



ASiantuntijan Vallankäyttö

Perioperatiivisen sairaanhoitajan tietoisuus vaikutuksestaan potilaaseen

Sanna Jarva

Maria Koivisto

Opinnäytetyö
Huhtikuu 2015
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihto-
ehto

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

JARVA, SANNA & KOIVISTO, MARIA:

Asiantuntijan vallankäyttö

Perioperatiivisen sairaanhoitajan tietoisuus vaikutuksestaan potilaaseen

Opinnäytetyö 74 sivua, joista liitteitä 3 sivua

Huhtikuu 2015

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata erään perioperatiivisen yksikön sairaanhoitajien kokemuksia vallankäytöstä hoitotyössä sekä heidän tietoisuuttaan vallankäytön vaikutuksesta potilaaseen hoitotyössä. Tavoitteena oli, että sairaanhoitajat pohtivat vallankäyttöä hoitotyössä ja saavat ymmärrystä oman ammatillisen toiminnan ja eettisen päätöksenteon analysoimiseen sekä näkökulmia vuorovaikutustaitojen ja päätöksenteon kehittämiseen hoitotyössä. Tehtävänä oli kartoittaa sairaanhoitajien kokemuksia vallankäytöstä, eettisestä ajattelusta ja päätöksentekoprosessista perioperatiivisessa hoitotyössä.

Opinnäytetyössä käytettiin laadullista tutkimusmenetelmää. Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin teemahaastatteluja, jotka tehtiin perioperatiivisen yksikön neljälle sairaanhoitajalle syksyllä 2014. Haastattelut nauhoitettiin ja kirjoitettiin auki. Sisällönanalyysi tehtiin teorialähtöisesti käyttäen viitekehyksen käsitteitä analyysin runkona.

Opinnäytetyön tulosten mukaan tutkitun yksikön sairaanhoitajat olivat varsin tietoisia toimintansa vaikutuksista potilaaseen. Sairaanhoitajat tiedostivat vallankäytön osa-alueita ja säätelivät toimintaansa potilaslähtöisesti. Sairaanhoitajien kuvauksista nousivat esiin vuorovaikutuksen eri keinojen käyttö tavoitteellisesti ja potilaslähtöisesti. Sairaanhoitajat toivat esiin runsaasti eettistä ajattelua ja potilaan yksilöllistä huomioimista. Eettisyyden määrittely rajoittui osin ikään, sukupuoleen, uskontoon ja rotuun kuuluvaksi tasa-arvoiseksi potilaan kohteluksi. Potilaiden erilaiset tarpeet ja yksilölliset tilanteet tunnustettiin tärkeiksi päätöksenteon osa-alueiksi, vaikka niitä ei aina nimettykään juuri eettiseksi toiminnaksi. Potilaslähtöisen vuorovaikutussuhteen tärkeimmiksi lähtökohdiksi sairaanhoitajat kuvailivat muun muassa läsnäoloa, turvallisuuden tunteen luomista, yksilöllisen kohtaamisen ja ohjauksen merkitystä sekä kokemuksesta ja potilaspalautteesta oppimista.

Jatkotutkimuksissa kvantitatiivista tutkimusmenetelmää käyttämällä olisi mahdollista tutkia sairaanhoitajien näkemyksiä vallankäytön ja vuorovaikutuksen vaikutuksista potilaisiin yksikkökohtaisesti sekä kartoittaa, kuinka merkittävänä sairaanhoitajat pitävät vallankäytön osa-alueita ja niiden ammatillista hallintaa potilaslähtöisessä vuorovaikutussuhteessa. Havainnoinnin käyttö yhtenä aineistonkeruumenetelmänä toisi mahdollisesti uutta näkökulmaa laadullisella tutkimuksella saatuun tietoon. Potilaiden ja omaisten kokemusten tutkiminen tuottaisi tietoa asiantuntijoiden vallankäytöstä ja erityisesti sen vaikutuksista potilaaseen heidän näkökulmastaan. Myös sairaanhoitajaopiskelijoiden ajatuksia ja ennako-odotuksia sekä koulutuksen riittävyttä vallankäytön tiedostamiseen tulisi kartoittaa tutkimuksen avulla.

Asiasanat: perioperatiivinen, hoitotyö, vallankäyttö, vuorovaikutus, eettisyys

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care

JARVA, SANNA & KOIVISTO, MARIA:

Expert's Use of Authority

Perioperative Nurses' Awareness of the Influence of Their Actions towards Their Patients

Bachelor's thesis 74 pages, appendices 3 pages

April 2015

The purpose of this study was to examine perioperative nurses' experiences in using their authority towards their patients and their awareness of the influence of their actions. The aim was to increase awareness, as well as provide knowledge for the nurses in analyzing their actions, ethical thinking and decision making process and improving communication skills.

Qualitative research method was applied in this study. The data were conducted through semi-structured interviews. The interviews were made to four nurses in one perioperative unit. The analysis was made using deductive research method.

Perioperative nurses described widely their experiences concerning the use of authority and interaction with patients. Nurses were fairly well aware of their effects to the patients and regulated their actions in order to gain patient-oriented relationships. Nurses used different verbal and non-verbal communication methods to provide individual care to patients and to understand patient's individual needs. Ethical thinking was described and nurses strongly felt that patients have the right to be heard and treated equally. Care and companion, providing individual guidance and information as well as creating and maintaining a safe and pleasant experience for the patient were described as the most important factors while patients are treated in perioperative units.

Key words: perioperative, nursing, ethics, use of authority, interaction

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	7
3	VALLANKÄYTTÖ PERIOPERATIIVISESSA HOITOTYÖSSÄ.....	8
3.1	Potilaslähtöinen vuorovaikutussuhde	8
3.2	Vallankäyttö hoitotyössä.....	10
3.3	Perioperatiivisen hoitotyön erityispiirteet.....	13
3.4	Vuorovaikutuksen erityispiirteet perioperatiivisessa hoitotyössä.....	15
3.4.1	Dialogisuus vuorovaikutuksen osana.....	17
3.4.2	Eettinen ajattelu hoitotyössä	20
3.4.3	Päätöksenteko hoitotyössä	22
3.4.4	Yksilöllisyyden huomioiminen hoitotyössä.....	24
4	TUTKIMUSMENETELMÄ	26
4.1	Laadullinen tutkimus	26
4.2	Teemahaastattelut aineistonkeruumenetelmänä	27
4.3	Sisällönanalyysi ja tulosten muodostaminen	29
5	TULOKSET	31
5.1	Perioperatiivinen toimintaympäristö ja työyhteisö.....	31
5.1.1	Perioperatiivisten sairaanhoitajien kuvaamat roolit.....	33
5.1.2	Potilaspalautteen käsittely sairaanhoitajien kuvaamana	35
5.2	Vuorovaikutus hoitotyössä sairaanhoitajien kuvaamana.....	36
5.2.1	Sairaanhoitajien käyttämät vuorovaikutuksen keinot	36
5.2.2	Sairaanhoitajien kuvailemat tarvittavat vuorovaikutustaidot.....	40
5.2.3	Sairaanhoitajien kokemuksia vuorovaikutuksensa kehittymisestä.....	42
5.2.4	Sairaanhoitajien kuvaamia vuorovaikutuksen haasteita.....	42
5.3	Eettinen ajattelu hoitotyössä sairaanhoitajien kuvaamana.....	44
5.4	Päätöksenteko hoitotyössä sairaanhoitajien kuvaamana.....	48
5.5	Yksilöllisyyden huomioiminen sairaanhoitajien kuvaamana	50
5.6	Vallankäyttö sairaanhoitajien kuvaamana	52
6	POHDINTA.....	54
6.1	Opinnäytetyön eettisyys.....	54
6.2	Opinnäytetyön luotettavuus	56
6.3	Tulosten tarkastelu	60
6.4	Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset	65
6.5	Lopuksi	67
	LÄHTEET.....	69
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Sairaanhoitajan tehtävänä on toimia potilaan edunvalvojana vuorovaikutuksessa hänen kanssaan, järjestää hänelle mahdollisuuksia osallistua hoitoaan koskevaan päätöksentekoon ja tukea hänen itsemääräämisoikeuttaan (Sairaanhoitajaliitto 1996). Hoitotyössä tapahtuvassa vuorovaikutuksessa avainasemassa on potilaiden yksilöllinen kohtaaminen, jota onkin tutkittu erilaisissa hoitotyön ympäristöissä. Yksilöllinen hoito on merkittävä osa potilaslähtöistä hoitotyötä ja sillä on vaikutusta niin hoidon laatuun kuin tuloksiinkin (Leino-Kilpi, Gustafsson, Tsangari, & Papastavrou 2013, 80–81, 89–90).

Sairaanhoitajan tulee huomioida perioperatiivisessa hoitotyössä hoitotyön eettiset perusteet ja hoitotyön ohjeet. Intraoperatiivisten laatuvaatimusten perustana on muun muassa potilaan oikeus yksilölliseen, turvalliseen ja kunnioittavaan hoitoon (AORN 2014). Perioperatiivisten sairaanhoitajien ammatillista osaamista kehitetäänkin jatkuvasti näiden laatuvaatimusten pohjalta. (Tengvall 2010, 1.)

Laki potilaan oikeuksista määrittelee potilaan oikeuden hyvään sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992). Terveystieteiden tutkimuskeskuksen yhdeksi tavoitteeksi on määritelty terveydenhuollon palvelujen asiakaskeskeisyyden vahvistaminen (Terveystieteiden tutkimuskeskuslaki 2010). Myös Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin (PSHP) strategiasta nousevat teemat, kuten asiakaslähtöisyys, kertovat aiheen ajankohtaisuudesta ja merkityksestä toiminnan kehittämisessä (PSHP 2011, 6).

Erään perioperatiivisen yksikön sisällä nousikin ajatus yksikön toiminnan kehittämisestä edellä mainittuun strategiaan liittyen. Yksikössä koettiin potilaan kohtaaminen, vuorovaikutus ja niihin liittyvä vallankäyttö merkittäviksi asioiksi. Niiden tiedostamista ja huomioimista haluttiin kehittää hoitotyön potilaslähtöisyyden lisäämiseksi.

Tässä opinnäytetyössä käsitellään vuorovaikutuksen erityispiirteitä ja osa-alueita perioperatiivisessa hoitotyössä. Opinnäytetyön aineisto kerättiin neljässä teemahaastattelussa, joissa perioperatiiviset sairaanhoitajat kertoivat kokemuksiaan ja näkemyksiään vallankäytöstä. Opinnäytetyö rajattiin koskemaan valittuja vuorovaikutuksen osa-alueita: päätöksentekoa, dialogisuutta, yksilöllisyyden huomioimista sekä vuorovaikutuksen eettistä näkökulmaa.

Opinnäytetyön tekijöillä oli vahva oma kiinnostus aiheeseen, koska heidän taustansa ja aiemmat työelämän kokemuksensa ovat linkittyneet vuorovaikutuksellisiin tehtäviin ja toimintoihin. Tekijöillä oli halu syventää myös omaa tietoisuuttaan vallankäytöstä, koska vuorovaikutussuhteet ja siten vallankäytön mahdollisuus ovat merkittävä osa elämää ja kaikkia ihmisten välisiä kohtaamisia.

Edellä mainitut asiat korostuvat hoitotyössä sairaanhoitajien kohdatessa potilaita erilaisissa toimintaympäristöissä. Perioperatiivisessa hoitotyössä vuorovaikutuksen onnistuminen ja luottamuksen herättäminen potilaassa ovat avainasemassa epävarmuutta ja pelkoa aiheuttavissa tilanteissa ja lyhyen kohtaamisen tuomissa haasteissa. Oheisin Ingalill Hallbergin (1985) sanoin hoitotyöntekijöillä tulee olla uskallusta ja kykyä altistaa myös itsensä (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 13). Vain siten on mahdollista saavuttaa todellinen läsnäolo näissä lyhyissä, mutta potilaalle sitäkin merkityksellisemmissä kohtaamisissa perioperatiivisessa hoitotyössä.

*Meistä tulee väistämättä haavoittuvia kohdatessamme toisen ihmisen,
sillä haavoittuvuutta ei voi torjua, kytkeä pois päältä
tai ottaa vakuutusta sen varalta. Se on osa kaikkea ihmissuhdetyötä,
ja jokaisen täytyy myöntää se itsessään, jotta todella
uskaltaa olla läsnä suhteessa tuntevana ihmisenä.*

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata erään sairaalan perioperatiivisen yksikön sairaanhoitajien kokemuksia vallankäytöstä hoitotyössä sekä heidän tietoisuuttaan vallankäytön vaikutuksesta potilaaseen.

Opinnäytetyön tehtävät:

1. Miten sairaanhoitajat kuvaavat kokemuksiaan vallankäytöstä leikkausosastolla?
2. Miten sairaanhoitajat kuvaavat vallankäytön vaikutuksia potilaaseen?
3. Miten sairaanhoitajat kuvaavat eettistä ajatteluaan hoitotyössä?
4. Miten sairaanhoitajat käsittelevät erilaisia potilastilanteita työyhteisössä?

Opinnäytetyön tavoitteena on, että sairaanhoitajat pohtivat omaa vallankäyttöään hoitotyössä sekä saavat keinoja ja ymmärrystä oman ammatillisen toiminnan ja eettisen päätöksenteon analysoimisen tueksi. Opinnäytetyö avaa sairaanhoitajille näkökulmia vuorovaikutustaitojen ja päätöksenteon kehittämiseen hoitotyössä ja siten luottamuksellisen, potilaslähtöisen hoitosuhteen luomiseen.

Tämän opinnäytetyön tulokset nostavat esiin mahdollisia vallankäytön tai eettisen ajattelun kehityskohteita, joiden pohjalta hoitotyön esimiehet voivat suunnitella sairaanhoitajien perehdytyksen ja sisäisen koulutuksen aiheita. Hoitotyön opiskelijoille opinnäytetyö avaa näkökulmia vallankäytöstä ja auttaa sen tiedostamista hoitotyössä. Tämä edistää sairaanhoitaja-opiskelijoiden ammatillista kasvua.

Opinnäytetyön tekijöille tämän opinnäytetyön tekeminen syventää heidän vuorovaikutuksellista osaamistaan ja tukee vallankäytön ammattimaista hallintaa hoitotyössä. Lisäksi opinnäytetyö edistää tekijöiden hoitotieteellisen tutkimuksen ymmärtämistä luoden pohjan jatko-opintojen toteuttamiselle tulevaisuudessa.

3 VALLANKÄYTTÖ PERIOPERATIIVISESSA HOITOTYÖSSÄ

3.1 Potilaslähtöinen vuorovaikutussuhde

Potilaslähtöinen vuorovaikutussuhde on tärkeä osa eettistä hoitotyötä. Se sisältyy myös PSHP:n strategiaan ja palvelulupaukseen. Sairaala on toimintaympäristönä ollut perinteisesti hierarkkinen asiantuntijaorganisaatio, jossa työtehtävät on tarkasti eritelty eri ammattiryhmille. Tasa-arvoinen yhteistyö ammattiryhmien kesken ja erityisesti potilaslähtöisyyden nostaminen keskeiselle sijalle on uudistuvan toimintakulttuurin tavoitteena. (Eriksson-Piela 2003, 9.) Kuviossa 1 on esitetty tähän opinnäytetyöhön rajatut potilaslähtöisen vuorovaikutussuhteen osa-alueet. Valitut osa-alueet nousivat esiin hoitotyön kirjallisuudesta, hoitotieteellisestä tutkimuksesta ja eettisistä ohjeista (Benner 1993; Sairaanhoidtajaliitto 1996; Haho 2006; Vilén, Leppämäki & Ekström 2008; Mäkisalo-Ropponen 2009; Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009; Kettunen 2010; Leino-Kilpi & Välimäki 2012; Suhonen ym. 2013; Tengvall 2010; Lukkari, Kinnunen & Korte 2013). Näiden osa-alueiden ammattimaiseen hallintaan perustuvalla asiantuntijan vallankäytöllä syntyy käyttämämme lähdekirjallisuuden mukaan turvallinen ja luottamuksellinen vuorovaikutussuhde sairaanhoitajan ja potilaan välille.



KUVIO 1. Vallankäytön osa-alueet potilaslähtöisen vuorovaikutussuhteen luomisessa.

Vuorovaikutus potilaiden kanssa on olennainen osa sairaanhoitajan työtä. Tutkimusten mukaan sairaanhoitajat arvioivat usein omat vuorovaikutustaitonsa hyväksi. Pohdinnan arvoisen näkökulman aiheeseen antavat kuitenkin lukuisat sosiaali- ja terveysalan valvontavirastolle, Valviralle, saapuvat potilasvalitukset, jotka useimmiten koskevat juuri hoitosuhteessa koettua puutteellista tai epäasiallista kohtelua. Vuorovaikutustaitojen oppiminen tulee nähdä elinikäisenä oppimisena myös sairaanhoitajan työssä, sillä epäonnistuneiden ja onnistuneiden kohtaamisten myötä on mahdollista kehittää omia vuorovaikutustaitoja läpi koko työuran. (Mäkisalo-Ropponen 2009, 167–168.) Osaavan, ammatillisen vuorovaikutuksen perustana on eri-ikäisten ja erilaisten ihmisten kohtaaminen, tunteiden ja ajatusten jakaminen heidän kanssaan, samoin kuin läsnä oleminen ja heidän kanssaan yhdessä tekeminen. (Vilén ym. 2008, 18–19.)

Parhaimmillaan sairaanhoitaja huomioi potilaan kokonaisvaltaisesti, elämäntietoisuutensa kanssa, eikä vain potilaan sairauksien kautta. Kokonaisvaltainen kohtaaminen voi onnistuessaan edesauttaa potilaan voimaantumista ja herättää esimerkiksi toivon tunteita. (Mäkisalo-Ropponen 2009, 170–171, 173.) Tämän lisäksi tulee sairaanhoitajan antaa tietoa potilaalle ja tukea potilasta myös henkisesti. Hoitotyössä tulee potilas ymmärtää, ei vain ajattelevana, tietoa käsittelevänä, vaan myös tuntevana ihmisenä. Hoitohenkilöstön kyky ja halu kulkea potilaan rinnalla vaikeassakin elämäntilanteessa on yksi hoitotyön peruselementeistä. (Kettunen 2010.) Sairaanhoitajalta vaaditaan uskallusta kohdata potilas ja olla läsnä lohdutusta tarjoten (Benner 1993, 54). Hoitohenkilöstön ammattitaitoon ja kokonaisvaltaiseen hoitoon kuuluu myös kyky vastata yksilöllisesti niin potilaan psyykkisiin, uskonnollisiin kuin eksistentiaalsiinkin kysymyksiin (Kettunen 2010).

Hoitotyöhön sopii hyvin dialoginen kohtaaminen ja elämäntietoisuus. Martin Buber (1995) kuvailee läsnäolon merkitystä ihmisten välisessä kohtaamisessa ja yhteyden luomisessa. Yhteyden luominen on toisaalta aktiivista valitsemista, toisaalta passiivista, tilanteeseen antautumista omalla olemuksellaan. Toisen kohtaaminen liittyy kaikkeen oleelliseen elämässä ja perustuu onnistuessaan läsnäolon syntyyn. (Buber 1995, 33–35.)

Läsnäolo ei ole jotain häipyvää ja ohimenevää, vaan jotakin meitä kohtaavaa, odotettavaa ja kestävä. Esine ei ole kesto, vaan hiljaiselo, pysähtyneisyyttä, keskeytyneisyyttä ja jähmettyneisyyttä, erillistyneisyyttä, yhteydettömyyttä, nykyhetkettömyyttä. Olennainen eletään läsnäolossa, esineellinen menneisyydessä.

Potilaslähtöisestä vuorovaikutussuhteesta voidaan puhua, kun potilaalle annetaan mahdollisuus osallistua päätöksentekoon ja ottaa vastuuta hoidostaan. Sairaanhoidajalla ja potilaalla oleva tieto ja taito ovat avainasemassa tämän tavoitteen saavuttamisessa. Päätöksiä ja hoitoa tulee suunnitella potilaan lähtökohdista ja tarpeista käsin. Hoitotilanteissa tulee myös huomioida potilaan ikä ja kyky olla vastuussa päätöksistään. (Vilén ym. 2008, 26–27.) Tutkimuksissa on sekä potilaiden että sairaanhoidajien mielestä ollut puutteita riittävän tiedonsaannin suhteen (Leinonen 2007, 7). Potilaat tarvitsevat tietoa sairautensa ja sen hoidon vaikutuksista heidän arkipäiväisiin toimintoihinsa sekä yleisesti elämäänsä liittyen (Eloranta, Katajisto & Leino-Kilpi 2014, 71).

3.2 Vallankäyttö hoitotyössä

Valtaa on lähes mahdotonta määritellä kovin yksiselitteisesti. Usein valta mielletään vaikuttamiseksi tai ihmisen mahdollisuudeksi ja kyvyksi vaikuttaa johonkin asiaan. Eräs vallan määritelmistä on tietoinen vaikutusvalta, jolloin vallankäyttäjällä on tietoisuus omista mahdollisuuksistaan vaikuttaa toiseen ihmiseen. Vallankäyttö mielletään usein negatiivisesti, vaikka siihen liittyy paljon myönteisiä piirteitä. Olennaista onkin kyky tunnistaa tapa, jolla valtaa käytetään. Henkistä vallankäyttöä on fyysistä vallankäyttöä vaikeampi havaita ja arvioida. Pahimmillaan vääränlainen vallankäyttö voi hoitotyössä johtaa laitostumiseen ja jopa kaltoinkohteluun. (Mäkisalo-Ropponen 2009, 170, 174–175.)

Vaikka hoitotyötä ei juurikaan mielletä vallankäytön alueeksi, tulee sen olemassaolo ja mahdollisuus tunnistaa. Hoitotyössä useimmiten toinen on avun tarpeessa oleva ja toinen auttaja. Myös hoitotyön organisaatio tuo korostetusti esiin sairaanhoidajan asiantuntijuuden ja auktoriteettiaseman. Yksittäinen sairaanhoidaja voi kuitenkin omalla asenteellaan vaikuttaa siihen, miten hän valtaa käyttää. Hänellä ei esimerkiksi ole oikeutta määritellä potilaan hyvää elämää tai sitä, millaisia omaa elämäänsä koskevia valintoja potilaan tulisi tehdä. (Mäkisalo-Ropponen 2009, 170–171, 173.)

Hoitotyössä kunnioitetaan potilaan omaa terveyttään koskevaa päätöksentekoa ja toimintaa unohtamatta kuitenkaan vastuuta, joka sairaanhoidajalla on koulutuksensa ja ammatinsa puolesta. Sairaanhoidajan tulee tukea potilaan itsemääräämisoikeutta ja potilaalle on aina annettava mahdollisuus osallistua omaan hoitoonsa sen hetkisten mahdollisuuksien

ja kykyjen mukaan. Toisinaan potilas uskoo omien asioidensa hoidon sairaanhoitajan vastuulle ja käyttää myös niissä tilanteissa itsemääräämisoikeuttaan. (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 82.) Hoitotyössä päätöksenteon ja vallankäytön kautta sairaanhoitaja pystyy vaikuttamaan kokonaisvaltaisesti sekä potilaan että hänen omaistensa elämään (Haho 2006, 133; Mäkisalo-Ropponen 2009, 170).

Sairaanhoitajan tulisi tiedoillaan ja taidoillaan edistää potilaan terveyttä ja antaa riittävästi tietoa potilaan hoitoa koskien. Aina näin ei kuitenkaan ole. Tieto ja taito voivat toimia vallankäytön välineinä, jolloin sairaanhoitaja käyttää omaa asiantuntijarooliaan suhteessa potilaaseen. Oma ammatillinen näkemys estää näkemästä potilaan yksilöllisiä tarpeita. Potilaan hoitoon liittyviä asioita voidaan salata tai totuutta muuttaa halutun lopputuloksen saamiseksi. Sairaanhoitaja voi esimerkiksi vähätellä leikkauksen jälkeistä kipua tai esittää tietämätöntä, koska tiedon kertominen on jonkun muun velvollisuus. Leikkauksen yhteydessä potilaalla on aina oikeus saada kaikki oleelliset tiedot toimenpiteensä osalta. Potilaan mahdollisen liiallisen huolestumisen takia saatetaan osa tiedoista jättää kertomatta. Tällöin päätös potilaan hyvästä on sairaanhoitajan tekemä, eikä potilaan itsensä. (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 108, 110.)

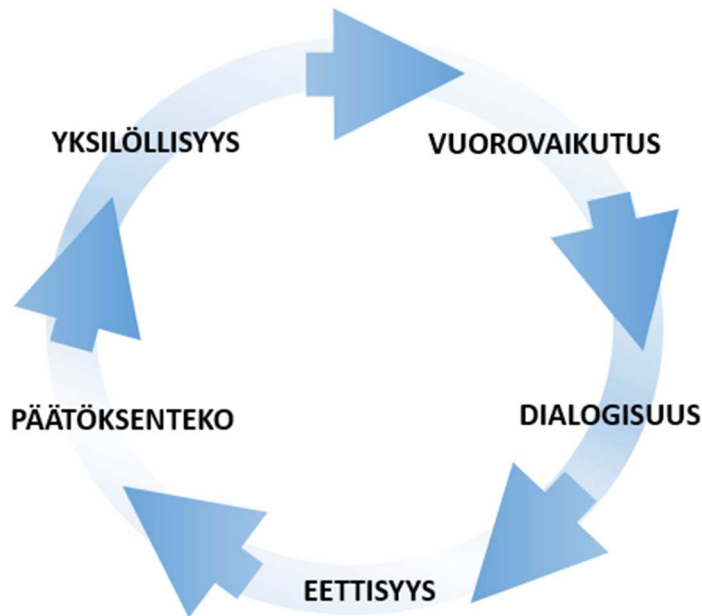
Hyvää vallankäyttöä on vastaavasti totuuden kertominen niin että potilas ymmärtää saadun tiedon (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 108). Valta ja vastuu liittyvät voimakkaasti toisiinsa. Vastuun kautta sairaanhoitaja ymmärtää, että luottamus, potilaan arvostus ja kunnioittaminen, oikeanlainen läheisyyden säätely sekä auttaminen ja opastaminen ovat hyvää vallankäyttöä. Sisäistämällä sairaanhoitajan eettiset ohjeet, hän pystyy hyödyntämään omaa vallankäyttöään potilaan parhaaksi. (Mäkisalo-Ropponen 2009, 169–170.)

Ammattikunnan luomien eettisten ohjeiden avulla pyritään tukemaan sairaanhoitajia eettisessä päätöksenteossa sekä kuvaamaan sitä, mikä työssä on tavoiteltavaa ja hyveellistä potilaan tarpeet huomioiden (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 108, 110, 114). Ohjeiden mukaan sairaanhoitaja palvelee yksilöitä, perheitä ja yhteisöjä erilaisissa elämäntilanteissa. Potilaita hoitaessaan sairaanhoitaja pyrkii tukemaan ja lisäämään heidän voimavarojaan sekä parantamaan heidän elämänsä laatua. (Sairaanhoitajaliitto 1996.)

Oman moraalitajunsa avulla sairaanhoitaja voi arvioida hoitotyössä käyttämäänsä valtaa. Sairaanhoitajan tulee esimerkiksi vuorovaikutustilanteessa tunnistaa potilaan ihmisyyden rajat, puhutella potilasta ammattimaisesti, suorittaa hoitotoimenpiteet ajallaan, arvioida

suhtautumistaan potilaan kipuun ja sairauden oireisiin, ottaa vastuu potilaan kokonaisvaltaisesta hoidosta, eikä siirtää kenties tietoisesti tai tiedostamattaan vastuitaan jollekin muulle. Lisäksi sairaanhoitajan tulee arvioida potilaslähtöisesti, antaako hän potilaalle riittävästi ohjausta. Sairanhoitajan tulee myös ymmärtää, että tiedon ja taidon puute voivat johtaa hoitovirheisiin. Tahallisia kyseiset teot ovat vallan väärinkäyttöä ja epäeettistä toimintaa. (Haho 2006, 162, 165–166.)

Sairanhoitajalla on mahdollisuus käyttää valtaa hoitotyössä vuorovaikutuksen eri keinoin, esimerkiksi dialogisessa vuorovaikutuksessa toimiessaan, huomioidessaan toimintansa eettiset perusteet, päätöksiä tehdessään ja arvioidessaan potilaan tilannetta yksilöllisesti. Kuvioon 2 on koottu nämä vallankäyttöön liittyvät tekijät. Nämä tekijät luovat perustan potilaslähtöiselle vuorovaikutussuhteelle nivoutuessaan toisiinsa erottamattomasti.



KUVIO 2. Asiantuntijan vallankäyttöön liittyvät tekijät hoitotyössä.

3.3 Perioperatiivisen hoitotyön erityispiirteet

Perioperatiivisessa hoitotyössä tarvitaan nopeaan päätöksentekoon harjaantumisen lisäksi niin vahvaa hoitotieteellisen ja lääketieteellisen tiedon hallintaa kuin laajaa kokemusta erilaisista potilastilanteista. Tämä edistää hoitotyön turvallista toteutumista. (Tengvall 2010, 17.) Perioperatiivisen hoitotyön lähtökohtana ovat perinteiset hoitotyön arvot, yksityisyys, yksilöllisyys, itsemääräämisoikeus, ihmiskäsitys sekä integriteetti ja ihmisarvo (Lukkari ym. 2013, 15).

Perioperatiivisen hoitotyön intraoperatiivinen vaihe alkaa potilaan vastaanottamisesta leikkausosastolle. Vastaanoton merkitys on suuri, sillä ainutlaatuisessa kohtaamisessa molemmat osapuolet tarkkailevat ja havainnoivat toisistaan monia asioita. (Lukkari ym. 2013, 17, 235–236.) Vastaanottotilanne on sairaanhoitajalle tuttu ja se todennäköisesti näkyy hänen toiminnassaan (Haho 2006, 142).

Sairaanhoitajan tulee olla huomaavainen ja avulias potilasta kohtaan sekä noudattaa hyviä tapoja. Ensikohtaamisessa sairaanhoitaja pystyy aistimaan, millainen vuorovaikutus ja potilasohjaus todennäköisesti toimivat parhaiten kyseisen potilaan kanssa. Intensiivisimmässä vaiheessa potilasta hoitaa moniammatillinen tiimi. Käytännön järjestelyjen, kuten leikkausasetojen, aseptiikan säilyvyyden, potilaan voinnin ja tajunnan arvioinnin sekä anestesian, kirurgian ja teknologian käytön lisäksi huolehditaan potilaan fyysisestä ja psyykkisestä turvallisuudesta sekä pyritään kaikin mahdollisin keinoin tukemaan potilasta henkisesti. (Jurkkala 2010, 4; Lukkari ym. 2013, 236–239.)

Perioperatiivisesta hoitotyöstä saattaa perinteisesti olla mielikuva, jossa tekninen osaaminen ja minimaalinen potilaskontakti painottuvat. Kuitenkin on osoitettu, että perioperatiivinen työ usein valitaan nimenomaan potilaskontaktin ja potilaan auttamismahdollisuuksien perusteella. (Lukkari ym. 2013, 27; Stören & Hanssen 2014, 589.) On merkityksellistä, että potilas kohdataan leikkaussalissa nimenomaan kokonaisvaltaisesti, ei vain tietynä leikkaustoimenpiteenä tai leikattavana vaivana. Jokainen ihminen ammatistaan ja arvostaan huolimatta muuttuu potilaaksi siihen liittyvine tarpeineen sairaalaan tullessaan. Kokemus myötäelämisestä, rohkaisusta, lohdutuksesta ja toivosta lievittävät potilaan kärsimystä sekä luovat pelottavassakin tilanteessa turvallisuudentunnetta ja tunnetta siitä, että hänestä välitetään ja häntä kunnioitetaan. (Lukkari ym. 2013, 16.)

Tutkimuksen mukaan potilaan psyykkiset tarpeet jäivät perioperatiivisen sairaanhoitajan työssä potilaan turvallisuudesta, fyysisistä tarpeista sekä omaisten toimenpidekokemuksista huolehtimisen varjoon. Leikkaustilanteesta tulisikin luoda hyvällä huolenpidolla mahdollisimman miellyttävä kokemus sen pelottavuudesta huolimatta. Potilaan tuen tarpeiden laatuun leikkaussalissa vaikuttavat hänen elämänhistoriansa, senhetkiset voimavarat sekä aiemmat leikkauskokemukset. Myöskin potilaan omat selviytymiskeinot tilanteessa vaihtelevat ja sairaanhoitajalla tulisi olla kyky vahvistaa niitä ohjaus- ja vuorovaikutustaidoin. (Lukkari ym. 2013, 27, 32, 239.) Lyhyiden kohtaamisten ja hoitoaikojen vuoksi laadukas ja yksilölliset tarpeet sekä lähtökohdat huomioonottava potilasohjaus on olennainen osa perioperatiivista hoitoa. Oikein toteutettu ohjaus antaa potilaalle riittävät omahoitovalmiudet hänen kotiuduttuaan. (Eloranta ym. 2014, 64, 71.)

Eri tutkimustulosten mukaan myönteisen hoitokokemuksen mahdollistavat laadukkaan potilasohjauksen ja tiedon saannin lisäksi onnistunut vuorovaikutus, osallistuminen omaan hoitoon, potilaan ja sairaanhoitajan välinen luottamuksellisuus ja läheisyys, ihmisläheinen hoito, tunnekokemusten jakaminen sekä välittäminen. Intraoperatiivisessa vaiheessa oman haasteensa tuo anestesia, jonka aikana potilaan kanssa ei ole mahdollista olla vuorovaikutuksessa. Sen sijaan puudutetun potilaan kohdalla vuorovaikutuksen keinoin voidaan saavuttaa jopa parempia fyysisiä hoitotuloksia. (Lukkari ym. 2013, 17, 28.)

Tulevaisuudessa perioperatiivisessa hoitotyössä korostuvat entisestään vuorovaikutus ja tiedon anto potilaalle, sillä potilaat haluavat tiedon avulla tehdä enemmän päätöksiä oman hoitonsa suhteen sekä olla perillä hoitotyön laadusta. Lisäksi puudutusten käytön lisääntyminen leikkausten yhteydessä pidentää potilaan ohjausaikaa, mikäli potilas on kykenevä ja halukas vastaanottamaan tietoa toimenpiteen aikana. Ammattipätevyyksiä mitanessa tutkimuksessa juuri opettaminen ja ohjaaminen olivat perioperatiivisen sairaanhoitajan heikoimmin menestyneitä osa-alueita. Myöskin monikulttuurisuuden lisääntyminen tuo haasteita niin toinen toisensa ymmärtämiseen kuin myös eri kulttuurin edustajien näkemykseen eettisesti hyvästä ja oikeasta hoidosta. (Lukkari ym. 2013, 27–28, 35.)

3.4 Vuorovaikutuksen erityispiirteet perioperatiivisessa hoitotyössä

Ammattikuvausten mukaan sairaanhoitajalla tulee olla ihmissuhdetaitoja sekä kykyä myötäelää hoitotyössä toimiessaan (Eriksson-Piela 2003, 13). Yhtenä leikkaussali- ja anestesiahoitajan ammattipätevyyden osa-alueena ovat vuorovaikutustaidot (Tengvall 2010, 7). Vuorovaikutustaitojen lisäksi intuitio on tärkeä osa ammatillista osaamista ja potilaslähtöisen vuorovaikutussuhteen luomista perioperatiivisessa hoitotyössä. Lääketieteellisen ja hoitotieteellisen osaamisen merkitystä ei tule väheksyä, vaan ne ovat tärkeä perusta intuition synnyssä. Onnistuneilla vuorovaikutustilanteilla ja kunnioittavalla asenteella potilasta kohtaan on ratkaiseva osa potilastyytyväisyyden muodostumisessa. Sairaanhoitajien vuorovaikutustaidot koostuvat muun muassa non-verbaalisesta eli sanattomasta viestinnästä, potilaan tunnetilojen ymmärtämisestä, oman intuition ja tulkinnan varassa toimimisesta sekä verbaalisesta eli sanallisesta viestinnästä, esimerkiksi ymmärrettävästi toteutetusta ohjaamisesta. (Haapala 2009, 32; Lukkari ym. 2013, 32–33.) Vuorovaikutus on yksinkertaisesti ilmaistuna olemista ihmisenä ihmiselle (Vilén ym. 2008, 59).

Työyhteisön hyödyntäminen ja itseohjautuvuus ovat yksi ammatillisen kehittymisen muoto. Perioperatiivisella sairaanhoitajalla on työyhteisössä, vuorovaikutuksessa muiden työntekijöiden kanssa toimien, mahdollisuus oppia muilta tiimin jäseniltä. Myös eri työtehtävissä toimiminen auttaa hahmottamaan hoitotyön kokonaisuutta työyhteisössä. Keskustelut, palautteiden käsittely ja osaamisen arviointi työtiimin jäsenten kanssa lisäävät sairaanhoitajan kokemusta ja edesauttavat koko työuran kestäväää ammatillista kasvua. (Katomaa 2010, 7-8.) Palautteiden käsittelyn kautta on mahdollista kehittää potilaslähtöisyyttä ja muokata toimintatapoja (Leinonen 2007, 6). Tarvittaessa omaa ammatillisuutta voi kehittää mentoroinnin, reflektion ja työnohjauksen avulla. (Ruohotie 2002, 138, 145, 222; Lukkari ym. 2013, 30.) Asiantuntijuuteen kasvamista edesauttavat työtovereilta hyvässä hengessä saatu arviointi ja palaute. Onnistuneella yhteistyöllä päästään potilaslähtöiseen lopputulokseen ja varmistetaan potilastyytyväisyyttä (Jurkkala 2010, 55). Hoitotyö muuttuu ja kehittyy jatkuvasti ja siten sairaanhoitajilta vaaditaan jatkuvaa ammatillista kasvua (Katomaa 2010, 8).

Vuorovaikutuksessa viestitään sekä sanallisesti että sanattomasti. Sanallinen viestintä sisältää puhutun ja kirjoitetun kielen. Sanallinen viesti korostuu erityisesti aikuisten välisessä vuorovaikutuksessa ja voi saada erilaisia merkityksiä ihmisen yksilöllisen tiedon ja kokemusten pohjalta. Sanatonta viestintää ovat ilmeet, eleet ja kehon viestintä sisältäen

myös äänenkäyttöön liittyvät asiat, esimerkiksi puheen painotuksen, soinnin ja korkeuden. Äänenkäyttö viestii asioita sekä puhujasta että puhujan viestistä. Kuuliija voi saada näiden kahden ilmaisutavan kautta hyvinkin erilaisen mielikuvan samasta asiasta. Erityisesti uupuneet ja sairastuneet ihmiset helposti kiinnittävät enemmän huomiota sanattomaan viestintään kuin sanalliseen viestintään. (Vilén ym. 2008, 20–22.)

Vuorovaikutuksella on mahdollisuus rauhoittaa potilasta ja rentouttaa tunnelmaa. Ilma-
piiriin voidaan vaikuttaa jopa huumorin avulla, kuitenkin aina kunnioittaen potilaan yksilöllistä tapaa toimia vuorovaikutuksessa. Kaikki potilaat eivät välttämättä halua keskustelua tai juttelua leikkaussalitalanteessa. (Haapala 2009, 33.) Potilaspalautteiden pohjalta potilaat toivoisivat enemmän tukea jännityksen lievittämiseen sekä omatoimisuuden tukemiseen perioperatiivisessa hoidossa ollessaan. Sairaanhoidajat kokivat kiireen ja lyhyiden kohtaamisten estävän potilaan riittävää yksilöllistä tukemista. (Leinonen 2007, 5–8.)

Hoitosuhteen muodostumiseen vaikuttavat myös ihmisten eri tavoin kehittyneet kiintymyssuhtemallit. Hoitotilanteissa sekä potilas että sairaanhoitaja toimivat oman kiintymyssuhtemallinsa mukaisesti. Turvallisessa kiintymyssuhteessa elänyt ottaa mielellään apua vastaan ja on valmis keskustelemaan vaikeistakin asioista. Välttelevässä kiintymyssuhteessa elänyt toimii päinvastoin. Hän ei halua näyttää omia tarpeitaan tai olla kenellekään rasitteeksi. Ristiriitaisessa kiintymyssuhteessa eläneen ihmisen tarpeet ja tunteet saattavat ailahtella hyvinkin nopeasti. Tärkeintä on kuitenkin, että sairaanhoitaja ymmärtää miten vuorovaikutukseen, potilaan käyttäytymiseen sekä avun tarpeen vastaanottamiseen vaikuttavat hänen aiemmat ihmissuhdekokemuksensa. (Vilén ym. 2008, 44–46.)

Patricia Benner (1993) on tutkinut ja kirjoittanut sairaanhoitajien ammattitaidon kehittymisprosessista käytännön työssä oppimisen näkökulmasta. Hän korostaa koulutuksen merkitystä ammattitaidon ja osaamisen perustana. Sairaanhoidajan osaaminen kehittyy kokemuksen kautta muuttuvana tietojen käsittelynä ja jäsentelynä hänen päätöksentekoprosessissaan. Havainnointikykyyn ja intuitioon perustuvan asiantuntemuksen merkitys on huomattava yhtenä sairaanhoidajan osaamisen osa-alueena. Sairaanhoidajan havainnointikyky ja intuitio eivät ole peruste hoitotyön päätöksille, mutta auttavat heitä etsimään syitä aavistuksilleen. (Benner 1993, 11–13.)

Myös muissa tutkimuksissa on todettu sairaanhoidajan kokemuksen merkitys ammattitaidon kehittymiselle. On todettu, että perioperatiivisten sairaanhoitajien taidot laajenevat

teknisen osaamisen ulkopuolelle ja mahdollistavat syvemmän myötäelämisen eli empatian taidon. Potilaan psyykkisen puolen huomioiminen kehittyi sairaanhoitajan iän ja kokemuksen karttumisen myötä, ei niinkään perioperatiivisen erityiskoulutuksen myötä. Koulutuksen merkitys perioperatiivisen osaamisen kehittymisessä on toki tärkeää toiminnan perustana. Kliinisen kokemuksen karttumisen osuus sairaanhoitajan vuorovaikutuksellisen osaamisen ja ammattitaidon kehittymisessä on kuitenkin merkittävämpi kuin koulutuksen. (Gillespie, Chaboyer, Wallis & Werder 2011, 21–22, 89.)

Kuvioon 3 on koottu yhteenvetona edellä mainitut tutkimuksista esiin nousevat sairaanhoitajan vuorovaikutustaitojen keskeiset tekijät.



KUVIO 3. Sairaanhoitajan vuorovaikutustaitojen keskeiset tekijät yhteenvetona.

3.4.1 Dialogisuus vuorovaikutuksen osana

Dialogia kuvataan keskusteluksi, jonka tavoite on yhteinen ratkaisu tai ymmärrys. Martin Buber (1995) näkee dialogin olevan tapa suhtautua ympäröivään maailmaan, jossa ihminen on kiinnostunut toisesta ihmisestä pyrkien siten ymmärtämään hänen maailmaansa. Vaihtoehtoisesti hän voi nähdä toisen ihmisen kohteena, esineenä (Buber 1995, 33–35). Dialogissa on tärkeää kuunteleminen, jokaisen mielipiteen ja äänen salliminen sekä osallisuus toisten esittämiin näkökulmiin. Ottamalla huomioon monia näkökulmia samanaikaisesti, on mahdollisuus löytää asioille yhteinen merkitys ja tietoisuus. Dialogit voivat olla sekä tavoitteellisia että vähemmän tavoitteellisia. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 185–186, 189.) Dialogia voidaan luonnehtia myös tapahtumaksi, jossa yritetään selvittää

ajatuksia ja tarkoituksia tai tiimioppimiseksi, jossa korostuu yhteisöllisyys (Vilén ym. 2008, 86).

Vuorovaikutuksellinen dialogisuus vaatii monia osatekijöitä toteutuakseen. Kuuntelemisella, kiinnostuksella ja paneutumisella toisen ihmisen näkökulmaan osoitetaan kunnioitusta toista osapuolta kohtaan. Myös oman itsensä kunnioittaminen ja omien näkökulmien arvostaminen kuuluu dialogisuuteen. Pyrkimys yhteisymmärrykseen yhdistää ja tekee osallistujista tasavertaisia. Ilman osallistumista ja sitoutumista on haastavaa pitää dialogia yllä. Kaikilla osallistujilla on oltava mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa, sekä jakaa näkemyksiä keskenään. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 186–187; Mäkisalo-Ropponen 2012, 171.) Hoitokeskusteluille on tyypillistä, että sairaanhoitajat esittävät kysymyksiä ja kontrolloivat keskustelun aiheita, jättäen kuitenkin usein kysymättä potilaan mielipidettä asioista (Mattila 2001, 25). Dialogi muuttuu tällöin monologiksi, jossa potilaan kokemukset eivät ole merkityksellisiä. Asiantuntijana sairaanhoitaja määrittelee keskustelun kulua esittäen kysymyksiään ja käyttäen puheessaan termejä, joita potilaan on joskus jopa mahdoton ymmärtää. (Mäkisalo-Ropponen 2012, 172.)

Niitä, jotka arkailevat omien näkemysten esittämistä, tulisi dialogissa rohkaista oikeudenmukaisuuden perusteella. Dialogisuudessa on osattava antaa tilaa erilaisille näkökulmille ja kyettävä kriittisesti pohtimaan sekä omia että muiden mielipiteitä. Joustavuus ja kyky erilaisuuden sietoon testataan dialogisessa vuorovaikutuksessa. Vaikka dialogin tavoitteena olisikin löytää ratkaisu yhdessä, voi lopputuloksena hyvinkin olla myös erilaisuuden hyväksyminen. Silloin osallistujat joustavat omista näkemyksistään. Dialogisuudessa ei tavoitella samanlaisuutta osallistujien kesken. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 186–187.) Keskustelun ja dialogin ero on niiden päämäärissä. Keskustelussa tavoitteena on tuoda omia ajatuksiaan esille, dialogisessa vuoropuhelussa painottuu avoimin mielin kuunteleminen ja kanssaihmisten ymmärtävä kohtaaminen. (Vilén ym. 2008, 86.)

Kyky asettua toisen ihmisen asemaan mahdollistaa toisen ihmisen kuuntelemisen sekä johtopäätösten tekemisen rauhassa, antaen niille tilaa kehittyä ja muodostua (Vilén ym. 2008, 86–87). Dialogisuus on haasteellista hoitotyössä ja ihmisen kohtaaminen on vaativaa hoitohenkilöstölle. Myös potilaan ja hoitohenkilöstön roolit ja roolimutokset tulisi tunnistaa hoitotyössä. Ihmisen tullessa sairaalaan potilaaksi, hän muuttuu usein objektiksi, hoidon kohteeksi, menettäen samalla subjektin roolinsa. Hoitohenkilöstön tulisi ymmärtää oma tiedolla hallitsemisen roolinsa, välttää sitä ja kohdata potilaat tasavertaisessa

dialogissa. Tiedollisen osaamisen lisäksi korostuu oman persoonan ja oikean asenteen merkitys työväliseenä. (Kettunen 2010.) Sairaanhoidajilla on tärkeä tehtävä potilaiden osallistuttamisessa ja tilanteen hallinnan tunteen palauttamisessa (Benner 1993, 64).

Dialogisuutta ja vuorovaikutuksellisuutta estävät kyvyttömyys nähdä eettisiä ongelmia tai eettisten ongelmien näkeminen pelkästään henkilökohtaisina ongelmina, esimerkiksi työyhteisössä. Dialogiin osallistuvan liian hallitseva asenne tai vastaavasti omasta päätöksenteosta kokonaan luopuminen, ovat myös molemmat dialogia tuhoavia tekijöitä. Kiire, ajanpuute sekä sisäisten arvojen puute, estävät omalta osaltaan dialogin toteutumista. Sairaanhoidajan on työssään pystyttävä sietämään potilaiden ja omaisten erilaisia näkökulmia. On osattava kuunnella niitäkin potilaita, joista käytetään usein nimitystä ”hankala”. Hoitotyössä on paljon tilanteita, joissa kahdesta erityyppisestä vaihtoehdosta on valittava vain toinen. Tällöin dialogin toimivuus on tärkeää valinnan perustaksi. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 190.)

Kokeneella asiantuntijahoitajalla on kyky nähdä potilaan tilanne kokonaisvaltaisemmin ja viedä keskustelua eteenpäin potilaslähtöisemmin (Mattila 2001, 24). Dialogissa toinen ihminen on nähtävä tasa-arvoisena ja erilaisuudestaan huolimatta yhdenvertaisena. Tasa-vertaisuuden ja dialogisuuden esteenä voi olla siis myös potilaan tarpeiden määrittely sairaanhoidajan näkökulmasta, eikä niinkään potilaan itsensä. (Vilén ym. 2008, 87.)

Kuvioon 4 on koottu dialogisuuden merkittävimmät tekijät, joita aktiivisesti käyttämällä sairaanhoidajalla on mahdollisuus toimia vuorovaikutussuhteessa potilaan kanssa.



KUVIO 4. Dialogisuus ja sen merkittävimmät tekijät osana vuorovaikutusta.

3.4.2 Eettinen ajattelu hoitotyössä

Eettisen ajattelun tulee olla osa hoitotyötä ja sairaanhoitajan päätöksentekoa. Sairaanhoidajan eettisissä taidoissa merkittävimpiä ovat potilaan arvostaminen, ihmisläheinen ja kunnioittava suhtautuminen sekä yksilöllisyyden huomioiminen. (Haapala 2009, 31.) Ammatillinen pätevyys on nähtävissä sairaanhoitajan käyttäytymisestä ja asennoitumisesta potilaaseen ja työhönsä (Jurkkala 2010, 16). Kohtaamistilanteissa tutustutaan potilaan arvoihin merkityksineen ja suhteutetaan ne omaan arvomaailmaan (Haho 2006, 123).

Potilas on paras asiantuntija itsensä ja elinympäristönsä suhteen. Onnistunut vuorovaikutustilanne lähtee sairaanhoitajan kyvystä tunnistaa reflektion kautta tapaansa toimia vuorovaikutuksessa. Ymmärtämällä velvollisuutensa hoitotyön ammattilaisena, sairaanhoitajan on mahdollista osoittaa huolenpitoa kaikkia potilaita kohtaan haastavissakin tilanteissa tiedon, ymmärryksen ja reflektion avulla. (Vilén ym. 2008, 44, 52; Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 26–27.) Hoitotyötä voidaan tehdä myös ilman aitoa potilaan kohtaamista. Tällöin sairaanhoitajan työstä puuttuu eettinen ja moraalinen luonne. Oleellista hyvän hoidon toteutumisessa ovat hoitotyön taidot, jotka ovat luonteeltaan eettisiä ja moraalisia. (Haho 2006, 114, 118, 153; Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 86.) Myös Immanuel Kantin (1956) oheinen ajatus moraalin merkityksestä sopii hyvin hoitotyössäkin pohdittavaksi (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009).

*Kaksi asiaa täyttää mieleni
yhä uudestaan kasvavalla ihmetyksellä ja kunnioituksella
mitä useammin ja vakavammin niitä ajattelen:
tähtitaivas yläpuolellani
ja moraalilaki sisimmässäni.*

Hoitotyössä eettisyys yhdistyy ihmisen haavoittuvuuteen ja sairaanhoitajien antamaan inhimilliseen huolenpitoon. Haavoittuvuus on osa potilasta, mutta aidossa hoitosuhteessa myös sairaanhoitajan herkkyys voi muodostua voimavaraksi. Tällöin jaettu haavoittuvuus auttaa sairaanhoitajaa potilaan tarpeiden, toiveiden ja mielialojen ymmärtämisessä. Hoitosuhteessa kunnioitukseen ja hyväksyntään perustuvalla huolenpidolla vastataan potilaan haavoittuvuuteen. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 16–17, 25.) Hoitosuhteessa kunnioituksella tarkoitetaan potilaan oikeutta omiin tunteisiin ja mielipiteisiin sen hetkisten voimavarojensa mukaisesti. Sairaanhoitajan tulee suhtautua potilaaseen hyväksyvästi

ja auttaa potilasta hänen lähtökohdistaan käsin. Aina kontaktin saaminen ja myönteinen tunnesuhde erilaisiin potilaisiin ei ole yksinkertaista. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 26–27.) Kulttuuriset ja yhteisölliset arvot tuovat hoitotyöhön tilanteita, joissa sairaanhoitaja huomaa potilaan arvojen eroavan hoitotyössä yleisesti vallalla olevista arvoista (Haho 2006, 123). Hoidon laadun vaihtelu, johtuen potilaan asemasta, kulttuurista, ihonväristä ja uskonnosta, ei ole hoitotyön etiikkaan sopivaa (Louhiala & Launis 2009, 149).

Potilaan edunvalvojana toimiminen on eettisestä näkökulmasta avainasemassa hoitotyössä. Potilaat ovat yhä enemmän tietoisia sekä sairauksista että terveyden edistämisestä ja ovat aktiivisia oman hoitonsa suhteen kehittyneen informaatioteknologian johdosta. Siitä huolimatta sairaanhoitajan tulee antaa tietoa potilaalle hänen päätöksentekonsa mahdollistamiseksi ja tukea potilasta häntä kuunnellen ja hänen päätöksiään kunnioittaen. Sairaanhoitajan ja potilaan välisen hoitosuhteen tulisi perustua avoimeen vuorovaikutukseen ja keskinäiseen luottamukseen. Tiedon antaminen, itsenäisen päätöksenteon tukeminen ja potilaan laillisten oikeuksien toteutumisesta huolehtiminen, turvaavat potilaan integriteettiä hoidon aikana. (Sairaanhoitajaliitto 1996; Lukkari ym. 2013, 15.)

Sairaanhoitajan tulee myös ymmärtää, ettei potilaan kokemus ole välttämättä samanlainen kuin hänen oma kokemuksensa olisi vastaavassa tilanteessa (Benner, Tanner & Chesla 1999, 204; Haho 2006, 117). Tämän lisäksi sairaanhoitajalla tulee olla ymmärrys omasta persoonastaan. Kyetäkseen rohkeasti tekemään päätöksiä ja toteuttamaan hyvää, on sairaanhoitajalla oltava eettistä teoriatietoa, toimintatietoa, tilannetietoa sekä henkilökohtaista eettistä tietoa. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 86.) Kuvioon 5 on yhteenvetona koottu sairaanhoitajan eettisen ajattelun osa-alueet hoitotyössä.



KUVIO 5. Eettisen ajattelun merkittävimmät tekijät hoitotyössä.

3.4.3 Päätöksenteko hoitotyössä

Päätöksenteko on oleellinen osa hoitotyötä ja sairaanhoitajan toimintaa. Prosessina päätöksentekoa tapahtuu koko hoitoketjun aikana, aina potilaan sairauksien, hoidon ja tuen tarpeen määrittelystä, hoitotoimien toteutuksen ja seurannan kautta, hoidon vaikutusten arviointiin asti. (Lauri & Kyngäs 2005, 39; Haho 2006, 133.) Sairaanhoitajan sisäinen tietous ja persoonallisuuteen perustuva hiljainen tieto näkyvät äänettömänä sairaanhoitajan taidoissa, päätöksenteossa ja hoitotyön toiminnoissa (Nurminen 2000, 107–108; Jurkkala 2010, 3; Lukkari ym. 2013, 29).

Sairaanhoitajan kokemus lisääntyy tietojen ja taitojen karttuessa ja tuo syvyyttä sekä hänen omaan toimintaansa, että potilaan ymmärtämiseen ja kohtaamiseen. (Haapala 2009, 35.) Myös Nurminen (2000) kuvaa sairaanhoitajan tiedon ja kokemuksen vaikuttavan hänen lähestymistapaansa potilasta kohtaan. Asiantuntijaksi kehittynyt sairaanhoitaja kykenee hahmottamaan potilaan tilanteen aloittelijaa kokonaisvaltaisemmin sekä olemaan potilaan kanssa syvällisemmässä vuorovaikutuksessa. (Nurminen 2000, 22–24, 26, 30, 34.) Perioperatiivinen sairaanhoitaja tekee työskennellessään jatkuvasti pienempiä ja suurempia päätöksiä havaitsemiensa asioiden perusteella. Havainnointi, ennakointi ja päätöksenteko ovat usein juuri hiljaista tietoa, jota sairaanhoitaja hyödyntää potilasta vastuullisesti hoitaessaan. (Lukkari ym. 2013, 29.)

Hiljaisen tiedon osana on intuitio. Hiljaista tietoa on kaikkialla, vaikka sitä ei voidakaan nähdä tai pukea sanoiksi. Intuition moniulotteiseen käsitteeseen liittyvät hoitotyössä eettisyys, eettinen päätöksenteko ja moraalinen herkkyys. Intuitioon liitetään myös joitakin sairaanhoitajan piirteitä, esimerkiksi vastaanottavaisuus toista ihmistä kohtaan, sisäinen energisyys, aito läsnäolo, herkkyys, kokemus, itseluottamus ja aiempien kokemusten reflektiivinen läpikäyminen. (Nurminen 2000, 22–24, 26, 30, 34.) Vain intuitiivisesti on mahdollista ymmärtää esimerkiksi ihmisyyden rajojen rikkoutuminen (Haho 2006, 136).

Päätöksenteon tueksi, hiljaisen tiedon lisäksi, tarvitaan eri tieteenalojen tuottamaa tietoa. Tietoa hoitotyön päätöksentekoon tuottavat muun muassa lääketiede, fysiologia, käyttäytymistieteet, sosiologia, kasvatustieteet ja yhteiskuntatieteet. Hoitotiede itsessään tuottaa tietoa päätöksenteosta, hoitotyön toiminnoista ja sen vaikutuksista sekä eri tieteenalojen tuottaman tiedon käytettävyydestä hoitotyössä. (Lauri & Kyngäs 2005, 36, 39.)

Eettinen päätöksenteko perustuu sairaanhoitajan elämäkatsomukseen, maailmankuvaan ja tieteelliseen tietoon. Päätöksenteko vaatii sairaanhoitajalta myös herkkyyttä, ennakkoluulottomuutta sekä avointa mieltä erilaisille tilanteille ja ihmisille. Näistä osa-alueista muodostuvat hoitotyön tavoitteet, periaatteet ja tietoperusta, jonka pohjalta sairaanhoitaja tekee konkreettiset hoitotyön päätökset. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 178–180.) Haho (2006) toisaalta pohtii, miten hoitotyö inhimillisenä toimintana johtaa siihen, että sairaanhoitajan voi olla oman ja yleisten hyvienkin arvojen ja periaatteiden pohjalta haastavaa arvioida toimintansa seurauksia. Sairaanhoitajan on pohdittava mikä on aidosti hyvää tai pahaa, oikeaa tai väärää juuri tämän potilaan kokonaisvaltaisessa elämäntilanteessa. (Haho 2006, 117.)

Sairaanhoitajilta saatu laaja-alainen tieto ja ohjaus ovat osa potilaan päätöksentekoon vaikuttavista asioista. Kaikilla potilailla ei kuitenkaan ole voimia tehdä hoitoaan koskevia päätöksiä tai he haluavat tukea päätöksentekoonsa. Tällöin sairaanhoitajan rooli päätöksentekijänä, tukijana ja tiedonantajana korostuu entisestään. Valitettavasti joidenkin tutkimusten mukaan sairaanhoitajat saattoivat joskus tietoisesti ohittaa potilaan, eivätkä halunneet ottaa potilasta mukaan hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 138–145.)

Potilaslähtöisen ja eettisesti kestävän päätöksenteon tulee sisältää ymmärrys sen eri osa-alueista ja niiden hyödyntämisestä päätöksenteossa (Kuvio 6).



KUVIO 6. Hoitotyössä tapahtuvan päätöksenteon osa-alueiden yhteenveto.

3.4.4 Yksilöllisyyden huomioiminen hoitotyössä

Ainutkertaisen ihmisen kohtaaminen yksilönä hoitotyössä, tarkoittaa yksilön itsemääräämisoikeuden ja autonomian kunnioitusta sekä potilaan arvostuksen, vakaumuksen ja elämäntietoisuuden sekä hänen oman elämäntyytensä huomioon ottamista ja oikeuttamista erilaisissa hoitotyön kohtaamisissa ja toiminnoissa. Lyhyissäkin hoitokontakteissa on otettava huomioon mahdollisuuksien mukaan potilaan henkilökohtainen historia, muistot ja kokemukset sekä mielikuvat ja suunnitelmat tulevasta. (Haho 2006, 157; Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 137–138; Louhiala & Launis 2009, 149.)

Yksilöllisyys on myös yksi hoitotyön eettisistä periaatteista. Potilaan aitoa, yksilöllistä huomioimista tarvitaan onnistuneen hoitokokemuksen syntymiseen, jonka sairaanhoitajan myönteinen asenne potilasta ja omaa työtään kohtaan mahdollistaa. (Haapala 2009, 31.) Hoitotyön keskiössä on siis potilas ja tavoitteena potilaan paras. Tämä tuo sairaanhoitajalle ammatillisen vastuun nähdä potilas nimenomaan yksilönä. (Haho 2006, 125; Katomaa 2010, 8.)

Hän suojelee ihmiselämää ja edistää potilaan yksilöllistä hyvää oloa. Sairaanhoitaja kohtaa potilaan arvokkaana ihmisenä ja luo hoitokulttuurin, jossa otetaan huomioon yksilön arvot, vakaumus ja tavat. (Sairaanhoitajaliitto 1996)

Perioperatiivisessa hoitotyössä yksilöllisyyttä voidaan edistää myös ottamalla potilas mukaan päätöksentekoon. Erityisesti intraoperatiivisessa vaiheessa potilaan on mahdollista olla koko moniammatillisen tiimin keskiössä, jos tilanteessa keskitytään vain hoidettavaan olevaan potilaaseen ja hänen potilastietoihinsa. Tärkeää on pystyä viestittämään potilaalle, että hän voi turvallisessa ilmapiirissa tuoda omia näkemyksiään tai toiveitaan ilmi. Tutkimuksen mukaan potilaan vointi ja sairaudet huomioidaan parhaiten, mutta muu elämäntilanne, arkihuolet ja perhe jäävät usein vähemmälle huomiolle. (Lukkari ym. 2013, 16–17.)

On tärkeää huomioida, että kirjatut ohjeet, periaatteet ja lait eivät välttämättömydestään huolimatta ole ainut peruste hoitamiseksi ja hoitotyölle, vaan jokaisen sairaanhoitajan on lisäksi oivallettava hoitamiseen liittyvät valinnat ja päätökset, vastuu, hoitamisen merkitys sekä nähtävä jokainen potilaskohtaaminen ainutlaatuisena ja arvokkaana (Haho 2006,

152–154). Käytännössä kuitenkin ammatilliset ohjeistukset edustavat usein vain minimi-tason toteutumista hoitotyössä ja syvempi eettinen näkökulma saattaa jäädä kokonaan to-teutumatta (Pihlainen 2000, 38).

Osaava sairaanhoitaja pystyy yksilöllisesti löytämään erilaisille potilaille sopivia autta-miskeinoja. Hoitotyön teknisen osaamisen lisäksi sairaanhoitajien ammattitaitoa ovat yhtä lailla kyky kuunnella potilasta sekä ymmärtää hänen yksilöllistä tilannettaan. (Ben-ner 1993, 75.) Perioperatiivisella sairaanhoitajalla potilaan tarpeiden tunnistaminen sekä potilaan kuuleminen, empaattisuus ja taito asettua hänen asemaansa ovat lyhyen hoito-kontaktin vuoksi ensisijaisia vuorovaikutustaitoja (Lukkari ym. 2013, 28).

Lohdutuksen ja vuorovaikutuksen keinona kosketus on harkiten käytettynä sopiva tapa osoittaa potilaalle omaa läsnäoloaan ja edistää kommunikointia potilaan kanssa (Benner 1993, 65–66). Haho (2006) puolestaan kuvaa koskettamisen kuuluvan eettiseen tiedon alaan, sillä aistein havaittu kokemus tai asia viestittää ilmiön liittymistä eettisyyteen (Haho 2006, 127). Kuvioon 7 on koottu tärkeimpiä yksilöllisen hoitotyön osa-alueita.



KUVIO 7. Potilaan yksilöllisen huomioimisen osa-alueet yhteenvetona.

4 TUTKIMUSMENETELMÄ

4.1 Laadullinen tutkimus

Hoitotieteellisellä tutkimuksella saadaan tietoa hoitotyön toiminnoista, päätöksentekoon liittyvistä prosesseista sekä hoitotyön vaikutuksista (Lauri & Kyngäs 2005, 39). Tutkimusta voidaan tehdä niin määrällisenä, laadullisena kuin niiden yhdistelmänäkin. 2000-luvulla on hyväksytty jopa metodologinen pluralismi eli eri filosofisten tieteellisten lähestymistapojen ja tutkimusmenetelmien hyödyntäminen toisiaan täydentävinä (Lauri & Kyngäs 2005, 53). Laadullista tutkimusta kuvataan usein ihmistieteellisenä ja ymmärtävänä tutkimuksena. Ilmaisujen taustalla on tulkittavissa erilaisia, laajempiakin kuvauksia. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 11.) Tämä opinnäytetyö kartoitti sairaanhoitajien vallankäyttöä, vuorovaikutusta ja päätöksentekoa hoitotyössä. Opinnäytetyössä haluttiin kartoittaa sairaanhoitajien kokemuksia ja ajattelua, joten valittiin laadullinen tutkimusmenetelmä.

Toisin kuin määrällisessä tutkimusprosessissa, laadullisessa tutkimusprosessissa voidaan soveltaa luovasti sen perussääntöjä. Näin laadullinen tutkimusprosessi onkin usein ainutkertainen. Laadullinen tutkimus poikkeaa määrällisestä tutkimuksesta myös vastaajien määrän osalta. Laadullisessa tutkimuksessa vastaajien suuri määrä ei ole mahdollista muun muassa haastatteluiden tuottaman laajan aineiston vuoksi. Laadulliselle tutkimukselle on tyypillistä myös sen tuottaman aineiston tarkastelu vain viitekehysten määrittämisestä teoreettisesta näkökulmasta. Tämän lähtökohdan avulla laajakin aineisto saadaan hallittavammaksi. (Alasuutari 2011, 24, 38–40.) Tässä opinnäytetyössä haastateltiin neljää sairaanhoitajaa.

Tutkimuskohteesta kokonaiskuvaa rakennettaessa laadullinen tutkimus mahdollistaa laajan kokemuksellisen tiedon keruun ja analysoinnin. Kokemuksellisen tiedon avulla, esimerkiksi tässä opinnäytetyössä vallankäyttöä tutkimalla ja kuvaamalla, voidaan helpottaa sen tiedostamista ja siten myös ymmärtämistä. Tuomi & Sarajärvikin (2009) toteavat, että laadullisella tutkimuksella haetaan totuuden sijasta ymmärtämistä inhimillisenä ajattelutapana (Tuomi & Sarajärvi 2009, 104). Tämä opinnäytetyö kartoittaa perioperatiivisten sairaanhoitajien kokemuksia ja pyrkii siten ymmärtämään ja selventämään myös kokemusten taustoja.

4.2 Teemahaastattelut aineistonkeruumenetelmänä

Haastattelu voidaan käsitteellä ymmärtää monin eri tavoin. Haastattelu voi olla yksinkertaisimmillaan vuorovaikutustapahtuma, keskustelu, jolla on ennakkoon suunniteltu tavoite ja tarkoitus. Haastattelu voi olla myös ns. käytännön haastattelu, jolla pyritään jonkin käytännön ongelman nopeaan ratkaisuun. Tutkimushaastattelulla pyritään myös ratkaisemaan käytännön ongelmaa. Saatu tieto halutaan kuitenkin varmistaa tieteellisin metodein. Haastattelua määriteltäessä voidaan todeta, että haastattelu on suunniteltua ja päämäärähakuista, poiketen siten tavanomaisesta keskustelusta. Lisäksi haastattelulle on ominaista, että haastattelija ohjaa haastattelutilannetta roolinsa ymmärtäen ja haastateltavaa motivoiden. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 42–43.)

Tutkimushaastattelut voidaan jakaa eri lajeihin esimerkiksi strukturointiasteen perusteella (Hirsjärvi & Hurme 2008, 43; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 123). Formaali haastattelu tarkoittaa strukturoitua, standardoitua lomakehaastattelua. Muita haastattelutyyppisiä ovat puolistrukturoidut ja strukturoimattomat haastattelut. Strukturoimattomalla haastattelulla voidaan tarkoittaa esimerkiksi syvähaastattelua tai avointa haastattelua, jossa haastattelija käyttää avoimia kysymyksiä ja esittää jatkokysymykset annettujen vastausten pohjalta. Puolistrukturoidussa haastattelussa kysymykset pohjautuvat kohdennettuihin teemoihin, jotka haastattelija on valinnut alustavien selvitysten ja oletusten perusteella. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 45, 47–48.)

Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin tässä opinnäytetyössä puolistrukturoitua teemahaastattelua. Etukäteen asetetut, teoriaan pohjautuvat teemat (Liite 1) jäsensivät haastattelua. Huolellisesti laaditut apukysymykset (Liite 1) auttoivat haastattelun jäsentymistä ja helpottivat haastattelun kulkua. Laadullinen tutkimus tulee ymmärtää kokonaisuutena, jolloin aineiston keruu ja analysointitapa suunnitellaan tarkkaan, toisistaan erottamatta. Näin varmistetaan, että kerätystä aineistosta saadaan relevantit tutkimustulokset. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 68–70.) Tässä opinnäytetyössä tutkimushaastattelun teemat suunniteltiin opinnäytetyön viitekehyksen ja tutkimustehtävien käsitteiden pohjalta.

Haastattelu on tutkimusmetodina yksi käytetyimmistä tiedonhankinnan muodoista, tutkittaessa ihmisen toimintaa ja perusteita hänen toiminnalleen. Metodina haastattelu pohjautuu kielelliseen vuorovaikutukseen ja mahdollistaa ihmisten kokemusmaailman ym-

märtämisen. Vapaamuotoisena keskusteluna toteutettujen teemahaastattelujen avulla saatiin tässä opinnäytetyössä kokemuksellista tietoa, joka muilla tavoin, esimerkiksi lomakekyselynä tutkittuna, olisi kenties jäänyt avautumatta. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 11.)

Haastattelun etuja tiedonhankinnassa ovatkin selventävien ja syventävien tietojen saaminen. Haastattelu mahdollistaa lisäkysymysten esittämisen ja perustelujen pyytämisen esitetyille mielipiteille. Toisaalta haastattelut ja niiden purkaminen ovat työläitä ja vievät paljon aikaa. Haastattelujen analysointi, tulkinta ja raportointi ovat haasteellisia, koska malleja ei ole saatavilla. Virhelähteinä voivat olla niin haastattelijasta kuin haastateltavastakin johtuvat seikat. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 35.) Näitä virhelähteitä pyrittiin minimoimaan esimerkiksi haastattelujen huolelliseen suunnitteluun panostamalla, haastattelutekniikoihin ja kysymystenasetteluun tutustumalla sekä ennakoimalla haasteita ja ongelmia koehaastattelun avulla. Haastatteluun osallistuivat molemmat opinnäytetyön tekijät. Toisen toimiessa haastattelijana ja luodessa keskustelunomaisen ja haastateltavaa motivoivan ilmapiirin, toinen tekijöistä toimi tarkkailijana, seuraamalla haastattelun etenemistä ja lisäkysymyksillä varmistaen kaikkien teemojen läpikäynnin.

Opinnäytetyötä varten haastateltiin neljää (n=4) perioperatiivista sairaanhoitajaa. Haastattelut suoritettiin heidän työaikanaan, yksilöhaastatteluina. Vapaaehtoisia haastateltavia pyydettiin osastotunnilla pidetyssä aiheen esittelytilaisuudessa sekä osastolle jaetussa tiedotteessa (Liite 2) ilmoittautumaan haastateltavaksi sähköpostitse. Haastattelujen suunniteltu kesto oli 45 minuuttia per haastattelu. Toteutuneet haastattelujen kestot olivat 50-60 minuuttia. Haastattelut nauhoitettiin ja kirjoitettiin auki aineiston analysointia varten. Laadullisen tutkimuksen aineiston analysoinnin perusmenetelmänä käytetään eri tutkijoiden mukaan yleensä sisällönanalyysia, kuten tässäkin opinnäytetyössä tehtiin (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 163).

4.3 Sisällönanalyysi ja tulosten muodostaminen

Laadullisen tutkimuksen analyysivaihe antaa mahdollisuuden tutkijakohtaiseen variaatioon (Alasuutari 2011, 24). Analyysitekniikat voivat vaihdella, toisin kuin määrällistä tutkimusta tehdessä. Oleellista on pohtia analysointitapaa jo ennen aineiston keräämistä, jotta aineisto on hyödynnettävissä valitulla analyysitekniikalla. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 136.) Haastatteluaineiston ajateltiin sisältävän näytteitä tai havaintoja tutkittavasta ilmiöstä. Näitä havaintoja analysoitiin sisällönanalyysiä käyttäen. Alasuutarinkin (2011) kuvaamalla tavalla tiivistettiin laajaa aineistoa ja havaintojen määrää yhdistämällä samankaltaiset havainnot yhteen mahdollisimman rajatuiksi havaintojoukoiksi ja analyysin toteuttamiseksi menetelmällisten periaatteiden mukaisesti (Alasuutari 2011, 40–42).

Sisällönanalyysi sopii inhimillisen vuorovaikutuksen tutkimiseen ja ihmisten kokemusten kuvaamiseen (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91, 14). Haastattelujen analysointitapoja on useita. Niissä on kuitenkin hyvin samankaltaiset vaiheet. Haastatteluista esiin nousevia havaintoja tiivistetään ja luokitellaan sisällönanalyysiä sekä johtopäätöksiä varten. Induktiivisessa eli aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä lähtökohtana on itse aineisto. Vaihtoehtoinen tapa on abduktiivinen eli teorialähtöinen sisällönanalyysi. Tekijä käyttää tällöin valmiina olevia teoreettisia ajatuksia analyysinsä pohjana. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 137.)

Toisten kirjoittajien mukaan, abduktiivista vastaava, teorialähtöinen sisällönanalyysi on deduktiivista. Teorialähtöisesti eli deduktiivisesti voidaan analyysin pohjana käyttää viitekehystä ja muodostaa analyysin runko ja luokitukset sen mukaisesti (Tuomi & Sarajärvi 2009, 113; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 167). Sisällönanalyysin tavoitteena on lisätä tiedon arvoa järjestämällä aineisto tiivistettyyn ja selkeään muotoon, säilyttäen kuitenkin aineiston sisältämä oleellinen tieto (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108).

Sisällönanalyysi oli haastavaa, koska prosessiin ei ole olemassa yksiselitteisiä ohjeita tai raameja. Tutkijakohtaisella vapaudella on siis kääntöpuolensa ja analyysin tekijöiden taidot ja kyvyt joutuivat koetukselle laadullista tutkimusta tehtäessä. Analyysin keskeneräisyys näkyy yleensä yksinkertaisina tutkimustuloksina. Analyysin helpottamiseksi käytettiin ohjaavia ja auttavia kysymyksiä: kuka kertoo, milloin tapahtui, mitä tapahtui ja miksi tapahtui? (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 167–168.)

Opinnäytetyön haastatteluaineisto analysoitiin teorialähtöistä sisällönanalyysiä hyödyntäen. Analyysin runkona käytettiin työn viitekehystä ja keskeisiä käsitteitä. Analyysirungon kokoavat käsitteet muodostuivat teoriassa käsitellyistä keskeisistä käsitteistä: vuorovaikutus, eettisyys, yksilöllisyys, päätöksenteko ja vallankäyttö. Ylä- ja alaluokitukset perustuivat pääosin käsitteiden määrittelyssä lähdekirjallisuudesta nousseisiin hoitotyön tavoitteisiin, keinoihin ja sairaanhoitajien vuorovaikutuksellisiin ominaisuuksiin.

Taulukossa 1 on havainnollistettu esimerkein opinnäytetyössä käytettyä sisällönanalyysiä. Kokoavaksi käsitteeksi nousi viitekehysten käsitteistä *Vuorovaikutus*. Alaluokkien nimitykset muodostettiin lähteiden mukaisista vuorovaikutuksen osa-alueista: *Sanaton viestintä*, *Sanallinen viestintä*, *Havainnointi* jne. Yläluokat muodostuivat alaluokat yhdistämällä ja nimeämällä mm. *Keinoihin* ja *Taitoihin*. Teorialähtöisen sisällönanalyysin periaatteiden mukaisesti, haastattelujen alkuperäisilmaisut ja pelkistykset koottiin sopivien luokkien alle. Luokkiin sopimattomista ilmaisuista muodostettiin uusia luokkia.

TAULUKKO 1. Esimerkki aineiston sisällönanalyysistä.

Alkuperäisilmaisus	Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka	Kokoava käsite
Omalla äänenpainolla ja semmoisella antaa kuvaa.	Äänenpainon käyttö	Sanaton viestintä	Vuorovaikutuksen keinot	Vuorovaikutus
Se on se katsekontakti.	Katsekontaktin käyttö	Sanaton viestintä		
Sit se työn sujuvuus. Vaikkei sitä hommaa osaa niin näyttelee että osaa, on vakuuttavan näköinen.	Sujuva ja vakuuttava toiminta	Sanaton viestintä		
Yrittää jutella mukavia ja ehkä sekin riippuu potilaasta. Toisista huomaa et ne ei halua keskustella.	Jutellaan potilaan kanssa	Sanallinen viestintä		
Saattaa olla sellaisia toimenpiteitä, että kovastikin potilasta ohjataan ja kerrotaan mitä tehdään.	Kerrotaan ja ohjataan	Sanallinen viestintä		
Kyl siitä kattoo, et tuntuuko jännittyneeltä, onko sellaine torjuva, hymytön.	Katsotaan potilaan tunteita ja ilmeitä	Havainnointi		
Ilmeistä saattaa huomata, jos on vaikka kulmat kurtussa.	Huomioidaan ilmeitä	Havainnointi		
Kehon kieli on se mikä kertoo.	Huomioidaan kehon kieltä	Havainnointi		

5 TULOKSET

5.1 Perioperatiivinen toimintaympäristö ja työyhteisö

Sairaanhoitajat kuvasivat perioperatiivista toimintaympäristöä mieleiseksi työympäristöksi. Osa oli kokenut jo opiskeluaikana perioperatiivisen harjoittelun alkaessa, että perioperatiivinen hoitotyö oli heille kiinnostavin ja mieluisin toimintaympäristö. He kokivat, että tämänhetkisessä työyksikössään he voivat pääsääntöisesti toteuttaa työtään haluamallaan ja arvostamallaan tavalla.

Koen että pystyn toteuttamaan työtäni haluamallani tavalla ja tykkään tästä. Mulla oli leikkaussali tai ei mikään täällä sairaalassa, siinä ei ollut mitään epäselvää.

En vaihtaisi tätä ympäristöä.

Hoitosuhteita ja kohtaamisia kuvattiin lyhyiksi. Niihin panostettiin ja potilaille haluttiin luoda turvallinen ilmapiiri ja tehdä tilanteesta mahdollisimman miellyttävä. Osa pohti hoitosuhteiden kestoa ja omaa jaksamista niiden pohjalta. Lyhyitä hoitosuhteita verrattiin pidempiin vuodeosaston hoitosuhteisiin ja osa koki, että haastavissa tilanteissa on helpompaa toimia perioperatiiviselle hoitotyölle ominaisissa lyhyissä hoitosuhteissa. Vaativalta tuntuvien potilaiden kohdallakin haluttiin luoda potilaalle tunne, että hänen toiveitaan huomioidaan, kuunnellaan ja toteutetaan toimintaympäristön sallimissa rajoissa.

Kohtaaminen voi olla lyhyt mutta sitten yrittää tehdä siitä mahdollisimman mukavan ja miellyttävän.

Jos tuntuu, että on hyvin erikoinen tai vaativa persoona ja ajattelee, että osastolla tarvitsisi olla vaikka omahoitajana, niin ei olisi varmaan helppo tehtävä.

Potilaiden jännitystä ja pelkoa ymmärrettiin. Sairaanhoitajat huomioivat, että potilaiden kyky vastaanottaa ja käsitellä asioita on madaltunut erityisesti leikkausosastolle tullessa, jännityksestä ja lääkityksestä johtuen. He pohtivat omaa toimintaansa potilaan näkökulmasta. Oma rutinoituminen koettiin hyvänä asiana oman toiminnan kannalta, mutta sairaanhoitajat pyrkivät huomioimaan tilanteen myös potilaiden kannalta.

Se on pelottava paikka maallikolle, täynnä tavaraa, instrumenttipöytä mitä siinä kasataan, on saksia, pihtejä. Potilaan silmissä ollaan aika pelottava paikka.

Potilaan tiedon vastaanotto nollaantuu aika hyvin kun hän tulee sairaalaan, saliin tullessa sekin vähä mitä on jäljellä. Ei hän kovin vaativia tietoja voi vastaanottaa.

Osa sairaanhoitajista kertoi esimerkkejä hoitokulttuurin muutoksesta työuransa aikana ja sairaanhoitajan mahdollisuuksista aktiivisempaan vuorovaikutukseen potilaan kanssa tämän muutoksen myötä. Perioperatiivisen sairaanhoitajan työssä viihdyttiin ja oma työ koettiin mielekkääksi nykyisissä avoimeksi koetuissa toiminnan raameissa. Myös oman osaamisen kehittymistä kuvailtiin ja kaikki kokivat kokemuksen karttumisen myötä oman varmuuden ja vuorovaikutustaitojen kehittyneen merkittävästi.

Itse on kehittynyt ja itsessään se yleinen tapa kohdata potilaita on kehittynyt ja mun mielestäni mennyt huomattavasti parempaan suuntaan.

Tuli organisaation puolelta se hyväksyntä että mitä saa kertoa niin se oli ihan selvä semmoinen porras. Kasvoi itse siinä kohtaa ihmisenä ja pääsi ammatissaan ja osaamisessaan eteenpäin.

Potilastilanteita käytiin työyhteisössä läpi vapaamuotoisesti keskustellen työtovereiden kesken. Vapaamuotoisissa keskusteluissa nähtiin mahdollisuus jakaa kokemusta ja hiljaista tietoa esimerkiksi nuorille sairaanhoitajille tai saada itse uusia näkökulmia tai ideoita. Kokemusten jakamisen lisäksi koettiin jonkin tilanteen kertominen työtoverille helpottavana ja hyvänä tapana purkaa asia.

Kyllä niistä keskustellaan, varsinkin jos on jotain erikoisempaa, niin yritetään miettiä että mitä siinä olisi voinut tehdä toisin. Tai mitä tuli sitten tehtyä ja oliko ne oikeutettuja ne ajatukset mitä tulee ja muuta.

Jos siinä on nuorempia ja kokeneempaa hoitajaa, niin toivottavasti kokeneempi hoitaja jakaa sitä osaamistaan, kaikki ei lue kirjoissa.

5.1.1 Perioperatiivisten sairaanhoitajien kuvaamat roolit

Sairaanhoitajat kertoivat toimivansa yksikössään anestesiahoitajana, heräämöhoitajana, instrumenttihoitajana ja valvovana hoitajana. Kaikki sairaanhoitajat kokivat työnkierron ja eri rooleissa toimimisen myönteisenä ja kertoivat sen tuovan sopivaa haastetta ja vaihtelua työnkuvaan. Eri rooleissa toimiminen auttoi myös ymmärtämään tiimin toimintaa eri näkökulmista ja heidän kuvauksensa mukaan tämä edisti yhteistyötä. Potilaankin näkökulmasta oli sairaanhoitajien kertoman mukaan hyötyä, kun esimerkiksi anestesiahoitajana osasi vastata myös kysymyksiin leikkauksen kulusta.

Se on hienoa, että tuolla pääsee kaikkiin rooleihin.

Se tekee tällaisella suppealla alueella sen työn tosi eläväksi ja tekee sen myös sujuvaksi sillä tavalla, että kaikki me ymmärretään toisiamme. Tiedetään mitä tapahtuu niitten muitten hoitajien osalta. Ja myös se että mitä leikkauksessa tapahtuu.

Perioperatiivisen sairaanhoitajan merkitystä potilaalle he kuvailivat useimmiten pieneksi. Lyhyen hoitoajan, erityisesti nukutetun potilaan kohdalla, vuoksi he kertoivat oman roolinsa olevan osa pidempää hoitoketjua ja arvioivat siten oman roolinsa pieneksi. Sairaanhoitajat kuvasivat koko hoitoketjun merkitystä potilaalle ja arvioivat leikkauksen teknisen onnistumisen eli avun saannin, olevan merkityksellisintä potilaalle. Sairaanhoitajat kokivat, että heidän roolinsa oli potilaan avun saamisen ja tilanteen jännittävyyden osalta merkittävä, mutta osana hoitoketjua kuitenkin potilaan näkökulmasta pieni. Kivunlievityksessä he näkivät oman roolinsa merkittävänä potilaan kokemuksen ja potilastyytyväisyyden kannalta.

Se on se hetken rooli, mutta se on aika pieni. Olen siinä hetkessä vaan kivun lievittäjä, läsnäolija, mutta et kyllä minun rooli menee enemmän siihen kivunlievittäjän ja sen mahdollisimman hyvän olon aikaan saamiseksi.

Loppupeleissä se miten leikkaus on mennyt teknisesti, on se suurin asia.

Kuvauksissa anestesiahoitaja toimi aktiivisimmin ja läheisimmin vuorovaikutuksessa ja kontaktissa potilaan kanssa. Anestesiahoitajan rooli olikin sairaanhoitajien mielestä mer-

kittävin rooli ohjauksessa, turvallisuuden tunteen luomisessa sekä läsnäolijana. Myös he-
räämö- ja leiko-hoitajan rooli oli aktiivinen vuorovaikutuksen näkökulmasta. Valvovan
hoitajan roolia kuvattiin jonkin verran aktiiviseksi vuorovaikutuksen ylläpitäjäksi. Val-
vovan hoitajan roolissa korostui myös fyysinen läheisyys potilaaseen tilanteissa, joissa
valvova hoitaja kiinnittää valvontalaitteita, suorittaa ihodesinfektiota tai auttaa asennon
ylläpidossa puudutusten laittamisessa.

*Anestesiahoitaja, varsinkin jos on puudutettu potilas, niin kyllä hänellä on tukijan
rooli ja läsnäolijan rooli hyvinkin vahva.*

*Passarina sitten saattaa olla aika fyysisessä kontaktissa potilaaseen. Koskettelee,
tukee ja pesee, on aika intiimi ja läheinen kontakti siinä. Jos potilas on kippurassa
spinaalissa, kun yrittää kertoa ja ohjata niin siinä on kasvot melkein vastakkain,
että kyllä sekin on siinä läheistä.*

Instrumenttihoitajan rooli sisälsi vähiten vuorovaikutusta potilaan kanssa sairaanhoitajien
kuvauksissa ja oli myös fyysisesti etäisin rooli. Etäisyys koettiin myös potilaan etuna,
jolloin potilas voi keskittyä yhden sairaanhoitajan ohjaukseen, eikä tilanteessa ole liian
monta henkilöä tekemässä tilanteesta sekavaa potilaan näkökulmasta. Instrumenttihoitaja
tervehtii potilasta, esittelee itsensä ja toimii vuorovaikutuksessa potilaan kanssa tarpeen
mukaan. Instrumenttihoitajan rooli ja vastuu oli kuvauksissa kuitenkin leikkaukseen tar-
vittavaan välineistöön ja muuhun valmisteluun painottuvaa.

*Instrumenttihoitaja tervehtii vaan, sanoo nimensä ja et on salissa hoitajana. Sitten
vetäytyy täysin niihin omiin hommiinsa, koska potilaalla on myöskin aika jännää
jos kovin moni tulee siihen touhuamaan, niin se on ihan sekaisin.*

5.1.2 Potilaspalautteen käsittely sairaanhoitajien kuvaamana

Erilaisten potilaspalautteiden ja -tilanteiden käsittelyä kaikki sairaanhoitajat kuvasivat samankaltaisin esimerkein. Potilailta saatua kirjallista palautetta käsiteltiin suullisesti yhteisillä osastotunneilla, lisäksi osastonhoitaja laittoi potilaspalautetta tiedoksi sähköpostilla. Potilaspalautteiden käsittely koettiin hyvänä asiana ja potilaiden palautteesta oltiin kiinnostuneita. Potilaspalautteen määrää pidettiin vähäisenä ja sitä olisi toivottu enemmän potilailta. Sairaanhoitajat kokivat, että potilaat näkevät hoidon kokonaisuutena ja arvioivat potilaiden antavan enemmän palautetta vuodeosastolla olostaan. Myös tilanteen jännityksen arvioitiin estävän palautteen antamista perioperatiivisessa hoitoympäristössä.

Yhdessä miitingillä käydään läpi.

Mutta jotenkin aika vähän mekin saadaan niitä ihan tänne saakka. Kun meilläkin niitä jaetaan niitä tyytyväisyyskyselyitä.

Sairaanhoitajat kertoivat kirjallisessa ja suullisessa potilaspalautteessa saavansa kiitosta yleisesti hyvästä hoidosta ja potilaan huomioimisesta sekä positiivista palautetta ystävällisyydestä, asiantuntevuudesta, tiedonkulusta ja turvallisuuden tunteen luomisesta. Potilaat kertoivat sairaanhoitajille myös jännityksestään ennen toimenpidettä ja helpotuksen tunteistaan sen jälkeen. Koettiin, että enimmäkseen palaute oli positiivista ja sen saaminen tuntui mukavalta. Osa niin sanotuista tavanomaisista tilanteista jäi heille mieleen juuri myönteisen palautteen ansioista.

Kyllä erittelevät sitä, että on sujunut, heidät on huomioitu, heistä on pidetty huolta.

On kerrottu koko ajan mitä on tehty ja mitä tullaan tekemään.

Heräämössä potilaat sanoo, että on ollut turvallinen olo tai ollut helppo lähestyä.

Negatiivista palautetta tuli sairaanhoitajien kertoman mukaan vähän. Negatiivisen palautteen kerrottiin liittyvän pitkään odotusaikaan ja siihen liittyvään puutteelliseen tiedonkulkuun, yleiseen meluisuuteen ruuhkaisena hetkenä heräämössä tai liikenteeseen salissa. Myös sairaanhoitajien keskinäiseen keskusteluun tai kivunhoidon riittämättömyyteen oltiin joskus tyytymättömiä.

Niin ja sit siitäkin on, että saattaa potilaille välillä tulla monenkin tunnin odotuksia siellä leikossa. Niistä usein sanotaan.

Joskus on tullut jotain meluisuudesta. Saattaa olla, et on salissa paljon liikennettä tai heräämössä meluisaa missä on paljon potilaita.

Osa negatiivisesta palautteesta koettiin aiheelliseksi ja se otettiin vastaan potilaan näkökulma ymmärtäen. Joissain tilanteessa sairaanhoitajat kertoivat toimineensa parhaansa mukaan. Esimerkiksi kivunhoidossa ei ollut mahdollisuutta toimia toisin, koska maksimiannokset oli annettu potilaan toiveiden ja lääkärin määräysten mukaisesti. Joissain tapauksissa palautetta saatettiin odottaa ennakolta, vaikka potilasta oli yritetty huomioida esimerkiksi heräämössä resurssien sallimalla tavalla tai ohjata tilanteen mukaan.

Joskus on semmoista, että on yks potilas ja kaksi hoitajaa puhuu siinä omiaan. Potilas sanoo, että häntä ei teidän juttunne kiinnosta ja potilas on siinä oikeassa. Hänellä täytyisi olla se rauha siinä, että ihan oikea huomautus.

Kivunhoito on aina sellainen yksilöllinen asia, joko on tehty virhearviointi tai sitten valitettavasti välillä ne palautteet tulee, et me on jo tiedetty kun se potilas lähtee, et me ollaan kaikki siihen annettu ja ei ole mikään kelvannut. Siihen on kaikki keinot tehty ja ihan varmaan tulee palaute.

5.2 Vuorovaikutus hoitotyössä sairaanhoitajien kuvaamana

5.2.1 Sairaanhoitajien käyttämät vuorovaikutuksen keinot

Sairaanhoitajien kuvauksista nousi esiin erilaisia toiminnallisia ja viestinnällisiä keinoja vuorovaikutuksesta. He kertoivat tietoisesti pyrkivänsä havainnoimaan potilasta, huomioidaan häntä kokonaisvaltaisesti ja luomaan hyvää ilmapiiriä. Havainnointi ja intuitio toimivat pohjana omalle toiminnalle.

Yritän tulkita sitä kokonaisuutta, mitä hän tässä tilanteessa haluaisi.

Kyllä siinä katsoo, että tuntuuko jännittyneeltä, onko sellainen torjuva, hymytön. Silloin ei yritä väkisin vääntää vitsiä.

Jos se on ihminen, joka hymyilee ja tulee henkisesti kohti, silloin voi vähän rennommin jutella.

Haastatellut sairaanhoitajat havainnoivat potilaasta kehon kieltä, kasvojen ilmeitä, elintoimintoja sekä olemusta ja arvioivat niiden perusteella potilaan jännitystä, pelkoa, ahdistusta, voimavaroja tai kivun määrää.

Asentoa, otsan rypistyksiä, puhinaa, ähinää. Sellaista, että onko se olemus rauhallinen, vai onko se olemus kireä ja ahdistuneen oloinen.

Usein jos on tosi jännittynyt, niin potilas on kauhean hiljainen tai tosi ärtyisäkin.

Sairaanhoitajat kertoivat pyrkivänsä empaattisuuteen hoitotyössä ja kuvailivat myös työtovereiden empaattisuutta. Surulliset tilanteet tai vaikeat sairaudet koskettivat heitä välillä, vaikka kuvailivatkin että tilanteisiin tottuu kokemuksen myötä. He kokivat, että työtovereilla on hyvät vuorovaikutustaidot ja jokainen oman persoonansa ja toimintatapansa kautta haluaa hyvää potilaille ja toimii potilaiden parhaaksi.

Meillä oli juuri sellainen potilas, jolla oli rankka surutausta ja sitten tuli vielä oma sairaus. Minua rupesi surettamaan sen ihmisen puolesta, jollain tavalla rupesi asennoitumaan siihen.

Meillä on muutamia sellaisia, jotka ovat todella empaattisia ja osaa lähestyä sillä tavalla sosiaalisen luonnikkaasti ihmisiä. Sen näkee ihan selvästi, että siinä on semmoinen vuorovaikutussuhde.

Oman toiminnan analysointi ja vaikutusten arviointi oli haastavaa. Pyrittiin toimimaan potilaslähtöisesti ja säätelemään omaa toimintaa potilaan tarpeita vastaavaksi. Aina ei osattu arvioida, ohjasiko toimintaa tietoinen päätös vai tehtiinkö asiat tiedostamatta.

Pyrin empaattisuuteen. Toivottavasti en liikaa, koska sekään ei ole hyvä. Koska minä onnistun ja koska en, niin sitä en osaa sanoa.

En osaa ajatella, että onko se minusta kiinni vai tuleeko se asia luonnostaan.

Onnistunutta kohtaamista ja vuorovaikutustilannetta kuvattiin sairaanhoitajan ja potilaan välisenä tapahtumana, jossa yhteistyö toimii ja molemmat osapuolet kunnioittavat toisiaan ja ovat vastaanottavaisia toisilleen. Potilaan ottaminen osaksi hoitoaan oli sairaanhoitajien kuvauksissa osa potilaslähtöisen vuorovaikutuksen muodostamista.

Lähteehän se hyvin paljon myös potilaasta liikkeelle, että hän on sellainen vastaan-tuleva yhtä lailla.

Että hän pääsisi osaksi siihen hoitoon.

Sanallisen viestinnän käytön sairaanhoitajat tunnistivat ja jakoivat useisiin erityyppisiin viestintämuotoihin. He kuvailivat vuorovaikutustilanteita ja potilaiden erilaisia tarpeita sekä kuvailivat käyttävänsä viestinnän eri muotoja tuttavallisesta jutustelusta keskusteluun ja ohjaukseen.

Yrittää jutella mukavia ja ehkä sekin riippuu potilaasta. Toisista huomaa et ne ei halua keskustella.

Saattaa olla sellaisia toimenpiteitä, että sitten kovastikin potilasta ohjataan ja kerrotaan mitä tehdään.

Heidän kokemuksiensa mukaan sanallisessa viestinnässä sanavalinta, selkeys ja täsmällisyys tiedon antamisessa olivat tärkeitä ja tietoisia valintoja hyvän vuorovaikutuksen luomisessa ja potilaiden ohjauksessa. Huumoria käytettiin harkitusti.

Kun asian selittää ja se täytyy sit selittää niin nätisti. Lyhyesti, nätisti ja selkeästi.

Miettii et mitä sanoja käyttää ja siinä tilanteessa käytetään niitä asiallisia termejä.

Ehkä pientä huumoria matkassa, ei liikaa.

Sairaanhoitajat kertoivat kysyvänsä potilaalta esimerkiksi hänen vointiaan ja kunnioittavansa potilaan omaa näkemystä tilastaan. Potilaalla oli heidän mielestään oikeus tulla kuulluksi.

Jos vaikka kivun hoito, niin kyllä yritän aina kysellä potilaan omaa sitä, mikä on kiputilanne ja mikä on vointi.

Pyritään potilaasta pitämään sillä tavalla huoli, että niissä tilanteissa ja puitteissa missä ollaan, hän kokisi, että hänen eteensä tehdään työtä ja hän tulisi kuulluksi.

Sanattoman viestinnän keinoja sairaanhoitajat kuvasivat runsaasti. Äänenkäyttö, katsekontakti ja kehon kieli olivat haastateltujen sairaanhoitajien mielestä myös merkityksellisiä ja he käyttivät sitä osana sanatonta viestintää. He kertoivat tietoisesti säätelevänsä olemustaan ja toimintaansa potilaan rauhoittamiseksi.

Omalla äänenpainolla ja semmoisella antaa kuvaa.

Se on se katsekontakti.

Sit se työn sujuvuus. Vaikkei sitä hommaa osaa, niin näyttelee että osaa, on vakuuttavan näköinen. Kyllähän me kaikki tehdään jotkut asiat ensimmäisen kerran.

Läsnäolon tärkeyttä korostettiin kaikkien sairaanhoitajien kertomana. Läsnäolon ja läheisyyden merkitys potilaan tukemisessa, lohduttamisessa ja rohkaisemisessa oli avainasemassa tärkeimpinä vuorovaikutuksen keinoina. Myös kiireettömyys tai ainakin kiireettömän ilmapiirin luominen koettiin olennaisena osana hoitotyötä.

Tärkeintä on että on aidosti läsnä.

Olen totaalisesti läsnä sen kaksi minuuttia, enkä ole koko ajan kääntyneenä tai askeleen pois päin. Minä annan sen kuvan. Ihan sama se mitä juttelen, niin minä olen potilasta kohti. No kyllähän minä askartelen koko ajan muutakin. Jos laitan tippaa niin juttelen samalla, olen häntä varten.

Sairaanhoitajat arvioivat läheisyyttä potilaisiin ja pyrkivät kunnioittamaan kertomansa mukaan myös potilaan omaa tilaa ja tunteuksia. Sairaanhoitajien mukaan toisen tilanetta tai tunteita ei tule vähätellä.

Toisaalta sitten säilyttää se kunnioitus ja yrittää olla sen verran herkkä, ettei tunge liian lähelle silloin kun ei liian lähelle halua.

Etten lähde vähättelemään sitä surua.

Turvallisuuden tunteen luomisessa sairaanhoitajat kertoivat käyttävänsä hyödyksi ammattitaitoaan, joka näkyy potilaille päämäärätietoisena, rauhallisena ja varmana toimintana. Toiminnan huolellisuus, esimerkiksi tarkistuslistan käytön muodossa herätti heidän saamansa potilaspalautteen mukaan luottamusta ja turvallisuuden tunnetta potilaissa. Helposti lähestyttävälle ja aidosti läsnä olevalle sairaanhoitajalle olisi potilaiden heidän mukaansa turvallista esittää toiveita, kysymyksiä ja antaa palautetta.

Keskittyy potilaaseen ja omalla olemuksellaan luo sitä turvallisuudentunnetta.

Potilas kertoi että koki tarkistuslistan sellaisena turvallisenä asiana. Asiat olivat kunnossa, verivaraus tehty...

Olisi määrättyllä tavalla semmoinen, että voisi luottaa siihen mitä tehdään. Ja voisi olla turvallinen olo, että jos on joku asia huonosti niin sen voi sanoa.

5.2.2 Sairaanhoitajien kuvailemat tarvittavat vuorovaikutustaidot

Haastatteluissa sairaanhoitajien näkemyksissä nousi esiin ominaisuuksia, jotka edistivät vuorovaikutusta sairaanhoitajan ja potilaan välillä. Sairaanhoitajalla tulisi olla oikeanlainen asenne, pyrkimys hyvään ja halu tehdä työnsä hyvin.

Sanoisin, et meidän henkilökunnasta kaikki omalla tavallaan haluavat tehdä hyvää.

Että hoitajat haluaa tehdä tämän hyvin.

Empatiakyky ja ymmärrys potilaan tilannetta kohtaan olivat sairaanhoitajien mukaan edellytys hyvälle vuorovaikutukselle tiedollisen osaamisen ja asiantuntijuuden lisäksi. Osa sairaanhoitajista kuvaili sosiaalista luonnettaan ja kertoi sen auttavan luontevassa potilaiden kohtaamisessa ja ymmärtämisessä.

Kyllähän tietysti persoona on ihmisellä. Ihminen on tietyn tyylinen, että munkin on helppo olla ihmisten kanssa tekemisissä.

No ainakin pitää olla empatiakyky ja tietysti sitä tieto-taitoa, tai varmasti tulee potilaalle semmoinen turvallisempi olo kun tietää mitä tekee ja osaa asettua siihen potilaan saappaisiin. Ja ymmärtää siitä potilaan tilanteesta.

Kyky sietää erilaisuutta ja vastoinkäymisiä helpottivat heidän kuvauksissaan vuorovaikutusta ja selviytymistä haastavista tilanteista. Joustavuus ja vaativan potilaan käytöksen taustojen ymmärtäminen auttoivat heitä kertomansa mukaan suhtautumaan tilanteisiin ammattimaisesti.

Jossakin toisessa tilanteessa vois ruveta riitelemään, mutta ei tietenkään siinä.

Sellainen, että jos potilas on ollut vähän aggressiivinen niin huomaa, että se omakin aggressio sieltä nousee. Mutta tosiaan se on ollut sellaisessa tilanteessa se ihminen, että se on ollut sen hallintakeino, että se on kiikutellut ja ollut kiukkuinen.

Oman persoonansa ja toimintatapojensa hyväksyminen ja ymmärtäminen auttoivat luontevan vuorovaikutuksen muodostumisessa. Osa sairaanhoitajista reflektoi omaa ja työtovereidensa toimintaa eri tilanteissa. Omaa persoonaa käytettiin hoitotyössä, oleellista oli kuitenkin vetää raja oman persoonan ja ammattiroolin välillä. Potilaan huomioimisen tuli olla etusijalla, vaikka koettiin että joissain tilanteissa saatettiin puhua ”ylimääräistä”.

Saan kohdata potilaita omalla tavallani.

Täytyy aina miettiä mitä potilaalle puhuu, missä tilanteessa. Erityisesti se korostuu puudutetun potilaan hoidossa, kun se potilas on siinä läsnä. Siinä täytyy miettiä että mitä sanoo ja kuinka paljon puhuu henkilökohtaisia juttuja. Kyllä jonkun lauseen voi sanoa, mutta ei se nyt ole ehkä korrektia, että puhutaan kaikki omat menot.

5.2.3 Sairaanhoidajien kokemuksia vuorovaikutuksensa kehittymisestä

Sairaanhoidajat kokivat vuorovaikutustaitojensa kehittyneen kokemuksen ja työvuosien myötä. He kuvailivat jännittäneensä potilaiden kohtaamista kokemattomampina sairaanhoidajina. Kokemuksen myötä rohkeus ja vuorovaikutustaidot kuitenkin kehittyivät ja vuorovaikutus koettiin luontevana. Oman persoonan käyttäminen, oman toimintatapansa hyväksyminen ja arvostaminen olivat myös osa toimintaa.

Aluksi jännitti, että mistä asioista sitä voi potilaan kanssa keskustella. Eikä pystynyt niin luontevasti olemaan.

Kokemuksen myötä pystyy ajattelemaan ja huomioimaan sen potilaan.

Minun mielestä mitä enemmän tulee kokemusta, tulee sellainen vapautuneempi olo ja ymmärtää, että samanlaisia ihmisiä tässä ollaan.

Rutinoituminen nähtiin hyvänä asiana. Empatiakyvyn säilyttämistä pohdittiin suhteessa itsensä suojelemiseen raskailta tilanteilta ja ihmisten surun vaikutuksilta. Työroolin ja kotiroolin erottaminen oli sairaanhoidajien kokemuksen mukaan avain työssä jaksamiseen ja ammatilliseen suhtautumiseen vaikeissakin tilanteissa.

Valtaosassa niin pystyy itsensä pitämään erillään.

Jos kaikki jutut jäisivät pyörimään päähän ja kotona miettisi, niin en uskoisi että tämä olisi oikea ala. Kyllä ne pitää pystyä purkamaan ja jättämään sitten taakseen.

5.2.4 Sairaanhoidajien kuvaamia vuorovaikutuksen haasteita

Vuorovaikutuksen haasteina sairaanhoidajat kokivat ihmisten erilaisuuden ja erilaiset persoonat. Oma väsymys tai mieliala vaikutti myös vuorovaikutustilanteisiin. Päivystysten ja yövuorojen aiheuttama ajoittainen väsymys tunnistettiin, koettiin kuitenkin että se ei saa vaikuttaa potilaan kohtaamiseen ja hoitoon. Myös oman mielialan vaikutusta pohdittiin. Sairaanhoidajien kertoman mukaisesti kuitenkin pyrittiin siihen, että se ei näkyisi omassa toiminnassa tai vaikuttaisi potilaan kohtaamiseen.

Jos on just mennyt kaikki pieleen ja sitten pitäisi tsempata ja olla tukena.

Jos on itsellä huono päivä, se ei saisi vaikuttaa asiakaspalvelutehtävässä.

Tilanteen potilaissa aiheuttama pelko tai jännitys asettivat omat haasteensa, joita yritettiin vuorovaikutuksen keinoin lievittää. Potilaan psyykinen ja fyysinen kunto saattoivat joissain tapauksissa asettaa lisähaasteita. Mahdollinen yhteisen kielen puute ja kulttuuriset eroavaisuudet toivat oman lisähaasteensa joissain tilanteissa.

Sitten psykiatriset potilaat, ne on haastavia kohdata.

Jos ei ole yhteistä kieltä, ei voi kauheasti kommunikoida.

Hätätilanteet ja kiire toivat sairaanhoitajien kuvauksen mukaan myös haasteita vuorovaikutukseen ja vaikuttivat hoitotyöhön. Hätätilanteissa olivat potilaan nopea ja turvallinen hoitaminen sekä tilanteen hallintaan ja rauhalliseen toimintaan keskittyminen tärkeintä. Syvälliseen vuorovaikutukseen ei siinä tilanteessa ollut aikaa eikä mahdollisuutta, kuten elektiivisissä toimenpiteissä. Joissain tilanteissa olisi haluttu toimia potilaslähtöisemmin, antaa aikaa ja huomioida enemmän potilasta, kiireen ja tavanomaista runsaamman potilasmäärän sen estäen.

Jos potilas vuotaa, eikä oikein tiedä mitä tässä tapahtuu. Siinä vuorovaikutus ehkä jää, ne pakolliset sanotaan.

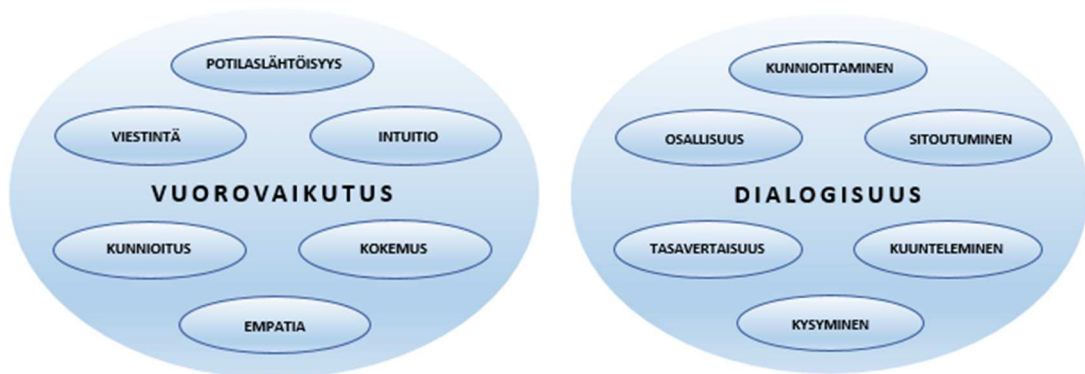
Välillä huomaa juurikin vaikka kiireessä, että ei vaan ehdi vaikka haluaisikin. Se on harmillista kyllä.

Myös muita tilanteen luomia haasteita kuvattiin. Esimerkiksi opiskelijan läsnäolon tuomia etuja ja haasteita pohdittiin. Opiskelijan läsnäolon koettiin häiritsevän joissain tilanteissa omaa vuorovaikutusta suhteessa potilaaseen. Toisaalta opiskelijan tavasta toimia saatettiin ottaa vinkkiä omaan toimintaan.

Myöskin opiskelija häiritsee sitä, täytyy antaa tilaa opiskelijallekin. Että en minä voi mennä vaan liukkaasti omaa linjaani. Mutta ei se välttämättä ole huono asia.

Instrumenttihoitajana opiskelijat joskus tekee kauhean kivasti kun käyvät esittäytymässä siinä ja ilman maskia, että ihan niinkuin kiinnittää huomiota siihen, että tulee ja kohtaa sen ihmisen.

Kuviossa 8 ovat tiivistettynä sairaanhoitajien kuvaamat hoitotyöhön ja potilaiden kohtaamiseen liittyvät vuorovaikutuksen ja dialogisuuden osa-alueet.



KUVIO 8. Vuorovaikutuksessa ja dialogisuudessa toteutuneet osa-alueet.

5.3 Eettinen ajattelu hoitotyössä sairaanhoitajien kuvaamana

Sairaanhoitajat kuvailivat lyhyesti eettistä näkökulmaansa hoitotyössä. Eettistä näkökulmaa ei aina tietoisesti mietitty käytännön hoitotyössä ja eettisyys miellettiin sairaanhoitajien kuvauksissa liittyvän ensisijaisesti erilaisten taustojen omaavien ihmisten hyväksymiseen ja tasa-arvoiseen kohteluun.

Jokaista potilasta tulee hoitaa yhtä hyvin, iästä, rodusta, sukupuolesta ja terveydentilasta ja kaikesta riippumatta.

Ne elää sen oman elämänsä ja minä elän oman, niillä on oikeus valita asioita niiden omien lähtökohtiensa mukaan.

Arvostetaan sitä potilasta sellaisena kuin se on.

Eettisyys liitettiin myös potilaan yksityisyyden kunnioittamiseen. Potilaan kuullen ei keskustella toisten potilaiden asioista ja käsitellään potilaiden asioita niin, ettei hän ole tunnistettavissa. Eräs haastatelluista pohti esimerkkinä eettisestä haasteesta kehitysvammaisen potilaan hoitoa. Potilaan hoidosta olivat päättäneet hoitavat lääkärit ja hoidon tarpeen määritteli potilaan kokonaistilanne. Potilaan vastustaessa hoitoa nousi esiin eettinen riskiiriita potilaan itsemääräämisoikeuden ja hoidon tarpeen välillä.

Ettei puhuttaisi toisen potilaan asioista nimellä.

Kyllä siinä kokee, että tavallaan teen väärin, mutta pitkässä juoksussa hän tarvitsee tämän hoidon.

Kaikki sairaanhoitajat korostivat useiden kysymysten kohdalla potilaiden erilaisuutta ja heidän yksilöllisyyttään. He kertoivat pyrkivänsä potilaslähtöisyyteen ymmärtämällä potilaiden tarpeita ja henkilökohtaisia tilanteita niitä arvostelematta ja empaattisesti potilaiden tunteita kunnioittaen.

Tulee erilaisia potilaita ja tilanteet on niin erilaisia.

Voihan mulla ajatuskulkuja olla, mutta ei se ole minun tehtäväni.

Jos ne elää omaa elämäänsä omien ajatustensa mukaan oikein, eikä aiheuta pahaa toisille ihmisille, niin ei mulla ole velvollisuutta ja tarvetta sitä kovasti kritisoida.

Osa sairaanhoitajista kertoi, että potilas ei aina muistanut jälkikäteen heräämässä puhuttuja asioita. Potilaiden koettiin kuitenkin olevan rauhallisempia saatuaan tietoa tilanteestaan. Potilaiden ohjaus nähtiin myös osana potilaiden edunvalvontaa ja hoitotyötä, samoin kuin potilaiden hyvinvoinnin varmistaminen leikkauksen aikana ja potilaiden suojeleminen ylimääräiseltä fyysiseltä tai henkiseltä rasitukselta tai haitalta.

Esimerkiksi sillä tavalla valvon potilaan etua, että en halua että potilas on puhtaasti harjoituskappale. Olen sanonut, että kaksi kertaa saa opiskelija yrittää kanyloida.

Ei varmasti potilas osaa edes ajatella mitä me tehdään. Jos potilas on seitsemän tuntia samassa asennossa, niin kyllä siinä varmasti paikat kipeytyy jos ei liikutella.

Sairaanhoitajien kyky sietää potilaiden vaihtelevia toiveita, tilanteita ja asenteita oli myös osa eettistä toimintaa. Useat haastateltavat kertoivat, etteivät jää miettimään potilaiden mahdollisesti haastavaa käytöstä tai asenteita. Ikävät tilanteet koettiin harvinaisiksi ja oma ammatillisuus vahvaksi näissä tilanteissa. Osa sairaanhoitajan ammatillisuutta oli heidän mukaansa kyky jättää asiat pois mielestä ja siirtyä eteenpäin. Potilaat purkivat joskus omaa ahdistustaan ja jännitystään käytöksellään, mikä oli sairaanhoitajista ymmärrettävää siinä tilanteessa.

Myöskään potilaan kiukuttelu ei jää minua kaivelemaan. Tiedän et sillä oli ahdistava tilanne ja se siitä.

En jää sitä miettimään, pystyn kyllä hyvin ohittamaan.

Mikäli potilaan hoidossa syntyi ristiriitatilanteita, pyrittiin niihin löytämään ratkaisu keskustelemalla. Haastatellut kertoivat, että potilaiden toiveisiin oli yleensä jokin selkeä syy ja he pyrkivät huomioimaan potilaan toiveet mahdollisuuksien mukaan.

Yleensä niihin on kyllä jokin syy ja potilas kyllä ilmaisee sen hyvin selkeästi. Sitten sitä vähän mietitään ja katsotaan, pyritään hoitamaan muilla konsteilla.

Haastaviksi tilanteiksi sairaanhoitajat kokivat esimerkiksi ikävien uutisten kertomisen ja potilaan tukemisen vaikeissa tilanteissa. Mahdollisuus tiedonantoon koettiin kuitenkin hyväksi, koska aiemmin tätä mahdollisuutta ei ollut. Sairaanhoitajien mukaan potilaalla oli eettisesti ajateltuna oikeus saada tietoa viivytyksettä. Potilaan halutessa tietoa oli lääkäri yleensä hyvin saatavilla, eikä potilas joutunut odottamaan tietoa tilanteestaan esimerkiksi yön tai viikonlopun yli. Sairaanhoitajilla oli kertomansa mukaan nykytilanteessa mahdollisuus antaa leikkauksen kulusta tai varmistuneista tutkimustuloksista tietoa potilaalle. Mahdollisuus tiedon antamiseen esimerkiksi toimenpiteen kulusta ja varmistuneista tuloksista oli eräänkin sairaanhoitajan mukaan merkityksellistä niin heidän oman työnsä kautta, kuin myös potilaan hyvinvoinnin sekä hänen mielialansa kannalta.

Minun mielestä on ihana, että saa sanoa sen mitä potilas haluaa tietää, koska jos olisin itse potilas, niin minusta tuntuisi ihan kamalalta, että sanottaisiin tuolla tavalla vain että lääkäri sitten kertoo huomenna.

Toimintatapojen muutoksia pohdittaessa koettiin potilaan kunnioituksen lisääntyneen merkittävästi. Potilasta arvostetaan omana itsenään, eikä pyritä muuttamaan tai vaikuttamaan potilaan tilanteeseen tai valintoihin.

Ihmisten kunnioitus, siis potilaiden kunnioitus on lisääntynyt paljon.

Sitten siitä sellaisesta hyväksyvästä kohtaamisesta, että arvostetaan sitä potilasta sellaisena kuin se on, eikä yritetäkään että se olisi muunlainen.

Sairaanhoitajat pohtivat tilanteita, joissa voisi itse toimia paremmin tai joissa oli kokenut muiden toiminnassa olevan parannettavaa. Joissain tilanteissa koettiin, ettei muiden sairaanhoitajien keskinäinen juttelu tuntunut tilanteeseen sopivalta. Näihin tilanteisiin oli vaikea puuttua ja sairaanhoitajat kertoivat jättäneensä mainitsematta asiasta, vaikka se olisi ollut heistä siinä hetkessä oikeutettua.

Ajattelee vaikka instrumenttihoitajana, että miksi nuo anehoitaja ja passari juttelee omia asioitaan, vaikka potilas puudutettuna.

Kuviossa 9 ovat tiivistettynä sairaanhoitajien kuvaamat eettisyyden osa-alueet.



KUVIO 9. Eettisessä ajattelussa ja toiminnassa toteutuneet osa-alueet.

5.4 Päätöksenteko hoitotyössä sairaanhoitajien kuvaamana

Sairanhoitajilta kysyttiin heidän päätöksentekoprosessistaan ja pyydettiin kuvailemaan päätöksentekotilanteita. Sairanhoitajat arvioivat potilasta ja hänen mielialaansa havainnoinnin ja kysymysten avulla. Myös potilaan tiedon ja tuen tarvetta arvioitiin. Tietoa ja ohjausta annettiin potilaan päätöksenteon tueksi, oikaisemaan ennakkoluuloja tai virheellisiä käsityksiä sekä jännitystä tai pelkoa lievittämään.

Yritän vielä selventää sitä haitaria siitä että mitä tarkoitti. Kipulääkettä annetaan jos se niin kokee että tarvitsee.

Sanoo ei ole kauheasti kipua, irvistää kuitenkin.

Kerron minkä takia kannattaisi tehdä puudutuksella.

Siinä saattaa olla pelottava tunne, niin yrittää tukea ja rauhoitella sitä potilasta.

Sairanhoitajat kokivat päätöksenteosta kysyttäessä, että varsinaiset päätökset oli tehty jo ennen toimenpiteeseen tuloa. Sairanhoitajat kertoivat, että heidän työhönsä ei juurikaan kuulu päätöksentekoa ja potilaskin on päätökset tehnyt yhdessä lääkärin kanssa jo ennen toimenpidettä. Päätöksenteko nähtiin enemmän lääkärin vastuulle kuuluvaksi tai lääkärin ja potilaan yhteisen keskustelun tuloksena niin itse operaation kuin anestesiankin osalta.

Sairanhoitajahan ei voi päättää, jos potilas vaikka mieltii nukutus vai puudutus.

Leikkaussaliin tulevalla potilaalla ei ole paljonkaan enää päätöksiä tehtävänä.

Joskus voidaan vielä vähän että tuleeko nukutus vai puudutus, mutta nekin on pääsääntöisesti päätetty ja niistä ei enää jutella. Jonka koen hyväksi, koska ei voida enää siinä arpoa. Se on minun mielestä potilaallekin selkeätä.

Potilaslähtöistä päätöksentekoa ja sen perusteita kuvattiin kuitenkin eri tilanteisiin liittyen. Sairaanhoitajat kertoivat, että potilaita tulisi hoitaa esimerkiksi kivun suhteen potilaan omien tuntemustensa mukaisesti ja häntä kuunnellen. Potilaiden yksilöllisen tilanteen mukaan keskusteltiin asioista ja mietittiin yhdessä sopivaa ratkaisua. Potilaiden itsemääräämisoikeus koettiin osana potilaslähtöistä ajattelua ja toimintaa.

Nykyäänhän sitä sanotaan, että jos potilas on kipeä, niin potilas on sen akuutin kivun tai kipunsa asiantuntija. Ja sen mukaan pitäisi toimia.

Mutta lähtökohta on se, että se potilas sitä kipua kokee ja sitä hoidetaan eikä sitä minun mielikuvaa siitä, mikä se kipu sitten on.

Potilas kuitenkin päättää itse hoidostaan.

Sairaanhoitajat kokivat, että heillä on vahva asiantuntijuus potilaiden hoitamiseen potilaan tarpeista lähtien ja tekivät päätöksiä ammattitaitoonsa luottaen. Asiantuntijuutta käytettiin sekä potilaan tilanteen arviointiin että päätöksenteon tueksi. He kokivat, että potilaat luottavat heidän ammattitaitoonsa. Sairaanhoitajat kuvailivat potilaiden erilaisia toiveita, joita pyrittiin mahdollisuuksien mukaan toteuttamaan. He kertoivat potilaan parhaan olevan lähtökohta heidän toiminnalleen.

En mä potilaalta kysy millaista lääkettä annan, mä olen se asiantuntija, eikä potilas. Sanon siinä tilanteessa, että annan nyt tällaisen pitkävaikutteisen kipulääkkeen.

Kyllä ne uskoo siihen, että hoitajat tietää mitä ne tekee ja miten toimitaan.

Yritetään koko ajan sitä potilaan parasta ajatella.

Kuviossa 10 ovat yhteenvetona sairaanhoitajien kuvaamat päätöksenteon osa-alueet.



KUVIO 10. Päätöksenteossa toteutuneet osa-alueet sairaanhoitajien kuvaamana.

5.5 Yksilöllisyyden huomioiminen sairaanhoitajien kuvaamana

Kaikki haastatellut sairaanhoitajat toivat esiin potilaan yksilöllisyyden huomioimista ja sen merkitystä hoitotyössä. Sairaanhoitajat kertoivat potilaiden tilanteiden olevan erilaisia ja tilanteiden ainutkertaisuus yritettiin huomioida omassa toiminnassa ja potilaan huomioimisessa.

Huomioidaan ainutlaatuinen tilanne, vaikka me tehdään jatkuvasti tätä samaa.

Yrittää olla sillä tavalla että tämä on joka potilaalle erilainen tilaisuus, ne ei välttämättä käy siellä monta kertaa.

Tilanteisiin ja kohtaamiseen valmistauduttiin jonkin verran, pääsääntöisesti sairaanhoitajat saivat raportin leiko-hoitajalta tai lukivat ja tutustuivat potilaan taustatietoihin. Saadut tiedot auttoivat orientoitumaan kyseisen potilaan kohtaamiseen sekä joissain tilanteissa hänen mielialaansa.

Joskus saan raportin, niin siinä on taustat, ikä, terveydentila ja tuleva toimenpide.

Mutta ei ne ole mitenkään pitkälle meneviä valmisteluja, otan sen raportin.

Mielialan arviointiin vaikuttaa, mitä leiko-hoitaja kertoo. Kertoo että potilasta jännittää, mulla mielikuva sit siitä.

Yksilöllisyyden huomioimisen osalta sairaanhoitajat kuvailivat eri keinoja, joilla potilaan yksilöllistä tilannetta yritettiin tukea ja huomioida. Potilaan havainnoiminen ja ”lukeminen” hänen yksilöllisten tarpeidensa ja toiveidensa tunnistamiseksi tuli esiin sairaanhoitajien vastauksista. Sairaanhoitajat pyrkivät mukauttamaan omaa toimintaansa esimerkiksi juttelun ja keskustelun osalta yksilöllisesti ja potilaskohtaisesti.

Se onkin haastava tehtävä, että pystyy tulkitsemaan miten kyseinen potilas haluaa.

Jos tuntuu, ettei halua jutella, annan rauhan.

Sairaanhoitajat kuvailivat, että potilaita ja heidän toiveitaan oli tärkeä kuunnella. Potilaiden toiveita pyrittiin kunnioittamaan sekä hyväksymään erilaiset, hullunkurisetkin ”selviytymiskeinot”, joita esimerkiksi ihmisillä oli jännittävstä operaatiosta selviytymiseen. Potilaiden erilaiset tavat reagoida tunnistettiin ja hyväksyttiin.

Potilaat reagoivat kovin eri tavalla, haluaa sen tilanteen eri tavalla.

Just se, että potilas pääsisi itse siihen hoitoon mukaan, että jos potilas ei vaikka millään halua sitä puudutusta niin sitten kuunnellaan potilaankin toivetta.

Potilaiden yksilöllistä tilannetta pyrittiin huomioimaan myös sanallisesti. Samaa sanallista viestiä saatettiin käyttää vastaavissa tilanteissa, kuitenkin luoden potilaalle tunne, että sanat on suunnattu juuri hänen tilanteeseensa. Erityisesti haastavissa tilanteissa haluttiin potilaalle luoda tunne, että sairaanhoitaja kohdistaa sanansa hänen tilanteeseensa, vaikka sairaanhoitaja kertoi käyttävänsä samaa tapaa muissa vastaavissa tapauksissa.

Ehdottoman tärkeää on näiden sairaiden lasten kohdalla, se voi olla ainoa asia mitä se äiti muistaa salista jälkeensä, että hoitaja sanoo jotain kaunista. Sille äidille se on merkittävää.

Kuviossa 11 ovat tiivistettyinä sairaanhoitajien kuvaamat yksilöllisyyden osa-alueet.



KUVIO 11. Kuvauksissa esiin nousseet yksilöllisen huomioimisen osa-alueet.

5.6 Vallankäyttö sairaanhoitajien kuvaamana

Kokoneiden sairaanhoitajien kuvausten mukaan heidän toimintansa ei enää ollut yhtä muodollista kuin heidän työuransa alkuvaiheessa. Potilaita kuunneltiin ja huomioitiin nykyisin enemmän ja sairaanhoitajat kokivat sen myönteisenä asiana. Koettiin, että sairaanhoitajat olivat lähempänä potilasta. Oma toiminta oli sitä luontevampaa ja oma ammattitaito kehittyi mitä enemmän sairaanhoitajalla oli mahdollisuuksia kohdata potilaita itsenäisesti toimien.

Koen, että hoitajallakin oli vähän autoritäärisempi ote siihen toimintaan kuin mitä nykyään on ja vaikka varmaan sitä autoritäärisyyttä vieläkin on, mutta minun mielestä se on muuttunut kyllä hurjasti.

On luontevampaa reagoida sen potilaan läsnäoloon ja sen persoonallisuuteen eri tavalla, ennen se oli muodollisempaa.

Oman tiedon ja taidon käyttämistä sairaanhoitajat mieltivät paljon heräämötöskentelyn kautta. Heidän kuvauksensa mukaan valtaa oli mahdollisuus käyttää juuri esimerkiksi kivunhoidon suhteen.

Heräämössä ainoita asioita mitä potilas päättää, niin hän kertoo onko hänellä kipua vai ei ja haluaako kipulääkettä. Mutta pitkältihän me päätetään ne asiat, sen tiedon ja taidon mukaan mikä meillä on.

Sairaanhoitajan valta tunnistettiin ja sen käyttöä pohdittiin. Koettiin, että sairaanhoitajan virka-asu toi vallan lisäksi myös vastuun, jota piti käyttää harkiten. Osa sairaanhoitajista pohti mahdollisuutta käyttää valtaa oikein, mutta eritteli myös negatiivisen vallankäytön piirteitä. Eräs sairaanhoitaja kertoi opettajan jo koulutuksessa kehottaneen tunnistamaan vallankäytön negatiiviset ja positiiviset ulottuvuudet hoitotyössä sekä huomioimaan vastuun käyttää valtaa oikein sairaanhoitajana.

Vallankäyttöä on myöskin se, että ei kerro, ei puhu. Se on paha vallankäyttöä.

Mietin ihan valtaa tuossa, hoitajallahan on mieletön valta. Silloin kun opiskelin (kertoo esimerkkitarinan)... opettaja sanoi, että teillä on ihan hirvittävä valta manipuloida sitä ihmistä. Meille tämä virkapuku antaa sen mahdollisuuden, sitä vaan pitää käyttää oikein.

Leikkaussaliympäristössä, kun potilas nukutetaan, niin sinä annat tavallaan elämäsi toisen käsiin. Onhan se valta sillä hoitajalla ja lääkäriellä.

6 POHDINTA

6.1 Opinnäytetyön eettisyys

Kaiken tieteellisen toiminnan perustana, niin hoitotieteen kuin muidenkin tieteenalojen kohdalla, on tutkimuksen eettisyys. Tutkimusetiikka on niin sanottua normatiivista etiikkaa, koska sen tehtävänä on tuottaa tutkimuksessa noudatettavat oikeat säännöt. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211.) Opinnäytetyössä käsiteltiin niin tutkimuksen laatuun, luotettavuuteen kuin arviointiin liittyviä kriteereitä hyvän tutkimusetiikan henkeä tavoitellen ja pyrkien sisäistämään kriteerit, kuten Tuomi ja Sarajärvin vaativat. Opinnäytetyön tekijöiden kiinnostus aiheeseen edisti tiedon hankintaa ja opinnäytetyöprosessiin sitoutumista tutkimuskriteerien mukaisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 127.)

Eettisiin tutkimusohjeisiin perehtymisen myötä opinnäytetyössä pyrittiin noudattamaan rehellistä, tarkkaa ja huolellista työtettä sekä kollegiaalisuutta (Suomen Akatemia 2008; Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2012). Pietarinen (2002) on esittänyt kahdeksan eettisen vaatimuksen listan, luoden hyvän perustan eettiselle pohdinnalle tekijöiden arvioi-
dessa tutkimuksen eettisyyttä. Lista sisältää älyllisen kiinnostuksen, tunnollisuuden ja rehellisyyden vaatimuksen, vaaran eliminoimisen, ihmisarvon kunnioittamisen, sosiaalisen vastuun vaatimuksen, ammatinharjoituksen edistämisen ja kollegiaalisen arvostuksen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211.)

Rehellisyyden ja kollegiaalisuuden vaatimusten mukaisesti tässä opinnäytetyössä hyödynnettiin eri tutkijoiden aiempia tutkimustuloksia, lähteitä kunnioittaen ja niitä suoraan plagioimatta. Tekijät etsivät mahdollisimman uutta tietoa eri lähteistä niin kotimaisten, kuin kansainvälisten julkaisujen muodossa. Opinnäytetyössä on käytetty joitakin vanhempia lähteitä, niissä oleva tieto ei kuitenkaan sisällöllisesti ole muuttunut. Opinnäytetyön tulokset muodostettiin huolellisen ja johdonmukaisen työn kautta. Tekijät pyrkivät haastamaan prosessissa itsensä ja mahdollisuutensa kehittyä tieteellisen tutkimuksen ymmärtämisessä. Tekijät palasivat työn teoriaosuuden ja haastatteluaineiston pariin toistuvasti prosessin edetessä, seuratakseen asetettuja tavoitteita ja tehtäviä ja löytääkseen syvempää ymmärrystä niin teoreettisen tutkimusosaamisen, kuin sisällönanalyysin ja haastatteluaineiston tieteellisen analysoinnin näkökulmasta mahdollisimman totuudenmukai-

sen tulkinnan varmistamiseksi. Esitetyt tulokset on johdettu laadullisen tutkimuksen periaatteita noudattaen haastatteluaineistosta, pyrkien mahdollisimman tarkkaan alkuperäisilmaisun hengen esiin tuomiseen.

Tähän opinnäytetyöhön haastatelluille sairaanhoitajille annettiin tietoa tutkimuksesta ja sen osallistumisen vapaaehtoisuudesta osastotunnilla pidetyn suullisen esittelyn muodossa. Sairaanhoitajilla oli mahdollisuus esittää kysymyksiä opinnäytetyöstä ja heille jätettiin myös kirjallinen tiedote (Liite 2) opinnäytetyöstä ja siihen osallistumisesta. Tiedotekirjeessä käytettiin neutraalia kieliasua, jolla haluttiin osoittaa mahdollisille osallistujille, ettei osallistumiseen tai osallistumatta jättämiseen liity uhkia tai hyötyjä. Haastatelluille tiedotettiin oikeudesta kieltäytyä osallistumasta tai keskeyttää osallistumisensa missä tahansa tutkimuksen vaiheessa. Haastatelluilta pyydettiin kirjallinen suostumus (Liite 3), haastatteluun osallistuessaan, jolloin he saivat vielä lisätietoa tutkimuksesta. (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 367; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 219.)

Haastateltujen anonymiteetti varmistettiin läpi opinnäytetyöprosessin. Vastaajia ei yksilöity sisällönanalyyseissä, eikä lopullisessa opinnäytetyössä. Aineiston keruussa, säilyttämisessä, sisällönanalyyseissä ja lopullisessa opinnäytetyössä noudatettiin eettisiä ja muita tutkimuksellisia periaatteita anonymiteetin turvaamiseksi, eikä ulkopuolisilla siten ollut mahdollisuutta tunnistaa haastatteluun vastanneita. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 131; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 221.)

Vallankäytön osa-alueiden pohdinnan ja oman toiminnan reflektoinnin tulisi olla osa hoitotyön arkea (Vilen 2008). Näistä keskusteleminen toivottavasti auttoi haastateltuja yhä paremmin tunnistamaan vallankäytön mahdollisuuden hoitotyössä ja edistää siten heidän päätöksentekoprosessinsa arvioinnin, reflektointikykyä ja potilaslähtöisen toimintansa tiedostamisessa ja kehittämisessä. Ihmisen arvoista ja näkemyksistä keskusteltaessa on riski, että haastateltava kokee tulevansa arvostelluksi. Tutkimuseettisestä näkökulmasta tulee toimia niin, että haastateltavien hyvinvointi turvataan, eikä aiheuteta haittaa fyysisesti, psyykkisesti tai yhteiskunnallisen aseman suhteen (Tuomi & Sarajärvi 2009, 131).

Hoitotyön tutkimuksille haetaan eri organisaatioiden käytäntöjen mukaisesti tutkimuslupa, yleensä ylihoitajalta tai johtavalta lääkäriltä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 222). Tähän opinnäytetyöhön haettiin lupa organisaation opetusylihoitajalta ja lupa myönnettiin kesäkuussa 2014.

6.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa tulee huomioida useita seikkoja. Yksin laadullista tutkimusta tehdessä voi sokeutua omalle työlleen tai päätyä virhepäätelmiin. Luotettavuutta lisäsi tässä opinnäytetyössä kahden hoitotyön opiskelijan toimiminen työn tekijöinä. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden tarkastelussa käytettiin Cuban ja Lincolnin (1981 ja 1985) kriteereitä: uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197.)

Uskottavuuden kriteerien mukaisesti tässä opinnäytetyössä on aineiston analyysi ja tulokset kuvattu niin, että lukijan olisi ne mahdollisimman helppo ymmärtää. Tutkimuksen vahvuuksia ja heikkouksia on arvioitu ja tuotu julki avoimesti. Lisäksi arvioidaan aineistosta johdettujen tulosten luonteva linkittyminen viitekehukseen. Tämän osoittamiseksi opinnäytetyössä onkin käytetty esimerkkitaulukkoa, ja sanallista kuvausta analyysin etenemisestä luotettavuuden lisäämiseksi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198.)

Siirrettävyydellä tarkoitetaan tulosten siirrettävyyttä toiseen tutkimusympäristöön, mikäli toinen tutkija haluaisi seurata prosessia. Siirrettävyyden kriteereillä pyritään varmistamaan, että toinen tutkija voi seurata tutkimusprosessia. Tutkimusprosessin ja analyysin taustojen tarkka kuvaaminen onkin oleellista tästä näkökulmasta. Opinnäytetyössä on kuvattu sekä tutkimusprosessia että sisällönanalyysiä ja käytetty haastateltujen lainauksia avaamaan luokkien sisältöä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198.)

Riippuvuudella tarkoitetaan, että tutkimuksen toteuttamisessa on huomioitu tieteellistä tutkimusta ohjaavat yleiset periaatteet. Vahvistettavuudella tarkoitetaan, että tutkimuksessa tehdyt ratkaisut esitetään siten, että lukija voi seurata tekijän päättelyä ja arvioida tutkimusta ja sen tuloksia tämän perusteella. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 138-139.) Tässä opinnäytetyössä on pyritty avaamaan tutkimusprosessin etenemistä ja perustella tehtyjä ratkaisuja tieteellisen tutkimuksen periaatteita noudattaen.

Tutkimuksen ja tehtyjen ratkaisujen kuvauksen sekä reflektion eli itsearvion kautta pyritään tarkastelemaan opinnäytetyöprosessia eri näkökulmat huomioiden ja sen avulla lisäämään työn luotettavuutta tutkimuksen arviointikriteereiden mukaisesti (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 203). Alkuperäisen kiinnostuksen taustalla oli tekijöiden nä-

kemyksiä ja ennakko-oletuksia aiheesta. Nämä näkemykset kuitenkin tiedostettiin ja pyrittiin pitämään ne erillisinä, jotta ne eivät vaarantaisi tulosten objektiivisuutta (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 370).

Opinnäytetyöhön haastateltiin neljää (n=4) sairaanhoitajaa. Useampien haastatteluiden toteuttaminen olisi voinut tuoda lisänäkemystä aiheeseen ja aineiston saturaatio olisi saavutettu selkeämmin. Haastateltujen vastauksissa nousivat esiin samansuuntaiset kokemukset ja kuvaukset. Lisähaastattelut olisivat voineet antaa lisää näkökulmia ja muuttaneet osaltaan opinnäytetyön tuloksia tai vahvistaneet jo saatuja tuloksia. Kokemusten samankaltaisuus voi osittain johtua yksikön pienestä koosta ja selkeästä erikoisalasta, jolloin näkemykset ja arvomaailma voivat muokkautua yhteneviksi. Yksikön pieni koko esti otoksen satunnaistamisen, mikä voi heikentää opinnäytetyömme luotettavuutta.

Teemahaastattelun kysymykset (Liite 1) testattiin koehaastattelulla. Koehaastateltava työskentelee toimenpiteitä ja tutkimuksia tekevässä yksikössä ja hänen kokemuksensa katsottiin sopivan koehaastatteluun. Haastattelun sujuvuutta ja kestoa haluttiin myös harjoitella ja arvioida, jotta haastattelut sujuisivat luontevasti heti ensimmäisestä haastattelusta lähtien. Koehaastattelu koettiin hyödylliseksi. Apukysymyksiin ei tehty muutoksia. Koehaastattelussa harjoiteltiin tarkentavien ja vahvistavien kysymysten käyttämistä ja harjoittelu auttoi niiden muodostamista myös varsinaisissa haastatteluissa.

Haastattelut sujuivat positiivisessa ilmapiirissä. Haastateltavat olivat kiinnostuneita aiheesta ja toivat sen myös itse julki haastattelun aikana. Tällä kiinnostuksella saattoi osaltaan olla vaikutus tuloksiin. Haastateltavaksi ei ehkä näin ollen ilmoittautunut sairaanhoitajia, joiden mielestä vuorovaikutukselliset asiat eivät ole yhtä merkittäviä kuin haastateltaviksi ilmoittautuneiden mielestä. Haastattelut toteutettiin käyttämällä suunniteltuja apukysymyksiä. Kysymysten järjestys vaihteli hieman eri haastatteluissa, koska haastateltavaa ei haluttu ohjata tai keskeyttää liikaa. Keskustelunomaisesti toteutettu haastattelutapa sai kiitosta useammalta haastateltavalta. Haastattelijoille todettiin haastattelun tuntuneen luontevalta, eikä mekaaniselta kysymysten esittämiseltä. Ennen haastattelua asiantuntijan vallankäyttö oli käsitteenä tuntunut joistakin sairaanhoitajista haastavalta. Haastattelun edetessä ja painottuessa vuorovaikutukseen ja potilaan kohtaamiseen, totesi eräskin haastateltavista aiheen olevankin tuttu ja konkreettinen hoitotyön arjessa.

Kokeneemmat haastattelijat olisivat oletettavasti osanneet muodostaa sujuvammin ja rohkeammin tarkentavia kysymyksiä ja saada siten enemmän kokemuksia syventäviä vastauksia. Haastattelussa olivat mukana molemmat opinnäytetyöntekijät, joista toinen toimi haastattelijana ja toinen tarkkailijana. Haastattelut nauhoitettiin ja kirjoitettiin auki heti haastattelujen jälkeen, jotta kuvausten sävy ja muut yksityiskohdat olisivat taltioitavissa.

Tutkimuksen validiteettia arvioitaessa on oleellista huomioida onko todella tutkittu sitä, mitä alun perinkin oli tarkoitus tutkia ja soveltuuko valittu tutkimusmenetelmä tähän tarkoitukseen. Tässä opinnäytetyössä on tarkoituksena ollut tutkia sairaanhoitajien tietoisuutta vaikutuksestaan potilaaseen. Tutkimusten ja teorian pohjalta nousseet rajatut teemat sekä käsitteet muodostivat viitekehyksen, joka määritteli vallankäytön eri osa-alueet. Näin pyrittiin varmistamaan merkityksellinen tutkimuskysymyksiin vastauksia antava aineisto ja opinnäytetyön järjestelmällinen ja aiheeseen rajautuva eteneminen. Haastatteluissa kerättiin sairaanhoitajien kokemuksia näistä teemoista ja analysoitiin heidän kuvauksiaan toiminnastaan ja sen perusteista perioperatiivisessa hoitotyössä. Analysoinnin tulokset ja niiden yhteneväisyyksien määrä suhteessa teoreettiseen viitekehykseen kertoivat tutkitun yksikön sairaanhoitajien tietoisuudesta omasta vallankäytöstään. Tutkimuksen tarkoituksen ja opinnäytetyössä käytettyjen teemahaastattelujen ja sisällönanalyysin sopivuus kokemuksellisen tiedon tutkimiseen täyttää validiteetin vaatimuksia.

Haastatteluaineistojen yhdistäminen ja sisällönanalyysin toteuttaminen oli vaativaa laajasta aineistosta. Aineistolähtöistä sisällönanalyysiä kokeiltiin, kuitenkin viitekehyksen käsitteistö ohjasi vahvasti aineiston luokittelua ja vaikeutti analyysin etenemistä objektiivisesti. Tekijöillä ei ollut kokemusta laadullisen tutkimuksen tekemisestä, mikä hankaloitti laajan aineiston hallintaa. Haasteiden vuoksi päädyttiin käyttämään teorialähtöistä sisällönanalyysiä, joka salli viitekehyksen käytön analyysin runkona. Ohjausta hyödynnettiin säännöllisesti, sen merkitys korostui erityisesti sisällönanalyysin haasteiden aikana. Ohjaus selvensi prosessia ja auttoi työn etenemisessä. Teemat kietoutuivat vahvasti toisiinsa, kuten opinnäytetyön viitekehys ja käsitteiden määrittelykin osoittivat. Rajanveto teemojen sisältöjen välillä päällekkäisten osa-alueiden vuoksi oli haastavaa, apuna käytettiin teemoihin jaettua runkoa ja sen rajausta hyödynnettiin. Opinnäytetyön sisällönanalyysissä käytettiin perustana laadullisen tutkimuksen periaatetta, jonka mukaan ei etsitä yhtä totuutta vaan analysoidaan aineistoa mahdollisimman objektiivisesti ja haastateltavan näkemystä ja todellisuutta kokonaisvaltaisesti ymmärtäen ja tulkiten.

Kerätyn kokemuksellisen tiedon kautta voidaan tehdä johtopäätöksiä analysoimalla saatuja tuloksia suhteessa aiemmin tehtyihin tutkimuksiin, kuten tässäkin opinnäytetyön prosessissa tehtiin. Tekijöiden kokemattomuutta laadullisen tutkimuksen tekijöinä pyrittiin kompensoimaan haastamalla varsinkin analyysivaiheessa toinen toisensa näkemyksiä, jotta ei sorruttaisi metodikirjallisuudessakin varoiteltuun holistiseen harhaluuloon.

Aineiston tulkinnan osalta tulee muistaa moninkertaisen tulkinnan kerrokset tutkimusprosessin osalta. Tavoitteena ovat onnistuneet tulkinnat. Haasteena ovat kuitenkin prosessin eri vaiheissa tapahtuvat tutkijan tutkittavaan kohdistuvat ja lukijan tutkijaan kohdistuvat tulkinnat. Aineistoa ja valmista tekstiä voidaan tulkita eri näkökulmista. Oleellista olisi kuitenkin tuottaa teksti, josta lukija voi tutkijan kanssa samasta näkökulmasta asiaa tarkastellessaan löytää samat asiat kun tutkijakin, riippumatta onko lukija samaa vai eri mieltä näkökulmasta. Lukijan on voitava luottaa tutkijan tulkintaan. Usean tulkitsijan käytöllä varmistetaan tulkinnan luotettavuutta, kuten tässäkin opinnäytetyössä tehtiin. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 151–152.) Tulkintojen läpinäkyvyyttä pyrittiin edistämään runsailla haastateltujen autenttisilla lainauksilla, jotta sairaanhoitajien oma ääni välittyisi ja lukija saisi itse päätellä ja arvioida työn henkeä.

Tulkinnan merkitystä luotettavuuden osalta voidaan myös tarkastella myös tutkijan prosessiin ja pohdintoihin käyttämän ajan perusteella. Aineistonkeruun ja tutkimusprosessin kuvauksella on myös osuus tulkinnan arvioinnissa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 203.) Tutkimuksen kesto oli kokonaisuudessaan noin yksi vuosi aiheen valinnasta. Opinnäytetyön tekijöitä auttoi hieman aikaisempi kokemus opinnäytetyön tekemisestä. Viitekehysten ja teoriaosuuden määrittely alkoi helmikuussa 2014. Kevään ajan teoriaosuutta rajattiin ja täydennettiin. Teorian ja teemojen pohjalta suunniteltiin haastattelukysymykset. Haastattelun teoriaan tutustuttiin kesän ja alkusyksyn aikana. Syyskuussa aihe esiteltiin haastateltavan yksikön osastotunnilla. Lokakuun alussa haastattelut toteutettiin. Tutkimustulosten analysointiprosessiin panostettiin erityisesti sekä sisällöllisesti että tutkimuksen teorian hallitsemiseksi. Haastatteluaineistoon palattiin säännöllisesti sekä lukemalla tekstejä että kuuntelemalla haastattelunauhoja. Sisällönanalyysi kesti noin kolme kuukautta, lokakuusta 2014 tammikuun 2015 loppuun. Asiatekstin stilisointiin ja kuvioiden selkeään ulkoasuun kiinnitettiin erityistä huomiota ja toteutettiin huolellisesti laajan työn luotettavuuden parantamiseksi.

6.3 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata perioperatiivisten sairaanhoitajien kokemuksia vallankäytöstä sekä heidän tietoisuuttaan vallankäytön vaikutuksesta potilaaseen. Asiantuntijan vallankäyttö koostuu vuorovaikutuksen, eettisen ajattelun, päätöksenteon ja potilaan yksilöllisen huomioimisen käytöstä hoitotyössä. Sairaanhoitajan osaamisalueena nämä ovat avainasemassa potilaslähtöisen vuorovaikutussuhteen luomisessa ja niiden käytön vaikutukset potilaaseen ovat merkittäviä. Haastatteluiden ja niistä tehdyn sisällysanalyysin mukaan sairaanhoitajilla oli hyvä ymmärrys vallankäytön osa-alueista ja sen hyvistä ja huonoista puolista. He toteuttivat kokonaisuudessaan hyvin teoriassa kuvailtuja potilaslähtöisen vuorovaikutuksen, eettisen ajattelun, päätöksenteon ja yksilöllisyyden eri osa-alueita.

Kaikki sairaanhoitajat eivät liittäneet vuorovaikutusta vallankäytön välineeksi haastattelussa. Myös Mäkisalo-Ropponen (2009) pohtii, tiedostetaanko vallankäyttöä ja korostaa, kuinka vallankäytön olemassaolo tulisi tunnistaa hoitotyössä. Hänen mukaansa sairaanhoitajien asenteella on suuri merkitys vallan käyttämiseen suhteessa potilaaseen. Sairaanhoitajat toivat kuvauksissaan esiin realistisesti ja rehellisesti myös negatiivisia tunteita ja haastavia tilanteita, joissa tunteita kuitenkin hallittiin. Niin Haho (2006), Louhiala ja Lounis (2009) kuin Sarvimäki ja Stenbock-Hult (2009) korostavat, että haastavissakin tilanteissa tulee toimia ammattimaisesti ja toteuttaa erilaisten potilaiden hoitoa potilaslähtöisesti. Sairaanhoitajien tuleekin tunnistaa vallankäytön mahdollisuus vuorovaikutustilanteissa, koska hoitotyön tilanteet perustuvat potilaan ja sairaanhoitajan yhteistyöhön.

Haastatellut kokivat lyhyen potilaskontaktin vuoksi roolinsa potilaan kokonaishoidossa pieneksi. Lukkarin (2013) ja Elorannan ym. (2014) mukaan potilaan yksilöllisten tarpeiden huomioiminen ja potilaan kohtaaminen ovat merkityksellisiä juuri lyhyen hoitokontaktin vuoksi. Sairaanhoitajat kuvasivat, kuinka tärkeää on luoda mahdollisimman miellyttävä ilmapiiri potilaalle pelottavassa ja jännittävässä tilanteessa. Erityisesti anestesiahoitajan rooli korostui potilaan huomioimisessa ja luottamuksen tunteen luomisessa. Perioperatiivisten sairaanhoitajien onkin tärkeää ylläpitää tätä potilaslähtöistä toimintatapaa potilastyytyväisyyden varmistamiseksi.

Potilastyytyväisyys ja erityisesti PSHP:n (2011) korostama palvelukokemus riippuvat sairaanhoitajan ja potilaan kohtaamisen onnistumisesta. Lukkarin ym. (2013) mukaan perioperatiivisen sairaanhoitajan on tärkeää huomioida työssään vallankäytön osa-alueet ja olla aktiivinen oman osaamisensa kehittämisessä ei vain teknisen osaamisen vaan myös vuorovaikutukseen ja kohtamiseen liittyvässä osaamisessa. Vuorovaikutuksen tärkeyden tunnistivat myös haastatellut sairaanhoitajat. Vuorovaikutuksen merkitystä ja sen mahdollisuutta vallankäytössä tulee korostaa esimerkiksi sairaanhoitajien ja esimiesten välisissä kehityskeskusteluissa. Potilaslähtöisyys on yksi hoitotyön merkittävimmistä osa-alueista ja potilaan tulee olla hoidon keskipiste.

Sairaanhoitajat käyttivät vuorovaikutuksen keinoja monipuolisesti ja kuvasivat hyvään vuorovaikutukseen tarvittavia ominaisuuksia. Ne olivat yhteneviä Haapalan (2009) ja Lukkarin ym. (2013) kuvaamien vuorovaikutusten osa-alueiden kanssa. Sairaanhoitajat kuvasivat vuorovaikutustaitojensa kehittymistä luontevaksi kokemuksen myötä. He kertoivat kokemuksen myötä oppineensa ymmärtämään kuinka samanlaisia ihmisiä potilaat ja sairaanhoitajat erilaisuudestaan huolimatta ovat. Vilen (2009) kuvaa vuorovaikutuksen olevankin yksinkertaistettuna olemista ihmisenä ihmiselle. Potilaiden erilaisuuden hyväksymistä ja toimimista sen mukaisesti tuleekin korostaa osana ammatillisuutta erityisesti sairaanhoitajia perehdytettäessä perioperatiiviseen hoitotyöhön.

Kokemuksen lisääntyminen ja oman intuition hyödyntäminen vuorovaikutustilanteissa kehittyivät sairaanhoitajien mielestä työkokemuksen karttuessa, kuten Bennerin (1993) ja Gillespien ym. (2011) mukaankin tapahtuu asiantuntijuuden kehittyessä. Haastavissa potilastilanteissa, potilaan käytöksen ja erilaisuuden ymmärtäminen auttoivat sairaanhoitajia käyttäytymään tilanteissa ammattimaisesti, kuten myös Sarvimäki ja Stenbock-Hult (2009) toteavat. Sairaanhoitajat kertoivat jakavansa kokemustaan toisille sairaanhoitajille ja saavansa uusia näkökulmia toisten toiminnasta tai kokemuksista. Vertaismentoroinnin käyttöä ja aktiivisen hiljaisen tiedon keräämistä tulisikin hyödyntää työyhteisössä. Ruohotienkin (2002) mukaan vertaismentoroinnin, hiljaisen tiedon keruun ja muiden työyhteisön sisäisen oppimisen muotoja tulisi hyödyntää organisaatioissa. Erityisesti hiljaisen tiedon kerääminen ja kirjalliseen muotoon saattaminen olisi tärkeää, ettei arvokasta tietoa menetetä esimerkiksi henkilövaihdosten tai kokeneiden sairaanhoitajien eläköitymisen yhteydessä. Keräämällä arvokasta hiljaista tietoa kirjalliseen muotoon mahdollistetaan myös sen saatavuus koko hoitohenkilöstön käyttöön sekä perehdytyksen tueksi.

Sairaanhoitajien tulisikin aktiivisesti kehittää omaa osaamistaan ja tiedostaa oman toimintansa perusteet. Esimiesten tulisi myös tukea niin työyhteisöä kuin sairaanhoitajia yksilöinä hoitotyössä kehittymisessä. Kokemusten jakaminen vertaismentoroinnin tai muun tiimioppimisen kautta tukisi tätä omalta osaltaan.

Yksilöllisyyden huomioiminen tuli esiin haastateltavien kuvauksissa useaan kertaan lähes kaikista teemoista kysyttäessä. Sairaanhoitajien työn kuvauksista heijastui heidän asenteensa huomioida jokainen potilas ainutkertaisena ja kokonaisvaltaisena ihmisenä. Yksilöllisyys on yksi hoitotyön eettisistä periaatteista ja vaatii toteutuakseen myös ymmärrystä hoitamisen merkityksestä, vastuusta, valinnoista ja päätöksistä. Sairaanhoitajat kuvasivat esimerkkejä yksilöllisten tarpeiden havaitsemisesta ja erilaisia keinoja näihin tarpeisiin vastaamisesta. Sairaanhoitajalla on eettinen vastuu potilaan yksilöllisestä huomioidmisesta, kuten Haho (2006) ja Haapala (2009) esittävät ja Sairaanhoitajan eettisiin ohjeisiin (1996) on kirjattu. Sairaanhoitajien vastuullista asennetta on esimiesten mahdollista tukea muun muassa kehityskeskusteluissa. Sairaanhoitajat voivat tukea myös toisiaan tämän vastuullisen asenteen ylläpitämisessä käytännön hoitotyössä toimiessaan.

Päätöksentekoa haastatellut eivät kokeneet oleellisesti omaan työhönsä liittyväksi. Päätöksenteko miellettiin enemmän preoperatiiviseen kuin intraoperatiiviseen vaiheeseen liittyväksi. Sairaanhoitajien kuvauksissa potilas sekä anestesia- ja toimenpiteen suorittava lääkäri olivat jo päättäneet esimerkiksi anestesia- ja toimenpiteen suorittamista liittyviä päätöksiä. Potilaslähtöisestä päätöksenteosta lisää keskusteltaessa esiin nousi kuitenkin potilaan tukeminen hänen päätöksentekoprosessissaan sekä potilasohjauksen antaminen viestinnän eri keinoin. Potilaan itsemääräämisoikeus, tiedon antaminen ja avoimuus olivat tärkeitä elementtejä potilaan päätöksenteon tukemisessa. Myös intuitiota hyödynnettiin asiantuntijuuden kautta potilaan parhaaksi. Intuitio ja hiljainen tieto auttoivat sairaanhoitajaa päätöksenteossa, kuten Nurminenkin (2000) kuvaa. Myös havainnoinnin merkitys korostui sairaanhoitajien kuvauksissa ja niiden kautta tehtiin työskennellessä jatkuvasti pieniä ja isoja päätöksiä, kuten Lukkari ym. (2013) kuvaavat. Potilaan edunvalvontaa ei haastatteluissa mainittu osana päätöksentekoa, vaan sitä kuvailtiin muiden kysymysten kohdalla, esimerkiksi eettisyyteen liittyen. Sairaanhoitajan tulisikin tiedostaa vahvemmin oma roolinsa niin päätöksentekijänä omissa toiminnassaan kuin potilaan päätöksenteon tukijana, koska sairaanhoitaja toimii hoitotyössä lähimpänä potilasta.

Eettiseen ajatteluun liittyivät vahvasti Haapalan (2009) ja Jurkkalan (2010) mukaan muun muassa ihmisläheinen ja kunnioittava suhtautuminen potilaisiin, yksilöllisyyden ja potilaiden oman sairautensa asiantuntijuuden tunnistaminen sekä potilaiden erilaisten tunteiden ja ajatusten hyväksyminen. Sairaanhoidajien kuvauksista nousi myös useiden muiden kysymysten kohdalla esiin monia eettiseen ajatteluun liittyviä osa-alueita. Haastatellut sairaanhoidajat eivät itse niitä niinkään liittäneet eettisen ajattelun osa-alueiksi, vaan ennemminkin potilaan kohtaamiseen sekä laajemmin vuorovaikutukseen liittyviksi asioiksi. Eettisyyttä kuvattiin myös tasa-arvoiseksi hoitamiseksi riippumatta potilaan taustoista. Eettinen toiminta ja eettiset arvot nousivat esiin haastateltujen kertomuksista ja kuvauksista. Eettiseen ajatteluun liitettiin potilaiden tasa-arvoinen kohtelu ikään, rotuun, uskontoon tai muuhun katsomatta. Eettinen toiminta hoitotyössä on kuitenkin laajempi kokonaisuus, jonka periaatteet toteutuvat usein luonnostaan sairaanhoidajien ammattitaitoisen toiminnan myötä. Eettisten periaatteiden toteutuminen hoitotyössä varmistetaan tiedostamalla oman toiminnan lähtökohdat refleктоimalla niitä suhteessa eettisiin periaatteisiin (Vilen ym. 2008). Työyhteisö ja esimiehet voisivat kokonaisuudessaan tukea yksittäistä sairaanhoidajaa hoitotyön ytimen tiedostamisen oivaltamisessa perehdytyksestä lähtien.

Tiedon antamisen ja potilaan oikeuden tietoon sairaanhoidajat näkivät yhtenä eettisenä periaatteena. Sairaanhoidajat eivät liittäneet tätä edunvalvontaan liittyväksi, vaikka Lukkarin ym. (2013) ja Sairaanhoidajan eettisten ohjeiden (1996) mukaan tiedon antaminen potilaalle on osa edunvalvojana toimimista. Työyhteisössä voitaisiinkin yhdessä pohtia edunvalvonnan ja tiedon annon periaatteita käytännön työssä.

Sairaanhoidajan reflektointikyky ja oman haavoittuvuuden ymmärtäminen nähtiin Vilenin (2008) ja Sarvimäki & Stenbock-Hultin (2009) mukaan perustana eettiselle toiminnalle ja potilassuhteessa autettavan tarpeiden ja viestien ymmärtämiselle. Haavoittuvuus ei juuri noussut esiin sairaanhoidajien kertomuksista. Osa mainitsi toimintansa reflektoinnista ja sen haasteista muiden kysymysten yhteydessä. Oman toiminnan arviointi ei olekaan helppoa erilaisten arvojen ja hoitotyön inhimillisen luonteen vuoksi (Haho 2006). Koulutus ja ohjaus mahdollistaisivat ammatillisemman reflektion käytön ja siten tukisivat vuorovaikutustaitojen kehittymistä. Ruohotiekin (2002) kuvailee kokemuksen ja reflektiovalmiuksien harjoittamisen syklin merkitystä oman toiminnan kehittämiseksi. Sairaanhoidajien tavoitteena oli tunnistaa potilaiden tarpeita ja siten toteuttaa hoitotyötä eettisesti ja potilaslähtöisesti. Oman työn arvioinnin merkitys tulisi muistaa oman ammatillisuuden

kehittämisen välineenä. Tätä onkin syytä korostaa myös työyhteisössä yhteisesti potilaslähtöisyyttä ja sen kehittämistä pohdittaessa.

Potilas palaute oli haastatelluille sairaanhoitajille tärkeää ja sitä toivottiin enemmän oman toiminnan ja sen vaikutusten arvioinnin tueksi. Olisikin tärkeää tukea sairaanhoitajien aktiivista halua kehittää hoitotyötä entistäkin potilaslähtöisemmäksi. Myös potilaspalautteen aktiivisen keräämisen keinoja hoitotyön kehittämiseksi voitaisiin selvittää. Teknologian ja helppokäyttöisen palautteen keräysmenetelmän hyödyntäminen olisi kenties mahdollista, jolloin ei kuormitettaisi hoitohenkilökunnan resursseja ja palautteen anto olisi myös potilaille miellyttävämpää perinteisten lomakkeiden käytön sijaan. Tämä tukisi sairaanhoitajien kuvauksista selvästi esiin nousutta halua toimia potilaan parhaaksi ja luoda miellyttävä hoitokokemus potilaille. Valviran mukaan useimmat potilasvalitukset koskevat vuorovaikutuksen ja kohtaamisen epäonnistumiseen perustuvaa kokemusta epäasiallisesta kohtelusta. Hoitokokemuksen merkitystä linjaa myös PSHP:n strategia (2011). PSHP:n lupaus hyvästä palvelukokemuksesta yksilölliseen kohteluun sekä luottamukselliseen ja kuuntelemaan ilmapiiriin perustuen, varmistaisi edelleen näiden toimenpiteiden kautta toteutuessaan potilastyytyväisyyttä.

Potilaan kohtaaminen hoitotyössä on vaativaa, kuten Kettunen (2010) toteaa. Sairaanhoitajan tulisi olla armollinen itselleen ja huolehtia myös omasta jaksamisestaan. Tukea oli mahdollista saada hyvin toimivasta ja kollegiaalisesta työyhteisöstä, kuten sairaanhoitajat kuvasivat. Oman kokemuksen karttuminen ja kokemusten jakaminen auttoivat kehittymään ja edistivät vaativassa työssä jaksamista. Potilailta saatu kiitos ja palaute muistuttivat onnistuneista vuorovaikutustilanteista, kritiikki kannusti kehittämään omaa toimintaa. Mikä tärkeintä, sairaanhoitajien toiminnan keskiössä oli heidän kuvauksensa mukaisesti potilas ja he olivat kiinnostuneita potilaasta yksilönä, potilaiden palautteesta ja oman toimintansa vaikutuksesta potilaaseen.

6.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyön tulosten mukaan tutkitun yksikön sairaanhoitajat olivat varsin tietoisia toimintansa vaikutuksista potilaaseen, vaikka reflektio ja oman toiminnan vaikutusten arviointi koettiin välillä haastavaksi. Haastatellut sairaanhoitajat tietoisesti hallitsivat käytöstään ja toimintaansa sekä potilas- että tilannekohtaisesti.

Sairaanhoitajat toivat kuvauksissaan esiin runsaasti eettistä ajattelua ja potilaan yksilöllistä huomioimista. Eettisyyden määrittely rajoittui osin ikään, sukupuoleen, uskontoon ja rotuun kuuluvaksi tasa-arvoiseksi potilaan kohteluksi. Eettisyys tulee kuitenkin ymmärtää laajemmin, sisältäen muun muassa potilaan edunvalvojana toimimisen sekä oman toiminnan reflektoinnin ja jaetun haavoittuvuuden. Potilaiden erilaiset tarpeet ja yksilölliset tilanteet tunnistettiin tärkeiksi päätöksenteon osa-alueiksi, vaikka niitä ei aina nimitettyään juuri eettiseksi toiminnaksi.

Potilaslähtöisen vuorovaikutussuhteen tärkeimmiksi lähtökohdiksi sairaanhoitajat kuvailivat muun muassa läsnäoloa, turvallisuuden tunteen luomista, yksilöllisen kohtaamisen ja ohjauksen merkitystä sekä kokemuksesta ja potilaspalautteesta oppimista. Niiden merkitys perioperatiivisessa hoitotyössä ymmärrettiin hyvin.

Aidossa potilaan kohtaamisessa huomioitavia seikkoja ovat sairaanhoitajan kokemattomuus tai kokeneemman sairaanhoitajan rutinoituminen sekä kyky asettua potilaan asemaan. Kohtaamista voivat haitata esimerkiksi kokemattoman sairaanhoitajan keskittymisen painottuminen hoitotyön tekniseen toteutukseen. Rutinoitumisen myötä on mahdollista, että ei saavuteta aitoa kohtaamista suhteessa potilaaseen. Kyky asettua potilaan asemaan ja sairaanhoitajan herkkyyden säilyminen ovat hoitotyössä avainasemassa ja voivat parhaimmillaan muodostua voimavaraksi potilaan kanssa vuorovaikutuksessa toimittaessa, kuten Sarvimäki ja Stenbock-Hult (2009) esittävät. Kokemuksen lisääntymisen ja rutinoitumisen kautta saavutetun ammatillisuuden etuja tuleekin tarkastella suhteessa työssä kyynistymiseen ja potilaan tilanteen ainutlaatuisuuden huomioimiseen.

Asiantuntijan vallankäyttö ja vuorovaikutuksen eri muodot ovat erittäin laaja aihealue, josta löytyy kirjallisuutta ja teoretietoa niin hoitotieteen, viestinnän, kasvatustieteiden kuin muiden tieteenalojen näkökulmasta. Sovellettua tutkittua tietoa perioperatiiviseen hoitotyöhön ei ole kovin paljon, mihin perustuen laajemmalle tutkimukselle olisi tarvetta.

Eri perioperatiivisten yksiköiden tutkiminen antaisi tietoa yksikkökohtaisista eroista. Jatkotutkimus mahdollisesti nostaisi selkeitä kehityskohteita perioperatiivisen hoitotyön kehittämiseksi vuorovaikutuksen ja potilaan kohtaamisen osalta yksikkökohtaisesti.

Kvantitatiivista tutkimusmenetelmää käytettäessä olisi mahdollista tutkia laajemmin sairaanhoitajien näkemyksiä vallankäytön ja vuorovaikutuksen merkityksestä potilaiden kokemuksiin. Samoin kvantitatiivisella menetelmällä olisi mahdollista kartoittaa kuinka merkittävänä sairaanhoitajat pitävät vallankäytön ja vuorovaikutuksen osa-alueita ja niiden ammattimaista säätelyä potilastyössä. Havainnoinnin käyttö yhtenä tutkimusmenetelmänä toisi mahdollisesti uutta näkökulmaa laadullisella tai määrällisellä tutkimuksella saatuun tietoon.

Myös potilaiden kokemuksia asiantuntijan vallankäytöstä olisi hyödyllistä tutkia. Samoin omaisten kokemukset heidän huomioimisestaan osana potilaan hoitoa voisivat antaa syvällistä tietoa potilaaseen tai heihin kohdistuvasta vallankäytöstä ja olisi siten mielekäs ja kiinnostava tutkimuskohde.

Eräänä jatkotutkimusehdotuksena olisi sairaanhoitajaopiskelijoiden ajatusten ja ennakkoletusten kartoittaminen koskien työelämän tilanteita sekä heidän valmiuksistaan toimia vuorovaikutuksessa erilaisissa potilastilanteissa.

6.5 Lopuksi

Opinnäytetyöprosessi oli tekijöille tuttu aiemmista ammattikorkeakouluopinnoista. Prosessin vaativuus ja sen huolelliseen toteutukseen tarvittava aika tiedostettiin jo etukäteen, vaikka tuntuikin haastavalta nopeutetusti suoritettujen opintojen ohessa toteutettavaksi. Aikataulu laadittiin noin vuoden kestäväksi, tavoitteena kuitenkin ensisijaisesti panostaa tutkimuksen laatuun ja huolelliseen toteutukseen kuin nopeaan etenemiseen. Tiukkojen aikataulujen ja tavoitteiden avulla oli onnistuttu opintojen nopeutettuun suorittamiseen. Samaa tavoitteellista tapaa päätettiin käyttää kannustimena myös tässä prosessissa.

Laadullisesta tutkimuksesta ei tekijöillä ollut aiempaa kokemusta. Laadullinen tutkimus todettiin haastavammaksi kuin tekijöiden ennako-odotukset antoivat ymmärtää. Sisällönanalyysiin tutustuminen ja sen toteuttaminen olivatkin prosessin vaativin vaihe. Sinnikkäällä teorian lukemisella ja ymmärryksen asteittaisella kypsyttämällä, ohjausta hyödyntämällä sekä käytännön toteutuksella saavutettiin yrityksen ja erehdyksen kautta relevantit, tehtäväkysymyksiin vastauksia antavat sisällönanalyysin tulokset.

Opinnäytetyöprosessi eteni sykleissä. Toisaalta prosessi vaati keskittymistä ja paneutumista, toisaalta joidenkin viikkojen tauot työn tekemisessä autoivat asian sisäistämässä alitajunnan prosessoidessa asiaa omalla painollaan. Välillä koettiin onnistumisen iloa työn edetessä sujuvasti. Välillä työ tuntui ottaneen kaksi askelta taaksepäin, etenkin sisällönanalyysin alkuvaikeuksissa. Tekijöiden keskinäinen kannustava yhteistyö, kyky työskennellä myös itsenäisesti ja samankaltainen eettisyyttä arvostava ajattelu, olivat avainasemassa työn sujuvalle etenemiselle. Aikataulussa joustettiin hektisen elämäntilanteen asetettua lisähaasteita ja lopullinen työ valmistui kaksi kuukautta alkuperäistä suunnitelmaa myöhemmin, kuitenkin TAMK:n opinnäytetyöprosessin aikataulun puitteissa.

Opinnäytetyön alkuvaiheessa olisi työn laajuuteen voitu vaikuttaa esimerkiksi muodostamalla kahdesta kolmeen tehtäväkysymystä neljän tehtäväkysymyksen sijasta. Kuitenkin koettiin, että esimerkiksi toimintaympäristön ja eri roolien kuvauksien sisällyttäminen työhön auttaa tulevia perioperatiiviseen hoitotyöhön suuntaavia sairaanhoitajaopiskelijoita hahmottamaan selkeämmin käytännön tilanteita ja perioperatiivisen hoitotyön vaatimuksia. Lähteiden käytössä olisi voitu alusta lähtien hyödyntää paremmin niiden keskinäistä keskustelua ja vahvistaa löydettyä teoreettista tietoa käyttämällä lähdeviittauksissa useita lähteitä. Kansainvälisten lähteiden vähäisestä määrästä huolimatta koettiin, että

käytetty kirjallisuus ja tutkimukset tukivat toisiaan tehden opinnäytetyön päätelmistä mahdollisia.

Yhtenä opinnäytetyön tavoitteena oli syventää tekijöiden omaa vuorovaikutuksellista osaamista sekä saada keinoja vallankäytön ammattimaiseen hallintaan hoitotyössä. Opinnäytetyön käsitteet kietoutuivat tiiviisti toisiinsa, mikä aiheutti haasteita ja oivalluksia työn tekijöille läpi koko prosessin. Kokonaisvaltaisen hoidon näkökulmasta koettiin aihevalinta erittäin onnistuneeksi ja antoisaksi ammatillisen kasvun perustana. Opinnäytetyö sairaanhoitajan vallankäytöstä lisäsi tekijöiden ymmärrystä hoitotyössä toimimiseen. Aiemman kokemuksen ja kiinnostuksen lisäksi opinnäytetyöprosessi muokkasi ja syvensi merkittävästi tekijöiden eettistä ajattelua ja oman toiminnan perusteita kaikilla elämänalueilla. Tämä edistää niin reflektion hyödyntämistä, vallankäytön tunnistamista kuin sen ammattimaista hallintaa tulevalla työuralla.

LÄHTEET

Alasuutari, P. 2011. Laadullinen tutkimus 2.0. 4. uudistettu painos. Tampere: Vastapaino.

AORN. 2014. Perioperative standards and recommended practices. 2014 Edition. AORN, Inc.

Benner, P. 1993. Aloittelijasta asiantuntijaksi. Juva: WSOY:n graafiset laitokset.

Eloranta, S., Katajisto, J. & Leino-Kilpi, H. 2014. Toteutuuko potilaslähtöinen ohjaus hoitotyöntekijöiden näkökulmasta? *Hoitotiede* 2014, 26 (1), 63-73.

Benner, P., Tanner, C.A., Chesla, C.A. 1999. Asiantuntijuus hoitotyössä. Juva: WSOY – kirjapainoyksikkö.

Buber, M. 1995. Minä ja Sinä. 2. painos. Juva: WSOY:n graafiset laitokset.

Eriksson-Piela, S. 2003. Tunnetta, tietoa vai hierarkiaa? Sairaanhoidon moninainen ammatillisuus. Tampereen Yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Akateeminen Väitöskirja.

Gillespie, B.M., Chaboyer, M., Wallis, M. & Werder, H. 2011. Education and experience make a difference: results of a predictor study. *AORN Journal* Vol 94 No 1.

Gillespie, B. M., Polit, D.F., Hamlin, L. & Chaboyer, M. 2013. The influence of personal characteristics on perioperative nurses' perceived competence: implications for workforce planning. *Australian Journal of Advanced Nursing* Volume 30 Number 3.

Haapala, M. 2009. Anestesia- ja sairaanhoitajien ammatillisen pätevyyden avaintekijät päiväkirurgiassa. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

Haho, A. 2006. Hoitamisen olemus. Oulun Yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Jurkkala, E-M. 2010. Sairaanhoidajan asiantuntijuuden kehittyminen perioperatiivisessa hoitotyössä. Tampereen Yliopisto. Kasvatustieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Katoma, J. 2010. Anestesia- ja sairaanhoitajan työnkuva Suomen leikkaus- ja anestesiaosastoilla. *Spirium* 4/2010.

Kettunen, P. 2010. Diagnoosista dialogiin – ihmisen kokonaisvaltainen kohtaaminen hoitotyössä. Kuunneltu 23.11.2014. <http://www.kantti.net/artikkeli/2010/10/diagnoosista-dialogiin-ihmisen-kokonaisvaltainen-kohtaaminen-hoitoty%C3%B6ss%C3%A4>.

- Korte, R., Rajamäki, A., Lukkari, L. & Kallio, A. 2000. Perioperatiivinen hoito. 2. painos. Porvoo: WSOY:n graafiset laitokset.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.
- Lauri, S. & Kyngäs, H. 2005. Hoitotieteen teorian kehittäminen. Vantaa: Dark Oy.
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2012. Etiikka hoitotyössä. 5.-7. painos. Helsinki: SanomaPro Oy.
- Leinonen, T. 2007. Perioperatiivisen hoitotyön laatu – miten määritellään ja kuinka mitataan? Pinsetti 3/2007.
- Louhiala, P. & Launis, V. 2009. Parantamisen ja hoitamisen etiikka. 1. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, R. 2013. Perioperatiivinen hoitotyö. 1.-3. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Mäkisalo-Ropponen, M. 2012. Vuorovaikutustaidot sosiaali- ja terveysalalla. 1.-2. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Nurminen, R. 2000. Intuitio ja hiljainen tieto hoitotyössä. Kuopion Yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.
- PSHP. 2011. Palveluja elämän tähden. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin strategia 2012-2016.
- Pihlainen, A. 2000. Hyvä, ihanteellisuus ja epäitsekkyyks arvo- ja arvostuskäsityksinä terveydenhuollon koulutuksessa ja työelämässä. Tampereen Yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.
- Ruohotie, P. 2002. Oppiminen ja ammatillinen kasvu. Juva: WSOY.
- Ruusuvuori, J., Nikander, P. & Hyvärinen, M. 2010. Haastattelun analyysi. Tampere: Vastapaino.
- Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. 1996. Sairaanhoitajaliitto.
- Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. 2009. Hoitotyön etiikka. 1. painos. Helsinki: Edita Prima.
- Suhonen R., Leino-Kilpi, H., Gustafsson, M.-L., Tsangari, H. & Papastavrou, E. 2013. Yksilöllinen hoito – potilaiden ja hoitajien näkemysten vertailu. Hoitotiede 2013, 25(2), 80-91.
- Tutkimuksen eettiset ohjeet. 2008. Suomen Akatemia.
- Stören, I. & Hanssen, I. 2011. Why do nurses choose to work in the perioperative field? AORN Journal Vol 95 No 6.

Tengvall, E. 2010. Leikkaus- ja anestesiahoitajan ammatillinen pätevyys. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Vilen, M., Leppämäki, P., Ekström, L. 2008. Vuorovaikutuksellinen tukeminen. 3. uudistettu painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Liite 1. Teemahaastattelun runko ja apukysymykset

TEEMAHAASTATTELU

VUOROVAIKUTUS JA EETTISYYS

1. Miten kohtaat potilaan anestesiahoitajana / instrumenttihoitajana / valvovana hoitajana?
2. Missä roolissa potilaan kohtaaminen on luontevinta?
3. Missä roolissa potilaan kohtaaminen on haastavinta?
4. Miten eri rooleissa toimiminen vaikuttaa vuorovaikutukseen potilaan kanssa?
5. Miten arvioit potilaan tarpeita?
6. Kuvaile onnistunutta potilaan kohtaamista.
7. Kuvaile tilannetta, jossa kohtaamisessa oli parannettavaa.
8. Miten toimisit nyt toisin?
9. Miten ennakoit vastaavia tilanteita?
10. Kuvaile eettisen ajattelua ja sen merkitystä työssäsi?
11. Mitä mielestäsi tarvitaan onnistuneeseen vuorovaikutukseen?
12. Mikä mielestäsi estää tai häiritsee vuorovaikutusta?

YKSILÖLLISYYS

13. Miten havainnoit potilaan reaktioita tai mielialaa?
14. Mistä tunnistat potilaan jännityksen tai muun mielialan?
15. Miten tuet potilaan yksilöllisyyttä?

PÄÄTÖKSENTEKO

16. Millainen on päätöksentekoprosessisi?
17. Millä keinoilla tuet potilasta hänen päätöksenteossaan?

ASIOIDEN KÄSITTELY TYÖYHTEISÖSSÄ

18. Miten tai mitä opit eri tilanteista?
19. Kuvaile miten käsittelette tilanteita työyhteisössä. Miten jaatte kokemuksia ja ajatuksia?

Liite 2. Tiedote haastateltaville



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

TIEDOTE

5.9.2014

Hyvä sairaanhoitaja!

Pyydämme Sinua osallistumaan opinnäytetyöhömmе, jonka tarkoituksena on kuvata asiantuntijan vallankäyttöä ja sen vaikutuksia perioperatiivisessa hoitotyössä.

Omaat paljon kokemusta vuorovaikutuksesta potilaan kanssa eri rooleissa (anestesiahoitajana, instrumenttihoitajana ja valvovana hoitajana). Toivomme Sinun kertovan kokemuksistasi potilaan kohtaamisesta perioperatiivisessa työssä ja jakavan osaamisesi kanssamme.

Osallistumisesi tähän opinnäytetyöhön on vapaaehtoista. Pyydämme Sinulta kirjallisen suostumuksen opinnäytetyöhön osallistumisesta. Voit kuitenkin kieltäytyä osallistumasta tai keskeyttää osallistumisesi syytä ilmoittamatta milloin tahansa. Opinnäytetyölle on myönnetty lupa Pirkanmaan sairaanhoitopiiristä, joka toimii opinnäytetyön yhteistyötahona.

Opinnäytetyö toteutetaan haastattelemalla sairaanhoitajia osastoltanne. Haastattelut tehdään työaikana, syksyllä 2014. Haastattelun arvioimme kestävän noin 45 minuuttia. Annamme Sinulle haastattelukysymykset etukäteen tutustuttavaksi. Haastattelut nauhoitetaan analyysin helpottamiseksi. Toivomme Sinun ilmoittautuvan haastateltavaksi sähköpostitse (sanna.jarva@health.tamk.fi tai maria.koivisto@health.tamk.fi) 19.9.2014 mennessä.

Opinnäytetyön valmistuttua haastatteluaineisto hävitetään asianmukaisesti. Aineisto on ainoastaan opinnäytetyön tekijöiden käytössä. Aineistoa käsitellään nimettömänä koko opinnäytetyöprosessin ajan. Opinnäytetyön tulokset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä, opinnäytetyön raportista ei yksittäinen vastaajaa ole tunnistettavissa. Opinnäytetyö valmistuu keväällä 2015.

Mikäli Sinulla on kysyttävää tai haluat lisätietoja opinnäytetyöstämme, vastaamme mielellämme kysymyksiin.

Opinnäytetyön tekijät

Sanna Jarva
Sairaanhoitajaopiskelija (AMK)
Tampereen Ammattikorkeakoulu,
sanna.jarva@health.tamk.fi, puhelin 040 720 3768

Maria Koivisto
Sairaanhoitajaopiskelija (AMK)
Tampereen Ammattikorkeakoulu
maria.koivisto@health.tamk.fi, puhelin 0400 945 852



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

SUOSTUMUS

Asiantuntijan vallankäyttö ja sen vaikutukset perioperatiivisessa hoitotyössä

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa opinnäytetyöstä, jonka tarkoituksena on kuvata asiantuntijan vallankäyttöä hoitotyössä ja sen vaikutusta hoitotyössä sekä mahdollisuuden esittää opinnäytetyöstä tekijälle kysymyksiä.

Ymmärrän, että osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Paikka ja aika

Suostun osallistumaan
opinnäytetyöhön

Suostumuksen
vastaanottaja

Haastateltavan allekirjoitus

Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus

Nimen selvennys

Nimen selvennys