflektioon liittyy myös eettinen ulottuvuus, koska siinä on usein kyse muutosten tavoittelusta meissä itsessämme tai esimerkiksi järjestelmässä. Reflektion tuloksena on jonkinlainen toiminta, vaikka toimintana olisikin tahallinen valinta olla muuttamatta mitään. Reflektioprosessi jää epätäydelliseksi ilman toimintavaihetta. (Ruohotie 2002.)

2.4 Malli mielenterveyshoitotyön asiantuntijuudesta

Kuviossa 1 esitän näkemykseni mielenterveyshoitotyön asiantuntijuudesta. Malli on sisällöltään samansuuntainen Vuokila-Oikkosen (2007) POVER-projektin aikana kartoittamasta mielenterveystyötä tekevän sairaanhoitajan ydinosamisesta. Kuvion avulla voidaan mielenterveyshoitotyön opiskelijoille esimerkiksi mallintaa mielenterveyshoitotyötä tekevän hoitajan ydinosamista. Kuvion avulla opiskelija voi hahmottaa mielenterveyshoitotyötä ja hoitosuhdetyöskentelyä sekä rakentaa omaa ammatillista identiteettiään. Malli on sovellettavissa monipuolisesti mielenterveyshoitotyön eri osa-alueilla.

Mielenterveyshoitotyö tapahtuu hoitosuhteessa. Tärkein hoitotyön auttamismenetelmä on auttava vuorovaikutus. Hoitajan asiantuntijuus perustuu hyvään itsetuntemukseen ja vahvaan ammatti-identiteettiin, jolle tulisi luoda hyvä perusta sairaanhoitajakoulutuksen aikana. Ammatti-identiteetti muodostuu vahvasta teoreettisesta perustasta, jonka kivijalka muodostuu hoitotieteestä ja sen lähitieteistä (esim. lääketiede, psykologia) sekä käytännön tietotaidosta. Hyvä itsetuntemus luo edellytykset oman persoonan ammatilliselle käyttämiselle ja auttavassa vuorovaikutussuhteessa tarvittavien taitojen harjaannuttamisessa. Hoitajan ammatti-identiteetti luo perustan sille, kuinka hyvin hän hoitajana osaa antautua auttavaan vuorovaikutussuhteeseen. Auttavassa vuorovaikutussuhteessa asiakas voi jakaa tarinaansa ja kokemuksiaan, ja asiakkaan tarinan hahmottuessa hoitajalle mahdollistuu asiakkaan ymmärretyksi tuleminen. Ollessaan vuorovaikutussuhteessa



KUVIO 1. Asiantuntijuus mielenterveyshoitotyössä

hoitajan kanssa asiakas saa mahdollisuuden reflektoida omia tunteitaan ja kokemuksiaan hoitajan tulkintoihin. Näin mahdollistuvan itseymmärryksen kautta voi asiakkaan kasvu kohti psyykkistä eheytyä jatkua. Rajat psyykkiselle eheytymiselle asettavat osaltaan asiakkaan voimavarat (esimerkiksi persoonalliset kyvyt, psyykkisen häiriön vaikeusaste) ja auttavan vuorovaikutussuhteen laatu.

3 MIELENTERVEYSHOITOTYÖN ASIANTUNTIJUUDEN OPPIMINEN

Tässä kappaleessa tarkastelen mielenterveyshoitotyön asiantuntijuuden oppimista pedagogisesta näkökulmasta. Tarkastelun kohteena on kertomuksellisen oppimisen menetelmä, jossa keskeistä on avoimen dialogin käyminen oppimiseen osallistuvien kesken. Tarpeellista on tutustua myös hieman konstruktivistiseen oppimisenäkemykseen, johon kertomuksellinen oppiminenkin perustuu.

Sairaanhoitajakoulutus toteutuu Suomessa ammattikorkeakouluissa. Sairaanhoitajatutkinnon laajuus on 210 op (3,5 vuotta). Tutkinto koostuu perus- ja ammattiopinnoista. Lisäksi opiskelijat syventävät osaamistaan jollain sairaanhoidon osa-alueella. Ammattikorkeakouluilla on mahdollisuuksia toteuttaa opintokokonaisuuksia harkintansa mukaan. (OPS 2006–2007, Opetusministeriön työryhmämuistio ja selvitys 2006:24.) Mielenterveyteen liittyvän opetuksen määrä vaihtelee ammattikorkeakouluittain merkittävästi. Joissain ammattikorkeakouluissa opinto-ohjelma ei edellytä mielenterveyteen liittyvää opetusta lainkaan. (Korkeila 2006.) Tässä tutkimuksessa tarkastelun kohteena on mielenterveyshoitotyön oppiminen Diakonia-ammattikorkeakoulussa, jossa mielenterveyshoitotyötä opiskellaan Mielenterveyden edistäminen -opintojaksolla. Tämä opintojakso kuuluu sairaanhoitajan pakollisiin ammattiopintoihin.

3.1 Konstruktivistinen oppimisenäkemyks

Konstruktivistinen oppimisteoria on nykyisessä kasvatuksessa ja koulutusjärjestelmässä vallitseva teoria. Kertomuksellinen oppiminen perustuu konstruktivistiseen oppimisenäkemykseen. Puolimatkan (2002) mukaan konstruktivismi tarkoittaa nykyisessä kasvatustieteessä ensisijaisesti oppimisen teoriaa, mutta käsitteen merkitys on hänen mukaansa laajentunut

opetuksen tietoteoriasta kaiken kattavaksi maailmankatsomukseksi. Yhteistä kaikille konstruktivismiin eri muunnelmille on painotus, jonka mukaan ihmisellä on kyky rakentaa itse oma todellisuutensa, ja oppimisessa on olennaista oppijan aktiivinen toiminta, tiedon rakentaminen ja luominen. Konstruktivismiin eri muunnelmien erot syntyvät siitä, miten niissä ymmärtään tämän rakentamisen suorittaja, kohde ja luonne.

Tynjälän (2002, 2005) mukaan konstruktivismi ei itsessään ole oppimisteoria, vaan epistemologinen eli tietoteoreettinen näkemys siitä, mitä tieto on ja miten ihminen hankkii tietoa. Tieto ei ole sellaisenaan siirrettävissä olevaa objektiivista heijastumaa maailmasta, vaan se on aina yksilön tai sosiaalisen yhteisön rakentamaa. Ojasen (2006) mukaan konstruktivistisessa oppimisenäkemyksessä painottuvat ympäristön ja kommunikaation merkitys. Konstruktivistinen käsitys autonomisista, työtään kehittävästä yksilöistä on sopusoinnussa nykyisen yhteiskuntakehityksen kanssa.

Konstruktivistinen oppimisenäkemys pohjautuu kognitiiviseen oppimiskäsitykseen. Kognitiivisten elementtien lisäksi konstruktivistinen oppimisenäkemys sisältää yksilön tunnepuolen ja tiedon sosiaalisen rakentumisen (nk. sosiokonstruktivismi), jonka periaatteena on, ettei tietoa voida ymmärtää ilman sosiokulttuurista taustaa. Huolimatta oppimisen yksilöllisyydestä yksilön oppiminen kehittyy paljolti sosiaalisessa yhteisössä. (Ojanen 2006.) Puolimatkan (2002) mukaan konstruktivismi tarjoaa oppimisen teoriana psykologisen selityksen ihmisen oppimiselle. Ihminen ei ole passiivinen tiedon vastaanottaja, vaan tiedollisia käsityksiä rakennetaan aktiivisesti aikaisempien tietorakenteiden varassa, jolloin uudet tiedolliset käsitykset rakentuvat aikaisempien käsitysten pohjalta.

Konstruktivismi oppimisen teoriana painottaa oppimisen hermeneuttista ulottuvuutta, jolloin oppiminen edellyttää tulkintaa. Tulkintojensa kautta yksilö tai yhteisö luo oman todellisuutensa, jolla ei ole yhtä oikeaa tulkintaa tai tulkinnan menetelmää. (Puolimatka 2002.) Ymmärtämisellä on oppimisessa keskeinen rooli. Yksittäiset taidot ja faktojen hallinta eivät sinänsä ole tärkeitä, vaan se tieto- ja taitorakenne, johon ne sisältyvät. Esimerkiksi käsitteen ymmärtäminen ilmenee siten, että käsitteen käyttötapa pystytään perustelemaan ja käsitettä pystytään käyttämään mielekkäästi uusissa tilanteissa. Ymmärtäminen vaatii laajemman kontekstin (viitekehyksen), jonka puitteissa asia ymmärretään. Yritettäessä ymmärtää toisen henkilön tulkitsemaa asiaa, tulisi olla tietoinen myös siitä kontekstista, jonka puitteissa tul-

kintaa tehdään. (Rauste-von Wright ym. 2003.)

Dialogisuuteen perustuvien opetusmenetelmien juuret ovat sosiaalisessa konstruktionismissa. Tietoteoreettisesti sosiaalista konstruktionismia on luonnehdittu post-epistemologiseksi, sillä se hylkää kokonaan epistemologiset peruskysymykset. Siinä ei realismin ja rationalismin tavoin pohdita, miten ihminen saa tietoa, vaan ihminen nähdään osana maailmaa, ei siitä erillisenä. Näin sosiaalisessa konstruktionismissa hylätään dualistinen ihmismielen ja maailman erottelu, kun tieto ja tiedonmuodostus sijoitetaan kieleen. Lähtökohtana sosiaalisessa konstruktionismissa on nimenomaan kieli. (Tynjälä 2002.)

Oppimisen tutkimuksessa sosiaalista konstruktionismia edustaa Kenneth J. Gergenin (1985, 1995) sosiaalipsykologinen suuntaus. Gergenin (1995) mukaan sosiaalinen konstruktionismi tarkastelee tiedon rakentamista ja rakentumista sosiaalisen yhteisön ja kulttuurin tasolla. Siinä ei olla kiinnostuneita ihmisten sisäisistä psykologisista rakenteista ja prosesseista. Keskeinen kiinnostuksen kohde on kieli ja ihmisten väliset suhteet. Kielen merkityksen korostaminen juontaa siitä, että tieto esitetään yleensä kielellisessä muodossa: puheena, tekstinä ja diskurssina. Tynjälän (2002) mukaan sosiaalisessa konstruktionismissa yhteisö on ensisijainen yksilön jäädessä toissijaiseksi tiedonmuodostusta tarkasteltaessa. Tällöin merkityksen muodostumiseen kielessä tarvitaan aina vähintään kaksi henkilöä. Yksilön sanoma asia on merkityksetön, ennen kuin joku toinen antaa sille merkityksen. Tällöin oppiminen on sosiaalinen tapahtuma, joka rakentuu yhteistoiminnallisesti kaikkien oppimiseen osallistuvien välillä (Vuokila-Oikkonen & Janhonen 2005.) Gergenin (1995) mukaan merkitys on kontekstista riippuvaista, joten kiinnostuksen kohteena on kielen tehtävät ihmisten välisissä suhteissa.

Konstruktivistisen oppimiskäsityksen soveltaminen edellyttää oppimisen ja oppisaavutusten arviointia uudella tavalla. Arvioinnin tulisi olla enemmänkin kvalitatiivista (laadullista) kuin kvantitatiivista. Oppimisen arvioinnissa tulisi tarkastella sitä, millaisia laadullisia muutoksia opiskelijan tietorakenteissa ja tuotoksissa ajan myötä tapahtuu. Arvioinnin tulisi olla olennainen osa opetusta ja oppimisprosessia. Konstruktivistisessa ajattelussa painotetaan myös opiskelijan itsearviointia. Laadullisessa arvioinnissa arviointikriteerit on usein laadittava tapauskohtaisesti. (Tynjälä 2002.)

3.2 Kertomuksellinen oppiminen

Oppimisessa ja opetuksessa kertomusten käyttö on tullut ajankohtaiseksi 1990- ja 2000-luvun taitteessa. Kertomusten käyttö on tarjonnut uusia näkökulmia myös sosiaali- ja terveystieteiden opiskeluun, sillä kertomukset mahdollistavat sekä asiakkaiden, että muiden ammattiryhmien näkökulman syvällisen ymmärtämisen. (Vuokila-Oikkonen & Janhonen 2005.) Keskeistä kertomuksellisessa oppimisessa on oppimistapahtumaan osallistuvien henkilöiden välinen vuorovaikutus, dialogi. Kertomuksellisuutta hyödyntäviä ja dialogiin perustuvia opetusmenetelmiä ovat dialogioppiminen ja narratiivinen pedagogiikka. Huttunen (2003) käyttää dialogiin perustuvista opetusmenetelmistä termiä kommunikatiivinen opetus. Kertomuksellisessa oppimisessa yhdistyvät case-pohjaisen eli tapausesimerkkeihin perustuvan ja ongelma-perustaisen oppimisen parhaat puolet. Kertomusten käyttö perustuu narratiiviseen pedagogiikkaan, jossa tiedon rakentaminen johtaa oppimiseen. (Vuokila-Oikkonen & Janhonen 2005.)

Käsite narratiivisuus on peräisin latinan kielestä, jossa substantiivi *narratio* tarkoittaa kertomusta ja verbi *narrare* kertomista. Suomen kielessä käytetään sekä käsitettä *narratiivi* että *kertomus*. Englannin kielessä nämä kantasanat ovat muuttuneet substantiiviksi *narrative* ja verbiksi *narrate*. Narratiivista lähestymistapaa käyttävät tutkijat erottavat lisäksi käsitteet *narrative* (kertomus) ja *story* (suomeksi *tarina*). (Vuokila-Oikkonen ym. 2001, Vuokila-Oikkonen 2002.)

Kertomuksellisessa lähestymistavassa yhdistyy erilaisia oppimisen tapoja. Sitä voidaan pitää myös tapana ajatella. (Vuokila-Oikkonen & Janhonen 2005.) Kertomuksia voidaan hyödyntää opetuksessa lukemalla, kirjoittamalla tai nauhoittamalla (Festa ym. 2000, Craft 2005), mutta kertomukset toimivat tehokkaimmin silloin, kun ne tulevat suoraan sydäimestä liittyen yksilöllisiin tilanteisiin (Koenig & Zorn 2002). Kertomusten käyttö soveltuu erityisen hyvin opetukseen silloin, kun oppimisen kohteena on teema, josta oppilaille on paljon omia kokemuksia (esimerkiksi eettisesti haastavat tilanteet työssä oppimisen jaksoilla). Muodostettaessa kertomuksia kokemuksista ulkoistetaan ajattelua sekä kertomuksen kuuntelijalle, että kertojalle itselleen. Tällöin kertomus toimii itsereflektion välineenä. (Tynjälä 2002.)

3.2.1 Dialogi

Dialogi voidaan määritellä kahden tai useamman ihmisen väliseksi vuorovaikutukseksi, jonka tarkoituksena on näkökulmien ja mielipiteiden vaihtaminen. Dialogin tarkoituksena on muodostaa uusi, yhteinen oppimisen kohde ja tulkita sitä sovitussa, oppimisen kannalta mielekkäässä tai muuten tärkeältä tuntuvasa tilanteessa. (Sarja 1995 ja 2000a, Tynjälä 2002, Janhonen & Vanhanen-Nuutinen 2005, Ojanen 2006.) Dialogi on suhde, jonka tarkoituksena on yhteisen oppimiskohteen muodostaminen ja tulkinta erilaisista näkökulmista. Oppimiskohteelta edellytetään sitä, että vuorovaikutukseen osallistujat ymmärtävät puhuvansa samasta asiasta ja muokkaavat asiaa yhteisesti. Vaihtelevien näkemysten esiintyessä oppimisen lopputulos voi jäädä avoimeksi. (Janhonen & Sarja 2000, Sarja & Janhonen 2002.) Dialogin avulla on mahdollista yhdistää opetus- ja oppimistilanteissa ohjaajan systemaattista tietämystä oppijan ei-systemaattiseen tietoon. Tällöin molemmat vuorovaikutuksen osapuolet ovat subjekteja, jotka pyrkivät yhdessä selvittämään opittavaa asiaa, joten kyse on ensisijaisesti ohjaajan ja oppijan välisestä yhteistyöstä. (Sarja 1995.)

Huttunen (2003) asettaa dialogin käyttämiselle opetuksessa muutamia periaatteita. Osallistumisen periaate edellyttää oppimiseen osallistuvilta kommunikatiivisia kykyjä sekä aktiivista osallistumista dialogiin. Sitoutumisen periaate tarkoittaa sitä, että dialogin päämääränä on yhteisymmärryksen tai -merkitykseen pyrkiminen (tämä ei välttämättä merkitse konsensusta). Dialogiin osallistuminen otetaan tosissaan, eikä omasta kannasta tarvitse luopua heti ensimmäisen väitteen kohdalla. Vastavuoroisuuden periaatteessa korostuu se, että osallistujien välillä vallitsee keskinäinen kunnioitus ja vastavuoroinen tunnustus. Vilpittömyyden ja rehellisyyden periaate puolestaan painottaa sitä, että kommunikatiiviseen opettamiseen ei kuulu harhauttaminen tai valehtelu, ei edes provosointitarkoituksessa. Refleksiivisyyden periaate sisältää ajatuksen siitä, että kommunikatiivisen opettamisen päämääränä on paremman ymmärryksen saaminen niin omista kuin toistenkin käsityksistä. Tämä edellyttää osallistujilta pyrkimystä kriittiseen itsereflektioon. Myös toisten esittämät väitteet alistetaan kriittiselle reflektiolle.

Ojasen (2006) mukaan dialogin painopiste on ennemminkin vuorokuuntelussa kuin vuoropuhelussa. Tällaiseen dialogisuuteen on mahdollisuus päästä vain harjoittelemalla ja harjoittamalla avoimuutta suhteessa itseen

ja maailmaan. Sarjan (2000 a) mukaan ryhmän jäsenet ja ohjaaja tarjoavat dialogiset puitteet yksittäisen jäsenen oman työn ja persoonan reflektiiviselle arvioinnille. Erilaiset arjen käytänteet ja niiden synnyttämät jännitteet muodostavat hedelmällisen lähtökohdan dialogin kautta oppimiselle, sillä samaan tilanteeseen sitoutuneilla ihmisillä on erilaista tietoa ja kiinnostuksen kohteita.

Dialogissa on tärkeää suotuisan, toisen oppimista tukevan ilmapiirin luominen, sillä oppimisen tavoitteena on toisten ihmisten erilaisten intentioiden ymmärtäminen (Sarja 2000 a, Huttunen 2003). Keskeistä oppimisen kannalta on se, että ryhmä rajaa yhteisen tarkastelun kohteeksi saman käsitteen. Rajaamisessa on kyse tietoisesta yhteisen oppimisen kohteen muodostamisesta. Oppimisen kohde on rajattu asiasisältö, josta dialogiin osallistujat voivat esittää erilaisia perusteltuja tulkintoja tai käsityksiä. (Sarja 2000 a.)

Dialoginen kanssakäyminen tapahtuu ohjaajan johdattelemana. Ohjaajan tehtävänä on keskustelun kuljettaminen ohjattavien ehdoilla niin, että osanottajat saavat keskustelusta rakennusaineita. Ohjaajan pitäessä asioita itsensänselvyyksinä hän ei osaa ajatella asioiden mahdollisesti olevan epäselviä toisille, jolloin hän syrjäyttää muut keskusteluun osallistujat. Motivaation syntymisessä ja säilymisessä ohjaajan ohjaustaidoilla on suuri merkitys. Ohjaajan tehtävänä on saada keskustelu kehkeytymään sisäsyntyisesti ja ohjattavan kiinnostuksesta lähtevänä. Ohjaajan ammattitaitoa on taito nähdä asioita eri suunnista sekä yleisnäkökulman luominen. (Ojanen 2006.)

Dialogin kielellinen puoli tuo kuitenkin esiin vain osan lausumien merkittävistä. Ei-kielellinen puoli lausumasta (esim. aiheen opiskelijalle edustamat merkitykset) on yhteydessä puheen kontekstiin, esimerkiksi käytännön opiskelun aiheuttamiin ristiriitaisiin tunteisiin. (Sarja 2000a, Ojanen 2006.) Kielellisten ja ei-kielellisten puolten esiintyminen samassa lausumassa on juuri dialogin moniäänisyyttä. Moniäänisessä dialogissa siis yhdistyvät ääneen sanotut, itsereflektion kautta syntyneet näkemykset mahdollisesti tiedostamattomiinkin sisäisiin asenteisiin ja merkityksiin. Tällöin yksilölliset reflektiot edistävät myös koko ryhmän oppimista. (Sarja 2000a.) Ojanen (2006) mukaan dialogia hyödyntävässä opetuksessa koetellaan ohjaajan sensitiivisyyttä aistia myös tiedostamattomia, ei-kielellisiä lausumia. Avoin dialogi mahdollistaa rakentavan ja luovan toiminnan, jossa ohjattava oppii tuntemaan itsensä paremmin ja havaitsee omia kasvutarpeitaan.

Dialogi voidaankin nähdä prosessina, jossa mahdollistuu käsiteltävän koh-

teen moniääninen tulkinta dialogin aikana esitettyjen puheenvuorojen kautta. Prosessin tuloksena syntyneessä oppimisessa ryhmä tai yksilö kykenee tulkitsemaan uudelleen ulkoisia toimintansa kohteita. (Sarja 2000b.) Tarkastelun kohteena voi tällöin olla esimerkiksi työskentely oman hoitosuhdepotilaan kanssa. Harjoittelussa itselle epäselväksi jäänyt asia voi dialogin aikana selventyä, ja opiskelija näkee oman hoitosuhdetyöskentelynsä osana laajempaa kokonaisuutta

3.2.2 Kertomuksellisuus hoitotyön opetuksessa

Kertomuksellisen oppimisen hyödyntämisestä hoitotyön opetuksessa on runsaasti kansainvälistä tutkimustietoa. Ironsiden (2001) mukaan kertomuksellinen oppiminen sopii hoitotyön opetukseen erityisen hyvin, sillä narratiivinen pedagogiikka on kehittynyt tutkittaessa hoitotyön opetusta. Cangelosin (2006) mukaan kertomuksellinen opetusmenetelmä on hyödyllinen väline silloin, kun opittavaa asiasisältöä on paljon, ja opiskelutempo on nopea. Sairaanhoitajien koulutukseen on todellakin ladattu nykyään runsaasti sisältöä, joten tästä näkökulmasta katsottuna kertomuksellinen opetusmenetelmä näyttäisi puolustavan paikkaansa sairaanhoitajakoulutuksessa.

Kertomusten käyttö mahdollistaa oppimisen käytännön tilanteista reflektion avulla (Lewett-Jones 2007). Kertomukset tarjoavat tehokkaan työkalun jaettuun reflektioon, jonka avulla voidaan oppia syvällisempiä sisältöjä käytännön työstä kuin mihin oppikirjojen avulla on mahdollisuus (Hunter & Hunter 2002, Kirkpatrick & Brown 2004). Kertomuksellinen opetus lisää opiskelijoiden aktiivisuutta osallistua opetukseen (Davidson 2003). Kertomusten käyttö opetuksessa kehittää aktiivista kuuntelua ja keskustelua, sekä auttaa opiskelijoita tulkitsemaan kielen vivahteita ja sanattomia vihjeitä (Koenig & Zorn 2002). Kertomusten hyödyntäminen opetuksessa paransi sairaanhoitajaopiskelijoiden oppimistuloksia patofysiologian kurssilla (Cangelosi 2006). Analysoimalla omaa toimintaansa kertomusten avulla opiskelijat saivat paremman käsityksen kliinisestä kompetensistaan (Levett-Jones 2007). Analysoimalla potilaiden kertomuksia ryhmissä opiskelijat oppivat kulttuurista suvaitsevaisuutta. Kertomukset toimivat siltana hoitajien ja potilaiden välillä. (Evans & Severtsen 2001.) Kertomusten hyödyntäminen vanhustyön opetuksessa kehitti opiskelijoiden kriittistä ajattelua (Kirkpatrick & Brown 2004).

Yksi oppimisen tapa kertomuksellisessa lähestymistavassa on storytelling. Tämän menetelmän käyttökelpoisuutta opetusmenetelmänä on tutkittu mm. kättilöopiskelijoilla. Kättilötyön opetus toteutettiin käytännössä siten, että viikoittaiset, neljä tuntia kestävät kättilötyön didaktiset oppijaksot alkoivat puolen tunnin storytelling-istunnolla, jonka jälkeen jatkui teoreettinen opetus. (Hunter & Hunter 2002.) Storytelling-menetelmässä useampi henkilö osallistuu yhdessä tarinan kertomiseen (esim. Koenig & Zorn 2002). Oppiminen alkaa yksittäisen opiskelijan kertoessa tarinansa (esim. haastavana koettu tilanne käytännön harjoittelussa) opiskelijaryhmälle. Opiskelijan kertomuksen pohjalta ryhmäläiset osallistuvat aiheesta kumpuvaan keskusteluun tuoden mukaan keskusteluun omia näkökulmiaan ja kokemuksiaan, joista rakentuu uusi yhteinen kertomus. Uuden kertomuksen tarkoituksena on löytää uusia kokemukseen ja tutkimustietoon perustuvia näkökulmia alkuperäiseen kertomukseen. Kertomusten jakaminen mahdollistaa omien toiveiden, asenteiden, arvojen, pelkojen ja unelmien yksilöllisen tiedostamisen ja niiden jakamisen kertomiseen osallistuvien kesken. (Hunter & Hunter 2002, Koenig & Zorn 2002, Vuokila-Oikkonen & Janhonen 2005.) Storytelling-menetelmää voidaan hyödyntää sekä kliinisisissä olosuhteissa, että luokkahuoneessa tapahtuvassa opetuksessa (Schwartz & Abbott 2007).

Storytelling-istunnot esimerkiksi käytännönharjoittelun lomassa auttavat opiskelijaa integroimaan teoretietoa ja käytäntöä toisiinsa, ja opiskelijat oppivat myös vaihtoehtoisia ratkaisumalleja käytännön tilanteisiin. Jaettuaan kokemuksiaan hoitotyön käytännöstä opiskelijoiden oli helpompi omaksua aiheeseen liittyvää teoreettista tietoa (vrt. Koenig & Zorn 2002). Tällainen kertomis- ja oppimistilanne voidaan kehittää tavallisen seminaari-istunnon pohjalta (Vuokila-Oikkonen & Janhonen 2005). Yhteisissä kertomuksissa voidaan työstää esimerkiksi eettistä tietoisuutta, kun samaan aiheeseen tulee useampia näkemyksiä. Kertomusten jakaminen koulutuksen aikana tarjoaa hyvän mahdollisuuden oman itsetuntemuksen lisäämiseen, sillä asioiden reflektointi turvallisessa ryhmässä auttaa ymmärtämään myös omaa itseä (Davidhizar & Lonser 2003, Hunter & Hunter 2006). Storytelling kehittää ajattelu- ja hahmotuskykyä. Kertomusten tarkasteleminen johtaa tiedon analysointiin ja synteisien muodostamiseen, jonka avulla voidaan arvioida kliinistä päätöksentekoprosessia. (Koenig & Zorn 2002.) Eriävät mielipiteet ja arvovalinnat kehittävät opiskelijoiden kliinistä päätöksente-

kokyykyä (Hunter & Hunter 2006), kriittistä ajattelua ja kulttuurista sensitiivisyyttä (Davidhizar & Lonser 2003).

Kertomuksellinen oppiminen tarjoaa opiskelijoille myös vertaistukea opiskeluun ja ammattiin kasvamisen haasteisiin. Opiskelijat ovat kokeneet helpottavana huomion, että heidän opiskelijatovereillaan on samantapaisia kokemuksia ja tunteita esimerkiksi ammatti-identiteetin muodostumisessa kuin heillä itselläänkin. Erityisen lohduttavaa opiskelijoista oli huomio siitä, että kasvamisessa hoitoalan ammattilaisiksi ja siihen liittyvään vastuullisuuteen liittyi kaikilla opiskelijoilla samanlaisia epävarmuuden tunteita. Ryhmän tuki auttoi kestämään omia epävarmuuden tunteita ammatillisessa kasvuprosessissa. Samoin ryhmän tuki auttoi opiskelijoita löytämään oman tavan tehdä hoitotyötä. Prosessina storytelling auttoi omien tunteiden selventämisessä, sillä ryhmä tarjosi opiskelijoille mahdollisuuden tunteiden purkamiseen turvallisessa ympäristössä. (Hunter & Hunter 2002.)

Ammatillisen kasvun lisäksi storytelling-menetelmän koettiin kehittäneen ammatillisia vuorovaikutustaitoja. Opiskelijoiden mukaan tärkein opittu vuorovaikutustaito oli kuuntelemaan oppiminen. (Hunter & Hunter 2002.) Kertomusten käyttö oppimisessa mahdollistaa sekä asiakkaiden että muiden ammattiryhmien näkökulman syvällisemmän ymmärtämisen, sekä kehittää empatiakykyä. Sosiaali- ja terveysalalla työskenteleminen sisältää myös toimimista moniammatillisissa asiantuntijaryhmissä, joten yhteistyötaitojen kehittäminen on keskeinen osa asiantuntijuuden kehittymistä. (Koenig & Zorn 2002, Davidhizar & Lonser 2003, Davidson 2004, Vuokila-Oikkonen & Janhonen 2005.)

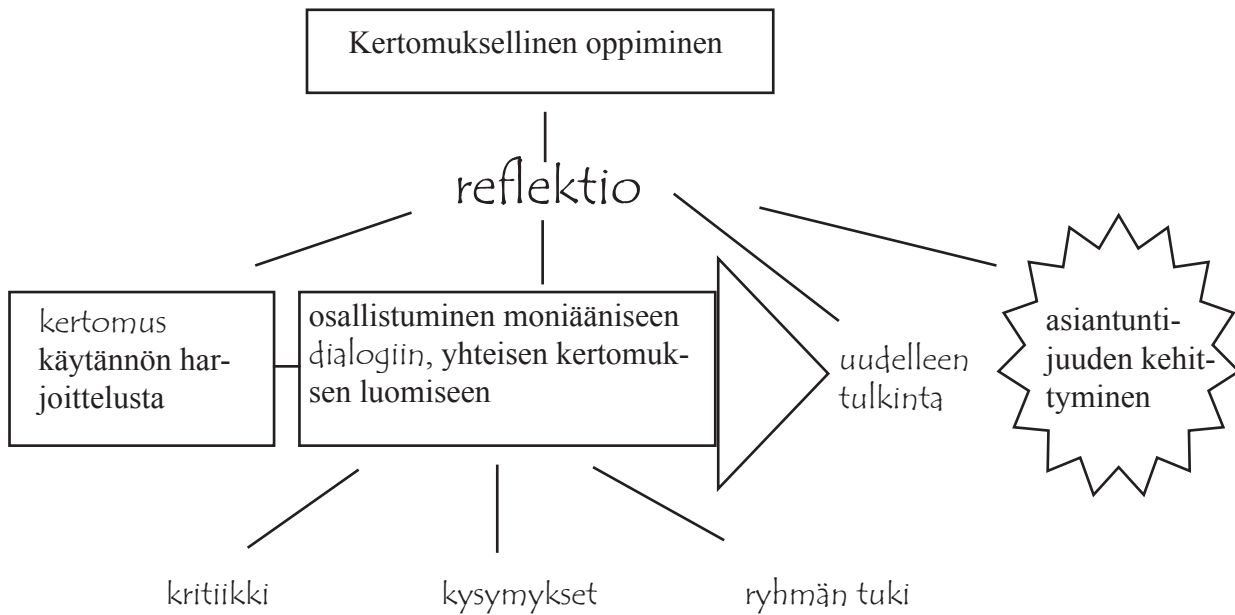
Kertomuksellinen oppiminen toimii myös identiteettityön välineenä. Opetuksessa identiteetin rakentuminen tarkoittaa sitä, että opiskelija saa palautetta toiminnastaan vuorovaikutuksessa opiskeluyhteisönsä jäsenten kanssa. Saamansa palautteen pohjalta opiskelija rakentaa identiteettiään reflection avulla. Myönteisen ammatti-identiteetin kehittyminen edellyttää väärinymmärrysten käsittelemistä ja avointa keskustelua, varsinkin kielteisten ajatusten jakaminen muiden kanssa on tärkeää. Ratkaisevaa tällöin on se, miten kerrotut tapahtumat tulkitaan ja kertomukset ymmärretään. (Vuokila-Oikkonen & Janhonen 2005.) Myös opettajien koulutuksessa ammatillinen kasvu ja identiteettityö on ollut voimakkaasti esillä viime aikoina (Heikkinen & Huttunen 2002).

Kertomuksellista oppimista on kritisoitu epätieteelliseksi ja kehittymättö-

mäksi tavaksi oppia. Kertomuksellisessa oppimisessa on nähty heikkoutena opiskelijoiden taipumus analysoida ja jakaa vain onnistumisia kuvaavia kertomuksia. (Vuokila-Oikkonen & Janhonen 2005.) Tämä voi olla hyvinkin mahdollista, ellei oppimistilanteessa onnistuta luomaan avointa ja moniäänisyyttä kunnioittavaa dialogia. Dialogiin perustuvassa oppimisessa opetustapahtuman onnistuminen riippuu pitkälti ohjaajan taidoista (ks. Ojanen 2006). Hunterin & Hunterin (2002) mukaan storytelling-ryhmän vetäjien ohjaustaitoihin tuleekin kiinnittää huomiota, jotta kaikille ryhmän jäsenille mahdollistuu tasavertainen mahdollisuus osallistua keskusteluun. Vetäjillä voi olla vaikeuksia käsitellä ryhmässä esiintyviä tunteita ja kollegoista esitettyä kritiikkiä sekä pitäytyä istunnoille varatussa ajassa. Huttusen (2003) mukaan kommunikatiivisen opetuksen ytimeen kuuluu yksilöllisyyden ja erilaisuuden hyväksyminen ja arvostaminen, tämä luonnollisesti asettaa myös haasteita oppimistilanteelle. Opettaja voi kokea kommunikatiivisen opettamisen uhkana omalle auktoriteetilleen, kun perinteinen raja opettajan ja opiskelijan välillä dialogin jatkuessa muuttuu.

3.2.3 Kertomuksellisen oppimisen dialoginen prosessi

Kuviossa 2 havainnollistan kertomuksellisen oppimisen aikana tapahtuvan dialogin mahdollistamaa oppimisprosessia. Keskeistä on avoimeen dialogiin osallistuminen ja toisistaan poikkeavienkin näkökulmien vaihto avoimessa ja sallivassa ilmapiirissä, jossa yksilöllinen kertomus toimii oppimisen lähtökohtana. Yhteistä kertomusta moniäänisesti luomalla mahdollistuu opiskelijoiden hoitotyön asiantuntijuuden kehittyminen.



KUVIO 2. Kertomuksellisen oppimisen dialoginen oppimisprosessi

3.3 Mielenterveyshoitotyön oppiminen Diakonia-ammattikorkeakoulussa

Diakonia-ammattikorkeakoulussa mielenterveyshoitotyötä opiskellaan Mielenterveystyön edistämisen (MIE) opintojaksolla, joka kuuluu terveystalan ammattiopintoihin. MIE-opintojakso koostuu mielenterveys-, kriisi- ja päihdetyön opinnoista. Näiden opintojen laajuus on 7 op. Opintoihin kuuluu 6 op:n harjoittelu. (OPS 2006–2007.) MIE-opintojakson opetusmenetelmissä on Oulun yksikössä hyödynnetty kertomuksellista oppimista.

MIE-opintojakson oppimisprosessi noudattaa Engeströmin (1988) kuvaamaa täydellisen oppimisen mallia (ks. Vuokila-Oikkonen 2007). Täydellisen oppimisen mallissa oppimisen lähtökohtana on oppijan motivoituminen, eli sisällöllisen mielenkiinnon herääminen opiskeltavaa asiaa kohtaan. Tämä tapahtuu oppijan tiedostaessa tiedollisen ristiriidan uuden opittavan aineksen ja aikaisemman tietorakenteensa välillä. Orientoitumisen ja motivoitumisen jälkeen oppimisprosessi jatkuu oppimisen sisäistämällä. Opittavaa ainesta sisäistettäessä aikaisempaa ajattelu- ja toimintamallia muokataan uuden tie-

don avulla. Tietoa ulkoistettaessa opittavaa mallia sovelletaan, ja sen avulla ratkaistaan esim. konkreetteja ongelmia. Arviointi täydellisessä oppimisprosessissa tarkoittaa sitä, että opiskelija tarkastelee kriittisesti opittavan selityksen ja toimintamallin pätevyyttä ja todenmukaisuutta. Kontrolli tarkoittaa, että opiskelija tarkastelee etäältä (reflektoi) omaa oppimistaan. Hän tarkastelee suoritustaan omaksuttavan uuden ajattelu- ja toimintamallin valossa, ja muuttaa tarpeen mukaan suoritustaan tai käsitystään asiasta.

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla sairaanhoitajaopiskelijoiden mielenterveyshoitotyön oppimista Diakonia-ammattikorkeakoulun Oulun yksikössä. Tutkimuksen aineistona on opiskelijoiden MIE-opintojakson käytännön harjoittelun aikana kirjoittamat esseet (23 kpl). Tutkimusaineiston tuottaneiden opiskelijoiden opetuksessa on hyödynnetty kertomuksellista oppimista. (ks. Vuokila-Oikkonen 2007).

Tutkimuskysymykset ovat:

- (1) Millaiseksi rakentuu sairaanhoitajaopiskelijoiden mielenterveyshoitotyön asiantuntijuuden oppiminen MIE-opintojaksolla oppimisprosessin aikana saavutettua orientaatioperustaa tarkastelemalla?
- (2) Millaisia kertomuksia syntyy mielenterveyshoitotyön asiantuntijuuden oppimisesta toisen tason ja systeemisen tason orientaatioperustan esseistä?

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Tässä kappaleessa kuvaan tutkimukseni empiirisen osion toteutumista; metodologisia valintojani, tutkimusaineistoa ja sen analyysiä. Metodologinen tarkastelu painottuu kerronnalliseen tutkimukseen. Esitän tutkimusprosessin etenemisen taulukossa 2 sivulla 42.

5.1 Kerronnallinen tutkimus

Kertomusten ja elämäkertojen tutkimus on yleistynyt parin vuosikymmenen aikana mm. yhteiskuntatieteissä, kasvatustieteissä ja psykologiassa. Tutkimuksen yhteydessä puhutaan jopa tieteenalojen välisiin suhteisiin vaikuttavasta narratiivisesta käänteestä. (Hänninen 1999 ja 2004, Syrjälä 2007.) Narratiivisella tutkimuksella on pitkät perinteet humanistisissa tieteissä (Vuokila-Oikkonen ym. 2001). Hyvärisen (2006) mukaan narratiivisen tutkimuksen kohdalla olisi ymmärrettävyyden vuoksi selvintä puhua kerronnallisuuden tutkimuksesta, sillä narratiivisessa tutkimuksessa kyse on nimenomaan *kertomuksista* ja niiden paikasta ihmisen elämässä. Tässä tutkimuksessa narratiivisesta tutkimuksesta käytetään nimitystä kerronnallinen tutkimus- ja lähestymistapa.

Kerronnallisuuden esiintulo liittyy tiiviisti tiedon- ja tiedekäsityksen muutokseen. Jerome Brunerin mukaan ihmiset jäsentävät maailmaa kahdella tavalla, loogis-rationaalisella ja kerronnallisella tavalla. Loogis-rationaalinen ajattelu pyrkii tarkkoihin kuvauksiin ja selityksiin, objektiivisuuteen ja yleistyksiin. Kerronnallinen ajattelu on tapa hahmottaa omaa ja muiden elämää, siinä kiinnitetään huomiota ihmisten tekojen intentioihin, syihin ja seurauksiin. Kertomusten kautta ihmiset rakentavat omaa elämäänsä, kertomus toimii kertojalleen itsereflektion välineenä. Tieteellisessä tutkimuksessa vallitseva ajattelun muoto on ollut juuri loogis-rationaalinen. Viime vuosikymmeninä myös kertomukset on otettu ihmis- ja yhteiskuntatieteissä tutkimuksen kohteiksi, sillä on haluttu hahmottaa sitä, miten ihmiset konst-

ruoivat omaa todellisuuttaan. (Tynjälä 2002.) Tämä postmoderni tiedonkäsitys kyseenalaistaa modernistisen käsityksen arvovapaasta, objektiivisesta tiedosta (Heikkinen 2002).

Kerronnallisen menetelmän käyttö on lisääntynyt myös terveystieteissä (Lieblich ym. 1998, Syrjälä 2007). Korhonen & Paasivaara (2008) toteavat kerronnallisen menetelmän puoltavan paikkaansa hoitotieteellisessä tutkimuksessa useasta syystä. Kerronnallinen lähestymistapa mahdollistaa henkilökohtaisten kokemusten ja niille annettujen merkitysten systemaattisen tutkimuksen. Kerronnallinen menetelmä lisää ymmärrystä ihmisten hoitamisesta erilaisissa tilanteissa ja voi sen kautta laajentaa ammatillista ja moraalista ulottuvuutta hoitamisen todellisuuteen. Fairbairnin & Carsonin (2002) mielestä kerronnallisen menetelmän käyttäminen on luontevaa hoitotyössä. Kerronnallisen lähestymistavan käyttäminen hoitotieteellisessä tutkimuksessa on kannattavaa ja tarkoituksenmukaista etenkin silloin, kun halutaan kehittää hoitotyötä ja hoidon laatua.

Kertomuksen ”teoria” ja kerronnalliseen tutkimukseen liittyvien ristiriitaistenkin näkemysten hahmottaminen on haasteellinen tehtävä. Hänninen (2004) mallintaa kerronnallisen tutkimuksen kenttää tarinallisen kiertokulun mallillaan, jossa kuvataan yksilön tarinoiden ja sosiaalisten tarinoiden kiertokulkua ja vuorovaikutusta. Kerronnallinen tutkimus herättää myös kritiikkiä tutkimuksen kentällä. Tämä voi johtua Hyvärisen (2004) esittämästä näkökulmasta, jonka mukaan tutkimuksen kerronnallisen käänteen aiheuttama kritiikitön innostus kerronnallisesta tutkimuksesta on johtanut siihen, että kerronnalliseen tutkimukseen liittyviä teesejä aikaisemmasta kirjallisuudesta on yleistetty miettimättä taustalla olevia perusteluja.

Tutkimusmetodina kerronnallisesta lähestymistavasta saa väljän vaikutelman. Heikkisen (2002) mukaan kerronnallisuus ei ole varsinainen metodi tai koulukunta, vaan hajanainen muodostelma kertomuksiin liittyvää tutkimusta. Se on väljä viitekehys, jossa huomio kohdistetaan kertomuksiin, jotka toimivat todellisuuden tuottajina ja välittäjinä. Tutkimuksen ja kertomuksen suhdetta voi tarkastella kahdesta näkökulmasta: tiede tutkii tarinoita tuottaen samalla uusia tarinoita. Polkinghornen (1995) mukaan kerronnallisessa tutkimuksessa voidaan erottaa kaksi suuntausta, kertomusten (narratiivien) ja kerronnallinen (narratiivinen) tutkimus. Narratiivien tutkimuksessa kiinnostuksen kohteena on esimerkiksi kertomuksen muoto tai teksti. Narratiivisessa tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita kertomuksen si-

sällöstä, mistä kertoja kertoo.

Suomen (2002) mukaan tutkijat käyttävät rinnakkain käsitteitä tarinallisuus ja tarinallinen tutkimus; tarina ja kertomus voidaan käsitteinä ymmärtää erillisiksi tai toistensa synonyymeiksi. Narratiivisessa ja tarinallisessa tutkimuksessa on aste-eroja, mutta narratiivista tutkimusta jäsentävän orientaation alle on mahdollista laittaa erilaisia ajattelumalleja. Eri tieteenalat tuovat kerronnalliseen tutkimukseen omat erikoispiirteensä, joten eri tutkijat voivat tehdä erilaista kerronnallista tutkimusta (Erkkilä 2006). Kerronnallisen lähestymistavan taustana on näkemys elämän ja identiteettien rakentumisesta tarinoina. Eri tieteiden kerronnallisen lähestymistavan taustana on näkemys yksittäisen ihmisen ainutkertaiseen tapaan kokea, ajatella ja tuntea, sekä jäsentää inhimillisiä kokemuksia kertomuksen muodossa (Wortham 2001, Hänninen 2004, Syrjälä 2007).

Kerronnallinen tutkimus on kontekstuaalista. Kertomukset verkostoituvat kulttuuriseen kontekstiin, aikaan ja paikkaan, ja tapahtumat seuraavat kronologista järjestystä. Tapahtumat liittyvät toisiinsa, ja ne voidaan ymmärtää täysin vain osana jatkuvaa kuvausta. (Polkinghorne 1995.) Riessmannin (2003) mukaan kontekstin huomioiminen on välttämätöntä tehtäessä tulintoja aineistosta. Erkkilän (2006) mukaan yksilön ainutkertaisen näkökulman ymmärtäminen kontekstissaan on tavoiteltavampaa, kuin yksittäisten asioiden paikkaansapitävyyden tarkistaminen muiden lähteiden avulla. Clandin ym. (2007) katsovat kerronnallisen tutkimuksen kontekstiaalisuuden muodostuvan ajallisuudesta, sosiaalisuudesta ja paikasta. Tutkimuksessa tapahtumat sijoittuvat aina ajalliseen prosessiin, johon kuuluu menneisyys, nykyisyys ja tulevaisuus. Kerronnallinen tutkimus on kiinnostunut yksilön lisäksi sosiaalisista olosuhteista (esim. elinolosuhteet, ihmissuhteet), jotka vaikuttavat yksilön elämäntilanteeseen. Kertomusten fyysisten tapahtumapaikkojen huomioiminen tutkimusta tehdessä on tärkeää, ja tutkijan tulee arvioida paikan merkitystä tapahtumille analysoidessaan aineistoa.

5.2 Kertomuksen määrittelyä

Kertomuksen tarkasta määritelmästä on useita eri näkemyksiä. Esimerkiksi kirjallisuustieteissä kertomus voidaan määritellä tiettyä rakennetta noudattavaksi, menneisyydessä tapahtuneen asian kuvaukseksi, kun taas toisille kertomus voi edustaa metaforaa elämästä. (Riessmann 1993, Hyvärinen

2006.) Yleensä kertomukset määritellään katkelmiksi, joissa on alku, keski-osa ja loppu (Riessman 1993). Polkinghornen (1995) mukaan kertomuksessa tulee olla juoni. Juoni sitoo kertomuksen osatarinat ja tapahtumat toisiinsa, jolloin pienistä osatekijöistä muodostuu kokonaisuus. Juoni osoittaa tapahtumien alun ja lopun. Juonen avulla voidaan myös erottaa kertomuksen kannalta merkitykselliset tapahtumat epäolennaisista tarinoista. Hyvärisen (2006) mukaan useimmat kertomuksen määritelmät korostavat sitä, että kertomuksessa tapahtumien välillä on kausaalinen yhteys.

Kertomus on prosessi, joka sisältää kokemuksia ja tapahtumia kertomuksen kertojan elämästä. Kertomus rakentuu ihmiselle ehyeksi kokonaisuudeksi, joka liittyy johonkin kertojalle merkitykselliseen ja ajallisesti rajattuun tilanteeseen. (Vuokila-Oikkonen ym. 2001.) Kerronnallisessa tutkimuksessa kertomukset voidaan ymmärtää kokemusten kuvauksina. Tällöin ne eivät ole fiktiota tai satuja, vaan niitä lähestytään fenomenologisen tutkimuksen tavoin; ne ovat kertojalle tosia. Kerronnallinen tutkimus tarjoaa mahdollisuuden kertojan näkökulman ymmärtämiseen, kertojan äänen kuulemiseen. Kerronnallinen tutkimus pyrkii ymmärtämään yksilön ainutlaatuista ja muuttuvaakin näkökulmaa suhteessa tutkittavaan ilmiöön. (Erkkilä 2006.)

Tässä tutkimuksessa ymmärrän kertomuksella suuren, kokonaisen kertomuksen, esimerkiksi ihmisen koko elämäntarinan. Tarina on kertomusta pienempi kokonaisuus, yksi tarina suuressa kertomuksessa. Näin esimerkiksi ihmisen kertomus elämästään voi sisältää useita pienempiä tarinoita.

5.3 Tutkimuksen aineisto ja analyysi

Kerronnallinen analyysi määräytyy tutkittavan ilmiön ja tutkimuksen käytännön toteuttamisen mukaan. Kerronnallisen aineiston analyysitapa on usein vapaamuotoinen, mutta myös tarkkoja analyysimenetelmiä on kehitetty (Hänninen 1999, Vuokila-Oikkonen 2002). Hyvärisen (2006) mukaan yhtä valmista tapaa tehdä kerronnallista analyysiä ei voida osoittaa, eri vaihtoehdot kertomusten analysoimiseksi eivät ole toisiaan poissulkevia. Vaikkakin kerronnallisen analyysin vahvuus on juuri kertojan kontekstin säilyttämisessä analyysissä mukana, voi kertomuksen pilkkominen pieniin osiin johtaa siihen, että tulkintoja tehdessä ei muisteta koko kertomuksen sisältämää kontekstia (Woods ym. 2002). McQueen & Zimmer-

mann (2006) korostavat, että kertomusten analyysin tavoitteena on nimenomaan tulkintojen tuottaminen, joten tutkijan on tiedostettava omat etukäteisosoittamuksensa.

Kerronnallisessa tutkimuksessa aineiston analyysissä on tärkeää huomioida kertomusten kontekstuaalisuus (Polkinghorne 1995, Riessmann 2003, Clandin ym. 2007). Tämän tutkimuksen kertomusten konteksti muodostuu opiskelusta sairaanhoitajaksi, jossa opiskelijat suorittavat kaikille sairaanhoitajaopiskelijoille kuuluvaa mielenterveyshoitotyön opintojaksoa. Kontekstiin kuuluu myös käytännön harjoittelupaikat, joissa mielenterveyshoitotyötä on mahdollista opiskella (esim. psykiatriset sairaalat, mielenterveystoimistot ja kuntoutuskodit). Lisäksi jokaisella opiskelijalla on oma, yksilöllinen elämäntilanteensa, joka aiheuttaa vaihtelevia haasteita ja tukevia elementtejä opiskeluun. Mielenterveyshoitotyön opiskelukontekstia huomioitaessa tulee ottaa huomioon myös se tosiasia, että vain vähemmistö opiskelijoista on kiinnostuneita mielenterveyshoitotyöstä. (ks. Cleary & Happell 2005). Opiskelijoiden esseissä kuuluu myös mielenterveyspotilaiden ääni, sillä esheet sisältävät tarinoita mielenterveyspotilaana olemisesta omapotilastarinoina. Esseissä tapahtuvan oppimisen konteksti on näin ollen hyvin monivivahteinen.

Aloitin aineiston analyysin Lieblichin (1998) esittämällä laaja-alaisella (Holistic-Content) lukutavalla. Laaja-alaisessa lukutavassa lukeminen aloitetaan avoimin mielin, empaattisella asenteella. Lukemisen edetessä on mahdollista valita yksittäisiä teemoja, joita lukija haluaa seurata. Mielenkiinnon kohteeksi valittua teemaa seurataan kertomuksen alusta loppuun. Laaja-alaisen lukutavan vaiheessa luennan kohteeksi rajautui 16 esseetä. Nämä esheet oli kirjoitettu MIE-opintojaksolla annetun tehtävänannon mukaan (LIITE 1). Nämä esheet sisälsivät kuvauksia ja tarinoita hoitosuhdetyöskentelystä, joten ne olivat sisällöltään samansuuntaisia ja vertailukelpoisia keskenään. Laaja-alaisen luennan teemaksi muodostui näin opiskelijan auttava vuorovaikutussuhde (hoitosuhdetyöskentely) ja sen analysointi. Luennan ulkopuolelle jääneet esheet (yht. 7 kpl.) oli ilmeisesti kirjoitettu eri tehtävänannolla kuin essee 1 (LIITE 1), sillä niissä ei käsitelty auttavaa vuorovaikutussuhdetta, vaan esimerkiksi ennalta ehkäisevän mielenterveystyön merkitystä.

Laaja-alaisen luennan jälkeen tutkimukseni varsinaiseksi aineistoksi valikoituneiden 16 esseen luku jatkui lukutavalla, jota voisi kuvailla Categorical-Content-lukutavaksi (Lieblich ym 1998). Categorical-Content-lukuta-

vassa kertomuksia lähestytään systemaattisemmin, jolloin kertomus voidaan pilkkoa ja luokitella osiin. Luokiteltuja aineistoja on mahdollista analysoida edelleen laadullisesti tai tilastollisesti. Luokittelun voi tehdä myös deduktiivisesti, jolloin luokittelua ohjaa aikaisempi teoria tai malli. Categorical-Content-lukutapa muistuttaa sisällön analyysiä. Categorical-Content-analyysimentelmää ovat soveltaneet väitöskirjoissaan ainakin Päivi Vuokila-Oikonen (2002) ja Pirkko Sandelin (2007).

Categorical-Content-lukutavassa esseiden luokittelu perustui esseissä esiintyneen oppimisen laadulliseen arviointiin. Arviointikriteerit muodostin yhdistämällä Engeströmin (1988) oppimisen orientaatioperustoja ja Bloomin taksonomian (Bloom 1956, Nicholl & Tracey 2007) kuvauksia oppimisesta (taulukko 1). Näin aineisto jakautui kahteen luokkaan. Esseiden rakenteen vuoksi tarkastelin sisältöä kahtena kokonaisuutena. Opiskelijat olivat kirjoittaneet ensin kuvauksen omapotilaastaan, jota he tarkastelivat teoreettisen tiedon näkökulmasta. Tämän jälkeen opiskelijat olivat kirjoittaneet hoitosuhdetyöskentelystään auttavan vuorovaikutuksen näkökulmasta. Esseiden lukeminen kaksi osatekijää sisältävänä kokonaisuutena oli mielekäs, sillä myös siksi, että opiskelijat saavuttivat vaihtelevasti eri orientaatiotasoja tehtäviensä eri osissa.

Aineiston luokittelu alkoi tarkastelemalla sairaanhoitajaopiskelijoiden mielenterveyshoitotyön oppimista Engeströmin (1988) täydellisen oppimisen mallin näkökulmasta. Orientaatiotason arviointi on oppimisen laadullista arviointia. Laadullisessa arvioinnissa pyritään asioiden syvälliseen ymmärtämiseen ja opetuksen vaikuttavuuden tarkasteluun (Sarja & Janhonen 2002). Täydellisen oppimisen mallissa opiskelijan on mahdollista saavuttaa oppimiselleen mahdollisimman korkea orientaatiotaso syvätason oppimisessa. Oppimisen tuloksena saavutettava orientaatioperusta voidaan jakaa kolmeen tasoon. Hyvän orientaatiotason tavoittelemisen on kannattavaa, sillä korkea orientaatioperusta antaa opiskelijalle mahdollisuuden kehittää uusia, yksittäisiinkin tilanteisiin sopivia orientaatioperustoja (toimintatapoja) yleisen periaatteen pohjalta. (Engeström 1988.)

Ensimmäinen, alimman tason orientaatioperusta muodostuu spontaanisti ilman ulkoista suoritusohjetta. Tämä orientaatioperusta syntyy mallioppimisessa ja yritys-erehdys- tyyppisessä oppimisessä. Toisen tason orientaatioperusta sisältää täsmällisen ohjeen, mutta se rajoittuu vain kulloiseenkin konkreettiseen tehtävään. Hoitotyössä tämän tasoista orientaatioperustaa

edustaa hoitotoimenpiteiden oppiminen. Kolmannen tason orientaatiope-
rusta paljastaa yleisen periaatteen, johon useat yksittäissuoritukset pohjau-
tavat. Tällöin opiskelijalle opetetaan periaate tai metodi, jota soveltamalla
opiskelija kykenee itse ratkaisemaan uusia haastavia tilanteita. Oppiminen
vastaa tällöin miksi-kysymykseen, ja sillä on siirtovaikutusta myös muihin
tilanteisiin. (Engeström 1988.)

Ylemmän tason orientaatiope-
rustaa voidaan kuvata systeemisenä malli-
na, joka kertoo opiskeltavan asian ymmärtävästä oppimisesta. Systeemises-
sä mallissa on rajattu määrä – kuitenkin vähintään kaksi – erillisiä tekijöitä,
jotka muodostavat kokonaisuuden tekijöiden vaikuttaessa toisiinsa. Tällöin
systeeminen malli on enemmän kuin osiensa summa, sehän sisältää proses-
seja sen ja alasysteemin välillä. Ammattikorkeakoulutasoisessa oppimisessa
tulisi oppimisessa päästä ylemmän tason orientaatiope-
rustaan, jolloin saa-
vutetaan systeemisen tason malli opittavan ydinaineksen osalta. (Vuokila-
Oikkonen 2007).

Kaipasin orientaatiotasojen arviointiin apuvälineitä, sillä koin tarvitseva-
ni joitain konkreettisia kriteereitä esseiden arvioinnin objektiivisuuden li-
säämiseksi. Tässä tehtävässä Bloomin taksonomia (Bloom 1956, Nicholl &
Tracey 2007) osoittautui käyttökelpoiseksi, sillä siinä kuvatussa oppimisessa
ja Engeströmin (1988) kuvauksessa eri tason orientaatiope-
rustoista on
yhteneväisyyksiä. Bloomin taksonomiassa (Bloom 1956, Nicholl & Tracey
2007) oppimisen syvällisyyden eroja kuvataan konkreettisesti ja havainnol-
lisesti, joka auttaa objektiivisen arvioinnin toteuttamisessa.

Bloomin taksonomiassa oppimistulos jaetaan kuuteen luokkaan, joissa op-
pimisen syvällisyys ja ajattelun abstraktiotaso lisääntyy asteittain. Toisen ta-
son orientaatiope-
rustaan katson sisältyvän Bloomin taksonomiasta luokat 1
ja 3, joissa opiskelija osaa luetella ja kuvailla oppimaansa tehden yhteenveto-
ja. Tällöin opiskelija osaa sopeuttaa toimintansa harjoittelupaikan toiminta-
ajatukseen (esim. osaston struktuuri ja säännöt). Kolmannen tason, systeemisen mallin orientaatiope-
rustaan sisältyvät Bloomin taksonomian luokat 4–6. Tällöin opiskeltava asia on sisäistetty niin hyvin, että tietoa voi sovel-
taa, tiedon avulla voi analysoida uusia tilanteita ja perustella omaa toiminta-
ta. (Nicholl & Tracey 2007.) Taulukossa 1 esitän esseissä esiintyneen op-
pimisen arvioinnissa käyttämäni periaatteet. Siinä olen suhteuttanut Enge-
strömin (1988) toisen ja systeemisen tason orientaatiope-
rustat ja Bloomin taksonomian luokat toisiinsa, jolloin Bloomin taksonomiassa esitetyt oppi-

misen kuvaukset konkretisoivat Engeströmin (1988) toisen ja systeemisen tason orientaatioperustoja.

Toisen tason orientaatio tehtäväkeskeinen oppiminen	Systeemisen tason orientaatio ymmärtävä oppiminen
<p><i>1. Tietäminen</i> Opiskelija kertoo faktoja ja muistaa määritelmiä. Tekstissä hän kuvailee mitä on tehnyt, nimeää asioita ja kuvailee tapahtumia.</p> <p><i>2. Käsittäminen</i> Opiskelija ymmärtää keskeisen sisällön, kertoo asian omin sanoin, vertaa ja konstruoi tietoa.</p> <p><i>3. Soveltaminen</i> Opiskelija osaa soveltaa yleisiä toimintaperiaatteita omassa toiminnassaan. Asettaa asioita tärkeysjärjestykseen, tekee valintoja ja suhteuttaa tietoa.</p>	<p><i>4. Analysointi</i> Opiskelija näkee eroja, löytää teoriasta näyttöä tekemilleen yleistyksille. Osaa ratkoa monimutkaisia tilanteita, erittelee kokonaisuuksia osiin ja analysoi osien vaikutusta toisiinsa.</p> <p><i>5. Synteesi</i> Opiskelija muodostaa synteesejä oppimastaan, pystyy luomaan erilaisia ratkaisuvaihtoehtoja ongelmiin, tekee olettamuksia ja osaa suunnitella tulevaa.</p> <p><i>6. Arviointi</i> Korkein kognitiivinen taso. Opiskelija osaa arvioida kriittisesti opiskeltavaa ilmiötä kokonaisuutena, arvioi käyttämänsä kirjallisuuden painoarvoa. Vertailee, laittaa arvojärjestykseen, tekee vastakkainasetteluja.</p>

TAULUKKO 1. Engeströmin toisen ja systeemisen tason orientaatioperustat ja Bloomin taksonomia suhteutettuna toisiinsa

Opiskelijoiden orientaatiotasoa arvioidessani tarkastelun kohteena oli esseiden sisältämän teoreettisen tiedon ja hoitosuhdetyöskentelykuvausten välinen reflektio Bloomin taksonomian (Nicholl & Tracey 2007) tarjoamien kuvausten avulla. Katsoin oppimisen yltäneen systeemiselle tasolle silloin, kun teoreettisella tiedolla pystyttiin selittämään tai ymmärtämään esimerkiksi oman potilaan oirekäyttäytymistä tai elämäntilannetta. Ylimmän tason oppimista katsoin olevan myös sen, kun olemassa olevalla teorialiedolla hoitosuhdetyöskentelystä analysoitiin omaa hoitosuhdetyöskentelyä. Omasta työskentelystä irralliseksi jäävän (tehtävään hankittu teorialieto ei näy opiskelijan toiminnassa, teoria jää kuvailevalle tai referoivalle tasolle) teoreettisen tiedon katsoin kuuluvan toisen tason orientaatioperustaan. Tällöin kuvaus omasta hoitosuhdetyöskentelystä ei kohdannut esseiden teorialiedon kanssa. Aiheen käsittely ei myöskään vakuuttanut minua lukijana siitä, että opiskelija olisi sisäistänyt esseessään käsittelemänsä sisällön kokonaisuudessaan, vaikka esseessä olisikin ollut satunnaisia ansiokkaita kohtia.

Luokiteltuani esseet niissä esiintyneen oppimisen mukaisesti relevantteihin orientaatioperustoihin rakensin esseistä kumpaakin orientaatioperustaa kuvaavan kertomuksen mielenterveyshoitotyön oppimisesta. Oppimiskertomuksia rakentaessani etsin esseistä mielenterveyshoitotyön oppimisen juonia, sillä esseet sisälsivät myös pienen tarinan mielenterveyshoitotyön oppimisesta.

Tutkimuksen prosessi.	Aineiston lukutapa.	Aineistolle esitetyt kysymykset.	Kertomusten muodostumisen vaihe.
vaihe 1. Aineiston keruu MIE-opinto-jaksolla, vuosi 2005.			
vaihe 2. Aineistoon tutustuminen ja lukeminen, kevät 2008.	Induktiivinen ja avoin holistic-content-lukutapa.	Mitä opiskelijat kertovat mielenterveyshoitotyön oppimisesta ja harjoittelusta? Millaista on olla mielenterveyshoitotyön harjoittelussa?	Tehtävänantoa vastaavien esseiden (LIITE 1) valinta, yht. 16 esseettä.
vaihe 3. Aineiston analyysi, kesä 2008.	Categorial-Content-lukutapa; Oppimisen laadullinen arviointi: Engströmin täydellisen oppimisprosessin orientaatioperustat konkretisoituna Bloomin taksonomialla.	Miten opiskelijan valitsema teoria ja käytännön kokemukset reflektovat keskenään? Näyttäytykö tekstissä ymmärtävä oppiminen? Mikä opiskelijoiden kuvauksissa hoitosuhdetyöskentelystä liittyy esseen orientaatioperustan mukaiseen oppimiseen? Mitä yhteistä saman orientaatioperustan esseissä on?	Esseiden jako toisen (10 kpl) ja systeemisen tason (6 kpl) orientaatioperustojen mukaiseen oppimiseen.
vaihe 4. Orientaatioperustaa kuvaavien kertomusten muodostaminen, kesä ja syyskuu 2008.	Orientaatioperustaa kuvaavan juonen etsiminen.		Kertomukset toisen tason ja systeemisen tason orientaatioperustan mukaisesta oppimisprosessista.
vaihe 5. Tutkimusraportin kirjoittaminen, kesä ja syyskuu 2008.	Tutkimustulosten peilaaminen olemassa olevaan teoria- ja kokemuseräiseen tietoon.		Tutkimusraportin lukijan analyysi kertomuksissa esitettyjen tulkintojen oikeellisuudesta.

TAULUKKO 2. Kuvaus tutkimusprosessin vaiheista

6 TULOKSET

6.1 Oppimisprosessin aikana saavutettu orientaatioperusta

Tutkimuksen tulokset esitän aluksi kuvauksina toisen tason ja systeemisen tason orientaatioperustan mukaisesta oppimisesta. Arviointiani opiskelijan saavuttamasta orientaatioperustasta perustelen otteilla opiskelijoiden kirjoittamista esseistä. Esseissä esiintyvien potilaiden yksityisyyden suojaamiseksi olen muuttanut esseissä esiintyviä tunnistetietoja niin, ettei potilaiden henkilöllisyys ole vaarassa paljastua. Vaikka opiskelijatkin ovat muuttaneet potilaiden nimet esseisiinsä, käytän esimerkkikatkelmissa kaikista omapotilaista nimitystä ”potilas”. Tämä myös vähentää mahdollisuutta tunnistaa yksittäisen opiskelijan kirjoittamaa esettä. Orientaatioperustojen kuvausten jälkeen esitän kertomukset orientaatioperustoja mukailevasta oppimisprosessista.

Kaikki opiskelijat olivat saavuttaneet vähintäänkin toisen tason orientaatioperustan oppimisessaan. Kuudessa esseessä oppiminen saavutti kokonaisuutena systeemisen tason orientaatioperustan. Kolmessa esseessä oppiminen sisälsi sekä toisen tason, että systeemisen tason oppimista. Nämä esseet olen laskenut mukaan toisen tason orientaatioperustan esseisiin. Seitsemässä esseessä oppiminen jäi kokonaisuutena toisen tason orientaatioperustalle.

6.1.1 Omapotilaskuvausten orientaatiotason arviointi

Arvioidessani opiskelijoiden oppimisen saavuttaman orientaatioperustan tasoa etenin analyysissäni seuraavalla tavalla. Ensiksi arvioin omapotilastarinan ja siihen liittyvän teoretiedon suhdetta: löytääkö opiskelija teoriasta selityksiä ja perusteluja oman hoitosuhdepotilaan elämään ja vaikeuksiin, ja voiko opiskelija hyödyntää tietoa esimerkiksi hoidon suunnittelussa ja nykyisen hoidon arvioinnissa. Onko opiskelijan refleктоima tieto sillä tasolla, että sitä voi hyödyntää myöhemmin omassa työssä? Näitä asioita si-

sältävän kirjoittamisen katsoin yltävän systeemisen tason orientaatioperustalle. Jos teoria ja omapotilaskuvaus jäivät kahdeksi erilliseksi kokonaisuudeksi, jossa teorian tieto lähinnä palveli opiskelijaa oman potilaan oireiden tunnistamisessa, jäi oppiminen toisen tason orientaatioperustalle. Tällöin potilaan tilannetta ei tarkasteltu syvällisemmin teorian tiedon tarjoamien näkökulmien valossa.

Seuraavassa esimerkissä toisen tason orientaatioperustan omapotilaskuvauksesta jää opiskelijan kuvaus potilaan käyttäytymisen kuvaamiseksi sisältämättä sen tarkempaa analyysiä potilaan kokonaistilanteesta. Opiskelijalla oli vaikeuksia erottaa teoreettisesta tiedosta sairaanhoitajan toiminnan kannalta olennaista tietoa, sillä esseeseen kerätty tieto palveli lähinnä lääketieteellisen diagnoosin tekemisen vaikeutta. Aiheen käsittelyssä ei tullut esille teoreettisen tiedon sovellusarvoa sairaanhoitajan työhön. Toisen tason orientaatioperustalle jääville omapotilaskuvauksille oli tyypillistä pitkät, referaattimaiset lainaukset oppikirjoista, jotka painottuivat diagnoosin tekemiseen ja oireiden tunnistamiseen. Esseen kirjoittanut opiskelija suoritti harjoittelunsa akuutilla vastaanotto-osastolla. Omana potilaana hänellä oli 60-vuotias mies.

Mielialahäiriöiden luokittelussa on tärkeää huomioida oireiden laatu, vaikeusaste ja kesto. Keskeinen diagnostinen peruste on erottaa hypomaanisten tai maanisten oireiden esiintyvyys, joka erottaa kaksisuuntaisen mielialahäiriön tavallisista masennustiloista. Kaksisuuntaiset mielialahäiriöt esiintyvät maanisten ja depressiivisten jakson vaihteluna. Häiriöön voi liittyä depressiivisiä, maanisia, hypomaanisia ja sekamuotoisia jaksoja ja näiden jaksojen välillä potilas on usein oireeton. Keskeistä kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidossa on jaksojen toistumisen ehkäisy. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön diagnoosia voidaan käyttää silloin, kun potilaalla on ollut vähintään yksi maaninen, hypomaaninen, tai sekamuotoinen jakso masennusjaksojen lisäksi. (Isometsä, E. 1999, 118, 149.) Diagnoosin tekemisessä ollaan kuitenkin varovaisia, jottei tehtäisi vääriä johtopäätöksiä ja saataisiin riittävästi tukea oikean diagnoosin tekemiseen. Kaksisuuntaiset mielialahäiriöt voidaan jakaa tyyppiin 1 ja 2. Tyypissä 1 esiintyy maanisia, sekamuotoisia ja masennusjaksoja ja tyypissä 2 hypomaanisia ja masennusjaksoja, mutta ei maanisia jaksoja. Tämän tyypin selvittämiseksi on tärkeää tunnistaa maanisen ja hypomaanisen jakson erot.

Hypomaaninen mieliala on lievästi kohonnut ja hyväntuulisuus voi olla suhteetonta ja korostunutta. Lisäksi kolme seuraavista hypomanian oireista tulee ilmetä: 1. Toimeliaisuuden lisääntyminen tai fyysinen rauhattomuus, 2. Puheliaisuuden lisääntyminen, 3. Keskittymisvaikeudet ja häiriöherkyys, 4. Unen tarpeen väheneminen, 5. Seksuaalisen halukkuuden lisääntyminen, 6. Lievä rahojen tuhlaus tai muu vastuuton käytös, 7. Lisääntynyt seurallisuus tai tuttavallisuus. Tärkeää erotuksessa kuitenkin on, että häiriöjakso ei ole tarpeeksi vahva aiheuttaakseen merkittävää haittaa ammatillisessa tai sosiaalisessa toiminnassa tai ihmissuhteissa, ei vaadi sairaalahoitoa eikä siihen liity psykoottisia piirteitä. Maniassa on samantyyppisiä oireita kuin hypomaniassakin, mutta voimakkaampana ja ne aiheuttavat merkittävää sosiaalista haittaa ja toimintakyvyn laskua. Lisäksi manialle on ominaista se, että se johtaa yleensä sairaalahoitoon. Joskus maanisen potilaan mieliala voi olla ärtyisiä, silloin myös oikean diagnoosin tekeminen voi olla vaikeampaa. Manian diagnoosiin edellytetään, että seuraavista oireista vähintään kolme (neljä, jos mieliala on ärtyisiä) on potilaalla sekä näiden oireiden on kestettävä vähintään viikon tai johtaa sitä lyhyemmässä ajassa sairaalahoitoon: 1. Toimeliaisuuden lisääntyminen tai fyysinen rauhattomuus, 2. Puheliaisuuden lisääntyminen tai puhetulva, 3. Ajatuksen riento tai tunne kiihtyneestä ajatustoiminnasta, 4. Liiallinen hakeutuminen nautinnollisiin tai riskialttiisiin toimintoihin, 5. Häiriöherkyys, 6. Ylikorostunut itseluottamus tai suuruudentunne, 7. Vähentynyt unen tarve. (Isometsä, E. 1999, 150–151.)

Potilaan tapauksessa kyse oli tyyppin 1 kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä. Hänen kohdalla oli havaittavissa usea manian diagnoosiin liittyvä piirre. Potilas ei saanut kotonaan mitään asiaa tehtyä loppuun vaan vaimon mukaan värkkäsi tuntikausia työkaluilla saamatta mitään valmiiksi. Lisäksi hän käveli rauhattomasti kotonaan sekä osastolla. Potilas suunnittelei sekä kotonaan että osastolla osakekauppoja ja halusi kiivaasti tehdä bisnestä sekä tuhlaus rahojaan ja antoi toimeksiantoja pankille ja asianajajille hoitaa hänen raha-asioitaan myös osastolta käsin. Potilas puhui lähes taukoamatta eikä hänen puheestaan saanut alussa selvää mistä vuodesta ja tapahtumasta milloinkin oli kyse. Potilaan alkoholin käyttö oli alkanut lisääntymään kotona ollessaan ja ollut erityisen runsasta ennen sairaalaan toimittamista. Vaimo kertoi, ettei potilas ollut nukkunut viime

aikoina kotona kuin muutaman tunnin yöllä ja samaa unettomuutta ilmeni myös osastolla. 13

Seuraava toisen tason orientaatioperustaa edustava omapotilaskuvaus edustaa tutkimuksen aineistona olleista esseistä harvinaisen niukkaa kerrontaa, sillä opiskelija ei kuvaa millään tavalla oman potilaansa masennuksen ilmenemistä. Tämän tasoinen työ olisi tehtävissä pelkkien potilaspaperioidenkin pohjalta, sillä potilaan kokemuksellisuus ei tule esseessä esille lainkaan. Harjoittelupaikkana opiskelijalla oli psykiatrinen päivösaasto, ja omapotilas oli keski-ikäinen mies.

---Potilaalla on pitkäaikaisena ongelmana hankala paniikkihäiriö ja sosiaalinen fobia. Potilas on lisäksi masentunut ja kärsii ahdistuksesta, joka liittyy paniikkihäiriöihin. Paniikkihäiriökohtaukset tulevat joskus autoa ajaessa, jos kydyssä on muita henkilöitä. --- Potilaan työssä toimenkuva on muuttunut eikä siihen ole saanut koulutusta. Tästä tilanteesta kokenut ahdistusta, josta on seurannut unettomuutta ja keskittymisvaikeuksia työpaikalla. Tämän vuoksi ollut määräaikauseläkkeellä 2 vuotta ja tällöin kulkenut mielenterveystoimistossa. --- Potilaalla ei ole itsetuhoisia ajatuksia. Tänne tullessa diagnoosina vaikea masennus.

Masennustila voi puhjeta äkillisesti tai vähitellen. Jakson kesto vaihtelee ja siihen vaikuttaa yleisesti elämäntilannetekijät. Muita riskitekijöitä ovat myös aikaisemmin sairastettu masennus, häiriöt suvussa, naissukupuoli, synnytyksen jälkeinen vaihe jne. (Isometsä, E. 2005). Masennusta esiintyy kaikenikäisillä, mutta yleisintä se on 60–69-vuotiailla. (Lehtinen, V. 1994; 110(3):217). Vakavin masennuksen seurauksena on itsemurha.

Masennuksen keskeisiä oireita ovat mielialan laskun lisäksi mielenkiinnon ja mielihyvän kokemuksen menetys sekä energian väheneminen, joka johtaa väsymiseen ja aktiivisuuden heikkenemiseen. Muita tavallisia oireita ovat keskittymiskyvyn huononeminen, alentunut itsetunto, syyllisyyden ja arvottomuuden tunteet, pessimistiset tulevaisuuden näkymät, itsetuhoajatukset, sekä univaikeudet ja ruokahaluttomuus. Mieliala vaihtelee ja potilas on usein ahdistunut ja tuskainen. Monilla Alkoholin käyttö lisääntyy. (Lepola, U, Koponen, H, Leinonen, E, Joukamaa, M, Isohanni, M, Ha-

kola, P, 2002, 63–65). Masentunut ihminen ei kuitenkaan aina sairasta masennusta. Tunne ja olotila siitä voi liittyä kokemuimme pettymyksiin, murheellisuuteen, tuskaan ja suruun ja on ohimenevänä tilana normaali osa elämäämme. Ihminen, joka on jollakin hetkellä masentunut, mutta ei käsi masennuksesta, voi kokea olonsa paremmaksi hyvinkin nopeasti ulkoapäin tai sisäisestä ajatusmaailmasta saamiensa positiivisten ärsykkeiden vuoksi. Masennuksessa oleva ihminen ei kykene vastaamaan näihin ärsykkeisiin. (Kokko, 1999, 24–25). 6

Seuraavasta systeemisen tason orientaatioperustan esseen omapotilaskuvauksesta välittyy opiskelijan ymmärrys potilasta kohtaan. Opiskelija näkee kuvauksessa sosiaalisesta pelosta yhtymäkohtia oman potilaan tilanteeseen ja pystyy selittämään tällä oman potilaan tilanteessa tapahtuvia muutoksia. Tällaista tietoa voidaan hyödyntää suunniteltaessa oman potilaan hoitoa ja kuntoutusta, esimerkiksi millaisia ovat ne sosiaaliset tilanteet, joissa oman potilaan pelko-oireilu haittaa eniten. Teoria ja käytännön esimerkit käyvät sujuvaa vuoropuhelua keskenään. Esseen kirjoittanut opiskelija suoritti harjoittelunsa nuorten psykiatrisella osastolla. Omana potilaana opiskelijalla oli teini-ikäinen poika.

Masennus on koko ihmisen sairaus. Se vaikuttaa ruumiintoimintoihin, mielialaan, ajatuksiin ja käyttäytymiseen. Masennus ei ole mielensairaus vaan siihen sisältyy eri ulottuvuuksien muutoksia, jotka ilmenevät terve-terveysongelmina. (Lehtinen 1996.) ICD-10-luokituksen mukaan masennus jaetaan lievään, keskivaikeaan ja vaikeaan masennukseen. Vaikea-asteisessa masennuksessa esiintyy kaikki kolme keskeistä masennusjakson oiretta, sekä neljä muuta oiretta (Liite 1). (Räsänen 2004, 219).

Potilaallani on diagnosoitu vaikea-asteinen masennus ilman psykoottisia oireita. Jo hänen ulkoinen olemus kertoo masentuneesta mielialasta, siitä kuvastuu alakuloisuus ja sulkeutuneisuus. Potilaan mieliala vaihtelee päivittäin surullisesta iloiseen. Hänen mielenkiinto uusista asioista kohtaan herää hitaasti ja vaatii kypsytelyä. Aktiivisuus päivittäisissä toiminnoissa ja omasta itsestä huolehtimisessa on vähäistä. Osittain masennuksesta johtuen muun muassa hänen kyky huolehtia henkilökohtaisesta hygieniasta on heikentynyt, ja tämän seurauksena potilaalla esiintyy vaikei-

ta somaattisia ongelmia.

Murrosikä on haavoittavaa aikaa ja se altistaa masennukselle. Lasten ja nuorten masennuksen lisääntymisen taustalla on esitetty olevan viimeaikaiset yhteiskunnalliset ja kulttuuriset muutokset. Perheessä kiireinen elämäntahti ja perheenjäsenten stressi voivat heijastua perheen nuoriin negatiivisesti. Mikäli nuoren perustarpeet eivät tyydyty, turvallisuus horjuu, eikä yhteistä aikaa ole vanhempien kanssa, seurauksena voi olla nuoren normaalin psyykkisen kehityksen heikentyminen. (Lehtonen 1995, 14–22.)

Itsetunto-ongelmat ja pelko omasta kyvyttömyydestä lisääntyvät usein tilapäisesti nuoruusiässä. Itsetuntoa huonontaa entisestään masennukseen kuuluva toivottomuus ja avuttomuus. (Räsänen 2004, 221.) Potilaassani on havaittavissa itsetunnon heikkoutta, jonka seurauksena hän pelkää tulevaisuutta toisten ihmisten halventamaksi. Esimerkiksi sosiaalisissa tilanteissa hän kätkeytyy mielellään hiustensa taakse. Omanarvontunnon heikkoutta kuvastaa potilaan väheksyminen itseään suhteessa toisiin, muut osaa hän ei. Hän taistelee ajoittain huonoa itsetuntoaan vastaan nostamalla itsensä muiden yläpuolelle korostaen omaa älykkyyttään tai pakenemalla leikin maailmaan. Nuoren masennus voi myös ilmetä epäsosiaalisena käyttäytymisenä, kuten koulupinnaamisena, varastelemisena ja tappelemisena. Erityisen vakavissa tapauksissa itsemurhariski on ilmeinen. (Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus 1999, 221.)

--- Sosiaalisten tilanteiden pelolle on keskeistä toisten ihmisten huomiota kohteena olemisen pelko ryhmätilanteissa. Niihin liittyy tavallisesti itsetunnon laskua ja arvostelun pelkoa. (Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus 1999, 225.) Nuoreni pelko-oireilu on ennen osastolle tuloa näkynyt laaja-alaisena, lähes kaikkia sosiaalisia tilanteita käsittävänä pelkona. Nuori on muun muassa kieltäytynyt totaalisesti lähtemästä kodin ulkopuolelle, kuten kouluun tai kouluruokailuun. Tämä epämiellyttäväksi koettujen tilanteiden välttely on ollut johdattamassa nuorta yhä täydellisempään sosiaaliseen eristäytymiseen. Tällä hetkellä nuoren pelko-oireilu näkyy rajatuissa tilanteissa, kuten ruokailuissa ja paikoissa, joissa on runsaasti hänelle vieraita ikätovereita tai tilanteissa, joissa hän on yksin ilman tukea. 5

Myös seuraavassa systeemisen tason orientaatioperustan esseen esimerkissä tulee vahvasti esille opiskelijan eläytyminen oman potilaan tilanteeseen. Opiskelija vertaa kirjallisuudesta hankkimaansa tietoa oman potilaan tilanteeseen. Esseen kirjoittanut opiskelija oli harjoittelussa aikuisille mielenterveyskuntoutujille tarkoitetussa kuntoutuskodissa. Oma potilaana opiskelijalla on nuori aikuinen mies.

--- Aspergerin syndrooma kuuluu autismin laajaan kirjoon. Autismi on määriteltä behavioristisesti sosiaalisten suhteiden huonontumisena ja niistä vetäytymisenä, sekä toistuvina rutiineina ja rajoittuneina kiinnostuksen kohteina. Autismiin esiintyminen on verrattain vähäistä, ensimmäiset arviot olivat noin 4–5/10 000 ja viimeisimpien arvioiden mukaan esiintyvyys on 16–17/10 000. Lukujen kasvu voi selittyä nykyajan paremmalla lapsuusajan autismin diagnosoinnilla sekä hoidoilla. Autismilla ei ole yhtä ainuttä etiologiaa. Tämä voi tarkoittaa, että monet hyvinkin erilaiset sairaudet voidaan laittaa autismin alle, jolloin ne vaikuttavat toisiinsa ja voivat mennä sekaisin toistensa kanssa. Autismi voidaan myös määritellä nimellä Autism Spectrum Disorders (ASD) eli voidaan puhua autismin kirjosta. Uusimmat geneettiset tutkimukset ovat osoittaneet geneettisillä tekijöillä olevan avainasema autismin etiologiassa. (Kielinen 2005, 15).---

Aspergerin oireyhtymä on tila, jossa älyllisesti normaaleilla tai hyvin lahjakkailla henkilöillä on suuria vaikeuksia sosiaalisissa vuorovaikutustilanteissa. Heillä saattaa olla muodollinen puhetapa, niukka ilme- ja elekieli, omalaatuisia kiinnostuksen kohteita ja usein kömpelö motoriikka. AS- oireyhtymän tarkkaa syytä ei tiedetä. Perinnöllisyyden osuus on kuitenkin selkeämmin osoitettavissa kuin autismissa: 50 prosentilla lähisukulaisista esiintyy oireyhtymälle tyypillisiä piirteitä. Pojilla esiintyvyys on noin neljä kertaa yleisempää kuin tytöillä. (Kielinen 2005, 231).

Noin kolme neljäsosaa kaikista teini-ikäisistä, joilla on Aspergerin syndrooma, hoitaa henkilökohtaisen hygieniansa huonosti. He kieltäytyvät pesemästä tukkaa ja käymästä suihkussa ja valittavat veden tuntuvan oudolta iholla. (Gillerg 2001, 52). Oma potilaani alkoi murrosiässä vah-

vasti pelätä suihkuun menemistä, joka viittaa vahvasti Aspergerin syndrooman oireisiin. Pesemättömyyttä hän perustelee tinnituksen pahenemisella veden äänen myötä. Aluksi potilas ei suostunut peseytymään Kuntoutuskodilla ollenkaan, mutta kävi kuitenkin kotona saunomassa noin kaksi kertaa viikossa. Asteittain pesemättömyys paheni niin, ettei hän esimerkiksi pysty olemaan saunapäivinä kotona, koska jo saunasta tuleva kosteus tuntui hänestä epämiellyttävältä. Peseytymättä potilas on ollut viime kesäkuusta asti. Likaiselle hän ei juuri haise, koska hän vaihtaa vaatteita melkein päivittäin. Hän ei myöskään näytä likaiselta, ainakaan hieman kauempaa katsottuna, koska hän jollain keinolla pitää itsensä siistinä ja hiuksensa hyvin lyhyinä.

Potilaan peseytymättömyyteen on yritetty puuttua monella eri keinolla. Sairaalassa ollessaan hänen suihkussa käyntiä oli helpotettu rauhoittavalla lääke”cocktaililla”, mutta lääkärin ehdottaessa samaa Kuntoutuskodilla ei hän siihen suostunut. Myös peseytymättömyyden vaarallisuudesta on potilaan kanssa keskusteltu, sekä vakituisten hoitajien että minun itseni toimesta. Hän tuntuu ymmärtävän esimerkiksi ihoinfektioiden mahdollisuuden, mutta tuntuu olevan täysin kykenemätön tekemään sialle mitään. Mietimme hoitajien kanssa myös, että potilaan peseytymättömyys voi olla jo kehittynyt suoranaiseksi vesipeloksi (josta myöhemmin tarkemmin).

Ruokailuun liittyvät ongelmat ovat myös hyvin tavallisia Aspergerin syndroomaa sairastaville teini-ikäisille. Monet tulevat turhantarkoiksi syömisestään, ja heille kelpaa vain hyvin valikoitu ruoka. Joillekin taas ruoka tulee tarjoilla hyvin erikoisella tavalla. (Gillberg 2001, 55). Myös potilaalani ruokailuun liittyi jotain kummallista. Hän ei ollut tavallista nuorta miestä nirsompi ruuan suhteen, eikä sitä tarvinnut hänelle mitenkään erikoisesti tarjoilla. Hän vain söi aina hyvin, hyvin hitaasti ja näytti välillä siltä kuin pala olisi takertunut kurkkuun. Usein hän myös myöhästeli yhteisestä ruokailuajasta, kenties saadakseen syödä yksin, vaikka toisten kanssa syöminen ei tuottanut ainakaan suurempia ongelmia. --- 1

6.1.2 Vuorovaikutuskuvausten orientaatiotason arviointi

Vuorovaikutuskuvauksia arvioidessani kiinnitin edelleen huomioni teoreettisen tiedon ja oman toiminnan väliseen reflektioon. Systemisen tason orientaatioperustassa auttavaan vuorovaikutukseen käytetty kirjallisuus palveli omaa hoitosuhdetyöskentelyä, tällöin kirjallisuutta oli etsitty niistä näkökulmista, jotka olivat herättäneet opiskelijassa ajatuksia auttavan vuorovaikutussuhteen edetessä oman potilaan kanssa. Toisen tason orientaatioperustalle jäävässä vuorovaikutuskuvauksessa opiskelijan käyttämä kirjallisuus jäi yleiselle tasolle toistaen lähteen sisältämiä määritelmiä, joita opiskelija käytti ulkoisena toimintaohjeena. Kirjallisuuden tarjoama tieto jäi kuitenkin sisäistämättä, jolloin opiskelija ei saanut teoriasta itselleen työkaluja, joka olisi tuonut vuorovaikutukseen juuri sen auttavan elementin.

Seuraavaksi esitän esimerkin toisen tason orientaatioperustan vuorovaikutus-kertomuksesta. Tässä katkelmassa opiskelijan toiminta jää ohjeita noudattavalle tasolle, sillä tunneilla on käyty hoitosuhteen aloittamiseen liittyviä toimintaperiaatteita läpi (esim. hoitosuhteen kestosta ja päättymisestä sopiminen). Kuvauksessaan opiskelija käy luettelonomaisesti läpi toimintansa hoitosuhteen alussa ja suhteen jatkuessa, mutta reflektiota teorian kanssa ei tapahdu. Opiskelija ei esimerkiksi tuo esille oman potilaan hänessä aiheuttamia tunteita ja ajatuksia, miltä työskentelyn aloittaminen tuntui, ja millaista hoitosuhdetyöskentely jatkossa oli. Opiskelijan harjoittelupaikkana oli psykiatrinen päiväsasto. Oma potilaana hänellä oli keski-ikäinen mies.

Hoitajalle suhde potilaaseen alkaa jo ennen ensimmäistä tapaamista. Hän saa tietoa potilaan iästä, sairaudesta, nimestä ja osoitteesta. Itse tutustuin potilaan papereihin ennen ensimmäistä tapaamista. Tässä vaiheessa ei kuitenkaan voi tehdä tarkkoja suunnitelmia, koska potilaan yksilöllisyyttä ei tunneta. Myös ensireaktiot potilasta kohtaan on syytä tunnistaa, ja usein tässä vaiheessa voi tapahtua potilaan leimaamista tai luokittelemista stereotyyppiksi. (Sundeen 1987, 142.) Kun sitten tapasin potilaani, kerroin kuka olen ja mitä teen. Mielestäni en luokitellut potilastani mitenkään. Sovimme aikatauluista eli tapasin potilastani kaksi kertaa viikossa 45 minuutin ajan. Sovimme myös, että suhteemme loppuu, vaikka potilaani jää osastolle, koska harjoitteluni loppuu. Kerroin vaitiolovelvollisuudesta ja hieman myös kirjallisesta tehtävästä mitä teen harjoittelun poh-

jalta kouluun. Laadin jokaisella kerralla hieman runkoa keskustelun tueksi, ettei samat aiheet ole joka kerralla. 6

Tässä toisessa esimerkissä toisen tason orientaatioperustan vuorovaikutuskertomuksessa näkyy mielestäni erityisen selvästi se, että opiskelija ei kaikilta osin ymmärrä työhönsä käyttämää teoreettista tietoa. Tehtävään valittu teoria edustaa aika syvällistä potilaan ymmärtämistä tavoittelevaa hoitosuhdetyöskentelyä, mutta opiskelijan kuvaus omasta toiminnasta jää pinnalliseksi. Kuvaukseen ei sisälly oman toiminnan arviointia millään tasolla; mikä opiskelijan mielestä esimerkiksi kertoi siitä, että potilas koki tullessa ymmärretyksi hoitosuhteessaan opiskelijan kanssa. Olisin myös kaivannut opiskelijan analyysiä siitä, mikä tekee vuorovaikutussuhteesta toimivaa ja ammatillista. Opiskelijan harjoittelupaikkana oli terveyskeskuksen vuodeosasto, omana potilaana hänellä oli keski-ikäinen nainen.

Toimiva vuorovaikutussuhde on edellytys ammatilliselle auttamistyölle. Joskus voi tapahtua niin, että auttaja ei kykene ottamaan huomioon autettavan tunnetta siitä, että hän on menettänyt tavallaan oman kaikkivoipaisuutensa, potilas voi hävetä ja kätkeä pelkonsa. Hoitosuhde voi vinoutua täysin tästä syystä. Vuorovaikutussuhteen käyttö terapeutisena auttamismenetelmänä tarkoittaa kunnioittavaa asennetta potilasta sekä hänen ongelmaansa kohtaan. On rakennettava luottamuksen silta potilaan ja autettavan välille, jotta pystytään tavoittelemaan myönteistä muutosta potilaan elämässä. (Salo ym. 1996, 437).

Hoitajan ja potilaan välille syntyneen myönteisen suhteen muodostuminen on osa asiakkaan hoitoa. Potilaan on kyettävä tuntemaan, että häntä ymmärretään ja hänen heikkoutensa vastaanotetaan. Hoitaja auttaa potilasta ymmärtämään ja tulemaan toimeen tunteidensa kanssa. (Mäkelä, Ruokonen & Tuomikoski 2001.)

Potilas oli hyvin halukas keskustelemaan kanssani omista asioistaan ja omasta sairastumisestaan. Keskeinen auttamismenetelmä psykiatrisen potilaan kanssa on keskustelu. Hoitosuhde edellyttää toisen ihmisen hyväksymistä, sekä ajatusten ja toiveiden jakamista. Hoitajan täytyy pystyä eläytymään potilaan tilanteeseen, mutta on kuitenkin kyettävä tarkastelemaan

tilannetta objektiivisesti. Tärkeää on luottamuksellisen ilmapiirin muodostaminen. Potilaan terveet puolet on otettava huomioon, ettei keskityttäisi liikaa vain sairauteen. (Välimäki ym. 2000.) 10

Seuraava katkelma on systeemisen tason vuorovaikutuskuvauksesta. Tässä esimerkissä tulee esille opiskelijan toiminnan potilaslähtöisyys; oma toiminta sopeutetaan potilaan tilanteeseen. Opiskelijan harjoittelupaikkana oli lasten psykiatrinen osasto. Oma potilaana hänellä oli 11-vuotias poika.

Auttamisprosessi lähtee vuorovaikutuksesta, kun joku kuvailee sinulle ongelmaansa tai huolenaihettaan. Hän voi ilmaista sen myös ilmeillään ja eleillään. Vuorovaikutus edellyttää aina avoimuutta ottaa vastaan ja antaa. (Ahonen 1992.) Auttavan vuorovaikutuksen lähtökohtia ovat potilaan yksilölliset tarpeet sekä hoitajan ammatilliset ja terapeutitiset vuorovaikutustaidot. Näiden avulla hoitaja voi auttaa potilaan hyvinvoinnin edistymisessä. (Smitherman 1983.) ---

Oman potilaani kohdalla auttava vuorovaikutus on ollut hänen kanssaan olemista. Tärkeimpänä tavoitteena olen pitänyt sitä, että hoitosuhdepotilaani pystyy luottamaan minuun. Pidän sitä tärkeänä, koska hän on joutunut elämänsä aikana olemaan näkymätön ja vanhempiensa riitojen takia taka-alalla perheessä. Hän ei ole saanut tarpeeksi tukea ja huomiota vanhemmiltaan, vaan joutunut hakemaan sitä aggressiivisella ja tuhoavalla käyttäytymisellään.

Auttava vuorovaikutus on potilaani kanssa pelejen pelaamista ja yhdessä leikkimistä. Hoitosuhteessamme ei ole ollut keskusteluja potilaani sairaudesta tai muista oireista vaan olemme keskittyneet toiminnallisen tekemisen kautta vuorovaikutukseen keskenämme. Mielestäni potilaani hyötyy yhdessä olemisesta ja esimerkiksi pelien pelaamisesta, koska hyvän pelitilanteen myötä hän pystyy tuntemaan onnistumista. Samalla hän voi saada kokemuksia siitä, että hänestä välitetään. 9

Seuraavassa systeemisen tason esimerkissä opiskelija kuvaa mielestäni erinomaisesti oman auttavan hoitosuhteensa etenemistä. Opiskelija osaa eritellä omaa toimintaansa, hoitosuhteen herättämiä tunteita ja kykenee tulkit-

semaan oman potilaan käyttäytymistä. Opiskelija on valinnut aiheen käsittelyn kannalta keskeistä teoretietoa esseeseensä, ja omat kokemukset ja teoria käyvät sujuvaa vuoropuhelua keskenään. Tässä esimerkissä teoria ja käytäntö muodostavat synteisiä keskenään. Opiskelijan harjoittelupaikkana oli nuorten psykiatrinen osasto. Oma potilas oli teini-ikäinen poika.

Sairastuminen merkitsee ihmiselle muutosta totutuissa arkielämän rooleissa ja selviytymisessä jokapäiväisistä toiminnoista. Eläminen omista tarpeista huolehtivana ja itsenäisenä persoonana häiriintyy. Asiakkaana olemiseen liittyy eriasteista riippuvuutta toisten avusta sekä yksityisyyden ja turvallisuuden tunteen heikkenemistä. Sairaalaan joutumisen yllätyksellisyys tai mahdollisuus valmistautua hoitoon tuloon on merkityksellistä sen kannalta, miten asiakas kokee hallitsevansa tilanteen. (Mattila 2001, 60–84.)

Auttamisprosessi alkaa kommunikaatiosta ja vuorovaikutuksesta. Vuorovaikutus on keino jonka avulla voidaan auttaa selventämään ajattelua, tunteita ja elämäntilannetta. Tärkeää on, että hoitaja ja asiakas puhuvat samaa kieltä ja saavuttavat yhteisymmärryksen myös tunteen tasolla. Vuorovaikutus edellyttää avoimuutta ottaa vastaan ja antaa. Hoitajan oma minuus, persoonallisuus ja kokemukset omasta itsestä tulevat esille, vaikka sitä yrittäisi peitelläkin. (Ahonen 1994, 64.)

Potilaan ja minun välinen auttava vuorovaikutussuhde lähti kehittymään vähitellen. Osastoon ja nuoriin tutustuessani kyseessä oleva potilas herätti kiinnostukseni sulkeutuneella ja epäsosiaalisella käyttäytymisellään. Oli kuitenkin havaittavissa, että hänellä oli muodostunut kiinteä ja turvallinen suhde oman hoitajansa kanssa. Näin ollen ajattelin, että hän on kykenevä muodostamaan sosiaalisia suhteita. Kävimme potilaan kanssa keskustelua hänen halukkuudestaan olla minulle niin sanottu kontakti nuori, jonka kanssa voisin syventää vuorovaikutusta ja toteuttaa opiskeluuni liittyvä tehtävä. Potilas oli mietittyään hyvin kiinnostunut asiasta.

Vuorovaikutussuhteessa luottamus on molemmin puolista. Se näkyy asiakkaan uskalluksena puhua kipeistä asioistaan ja hoitajan kykynä luottaa siihen, että asiakas kertoo hänelle luottamuksen muodostuessa tärkeät asiansa. (Keskinen 1997, 40.) Luottamus on auttamisen kannalta tärkeää,

joskaan ei aina niin helppoa ja yksiselitteistä kuin miltä se kuulostaa. Ammattiauttajilla on salassapitovelvollisuus, joka on luottamuksellisen hoitosuhteen syntymisen edellytys. Vuorovaikutussuhteissa on tärkeää pyytää lupaa jos aikoo kertoa asiakkaan kertomista asioista esimerkiksi muulle työryhmälle. (Ahonen 1994, 65.)

Aloin tutustua potilaaseen ensisijaisesti olemalla vuorovaikutuksessa hänen kanssaan sekä keskustelemalla muun henkilökunnan kanssa. Vasta hoitosuhteen edetessä perehdyin hänen potilaspapereihinsa. Asiakas odottaa itse voivansa kertoa asioistaan ja mahdollisista aikaisemmista hoidoistaan. Hyvään mielenterveystyöhön ei kuulu se, että työntekijä lukee asiakkaan aikaisemmat hoitoasiakirjat. (Kokko 2004, 81) Annoin minun ja potilaani väliselle vuorovaikutussuhteelle tilaa kehittyä hänen ehdoilla ja tahdissa. En lähtenyt tyrkyttämään itseäni, vaan odotin rauhassa, että potilas ottaa ensin kontaktia minuun. Mikäli asiakkaan ja hoitajan vuorovaikutuksen kehittymiselle annetaan aikaa vain vähän, asiakas ei kykene tuomaan esiin tunteitaan (Mattila 2001, 65).

Vuorovaikutussuhteeseen liittyvän luottamuksen kehittymiseen vaikutti potilaan kokemus kiusatuksi tulemisesta. Kokemus on ollut horjuttamassa hänen perusluottamusta muihin ihmisiin ja ennen kaikkea ikätovereihin. Potilaan sosiaalisten tilanteiden pelko ja heikentynyt itsetunto ja omanarvontunne asettivat myös lisävaatimuksia vuorovaikutukselle.

Potilaan ja minun luottamuksellisen suhteen syntymisen lähtökohdana oli se, että minä kunnioitin häntä ja hyväksyin hänet sellaisena kuin hän on. Koin myös itse, että potilas kunnioitti minua opiskelijana. Hoitosuhteen alkamiseen kuuluu kokemus siitä, että hoitaja hyväksyy asiakkaan. Hoitaja odottaa myös, että asiakas hyväksyy hänet ammattihenkilönä. (Mattila 2001, 61.) Vuorovaikutuksessa on monta eri tasoa, kuten yhteiskunta ja kulttuuri, jossa hoitaja ja asiakas elävät. Auttavaan vuorovaikutukseen ja sen laatuun vaikuttaa aina se rooli ja ihmissuhde, joka meillä on asiakkaan kanssa. (Pihlaja 1999, 136.) Kerroin potilaille omasta elämästäni jotain, kuten perheestäni ja harrastuksistani, vastaavasti hän kertoi minulle omista asioistaan. Asiakkaat odottavat avointa vuorovaikutusta, jossa toisaalta asiakas itse tuo omat näkemyksensä ja toiveensa esille. Vastavuoroisuus on

merkittävää, hoitaja antaa itsestään jotain, jolloin myös asiakas rohkenee antamaan itsestään asioita hoitosuhteeseen (Kokko 2004, 81).

Luottamuksen saavuttamiseen koin vaikuttavan myös oman kykyäni ymmärtää potilasta ja asettua hänen asemaansa, johtuen osittain omista vaikeista kokemuksistani, jotka olen pystynyt käsittelemään. Vuorovaikutuksessa asiakas kokee välittämistä, kun hoitaja paneutuu asiakkaan asioihin, on oma-aloitteisesti yhteydessä asiakkaaseen sekä asettuu jossain määrin avuttomuuden tilassa olevan asiakkaan tilanteeseen (Mattila 2001, 68). Hoitosuhteen alussa tunsin itsessäni voimakkaita säälin tunteita potilasta kohtaan, jotka kuitenkin hoidon edetessä ja ohjaajani kanssa keskusteltaessa vähenivät. Hoitoyössä työntekijän ikääntyminen, naiskupuoli ja runsas työkokemus liittyvät säälin tunteiden lisääntyvään kokemukseen. Tunteet vähenevät etenkin pitkähköön hoidon aikana, kun asiakas edistyy ja hänen tilansa ei ole enää niin huolestuttava. (Ebeling 1993, 222, 226.)

--- Alussa koin läsnäolon hieman ahdistavana, oleminen tuntui pitkästyttävältä, muutaman päivän kuluessa tilanne kuitenkin normalisoitui. Tulini huomaamaan, että läsnäolo ei ole pelkkää istumista, vaan se on aktiivista vuorovaikutusta ympäristön kanssa, tulee olla tuntosarvet herkkinä. Hiljaisuutta oli paljon ja mieleni teki alkaa täyttämään sitä, maltoin kuitenkin mieleni, koska en havainnut sen häiritsevän potilasta. Hän tuntui tykkäävän hiljaisuudesta, olemus oli rauhaisa. Hiljaisuus vuorovaikutuksessa antaa aikaa ajatusten kokoamiseen, mutta hiljaisuus voi olla myös ahdistavaa tai pelottavalta tuntuvaa yksinäisyyttä (Bradley & Edinberg 1986, 90). 5

6.1.3 Yhteenvetoa esseistä

Kokonaisuutena tarkasteltuna systeemisen tason orientaatioperustan saavutaneiden esseiden (yht. 6 kpl) välillä ei ollut rakenteellisesti ratkaisevia eroja. Osa esseistä alkoi oman potilaan esittelyllä. Siitä kirjoittaminen jatkui teoreettisen tiedon käsittelyyn, kun taas osa esseistä lähestyi aihetta teorian kautta käsittelyn edetessä omaan hoitosuhdepotilaaseen. Tekstin rytmittymisessä oli myös vaihtelua: osassa esseistä vuorottelivat koko ajan teoreettiset esimerkit käytännön kokemusten kanssa, toisissa esseissä teoria ja käytäntö

olivat omina kokonaisuuksinaan liittyen kuitenkin loogisesti yhteen.

Merkittävin yhdistävä tekijä systeemisen tason orientaatioperustan esseille oli ilmeinen innostuneisuus ja paneutuneisuus oman potilaan tilanteeseen ja kokemus omapotilassuhteen onnistumisesta harjoittelun aikana. Tällöin tutustuminen omaan potilaaseen ja hänen elämäntilanteeseensa oli motivoinut opiskelijaa hankkimaan laajalti tietoa aiheeseen liittyen, ja hankittua tietoa refleктоitiin käytännöstä saatujen kokemusten kanssa. Kokemus onnistuneesta vuorovaikutussuhteesta innosti opiskelijoita tutkimaan auttavassa vuorovaikutussuhteessa merkitykselliseksi koettuja elementtejä.

Esseistä välittyvien kokemusten perusteella ja korkean orientaatioperustan saavuttaneita esseitä tarkastelemalla onnistuneimmat omapotilassuhteet syntyivät lasten ja nuorten psykiatrisilla osastoilla sekä aikuisten kuntouttavilla pitkäaikaisosastoilla. Hoitotyön opettajan ja mielenterveyshoitotyön ammattilaisen näkökulmasta tarkasteltuna opiskelijan auttavan vuorovaikutussuhteen harjoitteluun vaikuttavat useat tekijät. Auttavan vuorovaikutussuhteen onnistumiseen vaikuttavat ainakin harjoittelupaikan potilasaines, omat vuorovaikutustaidot, harjoittelupaikan tapa tehdä mielenterveyshoitotyötä (perinteinen hoitoideologia vs. potilaslähtöinen ja humanistinen hoitotyö, ks. Latvala 1999 ja Koivisto 2003) sekä opiskelijan saama ohjaus harjoittelun aikana.

Toisen tason orientaatioperustan saavuttaneiden opiskelijoiden esseissä (10 kpl) harjoittelupaikkoina olivat olleet aikuisten pitkäaikaisosastojen lisäksi mielenterveysneuvola, kaksi akuuttia vastaanotto-osastoa sekä terveyskeskuksen vuodeosasto. Näistä harjoittelupaikoista akuutit osastot, mielenterveysneuvola ja terveyskeskuksen vuodeosasto kiinnittävät erityisesti huomiota. Oman kokemukseni mukaan mielenterveysneuvoloissa ja -toimistoissa tehtävä työ on pitkälti hoitajan yksin tekemää työtä, jolloin oppimistilanteita voi tarjoutua suhteellisen vähän. Akuutissa psykiatrisessa sairaanhoidossa potilailla voi olla hyvinkin vaikeita psyykkisiä oireita, ja vuorovaikutukseen pääseminen vaikeista psyykkisistä oireista kärsivien ihmisten kanssa voi olla haastavaa. Terveyskeskuksen vuodeosasto herättää kysymyksiä mielenterveyshoitotyön harjoittelupaikkana siitä näkökulmasta, onko niissä työskentelevillä sairaanhoitajilla sellaista mielenterveyshoitotyön osaamista, jota opiskelija oman oppimisensa tueksi tarvitsee.

6.2. Kertomukset mielenterveyshoitotyön oppimisesta

Kertomukset mielenterveystyön oppimisesta on rakennettu opiskelijoiden esseiden pohjalta. Kertomuksen juonena on opiskelijoiden oppimisprosessin eteneminen oman hoitosuhteen edetessä. Kertomukset alkavat harjoittelun alkuvaiheen tunnelmien kuvauksista juonen edetessä opiskelijan oppimisprosessin mukaisesti mielenterveyshoitotyön oppimiskokemusten erittelyyn. Kertomukset loppuvat opiskelijoiden esittämiin arvioihin harjoittelusta kokonaisuudessaan.

6.2.1 Kertomus toisen tason orientaatioperustan mukaisesta oppimisesta

Toisen tason orientaatioperustan esseistä kävi ilmi, että mielenterveyshoitotyön harjoittelun alkaminen jännitti ja pelottikin opiskelijoita, sillä opiskelijoilla oli mielenterveyshoitotyöstä monenlaisia ennakkoluuloja ja asenteita: *”Koska minulla ei ole aikaisempaa kokemusta mielenterveyshoitotyöstä lähdin psykiatrisen hoitotyön harjoitteluun hieman pelokkaana. Täytyy tunnustaa, että mielikuvani psykiatrisesta osastosta oli hieman toisenlainen kuin se todellisuudessa sitten oli. Mielessäni olin dramatisoinut ovet lukossa ja eteenpäin tuijottavat potilaat raahustavan käytävän päästä päähän”*. Ennakkoluulot onneksi muuttuivat ja pelot hälvenivät harjoittelun edetessä: *”Mielikuvani ei todellakaan olisi voinut olla vääristyneempi. Olin positiivisesti yllättynyt ensinnäkin osaston kodikkuudesta ja toiseksi siitä, kuinka lämpimästi minut otettiin vastaan vaikka olinkin ’vain’ opiskelija”*.

Osa opiskelijoista koki olonsa epävarmaksi ja valmiutensa kohdata mielenterveyspotilaita puutteelliseksi: *”Jos omassa suvussa, ystävissä tai lähipiirissä ei ole mielenterveysongelmista kärsiviä ihmisiä voi kohtaaminen olla hämmentävää. Miten kohtaan potilaan, mitä hänen kanssaan voi puhua tai miten yleensä pitää käyttäytyä”*.

Harjoittelu oli tunteita herättävää. Psykiatristen sairauksien aiheuttama häpeä ja hulluksi leimaaminen mietitytti opiskelijoita, kuten myös usein sairauden mukanaan tuoma syrjäytyminen ja yksinäisyys. *”Tunteita harjoittelussa oleminen kuitenkin herätti. Varsinkin sellaisten nuorten potilaiden kohdalla, joilla ei ollut ystäviä eikä oikein läheisiäkään jotka olisivat tukeneet ja auttaneet. Psykkiset sairaudet aiheuttavat usein syrjäytymistä yhteiskunnasta ja takaisin pääsy voi olla vaikeaa, joillekin jopa mahdotonta.”*

Oman hoitosuhdepotilaan valinta ei käynyt sujuvasti. Valintaa vaikeutti esimerkiksi yksikön tapa tehdä mielenterveyshoitotyötä esimerkiksi mielenterveystoimistossa, jossa työskentely perustuu vakiintuneisiin hoitosuhteisiin, eikä potilaille ole helppoa ottaa opiskelijaa mukaan luottamuksellisiin keskusteluihin. Asiakkaissa ei aina välttämättä ole sellaisia potilaita, joiden kanssa opiskelija voisi työskennellä.

Opiskelijoilla oli vaikeuksia hoitosuhdetyöskentelyn käynnistymisessä, sillä usein potilaat kokivat epämukavaksi opiskelijan osallistumisen luottamuksellisiin keskusteluihin. Opiskelijalla ei ollut todellista mahdollisuutta saavuttaa ymmärrystä potilaan elämäntilanteeseen, sillä teoriatieto ei yhdisty käytännön tilanteeseen. Opiskelija kokee luottamuksellisen suhteen luomisen potilaan kanssa vaikeaksi, mutta ei tunnista taustalla vaikuttavaa potilaan paranoidisuudesta johtuvaa psyykkistä problematiikkaa. Näin syvälinen näkemys potilaan tilanteesta jää saavuttamatta, eikä opiskelijalle avautunut paranoidisuuden merkitys potilaan persoonallisuudelle. *”Hänen kanssaan ei ollut helppoa päästä luottamukselliseen ja syvälliseen vuorovaikutussuhteeseen, koska potilaani kertoi asioistaan ja ongelmistaan mieluummin hyvin tuntemalleen hoitajalle kuin lähes tuntemattomalle opiskelijalle”.*

Auttavan vuorovaikutuksen hahmottamisessa oli vaikeuksia. Opiskelijan kokemuksen mukaan harjoittelussa ei tarjoutunut riittävästi tilanteita, joissa olisi voinut esimerkiksi hoitajien toimintaa seuraamalla oppia auttavan vuorovaikutuksen elementtejä: *”Harjoittelussa ei saanut niin hyvää käsitystä kuinka auttava vuorovaikutus kuvastuu hoitotyössä, koska olin sellaisella osastolla, jossa potilasta autettiin vain akuutin vaiheen yli. Huomasin silti pieniä asioita, jotka tukivat suhdetta potilaan ja hoitajan välillä. Osastolla tuettiin potilaan perushoitoa sekä lääkehoidolla oli suuri osa hoidossa”.* Samoin terveyskeskuksen vuodeosastolla mielenterveyshoitotyö jäi muun hoitotyön jalkoihin: *”Usein vuodeosasto on tosin niin täynnä huonokuntoisia potilaita, että psykiatriset potilaat eivät ehkä saa tarpeeksi sitä kokonaisvaltaisesti huomioidavaa hoitoa ja aikaa, josta he hyötyisivät”.*

Mielenterveyshoitotyö koettiin henkisesti raskaana. Henkistä kuormittavuutta aiheuttivat oman persoonan käyttäminen työvälineenä ja itsessä heräävät tunteet. Oman sairastumisen mahdollisuus herätti ahdistusta. Potilaat saattoivat herättää opiskelijassa negatiivisiakin tunteita. *”Työ psykiatrian kentällä on henkisesti raskasta osittain ehkä siksi, että oma persoonallisuus on tärkein työväline. Työn kuormittavuutta lisää myös se, että on paljon asiak-*

kaita, jotka eivät toivu tai kuntoudu koskaan. Eteen voi tulla todella rankkoja ihmiskohtaloita, jolloin väistämättä voi tulla mieleen omakin sairastumisen mahdollisuus. Joskus potilaat voivat alkaa ärsyttämään tai itse alkaa vain väsymään samojen juttujen kuunteluun.”

Harjoittelu tarjosi opiskelijoille merkityksellisiä oppimiskokemuksia. He pystyivät kehittämään hoitotyössä tarvittavia taitoja. Harjoittelu tarjosi mahdollisuuden tarkkailla oman persoonan käyttämistä työvälineenä. Hoitajan taitavana koettu toiminta herätti opiskelijassa toiveen kehittää omia taitojaan hallita haastavia tilanteita taitavaksi koettuun suuntaan. Tällöin oma minä sai rakennusaineita harjoittelusta. Hoitajien toiminta herätti myös kritiikkiä. ”*Osastolla tuli mietittyä usein, että kuinka erilaisia hoitajia voi olla. Parhaassa tapauksessa hoitaja osasi käsitellä aggressiivista potilasta rauhallisesti ja sai potilaalle turvallisen olon. Itse toivottavasti joskus työelämässä pystyn samanlaiseen toimintaan, säilyttämään rauhallisuuden ja samaan aikaan luottamuksen potilaan kanssa. Joissain tilanteissa olisin ehkä toiminut eri tavalla kuin osa hoitajista toimi, mutta se saattaa johtua vain siitä kokemuksen puutteesta tai sinisilmäisyydestä.”* Etenkin opiskelijat kokivat omien vuorovaikutustaitojensa kehittyneen. Myöskin potilaan kohtaaminen on luontevampaa, eikä esimerkiksi hiljaisuus aiheuta ahdistusta enää. ”*Tunnen saaneeni harjoittelujaksosta paljon. Vuorovaikutustaitoni on kehittyneet, olen oppinut kuuntelemaan hiljaisuutta ja olemaan hiljaa. Havainnointitaitoni ovat myös kehittyneet.”*

Kokonaisuutena harjoittelu koettiin opettavaisena ja hyödyllisenä, josta sai valmiuksia kohdata mielenterveysasiakkaita tulevassa työssä. Osalle opiskelijoista mielenterveyshoitotyön sisällöt jäivät ainakin osittain epäselviksi, eikä harjoittelupaikassa toteutettu hoitotyö ja läsnäolon merkitys auennut opiskelijalle: ”*Psykiatrinen hoitotyö todellakin on paljolti istumista ja keskustelemista”.*

6.2.2 Kertomus systeemisen tason orientaatioperustan mukaisesta oppimisesta

Systemisen tason orientaatioperustan esseissä ei tullut esille sitä näkökulmaa, että mielenterveyshoitotyön harjoittelu olisi jännittänyt tai pelottanut opiskelijoita etukäteen. Hoitosuhdetyöskentely oman potilaan kanssa pääsi alkamaan nopeasti, sillä oman potilaan valintaan ei liittynyt vaikeuksia. Esimerkiksi lastenosastoilla oma potilas oli saatettu valita opiskelijalle jo val-

miiksi, tai opiskelija oli muuten valinnut nopeasti itseään kiinnostavan potilaan. Omahoitajana toimiminen koettiin mielekkäänä ja antoisana.

Vuorovaikutussuhde oman potilaan kanssa oli lähtenyt kehittymään opiskelijoiden kuvauksen perusteella suhteellisen helposti. Opiskelijat olivat tutustuneet ensin omaan potilaaseen ihmisenä, ja perehtyneet vasta tämän jälkeen potilaspapereihin. Tutustumisvaiheessa opiskelijat olivat hyödyntäneet toiminnallisia menetelmiä (esimerkiksi pelit ja leikit). Vuorovaikutussuhteen luomista omaan potilaaseen helpotti opiskelijan itsetuntemus, sekä aikaisempi kokemus esimerkiksi lasten kanssa työskentelystä. Näillä opiskelijoilla oli myös ilmeisen hyvät vuorovaikutustaidot, sillä he tiedostivat mm. sanattoman viestinnän merkityksen potilaan kohtaamisessa: *”Katsekontaktin luominen oli aluksi vaikeaa, kun ei tiennyt minne katsoisi. Huomasin, että tietoisuuteni sanattomasta viestinnästä teki esimerkiksi hymyilystä ja nauramisesta hallitumpaa. Potilaani ilmeet ja eleet olivat paljon spontaanimpia etenkin silloin, kun hän ajatteli, että minä en näe.”*

Opiskelijat korostivat esseissään hoitosuhteen luottamuksellisuutta ja hoitajan läsnäolon merkitystä. Oman hoitosuhteen yhtenä tavoitteena olikin luottamuksellisen suhteen luominen omaan potilaaseen. Opiskelijat pysyivät erittelemään oman potilaan kannalta luottamuksellisen suhteen syntymistä vaikeuttavia tekijöitä (mm. kokemukset kiusatuksi tulemisesta sekä sosiaalisten tilanteiden pelko). Luottamuksellisen suhteen saavuttamista helpotti kyky asettua potilaan asemaan. Tässä opiskelijaa auttoivat omat voitettut vaikeudet, jotka opiskelija oli saanut käsitellyä. Läsnäolon merkityksen oivaltaminen vaati opiskelijoilta hyvää ahdistuksensietokykyä. Läsnäolo ja potilaan tavoitettavissa oleminen saattoi tuntua aluksi ahdistavalta ja pitkästyttävältäkin. Tilanne helpottui opiskelijoiden oivaltaessa, että läsnäolo ei ole passiivista, omissa ajatuksissa olemista: *”läsnäolo ei ole pelkkää istumista, vaan se on aktiivista vuorovaikutusta ympäristön kanssa, jolloin tulee olla tuntosarvet herkkinä”*.

Oireiden tunnistamisen lisäksi oma hoitosuhde opetti opiskelijoille potilaan kokemuksen ymmärtämistä, sekä ihmisen näkemistä sairauden takana. Tärkeänä auttavana tekijänä omissa hoitosuhteissaan opiskelijat pitivät terveen ihmisen mallina olemista potilaalle. Opiskelijat kykenivät arvioimaan hoitosuhteitaan realistisesti. He mm. totesivat, ettei hoitosuhde ehtinyt kehittyä harjoittelun aikana kovin syvälliseksi, mutta keskusteluyhteyden saavuttaminen potilaan kanssa oli ollut tärkeää.

Omapotilastyöskentelyn kautta osaston toimintaperiaatteet ja hoidon tavoitteet tulivat opiskelijalle tutuiksi, ja hän ymmärtää hoitajien toiminnan tarkoituksen. Harjoittelun alussa opiskelijaa ihmetytti osaston tiukat säännöt, sillä hän ei ymmärtänyt niiden merkitystä lapsen hoidon kannalta. Harjoittelun edetessä sääntöjen merkitys avautui opiskelijalle. *”Opin, miten tärkeää osaston lapsille on joka päivä toistuvat rutiinit ja tiukat säännöt, sillä ne tuovat lapsille turvallisuutta, mitä ei välttämättä jokainen lapsi kotoaan saa. Juuri nuo tiukat säännöt ehkä alussa itseäni ihmetytti ja jopa välillä kauhistutti, mutta nyt kun tietää, mitä hyötyä säännöistä on, ymmärrän säännöt täysin.”*

Harjoittelun aikana opiskelijoilla virisi syvällisiäkin itsereflektiivisiä pohdintoja, joissa arvioitiin oman elämän tapahtumia ja meitä kaikkia koskevaa psyykkisen sairastumisen mahdollisuutta. Oman haavoittuvuuden tiedostaminen ei kuitenkaan ahdistanut opiskelijaa, vaan hän saa tietoisuudesta valmiuksia kohdata mielenterveyspotilaita: *”Harjoitteluni aikana psykoosista ja skitsofreniasta on tullut läheinen asia itselleni. Olen pohtinut oman elämän kasvuvaiheita ja myöskin viimeaikaisia tapahtumia peilaten niitä siihen tietoon ja kokemukseen, jonka olen saanut. Psykoosi voi tulla kenelle vain, minullekin, jos tarpeeksi vaikeat olosuhteet ja stressi kuormittavat, eikä suojaavia asioita ole ulottuvilla juuri silloin. Sairastumisen riskin tiedostaminen tuo ajatteluuni inhimillisen näkökulman, joka auttaa kohtaamaan jokaisen psykoosiin tai skitsofreniaan sairastuneen tasavertaisena ihmisenä”.*

Harjoittelu herätteli opiskelijoita myös yhteiskunnalliseen pohdintakuuluun. Pystytäänkö syrjäytymistä ehkäisemään riittävästi, ja turvataanko lasten kehitys ja olosuhteet riittävän hyvin: *”Eniten mietin kuitenkin sitä, että miksi tämänkin pojan kohdalla tilanne on päässyt näin vaikeaksi ennenkuin hän on päässyt hoitoon. Miten vanhemmat voivat olla niin välinpitämättömiä omista lapsistaan? Miksi yhteiskunnassa ei kerta kaikkiaan tueta enempää heikompia perheitä?”*

Mielenterveyshoitotyön harjoittelu oli koettu yhtenä parhaimmista ja opettavaisimmista harjoitteluista, josta on hyötyä koko elämää ajatellen, ei vain sairaanhoitajan työn kannalta. *”Tämä harjoittelu oli yksi parhaimmista ja opettavaisimmista harjoitteluistani... Opin paljon uutta erilaisten ihmisten kohtaamisesta. Uskon siitä olevan hyötyä ei vain tulevaa uraani ajatellen, vaan koko loppuelämäni ajatellen.”*

7. EETTISET NÄKÖKOHDAT TÄSSÄ TUTKIMUKSESSA

Kerronnallisen tutkimuksen eettisten näkökohtien pohdinta noudattaa yleisiä terveystieteelliselle tutkimukselle ja laadulliselle tutkimukselle asetettuja ohjeita. Kerronnallisessa tutkimuksessa aineistot ovat usein pieniä ja tutkimuksen kohteena voivat olla arat ja hyvin henkilökohtaiset ilmiöt, joten tutkimuksen eettiset näkökulmat täytyy ottaa huomioon erityisen tarkasti. (Vuokila-Oikkonen ym. 2001, Erkkilä 2005, Korhonen & Paasivaara 2008.)

Tutkimuksen suorittamiseen tarvitaan tutkimukseen osallistujalta suostumus (Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 488/1999). Tutkimukseen osallistuvalla täytyy saada tietoon perustuva suostumus. Tutkimukseen osallistujan on oltava tietoinen siitä että kyseessä on tutkimus. Osallistujaa tulee informoida mm. tutkimuksen tarkoituksesta ja kestosta, sekä tutkimuksella tuotetun tiedon käyttötarkoituksesta. Tutkimukseen osallistuvan tulee olla tietoinen mahdollisuudestaan keskeyttää osallistumisensa tutkimukseen. (Polit & Beck 2004, Kylmä & Juvakka 2007.) Opinnäytteenä kirjoitetun esseen luovuttaminen tutkimukseen oli vapaaehtoista. Opiskelijoilta pyydettiin kirjallinen lupa esseen luovuttamisesta tutkimuskäyttöön. Tutkijayliopettaja, TtT Päivi Vuokila-Oikkonen on hankkinut tämän tutkimuksen aineiston Diakonia-ammattikorkeakoulun Oulun yksikössä, ja hän vastaa tutkimuksen alkuvaiheen käytännön järjestelyistä (tutkimuslupa, aineiston hankkiminen).

Tutkimus ei saa aiheuttaa haittaa tutkittaville, ja tutkimukseen osallistuvien ihmisoikeuksia tulee kunnioittaa. Laadullisessa tutkimuksessa haitan välttäminen tarkoittaa esimerkiksi sen pohtimista, mitä arkaluonteisen asian (esimerkiksi vaikea elämäkokemus) käsitteleminen voi tutkimukseen osallistuvalla aiheuttaa. (Kylmä & Juvakka 2007.) Tässä tutkimuksessa ei käsitelty tutkimukseen osallistuvien henkilöiden terveyteen liittyviä asioita. Kokemukset mielenterveyshoitotyön opiskelusta ovat kuitenkin hyvin henkilökohtaisia, ja esseissä pohdiskeltiin välillä asioita hyvin avoimesti ja syväl-

lisestikin. Tämän vuoksi aineistoa tulee käsitellä huolellisesti. Olen säilyttänyt esseet kotonani asianmukaisesti niin, etteivät ulkopuoliset henkilöt ole päässeet niihin käsiksi. Päivi Vuokila-Oikkonen omistaa tutkimusaineiston, ja palautan tutkimusaineiston hänelle tutkimusprosessin päättyessä. Esheet kirjoittaneiden opiskelijoiden henkilöllisyys ei paljastunut minulle missään tutkimuksen vaiheessa. Samoin opiskelijoiden esseissä esiintyvien mielenterveyspotilaiden henkilöllisyys pysyy salassa, sillä opiskelijat ovat muuttaneet potilaidensa nimet potilaskuvauksissaan. Näin ollen kenenkään tutkimukseen suoraan tai välillisesti osallistuneen henkilön henkilöllisyys, tai luottamuksellisia asioita ei ole vaarassa paljastua tämän tutkimuksen vuoksi ulkopuolisille henkilöille.

Tulosten tulkitseminen omassa kontekstissaan on osa kerronnallisen tutkimuksen eettisyyttä (Riessman 2003, Erkkilä 2005). Analysoidessani tutkimuksen aineistoa olen pyrkinyt pitämään mielessäni opiskelijoiden realistisen elämäntilanteen muistuttamalla itseäni siitä, että mielenterveyshoitotyön maailma voi olla aika haasteellinen maailma hoitotyötä vasta aloittelevalle. Tässä minua auttoi oma kokemukseni sekä mielenterveyshoitotyön käytännöstä että opiskelijoiden ohjaamisesta mielenterveyshoitotyön käytännön harjoittelussa.

8 POHDINTA

8.1 Tulosten tarkastelua

Ensimmäisenä tämän tutkimuksen tuloksissa kiinnittävät huomiota esseissä ilmenneet oppimistulokset, joissa suurin osa esseistä (10 kpl) saavutti toisen tason orientaatioperustan. Systemisen tason orientaatioperustalle ylsi vain kuusi esseitä. Vuokila-Oikkosen (2007) mukaan ammattikorkeakoulutasoisessa oppimisessa tulisi päästä systemisen tason oppimiseen. Näin ollen tässä tutkimuksessa esiintynyt oppiminen ei täyttänyt tätä tavoitetta, koska oppiminen jäi suurimmassa osassa esseitä toisen tason orientaatioperustalle.

Syitä tässä tutkimuksessa ilmenneisiin oppimistuloksiin on monia. Opiskelijan saamalla ohjauksella on suuri merkitys oppimiselle käytännön harjoittelussa. Fordin ym. (2000) mukaan opiskelijat ovat usein epävarmoja oppimisestaan käytännön harjoittelun jälkeen. Clearin ja Happellin (2005) mukaan harjoittelun lähiohjaajat (clinical supports) auttoivat opiskelijoita ymmärtämään mielenterveyshoitotyön keskeisiä sisältöjä ja tukivat opiskelijoiden ammatillista kehitystä. Opiskelijat tarvitsivat ohjausta mm. potilastietojen kirjaamisessa ja mielenterveyspotilaiden tarpeiden tunnistamisessa. O'Donovanin (2006) mukaan harjoittelun lähiohjaajalla ja opettajalla on suuri merkitys opiskelijan reflektion onnistumisessa mielenterveyshoitotyön harjoittelussa. Sillan rakentaminen teorian ja käytännön välille vaatii jatkuvaa kehittämistyötä, aitoa yhteistyötä ja sitoutumista. Opiskelijoilla tulisikin olla harjoittelunsa aikana hyvin valmistautunut ja opiskelijoiden ohjaamisesta kiinnostunut ohjaaja, jolloin opiskelijalle mahdollistuu mielenterveyshoitotyössä tarvittavien tietojen ja taitojen kehittäminen (Clear & Happell 2005). Collin & Tynjälän (2002) mukaan työpaikoilla tarvitaan sellaisia ohjaajia, joilla on alan ammattitaidon lisäksi myös pedagogista näkemystä, jota voidaan hyödyntää oppimisen ohjaamisessa. Durkin (2002) mielestä tarvitaankin koulun ja osastojen henkilökunnan yhteis-

työtä siinä, että mielenterveyshoitotyön harjoitteluista muodostuu positiivinen oppimiskokemus opiskelijoille.

Lähiohjaajalla on tärkeä merkitys myös harjoittelun sisällön jäsentämisessä konkreettisestikin. Opiskelijat ovat usein epävarmoja roolistaan mielenterveyshoitotyön harjoittelussa sekä siitä, mitä heiltä odotetaan (Ford ym. 2000, Clear & Happell 2005). Tilannetta huonontavat entisestään henkilökunnan ristiriitaiset ohjeistukset opiskelijoiden tehtävistä yksikön toiminnassa (Clear & Happell 2005). Työntekijöiden eriävät näkemykset opiskelijan roolista mielenterveyspotilaan hoidossa ovat tulleet minuakin vastaan ohjatessani opiskelijoita käytännön harjoitteluissa. Joskus työntekijän näkemys opiskelijan rajallisista mahdollisuuksista osallistua potilaan hoitoprosessiin on saattanut jopa muodostaa esteen opiskelijan harjoittelussaan asettamien tavoitteiden saavuttamiselle.

Näkemykseni mukaan opiskelijat tarvitsevat laadukasta ohjausta mielenterveyshoitotyön harjoittelun aikana. Olipa ohjaajana sitten opettaja tai yksikössä työskentelevä hoitaja, on ohjauksen tehtävänä osoittaa ja selventää opiskelijalle psyykkisistä vaikeuksista kärsivän ihmisen hoidon ominaispiirteitä ja avata teoreettisen tiedon (esim. psykiatria) merkitystä hoitotyön ja auttavan vuorovaikutussuhteen kannalta. Ilman ohjauksessa tapahtuvaa teorian ja käytännön integrointia harjoittelussa vastaan tulevat asiat jäävät irrallisiksi, eikä yksikössä tapahtuvan hoitotyön sisältöjä välttämättä ymmärretä. Eräästä tämän tutkimuksen aineistona olleesta toisen orientaatiotason esseestä minulle tuli vaikutelma, että opiskelijalle oli jäänyt epäselväksi paranoidisen skitsofrenian merkitys ja vaikutus potilaan persoonallisuuteen ja ihmissuhteisiin. Esseessään hän käsitteli luottamuksellisen suhteen luomisen vaikeutta omaan potilaaseen, joka sairasti paranoidista skitsofreniaa. Opiskelijan tarinasta ei kuitenkaan käynyt ilmi, että hän olisi oivaltanut nimenomaan paranoidisuuden aiheuttavan tiettyä epäluuloisuutta. Opiskelija koki luottamuspuolan hoitosuhteessa epäonnistumisena, koska ei ymmärtänyt mistä luottamuspuola johtui. Tämän asian käsittely olisi ollut ensiarvoisen tärkeää ohjaussuhteessa. Paneutuminen opiskelijoiden ohjaukseen mielenterveyshoitotyössä kannattaa, sillä Clearin & Happellin (2005) mukaan riittävä syventyminen opiskelijaohjaukseen lisäsi opiskelijoiden kiinnostusta mielenterveyshoitotyöhön. Täten useampi opiskelija piti mahdollisena työskentelyä mielenterveyshoitotyössä valmistumisensa jälkeen.

Motivaatiolla on opiskelussa ja oppimisessa tärkeä merkitys. Motivaatiol-

la on ihmisen toiminnan säätelyssä keskeinen osuus, ja nykykäsityksen mukaan oppimisessa motivaatio kuvastuu toiminnan tietoisissa ja tiedostamattomissa tavoitteissa. Tavoite säätlee sitä, mitä yksilö pyrkii tekemään. Oppimista säätelevät yksilön teot ja hänen tulkintansa saamastaan palautteesta. Oppimisen kannalta eivät ole tärkeitä vain toiminnan tavoitteet, vaan myös ne keinot, joilla tavoitteisiin pyritään. (Rauste-von Wright ym. 2003.) Tällöin mielenterveyshoitotyön harjoittelun oppimistulosten kannalta on ensiarvoisen tärkeää se, millainen motivaatio opiskelijalla on mennessään harjoitteluun. Opiskelijan kokemus pakolliseen kurssiin liittyvän harjoittelun hyödyllisyydestä ja kiinnostavuudesta vaikuttaa opiskelumotivaatioon, ja koettu motivaatio vaikuttaa harjoittelulle asetettuihin tavoitteisiin ja tavoitteisiin pyrkimiseen. Näin opiskelijan toiminta harjoittelussa voi tähdätä kunnianhimoistenkin tavoitteiden saavuttamiseen, tai tavoitteena voi olla vain kurssin läpäiseminen vaikka rimaa hipoen. Tutkimusten mukaan mielenterveyshoitotyö ei kuulu sairaanhoitajaopiskelijoiden suosituimpiin uravaihtoehtoihin muun muassa erilaisista ennakkokäsityksistä johtuen (Clear & Happell 2005).

Tutkimuksen tulokset antavat aiheutta olettaa, että mielenterveyshoitotyön sisällöt ovat jääneet osin epäselviksi opiskelijoille. Vaikeus mielenterveyshoitotyön ydinsisällön hahmottamisessa lyhyen opintojakson aikana on ymmärrettävää, kun tarkastellaan mielenterveyshoitotyön teoreettista perustaa. Huolimatta hoitotieteen viimeaikaisesta kehityksestä ja tutkimuksesta ei mielenterveyshoitotyöllä ole selkeästi hahmotettua teoriaa, sillä mielenterveyshoitotyö perustuu monitieteiseen lähestymistapaan. Psykiatrinen hoitotyö on pitkään perustunut psykologiasta ja psykiatriasta lainattuihin terapeuttisiin metodeihin. (Kiikkala 1998, Linnainmaa 1999, Littlejohn 2003.) Muualta lainattua tietoa yhdistelemällä psykiatrisen hoitotyön teoreettinen perusta on jäänyt Linnainmaan (1999) mukaan hajanaiseksi, joten mielenterveyshoitotyössä työskentelevät hoitajat eivät tiedosta omaa teoreettista taustaansa. Aikaisempi psykiatrisen sairaanhoitajan erikoiskoulutus perustuikin psykoterapiatietämykseen. Vuoden kestäneen erikoistumisen aikana psykiatrisista sairaanhoitajista ei kuitenkaan tullut psykoterapeutteja, vaan psykoterapeuttisesti suuntautuneita sairaanhoitajia. Littlejohnin (2003) mukaan mielenterveyshoitotyöllä on oma itsenäinen, auttava elementtinsä, jonka ei tarvitsisi jäädä psykiatrian ja psykologian varjoon. Kehittämällä mielenterveyshoitotyön omaa hoitotieteellistä tietämystä psy-

kiatrinen hoitotyö voisi toimia tasavertaisena ja itsenäisenä professiona psykiatrian ja psykologian rinnalla.

Yhtenäisen teoriataustan puuttuminen aiheuttaa sen, että mielenterveys-hoitotyötä tehdään erilaisista viitekehyksistä käsin, mikä näkyy vaihtelevina toimintakulttuureina mielenterveyshoitotyössä. Perinteinen psykiatrinen hoito perustuu lääketieteelliseen tietoon, se sisältää paternalistisia elementtejä. Hoitotieteen kehitys ja potilaslain (1992/785) säätäminen ovat tuoneet tämän lähestymistavan rinnalle yksilövastuisen hoitotyön mukana potilaslähtöisen hoitotyön (Latvala 1998), humanistisen psykiatrisen hoitotyön (ks. Koivisto 2003) sekä kerronnallisen lähestymistavan (ks. Kiviniemi ym. 2007). Näissä lähestymistavoissa pyritään yksilölliseen hoitoon, jolloin yhteistyön lähtökohtana on potilaan oma näkemys omasta tilanteestaan. Kuitenkin vakiintuneiden hoitokäytänteiden muuttaminen on pitkä prosessi. Tämä voi pahimmillaan johtaa siihen, että koulussa opetettu hoitotieteeseen perustuva näkemys mielenterveyshoitotyöstä eroaa käytännössä toteutettavasta hoitotyöstä kuin yö ja päivä. Voi vain kuvitella, kuinka hämmentävää tämä voi opiskelijoista olla.

Mielenkiintoista on tarkastella myös oppimisprosessin aikana saavutettujen orientaatioperustojen ja harjoittelupaikkojen välistä yhteyttä. Systemisen tason orientaatioperustan saavuttaneet opiskelijat olivat suorittaneet harjoittelunsa lasten ja nuorten psykiatrisilla osastoilla sekä aikuisten pitkäaikaiskuntouttavissa yksiköissä. Tutkimuksen aineistona olleiden esseiden perusteella ei tullut esille yhtä selkeää tekijää, joka selittäisi lasten ja nuorten osastojen paremmat oppimistulokset. Oppimista edistäviä tekijöitä ovat ilmeisesti olleet henkilökunnan tuki oman potilaan valinnassa, oma potilas oli joskus jopa valittu osastolla valmiiksi ennen harjoittelun alkua. Esseistä kävi myös ilmi tiivis keskustelusuhde oman harjoittelun lähiohjaajan kanssa. Lapsen tai nuoren elämäntilanteeseen voi myös olla helpompi samastua kuin esimerkiksi itseä huomattavasti vanhemman ihmisen tilanteeseen. Tällöin vuorovaikutussuhteen luominen ja ylläpitäminen voi olla luontevampaa.

Oman, toistaiseksi vielä hyvin lyhyen, mielenterveyshoitotyön opettajan urani aikana olen huomannut akuuttien psykiatristen osastojen kiinnostavan opiskelijoita mielenterveyshoitotyön harjoittelupaikkoina. Akuuteille osastoille olisi menossa opiskelijoita enemmän kuin sinne voidaan ottaa. Tähän mahdollisesti vaikuttavat elokuvista saadut mielikuvat, tai akuutti työ koe-

taan jännittäväksi. Tämän tutkimuksen tulosten valossa harjoittelu akuuteilla psykiatrisilla osastoilla ei tuottanut optimaalisia oppimistuloksia, sillä akuuteilla psykiatrisilla osastoilla harjoittelunsa suorittaneiden opiskelijoiden oppiminen jäi toisen tason orientaatioperustalle. Syitä tähän olisi mielenkiintoista selvittää. Tämän tutkimuksen tuloksista ei voi vetää mitään yleistyksiä, mutta yhtenä osatekijänä matalampaan orientaatiotasoon voi olla se, että hoitoajat ovat usein suhteellisen lyhyitä vastaanotto-osastoilla, jolloin hoitosuhteetkin jäävät lyhyiksi. Lisäksi potilaat ovat vastaanotto-osastoilla usein hyvin psykoottisia, joten heidän kanssaan vuorovaikutussuhteen luominen ja ylläpitäminen voi olla haasteellinen tehtävä. Luottamuksellisen suhteen luominen psykoottisen ihmisen kanssa voi olla vaikeaa. Lääkehoidolla on psykoosin hoidossa nykyään keskeinen osuus.

8.2 Kertomuksellisuus ja mielenterveyshoitotyön asiantuntijuuden oppiminen

Useiden kansainvälisten tutkimustulosten mukaan (Evans & Severtsen 2001, Ironside 2001, Hunter & Hunter 2002, Koenig & Zorn 2002, Davidhizar & Lonser 2003, Davidson 2003, Kirkpatrick & Brown 2004, Kawashima 2005, Cangelos 2006, Lewett-Jones 2007, Schwartz & Abbott 2007) kerronnallinen oppiminen oli edistänyt mielenterveyshoitotyön näkökulmasta tärkeiden asiantuntijataitojen oppimista, kuten reflektiotaitoja, empatiakykyä ja vuorovaikutustaitoja. Lisäksi kertomuksellinen oppiminen oli edistänyt teorian ja käytännön yhdistämistä. Evans & Bendel (2004) eivät löytäneet merkittäviä eroja kertomuksellisen oppimisen ja perinteisen oppimisen välillä tutkiessaan kognitiivisen ja eettisen kypsyyden kehittymistä sairaanhoitajakoulutuksessa. Tämän tutkimuksen perusteella ei voida tehdä päätelmiä siitä, kuinka kertomuksellinen oppiminen vaikutti opiskelijoiden oppimistuloksiin, sillä tämän tutkimuksen tuloksille ei ole sopivaa vertailukohtaa. Tämän tutkimuksen tulosten mukaan tarkasteltaessa oppimista kokonaisuutena ei oppimisessa saavutettu ammattikorkeakoulutasoisen oppimisen tavoitetta, jossa tulisi päästä systeemisen tason orientaatioperustalle.

Tarkasteltaessa oppimista ei mielestäni ole olennaista pelkästään oppimisessa saavutettu orientaatioperusta, vaan myös se, *mitä* opiskelija on sisällöllisesti oppinut. Mielenterveyshoitotyön asiantuntijuuden näkökulmasta opiskelijat olivat oppineet MIE-opintojaksolla keskeisiä asioita mielenter-

veyshoitotyöstä. Lähes kaikki opiskelijat mainitsivat vuorovaikutustaitojensa kehittyneen, ja esseiden perusteella voi todeta opiskelijoiden hahmottavan perusasioita hoitosuhdetyöskentelystä sekä yleisimmistä mielenterveyshäiriöistä. Tästä näkökulmasta katsottuna opintojakson oppimistulokset ovat oikeinkin hyviä ja sairaanhoitajan työn kannalta olennaisia. Yhtenä tärkeimmistä oppimistuloksista pidän kuitenkin sitä muutosta, joka tapahtui niiden opiskelijoiden kohdalla, joilla oli ennakoasenteita tai pelkoja mielenterveyshoitotyötä kohtaan. Nämä opiskelijat kuvasivat asenteidensa muuttuneen harjoittelun edetessä kielteisestä myönteiseen. Tämä muutos on erityisen tärkeää silloin, kun joskus sairaanhoitaja työskennellessään tunnistaa potilaalla sellaisia oireita, että hän joutuu suosittelemaan tälle mielenterveyshoitotyön asiantuntijan puoleen kääntymistä. Jos tällaisessa tilanteessa omat asenteet ovat vääristyneitä, ei potilasohjauskaan ole ajantasaisia.

Hienoisena yllätyksenä minulle opiskelijat eivät nostaneet esiin mielenterveyshoitotyön eettisiä näkökulmia esseissään. Synnä tähän voi olla esseen tehtäväanto, jossa keskitytään hoitosuhdetyöskentelyn tutkimiseen, joten eettiset pohdinnat ovat voineet rajautua tehtävän ulkopuolelle. Voi olla, että eivät opiskelijat ole tunnistanee eettisesti haastavia tilanteita, tai ehkä niitä ei ollut esiintynyt harjoittelun aikana. Bronwynnen & Bendelin (2004) mukaan aloittelevien sairaanhoitajien eettinen ajattelu on usein dualistisella, musta-valkoisella tasolla, jolloin eettinen päätöksenteko on lähinnä sääntöjen tunnistamista.

Auttava vuorovaikutus voidaan määritellä ydinosaamiseksi mielenterveyshoitotyössä. Selvitettäessä psykiatrisen akuuttiosaston henkilökunnan koulutustarpeita Englannissa ilmeni, että mielenterveystyötä tekevät hoitajat kaipasivat lisävalmiuksia terapeuttisiin taitoihin, potilaan kohtaamiseen sekä vuorovaikutustaitoihin (Clinton ym. 2001). Suomessa vuosina 1984–2004 tehdyistä sairaanhoitajaopiskelijoiden oppimista koskevista tutkimuksista ilmeni, että heikoimmat valmiudet opiskelijat saavuttivat potilaan kohtamisessa (Salminen ym. 2006). Kehittämällä vuorovaikutustaitojaan mielenterveyshoitotyötä tekevät hoitajat voivat tehostaa hoitosuhdetyöskentelyään (Grover 2005). Hyvät vuorovaikutustaidot ovat elintärkeä taito kaikilla sairaanhoidon osa-alueilla. Vuorovaikutustaitojen oppimiseen tulisi kiinnittää enemmän huomiota myös meillä sairaanhoitajakoulutuksessa ja hyödyntää opetuksessa sellaisia opetusmenetelmiä, jotka kehittävät opiskelijoiden henkilökohtaisia kykyjä. Tässä tutkimuksessa kaikki opiskelijat ko-

kivat vuorovaikutustaitojensa kehittyneen mielenterveyshoitotyön harjoittelun aikana. Toisaalta oppimisessaan systeemiselle tasolle yltäneiden opiskelijoiden esseistä tuli sellainen vaikutelma, että näillä opiskelijoilla oli jo harjoitteluun mennessään hyvät vuorovaikutustaidot. Tämä johtopäätös syntyi muun muassa siitä, että hoitosuhteen aloittaminen oman potilaan kanssa oli käynyt sujuvasti.

Mielestäni pelkkä kirjallinen tuotos esseen muodossa ei anna koko kuvaa opiskelijan oppimisessaan saavuttamasta orientaatioperustasta. Kaikki eivät ole yhtä hyviä ilmaisemaan itseään kirjallisesti, ja taitavalla kirjallisella ilmaisulla voi jopa peittää omaa tietämättömyyttään. Esseen aiheen rajauksella voi käsiteltävät aiheet rajata sellaisiksi, jotka opiskelija kokee hallitsevansa parhaiten. Olisin kaivannut arviointini tueksi keskusteluja opiskelijoiden kanssa harjoittelun aikana vastaan tulleista asioista, tämä mielestäni lisäisi oppimisen arvioinnin objektiivisuutta. Tämä tutkimus mittasi tutkimusaineiston tehtävänantona olleen tehtävän tuloksia, eli opiskelijan itsensä valitsemman teorian ja käytännön harjoittelun kokemusten välistä reflektiota. Esseiden lukijana en voi tietää, löysikö opiskelija esimerkiksi sellaista tietoa kirjallisuudesta, jota hän oppimisensa kannalta olisi tarvinnut, vai tarttuiko vain niihin artikkeleihin ja teoksiin, jotka ensimmäisenä sattuivat kohdalle. Keskusteluissa opiskelijan kanssa olisi helpompaa myös arvioida hoitosuhdetyöskentelyn sujumista. Nyt opiskelijan oppimisen arviointi perustui lähinnä opiskelijan omaan arvioon ja kuvaukseen omasta toiminnastaan, eikä voi verrata arvioita esimerkiksi itse muodostamiini havaintoihin.

Tuloksia tarkasteltaessa tulee huomioida myös oppimisen prosessimaisuus. Fordin ym. (2000) mukaan opiskelijat eivät välttämättä hahmota ja tiedosta kaikkea oppimaansa heti mielenterveyshoitotyön harjoittelun jälkeen. Evansin & Bendelin (2004) mukaan käytännön harjoittelun kokemusten ja kertomuksellisen oppimisen kautta hankitun tiedon integroituminen keskenään vie aikaa. Näin opiskelijoiden saavuttama orientaatiotaso olisi voinut olla korkeampi, jos sitä olisi mitattu esimerkiksi haastatteleamalla muuttaman kuukauden kuluttua harjoittelun päättymisestä.

Vaikka kertomuksellisesta oppimisesta onkin kirjoitettu varsin runsaasti kansainvälisesti, kaipaa se mielestäni menetelmällistä tarkentamista ja sovitamista meidän toimintaympäristöömme. Näin aloittelevana pedagogina en voi olla miettimättä tässä tutkimuksessa käyttämäni artikkeleiden sisältämiä kulttuurisia eroja. Esimerkiksi opetuskeskustelu ja kertomuksellinen oppi-

minen voivat näennäisesti mennä aika lähelle toisiaan sen mukaan, kuinka opettaja mieltää nämä opetustekniikat. Samoin kertomusten käyttämisessä opetuksessa on samoja piirteitä kuin case-perustaisessa oppimisessa. Onko meillä toteutettu kertomuksellinen oppiminen enemmän kertomuksellista kuin esimerkiksi Japanissa toteutettu kertomuksellinen opetus? Kertomuksellisen oppimisen ydin näyttäisi olevan Huttusen (2003) dialogin käytölle asettamissa periaatteissa, itse dialogisuudessa (esim. Sarja 1999, 2003a) sekä Ojasen (2006) kuvaamassa opettajan asenteessa oppimistapahtuman johdattelijana. Lisäksi herää kysymys, onko nykyisessä kiivaassa opiskelutahdissa tilaa ja aikaa Ojasen (2006) mainitsemaalle reflektion oppimisen kannalta tärkeälle hämilleen ololle, kun tuloksia ja opintopisteitä pitää tulla nopeasti ja tehokkaasti? Eri opetusmenetelmien rajat ovat häilyviä, ja jokaisella menetelmällä on omat vahvuutensa ja heikkoutensa. Hedelmällisintä olisiikin löytää tarpeeksi sellaisia vaihtelevia opetusmenetelmiä hoitotyön pitkään koulutukseen, jotka kehittäisivät monipuolisesti tulevien sairaanhoitajien asiantuntijataitoja. Myös opettajat tarvitsevat koulutusta uusista opetusmenetelmistä. Ehkäpä hoitotyön opiskelussa säilyisikin näin paremmin mielenkiinto, ja opiskelijat jaksaisivat opiskella motivoituneesti.

Ford ym. (2000) esittävät mielenterveyshoitotyön harjoittelun kehittämiseksi ja oppimistulosten parantamiseksi harjoittelun tavoitteiden ja sisältöjen selkiyttämistä niin, että harjoittelusta rakentuu opiskelijalle yhtenäinen kokonaisuus. Tällöin opiskelija etenisi harjoittelussa hoitosuhteessaan tiettyjen tehtävien kautta hoitotyön prosessin mukaisesti. Näin opiskelija joutuu kehittämään taitojaan hoitajana, sillä kunkin hoitotyön prosessin vaiheen mukaista toimintaa arvioidaan tietyin kriteerein. Tässä mallissa edellytetään harjoittelun lähiohjaajalta tiivistä yhteistyötä opiskelijan kanssa.

Mielenterveyshoitotyön opetuksen kehittäminen sisältää runsaasti haasteita tulevaisuudessa. Kasvava pula sairaanhoitajista näkyy vaikeutena hoitajien rekrytoinnissa myös mielenterveyshoitotyössä. Yksi ratkaisu hoitajapulan ehkäisemiseen on mielenterveyshoitotyön opetuksen kehittäminen niin, että useampi opiskelija voisi kokea mielenterveyshoitotyön omakseen. Yksi keino tähän voisi olla panostaminen mielenterveyshoitotyön harjoitteluun (Ford 2001, Clear & Happell 2005). Mielenterveyshoitotyön opetuksen kehittämiseksi tarvitaan eri opetusmenetelmien tutkimista. Opetusmenetelmiä tulisi arvioida systemaattisesti eri tutkimusmenetelmiä hyödyntämällä (Ironsides 2003). Yksittäisen pedagogisen menetelmän tehokkuutta on

kuitenkin vaikeaa osoittaa (Evans & Bendel 2004).

8.3 Tutkimuksen luotettavuus

Polkinghornen (1995) mukaan kerronnallisen tutkimuksen luotettavuus tiivistyy kertomusten tulkintaan ja tulkintojen esitystapaan. Tähän prosessiin kuuluu tarinoiden valinta pääkertomuksesta, tutkijan ajatukset ja tapa muokata tarinoita, tutkimuksen lukijan oletettu tapa tulkita tutkimuksen tuloksia, sekä tutkijan tekemien tulkintojen oikeellisuus suhteessa alkupe räiseen kertomukseen.

Riessmannin (1993) mukaan yksilölliset kertomukset eivät ole peilikuvanomaisia, tarkkoja jäljitelmiä todellisuudesta. Tutkijan analyysi onkin sidoksissa tutkijan teoreettiseen kontekstiin ja lähtökohtaan. Tutkijan tekemiä tulkintoja voidaan arvioida neljän kriteerin avulla: uskottavuus, tulkintojen oikeellisuus, tutkimuksen tarkoituksenmukaisuus sekä tutkimustulosten hyödynnettävyys. Analyysin uskottavuutta arvioitaessa tutkijan tekemiä tulkintoja arvioidaan niiden loogisuuden ja todenmukaisuuden perusteella. Uskottavuutta lisää teoreettisten väitteiden tukeminen kertojien tarinoilla, sekä vaihtoehtoisten näkökulmien vertailu. Näkökulmani tutkijana tässä tutkimuksessa perustuu aikaisempaan kokemukseeni mielenterveyshoitotyöstä, johon tuo hieman lisää syvyyttä toistaiseksi vielä lyhyt kokemukseni mielenterveyshoitotyön opettamisesta. Analyysini uskottavuutta olen pyrkinyt lisäämään liittämällä raporttiin otteita opiskelijoiden kirjoittamista esseistä, sekä reflektiolla ajankohtaiseen tutkimustietoon.

Tutkija voi vahvistaa tulkintojen oikeellisuutta tutkimushenkilöiltä pyytämällä heiltä vahvistuksen tekemilleen tulkinnoille. Tämä voi käytännössä olla hankalaa ja mahdotontakin suuren tutkimusjoukon ollessa kyseessä. Tulkinnan todentaminen voi olla vaikeaa itse kertojilta myös siksi, että inhimilliset merkityksenannot ja tietoisuus omista merkityksistä vaihtelevat ajan myötä. Viime kädessä tutkijalla on vastuu tekemiensä tulkintojen oikeellisuudesta. (Riessmann 1993.) Olisi mielenkiintoista saada tietää, mitä esseet kirjoittaneet opiskelijat ajattelevat tekemistään tulkinnoista ja tämän tutkimuksen tuloksista, vaikkeen olekaan lähtenyt heiltä tulkintojen oikeellisuutta vahvistamaan. Viitaten Riessmannin (1993) näkemykseen merkityksenantojen muuttumisesta ajan kuluessa onkin aika todennäköistä, että opiskelijan näkemys esseen sisällöistä olisi jo erilainen reflektioprosessin,

oppimisen ja unohtamisen edetessä.

Tutkimuksen tarkoituksenmukaisuutta arvioidaan sillä, sisältääkö tutkimuksen aineisto tutkimustehtävän kannalta oleellista informaatiota. (Riessmann 1993.) Mielenterveyshoitotyön oppimisen tutkimisen kannalta MIE-opintojaksolla kirjoitetut esseet tarjosivat tämän tutkimuksen kannalta tarkoituksenmukaisen aineiston. Toisaalta täytyy muistaa oppimisen arvioinnin vaikeus ja moniulotteisuus. Erilainen tehtävänanto olisi todennäköisesti tuottanut erilaisen aineiston. Fridin ym. (2000) mukaan kerronnallista lähestymistapaa käytettäessä hoitotieteellisessä tutkimuksessa täytyy tarkastella kriittisesti sekä kertomusta että kertomuksen situaatiota (konteksti). Kaikki kertomukset luodaan vuorovaikutuksessa, sillä kertomuksilla on niiden luomisvaiheessa joko todellinen tai kuviteltu kuulija tai lukija. Kertomuksen vastaanottaja konstruoi kertomusta tahollaan näyttämällä suuntaa tuotettavalle kertomukselle. Tutkimuksen aineistona olleet esseet on kirjoitettu mahdollisesti arvosanaa ajatellen opintojakson opettajalle, jolloin on ehkä nostettu esille sellaisia asioita, joita opettajan odotetaan arvostavan tai ”haluavan” nähdä opinnäytteissä. Nähdäkseni esseiden taustalla ollut tehtävänanto oli suhteellisen vaativa etenkin vaaditun kirjallisuuden käytön suhteen. Tämä saattoi vaikuttaa siihen, että esseissä oli suhteellisen vähän vapaasti tuotettua pohdintaa ja omien tuntemusten reflektiota, jota itse arvostan opiskelijoiden tuotoksissa.

Tutkimustulosten hyödynnettävyyttä lisää Riessmannin (1993) mukaan tutkimusraportin huolellinen kirjoittaminen, joka tarjoaa lukijalle välineitä tutkimuksen luotettavuuden ja tutkijan tekemien tulkintojen oikeellisuuden arvioimiseen. Tämä tapahtuu kuvaamalla tulkintojen muodostumisprosessia ja tutkimusprosessin etenemistä, sekä perustelemalla tehtyjä valintoja alkuperäisillä kertomuksilla. Olen pyrkinyt tässä raportissa kuvaamaan tutkimusprosessin etenemistä mahdollisimman tarkasti ja totuudenmukaisesti.

Tässä tutkimuksessa tulosten luotettavuutta arvioitaessa tulee ottaa huomioon myös arvioinnin subjektiivisuus suoritettaessa laadullista arviointia. Orientaatiotason arviointi sisältää omat haasteensa, se ei ole aivan yksiselitteistä tai yksinkertaista. Orientaatiotasoa arvioidessani jouduin kiinnittämään huomiota esimerkiksi opiskelijan tapaan ilmaista itseään kirjallisesti. Joskus myös lähdeviittausten kirjava merkintätapa vaikeutti oman ajattelun jäsentämistä. Oli vaikea tietää, ilmentääkö esitystapa opiskeltavan asian sisäistämistä vai onko kysymyksessä ennemminkin omaan potilaaseen liitty-

vän ilmiön tunnistaminen tutkimuksessa. Seuraavassa esimerkissä opiskelija on löytänyt yhtymäkohtia oman hoitosuhdepotilaansa ja kirjallisuudessa esitettyjen näkökulmien kanssa. Opiskelijan kirjoitustyyliensä oma potilas ja lähdeteksti sekoittuvat niin, että lukija joutuu pinnistelemaan löytääkseen opiskelijan tuottaman aineksen. Aluksi tekstistä voi tulla sellainen vaikutelma, että opiskelija on sisäistänyt lähdetekstin oikeinkin hyvin. Tarkasteltaessa katkelmaa kokonaisuutena vahvistuu kuitenkin ajatus siitä, ettei lähdetekstin sisältö ole kuitenkaan avautunut opiskelijalle. Lukijana jäin kaipaamaan tarkempaa aiheen analyysiä ja erittelyä: mitä lähdetekstin kirjoittajat tarkoittavat opiskelijan mielestä, ja mitä kirjallisuudesta lainatut käsitteet tarkoittavat konkreettisesti oman potilaan kohdalla.

Jaanan selviytymistä jokapäiväisessä arkielämässä voidaan tukea auttavan vuorovaikutuksen, ohjauksen, toiminnan järjestämisen ja kontrolloinnin avulla (Latvala 1998, 54). Hoitajan on tärkeää olla läsnä ja vakuutella turvasta sekä olla aktiivinen. Turvallisuutta ja kunnioitusta viestittämällä voidaan mahdollistaa se, että Jaanan itsenä säilymisen tunne vahvistuu ja hän eheytyy ihmisenä. Hoitaja voi osoittaa ymmärrystä ja ilmaista kuuntelevansa sekä verbaalisti että nonverbaalisti. (Koivisto 2003, 57.)

On hyvinkin mahdollista, että tämä tutkimus olisi tuottanut ainakin osittain erilaisia tuloksia, mikäli esseet olisi arvioinut joku muu henkilö. Toisen arvioitsija olisi saattanut olla arvioinnissaan minua kriittisempi, jolloin toisen tason orientaatioperustan esseitä olisi ollut enemmän. Voi myös olla, että minä olin arvioinnissani liian kriittinen, jolloin toinen arvioitsija olisi nostanut useamman esseiden systeemisen tason orientaatioperustan esseeksi. Varmistaakseni oman arviointini luotettavuutta jouduin lukemaan esseitä yhä uudestaan ja uudestaan. Vaikutelma esseiden tasosta pysyi kuitenkin samanlaisena, ja verratessani eri tason orientaatioperustan esseitä toisiinsa jouduin toteamaan sen, että nykyinen arviointi säilyy. Suurimmassa osassa esseitä päätös orientaatioperustasta oli helppo tehdä, kolme esseettä oli mielestäni rajatapauksia.

Kertomukset kummankin orientaatiotason mukaisesta oppimisesta ovat aika pitkälti minun muodostamaani tulkintaa opiskelijoiden esseistä. Opiskelijat arvioivat ja kuvasivat esseissään jonkin verran omaa oppimistaan myös itse, ja näistä olen laittanut kertomuksiin suoria lainauksia tulkintoje-

ni tueksi. Osan kertomusten sisällöstä olen joutunut lukemaan rivien välis-
tä, jolloin olen joutunut refleктоimaan opiskelijan kokemuksia omaan ko-
kemukseeni opiskelijoiden ohjaamisesta niin sairaanhoitajana kuin opetta-
janakin työskennellessäni. Koko ajan kertomuksia rakentaessani kunnioi-
tin opiskelijan esseen ”sävyä” niin, etten tahattomasti tulisi vääristelleeksi
opiskelijan viestiä.

9 JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUSHAASTEET

Tutkimustulosten perusteella teen seuraavat johtopäätökset:

(1) Tämän tutkimuksen tulosten mukaan sairaanhoitajaopiskelijoiden oppiminen MIE-opintojaksolla ei täyttänyt ammattikorkeakouluoppimiselle asetettua tavoitetta, jonka mukaan ammattikorkeakoulutasoisessa oppimisessa tulisi päästä systeemisen tason orientaatioperustalle. Valtaosassa esseistä oppiminen ylsi vain toisen tason orientaatioperustalle.

(2) Toisen tason orientaatioperustalle yltäneessä oppimisessa opiskelijan mielenterveyshoitotyön asiantuntijuus oli potilaiden sairauden ja oireiden tunnistamista sekä auttavan vuorovaikutussuhteen toteuttamista ulkoisten ohjeiden mukaan. Harjoittelun alkua värityivät opiskelijoiden pelot ja ennakkoluulot mielenterveyshoitotyön käytäntöä kohtaan. Opiskelijat kokivat vuorovaikutustaitojensa, sekä kykynsä kohdata potilaita kehittyneen. Opiskelijoiden harjoittelupaikkoina olivat aikuisten pitkäaikaisosastot, akuutit psykiatriset osastot, mielenterveysneuvola sekä terveyskeskuksen vuodeosasto.

(3) Systeemisen tason orientaatioperustalle yltäneessä oppimisessa opiskelijan mielenterveyshoitotyön asiantuntijuus eteni oireiden tunnistamisen tasolta oman auttavan vuorovaikutussuhteen elementtien analysointiin ja auttavien tekijöiden tunnistamiseen. Harjoittelun ja esseen kirjoittamisen aikana hankittu tieto lisäsi opiskelijan ymmärrystä oman potilaan tilanteesta. Näillä opiskelijoilla harjoittelupaikkoina olivat aikuisten pitkäaikaisosastojen lisäksi lasten ja nuorten psykiatrisia osastoja.

Tutkimuksen tulosten perusteella nimeän seuraavat jatkotutkimushaasteet:

(1) Mielenterveyshoitotyön opetusta tulee tutkia enemmän, jotta opetusta voidaan kehittää vastaamaan mielenterveyshoitotyön alati kasvavia haasteita. Tutkimuksen tavoitteena tulisi olla sellaisten opetusmenetelmien löytäminen ja testaaminen, joiden avulla opiskelija parhaiten voisi kehittää mielenterveyshoitotyössä tarvittavia asiantuntijataitoja.

(2) Ammattikorkeakouluissa tulisi systemaattisesti tutkia sairaanhoitajakoulutuksessa saavutettavia oppimistuloksia, jotta voitaisiin varmistaa valmistuvien sairaanhoitajien riittävän hyvä tiedollinen taso. Oppimistuloksia seuraamalla saadaan arvokasta tietoa myös opetusmenetelmien vaikuttavuudesta.

(3) Kertomuksellista oppimista tulee tutkia ja testata enemmän myös Suomessa, jotta meilläkin sairaanhoitajakoulutuksessa voitaisiin hyödyntää kertomuksellisen oppimisen hyötyjä mahdollisimman tehokkaasti.

(4) Mielenterveyshoitotyön hoitotieteellistä teoriaperustaa tulee kehittää ja kirkastaa edelleen, jotta sairaanhoitajat voivat tunnistaa oman roolinsa mielenterveyshoitotyössä ja kehittää omaa asiantuntijuuttaan siinä.

(5) Tässä tutkimuksessa esitettyä mallia mielenterveyshoitotyön asiantuntijuudesta tulee kehittää ja testata edelleen.

LÄHTEET

- Aaltola J. & Valli R. (toim.) 2007. Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. WS Bookwell Oy. Juva.
- Alexander J., Bowers L. 2004. Acute psychiatric ward rules: a review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 11/2004.
- Beeber L., Canuso R., Emory S. 2004. Instrumental Inputs. Moving the Interpersonal Theory of Nursing Into Practice. *Advances in Nursing Science*. 27(4): 275–286.
- Bloom B. (toim.) 1956. Taxonomy of educational objectives. David Mckay Company, inc. New York.
- Boud D. 1985. Reflection: Turning experience into learning. Kogan Page, London/ Nichols Publishing Company, New York.
- Boyd E.M. 1989. REFLECTIVE LEARNING: Key to Learning from Experience. *Journal of Humanistic Psychology*. 23(2): 99–117.
- Breeze J. 1998. Can paternalism be justified in mental health care? *Journal of Advanced Nursing* 28(2): 260–265.
- Brophy G., Carey E., Noll J., Rasmussen L., Searcy B. & Stark L. 1994. Hildegard E. Peplau: Psykodynaaminen hoitotyö. Marriner-Tomey A. Hoitotyön teoreetikot ja heidän työnsä. Sairaanhoitajien koulutussäätiö. Vammalan kirjapaino Oy. Vammala. 325–329.
- Cangelosi P. 2006. Breathing life into the “killer course”: The value of narratives in learning pathophysiology. *Nurse Education in Practice*. 6/2006. 295–299.
- Chant S., Jenkinson T., Randle J. & Russell G. 2002. Communication skills: some problems in nursing education and practise. *Journal of Clinical Nursing*. 11(1): 12–21.
- Clandin D.J., Pushor D. & Orr A.M. 2007. Navigating Sites for Narrative Inquiry. *Journal of Teacher Education*. 58(21): 21–35.
- Cleary M. & Happell B. 2005. Recruitment and retention initiatives: nursing students satisfaction in the mental health field. *Nurse Education in Practice*. 5/2005. 109–116.
- Clinton C., Pereira S., Mullins B. 2001. Training needs of psychiatric intensive care staff. *Nursing standard*. 15(34): 33–36.
- Coatsworth-Puspoky R., Forchuk C. & Ward-Griffin C. 2006. Nurse-client processes in mental health: recipients’ perspectives. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 13, 347–355.

- Colin K. & Tynjälä P. 2002. Koulutuksen ja työelämän rajoilla. Työntekijöiden ja opiskelijoiden kokemuksia työssä oppimisesta. Lestinen L. & Saarnivaara M. (toim.): Kohtaamisia ja ylityksiä. Pedagogisia haasteita yliopisto-opetukselle. Koulutuksen tutkimuslaitos. Jyväskylän yliopistopaino. Jyväskylä. 23–56.
- Craft M. 2005. Reflective Writing and Nursing Education. *Journal of Nursing Education*. 44(2): 53–57.
- Davidhizar R. & Lonser G. 2003. Storytelling as a Teaching Technique. *Nurse Educator*. 28(5): 217–221.
- Davidson M. 2004. A phenomenological evaluation: using storytelling as a primary teaching method. *Nurse Education in Practice*. 4/2004. 184–189.
- Durkn A. 2002. Psychiatric Nursing Recruitment: Roles for Educators and Nursing Staff. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. 40(8): 32–35.
- Eckroth-Bucher M. 2001. Philosophical Basis and Practise of Self-Awarness in Psychiatric nursing. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. 39(2):32–39.
- Evans B. & Bendel R. 2004. Cognitive and Ethical Maturity in Baccalurate Nursing Students: Did a Class Using Narrative Pedagogy Make a Difference? *Nursing Education Perspectives*. 25(4): 188–195.
- Evans B. & Severtsen B. 2001. Storytelling as Cultural Assesment. *Nursing & Health Care Perspectives*. 22(4): 180–183.
- Fairbairn G. & Carson A. 2002. Writing about nursing research: a storytelling approach. *Nurse researcher* 10(1): 7–14.
- Ford M.T., Karshmer J.F. & Hales A. 2000. Using Standards of Practice and Key Clinical Points for Teaching Psychiatric-Mental Health Nursing. *Nurse Educator*. 25(3): 149–152.
- Gergen K.J. 1985. The Social Constructionist Movement in Modern Psychology. *American Psychologist*. 40, 266–275.
- Gergen K.J. 1995. Social construction and the educational process. Staffe P & Gale J. (toim.) *Constructivism in education*. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 369–389.
- Grover S.M. 2005. Shaping Effective Communication Skills and Therapeutic Relationships at Work. *AAOHN JOURNAL*. 53(4): 177–182.
- Engeström E. 1988. Perustietoa opetuksesta. Valtion painatuskeskus. Helsinki.
- Erkkilä R. 2006. Narratiivinen kokemuksen tutkimus: Koettu paikka, tarina ja kuvaus. Perttula J & Latomaa T (toim.) *Kokemuksen tutkimus. Merkitys – tulkinta – ymmärtäminen*. Dark Oy. Vantaa.
- ETENE 30.6.2000. Lausunto CDBI:n psykiatrian työryhmän muistiosta ”White Pa-

- per”. www.etene.fi 30.4.2006.
- Festa L., Baliko B., Mangiafico T. & Jarosinski J. 2000. Maximizing Learning out-Comes by Videotaping Nursing Students’ Interactions With a Standardized Patient. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. 38(5): 37–44.
- Frid I., Öhlén J. & Bergbom I. 2000. On the use of narratives in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*. 32(3): 695–703.
- Grover S. 2005. Shaping Effective Communication Skills and Therapeutic Relationships at Work. *AAOHN JOURNAL*. Vol. 53(4): 177–182.
- Hatch J. & Wisniewski. 1995. *Life History and Narrative*. The Falmer Press. London. Washington, D.C.
- Hewitt J & Coffey M. 2005. Therapeutic working relationships with people with schitzophrenia: literature review. *Journal of Advanced Nursing*. 52(5): 561–570.
- Holopainen A. & Välimäki M. 2000. Psykiatrinen hoitotyö – kyky vastata muutoksen tuomiin haasteisiin. Välimäki M., Holopainen A. & Jokinen M. *Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa*. WS Bookwell Oy. Juva. 10–14.
- Hunter L.P. & Hunter L.A. 2006. Storytelling as an Educational Strategy for Midwifery Students. *Journal of Midwifery & Women’s Health*. 51(4): 273–278.
- Huttunen R. 2003. *Kommunikatiivinen opettaminen. Indoktrinaation kriittinen teoria*. Jyväskylä.
- Hyvärinen M. 2006. Kerronnallinen tutkimus. www.hyvarinen.info 24.4.2008.
- Hyvärinen M. 2004. Eletty ja kerrottu kertomus. *Sosiologia* 4/2004. 297–309.
- Hänninen V. 1999. *Sisäinen tarina, elämä ja muutos*. Väitöskirja. Tampereen yliopisto.
- Hänninen V. 2004. A Model of Narrative Circulation. *Narrative Inquiry*. 14(1). 69–85.
- Ironside P. 2003. Trying something new: Implementing and Evaluating Narrative Pedagogy Using a Multimethod Approach. *Nursing Education Perspectives*. 24(3): 122–128.
- Ironside P. 2001. Creating a Research Base for Nursing Education: An Interpretive Review of Conventional, Critical, Feminist, Postmodern and Phenomenological Pedagogies. *Advances in Nursing Science*. 23(3): 72–87.
- Jackson S. & Stevenson C. 2000. What do people need psychiatric and mental health nurses for? *Journal of Advanced Nursing*. 31(2): 378–388.
- Janhonen S. & Vanhanen-Nuutinen S. 2005. *Kohti asiantuntijuutta. Oppiminen ja kasvu sosiaali- ja terveysalalla*. WSOY. Vantaa.
- Janhonen S. & Sarja A. 2000. Data analysis method for evaluating dialogic learning.

- Nurse education today. 20/2000. 106–115.
- Jokinen M., Räsänen K. 2000. Keskeiset mielenterveyshäiriöt. Teoksessa Välimäki M., Holopainen A., Jokinen M. Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa. WS Bookwell Oy. Juva.41–67.
- Kalkas H. & Sarvimäki H. 2000. Hoitotyön etiikan perusteet. WSOY. Tummavuoren kirjapaino Oy. Vantaa.
- Kaltiala-Heino R. 2000. Pakko psykiatrisessa hoidossa. Teoksessa Välimäki M., Holopainen A., Jokinen M. Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa. WS Bookwell Oy. Juva.120–134.
- Kawashima A. 2005. The implementation of Narrative Pedagogy into Nursing Education in Japan. *Nursing Education Perspectives*. 26(3): 168–171.
- Kirkpatrick M.K. & Brown S. 2004. Teaching Geriatric Content with Stories and the “Make a Difference” Project (MADP). *Nursing Education Perspectives*. 25(4): 183–187.
- Kiviniemi L., Läksy M-L., Matinlauri T., Nevalainen K., Ruotsalainen K., Seppänen U-M. & Vuokila-Oikkonen P. 2007. Minä mielenterveystyön tekijänä. Edita Prima Oy. Helsinki.
- Koenig J. & Zorn C. 2002. Using Storytelling as an Approach to Teaching and Learning With Diverse Students. *Journal of Nursing Education*. 41(9): 393–399.
- Koivisto K. 2003. Koettu hallitsematon minuus psykoottisen potilaan hoitotyön lähtökohdaksi. Väitöskirja. Oulun yliopisto.
- Kokko S. 2004. Mielenterveystoimiston asiakkaiden ja työntekijöiden käsityksiä hyvästä mielenterveystyöstä. Väitöskirja. Oulun yliopisto.
- Korhonen A. & Paasivaara L. 2008. Narratiivinen menetelmä hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Esimerkkinä yksilövastuisen hoitotyön kehittämishanke. *Hoitotiede* 20(1): 27–35.
- Korkeila J. 2006. Psykiatrian opetuksen kehittämistarpeet perusterveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:32. Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Kylmä J. & Juvakka T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Edita Prima Oy. Helsinki.
- Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 1999/488. www.finlex.fi. 23.8.2008.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. www.finlex.fi. 23.8.2008.
- Latvala E. 1998. Potilaslähtöinen psykiatrinen hoitotyö laitospäristössä. Väitöskirja. Oulun yliopisto.
- Latvala E., Visuri T. & Janhonen S. 1995. Psykiatrinen hoitotyö. WSOY. Juva.
- Lauri S. & Kyngäs H. 2005. Hoitotieteen teorian kehittäminen. WSOY. Vantaa.

- Leino-Kilpi H. & Välimäki M. 2004. Etiikka hoitotyössä. WS Bookwell Oy. Juva.
- Lestinen L. & Saarnivaara M. 2002. Kohtaamisia ja ylityksiä. Pedagogisia haasteita yliopisto-opetukselle. Koulutuksen tutkimuslaitos. Jyväskylän yliopistopaino. Jyväskylä.
- Lieblich A. 1998. Reading a life story from a holistic-content perspective. Teoksessa Lieblich A., Tuval-Mashiach R & Zilber T. Narrative Research. Reading, Analysis, and Interpretation. SAGE Publications. 62–87.
- Lieblich A., Tuval-Mashiach R. & Zilber T. 1998. Narrative Research. Reading, Analysis, and Interpretation. SAGE Publications.
- Linnainmaa P. 1999. Mielenterveyshoitotyön käytännön teoreettisesta perustasta.
- Linnainmaa P., Innamaa M. & Honkala L. (toim.): Mielenterveystyö ja opetus – matkalla kohti muutosta. Mielenterveystyön opettajat ja ylihoitajat ry. Kirjayhtymä Oy. Helsinki.
- Littlejohn C. 2003. Critical realism and psychiatric nursing: a philosophical inquiry. *Journal of Advanced Nursing*, 43(5): 449–456.
- Lönnqvist J., Heikkinen M., Henriksson M., Marttunen M. & Partonen T. (toim.) 2001. Psykiatria. Duodecim.
- Marriner-Tomey A. 1994. (toim.) Hoitotyön teoreetikot ja heidän työnsä. Sairaanhoidajien koulutussäätiö. Vammalan kirjapaino Oy. Vammala.
- McQueen L. & Zimmerman L. 2006. Using the Interpretive Narrative Research Method in Interdisciplinary Research Projects. *Journal of Nursing Education*. 45(11): 475–478.
- Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116 www.finlex.fi. 23.8.2008.
- Munnukka T., Halme S., Kankainen A., Kiikkala I., Lehto P., Rokkanen P. & Wilman H. (toim.) Hoitotyön vuosikirja 1997. Hoitotyö ja etiikka. Kirjayhtymä Oy. Helsinki.
- Munnukka T. & Kiikkala I. 1997. Eettisyydestä sairaanhoitajan toiminnassa. Munnukka T., Halme S., Kankainen A., Kiikkala I., Lehto P., Rokkanen R. & Wilman H. (toim.) Hoitotyön vuosikirja 1997. Kirjayhtymä Oy. Helsinki. 32–40.
- Nicholl H. & Tracey C. 2007. Questioning: a tool in the nurse educator's kit. *Nurse Education in Practice*. 7(5): 285–292.
- Noppari E., Kiiltomäki A. & Pesonen A. 2007. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.
- O'Donovan M. 2006. Reflecting during clinical placement – Discovering factors that influence pre-registration psychiatric nursing students. *Nurse Education in Practice*. 6/2006. 134–140.

- Ojanen S. 2006. Ohjauksesta oivallukseen. Ohjausteorian kehittelyä. Yliopistopaino. Helsinki.
- Olofsson B & Norberg A. 2001. Experiences of coercion in psychiatric care as narrated by patients, nurses and physicians. *Journal of Advanced Nursing*. 33(1): 89–97.
- Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopintopisteet.
- Opetussuunnitelma 2006–2007. Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Peplau H.E. 1988. *Interpersonal Relations in Nursing. A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing*. Palgrave Macmillan. Antony Rowe Ltd.
- Peplau H.E. 1987. Interpersonal constructs for nursing practice. *Nurse Education today*. 7, 201–208.
- Perttula J. & Latomaa T. (toim.) 2006. *Kokemuksen tutkimus. Merkitys – tulkinta – ymmärtäminen*. Dark Oy. Vantaa.
- Polit D. F. & Beck C. T. 2004. *Nursing Research. Principles and Methods*. Seventh Edition. Lippincott Williams & Wilkins.
- Polkinghorne D. 1995. Narrative configuration in qualitative analysis. Hatch J & Wisniewski. *Life History and Narrative*. The Falmer Press. London. Washington, D.C. 5–34.
- Puolimatka T. 2002. Opetuksen teoria. Konstruktivismista realismiin. Kustanusosakeyhtiö Tammi. Vammalan kirjapaino Oy. Vammala.
- Pylkkänen K. 2001. Psykoterapiapalvelut Suomessa. Lönnqvist J., Heikkinen M., Henriksson M., Marttunen M., Partonen T. (toim.) *Psykiatria*. Duodecim. 651–663.
- Reynolds W.J. & Scott B. 2000. Do nurses and other professional helpers normally display much empathy? *Journal of Advanced Nursing*. 31(1): 226–234.
- Reynolds W.J. & Scott B. 1999. Empathy: a crucial component of the helping relationship. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 6/1999, 363–370.
- Reynolds W.J., Scott B. & Jessimann W. 1999. Empathy has not been measured in clients' terms of effectively taught: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*. 30(5): 1177–1185.
- Riessman C. 1993. *Narrative analysis. Qualitative Research Methods*. Volume 30. Sage Publications. London.
- Riessman C. 2003. Analysis of personal narratives. Holstein JA & Gubrium JF (toim.) *Inside interviewing. New Lenses, New Concerns*. Sage Publications, Thousand Oaks. 331–346.
- Ruohotie P. 2002. *Oppiminen ja ammatillinen kasvu*. WS Bookwell Oy. Juva.

- Salminen L., Nuutila L., Hupli M., Heikkilä A., & Leino-Kilpi H. 2006. Suomalainen terveysalan koulutustutkimus vuosina 1984–2004. *Hoitotiede* 2(18): 69–80.
- Sandelin P. 2007. Kertomus psyykkisestä väkivallasta terveydenhuollon työ- ja opiskeluyhteisöissä. Väitöskirja. Oulun yliopisto.
- Sarja A. 1995. Dialogioppiminen opetuksen ohjaustilanteissa. *Kasvatus* 26(4): 311–321.
- Sarja A. 2000a. Dialogioppiminen ryhmä- ja yksilötasolla hoitotyön kontekstissa. *Aikuiskasvatus* 2/2000. 99–107.
- Sarja A. 2000b. Dialogioppiminen pienryhmässä. Opettajaksi opiskelevien harjoitteluprosessi terveydenhuollon opettajankoulutuksessa. Jyväskylän yliopisto.
- Sarja A. 2002. Dialogioppiminen kehittävän arvioinnin välineenä ryhmätentissä. *Kasvatus* 33(4): 403–412.
- Schwartz M. & Abbott A. 2007. Storytelling: A clinical application for undergraduate nursing students. *Nurse Education in Practice*. 7/2007. 181–186.
- Schröder A., Ahlström G. & Larsoon BW. 2006. Patients' perceptions of the concept of the quality of care in the psychiatric setting: a phenomenographic study. *Journal of Clinical Nursing*. 15, 93–102.
- Shattell M. 2005. Facilitating Communication. How to Truly Understand What Patients Mean. *Journal of Psychosocial Nursing*. 43(10): 29–32.
- Staffe P. & Gale J. 1995. (toim.) *Constructivism in education*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Suomen perustuslaki 11.6.1999/731 www.finlex.fi. 16.12.2005.
- Suomi A. 2002. Ammattia etsimässä. Aikuisopiskelijat kertovat sosiaalihoajaakoulutuksesta ja narratiivisen pätevyyden kehittymisestä. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto.
- Suutala H. 2000. Katsaus mielenterveyspotilaan hoitoa koskeviin normistoihin.
- Välimäki M., Holopainen A., Jokinen M. Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa. WS Bookwell Oy. Juva. 104–119.
- Svedberg B. & Lützén K. 2000. Psychiatric nurses' attitudes towards patient autonomy In depot clinics. *Journal of Advanced Nursing* 35/2001.
- Syrjälä L. 2007. Elämäkerrat ja tarinat tutkimuksessa. Aaltola J & Valli R. (toim.) *Ik-kunoita tutkimusmetodeihin I*. WS Bookwell Oy. Juva.
- Syrjäpalo K. 2006. Arvot ja arvostukset psykiatrisessa hoidossa. Henkilökunnan ja potilaiden näkemyksiä hoidon nykytilasta. Väitöskirja. Oulun yliopisto.
- Tomey A. 2003. Learning With Cases. *The Journal of Continuing Education in Nursing*. 34(1): 34–38.
- Tynjälä P. 2002. Oppiminen tiedon rakentamisena. Konstruktivistisen oppimiskäsitteksen perusteita. Tampere.

- Vanhanen-Nuutinen L. & Janhonen S. 2005. Mittarit edistävät oppimista. Janhonen S. & Vanhanen-Nuutinen L. (toim.) Kohti asiantuntijuutta. Opiminen ja kasvu sosiaali- ja terveysalalla. WSOY. Vantaa. 93–113.
- Vuokila-Oikkonen P. 2002. Akuutin psykiatrisen osastohoidon yhteistyöneuvottelun keskustelussa rakentuvat kertomukset. Väitöskirja. Oulun yliopisto.
- Vuokila-Oikkonen P. 2007. Reflektiivisyys opetusmenetelmänä oppimisen syventämisessä Mielenterveyden edistäminen (MIE-pintojaksolla. Vuokila-Oikkonen P. & Kiviranta M. (toim.) POVER. Psykiatrisen hoitotyön malli – verkostot ammatillisen pätevyyden kehittämisessä. Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja. Juvenes Print Oy. Tampere.
- Vuokila-Oikkonen P. & Janhonen S. 2005. Kertomukset oppimisessa. Janhonen S. & Vanhanen-Nuutinen L. (toim.) Kohti asiantuntijuutta. Oppiminen ja kasvu sosiaali- ja terveysalalla. WSOY. Vantaa. 75–91.
- Vuokila-Oikkonen P., Janhonen S. & Nikkonen M. 2001. Kertomukset hoitotieteellisen tiedon tuottamisessa: Narratiivinen lähestymistapa. WS Bookwell Oy. Juva. 81–115.
- Vuokila-Oikkonen P. & Kiviranta M. (toim.) 2007. POVER. Psykiatrisen hoitotyön malli – verkostot ammatillisen pätevyyden kehittämisessä. Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja. Juvenes Print Oy. Tampere.
- Välimäki M. & Mäkitalo J. 2000. Psykiatrisen hoitotyön luonne ja työn vaatimat ammattitaidot. Teoksessa Välimäki M., Holopainen A., Jokinen M. Psykiatrisen hoitotyö muutoksessa. WS Bookwell Oy. Juva. 16–23.
- Välimäki M., Holopainen A. & Jokinen M. 2000. Psykiatrisen hoitotyö muutoksessa. WS Bookwell Oy. Juva.
- Willems L. & Leff J. 2003. Improving the knowledge and skills of psychiatric nurses: efficacy of a staff training programme. *Journal of advanced Nursing*. 42(3): 237–243.
- Wilshaw G. & Bohannon N. 2003. Reflective practice and team teaching in mental Health care. *Nursing Standard*. 17(50):33–37.
- Woods L., Priest H. & Roberts P. 2002. An overview of three different approaches to the interpretation of qualitative data. Part 2: practical illustrations. *Nurse researcher* 10(1): 43–51.
- Wortham S. 2001. *Narratives in Action. A strategy for research and analysis*. Teachers College, Columbia University. New York and London.

LIITE 1

MK2/ mielenterveys- ja päihdetyö suoritus/ sairaanhoitajat

Esseet (2kpl)

5.10.2005

Päivi Vuokila-Oikkonen ja Marja-Liisa Läksy

Essee 1

Perustuu käytännön harjoittelun ja teoreettisen ja tutkimustiedon yhdistämiseen auttavasta vuorovaikutussuhteesta potilaan kanssa

Esseessä tarkastellaan oman potilaan elämää ja sairautta osana elämää, sekä analysoidaan omaa auttavaa vuorovaikutussuhdetta potilaan kanssa

Esseen sisältö

- Johdanto
- Potilaasi tarina
- Potilaasi sairaus ilmiönä ja miten se potilaassasi ilmenee
- Auttava vuorovaikutussuhde, sen eteneminen ja analysointi
- Pohdinta
- Lähteet (väh. 10 tutkimukseen perustuvaa lähdeettä, joista väh. 2 vieraskielistä)

Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja B Raportteja

Sarjassa julkaistaan pääsääntöisesti Diakonia-ammattikorkeakoulun opin-
näytetöitä, henkilökunnan tutkimuksia ja opinnäytetöitä sekä niiden Dia-
kin kehittämisprojektien raportteja, jotka ovat tuottaneet innovatiivisia ja
merkittäviä työelämää kehittäviä tuloksia.

B 1 Hurskainen, Eeva & Puukki, Arja 1999. Maahanmuuttajien opintojen
ohjaus ja kuratiivinen toiminta

B 2 Rintatalo, Paula 1999. Kun yhteiskunnan todellisuus musertaa: kon-
tekstuaalista teologiaa Englannissa

B 3 Gothoni, Raili, Tenhunen, Sirpa & Mallik, Bijli 1999. A future for the
children: evaluation research from Calcutta

B 4 Gothoni, Raili & de Carvallio Silveira, Claudio 1999. Program for so-
cial education: evaluation report of the project in Rio de Janeiro

B 5 Mikkola, Arto & Heiskanen, Tatu 1999. OlenNainen: raportti toimin-
nallisesta koulutushankkeesta

B 6 Gothóni, Raili (toim.) 2000. Yhteisyyttä vapaaehtoistyössä, hoitamises-
sa ja päihdehuollossa: kolmen päättötyön tuloksia

B 7 Ilkka-Ahola, Sirpa 2001. Suomalaisen diakonian juurilla: Otto Aarni-
salon seurakuntadiakonia Virroilla 1895-1899

B 8 Kohonen, Sanna-Maija & Uuksulainen, Riikka & Kortelahti, Teemu
2002. "Lähe miun artteliksein": yhteisvastuukeräys yhteisöjen tukena

B 9 Kainulainen, Sakari (toim.) 2002. Neljä ikkunaa nuorisotyöhön

B 10 Kainulainen, Sakari (toim.) 2002. Työkäytäntöjä tutkimassa ja kehit-
tämässä

B 11 Mattila, Marita 2002. Työttömän toivo - vapautuksen teologiaa Lappeenrannassa

B 12 Huovila, Mikko 2002. Hoivaajasta vaikuttajaksi? Diakonia-ammattikorkeakoulun opiskelijoiden osallistuminen ja vaikuttaminen

B 13 Välttilä, Orvokki 2002. Keneltä toivo ja tulevaisuus? Kroatian evankelisen kirkon tuki jäsenilleen sodan aikana

B 14 Hursti, Irene 2002. Ystävyyttä yli etnisten esteiden. Tutkimus SPR:n maahanmuuttajien ystävälityksen ja neuvonnan kehittämistä.

B 15 Ritokoski, Sami & Valtonen, Minna 2003. Miten suunta löytyy? Diakonia-ammattikorkeakoulun opiskelijat kutsumusta, ammatillista identiteettiä ja työhön sijoittumista pohtimassa.

B 16 Laurila, Anja 2003. Toivo ja Ilona

B 17 Novitskij, Jaana 2003. Elämäntaitoja ryhmätyönä – kuntoutusmalli nuorille huumeidenkäyttäjille

B 18 Laulaja, Hanna & Takamaa, Maria 2003. Viittomakielinen käänös: Varhaisen kommunikaation ja kielen kehityksen arviointimenetelmä, MC-DI-lomake 8 – 16 kk

B 19 Laine, Terhi & Haavisto, Kari & Viemerö, Jaana 2004. Sosiaalityö poliisilaitoksella. Keski-Uudenmaan kokeilun loppuraportti.

B 20 Lehtinen, Jonna & Säilä, Sanna 2004. Seikkailujen saari - Vapaa-ajan toiminnan kehittämishanke Perheryhmäkoti Myötätuulessa.

B 21 Manninen, Anja 2004. "Koko työyhteisön voimin" - Laadukkaat hyvinvointipalvelut ja palveluketjut -projektin loppuraportti

B 22 Djupsjöbacka, Stefan 2004. "Valinta kokeessa" - Valtakunnallinen sosi-

aali- ja terveysalan opiskelijavalintakokeiden kehittämishanke vuosina 2002 - 2003: Kartoitusraportti

B 23 Noppiari, Eija & Tanttinen, Marja-Terttu (toim.) 2004. Arvokas vanhuus ja vanhustyön arvostus.

B 24 Poikolainen, Päivi & Rinne, Leena & Taruvuori, Karoliina 2005. Kaupunki- ja maaseutuymäpäristö koulutusvalintojen ja elämäntavan muovaa-jina.

B25 Girsén, Mervi 2005. Kuntoutuksen asiakaspalvelun yhteistyö. Solmut auki vuorovaikutteisella työn kehittämisisellä.

B 26 Helminen, Jari (toim.) 2005. Kiintopisteitä nuoruusaikaan. Psykososiaalinen tuki ja työ nuorten kanssa toimittaessa

B 27 Hämäri, Eira 2005. Orpolasten elinolut Emkhuzwenin alueella Swazimaassa

B 28 Tikka, Irina 2005. Katulapsityön kahdet kasvot

B 29 Mattila, Kati 2005. "Jos nainen lepää, sakaali vie kanat". Tyttöjen ja naisten asema Nepalissa.

B 30 Helminen, Jari (toim.) 2005. Hyvinvoinnin rakentajat. Näkökulmia hyvinvointityön ja sen edellyttämän ammatillisen osaamisen kehittämistarpeisiin Uudellamaalla.

B 31 Kortelainen, Hanna 2006. Tiedettä, tutkimusta vai kehittämistä? Ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehitystoiminta valtion, työelämän ja akateemisen imun ristipaineessa.

B 32 Thitz, Päivi 2006. Diakonian yhteisölliset merkitykset.

B 33 Kinnunen, Tuula 2006. Vertaistuki erityislapsen vanhempien voimavarana.

B 34 Markkanen, Seija, Kohonen, Sanna-Maija & Nieminen, Ari 2007. Ohjatusti työhön - oppiminen, motivointi ja sosiaalinen yrittäjäyys.

B 35 Malinen, Anette 2007. Pakko ja autonomia. Päihteidenkäyttäjä sosi-aali- ja päihdehuollossa.

B 36 Vuokila-Oikkonen, Päivi; Kivirinta, Mervi (toim.) 2007. POVER : psykiatrisen hoitotyön malli – verkostot ammatillisen pätevyuden kehittämisessä : loppuraportti

B 37 Leino, Irina 2008. Olla kannettuna – olla suojattuna : kertomus erään kuvataidepajan pyhiinvaelluksesta

B 38 Noppari, Eila 2008. Monialaiset verkostot perheitä tukemassa

B 39 Tainio, Hannele 2009. Asunnottomuuskierteessä