

Hahtola Jasmi & Kankaanpää Elina

Sairaanhoitajien kokemuksia mielenterveysasiakkaan kohtaamisesta

Opinnäytetyö

Kevät 2017

SeAMK Sosiaali- ja terveysala

Sairaanhoitaja (AMK)



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: Sosiaali- ja terveysala

Tutkinto-ohjelma: Sairaanhoidaja (AMK)

Tekijät: Hahtola Jasmi ja Kankaanpää Elina

Työn nimi: Sairaanhoidajien kokemuksia mielenterveysasiakkaan kohtaamisesta

Ohjaajat: Mesiäislehto-Soukka Helinä, TtT, KM, lehtori & Katajamäki Leena, THM, lehtori

Vuosi: 2017

Sivumäärä: 46

Liitteiden lukumäärä: 5

Mielenterveys sairaudet ovat kasvamassa aikamme suurimmaksi kansantautiryhmäksi. Nykyisin yhä useammat mielenterveyspalvelut siirretään perusterveydenhuollon piiriin. Näiden vuoksi opinnäytetyön aihe on ajankohtainen. Mielenterveystyön ydin on mielenterveysasiakkaan ja hoitajan välinen hoitosuhde. Hoitosuhde perustuu vuorovaikutussuhteeseen, jossa hoitajan tulee huomioida asiakas kokonaisvaltaisesti. Onnistuneessa kohtaamisessa asiakas tulee kuulluksi, nähdyksi ja hyväksytyksi.

Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Seinäjoen terveyskeskuksen hoitohenkilökunnan kanssa. Opinnäytetyönä tehtävän tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tutkittua tietoa ja kehittää saadun tiedon avulla Seinäjoen terveyskeskuksen toimintaa mielenterveysasiakkaan kohtaamisessa. Opinnäytetyönä tehtävän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla sairaanhoidajien kokemuksia mielenterveysasiakkaan kohtaamisesta. Opinnäytetyössä haettiin vastausta tutkimuskysymykseen: Millaisia kokemuksia Seinäjoen terveyskeskuksen sairaanhoidajilla on mielenterveysasiakkaan kohtaamisesta? Opinnäytetyössä käytettiin kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Aineisto kerättiin teemahaastattelurunkoa käyttäen avoimella haastattelulla. Aineisto analysoitiin teoriaohjaavan sisällönanalyysin avulla.

Opinnäytetyön tulosten mukaan hoitajat kokivat mielenterveysasiakkaan kohtaamisen kahden aikuisen ihmisen väliseksi kohtaamiseksi eikä kohtaaminen herättänyt hoitajissa poikkeavia tuntemuksia. Mielenterveysasiakkaan sukupuolella tai iällä ei ole vaikutusta kohtaamiseen. Tulosten mukaan mielenterveysasiakkaat ovat herkkiä ja he tarvitsevat tukea ja huolenpitoa enemmän kuin somaattisen puolen asiakkaat.

Kohtaamisen haasteiksi nousivat mielenterveysasiakkaan luottamuspula hoitohenkilökuntaa kohtaan, asiakkaan oman sairauden ymmärtäminen ja puhelinkontaktin aiheuttamat ongelmat. Tuloksista nousi esiin koulutuksen lisäämisen merkitys. Hoitajat kokivat lisäkoulutuksen tukevan ja tuovan varmuutta mielenterveysasiakkaan kohtaamiseen.

Avainsanat: mielenterveys, asiakas, hoitosuhde, kohtaaminen, vuorovaikutus.

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

Faculty: School of healthcare and social work

Degree programme: Degree programme in Nursing

Authors: Hahtola Jasmi ja Kankaanpää Elina

Title of thesis: Nurses's experiences to confront customer of mental health

Supervisors: Mesiäislehto- Soukka Helinä, PhD, Senior Lecturer, M.A & Katajamäki Leena, MNSc, Senior Lecturer

Year: 2017

Number of pages: 46

Number of appendices: 5

Illnesses of mental health are growing to the biggest group of national diseases in our time. Nowadays even more of mental health services will move to the circle of normal health care. That's why the subject of the thesis is current. The main point of work in mental health is treatment relationship between the nurse and the customer of mental health. Care relationship is based on interaction when the nurse must see the customer as entity. In a successful meeting the customer will be heard, seen and accepted.

The thesis has made by cooperation with nursing workers of the health center of Seinäjoki. Goals of the survey was produce researched information and develop ways to face customers of mental health in the health center of Seinäjoki by founded information. The meaning of the thesis was to describe experiences of nurses confront customers of mental health. The thesis was searching answer to the survey question: What kind of experiences nurses of Seinäjoki's mental health center have about meeting customers of mental health? A qualitative research method was used in this thesis. The material was collected by the basic of theme interview with open interviews. The material was analyzed by using theory guiding content analysis.

According to results of the thesis nurses experienced that confronting a customer of mental health is the same than confront ordinary adults. It doesn't bring different kind of feelings. The gender or age of the customer don't make a difference either.

According to results customers of mental health are sensitive and they need support and care more than customers of somatic side. Challenges in meetings can be lack of trust of mental health customers towards nurses, understanding the customer's own illness and troubles with telephone contact. The meaning of increasing education came out from results of the survey. Nurses experienced that further education support and bring confidence to confront mental health customers.

Keywords: mental health, customer, care relationship, confront, interaction.

SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä.....	2
Thesis abstract.....	3
SISÄLTÖ.....	4
1 JOHDANTO.....	6
2 MIELENTERVEYS JA SEN HÄIRIÖT.....	8
2.1 Mielensterveys.....	8
2.2 Mielensterveyden häiriöt.....	8
2.2.1 Mielialahäiriöt.....	9
2.2.2 Ahdistuneisuushäiriöt.....	10
2.2.3 Psykoottiset häiriöt.....	11
3 MIELENTERVEYSASIAKKAAN KOHTAAMINEN PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA.....	12
3.1 Mielensterveysasiakkaan avohoito perusterveydenhuollossa.....	12
3.2 Mielensterveysasiakkaan kohtaaminen.....	14
3.2.1 Kokonaisvaltaisuus.....	15
3.2.2 Vuorovaikutussuhde.....	16
3.2.3 Luottamuksellisuus.....	19
3.2.4 Kuunteleminen ja havainnointi.....	19
3.2.5 Huolenpito ja empatia.....	20
3.2.6 Voimavaralähtöisyys.....	21
3.2.7 Ohjaaminen.....	23
4 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS.....	25
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	26
5.1 Opinnäytetyön menetelmä.....	26
5.2 Aineiston kerääminen.....	26
5.3 Aineiston analysointi.....	27
6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET.....	28
6.1 Taustatiedot.....	28
6.2 Mielensterveysasiakkaat.....	28
6.3 Tunteuksia mielensterveysasiakkaan kohtaamisesta.....	29

6.4	Mielenterveysasiakkaan kohtaamisen haasteet	30
6.5	Kokemuksia mielenterveysasiakkaan kohtaamisesta	31
6.6	Aikaisempien kokemusten vaikutus mielenterveysasiakkaan kohtaamiseen.....	33
6.7	Mielenterveysasiakkaan kohtaamisen kehittäminen	34
7	POHDINTA	36
7.1	Pohdinta tuloksista	36
7.2	Pohdinta opinnäytetyöprosessista.....	38
7.3	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	38
7.4	Johtopäätökset.....	40
7.5	Kehittämissuhteet ja jatkotutkimusaiheet	40
	LÄHTEET	42
	LIITTEET	46

1 JOHDANTO

Suomessa on arvioitu vuonna 2016 mielenterveyshäiriöistä koituvan kokonaiskustannuksia yli 6 miljardia euroa. Suurimmat kustannukset aiheuttavat masennus ja skitsofrenia. Mielenterveyssairaudet ovat suuri riski kansanterveydelle ja –taloudelle, koska palveluita ei riitä kaikille. (Kärkkäinen 2016, 1505.) Suomessa mielenterveyshäiriöistä yleisimpiä ovat masennus, ahdistuneisuushäiriö ja kaksisuuntainen mielialahäiriö (Kuhanen ym. 2013, 36). Masennuksen lisäksi alkoholiriippuvuus on toinen työkyvyttömyyteen johtava tekijä. Samanaikaisesti esiintyvät mielenterveys- ja päihdeongelmat ovat kasvava ongelma. (Kuhanen ym. 2013, 36.) Tässä opinnäytetyössä ei käsitellä päihdeongelmia.

Mielenterveys on näkyvä osa ihmisten toimintakykyä ja hyvinvointia, joten sen ylläpitäminen ja edistäminen ovat nousseet tärkeiksi taidoiksi mielenterveystyön rinnalle (Vuorilehto ym. 2014, 8). Tällä vuosikymmenellä mielenterveyspalveluiden kehityssuunta on mielenterveysosaamisen tuominen perusterveydenhuoltoon, somaattisten sairauksien hoidon rinnalle. Mielenterveysasiakkaiden tiedetään käyttävän sosiaali- ja terveyspalveluita muita asiakkaita enemmän. Perusterveydenhuollossa voidaan hoitaa eriasteisia mielenterveyden häiriöitä. Ne tulisi tunnistaa riittävän varhain ja hoitoa tulisi saada mahdollisimman pian. (Niemelä & Blanco-Sequeiros 2015, 565–566.)

Asiakkaan kohtaamisessa tulee ottaa huomioon yksilöllisyys, kunnioittaminen, itsemääräämisoikeus ja tasa-arvoisuus (Hietaharju & Nuutila 2016, 122). Asiakkaan ja hoitajan välinen hoitosuhde perustuu vuorovaikutussuhteeseen, jossa asiakas tulee huomioida kokonaisvaltaisesti. Hoitosuhteen elementteihin kuuluvat vuorovaikutussuhde, kokonaisvaltaisuus, voimavaralähtöisyys, luottamuksellisuus ja empatia. Näiden tueksi hoitosuhteessa on eri menetelmiä, joihin kuuluvat huolenpito, läsnäolo, keskustelu, ohjaaminen, kuunteleminen ja havainnointi. Jokainen kohtaaminen onkin merkityksellinen ja ainutlaatuinen. (Kuhanen ym. 2013, 13, 153–161.)

Opinnäytetyönä tehtävän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla sairaanhoitajien kokemuksia mielenterveysasiakkaan kohtaamisesta Seinäjoen terveyskeskuksessa.

Opinnäytetyönä tehtävän tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tutkittua tietoa ja kehittää sen avulla Seinäjoen terveyskeskuksen toimintaa mielenterveysasiakkaan kohtaamisessa.

2 MIELENTERVEYS JA SEN HÄIRIÖT

2.1 Mielenterveys

Punkasen (2006, 9) mukaan mielenterveyttä määritellään monin eri tavoin. Ajan kuluessa määritelmät muuttuvat. Käsitteenä se on kulttuurisidonnainen. Mielenterveys on voimavara, joka vaihtelee elämän eri vaiheissa. Mielenterveys on ihmisen hyvinvoinnin tila, jossa hän ymmärtää omat kykynsä ja voimavaransa ja osaa tarvittaessa hyödyntää niitä erilaisissa tilanteissa (Vuorilehto ym. 2014, 13–14). Sosiaali- ja terveysministeriön selvitys mielenterveystyö Euroopassa määrittää mielenterveyden neljään osa-alueeseen. Näihin kuuluvat yksilölliset tekijät ja kokemukset, sosiaalinen tuki ja vuorovaikutus, yhteiskunnalliset rakenteet ja resurssit ja kulttuuriset arvot (Lavikainen, Lahtinen & Lehtinen 2004, 32). Omat yksilölliset tekijät ja kokemukset vaikuttavat siihen, kuinka oman mielenterveytensä määrittelee. Yksilöllisiä tekijöitä ovat muun muassa perimä ja sukupuoli. Kielteiset elämäntapahtumat esimerkiksi läheisen kuolema muovaavat yksilön mielenterveyttä. Omaan mielenterveyteensä voi vaikuttaa omilla arkielämän valinnoilla ja asenteilla. Varhainen vuorovaikutus ja sosiaalinen tuki vaikuttavat mielenterveyteen. Tämä luo pohjan hyvälle itsetunnolle, minäkuvalle ja kehittyvälle empatiakyvyille. Lisäksi kaikilla ympäristöillä, joissa yksilö toimii, on vaikutusta mielenterveyteen. Myös yhteiskunnalliset rakenteet ja resurssit, kuten taloudellinen toimeentulo sekä asumis- ja elinolosuhteet vaikuttavat omaan hyvinvointiin. Yhteiskunnallisiin tekijöihin liittyvät kulttuuriset arvot. Yksilön mielenterveyteen vaikuttavat lisäksi kysymykset ihmisoikeuden ja tasa-arvon toteutumisesta. Näitä kysymyksiä ovat esimerkiksi, miten erilaisuuteen suhtaudutaan tai miten mielenterveysongelmista puhutaan. Mielenterveyden voisi ilmaista yksilön psyykkisenä vastustuskykyinä ja hyvinvoinnin tilana. (Kuhanen ym. 2013, 19–21.)

2.2 Mielenterveyden häiriöt

Nykykäsityksen mukaan useimmat psykiatriset diagnoosit ovat oireyhtymiä. Tiedossa olevalla oirekokonaisuudella on tietyn ajan tunnettuja oireita, tietty kulku ja ennuste. Diagnoosit ovat siten sekä tiedottavia että kuvaavia. Diagnoosien avulla

ammattilaiset oppivat tunnistamaan ja hoitamaan häiriöstä kärsiviä ja antamaan myös suuntaa ennusteesta, hoidon suunnittelusta ja tavoitteista. (Kuhanen ym. 2013, 176.)

Suomalaisista sairastuu vuosittain 1,5 % johonkin mielenterveyden häiriöön tai psyykkiseen sairauteen (Vuorilehto ym. 2014, 106). Suomen väestöstä masennuksesta kärsii 5 %, ahdistuneisuushäiriöstä 4 %, kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä 1-3 % ja alkoholiriippuvuudesta 4 % (Kuhanen ym. 2013, 36). Psykoosisairauksien esiintyvyys Suomessa on noin 3,5 %. Skitsofrenia on yleisin psykoosisairauksista ja sen esiintyvyys on 1 % suomalaisista. (THL 2016.) Järvelin (2014, 8) esittää, että Etelä-Pohjanmaalla avohoidon asiakkaista tuhatta vastaavan ikäistä asukasta kohti sairastuneiden henkilölukumäärä on 34,7. Myös avohoidon käyntejä tuhatta asukasta kohti henkilölukumääränä ilmaistuna on 12,0.

2.2.1 Mielialahäiriöt

Mielialahäiriöt jaetaan kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön ja masennushäiriöihin. Ne ovat merkittäviä kansanterveysongelmia, erityisesti masennus. Yleisimpänä työkyvyttömyyden aiheuttajana ovat masennustilat. (Kuhanen ym. 2013, 201–202.) Suomalaisien väestötutkimuksien mukaan masennushäiriöt ovat lisääntyvä ongelma. Vaikka suurin osa asiakkaista toipuu, masennuksella on pitkäkestoisia seurauksia. (Markkula & Suvisaari 2017.) Masentuneen on hankala selviytyä arkielämän toimita. Hänen toimintakykynsä on madaltunut ja itsestä huolehtiminen on muodostunut haastavaksi. (Kuhanen ym. 2013, 201–202.) Marttunen ja Karlsson (2013, 41) korostavat, että masentunut mieliala on ohimenevä tunnetila, joka on jokaiselle tuttu. Heidän mukaansa se menee nopeasti ohi eikä se edellytä hoitoa. Kuitenkin masentuneen mielialan pitkittyessä kyseessä on mielenterveydenhäiriö (Kuhanen ym. 2013, 202). Masennuksen oireisiin kuuluvat esimerkiksi toimintakyvyn heikkeneminen, mielialanlasku, keskittymisvaikeus, ahdistuneisuus ja unihäiriöt. Oireiston perusteella masennus voidaan luokitella lieviin, keskivaikeisiin, vaikeisiin ja psykoottisiin masennustiloihin. (Kuhanen ym. 2013, 201–202.) Masennus ilmenee moniulotteisena ilmiönä, ja useat vakavista masennustiloista kärsivät eivät koe varsinaisesti itseänsä masentuneeksi, ja tämä tuo haastetta hoitotyölle. Masennuksen syntyyn

vaikuttavat yksilön biologiset, sosiaaliset ja psykologiset tekijät yhdessä. Useimpien ajankohtaiset elämänmuutokset, pitkittynyt stressi tai raskaus ovat laukaisevia tekijöitä masennukselle. (Heiskanen, Tuulari & O. Huttunen 2011, 8–9.)

Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä masennus, hypomania, mania ja sekamuotoiset kaudet vaihtelevat sairauden eri vaiheissa. Lisäksi voi olla myös oireettomia tai vähäoireisia kausia. Hypomanialla tarkoitetaan mielialan nousua, joka selkeästi erottuu normaalista mielialasta esimerkiksi fyysisenä levottomuutena, keskittymiskyvyn heikkenemisenä ja unen tarpeen vähentymisenä. Hypomania kestää useista päivistä viikkoihin. Manian oireet ovat hypomaniata voimakkaampia. Manialla tarkoitetaan esimerkiksi kohonnutta itsetuntoa, korostunutta mielialan nousua ja kohonnutta energiantasoa. Manian oireita ovat myös esimerkiksi aggressiivisuus, ärtynyt mieliala ja arvostelukyvyn heikkeneminen. Mania kestää parista viikosta viiteen kuukauteen. Sekamuotoisessa kaudessa masennusoireita ja maanisia oireita esiintyy melkein yhtäaikaisesti ja ne vaihtuvat nopeassa tahdissa. (Kuhanen ym. 2013, 203–204.)

2.2.2 Ahdistuneisuushäiriöt

Koposen ja Lepolan (2016) mukaan ahdistuneisuushäiriöllä tarkoitetaan tunnetilaa, joka rajoittaa sekä sosiaalista että psyykkistä toimintakykyä. Tällöin häiriöstä voidaan puhua silloin, kun ahdistuneisuus on voimakasta ja pitkäkestoista. Ahdistuneisuushäiriöstä kärsii noin neljännes väestöstä jossakin elämän vaiheessa. Häiriön vaikutukset voivat olla vakavia. Ahdistuneisuuden tunne on sisäistä levottomuutta, pelkoa, jännittyneisyyttä, kauhun ja paniikin tunnetta. (Hietaharju & Nuutila 2016, 32.) Ahdistuneisuushäiriöön saattaa liittyä huonommuuden tunnetta. Ihminen saattaa pyrkiä näyttämään ulospäin korostuneen pärjäävältä. Hän saattaa kontrolloida pelontunnettaan erityisen huolellisella suorittamisella tai varmistelulla. (Fröjd ym. 2009, 7.)

Hietaharju ja Nuutila (2016, 32) kirjoittavat, että huolestuneisuus ja lievä ahdistuneisuus kuuluvat tavallisen elämän tunnekokemuksiin. Näiden tutkijoiden mukaan ahdistuneisuushäiriöstä voidaan puhua, kun siitä on merkittävää haittaa yksilölle.

Ahdistuneisuushäiriötä ovat esimerkiksi paniikkihäiriö ja yleistynyt ahdistuneisuushäiriö. Paniikkihäiriössä yksilö kokee toistuvia voimakkaita ahdistuskohtauksia. Tämä tarkoittaa sitä, että hänelle tulee kohtausittain pakokauhunkaltainen ahdistus. Oireisiin kuuluu fyysisiä tuntemuksia, joita ovat esimerkiksi sydämentykytys, hikoilu ja rintakipu. Oireilun ilmenemisen pelko johtaa ahdistavien tilanteiden vältteilyyn. Kohtaukset saattavat olla odottamattomia ja ne voivat kestää useita minuutteja. Ahdistuneisuuden oireet kohdistuvat erilaisiin toimintoihin eivätkä tällöin ole tilannesidonnaisia. (Kuhanen ym. 2013, 219.) Ahdistuneisuushäiriössä ihmisen todellisuudentaju useimmiten säilyy. Vakavammassa mielenterveydenongelmassa, kuten psykooseissa taas todellisuudentaju hämärtyy. (Hietaharju & Nuutila 2016, 32.)

2.2.3 Psykoottiset häiriöt

Hietaharjun ja Nuutilan (2016, 84–86) mukaan psykoottisiin häiriöihin kuuluvat skitsofrenia ja muut psykoosit, kuten harhaluuloisuushäiriö, mielialapsykoosi, psykoottinen depressio, skitsoaffektiivinen psykoosi ja lyhytkestoinen psykoottinen häiriö. Psykoosilla tarkoitetaan sitä, että yksilön ajatus- ja havainnointikyky vääristyy, jolloin hän kokee todellisuuden ja muut ihmiset poikkeavalla tavalla. Psykoosissa olevan yksilön todellisuudentaju on heikentynyt. Sen seurauksena hän ei erota, mikä on totta ja mikä ei. Oireisiin kuuluvat esimerkiksi kuulo- ja näköharhat, aistiharhat ja harhaluulot. Käyttäytyminen ja puhuminen voivat ilmetä hajanaisuutena ja vaikeasti ymmärrettävänä. (Kuhanen ym. 2013, 187.)

Skitsofrenia on yleisin ja vaikea-asteisin psykoosisairaus. Tyypillisiä oireita skitsofreniassa ovat toimintakyvyn heikkeneminen, tunneilmaisun latistuminen sekä vaihtelevat että pitkäaikaiset havaitsemisen ja ajattelun vääristymät. (Holmberg 2016, 32.) Oireet jaetaan myös positiivisiin ja negatiivisiin oireisiin. Positiiviset oireet ovat normaalien psyykkisten toimintojen häiriintymistä esimerkiksi harhaluuloja. Negatiiviset oireet taas ovat normaalien psyykkisten toimintojen puuttumista tai heikentymistä esimerkiksi tunneilmaisun latistumista ja puheen köyhtymistä. (Kuhanen ym. 2013, 187.)

3 MIELENTERVEYSASIAKKAAN KOHTAAMINEN PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA

3.1 Mielenterveysasiakkaan avohoito perusterveydenhuollossa

Kunnilla on velvollisuus järjestää asukkailleen mielenterveyspalvelut. Kuntalaisella on oikeus tasavertaiseen, hyvään palveluun ja hoitoon. Peruspalveluiden näkökulmasta asiakas tulee kohdata kunnioittavasti. Asiakkaalla on itsemääräämisoikeus, valinnanvapaus, oikeus tiedonsaantiin ja vaihtoehtoiseen hoitoon. Kaikessa suunnittelussa, päätöksenteossa ja julkisten palveluiden toteuttamisessa tulee huomioida mielenterveyden edistämisen näkökulma. (Noppari, Kiiltomäki & Pesonen 2007, 9.)

Nopparin, Kiiltomäen ja Pesosen (2007, 9) mukaan avohoito on merkittävin mielenterveyspalvelu perusterveydenhuollossa. Se on useimmiten ensimmäinen kontakti, jossa aloitetaan hoitoketjullinen tuki asiakkaalle. Perusterveydenhuollossa hoitajien työmäärä on kasvanut avohoidon lisääntymisen takia, kuitenkin toimintaresursseja ei ole lisätty tarpeeksi laitoshoidon vähentymisen myötä (Laijärvi ym. 2006, 251). Selkeällä ja tarkoituksenmukaisella avohoidon hoito-ohjelmalla pyritään onnistuneeseen kotiutumiseen sairaalasta. Uudelleen sairaalaan joutumisen riski on pienentynyt tehokkaan avohoidon myötä. Omahoitajasuhteet ovat perusrunkona hoito-ohjelmassa. Avohoitoon siirtyneiden hoito-ohjelman tulokset olivat odotetusti parempia kuin sairaalassa olevien asiakkaiden tulokset. Avohoitoon siirtyvät kaikki ajoittaisen sairaalahoidon kuntoutujat ja itsenäisen vakaan elämän kuntoutujat. (Nordling 2007, 3, 150–152.)

Terveyskeskuksen vastaanotolla toimii lääkäri-hoitajatyöparit, jotka vastaavat pitkäaikaissairaiden asiakkaiden kiireettömästä hoidosta. Asiakas saa nimetyn omahoitajan, johon hän voi ottaa yhteyttä hoitoon liittyvissä asioissa. Omahoitaja toimii hoitoprosessin kaikissa vaiheissa asiakkaan tukijana ja avustajana. Lääkäri-hoitajaparin ja asiakkaan tiivis yhteistyö edesauttaa asiakkaan sitoutumista pitkäaikaissairauksien hoitoon. (Peltonen 2009, 125–127.) Myös työparien omien roolin ymmärtäminen, hoidon tavoitteiden yhtenäisyys ja yhteinen päätösten tekeminen ovat merkittäviä tekijöitä yhteistyön onnistumisessa (Rekola, Isoherranen & Koponen 2005,

17). Lääkäri-hoitajaparin yhteistyö edistää terveydenedistämisen toteutumisen asiakaslähtöisesti. Terveyskeskuksessa lääkärin päivystysvastaanottokäyntien määrä on vähentynyt hoitajien vastaanottoiminnan käyttöönoton vuoksi, tämä lisää hoitoon pääsyn joustavuutta. Vastaanottoiminnassa hoitajan tulee arvioida asiakkaan hoidon tarve ja hoidon vastuuhenkilö. Tämän avulla lääkärin vastaanotolle valikoituvat asiakkaat, jotka tarvitsevat myös lääketieteellistä hoitoa. Terveyskeskuksessa hoitajat tapaavat säännöllisesti mielenterveysasiakkaita vastaanotollaan ja toimivat heidän omahoitajinaan. (Peltonen 2009, 125–127.) Työparimallissa asiakas ottaa tavallisesti yhteyttä omahoitajaan, joka arvioi hoidon tarpeen. Näin mahdollistetaan ammattiosaamisen hyödyntäminen niihin hoidollisiin tehtäviin, johon osaamista tarvitaan. Kokonaisvastuu hoidosta on kuitenkin lääkärillä. Omahoitajat huolehtivat yhteydenpidosta asiakkaaseen. Omahoitajalle on puhelinaikoja tiettyinä ajankohtana. Puhelimen ollessa varattu, puhelut tallentuvat takaisinsoittojärjestelmään ja omahoitaja soittaa takaisin viikon kuluessa. Kiireellisissä tilanteissa ei soiteta omahoitajalle, vaan soitetaan suoraan terveyskeskuksen ajanvaraukseen, ensiapupäivystykseen tai yleiseen hätänumeroon. Työparimallin tavoitteena on taata pitkäaikaissairaana asiakkaan hoitoon pääseminen ja suunnitelmallinen hoidon jatkuvuus. Tavoitteet saavutetaan, kun asiakas osallistuu oman hoitonsa suunnitteluun. (Lääkäri-hoitaja –työparit, [viitattu 21.03.2017].) Haasteena onkin tukea asiakasta myös vaikeina aikoina ja tarkastella nykyisiä tavoitteita ja keinoja terveydenedistämiseksi yhdessä asiakkaan kanssa (Holmberg ym. 2008, 111).

Yksilöllisen hoidon on aikaisemmin tutkittu edistävän asiakastyytyväisyyttä, asiakkaan hoitotuloksia ja hoitoon sitoutumista. Yksilöllistä hoitoa voidaan edistää asiakkaan arvostamisella, suhtautumalla tasa-arvoisesti, kuuntelemalla ja ottamalla huomioon hänen mielipiteensä. Yhteistyökykyyn vaikuttavia tekijöitä ovat myös asiakkaan kyky kommunikoida ja oman sairauden ymmärtäminen. Hoitajan ammattitaito edistää asiakkaan hoidon toteutumista. Aikaisemmassa tutkimuksessa on havaittu tärkeäksi työn tueksi järjestää täydennyskoulutusta, jolla voidaan kehittää hoitajan ammattitaitoa. (Gustafsson, Leino-Kilpi & Suhonen 2009, 9–10.)

Hoitajan ammatillisuuteen kuuluu oman alan asiantuntijuus. Asiantuntijuus kasvaa koulutuksen ja kokemusten kautta. Siihen liittyy myös oma motivaatio itsensä ke-

hittämiseen ja kykyä oppia erilaisista kokemuksista. Jokainen hoitaja joutuu hyväksymään sen, ettei kykene auttamaan kaikkia mielenterveysasiakkaita. Ammattitaidon lisääntyessä hoitaja oppii kohtaamaan ja työskentelemään mitä erilaisimpien asiakkaiden kanssa. Aina kuitenkin hoitajan ja asiakkaan ajattelutapa ei kohtaa eikä yhteistä näkemystä synny. (Kiviniemi ym. 2014, 73, 77.)

3.2 Mielenterveysasiakkaan kohtaaminen

Tässä opinnäytetyössä käytetään termiä mielenterveysasiakas. Sanana tämä tarkoittaa ihmistä, joka hakee mielenterveysongelmiinsa apua terveyden- tai sosiaalihuollon ammattilaisilta. Ihmisiä, jotka hakevat apua ja palveluja terveydenhuoltojärjestelmistä kutsutaan asiakkiksi. Terveydenhuollon ammattilaiset käyttävät mieluummin nykyisin nimitystä asiakas kuin potilas. Asiakkuudella korostetaan asiakkaan itsemääräämisoikeutta ja omien valintojen tekemisen mahdollisuutta hoitosuhteessa. (Vuorilehto ym. 2014, 53–54.)

Viime aikoina on yhä enemmän alettu keskustella mielenterveyden yhteiskunnallisesta arvostuksesta ja mielenterveyshäiriöihin kohdistuvan kulttuurisen leiman, poikkeavuuden ja syrjinnän lievittämisestä. Mielenterveysasiakkaaseen saatetaan liittää yhteisössä stigma eli kulttuurisesti ei-hyväksyty leima, joka ilmenee hänen ja ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa. (Noppi ym. 2007, 27.) Nordling (2007, 46) esittää, että leima saattaa estää mielenterveysasiakasta saamasta osakseen täyttä sosiaalista hyväksyntää ja tällöin hän saattaa peitellä mielenterveyshäiriöitään, koska hän pelkää leimautuneeksi tulemista.

Mielenterveysasiakkaan kohtaamisessa tulee ottaa huomioon ihmisarvon kunnioittaminen, yksilöllisyys, tasa-arvoinen kohtelu, oikeudenmukaisuus ja turvallisuudesta huolehtiminen. Avoimuus ja aitous ovat myös tärkeitä asiakkaan kohtaamisessa. Hoitosuhteen onnistumisen kannalta jokainen kohtaaminen on merkityksellinen. (Hietaharju & Nuutila 2016, 122.) Hoitosuhteen elementteihin kuuluvat vuorovaikutussuhde, kokonaisvaltaisuus, voimavaralähtöisyys, luottamuksellisuus ja empatia. Näiden tukena hoitosuhteessa on tilanteita, joissa ilmenee huolenpitoa, läsnäoloa, keskustelua, ohjaamista, kuuntelemista ja havainnointia. (Kuhanen ym. 2013, 153–161.)

3.2.1 Kokonaisvaltaisuus

Ihminen on kokonaisuudeltaan monimutkainen. Holistinen ihmiskäsitys tarkoittaa sitä, että ihmisen elämään, vaikeuksiin ja tarpeisiin on aina olemassa monta tarkastelunäkökulmaa. Ihmisen olemassaolo koostuu kolmesta olemassaolon muodosta, joita ovat keho, tajunta ja situaatio. Tällä tarkoitetaan sitä, että ihminen on kehon fysikaalisia ja kemiallisia prosesseja. Ne edustavat samalla toiminnallisuuden ajatteluprosesseja eli henkistä ja psyykkistä olemassaoloa. (Rauhala 2005, 31–33.)

Ihmisen kolmesta olemassaolon muodosta kehollisuus on näkyvyydeltään ilmeisin. Kehollisuudella tarkoitetaan ihmisen olemassaoloa orgaanisena tapahtumana. Kehon toiminta ja sen aineellinen olomuoto ovat välttämättömiä elämän ylläpitämiseksi. Esimerkiksi sydämen ja lihasten toiminta ovat tärkeitä kehollisuuden kannalta. Itse elämän olemassaoloa kehon toiminta ei kuitenkaan selitä. Tällä tarkoitetaan sitä, että ihmisen tunteet, ajatukset ja persoonallisuus tai niiden häiriöt eivät selity hermoston tai aivojen toiminnalla. Normaalissa vastaanottotilanteessa sairaanhoitaja ja asiakas kohtaavat kehollisina ihmisinä. Tässä tilanteessa he ovat situatiossa eli tietyssä tilassa, jossa molemmilla osapuolilla on suhde tähän tilanteeseen ja siinä oleviin tekijöihin. Heidän kehonsa ja samalla niihin kietoutuvat tajunnallisuutensa ovat tässä tilassa. Tajunnallisuuden ja kehollisuuden olemistapa ja tapahtumisperiaatteet ovat täysin erilaisia. Tässä kehittelynalaisessa ihmiskäsityksessä tajunta käsitetään inhimillisen kokemisen kokonaisuudeksi. Tajunnallisuudella tarkoitetaan ihmisen olemassaolo henkisenä ja psyykkisenä toimintona. Ihmisen kokemuksen kokonaisuudesta muodostuu tajunnallisuus. (Rauhala 2005, 34–41.)

Situationaalisuudella tarkoitetaan ihmisen kietoutuneisuutta todellisuuteen oman elämäntilanteensa kautta. Sen ymmärtämisen ihmisen kokonaisuuden yhdeksi olemassaolon muodoksi saattaa kuitenkin olla haastavampaa kuin kehollisuuden ja tajunnallisuuden ymmärtäminen. Situaatiossa ihminen on suhteessa sekä henkiseen että fyysiseen todellisuuteen. Elämässä määräytyy kohtalomaisesti osa ihmisen asioista esimerkiksi geenit. Osaan asioista ihminen taas voi itse vaikuttaa, kuten esimerkiksi ammatin valintaan. Minuuden muodostumisessa situationaalisuuden tärkeys korostuu. Nämä kolme olemassaolo muotoa määrittelevät osan ihmisen ole-

massaolosta. Että voitaisiin puhua aidosta ihmisestä, ovat kaikki nämä välttämättömiä. Kokonaisvaltaisessa vuorovaikutussuhteessa kaikki kolme olemassaolon muotoa ilmenevät. (Rauhala 2005, 32-34, 41–47.)

Kohtaamisessa hoitajan tulee huomioida asiakas kokonaisvaltaisesti. Kokonaisvaltaisuus vaatii hoitajalta kykyä asettua asiakkaan asemaan sekä nähdä asiat asiakkaan näkökulmasta. Hoitajalta vaaditaan myös avoimuutta ja aitoutta vuorovaikutussuhteessa asiakkaan kanssa. Nämä edesauttavat asiakkaan kasvua, muutosta ja kehitystä. Näin asiakas kokee tulevansa hyväksytyksi yksilönä. Näiden avulla asiakas tulee tietoisemmaksi itsestään, joka edistää hänen mielenterveyttään ja samalla hän kokee selviytyvänsä elämästä sairaudesta huolimatta. (Hämäläinen ym. 2017, 148.)

3.2.2 Vuorovaikutussuhde

Rissasen, Toivasen ja Miettisen (2005, 20) mukaan hoitotyössä on ominaista, että merkittävä osa toiminnoista toteutetaan vuorovaikutuksessa asiakkaan kanssa. Vuorovaikutus on oleellinen osa hoitosuhdetta. Vuorovaikutus tarkoittaa sitä, että keskusteluun osallistuu kaksi osapuolta ja heidän välisessä keskustelussaan he vaikuttavat toisiinsa vuorotellen. Parhaimmillaan vuorovaikutus on näkemysten laajentamista ja toinen toiseltaan oppimista. Oppiva vuorovaikutus edellyttää molempuolista avoimuutta ajatella eri tavoin. Haasteena vuorovaikutussuhteessa on se, että ihmiset antavat asioille eri merkityksiä. (Mäkisalo-Ropponen 2012, 99–100.)

Keskustelu on asiakkaan ja hoitajan välisessä kohtaamisessa keskeisin menetelmä. Asiakkaan tarpeiden pohjalta muodostuu keskusteluiden sisältö. Keskustelun avulla voidaan tukea asiakkaan voimavaroja, jolloin se luo asiakkaalle voimaantumisen kokemuksen. Keskustelut jo sellaisenaan ovat hoidollisia ja asiakasta eteenpäin vieviä. Hoitajan tehtävä on ohjata keskustelua tavoitteellisesti hoitosuhteen edetessä. Tärkeitä keskusteluaiheita ovat hoito, vointi ja kuntoutumisen eteneminen sekä asiakkaan vahvuuksista ja myönteisistä puolista keskusteleminen. Omahoitaja-keskustelut kohottavat asiakkaan itsetuntoa ja edistävät paranemista. Keskusteluiden avulla tulevat esiin asiakkaan positiiviset puolet, joista hoitajan tulisi antaa aktiivi-

sesti palautetta. Omahoitaja-asiakassuhde on ainutlaatuinen ja merkittävä ihmissuhde asiakkaalle. Asiakkaan psyykkinen vointi ja jaksaminen vaikuttavat keskustelun tasoon, sillä molemminpuolinen keskusteleminen on tärkeä osa dialogisuutta. (Hämäläinen ym. 2017, 153–155.)

Punkasen (2014, 52) mukaan asiakas-hoitajasuhteessa dialogisuus korostuu. Hän tarkoittaa sillä hoitajan ja asiakkaan välistä kommunikointia eli vuorovaikutusta. Sen ydin on dialogisuus. Dialogisuus eroaa tavallisesta keskustelusta siten, että hoitaja ja asiakas yrittävät ymmärtää toistensa näkemyksiä ja tarvittaessa miettivät uutta näkemystä yhdessä. (Väisänen, Niemelä & Suua 2009, 9–10.) Dialogisen yhteistyön tavoitteena on löytää asiakkaan elämäntilanteesta ja hänen lähtökohdista mahdollisuudet selviytymiseen. Dialogisuuden avulla hoitaja auttaa asiakasta arvioimaan omaa käyttäytymistään ja kykyjään olla vuorovaikutuksessa muiden ihmisten kanssa. (Latvala, Saranto & Pekkala 2005, 25.)

Dialogisuuden perustana on tärkeää mennä asiakkaan lähelle ja katsoa häntä silmiin. Tällaisissa kohtaamisissa sanat ovat usein toissijaisia. Asiakas on aktiivinen osallistuja eikä vain passiivinen vastaanottaja. Asiakkaan tuntiessa itsensä kuulluksi tulleeksi ja huomioiduksi, lisää se hänen turvallisuuden tunnettaan, sietokykyään ja valmiuttaan käyttää omaa harkintaansa. Dialogiseen kohtaamiseen pääseminen on itsessään jo valtava muutos. (Haarakangas 2002, 74.) Punkasen (2014, 52) mielestä keskeistä on pyrkiä asiakkaan ja hoitajan väliseen tasavertaisuuteen. Tässä korostuvat molemminpuolinen avoimuus, kunnioitus ja luotettavuus. Asiakas on oman sairautensa asiantuntija, mutta hoitajalla on teoreettista ja kokemusperäistä asiantuntijuutta. Hoitaja kohtaa asiakkaan vuorovaikutussuhteessa yksilönä ja on aidosti kiinnostunut asiakkaasta. (Hämäläinen ym. 2017, 147.)

Vuorovaikutussuhteessa asiakas saattaa tiedostamattaan siirtää tunteita aikaisemmista kohtaamisista. Tätä kutsutaan transferenssiksi eli tunteensiirroksi. Tällä tarkoitetaan sitä, että hoitosuhteen toinen osapuoli muistuttaa ennestään tuntemaansa henkilöä, jolloin hän saattaa reagoida samoin kuin vanhaan tuttuunsa. Transferenssi voi olla positiivista tai negatiivista ja sen laatu saattaa vaihdella vuorovaikutussuhteen eri vaiheissa. Edellytys yhteistyön alkamiselle on, että hoitosuhde alkaa positiivisella transferenssillä. (Lindberg ym. 2015, 46.) Hoitaja voi myös kokea vas-

tatranferenssia asiakasta kohtaan. Vastatranferenssi syntyy siten, että asiakas vaikuttaa hoitajan tunteisiin alitajuntaisesti, jolloin se laukaisee hoitajalle tiedostamattomia ristiriidan tunteita. Tämän seurauksena hoitajan ammatillinen toiminta häiriintyy. Mikäli hoitaja ei ymmärrä tunteidensa alkuperää, ne voivat nousta esteeksi hoitosuhteelle. Kaikki hoitajat eivät sovi kaikille asiakkaille eivätkä kaikki asiakkaat kaikille hoitajille voimakkaiden transferenssi- ja vastatransferenssitunteiden vuoksi. (Antikainen & Ranta 2008, 58–59.)

Hoitotyön auttamiskeinona läsnäololla on kantava voima. Hoitosuhteen onnistumisen kannalta on merkittävää millä tavalla hoitaja kohtaa asiakkaan. Hoitajan fyysinen läsnäolo saattaa jo sellaisenaan luoda asiakkaalle turvallisuuden tunnetta. (Mattila 2002, 156–157.) Kohtaamistilanteessa hoitajan tulee olla aidosti kiinnostunut ja olla tilanteessa juuri asiakasta varten. Tällöin hoitaja voi osoittaa kunnioitusta ja arvostusta asiakasta kohtaan. Asiakkaan tullessa kuulluksi, nähdyksi ja hyväksytyksi, on kohtaaminen parhaimmillaan vuorovaikutussuhteessa. Läsnä olemisella voidaan myös tarkoittaa sitä, että hoitaja on käytettävissä, kun asiakas häntä tarvitsee. Hoitaja viestittää läsnäolollaan asiakkaalle olevansa tasavertainen ja samanarvoinen hänen kanssaan. Myös koskettamisella on terapeuttinen vaikutus. Hoitajan tehtävä on hyödyntää työssään esimerkiksi tieteellistä ja persoonallista tietoa. Tämän avulla jokainen kohtaaminen asiakkaan kanssa on ainutkertainen ja ennakoinnaton. Näin hoitajan perustana olevat arvot näkyvät kohtaamistilanteissa. (Hämäläinen ym. 2017, 152–153.)

Asiakkaan kohtaamisessa on tärkeää luoda luotettava ensivaikutelma. Luottamuksen syntyminen vaatii hoitajalta kunnioittavaa asennetta asiakasta kohtaan. Asiakkaan tulee voida luottaa hoitajan vaitiolovelvollisuuteen ja ammatillisuuteen, tämä luo turvallisuuden tunnetta. Hoitosuhde mielenterveysasiakkaan kanssa alkaa useimmiten siitä, ettei hän luota kehenkään ja se saattaa näkyä aggressiivisena puheena tai käyttäytymisenä. Tällöin hoitaja saattaa kokea pelkoa mielenterveysasiakkaan kohtaamisessa. Hoitajan tulisi ennakoida pelon tunnetta ja turvattomuutta tuottavat tilanteet sekä tunnistaa oma pelkonsa. (Vilén, Leppämäki & Ekström 2008, 63.)

3.2.3 Luottamuksellisuus

Vuorovaikutussuhteen kannalta on tärkeää, että asiakkaan ja hoitajan välillä on luottamussuhde. Ensimmäisestä kontaktista alkaen hoitajan tulee välittää asiakkaalle luottamuksellisuutta. Sen kehittymiseen vaikuttavat asiakkaan ja hoitajan henkilökohtaiset tekijät, esimerkiksi aiemmat kokemukset. Mielenterveystyössä korostuu luottamuksellisuuden luomisen tärkeys, koska asiakkailla voi olla kokemuksia epäluottamuksesta ja pettymyksistä elämässään. (Hämäläinen ym. 2017, 149–150.) Asiakkaalla saattaa olla myös kokemuksia petetyksi tulemisesta hoitosuhteesta. Siksi uuden hoitosuhteen aloittaminen ja vieraan hoitajan kohtaaminen ovat luottamuksen luomisen kannalta haastavia. Asiakkaalle olisi tärkeä saada luotua tunne autetuksi tulemisesta. Luottamus lisää asiakkaan uskoa ja toivoa tulevaisuuteen. (Raatikainen 2015, 12.)

Raatikainen (2015, 18) kirjoittaa, että luottamussuhteen saavuttaminen kertoo hyvästä hoitotuloksesta ja samalla asetettujen tavoitteiden saavuttamisesta. Luottamuksen tunnetta hoitaja voi luoda asiakkaalle aidolla, rehellisellä ja avoimella käytöksellään. Myös kuunteleminen, aito läsnäolo, lupauksen pitäminen ja sopimuksissa pysyminen edistävät luottamussuhdetta. (Hämäläinen ym. 2017, 149.) Luottamuksen saamiseksi asiakkaan on voitava luottaa hoitajien pätevyyteen. Asiakkaan ja hoitajan välinen luottamus mahdollistaa henkilökohtaisten ajatusten ja tunteiden ilmaisemisen. Hoidon onnistumisen kannalta merkittäviä asioita ovat sen jatkuvuus ja pysyvyys. (Stenbocksväg 2013, 451.)

3.2.4 Kuunteleminen ja havainnointi

Perusprosessina vuorovaikutuksessa asiakkaan ja hoitajan välillä on asiakkaan kuunteleminen (Hämäläinen ym. 2017, 156). Latvala, Saranto ja Pekkala (2005, 24) kirjoittavat, että asiakkaan kuunteleminen, hänen elämäntarinansa ymmärtäminen ja hänen näkemystensä selkiyttäminen keskustelujen avulla ovat olennaisia lähtökohtia hoitosuhteen onnistumiselle. Hoitajan tulee kuunnella tarkkaavaisesti asiakkaan puheen sisältöä ja yrittää ymmärtää sen merkitystä. Se edellyttää avoimuutta molemmiin puolille kokemuksille. Puhuminen ei kuitenkaan aina ole helppoa. Se voi herättää asiakkaalle ahdistusta ja mielestä pois työnnettyjä tunteita. Hoitajan on

hyvä tuoda esille, että tällaisia tunteita voi esiintyä. Hoitajan tulee kuitenkin rohkaista asiakasta puhumiseen. Kuuntelemisen tulee olla myös hoitajalta arvioivaa. Sen tavoitteena on arvioida asiakkaan kertoman puheen totuudenmukaisuutta. (Hietaharju & Nuutila 2016, 125–126.) Kuunteleminen vaatii hoitajalta sekä kiireettömyyttä ja pysähtymistä että aktiivista toimintaa, jolloin hän keskittyy kuuntelemaan asiakasta. Hoitaja voi viestittää aktiivista kuuntelemista elein, ilmein ja myötäävillä ilmaisuilla. Hoitajan tulee myös huomata asiakkaan sanatonta viestintää ja asioita, joita asiakas peittelee. Asiakkaan oloa helpottaa puhuminen jo itsessään. Asiakkaan kuulluksi tuleminen on tärkeä osa kokonaisvaltaista kohtaamista. Kuuntelemisen tavoitteena on valaista asiakkaan tunteita ja ajatuksia sekä saada tietoa asiakkaasta, jolloin ymmärretään asiakkaan tilanne kokonaisvaltaisemmin. (Hämäläinen ym. 2017, 156–157.)

Asiakasta kuunnellessa, tapahtuu samanaikaisesti havainnointia. Tässä korostuu asiakkaan viestittäminen kehon kielellä, jota ovat asiakkaan liikehdintä, katsekontakti ja olemus, joita hoitaja tarkkailee kohtaamisissa. Näiden lisäksi asiakkaan puheentyliä tulee havainnoida. Sitä havainnoidaan äänensävyssä, puhetavassa, hiljaisuudessa ja puheen rytmityksessä. Havainnointi on tärkeä osa kuuntelemista, sillä asiakas viestii enemmän sanattomasti kuin sanallisesti. Sanallinen ja sanaton viestintä voivat olla ristiriidassa keskenään. Hoitajan tulee myös muistaa kuunnella omia tunteitaan, joita keskusteluiden sisällöt asiakkaan kanssa herättävät. Tärkeää on selvittää ovatko tuntemukset hoitajasta itsestään lähtöisin vai heräävätkö ne asiakkaasta. (Hämäläinen ym. 2017, 156–157.) Holmbergin (2016, 75) mukaan hoitaja havainnoi asiakkaan tilaa kokonaisvaltaisesti, oireiden esiintyvyyttä ja jatkuvuutta. Havaintojaan hän vertaa teoreettiseen ja käytännössä opittuun tietoon.

3.2.5 Huolenpito ja empatia

Huolenpito on asiakkaan huomioonottamista, kunnioittamista ja hyväksymistä. Osoittaessaan kunnioitusta asiakasta kohtaan hoitaja myöntää hänelle oikeuden omiin mielipiteisiin ja tunteisiin. Huomioonottaminen merkitsee asiakkaan voimavarojen tunnistamista ja ajatusten selvittämistä. Hoitaja voi ilmaista hyväksyntää osoittamalla kunnioitusta ja huomiota asiakasta kohtaan. (Mattila 2002, 157–158.)

Hoitotyön lähtökohtana on halu auttaa ja saada toinen ihminen tuntemaan olonsa hyväksi. Huolenpito näkyy vuorovaikutussuhteessa hoitajan tunteiden, vuorovaikutuksen, asenteiden ja toiminnan kautta. Huolenpitoon kuuluu se, että asiakasta ohjataan ja neuvotaan arkielämään liittyvissä toiminnoissa. Huolenpito antaa asiakkaalle turvallisuuden tunnetta ja toivoa selviytyä elämässä eteenpäin. Toisinaan liiallinen huolenpito saattaa aiheuttaa riippuvuutta hoitajasta tai laitoksesta. (Hämäläinen ym. 2017, 151–152.)

Hoitajalle ammatillisesti tärkeä taito on empatiakyky eli eläytyminen asiakkaan tilanteeseen ja tunteisiin (Hämäläinen ym. 2017, 150). Holmbergin (2016, 94) mukaan empatia auttaa asiakasta käsittelemään, jakamaan ja erottelamaan elämäntilanteeseensa vaikuttavia tekijöitä. Hoitajan ja asiakkaan välinen empatia edistää yhteistyötä ja antaa tietoa asiakkaan tilanteesta. Hoitajan tulee saada asiakkaalle tunne, että häntä kuullaan ja ymmärretään aidosti. Hoitajan pyrkiessä eläytymään asiakkaan tilanteeseen hänen tulee hiljentää omat ajatuksensa, jotta asiakas tulee kuuluksi. Tämä vaatii hoitajalta herkkyyttä käyttää työvälineenä omaa persoonaansa. Näin hoitaja voi osoittaa inhimillisiä tunteita asiakasta kohtaan ammatillisesti. Parhaillaan tämä voi vahvistaa hoitajan ja asiakkaan kohtaamista. (Hämäläinen ym. 2017, 150–151.) Jotta hoitaja välttyisi tunnepohjaiselta työuupumukselta ja kykenisi säilyttämään ammatillisuutensa, tulee hänen muistaa, että asiakkaan tunteet eivät ole hänen omiaan. Tämä ei tarkoita sitä, että hoitaja olisi tunteeton, vaan hänen kykyään ymmärtää asiakkaan tunteita antautumatta niiden valtaan. (Hietaharju & Nuutila 2016, 127.) Empatia vaatii hoitajalta elämäkokemuksen ja inhimillisyyden hyödyntämistä vuorovaikutuksessa. Empatiataidot kehittyvät elämän- ja ammattikokemuksen myötä. Empatiaa voi osoittaa asiakkaalle ilmein, elein, äänensävyin tai tarvittaessa olla hiljaa. (Holmberg 2016, 93–94.)

3.2.6 Voimavaralähtöisyys

Hoitotyössä pyritään yksilön tukemiseen sekä ihmisen terveyden, elämän hallinnan että hyvinvoinnin kasvamiseen. Asiakkaan tarpeiden ja voimavarojen pohjalta laaditaan hoitosuunnitelman tavoitteet. Yksilö pitää elämänsä vaikeuksia helpommin

kohdattavina, kun hän kokee olevansa voimissaan. Hoitotyössä on tärkeää suunnitelmallisten voimavarojen arvioiminen. Hoitaja voi huomata voimavaroja, joita asiakas ei itsessään tunnista. Hoitajan tulee arvioida mielenterveysasiakkaan tarpeita oman ammatillisuutensa kautta. (Vilén ym. 2008, 52–56.) Voimavaroja vahvistava toiminta edellyttää voimia kuormittavien tekijöiden merkityksen ymmärtämisen ja myös halua kehittää voimavaroja vahvistavia auttamismenetelmiä (Saharinen ym. 2005, 25).

Voimavaralähtöisessä vuorovaikutussuhteessa hoitaja toimii asiakkaan tukijana sekä yksilön että ympäristön resurssien käytön mahdollistajana. Tätä kutsutaan voimaannuttamiseksi tai voimavarakeskeiseksi työskentelyksi. Asiakkaan terveyden edistämiseksi on tärkeää ottaa käyttöön hänen voimavaransa selviytymisen tuke-
miseksi. Asiakas tarvitsee hoitajan joka ymmärtää häntä. Ongelmien ratkominen yhdessä ja kokemusten jakaminen ovat oleellista auttajan työssä. Tämä edellyttää hoitajalta kykyä kuulla asiakkaan tarpeet sekä osata vastata niihin. (Hämäläinen ym. 2017, 148–149.) Latvalan, Sarannon ja Pekkalan (2005, 25) mukaan hoitajalta vaaditaan kykyä tukea asiakasta niin, että hän ei tule riippuvaiseksi hoitohenkilökunnasta.

Asiakkaan yksilöllinen selviytyminen jokapäiväisessä elämässä edellyttää omien voimavarojen löytämistä. Voimavarojen tunnistaminen on prosessi, jossa ensimmäisessä vaiheessa asiakas tulee aktiiviseksi ja tasavertaiseksi osallistujaksi omien voimavarojen mukaan. Voimavaroja löydetään yhdessä hoitajan avulla. Toisessa vaiheessa asiakas alkaa hallita omia persoonallisia ominaisuuksiaan enemmän. Kolmannessa vaiheessa asiakas sitoutuu tiettyyn sosiaaliseen kontekstiin ja tulee tietoiseksi ympäristöstään. Neljännessä vaiheessa asiakas kykenee olemaan oma itsensä, joka tarkoittaa omien voimavarojensa realisoitumista. (Hämäläinen ym. 2017, 149.) Asiakas toimii vastuullisena osallistujana sairautensa hoidossa ja siihen liittyvissä päätöksissä, ongelmia kieltämättä. Hoidon edellytyksenä on, että asiakkaalla on riittävästi tietoa omasta sairaudestaan ja sen hoidosta. (Latvala ym. 2005, 24.)

3.2.7 Ohjaaminen

Asiakkaiden ohjaus on merkittävä osa hoitoprosessia. Hoitoaikojen lyhentyessä asiakkaan ohjaamiseen on vähemmän aikaa. Asiakkaiden tulisi silti saada valmiudet hoitaa omaa sairauttaan ja sen vuoksi ohjausta olisi tärkeää antaa prosessin eri vaiheissa. (Kääriäinen ym. 2005, 10.) Ohjaaminen on suunnitelmallinen prosessi hoitotyössä ja sen tarve määritellään asiakkaan lähtökohdista. Määrittely tapahtuu keskustelemalla avoimesti yhdessä asiakkaan kanssa. (Eloranta & Virkki 2011, 25–26.) Ohjausprosessissa hoitajan rooli on olla asiantuntija, joka edellyttää häneltä tietoa ja taitoa ohjattavista asioista (Kääriäinen 2008,11). Ohjaamisen tavoitteena on parantaa asiakkaan elämänlaatua, omaan hoitoonsa sitoutumista, itsenäistä päätöksentekokykyä ja asiakkaan terveyden ja toimintakyvyn edistämistä (Hämäläinen ym. 2017, 157). Ohjaamisen tavoitteiden asettamisessa otetaan huomioon asiakkaan mielipiteet. Tavoitteiden tulee olla tämän hetkiseen elämäntilanteeseen sopivia. Niiden saavutettavuus ja realismisuus motivoivat asiakasta. Tavoitteissa on hyvä edetä rauhallisesti, jolloin ne olisivat helpommin saavutettavissa. (Eloranta & Virkki 2011, 25–26.)

Terveydenhuollossa korostuu ohjauksen merkitys, koska hoitoajat lyhenevät ja tällöin ohjaukselle on vähemmän aikaa. Tämä tarkoittaa sitä, että ohjausta tulisi tehostaa, koska ohjauksen tulisi olla yhtä kattavaa kuin aikaisemmin. (Kyngäs ym. 2007, 5.) Hoitajan on varmistettava, että asiakas ymmärtää annetun ohjeistuksen. Ohjeistuksen määrällä on myös merkitystä, koska mielenterveysasiakas pystyy kerralla ottamaan vastaan tietoa tietyn verran. Ohjeistuksen antaminen mielenterveysasiakkaalle sekä suullisesti että kirjallisesti tukee ohjeistuksen ymmärtämistä. (Pitkänen ym. 2012, 15.) Asiakas on itse aktiivisesti hoidossa mukana, vastuussa oppimisestaan ja tekemistään valinnoista. Hoitaja ei anna asiakkaalle valmiita vastauksia, vaan toimii tukena päätöksen teossa, rohkaisee ja kannustaa asiakasta vastuun ottamiseen hoidosta ja kuntoutuksesta. Vuorovaikutteisen ohjaussuhteen rakentumisen kannalta asiakkaan ja hoitajan taustatekijät tulee huomioida. Taustatekijät jaetaan fyysisiin ja psyykkisiin. Fyysisiä taustatekijöitä ovat esimerkiksi ikä, sukupuoli ja sairaus. Näillä voi olla vaikutusta hoitajan toimintaan sekä vaikutusta asiakkaan kykyyn ottaa ohjausta vastaan. Psyykkisiä taustatekijöitä ovat esimerkiksi motivaatio, odotukset ja tarpeet, jotka vaikuttavat ohjauksen onnistumiseen. (Hämäläinen

ym. 2017, 158.) Näiden lisäksi ohjaustilanteessa myönteisellä, luottamuksellisella ja turvallisella ilmapiirillä on positiivinen vaikutus ohjaussuhteeseen (Eloranta & Virkki 2011, 28).

4 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS

Opinnäytetyönä tehtävän tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tutkittua tietoa ja kehittää sen avulla Seinäjoen terveyskeskuksen toimintaa mielenterveysasiakkaan kohtaamisessa. Opinnäytetyönä tehtävän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla sairaanhoitajien kokemuksia mielenterveysasiakkaan kohtaamisesta Seinäjoen terveyskeskuksessa.

Tässä opinnäytetyössä haettiin vastausta tutkimuskysymykseen:

- Millaisia kokemuksia Seinäjoen terveyskeskuksen sairaanhoitajilla on mielenterveysasiakkaan kohtaamisesta?

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

5.1 Opinnäytetyön menetelmä

Opinnäytetyön lähestymistapa on laadullinen eli kvalitatiivinen. Laadullinen tutkimusmenetelmä sopii tutkimuksiin, joissa yritetään ymmärtää, kuvata ja selittää tutkittua ilmiötä. Opinnäytetyön tiedon hankinta tulee olla ajantasaista, luotettavaa ja laadukasta tietoa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 161, 164.) Haastattelua käytetään laadullisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmänä. Ensisijaisesti laadullinen tutkimus kohdentuu tutkittavan ilmiön laatuun, ei sen määrään. Laadullisessa tutkimuksessa haastateltavia on vähän, koska pyrkimyksenä on kerätä mahdollisimman rikas aineisto tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. (Kylmä & Juvakka 2007, 16, 27.)

Avoimessa haastattelussa selvitetään haastateltavan ajatuksia, mielipiteitä, tunteita ja kokemuksia. Haastattelijalta vaaditaan tilanneherkkyyttä ja kykyä edetä tilanteen ja haastateltavan ehdoilla. Tavoitteena on saada tutkittavasta ilmiöstä monipuolisia ja värikkäitä kuvauksia. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 48.) Sairaanhoidajien mielipiteet ja näkemykset tulevat monipuolisemmin esille, kun he saavat vastata avoimiin haastattelukysymyksiin toisin kuin määrällisessä tutkimuksessa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75.)

5.2 Aineiston kerääminen

Opinnäytetyönä toteutettava tutkimus kohdentuu Seinäjoen terveyskeskuksen sairaanhoitajiin. Terveyskeskuksen osastonhoitaja toimi avainhenkilönä, sillä hän tuntee työyhteisön ja sen jäsenet. Osastonhoitaja valitsi harkinnanvaraisesti haastateltavaksi neljä sairaanhoitajaa. Sairaanhoitajat toimivat omahoitajina mielenterveysasiakkaille. Ennen haastatteluiden toteuttamista terveyskeskuksen osastonhoitajalle vietiin aineistohankintalupa (Liite 1) ja tutkimuslupahakemus (Liite 2). Näiden lisäksi vietiin opinnäytetyösuunnitelma osastonhoitajalle, jonka hän välitti haastateltaville etukäteen luettavaksi ilman teemahaastattelurunkoa (Liite 3).

Opinnäytetyö toteutettiin haastattelemalla, käyttäen teemahaastattelurunkoa (Liite 3). Teemahaastattelussa edettiin etukäteen valittujen teemojen mukaisesti ja niihin liittyvien tarkentavien kysymysten avulla. Teemahaastatteluissa pyrittiin saamaan merkityksellisiä vastauksia näihin kysymyksiin. Valitut teemat perustuivat tutkimuksen viitekehukseen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75.) Haastattelut toteutettiin sovittuna ajankohtana. Saatekirje ja suostumuslomake (Liite 4) annettiin haastateltavalle luettavaksi ja allekirjoitettavaksi haastatteluiden alussa. Haastattelut nauhoitettiin nauhurilla, jota käytettiin tämän opinnäytetyöprosessin aikana. Koko prosessin ajan haastateltavat pysyivät anonyymeina.

5.3 Aineiston analysointi

Nauhoitetut haastattelut litteroitiin eli kirjoitettiin sanasta sanaan puhtaaksi. Aineistoa kertyi yhteensä 19 sivua, fonttikoolla 12 ja rivivälillä 1,5. Puhtaaksikirjoitus auttoi jäsentämään saatuja vastauksia. Litteroinnin jälkeen aineisto analysoitiin sisällönanalyysia käyttäen (Liite 5) ja saatua tietoa käytettiin osana opinnäytetyötä. Sisällönanalyysissa saadaan kuvaus ilmiöstä yleisessä ja tiivistetyssä muodossa. Opinnäytetyössä käytettiin teoriaohjaava sisällönanalyysia, joka etenee kolmivaiheisena prosessina aineistolähtöisen analyysin tapaan. Redusoinnissa eli aineiston pelkistämässä aineistosta karsitaan pois epäolennainen tieto. Pelkistämisen jälkeen aineisto klusteroidaan eli ryhmitellään. Ryhmittelyssä käydään tarkasti lävitse alkuperäisilmaukset, tämän jälkeen etsitään samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä aineistosta. Seuraavaksi saadut aineistot luokitellaan ala- ja yläluokkaan. Olennaisen tiedon erottamista ja valikoidun tiedon ryhmittelyä teoreettisiin käsitteisiin kutsutaan abstrahoinniksi eli käsitteellistämiseksi. Tämän avulla saadaan kuvauksia tutkimusilmiöstä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–112, 117.)

Sisällönanalyysi on laadullisessa tutkimuksessa aineistonanalyysin perus työväline. Sisällönanalyysin menettelytapana aineistoa voidaan analysoida systemaattisesti eli kuvaamalla ja järjestelemällä tutkimusaineistoa. Tutkimustehtävään ja tarkoitukseen haetaan ainoastaan vastausta, joten kaikkea aineistoa ei tarvitse analysoida sisällönanalyysissa. (Kylmä & Juvakka 2007, 112–113.)

6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

6.1 Taustatiedot

Tutkimukseen haastateltiin neljää sairaanhoitajaa, heistä vain yhdellä oli psykiatrisen sairaanhoitajan koulutus. He toimivat omahoitajina mielenterveysasiakkaille Seinäjoen terveyskeskuksessa. Heidän kokemuksistaan ja ajatuksistaan opinnäytetyön tulokset ovat muodostuneet.

6.2 Mielenterveysasiakkaat

Haastateltavat kertoivat, että he toimivat omahoitajina mielenterveysasiakkaille, jotka ovat aikuisia ihmisiä. Suurimmaksi osaksi asiakkailta oli skitsofreniaa tai eriasteisia masennuksia. Haastateltavien kertomien mukaan asiakkaiden mielenterveys-sairauden hoito oli hyvässä tasapainossa. Asiakkaalla ollessa akuutimpi hätä, hänet ohjattiin psykiatrisille sairaanhoitajille.

No mulla on neljä omapotilasta, joilla on mielenterveystausta.

Pääryhmät mitä on, niin on näitä skitsofreenikkoja ja masennusasiakkaita.

Meillä on noi psykiatriset sairaanhoitajat, jotka on ollu nyt vuoden verran, että melkeen ne menee sit niille, jos on jotakin sellasta akuuttia hätää.

Asiakkaat kävivät sovituilla vastaanottokäynneillä. Heillä oli myös mahdollisuus soittaa sovittuna ajankohtana omahoitajalleen. Useimmiten he tulivat somaattisten sairauksien vuoksi ja mielenterveyssairaus näkyi siellä taustalla.

Tulee tähän mulle niitten muitten sairauksien takia ja mielenterveyssairaus näkyy sieltä pohjalta.

Ei oo mitään sellasta et ne tulis sen mielenterveysongelman takia tähän mulle.

Kohtaan niitä mun omapotilaita joilla on kaikkien muiden sairauksien lisäksi joku mielenterveys.

6.3 Tuntemuksia mielenterveysasiakkaan kohtaamisesta

Haastateltavat kuvailivat vastaanottokäyntien olevan tavallisesti rauhallisia ja ennalta suunniteltuja. He kokivat, että he voivat kääntyä psykiatrisen sairaanhoitajien puoleen epävarmoissa tilanteissa. Haastateltava koki, että hän ei ole yksin hoitotyössä.

Tilanteet on yleensä mun vastaanotolla hyvin rauhallisia ja ennalta suunniteltuja, että ei niissä mitään yllätyksiä satu.

Mä tiedän, että mä en oo yksin siinä hoitotyössä.

Onneksi meillä on nuo psykiatriset sairaanhoitajat. Jos on vähänkin epävarma, niin niiltä saa aina käydä kysymässä.

Mielenterveysasiakas ei herätä haastateltavissa erilaisia tuntemuksia tai pelktiloja kuin muutkaan asiakkaat. Yhdellä haastateltavista oli psykiatrisen sairaanhoitajan koulutus. Hän kertoi koulutuksen tuovan varmuutta ja helppoutta mielenterveysasiakkaan kohtaamiseen, koska hänellä oli perustietoa mielenterveys­sairauksista. Haastateltavilla kohtaaminen ei herättänyt erilaisia tuntemuksia, koska mielenterveys­sairaus oli tavallisesti hyvässä hoitotasapainossa. Asiakkaiden kohtaamisissa haastateltavat pyrkivät samanarvoisuuteen ja kohtasivat mielenterveysasiakkaan kuin muutkin asiakkaansa. Yksi haastateltava kertoi kokeneensa alussa neuvottomuutta ja avuttomuutta ensimmäisten mielenterveysasiakkaiden tullessa omapotilaiksi, koska hänellä ei ollut psykiatrisen sairaanhoitajan koulutusta.

Ei se nyt ihmeempiä tuntemuksia herätä kuin kukaan muukaan joka tuosta ovesta astuu ongelmansa tai vaivansa kanssa.

Kun on se psykiatrisen sairaanhoitajan koulutus taustalla niin mulla ei oo mitään ennakkoluuloja.

Kun on se ammattitausta siellä, niin on helppo lähteä kohtaamaan sitä asiakasta, kun itellä on sitä perustietoa siitä asiakkaan sairaudesta.

Pyrin ainakin niin, että kaikki ois ihan samanarvoisia.

No alussa, kun mulle tuli tämmösiä potilaita omiksi potilaiksi, niin oli semmonen neuvottomuus ja avuttomuus.

Haastateltavat kertoivat mielenterveysasiakkaiden olevan haastavia. Haastavuutta toi, jos mielenterveysasiakas ei ollut sinut sairautensa kanssa, jolloin hoitaja joutui tekemään enemmän työtä saadakseen tietoa asiakkaan sen hetkisestä terveydentilasta. Haastateltavat nostivat esiin, että ensimmäisillä vastaanottokäynneillä luottamussuhteen luominen oli haastavaa ja aikaa vievää, koska asiakkaalla voi olla luottamuspuula. Haastavuutta toi myös välittää asiakkaalle tunne, että hoitaja on läsnä ja häntä varten.

Itellä semmonen vähän avuton olo tavallaan, että jos ihminen ei oo sinut sairautensa kanssa niin silloin itte joutuu enemmän tekemään työtä.

Menee jonkun aikaa ennen, kun saa sen luottamussuhteen luotua.

Haasteellisia ne ensimmäiset käynnit, että pystyy luomaan asiakkaalle sen, että mä oon ny sua varten ja olla läsnä sillä käynnillä.

6.4 Mielenterveysasiakkaan kohtaamisen haasteet

Haastateltavat kokivat haasteeksi mielenterveysasiakkaan luottamuspuulan uutta hoitajaa kohtaan. Mielenterveysasiakas oli saattanut aiemmin kokea pettymyksiä yrittäessään hakea apua. Tällöin uuden hoitajan kohtaaminen saattoi arveluttaa asiakasta.

Asiakkaalla on se pettymyksen tunne tai semmonen luottamuspuula.

Luottamuspuula on ehkä asiakkailla, jos ovat hakeneet apua eikä oo sitä saanu.

Haastateltavat nostivat haasteeksi sen, että mielenterveysasiakas ei ollut sinut sairautensa kanssa tai ei tiedostanut sairauttaan. Tämä toi hoitajalle vaikeutta auttaa asiakasta. Haasteena oli myös mielenterveysasiakkaan itsenäinen arjesta selviytyminen. Usein mielenterveysasiakas halusi selkeät hoito-ohjeet, joita hän noudatti tarkasti. Nämä tuli huomioida hoitotyössä asettamalla pieniä ja yksinkertaisia tavoitteita, jolloin ne olivat helpommin saavutettavissa.

Ei oo itte sinut sen sairauden kans, se on ainakin yks haaste.

Vaikia auttaa häntä, jos hän ei itte tiedosta omaa sairauttansa.

Ajatusmaailma on hyvin semmonen niin kun se kulkee pienellä alueella ja se arjen selviytyminen on heijän haaste.

Ne haluaa sellaset selkeet ohjeet, että kuinka pitää tehdä ja ne noudattaa niitä sitten kyllä ihan tarkasti.

Yhtenä haasteena nousivat esiin puhelinkontaktin aiheuttamat ongelmat. Puhelimen kautta oli haasteellista selvittää asiakkaan sen hetkisen tilanteen vakavuutta. Huolestuttavimmissa tilanteissa oli haasteellista suunnitella mihin päin lähteä asiakasta ohjaamaan. Lisäksi puhelimesta ei ollut kovin paljoa aikaa ja omahoitajan kiinni saaminen soittoajan ulkopuolella oli vaikeaa.

Se tilanne oikeasti voi olla huolestuttavakin, että hän ei välttämättä oo sitä aikaa varatessa oo antanut ilmi, minkälainen se tilanne oikeasti on.

Puhelimes ei oo kovin paljoa aikaa olla niin se, että saisi sieltä sen et kuinka suuri sen hätä on ja mihinkä päin sä lähdet ohjaamaan.

6.5 Kokemuksia mielenterveysasiakkaan kohtaamisesta

Haastateltavat kokivat mielenterveysasiakkaan kohtaamisen kahden aikuisen ihmisten väliseksi kohtaamiseksi. Vastaanottokäynneillä voitiin puhua mistä vain, nauraa ja vitsailla. Suurimmaksi osaksi kokemukset kohtaamisista olivat olleet hyviä. Mielenterveysasiakkaiden kanssa käytiin läpi tarkemmin hoitoa koskevia asioita ja jaksamista huomioitiin enemmän. Heitä huomioitiin kokonaisvaltaisemmin ja esitettiin jatkokeskustelua tarvittaessa asiakkaan voinnista.

Että ihan normaali kahden aikuisen ihmisen välinen kohtaaminen.

Mehän voidaan tässä vastaanotolla puhua ihan mistä vaan, nauraa ja vitsailla, että ei se suinkaan oo semmosta raskassoutuista.

Haastateltavat kertoivat, että mielenterveysasiakas tarvitsi kuuntelemista, tukea, huolenpitoa ja läsnäoloa. Hoitajat halusivat luoda hoitokontaktin heti ja välittää asiakkaalle, että he olivat läsnä ja häntä varten. Mielenterveysasiakas saattaa olla herkkä, jolloin hoitajan väärä sana tai ele voi vaikuttaa asiakkaan vastaanottokäynneille tulemiseen jatkossa.

Yritän välittää asiakkaalle semmosen kuvan, että oon läsnä ja kuuntelen, oon siinä asiakasta varten.

He tarvitsee aika paljon tukea ja tämä ny on vähä tämmöstä perähän katomista osittain.

Enkä mä tiedä tänäkään päivänä, että se voi olla jostakin joku väärä sana tai väärä ele saattaa tehdä ettei hän enää seuraavalla kerralla tuukaan.

Se voi olla, että ittekin tekee joskus sen tavallaan tietämättäänsä eleellä tai jollakin, että jokku saattaa olla hyvin herkkiäkin.

Haastateltavat kokivat luottamuksen luomisen olevan hankalaa, koska asiakkaalla saattoi olla luottamuspula hoitohenkilökuntaa kohtaan. Luottamussuhteen luominen asiakkaaseen vaati useamman vastaanottokäynnin ja asiakkaan saaminen käynnille oli ajoittain kovan työn takana. Käynneillä voi myös ilmetä asiakkaan puhumattomuutta, joka voi luoda hoitajalle epäonnistumisen tunnetta ja pelon tunnetta siitä, että tuleeko asiakas seuraavalle vastaanottokäynnille.

Iha selkeästi huomaa, että hänellä oli luottamuspula henkilökuntaa kohtaan, että se luottamuksen saaminen kesti useamman kerran ennen kuin sai sen tavallaansa sen luottamuksen auki.

Oli kova työ, että mä sain sen ensiksi vastaanotolle.

Ensimmäisellä kerralla itellä oli vähän sellanen pieni epäonnistumisen tunne, että saa nähdä tulooko asiakas seuraavalla kerralla.

Haastateltavat olivat huomanneet epätietoisuutensa mielenterveyden hoitotyöstä ja he kokivat asiakkaankin toisinaan aistivan sen. Haastateltavista useampi toi esiin, että heillä ei ollut psykiatrisen sairaanhoitajan koulutusta eikä myöskään paljoa tietoa mielenterveyden hoitotyöstä. Heillä kuitenkin oli mahdollisuus konsultoida epävarmoissa tilanteissa psykiatrista sairaanhoitajaa tai lääkäriä. Haastateltavat kokivat avun saannin tuovan heille tukea ja varmuutta mielenterveysasiakkaan hoitotyössä.

Mä koen ne itte haastavana, kun mä en oo millään tavalla niin kun perehtynyt missään vaiheessa mielenterveyspuoleen ja kun mulla ei oo kovin paljoa tietoa siltä puolelta.

Vähä oon yhen potilaan kohalla jo jollakin tavalla aistunut sen, että koska mä en oo psykiatrinen sairaanhoitaja, hän ei koe sitten...

Tosi hyvin nuo psykiatriset sairaanhoitajat on ollu tässä niinkun apuna ja sitten aina niiltä saa mennä kysymään, jos on vähänkin niinku epävarma. Ja ne on niinku meidän tukena.

Yksi haastateltava koki skitsofreenikot virkistävänä ja mielenkiintoisena porukkana. Hoitaja ei ollut aiemmin tavannut skitsofreenikkoja, jotka asuivat kotona ja kuuluivat ääniharhoja. Vaikka sairaus oli läsnä arjessa, silti he pärjäsivät omillaan. Haastateltava koki oppivansa heiltä skitsofreniasta, koska ei ollut psykiatrinen sairaanhoitaja koulutukseltaan.

Tää on aiva oma porukka, tää on ollu virkistävä ja semmonen mielenkiintoinen porukka tää skitsofreenikot.

6.6 Aikaisempien kokemusten vaikutus mielenterveysasiakkaan kohtaamiseen

Haastateltavat kertoivat, että aikaisemmillä kokemuksilla oli negatiivinen vaikutus. Aikaisemmat huonot kokemukset toivat hoitajille epäluuloisuutta ja epätietoisuutta aloittaessaan omahoitajana mielenterveysasiakkaille. Muutama haastateltava toi esiin, että aikaisemmat negatiiviset kokemukset olivat laitoshoidossa olevista mielenterveysasiakkaita. Monet heistä olivat olleet vanhuksia, jotka olivat olleet epämiellyttäviä. Heillä oli ollut käytöshäiriöitä ja aggressiivisuutta. Hoitajat kokivat, että vastaanottotyössä asiakkaan kohtaaminen oli erilaista, koska lääkäri ja psykiatrinen sairaanhoitaja olivat katsoneet mielenterveysasiakkaiden lähetteet tarkasti läpi. Tällä seulalla varmistettiin potilaiden olevan siinä kunnossa, että heidät voitiin lissauttaa työparille.

Ehkä sieltä on semmosta epäluuloa ja semmosta epätietoisuutta, että mä en oikeastaan tienny minkälaista se voi olla.

Sieltä vähän tullu semmosta negatiivista, mutta ei se täällä oo semmosta.

Nehän on käyny ne lähetteet kaikki läpi, että ne potilaat on siinä kunnossa, että ne voidaan listauttaa työparille.

Haastateltavien mukaan iällä tai sukupuolella ei ollut vaikutusta kohtaamiseen. Aiemmalla sairaskertomuksella ei ollut vaikutusta kohtaamiseen muuten kuin, että sieltä sai keinoja asiakkaan kohtaamiseen. Tutustumalla asiakkaan aiempaan sairaskertomukseen hoitaja pystyi kiinnittämään huomiota oikeisiin asioihin hoitotyössä.

Omasta mielestäni ikä ei vaikuta millään tavalla.

Tietysti sitä vähän tulee ehkä katottua, että onko siellä sitä aiempaa jotakin, niin sitten tietää vähän, että mihinkä kiinnittää sitä huomiota. Että jos siellä on vaikka joskus ollu jotakin kuulo- tai näköharjoja, niin sitten tietää niistä kysästä.

Haastateltavat kertoivat osaavansa hyödyntää aikaisemmin opittuja työtapoja. Haastateltavan hyväksi kokema työtapo voi toimia useammallakin eri mielenterveysasiakkaalla. Haastateltavat käyttivät opittuja työtapoja tilanteen vaatimalla tavalla ja sovelsivat niitä asiakaslähtöisesti.

Voihan sitä positiivisena ajatella, että sen edellisen kans mulla toimi systeemi, niin sitä työkalua voi käyttää sitten toisen kans.

Seuraavas yrittää miettiä, että tuo olikin huono tapa lähtiä viemään tätä asia etiäpäin, jotta pitää keksiä uusi työkalu siihen. Totta kai niinkun niitä vähän peilaa ja niitä työkaluja käyttää vähän eri tavalla.

6.7 Mielenterveysasiakkaan kohtaamisen kehittäminen

Haastateltavat nostivat esiin, että koulutusta mielenterveyden hoitotyöstä ja mielenterveysasiakkaan kohtaamisesta tulisi lisätä. He halusivat lisää nykypäivän tietämystä ja osaamista mielenterveyssairauksista. Näin hoitajat saisivat konkreettista

tietoa mielenterveyden hoitotyöstä. Tietämyksen lisääminen toisi varmuutta mielen-terveysasiakkaan kohtaamiseen. Koulutusta tulisi järjestää myös hoitajille, keillä ei ollut psykiatrisen sairaanhoitajan koulutusta. Haastateltavan mielestä mielenterveysasiakkaan turvallisen olon takaamiseksi, taustalla pitäisi olla psykiatrisen sairaanhoitajan koulutus.

Pitäs saada tavallaan tietoutta muitten hoitajien myös, joilla ei oo sitä ammatillista koulutusta, niin näistä sairauksista ja tavallaan sitä kohtaamista. Eihän se oo mitään rakettitiedettä se psykiatrisen ihmisen kohtaaminen.

Sitä psyk.koulutusta vois olla vielä, että sitähan on naurettavan vähän, käytännössä ei juuri ollenkaan.

Siitäkään ei voi niin kun liikaa puhua, että se tulisi sellaseksi päivittäiseksi.

Mun mielestä niin ku pitäs olla kuitenkin psykiatrisen sairaanhoitajan koulutus, kun mä oon sitä mieltä, että ehkä sen potilaan niinkun turvallisen olon takaamiseksi.

7 POHDINTA

7.1 Pohdinta tuloksista

Opinnäytetyönä tehtävän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla sairaanhoitajien kokemuksia mielenterveysasiakkaan kohtaamisesta Seinäjoen terveyskeskuksessa. Tavoitteena oli tuottaa tutkittua tietoa ja kehittää sen avulla Seinäjoen terveyskeskuksen toimintaa mielenterveysasiakkaan kohtaamisessa. Tämän opinnäytetyön aineisto kerättiin terveyskeskuksen sairaanhoitajilta, jotka toimivat omahoitajina mielenterveysasiakkaille.

Opinnäytetyön tuloksien mukaan hoitajat kohtaavat mielenterveysasiakkaita, joilla on enimmäkseen masennusta tai skitsofreniaa. Hoitajat kertoivat, että heille listautuu vain mielenterveysasiakkaita, joiden lähetteet lääkäri ja psykiatrinen sairaanhoitaja ovat käyneet läpi. Näillä asiakkailla on hoito hyvässä tasapainossa ja he käyvät sovituilla vastaanottokäynneillä omahoitajallaan. Asiakas ohjataan suoraan psykiatriselle sairaanhoitajalle, jos hänellä on akuutti tilanne mielenterveydenhäiriössä. Hoitajilla on mahdollisuus saada tukea epävarmoissa tilanteissa psykiatriselta sairaanhoitajalta tai lääkäriltä. Avun pyytäminen ja ammattihenkilön konsultointi asiakkaan hoitoon liittyvistä asioista, kuvaa jaettua asiantuntijuutta (Rekola, Isoheranen & Koponen 2005, 18). Tuloksista käy ilmi, että mielenterveysasiakkaiden kohtaaminen ei herätä hoitajissa poikkeavia tuntemuksia. Yksi hoitajista oli kokenut neuvottomuutta ja avuttomuutta aloittaessaan omahoitajana mielenterveysasiakkaille. Hoitajat kertoivat kohtaavansa mielenterveysasiakkaat samanarvoisina kuin muutkin asiakkaansa. Hietaharjun ja Nuutilan (2016, 130) mukaan hoitajan tulee suhtautua kaikkiin asiakkaisiin oikeudenmukaisesti ja tasapuolisesti. Hänen tulee myös osata tunnistaa omat ennakkoluulonsa.

Opinnäytetyön tuloksista ilmeni, että mielenterveysasiakkaat ovat herkkiä. He myös tarvitsevat enemmän huolenpitoa, läsnäoloa, kuuntelemista ja tukea kuin muut asiakkaat. Keskeistä on, että hoitaja osoittaa huolenpitoa ja läsnäoloa asiakkaalleen. Tällöin asiakas tuntee itsensä hyväksytyksi ja kokee, että hänellä on toivoa selviytyä elämässään eteenpäin. Mielenterveysasiakkaat ovat kuvanneet tärkeäksi, että he

tulevat kuulluksi ja ymmärretyksi. Kuulluksi tuleminen tuo asiakkaalle uusia näkökulmia tilanteeseensa ja selviytymiseensä. (Hämäläinen ym. 2017, 151, 156.) Niemisen ja Kaunosen (2011, 67) tutkimuksen mukaan mielenterveysasiakkaat tarvitsevat myös paljon tukea erilaisten elämänmuutosten aikana. Heidän tutkimuksen mukaan hoitajan ja mielenterveysasiakkaan hoitosuhteessa tiedon antaminen on merkittävää. Opinnäytetyön tulokset tukevat aikaisemmissa tutkimuksissa saatuja tuloksia. Mielenterveysasiakkaat arvostavat kasvokkain saadun tiedon lisäksi ohjausta, jossa hyödynnetään kirjallisia potilasohjeita. Tiedon antaminen suullisesti ja kirjallisesti on osoittautunut paremmaksi vaihtoehdoksi kuin yksistään suullinen tai kirjallinen ohjaus. (Pitkänen ym. 2012, 15.) Saatujen tuloksien mukaan mielenterveysasiakkaat tarvitsevat ja haluavat tarkempia hoito-ohjeita sekä suullisesti että kirjallisesti. He ovat myös huolellisempia ja tarkempia omahoidostaan kuin somaattisen puolen asiakkaat.

Mielenterveysasiakkaan kohtaamisen haasteina tuloksissa nousi esille mielenterveysasiakkaan luottamuspuola ja se, että mielenterveysasiakas ei ole välttämättä sinut sairautensa kanssa. Tuloksista nousi myös haasteeksi puhelinkontaktin ongelmallisuus, koska asiakkaan sen hetkisen tilan vakavuutta on vaikea selvittää ja arvioida puhelimesta. Opinnäytetyön tulokset puhelinohjauksen haasteellisuudesta tukee aikaisemmin tutkittua tulosta. Aikaisemmassa tutkimustuloksessa on käynyt ilmi, että puhelinohjausta hankaloittaa se, että ei näe asiakasta ja tämä vaikeuttaa hoidon tarpeen arviointia (Wahlberg, Cedersund & Wredling 2003, 43–44).

Tuloksista nousi esiin koulutuksen merkityksellisyys. Yksi hoitajista kuvasi kohtaamisen olevan helppoa, koska hänellä on psykiatrisen sairaanhoitajan koulutus taustalla ja sitä kautta perustietoa mielenterveyssairauksista. Kaikki hoitajat olivat sitä mieltä, että koulutusta tulisi lisätä mielenterveyden hoitotyöstä. Se toisi nykypäivän tietoa ja samalla varmuutta mielenterveysasiakkaan kohtaamiseen. Aikaisemman tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunnan ammattitaidon kehittäminen on tärkeää. Hyvä ammattitaito on edellytys laadukkaalle hoitotyölle. Ammatillinen kehittyminen on jatkuva oppimisprosessi, jonka myötä hoitajan osaaminen ja asiantuntijuus uudistuvat. Täydennyskoulutusta pidetään ammattitaidon ylläpitämisessä merkittävänä. Sen tarkoituksena on lisätä ja ylläpitää hoitajan osaamista ja tukea terveydenhuollon toimintaa. (Timonen & Eriksson 2007, 21.)

7.2 Pohdinta opinnäytetyöprosessista

Opinnäytetyöprosessi alkoi keväällä 2016 aiheen valitsemisella. Ajankohtainen ja tärkeä aihe löytyi Seinäjoen terveyskeskuksesta. Aiheen löydyttyä alkoi tiedonhaku, joka osoitti, että tutkittua tietoa löytyi kohtalaisesti. Kuitenkin nämä tutkimukset osoittautuivat potilaan näkökulmasta tehdyiksi, jolloin emme löytäneet hoitajan näkökulmasta tehtyjä tutkimuksia. Painettuja kirjallitteita opinnäytetyö aiheeseen liittyen löytyi hyvin. Osa lähteistä oli vanhoja, mutta hyviä lähteitä. Opinnäytetyön suunnitelma valmistui kesäkuussa 2016. Tutkimuslupa haettiin lokakuussa 2016 ja myönnettiin marraskuussa 2016. Sairaanhoidajia haastateltiin joulukuussa 2016 ja tammikuussa 2017, jonka jälkeen haastatteluista saatu aineisto litteroitiin. Litteroitu aineisto analysoitiin, joka oli haastavaa ja aikaa vievää, koska sisällönanalyysi oli meille uutta. Kuitenkin tulosten kirjoittaminen sujui vaivattomasti, koska aineistosta tehdyt taulukot olivat selkeät. Opinnäytetyön kirjoittaminen ajoittui kevääseen 2017. Opinnäytetyöprosessi vaatii aikataulutusta, yhteistyötä, päätöksentekoa, tarkkuutta ja suunnitelmallisuutta. Näitä ominaisuuksia voi hyödyntää myös työelämässä.

Opinnäytetyöprosessi kaiken kaikkiaan sujui hyvin, koska tekijät pysyivät aikataulussa ja osallistuivat tasapuolisesti opinnäytetyön tekemiseen. Hyvänä pohjana opinnäytetyön tekemiselle oli kattavasti ja tarkasti tehty suunnitelma. Asetetut tavoitteet saavutettiin ja saatujen tulosten avulla Seinäjoen terveyskeskus pystyy kehittämään toimintaansa mielenterveysasiakkaan kohtaamisessa. Ammatillisen kasvun kannalta opinnäytetyö aihe oli tärkeä, koska asiakkaiden kohtaaminen on joka päiväistä hoitotyössä. Opinnäytetyöntutkimuksen avulla selvisi, kuinka merkittävää ja kokonaisvaltaista kohtaaminen on. Opinnäytetyö toi myös lisää tietoa mielenterveys sairauksista ja perusterveydenhuollon toiminnasta. Opinnäytetyötutkimus eteni suunnitelmallisesti ja eettisyys ja luotettavuus säilyivät koko prosessin ajan.

7.3 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyönä tehdyn tutkimuksen teossa on otettava huomioon eettiset kysymykset. Tutkimuksessa tulee ottaa huomioon viitteiden asiallisuus, lähteiden aitous ja toisten tekstien kunnioittaminen. (Hirsjärvi ym. 2009, 23–25.) Tuomen (2007, 146) mukaan tunnistettavina tieteellisen käytännön loukkauksina ovat esimerkiksi toisten

osuuden vähättely julkaisussa ja puutteellinen viittaaminen aikaisempiin tutkimustuloksiin. Loukkauksina koetaan myös tutkimustulosten tai käytettyjen menetelmien harhaanjohtava raportointi. Lisäksi toisten tulosten vääristely on loukkaavaa. Eettisten periaatteiden tiedostaminen ja niiden mukaan toimiminen on haastattelijan omalla vastuulla. Haastattelijan tulee huolehtia tutkittavien oikeuksista, salassapitovelvollisuudesta ja yksityisyydestä. Ihmisarvon kunnioittaminen on lähtökohtana opinnäytetyötä tehdessä. Tutkimuksen osallistumisen vapaaehtoisuudella kunnioitetaan ihmisen itsemääräämisoikeutta. (Hirsjärvi ym. 2009, 23–25.) Tutkimukseen osallistuvalla on oikeus kieltäytyä osallistumisesta tutkimukseen, keskeyttää yhteistyön, milloin tahansa tutkimuksen aikana ja hän voi jälkikäteen kieltää käyttämästä itseään koskevaa aineistoa tutkimusaineistona ja hänen tulee tietää nämä oikeutensa. (Tuomi 2007, 145).

Kylmä ja Juvakka (2007, 127–129) esittävät, että laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan luotettavuuskriteereillä, joita ovat uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. Uskottavuudella tarkoitetaan tutkimusten tulosten uskottavuutta ja sen osoittamista tutkimuksessa. On varmistuttava siitä, että tulokset vastaavat tutkimuksen osallistuneiden ajatuksia tutkimuskohteesta. Vahvistettavuus on osana koko tutkimusprosessia, joka edellyttää tutkimusprosessin kirjaimista siten, että toinen pystyy seuraamaan prosessin etenemistä pääpiirteissään. Ongelmana saattaa olla haastattelijoiden erilaiset tulkinnat aineistoista, mutta se ei tarkoita luotettavuusongelmaa. Erilaiset tulkinnat lisäävät ymmärrystä tutkimuksen kohteesta. Refleksiivisyydellä tarkoitetaan sitä, että tutkimuksen tekijän täytyy olla tietoinen omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä. Tutkimuksen tekijän on otettava huomioon omien näkemyksiensä vaikuttavuus aineistoon ja tutkimusprosessiin. Siirrettävyys tarkoittaa sitä, että voiko tutkimustulosten perusteella tehdä yleistyksiä.

Tutkimuksessa luotettavuus ja pätevyys vaihtelevat. Tästä syystä tehdyn tutkimuksen luotettavuutta pyritään arvioimaan. Luotettavuuden arvioinnissa käytetään erilaisia tutkimustapoja. Tutkimuksen validiteetilla eli pätevyydellä tarkoitetaan tutkimuksista saatujen tuloksien ja päätelmien uskottavuutta. Siihen liitetään myös kysymys, onko tutkimuksessa tutkittu sitä, mitä oli tavoitteena tutkia ja soveltuvatko tutkimuksen aineisto, kysymykset ja keinot yhteen. (Hirsjärvi ym. 2009, 231–232.)

7.4 Johtopäätökset

Sairaanhoitajilla oli enemmän hyviä kokemuksia kuin huonoja. Mielenterveysasiakkaan kohtaamista voidaan kuvailla kahden aikuisen ihmisen väliseksi kohtaukseksi. Sairaanhoitajille listautuvat mielenterveysasiakkaat, joiden lähetteet on käyty tarkasti läpi. Näiden mielenterveysasiakkaiden sairaudet ovat hyvässä hoitotasapainossa. Hoitajat kertovat kohtaavansa suurimmaksi osaksi skitsofreenikoita ja eriasteisia masennus asiakkaita. Ajoittain hoitajat kokivat epävarmuutta mielenterveysasiakkaan hoitotyössä. Tällaisissa tilanteissa he kokivat saavansa tukea mielenterveyshoitotyön ammattilaisilta. Hoitajat hyödynsivät myös kohtaamisen keinoina aikaisemmin opittuja työtapoja. Näitä he soveltavat asiakaslähtöisesti.

Aikaisemmat kokemukset toivat alussa epätietoisuutta ja epäluuloisuutta kohtaamiseen. Vastaanottotyö kuitenkin on osoittautunut erilaiseksi, sillä ne ovat rauhallisia ja ennalta suunniteltuja käyntejä. Hoitajat kokivat, että iällä tai sukupuolella ei ole vaikutusta asiakkaan kohtaamiseen. Heidän kertoman mukaan mielenterveysasiakkaat ovat herkkiä ja tarvitsevat tukea, huolenpitoa, läsnäoloa ja kuuntelemista. Hoitajilla oli myös kokemuksia haastavista mielenterveysasiakkaista. Haastavuutta tuo asiakkaan luottamuspuola ja se, että hän ei tiedosta sairauttaan. Luottamussuhteen luominen on hankalaa, koska asiakkaalla saattaa olla kokemus siitä, että ei ole apua saanut sitä hakiessa.

Aloittaessaan omahoitajana hoitaja koki neuvottomuutta ja avuttomuutta mielenterveysasiakkaan kohtaamisessa koulutuksen puutteellisuuden vuoksi. Hoitajalla oli kokemus siitä, että asiakas oli aistinut hänen asiantuntijattomuuden. Kaikki tutkimukseen osallistuneet sairaanhoitajat toivat esille lisäkoulutuksen puutteellisuuden ja sen lisäämisen tarpeen.

7.5 Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimusaiheet

Nykyään mielenterveysasiakkaita siirretään yhä enemmän avohoidon puolelle, jolloin he ovat yksi oma asiakasryhmänsä perusterveydenhuollossa. Mielenterveys-

asiakkaan kokonaisvaltaista kohtaamista voidaan kehittää lisäämällä mielenterveyden hoitotyön koulutusta. Lisäkoulutus sekä ylläpitäisi että lisäisi hoitajan ammattitaitoa ja kehittäisi hoitajan keinoja kohdata mielenterveysasiakas.

Jatkotutkimusaiheena voitaisiin selvittää, onko koulutuksen lisäämisellä vaikutusta mielenterveysasiakkaan kohtaamiseen, jos koulutusta lisättäisiin. Myös mielenterveysasiakkaiden näkökulmasta voitaisiin tutkia heidän kokemuksiaan omahoitajan kohtaamisesta. Lisäksi voitaisiin tutkia syvemmin sairaanhoitajien asenteita ja arvoja mielenterveysasiakkaan kohtaamisessa.

LÄHTEET

- Antikainen, R. & Ranta, M. 2008. Kohti vastavuoroisuutta: Psykoterapeuttinen hoitosuhde. Helsinki: Duodecium.
- Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Tammi.
- Fröjd, S., Kaltiala-Heino, R., Ranta, K., von der Pahlen, B. & Marttunen, M. 2009. Nuorten ahdistuneisuus ja päihteiden käyttö: Tietoa vanhemmille ja nuorten kanssa työskenteleville aikuisille. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Gustafsson, M., Leino-Kilpi, H. & Suhonen, R. 2009. Yksilöllisten hoitoa edistävät tekijät –hoitohenkilöstön näkökulmia. Tutkiva hoitotyö, 4, 4–11.
- Haarakangas, K. 2002. Mielisairaala muuttuu: Keroputaan sairaalan kokemuksia psykiatrisen hoidon kehittämisessä: avoimen dialogin hoitomalli. Helsinki: Suomen kuntaliitto.
- Heiskanen, T., Tuulari, J. & O. Huttunen, M. 2011. Masennuksen monet ulottuvuudet: miksi ihminen masentuu?. Teoksessa: T. Heiskanen, M. O. Huttunen & J. Tuulari (toim.) Masennus. Helsinki: Duodecium, 9–10.
- Heiskanen, T., Tuulari, J. & O. Huttunen, M. 2011. Masennuksen monet ulottuvuudet: mitä masennuksella tarkoitetaan?. Teoksessa: T. Heiskanen, M. O. Huttunen & J. Tuulari (toim.) Masennus. Helsinki: Duodecium, 8.
- Hietaharju, P. & Nuutila, M. 2016. Käytännön mielenterveystyö. 4. uud. p. Helsinki: Sanoma Pro.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu: Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uud. p. Helsinki: Tammi.
- Holmberg, J. 2016. Hoitajana mielenterveys- ja päihdetyössä. Helsinki: Edita.
- Holmberg, J., Hirschovits, T., Kylmänen, P. & Agge, E. 2008. Tämä potilas kuuluu meille: Sairaanhoitaja tekee mielenterveys- ja päihdehoitotyötä. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto.
- Hämäläinen, K., Kanerva, A., Kuhanen, C., Schubert, C. & Seuri, T. 2017. Mielenterveyshoitotyö. 5. uud. p. Helsinki: Sanoma Pro.

- Järvelin, J. 2014. Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2014. [Verkkojulkaisu]. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 16.06.2016]. Saatavana: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130535/Tr07_16_FI.pdf?sequence=1
- Kiviniemi, L., Läksy, M-L., Matinlauri, T., Nevalainen, K., Ruotsalainen, K., Seppänen, U-M & Vuokila-Oikonen, P. 2014. Minä mielenterveystyön tekijänä. 2. uud. p. Helsinki: Edita.
- Koponen, H. & Lepola, U. 15.06.2016. Ahdistuneisuushäiriö. [Verkkoartikkeli]. Lääkärin käsikirja. Helsinki: Duodecium. [Viitattu 13.03.2017]. Saatavana Terveysportti –tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2013. Mielenterveyshoitotyö. 3. p. Helsinki: Sanoma pro.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Porvoo: WSOY Oppimateriaalit.
- Kärkkäinen, J. 2016. Sote-uudistus - mahdollisuus mielenterveys- ja päihdepalveluille. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecium 132 (17), 1505–1506.
- Kääriäinen, M. 2008. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. Tutkiva hoitotyö, 6 (4), 10–15.
- Kääriäinen, M., Kyngäs, H., Ukkola, L. & Torppa, K. 2005. Potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta. Tutkiva hoitotyö, 3 (1), 10–15.
- Laijärvi, H., Pääkkönen, T., Välimäki, M. & Pukuri, T. 2006. Stressi ja työuupumus akuuttipsykiatrisessa hoitoympäristössä. Hoitotiede, 18 (5), 245–254.
- Latvala, E., Saranto, K. & Pekkala, E. 2005. Yhteistoiminnallisen hoitotyön kehittäminen mielenterveystyössä: Tuloksia kehittämishankkeesta. Tutkiva hoitotyö, 3 (2), 24–30.
- Lavikainen, J., Lahtinen, E. & Lehtinen, V. 2004:17. Mielenterveystyö Euroopassa: Sosiaali- ja terveysministeriö selvityksiä 2004:17 Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Lindberg, M., Louheranta, O., Mustonen, K., Salo, O. & Stenius, J. 2015. Psykoterapeuttinen hoitosuhde. Helsinki: Duodecium.

- Lääkäri-hoitaja –työparit. Ei päiväystä. [Verkkosivu]. Seinäjoki: Seinäjoen kaupunki. [Viitattu 21.03.2017]. Saatavana: <https://www.seinajoki.fi/sosiaali-jaterveyspalvelut/terveyspalvelut/laakarienjahoitajienvastaanotot/laakari-hoitaja-tyoparit.html>
- Mattila, E. 2002. Miten ohjata mielen kuntoutujaa?: Yksityinen mielenterveystyön hoito- tai palvelukoti kehittyvänä pienyhteisönä. Helsinki: Helsingin yliopisto. Väitösk.
- Markkula, N. & Suvisaari, J. 2017. Masennushäiriöiden esiintyvyys, riskitekijät ja ennusta. [Verkkolehtiartikkeli]. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim 133 (3), 257–285. [Viitattu 23.03.2017]. Saatavana: <http://www.duodecim-lehti.fi/lehti/2017/3/duo13544>
- Marttunen, M. & Karlsson, L. 2013. Masennusoireilu ja masennustilat. Teoksessa: M. Marttunen, T. Huurre, T. Strandholm & R. Viialainen (toim.) Nuorten mielen-terveyshäiriöt: Opas nuorten parissa työskenteleville aikuisille. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 41–58.
- Mäkisalo-Ropponen, M. 2012. Vuorovaikutustaidot sosiaali- ja terveyslalla. 1–2. p. Helsinki: Sanoma Pro.
- Niemelä, S. & Blanco-Sequeiros, S. 2015. Psykiatrian merkitys korostuu sosiaali- ja terveyspalveluiden yhdistyessä. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim 131 (6), 565–566.
- Nieminen, I. & Kaunonen, M. 2011. Mielenterveyskuntoutujien osallistuminen EMI-LIA-projektin koulutusinterventioihin –kuntoutujien ja henkilökunnan kokemukset 10 kk:n seurannan jälkeen. Hoitotiede, 23 (1), 57–71.
- Noppi, E., Kiiltomäki, A. & Pesonen, A. 2007. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Helsinki: Tammi.
- Nordling, E. 2007. Ruvettiin pitämään ihmisenä: Vastuutasojärjestelmässä kuntoutettujen skitsofreniapotilaiden kuntoutumisreitit, hoitopalveluiden käyttö ja psykososiaalinen hyvinvointi. [Verkkojulkaisu]. Tampere: Tampereen yliopisto. Väitösk. [Viitattu 02.06.2016]. Saatavana: <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67746/978-951-44-7024-0.pdf?sequence=1>
- Peltonen, E. 2009. Lääkäreiden ja hoitajien työpari- ja tiimityö vastaanottojen toimintamalleina perusterveydenhuollossa. [Verkkojulkaisu]. Kuopio: Kuopion Yliopisto. Väitösk. [Viitattu 03.06.2016]. Saatavana: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-1078-2/urn_isbn_978-951-27-1078-2.pdf
- Pitkänen, A., Mäki, K., Salminen, A-S. & Kaunonen, M. 2012. Kirjalliset ohjeet mielenterveyspotilaan tiedon saannin tukena. Tutkiva hoitotyö, 10 (4), 14–22.

- Punkanen, T. 2006. Mielenterveystyö ammattina. 2.-4. p. Helsinki: Tammi.
- Raatikainen, E. 2015. Lujita luottamusta: Asiakassuhteen rakentaminen sosiaali- ja terveysalalla. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Rauhala, L. 2005. Ihmiskäsitys hoitotyössä. Helsinki: Yliopistopaino.
- Rekola, L., Isoherranen, K. & Koponen, L. 2005. Moniammatillinen yhteistyö päivystyspoliklinikalla. Tutkiva hoitotyö, 3 (1), 16–21.
- Rissanen, T., Toivanen, T. & Miettinen, S. 2005. Mitä työajan seuranta tutkimus kertoo psykiatrisesta hoitotyöstä?. Tutkiva hoitotyö, 3 (3), 19–26.
- Saharinen, T., Kylmä, J., Pelkonen, M. & Miettinen, S. 2005. Kuvaus omahoitajan toiminnasta: millainen toiminta vahvistaa ja millainen kuormittaa vakavasti masentuneen potilaan puolison voimavaroja. Tutkiva hoitotyö, 3 (4), 25–31.
- Stenbocksväg, M. 2013. Patients' conceptions of how health processes are promoted in mental health nursing: A qualitative study. [Verkkolehtiartikkeli]. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 10, 448-456. [Viitattu 09.03.2017]. Saatavana Ebsco Academic Search Elite -tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 27.06.2016. Psykoosit. [Verkkosivu]. [Viitattu 13.03.2017]. Saatavana: <https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/psykoosit>
- Timonen, L. & Eriksson, E. 2007. Hoitajien täydennyskoulutus yliopistollisen keskussairaalan kirurgisissa työyksiköissä. Tutkiva hoitotyö, 5 (4), 21–28.
- Tuomi, J & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uud. p. Helsinki: Tammi.
- Vilén, M., Leppämäki, P. & Ekström, L. 2008. Vuorovaikutuksellinen tukeminen. 3. uud. p. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.
- Vuorilehto, M., Larri, T., Kurki, M. & Hätönen, H. 2014. Uudistuva mielenterveys-työ. Helsinki: Fioca.
- Väisänen, L., Niemelä, M. & Suua, P. 2009. Sanat työssä: Vuorovaikutus ammattitaitona. Helsinki: Kirjapaja.
- Wahlberg, A., Cedersund, E. & Wredling, R. 2003. Telephone nurses' experience of problems with telephone advice in Sweden. [Verkkolehtiartikkeli]. Journal of Clinical Nursing 12, 37–45. [Viitattu 22.03.2017]. Saatava Ebsco Academic Search Elite -tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.

LIITTEET

Liite 1. Aineistohankintalupa

Liite 2. Tutkimuslupahakemus

Liite 3. Teemahaastattelurunko

Liite 4. Saatekirje ja suostumuslomake

Liite 5. Esimerkki sisällönanalyysistä

LIITE 1. Aineistonhankintalupa

Pyydämme kohteliaasti lupaa saada haastatella Seinäjoen terveyskeskuksen sairaanhoitajia opinnäytetyötutkimusta varten. Teemme opinnäytetyön aiheesta *sairaanhoitajien kokemuksia mielenterveysasiakkaan kohtaamisesta*. Opinnäytetyönä tehtävän tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa ja kehittää sen avulla Seinäjoen terveyskeskuksen toimintaa mielenterveysasiakkaan kohtaamisessa.

Opinnäytetyönä tehtävän tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla sairaanhoitajien kokemuksia mielenterveysasiakkaan kohtaamisesta Seinäjoen terveyskeskuksessa. Tässä opinnäytetyössä haetaan vastausta tutkimuskysymykseen: *Millaisia kokemuksia Seinäjoen terveyskeskuksen sairaanhoitajalla on mielenterveysasiakkaan kohtaamisesta?*

Yhteistyöterveisin,

Jasmi Hahtola

jasmi.hahtola@seamk.fi

Elina Kankaanpää

elina.kankaanpaa@seamk.fi

Osastonhoitajan allekirjoitus: _____

Päiväys ja paikka:

LIITE 2. Tutkimuslupahakemus

Seinäjoen ammattikorkeakoulu
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES



TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

Hakijan tiedot

Nimi:	Puhelinnumero:	Sähköpostiosoite:
Katuosoite:	Postinumero:	Postitoimipaikka:
Oppilaitos tai muu yhteisö / Tutkimusyksikkö:	Hakijan tehtävä/virka-asema:	

Lyhyt kuvaus tehtävästä tutkimuksesta

Tutkimuksen nimi:	<input type="checkbox"/> Tutkimussuunnitelma liitteenä
Tutkimuksen aihe:	Tutkimuksen aikataulu:

Tutkimuksen aineisto ja tutkimusmetodi:

Tutkimuskohteen kuvaus:

Seinäjoen ammattikorkeakoulun rooli tutkimuksessa

Pyydetyt erikoisjärjestelyt SeAMKissa:

Tutkimuksesta SeAMKille aiheutuvat kustannukset:

Päiväys ja hakijan allekirjoitus

Paikka ja päivämäärä:

Allekirjoitus:

Tutkimusluvan myöntäminen

Tutkimuslupa myönnetään

Tutkimuslupaa ei myönnetä

Lisätiedot:

Päätäjän

nimi:

Paikka ja päivämäärä:

Allekirjoitus:

LIITE 3. Teemahaastattelurunko

Mielenterveysasiakkaan kohtaaminen

- Kerro millaisia mielenterveysasiakkaita kohtaat työssäsi
- Kuvaile millaisia tunteita mielenterveysasiakkaan kohtaaminen teissä herättää
- Kerro millaisia haasteita mielenterveysasiakkaan kohtaamiseen liittyy
- Kuvaile kokemuksia mielenterveysasiakkaan kohtaamisesta

Kohtaamisen keinot

- Kerro miten aikaisemmat kokemukset vaikuttavat mielenterveysasiakkaiden kohtaamiseen (ikä, sukupuoli, aiemmat sairaskertomukset)
- Kerro miten kehittäisit sairaanhoitajan valmiuksia mielenterveysasiakkaan kohtaamisessa

LIITE 4. Saatekirje ja suostumuslomake

Arvoisa Seinäjoen terveystieteiden keskuksen sairaanhoitaja,

Olemme 3.vuoden sairaanhoitajaopiskelijoita Seinäjoen Ammattikorkeakoulusta. Valmistumme joulukuussa 2017. Opiskeluihimme kuuluu opinnäytetyö, jonka aiheeksi valitsimme *Sairaanhoitajien kokemuksia mielenterveysasiakkaan kohtaamisesta*. Opinnäytetyön tavoite on kehittää Seinäjoen terveystieteiden keskuksen toimintaa mielenterveysasiakkaiden kohtaamisessa. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla sairaanhoitajien kokemuksia mielenterveysasiakkaan kohtaamisesta Seinäjoen terveystieteiden keskuksessa.

Toteutamme aineiston keräämisen teemahaastattelulla. Haastattelut nauhoitetaan nauhurilla ja kaikki haastattelumateriaali tuhoetaan sen jälkeen, kun opinnäytetyö on valmistunut. Haastateltava tulee pysymään anonyymina koko opinnäytetyöprosessin ajan. Valmis opinnäytetyö tulee olemaan luettavissa Theseus- tietokannasta.

Toivomme teidän osallistuvan opinnäytetyönä tehtävään tutkimukseen. Pyydämme teitä allekirjoittamaan suostumuksen, mikäli haluatte osallistua tutkimukseen. Kiitos!

Jos teillä on kysyttävää, voitte olla yhteydessä sähköpostitse.

Yhteistyöterveisin,

Jasmi Hahtola

jasmi.hahtola@seamk.fi

Elina Kankaanpää

elina.kankaanpaa@seamk.fi

Haastateltavan allekirjoitus: _____

Opinnäytetyön ohjaajana toimii TtT. lehtori Helinä Mesiäislehto-Soukka

puh.040-xxx xxxx

LIITE 5. Esimerkki sisällönanalyysistä

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka
<p>”Kyllä se koulutus varmaankin olisi se mitä pitäisi enemmän ottaa huomioon, jos kerran lähetään sille linjalle, että mielenterveyspotilaat listautetaan enemmän tänne työpareille.”</p> <p>”Oishan se kiva tietää enemmän tuesta, että ylipääntään skitsofreniasta ois kiva tietää nykypäivän tietämystä ja osaamista, mutta ei meillä vaa koulutusta oikein tarjota täällä.”</p> <p>”Pitäis saada tavallaan tietoutta muitten hoitajien myös, joilla ei oo sitä ammatillista koulutusta, niin</p>	<p>Koulutusta enemmän.</p> <p>Lisää psykiatrista koulutusta.</p> <p>Lisää tietoutta psykiatrista sairauksista ja psykiatristen asiakkaiden kohtaamisesta. Myös koulutusta hoitajille keillä ei ole psykiatrisen sairaanhoitajan koulutusta. Koulutus lisäisi tietoutta.</p> <p>Koulutusta psykiatristen asiakkaiden kohtaamisesta.</p>	<p>Lisäisi nykypäivän tietämystä ja osaamista mielenterveys-sairauksista</p> <p>Myös hoitajille, keillä ei ole psykiatrisen sairaanhoitajan koulutusta</p> <p>Lisäisi hoitajan varmuutta mielenterveysasiakkaan kohtaamiseen</p> <p>Hoitaja saisi konkreettista tietoa</p>	<p>Koulutusta mielenterveyden hoitotyöstä, mielenterveys-sairauksista, ja -asiakkaan kohtaamisesta lisää</p>

<p>niistä sairauksista ja tavallaan siitä kohtaamisesta, ei se mitään rakettitiedettä se psykiatrisen ihmisen kohtaaminen.”</p> <p>”Sitä psyk. koulutusta vois olla vielä, että sitähan on naurettavan vähän, käytännössä ei juuri ollenkaan, eikä oo ollu tarjollakaan vastaanotto-työssä, että enemmänkin niin kun psykiatrisille sairaanhoitajille ja depressiohoitajille.”</p> <p>”Meille vois täällä järjestää jotain niin kun omaa koulutusta noista mielenterveyspuolen asioista.”</p>	<p>Koulutusta mielenterveyspuolen asioista.</p> <p>Ylipäätään nykypäivän tietämystä ja osaamista mielenterveys-sairauksista lisää.</p>		
---	--	--	--

<p>"Mun mielestä niin kun pitäis olla kuitenkin psykiatrisen sairaanhoidajan koulutus."</p> <p>"Mä oon kuitenkin sitä mieltä, että ehkä sen potilaan turvallisen olon takaamiseksi.. Oon yhen potilaan kohalla aistinu sitä, että koska mä en oo psykiatrinen sairaanhoitaja, hän ei ihan koe siten.."</p>	<p>Taustalla pitäisi olla psykiatrisen sairaanhoidajan koulutus.</p>	<p>Mielenterveysasiakkaan turvallisen olon takaamiseksi</p>	<p>Psykiatrisen sairaanhoidajan koulutus</p>
--	--	---	--