



Karelia-ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitaja (AMK)

Kommunikaation ja kohtaamisen esteet mielenterveystyössä

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Niina Elomäki
Joonas Kettunen

Opinnäytetyö, Joulukuu 2021

www.karelia.fi



OPINNÄYTETYÖ
Joulukuu 2021
Sairaanhoitajakoulutus

Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
+358 13 260 600 (vaihde)

Tekijä(t)

Niina Elomäki, Joonas Kettunen

Nimeke

Kommunikaation ja kohtaamisen esteet mielenterveystyössä – Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Toimeksiantaja Karelia-ammattikorkeakoulu

Tiivistelmä

Mielenterveystyön ydinosaaminen perustuu hoitajan ja potilaan väliseen yhteistyösuhteeseen, jossa vuorovaikutusmenetelmien hallinta ja oman persoonan käyttö työkaluna korostuvat. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää kommunikaation ja kohtaamisen esteitä potilaan ja hoitajan välillä mielenterveystyössä.

Opinnäytetyö toteutui kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Tavoitteena oli tuoda esille potilas- ja hoitajalähtöisesti esteet, jotka vaikuttavat kommunikaatioon ja kohtaamiseen. Tutkimusaineistoa kerättiin Medic-, Cinahl- ja Pubmed-tietokannoista.

Tutkimuskysymykseen soveltuvaa aineistoa löytyi vähäisesti määrittämiemme sisäänotto- ja poissulkukriteeristöjen mukaan. Tutkimusaineistoksi valikoitui seitsemän tutkimusta, joista kolme tutkimusta käsitteli esteitä mielenterveystyössä ja neljä perusterveydenhuollossa. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

Keskeisiksi tutkimustuloksiksi nousivat potilaiden sairauden tai riippuvuuden aiheuttamat oireet, sairauden merkitys vuorovaikutuksen laadun heikkenemiselle, vuorovaikutusongelmat potilaan ja henkilöstön välillä, potilaan kokemus häpeä sairaudesta, potilaan kipu, sairaus tai fyysinen tila, ympäristö, ongelmat vuorovaikutustaidossa ja ajan vähyys.

Jatkotutkimusaiheena voisi kartoittaa sairaanhoitajaopiskelijoiden kokemuksia vuorovaikutustaitojen koulutusosuuden määrästä ja kokemuksista, kuinka kyseisiä taitoja hallitsee.

Kieli
suomi

Sivuja 51
Liitteet 4
Liitesivumäärä 50

Asiasanat

vuorovaikutus, kommunikaatio, kohtaaminen, mielenterveystyö, mielenterveys



THESIS
December 2021
Degree Programme in Nursing

Tikkarinne 9
FI-80200 JOENSUU
FINLAND
Tel. + 358 13 260 600

Authors
Joonas Kettunen, Niina Elomäki

Title
Communication and Encounter Barriers in Mental Health Nursing. A Descriptive Literature Review

Commissioned
Karelia University of Applied Sciences

Abstract

Core competencies in mental health nursing are based on a collaborative relationship between the nurse and the patient where the management of interaction methods and the use of one's own personality as a tool are emphasized. The purpose of this thesis was to explore the barriers to communication and encounters between the patient and the nurse in mental health nursing.

The thesis was implemented as a descriptive literature review. The aim was to highlight the barriers that affect communication and encounters between patients and nurses. Research data was collected from the Medic, Cinahl and Pubmed databases. Based on the determined inclusion and criteria, there was limited amount of material available for the research question. Seven studies were selected as research data, three of which discussed barriers in mental health nursing and four in primary health care. The data was analysed using inductive content analysis.

The most important findings in these studies were symptoms caused by the illness or addiction, the role of the disease in impairing the quality of interaction, patient-staff interaction problems, stigma and pain experienced by the patient, patient, illness or physical condition, environment, interaction problems, and lack of time.

A further study could explore the experiences of nursing students regarding their educational exposure to learning interaction skills and experiences of mastering these skills.

Language

Finnish

Pages 51
Appendices 4
Pages of Appendices 50

Keywords

interaction, communication, encounter, mental health nursing, mental health

Sisältö

| | | |
|-----|---|----|
| 1 | Johdanto | 5 |
| 2 | Vuorovaikutus mielenterveystyössä..... | 6 |
| 2.1 | Yleistä vuorovaikutuksesta | 6 |
| 2.2 | Vuorovaikutus hoitotyössä | 6 |
| 2.3 | Vuorovaikutustyyli ja dialogi..... | 8 |
| 2.4 | Vuorovaikutuksen ilmiöt..... | 10 |
| 2.5 | Kommunikaatio | 12 |
| 2.6 | Kohtaaminen..... | 15 |
| 3 | Mielenterveystyö | 17 |
| 3.1 | Mielenterveystyön osa-alueet | 17 |
| 3.2 | Lait ja asetukset..... | 20 |
| 3.3 | Mielenterveys..... | 21 |
| 3.4 | Mielenterveyden häiriö..... | 22 |
| 4 | Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset | 24 |
| 5 | Opinnäytetyön menetelmälliset valinnat..... | 25 |
| 5.1 | Kirjallisuuskatsauksista yleisesti | 25 |
| 5.2 | Kuvaileva kirjallisuuskatsaus | 26 |
| 5.3 | Aineiston hakeminen ja valinta | 28 |
| 5.4 | Aineiston analyysi | 31 |
| 5.5 | Tutkimusaineistojen tarkastelu..... | 32 |
| 6 | Kommunikaation ja kohtaamisen esteet | 36 |
| 6.1 | Potilaan ja hoitajan välisen kommunikaation ja kohtaamisen esteet sairaanhoitajan näkökulmasta mielenterveystyössä | 36 |
| 6.2 | Potilaan ja hoitajan välisen kommunikaation ja kohtaamisen esteet sairaanhoitajan näkökulmasta hoitotyössä | 37 |
| 6.3 | Potilaan ja hoitajan välisen kommunikaation ja kohtaamisen esteet potilaan näkökulmasta mielenterveystyössä..... | 39 |
| 6.4 | Potilaan ja hoitajan välisen kommunikaation ja kohtaamisen esteet potilaan näkökulmasta hoitotyössä | 40 |
| 7 | Pohdinta..... | 41 |
| 7.1 | Tulosten tarkastelu | 41 |
| 7.2 | Luotettavuus ja eettisyys | 45 |
| 7.3 | Suositus hoitotyön kehitykseksi tai jatkotutkimusaiheet..... | 48 |
| 7.4 | Ammatillinen kasvu..... | 48 |
| | Lähteet..... | 51 |

Liitteet

| | |
|---------|--------------------------------------|
| Liite 1 | Tutkimusaineiston tiedonhakutaulukko |
| Liite 2 | Tutkimusartikkelitaulukko |
| Liite 3 | Tutkimuksien laatukriteerit |
| Liite 4 | Aineiston analyysitaulukko |

1 Johdanto

Mielenterveyshoitotyön ydinosuamista on hoitajan ja potilaan välinen yhteistyösuhteen syntyminen. Se perustuu vuorovaikutusmenetelmien hallintaan ja kykyyn käyttää omaa persoonaamme työkaluna. (Hämäläinen, Kanerva, Kuhanen, Schubert & Seuri 2017, 33.) Se, kuinka sitä käytämme ja kehitämme, vaatii opettelua siinä missä muutkin taidot eikä vuorovaikutustapojen kehittämistä ammattitaitona tule aliarvioida.

Hoitotyön tekijät kokevat olevansa vuorovaikutuksen ammattilaisia ja siinä varmasti on paljon perää. Tässä taidossa jokaisen olisi hyvä kuitenkin muistaa, ettei vuorovaikutustaidoissa koskaan voi tulla täysin oppineeksi. Vuorovaikutustaitoja ei opi kuin olemalla vuorovaikutuksessa erilaisten ihmisten parissa. (Mäkisalo-Ropponen 2011, 168.) Silloin kun vuorovaikutus on keskeinen työväline, sitä on pyrittävä kehittämään ja arvioimaan jatkuvasti (Mönkkönen 2018, 55). Meillä jokaisella on persoonallinen tapa olla vuorovaikutuksessa, joka on hyvä säilyttää, mutta sellaiset vuorovaikutustaidot kuten läsnäolo, kommunikointi ja kuuntelu ovat taitoja, joita jokaisen tulisi jatkuvasti kehittää. Hoitotyössä vuorovaikutustaitoja pidetään yleensä itsestään selvytenä tai jopa toissijaisena ammattipätevyyden taitona. Vuorovaikutus on kuitenkin taito, jota voi oppia ja jota tulisi kehittää niin kuin muitakin ammattitaitoja. Helposta taidosta ei kuitenkaan ole kyse. (Vilén, Leppämäki & Ekström 2002, 17.)

Käsitlemme opinnäytetyömme teoreettisessa viitekehityksessä vuorovaikutusta, mistä se koostuu ja miten se ilmenee hoitotyössä. Kuvaamme, mistä kommunikaatio ja kohtaaminen koostuu ja mikä niiden merkitys on ammatillisena osaamisena hoitotyön tekijällä ja erityisesti mielenterveyshoitotyön tekijällä. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, mitkä tekijät voivat olla esteitä potilaan ja hoitajan välisessä kommunikaatiossa ja kohtaamisessa mielenterveystyössä. Tutkimusmenetelmänä on käytetty kuvailevaa kirjallisuuskatsausta. Tavoitteena on lisätä sairaanhoitajaopiskelijoiden tietoisuutta potilaan ja hoitajan välisestä

vuorovaikutuksesta ja sen syntymisen esteistä mielenterveystyössä. Opinnäytetyön toimeksiantaja on Karelia-ammattikorkeakoulu.

2 Vuorovaikutus mielenterveystyössä

2.1 Yleistä vuorovaikutuksesta

Vuorovaikutuksella tarkoitetaan kahden tai useamman ihmisen välistä kommunikaatiota. Vuorovaikutus voi sisältää sanoja, puhetta, eleitä, ilmeitä, ääntelyä tai katseita. (Väestöliitto 2018.) Vuorovaikutus koostuu monista seikoista ja on eri tekijöistä koostuvaa ihmisten välistä ajatusten ja tunteiden vaihtamista, niiden peilaamista, yhdessä olemista ja tekemistä (Vilén ym. 2002, 19–20). Vuorovaikutuksen perustarkoitus on liittyä ympäristöönsä ja kehittää sitä kautta älyllisiä, kokemuksellisia tai elämyksellisiä toimintojaan. Lisäksi vuorovaikutussuhteessa on aina vähintään kaksi eri henkilöä omine kulttuuritaustoineen ja arvoineen. (Mäkelä, Ruokonen & Tuomikoski 2001, 13.)

Onnistunut vuorovaikutus edellyttää hyviä itsensä johtamisen taitoja. Näitä kyseisiä taitoja ovat muun muassa tietoisuus omista tunteistaan, tarpeistaan ja arvostuksistaan, omien käyttäytymismallien tunteminen ja tarkkailukykyä. (Mäkisalo-Ropponen 2011, 103.) Vuorovaikutusta onkin verrattu kahden ihmisen väliseen tanssiin, jossa askelkuviot pitäisi saada sulautumaan toisiinsa. Aina siitä ei selviä kompastelematta, mutta taidon kehittyessä kompastelukin mahdollisesti vähenee. (Mönkkönen 2018, 109.)

2.2 Vuorovaikutus hoitotyössä

Potilaan ja hoitajan välisessä yhteistyösuhteessa näkyvät samat vuorovaikutuksen ilmiöt kuin missä tahansa ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa (Hämäläinen ym. 2017, 160). Hoitajan ja potilaan välinen vuorovaikutus ylläpitää ja luo hoitosuhdetta kommunikaation avulla. Hoitosuhde

on ammatillinen suhde, jossa hoitajan tehtävä on sitoutua auttamaan potilasta ja saa tietoa potilaalta tarpeiden mukaisen hoidon järjestämiseen.

Hoitosuhteeseen vaikuttavat hoitajan ja potilaan ajatukset, toiminnot ja tunteet.

Hoitajan johdonmukaisuutta toiminnassa pidetään tärkeänä hoitosuhteessa.

Nonverbaalinen ja verbaalinen ilmaisu ilmentää hoitajan johdonmukaisuutta.

Verbaalinen ja toiminnan johdonmukaisuus ilmenee esimerkiksi lupauksien pitämisenä. (Mattila 2001, 16.)

Hoitotyösuhteen rinnalla käytetään samaa suhdetta tarkoittaessa lisäksi

käsitteitä yhteistyö ja yhteistyösuhde. Näissä kaikissa korostetaan molemmin puolista vastavuoroisuutta. (Mäkelä ym. 2001, 12.) Tavoitteellisen

vuorovaikutuksen kyky onkin hoitotyön keskeisin taito, se tarkoittaa kykyä

kuulla, nähdä ja havaita sanallista ja ei-sanallista viestintää. Jotta näitä viestejä ymmärtää on hoitotyöntekijän opeteltava olemaan läsnä ja eläytymiskykyinen, jotta kykenee ymmärtämään potilaan viestejä. (Mäkisalo-Ropponen 2011, 168.)

Parhaimmillaan vuorovaikutus on, kun osapuolet kuuntelevat toisiaan ja

näkemykset laajenevat. Vuorovaikutuksen onnistumisen kannalta oleellista on,

tuleeko viesti välitettyä ymmärrettävästi, kuunteleeko toinen osapuoli viestiä ja

kuinka nämä viestit ymmärretään. (Mäkisalo-Ropponen 2011, 99.)

Hoitajan ja potilaan välisen vuorovaikutussuhteen tulisi olla psykiatrisessa

hoidossa terapeuttinen suhde, jossa on tietyt päämäärät perustuen potilaiden

kokemuksiin ja jossa hoitaja tietoisesti käyttää omaa persoonaansa

saavuttaakseen hoidon päämäärät. Tähän terapeuttiseen vuorovaikutus

suhteeseen kuuluvia ominaisuuksia ovat eri tutkijoiden mukaan luottamus,

empatia, rakkaus, huolenpito, terapeuttinen ilmapiiri, aktiivinen kiinnostus

ymmärtää potilasta, aitous, avoimuus, positiivisuus, arvostus, hyvän ja

positiivisten voimien tukeminen ja hyväksyntä. Lisäksi tämän suhteen tulee

olla fenomenologisesti merkityksellinen potilaalle, mikä tarkoittaa

hoitotoimintojen liittymistä potilaan omiin sisäisiin kokemuksiin, jotta muutos olisi

mahdollista. Terapeuttinen potilaiden kohtaaminen auttaa potilaita tunnistamaan

sairautensa tai häiriönsä ja näin uudelleen rakentumaan ihmisenä.

Terapeuttisten menetelmien käyttäminen psykiatrisessa hoitotyössä edellyttää

käyttäjältä yleensä erillisen koulutuksen, jotta niitä voi käyttää itsenäisesti

potilaan auttamiseen (Koivisto 2003, 26–28.) Psykiatrisessa hoitotyössä potilaiden ja hoitajien välinen vuorovaikutussuhde on merkittävässä roolissa, koska ihmisen menettäessään minuuden hallinnan he eheytyvät juuri tämän suhteen kautta. Vuorovaikutussuhteen tietoinen analysointi ja tietosiin tuloksiin pyrkiminen ovat keskeisiä ja erittäin vaativia toimintoja. Tämän myötä psykiatrisen hoitotyö on vaativaan ammattitaitoon perustuvaa hoitotyötä (Koivisto 2003, 77–78.)

Psykiatrisen hoitotyön ydin on potilaan ja hoitajan välinen kahdenkeskinen luottamussuhde, jossa potilaan on mahdollista avautua häntä mieltä painavista asioista, ajatuksista, teoista ja niihin liittyvistä tunteista. Jotta mieltä painavista asioista voidaan keskustella, täytyy mielenterveyshoitotyön ammattilaisella olla hyvät vuorovaikutustaidot, jotta hän voi saavuttaa mahdollisimman hyvän yhteisymmärryksen potilaan ja hänen läheistensä välille. (Hietaharju & Nuutila 2010, 84.) Tällaisen auttavan vuorovaikutussuhteen tarkoitus on tarjota potilaalle mahdollisuutta käyttää toista ihmistä kasvun, muutoksen ja kehityksen välineenä (Mäkelä ym. 2001, 14). Tarkoitus on, että hoitaja tarjoaisi tunneperäistä tukea potilaalle siihen saakka, kunnes potilas kykenee siihen itse (Mäkelä ym. 2001, 369).

2.3 Vuorovaikutustyyli ja dialogi

Vuorovaikutus koostuu erilaisista tavoista ja tasoista. Nämä tasot ja tavat tiedostamalla voi arvioida vuorovaikutustilanteita ja tehdä mahdollisia korjausliikkeitä kohti yhteistoiminnallista dialogia. On tärkeä ymmärtää, että vuorovaikutuksen eri tasoilla liikkuminen ei estä yhteisen ymmärryksen rakentumista, koska useampia vuorovaikutustapoja voi yhdistellä eri tilanteiden ja tarpeiden mukaan. (Partanen, Holmberg, Inkinen, Kurki, Salo-Chydenius 2015, 168.)

Potilaan voimaantumiseen tähtäävää vuorovaikutusta rakentaessa on oleellista muistaa, että se syntyy molempien osapuolien niin potilaan kuin hoitajan tiedon pohjalta. Vuorovaikutuksen kulusta ei voi rakentaa tarkkaa ohjeistusta, jossa

neuvottaisiin mitä ja miten kuuluu sanoa missäkin kohtaa, koska jokainen kohtaaminen on yksilöllinen. Yhteistä kaikille vuorovaikutusmenetelmille on se, että niiden taustalla on dialogitaidot. Sosiaali- ja terveysalalla ammatillisessa suhteessa on tärkeä huomioida, että vuorovaikutusta määrittää ensisijaisesti asiakkaan tarpeet eivätkä työntekijätarpeet. Tässä suhteessa asiakas ja työntekijä eivät aina voi olla tasavertaisia. (Vilèn ym. 2002, 87–88)

Vuorovaikutuksen tyyli voidaan hoitotyössä jakaa asiantuntija- ja asiakaskeskeiseen vuorovaikutukseen ja dialogisuuteen (Mönkkönen 2018, 107). Tarkastellaan näistä ensimmäisenä asiakaskeskeistä vuorovaikutusta. Tässä mallissa potilas/asiakas on oman elämän asiantuntija ja hoitajan rooli on silloin myötäilevä ja neutraali. Neutraali rooli ei kuitenkaan tarkoita, ettei hoitaja voisi esittää kysymyksiä. Lopuksi hoitajan tehtävä on koota keskustelu yhteen ja antaa tietoa tarvittaessa. On tärkeä erottaa toisistaan tiedonantaminen neuvomisesta, kuinka potilaan täytyisi elää. Asiantuntijakeskeistä vuorovaikutusta käytetään eniten, kun potilaalle täytyy kertoa sairaudesta tai sen hoidosta. Tällöin tieto välitetään asiallisesti ja ymmärrettävästi, jotta potilas voi itse tehdä omat ratkaisunsa. (Vuorilehto, Larri, Kurki & Hätönen 2014, 55.)

Kolmantena vuorovaikutustyylinä on dialogisuus. Dialogi-sana juontaa juurensa kreikankielisistä sanoista dia ("läpi") ja logos ("oppi"). Sanalla on ollut tarkoitus kuvata dialogisuuden merkitystä eli "väliin kerättyä" tai "välillä olevaa". Usein dialogisuuden yhteydessä viitataan antiikin Kreikasta olevaan Sokrateen käsitteeseen dialogisuudesta, jonka pohjimmainen ajatus on erilaisten totuuksien yhteen saattaminen. Dialogisuutta ei siis voida kuvata vain hyvänä kuunteluna tai yksin puheena. Dialogissa molemmat keskustelun osapuolet voivat oppia ja muuttaa mielipiteitään. (Mönkkönen 2018, 108.)

Suomessa mielenterveyshoitotyössä avointa dialogista hoitomallia ovat kehittäneet Jaakko Seikkula ja Tom Arnkil ja he ovat saaneet lupaavia tuloksia kyseisellä hoitomallilla ensipsykoosin hoitoon liittyen (Koivisto, Alakulppi & Suua 2017).

Avoimen dialogin malli sopii kaikkeen sosiaali- ja terveysalan työhön, mutta erityisesti se sopii mielenterveys- ja psykiatriseen hoitotyöhön. Dialoginen hoitomalli on asiakaslähtöistä hoitoa parhaimmillaan. (Koivisto 2018.) Dialogisen vuorovaikutuksen tehtävä ja päämäärä on yhteisen ymmärryksen syntyminen, joka on sosiaali- ja hoitotyössä käytetty ilmaisu kuuntelevasta keskustelusta (Vuorilehto ym. 2014, 68). Dialogisuudessa korostuu vastavuoroisuus ja molemminpuolisuus. Hoitajalta tämä vaatii aitoa kiinnostusta potilaaseen hyväksymistä ja eläytymiskykyä toisen asemassa oloon. Dialogisessa vuorovaikutuksessa korostuvat potilaan oma asiantuntijuus sairastumisestaan ja hoitajan tieto on teoreettisessa ja kokemuksellisessa tiedossa. Kyseinen lähtökohta muodostaa jaetun asiantuntijuuden, jossa on monta totuutta, näkökulmaa ja lähtökohtaa. Dialogisuus edellyttää hoitajalta hyviä reflektiotaitoja omia käsityksiään ja työtapojaan kohtaan. (Hämäläinen ym. 2017, 147.)

Dialogin merkitys hoitosuhteessa on yksilön selviytymisen pohjan rakentuminen, jonka potilas ilmaisee kertomalla kokemuksistaan ja näkemyksistään. Yhdessä hoitajan kanssa on mahdollista saavuttaa niitä asioita, jotka mahdollistavat potilasta itseään tarvittavaan muutokseen itsessään. (Hentinen, Iija & Mattila 2009, 44.) Dialogisen vuorovaikutuksen ydin on ymmärtää ja oppia hiljentämään oma sisäinen ääni ja hälinä, jotta kykenee mahdollisimman hyvin vastaanottamaan vastapuolen sanoja. Dialogin taitoa voi opetella oman itsensä kanssa omien reaktioiden kuuntelulla, tämän jälkeen toisen kuuntelu myös tulee helpommaksi. Dialogissa tarkoitus on "hidastaa ajattelua" ja antaa asioiden leijaila ilmassa kuin että tehtäisiin nopeita johtopäätöksiä. Dialogissa tarkoitus on pitkittää omien johtopäätösten tekemistä. Tarkoitus on aidosti kuunnella niin muita kuin itseäänkin. Tämä vaatii kykyä eläytyä toisen asemaan. (Vilén ym. 2008, 86–86.)

2.4 Vuorovaikutuksen ilmiöt

Vuorovaikutuksessa näkyvät tietyt vuorovaikutuksen ilmiöt, on sitten kyse potilaan ja hoitajan välisestä vuorovaikutuksesta tai ihmisten välisestä

vuorovaikutuksesta yleensä. Näitä vuorovaikutussuhteen ilmiöiden käsitteitä kutsutaan psykoterapeuttisen ymmärtämisen käsitteellisiksi välineiksi ja niitä ovat transferenssi, vastarinta ja distanssi. Käsitteiden ymmärtäminen auttaa hoitajaa toimimaan yhteistyösuhteessa potilaiden kanssa ja ymmärtämään vuorovaikutuksen tapahtumia. Kyseisiä käsitteitä hyödynnetään mielenterveyshoitotyössä. (Hämäläinen ym. 2017, 160.)

Transferenssilla tarkoitetaan tunteensiirtoa, joka tapahtuu potilaan ja hoitajan välillä. Tällöin tiedostamaton tunne uudelleen kohdistuu toiseen henkilöön ja hoitosuhteessa se tapahtuu hoitajaan. Tällainen transferenssi voi herätä jo ulkonäköön liittyvästä yhtäläisyydestä. Hoitajan tehtävä on tunnistaa mahdolliset transferenssit ja ymmärtää potilaan reaktioita. (Hämäläinen ym. 2017, 160.)

Transferenssit voidaan jakaa positiiviseen ja negatiiviseen. Positiivinen transferenssin esille saaminen on hoidon tavoite ja se kannattelee yhteistyösuhdetta. Negatiivinen transferenssi puolestaan voi olla este yhteistyösuhteen onnistumiselle, koska se tuo potilaalle mahdollisesti mieleen jotain varhaisen lapsuuden tiedostamattomia ristiriitoja. Hoitajana tämä on tärkeä tunnistaa ja reagoida niihin. Lisäksi hoitajassa voi ilmetä vastatransferenssi, jonka potilas herättää hänessä. Hoitajan itsereflektio onkin tässä tärkeässä roolissa, jottei hoitaja potilassuhde heikentyisi tästä. (Hämäläinen ym. 2017, 160–162.)

Vastarinta syntyy sairauden ja sairastumisen aiheuttaman muutokseen sopeutumisesta. Sairauden hyväksyminen, kuntoutuminen ja tulevaisuus voivat ahdistaa potilasta. Lisäksi vastarinnan taustalla on potilaan oma elämänhistoria ja sen hetkisen tilanteen aiheuttama muutospaine. Vastarinta voi ilmetä kaikissa yhteistyösuhteen vaiheissa ja sen voimakkuus, laatu ja tietoisuusaste voivat vaihdella. Vastarinta estää potilasta toipumasta ja yhteistyösuhteen syntymistä.

Vastarinnalla on myös positiivinen vaikutus, se antaa potilaalle aikaa sopeutua muutokseen eli hyväksyä sairaus osaksi itseään ja tähän potilas tarvitsee aikaa. (Hämäläinen ym. 2017, 162–163.) Esimerkiksi defenssit ovat monesti

tiedostamattomia vastarinnan ilmentymiä ja tehtävänsä mukaisesti ne auttavat ihmistä sopeutumaan muutoksissa (Vilén ym. 2002, 139).

Distanssi tarkoittaa hoitajan ja potilaan välistä etäisyyttä niin fyysisesti, psyykkisesti kuin sosiaalisesti. Tämän tunnistaminen vaatii hoitajalta herkkyyttä huomata, mikä etäisyys sopii kenellekin. Välimatkan säätely toimii yhteistyösuhteessa ohjaavana tekijänä potilaan kehitys- ja kasvuprosesseja tarkastelussa. Esimerkiksi maanisesti käyttäytyvä potilas voi tulla liian lähelle tai vetäytyvä potilas olla etäinen, molemmissa tapauksissa hoitajan tehtävä on säädellä välimatkaa. Maanisen potilaan kohdalla on ilmaistava tarvittavan tilan tarve ja etäisen kohdalla mentävä lähemmäksi. (Hämäläinen ym. 2017, 163–165.)

2.5 Kommunikaatio

Kommunikaatio on vuorovaikutuksen ydin. Pääasiassa kommunikaation tehtävä vuorovaikutuksessa on tiedon välittäminen ja ihmissuhteen rakentaja eli saada aikaan suhde ja ylläpitää vuorovaikutusta kahden ihmisen välillä. (Mäkelä ym. 2001, 13.)

Kommunikaatio voidaan jakaa sanalliseen ja sanattomaan tasoon. Niistä käytetään myös nimitystä verbaalinen ja nonverbaalinen vuorovaikutus. Sanallinen vuorovaikutus liittyy puhuttuun ja kirjoitettuun kieleen ja sen tulkitsemiseen. Sen ongelma on se, ettei sanojen merkitys ole kaikille sama. Lisäksi ihmisten välillä kyky ilmaista itseään sanallisesti vaihtelee. Sanattomaan viestintään kuuluvat ilmeet, eleet ja muut kielen ulkoiset viestinnän muodot. Puheen sanattomalla oheisviestinnällä tarkoitetaan äänenkäyttöön liittyviä keinoja, joita kutsutaan paralingvistiseksi keinoiksi. Näitä ovat muun muassa äänneet, painotus, sointi ja korkeus sekä muut kielen ulkoiset eli ekstraverbaaliset keinot. Äänestä kuulija tulkitsee monenlaisia asioita kuten iän, terveyden, sukupuolen, tunnetilan, asenteen ja kulttuuritaustan. (Vilén ym. 2002, 20; Mäkelä ym. 2001, 14.)

Suurin osa kommunikaatiosta on sanatonta ja tämän myötä hoitajan on huomioitava myös se mitä potilas ei sano ääneen. Sanaton kommunikaatio voidaan jakaa merkki-, toiminta- ja välinekommunikaatioon.

Merkkikommunikaatio sisältää ilmeet ja eleet, joita tulkitaksemme tarvitsemme näköaistiamme. Toiminta kommunikaatio ovat vartalon liikkeet, joita tulkitsemme näkö-, kuulo- ja tuntoaistillamme. Välinekommunikaatio on kaikki tarkoituksellinen tai tahaton esineiden esille laittaminen, jonka havaitsemiseksi tarvitsemme kaikkia aistejamme. Sanaton kommunikaatio on myös kulttuurisidonnaista, eikä sitä voi tarkastella ilman tilanneyhteyttä. Se minkälaisen merkityksen annamme sanattomalle kommunikaatiolle, riippuu jokaisen omista kokemuksista ja hahmotusmalleista. Sanaton kommunikaatio kertoo monesti paremmin potilaan tunnetilasta kuin sanat. Sanoilla potilas voi uskotella hoitajalle jotain, mikä ei pidä edes paikkaansa, mutta kehonkieli ei valehtelee. (Mäkelä ym. 2011, 13–14.)

Vuorovaikutuksessa käytettäviä kommunikaatio- ja haastattelukeinoja mielenterveystyössä ovat avoimet ja suljetut kysymykset, aktiivinen kuuntelu, potilaan kielelliseen viestintään reagoiminen, muuhun viestintään reagoiminen, reflektio (tunteiden peilaaminen), tarkentaminen ja yhteenvedon tekeminen (Vuorilehto 2014, 114).

Avoimilla kysymyksillä tavoitellaan dialogisuutta, jolloin asiakas on keskustelun sisällön määrittäjä. Hoitajien tulisi oppia, kuinka tehdä avoimia kysymyksiä, jolloin oma haastattelu- ja vuorovaikutusosaaminen kehittyisi. Avointen kysymysten teemoja on erilaisia kuten voimavarakysymykset, tavoitekysymykset, keinojen löytäminen ja motivoivat kysymykset. (Koivisto 2018.) Avoin kysymys on sellainen, johon potilaan on mahdollista vastata monipuolisesti, eikä pelkästään lyhyesti myöntämällä tai kieltämällä. Suljetuilla kysymyksillä puolestaan rajataan keskustelua ja niihin halutessaan voi vastata lyhyestikin vain myöntämällä tai kieltämällä. Näin ollen suljetuilla kysymyksillä ei saada aikaiseksi vuorovaikutusta tai se voi jäädä pinnalliseksi. Lisäksi muita kysymys mallivaihtoehtoja ovat johdattelevat, tarkentavat, selventävät ja erottelevat kysymykset. (Vilén ym. 2002, 88–89.)

Puhuminen ei yksistään riitä kommunikaatioon vaan sen onnistuminen edellyttää myös kuuntelemista (Mäkisalo-Ropponen 2011, 102). Puhutaan aktiivisesta kuuntelemisesta, joka tarkoittaa potilaan keskeyttämätöntä kuuntelemista, ei potilaan kanssa vastaan väittämistä. Aktiivisen kuuntelemisen taidossa omat ajatukset eivät saa harhailla vaan on keskityttävä siihen, mitä potilas puhuu. Tavoitteena on kuunnella tarkkaavaisesti ja pyrkiä ymmärtämään toisen todellisuutta ja puheen merkitystä. (Hietaharju, Nuutila 2010, 87–88.) Toisen todellisuuden merkityksen ymmärtäminen vaatii toisen asemaan astumista ja näkemään asiat toisen asemasta. Lisäksi on pyrittävä tunnistamaan ja sanoittamaan toisen tunnetila, jonka voi aistia sanojen takaa. Aktiivisessa kuuntelussa on myös tärkeää kysyä toisen tarpeista ja toiveista. Kuuntelijan on löydettävä kuulemastaan punainen lanka ja jäsentää sitä uudella tavalla omien havaintojen kautta. Tarkoitus on auttaa ja motivoida keskustelu kumppani itse löytämään uusia ratkaisumalleja eikä esittää niitä valmiina. Kuuntelijan roolia voisi kuvata henkisenä kättilönä toimimiseksi. Aktiivisen kuuntelun taitoja ovat tilan ja rauhan antaminen puhujalle, pienien ilmeiden ja eleiden huomaaminen, toisen tunteiden sanoittaminen, tarkennusten kysyminen aiheesta, toisen kannustaminen kertomaan asiasta omalla tavallaan, läsnäolo, viestin palauttaminen puhujalle eli tiivistämällä kuultu asia, kysymällä onko tulkinnut viestin oikein ja tunnetilan/tunnetilojen tunnistaminen ääneen toteamalla. (Mieli 2020.)

Blomstedt (2009) mukaan joka kerta, kun puhut sairastuneen kanssa jostain, josta hän haluaa puhua tai vaikenet hänen kanssaan, olet osa sitä lääkettä, jota ei ole vielä keksitty (Mäkisalo-Ropponen 2011, 167.) Aktiivisesta ja läsnä olevasta kuuntelemisesta voidaan puhua taitona. Se ei ole automaattinen toimintatapa. Kuulemme toki ääniä hyvinkin automaattisesti, mutta varsinainen kuunteleminen vaatii ylimääräisen tietoisuuden ponnistuksen. On tahdottava olla läsnä ja osattava tulkita vuorovaikutusta mahdollisimman rakentavalla tavalla. Voidaan sanoa helposti, että kuulemme muttemme kuuntele. Jos emme ole aidosti läsnä, emme silloin kuule toisen ihmisen kokemuksia ja tarkoitusta sanojen takaa. Silloin helposti muodostuu kuva toisesta ihmisestä pinnallisen kuulemisen, virheellisten olettamusten perusteella. Psykologiassa tätä

kutsutaan projisoimiseksi, jolloin toiseen heijastaa omia kokemuksia, näkemyksiä ja teorioita ja uskomuksia toiseen. (Dunderfelt 2015, 10.)

Taitava kuuntelu tarkoittaa, että jaksamme olla tietynajan läsnä olevassa kuuntelemisen tilassa. Kuuntelemisen tila on sisäinen tila, jossa olemme valppaina, huomaamme jos aiomme hyökätä omalla mielipiteellä vastaan tai huomiomme kiinnittyy muualle, niin kykenemme tietoisesti sisäisellä fokuksella palauttamaan itsemme läsnä olevaan kuuntelun tilaan. (Dunderfelt 2015, 20–21.) Avoimessa ja aktiivisessa kuuntelussa nopeat ja vahvat tulkinnat saattavat sulkea tärkeät ajatukset ja tunteet pois tärkeistä viesteistä. Kuunteleminen ei ole helppo taito ja usein kuullaankin se, mikä halutaan kuulla. (Mäkisalo-Ropponen 2011, 102–103.) Hoitosuhdetta käsittelevien tutkimusten mukaan potilaat odottavat kuuntelua, yksilöllisellä tasolla kohtaamista ja pysähtymistä kohdalle. Potilaat kokevat myönteisen vuorovaikutuksen voimavaroja lisäävänä (Mattila 2001, 23.)

2.6 Kohtaaminen

Kohtaamisen perusedellytys on potilaan tasavertainen kunnioittaminen (Mäkisalo-Ropponen 2011, 168). Kokonaisvaltaisessa kohtaamisessa hoitaja tulkitsee, mitä potilas tarvitsee ja miten häntä voi auttaa. Aidosti kuulluksi ja ymmärretyksi tulemisen myötä, potilas kokee tulleen kuulluksi ja kokee olevansa merkityksellinen. (Hämäläinen ym. 2017, 148.) Potilaan voinnista ja tunteista kiinnostunutta hoitajaa jokainen vuorovaikutustilanne kasvattaa niin ammattilaisena kuin ihmisenäkin. Tämän muistaminen auttaa pitämään mielenkiintoa potilaiden kohtaamiseen. (Vuorilehto ym. 2014, 68.)

Kohtaamisen ensi hetki on erityisen tärkeä, koska siitä alkaa luottamuksellisen suhteen luominen asiakkaaseen. Ihmiset luovat toisistaan ensi vaikutelman jo ensimmäisten sekuntien aikana. Tässä vaiheessa luottamuksen rakentumisen kannalta on tärkeää, että osapuolet antavat tilaa toisilleen ja mahdollisuuden oman tarinan rakentamiselle ja ajatusten ja kokemusten kertomiselle. Tällöin on vielä tärkeää, ettei ota asioihin liikaa kantaa. Toisessa vaiheessa suhteen

syventyessä on mahdollisuus alkaa viedä keskusteluja seuraavalle tasolle ja haastaa näkemyksiä. Kolmannessa vaiheessa dialoginen kohtaaminen mahdollistuu, kun osapuolet uskaltavat astua uudelle molemmille tuntemattomalle alueelle, jossa syntyy uusia yhteisiä ajatuksia. (Mönkkönen 2018, 208.)

Jotta todellinen yhteys muodostuu toiseen henkilöön, se vaatii aikaa, mutta lyhyissäkin kohtaamisissa voi olla kokemusta kuulluksi tulemisesta. Kuulluksi tuleminen ei ole pelkästään sitä, että kokee toisen kuuntelevan, vaan se on tunne siitä, että kuuntelija ymmärtää tai ainakin haluaa ymmärtää, mitä toisella on sanottavana. Kuulluksi tulemisesta on myös ihmisen itsemääräämisoikeuden huomioiminen ja toiveiden kuuleminen mahdollisuuksien rajoissa. (Vilén ym. 2002, 62.) Potilaan kohtaaminen aidosti, rehellisesti ja avoimella käytöksellä, aidolla läsnäololla ja kuuntelulla vaikuttaa yhteistyösuhteen onnistumiseen ja luottamuksen syntyymiseen, joka on ensiarvoisen tärkeää ja herkkää mielenterveytyydessä. Sovituista asioista on pidettävä kiinni, koska ne vaikuttavat myös luottamukseen. (Hämäläinen ym. 2017, 149–150.)

Empatian osoittaminen kuuluu hoitosuhteeseen. Empatiolla tarkoitetaan kykyä reagoida toisen henkilön tunnetilan mukaisesti ja kykyyn ilmaista se vuorovaikutustilanteessa nonverbaalisesti ja verbaalisesti niin, että toinen osapuoli voi havaita sen. Kontakti potilaaseen edistää potilaan tuntemista ja vuorovaikutusta heidän välillään, jolloin hoitaja osoittaa empatiaa potilasta kohtaan (Mattila 2001, 21.) Eläytyminen potilaan tilanteeseen vaatii hoitajalta herkkyyttä, oman persoonansa käyttöä työvälineenä ja persoonansa reflektoinnin avulla. Hoitajan kokema empatia ohjaa hänen omia sanojansa, ilmeitään, eleitään ja tunnettaan siitä, miten tilanteessa on paras edetä. Milloin mennä keskustelussa eteenpäin ja milloin olla vain hiljaa potilaan rinnalla. (Hämäläinen ym. 2017, 151.)

Potilaan ja hoitajan erilaiset kiintymyssuhdemallit kohtaavat jo lyhyessäkin kohtaamisessa. Erityisesti ne tulevat ilmi, kun on kyse tunteista. Sosiaali- ja terveysalalla potilaan ja työntekijän välille voi syntyä niin korjaava kuin tuhoavakin kiintymyssuhde. Vuorovaikutustilanteiden ymmärtäminen lähtee

ensisijaisesti siitä, että työntekijä osaa pohtia omaa kiintymyssuhdemalliaan mieltien, miten voisi olla psyykkisesti turvallisempi. (Vilén ym. 2002, 44–45.) Työntekijän kiintymyssuhde vaikuttaa siihen, kuinka hän osaa vastaanottaa potilaan tunteita ja käsitellä niitä. Kiintymyssuhteella tarkoitetaan John Bowlbyn (1907–1990) luomaa kiintymyssuhdeteoriaa, joka on teoria lapsen ja hänen hoitajansa välisestä suhteesta ja sen vaikutuksesta myöhempään elämään. Kiintymyssuhdemalleja on kolme erilaista: 1) turvallinen, 2) turvaton, 3) turvaton - ristiriitainen. Nykyisin puhutaan vielä neljännessä mallista, joka on jäsentymätön kiintymyssuhde. (Vilén ym. 2002, 35–36.)

3 Mielen terveystyö

3.1 Mielen terveystyön osa-alueet

Käsitteinä mielen terveystyö, mielen terveystyö ja psykiatrinen ovat hyvin lähellä toisiaan. Niissä on kuitenkin sisällöiltään eroa keskenään. Ne ovat hyvä erottaa toisistaan ja ymmärtää niiden eroavaisuudet. Mielen terveystyö on hyvin laaja käsite ja sisällyttää kaiken väliltä psykiatrisen sairaalahoidon ja mielen terveyden ongelmien ennaltaehkäisyn yhteiskuntatasolla. (Hagman 2019, 8.)

Mielen terveystyö pystytään jakamaan kolmeen osa-alueeseen, jotka ovat; mielen terveyttä edistävään työhön, mielen terveyden häiriöiden ehkäisyyn ja korjaavaan toimintaan. Edistävä toiminta keskittyy ensisijaisesti vahvistamaan positiivista mielen terveyttä. Sen tarkoituksena on tunnistaa ja voimistaa mielen terveyttä edistävien yhteiskunnallisten ja yksilöiden tekijöitä ja pyrkiä vähentämään riskitekijöitä. Mielen terveyden edistäminen on elinikäinen prosessi ja se koskettaa meitä kaikkia ihmisiä yhteiskunnassa. Onnistuneella mielen terveyden edistämällä, voidaan vähentää muun muassa päihteiden käyttöä ja vähentää riskiä sairastua fyysisiin sairauksiin, kuten diabetekseen. (Hämäläinen ym. 2017, 29–30.)

Häiriöiden ehkäisemisen tarkoituksena on tunnistaa mielenterveyttä uhkaavia tekijöitä ja estää niitä. Tavoitteena on ensioireiden tunnistaminen, häiriön keston lyhentäminen varhaisen toteamisen ja nopean hoidon avulla. Tämän tavoitteen tarkoituksena on estää sairautta kroonistumasta. Varhaisen tunnistamisen ja hoidon merkitystä on alettu nostamaan esille, sillä monet vakavat mielenterveyden häiriöt saattavat vaikeutua ja pitkittyä myöhään aloitetun hoidon vuoksi. (Hämäläinen ym. 2017, 30.)

Korjaavaan toimintaan kuuluu mielenterveysongelmien tutkimus, hoito ja kuntoutus. Tarkoituksena on potilaan häiriön lieventäminen ja vähentää häiriöstä johtuvaa toimintakyvyn menetystä. Mielenterveys- ja päihdeongelmilla on merkittävä vaikutus terveismenoihin. Nämä edellä mainitut ongelmat lisäävät muun muassa työkyvyttömyyttä ja köyhyyttä. Kuntouttavassa mielenterveystyössä voidaan käyttää korjaavaa toimintaa, jonka tavoitteena olisi esimerkiksi pienentää mielenterveyden ongelmista johtuvaa haittaa ja palauttaa potilaiden työ- ja toimintakykyä. (Hämäläinen ym. 2017, 32.)

Mielenterveyshoitotyö on yksi osa mielenterveystyön aluetta. Se on hoitajan itsenäisesti ja vastuullisesti tekemää potilaslähtöistä hoitotyötä, jonka toiminta perustuu ihmisarvoon ja yhdenvertaisuuteen. Peruslähtökohtana voidaan pitää yksilön, perheen ja yhteisön mielenterveyden edistämistä, voimavaroja tukevaa ja kunnioittavaa työtettä. Sairastuneella potilaallakin on positiivista mielenterveyttä, joka hoitajan olisi hyvä aina huomioida. Siksi hoitajan tulisi muistaa hoitaa potilasta tavalla, joka tukee ja vahvistaa positiivista mielenterveyttä. Yhteistyösuhde potilaan ja hoitajan välillä on ydinosasta mielenterveyshoitotyössä. Usein mielenterveyshoitotyötä tehdään moniammatillisessa hoitoryhmässä, sekä osaamisen osa-alueet voidaan jaotella lasten, nuorten, aikuisten ja ikääntyneiden välillä. (Hämäläinen ym. 2017, 33–35.)

Mielenterveyshoitotyön ydin on hoitosuhde, josta aikaisemmin on jo tarkemmin kerrottu. Tässä hoitosuhteessa työskennellään joko sovitun hoitojakson verran tai se voi olla useamman irrallisen tapaamisen sisältö. Hoitosuhteen muodostuminen jaetaan kolmeen vaiheeseen, jotka ovat hoitosuhteen

luominen, ylläpitäminen (työskentely) ja päättäminen. Työskentelyssä välineenä käytetään dialogia eli kuuntelevaa keskustelua. (Vuorilehto ym. 2014, 65–67; Hämäläinen ym. 2017, 165.)

Etene raportti on valtakunnallisen sosiaali- ja terveysalan eettisen neuvottelukunnan laatima ohjeistus, jolla pyritään turvaamaan mielenterveyspotilaiden- ja asiakkaiden ja heidän omaisten oikeuksia. Se ohjaa mielenterveyshoitotyötä eettisillä ohjeilla. Etene raportissa hyvässä mielenterveystyössä olisi toteuduttava seuraavat asiat:

- ”-Terveellinen ja turvallinen elinympäristö tukee kaikenikäisten mielen terveyttä.
- Mielenterveystyö auttaa kansalaisia selviytymään omassa elämässään, arjessaan ja yhteiskunnassa mahdollisimman itsenäisesti.
- Sujuva, tarkoituksenmukainen ja turvallinen mielenterveystyö on ihmisen kokonaishoitoa.
- Kansalainen saa tarvitsemansa yksilölliset, sairautensa ja oireidensa edellyttämät mielenterveyspalvelut nopeasti ja joustavasti.
- Luottamuksellinen, pysyvä ja jatkuva hoitosuhde takaa, että mielenterveyden häiriöstä kärsivä ei joudu kantamaan sairauden aiheuttamaa leimaa toipuessaan eikä sen jälkeen, kun hän on kuntoutunut sairaudestaan.
- Ihmisyyden ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen ovat mielen terveystyössä kaiken hoidon ja palvelun perusta.
- Rajoitustoimia käytetään ainoastaan lain perusteella ja vasta viimeisenä keinona, jos muut hoitotoimenpiteet eivät ole auttaneet.
- Omaiset ja läheiset voivat osallistua hoitoon kykyjensä ja voimavarojensa mukaisesti potilaan salliessa.
- Hyvä työpaikka tarjoaa työntekijöille mahdollisuuden käyttää ammattitaitoaan ja kehittyä työssään.
- Hyvässä työpaikassa on ilo tehdä työtä. Mielenterveystyön asiantunteva ammattihenkilöstö antaa tarkoituksenmukaista ohjausta ja tietoa.
- Työolot tukevat työntekijöiden jaksamista.” (Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE 2009, 5.)

Psykiatrinen hoitotyö on näistä käsitteistä suppein ja sillä tarkoitetaan lyhyenä ja tiiviinä tarkoitettua tutkimus- ja hoitotyötä. Sen tehtävä on auttaa potilasta selviämään ja elämään psyykkisten oireiden ja sairauden kanssa. Päämäärä hoidossa on akuutin sairastumisvaiheenhoitoa ja tavoite on vakauttaa potilaan vointi niin, että hän pärjäisi avohoidon avulla. (Hagman 2019, 8.)

Psykiatria on oppi mielenterveyden häiriötä, häiriön oireista ja sen ilmaantumistavasta, syistä, kehitys kulusta ja hoito tavasta sekä ehkäisystä. Psykiatria jaetaan erikoisalana aikuispsykiatriaan, lastenpsykiatriaan, nuorisopsykiatriaan ja oikeuspsykiatriaan. Psykiatrinen hoito perustuu tieteellisistä tutkimuksista saatuun jatkuvasti uusiutuvaan näyttöön. Suomessa hoitosuosituksia tehdään näytönasteen perusteella ja hoito nojaa alalla oleviin eettisiin periaatteisiin (Lönnqvist & Lehtonen 2011, 12.)

Lääkäri määrittää hoidon sisällön, jota psykiatrisessa sairaalassa annetaan potilaalle. Hoito koostuu moniammatillisen tiimin hoidosta, joka on hyvin kokonaisvaltaista, jota sairaanhoitaja hoitotyönä toteuttaa perustanaan hoitosuhde potilaaseen (Hagman 2019, 9.)

3.2 Lait ja asetukset

Mielenterveystyötä ohjaavat terveydenhuoltolaki ja mielenterveyslaki. Näiden lakien pohjalta sosiaali- ja terveysministeriö valvoo, ohjaa ja suunnittelee valtakunnallista mielenterveystyötä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021). Aluehallintoviraston alaisuuteen kuuluvat mielenterveystyön suunnittelu, ohjaus ja valvonta omalla toimialueellaan. Kunnan vastuulla on järjestää omalla alueellaan mielenterveyspalveluita ja kuntayhtymän vastuulla on huolehtia erikoissairaanhoidona annettavista mielenterveyspalveluista alueellaan. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos esiintyy mielenterveystyön asiantuntijavirastona. (Mielenterveyslaki 1990/1116.) Mielenterveystyö määritellään mielenterveyslaissa seuraavasti;

”Mielenterveystyöllä tarkoitetaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveydenhäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä Mielenterveystyöhön kuuluvat mielisairauksia ja muita mielenterveydenhäiriöitä poteville henkilöille heidän lääketieteellisin perustein arvioitavan sairautensa tai häiriönsä vuoksi annettavat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut (mielenterveyspalvelut). Mielenterveystyöhön kuuluu myös väestön elinolosuhteiden kehittäminen siten, että elinolosuhteet ehkäisevät ennalta mielenterveydenhäiriöiden syntyä, edistävät mielenterveystyötä ja tukevat mielenterveyspalvelujen järjestämistä” (Mielenterveyslaki 1116/1990.)

Lakien ja sopimusten lisäksi meitä velvoittavat sairaanhoitajien eettiset ohjeet, joissa kerrotaan, että sairaanhoitajan velvollisuus on kohdata potilas kuin lähimmäisensä. Sairaanhoitajan tehtävä on kuunnella ja eläytyä potilaan tilanteeseen. Hoitosuhteen on perustuttava avoimeen vuorovaikutukseen ja keskinäiseen luottamukseen. Eettiset ohjeet eivät kuitenkaan ole niin sitovia kuin lait. (Sairaanhoitajaliitto; Hämäläinen ym. 2017, 50.)

3.3 Mielenterveys

Mielenterveys on käsitteenä monitahoinen, jota on vaikea määritellä yksiselitteisesti, koska siihen vaikuttavat niin monet tekijät. Mielenterveyteen vaikuttavat perimä, biologiset tekijät, sosiaaliset ja vuorovaikutukselliset tekijät, yhteiskunnalliset rakenteelliset tekijät ja kulttuuriset erot. Edellä mainitut tekijät taas ovat jatkuvassa vaikutuksessa keskenään ja näin ollen ne synnyttävät uusia voimavaroja ja kuluttavat entisiä. Mielenterveys ei siis tästä syystä ole pysyvä käsite vaan se vaihtelee eri elämäntilanteiden mukaan. (Hietaharju & Nuutila 2010, 12–13.)

Maailman terveysjärjestö WHO määrittää mielenterveyden hyvinvoinnin tilaksi, jossa ihminen tiedostaa omat kykynsä, pystyy toimimaan tavanomaisissa stressitilanteissa, työskentelemään tuottavasti sekä olemaan oman yhteisön jäsen (World Health Organization 2018).

On kerrottu, että jokaisella henkilöllä on oikeus hyvään mielenterveyteen ja ilman mielenterveyttä ei ole terveyttä (Hämäläinen ym. 2017, 19). Mielenterveys muokkautuu kasvun ja kehityksen myötä ja jokaisen ihmisen mielenterveys voi vaihdella elämän aikana mielentilanlaskusta hyvään oloon. Mielenterveyttä voidaanakin pitää psyykkisten toimintojen voimanlähteenä, jota ihminen elämänsä ajan käyttää ja kartuttaa. Ihmisellä on itsellään mielenterveyttä suojaavia tekijöitä, mutta yhtä aikaa myös vaarantavia tekijöitä. Nämä tekijät vaikuttavat yhdessä mielenterveyden asteeseen ja siihen, miten ihminen kokee elämän muutokset ja kriisitilanteet. (Hietaharju & Nuutila 2010, 14.) Ihmisen hyvää mielenterveyttä kuvaa se, miten hän ymmärtää omat kykynsä, sopeutuu

arki-elämän tuomiin haasteisiin ja muutoksiin, kykenee säilyttämään toimintakykynsä ja kykenee antamaan yhteiseen hyvään oman panoksensa. Terve ihminen on mieleltään sopeutumiskykyinen, joustava ja tyytyväinen (Lönngqvist & Lehtonen 2011, 12.)

3.4 Mielenterveyden häiriö

Mielenterveyden häiriöllä tarkoitetaan yleisnimeä erilaisille psykiatrisille häiriöille (Terveyden ja hyvinvointilaitos 2021a). On huomioitava, että erinäiset ja hetkelliset mielen oireet, kuten unettomuus tai ahdistuneisuus ei vielä ole mielenterveyden häiriötä vaan kuuluvat ajoittain monien elämään.

Mielenterveyden häiriöstä on kyse silloin, kun henkilön ajatukset, mieliala, tunteet tai käytös haittaavat ihmissuhteita tai toimintakykyä ja oireet pitkittyvät liiaksi. Vakavassa mielenterveyden häiriössä ihminen voi lamaantua täysin. (Huttunen 2017; Vuorilehto ym. 2014, 106.) Mielenterveyden häiriöitä ovat muun muassa psykoosit eli klassiset mielisairaudet, kemiallisten aineiden aiheuttamat oireyhtymät ja elimelliset aivosairaudet, älyllinen kehitysvammaisuus, erilaiset pelot ja ahdistuneisuushäiriöt, mielialahäiriöt, käyttäytymiseen ja persoonallisuuteen liittyvät häiriöt, poikkeavat psyykkiset reaktiot, seksuaalisethäiriöt, unihäiriöt, syömishäiriöt sekä päihdehäiriöt. (Lönngqvist & Lehtonen 2011, 139).

Nykytiedon valossa mielenterveyden häiriöitä voidaan hoitaa tehokkaasti ja ehkäistä vaikuttavalla tavalla. Uusien tautitapausten ehkäisyyn pyritään primaaripreventiolla, kun taas sekundaaripreventiolla varhaiseen ja vaikuttavaan hoitoon sekä tertiääripreventioon toimintakyvyn mahdollisimman korkeaan palauttamiseen ja ylläpitoon (Lönngqvist & Lehtonen 2011, 12.) Haavoittuvuus-stressimallia hyödynnetään nykyään paljon potilastyössä pohtiessa, miksi mielenterveyshäiriö on syntynyt. Siinä yhdistyy eri tieteenalojen näkemys suojaavista ja altistavista tekijöistä mielenterveyshäiriön synnylle. Psykkinen sairastuminen voi syntyä altistavien (haavoittavien), riittämättömien suojatekijöiden ja liian kuormittavan stressin lopputuloksena. (Hämäläinen ym. 2017, 26.)

Vuosittain puolitoista prosenttia suomalaisista sairastuu johonkin mielenterveyden häiriöön ja joka viides sairastaa jotakin mielenterveyden häiriötä (Vuorilehto ym. 2014, 106; Huttunen 2017). Mielenterveyden häiriö koostuu oireyhtymistä, joissa on kliinisesti merkityksellisiä psyykkisiä oireita, joihin liittyy haittaa ja kärsimystä. Mielenterveyden häiriön puhkeamisessa on monesti kyse useiden tekijöiden summasta. Sairastumisen puhkeamisen kohdalla näyttää, että yksittäinen stressaava elämän muutos olisi sen laukaissut, vaikka todellisuudessa muut tekijät ovat jo luoneet pohjaa sen heikentymiselle. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2021a.)

Oireet ja niiden vaikeusasteet määrittävät mielenterveyden häiriön luokituksen. Psykiatristen sairauksien tautiluokituksessa käytetään Maailman terveysjärjestön kehittämää ICD-järjestelmää ja Yhdysvaltojen psykiatriyhdistyksen kehittämää DSM-järjestelmää. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2021a.)

Mielialahäiriöt voidaan jakaa masennushäiriöihin tai kaksisuuntaisiin mielialahäiriöihin. Masennushäiriöt ovat yleisiä elämän aikana ja se ilmenee moninaisina oireina, erityisesti alhaisena mielialana. Masennustila voidaan luokitella lieväksi, keskivaikeaksi, vaikeaksi tai jopa psykoositasoiseksi. Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä mielialamuutokset näkyvät kohonneena mielialajaksona, masennusjaksona tai näiden erinäisenä yhdistelmänä. Useasti eriasteiset masennustilat kuuluvat kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön. Sairausjaksot voidaan yleensä erotella joko maanisena tai masentuneisuutena. Sekamuotoisessa sairausjaksossa molemmat piirteet ovat läsnä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2020.)

Yleisiä mielenterveyshäiriötä ovat myös ahdistuneisuushäiriöt, jossa ahdistuneisuus on voimakasta, pitkäkestoista ja rajoittaa elämää sekä heikentää toimintakykyä ja elämänlaatua. Ahdistuneisuushäiriöihin kuuluvat muun muassa paniikkihäiriö, yleistynyt ahdistuneisuushäiriö, julkisten paikkojen pelko ja sosiaalisten tilanteiden pelko (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2021b.)

Psykoosissa todellisuudentaju on vakavasti häiriintynyt, mikä ilmenee harhaluuloina ja aistiharhoina. Lisäksi psykoosisairauksiin liittyy tarkkaavaisuuteen, muistiin ja toimintojen suunnitteluun liittyviä vaikeuksia. Skitsofrenia on yleisin psykoosisairaus. Psykoosisairauksiin kuuluvat myös harhaluuloisuushäiriö, lyhykestoinen psykoosi ja skitsoaffektiivinen häiriö. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019.)

Syömishäiriöitä ilmenee yleisimmin nuorilla ja nuorilla aikuisilla naisilla. Tunnetuimpia syömishäiriöitä ovat laihuushäiriö ja ahmimishäiriö. Lisäksi tavallisin epätyypillinen syömishäiriö on ahmintahäiriö. Laihuushäiriössä henkilö välttää syömistä ja usein liikkuu poikkeuksellisen paljon, jonka seurauksena paino putoaa. Yleistä on syödyn ruoan oksentaminen ja ulostus-, nesteentoisto- tai ruokahalua hillitsevien lääkkeiden käyttö. Henkilöllä on vääristymä omasta kehostaan ja hän pitää itseään lihavana, vaikka laihduttaisi ja riuhduttaisi. Ahmimishäiriössä henkilöllä on toistuvia ylensyömisjaksoja, jossa suuria määriä ruokaa ahmitaan pakonomaisesti. Ahmitusta ruoasta pyritään pääsemään eroon oksentamisen, lääkkeiden tai paastoamisen kautta. Ahmimishäiriöön liittyy lihomisen pelko ja itsearvostus perustuu ulkonäköön ja painoon. Ahmintahäiriöinen henkilö ei pysty hallitsemaan tai keskeyttämään syömistään. Ahmintakohtauksissa henkilö syö suuria määriä ruokaa, vaikkei olisi nälkäinen. Kohtaukset ovat toistuvia, eikä ahmitusta ruoasta henkilö pyri pääsemään eroon, jonka seurauksena ahmintahäiriöinen henkilö lihoo. (Tarnanen, Suokas & Vuorela 2015.)

4 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tarkastella kirjallisuuskatsauksen avulla, mitkä tekijät voivat olla esteenä kommunikaatiolle ja kohtaamiselle potilaan ja hoitajan välillä mielenterveystyössä. Tavoitteena on lisätä sairaanhoitajaopiskelijoiden tietoisuutta potilaan ja hoitajan välisestä vuorovaikutuksesta ja sen syntymisen esteistä mielenterveystyössä.

Opinnäytetyön toimeksiantaja on Karelia Ammattikorkeakoulu.

Opinnäytetyömme tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

1. Mitkä tekijät voivat olla esteenä potilaan ja hoitajan välisessä kommunikaatiossa ja kohtaamisessa sairaanhoitajan näkökulmasta mielenterveystyössä?
2. Mitkä tekijät voivat olla esteenä potilaan ja hoitajan välisessä kommunikaatiossa ja kohtaamisessa potilaan näkökulmasta mielenterveystyössä?

5 Opinnäytetyön menetelmälliset valinnat

5.1 Kirjallisuuskatsauksista yleisesti

Kirjallisuuskatsaus kuvailee parhaimmillaan tutkimuksen tekijän ymmärrystä tutkittavasta aiheesta tai ilmiöstä ja tutkittavan aiheen tutkimustavasta. Kirjallisuuskatsauksessa kuvaillaan myös sitä todellisuutta missä kyseinen asia tai ilmiö todentuu. Onnistuneessa kirjallisuuskatsauksessa tutkimuksen tekijä kokoaa aikaisemmat tutkimuksen ja osoittaa olemassa olevan tiedon aukon. Itse kirjallisuuskatsauksen tekeminen vie aikaa ja vaatii tekijältä vahvaa itsenäisestä ajattelua ja kriittistä työtettä. Kirjallisuuskatsaus perustuu systemaattiseen tiedonhakuun. Siinä voidaan käyttää erilaisia kotimaisia ja kansainvälisiä tietokantoja, kuten Medic, Terveysportti, Cinahl, PubMed, Cochrane ja PsycINFO. (Kylmä & Juvakka 2007, 45–48.)

Kirjallisuuskatsauksia on erilaisia ja tämän myötä niitä voidaan käyttää erilaisiin tarkoituksiin. Pääsääntöisesti kirjallisuuskatsaukset jaetaan kolmeen päätyyppiin, joita ovat kuvailevat kirjallisuuskatsaukset, systemaattiset kirjallisuuskatsaukset sekä laadullinen ja määrälliset meta-analyysit. Niitä kaikkia yhdistää samat osat, joita ovat tiedon haku, kriittinen arviointi, saadun aineiston perusteella tehty synteesi ja analyysi. (Stolt, Axelin & Suhonen 2015,

8). Valitsimme omaan opinnäytetyöhön narratiivisen eli kuvailevan kirjallisuuskatsaus tavan.

5.2 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus menetelmä on yksi kirjallisuuskatsauksen muoto, joka perustuu tutkimuskysymykseen ja haettujen aineistojen kuvailevaan, laadulliseen vastaukseen. Menetelmään kuuluu neljä eri vaihdetta, jotka ovat: tutkimuskysymyksen muodostaminen, aineiston valitseminen, kuvailun rakentaminen ja tuotetun tuloksen tarkastelu. (Kangasniemi, Utriainen, Ahonen, Pietilä, Jääskeläinen & Liikanen 2013, 291–292.) Kirjallisuuskatsaustavoista kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yleisimmin käytetty. Tarkemmin se on yleiskatsaus ilman tarkkoja ja tiukkoja sääntöjä. Aineistoja ei ole rajattu metodisilla säännöillä ja ne ovat laajoja aineistoiltaan. Tutkimuskysymykset ovat väljempää kuin muissa kirjallisuuskatsaustavoissa. (Salminen 2011, 6.)

Kun lähdetään muodostamaan tutkimuskysymystä, on hyvä tehdä alustavia kirjallisuushakuja, joilla saadaan käsitys olemassa olevasta kirjallisuuden määrästä. Myös on tarkistettava, ettei ole samanlaisia kirjallisuuskatsauksia juuri julkaistu (Niela-Vilén & Kauhanen 2015, 25). Tutkimuskysymys ohjaa koko kuvailevan kirjallisuuskatsauksen prosessia. Yleensä tutkimuskysymys on kysymysmuodossa. Onnistuneen tutkimuskysymyksen edellytyksenä on, että kysymys on riittävän tarkka ja rajattu, jotta ilmiötä voi tutkia mahdollisimman syvästi. Toisaalta kysymys voi olla myös väljä, joka mahdollistaa ilmiön tarkastelun monista näkökulmista. (Kangasniemi ym. 2013, 295.)

Seuraava vaihe on aineiston valitseminen. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen aineisto valikoituu tutkimuskysymyksen myötä, sekä lisäksi tutkimuskysymyksen laajuus määrää aineiston riittävyyden. Aineiston tarkoituksena on löytää aineiston kautta vastaus tutkimuskysymykseen. Aineisto haetaan yleisesti elektronisista tieteellisistä tietokannoista tai manuaalisilla hauilla tieteellisestä julkaisusta. Aineisto koostuu aiemmista julkaisuista ja tutkimusaihetta koskevista tutkimustiedoista. Katsaukseen aineisto haetaan

tieteellisistä tietokannoista tai manuaalisesti hakemalla tieteellisistä julkaisuista. Menetelmä kirjallisuudessa ei ole aikaisemmin yksimielistä kuvaa aineiston valinta prosessista. Aineisto valinta voidaan jakaa implisiittisenä ja eksplisiittiseksi valinnaksi. Molemmissa tavoissa tieto haetaan relevanteista lähteistä, mutta ne eroavat toisistaan systemaattisuuden ja raportointi tavoistaan. Työssämme käytämme eksplisiittistä aineiston valintaa, joka muistuttaa systemaattisen kirjallisuuskatsauksen valintaprosessin vaiheita. Se poikkeaa systemaattisesta kirjallisuus katsauksesta siinä, ettei valittu aineisto perustu ainoastaan rajattuihin hakusanoihin kieli- tai aikarajauksiin. Tarkemmin tällä tarkoitetaan, että aineiston valinta muokkautuu jatkuvasti ja vastavuoroisesti reflektoiden näitä suhteessa tutkimuskysymykseen, jolloin niin tutkimuskysymys kuin valittuaineisto tarkentuu koko prosessin ajan. (Kangasniemi ym. 2013, 295–296.)

Tiedonhaussa käytetään soveltuvia hakusanoja ja näistä muodostettuja hakulausekkeita. Katsauksen tekijä määrittää itse aiheensa keskeiset käsitteet, joita voidaan käyttää hakusanoina. Tietokantojen asiasanahakuja ja informaattikkojen apua kannattaa käyttää myös hyväkseen tiedonhaussa. Mukaanotto- ja poissulkukriteerien muodostaminen kuuluu keskeisesti aineiston hakemiseen, ja ne helpottavat tunnistamaan relevantin kirjallisuuden, sekä vähentävät virheellisen katsauksen mahdollisuutta. Kriteereillä on myös käytännön apua, sillä esimerkiksi julkaisuvuotta rajaamalla tai tietyn kielisillä tutkimuksilla voidaan rajata aineiston kokoa. (Niela-Vilén & Kauhanen 2015, 26.)

Kolmas vaihe on kuvaileminen, jossa pyritään vastaamaan tutkimuskysymykseen harkitun aineiston kautta kuvailevana, sekä tekemään uusia johtopäätöksiä. Tämä kuvailun rakentamisen vaihe on kuvailevan kirjallisuuskatsauksen ydin, jossa yhdistetään ja analysoidaan sisältöä ja luodaan synteesi tutkimuksien pohjalta muuttamatta kuitenkaan alkuperäistä tietoa. Aineistoista muodostetaan tämän jälkeen jäsentynyt kokonaisuus. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus ei siis referoi. tiivistä tai siteeraa. (Kangasniemi ym. 2013, 296.)

Viimeisin vaihe on tulosten tarkastelu, joka sisältää sisällöllisen ja menetelmällisen pohdinnan. Lisäksi siihen kuuluu tutkimuksen etiikan ja luotettavuuden arviointi. Tarkastelussa voidaan esitellä mahdollisia jatkotutkimushaasteita ja johtopäätöksiä. (Kangasniemi ym. 2013, 297.)

5.3 Aineiston hakeminen ja valinta

Tiedonhaku toteutettiin syksyllä 2021. Tiedonhaun punaisena lankana toimi tutkimuskysymyksemme ja aineistomme valikoitui sen mukaan. (Kangasniemi ym.2013, 294). Haimme apua tiedonhaakuun kirjaston tiedonhakupajoista kaksi kertaa.

Tämän työn keskeisimmät käsitteet ovat vuorovaikutus, kommunikaatio, kohtaaminen ja mielenterveystyö. Käytetyt hakutermit tiedonhaussa olivat vuorovaikutus (interaction, interplay), vuorovaikutustaidot (people skills) kommunikaatio (communication), kommunikaation taidot (commucation skills)), kohtaaminen (meeting, encounter), keskustelu (converstion, dialogue), yhteistyösuhde (therapeutic relationship), hoitosuhde (therapeutic relationship), este (obstacle, barriers), psykiatria (psychiatric), psykiatrinen sairaanhoitaja (psychiatric nursing), mielenterveyshoitaja (mental health nursing), potilas-hoitajasuhde (nurse-patient relations), mielenterveys (mental health). Hakusanoja kertyi hakuvaiheessa suunniteltua enemmän tiedonhankinnan haastavuuden myötä. Edellä mainittuja termejä yhdisteltiin eri tavoin. Tarkempi hakusanojen käyttö ja rajaukset ovat nähtävissä tutkimusainestojen tiedonhakutaulukossa (Liite 1). Hakusanoina käytimme paljon eri hakusanojen yhdistelmiä. Kaikkia hakusanojen yhdistelmiä ei ole kirjattu hakutaulukkoon, mutta osa käytetyistä, vaikkei niillä tuloksia tullutkaan kirjattiin. Tämä siksi, että taulukosta käy ilmi kuinka paljon eri variaatioita olemme koittaneet.

Tutkimusten valintaan oli laadittu sisäänotto- ja poissulku kriteerit (Taulukko 1), joiden tarkoitus oli helpottaa ja rajata tutkimusten valintaa. Sisäänotto- ja poissulkukriteerimme ovat seuraavat: Aineiston on oltava maksuttomasti saatavilla internetissä. Tiedon on oltava suomen- tai englanninkielinen, jotta

kirjallisuuskatsauksen tekijöinä meillä olisi mahdollisuus ymmärtää ja analysoida tutkimuksia. Tutkimukset eivät saa olla yli 10 vuotta vanhoja aineistoja, jotta tieto olisi mahdollisimman luotettavaa eikä mukaan silloin pääsisi vanhentunutta tietoa. Lisäksi sisään otettavien tutkimuksien olisi oltava pro gradu -tutkielmat, väitöskirja tai tutkimusartikkeli. Ajan rajallisuuden vuoksi otamme mukaan vain tutkimukset, jotka koskettavat aikuisia. Tutkimuksen ulkopuolelle siis jäävät lapset, nuoret ja vanhukset. Lisäksi otamme mukaan vain tutkimukset, jotka eivät käsittele kehitysvammaisuutta.

Taulukko 1.

| Sisäänottokriteerit | Poissulkukriteerit |
|--|--|
| Aineisto on saatavilla maksuttomasti internetissä | Aineisto saatavilla maksullisena aineistona. Ei saatavilla internetissä. |
| Suomen- tai englanninkielinen. | Aineiston kieli jokin muu kuin edeltävät. |
| Aineisto julkaistu vuonna 2011, sen jälkeen. | Vanhempi kuin 2011. |
| Pro gradu -tutkielma, väitöskirjat sekä tutkimus artikkelit. | AMK. opinnäytetyö. |
| Tutkimuksen kohderyhmä on aikuiset | Tutkimus koskettaa muuta ikäryhmää kuin aikuisia. |
| Hakusanavaatimukset täyttyvät. | Hakusanavaatimukset eivät täyty. |

Tiedonhaku oli päätetty suunnitelma vaiheessa tehdä Medicistä, Cinahlista, Pubmedistä, Googesta Scholar tietokannoista Medic on suomalainen terveystieteen päätietolähde, josta löytyy erilaisia terveysalan julkaisuja. Ebsco Cinahl on taas kansainvälinen tietokanta, joka sisältää hoitotieteen eri alojen ja hoitotyön erilaisia aineistoja. Pubmed on hakukone, jota ylläpitää Yhdysvaltain terveysvirasto. Tietokannoista Google Shcholar osottautui epätarkaksi hakukoneeksi ja käytimme sitä ainoastaan tarvittaessa yksittäisten tutkimusten hakemiseen. Parhaiten tutkimuksia löytyi Ebscon Cinahlista neljä kappaletta. Pubmedistä yhden ja Medicistä kaksi kappaletta. Tässä opinnäytetyössä kaksi

aineistosta on suomenkielistä Pro gradua, jotka löytyivät medicin kautta. Loput mukana olevat tutkimukset ovat kansainväliä ja englanninkielisiä. Neljä kappaletta löytyi Cinahlin kautta ja yksi Pubmedicistä.

Medicissä löydetyn aineiston hakusanat olivat: "Mental health" AND nurse. Cinahlista mukaan otettujen tutkimuksien hakusanat olivat: psychiatric nursing or mental health nursing AND nurse patient relationships or nurse-patient relation, nurse patient relationship AND communication skills AND barriers or obstacles or challenges ja nurse-patient relationship or therapeutic relationships or nurse-patient relations or nurse-client relations AND barriers or obstacles or challenges or difficulties or issues or problems. Pubmedicin hakusana löydetyn tuloksen hakusana oli: (nurse patient relationship) AND (communication skills) AND (barriers or obstacles or challenges). Aikarajaus jokaisessa tietokannassa oli 2011–2021. Etsimme tutkimuksia myös manuaalisesti, esimerkiksi käymällä läpi löytämiemme tutkimuksien lähdeluetteloa.

Tämän opinnäytetyöhön otetut tutkimusaineistot on koottu tutkimusartikkelitaulukkoon, joka löytyy liitteestä 2. Tutkimusartikkelitaulukkoon tieto on lajiteltu eri lokeroihin. Niistä löytyy tekijät, julkaisuvuosi ja tutkimuksen nimi. Taulukosta ilmenee myös tutkimuksen tarkoitus, aineiston keruu, analyysimenetelmät, keskeisimmät tulokset. Valittujen tutkimusten laadun ja näytön asteen arviointi näkyy taulukon oikean reunimmaisessa lokerossa ja sen pohjana on käytetty lähdeaineistojen luotettavuuden laatukriteeristöjä, jotka löytyvät liitteessä 3.

Aineistoja tähän opinnäytetyöhön lopulta löytyi yhteensä seitsemän kappaletta, joista kaksi on suomalaista pro gradu -tutkielmaa ja viisi kansainvälistä aineistoa. Tutkimuksista kolme kappaletta käsittelee potilaan ja hoitajan välisen vuorovaikutuksen esteitä mielenterveystyön ympäristöissä ja loput neljä potilaan ja hoitajan välisen vuorovaikutuksen esteitä yleisesti hoitotyössä. Tässä kohtaa jouduimme ottamaan tutkimuskysymyksestämme huolimatta mukaan myös tutkimuksia, jotka olivat tehty hoitotyön ympäristöissä yleisesti, koska emme löytäneet tarpeeksi tutkimuksia rajauksiemme mukaan mielenterveystyössä. Tähän on pyydetty poikkeuslupa toimeksiantajalta.

5.4 Aineiston analyysi

Tämän opinnäytetyön aineisto on analysoitu teema-analyysiä käyttämällä, koska se tukee tutkimuskysymyksiämme. Tässä menetelmässä tutkimuskysymys on eroteltu omiin aihealueisiin ryhmittäin. Aineistoja läpikäydessämme korostimme eriväreillä alleviivaamalla aineistoista tutkimuskysymyksiin sopivia vastauksia. Liitimme alkuperäisilmaisun tekstistä analyysi taulukkoon, jonka jälkeen pelkistimme ilmaukset ja löysimme niille yhteisen tekijän. Taulukot on lisäksi eritelty sen mukaan, mitkä tutkimukset koskettivat mielenterveystyössä tehtyjä tuloksia ja mitkä perusterveydenhuollon piirissä tehtyjä tutkimuksia, jotteivat nämä sekoitu. Aineiston analyysitaulukko löytyy liitteestä 4.

Sisältöanalyysi kuvataan objektiiviseksi sekä systemaattiseksi analysoinniksi. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 117.) On tärkeä huomioida, että kirjallisuuskatsauksessa sisällön analyysi on aineiston järjestämiseen käytettävä apuväline ei niinkään analyysin väline (Tuomi & Sarajärvi 2002, 140). Tutkimuskysymykseen saadaan vastaus siis aineistolähtöisellä sisällön analyysillä yhdistelemällä käsitteitä, joka perustuu tulkintaan ja päättelyyn. Uusi teoria muodostuu teoriasta ja johtopäätöksien vertaamisesta alkuperäisaineistoon. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 127.)

Aineistolähtöinen analyysi on prosessi, joka jaetaan kolmeen vaiheeseen. Vaiheiden nimet ovat; aineiston redusointi eli pelkistäminen, aineiston klusterointi eli ryhmittely ja abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 122.) Ensimmäisessä vaiheessa aineisto pelkistetään eli redusoidaan. Redusoinnissa epäolennaiset asiat karsitaan pois, jolloin aineisto tiivistetään ja tarkastetaan tutkimuskysymykseen perustuen. Tässä vaiheessa, kun käymme tutkimuksia läpi, voidaan esimerkiksi samanvärisellä alleviivaustussilla alleviivata samaan kysymykseen saamiamme vastauksia ja toisella värillä toiseen kysymykseen saamiamme vastauksiaan. Tällöin datasta eli löydetyistä tutkimuksista etsitään kaikki tutkimuskysymyksiimme vastaavat ilmaukset. Nämä ilmaukset pelkistettynä listataan allekkain eri konseptille

tiedosta mitään hävittämättä. Tällä tavoin luodaan pohja seuraavalla vaiheelle eli klusteroinnille. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 122–124.)

Toinen vaihe on aineiston ryhmittely eli klusterointi. Klusteroinnissa puolestaan aineiston toistuvat ilmiöt kuvataan omaan luokitukseen eli etsitään samankaltaisuuksia käsitteitä teksteistä. Luokitusten tarkoitus on tiivistää ja jakaa aineistot alaluokkiin ja yläluokkiin. Nämä kaksi luokkaa muodostavat pääluokan. Tämän jälkeen muodostuu kaikkia yhdistävä luokitus, joka liittyy tutkimuskysymykseen. Tässä vaiheessa luodaan pohja tutkimuksen perusrakenteelle. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 123–124.)

Viimeinen sisällön analyysivaihe on käsitteellistäminen toisin sanoen abstrahointi. Tässä vaiheessa erotetaan oman tutkimuksen kannalta oleellinen tieto ja näistä muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Käsitteellistäminen etenee alkuperäisdatan käyttämistä kielellisistä ilmauksista teoreettisiin käsitteisiin ja niistä johtopäätöksiin. Luokkien yhdistämistä jatketaan niin kauan kuin se aineiston sisällön mukaan on mahdollista. Tässä vaiheessa on koko ajan muistettava, että aineistossa säilyy polku alkuperäisdataan. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 125–126.)

5.5 Tutkimusaineistojen tarkastelu

Karjalaisen (2013) Pro gradu -tutkielma käsitteli matalan kynnyksen mielenterveyspalveluissa työskentelevien vastaanottotyöntekijöiden kokemuksia potilaiden ja työntekijöiden välisestä vuorovaikutuksesta ja heidän näkemyksiään sairaanhoitajan tarvitsemasta osaamisesta. Tutkielman tavoitteena oli tuottaa tietoa, millaista potilastyötä matalankynnyksen mielenterveystyö on. Tutkimus oli haastattelututkimus, johon osallistui kymmenen vastaanottotyötä matalankynnyksen mielenterveyspalvelun työntekijää. Teemahaastattelu toteutui 2013. Tutkimustuloksista käy ilmi, miten hyvä vuorovaikutus syntyy ja mitkä voivat olla esteenä sen onnistumiselle. Tutkimuksessa korostui se, kuinka työntekijä kohtaa potilaan. Potilaan kohtaamisen tärkeimpänä seikkana korostui yhteistyösuhteen luominen niin, että potilas kokee itsensä kohdatuksi arvokkaana ja ainutlaatuisena ihmisenä.

Potilaan kokemusmaailma oli se, josta käsin vuorovaikutus etenee ja se syntyi läsnä olevalla kuuntelulla. Vuorovaikutukseen vaikuttavia tekijöitä oli työntekijän ammattitaito, jolla tarkoitettiin vuorovaikutusmenetelmien käyttämistä potilaan sairauden tai oireiden kanssa. Toinen tärkeä tekijä oli työntekijän aito halu auttaa ja kohdata potilaita. Vuorovaikutuksen estäviksi tekijöiksi työntekijät kuvasivat potilaiden hoidon vastustamisen ja päihteiden vaikutuksen vuorovaikutussuhteeseen, kun kyseessä oli potilas lähtöinen este. Työntekijä lähtöiseksi esteeksi hoitajat kuvasivat joustamattomuuden omissa näkemyksissä, työnorganisointi ja potilaiden erilaisten ongelmien kohtaaminen. Resursseista haastateltavat sanoivat ajan haittaavaksi tekijäksi, mutta yhtä aikaa se oli myös positiivisesti vaikuttava työtä rajaava tekijä. Työntekijä lähtöisesti estäväksi tekijäksi haastateltavat nimesivät mahdollisesti epävakaa psyykkisen rakenteen tai oman elämän kriisin. Matalan kynnyksen mielenterveyspalveluiden osaaminen kuvattiin monien tekijöiden laaja-alaisena kokonaisuutena, jossa suurin painotus oli sairaanhoitajan joustavaa persoonallisuutta, jonka päälle muu osaaminen rakentuu.

Tiainen (2016) käsitteli Pro gradu -tutkielmassaan osallisuutta aikuispsykiatrisen potilaan, omaisen ja henkilöstön näkökulmasta. Kuvata osallisuuden vahvistavia ja estäviä tekijöitä näiden välillä. Tutkimuksen teemahaastattelun perusteella aikuispsykiatriset potilaat, omaiset ja henkilöstö kuvasivat osallisuutta ja sitä vahvistavia ja heikentäviä tekijöitä hyvin samoin. Potilaille osallisuus ilmeni asiallisena kohteluna, helppona hoitoon pääsynä, hoitajan aitoa kiinnostusta ja vaikutusmahdollisuutta hoitomenetelmiin ja lääkitykseen. Henkilöstölle puolestaan osallisuus tarkoitti potilaan ja omaisten mukaan ottamista hoidon suunnitteluun, potilaan asiantuntijuutta ja pienintä mahdollisuutta itsemääräämisoikeuden rajoittamista vallankäytön keinoin. Kaikissa ryhmissä potilaan osallisuus nähtiin potilaan hyvänä hoitoon sitoutumisena. Osallisuuden myönteiseen ja edistävä tekijät olivat myönteinen ja avoin vuorovaikutus potilaan, omaisten ja henkilöstön välillä. Erityisen kiinnostuksen tutkimuksen tulokset meidän aiheemme kannalta olivat tämän osallisuuden estävät tekijät. Estäviksi tekijöiksi osallisuudelle nähtiin vuorovaikutusongelmat potilaan, omaisten ja henkilöstön välillä. Toisena esteenä potilaan kokema häpeä

sairauteen liittyen ja kolmantena omaisten ymmärtämättömyys potilaan sairautta kohtaan.

Glantz, Örmon ja Sandström (2019) tutkimuksen aihe oli tutkia psykiatristen sairaanhoitajien nostamaa aihetta, ettei heillä olisi tarvittavaa aikaa olla vuorovaikutuksessa potilaiden kanssa. Psykiatristen sairaanhoitajien työnpääkuvaan pitäisi kuulua potilaan hoidon suunnittelu yhdessä potilaan kanssa ja ajan viettäminen, jota yhteistyösuhteen rakentumiseen tarvitaan. Tutkimus suoritettiin joulukuu 2015 ja helmikuu 2016 välisenä aikana. 129 tuntia ja 23 minuuttia kertyi jäsenneltyä havainto materiaalia kuudelta vuodeosastolta yhdeltä psykiatriselta klinikalta Etelä-Ruotsista. Tuloksista kävi ilmi useita asioita, joista Ruotsin psykiatrisessa hoidossa olisi hyvä olla huolissaan. Tuloksista kävi ilmi muun muassa se, että sairaanhoitajat viettävät vain vähän aikaa suorassa yhteydessä potilaiden kanssa ja lääkkeiden antaminen keskeytyi hyvin usein. Aika jonka sairaanhoitaja vietti potilaan tarpeen mukaan kasvaa sen mukaan, kuinka hyvin haluaa luoda ja ylläpitää terapeutista yhteistyösuhdetta ja se taas edistää luottamusta ja hyvinvointia.

Amoah, Anokye, Boakye, Acheampong, Budu-Ainooson, Okyere, Kumi-Boateng, Yeboah ja Afriyie (2019) tekemän tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia tehokkaan terapeutin vuorovaikutuksen esteitä potilaiden ja sairaanhoitajien välillä. Tämä tutkimus ei kohdistunut ainoastaan mielenterveystyöhön vaan se on tehty Kumasin Komfo Anokyen opetussairaalassa. Tähän laadulliseen tutkimukseen valittiin 13 potilasta ja sairaanhoitajaa, joita haastateltiin rakenteettoman haastatteluoppaan avulla. Haastattelut nauhoitettiin ja kirjoitettiin sanatarkasti ja analysoitiin temaattisen sisältöanalyysin avulla. Hoitajan ja potilaan välinen vuorovaikutus on erottamaton osa potilaiden hoitoa kaikissa terveysympäristöissä. Se on yksi hoidon laatua määrittävistä tekijöistä. Tämän tutkimuksen mukaan terapeutin vuorovaikutuksen esteiksi muodostui potilaan ominaisuuksiin liittyvät esteet, hoitajaan liittyviin ominaisuuksiin tai ympäristöön liittyä esteitä. Tutkimuksen perusteella esteet tehokkaan vuorovaikutuksen onnistumiseksi on poistettava kyseisessä sairaalassa.

Sethi ja Rani (2016) tutkimus arvio sairaanhoitajan ja potilaan välisiä vuorovaikutuksen esteitä. Lisäksi tutkimus pyrki selvittämään esteiden välisiä yhteisiä tekijöitä, joilla on sosiodemografisia muuttujia terveyden huollon ammattilaisten välillä. Tutkimus oli kuvaileva poikkileikkaustutkimus, johon otettiin mukaan viisikymmentä hoitajaa ja viisikymmentä potilasta kahdesta yksityisestä NABH:n jäsen sairaalasta Punessa (Maharashtra). Tietoa kerättiin käyttämällä kahta erillistä kyselylomaketta sairaanhoitajille ja potilaille. Tutkimus tuloksesta selvisi, että kieli, kulttuuri ja sukupuolierot olivat tärkeitä tekijöitä, jotka vaikuttavat sairaanhoitajan ja potilaan väliseen kommunikointiin. Sairaanhoitajien tehokas tietämys potilaiden kulttuurista, kielestä, tavoista ja uskomuksista voivat auttaa heitä kommunikoimaan potilaiden kanssa ilman ennakoituja luuloja. Kulttuuri voi toimia niin fasilisaattorina kuin esteenäkin.

Kirca ja Bademli (2018) tutkimuksen tarkoitus oli pyrkiä selvittämään vuorovaikutuksen ja potilaiden hoitokäyttäytymisen suhdetta hoitajien ja potilaiden välillä.

Tutkimus toteutettiin Akdenizin yliopistollisessa sairaalassa maaliskuun – toukokuun välisenä aikana vuonna 2018. Tutkimukseen osallistui kaksisataakuusikymmentäkaksi (262) kyseisessä sairaalassa työskentelevää kliinistä sairaanhoitajaa. Tutkimus toteutettiin relaatio tutkimuksena ja tiedot kerättiin kasvokkain haastattelemalla. Sairaanhoitajille lähetettiin kolmesataa (300) kyselylomaketta ja kyselyyn vastasi kaksisataakuusikymmentäkaksi (262) hoitajaa. Tutkimus osoitti, että hyvä vuorovaikutuksen laatu kasvattaa hoidon laatua. Vuorovaikutus on keskeinen osa sairaanhoitoa. Tärkeä asia vuorovaikutuksesta on hoitotyön ammattilaisten tietää, että yli puolet sairaanhoitajista, jotka osallistuivat tutkimukseen ei ole saanut mitään koulutusta vuorovaikutuksen osalta. Tämä tutkimus osoittaa tarpeen tukea hoitajia palvelukoulutuksella vuorovaikutuksen osalta. Enemmän harjoittelua voidaan toteuttaa kouluttamalla sairaanhoitajia vuorovaikutuksen esteistä ja varustaa heidät tehokkailla vuorovaikutustaidoilla ja strategioilla. Vuorovaikutus on tärkeä osa terveydenhuoltoa potilaiden kohtaamisessa ymmärtämällä jokaisen yksilölliset tarpeet ja tukea terveyttä ja hyvinvointia.

Norouzinia, Aghabarari, Shiri, Karimi ja Samami (2015) tekemä tutkimus

on tehty Iranissa, joka tunnetaan monikulttuurisena maana. Tämän tutkimuksen tarkoitus oli myös selvittää hoitaja – potilassuhteen esteitä hoitajien ja potilaiden näkökulmasta. Tutkittavat valittiin kahdesta julkisesta sairaalasta, jotka ovat sidoksissa Alborzin lääketieteelliseen yliopistoon Karajiin. Tutkimukseen osallistui seitsemänkymmentä (70) sairaanhoitajaa ja viisikymmentä (50) potilasta. Tiedot tutkimukseen kerättiin kahdella erillisellä kyselylomakkeella. Toinen kyselylomake sisälsi kysymyksiä esteistä ja ne jaettiin neljään ryhmään: potilaiden ja sairaanhoitajien yhteisiin esteisiin, hoitajaan liittyviin esteisiin, sairauksiin liittyviin esteisiin ja ympäristöesteisiin. Tutkimuksen tuloksista kävi ilmi, että sekä hoitaja- että potilasryhmissä eniten ja vähiten merkittävimmät esteet olivat sairaanhoitajaan liittyvät tekijät yhteiset tekijät sairaanhoitajan ja potilaiden välillä. Yksi parhaista tavoista saada potilaiden tyytyväisyys on luoda tehokas ja asianmukainen vuorovaikutus. Tämän tutkimuksen perusteella seuraavat toimenpiteet auttavat merkittävästi tehokkaan hoitaja – potilassuhteen luomisessa: hoitohenkilökunnan kohdentaminen alueen kielen ja kulttuurin osalta, sairaanhoitajien motivoiminen tarjoamaan korkealaatuisia terveyden huollon palveluita, lääketieteellisten klinikoiden ja tilojen parantaminen, määrääjain viestintätaito pajojen järjestäminen , hoitotyön johtajien ja ylläpitäjien asenteiden muuttaminen tehtäväpohjaisten palvelujen tarjoamisesta kokonaisvaltaiseen lähestymistapaan.

6 Kommunikaation ja kohtaamisen esteet

6.1 Potilaan ja hoitajan välisen kommunikaation ja kohtaamisen esteet sairaanhoitajan näkökulmasta mielenterveystyössä

Potilaan ja hoitajan väliseksi vuorovaikutuksen esteiksi mielenterveystyössä löytämässämme tutkimuksissamme nousivat seuraavat aiheet: potilaan sairaudet ja oireet, riippuvuudet ja stressi oireet, päihteet, potilaan aggressiivisuus, hoitajan ammattitaidottomuus, potilaan oman hoitomotivaation puute, eettinen ristiriita, kiire, negatiivisesti vaikuttavat osaston käytännöt ja ajan

puute suoralle hoidolle. (Karjalainen 2013, 27–31; Tiainen 2016, 32–38; Glantz, Örmon & Sandström 2019, 5.)

Karjalaisen (2013) pro gradu -tutkielman keskeisimmäksi vuorovaikutuksen estäväksi tekijöiksi nousi potilaiden oireiden ja sairauksien merkitys, jotka vaikuttivat potilaan kykyyn ilmaista itseään ja ymmärtää työntekijää. Lisäksi vuorovaikutusta vaikeuttaa mahdollisten ongelmien verhoutuminen muiden riippuvuuksien tai stressi oireiden taakse. Näistä huumausaineiden käyttäjät olivat haasteellisimpia. Myös potilaiden aggressiivisuus ja motivaation puute koettiin haasteeksi vuorovaikutukselle.

Tiaisen (2016) pro gradu -tutkielmassa ilmeni samoja vuorovaikutuksen esteitä potilaan ja hoitajan välillä hoitajan näkökulmasta tarkasteltuna kuin Karjalaisen tutkielmassa. Tässäkin potilaan sairaudet olivat yksi onnistuneen vuorovaikutuksen esteistä. Tiaisen työstä käy myös ilmi, että potilaan oma heikko motivaatio tai mahdollinen aggressiivisuus heikentää vuorovaikutusta. Potilaan omat elämän valinnat voivat myös vaikuttaa hoitajaan herättämällä hänessä negatiivisia vastatunteita. Henkilöstön ammattitaidottomuus huomioida potilaan tarpeita ja ottaa niitä huomioon oli myös yksi mahdollisista esteistä vuorovaikutukselle. Osastolla saattoi myös olla lakeihin perustamattomia jäykkiä käytäntöjä ja vallankäyttöä, jotka osaltaan heikensivät ja loivat esteitä vuorovaikutukselle.

Glantz, Örmon & Sandström (2019) tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia, kuinka psykiatrisen osaston sairaanhoitajilla jakaantui aika eri työtehtäviin työpäivän aikana. Tutkimuksesta selvisi, että sairaanhoitajat käyttivät keskimääräisesti kahdeksan minuuttia suoraan hoitotehtävään. On hyvin kyseenalaista, voidaanko näin lyhyessä ajassa luoda luottamuksellisia ja terapeuttisia suhteita potilaiden kanssa.

6.2 Potilaan ja hoitajan välisen kommunikaation ja kohtaamisen esteet sairaanhoitajan näkökulmasta hoitotyössä

Sairaanhoitajan näkökulmasta tarkasteltuna potilaan ja hoitajan välisen vuorovaikutuksen esteiksi hoitotyössä tehdyistä tutkimuksista ilmeni seuraavat asiat: henkilöstön alimiehitys, henkilöstön heikot vuorovaikutus taidot, potilaan kaikki tietävä asenne, tyytymättömyys palvelun tarjoajaa kohtaan, sairaus tai heikentynyt henkinen tila, perheen vaikuttaminen taustalla, ympäristön vaikutus, vuorovaikutuskoulutuksen vähyys, vaikean aiheisällön kertomisen haasteellisuus, kieli, ylityöt, sanattoman viestinnän eroavaisuudet, hoitajan ammattitaidottomuus, kulttuuri ja sukupuolierot. (Amoah, Anokye, Boakye, Acheampong, Budu-Ainooson, Okyere, Kumi-Boateng, Yeboah & Afriyie 2019, 5–7; Kirca & Bademli 2018, 627–629; Norouzinia, Aghabarari, Shiri, Karimi & Samami 2015; Sethi & Rani 2017, 33.)

Amoah & ym. (2019) tutkimuksen keskeisimmät tulokset terapeutin suhteen syntymisen esteiksi olivat henkilöstön alimitoitus ja heikot vuorovaikutus taidot tai vähäinen tieto siitä, miten luoda terapeutin suhde potilaan kanssa. Hoitohenkilökuntaa haittasi vuorovaikutuksen syntyyn myös potilaiden kaikki tietävä asenne. Tällä tarkoitettiin ylitietävää asennetta menettelytapojen ja hoitotyön suhteen terveydenhuollon tarjoajaan verrattuna. Tyytymättömyys palvelun tarjoajaa tai hoitoprosessia kohtaan vaikutti myös terapeutin suhteen syntyyn. Tässä kuten muissakin tutkimuksissa potilaan sairaus tai henkinen tila vaikutti myös heikentävästi potilaan ja hoitajan väliseen terapeutin suhteeseen. Potilaasta tai hoitohenkilökunnasta riippumattomia syitä terapeutin suhteen esteiksi tutkimuksessa ilmeni perheen vaikutus taustalla ja erilaiset ympäristö tekijät niin ympäristö yleisesti kuin esimerkiksi siellä vallitsevan melun vuoksi. Terapeutin suhde voi myös estyä vähäisen vuorovaikutuksen myötä.

Kirca & Bademli (2018) tutkimuksesta kävi ilmi, että vaikka kommunikation merkitys sairaanhoitajien ammatissa tiedetään, yli puolet tutkimukseen osallistuneista sairaanhoitajista ei ollut saanut sitä. Joten vuorovaikutuksen esteeksi voi syntyä vuorovaikutuskoulutuksen vähäisyys. Este voi johtua myös vaikeasta asia sisällöstä, jota potilaalle olisi kerrottava. Huonojen ja surullisten uutisten kertominen voi olla vaikeaa ja näin se muuttuu kommunikation esteeksi.

Norouzinia & ym. (2015) tutkimuksessa yleisimmät kommunikaation esteet hoitajien näkökulmasta olivat puhekielen erot, ylityöt, perheen puuttuminen vuorovaikutukseen tai osastolla oleva hätätilanne. Kielellisten erojen myötä vuorovaikutuksen esteeksi nousi sanattoman viestinnän väliset kulttuuriset erot. Niin kuin joissakin muissa tutkimuksissa niin tässäkin sairaanhoitajien ylityöllistyminen ja sen myötä ajan puute heikentää vuorovaikutusta.

Sethi & Rani (2017) tutkimuksesta kävi ilmi, että kieli, kulttuuri ja sukupuolierot olivat keskeisimmät tekijät kommunikaation esteeksi. Tehokasta kommunikaatiota ei voida luoda puhutun kielen erojen myötä ja tästä seuraa kommunikaatio vaje.

6.3 Potilaan ja hoitajan välisen kommunikaation ja kohtaamisen esteet potilaan näkökulmasta mielenterveystyössä

Potilaan näkökulmasta tarkasteltuna tutkimustuloksiamme potilaan ja hoitajan välisen kommunikaation ja kohtaamisen esteitä mielenterveystyössä olivat: hoitajan joustamattomuus, ympäristön vaikutus, käytettävissä oleva aika, hoitajan oma psyykinen epätasapaino, häpeä sairaudesta, ennakkoluulot erikulttuureista tulevia hoitajia kohtaan, voimavarattomuus, heikot vuorovaikutustaidot, etäisyyden pito potilasta kohtaan, aikaisemmat negatiiviset kokemukset ja kohtaamattomuus. (Karjalainen 2013, 29; Tiainen 2016, 32–38.)

Karjalaisen (2013) pro gradu -tutkielmassa vuorovaikutusta haittaavaksi koettiin työntekijän joustamattomuus, vastaanottoaulan toimimattomuus, käytettävissä oleva aika ja työntekijöiden omaa heikkoa psyykkistä epätasapainoa. Joustamattomuudella tarkoitettiin työntekijöiden liian tiukkojen omien arvojen ja näkemysten kanssa työskentelyä, joka ei onnistu erilaisten potilaiden kanssa. Lisäksi joustamattomuuteen kuului liian tiukka oman työn raamitus ja aikataulujen joustamattomuus, jotka koettiin haittaavan vuorovaikutusta. Vastaanottoaula koettiin haasteelliseksi, koska ilmoittautuminen tapahtui avonaisessa tilassa ja muut päivystyspotilaat saattoivat kuulla potilaan

kertoman. Lisäksi käytettävissä oleva aika jakoi hieman mielipiteitä. Se rajoitti vuorovaikutuksen toteuttamista, mutta toisaalta se myönteisesti raamitti vuorovaikutusta. Viimeisenä vuorovaikutusta haittaavana aiheena koettiin työntekijöiden mahdollinen oma psyykkinen epätasapaino. Tämä ilmeni työntekijöiden mahdollisina psyykkisen epätasapainon tilana, epävakautena, rajattomuutena, ahdistusherkkyytenä ja pelokkuutena tehdä vastaanottoa ja päivystystyötä.

6.4 Potilaan ja hoitajan välisen kommunikaation ja kohtaamisen esteet potilaan näkökulmasta hoitotyössä

Potilaan näkökulmasta kommunikaation ja kohtaamisen esteiksi hoitotyön tutkimuksien mukaan esille nousivat seuraavat seikat: henkilökohtaiset sosiaaliset ominaisuudet, kohtaamattomuus, väärinkäsitykset, kipu, kielelliset erot, heikot vuorovaikutustaidot, sukupuolierot, ympäristön vaikutukset, fyysinen epämukavuus, kulttuurierot, ikäerot, perheen vaikutus taustalla ja hoitajan aseman ymmärtämättömyys. (Amoah, Anokye, Boakye, Acheampong, Budu-Ainooson, Okyere, Kumi-Boateng, Yeboah & Afriyie 2019, 3–5; Kirca & Bademli 2018, 627; Norouzinia, Abhabarari, Shiri, Karimi & Samami 2015, 71–72.)

Amoah & ym. (2019) tutkimuksessa potilaan näkökulmasta vuorovaikutuksen esteiksi nousi ikä, uskonto ja etnisyys mahdollisesti estäväksi tekijäksi. Potilas-hoitaja suhde on välttämätöntä tehokkaalle terveyden huollolle. Tässä tutkimuksessa potilaat kokivat kohtaamattomuuden myös vuorovaikutuksen heikentäväksi tekijäksi. Itse vuorovaikutuksessa väärinkäsityksen syntyminen heikentää tehokasta vuorovaikutusta. Potilaan oma kipu vaikuttaa myös mielialaan ja vaikuttaa sen myötä käytökseen. Tutkimukseen osallistujien mukaan se oli este terapeutille kohtaamiselle. Kieli on tullut esteeksi kommunikaatiolle jo aiemmissa tutkimuksissa niin se tuli ilmi esteenä myös tässä tutkimuksessa. Kieli on este kommunikaatiolle yleisesti niin näin ollen se on este myös terapeutille viestinnän muodolle.

Kirca & Bademli (2018) kertoivat tutkimuksessaan, että potilaat kokivat myös ongelmaksi hyvälle vuorovaikutukselle hoitajien heikot vuorovaikutustaidot, kuten puutteellisen tiedottamisen, potilaan kuuntelemattomuuden, kyvyttömyyden kohdata potilasta ja potilaan ulkopuolelle jättäminen hoitopäätöksiä tehdessä.

Norouzinia ym. (2015) tärkeimmät esteet kommunikaatiolle olivat tämän tutkimuksen mukaan potilaiden kannalta hoitajan ja potilaan sukupuolierot, sairaanhoitajan haluttomuus kommunikaatiolle, osaston hektinen ympäristö, kipu ja fyysinen epä mukavuus. Näiden lisäksi sairaanhoitajien eri kulttuuri ja kieli verrattuna potilaan omaan kieleen oli tekijä, jonka hyväksyminen joillakin potilaista oli hankalaa. Myös hoitajan iän ero suhteessa potilaaseen vaikutti vuorovaikutukseen. Tässä tutkimuksessa sairaanhoitajien ja potilaiden näkökulmien vertailussa potilaisiin liittyvissä esteissä ilmeni myös perheen puuttuminen tilanteeseen, hoitajan aseman vaikutus, fyysinen kipu, epä mukavuus, ahdistus.

7 Pohdinta

7.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää kommunikaation ja kohtaamisen esteitä mielenterveystyössä. Tutkimuskysymyksemme olivat: Mitkä tekijät voivat olla esteenä potilaan ja hoitajan välisessä kommunikaatiossa ja kohtaamisessa sairaanhoitajan näkökulmasta mielenterveystyössä? Ja toinen kysymyksemme oli: Mitkä tekijät voivat olla esteenä potilaan ja hoitajan välisessä kommunikaatiossa ja kohtaamisessa potilaan näkökulmasta mielenterveystyössä?

Niin mielenterveystyössä kuin hoitotyössä vuorovaikutus potilaan ja sairaanhoitajan välillä on olennainen osa hoitoa ja hoidon onnistumista. Tästä syystä on tärkeä tiedostaa, mistä se koostuu, mitä siihen kuuluu ja mitkä tekijät

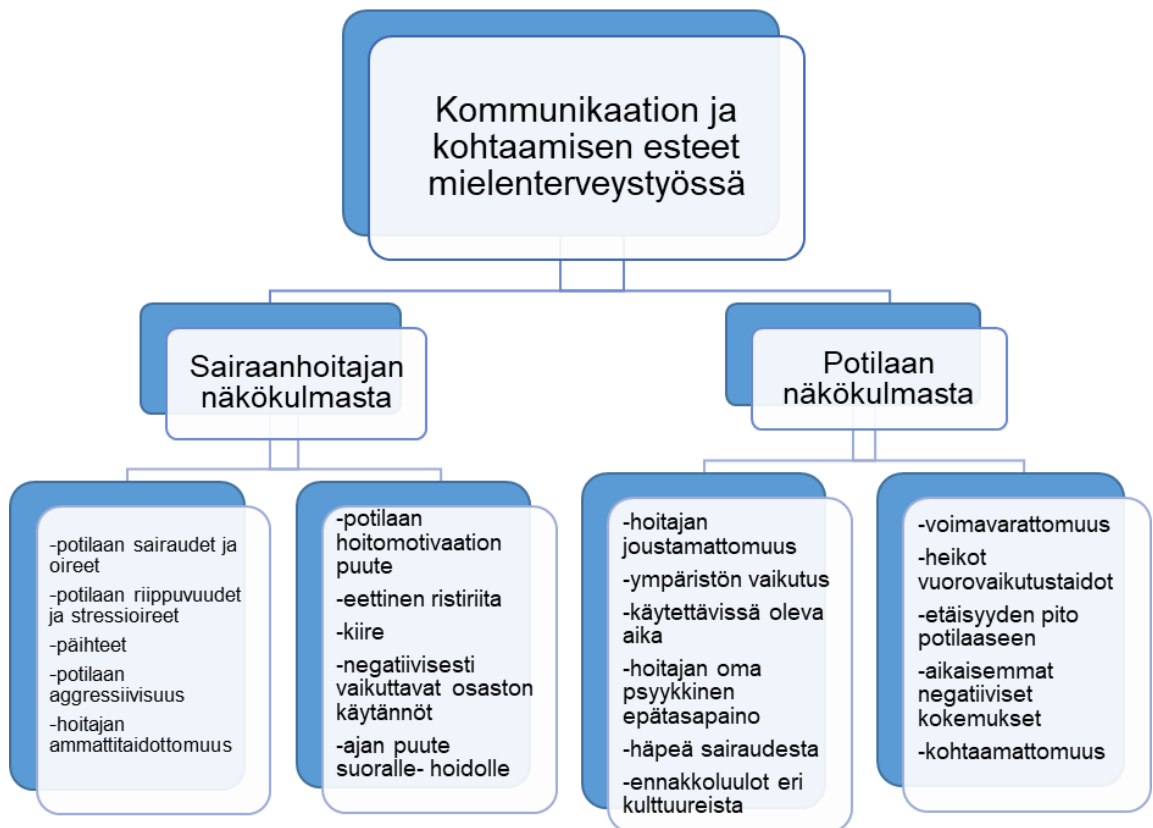
voivat olla esteenä sen onnistumiselle. Opinnäytetyömme alussa kerroimme tähän aiheeseen liittyvistä keskeisimmistä käsitteistä ja opinnäytetyöllämme pyrimme löytämään tutkimuksia, jotka tutkivat siihen liittyviä esteitä.

Tutkimuksissa keskeisimmiksi esteiksi kommunikaation ja kohtaamisen kannalta mielenterveystyössä nousi potilaiden sairauden tai riippuvuuden aiheuttamat oireet, sairauden merkitys vuorovaikutuksen laadun heikkenemiselle, vuorovaikutusongelmat potilaan ja henkilöstön välillä ja potilaan kokema häpeä sairaudesta johtuen. Näiden tulosten myötä sairaanhoitajan olisi hyvä tunnistaa psyykkisiin sairauksiin liittyvät oireet, jotka vaikeuttavat vuorovaikutusta potilaan kanssa. Psykiatrisessa hoitotyössä puhutaan terapeuttisesta potilaan kohtaamisesta, jossa on kyse potilaan mahdollisuudesta tunnistaa sairautensa tai häiriönsä ja näin uudelleen rakentua ihmisenä. Vuorovaikutussuhde on tällöin merkittävässä roolissa, koska potilaan eheytyminen tapahtuu juuri tämän suhteen kautta. Tämän vuoksi kommunikaation ja kohtaamisen esteiden tunnistaminen auttaa ammattilaista vuorovaikutussuhteen tietoisessa analysoinnissa. Ammatilaisen on omattava siis hyvät vuorovaikutustaidot, kuten ymmärtää mistä vuorovaikutus koostuu, mitä ilmiöitä siinä voi ilmetä ja millaisia tyynejä sen toteuttamiselle on.

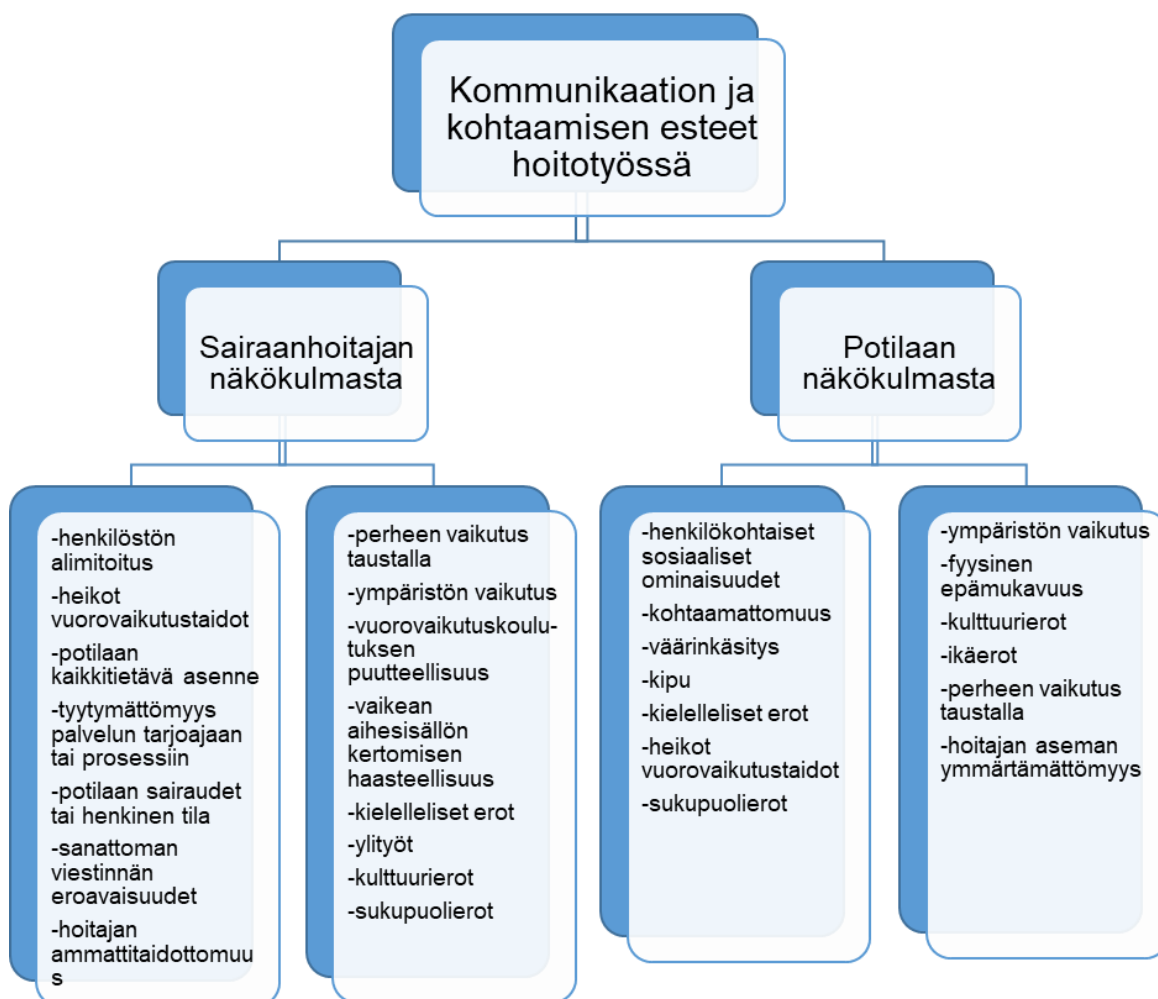
Mukana olevat tutkimukset, jotka eivät ole tehty mielenterveystyön parissa, tuloksista ilmeni keskeisimmiksi esteiksi potilaan kipu, sairaus, fyysinen tila, ympäristö ja ongelmat vuorovaikutustaidoissa. Nämä edellä mainitut, olisi myös tärkeä huomioida parantaessaan vuorovaikutuksen laatua, työskenteli sitten mielenterveyden tai perusterveydenhuollon parissa.

Toinen keskeinen este vuorovaikutukselle eli kommunikaation ja kohtaamisen synnylle oli aika ja sen vähyys. Aika heikentävänä tekijänä vuorovaikutuksen synnylle löytyi niin mielenterveystyötä käsittelevistä kuin hoitotyössä yleisesti käsittävistä tutkimuksista, jotka olivat tämän opinnäytetyön aineistoissa. Jotta tavoitteellinen vuorovaikutussuhde voi syntyä siihen tarvitaan aikaa. Ilman tarvittavaa aikaa ei hoitaja ehdi kuulla, nähdä ja havaita sanallista ja ei-sanallista viestintää, joita tarvitaan tavoitteelliseen vuorovaikutukseen.

Lopullisen pohdinnan ja tutkimustulosten selkeyttämiseksi loimme havainnollistavat kaaviot, josta löytyy luetteloituna kaikki mielenterveystyössä ilmenneistä kommunikaation ja kohtaamisen esteistä (kuvio 1.) ja hoitotyössä samoja aiheita tarkastelevien tutkimuksien tuloksien esteistä (kuvio 2.) tutkimustulokset niin sairaanhoitajan kuin potilaan näkökulmasta. Molempia aiheita käsittelevistä tutkimuksista myös selvisi, kuinka vuorovaikutus oli toisinaan heikkoa ja kokemuksia siitä, ettei kyseiseen aiheeseen ollut saanut koulutusta, joka myös osoittautui esteeksi kommunikaatiolle ja kohtaamiselle. Näin ollen hoitotyön koulutukseen tulisi lisätä opintoja, jotka sisältävät vuorovaikutustaitojen koulutusta, opettaa tiedostamaan mahdollisista vuorovaikutuksen esteistä ja valmistaa sairaanhoitajat tehokkailla vuorovaikutustaidoilla ja strategioilla (Kirca & Bademill 2019, 624; Tiainen 2016, Karjalainen 2013.)



Kuvio 1. Kommunikaation ja kohtaamisen esteiden tutkimuksien tulokset mielenterveystyössä mukana olleista tutkimuksista.



Kuvio 2. Kommunikaation ja kohtaamisen esteiden tutkimusten tulokset hoitotyössä mukana olleista tutkimuksista.

Kirjallisuuskatsauksemme tekoa hankaloitti sopivien tutkimusten löytyminen tutkimuskysymyksiemme ja rajoitusten suhteen. Alun perin etsimme tutkimuksia, joissa olisi erityisesti käsitelty kommunikaation ja kohtaamisen esteitä mielenterveystyössä. Emme kuitenkaan löytäneet niitä, joten muutimme tutkimuskysymystämme tarkastelemaan potilaan ja hoitajan näkökulmista kyseisiä esteitä mielenterveystyössä. Tämäkään muutos ei tuonut tarpeeksi vastauksia ja siitä syystä otimme mukaan tutkimuksia, jotka oli tehty yleisesti hoitotyön parissa. Tämän muutoksen tarkastimme myös toimeksiantajalta ja saimme hänen hyväksyntänsä. Mattila toteaa vuonna 2001 tehdyssään

väitöskirjassaan, ettei hoitotieteessä potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta selvittäviä tutkimuksia toistaiseksi ole tuotettu kattavaa kuvausta vuorovaikutuksen sisällöstä tai sen osa-alueista. Eri asiakas- ja potilasryhmän ja hoitajan vuorovaikutusta on kylläkin tutkittu. Ainoan, jonka hän mainitsi mielenterveystyöhön liittyväksi, oli Torikan tutkimus (1996) psykiatrisessa päiväsairaalassa. Kansainvälisiä hoitotieteenjulkaisuja on runsaasti, mutteivat ne hänen mukaansa ole sellaisenaan sovellettavissa suomalaisen hoitotyöhön.

Kommunikaation ja kohtaamisen rajaaminen myös erillisesti tutkittaviksi aiheiksi oli myös hankalaa, koska tulokset monilta osin käsitteiden toisiinsa liittymisen myötä antoivat samoja vastauksia molempiin käsitteisiin. Näin työn tehtyä olimme sen, kuinka tärkeä on tutkimuskysymyksen ja jo otsikoinnin määrittäminen koko työn kannalta. Lisäksi työssämme olisi voinut ”aika” määritettä laajentaa 10 vuodesta 20 vuoteen. Tällöin tuloksia olisi voinut tulla enemmän, eikä aiheemme tiedon luotettavuus heikkene 20 vuotta vanhoista tutkimuksista. Valituissa tutkimuksissa on kaksi toimintaympäristöä, mielenterveystyö ja perusterveydenhuolto. Näiden kahden erilaisen toimintaympäristön tuloksia ei voi suoraan verrata toisiinsa. Kuitenkin tuloksista nousi yhtäläisyyksiä, vaikka kyseessä oli erilaiset toimintaympäristöt.

7.2 Luotettavuus ja eettisyys

Jokaiseen tutkimukseen kuuluvat luotettavuus- ja eettisyyspohdinnat, joista ilmenee, mitkä seikat voivat uhata kyseisen tutkimuksen luotettavuutta ja eettisyyttä. (Kylmä & Juvakka 2007, 67.) Hyvää tutkimusta tehdessä, jossa eettiset näkökohdat tulee riittävästi huomioiduksi, on vaativa tehtävä ja tämä on tärkeä asia huomioida. (Hirsjärvi ym. 1997, 27). Näiden taitojen harjaantuminen on hyvin keskeistä tätä työtä tehdessä.

Luotettavuuden arviointikriteereitä ovat uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus. Uskottavuudella tarkoitetaan sitä, että tulokset ovat ilmaistu niin selkeästi, että lukijan on mahdollista ymmärtää, miten kyseinen analyysi on tehty ja mitkä ovat kyseisen tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset. (Kankkunen

& Vehviläinen-Julkunen 2013, 198.) Siirrettävyyden luotettavuus kriteeristä on huolehdittu tässä opinnäytetyössä raportoimalla mahdollisimman selkeästi ja helposti ymmärrettävästi, joka kulkee koko opinnäytetyöprosessin ajan. Kirjasimme tutkimustulokset luokituksineen ja kategorioineen mahdollisimman selkeästi, jolloin sen pystyy tarvittaessa toistamaan. Koska tutkimuksessamme oli mukana myös tutkimuksia rajauksemmen ulkopuolelta eli tutkimuksia, jotka oli tehty ei mielen terveyden parissa, huomioimme sen pitämällä nämä kyseiset tulokset erillään toisistaan luokitusvaiheessa kuin tulosten kirjoitus vaiheessa. Tiedonhaku on toistettu tiedonhakujen jälkeen tarkastusmielessä uudestaan ja huomattiin tietojen muuttuneen hyvin lyhyessä ajassa. Kaikki tutkimustulokset on valittu opinnäytetyöhömmen luotettavista sähköisistä tietokannoista, ja ne ovat kymmenenvuoden sisällä julkaistuja eli tieto on tarpeeksi tuoretta luotettavuuden kannalta.

Tutkimuksen tekoon liittyy monia eettisiä kysymyksiä, jotka tutkijoina on tärkeä ja hyvä ottaa huomioon. Nämä tiedonhankintaan ja julkistamiseen liittyvät periaatteet ovat julkisesti hyväksytyjä. Näiden tapojen noudattaminen on jokaisen tutkijan vastuulla ja hyvä tutkimus myös edellyttää, että tutkimusta tehdessä noudatetaan hyviä tieteellisiä käytäntöjä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 23.) Lisäksi tulokset voivat olla hyväksyttäviä vain, jos tieteellinen tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.)

Eettiset ohjeet velvoittavat tutkijaa noudattamaan tiedeyhteisön toimintatapoja, joita ovat rehellisyys, yleinen huolellisuus ja tarkkuus tutkimustyön teossa, tietojen tallentamisessa ja niiden esittämisessä, sekä tutkimusten arvioinnissa. (Hirsjärvi ym. 1997, 24.) Emme ole kirjoittaessamme plagioineet kenenkään muun tekstiä. Jos olemme tehneet suoran lainauksen jostain aineistosta, olemme sen suorittaneet asianmukaisin lähdemerkinnöin. Lähdeviittaukset kirjoitimme tiedon löydyttyä saman tien lähdeluetteloon, jonka pidimme ajan tasalla koko kirjoitustyön aikana. Noudatimme koko opinnäytetyön tekoprosessin ajan hyvää tieteellistä käytäntöä, mihin luotettavuus ja eettisyys perustuvat.

Lisäksi hyvään tieteelliseen tutkimukseen kuuluu kriteerien mukainen ja eettisesti kestävä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointi menetelmien ja avoimuus tutkimustuloksia julkaistaessa. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 150.) Julkaistessamme tutkimustuloksemme otamme huomioon muiden tutkijoiden saavutukset ja työn sille kuuluvalla tavalla, että kunnioitamme heidän töitensä ja annamme kyseisille töille niille kuuluvan arvon ja merkityksen työmme julkaisussa. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 150.) Vahvistamme opinnäytetyömme eettisyyttä sillä, että ennen arviointia tarkastutamme sen plagiointia ehkäisevällä Turnitin – ohjelmalla ja arvioinnin jälkeen Urkund-ohjelmalla. Kääntäessämme englanninkielisiä tutkimuksia suomen kielelle, käytimme kääntämisen apuna sanakirjoja ja kysyimme opinnäytetyön parin mielipidettä tulkinnan oikeellisuudesta.

Pyrimme tutkimustamme tehdessä sen suunnittelemaan, toteuttamaan ja raportoimaan mahdollisimman yksityiskohtaisesti ja tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten osoittamalla tavalla. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 151.) Tämä tarkoittaa työssämme sitä, että tuloksia ei ole yleistetty kritiikittömästi, eikä sepitetty tai kaunisteltu. Raportointi tulee selostaa mahdollisimman huolellisesti, se ei saa olla harhaanjohtavaa tai puutteellista. (Hirsjärvi ym. 1997, 26.)

Yleensä kvalitatiivista tutkimusta tekee yksi tekijä, jolloin omalle työlleen voi tulla sokeaksi. Meillä opinnäytetyötämme työsti kaksi tekijää, joka lisää opinnäytetyön luotettavuutta. Tällöin työhön on saatu kahden eri henkilön mielipiteitä sitä työstäessä. Useampi tekijä lisää työhön lisää näkemyksiä ja laajentaa mielipiteitä ristiriitatilanteissa. Tällöin puhutaan holistisesta harhaluulosta, jolla tarkoitetaan sitä, että tutkija on yksin tutkimusta tehdessään yhä vakuuttuneempi johtopäätöksien oikeellisuudesta ja mallistaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197.) Opinnäytetyön luotettavuutta voi heikentää tekijöiden englannin kielen taso. Käännösten apuna on käytetty internetin ilmaisia käännöskokeita ja Karelia-ammattikorkeakoulun verkkosanakirjapalvelua.

7.3 Suositus hoitotyön kehitykseksi tai jatkotutkimusaiheet

Kommunikaation ja kohtaamisen esteiden tutkiminen ja niiden tiedostaminen on erittäin tärkeää hyvän ja toimivan potilaan ja sairaanhoitajan välisen vuorovaikutussuhteen rakentumiselle. Tutkimuksia ei kuitenkaan tämän kyseisen suhteen osalta ole paljoa, joten ehdottomasti sen lisätutkiminen on tarpeellista.

Vuorovaikutus on keskeinen osa mielenterveystyötä, joten sen taidon kehittäminen ja kouluttaminen on näin ollen hyvin tärkeää.

Jatkotutkimusaiheena voisi näin ollen olla tärkeä kartoittaa sairaanhoitajaopiskelijoiden kokemuksia vuorovaikutustaitojen koulutusosuuden määrästä tänä päivänä ja kokemuksista, kuinka kyseisiä taitoja hallitsee.

7.4 Ammatillinen kasvu

Niina

Opinnäytetyön tekeminen oli pitkä ja haastava prosessi. Tiesin tämän prosessin olevan minulla jo koulun aloitus vaiheessa haastavin prosessi, koska en koe koskaan olleeni lahjakas kirjoittaja. Opinnäyteprosessi kuitenkin kehitti minua suunnittelemaan omaa toimintaani, tiedon haku taitojani sekä tieteellisen tekstin kirjoittamisessa. Kirjallisuuskatsaus opinnäytetyön toteutusmuotona oli haastava, koska koin ettei siihen löytynyt yhtä helposti tietoa kuin muihin opinnäytetyön tekotapoihin. Lisäksi koin, että olin jo unohtanut kyseistä aihetta käsitelleen kurssin opit, että olisin osannut niitä tässä kohtaa hyödyntää. Ehdotinkin tästä aiheesta tehtäväksi toiminnallista opinnäytetyötä, joka ohjaisi sitten käyttäjänsä paremmin prosessin erivaiheissa sitä yksin tehdessään. Teimme opinnäytetyön parityönä ja tämä toi välillä niin helpotusta kuin haastettakin opinnäytetyön edistymiselle. Teimme työtä molemmat omaan tahtiimme, kun olimme suunnitelleet jaettavat työ kohteet. Kohdat, jotka vaativat molempien osallisuuden toteutimme pääosin verkon välityksellä ja toisinaan koululla. Koululla työskentelyä rajoitti työmme suunnitelman kirjoitus vaiheessa COVID-19 rajoitukset. Työn tekeminen parin kanssa opettaa ammatillisesti

myös kollegiaalisen suhteen rakentamista. Osallistuimme opinnäytetyön ryhmäohjauksiin, jossa saimme neuvoa mieltä askarruttaviin kysymyksiin opinnäytetyössämme, mutta pääosin työskentelin itsenäisesti.

Opinnäytetyön aihe ei ollut meidän oma keksimämme vaan saimme sen toimeksiantona Karelia Ammattikorkeakoululta. Itseäni kuitenkin on aina kiinnostanut ihmisten välinen vuorovaikutus ja psykologia, joten aihe oli mieluisa. Aihe osoittautuikin haastavaksi jo sen käsitteistön kohdalla, koska ne olivat abstrakteja käsitteitä eikä niin yksiselitteisiä. Aihe oli hyvin laaja-alainen ja siihen sisältyy hyvin paljon eri asioita. Uskon vuorovaikutukseen perehtymisen tukevan minun ammatillista kehittymistäni sen parissa sairaanhoitajan työkaluna potilaiden parissa. Tämän opinnäytetyön kautta minulla on enemmän tietoa vuorovaikutukseen positiivisella ja negatiivisella tavalla vaikuttavista seikoista ja näin ollen se auttaa minua reflektoimaan omaa tapaani toimia taas paremmin.

Joonas

Opinnäytetyön tekemisen koin erittäin pitkänä ja haasteellisena prosessina. Tämän osasin jo odottaa, sillä en ole koskaan ollut kovin innokas ja motivoitunut kirjoittaja. Lisäksi olin kuullut valmistuneilta oppilailta, kuinka paljon se veisi aikaa ja vaivaa. Opinnäyteprosessi opetti minulle paljon uusia asioita kirjallisuuskatsauksesta, tiedonhankinnasta, tieteellisen tekstin kääntämisestä ja kirjottamisesta. Opinnäytetyömme tehtiin kirjallisuuskatsauksena, joka lisäsi mielestäni sen haasteellisuutta. Kirjallisuuskatsauksesta ei löytynyt niin paljoa tietoa, kuin toiminnallisesta tai tutkimuksellisesta opinnäytetyöstä. Ennen opinnäytetyön aloittamisesta toivoin, että voisin tehdä sen parin kanssa. Syynä tähän oli, että se motivoisi minua paremmin tekemään sitä ja enkä olisi työn kanssa yksin. Lisäksi pidän enemmän pari- tai ryhmätöistä, kuin yksin tekemisestä. Onnekseni löysin parin tekemään sen kanssani ja tarvittaessa potkimaan minua eteenpäin.

Aloitimme miettimään opinnäytetyön aihetta, muttei kumpikaan oikein keksinyt mitään. Päätimme valita valmiin aiheen ja tekotavan. Saimme toimeksiantajaksi Karelia Ammattikorkeakoulun ja aiheeksi: ”Kommunikaation ja kohtaamisen esteet mielenterveystyössä”. Aihe sopi minulle hyvin, sillä pidän työssä

vuorovaikutusta yhtenä vahvuuksistani ja täten voisin kehittää itseäni. Aihe kuitenkin ilmeni erittäin laaja-alaiseksi ja jouduimme miettimään hyvin tarkkaan rajoituksia, jottei työ mene liian laajaksi. Tiedonhaun koin erittäin haasteelliseksi, koska aiheesta löytyi suppeasta tutkittua tietoa. Englannin kielen taitoni kehittyi tiedonhaussa. Saimme hyvin apua haasteisiin ja kysymyksiin opinnäytetyön ryhmäohjauksista, jossa kävimme videopuheluiden kautta. COVID-19-rajoitukset estivät työskentelemästä meitä koululla suunnitelma vaiheessa. Teimme pääsääntöisesti työtä pääsääntöisesti omissa kodeissa omaan tahtiin tai yhteisesti etäyhteyden avulla. Tämä opinnäytetyö opetti minua paljon opinnäytetyön tekemisestä, pitkäjänteisyydestä ja vuorovaikutuksen edistämisestä ja esteistä.

Lähteet

- Amoah, V.M.K., Anokye, R., Boakye, D.S., Acheampong, E., Budu-Ainooson, A., Okyere, E., Kumi-Boateng, G., Yeboah, C. & Afriyie, J.O. 2019. A qualitative assessment of perceived barriers to effective therapeutic communication among nurses and patients. Exploratory based desing, BMC nursing, 18:4, 1–8. doi: 10.1186/s12912-019-0328-0.
- Dunderfelt, T. 2015. Kuuntele ja tule kuulluksi. Helsinki: Kauppakamari.
- Elomaa, L. & Mikkola, H. 2008. Näytön jäljillä tiedonhaku näyttöön perustuvassa hoitotyössä. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.
- Glantz, A., Örmon, K. & Sanström, B. 2019. "How do we use time?" – an observational study measuring the task time distribution of nurses in psychiatric care. A time motion study desing. BMC Nursing, 18:67, 1-8. doi: 10.1186/s12912-019-0386-3.
- Hagman, T. 2019. Dokumenttianalyysi sairaanhoidon vuosikirjojen psykiatrasta hoitotyötä käsittelevistä artikkeleista vuosilta 1958–1988. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Hentinen, K., Iija, A. & Mattila, E. 2009. Kuuntele minua – mielenterveystyön käytännön menetelmiä. Helsinki: Tammi.
- Hietaharju, P. & Nuutila, M. 2010. Käytännön mielenterveystyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
- Huttunen, M. 2017. Mielenterveyden häiriöt. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00002#s3. 15.9.2020.
- Hämäläinen, K., Kanerva, A., Kuhanen, C., Schubert, C. & Seuri, T. 2017. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Karjalainen, M. 2013. Sairaanhoidajan osaaminen matalan kynnyksen mielenterveyspalveluissa Vastaanottotyötä tekevien näkemyksiä. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Kirca, N. & Bademli, K. 2018. Relationship between communication skills and care behaviors of nurses. Descriptive relational study. Wiley, Perspectives in Psychiatric Care, 55:624-631. doi: 10.1111/ppc.12382.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uudistettupainos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S., Pietilä, A., Jääskeläinen, P. & Liikanen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. Hoitotiede 25 (4), 291–301.
- Koivisto, K. 2003. Koettu hallitsematon minuus psykoottisen potilaan hoitotyön lähtökohdaksi. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Tutkielma.
- Koivisto, K. 2018. Avoimen dialogin hoitomalli tietoisena toimintana. ePooki. Oulun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehittämistyön julkaisut 57. <http://www.oamk.fi/epooki/index.php?cid=1358#cite-text-0-3>. 4.1.2021.

- Koivisto, K., Alakulppi, J. & Suua, P. 2017. Dialogisuus oppimisessa ja hoidon perusosaamisena. Teoksessa Koivisto, K., Henner, A. & Kiviniemi, L. Hoitotyön koulutus- ja kehittämistoiminta - ajankohtaisia ja tulevaisuutta ennakoivia haasteita. EPooki. Oulun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehittämistyönjulkaisut 43. <http://www.oamk.fi/epooki/index.php?cid=1046>. 9.1.2021.
- Kontio, E. & Johansson, K. 2007. Systemaattinen tarkastelu alkuperäistutkimuksen laatuun. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R.-L. (toim.). Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Digipaino turun yliopisto, 101 - 108.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Lönnqvist, J. & Lehtonen, J. 2011. Psykiatria ja mielenterveys. Duodecim. https://www.duodecim.fi/xmedia/www/esittelyt/6400_esittely.pdf. 8.11.2021.
- Mattila, L.-R. 2001. Vahvistumista ja tunnekokemuksen jakamista Potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta kuvaavan käsitejärjestelmän kehittäminen. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Akateeminen väitöskirja. Mielenterveyslaki 1990/1116.
- Mieli. 2020. Aktiivinen kuuntelu on kuuntelemista ja kuullun sanoittamista. Suomen mielenterveys ry. <https://mieli.fi/fi/aktiivinen-kuuntelu-kuuntelemista-ja-kuullun-sanoittamista>. 11.1.2021.
- Mäkelä, A., Ruokonen, T. & Tuomikoski, M. 2001. Hoitosuhdetyöskentely. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Mäkisalo-Ropponen, M. 2011. Vuorovaikutustaidot sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Kustannus osakeyhtiö Tammi.
- Mönkkönen, K. 2018. Vuorovaikutus asiakastyössä: asiakkaan kohtaaminen sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Gaudeamus Oy.
- Niela-Vilén, H. & Kauhanen, L. 2015. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku: Juvenes Print.
- Norouzinia, R., Aghabarari, M., Shiri, M., Karimi, M., Samami, E. 2016. Communication Barriers Perceived by Nurses and Patients. Global journal of Health Science, 8(6), pp. 65 – 74. doi: 10.5539/gjhs.v8n6p65.
- Partanen, A., Holmberg, J., Inkinen, M., Kurki, M. & Salo-Chydenius, S. 2015. Päihdehoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Sairaanhoitajaliitto. 1996. Ammattietiikka ja kollegiaalisuus. Sairaanhoitajat. <https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2020/01/Sairaanhoitajien-eettiset-ohjeet.pdf>. 16.9.2020.
- Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasa: Vaasan yliopisto. https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf. 17.01.2021.
- Sethi, D. & Rani, M.K. 2017. Communication Barrier in Health Care Setting as Perceived by Nurses and Patient. International Journal of Nursing Education, 9(4), pp.30–35. doi: 10.5958/0974-9357.2017.00092.7.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2021. Mielenterveyspalvelut. Sosiaali- ja terveysministeriö. <https://stm.fi/mielenterveyspalvelut>. 27.4.2021.

- Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen R. 2015. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku: Turun yliopisto.
- Tiainen, I. 2016. Osallisuus aikuispsykiatrisen potilaan, omaisen ja henkilöstön näkökulmasta. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Tarnanen, K., Suokas, J. & Vuorela, P. 2015. Syömishäiriöt. Duodecim Terveyskirjasto. <https://www.terveyskirjasto.fi/khp00109>. 27.4.2021.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2019. Psykoosit. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/psykoosit>. 27.4.2021.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2021b. Ahdistuneisuushäiriöt. https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/ahdistuneisuus_hairiot. 27.4.2021.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2020. Mielialahäiriöt. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/mielialahairiot>. 27.4.2021.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2021a. Mielenterveyshäiriöt. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot>. 15.4.2021.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsittely Suomessa -Tutkimuseettinen neuvottelukunnan ohje. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf. 27.4.2021.
- Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE. 2009. Mielenterveysetiikka – sinulla ja minulla on moraalinen vastuu. <https://urly.fi/28MW> 6.11.2021.
- Vilén, M., Leppämäki, P. & Ekström, L. 2002. Vuorovaikutuksellinen tukeminen. 3. uudistettu painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Vuorilehto, M., Larri, T., Kurki, M. & Hätönen, H. 2014. Uudistuva mielenterveystyö. Helsinki: Fioca Oy.
- Väestöliitto 2018. Ihmissuhteet perustuvat vuorovaikutukseen. <https://www.hyvakysymys.fi/artikkeli/ihmissuhteet-perustuvat-vuorovaikutukseen/>. 4.1.2021.
- World Health Organization. 2018. Mental health: strengthening our response. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-healthstrengthening-our-response>. 24.11.2021.

1. Tutkimusaineiston tiedonhakupöytä

| Tietokanta | Hakusanat ja rajaukset | Löytyn eet | Valit ut | Otsikko |
|-----------------------|---|---------------|-------------|---|
| Medic | "Mental health" AND nurse, tekijä/otsikko/asiasana/tiivistelmä, 2011–2021, vain kokotekstit | 2 | 1 | 1.Sairaanhoitajan osaaminen matalankynnyksen mielenterveyspalvelussa Vastaanottotyötä tekevien näkemyksiä |
| | "psykiatrinen hoitotyö" AND "asiantuntija-potilassuhteet", tekijä/otsikko/asiasana/tiivistelmä, 2011–2021, vain kokotekstit | 3 | 0 | |
| | "psykiatrinen-hoitotyö" AND "hoitaja-potilassuhteet", tekijä/otsikko/asiasana/tiivistelmä, 2011–2021, vain kokotekstit | 6 | 1 | 2.Osallisuus aikuispsykiatrisen potilaan, omaisen ja henkilöstön näkökulmasta |
| | vuorovaikutus AND esteet, tekijä/otsikko/asiasana/tiivistelmä, 2011–2021, vain kokotekstit | 0 | 0 | |
| | vuorovaikutus AND mielenterveystyö, tekijä/otsikko/asiasana/tiivistelmä, 2011–2021, vain kokotekstit | 0 | 0 | |
| Cinahl with Full Text | mental health or mental illness or mental disorder or disorder or psychiatril | 5 | 0 | |

| | | | |
|---|----|---|---------------------------|
| illness AND therapeutic relationship AND nursing, full text, 2011–2021, english language, all adult | | | |
| mental health or mental illness or mental disorder or psychiatric illness AND therapeutic relationship, full text, 2011–2021, english language, all adult | 49 | 0 | |
| nurse patient relationship AND psychiatric, full text, 2011–2021, english language, all adult | 8 | 0 | |
| nurse patient relationship AND mental health or mental illness or mental disorder or psychiatric illness, full text, 2011–2021, english language, all adult | 10 | 0 | |
| psychiatric nursing or mental health nursing AND nurse patient relationships or nurse-patient relation, full text, 2011–2021, english language, all adult | 23 | 1 | 3.How do we use the time? |
| Mental health nursing AND communication, full text, 2011–2021, english language, all adult | 10 | 0 | |
| psychiatric AND communication barrier AND nurse-patient relationship or therapeutic | 1 | 0 | |

| | | | | |
|--|---|----|---|--|
| | relationships or nurse-patient relations or nurse-client relations, full text, 2011–2021, english language | | | |
| | mental health nursing AND co-operation AND obstacles or barriers or challenges, full text, 2011–2021, english language, all adult | 5 | 0 | |
| | Psychiatric nursing or mental health nursing AND alliance, full text, 2011–2021, english language, all adult | 5 | 0 | |
| | Psychiatric nursing or mental health nursing AND partnership or collaboration AND barriers or obstacles or challenges, full text, 2011–2021, english language, all adult | 3 | 0 | |
| | Nurse mental health or nurse' mental well-being AND alliance or partnership or collaboration AND barriers or obstacles or challenges, full text, 2011–2021, english language, all adult | 1 | 0 | |
| | mental health nursing AND nurse-patient relationship or therapeutic relationship or nurse-patient or nurse- | 17 | 0 | |

| | | | | |
|--------|--|-----|---|--|
| | client relations, full text, 2011–2021, english language, all adult | | | |
| | mental health nursing AND nurse-patient relationship or therapeutic relationships or nurse-patient relations or nurse-client relations AND obstacles or barriers or challenges, full text, 2011–2021, english language | 1 | 0 | |
| | nurse patient relationship AND communication skills AND barriers or obstacles or challenges, full text, 2011–2021, english language | 11 | 1 | 3.Relationship between communication skills and care behaviors of nurses |
| | Nurse-patient relationship or therapeutic relationships or nurse-patient relations or nurse-client relations AND barriers or obstacles or challenges or difficulties or issues or problems, full text, 2011–2021, english language, adult: 19-44 years | 226 | 2 | 5.A qualitative assessment of perceived barriers to effective therapeutic communication among nurses and patients 6.Communication barrier in health care setting as perceived by nurses and patient |
| Pubmed | (nurse-patient relationship) AND (mental health units), | 21 | 0 | |

| | | | | |
|--|--|----|---|--|
| | free full text, 2011–2021, english language | | | |
| | (nurse patient relationship) AND (communication skills) AND (barriers or obstacles or challenges), Free full text, 2011–2021, English, Finnish, Adult: 19–44 years Middle aged:45-64 years Middle Aged + Aged_ 45+ | 36 | 1 | 7.Communication barriers perceived by nurses and patients |
| | ((mental health)) AND ((nurse-patient relations))) AND ((barriers)) Free full text, 2011-2021, English, Finnish, Adult:19-44 yers Middle aged:45-64 years Middle Aged + Aged_ 45+ | 11 | 0 | |
| | (alliance) AND (nurse- patient relationship), free full text, 2011–2021, English, 19 - 64 years | 13 | 0 | |
| | (nurse-patient relationship) AND (barrier) AND (psychiatric), free full text, 2011 – 2021, English, 19 - 64 years | 8 | 0 | |

2. Tutkimusartikkelitaulukko

| Tekijä(t), lähde | Tutkimuksen tarkoitus | Aineisto/aineistonkeruu | Analyysimenetelmä | Keskeiset tulokset | Laadun arviointi |
|--|--|---|---------------------------------|---|------------------|
| <p>1.Karjalainen, M. 2013. Sairaanhoitajan osaaminen matalan kynnyksen mielenterveyspalvelussa Vastaanotto työtä tekevien näkemyksiä . Pro gradu - tutkielma</p> | <p>Kuvata niitä osaamisvalmiuksia, joita sairaanhoitaja tarvitsee työskennellessään vuorovaikutuksessa matalan kynnyksen mielenterveyspalveluissa potilaiden kanssa.</p> | <p>Aineisto kerättiin kirjallisuushaulla, jolla haettiin tälle pro gradulle tutkielmalle teoreettinen perusta. Tutkimustieto kerättiin teemahaastattelumenetelmällä, johon osallistui kymmenen (n=10) vastaanottotyön tekijää matalan kynnyksen yksiköstä vuoden 2013 alussa. Tässä tutkimuksessa teemahaasta</p> | <p>Kvalitatiivinen tutkimus</p> | <p>Tulosten mukaan sairaanhoitaja on matalan kynnyksen mielenterveyspalveluissa vuorovaikutuksessa potilaiden kokonaisvaltaisten ja ennakoimattomien ongelmien ja ilmiöiden parissa. Työkokemuksen tuoman osaamisen merkitys korostui itsenäisessä työskentelyssä. Tulosten perusteella tärkeintä potilaan ja sairaanhoitajan</p> | <p>18/19</p> |

| | | | | | |
|--|---|--|--------------------------|--|-------|
| | | ttelun runko koostui kahdesta teemasta ja kymmenestä tarkentavasta kysymyksestä. | | an välillä on se kuinka potilas tulee kohdatuksi. | |
| 2.Tiainen, I. 2016. Osallisuus aikuispsykiatrisen potilaan, omaisen ja henkilöstön näkökulmasta. Pro gradu -tutkielma. | Osallisuuden kuvaaminen, niin sitä vahvistavien sekä estävien tekijöiden kannalta aikuispsykiatrisen potilaan, omaisen ja henkilöstön näkökulmasta. | Touko-lokakuussa 2015 teemahaastattelulla eräässä suomalaisessa keskussairaalassa mielenterveys- ja päihdepalveluiden avo- ja laitoshoidon yksikössä. Siihen osallistui yhdeksän potilasta, seitsemän omaista ja seitsemän henkilökunn | Kvalitatiivinen tutkimus | Psykiatrisessa hoitotyössä tulisi edelleen vahvistaa potilaan osallisuutta hoitoprosessiin, kehittää perhelähtöisemmäksi ja huomioida niin läheiselle kuin potilaalle sairauden tiedon tarpeesta. Lisäksi tulisi kehittää hoitotyön malleja, jossa perhe | 18/19 |

| | | | | | |
|--|--|---|---------------------------|---|------|
| | | an jäsentä (n=23). | | otetaan systemaattisesti mukaan. Hoitotyön koulutuksessa tulisi huomioida työelämän tarpeet ja siihen tulisi lisätä vuorovaikutustaitoja sekä hoitotyön etiikan opintoja. | |
| 3.Glantz, A., Örmon, K. & Sandström, B. 2019. "How do we use the time?" – an observational study measuring the task time distribution of nurses in | Psykiatrisen hoidon hoitajat väittävät, että heiltä puuttuu tarvittava aika kommunikoida potilaiden kanssa, jota tarvitaan yhteistyösuhteen syntymiseen. Lisäksi aikaa | Joulukuu 2015 helmikuu 2016 välisenä aikana kerättiin 129 h ja 23 minuuttia jäsenneilyjä havaintoja, johon osallistui 12 sairaanhoitajaa. Sairanhoitajat työskentelevät yhdellä | Kvantitatiivinen tutkimus | Psykiatrisessa vuodeosastossa hoidossa työskentelevät sairaanhoitajat viettävät vain vähän aikaa suorassa yhteydessä potilaan kanssa ja lääkkeitä anto keskeytyy hyvin usein. Tämän | 8/10 |

| | | | | | |
|--|---|---|--------------------------|--|-------|
| psychiatric care. A time motion study desing | tarvitsisi potilaan hoidon suunnitteluun. Tämän tutkimuksen tarkoitus oli tähdätä kyseisten väitteiden paikkansa pitävyyteen. Tutkimus pyrki selvittämään, miten psykiatrisella osastoilla työskentelevät sairaanhoitajat jakavat aikansa eritehtävien välillä. | psykiatrisella klinikalla Etelä-Ruotsissa kuudella eri osastolla. Tiedonkeruussa käytettiin sovellusta, johon sairaanhoitajat kirjasivat työtehtäviinsä kulutetun ajan. | | seurauksena on vaikea luoda terapeuttisia suhteita potilaan ja hoitajan välille. Tämä on huolestuttavaa niin potilasturvallisuuden kuin sairaanhoitajien työtyytyväisyyden kannalta. | |
| 4.Amoah, V.M.K., Anokye, R., Boakye, D.S., Acheapong, E., Budu-Ainooson, A., Okyere, | Potilaan ja sairaanhoitajan välisen tehokkaan terapeuttisen vuorovaikutuksen | 13 hoitajaa 13 potilasta, joita haastatettiin rakenteettoman haastattelun avulla Komfo | Kvalitatiivinen tutkimus | Hoitajan ja potilaan vuorovaikutus on erottamaton osa potilaiden hoitoa kaikissa | 18/19 |

| | | | | |
|---|---|--|--|---|
| <p>E., Kumi-Boateng, G., Yeboah, C. & Afriyie, J. 2019.</p> <p>A qualitative assessment of perceived barriers to effective therapeutic communication among nurses and patients.</p> <p>Exploratory based desing</p> | <p>havaittujen esteiden tutkiminen.</p> | <p>Anokyen opetussairaalassa.</p> <p>Haastattelut nauhoitettiin, kirjoitettiin sanatarkasti ja analysoitiin temaattisen sisältöanalyysin avulla.</p> | | <p>terveysympäristöissä. Se on yksi hoidon laatua määrittävistä tekijöistä. Terapeuttisen vuorovaikutuksen esteiksi muodostui potilaan ominaisuuksiin liittyvät esteet, hoitajaan liittyviä ominaisuuksiin tai ympäristöön liittyviä Komfo Anokyen opetussairaalassa. Tutkimuksen perusteella esteet tehokkaan vuorovaikutuksen onnistumiseksi on poistettava</p> |
|---|---|--|--|---|

| | | | | | |
|--|---|--|----------------------------------|---|-------------|
| | | | | | |
| <p>5.Sethi, D. & Rani, M.K. 2017. Communication Barrier in Health Care Setting as Perceived by Nurses and Patient. Cross sectional, descriptive study</p> | <p>Arvioida sairaanhoitajan ja potilaan välisiä vuorovaikutuksen esteitä. Lisäksi tutkimus pyrki selvittämään esteiden välisiä yhteisiä tekijöitä, joilla on sosiodemografisia muuttujia terveyden huollon ammattilaisiin nähden.</p> | <p>50 sairaanhoitajaa ja 50 potilasta kahdesta yksityisestä NABH:n jäsen sairaalasta Punessa (Maharashtra). Tieto kerättiin käyttämällä kahta erillisistä kyselylomaketta sairaanhoitajille ja potilaille.</p> | <p>Kvantitatiivinen tutkimus</p> | <p>Hoitajan ja potilaan vuorovaikutus on erottamaton osa potilaiden hoitoa kaikissa terveysympäristöissä. Se on yksi hoidon laatua määrittävistä tekijöistä. Terapeuttisen vuorovaikutuksen esteiksi muodostui potilaan ominaisuuksiin liittyvät esteet, hoitajaan liittyviä ominaisuuksiin tai ympäristöön liittyviä</p> | <p>7/10</p> |

| | | | | | |
|--|--|---|---------------------------|---|------|
| | | | | KomfoAnokyan opetussairaalassa. Tutkimuksen perusteella esteet tehokkaan vuorovaikutuksen onnistumiseksi on poistettava. | |
| 6.Kirca, N. & Bademli, K. 2019. Relationship between communication skills and care behaviors of nurses. Descriptive relational study | Pyrittiin määrittämään viestintäosaamisen ja potilaanhoidon välisen suhteen merkitystä potilaan ja hoitajan välillä. | Tutkimus suoritettiin haastattelututkimuksena. Se suoritettiin maaliskuun 2018 – toukokuun 2018 välisenä aikana Turkin Antaliassa Akdenizin Yliopistollisen sairaalan sisätautien-, kirurgisen-, tehohoidon- ja | Kvantitatiivinen tutkimus | Tutkimus osoittaa, että hyvä vuorovaikutus potilaan hoidossa kasvattaa hoidon laatua. Enemmän harjoittelua voidaan toteuttaa kouluttaessa sairaanhoitajia vuorovaikutuksen esteistä varustamalla heidät tehokkailla | 8/10 |

| | | | | | |
|--|--|---|---------------------------|---|------|
| | | lastentautien klinikoilla. Siihen osallistui 262 sairaanhoitajaa. | | vuorovaikutuksen taidoilla ja strategioilla. | |
| 7.Norouzina, R., Aghabarari, M., Shiri, M., Karimi, M. & Samami, E. 2015. Communication barriers perceived by Nurses and Patient. Cross sectional, descriptive analytic study. | Selvittää hoitaja-potilassuhteen esteitä hoitajien ja potilaiden näkökulmasta. | sairaanhoitajille ja potilaille kahdessa julkisessa sairaalassa, jotka ovat sidoksissa Alborzin lääketieteelliseen yliopistoon Karajiin, Iraniin. Käytössä oli yksinkertainen satunnaisotantamenetelmä. | Kvantitatiivinen tutkimus | Tutkimustuloksista kävi ilmi, että sekä hoitaja- että potilasryhmissä eniten ja vähiten merkittäviä esteitä olivat sairaanhoitajaan liittyvät tekijät ja yhteiset tekijät sairaanhoitajien ja potilaiden välillä. | 7/10 |

3. Tutkimuksien laatukriteerit

Kvantitatiivisen tutkimuksen laatukriteerit (mukaeltu Van Tulder, M.W., Assendelft, W.J.J., Koes, B.W. & Bouter, L.M. 1997). (Kontio & Johansson 2007, 104).

| Metodologinen tarkastelukohta | Esiintyy / ei esiinny |
|--|-----------------------|
| 1.) Voima-analyysi on sisällytetty | + / - |
| 2.) Osallistujien tutkimukseen hankkiminen raportoitu | + / - |
| 3.) Hypoteesit on esitetty | + / - |
| 4.) Satunnaistaminen on suoritettu | + / - |
| 5.) Kaikki satunnaistetut osallistujat ovat aineistossa mukana | + / - |
| 6.) Sokkouttaminen on suoritettu | + / - |
| a) osallistuja | + / - |
| b) intervention toteuttaja | + / - |
| c) henkilökunta | + / - |
| d) tutkija | + / - |
| e) aineistonkerääjä | + / - |
| 7.) Ryhmien samanlaisuuden tarkistus tutkimuksen lähtökohtatilanteessa | + / - |
| 8.) Raportoitu tutkimuksen keskeyttäneet | + / - |
| 9.) Katoaineiston käsittely | + / - |
| 10.) Keskiarvot ja keskihajonnat ovat raportoidut | + / - |

Kvalitatiivisen tutkimuksen laatukriteerit (mukaeltu Suomen sairaanhoitajaliitto 2004). (Kontio & Johansson 2007, 106).

| Tutkimus: | | | |
|--|-------|----|------------------------|
| | Kyllä | Ei | Ei tietoa / ei sovellu |
| Tutkimuksen tausta ja tarkoitus | | | |
| Onko tutkittava ilmiö määritelty selkeästi? | | | |
| Onko tutkimuksen aihe perusteltu kirjallisuuskatsauksen avulla sisällöllisesti, menetelmällisesti ja eettisesti ja onko se riittävän innovatiivinen? | | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| Onko tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimustehtävät määritelty selkeästi? | | | |
| Aineisto ja menetelmät | | | |
| Ovatko aineistonkeruumenetelmät ja -konteksti perusteltu ja kuvattu riittävän yksityiskohtaisesti? | | | |
| Soveltuuko aineiston keruumenetelmä tutkittavaan ilmiöön ja tutkimukseen osallistujille? | | | |
| Onko aineiston keruu kuvattu? | | | |
| Onko aineisto kerätty henkilöiltä, jolla on tietoa tutkittavasta ilmiöstä? | | | |
| Onko aineiston sisällön riittävyttä arvioitu (saturaatio)? | | | |
| Onko aineiston käsittely ja analyysin päävaiheet kuvattu? | | | |
| Soveltuuko valittu analyysimenetelmä tutkittavaan ilmiöön? | | | |
| Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys | | | |
| tutkija on nimennyt kriteerit, joiden perusteella hän on arvioinut tutkimuksen luotettavuutta | | | |
| tutkimuksessa on käytetty aineiston tai menetelmien triangulaatiota lisäämään luotettavuutta | | | |
| tutkija on pohtinut huolellisesti eettisiä kysymyksiä (mm. tietoinen suostumus) | | | |
| tutkimukseen osallistuneet ovat arvioineet tutkimustuloksia ja vahvistaneet tulosten vastaavuuden kokemuksiinsa; tai lukija voi tunnistaa ja ymmärtää tulokset | | | |
| tutkija on pitänyt päiväkirjaa tai kirjoittanut muistiinpanoja tutkimuksen kulusta | | | |
| Tulokset ja johtopäätökset | | | |
| tuloksilla on uutuusarvoa ja merkitystä hoitotyön kehittämisessä | | | |
| tulokset on esitelty selkeästi, loogisesti ja rikkaasti ja niiden antia on verrattu aikaisempiin tutkimuksiin | | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| tutkimuksen johtopäätökset perustuvat tuloksiin ja ovat hyödynnettävissä | | | |
| Muut huomiot/kokonaisarvio | | | |
| tutkimus muodostaa eheän, selkeän ja johdonmukaisen kokonaisuuden | | | |

4. Aineiston analyysitaulukko

Mitkä tekijät voivat olla esteenä potilaan ja hoitajan välisessä kommunikaatiossa ja kohtaamisessa **sairaanhoidajan näkökulmasta** mielenterveystyössä?

| Alkuperäisilmaisu | Suomennos | Pelkistetty ilmaus | Alaluokka | Yläluokka |
|---|-----------|---|--|---|
| <p>”Vuorovaikutukseen vaikuttavista tekijöistä nostettiin voimakkaammin esille potilaiden tuomien oireiden ja sairauksien merkitys, jotka vaikuttivat potilaan kykyyn ilmaista itseään ja ymmärtää työntekijää.” (Karjalainen 2013)</p> | | <p>-Potilaan oireet ja sairaudet vaikuttivat potilaan kykyyn ilmaista itseään ja ymmärtää työntekijää</p> | <p>Potilaan sairaudet ja oireet</p> | <p>Kommunikaation ja kohtaamisen esteet sairaanhoidajan näkökulmasta</p> |

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| <p>”Vuorovaikutusta vaikeuttavana tekijänä oli koettu myös ongelmien verhoutuminen muiden riippuvuuksien tai stressioireiden taakse” (Karjalainen 2013)</p> | | <p>-Potilaan ongelmat verhoutuneet muiden riippuvuuksien tai stressioireiden taakse</p> | <p>Potilaan riippuvuudet ja stressioireet</p> | |
| <p>”Päihteiden käyttäjistä erityisesti huumausaineiden käyttäjät olivat haastateltavien mielestä haasteellisia, koska kohtaamiselle ja vuorovaikutukselle oli ominaista epävakausta.” (Karjalainen 2013)</p> | | <p>-Päihteiden, erityisesti huumausaineiden käyttäjien kohtaaminen ja vuorovaikutus oli epävakaista</p> | <p>Päihteet</p> | |

| | | | | |
|---|--|---|--|--|
| <p>”Vuorovaikutuksen haasteena koettiin potilaiden äärimmäinen vastustus, joka koostui motivaation puutteesta ja aggressiivisuudesta. Motivaation puute muodostui esteeksi silloin, kun työntekijä ei vuorovaikutuksen avulla kyennyt sitä murtamaan. Tällöin motivaation puute koettiin äärimmäiseksi vuorovaikutuksen esteeksi. Potilaiden ilmaisema fyysinen aggressiivisuuden ilmaiseminen tai ovien paiskominen koettiin</p> | | <p>-Potilaiden äärimmäinen vastustus koostui aggressiivisuudesta ja motivaation puutteesta.</p> | <p>Potilaan hoitomotivaation puute</p> <p>Potilaan aggressiivisuus</p> | |
|---|--|---|--|--|

| | | | | |
|---|--|---|--|--|
| <p>myös esteeksi vuorovaikutuksen toteutumiselle” (Karjalainen 2013)</p> | | | | |
| <p>Potilaan psyykkisen oireilun kuormitettavuus hoitosuhteessa tai hoitoympäristössä heikensi osallisuutta. Potilaan voimakkaan psyykkisen oireilun nähtiin aiheuttavan tunnekuormaa, mitä hoitajat pystyivät käsittelemään vaihtelevasti. (Tiainen 2016)</p> | | <p>Potilaan voimakas psyykinen oireilun aiheuttama tunnekuorma, jota hoitajat käsittelivät vaihtelevasti.</p> | <p>Hoitajan ammattitaidottomuus</p> | |

| | | | | |
|---|--|---|--|--|
| <p>Henkilöstön mukaan potilaan osallisuutta heikensi myös potilaan vaihteleva hoitomotivaatio ja elämänvalinnat, jotka olivat ristiriidassa henkilöstön valintojen kanssa. (Tiainen 2016)</p> | | <p>-Potilaan heikko hoitomotivaatio -Potilaan elämänvalinnat, jotka ristiriidassa työntekijän välillä</p> | <p>Potilaan hoitomotivaation puute Eettinen ristiriita</p> | |
| <p>Henkilöstö nimesi syömishäiriöt, päihdeongelmat ja persoonallisuushäiriöistä kärsivät potilaat potilasryhmiksi, jotka vahvimmin herättivät negatiivisia vastatunteita työntekijöissä. (Tiainen 2016)</p> | | <p>-Sairauden aiheuttama negatiivinen tunne työntekijässä</p> | <p>Potilaan sairaudet ja oireet</p> | |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| <p>Henkilöstön kyvyssä huomioida potilaan tarpeita ja ottaa niitä huomioon oli eroja. Haasteena nähtiin henkilöstön taipumus ajatella, että ongelmanratkaisutaidot konfliktitilanteissa oli potilaan vastuulla. (Tiainen 2016)</p> | | <p>-Henkilöstön taidot huomioida potilaan tarpeita</p> <p>-Henkilöstön ajatus siirtää konfliktien ratkaisut potilaan vastuulle</p> | <p>Hoitajan ammattitaidottomuus</p> | |
| <p>Kiire nähtiin potilaan osallisuutta heikentävänä tekijänä sekä hoitosuhteessa käytettävän ajan vähyytenä että henkilöstön arvo- ja asennemuokkaukseen</p> | | <p>-Kiire ja ajan vähyys vaikuttaa negatiivisesti hoitosuhteeseen</p> <p>-Kiire vaikutti negatiivisesti henkilöstön arvo- ja asenne muokkaukseen</p> | <p>Kiire</p> | |

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| liittyvänä tekijänä. (Tiainen 2016) | | | | |
| Henkilöstön mukaan osallisuuden toteutumisen haasteina olivat potilaan heikko psyykinen vointi, lakeihin perustumattomat jäykät käytännöt ja vallankäyttö. (Tiainen 2016) | | -Potilaan heikko psyykinen vointi -Lakeihin perustumattomat jäykät käytännöt ja vallan käyttö | Potilaan sairaudet ja oireet Negatiivisesti vaikuttavat osaston käytännöt | |
| "The average direct care task lasted only about eight minutes which casts into doubt whether it is possible to create trusting and therapeutic relationships with the patients in such a short | Keskimääräinen suora hoitotehtävä kesti vain noin kahdeksan minuuttia, mikä asettaa kyseenalaiseksi, voidaanko potilaiden kanssa luoda luottamuksellisia ja | Kyseenalaista on, voidaanko luoda keskimääräisesti kahdeksassa minuutissa luottamuksellinen ja terapeuttinen suhde potilaiden kanssa | Ajan puute suoralle hoidolle | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| time.” (Glantz, Örmon & Sandström 2019) | terapeuttisia suhteita näin lyhyessä ajassa. | | | |
|---|--|--|--|--|

Mitkä tekijät voivat olla esteenä potilaan ja hoitajan välisessä kommunikaatiossa ja kohtaamisessa **sairaanhoitajan näkökulmasta** perusterveydenhuollossa?

| Alkuperäisilmaisu | Suomennot | Pelkistetty ilmaus | Alaluokka | Yläluokka |
|--|--|--|--------------------------------|--|
| The nurses complained that due to the small number of nurses and the workload it becomes difficult attending to all patients as and when they call. (Amoah, Anokye, Boakye, Acheampong, Budu-Ainooson, Okyere, | Sairaanhoitajat valittivat vähäisestä sairaanhoitajien määrästä ja työtaakan ollessa korkea on vaikea vastata kaikkien potilaiden tarpeisiin heidän soittaessa kelloa. | -Liian vähäinen työntekijöiden määrä suhteessa potilaiden tarpeisiin | Henkilöstön alimitoitus | Kommunikaation ja kohtaamisen esteet sairaanhoitajan näkökulmasta |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| Kumi-Boateng, Yeboah & Afriyie 2019) | | | | |
| <p>Most nurses admitted and verbalized that, some nurses had little knowledge on how to communicate with other. Lack of knowledge on therapeutic communication on the part of some nurses also contributed to ineffective therapeutic communication. If there is a close relationship between the patient and the nurses, a patient can speak out all their</p> | <p>Useimmat sairaanhoitajat myönsivät ja kertoivat, että joillakin sairaanhoitajilla oli vähän tietoa siitä, kuinka kommunikoida muiden kanssa. Joidenkin sairaanhoitajien tietämyksen puute terapeuttisesta viestinnästä vaikutti tehottomaan terapeuttiseen viestintään. Jos on läheinen suhde</p> | <p>-Heikot vuorovaikutus taidot -Tietämyksen puute, millaista on tehokas terapeuttinen vuorovaikutus</p> | <p>Heikot vuorovaikutustaidot/terapeuttiset vuorovaikutuksen taidot</p> | |

| | | | | |
|--|---|--|----------------------------------|--|
| <p>problems to the nurse. (Amoah & ym. 2019)</p> | <p>potilaan ja hoitajan välillä, potilaat voivat puhua silloin kaikista heidän ongelmistaan.</p> | | | |
| <p>Attitude refers to the predisposition to behave in a certain manner. Majority of the nurses verbalized that because some of the patients have stayed at the ward for long time and in an era where most patients are educated, they think they know more about the nursing procedures and thus, do not adhere to whatever their health care provider says. (Amoah & ym. 2019)</p> | <p>Asenne viittaa tietynlaiseen käyttäytymisen tapaan. Suurin osa sairaanhoitajista sanoi, koska osa potilaista oli jäänyt osastolle pidemmäksi ajaksi ja tällä aikakaudella monet potilaat ovat koulutettuja he kuvittelevat tietävänsä enemmän menettelytavoista ja hoitotyöstä, ja jättävät näin ollen</p> | <p>-Potilaan kaikki tietävä asenne terveyden huollon henkilökuntaa vastaan</p> | <p>Kaikkietävä asenne</p> | |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | noudattamatta mitä heidän terveyden huollon tarjoaja sanoo. | | | |
| When one is not pleased with a service provider or a process, it may distort effective communication between the individual and another person. Most of the nurses identified dissatisfaction with services provided by nurses as the predominant barrier to effective communication. (Amoah & ym. 2019) | Kun ei ole tyytyväinen palveluntarjoajaan tai prosessiin, se voi vääristää tehokasta vuorovaikutusta yksilöiden välillä. Suurin osa sairaanhoitajista havaitsi tyytymättömyyttä sairaanhoitajien tarjoamia palveluita kohtaan vallitsevana esteenä tehokkaalle vuorovaikutukselle. | -Palvelun tarjoajan tai hoitoprosessiin yleinen tyytymättömyys vaikuttaa tehokkaaseen vuorovaikutukseen. | Tyytymättömyys palvelun tarjoajaan/prosessiin | |

| | | | | |
|---|---|--|--|--|
| <p>All nurses verbalized that, the disease state and mental status of patients also affect the level of communication between nurses and patients. (Amoah & ym. 2019)</p> | <p>Kaikki sairaanhoitajat sanoivat, että sairauden tila ja potilaiden henkinen tila vaikuttaa myös vuorovaikutuksen tasoon sairaanhoitajien ja potilaiden välillä.</p> | <p>-Potilaan sairauden tai henkinen tila vaikuttaa vuorovaikutuksen tasoon</p> | <p>Potilaan sairaus tai henkinen tila</p> | |
| <p>A family may interfere in a service process in order to influence outcomes. Another problem that the nurses admitted to facing is family interference in most of the procedures at</p> | <p>Perhe voi vaikuttaa palveluprosessiin ja vaikuttaa tuloksiin. Toinen ongelma, jonka sairaanhoitajat myönsivät, perheen sekaantuminen osaston toimintaan. Lisäksi sellainen esillä oleva potilaiden perheiden käytös,</p> | <p>-Perheen vaikutus palveluprosessiin -Perheen sekaantuminen hoitoon</p> | <p>Perheen vaikutus taustalla</p> | |

| | | | | |
|--|--|--|-----------------------------------|--|
| <p>the ward. Also, the kind of behaviour exhibited by clients' families also affects how they communicate with them. (Amoah & ym. 2019)</p> | <p>vaikutti kuinka he kommunikoivat heidät kanssaan.</p> | | | |
| <p>Environmental barriers are obstacles within the environment that inhibit effective therapeutic communication. Almost all nurses and some of the patients asserted that environmental barriers influence therapeutic communication at the ward. Most of the patients expressed how</p> | <p>Ympäristöesteet ovat ympäristön esteitä, jotka estävät tehokkaan terapeuttisen viestinnän. Melkein kaikki sairaanhoitajat ja osa potilaista väittivät tämän ympäristöesteen vaikuttavan terapeuttiseen viestintään osastolla.</p> | <p>-Ympäristön aiheuttamat esteet, jotka estävät tehokkaan terapeuttisen vuorovaikutuksen.</p> | <p>Ympäristön vaikutus</p> | |

| | | | | |
|---|--|--|-----------------------------------|--|
| <p>they felt when things they didn't expect emerged.</p> <p>Sub-themes that emerged were a noisy environment, new to the hospital environment smell, work overload, mosquitoes, and uncondusive environment. (Amoah & ym. 2019)</p> | <p>Suurin osa potilaista ilmaisi kuinka he tunsivat asioiden tapahtuvan, joita he eivät osannet odottaa. Esiin tulleita teemoja olivat meluisa ympäristö, sairaalaympäristön haju, ylikuormittunut työ, hyttyset ja epäsuotuisa ympäristö.</p> | | | |
| <p>Adapting to a new environment can be problematic for some people at times, therefore, influencing their ability</p> | <p>Uuteen ympäristöön sopeutuminen voi olla ongelmallista ja näin ollen se voi vaikuttaa joidenkin ihmisten kykyyn kommunikoida tehokkaasti.</p> | <p>-Uuden ympäristön vaikutus tehokkaaseen kommunikaatioon</p> | <p>Ympäristön vaikutus</p> | |

| | | | | |
|---|---|--|----------------------------|--|
| to communicate effectively. (Amoah & ym. 2019) | | | | |
| Noise can affect any form of communication and in this case therapeutic communication. (Amoah & 2019) | Melu voi vaikuttaa mihin tahansa viestintä muotoon ja tässä tapauksessa terapeuttiseen viestintään. | -Melu vaikuttaa negatiivisesti kaikkeen viestintään | Ympäristön vaikutus | |
| Communication can be effective only in an environment that is conducive enough for everyone. Participants shared their views on how unconducive the hospital environment is for effective | Vuorovaikutus voi olla tehokasta vain ympäristössä, joka sopii kaikille. Osallistujat jakoivat näkemyksiään siitä kuinka epäedullinen sairaalaympäristö voi vaikuttaa tehokkaaseen vuorovaikutukseen. | -Sairaalan epäedullinen ympäristön heikentävä vaikutus tehokkaalle vuorovaikutukselle. | Ympäristön vaikutus | |

| | | | | |
|---|--|--|---|--|
| communication. (Amoah & 2019) | | | | |
| Although the importance of communication in nursing profession is known, more than half of the participant nurses had not received any training on communication. This indicates the need for supporting nurses with in service training on communication. (Kirca & Bademli 2018) | Vaikka kommunikaation merkitys sairaanhoitajan ammatissa tunnetaan, yli puolet tutkimukseen osallistuneista sairaanhoitajista ei ollut saanut sitä. Tämä osoittaa, että sairaanhoitajia on tuettava viestinnän palvelukoulutuksessa. | -Sairaanhoitajien vuorovaikutuskoulutuksen vähyys | Vuorovaikutuskoulutuksen vähyys | |
| Another finding of the present study is that the majority of nurses (78,4%) had communication difficulty | Toinen tämän tutkimuksen havainto on, että suurin osalla sairaanhoitajista (78,4%) oli | -Kommunikaatio vaikeus negatiivisen viestin välittämisen myötä | Vaikea aiheisällön kertomisen haasteellisuus | |

| | | | | |
|--|---|--|---|--|
| <p>when giving bad, sad news to patients or healthy persons. (Kirca & Bademli 2018)</p> | <p>kommunikaatio vaikeuksia kertoessaan huonoja, surullisia uutisia potilaille tai terveille henkilöille.</p> | | | |
| <p>The most frequent communication barriers from the nurses' viewpoint were as follows: differences in colloquial languages of nurses and patients, nurse' being overworked, family interference, and presence of emergency patients in the ward. (Norouzinia, Aghabarari,</p> | <p>Yleisimmät kommunikaatioesteet hoitajien näkökulmasta olivat seuraavat: puhekielen erot sairaanhoitajien ja potilaiden välillä, sairaanhoitajan ylityöt, perheen puuttuminen, osastolla oleva hätätilanne.</p> | <p>-Puhekielen erot sairaanhoitajan ja potilaan välillä -Ylityöt -Perheen puuttuminen -Osastolla oleva hätätilanne</p> | <p>Kieli Ylityöt Perheen vaikutus taustalla Ympäristön vaikutus</p> | |

| | | | | |
|---|---|--|--|--|
| Shiri, Karimi & Samami 2015) | | | | |
| If there is a difference in spoken language, effective communication cannot be established; even non-verbal communication in different cultures may have different interpretations. (Norouzinia & ym. 2015) | Jos on eroa puhutun kielen välillä, tehokasta viestintää ei voi luoda; jopa sanaton viestintä eri kulttuurien välillä voi olla erilaista tulkitsemisen mukaan. | -Puhekielen erot potilaan ja hoitajan välillä -Sanattoman viestinnän tulkinnan erot | Kieli Sanattoman viestinnän eroavaisuudet | |
| Evaluation of the viewpoints of nurses and patients showed that among nursed-related barriers, being overworked, shortage of nurses, and lack of time were the most important | Sairaanhoitajien ja potilaiden näkemysten arviointi osoitti, että sairaanhoitajaan liittyvistä esteistä ylityöllistyminen, sairaanhoitajien pula ja ajan puute olivat | -Sairaanhoitajien ylityöllistyminen ja ajan puute | Alimiehitys | |

| | | | | |
|---|---|---|--|--|
| barriers for the nurse group. (Norouzinia & ym. 2015) | tärkeimmät esteet sairaanhoitajaryhmälle. | | | |
| "Language and cultural and gender differences were the important factors that affects the communication between nurse and patient." (Sethi & Rani 2017) | Kieli sekä kulttuuri- ja sukupuolierot olivat tärkeitä tekijöitä, jotka vaikuttivat sairaanhoitajan ja potilaan väliseen kommunikaatioon. | -Kielelliset sekä kulttuuri- ja sukupuolierot vaikuttivat sairaanhoitajan ja potilaan väliseen kommunikaatioon | Kieli Kulttuuri Sukupuolierot | |
| "It was observed that due to difference in spoken language, effective communication cannot be established even cultural differences also showed some kind of communication gap." (Sethi, & Rani 2017) | Havaittiin, että puhutun kielen erosta johtuen tehokasta kommunikaatiota ei saada aikaan, vaikka kulttuurierot osoittivat myös jonkinlaista kommunikaatiovajetta. | -Puhutun kielen erosta johtuen ei saada tehokasta kommunikaatiota ja kulttuurierot aiheuttavat kommunikaatiovajetta | Kieli Kulttuuri | |

Mitkä tekijät voivat olla esteenä potilaan ja hoitajan välisessä kommunikaatiossa ja kohtaamisessa **potilaan näkökulmasta** mielenterveystyössä?

| Alkuperäisilmaisu | Suomennos | Pelkistetty ilmaus | Alaluokka | Yläluokka |
|--|-----------|--|--|--|
| <p>”Työntekijän joustamattomuus oli usein haastateltavien mielestä vuorovaikutusta haittaava. Potilaiden erilaisuuden vuoksi liian tiukkojen omien arvojen ja näkemysten kanssa työskentely ei onnistu. Työntekijän liian tiukka oman työn raamittaminen tai aikataulujen joustamattomuus voivat haitata</p> | | <p>Potilaiden erilaisuuden vuoksi työntekijän joustamattomuus omista arvoista, näkemyksistä, liian tiukoista omien töiden raamittamisesta ja aikataulujen joustosta voivat haitata vuorovaikutusta</p> | <p>Hoitajan joustamattomuus</p> | <p>Kommunikaation ja kohtaamisen esteet potilaan näkökulmasta</p> |

| | | | | |
|---|--|---|--|--|
| <p>vuorovaikutusta ja tehdä lopulta siitä liian haasteellista.” (Karjalainen 2013)</p> | | | | |
| <p>”Matalan kynnyksen mielenterveyspalvelun yksikön resurssit vuorovaikutuksen haasteena tarkoittivat vastaanottoaulan toimimattomuutta, käytettävissä olevaa aikaa, sekä epätasapainoisia työntekijöitä.” (Karjalainen 2013)</p> | | <p>-Resurssit tarkoittivat vastaanottoaulan toimimattomuutta, käytettävissä olevaa aikaa, sekä epätasapainoisia työntekijöitä</p> | <p>Ympäristö</p> <p>Käytettävissä oleva aika</p> <p>Hoitajan oma psyykkinen epätasapaino (epävakaumus, rajattomuus, ahdistusherkkyyys ja pelokkuus)</p> | |

| | | | | |
|---|--|--|---------------------------------|--|
| <p>Psykiatrinen sairaus ja sen oireet aiheuttivat potilaille häpeän tunnetta ja tarpeen salata sairaus sukulaisilta ja terveydenhuollon viranomaisilta. Potilaat pelkäsivät muiden ihmisten reaktioita ja mahdollista negatiivista kohtelua psyykkiseen sairauteen liittyen. (Tiainen 2016)</p> | | <p>-Psyykkisen sairauden oireiden aiheuttama häpeä</p> <p>-Pelko tulla huonosti kohdelluksi psyykkisen sairauden myötä</p> | <p>Häpeä sairaudesta</p> | |
|---|--|--|---------------------------------|--|

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| <p>Ennakkoluulot heikensivät luottamusta potilaan ja henkilöstön välillä. Potilaiden mukaan ennakkoluulot kohdistuivat eri kulttuurista tuleviin tekijöihin. Ennakkoluuloja oli aiheuttanut pelko siitä, ettei vieraasta kulttuurista tuleva ymmärrä potilasta. (Tiainen 2016)</p> | | <p>-Ennakkoluulot eri kulttuurista tuleviin ammattilaisiin</p> | <p>Ennakkoluulot eri kulttuureista</p> | |
| <p>Osallisuutta heikentävinä tekijöinä kuvattiin myös voimavarojen puutetta. (Tiainen 2016)</p> | | <p>-Voimavarojen puute</p> | <p>Voimavarattomuus</p> | |

| | | | | |
|--|--|---|---|--|
| <p>Potilaiden kuvaamana osallisuutta heikensi vuorovaikutusongelmat henkilöstön kanssa. Potilaat kokivat ongelmallisina tilanteet, joissa henkilöstö käyttäytyi ylimielisesti huomioimatta potilaan tunnetilaa. (Tiainen 2016)</p> | | <p>-Vuorovaikutus ongelman, joissa henkilöstön käytös ylimielistä ja huomioimattomuutta potilasta kohtaan</p> | <p>Heikot vuorovaikutus taidot</p> | |
| <p>Potilaan osallisuutta heikensi myös etäisyyden kokemus. Potilaiden mukaan etäisyyttä pitävään henkilöstöön oli vaikea luottaa ja tutustua. (Tiainen 2016)</p> | | <p>-Henkilöstön pitämä etäisyys, jonka myötä tutustuminen ja luottamuksen synty heikentyi</p> | <p>Etäisyyden pito potilaaseen</p> | |

| | | | | |
|--|--|---|---|--|
| <p>Potilaan osallisuutta heikentävänä tekijänä nähtiin negatiiviset kokemukset aiemmista hoito- ja ihmissuhteista. (Tiainen 2016)</p> | | <p>-Aikaisemmat negatiiviset hoito- ja ihmissuhteet</p> | <p>Aikaisemmat negatiiviset kokemukset</p> | |
| <p>Henkilöstön mukaan negatiiviset hoitokokemukset vaikeuttivat ja pitkittivät potilaan hakeutumista hoitoon, vaikka psyykinen terveydentila sitä edellyttäisi. Negatiivisilla kokemuksilla nähtiin vaikutus myös luottamuksen</p> | | <p>-Luottamuksen rakentumisen estyminen negatiivisten aikaisempien negatiivisten kokemusten myötä</p> | <p>Aikaisemmat negatiiviset kokemukset</p> | |

| | | | | |
|---|--|--|------------------------|--|
| rakentumiseen. (Tiainen 2016) | | | | |
| Osallisuuden toteutumattomuus tarkoitti psyykkisen oireiden vähättelyä, kuulluksi tulemattomuutta ja vaihtoehdottomuutta. (Tiainen 2016) | | -Potilaan psyykkisten oireiden vähättely, kuulluksi tulemattomuus ja vaihtoehdottomuus | Kohtaamattomuus | |

Mitkä tekijät voivat olla esteenä potilaan ja hoitajan välisessä kommunikaatiossa ja kohtaamisessa **potilaan näkökulmasta** perusterveydenhuollossa?

| Alkuperäisilmaisu | Suomennus | Pelkistetty ilmaus | Alaluokka | Yläluokka |
|---|---|---|--|---|
| These included characteristics such as age, religion, ethnicity among others that | Nämä mukana olevat ominaisuudet kuten ikä, uskonto, etnisyys muiden | -Ikä, uskonto ja etnisyys vaikuttaa vuorovaikutukseen | Henkilökohtaiset sosiaaliset ominaisuudet | Kommunikaation ja kohtaamisen esteet potilaan näkökulmasta |

| | | | | |
|--|---|---|------------------------------|--|
| <p>have the tendency of influencing communication. (Amoah, Anokye, Boakye, Acheampong, Budu-Ainooson, Okyere, Kumi-Boateng, Yeboah & Afriyie 2019)</p> | <p>muassa on taipumus vaikuttaa vuorovaikutukseen.</p> | | | |
| <p>Patient-Nurse Relationship is essential for effective healthcare delivery. In this study, patients complained about their relationship with the nurses and the way the nurses attend to them when they are in need. The nurses also</p> | <p>Potilas-hoitajasuhde on välttämätöntä tehokkaalle terveydenhuollolle. Tässä tutkimuksessa potilaat valittivat heidän suhteestaan hoitajiin ja miten sairaanhoitajat huolehtivat heistä, kun he tarvitsivat apua. Sairanhoitajat myönsivät myös, että millainen suhde asiakkaan ja heidän välisensä</p> | <p>-Huono potilashoitaja suhde, koska sairaanhoitaja ei vastaa potilaiden avun tarpeeseen</p> | <p>Kohtaamatomuus</p> | |

| | | | | |
|---|--|---|----------------------|--|
| admitted that the kind of relationship between the client and them also influences the level of effective communication. (Amoah & ym. 2019) | suhde vaikuttaa tehokkaaseen vuorovaikutukseen. | | | |
| Misconceptions can distort effective communication. One individual may perceive another to be of a certain trait, character or of a certain attitude. (Amoah & ym. 2019) | Väärinkäsitykset voivat vääristää tehokasta vuorovaikutusta. Yksi yksilöllinen tietty piirre, luonteenosa tai ylivarma asenne. | -Väärin käsitetty tilanne | Väärinkäsitys | |
| Pain is one thing that can change one's mood and influence his/her behaviour. | Kipu on yksi asia, joka voi muuttaa mielialaa ja vaikuttaa potilaan käytökseen. Osallistujat sanoivat, kuinka | -Kipu vaikuttaa potilaan mielialaan, joka voi olla este terapeutille. | Kipu | |

| | | | | |
|---|--|---|---------------------|--|
| <p>Participants verbalized how pain act as a barrier to effective therapeutic communication. (Amoah & ym. 2019)</p> | <p>kipu oli esteenä tehokkaalle terapeutiselle kommunikaatiolle.</p> | | | |
| <p>Language can act as a barrier to any form of communication and effective therapeutic communication is not an exception. Some of the patients complained that nurses mostly resorted to the Twi language when most of the patients have difficulties in</p> | <p>Kieli voi toimia esteenä kaikenlaiselle kommunikaatiolle ja tehokkaan terapeutisen viestinnän muodolle se ei ole poikkeus. Jotkut potilaista valittivat, etää sairaanhoitajat turvautuivat kaksoiskieleensä, kun potilailla oli vaikeus ymmärtää sitä (Twiä).</p> | <p>-Kieli voi olla este tehokkaalle terapeutiselle viestinnälle</p> | <p>Kieli</p> | |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| understandig Twi. (Amoah & ym. 2019) | | | | |
| Most patient complaints in developed health care systems results from ineffective communication, including inadequate information provision, no feeling of being listened, failure to value patients concerns, and patients not feeling involved in care decisions. (Kirca & Bademli 2018) | Kehittyneissä terveydenhuollonjärjestelmissä yleisimmin potilaat valittivat tehottomasta vuorovaikutuksesta, mukaan lukien puutteellisen tiedottamisen, ei tunnetta tulleensa kuulluksi, kyvyttömyys kohdata potilaan huolta ja potilaat eivät koe olevansa mukana hoitopäätöksien teossa. | -Sairaanhoitajien heikot vuorovaikutustaidot, kuten puutteellinen tiedottaminen, kuuntelemattomuus, kyvyttömyys kohdata potilasta ja ei pidetä mukana hoitopäätösten teossa. | Heikot vuorovaikutustaidot | |
| According to the patients, gender differences between | Potilaiden mukaan hoitajan ja potilaan sukupuolierot, sairaanhoitaja haluttomuus | -Hoitajan ja potilaan sukupuolierot | Sukupuolierot Kohtaamattomuus | |

| | | | | |
|---|--|--|---|--|
| <p>nurse and patient, nurse's reluctance for communication, hectic environment of the ward, and patient's anxiety, pain, and physical discomfort were the most important barriers to communication. (Norouzinia, Aghabarari, Shiri, Karimi & Samami 2015)</p> | <p>kommunikaatiolle, osaston hektinen ympäristö ja potilaan oma ahdistus, kipu ja fyysinen epämukavuus olivat kaikkein tärkeimmät esteet kommunikaatiolle.</p> | <p>-Sairaanhoitajan haluttomuus kommunikoida -Osaston hektisyys -Potilaan oma ahdistus, kipu ja fyysinen epämukavuus</p> | <p>Ympäristön vaikutus</p> <p>Fyysinen epämukavuus</p> <p>Kipu</p> | |
| <p>Also, the nurses' unwillingness to communicate, and lack of understanding of patients' needs were the most important</p> | <p>Lisäksi sairaanhoitajien haluttomuus kommunikoida ja potilaiden tarpeiden ymmärtämättömyys olivat tärkeimmät esteet potilaiden näkökulmasta.</p> | <p>-Sairaanhoitajien haluttomuus kommunikoida potilaan kanssa -Potilaan tarpeiden ymmärtämättömyys</p> | <p>Haluttomuus kommunikoida</p> | |

| | | | | |
|---|---|---|---------------------------------------|--|
| barriers from the patients' perspective. (Norouzinia & ym. 2015) | | | | |
| Patients are also less acceptant of nurses with different languages and cultures (culture has an impact on individuals' attitudes and behaviors.) (Norouzinia & ym. 2015) | Potilaat hyväksyvät myös huonommin sairaanhoitajat, joilla on eri kieli ja kulttuuri. (Kulttuurilla on vaikutus yksilöiden asenteisiin ja käyttäytymiseen). | -Potilaan ja sairaanhoitajan välinen kieli ja kulttuuri ero | Kulttuuritaustan ja kielen ero | |
| As to the patients' viewpoint, another influential factor was age differences. (Norouzinia & ym. 2015) | Potilaiden näkökulmasta toinen vaikuttava tekijä oli ikäerot. | -Potilaan ja hoitajan välinen ikäero | Ikäero | |

| | | | | |
|--|---|---|--|--|
| <p>In the present study, comparison of the viewpoints of nurses and patients regarding patient-related barriers showed that interference by family, patients' unawareness of the status and duties of the nurses, patients' physical pain, discomfort, and anxiety, lack of attention, and the presence of patients' companions were the most importance factors; these result were considerably consistent with</p> | <p>Tässä tutkimuksessa, sairaanhoitajien ja potilaiden näkökulmien vertailussa potilaaseen liittyvistä esteistä tutkimus osoitti, että perheen puuttuminen, potilaiden tietämättömyys hoitajien asemasta ja tehtävistä, potilaiden fyysinen kipu, epämukavuus ja ahdistus, huomion puute ja potilaiden seuralaisten läsnäolo olivat tärkeimmät tekijät; nämä tulokset olivat myös huomattavan yhdenmukaisia aikaisempien tutkimuksien kanssa (Aghabari & ym. 2009). (Norouzinia & ym.</p> | <p>-Perheen puuttuminen tilanteeseen/seuralaisen läsnäolo -Potilaiden tietämättömyys hoitajien asemasta -Potilaan fyysiseen tilaan liittyvä este, kuten kipu, epämukavuus ja ahdistus -Sairaanhoitaja huomioimattomuus</p> | <p>Perheen vaikutus taustalla</p> <p>Hoitajan aseman ymmärtämättömyys</p> <p>Kipu</p> | |
|--|---|---|--|--|

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| previous studies (Aghabari et al., 2009). (Norouzinia & ym. 2015) | | | | |
|--|--|--|--|--|