



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
VASA YRKESHÖGSKOLA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Iina Ylinen &

Jenni Hautala

PSYKIATRISEN AVOHOITOPOTILAAN OSALLISUUS HOITOTYÖSSÄ

Sosiaali- ja terveysala
2014

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Jenni Hautala & Iina Ylinen
Opinnäytetyön nimi	Psykiatrisen avohoitopotilaan osallisuus hoitotyössä
Vuosi	2014
Kieli	suomi
Sivumäärä	55
Ohjaaja	Suvi Kallio

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa lisää informaatiota psykiatrisille hoitajille, psykiatrisen hoitotyön asiakkaille sekä heidän omaisilleen, miten asiakkaat ja heidän omaisensa otetaan huomioon hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. Tutkimuskohteeksi valikoitui Vaasan keskussairaalan psykiatrian tutkimus- ja terapiapoliklinikan asiakkaat. Kyseinen aihe kiinnosti tutkijoita, koska siitä on vähän tutkittua tietoa, mutta se on samalla todella ajankohtainen ja tärkeä.

Tutkimuksen keskeisiä käsitteitä ovat psykiatrinen potilas, asiakkaan osallisuus ja psykiatrinen avohoito. Tutkimus on toteutettu pääosin kvalitatiivisena, eli laadullisena, tutkimuksena. Tutkimus on analysoitu käyttäen sekä kvalitatiivisen että kvantitatiivisen tutkimuksen analyysimenetelmiä.

Tutkimuksessa kävi ilmi, että Vaasan keskussairaalan psykiatrian tutkimus- ja terapiapoliklinikan asiakkaat ovat tyytyväisiä saamaansa hoitoon. Asiakkaat otetaan hyvin huomioon hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. Myös omaisia huomioidaan lähes siinä määrin kuin asiakkaat toivoisivat. Eri tahojen yhteistyön toimivuutta pidettiin tärkeänä ja tämä olikin vastaajien mielestä sujuvaa yksikössä.

Kyselyssä tuli myös ilmi, että suuri osa kyselyyn vastanneista uskalsi kertoa mieltä painavat asiat hoitohenkilökunnalle. Asioita, jotka koettiin kertomista helpottaviksi, olivat esimerkiksi hoitajat, luotettavuus, turvallisuus, ystävät ja ympäristö. Lähes kaikki olivat sitä mieltä, että hoitajat käyttävät asiakastapaamisissa selkeää ja ymmärrettävää kieltä.

Mikäli vastauksia olisi saatu enemmän, olisi voitu tutkia luotettavammin myös taustamuuttujia, joita ei luotettavuuden vähäisyyden vuoksi ole analysoitu. Vastaukset olivat suurimmaksi osaksi melko samantyyllisiä eivätkä ne poikenneet paljoa aiemmin tehdyistä tutkimuksista, mutta asiakkaat olivat kirjoittaneet omia kommenttejaan, joista hoitajat saavat varmasti arvokasta tietoa. Näitä omia kommentteja halutaan tuoda esille tässä opinnäytetyössä.

Avainsanat

Psykiatrinen hoitotyö, psykiatrinen potilas, osallisuus

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES
Hoitotyön koulutusohjelma

ABSTRACT

Authors	Jenni Hautala, Iina Ylinen
Title	Psychiatric Outpatients' Participation in Their Own Care
Year	2014
Language	Finnish
Pages	55
Name of Supervisor	Suvi Kallio

The purpose of the bachelor's thesis was to produce information to psychiatric nurses, psychiatric patients and their relatives on how the clients and their relatives have been included in the planning and implementation of the care. The target group of the research is the clients of the examination and therapy clinic in Vaasa Central Hospital. The topic has not been studied a lot but it is current and important.

The key concepts of this research are psychiatric patient, client participation, and psychiatric outpatient care. The research is mostly qualitative. The research results have been analysed by using qualitative and quantitative methods.

The study revealed that the clients in Vaasa Central Hospital psychiatric research and therapy clinic are satisfied with their treatment. The patients are included in the planning and implementation of the care. The same applies for the relatives. Also, cooperation with different partners worked well.

The results also showed that the clients felt it was easy to talk to the staff about issues that stressed. Factors that promoted this include nurses, reliability, security, friends and the environment. Almost all respondents felt that the nurses spoke and communicated in a way that was easy to understand.

If there had been more responses, also the background variables could have been taken into account. The responses were quite similar, also when compared to previous results. The most valuable part of the results was the clients' own comments, which also have been highlighted in this study.

Keywords Psychiatric nursing, psychiatric patient, participation

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	8
2	AVOHOIDON PALVELUIDEN SAATAVUUS SUOMESSA	9
3	PSYKIATRISEN ASIAKKAAN OSALLISUUS	10
3.1	Psykiatrinen potilas	10
3.2	Psykiatrinen hoito.....	10
3.3	Asiakkaan osallisuus ja asiakaslähtöisyys.....	10
3.4	Asiakkaan osallisuus Suomen laissa	11
3.5	Erilaiset osallisuuden muodot	11
3.6	Työntekijöiden käsityksiä asiakkaan osallisuudesta	12
3.7	Asiakkaan osallisuuden mahdollisuudet	13
3.8	Potilastyytyväisyys psykiatrisessa avohoidossa.....	14
4	ASIAKKAAN MOTIVAATIO OHJAUKSESSA.....	15
4.1	Asiakkaan ohjaus.....	16
4.2	Motivaation merkitys	16
4.3	Motivoiva haastattelu	17
5	POTILAAN NÄKÖKULMAN AVAAMINEN TUTKIMUSTIEDON AVULLA	19
5.1	Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset.....	19
6	TUTKIMUKSEN AJANKOHTAISUUS	21
7	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN JA EETTISYYS	22
7.1	Aiheen valinta	22
7.2	Tutkimuksen kohderyhmä.....	22
7.3	Aineiston keruu	23
7.4	Aineiston analysointi.....	24
8	TUTKIMUSTULOKSET	25
8.1	Elämäntilanne.....	25
8.2	Asiakkaan osallisuus hoidon suunnitteluun ja toteutukseen	27
8.3	Läheisten huomioiminen hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa	28
8.4	Eri tahojen yhteistyö.....	29

8.5	Mieltä painavien asioiden kertominen	31
8.6	Ammattisanaston käyttö	32
9	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	34
9.1	Tulosten tarkastelu	35
9.2	Tutkimuksen luotettavuus	39
9.3	Jatkotutkimusaiheet	41
	LÄHTEET	42
	LIITTEET	

KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO

Kuvio 1.	Sukupuoli (N=24)	s. 26
Kuvio 2.	Ikä (N=24)	s. 27
Kuvio 3.	Siviilisääty (N=24)	s. 27
Kuvio 4.	Työelämä (N=24)	s. 28
Kuvio 5.	Kokemus osallisuudesta (N=24)	s. 29
Kuvio 6.	Läheisten huomioiminen (N=24)	s. 30
Kuvio 7.	Yhteistyö (N=24)	s. 31
Kuvio 8.	Asioiden kertominen (N=24)	s. 32
Kuvio 9.	Asiat, jotka helpottavat kertomista (N=24)	s. 33
Kuvio 10.	Ammattisanaston käyttö (N=24)	s. 34

LIITELUETTELO

LIITE 1. Saatekirje henkilökunnalle

LIITE 2. Saatekirje vastaajille

LIITE 3. Kyselylomake

1 JOHDANTO

Mielenterveyshäiriö on kansansairaus Suomessa. Sen merkitys korostuu, sillä yhä useampi sairastunut on nuori. Hoitoon hakeutuminen usein viivästyy, koska mielenterveyshäiriöitä kohtaan koetaan voimakasta stigmaa, eli häpeäleimaa. Varhainen hoitoon hakeutuminen ja häiriön tunnistaminen parantavat kuitenkin ennustetta. (Suvisaari 2013.)

Tutkimuksen toimeksiantajana toimii Vaasan keskussairaalan psykiatrian tutkimus- ja terapiapoliklinikka. Aihe on ajankohtainen ja tärkeä, sillä asiakkaan osallisuus on tunnustettu arvo ja tavoite, mutta sen toteutuminen mielenterveyspalveluiden käyttäjien kohdalla on heikkoa. Mielenterveysongelmat ovat lisääntyneet ja mielenterveyskuntoutujien hoito on siirtynyt yhä enemmän avohoidon puolelle. Avohoito on yleistynyt, koska resurssit, kuten hoitajien määrä ja taloudellisuus, vaativat muutosta.

Tutkimuksen tavoitteena on lisätä tietoa psykiatrisen hoitotyön ammattilaisille siitä, kuinka asiakkaat kokevat tulevansa kuulluksi. Tiedon avulla asiakkaan osallisuus omaan hoitoonsa paranee.

Osallisuus parantaa asiakkaan omaa aktiivisuutta ja motivaatiota hoitoaan kohtaan. Tätä kautta myös elämänlaadussa ilmenee muutoksia. Hoitajalla on potilaan aktiivisuuden ja motivaation nostattamisessa suuri rooli, sillä hoitaja mahdollistaa potilaan osallisuuden. Myös hoitaja itse saa lisämotivaatiota asiakastapaamisissa, mikäli asiakas itse on motivoitunut.

Tutkimuksen aihe on ajankohtainen ja tarpeellinen. Muutokset avohoitoon siirtymisestä vaativat tietoa tulevaisuudessa yhä enemmän potilaan osallisuudesta, jotta hän voi parhaalla mahdollisella tavalla elää elämänsä mahdollisimman itsenäisesti.

2 AVOHOIDON PALVELUIDEN SAATAVUUS SUOMESSA

Mielenterveyspalvelujen järjestäminen on kuntien vastuulla. Kuntien lisäksi palveluita järjestävät sairaanhoitopiirit, yksityiset palveluntuottajat sekä kolmannen sektorin toimijat, joita ovat erilaiset järjestöt. Osastohoitoon ei pääse kovin helposti. (Suomen mielenterveysseura 2013.)

Vaikeimmat ja pitkäkestoisinta hoitoakin vaativat ovat yleensä sijoitettu avohoitoon, jolloin asiakas ainoastaan käy saamassa hoitoa sairaalassa joitakin kertoja viikossa tai kuukaudessa. Avohoitoon liittyen on olemassa erilaisia tukipalveluita, kuten tuettua asumista ja päivätoimintaa, jonka tarkoituksena on kuntouttaa ja ylläpitää aktiivisuutta ja omatoimisuutta. (Suomen mielenterveysseura 2013.)

Kun asiakas kokee tulleen kuulluksi myös hoitoon sitoutuminen ja tuloksellinen hoito paranevat. Avopalveluiden saatavuus yhteiskunnassamme on alhaista, mikä osiltaan selittää pakkohoidon suhteellisen suuren osuuden. Kun sairaansijoja vähennetään ja avohoidon paikkoja lisätään, tuo se esiin uuden ryhmän, joka on riippuvainen psykiatrisesta hoitojärjestelmästä ja sosiaaliturvasta ilman pitkäaikaista laitoshoidoa taustalla. Myös hoitoajat lyhenevät mikä lisää sairaalaan palaamisen mahdollisuutta. (Laitila 2010, 43.)

Avohoidon lisääntyessä korostuu omaisten asema kuntoutujien hoidossa. Omaisten vastuu läheisensä hyvinvoinnista ja arkipäivän elämästä on lisääntynyt. Omaisista on tullut tärkeä lisäresurssi virallisille hoitojärjestelmille. (Laitila 2010, 43–44.)

Avohoidon lisääntymistä on myös kritisoitu. Salo (1996) kyseenalaistaa laitoshoidon muuttumista avohoidoksi, hän pohtii onko psyykkisestä häiriöstä kärsivät sairaalan sijaan laitostettu nyt avohoitoon. (Laitila 2010, 44.)

3 PSYKIATRISEN ASIAKKAAN OSALLISUUS

Tässä luvussa käsitellään keskeisiä käsitteitä tutkimukseen liittyen sekä asiakkaan osallisuuden muotoja, mahdollisuuksia ja muissa tutkimuksissa saatuja tuloksia psykiatrisen asiakkaan osallisuudesta. Luvussa käsitellään myös Suomen lakia, koskien asiakkaan osallisuutta. Opinnäytetyössä on käytetty sekä asiakas että potilas-termiä, koska ne ovat rinnakkain käytössä myös lähteissä.

3.1 Psykiatrinen potilas

Potilaalla tarkoitetaan lain mukaan terveyden- ja sairaanhoidon palveluita käyttävää tai kohteena olevaa henkilöä. Potilas saattaa olla terveyden- ja sairaanhoidon palveluiden kohteena ilman omaa tahtoaan. Psykiatrisella potilaalla tarkoitetaan henkilöä, jolla on psyykkisiä ongelmia, minkä vuoksi hän ei selviä ilman ulkopuolista tukea. (Suhonen 2007, 3.)

3.2 Psykiatrinen hoito

Psykiatrinen hoito on mielenterveyttä edistävää ja tukevaa toimintaa. Psykiatrinen hoito tarkoittaa myös hoitotyöntekijöiden erilaisia valmiuksia, joilla he pystyvät auttamaan mielenterveydenhäiriöistä kärsiviä sekä heidän läheisiään. (Suhonen 2007, 3.)

3.3 Asiakkaan osallisuus ja asiakaslähtöisyys

Asiakkaan osallisuus on tunnustettu arvo ja tavoite. Käsite asiakkaan osallisuudesta ymmärretään asiakkaan osallistumisena sekä vaikutus- ja valinnanmahdollisuutena hoitotyössään. Asiakkaan äänen kuulumista painotetaan. Laitila tuo väitöskirjassaan esille tärkeän kysymyksen, kuinka käy hiljaisten ja toimintakyvyttömiä asiakkaiden oikeuksien toteutumisen? (Laitila 2010, 2.)

Asiakaslähtöisyys on myös yksi asiakkaan osallisuuteen liittyvä käsite. Osallisuus tarkoittaa asiakkaan kokemusta ja asiakaslähtöisyys on työntekijöistä lähtevä tapa tehdä työtä. (Laitila 2010, 5.)

3.4 Asiakkaan osallisuus Suomen laissa

Terveydenhuollossa itsemääräämisoikeudella on keskeinen asema ja se on lakiin pohjautuva. Jokainen ihminen on asiantuntijana omaa elämäänsä koskevissa asioissa. Itsemääräämisoikeus sisältää vapauden sekä tasa-arvoisuuden oikeuden ja syrjinnän kieltämisen. Itsemääräämisoikeus sisältää myös kyvyn tehdä itseään koskevia päätöksiä, hänellä täytyy olla sekä fyysiset että henkiset kyvyt itsenäiseen ajatteluun. Itsemääräämisoikeutta voidaan joskus rajoittaa, henkilön vapauden ja koskemattomuuden rajoittaminen täytyy kuitenkin olla aina lakiin perustuvaa. Tahdosta riippumattomasta hoidosta on olemassa laki. (Suhonen 2007, 3-4.)

Potilaalla on oikeus saada tietoa oikeuksistaan, sairauksistaan, terveydentilastaan, hoidostaan ja hoitotoimenpiteiden merkityksestä, hoitovaihtoehdoista, niiden vaikutuksista sekä lääketieteellisen tiedon edistymisestä hänelle ymmärrettävällä tavalla. (Suhonen 2007, 12.)

3.5 Erilaiset osallisuuden muodot

Kiinnostusta on yhä enemmän jaettuun päätöksentekoon potilaan ja palvelun tuottajan välillä. Tällaisessa prosessissa he läpikäyvät kaikki vaiheet ja vaihtoehdot yhdessä, valiten yhteisymmärryksessä sopivimman hoitomuodon. Suurin osa potilaista haluaa tietoa sairaudestaan sekä olla osallisena päätöksenteossa. Tarvitaan lisää tuloksia jaetusta päätöksenteosta potilaan hoidon noudattamiseen. (Perestelo-Perez, Gonzalez-Lorenzo, Perez-Ramos, Rivero-Santana & Serrano-Aquilar 2011.)

Laitilan (2010, 3) mukaan tarvitaan erilaisia osallisuuden muotoja, jotta erilaisilla asiakkailla olisi mahdollisuus osallistua hoitoonsa. Osallisuuden kehittäminen on erityisen tärkeää mielenterveys- ja päihdekuntoutujien kohdalla, koska heillä on puutteelliset vaikutusmahdollisuudet.

Hoitotyössä tärkeänä on pidetty ihmisen kokonaisvaltaista hoitoa. Hoitajan kuuluu tukea asiakasta siten että asiakkaan on mahdollista ratkaista ongelmiaan sekä hoitaa itseään. (Latvala 1998, 26–27.)

Asiakkaan osallisuus hoitoonsa sekä kuntoutukseensa voi tapahtua kahdella tavalla. Ensimmäiseen tapaan kuuluu vaikuttamisen sekä osallistumisen mahdollisuus, esimerkiksi mahdollisuus osallistua hoidon suunnitteluun, yksikön toimintaan ja palavereihin. Toinen tapa osallistua hoitoon on aktiivinen osallistuminen, jolloin asiakas käyttää mahdollisuuksiaan hoitonsa suunnittelemisen, aloittamisen sekä jatkohoidon suunnittelemiseen ja päätöksiin. (Laitila 2010, 139.)

Asiakkaan osallistumisen tukeminen on tärkeää. Sillä mahdollistetaan mahdollisimman hyvä selviäminen sairaalajakson jälkeisessä avohoidossa. Sairaalahoitajakson jälkeen avohoitoon päässeeseen asiakkaan on vaikea saada uusia ystäviä uudesta ympäristöstään. Asiakaslähtöisessä hoitotyössä onkin tärkeää läheisten ja yhteisön merkitys asiakkaan tukemisessa. (Latvala 1998, 26–27.)

3.6 Työntekijöiden käsityksiä asiakkaan osallisuudesta

Työntekijöiden kuvauksia asiakkaan osallisuudesta: osallisuus on monitasoista ja tarkoituksenmukaista. On myös tärkeää muistaa, että osallisuus on vastuunjako. Monitasoisuudella tarkoitettiin esimerkiksi osallisuutta omaan hoitoon, tarjottuun toimintaan tai palautteen antamista. Työntekijöiden mielestä asiakkaan osallisuus on riittämätöntä. Osallisuuden ei aina ole riittävästi aikaa tai työntekijöillä ei ole valmiuksia toteuttaa sitä. (Laitila & Pietilä 2011, 24.)

Laitilan (2011, 111) tutkimuksessa ”Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä” osallisuuden tarkoituksenmukaisuus ja tärkeys koettiin silloin kun suunniteltiin uutta toimintaa. Tämä auttaa palveluiden kehittämistä kokonaisvaltaiseksi sekä yksilölliseksi. ”Asiakas on pääosallistuja yhteistyön sujumisessa. Jos asiakas ei ole yhteistyökykyinen, ovat lähtökohdat asiakkaan hoitamiselle puutteelliset koska ”Kenenkään puolesta ei voida tehdä asioita”. (Laitila ym. 2011, 111.)

Osassa työntekijöiden mielipiteistä osallisuus liittyi työntekijöidenkin toimimiseen. Tässä kohtaa siis työntekijöiden kuuluisi tuottaa sellaisia palveluita, joita asiakkaat olisivat suostuvaisia käyttämään ja jotka he kokisivat omakseen. Asiakas on myös tietoinen siitä milloin ja missä hänen asioitansa käsitellään ja häneltä

on saatu tähän myös lupa. Asiakkaalle kuuluu myös vastuu omasta hoidostaan ja kuntoutuksestaan. (Laitila ym. 2011, 26.)

3.7 Asiakkaan osallisuuden mahdollisuudet

Valtakunnallisen Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman (STM 2009) mielenterveys ja päihdetyön kehittämisen periaatteena on asiakkaan aseman vahvistaminen hoidossa. Tavoitteena on parantaa asiakkaan osallisuuden avulla palvelujärjestelmän kykyä vastata asiakkaiden tarpeisiin. (Laitila 2010, 3.)

Ammattilaisten käsitykset psykiatrisen asiakkaan osallisuuden mahdollisuuksista ovat negatiivisempia kuin kuntoutujien tai omaisten käsitykset. Mielenterveysongelmat leimaavat ihmistä yhteiskunnassamme. Asiakkailta on kuitenkin arvokasta kokemusta, jota voisi hyödyntää hoidon päätöksenteossa, suunnittelussa ja toteutuksessa. (Laitila 2010, 3.)

Kaikki asiakkaat eivät olleet halukkaita osallistumaan. Jotkut asiakkaista olivat luottavaisia asiantuntijoihin ja heidän päättämiinsä asioihin. Työntekijöiden käsitysten mukaan jotkut asiakkaat eivät ottaneet vastuuta ja jättivät näin vastuun työntekijöille. Osallisuuteen olivat vaikuttamassa stigma, joka liittyi mielenterveys- ja päihdetyöhön, asiakkaan varautuneisuus sekä psyykinen että fyysinen tila, lääkitys sekä kuntoutumisen vaihe. (Laitila 2010, 141.) Kirjallisuudessa tuodaan esille jatkuvasti uusia menetelmiä, joiden avulla voidaan lisätä potilaan osallisuutta; ei kuitenkaan ole kiinnitetty tarpeeksi huomiota siihen, kuinka paljon potilaat itse todellisuudessa haluavat osallistua omaan hoitoonsa. (Thompson 2007.)

Potilaan osallistumisesta omaan hoitoonsa on tehty suomalaistutkimuksia. Merkittävä kokemus potilaan mielestä oli ensimmäinen psykiatrinen sairaalajakso. (Latvala 1998, 26–27.)

Laitilan (2010, 147) tutkimuksessa osallistujat (asiakkaat sekä työntekijät) ovat sitä mieltä että osallisuus on mahdollista toteutua monella eri tavalla, mutta asiakkaan osallisuuden toteutuminen ei ole riittävää. Tämä tulos vastaa kirjallisuudessa aiemmin esitettyä arviota asiakkaan osallisuuden toteutumisesta.

3.8 Potilastyytyväisyys psykiatrisessa avohoidossa

Potilaan oma kokemus ja arvio ovat merkittävässä asemassa psykiatrisessa hoidossa. Potilaan terveenä olevaa osa-aluetta ajattelusta ja arviointikyvystä voidaan kuunnella ja samalla tukea potilaan tervettä osaa persoonasta. Potilastyytyväisyys heijastaa palvelun onnistumista. Palveluiden onnistuminen saa myös potilaat vastaisuudessa hakeutumaan vapaaehtoisesti hoitoon sekä parantaa heidän sitoutumistaan hoitoonsa. (Kinnunen 2013, 12.) Potilaiden tyytyväisyys saamaansa hoitoon on tärkeä asia. Potilaiden tyytyväisyys ei tarkoita kuitenkaan välttämättä sitä, että potilas on saanut osallistua hoitoonsa tai että hoito on ollut hänelle hyödyllistä. Potilaan selviytymisessä yksilölliset auttamistavat mahdollistavat potilaan osallistumista hoitoonsa. (Latvala 1998, 27–28.)

Seuraavat asiat olivat yhteydessä potilastyytyväisyyteen: mikäli potilas koki yleis-terveytensä hyvänä, hänellä oli pitkä hoitokontakti sekä säännölliset hoitokäynnit avohoidon yksikössä ja potilas ei ole ollut osastohoidossa. Potilastyytyväisyyteen eivät olleet yhteyksissä terapeutin koulutushistoria tai terapian kesto aika. Potilastyytyväisyys oli huonompi, jos potilaalla oli pitkä sairaushistoria sekä mielen-terveysongelman vakavuus. (Kinnunen 2013, 19.)

4 ASIAKKAAN MOTIVAATIO OHJAUKSESSA

Hoitajan antama riittävä ja hyvä ohjaus vähentää asiakkaan tarpeettomia yhteydenottoja ja tätä kautta resurssien hukkakäyttö vähenee. Yhteiskunta hyötyy yksilöistä, jotka ovat hyvinvoivia ja työkykyisiä. Potilaan sitoutumista ja hoitajan omaa työmotivaatiota lisäävät positiiviset ohjauskokemukset. (Vehmasaho & Rantovaara 2010, 10.)

Hoitotyössä pohditaan usein, miksi asiakkaat eivät ole ymmärtäneet saamaansa ohjausta eivätkä toimi käsiteltyjen asioiden mukaisesti. Ohjaajan itsearviointi on aina tarpeellista, sillä heidän tehtävänä on asiantuntijoina ohjata asiakasta vaikuttavasti. Ohjaajan toiminta ei kuitenkaan yksistään takaa, että asiakas ymmärtää ohjattavat asiat. Ohjattavan oma käyttäytyminen on ratkaisevassa roolissa, sillä ymmärtäminen edellyttää aina oppimistekoja. (Kääriäinen 2011, 41.)

Asiakkaan oppimisteot voivat ilmetä esimerkiksi aktiivisuutena, kiinnostuksena, passiivisuutena, välinpitämättömyytenä tai kieltämisenä. Hoitoalan asiantuntijan toiminta tukee asiakkaan oppimistekoa ohjaustilanteissa. (Kääriäinen 2011, 41.)

Perinteinen behavioristinen oppimisenäkemys on, että oppiminen on tiedon siirtämistä opettajalta oppijalle, jolloin oppija on tilanteessa passiivisesti läsnä. Asiakas on ollut passiivinen kuuntelija, jonka tarpeita ei ole huomioitu. Asiakas ei ole välttämättä kokenut käsiteltyjä asioita tärkeiksi eikä siten ole ollut motivoitunut oppimaan. (Kääriäinen 2011, 41.)

Käsitys oppimisesta on muuttunut asiakaslähtöisyyttä, aktiivisuutta ja tavoitteellisuutta korostavaksi. Yksisuuntaisen tiedon siirtämistä ohjauksessa käytetään kuitenkin edelleen, erityisesti silloin kun asiakas on kykenemätön osallistumaan ja tekemään ratkaisujaan itse. (Kääriäinen 2011, 41.)

Ohjauksessa tulee aktivoida asiakkaan aiempia tietoja. Näitä voidaan kartoittaa esimerkiksi kyselylomakkeilla ennen ohjaustilannetta. Näin ohjattava tulee tietoisiksi mitkä asiat ovat jo entuudestaan tiedossa ja mitä hän haluaisi mahdollisesti tietää lisää. Myös ohjaaja saa tietoa siitä, mihin asioihin tulisi ohjauksessa keskit-

tyä. Asioita voidaan käydä myös itse ohjaustilanteessa suullisesti läpi, ilman erillistä kyselylomaketta. (Kääriäinen 2011, 41.)

Asioiden ymmärtämistä lisää, kun ohjattavat asiat liitetään arkielämän tilanteisiin ja ympäristöihin. Suullisten keskusteluiden lisäksi päiväkirjojen, kyselylomakkeiden ja ryhmien käyttäminen ohjauksessa voi vahvistaa kokemusten arviointia ja syventää oppimista. (Kääriäinen 2011, 41.)

4.1 Asiakkaan ohjaus

Ohjaus tarkoittaa ammatillista toimintaa tai prosessia, jossa toimii kaksi asiantuntijaa yhteistyössä. Ohjaus voidaan määritellä myös ammattitaitoisen ohjaajan ja oman tilan asiantuntijana toimivan asiakkaan väliseksi tavoitteelliseksi toiminnaksi. (Vehmasaho ym. 2010, 10.)

Terveydenhuollon ammattihenkilön tulee antaa potilaalle tietoa hänen terveydentilaa, hoidon merkitystä, hoitovaihtoehtojen ja niiden vaikutusten suhteeseen. Potilasohjausta koskevat lait antavat ohjaustilanteelle pohjan. Näiden pohjalta hoitaja sitoutuu huomioimaan ja kunnioittamaan potilasta; hänen ihmisarvoa, vakaumusta ja yksityisyyttä. (Vehmasaho ym. 2010, 10.)

4.2 Motivaation merkitys

Motivaatio on voima, joka saa asiakkaan tekemään asioita. Motivaation puute voi estää asiakasta toimimasta. Ohjaajan tulee vahvistaa ohjattavan motivaatiota huomioimalla asiakkaan uskoa omaan kykyihinsä, tunteisiin ja kiinnostuksiin, jotta ohjattava sitoutuu toimimaan tavoitteiden mukaisesti. (Kääriäinen 2011, 42.)

Asiakkaan olisi hyvä saada ohjaustilanteissa positiivisia kokemuksia, jotta hänelle tulisi tunne onnistumisesta. Näitä kokemuksia ohjattava saa ohjaajan antaman kannustuksen ja rohkaisun kautta. Myös samanlaisessa tilanteessa olleen selviytyminen lisää pystyvyyden tunnetta. (Kääriäinen 2011, 42.)

Ohjaajan tehtävänä on tunnistaa asiakkaan tunnetila ja muokata ohjaustyyliä sen mukaiseksi. Kielteiset tuntemukset ohjaustilanteissa voivat heikentää motivaatiota

ja vaikeuttaa oppimista. Tunteiden käsittely ja niiden hallinnan tukeminen on merkittävässä roolissa ohjaustilanteissa. (Kääriäinen 2011, 42.)

Asiakkaan kiinnostus ohjattaviin asioihin lisää asioiden oppimista. Ohjaajan tehtävänä on herättää ja ylläpitää tätä kiinnostusta. Ohjausmenetelmien vaihteleva käyttö on kuitenkin suositeltua esimerkiksi pitkäaikaissairaiden ja terveyspalveluiden suurkäyttäjien keskuudessa, sillä näin saadaan lisättyä heidän kiinnostusta ohjaukseen. (Kääriäinen 2011, 42.)

Asiakkaiden oppimiseen vaikuttavat monet eri tekijät, joista asiakaslähtöisyyttä voidaan pitää yhtenä keskeisenä tekijänä. Mikäli ohjauksen halutaan vaikuttavan ja edistävän oppimista, tulee asiakkaan aiempia tietoja aktivoida, vahvistaa motivaatiota sekä huomioida asiakkaan tarpeita ja elämäntilannetta. (Kääriäinen 2011, 42.)

4.3 Motivoiva haastattelu

Motivoivan haastattelun tavoitteena on parantaa yksilön motivaatiota tutkimalla ongelmakäyttämiseen sisältyvää ristiriitaa. Muutokseen pyritään vuorovaikutuksen, yhteistyön, herättelyn ja itse ohjautumisen avulla. (Päihdelinkki 2011.)

Motivoivassa ohjauksessa lähdetään liikkeelle siitä, että ihmisellä itsellään on kaikki edellytykset muutokseen, ne täytyy vain etsiä asiakkaan omien havaintojen, tavoitteiden ja arvojen kautta. Hoitajan rooli on kunnioittaa asiakkaan kykyä ja oikeutta valita omat tavoitteensa. Hoitajan tulee myös muistaa, että opettamista, kasvattamista ja asiantuntijana toimimista sekä väittelyä tulisi välttää haastattelujen aikana. (Päihdelinkki 2011.)

Vuorovaikutustilanteisiin vaikuttaa paljon työntekijän oma suhtautuminen. Asiakkaassa herättää vastarintaa esimerkiksi hoitajan kriittisyys ja käännytysinto, kun taas turvallinen ja luottamuksellinen ilmapiiri lisää avoimuutta ja myönteisyyttä. (Päihdelinkki 2011.)

On hyvä muistaa, että muutos ei kuitenkaan tapahdu heti, vaan yrityksiä tarvitaan useita. Taka-askeletkaan eivät ole vieras asia motivoivassa haastattelussa. (THL 2014.) Motivoiva haastattelu on nykypäivänä tärkeää potilaan ohjauksessa.

5 POTILAAN NÄKÖKULMAN AVAAMINEN TUTKIMUSTIEDON AVULLA

Päätöksenteossa on alettu korostaa potilaan näkemystä yhä enemmän. Palveluiden käyttäjät tuleekin kohdata aktiivisen toimijana. Tämä mahdollistaa tuottavampien palveluiden järjestämisen. (Pölkki 2013, 3.)

Useiden tutkimusten mukaan hoitajien ja potilaiden näkemykset saattavat erota huomattavastikin toisistaan. Käsitukset toteutuneesta ja saadusta hoidosta eivät aina kohtaa. Todellisuudessa potilas pääsee vaikuttamaan omaa hoitoaan koskeviin kysymyksiin vähemmän kuin olisi tarkoitus. Näin ollen pelkkä palvelun tuottajien näkökulma ei ole riittävä. Täytyy ottaa huomioon myös potilaiden ja heidän omaistensa kanta potilasta koskevissa asioissa. Näin terveydenhuollon palveluita kehitetään asiakaslähtöisemmiksi. (Pölkki 2013, 3.)

Kirjallisuuskatsauksissa on koottuna usean tutkimuksen tuloksia, ja näin saadaan tuotettua tutkimustietoa potilaan näkökulmasta. Tieteellisten katsausten laatiminen on yksi kysymys tiedon tuottamisessa. On myös tärkeä arvioida millaisten katsausten tuottamaa tietoa voidaan hyödyntää käytännön hoitotyössä. Yksittäisiä tutkimuksia arvioitaessa parhaan syy-seuraussuhteen antavat satunnaistetut ja kontrolloidut tutkimukset. Oleellista on kerätä tutkimusaineistoa objektiivisten mittareiden avulla ja potilaan oma kokemus on erityisen tärkeää kun arvioidaan intervention todellista vaikuttavuutta. Haastattelu- ja kyselytutkimukset toteutetaan tavallisimmin laadullisina tutkimuksina. Näistä ei saa parasta tutkimusnäytettä mutta niillä on merkittävä osuus potilaan hoidon kehityksessä. Lopulta merkittävä asia on tutkimustarkoitus ja asetetut tutkimuskysymykset. (Pölkki 2013, 3.)

5.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tutkimuksen näkökulmaksi on valittu avohoidon yksikön asiakkaat toimeksiantajan pyynnöstä. Tutkimuksen tarkoituksena on tuoda esille psykiatrisen avohoidon asiakkaiden kokemuksia osallisuudesta hoidon suunnitteluun ja toteutukseen sekä kuinka heidän omaisensa huomioidaan.

Tavoitteena on lisätä tietoa psykiatrisen hoitotyön ammattilaisille, kuinka asiakkaat kokevat tulevansa kuulluksi. Tiedon avulla pyritään parantamaan asiakkaiden osallisuutta omaan hoitoonsa.

Tutkimuksesta saatavaa tietoa koskee lähinnä toimeksiantajan yksikköä eikä ole kokonaan sellaisenaan yleistettävissä, koska kohderyhmä on kooltaan pieni ja vastaukset ovat yksilöllisiä ja henkilökohtaisia. Kohderyhmä valittiin satunnaisesti ja asiakkaiden saamat diagnoosit ovat erilaisia.

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää miten asiakkaan osallisuus toteutuu hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa avohoidossa. Tavoitteena on saada mahdollisimman luotettavaa tietoa asiakkaan omasta näkökulmasta katsottuna osallisuuden toteutumisesta. Tarkoitus on saada asiakkaiden tuomat näkemykset ja niistä saatu tieto hoitajille, jotka voivat käyttää tutkimuksesta saamaansa tietoa hyödykseen käytännön hoitotyössä ja parantaa näin omalta osaltaan asiakkaan osallisuuden mahdollisuuksia hoitonsa suunnittelemiseen ja toteuttamiseen ja arvioimiseen.

Tutkimuskysymyksiä ovat seuraavat:

- 1) Miten asiakkaan osallisuus hoitotyössä toteutuu?
- 2) Miten osallisuutta voi parantaa?
- 3) Miten asiakkaan omaiset huomioidaan hoidossa?

6 TUTKIMUKSEN AJANKOHTAISUUS

Palveluiden käyttäjien osallisuuden toteutumista koskeva tutkimus on vähäistä. Erityisesti sellainen tieto, jossa käsitellään asiakkaiden itsensä näkemyksiä osallisuudesta. Asiakkaiden ja omaisten mielipiteet ja asiantuntemus tulevat vain harvoin kuulluksi eikä tuota asiantuntemusta edes aina tunnisteta. (Laitila 2010, 4.)

Tutkimusta tarvittaisiin muun muassa siitä, kuinka sairaanhoitajat ja potilaat ymmärtävät potilaslähtöisen hoidon psykiatrisessa hoitotyössä. Tutkimuksissa tulisi myös tutkia sitä, kuinka palveluiden käyttäjien osallisuutta voitaisiin kehittää. (Laitila 2010, 5.)

Asiakkaan osallisuus on ajankohtainen teema meillä Suomessa ja muualla maailmalla. Euroopan Unionin terveysstrategian (2007) yksi keskeinen teema on kansalaisten vaikutusvallan lisääminen. Näin kehitytään potilas- ja yksilökeskeisemmiksi, joka tuo asiakkaasta aktiivisen toimijan eikä vain toimien kohteen. Lähtökohdaksi on otettava kansalaisten ja potilaiden oikeudet, joihin lukeutuu mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa päätöksentekoon. (Laitila, 2010, 2.)

7 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN JA EETTISYYS

Suomen Akatemian viime vuoden raportin mukaan hoitotieteen keskeinen tavoite on tuottaa tietoa terveydenhuoltojärjestelmän kehittämiseksi. Hyvän tutkimuksen kriteereihin kuuluvat ajankohtaisuus, kiinnostavuus ja aiheen yhteiskunnallinen merkitys. Tutkimus, joka palvelee ainoastaan tutkijan omia intressejä, on epätarkoituksenmukaista. Tutkimuksessa on tärkeää tuoda esille aikaisempia tutkimustuloksia vahvistavia tuloksia sekä uutta tietoa. (Pölkki 2010, 3.)

7.1 Aiheen valinta

Opinnäytetyön aiheen valinta on jo itsessään eettinen kysymys: onko opinnäytetyön tuloksista hyötyä ja onko se toteuttamisen arvoinen. On tärkeää pohtia myös etukäteen, minkälaisia eettisiä kysymyksiä toteutus tuo mukanaan. (Kajaanin ammattikorkeakoulu 2014.)

Tutkimuksen aihe sekä tutkimusongelmat eivät saa loukata ketään ja jokaista ihmisryhmää täytyy kunnioittaa. Erityisesti tämä koskee haavoittuvassa asemassa olevia ihmisryhmiä. Nämä haavoittuvat ryhmät ovat sellaisia jotka eivät itse pysty mielipiteitään kertomaan, kuten esimerkiksi pienet lapset tai vakavasta psyykkisestä ongelmasta kärsivät ihmiset. Tutkimuksen tuloksia pyritään hyödyntämään käytännössä ja tutkimuksen tekijän kuuluu varmistaa että hänen kysymyksensä ovat perusteltuja eettisesti. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 289.)

7.2 Tutkimuksen kohderyhmä

Tutkimuksen kohderyhmäksi valikoitui Vaasan keskussairaalan psykiatrian tutkimus- ja terapiapoliklinikan asiakkaat.

Tutkimuksessa tuotettiin kyselylomake, jonka aiheena oli potilaan osallisuus hoitotyössä. Tutkimuksessa käytettiin induktiivista, eli aineistolähtöistä, sisällönanalyysia (Kankkunen 2009, 135). Aineistolähtöisen analyysin lähtökohtana oli induktiivinen päättely. Tutkimuksessa tarkasteltiin asiakkaita yksilöinä ja tuotiin esille heidän mielipiteensä, jotka tutkimuksen lopussa yleistettiin yleiselle tasolle.

Suunnittelussa korostuu tutkimuseettiset asiat, kuten kohteena olevan vastaajan yksityisyys ja oikeuksien turvaaminen (Kajaanin ammattikorkeakoulu 2014). Vastaajille kerrottiin etukäteen opinnäytetyön laadusta ja vapaaehtoisuudesta, asia käy myös viimeistään ilmi saatekirjeestä, jonka tekijät olivat kirjoittaneet kyselylomakkeen yhteyteen.

Opinnäytetyön tekijöillä on velvollisuus huolehtia etteivät vastaajat joudu fyysisten, henkisten, sosiaalisten, kulttuurillisten tai taloudellisten haittavaikutusten kohteeksi opinnäytetyön aikana ja sen päätyttyä. Tekijöiden tulee varmistaa, että osallistujat ymmärtävät mihin suostuvat ja kykenevät päättämään asiasta. Osallistujille tulee turvata identiteettisuoja. (Kajaanin ammattikorkeakoulu 2014.)

Osallistujille on kerrottu, että osallistuminen on vapaaehtoista ja että he voivat keskeyttää osallistumisensa milloin tahansa. Kerätty aineisto on ainoastaan tekijöiden käytössä, eikä sitä saa käsiinsä kukaan ulkopuolinen. Vastauslomakkeet hävitetään asianmukaisesti opinnäytetyön valmistuttua, siihen asti lomakkeita säilytetään turvallisesti. (Kajaanin ammattikorkeakoulu 2014.)

7.3 Aineiston keruu

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa haastattelu on yksi keskeisimmistä menetelmistä saada kerättyä tutkimukselle aineistoa. Haastattelumenetelmät luokitellaan osallistuvien lukumäärän tai strukturoinnin mukaan. Strukturoitu haastattelu tarkoittaa lomakehaastattelua, joka voi sisältää teeman tai avoimia haastatteluja. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 93–95.)

Kyselylomakkeet suunniteltiin yhteistyössä psykiatrian tutkimus- ja terapiapoliklinikan yhdyshenkilöiden kanssa. Kyselylomakkeet vietiin sovittuna päivänä yksikköön ja niitä jaettiin tapaamisten yhteydessä asiakkaille. Kyselylomakkeita toimitettiin 20 kappaletta suomenkielisiä ja saman verran ruotsinkielisiä.

Tutkimuksessa käytettiin puolistrukturoitua haastattelua, jossa kysymysten muoto ja esittämisjärjestys ovat ennalta määriteltä. Vastaajat voivat halutessaan tarkentaa vastauksiaan vapaille tekstiriveille. Tutkimuksessa tutkijat ovat määritelleet kysymysten aihepiirin etukäteen. (Kankkunen ym. 2009, 97.) Toimeksiantaja toivoi

lomakehaastattelun toteutuvan pääosin avoimina kysymyksinä, jolloin asiakkaiden omakohtaiset kokemukset tulevat esiin. Pyyntöön sisältyi myös omaisten huomioiminen kysymysten suhteen.

Opinnäytetyötä varten kerättiin Vaasan keskussairaalan psykiatrian tutkimus- ja terapiapoliklinikan asiakkailta aineistoa siitä, kuinka heidän osallisuutensa toteutuu hoitotyössä. Lupahakemukset on täytetty sekä saatekirjeet tehty vastaajille, joista käy ilmi tutkimuksen laatu ja asianmukainen toimiminen.

7.4 Aineiston analysointi

Sisällön analyysin avulla tutkimustulosten keskeiset asiat tiivistetään ja jäsennetään. Asioista tehdään usein avainsanoja, joiden avulla pyritään laajempi asiayhteyksyys saada tiivistettyä ymmärrettävästi. (Willberg 2009.)

Ei ole hyväksyttävää, että jätetään analysoimatta vastaus johon tutkittavat ovat vastanneet. Kaikki vastaukset on analysoitava. Joskus tämä tärkeä asia voi unohtua, etenkin silloin jos analysoinnissa on ongelmia, tutkimus pitkittyy tai tulokset eivät herätä mielenkiintoa. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 292.)

Tutkimuksessa on käytetty myös kvantitatiivisia kuvaajia. Määrällisen tutkimusaineiston analysointi perustuu aineiston kuvaamiseen ja tulkitsemiseen eri tilastojen ja numeroiden avulla. (Jyväskylän yliopisto 2014.) Tutkimuksessa on analysoitu aineistoa numeroiden kautta, kuinka moni vastaajista on ollut mitään mieltä.

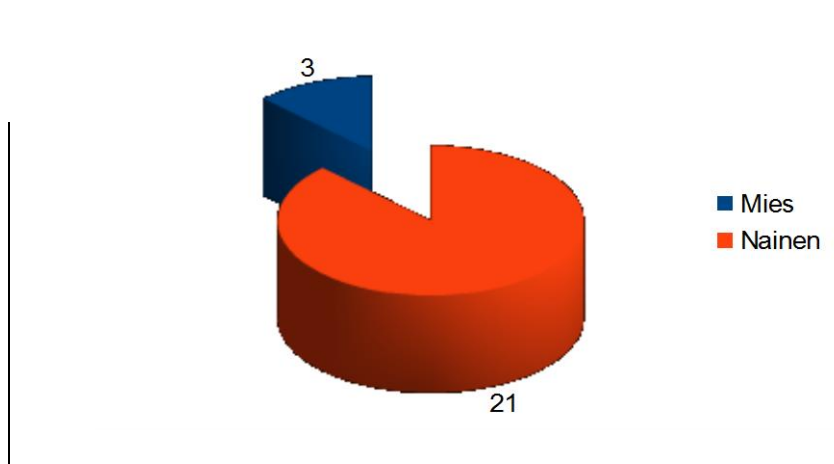
Laadullista ja määrällistä analyysia voidaan käyttää samassa tutkimuksessa ja molemmilla voidaan selittää samoja tutkimuskohteita. Ainoastaan selittämistavat eroavat toisistaan. (Jyväskylän yliopisto 2014.) Tutkimus on kvalitatiivinen, mutta aineiston analysoinnissa on käytetty sekä kvalitatiivisia että kvantitatiivisia analyysimenetelmiä.

8 TUTKIMUSTULOKSET

Kyselylomakkeita toimitettiin osastolle yhteensä 40 kappaletta, 20 suomenkielistä ja 20 ruotsinkielistä. Vastauksia saatiin yhteensä 24 kappaletta, joista 8 oli ruotsinkielisiä.

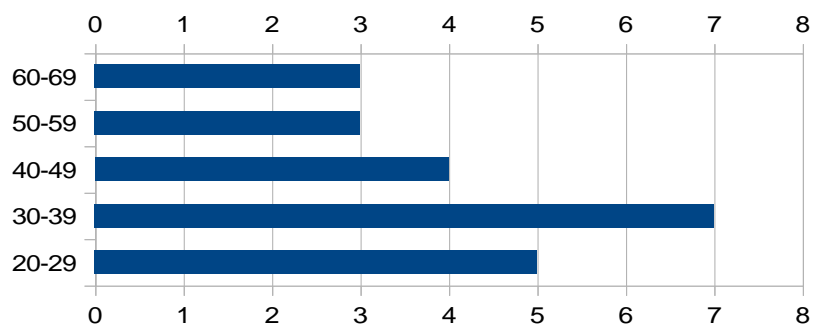
8.1 Elämäntilanne

Kuviossa 1 on kuvattu vastaajan elämäntilannetta: sukupuolta, ikää, siviilisäätystä sekä työelämää. Vastaajista 21 oli naisia ja loput 3 miehiä.



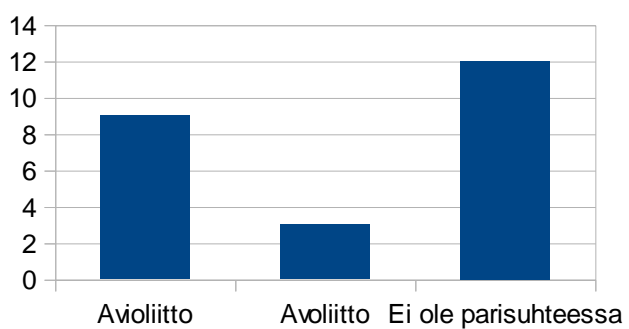
Kuvio 1: Sukupuoli (N=24)

Kuvio 2 tarkastelee vastaajien ikää. Iät vaihtelivat 23 ikävuodesta aina 67 ikävuoteen saakka. Vastaajista 2 ei kertonut ikäänsä. Kaaviossa iät on jaoteltu 10 ikävuoden välein.



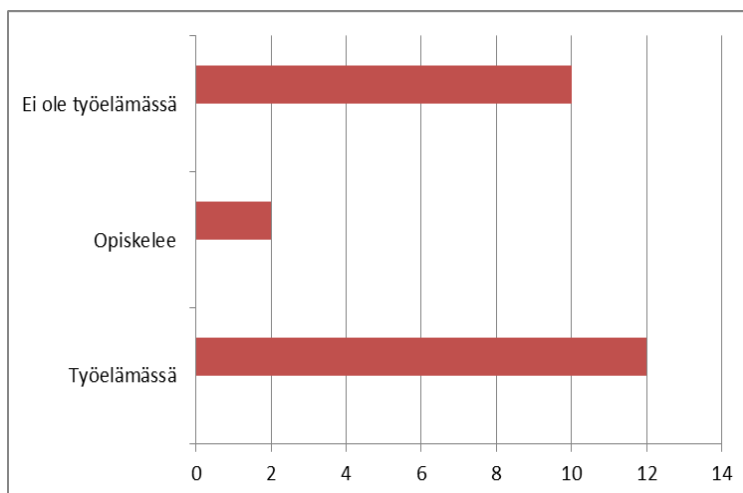
Kuvio 2: Ikä (N=24)

Kuviossa 3 tarkastellaan vastaajien siviilisäätystä. Vastaajista 8 oli avioliitossa, 3 avioliitossa ja 12 ei ollut parisuhteessa vastaushetkellä. Vastaajista yksi ilmoitti olevansa avioliitossa, mutta he asuvat erillään.



Kuvio 3: Siviilisäätty (N=24)

Kuviossa 4 on kerrottu vastaajien työelämän tilanne. Vastaajista 12 oli työelämässä, 2 opiskeli ja 10 ei ollut töissä ollenkaan vastaus hetkellä.



Kuvio 4: Työelämä (N=24)

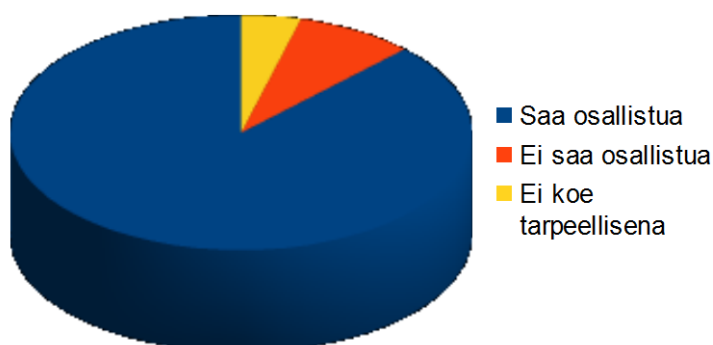
8.2 Asiakkaan osallisuus hoidon suunnitteluun ja toteutukseen

Vastaajat olivat enimmäkseen (21) tyytyväisiä omaan osallisuuteensa hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. Tyytymättömyyttä hoidon osallisuuteen oli vastannut (2) kappaletta. Ainoastaan yksi vastaaja koki, ettei hoidon osallistumisen mahdollisuus ole hänen kohdallaan tarpeellista.

Jatkokysymykset koskivat asiakkaiden omia kokemuksia siitä, kuinka saavat osallistua ja pitäisikö vaikuttamisen mahdollisuutta vielä kehittää. Jos vastaajat kokivat, etteivät saa osallistua hoidon suunnitteluun ja toteutukseen, niin kuinka he haluaisivat sitten vaikuttaa tai jos vastaajat eivät ole halukkaita, niin mikseivät?

Hoidon osallisuuden kehittämisideoita asiakkailla oli seuraavanlaisia: haluttiin enemmän terapiakäyntejä sekä enemmän potilaan kuuntelemista. Hoitohenkilökunnan paremmasta informoinnista oli myös esitetty toive.

Kuvio 5 kuvaa asiakkaiden omaa kokemusta osallisuuden toteutumisesta.



Kuvio 1: Kokemus osallisuudesta (N=24)

”Tilani vaatisi ehdottomasti 2 terapia kertaa viikossa, mutta mahdollisuus on vain yhteen.”

”Päätäköön lääkäri puolestani.”

”Aikoja sopimalla saan osallistua enkä koe tällä hetkellä tarvetta enempään. Ehkä haluaisin saada varsinaisen diagnoosin sairaudelleni, jos selaista on, niin se helpottaisi jatkosuunnitelmia.”

”Oma kokemukseni on, etteivät pillerit auta välttämättä toivotusti. Enemmän kuuntelua ja noudattamista, jos potilas haluaa keskittyä lääkkeettömään/lääkkeettömämpään hoitoon ja kokee saavansa siitä riittävän avun.”

”Valitsen itse käyntieni määrän ja ajankohdat tarpeeni mukaan.”

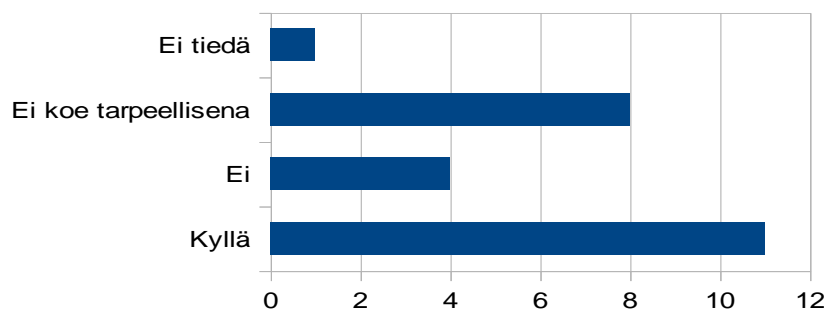
8.3 Läheisten huomioiminen hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa

Seuraava kysymys käsitteli läheisten huomioimista hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. Vastaajista 11 koki, että läheisiä huomioidaan tarpeeksi ja 4 tunti, ettei tämä toteudu kunnolla. Vastaajista 1 ei osannut vastata kysymykseen ja 8 ei kokenut tätä tarpeellisenä. Jatkokysymykset koskivat läheisten osallisuuden huomioimista; onko parannettavaa ja millä tavoin läheisiä huomioidaan? Jos vastaajat eivät halunneet läheisten osallistuvan heidän hoitoonsa, niin miksi eivät?

Osalla vastaajista ei ollut läheisiä joille kertoa asioistaan. Osa vastaajista taas koki, ettei läheisten huomioinnille ole tarvetta hoitoa koskien. Syitä oli seuraavanlaisia: aiheesta ei ollut esitetty kysymyksiä tai vastaaja oli tyytyväinen hoitoonsa nykyisellä tavalla. Osa vastaajista ei kokenut, että hoito vaikuttaa läheisiin millään tavalla. Oli ilmaistu myös että vastaaja vain purki tuntemuksiaan kahdestaan sairaanhoitajan kanssa. Yksi vastaajista koki, että puolisoilla on negatiivinen käsitys vastaajan sairaudesta.

Yhteistyöstä omaisten kanssa oli koettu seuraavanlaisesti: tiedonkulku oli hyvää ja toivottiin että läheisiltä kyseltäisiin vastaajan voinnista tarpeen mukaan.

Kuvio 6 käsittelee läheisten huomioimista asiakkaan hoidossa.



Kuvio 2: Läheisten huomioiminen (N=24)

”Kysytään läheisiltäni voinnista, jos suuria muutoksia.”

”Ei ole läheisiä.”

”Kyseltäisiin heiltä enemmän miten potilas voi.”

”Itse olen sairas, ei lapseni tai vanhempani, joten olen tyytyväinen tähän.”

”Uskon, että tarvittaessa tämänkin onnistuisi, mutta tällä hetkellä olen purkanut tuntojani kahdestaan sairaanhoitajan kanssa.”

”Käyn vain juttelemassa silloin tällöin, ei vaikuta läheisiini mitenkään.”

”Puolisollani on negatiivinen käsitys sairaudestani ja hoidostani.”

8.4 Eri tahojen yhteistyö

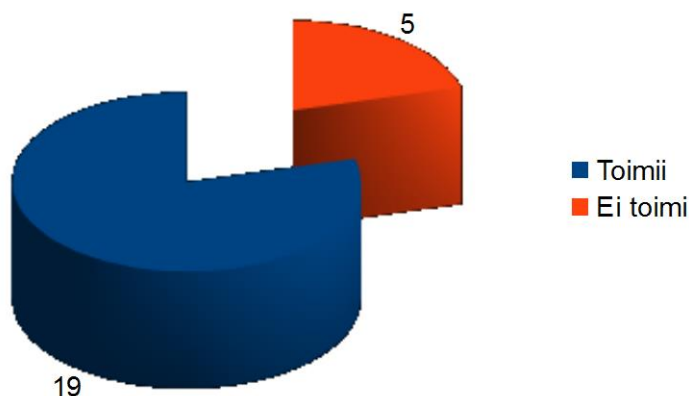
Vastaajista 19:n mielestä eri tahot tekivät riittävästi yhteistyötä keskenään ja 5 vastaajan mielestä eri tahot eivät tehneet riittävästi yhteistyötä keskenään. Jatko-

kysymykset koskivat eri yhteistyötahojen yhteistyön tärkeyttä, pitävätkö vastaajat yhteistyötä tärkeänä ja onko yhteistyö vastaajien mielestä riittävää.

Eri tahojen yhteistyöllä oli positiivisia vaikutuksia vastaajien hoitoon. Vastaajat kokivat, että toimiva yhteistyö takaa myös heille ajantasaisen tiedon. Muita positiivisia vaikutuksia yhteistyön toimivuudessa oli, että tällöin hoitohenkilökunta pysyy ajan tasalla tapahtumista, eikä kulu turhaa aikaa kerratessa mitä lääkärissä tai psykologilla oli tapahtunut. Myös lääkityksen kannalta yhteistyö koettiin tärkeäksi.

Tiedonkulkuun oli esitetty seuraavanlaisia kehittämisalueita: tiedonkulun haluttiin kehittyvän hoitajien ja henkilökunnan välillä ja lääkärintapaamisia haluttiin lisää

Kuviossa 7 tarkastellaan eri tahojen yhteistyön toimivuutta.



Kuvio 3: Yhteistyön toimivuus (N=24)

”Erittäin tärkeänä! Esim. siinä vaiheessa, jos hoitohenkilökunta vaihtuu, ettei potilaan tarvitsisi uudelle hoitajalle tai psykologille selittää ja kertoa kaikkea alusta.”

”Totta kai on tärkeää, että lääkärit ja hoitajat keskustelevat minua koskevista, tärkeistä asioista keskenään, niin minäkin saan ajantasaista tietoa.”

”On kaiken A ja O, että kaikki tieto otetaan huomioon.”

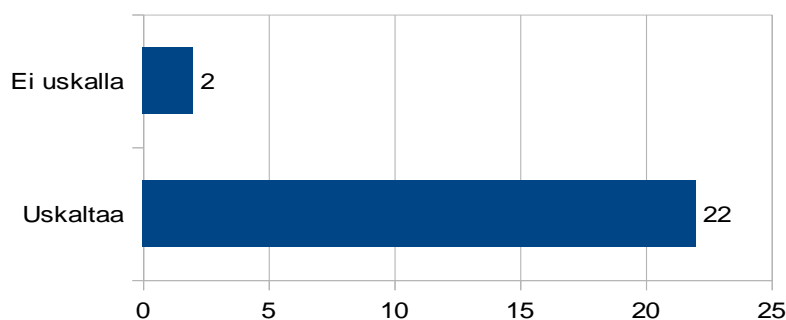
8.5 Mieltä painavien asioiden kertominen

Vastaajista 22 oli sitä mieltä että, että uskalsivat kertoa mieltä painavat asiat hoitohenkilökunnalle ja 2 vastaajaa ei uskalla kertoa omista asioistaan hoitajille. Asiat, jotka helpottivat kertomista, jakautuivat vastaajien mielestä seuraavasti: helposti lähestyttävät hoitajat (22), luotettavuus (20), turvallisuus (13), ystävät (9,) ympäristö (8), lähiomaiset (5) ja muita asioita oli (3). Jatkokysymys, johon vastaajat ovat vastanneet omia mielipiteitään, koski kohtaa ”muu”.

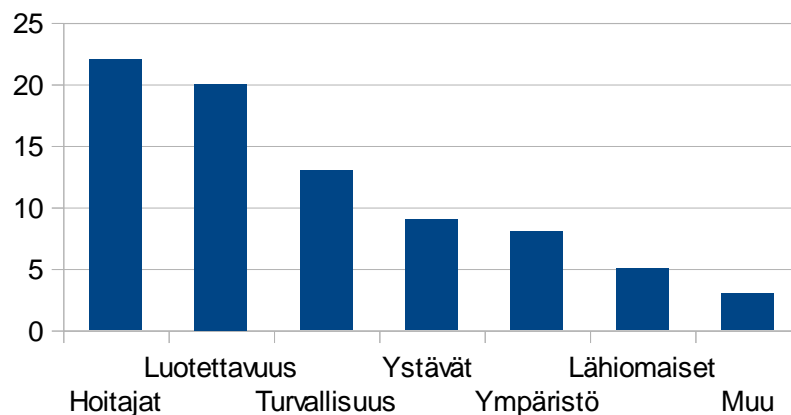
Muita asioita, jotka helpottivat asiakkaiden omista asioista kertomista, olivat seuraavanlaisia: hoitajan ammattitaito, mielenkiinto asiakasta kohtaan, vaihtumaton henkilökunta sekä asiakkaan oma mielentila kertomishetkellä.

Muita asioista kertomiseen vaikeuttavia tekijöitä olivat seuraavat: ”musta-valkoajattelu”, vaihtuva henkilökunta, asiakkaan oma mielentila, ”väärät ihmiset väärällä alalla”.

Kuvioissa 8 ja 9 tarkastellaan sitä, että uskaltavatko asiakkaat kertoa asioista hoitohenkilökunnalle sekä mitkä asiat helpottavat kertomista.



Kuvio 4: Asioiden kertominen (N=24)



Kuvio 9: Asiat jotka helpottavat kertomista.(N=24)

”Hoitajan ammattitaito, mielenkiinto potilasta kohtaan sekä moniulotteinen ajattelu aivan jokaista, vaikeakin asiaa kohtaan. Hoitajan mustavalkoajattelu vie uskottavuutta.”

”Sama henkilö, jolle puhua eikä sijaisia tai vaihtuvia henkilöitä.”

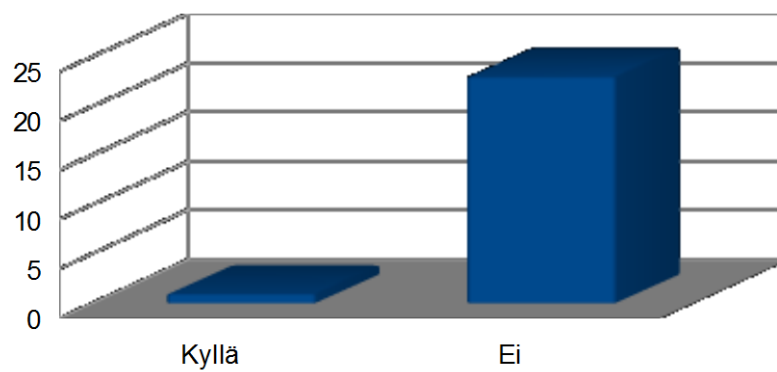
”Mielentilani, välillä helpompi puhua, välillä jänskättää tai ahdistaa liian puhua ajankohtaisista tai aroista asioista.”

”Aina on kuitenkin väärä ihmisiä väärässä ammatissa.”

8.6 Ammattisanaston käyttö

Lähes kaikkien vastaajien mielestä hoitajat eivät käyttäneet ammattisanastoa tai käytetyt ammattisanat selitettiin heille. Jatkokysymyksenä oli avoin kysymys, joka käsitteli ammattisanaston avaamista.

Kuviossa 10 käsitellään ammattisanaston käyttöä.



Kuvio 10: Ammattisanaston käyttö. (N=24)

9 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Tässä luvussa käsitellään tulosten tarkastelua sekä tutkimuksen luotettavuutta. Myös mahdollisia jatkotutkimusaiheita on pohdittu.

Kirjallisuudessa tuodaan esille jatkuvasti uusia menetelmiä, joiden avulla voidaan lisätä potilaan osallisuutta; ei kuitenkaan ole kiinnitetty tarpeeksi huomiota siihen, kuinka paljon potilaat itse todellisuudessa haluavat osallistua omaan hoitoonsa. (Thompson 2007.)

Tutkimuksen avulla saatiin kokemuksia osallisuuden kokemisesta. Mikäli olisi saatu enemmän vastauksia, olisimme voineet tutkia luotettavammin myös taustamuuttujia, joita emme luotettavuuden vähäisyyden vuoksi ole analysoineet. Suurin osa vastauksista oli melko samantyyliä. Tutkimuksessa suuri osa vastaajista koki osallistumisensa hoitonsa suunnittelemiseen ja toteutukseen hyvin. Aiemmissä tutkimuksissa saadut arviot asiakkaan osallisuudesta poikkeavat saamistamme tuloksista, Laitilan (2010,147) tutkimuksessa asiakkaan osallisuuden toteutuminen ei ole riittävää, tämä tulos vastaa aiemmassakin kirjallisuudessa aiemmin esitettyä arviota asiakkaan osallisuuden toteutumisesta.

Asiakkaat olivat kirjoittaneet omia kommentteja, joista hoitajat saavat varmasti arvokasta tietoa. Näitä omia kommentteja haluamme tuoda esille opinnäytetyössä.

Asiakkaan oma kokemus on erityisen tärkeää kun arvioidaan intervention todellista vaikuttavuutta. Haastattelu- ja kyselytutkimukset toteutetaan tavallisimmin laadullisina tutkimuksina, kuten tässäkin opinnäytetyössä. Näistä ei saa parasta tutkimusnäyttöä, mutta niillä on silti merkittävä osuus potilaan hoidon kehityksessä. Merkittävin asia on lopulta tutkimustarkoitus ja tutkimuskysymykset. (Pölkki 2013, 3.)

Ammattilaisten käsitykset osallisuuden mahdollisuuksista ovat usein negatiivisempia kuin kuntoutujien (vrt. Lassila 2010, 3). Siksi on erityisen tärkeää tuoda asiakkaiden ääni kuuluviin. Palaute usein motivoi hoitajia jatkamaan samalla tavalla tai muuttamaan omia toimintatapojaan asiakkaiden tarpeiden mukaisiksi.

Kääriäinen (2011, 41) tuo tutkimuksessaan esille, että ohjaajan toiminta ei kuitenkaan yksistään takaa, että asiakas ymmärtäisi asiat vaan asiakkaan oma käyttäytyminen on ratkaiseva tekijä.

9.1 Tulosten tarkastelu

Kyselyyn vastaajia oli monen ikäisiä miehiä ja naisia. Vastaajien elämäntilanteet, kuten työ- ja parisuhdetilanteet, olivat erilaisia.

Laitilan & Pietilän (2011, 24) tutkimuksessa tuotiin esille, että asiakkaan osallisuus on vastuunjako. Osallisuus voi ilmetä osallisuutena omaan hoitoon, tarjottuun toimintaan tai palautteen antamiseen. Opinnäytetyössä tuotetun kyselyn myötä asiakkaan saivat tuoda esille omia kokemuksia hoitonsa osallisuudesta. Näin ollen myös hoitajat saavat arvokasta tietoa juuri heidän asiakkaidensa kokemuksista. Osallisuudelle ei ole aina riittävästi aikaa tai valmiuksia, mutta toimeksiantajan yksikössä suuri osa asiakkaista koki osallisuuden toteutuvan.

Asiakkaiden omia näkemyksiä on alettu korostamaan yhä enemmän päätöksenteossa. Palveluiden käyttäjät tulisikin kohdata aktiivisena toimijana. Tämä mahdollistaa jatkossa tuottavampien palveluiden järjestämisen. (Pölkki 2013, 3.) Kinnunen tuo tutkimuksessaan (2013, 12) esille, että asiakastyytyväisyys on suorassa yhteydessä palvelun onnistumiseen. Palveluiden onnistumisen myötä myös asiakkaat hakeutuvat vastaisuudessa vapaaehtoisesti hoitoon. Tämä myös parantaa heidän sitoutumistaan hoitoonsa. (Kinnunen 2013, 12.)

On tärkeää muistaa, että asiakkaiden tyytyväisyys ei tarkoita kuitenkaan välttämättä sitä, että asiakas on saanut osallistua hoitoonsa tai että hoito on ollut hänelle hyödyllistä. Yksilölliset auttamistavat mahdollistavat asiakkaan osallistumista hoitoonsa. (Latvala 1998, 27–28.) Kyselylomakkeiden vastauksissa tuli ilmi, että on myös passiivisia asiakkaita, jotka eivät halua osallistua hoitonsa suunnitteluun ja toteutukseen. Vastaajista yksi kertoi, että antaa mielellään lääkärin päättää hänen puolestaan asioista. Kertooko tämä asiakkaan luottamuksesta hoitohenkilökuntaan vai motivaation puutteesta?

Laitilan (2010, 141) tutkimuksessa kaikki asiakkaat eivät olleet halukkaita osallistumaan hoitonsa suunnitteluun ja toteutukseen. Jotkut asiakkaista olivat luottavaisia asiantuntijoihin ja heidän päättämiinsä asioihin. Työntekijöiden käsitysten mukaan, jotkut asiakkaat eivät ottaneet vastuuta ja jättivät näin vastuun työntekijöille. Osallisuuteen olivat vaikuttamassa stigma, joka liittyy mielenterveys- ja päihdetyöhön, asiakkaan varautuneisuus sekä psyykkinen että fyysinen tila, lääkitys sekä kuntoutumisen vaihe.

Läheiset oli otettu hyvin huomioon hoidon suunnittelemisessa ja toteuttamisessa suurimman osan vastaajista mielestä. Osa vastaajista kertoo kuitenkin, ettei heillä ole läheisiä tai he eivät kokeneet läheisten huomioimista tarpeellisena. Yksi läheisistä koki, että puolisoilla on negatiivinen käsitys vastaajan sairaudesta. Aivan liian usein hoitojärjestelmä olettaa, että omainen on osana läheisensä hoitoa ja kantaa hänestä vastuuta. Omaiset joutuvatkin usein toimimaan läheisensä apuna ilman riittävää tietoa ja tukea. Mielenterveysomaisille on laadittu omat oikeudet, jotka löytyvät Mielenterveysomaisten keskusliiton FinFamin sivuilta. Oikeuksiksi on lueteltu esimerkiksi omaisten oikeus omaan elämään, virkistykseen ja lomaan, oikeus työelämän joustoihin, oikeus omaisvastaavaan sekä oikeus saada riittävä tietoa läheisensä sairaudesta ja hoidosta. (FinFami 2014.)

Vastaajista yksi mainitsi myös, että hän itse on sairas, ei hänen lapsensa tai läheisensä. Yksi mielenterveysomaisten oikeuksista (FinFami 2014) onkin juuri oikeus lapsuuteen, kun vanhempi sairastaa.

Suurin osa vastaajista koki, että eri tahot tekivät yhteistyötä keskenään riittävästi. Vastaajien kommenttien perusteella pääteltiin, että eri tahojen yhteistyöllä on varsin positiivinen vaikutus asiakkaiden hoitoon.

Vastaajista 3 piti helpottavana seikkana asioistaan kertomiselle hoitohenkilökunnan ammattitaitoa. Vastaajista 3:n mielestä oli myös asioistaan kertomiselle vaikeuttavia seikkoja kuten mustavalkoajattelu, vaihtuva henkilökunta tai asiakkaan oma mielentila. Mustavalkoajattelulla tarkoitettiin tässä tapauksessa hoitajan ainoana oikeina pitämiään käsityksiä ja mielipiteitä esimerkiksi huumeiden käyttöä kohtaan. Tällöin hän ei voi ymmärtää potilaan käsityksiä asiasta. Vuorovaikutusti-

lanteisiin hoitajan ja asiakkaan välillä vaikuttaa paljon hoitajan oma suhtautuminen. Hoitajan kriittisyys ja käännytysinto herättää asiakkaassa vastarintaa, kun taas turvallinen ja luottamuksellinen ilmapiiri lisää avoimuutta ja myönteisyyttä. (Päihdelinkki 2011.) Asiakkaiden mielentila on yksi tärkeä työväline asioiden puhumiseen ja jakamiseen. Vastauksista kävi ilmi, että välillä voi ahdistaa tai jännittää aroista tai ajankohtaisista asioista puhuminen.

Motivoivassa ohjauksessa korostetaan, että ihmisellä itsellään on kaikki edellytykset muutokseen. Hoitajan rooli on kunnioittaa asiakkaan oikeutta ja kykyä valita omat tavoitteensa. Hoitajat tulee myös muistaa, että opettamista, kasvattamista ja asiantuntijana olemista sekä väittelyä tulisi välttää haastattelujen aikana. (Päihdelinkki 2011.)

Potilaalle on kerrottava hoidostaan, hoitotoimenpiteiden merkityksestä, hoitovaihtoehtoista, niiden vaikutuksesta sekä lääketieteellisen tiedon edistymisestä hänelle ymmärrettävällä tavalla. (Suhonen 2007, 12). Osallisuuskyselymme mukaan tämä toteutui hyvin, sillä ainoastaan yksi vastaaja kertoi, että hoitohenkilökunta käyttää ammattisanastoa. Loput vastaajista olivat sitä mieltä, ettei ammattisanastoa käytetä tai ammattisanaston sanat selitetään heille.

Jotkut asiakkaat olivat epätietoisia siitä, oliko heillä hoito- tai kuntoutussuunnitelma eivätkä he tiesivät miten pitkäksi heidän hoitoaikansa oli suunniteltu. (Laitila 2010, 140.) Tutkimuksessamme oli vastaaja, joka toivoi suunnitelmaa esimerkiksi kirjoitettavan paperille ylös. Päättelimme, että tässä olisi kyseessä vastaavanlainen asiakas, joka on epätietoinen hoitosuunnitelmastaan kuten Laitilankin (2010, 140.) tutkimuksessa kerrotaan.

Potilaiden omista asioista kertomista oli koettu monenlaisia muitakin helpottavia asioita vapaille tekstiriveille kirjoitettuna kuten hoitohenkilökunnan ammattitaito, vaihtumaton henkilökunta sekä potilaan mielentila kertomishetkellä. Oli kuitenkin myös kertomista vaikeuttavia seikkoja kuten hoitohenkilökunnan mustavalkoajattelu tai oli koettu että saattaa olla vääriä ihmisiä väärässä ammatissa. On valitettava tosiasia, että joka alalta löytyy alan asiantuntijoita, jotka eivät täysin sovellu alalle. Hoitoala vetää monia alalle sopimattomia puoleensa varmasti sen takia, että

alalla on hyvät tulevaisuuden näkymät; töitä siis riittää. Empatia on tärkeä ominaisuus hoitajalla. Kaikilta sitä ei löydy eivätkä kaikki sitä työpaikastaan riippuen tarvitse, mutta on tärkeää osata kohdata asiakkaat ihmisinä. Asiakkaita ei tarvitse sääliä, mutta empatian osoitus on tärkeä työväline.

Asiakaslähtöisyys on työntekijöistä lähtevä tapa tehdä työtä (Laitila 2010, 5). Kommentti ”väriä ihmisiä väärässä ammatissa” sai meidät pohtimaan tällaisen tilanteen haitallisuutta asiakasta kohtaan. Mielestämme asiakaslähtöisyyttä pitäisi jokaisen hoitajan miettiä, täytyisi ottaa huomioon sekä potilaan tilanne että hänen mielipiteensä asioista. Aina ei voida potilaan mielipiteiden mukaan hoitoa toteuttaa, mutta täytyisi osata valita paras mahdollinen vaihtoehto, joka ei aina ole sama kuin potilaan mielipiteiden asioista. Valittu vaihtoehto pitää myös osata perustella potilaalle sopivalla tavalla. Hoitohenkilökunnan ”henkilökohtainen mielipide” asioista ei saisi potilaan hoidossa tulla esille.

Potilaalla on oikeus saada tietoa oikeuksistaan, sairauksistaan, terveydentilastaan, hoidostaan ja hoitotoimenpiteiden merkityksestä, hoitovaihtoehtoista, niiden vaikutuksista sekä lääketieteellisen tiedon edistymisestä hänelle ymmärrettävällä tavalla. (Suhonen 2007, 12.)

Asiakkaalla on oikeus saada parasta mahdollista hoitoa ja valitettavasti ”väärä ihminen, väärässä ammatissa” -tyyppinen hoitaja pystyy omalla toiminnallaan sabotoimaan asiakkaan hoitoa. Koemme, että asiakkaalla on kuitenkin oikeus valita hoitajansa. Hoitajan tulisi olla puolueeton auttaja, mutta joskus ihmisten väliset kemiaat eivät kohtaa.

Laitilan (2010,25) tutkimuksessa kyselyyn vastanneen hoitajan kommentti ”Asiakas on pääosallistuja yhteistyön sujumisessa. Jos asiakas ei ole yhteistyökykyinen, ovat lähtökohdat asiakkaan hoitamiseksi puutteelliset koska ”Kenenkään puolesta ei voida tehdä asioita”. Vrt. Kääriäinen (2011,42) Asiakkaan on tärkeää saada positiivisia kokemuksia ohjaustilanteissa, jotta hänelle tulisi onnistumisen tunne. Hoitajan tulee siis kannustaa ja rohkaista asiakasta, jotta onnistumisen tunne saataisiin syntymään. Hoitajan täytyisi kyetä tunnistamaan asiakkaan tunnetila ja muokata omaa ohjaustyyliään sen mukaisesti. Kielteiset tuntemukset voivat hei-

kentää asiakkaan motivaatiota ja näin ollen vaikeuttaa oppimista. Tunteiden käsittely ja niiden hallinnan tukeminen on merkittävässä roolissa ohjaustilanteissa.

Työntekijöiden kuuluisi tuottaa sellaisia palveluita, joita asiakkaat olisivat suostuvaisia käyttämään ja jotka he kokisivat omakseen. (Laitila 2010, 26.)

Useiden tutkimusten mukaan hoitajien ja potilaiden näkemykset saattavat erota huomattavastikin toisistaan. Käsitteet toteutuneesta ja saadusta hoidosta eivät aina kohtaa. Todellisuudessa potilas pääsee vaikuttamaan omaa hoitoaan koskeviin kysymyksiin vähemmän kuin olisi tarkoitus. (Pölkki 2013,3) Ammattilaisten käsitykset psykiatrisen asiakkaan osallisuuden mahdollisuuksista ovat negatiivisempia kuin kuntoutujien tai omaisten käsitykset. (Lassila 2010, 3.) Potilailla oli hoitonsa osallisuuteen vaikuttamisesta erilaisia kehittämisideoita kuten terapiakäyntimäärien lisääminen, potilaan mielipiteiden parempi kuunteleminen, hoitohenkilökunnan parempi informaation kulku ja diagnoosin saaminen sairaudelle. Suurin osa vastaajista oli kuitenkin tyytyväisiä hoitonsa osallisuuden toteutumiseen kokonaisuudessaan.

Seuraavat asiat olivat yhteydessä asiakastyytyväisyyteen: mikäli asiakas koki yleisterveytensä hyvänä, hänellä oli pitkä hoitokontakti sekä säännölliset hoitokäynnit avohoidon yksikössä eikä asiakas ole ollut osastohoidossa. On tärkeää muistaa, että asiakkaiden tyytyväisyys ei tarkoita kuitenkaan välttämättä sitä, että asiakas on saanut osallistua hoitoonsa tai että hoito on ollut hänelle hyödyllistä. Yksilölliset auttamistavat mahdollistavat asiakkaan osallistumista hoitoonsa. (Latvala 1998, 27-28.) Potilastyytyväisyyteen eivät olleet yhteyksissä terapeutin koulutushistoria tai terapian kesto aika. Potilastyytyväisyys oli huonompi, jos potilaalla oli pitkä sairaushistoria sekä mielenterveysongelman vakavuus. (Kinnunen 2013, 19.)

9.2 Tutkimuksen luotettavuus

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa kaikki vaiheet: aineiston keruu, analyysi ja raportointi, ovat tärkeitä luotettavuuden arvioinnissa. Luotettavuuskriteerit ovat siirrettävyyttä, totuudellisuutta, vahvistettavuutta ja uskottavuutta. (Willberg 2009.)

Siirrettävyydellä tarkoitetaan sitä, että lukija täytyisi pystyä päättelemään, kuinka paljon tutkimuksen tuloksia pystyisi soveltamaan muihin tutkimuskohteisiin. Todellisuuden kautta voidaan pohtia, kuinka tutkijan omat johtopäätökset vastaavat tutkimuksen todellista tilaa. Vahvistettavuuden avulla saadaan selville, saadanko tuloksilla tukea aikaisemmista tutkimuksista. Uskottavuus taas tukee sitä, että tutkija pitää neutraalin otteen tutkimuksen tuloksia kohtaan. Tutkijan oma persoona saa silti näkyä tutkimuksessa. (Willberg 2009.)

Tutkimustuloksemme eivät ole vahvistettavissa sillä tutkimuksemme tulokset ovat päinvastaisia aiemmin tehtyjen tutkimuksien kanssa. Tutkimuksessamme suurin osa vastaajista (21 kpl 24 vastaajasta) tunsivat, että sai osallistua hoitonsa suunnitteluun ja toteutukseen, mutta heistä 4 vastaajalla oli vapailla tekstiriveillä myös kehittämissideoita osallistumisen mahdollisuuksien kehittämiseen. Laitilan (2010, 147) tutkimuksessa osallistujat (asiakkaat sekä työntekijät) ovat sitä mieltä, että osallisuus on mahdollista toteutua monella eri tavalla, mutta asiakkaan osallisuuden toteutuminen ei ole riittävää. Tämä tulos vastaa kirjallisuudessa aiemmin esitettyä arviota asiakkaan osallisuuden toteutumisesta.

Täytyy muistaa seuraava seikka myös vahvistettavuuden kannalta: Laitilan (2010,4) tutkimuksessa kerrotaan, että palveluiden käyttäjien osallisuuden toteutumista koskeva tutkimus on vähäistä. Erityisesti sellainen tieto, jossa käsitellään asiakkaiden itsensä näkemyksiä osallisuudesta.

Kvantitatiivisen osuuden vastausmäärän kannalta katsottuna vastauksia olisi saanut tulla enemmän, mutta kvalitatiivisten kysymysten vastausmäärä oli riittävä. Kvantitatiivisten tuloksien voidaan katsoa nyt olevan suuntaa antavia vastausmäärän vähäisyyden vuoksi. Kvalitatiiviset tulokset ovat mielestämme paremmin siirrettävissä.

Tutkija ei aina tiedosta ennakoasenteitaan ja näin tulee tiedon vääristymiä. Tutkijalla voi olla omia asenteita, odotuksia ja epäilyksiä tutkittavasta aiheesta. Ennakoasenteet täytyisi tunnistaa ja päästä niistä eroon. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 293.)

Tutkimustuloksia voidaan raportoida virheellisesti siten, että tuloksia ei raportoida ollenkaan, niitä raportoidaan valikoiden tai saatuja tuloksia muokataan (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 293).

Aineiston keruussa tutkimuksen luotettavuus yritettiin saada mahdollisimman hyväksi siten, että tutkimus- ja terapiapoliklinikan vastaajat saivat täyttää kyselylomakkeet itsenäisesti tilassa, jossa ei ollut paikalla hoitohenkilökuntaa. On kuitenkin huomioitava hoitohenkilökunnan vaikuttaneen kyselyyn siten, keille potilaille he kyselystä kertoivat.

Kvantitatiivisen osuuden vastausmäärän kannalta katsottuna vastauksia olisi saanut tulla enemmän, sillä emme luotettavuuden vähäisyyden vuoksi voi tutkimuksemme analysoida taustamuuttujia. Kyselylomake oli toteutettuna ruotsin- ja suomenkielisenä. Asiakas sai näin ollen vastata myös omalla äidinkielellään toteutettuun kyselylomakkeeseen. Ruotsinkielisiä vastauksia oli 8/24 kappaletta. Kaiken kaikkiaan vastausprosentti oli 60.

9.3 Jatkotutkimusaiheet

Tutkimusryhmän koko oli melko pieni, joten yleistyksiä on hankala tehdä. Tutkimuksessa selvisi, että Vaasan keskussairaalan psykiatrian tutkimus- ja terapiapoliklinikan asiakkaat ovat melko tyytyväisiä oman osallisuutensa määrään sekä omaisten huomioimiseen hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa.

Jatkotutkimuksena voisi esimerkiksi tehdä pitempi aikaisen seurannan asiakkaiden tyytyväisyyteen sekä tutkimuksen voisi kohdistaa isommalle joukolle, jolloin yleistäminen olisi mahdollista.

LÄHTEET

E-mielenterveys. 2013. Mielenterveyspalvelut. Viitattu 14.10.2013. <http://www.e-mielenterveys.fi/apua-mielenterveyden-ongelmiin/mielenterveyspalvelut/>

Kajaanin ammattikorkeakoulu. 2014. Opinnäytetyön eettiset suositukset. Viitattu 23.5.2014.

<http://www.kamk.fi/opari/Opinnaytetyopakki/Opinnaytetyoprosessi/SoTeLi/Opinnaytetyoprosessi/Eettiset-suositukset>

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki. WSOYpro.

Kinnunen, A. 2013. Potilaiden arviointeja psykiatrisen hoidon laadusta. Progradu tutkielma. Hoitotieteen laitos. Itä-Suomen yliopisto.

Jyväskylän yliopisto. 2014. Määrällinen analyysi. Viitattu 5.6.2014.

<https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/aineiston-analyysimenetelmat/maarallinen-analyysi>

Kääriäinen, M. 2011. Asiakkaan oppiminen ja motivaatio ohjauksessa. Teoksessa Tutkiva hoitotyö 4/2011, 41–42. Terveystieteiden laitos, hoitotiede. Oulun yliopisto. Sairaanhoidtajaliiton koulutus- ja kustannusyhtiö, Fioca Oy. Helsinki.

Laitila, M. 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Itä-Suomen yliopisto.

Laitila, M. & Pietilä, A-M. 2011. Työntekijöiden käsityksiä asiakkaan osallisuudesta mielenterveys- ja päihdetyössä. Teoksessa tutkiva hoitotyö 1/2012, 24–26. Sairaanhoidtajaliiton koulutus- ja kustannusyhtiö, Fioca Oy. Helsinki.

Latvala, E. 1998. Potilaslähtöinen psykiatrinen hoitotyö laitospäristössä. Väitöskirja. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulun yliopisto.

Leino-Kilpi H. & Välimäki M. 2003. Etiikka hoitotyössä. Juva. WSOY.

Lönnqvist, J. 2005. Mielenterveyden ongelmat. Duodecim. Viitattu 13.11.2013. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00028

Mielenterveysomaisten keskusliitto FinFami. 2014. Mielenterveysomaisten oikeudet. Viitattu 6.6.2014. <http://www.finfami.fi/mielenterveys-omaisten-oikeudet>

Perestelo-Perez, L. Gonzalez-Lorenzo, M. Perez-Ramos, J. Rivero-Santana, A. Serrano-Aquilar, P. 2011. Patient involvement and shared decision-making in mental health care. PubMed. Viitattu 1.9.2014.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21592063>

Päihdelinkki. 2011. Motivoiva haastattelu. Viitattu 4.6.2014.
<http://www.paihdelinkki.fi/alkoholineuvonnan-opas/motivoiva-haastattelu>

Pölkki, T. 2010. Hyvän tutkimusaiheen kriteerit. Teoksessa Tutkiva hoitotyö 4/2010, 3. Sairaanhoidajaliiton koulutus- ja kustannusyhtiö, Fioca Oy. Helsinki.

Pölkki, T. 2013. Tutkimustiedon tuottaminen potilaan näkökulmasta. Teoksessa Tutkiva hoitotyö 2/2013, 3. Sairaanhoidajaliiton koulutus- ja kustannusyhtiö, Fioca Oy. Helsinki.

Suhonen, J. 2007. Psykiatrisen potilaan itsemääräämisoikeuden toteutuminen sairaalahoidon aikana- haastattelututkimus potilaiden kokemuksista. Pro-gradu tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.

Suvisaari, J. 2013. Suomalaisten mielenterveys. Viitattu 14.10.2013.
http://www.terveydenhoitajaliitto.fi/easydata/customers/sthl/files/th-paivat2013esitykset/suomalaisten_mielenterveys_suvisaari_08022013.pdf

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Motivoiva haastattelu. Viitattu 4.6.2014.
http://www.thl.fi/fi_FI/web/neuvoa-antavat-fi/motivoiva-haastattelu

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2011. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon. Viitattu 14.10.2013.
http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/aiheittain/erikoissairaanhoido/psykiatrisen

Thompson, A. 2007. The meaning of patient involvement and participation in health care consultations: a taxonomy. *Social Science & Medicine* Vol 64, nro. 6, 1297-1310. Viitattu 29.7.2014. Tiivistelmä Pubmed-tietokannasta.
<Http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17174016>

Vehmasaho, H. & Rantovaara L. 2010. Potilasohjaus hoitotyössä. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Turun ammattikorkeakoulu.

Willberg, E. 2009. Laadullisen aineiston luotettavuus. Viitattu 23.5.2014.
<https://www.jyu.fi/edu/laitokset/eri/opiskelu/opiskelu-info/prosem/laadullinen>

LIITTEET

HYVÄ VASTAAJA!

Olemme kaksi kolmannen vuoden sairaanhoitajaopiskelijaa Vaasan ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä psykiatrisen potilaan osallisuudesta avohoidossa ja toivoisimme, että voisitte vastata muutamaan kysymykseen liittyen hoitoanne koskeviin asioihin. Kyselylomakkeen tarkoituksena on kartoittaa sitä, kuinka hyvin koette saavanne osallistua hoitoanne koskevaan suunnitteluun ja toteutukseen sekä kuinka sujuvaa yhteistyö kaikkien hoitoon osallistuvien kesken on.

Kyselyyn vastaaminen on täysin vapaaehtoista ja se vie hetken aikaasi. Tiedot käsitellään luottamuksellisesti nimettöminä eikä vastaustanne voida tunnistaa muiden joukosta. Olemme kiinnostuneita kuulemaan, miten olette kokeneet osallisuuden toteutuvan. Kyselyyn vastaamalla teette päättötyöstämme mahdollisen ja samalla yksikkönne hoitohenkilökunta saa arvokasta tietoa koskien asiakkaiden kuulemista hoidossa. Vastauksia käytetään osaston toiminnan kehittämiseen. Valmis tutkimus löytyy Theseuksen (www.theseus.fi) sivuilta.

Täytetyn kyselylomakkeen voitte palauttaa anonymisti kirjekuoreen suljettuna osastonne hoitajille. Kiitos käyttämästänne ajasta, arvostamme vastaustanne.

Hyvää jatkoa!

Sairaanhoitajaopiskelijat:

Jenni Hautala

Iina Ylinen

Opinnäytetyön ohjaaja:

Lehtori

Suvi Kallio

BÄSTA SVARARE!

Vi är två sjukskötarestudenter från Vasa yrkeshögskola. Vi skriver vårt slutarbete som handlar om den psykiatriska patientens deltagande i sin egen vård i öppenvården och vi hoppas att ni kan svara på några frågor om er vård. Syftet med frågeformuläret är att kartlägga hur ni upplever situationen; hur mycket känner ni att ni får delta i planeringen och implementeringen av er egen vård och hur väl samarbetet mellan olika parter fungerar.

Svaring till dissertation är frivillig och det tar bara lite av er tid. Alla svaren behandlas konfidentiellt och ingen kan identifiera ert svar bland alla svaren. Vi är intresserade av att höra hur ni har upplevt er vård och deltagandet i vården. Genom att svara på detta frågeformulär hjälper ni oss att skriva vårt slutarbete och ger vårdpersonalen värdefull information.

Resultaten kommer att användas till att utveckla verksamheten på avdelningen. Det färdiga lärdomsprovet kommer att finnas i Theseus (www.theseus.fi).

Det ifyllda frågeformuläret kan ni lämna in anonymt i ett slutet kuvert till skötare på er avdelning. Tack för er tid, vi uppskattar era svar.

God fortsättning!

Sjukskötarestudenter:

Jenni Hautala

Iina Ylinen

Handledare av lärdomsprovet:

Lektor

Suvi Kallio

HYVÄ HOITOHENKILÖKUNTA!

Olemme kolmannen vuoden sairaanhoitajaopiskelijoita Vaasan ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä psykiatrisen potilaan osallisuudesta avohoidossa. Tutkimuksen tarkoituksena on saada psykiatrisen avohoidon asiakkaan mielipide siitä, kuinka hoitotyöntekijät ottavat asiakkaan ja heidän läheisensä huomioon osastollanne sekä onko yhteistyö eri tahojen välillä sujuvaa.

Tutkimus toteutetaan kyselylomakkeella, joka sisältää puolistrukturoituja kysymyksiä. Osastollenne tuodaan pahvilaatikko, johon asiakkaat voivat palauttaa täytetyt kyselylomakkeet. Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista. Vastaukset palautetaan anonyymisti suljetuissa kirjekuorissa. Lähetämme osastollenne 20 kpl kyselylomakkeita. Jos lomakkeita jostain syystä tarvitaan lisää, toimitamme niitä mielellämme osastolle.

Tuomme kyselylomakkeet ja vastauslaatikon osastollenne huhtikuun 2014 alkupuolella ja haemme ne toukokuun 2014 aikana. Valmis tutkimus löytyy Theseuksen (www.theseus.fi) sivuilta.

Jos teillä on kysyttävää liittyen tutkimukseen, voitte ottaa yhteyttä meihin.

Ystävällisin terveisin

Sairaanhoitajaopiskelijat:

Jenni Hautala

Iina Ylinen

Opinnäytetyön ohjaaja:

Lehtori

Suvi Kallio

TILL MEDARBETARE PÅ PSYKIATRISKA ENHELTEN!

Vi är två sjukskötarestudenter från Vasa yrkeshögskola. Vi skriver vårt lärdomsprov som handlar om den psykiatriska patientens deltagande i sin egen vård. Syftet med undersökningen är att få reda på vilken åsikt den psykiatriska öppenvårdens klient har - hur man tar till hänsyn klienten och klientens anhöriga samt om samarbetet mellan olika parter fungerar

Undersökningen genomförs med ett frågeformulär, som har halvstrukturerade frågor. Frågeformuläret kan lämnas in i svarslådan, som finns på avdelningen. Det är frivilligt att delta i undersökningen och alla svaren förblir anonyma. Vi kommer att skicka 20 stycken frågeformulär till avdelningen och i fall det behövs flera, skickar vi gärna dem till avdelningen.

Både frågeformulären och svarslådan kommer att föras till avdelningen i början av april 2014 och hämtas i maj 2014. Det färdiga lärdomsprovet kommer att finnas i Theseus (www.theseus.fi).

Om ni har frågor om undersökningen, kan ni kontakta oss.

Med vänliga hälsningar

Sjukskötarestudenter:

Jenni Hautala

Iina Ylinen

Handledare av lärdomsprovet:

Lektor

Suvi Kallio

Kyselylomake osallisuudesta psykiatrisessa avohoidossa

*Hyvä vastaaja, toivomme että vastaat kaikkiin kysymyksiin. Sinulla on kuitenkin myös oikeus olla vastaamatta yksittäisiin kohtiin. Laita rasti parhaimmalta tuntu-
van vaihtoehdon eteen, perusteletthan myös vastauksesi vapaille riveille. Jos vas-
tauksesi ei mahdu riville, voit vastata paperin kääntöpuolelle.*

Sukupuoli: Nainen Mies

Siviilisäät: Avioliitossa Avoliitossa En ole parisuhteessa

Työelämä: Olen töissä En ole töissä Opiskelen

Ikä: ___ vuotta

1. Koetko, että saat osallistua hoitosi suunnitteluun ja toteutukseen?

Kyllä

Kuinka saat osallistua hoitosi suunnitteluun ja toteutukseen? Haluaisitko vielä kehittää vaikuttamisen mahdollisuutta hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa? Miten?

Ei

Millä tavoin haluaisit vaikuttaa hoitoasi koskevaan suunnitteluun ja toteutukseen?

En ole halukas

osallistumaan hoitoni suunnitteluun ja toteutukseen. Miksi en?

2. Koetko, että läheisesi huomioidaan hoitosi suunnittelussa ja toteutuksessa?

Kyllä

Kuinka läheisesi huomioidaan hoitosi suunnittelussa ja toteutuksessa tällä hetkellä? Voisiko tätä vielä parantaa? Miten?

Ei

Millä tavoin haluaisit, että läheisesi otettaisiin huomioon hoitosi suunnittelussa ja toteutuksessa?

En koe tarpeellisena

läheisten osallistumista hoitoni suunnitteluun ja toteutukseen. Miksi en?

3. Koetko, että eri tahot (lääkärit, hoitohenkilökunta, psykologit, omaiset...) tekevät riittävästi yhteistyötä keskenään?

Kyllä

Eri tahot tekevät toimivaa yhteistyötä keskenään myös Sinut huomioiden. Kuinka tärkeänä koet tämän asian?

Ei

Eri tahot eivät tee riittävästi yhteistyötä keskenään. Onko Sinun huomioitisi mielestäsi riittämätöntä yhteistyössä? Kuinka tärkeänä koet tämän asian?

En koe eri tahojen yhteistyötä tärkeänä asiana hoitoni kannalta.

Miksi?

Kuinka tämä vaikuttaa hoitoosi?

4. Uskallatko kertoa mieltäsi painavat asiat hoitohenkilökunnalle?

- Kyllä Ei En koe tarpeellisena

5. Millaiset asiat helpottavat kertomista? (Voit valita useamman vaihtoehdon)

- Helposti lähestyttävät hoitajat Lähiomaiset
 Ympäristö Ystävät
 Luotettavuus Muu, mikä?
 Turvallisuus
-
-
-

6. Käyttääkö hoitohenkilökunta paljon ammattisanastoa, jota et ymmärrä?

- Kyllä Ei

Jos vastasit edelliseen kysymykseen Kyllä, avataanko ammattisanojen merkitystä Sinulle?

KIITOS VASTAUKSISTASI JA AJASTASI! 😊

Frågeformulär om deltagandet i den psykiatriska öppenvården

Bästa svarare, vi hoppas att du svarar på alla frågor. Du kan också välja att inte svara alla frågor. Kryssa för det alternativ, som passar bäst och motivera ditt svar på raderna. Vid behov kan du också fortsätta ditt svar på andra sidan av pappret.

Kön: Kvinna Man

Civilstånd: Gift Samboende Jag är inte i ett parhållande

Arbetsliv: Jag arbetar Jag arbetar inte Jag studerar

Ålder: ___ år

1. Känner du att du får delta i planeringen och genomförandet av din egen vård?

Ja

Hur får du delta i planeringen och genomförandet? Skulle du vilja utveckla dina möjligheter att delta i planeringen och genomförandet? Hur?

Nej

På vilket sätt skulle du vilja påverka planeringen och genomförandet?

Jag vill inte

delta i planeringen och genomförandet. Varför inte?

2. Känner du att man tar till hänsyn till dina anhöriga i planeringe och genomförandet av din behandling? **Ja**

Hur tar man till hänsyn dina anhöriga i planeringe och genomförandet av din behandling? Skulle man kunna förbättra det? På vilket sätt?

 Nej

Hur borde man ta till hänsyn dina anhöriga i planeringen och genomförandet?

 Jag uppleva att det är inte viktig

Jag känner inte att det är nödvändigt att ta till hänsyn mina anhöriga i planeringen och genomförandet, varför inte?

3. Känner du att de olika parterna (läkare, vårdpersonalen, psykologer, anhöriga...) samarbetar tillräckligt mycket? **Ja**

Samarbetet mellan de olika parterna fungerar bra och de tar till hänsyn dig. Hur viktigt är detta för dig?

 Nej

De olika parterna samarbetar inte tillräckligt. Blir du försummad?

 Jag tycker inte samarbetet mellan de olika parterna är viktigt för min vård.

Varför?

Hur påverkar detta din vård?

4. Vågar du prata om svåra saker som tynger dig till vårdpersonalen?

- Ja Nej Jag tycker inte det är nödvändigt

**5. Vilka faktorer gör det lättare för dig att prata om saker som tynger dig?
(Du kan välja flera alternativ)**

- Skötare som är lätta att prata och ta kontakt med Anhörig
 Omgivningen Vänner
 Pålitlighet Annat, vad?
 Säkerhet
-
-
-

6. Använder vårdpersonalen mycket fackterminologi, som du inte förstår?

- Ja Nej

Om du svarade ja på den här frågan, berättar personalen vad de olika termerna betyder?

TACK FÖR DIN SVAR OCH TID! 😊