



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
VASA YRKESHÖGSKOLA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Toni Mäki

HOITOTYÖ KATASTROFIALUEELLA –
HOITAJIEN TUNNEKATEGORiat
POIKKEUKSELLISISSA OLOSUHTEISSA

Sosiaali- ja terveysala
2010

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Toni Mäki
Opinnäytetyön nimi	Hoitotyö katastrofialueella
Vuosi	2010
Kieli	suomi
Sivumäärä	55
Ohjaaja	Terhi Pekkinen

Tutkielmassa on selvitetty katastrofialueella hoitotyötä tekevien hoitajien tunne-
kategorioita. Keskeinen tutkimusongelma on, millä tavoin katastrofialueella hoito-
työtä tekevä kokee työnsä tunneilmaisujen kautta. Erilaisista tunneilmaisui-
sta muodostetaan tunnekategorioita, joiden perusta löytyy tunteiden sosiologian ja
sosiaalisen konstruktivismin teoriaperinteestä. Teoreettisena viitekehyksenä on
nelikenttämalli, jonka muuttujina ovat tunteiden itsereflektointi ja tunteiden inten-
siteetti akselilla matala-korkea. Näin saadaan neljä erilaista tunnekategoriaa. Em-
piirinen aineisto on tämän jälkeen asemoitu näihin kategorioihin käyttämällä litte-
raatiotekniikkaa ja sisällönanalyysia.

Tutkielman aineisto muodostuu sekä hoitajien videoiduista haastatteluista että
heidän kirjoittamistaan kokemuksista. Kaikki materiaali on vapaasti saatavilla
internetistä. Videoaineisto on purettu litteroimalla ja kirjallinen aineisto on käyty
läpi lause lauseelta. Analyysin ulkopuolelle on jätetty ilmaisut, jotka eivät sisällä
tunneilmaisuja lainkaan. Tämän jälkeen aineisto on sijoitettu teoreettiseen viite-
kehykseen sen perusteella, mihin luokkaan ne kuuluvat.

Analyysin perusteella merkittävien tunnekategorioita ilmaiseva tekijä on tunne-
sääntöjen ja tunnetyön käyttö. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että hoitajat ref-
leктоivat vahvasti kokemiaan voimakkaita tunteita – käsittelevät niitä aktiivisesti,
jotta työ kentällä olisi mahdollista. Tunnekategorioista rationaalisuuden ja amma-
tillisuuden elementit ovat myös merkittävässä asemassa. Poikkeukselliset olosu-
hteet aiheuttavat haasteen ammatilliselle substanssille, mutta se tarjoaa myös mah-
dollisuuden luoville ratkaisuille. Vähiten hoitajat kokivat turhautuneisuuden tun-
teita, mutta luottivat kuitenkin oman spontaanin toiminnan ja ryhmän tuottaman
spontaanin toiminnan voimaan.

Korostuneessa asemassa on myös käsitys hoitotyöstä eräänlaisena velvollisuutena
tuottaa humanitaarista apua. Motiivina humanitaarisuus on vahva, mutta samalla
se aiheuttaa hoitajissa riittämättömyyden tunnetta sekä ahdistusta siitä, että ei ky-
kene tekemään riittävästi potilaidensa hyväksi. Samoin liiallinen kiinnittyminen
hoidettaviin on vaarana, mikäli itsereflektio on puutteellinen.

Avainsanat	tunnekategoriat, hoitotyö, katastrofialue, tunteiden sosiologia
------------	--

ABSTRACT

Author	Toni Mäki
Title	Nursing on Catastrophe Area
Year	2010
Language	Finnish
Pages	55
Name of Supervisor	Terhi Pekkinen

This bachelor's thesis focuses on nurses working on catastrophe areas and their feeling-categories. The underlying question is, how a nurse working on a scene of catastrophe experiences her work through different expressions of emotions. By forming feeling-categories, which are theoretically founded on social constructivism and sociology of emotions, we have four different variables. These variables are based on nurse's ability to self-reflect emotions (high-low) and the intensity of emotions (high-low). Empirical data is then attached in this model. The empirical data is formed by video-taped interviews and written documents made by nurses. All the material used here is available on internet free of charge, Video-taped material has been transcribed and written documents read through sentence-by-sentence

Based on analyses the most important category is the one that emphasises feeling-rules and working with emotions. In practice this means that nurses are strongly reflecting on their own emotions and they feel strongly about them, but they are actively dealing with these emotions in order to be able work on the field. Rationality and professionalism play a strong and important role too. Although nurses frequently feel frustrated and have feelings of inadequacy at their work, it does not seem to play big part of the feeling-categories as they trust on spontaneous action either by themselves or by the group.

A lot of emphasis has also been put on the notion that it is generally considered that nurses have somekind of duty to give humanitarian aid. Most of them see this as a duty which they are bound to do. It is a strong motive but at the same time it can cause major difficulties in forms of feeling inadequate or as a source of distress. There is also a risk of getting emotionally too attached to the patients, if the ability to reflect on the emotions is insufficient

Keywords	Feeling categories, nursing, sociology of emotions, catastrophe area
----------	--

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO	5
1.1	Tutkielman lähtökohdat	5
1.2	Tutkimusongelma ja tutkielman tarkoitus	6
1.3	Aineisto, lähdekritiikki ja tutkimuseettiset kysymykset	7
1.4	Aineiston analysointimenetelmä.....	9
2	TEOREETTINEN VIITEKEHYS	12
2.1	Merkitykset tunteiden representoijana	13
2.2	Tunteiden teoreettinen jäsentyminen	16
2.3	Katastrofialueen hoitotyön erityispiirteitä	22
3	EMPIIRINEN ANALYYSI.....	26
3.1	Turtuuko toivottomuuteen – kantaako ryhmä eteenpäin	26
3.2	Ammatillinen osaaminen turvan ja tuttuuden ylläpitäjänä	30
3.3	Järkevyyden ja loogisuuden rajamaalla	34
3.4	Tunteiden viettävänä vai niiden hallitsijana.....	37
3.5	Velvollisuuden, eettisyyden ja stereotyyppien rajankäyntiä.....	43
4	YHTEENVETO	49
	LÄHTEET.....	52

1 JOHDANTO

1.1 Tutkielman lähtökohdat

Katastrofit ovat luonnollinen osa ihmiskunnan historiaa. Ne tuottavat sekä inhimillistä hätää ja kärsimystä että aineellisia tuhoja yksilöiden omaisuuden ja infrastruktuurien tuhoutumisen myötä. Mikä tahansa luonnonmullistus, sotatila tai poikkeama arkipäiväisestä rutiinista saattaa laukaista katastrofille tunnusomaiset piirteet – hetkeksi arki, totutut toimintatavat ja turvallisuus luhistuvat niiden ihmisten ympäriltä, joita kohdannut katastrofi välittömästi koskettaa

Tällaisessa tilanteessa vaaditaan usein ulkopuolista interventiota. Toimijoina voivat olla esimerkiksi YK:n alaiset rauhanturvaajat, erilaisten vapaaehtoisryhmien organisoimat avustustyöntekijät tai virallisten organisaatioiden kentälle toimittamat terveydenhuollon ammattilaiset. Pääsääntöisesti katastrofialueella tarvitaan ammattitaitoista apua tilanteessa, jossa nopeasti järkkynyt tasapaino täytyy saattaa takaisin uomiinsa.

Katastrofin laajuus mitataan nykypäivänä hyvin helposti sen saamalla medianäkyvyydellä. Herkästi inhimillisen kärsimyksen määrä korreloi uutisminuuttien mukaan, usein esimerkiksi kansalaiskeräysten tuotto määrättyy sen mukaan kuinka tehokkaasti, laajasti ja aggressiivisesti katastrofista uutisoidaan. Tilanne ei sinänsä ole outo, sillä uutisvirran mukana kansalaisten tietoisuus jossain toisella puolella maailmaa tapahtuneesta kärsimyksestä kasvaa ja myötäsentyistä auttamisenhalua pystytään näin tehokkaasti ruokkimaan.

Tarinalla on kuitenkin toinen puoli. Maailmalla on jatkuvasti katastrofeiksi luokiteltavia tapahtumia, jotka eivät kuitenkaan ylitä uutiskynnystä. Näilläkin tapahtumapaikoilla avun tarve on kuitenkin yhtä suuri kuin niillä alueilla, joihin kansalaiskeräysten kautta virtaa rahaa ja päivittäishyödykkeitä. Tätä mittavaa ”kolmannen sektorin” tuottamaa apua yleishyödylliset järjestöt ja virallisorganisaatiot pyrkivät kompensoimaan käyttämällä oman organisaationsa valmiustilaa. Valmiusti-

laan kuuluu aineellisten resurssien lisäksi myös inhimillisiä toimijoita, niitä kulluisia auttavia käsiä, jotka rakentavat ja hoitavat katastrofialuetta ja sen uhreja.

Hoitotyö katastrofialueella nivoutuu sekä uutisarvoltaan pienten että suurten katastrofien kenttään. Uutisoinnin tai yleisen tietoisuuden laajuudesta huolimatta vaikeaan tilanteeseen joutuneet ihmiset tarvitsevat ulkopuolisia auttajia. Kenttäsaيراaloiden pystyttäminen, tarvittavan välineistön ja osaavan henkilökunnan toimitaminen tapahtumapaikalle, sekä alueella toimiminen kuuluvat jokaisen katastrofin perustoimintamalliin. Katastrofilla on aina kärsijänsä, ja sillä tulisi aina olla korjaajansa.

Tässä opinnäytetyössä tutkitaan hoitotyön ammattilaisia katastrofialueella. Niitä hoitajia, jotka fyysisesti siirtyvät kentälle työskentelemään enemmän tai vähemmän alkeellisissa olosuhteissa, mahdollisesti poliittisesti epästabiileihin oloihin oman henkensä uhalla. Tutkielman tarkoituksena ei ole ylentää katastrofialueella työskenteleviä hoitajia ylitse muiden avustustyöntekijöiden, vaan tarkoituksena on tarkastella yhden profession käsityksiä toimimisesta poikkeuksellisissa olosuhteissa.

Tutkielman ydin asettuu hoitotyön ja tunteiden sosiologian välimaastoon. Teoreettinen viitekehys löytyy tunteiden sosiologian piirissä käytävästä keskustelusta ja empiria hoitotyön toteuttajien subjektiivisista kokemuksista kentältä. Teoreettinen keskustelu nivoutuu hyvin pitkälti erilaisten kategorioiden ja typologioiden etsimiseen ja määrittelyyn, kun taas empirian tehtävänä on luoda substanssia näille teoreettisille tyypittelyille.

1.2 Tutkimusongelma ja tutkielman tarkoitus

Tutkielman tarkoituksena on selvittää millaisia tunnekkategorioita poikkeuksellisissa olosuhteissa hoitotyötä tekevillä hoitajilla esiintyy. Tutkimusongelma voidaan muotoilla seuraavanlaisesti kysymykseksi: Millä tavoin katastrofialueella hoitotyötä tekevä kokee työnsä tunneilmajujen kautta? Tutkimusongelmasta luonnollisesti on johdettavissa joukko pienempiä kysymyksiä, jotka liittyvät kiin-

teästi suurempaan kysymykseen. Tunnekatgoriat muodostuvat juuri näistä hoitajien tunneilmaisista ja niiden taustalla on teoreettinen näkemys tunnekatgorioiden muodostumisesta.

Pilkottuna tutkimusongelma voidaan esittää seuraavien alakysymysten kautta: Miten hoitajat ilmaisevat tunnekatgorioita? Mitkä tunnekatgoriat nousevat hallitseviksi, jos mitkään, ja löytyykö tutkimuskirjallisuudesta tälle ilmiölle selittävää tekijää? Yksittäiset ilmaisut nähdään tässä tutkielmassa siten aina osana kokemusmaailmaa. Irrallisina ne eivät sinänsä kerro mitään, mutta kontekstiin asetettuna ne muodostavat kokemuksellisia kokonaisuuksia. Näistä kokemuksellisista kokonaisuuksista muodostuu siten vastaus varsinaiseen tutkimusongelmaan. Teoreettinen ratkaisu on asettaa nämä kokemuskatgoriat laajempaan teoreettiseen diskurssiin, joka tässä työssä muodostuu aikaisemmin esitetyn mukaisesti sosiaalisen konstruktivismin teoriaperinteestä.

Tarkoituksena on luoda empiiriseen materiaaliin perustuva katastrofialueella työskentelevien hoitajien tunnekatgoriakartta. Tätä karttaa voidaan vaihtelevasti käyttää hyväksi esimerkiksi kentälle lähtevien hoitajien valmistamisessa ja koulutuksessa. Keskeisintä tässä ajatuksessa on se, että kun tiedämme millaisiin tekijöihin hoitajat poikkeuksellisissa olosuhteissa tunnetyötään kiinnittävät, voidaan heitä mahdollisuuksien mukaan kenties paremmin ja tehokkaammin valmistaa tulevaan.

1.3 Aineisto, lähdekritiikki ja tutkimuseettiset kysymykset

Tutkielman lähdeaineisto jakautuu sekä tutkimuskirjallisuuteen että empiiriseen aineistoon. Tutkimuskirjallisuuden osalta materiaali on hankittu käyttämällä hyväksi viitetietokantoja, joista tärkeimmät ovat olleet EBSCOhost ja Medic. Lisäksi käytössä on ollut TRIA-tietokanta.¹ Aineisto on hankittu käyttämällä tutkielman aiheen kannalta relevantteja asiasanoja, jotka tullaan myös liittämään tämän tutkielman asiasanoiksi käytössä olevan YSA-luokituksen mukaisesti.

¹ EBSCOhost sisältää noin 2000 tieteellisen julkaisun kokotekstit useammalta tieteenalalta, Medic puolestaan on tietokanta suomalaisista terveydenhoitoalan julkaisuista. TRIA on tiedekirjasto Tritonian tietokanta.

Artikkeleiden osalta lähtökohtana on ollut, että ne ovat kansainvälisistä julkaisuisista, jotka käyttävät artikkeleiden hyväksymisprosessissa vertaisarviointia. Tällä tavoin on pyritty varmistamaan lähteiden tieteellinen validiteetti. Tutkimuskirjallisuuden osalta on käytetty sekä tunnettujen tieteellisten kustantajien että tutkijoiden teoksia. Valinnassa on päädytty kunkin käsiteltävän teeman kannalta relevantin kirjallisuuden käyttöön.

Empiirisen aineiston osalta käytössä on monipuolinen materiaali joukko. Materiaali koostuu sekä kirjallisessa muodossa että videomuodossa löytyvästä materiaalista. Yhteistä näille on kuitenkin se, että ne kuvaavat mahdollisimman autenttisesti hoitajien omia kokemuksia eli ovat joko hoitajien itsensä kirjoittamia tai kertomia tarinoita.

Videoituja haastatteluja, kertomuksia tai dokumentaarisia esityksiä on yhteensä 13 kappaletta, kokonaiskestoltaan 1h 47 min. Videomateriaali sisältää yhteensä 6 erilaista katastrofia tai kohdetta, joka on vaatinut vapaaehtoisten hoitotyöntekijöiden panosta.² Kirjallisia kertomuksia lähdemateriaalissa on yhteensä 7, kahdesta eri katastrofista.³

Lähdekriittisesti on syytä nostaa esiin kaksi teemaa. Ensinnäkin on muistettava, että julkaistut kirjalliset kertomukset ja videot palvelevat aina jotain tarkoitusta ja siten tuskin edustavat maailmaa sellaisena kuin se todellisuudessa esiintyy. Tämän tutkielman kannalta ongelma ei itsessään ole relevantti – vaan lähinnä ontologinen – sillä tarkoituksena on nimenomaan tutkia miten hoitajat tätä maailmaa kuvaavat ja miten sitä tunneilmaisujen kautta rakennetaan. Reliabiliteetti ja validiteetti nousevat hoitajien diskurssista, ei siitä millaisia taka-ajatuksia julkaisulla on.⁴

² Videomateriaali koostuu seuraavista katastrofeista ja avustuskohteista: Haitin maanjäristys tammikuussa 2010, hurrikaani Katriina elokuussa 2005, Darfur, jossa vuodesta 2003 lähtien on ollut käynnissä aseellinen konflikti ja Estonian uppoaminen Suomenlahdella vuonna 1994. Avustuskohteita ovat olleet Lääkärit ilman rajoja –järjestön (Doctors Without Borders/Médecins Sans Frontières) vapaaehtoistyöntekijöiden kokemukset Liberiassa ja Turkmenistanissa.

³ Kertomuksista kuusi liittyy kesäkuussa 2001 hirmumyrsky Allisonin Teksasissa aiheuttamaan kaaokseen ja yksi kertomus käsittelee vuonna 2009 Australiassa riehuneita maastopaloja.

⁴ Luonnollinen lähtökohta on myöntää, että jokaisessa julkaistussa kirjoituksessa tai videoidussa haastattelussa taka-ajatuksena on luoda kuvaa hoitajan työstä katastrofialueella. Tämä *luotu kuva* hoitajien itsensä luomana on juuri tutkielman punainen lanka.

Toisen lähdekriittisen ongelman empiirisessä aineistossa muodostavat videoaineistot. Videoaineisto on kerätty vapaasti internetissä olevasta materiaalista ja sellaisenaan siis kaikkien käytettävissä. Lopulta ongelman ydin piilee siinä, että aineisto on jälkeenpäin vapaasti muokattavissa ja poistettavissa. Esimerkiksi YouTube-palvelusta löydetyt videot ovat erityisen alttiita poistoille – joko käyttäjän itsensä tai palveluntarjoajan toimesta. Mikään ei myöskään takaa sitä, että videot ovat millään muotoa enää käytettävissä tämän tutkielman julkaisemisen jälkeen.

Videoaineistoon liittyvät ongelmat pyritään ratkaisemaan tarkalla raportoinnilla. Empiirisessä analyysissä on ensiarvoisen tärkeää käyttää riittävän laajoja lainauksia, jotta lukija voisi arvioida argumentaation validiuden. Joka tapauksessa tutkielmassa esitettyjen argumenttien paikkansa pitävyyttä tulee pystyä arvioimaan ilman, että kyseinen materiaali on lukijan välittömästi käytettävissä.

Tutkimuseettisesti tutkielma nojaa hyvään tieteelliseen tapaan tehdä tutkimusta. Asianmukainen lähteiden käyttö, viittaustekniikka ja suorien lainauksien merkintä ovat itseisarvoisia. Itse aiheen kannalta tutkimuseettiikka rajoittuu empiirisen materiaalin oikeudenmukaiseen käyttöön. Tutkielman tekijällä itsellään ei saa – eikä voi – olla omaa agenda suoritettavana, vaan jokaista aineiston osaa on tarkasteltava yhtä objektiivisesti ja vailla emotionaalisia tai arvottavia kytkeitä.

Koska tässä tutkielmassa kaikki käytetty materiaali on kenen tahansa vapaasti saatavissa tai käytettävissä, tutkimuslupaani liittyviä eettisiä ongelmia ei ole. Tutkimuseettisesti kantavin teema on kohdella aineistoa tarjonneita hoitajia oikeudenmukaisesti ja hyvää tutkimuseettistä käytäntöä noudattaen analysoida heidän kertomuksiaan hoitotyöstä poikkeuksellisissa olosuhteissa.

1.4 Aineiston analysointimenetelmä

Koska tutkielman aineisto on luonteeltaan kvalitatiivista, on luonnollista että aineiston analyysimenetelmänkin löytyy kvalitatiivisen aineistoanalyysin perinteestä. Käytetyksi analyysimenetelmäksi on aineiston laadun – videotallenteet ja kirjoite-

tut lähteet – vuoksi muodostunut sisältöanalyysi (Ks. esim. Räsänen 2005; Törrönen 2005).

Käytännössä analyysi on suoritettu siten, että jokainen videoitu haastattelu on kuunneltu ja tutkimusongelman kannalta oleelliset kohdat on litteroitu sanasta sanaan. (Ks. esim. Räsänen 2005, 91–92.) Aineiston ulkopuolelle siten jäivät sellaiset hoitajien lausunnot, joissa kuvailtiin esimerkiksi kohteen maisemia tai yleisesti keskusteltiin hoitotyön sisällöstä. Keskeisin kriteeri litteroinnille oli se, että lainauksessa on jonkinlainen tunnetilaa kuvaava komponentti.

Samankaltainen menetelmä oli käytössä myös kirjallisten lähteiden osalta. Tekstistä nostettiin esille kaikki ne ilmaisut, jotka jollain tavalla viestittivät kirjoittajan tunneilmaisua.

Tämän jälkeen analysoitavaksi valikoitunut videomateriaali ja kirjallinen materiaali jaoteltiin teoreettisen mallin mukaisiin kategorioihin. (Ks. esim. Räsänen 2005, 95–96.) Tässä yhteydessä kävi selväksi, että jakaminen teoreettisiin loke-roihin ei ole yksiselitteistä, vaan yksittäinen lainaus sopisi helposti useamman kategorian alle. Tässä tutkielmassa tehtiin ratkaisu, jossa yhtä tunneilmaisua on käytetty vain kertaalleen sen perusteella mihin kategoriaan se parhaiten soveltuu. Perustelut kategorian valinnalle on kirjoitettu auki luvussa 3, jossa varsinainen empiirisen aineiston analyysi tapahtuu.

Luvussa 3 toteutuu myös tutkielman tekoon liittyvät kysymykset reliabiliteetista ja validiteetista. Kvalitatiivisen tutkimuksen kulmakivenä on empiirisen aineiston analyysi ja varsinaisten tutkimustulosten raportointi. (Räsänen 2005, 97–99.) Validiteettia ja reliabiliteettia on pyritty lisäämään, paitsi aineiston ja analyysitavan dokumentaatioilla, myös suorilla lainauksilla itse aineistosta.

Analyysivaiheessa tutkimuskirjallisuutta on käytetty hyväksi lähinnä luvussa 3.2. – muutoin analyysi on kokonaisuudessaan allekirjoittajan tekemää. Ratkaisu perustuu siihen, että edellä mainitussa luvussa käsitellään samanaikaisesti profession ytimeen liittyviä kysymyksiä, joiden validiteetti löytyy tutkimuskirjallisuudesta ja tukemaan on käytetty empiiristä aineistoa. Muun analyysin yhteydessä aineiston

on annettu puhua omalla äänellään, ja allekirjoittanut on aineistoon tukeutuneena tehnyt johtopäätökset.

2 TEOREETTINEN VIITEKEHYS

Tämän tutkielman keskeinen teoreettinen keskustelu sijoittuu sosiaalisen konstruktivismiin teoriaperinteeseen. Lähtökohtana on, että yksilöt muodostavat erilaisia kollektiiveja ja rakentavat jokapäiväistä todellisuuttaan yhä uudelleen ja uudelleen keskinäisen kanssakäymisen kautta. Samanaikaisesti tunnetilojen esittäminen ja uudelleenesittäminen (representaatio) edustaa tutkielmassa sitä osaa, johon empiirisen aineiston analysointi perustuu.

Tunteiden representaatio kertoo meille, miten hoitotyön tekijöiden suhtautuminen omaan työhönsä poikkeuksellisissa olosuhteissa muokkautuu, miten siitä kerrotaan muille ja miten esimerkiksi työn mielekkyys, raskaus tai turhautuneisuus puetaan ilman toimintakyvyn lamaantumista. Siirtyminen tunteiden esittämisestä tunteiden representointiin antaa merkityksen sille koodistolle, jonka perusteella hoitotyötä kyetään kollektiivissa tekemään. Erilaisten esittämistekniikoiden - metaforien ja konnotaatioiden – avulla voidaan myös päätellä millaisia vaatimuksia tai edellytyksiä hoitotyöntekijälle asetetaan profession ulkopuolelta. Katastrofi-alueella työskentelevä hoitaja ei hänkään elä tyhjiössä tai riisuttuna ammattinsa oletetuista ja vakiintuneista stereotyyppioista.

Tässä luvussa käydään läpi ne tutkielman kannalta keskeiset käsitteet ja teoreettiset periaatteet, jonka perusteella empiirinen aineisto myöhemmin analysoidaan. Keskiössä ovat merkityksen ja representaation käsitteet, siis se miten yksilöt jokapäiväisessä elämässään merkityksellistävät asioita ja kuinka he tämän merkityksellisyyden itselleen ja muille osoittavat.

Tunteiden representaatiosta käydään läpi sekä tunne-esittämisen että tunnesääntöjen käsitteet ja ne nivotaan yhteen tunteiden representaatioon liittyvään nelikenttämalliin. Tämä tunteiden sosiologian piiriin liittyvä teoreettinen keskustelu muodostaa tutkielman varsinaisen teoreettisen mallin, johon empiirinen aineisto sijoitetaan.

Lopuksi tässä luvussa käydään teoreettisen keskustelun perusteella läpi katastrofi-alueen hoitotyön perusteita. Tarkoituksena on kuvata niitä lähtökohtia, joissa

poikkeuksellisista olosuhteista huolimatta hoitohenkilökunta joutuu tilanteesta riippuen antamaan joko hyvää perushoitoa tai erikoissairaanhoidoa vaativaa hoitoa. Tämän osan tarkoituksena on pohjustaa luvussa kolme oleva empiirinen analyysi laajempaan katastrofialueen hoitotyön keskusteluun.

2.1 Merkitykset tunteiden representoijana

Merkit ja merkitykset jäsentävät käsitystämme omasta itsestämme, mutta kenties vielä merkittävämpää on se, että ne jäsentävät ennen kaikkea käsitystämme muista. Merkitysten avulla me yksilöinä rajaamme, suljemme, määrittelemme ja kuvaamme sitä mitä me olemme ja mitä me emme ole. Erialaisten merkitysten avulla ja niiden kautta yksilöt rakentavat instituutioita, sosiaalisia suhteita, uskomusjärjestelmiä sekä tapoja toimia.

Kakofoninen merkitysten kirjo muodostaa vaivihkaa merkityskarttoja, jotka tekevät maailmasta ymmärrettävän paikan elää. Merkityskarttojen olennaisin piirre on, että ne eivät ole olemassa vain ja ainoastaan yksilöiden omassa päässä, vaan ne ovat konkreettisia kulttuurin ilmentymiä. Merkitykset ovat toiminta- ja käyttäytymismalleja, joiden avulla me pystymme konkreettisesti osoittamaan kuuluvuuttamme johonkin kulttuuriin.

Jotta merkitykset olisivat edes jollain tasolla mielekkäitä, niiden tulee olla intersubjektiivisiä. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että merkitysten tulee olla yhteisesti jaettuja useamman kuin yhden subjektin kesken. Samalla intersubjektiivisuus edellyttää, että merkityksellä on jonkinlainen materiaallinen ulottuvuus, että se on manifestoitu jollain konkreettisella tavalla – olkoon tämä tapa sitten teksti, kuva tai jokin muu aineellinen ilmentymä. Luonnollisesti merkitykset eivät ole samantaisia kaikille ja kaikkialla – itse asiassa suurin osa merkityksistä ovat ristiriitaisia – jos eivät keskenään – niin ainakin niitä tulkitsevien yksilöiden välillä. (Lehtonen 1998, 16–19.)

Jos yksittäiset merkit muodostavat merkityksiä, niin miten merkityksistä sitten tulee merkityskarttoja jotka luotsaavat jokapäiväistä ajatteluamme ja ymmärrystämme kulttuurista jossa elämme? Merkit ja merkitykset tulee merkityksellistää,

jotta ne voisivat toimia yhteisesti jaetun todellisuuden kuvajaisena ja tämä tapahtuu viiden tekijän kautta: denotaation, konnotaation, myytin, metaforan ja metonymiin avulla.

Denotaatiolla tarkoitetaan yksinkertaisesti merkin yleisintä ja selvintä merkitystä. Lippalakki on lippalakki sekä valokuvassa, pöydän päällä että televisiomainoksessa. Konnotaatioissa puolestaan merkkiin liittyy vastaanottajan omat tuntemukset ja arvot, jolloin merkki samalla merkityksellistyy. Edellistä lippalakki-esimerkkiä seuraten konnotaatioissa on kyse siitä millaisesta lippalakista puhutaan. Konnotaatio johdattaa meidät intersubjektiivisuuden avulla tulkitsemaan merkitystä – merkityksellistämään – tietyllä tavalla. Kulttuurisidonnaisina ne voivat olla hyvinkin subjektiivisia tai laajemmin koko kulttuurin jakamia ja yleisesti jaettuja. (Fiske 1998, 113–115.)

Myytti puolestaan on pyrkimys ymmärtää todellisuuden eri puolia. Sen perustehävä on palauttaa kulttuurin ilmentymä takaisin osaksi luontoa, naturalisoida se. Naturalisointiprosessiin kuuluu olennaisena osana merkityksen riisuminen sen poliittisesta tai yhteiskunnallisesta ulottuvuudesta, jolloin merkityksestä tulee jostain luonnostaan olevaa. On kuitenkin muistettava, että kulttuurissa ei ole yleispäteviä myyttejä – vallitsevien myyttien rinnalla esiintyy aina vastamyyttejä. Merkityksellistäminen on siten samalla yhteiskuntapoliittinen prosessi, jossa vallitsevan myytit voivat nopeastikin sopeutua vastaamaan kulttuurin kulloisiakin tarpeita. (Fiske 1998, 117–121.)

Metafora syntyy, kun ilmaisemme jotain uutta ja outoa tutun avulla. Metaforat ovat arkielämän merkityksellistämässä erittäin keskeisessä asemassa. Metaforien avulla abstrakteista yhteiskunnallisista kokemuksista tehdään konkreettisia ja helposti ymmärrettäviä. Niiden ymmärrettävyys perustuu pitkälti selkeisiin jaotteluihin – metaforat ajan haaskaamisesta tai korkeasta yhteiskunnallisesta asemasta merkityksellistävät yhteiskunnan tai kulttuurin vallitsevia arvoja sangen tehokkaalla tavalla. Koska metaforat aineellistavat abstraktit käsitteet, ne toimivat myös vahvoina retorisinä ja ideologisina välineinä. Olkoonkin, että metaforat ymmärrettään usein kulttuurisena arkijärkenä – itsestäänselvytenä ja asiointiloja selkeästi

kuvaavina, ne ovat kuitenkin yhteiskunnallisesti tuotettuja ja aina jotain tarkoitusta varten. (Fiske 1998, 122–126.)

Viimeinen Fiskin (1998, 127–129) merkityksellistämisen käsitteistä on metonymi. Metonymin avulla todellisuutta käsitellään luomalla osista kokonaisuuksia – tietoisesti valitsemalla tekijöitä, jotka yleistetään koskemaan laajempaa todellisuutta. Metonymiat ovat vahvoja merkityksellistäjiä koska ne nopeasti tarkasteltuna ymmärretään luonnollisiksi todellisuuden esittäjiksi. Kuitenkin metonymioiden käytön valintaa ohjaavat harkinnanvaraisuuden kriteerit: metonymioita käytetään sen mukaan mitä vallitseva kulttuurinen arvo tai myytti odottaa. Valitsemalla tietoisesti tietynlaisia metonymioita luomme tietynlaista todellisuutta.

Tässä tutkielmassa tunteiden representoitumista käsitellään sosiaalisen konstruktivismiin hengessä eräänlaisena performanssina, tunteiden esittämisenä joko ryhmälle tai ryhmän ulkopuolisille yksilöille. (Ks. esim. Goffman 1990; Berger 1963; Berger & Luckmann 1998.) Performanssista voidaan erottaa kaksi ääripäätä. Toisaalta esittäjä voi olla täysin vakuuttunut siitä, että esimerkiksi ne tunnetilat, joita hän kuvaa, kuvaavat todellisuutta pelkistetysti sellaisenaan. Toinen ääripää on, kun esittäjä esittää sosiaalista todellisuutta uskomatta siihen itse, käyttäen esittämisen tilaisuutta keinona jonkin toisen tavoitteen saavuttamiseksi. (Goffman 1990, 28.)

Ensin mainittu tilanne syntyy useimmiten spontaaneissa kommunikaatio- ja kohtaamistilanteissa, joissa valmista roolien mukaista käsikirjoitusta ei ole ja tunteiden esittäminen on päämäärä sinänsä. Jälkimmäinen tilanne liittyy käytännössä tilanteisiin, jossa esitys tapahtuu etukäteen määriteltyjen puitteiden sisällä. Tämänkaltaisissa tilanteissa sosiaalinen toiminta on muodostunut institutionalisoituneeksi ja sitä ohjaa abstraktit ja stereotyyppiset odotukset toiminnan luonteesta. Esittäjän omaksuessa sosiaalisen roolinsa, hän omaksuu samalla siihen liitetyn kollektiivisen representaation, käsityksen miten annetuissa tilanteissa toimitaan. Omalla toiminnallaan hän on samalla pakotettu vahvistamaan tätä kollektiivista representaatiota esittämällä hänelle annettua roolia. (Goffman 1990, 37.)

Jotta esittämisen kollektiivinen representaatio voi toteutua täydellisyydessään, se vaatii osallistujilta esittämiseen liittyvää dramaturgista lojaaliutta, kurinalaisuutta ja harkintaa. Lojaaliuden ajatus liittyy siihen, että jokaisella esittäjällä on moraallinen velvollisuus noudattaa ryhmän sääntöjä myös esitysten välillä. Lojaaliuden astetta pyritään usein kasvattamaan luomalla yhteisön sisäistä, kiinteää ja vahvaa solidaarisuuden tunnetta. Dramaturginen kurinalaisuus liittyy jokaisen yksilön oman roolin esittämiseen. Toiminnan kannalta on elintärkeää, että jokainen yksilö noudattaa omaa rooliaan, toimii sen asettamien rajojen puitteissa siitä huolimatta että roolin esittäminen saattaa sisältää voimakkaita tunneilmaisuja. Dramaturgiseen kurinalaisuuteen ei kuulu yksilön sooloilua, vaan itsekuria jossa esittäjä tarpeen vaatiessa kykenee tukahduttamaan esityksen ulkopuolelle kuuluvat subjektiiviset tunnekokemukset. Dramaturgista harkintaa yhteisö käyttää silloin kun esitys suunnitellaan etukäteen. Harkinnan kulmakivenä on löytää esitykseen sellaiset toimijat jotka ovat toisaalta lojaaleita ja kurinalaisia. Yhtäläillä yhteisö määrittelee etukäteen kenelle se esityksensä kohdentaa, yleisön koko, laatu ja esityksen kesto vaatii suunnitelmallista toimintaa yhteisöltä. Onnistuneen esityksen kannalta oleellista on esityksen funktio ja että kaikki esitykseen osallistuvat osapuolet jakavat tämän kollektiivisen representaation. (Goffman 1990, 207–215.)

2.2 Tunteiden teoreettinen jäsentyminen

Tunteiden sosiologiassa sosiaalisesti järjestäytyneet tunneilmaisut perustuvat niiden alkuperään, keston, rakenteisiin ja muutoksiin. Tunteet syntyvät ihmisten sosiaalisen kanssakäymisen välityksellä, niillä on tilannesidonnainen kestoaika lyhytaikaisista reaktioista pitkäkestoiseen affektioon ja niiden ilmaisujen rakenteet vaihtelevat tilannesidonnaisesti. Tunteet ovat alati muuttuva komponentti sosiaalisessa kanssakäymisessä, joita yksilöt pystyvät säätelemään saamansa palautteen mukaisesti. (Gordon 1990, 150–151.)

Tunteet ovat siten ymmärrettävissä yksilöiden sisäisiksi mielentiloiksi, jotka suhteellisen lyhytkestoisina eivät aina ole yksilön hallittavissa. Tunteet voidaan pelkistää muutamiksi abstrakteiksi ulottuvuuksiksi ja niillä voidaan katsoa olevan

muutamia konkreettisia ominaisuuksia, jotka erottavat nämä abstraktit ulottuvuudet toisistaan. (Lawler & Thye 1999, 219–221.)

Tunteet siten ovat palauttamaton osa jokapäiväistä elämää sekä henkilökohtaisena että kulttuurisena ilmiönä. Tämän vuoksi tunteiden esiintymistä on tulkittava elettyinä kokemuksena, jonka keskeiset sisällöt tulee pystyä erittelemään ja kuvaamaan. Koska tunteet sellaisenaan ovat autonomisia prosesseja, niiden tulkinnassakin tulee pitäytyä kausaalisuhteiden ulkopuolella. Tunteiden tulkinta on kuvailevaa prosessikuvauksen etsimistä, jossa kulttuurisilla ja historiallisilla tekijöillä on vaikutuksensa, samoin kuin sillä missä määrin tunneilmaisu kykenee välittämään halutun tunteen ja tuottamaan yhteisesti jaettua kokemusta. (Denzin 1990, 86.)

Yksilöt voivat kuitenkin tehdä aktiivista tunnetyötä eli tietoisesti pyrkiä muuttamaan tunteensa voimakkuutta tai laatua. Tunnetyö voi luonnollisesti epäonnistua, yksilöt eivät välttämättä aktiivisella yrittämiselläkään pääse toivomaansa lopputulokseen. Tästä huolimatta yksilöllä on tunnetyönsä taustalla ollut jonkinlainen käsitys oikeasta – tai toivotunlaisesta – käyttäytymisestä, johon hän on aktiivisesti pyrkinyt. Tunnetyö ei ole tunteiden kontrollointia tai tukahduttamista, vaan se viittaa yksilön kykyyn sopeuttaa omaa toimintaansa, ajatusmaailmaansa ja tunnetilojaan ympäröivän todellisuuden kanssa. Tunnetyön tekniikoita ovat esimerkiksi kognitiiviset (pyrkimys muuttaa tilanteeseen asetettuja assosiaatioita), ruumiilliset (somaattisten tekijöiden sulkeminen ulos) ja esittäviä (pyrkimys esittää tunnetilaa siihen pääsemiseksi). Teoreettisessa tarkastelussa tunnetyön tekniikat ovat eroteltavissa toisistaan sangen vaivattomasti, mutta todellisuudessa ne esiintyvät useimmiten lomittain. Tästä syystä tunnetyö muuttuu konkreettiseksi tunteiden hallitsemisen välineeksi kun yksilö huomaa tunteensa olevan sopimaton vallitsevien olosuhteiden kanssa. (Hochschild 1979, 561–563.)

Tunnetyöhön liittyy Hochschildin (1979, 563–565) mukaan tuntemiseen liittyviä sääntöjä, jotka useimmiten ovat paitsi sosiaalisesti jaettuja, myös latenteja – itsensäenselvyyksiä. Tuntemiseen liittyvässä koodistossa on ensisijaisen tärkeää mui-
ttaa erottelu sen välillä, mitä meidän *oletetaan* tuntevan ja mitä meidän *pitäisi* tuntea. Tällöin tuntemiseen liitetään myös idealisoinnin elementti. Ideaalitalanteessa tunneskaalan käyttö on sosiaalisesti jaettua ja hyväksyttyä, jolloin yksilön ei tar-

vitse pohtia tuntemiseen liittyviä sääntöjä (mitä minun pitäisi tuntea) ja tehdä tunneyötä (mitä minä yritän tuntea).

Tunnesäännöt rajaavat alueen, jossa yksilöllä on mahdollisuus toimia ilman pelkoa häpeästä, syyllisyydestä tai huolesta. Tunnesääntöjen käyttäminen usein edeltää varsinaista toimintaa. Ne heijastavat läheisesti sosiaalisen jäsenyyden rakenteita, ollen toisaalta joko universaaleja toimintaohjeita tai liittyen läheisesti jonkin tietyn ryhmän tapaan toimia, sen omaan koodistoon. Tällä omalla koodistolla ryhmä pystyy erottautumaan, koska sen luomat tunnesäännöt ovat juuri tälle ryhmälle ominaisia. (Hochschild 1979, 565–566.)

Tunneyön ja tunnesääntöjen ohella toinen tunteiden merkityksellistämisen teoreettinen lähestymistapa tässä tutkielmassa on tunteiden reflektointi yksilötasolla. Käytännössä tämä tarkoittaa sen selvittämistä, miten teoreettisesti muodostetut reflektiomallit toteutuvat katastrofialueella hoitotyötä tekevien keskuudessa.

Mallin perustana on sosiologisesti tutussa nelikentässä. Tunnetilan intensiteetti voi olla joko korkea tai matala, samoin kuin yksilön reflektiivisen käyttäytymisen aste. Mikäli yksilö kokee intensiivisen tunne-elämyksen, mutta hän ei reflektoi tunnetta, seurauksena on käyttäytymistä joita voidaan kuvata käsitteillä turtumus, spontaani toiminta tai jonkin ryhmän ylläpitämää spontaania toimintaa.

Tilanteeseen liittyvän itsereflektion voimakkuus	Tunteen intensiteetti	
	Korkea	Matala
Matala	Turtumus, spontaani toiminta, ryhmän ylläpitämä toiminta	Rutiininomainen toiminta
Korkea	Tunneyöhön ja tunnesääntöihin perustuva toiminta	Rationaalinen toiminta

Taulukko 1. Tunteiden reflektointi yksilötasolla. (Mills & Kleinman 1988, 1011.)

Turtumus liittyy tilanteisiin, joissa yksilö joutuu toimimaan ilman pakoreittiä. Yksilö muuttuu ”käreleväksi ruumiiksi” tai ”tappaa itsensä” koska hän ei kykene vaikuttamaan jokapäiväisiin tapahtumiin omalla toiminnallaan tai päätöksenteollaan. Spontaanilla toiminnalla on samankaltaisia piirteitä. Vaikka spontaani toiminta yleisesti mielletään tietyllä tavalla yksilön itsekontrollin menetykseksi, on siinä kuitenkin paradoksaalisesti myös kaavamaisia piirteitä. Epävarmuus, muutokset ja epävakaat olosuhteet ruokkivat emotionaalisesti spontaania toimintaa, sillä yksilön käytössä olevat kognitiiviset mallit eivät anna luontevaa käyttäytymismallia vallitsevaan uuteen tilanteeseen. Kun spontaania toimintaa tapahtuu kollektiiveissa, se muuttuu itse asiassa jonkin tietyn ryhmän ylläpitämäksi spontaaniksi toiminnaksi. Erityisesti sellaiset ryhmät, jotka elävät vahvasta yhteisestä solidaarisuuden tunteesta, toimivat organisoidun spontaanisti. Tämänkaltaisen toiminnan kulmakivenä ovat tietyt rituaalit, symbolit ja yhteiset kokoontumiset jotka samalla vahvistavat yhteenkuuluvuuden tunnetta, mutta myös sosiaalista järjestystä – järjestystä jonka kautta yhteisöt pitävät toiminnan perusedellytyksiä yllä. (Mills & Kleinman 1988, 1011–1017.)

Hoitotyössä turtumus näkyy hoitotyön tekijöiden välinpitämättömyytenä ja väsymisenä työhön. Hoitaja kokee toimivansa automaattina, joka toistaa samat rutiinit päivästä toiseen antamatta itsestään sen enempää. Erityisesti hoitotyössä turtumuksen, spontaanin toiminnan ja organisoidun spontaanin toiminnan rajankäynti on häilyvä. Muutokset hoitotyön sisällöissä, tavassa järjestää tehtävät tai toimintalueen muutos saattavat käynnistää spontaania toimintaa, joka on reaktiona uudelle tilanteelle. Sen sijaan, että hoitaja kokisi olevansa kahlehdittu omaan työhönsä, eli turtunut, hän huomaa olevansa tilanteessa jossa vanhat säännöt ja toimintamallit eivät enää pidäkään paikkansa.

Hoitotyön työyhteisöt ovat vahvoja sosiaalisia yhteisöjä, joiden olemassaolo perustuu yhteisesti jaettuun arvoihin ja asenteisiin hoitotyötä kohtaan. Näitä arvoja ja asenteita pidetään yllä erityisesti perehdyttämisen kautta, mutta myös päivittäisen kanssakäymisen avulla. Työyhteisön päivittäiset rituaalit vahvistavat sosiaalista järjestystä spontaanisti – raportointi, töiden järjestäminen ja yhteiset vapaa-ajanvietot kuuluvat yhteisön lujittamisen peruselementteihin. Näiden avulla yhteis-

sön jäsenille kerrotaan yhä uudelleen ja uudelleen miten asioiden tulee olla, siitä huolimatta että yhteisön ulkopuolella muutoksen tuulet puhaltavat.

Tunnekokemukseen refleктоitumaton ja tunnekokemukseltaan köyhään tapahtumaan liittyy rutiininomaista toimintaa. Tällaiset toiminnot ovat automaatioita, joissa yksilö ei joudu laittamaan ”itseään peliin” ja siten käyttämään omaa emotionaalista kapasiteettiaan. Refleктоimattomuus perustuu siihen, että yksilön toiminta on vailla tunnetta, se habitualisoituu. Rutiininomainen toiminta helpottaa arkipäivässä selviytymistä, koska yksilön ei tarvitse jokaisessa eteen tulevassa tilanteessa arvioida ja käyttää emotionaalista kapasiteettiaan suhtautuakseen valiidilla tavalla vallitsevaan hetkeen tai toimintaan. Rutiininomaisen toiminnan voidaan olettaa tapahtuvan erityisen stabiileissa olosuhteissa, joissa asiointilat otetaan vastaan itsestäänselvyyksinä. Tästä syystä myöskään tunnetilojen ilmaisulle ei tarvitse jäädä tilaa, koska yksilö ei koe muutoksen tai epävarmuuden mukanaan tuomaa emotionaalista ärsykettä. (Mills & Kleinman 1988, 1017–1018.)

Suurin osa hoitotyöhön liittyvistä toimenpiteistä on rutiininomaista toimintaa. Oli yhteisö, tai yksilö, millaisessa muutoksen tilassa tahansa, esimerkiksi hoitotyöhön liittyvät tekniset apuvälineet toimivat samalla tavalla kerta toisensa jälkeen toistettusti. Tietyt asiat kirjataan, tietyt asiat kerrotaan eteenpäin hoitavalle lääkärille. Kaavamaisesti toistettuihin toimenpiteisiin ei kiinnity minkäänlaisia emotionaalisia koukkuja, koska niihin ei liity mitään joka vaatisi hoitajan välitöntä tunnereaktiota. Hoitotyössä rutiininomaiseksi toiminnaksi kuitenkin mielletään herkästi hoitotyöhön liittyvät anomaliat. Esimerkiksi elvytystilanteen hoitaminen saatetaan mieltää ammattitaitoon liittyväksi rutiiniksi, mutta tosiasiasa se sekoittaa työyhteisön toiminnan totaalisesti. Itse elvytys on ohjeiden ja määräysten normittamaa toimintaa, mutta tilanteen läpikäyminen jälkeensä vaatii hoitajilta – tilanteesta riippuen – spontaania toimintaa, tunnettyötä tai tilanteen rationalisointia.

Kun yksilö kokee voimakkaasti tunnereaktion ja refleктоi samalla sitä vahvasti, siirtyy hän tunnettyön ja tunnesääntöjen alueelle. Yksilöt perinteisesti kykenevät erottamaan tuntemisen ja ajattelemisen käsitteet toisistaan. Tunnettyön kantava idea kuitenkin on, että ihminen kykenee samanaikaisesti olemaan sekä tunteva että järkeilevä toimija. Tämän vuoksi tunnettyö on kanava, jonka kautta yksilöt

sopeutuvat uusiin tilanteisiin, erityisesti sellaisiin tilanteisiin jotka lähtökohtaisesti aiheuttava sisäisiä ristiriitoja yksilössä. (Mills & Kleinman 1988, 1018–1020.)

Hypoteettisesti suurin osa hoitotyön emotionaalisesta aspektista liittyy tunnetyön ja tunnesääntöjen alueelle. Hoitotyö ja hoitajan arki on kiinteässä yhteydessä elämän ja kuoleman, fyysisen ja psyykkisen hyvinvoinnin ja pahoinvoinnin, elämän kunnioittamisen ja toisen ihmisen huomioimisen kanssa. Tästä syystä hoitotyön tekijä kohtaa käytännössä päivittäin tilanteita, jotka ovat ristiriitaisia, jotka vaativat hoitajalta samalla sekä analyttistä silmää että tunneälyä toiminnan ja sanojen suhteen. Esimerkiksi annettavien hoitojen priorisointi tai potilaan kuolema kaikista hoitotoimenpiteistä huolimatta ovat sellaisia tekijöitä, jotka vaativat tunnetyön käyttämistä. Hoitajan tulee jatkuvasti reflektoida omia intensiivisiä tunnetilojaan ja sopeuttaa ne vallitseviin tilanteisiin. Hypoteettisesti tämä on se nelikentän osa-alue, joka mittaa – ainakin perinteisessä mielessä – hoitajan ammatillisuutta. Kärjistetyksi sanottuna, siinä missä rutiininomainen toiminta peilautuu yksinkertaisien kädentaitojen hallintaan, tunnetyön osa-alue peilautuu siihen miten hoitotyön ammattilainen ammattiaan harjoittaa.

Refleктоiva yksilö ilman erityistä tunnekokemusta on rationaalinen toimija, joka tekee rationaalisia päätöksiä ja toimii niiden mukaisesti. Tämänkaltaista toimintaa odotetaan useimmiten löytyvän tilanteista joissa yksilöllä on selkeästi määritelty rooli sosiaalisessa järjestelmässä. Yksilöt kykenevät tällöin määrittelemään oman roolinsa tietyssä sosiaalisessa kanssakäymisessä, eikä tämän roolin suorittaminen tuota erityisiä tunnekokemuksia – refleктоiva se on siksi, että yksilö joutuu tunnistamaan tämän roolin ja kaivamaan esiin itsestään roolin edellyttämät toimintatavat. Vakiintuneiden roolien maailmassa yksilöt käyttäytyvät oletusarvoisesti – rationaalisesti. (Mills & Kleinman 1988, 1021–1023.)

Hoitotyö on useimmiten organisoitu siten, että jokainen siihen osallistuva tietää paikkansa. Moniammatillisesta yhteistyöstä huolimatta jokaisella on tarkoin määritellyt tehtävänsä, esimerkiksi sairaanhoitajan ja lääkärin välinen työnjako on selkeä. Selkeän struktuurin vuoksi hoitotyön maailma on siihen osallistuville selkeä ja toimiva, eikä sen rajoja helposti rikota. Toisaalta kyse on toisten ammattitaidon kunnioittamisesta, toisaalta kyse on myös siitä että sosiaalista järjestystä ei

haluta rikkoa. Mikäli tätä järjestystä rikotaan, toiminta voi muuttua nopeasti organisoiduksi spontaniudeksi, jolloin kollektiivien väliset suhteet joudutaan määrittelemään uudelleen. Tätä ei käytännössä tapahdu koskaan, sillä hoitotyöhön liittyvien sosiaalisten rakenteiden purkaminen halvaannuttaisi toiminnan ja aiheuttaisi valtavia haasteita sekä tunnetyön alueelle että rutiininomaisen työn alueelle. Vastaavasti suuri osa hoitotyön emotionaalisesta latauksesta kanavoituisi alueelle, jossa hoitajat kokevat vahvoja emootioita, mutta refleктоivat toimintaansa vähäisemmässä määrin.

2.3 Katastrofialueen hoitotyön erityispiirteitä

Hoitotyö katastrofialueella poikkeaa merkittävällä tavalla hoitotyön tavanomaisesta näytännöstä. Sekä hoitotyön tekijät, että hoitotyön kohteet eivät pysty millään tavalla etukäteen varautumaan tulevaan – dramaturgisesti esittäminen perustuu lähtökohtaisesti spontaaniin, yhteisesti jakamattomiin kokemuksiin. Katastrofi itsessään on perustavalaatuisesti eksistentiaalinen kriisi, kuten vuonna 2004 Intian valtamerellä alkanut tsunami konkreettisesti osoitti. Tsunamikatastrofi voidaan nähdä neljästä näytöksestä koostuvana esityksenä, joista muodostuu koko katastrofialueen näyttämö. Ensimmäisessä näytöksessä suunniteltu loma kaukaisella paratiisisaarella alkaa. Toisessa näytöksessä kamppailu elämän ja kuoleman välillä saa alkunsa, jolloin elämä yhtäkkisesti muuttuu arvaamattomaksi. Kolmannen näytöksen aikana paratiisisaari muuttuu totaaliseksi sota-alueeksi, jossa kaaos ja sekaannus yhdistyvät elämää ylläpitäväksi ja pelastavaksi toiminnaksi. Viimeisessä, neljännessä näytöksessä, tälle kaikelle pyritään löytämään merkitys ja selitys – kertomuksen huippukohtana tsunamikatastrofin yhteydessä on ihmisten pyyteetön ja vastavuoroinen auttaminen. (Råholm, Arman & Rehnsfeldt 2008, 599–600.)

Vaikka katastrofitilanteet tulevatkin yllättäen ja varoittamatta, niihin voidaan varautua. Mutta kuka lopulta varautuu ja millä mandaatilla? Hoitajien näkemyksen mukaan ensisijainen varautumiseen liittyvä mandaatti on yhteiskunnalla, sen tehtävänä on ohjeistaa ja varmistaa että katastrofin sattuessa sairaalat, poliisivoimat, palokunta ja tietyt kolmannen sektorin toimijat (lähinnä Punainen risti) ovat tehtä-

viensä tasalla. Hoitajat itse kokevat oman valmiutensa puutteelliseksi – osa tiedostaa, että käytössä on ohjeistuksia ja toimintamalleja. Siitä huolimatta, että organisaatiolla on käytössään toimintamalli katastrofin varalta, osa toivoo tällaisen toimintamallin kehittämistä. (Fung, Yuen Loke & Lai 2008, 700–701.)

Katastrofi on kuitenkin väistämätön. Se tapahtuu tavalla tai toisella, joko kotimaassa tai ulkomailla. Katastrofialueelle tulevat hoitotyöntekijät saapuvat käytännössä aina jonkin organisaation kautta. Organisaation tehtävänä on – luonnollisesti – tarjota mahdollisuudet toimia mahdollisimman tehokkaasti apua tarvitsevalla alueella.

Katastrofiin varautuminen vaatii resursseja. Vapaaehtoistyöntekijät ovat kiinnittäneet huomiota kenttäolosuhteiden haasteisiin: katastrofialue saattaa olla valmiiksi poliittisesti tai sosiaalisesti epävakaa, kenttäolosuhteissa on vaikea pitää yhteyttä omaisiin ja kenttätöntekijöiden sukupuolijakauma on useimmiten vääristynyt – naispuolisia työntekijöitä kaivataan enemmän. Samanaikaisesti vapaaehtoistyöntekijät kiittävät ryhmässä olevaa ammattitaitoa, mahdollisuutta kehittää omaa ammattitaitoa ja mahdollisuutta viedä eteenpäin humanitaarisia arvoja. Johtamiseen ja resurssointiin liittyvät kysymykset nousevat myös esiin. Paikalliset toimijat tulisi pystyä kytkemään avunantoon joustavasti sekä materiaalsen ja taloudellisen resurssoinnin tulisi olla riittävää. (Tuhkanen, Maijala & Kernohan 2008, 290–295.)

Valmiutta vaaditaan myös hoitajalta, joka matkaa katastrofialueelle. Luonnollisesti perusvaatimuksena on vankka ammattitaito. Ruotsalaisten sairaanhoitajaopiskelijoiden joukossa tehty tutkimus osoittaa, että kliininen osaaminen koetaan myös opiskelijoiden keskuudessa tärkeäksi osaamisalueeksi. Tutkimukseen osallistuneista opiskelijoista käytännössä jokainen keskittyisi tilannearvoin ja triagen tekemiseen, ensiavun antamiseen ja tilanteesta tiedottamiseen. Toisaalta opiskelijat kiinnittivät harvinaisen vähän huomiota henkisen ensiavun ja tuen antamiseen – oli kyse sitten potilaasta tai potilaan omaisista. Potilaskeskeisten valmiuksien ohella tutkimuksessa oli merkillepantavaa se, kuinka organisaatiokeskeisesti opiskelijat katastrofitilannetta tarkastelivat. Näyttää siis siltä, että hoitajan henkilökohtaiset valmiudet eivät liity pelkästään kliiniseen osaamiseen, vaan myös kykyyn

toimia ryhmässä, omaksua ammatillinen rooli ja toteuttaa organisaation laatimaa suunnitelmaa. (Suserud 1993, 616–619.)

Kliinistä osaamista korostavat myös Coyle, Sapnas & Ward-Presson (2007) omassa selvityksessään koskien hoitajien kompetenssia katastrofialueella toimimisessa. Hoitajan tulee kyetä arvioimaan sekä itseään että toiminta-alueetta. Hoitajan tehtäviin kuuluu arvioida erityistä huomiota tarvitsevat ryhmät ja mahdollisen henkisen tuen tarve niin potilaiden, omaisten kuin kollegoiden osalta. Itsearviointiin kuuluu omien kykyjen ja jaksamisen seuraaminen sekä poikkeuksellisissa olosuhteissa toimimiseen varautuminen. Hoitajan tulee tuntea katastrofialueen toimintatavat ja periaatteet jotka ohjaavat toimintaa. Vahvaa kliinistä osaamista tarvitaan, jotta tarpeenmukainen priorisointi, kliininen päätöksenteko sekä nopea ja tehokas reagointi muuttuviin olosuhteisiin olisi mahdollista.

Katastrofialueella henkisen tuen antaminen on useimmiten reagointia akuuttiin vaiheeseen. Paikalla oleva vapaaehtoistyöntekijä on ensimmäinen ammattilainen, joka kohtaa poikkeukselliseen tilanteeseen joutuneen ihmisen, ja hoitajan ensisijainen tavoite on ymmärtää, että tämän jokapäiväinen kokemusmaailma on järkkynyt perustavanlaatuisesti. Akuutin vaiheen psykososiaaliset interventiot – yhteys, suojelu, ohjaus ja triage – kuuluvat jokaisen katastrofialueella työskentelevän hoitajan toimenkuvaan. Yhteydellä tarkoitetaan akuutissa vaiheessa katastrofista selvinneiden saattamista yhteyteen sukulaisten ja muiden omaisten kanssa, mutta myös emotionaalisen tuen kautta tapahtuvaa kiinnittymistä uudelleen maailmaan. Suojelulla tarkoitetaan potilaan varjelemista uusilta traumaattisilta kokemuksilta – tämä voidaan toteuttaa monin eri tavoin rakentamalla esimerkiksi erilaisia suojatiloja ja estämällä median tunkeutumisen suojatiloihin. Akuutissa vaiheessa potilaat tulee ohjata – mahdollisuuksien mukaan – tapahtuma-alueen ulkopuolelle, pois tilanteista jotka saattavat voimistaa stressireaktioita. Tällaisia tilanteita ovat esimerkiksi vaikeasti loukkaantuneiden tai katastrofissa kuolleiden kohtaaminen. Lopulta hoitajan on kyettävä tunnistamaan normaalista poikkeavat stressireaktiot ja tarvittaessa kyettävä arvioimaan potilaan välittömän jatkohoidon tarve. Triagen tekeminen poikkeuksellisissa olosuhteissa on vaativaa ammattiosaamista edellyttävä toimenpide, sillä onnistumisen edellytyksenä on poikkeavien reaktioiden

tunnistaminen ja erottaminen normaalista traumaattisesta käyttäytymisestä. (Hughes, Grigg, Fritsch & Calder 2007; Ks. myös Kleinman & Rubino 2009, 117–126.)

Eräs hoitotyön ammatillisuuden keskeisistä piirteistä kautta koko profession historian on ollut käsitys siihen liittyvästä velvollisuudesta. Katastrofialueella työskentelevän hoitajan velvollisuudentunto kytkeytyy läheisesti stressinsietokykyyn, sillä hoitajat useimmiten ovat tapahtumapaikalla ensimmäisten joukossa antamassa apua. Sellaiset hoitajat, jotka kokevat velvollisuutensa olla auttajien etujoukoissa, kokevat mitä luultavimmin myös helpommin henkistä väsymystä – tämän vuoksi henkisen tuen tarjoaminen myös hoitajille on äärimmäisen tärkeää poikkeuksellisissa olosuhteissa toimittaessa. (Kane-Urrabazo 2007, 61–62.)

Siitä huolimatta, kuten Megan-Jane Johnstone toteaa, hoitotyön ammattilaisetkin ovat vain ihmisiä ja heidän reaktioitaan on lopulta yhtä vaikea ennustaa kuin kenenkään muunkaan. Velvollisuus, eettisyys ja oikein tekeminen on yhtä lailla inhimillinen muuttuja hoitajien keskuudessa, sillä

On vaikea ennustaa toimivatko ihmiset siten kuin heidän oletetaan toimivan kriiseissä. Yhtä lailla on vaikea ennustaa toimivatko hoitajat siten kuin heidän oletetaan toimivan. Todennäköisesti osa toimii oletetulla tavalla, osa ei ja osa reagoi täysin odottamattomalla tavalla – sekä hyvässä että pahassa. (Johnstone 2009, 524.)

3 EMPIIRINEN ANALYYSI

3.1 Turtuuko toivottomuuteen – kantaako ryhmä eteenpäin

Työskentely olosuhteissa, joissa yksittäinen hoitaja voi minimaalisesti, ellei käytännössä lainkaan, vaikuttaa olosuhteisiin tai potilaiden parantumisen ennusteseen voi ajan myötä turhauttaa. Turtumuksen vastustamiseksi tiiviit kollektiivit pyrkivät omalla toiminnallaan säätelemään sekä omaa toimintaansa, että luomaan uusia merkityksiä toiminnalle.

Aineistossa esiintyi verrattain vähän varsinaista turtumusta osoittavia tunneilmaisuja. Osaltaan näiden puuttumisen voi selittää sillä, että katastrofialueelle ha- keutunee lähtökohtaisesti sellaisia hoitotyöntekijöitä joilla on vankka kliininen kokemus ja osaaminen ja jotka kokevat jonkinlaista kutsumusta toimia epäinhi- millisissä olosuhteissa. (Ks. esim. Kane-Urrabazo 2007.)

Turtumus ennemminkin kiinnittyy tilanteisiin, jossa palataan takaisin normaaliin olotilaan. Kriittisen toiminnan jälkitilassa normaali päiväjärjestys tuntuu äkkisel- tään tyhjältä ja sisällöttömältä.

Siin vaihees ku tuli takasin töihin, nii tää normaali työ tuntus semmoselt turhautavalta ja ja mikä mikä sana ois oikeen kuvaava [tyhjä] tyhjältä. Et se ei tuntu semmoselt arvokkaalta. (Henkilökunta kertoo turmayöstä 1995, 05:18.)

Ja jälkeenpäin oon kuulluki et, et tääl työpisteessä ja sama en- siavussaki on ollu henkilökuntaa jotka ei ollu siinä mukana. He oli kokenut sit ahdistusta, ahdistusta siit olostä et he ei voi niin- ku päästä auttamaan. (Henkilökunta kertoo turmayöstä 1995, 06:33.)

Tyhjyyden kokemus on leimallista myös itse tapahtumapaikalla. Saapuminen ka- tastrofialueelle pysäyttää – vaikka periaatteessa, teoriassa ja koulutuksen kautta käsitys tilanteesta on adekvaatti, niin omin silmin koettuna toivottomuuden tunne konkretisoituu.

Kun me ryhdyimme ajamaan kohti Port-Au-Princeä, tunsimme yksinkertaisesti vain tyhjyyttä. Tarkoitän kaikkea sitä tuhoa, jo-

ka oli tapahtunut. Pelkkä telttakaupunki, teltoja jokapuolella. (UCLA Operation 2010, 0:56.)

Spontaani toiminta ja ryhmän ylläpitämisen toiminta kietoutuu usein tilanteisiin, jossa normaali sosiaalinen kanssakäyminen jollain tavalla joko estyy tai on uhatuna. Tällöin yksilö tuntee sekä turhautuneisuutta, mutta tärkeimmäksi elementiksi nousee tilanteesta selviäminen.

Ja meidän alueella oli muutamia mellakoita ja me olimme tavaltaan eristettyinä omissa leirissämme. (Medecins Sans Frontieres 2009, 2:41.)

Kun me ensimmäisen kerran saavuimme Darfuriin, kotiituloaikamme oli kello 18.00 illalla. Ja tämä sen vuoksi, että kaikki hyökkäykset ja kidnappaukset tapahtuivat klo 18.00 jälkeen. Olihan se hieman turhauttavaa, koska olit tehnyt töitä koko päivän rajallisissa olosuhteissa ja kun palaat takaisin ja lepää hieman, niin tulee tunne että voisi hieman välillä katsella muitakin maisemia. (Notes from the field 2009a, 4:16.)

Samalla tavalla yksilön oma spontaanitoiminta kietoutuu tilanteisiin, joissa aikaisemmin opitulla tai koetulla ei ole enää toimintamallissa sijaa. Tällöin edessä olevaan tilanteeseen joutuu suhtautumaan uudella tavalla, toimimaan nimenomaan toimintaympäristön ehdoilla, eikä välttämättä siten kuten oppikirjoissa kerrotaan.

Niinpä me menimme kaikkialle Port-Au-Princessä. Me otimme muutaman kangaskassin, pöydän, muutaman tuolin ja laitoimme putiikin pystyyn missä ikinä sitä tarvittiin. (UCLA Operation 2010, 5:27.)

Olin aikaisemminkin työskennellyt hurrikaanien kanssa, mutta en koskaan tilanteessa jossa yksinkertaisesti sairaala oli veden ympäröimä ja minulla oli 36 tehopotilasta jotka piti siirtää. Joten olin vähän niinkuin, no, tämä on jotain uutta. (Nursing in the Storm 2010, 2:14.)

Täytyy vain pärjätä. Mitä ikinä sinulla on käytössä, sen kanssa tulee pärjätä. Emme me edes pysty monitoroimaan potilaan syketajuutta, joten aika isosta erosta on kysymys. (Field Hospital Haiti 2010a, 6:07.)

Samankaltaisesti myös hoitotyö saa yksinkertaistettuja, spontaaneja muotoja. Tilanteissa, jossa toiminta tapahtuu rajatuin resurssein ja toimintaympäristö on vailmainen, hoitaja joutuu tekemään päätöksiä. Päätökset hoidon antamisen prioritee-

teista eivät välttämättä ole yksinkertaisia, mutta ne kuitenkin sijoittuvat toiminnan kannalta hoitotyön ytimeen.

Niinpä tuossa tilanteessa halusin vain keskittyä hoitotyön peruspjuttuihin. Pidin huolta, että potilaani olivat puhtaita, pidin huolta että he olivat kivuttomia ja että he saivat antibioottianoksensa. (Back from the Earthquake Frontline 2010, 3:40.)

Tiukoissa, ennalta arvaamattomissa tilanteissa hiljaisen tiedon omaaminen on arvokasta. Vielä arvokkaampaa on tämän hiljaisen tiedon siirtäminen ja vastaanottaminen. Ryhmän oman spontaanin toiminnan kannalta ensiarvoisen tärkeää on se, että ryhmästä joku tai jotkut nousevat esiin, ottavat asiantuntijaroolin ja selvittävät miten uudesta ongelmasta selvittää mahdollisimman tehokkaasti.

Erityisesti hiljainen tieto ja ryhmän oman spontaani toiminta kietoutui sellaisiin tilanteisiin, jossa modernin lääketieteen keinot eivät syystä taikka toisesta enää olleet käytettävissä. Kun modernit laitteet ja apuvälineet lakkaavat toimimasta, syntyy väistämättä osaamistyhjiö, jonka paikkaaminen jää kokoneiden hoitajien tehtäväksi.

Nuorilla lääkäreillä ja nuorilla hoitajilla ei ole historilallista, ”vanhojen aikojen” tietoa ja perspektiiviä. Nämä selviytymistaidot opetettiin nopeasti nuoremmille. Piti katsoa potilaita uudella kliinisellä silmällä. (Sebastian & al 2003, 34.)

Ryhmän oma spontaani kietoutuu sekä fyysisen että henkisen hyvinvoinnin ylläpitämiseen. Poikkeuksellisissa olosuhteissa toimiminen ei ainoastaan tiivistä ryhmän keskinäistä vuorovaikutusta, vaan tavallaan pakottaa ryhmän reagoimaan myös vaikeisiin tilanteisiin, tilanteisiin jossa tukea ja lohdutusta tarvitaan henkisesti raskaan työn vuoksi. Fyysisen hyvinvoinnin ylläpitäminen muuttuu nopeasti yhteiseksi tehtäväksi – päätavoitteen säilyessä kuitenkin potilaiden hyvinvoinnin turvaamisessa.

Vaikka potilaat olivat ruokittu ja vettä riitti kaikille, henkilökunta meidän yksikössämme oli viimeinen joka sai ruokaa. Yhdessä vaiheessa yksi hoitajista tuli sairaalaan hampurilaisen kanssa, joka oli jaettu neljään osaan neljälle hoitajalle. (Sebastian & al 2003, 30.)

Kaikkein tärkeimmäksi spontaanin toiminnan osa-alueeksi näyttää kuitenkin nousevan ryhmän henkisestä hyvinvoinnista huolehtiminen. Tämä lienee sangen yksiselitteistä, sillä hoitotyötä tekevien itseohjautuvuuden huomioonottaen, myös henkinen tukeminen vahvistaa ryhmän koheesiota. Koheesion vahvistaminen puolestaan turvaa toimivan työskentely-ympäristön yhteisen päämäärän saavuttamiseksi.

Ulkopuolisen organisaation piti tulla avuksemme jälkipuintia suorittamaan, mutta sittemmin oli päätetty että alue oli liian turvaton, jotta he voisivat tulla paikalle. Sen sijaan me järjestimme sisäisen istunnon, joka toki keskeytyi säännöllisesti kun helikopteri ja jatkuva paloautojen ja sireenien virta katkaisi puheen. (Williams 2009.)

Näyttäisi myös siltä, että poikkeuksellisissa olosuhteissa hyvin keskenään toimiva yhteisö onnistuu pitämään huolta jäsentensä henkisestä hyvinvoinnista. Onnistumisen elämykset kantavat myös varsinaisen jälkipuinnin yli – hetkeen jolloin, hoitaja on palannut normaaliin arkeen ja saanut rauhassa miettiä kokemaansa.

Jälkeenpäin ajateltuna olimme loistavia. Luottamus ja solidaarisuus oli ilmiömäistä. Hoitajana en ole koskaan tuntenut sellaista ylpeyttä ammatistani. (Sebastian & al 2003, 32.)

We are still trying to piece together and come to terms with events of Black Saturday when our region was ablaze. We were not prepared for the enormity of the Black Saturday fires and the ensuing catastrophic events. (Williams 2009.)

Pisimmälle vietyinä ajatus ryhmän spontaanista toiminnasta liittyy ryhmän näkemiseen ja kokemiseen perheenä. Erityisesti tiiviissä operaatiossa, jossa toimijoita on lukumääräisesti vähän, tämä näkökulma on vahva ja voimakas. Ryhmän oma iteraatio mahdollistaa perheen kaltaisen yksikön toimimisen ja samalla se luo turvallisuuden, välittämisen ja jaksamisen tunnetta.

Ryhmä ei ole pelkästään ammatillisesta näkökulmasta koottu kollegiaalinen tiimi, vaan MSF-projektissa oleva ryhmä on elämän kokoinen yksikkö. Ryhmässä on potentiaalisesti viisi tai kuusi ihmistä ja siitä tulee sinun perheesi, ystäväsi, kolleegasi, esimiehesi ja he jotka kannustavat ja tukevat sinua. (Notes from the field 2009a, 5:22.)

3.2 Ammatillinen osaaminen turvan ja tuttuuden ylläpitäjänä

Tässä luvussa käsitellään empiirisen aineiston avulla teoreettisen mallin rutiininomaista toimintaa. Toiminta katastrofialueella perustuu aina ensisijaisesti ammatilliseen osaamiseen. Hoitajien kokemukset kenttäolosuhteiden luomista mahdollisuuksista vaihtelevat – yhteisenä nimittäjänä on kuitenkin käsitys siitä, että ilman vahvaa perusosaamista poikkeukselliset olosuhteet ovat hoitotyön kannalta mahdottomia.

Ammatillisella osaamisen ja katastrofialueella toimimisen yhdistäminen ei ole mutkatonta. Käytännössä kaikilla hoitotyön ammattilaisilla on osaamista - vähintään koulutukseen ja työkokemukseen perustuvaa. Mikä poikkeuksellisissa olosuhteissa työskentelevälle on osaamisvaatimusten suhteen leimallista?

Legg & Adelman (2009, 331) jakavat vaadittavan ydinosaamisen kompetenssiin ja tietoon. Kompetenssia osoittavat kyvykkyys kriittiseen ajatteluun, arviointikyky, kyky käyttää hoitotyön teknisiä apuvälineitä ja kommunikaatiokyky. Tiedon alueelle asettuvat kysymykset jotka liittyvät terveyden edistämiseen, terveydenhoitojärjestelmään, sairauksien ja tautien hallintaan sekä etiikkaan ja ihmiskunnan moniarvoisuuteen. Laaja-alaisen kompetenssivaatimusten vuoksi ei olekaan tarkoituksenmukaista, että jokainen ammatillisen koulutuksen saanut hoitaja omaisi valmiudet katastrofialueen hoitotyöhön.

Hoitajien ammatillisuus ja kliininen osaaminen korostuvat poikkeuksellisissa olosuhteissa. Suurimmaksi osaksi hoitotyöntekijät ovat vailla välineitä ja laitteita, joiden avulla potilaan vitalitoimintoja voitaisiin aktiivisesti tarkkailla. Kokemus, kehittynyt silmä ja kliininen taito osoittautuvat hoitajan tärkeimmäksi työvälineeksi. Kokeneet hoitotyöntekijät sopeutuvat myös nopeasti muuttuviin olosuhteisiin. Ammatillisuutta korostaa se, että eteen tuleviin tilanteisiin suhtaudutaan viileästi ja keskiössä on kuitenkin aina työn tekeminen.

Siin vaihees sen otti työnä. Ja mä sanoisin et meil oli todella hyvä ryhmähenki. (Henkilökunta kertoo turmayöstä 1995, 03:30.)

Puuttuviin välineisiin ja puutteelliseen toimintaympäristöön tulee kuitenkin varautua. Katastrofi tai onnettomuus harvoin tulee eteen sellaisena kun se valmiussuun-

nitelmassa on kuvattu ja käytössä olevien laitteiden toimintavarmuus voi olla kyseenalainen. Tämän vuoksi hoitohenkilökunnan on oman koulutuksensa perusteella kyettävä kriittisesti arvioimaan, soveltamaan ja luottamaan omaan ammattitaitoonsa käytössä olevia resursseja hyödyntämällä. (Ks. esim. Jakeway & al 2008, 358.)

Teknologia, josta olimme neurologisella teho-osastolla tulleet riippuvaiseksi, ei toiminut. Meidän piti tehdä asioita vanhanaikaisesti, kuten laskea infuusionopeudet tippojen mukaan ja luottaa omaan fysiologisten toimintojen arviointikykyyn, koska fysiologiaa ei pystytty mittaamaan monitoreilla. (Sebastian & al 2003, 33.)

Osa hoitajista suhtautuu toimintaympäristön rajoitteisiin annettuina. Rajoitteet toisaalta hidastavat tai jopa haittaavat toimintaa, mutta samalla ne kuitenkin tarjoavat puitteet parhaan mahdollisen hoidon antamiselle. Suurin osa esteistä pyritään tavalla tai toisella ratkaisemaan ja niiden haittavaikutukset minimoimaan.

Puuttuvista materiaaleista tai riittämättömästä energiansaannista selviydytään soveltamalla. Tarvittaessa tyhjiä vesipulloista voidaan rakentaa astmapiippuja tai spirometriaan soveltuvia välineitä. Tämänkaltaisissa tilanteissa ammattitaitoisen henkilökunnan aika kuluu improvisoituja ratkaisuja kehittäessä, sen sijaan että hoitotyön ammattitaito olisi täysimittaisesti käytössä. (Garner & Harrison 2006, 95.)

Ammatillisuuden korostamiseen liittyy myös ajatus siitä, että ulkopuoliset eivät aina täysin tajua millaisissa olosuhteissa toimitaan. Avustusoperaatiot pyritään kuitenkin rakentamaan sellaisiksi, että hoitohenkilökunta pääsee toteuttamaan ammattitaitoaan parhaalla mahdollisella tavalla. Tämä koskee aivan erityisesti esimerkiksi kenttäsaaraloiden varustelua ja tasoa.

Luulen, että ihmiset joskus ajattelevat ettei meillä ole tarpeeksi nesteitä tai välineitä. Meillä itseasiassa on kaikki tarvittava lääkeistö ja nesteet elvyttämistä tai antibioottihoitoa varten. Ennemminkin kyse on siitä miten saada inhimillisiä resursseja ja kuinka niitä käytetään. (Working for Médecins Sans Frontières in Darfur 2008, 3:35.)

Toiminta poikkeusoloissa pyritään rakentamaan mahdollisimman normaaliksi. Osittain tämä liittyy hoitohenkilökunnan omaan retoriikkaan ja tarpeeseen luoda poikkeuksellisesta toimintaympäristöstä mahdollisimman tyypillinen – ikään kuin tilanne olisi samankaltainen missä tahansa annetussa ajassa ja paikassa. Tämä tyypillisyyden retoriikka luultavasti luo toimintaympäristöstä turvallisemman, ennustettavamman ja helpommin hallittavissa olevan. Katastrofialueen ennakoimattomuudessa tuttuuden ja turvallisuuden rakentaminen tuntui olevan erityisen merkittävässä asemassa.

Ei tämä nyt lopulta niin ihmeellistä ole. Tilanne on meilkein samanlainen kuin jos meidät kutsuttaisiin onnettomuuspaikalle, joka on tämän maatilän kaltainen. (Field Hospital Haiti 2010a, 4:14.)

Ja meillä oli päiväaikaan tehtyjä leikkauksia ja päivystysleikkauksia. Päivystimme 24 tuntia vuorokaudessa. Me tarjosimme kaiken keisarileikkauksista, traumakirurgiasta aina elektiivisiin tyräleikkauksiin. (Medecins Sans Frontieres 2009, 0:48.)

Kun tuttuuden ja turvallisuuden illuusio hajoaa, tai kun sitä ei ole ehditty rakentaa, poikkeuksellisten olojen käsittämättömyys on ilmeistä. Organisoitumaton toiminta, kaoottinen tilanne tuntuvat hallitsemattomalta. Tuttu ammattiretoriikkaan liittyvä kaoottisuuden diskurssi näyttäytyy uudessa paikassa jäsentymättömältä, eikä tyypillisyyden retoriikalla ole sijaa.

On olemassa ihan selvä ero siellä näkemämme kaaoksen ja täällä olevan organisoidun kaaoksen välillä. Organisoitu kaaos, kaikilla on tehtävänsä ja jokainen tietää mitä toinen on tekemässä. Kun me saavuimme paikalle yhteen laitokseen, kenelläkään ei ollut mitään käsitystä mitä muut tekivät. Se oli siinä vaiheessa enemmänkin itsenäiseen toimintaan perustuvaa. (Helping Hands 2010, 2:13.)

Ylläkuvattu tilanne on haastava ammatilaisen kannalta. Yksilö tavallaan menettää hetkeksi ammattiinsa liittyvän statuksen, koska hänet heitetään keskelle kaoottista kokonaisuutta, josta hän ei kykene välittömästi selviytymään aikaisemman kokemuksensa perusteella. Seurauksena voi olla joko häpeän tunteita tai pahimmillaan yksilö masentuu tilanteen johdosta. Mikäli statuksen menettäminen johtuu kolmannesta osapuolesta – kuten yllä olevassa esimerkissä on kyse – tunnemaailma

kääntyy eräänlaiseksi suuttumuksen tilaksi, jossa yksilö pyrkii muuttamaan vallitsevan tilanteen oman statuksensa palauttamiseksi. (Ks. esim. Turner & Stets 2005, 217.)

Kun kyseessä on hoitotyö katastrofialueella, niin käytännössä tämä statuksen palauttaminen merkitsee uudenlaisten toimintamallien rakentamista ja vanhojen korvaamista. Ammattihenkilön statuksen palauttamiseen liittyy ajatus organisoidusta kaaoksesta, jossa tuttuuden elementti palautetaan simuloimalla mahdollisimman pitkälle niitä tilanteita, johon hoitaja on normaalitilanteessa tottunut. Prosessien ja toimintamallien muuttamisella luodaan jälleen illuusio tilanteen hallitsemisesta.

Mutta toiminnan vakiintuessa ja rutiinien tultua tutuksi, tyypillisyyden retoriikka väistyy ja toiminnan professionaalisuus nousee pintaan. Ammattitaitoiset hoitotyöntekijät tekevät tehtävänsä määrätystä järjestyksessä, ilman erityistä draamaatiikkaa – tai tarvetta korostaa poikkeuksellisia olosuhteita. Periaatteessa aivan normaali tehopotilaan potilassiirto vaatii etukäteen runsasta valmistelua, mutta itse siirtämiseen suhtaudutaan proosallisesti – olkoonkin, että hoitaja huomaa tilanteeseen liittyvän erityislaatuisuuden.

Noin 20 henkilökunnan edustajaa leikkaussalista auttoi [potilas]siirroissa. Siinä vaiheessa, kun potilaita siirrettiin, saattoi aistia tilanteen kiireyden, mutta tyyneys ja hiljainen varmuus vallitsi joka puolella. (Sebastian & al 2003, 32.)

Oman ammattitaidon suojelemista ja poikkeuksellisten olosuhteiden korostamista kuitenkin tapahtuu myös kliinisten osaajienkin joukossa. Toisaalta oman ammattitaidon suojeleminen, selittäminen, liittyy kaikkivoipaisuuden hälventämiseen. Katastrofialueen luonteeseen liittyy, että kaikista mahdollisista resursoinneista, varusteluista tai amatillisuudesta huolimatta joudutaan tekemään kompromisseja. Nämä kompromissit ovat itse laitoksesta riippumattomia – ne liittyvät toimintaympäristöön, joko sen rajoittuneisuuteen tai mahdottomuuteen.

Ensimmäisen tunnin tai ensimmäisten neljän tunnin sisällä aloitettu hoito ei toteudu täällä, kuten se toteutuisi Englannissa. Joten ne sodassa haavoittuneet, joita me hoidamme, kärsivät lähinnä raajaonnettomuuksista, satunnaisesti, vatsan alueen vam-

moista. Mutta suurimmaksi osaksi he kuolevat kentällä, koska minkäänlaista kuljetusjärjestelmää hoitolaitokseen ei ole. (Working for Médecins Sans Frontières in Darfur 2008, 3:10.)

Vaikka lähtökohtaisesti katastrofialueelle hakeutuvat (ja hyväksytään) kokeneet hoitotyön ammattilaiset, poikkeuksellisissa olosuhteissa työskentely tarjoaa erinomaisten mahdollisuuden omassa ammattitaidossa kehittymiselle. Tyypillisyyden retoriikka unohtuu omaa kokemusta arvioidessa ammattitaidon kannalta – empiirisessä aineistossa ei tullut ilmi yhtään hoitajaa, joka olisi todennut olleensa valmis kentälle ja tienneensä jokaisessa tilanteessa miten parhaiten tulee toimia. Päinvastoin, myös kokeneet hoitotyön tekijät olivat enemmänkin nöyränä uuden kokemuksen edessä. Alati muuttuvassa toimintaympäristössä oma ammattiosaaminen kehittyy lähes välttämättä ja tämän myös hoitajat itsekin tunnustivat.

Kliininen osaaminen, omasta mielestäni, parantuu huomattavasti. Sinulla ei ole verikokeiden tuloksia, joihin voisit luottaa, käytössäsi ei ole röntgenlaitetta tai ultraääntä. Sinun täytyy kirjaimellisesti vain luottaa omaan kliiniseen arvostelukykyysi. (Working for Médecins Sans Frontières in Darfur 2008, 6:20.)

Hoitajien omat havainnot kliinisen osaamisen kehittymisestä käyvät hyvin yksiin hoitotyön kliinisen osaamisen suhteellisen yksipuolisuuden kanssa. Kuten Turale (2008, 165) toteaa, niin suurin osa sairaanhoitajista – tai vastuullisista organisaatioista – ei ole lainkaan varautunut mahdolliseen katastrofitilanteeseen. Hoitajien peruskompetenssit rajoittuvat usein ensiavun antamiseen tai loukkaantuneiden hoitamiseen organisoiduissa sairaalaympäristössä.

3.3 Järkevyyden ja loogisuuden rajamaalla

Rationaalinen toiminta kuuluu hoitotyöhön. Potilaalla on vaiva tai sairaus joka joko lääketieteellisesti tai näyttöön perustuvaan hoitotyöhön nojautuen hoidetaan tietyllä tavalla. Tämä periaate on johtava tilanteesta, ajasta ja paikasta riippumatta. Rationaalista toimintaa tapahtuu yhtäläillä työskenneltäessä poikkeuksellisissa olosuhteissa.

Kysymys voi olla siitä, että poikkeuksellisten olosuhteiden lauksaisemat stressitekijät työnnetään rationaalisen ajattelun avulla taka-alalle ja samalla keskitytään pelkästään siihen mikä hoitotyön kannalta on oleellista. Kysymys voi myöskin olla järjestyksen luomista kaaoksen keskelle – professionaalisten kykyjen ja ominaisuuksien avulla katastrofialueeseen tulee järjestys. Potilaat hoidetaan siten tietyllä tavalla siitä riippumatta onko ympärillä vaihtoehtoisesti tulvavesiä tai luoteja.

Rationaalinen toiminnan arviointi liittyy usein niihin toimintaedellytyksiin joita hoitajalla on. Hoitaja kokee toimintaympäristönsä tietyllä tavalla, tekee tilannearvion omaa ammatillista osaamistaan hyväksikäyttäen ja ryhtyy toimimaan. Tässä muodossa rationaalinen toiminta on ennen kaikkea tilanteen kliinistä arvioimista ja toimimista tilanteen suomien reunaehtojen sisällä.

Sinun täytyy pystyä ottamaan askel taaksepäin ja katsoa koko klinikkaa. Toteat, että täällä itseasiassa on 40 potilasta, joiden elämän olet pelastanut – ja vaikka yksi potilas onkin menettänyt jalkansa, hän itse asiassa on silti elossa. (Working for Médecins Sans Frontières in Darfur 2008, 4:40.)

Toiminnan kannalta on oleellista, että kaikki tietävät oman paikkansa ja työskentely on tehokkaasti organisoitu. Rationaalisesti järjestetyssä toiminnassa kenenkään ei ole tarkoituksenmukaista sooloilla, eikä siihen varsinaisesti ole mitään tarvettakaan. Suurimmat rationalisoimisen kohteet itse hoitotyön tekemisessä näyttäisi liittyvän henkilöresurssien käyttöön - yksinkertaisesti siihen, että kuka tekee mitäkin ja millä tavalla. Tärkeintä on, että jokaisella on paikkansa hoitoketjun luomisessa.

Kaksi erikoistuvaa lääkäriä priorisoi potilaat. Resipraattorissa olleet ja vasoaktiivista lääkitystä saaneet siirtyivät ensimmäisinä. Aikaisin iltapäivällä noin 20 henkilökunnan edustajaa saapui paikalle evakuoinnin aloittamiseksi. Sillä hetkellä hissit eivät toimineet...ah, suunnitelmiin tuli muutos. (Sebastian & al 2003, 29.)

Klo 19.00 mennessä lauantaina, lisää hoitajia tuli töihin. Kaikille annettiin oma tehtävänsä, sellainen joka selvästi määritteli vas- tuun rajat. Tämä auttoi synergia ja yhteistyön ylläpitämisessä. (Sebastian & al 2003, 30.)

Suurimmaksi osaksi tilat ovat varsinaiseen hoitotyöhön – ainakin länsimaisten standardien perusteella tarkasteltuna – kelpaamattomia. Sairaala katastrofialueella on haastava toimintaympäristö – periaatteessa ja käristettynä mikään ei toimi, mitään ei ole riittävästi ja kaiken joutuu kiireessä soveltamaan.

Rationaalisuuden näkökulmasta tarkasteltuna vaillinaisten olosuhteiden luoma paine kanavoituu siihen, että kaikesta huolimatta työ tulee tehdyksi. Keskiössä ei suinkaan ole tilat tai niiden puuttuminen, henkilöresurssit tai niiden puuttuminen, vaan se että potilaat saavat parhaan mahdollisen hoidon ja työ tulee tehdyksi.

Kaikki oli täysin erilaista verrattuna siihen millaiseksi me sairaalan tyypillisesti miellämme. Meillä oli potilaita lattialla, meillä oli puiden oksista rakennettuja tippatelineitä ja teippasimme iv-nesteitä roikkumaan seinästä. Joten se oli vain niin erilaista, mutta mikä tärkeintä: me saimme homman tehtyä. (One Nurse's Experience in Haiti 2010, 1:40.)

Potilaiden hoitamiseen liittyvä rationaalisuus liittyy tilanteisiin, jossa ulkopuolelta tulevat rajoitteet estävät kollegoiden käytön tai potilasmateriaalin arvaamattomuuden. Siitä huolimatta, oletko kentällä hetkittäin yksin tai antaako tilanne mahdollisuuden tutustua potilaisiin etukäteen, työ tulee tehdyksi.

Monessa suhteessa rationaalisuuden elementti sisältää jopa fatalismin piirteitä. Ammattitaitoinen hoitaja suhtautuu tyynen rauhallisesti siihen mitä tuleman pitää. Jälkimmäisen lainauksen kohdalla tämä tarkoittaa sitä, että ilman ennakkotietoja henkilökunta joutui varautumaan kaikkeen mahdolliseen – aina vakavasta kirurgisesta ampumahaavasta epäselvään kuumeiluun.

Niinpä kahden kuukauden ajan olin ainoa lääkintähenkilökuntaan kuuluva alueella. Se oli aika raskasta, koska hoitajana minulla on vain rajallinen osaaminen. (Working for Médecins Sans Frontières in Darfur 2008, 1:48.)

Ja meillä ei ollut mitään mahdollisuutta saada ennakkotietoja potilaista, koska heidät oli tuomittu kapinallisiksi. Niinpä me jouduimme toimimaan pelkästään sen mukaan mitä me klinikalla näimme. (Working for Médecins Sans Frontières in Darfur 2008, 2:07.)

Fatalismia voi nähdä myös alla olevassa perustelussa, miksi hakeutua katastrofi-alueelle hoitotyöhön.

Itseasiassa teen tätä humanitaariuden vuoksi. Antaakseni hieman takaisin. Minulla on paljon, josta voin olla kiitollinen. (University of Chicago Haiti Recovery Team 2010, 5:37.)

Vaikka fatalistinen ajattelu ei olekaan mitenkään leimallista rationaalisessa ajattelussa – tai ylipäänsä hoitajien tunnekategorioissa, on se mielenkiintoinen nyanssi kun mietitään professionaalisuuden, toimintaympäristön ja toimijoiden välistä suhdetta. Siitä huolimatta, että mitä tahansa saattaa olla tulossa seuraavan minuutin sisällä, hoitaja on omassa diskurssissaan valmis katsomaan tilannetta uusin silmin, tekemään välittömiä johtopäätöksiä ja toimimaan tilanteen vaatimalla tavalla. Kenties katastrofien fatalistinen luonne johtaa kenttätyössä toimivat hoitajat fatalisoimaan omaa rationalisuuttaan?

3.4 Tunteiden viettävänä vai niiden hallitsijana

Tunnetyöhön ja tunnesääntöihin perustuva toiminta on selvästi hallitsevin kategoria katastrofialueella hoitotyötä tekevän hoitajan diskurssissa. Tämä hallitsevin tunnekategoria ilmentää hoitajia kykyä ja taipumusta vahvoihin tunnetiloihin sekä niiden intensiiviseen itsereflektointiin.

Kun hoitaja toisaalta on oman alansa ammattilainen ja pyrkii missä tahansa annettussa tilanteessa korkeaan professionalismiin, taustalla on kuitenkin aina samanlaisesti tunteva ja aistiva ihminen joka joutuu kohtaamaan aivan erityistä kärsimystä, toivottomuutta ja tilanteen luomaa kyvyttömyyttä toimia parhaalla mahdollisella tavalla. Tätä taustaa vastaan peilaten ei liene yllättävää, että hoitaja joutuu poikkeuksellisissa olosuhteissa toimiessaan aktiivisesti säätämään omia tunteitaan tunnetyön avulla.

Tunnesääntöjen osalta hoitaja reflektoi keskeisesti sitä mitkä ovat adekvaatteja tunnekokemuksia ottaen huomioon profession. Onko hoitajalla mahdollista tuntea kyvyttömyyttä, toivottomuutta ja voimattomuutta ja onko hänellä oikeus näyttää

näitä tunteita. Vielä tarkemmin – legitimoiko poikkeukselliset olosuhteet jollain tavalla näiden tunteiden esittämistä?

Näyttäisi siltä, että vaikka hoitajat kokevat intensiivisiä tunteita ja reflektoivat niitä vahvasti, niillä ei hoitajien mentaaliossa ole oikeutusta tunteiden esittämiseen kuin erityisen poikkeuksellisissa oloissa. Itkeminen, suoranainen tunteiden osoittaminen, tulee aina jälkeensä. Ei tilanteessa, jossa hoitotyötä tehdään.

Kun lähdin, itkin. Minusta tuntui, että he eivät olleet itkeneet kertaakaan koko tilanteen aikana, ja minusta tuntui vähän typerältä itkeä. (UCLA Operation 2010, 6:17.)

Onko yllämainitussa tilanteessa enemmän kysymys omien tunteiden tukahduttamisesta vai niiden reflektoinnista? Toisaalta hoitaja kykenee itkemään, hän kykenee analyttisesti toteamaan oman itkunsa mielettömyyden verrattuna katastrofista kärsineiden itkuttomuuteen. Voimakkaasti tunteitaan itsereflektoiva hoitaja, joka kokee voimakkaita tunteita, on samanaikaisesti monien erilaisten vaikutteiden ristipaineessa.

Omien tunteiden läpikäyminen on kasvattava kokemus myös ammatillisesti, niihin kilpistyy erityisesti riittämättömyyden kokemukset, sekä jälkeensä koetun kääntäminen voimavaraksi.

Ja siin vaihees kun siihen kiipes, siihen helikopteriin ja ja oli ajatus siitä et nyt tää työ loppuu, et nyt mä pääsen kotiin. Niin siinä vaihees mul oli semmonen oikeen et tää ei voi loppuu hyvin. Et tää tippuu tää helikopteri, ihan varmaan tippuu. Ja mul oli semmonen et mä en uskaltanut kattoo ketään päin, mul oli semmonen olo etä mä rupeen itkemään tai jotain, et mä koitin väkisin pitää niit tunteit sisällä et muillakin ois hyvä olla. (Henkilökunta kertoo turmayöstä 1995, 00:10.)

Ja kyl mä niinku sanon, et nää, nää reaktiot mitä itsellä oli ja niitten läpityöstäminen, nii kyl se on koitunu voimavarakas. Et kyl sitä luottaa enemmän niinku itseensä. (Henkilökunta kertoo turmayöstä 1995, 07:48.)

Yllä olevista lainauksista voidaan päätellä, että tilanteen ollessa edelleen päällä, professionaalisuuden viitta ei anna tilaa emotionaaliselle käyttäytymiselle. Toi-

saalta samanaikaisesti tunteen pyrkivät pintaa, hoitaja reflektoi voimakkaasti omia intensiivisiä kokemuksiaan ja kokee ettei niiden esittämisen paikka ole juuri nyt ja tässä. Kuitenkin ne kääntyvät voimavaraksi myöhemmässä vaiheessa, niiden työstäminen, ymmärtäminen ja kokeminen ovat kasvattaneet kenties sekä ihmisenä että hoitajana.

Tunnesääntöjen ja tunnetyön yhteydessä ei ole merkittävää se, kokeeko hoitaja vihaa, rakkautta vai sääliä. Keskeistä on se, että hoitaja tuntee jonkin vahvan tunteen, hän ei siirrä sitä sivuun vaan pyrkii refleктоimaan itse omaan toimintaansa. Tunteiden reflektointi voi johtaa myös oman toiminnan parempaan ymmärtämiseen, kenties se johtaa siihen että omasta toiminnasta kehittyä ammatillista, rationaalista ja toimintaympäristön huomioivaa. Pelkkä tunteiden luova reflektointi ei ole riittävä edellytys poikkeuksellisissa olosuhteissa toimimiselle.

En usko, että on riittävää vain tuntea halua antaa jotain kanssaihmiselle. Omasta mielestäni pitää olla aitoa kiinnostusta humanitäärisestä työstä ja ensihoidosta. Ja jossain määrin sinun pitää pystyä myös irtautumaan siitä, koska et kuitenkaan aina pysty täyttämään niitä odotuksia joita sinuun kohdistetaan kentällä ollessasi. (Notes from the field 2009b, 1:07.)

Tämä on minun toinen reissuni. Ensimmäinen oli hieman tunteikas, mutta tiedäthän, alan saada tähän otetta. (Field Hospital Haiti 2010a, 5:44.)

Katastrofialueella tai poikkeuksellisissa olosuhteissa toimiessaan hoitaja joutuu väistämättä kohtamaan tilanteita, jotka asettavat hänen ammatillisen suhtautumisansa haasteen eteen. Voimakkaan tunnetyön, omien tunteidensa käsittelemisen eli reflektoinnin sekä tunnesääntöjen tuntemisen kautta hän kuitenkin ymmärtää tilanteessa toimimisen pelisäännöt.

Jälleen kerran, tilanne pakottaa toimimaan hoitajan tietyllä tavalla, vaikka tilanteen aiheuttamat tunteet ohjaavat toisaalle. Reflektio tällaisissa tilanteissa liittyy omaan itseään järkyttäviin tapahtumiin tai vaihtoehtoisesti ammatilliseen identiteettiin ja siihen, että hoitaja tietää maailmassa olevan toisenlaisia mahdollisuuksia hoitaa asioita.

Kauhastavin kokemus oli oli nuori nainen ketä oli viimesillään raskaana. Nii siit ehkä kuvastus se oma psyykkinen ajattelu, koska musta tuntus hirveeltä nähdä ku filtit oli vedetty päälle ja vatsa näkys sieltä. Et se tuntus pahalta. (Henkilökunta kertoo turmayöstä 1995, 03:52.)

Pahinta on se, jos ajattelet tämän potilaan olevan Addenbrookes'ssa [sairaala] hän jäisi eloon. Mutta koska hän on täällä, niin näin ei tapahdu. Mutta tämä onkin ehdottomasti kaikista vaikeinta. (Working for Médecins Sans Frontières in Darfur 2008, 3:56.)

Riittämättömyyden tunne voi toisaalta liittyä ammatillisuuteen, mutta myös tunnetyön alueeseen. Merkittävin ero piilee siinä, kokeeko hoitaja subjektina riittämättömyyden tunnetta, vai kumpuaako tunne välineistä ja toimintaympäristöstä. Jälkimmäisessä tilanteessa ammatillisuus johtaa refleктоimaan omaa toimintaa - kykeneekö hoitaja tällaisessa tilanteessa toimimaan luovasti, jotta voisi antaa potilailleen parasta mahdollista hoitoa.

Subjektiiivinen riittämättömyyden reflektointi perustuu siihen, että varsinaista ulkoista puutetta hyvän ja parhaimman mahdollisen hoidon antamiselle ei ole, vaan rajoitteet nousevat hoitajasta itsestään. Reflektiiviseksi asian tekee se, että tilannetta tarkastellaan ikään kuin postuumisti, tilanteen jo lauettua. Samanaikaisesti reflektioon liittyy voimakas tunnelataus, sillä subjektiiivinen riittämättömyys mahdollisesti kyseenalaistaa myös sen, kykeneekö hoitaja toimimaan adekvaatisti tilanteen toistuessa.

Samanlaisii oli niinku auttajilla, et mietittiin et oisko me voituvoitu jotain tehdä ja ollaan niin kauheen tehokkaita niin eiks todellakaan niinku parempaan pystytä. (Henkilökunta kertoo turmayöstä 1995, 05:53.)

Me jatkuvasti murehdimme sitä, että kykenemmekö täyttämään omat velvollisuutemme hoitaa potilaita, kun elämme kartoittamattomassa kokemuksessa. (Williams 2009.)

Käsittämättömyyden tunne, kyvyttömyys hahmottaa tilannetta tai kokonaisuutta voi johtaa vahvoin tunneilmaisuihin ja itsereflektioon. Tällaisissa tilanteissa hoitaja joutuu oman itsensä kanssa ikään kuin viheltämään pelin poikki ja rauhoittumaan.

Tämänkaltainen tilanne ei välttämättä johda lamaanumiseen, mikäli omien tunteiden reflektoinnille löytyy aikaa ja tilaa. Kyky hahmottaa tilanne johtaa puolestaan professionaalisen identiteetin uudelleen nousemiseen, tilanteeseen jossa kokemus tilanteen herraudesta saa aikaiseksi toimintakykyisen hoitajan.

Olen katolla ja koitan ymmärtää mitä ihmettä on tapahtumassa. Katselen ympärilläni ja kaikki on mustaa. Jättiläisessä kaupungissa, jossa pitäisi olla ääntä ja elämää koko ajan. Mustaa. Lukuun ottamatta aseiden laukauksia ja huutoa, lisää laukauksia ja enemmän huutoa. Hyvä Jumala, tähän on tuomiopäivä. (Nursing in the Storm 2010, 4:15.)

Suurin haaste on hätä siitä, että kohta tulee uusi maanjäristys. Itse en ajattele sitä...ja jos me olemme tosiaan turvassa täällä, ja turvalliselta tämä vaikuttaa, mutta ihmiset silti ovat peloissaan uudesta maanjäristyksestä. (Field Hospital Haiti 2010a, 6:58.)

Tunnelataukseltaan kenties vahvimmat reflektiot liittyvät potilaisiin ja humanitaarisen avun antamiseen. Kokemuskategoriana molemmat tulevat lähelle hoitajaa – toisaalta kiinteä suhde toiseen ihmiseen, joka tarvitsee jatkuvaa hoivaa ja hoitoa poikkeuksellisissa olosuhteissa ja toisaalta tilanne, jossa kokonainen ihmisjoukko on täysin riippuvainen jonkin toisen ihmisjoukon hyväntekeväisyydestä.

Kiintymisen ihmisiin, hoidettavina oleviin potilaisiin, asettuu vahvasti eettisen toiminnan ja professionalismin rajamaille. Seuraavassa lainauksessa käy ilmi vahvasti, että hoitajan omakohtainen tunnettyö on äärimmäisen vahvaa ja itsereflektio erittäin voimakasta. Kysymys eettisyydestä ja ammatillisuudesta kilpistyy lopulta siihen, onko hoitajalla oikeus tuntea näin voimakkaita tunteita potilastaan kohtaa. Poikkeukselliset olosuhteet luovat poikkeuksellisia ihmiskontakteja, mutta onko tässä tilanteessa reflektointi ja tunnettyö jäänyt vajaaksi ja tilanteen käsittely keskeneräiseksi.

Haluan kertoa hänelle, että en koskaan unohda häntä. Ja loin hänelle blogin, koska haluan että kaikki tuntevat hänet. Ja minun mielestäni kaikkien tulisi tuntea hänet. Minun silmissäni ja sydämessäni hän on Haitin suurin valo. Hän on kokenut kaiken, hän kokenut perheensä menettämisen kahdeksan vuotiaana, hän on kokenut vakavia vammoja kahdeksan vuotiaana. Hänellä ei ole kotia. (One Nurse's Experience in Haiti 2010, 5:23.)

Yllä oleva esimerkki on poikkeuksellisen dramaattinen. Käytännössä potilaisiin kohdistuneet tunneyön elementit olivat huomattavasti maltillisempia, mutta esimerkki on hyvä muistutus siitä, että katastrofialueella työskentely synnyttää myös vahvoja ja intensiivisiä tunnekokemuksia. Tunnekokemusten työstäminen, tunneyö, ja niiden asettaminen ammatillisesti oikeisiin rajoihin tunnesääntöjen avulla on ensisijaisen tärkeä prosessi.

Tyypillisempää on, että tunneyötä tehdään koko yhteisöä koskien. Useimmiten tunneyö kiinnittyy kollektiiviin, ei yksittäiseen potilaaseen. Voisi ajatella, että itsereflektointi, tunnekokemuksen asettaminen tunnesääntöjen avulla laajempaan kontekstiin on hoitajalle helpompaa, kun kiintyminen ja vahva tunne-elämys ei liity yksittäiseen ihmiseen vaan joukkoon ihmisiä.

Heillä ei ollut mitään. Heidän vanhempansa olivat kuolleet, heidän sisaruksensa olivat kuolleet, he eivät tienneet missä heidän vanhempansa olivat, he eivät tienneet missä heidän sisaruksensa olivat. Heillä ei ollut ketään huolehtimassa heistä. Kukaan ei ollut peittelemässä heitä öisin. Ja se mursi sydämeni, kun näin tämän kaiken, mursi sydämeni. (UCLA Operation 2010, 2:45.)

Humanitaarinen tunneyö on kaksijakoinen. Toisaalta se ilmenee yleisenä velvollisuutena auttaa hädässä olevia ja toisaalta se peilautuu siihen mitä auttajalla itsellään on ja miten kollektiivit saavat aikaan enemmän kuin yksilö. Tunneyön kannalta on kuitenkin olennaista löytää mielettömältä toiminnalta tuntuvaan toimintaan luonteva selitys. Kun selitys on löydetty, se voidaan reflektoida tunnesääntöjen kautta mielekkääksi toiminnaksi.

Humanitaarinen apu, velvollisuus auttaa hädässä olevia näyttäisi hoitajien diskurssissa asettuvan kattoselitykseksi. Luonnollisesti jokainen hoitaja ei tätä omassa kirjoituksessaan tai puheenvuorossaan maininnut, mutta diskurssina se on niin vahva, että sen perimmäistä vaikutusta on vaikea ohittaa. Kärsimyksen lievittäminen, hoivan antaminen ja hädässä olevien auttaminen liittyvät myös profession mukanaan tuomiin velvoitteisiin, joten on varsin luonnollista että nämä esiintyvät myös perusmotiiveina hoitotyötä katastrofialueella tekevien keskuudessa.

Kärsimys yhdistää ihmisyyttä. Ja niistä ihmisistä välittäminen, jotka kärsivät, on jotain jonka koen kutsumukseksi tehdä. (UCLA Operation 2010, 3:27.)

Uskon, että se mistä tässä on kysymys, on että ihmiset joilla on lahjoja ja kykyä ovat velkaa ihmiskunnalle sen verran että autamme niitä joiden pitää päästä takaisin raiteilleen. (UCLA Operation 2010, 6:36.)

Humanitaarisuus ja auttamisen halu sisältää myös voimakkaan yhteenkuuluvaisuuden tunteen. Monet kokevat olevansa osa jotain suurempaa kokonaisuutta, eivät vain osa auttajajoukkoa, osa ammattilaisten ryhmää joka poistuu paikalta työnsä tehtyään. Reflektiivinen suhtautuminen omaan tunnetyöhön saa hoitajan löytämään työstään ja viettämästään ajasta laajempia merkityksiä, jotka heijastetaan koskemaan koko ihmiskuntaa tai elämäntapaa.

Sitä vain tajuaa, että elämä voi olla hyvinkin yksinkertaista ja palkitsevaa samanaikaisesti. (Field Hospital Haiti 2010b, 5:48.)

Me olimme kaikki tämän mahtavan yhteenkuuluvaisuuden ja päättäväisyyden tunteen pauloissa. Ilma tuntui olevan täynnä jonkinlaista huumetta, joka rohkaisi ystävällisyyteen ja vastavuoroiseen kunnioitukseen. (Sebastian & al 2003, 34.)

3.5. Velvollisuuden, eettisyyden ja stereotyyppien rajankäyntiä

Arkikielessä sairaanhoitajiin liitetään monenlaisia stereotyyppioita. Profession on täynnä erilaisia käsityksiä velvollisuudesta, kutsumuksesta, eettisyydestä ja uhrautuvuudesta. Sairaanhoitajat myös mielellään omassa diskurssissaan käyttävät näitä stereotyyppioita hyväkseen, milloin vahvistaakseen ulkopuolisten käsityksiä profession kuuluvista sisällöistä, milloin taistellakseen kokemiaan vääryyksiä vastaan.

Arkityyppiset stereotyyppit ovat siinä mielessä mielenkiintoisia, että niillä on samanaikaisesti taipumus vahvistaa profession toimintamalleja, kuten luvussa kaksi on todettu. Tässä luvussa velvollisuuden ja eettisyyden teemoja käsitellään sekä empiirisen aineiston valossa, että tutkimuskirjallisuuteen peilaten. Kokonaiskuva, joka piirtyy, reflektoituu stereotyyppisiin käsityksiin. Hypoteettinen oletus on, että stereotyyppit peilaavat erittäin vahvasti katastrofialueelle työskentelemään läh-

tevien hoitajien käsityksiä hoitotyöstä. On helppoa ajatella, että tällaiselle alueelle lähtevä hoitaja on ennen kaikkea velvollisuudentuntoinen, uhrautuvainen hyväntekijä, joka itseään säälimättä on valmis maksimoimaan muiden hyvän oman hyvänsä kustannuksella.

Eettisesti kestävä toiminnan ja laillisen toiminnan välillä on yhteys. Ne kuitenkin implikoivat saman asian kahta puolta. Eettistä toimintaa voidaan kuvata käsitteellä *tulisi olla*, kun taas lainmukaista toimintaa voidaan kuvata käsitteellä *pitää olla*. Merkittävin ero näiden kahden käsitteen välillä on se, että eettinen toiminta sisältää positiivisia velvoitteita. Laki ei määrittele samassa mittakaavassa velvollisuuksia (mitä jonkun pitäisi tehdä) kuin esimerkiksi lääketieteellinen etiikka tekee. (DeLuca & Cady 2009, 169–170.)

Eettisestä näkökulmasta katastrofialueella toimiminen aiheuttaa kolme ongelmaa, jotka selkeästi eroavat perinteisestä hoitotyöstä ja sen toteuttamisesta. Ensinnäkin hoitotyötä tekevät joutuvat ajattelemaan edessä olevaa tilannetta koko populaation tasolla – yksittäisen potilaan sijasta rajatut resurssit tulee käyttää mahdollisimman tehokkaasti koko populaation hyväksi. Toiseksi, toiminta katastrofialueella tähtää kollektiivisen hyödyn maksimoimiseen. Perinteinen hoitaja-potilas -hoitosuhde ei toteudu katastrofialueella, sillä tarkoituksenmukaisinta on toteuttaa hoitotyötä siten, että se maksimoi koko yhteisöä, joka on joutunut katastrofin runtelemaksi. Kolmanneksi hoitotyötä tekevien tulee toteuttaa hoitotyötä siten, että sekä maksimoi koko yhteisön turvallisuuden ja hyvinvoinnin. (DeLuca & Cady 2009, 171–172.)

Yhteisen hyvän maksimointi yli yksilön hyvän ei välttämättä ole tavanomaista hoitotyössä. Profession luonteeseen kuuluu ajatus siitä, että jokainen ihminen on automaattisesti oikeutettu tasavertaiseen kohteluun ja jokainen on oikeutettu saamaan parhaan mahdollisen hoidon. Kuitenkin poikkeuksellisissa olosuhteissa joudutaan jatkuvasti tekemään päätöksiä, jotka ovat ristiriidassa tämän sisäsyntyisen ajatuksen kanssa. Eettisen toiminnan ja olosuhteiden pakosta tapahtuvan toiminnan välille kehittyy ilmeinen ristiriita.

Osaltaan ristiriidat nousevat siitä yksinkertaisesta syystä, että hoitohenkilökunta ei ole tarpeeksi valmistautunut etukäteen katastrofitoimintaa varten, eivät tunne priorisoinnin logiikkaa ja miten poikkeuksellisissa olosuhteissa harvat ja rajatut resurssit jaetaan. (Rebmann, Carrico & English 2008; Jakeway, LaRosa, Cary & Schoenfisch 2008.) Harvojen ja rajattujen resurssien jakamisen siten, että ne hyödyttävät koko populaatiota johtaa perinteisen yksilökeskeisen käsityksen hetkittäiseen hylkäämiseen. Kun hoitaja tekee päätöksen preferoida yhteisön hyvää yli yksilön hyvän, hän tulee samalla astuneeksi perinteisen hoitokäsityksen rajan tuolle puolen. Tämä ratkaisu voi toisaalta jäädä tekemättä, ja tuloksena saattaa olla massiivinen resurssien tuhlaus jolla itse asiassa olisi saatettu pelastaa useamman ihmisen elämä.⁵ Tästä syystä eettisen toiminnan koulutuksessa tulisi painopistettä siirtää yli professorajojen, jotta hoitotyössä voitaisiin kohdata ennustamattomat tilanteet parhaalla mahdollisella tavalla (Johnstone 2009, 524.)

Eettisesti kestävän toiminnan katastrofialueella tekee erityisen hankalaksi se, että toiminnassa on aina kaksi puolta – tunteisiin perustuva ja järkeen perustuva. Dualismin hankaluus perustuu siihen, että aika katastrofialueella on suhteellinen - peruuttamaton on jo tapahtunut ja on aika tehdä nopeita suunnitelmia, jakaa resurssit nopeasti ja tehokkaasti sekä varmistaa että jokainen on sisäistänyt toimintamallit. Toisaalta katastrofialueella on myös aikaa, joka ei ole kiireistä. Varsinainen hoitotyö ja turvallisuuden varmistaminen on tätä kiireetöntä aikaa ja näiden kahden erilaisen moraalisen ajan välissä tapahtuvat mahdolliset eettiset ristiriidat. (Fahey 2007.)

Velvollisuuden käsite hoitotyössä ei ole yksinkertainen ilmiö. Se ei ole pelkkä sosiaalinen sopimus potilaiden hyvinvoinnista huolehtimiseksi, vaan se on myös vastuunkantamista kollegoista ja koko professiosta. Henkilö joka toimii velvolli-

⁵ Hypoteettisessa tilanteessa hoitaja pelastaa X:n hengen ja potilas parantuu ilman komplikaatioita. Tehtyään ratkaisunsa resurssien käyttämisestä X:n hyväksi käy ilmi että Y ja Z menehtyvät vammoihinsa. Mikäli hoitaja olisi päättänyt jakaa käytössä olevat resurssit kaikkien kolmen potilaan kesken, X, Y ja Z olisivat säälyneet hengissä, mutta jokaisella olisi loppuelämänsä ajan erittäin merkittävä jokapäiväistä elämää haittaava komplikaatio (jonka vuoksi he joutuvat turvautumaan ulkopuoliseen apuun viikon jokaisena päivänä ja päivän jokaisena tuntina). Eettinen ristiriita on ilmeinen, joskin tapaus on mielivaltainen. Kuitenkin tämä osoittaa sen, että kenttäolosuhteissa hoitaja joutuu implisiittisesti ja kenties nopeassakin tahdissa tekemään päätöksiä – ja päätösorientaation suunta, kollektiivinen hyvä vs. yksilön hyvä, ohjaa päätöksentekoa ja luonnollisesti myös siitä seuraavia tuloksia.

suudentunteesta, toimii oman arvoperustansa mukaisesti siten miten on oikein toimia. Siitä huolimatta, aiheuttaako se hänelle epämukavuutta tai ei. Velvollisuudentuntoiset hoitajat ovat paikalla, koska heidän tulee olla paikalla, koska heidän omatuntonsa käskää heidän toimia niin. (Kane-Urrabazo 2007, 58.)

Velvollisuudella (*engl. duty*) tässä tutkielmassa tarkoitetaan hoitajasta sisäsyntyisesti lähtenyttä velvollisuudentunnetta. Se on eriasia kuin velvoite (*engl. obligation*), jossa velvollisuus syntyy pakotettuna, ulkopuolelta annettuna. Velvollisuudentunnetta ei noudateta siksi, että laissa ja asetuksessa niin määrätään, yksilön velvollisuus rajautuu nimenomaan moraaliseen koodistoon ja perustuu yksilön omaan arvomaailmaan. Velvollisuudesta toimiva yksilö toimii siitä huolimatta saako hän esimerkiksi toiminnastaan rahallisen korvauksen vai ei.⁶ (Kane-Urrabazo 2007, 58–59.)

Velvollisuudentunne voi luonnollisesti johtaa erilaisiin lopputuloksiin – sekä positiivisiin että negatiivisiin. Positiivisia implikaatioita ovat työn saattaminen valmiiksi, henkilökohtainen tyydytys, arvostuksen saaminen ja pelastettu elämä. Negatiivisia velvollisuudentunteen vaikutuksia ovat esimerkiksi oman terveyden, turvallisuuden, omaisuuden tai perheen uhraaminen työn vuoksi. Stressin kehittyminen tai loppuunpalaminen ovat tyypillisiä velvollisuudentunteen sivuvaikutuksia. Erityisesti katastrofialueella toimivien hoitajien kohtalona saattaa olla vakava posttraumaattinen stressi, joka liittyy erityisesti vahvan velvollisuudentunteen tuomiin negatiivisiin seurauksiin. (Kane-Urrabazo 2007, 60–61.)

Empiirisen aineiston perusteella voidaan todeta, että hoitajat ovat sisäistäneet eettisesti kestävästä toiminnan katastrofityössä. Hoitajat ovat toisaalta valmiita tekemään kompromisseja, priorisoimaan tehtäviä ja toimimaan annettujen resurssien puitteissa. Samalla he kykenevät tekemään päätöksiä, jotka ohjaavat toimintaa yhteisen hyvän maksimoimiseksi unohtamatta kuitenkaan sitä yksittäistä potilasta, joka ansaitsee parasta mahdollista hoitoa. Keskittyminen olennaiseen tilanteessa,

⁶ Kane-Urrabazo (2007, 58) esittää kirjallisuuteen perustuen viisi elementtiä, jotka kytkeytyvät velvollisuuteen ja hoitajuuteen: 1. Ammatillinen esiintyminen, 2. Myötätuntoinen ja välittävä suhtautuminen muihin, 3. Halukkuus ottaa vastuuta muiden tarpeista, 4. Muiden asettaminen oman itsensä edelle ja, 5. Lojailiuden motivoima asiakkailleen, yhteiskunnalle ja/tai professiolleen.

jossa toimintaympäristö on haasta ja rajoittunut, tarkoittaa eettisesti kestäväällä pohjalla olevan hoidon antamista.

Merkittävää on, että aineistossa ei esiinny ainuttakaan tapahtumaa, jossa hoitaja olisi ollut vakavan eettisen ongelman edessä. Diskurssit rajoittuvat pohdintoihin jossa riittämättömyyden tunne on aiheuttanut hoitajassa tunnekokemuksen, mutta tätä ei millään tavoin peilata eettiseksi ongelmatilanteeksi. Riittämättömyydestä huolimatta hoitajat ovat kategorisesti pyrkineet toimimaan siten, että jokainen potilas ja jokainen ihmisryhmä on saanut sen hoidon ja hoivan joka on sillä hetkellä pystytty tarjoamaan.

Velvollisuuden suhteen tilanne on hieman toisenlainen. Velvollisuus on empiirissä aineistossa vahva diskurssi, joka kiteytyy puheeseen humanitaarisuudesta ja velvollisuudesta auttaa niitä, joilla on hätä. Kuvaavaa on, että velvollisuuden diskurssi on velvollisuuden positiivisen puolen ilmentymää – työ nähdään arvokkaana, merkityksellisenä ja pyyteettömänä. Hoitajat ovat paikalla omasta tahdostaan, oman professionsa eettisen koodiston velvoittamana.

Negatiivisia elementtejä velvollisuuden suhteen ei aineistossa ole ensimmäistäkään. Tämä havainto on hieman absurdi ottaen huomioon minkälaisissa tilanteissa, olosuhteissa ja millaisen paineen alla hoitajat työskentelevät. Joko negatiivisista vaikutuksista ei haluta puhua, tai sitten hoitajaryhmän itseohjautuvuus ja ryhmän spontaani toiminta on niin vahvaa, ettei negatiivisia vaikutuksia pääse syntymään. Negatiiviset kokemukset liittyvät enemmän tilanteisiin, jossa oman osaamisen rajat tulevat vastaan tai tilanteisiin jossa käytössä olevat resurssit ovat niin vaillinaiset, ettei omalla osaamisella ole enää suurta merkitystä.

Stereotyyppinen hoitaja esiintyy katastrofialueen hoitotyössä. Hän on jossain määrin altruistinen – hän lähtee poikkeuksellisiin olosuhteisiin tekemään työtä yhteisen hyvän maksimoimiseksi. Erityisesti velvollisuuden diskurssissa perinteinen stereotyyppinen hoitaja esiintyy vahvasti. Toisaalta tämä ei ole mitenkään yllättävää, sillä vapaaehtoisuuteen perustuva katastrofialueen hoitotyö tarvitsee motivaattorinsa jostain. Professioniin liittyvä vahva velvollisuuden ja velvollisuus-

dentunnon korostaminen on oiva maaperä motivaation synnyttämiselle ja vaalimiselle.

4 YHTEENVETO

Tunnekatégoriat elävät voimakkaasti mukana siinä, miten hoitajat jäsentävät aikaansa ja puhuvat ajastaan katastrofialueella. Jokainen teoreettisessa viitekehyyksessä esitelty tunnekatégoria on läsnä empiirisessä aineistossa – toiset vahvemmin kuin toiset.

Merkillepantavaa on se, että hoitajat käyttävät työhönsä liittyvistä asioista konkreettisia ilmaisuja. Esimerkiksi metaforien käyttö puheessa on minimaalista. Konkreettisuus luo samalla puheeseen myös uskottavuutta – kiertoilmaisujen käyttämisellä ei pyritä eristämään joko kuulijaa tai kokijaa siitä kokemusmaailmasta jota käsitellään.

Hallitsevin tunnekatégoria empiirisessä aineistossa on ehdottomasti tunnesääntöjen ja tunnetyön katégoria. Toisaalta tämä löydös ei sinänsä yllätä, kun otetaan huomioon ne reunaehdot joiden piirissä katastrofialueen hoitotyötä toteutetaan. Tunnetyö on aktiivista, sitä reflektoidaan omaan itseensä aktiivisesti ja se on synkroniassa tunnesääntöjen kanssa. Materiaalista ei tule esiin – yhtä poikkeusta lukuun ottamatta – tilanteita, jossa tunnetyö olisi ollut niin voimakasta, että se ei mahdu profession sisältämiin tunnesääntöihin.

Empiirinen materiaali ei valitettavasti anna vastausta siihen, mikä estää ylilyöntien tapahtumisen tunnetyön alueella. Hypoteettisesti voidaan esittää, että mahdollisesti ryhmän oma spontaani toiminta tukee tunnetyön onnistumista, ja vahva yhteenkuuluvaisuuden tunne mahdollistaa vaikeiden asioiden läpikäymistä mielekkäällä tavalla. Toinen mahdollisuus on, että katastrofialueelle valikoituu vahvoja kliinisen hoitotyön osaajia, joiden päällimmäinen tehtävä on tehdä työnsä mahdollisimman hyvin. Toisin sanoen, kenttätöntekijät tietävät tai vähintään osaavat etukäteen asennoitua tulevaan tehtäväänsä, ja vaikka tunnetyö olisikin vahvaa ja intensiivistä, se kyetään käsittelemään ja refleктоimaan adekvaatilla tavalla.

Ammatillisuuden tunnekatégoria onkin toiseksi vahvin empiirisessä aineistossa. Vahva kliininen osaaminen luo perustan ammatillisuudelle myös poikkeuksellisissa olosuhteissa työskentelylle. Toiminnasta ei tehdä suurta numeroa, mutta toi-

saalta korostetaan poikkeuksellisten olosuhteiden tuomia haasteita. Näistä haasteista luonnollisesti selvittää sekä rautaisen ammattitaidon, mutta myös hyvän ja tiiviin ryhmän avulla. Rutiininomainen toiminta näyttäytyy rutiininomaisena toimintana myös vahvasti sellaisissa hoitotyötilanteissa, jotka ympärillä olevien olosuhteiden vuoksi ovat poikkeuksellisia.

Kenties merkillepantavinta on, että turhautumista kuvaavia tunneilmaisuja on empiirisessä aineistossa vähän. Osaltaan tämä voi johtua vahvasta motivaatorakenteesta ja vahvasta tunnetyöstä. Poikkeuksellisiin olosuhteisiin toisaalta mennään työskentelemään siksi, että ne ovat poikkeuksellisia. Toisaalta taas ryhmä antaa luovuuden lähdeä, ja omalla luovalla toiminnalla voi myös kompensoida niitä elementtejä, jotka normaalisti olisivat turhautumisen alkuunpanijoita.

Toisaalta monet tunneilmaisuista menevät limittäin usean eri kategorian kanssa. Siinä missä ilmaisu ilmentää ammatillisuutta, sen voi myös tulkita kuuluvaksi rationaalisen toiminnan kategoriaan. Erityisesti nämä kaksi kategoriaa näyttävän olevan dynamiikaltaan niin lähellä toisiaan, että ajoittain tunneilmaisujen loke-roiminen ei tunnu mielekkäältä. Tutkielmassa on kuitenkin tehty se periaatteellinen päätös, että tunneilmaisut kategorisoidaan ja liitetään johonkin kokonaisuuteen vain kerran. Luokittelu on tehty sen perusteella, millaisen mielikuvan hoitaja on aiemmassa puheessaan antanut, ja tästä on päätelty, millaiseen asiayhteyteen sitä seuraava tunneilmaisu liittyy.

Yllä olevia johtopäätöksiä ja niiden validiutta rajoittaa aivan erityisesti yksi tekijä – empiirinen materiaali. Materiaali on problemaattinen. Se ei ole tutkielman tekijän keräämää, eikä sitä ole kerätty tutkimustarkoituksessa. Materiaali on kaikissa videotallenteissa jonkun kolmannen osapuolen tuottamaa ja siten ollen jotain tiettyä tarkoitusta varten tuotettu. Inhorealistically ajateltuna osa materiaalista on tuotettu mainosmateriaalin tavoin, joko oman organisaation ja tehdyn työn erinomaisuutta mainostaen. Voidaan aiheellisesti kysyä, mahtuuko tällaiseen mainosmateriaaliin aidosti kriittiset puheenvuorot tai aidosti pimeät hetket hoitotyön tekijän mentaalisisä maailmassa.

Ottaen huomioon tämän perustavanlaatuisen kritiikin materiaalia kohtaan voidaan kuitenkin todeta, että suuntaa antavia tuloksia materiaalista on mahdollista saada. Samalla voidaan pohtia, onko tutkimuksen tarkoituksena saada irti ne mehuikkaimmat tarinat ja kipeimmät kokemukset, vai onko ensisijainen tarkoitus verifioida jonkin teoreettisen mallin soveltuvuus ja käyttökelpoisuus tunnekategorioiden tutkimista varten. Tässä yhteydessä voitaneen todeta, että teoreettinen malli ja käytetty materiaali toimii ainakin suuntaa antavasti ja osoittaa, millaisia affektikonaisuuksia hoitaja kokee työskennellessään katastrofialueella.

Jatkotutkimuksen kannalta olisi mielekästä kehittää tunnekategoriaturkimusta kahdella tavalla. Toisaalta materiaalin laajamittaisempi ja systemaattisempi kerääminen syventäisi empiiristä analyysia ja antaisi tarkemman kuvan tunnekategorioista. Tämän tutkielman empiirisellä materiaalilla on mahdotonta esimerkiksi sanoa, millainen dynamiikka eri kategorioiden välillä vallitsee – ilmiselvää kuitenkin on, että erilaiset tunneilmaisut menevät limittäin kategorioiden välillä ja siten näiden välillä vallitsee jonkinlainen dynaaminen yhteiselo.

Toinen jatkotutkimuskysymys liittyy hoitotyön tekemiseen yleisemmin. Vertailututkimus katastrofialueella työskentelevien ja tavallisessa sairaalamiljöössä työskentelevien välillä voisi osoittautua hedelmälliseksi. Tämänkaltaisessa tutkimuksessa ei ainoastaan dynamiikka, vaan tapa puhua ja käsitellä omaa professiotaan tulisi lähemmäksi. Ovatko hoitajien tunnekategoriat universaaleja vai liittyvätkö ne läheisesti vallitseviin olosuhteisiin?

Sovellettavuuden kannalta ajateltuna on ilmeistä, että katastrofialueen hoitotyö vaatii jatkossakin tekijäkseen vahvan kliinisen ammattitaidon omaavan hoitajan. Merkittävin löydös – ja samalla tutkielman sovellettavuuden kannalta olennaisin aines – on hoitajien jatkuva, aktiivinen ja intensiivinen tunnetyö ja omien tunteiden soveltaminen profession luomiin tunnesääntöihin. Eli hoitaja pyrkii pitämään oman tunnemaailmansa koherenttina ja hyväksyttävänä. Jotta tämä tunnetyö olisi onnistunutta, tulee hoitajalle varata mahdollisuus sen tekemiseen.

LÄHTEET

Back from the Earthquake Frontline 2010. [online]. [viitattu 29.8.2010]. Saatavilla www-muodossa: <URL: <http://www.youtube.com/watch?v=0z8WYMXnKXs>>.

Berger, Peter L. 1963. *Invitation to Sociology. A Humanistic Perspective*. New York. Anchor Books.

Berger, Peter L. & Thomas Luckmann 1998. *Todellisuuden sosiaalinen rakentuminen. Tiedonsosiologinen tutkielma. Toinen painos*. Helsinki. Gaudeamus.

Carey, Sue 2008. Disaster Preparedness – Nephrology Nurses Were Ready. *Nephrology Nursing Journal*. Vol. 35, nro 6, 547–548.

Coyle, Geraldine A. & Kathryn G. Sapanas & Kathryn Ward-Presson 2007. Dealing with disaster. *Nursing Management*. July, 24–30.

DeLuca, Deborah & Rebecca Cady 2009. Legal and Ethical Considerations in a Disaster. Teoksessa Adelman, Deborah S. & Timothy J. Legg, *Disaster Nursing. A Handbook for Practice* 145–187. Boston. Jones and Bartlett Publishers.

Denzin, Norman K. 1990. On Understanding Emotion: The Interpretive-Cultural Agenda. Teoksessa Kemper, Theodore D. (toim.), *Research Agendas in the Sociology of Emotions*, 85–116. New York. State University.

Eriksson Anneli 2007. Special report: Silent disasters. *Nursing and Health Sciences*. Vol 9, 243–245.

Fahey, Charles 2007. Ethics and Disasters: Mapping the Moral Territory. *Generations*. Vol 31, Winter 2007 – 2008, 61–65.

Field Hospital Haiti 2010a. Field Hospital Haiti, Part I [online], [viitattu 29.8.2010]. Saatavilla www-muodossa: <URL: <http://www.youtube.com/watch?v=pjYyLqcL4Vk>>.

Field Hospital Haiti 2010b. Field Hospital Haiti, Part II [online], [viitattu 29.8.2010]. Saatavilla www-muodossa: <URL: <http://www.youtube.com/watch?v=kzvCy5SvYOc>>.

Fiske, John 1998. *Merkkien kieli. Johdatus viestinnän tutkimiseen*. 5. painos. Tampere. Vastapaino.

Fung, Olivia & Alice Yuen Loke & Claudia Lai 2008. Disaster preparedness among Hong Kong nurses. *Journal of Advanced Nursing*. Vol 62, nro 6, 698–703.

Garner, Alan & Ken Harrison 2006. Early post-tsunami disaster medical assistance to Banda Aceh: A personal account. *Emergency Medicine Australasia*. Vol 18, 93–96.

Goffman, Erving 1990. *The Presentation of Self in Everyday Life*. Reprinted. London. Penguin Books.

Gordon, Steven L. 1990. Social Structural Effects on Emotions. Teoksessa Kemper, Theodore D. (toim.), *Research Agendas in the Sociology of Emotions*, 145–179. New York. State University.

Helping Hands 2010. *Helping Hands: A Medical Mission to Haiti* [online]. [viitattu 29.8.2010]. Saatavilla [www-muodossa](http://www.muodossa.com): <URL: <http://www.youtube.com/watch?v=tavQKSBN2yI>>.

Henkilökunta kertoo turmayöstä 1995. Estoniasta pelastuneet nopeasti sairaaloihin. A-studio 25.9.1995 [online]. [Viitattu 29.8.2010]. Saatavilla [www-muodossa](http://www.muodossa.com): <URL: <http://www.yle.fi/elavaarkisto/?s=s&g=1&ag=2&t=1&a=146>>.

Hochschild, Arlie 1979. Emotion Work, Feeling Rules, and Social Structure. *The American Journal of Sociology*. Vol. 85, nro 3, 551–575.

Hughes, F. & M. Grigg & K. Fritsch & S. Calder 2007. Psychosocial response in emergency situations – the nurse’s role. *International Nursing Review*. 54, 19–27.

Jakeway, Carole & Glynnis LaRosa & Ann Cary & Sandra Schoenfisch 2008. The Role of Public Health Nurses in Emergency Preparedness and Response: A Position Paper of the Association of State and Territorial Directions of Nursing. *Public Health Nursing*. Vol. 25, nro 4, 353–361.

Johnstone, Megan-Jane 2009. Nursing ethics in the new millennium. *Nursing Ethics*. Vol 16, nro 5, 523–524.

Kane-Urrabazo, Christine 2007. Duty in a Time of Disaster: A Concept Analysis. *Nursing Forum*. Vol. 62, nro 2, 56–64.

Kleinman, Carol S. & Jean Rubino 2009. The Psychology of Disasters. Teoksessa Adelman, Deborah S. & Timothy J. Legg, *Disaster Nursing. A Handbook for Practice* 115–133. Boston. Jones and Bartlett Publishers.

Lawler, Edward J. & Shane R. Thye 1999. Bringing Emotions into Social Exchange Theory. *Annual Review of Sociology*. Vol. 25, 217–244.

Legg, Timothy & Deborah Adelman 2009. Issues That Arise in a Disaster. Teoksessa Adelman, Deborah S. & Timothy J. Legg, *Disaster Nursing. A Handbook for Practice*. Boston. Jones and Bartlett Publishers.

Lehtonen, Mikko 1998. *Merkitysten maailma. Kulttuurisen tekstintutkimuksen lähtökohtia*. 2. painos. Tampere. Vastapaino.

Medecins Sans Frontieres 2009. [online]. [viitattu 29.8.2010]. Saatavilla [www-muodossa](http://www.muodossa.com): <URL: <http://www.youtube.com/watch?v=zlKao1VUSww>>.

Mills, Trudy & Sherryl Kleinman 1988. Emotions, Reflexivity, and Action: An Interactionist Analysis. *Social Forces*. Vol 66, nro 4, 1009–1027.

Notes from the field 2009a. NOTES FROM THE FIELD (Part I) – Doctors Without Borders / Médecins Sans Frontières(MSF) [online]. [viitattu 29.8.2010]. Saa-

tavilla www-muodossa: <URL: <http://www.youtube.com/watch?v=cmIg9MWhVss>>.

Notes from the field 2009b. NOTES FROM THE FIELD (Part II) – Doctors Without Borders / Médecins Sans Frontières(MSF) [online]. [viitattu 29.8.2010]. Saatavilla www-muodossa: <URL: http://www.youtube.com/watch?v=pv-_2D_rxc>.

Nursing in the Storm 2010. Nursing in the Storm: Voices from Hurricane Katrina [online]. [viitattu 29.8.2010]. Saatavilla www-muodossa: <URL: <http://www.youtube.com/watch?v=Tzh59gVn8M8>>

One Nurse's Experience in Haiti 2010. [online]. [viitattu 29.8.2010]. Saatavilla www-muodossa: <URL: <http://www.youtube.com/watch?v=XMCBgq18r-g>>.

Rebmann, Terri & Ruth Carrico & Judith English 2008. Lessons Public Health Professionals Learned From Past Disasters. *Public Health Nursing*. Vol 25, nro 4, 344–352.

Råholm, Maj-Britt & Maria Arman & Arne Rehnsfeldt 2008. The immediate lived experience of the 2004 tsunami disaster by Swedish tourists. *Journal of Advanced Nursing*. Vol 63, nro 6, 597–606.

Räsänen, Pekka 2005. Havaintojen mittaus ja aineiston jäsentämisen metodologia. Teoksessa Räsänen, Pekka & Anu-Hanna Anttila & Harri Melin (toim.) Tutkimus menetelmien pyörteissä. *Sosiaalitutkimuksen lähtökohdat ja valinnat*, 85–103. Jyväskylä. PS-Kustannus

Sebastian, Sherly & Susan Styron & Simone Reize & Susan Houston & Rosemary Luquire & Joanne Hickey 2003. Resiliency of Accomplished Critical Care Nurses in a Natural Disaster. *Critical Care Nurse*. Vol 23, nro 5, 24–36.

Suserud, Björn-Ove 1993. Acting at disaster site: views expressed by Swedish nursing students. *Journal of Advanced Nursing*. Vol 18, nro 4, 613–620.

Tuhkanen, Sirpa & Hanna Maijala & W. George Kernohan 2008. A disaster preparedness and response project in Afghanistan: participants' perception. *Journal of Advanced Nursing*. Vol 64, nro 3, 287–297.

Turale, Sue 2008. How prepared are nurses and other health professionals to cope in and manage disaster situations? *Nursing and Health Science*. Vol 10, 165–166.

Turner, Jonathan & Jan Stets 2005. *The Sociology of Emotions*. Cambridge. Cambridge University Press.

Törrönen, Jukka 2005. Puhetapoja analysoimassa. Rajankäyntiä kriittisen diskursianalyysin ja semioottisen sosiologian välillä. Teoksessa Räsänen, Pekka & Anu-Hanna Anttila & Harri Melin (toim.) Tutkimus menetelmien pyörteissä. *Sosiaalitutkimuksen lähtökohdat ja valinnat*, 139–163. Jyväskylä. PS-Kustannus.

UCLA Operation 2010. UCLA Operation Haiti volunteers share their experiences [online]. [viitattu 29.8.2010]. Saatavilla [www-muodossa: <URL: http://www.youtube.com/watch?v=_JpXZIB1pc8>](http://www.youtube.com/watch?v=_JpXZIB1pc8).

University of Chicago Haiti Recovery Team 2010. [online]. [viitattu 29.8.2010]. Saatavilla [www-muodossa: <URL: http://www.youtube.com/watch?v=KItaSbSORj4>](http://www.youtube.com/watch?v=KItaSbSORj4).

Williams, Jennifer 2009. Bushfire disaster: a rural nurses perception. *Australian Nursing Journal*. Vol 16, nro 9, 17.

Working for Médecins Sans Frontières in Darfur 2008. [online]. [viitattu 29.8.2010]. Saatavilla [www-muodossa: <URL: http://www.youtube.com/watch?v=RBSLSima5Hs>](http://www.youtube.com/watch?v=RBSLSima5Hs).

Yuko, Matsunari & Nozawa Sachie & Sakata Kayo & Ohara Yoshiko & Takahashi Keiko & Hyakuta Yukiko & Ueda Mutsumi & Ohara Ryoko & Kobayashi Toshio & Kawano Noriyuki & Mizumoto Kazumi 2008. Individual testimonies to nursing care after the atomic bombing of Hiroshima in 1945. *International Nursing Review*. Vol 55, 13–19.