

# Vuorovaikutustilanteet pitkäaikaishoidon osastolla



Eronen, Ritva  
Kolehmainen, Jaana

LAUREA-AMMATTIKORKEAKOULU  
Laurea Otaniemi

VUOROVAIKUTUSTILANTEET PITKÄAIKAISHOIDON OSASTOLLA

Eronen Ritva  
Kolehmainen Jaana

LAUREA-AMMATTIKORKEAKOULU

TIIVISTELMÄ

Laurea Otaniemi

Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala

Hoitotyön koulutusohjelma

Eronen Ritva, Kolehmainen Jaana

Vuorovaikutustilanteet pitkäaikaishoidon osastolla

Vuosi 2009

Sivumäärä 45

---

Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää hoitotyötä pitkäaikaishoidon vuodeosastolla ja herättää keskustelua vuorovaikutustilanteista. Esille nousevat eettiset ongelmat ovat usein monimutkaisia ja ne voidaan tulkita monin eri tavoin. Aina ei tiedetä, kuinka toimia. Kommunikointi, tietoisuus, motivaatio ja pohtimiskyky ovat merkityksellisiä tekijöitä eettisessä ympäristössä vastuullisuuden ja vilpittömyyden ohella.

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa huoneentaulu pitkäaikaishoidon hoitotyöhön vuorovaikutustilanteisiin. Huoneentaulussa olevien ohjeiden tavoitteena on avata keskustelua ja herättää hoitajat kohtaavaan vuorovaikutukseen ongelmien ratkaisemiseksi käytännön työelämässä.

Työ toteutettiin Espoon sairaalan pitkäaikaishoidon vuodeosastolle 4D. Osastolla on 42–44 potilaspaiikkaa ja asiakkaat ovat pääasiassa pitkäaikaishoidon iältään 44–98-vuotiaita.

Opinnäytetyössä tuotettiin vuorovaikutukseen liittyvä, tutkittuun teoretiseen ja Espoon kaupungin arvoihin perustuva ohjeellinen toimintamalli huoneentaulun muodossa sairaalan pitkäaikaishoidon vuodeosastolle. Huoneentaulun tuottamisen lähtökohdaksi olivat käytännön hoitotyön ongelmat kohtaavassa vuorovaikutuksessa. Huoneentaulun tarkoituksena on sijaita hoitohenkilökunnan tiloissa ja olla käytettävissä tarpeen mukaan pohjustamaan erilaisia vuorovaikutustilanteita työyhteisössä pitkäaikaishoidon hoitotyössä. Huoneentaulu sisältää kolme ydinviestiä, jotka pohjautuvat Espoon kaupungin arvoihin: kuuntele, arvosta, ole läsnä.

Avainsanat: kohtaava vuorovaikutus, toiminta, reaktio, etiikka, pitkäaikaissairaat

LAUREA UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

ABSTRACT

Laurea Otaniemi

Health care, social services and sports

Nursing education

Eronen Ritva, Kolehmainen Jaana

Interaction situations on the long-stay ward

Year 2009

Number of pages 45

---

The aim of this thesis is to develop nursing on the long-stay ward and to pay attention to start a discussion on interaction situations. The emerging ethical problems are often difficult and they can be interpreted in many different ways. Thus it is not always possible to know how to act. Communication, knowledge, motivation and capacity to reflection are very important factors in ethical connections along with responsibility and sincerity.

The purpose of this thesis is to produce staff codes for ethical conduct for nurses on how to act in interaction situations on the long-stay ward in a hospital. The aim of the staff codes for ethical conduct is to open a discussion and make nurses aware of the problems in interaction in practise in working life.

This thesis was carried out on the long-stay ward 4D in the City of Espoo Hospital. There are about 42 to 44 beds on the ward for the patients, who are between 44 to 98 years of age.

In this thesis a functional model of interaction was produced for a long-stay ward in the form of staff codes for ethical conduct based both on theoretical knowledge and on the values of the City of Espoo. The starting point for producing a functional model was all the practical problems in encountering interaction in nursing practice. Hopefully the staff codes for ethical conduct will stay in full view of the staff on the ward and it they will be in use in all cases which cause problems on a long-stay ward. There are three instructions which are based on the values of the City of Espoo and which have been raised in this thesis: listen, appreciate, be present.

Key words: encountering interaction, action, reaction, ethics, long-stay patients

## SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ.....	3
ABSTRACT.....	4
1 JOHDANTO.....	6
2 VUOROVAIKUTUS PITKÄAIKAISPOTILAAN HOITOTYÖSSÄ.....	7
2.1 Vuorovaikutuksen määritelmää.....	7
2.2 Vuorovaikutustilanteet pitkäaikaispotilaiden hoitotyössä.....	11
2.3 Kohtaava vuorovaikutus.....	15
2.4 Vuorovaikutuksen esteitä.....	19
2.5 Eettisyys hoitotyön vuorovaikutustilanteessa.....	21
2.6 Tutkimuksia hoitajan ja potilaan välisestä vuorovaikutuksesta.....	25
3 PITKÄAIKAISHOIDON OSASTON KUVAUS.....	30
3.1 Pitkäaikaishoito.....	30
3.2 Osastolla hoidettavat potilaat.....	30
3.3 Osaston arvot ja toimintaperiaatteet.....	31
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET.....	32
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN.....	33
5.1 Huoneentaulun suunnittelu.....	33
5.2 Huoneentaulun toteutus.....	33
5.3 Huoneentaulun prosessin arviointi.....	35
6 POHDINTA.....	39
LÄHTEET.....	42
LIITTEET	

## 1 JOHDANTO

Sairaanhoitajan rooli on olla potilaan hoidon asiantuntija ja tiedon välittäjä potilaan, tämän omaisen ja lääkärin välillä potilastyöskentelyssä. Sairaanhoitaja tuo esille ymmärrettävässä muodossa saamaansa tietoa ja pelkistää sen tiivistettyyn muotoon ja välittää sen edelleen potilasta hoitavalle lääkärille, potilaalle itselleen ja tämän omaiselle. Vuorovaikutustilanteissa potilastyössä sairaanhoitaja on kollegansa lähi- ja perushoitajan ohella usein ensisijainen kysymysten ja ihmettelyn kohde, kun asiat eivät etene odotetusti.

Vuorovaikutustilanteita on aikaisemmin tutkittu niin lääkärin ja potilaan kuin hoitohenkilökunnan ja potilaan välillä. Molemmat ammattilaiset tekevät hoitotyötä yhdessä ja erikseen, jolloin vuorovaikutustilanteet ovat yhtäläiset hyvin pitkälle, mutta tilanteet tulevat esille eri tavoin työn kuvasta johtuen. Tutkimukset herättivät meissä kiinnostusta tutkia vuorovaikutusta pitkäaikaispotilaiden hoitotyössä hoitajien näkökulmasta. Toteutamme työmme toiminnallisena opinnäytetyönä luomalla työyksikköön ohjeellisen huoneentaulun, kuinka toimia vuorovaikutustilanteessa ammatillisesti. Työmme teoreettisena viitekehyksenä on Kingin teoria (1971), joka keskittyy ihmisten väliseen järjestelmään ja yksilöiden väliseen vuorovaikutukseen erityisesti sairaanhoitajan ja potilaan kahdenkeskisessä suhteessa (Marriner-Tomey 1994, 297–301.) Keskeisiä käsitteitä työssämme ovat kohtaava vuorovaikutus ja etiikka.

Tässä työssä syvennymme hoitajan ja asiakkaan väliseen kohtaavaan vuorovaikutukseen sairaanhoitajan eettisten ohjeiden pohjalta. Eettiset ohjeet tukevat ja ohjaavat hoitotyön ammattilaista hänen oman persoonallisuutensa ohella toteuttamaan ja kehittämään arvokasta hoitotyötä. Tavoitteenamme on tuottaa huoneentaulu vuorovaikutustilanteita varten. Huolimatta pitkäaikaishoidon osaston käyttämästä asukas-nimityksestä, käytämme työssämme pääasiallisesti potilaasta, asiakkaasta ja asukkaasta nimitystä asiakas.

Asiakkaan kotona asuminen kariutuu usein äkilliseen vakavaan sairauteen. Toimintakyvyn kannalta erityisen kohtalokkaita sairauksia ovat aivohalvaus ja lonkkamurtuma. Hoidosta ja tukijärjestelyistä huolimatta psyykkiset ja sosiaaliset tekijät johtavat usein laitoshoitoon (Juva, Valvanne & Voutilainen 2002, 502–503.) On tärkeää, että henkilökunta pystyy antamaan yksilöllistä hoitoa, joka perustuu asiakkaan elämänhistorian tuntemukseen, jolle asetetaan yksilölliset, selkeät, toimintakyvyn ja elämänlaadun ylläpitämiseen tähtäävät tavoitteet ja jonka laatua jatkuvasti arvioidaan. Pitkäaikaispotilaiden hoito on vaativa tehtävä. Uupumista ehkäisee oman työn pitäminen tärkeänä, mahdollisuus vaikuttaa omaan työhön ja esimiesten hyvä työpanos. Jaksamista tukevat asiakkaan hoitoon liittyvä tieto ja ammattitaito (Juva, Valvanne & Voutilainen 2002, 511.)

Hoitajilta odotetaan yleensä lähikohteliaisuutta, sillä heidän odotetaan osoittavan aitoa välittämistä ja vastaamista syvempiin emotionaalisiin tarpeisiin. Hoitotyössä ystävyyden osoittaminen on vastakohtaisia tunteita herättävä vaatimus. Kun hoitaja on liian ystävällinen, vaarantuu hänen oikeutensa toimia asiantuntijana, vastaavasti hoitajan ollessa liian tekninen, hän ei pysty luomaan riittävän läheistä ja luotettavaa suhdetta. Ihmissuhdeammattilaisen työhön kohdistuva jännite tulee esille esimerkiksi tunteiden hallinnassa ja esittämisessä. Sairaanhoidajien on tärkeää löytää työssään tasapaino välittämisen, huolehtimisen ja ammatillisen käytöksen ylläpitämisen välillä. Hoitajan ja potilaan välisessä suhteessa toteutuva tasavertaisuus on osa asiantuntijuutta, josta ei koskaan voi tulla täydellistä, vaan sen tarkoitus on toimia (Gerlander 2003, 51,57–58.)

## 2 VUOROVAIKUTUS PITKÄAIKAISPOTILAIDEN HOITOTYÖSSÄ

### 2.1 Vuorovaikutuksen määritelmä

Vuorovaikutustaidot ovat tärkeä osa jokaisen ihmisen, mutta ennen kaikkea hoitotyötä tekevien ammattitaitoa. Ilman vuorovaikutustaitoja yksilöiden on vaikeaa vaikuttaa toisiinsa tuloksellisella ja myönteisellä tavalla. Vuorovaikutustaitoihin liittyy olennaisesti oman roolin tajuaminen ja vuorovaikutuksen eri sävyjen hallinta. Vuorovaikutuksessa tapahtuu hoitamista hoitajan ja potilaan välillä. Hoitajan potilasta kohtaan tuntema kunnioitus ilmenee vastavuoroisuutena ja potilaan omaa näkemystä tukevana

toimintana hoitosuhteessa. Potilas on oman hoitonsa subjekti ja häntä autetaan hänen omista lähtökohdistaan ja voimavaroistaan käsin. Hoitaminen on hoitajan ja potilaan välistä yhteistoimintaa vuorovaikutus suhteessa (Pöllänen 2006, 14–15.)

Vuorovaikutus dementiaa sairastavan potilaan ja hoitajan välillä voidaan katsoa hoitosuhteeksi. Tästä koituu eettisiä vaatimuksia hoitajille, koska heidän täytyy tehdä parhaansa muistihäiriöiselle henkilölle, vaikka henkilön toimet saattavat aiheuttaa ruumiillista ja tunneperäistä vahinkoa avunantajille. Positiiviset asenteet ovat tärkeitä hyvänolon ja laadukkaan hoidon antamiselle dementiaa sairastavalle, koska positiiviset asenteet voivat johtaa käyttäytymisiin, jotka edistävät potilaan tyytyväisyyttä, terveyttä ja psykososiaalista hyvää oloa (Norbergh, Helin, Dahl, Hellzén & Asplund 2006, 270.)

Vuorovaikutus jaetaan kahteen tekijään: vuoronperään tapahtuvaan toimintaan ja vaikuttamiseen, joka kohdistuu toisen käyttäytymiseen, ajatuksiin, asenteisiin tai tunteisiin. Vuorovaikutus on jatkuvaa vastavuoroisuutta, jossa kumpikin osapuoli on samanaikaisesti aktiivinen toimija. Jos vain toisella on mahdollisuus puhua tai muuten vaikuttaa, ei vuorovaikutuksesta voi puhua. Vastavuoroiseen hoitosuhteeseen liittyy havaintojen tekoa, tunteita ja ajattelua sekä potilaan kunnioittamista ainutlaatuisena yksilönä hoitajan ja potilaan kohdatessa. Kun hoitaja rohkaisee potilasta vastavuoroiseksi toimijaksi; hän edistää samalla hoitosuhteen luomista, jolloin potilas hyötyy hoitajan toiminnasta ja sanoista. Kommunikaatio luo luottamusta ja turvallisuutta ja tukee hoitoon asetettuja tavoitteita. Hoitaja voi ohjata kommunikaation avulla potilasta tuomaan esille omia ajatuksia, tunteita ja mielipiteitä (Pöllänen 2006, 14–15.)

Auttamisprosessi on vuorovaikutusta. Asiakaspalvelutilanne on aina ihmisten välistä monimutkaista ja vaihtelevaa vuorovaikutustoimintaa. Vuorovaikutustilanne koostuu yksilöistä, joilla on erilaiset taustat, asenteet ja ajattelutavat. Asiakaspalvelussa avainsanoja ovat asiakaskeskeisyys ja asiakaslähtöisyys. Hoitajan on tärkeää kyetä palvelemaan potilasta ja tulla toimeen itsensä kanssa. Asiakastyössä on myös välttämätöntä tuntea potilaan elämäntilanne ja avun tarve oikeanlaisen avun suuntaamiseksi. Hoitajan on selvitettävä itselleen potilaalle suunnittelemansa avun tarpeellisuus ja sen jälkeen hänen on selvitettävä itse potilaalle päämäärä, johon auttamisellaan pyrkii. Auttamisessa vuorovaikutusprosessia ohjaa potilaan ihmisarvo,



joka on kaikille ihmisille yhteinen tekijä. Kaikkia on kohdeltava ihmisarvon mukaisesti riippumatta muun muassa yksilön taustoista ja henkilökohtaisista mielipiteistä (Ahonen 1992, 15–16,18, 127.) Hoitajan on tärkeää tietää potilaan omat näkemykset siitä, millaisen avun hän uskoo hyödyttävän itseään. Hoitajan tarkoituksena on antaa potilaalle välineitä, joilla hän voi itse ratkaista ongelmiaan ja saavuttaa elämänsä hallinnan (Ahonen 1992, 97.)

Kingin (1971) mukaan kunkin yksilön todellisuus muodostuu havainnoista. Vuorovaikutus on transaktiota ajatusten, mielipiteiden, tiedon ja taidon välittämistä yksilöiden kesken. Vuorovaikutusta tapahtuu tilassa ja ajassa ja siinä on kasvua ja kehitystä tietyissä rooleissa. Vuorovaikutus sisältää kommunikaatiota ja havaitsemista. Vuorovaikutukseen osallistujat esimerkiksi sairaanhoitaja ja asiakas tuovat tilanteeseen erilaisia tietoja, tarpeita, tavoitteita, kokemuksia ja havaintoja, jotka vaikuttavat vuorovaikutuksen kulkuun. Kommunikaatio eli viestintä on osapuolten välistä kielellistä ja ei-kielellistä merkkien ja symbolien vaihtoa. King määrittää roolin joukoksi käyttäytymismuotoja, joita noudatetaan joissakin järjestelmissä tietyssä sosiaalisessa asemassa olevien ihmisten keskuudessa. Rooli on myös sääntöjä, jotka määrittävät tähän asemaan kuuluvat oikeudet ja velvollisuudet. Stressin lisääntyessä vähenee keskinäisessä vuorovaikutuksessa olevien ihmisten havaintokenttä ja harkintakyky heikentyy vaikuttaen sairaanhoitajien antamaan hoitoon. Stressitilassa yksilö on voimakkaasti vuorovaikutuksessa ympäristönsä kanssa.

Kingin mukaan jatkuvat muutokset kasvussa ja kehityksessä vaikuttavat yksilöiden kypsymiseen. Aika määritellään ainutlaatuiseksi kokemukseksi ja eteneväksi tapahtumasarjaksi esimerkiksi jossakin kohtaamisessa ja tilassa, joka puolestaan on välitön ympäristö vuorovaikutustapahtumineen (Marriner-Tomey 1994, 297–301.) Kingin perusoletuksiin vaikuttivat hänen oma ihmiskäsityksensä ja elämänfilosofiansa. Hänen tavoitteensaavuttamisteoriansa käsitteellisine viitekehysineen perustuu yleisioletukseen hoitotyöstä, joka keskittyy ympäristönsä kanssa vuorovaikutuksessa oleviin ihmisiin, luoden kykyä toimia sosiaalisissa rooleissa. Kingin tavoitteensaavuttamisteoria keskittyy ihmisten väliseen järjestelmään ja yksilöiden väliseen vuorovaikutukseen varsinkin sairaanhoitajan ja asiakkaan kahdenkeskisessä suhteessa. Hoitotyö on ihmistenvälinen tapahtumaketju pohjautuen toimintaan,

reaktioon, interaktioon ja transaktioon. Kingin mukaan yksilöllä on oikeus osallistua päätösten tekoon, joilla on vaikutusta hänen elämäänsä, terveyteensä ja yhteisön palveluihin. Hänellä on oikeus saada ja kieltäytyä terveydenhoidosta. Terveys on dynaaminen tila, jota sairaus häiritsee. Tasapainoista arkea elääkseen ihmisen on terveellistä tasapainoilla ja mukautua sekä sisäisiin että ulkoisiin stressitekijöihin ympäristössään. Yksilön omaan elämäänsä ja terveyteensä sopeutumiseen vaikuttaa hänen vuorovaikutuksensa ympäristönsä kanssa (Marriner-Tomey 1994, 297–301.)

Vuorovaikutus voi olla yksisuuntaista kommunikaatiota, jolloin palautetta ei anneta tai toisen ihmisen sanomiseen ei reagoida. Vuorovaikutus voi olla myös kaksisuuntaista kommunikaatiota, jolloin vastaanottaja osallistuu aktiivisesti vuorovaikutukseen. Kommunikaatio välittää tietoa ja pyrkii luomaan yhteisymmärrystä ja yhteisiä jaettuja merkityksiä ihmisten välille (Pöllänen 2006,8–9.) Vuorovaikutuksessa viestit lähetetään ja vastaanotetaan monin tavoin. Ihmisten välisessä tiedonsiirrossa, yhteyden ottamisessa ja sen pitämisessä on kehon kieli ja siihen liittyvä oheisviestintä yhtä tärkeä keino kuin puhuttu kieli. Vuorovaikutustilanteessa ihminen on jatkuvasti läsnä kokonaisvaltaisesti omana persoonanaan, aistein, hermojärjestelmin ja lihaksin (Ahonen 1992, 107–108.) Kun ihminen nähdään hoitotyön vuorovaikutustilanteissa itsenäisenä ja asiallisena yksilönä, niin hänen kykyjään valintojen tekoon tuetaan, ylläpidetään ja palautetaan. Yhteistyö osoittaa yhteistä toimintatavoitetta ja kiinnostusta asioihin ja potilaan hoidon jatkuvuuden huolehtimista (Pöllänen 2006, 23.)

Rimpilän (1995) tutkimuksen mukaan hyvää vuorovaikutusta on muun muassa myönteinen ja vastavuoroinen läsnäolo, läheisyys, potilaan hyväksyntä ja turvallisuuden tunne keskinäisessä kommunikoinnissa. Hyvässä vuorovaikutussuhteessa toteutuvat nämä piirteet, jotka mahdollistavat potilaan ja hoitotyöntekijän vuorovaikuttamisen ja edistävät potilasta osallistumaan keskusteluun. On tärkeää puhutella potilasta kunnioittavasti, ymmärtää hänen tarpeitaan, rohkaista häntä ilmaisemaan tuntojaan ja tekemään valintoja sekä antamaan palautetta ja esittämään häneen itseensä liittyviä kysymyksiä. Myös potilaan koskettamisella ja hänen ajan tasalla pitämisellä on tärkeä merkitys kommunikoinnissa. Rimpilä kertoo aiemmissä tutkimuksissa painottuneen, että huonon vuorovaikutussuhteen ominaispiirteitä ovat suhteen välineellisyys, pinnallisuus ja tehtäväkeskeisyys. Hoitotyöntekijä saattaa käyttää kommunikoinnissa menetelmiä,

jotka estävät potilasta osallistumasta keskusteluun muun muassa kontrolloimalla, pinnallisella kohteliaisuudella, puhuttelemalla ja kohtelemalla potilasta epäkunnioittavasti; suostuttelemalla potilasta erilaisiin toimintoihin, estämällä potilaan päätöksentekoa ja valintoja sekä esittämällä keskustelussa johdattelevia kysymyksiä. Hoitotyöntekijä voi pitäytyä turvallisessa aiheessa keskustelussa käsitellessään enimmäkseen fyysisiä tarpeita ilman syvällisempää merkitystä (Rimpilä 1995, 43– 44.) Hoitamisessa on paljon hiljaista tietoa, jota opitaan kokemuksen kautta. Hiljaista tietoa ei voi oppia toiselta, vaan jokainen kehittyy siinä itse. Pitkälle edistynyt asiantuntija kykenee ennakoimaan itse tilanteessa ja toimimaan silti tilanneherkästi (Heikkinen & Laine 1997, 156.)

## 2.2 Vuorovaikutustilanteet pitkäaikaispotilaiden hoitotyössä

Isokorven (2006) mukaan vuorovaikutus on ammattina vaativimpia töitä, joita voi olla. Työn tekee vaikeaksi sen ainutkertaisuus ja oletukset, että vuorovaikutus ja ihmissuhdetaidot kasvavat samaan tahtiin kuin tiedot ja tehtäviin liittyvä osaaminen lisääntyvät. Usein näin ei kuitenkaan ole, vaan ammatillisten vuorovaikutustaitojen puute näkyy nimenomaan työyhteisöjen ongelmina. Vaikeutta ja haastavuutta vuorovaikutukseen tuo henkilö, jonka tavoitteet ja päämäärät ovat erilaiset kuin vuorovaikutuksessa olevan ammattilaisen. Ihmisen temperamentilla on merkitystä ja vaikutusta vuorovaikutuksen laatuun ja osapuolten keskinäiseen ymmärtämiseen. Kun hoitaja tuntee potilaan temperamentin, kykenee hoitaja helpommin ymmärtämään omia emotionaalisia reaktioitaan, joita potilas saa hänessä aikaan joko hyvässä tai pahassa. Ymmärtäessään omia reaktioitaan saattaa hoitaja muuttaa suhtautumistaan ja negatiiviset tuntemukset vähenevät tietynlaisesti käyttäytyviä potilaita kohtaan (Isokorpi 2006,16.)

Vuorovaikutuksen ongelma ei ole esimerkiksi kahden henkilön välisessä suhteessa vain jommankumman osapuolen ongelma, vaan se on näiden kahden henkilön välisen suhteen ilmentymä. Jos ihminen malttaa ratkaista ongelmia syvällisesti, vaikutukset tulevaisuudessa ovat suuremmat ja vaikuttavat samalla itse ongelmaan. Helpot ratkaisut johtavat useimmiten takaisin ongelmatilanteeseen ja saattavat jopa pahentaa ongelmaa. Hoitajan puolustautuessa jonkin asian tiimoilta hän estää potilasta tuomasta

esille tunteitaan ja mielipiteitään ja estää potilaan oikeutta valittaa. Itseään ja myös organisaatiota vastaan kohdistuvat hyökkäykset hoitaja voi kokea subjektiivisesti itseensä kohdistuneina uhkina (Pöllänen 2006, 19–20.) Tutkimuksen mukaan sairaanhoitajan keskustelua estäviksi kommunikaatiomenetelmiksi painottuvat väittely, runsas tiedon antaminen, potilaan fyysisten ongelmien käsittelyn pintapuolisuus ja niiden syy- ja seuraussuhteiden selvittämättä jättäminen potilaalle. Luontevan vuorovaikutuksen muodostumista estävät harvoin esitetyt kysymykset koskien asiakkaan vointia ja huolia. Vapaa vastavuoroinen keskustelu estyy sairaanhoitajan johtaessa keskustelua ja kontrolloidessa tilannetta välttämällä emotionaalisesti raskaista asioista puhumisen ja keskittymällä keskustelussa ainoastaan saadukseen rutiinomaisesti tarvitsemansa tiedon potilaan hoidon toteuttamiseksi (Pöllänen 2006, 34–35.)

Hoitaja saattaa joskus kokea, että potilas vastustaa koko auttamisprosessia päämäärineen, vaikka hän itse hakeutuu autettavaksi. Ihmisen normaali keino on puolustautua turvattomuudentunnetta vastaan, mikä ilmenee muutosvastarintana erityisesti auttamisprosessin alussa tasapainon heilahtaessa uusien tilanteiden myötä. Potilas kokee uuden tiedon ja uudenlaiset asiat erilaisin toiminnoin uhkana itselle, koska hän ei ole vielä psyykkisesti valmis muutoksille ja tarvitsee siten aikaa sulatellakseen kokemaansa. Avoin keskustelu auttaa potilasta näkemään oman vastarintansa sekä tiedostamaan ja käsittelemään asioita ehkäisten tilanteita lukkiutumasta (Ahonen 1992, 32.)

Hoitotyössä voidaan joutua umpikujaan, jos etsitään suoranaista syyllistä tai syytä sen sijaan, että yhdessä selvitettäisiin tekijät sekä minkälaisesta ongelmasta on kysymys (Isokorpi 2006, 12–13). Aktiivinen ja eläytyvä kuuntelu on tärkeää hoitotyössä ja sen ohella kyky pysyä hiljaa. Keskustelussa, jossa yksi puhuu ja toinen kuuntelee, syntyy vastavuoroisuutta, vuorovaikutusta ja hedelmällistä keskustelua. Tilanteessa molemmat osapuolet voivat oppia. Hyvä kuuntelija on kärsivällinen ja antaa tilaa puhujalle tukien häntä löytämään ja ottamaan puheeksi ongelmiaan. Toimiva vuorovaikutus hoitajan ja potilaan välillä tulee esiin kohtaamisen myönteisyytenä ja turvallisuutena, aloitteellisuutena, molemminpuolisena luottamuksena ja läheisyytenä, välittämisen tunteena, vahvistumisena ja tunnekokemuksen jakamisena. Potilaat arvioivat hoitajan ja

itsensä välisen vuorovaikutuksen perusteella saamaansa hoitoa (Hastrup 2006,12–13.) Vuorovaikutuksen ja yhteistyön haasteellisuus perustuu merkityksiin; ihmisen ja todellisuuden tulkintoihin siitä, miten asiat tietyllä hetkellä hänen mielestään ovat. Vuorovaikutus synnyttää merkityksiä ja ohjaa ihmisen toimintaa. Merkityksiin sisältyy aina tunteita, joiden havaitseminen on tärkeää, koska ne ovat kokemuksellisia ja niiden muuttuminen edellyttää tunteiden muuttumista. Esimerkiksi hyvyyttä, pyhyyttä ja henkistä kirkkautta ei voi tajuta ilman niihin liittyviä vahvoja merkityksiä kun taas kateuden, vihan ja ilon tunteissa on merkitystä itsessään. Merkityksiä ei voi käsitteellistää, vaan jokaisen ihmisen on aistittava ne itsessään. Ne eivät ole myöskään pysyviä hankaluuksia tai mahdollisuuksia. Ne eivät tule koskaan valmiiksi, vaan ihminen luo, muuttaa ja purkaa merkityksiä jatkuvasti. Ihanteellisessa tapauksessa vuorovaikutusten kohtaamiseen liittyvät merkitykset voivat yhteisen prosessoinnin kautta muuttua vaikeuksien voittamiseen liittyviin merkityksiin, jotka puolestaan johtavat uudenlaiseen vuorovaikutustoimintaan (Isokorpi 2006, 15.) Potilaille on tärkeää saada keskustella hoitoonsa liittyvistä asioista vuorovaikutustilanteissa. Hoitotyölle on asetettu tärkeä tavoite; potilaan oikeus on saada riittävästi tietoa oikeaan aikaan itseään koskevista asioista (Pöllänen 2006, 5.) Potilaat odottavat vuorovaikutussuhteessa hoitajilta ystävällisyyttä, hoidon tarkoituksenmukaisuutta, yksilöllisyyttä avun tarpeesta riippumatta, huolellisuutta, täsmällisyyttä ja tunnollisuutta sekä odottavat sairaanhoitajien olevan aloitteentekijöinä avun tarjoajina. Myönteinen ja läheinen hoitaja rohkaisee potilasta kysymään ja osallistumaan (Pöllänen 2006, 33,35.)

Hoitaja edistää potilasta tekemään henkilökohtaisia ratkaisuja ja tukee häntä osallistumaan keskusteluun. Potilas ei ole tällöin objekti eli passiivinen tiedon vastaanottaja vaan aktiivinen toimija eli subjekti. Hoitajan hienovaraiset tuntemuskysymykset ja tunnusteleva puhe helpottavat potilasta osallistumaan keskusteluun ja antaa hänelle mahdollisuuden hallita keskustelussa käytyjä aiheita, ja samalla edistää potilasta itsensä arvioinnissa. Vuorovaikutuksen yksittäinen sana ja puheenvuoro ovat eräänlainen interventio eli sekaantuminen toisen asioihin, millä on merkitystä tässä ja nyt sekä tulevaisuudessa (Hastrup 2006,13.)

Vaativana ammattina hoitotyö herättää hoitajissa erilaisia tunteita. Hoitajat voivat tuntea ahdistavaa myötätuntoa potilaan ja tämän omaisen tilanteen vuoksi esimerkiksi

raskaiden hoitotoimenpiteiden yhteydessä ja kuoleman lähestyessä. Hoitajat joutuvat tekemään ristiriitaisia päätöksiä arvioidessaan yksittäisen potilaan hyvinvointiin liittyvää etua tietyssä tilanteessa samalla huomioiden myös tämän omaisen hyvinvointia. Hoitajat päättävät potilaan oman sairauden ja sen hoitoa koskevan tiedon jakamisesta potilaalle huomioimalla tämän henkisen tilan ja kyvyn ottaa tietoa vastaan. Hoitajat joutuvat myös huomioimaan hoidossa omaisia, jotka kaipaavat muun muassa kuulluksi tulemistä, aikaa sekä hyväksytyksi tulemisen tunnetta. Hoitajat kokevat epävarmuutta tilanteissa, joissa potilaiden ja omaisten tarpeet ovat ristiriidassa keskenään. Tilanteiden käsittely ja hallinta vaativat hoitajilta kykyä ja voimavaroja työstää ahdistavaa oloa omassa itsessä (Eriksson, Ellilä & Välimäki 2001, 74.)

Ihminen voi tunnistaa ja ymmärtää omia rajojaan itsetuntemuksella. Vuorovaikutussuhteissa itsetuntemuksella on merkitystä henkisen työssä jaksamisen kannalta. Ammatillisuutta on se, että kykenee omakohtaiseen itsetutkiskeluun ja kykyyn käyttäytyä helposti lähestyttävänä ja luonnollisena ihmisten keskuudessa. Hyvin itsensä tunteva ihminen tietää, miten suhtautuu ja käyttäytyy eri tilanteissa. Hän tiedostaa erityisesti suhtautumistapansa ja ennakkokäsityksensä eri tilanteissa sekä suojautumis- ja puolustuskeinonsa. Hän kykenee myös erittelemään toimintansa vaikutusta toiseen ihmiseen sekä tämän vaikutusta itseensä (Isokorpi 2006, 27–28.)

Luottamuksen rakentaminen voi ensin alkaa ammattilaisesta itsestään omien asenteiden tarkastelulla. Hoitajalta odotetaan uskallusta kohdata omat rajansa tiedoissa ja taidoissa. Kohtaavassa vuorovaikutuksessa on välttämätöntä päästä sisälle sairaan ja kärsivän potilaan maailmaan hänen näkökulmastaan katsottuna. Hoitajan on tärkeää oppia näkemään ja perehtyä ihmisten erilaisiin taustoihin, kohtaloihin ja kärsimyksiin, jotta ammatillisen tuen tarve löytyy kohteensa akuutisti tarvittaessa jättämättä hädässä olevaa yksin. Tärkeää on myös inhimillinen suhtautuminen kärsimykseen ja läsnäolo. Työyhteisöjen on tärkeää kehittää ja ylläpitää ammattitaitoa mahdollistaakseen vaikeiden asioiden ammatillisen kohtaamisen organisaatioiden jatkuvista muutoksista huolimatta (Metteri 2003, 103.)

### 2.3 Kohtaava vuorovaikutus

Hoitotyö nähdään tavoitteellisena toimintana, joka tähtää asiakkaan hyvään oloon. Hoitaja ja asiakas kohtaavat toisensa, tekevät toisistaan havaintoja ja antavat merkityksiä havainnoille omien tulkintojensa pohjalta. Hoitajan olemus voi kohtaamistilanteessa lisätä asiakkaan turvattomuutta silloin kun hän omalla olemuksellaan viestittää välinpitämättömyyttä ja kiirettä, kun asiakas taas haluaa pysähtymistä ja läheisyyttä. Hoitaja voi tulkita asiakas viestit oikein esimerkiksi pelon, mutta voi hoitotyötä tehdessään joutua ajoittain tuottamaan asiakkaalle pahaa oloa hoidon tavoitteisiin pääsemiseksi (Heikkinen & Laine 1997, 152–153.)

Hoitajan huomioidessa asiakkaan kehon, kokee asiakas suhteen monologina, yksisuuntaisena suhteena toiseen ihmiseen, mikä lisää hänen turvattomuuden tunnettaan kohtaamistilanteessa. Asiakas voi tuntea turvallisuutta kokiessaan itseensä kohdistuvat toimenpiteet tarpeellisina. Hoitajan ammattitaitoisesta toiminnasta välittyä myös kokemus, että on turvallisissa käsissä. Asiakas voi kokea kohtaamistilanteen dialogisena, molemminpuolisena suhteena, kokiessaan samalla huolenpitoa, vaikka hän olisikin hoitajan hoidon kohteena. Hoitaja välittää olemuksellaan huolenpitoa, jonka seurauksena potilaan turvallisuuden tunne kasvaa. Asiakkaan kokiessa kohtaamisen molemminpuolisena, voi hoitaja kokea sen yksisuuntaisena, koska hänen on toiminnassaan huomioitava myös asiakkaan hoidon tavoite. Hoitajan on pystyttävä kohdistamaan huomionsa asiakkaaseen, koska hän tarvitsee asiakkaan hyvän olon saavuttamiseksi etäisyyden ottamista ja tavoitteellista huomion kohdistamista. Etäisyyden ottaminen on myös hoitajan työssä jaksamisen kannalta tärkeää (Heikkinen & Laine 1997, 152–153.)

Kahden tai useamman ihmisen kohtaaminen on olemiseen ja läsnäoloon perustuva tilanne, jossa ihminen on pakostakin yhteydessä toiseen ihmiseen. Kohtaamista tarkastellaan usein kommunikaation kautta. Kommunikaatio tarkoittaa jonkin jakamista samassa ajassa ja tilanteessa kaikille vuorovaikutukseen osallistuneille. Positiivisesta

näkökulmasta katsottuna kohtaamisessa asiakas ja hänen perheenjäsenensä hyötävät annetusta tuesta. Joissakin tutkimuksissa on tullut esiin, että kohtamiseen liittyy myös kohtaamattomuutta, jolloin omainen on kokenut jäävänsä ilman tarvittavaa ohjausta ja tukea (Halme, Paavilainen, & Åstedt- Kurki 2007, 18–19.)

Hoitotyössä kohtaaminen eroaa normaalista arkipäivän kohtaamisesta, koska hoitaja ja asiakas hakeutuvat tarkoituksen mukaisesti toistensa yhteyteen. Asiakasta ohjaa tietty syy tekemisiin hoitohenkilökunnan kanssa, mikä voi olla sairastuminen, leikkaukseen tai toimenpiteeseen tuleminen. Asiakkaan perusturvallisuus järkkyy esimerkiksi sairastuessa, jolloin häntä pelottaa ja ahdistaa hoitajan kohtaaminen. Asiakkaan ja hoitajan kohtaamisessa lähtötilanne on erilainen kuin arkielämässä. Ympäristöllä on oma merkityksensä kohtaamistilanteissa. Sairaalaympäristö tilana saattaa aiheuttaa asiakkaalle outoa pelkoa ja ahdistusta (Heikkinen & Laine 1997, 154.)

Kohtaamisen olosuhteita ja asteita on tutkittu olevan ohittavaa, varauksellista ja vahvistavaa kohtaamista. Kiire, hoitajapula, hoitohenkilökunnan kyvyttömyys ja omaisten kohtaamattomat tarpeet kuvastavat ohittavaa kohtaamista, jolloin piiloudutaan vähäisten resurssien taakse. Vaikeneminen on yksi ohittavan kohtaamisen muoto, jossa hoitajat eivät joko uskalla tai kykene olemaan aidosti läsnä kohdatessaan omaisia. Hoitajat eivät aina tapaa omaisia tarpeeksi usein voidakseen olla tietoisia heidän tarpeistaan. Puutteet hoitajien viestintätaidoissa vaikeuttavat kohtaamista ja ohjauksen saavutettavuutta. Tällöin ohittavaa kohtaamista toteutuu pahimmillaan ja omaiset jäävät helposti ulkopuolisiksi läheisensä hoidon suunnittelussa. Suojellessa potilasta, perhettä tai hoitajaa esiintyy varauksellista kohtaamista, mikä ilmenee vastavuoroisena hyväntahtoisena tarkkailuna (Halme, Paavilainen & Åstedt- Kurki 2007, 18, 20–22.)

Useilla omaisilla ei ole aikaisempia kokemuksia sairaalamaailmasta, mutta sitäkin enemmän ennakkoluuloja hoitohenkilökunnan toiminnasta. Hoitajat usein uskovat, että omaisten tukeminen kuuluu muille kuin hoitajille ja perheyhteisön pitää olla itsessään voimavara, josta ammentaa voimia pahaan oloon. Varauksellisessa kohtaamisessa hoitajat tapaavat omaisia asiakkaan sen hetkisessä tilanteessa ja tasapainoilevat tiedon välittämisen ja omaisten taakan lisäämisen välillä. Hoitajat haluavat suojella itseään ja



säilyttää tietynlaisen välimatkan asiakkaan ja tämän perheen yksityisasioihin. Yhteistä hoitajille ja omaisille on säästää asiakkaan ohella muita perheen jäseniä ahdistavilta asioilta. Kohdatessaan omaisia hoitajia huolestuttaa omaisten ymmärrys asiakkaan jatkohoitoon liittyvistä kysymyksistä ja vaatimuksista. Vahvistavassa kohtaamisessa tulee esiin molemminpuolinen hyväksyntä ja välittäminen hyvässä ilmapiirissä menneisyyden ja nykyisyyden läsnä ollessa. Tällöin sanomattomien tunteiden välittäminen tulee myös mahdolliseksi kohtaamisessa. Omaisets kokevat henkilökunnalta saamansa hyväksynnän erittäin merkittävänä palautteena, joka lisää vastuun jaon tunnetta ja itsensä kokemisen tunteen tarpeellisena läheisensä hoidossa vastuullisena toimijana. Vahvistavassa kohtaamisessa omaisilla on usein epärealistisia toiveita läheisensä paranemisesta. Kohtaamisen yhteydessä voidaan täsmentää tavoitteita realistisiksi ylläpitämällä kuitenkin samalla toivoa. Omaisella saattaa olla vaikeuksia ilmaista verbaalisesti tunteitaan vaikeassa elämäntilanteessa. Näin ollen tunteet ilmenevät erilaisina fyysisinä oireina; päänsärkynä, vatsakipuna, tupakointina, vaihtelevana ruokahaluna tai päihteiden käytön lisääntymisenä (Halme, Paavilainen & Åstedt- Kurki 2007,18, 20–22.)

Kohdatessaan hoitajan asiakas odottaa hoitajan pysähtymistä ja saavansa aikaa. Asiakas aistii herkästi hoitajan ilmeitä ja eleitä. Hoitajan kiireettömyys, ystävällisyys, katsekontakti sekä koskettaminen ovat viestejä, jotka kertovat hoitajan olevan asiakasta varten. Tilanne on herkkä ja merkityksellinen asiakkaalle tämän hakeutuessa yhteyteen toisen ihmisen kanssa. Hoitaja kohtaa asiakkaan aidolla läsnäolollaan sekä omana persoonanaan, mistä asiakas kokee hyvää oloa erityisesti siksi, että hänelle välittyy tässä tilanteessa tunne turvallisuudesta. Hänen horjunut perusturvallisuutensa alkaa jälleen kasvaa. Erityisen merkityksellinen on hoitajan kehonkieli. Asiakkaat kiinnittävät huomiota erityisesti hoitajan kehollisuuteen, miten hoitaja toimii kohtaamistilanteessa ja käyttää aikaa sekä kuinka hän luo katsekontaktia ja miten hän koskettaa asiakasta. Sanoilla ei tässä tilanteessa ole merkitystä, päinvastoin ne saattavat peittää enemmän kuin kertoa (Heikkinen & Laine 1997, 154.)

Hoitaja kohtaa asiakkaan omaisia muuttuneessa elämäntilanteessa ja epävarmuutta aiheuttavassa sairaalaympäristössä. Huoli läheisen terveydestä ja tulevaisuudesta aiheuttavat omaisille rankoilta tunteita vaatimuksia erilaisine pelkoineen muun muassa

tulevaisuuden ja kontrollin menettämisen ohella kuolemanpelkoa ja ahdistusta. Hoitajien tiedot ja taidot vaihtelevat omaisten kohtaamisessa. Hoitaja itse kohtaa usein hämmentyneenä omaiset näissä tunnetiloissa ja heidän halutessaan osallistua läheisensä hoitoon huolimatta siitä, että he tuntevat itsensä avuttomiksi ja epävarmoiksi. Hoitajilla on todettu olevan riittämättömyyttä tukea omaisia emotionaalisesti ja hengellisesti. Hoitotyössä on tärkeää olla tietoinen perheenjäsenten kohtaamisen ja kohtaamattomuuden eri ulottuvuuksista, jotta voidaan ennaltaehkäistä ja havaita omaisten ahdistus- ja depressio-oireet sekä tukea koko perheyhteisöä muuttuneessa elämäntilanteessa. (Halme, Paavilainen & Åstedt- Kurki 2007, 19.) Omaisten arkirutiinit sekoittuvat ja häiriintyvät läheisen sairastumisen myötä vaikuttaen heidän kaikkien keskinäisiin suhteisiinsa ja käyttäytymiseensä. Perhedynamiikka ja kommunikaatiotaito huononevat. Läheisen sairastumisen ohella sairaalaympäristö aiheuttaa omaisissa voimakasta itsetunnon murenemistä ja epävarmuutta mukautua uusiin tilanteisiin. Omaisen näkökulmasta katsottuna hän ja hoitaja kohtaavat eräänlaisella emotioiden eli tunteiden taisteluareenalla. Omaiset kokevat ahdistusta kokonaisvaltaisesti muun muassa huolta hoidon laadusta ja tulevaisuudesta sekä ahdistusta sairaalan säännöistä. Sairaalan ja osaston erilaiset toimintatavat ja säännöt rajoittavat vierailuja ja osallistumasta hoitoon. Kohtaamisen on kuvattu tapahtuvan valmiustilassa, johon sisältyy pelkoa, hämmennystä, epävarmuutta, tyhjyyden tunnetta ja huolestuneisuutta etäännyttäessä esimerkiksi puolisoista; vihaa, epätoivoa, suojaamattomuutta sekä syyllisyyden tunteita (Halme, Paavilainen & Åstedt- Kurki 2007, 20.)

Toisen vihaa ja aggressiivisuutta on vaikea kohdata tasapainoisella tavalla, koska viha sisältää ympäristöä rasittavaa voimakasta ja kielteistä energiaa. Vihaisia ja pelokkaita tunteita torjutaan tiedostamatta, kun niiden ei koeta olevan hyväksyttäviä näyttää julki. Ihmisen halutessa kieltää vihan tunteensa, hän joutuu taistelemaan itseään vastaan, mikä aiheuttaa psyykkistä epätasapainoa. Jos ongelma jää käsittelemättä alussa, niin voi mitätön tyytymättömyys tai ristiriita kasvaa suuttumukseksi ja voimakkaaksi vihaksi. Jonkin tilanteen johdosta emotionaalinen kohtaus räjähtää lopulta ilmaan kypsyttyään aikansa pidätellyn hiljaisuuden, teennäisen kiltteyden tai piilotetun happamuuden takana. Aggressiivisille ihmisille annetaan usein valtaa, vaikka heille pitäisi asettaa selkeät rajat (Simula 2000, 23–24.) Kohtaamisessa on mahdollisuus jakaa kokemuksia,

puhua, kuunnella ja oppia. Hoitaja, joka kykenee eläytymään toisen tilanteeseen, on se osapuoli, josta välittyy hyväksyntä, asiantuntijuus, välittäminen, realistinen toivo ja lupa tuoda kaikki tunteet esille (Halme, Paavilainen, & Åstedt-Kurki 2007, 22–23.)

#### 2.4 Vuorovaikutuksen esteitä

Ihmiset kokevat asioita eri tavoin, mutta kaikki erilaiset tuntemukset, ajatukset, mielipiteet ja oivallukset eivät aiheuta ristiriitoja eli konflikteja. Ristiriitojen syntymiseen vaikuttavat yksilön suhtautuminen erilaisuuteen ja kyky käsitellä sitä. Hoitajan on tunnistettava omia tunteitaan, joilla on vuorovaikutusta estävä ja tuhoava vaikutus (Isokorpi 2006, 125.) Vuorovaikutustyössä tulee esiin monenlaisia tunnetiloja, jotka aina etsivät purkautumisväylän. Ilmaisukiellossa olevat negatiiviset tunteet painuvat syvälle mieleen ja tulevat esiin uuden purkautumistien kautta tiedostamattomana prosessina tunteensiirtoina. Hoitajan työtä vaikeuttavat sekä omat että toisen osapuolen puolustavat tunteet ja käyttäytyminen, jolla on taipumus päättää vuorovaikutus, haitata tai vääristää sitä (Isokorpi 2006, 129.)

Ennakkoluulot voivat olla esteenä vuorovaikutustilanteissa ja niillä on suuri vaikutus vuorovaikutustilanteiden onnistumiseen. Ne voivat vaikuttaa myös itsetuntemuksen kehittymättömyyteen. Ihmisen automaattiset kokemistavat voivat olla myös kehittymisestä vuorovaikutuksessa. Ihminen tarvitse omaa rauhaa ja aikaa voidakseen arvioida esimerkiksi ominaispiirteitään ja saamaansa palautetta realistisesti. Jokaiselle ihmiselle löytyy oman arvo- ja kokemusmaailmansa ulkopuolelta itselle uusia ja hyväksyttäviä tapoja elää ja toimia ongelmatilanteissa. Asiakasta ei kuulla mikäli hoitaja antaa omien käsityksiensä ohjata toimintaansa. Asiakas voi opettaa hoitajaa katsomaan asioita uudesta näkökulmasta, mikä vaatii luovuutta sekä kykyä nähdä oman maailmankuvansa ulkopuolelle asettumalla toisen asemaan (Isokorpi 2006, 27–28.) Vuorovaikutuksen toimiessa helpottuvat tavoitteiden asettaminen ja keskinäinen ymmärrys osapuolten välillä. Vuorovaikutussuhde on pitkäaikaisen auttamissuhteen perusta (Hastrup 2006, 20).

Isokorven mukaan työn esteettömän jatkumisen takaamiseksi hoitajan on erityisesti kyettävä käsittelemään itsessään loukkaantumisen tunnekokemusta (Isokorpi 2006,

129). Vuorovaikutuksessa törmätään joko tahallisesti tai tahattomasti jollekin yksilölle arkaan kohtaan, joka on hänelle tärkeä tai epävarmuutta aiheuttava. Arkoja kohtia on kaikilla ja kukin toivoo, etteivät muut niitä huomaisi niiden kuuluessa yksityisimpään minään. Hoitajan loukkaantuessa jostakin ammattiasiasta, merkitsee se joko kyseisen alueen kehittymättömyyttä tai siinä alkanutta kehitystä. Loukkaantuminen ei saa olla este vuorovaikutukselle, vaan tilaisuus saadun palautteen kautta tarkastella ja suunnitella toimintaa jatkossa (Isokorpi 2006, 130.)

Jokaiselle tulee eteen vaikeita työtilanteita, joissa oman avuttomuuden kokeminen on hämmentävää ja ristiriitaista hoitajalle. Tällöin on vaarana, että hoitaja alkaa vältellä haasteellisia vuorovaikutustilanteita, vaikka hänen olisi pyrittävä ottamaan haaste vastaan ja kohtaamaan vaikeaksi kokemansa asia pakenemisen sijaan. Hoitajan oman tunne-elämän ollessa vajaa, hän on kykenemätön vastaanottamaan toisen tunnetiloja. Hoitajan ollessa jatkuvasti esillä hänellä on kasvojen menettämisen ohella kroonisen epäonnistumisen pelko, joka estää menestyksellisen tehtävän hoitamisen. Virheitä peitellään helposti, koska ihmissuhdetyössä on sisäänrakennettu onnistumisen vaatimus. Isokorpi toteaa, että hoitajaa auttaa, kun hän opettelee suhtautumaan terveesti omiin virheisiinsä. Hoitajan on tärkeää kyetä esittämään anteeksipyynnöt niille, jotka ovat kärsineet hänen aiheuttamistaan virheistä tuntematta kasvojensa ja oman arvovaltansa menettämisen pelkoa (Isokorpi 2006, 133.)

Vuorovaikutuksessa erilaisuus aiheuttaa väärinymmärtämistä helpommin kuin vastavuoroista ymmärtämistä. Vuorovaikutuksessa reagoidaan saatuun viestiin ja annetaan palautetta, minkä saaminen viestin lähettäjälle voi olla rankka kokemus sosiaalisessa tilanteessa. Ihmissuhteissa ristiriidat saavat alkunsa, kun toisen tekemät rajat eivät sovi toiselle. Vuorovaikutustilanteesta muodostuu vinoutunut yhden asettaessa kartellen rajoja, toisen tavoitellessa läheisyyttä ja ymmärrystä (Isokorpi 2006, 126.) Hoitaja ei voi lopettaa yhteydenpitoa asiakkaaseen, vaikka asiakas toimii yhteisesti sovittuja tavoitteita vastaan esimerkiksi vuorovaikutusta estävästi. Sitkeys puida asioita ja selvittää niitä on vuorovaikutusosaamista (Isokorpi 2006, 123.)

## 2.5 Eettisyys hoitotyön vuorovaikutustilanteessa

Asiakkaan ja hoitohenkilökunnan välinen vuorovaikutus perustuu luottamukseen, joka poikkeaa muista inhimillisistä vuorovaikutussuhteista, sillä hoitavat henkilöt joutuvat käsittelemään ja puuttumaan ihmisten arkaluonteisiin asioihin. Henkilökunnan pitää toimia terveydenhuollon eettisten periaatteiden ja hyväksytyjen toimintatapojen mukaisesti. Ammatillista toimintaa on työhön sitoutuminen ja velvollisuus perustella toiminta (Leino-Kilpi & Välimäki 2004, 15.)

Keskeisiä arvoja niin ihmiselämässä kuin terveydenhuollossa ovat ihmisarvo ja itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus ja huolenpito. Nämä arvot määrittelevät sitä minkälainen on eettisesti hyvä terveydenhuolto: potilas saa hyvää hoitoa, häntä ja hänen läheisiään kohdellaan hyvin, hänen oikeuttaan ja koskemattomuuttaan kunnioitetaan sekä hän saa päättää omista asioistaan mahdollisimman pitkään. Potilaalla on oikeus saada asianmukaista hoitoa iästä, asuinpaikasta, äidinkielestä sekä muista sosiaalisista seikoista huolimatta (ETENE 2002: Sarvimäki 2002, 23–24.)

Etiikka tulee kreikankielisestä sanoista *ethikos*, joka tarkoittaa siveellistä luonteen tai mielen laatua, sekä sanasta *ethos*, joka tarkoittaa yhteisesti omaksuttua tapaa tai käytäntöä. Moraali on etiikan alakäsite, joka tulee latinankielisestä sanasta *mos*, joka merkitykseltään on samankaltainen. Moraalilla tarkoitetaan ihmisten käsityksiä oikeasta ja väärästä, kun taas etiikka on oppi, joka tutkii oikeaa ja väärää ja on oma tieteenalansa (Juujärvi, Myyry & Pessa 2007, 13–14.)

Etiikka on filosofian osa-alue, joka tarkoittaa käsitystä hyvästä ja pahasta, oikeasta ja väärästä. Etiikkaa ja sen tutkimusta kutsutaan myös moraaliopiksi, jonka tutkimuskohde on moraali. Moraali tarkoittaa yksilön käytännön elämän tilanteissa tekemiä valintoja. Etiikka ja moraali käsitetään usein lähes synonyymeiksi. Ne erotetaan toisistaan niin, että etiikalla tarkoitetaan kokonaisvaltaista ajattelutapaa, jonka pohjalta ihminen suhtautuu moraalisiin kysymyksiin. (Leino-Kilpi & Välimäki 2004, 30–32.) Etiikka kuvaa ja perustelee, mikä on hyvä tapa elää ja toimia maailmassa, jonka ihminen jakaa toisen kanssa (ETENE 2004, 24.)

Voimme olettaa, että terveydenhuollossa lähtökohta on etiikassa ja eettiset arvot ovat terveydenhuollon perusarvoja (ETENE 2002, 24). Sairaanhoidajan eettisten ohjeiden mukaan sairaanhoidajan tehtävänä on väestön terveyden edistäminen ja ylläpitäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä kärsimyksen lievittäminen. Työssään sairaanhoitaja pyrkii auttamaan ja tukemaan ihmistä erilaisissa elämäntilanteissa lisäten heidän voimavarojaan. Sairaanhoitaja on toiminnallaan vastuussa ensisijaisesti niille potilaille, jotka tarvitsevat hänen hoitoaan. Sairaanhoidajan tulee kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta ja antaa hänelle mahdollisuus osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Sairaanhoidajan tulee kohdella potilasta lähimmäisenä ja toimia tehtävässään tasavertaisesti, riippumatta hänen ongelmasta, kulttuurista, iästä, uskonnosta ja kielestä (Sairaanhoidajan eettiset ohjeet 2009.)

Yksilölliset arvot liittyvät arvokkuuteen ja saattavat vaihdella henkilöstä henkilöön ja olosuhteista toiseen. Esimerkiksi henkilö, jonka täytyy muuttaa hoitokotiin terveydellisistä syistä, saattaa kokea tarpeelliseksi korvata vanhoja arvoja uusilla tai edistää olemassa olevia arvoja säilyttääkseen arvokkuutensa (Stabell & Nåden 2006, 237.) Hoitohenkilökunnan on helppo kunnioittaa asiakkaan tekemiä valintoja ja päätöksiä, jos ne ovat pohjimmiltaan yhdensuuntaiset henkilökunnan näkökulman kanssa ja asiakas hyötyy niistä selkeästi. Autonomian kunnioittaminen kärsii henkilökunnan huomatessa asiakkaan päätöksistä olevan haittaa sekä hänelle itselleen että muille henkilöille, jolloin joudutaan arvioimaan asiakkaan itsenäinen päätöksentekokyky ja mahdollinen toiminta vastoin hänen tahtoaan. Kenelläkään ei ole rajoittamatonta toimintavapautta käytännössä ja useat syyt vaikuttavat yksilön mahdollisuuteen itseään koskevassa päätöksenteossa. Yksilön autonomiaan vaikuttavat sekä ulkopuoliset tekijät että monimutkaiset yksilön sisäiset tekijät. Voidakseen päättää omista asioistaan, ihmisellä pitää olla päätöksentekoon tarvittavia taitoja sekä kykyä vastata niiden seurauksista. Tällöin kyseessä on kompetenssi, joka on kykyjä, joissa henkilö kykenee toimimaan psyykkisesti, fyysisesti ja sosiaalisesti. Yksilön tietoisuus omista vaikutusmahdollisuuksista edistää kokonaisvaltaista hyvinvointia. Ihmisyys ja itsetunto säilyvät vaikeissa tilanteissa ja rajatussa elinympäristössä omien ajatusten ja mielipiteiden julkittomisen myötä. Henkilöt, jotka eivät kykene tai uskalla tuomaan esille mielipiteitään, ovat vaarassa masentua heidän

kokiessaan muiden ihmisten tekemän päätökset omasta elämästä heidän itsensä puolesta. Autonomian suhteen ihmiset ovat yksilöitä, sillä kaikki eivät halua päättää omaa hoitoa koskevista asioista, vaan antavat päätösvallan asiantuntijoille tai perheelle. Päätöstä tekevällä henkilöllä on oltava kaikki mahdollinen tieto, jota tarvitaan ennen päätöksen tekoa. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) tuo esille, että potilaan on saatava ymmärrettävästi ja mahdollisimman yksinkertaisesti itseään koskeva tieto omasta sairaudesta ja sen hoidosta. On välttämätöntä varmistaa, että ihminen ymmärtää tiedon sisällön ja kykenee käsittelemään saamaansa tietoa (Leino-Kilpi & Välimäki 2004, 10,15,126–129.)

Ammattieettisissä ohjeissa keskeisempiä arvoja ovat ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, ihmiselämän suojeleminen ja terveyden edistäminen. Niissä korostetaan, että tieteellisesti tutkittu tieto tai vankka kliininen kokemus ovat hoidon pohjana ja luottamukselliset tiedot ovat salaisia. Eettisesti on tärkeää tunnistaa omat rajansa ja huolehtia omasta hyvinvoinnista sekä kunnioittaa kollegoitaan ja muita ammattiryhmiä. Eettisten ohjeiden tarkoituksena on suojella haavoittuvassa asemassa olevaa potilasta ja antaa hoitavalle henkilökunnalle toimintaohjeita, miten toimia hoitosuhteessa. Eettiset ohjeet tukevat ammattikunnan eettisesti hyvätasoisia toimintaa, vahvistavat jäsenissä yhteenkuuluvuutta ja varmistavat työhön kuuluviksi eettiset laatuvaatimukset antamalla esimerkiksi käytännön ohjeita, kuinka toimia moraalisten ristiriitojen yhteydessä (Leino-Kilpi & Välimäki 2004,149.)

Hoitotyön päämäärä ja perustehtävä on tukea ihmisiä heidän terveyshyvänsä ylläpitämisessä ja saavuttamisessa. Terveysyhvän määrittely perustuu ihmisen omiin arvoihin, henkilökohtaiseen tietoon ja kokemuksiin. Hoitotyön ammatillisessa toiminnassa hoitotyöntekijällä on kaksi peruselementtiä; vastuu ihmisestä ja vastuu tehtävästä. Vastuu ihmisestä merkitsee, että autettava ihminen on aina ainutlaatuinen, ajatteleva, arvovalintoja tekevä yksilö, jolla on oma näkemys terveydestä. Hoitotyössä autettavan tulisi tuntee, että hänen ainutlaatuisuuttaan kunnioitetaan. Vastuu ihmisestä edellyttää tietoa etiikasta ja arvoista yleensä sekä tietoa yksittäisen ihmisen arvoista ja terveyteen liittyvistä näkemyksistä. Vastuu tehtävästä merkitsee taas, että hoitajalla on koulutuksensa ja kokemuksensa perusteella oikeus ja mahdollisuus auttaa toista

ihmistä. Toimintaa ohjaavat ammatilliset periaatteet kuten perusteltavuus ja luotettavuus sekä ammattilaisten keskinäinen arvonta (Leino- Kilpi & Välimäki 2003, 23–24.)

Ihmisen elämän loppupuolella ydinhoidon pitäisi olla suojelevaa ja ylläpitää niin hyvää elämää kuin mahdollista, jossa on tärkeää säilyttää itsenäisyys ja vapaus, yksilöllisyys ja elämäntapa, ihmissuhteet ja sosiaalinen verkosto; lämpö, turvallisuus ja tuttavallisuus, kykyjen kehittäminen ja elämän merkityksen oivaltaminen sekä henkilökohtainen kokemus ja tunne hyvästä olost. Asiakkaat viettävät paljon aikaansa toisten samassa tilanteessa olevien yksilöiden kanssa, mutta heidän fyysisissä ja tiedollisissa kyvyissään on suuria eroavaisuuksia. Näin ollen hoidossa ei ole selkeää toimintatapaa, miten toimia tilanteissa, joissa arvot ja mielenkiinnon kohteet ovat kysymyksessä ja joiden välimaastossa henkilökunnan pitäisi tulla toimeen. Nämä tilanteet saattavat myötävaikuttaa erilaisten eettisten ongelmien ilmenemiseen (Ågren Bolmsjö, Sandman & Andersson 2006, 249.) Henkilökunta kokee paineita, mikäli ratkaisut eettisiin ongelmiin eivät ole ihanteellisia, vaikka hyvää oloa yritetään kehittää asiakkaille yhdessä heidän kanssaan. Kohdatessaan ristiriitaisia arvoja on henkilökunnalla taipumusta tehdä vaistonvaraisia ratkaisuja. Kirjoittajat haluavat edistää tietoista eettistä pohdintaa. Esille nousevat eettiset ongelmat ovat usein monimutkaisia ja ne voidaan tulkita monin eri tavoin ja näin ei aina tiedetä kuinka toimia. Kommunikointi, tietoisuus, motivaatio ja pohtimiskyky ovat merkityksellisiä tekijöitä eettisessä ympäristössä vastuullisuuden ja vilpittömyyden ohella (Ågren, Bolmsjö, Sandman & Andersson. 2006, 240–250.)

Oman pelon, ahdistuksen, riittämättömyyden tunteiden ja tietämättömyyden myöntäminen ja tiedostaminen voi olla vaikeaa hoitajalle itselleen. Ne ovat inhimillisiä tunteita ja näin ollen ne kuuluvat kaikkien ihmisten tunteisiin. Hoitotyöhön ei saa vaikuttaa häiritsevästi hoitajan yksityiselämän tilanne ja se ei myöskään saa vaikuttaa huonontavasti hoitajan antamaan hoitoon. Hoitajalla on oikeus ilmaista epävarmuutensa ja puutteensa tiedoissa ja taidoissa sekä saada työyhteisöltään ja esimieheltään tarvitsemaansa tukea riittämättömyyttä tuntiessaan. Kannustava ja tukea antava työyhteisö heijastuu laadukkaana hoitotyönä ja tyytyväisinä asiakkaina ja omaisina. Näin toteutuu eettinen vaatimus hoitotyössä asiakkaiden oikeutena saada



korkeatasoista ja hyvää hoitoa. Kollegiaalisuuden ja yhteistyökyvyn kehittäminen ovat työnohjauksen tavoitteita. Työntekijöiden vahvuuksien esille tuominen ja vastaavasti heikkouksien tukeminen, itsensä kehittäminen sekä yksilöllisyyden hyväksyminen ja toisen arvostaminen työyhteisössä on tärkeää. Tasapainoinen työyhteisö ja moniammatillinen yhteistyö heijastuvat hyvänä hoitona asiakkaille (Hietala & Roth-Holttinen 1999, 66–67.)

Tietämättömyys on suurin este eettiseen ajatteluun perustuvalla hoitosuhteella. Hoitotyössä hoitaja kohtaa jatkuvasti uusia tilanteita ja asioita hoitotyön tutkimuksen ja työmenetelmien jatkuvassa muutoksessa ja kehitymisessä. Vastuullinen suhtautuminen työhön ilmenee oman tietämättömyyden tunnistamisena ja haluna selvittää uusia asioita sekä kerätä ja oppia uutta tietoa. Hoitajan tuntemaa epävarmuutta, hämmennystä ja pelkoa vähentää asiallinen tieto sairauksista ja erilaisten potilaiden kohtaamisesta. Asiakas tuntee luottamusta hoitajaa kohtaan, joka uskaltaa tunnustaa tietämättömyytensä jossakin asiassa, mutta kertoo ottavansa asiasta selvää. Asiakas kokee hämmennystä ja epäluottamusta hoitajan jättäessä asiakkaan tarvitseman tiedon huomioimatta (Hietala & Roth-Holttinen 1999, 66–67.)

Hoitoa tarvitsevia asiakkaina joudutaan laittamaan kiireellisyysjärjestykseen pohtien, kenellä on etuoikeus mennä toisen edelle. Hoitajien perustehtävä on asiakkaan auttaminen ja toimia asiakkaan puolesta puhujana. Hoitajat joutuvat toteamaan, että hoitotyön palveluiden supistamisen myötä terveystalosten palvelujen antaminen on vaikeutunut. Kaikesta huolimatta sairaaloissa ja terveydenhuoltopisteissä on vastuu kehittää toimintaa ja ohjata käytössä olevat voimavarat tasapuolisesti kaikkien käyttöön (Hietala & Roth-Holttinen 1999, 66–67.)

## 2.6 Tutkimuksia hoitajan ja potilaan välisestä vuorovaikutuksesta

Silferin ja Kilven tutkimuksessa (1993) kävi ilmi, että hoitajat määrittelevät sairaalaan tulleen uuden potilaan vuorokaudessa kuuluvaksi hyviin tai hankaliin potilaisiin. Hankala potilas kuvattiin usein vaativaksi, itsekeskeiseksi ja epäystävälliseksi persoonallisuudeksi. Hankala potilas sai aikaiseksi hoitajissa kielteiseksi koettuja

tunteita esimerkiksi ärtymystä, kiukkua ja epätoivoa. Hankalat potilaat herättivät käytöksellään hoitajissa myös vihaa, turhautumista, hämmennystä ja pahennusta. Tilanteesta riippuen hoitajat tunsivat tulleen loukatuksi ja he tunsivat syyllisyyttä, surua ja turhautumista. Heillä oli myös riittämättömyyden, epäpätevyyden, avuttomuuden, vihan ja uupumuksen tunteita tilanteissa, joissa he kokivat kyvyttömyyttä tyydyttää potilaan tarpeita tai tuntiessaan negatiivisia tunteita potilasta kohtaan. Tutkimuksen mukaan hoitajan oma mieliala, työaika, työpaikan kiireellisyys, työkokemus ja aikaisemmat kokemukset niin sanotuista haasteellisista potilaista vaikuttivat hoitajan subjektiiviseen pärjäämiseen eri tilanteissa. Haasteellisissa tilanteissa hoitajat kuvainnollisesti joko pakenevat tai taistelevat, jolloin toiminta potilasta kohtaan on vihamielistä toimintaa, potilaan välttelemistä tai huomioimatta jättämistä. Tutkimuksessa nämä tunteet koetaan psyykkisesti raskaina ja voimavaroja kuluttavina. Työpaikan ilmapiirillä on merkittävä vaikutus hoitajien vuorovaikutustaitoihin (Silfver, Lauri & Leino-Kilpi 1993, 30–33, 38.)

Kauppilan (2000) tutkimuksessa hoitajat erottelevat ensimmäiseksi potilaat sääntöjen rikkojiin, jotka tahallisesti ja tietoisesti toimivat sääntöjä vastaan; itsekkäisiin huomion vaattijoihin, jotka kieltäytyvät odottamasta vuoroaan tai vaativat hoitajien huomion osakseen koko ajan; hoidon sabotoijiin, jotka kieltäytyvät saamastaan hoidosta mutta vaativat kuitenkin lisää tutkimuksia ja hoitoja. Sabotoijiin kuuluvat myös potilaat, jotka tietoisesti mitätöivät hoitajien toimintaa ja tekevät käytöksellään hoitamisen mahdottomaksi. Vihoittelijat eli vihaiset ja suuttuneet potilaat ilmaisevat tunteensa hoitajia kohtaan sekä sanallisesti että sanattomasti. Viimeisenä ryhmänä Kauppila tuo esille aggressiiviset potilaat eli tappelijat, jotka osoittavat fyysistä, psyykkistä ja verbaalista väkivaltaa sekä hoitajia että muita potilaita kohtaan aiheuttamalla huolta hoitajille heidän omasta työturvallisuudestaan (Kauppila 2000, 44–45.)

Pitkäaikaissairaat, psyykkisesti sairaat ja kuolemansairaat potilaat koetaan muita vaikeampina potilaina. Silferin ja Kilven mukaan hoitajat kokevat haasteellisiksi erityisesti pitkäaikaissairaat, joiden kunnossa ei tapahdu muutosta parempaan päin ja potilaat, jotka palaavat toistuvasti takaisin hoitoon osastolle. Psyykkisesti sairaiden ja aggressiivisten potilaiden hoito koetaan vaikeaksi samoin kuin potilaan lähestyvä kuolema terminaalihoitoineen. Kielteisiä tunteita herättää poikkeavaksi ja häiritseväksi

arvioitu käyttäytyminen. Haasteellista on hoitaa sekavia, levottomia ja muistamattomia potilaita, koska heidän arvioidaan aiheuttavan toiminnallaan vaaratilanteita sekä itselleen että muille potilaille. Masentuneet ja itsetuhoiset potilaat koetaan vaikeiksi usein ammatillisten työkalujen puuttumisen vuoksi ja puolestaan alkoholisoituneet potilaat koetaan häiriöksi ja heihin suhtaudutaan torjuvasti (Silfver, Lauri & Leino-Kilpi 1993, 36–39.)

Ågrenin ym. tutkijoiden eettisessä tutkimuksessa eettisestä päätöksenteosta hoitotyön ympäristössä valittiin ulkopuolisen tarkkailijan ja henkilökunnan jäsenen ohella vapaaehtoisia asukkaita, joille kerrottiin tutkimuksen tarkoitus eettisten ongelmien esiintymisen tutkimisesta heidän hoitopaikassaan. Tutkimusta jäseneltäessä muodostui eettisen päätöksenteon malli, joka sopi päivittäin esiintyvien eettisten ongelmien yhteyteen. Ensinnäkin tutkimus osoittaa, kuinka hoitajat päätyvät hyvinä pidettyihin eettisiin päätöksiin kohdatessaan erityisiä eettisiä ongelmia hoitokodissa ja tiedostaessaan, millaisissa päätöksissä prosessi eli tapahtumaketju voisi olla tuloksellinen. Tarkastelluissa tilanteissa nämä osoitetut päätökset voivat olla vastakkain asettelussa juuri tämän hetkisen päätöksenteon yhteydessä. Toiseksi tutkimus valaisee, millä tavoin päätöksenteon malli olisi hyödyllinen eettisesti ongelmallisessa ympäristössä. Mallin avulla henkilökunta tottuu käsittelemään ristiriitaisia tilanteita, joissa muutoin olisi vaikea nähdä ja käsittää kaikkia keskeisiä näkökulmia ja siten päätyä parhaimpiin päätöksiin tilanteessa. Ensiksi hoidon tarkoitus on kehittää asukkaiden tilaisuutta elää toivomuksiansa mukaisesti niin hyvää elämää kuin vain mahdollista. Toiseksi on paljon eettisiä velvoitteita, jotka rajoittavat henkilökuntaa huomioimasta asukkaiden elämänlaatua laajemmin. Kehitetyn hoidon pitäisi esimerkiksi kunnioittaa itsemääräämisoikeutta ja olla oikeudenmukainen suhteessa toisiin asukkaisiin. Sen pitäisi perustua tutkittuun tietoon ja kehittää hoitoa, jota tapahtuu henkilökunnan roolissa ja vastuulla. Kolmanneksi on myös paljon rakenteellisia velvoitteita, jotka rajoittavat tätä mahdollisuutta (Ågren, Bolmsjö, Sandman & Andersson 2006, 252.)

Eettisten ja rakenteellisten velvoitteiden välisenä erona on, että jälkimmäinen voidaan muuttaa edellisen ollessa pätevä riippumatta tilanteesta. Yhteenvedona tutkimuksesta voidaan ilmaista olemisena samassa maailmassa kohtaamatta. Tämä tarkoittaa sitä,

että hoitokodin eettinen ympäristö oli saanut luonteenpiirteensä asukkaista ja henkilökunnasta sellaisina kuin he ovat samassa maailmassa todellisesti tapaamatta toisiaan. He keskustelivat keskenään mutta eivät kytäneet kohtaamaan eli he puhuivat eri asteilla toisilleen. Kommunikointi ja vastavuoroiset ongelmat näyttivät olevan olemassa asukkaiden, henkilökunnan ja asukkaiden sekä henkilökunnan välillä. Asukkaat ilmaisivat sanallisesti ja sanattomasti toivomuksia ja tarpeita, joita ei kohdattu. Henkilökunta kuunteli ja vastasi asukkaiden sanallisiin ilmaisuihin, mutta he eivät olleet kykeneviä tunnistamaan niin sanotusti rivien välissä olevia sanattomia viestejä (Ågren, Bolmsjö, Sandman & Andersson 2006, 252–253.)

Kauppilan (2000) tutkimuksessa haasteellista käyttäytymistä ymmärrettiin parhaiten silloin, kun se johtui suoraan potilaan sairaudesta tai olemalla sen oire. Psykkisesti sairaiden ja alkoholisoituneiden henkilöiden käyttäytyminen sai ymmärrystä, kun syy oli tiedossa ja potilaan käytös ennakoitavissa (Kauppila 2000, 43.) Pelokkaat ja ahdistuneet potilaat viestittävät hoitajille epäluottamusta heidän ammattitaitoaan kohtaan aiheuttaen ärtymystä henkilökunnan keskuudessa. Aggressiivisesti käyttäytyvät potilaat aiheuttavat vakavia vaaratilanteita hoitotyössä verbaalisesti ja fyysisesti. Potilaan sosiaalisilla taustatekijöillä on myös merkitystä, kuinka haasteelliseksi hänet koetaan. Iäkkäämpi potilas koetaan usein hankalammaksi kuin lapsi tai nuori, nainen miestä vaikeammaksi, ja erilainen kulttuuritausta tuo tutkimuksen mukaan ongelmia hoitotilanteisiin. Kulttuuritaustoiltaan erilaiset potilaat leimataan herkästi itsepäisiksi ja heidän odotetaan sopeutuvan valtaväestön normeihin. Koulutettuihin ylemmän sosiaaliluokan potilaisiin suhtaudutaan paremmin kuin kouluttamattomiin alemman sosiaaliluokan potilaisiin. Yksinäisten koetaan hakeutuvan sairaalaan vähäpätöisistä syistä ja leskeksi jääneitä ja eronneita kuvaillaan muita hankalampina potilaina. Tutkimuksessa ilmenee, että omaiset vaikeuttavat hoitajien työtä jatkuvilla kysymyksillä potilaan tilasta, esittämällä kohtuuttomia pyyntöjä ja puuttumalla liikaa hoidon kulkuun (Silfver, Lauri & Leino-Kilpi 1993, 36–39.)

Kauppila (2000) toteaa tutkimuksessaan, että hoitajan omilla taustatekijöillä ja tilannetekijöillä esimerkiksi hoitajan oma vaikea elämäntilanne vaikuttaa merkittävästi hoitajan kielteisten tunteiden kokemiseen, jotka johtuvat hoitajasta itsestään. Tällöin

potilas voidaan kokea hankalana ja kielteisiä tunteita aiheuttavana ilman suoranaista syytä. Myös iällä, koulutuksella ja työkokemuksella on merkitystä hoitajien tarkastellessa asenteitaan haasteellisia potilaita ja heidän aiheuttamia kielteisiä tunteita kohtaan. Hoitajat, joilla on lyhyt työkokemus, kuvaavat haasteellisia potilaita kriittisemmin kuin pitkään työskennelleet hoitajat. Toisaalta vastavalmistuneet hoitajat ja sijaiset eivät uskalla tuoda julki haasteellisten potilaiden nostattamia kielteisiä tunteita ja heillä ei ole aina mahdollisuuksia käsitellä työyhteisössä kuormittavia tilanteita. Haasteellisissa vuorovaikutustilanteissa potilaan kanssa pitkän työkokemuksen omaavilla hoitajilla on suhtautuminen ymmärtäväisempää ja analyttisempää. Erilaisia kielteisiä tunteita nostattavat myös potilaan omaiset ja vieraat, joita Kauppilan mukaan pelätään heidän käyttäytymisensä perusteella. Potilaan haasteellisten omaisten ja vieraiden käytös peilautuu usein siihen, miten itse potilas koetaan (Kauppila 2000, 46–48.)

### 3 PITKÄAIKISHOIDON OSASTON KUVAUS

#### 3.1 Pitkäaikaishoito

Pitkäaikaishoito on asiakkaan tarpeista lähtevää kokonaisvaltaista hoitoa ja huolenpitoa, johon kuuluu lääketieteellinen hoito sekä moniammatillinen kuntoutus. Onnistuessaan pitkäaikaishoito ylläpitää toimintakykyä ja elämänlaatua. Hoitoa voidaan toteuttaa samassa paikassa kuolemaan saakka.

Tavallisia pitkäaikaishoitoon siirtymiseen vaikuttavia tekijöitä ovat dementian vaikeus ja päivittäisen toimintakyvyn heikkeneminen, virtsankarkailu sekä potilaan korkea ikä. Tärkeimpänä dementiapotilaan pysyvään laitoshoitoon joutumisen riskitekijänä pidetään käytösoireiden ilmaantumista. Psykoottiset oireet ja poikkeava käyttäytyminen esimerkiksi vaeltelu, aggressiivisuus ja häiritsevyys koettelevat hoitavien henkilöiden, omaisten ja naapureiden sietokykyä. Terveyskeskussairaaloiden pitkäaikaishoidettavat ovat raskashoitoisempia kuin vanhainkotien asukkaat. (Juva, Valvanne & Voutilainen 2002, 506–507.)

#### 3.2 Osastolla hoidettavat potilaat

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Laurea-ammattikorkeakoulun ja Espoon sairaalan vuodeosaston 4D kanssa. Osastolla on 42–44 potilaspaikkaa ja asiakkaat ovat pääasiassa pitkäaikaispotilaita iältään 44–98-vuotiaita. Huoneet ovat 2–4 hengen huoneita, sosiaalisia tiloja osastolla on kaksi isoa päiväsalia ja tilava aula. Osaston toimintaa ohjaa Espoon sairaalan yhteiset arvot, joiden mukaan hoitotyötä tehdään yhteistyössä asiakkaan parhaaksi kehittämällä toimintaa koulutuksen ja erilaisten hankkeiden kautta. Hoidon lähtökohtana on ihmisarvon kunnioittaminen ja asiakkaan itsemääräämisoikeus. Hoito perustuu yksilölliseen hoito- ja palvelusuunnitelmaan ja asiakkaan omatoimisuuden ylläpitämiseen ja tukemiseen. Koko sairaalan yhteisten arvojen lisäksi pitkäaikaisosaston toimintaa ohjaa yksilövästuisen hoitotyön filosofia (Espoo 2008.)

### 3.3 Osaston arvot ja toimintaperiaatteet

Ihmisen kunnioittaminen työyksikössä ilmenee, että jokaista asiakasta kunnioitetaan ja kuullaan yksilöllisesti ja asiakaslähtöisesti. Toiminnan perustana ovat tasa-arvo, itsemääräämisoikeus ja oikeudenmukaisuus. Arvona turvallisuus ja hyvinvointi tuovat esiin toiminnassa luottamuksen ja vastuullisuuden. Asiakkaiden ja henkilökunnan hyvinvointi ja tukeminen ovat tärkeitä toiminnassa. Hyvään oloon kuuluvat jaksaminen, oman elämän hallinta ja yhteisöllisyys. Ammatillisuuteen kuuluvat osaaminen, palveluhalu ja sitoutuminen, jotka ovat laadukkaan hoidon ja palvelun lähtökohtia. Päivittäistä työtä ohjaavat suunnitelmallisuus, itsearvostus ja kollegiaalisuus. Henkilökunta kehittää aktiivisesti itseään ja työpisteensä toimintaa. Koulutuksen tarkoituksena on kehittää ammattitaitoa ja hyödyntää tietoa laadukkaan hoidon ja palvelun turvaamiseksi. Avoimuus ja yhteistyö ovat toiminnan lähtökohtia. Työyksikössä ennakoitaan toimintaa muuttuvan yhteiskunnan asettamiin vaatimuksiin, tekemällä oikeita asioita oikein. Päätöksenteko perustuu tietoon. Saatua palautetta hyödynnetään toiminnan kehittämisessä, jota arvioidaan säännöllisesti. Tavoitteena on asiakkaiden hyvä elämä ja asiakastyytyväisyys. Toiminta näkyy Espoon sosiaali- ja terveystaloudessa (Espoo 2008.)

Osasto tarjoaa laadukasta, ympärivuorokautista hoitoa ja hoivaa espoolaiselle aikuisväestölle, jotka eivät pysty terveydentilansa huononemisen tai toimintakykynsä alenemisen vuoksi asumaan omassa kodissaan. Hoito on ammattitaitoista, inhimillistä ja toimintakykyä ylläpitävää pitkäaikaishoitoa ja huolenpitoa, jonka tarkoituksena on tukea ikääntyneen asiakkaan omia voimavaroja elämänkaaren loppuun asti. Asukkaat tulevat osastolle keskitetyn jononhoidon kautta ja kaupungin ohella useat yksityiset hoivayritykset ja yhteisöt tuottavat vanhustaloudessa (Espoo 2008.)

Espoon pitkäaikaishoidon toimintaperiaatteet pohjautuvat Espoon kaupungin vanhuspoliittiseen arvopohjaan. Asukas- ja asiakaslähtöisyydessä palvelujen lähtökohtana ovat ikääntyneen omat voimavarat ja asiakaspalvelu, lisäksi asiakas läheisineen on tasavertainen osallistuja palvelujen suunnittelussa ja toteuttamisessa. Suvaitsevaisuudessa ja tasa-arvossa toteutuvat jokaisen asiakkaan tasavertainen ja oikeudenmukainen kohtelu sekä itsemääräämisoikeus. Luovuudessa ja

innovatiivisuudessa kehitetään toimintaan jatkuvasti uudenlaisia asiakkaan elämänlaatua parantavia ratkaisuja. Kumppanuuden ja yhteisöllisyyden osalta Espoon pitkäaikaishoidon periaatteena on avoimuus monenlaiselle yhteistyölle, arvostaen vanhuutta yhteisön voimavarana ja perustaen toimintansa luottamukseen. Tuloksellisuus ja vaikuttavuus ilmenevät palvelujen ja muun toiminnan järjestämisenä taloudellisesti ja tehokkaasti luoden edellytyksiä kaikille espoolaisille turvalliseen vanhuuteen. Kestävässä kehityksessä tuetaan yhteisöllisyyttä ja eri-ikäisten ihmisten välistä kontaktia. Tällä tavoin palvelujen kehittäminen perustuu pitkäjänteisiin ratkaisuihin (Espoo 2008.)

#### 4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoitus on kehittää hoitotyötä pitkäaikaishoitilaiden vuodeosastolla ja herättää keskustelua vuorovaikutustilanteista. Opinnäytetyö käsittelee aihetta, joka on tullut usein esiin hoitotyössä joko välillisesti tai välittömästi.

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa huoneentaulu pitkäaikaishoitilaiden hoitotyöhön vuorovaikutustilanteisiin, jotka sairaanhoitaja kokee ongelmallisiksi pitkäaikaishoidon osastolla yhdessä kollegansa lähi- ja perushoitajan ohella. Opinnäytetyö saavuttaa optimaalisen tavoitteensa, mikäli yksittäinen hoitaja rohkaistuu yksilötasolla puhumaan omista kokemuksistaan työyhteisössä sekä etsimään yhdessä kollegoittensa kanssa ratkaisuja työstää vuorovaikutustilanteet ammatillisesti.

Huoneentaulun tarkoitus on pohjustaa työyhteisössä haasteelliseksi koettua kohtaavaa vuorovaikutustilannetta. Huoneentaulussa esiin nostettujen käsitteiden tavoitteena on avata keskustelua ongelmien ratkaisemiseksi. Huoneentaulun ulkoasun tavoitteena on olla selkeä, mikä palvelee ohjeen sisältöä, houkuttelee lukemaan ja herättää mielenkiintoa työyhteisössä (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 34,53.)

Haluamme herättää hoitajat kohtaavaan vuorovaikutukseen tutkimalla ja syventymällä aiheeseen voidaksemme tuottaa toiminnallisena opinnäytetyönä työyksikköön huoneentaulun, kuinka kohdata ja toimia vuorovaikutustilanteissa pitkäaikaishoidon osastolla.



## 5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

### 5.1 Huoneentaulun suunnittelu

Työyksiköstä puuttuivat omat suuntaa antavat ohjeet, kuinka toimia vuorovaikutustilanteissa pitkäaikaishoidon osastolla. Työyksikössä oli aikaisemmin käytetty koulutuksista saatua materiaalia, jotka olivat monissa eri koulutuskansioissa. Huoneentaulun tuottamisen lähtökohtana ovat käytännön hoitotyön ongelmat kohtaavassa vuorovaikutuksessa. Ryhdyimme kehittämään huoneentaulua kohtaavan vuorovaikutuksen pohjalta ja nostimme esiin käsitteitä, jotka koimme tärkeiksi vuorovaikutustilanteissa. Huoneentaulun toteutuksessa olivat mukana kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Espoon Otaniemen Laurea-ammattikorkeakoulusta, opinnäytetyötä ohjaavat opettajat sekä Espoon sairaalan henkilökuntaa osastolta 4D ja 3E. Tiedon keruuseen käytettiin tieteellisiä julkaisuja ja alan kirjallisuutta.

Huoneentaulun on tarkoitus sijaita hoitohenkilökunnan tiloissa ja olla käytettävissä tarpeen mukaan pohjustamaan erilaisia vuorovaikutustilanteita pitkäaikaisten potilaiden hoitotyössä. Opinnäytetyö esitellään henkilökunnalle osastolla osastotunnin puitteissa.

### 5.2 Huoneentaulun toteutus

Prosessi toteutettiin moniammatillisena yhteistyönä Laurea- ammattikorkeakoulun ja Espoon sairaalan kanssa. Prosessin tuloksena valmistui huoneentaulu, jossa kuvataan kuinka toimia vuorovaikutustilanteissa pitkäaikaishoidon osastolla. Prosessikokouksissa arvioitiin prosessin edistymistä, opinnäytetyöhön liittyviä muutoksia, aikataulussa pysymistä sekä huoneentaulun toteutuksen suunnittelua.

Toukokuussa 2008 sovimme, että työ toteutettaisiin toiminnallisena opinnäytetyönä 2007 aloitetun laadullisen opinnäytetyön sijaan. Pohdimme minkälaiselle osastolle opinnäytetyö toteutettaisiin ja missä muodossa, huoneentauluna vai ohjelehtisenä. Tapaamisessa sovimme opinnäytetyön tavoitteen, jonka tarkoituksena on tuoda esiin

ohjeita kohtaavasta vuorovaikutuksesta huoneentaulun muodossa perustuen tutkittuun tietoon.

Päädyimme toteuttamaan työmme Espoon sairaalan pitkäaikaishoidon osastolle 4D. Tapaamisen aikana suunnitelimme työn toteuttamistapaa prosessina ja luvan hankintaa osastonhoitajalta.

Syksyn ensimmäisessä tapaamisessa sovimme keskittymisestä ensisijaisesti huoneentaulun toteutukseen. Tapaamisessa keskustelimme huoneentaulun koosta, sisällöstä ja toteuttamisaikataulusta sekä opinnäytetyön ohjeiden virallisista muutoksista. Syksyn kolmessa seuraavassa tapaamisessa kävimme läpi Espoon sairaalan osasto 4D:n potilasopasta pohtien sen sisältöä ja kävimme läpi Espoon sosiaali- ja terveystoimen yhteisiä arvoja. (Liite 1–2.) Näiden perusteella suunnitelimme huoneentaulun toteutusta ja tiedonhakua eteenpäin. Samalla jatkoimme opinnäytetyön tavoitteiden ja omien oppimistavoitteiden kirjaamista sekä kävimme läpi tähän mennessä tuottamaamme tekstiä tehden korjauksia sen suhteen. Jaoimme keskenämme tiedonhakua ja syksyn viimeisillä tapaamiskerroilla sovimme, että ennen joulua alustava huoneentaulun suunnitelma olisi valmis.

Joulukuun aikana toimitimme alustavan suunnitelman huoneentaulusta osaston henkilökunnalle arvioitavaksi ja siten meille kehitettäväksi jatkomuutoksia varten. Kävimme keskenämme läpi koko työn korjaten huolimattomuusvirheitä ja ensisijaisesti suunnitellen huoneentaulun tekstiä ja ulkoasua. Huoneentaulun luonnos 1 osoittautui liian tiivistekstiseksi ja sitä oli edelleen muokattava ytimekkäämmäksi. Sovimme tekemämme luonnos 2 2.1.2009 mennessä sekä käyvämmä läpi koko työmme uudelleen korjaten ja tiivistäen tekstiä ja sisällysluettelo. Yhteydenotto viestinnän opettajaan oli esillä ajankohtaisena tapaamisena lähiaikoina.

Tammikuussa 2009 teimme paljon muutoksia ja korjauksia opinnäytetyömme ulkomuotoon sekä kielelliseen ilmaisuun. Lähetimme työn viestinnän opettajalle luettavaksi ja arvioitavaksi.

Helmikuussa hahmotelimme huoneentaulun luonnos 3, jonka perään välittömästi

valmistui luonnos 4, joka päättyi henkilökunnan arvioitavaksi kyselylomakkeen kera. (Liite 3.)

Maaliskuussa saimme kahdelta eri terveystieteiden vuodeosastolta arviot luonnos 4 huoneentaulusta. Kyselylomakkeella tiedustelimme sairaanhoitajilta ja lähi- ja perushoitajilta; mitä mieltä olet huoneentaulusta, miten sitä voi käyttää, missä tilanteessa sitä voi käyttää ja mitä kehittämisen kohteita näet huoneentaulussa. Huoneentaulun luonnos 4 ja siihen liittyvä kyselylomake ei ollut työssämme avainasemassa, koska tarkoituksenamme ei ollut mitata ja vertailla saatuja tuloksia ja vastaajien taustatekijöitä. Kyselylomakkeen tarkoituksena oli yksinkertaisesti antaa tukea meille huoneentaulun ulkomuodon ja siinä esille nostettujen käsitteiden viimeistelyyn luonnos 5 huoneentaulun ulkomuodossa. Lähetimme opinnäytetyömme arvioitavaksi toisen kerran viestinnän opettajalle tehtyämme siihen lisää korjauksia. Saimme opinnäytetyöstämme arviot myös kahdelta ulkopuoliselta lukijalta. Toteutimme lisää pieniä viimeistelykorjauksia opinnäytetyöhömmä huomioimalla saatuja korjausehdotuksia sekä viimeistelimme huoneentaulun prosessin arviointi- ja pohdinta osiot. Viimeisten korjauksien ja viimeistelyn jälkeen syntyi huoneentaulusta vielä luonnos 6. (Liite 4.)

### 5.3 Huoneentaulun prosessin arviointi

Halusimme nostaa työssämme esille kohtaavan vuorovaikutuksen ja sen, miten hoitaja omalla toiminnallaan voi käsitellä vaikeaksi koettuja tilanteita.

Moni vaihe opinnäytetyössämme avautui meille vähitellen sen mukaan, kun työ eteni ja sai uusia ulottuvuuksia sisältönsä. Puolen vuoden mittainen tauko opinnäytetyön materiaalin kokoamisen ja työstämisen välillä antoi toisaalta etäisyyttä arvioida, kuinka aihetta olisi parasta lähestyä ja tuoda esille. Jälkeenpäin olemme huomanneet, että prosessin eri vaiheita olisi kannattanut miettiä ja suunnitella rungoksi paljon enemmän etukäteen, ja erityisesti aikatauluissa pysymistä. Ajankäytössä ei ollut ongelmia, sillä teimme opinnäytteen oman työn ohella. Kiire tuli lähes joka kerta, kun jokin sovittu päivämäärä läheni. Olemme todenneet, että monia asioita tekisi nyt toisin, jos opinnäytetyön aloittaisi uudelleen nykyisillä tietotaidoilla. Tavoitteiden olisi pitänyt olla

selkeämmät ja varmemmat heti työn aloitusvaiheessa. Aikaa kului turhaan pohtiessa kenen, hoitajan vai asiakkaan ja omaisen, näkökulmasta alkaisimme tarkastella vuorovaikutustilanteita terveyskeskuksen pitkäaikaishoidon vuodeosastolla. Aluksi lähestyimme aihetta molempien kohderyhmien näkökulmasta, lopuksi päätyen aivan alkuperäiseen ideaan, joka innosti meitä syventymään aiheeseen jo keväällä 2007 ja tarkastelemaan sitä sairaanhoitajan näkökulmasta. Koemme, että toiminnallisena oppinäytetyönä työn toteuttamisesta oli meille etua, sillä emme olleet sidoksissa tiettyihin aikatauluihin esimerkiksi lupahankintojen vuoksi.

Alussa syvennyimme kirjoitettuun tekstiin tahoillamme löytääksemme ne kolme sanaa, jotka halusimme tuoda esiin huoneentaulussa ja jotka nousevat esiin myös Espoon kaupungin arvoista. Ensin koimme tehtävän vaikeaksi, mutta lukiessamme tekstiä löysimme sanat, jotka tulivat esille Espoon arvoissa.

Huoneentaulu suunniteltiin A4-kokoiseksi ja värykseltään niukaksi, mutta kiinnostusta herättäväksi. Huoneentaulun tekstin piti olla selkeää ja helposti luettavaa sekä antaa hoitajalle yksinkertaiset ohjeet toimia ongelmatilanteissa. Teknisen tietotaidon puute tietotekniikan ja -koneen käytössä vaikeuttivat huoneentaulun ulkomuodon toteuttamista omaperäisempänä. Joulukuussa 2008 pitkäaikaishoidon osaston hoitohenkilökunnalta saamissamme vastauksissa saimme pääosin myönteistä palautetta huoneentaulun luonnoksesta 1. Palautteissa noin viisi vastaajaa olisi halunnut näkyville huoneentauluun enemmän tärkeitä koettuja ohjeita kuin valitsemamme kolme ohjetta. Maaliskuussa 2009 saimme palautteita kahdelta eri työyksiköltä huoneentaulun luonnoksesta 4. Työyksiköistä saaduista yhteensä kahdestakymmenestä palautteesta, huoneentaulu luonnos 4, nousi esille muun muassa, että hoitohenkilökunta koki huoneentaulun yhdenmukaistavan käytäntöjä ja vahvistavan vuorovaikutustilanteita kaikenikäisten hoitajien keskuudessa.

Vastaajien mukaan huoneentaulu herättää ajatuksia ja linjaa hoidon samansuuntaiseksi, selventää ja muistuttaa hoitohenkilökuntaa kohtaamisen merkityksen tärkeydestä vuorovaikutustilanteissa. Huoneentaulun koettiin toimivan punaisena lankana osoittamaan tiettyihin arvoihin pohjautuvan toteutetun hoitotyön. Huoneentaulun käyttötarkoitus nähtiin esitteenä hoitopaikan luonteesta, keskustelun

alustuksena, uusien työntekijöiden perehdyttämisessä, ja motivoitaessa hoitohenkilökuntaa kohtaamaan asiakkaita ja heidän omaisiaan. Huoneentaulusta selviää esimerkiksi sijaiselle osaston toiminnan arvot, joita voidaan käyttää myös kehittäessä ja vahvistettaessa käytäntöjä luottamuksellisen ja turvallisen hoitosuhteen luomisessa; keskusteluissa asiakkaan ja omaisten kanssa, hoitajien kehityskeskusteluissa sekä pohdittaessa haasteellisen asiakkaan hoitotilanteita. Huoneentaulusta arvoineen voi löytyä välineitä toimia vuorovaikutuksessa asiakkaan kanssa. Hoitaja voi myös laajentaa, avata ja kehittää omaa ajatteluaan sekä toimintaansa miettiessä huoneentaulun arvoja. Huoneentaulun kehittämisen kohteina nähtiin ulkomuodon ohella esille tuotujen asioiden tiivistäminen luettavuuden helpottamiseksi. Osassa vastauksia todettiin, että ytimekkäästi ilmaistuna huoneentaulun sanoma menee paremmin perille.

Käytimme opinnäytetyömme huoneentaulun lopullisessa toteutuksessa tukena kyselylomakkeesta saamiamme vastauksia kahdelta eri vuodeosastolta. Emme kuitenkaan käyttäneet määrällisen tutkimusmenetelmän keinoja saatuja vastauksia arvioidessamme eli emme mitanneet, verranneet ja tilastoineet vastauksia ja emme tehneet selvitystä itse vastaajista ja heidän taustoistaan opinnäytetyössämme. Kyselylomake oli yksinkertainen ja selkeä huoneentaulun luonnoksen rinnalla. Halusimme saada faktatietoa ja laadimme neljä avointa kysymystä laadullisen tutkimusmenetelmän tyyliin antamaan meille suorat vastaukset työhömmme. Vastauksia mitä? miten? missä? kysymyksiin saimme kahdeltakymmeneltä vastaajalta. Ne olivat suuntaa antavia palautteita huoneentaulun toimivuudesta käytännössä ja antoivat korjausehdotuksia huoneentaulun lopullisen ulkomuodon toteuttamiseksi. Lähtökohtanamme kyselylomakkeen laadintaan oli ainoastaan saada selvitys siitä, miten kohderyhmä eli hoitajat näkevät ja ajattelevat huoneentaulusta ideana vuorovaikutustilanteiden käsittelyjen pohjustajana ja tukijana. Valmiissa produktiossamme eli tuotoksessamme halusimme herättää hoitajat huoneentaulun muodossa käsittelemään yksin tai ryhmässä ammatillisesti vaikeaksi koettuja vuorovaikutustilanteita. Huoneentaulu muotoutui hoitajia puhuttelevaan muotoonsa omasta opinnäytetyöstämme, hoitajan eettisistä ohjeista ja pohjautumalla heijastaen Espoon kaupungin arvoihin (Vilkkä & Airaksinen 2003, 56–64.)

Hoitajia lähestyimme suoraan viemällä huoneentaulun versiosta luonnoksen arvioitavaksi kyselylomakkeen kera satunnaisesti paikalla oleville sairaanhoitajille ja lähi- ja perushoitajille kahdelle eri vuodeosastolle, joista yksi oli kuntoutusosasto ja toinen oli pitkäaikaishoidon osasto. Jälkeenpäin totesimme, että kyselylomakkeemme olisi pitänyt ohjeistaa tarkemmin; miksi ja mihin tarkoitukseen teimme kyselyn ja millaiseen opinnäytetyöhön. Jakaessamme kyselylomakkeet, kerroimme kyselylomakkeen tarkoituksesta suullisesti, että se tukisi meidän toiminnallisen opinnäytetyömme toteutusprosessia huoneentaulun suunnittelussa.

Pyrimme kirjoittamaan opinnäytetyömme tekstin helppolukuisena ja kuvailevana, jotta lukija kykenisi samaistumaan tekstin sisältöön paremmin ja tarkastelisi omassa itsessään sen herättämiä tunteita. Mielestämme saimme tuotua esille opinnäytetyössämme syitä ja tilanteita, jotka aiheuttivat paineita, hämmennystä ja jopa yhteistyökyvyttömyyttä sairaalamaailmassa hoitohenkilökunnan ja asiakkaiden ja heidän omaistensa välisissä vuorovaikutustilanteissa. Mielestämme saavutimme opinnäytetyön tavoitteen syventymällä aiheeseen opinnäytetyössämme ja tuottamalla hoitajien käyttöön huoneentaulun.

Monien työvaiheiden jälkeen koemme, että olemme saavuttaneet omat tavoitteemme ja tuoneet esille aran aiheen. Toivomme, että opinnäytetyöstämme olisi työyhteisössä hyötyä kehitettäessä ja pohdittaessa toimintatapoja ja apua pohjustettaessa ongelmatilanteiden ratkaisuja. Huoneentaulussa toimme esille kolme sanaa omasta opinnäytetyöstämme, jotka pohjautuvat Espoon kaupungin käsitteisiin: kuuntele, arvosta, ole läsnä.

## 6 POHDINTA

Vuorovaikutus on laaja käsite, ja rajattuna sairaalamaailmaan se herättää erilaisia mielikuvia. Halusimme opinnäytetyössämme tuoda esille hoitajan ja asiakkaan välistä vuorovaikutusta. Työmme edetessä rajasimme käsittelemään vuorovaikutusta pitkäaikaishoidon osastolla. Kohtaavan vuorovaikutuksen näkökulma nousee esille työssämme. Koimme, että aihe on tarpeellinen tuoda esille, sillä vuorovaikutuksen luontevaan ja luottamukselliseen muodostumiseen vaikuttavat hoitajan ja itse asiakkaan lisäksi monet ulkoiset tekijät ympäristön ohella.

Työstämme nousee esille, että hoitajan on hyvä pysähtyä miettimään kohdatessaan asiakkaan ja tämän omaisen ensimmäistä kertaa, että heille ensivaikutelma luo mielikuvia, millaista hoitoa ja huolenpitoa asiakkaalle on tarjolla. Alati vaihtuvissa tilanteissa ja kiireessä voi hoitaja unohtaa kohtaamisen merkityksen yksittäiselle asiakkaalle merkittävänä tapahtumana ja hoitajan antamana käyntikorttina ympäristöstä, johon hän on olosuhteiden pakosta joutunut asiakkaaksi. Hoitajan omat henkilökohtaiset asenteet voivat osaltaan vaikuttaa vuorovaikutuksen onnistumiseen ratkaisevasti. Hoitajalla voi olla ennakkoluuloinen käsitys esimerkiksi dementiaa sairastavasta tai alkoholitaukosta asiakkaasta ja omaisista vaatimuksiin, joihin hänen on vaikea vastata. Asiakas kokee usein sairaalassa olonsa oikeuksiensa kaventumisena ja itsenäisyytensä menettämisenä. Hoitaja puolestaan saattaa kokea oman ammattitaitonsa joutuvan tarkastelun kohteeksi ja sen myötä tuntee työssään epäonnistumista henkilökohtaisesti.

Toiminnallisen opinnäytetyömme tavoite on tuottaa huoneentaulu, joka voi ohjata toimintaa ja avata keskustelua työyhteisössä, sekä herättää hoitaja miettimään arvojaan ja hakemaan tukea omalle toiminnalleen. Toisinaan hoitaja voi tuntee riittämättömyyttä toteuttaessaan hoitotyötä huoneentaulun arvojen pohjalta ajan ollessa rajallista. Hoitaja ei voi antaa aikaa tasapuolisesti asiakkaille ja heidän omaisilleen niin paljon kuin olisi tarvetta. Tämän vuoksi monet hoitajat saattavat kokea huoneentaulun ahdistavana, mikä voi lisätä heidän avuttomuuttaan kohdata asiakkaita omaisineen vuorovaikutustilanteissa.

Vuorovaikutusosaaminen on tärkeää ihmistenvälisessä kanssakäymisessä. Opinnäytetyömme selvittää, että erityisesti hoitajille eettisten arvojen ohella vuorovaikutustaidot ovat välttämätön työväline kohdatessa asiakkaita ja heidän omaisiaan. Imogene King tuo teoriassaan esille, että hoitotyö on ihmisten välinen tapahtumaketju, joka pohjautuu toimintaan, reaktioon ja vuorovaikutukseen, mikä sisältää ajatusten, mielipiteiden, tiedon ja taidon välittämistä yksilöiden kesken. Kingin mukaan yksilön sopeutumiseen omaan elämäänsä ja terveyteensä vaikuttaa hänen vuorovaikuttamisensa ympäristönsä kanssa (Marriner-Tomey 1994, 297–301.) Tutkimuksen mukaan vuorovaikutus on keskeistä hoitajan ammattitaidon ohella asiakkaan kohtaamisessa. Hoitaja voi myötävaikuttaa omalla persoonallisuudellaan ja kehollisuudellaan siihen, miten asiakas ilmaisee itseään ja tuo mieltään painavia asioita esille, sopeutuu ja kokee terveysrajoitteensa sen hetkessä elämän tilanteessa sairaalaympäristössä (Heikkinen & Laine 1997, 154.) Lisäksi asiakkaan yksilöllisyyden kunnioittaminen ja itsenäisyyden tukeminen päätösten teossa kykyjensä mukaan, ja asiakkaan läheisten huomioiminen ovat tulleet esille työstämme oleellisina tekijöinä vuorovaikutustilanteissa.

Asiakas mieltää saamansa palvelun laadun henkilökohtaisen kokemuksensa perusteella, miten kokee tulleensa kohdatuksi vuorovaikutustilanteessa. Kohtaamistilanteissa hän määrittää itseään ja omaa arvoaan, joten vuorovaikutuksella on merkitystä asiakkaan identiteetin säilymisessä, luomisessa ja tukemisessa. Asiakas haluaa tulla arvostetuksi, kuulluksi, nähdyksi ja kohdatuksi omana ainutlaatuisena itsenään, sekä hän toivoo hoitajalta pysähtymistä ja paneutumista juuri hänen asioihinsa kohtaamishetkellä (Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä, Ihalainen 2002, 81–82.)

Mielestämme molemmissa työyhteisöissä, joihin kohdistimme kyselylomakkeemme huoneentaulun viimeisimmistä versioistamme luonnoksen, nousi esiin sairaanhoitajan eettisiä ohjeita vastauksissa. Tulkitsimme saaduista palautteista, että sairaanhoitajan eettiset ohjeet ja Espoon kaupungin arvot ovat usein läsnä hoitajien toteuttaessa hoitotyötä. Huoneentaulumme koeluonnos kyselyineen sai vastaajat pohtimaan kirjallisesti esille tuotuja arvoja, jotka koettiin yleisesti tärkeiksi hoitotyön toteuttamisessa ja asiakkaan kohtaamisessa sekä työyhteisön kehittämisessä.



Mielestämme onnistuimme tuomaan esille tuottamassamme huoneentaulussa kolme tärkeää arvoa sanoina. Kuuntele, arvosta ja ole läsnä käsitteillä on hoitotyössä keskeinen asema ja merkitys, joita ilman ei hoitaja kykene toimimaan työssään vuorovaikutustilanteessa ihmisläheisesti ja menestyksekkäästi asiakkaan ja omaisen sekä oman työyhteisönsä keskuudessa.

Mielestämme opinnäytetyömme aihe on ajankohtainen ja kiinnostusta herättävä, vaikka vuorovaikutustilanteita on tutkittu paljon ja niistä on kirjoitettu niin tieteellisesti tutkittua tietoa kuin erilaisia artikkeleita hoitoalan julkaisuissa. Lähestyimme aihetta käytännössä esiintyvien ongelmien innoittamina. Uskomme, että opinnäytetyötämme voidaan käyttää erityisesti keskustelujen alustuksissa ja muistuttamassa hoitajaa, ketä varten hän ammattiaan harjoittaa. Tavoitteemme opinnäytetyössämme toteutuu hyvin, jos esiin nostamamme näkökulma vuorovaikutustilanteista tavoittaa hoitohenkilökunnan, herättää keskustelua, tukee työyhteisöä ja yksittäistä hoitajaa vuorovaikutustilanteissa sekä antaa huoneentaulun muodossa erilaisen lähestymistavan käsitellä aihetta ja työyhteisössä esiintyviä ongelmia.

Opinnäytetyömme jatkoksi voisi tutkia, miksi vuorovaikutuksessa kohtaaminen on usein vaikeaa ja mitkä tekijät tai asiat vaikuttavat vuorovaikutukseen joko myönteisesti tai kielteisesti. Lisääkö tieto tuskaa, koska nykyihminen on valvutuneempi ja tietää enemmän asioista osaten vaatia palveluja? Sairaalamailma herättää usein pelkoa, epävarmuutta ja ennakkoluuloisuutta asiakkaissa ja heidän omaisissaan alan ammattilaisia kohtaan kyseenalaistaen esimerkiksi hoitajan ammattitaidon ja pätevyyden. Kuinka ennakkoluulot vaikuttavat vuorovaikutuksen muodostumiseen sairaalamailmassa?

## LÄHTEET

Ahonen, H. 1992. Vuorovaikutus auttamisen välineenä. Tampere: Kirjayhtymä.

Eriksson, J., Ellilä, H. & Välimäki, M. 2001. Näkökulmia hoitotyöhön. Hoitotiede 1999-2000. Pro Nursing ry:n vuosikirja. Turku: Pika.

Espoon sosiaali- ja terveystoimi. 2005. Potilaan opas: Puolarmetsän sairaala osasto 4D.Espoo. 2008. Palvelut vanhuksille. <http://www.espoo.fi/default.asp?path=1;28;11884;8532>. Luettu 19.11.2008.

Espoo. 2008. Espoon vanhuspoliittinen ohjelma ja palvelurakenteen kehittäminen (pdf 543.7 kB). <http://www.espoo.fi/default.asp?path=1;28;11884;8532>. Luettu 19.11.2008.

Espoo. 2008. Vanhuksille - Espoon kaupunki. <http://www.espoo.fi/default.asp.?path=1;28;11884;8532>. Luettu 30.9.2008.

ETENE. 2002. Eettisyyttä terveydenhuoltoon. ETENE- julkaisuja 5. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki: Edita Prima Oy.

Gerlander M. 2003. Jännitteet lääkärin ja potilaan välisessä viestintäsuhteessa. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Halme, N. Paavilainen, E. & Åstedt- Kurki, P. 1/2007. Tutkiva hoitotyö- Hoitotieteellinen aikakauslehti, Suomen sairaanhoitajaliitto. Aikuisen perheenjäsenen kohtaaminen. Forssa: ScanWeb Oy.

Hastrup, A. 2006. Hoitajien ja vanhempien välinen vuorovaikutus. <http://www.kansalliskirjasto.fi/kirjastoala/tilke/kirjastot/yokirjastot.html>. Luettu 11.05.2008.

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

- Hietala, M. & Roth- Holttinen, O. 1999. Hoitajan eettinen kasvaminen hoitotyössä. Infektiot ja hoitotyö. Tampere:Tammi.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita. 6.–7. painos. Helsinki: Tammi.
- Isokorpi, T. 2006. Napit vastakkain – ristiriidat, rajat ja ratkaisut. Juva: WS Bookwell Oy.
- Juujärvi, S., Myyry, L. & Pessa, K. 2007. Eettinen herkkyys ammatillisessa toiminnassa. Helsinki:Tammi.
- Kauppila, P. 2000. Hoitajien kuvauksia hankalista potilaista ja kielteisistä tunteista. Pro gradu-tutkielma. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos.
- Kettunen, R., Kähäri-Wiik, K., Vuori-Kemilä, A. & Ihalainen, J. 2002. Kuntoutumisen mahdollisuudet. Helsinki: WSOY.
- Krause, K., Kiikkala, I. 1997.1.- 2. painos. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Tampere: Tammer- paino Oy.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., ym. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. WSOY: Oppimateriaalit Oy.
- Laureanopinäytetyöohjeisto.2005  
<http://www.laurea.fi/net/fi/OppaatOhjeetEsitteet/OpinnaytetyoohjeistoLaurea.pdf>.  
Luettu 15.6.2006.
- Leino- Kilpi, H. & Välimäki, M. 2004. Etiikka hoitotyössä. Juva: WS Bookwell Oy.
- Marriner- Tomey, A. 1994. Hoitotyön teoreetikot ja heidän työnsä. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.

Metteri, A. 2003. Syntykö luottamusta? Sairastaminen, kansalainen ja palvelujärjestelmä. Helsinki: Edita Prima.

Norbergh, K-G., Helin, Y., Dahl, A., Hellzén, O. & Asplund, A. 2006/ number3/ Volume 13. Everyday ethics in the care of elderly people. Nursing ethics an international journal for health care professionals. Great Britain: Hodder Arnold.

Pöllänen, H. 2006. Vuorovaikutus hoitotyössä – Hoitajan kommunikaatiomenetelmät ja sisältö. Hoitotieteen laitos: Kuopion yliopisto.

Rimpilä, P.1995. Potilaan- ja hoitotyöntekijän vuorovaikutus. Hoitotieteen laitos: Tampereen yliopisto.

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet <http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sh> eettiset ohjeet. Luettu 2.4.2009.

Silfver, P., Lauri, S. & Leino-Kilpi, H.1993. Hankala potilas – kuka hän on? Empiirinen tutkimus hoitohenkilökunnan käsityksistä. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja A:2.

Simula, P. 2000. Miten käsitellä vihaa ja ilkeyttä. Jyväskylä: Gummerus.

Stabell, A. & Nåden, D. 2006/ number 3/ Volume13. Patients´ dignity in a rehabilitation ward: Ethical challenges for nursing staff. Nursing ethics an international journal for health care professionals. Great Britain: Hodder Arnold.

Torkkola, S., Heikkinen, H & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Helsinki: Tammi.

Juva, K., Valvanne, J. & Voutilainen, P. 2002. Dementiapotilaan laitoshoido. 2002. Muistihäiriöt ja dementia. Duodecim: Helsinki.

Vilen, M., Leppämäki, P. & Ekström, L. 2002. Vuorovaikutuksen tukeminen sosiaali- ja terveysalalla. Juva: WS Bookwell Oy.

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

Ågren Bolmsjö, I. & Sandman, L. & andersson, E. 2006/ number 3/ Volume 13. Everyday ethics in the care of elderly people. Nursing ethics an international journal for health care professionals. Great Britain: Hodder Arnold.

## Liite 1

### ESPOO – ARVOT

#### Asukas- ja asiakaslähtöisyys

Asukas- ja asiakaslähtöisyydellä tarkoitamme asiakkaan tarpeiden ja tavoitteiden arvostamista kaikessa toiminnassa. Asukas- ja asiakaslähtöisyys koskee niin asukkaille annettavia palveluja kuin organisaation sisäisiä palveluja. Se merkitsee myös asukkaiden ja asiakkaiden antamien tietojen tai heiltä saadun palautteen huomioon ottamista palvelujen ja muun toiminnan kehittämisessä.

#### Suvaitsevaisuus ja tasa-arvo

Suvaitsevaisuudella ja tasa-arvolla tarkoitamme toisen ajatusten arvostamista, eri mielipiteiden yhtäläistä kuuntelua, ihmisten tasa-arvoa ja oikeudenmukaista kohtelua sekä erilaisuuden ymmärtämistä niin yksilö kuin ryhmätasolla. Suvaitsevaisuus tarkoittaa myös erilaisten kulttuureiden ymmärtämistä ja rinnakkaiseloa.

#### Luovuus ja innovatiivisuus

Luovuudella ja innovatiivisuudella tarkoitamme uusien asioiden ja ideoiden tuottamista ja käyttöönottoa, jatkuvaa monipuolista kokeilu-, tutkimus- ja kehitystoimintaa sekä nopeaa omaksumista ja oppimista.

#### Kumppanuus ja yhteisöllisyys

Kumppanuudella ja yhteisöllisyydellä tarkoitamme kaikkia osapuolia hyödyttävää avointa yhteistyötä ja verkostomaista työtapaa sekä monipuolisia liittoutuma- ja kumppanuussuhteita. Se tarkoittaa myös asiakkaiden mukanaoloa ja osallistumista palvelun suunnitteluun ja toteutukseen tasaveroisena osallistujana.

## Liite 2

### Tuloksellisuus ja vaikuttavuus

Tuloksellisuudella ja vaikuttavuudella tarkoitamme toiminnan tuottavuutta, taloudellisuutta ja vaikuttavuutta. Tuloksellisella toiminnalla saavutetaan haluttuja vaikutuksia. Tuloksellisuus tarkoittaa onnistumista asetettujen tavoitteiden saavuttamisessa eri tasoilla. Palvelut ja muu toiminta on tehokkaasti ja taloudellisesti järjestetty.

### Kestävä kehitys

Kestävällä kehityksellä tarkoitamme, että kehitämme kaupunkia noudattaen kaikissa ratkaisuissa kestävän kehityksen periaatteita. Edistämme toiminnallamme ekologista, taloudellista ja sosiaalista kestävyyttä. Osana sosiaalista kestävyyttä on historiallisen ja kulttuurisen perinnön vaaliminen sekä kristillisen perinnön ja monikulttuurisuuden kunnioittaminen.

## Liite 3

## KYSELYLOMAKE HENKILÖKUNNALLE HUONEENTAULUSTA

1. Mitä mieltä olet huoneentaulusta?

2. Miten sitä voi käyttää?

3. Missä tilanteessa sitä voi käyttää?

4. Mitä kehittämisen kohteita näet huoneentaulussa?

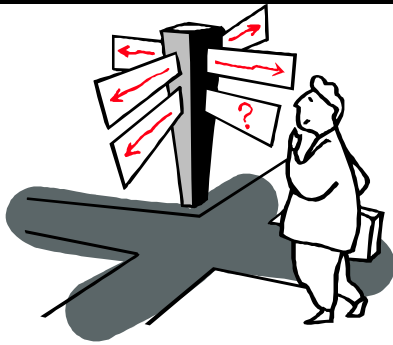
KIITOS VASTAUKSESTASI!



## Liite 4

## HOITAJAN TOIMINTA VUOROVAIKUTUSTILANTEESSA PITKÄAIKAISHOIDON OSASTOLLA

Ilman vuorovaikutustaitoja ihmisten on vaikeaa vaikuttaa toisiinsa tuloksellisella ja myönteisellä tavalla. Hoitajan asiakasta kohtaan tuntema kunnioitus ilmenee tasa-arvona, suvaitsevaisuutena ja asiakkaan omaa näkemystä tukevana toimintana hoitosuhteessa. Asiakkaan ja hoitajan välisessä kohtaamisessa tiedonvälitys luo turvallisuutta ja luottamusta sekä tukee asiakkaan hoitoon asetettuja tavoitteita.



### KUUNTELE

*asiakasta aidosti ajan kanssa, mitä asiakkaalla on sanottavanaan hoitajalle.*

### ARVOSTA

*asiakkaan elämänhistoriaa ja voimavaroja antamalla hänelle aikaa toteuttaa itseään päivittäisissä toiminnoissaan.*

### OLE LÄSNÄ

antamalla asiakkaalle mahdollisuus keskinäiseen vuorovaikutukseen. Rohkaise asiakasta keskustelemaan omista kokemuksistaan sairautensa kanssa ja suhtautumisestaan nykyiseen terveydentilaansa. Asioiden avoin selvittely mahdollistaa asiakkaan omien arvojen, rajojen ja mahdollisuuksien selkiytymistä esimerkiksi läheisissä ihmissuhteissa ja perhepiirissä.

