

AFAATTISEN POTILAAN KOHTAAMINEN JA VUOROVAIKUTUSSUHDE HOITAJAN NÄKÖKULMASTA

Paula Heimonen
Katri Isoviita
Liisa Nurminen

Opinnäytetyö
Marraskuu 2010

Hoitotyön koulutusohjelma
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala





| | | |
|--|----------------------------------|---|
| Tekijä(t) HEIMONEN, Paula ISOVIITA, Katri NURMINEN, Liisa | Julkaisun laji Opinnäytetyö | Päivämäärä 15.11.2010 |
| | Sivumäärä 54+3 | Julkaisun kieli suomi |
| | Luottamuksellisuus () saakka | Verkojulkaisulupa myönnetty (X) |
| Työn nimi AFAATTISEN POTILAAN KOHTAAMINEN JA VUOROVAIKUTUSSUHDE HOITAJAN NÄKÖKULMASTA | | |
| Koulutusohjelma Hoitotyö | | |
| Työn ohjaaja(t) KOSKIMIES, Helena YABAL, Anneli | | |
| Toimeksiantaja(t) Keski-Suomen keskussairaala, osasto 27 | | |
| <p>Tiivistelmä</p> <p>Aivoverenkiertohäiriöihin sairastuu vuosittain noin 14 000 suomalaista ja vajaat 5000 sairastuneista menehtyy. Aivoinfarktin ja muiden aivovaurioiden aiheuttamista seurauksista afasia on yksi vaikeimmista toimintahäiriöistä. Afasia voi vaikeuttaa ihmisen kykyä kommunikoida ja heikentää psyykkistä hyvinvointia, jolloin hoitajan vuorovaikutustaidot korostuvat.</p> <p>Tutkimuksen tarkoitus oli selvittää Keski-Suomen keskussairaalan kuntoutusosasto 27 hoitajien kokemuksia kohtaamisesta, vuorovaikutuksesta ja kommunikoinnista afasiapotilaiden kohdalla. Tavoitteena oli tiedon kokoaminen ja esille tuominen osastolle näistä kokemuksista, tuntemuksista ja hoitotyön käytännöistä afasiapotilaan kohdalla. Lisäksi tavoitteena oli löytää hoitajien kokemuksista esiin nousevia kehityshaasteita. Tutkimus toteutettiin kvalitatiivisena tutkimuksena ja siihen osallistui 6 hoitajaa, joiden työkokemus osastolla 27 vaihteli kuukausista vuosikymmeneen. Aineistonkeruu suoritettiin teemahaastatteluin ja analyysimenetelmänä käytettiin sisällönanalyysejä.</p> <p>Hoitajat kuvasivat afasiapotilaan kohtaamisen ja vuorovaikutuksen sujuvan pääpiirteittäin onnistuneesti. Onnistumiset arjen toiminnoissa, potilaan ymmärretyksi tuleminen ja toiminta hänen toiveidensa mukaan kuvasivat onnistunutta vuorovaikutusta. Potilaan tunteminen ja rauhallisuus vaikuttivat tilanteiden onnistumiseen. Kiire, tilojen ahtaus ja häly koettiin heikentävinä tekijöinä. Epäonnistumiseen vuorovaikutuksessa johtivat potilaan ymmärtämättä jääminen, ahdistus ja toiminta vastoin potilaan tahtoa. Rauhallisuus ja kokemus koettiin vahvuuksiksi hoitotyössä, kiireen tuomat vaikutukset heikkouksiksi. Terapeuteilta saatu tieto oli merkityksellistä. Apuvälineiden käyttö oli vähäistä, johtuen sekä kiireestä että tiedon puutteesta.</p> <p>Tutkimustuloksista saatiin koottua hyödyllistä tietoa osastolle. Kehittämishaasteita ovat mm. uuden työntekijän perehdytyksen kehittäminen afasiapotilaan kohtaamisessa ja apuvälineiden käytön kehittäminen ja kiireeseen ja tiloihin vaikuttaminen. Työnohjauksen tarve oli vaihteleva,</p> | | |
| Avainsanat (asiasanat) afasia, afasiapotilas, kohtaaminen, vuorovaikutus, kommunikaatio, hoitaja | | |
| Muut tiedot | | |



| | | |
|---|--|--|
| Author(s) HEIMONEN, Paula ISOVIITA, Katri NURMINEN, Liisa | Type of publication Bachelor's Thesis | Date 15112010 |
| | Pages 54+3 | Language finish |
| | Confidential () Until | Permission for web publication (X) |
| Title ENCOUNTERING OF AND INTERACTING WITH AN APHASIC PATIENT IN NURSE'S POINT OF VIEW | | |
| Degree Programme Nursing | | |
| Tutor(s) KOSKIMIES, Helena YABAL, Anneli | | |
| Assigned by Central Finland Central Hospital, Unit 27 | | |
| <p>Abstract</p> <p>Stroke strikes about 14 000 Finns each year and nearly 5000 of those people die. Aphasia is one of the most serious malfunctions caused by cerebral infarction or other brain damage. Aphasia can complicate a person's ability to communicate and reduce psychological well-being, in which situation a nurse's interaction skills are emphasized.</p> <p>The purpose of the study was to investigate nurses' experiences of encountering, interaction and communication with aphasia patients in the Rehabilitation Unit 27 of Central Finland Central Hospital. The aim was to collect information and highlight these experiences, feelings, and nursing practices in the case of an aphasia patient. Furthermore, the aim was to find emerging development challenges in the nurses' experiences. The study was conducted as qualitative research and it was attended by six nurses whose experience in Unit 27 ranged from a few months to a decade. Data collection was carried out by using theme interviews, and the data was analyzed by using content analysis.</p> <p>The nurses described the encountering of and interaction with an aphasia patient as being mainly successful. Successes in daily activities, understanding the patient and actions in carrying out the patient's wishes were described as successful interaction. Knowing the patient and the staidness of the situations contributed to the success. Rush, crowded facilities and noise were experienced as factors diminishing success. Failure in interaction was caused by failure in understanding the patient, anxiety and actions contrary to the patient's will. Calmness and the experience were seen as strengths in nursing care whereas the effects of rush were considered weaknesses. Information given by therapists was deemed important. The use of assistive devices was low, both due to the rush and the lack information.</p> <p>The results of the study gave useful information to the unit. Development challenges where, for example, development of the orientation for new employees concerning the encountering of an aphasia patient, improvement of the use of assistive devices as well as influencing on the facilities and the rush. The need for guidance in work was varied, no acute needs were raised.</p> | | |
| Keywords aphasia, aphasia patient, encounter, interaction, communication, nurse | | |
| Miscellaneous | | |

Sisältö

| | |
|---|----|
| 1 JOHDANTO | 2 |
| 2 AFASIA | 4 |
| 2.1 Afasian määrittely ja vaikeusasteet..... | 4 |
| 2.2 Ekspressiivinen ja reseptiivinen afasia | 6 |
| 3 VUOROVAIKUTUS HOITOTYÖSSÄ..... | 7 |
| 3.1 Vuorovaikutussuhteen muodostuminen..... | 9 |
| 3.2 Vuorovaikutussuhteen ylläpitäminen | 10 |
| 3.3 Hoitajien vuorovaikutusosaaminen..... | 11 |
| 4 VUOROVAIKUTUS AFAATTISEN POTILAAN KANSSA..... | 13 |
| 4.1 Afasian vaikutus vuorovaikutussuhteeseen | 15 |
| 4.2 Apuvälineet ja afasia..... | 16 |
| 5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS | 17 |
| 5.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelmat..... | 17 |
| 5.2 Tutkimuksen kohderyhmä ja ympäristö | 18 |
| 5.3 Tutkimusmenetelmä..... | 19 |
| 5.4 Aineiston kerääminen..... | 20 |
| 5.5 Aineiston analysointi | 21 |
| 6 TUTKIMUSTULOKSET | 22 |
| 6.1 Vuorovaikutustilanteen onnistuminen..... | 23 |
| 6.2 Vuorovaikutustilanteen epäonnistuminen | 31 |
| 6.3 Hoitajien vahvuudet ja heikkoudet hoitotyössä | 37 |
| 7 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS..... | 41 |
| 7.1 Eettisyys | 41 |
| 7.2 Luotettavuus | 42 |
| 7.3 Luotettavuuden arviointikriteerit | 44 |
| 8 POHDINTA..... | 46 |
| 8.1 Tutkimustulosten pohdinta..... | 46 |
| 8.2 Kehityshaasteet ja jatkotutkimusehdotukset | 48 |
| 8.3 Tutkimusprosessin pohdinta..... | 50 |
| LÄHTEET..... | 51 |
| LIITTEET..... | 55 |

1 JOHDANTO

Hoitotyössä potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksella on keskeinen merkitys. Vuorovaikutus muuttuu sitä haasteellisemmaksi mitä vähemmän potilas pystyy kommunikoi-
maan puheella. Potilaan ajatusten, mielipiteiden ja halujen tuominen julki on suurel-
ta osin hoitajan vastuulla.

Joka päivä 38 suomalaista sairastuu aivoverenkiertohäiriöihin eli vuosittain sairastuu
vajaat 14 000 henkilöä ja näistä sairastuneista menehtyy vajaat 5 000 henkilöä. Aivo-
verenkiertohäiriö on kolmanneksi yleisin kuolinsyy Suomessa. (Aivoverenkiertohäiriöt
numerotietoina, 2009.)

Kielelliset häiriöt on yksi vaikeimmista aivoinfarktin ja muiden aivovaurioiden aiheut-
tamista toimintahäiriöistä, sillä ne vaikeuttavat viestintää ja heikentävät psykososiaa-
lista hyvinvointia. Puhevaikeudet eivät kuitenkaan tarkoita afaattisen potilaan vuoro-
vaikutustaitojen täydellistä katoamista, vaan potilas pyrkii toimimaan samalla tavalla
vastavuoroisesti, kuin ennen sairastumistaan. Näin ollen keskustelukumppanin vuo-
rovaikutustaidot korostuvat ja ovat ratkaisevana tekijänä siinä, onnistuuko viestin
välittyminen. Vuorovaikutustilanteessa afasiapotilaan kohdalla korostuu keskustelu-
kumppanin taito tulkita eleitä, ilmeitä, vaillinaisia ilmaisuja ja taito esittää tarkentavia
kysymyksiä. (Numminen 2009, 12 – 13.)

Afasia on aiheena mielenkiintoinen ja haasteellinen. Aihe on tärkeä myös inhimilli-
syyden kannalta, koska jokaisella on oikeus tulla kuulluksi ja ymmärretyksi ja näin
pystyä vaikuttamaan itse omaan hyvinvointiin ja kokonaisvaltaiseen elämään. Hoita-
jan vuorovaikutustaidot ovat siis merkittävässä osassa kommunikoinnissa afasiapoti-
laan kohdalla. Uskomme hoitajalla olevan tärkeä merkitys afasiapotilaan kokemuk-
seen omasta itsestään, kun puheen tuottamisessa tai ymmärtämisessä on hanka-
luuksia.

Sekä Terveys 2015 – kansanterveysohjelma että laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785 ohjaavat kaikessa laajuudessaan hoitotyön eettisyyttä ja näiden periaatteiden mukaan halusimme omalta osaltamme olla mukana hoitotyön kehittämisessä ja toteuttaa tämän opinnäytetyön. Opinnäytetyömme aiheen valintaan vaikutti omalta osaltaan tekijöiden työkokemus neurologiselta osa-alueelta, sillä henkilökohtaiset kokemukset antavat kirjatiedolle aivan uuden ulottuvuuden ja paras tapa päästä sinuiksi tutkimusaiheen kanssa on eläminen ilmiön kanssa (Kananen 2008, 48).

Osasto 27 on Keski-suomen keskussairaalan kuntoutusosasto, jolla hoidetaan aivoverenkiertohäiriöön sairastuneita potilaita akuuttihoiton jälkeen. Kysyttäessä osastonhoitajalta mahdollisia aiheita opinnäytetyötä varten, hän ehdotti selvitystä afasian kohtaamisesta hoitajan näkökulmasta. Osastolla ei aihetta ole aikaisemmin selvitetty ja näin ollen lähdimme paneutumaan aiheeseen. Työmme tarkoituksena oli selvittää hoitohenkilökunnan kokemuksia afasiapotilaan kohtaamisesta ja vuorovaikutuksesta. Tutkimuksen aiheen näimme tärkeänä, koska osastolla hoidetaan paljon afasiapotilaita ja hoitajien kokemuksia ei ole osastolla aikaisemmin kartoitettu. Tässä opinnäytetyössä käytämme käsitettä hoitaja, jolla tarkoitamme sairaanhoitajan- ja lähihoitajan tutkinnon suorittaneita hoitajia.

2 AFASIA

2.1 Afasian määrittely ja vaikeusasteet

Afasian käsite on peräisin kreikan kieltosanasta *a* ja puhetta tarkoittavasta sanasta *fasis* (Kuikka, Pulliainen & Hänninen 2002, 113). Afasiolla tarkoitetaan jo kehittyneen kielellisen kyvyn menetystä tai kielelliskognitiivisten toimintojen häiriötilaa (Launonen & Korpijaakko-Huuhka 2003, 226). Kielellisiin toimintoihin luetaan puhumisen ja puheen ymmärtämisen lisäksi lukeminen ja kirjoittaminen. Tavallisesti afaattinen potilas ei ole kuitenkaan täysin puhumaton tai puhetta ymmärtämätön. Hän käsittää aina joitakin asioita ja saa ilmaistuksi itseään jollain tavalla. (Kuikka ym. 2002, 113.)

Afasia johtuu aivokudoksen vauriosta tai toimintahäiriöstä, joka on yleensä vasemman aivopuoliskon alueella. Yleisin syy aivovaurioon on aivoverenkiertohäiriö; aivoinfarkti tai aivoverenvuoto. Myös aivovammat ja aivokasvaimet voivat aiheuttaa afasiaa. (AVH – Aivoverenkiertohäiriöt 2006.) Muita kielellisiin häiriöihin johtavia aikuisiän sairauksia ovat ALS eli liikeratakovettumatauti, dementia, Alzheimerin tauti sekä Parkinsonin tauti (Malm, Matero, Repo & Talvela 2004, 161–162).

Afasian aiheuttamien häiriöiden laajuus ja vakavuus riippuvat muun muassa aivovaurion sijainnista ja vakavuudesta, aikaisemmasta kielikyvystä ja henkilön persoonasta. Erityisen huomioitavaa afasiassa on se, että kielikyvyn puutteista huolimatta afaattisen henkilön älylliset kyvyt eivät usein muutu lainkaan. Lähes aina afasian esiintymisen jälkeen on havaittavissa jonkinasteista kielikyvyn palautumista, mutta tämä palautuminen on erittäin harvoin täydellistä. Silti voidaan jatkuvan harjoittelun, yrittämisen ja pitkäjänteisyyden kautta saada aikaan parannuksia. (Kuikka ym. 2002, 113.)

Lievää afasiaa ei ulkopuolinen välttämättä edes havaitse. Lievän afasian oireita voi olla sanan löytämisvaikeus tai monimutkaisen ja abstraktin kielen ymmärtämisen vaikeus. Usein henkilö pääseekin sananlöytämisvaikeuksistaan ylitse esimerkiksi kiertoilmausten avulla. Keskivaikeassa afasiassa puheen tuoton ja ymmärtämisen vaikeudet ovat puolestaan huomattavia. Ongelmia voi olla esimerkiksi sananlöytämisesä, lausetasoisien puheen tuotossa tai pidempien lauseiden ymmärtämisessä. Henkilö voi selvittää arkipäivän tutuista kommunikointitilanteista kuitenkin melko hyvin. Kielelliset ongelmat tulevatkin esille haastavammissa keskustelutilanteissa, joissa henkilö tarvitsee yleensä puhetta tukevia ja korvaavia kommunikointikeinoja puheen ymmärtämisen ja tuoton tueksi. (Vaikeusasteet n.d.)

Vaikeassa afasiassa puheen tuottaminen ja ymmärtäminen on erittäin heikkoa. Vaikeasti afaattinen henkilö tarvitsee puhetta tukevia ja korvaavia keinoja ja keskustelukumppanin tukea pystyäkseen kommunikoimaan. Keskustelu ei onnistu ilman puhetta tukevia ja korvaavia kommunikointikeinoja: sanalistoja, kuvia, eleitä, karttaa jne. ja usein afaattinen henkilö tarvitsee myös kommunikointikumppanin tukea näiden keinojen käyttöön. Kommunikointikumppani on siis hyvin tärkeässä asemassa suhteessa keskustelujen sujumiseen. (Vaikeusasteet n.d.)

2.2 Ekspressiivinen ja reseptiivinen afasia

Taulukko 1. Afasian jaottelu

| Ekspressiivinen afasia | Reseptiivinen afasia | Gloaalinen afasia |
|------------------------|---|---|
| dynaaminen afasia | sensorinen afasia | |
| afferentti afasia | akustismnestinen afasia | |
| efferentti afasia | semanttinen afasia | |
| sujumaton ilmaisu | äänteiden, äännesarjojen tuottamiseen ja ymmärtämiseen vaikeus. | puheen tuotto ja ymmärtäminen on vakavasti häiriintynyt |

Afasiaan liittyy erilaisia oireyhtymiä, jotka voidaan karkeasti jakaa kahteen tyyppiin: ekspressiiviseen ja reseptiiviseen. Ekspressiivisessä afasiassa puheilmaisuus ja reseptiivisessä afasiassa puheen ymmärtäminen on häiriintynyt. Jos sekä puheen tuottaminen ja ymmärtäminen ovat vakavasti häiriintyneet, kyse on täydellisestä, eli globaalista afasiasta. (Malm ym. 2004, 157.) Usein afasia on kuitenkin sekamuotoinen, jossa on havaittavissa erityyppisiä puheen ymmärtämisen, puheen tuottamisen ja muiden kielellisten toimintojen vaikeuksia (Rautakoski & Tuomiranta 2001, 5).

Ekspressiivisissä afasioissa potilas ymmärtää puhetta paremmin kuin itse pystyy sitä tuottamaan. Ekspressiivisiin afasioihin luetaan dynaaminen afasia, efferentti motorinen afasia ja afferentti motorinen afasia. Ekspressiivisistä afasioista aiheutuvat dynaaminen ja efferentti motorinen afasia aivojen etuosien vauriosta ja afferentti motorinen afasia päälakilohkon vauriosta. Ekspressiivisille afasioille on ominaista tuotettujen sanojen vähäinen määrä; sanoja on yleensä alle 50 minuutissa. (Kuikka ym. 2002, 116.)

Reseptiivinen afasia voi ilmetä jo yksittäisten sanojen ymmärtämisessä, tai se ilmenee vasta lausetasolla, kun sanoja on useampi tai sanojen väliset suhteet ovat monimutkaisempia. Reseptiivinen afasia on helppo havaita, potilas ei ymmärrä kunnolla, mitä hänelle sanotaan. Jos potilas ei lainkaan ymmärrä kuulemaansa puhetta, hänen oma puheensa jää käsittämättömäksi sanasalaatiksi, koska hän ei voi kontrolloida sen sisältöä. Lievissä tapauksissa potilaan on vaikeaa käsittää ohjeita tarkasti, pysyä mukana ryhmän keskustelussa tai seurata radio- ja tv- ohjelmia. (Kuikka ym. 2002, 127–128.)

Afasiatyyppien erottelu on tärkeää, koska kuntoutusmenetelmät ovat eri afasiamuodoissa erilaiset. Itse asiassa menettely, joka yhden afasia kohdalla on hyödyllinen, ei jonkin toisen afasian suhteen autakaan, vaan voi olla suorastaan haitallinen. (Kuikka ym. 2002, 114.)

3 VUOROVAIKUTUS HOITOTYÖSSÄ

Vuorovaikutus on ihmisten välistä kanssakäymistä ja on sekä tietoista että tiedostamatonta. Tietoisessa vuorovaikutuksessa kumppani tulkitsee ja vastaa ilmaisuihin toistuvasti. Tietoinen vuorovaikutus on usein kielellistä, kuten puhetta tai kirjoitusta. Se voi myös tapahtua puhetta tukevien tai korvaavien keinojen avulla. Olennaisinta vuorovaikutuksessa on se, että käytetään sellaista yhteistä keinoa, jota molemmat osapuolet ymmärtävät ja osaavat käyttää. Vuorovaikutuksessa molemmilla ihmisillä on merkitystä, he haluavat sekä ilmaista itseänsä että ymmärtää toisiaan. (Ikävalko 2009.)

Kommunikointi tarkoittaa viestintää. Viestintä kuuluu tietoiseen vuorovaikutukseen, jossa jaetaan yhteinen kokemus ja huomion kohde. Kommunikoinnin avulla ihmiset ilmaisevat ja vastaanottavat sekä tulkitsevat viestejä: ajatuksia, tietoa, tarpeita ja

tunteita. (Kommunikointikeinot 2010.) Ihmiselle tyypillisin kommunikoinnin muoto on puhuminen. Onnistuneeseen kommunikointiin tarvitaan sellainen sisältö ja muoto, jonka vastaanottaja osaa ja haluaa tulkita. Tätä kautta voi syntyä tavoitteellinen ja vuorovaikutuksellinen, toimiva yhteys keskustelijoiden välille. (Huuhtanen 2001, 14 – 17.) Kielellisten toimintojen: puheen, lukemisen ja kirjoittamisen avulla jaamme kokemuksiamme toisten ihmisten kanssa (Kuikka ym. 2002, 26).

Tyypillisin tapa kommunikoida on siis käyttää sanallista viestintää, puhua tai kirjoittaa. Aidosta vuorovaikutukseen perustuvasta kommunikoinnista voidaan puhua kuitenkin vasta silloin, kun molemmat osapuolet ilmaisevat itselleen tärkeitä asioita ja yrittävät ymmärtää toistensa näkökulmaa aiheesta - olipa kommunikoinnissa käytetty keino mikä tahansa. (Kommunikoinnin muoto 2010.)

Kukkosen mukaan hoito tai kuntoutus on aina viestintäsuhde. Hoitokeskustelussa ei pelkästään siirretä olemassa olevaa tietoa ja käytäntöjä hoitajalta hoidettavalle, vaan hoitokeskustelussa aina syvennetään hoidettavalla jo olevia tietoja ja taitoja. Hoitokeskustelussa tuotetaan parhaimmillaan myös sellaista uutta tietoa, jota kummallakaan osapuolella ei ole ollut ennen keskustelun käymistä. (Kukkonen 2009.) Hyvä vuorovaikutustaito on hoitajalle työssä selviytymisen ehto (Hildén 1999, 39).

Kommunikaatio on myös paljon enemmän kuin pelkästään sanallista viestintää. Siihen sisältyvät kaikki käyttäytymiseen liittyvät toiminnot kuten ilmeet, eleet, asennot ja koko se tapa jolla toinen ihminen kohdataan. Kommunikaatiossa voidaan vaikuttaa toisen ihmisen ajatteluun tai käyttäytymiseen. (Haapoja & Rönnlund 2002, 15.) Potilaalle kokemus autetuksi tulemisesta hoitotyössä lähtee lähes aina kommunikaatiosta. Hoidettaessa potilasta kommunikaatio on sanallista eli hoitajan kontrolloimaa ja ei sanallista joka ei ole hoitajan kontrolloimaa. Potilas voi turvautua hoitajaan, jos hänet kohdataan hyväksyvästi ja ymmärtävästi. (Mäkelä & Ruokonen & Tuomikoski 2001, 17- 19.) Hoidollisessa vuorovaikutuksessa hoitajan ja hoidon vastaanottajan välinen viestintä on vastavuoroista (Töyry 2001, 54).

3.1 Vuorovaikutussuhteen muodostuminen

Hoitajan ja potilaan välinen hoitosuhde sisältää samoja perusaineksia kuin tavallinen vuorovaikutussuhde. Hoitosuhde tarkoittaa sitä, että kaksi yhdenvertaista ihmistä muodostaa yhteistyösuhteen. Tässä molemmat työskentelevät potilaan terveyden edistämisen eteen. Potilaan ensikohtaaminen hoitajan kanssa on tärkeä tapahtuma hoitosuhteen kehittymisen kannalta. Haastatteleamalla potilasta hoitaja mahdollistaa potilaan osallistumisen omaan hoitoonsa, sen suunnitteluun ja arviointiin. Haastattelussa on hyvä käyttää avointa haastattelutekniikkaa, näin potilas voi kertoa omin sanoin tilanteestaan. Haastattelun perusteella on helppo hahmottaa mitkä ovat keskeisiä kysymyksiä potilaan hoidossa. (Mäkelä ym. 2001, 18–19.)

Hoitajat hahmottavat hoitosuhteen lähtökohdaksi potilaan tilanteen, eli mikä sairautalon tulo syy on. Tältä perustalta he miettivät millaisia tavoitteita potilaan hoidolle ja hoitosuhteelle voi asettaa. Lisäksi on myös huomioitava potilaan psyykinen ja sosiaalinen hyvinvointi. Kun hoitaja ja potilas luovat yhdessä yhteisen tavoitteen, voidaan puhua onnistuneesta hoitosuhteesta. (Mikkola 2006, 155 – 157.)

Hoitohenkilöstön olisi myös hyvä tehdä hoitosuhde potilaalle näkyväksi. Hoitajat olettavat potilailta oma-aloitteisuutta, joten oleellista olisi, että potilas tietäisi oman roolinsa ja mitä häneltä odotetaan. Hoitajat toivoivat myös potilaiden asettavan omia tavoitteita hoidolleen. (Mikkola 2006, 155 - 157.) Näin potilas olisi paremmin mukana kuntoutuksessaan ja elämänhallinta säilyisi paremmin.

Hoitosuhteen muodostamisen ongelmia on kuvattu erilaisissa tutkimuksissa. Ajankäyttö on koettu monimutkaistavan hoitosuhteen luomista. Potilaat ovat kokeneet hoitajien vuorovaikutuksen olevan rikkonaista ja sirpaleista. Tämä on johtunut hoitajien kiireellisyydestä sekä vuorovaikutustilanteen keskeytymisestä. Vuorovaikutustilanteen onnistumisen kannalta olisi tärkeää löytää oikea aika ja paikka. (Mikkola 2006, 157.)

Hoitohenkilökunnan tulee tietoisesti työskennellä hyvän ja luottavaisen hoitosuhteen saavuttamiseksi. Vastaanottotilanteen tunnelma luo pohjan hoitosuhteelle. (Kortesmaa 1998, 24.) Hoitaja tuo suhteeseen oman ammattitaidon potilaan käytettäväksi ja hoitosuhteessa potilas voi kokea läheisyyttä ja tulla oikeaan aikaan autetuksi. Hoitotyössä on kuitenkin mahdollista, ettei hoitosuhdetyöskentelyä hyödynnetä tarpeeksi. (Mäkelä ym. 2001, 18 -19,29.)

3.2 Vuorovaikutussuhteen ylläpitäminen

Tyypillisin potilaan ja hoitajan välinen vuorovaikutustilanne on fyysisten tarpeiden tyydyttäminen. Potilailla, jotka toimivat omatoimisesti päivittäisissä toiminnoissa, on vähän mahdollisuuksia vuorovaikutukseen hoitajien kanssa. Potilaan vuorovaikutusta heikentäviä seikkoja on hoitajien käsitys hoitotyöstä, heidän työskentelytapansa ja työssä koettu kiire. (Mattila 2001, 34.) Stenbäckin mukaan Janhosen & Pyykön (1996) näkemyksen perusteella hoitajien tapa käyttää ohjaustaitojaan hoitotyössä perustuu jokaisen henkilökohtaiseen näkemykseen potilaasta. Käytännössä kuitenkin hoitohenkilökunta toimii ja ohjaa niin hyvin kuin on mahdollista sillä hetkellä, käyttävät niitä taitojaan, jotka ovat mahdollisia. (Stenbäck 2005, 13.)

Potilaille merkitsevin seikka heidän hoidossaan on inhimillisten tarpeiden täyttyminen. Lisäksi he tarvitsevat inhimillistä kohtaamista, kohtelua ja hyvää vuorovaikutusta. (Töyry 2001, 16.) Sairastuessaan ihminen joutuu uuteen tilanteeseen, jolloin hänen perusturvallisuus voi järkkäytyä. Sairaalaan joutuminen voi aiheuttaa pelon, epävarmuuden ja avuttomuuden tunteita potilaalle. Kohtaamistilanteessa hoitajan kanssa potilaan käytös voi näyttäytyä esimerkiksi pelokkuutena, avuttomuutena, arkuutena ja jännityksenä. (Heikkinen, Keskinen & Laine 1997, 138.) Potilaan tuen tarve sairastumisen yhteydessä on erityisen suuri. Sairastumiseen liittyvät hoidot ja sairauten etenemiseen liittyvät asiat ovat huomattavan iso henkinen kuormitus potilaalle. (Mikkola 2006, 11.)

Potilaan kohtaamisessa hoitaja joutuu vastakkain potilaan kokeman turvattomuuden kanssa. Toisten apuun turvautuminen voi aiheuttaa potilaalle turvattomuuden tunteita. Hoitajalla on mahdollisuus vaihtaa potilaan kokema turvattomuus turvallisuuden tunteiksi omalla työskentelyllä potilaan kanssa. Toisaalta hoitaja voi kääntää turvallisuuden ja luottamuksen tunteen turvattomuudeksi työtavallaan. Kun potilas kohtaa hoitajan, hän arvioi hoitajan olemusta ja mahdollisuutta lähestyä häntä. Hoitajan olisi hyvä potilasta kohdatessa viestittää omalla olemuksellaan ja sanoillaan potilaalle kiireettömyyttä, ammattitaitoa ja varmuutta. Rauhallista, ystävällistä ja äidillistä hoitajaa on helppo potilaan lähestyä. (Heikkinen ym. 1997, 139.)

3.3 Hoitajien vuorovaikutusosaaminen

Hoitajien tehtävänä on antaa tukea potilaalle selviytymiseen ja turvata hoidon jatkuvuus sairaalahoidon aikana (Mikkola 2006, 11). Ammattitaitoinen hoitaja ohjaa ja opastaa potilasta hoitoon liittyvissä asioissa. Esimerkiksi toimenpiteestä etukäteen kertominen voi helpottaa potilaan oloa. Jos hoitaja ei huomioi potilasta, hän voi kokea olevansa vain kohde ja hoitaja voi tahattomasti lisätä potilaan turvattomuuden tuntemuksia. (Heikkinen ym. 1997, 139–140.) Pelko voi vaikuttaa hoitajan ja potilaan

kohtaamistilanteeseen. Potilaat pelkäävät sairauttaan ja toimenpiteitä ja aikaisemmat kokemukset voivat vaikuttaa potilaan käsitykseen. Potilaan pelko liittyy usein kipuun. Myös hoitaja voi kohdatessaan potilaan tuntea pelkoa ja myös hoitajaa voi pelottaa potilaan arvaamaton käyttäytyminen, kovaäänisyys tai uhkailu. (Heikkinen ym. 1997, 140–141.)

Luottamuksen kokeminen kohtaamisessa näkyy monina ilmiöinä. Luottamus hoitajan ammattitaitoon auttaa potilaan antautumista hoidettavaksi. Jos potilas kykenee avautumaan omista asioistaan hoitajalle, on tämä merkki luottamuksesta hoitajaa kohtaan. Luottaessaan hoitajaan potilas kokee yhteyden ja läheisyyden tunteita. Hoitajan yritys ymmärtää potilaan tilannetta on tärkeää potilaalle. Hoitajan tulisi ottaa potilas tosissaan ja olla aidosti kiinnostunut potilaan tuntemuksista. Hoitajan asenne tulisi olla ymmärtävä ja välittää potilaalle kokemus, että hänestä on kiinnostuttu yksilönä. Huumori voi auttaa kohtaamistilanteessa ja helpottaa yhteyden luomista. Huumorilla voidaan helpottaa tilanteita, joita olisi muuten vaikea käsitellä. (Heikkinen ym. 1997, 141 - 142.)

Stenbäck tuo tutkimuksessaan esille Pelttarin (1997) ajatuksen siitä, että hoitotyön hyvä hallinta edellyttää asenteellisia valmiuksia ja työhön sopivaa persoonallisuutta. Hoitajan ammatillisuuteen kuuluu empatia-kyky, joka tarkoittaa kykyä reagoida ja eläytyä potilaan tunteisiin. Hoitajan on tärkeää ilmaista tämä potilaalle verbaalisesti ja nonverbaalisesti niin, että hän huomaa sen. (Stenbäck 2005, 13.) Mattilan mukaan empatiaa ja vuorovaikutusta edistää hoitajan välitön kontakti potilaaseen. Potilaan ja hoitajan välisen vuorovaikutussuhteen kuuluisi olla ystävällinen, yksilöllinen ja inhimillinen. Hoitajan tulisi osoittaa potilaalle sitoutumista, kunnioitusta, luottamusta ja myötätuntoa. Potilaan voimavaroja voidaan lisätä antamalla mahdollisuus kysymysten esittämiseen ja molemminpuoliseen keskusteluun. Hyvään vuorovaikutukseen potilaat ovat arvioineet ja nostaneet esille kunnioittavan kohtelun, kuulluksi tulemisen, vakavasti ottamisen ja potilaaseen luottamisen. (Mattila 2001, 20–21.)

Mattila mainitsee tutkimuksessaan Drewn (1986) tutkimuksen tuloksen, jossa potilaat kiinnittivät huomionsa hoitajan nonverbaaliseen viestintään. Onnistuneessa vuorovaikutustilanteessa potilas voi kokea vahvistuvansa ja kokea jälkeensä levollisuutta. Kylmän ja kiireisen vuorovaikutustilanteen jälkeen potilas voi tuntea häpeän tunteita ja kokea energiansa valuvan hukkaan. (Mattila 2001, 30.) Hoitaja toimii harvoin ainoana potilasta hoitavana tahona ja varsin usein potilas tarvitsee moniammatillista yhteistyötä.

4 VUOROVAIKUTUS AFAATTISEN POTILAAN KANSSA

Afaattisella henkilöllä on useimmiten mielessään asia, jonka hän haluaa ilmaista, mutta hän ei pysty kertomaan sitä puheen avulla. Tällöin hän tarvitsee keskustelun tueksi kommunikointikumppanin apua ja puhetta tukevia kommunikointikeinoja. (AVH – Aivoverenkiertohäiriöt 2006.) Aaltosen mukaan afasia tulee varmasti aina oleman uhka kokemukselle siitä, kuuluuko sairastunut saman sosiaaliseen todellisuuteen muiden ihmisten kanssa. Peruskysymykseksi Aaltonen nostaakin, onko afasiaa sairastavan kohtaavilla ihmisillä tahtoa kuulla, jaksamista ja keinoja pyrkiä ymmärtämään tarina(t) rikkoutuneesta puheesta huolimatta. (Aaltonen 2002, 24.)

Kukkosen (2009) mukaan afaattisen henkilöiden mielipiteiden selvittäminen on metodisesti haastavaa, koska kielelliset, kognitiiviset ja visuaaliset vaikeudet saattavat vaikeuttaa kysymysten ja vastaustavan ymmärtämistä. Vaikka keskustelu afaattisen henkilön kanssa on usein epäsymmetristä ja hän on riippuvainen paremmin puhuvan keskustelukumppaninsa kysymyksistä ja tulkinnoista, tulisi keskustelussa silti tuoda esille osapuolten tasa-arvoisuutta. Afaattisen henkilön oma mielipide tulisi ensin selvittää tarkasti, ennen kuin se tulkitaan ääneen muille kuulijoille. (Rautakoski 2005b, 22.)

Puhevaikeuksista ja toimintarajoitteista huolimatta afaattisen puhujan vuorovaikutustaidot eivät kuitenkaan täysin katoa. Keskustelutilanteissa hän pyrkii yleensä käyttäytymään samalla tavalla vastavuoroisesti kuin ennen sairastumistaan, esimerkiksi vastaamaan esitettyyn kysymykseen. Jos afasia kuitenkin on vaikea-asteinen ja vastaus sen vuoksi sisällöllisesti puutteellinen, saattaa keskustelukumppanin olla vaikea ymmärtää, mitä afaattinen puhuja täsmällisesti ottaen tarkoittaa. Näin ollen keskustelukumppanin kommunikaatiotaidot ratkaisevat onnistuuko viestin välittyminen. (Launonen & Korpijaako-Huuhka 2003, 231.) Vaikka kielellinen toiminta on rajoituttu, on tuttujen toimintojen ja tapojen ylläpitäminen afaattiselle henkilölle tärkeää (Kommunikointi afaattisen henkilön kanssa 2008, 2).

On tärkeää kohdella afaattista ihmistä aikuisena ja välttää lapsellisuuksia. Aikuisen tunteet ja tahto ovat olemassa vaikka sanat puuttuvat. Vaikka henkilöllä olisi ymmärtämisvaikeuksia, hän saattaa pystyä poimimaan keskustelusta osia ja tulkitsemaan äänensävyjen sisältämiä viestejä. (Kortesmaa 1998, 57.) Keskustelun aikaansaaminen on jo sinänsä päämäärä vaikeaa afasiaa sairastavan kanssa. Vastausten saaminen juuri tietynlaisiin kysymyksiin ei onnistu helposti, mutta jo pelkkä jutteleminen riittää. (Rautakoski & Tuomiranta 2001, 16.) Jos sanat unohtuvat kerran, ne voivat palata mieleen toisella kerralla (Kommunikointi afaattisen henkilön kanssa 2008, 2). Kuntoutuksessa on tärkeää suunnata huomio säilyneisiin kykyihin, erityisesti niihin, joiden käyttöä kuntoutuja välttelee. Kielellisten harjoitusten tulisi liittyä mielekkäisiin käyttötilanteisiin. (Raunio 2008.)

4.1 Afasian vaikutus vuorovaikutussuhteeseen

Afasian aiheuttamaa kommunikaation haittaa arvioitaessa on huomioitava se, miten yksilö selviytyy hänelle tärkeistä jokapäiväisissä kommunikaatiotilanteissa (Laakso & Lehtola 2003, 1). Kukkosen (2009) mukaan viestintätaidolla vaikutetaan tapahtumien ennakoitavuuteen ja kontrolloitavuuteen.

Haapoja ja Rönnlund toteavat tutkimuksessaan suurimmaksi ongelmaksi terapeutin ja potilaan välisessä kommunikaatiossa puheviestien molemmin puolisen ymmärtämisen. On vaikea selvittää onko potilas todella ymmärtänyt hänelle annetut ohjeet, eritoten kun potilas saattaa vastata ”kyllä olen ymmärtänyt”, vaikka tarkoittaa päinvastaista. Toimintaterapeutit myös kokivat hankalaksi ymmärrettävän puheen tuottamisen riittävän määrän. Lisäksi terapeutin ja potilaan välisen kommunikaation kerrottiin aiheuttavan väärinkäsityksiä. (Haapoja & Rönnlund 2002, 27 -28.)

Granrothin mukaan keskustelussa voi tapahtua huomiotta jättämistä tai ei osata tulkita afaattisten henkilöiden ei-kielellisiä keinoja. Esimerkkinä tästä Granroth tuo Perkinsin (1995) näkemyksen puheenvuorojen välisistä ja sisäisistä tauoista, jotka ovat tavallisia afaattikkojen keskustelussa (kielellisten vaikeuksien vuoksi edellisen puheenvuoron pohdinta ja tulevan vuoron muotoilu vie aikaa), mutta nämä saatetaan tulkita virheellisesti korjaustarpeeksi. Tällöin keskustelukumppani ryhtyy muotoilemaan vuoroaan toisin sanoin tai antamaan vastausvaihtoehtoja, jolloin riistää samalla puheenvuoron afaattiselta henkilöltä. Tyypillistä on tarttua afaattikon puheessa esiintyviin virheisiin, joko korjata näitä itse tai vaatia afaattikkoa itse korjaamaan virhe, vaikka keskustelun etenemisen tai ymmärryksen kannalta tämä ei olisi välttämätöntä. (Granroth 2009, 86.)

Toimintaa rajoittavien ja estävien tekijöiden ei katsota johtuvan ainoastaan sairastuneesta henkilöstä itsestään, vaan ne voivat johtua myös siitä, että sosiaalinen ympä-

Avusteisella kommunikoinnilla tarkoitetaan kaikkia sellaisia kommunikointitapoja, joissa kielellinen ilmaisu on fyysisesti erillään käyttäjästä (Malm ym. 2004, 132). Henkilö voi kommunikoida esimerkiksi osoittamalla kuvaa, esinettä, bliss-symbolia tai kirjainta kommunikointitaulusta tai muusta apuvälineestä, esimerkiksi puhelaitteesta tai tietokoneen kommunikointiohjelmasta (Kommunikoinnin muoto 2010). Ei-avusteisessa kommunikoinnissa kommunikoiva ihminen muodostaa kielelliset ilmaukset itse. Tällaisia ei – avusteisia kommunikointikeinoja ovat muun muassa viittomat, esineen osoittaminen ja jopa silmien räpyttäminen. (Malm ym. 2004, 132.)

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

5.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelmat

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää hoitajien kokemuksia afaattisen henkilön kohtaamisessa ja vuorovaikutuksessa. Tavoitteenamme oli koota tietoa osastolle näistä kokemuksista ja tuntemuksista sekä tuoda esille hoitajien toimintoja ja käytäntöjä afaattisen henkilön kohtaamisessa. Toisena tavoitteena oli löytää näistä mahdollisesti esiin nousevat kehitystarpeet, joita voitaisiin hyödyntää esimerkiksi koulutus-tarvetta arvioitaessa.

Tutkimusongelmina oli selvittää (ks. liite 2.):

- Milloin vuorovaikutussuhde on onnistunut afaattisen potilaan kohdalla hoitajan näkökulmasta?
- Milloin vuorovaikutussuhde on epäonnistunut afaattisen potilaan kohdalla hoitajan näkökulmasta?
- Millaisia asioita hoitajat pitävät vahvuuksinaan afaattisen potilaan hoitotyössä?
- Millaisia asioita hoitajat pitävät heikkouksinaan afaattisen potilaan hoitotyössä?

5.2 Tutkimuksen kohderyhmä ja ympäristö

Tämä opinnäytetyö toteutettiin Keski-Suomen keskussairaalan osastolla 27, joka on neurologinen kuntoutusosasto ja tutkimuksen kohderyhmä muodostui osaston lähi- ja sairaanhoitajista. Osastolla 27 annetaan kuntoutusta, hoitoa sekä tutkimuksia neurologisia sairauksia sairastaville sekä aivoverenkiertohäiriöön sairastuvalle, joka tarvitsee kuntoutusta.

Osastolla toteutetaan moniammatillista hoitotyötä. Afaattisen potilaan kuntoutumisesta vastaavat sairaanhoitaja, lähihoitaja, neurologi, fysioterapeutti, toimintaterapeutti, puheterapeutti, neuropsykologi ja sosiaalityöntekijä. Osastolla on 33 potilaspaikkaa. Potilaat tulevat osastolle yleensä joko osastolta 18, joka on neurologian akuuttiosasto, tai lähetteellä terveyskeskuksesta. Kuntoutusjaksojen pituus vaihtelee potilaskohtaisesti.

5.3 Tutkimusmenetelmä

Tutkimus toteutettiin kvalitatiivisena eli laadullisena tutkimuksena. Osastolla 27 ei ole aikaisemmin tutkittu hoitajan kokemuksia vuorovaikutussuhteesta afaattisen potilaan kanssa. Kananen mukaan kvalitatiivinen tutkimus soveltuu uusien, tutkimattomien ilmiöiden tutkimusotteeksi, kun taas kvantitatiivinen tutkimus edellyttää tutkittavan ilmiön hyvää tuntemusta. Kananen tuo myös teoksessaan esille väitteen, jonka mukaan kvalitatiivista tutkimusta käytetään usein esitutkimuksen roolissa ennen kvantitatiivista tutkimusta. Laadullisessa tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita merkityksistä ja ihmisten kokemuksista reaali maailmasta. (Kananen 2008, 32.) Nämä perustelut edesauttoivat päätöstämme kvalitatiivisen tutkimusotteen valitsemiseksi, sillä halusimme selvittää nimenomaan henkilökunnan omia kokemuksia kommunikatiosta ja vuorovaikutuksesta afasiapotilaan kohdalla. Uskoimme, että kvalitatiivisen tutkimusotteen perusteella henkilökunnan oma ääni pääsisi kuuluviin.

Yksi tärkeä tutkimuksen päämäärä oli selvittää millaiseksi henkilökunta kokee kohtaamisen afaattisen potilaan kanssa ja tähän laadullinen tutkimusote on omiaan. Toisaalta kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineiston analysoinnin työvälineenä on tutkija itse ja tutkimusmenetelmät vaikuttavat saatuihin tuloksiin (Kananen 2008, 25 - 27). Tämän opinnäytetyön kaikilla työntekijöillä on työkokemusta neurologisen potilaan hoidosta ja tätä myöten afasiasta, joten kiinnitimme erityistä huomioita aineiston analysointiin, jottei tekijöiden oma näkemys aiheesta paistaisi lävitse.

5.4 Aineiston kerääminen

Haastatteluihin valitsimme 6 lähi- ja sairaanhoitajaa, joiden työkokemus neurologisen potilaan hoitotyöstä osastolla 27 vaihteli muutamasta kuukaudesta vuosikymmeneen. Haastattelujen määrän voi ajatella olevan yhteydessä tutkimusongelmien selitysten kattavuuteen, tässä tosin tulee huomioida, onko tutkimuksen tarkoitus yleistää vai löytää syvällisiä ulottuvuuksia tutkimuskohteesta (Kananen 2008, 35). Opinnäytetyömme ensisijainen tarkoitus ei ollut yleistää, vaan paneutua osasto 27 henkilökunnan kokemuksiin.

Kävimme osastolla kysymässä hoitajien halukkuutta osallistua tutkimukseen ja tarvittava määrä osallistujia löytyikin yllättävän sujuvasti. Haastateltavien valintaan vaikutti myös omalta osaltaan osastonhoitajan toivomus haastatteluihin osallistuvista henkilöistä. Haastateltavien valinnassa huomioimme kuitenkin laadullisen tutkimuksen tärkeän eettisen periaatteen tiedonantajan vapaaehtoisuudesta ja henkilöllisyyden suojaamisesta sekä luottamuksellisuudesta (Janhonen & Nikkonen 2003, 39).

Haastattelun etuna on ennen kaikkea joustavuus. Haastattelijalla on mahdollisuus toistaa kysymys, oikaista väärinkäsityksiä, selventää ilmausten sanamuotoja ja käydä keskustelua tiedonantajan kanssa. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 75.) Tutkimustamme ajatellen koimme haastattelun olevan tarkoituksenmukaisin tiedonkeruumenetelmä ja jo edellä mainitun tavoin sen avulla henkilökunnan oma ääni pääsisi kuuluviin. Haastattelumuodoksi valitsimme teemahaastattelun, jossa edetään tiettyjen keskeisten etukäteen valittujen teemojen ja niihin liittyvien tarkentavien kysymysten varassa. Lisäksi teemahaastattelussa korostetaan ihmisten tulkintoja asioista, heidän asioille antamia merkityksiä sekä sitä miten merkitykset syntyvät vuorovaikutuksessa. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 77.)

Haastattelukysymyksien muotoilussa pyrimme luomaan haastateltavalle mahdollisuuden vastata kysymyksiin moniulotteisesti ja näin tuomaan omaa tietoaan, kokemustaan sekä ajatuksiaan julki. Periaatteena on, että tutkimukseen osallistuvat kertovat omilla ilmaisutavoillaan tutkimuksen kohteena olevaan ilmiöön liittyvistä kokemuksistaan (Janhonen & Nikkonen 2003, 126). Haastatteluiden suorittamiseen valmistuimme määrittelemällä ennakkoon haastattelun rungon ja teemat.

Esittelykirjeen (liite 1.) ja haastattelukysymykset (liite 2.) toimitimme etukäteen haastateltaville, jotta he pystyisivät valmistautumaan etukäteen haastatteluun ja olisivat tietoisia haastattelun tarkoituksesta ja käsiteltävistä asioista. Haastattelut suoritettiin yksilöhaastatteluina kolmen viikon aikana ja haastattelijoina toimi kaksi opinnäytetyön tekijää kerrallaan. Haastattelut nauhoitettiin ja ne kestivät ajallisesti 30 minuuttista 45 minuuttiin.

5.5 Aineiston analysointi

Haastatteluiden jälkeen kirjoitimme puhtaaksi nauhoitetut haastattelut, litteroimme. Litteroinnin tasona käytimme sanatarkkaa litterointia, jättäen pois äänenpainot taukoineen. Puhtaaksi kirjoitettuna tutkimusaineistoa oli 33 sivua. Seuraavassa vaiheessa poistimme tekstistä puhekielen ilmaisut, muunsimme aineiston yleiskieliseksi. Tämän jälkeen tiivistimme ja selkeytimme aineistoa sekä etsimme tekstistä oleellisen sisällön. Selkeytetystä aineistosta etsimme samaa tarkoittavia asioita ja samoin myös yhteiseen tekijään liittyviä asioita. Aineiston selkiyttämässä ja yhdistämisessä käytimme apuna eri tekniikoita, kuten fontin eri värejä ja kokoa.

Aineistosta nousi esille teemoja, joiden alle siirsimme aineistosta esiin tulleet teemoihin liittyvät kohdat. Analyysimenetelmänä käytimme sisällönanalyysiä ja tulkinnat kohdistuivat edellä mainittujen teemojen alle muodostuneisiin ilmiöihin. Jo haastat-

teluvaiheessa olimme antaneet hoitajille myös koodit, hoitaja 1, hoitaja 2 jne. ja näitä koodeja käytimme myös litteroinnissa. Näin huolehdimme haastateltavien henkilöllisyyden salassa pitämisestä.

6 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimusaineistosta nousi esille erilaisia kommunikointiin ja vuorovaikutussuhteeseen liittyviä teemoja. Näistä teemoista muodostui pääluokat, jotka käsittelivät vuorovaikutussuhteen sujumista ja hoitajien kokemuksia hoitotyönsä vahvuuksista ja heikkouksista. Vuorovaikutussuhteen sujumista käsitelimme onnistuneen ja epäonnistuneen vuorovaikutustilanteen kautta. Onnistuneen ja epäonnistuneen vuorovaikutustilanteen alle muodostui alaluokkia, jotka käsittelivät vuorovaikutustilanteen lopputulokseen vaikuttaneita tekijöitä. Hoitajien kokemuksista hoitotyönsä vahvuuksista ja heikkouksista afasiapotilaan kohdalla muodostui alaluokkia, jotka käsittelivät hoitajien näkemyksiä luonteenpiirteistään ja näiden merkityksiä vuorovaikutustilanteeseen.

6.1 Vuorovaikutustilanteen onnistuminen

TAULUKKO 2. Onnistuminen vuorovaikutussuhteessa

| Onnistunut vuorovaikutus liittyy: | Onnistunutta vuorovaikutustilannetta kuvaa: | Tekijät, jotka vaikuttavat vuorovaikutussuhteen onnistumiseen |
|---|---|--|
| <p>Onnistuminen arjen toiminnoissa</p> <p>Toimitaan potilaan toiveiden mukaan</p> | <p>Potilas saa ilmaistua itsensä</p> <p>Potilas ymmärtää hoitajan</p> <p>-> yhteisymmärrys</p> <p>Potilaan tyytyväisyys</p> <p>Hoitajan tyytyväisyys</p> | <p>Hyvä potilaan tunteminen</p> <ul style="list-style-type: none"> - kokonaiskuva - kommunikointikeinot - apuvälineiden käyttö - omaiset - terapeutit <p>Tilanteen ja paikan rauhallisuus</p> <p>Riittävä ajankäyttö</p> <p>Kokemus</p> <p>Kollegoiden tuki</p> |

Mihin onnistunut vuorovaikutustilanne liittyy

Hoitajien kuvauksissa onnistuneet kommunikointi- ja vuorovaikutustilanteet liittyivät arkisiin toimintoihin, joissa toimittiin potilaan toiveiden mukaisesti. Onnistunutta vuorovaikutussuhdetta kuvasi afaattisen potilaan ymmärretyksi tuleminen, potilaan ja hoitajan yhteisymmärrys sekä potilaan että hoitajan tyytyväisyys tilanteeseen. Vuorovaikutussuhteen onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä olivat potilaan tunteminen, paikan ja tilanteen rauhallisuus, riittävä ajankäyttö, hoitajan kokemus ja kollegoiden tuki. Potilaan tuntemisella tarkoitetaan tässä työssä kokonaiskuvan hahmot-

tamista potilaasta, lähtien hänen taustojensa tuntemisesta päätyen sopivien kommunikointikeinojen sujuvaan käyttöön.

”Ne liittyy päivittäisiin toimii, ymmärrykseen siitä mitä lähetää teemmää. Jos potilas esimerkiksi huomenta sanoessa ei eka reagoi mitenkää, mut onnistuuki myöhemmin sanomaa hyvää huomenta, nii siitä tulee hänelle itellee hyvä mieli ja tietysti hoitajallekin.”

”Esimerkiks päästään yhteisymmärryksee mitä kanavaa potilas halua kattoo. Eräällä potilaalla oli toisessa käessä iha hyvä puristusvoima ja hän puristi mun kättä oikeen kanavan kohalla.”

Hoitajien kuvauksissa onnistuneesta vuorovaikutustilanteesta korostui onnistumisten liittyminen päivittäisiin toimintoihin, fyysisten tarpeiden selviämiseen. Hoitajien mukaan onnistumiset liittyivät esimerkiksi siihen, että hoitajalle selvisi, onko potilaalla jano, kipua vai wc-tarve. Onnistunut vuorovaikutustilanne muodostui hoitajien mukaan usein pienistä, tavallisista arjen asioista, toisin sanoen onnistumiseen ei tarvittu ”suuria” tekoja. Tilanteet, joissa afaatikko sai itsensä ilmaistua, johtivat vuorovaikutuksen onnistumiseen. Toiminta potilaan toiveiden mukaisesti tarkoitti tutkimuksessa usein fyysisten tarpeiden mukaan toimimista. Toisinaan potilaan tarpeet ja toiveet toiminnasta selvisivät hoitajien mukaan yrityksen ja erehdyksen kautta.

”Käytetään kaikki keinot, mut asia ei välttämättä selviä silloinkaa ja ei tehä sitä mitä potilas ois halunnu. Tälläsissä tilanteissa lähetää iha perusasioista, näytetään vessaa ja sänkyä jne. Yleensä on sit saatu selville se potilaan asia.”

Onnistunutta vuorovaikutustilannetta kuvaavia asioita

Hoitajien mukaan potilaan olemuksesta näki, milloin hänellä oli jokin asia selvitettävänä ja onnistuneen tilanteesta teki se, että hoitaja reagoi tähän ja ymmärsi potilaan asian ja toimi tämän mukaan. Hoitajien mukaan vuorovaikutustilanteen onnistumisen ja potilaan tyytyväisyyden huomasi, vaikka afasiapotilas ei pystyisi tätä sanoin kertomaan. Potilaan kehonkielestä, rauhallisuudesta ja levollisuudesta hoitajat tulkit-sivat sekä potilaan ymmärtäneen asian että heidän ymmärtäneen potilaan asian. Afasiapotilaan tyytyväinen olemus kuvasi onnistunutta vuorovaikutustilannetta.

”Potilaan helpotuksesta, rentoutumisesta huomaa, et asia on ymmär-retty. Potilaat on usein ahistuneita ja hätäisiä sillo ku eivät saa itteesä ilmaistuks. Ku asia selviää ni potilas rauhottuu.”

Onnistuneeseen vuorovaikutustilanteeseen pääsyä edesauttoi hoitajan ja afaattisen potilaan välinen yhteisymmärrys. Hoitajat kuvasivat yhteisymmärrystä lisääväksi tekijäksi kommunikointitavan, jolla he ymmärsivät toisiaan. Tilanteissa oli lähdeittävä rohkeasti mukaan ja etsittävä kommunikointikeino, jolla päästiin yhteisymmärrykseen.

”Onnistuneen tilanteen tekee se et hän antaa jotenkin vinkin siitä, et ha-luaa tilanteeseen muutosta ja hoitaja ymmärtää ja osaa tulkita sen”

Hoitajat kuvasivat potilaan turvallisuuden tunteen lisääntyvän, kun afasiapotilaan asia pyrittiin selvittämään. Potilaan itsensä ilmaisun onnistumisen lisäksi hoitajat kuvasivat vuorovaikutussuhteen onnistumiseen liittyvän potilaan ymmärryksen hoitajaa kohtaan. Afaattisen potilaan ymmärrys hoitajaa kohtaan näkyi mm. toimimisena ke-hotusten mukaisesti. Yhteisymmärrys afaattisen potilaan ja hoitajan välillä koettiin tärkeäksi ja siitä tuli hyvä mieli kummallekin. Sekä potilaan että hoitajan tyytyväisyys tilanteeseen kuvasi onnistunutta vuorovaikutustilannetta.

”Että eihän sitä lähetä liikenteeseen että se on täydellinen tilanne heti alusta alkaen, vaan et se lopputulos olis onnistunu ja molemmat tyytyväisiä.”

Yhteisymmärrystä vaikeuttaviksi tekijöiksi hoitajat kuvasivat tilannetta, jossa potilas oli väsynyt, hoitajan ajatukset olivat muualla ja häiritseviä tekijöitä oli liikaa. Hoitajat kertoivat miettivänsä usein potilaan ymmärryskykyä ja kuinka esimerkiksi tutkimuksessa voitaisiin varmistaa, että potilas on ymmärtänyt kysymyksen oikein ja saataisiin luotettava vastaus.

Potilaan tunteminen vuorovaikutussuhteen onnistumiseen vaikuttavana tekijänä

Potilaan tuntemisella oli tutkimustulosten mukaan suuri merkitys vuorovaikutustilanteiden onnistumiseen. Mitä enemmän hoitaja oppi tuntemaan afaattista potilasta sitä mutkattomampia olivat kommunikaatio- ja vuorovaikutustilanteet ja toisaalta myös sitä hankalampia mitä vähemmän hoitaja afaattista potilasta tunsu. Hoitajat kokivat potilaan tuntemisen olevan myös yhteydessä ajan käyttöön, potilaan tapojen ja kommunikoinnin tultua tutuiksi aikaa kului vähemmän asioiden selvittämiseen kuin uuden afaattisen potilaan kanssa. Tutkimustulosten perusteella afaattisen potilaan kohtaamista ja vuorovaikutustilanteiden onnistumista helpotti riittävä etukäteistieto potilaasta ja afasian tasosta. Raportoinnin ja kirjaamisen merkitys potilaan tuntemiseen korostui, käytännöissä ilmeni pientä vaihtelevuutta.

”Onnistumiseen vaikuttaa myös potilaan tuntemine, tietää jo vähä mitä se todennäköisesti tarkoittaa. Eka kerran ku tapaa, ni tätä ei vielä välttämättä oo. Paremmiku oppii tuntemaa, voi ehottaa suoraa, mitä hänelle on aikasemminki ehotettu, silloin vuorovaikutus onnistuu helpommin.”

”Täytyy ensin tutustua, millane ihmine on kyseessä. Täytyy ottaa monesta eri asiasta tietoo, et saa kokonaiskuvan kartotettua itellee.”

Yksi potilaan tuntemiseen vaikuttava tekijä oli sopivien kommunikointikeinojen löytyminen. Kommunikointikeinot olivat potilaskohtaisia ja näitä keinoja olivat muun muassa käden puristaminen ja pään nyökkääminen. Menetelmät, jotka edistivät hoitajan ja afaattisen potilaan välistä kommunikointia edesauttoivat onnistuneeseen vuorovaikutustilanteeseen pääsemistä. Kommunikointikeinojen löytymiseen liittyi myös sopivien apuvälineiden löytyminen, näiden käyttö oli kuitenkin suhteellisen vähäistä tutkimustulosten mukaan. Sopivien apuvälineiden löytämisen koettiin olevan yhteydessä potilaan tuntemiseen ja vaikuttavan vuorovaikutustilanteiden onnistumiseen. Hoitajat kokivat apuvälineet hyödyllisiksi kommunikoinnissa afaattisen potilaan kanssa ja helpottavan joidenkin potilaiden itsensä ymmärretyksi tulemista. Hoitajat kokivat esimerkiksi kuvallisista päiväohjelmista olevan hyötyä joillekin afaattisille potilaille, kuvaa osoittamalla potilas sai vihjeen tulevasta toiminnasta.

”Aina ei mee aikaa, ku on löytäny keinot, et mite kommunikoidaa hänen kansaa. Etsitään jokin asia mihin viitataa. Esimerkiks joillaki auttaa laput.”

Potilaan tuntemiseen liittyi myös omaisilta saatu tieto. Omaisilta saadun tiedon koettiin helpottavan hoitajan kokonaiskuvan muodostamista potilaasta. Vuorovaikutussuhdetta helpottavana tekijänä koettiin potilaan tapojen ja persoonallisuuden piirteiden selviämistä, sillä näistä hoitajat kertoivat pystyvänsä ottamaan vinkkejä kommunikointiin. Potilaan persoonallisuus ja olemus saattoivat muuttua tai pysyä samanalaisina sairastumisen jälkeen ja näiden asioiden selviämiseen koettiin omaisilta saadun tiedon olevan hyödyllistä.

”Pitää osata kaivella kaikenlaista tietoo, muista tapahtumista, jotka vois olla potilaa mielessä. Omaisia pitää haastatella melko paljo, esimerkiks siitä mikä on ollu vaikeeta.”

”Ku tietää potilaa tapoja jne. niine tukee paljo kommunikointia. Omaisilta voi myös kysyy, et onko joki tyypillistä hänen persoonallee.”

Työntekijöiden yhteistyön merkitys vuorovaikutussuhteessa onnistumiseen

Vuorovaikutustilanteiden onnistumiseen vaikuttavaksi tekijäksi nousi tutkimuksessa toisten hoitajien tuoma apu. Hoitajat kertoivat hakevansa ja saavansa työkavereilta apua, jos he eivät ymmärtäneet potilaan asiaa. Hoitajat kertoivat yrittävänsä selvittää potilaan asiaa ensiksi itse, mutta kääntyvänsä työkavereiden puoleen nopeasti, jos yhteistä kieltä ei löytynyt potilaan kanssa. Toisinaan toinen hoitaja saattoi ymmärtää potilaan asian ja näin päästi onnistuneeseen vuorovaikutustilanteeseen. Työkavereita pidettiin ammattitaitoisina ja näin ollen heidän tuomaa apuaan tärkeänä.

”Yleensä silloin toinen hoitaja käy kokeilemassa ymmärtäiskö hän potilasta. Pelkästään yks hoitaja ei voi jäähä ihmettelemää asiaa.”

”Kyllähän sitä on yhteistuumin menty ja toinenkin yrittänyt kysellä mitä se voi niinku olla, mitä hän haluaa.”

”Harmittaa jos ei saa selvää, mitä potilas haluaa sanoa, silloin on kuitenkin työkaverit tukena.”

Hoitajat toivat tutkimuksessa esille erityistyöntekijöiden merkityksellisyyden afaattisen potilaan hoidossa. Moniammatillinen yhteistyö potilaan ympärillä koettiin hoitotyötä tukevaksi, palaverissa pohdittiin yhdessä potilaan tilannetta ja suunniteltiin tulevaisuutta. Terapeuteilta saatu tieto vaikutti myös potilaan tuntemiseen ja kommunikointikeinojen löytymiseen. Puheterapeutin yhteistyö koettiin arvokkaaksi, häneltä saatiin selkeitä ja hyviä ideoita kommunikointiin. Hoitajat kuvasivat yhteistyösuhteen olevan tiivis, mutta esille nousi myös, että se voisi olla parempikin. Puheterapeutti arvioi myös apuvälineiden tarvetta ja näin helpotti potilaan kommunikointia. Puheterapeutin antama koulutus ja käytännön vinkit hoitajille koettiin afasiaa sairastavien potilaiden hoitotyötä tukevinä.

”Moniammatillinen työyhteisö ja tämän puolen palvelut lähellä helpottavat hoitotyötä täällä.”

”Tieto mitä saahaan terapeuteilta, liittyy potilaan tuntemiseen..Meillä auttaa paljo, ku puheterapeutit antaa lausuntoja asioiden sujumisesta. Niitä ku lukee, nii pystyy siirtää tietoo siihe, mitä potilaan hoitotyössä tehään ja havannoimaan näitä. Valitettavaa on, et niitä tulee niin vähä.”

Rauhallisuuden ja ajankäytön merkitys onnistuneessa vuorovaikutustilanteessa

Vuorovaikutustilanteiden onnistumiseen vaikutti tilanteiden ja paikan rauhallisuus. Hoitajien mukaan ohjaus onnistui paremmin rauhallisissa tiloissa. Kun vuorovaikutus tapahtui rauhallisessa tilassa ilman häiriötekijöitä, oli potilaan helpompi ymmärtää ja tulla ymmärretyksi. Onnistumista edellytti sekä hoitajan malttaminen kuunnella mitä kerrottavaa potilaalla oli että potilaan malttaminen kuunnella hoitajan vastauksen. Hoitajat kuvasivat potilaan keskittymiskyvyn herpaantuvan helposti tilanteissa, joissa virikkeitä oli liikaa.

”Vuorovaikutussuhteen onnistumisessa kaiken A ja O on rauhallisuus, ja jos on kiire, niin rauhoittaa se tilanteen omalla olemuksella.”

Hoitajat kuvasivat rauhallisuuden olevan tärkeää afaattisen potilaan kohtaamisessa. Kiireen keskellä tilanteen rauhoittaminen helpotti kommunikointia ja potilaan ymmärrystä. Esimerkiksi hoitaja saattoi siirtotilanteessa antaa ohjeet aluksi sanallisesti ja sen jälkeen ohjata potilaan toimintaa käsillä sekä liikkeillä, näin toimien oli saatu tilanne rauhoitettua ja toivottu lopputulos.

”Sää alussa vaa sanot mitä pitää tehdä ja sen jälkee et puhu mitään, että ohjaat vaan käsillä ja liikkeellä sen menon. Sit se ei niinku rupee häällä jo siinä sitten.”

Vuorovaikutussuhteen onnistumiseen vaikutti hoitajien mukaan merkittävästi ajankäyttö. Rauhallisessa tilanteessa ja ajan kanssa tapahtuva kommunikointi edesauttoi onnistuneeseen vuorovaikutustilanteeseen pääsyä. Hoitajien mukaan afaattisen poti-

laan kanssa kommunikointi ja potilaan asian selvittäminen vei usein enemmän aikaa kuin ”puhuvan” potilaan kanssa. Hoitajat kertoivat pyrkivänsä ottamaan huomioon afaattisten potilaiden tarvitseman ajan suunnitellessaan päivän toimintoja, aina tämä ei kuitenkaan ollut mahdollista. Afaattisen potilaan hoidon alussa aikaa vei hoitajien mukaan yksilöllisten ja toimivien kommunikointikeinojen löytäminen, näiden löytyttyä aikaa potilaan asioiden selvittämiseen kului puolestaan vähemmän.

”Jos on kiirettä ja afaattikon kanssa toimimine vie kuitenkin aikaa, sitä ei varmaa voi kukaa kiistää. Varsinkin alkuvaiheessa, jos ei oo mitää yhteistä kieltä, ni vie aikaa.”

Kokemuksen merkitys vuorovaikutussuhteessa

Hoitajat kokivat sekä työkokemuksen että elämän tuoman kokemuksen muilta osa-alueilta helpottavaksi tekijäksi kommunikoinnissa ja vuorovaikutussuhteessa afaattisen potilaan kanssa. Hoitotyön kokemus auttoi selviämään erilaisista pulmatilanteista afaattisen potilaan kanssa ja kokemuksella oli myös merkitystä kommunikointikeinojen löytämiseen ja käyttämiseen ja tätä kautta vuorovaikutussuhteen onnistumiseen. Kokemuksen myötä hoitajat olivat saattaneet löytää hyviksi kokemiaan kommunikointikeinoja, huomioiden kuitenkin, että jokaisen afaattisen potilaan kohdalla tuli huomioida yksilölliset keinot. Mitä enemmän hoitajat työskentelivät afaattisten potilaiden kanssa, sitä enemmän he kokivat oppivansa kommunikoinnista. Elämän tuoma kokemus auttoi ymmärtämään erilaisia ihmisiä.

”Kokemuksen kautta oppii kommunikointia afaattikkojen kanssa. Tietysti pitää olla tietoperusta, mut työstä sen oppii. Ammattitaito tulee sieltä, millaste ihmiste kans tekee töitä. Jatkovaa oppimista tää kuitenkin on.”

”Yhteisen kielen löytymisee, keinoja joilla selvitetää mitä potilas haluaa, on karttunu kokemuksen myötä.”

6.2 Vuorovaikutustilanteen epäonnistuminen

TAULUKKO 3. Epäonnistunut vuorovaikutussuhde

| Epäonnistunut vuorovaikutus liittyy: | Epäonnistunutta vuorovaikutusta kuvaa: | Tekijät, jotka vaikuttavat vuorovaikutuksen epäonnistumiseen |
|--------------------------------------|---|---|
| Epäonnistuminen arjen toiminnoissa | Potilas ei saa ilmaista itseänsä | Potilasta ei tunneta riittävän hyvin <ul style="list-style-type: none"> - kokonaiskuvan kartoittamattomuus |
| Toimitaan vastoin potilaan tahtoa | Potilas ei ymmärrä hoitajaa ->väärinymmärrys | <ul style="list-style-type: none"> - kommunikointikeinojen löytymättömyys |
| | Potilaan tyytymättömyys -ahdistus | <ul style="list-style-type: none"> - apuvälineiden käytön vähäisyys |
| | Hoitajan mielipaha | Ympäröivä häly |
| | | Tilojen ahtaus |
| | | Kiire |

Milloin vuorovaikutustilanne on epäonnistunut?

Hoitajat kuvasivat epäonnistuneeksi vuorovaikutukseksi tilanteet, joissa potilas ei saanut itseään ilmaistuksi ja tullut ymmärretyksi. Potilaan asia yritettiin saada monin keinoin selville, aina tässä ei kuitenkaan onnistuttu. Hoitajien mukaan potilaan ymmärtämättä jääminen ja vaikeudet itsensä ilmaisussa saattoivat johtaa tilanteisiin, joissa toimittiin vastoin potilaan tahtoa. Toisin sanoen ei tehty sitä, mitä potilas olisi halunnut. Hoitajat kokivat epäonnistuneiden vuorovaikutustilanteiden liittyvän usein arkisiin tilanteisiin ja väärinymmärryksiin potilaan tarpeista, esimerkiksi potilas vietiin wc:hen, vaikka todellisuudessa hän olisi halunnut juotavaa.

”Et on käsittäny väärin, et väkisin, tai no väkisin siis lainausmerkeissä, viety vessaan, siis tehty hirvee homma ku viety vessaa ja sit onki ollu jostai, halunnu vaikka lehen pöydältä.”

Afaattisen potilaan ymmärtämättä jäämisen lisäksi hoitajat kuvasivat epäonnistuneeksi vuorovaikutukseksi myös tilanteet, joissa hoitaja ei saanut asiaansa selvitettyä potilaalle esimerkiksi muuttuneissa arjen rutiineissa. Väärinymmärrykset, hoitajan ja potilaan välisen kommunikoinnin epäonnistuminen ja toiminta vastoin potilaan tahoja olivat päällimmäisiä syitä epäonnistuneisiin vuorovaikutustilanteisiin päätymisessä hoitajien kuvauksissa. Hoitajat toivat esille epäonnistuneeseen vuorovaikutustilanteeseen johtavia tekijöitä, joista usein nousi esille kiireen, ympäröivän hälyn ja tilojen ahtauden merkitys.

”Tästä lääkkeitten ottamisesta tuli hirvee kädenvääntö hänen kanssaan. Aluks hän otti niitä hyvin, hiljallee niitä tuli lisää ja hän ei niitä tunnistanu.”

”No niitähän tietysti tulee usein jos potilas ei ymmärrä, tai ymmärtääkin ja he usein vastaa kyllä ja ei sanoilla, ja mitä ikinä kysyykin ni sieltä tulee kyllä. Ja ei. Vaikka kysyykin uudestaan.”

Potilaan ja hoitajan ahdistus epäonnistunutta vuorovaikutustilannetta kuvaavana tekijänä

Afaattisen potilaan ahdistus nousi usein esille hoitajien kuvauksissa epäonnistuneesta vuorovaikutustilanteesta. Hoitajien mukaan potilaat ahdistuivat herkästi, jos eivät pystyneet kommunikoimaan ja saaneet tuotua itseään ymmärretyksi. Tilanteet, jotka johtivat potilaan ahdistumiseen, koettiin epäonnistuneena vuorovaikutussuhteena. Hoitajat tulkitsivat afaattisen potilaan ahdistusta kehonkielestä, ilmeistä ja eleistä sekä äänensävyystä. Epäonnistunut vuorovaikutustilanne ja potilaan ymmärtämättä jääminen aiheutti myös afasiapotilailla turhautumista hoitajien mukaan. Afaattisen potilaan itsensä ilmaisun vaikeudet saattoivat johtaa siihen, että asia jäi selvittämättä ja potilas jäi yksin asian kanssa. Hoitajat kertoivat pyrkivänsä selvittämään potilaan

asian, mutta aina tämä ei onnistunut. Epäonnistunutta vuorovaikutustilannetta kuvasi hoitajien mukaan usein molemminpuolinen mielipaha tilanteesta.

”Me luullaan vaa, et ahaa se olikin tuo ja me toimitaan ja se potilas voi ajatella et ei menny ollenkaa siihe suuntaa. Mut se turhautuu se potilas et jos sillä on jotain sanottavaa eikä me ymmärretä. Me sit tehää kun me kuvitellaa mite se menis.”

”Potilaan turhautuneisuus tulee siinä sillein selkeesti esille, kun hän ei saa ilmastua sitä omaa asiaansa, vaan jää sen ongelmansa kanssa yksin.”

”Kun hän ei pystyny kommunikoimaan, tuomaan omia ajatuksiaan esille, nii hän ahdistui siitä itsekin kovasti.”

Epäonnistuneissa tilanteissa hoitajat toivat esille myös potilaan ahdistuksen lisäksi oman ahdistuksen asettaessaan itsensä potilaan asemaan. Hoitajat kuvasivat potilaan ahdistuksen tarttuvan heihin joissakin tilanteissa, esimerkiksi omatoimiset ja liikkuvat afaattiset potilaat saattoivat olla hoitajille ahdistava hoitokokemus. Raskaaksi potilaiksi henkisesti koettiin myös afaattiset potilaat, joilla oli ymmärtämisen vaikeutta. Epäonnistuneet vuorovaikutustilanteet aiheuttivat hoitajille usein mielipahaa, jos potilas ei saanut itseään ilmaistuksi. Hoitajat kertoivat kokevansa olonsa pahaksi, kurjaksi ja raskaaksi tilanteissa, joissa potilaan asia ei selvinnyt. Hoitajat kokivat myös toisinaan turhautumista, jos potilaan kohtaamat vaikeudet olivat jatkuvia ja toistuvia. Esille nousi myös afaattisen potilaan ahdistuksen ja masennuksen syvyyden tulkinnan vaikeus, kun sanoja ei ollut kertomaan tunteista. Vuorovaikutuksen epäonnistumista kuvasi siis sekä hoitajalle että potilaalle jäänyt ahdistava ja huono mieli tilanteen jälkeen.

Kiireen vaikutus vuorovaikutustilanteisiin

Kiireen vaikutus vuorovaikutustilanteiden epäonnistumiseen nousi usein esille hoitajien kuvauksissa. Kiireen vaikutuksista nousi esille monia ulottuvuuksia, jotka liittyivät hoitajan tuntemuksiin ja hoitotyön käytäntöön. Kiireen hoitajat kuvasivat usein olevan sidoksissa osaston potilasaineistoon, fyysisesti avustettavien potilaiden määrä suhteutettuna henkilökunnan määrään koettiin merkittävänä tekijänä. Hoitajien mukaan fyysisesti avustettavat potilaat menivät usein afaattisten potilaiden edelle ja näin ollen aikaa ei jäänyt tarpeeksi afaattisen potilaan kohdalla. Kiireessä hoitajat eivät ehtineet tai malttaneet jäädä selvittämään potilaan asiaa.

”Sit jos mulla on kiire. Se varmaa vaikuttaa enite, jos mulla ei oo aikaa pysähtyä siihe. Et sitte tehää vaa asiat mitkä tehää, vaikka nii ei sais olla mutta..”

Kiireen vaikutus vuorovaikutuksen epäonnistumiseen tuli esille myös kommunikointikeinojen etsimisessä ja potilaan taustoihin tutustumisessa. Kiireen koettiin vaikuttavan siihen, ettei ollut aikaa selvittää ja löytää vuorovaikutuksen sujumiseen vaikuttavia kommunikointikeinoja ja apuvälineitä. Potilaan tunteminen ja yksilöllisten kommunikointikeinojen löytyminen edesauttoi vuorovaikutustilanteiden onnistumista ja hoitajat kokivat kiireen olevan merkittävä syy näiden asioiden heikkouteen ja tätä kautta vuorovaikutustilanteiden epäonnistumiseen.

Hoitajat kuvasivat afasiapotilaan hoitotyön vaativan aikaa ja pitkäjänteisyyttä. Kiire aiheutti sen, että potilaan luona ei ehditty olemaan tarvittavaa aikaa ja potilaan asia saattoi jäädä selvittämättä. Tämä taas saattoi johtaa potilaan ahdistumiseen ja tuskastumiseen ja yhdessä potilaan ymmärtämättä jäämisessä johtaa epäonnistumiseen vuorovaikutustilanteessa hoitajien mukaan.

”Pitäis olla hirveesti aikaa touhuta, se kiire on monta kertaa syy siihen, miks asiat jää silleen niinku puolitiehen. Se on mun mielestä

asia, mikä monta kertaa pilaa muuten hyvän kommunikaatiotilanteen.”

Apuvälineiden vähäinen käyttö vuorovaikutustilanteiden epäonnistumiseen vaikuttavana tekijänä?

Tutkimuksessa nousi esille apuvälineiden tuoma apu kommunikoinnissa afaattisen potilaan kanssa, mutta samalla myös hoitajien kokemus niiden vähäisestä ja vaihtelevasta käytöstä. Pääsääntöisesti hoitajat eivät kokeneet apuvälineiden käyttöä vaikeaksi, sen sijaan niiden käyttö koettiin helpoksi ja selkeäksi. Syitä apuvälineiden vähäiseen käyttöön niiden tuomasta tuesta huolimatta oli hoitajien mukaan unohtaminen, saamattomuus, kokemus kommunikointia hidastavana tekijänä sekä osaltaan myös tiedon ja osaamisen puute. Koulutusta kommunikaatiota tukevista apuvälineistä koettiin kyllä saaneen, mutta asiat eivät olleet vielä tulleet käytäntöön kunnolla. Apuvälineiden käyttö ei siis ollut jokapäiväistä.

”Mut onhan meillä sit käytössä ne puhetta tukevat kuvakortit ja ne tuolia, että, kaikki semmoset. Mikä pakki se nyt onkaan. Kommunikaatiopakki. Se se on. Mut se vaa jotenki, se on siellä kanslian kaapissa ja se on siellä. Tallessa. Et ei tuu haettua. Vois siis tosiaan enemmän käyttää. Se vaa unohtuu sinne tosi helposti.”

”Nää erilaiset apuvälineet on mulle aika vieraita, vaikka ollaan käyty se kommunikaatiopakikoulutus. Jonkinäköne tuntumus mulla on niihi apuvälineisii, mut ei riittävä.”

Apuvälineiden käyttö koettiin hyödylliseksi, mutta samalla hoitajat pohtivat käyttävänsä niitä pääsääntöisesti liian vähän. Käytön vähäisyys oli hoitajien mukaan mahdollisesti vaikuttamassa vuorovaikutustilanteiden epäonnistumiseen. Kiireen vaikutus näkyi myös apuvälineiden käytössä hoitajien mukaan, niiden käyttäminen saattoi hidastaa kommunikointia afasiapotilaan kanssa, tai kommunikointitilanteesta ei ollut aikaa irrottautua hakemaan apuvälineitä.

Hälyn ja tilojen ahtauden merkitys vuorovaikutustilanteen epäonnistumiseen

Yksi suuri tekijä vuorovaikutustilanteiden epäonnistumiseen oli hoitajien mukaan ympäröivä häly, joka vaikutti sekä potilaan että hoitajan keskittymiseen vuorovaikutustilanteissa. Ympäröivän hälyn ja metelin koettiin vievän potilaan huomiota ja keskittymistä pois itsensä ilmaisusta, sillä toisten potilaiden ja hoitajien tekemiset saattoivat viedä potilaan huomion. Hoitajien mukaan afaattisen potilaan kohdalla korostuivat ympäröivän hälyn vaikutukset potilaan kykyyn keskittyä kommunikointiin.

Afaattisen potilaan keskittymisvaikeuksista vuorovaikutuksessa hälyn keskellä hoitajat kuvasivat lisäksi omia vaikeuksiaan keskittyä potilaan asiaan. Hoitajat kuvasivat ympäröivän hälyn vaikeuttavan keskittymistä kuuntelemaan potilaan asiaa ja pitkäjännitteisyyttä. Hälyn myös koettiin vaikeuttavan afaattisen potilaan ohjaamista. Tutkimustuloksissa ympäröivän hälyn ja metelin koettiin vaikeuttavan vuorovaikutussuhdetta sekä potilaan että hoitajan puolelta ja näin ollen vaikuttavan vuorovaikutustilanteiden epäonnistumiseen.

”Silloin tällöin on niitä tilanteita, jolloin on niitä häiritseviä tekijöitä ympärillä. Kahen hengen huoneita on ja käytävillä käyään keskusteluita. Melua ja hälinää on.”

Hälyn lisäksi vuorovaikutuksen epäonnistumiseen vaikuttavana tekijänä hoitajat kuvasivat tilojen ahtauden ja kommunikointitilanteiden tapahtumapaikan merkitystä. Ympäröivän hälyn ja tilojen ahtauden koettiin kulkevan osittain käsi kädessä, ahtaissa tiloissa koettiin usein esiintyvän hälyä. Hoitajien mukaan vuorovaikutustilanteessa paikalla ja rauhallisuudella oli suuri merkitys vuorovaikutustilanteiden kulkuun.

Vuorovaikutuksen epäonnistumiseen ja heikentävänä tekijänä koettiin tilan soveltumattomuus tilanteeseen, jolloin ympäröivä tila ei tukenut vuorovaikutuksen ja kommunikoinnin onnistumista ja potilaan huomio saattoi siirtyä käsiteltävästä asiasta esimerkiksi tilojen tutkimiseen. Potilashuoneiden ahtauteen koettiin hankaloittavan vuo-

rovaikutussuhdetta ja toisaalta myös siirtävän kommunikointitilanteita toisiin tiloihin, jotka myös saattoivat vaikeuttaa kommunikointia afasiapotilaan kanssa. Käytävällä tapahtuvat ohjaukset ja vuorovaikutustilanteet koettiin hankaloittavan kommunikoinnin onnistumista.

”Mieleen tulee noi terapiapöydät tossa käytävällä, että siinä pitäis rauhallisissa olosuhteissa ohjata. Siinä menee koko ajan ohite hoitajia ja potilaita, kauhee meteli. Toinen hoitaja toisella potilaalla vieressä ja opiskelija pisti sormensa peliin ja ruuan jakajat mennä veuhto siinä..Se meni ihan plörinäksi koko ruokailu.”

6.3 Hoitajien vahvuudet ja heikkoudet hoitotyössä

TAULUKKO 4. Hoitajien kokemus vuorovaikutussuhteeseen vaikuttavista ominaisuuksistaan

| Pääluokka | Alaluokka 1 | Alaluokka 2 | Alaluokka 3 |
|------------------|--|--|---------------------------------------|
| Hoitajan kokemus | Luonteen piirteet, jotka vaikuttavat vuorovaikutussuhteeseen | Tekijät, jotka vaikuttavat vuorovaikutussuhteeseen | Vuorovaikutussuhteen laatuun vaikutus |
| Vahvuus | Rauhallisuus, pitkäjännittäisyys Empaattisuus | Kokemus ->hoitotyö ->elämäkokemus | Onnistunut |
| Heikkous | Lyhytjännittäisyys kiireessä | Apuvälineiden vähäinen käyttö | Epäonnistunut |

Vahvuudet afasiapotilaan kohtaamisessa

Hoitajien kuvauksissa hoitotyönsä vahvuuksista afaattisen potilaan kohdalla rauhallisuus luonteen ominaisuutena korostui erityisesti. Rauhallisuuden koettiin olevan vahvuus, koska se edesauttoi keskittymistä potilaan asian selvittämisessä. Hoitajien mukaan afaattisen potilaan asian selvittäminen voi viedä kauankin aikaa, jolloin on tärkeää, että hoitajan olemus säilyy rauhallisena, jotta potilas ei hätääntyisi. Rauhallisuutta hoitajat kuvasivat lisäksi jaksamisena kommunikoida rauhallisesti ja lyhyin selkein lausein afasiapotilaiden kanssa. Hoitajat toivat myös esille hyviksi ominaisuuksiksi pitkäjännitteisyyden ja kärsivällisyyden, jotka yhdessä rauhallisuuden kanssa edesauttoivat vuorovaikutustilanteiden onnistumista.

”Olen rauhallinen hoitaja, se on vahvuus.”

”Toimin mahdollisemman rauhallisesti, en touhuta ja selitä koko ajan kun yritän saada potilaan asiaa selville.”

”Vaatii hirveästi varmaan just sellasta kärsivällisyyttä ja rauhallisuutta ettei mee itse mukaan siihen häsläykseen.”

Vahvuuksiksi kuvattiin myös empaattisuus, asettuminen potilaan asemaan eri tilanteissa. Kohdatessa afaattisen potilaan jolla ei ole sanoja, saattoi tilanne tuntua hoitajasta ahdistavalta, kun hän ajatteli tilanteen omalle kohdalleen. Ahdistuksen tunteen hoitajat ajattelivat usein kyvyksi asettua potilaan asemaan. Potilaan asemaan asettuminen edesauttoi ymmärtämään hänen tilannettaan ja tätä kautta edisti kommunikointia. Potilasta lähestyminen huumorin avulla koettiin myös vahvuudeksi. Tästä nousi esille se, että oli hyvä tietää millaista huumoria potilaan kanssa saattoi käyttää, ettei vahingossa loukannut häntä. Potilasta myös rohkaistiin huumorin avulla.

Esille nousi pitkän työkokemuksen merkitys vahvuutena. Toisaalta myös elämän tuoma kokemus myös muualta kuin hoitotyöstä toi vahvuutta afaattisen potilaan

kohtaamiseen. Kokemus auttoi etsimään ja löytämään keinoja vuorovaikutustilanteen onnistumiseen ja yhteisen kielen löytymiseen. Hoitotyön kokemuksen koettiin auttavan ja helpottavan potilaiden ymmärtämistä ja sen avulla kerrottiin selviävän yllättävistä ja nopeasti etenevistä tilanteista. Pitkä hoitotyön kokemus myös toi kykenevyyttä käyttää apuvälineitä. Hoitajat kokivat kehitystä tapahtuvan jatkuvasti omassa hoitotyössään.

”Huomaan kehittyneeni todella paljon siitä, mitä olin alussa.”

”Kun niitä on pitempään hoitanu, niin ehkä jos ymmärtää heitä jollain tavalla, jos ei pysty puhumaankaakaan, ni paremmin.”

Hoitajat kuvasivat vahvuudekseen hoitotyössä rohkeuden kysyä neuvoa. Uskallus kysyä apua toiselta hoitajalta nähtiin vahvuutena, koska afaattisen potilaan asia täytyisi saada selville. Avun pyytäminen nähtiin myös kykeneväisyytenä myöntää itselleen, että tilanteesta ei päästä ilman apua pidemmälle. Hoitajien mukaan työuran alussa olisi voinut olla enemmän ongelmia, jos eivät olisi saaneet apua ja neuvoja toisilta. Avun pyytäminen toisilta nähtiin vahvuutena työkokemuksesta riippumatta.

”Uskaltaa sanoa suoraan, että me ei päästä tästä pidemmälle, että haen toisen tähän mukaan.”

Heikkoudet afasiapotilaan kohtaamisessa

Heikkoudeksi koettiin malttamattomuus kiireen keskellä. Tutkimuksessa nousi esille, ettei kiireessä tullut pysähtytyä kuuntelemaan potilaan asiaa. Jos hoitajalla oli monta hoidettavaa asiaa mielessä, oli vaikea keskittyä potilaan vuorovaikutustilanteeseen. Hoitajat kuvasivat afaattiselle potilaalle jäävän aikaa, silloin kun on kiire, vasta fyysisesti avustettavien potilaiden jälkeen. Heikkoudeksi hoitotyössä kuvattiin myös lyhytjännitteisyys, korostuen kiireessä, siten että annettiin liian helposti sanoja afaattiselle potilaalle, että tarkoittiko tätä vai tätä? Hoitajat toivat kuitenkin esille, että

pitäisi malttaa antaa potilaan yrittää ensin itse. Lisäksi hoitajat kuvasivat heikkoudeksi kiireen näyttämisen potilaalle kiireessä. Kiireen tuntu saattoi myös aiheuttaa ärsyyntymistä, joka välittyi potilaalle.

”Sais sellasen kiireen itseltään pois, että pysähtyis siihen eikä ajattelis niinku et nyt mä en kerkee, se kiire pukkaa tuolla takaraivossa.”

Apuvälineiden käytön vähäisyys koettiin heikkoudeksi hoitotyön osaamisessa. Hoitajat kokivat hallitsevansa ja käyttävänsä apuvälineitä jonkin verran, mutta eivät riittävästi. Apuvälineiden käyttö osattiin teoriassa, mutta teorian tuominen käytäntöön oli vaikeaa. Apuvälineiden käytön koettiin tukevan kommunikointia, mutta niiden käyttämättä jääminen oli monen hoitajan kuvauksissa hoitotyönsä kehitystä vaativa kohta. Hoitajat kokivat apuvälineiden käyttämättä jäämisen syitä olevan saamattomuus, kokemus niistä hidastavana tekijänä ja toisaalta kokemuksen ja käytön puute.

”Opettelis ja ottas asiakakseen tälläset apuvälineet keskusteluun”

”Se on se osa-alue, jossa ei itsellä ole riittävästi tietotaitoa.”

”Tuntuu et sekin koulutus on jääny ilmaan, ei niitä sillee oo otettu käyttöön kunnolla.”

7 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

7.1 Eettisyys

Tutkijan täytyy ottaa eettiset kysymykset huomioon koko tutkimusprosessin aikana, alkaen tutkimusaiheen valinnasta siihen mitä tavoitellaan. Lisäksi eettisyys liittyy tutkimustulosten hyödynnettävyyteen, onko tuloksilla vaikutusta yhteiskunnan kehittämiseen. Eettisyyteen liittyy myös pyrkimys totuuteen, tutkimustuloksia ei vääristellä ja epämiellyttäviä tuloksia ei ”unohdeta”. Noudatettaessa tutkimukseen liittyvissä valinnoissa tieteellisiä menetelmiä sekä tiedonkeruuta ja analyysivaiheissa, on lopputulos eettisesti kestäväällä pohjalla. Kuitenkaan pelkät tekniset valinnat eivät riitä perustelemaan työtä eettiseksi vaan tutkimuksen täytyy myös olla luotettava. (Kananen 2008, 133 - 134.)

Laadullisen tutkimuksen eettisyyttä pohdimme tutkimuksen aiheen, menetelmien ja tutkimusaineiston tulkintojen eettisyyden avulla. Aihevalintamme on ajankohtainen, tutkimustulokset ja näistä tehdyt johtopäätökset ovat työelämää hyödyttäviä. Tutkimusaiheen eettisyyttä ajatellen afaattisen potilaan kohtaaminen ja vuorovaikutus on yksi osa hoitajien hoitotyötä ja ilmiön tarkastelu näin ollen oikeutettua. Tutkimuksen tarkoituksena ei ole etsiä epäonnistumisia tai syyllistä hoitajia, vaan tuoda yleisesti esille hoitajien kokemuksia ja käytänteitä ja tuoda esille kehittämiskohteita.

Tutkimukseen osallistuneiden henkilöllisyys ei tule esille missään vaiheessa opinnäytetyötämme. Muutimme haastateltavien henkilöllisyyden koodinimiksi jo hyvin varhaisessa vaiheessa, aloittaessamme litterointia, turvataksemme salassa säilymisen. Opinnäytetyön valmistuttua alkuperäiset haastattelutekstit ja -nauhoitukset hävitetään. Haastateltavien suorista lainauksista ei myöskään pysty tunnistamaan henkilöä, valitsimme lainaukset kiinnittäen huomiota tähän. Haastattelut olivat vapaaehtoisia ja annoimme haastateltaville mahdollisuuden kertoa omin sanoin kokemuksiaan

afaattisen potilaan hoitotyöstä, lievän ohjauksen ja tarkentavien kysymysten avulla. Tavoitteenamme oli luoda haastattelutilanteista myönteisiä, vapautuneen oloisia ja mielipiteitä kunnioittavia tilanteita tässä mielestämme kohtuullisesti onnistuen.

Litterointivaiheessa kiinnitimme erityistä huomiota aineiston alkuperäisen asiasisällön säilymiseen, jotta tulokset vastaisivat haastateltavien näkemyksiä eivätkä tekijöiden omia näkemyksiä asioista. Tutkimusta tehdessä pyrimme totuuteen ja tutkimustulosten sekä johtopäätösten muodostamisessa tekijöiden oma eettinen käsitys tutkimuksen teosta kulki rinnalla. Ennen tutkimuksen suorittamista anoimme tutkimusluvan ylihoitajalta ja teimme opinnäytetyöyhteistyösopimuksen osapuolten välillä. Lisäksi haastateltavat antoivat kirjallisen suostumuksen tutkimukseen osallistumisestaan.

7.2 Luotettavuus

Laadullisessa tutkimuksessa tutkijan ennakkoluulot, arvostukset ja valinnat vaikuttavat saatuihin tutkimustuloksiin. Tästä seuraa, että luotettavuuden arvioimiseen ei ole olemassa yhtä oikeaa luotettavuuskriteeriä. Määrällisen tutkimuksen validiteetti ja reliabiliteetti – käsitteiden soveltumisesta laadulliseen tutkimukseen ollaan montaa mieltä eri koulukunnissa ja yleisesti voidaan sanoa, että arviointikriteereistä ei olla kovinkaan yksimielisiä. Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuuden varmistaminen tapahtuu tutkimusprosessin aikana tehtyjen oikeiden valintojen perusteella. Perusedellytyksenä voidaan pitää haastatteluiden nauhoittamista tiedon todellisuuden ja väärentymättömyyden säilymiseksi. (Kananen 2008, 121 - 128.)

Nauhoitimme haastattelut, jotka kirjoitimme puhtaaksi sanatarkasti. Sanatarkan litteroinnin valitsemisella varmistimme, että aineiston tulkitseminen ei lähtisi alussa väärään suuntaan. Tiivistäessämme ja tulkitessämme aineistoa kiinnitimme erityistä

huomiota tiedon säilymiseen autenttisena, jotta omat käsityksemme ja asenteet eivät siirtyisi tutkimusaineistoon. Kuitenkin on mahdollista, että huomioimme ja tulkitimme virheellisesti, joko haastatteluissa tai tulkintavaiheessa, laadullisessa tutkimuksessa on aina tämä mahdollisuus. Tulkintaan on voinut vaikuttaa kokemattomuutemme tutkimuksen tekijöinä ja toisaalta myös kokemus neurologisen potilaan hoitotyöstä, jota kaikilla opinnäytetyön tekijöillä on vuodesta muutamaan. Toisaalta henkilökohtaiset kokemukset aiheesta antavat uuden ulottuvuuden (Kananen 2008, 48). Kokemuksemme afasiapotilaan hoitotyöstä osaltaan siis lisää tutkimuksen luotettavuutta.

Laadullisen tutkimuksen teko oli kaikille tekijöille uusi asia ja opettelimme tutkimuksen tekoa käsi kädessä opinnäytetyön etenemisen mukaan. Toisaalta tämän voi ajatella olevan voimavara, kiinnitimme runsaasti huomiota menetelmien käytön oikeellisuuteen ja tulkintojen totuudellisuuteen. Ennen haastatteluiden aloittamista keskustelimme omista ennakoajatuksestamme tulevia tuloksia kohtaan ja omasta näkemyksestämme afaattisen potilaan hoitotyöstä. Ennakoajatusten ja mielipiteiden julkituominen auttoi meitä pysymään mahdollisimman neutraaleina tutkimusta kohtaan, pystyimme arvioimaan omaa ja myös toistemme toimintaa. Lisäksi opinnäytetyön ohjaajat auttoivat meitä luomaan tutkimusongelmista sellaisia, joissa ei johdattelaisi haastateltavaa tiettyyn ennalta pääteltyyn johtopäätökseen.

Saatuihin tutkimustuloksiin voi myös vaikuttaa itse haastattelutilanne, osalle meistä haastateltavien joukossa oli entisiä kollegoita ja myös haastatteluiden nauhoituksella on voinut olla vaikutusta haastatteluiden sisältöön. Tutkijalla ja tutkimusasetelmalla on vaikutusta tutkittavaan ja näin ollen tutkimustuloksiin, eli tutkimustulokset voivat vääristyä (Kananen 2008, 122). Joidenkin haastateltavien tuttuus on voinut vaikuttaa haastatteluiden sisältöön joko positiivisesti tai negatiivisesti. Positiivisena vaikutuksena on voinut olla jo olemassa oleva rentous ja turvallinen keskustelumahdollisuus asioista. Toisaalta tuttuus on myös voinut johtaa siihen, että tutkija-haastateltava suhde on kärsinyt ja tutkijan ja haastateltavan ”roolien” ylläpitäminen on vaatinut erityistä huomiota. Haastattelutilanne itsessään on aina luotu tilanne ja tämä voi

saada aikaan jännitteitä ja lisäksi nauhurin surinalla on voinut olla vaikutusta haastattelun sisältöön.

Lähetimme haastatteluteemat ennakkoon haastateltaville, jotta he voisivat valmistautua tilanteeseen. Valmistautuminen on kuitenkin voinut johtaa siihen, että vastaukset ovat olleet joko liian vähätteleviä tai ”oikeaoppisia”. Tulimme kuitenkin tulokseen, että haastattelutilanteissa haastateltavat kertoivat aidosti tuntemuksistaan ja toiminnastaan.

7.3 Luotettavuuden arviointikriteerit

Laadullisessa tutkimuksessa ei ole olemassa yhtä tiettyä oikeaa arviointimenetelmää. Eräs luotettavuuden arviointikriteeri on Guba & Lincolnin (1981) näkemys, jonka Kananen tuo mukailleen esille teoksessaan. Kyseisessä näkemyksessä laadullista tutkimusta voidaan arvioida sen *luotettavuuden* (credibility) avulla, joka sisältää ajatuksen siitä, että vain tutkittava pystyy sanomaan jotakin tulosten paikkansapitävyydestä ja tulokset onkin tämän vuoksi hyvä luottaa tutkittavilla. *Siirrettävyyden* (transferability) avulla voidaan tarkastella tutkimustulosten pitävyyttä muissa tapauksissa. Tulokset voivat olla yleistettävissä, vaikka tilastollisesta yleistämisestä ei voida puhua tapaus-ten valinnan harkinnallisuuden vuoksi eli kyseessä on näyte otoksen sijaan. (Kananen 2008, 125 - 126.)

Määrällisessä tutkimuksessa pysyvyys tarkoittaa samojen tulosten saamista uusinta-tutkimuksessa, laadullisessa tutkimuksessa tämä ei toteudu, sillä tutkimustilanne vaikuttaa aina tutkittaviin. Laadullisessa tutkimuksessa asiaa voidaan tarkastella *riippuvuuden* (dependability) avulla, jossa dokumentaation avulla ulkopuoliset arvioijat voivat tarkastaa ratkaisujen virheettömyyden. Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida vielä *vahvistettavuuden* (confirmability) avulla, joka tarkoittaa sitä, kuinka

yksimielisiä muut tutkijat ovat tuloksista, päätyvätkö he samoihin päätelmiin. (Kananen 2008, 126 - 127.)

Tutkimustulosten ja – tulkintojen valmistuttua annoimme nämä tulokset haastatteluille luettavaksi, jotta he voisivat sanoa oman mielipiteensä tulosten paikkansapitävyydestä. Pyysimme haastateltavia kertomaan meille, jos he eivät olisi samaa mieltä tulkinnoista tai jos heillä tulisi vielä mieleen jotakin asiaan lisättävää. Tutkimustulokset ovat yleistettävissä koskemaan koko osastoa, sillä haastatteluiden sisällöt ja tulkinnat näistä olivat sisällöllisesti hyvin samansuuntaisia. Tässä tutkimuksessa kylläntyminen eli saturaatio toteutui kuudella haastattelulla. Kylläntyminen tarkoittaa tulkintojen muuttumattomuutta uusien tapausten myötä, tutkimusaineistoa on tällöin tarpeeksi tarkoittaen yleensä noin kymmentä haastattelua (Kananen 2008, 34–35). Tutkimustuloksia voidaan myös yleistää muille neurologisille osastoille soveltuvin osin.

Ensimmäiseen kirjoitettuun tutkimusaineistoon purimme nauhoitusten sisällön sanasta sanaan, jonka jälkeen ryhdyimme tiivistämään aineistoa. Vaiheet sanatarkasta aineistosta tulkintoihin olemme dokumentoineet tarkasti, joten ulkopuolisen arvioijan on mahdollista seurata työmme vaiheita ja tulkintoihimme päätymistä. Opinnäytetyön liitteenä on yksi esimerkki aineiston selkiyttämisestä (liite 3.). Työssämme käyttämien suorien lainauksien avulla lukija pystyy pohtimaan tulkintojemme totuudellisuutta haastatteluista. Vahvistettavuuden huomioimme tekemällä omat alustavat tulkinnat tuloksista yksin, jonka jälkeen kokoonnuimme keskustelemaan näistä päätelmistä. Jokaisen tekijän tulkinnat olivat samansuuntaisia ja tämän jälkeen ryhdyimme työstämään yhdessä lopullista tuotosta. Lisäksi pidimme jokaisen haastattelun jälkeen lyhyen keskusteluhetken haastattelun luomista tunteista ja ajatuksista. Näiden keskusteluhetkien ja haastatteluiden jälkeen tehtyjen lyhyiden muistiinpanojen perusteella voimme todeta, että ajattelimme myös haastatteluiden sisällöstä hyvin samanlaisesti.

8 POHDINTA

8.1 Tutkimustulosten pohdinta

Tutkimuksessamme onnistuneet vuorovaikutustilanteet liittyivät yleensä arkisiin tilanteisiin ja fyysisten tarpeiden selviämiseen ja niiden toteuttamiseen. Huomasimme tutkiessamme, että afasiapotilaan fyysiset tarpeet tulevat hyvin huomioiduksi osastolla. Terveestä ihmisestä voi tuntua kummalliselta, miten ”pienissä” asioissa onnistuminen voi olla merkittävää sairastuneelle, esimerkiksi oikean televisiokanavan löytäminen. Sairastuneelle pienistä arjen toiminnoista selviytyminen voi kuitenkin olla suuri asia. Meistä oli positiivista nähdä tutkimuksessamme, kuinka hoitajat lukivat potilaan ilmeitä ja eleitä ja yrittivät näiden pohjalta tunnistaa potilaan tuntemuksia. Jäimme kuitenkin pohtimaan, tuleeko potilas kokonaisvaltaisesti huomioiduksi ja hoidetuksi? Ihmisen hyvinvointi lähtee psyykkisten, fyysisten ja sosiaalisten tarpeiden huomioimisen tasapainosta.

Vaikeasta aivoihin kohdistuvasta sairaudesta voi jäädä psyko-organisia oireita, kuten lyhytjännitteisyyttä ja aloitekyvyttömyyttä, jotka rajoittavat työkykyä ja selviytymistä sosiaalisesta elämästä. Ongelmien ajoissa tiedostaminen on tarpeen, jotta voidaan antaa kaikki mahdollinen apua ennen kuin elämän laatu on heikentynyt huomattavasti. (Niemelä, Kangasniemi, Jääskeläinen, Randell & Hernesniemi 2004, 12.) Hoitajien tulisi kiinnittää huomiota myös psyykkiseen hyvinvointiin fyysisten tarpeiden ohella. Esimerkiksi afasiapotilaan ahdistus, jos potilas ei saa tuotua itseään ymmärretyksi tai toisten puheen ollessa sekavaa sanasalaattia, voi olla syvempää kuin mitä ajatellaan olevan.

Kiireen keskellä omatoimiselle afaattiselle potilaalle voi olla vaikeaa löytää aikaa, esimerkiksi silloin, jos fyysisesti avustettavien potilaiden määrä on suuri. Hoitotyössä on tärkeää antaa aikaa eri potilasryhmille tasa-arvoisesti ja heidän sairautensa vaa-

timalla tavalla. Tässä tulee myös hoitajan huomioida potilasryhmä, jotka eivät välttämättä pysty sanallisesti pitämään puoliaan. Edellä mainitut asiat on hyvä huomioida ja tiedostaa kiireestä huolimatta, jotta hoitaja voisi olemuksellaan luoda tunteen potilaalle siitä, että häntä kuunnellaan.

Tutkimustuloksissa hoitajien kokemus afasiaa sairastavien potilaiden kohtaamisesta näyttäytyi mielestämme moniulotteisena. Toisaalta afaattisen potilaan kohtaaminen ja vuorovaikutus koettiin kohtuullisen sujuvaksi, toisaalta taas afaattinen potilas loi haasteita hoitajan ammattitaidolle. Tutkimuksessamme ei noussut yllättäen merkittäviä eroja hoitajien kokemuksissa afasiapotilaan kohtaamisesta verrattuna työkokemuksen laajuuteen. Lyhyen työkokemuksen omaavat toivat esille kokemusta muualta elämästä, jonka he näkivät arvokkaaksi. Pidempään neurologista potilasta hoitaneet puolestaan toivat esille vankan osaamisen afaattikon hoitotyöstä. Oppiminen ja kehittyminen hoitotyössä on jatkuvaa ja hoitajan ammattitaito kehittyy uusien tilanteiden ja kokemuksen myötä. Afaattisten potilaiden hoitoon ei ole olemassa tiettyä yleistä kaavaa, jonka mukaan edetä, vaan puheen ja kommunikoinnin tukeminen vahvistuu ammatillisen kasvun mukana ja yksilöllisyyden huomioimisen kehittyessä.

Kuntoutusosaston luonteeseen kuuluu, että potilaat ovat osastolla pitkiä hoitajaksoja ja hoitajat oppivat näin ollen tuntemaan potilaita enemmän verrattuna akuuttiosastoon. Tutkimuksessa selvisi, että jos potilasta ei kuitenkaan tunneta riittävän hyvin, yhteistyö potilaan kanssa on vaikeutunutta. Hoitajat kokivat potilaan hoidon kyseisessä tilanteessa epävarmaksi ja aikaa vieväksi. Uskomme epävarmuuden tunteen vaikuttavan myös hoitajan kokemukseen työn raskaudesta. Kunnollisella kirjaamisella ja tiedon siirtymisellä voisi vaikuttaa hoitajien potilaan tuntemiseen ja tätä kautta välttää epävarmuuden tunteita.

Sairastumisen alkuvaiheessa hoitajat saivat afaattisen potilaan omaisilta tärkeää tietoa potilaan tavoista ja persoonasta. Rautakoski (2005) tuo ilmi seurantatutkimuksessaan, että afaattiselle potilaalle tärkein kommunikointikumppani on läheinen.

Rautakosken tutkimuksen tuloksena läheisen läsnäolo ja läheisen saaman ohjauksen tärkeys on osana afaattisen potilaan kuntoutumista. Aktivointi erilaisten kommunikointikeinojen käyttöön lisäsi niiden käyttöä ja läheisten osallistuminen kuntoutukseen auttoi heitä oppimaan afaattisen henkilön kommunikoinnin tukemista. (Rautakoski 2005b, 104–106.) Potilaan kuntoutumista ajatellen on tärkeää huomioida omaiset, antaa heille tietoa afasiasta ja erilaisista kommunikointikeinoista, jotta he pystyisivät omalta osaltaan tukemaan afaattisen henkilön kommunikointia. Omaisilta saadun tiedon lisäksi heille myös täytyisi antaa tietoa ja huomioida heidät potilaan kuntoutumisessa.

Haapojan ja Rönnlundin (2002) tutkimus käsitteli toimintaterapeuttien tuntemaa vaikeutta kommunikoida ja ymmärtää afaattista potilasta. Näistä kokemuksista huolimatta eri terapeutit koettiin helpottavana ja hyvänä tukena afaattisen potilaan kommunikoinnin tukemisessa tutkimuksessamme. Mielestämme moniammatillinen työyhteisö voi parhaimmillaan toimia kannustavana ja voimauttavana ympäristönä sekä afasiapotilaalle että hoitajalle. Laadukkaan moniammatillisen yhteistyön ja työskentelyn avulla voidaan edistää afasiapotilaan terveyttä merkittävällä tavalla.

8.2 Kehityshaasteet ja jatkotutkimusehdotukset

Hoitajat kokevat osaston 27 tiloissa olevan jonkin verran puutteita afaattisen potilaan kuntoutumista ajatellen. Potilashuoneet koetaan ahtaiksi, jolloin esimerkiksi ruokailutilanteita joudutaan järjestämään käytävällä ja potilaan keskittymiskyky voi häiriintyä. Yhtenä kehityshaasteena näemme tilojen ahtauteen puuttumisen tulevaisuudessa, tilojen järjestämisen afaattiselle potilaalle sopiviksi. Tutkimustulosten mukaan esimerkiksi rauhallisten ruokailutilojen järjestämiselle olisi tarvetta. Kiireeseen vaikuttaminen on myös yksi kehityshaaste osastolla, jatkossa voisi pohtia keinoja lievittää kiirettä ja sen vaikutuksia hoitotyöhön.

Apuvälineitä, esimerkiksi kuvallisia päiväohjelmia käytetään jonkin verran osastolla. Hoitajat kuitenkin kokevat, että niiden monipuolisempi käyttö olisi aiheellista. Apuvälineiden käyttöön liittyvää ohjausta ja kertausta voisi jatkossa järjestää osastolla, tarve tähän näkyi myös tutkimustuloksissa. Kun apuvälineet ovat tuttuja, niiden käyttäminen on helpompaa ja aikaa kuluu vähemmän. Lisäksi erilaiset apuvälineet voisi tuoda lähemmäksi potilaita ja hoitotilanteita, jotta hoitotoimenpiteestä ei tarvitsisi irrottautua lähteäkseen hakemaan apuvälineitä. Koemme puhetta tukevien ja korvaavien apuvälineiden käytön olevan tärkeä ja olennainen osa afaattisen potilaan kuntouttavaa hoitotyötä, joten näiden käytön kehittämiseen ja lisäämiseen tulisi jatkossa paneutua.

Työuran alkuun neurologisen potilaan hoitotyössä koettiin olevan tarvetta lisätiedolle afasiasta. Afasia-oppaan tekeminen aloittavalle työntekijälle voisi olla esimerkiksi yksi opinnäytetyön aihe jatkossa. Hoitajien ja puhe-, toiminta- ja fysioterapeuttien välistä yhteistyötä voisi kehittää entisestään. Hoitajat kokevat terapeuteilta saamansa tiedon olevan arvokasta ja näin ollen terapeuttien pitämiä koulutuksia voisi tulevaisuudessa järjestää useammin. Afaattisten henkilöiden kommunikoinnin tukemisessa ovat omaiset avainasemassa, joten omaisten huomiointi ja mukaanotto potilaan kuntoutumiseen olisi tärkeä kehityshaaste.

Yhtenä kehittämishaasteena pidämme erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välisen yhteistyön kehittämistä afasiapotilaan jatkohoitoon siirtymisen suhteen. Hoidon jatkuvuuden kannalta olisi tärkeää, että tiedot potilaan hoidosta siirtyisivät mahdollisimman tarkasti seuraavaan hoitopaikkaan. Tutkimuksessa nousi esille, että tietoja potilaan hoitotyöstä ei nyt kirjoiteta kovin tarkasti jatkohoitopaikkaan. Potilaan kuntoutumista ajatellen olisi tärkeää, että jatkohoitopaikassa hoitajien ei tarvitsisi lähteä esimerkiksi alusta alkaen selvittämään kommunikointikeinoja afasiapotilaan kohdalla. Tulevaisuudessa voisi esimerkiksi kehittää lyhyen muistilistan hoitajille asioista, jotka olisi hyvä kirjata hoitajan lähetteeseen jatkohoitopaikkaa varten. Koutumiseen ja arjessa selviämiseen voisi myös kehittää lisää ohjemateriaalia potilaille, joka toimisi apuna sairaalan ulkopuolella.

Tämän tutkimuksen pohjalta voisi tehdä uuden määrällisen tutkimuksen aihetta soveltaen. Näin saataisiin lisää luotettavaa ja tutkittua tietoa aiheesta esimerkiksi ta-
loudellisista päätöksistä vastaavalle johdolle. Afasiapotilaan kohtaamista ja vuoro-
vaikutusta voisi myös tutkia akuutilla osastolla ja perusterveydenhuollossa ja myös
omaisten näkökulmasta. Lisäksi voisi tutkia afasiapotilaan näkökulmasta kohtaamista
ja vuorovaikutusta esimerkiksi hoitajan kanssa. Jatkotutkimusehdotuksia löytyy lu-
kemattomia, sillä afasiaan liittyviä hoitotyön tutkimuksia ei ole tehty kovin paljon.
Jatkossa voisi myös tehdä eri terapia- ja sairaanhoitajaopiskelijoiden välisen opinnäy-
tetyön liittyen afaattisen henkilön kommunikoinnin tukemiseen ja moniammatillisen
yhteistyön kehittämiseen.

8.3 Tutkimusprosessin pohdinta

Afaattisen potilaan ja sairaanhoitajan kohtaamisesta ja vuorovaikutuksesta oli haas-
tavaa löytää jo olemassa olevaa tutkittua materiaalia, yleisesti neurologisen potilaan
hoidosta hoitajan näkökulmasta löytyi laajemmin tutkittua tietoa. Afaattisen potilaan
hoitosuhteesta tutkittua materiaalia löytyi sen sijaan mm. puhe- ja toimintaterapian
puolelta herkemmin. Näin ollen koimme tämän työn erityisen tärkeäksi ja toivotta-
vasti tätä opinnäytetyötä tullaan tulevaisuudessa jatkamaan.

Opinnäytetyön tekeminen oli haastava ja mielenkiintoinen prosessi, joka eteni alusta
loppuun vauhdikkaasti. Aikataulun kiireisyys toi mukanaan omat haasteensa opin-
näytetyön teolle. Tutkimuksen näkökulman ja teemojen pohdinnassa saimme arvok-
kaita neuvoja työmme ohjaajilta. Tutkimuksen etenemisen rinnalla varmennuimme
itse tutkijoina ja nyt työn valmistumisen jälkeen koemme saaneen kattavan kuvan
laadullisen tutkimuksen teosta. Tutkimuksen teko johti työelämää hyödyttäviin tu-
loksiin ja johtopäätöksiin ja saimme myös itse lisätietoa ja varmuutta afaattisen poti-
laan kohtaamiseen.

LÄHTEET

Aaltonen, T. 2002. Sanatonko tarinaton? Afaatikon intersubjektiivinen maailma ja kertoen rakentuva identiteetti. Väitöskirja. Tampereen yliopisto, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, sosiaalipsykologia.

Aivoverenkiertohäiriöt numerotietoina. 2009. Viitattu 22.2.2010. www.stroke.fi, tietoa sairauksista, aivoverenkiertohäiriöt, AVH-numerotietoa.

AVH – Aivoverenkiertohäiriöt. 2006. Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry. Esite. 6. painos. Turku.

Granroth, K. 2009. Ohjauksen vaikutus afaattisen henkilön ja tämän läheisen viestintätaitoihin – viisi tapaustutkimusta. Pro gradu – tutkielma. Tampereen yliopisto, puheopin laitos. Viitattu 2.9.2010. <http://tutkielmat.uta.fi>, afasia.

Haapoja, M. & Rönnlund, K. 2002. Afasiapotilaan puheen ymmärtämisen vaikeus – Toimintaterapeuttien kokemia ongelmia ja käytännön keinoja. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu, terveysala, kuntoutuksen suuntautumisvaihtoehto, toimintaterapian koulutusohjelma.

Heikkinen, R-L., Keskinen, T. & Laine, T. 1997. Hoitava kohtaaminen. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Hildén, R. 1999. Sairaanhoidajan ammatillinen pätevyys ja ammatilliseen pätevyyteen vaikuttavat tekijät. Väitöskirja. Tampereen yliopisto, kasvatustieteiden tiedekunta, ammattikasvatus.

Huuhtanen, K. 2001. Puhetta tukevat ja korvaavat kommunikointimenetelmät Suomessa vuosituhaten taitteessa. Helsinki: Kehitysvammaliitto.

Ikävalko, K. 2009. Lupa vuorovaikutukseen. Viitattu 14.11.2010. www.papunet.net, vuorovaikutus.

Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2. p. Helsinki: WSOY.

Kananen, J. 2008. Kvali - Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Toim. E. Ijäs. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 93. Jyväskylän yliopistopaino.

Kommunikoinnin muoto. 2010. Viitattu 10.10.2010. <http://papunet.net>, tietoa puhevammaisuudesta ja materiaaleja kommunikointiin, kommunikointikeinot.

Kommunikointi afaattisen henkilön kanssa. 2008. Opas. Aivohalvaus – ja dysfasialiitto ry.

Kommunikointikeinot. 2010. Viitattu 10.10.2010. www.papunet.net, tietoa puhevammaisuudesta ja materiaaleja kommunikointiin.

Kortesmaa, M. 1998. Yhteyttä yli sanojen. Kirja afasiasta. 2. p. Turku: Kirjapaino Grafia.

Kuikka, P., Pulliainen, V. & Hänninen, R. 2002. Kliininen neuropsykologia. 1.-2. p. Porvoo: WSOY.

Kukkonen, T. 2009. Viestintätaitojen yhteiskunnallinen tukeminen. AVH-yhdysheiköiden neuvottelupäivät 6-7.5.2009. Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry:n koultus. Logopedian lehtorin puheenvuoro. Tampere.

L 17.8.1992/785. 2010. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Säädös valtion säädöstietopankki Finlexin sivustolla. Viitattu 2.9.2010. www.finlex.fi, lainsäädäntö, ajantasainen lainsäädäntö.

Laakso, M. & Lehtola, M. 2003 Sanojen hakeminen afaattisen henkilön ja läheisen keskustelussa. Puhe ja kieli. 23:1, 1-24. Turun yliopisto.

Launonen, K. & Korpijaakko-Huuhka, A-M. 2003. Kommunikoinnin häiriöt - syitä, ilmenemismuotoja ja kuntoutuksen perusteita. 5. p. Helsinki: Yliopistopaino.

Malm, M., Matero, M., Repo, M. & Talvela, E-L. 2004. Esteistä mahdollisuuksiin. Vammaistyön perusteet. Porvoo: WSOY.

Mattila, L-R. 2001. Vahvistumista ja tunnekokemuksen jakamista - potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta kuvaavan käsitejärjestelmän kehittäminen. Väitöskirja. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos.

Mikkola, L. 2006. Tuen merkitykset potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksessa. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto, viestinnän laitos.

Mäkelä, A., Ruokonen, T. & Tuomikoski, M. 2001. Hoitosuhdetyöskentely. Vantaa: TummaVuoren kirjapaino Oy.

Niemelä, M., Kangasniemi, M., Jääskeläinen, J., Randell, T. & Hernesniemi, J. 2004. Neurokirurgia. Opas henkilökunnalle. HYKS Neurokirurgian klinikka.

Numminen, S. 2009. Aivoverenkiertohäiriöiden aiheuttamat kielelliset erityisvaikeudet. AVH - Aivoverenkiertohäiriöiden erikoislehti 8, 3, 12 – 13.

Raunio, H. 2008. Hoitoketjun toimivuus korostuu aivohalvauspotilaiden kuntoutuksessa. Viitattu 19.4.2009. www.medi uutiset.fi, aivohalvaus.

Rautakoski, P. & Tuomiranta, L. 2001. Afasia: oireet, keskustelukeinot; keskustelun tukeminen. Turku: Aivohalvaus – ja dysfasialiitto ry.

Rautakoski, P. 2005a. Kommunikaatiokursseista on hyötyä. AVH - Aivoverenkiertohäiriöiden erikoislehti 4, 4, 16.

Rautakoski, P. 2005b. Vaikeasti afaattisen henkilöiden ja heidän läheistensä kommunikaatiotaitojen kuntoutus: seurantatutkimus. Helsingin yliopiston puhetieteiden laitoksen julkaisuja 52. Helsingin yliopisto, puhetieteiden laitos. Helsinki: Hakapaino oy.

Rautakoski, P. 2006. Vaikeasti afaattisten henkilöiden yhteisöpohjainen kommunikoinnin kuntoutus ja taitojen ylläpito. Helsinki: Yliopistopaino.

Stenbäck, J. 2005. Neurologisen potilaan ohjaus hoitohenkilöstön, potilaan ja omaisen arvioimana. Pro gradu – tutkielma. Oulun yliopisto, Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Töry, E. 2001. Hoidon ihmisläheisyys erikoissairaanhoidossa - mittarin kehittäminen ja käyttö. Väitöskirja. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos.

Vaikeusasteet. n.d. Aivohalvaus- ja dysfasialiiton sivusto afasiasta. Viitattu 13.10.2010. www.stroke.fi, tietoa sairauksista, afasia.

Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 – kansanterveysohjelmasta. 2001. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4. Viitattu 2.9.2010. www.terveys2015.fi, tietoa ohjelmasta, terveys 2015 – ohjelma.

LIITTEET

Liite 1. Esittelykirje

Hyvä osasto 27:n hoitaja

11.10.2010

Olemme sairaanhoitaja opiskelijoita Jyväskylän ammattikorkeakoululta. Teemme opinnäytetyötä osastollenne, aiheena on hoitajien kokemukset afaattisen henkilön kohtaamisesta. Opinnäytetyön tarkoituksena on saada selville se miten hoitajat kokevat afaattisen henkilön kohtaamisen hoitotilanteessa.

Opinnäytetyötä varten haastattelemme osastollanne yhteensä kuutta lähi- ja sairaanhoitajaa. Haastattelut toteutetaan osastollanne erikseen sovittuna ajankohtana. Haastatteluun varataan aikaan n. 30 minuuttia, joka on työaika-
na. Haastateltavien henkilöllisyys ei tule missään vaiheessa ilmi opinnäyte-
työssämme.

Toivomme osallistumistasi haastatteluun. Sinun kokemuksesi ja mielipiteesi ovat tärkeitä. Näin saamme arvokasta tietoa siitä, miten osastonne käytäntö-
jen tulisi kehittää.

Ystävällisin terveisin

Katri Isoviita
Liisa Nurminen
Paula Heimonen

Suostun haastatteluun

En suostu haastatteluun

Nimi ja puhelinnumero

(haastattelun sopimista varten)

Tarkempia tietoja voi kysellä, Katri Isoviita p. 040-9134689

Liite 2. Haastattelurunko

Haastatteluteemat

1. Kerro onnistuneista vuorovaikutustilanteista afasiapotilaan kanssa
 - Mitkä tekijät vaikuttivat vuorovaikutustilanteiden onnistumiseen?

2. Kerro epäonnistuneista vuorovaikutustilanteista afasiapotilaan kanssa
 - Mitkä tekijät vaikuttivat epäonnistuneisiin vuorovaikutustilanteisiin?
 - Koetko tarvitsevasi apua, keneltä, millaista?
 - Saitko apua?

3. Mitkä ovat Sinun hoitotyön osaamisesi vahvuudet/heikkoudet afasiapotilaan kohdalla?

Liite 3. Litterointikaavake

| | | | |
|---|---|---|--|
| <p><i>"Afaatikot saattavat jäädä vähemmälle huomiolle toisinaan, jos on paljon fyysisesti avustettavia potilaita. Afaatikot vie kuitenkin sen oman ajan, jos heillä on asia, jonka he haluaa selvittää. Toisinaan siihen pysähtään, todennäköisesti vasta sen jälkeen, kun muut fyysisesti avustettavat potilaat on saatu hoiettua, varsinki jos o vähän hoitajia."</i></p> | <p>Afaatikot voivat jäädä vähemmälle huomiolle, riippuen muista avustettavista potilaista. Afaatikon asian selvittäminen vie aikaa. Todennäköisesti afaatikon luokse jäädään kun muut on avustettu, hoitajien vähyyys vaikuttaa.</p> | <p>Vähäinen huomiointi</p> <p>Aikaa vievä</p> <p>Toissijainen asema</p> | <p>Kiireen vaikutukset</p> |
| <p><i>Että se pitää olla riittävä se etukäteistieto, että sinne pystyy luotavaisiin mielin menemään, että silloinhan se tilanne on aivan eri jos kohtaamme suoraan näin siinä tilanteessa tietämättä mite hän kommunikoi. Eikä se ole oikei sille potilaalle.</i></p> | <p>Etukäteistiedon on oltava riittävä kohdatessa potilas. Kohtaaminen on vaikeaa jos etukäteen ei tiedä kuinka hän kommunikoi. Ei ole oikein potilasta kohtaan.</p> | <p>Etukäteistiedon merkitys</p> <p>Epäselvät kommunikointitavat</p> | <p>Tunteminen</p> |
| <p><i>"Potilaan ahistuksen huomaamiseen ei tarttetehä kovin paljoo töitä, sen kylvaistoo. Potilas voi sitte olla, et antaa olla vaa, ei tässä mitää, hän ei nyt osaa. Hy-myilee vaa. Mut kehonkielestä tulee tavallaa esille, et taaskaan en osannu ilmastaitteäni ja tullu-ymmärretyks. Se tulee tietysti myös hoitajalleki, ei hän pysty peittelee ettei ymmärrä. Tälläset omatoimiset liikkuvat vaikeesti afaattiset potilaat on ahistava hoitokokemus."</i></p> | <p>Potilaan ahdistuksen vaistoa. Potilas voi antaa ymmärtää ettei asialla ole väliä. Potilaan kehonkieli kuitenkin kertoo hoitajalle että asia jää selvittämättä ja vai-vaa potilasta. Hoitajakaan ei pysty peittelemään ettei ymmärtänyt. Vaikeasti afaattiset potilaat ovat ahdistava hoitokokemus.</p> | <p>Eleiden ja ilmeiden tulkitseminen</p> <p>Ahdistus</p> <ul style="list-style-type: none"> - potilas - hoitaja | <p>Sanaton viestintä</p> <p>Epäonnistunut vuorovai-kutus</p> |